

٢٠١٨ هـ



المدخل في إدارة الخدمات الصحية والمستشفيات

قيمة الكتاب (٨٥ ريال مع كتاب المصطلحات)
يطلب من خلال الايميل ادناه
بتحرير رسالة بعنوان (طلب كتاب إدارة الخدمات الصحية)
ali.alzhrane@gmail.com

إعداد وتنسيق
أ. علي محمد الزهراني





أخي العزيز، أختي العزيزة:

النسخة الحالية من هذا الإصدار خاصة فقط لمن سدد رسومها بالطريقة المشروعة وحصل عليها من مؤلفها، ولا نبيح لغيره الحصول عليها والاستفادة منها دون إذن المؤلف، ولا أحلل أيضاً لمن حصل عليها بالطريقة الغير مشروعة إرسالها لأي شخص أو نشرها على شبكات التواصل وصفحات المنتديات لأي سببٍ كان.

علماً أن قراءتك لهذا التنبيه دليل حصولك عليها بالطريقة المشروعة من خلال المؤلف فقط، وخلاف ذلك يتوجب عليك دفع قيمتها (٨٥ ريال) على الحسابات التالي لإبراء ذمتك أمام علام الغيوب الذي تجتمع عنده الخصوم، يوم لا ينفع مالٌ ولا بنون.

مصرف الراجحي: SA5080000377608010267230

مصرف الاهلي: SA7010000012900000168008

باسم: علي محمد عبدالله الزهراني.

سَمِعْنَا وَأَطَعْنَا
إِنَّ الْكَلِمَةَ لَكَلِمَةٌ
وَلَكِنَّا نَكَلِمُكَ
بِالْحَقِّ لَعَلَّكَ
تَهْتَكُ

﴿إِلَّا أَنْ تَكُونَ تِجَارَةً حَاضِرَةً تُدِيرُونَهَا بَيْنَكُمْ﴾

الصفحة	محتويات الكتاب
٤	شكر وتقدير
٥	لماذا الكتاب الإلكتروني؟
٦	مقدمة الإصدار
٧	مدخل للتعريف بالهيئة السعودية للتخصصات الصحية
١٠	نبذة عن الاختبار وطبيعته
١٢	آلية التقييم في الاختبار
١٢	المراجع المعتمدة من هيئة التخصصات لإختبار الإدارة الصحية والمستشفيات
١٣	الإدارة العامة
٢٥	النظام الصحي
٣٠	المستشفى
٤٤	الهندرة
٤٥	الشؤون المالية
٤٧	الموارد البشرية
٥١	إدارة الجودة
٦١	رواد الجودة الشاملة
٦٣	مفاهيم مهمة في الجودة
٦٩	نماذج من أسئلة سابقة من امتحانات هيئة التخصصات الصحية
٧٨	معلومات إضافية
٨٢	قائمة المراجع
٨٣	للاستفسار

شكر وتقدير

- شكر خاص للأستاذ: أحمد إبراهيم الزهراني أخصائي إدارة صحية أول ماجستير إدارة صحية ومستشفيات، على مراجعته وتصويب المادة العلمية في الإصدار الحالي.
- شكر خاص للأستاذة: الأخصائية الاجتماعية مهجة سالم باشهاب التي قامت بالمراجعة والتدقيق الإملائي النهائي، لخروج الإصدار بالشكل المطلوب.

لماذا الكتاب الإلكتروني؟

نظراً للتكلفة العالية في الطباعة والنشر الورقي والبطيء في إصدارات الطباعات اللاحقة في حال التحديث والحذف والإضافات ومراجعة الأخطاء الإملائية بُغية المؤلف تقديم مادة علمية راقية ومنقحة وتدارك أخطاء الطباعات الأولية، كل هذه المعوقات جعلت من النشر الورقي وسيلة (سلحفائية) للحصول والوصول إلى المعلومات الهامة وفي وقتها المطلوب، بالإضافة إلى بقاء النشر والتوزيع للعمل الذي أخذ وقت طويل وجهد كبير من المؤلف مما قد يجعل من انتشار عمله يأخذ سنوات طويلة دون تحقيق هدفه من طباعته ونشره، كما أن النشر الورقي يحتاج إلى وسطاء وموزعين، ولهم كلفتهم العالية وإجراءاتهم البيروقراطية التي تستهلك مزيد من الوقت والإجراءات، ومع كل هذا الغناء قد لا يصل هذا العمل إلا إلى عدد محدود من القراء والمستفيدين منه، بالإضافة إلى تكاليف الشحن والتصدير في حال طلبه في أي مكان آخر في العالم خارج المدينة التي يباع فيها الكتاب، خلاف الإجراءات النظامية لإصدار تصاريح النسخ والطباعة ومن ثم النشر والتوزيع.

بعد كل هذه المعوقات التي لو اتخذتها لما كان هذا (الكتاب الإلكتروني) بين يديك وفي وقته المناسب، فلك أن تتخيل كم من الوقت لوصول الكتاب لمدينتك مع تكاليف الشحن والتوصيل لو كانت حاجتك للكتاب بعد يومين من الآن؟ قطعاً سيصبح عديم الفائدة كونه جاء في الوقت غير المناسب مهما كان يحوي من الإثراء المعرفي، بعد انتفاء الحاجة والمنفعة من وجوده بعد فوات الأوان.

إن الكتاب الإلكتروني هو الثورة العلمية الجديدة لتحقيق الأحلام والطموحات، أحلام القراء والمستفيدين وطموحات المؤلفين، فإن تعديل خطأ إملائي وإضافة معلومة جديدة وتصويب خطأ في إحدى الإجابات على بعض الأسئلة وإضافة صور معبرة في غلاف الكتاب أو تغيير ألوانه في الكتاب الإلكتروني وإعادة رفعه على الموقع أو إرساله لمستفيد جديد من خلال البريد يأخذ ثواني فقط، ولك أن تتخيل لو أردت ذلك في كتاب ورقي يباع في السوق وتم طباعة في مصر أو لبنان، قد يستغرق سنة أو أكثر حتى يحين حول الطبعة التالية.

إن أهم ما يُميّز الكتاب الإلكتروني كثير من الأمور التي وجدتها عناصر جاذبه ومُحفزة للكتابة والنشر:

أولاً: انخفاض أو انعدام التكاليف لنشره.

ثانياً: السرعة في نشره بشكل كبير جداً واختصار الوقت عبر الإنترنت.

ثالثاً: وصول الكتاب الإلكتروني لأعداد هائلة في جميع أنحاء العالم دون أي تكلفة وفي وقت وجيز.

رابعاً: لن يحتاج المؤلف إلى وسطاء أو موزعين للتوزيع للكتاب.

خامساً: طرق التسويق للكتاب الإلكتروني ذاتية من خلال المؤلف نفسه من خلال حساباته الشخصية في شبكاته التواصل أو يمكن للقراء الوصول له بشكل سريع من خلال محركات البحث.

سادساً: وأخيراً.. يعتبر الكتاب الإلكتروني نسخة دائمة ومستمرة عند مالكها، فلا تنفذ طباعته من السوق ولا يهترئ أو يتمزق وهي ميزة لا تتوفر في الكتاب الورقي.

إن كل هذه المميزات جعلت من هذا الكتاب سريع الوصول إليك، سائلين المولى أن يحقق المقصود منه والهدف المنشود، سائلين المولى لنا ولك التوفيق والنجاح.

علي محمد الزهراني

أخصائي اجتماعي أول طبي

مقدمة الإصدار

الحمد لله رب العالمين، والصلاة والسلام على أشرف الأنبياء والمرسلين، سيدنا ونبينا محمد عليه وعلى آله أفضل الصلوات وأتم التسليم، أما بعد ...

لا يتصور من يقتني هذا الكتاب أنه مخصص لمختبري هيئة التخصصات فقط، فهذا فيه مصادرة للمجهود المبذول لإخراج هذا الإصدار ليكون مفيد لكل منسوبي القطاع الصحي والمقبلين عليه. فالكتاب أستند على أهم المراجع في المجال الصحي وأكثرها أهمية، خاصة مراجع هيئة التخصصات الصحية، والتي تعتبر مراجع شاملة ووافيه للإمام بأسس العمل والتعامل في المجال الصحي، وحتى وإن كان تركيز الكتاب بشكل واضح على اختبار الحصول على التصنيف والتسجيل والمهني بالمجال، إلا أنه مفيد ونافع لكل من له إتصال بهذا المجال، كونه جاء بشكل مبسط ومختصر وواضح، مركزاً على المعلومات الأساسية والرئيسية التي لا غنى عنها في هذا الميدان.

إن توفير هذا الكم من المعلومات والأفكار والتجارب واستخلاصها في مكان واحد سوف يوفر كثير من الجهد والوقت على المختبر ولن يكلف نفسه هذا العناء، والمشوار الطويل، فالكتاب حوى عصارة ما كتب حول الاختبار وتجارب المختبرين بجميع أبعاده بعد مراجعته وتثقيحه واستخلاص المفيد واستبعاد المعلومات الهامشية والغير مفيدة بموضوع الاختبار.

والأهم أن مادة هذه الكتاب هي مراجع هيئة التخصصات الأصلية، بالإضافة إلى أهم كتب التخصص الموثوقة (موضحة في قائمة المراجع في نهاية الكتاب) قمت بتلخيصها ومراجعتها وتدقيقها، وفيما يتعلق بجمع الأسئلة فقد كانت مرحلة من الرصد والفرز والمتابعة قمت بعرضها على مختصين في المجال، والذين كان لهم فضل كبير بعد الله في تنقيح ومراجعة وتصويب العديد من الإجابات وتضمينها في الكتاب في صورته النهائية.

ختاماً... الإصدار الأول هو انطلاقة حقيقية وجادة لوضع منسوبي القطاع الصحي والمقبلين عليه في الطريق السليم بإذن الله ورسم معالم هذا الطريق الطويل والشاق، مما يوفر عليهم الجهد والوقت لتحقيق طموحاتهم وآمالهم إن ربي على كل شيء قدير.

أ. علي محمد الزهراني
أخصائي اجتماعي أول طبي

أولاً: نبذة عن



الهيئة السعودية للتخصصات الصحية
Saudi Commission for Health Specialties



مدخل للتعريف بالهيئة السعودية للتخصصات الصحية



مقدمة:

إن الهيئة السعودية للتخصصات الصحية إيماناً منها بأهمية الدور المناط بها في مجال ممارسة المهن الصحية و سعياً إلى تنفيذ المهام الملقاة على عاتقها بدقة وأمانة وتثميناً للثقة الملكية الغالية التي أولتها إياها حكومتنا الرشيدة بموجب المرسوم الملكي الكريم رقم م / ٢ / وتاريخ ٦ / ٢ / ١٤١٣ هـ، ترى أن من أولى مهامها تطبيق أهدافها المتعلقة بوضع الأسس والمعايير الصحيحة لمزاولة المهن الصحية وتصنيف حاملي الشهادات الصحية للدرجة المهنية المناسبة لمؤهلاتهم العلمية وقدراتهم العملية وقت التصنيف إذ إنه من البديهي أن وجود أي خلل في الممارسة المهنية ينطوي عليه خطر يهدد صحة الإنسان المقيم على هذه الأرض الغالية. والهيئة في سعيها وراء استقرار الأمور في نصابها وتأسيس قواعد عامة للتعامل مع الممارسين الصحيين بما يتناسب مع مؤهلاتهم العلمية وخبراتهم العملية قامت بوضع المعايير والإجراءات اللازمة لمعادلة الشهادات الصحية وتقويم قدرات حامليها مهنيًا وتصنيفهم تبعاً لذلك. لذا قامت الهيئة بوضع معايير عدة روعي فيها الدقة والموضوعية في تقدير الخبرة العملية السابقة (التدريب) واللاحقة (الخبرة) للحصول على الشهادات والتدريب المهني. علماً بأن الحد الأدنى للتأهيل لأي درجة مهنية هي البرامج المقررة بالملكة باعتبارها المقياس لجميع الشهادات المطلوب تصنيفها.

ومما تجدر الإشارة إليه والتأكيد عليه أنه ليس من مقاصد الهيئة التقليل من شأن جهة ما أو التشكيك في كفاءتها العلمية وإنما القصد هو إعطاء كل ذي حق حقه نظراً للتباين الكبير في طرق ومُدد التدريب بين الدول المختلفة والتميز بين الممارس الكفاء والمتابع للمستجدات في مجال اختصاصه من غيره وترشيح كل قوي أمين ليعمل ويؤتمن على الأرواح في المجال الصحي في الدرجة المهنية المناسبة لقدراته وإمكاناته للعمل في المملكة، كما نود أن نشير إلى أن لجان تقييم القدرات والكفاءات المهنية وامتحانات التقييم والتصنيف المهني والتي أعدت خصيصاً لهذا الغرض تهدف إلى التأكد من وجود الأسس اللازمة للممارسة الآمنة بعيداً عن التعقيد اللفظي أو النهج الأكاديمي الصرف، علماً أنه صدر قرار معالي وزير الصحة ورئيس مجلس أمناء الهيئة رقم ٩٠ / أ / ٢٨ وتاريخ ١٢ / ٤ / ١٤٢٨ هـ باعتماد دليل التصنيف والتسجيل المهني وتفويض المجلس التنفيذي بالهيئة باعتماد أية تغييرات تطرأ على الدليل في المستقبل لمواكبة المستجدات في التصنيف أو التسجيل المهني.

س: ما هي الهيئة السعودية للتخصصات الصحية؟

ج: أنشئت الهيئة السعودية للتخصصات الصحية بموجب المرسوم الملكي رقم م/٢ وتاريخ ٦/٢/١٤١٣ هـ ومقرها مدينة الرياض، وأنيط بها مهام إصدار بطاقات التسجيل وشهادات التصنيف المهني لجميع الممارسين الصحيين وكذلك الإشراف على البرامج التدريبية وتقويمها وتأهيل المتدربين بالإضافة إلى وضع الضوابط والمعايير الصحيحة لممارسة المهن الصحية وتطويرها. موقعها على الأنترنت هو (www.scfhs.org.sa)

س: ما هو المراد بالتصنيف وما فائدته وهل هو إلزامي؟

ج: التصنيف هو تحديد الدرجة المهنية للممارس الصحي وفقاً لمؤهله العلمي وخبراته وتقييمه من قبل الهيئة، وهو الآن إلزامي على جميع الممارسين الصحيين في القطاع العام والخاص.

س: ما هو التسجيل المهني وما فائدته وهل هو إلزامي؟

ج: التسجيل هو إعداد سجل للممارس الصحي في قاعدة المعلومات بالهيئة بما يسهل متابعة الممارس الصحي مهنيًا مع تعريفه بـ معايير وأخلاقيات المهنة الصحية بالملكة، والتسجيل المهني إلزامي، وبطاقة التسجيل المهني هي ترخيص لمزاولة المهنة.

س: ما هي طلبات التصنيف والتسجيل؟

عند تقديم الممارس لطلب التصنيف والتسجيل المهني عليه إكمال المتطلبات الواردة أدناه:

١. تعبئة نموذج التصنيف والتسجيل المهني (متوفر على موقع هيئة التخصصات الصحية www.scfhs.org.sa)
٢. خطاب تعريف مصدق موضح فيه تاريخ الالتحاق بالعمل – المسمى الوظيفي – ما يثبت أنه ما زال على رأس العمل
٣. خطاب تزكية في حالة أن الممارس يعمل في القطاع الحكومي قبل تاريخ ١٤/١٠/١٤٣٠ هـ .
٤. صور موثقة من المؤهلات وترفق الأصول للمطابقة.
٥. صور موثقة من الخبرات السابقة واللاحقة للمؤهل.
٦. شهادة سبل المحافظة على الحياة الأساسية (BLS) تحت إشراف جمعية القلب السعودية.
٧. صورة من الهوية بطاقة أحوال للسعوديين الجواز أو الإقامة لغير السعوديين (في حال صدور الإقامة).
٨. يشترط للسعوديين الحاصلين على المؤهل من خارج المملكة أن يرفق معادلة التعليم العالي.
٩. عدد ٢ صور شخصية حديثة للممارس.
١٠. يشترط ألا يكون هناك انقطاع عن ممارسة المهنة لمدة تتجاوز السنتين بشكل متواصل وإن وجد يطالب بالتدريب.
١١. رسوم التصنيف المهني على درجة أخصائي لمن يعمل ومن لا يعمل نفس الرسوم (١١٠٠) ريال.
١٢. رسوم للتسجيل المهني لمدة (٣ سنوات: ٣٦٠ ريال ولمدة (٥ سنوات: ٦٠٠ ريال).
١٣. رسوم للتسجيل المهني لمن لا يعمل لمدة (٣ سنوات: ٣٦٠ ريال ولمدة (٥ سنوات: ٦٠٠ ريال).
١٤. ملاحظة: التسجيل المهني لمدة خمس سنوات خاص بالسعوديين.

س: ماهي فئات تصنيف أخصائي إدارة صحية بوزارة الصحة؟

١. أخصائي إدارة صحية (بكالوريوس إدارة الخدمات الصحية أو المستشفيات).
٢. أخصائي إدارة صحية أول (ماجستير إدارة الخدمات الصحية أو المستشفيات).
٣. أخصائي إدارة صحية استشاري (دكتوراه في إدارة الخدمات الصحية أو المستشفيات).

س: ماذا يقصد بالساعات التعليمية الطبي والتطوير المهني المستمر؟

هو عبارة عن : عدد معين من الساعات التدريبية في نفس التخصص، تطلبها هيئة التخصصات كشرط مهم لتحديد بطاقة التسجيل للممارسين، ويمكن الحصول على هذه الساعات من خلال حضور النشاطات التعليمية والبرامج التدريبية وورش العمل، وحضور المؤتمرات العلمية المعتمدة لنفس التخصص، تهدف إلى إيصال المعلومة التخصصية تساعدهم على تطوير مهاراتهم وخبراتهم.

س: ما هي أهداف شرط الساعات التعليمية الطبية والتطوير المهني المستمر؟

١. هي المفتاح لتحسين فرص تقدم الممارسين في مسيرته العملية.
٢. رفع كفاءة وجودة أداء الممارسين الصحيين لغرض تحسين الخدمة المقدمة للمرضى.
٣. المحافظة على المعرفة الطبية والعلمية للممارسين الصحيين وتطويرها.
٤. متابعة الممارسين الصحيين لما يستجد في تخصصاتهم لتنمية مهاراتهم وخبراتهم.
٥. عملية من التحديث الواعي للمعارف المهنية وتحسين الكفاءة المهنية خلال مسيرة الفرد العملية.
٦. التزام الممارس بالمهنة والتطوير من نفسه، والسعي إلى التحسن المستمر.
٧. مساعدة العاملين في المجال الطبي على الحفاظ على كفاءتهم ومعرفة المزيد عن المجالات الجديدة والمتطورة في مجال عملهم.
٨. مساعدة الممارس على تحسين أداءه المهني الصحي في مجاله، مما يؤدي بدوره بالضرورة إلى التحسين من جودة الرعاية التي يتلقاها المرضى. وإلى جانب اكتساب معارف ومهارات جديدة.
٩. تساعدك على تحديد احتياجاتك التعليمية، ووضع تصور للمعارف والمهارات الإضافية التي تحتاجها.
١٠. تعني أنك قد قبلت مسؤولية مواصلة التعلم مدى الحياة، والتطوير من نفسك والتقدم في حياتك المهنية.
١١. تثبت للمرضى، ولأقرانك، وللمجتمع العام أنك عاكف على اتخاذ الخطوات المناسبة للحفاظ على مستوى كفاءتك وتحسينه.

س: كم عدد الساعات المطلوبة للأخصائي إدارة صحية للتجديد بطاقة التسجيل:

٦٠ ساعة لطلب التجديد لمدة (٣ سنوات). و١٠٠ ساعة لطلب التجديد لمدة (٥ سنوات).

س: ما هي امتحانات التصنيف المهني الإلكتروني؟

توفر الهيئة السعودية للتخصصات الصحية امتحاناتها للتصنيف المهني إلكترونياً في معظم التخصصات الصحية المختلفة ومنها (الإدارة الصحية) من خلال (شركة بيرسون فيو) التي تقدم امتحانات الهيئة في مراكز امتحانات الكترونية معتمدة. على مدار أيام الأسبوع، الأمر الذي يتيح للممارسين الصحيين اختيار الوقت المناسب لتقديم الامتحانات الخاصة بهم من داخل أو خارج المملكة، كما يمكن للممارس معرفة نتيجة امتحانه بشكل فوري بعد الانتهاء من تقديمه.

س: ما هي وسائل التواصل مع الهيئة السعودية للتخصصات الصحية؟

- الرقم المجاني الموحد: ٩٢٠٠١٩٣٩٣
- حساب الدعم الفني على تويتر: @SchsOrg

امتحان التصنيف المهني الآلي:

إحدى متطلبات الحصول على الرخصة المهنية للممارسة وهو اجتياز امتحان التصنيف للممارسين الصحيين وذلك بتصنيف الشهادات الصحية المهنية ومعادلتها مهنيًا بغرض تحديد الدرجة المهنية لحاملها وضمان كفاءتهم.

وتسهيلاً على الممارسين الصحيين الراغبين في العمل في المملكة وتيسيراً على رجال الأعمال في المجال الصحي تم التعاقد مع شركة برومترك، وهي إحدى الشركات الأمريكية المتخصصة والمرموقة والتي لها بال طویل في مجال إجراء الامتحانات في مراكزها داخل المملكة وفي مختلف أنحاء العالم بنظام (CBT) حيث تقوم الهيئة بتزويد شركة برومترك ببنوك الأسئلة للتخصصات.

محتوى امتحان التصنيف المهني:

شرع للهيئة السعودية للتخصصات الصحية تقييم جميع حملة الشهادات في المجال الصحي لغرض التصنيف المهني قبل السماح لهم بالممارسة داخل المملكة العربية السعودية، والهيئة من موقع مسؤوليتها تنفذ مهمة التصنيف المهني بعدة أنماط أحدها وأكثرها شيوعاً هو عقد امتحانات كتابية تعتمد في طبيعتها على استخدام نموذج الأسئلة متعددة الخيارات والتي يتم الإجابة عليها بتحديد اختيار واحد فقط.

وقد صممت هذه الأسئلة بحيث تركز في أغلبها على تقييم الجانب التطبيقي في الممارسة المعتادة للتخصص لوضع الحد الأدنى للأمن للممارسة المهنية.

كما وتوفر الهيئة إمكانية الحصول على نتيجة الامتحان وعدد الأسئلة التي تمت الإجابة عليها بطريقة صحيحة بشكل فوري.

طريقة التسجيل للامتحان:

١. أدخل على حسابك في موقع بيرسون في <https://www.pearsonvue.ae/Clients/SCFHS.aspx>

٢. يجب استيفاء أهلية المعايير لتخصصك ليتم إجازة طلبك.

٣. قم بجدولة تاريخ امتحانك.

٤. سوف تتلقى تأكيد الحجز عن طريق البريد الإلكتروني خلال ٤٨ ساعة متضمناً وقت ومكان الامتحان.

وإذا لم تتلقى التأكيد خلال ٤٨ ساعة أو كانت البيانات غير صحيحة، يرجى الاتصال على بيرسون فيو فوراً

على الهاتف: من داخل المملكة السعودية ٣٦٩٢ ٨٤٤ ٨٠٠ ومن خارج المملكة ٤٥٣٥٣٨٠ ٤ ٠٩٧١ .

٥. يُرجى طباعة تأكيد الحجز وإحضاره معك لمركز الامتحان.

ملاحظة: يُرجى مراجعة حافظة البريد الطفلي والإعلامي حيث يحتمل أن تذهب مكاتبات المتقدمين

للامتحان بيرسون فيو بصورة تلقائية إلى هذه الحافظات.

إن جميع مكاتبات بيرسون فيو تنتهي بـ "@pearson.com"

طريقة الاختبار ومدته	المحتوى	النسبة	النجاح
موضوعات الاختبار			
١٠٠ سؤال على طريقة الاختيار المتعدد مدة الاختبار ساعتان	بيئة النظام الصحي	٪٨	٪٤٠
	الموارد البشرية	٪١٠	
	الشؤون المالية	٪١٢	
	إدارة المعلومات	٪٨	
	إدارة الجودة	٪١٠	
	الإدارة العامة	٪٤٠	
	الاتصالات وإدارة العلاقات	٪١٢	
المجموع		٪١٠٠	

س: ما هي المراجع المعتمدة من هيئة التخصصات الصحية لمساعدة المقبلين على اختبار التصنيف والتسجيل؟

١. الادارة الصحية (الكتاب الطبي الجامعي)، إعداد مجموعة من المتخصصين في علم الإدارة الصحية والعاملين في الجامعات العربية، منظمة الصحة العالمية شرق المتوسط بالتعاون مع أكاديميا إنترناشونال، الطبعة الأخيرة.
٢. ادارة منظمات الرعاية الصحية، أ. د. فريد نصيرات، رئيس قسم ادارة الاعمال، الجامعة الأردنية، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الطبعة الأخيرة.



الإدارة العامة
(نسبة التركيز ٤٠%)

القطاع الصحي في المملكة العربية السعودية

يتكون القطاع الصحي في المملكة العربية السعودية من ثلاثة قطاعات رئيسية هي:

١. وزارة الصحة.
 ٢. القطاعات الحكومية الأخرى.
 ٣. القطاع الخاص.
- وعلى الرغم من تعدد مقدمي الرعاية الصحية إلا أن هناك تنسيقاً وتعاوناً إلى حد ما بين هذه القطاعات. وفيما يلي شرح مفصل لكل قطاع من القطاعات التي تقدم خدمات صحية ونوع الخدمات الصحية المقدمة والمستفيدين من تلك الخدمات.
- أولاً - وزارة الصحة:**

تعتبر وزارة الصحة في المملكة العربية السعودية الجهة الحكومية الرئيسية المسؤولة عن توفير الرعاية الصحية الوقائية والعلاجية والتأهيلية، وتتمثل رسالة وزارة الصحة في " توفير الرعاية الصحية الشاملة والمتكاملة والوقائية والعلاجية والتأهيلية والتعزيزية بما يتماشى مع مبادئ الشريعة الإسلامية وأخلاقيات المهن الصحية "، وبما يُحقق رضا المستفيدين من المراجعين والمرضى وأسرتهم ومجتمعهم من خلال رفع مستوى الوعي الصحي وتحقيق العدالة في توزيع الخدمات الصحية كما ونوعاً على مختلف مناطق المملكة، إلى جانب اهتمام الوزارة بأوضاع منسوبيها والعناية بتدريبهم وتأهيلهم وتحفيزهم ورفع كفاءتهم بصفة مستمرة بما ينعكس إيجابياً على مستوى ما يقدمونه من خدمات (وزارة الصحة، ١٤٣٠).

وتوفر وزارة الصحة الخدمات الصحية من خلال شبكة من مراكز الرعاية الصحية الأولية يتجاوز عددها ٢٠٩٤ مركز رعاية صحية أولية في جميع أنحاء المملكة العربية السعودية حتى نهاية العام ١٤٣٠هـ (وزارة الصحة، ١٤٣١هـ)، وبالإضافة للمراكز الصحية تُقدم وزارة الصحة خدماتها الصحية من خلال ٢٤٩ مستشفى حكومي بسعة سريرية تتجاوز ٣٤٣٧٠ سريراً في عام ١٤٣١هـ.

ثانياً - القطاعات الحكومية الأخرى:

للعديد من الوزارات الحكومية والجهات شبه الحكومية الأخرى في المملكة العربية السعودية دور مهم في توفير الرعاية الصحية من خلال إنشاء العديد من المستشفيات والمدن الطبية وتشمل هذه الوزارات والجهات وزارة الداخلية، وزارة الدفاع والطيران، والحرس الوطني، ووزارة التربية والتعليم، والجامعات، وشركة أرامكو، والهيئة الملكية للجبيل وينبع وغيرها.

في عام ١٤٣١هـ (٢٠١٠م) بلغ العدد الإجمالي لمستشفيات الجهات الحكومية الأخرى غير وزارة الصحة ٣٩ مستشفى بسعة سريرية تقارب ١٩٣٩ سريراً، منها ١٤,٧٪ من إجمالي هذه الأسرة في أقسام الجراحة و١٤٪ من إجمالي عدد الأسرة في أقسام الباطنية (وزارة الصحة، ١٤٣١هـ).

ثالثاً - القطاع الخاص:

نمى القطاع الصحي الخاص في المملكة العربية السعودية بشكل سريع في السنوات القليلة الماضية، ويُقدم القطاع الخاص الخدمات الصحية عن طريق العديد من المستشفيات الخاصة والعيادات والمجمعات والمستوصفات الأهلية، كما يسهم القطاع الخاص في تصنيع الأدوية والمستلزمات الطبية والمعدات والأجهزة، إلى جانب تشغيل بعض المرافق الصحية الحكومية، ويُقدم القطاع الخاص خدماته الصحية من خلال ١٢٧ مستشفى بسعة سريرية تقارب من ١٢٨١٧ سريراً، و ٢٠٢١ مستوصفاً خاصاً وعيادات مجمعة تنتشر في جميع أنحاء المملكة العربية السعودية لغاية عام ١٤٣١هـ.

الخدمات الصحية:

هي الخدمات المقدمة للمريض منذ وصوله إلى المستشفى حتى خروجه منها، والتي يهدف من ورائها إلى تحسين صحة الفرد وإعادةه إلى طبيعته.

جودة الخدمة الصحية: تحقيق مستوى عالٍ وجيد في تقديم الخدمة الطبية والصحية منذ المرة الأولى للمريض.

مقياس جودة الخدمة: أداة لقياس جودة الخدمة ويشتمل على خمسة أبعاد وهي: الاعتمادية، الجوانب الملموسة، الاستجابة، الأمان، التعاطف.

الاعتمادية: قدرة المستشفى على أداء الخدمة التي وعد بها بشكل يمكن الاعتماد عليها، وبدرجة عالية من الدقة.

ما هي الإدارة Concept of Management :

هي النشاط المنظم للوسائل التي يستعين بها الإنسان بالإضافة إلى جهده أو الآلة أو كليهما معاً لتحقيق أهدافه وأهداف المنظمة التي ينتمي إليها. أو بمعنى آخر هي الطريقة التي تنظم الجهود من أجل تحقيق الأهداف المعلنة للمنظمة والإدارة في سبيلها لتحقيق الأهداف لا تعمل في فراغ بل تعمل في ظل الظروف الداخلية للمنظمة والظروف الخارجية في البيئة المحيطة بالمنظمة أو مجتمع المنظمة، وتؤثر وتتأثر بهذه البيئة، ولذلك تتوقف عملية تحقيق الأهداف على عاملين مهمين أساسيين هما: كفاءة الإدارة، وقدرتها على التكيف والتطور مع الظروف الداخلية والخارجية لبيئة المنظمة.

تعريف الإدارة Definition of Management :

تعريف الإدارة بأنها: " أداء الأعمال من خلال جهود أفراد آخرين". أو بأنها: "وظيفة أداء الأعمال من خلال أفراد وتوجيه جهودهم نحو تحقيق هدف مشترك". كما يمكن تعريفها بأنها: "العملية الأساسية والمتشابكة لنشاط الأعمال والتي تحيط بأنشطة حياتنا اليومية". وهناك أيضاً تعريف للإدارة على أنها: تحقيق الأهداف المرجوة من خلال إقامة بيئة محفزة لعمل الأفراد العاملين في جماعة منظمة"، وتعرف أيضاً على أنها: "عملية إدارة وتنسيق الموارد بكفاءة وفعالية، وتوجيه الجهود لتحقيق وإنجاز أهداف المنظمة".

قسم "تيري" العملية الإدارية إلى: التقسيم المبسط والمقبول والذي قام فيه بتحديد أربع وظائف أساسية للعملية الإدارية كما هي:

١- أولاً: التخطيط Planning:

يشمل التخطيط تحديد السياسات والبرامج والأهداف والغايات التي تسعى المنظمة لتحقيقها، وتحديد الأفعال والممارسات الضرورية لتحقيق هذه الأهداف. وتتعلق وظيفة التخطيط بالتوقع أو التنبؤ المستقبلي لما يمكن حدوثه للمنظمة، وبالتالي يتضمن التخطيط دراسة كافة التغيرات الممكنة والمحتملة في بيئة المؤسسة والاستعداد للتعامل مع هذه المتغيرات.

تعريف التخطيط الصحي:

التخطيط هو مرحلة التفكير والتنبؤ الذي يسبق تنفيذ العمل، وهو نقل نظام وضع قائم إلى وضع أفضل.

تعريف منظمة الصحة العالمية للتخطيط:

" العملية التي تقوم على تحليل البيانات وتحديد الاحتياجات وتقدير الموارد، واستعمال نتائج هذا التحليل في الإعداد للتغيير وفقاً لأهداف محددة ".

فوائد التخطيط:

١. يساهم في وضع أهداف محددة للعمل.
٢. يساهم في اختصار وقت تنفيذ الأعمال.
٣. يحدد بوضوح مسار العمل.
٤. يحدد الإمكانيات المادية والبشرية اللازمة للعمل.
٥. يُحقق الاستخدام الأمثل لهذه الموارد.

أنواع التخطيط:

١. التخطيط طويل الأجل: ١٠-٢٠ سنة.
٢. التخطيط متوسط الأجل: ٤-٧ سنوات.
٣. التخطيط قصير الأجل: خطة سنوية.

مراحل التخطيط:

١. تحليل الوضع الراهن.
٢. تحديد الأهداف.
٣. تحديد البدائل.
٤. تطوير البرامج.
٥. تنفيذ البرامج.
٦. تقييم التنفيذ.

٢- ثانياً: التنظيم Organization :

تتضمن الوظيفة التنظيمية تحديد المهام الواجب القيام بها، وكيفية إدارة هذه المهام، وكيف يتم التنسيق بينها، وتقسيم العمل وتوزيع المهام والمسؤوليات على أساس الموارد البشرية المتاحة بالمنظمة.

٣- ثالثاً: القيادة Leadership :

وتتضمن هذه الوظيفة التوجيه والإشراف على العاملين (العنصر البشري)، وتحفيز العاملين على أداء العمل بكفاءة وفاعلية، ولكي يكون المدير قائداً فاعلاً فإن عليه أن يفهم ديناميكية الأفراد وسلوكيات الجماعات، وأن يكون قادراً على دفع المرؤوسين للأداء المتميز، وأن تكون لديه مهارات عالية وفاعلة في الاتصال، مع القدرة على تمكين ودعم الموظفين والعاملين لصنع الرؤية التنظيمية الحقيقية.

٤- رابعاً: الرقابة Controlling :

الرقابة: هي العملية التي تقيس الأداء الحالي وتوجهه إلى تحقيق الهدف المطلوب، فالرقابة هي أساساً عملية وقائية تمنع حدوث الانحرافات.

وهي الوظيفة الإدارية التي تلي التخطيط والتنظيم والقيادة، والتي تهدف إلى متابعة وقياس إنجاز الأهداف التي تم تحديدها وفقاً لمعايير محددة موضوعة سلفاً.

والرقابة تتم من خلال مقارنة الإنجاز الفعلي للفرد والمنظمة مع الإنجاز المخطط له أو المرغوب به، مع العمل والتدخل لتصحيح أي انحرافات أو الأخطاء الموجودة أولاً بأول، وتظل الرقابة وسيلة للتأكد أن كل شيء يسير وفق ما هو مخطط، ومرسوم له، لتحقيق أهداف المستشفى، وبالتالي الكشف عن أي أعمال تخرج عن هذا الإطار، والعمل على تقويمها.

مراحل الرقابة:

هناك ثلاث مراحل للرقابة اتفق عليها معظم العلماء المختصين وهي:

١. وضع المعايير.
٢. التقييم والقياس.
٣. تصحيح الانحرافات.

وسائل الرقابة:

مخطط جانث:

ويمتاز بالسهولة والبساطة في تطبيقه وفق خطة زمنية محددة، مع توفير تقديرات للوقت المطلوب لكل مرحلة على أساس تحديد مواعيد بدء وانتهاء كل مرحلة.

التحليل الشبكي:

وهي وسيلة أكثر صعوبة من مخطط " جانث " ولكنها تستخدم في تحقيق رقابة فعالة على الخطط التي تستلزم تنفيذ مجموعة مراحل، منها ما ينفذ معاً بصورة متوازية، ومنها ما يسير تنفيذه بصورة متتالية ومتعاقبة، فهناك مراحل تنفيذ في وقت واحد وهناك مراحل تنفذ بعد الانتهاء من مراحل معينة، ولذلك يتطلب تطبيق هذه الوسيلة ترتيب المراحل حسب الأولوية الزمنية.

الرقابة في المستشفيات: هي العملية التي تقيس الأداء الحالي وتوجهه لتحقيق الهدف المطلوب.

أهداف الرقابة في المستشفيات:

١. التحقق من العمل يسير ضمن اللوائح والأنظمة.
٢. كشف الانحرافات (أو الأخطاء) في حينها.
٣. التأكد من حسن استخدام الموارد المادية والبشرية.
٤. تحقيق العدالة بالمحافظة على حقوق العاملين.
٥. وضع تقييم شامل لمستقبل المستشفى.
٦. توفير مصادر معلومات تساعد في اتخاذ قرارات صحيحة.

مراحل الرقابة في المستشفيات:

١. وضع المعايير.
٢. التقييم والقياس.
٣. تصحيح الانحرافات.

التسيق (Coordination):

تعريف التسيق: جهد مشترك وتعاون منظم يستهدف تحقيق هدف معين، فالتسيق يحقق الهدف المطلوب بأعلى كفاءة، وأقل تكاليف من خلال العمل التعاوني المنظم.

أنواع التسيق:

أولاً: يمكن تصنيف التسيق وفقاً للإتجاه إلى قسمين:

• التسيق الرأسي (Vertical):

يبدأ من مدير المستشفى إلى المستويات الإدارية الأدنى.

• التسيق الأفقي (Horizontal):

يتم بين المستويات التنظيمية المتساوية في موقعها التنظيمي بالمستشفى.

ثانياً: التسيق المكاني: وينقسم إلى:

التسيق المادي: ويقصد به التسيق في تنفيذ مشروع معين، أو برنامج طبي، أو برنامج تدريبي، بحيث يكون لكل قسم واجباته المحددة في تنفيذ البرنامج أو المشروع.

التسيق الزمني: ويقصد به ترتيب الأولويات في عمليات التنفيذ وفقاً لبرنامج زمني بين الأقسام المختلفة بالمستشفى.

مفهوم نظرية النظم:

١. المدخلات في المستشفى.

٢. العمليات في المستشفى.

٣. المخرجات في المستشفى.

مراحل تطور علم الإدارة:

١. مرحلة مدرسة الإدارة العلمية.

٢. مرحلة المدرسة السلوكية.

٣. مرحلة المدرسة البيئية.

من أهم أسباب ظهور علم إدارة المستشفيات ما يلي:

١. تطور وتوسع ونمو المستشفيات.
٢. ارتفاع تكاليف الخدمات الصحية.
٣. لجوء المستشفيات للحكومات والمنظمات الاجتماعية لدعمها مالياً.
٤. ظهور شركات التأمين.
٥. القروض المقدمة من الحكومات لإنشاء المستشفيات.
٦. الحاجة إلى تخطيط وتنظيم ومعلومات واحصائيات.

الهيكل التنظيمي Organizational Structure:

عرفه "ستونر" بأنه "الآلية الرسمية التي يتم من خلالها إدارة التنظيم من خلال تحديد خطوط السلطة والاتصال بين الرؤساء والمرؤوسين، والبيانات والمعلومات التي تمر خلالهما وعرفه "جيبسون" وزملاؤه بأنه: "الهيكل الذي ينتج عن قرارات تنظيمية تتعلق بأربعة أبعاد أو جوانب لأي منظمة.

وهي: تقسيم العمل والتخصص، وأسس تكوين الوحدات التنظيمية (تجميع الوظائف/ الأعمال)، وحجم هذه الوحدات (نطاق الإشراف)، وتفويض السلطات".

وحدد "درة" الهيكل التنظيمي على أنه: "عبارة عن ترتيب العلاقات المتبادلة بين أجزاء ووظائف التنظيم، ويشير الهيكل التنظيمي إلى التسلسل الهرمي للسلطة بحيث يحقق الأهداف بفعالية".

أشكال الخرائط التنظيمية:

يُركز علماء الإدارة على ثلاثة أشكال رئيسية للخرائط التنظيمية وهي:

١. الخرائط الرأسية الهرمية: وهي أكثر أشكال الخرائط التنظيمية انتشاراً وشيوعاً وذلك لسهولة ووضوحه.
٢. الخرائط الأفقية.
٣. الخرائط الدائرية.

المنظمة الصحية ومنهج النظم:

١- المدخلات **Inputs**: وهي كل ما يدخل في النظام من عناصر ومواد وطاقات وبيانات ... إلخ، وتعد بمثابة المستلزمات الأساسية التي بدونها لا يعمل ولا يستمر النظام.

٢- المعالجات (التحويل أو التشغيل) **Processes**: وتمثل جميع الأنشطة الوظيفية وغير الوظيفية المطلوب أداؤها بغرض تحويل المدخلات إلى مخرجات حسب ما تم تحديده من قبل من أهداف مطلوب تحقيقها.

بمعنى أن التفاعلات بين الوحدات (الأجزاء) الخاصة بالنظام لا تتم بشكل عفوي تلقائي، بل تتم بطريقة هادفة مطلوب التحكم فيها وتحديد اتجاهها بوعي من أجل الوصول لما هو مطلوب إجراؤه على المدخلات لتحويلها إلى مخرجات مستهدفة.

٣- المخرجات: وتعني كل ما ينتج عن النظام نتيجة معالجة المدخلات بالعمليات والأنشطة التحويلية. والمخرجات قد تكون في صورة معلومات، أو خدمات، أو سلع شبه مصنعة، أو سلع تامة الصنع.

٤- التغذية العكسية (المرتدة) **Feedback**:

وهي عملية أشبه ما تكون بالرقابة الذاتية للتأكد من مدى فاعلية وكفاءة النظام في تحقيق الأهداف وتلبية الاحتياجات البيئية. ويمكن وصف عملية التغذية العكسية بأنها:

الأبعاد الأساسية للمنظمات الصحية **Dimensions of Health Organization**:

١- البيئة الخارجية **External Envir**.

٢- الرؤية والغاية والأهداف **Vision, Goals and Objectives**.

٣- الاستراتيجيات **Strategies**.

٤- التعددية **Diversity**.

٥- مستوى التنسيق والتطابق **Coordination**.

٦- درجة المركزية **Centralization**.

٧- التغيير/التطوير **Change**.

مفهوم اللجان **Concept of Committees**:

"هو تجمع من الأفراد المعتمد بعضهم على بعض في تأدية مهامهم الوظيفية، والذين يتشاركون المسؤولية عن تحقيق أهداف معينة والذين يعتبرون أنفسهم وحدة اجتماعية تنظيمية ضمن واحدة أو أكثر من الأنظمة الاجتماعية الأكبر، والذين يديرون علاقاتهم من خلال حدود تنظيمية واضحة".

أن اللجان لها سمات محددة يمكن حصر أهمها فيما يلي:

١. أنها تتكون من مجموعة من الأشخاص الذين تم اختيارهم من قبل جهة لها سلطة هذا الاختيار وهي التي تحدد شروطه ومعاييرها بحيث يتوافق مع متطلبات تحقيق الهدف من إنشاء اللجنة.
٢. أنه يوجد دور معين مستهدف من المجموعة المختارة في اللجنة، وهناك مهمة محددة مستهدفة لصالح المنظمة التي ينتمي إليها أعضاء اللجنة والتي يصب في مصلحتها عمل اللجنة، وأنه يوجد هدف من اختيار أعضاء اللجنة مطلوب تحقيقه.
٣. أن اللجان موجودة بشكل أو بآخر في كل المنظمات صغيرة أم كبيرة.
٤. أن اللجان يجب أن تكون ضمن تنظيم محدد، ولها رئيس بالضرورة لتنظيم وقيادة وإدارة أمورها، وبالتالي يكون لها سجلات موثقة ومكتوبة.

مفهوم اللامركزية Concept of Decentralization :

يُعد مفهوم اللامركزية أحد المفاهيم الصعبة والمعقدة في المجال الإداري وذلك بسبب اختلاف وجهات نظر المحللين والكتاب الإداريين حول هذا المفهوم، وخاصة فيما يتعلق برؤيتهم لتطبيق مبدأ اللامركزية في مجال الإدارة العامة بصفة عامة وتطبيقه في مجال الإدارة الصحية بصفة خاصة وذلك يرجع لإتساع المجال ومدى تطبيقه.

ولقد تم تعريف وفهم اللامركزية من قبل الخبراء والكتاب الإداريين بخصائص وطرق مختلفة، فهناك تعريف للامركزية بصفة عامة أو في مجال التخطيط والإدارة العامة على أنها " تحويل السلطة والقوة من المستوى القومي لمستويات إدارية أقل".

وهذا التعريف له خصائص عدة تختلف باختلاف فهم الكتاب الإداريين له، وبالتالي قد يكون للامركزية عدة معانٍ فتحت الباب لبعضهم لتأكيد ضرورة التفريق بين المقصود من مفهوم اللامركزية بالمعنى " الوظيفي" واللامركزية بالمعنى " الجغرافي".

وذلك من زاوية أن المركزية الوظيفية تعني:

نقل سلطة وظيفة معينة - مثل الرعاية الصحية - إلى مكتب حكومي محلي محدد، وتعني اللامركزية الجغرافية أو المكانية نقل السلطات القيام بالوظائف العامة - ومن ضمنها الرعاية على سبيل المثال - لمؤسسات محلية تعمل في حدود جغرافية معينة.

وتعني اللامركزية على أنها: "إعادة تركيب السلطة بغرض إيجاد نظام يتميز بالمسؤولية المشتركة بين المؤسسات على المستوى المركزي والمناطق الجغرافية والمحلية طبقاً لمبدأ التضامن في المسؤولية التي تؤدي إلى زيادة الجودة الكلية وفاعلية الرقابة من خلال زيادة سلطات وقدرات المستويات الأدنى في التنظيم".

الأشكال المختلفة للامركزية:

١. عدم التركيز:

وتعني إعطاء بعض السلطات الإدارية من المركز لمكتب محلي يتبع الوزارة، أو بمعنى آخر تحوي لحمل الأعمال دون التخلي عن قوة اتخاذ القرارات من المكاتب المركزية إلى مكاتب طرفية (في التسلسل التنظيمي) تتبع نفس التركيب التنظيمي.

٢. التفويض:

نمط التفويض يعني نقل المسؤولية والسلطة الإدارية لوظائف محددة لمنظمات شبه ذاتية الإدارة وغير خاضعة بالكامل لمراقبة الحكومة المركزية، ولكنها مسؤولة عنها في النهاية.

٣. نقل الصلاحيات:

نقل الصلاحيات يعني إنشاء أو تقوية المستويات الإدارية الحكومية الأدنى من المستوى المركزي (غالباً ما يطلق عليها الحكومة المحلية أو السلطات المحلية) وذلك لقيام بمجموعة معينة من الوظائف بطريقة مستقلة إلى حد كبير عن المستوى الإداري المركزي.

٤. الخصخصة:

الخصخصة تشير إلى نقل الوظائف الحكومية للخدمات الصحية لمنظمات تطوعية أو هادفة أو غير هادفة للربح مع وجود درجات مختلفة من الإرشادات الحكومية.

الخصخصة: "Privatization":

ويقصد بها بيع أو نقل مؤسسات وشركات الحكومة للقطاع الخاص / أو منح هذا القطاع الخاص حق تملكها / 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 المهام والخدمات الحكومية لتتمارس عن طريق القطاع الخاص.

أساليب وأشكال خصخصة المستشفيات:

١. تحويل ملكية المستشفى بالكامل للقطاع الخاص.

٢. الملكية المشتركة بين القطاعين العام والخاص.

٣. تأجير المستشفى وإستثماره.

مميزات خصخصة المستشفيات العامة:

١. المرونة والكفاءة والفعالية.
٢. سرعة اتخاذ القرارات.
٣. تخفيف العبء على ميزانية الدولة.
٤. تخفيف العبء عن أجهزة وزارة الصحة.
٥. توسيع قاعدة الاستثمار.
٦. مشاركة العاملين في رأس المال.



النظام الصحي

عرف التقرير الخاص بالصحة في العام ٢٠٠٠ والصادر عن منظمة الصحة العالمية النظام الصحي بأنه: "جميع الأنشطة التي ترمي أساساً إلى تعزيز الصحة وإعادتها إلى سالف عهدها".

وللنظم الصحية أهداف أساسية ثلاثة ترمي إلى تحقيقها، وهي:

١. تحسين مستوى الشعوب التي توفر لها الخدمات.
٢. الاستجابة لتوقعات الناس.
٣. ضمان الحماية العالمية من التكاليف المترتبة على الأمراض.

مكونات النظام الصحي:

١. الموارد المتاحة وإنتاجها.
٢. الدعم المالي.
٣. طرق الإدارة.
٤. التنظيم.
٥. تقديم الخدمة.

هناك أربعة أنواع من الموارد في النظام الصحي وهي:

١. الموارد البشرية مثل الأطباء وأعضاء هيئة التمريض والفنيون والإداريون وغيرهم.
٢. المرافق مثل المستشفيات بأنواعها ومراكز الرعاية الصحية والعيادات وغيرها.
٣. السلع الطبية (اللوازم والمستحضرات): وهي المواد اللازمة لتقديم الخدمات الصحية، وأهمها المستلزمات الطبية والأدوية واللقاحات والأمصال.
٤. المعرفة مثل الإلمام بالطرق الحديثة في تعزيز الصحة والوقاية من المرض والعلاج والتأهيل، وهو ما يطلق عليه لفظ التكنولوجيا مع ملاحظة أن التكنولوجيا في تغير وتطور مستمرين، وأن حجم المعرفة اللازمة لتقديم الخدمات لا بد أن يزداد ويتطور حسب التطور المستمر في التكنولوجيا.
٥. أما الموارد المالية فتعتبر أحياناً المورد الخامس وأحياناً أخرى تعتبر وسيطاً يتفاعل مع الموارد الأخرى، ومع التنظيم والإدارة.
٦. ويؤدي هذا التفاعل بالنهاية إلى تقديم الخدمات الصحية المطلوبة، كما أن الموارد المالية هي التي تؤدي إلى توافر أو عدم توافر الموارد المالية السابقة.



أهداف النظام الصحي:

١. تحسين مستوى صحة الإنسان.
٢. الاستجابة لتوقعات المجتمع.
٣. ضمان العدالة في التمويل للتكاليف المترتبة على الصحة.

أنواع التأمين الصحي:

يمكن تصنيف التأمين الصحي وفق العديد من العوامل، ولعل أهمها ما يلي:

أ- التصنيف حسب الإلزام والاختيار:

- التأمين الصحي الإلزامي: أي أن الاشتراك فيه يكون ملزماً لجميع أفراد المجتمع، أو لفئات أخرى مثل الموظفين أو عمال الشركات أو تلاميذ المدارس أو غيرهم. وقد يشمل هذا النظام العاملين وحدهم، أو يمتد ليشمل أيضاً أسرهم (الزوجة والأولاد).
- التأمين الصحي الاختياري (الطوعي): ويقوم بهذا النظام مؤسسات حكومية وخاصة، ويتم شرح خواصه ومزاياه وتكلفته للأفراد قبل فتح باب الاشتراك، وقد يدير هذه النظم هيئات استثمارية أو غير استثمارية.

ب- التصنيف حسب استهداف الربح (استثمارية أو لا استثمارية):

- نظم التأمين الاستثمارية: تنشئ هذه النظم وتديرها شركات التأمين كأي نظام تأميني آخر، أي أن الشركة المديرة للنظام تتوخى استرداد إجمالي تكلفة الرعاية الصحية التي تقدمها للمشاركين، فضلاً عن التكاليف الإدارية ونسبة مقبولة من الربح. وحيث إن الهدف الأساسي لهذه النظم هو الربح تلجأ الشركات عادة إلى تحديد من يمكنهم الاشتراك في النظام، وتدرج قيمة الاشتراك حسب حجم الخطر المتوقع لكل منهم.
- نظم التأمين غير الهادفة للربح: تدير هذه النظم هيئات غير حكومية أو اجتماعية أو مهنية بفرض خدمة أفرادها وليس لغرض تحقيق الربح، ورغم ذلك فإنها بالطبع تخضع أيضاً للرقابة الحكومية كأي نظام تأميني آخر حتى لا يساء استخدامه.

ج- التصنيف حسب نوعية الخدمات:

تأمين الاستشفاء أي أن النظام لا يغطي المشترك إلا في حالة دخول المستشفى.

أو تأمين الحوادث أو إصابات العمل وما شابه ذلك، من التأمين الصحي يغطي الكوارث الصحية فقط.

نظم المعلومات:

نظم المعلومات هو: النظام الذي تحقق أجزاءه المترابطة أغراض تسجيل البيانات (المعطيات) وحفظها وإسترجاعها ، وتوفر المعلومات المناسبة للشخص المناسب في الوقت والمكان المناسبين من أجل صنع قرارات مناسبة.

المنظمات الدولية لإعتماد المرافق الصحية:

١. الهيئة المشتركة لإعتماد منظمات الرعاية الصحية.
٢. اللجنة الوطنية لضمان الجودة.
٣. الهيئة الدولية للمقاييس.
٤. جائزة " مالكولم بالدريج " الوطنية للجودة.
٥. المجلس الأسترالي لمقاييس الرعاية الصحية.
٦. الهيئة الوطنية (الفرنسية) لإعتماد وتقييم الخدمات الصحية.

المعايير المعتمدة من الهيئة المشتركة لإعتماد المؤسسات الصحية:

١. النشاطات المتعلقة بالمريض:
 - أ. حقوق المريض وآداب المؤسسة.
 - ب. تقدير وضع المريض.
 - ج. رعاية المريض (التخطيط، إيتاء الرعاية؛ استعمال الأدوية؛ التغذية؛ العمليات الجراحية... إلخ).
 - د. تثقيف المريض وأسرته.

٢. النشاطات المتعلقة بتنظيم المؤسسة الصحية:

- أ. تطوير الأداء التنظيمي.
- ب. القيادة داخل المؤسسة.
- ج. إدارة البيئة.
- د. إدارة الموارد البشرية (المهارات ، التدريب).
- هـ. إدارة المعلومات.
- و. الترصد والوقاية وضبط انتشار العدوى.

٣. النشاطات المتعلقة بالعمل التنظيمي:

- أ. حاكمية المؤسسة.
- ب. إدارة المؤسسة.
- ج. إدارة الجسم الطبي.
- د. إدارة فريق التمريض.

٤. المعايير المعتمدة من قبل الهيئة الدولية للمقاييس ios:

- أ. نظم إدارة الجودة.
- ب. المسؤولية الإدارية.
- ج. إدارة الموارد.
- د. تحقيق الإنتاج.
- هـ. التحليل ونظم التطوير.

الضمان الصحي التعاوني:

تعني كلمة (الضمان) الكفالة والالتزام-كما جاء في المعجم الوسيط، ورغم أن المصطلح المقابل في اللغة الانجليزية للضمان والتأمين هو مصطلح واحد للكلمتين Insurance إلا أن التأمين في اللغة العربية - كما جاء في المعجم الوسيط - هو عقد يلتزم أحد طرفيه، وهو المؤمن من قبل الطرف الآخر وهو المستأمن أداء ما يتفق عليه عند حلول أجل معين في نظر مقابل نقدي معلوم.

ومع هذا يظل المعنى متقارباً وإن كان المفهوم المصطلحي للضمان أكثر شمولية، وأعمق التزاماً. والفرق يتمثل في كلمة "التعاوني" فإذا كان التأمين تعاونياً في ذلك ينقل التأمين بعيداً عن مفاهيم الربحية التجارية إلى المفاهيم التكافلية التي لا تستهدف الربح، وإذا تحقق هامش ربحي فإنه يستثمر ويوزع على المشتركين.



أنواع التأمين الصحي في المملكة:

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

١. التأمينات الاجتماعية: وتقدم تأميناً ضد إصابات العمل للخاضعين لهذا النظام.
 ٢. التأمين الأهلي: ويقدم من خلال طرف ثالث وهو شركات التأمين.
 ٣. التأمين المباشر: " ونسميه مجازاً التأمين المباشر".
- ويتمثل في قيام بعض الشركات، أو المؤسسات بالتعاقد مباشرة مع المستشفيات للتأمين على منسوبيها صحياً.
- أو أن يقوم الأفراد بالحصول على تأمين صحي من المستشفى مباشرة مقابل مبلغ معين من المال.

أهداف تطبيق الضمان الصحي في المملكة:

١. تحقيق مبدأ التكافل الاجتماعي.
٢. توفير مصادر التمويل.
٣. غطاء صحي بمنهج إسلامي.
٤. ترشيد الأنفاق وتحسين الكفاءة.
٥. تطوير القطاع الصحي الخاص.
٦. توفير فرص عمل.
٧. توفير الخدمات الصحية بأسعار مناسبة.
٨. تحسين المؤشرات الصحية.
٩. تحسين المستوى الصحي للسكان.





المستشفى

نظراً لأهمية محاور المستشفيات وكثرتها في تخصص الإدارة الصحية، تم تخصيص فصل مستقل لها لحصرها داخل هذا الفصل، وذلك لتسهيل الوصول والاستذكار، علماً أن مواضيع المستشفيات تدخل تحت مظلة (الإدارة العامة)

التطور التاريخي للمستشفيات

المستشفيات في الحضارات القديمة

يعتبر الطبيب الإغريقي الشهير (أبو قراط) يعد أول من وضع أساسيات معالجة المرضى، في حين أنشأت الإمبراطورية الفارسية مستشفيات في مدنها الرئيسية لعلاج المرضى، وكانت تسمى (بيمارستانات) وهي كلمة فارسية تعني دار المرضى، كما أصبحت هناك مستشفيات متطورة في الهند، وفقاً لمعايير ذلك الزمان، وكانوا يطلقون عليها مسمى "السيكيستا".

فيما تتميز المستشفيات الحديثة بالتحول من التركيز على التتويج إلى التركيز على العيادات الخارجية، وإلى التركيز على ما يعرف بالرعاية المنزلية (Home Health Care) والمتمثلة في إيصال خدمات المستشفى إلى المريض في منزله، كما تميز المستشفيات العصرية بتطبيق مناهج إدارة الجودة الشاملة (T.Q.M) والجودة المستمرة (C.Q.I).

تعريف المستشفى:

عرفت الجمعية الأمريكية للمستشفيات: مؤسسة تحتوي على جهاز طبي منظم يتمتع بتسهيلات طبية دائمة تشمل أسرة للتتويج وخدمات طبية تتضمن خدمات الأطباء، وخدمات التمريض المستمرة لتقديم التشخيص والعلاج اللازمين للمرضى.

أما نظام المؤسسات الطبية الخاصة في المملكة العربية السعودية عرف المستشفيات: كل مكان يعد لإستقبال المرضى، والكشف عليهم وعلاجهم وتتويجهم فيه.

إنشاء وزارة الصحة:

بصدور المرسوم الملكي رقم (٨٦٩٧/٤/١١/٥) في ١٦/٨/١٣٧٠هـ الذي قضى بإنشاء وزارة الصحة وتعيين الأمير عبد الله الفيصل وزيراً للصحة، كأول وزير لوزارة الصحة.

كان المستشفى قديماً يعرف بحسب وظيفته التقليدية على أنه مكان لإيواء وإقامة المرضى. في حين أن المستشفى الحديث يمكن تعريفه على أنه عبارة عن : تنظيم إداري وصحي واجتماعي يهدف إلى توفير الرعاية الصحية الكاملة، سواء كانت وقائية أو علاجية أو تأهيلية لجميع أفراد المجتمع. كما أنه مركز مهم لإجراء البحوث الصحية والدراسات المسحية، وكذلك موقع مناسب لتدريب العاملين في المجال الصحي.

كما يؤكد ساعاتي (١٤٢٠هـ) بأن المستشفى الحديث يعد تنظيمياً طبيياً متكاملاً يستهدف تقديم الخدمة الصحية بمفهومها الشامل، وقاية وعلاجاً وتعليمياً طبيياً، إضافة إلى إجراء البحوث الصحية في مختلف فروعها.

عرفت منظمة الصحة العالمية (١٩٨٠م) المستشفى من منظور وظيفي على أنه: "جزء أساسي من تنظيم طبي واجتماعي، وظيفته تقديم رعاية صحية كاملة للسكان وقائية كانت أو علاجية، وتمتد خدمات عيادته الخارجية إلى الأسرة في بيئتها المنزلية، كما أنه أيضاً مركز لتدريب العاملين الصحيين وللقيام ببحوث اجتماعية حيوية".

كما أشار حرستاني (١٤١٠هـ) إلى أن: منظمة الصحة العالمية رأت أن التعريف السابق لا ينطبق على واقع كثير من مستشفيات البلدان النامية، لذلك فقد عرفته بأنه "مؤسسة تكفل للمريض الداخلي مأوى يتلقى فيه الرعاية الطبية والتمريض".

بينما عرفت مختار (١٤٢٤هـ) المستشفى الحديث على أنه: "نظام يضم موارد وإمكانات متعددة تتضمن إدارة واعية ذات كفاءة وجهاز طبي متخصص ومجموعة من الخدمات المساندة مثل التمريض والأشعة والتحليل وغيرها.

تصنيف المستشفيات:

يوجد العديد من التصنيفات المتنوعة للمستشفيات بحسب آراء العديد من المتخصصين في المجال الصحي وفي إدارة المستشفيات وفقاً للتصنيفات التالية (البواردي والمقرن ١٤٢٣هـ) و (النجار وآخرون، ١٩٨٤م):
أولاً – التصنيف وفقاً للملكية المستشفى: وتعتمد بشكل رئيسي على الجهة التي تملك المستشفى أو تشرف عليه، ويمكن أن تقسم إلى: المستشفيات الحكومية، التعليمية، العسكرية، الخاصة، والغير ربحية.

ثانياً – التصنيف وفقاً لحجم المستشفى: ويعتمد حجم المستشفى بشكل رئيسي على سعته السريرية، ويمكن أن تقسم المستشفيات إلى الأنواع التالية:

١. مستشفيات صغيرة الحجم (لا تتجاوز سعة المستشفى ١٠٠ سرير).
٢. مستشفيات متوسطة الحجم (السعة السريرية للمستشفى بين ١٠٠ و ٣٠٠ سرير).
٣. ومستشفيات كبيرة الحجم (تتجاوز سعة المستشفى ٣٠٠ سرير).

ثالثاً – التصنيف وفقاً لمدة الإقامة: وتعتمد بشكل رئيسي على المدة الزمنية التي يقضيها المريض داخل المستشفى ويمكن حسابها باستخدام متوسط مدة الإقامة، ويمكن تقسيمها إلى:

مستشفيات الإقامة الطويلة (الإقامة فيها أكثر من ٣٠ يوماً)،
ومستشفيات الإقامة القصيرة (مدة الإقامة للمريض أقل من ٣٠ يوماً).

رابعاً – التصنيف وفقاً لنوع الخدمة المقدمة: وتعتمد بشكل رئيسي على نوع الخدمة الطبية والمقدمة للمرضى في المستشفى، ويمكن تقسيمها إلى مستشفيات عامة ومستشفيات متخصصة أو مخصصة لفئات معينة من السكان مثال مستشفى الأطفال.

خدمات المستشفيات:

تُقدم المستشفيات العديد من الخدمات الصحية وتعتبر الخدمات العلاجية من أهم هذه الخدمات لإرتباطها المباشر بالمستفيد من الخدمة وهي المرضى، كما تعتبر تقديم الخدمة العلاجية من أهم الأهداف والوظائف.

تصنيف الخدمات الصحية للمستشفيات كالتالي:

أ. خدمات علاجية: موجهة للفرد، وترتبط بجميع الخدمات الطبية في مختلف التخصصات، سواء على مستوى المصالح الاستشفائية (الاستشفاء) أو مصالح الطب اليومي (العيادات الخارجية). بالإضافة إلى الخدمات المساعدة المتمثلة في: الأشعة والتحليل، وإلى جانب خدمات التغذية والنظافة والإدارة وغيرها.

ب. خدمات وقائية: تعمل هذه الخدمات على تسهيل أداء الخدمات العلاجية، فهي مُدعمة لها ويتمثل دورها في حماية المجتمع والبيئة من الأمراض المعدية والأوبئة، مثل: الرقابة الصحية على الواردات.

ج. خدمات إنتاجية: وتتضمن إنتاج الأمصال واللقاحات والدم كما تتضمن إنتاج الأدوية وأيضاً العتاد والأجهزة الطبية الأخرى.

د. خدمات الإرتقاء بالصحة: تركز هذه الخدمات على الإرتقاء بصحة الفرد من خلال العوامل غير الطبية، كالتركيز على أهمية الغذاء الصحي المتوازن، وأهمية الرياضة البدنية والراحة والنظافة الشخصية، والسلوك الصحي السليم للفرد.

تقدم المستشفيات خدماتها من خلال الأقسام التالية:

أولاً – العيادات الخارجية:

وتبرز أهمية العيادة الخارجية في أنها تقلل من التكاليف التشغيلية للمستشفيات والاستثمار الأمثل لموارد المستشفى المحدودة.

كما أن المريض لم يعد بحاجة للتتويج في المستشفى لإجراء الفحص الطبي وتلقي العلاج، لأنه يمكن أن يتلقى العلاج المناسب من خلال العيادات الخارجية للمستشفى.

ولضمان قيام العيادات الخارجية بدورها على الوجه الأمثل، ذكر حريستاني بعام (١٤١٠هـ) عدة أمور ينبغي أن تؤخذ بعين الاعتبار، وهي:

١. تقدير احتياجات العيادات الخارجية الأولية من الممارسين العاملين.
٢. تقدير عدد وحدات العيادات الخارجية.
٣. التنسيق مع رؤساء الأقسام الطبية وكذلك مع قسم التمريض بجدول المناوبات.
٤. الإشراف اليومي على أوقات تشغيل العيادات الخارجية وتنظيم نشاطات تسجيل المرضى.
٥. تلقي شكاوى المراجعين والعمل على إزالة أسباب الشكوى.

ثانياً: الأقسام الداخلية (التتويم):

وتكون للمرضى الذين يحتاجون لخدمات طبية وتمريضية وعناية سريرية لمدة تزيد عن ٢٤ ساعة، كما يُقدم لهؤلاء المرضى خدمات مكملة لخدمات العناية الطبية تسمى (الخدمات الفندقية) وتشمل خدمات التغذية والنظافة، وكذلك يقدم لهم الخدمات الاجتماعية والنفسية وغيرها (أبو زيتون، ١٩٩٩م). وتشمل الأقسام الداخلية العديد من الأقسام مثل أقسام:

الأمراض الباطنية الجراحية، الأطفال، النساء والولادة، القلب، الأعصاب، العظام، الجلدية، العيون، الانف والأذن والحنجرة، المسالك البولية.

ثالثاً – الطوارئ:

يُعد قسم الطوارئ من الأقسام المهمة في المستشفى لإرتباطه بالحالات الحرجة أو الطارئة للمرضى، ويقدم هذا القسم خدماته على مدار ٢٤ ساعة.

وحتى يقوم قسم الطوارئ بدوره المهم على الوجه الأكمل يجب مراعاة عدد من الأمور:

١. تأمين احتياجات قسم الطوارئ من القوى العاملة والأجهزة والمعدات والأدوية واللوازم الطبية.
٢. الاستفادة الكاملة من طاقات الأطباء والممرضات.
٣. تقويم الإجراءات الطبية المقدمة للمرضى الذين راجعوا القسم، كمراجعة أسباب الوفاة التي تحصل في القسم.
٤. الإشراف على فاعلية إجراءات استقبال الحالات الواردة وعلى إجراءات تسجيلها وفرزها وتقويم أولويات الرعاية الخاصة بهذه الحالات.
٥. وضع خطط الطوارئ الخاصة بالاستدعاء الفوري والعاجل للأطباء والممرضات والفنيين العاملين في المستشفى في الحالات الطارئة.



خصائص المستشفى:

١. تعدد الوظائف التي يقوم بها المستشفى وتعقدتها.
٢. تعدد الفئات العاملة بالمستشفى.
٣. ازدواج خطوط السلطة.
٤. صعوبة التنبؤ بحجم العمل.
٥. صعوبة تقييم نشاط المستشفى.
٦. خصوصية طبيعة العمل بالمستشفى.
٧. صعوبة تطبيق اللوائح والقوانين.
٨. التنظيمات غير الرسمية.

سمات المستشفى:

١. منظمة صحية بالغة التعقيد.
٢. التخصص الدقيق لأنشطتها.
٣. كبر حجم المنظمة.
٤. كبر عدد العاملين بها.
٥. استخدام أساليب تقنية ومعارف متنوعة.
٦. يتطلب تكاليف عالية لتشغيلها.

سمات المستشفيات في العصر الحديث:

١. التركيز على العيادات الخارجية والرعاية المنزلية.
٢. عمليات اليوم الواحد.
٣. عمليات المناظير.
٤. استخدام الليزر.
٥. استخدام الطب الاتصالي.
٦. الميكنة البشرية.
٧. تطبيق الأساليب الإدارية الحديثة.

تصنيف المستشفيات من حيث العمومية والخصوصية:

١. المستشفى العام.
٢. المستشفى التخصصي.

تصنيف المستشفيات من حيث ملكيتها:

١. المستشفى الحكومي: عام، عسكري، جامعي.
٢. المستشفى الخاص.
٣. المستشفى الخيري: الربحي، غير الربحي.

تصنيف المستشفيات من حيث السعة السريرية:

١. مستشفى صغير (١٠٠ سرير فأقل).
 ٢. مستشفى متوسط (١٠٠ - ٥٠٠ سرير).
 ٣. مستشفى كبير (٥٠٠ فأكثر).
- ## تصنيف المستشفيات من حيث تخصص المستشفى:

١. تخصص في علاج جزء معين من الجسم.
٢. تخصص في علاج مرض معين.

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

١. مجلس الإدارة أو مجلس الأمناء في قمة التنظيم.
٢. المدير الطبي أو كبير الأطباء.
٣. المدير الإداري والمدير التنفيذي.

مبادئ التنظيم:

١. التخصص.
٢. تقسيم العمل.
٣. نطاق الإشراف.
٤. وحدة القيادة.
٥. التنسيق.
٦. تفويض السلطة.

المجلس الطبي:

يتولى رئاسة المجلس المدير الطبي للمستشفى، ويجتمع المجلس الطبي بشكل دوري كل شهر، ولا يعتبر الاجتماع قانونياً إلا بحضور نصف الأعضاء على الأقل.

وظائف المستشفيات:

١. تقديم الخدمة العلاجية.
٢. العيادات الخارجية، الطوارئ، التنويم، العمليات.
٣. الوقاية من الأمراض.
٤. التعليم والتدريب.
٥. إجراء البحوث الصحية.

أساليب وأنواع تشغيل المستشفيات في المملكة:

١. التشغيل الذاتي.
٢. التشغيل عن طريق التعاون الشئائي.
٣. التشغيل الطبي الجزئي.
٤. التشغيل الشامل.
٥. التشغيل الكامل.

الهدف الرئيسي لإدارة المستشفيات:

توفير رعاية صحية عالية الجودة بأقل تكلفة ممكنة للمستفيدين.

طبيعة الإدارة في المستشفى:

المستشفى يختلف عن أي منظمة أخرى، حيث يتميز بالتالي:

١. كثرة المجالس واللجان.
٢. تنظيم تخصصي، فئات عاملة متنوعة في تخصصاتها.
٣. تعمل على مدار الساعة.
٤. تتعلق بالحياة والموت وإنقاذ أرواح البشر.
٥. يوجد به سلطتين: طبية وإدارية.
٦. تكاليف تشغيلها عالية جداً.



قياس كفاءة استخدام المستشفيات:

يحتاج القائمون على أي مستشفى إلى قياس كفاءة أداء المستشفى لمعرفة مدى سلامة مسيرة المستشفى في تحقيق أهدافها، ومدى حسن استخدامها لمواردها المادية والبشرية.

وهناك مؤشرات تستخدم لقياس أداء المستشفى، أهمها ما يلي:

١. معدل دوران السرير - عدد حالات الدخول
٢. عدد حالات الخروج - معدل دوران السرير
٣. معدل التعداد اليومي - حالة الخروج
٤. فترة خلو السرير - عدد أيام العلاج
٥. معدل إشغال الأسرة - حالة الخروج
٦. متوسط مدة الإقامة - معدل الوفيات

أهداف قياس كفاءة أداء المستشفى:

١. التأكد من سلامة مسيرة المستشفى لتحقيق أهدافها، ومن حسن استخدامها لمواردها المادية والبشرية.
٢. التخطيط الصحي لخدمات المستشفى المستقبلية.
٣. تحديد أولويات خدمات المستشفى.
٤. مقارنة كفاءة المستشفى بالمستشفيات الأخرى.
٥. قياس المستوى الصحي العام للمجتمع.

التنظيم الإداري في المستشفيات:

التنظيم: هو عملية إعداد وترتيب المستشفى لتحقيق أهدافها بدرجة عالية، وذلك بتقسيمها إلى وحدات إدارية لكل منها إمكانيات مادية وبشرية محددة، وتنسيق العلاقة بين أنشطتها لتحقيق أهداف المستشفى.

عناصر التنظيم الإداري للمستشفيات:

١. تحديد الوظائف والموظفين.
٢. تكوين الوحدات الإدارية.
٣. تدرج السلطة.
٤. تكوين قطاعات العمل.



مبادئ التنظيم الإداري:

١. التخصص.
٢. تقسيم العمل.
٣. نطاق الإشراف.
٤. وحدة القيادة.
٥. التنسيق.
٦. تفويض السلطة.

أنواع التنظيم:

١. التنظيم الرسمي.
٢. التنظيم غير الرسمي.

التكوين التنظيمي للمستشفيات:

١. مجلس إدارة المستشفى.
٢. المجلس الطبي.
٣. أقسام المستشفى:
 - أ. الأقسام الطبية.
 - ب. الأقسام الطبية المساعدة.
 - ج. الأقسام الإدارية والمالية.

التنسيق في المستشفيات:

تعريفه: " هو جهد مشترك وتعاون منظم يستهدف تحقيق هدف معين " .
أهدافه:

١. التوفيق بين جهود أقسام المستشفى.
٢. إزالة التفاوت بين الموظفين.
٣. خلق روح العمل المشترك والفريق الواحد.
٤. تفسير وإيضاح الأهداف والأنظمة والقرارات.



أنواع التنسيق في المستشفيات:

١. التنسيق الرأسي.
٢. التنسيق الأفقي.

وسائله:

١. الاجتماعات.
٢. أقسام التنسيق.
٣. اللجان.
٤. القرارات والاتصالات الإدارية.

القيادة في المستشفيات:

” هي القدرة على التأثير على الآخرين وخلق حوافز العمل والإبداع لديهم لتحقيق أهداف المستشفى ”.

واجبات مدير المستشفى:

١. القيام بوظائف الإدارة التي تشمل التخطيط والتنظيم والقيادة والرقابة.
٢. توفير المناخ الملائم لتحقيق أهداف المستشفى.
٣. السعي لتوفير احتياجات العمل في المستشفى.
٤. الاهتمام بالمرضى والحرص على رضاهم وزيارتهم.
٥. التفاعل مع البيئة الخارجية للمستشفى (المجتمع).

الهيكل التنظيمي:

يُعرف الهيكل التنظيمي على أنه "الإطار العام" الذي يحدد من في التنظيم لديه السلطة على من؟ ومن في التنظيم مسؤول أمام من؟ وهو على ذلك يتركب من مجموعة من المراكز والوحدات الإدارية ذات السلطات والمسؤوليات التنظيمية المحددة، مع إيضاح خطوط الاتصال وإتجاهات العلاقات بين الأفراد شاغلي تلك المراكز".

وبتعبير آخر، الهيكل التنظيمي هو "الإطار النظامي الذي من خلاله يتحدد من يعمل ماذا، ومتى وكيف ومع من؟".

ويتم بناء الهيكل التنظيمي للمستشفى بالأخذ في الحسبان العناصر التالية:

- حجم المستشفى: عدد الأسرة، عدد العاملين، حجم الإمكانيات المادية....إلخ.
- درجة تعقيد المستشفى: النشاطات الممارسة، حجم التقنية المتوفرة (مادية وبشرية).
- عدد الإداريين داخل المستشفى ونطاق مسؤولياتهم.

أنواع الهيكل التنظيمي:

تأخذ الهياكل التنظيمية في المستشفى أشكالاً مختلفة، ومن أهمها ما يلي:

أ. الهيكل التنظيمي الرسمي:

وهو أكثر الأنواع شيوعاً وبساطة، إذ يتمثل المدير برأس الهيكل التنظيمي الذي تنحصر في يده السلطة والصلاحيات دون بقية المستويات الأدنى، ويبرز هذا النمط في المستشفيات الصغيرة أكثر مما هو عليه في المستشفيات الكبيرة.

ويتميز الهيكل التنظيمي الرسمي بما يلي:

1. تقسيم العمل لضمان تحقيق كفاءة التشغيل.
2. تفويض السلطة.
3. محدودية نطاق الإشراف.
4. سيادة مبدأ وحدة الأمر أي أن لكل مرؤوس رئيس واحد.

ب. الهيكل التنظيمي الوظيفي:

ويقوم على مبدأ التخصص وتقسيم العمل في مختلف الوحدات الإدارية العاملة في المستشفى، على أن يتوافق مع إعماده سيادة التعاون والانتماء للمستشفى، لإنجاز الأعمال الموزعة على كافة الاختصاصات الوظيفية فيها.

حيث يجري تجميع الأنشطة المتشابهة تحت دائرة واحدة وتحت مدير واحد، فعلى سبيل المثال: يتبع لدائرة خدمات التمريض كافة أنشطة التمريض في المستشفى، ويتحمل مدير خدمات التمريض المسؤولية الكاملة عن هذه الدائرة.

ج. الهيكل التنظيمي الرأسي الاستشاري:

يمثل هذا الهيكل مزيجاً متداخلاً من النوعين السابقين على أساس إيجاد هيئة استشارية ضمن الهيكل التنظيمي تُقدم المشورة والرأي للمدير وخاصة في المستشفيات الكبيرة التي تعتمد الهيكل الرأسي في تنظيمها، وبالتالي لا يكون المدير لوحده مسؤولاً ومحتكراً لسلطة الإدارة العليا.

د. الهيكل التنظيمي المصفوفي:

وهو مزيج من التنظيم الرأسي والأفقي يقوم على أساس تجميع الأنشطة المختلفة في المستشفى بوحدات عمل مستقلة (مشروع) تُوكل إليه مهمة إنجاز عمل معين، أو واجبات محددة في مجال تخصصه، فلو تأخذ مثلاً ممرضة في قسم التمريض تربطها علاقة برئيس قسم التمريض (علاقة رأسية)، وعلاقة بالطبيب المختص المشرف على مشروع العلاج أو الفحص، فإن هذا يولد علاقة متقاطعة في مجملها تسمى "بالمصفوفة".

هـ. الهيكل التنظيمي غير الرسمي:

وهو هيكل تنظيمي يعكس طبيعة العلاقات غير الرسمية في المستشفى، تعززها حقيقة التفاعلات الإنسانية الحاصلة داخل المستشفى، وبالتالي فإن وجودها قد يعكس الحالة السلبية أو الإيجابية مع مسار عمل المستشفى، مما يستوجب من إدارة المستشفى التفاعل مع هذه العلاقات بإتجاه تسخيرها لخدمة أهداف المستشفى بدلاً من جعلها متعارضة معها.

مؤشرات تقييم أداء المستشفى:

تحتاج المؤسسات الصحية إلى مؤشرات معينة لقياس ومعرفة مستوى الأداء المحقق، بهدف معرفة التقدم الحاصل في أعمالها، ويشترط في هذه المؤشرات أن تكون دقيقة وواضحة. ويمكن إجمال هذه المؤشرات في ثلاثة مجموعات رئيسية، والتي تتفرع منها مقاييس مختلفة، كما يلي:

مؤشرات تقييم الأداء الخاصة بالكادر الصحي في المستشفى: وتشمل المؤشرات الفرعية التالية:

أ. عدد الأسرة/طبيب: أي نصيب الطبيب الواحد من الأسرة في المستشفى، وزيادة عدد الأسرة للطبيب الواحد تعني تدني الخدمات الصحية في المستشفى والعكس صحيح، والمستوى المقبول عالمياً هو أربعة أسر لكل طبيب.

ب. عدد الأسرة/ممرض: نصيب الممرض أو الممرضة من أسرة المستشفى، ونقصان عدد الأسرة يرفع من مستوى الخدمة المقدمة للمرضى، والعدد المعمول به هو سريران لكل ممرض أو ممرضة.

ج. عدد الأسرة/صيدلي: لا يقتصر تطبيق مؤشر عدد الأسرة على الأطباء والممرضين فحسب وإنما أيضاً على الصيادلة، والعدد المقبول هو (١٠٠ سرير) لكل صيدلي وأي نقص عن هذا العدد يعني تدني أداء المستشفى.

د. عدد الأسرة/أخصائي التغذية وأخصائي التحليل المختبري: تولي المستشفيات الحديثة هذا المؤشر الاهتمام المناسب، وتحرص على توفير (١٠٠ سرير) لكل أخصائي من النوعين لأهميتهما في المستشفى.

هـ. عدد الأسرة / موظفي الخدمة الاجتماعية: تهتم أغلب المستشفيات كذلك بهذا المؤشر الذي يفترض أن يصل إلى (٧٠/١) والمعيار نفسه على أخصائي العلاج الطبيعي.

و. **عدد الأسرة/الموظفين:** تشمل فئة الموظفين جميع الأفراد العاملين في إنجاز المهام الإدارية في المستشفى، ويفترض أن يساوي عدد الموظفين عدد الأسرة، فالمستشفى الذي يضم (٣٠٠ سرير) مثلاً يفترض أن يعمل فيه (٣٠٠ موظف)، وأي خلل في هذه المعادلة ينعكس سلبياً على أداء المستشفى.

ز. **معدل المراجعين إلى العيادة الخارجية:** يؤشر هذا المعيار مدى استغلال الطاقات البشرية على نحو سليم، بحيث يصبح لكل طبيب (٢٠ مريضاً) من مرضى العيادة الخارجية حسب المقاييس العالمية المعروفة، ويشير ارتفاع هذه النسبة إلى تدني أداء المستشفى والنعكس صحيح، ويحسب هذا المعدل بالمعادلة التالية:
معدل المراجعين إلى العيادة الخارجية = مجموع عدد المرضى المراجعين إلى المستشفى - (مجموع المرضى الراقدين + مجموع مرضى قسم الطوارئ).



تعتبر هندرة نظم العمل أو إعادة البناء من أحدث المفاهيم، والمداخل، والأساليب الإدارية، لتحسين وتطوير الأداء، سواء في المنظمات الحكومية أو الأهلية الخاصة، حيث بدأت في الظهور مع مطلع التسعينات الميلادية في منظمات الأعمال، ويعد " مايكل هامر " : أول من استخدم مصطلح " الهندرة " .

تعريف الهندرة:

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

الهندرة على أنها: "إعادة أساسية للتفكير وإعادة تصميم عمليات الأداء لتحقيق تطورات كبيرة في مقاييس الأداء العصرية مثل: التكلفة، والسرعة، والجودة، ومستوى الخدمة".

تعني الهندرة : البدء من البداية، وإعادة البناء من جديد، وإعادة النظر في النظم والإجراءات الأساسية، وإعادة تطويرها بصورة جديدة مختلفة، وإعادة تصميم طرق وأساليب العمل، أي أن التغيير يُعد جذرياً.

عناصر الهندرة:

1. إعادة نظر أساسية: النظر في أسلوب العمل المتبع ومراجعة ما يقوم به من عمل، ولماذا يقوم به؟ وهل هذا العمل ذو قيمة للعملاء والمؤسسة؟ وهل يمكن أداءه بطريقة أفضل؟
2. إعادة تصميم جذرية: تتضمن الهندرة حلولاً جذرية لمشاكل العمل الحالية.
3. نظم وأساليب العمل: يتم دراسة وهندرة العملية بأكملها، ابتداءً من إستلام طلب العميل حتى إنجاز الخدمة المطلوبة.

مزايا الهندرة:

1. توفير كافة المعلومات اللازمة لإنجاز العمل، وجعلها في متناول كل من يحتاج إليها بسرعة وسهولة.
2. تقديم الخدمة وإنجاز العمل عند طلبه، وبشكل سريع.
3. تحول الهياكل التنظيمية من الشكل الهرمي إلى الشكل الأفقي.
4. التركيز على النتائج وليس الأنشطة.
5. تطبيق مفهوم الموظف الشامل، وتقليص التخصص إلى حد كبير.
6. تطوير أساليب العمل باستخدام وسائل تقنية المعلومات الحديثة.
7. تبسيط عملية إتخاذ القرارات لتمكين موظفي مواجهة الجمهور من خدمة العملاء بشكل أفضل وأسرع.



الشؤون المالية

(نسبة التركيز ١٢ %)

المبدأ العام هو: أنه يمكن النظر إلى أي مؤسسة من الناحية التنظيمية على أنها تتألف من مجموعتين كبيرتين الأولى: وهي إدارة العمليات، ويتولى مسؤولياتها مدير العمليات. والثانية: وهي الإدارة المالية والإدارة، ويتولى مسؤولياتها المدير المالي. وهكذا يبدأ التنظيم بغض النظر عن كوننا نعمل على تنظيم العمل في مستشفى، أو شركة هندسية، أو مصنع، أو جامعة، إلخ....

إن أهمية هذا المبدأ هو: أنه نقطة الارتكاز في العمل التنظيمي، حيث يتوجب أن ينشأ تبعاً له توازن بين مسؤوليات وصلاحيات إدارة العمليات، والإدارة المالية، للمؤسسة المعنية، ما يفترض وجود ضوابط داخلية مهمة تفعل وتضبط طريقة عمل المؤسسة.

وهكذا تبدو الإدارة المالية العنصر الثابت في المؤسسات مهما اختلفت أوجه نشاطاتها وأشكالها القانونية، فهي الشريك الدائم لأي إدارة مهما كانت طبيعة عملياتها، وعليه فإن الثالوث الأساسي في التنظيم الإداري يتألف من المدير العام، والمدير المالي، ومدير العمليات.

دور الإدارة المالية الحديثة:

1. دراسة وتحليل نموذج العمل للمؤسسة الذي يركز على الخدمات والنشاطات الإنتاجية التي تقوم بها المؤسسة.
2. أما المهمة الثانية للإدارة المالية فهي تشمل: دراسة كلفة إنشاء كل خدمة، وطريقة التمويل الأفضل لإنشاء تلك المراكز المنتجة، بما في ذلك من دراسات الجدوى لتحديد كلفة الخدمة وتسعيها.
3. بعد إعداد النموذج المالي الذي يساعد الإدارة على احتساب توقعات أعمال ونشاطات ونتائج المؤسسة يأتي دور الإدارة المالية في تنظيم وإعداد الحسابات والبيانات المالية، والتي تعكس نتيجة أعمال المستشفى موزعة على الإنتاج والتكلفة.
4. وتشمل وظيفة الإدارة المالية إدارة مصادر تمويل العمليات من رأس مال واقتراض، بما فيها من تحسب للكثير من المتغيرات، كالتأخير في قبض المستحقات.
5. كذلك فإن عمل ووظيفة الإدارة المالية لا يتوقفان عند تحقيق الأعمال المذكورة أعلاه، بل هما عمل مستمر في دراسة وتحليل تكاليف الخدمات مما يؤدي إلى اعتماد بدائل أقل كلفة تمكن المؤسسة من الاستمرارية بالمنافسة.



الموارد البشرية (نسبة التركيز ١٠ %)

مقدمة:

يتم تقديم الخدمات الصحية بشكل صحيح فقط إذا تم توظيف العدد المناسب من العاملين المدربين بشكل جيد.

فالعنصر البشري هو: الحافز الذي يؤدي إلى تحويل الموارد الأخرى إلى مخرجات.

ويعتمد نجاح المنظمة لدرجة كبيرة على جودة وجهود العاملين بها.

وفي الحقيقة فإن الموارد البشرية هي: الممتلكات الأكثر أهمية في المنظمة وبدونهم تكون خاملة.

وعندما تكون الموارد البشرية غير مناسبة أو غير مطابقة لإحتياجات المنظمة، فإن نتائج العمل تكون أقل من المتوقع ويتأثر المردود والفعالية بشكل سلبي.

تعريف الموارد البشرية:

هي العملية الخاصة بإستقطاب الأفراد "الموظفين" وتطويرهم والمحافظة عليهم في إطار تحقيق أهداف المنظمة وتحقيق أهداف العاملين.

مفهوم إدارة الموارد البشرية يقوم على اعتبار أن الفرد هو أصل استثماري هام من أصول المنشأة، وأن

إدارة الموارد البشرية شريك هام في التخطيط الاستراتيجي الشامل.

أهمية إدارة الموارد البشرية تأتي من النقاط التالية:

١- قدرة إدارة الموارد البشرية على إستقطاب أفضل العناصر البشرية لشغل الوظائف الشاغرة والذي

سينعكس بدوره على الانتاجية والربحية.

٢- قدرة المنظمة على توفير المناخ التنظيمي الصالح للعمل من حيث التحفيز، ودفعهم للعطاء والإنتاجية.

٣- المعالجة الفورية للمشاكل المحتملة في مجال التعيين وتقويم الأداء والتدريب والترقيات ستوفر تكاليف

محتملة ناتجة عن سرعة دوران العمل أو زيادة معدلات الغياب، وإنخفاض الإنتاجية.

٤- توفير تكاليف باهظة في قضايا قانونية يلجأ إليها الموظف في حالات الفصل، عدم منح العلاوة أو

التجاوز في الترقيات.

رسالة واستراتيجيات الموارد البشرية:

رسالة إدارة الموارد البشرية هي التأكيد على استخدام الطاقات بأقصى قدر ممكن من خلال تنفيذ

استراتيجيات بناءة في مجال الإختيار والتعيين والتطوير والمحافظة على الموارد البشرية وعلاقات الموظفين".

وعلى ضوء هذه الرسالة Mission يمكن بلورة الاستراتيجيات بعيدة المدى لإدارة الموارد البشرية لتحقيق

الهدف المقصود.

أهداف إدارة الموارد البشرية:

غالباً ما تنطوي تحت هدفين أساسيين:

أ- الكفاءة Efficiency.

ب- العدالة Equity.

أولاً: الكفاءة:

هي العلاقة بين مدخلات العمليات الإنتاجية والمخرجات أو ما يسمى Input-output Ratio.

ومدخلات الإنتاج هي: المواد الخام الآلات، التقنية، المعلومات، الموارد البشرية.

المخرجات هي: المنتجات أو الخدمات.

• تتحقق الكفاءة كلما كانت قيمة المخرجات أكبر من قيمة المدخلات.

ثانياً: العدالة: يقصد بها: الاجراءات والقرارات الخاصة بالتعامل مع الموارد البشرية:

المهارات المطلوبة لإدارة الموارد البشرية:

تصنف المهارات اللازمة لعمل المديرين إلى ثلاثة أقسام:

١. المهارات الفنية: تختص بطبيعة العمل وتؤثر في مستوى أداء الفرد مثل: استخدام الآلات ومعرفة أجزائها

وطريقة تشغيلها وتوقيفها، الطباعة، البرمجة والتدقيق المالي.

٢. المهارات السلوكية: مثل: مهارات الإتصال، حل الصراعات، التفاوض وتكوين العلاقات الاجتماعية

والتحفيز.

٣. المهارات الفكرية: وتتضمن القدرة على التفكير المنطقي العقلاني، والقدرة على التنبؤ، ومهارة اتخاذ

القرارات.

تشتمل إدارة الموارد البشرية على:

- إعداد الوصف الوظيفي.
- تحليل العمل بدقة.
- تصنيف العمل والتوظيف.
- اختيار المرشحين.
- تدريب الموظف الجديد.
- عملية تقييم العامل.
- شروط إنهاء العقد.
- المنافع والحوافز والأجور أو الرواتب.
- نظم الشكوى والتظلم.
- نظم تحفيز الموظف.

الفرق بين إدارة الموارد البشرية وتنمية الموارد البشرية:

إدارة الموارد البشرية:

هي العملية الخاصة بإستقطاب الأفراد وتطويرهم والمحافظة عليهم في إطار تحقيق أهداف المنظمة وتحقيق أهداف العاملين.

تنمية الموارد البشرية: تدل على حركية مستمرة وتطوير دائم للعاملين بالمنظمة.

أهم ما يجب أن يتميز به القائد أو مدير إدارة الموارد البشرية:

١. القدرة على إتخاذ القرار وتحمل مسؤوليته.

٢. القدرة على إيجاد الثقة بينه وبين موظفيه:

حيث أن خلق الثقة بين الموظفين يجعلهم يعملون في بيئة مريحة لنفسياتهم ويشعرون فيها بالأمن الوظيفي مما يجعلهم يُنفذون ما يطلب منهم بسرعة وذلك دافع لزيادة الإنتاجية.

٣. العمل ضمن فريق حيث أن القائد الماهر هو الذي يستطيع العمل ضمن فريق يكون هو قائده وموجهه مما يمنع وجود التكتلات غير الرسمية والأحقاد الوظيفية.

٤. اعتماد أسلوب المشاركة:

وذلك لدفع إحساس الموظفين أنهم مُهمين وأن آراءهم ذات قيمة بالعمل.

٥. الأخلاق العالية فكلما ارتقت أخلاق الفرد كان تعامله أفضل مع البشر.

٦. سعة الإطلاع والرؤية حيث التعلم والثقافة العالية تثري المعرفة وتزيد الخبرة مما يساعده في وضع الخطط وحل المشكلات كما تساعده في إبداء آرائه بما يفيد الإدارة العليا فيما يخص الموظفين ومستقبلهم الوظيفي ومستقبل الإدارة.

٧. القدرة على الإتصال والتواصل مع الموظفين حيث يكون الإتصال واضح وقنوات الإتصال مفتوحة فيكون إنجاز الأعمال بصورة سريعة وواضحة.

٨. القدرة على التخطيط ورسم السياسات حيث الإدارة الناجحة هي القائمة على خطة واضحة وصحيحة المعايير.

٩. معرفة نظام الحوافز والمكافآت:

أن يكون مُلم بنظام الحوافز والمكافآت ومتى يجب أن تكون وكيف تكون وقادر أيضاً على وضع الخطة التفصيلية السنوية لنظام الحوافز والمكافآت ضمن إطار الميزانية المخصصة لإدارة الموارد البشرية دون أن يكون هنالك إنقاص أو إضرار بأي بند أو قسم من أقسام الإدارة الأخرى سواء في جانب التعيين أو التوظيف.



إدارة الجودة
(نسبة التركيز ١٠%)

لقد حدث تطور في مفهوم الرعاية الصحية من علاج المريض في مكان تقديم الخدمة إلى ضمان صحة الإنسان في مكان معيشته وعمله وفي البيئة التي يتواجد فيها وكذلك قد واجهت المنشآت الصحية ضغوطاً مختلفة على سبيل المثال: إرتفاع تكاليف المعدات والأجهزة الطبية وزيادة الطلب على مختلف الخدمات الصحية الحديثة.

وقد صاحب هذه الزيادة في الطلب زيادة أخرى في الإهتمام بتلبية احتياجات العملاء وتوقعاتهم وإرتفاع حدة التنافس بين المنشآت الصحية المماثلة، وإنتشار الأخطاء الطبية وزيادة نسبة الشكاوى القانونية ضد المنشآت الصحية بسبب سوء الممارسة الطبية وكذلك غياب المعايير والمقاييس الصريحة والموضوعة لتقويم كفاءة وفاعلية الأداء الإداري والإكلينيكي على حد سواء.

ومع هذه الزيادات الكمية والنوعية في نمط تقديم الخدمة الصحية ووجود جهات متعددة تُقدم هذه الخدمات الصحية سواء كانت حكومية أو خاصة فقد صار ضرورياً وضع آلية لضمان أن الخدمات الصحية تُقدم بشكل مُتقارب والصحيحة تُحقق الغاية المرجوة منها على إختلاف الجهات التي تُقدم تلك الخدمات وإختلاف مكان وزمان تقديمها وهكذا نظام الإعتماد ووضعت معايير الرعاية الصحية.

على ضوء ما سبق فهذه محاولة لوضع بُنة صغيرة تُضاف إلى بُنات الإداري لضبط العملية الإدارية للمستشفيات ولقياس المُخرجات الكمية والنوعية المترتبة على مُختلف النشاطات التي تقوم بالمستشفى وهذا الموضوع واسع الجنبات متعدد الزوايا والإتجاهات يحتاج إلى التطوير الدوري على ضوء المُستجدات العالمية ونتائج التطبيق العلمية نسأل الله العلي القدير أن يوفقنا إلى جهاد علمي مُبارك وأن يرزقنا الإخلاص والتوفيق والقبول.

قال تعالى: (من عمل صالحاً من ذكر أو أنثى وهو مؤمن فلنجزيه حياً طيباً ولنجزينهم أجرهم بأحسن ما كانوا يعملون). (النحل، آية ٩٧) إنه خير مسؤول.

مفهوم الجودة:

يرى البعض أن مصطلح الجودة يعني مفهومين اثنين كلاهما مرتبط وثيقاً بالآخر.

- المفهوم الأول: يرتبط بالخدمة والمنتج نفسه، حيث ينظر هذا المفهوم إلى الجودة من حيث مطابقة الخدمة أو المنتج للمواصفات المحددة له حيث يمكن تحديد مواقع الخطأ وإصلاحها أو تفاديها قبل تقديم الخدمة أو المنتج للمستهلك.
- المفهوم الثاني: يرتبط بالعلاقة بين المستفيد وبين الخدمة أو المنتج حيث يرى أصحاب هذا المفهوم أن الجودة هي مدى مُلائمة المنتج أو الخدمة للغرض الذي أنتجت من أجله. وهذا المفهوم يُعد أمراً ملحاً في جميع الحالات وخاصةً، الخدمة أو المنتج قد تكون مطابقة للمواصفات المحددة ولكنها لا تجد من يطلبها.

ويتفق هذا المفهوم مع ما ذكره " جونسون " في تعريفه للجودة بأنها: القدرة على تحقيق رغبات المستهلك بالشكل الذي يتطابق مع توقعاته ويحقق رضاه التام عن السلعة أو الخدمة التي تُقدم إليه.

ويُعتبر تعريف " جوران " من أبسط مفاهيم الجودة حيث يُعرفها بأنها: (الملائمة للإستخدام).

أما " كروسبي " فقد عرفها على (أنها مدى مطابقة السلعة أو الخدمة للمواصفات).

كما حدد (جوتشروكويف) مفهوم الجودة بأنه تلبية احتياجات العملاء بأقل تكلفة ممكنة.

من خلال التعاريف السابقة تجد أنه: لا يوجد تعريف واضح ومحدد لكلمة (الجودة)، حيث أن مفهومها يتغير بتغير الفرد والذي يقوم بتحديد.

ولكن هناك أفكاراً مُتشابهة ومتداخلة بين هذه التعريفات المتعددة والمختلفة يمكن حصرها:

● الجودة تتطلب إتقان السلعة أو الخدمة عند تقديمها والحرص على تحقيق توقعات المستهلك وبأقل تكلفة ممكنة.

● الجودة تُقاد بواسطة المستهلك والمنتفع بالخدمة فعلى المنظمات أن تحدد ماذا يريد المستهلك حتى تستطيع أن تُحدد العمليات اللازمة لإشباع تلك الحاجات.

● الجودة عملية تتصف بالإستمرارية لتحسين وتطوير مراحل العمل.

● يُمكن تطبيق الجودة على السلع والخدمات والأفراد.

ويُمكن القول بأن إدارة الجودة الشاملة هي:

أحد أبرز المفاهيم الإدارية التي تعمل على إحداث تغييرات جذرية في أسلوب عمل المنظمة وأهدافها بهدف إجراء تحسينات شاملة في جميع مراحل العمل بالشكل الذي يتفق مع المواصفات المحددة والمتفقة مع رغبات العملاء في سبيل الوصول فقط إلى إرضاء العملاء أو إسعادهم وإنما إلى إبهارهم.

تعريفات الجودة **What is QUALITY**:

١- فعل الشيء الصحيح بالطريقة الصحيحة من أول مرة وبشكل أفضل في كل مرة.

٢- التمشي مع المعايير والأداء الصحيح بطريقة آمنة مقبولة من المجتمع بتكلفة مقبولة بحيث تؤدي إلى إحداث تأثير على نسبة الحالات المرضية ونسبة الوفيات والإعاقة وسوء التغذية.
(منظمة الصحة العالمية).

٣- جودة الرعاية الصحية تتلخص في تطبيق العلوم والتقنيات الطبية بأسلوب يُحقق أقصى إستفادة للصحة العامة دون زيادة التعرض للمخاطر وعلى هذا الأساس فإن درجة الجودة تُحدد بمدى أفضل موازنة بين المخاطر والفوائد... (د. اباديان).

تعود جذور الإدارة بالجودة الشاملة إلى حلقات الجودة التي ظهرت مبادئها في اليابان عقب الحرب العالمية الثانية.

وتُعد مؤسسة المستشفيات الأمريكية أول من أدخل نظام TQM إلى القطاع الصحي في عام ١٩٨٧م.

فوائد الجودة الشاملة بالمستشفيات:

١. جودة الخدمات الصحية.

٢. رضا العميل.

٣. رفع معنويات العاملين.

أبعاد الجودة:

الجودة مفهوم شامل ومتعدد الأوجه، ولها عدة أبعاد تتفاوت بالأهمية حسب البيئة المحيطة. هذه الأبعاد تتلاءم مع الرعاية السريرية، والخدمات الإدارية والخدمات المساعدة وتشمل:

- الكفاءة الفنية:

تعني المهارات، والقدرات الفنية والأداء الفعلي الصحيح والثابت لمقدمي الخدمات الصحية والإداريين والكوادر المساعدة، وتُقاس الكفاءة الفنية بمدى مطابقتها الأداء الفني للمعايير والمواصفات الفنية المطلوبة.

- سهولة الوصول للخدمات:

يُعتبر هذا من أهم الأبعاد، سهولة الوصول للخدمات تعني عدم وجود عوائق (جغرافية مادية اجتماعية) عادات وتقاليد (مؤسسية أو لغوية) تحول دون الوصول للخدمة.

- الفعالية:

تقييم الفعالية نجيب على السؤال التالي: "هل هذا الإجراء أو العلاج المطبق بطريقة صحيحة أعطى النتائج المرجوة؟" ويُقاس بقسمة النتائج / المدخلات.

- العلاقة بين الأفراد:

يقيس هذا البعد التفاعل بين المراجعين والفريق الصحي، وكذلك بين الإداريين والفريق الصحي، وبين الفريق الصحي والمجتمع.

إن العلاقات الجيدة تبعث على الثقة والمصادقية، من خلال إظهار الاحترام، والمحافظة على السرية، والمجاملة والاستجابة والعطف، وكذلك الإصغاء.

- الكفاءة بإستخدام الموارد:

تعني تقديم أفضل وليس أقصى رعاية صحية للمريض وللمجتمع، وذلك بتحقيق أكبر منفعة ضمن الموارد المتاحة.

- الإستمرارية:

قد تعني الإستمرارية أن المريض الواحد يُراجع نفس الطبيب دائماً، والذي يعرف سيرته المرضية للمرضى ومتابعة علاجهم.

- السلامة الصحية:

- تشمل هذه الإجراءات المريض، وكذلك الفريق الصحي فمثلاً: في عملية نقل الدم يجب الاحتياط ضد عدوى مرض التهاب الكبد وكذلك فيروس الإيدز.

تعريف ضمان الجودة:

عملية مستمرة ونشاط مُنظم لقياس الجودة طبقاً لمعايير قياسية، بغرض تحليل أوجه القصور المكتشفة، وإتخاذ الإجراءات اللازمة لتحسين وتطوير الأداء، ثم قياس الجودة مرة أخرى لتحديد مدى التحسن الذي تحقق.

عملية تحول إداري مُنظم مُصمم لمواجهة الإحتياجات والفرص التي تحتاج للمؤسسات عند محاولاتها للتأقلم مع التعقيدات والتغيرات والضغوط المتزايدة في مجتمعاتها وبيئتها. (د. برويك)
عملية منظمة ومستمرة لغلق الفجوة بين الأداء الحالي والنتائج المرغوب فيها. (د. رولاس)

الخصائص الأربع لضمان الجودة:

1. الوعي بتحقيق احتياجات وتوقعات المريض والمجتمع.
2. التركيز على النظم وسلاسل الإجراءات.
3. استخدام البيانات لتحليل سلاسل إجراءات تقديم الخدمة الصحية.
4. تشجيع أسلوب العمل كفريق لحل المشاكل وتطوير وتحسين النوعية.

مفهوم إدارة الجودة الشاملة:

هناك العديد من المحاولات التي تمت لتعريف إدارة الجودة الشاملة والمعروفة بإختصارات ب T.Q.M وعلى الرغم من تعدد هذه المحاولات إلا أنه لا يوجد تعريف موحد خاص بإدارة الجودة الشاملة. وقد عرفها " جابلونسكي" على أنها شكل تعاوني لإنجاز أداء الأعمال يعتمد على القدرات والمواهب الخاصة بكل من الإدارة والعاملين وذلك لتحسين الجودة والإنتاجية بشكل مستمر عن طريق فرق العمل. وقد عرفها معهد الجودة الفيديرالي على أنها: (القيام بالعمل الصحيح بشكل صحيح ومن أول مرة مع الإعتماد على تقييم المستهلك في معرفة تحسين الأداء).

وهناك تعريف لمفهوم الجودة من خلال تقسيم إدارة الجودة الشاملة إلى:

- إدارة: حيث تشير إلى قيادة المنظمة التي توفر المناخ الملائم للوصول إلى الجودة والحفاظ عليها.
- جودة: تشير إلى الإشباع الكامل لعملاء المنظمة الداخليين والخارجيين.
- شاملة: تشير إلى أن كل فرد وكل شيء يدخل في نطاق التحسين.

مفهوم الجودة في الخدمات الصحية:

يختلف مفهوم الجودة في الخدمات الصحية من شخص إلى آخر، وذلك حسب موقع ودور كل فرد من المنظمة الصحية.

فبالنسبة للطبيب تكون الجودة: هي تطبيق أحدث البرامج العلاجية المعتمدة على التكنولوجيا الطبية. وللإداري: فهي تقديم أفضل مستوى من الخدمة وفق أسعار مناسبة مع توفير الخدمة لأكبر عدد من أفراد المجتمع.

أما صانعو السياسات الصحية فيعتبرون أن الجودة هي: عبارة عن تحسين صحة أفراد المجتمع في ضوء الموارد المتاحة.

أما الجودة من وجهة نظر المريض وهو المستفيد والمتلقي لهذه الخدمات الصحية: فتعني خدمات متوافرة طوال الوقت، سهل الوصول والحصول عليها، وشعور بالراحة والاطمئنان.

ولقد عرفت الهيئة الأمريكية المشتركة لإعتماد المنظمات الصحية والمعروفة بإسم (JCAHO) جودة الخدمات الصحية على أنها "درجة الإلتزام بالمعايير الحديثة المُعترف بها للممارسة الجيدة، ومعرفة النتائج المتوقعة لخدمة أو إجراء أو تشخيص أو أي مشكلة طبية".

"أما المنظمة العالمية للصحة فقد عرفت الجودة على أنها " التمشي مع المعايير والأداء الصحيح، بطريقة آمنة مقبولة من المجتمع، وبتكلفة مقبولة، بحيث تؤدي إلى إحداث تغيير وتأثير على نسبة الحالات المرضية ونسبة الوفيات والإعاقة وسوء التغذية" (منظمة الصحة العالمية، ١٩٨٠م).

وكذلك يشير Donabedian (١٩٨٠م) إلى أن للجودة في الرعاية الصحية محورين: المحور الفني، والمحور الإنساني، حيث يتضمن المحور الفني: تطبيق العلم والتقنية الصحيحة في التشخيص والعلاج. في حين يتضمن المحور الإنساني: تلبية الاحتياجات الإنسانية للمريض كالتعاطف والإحترام وتقديم المعلومات اللازمة له.

ويمثل المحور الإنساني الوسيلة التي يتم من خلالها تحقيق الجودة الفنية والتقنية للرعاية، فهو على درجة عالية من الأهمية.

جودة الخدمات الصحية:

ويُعد تقديم الخدمات الصحية للمواطن في المملكة العربية السعودية من أهم قضايا التنمية التي يُخصص لها ميزانيات كبيرة من الدولة. وذلك لسببين:

أولاً: أن الإنسان هو هدف التنمية كما أنه وسيلتها، والصحة هي أول متطلبات الإنسان وأهم مقومات الحياة.

ثانياً: أن الخدمات الصحية تُعد من أكثر أنواع الخدمات تكلفة مقارنة بباقي الخدمات الأخرى، ويتوقع أن تزيد خلال السنوات القادمة.

فوائد التطبيق الجيد لنظام الجودة في المنشأة الصحية:

١. تحسين فرصة توفير الخدمة الطبية.
٢. تحسين الأداء وبالتالي تحسين خدمة المريض.
٣. تقليل الأخطاء.
٤. الاستفادة من الوقت بصورة أفضل.
٥. توفير التكلفة.
٦. رفع الروح المعنوية لدى العاملين بالمنشأة.

أبعاد الجودة:

١. القدرة التقنية (التمكن الفني): هي المهارات والقدرات والأداء الفعلي لمقدمي الخدمة الصحية والمديرين والموظفين المساعدين.
٢. سهولة الوصول للخدمة: تعني أن الخدمات الصحية متوفرة ولا يعوقها أي عوائق جغرافية أو اقتصادية أو اجتماعية أو ثقافية أو تنظيمية أو لغوية.
٣. الفاعلية والتأثير: لتحديد ذلك فإنه يجب مقارنة المخاطر المحتملة - لإستخدام أسلوب أو إجراء ما - بصافي الفائدة المتوقعة من الإستخدام.
٤. العلاقات بين الأفراد: يشير هذا البعد إلى طبيعة العلاقات ونوع التفاعل بين كل من مقدمي الخدمة الصحية والمستفيدين منها من جهة، وبين المديرين ومقدمي الخدمة من جهة ثانية، وبين الفريق الصحي بشكل عام والمجتمع.
٥. الكفاءة في استخدام الموارد: اختيار التدخل الصحي الأكثر جدوى من الناحية الاقتصادية والأنسب للمريض والمجتمع من الناحية الصحية.
٦. الاستمرارية: تقديم جميع الخدمات الصحية التي يحتاج إليها المستفيد دون انقطاع أو توقف أو تكرار غير مطلوب.
٧. الأمن والسلامة: تقليل مخاطر الإصابة أو العدوى أو الآثار الجانبية الضارة، أو أي أخطار أخرى متعلقة بتقديم الخدمة الصحية، والأمر يتعلق هنا بكل من مقدم الخدمة والمستفيد منها.
٨. أسباب الراحة (الكماليات): يُقصد بها مواصفات الخدمة الصحية التي تساعد على إرضاء المريض، وتقوي من رغبته في الحصول على الخدمات الصحية الأخرى، ولكنها لا تتعلق مباشرة بفعالية الجوانب الإكلينيكية (مثل وجود حمامات نظيفة وقريبة، ستائر توفر الخصوصية، توافر مواد تعليمية ومواد للقراءة في غرف الانتظار.... إلخ).



المعيار عبارة عن: طريقة متفق عليه للقيام بالأشياء.
وقد يتعلق الأمر بإنتاج منتج، أو إدارة عملية، أو تقديم خدمة.

أنواع المعايير:

معايير الأداء: عبارات تُعبر عن توقعات هيئة عليا معتمدة بخصوص درجة أو مستوى الإحتياجات التي يلزم تلبيتها لتتفوق في أداء مهمة ما يؤديها فرد أو مجموعة أو هيئة أو مجمع ما طبقاً لإحتياجات ومواصفات موضوعة مسبقاً.

وهي تعليمات مُحددة ودقيقة للأداء المتوقع من العاملين وتقيس نتيجة الخدمة والأنشطة المرافقة، وتُستخدم أيضاً لقياس الإلتزام بالإرشادات فهي مُصممة لتقييم الممارسة وليس لمساعدة مُقدمي الخدمة الصحية أو المرضى.

أدلة العمل (إرشادات الممارسة) يضعها الخبراء عادة كلٌ حسب اختصاصه وتصنف الأدلة.

خصائص المعايير الجيدة:

- 1- المصدقية: (يقيس ما يجب أن يقاس) وتعني وجود علاقة قوية بين المعيار والنتيجة المنتظرة.
- 2- الموثوقية: (يمكن الاعتماد عليها) حيث تعطي النتائج نفسها دائماً.
- 3- الواقعية: يمكن تطبيقها في ظل الموارد المتاحة.
- 4- الوضوح: أن تُصاغ المعايير بعبارات واضحة غير قابلة للتأويل.
- 5- العصرية: أن تُجاري التطورات الحديثة.
- 6- قابل للتطبيق: يمكن تنفيذها في ظل الإمكانيات المتوفرة.
- 7- قابل للقياس: وذلك بوسائل القياس الكمية أو النوعية.

مصادر المعايير:

قامت هيئات ومؤسسات مهنية وعالمية ودولية مختلفة ومنها خصوصاً منظمة الصحة العالمية بوضع معايير لمعظم أنشطة العمل الصحي اعتباراً من المستشفيات وحتى الرعاية التمريضية في المنزل ومن الضروري تطوير المعايير الخاصة لكل نظام صحي والذي يتحقق من خلال تضافر جهود العاملين فيه بمساعدة الأخصائيين والاستشاريين في هذا المجال.

المؤشرات:

في قديم الزمان كان عمال مناجم الفحم يأخذون معهم طائر الكناري لأماكن عملهم وكان موته بمثابة تحذير بوجود الغازات السامة بتلك المناجم، أما بالنسبة للأمهات فإن ارتفاع حرارة الطفل مؤشر لوجود مشكلة ما لديه.

فالمؤشرات هي: متغير أو خاصية قابلة للقياس يمكن استخدامها لتحديد مدى التقيد بالمعايير القياسية أو مدى التقدم الحاصل في تحقيق أهداف الجودة.

والمؤشر الصحي هو: مقياس غير مباشر (عادة معدل أو نسبة) عن مستوى صحة المجتمع (مثال: معدل وفيات الرضع ١٠٠٠/٩٠ يشير إلى المستوى المنخفض لصحة المجتمع أو انخفاض في معدل الكزاز الوليدي من ١٠٠٠٠٠/٤٠ إلى ١٠٠٠٠٠/١٠ يشير بشكل غير مباشر إلى تحسين صحة المجتمع.

هناك العديد من المؤشرات العامة يمكن من خلالها الحكم على جودة أداء الخدمة الصحية فعلى سبيل المثال:

١. تقليل الأخطاء الطبية.
٢. قصر أوقات الانتظار بين المراجعين.
٣. رأي وانطباع المريض عن الخدمة الصحية.
٤. توفير الخدمات الصحية بشكل مقبول لجميع فئات المجتمع بشكل متوازن والأطفال، الكبار، النساء ذوي الأمراض المزمنة والشباب وأصحاب الإعاقات وغيرها.

الإجراءات:

هي بمثابة قوانين تحدد المسؤوليات والأعمال في المؤسسة والمنظمة وتحتل موقعاً مركزياً في توثيق نظام الجودة وفي المؤسسات والمنظمات الكبيرة نجد دليل إجراءات لكل قسم أو وظيفة. وهي شرح لطريقة أداء الأنظمة والتي تكون موثقة في حالة إجراءات الجودة (إجراء مكتوب). وتتضمن عادة أهداف النشاط ومجاله وشرح لما يجب أن يتم عمله ومتى وأين وكيف مع الإشارة إلى الوثائق أو المواد أو التجهيزات المستخدمة في تنفيذ هذا العمل.

ولا ننسى المقولة التي اعتمدت عليها شهادة المطابقة مع المواصفة الدولية ISO9000:

"إذا كنت تعمل هذا، فأكتبه ... وإذا كنت كتبت فاعمله".

الاعتماد:

وهو العملية التي تقوم من خلالها المؤسسة المانحة للإعتماد بتقييم المؤسسة الصحية وتحدد فيما إذا كانت هذه المؤسسة تفي بالمعايير التي وضعت للمحافظة على نوعية الرعاية الصحية المقدمة وتحسينها وهذه المعايير تُحقق أفضل ما يمكن الوصول إليه.

وأن اعتماد المؤسسة يُمثل الدليل على أن المؤسسة مُلتزمة بتحسين نوعية الخدمة المقدمة للمريض والتأكد من سلامة بيئة الرعاية بالدرجة الأولى.

والهدف الرئيسي من الاعتماد: هو نشر وتطبيق معايير الأداء الجيد في المؤسسات الصحية لضمان متلقي الخدمة على الخدمة الصحية بشكلها الأمثل.



إدوار ديمينج:

يُعتبر أحد الرواد الأوائل في مجال إدارة الجودة الشاملة وقد بدأ حياته العملية في الولايات المتحدة الأمريكية ثم سافر إلى اليابان وكان له السبق في تعليم اليابانيين مبادئ الجودة على نطاق واسع وتقديراً لجهوده قامت اليابان بتخصيص جائزة عُرفت بجائزة " ديمينج " تُمنح لأفضل برامج لتحسين الجودة في الشركات اليابانية.

ويشيد " ديمينج " إلى إدارة الجودة الشاملة على أنها نوع من الثقافة كان يُسميها فلسفة الإدارة ويطلب الشركات والمنظمات بأن تُثبت أسلوباً جديداً متكاملًا للنظر إلى الأشياء، ويوصي بأربعة عشر نقطة تقيد خطوط مرشدة للشركات والمنظمات لتحسين وتحقيق التحول من حال إلى آخر.

- برز دوره في نظريته التي تسمى "بسلسلة التفاعلات" Reaction Chain أي تحسين الجودة من خلال تحسين طرق أداء العمل.

أرمند فيجينوم:

يُعتبر أحد رواد تحسين الجودة فهو أول من توسع في مفهوم ممارسة وظيفة الرقابة على الجودة عند استخدامه تعبير (رقابة الجودة الشاملة).

وهو يعرف الجودة الشاملة بأنها: التوجه بالتميز أفضل من التوجه لإكتشاف العيوب ويُركز مبدأه في رقابة الجودة الشاملة على جعل الجودة هي الهدف الأكثر أهمية في المنظمة.

وتتشابه أفكار " فيجينوم " مع أفكار (ديمنج وجوران وكروسبي)

في أن الجودة: تُعرف من خلال وجهة نظر العميل.

- أرمند فيجينوم: هو أول من كون مبدأه أو أطلق اسم "ضبط الجودة الشاملة" على نظام الإدارة اليابانية. ويستعمل في نظريته المعروف بـ "Just In Time" كما يُعتبر أول من قال: بأن مسؤولية الجودة مسؤولية جماعية.

جنيشي تاجوشي:

يُعتبر من أشهر رواد الجودة اليابانيين الذين عرفتهم الغرب من خلال منهجه الذي يعني بأفكار ومفاهيم الجودة والفعالية أثناء مرحلة التصميم.

وهي المرحلة السابقة لمرحلة التصنيع وتشابهه فلسفة " تاجوشي " مع فلسفة " كروسبي " .

حيث ركز في مدخله لإدارة الجودة الشاملة على تحسين الأداء عن طريق إستخدام الأساليب الإحصائية.

نظرية " تاجوشي " القاتلة – بأن نسبة الخطأ يجب أن تكون صفراً – Theory Zero Defect.

• جوزيف جوران: ومن أشهر نظرياته الثلاثة وكان هو أول من بين أن ٨٠٪ من عيوب الجودة ناتج عن عوامل تقنية، وليس للعمالة دخل فيها.

• كاو روايشيكاوا:

وتتلخص نظريته في: " أن ممارسة ضبط الجودة":

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



مفاهيم مهمة في الجودة

كايزن (باليابانية): كلمة مُركبة من جزئين تعني التغيير للأفضل، وهي طريقة وفلسفة ابتكرها تاييشي او هونو (Taiich Ohno) لقيادة المؤسسات الصناعية والمؤسسات المالية. وأيضاً إمكانية تطبيقها في كل نواحي الحياة، معتمدة على التحليل والعملية. ففي ميدان الأعمال والصناعات في العادة تشير كلمة " كايزن " إلى النشاطات التي تؤدي باستمرار إلى تحسين جميع مناحي العمل. كالصناعة والتسيير الإداري مُحسنة النشاطات الموحدة وطرق العمل.

تعمل فلسفة كايزن بالأساس على الحلول دون وجود الهدر في:

(أ) الجهد (ب) الطاقة (ج) الوقت

تُعدت النظرية في عدة ميادين خلال إعادة إصلاح اليابان بعد الحرب العالمية الثانية. ومنذ ذلك الحين انتشرت في ميادين الأعمال في كل أنحاء العالم وقد بعث مفهوم " كايزن " للوجود وعلى شأنه أكثر عام ١٩٨٤ على يد الخبير الياباني " ماساكي إمامي ".

النماذج الأساسية لتطبيق إدارة الجودة الشاملة:

١. نموذج "ديمنج" للجودة.
٢. نموذج "كروسبي" للجودة.
٣. نموذج "شوهارت" للجودة.
٤. نموذج "اشيكاوا".
٥. نموذج "تاجوشي".

أكد "ديمنج" على عدد من الجوانب المهمة للإدارة وكيفية تحسين مستوياتها في الأداء من خلال استعراضه لهذه المجالات في مبادئه الأربعة عشر المشهورة:

ويمكن إيجاز هذه المبادئ فيما يلي:

١. تحديد هدف ثابت للمنشأة من أجل تحسين جودة منتجاتها وخدماتها.
٢. تبني فلسفة جديدة لمفهوم الجودة.
٣. التوقف عن الاعتماد على التفتيش بغرض تحسين الجودة، ولكن يُفضل استخدام الوسائل الإحصائية لمراقبة العملية الإنتاجية.
٤. التوقف عن ممارسة فلسفة الشراء المعتمدة على الأسعار فقط، ويفضل أن يتمتع الممول (البائع) بخاصية الجودة.

٥. استخدام الوسائل الإحصائية لمعرفة نوعية المشكلات ومصادرها وكذلك الإستمرار في تحسين النظام.
٦. استخدام الأدوات الحديثة للتدريب على رأس العمل.
٧. تبني وتأسيس القيادة وليس الإشراف لتمكين العاملين من الأداء.
٨. البُعد عن سياسة التخويف.
٩. القضاء على العوائق التنظيمية بين الأقسام المختلفة من خلال فرق العمل.
١٠. إلغاء الأهداف الرقمية وإستخدام الطرق الإحصائية لتحسين الجودة.
١١. المراجعة الدورية لمعايير العمل من أجل تحقيق جودة عالية.
١٢. إزالة العوائق التي تقف في وجه الاعتراز بنوعية العمل.
١٣. تطوير برنامج قوي لتدريب العاملين على مهارات جديدة.
١٤. إتخاذ الإجراءات اللازمة لتحقيق عملية التحول لنظام الجودة والتزام الإدارة العليا بذلك.

منهج "كروسبي" في الجودة:

ويتكون منهج "كروسبي" في الجودة من أربعة عشر مبدأ وهي:

١. الإلتزام الثابت من قبل الإدارة العليا بالجودة.
٢. تكوين فريق لتحسين الجودة.
٣. إستخدام القياس كأداة موضوعية.
٤. تحديد تكلفة الجودة.
٥. زيادة الوعي بأهمية الجودة.
٦. إتخاذ الإجراءات التصحيحية.
٧. التخطيط السليم لإزالة العيوب في المنتج.
٨. التركيز على تعليم الموظفين وتدريب المشرفين على القيام بدورهم في تحسين الجودة.
٩. تحديد يوم خاص لزيادة الوعي بأهمية شعار "صناعة بلا عيوب".
١٠. تحديد الأهداف وتشجيع الإبتكار الفردي داخل التنظيم.
١١. التخلص من أسباب الأخطاء وإزالة معوقات الإتصال الفعال.
١٢. التعرف على أهمية عملية تحسين الجودة ومكافأة من يقدم جهوداً غير عادية في تطوير وتحسين الجودة.
١٣. تكوين مجالس للجودة، من مهامها القيام بعملية التنسيق والاتصال بأعضاء فرق تطوير الجودة.
١٤. الإستمرار في عملية تحسين الجودة، وذلك عن طريق تكرار العمليات السابقة لكي تعطي الموظفين تشجيعاً مستمراً لإزالة معوقات الجودة وتحقيق أهداف المنشأة.

نموذج "جوران" للجودة:

ويعرف "جوران" الجودة بأنها "ملاءمة الاستعمال أو الهدف"

ومن خلال هذا التعريف، فإنه من الملاحظ أن "جوران" يرى الجودة من زاويتين:

(أ) محاولة تقليل النقص أو العجز في المنتج أو الخدمة المقدمة وبالتالي تخفيض معدلات الأخطاء.

(ب) محاولة تحسين شكل المنتج ومحتوياته من أجل تحقيق إشباع لإحتياجات ومتطلبات العملاء وتوقعاتهم.

ويؤكد "جوران" أن الاهتمام بهاتين النقطتين سيساعد في تحقيق عدد من الأهداف.

منها على سبيل المثال:

١. زيادة درجة رضا العملاء.

٢. زيادة المقدرة على التنافس مع المنشآت المماثلة.

٣. زيادة الربحية على الأمد الطويل.

٤. انخفاض معدلات الأخطاء.

٥. انخفاض الإزدواجية في العمل.

العناصر الأساسية لنموذج "جوران" للجودة:

(أ) المرحلة الأولى: تخطيط الجودة.

(ب) المرحلة الثانية: ضبط الجودة.

(ج) المرحلة الثالثة: تحسين الجودة.

دائرة "شوهارت" لتحسين الجودة:

- التخطيط: الإعداد للمتغيرات المطلوب إجرائها وبياناتها المتاحة وطرق المراقبة المطلوبة وقرارات كيفية استخدام البيانات.
- التنفيذ: هي عملية القيام بتنفيذ المتغيرات وإجراء الفحص والاختبار.
- المراقبة: مراقبة تأثير التغيرات من التنفيذ.
- الفعل: دراسة النتائج وتحديد التوقعات التعديل.

وبتكرار هذه الدورة تتراكم المعرفة التي تساعد في التعلم والمشاركة في الجودة.

وعادة يتم استعمال أساليب تصميم التجارب لتوليد المعرفة وتطوير الجودة بفاعلية وسرعة وتكلفة ميسرة.

نموذج "ايشيكاوا":

١. مفهوم التحول من برنامج مراقبة الجودة إلى برنامج شامل يعتمد على العمليات والنشاطات الداخلية بحيث تأخذ في الحسبان العملاء بوصفهم جزءاً لا يتجزأ من عملية تحسين الجودة.
٢. تحديد الخطوات الضرورية التي تساعد على التعرف على الأسباب الأساسية للمشكلة القائمة ومحاولة التخلص منها.
٣. تحديد مجالات الجودة في السلعة أو الخدمة المقدمة التي يتقبلها العميل ويكون لديه الإستعداد لشرائها.
٤. مدى إمكانية تطبيق برنامج مراقبة الجودة على مستوى المنشأة بحيث يشمل المراقبة الرأسية والمراقبة الأفقية للأقسام.
٥. مدى إمكانية استخدام الأدوات الإحصائية للجودة، مثل: خريطة "باريتوا"، المدرجات التكرارية، خرائط المراقبة، الخرائط الانسيابية...إلخ.

رؤية "إيشيكاوا" للمبادئ الأساسية لمراقبة الجودة:

١. إن الجودة مبنية على وجهة نظر العميل.
٢. إن الجودة هي جوهر العملية الإدارية، ويُفضل أن ينظر لها على أنها استثمار طويل الأجل بدلاً من التركيز على الأرباح في مدة قصيرة من الزمن.
٣. إن الجودة تعتمد اعتماداً كلياً على المشاركة الفاعلة من قبل العاملين والموظفين. كما يتطلب تطبيق أسلوب إدارة الجودة إزالة.

نموذج "تاجوشي":

- يعني منهج: "تاجوشي" بأفكار ومفاهيم الجودة والفعالية أثناء مرحلة التصميم.
- ركز على استخدام الوسائل الإحصائية لتطبيق مفهوم اشتهر بمفهومين هما:
- أ) دالة على الخسارة.
 - ب) خصائص التصميم.

أنواع من الهدر:

١. مودا: أي هدر يحدث في الوقت أو المال ويقسم النفايات السبعة.
٢. مورا: الهدر بسبب التضارب في الصلاحيات.
٣. موري: وهو الهدر الناتج عن زيادة الاجهاد البدني.

النفائات السبعة:

١. الهدر فف زفافة الإنتاج مع قلة الطلأ.
٢. الهدر فف الوقت الضائع فف الإنتظار.
٣. الهدر فف حركة العمال.
٤. الهدر فف النقلفات.
٥. الهدر فف العملفات.
٦. الهدر فف عملفات الجرد.
٧. الهدر بسبب العفوب المصنعة.

أخيراً!

الأسئلة



نماذج من أسئلة سابقة من امتحانات هيئة التخصصات الصحية

م	السؤال
١.	أحد أهم رواد اتجاه البيروقراطية في مدارس الإدارة هو: (أ) ماكس فيبر. (ب) هنري فايول. (ج) ديفيد ويكاردو. (د) فريديك تايلور.
٢.	الإدارة التي تقوم بتنفيذ السياسات العامة للدولة بما يُحقق خدمة الصالح العام هي: (أ) الإدارة العامة. (ب) إدارة الأعمال. (ج) الإدارة الاستراتيجية. (د) المجتمع المدني.
٣.	أركان القرار الإداري يحتوي على؟ (أ) القانونية. (ب) الإبداع. (ج) المشروعية. (د) المصلحة.
٤.	أسلوب التخطيط المتعلق بتقدير حصول أحداث مستقبلية بناء على خبرات سابقة أو أحداث تاريخية: (أ) التنبؤ. (ب) السيناريو. (ج) المقارنة المرجعية. (د) استخدام الكوادر التخطيطية.
٥.	أفضل مدير قيادي: (أ) ديموقراطي. (ب) متسلط. (ج) جاد. (د) جامد.
٦.	أول من أدخل مصطلح التخطيط في تعريفه للجهد المبذول هو العالم؟ (أ) ماكس فيبر. (ب) كريستيان شويندر. (ج) إلتون مايو. (د) روبرت ميرتون.
٧.	أول خطوات الرقابة هي: (أ) اتخاذ الإجراءات التصحيحية. (ب) قياس الأداء الفعلي. (ج) مقارنة النتائج المحققة مع المعايير المحددة. (د) تحديد المعايير الرقابية.
٨.	أول خطوات العملية التخطيطية هي: (أ) تحديد الموقف الحالي. (ب) تحديد الأهداف. (ج) تحليل البدائل واختبار أفضلها. (د) الشروع في تنفيذ الخطة.
٩.	أي المصطلحات التالية عدد أيام علاج المريض في المستشفى؟ (أ) متوسط مدة الإقامة. (ب) مدة الإقامة. (ج) معدل دوران السرير. (د) معدل شغل الأسرة.
١٠.	البيان المكتوب الموجه إلى أصحاب المصلحة والمبين للسبب الرئيسي لوجودها، هو: (أ) ثقافة المنظمة. (ب) ايدولوجية المنظمة. (ج) رسالة المنظمة. (د) استراتيجية المنظمة.

١١.	البيروقراطية كمفهوم علمي، تعني: (أ) الإجراءات المكتبية. (ج) المحاماة والمحسوبة. (ب) <u>العراقيل الإدارية.</u> (د) التنظيم الهرمي للمكاتب.
١٢.	تتطلب حل المشكلات الإدارية نوعين من المهارات العقلية هما مهارات؟ (أ) <u>تحليلية وابتكارية.</u> (ج) إبداعية وفنية. (ب) تعبيرية واتصالية. (د) جميع ما سبق.
١٣.	تتم دراسة البيئة الداخلية للمنظمة بغرض التعرف على: (أ) نقاط القوة والضعف. (ج) الفرص. (ب) الفرص والتهديدات. (د) <u>المخاطر والتهديدات.</u>
١٤.	تتميز الهياكل التنظيمية الحديثة عن التقليدية بكونها تركز على: (أ) الوظائف وليس على العمليات. (ج) الحد من استخدام فرق العمل. (ب) <u>المهارات المتعددة للعاملين.</u> (د) زيادة مستويات الهيكل التنظيمي.
١٥.	تحديد الهدف والبحث عن الحلول الممكنة وتحليل الأساليب البديلة واختيار أفضلها من خطوات؟ (أ) التوجيه. (ج) <u>إتخاذ القرارات.</u> (ب) المراقبة. (د) التخطيط.
١٦.	التخطيط وظيفة فنية تحتاج إلى مهارات محددة تشمل تحديد العمل بالإضافة إلى متى وكيف سيتم هذا العمل ويمكن القول بأن التخطيط هو: (أ) تحديد الصلاحيات والمسؤوليات وخلق الهيكل المطلوبة لهذا الغرض. (ب) حل النزاعات وتغيير سلوك العاملين إلى الأفضل. (ج) توزيع العمل بين العاملين وتوفير المواد والأجهزة. (د) <u>جميع ما سبق.</u>
١٧.	تدل مجمل الأنشطة المتعلقة بترتيب استخدام مختلف موارد المنظمة البشرية والمادية على وظيفة: (أ) التخطيط. (ج) <u>التنظيم.</u> (ب) التوجيه. (د) الرقابة.
١٨.	تُصنف الأهداف العامة والشاملة للمنظمة ضمن الأهداف: (أ) <u>الإستراتيجية.</u> (ج) التشغيلية. (ب) الخطط الرئيسية.
١٩.	التصنيف الرقمي للأمراض والإجراءات والعمليات هو؟ (أ) التصنيف العالمي للأمراض ICD-9-MC. (ج) التصنيف الدولي للأمراض ICD-10. (ب) <u>أ + ج.</u> (د) لا شيء مما سبق.
٢٠.	تُعبّر قوة المكافأة عن: (أ) قوة القيادة غير الرسمية. (ج) التغذية العكسية. (ب) <u>قوة القيادة الرسالية.</u> (د) وسيلة الاتصال.

٢١.	تُعرف العوامل التي تحول دون حصول التذمر أو عدم الرضا الوظيفي في نظرية العاملين: (أ) بالعوامل المحفزة. (ب) بالعوامل الدافعة. (ج) بالعوامل الصحية. (د) بالعوامل الطبيعية.
٢٢.	تتطوي وظيفة الرقابة على مهام أساسية هي؟ (أ) تحديد مستويات الأداء. (ب) متابعة وطرق وأساليب العمل. (ج) قياس وتقييم الإنجاز الفعلي. (د) أ + ج.
٢٣.	التوجيه وظيفية إدارية تعتمد على العلاقات الإنسانية حيث يكون التركيز فيها على الأشخاص ويمكن القول بأن أهم مفاتيح التوجيه هي: (أ) عملية التعرف على الأهداف ووضع أفضل السبل والإجراءات الكفيلة بتحقيقها. (ب) أن تكون التوجيهات والتعليمات ممكنة التنفيذ وحسب طاقة العاملين. (ج) أن تكون التوجيهات والتعليمات مكتوبة بقدر الإمكان. (د) جميع ما ذكر صحيح.
٢٤.	ثقافة المنظمة هي عبارة عن: (أ) نظام من القيم والمعتقدات لأعضاء التنظيم الموجهة للسلوك الفردي والجماعي والمنظمين. (ب) مجموعة العوامل الثقافية المحيطة بالمنظمة. (ج) مجموعة العوامل الاجتماعية والأخلاقية والثقافية البيئية المؤثرة على المنظمة. (د) ظاهرة المنظمات المتعلمة.
٢٥.	الجهة التي تصدر وتطابق على المؤهلات الصحية: (أ) هيئة التخصصات الصحية. (ب) الدفاع المدني. (ج) وزارة الصحة. (د) الخدمة المدنية.
٢٦.	الجهة المسؤولة عن تحديد الأهداف الاستراتيجية بالمنظمة هي: (أ) الإدارة الدنيا. (ب) الإدارة الوسطى. (ج) الإدارة العليا. (د) الإدارة الإشرافية.
٢٧.	جوهر عملية الإتصال الذي يمثل مضمون ومحتوى عملية الإتصال هو: (أ) الرؤية. (ب) القيم. (ج) الرسالة. (د) المبادئ.
٢٨.	الخصخصة يُقصد بها؟ (أ) بيع المؤسسات الحكومية إلى قطاع الخاص. (ب) إدارة المؤسسات الحكومية عن طريق القطاع الخاص. (ج) نقل المؤسسات الحكومية إلى القطاع الخاص. (د) جميع ما سبق.
٢٩.	خطة إدارة الموارد البشرية تُصنف من ضمن خطط المنظمة: (أ) الاستراتيجية. (ب) التكتيكية. (ج) الأشرفية. (د) اليومية.

٣٠	رجل كبير بالسن منوم بالمستشفى على التأمين بعد فترة رفض التأمين طلبه، ما هو السبب برأيك؟ (أ) تأمين شامل. (ج) أنتهى تأمينه. (ب) <u>استهلك الرصيد.</u> (د) غير ذلك.
٣١	رشحت أخصائية تمريض لمنصب مديرة تمريض، ماذا يُطلق على هذا الاجراء؟ (أ) التحفيز من خلال المكافأة. (ج) التحفيز من خلال القسر. (ب) <u>التحفيز من خلال القرار.</u> (د) التحفيز من خلال الشرعية.
٣٢	الرقابة التي تُركز على المدخلات هي: (أ) الرقابة أثناء التنفيذ. (ج) الرقابة العلاجية. (ب) الرقابة بعد التنفيذ. (د) <u>الرقابة والتنفيذ.</u>
٣٣	الرقابة على المشتريات هي إحدى أدوات الرقابة: (أ) الاستراتيجية. (ج) التشغيلية. (ب) <u>المالية.</u> (د) الهيكلية.
٣٤	الرقابة على المشتريات، هي إحدى أدوات الرقابة: (أ) الاستراتيجية. (ج) <u>المالية.</u> (ب) التشغيلية. (د) الهيكلية.
٣٥	الرقم الطبي يتم إصداره للمريض بواسطة؟ (أ) مدير المستشفى. (ج) مدير العيادات الخارجية. (ب) قسم الجودة. (د) <u>قسم السجلات الطبية.</u>
٣٦	زاد الإهتمام بموضوع التخطيط في فترة؟ (أ) عشرينيات القرن التاسع عشر. (ج) <u>بعد الحرب العالمية الثانية.</u> (ب) أثناء الحرب العالمية الأولى. (د) قبل الحرب العالمية الثانية.
٣٧	زيادة عدد الأسرة للطبيب الواحد تعني: (أ) تقدم الخدمات الصحية في المستشفى. (ج) غير ذلك. (ب) <u>تدني الخدمات الصحية في المستشفى.</u>
٣٨	السجل الطبي وعاء يحتوي على؟ (أ) بيانات شخصية. (ج) بيانات إدارية. (ب) بيانات طبية. (د) <u>جميع ما سبق.</u>
٣٩	السجل الطبي يكون غير نشطاً عندما؟ (أ) عند تحويل المريض لمستشفى آخر. (ج) يتم خروج المريض من المستشفى. (ب) عند وفاة المريض. (د) <u>عندما تنتهي متابعة المريض بأقسام المستشفى.</u>
٢٧	السلطة التي يقتصر دورها على حق تقديم الدعم والإسناد والنصح للمسؤولين، هي: (أ) السلطة التشريعية. (ج) <u>السلطة الإستشارية.</u> (ب) السلطة المركزية. (د) السلطة التنفيذية.

٤٠.	شاع استخدام مصطلح البرمجة في؟ (أ) الأربعينات من القرن العشرين. (ج) أوائل القرن العشرين. (ب) الخمسينات من القرن العشرين. (د) منتصف القرن العشرين.
٤١.	طبيب أسنان اعتذر عن الدوام بسبب مرضه وحوله المدير إلى الموارد البشرية لإكمال اللازم لطلب؟ (أ) إجازة شهرية. (ج) إجازة استثنائية. (ب) إجازة مرضية. (د) غير ذلك.
٤٢.	ظهر مصطلح دولة الرفاهية خلال؟ (أ) عشرينيات القرن التاسع عشر. (ج) أربعينات القرن العشرين. (ب) خمسينيات القرن العشرين. (د) ستينات القرن العشرين.
٤٣.	عند وضع آليه تنظيم الزيارات لابد من التنسيق بين جهات هي؟ (أ) إدارة المستشفى. (ج) مسؤول خدمات النظافة. (ب) هيئة التمريض والهيئة الطبية. (د) جميع ما سبق.
٤٤.	العنصر الذي يعكس القوة المرتبطة بشخصية المدير أو القائد هو: (أ) القوة القانونية. (ج) القوة المرجعية. (ب) القوة الشرعية. (د) قوة استخدام العقوبات.
٤٥.	قدرة المدير على التفكير الخلاق وإدراك المواقف المختلفة ، مفهوم يدل على مهاراته: (أ) الفنية. (ج) الإنسانية. (ب) السلوكية. (د) الإدراكية.
٤٦.	كل ممرض في المستشفى يكون مسؤولاً عن: (أ) سرير واحد فقط. (ج) ثلاثة أسرة. (ب) سيران. (د) أربعة أسرة.
٤٧.	لجنة رسمية لها الحق في طلب أي ملف طبي لا يحق لغير هذه اللجنة طلب أي ملف إلا الأشخاص المخولين من قبل المستشفى ووزارة الصحة هي؟ (أ) لجنة الإشراف على قسم السجلات الطبية. (ج) اللجنة المركزية للطب الشرعي. (ب) لجنة الحفظ المركزي. (د) لجنة الجودة الشاملة.
٤٨.	لحساب معدل دوران السرير في المستشفى نتبع ما يلي: (أ) نقسم عدد حالات الدخول إلى المستشفى على عدد إجمالي عدد حالات الخروج. (ب) نقسم عدد حالات الخروج من المستشفى خلال السنة على عدد أسرة المستشفى. (ج) نقسم إجمالي عدد المرضى المنومين خلال فترة زمنية على عدد أسرة المستشفى. (د) نضرب عدد حالات الدخول إلى المستشفى في إجمالي عدد حالات الخروج.
٤٩.	لحساب معدل عمليات التوليد القيصرية في المستشفى نتبع ما يلي: (أ) نقسم عدد حالات التوليد القيصرية على عدد حالات الدخول في قسم النساء والولادة. (ب) نقسم عدد حالات التوليد القيصرية على عدد حالات الخروج في قسم النساء والولادة. (ج) نقسم عدد حالات التوليد القيصرية على عدد حالات التوليد.

٥٠.	د) نقسم عدد حالات التوليد القيصرية على إجمالي عدد حالات الدخول في قسم النساء والولادة. لضمان شمولية التخطيط في المستشفى لابد من؟ أ) مشاركة جميع الأطراف. ب) شمولية الأنشطة. ج) الوفرة المالية. د) أ + ب.
٥١.	ما هو الملحق الخاص بتصنيف العناصر المؤثرة على الصحة واستخدام الرعاية الصحية الموجودة في نظام التصنيف الدولي للأمراض المراجعة التاسعة إكلينيكياً ICD-9-CM؟ أ) E - Codes. ب) V - Codes. ج) A - Codes. د) B - Codes.
٥٢.	ما هو الهدف من تطبيق الضمان الصحي التعاوني في المملكة العربية السعودية؟ أ) توفير مصادر التمويل والخدمات الطبية. ب) رسم السياسة الصحية والدوائية وإعداد الخطط والبرامج إلى رفع المستوى الصحي. ج) إعداد الخطط الصحية الهادفة إلى منع انتشار الأوبئة والأمراض وخاصة في الحج. د) جميع ما ذكر.
٥٣.	ما هي الإحصاءات الطبية الحيوية؟ أ) الإحصاءات الشهرية للأقسام التشخيصية والعلاجية. ب) إحصائيات مكتب الدخول والخروج. ج) تقرير القاعدة الإحصائي اليومي. د) ليس مما سبق.
٥٤.	ما هي أهم استراتيجيات لزيادة تحفيز الموظفين؟ أ) سياسة الإجازات. ب) سياسة المكافأة. ج) سياسة العقاب. د) زيادة ساعات العمل.
٥٥.	ما هي وظائف الإدارة؟ أ) التخطيط والتطوير. ب) التخطيط والتنفيذ والرقابة. ج) التخطيط والتوجيه والتنفيذ والرقابة. د) الرقابة والتوجيه والتطوير.
٥٦.	معمل الإجراءات المرتبطة بتشخيص المشكلة وجمع البيانات وتقييم البدائل، هو تعبير عن: أ) التخطيط. ب) التنظيم. ج) القرار. د) الإدارة بالأهداف.
٥٧.	مدة الاحتفاظ بأفلام الأشعة لمرضى العيادات الخارجية والإسعاف والمرضى المنومين في المستشفى؟ أ) ٣ سنوات من آخر طلب تصوير أشعة. ب) ٥ سنوات من آخر طلب تصوير أشعة. ج) ٤ سنوات من آخر طلب تصوير أشعة. د) ١٠ سنوات من آخر طلب تصوير أشعة.
٥٨.	مدخل الأخلاق الذي يستند بموجبه السلوك الأخلاقي إلى معاملة الناس بحيادية إعتقاداً على قانون هو: أ) المدخل النفعي. ب) مدخل العدالة. ج) المدخل القانوني. د) المدخل الفردي.
٥٩.	مدخل الأخلاق الذي يفسر ما إذا كان القرار أو السلوك يُقدم أكبر فائدة لأكثر عدد من الناس هو: أ) مدخل الفردية. ب) مدخل العدالة. ج) المدخل النفعي. د) مدخل الحقوق.

٦٠.	مدخل التحفيز الذي تمثله فكرة الرجل الاقتصادي والأجور التفصيلية لفريدريك تايلور، هو: (أ) مدخل الموارد البشرية. (ب) المدخل التقليدي. (ج) مدخل العلاقات الانسانية. (د) المدخل المعاصر.
٦١.	مراجعة السجلات الطبية للتأكد من إكتمالها ودقتها وإستيفائها للمعايير الموضوعية مسؤولية من بالمستشفى؟ (أ) المراقبة النوعية. (ب) الجودة الشاملة. (ج) التحليل الكمي. (د) قسم الإحصاء.
٦٢.	المستشفى هو: مؤسسة تحتوي على جهاز طبي يتمتع بتسهيلات دائمة لتقديم التشخيص والعلاج اللازم للمرضى وهو تعريف؟ (أ) منظمة الصحة العالمية. (ب) الهيئة الأمريكية للمستشفيات. (ج) اليونيسيف. (د) JCI.
٦٣.	ملخص دخول المريض المستشفى يُكتب خلال؟ (أ) ساعة من دخول المريض. (ب) ٢٤ ساعة من دخول المريض. (ج) ٤٨ ساعة من دخول المريض. (د) ٧٢ ساعة من دخول المريض.
٦٤.	الممارسة الإدارية للمدير الذي يؤدي إلى التأثير على العاملين من خلال تحريك الدوافع والحاجات لتحقيق أهداف المنظمة هي: (أ) السلطة. (ب) الحافز. (ج) التحفيز. (د) الدافعية.
٦٥.	ممرضة طلب منها الطبيب عمل تحليل وطبيب آخر طلب منها غسل مفارش الاسرة ولم تغسل المفارش، وغضب منها طبيب المفارش كيف تحل المشكلة: (أ) معاقبة الممرضة. (ب) معاقبة الطبيب الثاني. (ج) زيادة عدد الممرضات. (د) جميع ما سبق.
٦٦.	من أساليب تشغيل المستشفيات نظام تشغيل؟ (أ) ذاتي. (ب) تعاقدى. (ج) ذاتي وتعاقدى. (د) ليس مما سبق.
٦٧.	من الشروط الأساسية لنجاح أنظمة المعلومات الحديثة في المستشفيات هو؟ (أ) ان تكون مترابطة وشاملة. (ب) مقارنة الحالة الصحية في مجتمع ما بالحالة الصحية في بلد آخر. (ج) قياس ميول واتجاهات المستفيدين بالخدمة الصحية. (د) جميع ما ذكر.
٦٨.	من العوامل التي تساعد على اختيار الموقع المناسب للمستشفى ما يلي؟ (أ) العوامل الجيولوجية. (ب) العوامل الجوية. (ج) اتجاه المستشفى. (د) جميع ما سبق.
٦٩.	

من العوامل التي تساعد على تباين أنواع المستشفيات ما يلي؟ أ) طبيعة الخدمة المقدمة. ب) طبيعة الملكية. ج) نمط البناء. د) جميع ما سبق.	
من المسؤول عن غياب طبيب الطوارئ؟ أ) المدير المناوب. ب) قسم الموارد البشرية. ج) المدير الطبي. د) مدير المستشفى.	٧٠.
من أنواع القوة المرتبطة بالمنصب الذي يشغله المسؤول بالمنظمة: أ) قوة الخبرة. ب) القوة المرجعية. ج) قوة المكافأة. د) الكاريزما التي يتمتع بها هذا المسؤول.	٧١.
من أنواع المستشفيات حسب الملكية مستشفيات؟ أ) حكومية وخاصة. ب) عامة وتخصصية. ج) داخلية وطرفية. د) ليس مما سبق.	٧٢.
من أهم معوقات الاتصال ما يلي؟ أ) صعوبة الالتقاء مع الجمهور. ب) اعتناق نمط إداري محدد. ج) أ + ب. د) كل ما سبق خطأ.	٧٣.
من طرق الترميز الطبي: أ) الطريقة الهجائية. ب) الطريقة الرقمية. ج) الطريقة العشرية. د) كل ما سبق.	٧٤.
من فوائد وجود نظام سليم للمعلومات الطبية ما يلي؟ أ) تقديم خدمات عالية الجودة. ب) توفير التقارير الإحصائية. ج) توفير أرض تبادل المعلومات بين الباحثين. د) كل ما سبق.	٧٥.
من مظاهر التخلف الإداري؟ أ) الروتين الطويل المعقد. ب) تضخم الجهاز الإداري. ج) طول الإجراءات. د) جميع ما سبق.	٧٦.
من هو الفريق الذي يتولى مهام مكافحة العدوى في المستشفى، وعدم إنتشارها؟ أ) الوبائيات. ب) الجودة. ج) مكافحة العدوى. د) السلامة.	٧٧.
منطقة الإنتظار في قسم الطوارئ يجب أن تكون: أ) وسط الطوارئ. ب) كبيرة وساترة. ج) صغيرة. د) مفتوحة.	٧٨.
النظرية التي ترى أن القائد هو من يمتلك ويتفرد بمجموعة من الخصائص والصفات مقارنة بغيره هي: أ) نظرية السمات. ب) النظرية السلوكية. ج) نظرية الرجل العظيم. د) النظرية الموقفية.	٧٩.
نقل أو تحويل الصلاحيات أو السلطات الممنوحة إلى أشخاص آخرين، هو تعبير عن: أ) القرار. ب) التفويض.	٨٠.

	(ج) السلطة.	(د) المسؤولية.
٨١.	هو عملية فكرية مستقبلية تعتمد على المنطق والترتيب وتوفر قاعدة من البيانات وتنتهي بوضع خطة تتضمن الأهداف والسياسات والإجراءات الخاصة بالتنفيذ؟	(أ) التنظيم. (ج) التنسيق. (د) التدريب.
٨٢.	هو وضع وصياغة الهياكل والأطر التي يتم بها تقسيم الأنشطة الطبية والإدارية في المستشفى وتعرف بـ؟	(أ) التنظيم. (ج) التنسيق. (ب) التخطيط. (د) المراقبة.
٨٣.	هي مجموعة متتالية من الخطوات والإجراءات التي تؤدي في نهايتها لإختيار أفضل الحلول أو الأساليب الممكنة لعلاج المشكلة أو تحقيق الهدف؟	(أ) الإدارة. (ج) حل المشكلات. (ب) التخطيط. (د) إتخاذ القرارات.
٨٤.	الواجب المترتب على المنظمات بخصوص إتخاذ القرارات أو التصرف بطريقة تسهم في زيادة المجتمع يعكس مفهوم:	(أ) ثقافة المنظمة. (ج) أخلاقيات العمال. (ب) المسؤولية الاجتماعية للمنظمة. (د) الأخلاقيات الإدارية.
٨٥.	الوزير استقبل أطباء الاسنان وطلب منهم مباشرة وظائفهم أين يتوجهون؟	(أ) الموارد البشرية. (ج) المدير الطبي. (ب) عيادات الاسنان. (د) مدير المستشفى.
٨٦.	وزير حديث التعيين قام بجولة على إحدى المستشفيات وأبدى لهم اهتمامه وتحقيق مطالبهم تسمى الزيارة:	(أ) زيارة توجيهية. (ج) تحقيق الهدف. (ب) زيارة رقابية. (د) زيارة تفقدية.
٨٧.	وظائف المستشفى الأساسية هي؟	(أ) الرعاية الطبية والصحية. (ج) البحوث الطبية والاجتماعية. (ب) التعليم والتدريب. (د) جميع ما سبق.
٨٨.	يتم الاحتفاظ بسجلات المرضى المتوفين في المستشفيات البريطانية لمدة؟	(أ) ٥ سنوات. (ج) ١٥ سنوات. (ب) ١٠ سنوات. (د) ٢٠ سنوات.
٨٩.	يتم التعرف على مدى الفهم المتحقق من عملية الاتصال، من خلال:	(أ) المستقبل. (ج) تشفير الرسالة. (ب) التغذية العكسية. (د) وسيلة الاتصال.
٩٠.	يدخل ضمن عمليات نظام التخطيط:	(أ) التجهيزات. (ج) الخطط الفرعية. (ب) الخطط الرئيسية. (د) اختيار البديل الأفضل.

٩١.	يُعرف المؤثر البيئي الذي يهدف إلى إثارة الدوافع وتحقيق الإستجابة لها:	(أ) الحافز. (ج) الرغبة. (د) الدافع.
٩٢.	يُعرف النظام الذي يحدد المهام والعلاقات بين وحدات المنظمة وروابط الاتصال بينها:	(أ) بثقافة المنظمة. (ج) الهيكل التنظيمي للمنظمة.
٩٣.	يُقصد به التأثير في سلوكيات الأفراد لتحقيق الأهداف المخططة:	(أ) التخطيط. (ج) التوجيه.
٩٤.	يمتاز القائد عن غيره من المدراء بكونه:	(أ) متجه لحل المشكلات بطريقة منهجية. (ج) سلطوي وملتزم بالقوانين. (ب) متحمس وذو عاطفة متقدة.
٩٥.	يمكن تحديد نوعية المستشفى بناءً على:	(أ) العوامل الاجتماعية. (ج) العوامل الديموغرافية.

معلومات إضافية:

١. اتحاد المستشفيات هو جهاز لتنسيق بين وزراء الصحة والمستشفيات يتولى تسهيل وتعزيز مهمة تبادل المعلومات.
٢. إجراء الصيانة الوقائية للأجهزة والمعدات يعتبر من التدابير الأمنية.
٣. أطلق العرب على المستشفيات لفظ "البيمارستانات" أي دُور المرضى وهو لفظ "فارسي".
٤. من أهم الطرق للقضاء على التخلف الإداري في المستشفيات الحكومية التركيز على العنصر البشري.
٥. يُعد العالم الإداري الكبير "بيتر دركر" أول من ابتكر مفهوم الإدارة بالأهداف (MBO).
٦. تتمثل المصاريف في المستشفيات من الأجور والمواد الخام والمصاريف الإدارية.
٧. تتمثل إيرادات المستشفى في الإيرادات المحققة من المرضى والهيئات والدولة.
٨. تحقيق المتوفرات الاقتصادية يُعتبر أحد أهم عناصر تقويم الأداء بالمستشفيات.
٩. تستخدم سجلات المرضى في المسوحات الطبية التي تجريها وكالات الاعتماد في تقييم الرعاية الصحية.
١٠. تضخم الجهاز الإداري والوظيفي يُعتبر من مظاهر التخلف الإداري الذي تعاني منه المجتمعات العربية.
١١. تُعد وزارة الصحة أهم القوى الخارجية الحكومية المؤثرة على إدارة المستشفيات الحكومية والخاصة.
١٢. التعطل المفاجئ لبعض الأجهزة بالمستشفى يندرج تحت بُعد عدم التوافق بين الواقع والمستهدف.
١٣. تقدم المستشفيات الحكومية خدماتها مجاناً أو مقابل رسوم رمزية مدفوعة.
١٤. خدمات الطوارئ في المستشفيات الصغيرة ومراكز الرعاية الأولية هي خدمات إسعافية أولية.
١٥. خدمات المرضى الزائرين هي خدمات وقائية وتطويرية وعلاجية وتأهيلية.

١٦. زيادة عدد السرر للطبيب الواحد تعني تدني الخدمات الصحية في المستشفى.
١٧. الصحة العقلية والإعاقات البدنية من أهم الأنشطة التي تشملها الرعاية الصحية.
١٨. ضعف المرونة لدى الجهاز الإداري في المستشفى ولاسيما إذا كان المدير طبيياً تُعتبر من صعوبات التخطيط لأنشطة المستشفى.
١٩. القوانين والتعليمات الصحية تؤثر على ارتفاع تكاليف الخدمات الصحية في المستشفيات.
٢٠. يعتبر المستشفى جزءاً أساسياً من التنظيم الاجتماعي.
٢١. من العوامل التي يعتمد عليها في تحديد عدد غرف العمليات هو تقدير عدد العمليات في كل يوم ومن ثم تقسيم عدد الأسرة الجراحية على معدل طول إقامة المرضى الذين تجرى لهم العمليات الجراحية.
٢٢. من المعايير التصميمية للمستشفيات إختيار موقع المستشفى وتحديد حجم المستشفى وأنواع المستشفيات.
٢٣. من طرق التعقيم المركزي التعقيم بالفرن الجاف والتعقيم بالبخار المضغوط والتعقيم بغاز الإيثلين.
٢٤. منطقة الإنتظار في قسم الطوارئ يجب أن تكون كبيرة وساترة.
٢٥. يجب ألا يتراوح وزن المتبرع بالدم بين (٦٠-١٢٥).
٢٦. يجب أن يكون عمر المتبرع بالدم (٢١-٧٠).
٢٧. يحتاج متخذ القرار إلى وضع حد زمني لإتخاذ القرار الخاص بحل المشكلة.
٢٨. يراد بالإتقان: الأدوات والأساليب والفعاليات المستخدمة لتحويل مدخلات المنظمة إلى مخرجات.
٢٩. يقصد بالتشغيل الشامل للمستشفيات إسناد عمليات التشغيل الطبي الجزئي وصيانة المعدات الطبية والتغذية والنظافة وكافة التوريدات إلى شركة.
٣٠. يواجه التخطيط لأنشطة المستشفى صعوبات عدة منها:
تعذر وضع التنبؤات الخاصة بالأمراض وإنتشارها ولاسيما ما يتعلق بالخطط الوقائية.

١. الاحمدي، حنان بنت عبدالرحيم (٢٠٠٧) تقييم الأطباء لخدمات الرعاية الصحية الأولية في المملكة العربية السعودية، مركز البحوث بمعهد الإدارة العامة: الرياض.
٢. الأحمدي، طلال بن عايد (٢٠١١) التنظيم في المنظمات الصحية، مركز البحوث بمعهد الإدارة العامة: الرياض.
٣. الادارة الصحية (الكتاب الطبي الجامعي)، إعداد مجموعة من المتخصصين في علم الإدارة الصحية والعاملين في الجامعات العربية، منظمة الصحة العالمية شرق المتوسط بالتعاون مع أكاديمية إنترناشونال، الطبعة الأخيرة.
٤. ساعاتي، عبدالإله سيف الدين (2010) إدارة المستشفيات بين النظرية والتطبيق، مركز النشر العلمي، جامعة الملك عبدالعزيز: جدة.
٥. الهجان، إبراهيم بن مصطفى (٢٠٠٩) الجودة الشاملة في المستشفيات، خوارزم العلمية: جدة.

ورجاء خاص في حال توفر أسئلة جديدة لديك بعد دخولك الاختبار يمكنك إرسالها لمراجعتها وحلها

للاستفسار مراسلتي على:

ali.alzhrane@gmail.com

وللتواصل عبر تويتر

@alialzhrane