

بسم الله الرحمن الرحيم

جامعة اليرموك

كلية الإقتصاد والعلوم الإدارية

قسم الإدارة العامة

**مدى ممارسة العوامل المؤدية الى ارتفاع
تكاليف الخدمة الصحية**

(دراسة ميدانية لمستشفى البشير والمستشفى الإسلامي)

رسالة ماجستير

إعداد الطالب:

أديب علي محمد الشرع

٩٧٣٧٠٠١٨

إشراف

الدكتور أحمد عبد الحلیم

٢٠٠٠

بسم الله الرحمن الرحيم

جامعة اليرموك - اربد

كلية الاقتصاد والعلوم الإدارية

قسم الإدارة العامة

مدى ممارسة العوامل المؤدية إلى ارتفاع تكاليف الخدمة الصحية

دراسة ميدانية لمستشفى البشير والمستشفى الإسلامي

رسالة ماجستير

مقدمة من الطالب

أديب علي محمد الشرع

المشرف

الدكتور أحمد عبد الحليم

قدمت هذه الرسالة لإتمام متطلبات الحصول على درجة الماجستير في الإدارة العامة

نوقشت بتاريخ : ٢٠٠٠/٨/٨ م

لجنة المناقشة:

التوقيع

الدكتور / أحمد عبد الحليم مشرفا ورئيسا للجنة

الدكتور / محمد الطعمانة عضوا

الدكتور / موسى اللوزي عضوا

٢٠٠٠

١

الإهداء

إلى روح أمي وقلب أبي .
إلى زوجتي وأولادي .
إلى كل الذين أناروا لي الطريق وعلموني .
إلى كل من كان له فضل علي .
إلى جميع إخواني وأخواتي ... أصدقائي وأحبتي .
إلى الغالية ... جامعة اليرموك .
إلى وطني الذي أحب وأنتمي ... الأردن .

أهدي هذا الجهد

أديب الشرع

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

إنني رأيت أن لا يكتب أحد كتاباً في يومه الا قال في غده لو غير هذا لكان أحسن، ولو زيد هذا لكان يستحسن، ولو قدم هذا لكان أفضل، ولو ترك هذا لكان أجمل. وهذا من أعظم العبر، وهو دليل على استيلاء النقص على جملة البشر.

وأرجو ممن وجد في رسالتي خللاً أن لا يبخل عليّ بالنصيحة، ورحم الله من أهدى إليّ عيوبي.

العماد الاصفهاني

شكر وتقدير

من لا يشكر الناس لا يشكر الله

الشكر لله أولاً والثناء عليه، وبعد أتقدم بالشكر الوافر والتقدير والمحبة الى استاذي الفاضل الدكتور أحمد عبد الحليم الذي تفضل مشكوراً بقبول الاشراف على هذه الرسالة، وكان لي خير معين بما قدمه لي من معلومات وفيرة وغنية وما قدمه لي من عون وتوجيه وإرشاد خلال مراحل الدراسة، فلم يكلّ يوماً ولم يبخل من تقديم النصيح والإرشاد حتى انتهت إلى ما هي عليه. مرة أخرى أقدم شكري الذي يعجز القلم عن وصفه إلى أستاذي الفاضل.

وأتقدم أيضاً بوافر محبتي وتقديري الكبيرين إلى الدكتور محمد الطعمانة والدكتور موسى اللوزي رئيس قسم الإدارة العامة في الجامعة الأردنية اللذين غمراني بلطفهما بقبول عضوية اللجنة التي ستناقش هذه الرسالة، ولما سيقدمانه من توجيهات قيمة تساهم في إغنائها وتحسينها وسأكون لهم شاكراً، وكما يقول العماد الاصفهاني: رحم الله امرءاً أهدي إليّ عيوبي.

كذلك أتقدم بالشكر الجزيل لجميع أساتذة الإدارة العامة في جامعة- اليرموك- وإلى جميع العاملين في قسم الإدارة العامة. والشكر لكل من ساهم في إخراج هذه الدراسة إلى النور، الصديق أحمد العمري الذي كان عوناً في إنجاز التحليل الإحصائي. ولكل من ساهم في توزيع الاستبانات أو قام بجمعها.. وكذلك كل الشكر لكل الأخوة الذين تفضلوا بالإجابة عن فقرات الاستبانة، فكانت إجاباتهم مادة البحث ومصدره.

قائمة المحتويات

الصفحة	الموضوع
ب	الإهداء
ج	العماد الاصفهاني
د	شكر وتقدير
هـ	قائمة المحتويات
ز	قائمة الجداول
ط	الملخص بالعربية
الفصل الأول، الإطار العام للدراسة	
١	المقدمة
٢	مشكلة الدراسة
٣	أهمية الدراسة
٤	أهداف الدراسة
٤	أسئلة وفرضيات الدراسة
٥	مجتمع وعينة الدراسة
٦	أسلوب الدراسة ومنهجيتها
٦	مصادر جمع المعلومات
٦	أداة الدراسة
٧	صدق وثبات الدراسة
٧	الأسلوب الإحصائي
٨	محددات الدراسة
٨	التعريفات الإجرائية
الفصل الثاني، الخلفية النظرية والدراسات السابقة	
١٠	١- الخلفية النظرية
١٠	- نشأة وتطور مفهوم المستشفى
١٣	- تعريف وتصنيف المستشفى
١٥	- تصنيف المستشفيات

٢١	الخدمات الطبية التي تقدمها وزارة الصحة
٢٣	نطاق خدمات المستشفيات
٢٧	التخطيط الصحي والسياسة الصحية في المملكة الأردنية الهاشمية
٢٢	أسباب ارتفاع تكاليف تقديم الخدمات الصحية
٣٤	حجم العمل في مستشفيات القطاعين
٣٦	لمحة عن عينة البحث
٣٧	١- مستشفيات البشير ، أهداف المستشفى
٣٧	دوائر وأقسام المستشفى
٣٩	٢- المستشفى الإسلامي
٤١	الدراسات السابقة
٥٤	نتائج الدراسات السابقة
الفصل الثالث، تحليل البيانات ومناقشة نتائج الدراسة	
٥٦	توزيع الإصابات وجمعها
٦٣-٥٧	وصف خصائص العينة
	تحليل النتائج ومناقشتها
٧٦-٦٤	١- تحليل ومناقشة أسئلة الدراسة
٩٨-٧٦	٢- تحليل فرضيات الدراسة ومناقشتها
الفصل الرابع، النتائج والتوصيات	
٩٩	النتائج
١٠٤	التوصيات
١٠٧-١٠٦	قائمة المراجع باللغة العربية
١١٠-١٠٨	قائمة المراجع باللغة الانجليزية
١١٢-١١١	الملحق (أداة الدراسة)
١١٥-١١٣	ملخص الرسالة باللغة الإنجليزية

قائمة الجداول

رقم الجدول	العنوان	الصفحة
١-	تطور اعداد المراكز الصحية الشاملة والاولية والفرعية والأمومة والأسنان.	٢٢
٢-	حجم القوى البشرية الصحية حسب القطاعات في الأردن لعام ١٩٩٨.	٢٩
٣-	تطور الإنفاق الصحي في الأردن في الفترة (١٩٢٤-١٩٩٨).	٣٠
٤-	الأعداد والنسب المئوية للاستبانات الموزعة والمستردة.	٥٦
٥-	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب العمر.	٥٧
٦-	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الجنس.	٥٨
٧-	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب قطاع العمل.	٥٨
٨-	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الوظيفة.	٥٩
٩-	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الخبرة.	٦٠
١٠-	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الحالة الإجتماعية.	٦١
١١-	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب المؤهل العلمي (لغير الأطباء).	٦١
١٢-	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب المؤهل العلمي (للأطباء).	٦٢
١٣-	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب جهة التخرج.	٦٢
١٤-	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب مستوى الدخل.	٦٣
١٥-	الوسط الحسابي والانحراف المعياري لدى ممارسة الإجراءات غير الضرورية.	٦٥
١٦-	الوسط الحسابي والانحراف المعياري لدى إدخال الحالات غير الضرورية إلى المستشفى.	٦٧
١٧-	الوسط الحسابي والانحراف المعياري لدى استجابة أفراد عينة الدراسة المتعلقة بالمتغيرات الإدارية.	٦٨
١٨-	الوسط الحسابي والانحراف المعياري لدى ممارسة العوامل المؤدية إلى ارتفاع تكاليف تشغيل المستشفى المتعلقة بعدم إدراك الأطباء بأهمية التكاليف.	٧١

- ٧٣ -١٩ مدى تأثير رواتب موظفي المستشفيات على ارتفاع التكاليف.
- ٧٤ -٢٠ المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمجالات الدراسة.
- ٧٧ -٢١ الجنس ومدى ممارسة العوامل المؤدية إلى ارتفاع التكاليف.
- ٧٨ -٢٢ العمر ومدى ممارسة العوامل المؤدية إلى ارتفاع التكاليف.
- ٧٩ -٢٣ اختبار نيومان كولز لمجالي المتغيرات الإدارية والرواتب.
- ٨٠ -٢٤ مدى ممارسة العوامل المؤدية إلى ارتفاع التكاليف وقطاع العمل.
- ٨٢ -٢٥ التباين الأحادي لمتغير الوظيفة الحالية مع مجالات الدراسة.
- ٨٢ -٢٦ اختبار نيومان كولز لمجال الرواتب.
- ٨٣ -٢٧ الخبرة ومدى ممارسة العوامل المؤدية إلى ارتفاع التكاليف.
- ٨٤ -٢٨ الحالة الإجتماعية ومدى ممارسة العوامل المؤدية إلى ارتفاع التكاليف.
- ٢٩ -٢٩ المؤهل العلمي (لغير الأطباء) ومدى ممارسة العوامل المؤدية إلى ارتفاع التكاليف.
- ٨٥ -٣٠ اختبار نيومان كولز للفروقات الإحصائية لمجال المؤهل العلمي لغير الأطباء.
- ٨٧ -٣١ التباين الأحادي لمجالات الدراسة والمؤهل العلمي للأطباء.
- ٨٨ -٣٢ اختبار نيومان كولز لمجالات الدراسة حسب المؤهل العلمي للأطباء.
- ٩٠ -٣٣ مدى ممارسة العوامل المؤدية لإرتفاع التكاليف ومكان التخرج.
- ٩١ -٣٤ نتائج اختبار نيومان كولز لمجال الرواتب حسب بلد التخرج.
- ٩٢ -٣٥ تحليل التباين الأحادي لمجالات الدراسة ومتغير الدخل.
- ٩٤ -٣٦ اختبار نيومان كولز لمجالات الدراسة مع الدخل.
- ٩٥ -٣٧ معامل الارتباط بين الإجراءات غير الضرورية وحالات الإدخال غير الضرورية.
- ٢٨ -٣٨ معامل الارتباط بين عدم إدراك الأطباء بأهمية التكاليف وبين الإجراءات وحالات الإدخال غير الضرورية.
- ٩٦ -٣٩ معامل الارتباط بين عدم تطبيق الأساليب الإدارية من جهة والإدخالات والإجراءات غير الضرورية من جهة أخرى.
- ٩٧

مدى ممارسة العوامل المؤدية الى ارتفاع تكاليف الخدمة الصحية

دراسة ميدانية لمستشفى البشير والمستشفى الإسلامي

إعداد

أديب علي محمد الشرع

إشراف

الدكتور أحمد عبد الحلیم

الملخص

هدفت الدراسة إلى بيان مدى ممارسة العوامل المؤدية إلى ارتفاع تكاليف تشغيل المستشفيات الأردنية في القطاعين العام والخاص، وذلك في اللوقوف على أسباب ارتفاع هذه التكاليف في محاولة لإيجاد خطة لوقف هذا التضخم المتزايد.

وقد تناولت الدراسة المجالات التالية والتي تعتبر عوامل رئيسية في ارتفاع تكاليف تشغيل المستشفيات الأردنية، وهذه المجالات هي:

- ١- الإجراءات غير الضرورية.
- ٢- حالات الإدخال غير الضرورية للمستشفى.
- ٣- عدم تطبيق الأساليب الإدارية الحديثة.
- ٤- مدى وعي الأطباء بأهمية التكاليف.
- ٥- ارتفاع رواتب موظفي المستشفيات.

يتكون مجتمع الدراسة من جميع مديري المستشفيات الأردنية في القطاعين العام والخاص ومساعدتهم الإداريين والفنيين وكذلك جميع رؤساء الأقسام والوحدات الفنية والإدارية.

أما عينة الدراسة فقد كانت مدراء مستشفى البشير والإسلامي ومساعدتهم الإداريين والفنيين وجميع رؤساء الأقسام والوحدات الإدارية والفنية في المستشفيات المذكورين. وقد كان اختيارنا لمستشفى البشير لكونه أكبر مستشفى في القطاع العام ولإسلامي كونه أكبر مستشفى في القطاع الخاص.

وقد تم توزيع (١٤٩) استبانة تمثل جميع أفراد عينة الدراسة (٨٤) مستشفى البشير (٦٥) المستشفى الإسلامي، استرد منها (١٤٣) موزعة كالتالي: (٨١) البشير، (٦٢) الإسلامي) بنسبة (٥, ٩٥٪) وتم استبعاد (٤) استبانات (استبانتان لكل مستشفى) لعدم صلاحيتها للتحليل، وبقيت (١٣٩) استبانة صالحة ومعتمدة لغايات الدراسة والتحليل الإحصائي.

تمت المعالجة الإحصائية باستخدام التكرارات والنسب المئوية، والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، كما تم استخدام تحليل التباين الأحادي واختبار (ت) واختبار نيومان كولز للمقارنة البعدية للمتغيرات الشخصية، ومعامل ارتباط بيرسون، وذلك بالاستعانة بالحاسوب واستخدام البرنامج الإحصائي SPSS/PC+.

توصلت الدراسة إلى عدد من النتائج كان من أهمها:

- ١- تطبيق الأساليب الإدارية الحديثة شبه غائب عن ساحة المستشفيات ويعود السبب في ذلك إلى الاهتمام الكبير في الأمور الفنية، وهذا من أهم أسباب ارتفاع تكاليف تشغيل المستشفيات الأردنية.
- ٢- هناك علاقة ارتباط موجبة قوية بين حالات الإدخال غير الضرورية والإجراءات غير الضرورية، ومعنى ذلك أنه كلما كان هناك حالات إدخال كلما كان هناك إجراءات. وبلغ معامل ارتباط بيرسون (٠,٧٣) بمستوى دلالة بلغت (٠,٠٠).
- ٣- عدم وعي الأطباء بأهمية التكاليف سبب رئيسي في حالات الإدخال إلى المستشفى ممن لا تستدعي حالتهم ذلك وبالتالي إجراءات غير ضرورية، حيث بلغ معامل الارتباط (-٠,٢٥) لحالات الإدخال وبدلالة إحصائية قوية بلغت (٠,٠٠٣) وأيضاً كان معامل الارتباط للإجراءات غير الضرورية (-٠,٣٧) وهو دال إحصائياً عند مستوى (٠,٠٠ = α).
- ٤- هناك علاقة ارتباط موجبة بين عدم تطبيق الأساليب الإدارية الحديثة وعدم معرفة الأطباء بأهمية التكاليف، ويعود السبب في ذلك إلى عدم اهتمام الإدارة بعقد دورات للعاملين والأطباء في المستشفيات وتوعيتهم بأهمية التكاليف، وقد بلغ معامل ارتباط بيرسون (٠,٢٨) وكان دالاً إحصائياً عند مستوى (٠,٠٠١ = α).
- ٥- وجود فروق ذات دلالة إحصائية لجميع مجالات الدراسة تعزى لمتغير الخبرة. حيث بلغت قيمة ف (١,٣١) بدلالة إحصائية بلغت (٠,٢٧).
- ٦- وجود فروق ذات دلالة إحصائية لمجالات الدراسة تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية. هذه الدلالة كانت لصالح فئة الأعزب. وقد بلغت قيمة ت (٢,٤) وهي دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠٤ = α) وبلغ الوسط الحسابي لفئة الأعزب (٢,٨٢) بينما كان الوسط الحسابي لفئة متزوج (٢,٦).

٧- بينت نتائج تحليل التباين الأحادي وجود فروقات ذات دلالة إحصائية تعزى لتغير المؤهل العلمي لغير الأطباء، وتوصل اختبار نيومان كولز إلى أن هذه الفروق لصالح الذين يحملون شهادة الماجستير.

٨- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مدى ممارسة العوامل المؤدية لارتفاع تكاليف الخدمة الصحية تعزى لقطاع المستشفى (عام، خاص) حيث بلغت قيمة ف لجميع المجالات (٢, ٥٢) وهي دالة إحصائية عند ($\alpha = 0,063$) وكانت هذه الفروق لصالح القطاع الخاص.

وأوصت الدراسة بالعمل على تعزيز تطبيق الأساليب الإدارية الحديثة قدر الإمكان، والعمل على ضغط النفقات عن طريق الرقابة الفعالة على موارد المستشفى لتقليل الهدر في استخدام الموارد وسوء استخدام هذه الموارد، كذلك أوصت الدراسة بتعزيز العلاقة بين إدارة المستشفى والعاملين خاصة الأطباء منهم وتوعيتهم بأهمية التكاليف. وأوصت الدراسة بوضع سياسة جيدة تحدّد من خلالها الحالات التي تستدعي الدخول إلى المستشفى التي غالباً ما يتبعها إجراءات للمريض والتي تعمل على زيادة الإنفاق على خدمات المستشفى ككل وتلك التي تعالج في العيادات الخارجية.

الفصل الأول
الاطار العام للدراسة

© Arabic Digital Library - Harmouk University

الفصل الأول الاطار العام للدراسة

١. مقدمة:

يعتبر توفير الصحة للجميع مطلباً من مطالب جميع أفراد أي مجتمع إنساني على سطح الكرة الأرضية، ولتحقيق هذا المطلب الذي تطمح إليه كل دولة بغض النظر عن نموها وتقدمها أو تخلفها كان لا بد من التصدي للمشاكل الصحية التي تواجهنا في عالم اليوم، ولا سبيل لدينا سوى تكريس الجهود لتغيير النظم الصحية التقليدية وكذلك الإجراءات الاقتصادية والإدارية والمحاسبية القديمة.

وعليه، فإن ذلك يتطلب الأخذ بمنهج جديد في توزيع الموارد وفي تغطية السكان تغطية شاملة وكاملة، وبالتالي فإن ضرورة الترشيح في الانفاقات للقطاعات الصحية هي السبيل الوحيد لتوفير الصحة للجميع.

لكن لا بد من التنويه هنا إلى أن معظم القطاعات الصحية في دول العالم سواء النامية منها أم المتقدمة- تتميز بارتفاع معدلات التضخم بنسبة أكبر من كافة القطاعات الاقتصادية الأخرى. حيث تكاليف الرعاية الصحية ارتفعت بصورة سريعة في السنوات الأخيرة مما أثقل كاهل إداريي المستشفيات، وجعلهم يفكرون بطريقة ما لتخفيف الضغط عليهم لإدارة مستشفياتهم بطريقة أقل تكلفة وأعلى كفاءة⁽¹⁾.

مع ذلك يمكن التأكيد بأن جميع المستشفيات تقريباً تحتاج إلى مراقبة تكاليفها، إلا أن بعضاً منها أكفأ في تبني سياسات احتواء التكاليف من غيرها. وهذا يمكن رده إلى الفروق في تفضيلات وجهات النظر المختلفة بالنسبة لمديريها والقائمين عليها⁽²⁾.

(1) مطر، محمود، استراتيجية احتواء التكاليف وزيادة الكفاءة في المستشفيات والإدارة العامة، العدد ٧٦، سبتمبر ١٩٧٢، ص ٥١.

(2) Keith B. Provan "Environmental & Organizational Predictors of Adoption of Cost Containment" Academy of Management Journal, Vol.30, No. 2, 1987, P. 219

من هنا فإن محور هذا البحث ينصب على أحد المفاهيم المهمة في الإدارة المالية والإدارة العامة وكذلك المحاسبية وعلم الإدارة بشكل عام. ألا وهو احتواء التكاليف في القطاع الصحي بشكل عام والمستشفيات بشكل خاص. وعليه فإن هذا البحث يقدم صورة بسيطة عن تلك العملية (ضبط التكاليف) ومدى فاعليتها لدى مديري المستشفيات ومساعدتهم الفنيين والاداريين ورؤساء الأقسام الإدارية والفنية ليخرج بتوصيات ونتائج تهم في إعطاء صورة مختصرة وشاملة عن عملية احتواء التكاليف.

٢. مشكلة الدراسة:

تكمن مشكلة الدراسة في محاولة كشف أهم طرق ضبط تكاليف تشغيل المستشفيات الأردنية من خلال بيان مدى ممارسة العوامل المؤدية الى ارتفاع هذه التكاليف، بهدف احتواء تلك التكاليف ومحاولة ضغط نفقات الرعاية الصحية وتقليصها إلى أقل حد ممكن دون تقليل مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة من تلك المستشفيات.

ولا شك في أن ارتفاع معدل تضخم القطاع الصحي في الأردن قد ازداد في السنوات الأخيرة بدرجة أعلى من باقي القطاعات الاقتصادية الأخرى. فقد بلغ حجم الإنفاق الكلي على قطاع الرعاية الصحية ما يزيد عن (١١٦١٦٧) مائة وستة عشر مليوناً ومائة وسبعة وستون ألف دينار أردني، أو ما يقارب (٥,٨٪) من الميزانية العامة للدولة و٧,٤٪ من إجمالي الناتج المحلي، و٧,٢٪ من إجمالي الناتج القومي الأردني (وزارة الصحة، التقرير الإحصائي السنوي، ١٩٩٨).

وتتمثل مشكلة الارتفاع أو الزيادة في الإنفاق الصحي إلى أسباب كثيرة، منها على سبيل المثال لا الحصر زيادة الطلب من الخدمات الصحية، وارتفاع عدد الخدمات الصحية الممكن تقديمها، وكذلك التطور والتقدم السريع في مجال التقنية الطبية، واكتشاف أنواع جديدة من الأدوية وطرق العلاج من أمراض لم يكن من الممكن علاجها من قبل، وكذلك ارتفاع متوسط الأعمار وما نتج عنه من تغير هيكلي في تركيبة السكان. والهدر وسوء استخدام المصادر والموارد المتاحة.

٣. أهمية الدراسة :

تعتبر الخدمة المقدمة من قبل المستشفيات والتي تؤديها للمرضى المراجعين لهذه المستشفيات أهم الخدمات المقدمة للإنسان على الإطلاق، وذلك كونها تتعلق بصحته ووجوده، وظهرت شكوى من القائمين عليها من انخفاض أرباحها وارتفاع تكاليفها مما يؤثر على جودة الخدمة المقدمة، وخاصة عملاء المستشفيات الخاصة؛ مما يؤدي إلى تردد بعض المرضى من التوجه إليها في المواعيد المناسبة. وفي الحالتين توجد أضرار باهظة على المجتمع وثروته البشرية.

ومما لا شك فيه فإن عملية تخفيض تشغيل المستشفيات تعتبر عملية صعبة جداً، هذا إذا ما صاحبها تدنٍ في مستوى حجم الخدمات الصحية المقدمة. من هنا تأتي أهمية هذه الدراسة بالتركيز على:

١- المحافظة على المستوى الحالي للتكاليف الصحية مع إمكانية زيادة حجم الرعاية الصحية المقدمة والمحافظة على الجودة.

٢- السماح بارتفاع التكاليف بمعدلات منخفضة جداً مع تعظيم المنفعة بمعدلات مرتفعة جداً.

٣- تخفيض حجم التكاليف الحالية بنسبة بسيطة مع الإبقاء على حجم ونوعية وجود الخدمات الصحية المقدمة.

إن التصاعد الحاد في نفقات الرعاية الصحية ليس ظاهرة جديدة في الأردن، لكنها تعتبر ظاهرة عالمية. وهناك شبه اتفاق على أهم الدوافع التي تعمل على زيادة نسبة نفقات الرعاية الصحية، والتي تتمثل في ارتفاع معدل أعمار الفئات السكانية وزيادة الطلب على الخدمات الصحية الممكن تقديمها من قبل المستشفيات والمراكز الصحية الشاملة المختلفة، وكذلك التقدم التقني الذي أصبح أدق تشخيصاً للأنماط المرضية، والتحول الذي طرأ على تمويل الرعاية الصحية الذي كان يُدفع مباشرة من الأفراد إلى تمويلها من قبل نظم التأمين الصحي والتمويل الحكومي. وسوء استخدام المصادر المتاحة لدى المستشفيات.^(١)

(١) التكاليف الصحية المتعذر ضبطها: التجربة السويسرية، بورغ. هـ. سومر، منبر الصحة العالمي، المجلد السادس، العدد ٨، ١٩٨٥، ص ٢.

وعليه، فإن هذه الدراسة تأتي لتؤكد ضرورة العمل على ضبط الارتفاع الحاد في تكاليف تقديم الخدمة الصحية، والعمل على تقديم خدمات صحية كافية لسد حاجات الأفراد المراجعين لها وبأقل تكلفة ممكنة مع المحافظة على مستوى جودة الخدمة المقدمة.

٤. أهداف الدراسة :

تهدف هذه الدراسة الى ما يلي:

١. بيان مدى ممارسة العوامل المؤدية الى ارتفاع تكاليف تشغيل المستشفيات الأردنية في القطاعين العام والخاص.
٢. التعرف إلى طرق معالجة ارتفاع تكاليف تشغيل هذه المستشفيات.
٣. رفع مستوى إدارة موارد قطاع المستشفيات عامة واستغلالها والحد من الزيادة المطردة في هذه التكاليف.
٤. رفع مستوى كفاءة ادارة مختلف المستشفيات، وذلك من خلال السيطرة على تكاليف تقديم الخدمات الصحية في المستشفيات ورفع معدلات الكفاءة والفعالية لها ووضع السياسات المناسبة لها.

٥- أسئلة وفرضيات الدراسة

أولاً: أسئلة الدراسة:

تسعى هذه الدراسة للإجابة عن الأسئلة التالية :

- ١- ما مدى ممارسة العوامل المؤدية إلى ارتفاع تكاليف الخدمة الصحية؟ وذلك من وجهة نظر مديري المستشفيات ومساعدتهم الإداريين والفنيين وكذلك جميع رؤساء الأقسام والوحدات والشعب الإدارية والفنية.
- ٢- ما هي أكثر المجالات مساهمة والتي تمارس وتؤدي إلى ارتفاع في تكاليف تشغيل المستشفيات وذلك من وجهة نظر أفراد عينة الدراسة؟

ثانياً: فرضيات الدراسة

تحاول هذه الدراسة اختبار الفرضيات التالية :

- ١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha \geq 0.05)$ في اتجاهات أفراد عينة الدراسة نحو مدى ممارسة العوامل المؤدية إلى ارتفاع تكاليف تشغيل المستشفيات الأردنية في القطاعين العام والخاص، تعزى للمتغيرات الشخصية (الجنس، العمر، قطاع العمل (عام، خاص)، الوظيفة الحالية، الحالة الاجتماعية، المؤهل العلمي، مكان التخرج، الدخل).
- ٢- هناك علاقة ارتباط إيجابية بين الإدخالات غير الضرورية والإجراءات غير الضرورية في مدى ممارسة العوامل المؤدية إلى ارتفاع التكاليف.
- ٣- هناك علاقة ارتباط سلبية بين عدم وعي الأطباء لأهمية التكاليف وبين حالات الإدخال والإجراءات غير الضرورية.
- ٤- توجد علاقة ارتباط موجبة بين عدم تطبيق الأساليب الإدارية الحديثة من جهة وبين كل من الإدخالات غير الضرورية، الإجراءات غير الضرورية، وعدم وعي الأطباء أهمية التكاليف من جهة أخرى في ارتفاع تكاليف تشغيل المستشفيات.

٦. مجتمع وعينة الدراسة :

يتكون مجتمع الدراسة من جميع المستشفيات الأردنية في القطاعين العام والخاص، أما عينة الدراسة فتشمل مستشفى البشير ممثلاً عن القطاع العام، والمستشفى الإسلامي ممثلاً عن القطاع الخاص. وأما اختيار مستشفى البشير فلكونه أكبر المستشفيات الحكومية في المملكة من حيث عدد العاملين وعدد الحالات التي يعالجها وعدد الأسرة وكونه يحتوي على معظم التخصصات الطبية. حيث يبلغ عدد الأسرة (٨٧٤) سريراً من مجموع (٢٢٠٧) أسرة في مستشفيات وزارة الصحة. أي بنسبة (٢٨%) تقريباً من مجموع أسرة مستشفيات الوزارة. ويبلغ عدد مستشفيات وزارة الصحة (٢٢) مستشفى^(١).

(1) وزارة الصحة- التقرير الإحصائي السنوي ١٩٩٨

أما المستشفى الإسلامي فقد جاء اختياره لكونه أكبر مستشفيات القطاع الخاص في المملكة من حيث رأس المال ومن حيث عدد الأسرة وعدد العاملين فيه وعدد الحالات التي تعالج في القطاع الخاص. حيث يبلغ عدد المستشفيات الخاصة (٥٠) مستشفى. ويبلغ عدد أسرة المستشفى الإسلامي (٢٧٦) سريراً وعدد أسرة المستشفيات الخاصة (٢٦٢٩) أي بنسبة ١١٪ تقريباً وهي نسبة لا بأس بها أيضاً^(١).

وقد تم استقصاء الفئات الإدارية والفنية ذات العلاقة في المستشفىين والتي تتمثل في مديري المستشفىين ومساعدتهم الإداريين والفنيين ورؤساء الأقسام الفنية والإدارية، الأطباء منهم والإداريين.

٧. أسلوب الدراسة ومنهجيتها:

- مصادر جمع المعلومات :

- أ- مصادر أولية تتمثل في استبانة صممت خصيصاً لهذه الغاية.
- ب- مصادر ثانوية تتمثل في ما كتب حول الموضوع من كتب ومراجع ومقالات وأبحاث.

- أداة الدراسة :

تعتمد الدراسة استبانة ذات علاقة بموضوعها أعدّها الباحث لهذه الغاية. وتتكون قائمة الاستقصاء من جزأين. يشتمل الأول على المعلومات الشخصية التي تحتوي على: الجنس، العمر، قطاع المستشفى، الوظيفة الحالية، الخبرة، مكان التخرج، الدخل الشهري، الحالة الاجتماعية، المؤهل العلمي للأطباء، والمؤهل العلمي لغير الأطباء.

أما الجزء الثاني فيشتمل على اثنتين وثلاثين فقرة هدفت إلى بيان مدى العوامل التي تؤدي إلى ارتفاع تكاليف تشغيل المستشفى وذلك من خلال مجالات الدراسة التالية:

(1) مرجع سابق.

- الاجراءات غير الضرورية (تحاليل مخبرية، صور أشعة، تخطيط قلب، ...) (٨-١).
- حالات إدخال إلى المستشفى غير الضرورية (٩-٢١).
- المتغيرات الإدارية (٢٢-٢٨).
- عدم وعي الاطباء لاهمية التكاليف (٢٩-٣١).
- زيادة رواتب موظفي المستشفيات (٣٢).

ويوجد أمام كل فقرة من فقرات هذا الجزء خمس إجابات على مقياس ليكرت (Likert) هي: عالية جداً، عالية، متوسطة، قليلة، قليلة جداً، حيث طُلب من أفراد العينة وضع إشارة (x) أمام كل فقرة وفي الخانة التي يرونها مناسبة حسب رأي كل منهم.

صدق وثبات الدراسة :

للتحقق من صدق وثبات الاستبانة. فقد تم عرضها على محكمين من أعضاء هيئة التدريس في جامعة اليرموك، وجامعة العلوم والتكنولوجيا الأردنية والجامعة الأردنية، كما تم اختبارها من خلال دراسة تجريبية (Pilot Study) للتأكد من الاتساق الداخلي لفقراتها ودرجة الاعتمادية لها (Reliability) حيث بلغت ٨٧,٨٥٪، وقد تم اعتمادها بصورة نهائية وتوزيعها على أفراد العينة المختارة لأغراض هذه الدراسة.

الأسلوب الإحصائي :

تمت المعالجة الإحصائية لوصف خصائص العينة باستخدام التكرارات والنسب المئوية. كما تم استخدام المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للإجابة عن أسئلة الدراسة. واختبار فرضيات الدراسة المتعلقة بالفروقات الإحصائية بين المتغيرات المستقلة والمتغيرات التابعة فقد تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي (ف) واختبار (ت) للمتغيرات ذات الفئتين. كذلك تم استخدام معامل الارتباط وتحليل الانحدار المتعدد المتدرج لاختبار الفرضيات

المتعلقة بإيجاد العلاقة مع المتغيرات التابعة مع بعضها بعضاً وذلك باستخدام البرنامج الاحصائي SPSS/PC والإستعانة بالحاسوب.

محددات الدراسة :

واجه الباحث عدداً من المحددات وهي:

١. اقتصر الدراسة على مستشفيات من مستشفيات العاصمة والذين يمثلان أكبر مستشفيات في القطاع العام والقطاع الخاص مما يجعل تعميم النتائج أمراً صعباً.
٢. استثناء المستشفيات العسكرية، كونها تخضع لتشريعات وإمكانات ذات خصوصية معينة.
٣. اقتصر الدراسة على منطقة جغرافية واحدة (العاصمة) وذلك لاتساع مجتمع الدراسة الذي يحتاج إلى الوقت والجهد والكلفة من جهة، وعدم تماثل باقي المحافظات من جهة أخرى من حيث وجود مستشفيات في القطاعين العام والخاص حيث لا يوجد مستشفيات حكومية في كل من محافظتي الطفيلة والعقبة ولا يوجد مستشفيات خاصة في كل من محافظات البلقاء، عجلون، معان، الطفيلة، المفرق.
٤. انشغال معظم عينة الدراسة وذلك بسبب ما يتطلبه عمل المستشفيات، مما كان سبباً في زيادة الوقت والجهد لاستكمال تعبئة الاستبانة.

التعريفات الإجرائية :

- ١- احتواء التكاليف: سلسلة متصلة من الإجراءات تبدأ بمحاولة تخفيض التكاليف، فإذا لم يكن ذلك فعلى الأقل يجب الاحتفاظ بها عند المستوى الحالي، فإذا صعب هذا ولم يكن هناك بدٌ من زيادة التكاليف فالواجب التحكم في الزيادة وتخفيض معدلاتها إلى أدنى حد ممكن مع الاحتفاظ بنوعية الخدمات الطبية المقدمة.

- ٢- الرعاية الصحية: جميع النشاطات المقدمة من قبل القطاع الصحي في سبيل الوقاية من الأمراض النفسية والجسدية وعلاجها.
- ٣- المستشفيات الحكومية: هي المستشفيات التي تقوم مؤسسات الدولة الرسمية بإنشائها كمستشفيات وزارة الصحة والجيش.
- ٤- المستشفيات الخاصة: هي المستشفيات التي تقوم الهيئات الأهلية والقطاع الخاص بإنشائها سواء كان إنشاؤها بهدف الربح، أم لا.
- ٥- التضخم: زيادة مطردة ومستمرة في المعدل العام للأسعار والذي يمكن قياسها بمقارنة الأسعار في سنوات معينة بناءً على الأسعار السائدة في سنة أساس مفترضة أو معينة.
- ٦- حالات الإدخال غير الضرورية: هي الحالات التي يتم دخولها إلى المستشفى ممن لا تستدعي أوضاعهم الصحية إلى رعاية داخلية.
- ٧- الإجراءات غير الضرورية: وهي تلك الإجراءات التي تتم دون الحاجة إليها وتكون إما لقلة خبرة الأطباء حتى يحمي الأطباء أنفسهم من المساءلة الطبية، أو لعدم وعي الأطباء بأهمية التكاليف.

الفصل الثاني
«الخلفية النظرية والدراسات السابقة»

© Arabic Digital Library - Faramouk University

الفصل الثاني الخلفية النظرية والدراسات السابقة،

١- الخلفية النظرية

١- نشأة وتطور مفهوم المستشفى :

في العصور الغابرة كانت المعتقدات الكهنوتية والدينية تسيطر على قناعات الناس حول المرض والطب. لذلك ارتبط تقديم الخدمات الطبية والصحية بأماكن تواجد الكهنة ورجال الدين، فكان أن أصبحت المعابد والهياكل دُوراً للعلاج والاستشفاء. تأخذ صفة المستشفى بشكله الخاص بل أصبحت مزيجاً من الإثنين: أماكن للعبادة وأماكن للعلاج والاستشفاء.⁽¹⁾

أما أول مستشفى تم إنشاؤه في العالم، كانت له خصوصية كمكان لعلاج المرضى وتقديم الخدمات الطبية فيه، فقد كان ذلك الذي أقامه الملك الفرعوني مانكيوس (Mankyus) في مصر القديمة. وقد وصف المستشفى في مصر القديمة بأنه مكان ومأوى العديد من الأطباء والمختصين. وقد مارس الأطباء في هذه المستشفيات جوانب طبية مختلفة مثل التحنيط والإحتفاظ بالجسد، والتشريح ومكافحة الأمراض. والصيدله. كما كانوا يقومون بتدوين أعمالهم على أوراق البردي المصنوعة من القصب.⁽²⁾

كذلك أقام البابليون أماكن لمعالجة المرضى، وقد ظهر الطب لديهم بصورة متقدمة، كما تؤكد قواعد حمورابي القانونية. وقد كان أول سجل طبي في التاريخ هو سجل الطبيب (كاليدينا)، أما الإغريق فقد اهتموا بالطب وأقاموا الهياكل والمستوصفات، وقد راعوا في ذلك أن تكون في أماكن جميلة ذات هواء نقي وشمس ساطعة، كما استخدموا الموسيقى للترويح عن المرضى.⁽³⁾

(1) عبد الرحمن، عبد الله، معوقات البناء التنظيمي، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، مصر، ١٩٩٠، ص ٢٢-٢٣.

(2) نفس المرجع السابق.

(3) نفس المرجع السابق.

واهتم قدماء الهنود بقواعد الصحة والنظافة العامة، وتظهر في كثير من المخطوطات الهندية القديمة الإشارة إلى استخدام العقاقير الطبية والآلات الجراحية. أما الصينيون القدماء فقد عرفوا الكثير من العلوم الطبية، مثل التشريح والبتر وطرق تشخيص الأمراض، كما أدركوا أهمية معرفة معدل النبض، وقد اخترعوا العلاج بالأبر، وهو ما يعرف بالعلاج بالأبر الصينية، نسبة إليهم. وقد كانت جميع هذه العلوم والمعارف لدى الأقدمين، مصريين وبابليين وهنود وإغريق وصينيين تطبق في أماكن الإستشفاء والمعالجة، سواء كانت معابد أم هياكل أم مستوصفات أم مراكز بنيت خصيصاً لمعالجة المرضى، وقد كانت هذه الأماكن هي النواة، والشكل الأولي لما عرف فيما بعد بالمستشفى. وتجدر الإشارة هنا إلى أن الأقدمين كانوا يقيمون مراكز طبية علاجية للمرضى الذين يصابون بالأمراض المعدية منهم وهذا ما يعرف اليوم بالحجر الصحي⁽¹⁾. وقد كان للرومان إلهاماتهم في تطوير مفهوم المستشفى، من مكان للعلاج إلى مكان للعلاج والمأوى وتقديم الطعام والشراب وأماكن للصلاة. فقد تلازم اهتمام الرومان بإقامة المستشفيات مع ظهور المسيحية مما أدى إلى ظهور سببين رئيسيين لإقامة المستشفيات:

الأول: وهو التوسعات الرومانية العسكرية في الشرق والغرب، مما كان يستدعي إيجاد مراكز محلية تمتد على طول الطريق إلى الشرق لتخدم حملاتهم على هذه المناطق، **والثاني:** ديني يهدف إلى تخفيف آلام المرضى، وإيواء من لا مأوى له، وإطعام من لا يجد الطعام. وقد كانت هذه وسيلة تبشيرية بالديانة المسيحية؛ مما استدعى لزوم تواجد المستشفيات والكنائس في ذات المكان، الأمر الذي يعبر عن العلاقة بين الكنيسة والتنظيمات التي كانت توجد في الدولة والمسيحية الرومانية بما فيها المستشفيات.

وقد ورث الأوروبيون عن الرومان هذا النهج، فاستمدوا رأي الأوروبيين في إقامة المستشفيات على هذين الأساسين، الأمر الذي جعل لديهم من المستشفى مع مرور الزمن بناءات تقليدية يلجأ إليها المرضى والذين يحتضرون

(1) عبد الرحمن، عبد الله، نفس المرجع السابق.

من أجل تلقي التعاليم الدينية، وذلك نابغ من تبعية المستشفى للكنيسة، وقيام رجال الدين من قساوسة ورهبان بالإشراف عليها مما جعلهم يطبعونها بطابع ديني، فيربطون الحصول على الشفاء بالصلاة وأداء الطقوس الدينية، وقد استمر هذا النهج حتى تمكنوا من الاستفادة من الطب اليوناني القديم وطب المسلمين، في تحسين مفهومهم حول المستشفى والطب⁽¹⁾.

وبمعرض ذكر طب المسلمين، فإنه تجدر الإشارة إلى أن نظام المستشفيات قد انتقل اليهم عن طريق الفرس والبيزنطيين، وقد أشار كثير من المؤرخين إلى أن أول المستشفيات الإسلامية نشأت في القرن الأول الهجري. وقد أقام رسول الله (محمد) عليه الصلاة والسلام أول مستشفى ميداني حربي في غزوة أحد حين قدم خيمته لنسيبة المازنية لمعالجة الجرحى. ويختلف هذا المستشفى عن المستشفيات الرومانية في أنه أقيم في ميدان المعركة وبصورة مؤقتة من أجل خدمة الجند فيها، أما المستشفيات الرومانية فقد أقيمت في مراكز محددة وبصورة ثابتة على طول الطرق التي تسلكها الجيوش، ولم تكن تلك تقام في ميادين المعارك، وبالتالي فقد كان المسلمون وفي عهد رسول الله -صلى الله عليه وسلم- هم أول من أوجد هذا الشكل من أشكال المستشفيات⁽²⁾.

كما يشار إلى أن أول مدرسة طبية ذات طابع متميز، يشبه ما تتصف به المستشفيات الحديثة، كانت تلك التي أقامها هارون الرشيد في القرن الهجري الثاني (الثامن الميلادي)، وقد كان لهذه المدرسة أثرها القوي في تأسيس الطب الإسلامي، ثم توالى إنشاء المستشفيات في الدولة الإسلامية وبناء على أسس جديدة امتداداً لتلك الأسس التي أوجدتها مدرسة هارون الرشيد، فهي أماكن للعلاج -والتعليم والبحث⁽³⁾.

لقد تغيرت طبيعة المستشفيات ومفاهيمها وتصوراتها المختلفة على مرّ العصور التاريخية، وقد اعتمد هذا التغيير على ثلاثة من العوامل الأساسية⁽⁴⁾:

- (1) نفس المرجع السابق.
- (2) نفس المرجع السابق.
- (3) نفس المرجع السابق.
- (4) عبد الرحمن، عبد الله، معوقات البناء التنظيمي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر، ١٩٩٠.

- ١- تغير طبيعة الطب ومفهومه.
 - ٢- اكتشاف واستخدام الوسائل والأساليب المستخدمة في العلاج والرعاية الصحية.
 - ٣- وجود المفاهيم العلمية التي أدت إلى تحسين مستوى الفئات العاملة في المستشفيات، ومن ذلك وجود الفئات الطبية المحترفة من أطباء مختصين وممرضين وفنيين تكنولوجياً وفنيين مهنيين وغيرهم.
- كما يمكن في هذا المقام الإشارة إلى أهمية التشريعات الإجتماعية والإقتصادية كعامل أساسي رابع أدى إلى تطوير وتغيير طبيعة المستشفيات ومفاهيمها وتصوراتها على حد سواء مع العوامل الثلاثة أنفة الذكر.

ب- تعريف وتصنيف المستشفى

يتبين مما تم استعراضه أن مفهوم المستشفى يتغير تبعاً لمعطيات العصر الذي يوجد فيه، ففي حين كان يعتبر المستشفى في العصور القديمة بناءً اجتماعياً دينياً تمارس فيه الشعائر الدينية باعتباره أحد دور العبادة أصبح يعتبر في العصور الوسطى -إضافة إلى البعد الديني- مكاناً لإيواء الفقراء والمحتاجين من الناس، وأصبح في العصر الإسلامي مكاناً للعلاج والتعليم والبحث وصولاً إلى عَصْرِيّ النهضة والتنوير حيث أخذت تظهر المفاهيم والتشريعات التي تجعل من المستشفى مؤسسة متخصصة تقوم على وجود مفاهيم عملية ووسائل وأساليب تكنولوجية متخصصة، إضافة إلى إيجاد التشريعات الإجتماعية والإقتصادية والسياسية التي ساهمت في تطوير هذا المفهوم، وبالتالي فإن المحاولة لإيجاد تعريف محدد للمستشفى تقتضي بالضرورة الوقوف على مراحل تطوره، مصحوباً بفهم التحليلات التي وضعها علماء الإجتماع والتنظيم، على اعتبار أن المستشفى تنظيم إجتماعي له خصوصيته المستمدة من طبيعة المهمة التي يؤديها في المجتمع.

وليس المقام هنا تناول محاولات تعريف التنظيم بشكله العام، وإنما لتناول محاولات تعريف المستشفى كتنظيم، وبالتالي فإنه يمكن الإختصار بأن يتم تناول هذه المحاولات ليتمكن بالتالي الخروج بتعريف يتناسب مع ما تذهب إليه هذه الدراسة، وفيما يلي استعراض لبعض هذه المحاولات:-

أ- يعرف جورجوبولس ومان ١٩٧٢ (Georgopoulos & Mann 1972) المستشفى أنه تنظيم يقوم بتعبئة المهارات والجهود لعدد كبير من الجماعات المهنية المحترفة، وشبه المهنية المحترفة، والجماعات غير المهنية المحترفة من الأفراد، من أجل الحصول على خدمات ذات كفاءة عالية للمرضى^(١).

ب- يعرف جيرالر مكهوف وروبرت سايول ١٩٨٦ (McHugh G. & Saywell R. 1986) المستشفى أنه بناء رسمي نظم خصيصاً لتسهيل إنجاز أهداف وغايات معينة، يتعلق معظمها بنواحي الخدمات الطبية الصحية، وتقديمها لمجموعة من الناس، وهم المرضى^(٢).

ج- وينظر كروج وستيج ١٩٧٢ (Groog & Steeg 1972) إلى المستشفى أنه تنظيم إجتماعي ذو طابع رسمي شبه بيروقراطي وشبه تسلطي^(٣).

د- أما روبرت ولسون فيعرف المستشفى أنه فندق ومدرسة ومعمل ومسرح للعمليات الجراحية^(٤).

هـ- أما جوردون وبيكر (Gordon & Becker 1980) فينظران إلى المستشفى على أنه تنظيم رسمي يطور ذاته من أجل تنسيق موارده الهامة، في سبيل إنجاز أهدافه المحددة بفاعلية حيث أمكن ذلك^(٥).

- (1) Georgopoulos. B. S. S & F.C. Mann "The Hospital organization" in J.S Rakich (ed) Hospital & M G T: A Book of Reading. st louis, The catholic Health association 1972, P. 13.
- (2) Mckugh, G.A. & R.M. saywell, jr "the hospital: it organizetio & structure" In G.T. Tranger & S.C. Salma (ed) Hand book of health care risk management, Asper system conponction, 1986. p . 53.
- (3) Groog. S.H. & D.F.Steeg "The Hspital Sotial System" in H.Freeman, S Levine & Reader (ed) Handbook of medicd Sociology (2 nd edition) Englewood cliff, N J: Prent; c. Hall inc. 1972 P. 274.
- (4) Cocker ham. W.E. "medicd sociology "(3 rd edition) Englewood cliffs? New Jersy. Prentic Hall Inc. 1986, P. 207
- (5) Cocker ham, Ibid. P. 207.

و- فيما يرى عبد الله عبد الرحمن ١٩٩٠، أن المستشفى عبارة عن بناءات رسمية وغير رسمية تقوم بتقديم الخدمة العلاجية للمرضى بصورة أكثر فاعلية وكفاءة ومن أجل تحسين مستويات الخدمة والعلاج بالمجتمع^(١).

ز- وفي التقرير الأول الذي أصدرته اللجنة الفنية التابعة لمنظمة الصحة العالمية، حول تنظيم العناية الصحية، تم تعريف المستشفى على أنه الجزء المتكامل من المنظمة الإجتماعية الصحية، ووظيفتها هي توفير العناية الصحية الكاملة الوقائية والعلاجية لجميع السكان، وأن خدمات العيادة الخارجية فيها تصل إلى كل عائلة في منطقة سكنها. كما أن المستشفى هي أيضاً مركز لتدريب العاملين في حقل الصحة والأبحاث الإجتماعية البيولوجية^(٢).

- تصنيف المستشفيات^(٣) Classification of hospitals

تختلف المستشفيات من بيئة إلى بيئة أخرى، ومن نظام إلى نظام آخر تبعاً لاختلاف الظروف الإقتصادية والإجتماعية والسياسية السائدة في البلد، وعلى الرغم من هذا الإختلاف فإنه يمكن تصنيف المستشفيات إلى مجاميع تبعاً لنماذج الملكية أو حجم المستشفى أو درجة التنظيم..... الخ من الأسس المختلفة لتصنيف المستشفيات. والأسس المستخدمة في التصنيف تتباين من باحث إلى آخر تبعاً للهدف من التصنيف. وفيما يلي شرح لأهم الأسس المستخدمة في تصنيف المستشفيات وهي:

- ١- نماذج الملكية
- ٢- الربحية.
- ٣- مدة المكوث.
- ٤- نوع الخدمة.

(١) عبد الرحمن، عبد الله، مرجع سابق، ص ٤٨.

(٢) W.H.O' R.S., no. 359, op. cit. pp 67
colin, Grand, op. cit, pp. 13-15

(٣) الشهرستاني، عبد الرزاق، الوجيز في إدارة المستشفيات ١٩٧٩ ص ٢٠-٢٦

- ٥- الحجم.
- ٦- الجنس.
- ٧- عمر المريض.
- ٨- نوع التعليم.

١- نماذج الملكية : Ownership patterns

يمكن تقسيم المستشفيات على أساس الملكية إلى نوعين رئيسيين:

- مستشفيات حكومية
- مستشفيات أهلية

أ- مستشفيات حكومية :

أكثر أنواع المستشفيات انتشاراً في العالم اليوم هي المستشفيات الحكومية، حيث الكثير من الدول من أولى واجباتها تقديم أفضل الخدمات الصحية إلى المواطنين مجاناً، وبما أن المستشفيات تعتبر أحد أنواع المؤسسات الصحية التي عن طريقها يتم تقديم الخدمات الصحية، لذا فإن الكثير من الدول تأخذ على عاتقها مهمة بناء وإدارة المستشفيات. وأما عن الأردن وهو جزء من هذا العالم فإن عدد المستشفيات الحكومية في المملكة أقل من عدد المستشفيات الأهلية إلا أن التوزيع الجغرافي للمستشفيات الحكومية منظم بطريقة كفؤة بحيث أنه يغطي جميع مناطق المملكة. وأن عدد الأسرة لهذا النوع من المستشفيات أيضاً يفوق عدد الأسرة في المستشفيات الأهلية، حيث يبلغ عدد المستشفيات الحكومية بما فيها العسكرية حوالي ٣٢ مستشفى أي بنسبة (٣٩٪) من مجموع المستشفيات الموجودة في المملكة، وعدد أسرة هذه المستشفيات يبلغ (٥٠٢٠) سريراً وتشكل ما نسبته (٦٤٪) من مجموع أسرة المستشفيات في المملكة^(١).

(1) وزارة الصحة، التقرير الإحصائي السنوي، ١٩٩٨

ب- مستشفيات أهلية:

وتشمل جميع المستشفيات باستثناء تلك التابعة للحكومة والقوات المسلحة. ومن أمثلة المستشفيات الأهلية المستشفيات الدينية، المؤسسات الخيرية، مستشفيات تعود إلى أطباء يعملون لحسابهم الخاص. وهذا النوع من المستشفيات يتقاضى أجوراً مرتفعة لقاء تقديمه الخدمات الطبية بعكس المستشفيات الحكومية حيث تقدم الخدمات الصحية مجاناً أو بأجور رمزية. ويبلغ عدد المستشفيات الخاصة في المملكة (٥٠) مستشفى أي بنسبة (٦١٪) من مجموع المستشفيات البالغة (٨٢) مستشفى في جميع أنحاء المملكة. وعدد أسرة هذه المستشفيات (٣٠٥١) سريراً أي بنسبة ٣٦٪ من مجموع أسرة مستشفيات المملكة البالغة (٨٥٦٥) سريراً^(١).

ويوجد في العاصمة (٢٩) مستشفى خاصاً بنسبة (٥٨٪) من مجموع مستشفيات القطاع الخاص، وهذه المستشفيات تحتوي على (١٨٧٧) سريراً بنسبة (٦١٪) من مجموع أسرة مستشفيات القطاع الخاص. وفي الزرقاء يوجد (٦) مستشفيات خاصة بنسبة (١٤٪) من مجموع المستشفيات الخاصة وعدد أسرته يبلغ (٢٧٣) سريراً بنسبة (٩٪) من مجموع أسرة المستشفيات الخاصة. مما تقدم نلاحظ أن ما نسبته (٧٣٪) من عدد المستشفيات الخاصة يتركز في عمان والزرقاء وأن ما نسبته (٨٠٪) من عدد أسرة مستشفيات القطاع الخاص يتركز أيضاً في هاتين المحافظتين. نستنتج من ذلك أن القطاع الخاص لا يهيمه التوزيع بقدر ما يهيمه الربح حيث وجود أكبر نسبة من سكان المملكة في هاتين المحافظتين علاوة على وجود كبرى الشركات أيضاً التي غالباً ما تبرم العقود مع المستشفيات الخاصة من موظفي القطاع الخاص.

٢- الربحية Profit

على الرغم من أن الهدف العام من إنشاء المستشفيات هو تقديم الخدمات الطبية إلى المواطنين، إلا أن هناك أهدافاً أخرى، قد تكون أساسية، من وراء

(1) التقرير الإحصائي السنوي، وزارة الصحة ١٩٩٨.

تأسيس المستشفيات، ومن بين هذه الأهداف سعي المستشفى لتحقيق الأرباح وفي هذا الصدد، فإنه يمكن التمييز بين ثلاثة أنواع من المستشفيات:

أ- مستشفيات حكومية لا تهدف إلى الربح:

وهي مستشفيات حكومية تقوم الدولة بتأسيسها، بغية تقديم الخدمات الطبية للمواطنين، وهذه المستشفيات تقدم خدمات دون مقابل، أو مقابل أجور رمزية زهيدة.

ب- مستشفيات خيرية:

وهي مستشفيات طوعية تدار من قبل إحدى الجهات الخيرية إما على هيئة جمعية خيرية أو منظمه دينية. والهدف من إنشاء هذه المستشفيات هو هدف خيري وتبرع للخدمة العامة دون أن يكون لهم أي غرض مادي أو تفكير بالربح والفائدة من وراء عملهم. وفي هذا النوع من المستشفيات فإن الواردات المتحققه تضاف كل سنة إلى ميزانية المستشفى لغرض تطويرها وتحسين نوعية العناية والخدمة التي تقدم للمرضى.

ج- مستشفيات تستهدف الربح:

تعود ملكية هذه المستشفيات إلى مجموعة من الأفراد، على الأغلب من الأطباء... وهم يديرون شؤونها ويرسمون سياستها، وفي نفس الوقت يمارسون فيها مهنتهم. وهذه المستشفيات التي هي أكثر ما تكون لغرض الربح، تقسم أرباحها التي تكسب من المرضى مقابل ما تقدم لهم من خدمات على مؤسسها ومالكها والمشاركين فيها.

٣- مدة المكوث Stay Period

تصنف المستشفيات على أساس المكوث أو البقاء إلى مستشفيات قصيرة الأمد والآخرى طويلة الأمد.

أ- مستشفيات قصيرة الأمد :

وهي مستشفيات يمكث فيها المريض بمعدل أقل من ثلاثين يوماً أي أقل من شهر واحد. ومثل هذه المستشفيات تعالج فيها الأمراض الحادة كالتهاب الكبد والتهاب المعدة الخ.

ب- مستشفيات طويلة الأمد :

وهذه المستشفيات يبقى المريض لمدة أطول من سابقتها.... أكثر من شهر واحد... وهذه المستشفيات مخصصة لمعالجة الأمراض المزمنة والتي يحتاج المريض فيها إلى الرقود لمدة طويلة كالأمراض العقلية.

٤- نوع الخدمة Kind of service

تصنف المستشفيات على أساس نوع الخدمة التي تقدمها إلى مستشفيات عامة ومستشفيات متخصصة.

أ- مستشفيات عامة :

وهذه المستشفيات تحتوي على جميع الأقسام السريرية، أي تعالج فيها جميع أنواع الأمراض الباطنية وفروعها الجراحية، والنسائية.

ب- مستشفيات متخصصة :

وهي مستشفيات تخصصه تعالج في أقسامها أمراضاً معينة خاصة ومن نوع واحد فقط. وتشمل المستشفيات المتخصصة حسب نوعية الأقسام التي تحويها كالاتي: مستشفيات باطنية، مستشفيات جراحية، مستشفيات الولادة، مستشفيات الأطفال. مستشفيات الأمراض المزمنة ... الخ.

٥- الحجم Size^(١)

يمكن تصنيف المستشفيات على أساس الحجم إلى ثلاثة أنواع من المستشفيات: مستشفيات كبيرة، مستشفيات متوسطة، مستشفيات صغيرة، وتصنف المستشفيات في الأردن حسب عدد الأسرة. فالمستشفيات التي تحوي أقل من ٥٠ سريراً تصنف على أنها مستشفيات صغيرة، من ٥٠-١٥٠ سريراً تصنف مستشفيات متوسطة، وما زاد عن ١٥٠ سريراً تعتبر مستشفيات كبيرة.

٦- الجنس Sex^(٢)

تصنف المستشفيات على أساس جنس الجمهور الذي يستفيد منها إلى نوعين أساسيين: مستشفيات عامة تقدم خدماتها لكلا الجنسين من الذكور والإناث ومستشفيات خاصة بجنس معين كما هو الحال في مستشفيات النسائية والتوليد حيث أن هذه المستشفيات تقدم خدماتها للإناث فقط نتيجة لنوع الخدمة الطبية التي تقدمها والمتعلقة بالنساء.

٧- عمر المريض Age^(٣)

بالاستناد إلى عمر المرضى الذين يستفيدون من خدمات المستشفيات فإنه يمكن تصنيف المستشفيات إلى نوعين أساسيين: مستشفيات عامة تقدم خدماتها لجمهور المنطقة التي تعمل فيها بغض النظر عن عمرهم، ومستشفيات خاصة بفئة معينة من المرضى كما هو الحال بمستشفيات الأطفال حيث أنها تقدم خدماتها للأطفال دون سن (١٢) سنة أو مستشفيات خاصة بكبار السن كما هو الحال بمستشفيات العجزة.

(1) الشهبستاني، عبد الرزاق (الوجيز في إدارة المستشفيات) ١٩٧٩ ص ٢٠-٢٦.

(2) الشهبستاني، عبد الرزاق (الوجيز في إدارة المستشفيات) ١٩٧٩ ص ٢٠-٢٦.

(3) الشهبستاني، عبد الرزاق (الوجيز في إدارة المستشفيات) ١٩٧٩ ص ٢٠-٢٦.

٨- أنواع التعليم Kind of teaching^(١)

يمكن تقسيم المستشفيات التعليمية على أساس نوع التعليم الذي تقدمه إلى ثلاثة أنواع رئيسية: مستشفيات تعليمية خاصة بطلبة الدراسات العليا. ومستشفيات تعليمية خاصة بطلبة الكليات الطبية للدراسات الأولية (البكالوريوس) والنوع الثالث مستشفيات تعليمية خاصة بذوي المهن الصحية. وعلى الرغم من هذا التصنيف فإننا نجد مستشفى تعليمياً يقدم خدماته التعليمية إلى طلبة الكليات الطبية من الدراسات العليا والدراسات الأولية معاً أو الدراسات الأولية إضافة إلى تعليم ذوي المهن الصحية. كما وأن المستشفيات التعليمية تقدم كذلك خدمات البحث العلمي سواء كان ذلك للعاملين بها من الأطباء والمتخصصين الآخرين أو المتدربين فيها. يتضح مما تقدم أن هناك أسساً مختلفة في تصنيف المستشفيات، ولا يوجد هناك معيار أفضل من المعايير الأخرى، حيث أن اختيار المعيار أو الأساس الذي بموجبه يتم التصنيف يعتمد على الهدف من عملية التصنيف نفسها، كما وأن نفس المستشفى يمكن أن تصنف بالإعتماد على أكثر من أساس واحد، لذلك نجد نفس المستشفى يمكن أن تصنف في أكثر من فئة بالإعتماد على المعيار المستخدم في التصنيف.

الخدمات الطبية التي تقدمها وزارة الصحة:

ترتكز السياسة الصحية التي تتبناها وزارة الصحة على تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية إلى المواطنين كافة في كل مكان، وفي نفس الوقت تعمل على استكمال البنية الأساسية في الخدمات الصحية بإنشاء وتشغيل المزيد من المرافق الصحية ورفع معدلات الخدمة للسكان. وفي سبيل تحقيق هذا الهدف تتوسع الوزارة في افتتاح مراكز الرعاية الصحية الأولية. وقد تطور عدد المراكز الصحية الأولية من عام ١٩٩٢-١٩٩٨ كما يلي^(٢):-

(1) الشهبستاني، عبد الرزاق (الوجيز في إدارة المستشفيات) ١٩٧٩ ص ٢٠-٢٦.

(2) التقرير الإحصائي السنوي (وزارة الصحة ١٩٩٨).

جدول رقم (١)

تطور أعداد المراكز الصحية الشاملة والأولية والفرعية والأمومة
وطب الأسنان^(١)

السنة	١٩٩٢	١٩٩٣	١٩٩٤	١٩٩٥	١٩٩٦	١٩٩٧	١٩٩٨
البيان							
المراكز الصحية الشاملة	٢٢	٣٩	٣٠١	٣٦	٤١	٤٢	٤٢
المراكز الصحية الأولية	٣٠٦	٣٠٩	٣١٨	٣٠٩	٣٢٣	٣٢٦	٣٢٧
المراكز الصحية الفرعية	٢٣٧	٢٥٧	٢٥٨	٢٦٥	٢٧٤	٢٧٤	٢٧٧
مراكز الأمومة والطفولة	٢٣٢	٢٥٣	٢٦٨	٢٨٧	٣٠٧	٣١٦	٣٢٢
عيادات طب الأسنان	١٢٨	١٣١	١٤٦	١٦٦	١٨٨	٢٠٣	٢١٢
المجموع	٩٢٥	٩٨٩	١٢٩١	١٠٦٣	١١٣٣	١١٦١	١١٨٠

من الجدول رقم (١) نلاحظ تطور أعداد المراكز الصحية الأولية من (٩٢٥) مركزاً عام (١٩٩٢) إلى (١١٨٠) مركزاً عام (١٩٩٨) أي بزيادة قدرها (٢٧٪) تقريباً.

كما استمرت الوزارة في تنفيذ السجل الصحي بحيث ترتبط كل أسرة بالمركز الصحي في منطقة إقامتها، مع تنظيم سجلات إحالة المرضى إلى المستشفيات بحيث تتحول العيادات الخارجية في المستشفيات إلى عيادات تخصصية.

أما عن المستشفيات فقد بلغ عدد المستشفيات التابعة لوزارة الصحة عام (١٩٩٨) (٢٢) مستشفى وعدد الأسرة (٣١٩٢) سريراً وعدد مستشفيات الخدمات الطبية الملكية (١٠) مستشفيات بسعة (١٨٢٨) سريراً، وعدد مستشفيات القطاع الخاص (٥٠) مستشفى بسعة (٣٠٥١) سريراً، إضافة إلى مستشفى الجامعة الأردنية الذي يتسع لحوالي (٤٩٤) سريراً^(*).

(*) يضاف إلى أعداد المراكز (١١) مركزاً للأمراض الصدرية.

(١) التقرير الإحصائي السنوي، وزارة الصحة، ١٩٩٨.

نطاق خدمات المستشفيات⁽¹⁾

تمثل المستشفيات في المملكة الحشد الأكبر والرئيسي للموارد الصحية والمهارات المهنية والمعدات الطبية. ومع تزايد الطلب من الخدمات الطبية والتزايد المطرد في التكاليف، فإن خدمات المستشفيات يجب أن تكون وثيقة الصلة بالأنشطة الصحية التي تجري خارجها على صعيد المجتمع، ومن الصعب على النظام الصحي القائم على نهج الرعاية الصحية الأولية أن يعمل بدون دعم ومساندة المستشفيات.

ويمكن النظر إلى الرعاية الصحية الأولية من زوايا متعددة:

- ١- البرامج المكيفة مع أنماط الصحة والمرض في بيئة معينه.
- ٢- الرعاية التي تستند إلى نظام جيد وفعال.
- ٣- إعادة توجيه النظام الصحي بحيث يوفر الصحة للجميع ويشجع مشاركة الأفراد والمجتمع، من خلال استغلال الموارد المتاحة وحسن توزيع المرافق الصحية من خلال استغلال الموارد المتاحة وحُسن توزيع المرافق الصحية. وفي جميع الحالات فإن مشاركة المستشفيات أمر لا غنى عنه حيث أنه يساند الأنشطة الوقائية والعلاجية والتأهيلية. وإذا اعتبرت الرعاية الصحية الأولية مستوى من الرعاية فأنها لن تجدي إلا إذا تهيأت لها مساندة المستشفيات للتعامل مع المرضى الحاليين، كما أن استراتيجيات الرعاية الصحية الأولية لن تتحقق بدون استثمارات كافية من المهارات والتمويل والمتوافره أساساً في المستشفيات.

ومما لا شك فيه فإن الخدمات العلاجية هي الوظيفة الأساسية للمستشفيات، وهناك وظائف لا غنى عنها تقوم بها المستشفيات، إضافة للخدمات العلاجية ومن هذه الوظائف: ضرورة تنمية مهامها الوقائية والتدريبية، والنشاطات التي تقوم بها في مجال البحوث والدراسات العلمية، ومتابعة الحالات المرضية بعد خروجها من المستشفى. والتأهيل الطبي، والتثقيف الصحي، والخدمات التقنية مع مراكز الرعاية الصحية الأولية.

(1) ندوة واقع خدمات المستشفيات وكيفية تطويرها، معهد الإدارة العامة ١٤١١هـ/١٩٩٠م.

ونظراً لأهمية دور المستشفيات بالنسبة للبرامج الصحية، ينبغي توضيح العلاقة بين مراكز الرعاية الصحية الأولية والمستشفيات، فبينما يهتم المستشفى عادةً بالأفراد المرضى وعلاج الحالات المرضية الحادة (وهذا يتطلب موارد كثيفة وتقنية حديثة)، يهتم منهج الرعاية الصحية الأولية بالأنشطة الوقائية ومشاركة المجتمع إلى جانب الخدمات العلاجية، كما أنه موجه نحو احتياجات المجتمع بأكملها. ويمكن تحديد مدى نجاح ذلك المنهج ليس فقط على أساس جودة الرعاية المقدمة للفرد، ولكن أيضاً بما يتحقق من تحسن في الحالة الصحية للسكان عامة، وحسن استخدام الموارد المتاحة. بأقل كلفة.

تعتبر الرعاية الصحية الأولية المدخل الرئيسي لتوفير الخدمات الصحية في إطار المفاهيم التالية⁽¹⁾:

- ١- شمولية وتكامل الخدمات الصحية.
- ٢- رفع كفاءة الخدمات الصحية الأساسية ومستوى تقبل المجتمع لها.
- ٣- تشمل الخدمات الصحية الأساسية الوقائية من الأمراض والتهنؤ بالصحة والخدمات العلاجية والتأهيلية.
- ٤- يجب مشاركة الأفراد والمجتمعات في الأنشطة الصحية.
- ٥- يجب أن تشمل تلك الخدمات العديد من الأنشطة الإنمائية الأخرى، نظراً للعلاقة الوثيقة بين العوامل الصحية والإجتماعية وبين العوامل البيئية والإقتصادية. وعليه فإن الخلفية الأساسية لمشاركة المستشفى في الرعاية الصحية الأولية هي قبول تلك المفاهيم.

وبما أن بناء نظام طبي متكامل قائم على الرعاية الصحية الأولية ليس بالأمر اليسير، فإنه يجب تأسيس تلك الرعاية على تفهم واضح لأهم المشكلات الصحية التي يعانها المجتمع وإتخاذ القرارات اللازمة بشأن الأولويات والبرامج، وصولاً لحل تلك المشكلات.

(1) ندوة (واقع خدمات المستشفيات وكيفية تطويرها) معهد الإدارة العامة، المملكة العربية السعودية، ١٩٩٠م ص٣٣٦-٣٣٩.

تشمل الرعاية الصحية على الأقل العناصر التالية:

- التثقيف بشأن المشكلات الصحية السائدة وطرق الوقاية منها والسيطرة عليها.
- توفير الغذاء وتعزيز التغذية الصحيحة.
- الإمداد الكافي بالمياه النقية.
- رعاية الأم والطفل بما في ذلك تنظيم الأسرة.
- التحصين ضد الأمراض الرئيسية المعدية.
- الوقاية من الأمراض المتوطنة محليا ومكافحتها.
- العلاج الملائم للأمراض والإصابات الشائعة.
- توفير الأدوية الأساسية.

ومع ذلك فإن هذه الأنشطة الأساسية ليست كاملة شاملة، ولكن يمكن تعديلها وفقاً للظروف المحلية. وقد عمدت بعض الدول إلى إضافة الصحة العقلية والتعويقات البدنية ورعاية المسنين إلى هذه الأنشطة⁽¹⁾.

وفي نظام الرعاية الصحية الأولية يمكن تعيين أربعة مستويات لتقديم الخدمات:

- الأسرة والمنزل
- أنشطة صحة المجتمع (عمال الصحة- الصحة المدرسية- والمهنية)
- مراكز الرعاية الصحية الأولية
- المستشفيات

ونظراً لازدحام المستشفى بمختلف أنواع الأنشطة لخدمة الأفراد المرضى، سواء المحالين إليها للعلاج الإسعافي أو للعلاج في العيادة الخارجية أو للرعاية الداخلية، فإنه نادراً ما يستطيع العاملون بالمستشفيات تفهم دور المستشفى كما ينبغي له أن يكون. ويتضح دور المستشفى في الرعاية الصحية الأساسية من جانبين:

(1) نفس المرجع السابق.

١- المدخلات :

مرضى- أفراد التدريب- تقارير- تقييم- طلبات استشارة- معدات تحتاج للصيانة، طلبات مواد ومستلزمات.

٢- المخرجات :

مرضى- تعليمات- تقارير- إشراف- تدريب- تقارير استشارات- تقنيات وأفكار جديدة- معدات ومستلزمات.

وبالإضافة لعلاج المرضى، على المستشفيات أن تشارك في التخطيط وتنسيق العناصر الرئيسية للرعاية الصحية الأولية، ويمكنها أن تلعب دوراً مهماً في ذلك المجال يتمثل في: التثقيف الصحي-برامج التغذية- رعاية الأمومة والطفولة- برامج الرعاية الصحية الأولية الشاملة، كأن تكون مسؤولة عن تنفيذ تلك البرامج في نطاق منطقة جغرافية معينة. أما في مجال التدريب والتعليم فهناك مجالات يجب أخذها بعين الاعتبار، كالتعليم الأساسي المستمر لكل العاملين في المهن الصحية والتدريب في مجال الإدارة والقيادة.

وتضطلع المستشفيات بدور كبير ورئيسي لنظام الخدمات الصحية بالمملكة في ثلاثة مجالات رئيسية:

١- مساندة الرعاية الصحية الأولية.

٢- توفير الخدمات الطبية السريرية العامة.

٣- توفير الخدمات الطبية السريرية المتخصصة.

هذا وتقدم المستشفيات الخدمات الطبية السريرية على ثلاثة مستويات ممثلة في ثلاث مجموعات من المستشفيات، كل مجموعة منها متجانسة من حيث السعة السريرية والنطاق النوعي للخدمات الطبية، فهناك المستشفيات الصغيرة، وتقدم خدمات تشخيصية وعلاجية عامة مع التركيز على حالات النساء والولادة والأطفال، ويتوسع نطاق الخدمة الطبية كماً ونوعاً في المستشفيات العامة ذات السعة السريرية المتوسطة ليمتد إلى مختلف التخصصات الطبية ويوفر مستوى متقدماً من الخدمات التشخيصية

والعلاجية، ويتمثل المستوى الثالث في المستشفيات الكبيرة التي توفر خدمات طبية سريرية شاملة لجميع التخصصات الطبية وكذلك في المستشفيات التخصصية التي توفر خدمات طبية سريرية متخصصة في المجالات الطبية المختلفة أو التي تحتاج إلى تقنية طبية متخصصة.

- التخطيط الصحي والسياسة الصحية في المملكة الأردنية الهاشمية / وزارة الصحة⁽¹⁾ لمحة تاريخية:

بدأت النهضة في المملكة بشكل فعلي عام ١٩٥٠م عند تأسيس وزارة الصحة، حيث انطلقت الوزارة من مبدأ أن الصحة حق لكل فرد في المجتمع الأردني واتخذت الوزارة من هذا المبدأ هدفاً تسعى لتحقيقه من خلال الكوادر البشرية المتوفرة آنذاك وهم (٥٢) طبيباً و(١٧) صيدلياً و (٥٦٠) موظفاً من مختلف المهن الطبية المساندة والمساعدة. وقلة الآلات والموارد المادية حيث بلغت أقل من ربع مليون دينار.

وبالرغم من هذه الإمكانيات المحدودة فقد بدأت الوزارة بالعمل على تطوير الخدمات الصحية والإرتقاء بها كماً ونوعاً.

أما عام ١٩٩٨ فقد بلغ عدد الأطباء (٧٨٨٩) طبيباً (٥٢٠١) طبيب أسنان و(٣٦٥) صيدلي و (٥٧٩٩) ممرضة قانونية، و(١٠٢٧) قابلة قانونية، و(٥٠٤٢) مساعد/مساعدة ممرضة و(٢٠٢٢) عامل/عاملة تمريض⁽²⁾. وبلغ الاثفاق على القطاع الصحي (٢٨٦,٣٠٠) ثلاثمائة وستة وثمانون مليوناً وثلاثمائة ألف دينار.

الأهداف:

من الأهداف التي تسعى إلى تحقيقها وزارة الصحة وكافة القطاعات الصحية العامة في الأردن (مع الأخذ بعين الاعتبار نواحي التطوير والتغيرات

(1) من دراسات وزارة الصحة المملكة الأردنية الهاشمية بالتنظيم الإداري لوزارة الصحة رقم ١١ لسنة ١٩٩٢م.

(2) التقرير الإحصائي السنوي، وزارة الصحة، ١٩٩٨، ص١٤٩.

البيئية) هي:

- ١- خفض معدل وفيات الرضع إلى أدنى نسبة ممكنة.
- ٢- خفض معدل الوفيات العام ليصبح أقل من أو يساوي ٥,٠٠٠.
- ٣- رفع معدل توقع الحياة.
- ٤- القضاء على الأمراض التي يمكن تجنبها بالتطعيم مثل الحصبة وشلل الأطفال والدفتيريا والكزاز.
- ٥- المحافظة على أردن خالٍ من أمراض التدرن ومكافحة استيطان أي أمراض مهما كان نوعها.
- ٦- المحافظة على البيئة وحمايتها من التلوث.

سياسة الوزارة^(١):

ترتكز سياسة الوزارة على أن الصحة حق للجميع. من أجل ذلك تعمل الوزارة على إيصال الخدمات الصحية إلى جميع المواطنين وذلك بتوزيع خدماتها على كافة المناطق توزيعاً عادلاً مبنياً على حاجة كل منطقة.

إستراتيجية الوزارة^(٢):

إن استراتيجيات الوزارة مبنية على زيادة التركيز على الرعاية الصحية الأولية وخدمات الرعاية الصحية الثانوية وتضع الوزارة من ضمن إستراتيجياتها:

- ١- زيادة فعالية المراكز الصحية الأولية المتوفرة والإستفادة منها إلى أقصى حد ممكن وهذا يؤدي بدوره إلى تقليل عدد من أنواع المرض والعمليات البسيطة. المحولين إلى المستشفيات وبالتالي يؤدي إلى تخفيض تكاليف تشغيل تلك المستشفيات.
- ٢- زيادة أعداد المراكز الصحية الأولية بحيث تشمل كافة المناطق في المملكة، وذلك من شأنه أن يؤدي إلى تخفيض أعداد المرضى الذين يعالجون في

(1) من دراسات وزارة الصحة، المملكة الأردنية الهاشمية، التنظيم الإداري لوزارة الصحة، رقم ١ لسنة ١٩٩٣م.

(2) نفس المرجع السابق.

المستشفيات.

- ٣- زيادة مراكز الأمومة والطفولة كمأ ونوعاً، وكذلك الإستمرار في برامج التطعيم الوطنية بالإضافة إلى دعم خدمات الصحة المدرسية لتشمل كافة المدارس والطلبة.
- ٤- التركيز على صحة البيئة ومنع التلوث، وتأمين مياه الشرب نقيه وصالحة وصحية لكافة المواطنين بالإضافة إلى التركيز على الصحة المهنية.
- ٥- رفع عدد أسرة المستشفيات بهدف رفع مستوى الرعاية الصحية الثانوية.
- ٦- تأمين الكوادر البشرية المؤهلة والمدربة لتقديم أرقى نوعية من الخدمات الصحية الأولية أو الثانوية.

جدول رقم (٢)

حجم القوى البشرية الصحية حسب القطاعات في الأردن لعام ١٩٩٨

المعدل لكل ١٠٠٠٠ من السكان	المجموع العام	وكالة الغوث	القطاع الخاص	الجامعة الأردنية	الخدمات الطبية	وزارة الصحة	القطاع الصحي المهن الصحية
١٦,٦	٧٨٨٩	٨٠	٤٢٣٦	٢٥٣	٨٩٢	٢٤٢٨	اطباء
٥,٣	٢٥٠١	١٧	١٩٧٣	٢٥	١٨٠	٣٠٦	طبيب أسنان
٧,٦	٣٦٠٠	٢	٣٢٨٢	١٤	١٢٩	١٧٣	صيدلي
١٢,٢	٥٧٩٩	٣٨	٢٧٢٨	٣٥١	٩٥٥	١٧٢٧	ممرض/ ممرضة قانونية
٢,٢	١٠٣٧	٢٤	٢٨٥	٠	٥١	٦٦٧	قابلة قانونية
١٠,٦	٥٠٤٢	١٢٨	٥٣٩	٢٤٨	١٥٤٤	٢٥٨٣	مساعد/ مساعدة ممرض
٤,٣	٢٠٢٢	٧	٠	١٤	٠	٢٠٠١	عامل/عاملة تمريض

ملاحظة: عدد السكان حسب تقديرات دائرة الإحصاءات العامة لعام ١٩٩٨ (٤٧٥٥٧٥٠) نسمة.

المصدر: وزارة الصحة، الخدمات الطبية الملكية، الجامعة الأردنية، وكالة الغوث، نقابة الأطباء، نقابة أطباء الأسنان، نقابة الصيادلة، نقابة الممرضين.

٢- من المسؤول عن تقديم الخدمات الطبية العلاجية في المملكة؟

إن المسؤولية الكاملة تقع على عاتق وزارة الصحة في تقديم الخدمات الصحية سواء في القطاع العام أو في مستشفيات القطاع الخاص، وبالتالي

ارتفاع التكاليف أو الإنفاق على القطاع الصحي يجب أن تتم مراقبته من قبل هذه الوزارة. وقد بلغ الإنفاق على القطاع الصحي الأردني (العام والخاص) لعام (١٩٩٨) بـ (٣٨٦,٣) ثلاثمائة وست وثمانين مليوناً وثلاثمائة ألف دينار من الناتج القومي المحلي البالغ (٥٢٣٦,٦) دينار خمسة مليارات ومئتين وستة وثلاثين مليوناً وستمائة ألف دينار أي ما نسبته ٧,٤٪ من الناتج القومي المحلي (تقرير وزارة الصحة ٩٨ ص ٣) وقدرت ميزانية وزارة الصحة لعام ٩٨ بـ (١١٦١٦٧) مائة وستة عشر مليوناً ومائة وسبعة وستين ألف ديناراً من مجموع موازنة الدولة البالغ (١٩٨٧,٠٠٠) ملياراً وتسعمائة وسبعة وثمانين مليون ديناراً أي بنسبة ٥,٨٪ من موازنة الدولة.^(١) والجدول رقم (٣) يبين تطور الإنفاق الصحي في الأردن في الفترة (١٩٩٨-١٩٢٤).

جدول رقم (٣)

تطور الإنفاق الصحي في الأردن في الفترة (١٩٩٨-١٩٢٤)^(١)

السنة	الانفاق على الصحة (بالمليون دينار)	نسبة الإنفاق على الصحة من الناتج القومي المحلي
١٩٢٤	٤٩٩١*	١,٨٪
١٩٣٧	١٦.٠٩*	٣,٧٪
١٩٥٧	٥٨٨١.*	٢,٢٪
١٩٦٥	١,٤	٣٪
١٩٧٥	٦,٢٧٦	٣٪
١٩٨٥	٢٢	٥,٢٪
١٩٩٠	٢٨,٧	٧,٨٪
١٩٩٢	١٢٧	-
١٩٩٣	١٣٢,٨	-
١٩٩٤	١٤٨,١	-
١٩٩٥	١٦٧,٤	-
١٩٩٦	١٧٤,٥	٨,٦٪
١٩٩٧	١٩١,٦	٧,٥٪
١٩٩٨	١٩٨,٧	٧,٤٪

* جنيه فلسطيني.

المصدر: مديرية المالية والمحاسبة ووزارة الصحة، ندوة الصحة والرعاية الصحية، عمان-الأردن، تقرير غير منشور، ١٩٩٧+ التقرير الإحصائي السنوي، وزارة الصحة ١٩٩٨.

(1) وزارة الصحة. التقرير السنوي ١٩٩٨

إن الإنفاق على القطاع الصحي الأردني في القطاع الخاص يفوق الإنفاق على القطاع الحكومي (حيث أن الإنفاق الكلي - الإنفاق من وزارة الصحة = الإنفاق على القطاع الخاص). وهذا ما ستبينه المعادلة التالية.

٢٧٠,١٣٣ = ١١٦,١٦٧ - ٢٨٦,٣٠٠
وثلاثين ألف دينار، إن هذا التضخم في الإنفاق على القطاع الصحي (القطاع الخاص) يعود لعدة أسباب منها:

- ١- كثرة المستشفيات الخاصة حيث يبلغ عددها خمسين مستشفى في حين يبلغ عدد مستشفيات وزارة الصحة ٢٢ مستشفى. وحيث أن كل مستشفى مهما كان حجمه يحتاج إلى تكاليف تشغيل وهذه التكاليف تشمل نفقات رأسمالية ونفقات جارية.
- ٢- قيام المستشفيات الخاصة بشراء الأجهزة والمعدات المستوردة والتي تكون باهظة الثمن وذلك حتى تكون في دائرة المنافسة لأنها مستشفيات هادفة للربح.
- ٣- كلما زاد الربح الذي يتمكن المستشفى من الحصول عليه من صناديق التأمين الصحي انخفض عجز المستشفى، وتكون نتيجة ذلك دخول المرضى إلى المستشفيات الخاصة دون حاجة طبية، وإقامتهم لمدد طويلة غير ضرورية. وارتفاع التكاليف.

إن وزارة الصحة مسؤولة مسؤولية تامة عن تنظيم وإقامة المستشفيات الخاصة وذلك للأسباب التالية^(١):-

- ١- تشير المادة ٣ من نظام المستشفيات الخاصة رقم (٨٥) لسنة ١٩٨٠ إلى مايلي: تشكل لجنة المستشفيات من:
 - مدير الخدمات الطبية في وزارة الصحة: رئيساً
 - المدير الذي يقع المستشفى في منطقتة: عضواً
 - رئيس قسم المستشفيات على أن يكون مقرراً للجنة: عضواً
 - طبيبين إختصاصيين يعينهما مجلس النقابة (نقابة الأطباء): عضوين

(1) نظام المستشفيات الخاصة رقم (٨٥)، ١٩٨٠، المادة ٣، المادة ٦.

- ٢- تشير المادة ٦ من نفس النظام إلى ما يلي:-
- لا يجوز إنشاء مستشفى خاص إلا بعد الحصول على موافقة مبدئية من الوزير (وزير الصحة).
- لا يجوز مباشرة العمل في مستشفى خاص إلا بقرار من الوزير (وزير الصحة).
- إذا نظرنا إلى هذا النظام نجد أن وزارة الصحة تتولى تقديم خدمات الرعاية الصحية وتتولى تنظيم وتوزيع مستشفيات القطاع الخاص، ذلك التوزيع الذي يؤثر وبطريقة سلبية على الإنفاق على القطاع الصحي. فوجود النسبة العالية جداً من مستشفيات القطاع الخاص في منطقة محددة يؤثر وبشكل سلبي حتى على تحقيق أهدافها، ليس فقط على تحقيق الهدف العام، فمن هنا لا بد لوزارة الصحة من أن تضع معايير مدروسة لإقامة مثل هذه المستشفيات.

- أسباب ارتفاع تكاليف تقديم الخدمات الصحية^(١) :

إن التصاعد الحاد في نفقات الرعاية الصحية ظاهرة عالمية، والخبراء في البلدان المتقدمة متفقون إلى حد بعيد أن الأسباب الرئيسية لهذا الإرتفاع هي:-

أولاً: أسباب من الصعب السيطرة عليها والحد منها أو حتى إيقافها، ومن هذه الأسباب:-

- ١- تغيرات ديمغرافية تنتج فئات سكانية أكثر تقدماً في السن بوجه عام.
- ٢- تحول في نسق المعالجة نحو العلل المزمنة وحالات التعوق الملازمة للشيخوخة والتي تتفاقم غالباً بعوامل تتعلق بنمط الحياة.
- ٣- تقدم في التقنية الطبية الذي أدخل أنماطاً من التشخيص والرعاية أكثر تطوراً بمراحل ووسع ميدان الرعاية الطبية.
- ٤- ارتفاع في مستوى التطلعات الشعبية والمهنية التي يبعث عليها التقدم التقني وتزايد الاعتماد على الخدمات الصحية الرسمية طلباً للتسكين

(1) التكاليف الصحية المتعذر ضبطها، التجربة السويسرية، منبر العمر العالمي، المجلد السادس، العدد ٨، ١٩٨٥، ص ٢.

والرفاهية بدلاً من الإعتماد على آليات الصبر على المرض واللجوء إلى العون الذي توفره العائلة والمجتمع.

- ٥- تحول عن تمويل الرعاية الصحية مباشرة من قبل الأفراد إلى تمويلها من قبل نظم التأمين الصحي والتمويل الحكومي. (التجربة السويسرية)^(١).
- ٦- التزايد المستمر في أعداد السكان الذي يؤدي بالتالي إلى زيادة الطلب من الخدمات الطبية.

ثانياً: أسباب تكون السيطرة عليها ممكنة إذا ما أحسن التعامل معها وحصل التعاون ما بين الجهات ذات العلاقة مثل التنسيق بين القطاعين العام والخاص أو بين الإدارات التي تتولى تقديم الخدمات الصحية، وهذه الأسباب هي محور دراستنا والتي تتمثل في:

١- الهدر وسوء استخدام المصادر الطبية والعلاجية المتاحة، ويأخذ هذا الهدر أوجهاً عديدة منها:

أ- الإجراءات الطبية غير الضرورية (أشعة، مختبر، تخطيط قلب، قسطرة... الخ)

ب- حالات الإدخال إلى المستشفى غير الضرورية.

ج- فترات الإدخال إلى المستشفى غير الضرورية.

٢- عدم وعي وإدراك الأطباء بأهمية التكاليف. وقد ركّز على الأطباء كونهم هم الذين يمثلون ما نسبته أكثر من ٧٠٪ من أعمال المستشفيات بمعنى أن معظم الإجراءات وحالات الإدخال لا تتم إلا بطلب من الطبيب.

٣- عدم تطبيق الأساليب الإدارية الحديثة في التخطيط والرقابة على استخدام المصادر المتاحة، وكذلك عدم الرقابة الفعالة على المصروفات.

٤- الإعتماد على الأدوية باهظة التكاليف وعدم وصف الأدوية الرخيصة الثمن للمريض حيث أن معظم هذه الأدوية مستوردة وغالباً ما تكون غالية الثمن من المصدر نفسه وهذا ما يعرف باستيراد التضخم.

(1) التجربة السويسرية، نفس المصدر السابق.

٥- تزايد أعداد المستشفيات الخاصة التي غالباً ما تملك الأجهزة الحديثة جداً والمتطورة وهذه الأجهزة تكون مستوردة أيضاً حتى تدخل في سوق المنافسة لتحقيق نسبة أعلى من الأرباح، في حالة كهذه فإن الدولة تستورد التضخم إستيراداً، مما يثقل كاهل الدولة من أسعار باهظة والذي يؤثر بالتالي على الناتج القومي المحلي، وأخيراً يؤدي إلى زيادة الإنفاق على التكاليف الصحية.

حجم العمل في مستشفيات القطاعين^(١) :

يبلغ عدد أسرة مستشفيات وزارة الصحة (٣١٩٢) سريراً، وأسرة مستشفيات القطاع الخاص (٢٨٥٢)^(٢) سريراً، أما بالنسبة لحالات الإدخال فقد تم إدخال (٢٣٤٥.٤) حالات إلى مستشفيات وزارة الصحة بينما أدخل إلى المستشفيات القطاع الخاص ١٨.٢٧١ حالة عام ١٩٩٨.

أما معدل إقامة المريض فقد بلغ ٣,٣ يوم لكل مريض في مستشفيات وزارة الصحة مقارنة مع ٢,٦ يوم للقطاع الخاص عام ١٩٩٨.

أما مراجعو عيادات الاختصاص فقد كانت ١٨٢٧٨٧ مراجعاً لمستشفيات وزارة الصحة يقابلها ٣١٣٦٥٦ مراجعاً لمستشفيات القطاع الخاص عام ١٩٩٨.

وأخيراً بلغ عدد العمليات الجراحية التي أجريت في القطاع الحكومي (مستشفيات وزارة الصحة) ٧٤٥٤٤ عملية مقابل ٧٥٢٦٣ عملية في مستشفيات القطاع الخاص عام ١٩٩٨.^(٣)

ي- واقع الرعاية الصحية في الأردن.^(٤)

إن القطاع الصحي الأردني إجمالاً يؤدي بصورة جيدة على صعيد إمكانية المدخلات إلى الخدمة، والمخرجات المترتبة على ذلك، حيث يعتبر الأردن الأفضل

(1) وزارة الصحة التقدير الإحصائي السنوي، ١٩٩٨.

(2) لا يتضمن مستشفيات (المعشر، الأهلي، الحياة) لعدم ورود بيانات فيها عام ١٩٩٨

(3) وزارة الصحة، التقرير الإحصائي السنوي ١٩٩٨.

(4) The world Bank, "Hashemite Kingdom of Jordan: Health sector study", The International Bank Reconstruction & Development, U.S.A, 1998, PP. XI-XIV.

بين الدول العربية في هذا المجال، ومن أفضل الدول الأخرى ذات الدخل المتوسط فيه. ويقدر أن أكثر من ثلاثة أرباع السكان يتمتعون بتغطية التأمين الصحي الرسمي سواء كان ذلك من خلال الخدمات الطبية الملكية أو وزارة الصحة أو مستشفى الجامعة الأردنية أو وكالة الغوث. أو من خلال وزارة العمل حيث تقوم ومن خلال العيادات العمالية والتعاقد مع المستشفيات في القطاعين العام والخاص، بالمساهمة في تمويل وتقديم الرعاية الصحية في الأردن. وتقوم وزارة الصحة والرعاية الصحية بتغطية الفقراء والمعاقين من خلال برنامج التأمين المدني، إضافة إلى مشكلة السلامة الإجتماعية لأولئك الذين لا يتمتعون بتوفير أي نوع من التأمين الصحي، حيث يمكن لأي شخص الحصول على هذه الخدمات من خلال مرافق الوزارة، بتكاليف مدعومة بشكل كبير.

ورغم الأداء الجيد نسبياً لنظام الرعاية الصحية في الأردن على صعيد مدخلاته ومخرجاته بصورة إجمالية، إلا أنه مكلف وغير كفاء، إضافة إلى وجود اختلالات في التوزيع الجغرافي للموارد وخاصة المستشفيات. وينفق الأردن ما نسبته (٧,٨٪) من الناتج القومي المحلي (٥,٨٪) من الموازنة العامة للدولة على الرعاية الصحية وهي نسبة عالية مقارنة مع البلدان ذات الدخل المتوسط وبعض الدول الصناعية أيضاً^(١).

ورغم تقديم التغطية للفقراء والمعاقين إلا أنه لا يزال نحو ربع السكان يفتقرون إلى التغطية الرسمية. ويمكن أن تتم هيكلة الدعم الحكومي بشكل يعكس المقدرة على الدفع بشكل أفضل مما هو عليه الآن. فالقطاع الخاص والذي يتمثل بمستشفياته ولا تنظمه تشريعات مناسبة يقوم بتقديم أكثر مما نسبته (٣٠٪) من خدمات الرعاية الصحية في الأردن، يتم من خلالها إنفاق ما يزيد عن ٦٠٪ من الإنفاق الصحي الكلي. وتشكل المعلومات غير الدقيقة حول القطاع الخاص من حيث الإنفاق والطاقة المتاحة وإمكانات الاستفادة منه مشكلة دقيقة جدية بالدراسة ومحاولة إيجاد الحلول المناسبة لها.

(1) نفس المرجع السابق.

كما أن عدم وجود أداة لسياسة تنسيقية للمعلومات ذات العلاقة بصنع القرار حال دون إيجاد سياسة فعالة عبر ترتيبات التحويل وإيصال الخدمة في النظم الأردنية المتعددة العامة والخاصة على السواء⁽¹⁾.

يعاني نظام تقديم خدمات الرعاية الصحية من اختلالات هامة، إذ يتبين من معدل إشغال أسرة المستشفيات الخاصة والبالغة ٤٥٪ طاقة إجمالية زائدة. وهذا يدلنا على أن التكلفة في مستشفيات القطاع الخاص عالية جداً وهناك هدر في الموارد قد يعود أيضاً إلى سوء التوزيع الجغرافي لهذا القطاع من المستشفيات، بينما هذه النسبة تبلغ حوالي ٧٠٪ في مستشفيات وزارة الصحة وكذلك في مستشفيات الخدمات الطبية الملكية.

لمحة عن عينة البحث:

أولاً: مستشفى البشير:

لقد تفضل صاحب الجلالة الملك الحسين المعظم رحمه الله بافتتاح هذا الصرح الطبي الكبير بتاريخ ١٥/٩/١٩٥٤ والذي كان يطلق عليه آنذاك "مستشفى الأشرفية" نسبة إلى موقعه في جبل الأشرفية أعلى جبال عمان. وفي يوم ٦/٤/١٩٧٧، صدرت الإرادة الملكية السامية بإطلاق اسم "البشير" على هذا الصرح الطبي بدلاً من "الأشرفية" نسبة إلى المرحوم الدكتور "محمد البشير" الذي كان آنذاك وزيراً للصحة والذي استشهد أثناء تأديته لواجبه تكريماً وتخليداً لذكراه.

إن المستشفى الذي ابتدأ العمل به بعدد أسرة لم تتجاوز الخمسون سريراً أصبح اليوم يضم (٨٧٤) سريراً ويقوم على خدمته (١٨٤٥) موظفاً وموظفة بمختلف التخصصات أي بمعدل (٢,١) موظف لكل سرير.

(1) نفس المرجع السابق.

أهداف المستشفى:

- تقديم الرعاية الصحية الأولية.
- تقديم الرعاية الصحية الثانوية.
- تعليم وتدريب طلاب كليات الطب والتمريض والمهن الطبية المساندة.
- تدريب أطباء الامتياز.
- تدريب الأطباء المقيمين لغايات الحصول على شهادة المجلس الطبي الأردني للاختصاصات المختلفة.

دوائر وأقسام المستشفى:

أولاً: الدوائر والأقسام السريرية

- ١- دائرة الباطنية: وعدد أسرتها (١٦٨) سريراً وتحتوي على الأقسام التالية:
 - قسم الأمراض الباطنية العامة.
 - قسم الأمراض الصدرية.
 - قسم أمراض الأعصاب والدماغ.
 - قسم أمراض الجهاز الهضمي.
 - قسم أمراض القلب والشرايين.
 - قسم أمراض الغدد الصماء والسكري.
 - وحدة العناية المركزة لأمراض القلب C.C.U.
- ٢- دائرة الجراحة: وعدد أسرتها (٢٢٦) سريراً، وتحتوي على الأقسام التالية:
 - قسم الجراحة العامة.
 - قسم جراحة الأطفال.
 - قسم جراحة الكلى والمسالك البولية.
 - قسم الحروق والترميم.
 - قسم جراحة الدماغ والأعصاب.
 - قسم جراحة الصدر والأوعية الدموية.

- ٣- دائرة الأطفال: وعدد أسرته (١٦٤) سريراً، من أقسامها:
- وحدة الخراج.
 - وحدة التلاسيما.
- ٤- دائرة النسائية والتوليد: وعدد أسرته (١٤٤) سريراً، ومن أقسامها:
- قسم النزيف.
 - قسم الولادة.
 - وحدة طوارئ النسائية.
- ٥- قسم الإسعاف والطوارئ*: يستقبل هذا القسم على مدار الساعة ويضم (٣٦) سرير فحص بالإضافة إلى (٥٢) سرير منامة لطوارئ الجراحة والأمراض الباطنية، وثمانية أسرة عناية مركزة (I.C.U) ويتألف من الوحدات والشعب التالية:
- وحدة إسعاف الجراحة.
 - وحدة إسعاف الباطني.
 - وحدة إسعاف الأطفال.
 - وحدة إسعاف الفطام.
 - وحدة العناية المركزة (I.C.U).
 - شعبة الأشعة.
 - شعبة المختبر.
- ٦- قسم العظام وجراحته: عدد أسرته (٥٢) سريراً.
- ٧- قسم أمراض العيون وجراحته: وعدد أسرته (٥٠) سريراً.
- ٨- قسم الأنف والأذن والحنجرة: وعدد أسرته (٣٢) سريراً.
- ٩- قسم الأشعة العلاجية: وعدد أسرته (٣٧) سريراً.

* لا يدخل عدد أسرة الاسعاف في مجموع أسرة المستشفى.

ثانياً: الدوائر والأقسام غير السريرية:

وتتضمن قسم الأشعة، قسم الطب النووي، قسم التخدير والإنعاش، قسم الطب الطبيعي والتأهيل، قسم المختبرات، قسم العيادات الخارجية، قسم الأسنان، وقسم التزويد والذي يضم، شعبة الصيدلية، شعبة اللوازم الطبية وشعبة اللوازم غير الطبية.

ثالثاً: أقسام وشعب الخدمات:

ويضم الأقسام التالية:

- ١- قسم شؤون المرضى.
 - ٢- قسم الخدمات العامة ويضم. شعبة التغذية، شعبة الصيانة، شعبة الأمن والحراسة، شعبة الاتصالات، وشعبة المواصلات.
 - ٣- قسم الشؤون المالية.
 - ٤- قسم شؤون الموظفين.
- هذا بالإضافة إلى وجود مسجد ومكتبة طبية ومقصف* .

ثانياً: المستشفى الإسلامي**

في ١٤ صفر ١٣٩١هـ الموافق ١٠/٤/١٩٧١ بدأ العمل في حفر أساسات بناء المستشفى الإسلامي في العبدلي. وفي أواخر عام ١٩٨٠ اكتمل العمل في بناء المستشفى الإسلامي، وبدأت مرحلة تجهيزه بالمعدات والأجهزة الطبية والمخبرية وأجهزة الأشعة، وحرصت جمعية المركز الإسلامي الخيرية على أن تزود المستشفى بأحدث ما أفرزته التقنية من أجهزة ومعدات. ومع بزوغ فجر اليوم الرابع عشر من شهر ذي القعدة من عام ١٤٠٢هـ الموافق لليوم الأول من شهر أيلول من عام ١٩٨٢ بدأت مسيرة المستشفى الإسلامي العملية حيث افتتح رسمياً.

* مستشفى البشير، قسم العلاقات العامة وشؤون الموظفين.

** المصدر - المستشفى الإسلامي - قسم العلاقات العامة.

أسماء وأرقام في مسيرة المستشفى الإسلامي

- كانت أول حالة مرضية استقبلها المستشفى الإسلامي في أول أيام افتتاحه (١٩٨٢/٩/١).
 - كانت أول عملية جراحية أجريت في المستشفى الإسلامي بتاريخ ١٩٨٢/٩/٥.
 - كان أول مولود في المستشفى الإسلامي بتاريخ ١٩٨٢/٩/٨.
 - أول عملية زرع للكلى أجريت في ١٩٨٤/١/٢١.
 - أول عملية للقلب أجريت في ١٩٨٥/٥/٢٤.
 - كان عدد أسرة المستشفى الإسلامي العاملة في بداية افتتاحه في الشهر التاسع من عام ١٩٨٢ (١١٠) أسرة.
 - * وفي عام ١٩٨٢ ازداد العدد إلى ١١٨ سريراً.
 - * وفي عام ١٩٨٤ ازداد العدد إلى ١٧٠ سريراً.
 - * وفي عام ١٩٨٥ ازداد العدد إلى ٢٠٣ سريراً.
 - * وفي عام ١٩٩٤ ازداد العدد إلى ٣٤٢ سريراً.
- ويضم المستشفى الإسلامي جميع الأقسام السريرية والإدارية بالإضافة إلى بنك دم ويعتبر بنك الدم جزء من مختبر المستشفى. ويقدم خدماته منذ افتتاح المستشفى عام ١٩٨٢، وقسم آخر للأشعة العلاجية والأشعة التشخيصية وقسم للعلاج الطبيعي والتأهيل.
- ويجري وباستمرار إجراءات لتطوير هذه الأقسام لتلبي متطلبات الحالات الحرجة لحين تجاوز مراحل الخطر.
- أما عن حجم العمل في المستشفى الإسلامي فقد بلغ كالتالي وذلك لعام ١٩٩٩*
- الإدخالات ٢١٥٧١.
 - العمليات الجراحية ٩٤٨١.
 - حالات الولادة ٦٣٨٣.
 - المعالجة الحمية ١٢٣٢٩.

- مرضى الأشعة ٥٥٥.٥.
- مرضى المختبر ٢٠٥٦١٧.
- المعالجون بدون إقامة ١٥٤٦٢٣.

٢- الدراسات السابقة

تناولت العديد من الدراسات موضوع ارتفاع التكاليف في القطاع الصحي من عدة جوانب سواء كان ذلك من ناحية الإجراءات التي تمت في المستشفى أم في الشؤون الادارية أم سوء استخدام المصادر المتاحة، إن الدراسات الميدانية من هذا النوع على صعيد المملكة الاردنية الهاشمية ليست كثيرة، أما على صعيد الوطن العربي، فهناك العديد من الدراسات التي تناولت موضوع ارتفاع واحتواء التكاليف في القطاع الصحي سواء العام أم الخاص، وبخاصة في المملكة العربية السعودية، أما الدراسات العالمية فهي كثيرة ومتنوعة وغنية. وفيما يلي استعراض لبعض هذه الدراسات من مختلف البيئات، سواء كانت أردنية، أم عربية، أم محلية.

أولاً : الدراسات الأجنبية

١- الدراسات العامة- وتشمل مجموعة الدراسات التي ناقشت كيفية تطبيق مبدأ احتواء التكاليف في أكثر من مجال أو وظيفة من وظائف المستشفى ومنها: في دراسة أجراها (روزنستاين) عام (١٩٩١) فقد استعرض العوامل البيئية التي تؤثر في القطاع الصحي بصفة عامة والمستشفيات بصفة خاصة^(١). وقد بين الكاتب أن هناك فجوة بين الأطباء وبين إدارة المستشفى نتيجة لرغبة الإدارة في تعظيم الكفاءة عن طريق ضغط النفقات، بينما يرغب الأطباء في تعظيم جودة الخدمة الصحية المقدمة وما يتبع ذلك من إرتفاع في التكلفة. كما اقترح الكاتب عدداً من الوسائل الممكن استخدامها في تخفيض تكاليف تشغيل المستشفى مثل: الانكماش في الحجم، تخفيض المصروفات الصناعية غير

(1) Allan H.Rosentein, "Health Ecomics & Resource MGT: A model for Hospital Efficiency". Health & Health Services Administration. Vol. 36, No. 3, Fall 1991, PP 313-30

المباشرة، ثم تحسين كفاءة التشغيل عن طريق نظم الرقابة المالية والإدارية خاصة ما يتعلق منها بجميع القوى العاملة، المشتريات ثم الرقابة على المخزون.

وفي دراسة أخرى أوضح (كون) (١٩٨٥) أن ارتفاع تكلفة الخدمة الصحية لا يعني ارتفاع مستوى جودتها. وإن كان من المسلم به وجود ارتباط وثيق بين تدني مستوى الجودة والإنخفاض الحاد في تكلفة الخدمة^(١). ويعتقد الكاتب أن خطوة احتواء التكاليف الأولى هي التعرف على عناصر الكلفة وتحديدتها لترشيد استخدام الموارد المتاحة وتعظيم العائد منها.

ويعتقد (ماكفي) (١٩٨٤) أن برامج تعليم الأطباء قد لا تحقق وفورات كثيرة في التكاليف. إلا أنها تغرس الشعور والإدراك لدى الأطباء بضرورة مراعاة تكاليف الإجراءات الطبية عند التوصية أو طلب إجراء طبي معين مثل عمل التحاليل أو الأشعة^(٢). وقد جاءت هذه النتيجة بعد دراسة تجربة أحد المستشفيات في تصميم وتنفيذ برنامج تعليمي موجه إلى الأطباء. وقد استخلص الكاتب من هذه التجربة عدداً من الدروس منها:

١- أن مساهمة الأطباء بالحضور في البرامج التعليمية وتقديمهم الدعم لهذه البرامج، هو أساس نجاح أي برنامج لاحتواء وتخفيض تكاليف تشغيل المستشفى.

٢- أن "تحسين ورفع جودة الرعاية الصحية" يجب أن يكونا الهدف الرئيسي المُعلن وليس «خفض التكاليف»، حيث وُجد أن تقبل الأطباء لفكرة تجنب بعض الإجراءات الطبية بهدف تحسين جودة الخدمة، كان أفضل من تقبلهم لتجنب الإجراءات بغرض تخفيض التكاليف.

٣- اكتشاف وإعلان حالة سوء استخدام موارد المستشفى حتى يتعرف عليها الجميع دون تشهير بالأطباء.

- (1) Rex B. conn .etel."identifying cost of medical care: An Essential step in Allocating Resources" .JAMA. vol. 253.NOU, march 1985 PP-1586-89
- (2) Stephen. Mcphee. " Lessons for Teaching cost containment". J. OF Mediced Education. vol. 59. no. 12. 1984. PP. 722-29.

وفي دراسة أخرى أوضح ايضهون (١٩٨٠) أن نقطة البداية في احتواء تكاليف المستشفى تكمن في فهم العمليات الإنتاجية (نظم الإنتاج التي يؤديها المستشفى^(١))، وقد قسم الكاتب هذا الهيكل إلى مستويين. كل منهما يعتبر نظاماً قائماً بذاته له مدخلاته ومخرجاته الخاصة. ويختص المستوى الأول بالمريض حيث أن الناتج الأساسي (المخرجات) لهذا المستوى هو النقيذ في الحالة الصحية للمريض. والمدخلات الرئيسية هي: عدد أيام بقاء المريض في المستشفى. الإجراءات التشخيصية: العلاج، التمريض، الإقامة في المستشفى. أما المستوى الثاني فهو يتعلق بالمستشفى لكل ويتمثل إنتاجه في إجمالي عدد أيام المستشفى. بالإضافة إلى الخدمات الثانوية الأخرى. وتشكل المواد والالات والمعدات والإضمام المدخلات الرئيسية بهذا المستوى. وحتى يتم احتواء تكاليف المستشفى بين الكاتب أن الجهود يجب أن توجه إلى هذين المستويين على النحو التالي:

- ١- المستوى الأول: يجب تحديد نوع وعدد أيام إقامة المريض بالمستشفى، تحديد وتخفيض إجراءات التشخيص، تحديد وتخفيض نوعيات العلاج، بالإضافة إلى تحديد وتخفيض خدمات المريض في ضوء ما هو مناسب وضروري للحالة المرضية.
- ٢- المستوى الثاني: يجب تحديد حجم الموارد المتاحة للإستخدام مثل: الأفراد، المواد، الالات والمعدات. ومحاولة تخفيضها إلى الحد الذي يكفي لإنتاج كافة خدمات المستشفى.

وأهم ما ساهمت به هذه الدراسة هو التركيز على أن ارتفاع تكلفة تقديم الخدمة الصحية لا يعني بالضرورة ارتفاع جودة الخدمة المقدمة، نظراً لتقديم بعض الخدمات دون حاجة تبررها، ومن ثم يمكن تخفيض التكلفة دون أن تتأثر جودة الخدمة عن طريق تجنب الخدمات غير الضرورية والتخلص منها.

(1) S. Eichhorn, Contining Hospital costs and Ensuring the quality of Hospitl Service" cost containment. A. selection papers by IHF, london. october. 1980.PP.12-13.

أما ساند بيير (١٩٧٨) فيرى أن هدف احتواء التكاليف (تخفيض معدلات الزيادة في التكاليف) يحتم معرفة العوامل التي تؤدي إلى زيادة التكاليف، ثم محاولة التحكم في هذه العوامل حتى يمكن تحقيق هذا الهدف.^(١) وقد قسم الكاتب هذه العوامل إلى مجموعتين: الأولى تخص القوى العاملة فقط. والثانية تضم باقي العوامل الأخرى، مثل: المعدات، المواد، والخدمات الأخرى المساعدة. وقد قام الكاتب بتحليل هذه العوامل، وبرهن على إمكانية تخفيض تنويم المريض بنسبة (١٠٪) دون أن يؤدي ذلك إلى انخفاض مستوى جودة الرعاية الصحية المقدمة.

وتؤكد هذه الدراسة نتيجة الدراسة التي سبقتها، من حيث عدم وجود ارتباط مباشر بين ارتفاع تكلفة الرعاية الصحية وارتفاع مستوى الجودة للخدمة المقدمة.

أما دراسة سكونين (١٩٧٧) فقد أكدت على أن فشل العديد من برامج احتواء التكاليف يعود إلى عدم كفاءة نظم حسابات التكاليف وقصورها نظراً لأنها لا توضح التكلفة الحقيقية أو مدى فاعلية طرق العلاج المختلفة مما انعكس سلبياً في عدم مساهمة الأطباء في هذه البرامج.^(٢) كما أوضح الكاتب أن مشكلة احتواء التكاليف ليست خاصة بالعاملين في المستشفى من أطباء وإداريين فقط ولكنها تخص المجتمع ككل، وعلى ذلك فإن برامج احتواء التكاليف يجب أن تلقى التأييد الكامل من أفراد المجتمع الذين هم المستهلكون للخدمات الصحية.

أما جريفث (١٩٧٦) فقد أكد أن عملية تخفيض التكاليف يجب أن تبدأ من الإدارة العليا وتتسلسل إلى باقي المستويات الإدارية الأدنى، وأن تقديم وتنفيذ أي برنامج لاحتواء التكاليف قد يتطلب إجراء تغييرات هيكلية تتطلب بدورها

- (1) M.S. Sandier, "The Development of activity & Hospital Costs" , in IHF (ed)cost continent. op.pp.50-52.
- (2) Leif Skonin, "An intgrated Approach co cost Containment and Quality Containment. OP.cit. PP. 11-12.

مهارات عالية في العلاقات الإنسانية وإدارة التغيير.⁽¹⁾ وقد حددت الدراسة ثلاثة مجالات رئيسية يمكن تخفيض التكاليف فيها، وهذه المجالات هي: تخفيض معدلات الإدخال إلى المستشفى، تبسيط إجراءات العمل وتحسين الإنتاجية، بالإضافة إلى سياسة شراء المستلزمات الطبية. كذلك قدمت الدراسة عدداً من الوسائل التي يمكن استخدامها في خفض تكاليف تشغيل المستشفى، مثل: تخطيط الموارد المادية المتاحة، جدولة المرضى وجدولة الخدمات الصحية، الرقابة على معدلات الاستخدام ومعايير الجودة، ثم الرقابة الإدارية على القوى العاملة وباقي المصروفات الأخرى.

وحتى يمكن تحقيق أفضل النتائج فإن الدراسة توصي باستخدام هذه الوسائل مجتمعة، حيث أن الاعتماد على واحدة منها فقط قد لا يؤدي إلى تحقيق الهدف المنشود.

وفي دراسة أجراها (بنيت) (١٩٧٤) أوضح أن تخفيض التكاليف عملية صعبة ومؤلمة مما يدعو إلى تبني هدف احتواء التكاليف الذي يعني المحافظة على مستوى التكلفة الحالي، مع زيادة حجم الخدمات المنتجة⁽²⁾. كما بين الكاتب أن تخفيض التكاليف مشكلة اقتصادية اجتماعية تشمل النواحي المالية بالإضافة إلى سلوكيات ودوافع الأفراد. وقد قدم الكاتب عدداً من الأفكار التي تدور في فحواها حول تأصيل مفهوم تخفيض التكاليف في إطار سلوكي إنساني.

ومن أهم هذه الأفكار:

أ- الإدارة العليا والقيادة: حيث يرى الكاتب أن سلوك الأفراد يتحدد في ضوء البيئة المحيطة، ومن ثم يجب على الإدارة العليا أن تكون مضرب المثل والقُدوة أمام الآخرين من حيث الكفاءة والفاعلية والنتائج وتخفيض التكاليف.

(1) John. R.Griffith. "The Concept of cost Control in Hospittls" 1976, PP 11-12.

(2) A.C.Benet."cost Reduvction in the whole idea for the whole staff".OP. PP.50-52.

ب- الأولويات والأهداف حيث يناقش الكاتب بضرورة مراجعة الأولويات والأهداف دورياً لتحديد وجهة المستشفى في المستقبل وتركيز الجهود للوصول بالأداء إلى أعلى مستوى ممكن وتحقيق أفضل نتائج ممكنة من استخدام الموارد المتاحة.

ج- تطوير كفاءة الإدارة الوسطى: حيث يعتقد الكاتب أن هذه هي حجر الزاوية في عملية تخفيض التكاليف، لما تتضمنه من تفويض للسلطة وتدريب على اتخاذ القرارات، وما تتطلبه من ضرورة إلمام المديرين في هذا المستوى بأصول ومبادئ المالية العامة.

د- إشراك الأطباء: يعتقد الكاتب أن تخفيض التكاليف هو محصلة كفاءة الإدارة في استخدام الموارد المتاحة. والإدارة لا تقتصر على الموظفين الإداريين فقط بل تشمل الأطباء أيضاً كون معظم طلبات المرضى هي من اختصاص الأطباء.

هـ- تطوير المجموعات: ويقصد به تشكيل مجموعات من الأفراد المؤهلين والمتخصصين في مجالات: الإدارة، هندسة الإدارة، تحليل النظم والحاسب الآلي- للعمل كفريق متكامل مسؤول عن تقديم المعلومات اللازمة لإحداث التغيير المطلوب في هيكل تكلفة تشغيل المستشفى بما يرفع من كفاءة استخدام الموارد المتاحة وتحسين نظم أداء العمل.

و- مشاركة العاملين: وهذه من شأنها خلق مناخ يساعد على حل المشاكل، وتصميم نظام اتصالات من أسفل إلى أعلى يساعد الإدارة في تخفيض التكاليف عن طريق مشاركة العاملين في العملية الإدارية.

ولعل أهم ما ساهمت به هذه الدراسة هو التركيز على العنصر البشري وأهمية الدور الذي يلعبه في تخفيض التكاليف. كذلك بينت الدراسة أن احتواء التكاليف وتخفيضها ليسا قضية الإدارة العليا وحدها بل هي قضية جميع المستويات الإدارية بالإضافة للأطباء.

ب- الدراسات الخاصة

وتشمل هذه المجموعات الدراسات التي ناقشت كيفية تطبيق مبدأ احتواء التكاليف في مجال معين أو وظيفة محددة من وظائف المستشفى، ومنها: ركزت دراسة (بوث) (١٩٩١) على أهمية المراجعة الدورية المستمرة للوقوف على سبل استخدام موارد المستشفى وخدماته، كواحدة من الوسائل الفعالة في احتواء تكاليف المستشفى^(١) وقد بينت الدراسة أن جميع حالات الإدخال غير الضرورية ينتج عنها فترات تنويم غير ضرورية، وما يتبع ذلك من تقديم خدمات صحية غير ضرورية أما (روزنستاين) (١٩٩٢) فقد نادى بضرورة إشراك الأطباء في قضية احتواء التكاليف نظراً لأنهم متخذو العديد من القرارات المتعلقة بتنويم المرضى وإنهاء فترة العلاج وإرسال المرضى لمنازلهم، بالإضافة إلى تحديد حجم ونوع الخدمات والإجراءات الصحية الواجب تقديمها إلى المرضى^(٢).

وفي دراسة مماثلة أسند (نيل) (١٩٨٩) إلى عدم وجود ما يثبت تفوق الأدوية باهظة الثمن على الأدوية منخفضة التكلفة، من حيث فاعلية العلاج، وطالب بالتحويل إلى استخدام الأدوية رخيصة التكلفة خاصة في الحالات التي تطول فيها فترة العلاج مثل حالات ضغط الدم^(٣).

أما (برايسلند) (١٩٨٨) فقد بين أنه بالإمكان تحقيق وفورات كبيرة في تكاليف تشغيل المستشفى خاصة تكاليف الأدوية، عن طريق تصميم برامج تعليمية موجهة إلى الأطباء تهدف إلى تغيير العادات المتبعة في كتابة الوصفة

- (1) Brenda M. Booth. et al. "Relationship between inappropriate Admissions and days of care: implications for Utilization MGT, "Hospital & Hospital services Administration. Vol. 36, NO. 3, Fall 1991. PP. 421- 37.
- (2) Allan H. Rosentein, "Health Economics & Resource Management", Op. Cit., PP. 313-30.
- (3) William W.Neal. "Reducing costs & Improving compliance", The American Journal.of cardiology. Jan. 1989.PP. 178-208.

الطبية، وتشجيع التمويل من استخدام الأنواع المركبة مرتفعة التكلفة من المضادات الحيوية الى استخدام أنواع أخرى أقل تعقيداً وأقل كلفة⁽¹⁾.

ونظراً لأن تكلفة المضادات الحيوية تمثل (٥٠٪) من ميزانية صيدلية المستشفى فقد قام (وليام) (١٩٨٥) بدراسة إمكانية تحقيق وفر في تكلفة المضادات الحيوية، إذ تم التحويل إلى استخدام أنواع رخيصة بدلاً من الأنواع باهظة التكلفة دون أن يصاحب ذلك آثار عكسية على جودة الرعاية الصحية المقدمة⁽²⁾. وقد خلصت الدراسة إلى أنه بالإمكان تخفيض تكاليف الأدوية بنسبة (٢٨٪) إذا تم استخدام مضادات حيوية رخيصة، دون أن ينتج عن ذلك انخفاض في جودة الخدمة الصحية المقدمة.

اما (ناثانسون) (١٩٨٤) فقد أكد على ضرورة تخفيض تكاليف تشغيل المعامل عن طريق تخفيض معدلات الاستخدام وطالب بضرورة تكثيف استخدام إمكانيات وتسهيلات المعامل في إجراء المزيد من التحاليل خاصة في مرحلة ما قبل إدخال المرضى إلى المستشفى لمنع حالات إدخال غير ضرورية، مما سيؤدي إلى تخفيض تكاليف تشغيل المستشفى الإجمالي⁽³⁾.

ويرى (رانكين) (١٩٨٣) أن الرواتب والأجور تمثل أكبر نسبة من تكاليف تشغيل أي مستشفى ولذلك فإن برامج احتواء التكاليف يجب أن توجه إلى هذا البند⁽⁴⁾ ويعتقد أن الإستغلال الأمثل لكفاءة ومؤهلات الأفراد هو أفضل الأساليب لاحتواء وتخفيض تكلفة المرتبات والأجور.

(1) Lavric L. Briceland, et al., " Antibiotic Steam Lining From Combination therapy to monotherapy utilizing an interdisciplinary Approach", Archives of internal medicine, vol. 148, sept, 1988, pp. 2019-22.

(2) R. Rex Willian, et al, "Cost containment of the second Generation Cephalosporins by prospective Medicine, at a community Teaching Hospital," Archives of internal Medicine, VOL. 145, Nov. 1985, PP. 1978-81.

(3) Michael Nathanson, "Labs should try to cut patient stay, Market Testing servicesllt, Modern Health care. Feb 1984, pp. 146-148.

(4) R.J.Rankin. "Better Employee utilization Means. lower cost." IHF. cost containment. OP. Cit. P.45.

أما (أدواردز) (١٩٨٣) فيعتقد أن نجاح برنامج احتواء التكاليف يتوقف على المشاركة الايجابية للقوى البشرية العاملة بالمستشفى^(١). وقد اقترح الكاتب زيادة الحوافز للعاملين حتى يمكن ضمان مشاركتهم الفعالة في برنامج احتواء التكاليف التي يطبقها المستشفى.

في دراسة اجراها (هاروديلك وآخرون) (١٩٨١) ناقش من خلالها العوامل التي تسبب ارتفاع معدلات استخدام تسهيلات المعامل الطبية التي تشكل في بعض الأحيان (١٠٪) من إجمالي تكاليف تشغيل المستشفى^(٢). وقد قسمت الدراسة هذه العوامل الى مجموعتين: تتعلق الأولى بطبيعة المستشفى مثل الحجم والتخصص ومستوى الابحاث الاكلينيكية ومستوى العناية المركزة وخليط الحالات التي تستقبلها.

وتشمل المجموعة الثانية عددا من العوامل تتعلق بخصائص وسلوكيات الأطباء مثل: المستوى العلمي، سنوات الخبرة، مكان التخرج، مدى إدراك أهمية تكلفة التحاليل الطبية، وقد خلصت الدراسة الى تقديم نموذج لبعض المفاهيم يتطلب نظاماً رقابياً جيداً، يتم بواسطة تحليل مدخلات المعامل الطبية المتمثلة في طلبات التحاليل المختلفة ومخرجاتها المختلفة من نتائج تخص تحليل عينات المرضى بفرض تخفيض تكلفة تشغيل المعامل.

وأكد (كاوان) (١٩٨٠) على عدم جواز الفصل بين المصروفات الرأسمايه وما يترتب عليها من نفقات تشغيل. وأن عملية احتواء التكاليف من اللحظة الأولى باتخاذ قرارات الإستثمار الرأسمايه في إنشاء مستشفى. وما يتبعه من قرارات في مراحل التخطيط والتصميم والإنشاء^(٣).

(1) B.Edwards, "Cost containment policies: Manpower" IHF, cost containment. OP. cit. PP. 44-45.

(2) David F. Hardwick, et al., "Laboratory Costs Utilization: A Frame for annlysis a policy Design" Medical edvcation, vol. 56. April 1981. pp. 307-15.

(3) David cowan "containing capital costs of health care Buildigin" IHF.cost containment. OP.cit.1980. pp. 60-62.

وفي دراسة (بيرن باوم) (١٩٨٦) عن احتواء تكاليف وحدات العناية المركزة حيث بينت الدراسة أن تكلفة الرعاية المركزة تبلغ (٣,٨) أضعاف تكلفة الرعاية العادية. وأن هذه الخدمة تقدم لعدد محدود من أفراد المجتمع، ولا توجد أدلة قاطعة على جدوى هذه الرعاية وأثرها على تحسين فرص الحياة لهؤلاء المرضى^(١). وقد استعرض الكاتب الأسباب الرئيسية وراء ارتفاع تكلفة هذه الوحدات، ومنها إلحاح الأطباء في طلب أحدث وأفضل المعدات والتقنية لتحل محل الآلات القديمة التي تؤدي نفس الخدمة. وقد أكد الكاتب على عدم وجود علاقة بين حجم وتكلفة الرعاية المركزة المقدمة، ومعدل بقاء المرضى أحياء. لذلك فإنه يرى أنه بالإمكان احتواء التكاليف في هذا المجال عن طريق تخفيض حجم الموارد المستخدمة مع زيادة فاعلية هذه الموارد بالإضافة إلى محاولة تخفيض التكاليف عن طريق المشاركة مع الآخرين في الخدمات المساعدة ومركزية الشراء.

ثانياً: الدراسات العربية

من الدراسات التي أجريت في هذا المجال في المملكة العربية السعودية دراسة أجراها الأحمدى (١٩٩٨) بعنوان العوامل المحددة لمدة بقاء المريض في المستشفيات الحكومية بمدينة الرياض بالمملكة العربية السعودية^(٢).

هدفت الدراسة إلى بيان أهم العوامل التي تزيد من مدة بقاء المريض في المستشفيات الحكومية بالمملكة العربية السعودية. وقد أظهرت نتائج الدراسة أن متوسط مدة بقاء المريض في المستشفيات محل الدراسة كان نسبياً أطول من المتوسط المتعارف عليه حسب المستويات والمعايير العالمية. كما أظهرت نتائج الدراسة أن أهم العوامل المؤثرة في تحديد مدة بقاء المريض في المستشفى

(1) marvin l Birnbaum. "cost containment in critical care". critid care medicine. vol. 14. No12. 1986. pp 1068-1078.

(2) الأحمدى، طلال بن عابد، العوامل المحددة لمدة بقاء المريض في المستشفيات الحكومية بمدينة الرياض بالمملكة العربية السعودية، الإدارة العامة، المجلد ٢٨، العدد الثالث، أكتوبر ١٩٩٨ ص ٦٣١-٦٥٨.

ترتبط بإحدى أو بمجموعة من: الخصائص الديمغرافية والمرضية للمريض، وخصائص الطبيب وخصائص المستشفيات، وبينت السجلات الطبية بدراسة عينات عشوائية أن أكثر العوامل ارتباطاً بمدة بقاء المريض بالمستشفى تشمل: عمر المريض، مستوى حالته المرضي، الإجراءات الجراحية التي قد تكون أجريت له. كما أوضحت البيانات أيضاً أن الإختلافات السائدة بين المستشفيات فيما يتعلق بالسياسات المتصلة بمدة بقاء المريض بالمستشفى، يمكن أن تُعزى إلى غياب أو تطور أو فشل إدارة المستشفى في تنفيذ سياسات واضحة في هذا الشأن.

وفي دراسة عامه أجراها جعفر (١٩٩٨) بعنوان «أهمية بيانات التكاليف في ترشيد قرارات الاستثمار بقطاع الخدمات الصحية»^(١) هدفت الدراسة إلى إيجاد المبررات المنطقية لتنفيذ أي قرار خاص بالتخطيط للمستقبل لتطوير أداء المستشفيات، وذلك عن طريق تقييم أجماليات التكلفة والعائد من كل بديل من بدائل الإنفاق أو التكلفة الخاصة بتطوير أداء النشاط الصحي للمستشفيات نحو الأفضل. وقد خلصت الدراسة إلى أن المحاسبة -ومحاسبة التكاليف منها على الأخص- من شأنها أن توفر البيانات والمعلومات اللازمة لتحسين كفاءة استغلال الموارد بأقل تكلفة ممكنة، وزيادة فاعلية الوحدة الصحية نحو الأفضل في المجتمع. وذلك وفق منهج الخطوات التالية:

- ١- تحديد البيانات المطلوبة من خلال تحديد موقع الظواهر الإقتصادية المراد دراستها.
- ٢- اختيار المعلومات المفيدة والمساعدة على القيام بعملية القياس والتحليل والتقييم للظواهر الاقتصادية المستخدمة سواء تلك المتعلقة بالماضي أو الحاضر والمستقبل، وذلك من خلال التشغيل الآلي للبيانات.

(١) جعفر، عبد الله، أهمية بيانات التكاليف في ترشيد قرارات الاستثمار بقطاع الخدمات الصحية، مؤتمر المحاسب العلمي الثاني، ورقة عمل مقدمة للمؤتمر، ١٩٩٨/١٢/٣/الأردن.

٣- استخدام نتائج الخطوه السابقة في التعبير عن التكاليف والعوائد لأي نشاط أو وظيفة اقتصادية. وخاصة في المشروعات الخدمية، وذلك بالاستعانة بالنماذج الإحصائية أو الرياضية. حيث هناك صعوبة كبيرة في تقدير وقياس ما تحققه هذه المشروعات من عائد وما يقابله من نفقة أو تكاليف، دون استخدام تلك النماذج في التحليل والإستنباط.

وفي دراسة أخرى أجراها مطر (١٩٩٧) بعنوان: محددات الهدر للموارد المالية في القطاع الصحي: (١) دراسة ميدانية في المملكة العربية السعودية هدفت الدراسة إلى تحديد وتحليل الأسباب والعوامل وراء قيام الأطباء بإدخال المرضى واحتجازهم في المستشفى دون أن تستدعي حالتهم الصحية ذلك، وكذلك هدفت الدراسة إلى تحديد وتحليل الأسباب والعوامل وراء قيام الأطباء بإجراء تحاليل وفحوصات لا تستلزمها حالة المريض وبدون داع إلى ذلك. وقد بينت الدراسة أن العوامل الرئيسية المؤدية إلى وجود حالات تنويم غير ضرورية هي حسب درجة أهميتها. الرغبة في زيادة معدلات لاستخدام، عدم وجود سياسة تنويم جيدة، إرضاء المرضى، وفرة الأسرة والموارد.

كما أوضحت الدراسة أن هناك فترات تنويم غير ضرورية وأن العوامل وراء ذلك مرتبة حسب أهميتها هي: إشباع رغبة المريض في البقاء لفترة أطول بالمستشفى، التنويم المبكر، وتأخر خروج المريض من المستشفى بسبب الإجراءات الروتينية. كما بينت الدراسة أن هناك طلباً غير ضروري على الإجراءات الطبية وأن العوامل المؤدية إلى وجود هذا الطلب هي -مرتبة حسب أهميتها- رغبة الأطباء في التأكد من سلامة وصحة التشخيص، رغبة الأطباء في حماية أنفسهم من المساءلة عن الأخطاء المهنية، إرضاء المرضى، واختلاف وضياع نتائج التحاليل والإجراءات السابقة.

(١) مطر، محمود، محددات الهدر للموارد المالية في القطاع الصحي، المجلة العربية للعلوم الإدارية مجلد ٤، عدد ٢، مايو ١٩٩٧، ص ٢٠٥-٢٤٣/السعودية.

أما دراسة مطر (١٩٩٢) بعنوان « إستراتيجية احتواء التكاليف وزيادة الكفاءة في المستشفيات »^(١) والتي هدفت إلى اقتراح نموذج لاستراتيجية تهدف إلى السيطرة على تكاليف تقديم الخدمات الصحية، ورفع معدلات الكفاءة والفاعلية دون أن ينتج عن ذلك آثار عكسية في صورة تدني مستوى الخدمات المقدمة أوضحت الدراسة أهمية وجود نظام معلومات متكامل يحتوي على عدد من النظم الفرعية التي من أهمها نظم السجلات الطبية ونظم المعلومات المحاسبية.

ثالثاً: الدراسات المحلية

وتضم بعض البحوث والدراسات التي أجريت حول موضوع العوامل التي تؤدي إلى ارتفاع تكاليف تشغيل المستشفى، وهي كالتالي:
في دراسة أجراها الجالودي، والزعبي (١٩٩٧) بعنوان "محددات النفقات الصحية في الأردن".^(٢) هدفت هذه الدراسة إلى تسليط الضوء على العوامل الاقتصادية- الاجتماعية التي تؤثر على الإنفاق الصحي في الأردن. وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن جميع العوامل: الناتج المحلي الإجمالي للفرد ودرجة التحضر والإنفاق الصحي للفرد على الخدمات الصحية (بتباطؤ زمني لمدة سنة) لها تأثير ايجابي وذات دلالة معنوية إحصائياً على معدل إنفاق الفرد على الخدمات الصحية في الأردن.

أما دراسة عبد الحليم (١٩٩٦) بعنوان "العوامل المؤثرة في طول مدة الإقامة في المستشفيات الأردنية"^(٣)، فقد حاولت أن تتحرى العوامل المؤثرة في طول مدة

(١) مطر، محمود، إستراتيجية احتواء التكاليف وزيادة الكفاءة في المستشفيات، الإدارة العامة، العدد ٧٦، سبتمبر ١٩٩٢، ص ٥١-٨٦.

(٢) الجالودي، جميل، والزعبي، بشير، محددات النفقات الصحية في الأردن "مجلة دراسات الأردنية لعلوم الإدارية" مجلد ٢٤ عدد ١/١٩٩٧ ص ٢٨٢-٢٨٩.

(٣) عبد الحليم، احمد، العوامل المؤثرة في طول مدة الإقامة في المستشفيات الأردنية. أبحاث اليرموك، مجلد ١٢ عدد، ٢-١٩٩٦ ص ٦-٣٦.

الإقامة في المستشفيات الأردنية. وقد اعتمدت الدراسة بشكل رئيسي على افتراض وجود علاقة بين طول مدة الإقامة في المستشفيات وعوامل مختلفة مثل: وجود تأمين صحي للمريض، عمر المريض، مستوى الدخل، ودرجة حدة المرض.

وقد أظهرت نتائج الدراسة أن التأمين الصحي يؤثر نسبياً في طول مدة الإقامة حيث تبين أن الأشخاص الذين لا يتمتعون بوجود تأمين صحي - على الأغلب- يمضون في المستشفى وقتاً أقل من أولئك الذين يتمتعون بوجود التأمين الصحي. كذلك لوحظ أن الأشخاص الذين يتمتعون بتأمين صحي، يمضون في المستشفيات الخاصة وقتاً أطول مما يمضونه في المستشفيات الحكومية.

كذلك أظهرت الدراسة وجود علاقة إيجابية بين طول مدة الإقامة وكل من عمر المريض - درجة حدة المرض، مستوى الدخل. حيث كانت حدة المرض هي العامل الأكثر تأثيراً بين هذه العوامل في إطالة مدة إقامة المرضى في المستشفيات.

خلاصة الدراسات السابقة :

أكدت معظم الدراسات السابقة أن هناك تضخماً يكاد يكون عالمياً في تقديم الخدمات الصحية وخاصة في المستشفيات، وقد ركزت الدراسات على أن السبب في هذا التضخم يعود إلى الهدر في استخدام المصادر المتاحة للمستشفيات وايضاً سوء استخدام تلك المصادر.

كما أكدت هذه الدراسات على أن حالات الإدخال إلى المستشفى وما يتبعها من إجراءات وعدم اهتمام الأطباء بالتكاليف وأهمية التكاليف وعدم وضع سياسة جيدة للإدخال إلى المستشفى كانت وراء هذا الإرتفاع المطرد في تكاليف تشغيل المستشفيات.

وكذلك أكدت الدراسات على أنه لا توجد سياسة موحدة عالمية لاحتواء ضبط تلك التكاليف، حيث أن لكل بلد سياسته الخاصة الإقتصادية وطريقته في تقديم الخدمات الصحية.

وكذلك أكدت معظم الدراسات أنه بالإمكان تخفيض الادخال الى المستشفى والإجراءات الأخرى دون أن يؤدي ذلك إلى انخفاض في جودة الرعاية الصحية المقدمة.

وقد استفاد الباحث من هذه الدراسات في تصميم منهجية الدراسة، وإجراءاتها وأدائها وتعتبر هذه الدراسة امتداداً للدراسات السابقة التي تناولت ضبط التكاليف في المستشفيات.

الفصل الثامن

تحليل البيانات ومناقشة نتائج الدراسة

© Arabic Digital Library - Yarmouk University

الفصل الثامن

تحليل البيانات ومناقشة نتائج الدراسة

أولاً : توزيع الاستبانات وجمعها

قام الباحث بتوزيع (١٤٩) استبانة على أفراد عينة الدراسة والمتمثلة بمديري مستشفى البشير والمستشفى الإسلامي ومساعدتهم الإداريين والفنيين وجميع رؤساء الأقسام والوحدات الإدارية والفنية. وتم تحديد عدد الإستبانات الموزعة على أفراد مجتمع الدراسة من خلال الزيارات الميدانية للمستشفيات المذكورين، حيث تم توزيع الاستبانات على أفراد عينة الدراسة واستردادها باليد من قبل الباحث.

وقد كان عدد الاستبانات المستردة (١٤٣) استبانة، وبعد مراجعة وتدقيق الاستبانات المستردة تم إستبعاد (٤) من مجموع الاستبانات المستردة لعدم صلاحيتها للتحليل، وبقيت (١٣٩) استبانة صالحة ومعتمدة لغايات التحليل الإحصائي والدراسة أي بنسبة (٩٥,٥%) من مجموع الاستبانات الموزعة. والجدول رقم (٤) يبين توزيع الإستبانات الموزعة والمستردة وغير الصالحة للتحليل.

جدول رقم (٤)

الأعداد والنسب المئوية للإستبانات الموزعة والمستردة في مستشفى البشير والمستشفى الإسلامي.

المستشفى	عدد الإستبانات الموزعة	عدد الإستبانات المستردة	النسبة المئوية للإسترداد	عدد الإستبانات المستبعدة
البشير	٨٤	٨١	%٩٦	٢
الإسلامي	٦٥	٦٢	%٩٥	٢
المجموع	١٤٩	١٤٣	%٩٥,٥	٤

ثانياً : وصف خصائص عينة الدراسة

أولاً : العمر :

يوضح الجدول رقم (٥) توزيع أفراد عينة الدراسة حسب العمر، وقد تم تقسيم العمر إلى فئات أربع هي كالتالي:

جدول رقم (٥)

(توزيع أفراد عينة الدراسة حسب العمر)

العمر	التكرار	النسبة المئوية
٣٠ سنة وأقل	٢٤	١٧,٢ %
٣١-٤٠ سنة	٦٠	٤٣,٢ %
٤١-٥٠ سنة	٣٦	٢٥,٩ %
٥١ سنة فأكثر	١٩	١٣,٧ %
المجموع	١٣٩	١٠٠ %

يلاحظ من الجدول أنه تم تقسيم العمر إلى أربع فئات هي كما يلي.

- أ- (٣٠ سنة وأقل)، حيث بلغ عدد أفراد هذه الفئة (٢٤) بنسبة ١٧,٢ % وهي نسبة ضئيلة قد يعود السبب إلى أنه من يصل إلى رئيس قسم أو شعبة يتطلب وقتاً أكثر وبالتالي يكون العمر أقل في هذه الفئة.
- ب- (٣١-٤٠ سنة)، وقد بلغ عدد أفراد هذه الفئة (٦٠) فرداً وبنسبة (٤٣,٢ %) وهي الفئة الأكثر تكراراً، وهذا طبيعي حيث يعزى ذلك إلى أن هذه الفئة العمرية هي أكثر الفئات مناسبة للعمل من حيث العمر.
- ج- (٤١-٥٠ سنة)، حيث بلغ عدد أفراد هذه الفئة (٣٦) وهذا يشكل ما نسبته (٢٦ %) وهي نسبة تزيد على ربع نسبة العينة. إذا دققنا في هذه الفئة والتي سبقنا دراستها نرى أنها تشكل ما يقارب من ٧٠ % من نسبة عينة الدراسة وهذا يدل على أن معظم أفراد العينة ممن أمضوا فترة طويلة في الخدمة مما يعني معرفتهم الدقيقة بالاجراءات الضرورية وغير الضرورية.
- د- ٥١ سنة فأكثر، فقد بلغ عدد أفراد هذه الفئة (١٩) فرداً وبنسبة (١٣,٧ %) وهي الفئة الأقل تكراراً من بين جميع الفئات الأخرى وقد يعزى ذلك

لسبب أن من هم فوق سن الخمسين إما أن يحالوا إلى التقاعد في القطاع العام أو أن يتركوا العمل إما للمرض أو بسبب الوفاة.

ثانياً : الجنس :

توزيع افراد عينة الدراسة حسب الجنس (ذكر، انثى)

جدول رقم (٦)

توزيع افراد عينة الدراسة حسب الجنس

النسبة المئوية	التكرار	الجنس
٪٦٦,٩	٩٣	ذكر
٪٣٣,١	٤٦	انثى
٪١٠٠	١٣٩	المجموع

يبين الجدول رقم (٦) توزيع افراد عينة الدراسة حسب الجنس، ونلاحظ أن عدد الذكور يمثل ثلثي عدد الإناث، وهذه نتيجة تتفق مع طبيعة المجتمع الأردني بشكل عام، حيث طبيعة المرأة الاردنية دخلت مجال العمل في وقت متأخر قياساً بالرجل.

ثالثاً : قطاع العمل :

ويقصد به إما القطاع العام أو القطاع الخاص، وحسب عينة الدراسة فإنه يكون المقصود هنا في الدراسة المستشفى الإسلامي ممثلاً عن القطاع الخاص، ومستشفى البشير ممثلاً عن القطاع العام. وجدول رقم (٧) يبين توزيع أفراد العينة حسب قطاع العمل.

جدول رقم (٧)

توزيع أفراد العينة حسب قطاع العمل.

النسبة المئوية	التكرار	قطاع العمل
٪٥٥,٤	٧٧	القطاع العام (البشير)
٪٤٤,٦	٦٢	القطاع الخاص (الإسلامي)
٪١٠٠	١٣٩	المجموع

من الجدول رقم (٧) نلاحظ أن نسبة القطاع العام أكبر من القطاع الخاص وهذا يعود إلى أن مستشفى البشير (القطاع العام) أكبر من المستشفى الإسلامي (القطاع الخاص). وعلى الرغم من أن فرق النسبة ليس كبيراً وهذا يعود إلى أن المستشفياتين تحتويان تقريباً على نفس الأقسام والوحدات سواء كانت أقسام وحدات وشعب إداريه أم فنية.

رابعاً : الوظيفة الحالية

جدول رقم (٨)

توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الوظيفة

النسبة المئوية	التكرار	الوظيفة الحالية
٢,٩%	٤	مدير المستشفى
٤,٢%	٦	مساعد مدير فني
٥,٧%	٨	مساعد مدير إداري
٥٩,٢%	٨٢	رئيس قسم فني
٢٨%	٣٩	رئيس قسم إداري
١٠٠%	١٣٩	المجموع

يبين الجدول رقم (٨) توزيع أفراد عينة الدراسة حسب المستوى الوظيفي وقد تم تقسيم هذا المتغير إلى خمسة مستويات. الأول مدير مستشفى حيث بلغ عدد أفراد هذا المستوى (٤) حيث أنه يوجد مسميان إضافيان في المستشفى الإسلامي هما مدير مستشفى فني وآخر إداري بالإضافة إلى المدير العام. أما في مستشفى البشير فلا يوجد إلا المدير العام. إن نسبة هذه الفئة تشكل (٢,٩%) من عينة الدراسة، أما مساعد مدير فني فقد بلغ (٦) أفراد بنسبة (٤,٢%).

وكان عدد مستوى مساعد مدير إداري (٨) بنسبة (٥,٧%). أما مستوى رئيس قسم فني فكان عددهم (٨٢) وتشكل ما نسبته (٥٩,٢%) وهذا المستوى يشكل النسبة الأكبر بين باقي المستويات الأخرى وهذا يعود إلى أن معظم أقسام المستشفيات هي أقسام فنية. وأخيراً مستوى رئيس قسم إداري فكان عددهم (٣٩) بنسبة (٢٨%).

خامساً : الخبرة :

جدول رقم (٩)

توزيع افراد عينة الدراسة حسب الخبرة العملية

الخبرة	التكرار	النسبة المئوية
اقل من ٥ سنوات	١٠	٧,٢%
١٠-٥ سنوات	٤٤	٣١,٧%
١١-١٥ سنة	٢٨	٢٧,٣%
اكثر من ١٥ سنة	٤٧	٣٣,٨%
المجموع	١٣٩	١٠٠%

ويوضح جدول رقم (٩) توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الخبرة العملية، ويلاحظ من الجدول انه تم تقسيم هذا المتغير (الخبرة) الى أربع فئات كانت كالتالي: الأولى (اقل من ٥ سنوات) والتي بلغ عدد افرادها (١٠) بنسبة ٧,٢% وهي أقل نسبة من بين الفئات الاخرى ويعزى ذلك إلى أن من يصبح رئيس قسم سواء كان فنياً أو ادارياً لا بد من أن يكون ممن أمضوا مدة أكثر في الخدمة، اما باقي الفئات الاخرى كما هي في الجدول رقم (٩) تكاد تكون متقاربة وهذا يدل على أن الوصول الى المستوى الوظيفي (مدير، رئيس قسم، مساعد مدير، رئيس شعبة) يتطلب سنوات خدمة طويلة نسبياً في أقسام المستشفيات. وكذلك يدل على أن افراد عينة الدراسة على اطلاع كاف على اعمال المستشفى، وكذلك اجاباتهم تكون على قدر كافٍ من الموضوعية والدقة، حيث ان اكثر من (٥٠%) من عينة الدراسة هم ممن أمضوا أكثر من عشر سنوات في الخدمة، وان اكثر من ٩٠% هم ممن أمضوا أكثر من ٥ سنوات في الخدمة.

جدول رقم (١٠)

توزيع افراد العينة حسب الحالة الاجتماعية

النسبة المئوية	التكرار	الحالة الاجتماعية
٪٧٨,٤	١٠٩	متزوج
٪١٨	٢٥	اعزب
٪٣,٦	٥	غير ذلك
٪١٠٠	١٣٩	المجموع

يلاحظ من الجدول اعلاه ان عدد المتزوجين قد بلغ (١٠٩) أفراد وبنسبة (٪٧٨,٤) وهذا يعود الى ان ما نسبته أكثر من ٨٠٪ من أفراد عينة الدراسة تزيد اعمارهم عن (٣١) سنة، كما لاحظنا في متغير العمر جدول رقم (٥) وهو سن الزواج الطبيعي. فيما بلغ عدد (العاديين) (٢٥) وبنسبة ٪١٨، واخيراً فئة (غير ذلك) حيث بلغت أقل عدداً ونسبة، حيث بلغ عددهم (٥) وبنسبة (٪٣,٦).

سابعاً : المؤهل العلمي لغير الاطباء

جدول رقم (١١)

توزيع افراد العينة حسب المؤهل العلمي (لغير الاطباء) *

النسبة المئوية	التكرار	المؤهل العلمي
٪٤٦,١	٤٨	دبلوم وأقل
٪٤٣,٣	٤٥	بكالوريوس
٪٧,٧	٨	ماجستير
٪٢,٩	٣	دكتوراه
٪١٠٠	١٠٤	المجموع

* العدد لا يشمل الاطباء

يلاحظ من الجدول رقم (١١) ان هذا المتغير قد قسم الى ٤ مستويات، الأول دبلوم وأقل وكان عدد افراد هذا المستوى (٤٨) من مجموع عينة الدراسة (عدا الاطباء) وهؤلاء نسبتهم (٪٤٦,١) وهي كما يلاحظ أنها أعلى نسبة من بين المستويات الاخرى ويعزى ذلك إلى أن رؤساء الأقسام التمريضية يحملون شهادات دبلوم في التمريض. والثاني، بكالوريوس حيث بلغ عدد أفراد هذا

المستوى (٤٥) ونسبتهم (٤٣,٣٪) وتأتي في المرتبة الثانية من حيث العدد والنسبة، اما من هم من حملة شهادة الدراسات العليا (ماجستير ودكتوراه) فلم يشكلوا سوى ما نسبته (١٠٪) تقريبا من النسبة الكلية.

ثامناً: المؤهل العلمي للأطباء

جدول رقم (١٢)

توزيع افراد عينة الدراسة حسب المؤهل العلمي (للأطباء)*

النسبة المئوية	التكرار	المؤهل العلمي
٤٠٪	١٤	استشاري
٤٣٪	١٥	اختصاصي
١٧٪	٦	مقيم
١٠٠٪	٣٥	المجموع

* العدد يشكل الاطباء المشمولين من عينة الدراسة فقط

من الجدول رقم (١٢) نلاحظ ان ما نسبته ٨٣٪ من مجموع الأطباء الذين اشتملت عليهم عينة الدراسة هم من فئة استشاري واختصاصي حيث لا يصل إلى هذا المستوى إلا من أمضى فترة طويلة في الخدمة. ويلاحظ أيضاً ان ما نسبته ٢٥٪ من مجموع عينة الدراسة البالغة (١٣٩) فقط من الأطباء وهذا ان دل على شيء فانما يدل على أن عينة الدراسة ليست مقصورة على فئة معينة وانما شاملة لجميع المهن العاملة بالمستشفيات من أطباء وفنيين واداريين.

تاسعاً: مكان التخرج

جدول رقم (١٣)

توزيع افراد العينة حسب جهة التخرج

النسبة المئوية	التكرار	جهة التخرج
٦٥,٥٪	٩١	دولة عربية
٢٣,٠٠	٣٢	دولة شرقية
١١,٥	١٦	دولة غربية
١٠٠٪	١٣٩	المجموع

من الجدول يُلاحظ ان النسبة الأعلى والتي بلغت (٦٥,٥٪) وعددها (٩١) فرداً هم من خريجي الدول العربية وهذا يعود الى ان معظم عينة الدراسة شملت الفنيين والاداريين وهم غالباً ما يكونون خريجي كلية تمريض او اي معهد فني آخر مثل معهد المهن الطبية المساعدة وهذه موجوده اصلاً في المملكة. اما خريجو الدول الشرقية فقد بلغ عددهم (٣٢) وبنسبة (٢٣٪) وهم غالباً كانوا من الأطباء. واما خريجي الدول الغربية فقد بلغ عددهم (١٦) ونسبتهم (١١,٥٪) وهي نسبة قليلة مقارنة مع النسب الاخرى وهؤلاء معظمهم ان لم يكن جميعهم يعمل في القطاع الخاص.

عاشراً : الدخل الشهري

جدول رقم (١٤)

توزيع افراد العينة حسب مستوى الدخل الشهري

النسبة المئوية	التكرار	الدخل الشهري/ دينار
٤٣,٩٪	٦١	٢٥٠-٣٥٠ دينار
٢٧,٣٪	٢٨	٤٥٠-٢٥١
٦,٥٪	٩	٥٥٠-٤٥١
٢٢,٣٪	٣١	٥٥١- فأكثر
١٠٠٪	١٣٩	المجموع

نلاحظ من الجدول رقم (١٤) أن أكثر من ما نسبته ٧٠٪ من افراد عينة الدراسة رواتبهم لا تتجاوز (٤٥٠) ديناراً وهذا ان دل على شيء فإنما يدل على ان الرواتب لا تلعب دوراً بارزاً في زيادة الإنفاق على القطاع الصحي من حيث قيمة الراتب وانما قد تكون من حيث كثرة عدد الموظفين، اما من هم نسبة رواتبهم أكثر من ٤٥٠ ديناراً فلا تكاد تتجاوز هذه النسبة الـ ٣٠٪ وهؤلاء معظمهم من فئة الأطباء سواء في القطاع العام أم في القطاع الخاص.

ثانياً: تحليل النتائج ومناقشتها

١- تحليل ومناقشة أسئلة الدراسة

للإجابة على سؤالي الدراسة الأول والثاني تم استخدام المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، وذلك لمعرفة مدى موافقة أفراد عينة الدراسة على العوامل المؤدية إلى ارتفاع تكاليف تشغيل المستشفيات الأردنية في القطاعين العام والخاص والتي تضمنها الجزء الثاني من الإستبانة وكذلك معرفة أكثر المجالات أهمية من وجهة نظر أفراد عينة الدراسة والتي تُمارس وتؤدي إلى ارتفاع في تكاليف تشغيل المستشفى. وقد تم تحويل إجابات أفراد عينة الدراسة على مقياس ليكترت (Likert) الخماسي لبيان درجة الممارسة من (١) إلى (٥) حيث تكون الدرجة (١) دالة على درجة قليلة جداً من الممارسة والدرجة (٥) لتدل على درجة عالية جداً من ممارسة العوامل المؤدية إلى ارتفاع تكاليف تشغيل المستشفى.

وبذلك يمكن تصنيف الإجابات في ثلاثة مستويات هي: عالٍ، متوسط، ومدنٍ وعلى أساس أن درجة متوسط تقابلها الدرجة (٣)، وبذلك يكون المدى من (١-٢,٥) دالاً على مستوى مدنٍ، ويكون المدى (أكثر من ٢,٥ - ٣,٥) دالاً على مستوى متوسط. ويكون المدى (أكثر من ٣,٥ - ٥) دالاً على مستوى عالٍ. وهذا التصنيف يدل على مدى الممارسة على كل مجال من مجالات الدراسة بالإضافة إلى كل فقرة.

السؤال الأول:

ما مدى ممارسة العوامل المؤدية إلى ارتفاع تكاليف تقديم الخدمة الصحية وذلك من وجهة نظر مديري المستشفيات الفنيين والإداريين ومساعدتهم وكذلك رؤساء جميع الأقسام والوحدات الإدارية والفنية؟
لمعرفة مدى ممارسة هذه العوامل، يمكن تناول نتائج الدراسة وذلك حسب كل مجال على حدة ومن ثم تناول المجالات ككل- وذلك كما يلي.

- المجال الأول : الإجراءات غير الضرورية

هذا المجال يقيس بمجمله اتجاهات عينة الدراسة حول مدى ممارسة الإجراءات غير الضرورية والتي تؤدي إلى ارتفاع في تكاليف تشغيل المستشفى، بالإضافة إلى أن كل فقرة تقيس إجراء محددًا.

الجدول رقم (١٥) يبين مدى استجابة أفراد عينة الدراسة على الفقرات المتعلقة بالإجراءات غير الضرورية وهي مرتبة تنازلياً حسب أهميتها.

جدول رقم (١٥)

الوسط الحسابي والانحراف المعياري لمدى ممارسة الإجراءات غير الضرورية

الرقم	الفقرة	رقم الفقرة في الإستبانة	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري
١-	هناك مغالاة في الإجراءات الطبية (تحاليل مخبرية، أشعة، تخطيط فني... الخ) للتأكد من التشخيص.	١	٣,٤٧	١
٢-	هناك مغالاة في الإجراءات الطبية حتى يحمي الأطباء أنفسهم من المساءلة من الأخطاء المهنية.	٢	٣,٤٢	١,٠٧
٣-	هناك مغالاة في الإجراءات الطبية لاختلاف نتائج الإجراءات عن توقعات الأطباء.	٣	٣,٠٨	١,٠٨
٤-	هناك مغالاة في الإجراءات الطبية لوجود فترات تنويم غير ضرورية قبل بدء العلاج أو العملية.	٤	٢,٦٥	١,٢١
٥-	هناك مغالاة في الإجراءات الطبية بسبب وجود أخطاء في التشخيص	٥	٢,٥٧	١,١١
٦-	هناك بعض الإجراءات الطبية لوجود فترات تنويم غير ضرورية	٧	٢,٦٠	١,١٨
٧-	هناك مغالاة في الإجراءات الطبية لضياح نتائج التحاليل السابق إجرائها.	٦	٢,٥٤	١,٢٠
٨-	هناك مغالاة في الإجراءات الطبية بسبب عدم كفاءة الفنيين	٨	٢,٣٧	١,١٥
	الوسط الحسابي والانحراف المعياري للفقرات جميعها		٢,٨٤	٠,٨٦

يتضح من الجدول رقم (١٥) أن المتوسط الحسابي لهذا المجال (الإجراءات غير الضرورية) كان (٢,٨٤) وهو ضمن المدى (٢,٥ - ٣,٥) الذي يدل على درجة متوسطه من الممارسة، واحتلت الفقرة هناك مغالاة في الإجراءات الطبية (تحاليل مخبرية، صور شعاعية، تخطيط قلب...) للتأكد من التشخيص، المرتبة الأولى، وبوسط حسابي قدره (٣,٤٧) مما يدل على أن هناك درجة ممارسة

متوسطة وأيضاً كان الإنحراف المعياري (١) الدال على إجماع أفراد عينة الدراسة حول هذه الفقرة واحتلت الفقرة «هناك مغالاة في الإجراءات الطبية حتى يحمي الأطباء أنفسهم من الأخطاء المهنية» المرتبة الثانية بوسط حسابي قدره (٣,٤٢) والذي يدل أيضاً على درجة متوسطة من الممارسة، وكذلك جميع الفقرات دلت على درجة ممارسة متوسطة من قبل أفراد عينة الدراسة باستثناء تلك المتعلقة بالفنيين التي تنص على أن «هناك مغالاة في الإجراءات الطبية بسبب عدم كفاءة الفنيين» حيث كانت درجة الموافقة على هذه الفقرة متدنية بوسط حسابي قدره (٢,٣٧) والتي تقع ضمن الفئة (١-٢,٥)، وقد يعزى ذلك إلى أن النسبة الأكبر من عينة الدراسة كانت من فئة رؤساء الأقسام الفنية، وهذه طبيعة المستشفيات وعملها حيث أن معظم أقسامها فنية بحتة، وقد بلغ مجموع هذه الفئة من عينة الدراسة (٥٦) فرداً وهؤلاء يشكلون ما نسبته (٤٠,٣٪) من عينة الدراسة.

أما فيما يتعلق بالمتوسط الحسابي للمجال الأول ككل «الإجراءات غير الضرورية» فقد بلغ (٢,٨٤) الدال على درجة ممارسة متوسطة، وانحراف معياري بلغ (٠,٨٦) والذي يدل أيضاً على موافقة عينة الدراسة بدرجة عالية على أن هناك إجراءات غير ضرورية.

- المجال الثاني : حالات الإدخال إلى المستشفى غير الضرورية.

نظراً لما للحالات المعالجة داخل أقسام المستشفى من أثر في ارتفاع تكاليف المستشفى من حيث الإشغال للأسرة وما يتطلب من إجراءات معالجة وإطعام واستهلاك للمرافق والأدوية والأدوات. فقد احتل هذا المجال القسم الأكبر من حجم الاستبانة، وذلك حتى يتم التعرف على مدى وجود حالات إدخال غير ضرورية والوقوف عند أسباب هذه الإدخالات ومحاولة وضع الحلول المناسبة لذلك.

جدول رقم (١٦)

الوسط الحسابي والانحراف المعياري لدى ادخال حالات غير ضرورية الى المستشفى.

الرقم	الفقرة	رقم الفقرة في الإستبانة	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري
١-	هناك هدر في استخدام مرافق المستشفى (ماء، كهرباء، سيارات، هاتف).	٢١	٣,٢٩	١,٣٢
٢-	وصف الأدوية باهظة الثمن بدل الأدوية رخيصة الثمن.	٢٠	٢,٩٩	١,٢٩
٣-	المغالة في شراء الآلات والمعدات الطبية.	١٩	٢,٩٥	١,٢٥
٤-	هناك حالات إدخال الى المستشفى لزيادة معدلات استخدام الأسرة.	٩	٢,٤٨	١,٣٢
٥-	هناك حالات إدخال إلى المستشفى لإرضاء المريض.	١١	٢,٤٧	١,٢٧
٦-	هناك حالات إدخال إلى المستشفى لغياب سياسة جيدة للتتويم.	١٠	٢,٤٧	١,٢٦
٧-	هناك حالات إدخال إلى المستشفى لقلّة خبرة الأطباء.	١٤	٢,٤٧	١,٢١
٨-	هناك استجابة لرغبة المرضى في البقاء بالمستشفى مدة أطول مما يجب.	١٨	٢,٤٥	١,١٩
٩-	هناك حالات إدخال إلى المستشفى لوفرة الأسرة.	١٢	٢,٤٤	١,١٩
١٠-	هناك حالات إدخال إلى المستشفى لإجراء تجارب على المرضى.	١٦	٢,٤٣	١,٠٩
١١-	هناك حالات إدخال إلى المستشفى لوجود صلة قرابة بين المريض والطبيب.	١٧	٢,٤٢	١,١٧
١٢-	هناك حالات إدخال إلى المستشفى لوجود أخطاء في التشخيص.	١٣	٢,٣٩	١,١٥
١٣-	هناك حالات إدخال إلى المستشفى بغرض التعليم.	١٥	٢,٣٨	١,٢٧
	الوسط الحسابي والانحراف المعياري المجتمع		٢,٩٤	٠,٨٧

والجدول رقم (١٦) يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لفقرات هذا المجال مرتبة تنازلياً حسب أهميتها. فقد بلغ المتوسط الحسابي لهذا المجال ككل (٢,٩٤) الدال على وجود درجة متوسطة من حالات الإدخال إلى المستشفى غير الضرورية وانحراف معياري قدره (٠,٨٧) الدال على اجماع أفراد عينة الدراسة حول هذا المجال ككل.

ويبين الجدول رقم (١٦) أن "هناك هدراً في استخدام مرافق المستشفى" قد احتلت المرتبة الأولى من حيث مدى الممارسة فقد بلغ الوسط الحسابي (٣,٢٩) والانحراف المعياري (١,٣٢) الدال على اجماع أفراد العينة حول هذه الفقرة. أما "وصف الأدوية باهظة الثمن بدل الأدوية رخيصة الثمن" فقد جاءت ثانياً من حيث الترتيب بوسط حسابي بلغ (٢,٩٩) الدال على درجة متوسطة من الممارسة أيضاً تليها المغالة في شراء الآلات والمعدات الطبية والتي كان وسطها الحسابي

(٢,٩٥) وإنحراف معياري (١,٢٥) الدال أيضاً على درجة متوسط. أما حالات الادخال الى المستشفى بغرض التعلم فقد احتلت المرتبة الاخيرة وبوسط حسابي (٢,٢٨) وانحراف معياري (١,٢٧) أما باقي الفقرات فقد كانت ضمن الفئة المتدنية (٢,٥-١) ولا يوجد إجماع عليها من قبل أفراد عينة الدراسة.

المجال الثالث : المتغيرات الإدارية

احتوى هذا المجال على (٧) فقرات تقيس اتجاهات أفراد عينة الدراسة نحو بعض المتغيرات الإدارية مثل مدى توفر جهاز رقابي على استخدام الموارد واستبدالها، المشاركة في اتخاذ القرارات، الترهل الإداري والجدول رقم (١٧) يبين المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمدى توفر أو عدم توفر بعض هذه المتغيرات، وهي مرتبة تنازلياً.

جدول رقم (١٧)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمدى استجابة أفراد عينة الدراسة المتعلقة بالمتغيرات الإدارية والتخطيط والرقابة على استخدام الموارد والمرافق.

الرقم	الفقرة	رقم الفقرة في الإستبانة	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري
١-	قبول المرضى من غير أن يكونوا محولين من مراكز صحية أو أي جهة أخرى.	٢٢	٢,٠٧	١,٣١
٢-	وجود جهاز رقابي على استخدام موارد المستشفى.	٢٥	٢,٨٨	١,٢٠
٣-	استخدام الأساليب الإدارية الحرفية في التخطيط والرقابة مثل الموازنات التقديرية.	٢٦	٢,٦١	١,١٥
٤-	هناك زيادة في عدد الموظفين في المستشفى.	٢٧	٢,٥٨	١,٣١
٥-	جميع المستويات الإدارية تشترك في إتخاذ القرارات.	٢٨	٢,٢٩	١,١١
٦-	المشاركة مع مستشفيات أخرى في شراء كميات كبيرة من الأدوية والمعدات الأخرى.	٢٣	٢,٢	١,٤١
٧-	المشاركة مع مستشفيات أخرى بتقديم بعض الخدمات (مغسلة، محرقة، مشرحة ...)	٢٤	١,٩٩	١,٠٣
	المجموع		٢,٥١	٠,٥٤

يلاحظ من الجدول رقم (١٧) أن المتوسطات الحسابية لفقرات هذا المجال (المتغيرات الإدارية) كانت متدنية في بعض منها، اتخاذ القرار والمشاركة مع مستشفيات أخرى بتقديم بعض الخدمات، حيث بلغ الوسط الحسابي في المشاركة بإتخاذ القرار (٢,٢٩) بانحراف معياري (١,١١)، وبلغ الوسط الحسابي في المشاركة مع مستشفيات أخرى بتقديم بعض الخدمات (١,٩٩) وبانحراف معياري (١,٠٣) أما الفقرات التي كانت فيها المتوسطات الحسابية ضمن الفئة المتوسطة فهي قبول المرضى من غير أن يكونوا محولين من مراكز صحية أو أي جهة أخرى حيث بلغ الوسط الحسابي (٣,٠٧) والانحراف المعياري (١,٣١).

من الجدول رقم (١٧) تجدر الإشارة إلى النقاط التالية:

- يتم قبول مرضى من غير أن يكونوا محولين وهذا يعزى إلى عدم تنظيم الإدارة لآلية معينة أو معيار محدد لقبول المرضى في المستشفيات، مما يجعل مراجعي المستشفيات بإزدياد مستمر، الأمر الذي يؤدي بالتالي إلى ارتفاع في التكاليف حيث أن هناك تناسباً طردياً بين عدد مراجعي المستشفيات والزيادة في تكاليف تشغيل المستشفى.
- يوجد درجة ضعيفة من التعاون بين المستشفيات في المشاركة أو شراء كميات كبيرة من الأدوية حيث أن شراء كميات من الأدوية والمعدات والقرطاسية وخاصة في القطاع الخاص من شأنه أن يساعد على تخفيض أسعار هذه الأدوية والمعدات والآلات... الخ، فالعلاقة عكسية بين شراء كميات كبيرة من هذه الأدوية والمعدات وتكاليف الرعاية الصحية خاصة في المستشفيات.
- عدم المشاركة الفعالة في تقديم بعض الخدمات حيث بلغ الوسط الحسابي لهذه الفقرة (١,٩٩) الدالة على درجة متدنية جداً من الممارسة والتي تقع ضمن الفئة (١-٢,٥)، حيث يترتب على ذلك أن كل مستشفى سيقوم بتجهيز كافة معداته والآلات وأجهزته الطبية وخاصة في القطاع الخاص ان الذي يساعد في ارتفاع تكلفة تجهيز كل مستشفى غالباً ما يكون مستورداً من الخارج ويُدفع بالعملة الصعبة التي تؤثر تأثيراً واضحاً على معدل

الإنفاق على القطاع الصحي من مجمل الناتج القومي المحلي الذي يعتبر زيادة في الإنفاق مما يزيد في مجمله من ارتفاع تكاليف تشغيل المستشفيات، وأيضاً يساعد في العجز بالموازنة العامة للدولة.

إن تركيز معظم مستشفيات القطاع الخاص في العاصمة والزرقاء يجعل من السهولة التنسيق بين تلك المستشفيات كالأجهزة المتطورة من أجهزة أشعة وعمليات ومعالجة بالأشعة وعمليات القلب.

- الرقابة على موارد المستشفى وعلى استعمالات المرافق الموجودة أحتلت درجة متوسط بوسط حسابي قدره (٢,٦١) والذي يدل على رقابة ضعيفة تؤدي بالنتيجة إلى سوء استخدام المرافق وعدم الرقابة على المصروفات وكذلك سوء الرقابة على تنفيذ موازنة المستشفى، الأمر الذي يؤدي إلى هدر في التكاليف.

- زيادة عدد الموظفين في المستشفى والذي يعكس الترهل الإداري. كانت إجابات أفراد عينة الدراسة متوسطة حيث بلغ المتوسط الحسابي (٢,٥٨) وقد يعزى ذلك إلى وجود زيادة في بعض الأقسام أو الأعمال ونقصاً في آخر. كأن يكون زيادة في الأعمال الإدارية ونقصاً في الأعمال الفنية.

- إشراك جميع المستويات الإدارية في إتخاذ القرار للعملية الإدارية، كان المتوسط الحسابي (٢,٢٩) الدال على درجة متدنية من الممارسة في إشراك المستويات الإدارية في القرارات كالمشاركة في وضع الميزانية مثلاً والمشاورة مع ذوي الاختصاص لمعرفة النقص في بعض الأجهزة والخدمات، وإمكانية صيانة الأجهزة وتصليحها بدلاً من أخذ القرار بالإستبدال أو الشطب.

- أن تركيز معظم مستشفيات القطاع الخاص في العاصمة والزرقاء يجعل من السهولة التنسيق بين تلك المستشفيات من حيث تقديم خدمات مشتركة كالأشعة والعمليات أو شراء الأجهزة المتطورة من أجهزة أشعة وأجهزة مختبر وآلات ومعدات وأدوية.

أما نتائج هذا المجال مجتمعة "المتغيرات الإدارية" فنلاحظ من الجدول رقم (١٧) أن المتوسط الحسابي بلغ (٢,٥١) الدال على درجة متوسطة من الممارسة. وهذا يعني أن درجة ممارسة النشاطات الإدارية ضعيفة فالرقابة على المصروفات واستبدال الآلات واتخاذ قرارات بالمشاركة مع المستشفيات الأخرى في تقديم بعض الخدمات المساندة وشراء المعدات والأدوية. جميع هذه النشاطات والتي تخص العملية الإدارية من شأنها جميعاً أن تكون اللبنة الأساسية في الحد من ارتفاع تكاليف تشغيل المستشفيات.

أما الانحراف المعياري والذي بلغ (٠,٥٤) فإنه يعكس درجة عالية من موافقة افراد مجتمع الدراسة على وجود ممارسة او عدم ممارسة بعض الأمور الإدارية المؤدية إلى ارتفاع في التكاليف من قبل أفراد عينة الدراسة.

المجال الرابع : مدى وعي الأطباء لأهمية التكاليف.

اشتمل هذا المجال على (٣) فقرات تقيس كل فقرة متغير مع مدى ممارسة العوامل المؤدية لارتفاع التكاليف. والجدول رقم (١٨) يبين مدى ممارسة العوامل المؤدية لارتفاع التكاليف لعدم وعي الأطباء وإدراكهم لأهمية التكاليف.

جدول رقم (١٨)

ممارسة العوامل المؤدية لارتفاع تكاليف تشغيل المستشفى المتعلقة بمدى وعي الأطباء بأهمية التكاليف. مرتبة تنازلياً حسب أهميتها.

الرقم	الفقرة	رقم الفقرة في الإستبانة	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري
١-	يعامل المريض المؤمن صحياً كالمريض غير المؤمن من حيث مدة الإقامة	٢٩	٣,١٩	١,٤٤
٢-	تحويل نتائج الفحوصات كاملة مع المريض المحوّل إلى مستشفى آخر أو إلى أي قسم داخل المستشفى.	٣٠	٣,٠٥	١,٢١
٣-	عقد دورات للأطباء لتوعيتهم بأهمية التكاليف	٣١	٢,٠٤	١,٠٦
	المجموع		٢,٧٦	٠,٩١

نلاحظ من الجدول رقم (١٨) أن «عقد دورات للأطباء لتوعيتهم بأهمية التكاليف» احتل المرتبة الأخيرة بوسط حسابي بلغ (٢,٠٤) الذي يدل على ممارسة ضعيفة، بمعنى أنه لا يتم عقد دورات للأطباء، وهذا من شأنه أن يساعد في طلب المزيد من الإجراءات غير الضرورية وحالات الإدخال إلى المستشفى ممن لا تستدعي حالتهم الصحية ذلك وبالتالي يعتبر سبباً رئيسياً في زيادة تكاليف تشغيل المستشفى.

أما عن «تحويل نتائج الفحوصات عامة مع المريض المحوّل إلى مستشفى آخر أو إلى أي قسم آخر» فكانت متوسطه حيث بلغ الوسط الحسابي (٣,٠٥) الدال على درجة ممارسة متوسطة والذي يقع ضمن الفئة (٢,٥-٣,٥). وبإنحراف معياري بلغ (١,٢١) الدال على إجماع أفراد عينة الدراسة حول هذه الفقرة. مما يجعل هناك بعض الأزدواجية في الإجراءات الطبية والتي تزيد من تكاليف تشغيل المستشفى.

والفقرة رقم (٣١) «يعامل المريض المؤمن صحياً كالمريض غير المؤمن من حيث مدة الإقامة» كان الوسط الحسابي لها (٣,١٩) الدالة على درجة متوسطة من الممارسة وانحراف معياري (١,٤٤).

أما المتوسط الحسابي العام لفقرات المجال الرابع «المتغيرات الإدارية» فقد بلغ (٢,٧٦) الدال على درجة متوسطة من درجة الممارسة والذي يعكسه الإنحراف المعياري (٠,٩١) الذي يدل على تجمّع أفراد عينة الدراسة حول هذا المجال ككل.

المجال الخامس : رواتب موظفي المستشفيات :

لم يتسبب من الجدول رقم (١٩) (والذي يقيس حجم رواتب موظفي المستشفى) أن هناك ارتفاعاً في تكاليف تشغيل المستشفى.

جدول رقم (١٩)

مدى تأثير رواتب موظفي المستشفيات على ارتفاع تكاليف المستشفى

الرقم	الفقرة	رقم الفقرة في الإستمارة الحسابية	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري
١-	الأجور والرواتب التي تدفع لموظفي المستشفيات أكثر من تلك التي تدفع إلى موظفي القطاعات الأخرى.	٢٢	٢,٦٥	١,٣١

من الجدول رقم (١٩) نلاحظ عدم وجود ارتفاع في رواتب موظفي المستشفيات وذلك ما أظهره الوسط الحسابي الذي بلغ (٢,٦٥) الذي يدل على أن الرواتب متوسطة، وأيضاً لم تظهر النتائج أن هناك زيادة ترهل إداري عالٍ بين الموظفين، إلا أن الرواتب لها دور فعال في زيادة تكاليف تشغيل المستشفى، حيث تمثل الرواتب والأجور ما نسبته أكثر من (٧٠٪) من تكاليف التشغيل وذلك كما أظهرتها الدراسة التي أجراها (ادوارد) عام (١٩٨٠).

وقد يعزى هذا الإرتفاع في التكاليف إلى أن حجم القطاع الصحي في المملكة كبير جداً ويحتاج إلى قوى عاملة بأعداد هائلة، وهذه الأعداد من القوى البشرية تشكل رواتبها وأجورها نسبة عالية من تكاليف تشغيل المستشفى حتى ولو كانت نسبة الرواتب متوسطة.

ولمعرفة اتجاهات أفراد عينة الدراسة نحو مدى ممارسة العوامل المؤدية إلى إرتفاع تكاليف تشغيل المستشفى، المتمثلة بمجالات الدراسة بشكل عام. فقد تم استخدام المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمجالات الدراسة. حيث يوضح الجدول رقم (٢٠) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل مجال من مجالات الدراسة، مرتبة ترتيباً تنازلياً.

جدول رقم (٢٠)

مدى ممارسة العوامل المؤدية لارتفاع تكاليف تشغيل المستشفى لمجالات الدراسة

الرقم	مجالات الدراسة	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الممارسة
١-	حالات الإدخال غير الضرورية	٢,٩٤	٠,٨٧	متوسطة
٢-	الإجراءات غير الضرورية	٢,٨٤	٠,٨٦	متوسطة
٣-	الأطباء ومدى وعيهم لأهمية التكاليف	٢,٧٦	٠,٩١	متوسطة
٤-	رواتب موظفي المستشفى	٢,٦٥	١,٣١	متوسطة
٥-	المتغيرات الإدارية	٢,٥١	٠,٥٤	متوسطة
	المجالات مجتمعة	٢,٧٤	٠,٨٩	متوسطة

يبين الجدول رقم (٢٠) إتجاهات أفراد عينة الدراسة نحو مدى ممارسة العوامل المؤدية لارتفاع تكاليف تشغيل المستشفى ممثلة بمجالاتها الخمسة، حيث كانت ضمن درجة الممارسة المتوسطة بوسط حسابي (٢,٧٤) وانحراف معياري (٠,٨٩).

يتضح من الجدول رقم (٢٠) أن "حالات إدخال غير ضرورية" احتلت المرتبة الأولى بوسط حسابي (٢,٩٤) الدال على درجة متوسطة من الممارسة وانحراف معياري (٠,٩٧) الذي يدل على إجماع أفراد عينة الدراسة حول هذا المجال، وهذا يعني ممارسة إدخال حالات غير ضرورية إلى المستشفى بدرجة متوسطة الذي يؤدي إلى وجود حالات إدخال غير ضرورية غالباً، مما يعني أن هناك هدراً في استعمال موارد المستشفى وسوء استخدام، حيث أن المعالجة في الأقسام الداخلية للمستشفى تعتبر السبب الرئيسي في ارتفاع تكاليف المستشفيات.

واحتل المجال «الإجراءات غير الضرورية» المرتبة الثانية بوسط حسابي (٢,٨٤) الدال أيضاً على مدى ممارسة متوسطة من إجراءات غير ضرورية تؤدي بالتالي إلى ارتفاع في التكاليف وذلك من جراء سوء استخدام وهدر في الموارد المتاحة (إجراء تحاليل طبية، صور أشعة، تخطيط قلب....) وهذه الإجراءات تكون نتيجة لحالات الإدخال.

أما المرتبه الثالثه فقد احتل المجال «الأطباء وعدم إدراكهم لأهميه التكاليف» حيث كان الوسط الحسابي (٢,٧٦) الدال على درجة متوسطه من إجراءات لها علاقة بعدم معرفة الأطباء بأهميه التكاليف، الأمر الذي يستدعي عقد دورات للأطباء لتوعيتهم بأهميه الهدر في استخدام الموارد المتاحة في المستشفى.

وجاء المجال «رواتب موظفي المستشفيات» في المرتبه الرابعه من حيث أهميه العوامل المؤديه لارتفاع التكاليف حيث أن الوسط الحسابي (٢,٧٦) الدال على درجة متوسطه من مدى ممارسة العوامل المؤديه إلى ارتفاع في الكلفه. وهناك تشتت حول هذا المجال من قبل أفراد عينه الدراسة ويستدل على ذلك من الإنحراف المعياري (١,٢١).

أما المرتبه الخامسه والأخيره فقد كانت لمجال «المتغيرات الإداريه» حيث بلغ الوسط الحسابي (٢,٥١) الدال على درجة شبه متدنيه من ممارسة العوامل الإداريه التي لو تم ممارستها من رقابه وتخطيط ومشاركه في القرار لأدى ذلك إلى تخفيض تكاليف تشغيل المستشفى، وهذا يعني أن الأمور الإداريه تمارس بدرجه شبه متدنيه أو ضعيفه. وذلك بسبب التركيز على الأمور الفنيه لأن عمل المستشفيات يركز على الأمور الفنيه والتقنيه أكثر من الإداريه.

ومن النتائج السابقه يتبين لنا أن أكثر المجالات ممارسة ويؤدي إلى ارتفاع في تكاليف تشغيل المستشفى هو حالات الإدخال غير الضرورية». وأيضاً احتلت «الإجراءات غير الضرورية» المرتبه الثانيه وهذا يعني أن هناك إجراءات زياده مما يجب أن تكون وقد يعزى ذلك (الإدخالات والإجراءات غير الضرورية) إلى عدم وعي الأطباء ومعرفتهم بأهميه التكاليف كون الأطباء من أكثر الفئات اتخاذاً للقرارات في المستشفيات، وأيضاً وجود حالات إدخال غير ضرورية يؤدي إلى إجراءات غير ضرورية. أما المرتبه الثالثه فقد كانت لمجال «الأطباء وعدم معرفتهم بأهميه التكاليف» حيث كان الوسط الحسابي (٢,٧٦) الدال على تطبيق درجة متوسطه من عدم وعي الأطباء بأهميه التكاليف. أما الإنحراف المعياري فقد بلغ (٠,٩١) الدال على إجماع أفراد عينه الدراسة حول هذا المجال.

ويلاحظ أيضاً من الجدول رقم (٢٠) أن رواتب الموظفين لم تكن عالية، وهذا ما دل عليه الوسط الحسابي حيث كان (٢,٦٥) ولم يكن هناك إجماع حول هذا المجال من قبل أفراد عينة الدراسة. ويستدل على ذلك من الانحراف المعياري (١,٢١). يعزى ذلك إلى أن معظم موظفي مستشفيات القطاع العام رواتبهم متوسطة مقارنة مع الأوضاع الاقتصادية السائدة. ولكن في القطاع الخاص يختلف جدول رواتبهم وخاصة أطباء القطاع الخاص فرواتبهم غير محدودة. ولكن تجدر الإشارة إلى أن أعداد العاملين في قطاع المستشفيات كبيرة جداً مما يجعل رواتبهم أيضاً كبيرة الحجم نسبياً مما لها أثر في ارتفاع وتضخم تكاليف تشغيل المستشفى.

وأخيراً عدم تطبيق العمليات الإدارية من رقابة وتخطيط ومشاركة العاملين في القرارات والذي يتبين من خلال الوسط الحسابي للمجال الخامس (٢,٥١) وانحراف معياري بلغ (٠,٥٤) وهو أكثر المجالات تجمعاً من قبل أفراد عينة الدراسة كل ذلك من شأنه أن يكون سبباً رئيسياً في ارتفاع تكاليف تشغيل المستشفى.

ثالثاً: تحليل فرضيات الدراسة ومناقشتها

١- الفرضية الأولى

توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \geq 0.05$) في اتجاهات أفراد عينة الدراسة نحو مدى ممارسة العوامل المؤدية إلى ارتفاع تكاليف تشغيل المستشفى تعزى للمتغيرات الشخصية (الجنس، العمر، قطاع العمل، الوظيفة، الخبرة، الحالة الاجتماعية، المؤهل العلمي، بلد التخرج، الدخل).

١- الجنس ومدى ممارسة العوامل المؤدية لارتفاع تكاليف تشغيل المستشفى

توجد فروقات ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \geq 0.05$) لاتجاهات عينة الدراسة نحو مدى ممارسة العوامل المؤدية لارتفاع تكاليف تشغيل المستشفى تعزى للجنس .

جدول رقم (٢١)

الجنس ومدى ممارسة العوامل المؤدية لارتفاع تكاليف تشغيل
المستشفى

الرقم	المجال	ذكور		إناث		قيمة ت	دلالة ت
		الوسط	الانحراف	الوسط	الانحراف		
١-	الإجراءات غير الضرورية.	٢,٧١	٠,٨٣	٢,١	٠,٨٦	٢,٥٦	٠,٠١٢*
٢-	حالات إدخال إلى المستشفى غير الضرورية.	٢,٣٧	٠,٨٤	٢,٦٧	٠,٩٠	١,٩١	٠,٠٥*
٣-	المتغيرات الإدارية.	٢,٥	٠,٥٥	٢,٤٦	٠,٥١	٠,٥٨	٠,٥٦
٤-	الأطباء ومدى إبراكهم لأهمية التكاليف	٢,٨١	٠,٩٢	٢,٦٥	٠,٨٨	٠,٩٩	٠,٣٢
٥-	رواتب موظفي المستشفيات.	٢,٦٠	١,٢٩	٢,٧٦	١,٣٥	٠,٧٢	٠,٤٧
	المجموع	٢,٦	٠,٤٩	٢,٧٢	٠,٤٦	١,٤٥	٠,١٤

* دالة عند مستوى $(\alpha \geq 0.05)$

يوضح الجدول رقم (٢١) نتائج اختبار (ت)، والتي تتضمن وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى للجنس في مدى ممارسة الإجراءات غير الضرورية كعوامل مؤدية إلى ارتفاع تكاليف تشغيل المستشفى حيث كانت قيمة (ت) داله إحصائياً عند مستوى $(\alpha = 0.012)$. وأن هذه الفروق لصالح الإناث ويلاحظ من الجدول أيضاً وجود فروقات ذات دلالة إحصائية تعزى للجنس في مدى ممارسة الإدخالات غير الضرورية إلى المستشفى كعوامل ارتفاع التكاليف وقد كانت هذه الفروق لصالح الإناث أيضاً، حيث كانت قيمة (ت) دالة إحصائياً عن مستوى $(\alpha \geq 0.05)$ كما يلاحظ عدم وجود فروقات ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(\alpha \geq 0.05)$ لباقي مجالات الدراسة تعزى للجنس.

أما المجالات جميعها فقد كانت قيمة (ت) غير دالة إحصائياً عند مستوى $(\alpha \geq 0.05)$ حيث بلغت قيمة (ت) (١,٤٥) بمستوى دلالة (٠,١٤).

ب- العمر ومدى ممارسة العوامل المؤدية إلى ارتفاع تكاليف تشغيل المشفى

توجد فروقات ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(\alpha \geq 0.05)$ لاتجاهات أفراد عينة الدراسة نحو مدى ممارسة العوامل المؤدية إلى ارتفاع تكاليف تشغيل المستشفى تعزى لمتغير العمر.

جدول رقم (٢٢)

العمر ومدى ممارسة العوامل المؤدية إلى ارتفاع تكاليف تشغيل
المستشفى

الرقم	المجال	٢٠ سنة وأقل		٢١-٤٠ سنة		٤١-٥٠ سنة		٥١ سنة فأكثر		قيمة ف	دلالة ف
		المتوسط	الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط	الانحراف		
١-	الإجراءات غير الضرورية	٢,٧٠	٠,٧٢	٢,٧٨	٠,٩١	٢,٨١	٠,٨٦	٢,٢٦	٠,٧٨	١,٨٧	٠,١٣
٢-	حالات إدخال للمستشفى غير ضرورية	٢,٣٧	٠,٨٩	٢,٣٧	٠,٨٦	٢,٤٦	٠,٨١	٢,٩٠	٠,٩٠	١,٩٥	٠,١٢
٣-	المتغيرات الإدارية.	٢,٧٦	٠,٥٤	٢,٤٢	٠,٥٠	٢,٤٤	٠,٥٨	٢,٥٩	٠,٥١	٢,٧٧	*٠,٠٤
٤-	الأطباء ومدى وعيهم لأهمية التكاليف.	٣,٠٧	٠,٩٤	٢,٧٩	٠,٩٩	٢,٦٤	٠,٦٩	٢,٤٩	٠,٨٨	١,٧٥	٠,١٥
٥-	رواتب موظفي المستشفيات.	٢,٧٥	١,٢٩	٢,٧٥	١,٢٨	٢,٠٨	١,٢٢	٢,٢٦	١,٢٨	٤,٠٣	*٠,٠٠٨
	المجموع	٢,٧٣	٠,٤٧	٢,٦٢	٠,٥٢	٢,٤٩	٠,٣٨	٢,٩٠	٠,٤٧	٢,٥٢	*٠,١٦

* ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha \geq 0,05)$.

يبين الجدول رقم (٢٢) نتائج تحليل التباين الأحادي، وجود فروقات ذات دلالة إحصائية تعزى للعمر في مدى ممارسة «المتغيرات الإدارية» كعوامل مؤدية إلى ارتفاع تكاليف تشغيل المستشفى، حيث كانت قيمة $(F=2,77)$ دالة إحصائياً عند مستوى $(\alpha = 0,04)$.

وأيضاً تشير نتائج تحليل التباين الأحادي وجود فروقات ذات دلالة إحصائية تعزى للعمر في مجال رواتب «موظفي المستشفيات» كعوامل مؤدية إلى ارتفاع تكاليف تشغيل المستشفى. وقد كانت قيمة $(F=4,03)$ دالة إحصائياً عند المستوى $(\alpha = 0,008)$.

وتبين وجود فروقات ذات دلالة إحصائية بين مجالات الدراسة ككل حسب متغير العمر، حيث بلغت قيمة $(F=3,52)$ وهي دالة إحصائياً عند مستوى $(\alpha = 0,016)$ ولم يبين الجدول فروقات ذات دلالة إحصائية عند باقي المجالات تعزى للعمر.

ولمعرفة مستويات الدلالة بين الفئات العمرية فقد تم استخدام اختبار نيومان كولز البعدي الذي دل على وجود فروقات ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha \geq 0,05)$ لمجالات الدراسة ككل بين الفئة العمرية (٥١ سنة فأكثر)

والفئة العمرية (٤١-٥٠ سنة) لصالح الفئة العمرية (٥١ سنة فأكثر) حيث بلغ الوسط الحسابي (٢,٩) للفئة (٥١ سنة فأكثر) كما هو واضح في الجدول رقم (٢٣). ويعزى ذلك الى أن الفئة العمرية (٥١ سنة فأكثر) يكونوا قد حصلوا على جميع العلاوات التي من الممكن أن تمنح للموظف، وبالتالي يكون الدخل لديهم عالٍ.

جدول رقم (٢٣)

إختبار نيومان كولز لمجالي المتغيرات الإدارية ورواتب موظفي المستشفيات حسب متغير العمر

المجال	العمر	الوسط الحسابي	١	٢	٣	٤
١- المتغيرات الإدارية	٣٠ سنة وأقل	٢,٧٦		*		
	٣١-٤٠ سنة	٢,٤٢				
	٤١-٥٠ سنة	٢,٤٤				
	٥١ سنة فأكثر	٢,٥٩				
٢- رواتب موظفي المستشفيات	٣٠ سنة وأقل	٢,٧٥		*		
	٣١-٤٠ سنة	٢,٧٥		*		
	٤١-٥٠ سنة	٢,٠٨				
	٥١ سنة فأكثر	٣,٢٦		*		
٣- المجالات مجتمعة	٣٠ سنة وأقل	٢,٧٣				
	٣١-٤٠ سنة	٢,٦٢				
	٤١-٥٠ سنة	٢,٤٨				
	٥١ سنة فأكثر	٢,٩٠			*	

* ذات دلالة إحصائية

ويلاحظ من الجدول رقم (٢٣) وجود فروقات ذات دلالة إحصائية في مجال المتغيرات الإدارية بين الفئتين العمريتين (٣٠ سنة وأقل) و (٣١-٤٠ سنة) لصالح الفئة العمرية (٣٠ سنة وأقل) ويستدل على ذلك من الوسط الحسابي حيث بلغ (٢,٧٦) بينما الوسط الحسابي للفئة العمرية (٣١-٤٠ سنة) بلغ (٢,٤٢).

وكذلك يبين الجدول وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مجال رواتب موظفي المستشفيات بين الفئتين العمريتين (٥١ سنة فأكثر) و (٤١-٥٠ سنة) لصالح الفئة (٥١ سنة فأكثر). وأيضاً وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الفئتين (٤٠-٣١ سنة) و (٤١-٥٠ سنة) لصالح الفئة (٣١-٤٠ سنة) وأخيراً وجود فروق أيضاً بين الفئتين العمريتين (٣٠ سنة وأقل) و (٤١-٥٠ سنة) لصالح الفئة العمرية (٣٠ سنة وأقل) حيث أن الوسط الحسابي لهذه الفئة بلغ (٢,٧٦) بينما الفئة الثانية وسطها الحسابي (٢,٤٢).

جـ- قطاع العمل (عام، خاص) ومدى ممارسة العوامل المؤدية لارتفاع تكاليف تشغيل المستشفيات

توجد فروقات ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \geq 0.05$) لاتجاهات أفراد عينة الدراسة نحو مدى ممارسة العوامل المؤدية إلى ارتفاع تكاليف تشغيل المستشفى تعزى للقطاع (العام، الخاص).

جدول رقم (٢٤)

مدى ممارسة العوامل المؤدية إلى ارتفاع تكاليف تشغيل المستشفى وقطاع العمل (خاص، عام)

الرقم	المجال	القطاع العام		القطاع الخاص		قيمة ت	دلالة ت
		الوسط	الانحراف	الوسط	الانحراف		
١-	الإجراءات غير الضرورية.	٢,٦٥	٠,٨٢	٢,٦٩	٠,٨٨	١,٧٤	*٠,٠٥
٢-	حالات إدخال غير ضرورية.	٢,٥٣	٠,٩١	٢,٣٩	٠,٨٢	٠,٩٤	٠,٣٤
٣-	المتغيرات الإدارية.	٢,٤٤	٠,٥٣	٢,٥٨	٠,٥٥	١,٥٩	٠,١١
٤-	الأطباء وعدم وعيهم لأهمية التكاليف	٢,٧١	٠,٧٨	٢,٨٢	١,٠٤	٠,٧٣	٠,٤٧
٥-	رواتب موظفي المستشفيات	٢,١٣	١,٢٥	٣,٢٩	١,٠٩	٥,٧٥	*٠,٠٠
	المجموع	٢,٥٥	٠,٤٤	٢,٧٥	٠,٥١	٢,٥٢	*٠,٠١٣

* ذات دلالة إحصائية عند (مستوى $\alpha \geq 0.05$).

يبين الجدول رقم (٢٤) اتجاهات أفراد عينة الدراسة نحو مدى ممارسة العوامل المؤدية لارتفاع تكاليف تشغيل المستشفى تعزى لقطاع المستشفى (عام، خاص). إذ تبين وجود فروقات ذات دلالة إحصائية بين مجالات الدراسة ككل حسب متغير قطاع المستشفى (عام، خاص). حيث بلغت قيمة (ت) المحسوبة (٢,٥٢) بمستوى دلالة (٠,٠١٣) لصالح القطاع الخاص وذلك لأن الوسط الحسابي لفئة القطاع الخاص بلغ (٢,٧٥) فيما بلغ الوسط الحسابي في القطاع العام (الحكومي) (٢,٥٥) وكان ذلك في المجالين «الإجراءات غير الضرورية» و «رواتب موظفي المستشفيات» ويعزى ذلك إلى أن القطاع الخاص قطاع هادف للربح ويهمه كثيراً الإيرادات وذلك لأن رواتب موظفي مستشفيات القطاع الخاص تناسباً طردياً مع الإيرادات وخاصة الأطباء فغالبيتهم ليسوا موظفين رسميين في المستشفى وإنما يعملون بنسبة معينة من الإيرادات وأجور المعالجة، وبالتالي قبول الفرضية الجزئية بوجود فروقات ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0,013$).

د- الوظيفة الحالية ومدى ممارسة العوامل المؤدية إلى ارتفاع تكاليف تشغيل المستشفى

هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \geq 0,05$) لاتجاهات أفراد عينة الدراسة نحو مدى ممارسة العوامل المؤدية إلى ارتفاع تكاليف تشغيل المستشفى تعزى للوظيفة الحالية (مدير مستشفى، مساعد إداري، رئيس قسم فني، رئيس قسم إداري، مساعد فني).

جدول رقم (٢٥)

مدى ممارسة العوامل المؤدية لارتفاع التكاليف وتحليل التباين الأحادي لمتغير الوظيفة الحالية ومدى ممارسة العوامل المؤدية الى ارتفاع تكاليف تشغيل المستشفى

الرقم	المجال	مدير مستشفى		مساعد فني		مساعد إداري		رئيس قسم فني		رئيس قسم إداري		قيمة ف دلالة	
		المتوسط	الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط	الانحراف		
١	الإجراءات غير الضرورية	٣,٤٢	٠,٩٠	٢,٧٥	٠,٧٨	٢,٢٩	٠,٩٠	٢,٩٤	٠,٨١	٢,٨٤	٠,٩٨	١,٢٨	٠,٣٧
٢	حالات إدخال للمستشفى غير ضرورية	٣,١٥	٠,٨٨	٢,٣٦	٠,٨٣	٢,٢٤	٠,٨٩	٢,٥٣	٠,٧٤	٢,٤٧	٠,٩٤	٠,٨٢	٠,٥٦
٣	المتغيرات الإدارية	٢,٦٦	٠,٥٧	٢,٥٢	٠,٦٤	٢,٤٤	٠,٧٨	٢,٤٩	٠,٤٢	٢,٤٩	٠,٦٥	٠,١٢	٠,٩٧
٤	الأطباء وعدم تعيين لامية التكاليف	٢,٤٤	٠,٦٩	٢,٨٢	٠,٩٣	٢,٦٣	٠,٤٨	٢,٦٦	٠,٩١	٢,٩٣	٠,٩٦	٠,٦١	٠,٦٥
٥	رواتب موظفي المستشفيات	٢,٣٣	١,١٥	٢,١٥	١,٢٨	٢,٧٧	١,٤٨	٢,٩١	١,٢٦	٢,٦٨	١,٢٧	١,٢٥	٠,٠٥
	المجموع	٣,٠٠	٠,٤٣	٢,٥٢	٠,٥٢	٢,٤٩	٠,٤٢	٢,٧١	٠,٤٣	٢,٦٨	٠,٥٣	١,٥٢	٠,١٩

* ذات دلالة إحصائية (عند مستوى $\alpha \geq 0,05$)

يلاحظ من الجدول رقم (٢٥) عدم وجود فروقات ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \geq 0,05$) تعزى لمتغير الوظيفة الحالية لجميع مجالات الدراسة باستثناء مجال رواتب موظفي المستشفى حيث بلغت قيمة ف المحسوبة (٢,٢٥) بمستوى دلالة (٠,٠٥). أما قيمة (ف) الكلية فقد بلغت (١,٥٢) بمستوى دلالة (٠,١٩) وهي غير دالة إحصائياً عند مستوى ($\alpha \geq 0,05$). ولعرفة أي مستويات الوظيفة ذات الدلالة فقد تم استخدام اختبار نيومان كولز البعدي.

جدول رقم (٢٦)

اختبار نيومان كولز البعدي للفروق الاحصائية لمجال رواتب موظفي المستشفيات حسب الوظيفة الحالية

المجال	الوظيفة	الوسط الحسابي	١	٢	٣	٤
رواتب موظفي المستشفيات	مدير مستشفى	٣,٠٠				
	مساعد فني	٢,٥٢				
	مساعد إداري	٢,٤٩				
	رئيس قسم فني	٢,٧١		*		
	رئيس قسم إداري	٢,٦٨				

كما هو واضح في الجدول رقم (٢٦) الذي دل على وجود فروقات ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \geq 0.05$) في اتجاهات أفراد عينة الدراسة في مجال رواتب موظفي المستشفيات تعزى لمتغير الوظيفة الحالية بين وظيفة رئيس قسم فني مع مساعد مدير مستشفى فني، لصالح وظيفة رئيس قسم فني. وهذا يعني أن أفراد مجتمع الدراسة من ذوي وظيفة رئيس قسم فني يرون أن هناك ممارسات تؤدي إلى تضخم في تكاليف تشغيل المستشفى. ويعزى ذلك إلى أن أكثر أقسام المستشفيات هي أقسام فنية ورؤساء تلك الأقسام من أكثر الفئات اطلاعاً على تلك الممارسات سواء كان ذلك من اطلاع على نتائج التحاليل أو صور الأشعة أو حالات الإدخال أو عدم تحويل نتائج الاختبارات والصور مع المريض المحول والازدواجية في عمل هذه الإجراءات.

وبالتالي عدم قبول الفرضية الجزئية بوجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \geq 0.05$) لاتجاهات أفراد عينة الدراسة نحو مدى ممارسة العوامل المؤدية لارتفاع تكاليف تشغيل المستشفى تعزى للموظيفة.

هـ- الخبرة ومدى ممارسة العوامل المؤدية إلى ارتفاع تكاليف تشغيل المستشفى هناك فروقات ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \geq 0.05$) في اتجاهات أفراد عينة الدراسة نحو مدى ممارسة العوامل المؤدية إلى ارتفاع تكاليف تشغيل المستشفى تعزى للمتغير «الخبرة».

جدول رقم (٢٧)

الخبرة ومدى ممارسة العوامل المؤدية إلى ارتفاع تكاليف تشغيل المستشفى

الرقم	المجال	أقل من ٥ سنوات		١٠-٥ سنوات		١١-١٥ سنة		أكثر من ١٥ سنة		قيمة دلالة ف
		المتوسط	الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط	الانحراف	
١-	الإجراءات غير الضرورية	٢,٦٦	٠,٧٧	٢,٧٧	٠,٨٦	٢,٧٧	٠,٨٢	٢,٩٧	٠,٩٠	٠,٥٥
٢-	حالات إدخال للمستشفى غير ضرورية	٢,٣٧	٠,٧٩	٢,٤٠	٠,٩٢	٢,٤٤	٠,٩١	٢,٥٦	٠,٨١	٠,٨٢
٣-	المتغيرات الإدارية	٢,٦٤	٠,٥٩	٢,٦٠	٠,٥٥	٢,٤١	٠,٤٧	٢,٤٧	٠,٥٧	٠,٣١
٤-	الأطباء مدى وعيهم لأهمية التكاليف	٣,٢٠	٠,٩٧	٢,٨٤	١,٠٠	٢,٦٨	٠,٨٥	٢,٦٣	٠,٨٢	٠,١٦
٥-	رواتب موظفي المستشفيات	٢,٨٠	١,٤٧	٢,٠٢	١,٢٤	٢,٣٦	١,٣٤	٢,٤٩	١,٢٦	٠,١٠
	المجموع	٢,٧٥	٠,٤٦	٢,٧٣	٠,٥٢	٢,٥٣	٠,٥٢	٢,٦٢	٠,٤١	٠,٢٧

يبين الجدول رقم (٢٧) نتائج تحليل التباين الأحادي عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى للخبره كعوامل مؤدية إلى ارتفاع تكاليف تشغيل المستشفى، حيث كانت قيمة (ف) (١,٣١) بمستوى دلالة (٠,٢٧) وهي غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha \geq 0,05$).

وبالتالي عدم قبول الفرضية الجزئية بوجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \geq 0,05$) لاتجاهات أفراد عينة الدراسة نحو مدى ممارسة العوامل المؤدية إلى ارتفاع تكاليف تشغيل المستشفى.

و- الحالة الإجتماعية ومدى ممارسة العوامل المؤدية إلى ارتفاع التكاليف

هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \geq 0,05$) لاتجاهات أفراد عينة الدراسة نحو مدى ممارسة العوامل المؤدية إلى ارتفاع تكاليف تشغيل المستشفى تعزى للحالة الإجتماعية (متزوج، أعزب).

جدول رقم (٢٨)

الحالة الإجتماعية (متزوج، أعزب) ومدى ممارسة العوامل المؤدية إلى ارتفاع تكاليف تشغيل المستشفى

الرقم	المجال	متزوج		أعزب		قيمة ت	دلالة ت
		الوسط	الانحراف	الوسط	الانحراف		
١-	الإجراءات غير الضرورية	٢,٧٦	٠,٨٥	٣,٠٥	٠,٨٢	١,٥٢	٠,١٣
٢-	حالات إدخال غير ضرورية	٢,٣٩	٠,٨٧	٢,٦٢	٠,٨٢	١,١٧	٠,٢٤
٣-	المتغيرات الإدارية	٢,٥٠	٠,٥٧	٢,٥٧	٠,٤٠	٠,٥٨	٠,٥٦
٤-	عدم وعي الأطباء بأهمية التكاليف	٢,٨١	٠,٨٧	٢,٧٦	٠,٩٣	٠,٢٧	٠,٧٨
٥-	رواتب موظفي المستشفيات	٢,٥٥	١,٣١	٣,١٢	١,٣٠	١,٩٦	*٠,٠٥
	المجموع	٢,٦٠	٠,٥٠	٢,٨٢	٠,٤١	٢,٤	*٠,٠٤

* ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \geq 0,05$)

يبين الجدول رقم (٢٨) تحليل (ت) وجود فروقات ذات دلالة إحصائية تعزى للحالة الإجتماعية في مجال رواتب موظفي المستشفيات حيث بلغت قيمة (ت) (١,٩٦) بمستوى دلالة إحصائية (٠,٠٥) وكذلك المجالات ككل أظهرت نتائج اختبار

(ت) أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha = 0.04$) تعزى للحالة الإجتماعية، وكانت لصالح (أعزب) ويستدل على ذلك من الوسط الحسابي حيث بلغ (٢,٨٢) بينما الوسط الحسابي للمتزوج بلغ (٢,٦). وقد يعزى ذلك بأن غير المتزوج قد يكون مطلعاً أكثر من المتزوج بسبب الدوام الليلي الطويل، حيث أن معظم الدوام المسائي والليلي لغير المتزوجين.

ز- المؤهل العلمي لغير الأطباء ومدى ممارسة العوامل المؤدية لارتفاع التكاليف هناك فروقات ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \geq 0.05$) لاتجاهات أفراد عينة الدراسة نحو مدى ممارسة العوامل المؤدية إلى ارتفاع تكاليف تشغيل المستشفى تعزى للمؤهل العلمي لغير الأطباء.

جدول رقم (٢٩)

المؤهل العلمي لغير الأطباء ومدى ممارسة العوامل المؤدية إلى ارتفاع تكاليف تشغيل المستشفى

الرقم	المجال	دبلوم واقل		بكالوريوس		ماجستير		دكتوراه		قيمة	دلالة
		الوسط	الانحراف	الوسط	الانحراف	الوسط	الانحراف	الوسط	الانحراف		
١-	الإجراءات غير الضرورية.	٢,٨٩	٠,٨١	٢,٦٣	٠,٨٥	٢,٣٤	٠,٨٨	٢,٤٥	٠,٢٦	١,٤٩	٠,٢٢
٢-	حالات إدخال إلى المستشفى غير ضرورية.	٢,٥٣	٠,٨٨	٢,١٤	٠,٨٠	١,٢١	٠,٦٠	٢,٠٢	٠,٤٩	١,٩٥	٠,١٢
٣-	التغيرات الإدارية.	٢,٤٢	٠,٥٩	٢,٥٢	٠,٥٥	٢,٥٥	٠,٤٢	٢,١٩	٠,٤٦	١,٨٣	٠,١٤
٤-	الأطباء وعدم وعيهم بأهمية التكاليف.	٢,٨٩	٠,٨٧	٢,٩١	١,٠٢	٢,٥٨	٠,٨١	٢,٨٩	٠,٥٢	٢,٢٩	٠,٨٣
٥-	رواتب موظفي قطاع المستشفيات.	٢,٠٦	١,٢١	٣,٠٠	١,٢٤	٣,٥٠	١,٣٦	١,٣٣	٠,٥٧	١,٣٧	٠,٠٠٠٢*
	المجموع	٢,٥٥	٠,٤٥	٢,٦٤	٠,٥٣	٢,٦٣	٠,٥٢	٢,٢٧	٠,٢٦	١,٤٤	٠,٧٢

يبين الجدول رقم (٢٩) نتائج تحليل التباين الأحادي وجود فروقات ذات دلالة إحصائية تعزى للوظيفة الحالية في مجال رواتب موظفي المستشفيات كعوامل مؤدية إلى ارتفاع تكاليف تشغيل المستشفى حيث كانت قيمة (ف) دالة إحصائياً عند مستوى ($\alpha = 0.0002$) وتشير نتائج اختبار نيومان كولز الواردة في الجدول رقم (٣٠) فروقاً ذات دلالة إحصائية بين المؤهل العلمي ماجستير ودكتوراه لصالح الذين يحملون شهادة الماجستير حيث بلغ المتوسط الحسابي

لهؤلاء (٣,٥) بينما بلغ لحملة شهادة الدكتوراه (١,٣٣). وكذلك وجود فروقات ذات دلالة إحصائية بين الذين يحملون شهادة الماجستير والذين يحملون دبلوماً وأقل لصالح الذين يحملون شهادة الماجستير بسبب أن الوسط الحسابي للذين يحملون شهادة الماجستير بلغ (٣,٥)، بينما الوسط الحسابي لفئة دبلوم وأقل (٢,٦). ويعود ذلك إلى أن رواتب الذين يحملون شهادة الماجستير تكون أعلى من الذين يحملون شهادة الدبلوم.

جدول رقم (٣٠)

نتائج اختبار نيومان كولز لمدى ممارسة العوامل المؤدية لارتفاع تكاليف تشغيل المستشفى حسب المؤهل العلمي (لغير الأطباء)

المجال	المؤهل العلمي	الوسط الحسابي	١	٢	٣	٤
رواتب موظفي المستشفيات	دبلوم وأقل	٢,٦				
	بكالوريوس	٣,٠	*			
	ماجستير	٣,٥	*			*
	دكتوراه	١,٣٣				

* ذات دلالة إحصائية.

ويبين الجدول أيضاً وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المؤهل «بكالوريوس» والمؤهل «دبلوم وأقل» لصالح «البكالوريوس» حيث بلغ المتوسط الحسابي لحاملي البكالوريوس (٣,٠) بينما المتوسط الحسابي لفئة «دبلوم وأقل» (٢,٦). ويعزى ذلك إلى أن رواتب وعلاوات الذين يحملون شهادة الدبلوم أقل من أولئك الذين يحملون شهادة البكالوريوس.

لم يبين الجدول رقم (٣٠) فروقات ذات دلالة إحصائية للمجالات مجتمعة وهذا يعني عدم قبول الفرضية وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى α ($\geq 0,05$) لاتجاهات أفراد عينة الدراسة نحو مدى ممارسة العوامل المؤدية لارتفاع تكاليف تشغيل المستشفى تعزى للمستوى العلمي لغير الأطباء.

ح- المؤهل العلمي للأطباء ومدى ممارسة العوامل المؤدية إلى ارتفاع تكاليف تشغيل المستشفى

توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \geq 0.05$) لاتجاهات أفراد عينة الدراسة نحو مدى ممارسة العوامل المؤدية إلى ارتفاع تكاليف تشغيل المستشفى تعزى للمؤهل العلمي للأطباء.

جدول رقم (٣١)

اختبار التباين الأحادي لمدى ممارسة العوامل المؤدية لارتفاع تكاليف تشغيل المستشفى تعزى للمؤهل العلمي للأطباء

الرقم	المجال	استشاري		اختصاصي		مقيم		قيمة ف	دلالة ف
		الوسط	الانحراف	الوسط	الانحراف	الوسط	الانحراف		
١-	الإجراءات غير الضرورية	٢,٢٢	٠,٩٦	٢,٣٥	٠,٥٢	٢,١٤	٠,٤٩	٦,٦٢	*٠,٠٠٤
٢-	حالات إدخال المستشفى غير ضرورية	٢,٩٤	٠,٩٠	٢,١٨	٠,٦١	١,٩١	٠,٧٦	٥,٩٩	*٠,٠٠٦
٣-	المتغيرات الإدارية	٢,٥٢	٠,٥٤	٢,٤١	٠,٣٧	٢,٨٥	٠,٣٩	٢,٠٩	٠,١٤
٤-	الأطباء وعدم وعيهم لأهمية التكاليف	٢,١٥	٠,٦٧	٢,٢٨	٠,٥٢	٢,٣٢	٠,٧٦	٧,٧٩	*٠,٠٠١
٥-	رواتب موظفي قطاع المستشفيات	٢,٦١	١,٠٤	٢,٥٠	١,٢٨	٢,١٧	٠,٩٨	٤,٦١	*٠,٠١٨
	الجموع	٢,٩١	٠,٦٠	٢,٧٤	٠,٣٥	٢,٤٨	٠,٣٧	١,٧٥	٠,١٩

* ذات دلالة إحصائية

يوضح الجدول رقم (٣١) نتائج تحليل التباين الأحادي وجود فروقات ذات دلالة إحصائية تعزى للمؤهل العلمي للأطباء في جميع المجالات ما عدا المتغيرات الإدارية، حيث كانت جميعها ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \geq 0.05$)، فقد كانت في الإجراءات غير الضرورية داله إحصائياً عند مستوى $\alpha = 0.004$ ، حالات الإدخال إلى المستشفى عند مستوى $\alpha = 0.006$ ، وكانت داله عند الأطباء وعدم معرفتهم بأهمية التكاليف، بمستوى $\alpha = 0.001$ ، أما مجال رواتب موظفي المستشفى فقد كانت عند مستوى $\alpha = 0.018$.
أما «المتغيرات الإدارية» فقد كانت غير داله إحصائياً وبلغت مستوى الدلالة ($\alpha = 0.14$).

وتشير نتائج نيومان كولز البعدي كما يبين الجدول رقم (٣٢) إلى وجود فروقات ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \geq 0.05$) في مجال الإجراءات غير الضرورية. بين المؤهل إستشاري ومقيم لصالح المؤهل إستشاري بسبب أن الوسط الحسابي للمؤهل إستشاري أكبر حيث بلغ المتوسط الحسابي (٣,٣٣) بينما كان المتوسط الحسابي للمؤهل مقيم (٢,١٥). ومعنى ذلك أن فئة الإستشاريين ترى أن هناك إجراءات غير ضرورية وقد يعزى ذلك إلى أن الطبيب المقيم هو المتواجد في المستشفى مدة أطول من الإستشاري.

جدول رقم (٣٢)

اختبار نيومان كولز للمجالات: الإجراءات غير الضرورية، حالات الإدخال غير الضرورية، عدم إدراك الأطباء لأهمية التكاليف رواتب موظفي المستشفيات وجميع مجالات الدراسة بشكل عام حسب المؤهل العلمي للأطباء

المجال	المؤهل العلمي	الوسط الحسابي	١	٢	٣
١- الإجراءات غير الضرورية	استشاري	٣,٣٣			*
	اختصاصي	٣,٣٥			*
	مقيم	٢,١٥			
٢- حالات الإدخال للمستشفى غير الضرورية	استشاري	٢,٩٥			*
	اختصاصي	٣,١٨			*
	مقيم	١,٩١			
٣- الأطباء وعدم وعيهم لأهمية التكاليف	استشاري	٢,١٥			
	اختصاصي	٢,٢٨			
	مقيم	٣,٣٣	*	*	
٤- رواتب موظفي المستشفيات	استشاري	٣,٦١			*
	اختصاصي	٢,٥٠			
	مقيم	٢,١٧			
٥- المجالات ككل	استشاري	٢,٩١			
	اختصاصي	٢,٧٥			
	مقيم	٢,٤٨			

* دالة إحصائياً عند مستوى ($\alpha \geq 0.05$)

وتكون غالبية تواجهه في الوردية الليلية (المنوبة) وبالتالي يقوم هو بطلب الفحوصات والصور والتخطيط وكافة الإجراءات الأخرى، وفي اليوم التالي يأتي المستشار إلى المستشفى ويرى الإجراءات التي طلبت للمريض من قبل الطبيب المقيم، وقد يرى أن معظمها غير ضروري كونه هو الاقدم في العمل لأن من يصل إلى هذه الدرجة (الإستشاري) لا بد أن يكون قد امضى مدة طويلة في الخدمة.

وكذلك يبين الجدول رقم (٣٢) وجود فروقات ذات دلالة إحصائية في مجال إدخال حالات غير ضرورية إلى المستشفى بين فئة المقيمين وفئة الإستشاريين لصالح الإستشاريين حيث بلغ الوسط الحسابي لهذه الفئة من الأطباء (٢,١٥) بينما كان الوسط لفئة المقيمين (١,١١) ويعزى ذلك لنفس السبب في وجود الإجراءات غير الضرورية.

ونلاحظ من الجدول رقم (٣٢) أيضاً وجود فروق ذات دلالة احصائية في مجال عدم ادراك الاطباء لاهمية التكاليف بين مقيم واستشاري لصالح المقيم، ومعنى ذلك ان الاطباء المقيمين ليس لديهم ادراك واعي بأهمية التكاليف، ويعزى ذلك بأن الطبيب المقيم يكون حديث العمل ولا تهمة التكاليف بقدر ما يهمله التعلم ومعرفة نتائج الفحوص المخبرية والاشعة، وذلك خوفاً من المساءلة من قبل الأخصائي الذي يكون المقيم يعمل تحت إشرافه.

ويبين الجدول أيضاً أن هناك فروقاً ذات دلالة احصائية في المجال نفسه (عدم إدراك الاطباء لأهمية التكاليف) بين المقيم والإستشاري لصالح المقيم، ويتبين ذلك من الوسط الحسابي حيث بلغ (٣,٣٣) بينما هو لفئة الاستشاري (٢,١٥) ويعزى ذلك لنفس السبب السابق لان الاخصائي والاستشاري بنفس المستوى العلمي والعملية.

أما في مجال رواتب موظفي المستشفيات فقد دلت النتائج على وجود فروق ذات دلالة احصائية بين مقيم واستشاري لصالح الاستشاري، حيث بلغ الوسط الحسابي (٣,٦١) بينما الوسط الحسابي لفئة مقيم (٢,١٧)، وكذلك وجود فروقات ذات دلالة بين مقيم واختصاصي لصالح فئة الاختصاصي حيث بلغ

الوسط الحسابي لفئة الاختصاصي (٢,٥٠) بينما كان لفئة مقيم (٢,١٧)، ويعود ذلك لارتفاع رواتب الاختصاصي والاستشاري عن رواتب المقيم.

اما المجالات ككل فلم يتبين فيها وجود فروقات ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \geq 0.05$) تعزى لمتغير المؤهل العلمي للأطباء حيث كانت قيمة (ف) المحسوبة (١,٧٥) بدلالة إحصائية (٠,١٩) وهي غير دالة إحصائياً. مما يعني عدم قبول الفرضية الجزئية بوجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \geq 0.05$) لاتجاهات افراد مجتمع الدراسة نحو مدى ممارسة العوامل المؤدية الى ارتفاع تكاليف تشغيل المستشفى.

ط- مكان التخرج ومدى ممارسة العوامل المؤدية الى ارتفاع تكاليف تشغيل المستشفى.

هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \geq 0.05$) لاتجاهات افراد مجتمع الدراسة نحو مدى ممارسة العوامل المؤدية الى ارتفاع تكاليف تشغيل المستشفى تعزى لمتغير مكان التخرج (دولة غربية، دولة شرقية، دولة عربية).

جدول رقم (٣٣)

مدى ممارسة العوامل المؤدية الى ارتفاع تكاليف تشغيل المستشفى ومتغير مكان التخرج

الرقم	المجال	دولة عربية	دولة شرقية	دولة غربية	قيمة ف	دلالة ف
١	الاجراءات غير الضرورية	٢,٧٦	٢,٩٢	٣,٠٦	١,٠٠٨	٠,٣٦
٢	حالات ادخال غير ضرورية	٢,٤١	٢,٥١	٢,٦٩	٠,٧٧	٠,٤٦
٣	المتغيرات الادارية	٢,٤٨	٠,٤٧	٢,٧٢	١,٤٣	٠,٢٣
٤	الاطباء وعدم وعيهم بأهمية التكاليف	٢,٨١	٢,٧٣	٢,٥٠	٠,٦٥	٠,٤٤
٥	رواتب قطاع المستشفيات	٢,٦٢	١,٢٣	٢,٢٨	١,٢٦	٠,٠٠٩*
	المجموع	٢,٦١	٢,٥٨	٢,٨٩	٢,٥٥	٠,٠٨

* ذات دلالة إحصائية.

يبين جدول رقم (٣٣) اتجاهات افراد مجتمع الدراسة نحو مدى ممارسة العوامل المؤدية الى ارتفاع تكاليف تشغيل المستشفى تعزى لمتغير مكان

التخرج، إذ لم يبين هناك وجود فروقات ذات دلالة إحصائية للمجالات، وايضاً لم يتبين كما في الجدول رقم (٣٢) عدم وجود اي فروقات في المجالات منفردة سوى في مجال رواتب موظفي المستشفيات حيث بلغ المتوسط الحسابي (٤,٨٩) بمستوى دلالة إحصائية (٠,٠٠٩).

وتشير نتائج اختبار نيومان كولز البعدي كما في جدول رقم (٣٤) وجود فروقات ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0.05 \geq \alpha$) لمجالات الدراسة ككل بين خريجي الدول الغربية وخريجي الدول العربية لصالح خريجي الدول الغربية، حيث ان الوسط الحسابي لخريجي الدول الغربية بلغ (٢,٨٩) بينما كان للوسط الحسابي لخريجي الدول العربية (٢,٦٢).

من ذلك يستدل على قبول الفرضية بوجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($0.05 \geq \alpha$) لاتجاهات أفراد مجتمع الدراسة نحو ممارسة العوامل المؤدية لارتفاع تكاليف تشغيل المستشفى تعزى لمتغير مكان التخرج. وكان لصالح خريجي الدول الغربية حيث يرون ان هناك ارتفاعاً في تكاليف تشغيل المستشفى نظراً لما تتمتع به تلك الدول من تقدم طبي وتكنولوجي ولا يوجد في تلك الدول حالات ادخال غير ضرورية واجراءات غير ضرورية نظراً لوجود المراكز الصحية المجهزة باحدث الاجهزة التي لا تحول إلا الحالات التي تحتاج الى رعاية داخلية. (ادخال وتحويل إلى المستشفى).

جدول رقم (٣٤)

نتائج اختبار نيومان كولز البعدي لمجال "رواتب موظفي

المستشفيات" حسب بلد التخرج

المجالات	مكان التخرج	الوسط الحسابي	١	٢	٣	٤
١- رواتب موظفي المستشفيات	دولة عربية	٢,٦				
	دولة شرقية	٢,٢٨				
	دولة غربية	٣,٥	*	*		
المجالات مجتمعة	دولة عربية	٢,٦٢				
	دولة شرقية	٢,٥٨				
	دولة غربية	٢,٨٩	*			

وكذلك بين الجدول وجود فروقات ذات دلالة إحصائية لمجال "رواتب موظفي المستشفيات" بين خريجي الدول الغربية وخريجي الدول العربية من جهة وبين خريجي الدول الغربية وخريجي الدول الشرقية من جهة أخرى وكلاهما لصالح خريجي الدول الغربية حيث كان الوسط الحسابي (٢,٢٨) لخريجي الدول الغربية بينما بلغ الوسط الحسابي لخريجي الدول الشرقية (٣,٥) والدول العربية (٢,٦٠).

ي- الدخل الشهري ومدى ممارسة العوامل المؤدية لارتفاع تكاليف تشغيل المستشفى هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha \geq 0,05)$ لاتجاهات افراد مجتمع الدراسة نحو مدى ممارسة العوامل المؤدية الى ارتفاع تكاليف تشغيل المستشفى تعزى لمتغير الدخل الشهري.

جدول رقم (٣٥)

نتائج تحليل التباين الأحادي لمدى ممارسة العوامل المؤدية إلى ارتفاع تكاليف تشغيل المستشفى ومتغير الدخل الشهري

الرقم	المجال	٢٥٠-٣٥٠	٣٥٠-٤٥٠	٤٥٠-٥٥٠	٥٥٠-٦٥٠	قيمة ف	دلالة ف				
١	الاجراءات غير الضرورية	٢,٨٥	٠,٧٧	٢,٦٧	٠,٩٥	٢,١٥	٠,٦٦	٣,١٨	٠,٧٨	٤,٤٢	* ٠,٠٠٥
٢	حالات الادخال غير الضرورية	٢,٣٩	٠,٨٣	٢,٢٩	٠,٩٢	٢,٢١	٠,٦٦	٢,٩١	٠,٨٢	١,٨٥	* ٠,٠٠١
٣	المتغيرات الادارية	٢,٤٤	٠,٥٤	٢,٥١	٠,٥٧	٢,٥٤	٠,٥٥	٢,٦٢	٠,٩٤	٠,٧٦	٠,٥١
٤	الاطباء مدى عدم وعيهم باهمية التكاليف	٢,٨٤	٠,٨٢	٢,٨٥	١,١٥	٢,٩٢	٠,٧٩	٢,٤٣	٠,٦٧	١,٨١	٠,١٤
٥	رواتب موظفي قطاع المستشفيات	٢,١٦	١,٢١	٣,١٣	١,٢٣	٢,٨٩	١,٢٧	٢,٩٢	١,٢٤	٥,٥٨	* ٠,٠٠١
	المجموع	٢,٥٣	٠,٤٥	٢,٦٩	٠,٥٦	٢,٥٤	٠,٤٦	٢,٨١	٠,٤٢	٢,٥٩	* ٠,٠٠٥

* ذات دلالة إحصائية

يوضح الجدول رقم (٣٥) اتجاهات افراد مجتمع الدراسة نحو مدى ممارسة العوامل المؤدية الى ارتفاع تكاليف تشغيل المستشفى تعزى لمتغير الدخل الشهري، اذ تبين وجود فروقات ذات دلالة إحصائية بين مجالات الدراسة ككل حسب الدخل الشهري. حيث بلغت قيمة (ف) (٢,٥٩) وهي داله عند مستوى $(\alpha \geq 0,05)$ ، وكذلك تبين وجود فروقات ذات دلالة إحصائية في ثلاثة مجالات من مجالات الدراسة (الاجراءات غير الضرورية، حالات ادخال الى المستشفى غير الضرورية، رواتب موظفي المستشفيات) حيث بلغت قيمة (ت) (٤,٤٢)، (١,٨٥) (٥,٨٥) بدلالات إحصائية (٥,٨٥)، (٠,٠٠١)، (٠,٠٠١) على التوالي، ولم يوجد فروق ذات دلالة في مجالي (المتغيرات الادارية، عدم ادراك الاطباء لاهمية التكاليف).

ولمعرفة مستويات الدلالة بين فئات الدخل الشهري فقد تم استخدام اختبار نيومان كولز البعدي وكما في الجدول رقم (٣٦) يتبين وجود فروقات ذات دلالة إحصائية بين الفئة (٥٥١ ديناراً فأكثر) والفئة (٢٥٠-٣٥٠) لصالح الفئة (٥٥١ ديناراً فأكثر) حيث بلغ الوسط الحسابي لفئة (٥٥١ ديناراً فأكثر) (٣,١٨) بينما بلغ الوسط الحسابي للفئة (٢٥٠-٣٥٠) (٢,٨٥) لمجال «الاجراءات غير الضرورية» وبين الجدول رقم (٣٦) ايضاً وجود فروقات ذات دلالة إحصائية بين الفئتين (٢٥٠-٣٥٠) و (٣٥١-٤٥٠) لصالح الفئة (٢٥٠-٣٥٠) لمجال الاجراءات غير الضرورية.

جدول رقم (٣٦)

نتائج اختبار نيومان كولز البعدي لمجالات الاجراءات غير الضرورية، حالات الادخال غير الضرورية، رواتب موظفي المستشفى، وجميع المجالات بشكل عام حسب مستوى الدخل الشهري.

المجال	الدخل الشهري	الوسط الحسابي	١	٢	٣	٤
١- الإجراءات غير الضرورية	٢٥٠-٣٥٠ ديناراً	٢,٨٥		*		
	٤٥٠-٣٥١	٢,٦٨				
	٥٥٠-٤٥١	٢,١٥				
	٥٥١ فأكثر	٣,١٨	*	*		
٢- حالات الإدخال غير الضرورية	٢٥٠-٣٥٠	٢,٢٩				
	٤٥٠-٣٥١	٢,٢٩				
	٥٥٠-٤٥١	٢,٢١				
	٥٥١ فأكثر	٢,٩١	*	*		
٣- رواتب موظفي المستشفيات	٢٥٠-٣٥٠	٢,١٦				
	٤٥٠-٣٥١	٣,١٣	*			
	٥٥٠-٤٥١	٢,٨٨				
	٥٥١ فأكثر	٢,٩٣	*			
٤- المجالات ككل	٢٥٠-٣٥٠	٢,٥٣				
	٤٥٠-٣٥١	٢,٦٩				
	٥٥٠-٤٥١	٢,٥٤				
	٥٥١ فأكثر	٢,٨٢	*			

* ذات دلالة إحصائية

ويلاحظ الجدول ايضاً وجود فروقات ذات دلالة إحصائية لمتغير «إدخال الحالات غير الضرورية» بين الفئتين (٥٥١ فأكثر) و (٢٥٠-٣٥٠) لصالح الفئة (٥٥١ فأكثر). وايضاً لنفس المجال وجود فروقات بين الفئة (٥٥١ فأكثر) و (٤٥٠-٣٥١) وذلك لصالح الفئة (٥٥١ فأكثر) اما مجال رواتب موظفي المستشفيات فكما هو واضح من الجدول أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية بين الفئتين (٥٥١ فأكثر) و (٢٥٠-٣٥٠) لصالح الفئة (٥٥١ فأكثر) وكذلك علاقة بين الفئتين (٤٥٠-٣٥١) و (٢٥٠-٣٥٠) لصالح الفئة (٢٥٠-٣٥١).

وبالتالي تبين وجود فروقات ذات دلالة إحصائية لمجالات عينة الدراسة تعزى لمتغير الدخل الشهري بين الفئة (٥٥١ فأكثر) والفئة (٢٥٠-٣٥٠) لصالح الفئة (٥٥١ فأكثر) لان وسطها الحسابي اكبر حيث بلغ (٢,٨٢) في حين بلغ المتوسط الحسابي لفئة (٢٥٠-٣٥٠) (٢,٥٣).

وهذا يعني قبول الفرضية الجزئية بوجود علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \geq 0,05$) تعزى لمتغير الدخل الشهري.

أما بالنسبة للنتيجة الكلية للفرضية الرئيسية الأولى فقد تم اثبات صحتها بشكل جزئي والتي تشير بوجود فروقات ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \geq 0,05$) بين المتوسطات الحسابية لاتجاهات افراد مجتمع الدراسة نحو مدى ممارسة العوامل المؤدية لارتفاع تكاليف تشغيل المستشفى في القطاعين العام والخاص تعزى لخصائصهم الشخصية (العمر) قطاع العمل «عام، خاص»، الحالة الاجتماعية، الدخل. أما بالنسبة للخصائص الأخرى (الجنس، الوظيفة الحالية، الخبرة، المؤهل العلمي، مكان التخرج)، فلم تشر النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \geq 0,05$) وبالتالي عدم قبولها فيما يتعلق بالخصائص (الجنس، الوظيفة الحالية، الخبرة، المؤهل العلمي، مكان التخرج).

الفرضية الثانية :

هناك علاقة ايجابية بين الإجراءات غير الضرورية وحالات الإدخال غير الضرورية في مدى ممارسة العوامل المؤدية الى ارتفاع التكاليف.

جدول رقم (٣٧)

معامل الارتباط بين الإجراءات غير الضرورية وحالات الإدخال غير الضرورية.

حالات الإدخال غير الضروري		
مستوى الدلالة	معامل الارتباط	الإجراءات غير الضرورية
٠,٠٠	٠,٧٣	

من الجدول رقم (٣٧) يتبين وجود علاقة ارتباط قوية بين الإجراءات غير الضرورية وحالات الإدخال غير الضرورية، فالمرضى الداخل إلى المستشفى وهو ليس بحاجة إلى الدخول لا بد وأن يُعمل له كما يعمل للمرضى الآخرين من إجراءات. وقد كانت هذه العلاقة دالة دلالة قوية عند مستوى ($\alpha = 0.000$). وهذا يعني قبول الفرضية الثانية بوجود علاقة ارتباط موجبة بين حالات الإدخال غير الضرورية والإجراءات غير الضرورية.

الفرضية الثالثة:

هناك علاقة ارتباط سلبية بين عدم وعي الأطباء بأهمية التكاليف وبين الإجراءات غير الضرورية وحالات الإدخال غير الضرورية.

جدول رقم (٣٨)

معاملات الارتباط بين عدم إدراك الأطباء بأهمية التكاليف والإجراءات وحالات الإدخال غير الضرورية

الإجراءات غير الضرورية		حالات الإدخال غير الضرورية		مجال الارتباط
مستوى الدلالة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	معامل الارتباط	عدم وعي الأطباء بأهمية التكاليف
*.000	-.370	*.002	-.250	

* ذات دلالة إحصائية.

يتبين من الجدول رقم (٣٨) وجود علاقة ارتباط سلبية ضعيفة بين عدم إدراك الأطباء لأهمية التكاليف وبين حالات الإدخال غير الضرورية حيث بلغ هذا الارتباط (-.250) وأيضاً هذا الارتباط دال إحصائياً عند مستوى ($\alpha = 0.002$). وكذلك هناك علاقة ارتباط سلبية قوية بين عدم ادراك الأطباء بأهمية التكاليف والإجراءات غير الضرورية، وهذا يدل على أن هناك ارتباطاً قوياً بين حالات الإدخال غير الضرورية والإجراءات غير الضرورية، فكل منهما مرتبط بالآخر. ويعزى ذلك إلى أن الطبيب لا يهتمه التكاليف بقدر ما تهتمه كثرة الإجراءات والمبالغة بها، وقد يكون ذلك خوفاً من المساءلة الطبية، أو لقلة خبرة الأطباء.

وهذا يعني قبول الفرضية بوجود علاقة سلبية بين عدم ادراك الأطباء لأهمية التكاليف ووجود حالات إدخال غير ضرورية وما يتبعها من إجراءات غير ضرورية.

الفرضية الرابعة

هناك علاقة ارتباط موجبه بين عدم تطبيق الأساليب الإدارية الحديثة من جهة وحالات الإدخال والإجراءات غير الضرورية وعدم إدراك الأطباء بأهمية التكاليف من جهة أخرى.

جدول رقم (٣٩)

معامل ارتباط بيرسون بين عدم تطبيق الأساليب الإدارية الحديثة والإدخالات غير الضرورية والإجراءات غير الضرورية.

عدم وعي الأطباء لأهمية التكاليف		حالات الإدخال غير الضرورية		الإجراءات غير الضرورية		عدم تطبيق الأساليب الإدارية الحديثة
مستوى الدلالة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	معامل الارتباط	
٠,٠٠١*	٠,٢٨	٠,٤٤	٠,٠٥*	٠,٦٢	٠,٠٤-	

* ذات دلالة إحصائية.

يبين الجدول رقم (٣٩) معامل ارتباط بيرسون بين عدم تطبيق الأساليب الإدارية الحديثة من جهة وبين كل من الإجراءات غير الضرورية، حالات الإدخال غير الضرورية، وعدم إدراك الأطباء لأهمية التكاليف من جهة أخرى. وكما يلاحظ من الجدول أن هناك علاقة ارتباط إيجابية عند حالات الإدخال غير الضرورية بلغت (٠,٠٥) وهي دالة إحصائياً عند مستوى $(\alpha \geq ٠,٠٥)$ وكذلك علاقة إيجابية أيضاً عند عدم إدراك الأطباء لأهمية التكاليف حيث بلغت هذه العلاقة (٠,٢٨) بدلالة إحصائية قوية جداً بلغت (٠,٠٠١) مما يدل على تمسك الإدارة بالروتين وسوء التنظيم وتداخل الأعمال وتعدد المستويات الإدارية وبالتالي عدم توعية الأطباء لأهمية التكاليف. وهذا يعني قبول الفرضية الرابعة الجزئية بالعلاقة الإيجابية بين عدم تطبيق الأساليب الإدارية الحديثة

ووجود حالات إدخال غير ضرورية. وعدم إدراك الأطباء لأهمية التكاليف.
أما عن العلاقة بين عدم تطبيق الأساليب الإدارية الحديثة والإجراءات غير
الضرورية فقد كانت علاقة سلبية حيث بلغت (-0.04) وأيضاً غير دالة إحصائياً
عند مستوى ($\alpha \geq 0.05$) حيث بلغت مستوى الدلالة (0.62).
مما يعني رفض الفرضية الجزئية بعلاقة ارتباط إيجابية بين عدم تطبيق
الأساليب الإدارية الحديثة و الإجراءات غير الضرورية.

الفصل الرابع

نتائج الدراسة والتوصيات

© Arabic Digital Library - Yarmouk University

الفصل الرابع النتائج والتوصيات

في هذا الفصل سوف يتم عرض أهم النتائج التي توصلت اليها الدراسة ومن ثم وضع التوصيات المناسبة التي هي بمثابة إستراتيجية مقترحة لضبط تكاليف تشغيل المستشفيات الأردنيه في القطاعين العام والخاص.

أولاً: النتائج:

بناءً على تحليل أسئلة وفرضيات الدراسة فقد تم التوصل إلى مجموعة من النتائج كان من أهمها.

١- كشفت الدراسة على أن اتجاهات أفراد عينة الدراسة نحو مدى ممارسة العوامل المؤدية إلى ارتفاع تكاليف تشغيل المستشفيات في القطاعين العام والخاص كانت ضمن مدى الممارسة المتوسطة بوسط حسابي (٢,٧٤) وانحراف معياري (٠,٨٩).

٢- بينت الدراسة أن اتجاهات أفراد عينة الدراسة نحو مجالات الدراسة والتي تعتبر مدى ممارسة العوامل المؤدية إلى ارتفاع تكاليف تشغيل المستشفيات كانت مرتبة ترتيباً تنازلياً كما يلي:

أ- حالات الإدخال إلى المستشفى غير الضروريه- احتلت الرتبة الأولى بوسط حسابي (٢,٩٤) وهو ضمن الفئة (٢,٥-٣,٥) الدال على درجة ممارسة متوسطة وانحراف معياري (٠,٨٧) الذي يدل على إجماع افراد عينة الدراسة على أن هناك حالات إدخال غير ضرورية إلى المستشفى.

ب- الإجراءات غير الضرورية- حيث جاءت في المرتبة الثانية بعد مجال الإدخالات وبوسط حسابي (٢,٨٤) الدال على درجة متوسطة من الممارسة وانحراف معياري قدره (٠,٨٦) والذي يدل على إجماع أفراد عينة الدراسة حول هذا المجال.

ج- عدم وعي الأطباء لأهمية التكاليف. حيث احتل هذا المجال المرتبة الثالثة بوسط حسابي قدره (٢,٧٦) وانحراف معياري (٠,٩١) والذي يدل على إجماع افراد عينة الدراسة حول عدم إدراك الأطباء لأهمية التكاليف.

د- رواتب موظفي المستشفيات واحتل المرتبة الرابعة بوسط حسابي بلغ (٢,٦٥) وانحراف معياري (١,٣١)

ه- عدم تطبيق الأساليب الإدارية. واحتل المرتبة الأخيرة بوسط حسابي بلغ (٢,٥١) الدال على درجة شبيهة ضعيفة من تطبيق الأساليب الإدارية الحديثه في الرقابه والتخطيط وعدم المشاركة في القرارات الإدارية حيث بلغ الوسط الحسابي لهذا المجال (٢,٥١) وانحراف معياري (٠,٥٤) الذي يدل على عدم تشتت أفراد عينة الدراسة حول هذا المجال.

٢- وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى للجنس في مدى ممارسه الإجراءات غير الضرورية، وحالات الإدخال غير الضرورية كعوامل مؤدية إلى ارتفاع تكاليف تشغيل المستشفى، حيث كانت قيمة (ت) داله إحصائياً عند مستوى ($\alpha = 0.04$) للإجراءات وأيضاً كانت قيمة (ت) (0.05) لحالات الدخول غير الضرورية إلى المستشفى. بينما لم تتوصل الدراسة إلى وجود فروقات ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \geq 0.05$) لمجالات (المتغيرات الإدارية، عدم إدراك الأطباء لأهمية التكاليف، رواتب موظفي المستشفى) تعزى لمتغير الجنس.

٤- وجود فروقات ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير «العمر» في مدى ممارسة العوامل المؤدية إلى ارتفاع تكاليف تشغيل المستشفى حيث كانت قيمة ف داله إحصائياً عند مستوى ($\alpha = 0.016$) وبوسط حسابي (٣,٥٢). هذه الدلالة الإحصائية أيضاً كانت في مجالات (عدم تطبيق الأساليب الإدارية الحديثة، رواتب موظفي المستشفى) حيث بلغت دلالة ف على الترتيب (٠,٠٠٤)، (٠,٠٠٨). أما باقي المجالات (الإجراءات غير الضرورية،

حالات الإدخال غير الضرورية، عدم إدراك الأطباء لأهمية التكاليف) فلم تكن داله إحصائياً، وكانت دلالة ف على الترتيب (٠,١٣)، (٠,١٢) و (٠,١٥). وتوصل اختبار نيومان كولز إلى أن هذه الفروقات كانت لصالح الفئة العمريه (٥١ سنة فأكثر) والفئة العمريه (٣٠ سنة وأقل) حيث أن هاتين الفئتين العمريتين لا يرون أن هناك تطبيقاً للأساليب الإداريه الحديثه.

٥- وجود فروقات ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \geq 0,05$) لاتجاهات أفراد عينة الدراسة نحو مدى ممارسة العوامل المؤدية لارتفاع تكاليف تشغيل المستشفى تعزى لقطاع المستشفى (عام، خاص) حيث بلغت قيمة (ت) لجميع المجالات (٢,٥٢) وبمستوى دلالة (٠,٠٦٣) وكانت لصالح القطاع الخاص ويستدل على ذلك من وسطها الحسابي، حيث بلغ (٢,٧٥) بينما الوسط الحسابي للقطاع العام (٢,٥٥). وهذا يدل على أن الممارسات المؤدية إلى ارتفاع تكاليف تشغيل المستشفى تكون في مستشفيات القطاع الخاص أكثر منها في مستشفيات القطاع العام. وتوصلت الدراسة أيضاً إلى وجود فروقات ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha = 0,05$) في مجال الإجراءات غير الضرورية، وعند مستوى ($\alpha = 0,005$) في مجال رواتب موظفي المستشفى تعزى لمتغير قطاع العمل (عام، خاص). وهي أيضاً لصالح القطاع الخاص حيث بلغ الوسط الحسابي في مجال الإجراءات (٢,٦٩) لمستشفيات القطاع الخاص، و (٢,٦٥) لقطاع مستشفيات القطاع العام. بينما بلغ الوسط الحسابي في مجال الرواتب (٣,٢٩) لقطاع مستشفيات القطاع الخاص وبلغ الوسط الحسابي (٢,١٣) لقطاع المستشفيات العامه.

٦- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \geq 0,05$) لجميع مجالات الدراسة تعزى لمتغير الوظيفة الحاليه إلا في مجال رواتب موظفي المستشفى حيث بلغت قيمة ف (٠,٠٥) بوسط حسابي بلغ (٢,٢٥). وتوصل اختبار نيومان كولز إلى أن هذه الفروق كانت لصالح الوظيفة رئيس قسم فني.

- ٧- عدم وجود فروقات ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \geq 0.05$) لجميع مجالات الدراسة تعزى لمتغير الخبره حيث بلغت قيمة ف (١,٣١) وبدلالة إحصائية بلغت (٠,٢٧).
- ٨- وجود فروقات ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \geq 0.05$) لمجالات الدراسة تعزى لمتغير الحالة الإجتماعيه، حيث بلغت قيمة ت (٢,٤) بدلالة إحصائية (٠,٠٤) وهذه الدلالة كانت لصالح فئة الأعزب حيث بلغ المتوسط الحسابي (٢,٨٢) بينما بلغ المتوسط الحسابي لفئة متزوج (٢,٦).
- ٩- بينت نتائج تحليل التباين الأحادي وجود فروقات ذات دلالة إحصائية تعزى للوظيفه الحاليه (لغير الأطباء) في مجال رواتب موظفي المستشفيات كعوامل مؤدية إلى ارتفاع تكاليف تشغيل المستشفى حيث كانت قيمة (ف) داله إحصائياً عند مستوى ($\alpha = 0.0002$). وتوصل اختبار نيومان كولز البعدي إلى أن هذه الفروق لصالح الذين يحملون شهادة الماجستير.
- ١٠- دلت نتائج تحليل التباين الأحادي وجود فروقات ذات دلالة إحصائية تعزى للمؤهل العلمي للأطباء عند جميع مجالات الدراسة ما عدا (عدم تطبيق الأساليب الإدارية الحديثة) حيث كانت دلالة (ف) للمجالات (الإجراءات، حالات الإدخال، عدم تطبيق الأساليب الإداريه الحديثه، عدم إدراك الأطباء لأهمية التكاليف، رواتب موظفي المستشفى) هي على التوالي (٠,٠٠٤)، (٠,٠٠٦)، (٠,٠١٤)، (٠,٠٠١)، (٠,٠١٨) أما اختبار نيومان كولز فنقد توصل إلى أن هذه الفروق كانت كما يلي
- في مجال الإجراءات التي كانت لصالح المؤهل استشاري.
 - في مجال حالات الإدخال لصالح المؤهل استشاري.
 - في مجال عدم إدراك الأطباء لأهمية التكاليف لصالح مقيم
 - في مجال رواتب موظفي المستشفيات لصالح استشاري

١١- هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية بين مجالات الدراسة ككل تعزى لمتغير الدخل الشهري، حيث بلغت قيمة (ف) (٢,٥٩) وهي ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha = 0,05)$.

أما بالنسبة لكل مجال على حده فقد كانت دلالة (ف) دالة إحصائياً في مجالات (الأجراءات، حالات الإدخال، رواتب موظفي المستشفى) حيث بلغت دلالة (ف) في المجالات المذكوره (٥,٠٠٠)، (١,٠٠٠)، (١,٠٠٠) على التوالي وتوصل اختبار نيومان كولز إلى أن هذه الفروق كانت لصالح فئة الرواتب (٥٥١ دينار فأكثر) لمجال الإجراءات، وأيضاً في مجال حالات الإدخال كانت هذه الفروق لصالح (٥٥١ دينار فأكثر). أما بالنسبة لرواتب موظفي المستشفى فقد توصل اختبار نيومان كولز إلى أن هذه الفروق كانت لصالح فئة الرواتب (٣٥١-٤٥٠ ديناراً)، وبالنسبة للمجالات جميعها مع الدخل فقد تبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين فئة الرواتب (٢٥٠-٣٥٠) والفئة (٥٥١ ديناراً فأكثر) وكانت لصالح فئة الرواتب (٥٥١ ديناراً فأكثر).

١٢- وجود علاقة ارتباط موجبه بين الإجراءات غير الضرورية وحالات الإدخال الضرورية حيث كان معامل الارتباط (٠,٧٣) وهو دال إحصائياً عند مستوى $(\alpha = 0,05)$. ويدل ذلك على أنه كلما زادت حالات الإدخال يتبعها إجراءات أيضاً.

١٣- هناك علاقة ارتباط سلبية عدم وعي الأطباء لأهمية التكاليف من جهة، وبين حالات الإدخال غير الضرورية والإجراءات غير الضرورية من جهة أخرى بمعنى كلما تقلصت أهمية الأطباء بالتكاليف كلما زادت حالة الإدخال والإجراءات غير الضرورية ويستدل على ذلك من معامل الارتباط الذي بلغ (-٠,٢٥) لحالات الإدخال وبدلالة إحصائية قوية بلغت (٠,٠٠٣). وأيضاً كان معامل الارتباط للإجراءات غير الضرورية (-٠,٣٧) وهو دال إحصائياً عند مستوى $(\alpha = 0,05)$.

١٤- هناك علاقة ارتباط سالبة بين عدم تطبيق الأساليب الإدارية الحديثه والإجراءات غير الضرورية، حيث بلغ معامل الارتباط (-٠,٠٤) وهو غير دال إحصائياً حيث بلغت مستوى الدلالة (٠,٦٢).

١٥- هناك علاقة ارتباط موجبه بين عدم تطبيق الأساليب الإدارية الحديثه وحالات الإدخال غير الضرورية، وهذا ما بينه معامل الارتباط الذي كان (٠,٠٥) بمستوى دلالة (٠,٤٤)

١٦- هناك علاقة ارتباط موجبه بين عدم تطبيق الأساليب الإدارية الحديثه وعدم إدراك الأطباء بأهمية التكاليف، فقد كان معامل الارتباط (٠,٢٨) وهو ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha = ٠,٠٠١)$.

ثانياً: التوصيات

بناءً على النتائج السابقة يوصي الباحث بالإجراءات التالية والتي تعتبر بمثابة خطة مقترحة لضبط واحتواء تكاليف تشغيل المستشفيات الأردنية في القطاعين العام والخاص.

١- تفعيل دور المراكز الصحية في المملكة بحيث لا تحول إلى المستشفيات إلا الحالات التي تستوجب الدخول، وذلك بتزويد تلك المراكز بالكفاءات وذوي الأختصاص والفنيين.

٢- إنشاء وحدة في كل مستشفى تسمى (one day surgery) وذلك لتخفيف الضغط على العيادات الداخليه، حيث يتم إجراء العمليات التي لا تحتاج إلى دخول، وذلك لما لحالات الدخول إلى المستشفى من أثر كبير في زيادة التكاليف.

٣- وضع سياسة جيدة لتحديد الحالات التي يتم معالجتها في الأقسام الداخلية للمستشفى وتلك التي تُعالج في العيادات الخارجية

٤- تطبيق الأساليب الإدارية الحديثه في الرقابه على الموازنات والمصروفات وإشراك جميع المستويات الإدارية في وضع الموازنه العامه للمستشفى ومن ثم الرقابه على تنفيذ بنود تلك الموازنه.

- ٥- عقد دورات لجميع العاملين في المستشفى وخاصة الأطباء منهم وذلك لبيان أهمية التكاليف، وأن يكون الهدف المبيّن لهذه الدورات هو تقديم خدمة أفضل للمريض وليس ضبط النفقات.
- ٦- عدم صرف الأدوية والعلاجات إلا لمستحقيها وخاصة في القطاع العام حيث أن هناك هدراً في صرف الأدوية وخاصة لموظفي المستشفيات، بمعنى أن يكون هناك رقابه فعّال على صرف الأدوية.
- ٧- مشاركة المستشفيات مع بعضها في شراء الأدوية والمعدات والأدوات اللازمة وكذلك المشاركة في تقديم الخدمات الطبية وخاصة في القطاع الخاص، حيث تجمع مستشفيات القطاع الخاص في منطقة العاصمة والزرقاء الأمر الذي يسهل من عملية الاتصال والتنسيق فيما بين تلك المستشفيات.
- ٨- محاولة الحد من إنشاء المستشفيات الخاصة وذلك بوضع معايير تتبناها وزارة الصحة أو الحكومه بشكل عام تكفل ضبط انتشار هذه المستشفيات، حيث أن معظم مستشفيات القطاع الخاص لا تتجاوز نسبة الإشغال فيها أكثر من ٤٠٪ من مجموع الأسرّة.
- ٩- وضع معايير جيدة لاستبدال الآلات والمعدات وذلك من خلال تحسين قسم الصيانة الفني في المستشفى بحيث لا يتم التغيير إلا بعد موافقة اللجنة المختصة بالإجهز.
- ١٠- أن يتولى إدارة المستشفيات فئة غير فئة الأطباء، أي يكون الطاقم الإداري مكوناً من أشخاص إداريين إضافة إلى طاقم فني وأن يكون لديهم الإلمام الكافي بإدارة المستشفيات والخدمات الصحية.
- ١١- إجراء دراسات متعمقة حول الخبرة ومدى ممارسة العوامل المؤدية إلى ارتفاع تكاليف تشغيل المستشفيات.

المراجع

أولاً: المراجع باللغة العربية :

- ١- مطر، محمود حسين، استراتيجيات احتواء التكاليف وزيادة الكفاءة في المستشفيات: نموذج مقترح، الإدارة العامة، العدد ٧٦، سبتمبر ١٩٩٢. جزء ٢+١.
- ٢- العواملة، نائل، القطاع الصحي منظور نظمي لترشيد الإداري، عدد ٢٨، ١٩٨٧.
- ٣- مطر، محمود حسين، محددات الهدر للموارد المالية في القطاع الصحي، المجلة العربية للعلوم الإدارية، مجلد ٤، عدد ٢، ١٩٩٧.
- ٤- عبد الرحمن، عبد الله محمد، الانتاجية والأداء التنظيمي والطبي بالمستشفيات: قضايا وآراء، الإداري، العدد ٤٤، ١٩٩١م.
- ٥- قوتة، بكر محمد نور.. (وأخرون) الرقابة على تكاليف المستشفيات-مركز البحوث والتنمية، ص ١٠-١١.
- ٦- إدارة المستشفيات، منظمة الصحة العالمية.
- ٧- حريستاني، حسان محمد نذير، إدارة المستشفيات، المملكة العربية السعودية، معهد الإدارة العامة، ١٩٩٠.
- ٨- التقرير الإحصائي السنوي، المملكة الأردنية الهاشمية، وزارة الصحة، مركز المعلومات، ١٩٩٢-١٩٩٨.
- ٩- الحمد فهد بن معتاد، والشهيب، صالح بن عبد الرحمن، "خدمات المستشفيات: استطلاع انطباعات وآراء المستفيدين" الإدارة العامة، العدد ٧١، ١٩٩١.
- ١٠- طعمانة، محمد والحراشنة، برجس، "أثر مستوى الخدمة على رضى المستفيدين من خدمات المراكز الصحية في محافظة المفرق، مؤتم للبحوث والدراسات، المجلد العاشر، العدد السادس، ١٩٩٥.
- ١١- مطر، محمود حسين، واقع الإدارة المالية في المستشفيات: دراسة تطبيقية على بعض مستشفيات الرياض، الإدارة العامة، العدد ٧٣، ١٩٩٢.

- ١٢- سومر، يورغ هـ. "التكاليف الصحية المتعذر ضبطها: التجربة السويسرية"، منبر الصحة العالمي، المجلد السادس، ١٩٨٥.
- ١٣- "المشاركة في تكاليف الرعاية الصحية": استنتاجات ندوة دولية عقدت في ولفسبرج، سويسرا، في آذار ١٩٧٩، منبر الصحة العالمي، ٢(١) ص ٨١-٩١، ١٩٨١.
- ١٤- سميث، برايان أبيل، "تحسين فاعلية التكاليف في الرعاية الصحية" اقتصاديات الصحة، المجلد الخامس، العدد الأول، ١٩٨٤.
- ١٥- جعفر، عبد الله، أهمية بيانات التكاليف في ترشيد قرارات الإستثمار بقطاع الخدمات الصحية، مؤتمر المحاسبة العلمي الثاني، ورقة عمل مقدمة للمؤتمر، جامعة العلوم التطبيقية، ١٩٩٨/٦/٣.
- ١٦- الجالودي، جميل، والزعبي، بشير، محددات النفقات الصحية في الأردن، العلوم الإدارية، مجلد ٢٤، عدد ١، ١٩٩٧ ص ص ٢٨٣-٢٨٩.
- ١٧- عبد الحليم، أحمد، العوامل المؤثرة في طول مدة الإقامة في المستشفيات الأردنية، أبحاث اليرموك، مجلد ١٢، عدد ٢، ١٩٩٦ ص ص ٦-٣٦.
- ١٨- الأحمد، طلال بن عابد، العوامل المحددة لمدة بقاء المريض في المستشفيات الحكومية بمدينة الرياض بالمملكة العربية السعودية، الإدارة العامة، المجلد ٣٨، العدد الثالث، أكتوبر ١٩٩٨، ص ص ٦٣١-٦٥٨.
- ١٩- الشلبي، فيصل، مستوى الخدمات الصحية المقدمة في المستشفيات الحكومية الأردنية، رسالة ماجستير غير منشورة ١٩٩٩.
- ٢٠- عبد الرحمن، عبد الله، معوقات البناء التنظيمي، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، مصر.

ثانياً : المراجع باللغة الانجليزية :

- 1- Mark T. Czarnecki, Bench marking: A Data-Oriented Look at Improving Health Care Performance, J. Nurse Qual 1996: 10(3): 1-6.
- 2- Campion, Francis and, Rosenblatt Michael S. "Quality Assurance and Medical Outcomes in the ERA of Cost Containment, SURGICAL CLINICS OF NORTH AMERICA. Vol. 76, No. 1, 1996, PP 139-159
- 3- PROVAN, Keith G. "Environmental and Organizational Predictors of Adoption of Cost Containment Policies in Hospitals". Academy of MGT Journal Vol. 30, No. 2, 1987, PP. 219-239.
- 4- Wouters, Annemarie, "Improving Quality Through Cost Recovery in Niger", Health Policy and Planning Vol. 10 Issue 3, 1995, PP. 257-270.
- 5- Joseph A. Levi "Ideas from Hospital Cost Containment Context" IHF (ed). Cost Containment, Op. Cit., PP. 70-74.
- 6- A. C. Bennet, "Cost Reduction in the Whole Idea for the Whole Staff", Hospital Topics, March 1974, PP. 12-16.
- 7- S. Eichhorn, "Containing Hospital Costs and Ensuring the Quality of Hospital Services", Cost Containment, A Selection Paper by IHF. London, 1980, PP. 12-13.
- 8- Leif Sonkin, "An Integrated Approach to Cost Cont. and Quality Control", IHF (eds) Cost. Containment., Op. Cit., PP. 11-12.
- 9- Stephen J. Mcphee, et. al., "Lessons for Teaching Cost Cont. "J. of Medical Education, Vol. 59, No. 12, 1984, PP. 722-29.
- 10- Rex B. Conn. et. al., "Identifying Costs of Medical Care: An Essential Step in Allocating Resources", JAMA, Vol. 253, No. 11, 1985, PP. 1586-89.

- 11- Karl G Barscht, "Mgt. Engineering: Role in Increasing Productivity", Op. Cit., PP. 81-110.
- 12- Brenda M. Booth, et. al., "Relationship Between In Appropriate Admissions and Days of Care: Implications for utilization Mgt.", Hospital & Hospital Services Adm., Vol. 36, No. 3, 1991, PP. 421-37.
- 13- William W. Neal, "Reducing Costs & Improving Compliance", the American Journal of Cardiology, Jan. 89, PP. 178-208.
- 14- B. Edwards. "Cost Cont. Policies: Manpower", IHF, Cost Cont., Op. Cit., PP. 46-47.
- 15- Walter J. Jones. "State Health Care Reform: Balancing Costs, Access, and Quality: PAR Vol. 55, No. 4, July/August 1995.
- 16- Martin Kitchener & Richard Whipp. "Tracks of Change in Hospitals: A Study of Quasi-Market Transformation", International Journal of Public Sector Mgt. Vol. 10, No. 12, 1997, PP. 47-61.
- 17- John D. Wong, "Health Care Finance in the US: Past, Present, and Feture: INT'L. J. of Pub. Adm. PP. 1297-1315 (1997).
- 18- Cynthia Conrad: "Health Care Cost Escalation in the United States: Implications of Market Failure: Int. L. J. of Pub. Adm. 20 (6), PP. 1203-1219/1997.
- 19- M.S sandier, "The Derelopmeut of activity Hospital costs", in Itid (ed) cost containment PP 50-52.
- 20- John R. Griffith. "The concept of cost control in Hospitals" 1976. PP 10-12.
- 21- Ailan H. Resenstein, "Heath & Resource Mgt: Amodel for Hospital Efficiency". Health & Health Service, Adm. vol. 36, No. 3, Fall 1991. PP. 313-30.

- 22- Larvic L. Briceland. et al., "Antibiotic Steam Lining From combination therapy to monotherapy to Monotherapy utilizing an interdisciplinary Approach" , Archives of internal medicine, vol. 148. sepl, 1988,PP. 2019-22.
- 23- David F. Hardwick, et al. "Laboratory costs Utilization: Aframe for analysis & policy Design" Medical edvcation, Vol. 56. APril 1981. PP. 307-51.
- 24- Michael Nathanson. "labs shovld try to cvt patient stay, market Testing Services" Modern tleath care. feb 1984. PP. 146-148.
- 25- R.J.Rankin. "Better Employee v tiliz ation Means lower cost" IHF cost containment opcit p 45.
- 26- David cowan "containing capital costs of health care Building" in IHF. cost continment. IHF. London, 1980.PP 60-62.
- 27- Maruin L.Birnbaum. "cost continment in critical care". critical care medicine. vol. 14. no 12. 1986 PP 1068- 1078.
- 28- Evans III, Hohn H., Cost Management & Management Control in Health Organizations: Research Opportunities, Behavioral Research in Accounting, 1998 Supplement, Vol. 10, P. 78-90.
- 29- Moore, Jr., J. Duncan, Real Results, CORONARY Artery by Pass-Patients-Mortality: PENNSYLUANIA Health Care Cost Containment Council, Modern Health Care, 18.5.98, Vol. 28, Issue 20, P. 46, 1P, 1 Chart.
- 30- McGuire, Thomas G. Health Care Cost Containment (Book) Journal of Risk & Insurance, Dec. 91, Vol. 58, Issue 4, P. 760, 3P.
- 31- Hensly, Scott, Gap Grows for Rich PA. Hospitals, Modern Health Care, 10/11/99, Vol. 29, Issue 41, P. 17, 1 Graph.

بسم الله الرحمن الرحيم

الملحق

(أداة الدراسة)

الأخوة والاخوات، تحية طيبة وبعد

تهدف هذه الدراسة الى بيان مدى احتواء وضبط تكاليف تشغيل المستشفيات الاردنية في القطاعين العام والخاص من خلال درجة ممارسة ووجود العوامل المؤدية الى ارتفاع تكاليف تشغيل تلك المستشفيات وذلك من وجهة نظر مديري المستشفيات ومساعدتهم الفنيين والاداريين ورؤساء جميع الاقسام الادارية والفنية.

لذا أرجو من الأخوة والاخوات الاعزاء الأجابة بكل دقة وموضوعية حيث أن هذا العمل هو جزء لنيل درجة الماجستير في الإدارة العامة، وان المعلومات التي ستزودونا بها لن تستخدم الا لغراض البحث العلمي فقط.

شاكرين لكم حسن تعاونكم

الباحث

أديب العمري

جامعة اليرموك/قسم الادارة العامة

(1) المتغيرات الشخصية:

- | | | |
|---|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ذكر | <input type="checkbox"/> انثى | ١. الجنس |
| <input type="checkbox"/> ٣٠ سنة وأقل | <input type="checkbox"/> ٤٠-٣١ سنة | ٢. العمر |
| <input type="checkbox"/> ٥١ سنة فأكثر | | |
| <input type="checkbox"/> مستشفى عام | <input type="checkbox"/> مستشفى خاص | ٣. قطاع العمل |
| <input type="checkbox"/> مدير مستشفى | <input type="checkbox"/> مساعد فني | ٤. الوظيفة الحالية |
| <input type="checkbox"/> مساعد اداري | <input type="checkbox"/> رئيس قسم اداري | |
| <input type="checkbox"/> رئيس قسم فني | <input type="checkbox"/> ١٠-٥ سنوات | ٥. الخبرة |
| <input type="checkbox"/> أقل من ٥ سنوات | <input type="checkbox"/> ١١-١٥ سنة | |
| <input type="checkbox"/> أكثر من ١٥ سنة | | |
| <input type="checkbox"/> متزوج | <input type="checkbox"/> أعزب | ٦. الحالة الاجتماعية |
| <input type="checkbox"/> دكتوراه | <input type="checkbox"/> بكالوريوس | ٧. المؤهل العلمي لغير الأطباء |
| <input type="checkbox"/> دبلوم وأقل | <input type="checkbox"/> ماجستير | |
| <input type="checkbox"/> استشاري | <input type="checkbox"/> مقيم | ٨. المؤهل العلمي للأطباء |
| <input type="checkbox"/> دولة عربية | <input type="checkbox"/> دولة غربية | ٩. مكان التخرج |
| <input type="checkbox"/> ٢٥٠-٢٥٠ دينار | <input type="checkbox"/> ٤٥٠-٣٥١ دينار | ١٠. الدخل الشهري |
| <input type="checkbox"/> ٤٥١-٥٥٠ دينار | | |
| <input type="checkbox"/> ٥٥١ فأكثر | | |

يتبع

(ب) درجة ممارسة العوامل المؤدية إلى التضخم في تكاليف تشغيل المستشفى

درجة الممارسة					الفقرات
عالية جداً	عالية	متوسطة	قليلة	قليلة جداً	
					١. هناك مغالاة في الاجراءات الطبية (تحاليل مخبرية، أشعة، تخطيط قلب....) للتأكد من التشخيص.
					٢. هناك مغالاة في الاجراءات الطبية حتى يحمي الاطباء انفسهم من المساءلة من الاخطاء المهنية.
					٣. هناك مغالاة في الاجراءات الطبية لاختلاف نتائج الاجراءات عن توقعات الاطباء.
					٤. هناك مغالاة في الاجراءات الطبية لوجود فترات تنويم غير ضرورية قبل بدء العلاج أو العملية.
					٥. هناك بعض الاجراءات الطبية لرغبة المرضى في البقاء في المستشفى.
					٦. هناك مغالاة في الاجراءات الطبية بسبب اخطاء في التشخيص.
					٧. هناك مغالاة في الاجراءات الطبية لضياح نتائج التحاليل السابق اجراها.
					٨. هناك مغالاة في الاجراءات الطبية بسبب عدم كفاءة الفنيين.
					٩. هناك حالات إدخال إلى المستشفى لزيادة معدلات استخدام الاسرة.
					١٠. هناك حالات إدخال إلى المستشفى لغياب سياسة جيدة للتنويم.
					١١. هناك حالات إدخال إلى المستشفى لارضاء المريض.
					١٢. هناك حالات إدخال إلى المستشفى لوفرة الاسرة.
					١٣. هناك حالات إدخال إلى المستشفى لوجود اخطاء في التشخيص.
					١٤. هناك حالات إدخال إلى المستشفى لقلّة خبرة الاطباء.
					١٥. هناك حالات إدخال إلى المستشفى بغرض التعلّم.
					١٦. هناك حالات إدخال إلى المستشفى لاجراء تجارب على المرضى.
					١٧. هناك حالات إدخال إلى المستشفى لوجود صلة قرابة بين الطبيب والمريض.
					١٨. هناك استجابة لرغبة المرضى في البقاء بالمستشفى مدة أطول مما يجب.
					١٩. المغالاة في شراء الآلات والمعدات الطبية.
					٢٠. وصف الادوية باهظة الثمن بدل الادوية الرخيصة الثمن.
					٢١. هناك هدر في استخدام مرافق المستشفى (ماء، كهرباء، سيارات، هاتف، قرطاسية.....).
					٢٢. قبول المرضى من غير أن يكونوا محولين من مراكز صحية أو أي جهة أخرى.
					٢٣. المشاركة مع مستشفيات أخرى في شراء كميات كبيرة من الادوية والمعدات الاخرى (مواد مخبرية، أفلام اشعة، قرطاسية).
					٢٤. المشاركة مع مستشفيات أخرى بتقديم بعض الخدمات (مغسلة، محرقة، مشرحة.....)
					٢٥. وجود جهاز رقابي على استخدام موارد المستشفى.
					٢٦. استخدام الاساليب الادارية الحديثة في التخطيط والرقابة مثل الموازنات التقديرية.
					٢٧. هناك زيادة في عدد الموظفين في المستشفى.
					٢٨. جميع المستويات الإدارية تشترك في اتخاذ القرارات.
					٢٩. عقد دورات للاطباء لتوعيتهم باهمية التكاليف.
					٣٠. تحويل نتائج الفحوصات كاملة مع المريض المحوّل الى مستشفى آخر او الى اي قسم داخل المستشفى.
					٣١. يعامل المريض المؤمن صحياً كالمريض غير المؤمن من حيث مدة الإقامة.
					٣٢. الاجور والرواتب التي تدفع لموظفي المستشفيات اكثر من تلك التي تدفع الى موظفي القطاعات الأخرى.

Factors Influencing the Rise of Overhead Costs of Health Services

Case Study of Al-Basheir Hospital and the Islamic Hospital

Adeeb Ali Mohammed AL-Omari

Supervised by

Dr. Ahmad Abdel-Halim

Abstract

The study aimed to elicit the effects of the factors that cause increase in the overhead costs of Jordanian hospitals in both (private and public sectors). In order to assess the causes of this increase in the costs, and to find a plan to minimize that inflation.

The study included the following aspects which are considered principal factors in increasing the overhead costs of Jordanian hospitals, These aspects are:

- 1- unnecessary investigation procedures. (unneeded CT Scan, ECG, Echoh ...etc.)
- 2- Unnecessary hospital admissions.
- 3- Ignoring the updated managerial concepts of administration.
- 4- Unawareness of health care costs by doctors.
- 5- Increase in the Salaries of hospital workers.

The study included all the directors of Jordanian hospitals in both private and public sectors', their administrative and technical assistants, and all the heads of departments and units.

The study sample were the directors of AL-Bashir (the biggest public hospital) and the Islamic hospital (the biggest private hospital).

149 questionnaires were distributed representing all the study sample, 143 questionnaires were recovered (95.5%), 4 questionnaires were excluded as unhelpful, and 139 were considered valuable for the study and the statistical analysis.

The statistical treatment was carried out using the frequencies and the percentages, the mean values, the standard deviations, F-tests, T-tests and Neuman Coulz, for comparing personal variables, and person correlations with the help of the computer system and the statistical program SPSS/PC+.

Results of the study were:-

- 1- the updated managerial concepts are not or rarely followed. Instead, there is emphasis on technical aspects and not on administration.
- 2- there is a strong relationship between the unnecessary admissions and the unnecessary procedures; which means that the admission cases need investigation procedure, correlation coefficient person was (0.73) (.....).
- 3- the physicians' unawareness of the importance of health care costs as an important cause in unnecessary hospital admission and ultimately unnecessary procedures.
- 4- there is a strong relationship between unapplication neglecting of the updated administrative concepts and the unawareness of health cost by doctors, and the reason for that was found to be due to negligence of the administrative workshops and relevant courses in health administration.
- 5- the study didn't show any difference with statistical value concerning the health workers experience.

- 6- the study showed differences with statistical value of the marital status of the health workers for the benefit of bachelors.
- 7- the F-Test showed differences with statistical values for the present job, and the Newman Coulz Test showed that these differences are for the benefit of those who had master degrees.
- 8- the study showed differences in relation to the type of hospital sectors, and that was for the benefit of the private sector.

The study recommended the implementation of modern rules accepts administration, and cost containment by efficient inspection of the hospital revenues in order to minimize the waste in using resources and materials. The study also emphasized the relationships between technical and administrative workers of the hospital to minimize the overhead costs. And the study recommended to specify the cases which needs adminssions and the cases which can treated as out patients.