



دار المنظومة

DAR ALMANDUMAH

الرواد في قواعد المعلومات العربية

العنوان:	إدارة و تسويق الخدمات الطبية في الجمهورية اليمنية : " عينة مختارة من مستشفيات محافظة عدن "
المصدر:	دراسات يمنية
الناشر:	مركز الدراسات والبحوث
المؤلف الرئيسي:	على، محمد عبدالرشيد
المجلد/العدد:	ع 62,63
محكمة:	نعم
التاريخ الميلادي:	2000
الشهر:	ديسمبر
الصفحات:	239 - 262
رقم MD:	131383
نوع المحتوى:	بحوث ومقالات
قواعد المعلومات:	HumanIndex
مواضيع:	التسويق، الخدمات الطبية، اليمن، الرعاية الصحية، إدارة المستشفيات، المعدات الطبية، مهنة الطب، الأطباء، الممرضون، علاقات المرضى، الرقابة الإدارية، السجلات الطبية
رابط:	http://search.mandumah.com/Record/131383

إدارة وتسويق الخدمات الطبية

في الجمهورية اليمنية

((عينة مختارة من مستشفيات محافظة عدن))

د/ محمد عبد الرشيد علي

مقدمة

تعد الخدمات الطبية واحدة من مجالات النشاط الحيوي ، ذات الأهمية المتميزة لما يختص به هذا النوع من الخدمات في الحياة العصرية ، من زاوية المنطق الإنساني أو التنموي ، ونتيجة لتدني هذا النوع من الخدمات في بلادنا ، فإن بحثها المرتكز على خصوصية إدارتها وسبل تقديمها ، وتميز العنصر البشري المنتج لها ، سيتيح لنا مجالاً أوفر لفهم ومعالجة الأوضاع المتكدسة والمتردية التي تصيبها ، وبالتالي تصيب الأفراد الطالبين لهذه الخدمة .

والمؤسسة الخدمية الناجحة توجه اهتمامها لكل من عملائها وموظفيها ، وترى أن إشباع حاجات الموظفين والعملاء من شأنه أن يؤدي إلى زيادة فعالية المؤسسة الخدمية وتحسين وضعها الاقتصادي - الاجتماعي . وهو ما ينطبق تماماً على وضع المؤسسة العاملة في مجال الخدمة الطبية . ناهيك عن خصوصية أداء هذا النوع من الخدمات التي تتطلب مهارات عالية وتقنية متخصصة وبالتالي إدارة من نوع خاص ، وهو ما سيظهر في مجموع أقسام هذا البحث .

أهداف البحث :

يهدف البحث إلى إظهار واقع إدارة الخدمات الطبية في المستشفيات (العينة) كنموذج لواقع الخدمات الطبية في الجمهورية اليمنية ، بالإضافة إلى تسويق هذا النوع من الخدمات والخصوصية التي تتميز بها ، وسبل تحسين أساليب إدارة وتسويق الخدمات الطبية، من الخدمات من خلال مجموع التوصيات والمقترحات المستخلصة ، وفي ذلك

أستاذ الإدارة المساعد جامعة عدن

تكمن أهميته ، زد على ذلك أن هذا المجال يتصف بمحدودية البحث العلمي والدراسة فيه ، لذلك فإن هذا البحث سيقدم إضافة جديدة إلى ما سبق من دراسات إن وجدت
وسائل البحث :

استخدام الباحث الأسلوب الإحصائي والاستقراء الاستدلالي للعينة البحثية من خلال النزول المباشر إلى مواقع العمل ، واعتماد الملاحظة المباشرة كواحدة من الأسس العلمية في هذا البحث . بالإضافة إلى استخدام بعض المراجع النظرية والإحصائية مكتيبا .
اختيار العينة :

لم يكن هناك مجال لتوسيع رقعة العينة لذلك فقد اعتمد الباحث في اختياره للعينة على ما يلي :

- ١- مستشفى الجمهورية التعليمي وهو أول مستشفى في الجمهورية اليمنية حيث بدأ العمل فيه عام ١٩٥٨م .
- ٢- مستشفى الصداقة التعليمي وهو المستشفى التخصصي الوحيد بهذه التجهيزات في مجال الأمومة والطفولة وقد بدأ العمل به عام ١٩٨٦م ، ثم توسع ليشمل تخصصات أخرى .
- ٣- مستشفى عدن العام وهو أحدث مستشفى بهذه التجهيزات وقد بدأ العمل في عام ١٩٩٤م .
- ٤- اقتصار العينة على محافظة عدن وعلى جزء رئيسي من قطاع الدولة ، لما تحمله محافظة عدن في تاريخ اليمن الصحي ، ولأن القطاع الخاص لا زال محتفظا في تقديم المعلومات للباحثين من جهة ، ومن جهة ثانية لا زال نشاطه محدودا في هذا الجانب في م/عدن تحديدا ، ولأن الوحدات والمراكز الصحية الصغيرة في المحافظة لا تمثل مجتمعا حيا وخصبا للدراسة والبحث من جهة ثالثة .
- ٥- يمكن تعميم كثير من متضمنات البحث على أغلب المستشفيات في محافظات الجمهورية من حيث السلب والظواهر وكذلك الاستخلاصات والتوصيات .

صعوبات البحث :

إن أهم الصعوبات التي رافقت سير عمل الباحث هي :

(١) عدم الاهتمام بموضوع البحث من قبل الأفراد التنفيذيين ذوي العلاقة بالمعلومات المطلوبة .

(٢) ضعف الأنظمة الإحصائية وتعامل القائمين عليها بمنطق سرية المعلومات في زمن اندماج المعرفة .

(٣) التعامل بنوع من السيادة الروحية مع الباحث .

(٤) لا يرى القائمون على المؤسسات (العينة) أية أهمية لما يسمى ادارة الأعمال ، ويرون أن عمل المستشفى عملا طبيا فقط ، ولا علاقة لما نبجته بعملهم .

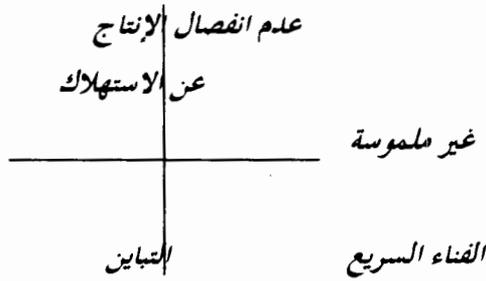
أولا : أهمية إدارة وتسويق الخدمات الطبية :

كل المنظمات بمختلف أحجامها وأنشطتها تؤدي وظيفتين أساسيتين هما : "

إنتاج السلع أو الخدمات أو الأفكار وتسويقها ، كما تستطيع المنشأة من خلال تأديتها لهاتين الوظيفتين - الإنتاج والتسويق - أن توفى بالتزاماتها نحو مجتمعها ومستهلكيها وملاكها ، أو خلق ما يطلق عليه الاقتصاديون - بالمنفعة الحدية - وهي قدرة السلعة أو الخدمة على إشباع حاجة مستهلكيها" .^(١)

والخدمات هي " منتجات غير ملموسة تحقق منفعة مباشرة للمستهلكين كنتيجة لأعمال جهد بشري أو ميكانيكي للأفراد والأشياء . كذلك فإنها تتميز أي الخدمات عن السلع بأربعة خصائص هي كونها : غير ملموسة وعدم انفصالها عن الاستهلاك ، والفناء السريع ، وكذلك التباين ."^(٢) والشكل التالي يوضح ذلك .

شكل رقم (١) : يوضح خصائص الخدمات



وتعتمد الخدمات الصحية موضوع بحثنا على المعدات بصفة أساسية ، بينما تقل بها كثافة العمالة . كما يحتاج هذا النوع من الخدمات إلى اتصال عال من العميل على العكس من بعض الخدمات التي تتطلب اتصال منخفض . ويعود ذلك إلى أن هذا النوع من الخدمات موجه نحو الإنسان ، ويتطلب الأمر وجود العميل لإتمام الخدمة . كما يتطلب أداء هذا النوع من الخدمات درجة معينة من الاحتراف ، وهي بذلك تغدو أكثر تعقيدا وتنظيما من حيث القواعد القانونية لأدائها .

وفي الوقت الذي " تعتبر فيه المستشفيات من مرافق التنمية الاجتماعية الهامة التي تعني باحتياجات أفراد المجتمع الصحية ، ويتطلب تشييدها وتشغيلها تخصيص موارد مالية وبشرية ، وتقنية متخصصة عالية تكفل تلبية هذه الاحتياجات ، الأمر الذي يستلزم تخطيطا وفقا لأساليب علمية مدروسة تضمن تقديم رعاية طبية جيدة للمجتمع الذي تخدمه بأقل التكاليف " (٣) فإن الخدمات الطبية تعتبر (من الخدمات التي يعصب تحديد مقدار تكاليفها قبل إنتاجها أو استهلاكها ، مع إن العديد من مقدمي الخدمة يسعر خدماته بناء على التكاليف المرتبطة بأدائها والبعض الآخر يسعر خدماته على أساس المنافسة أو حجم الطلب على السوق " . (٤)

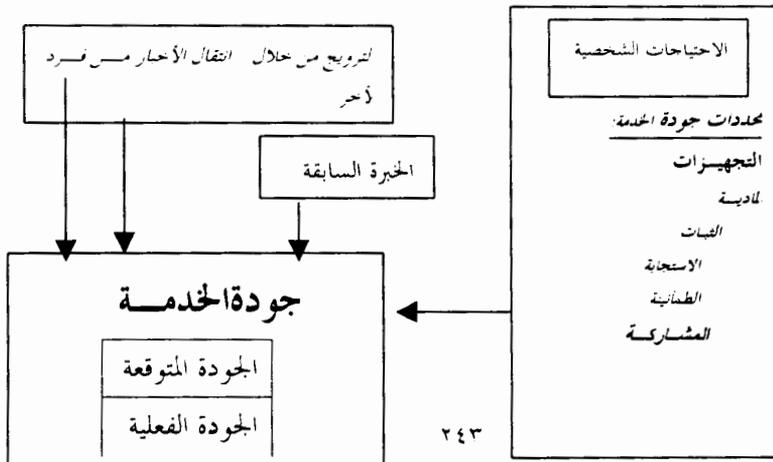
وينظر العديد من رجالات البحث الإداري إلى المستشفى على أنه يقع ضمن المنظمات الاجتماعية المعقدة التركيب بسبب اتساع نشاطه وتركيبه النشاط وتعدد تخصصاته في

ضوء التقدم المطرد في الأساليب العلمية والتكنولوجية المستخدمة في التشخيص والعلاج .
والمستشفى مثله مثل غيره من المنظمات يعتمد نجاحه على العاملين فيه ، وحسن أدائهم بما
يكفل الاستفادة بصورة مثلى من الإمكانيات المادية والتسهيلات الفنية المتاحة . ويحقق
الأهداف المرسومة بأقصى ما يمكن " . (٥)

وعلى العكس عن غيرها من الخدمات فإنه " يعتبر الإعلان عن الخدمة الطبية عملاً غير
أخلاقي يتعارض مع قواعد المهنة المتعارف عليها " . (٦) فيما تعتبر جودة الخدمة وقبولها
مرهونة بتقييم العميل ، باعتباره المحدد الأساسي لذلك . ويقصد بجودة الخدمة من وجهة
نظر العميل " تطابق الخدمة الفعلية مع الخدمة المتوقعة " . (٧)

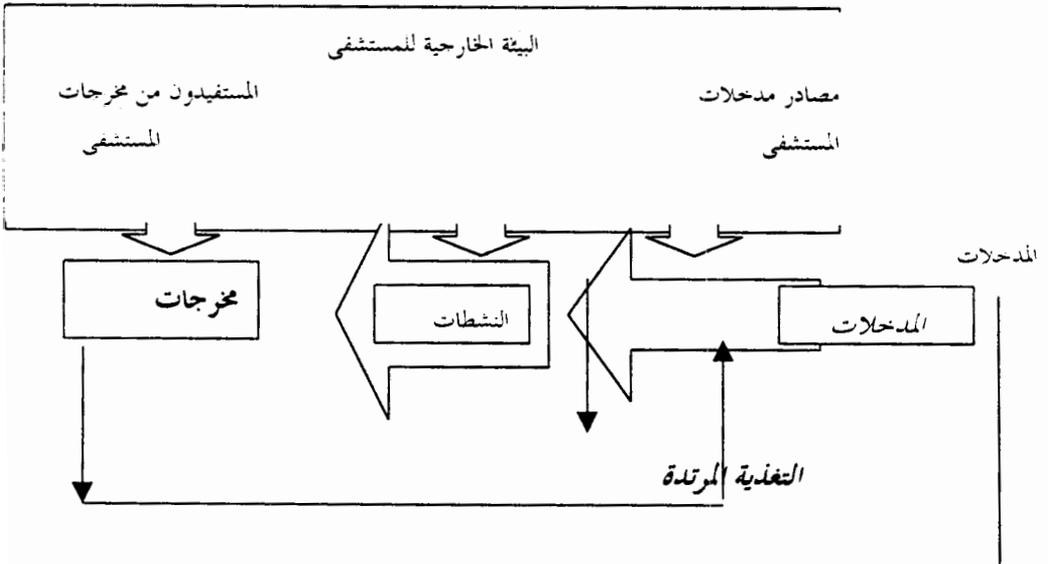
لذلك فإن إدارة وتقديم الخدمات الطبية تتطلب التعاون بين العاملين في المستشفى ،
حيث يكتسب ذلك أهمية خاصة إذا ما قورن بالمنظمات الأخرى ، ذلك أن المستشفى
يعمل على تقديم خدمات تخصصية تسم - إلى حد كبير - بطبيعتها العاجلة غير القابلة
للتأجيل . فلا يمكن تصور إتمام تأدية هذه الخدمات بالجودة المناسبة دون تضافر جهود
العاملين وتعاونهم كل في مجال اختصاصه ، ولا تتجلى أهمية التنظيم في النظام العام
للمستشفى فحسب ، بل وفي نظامه الفرعي أيضا ، فلو نظرنا إلى طبيعة المهام التي تؤديها
وحدات التمريض في المستشفى والمهارات الإنسانية والتكنولوجية والمادية الموظفة في
تنفيذها ، لرأينا أهمية تنظيم مجهودات العاملين في هذه الوحدات لتحقيق الفائدة الكلية
للمستشفى ، من حيث كفاءة إنجاز الأهداف وكفائتها" . (٨)

والنموذج التالي يوضح كيفية تحديد جودة الخدمة بواسطة العميل (شكل رقم ٢)



وفي سياق بحثنا هذا الذي نتناول فيه إدارة وتسويق الخدمات الطبية لعينة من وفي سياق بحثنا هذا الذي نتناول فيه إدارة وتسويق الخدمات الطبية لعينة من مستشفيات م/ عدن ، على أساس مفهوم المستشفى كنظام مفتوح والسماح إلى تمييزه عن غيره من المنظمات . على أن " النظام هو مجموعة من العناصر أو النظم الفرعية - " المرتبطة أو المتداخلة " (١٠) التي تعمل مع بعضها لتحقيق أهداف معينة . أما النظم الفرعية فهي تمثل " مجتمعة العناصر الوظيفية ضمن النظام الأكبر " (١١) " فكل نظام هو في حقيقته نظام فرعي لنظام أكبر ، وله في ذات الوقت أنظمة فرعية أصغر . " (١٢) ويتضح تكوين المستشفى كنظام مفتوح من خلال الشكل التالي :

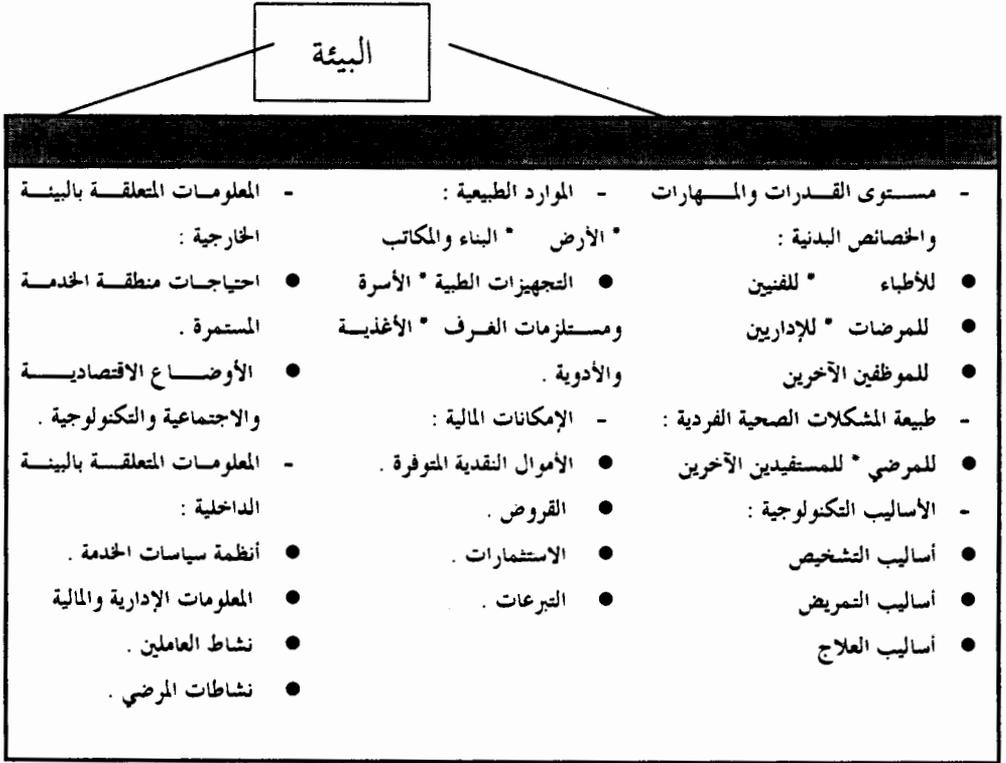
شكل رقم (٣) : المكونات الأساسية للمستشفى كنظام مفتوح*



*المصدر : حسان نذير حورستاني ، المرجع السابق ، ص ٥٣ .

كما يحدد حورستاني (١٣) بالتفصيل ذاته ما تتضمنه مدخلات العناصر اللازمة لقيام المستشفى بنشاطاته الضرورية ، وكذلك المخرجات الناتجة عن نشاطات المستشفى الأساسية والمساعدة . وذلك على النحو التالي :

شكل رقم (٤) : العناصر التي تشتمل عليها مدخلات المستشفى



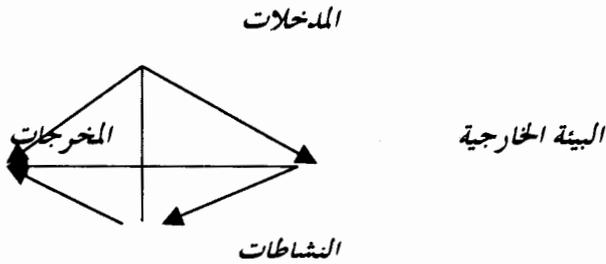
أما المخرجات الناتجة عن نشاطات المستشفى الأساسية والمساعدة فيمكن حصرها فيما يلي

- ١- المخرجات المتعلقة بحالة المرضى عند الخروج ، من خلال تصور حالة المرضى بعد الاستشفاء ، وتدرج حالة المرضى بصفة عامة تحت الاحتمالات التالية : تحسن - شفاء - وفاة - إحالة إلى مراكز طبية أكثر تخصصا .
- ٢- المخرجات المتعلقة بجودة المخرجات الطبية المقدمة . حيث يزيد نجاح التشخيص وجدوى العلاج في ثقة المجتمع بالخدمات التي يقدمها المستشفى ، مما يؤدي بالمجتمع إلى دعم المستشفى ومساندته بشتى الأساليب وخاصة الإعلامية منها .

٣- المخرجات المتعلقة بكفاية إدارة المستشفى ويتمثل في عائد زيارات المرضى لعيادات الأطباء وعائد أيام المرضى العلاجية مقارنة بتكلفة المستشفى بسبب ممارسة نشاطاته في التشخيص والعلاج . كذلك تتمثل في نسبة القوى العاملة إلى عدد أسرة المستشفى لمراجعة تقدير احتياجات من هذه القوى وفقا لحجم العمل الفعلي للمستشفى ولضبط نفقات تشغيله .

والشكل أدناه يوضح العلاقة المتبادلة بين مكونات نظام المستشفى وبينها وبين البيئة المحيطة بها .

شكل رقم (٥) : العلاقة المتبادلة بين مكونات نظام المستشفى وبينها وبين البيئة الخارجية المحيطة بها * .



* المصدر : حسان محمد نذير : مرجع سابق ، ص ٦٤ .

ولكي يقوم المستشفى بدورة على أكمل وجه ، ويؤدي خدماته بطريقة أفضل ، لزم أن يكون هناك تنظيم إداري ، من أبرز معالمة نشاطات الخدمات الإدارية التي تختص بتنفيذ السياسات واللوائح والتوجيهات الخاصة بتأمين القوى العاملة اللازمة للمستشفى ، وكذلك المستلزمات والأجهزة الخاصة بالتشغيل فضلا عن الاعتمادات المالية . وتؤدي هذه الخدمات الإدارية في المستشفيات العامة الحديثة (ذات السعة السريرية الكبيرة) عن طريق إدارات من أهمها : إدارة شؤون الموظفين - الإدارة المالية إدارة الموارد .

وهو ما سنستعرض ظروفه الملموسة على المستشفيات قيد البحث فيما سيأتي من بحثنا .

ثانيا : الوضع الديمغرافي والصحي لمحافظة عدن :

يبلغ عدد السكان المقيمين في محافظة عدن (ريف / حضر) ٣٤٣٥٥٩ ،
 ٤٠٣٤٢٥ نسمة على التوالي . أي إجمالي قدرة ٤٤١٨٨٠ نسمة ، موزعين بحسب
 الفئات العمرية ، وحسب النوع حضر / ريف وفقا لما هو وارد في الجدول أدناه .
 جدول رقم (١) : الفئات العمرية موزعين حسب النوع (حضر/ ريف) بحسب تعداد عام
 ١٩٩٤ م* .

الفئات العمرية	ريف			حضر			الإجمالي		
	إناث	ذكور	إجمالي	إناث	ذكور	إجمالي	إناث	ذكور	إجمالي
١٤ - ٠	٩١٠٦	١٠١٠٤	١٩٢١٠	٧٠٦٩٠	٧٥١٠٧	١٤٥٧٩٧	٧٩٧٩٧	٨٥٢١٣	١٦٥٠٠٩
١٥ - ٦٤	٨٦٣١	٥٨٢	١٨٢١٣	١١٣٣١٧	١٣٢٨٣٥	٢٤٦١٥٢	١٢١٩٤٨	١٤٢٤٠٥	٢٦٤٣٥٣
٧٥ +	٥٣٢	٥٠٠	١٠٣٢	٥٦٤٥	٥٨٤١	١١٤٨٦	٦١٧٧	٦٣٤١	١٢٥١٨
	١٨٢٩٦	٢٠١٨٦	٣٨٤٥٥	١٨٩٦٢٥	٢١٣٧٧٣	٤٠٣٤٢٥	٢٠٧٩٢٠	٢٣٣٩٥٩	٤٤١٨٨٠

• المصدر : كتاب الإحصاء السنوي لعام ١٩٩٦ م ، صنعاء ، مارس ١٩٩٧ م ، ص
 ٢٦ .

فيما يبلغ عدد المستشفيات في المحافظة ٧ مستشفيات تحوي ١٩٢٠ سرير ، وثمانية مراكز
 صحية (بأسرة) تصل إلى ثمانية عشر مركزا تحوي ٢٥٨ سرير، بينما تبلغ المراكز الصحية
 بدون أسرة ٦٢ مركزا ، ووحدات الرعاية الصحية الأولية ١٣٧ وحدة ، والصيدليات
 ومخازن الأدوية ١٢٤ وحدة .

كما بلغت الحالة الكمية للقوى العاملة التخصصية في مجال الصحة بحسب التقارير
 الإحصائية الرسمية كما يظهر من الجدول التالي :

جدول رقم (٢)

أطباء بشريون	أطباء أسنان	صيادلة	أخصائيون تغذية	كيمياء حيوية	أخصائيون اجتماعيون	فنيون مخبر
٦١١	٤٠	٦٢	١	١	-	٥٣

* المصدر : كتاب الإحصاء السنوي ، المرجع السابق ، ص ١٨٤

يتضح من الجدول أعلاه أن لكل طبيب ٧٢٣ شخص من عدد سكان المحافظة المقيمين

بينما يمثل فيما يظهر الجدول التالي حال الفنيين المؤهلين في المجال الصحي كالتالي :

جدول رقم (٣)

مساعد طبي	فنيو أشعة	مساعد صيدلي	ممرضون مؤهلون	قابلات مؤهلات	فنيون آخرون
٤٥	٨٠	٨٢	٥٥٩	١٦٧	٢٧٦

* المصدر : كتاب الإحصاء السنوي ، المرجع السابق ، ص ١٨٥ .

الجدول أعلاه يبين أن لكل طبيب ٩ ، ٠ ممرضة مؤهلة وهي تعتبر نسبة متدنية مقارنة بما يجب أن يكون عليه الحال . كذلك فإن الأمراض المعدية المبلغ عنها خلال العام ١٩٩٦م على سبيل المثال تظهر في الجدول أدناه :

جدول رقم (٤)

الحصبة	سعال ديكلي	درن	نكاف	بلهارسيا	ملاريا	اسهالات
٤١٦	٢٠	٨٧٩	٤١٦	٥	٢٣٥٥	٩٠١١

* المصدر : كتاب الإحصاء السنوي ، المرجع السابق ، ص ١٨٦-١٨٧ .

الحالات التي يظهرها الجدول أعلاه لا تشكل أكثر من ١٠٪ من الحالات المرضية في المحافظة ، إلا أن لجوء المرضى للعلاج في وحدات التطبيب الخاصة - بالرغم من ظروف تجهيزها السيئة وغير المناسبة - يفضي إلى ضعف إمكانية حصر مستوى انتشار الأمراض بأنواعها المختلفة داخل المحافظة والبلد بوجه عام ، وهذا الأمر يتطلب إعادة تنظيم العلاقة بين وحدات التطبيق الخاصة والجهات الرسمية ذات العلاقة . مع تأكيدنا على صعوبة تحقيق ذلك لأسباب تتعلق بما سبقت عليها من ضرائب وغيرها .

ثالثا : خصائص الأداء الإداري والتسويقي لعينة البحث :

في تناولنا لعينة البحث من جانب خصائص الأداء الإداري والتسويقي للخدمات الطبية للسكان في المحافظة أو غيرها من المحافظات ، تجدر الإشارة إلى أن المستشفيات (العينة) تقع ضمن ملكية الدولة ، حيث تقوم الدولة برعايتها وتوجيه نشاطها ، أي أنها تقع ضمن نظام الخدمة الصحية الوطنية ، على أن واحد منها يتميز نشاطه بطابع تخصصي أكثر وهو (

مستشفى الأمومة والطفولة) ، بينما يتصف الآخران بتوفيرهما جميع الخدمات الإكلينيكية أو الطبية لتشخيص ومعالجة الحالات العامة المختلفة ، عدا ذلك أن اثنين منهما تعليميان بحسب ما يوضح ذلك الجدول أدناه .

وتقدم هذه المستشفيات خدماتها ليس للمجتمع الواقع في محيطها المباشر فحسب بل يمتد ذلك إلى العديد من المحافظات التي تتوفر فيها خدمات طبية ولكنها قد تكون عالية التكاليف ، أو ضعيفة المستوى لا تفي باحتياجات الحالات المرضية نتيجة لشح الإمكانات المادية والبشرية .

جدول رقم (٥) : يبين القوى العاملة في مجتمع العينة

الوحدة الإدارية	أطباء متخصصون	أطباء عموم	مساعد طبي	مرضات	قابلات	متطوعون	فنيون*	عاملو الإدارة والخدمات**
مستشفى الجمهورية التعليمي العام	٥٥	١١٩	-	٣٥٠	-	-	١٤٥	٢٦١
مستشفى الصداقة التعليمي العام	٦٥	٨٣	-	٢١٥	٨٥	-	١٠٤	٣٠٩
مستشفى عدن العام	٥١	١١٢	-	١٩٤	١٤	٩٥	-	١٢٩
الإجمالي	١٦١	٣١٤	-	٧٥٩	٩٩	٥٩	٢٤٦	٦٩٩

* الفنيون : يقصد بهم تلك الأنشطة المساعدة والضرورية لأتمام الخدمة الطبية ، والعاملون فيها مؤهلون تأهيلاً متوسطاً وجامعياً في مراكز تأهيل متخصصة .

** عاملو الإدارة والخدمات : جميع العاملين خارج الجهاز الطبي في مجال الإدارة ، والخدمات المساعدة مثل الصيانة ، السائقين ، عمال التنظيف .. وغيرهم .

من الجدول أعلاه تتضح التناسبات في توزيع الأطباء المتخصصين للمستشفيات قيد البحث ، حيث بلغت حصة مستشفى الجمهورية منهم ٢٣٪ بينما تبلغ حصة الصداقة ٤٣٪ منهم ، والنسبة الباقية ٣٤٪ هي حصة مستشفى عدن العام . وهذه الحصص لا تتناسب مع هذه المؤسسات وتاريخ نشاطها . ويعود ذلك إلى تحول الكثير من المتخصصين

من مستشفى الجمهورية التعليمي العام إلى مستشفى عدن العام المؤسس حديثاً أصلاً في تحسين وضعهم وفقاً لما أشيع من سياسات حينئذ .

وتظهر الأنشطة الصحية للمستشفيات (العينة) خلال الفترة من ١٩٩٥م - ١٩٩٧م

بحسب الجدول التالي :

جدول رقم (٦) : يبين عدد الحالات المرضية المترددة على المستشفيات

البيان	مستشفى الجمهورية التعليمي			مستشفى الصداقة التعليمي			مستشفى عدن العام		
	١٩٩٥	١٩٩٦	١٩٩٧	١٩٩٥	١٩٩٦	١٩٩٧	١٩٩٥	١٩٩٦	١٩٩٧
نساء وولادة	-	++٧٦٦٥	++٨٢٨٩	-	-	-	-	-	٤٥٦٢
مسالك بولية	-	-	-	-	-	-	-	-	٨١
الأطفال	-	-	-	٤٠٠١	٣٦٩٤	٢٨٨٣	١٠٥٨	-	١٠٤٦
المخضانة	-	-	-	-	-	-	-	-	٢٩٦
الأنف والأذن والحنجرة	-	-	-	-	-	-	-	-	٢٩٩
العيون	-	-	-	-	-	-	-	-	٣٢٩
جراحة	-	-	-	-	-	-	١٢٥٨	-	١٢٠١
باطني	-	-	-	-	-	-	١٠٩١	-	١١٦٧٩
عدد المرضى في العيادات الخارجية	-	٣٢٧٥٥	٤١٩١٧	١٧٦٩٠	١١٩٠٧	١١٨٣٠	-	-	-
عدد المرضى المترددين لقسم الحوادث	-	٣١٣٢١	٣٣٦١٩	-	-	-	-	-	-
عدد مرضى قسم العلاج الطبيعي	-	٥٥٤٤	٦١١٧	١٩٧٠٠	١٥٢٠٠	١٤٦٠٠	-	-	-
المترددين على التحصين الشامل	-	-	-	٥٤٧٦	٨٤٤٥	٦٤٢٣	-	-	-
العمليات الصغرى	-	٣٤٦٨	٣٩٠٥	١٠٨٢	١٠٥٧	٨٧٧	-	-	-
العمليات الكبرى	-	٣٠٣٩	٣٢٨٨	٥٢٩	٤٩٢	٥٣٩٨	-	-	-

(العينة) للفترة ١٩٩٥م - ١٩٩٧م .

المصدر: أقسام الإدارة والإحصاء في المستشفيات الثلاث .

++ هذه الأرقام لا تقتصر على النساء والولادة بل بقية الأنشطة الطبية : (مسالك بولية ، أطفال ، أنف أذن وحنجرة ، وعيون ، وباطني) .

• عبارة عن أرقام تقريبية .

هذه الإشارة تدل على عدم توفر الأرقام الإحصائية بحسب الحالات الميئة في البيان . كما تجدر الإشارة إلى أن السعة السريرية لكل مستشفى من المستشفيات أعلاه تحدد على النحو التالي :مستشفى الجمهورية التعليمي ٥٠٢ سرير ، مستشفى الصداقة التعليمي ٣٨٠سريرا ، مستشفى عدن العام ٢٠٢سرير . وعلى الرغم من إقرار الباحثين في هذا المجال من أن السعة السريرية للمستشفى لم تعد معيارا لتحديد مكانة ووضع المستشفى بين بقية المستشفيات ، وذلك بسبب توفر إمكانية دائمة لزيادة وخفض عدد الأسرة وفقا للحاجة ودرجة إلحاحها . ألا أن ذلك بالنسبة لظروف النشاط الصحي في بلادنا لازال يكتسب أهمية استثنائية وضرورية .

تقوم أحدث أساليب إدارة المستشفيات في الدول المتقدمة على تحديد" إدارة المستشفى أسلوبا لتحسين الأداء في المستشفى ، ومتابعة أفضل التطورات التي تحدث في الخدمة الطبية ، وبصفة خاصة التجهيزات والأجهزة الطبية ، وهذا لا يتحقق إلا بوجود قسم متخصص في التخطيط والمتابعة ، حيث يضع لادارة المستشفى - الخطط الطويلة الأجل والقصيرة - ويتابع التنفيذ داخليا ، ويتابع التطورات خارجياً". (١٤) وهو ما لا يمكن تحقيقه على المدى المنظور بالنسبة لمستشفيات بلادنا ، وذلك بسبب شحة الإمكانيات لدى المستشفيات ، وغياب التخطيط الاستراتيجي على مستوى الوزارة، إضافة إلى ذلك ما يمكن التأكيد عليه من جوانب النقص التي تعزّي هذا الجانب تتمثل فيما يلي: (١٥)

- اختلال التوازن في مصادر التمويل الحالية ، في أغلب الأنظمة الصحية من حيث التوازن بين الخدمات المتاحة والاحتياجات المتزايدة من الخدمات الطبية العلاجية والوقائية.
- الزيادة السكانية المرتفعة سنوياً. (٤٩، ٤٠٪ على مستوى م/عدن على سبيل المثال للحصر فقط).

- زيادة عمق الفجوة بين المتاح من المواد المالية الرسمية وبين المتطلبات المتزايدة لتمويل الخدمات الصحية العلاجية التشخيصية والوقائية .
- ضعف الترابط والتنسيق بين المكونات الأساسية لتنمية القوى العاملة الصحية من حيث التخطيط والتدريب ، الاستخدام ، مع سوء التخطيط كذلك ، في ظروف تزايد أعداد الطلاب في كلية الطب بصورة كبيرة .
- غياب الخطة المركزية لاسقاطات القوى العاملة الصحية والتفسيرات الكمية والنوعية الحاصلة .
- ضعف التعاون بين الجانب التعليمي والخدمات الصحية .
- غياب خطط التدريب والتأهيل ، بالإضافة إلى سوء التخطيط والتأهيل الخارجي وارتفاع تكاليفه .
- مركزية التوزيع للقوى العاملة الصحية وغياب الاستراتيجيات الإقليمية لنمو الخدمة الطبية .
- ضعف الكفاءات الإدارية والفنية القيادية ، وعدم تأهيلها إداريا لشغل هذه الوظائف .
- تسرب القوى العاملة الصحية ، بسبب تدني الأجور وضعف نظام الحوافز المادية ، وغياب نظام الحوافز المعنوية للعاملين الصحيين .
- ناهيك عن ذلك أن هناك عدد من العوامل المتعلقة بضعف الصيانة للمعدات الطبية والمنشآت تتمثل في : (١٦)
- غياب السياسات إزاء عملية الصيانة ومصادر الأجهزة الطبية وغيرها ، بالإضافة إلى غياب نظام التجهيزات المتلائمة مع طبيعة الخدمات المطلوبة من المرافق الصحية في ظروف النقص الحاد لقطع الغيار للكثير من التجهيزات والأجهزة . مما يؤدي إلى تعطل عمل العديد من الأجهزة .
- قلة المبالغ المالية المخصصة لهذه الأغراض ، في ظل صعوبة التعامل مع الخارج للحصول على المتطلبات ، وتحديدًا عند غياب الوكلاء محليا للشركات المختصة .

● عدم وجود نظام سليم لحصر الأجهزة والمعدات ومعرفة نوعيتها وقطع الغيار المطلوبة لها .

● عدم توفر الكادر المتخصص والخبرات الفنية القادرة على القيام بعملية الصيانة في ظل غياب السياسات التأهيلية للكوادر المطلوبة في هذا الجانب .

على أن التأكيد يغدو ضرورة بأن الاهتمام بالأقسام الإدارية ضروري حتى يرتفع مستوى الخدمات في المستشفى ، وأن التركيز على الخدمة الطبية - ضروري جداً - إلا أن شغل وقت الطبيب بمسائل إدارية قد يكون - في بعض الحالات - من غير المطلوب أو الملائم . (١٧)

لذلك فإن تنامي الميل في البلدان المتقدمة إلى تجزئة نشاط المستشفى إلى خدمات طبية وأخرى فندقية ناتج عن عدم توفر الشخص الذي يمكنه توفير النوعيتين في آن واحد . إذ أن غالبية الأطباء عندما يديرون المستشفى يركزون على الخدمة الطبية ، ويسندون المسائل الإدارية لأشخاص غير مؤهلين .

على أن الدول النامية التي أخذت بهذه السياسات أخذت بعمل لجان مشتركة أو اجتماعات دورية يشترك فيها جميع المديرين من الناحيتين حتى يمكن تحقيق التوازن المطلوب . (١٨) لا سيما وأن المستشفيات من الناحية التنظيمية والإدارية كذلك تتميز بوجود خطين للسلطة: (١٩) الأول : خط سلطة الوظيفة الرسمية ممثلاً بالجهاز الإداري . والثاني : سلطة المعرفة ، الذي يتميز به الأفراد بالجهاز الطبي بسبب طبيعة تخصصهم الوظيفي الدقيق، الأمر الذي يؤدي في بعض الأحيان إلى صراع على النفوذ . لقد ترافق مع سير الأداء الإداري للمستشفيات (العينة) عدد من السلبيات يمكن حصر أهمها فيما يلي :

- ١ - عدم فعالية مجالس الإدارة فيها .
- ٢ - غياب الأهداف الواضحة والمحددة للعاملين في الخدمة الطبية والإدارية .
- ٣ - التنظيم المزدوج للعمل الإداري والعمل الطبي
- ٤ - عدم وجود لائحة أساسية للمستشفيات العينة (مقرة) .

٥- تداخل علاقات السلطة بين الوظائف في المستويات الإدارية المختلفة وعدم وضوحها .

٦- ضعف العمل التخطيطي على المدى القريب والبعيد .

٧- غياب الرقابة على الأداء في حدودها الدنيا والعليا .

٨- رداءة الصيانة للمعدات والأجهزة والمباني يؤثر على مستوى أداء الخدمة الطبية ، لأسباب سبق ذكرها .

٩- انعدام الاستقلال الإداري والمالي للمستشفيات ، يؤثر على قدرتها على الحركة في مواجهه المتغيرات المختلفة ذات العلاقة بنشاطها .

١٠- عدم حافزية نظام الأجور ، والحوافز المادية والمعنوية .

١١- مركزية سياسة الاختيار للقيادات الإدارية .

وكما هو معروف لدينا بأن المستشفى كأي منشأ تقوم أصلاً لتحقيق أهداف تنظيمية معينة ، ولكي تحقق هذه الأهداف يلزمها وجود بعض الأنشطة الرئيسية ، وكذلك مجموعة من الأنشطة الفرعية التي تكمل بعضها البعض على أساس أن كل نشاط له دور مطلوب في الخدمة الطبية التي يقوم بها المستشفى . أي أن كل نشاط يتولي جزء محدد من نشاط المستشفى في نطاق اختصاص معين محدد وواضح ، بحيث لا يحدث خلط أو لبس في الاختصاص أو الأداء التنظيمي . (٢٠)

كما أن الخدمات الطبية بكل تفرعاتها أصبحت تحتاج إلى إمكانيات واعتمادات إضافية لتلبية متطلبات النمو المتزايد في السكان الذين يساهمون إلى حد ما في إيجاد بعض الاختناقات والتدني في مستوى الخدمة الطبية ، حيث أن المؤسسات الصحية بمختلف مستوياتها لم تعد قادرة على الوفاء بالتزاماتها تجاه المجتمع ، بسبب أن حجم الطلب للخدمة الطبية يفوق كثيراً ما تم التخطيط له . (٢١)

وعليه فقد ظهرت نتائج المسح الميداني والاستقصاء لأوضاع المستشفيات أهم الخلاصات وهي :

١- أن غياب الأهداف العامة والخاصة الناتج عن غياب اللوائح المقررة ، والمنظمة لنشاط المستشفى ، أداء إلى تغييب أهمية تفعيل نشاط الهيئات العليا للمستشفى ،

وبالتالي إلى سوء التدابير التنظيمية وعلاقات السلطة والمسئولة ووضوح خطوط
كلا منها .

٢- أداء غياب التخطيط الاستراتيجي داخل المستشفى وعلى مستوى الجهات
الإشرافية العليا إلى تدني القدرة في تحديد الأهداف وقرار السياسات ومتغيراتها،
مقارنه بمحجم المتغيرات الحاصلة في بيئة نشاط المستشفى . كذلك أدى غياب
التخطيط إلى ضعف نظام الرقابة على الأداء ، وسوء استخدام معايير تقييم
سليمة للخدمة الطبية والفندقية - وهو ما يبدو جليا في حياة المستشفيات العينة .-

٣- أن ضعف القدرات المالية ومحدوديتها بالنسبة للمؤسسات الصحية بوجه عام ،
والعينة قيد الدراسة بوجه خاص ، في ظل مركزية التوجيه للإنفاق ، أدى إلى شل
فعالية الأداء المؤسسي لهذه المستشفيات ، وإلى صعوبات حمة في إنجاز الحدود
الدنيا لحل الصعوبات المرافقة لسير العمل اليومي - الروتيني - مثل الصيانة
والمواصلات وغيرها .

٤- لازال نظام الأجور دون المستوى المهني لعمل الطبيب ، لذلك يعزى الكثير من
ذوى العلاقة أسباب تدني مستوى تقديم الخدمات الطبية في المستشفيات بوجه
عام (والعينة خصوصا) إلى عدم حافزية نظام الأجور والمرتبات ، وكذلك نظام
الحوافز المادية والمعنوية .

٥- الخاقا بما سبق في (٤) فإن الأطباء يلجئون إلى الاهتمام بعياذتهم الخاصة ، مما
يضعف اهتمامهم بالمرضى الواصلين إلى المستشفيات ، بل ويبدون لهم الكثير من
الاستحسان والرضى فيما لو زاروهم في عيادتهم الخاصة ، وهذا ينعكس سلبا
على سمعة الخدمة الطبية المقدمة في المستشفى ذاته .

٦- نتيجة لغياب مبدأ الرقابة والمحاسبة ، وتفشى ظواهر مثل التسبب والإهمال فإن
الكثير من ممتلكات المستشفى تتعرض للسرقة من قبل العاملين في المستشفيات .

٧- أن مركزية اختيار (تعيين) القيادات الإدارية للمستشفى يؤدي إلى تعييب
خاصية مميزة لنوعية الكوادر الممارسة لهذا النشاط ، وهذا يؤثر كثيرا سلبا على

الوضع النفسي للأطباء والعاملين ، لا سيما عندما لا يخضع الاختيار لمعايير سليمة ومنافسات .

٨- الانفصال بين الإدارة والمجتمع ، عدا ما يخص مساهمة المجتمع المقتصرة على زيارة المرضى لطلب الخدمة ، وهذا يعكس محدودية الرؤية ، مع تأكيد أهمية توسيع ذلك في نطاق اهتمام الإدارة بمجتمع الخدمة وما يحويه من إمكانات بشرية ومادية ن على أن ذلك يعتبر جزءاً من الدعاية غير المباشر لمستوى الخدمات الطبيعية التي يقدمها المستشفى .

٩- البطء في الحصول على السجلات الطبية ، وضعف عمل أقسام الإحصاء الطبي داخل المستشفيات .

كما يشترك مجتمع (العينة) ، وكذلك مجتمع الخدمة الطبية بوجه عام عند تقديم هذا النوع من الخدمات بعدد من السلبيات يمكن حصرها فيما يلي :

● ضعف الاهتمام بالمرضى كبار السن ، والتعالي عليهم وعدم مراعاة حالتهم النفسية .

● عدم انتظام وجود الأطباء في العيادات ، وتأخر حضورهم إضافة إلى انشغالهم بالحديث مع الآخرين .

● إهمال النظافة .

● الاستعجال في تشخيص حالة المريض من قبل الطبيب ، وتقديم العلاج له قبل إجراء الفحوصات ، بل أحيانا قبل سماع شرح المريض لحالته .

● عدم توفر الأدوية اللازمة في صيدلية المستشفى وتحديدًا منها غالبية الثمن واستخدام أغلب الأدوية المتوفرة لصالح العاملين في المستشفى فقط ، بل وتهريبها لأغراض المتاجرة أحيانا .

● التعامل مع الوصفة الثابتة للعلاج وتحديدًا منها المسكنات والمضادات الحيوية لأغلب المرضى .

● عدم فتح المستشفيات لباب الشكاوى ، للتعرف على معاناة مجتمع الخدمة .

● وجود الحشرات في المستشفى .

- عدم تمكن المريض من مراجعة نفس الطبيب إلا بصعوبة بالغة .
 - صعوبة الانتقال بين العيادات و الأقسام المختلفة .
 - عدم توفر احتياجات غرف التنويم والعمليات والكشف من بعض الأجهزة وتوابعها .
 - تأخر جهاز التمريض في الاستجابة عند الحاجة .
 - عدم تنويع وجبات الطعام .
 - إزعاج المرضى في كثير من الأحيان ، مع سوء تنظيم حركة الزوار .
 - تدني مستوى الثقافة المهنية والسلوكية للجهاز الطبي والتمريضي في الغالب .
 - العدد المحدود للأطباء والجهاز المساعد من العاملين في الطوارئ .
 - نقص عدد المتخصصين من الأطباء . إضافة إلى نقص الأسرة .
- وكما أن نشاط الخدمة الطبية يتضمن جميع الأعمال التي تدخل في العلاج الطبي وإجراء العمليات وتقديم الأدوية و صرفها ومتابعة الحالات المرضية ، وهذا النشاط يدخل في صميم عمل الأطباء . (٢٢) فإن النشاط الفندقي يتم داخل المستشفى منذ لحظة دخول المريض والتعامل معه وأساكنه في القسم المختص بعلاجه وتوفير الراحة له، وإطعامه ، والحفاظ على نظافة المكان وصيانة الأجهزة والمستلزمات الطبية ورعايته من الناحية الطبية والتمريضية على مدى الأيام التي يحددها الطبيب المعالج ومساعدوه من الأطباء والمرضات وتقديم الطعام له و مرافقيه في المستشفى إذا كان متاحا اصطحاب بعض أفراد أسرته ، وهذا إجراء يشيع تطبيقه في الدول العربية . (٢٣)
- وعلى ذلك فقد بينت نتائج المسح الميداني والاستقصاء أهم الخلاصات في جانب أداء الخدمات الطبية وهي كالتالي :-
- ١- أن هناك تدني في مستوى الخدمة الطبية المقدمة للمرضى في مجتمع العينة ، ويعود ذلك إلى ما يلي :
- أ) عدم توفر الأجهزة والمعدات اللازمة لتقديم خدمة طبية مثلى .
- ب) تدني الثقافة المهنية والسلوكية لدى الكثير من الأطباء والمساعدين لهم في الجهاز الفني .

- ج) عدم استقرار الطبيب ، الناتج عن عدم استقراره المعاشي والمهني ، والمقارنة بما يحتله من مركز اجتماعي في المجتمع .
- د) قلة عدد المتخصصين .
- هـ) تشابك العلاقات الاجتماعية والوظيفية ، والتأثير المتنامي للأولي على الثانية .
- و) سوء أوضاع العيادات الخارجية ، وسوء مواقع انتظار المرضى فيها .
- ز) ضعف الأداء التشخيصي المختبري ومحدودية نشاطه .
- ح) عدم توفر احتياجات غرف التنويم من المعدات والأجهزة اللازمة .
- ٢- ضعف الروح الأنضباطية وعدم الالتزام بأداء الأعمال ويعود ذلك إلى :
- أ- عدم احترام الوقت .
- ب- تأخر الجهاز التمريضي في الاستجابة عند الحاجة .
- ج- عدم تمكن المريض من مراجعة نفس الطبيب بسهولة .
- د- ضعف العلاقات الإنسانية بين الأطباء والمرضين ، والمرضى وما يعكسه الأطباء من ملل متكرر عند مرورهم على المرضى .
- هـ- ضعف التشخيص للحالات المرضية والاستعجال في تقديم العلاج قبل إجراء الفحوصات التشخيصية .
- ٣- تدني مستوى الخدمات التكميلية للخدمات الطبية ويعود ذلك إلى :
- أ) عدم توفر الأدوية الضرورية في صيدلية المستشفى ، وحصص توزيعها على العاملين في المستشفى أن وجدت .
- ب) ضعف النظافة ووجود الحشرات في المستشفى .
- ت) عدم تنوع وجبات الطعام .
- ث) شح المواد المخبرية المساعدة لأجراء التحاليل ، مما يضعف مستوى هذه الخدمة .
- ج) عدم شرح أغلب الأطباء لمرضاهم طبيعة حالتهم ، وطريقة استعمال العلاج و الآثار المترتبة على تناوله .
- ٤- ظواهر أخرى ذات علاقة بتدني الخدمة الطبية المقدمة تتمثل فيما يلي :-

- أ- عدم شرح المختبريين المتخصصين في المستشفيات الإجراءات التي ينبغي أن يتبعها المريض قبل إجراء الفحوص المختبرية .
- ب- انخفاض درجة رضاء العديد من مراجعي أقسام الطوارئ بسبب عدم اهتمام العاملين بهم . و تدني مستوى الخدمات المقدمة لهم .
- ٥- نستخلص كذلك أن هذا الوضع يسود في واحدة من أهم المدن اليمنية وأكثرها تاريخاً في مجال الخدمات الطبية ، وعليه فإن الحال يتضاعف عشرات بل أكثر في بعض المدن الأخرى، ويكاد يكون مخيفاً للغاية في المناطق الريفية .

توصيات البحث :

- ١) إصدار اللوائح الأساسية للمستشفيات التي لا يوجد لديها هذا النوع من اللوائح بقرارات وزارية .
- ٢) التنظيم الإداري للمستشفيات المركزية على أساس خطى السلطة ، وإصدار اللائحة الخاصة بتنظيم عمل الهيئة الطبية ، وتحديد أسس اختيار رئاستها ونسب تمثيلها في الهيئات الرئيسية للمستشفى .
- ٣) تنمية المعارف الإدارية لدى القائمين على إدارة المستشفيات مع التأكيد على أهمية تحديد معايير سليمة وواضحة لاختيار الكوادر القيادية الإدارية للمستشفيات . ويجد في هذا النوع من المؤسسات الاعتماد في الاختيار عن طريق الانتخاب ، مع تأكيد أهمية توفر المعايير الرئيسية لحق الترشيح لشغل هذه الوظيفة القيادية أو تلك في المرشحين .
- ٤) إعطاء استقلال إداري ومالي للمستشفيات مع تثبيت حق الرقابة المركزية لوزارة الصحة والجهات ذات العلاقة بنشاط المستشفيات وفي حدود معينة .
- ٥) تطوير التخطيط الصحي في المستشفيات وتزويد هذه الدوائر بالكوادر المؤهلة القادرة على تحديد استراتيجيات سليمة و لتفعيل عملية التخطيط باتجاه تحقيق أهداف النشاط بصورة مثلى .

- ٦) إقرار نظام جديد للأجور والمرتبات يتناسب مع أهمية المهنة وسنواتها الدراسية وخطورتها . على أن يتضمن ذلك تحديد علاقات عمل جديدة للطبيب العامل مع الدولة ومسئوليته إزاء ذلك في ضوء نظام الأجر الجديد .
- ٧) تحديد علاقة الطبيب بعمله مع الدولة - على ضوء (٦) - ومسئولته في ظل الأجر المنجز .
- ٨) ضمان الحق الخاص في اختيار العمل مع الدولة أو العمل الفردي أو التعاوني أو الخاص ضمن منظومة إرشادية يتضمنها نظام متكامل . أي إعادة تنظيم العمل الطبي بصورة تتناسب والسياسة الأجرية الجديدة .
- ٩) تعزيز دور الرقابة وأشكالها على أداء الأطباء والمخاضة الفورية الصارمة للمخلفين بشرف المهنة وأمانتها.
- ١٠) تنظيم دورات تخصصية لتنمية المعارف السلوكية ، وتعميق الثقافة المهنية للأطباء والعاملين في المجال الطبي بوجه عام .
- ١١) زيادة عدد الأطباء في العيادات الخارجية وضبط حركة العمل لديهم ، لتقليل ساعات انتظار المرضى . بالإضافة إلى تحسين وتنظيف أوضاع صالات الانتظار للمرضى والزوار .
- ١٢) تنظيم حق الشكاوى للمرضى والمتعاملين مع المستشفيات والنظر فيها من قبل الإدارة أولاً بأول .
- ١٣) توفير الأجهزة الضرورية لتحسين أداء الخدمة الطبية تشخيصياً وعلاجياً .
- ١٤) تنشيط عمل الصيدليات وتوفير الأدوية اللازمة .
- ١٥) تطوير وتحسين الأداء المختبري ، ومراقبة مدى توجيهات العاملين فيها للمرضى لاستكمال إجراءاتهم .
- ١٦) تنظيف وتحسين أوضاع دورات المياه ، وصيانتها المستمرة .
- ١٧) تنمية الدور الوقائي للمستشفيات .
- ١٨) تحديد سياسات مثلى لضمان توسيع مشاركة المجتمع في تمويل نشاط المستشفى ، وأن كان ذلك من خلال أنظمة الدفع من قبل المرضى مقابل حصولهم على الخدمة

الصحية ، وكذلك إمكانية مشاركة القادرين من أصحاب العمل الخيري في تمويل بعض أنشطة المستشفى ومتطلباته ، وأن استدعاء الأمر إشراكهم في عضوية مجلس الإدارة .
١٩) بحث إمكانية مساهمة المجالس المحلية أو مؤسسات الضمان الصحي أو الاجتماعي لتدعيم نشاط المستشفى مقابل تقديمه لخدمات طبية مجانية لغير القادرين على الدفع من السكان .

٢٠) تحديد فترة عمل اختبارية للأطباء العموم ، وتخطيط عملية التأهيل التخصصي لهم، مع عدم السماح لهم بممارسة التطبيب الخاص (في عيادات خاصة بهم) إلا بعد التخصص .

٢١) إخضاع المتخصصين المستجدين للعمل إلى جانب المتخصصين القدامى من أصحاب الدرجات العلمية العليا ، حتى تثبت أهليتهم لممارسة العمل التخصصي المستقل .

الهوامش والمراجع :-

- ١- خير الدين ، عمرو : التسويق ، المفاهيم والاستراتيجيات ، مكتبة عين شمس ، القاهرة ، ١٩٩٨م ، ص ١٩ .
- ٢- المرجع السابق ، ص ٢٦٥ - ٢٦٧ .
- ٣- حرساني ، حسان محمد نذير : إدارة المستشفيات ، معهد الإدارة العامة ، المملكة العربية السعودية ، ١٩٩٠م ، ص ٦٧ - ٦٨ .
- ٤- خير الدين ، عمرو : مرجع سابق ، ص ٢٧٧ .
- ٥- المرجع السابق ، ١٥٧ .
- ٦- المرجع السابق ، ص ٢٧٩ .
- ٧- المرجع السابق نفسه .

8) Jonathon Rakich et al: Managing Health Services Organizations 2nd ed. (West Washington Square, Philadelphia WB Saunders Company, 1985) , P. 143.

أنظر كذلك حرساني ن مرجع سابق ، ص ٩٤ .

٩- خير الدين ، عمرو : مرجع سابق ، ص ٢٨١ .

10) Daivd Cleland and William King , : Management : A System Approach (N.Y: Mc Graw – Hill Book Company , 1972) P. 31 .

أنظر كذلك ، حرستاني مرجع سابق ص ٥٠ .

11) B.J. Hadge and William Anthony, Organization theory, 2nd ed. (Boston) Allyn and Bacon inc, 1984) PP 45-46.

أنظر كذلك حرستاني مرجع سابق ص ٥ .

١٢- عون الله ، صلاح الدين : مدخل النظم ، الرياض ن معهد الإدارة

العامة ١٩٨٤ ص ١٣ .

١٣- حرستاني ، حسان محمد نذير ، مرجع سابق ص ٥٥-٦٣ .

١٤- المصري ، أحمد محمد : إدارة المستشفيات (سلسلة إدارة المنشآت

المتخصصة) . مؤسسة شباب الجامعة ، الإسكندرية ١٩٩٨ م ، ص ٥١ .

١٥- مرشد ، أحمد محمد : الخدمات الطبية ، الدليل الطبي ، وزارة الصحة

العامة ، مكتب محافظة عدن ، ١٩٩٧ م ، ص ٣-٥ .

١٦- مرشد ، أحمد محمد : المرجع السابق ، ص ٧ .

١٧- المصري ، أحمد محمد : مرجع سابق ، ص ٥٠ .

١٨- نفس المرجع ، ص ٥٠ .

١٩- نفس المرجع ، ص ٣٧ .

٢٠- نفس المرجع ن ص ٣٧ .

٢١- مرشد ، أحمد محمد : مرجع سابق ، المقدمة .

٢٢- المصري ، أحمد محمد : مرجع سابق ، ص ٣٧ - ٣٨ .

٢٣- نفس المرجع ، ص ٣٩ .