

الباب الرابع إدارة المستشفيات والبرامج الصحية

أولاً - إدارة المستشفيات

الفصل التاسع والعشرون: التنظيم في المستشفيات

الفصل الثلاثون: الهيئة الطبية في المستشفيات

الفصل الحادي والثلاثون: الخدمات الإدارية في المستشفيات

الفصل الثاني والثلاثون: الإدارة المالية في المستشفيات

الفصل الثالث والثلاثون: جودة الرعاية وسلامة المرضى

ثانياً - برامج الإدارة الصحية في الإقليم

الفصل الرابع والثلاثون: مفاهيم الرعاية الصحية الأولية

الفصل الخامس والثلاثون: الصحة النفسية

الفصل السادس والثلاثون: الصحة الإنجابية

الفصل السابع والثلاثون: صحة الطفل

الفصل الثامن والثلاثون: التمتع (التحصين) باللقاحات

الفصل التاسع والثلاثون: التغذية

الفصل الأربعون: صحة الأطفال والمراهقين

الفصل الحادي والأربعون: التشيخ والصحة

الفصل الثاني والأربعون: النظام الغذائي والنشاط البدني والصحة

الفصل الثالث والأربعون: مكافحة التدخين

الفصل الرابع والأربعون: وباء الإيدز (متلازمة العوز المناعي المكتسب)

الفصل الخامس والأربعون: حوادث الطرق

الفصل السادس والأربعون: مكافحة مرض السل (التدرن)

الفصل السابع والأربعون: العنف والصحة

الفصل الثامن والأربعون: صحّة الفم

الفصل التاسع والأربعون: مراجعة سياسة توفير الصحة للجميع

الفصل الخمسون: بعض الملاحق الخاصة بعلم الإدارة

أولاً - إدارة المستشفيات

الفصل التاسع والعشرون

التنظيم في المستشفيات

- 1 - تعريف التنظيم
- 2 - أهداف التنظيم في المستشفى
- 3 - أنواع التنظيم
- 4 - البناء التنظيمي للمستشفى
- أ - العوامل التي تتحكم في اختيار البناء التنظيمي
 - حجم المستشفى
 - مدى التعقيد في المستشفى
 - العنصر الإداري في المستشفى
 - اللوائح والأدلة بالمستشفى
- ب - تأثير هذه العوامل على اختيار البناء التنظيمي المناسب للمستشفى
- 5 - نماذج البناء التنظيمي
- أ - النموذج الميكانيكي للتنظيم
 - التنظيم الخطي
 - التنظيم الخطي للموظفين
 - التنظيم الوظيفي
- ب - النموذج العضوي للتنظيم
 - التنظيم على أساس المشروع
 - التنظيمي على أساس المصفوفات
- ج - اختيار نموذج التنظيم المناسب للمستشفى
- د - مراحل إعداد البناء التنظيمي للمستشفى
 - تحديد الأهداف العامة والأهداف التفصيلية والبرامج
 - تحديد النشاطات
 - تصنيف النشاطات

- تجميع أوجه النشاطات في وحداتٍ تنظيمية
- طريقة تجميع النشاطات على أساس الوظائف
- طريقة تجميع النشاطات على أساس الخدمات الطبية المقدمة
- طريقة تجميع النشاطات على أساس مستويات الرعاية الطبية المقدّمة
- طريقة تجميع النشاطات على أساس وقت العمل
- البناء التنظيمي للمستشفى
- وحدة خطّ إعطاء الأوامر

6 - السلطة

- السلطة الخطيّة
- السلطة الإضافية أو سلطة العاملين
- السلطة الوظيفية
- تناسب السلطة مع المسؤولية
- المركزية واللامركزية في السلطة
- تفويض السلطة
- نطاق الإشراف
- 7 - اللجان

تنظيم المستشفى (1)

Organization of the Hospital

مَقْدَمَة

للتنظيم أهميته التي تعود في جذورها إلى الماضي البعيد، عندما أدرك الإنسان منذ القدم حاجته إلى أن يتعاون مع أخوه الإنسان في إنجاز بعض المهام التي لا يستطيع أن يقوم بها وحده، وبالتالي أهمية تعاونه مع أخيه.

ويكتسب التعاون بين العاملين في المستشفى أهمية خاصة إذا ما قورن بالمنظمات الأخرى، ذلك أن المستشفى يعمل على تقديم خدمات تخصصية تتسم - إلى حد كبير - بطبيعتها العاجلة غير القابلة للتأجيل.

ولا يمكن تصور إتمام تأدية هذه الخدمات بالجودة المناسبة دون تضافر جهود العاملين وتعاونهم، كل في مجال اختصاصه. ولا تتجلى أهمية التنظيم في النظام العام للمستشفى فحسب، بل وفي نظمه الفرعية أيضاً، فلو نظرنا إلى طبيعة المهام التي تؤديها وحدات التمريض في المستشفى والمهارات الإنسانية والتكنولوجية والمادية الموظفة في تنفيذها، لرأينا أهمية تنظيم مجهودات العاملين في هذه الوحدات لتحقيق الفائدة الكلية للمستشفى، من حيث كفاءة إنجاز الأهداف وكفائتها. كما تتمثل أهمية التنظيم في المستشفى في تفادي ما قد يطرأ من صراعات تنظيمية على السلطة بين الجهازين: الإداري والطبي.

ومن هنا تبدو أهمية تناول التنظيم - في هذا الفصل - من حيث مفهومه وأهدافه وأنواعه، فضلاً عن التركيب التنظيمي للمستشفى مع إيراد نماذج له، وبيان مراحل إعداده.

1 - تعريف التنظيم Definition of Organizing

تناول تعريف التنظيم كثير من الباحثين المهتمين بعملية التنظيم، فآلن Allen يرى أنه "العملية التي يتم بموجبها تحديد أداء الأعمال وتقسيمها، وتوزيع تفويض السلطة والمسؤوليات، وإنشاء العلاقات بين العاملين لتمكينهم من العمل معاً بأقصى كفاءة ممكنة لإنجاز الأهداف". بينما يعرفه كونتز وأودونل Koontz and O'Donnell بأنه "تجميع أوجه النشاطات الضرورية لإنجاز الأهداف العامة والخطط في وحدات تنظيمية مناسبة، وضمان تفويض السلطة لهذه الوحدات والتنسيق بينها". أما هودجس وكاسيو Hodgetts and Cascio فيريان أنه "العملية التي يتم بموجبها توزيع الواجبات على العاملين والتنسيق بين مجهوداتهم بشكل يضمن تحقيق أقصى كفاءة ممكنة لبلوغ الأهداف المحددة مسبقاً". في حين يرى جالبرث Galbraith أن التنظيم "يتألف أولاً من خيارات لكيفية تقسيم المهمة الرئيسية إلى مهمات فرعية يمكن أدائها بفرد أو مجموعة من الأفراد".

وبقراءة متأنية للتعريفات السابقة يمكن أن نلاحظ أنها تدور حول العملية التي يتم بها تحديد المهام والواجبات المناطة بالوحدات التنظيمية - التي تستدعيها طبيعة العمل في المستشفى - وتوزيعها على العاملين والتنسيق بينهم، فضلاً عن تحديد السلطة والمسؤولية بين مختلف هذه الوحدات بالشكل الذي يكفل تنفيذ خططها بالكفاءة والكفاية القصوى، وبالتالي تحقيق أهدافها المرسومة.

2 - أهداف التنظيم في المستشفى

لا تختلف أهداف التنظيم في المستشفيات بعضها عن بعض، فكلها ترمي إلى تنفيذ خطط المستشفى بأقصى كفاءة وكفاية ممكنة. ومن أهم هذه الأهداف:

- إيجاد الوحدات التنظيمية التي تستدعيها طبيعة العمل في المستشفى بالشكل الذي تتحدد فيه المهام والواجبات المناطة بكلٍ من هذه الوحدات التنظيمية بصورةٍ محدّدة وواضحة ودقيقة.
- تحديد سلطات ومسؤوليات العاملين في المستشفى بشكلٍ واضح ودقيق، بما يؤدي إلى إمكان تحديد المسؤول عما قد يقع من قصورٍ بسهولةٍ ويسر.
- تحديد إجراءات وأساليب العمل procedures and methods للوحدات التنظيمية التي تقوم بمهام تنفيذية نمطية routine work كإجراءات السجلات الطبية من حيث ترتيب نماذجها وتصنيفها وفهرستها وترميزها وحفظها واسترجاعها.
- التنسيق بين نشاطات الوحدات التنظيمية المختلفة من خلال تحديد علاقة بعضها ببعض الآخر، وتدعيم خطوط الاتصال بينها، والتخطيط المسبق للأساليب

التنسيقية الواجب اتباعها، كالمشاورات الشفوية والكتابية بين الأطباء، والاجتماعات التي تعقدتها اللجان الطبية وشبه الطبية والإدارية لتدارس موضوعات معينة وتقديم تقارير عن نتائجها إلى الوحدات التنظيمية ذات العلاقة.

- القدرة على الاستجابة لما يطرأ على المستشفى من تغيرات، وذلك بتوفير ما تستلزمه مواجهة تلك المتغيرات، سواء في أعماله ونشاطاته، أو في التكنولوجيا المستخدمة في هذه الأعمال، وتلك النشاطات، أو في مهارات العاملين فيه، أو في العناصر التي تحيط به، وهذا ما يؤدي بالمستشفى إلى إمكان التكيف مع الظروف المستجدة، فضلاً عن مساندة التقدم الطبي والعلمي والتقني.

3 - أنواع التنظيم

تعود جذور تصنيف التنظيم إلى تنظيم رسمي formal organization وآخر غير رسمي informal organization لرواد المدرسة الكلاسيكية والمدرسة السلوكية في الإدارة. فالأولى (الكلاسيكية) ركزت على التنظيم الرسمي الذي يهتم بالبناء التنظيمي للمنظمة والذي يقصد منه، إيجاد علاقات مدروسة بين عناصر الهيكل - أو البناء التنظيمي - وفق قواعد وترتيبات تضعها الإدارة لتحقيق أهداف المنظمة بفعالية. وهذه القواعد والترتيبات توضح عادة في الخريطة والدليل التنظيمي للمنظمة، ووصف الوظائف، وتحديد إجراءات العمل، والوثائق والأدلة الرسمية الأخرى.

أما المدرسة الثانية (السلوكية) فقد اهتمت - بشكل رئيسي - بالعلاقات غير الرسمية بين جماعات العمل في داخل المنظمة، وقد نتج عن ذلك أهمية دراسة التنظيم غير الرسمي في المنظمة وهو الذي يصورُ شبكة التنظيمات غير الرسمية بين جماعات العمل، في داخل التنظيم الرسمي للمنظمة، وتنشأ نتيجة التفاعل الطبيعي غير المقصود بين الأفراد العاملين الذين تربطهم بعضهم ببعض مصالح وآمال مشتركة.

هذا، وقد أدى الاختلاف الفكري بين المدرستين إلى قيام علماء التنظيم بتمييز كلا النوعين من الناحية النظرية، برغم أنهما متداخلان من الناحية العملية، ويصعب الفصل بينهما.

وسنركز في هذا الفصل على التنظيم الرسمي الذي يهتم بالبناء التنظيمي للمستشفى، تاركين للقارئ مطالعة موضوع التنظيم غير الرسمي وأثره على المستشفى في بعض الكتب المرجعية التي تناولت هذا الموضوع بشيء من التفصيل.

4 - البناء التنظيمي للمستشفى

يوضح البناء التنظيمي المستويات التنظيمية للجهازين الطبي والإداري في المستشفى، والوحدات التنظيمية المندرجة تحت هذه المستويات، للقيام بتنفيذ النشاطات المرسومة

أها وتحقيق أهداف المستشفى، فضلاً عن تدفق المعلومات الرأسية والأفقية بين هذه الوحدات. ويتم الإعلام بالبناء التنظيمي للمستشفى عادة في دليل تنظيمي يتضمن غالباً خارطة تنظيمية.

وسنتناول فيما يلي أهم العوامل التي تتحكم في اختيار البناء التنظيمي المناسب للمستشفى وما يرتبط بها من مؤثرات، ثم تأثير هذه العوامل على البناء التنظيمي:

أ - العوامل التي تتحكم في اختيار البناء التنظيمي للمستشفى والمؤثرات المرتبطة بها:

- حجم المستشفى: ويرتبط بهذا العامل مؤشرات دالة على قياس هذا الحجم، من أهمها:

- عدد أسِرَّة المستشفى المتاحة bed complement.
- عدد العاملين في المستشفى منسوباً لعدد الأسِرَّة staff per bed ratio.
- موجودات المستشفى الثابتة fixed assets وتشتمل على الأراضي والمباني والتجهيزات الأساسية والسيارات والأسِرَّة، علاوة على الموجودات المتداولة current assets التي تتضمن حسابات المرضى والمخزون السلعي من أغذية وأدوية وبياضات والإيرادات المتوفرة.
- عدد أيام علاج المرضى patient days وعدد حالات الدخول خلال فترة زمنية محددة.
- العوائد الكلية total revenues والمصروفات التشغيلية الكلية total expenses في خلال فترة زمنية محددة.
- مدى التعقيد في المستشفى Hospital Complexity: يمكن قياس درجة التعقيد في المستشفى على ضوء النشاطات المختلفة التي تؤدي فيه بالمهارات الإنسانية الموظفة لتففيها.

وفيما يلي بعض المؤشرات المستخدمة في قياس درجة التعقيد في المستشفى:

- عدد المرضى المترددين على الخدمات العلاجية في المستشفى حسب درجات الرعاية التي تتطلبها الحالات المرضية: عامة - صعبة - بالغة الصعوبة.
- عدد العاملين المهرة الذين يعملون في المستشفى؛ إذ إن العاملين المهرة يجلبون نشاطات جديدة للمستشفى.
- عدد أجهزة التشخيص والعلاج قيد الاستعمال.
- عدد الأقسام المتاحة ونطاق الخدمات التي تقدمها.

- **العنصر الإداري في المستشفى:** جدير بنا أن نشير بادئ ذي بدء إلى أن إداري المستشفى هم أولئك الأشخاص الذين يقضون معظم وقتهم في توجيه الموظفين والإشراف على أدائهم، وذلك بدءاً من الإدارة العليا وانتهاءً بالإدارة المباشرة على مستوى المشرفين. وعلى ذلك، لا يسمى الموظف إدارياً ما لم يشرف على مرؤوسين.

- **اللوائح والأدلة بالمستشفى:** وتشمل الأدلة التنظيمية وأدلة الإجراءات والتقارير الخاصة بالسياسات، والأحكام التنظيمية في المستشفى المتعلقة بشؤون الموظفين وبالسياسات المالية.

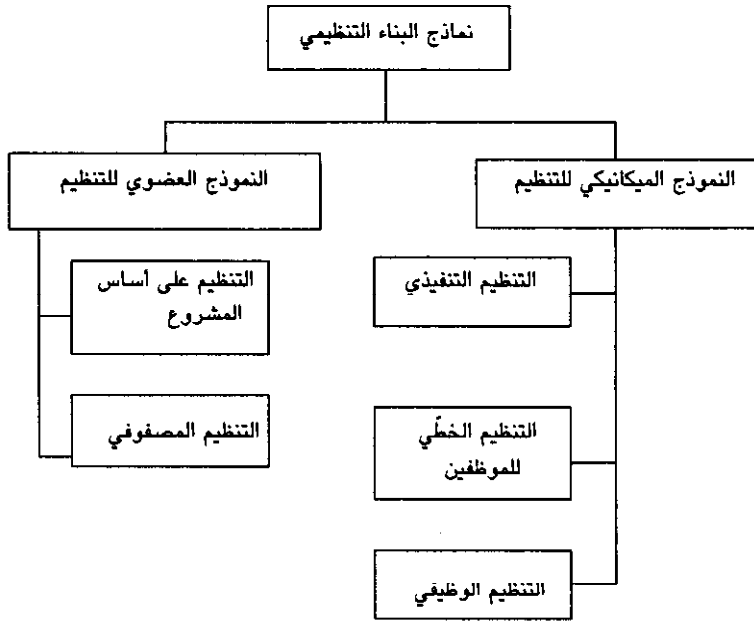
ب - تأثير هذه العوامل على اختيار البناء التنظيمي المناسب للمستشفى:

يمكن إيجاز العوامل المؤثرة على اختيار البناء التنظيمي المناسب للمستشفى في النقاط التالية:

- وجود علاقة وثيقة بين درجة التعقيد في المستشفى وبين حجمه، بمعنى أنه كلما زادت درجة التعقيد في المستشفى التي تتمثل في ازدياد القدرات الإنسانية والتكنولوجية المستخدمة في تنفيذ النشاطات، زاد حجم المستشفى، وبالتالي زاد تعقيد البناء التنظيمي للمستشفى بسبب الحاجة الماسة إلى تحديد علاقات السلطة والمسؤولية، والتنسيق في علاقات العمل بين هذه القدرات المتزايدة.
- ارتباط حجم المستشفى ومدى درجة التعقيد فيه وكذلك بالعنصر الإداري الموجود به ارتباطاً وثيقاً. فمع ازدياد حجم المستشفى وتزايد درجة التعقيد فيه، يزداد عدد الإداريين في المستشفى، وبالتالي يزداد عدد المستويات الإشرافية في البناء التنظيمي لإحكام عملية الرقابة على أداء العمل.
- اعتماد تحديد البناء التنظيمي للمستشفى - كما أسلفنا - على حجمه، فكلما زاد حجم المستشفى زادت أهمية وجود القواعد الرسمية الخاصة بتنظيم العمل. فعلى سبيل المثال، يُسهّل وجود الدليل التنظيمي للعاملين في المستشفى التعرف على نشاطاته المتنوعة، والوحدات التنظيمية المختصة بتنفيذ هذه النشاطات، وكذلك على الأعمال المناطة بهم، والواجبات المطلوبة منهم. ويقاس على هذا المثال، أهمية أدلة الإجراءات وسياسات التوظيف ولوائح التمريض والأطباء، وأحقية العلاج وغيرها من القواعد الرسمية الخاصة بتنظيم العمل.

5 - نماذج البناء التنظيمي

يفرق دارسو التنظيم - على ضوء دراسة أجريت من قبل "برنز وستوكر" Burns and Stalker في شركة الإلكترونيات والنسيج بين نموذجين تنظيميين هما: النموذج الميكانيكي والنموذج العضوي.



الشكل 1 - نماذج البناء التنظيمي

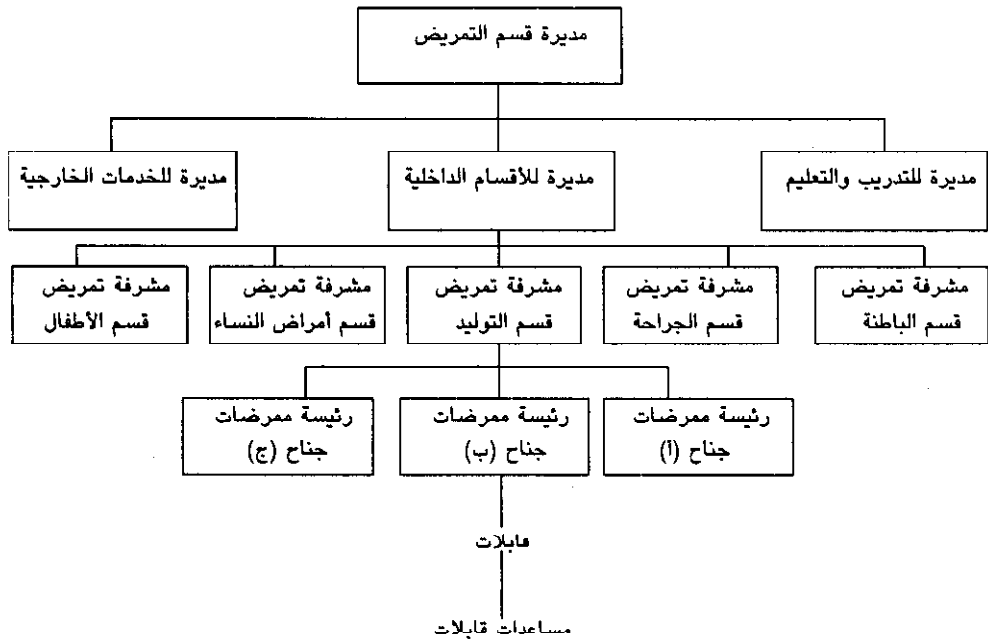
أ - النموذج الميكانيكي للتنظيم Mechanistic Organizational Form

ويشبه هذا النموذج إلى حد كبير النموذج البيروقراطي للتنظيم لأنه، من الناحية العملية، يشترك معه في عناصر جوهرية هامة من أهمها:

- تقسيم أعمال المنظمة إلى تخصصات دقيقة ومحددة.
- تعريف واضح للتسلسل الهرمي في المنظمة.
- تركيز التعليمات وضوابط العمل rules and regulations واتخاذ القرارات في المستوى الأعلى بالمنظمة.

ومن أهم الأشكال التنظيمية لهذا النموذج

- التنظيم الخطي Line Organization: ويطلق عليه أيضاً التنظيم الرأسي أو العمودي. ويتكوّن البناء التنظيمي فيه - كما هو موضّح في الشكل (2)، من مستويات إدارية يرتبط بعضها ببعض بخطوط متصلة تتدرج فيها السلطة، على شكل أوامر وتعليمات، من المستوى الإداري الأعلى إلى المستوى الإداري الأدنى.



الشكل 2 - البناء التنظيمي الخطي لقسم التمريض

ومن مزايا هذا التنظيم :

- أنه يعتبر من أنسب أنواع التنظيم بالنسبة للمنظمات الصغيرة، غير القائمة على تقسيم العمل على أساس التخصص الوظيفي، والتي تتسم ببساطة الأعمال التي تؤديها. ففي هذا النوع من التنظيم يشرف كل مدير أو مديرة إشرافاً مباشراً على العاملين ضمن وحدته، وهو مسؤول عن تنفيذ مهام الوحدة بشكل تام وكامل.
- أنه يعرض بوضوح خط تلقي الأوامر بالنسبة للمرؤوسين. فكل مرؤوس يعرف من هو رئيسه ومدى سلطاته، فضلاً عن معرفته لواجباته ومسؤولياته.
- أن من سماته وضوح الرؤية عند مديري الوحدات الإدارية، وكذلك عند التنفيذيين التابعين لهم بالنسبة لطبيعة القرارات المتخذة عند كل مستوى من المستويات الإدارية.

ومن عيوبه :

- صعوبة تطبيقه في المنظمات التي تؤدي مهام تخصصية، بسبب إغفاله تقسيم العمل على أساس التخصص، وبالتالي يصعب على المدير الإشراف المباشر على أداء العاملين التنفيذيين التابعين لوحده في التخصصات المتعددة. فمن الناحية العملية، لا يستطيع رئيس الجهاز الطبي في المستشفى الإشراف المباشر على

الأطباء في التخصصات المختلفة، ولا القيام بكل الأعباء الإدارية، دون الاستعانة بمتخصصين من هؤلاء الأطباء.

- ومن الجدير بالذكر، أن هذا التنظيم يناسب الوحدات التنظيمية التي تؤدي أعمالاً نمطية روتينية routine work في المستشفى كوحدات خدمات التمريض والمختبرات الإكلينيكية والسجلات الطبية والتنظيف والتدبير المنزلي وغيرها من الوحدات التي تؤدي أعمالاً نمطية روتينية.

- التنظيم الخطّي للموظفين **Line and Staff Organization**: ويتكوّن هذا النوع من التنظيم - كما هو موضّح في الشكل (3)، من مستويات إدارية يرتبط بعضها ببعض بخطوط متصلة تتدرج فيها السلطة، كتلك التي تكون للتنظيم التنفيذي، بالإضافة إلى عن وجود وحدات تضم مستشارين متخصصين تنحصر مهمتهم في تقديم النصح والمشورة إلى المديرين التنفيذيين الذين يملكون سلطة اتخاذ القرار.

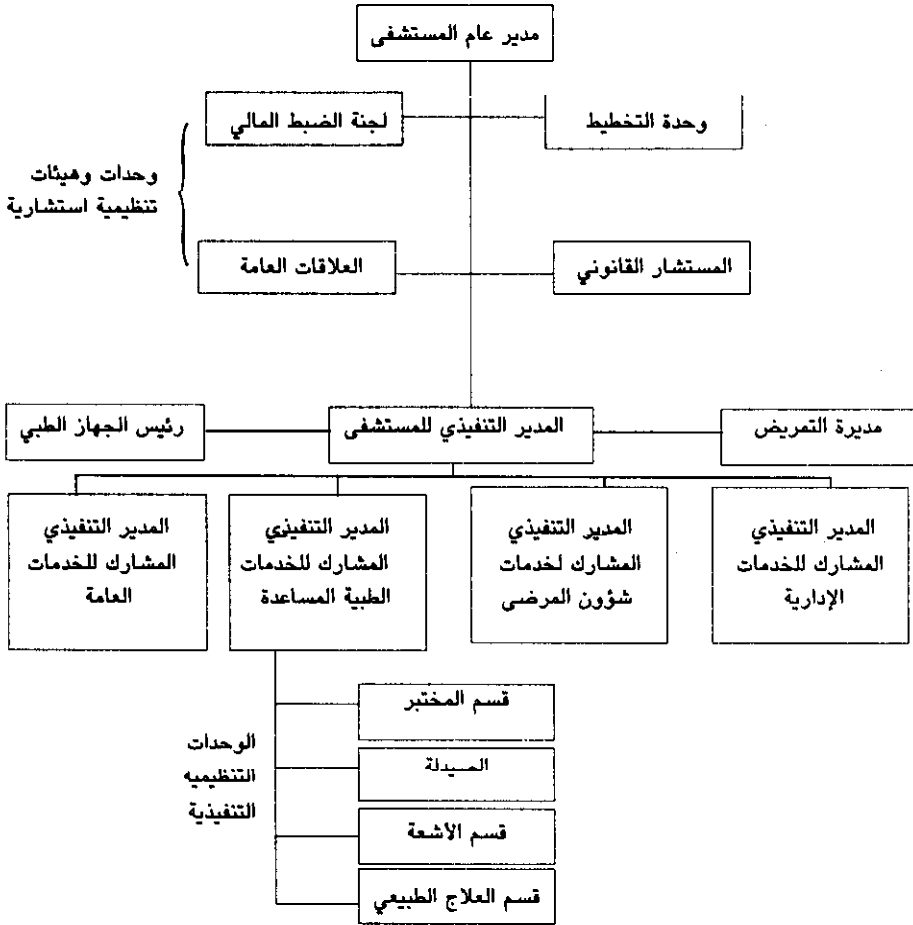
ومن مزايا هذا التنظيم:

- أنه يعتبر من أنسب أنواع التنظيم بالنسبة للمنظمات الكبيرة. فالاستشاريون الفنيون من المتخصصين يستعان بهم في الجوانب التخصصية قبل اتخاذ بعض القرارات من قبل الإداريين التنفيذيين، بما يؤدي إلى اتخاذ هؤلاء الإداريين قرارات أفضل.
- أنه يعرض بوضوح مصدر الأمر بالنسبة للمرؤوسين. فكل مرؤوس يعرف من هو رئيسه ومدى سلطاته، فضلاً عن معرفته لواجباته ومسؤولياته.
- وضوح الرؤية عند مديري الوحدات الإدارية وكذلك عند التنفيذيين التابعين لهم بالنسبة لطبيعة القرارات المتخذة عند كل مستوى من المستويات الإدارية.

ومن عيوبه:

- أنه قد يؤدي إلى احتمال حدوث صراع بين الإداريين التنفيذيين والاستشاريين عند تعارض الآراء بينهم، فضلاً عن عدم إمكان تحديد المسؤولين عند إخفاق المنظمة في أمرها. فالاستشاريون ليسوا مسؤولين عن نتيجة اقتراحاتهم، والتنفيذيون قد يبررون فشلهم بسوء الاقتراحات المقدمة من الاستشاريين.

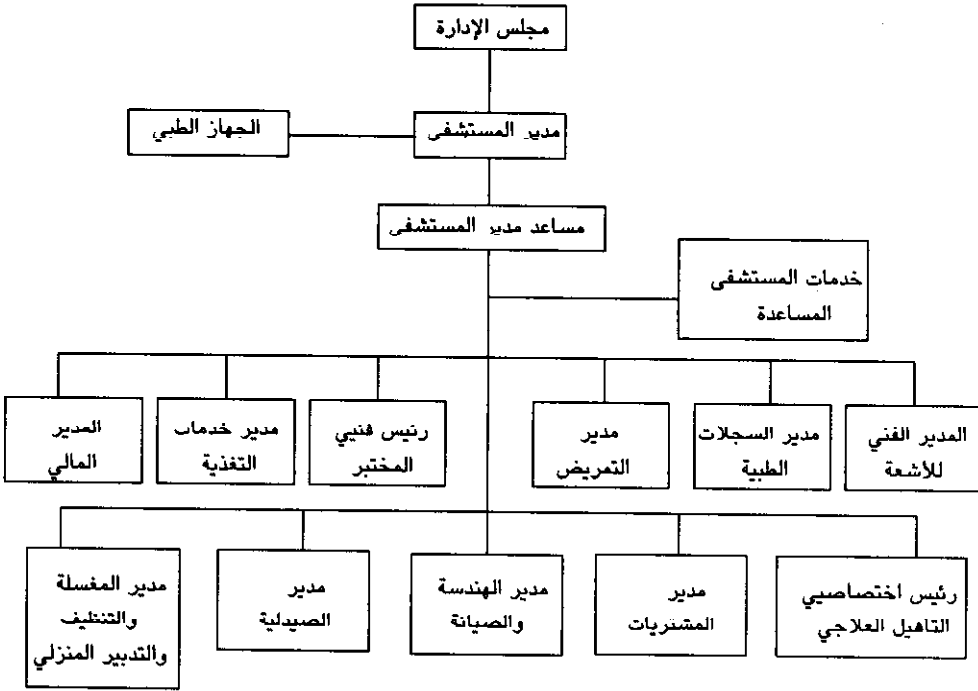
والجدير بالذكر، أن هذا النوع من التنظيم يناسب البناء التنظيمي للمستشفى بسبب كون العديد من القرارات الواجب اتخاذها من قبل المديرين التنفيذيين تحتاج إلى خبرة الاستشاريين من المتخصصين في مجالات العمل المختلفة.



الشكل 3 - التنظيم الخُطّي للموظفين في المستشفى

- التنظيم الوظيفي Functional Organization :

يختلف البناء التنظيمي في التنظيم الوظيفي، كما هو موضَّح في الشكل (4)، عن التنظيمين السابقين، فالعمل في المنظمة يقسم - في هذا النوع من التنظيم، على أساس التخصص، للاستفادة القصوى من الخبراء المتخصصين العاملين فيها. بمعنى أنه بدلاً من أن يستعان بالاستشاريين المتخصصين لتقديم النصح والمشورة إلى المديرين التنفيذيين، يكون هؤلاء المستشارون أنفسهم مديرين للوحدات التنظيمية التنفيذية، لهم سلطة على من هم تحت نطاق إشرافهم وعلى الذين يزاولون مهام تدخل في اختصاص وحداتهم.



الشكل 4 - التنظيم الوظيفي للمستشفى

ومن أهم مزاياه:

أن تقسيم العمل على أساس التخصص الوظيفي يُسهّل عملية اتخاذ القرارات ذات الطابع الفني القائمة على التخصص من قبل الإدارات الفنية، وبالتالي يزيد من كفاءة المنظمة وكفاءتها.

ومن أهم عيوبه:

احتمال عدم وضوح السلطة والمسؤولية للموظفين نتيجة تداخل نطاق إشراف الفنيين والتنفيذيين.

ب - النموذج العضوي للتنظيم Organic Organizational Form

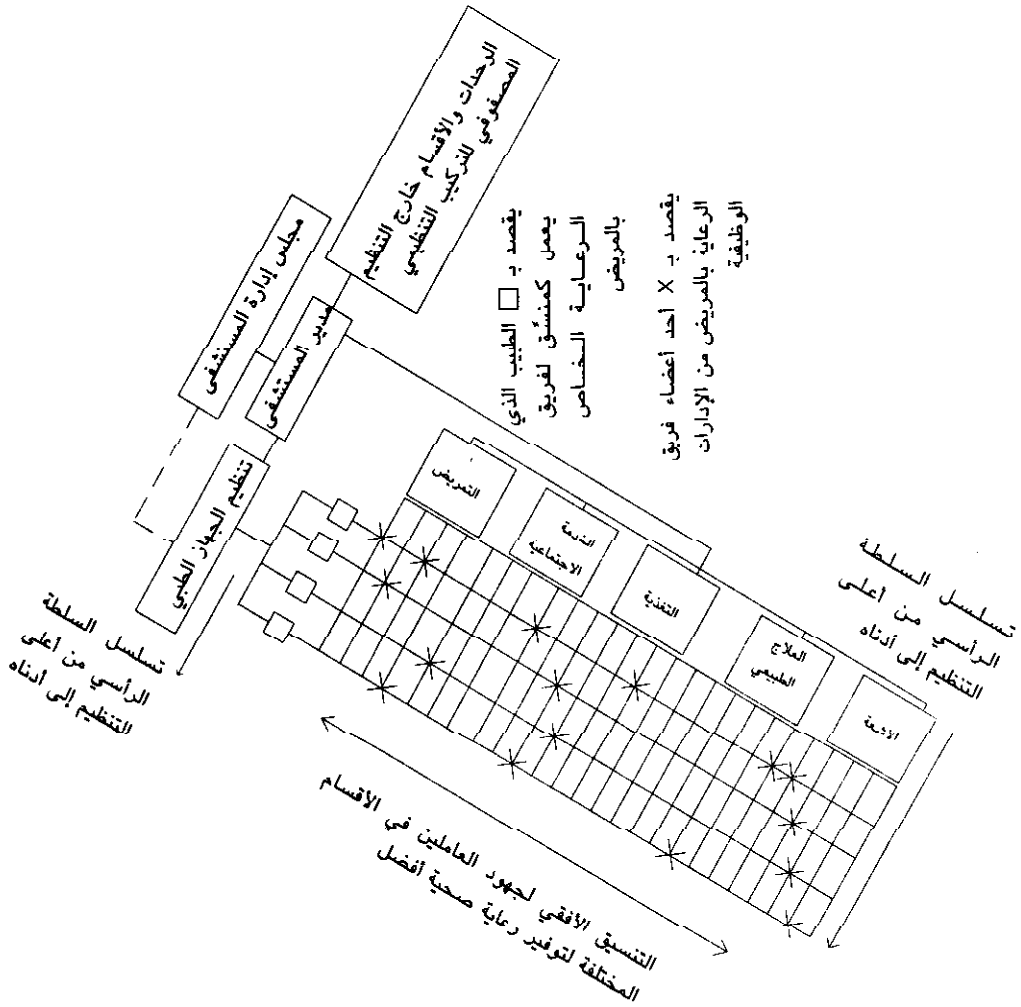
يركز هذا النموذج على توفير نوع من اللامركزية، يتيح للخبرات المتخصصة اتخاذ القرارات لمواجهة المشكلات أو الحالات التي تستجد في كل مستويات التنظيم، كما يركز على ضرورة مرونة أساليب القيادة واتسامها بالطابع غير الرسمي من أجل أن تتكيف مع قدرات العاملين ومهاراتهم. ومن أهم أشكال هذا النموذج:

- **التنظيم على أساس المشروع Project Organization:** تستخدم المستشفيات في الواقع العملي أسلوباً تنظيمياً متميزاً للعناية بالمرضى الموجودين في المستشفى أو حتى المراجعين له، وهذا الأسلوب يقوم على تشكيل فرق المشروعات (Project Teams) الخاصة بالعناية بهؤلاء المرضى، تحت توجيه وقيادة الأطباء المتخصصين وتنسيق أمور العناية بهم مع الفنيين ذوي العلاقة، كالممرضات واختصاصيي التغذية وفنيي الأشعة والمختبر وغيرهم من الفنيين. وعندما يغادر هؤلاء المرضى المستشفى ينتهي عمل هذه الفرق، ويتم تشكيل فرق جديدة للمرضى الجدد بالمستشفى إما من المتخصصين والفنيين السابقين أو من آخرين جدد تبعاً لأحوال هؤلاء المرضى الصحية.

وعلى ضوء ما سبق تكون فرق المشروعات، الخاصة بالعناية بالمرضى، فرقاً مؤقتة لتحقيق هدف العناية بالمرضى.

ومن أهم ما يميز هذا النوع من التنظيم عن التنظيمات الأخرى، الاعتماد الكلي على العلاقات الأفقية، أو التنسيق الأفقي بين الأقسام الفنية horizontal coordination، بين المتخصصين والفنيين، إذ إن الاتصالات بين أعضاء الفريق تتم بشكل أفقي، وذلك على عكس الوضع في التنظيم البيروقراطي حيث تكون طبيعة الاتصالات رأسية أو هرمية. كما أن هذا النوع من التنظيم يوفر مرونة واستجابة أكثر للأفكار المبدعة إذا ما قورن بالتنظيم الوظيفي (أحد أشكال التنظيم الميكانيكي).

- **التنظيم على أساس المصفوفات Matrix Organization:** ويتكون هذا النوع من التنظيم، كما هو موضح في الشكل رقم (5)، من ضم تنظيم فرق المشروعات، الذي يظهر العلاقات الأفقية بين العاملين في الوحدات التنظيمية الفنية، والتنظيم الوظيفي الذي يوضح العلاقات العمودية بين رؤساء الوحدات التنظيمية ومرؤوسيهم الذين يعملون في فرق المرضى. وبمعنى آخر، فإن الممرضة التي تعمل ضمن إدارة التمريض وهي إدارة وظيفية، تشارك أيضاً في فريق العناية الخاص بالمرضى (التنظيم على أساس المشروع). إذاً موقع الممرضة التنظيمي يرتبط بعلاقتين: علاقة عمودية مع رئيسة التمريض، وعلاقة أفقية مع الطبيب المختص (رئيس الفريق أو المشروع). وهذا الازدواج في مصدر الأمر الذي ترتبط الممرضة من خلاله بكل من رئيسة التمريض والطبيب المختص يمثل شكلاً تنظيمياً مركباً من علاقات ذات أبعاد عمودية وأخرى أفقية، وبالتالي يأخذ هذا الارتباط شكل المصفوفة الهندسية، ولهذا سمي هذا الشكل بالتنظيم على أساس المصفوفات.



الشكل 5 - التنظيم المصفوفي للبناء التنظيمي للمستشفى

ولعل أهم ما يفرق بين هذا النوع من التنظيم عن الأشكال التنظيمية الميكانيكية السالف ذكرها أنه يعتبر، كما هو الحال في التنظيم على أساس المشروع، شكلاً تنظيمياً مؤقتاً ومرناً من حيث استفادته من الخبرات الفنية المتخصصة، العاملة في الوحدات التنظيمية الوظيفية المختلفة، والتنسيق بينها بما يؤدي إلى سد احتياجات فرق العناية بالمرضى من هذه الخبرات وهو أسلوب الفريق المتعدد الاختصاصات multidisciplinary team approach في الوقت والمكان المناسبين. غير أن أهم ما يعيب هذا النوع من التنظيم هو

ازدواجية السلطة. فالعاملون في المستشفى يتلقون الأوامر والتعليمات من رؤساء الفرق ومن رؤساء الوحدات التنظيمية الوظيفية التابعين لها، الأمر الذي قد يولد احتكاكاً بين هؤلاء الرؤساء على السلطة، ويؤدي إلى إرباك العاملين بسبب تعدد مصدر الأمر بالنسبة لهم. غير أن هذا الاحتكاك يمكن معالجته بالتعاون المسبق بين هؤلاء الرؤساء، وبتدخل مدير عام المستشفى في حال عدم توافرها إلى قرار من تلقاء أنفسهم لحل هذا الاحتكاك.

ج - اختيار نموذج التنظيم المناسب للمستشفى

من العرض السابق للأشكال التنظيمية لكلا النموذجين: الميكانيكي والعضوي، يتضح أن الاختلاف بينهما ليس في الأشكال التنظيمية فقط وإنما في طريقة العلاقات والاتصالات بين العاملين في المستشفى، وقد أشرنا إلى إمكان الاستفادة من الأشكال التنظيمية لكلا النموذجين في تنظيم المستشفى.

ويمكن اعتبار كل من هذين النموذجين فعالاً في تنظيم المستشفى، غير أن النموذج العضوي للتنظيم يعتبر أكثر فاعلية من النموذج الميكانيكي في مجال تنظيم الخدمات الطبية في المستشفى، ذلك أن متطلبات العمل في هذه الخدمات لا يمكن تحديدها أو برمجتها بشكل دقيق، لاختلاف احتياجات المرضى ومتطلباتهم من هذه الخدمات، فضلاً عن مرونة هذا النموذج في الاستفادة من الخبرات الفنية المتخصصة بما يؤدي إلى سد احتياجات المرضى من هذه الخبرات في الوقت والمكان المناسبين.

أما النموذج الميكانيكي للتنظيم فهو فعال عند تنظيم بعض الخدمات المساعدة في المستشفى التي تؤدي بأسلوب نمطي، إذ يمكن تحديد خطواتها تحديداً دقيقاً وجدولتها وذلك كخدمات المختبر والأشعة والسجلات الطبية والتنظيف والتدبير المنزلي والمغسلة.

د - مراحل إعداد البناء التنظيمي للمستشفى

يتم إعداد البناء التنظيمي للمستشفى وفق المراحل التالية:

- تحديد الأهداف العامة والأهداف التفصيلية والبرامج: سبقت الإشارة إلى ماهية هذه المفاهيم وعلاقة الترابط بينها. وكما ذكرنا من قبل، يتأثر المستشفى كنظام مفتوح بشكل مباشر باحتياجات أفراد المجتمع وبرغباتهم الصحية، كما يتأثر بالظروف الاقتصادية والاجتماعية والتكنولوجية السائدة في البيئة المحيطة به. وبالتالي تتغير الأهداف العامة والأهداف المحددة والبرامج - التي تكون بمجموعها خطة المستشفى التنفيذية - باستمرار تبعاً لهذه الظروف. وبما أن عملية التنظيم ترمي في جوهرها إلى ترجمة ما جاء في خطة المستشفى التنفيذية إلى واقع عملي من خلال تحديد النشاطات

المطلوبة وبيان طرق تنفيذها وتوزيعها على العاملين من أجل تحقيق أهداف هذه الخطة بأقصى كفاية ممكنة، فإن تنظيم المستشفى ينبغي أن يتصف بالمرونة والتكيف ليتلاءم مع هذه الخطة.

- تحديد النشاطات: تجدر الإشارة إلى أن نشاطات المستشفى تشمل الأعمال التي يؤديها العاملون في الوحدات التنظيمية المختلفة لتحقيق خطة المستشفى التنفيذية. وبالتالي يعتبر تحديد هذه النشاطات بمثابة الخطوة الأولى في عملية التنظيم التي تعتمد عليها إدارة المستشفى قبل شروعه في اختيار شكل التنظيم المناسب للمستشفى.

ويمكن تحديد نشاطات المستشفى بطريقتين:

- تحديد نشاطات المستشفى من أعلى التنظيم إلى أدناه: ويتم ذلك بدراسة وظائف الإدارة العليا والمهام المنوطة بها، ثم تسلسل المستويات الإدارية - على مستوى الإشراف - التي تندرج تحتها الدنيا منها.
- تحديد نشاطات المستشفى من أدنى التنظيم إلى أعلاه: ويتم ذلك بدراسة وظائف الإدارة المباشرة والمهام المنوطة بها ثم التدرج إلى المستوى الإداري الذي يعلوها حتى وظائف الإدارة العليا.

وتمتاز الطريقة الأولى عن الطريقة الثانية بقصر وقت تحديد النشاطات، علاوة على أنها تبدأ عند مستوى متخذي القرارات الذين يتوافر لديهم النظرة الشاملة للشبكة network view فيما يتعلق بالعلاقات المتداخلة بين الوحدات التنظيمية المختلفة.

ومن الجدير بالذكر، أن ناتج مرحلة تحديد الأهداف العامة والأهداف التفصيلية والبرامج يمكن استخدامه كدليل تسترشد به إدارة المستشفى عند تحديد نشاطاتها، وعند دراسة مدى ملاءمتها لأهداف الخطة التنظيمية في ظل التركيب التنظيمي القائم. وعند تحديد النشاطات بكلا الطريقتين، ينبغي أن تأخذ إدارة المستشفى في اعتبارها أن العاملين الذين يتم الاستفسار منهم عن طبيعة النشاطات التي يقومون بها، يبالغون فيها انطلاقاً من الدفاع عن مصالحهم وسعياً لتحقيق طموحاتهم الشخصية. ومن هنا يجب على الإدارة التمييز بين النشاطات الضرورية وغير الضرورية، وفقاً للمعايير المتبعة في تقويم هذه النشاطات، وعلى ضوء الأهداف المرسومة للوحدات المختلفة.

- تصنيف النشاطات: يستخدم ناتج المرحلة السابقة في تصنيف نشاطات المستشفى وتجميعها في نوعين:

- نشاطات المستشفى الأساسية: وهي النشاطات المتعلقة بتقديم الخدمة الطبية للمستفيدين. وهذا النوع من النشاطات يسهم في تحقيق أهداف المستشفى العامة بطريقة مباشرة. ومن أمثلة هذه النشاطات: نشاطات التشخيص والعلاج.

• **نشاطات المستشفى المساعدة:** وهي النشاطات المتعلقة بتسهيل تقديم الخدمة الطبية للمستفيدين من المستشفى والعمل على تطويرها. وهذا النوع من النشاطات يسهم في تحقيق أهداف المستشفى العامة بطريقة غير مباشرة، ويمكن تقسيم هذه النشاطات إلى:

• **نشاطات ذات طبيعة خدمية:** وهي النشاطات التي تخدم المرضى والعاملين في المستشفى، مثل نشاطات: الوحدات الإدارية وخدمات التمريض وخدمات شؤون المرضى والخدمات الطبية المساعدة.

• **نشاطات ذات طبيعة استشارية:** وهي النشاطات التي تخدم الإدارة العليا للمستشفى، والأقسام الطبية، والطبية المساعدة. بتقديم المشورة الفنية، والمساعدة في عملية اتخاذ القرارات. ومن أمثلة هذه النشاطات نشاطات وحدتي التخطيط والتنظيم، ومركز المعلومات، والعلاقات العامة، واللجان الطبية وشبه الطبية.

- **تجميع أوجه النشاطات في وحدات تنظيمية:** بعد تحديد نشاطات المستشفى وتصنيفها في نشاطات أساسية وأخرى مساعدة، يتم تجميع هذه النشاطات في وحدات تنظيمية، بشرط توافر اعتبارات هامة لإتمام هذه العملية بصورة مثلى، منها:

• **ضمان التنسيق بين النشاطات المختلفة:** إذ يساعد التنسيق بين مختلف أوجه النشاطات بالمستشفى في تلافي التكرار والازدواجية وفي سد الاحتياجات المشتركة بين مختلف النشاطات، فضلاً عن ربط هذه النشاطات بعضها ببعض. ومن الأمثلة على ذلك: التنسيق بين نشاطات التمريض ونشاط كل من: المختبر والأشعة والتغذية والتخدير والصيدلية، وكذلك التنسيق بين نشاطات الممارسين العامين والأطباء المتخصصين.

• **الاهتمام بالنشاطات الرئيسية:** وذلك بفصلها عن النشاطات الأخرى وتجميعها في وحدة تنظيمية منفصلة حتى يتسنى إعطاؤها ما تستحقه من اهتمام. فعلى سبيل المثال، يعتبر نشاط المعلومات، الذي يمثل جميع المعلومات المتدفقة من الوحدات التنظيمية المختلفة، من النشاطات الهامة التي تساعد إدارة المستشفى في اتخاذ القرارات الخاصة بأداء العمل وتطويره. من هذا المنطلق يميل كثير من المتخصصين في التنظيم إلى أن تقوم بهذا النشاط وحدة تنظيمية منفصلة عن باقي الوحدات الأخرى.

• **تسهيل الرقابة:** وذلك بتجميع النشاطات المتقاربة في هدفها تحت إشراف مسؤول واحد، كتجميع نشاطات التشخيص المخبري لإفرازات الجسم والدم والأنسجة تحت إشراف مدير المختبر.

• الاستفادة القصوى من الخبرات المتخصصة: فتجميع الخبرات المتخصصة في مجال الجراحة - مثلاً - في وحدة تنظيمية يتيح تحقيق فوائد عديدة للمستشفى منها:

- تيسير سبل الاتصال والتشاور بين المتخصصين، ما يؤدي إلى صقل خبراتهم خاصة بين المستجدين منهم، وبالتالي زيادة فرص نجاح تشخيص الحالات المرضية وعلاجها.
- تخفيض تكاليف النشاط الجراحي في المستشفى، فكلما تجمع هذا النشاط في المستشفى قلَّت الحاجة إلى شراء المزيد من الأجهزة والمعدات التي يكون شراؤها لازماً في حال تبعثر هذا النشاط على أكثر من وحدةٍ بالمستشفى، وهذا يؤدي إلى خفض التكاليف.

• تخفيض التكاليف: إن إنشاء وحدات تنظيمية لكل نشاط من نشاطات المستشفى يزيد من تكاليفه التشغيلية، لهذا قد يسهم تجميع أوجه بعض النشاطات المتشابهة نوعاً ما - بعضها مع بعض - في خفض التكاليف. ويتضح ذلك جلياً في المستشفيات صغيرة الحجم نسبياً، عندما يتم دمج نشاط الإحصاء في نشاط السجلات والتقارير الطبية في وحدةٍ تنظيمية واحدة. وهو أمر يؤدي إلى توفير في نفقات تعيين رؤساء لهذه النشاطات في حالة ممارستها من خلال وحداتٍ تنظيمية منفصلة. ويمكن تجميع هذه النشاطات في وحداتٍ تنظيمية بطرقٍ متعددة، لكل منها مزاياها وعيوبها من حيث كفاءتها وكفايتها الإنتاجية.

وتعتمد كل طريقةٍ من طرق تجميع النشاطات على أسس من أهمها: الوظائف أو الخدمات الطبية المقدمة أو مستويات (مراحل) الرعاية الطبية المقدمة أو وقت العمل. ويمكن أيضاً استخدام أكثر من طريقةٍ من هذه الطرق أو استخدام مزيجٍ من بعضها في هذا المجال.

وفيما يلي عرض لأهم هذه الطرق:

- طريقة تجميع النشاطات على أساس الوظائف Functions: بمقتضى هذه الطريقة تجتمع النشاطات وتوزع على العاملين، حسب تخصصهم المهني في عددٍ من الوحدات التنظيمية، تبعاً للوظائف الرئيسية التي يؤديها المستشفى، بحيث تختص كل وحدةٍ تنظيمية بأداء وظيفةٍ رئيسية معينة. ويمكن وفقاً لهذه الطريقة تجزئة كل وظيفةٍ رئيسية إلى عددٍ من الوظائف الفرعية يخصص لكل منها وحدة تنظيمية قائمة بذاتها يتحدد حجمها على ضوء النشاطات التي تقوم بها.

ويتم في هذه الطريقة حصر الوظائف الرئيسية في الوحدات التنظيمية التالية، على سبيل المثال، الخدمات الطبية، والخدمات الطبية المساعدة، والخدمات العامة المساعدة،

وخدمات التمريض والخدمات الإدارية، وكذلك حصر الوظائف في الوحدات التنظيمية الفرعية التي تتحدد حسب حجم المستشفى ونوعية الخدمة المقدمة فيه.

وجدير بالذكر، أن هذه الطريقة يمكن تطبيقها في المستشفيات صغيرة الحجم نسبياً كالمستشفيات المحلية الصغيرة نسبياً (المجتمعية العامة) general community hospitals التي تتراوح سعتها السريرية من 100 إلى 200 سرير، حيث يكون نطاق الخدمات المقدمة محدوداً وبالتالي يسهل التنسيق بين العاملين في الوحدات التنظيمية المختلفة بهذا النوع من المستشفيات، إذ إن غالبية القرارات تتخذ في المستوى الإداري الأول. أما في المستشفيات كبيرة الحجم فيصعب تطبيق هذه الطريقة بسبب تشعب نطاق الخدمات المقدمة فيها.

- طريقة تجميع النشاطات على أساس الخدمات الطبية المقدمة: وتقوم هذه الطريقة على تجميع نشاطات الخدمات الطبية الأساسية التي يقدمها المستشفى، فضلاً عن نشاطات الخدمات الطبية التخصصية المتفرعة منها التي تقدم من خلال وحدات تنظيمية فرعية تستهدف تخفيف الأعباء الإدارية والفنية الملقاة على كاهل الوحدات التنظيمية الرئيسية بجانب زيادة كفاءة وتقديم الخدمة.

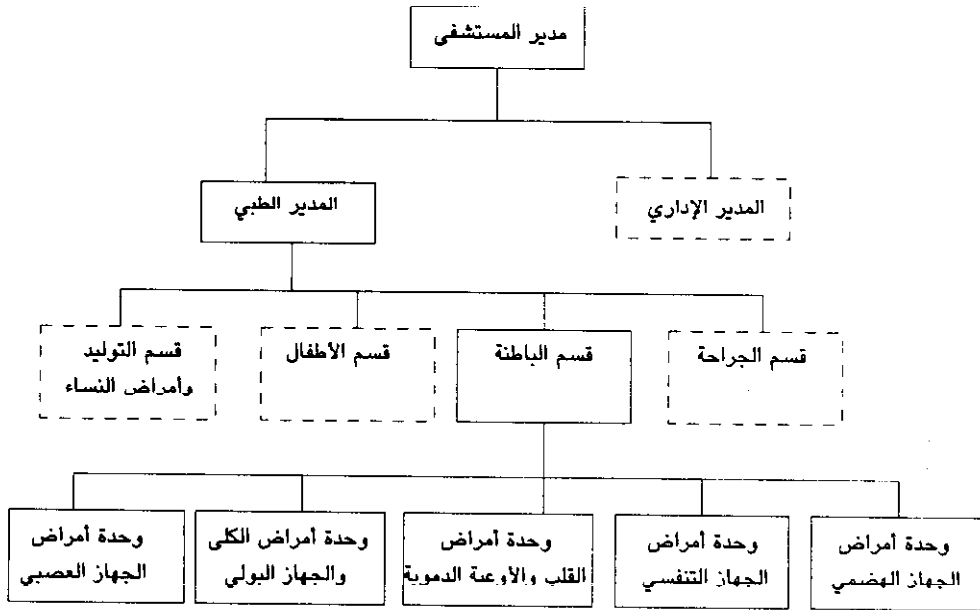
إن هذه الطريقة شائعة الاستخدام في المستشفيات التعليمية الكبيرة التي تقدم عادةً خدمات تخصصية متميزة في المجالات الطبية الأساسية وما يتفرع منها. على سبيل المثال، مجال الأمراض الباطنية ك مجال رئسي يتفرع عنه مجالات فرعية أخرى، منها: أمراض الجهاز التنفسي، أمراض القلب والأوعية الدموية، أمراض الجهاز البولي والكلوي، أمراض الغدد الصمّ والسكري، أمراض الجهاز الهضمي. ويوضح الشكل (6) ذلك.

وجدير بالذكر، أن هذه الطريقة يمكن تطبيقها أيضاً في المستشفيات الصغيرة التي نظمت على أساس الوظائف ثم رافق نموها - من خلال توسعتها - تعدد الخدمات الطبية التخصصية التي تقدمها.

وتجدر الإشارة أيضاً إلى أنه يمكن تطبيق هذه الطريقة في تنظيم نشاطات الخدمات الطبية المساعدة كخدمات التمريض والمختبر وغيرها من الخدمات المتخصصة في المستشفيات الكبيرة.

ومن مزايا هذه الطريقة الاستفادة القصوى من الخبرات الفنية المتخصصة، فضلاً عن التنسيق بينها، فتجميع النشاطات المتخصصة في مجال أمراض الكلى - مثلاً - في وحدة تنظيمية مستقلة يتيح تسير سبل الاتصال والتشاور بين المتخصصين فيها، الأمر الذي يؤدي إلى صقل خبراتهم، وبالتالي زيادة فرص نجاح تشخيص الحالات المرضية وعلاجها.

ويؤخذ على هذه الطريقة ضعف الاتصالات بين الوحدات التنظيمية الفرعية، وعدم الاستفادة الكاملة من الخبرات الفنية المتخصصة.



الشكل 6 - الخدمات الطبية في المستشفى والخدمات الطبية التخصصية المتفرعة منها

- طريقه تجميع النشاطات على أساس مستويات الرعاية الطبية المقدمة: يتم بموجب هذه الطريقة تجميع نشاطات المستشفى الطبية حسب مستويات، أو مراحل، الرعاية الطبية التي تقدم للمستفيدين من المستشفى على ضوء حالتهم الصحية. ويشيع استخدام هذه الطريقة في غالبية المستشفيات العامة التي تقدم خدمات طبية متنوعة يتم تصنيفها، عادة، في ثلاثة مستويات، هي:

خدمات الرعاية الطبية من المستوى الأول: ويطلق عليها أيضاً " خدمات الرعاية الصحية الأولية". وهذا النوع من الخدمات يقدم في عيادات الرعاية الأولية الخارجية للمستشفى Hospital Outpatient Primary Clinics التي توفر للمستفيدين المترددين عناية شاملة ومستمرة من قبل الممارسين الحامين، في ظل الظروف الاعتيادية غير الطارئة، وتنسيق أمور العناية بهم - إذا اقتضى الأمر - مع العيادات التخصصية التي نقدم رعاية طبية من مستوى أعلى.

خدمات الرعاية الطبية من المستوى الثاني: وهذا النوع من الخدمات يقدم بشكل عام في المستشفيات العامة والعيادات التخصصية الخارجية من قبل الأطباء المتخصصين الذين يقومون بالإجراءات اللازمة لتشخيص الحالات المحولة من المستوى الأول وعلاجها، وإحالتها إلى الأقسام الداخلية بالمستشفى إذا لزم الأمر.

خدمات الرعاية الطبية من المستوى الثالث: وهذا النوع من الخدمات يُقدّم، بصورة عامة، في الأقسام الداخلية بالمستشفى من قبل الأطباء المتخصصين الذين يقومون بإجراء الترتيبات اللازمة للحالات المرضية، المحوَّلة من المستوى الثاني، التي تتطلب عناية خاصة وملاحظة مباشرة للوصول إلى تشخيص هذه الحالات وعلاجها.

وجدير بالذكر، أن هذه الطريقة يمكن استخدامها عند تنظيم قسم الطوارئ في المستشفى بسبب تدرج العناية المقدمة غالباً من عناية بسيطة إلى عناية مركزة. ومن مزايا هذه الطريقة:

- تسهيل عملية تقدير احتياجات العيادات الأولية والتخصصية والأقسام الداخلية من القوى العاملة والإمكانات المادية على ضوء معدلات استخدام المرضى لهذه الخدمات.
- الاستفادة المثلى من وقت الأطباء المتخصصين لعلاج الحالات المرضية الصحية وتفرغ الممارسين العامين لمواجهة الحالات المرضية البسيطة.
- تنسيق أمور العناية بالمريض مع الخبرات الفنية المتخصصة ذات العلاقة بحالته الصحية، كإحالة المريض من قبل الممارس العام إلى الطبيب المتخصص للاستئناس برأيه حيال المشكلة التي يعاني منها المريض فعلياً.

- طريقة تجميع النشاطات على أساس وقت العمل: يتم في هذه الطريقة تجميع نشاطات المستشفى الطبية التي تُؤدَّى في أقسام المستشفى الداخلية وفي قسم الطوارئ، وتصنيفها في ورديات عمل بحيث تقوم كل وردية بتقديم الخدمة في فترة زمنية محددة. فعلى سبيل المثال، يكون هناك وردية صباحية، ووردية مساءية وأخرى ليلية. ومن مزايا هذه الطريقة تلبية احتياجات المستفيدين من خدمات المستشفى الطبية على مدار اليوم تبعاً لظروفهم الصحية.

- البناء التنظيمي للمستشفى: يستخدم ناتج المراحل السابقة في بناء تنظيمي فعال للمستشفى، تتحدّد فيه بوضوح السلطة والمسؤولية بين مختلف الوحدات التنظيمية، وكذلك الوظائف الإشرافية والتنفيذية داخل هذه الوحدات بما يؤدي إلى وجود منظمة تتجلى فيها روح التعاون وتتحدّد فيها الواجبات ويسود فيها التنسيق بين عمل هذه الوحدات انظر الشكل (7).

ويمكن أن يتم ذلك بمراعاة عدة أسس من أهمها:

- وحدة حَمْد إعطاء الأوامر **Unity of Command**: وتعني أن كل مرؤوس مسؤول أمام رئيس واحد يتلقى منه الأوامر والتعليمات، وبالتالي يكون هذا الرئيس مسؤولاً عن الإشراف على المرؤوسين وتوجيههم وتقييم أدائهم. فرئيس قسم الجراحة في

المستشفى هو مصدر الأمر للجراحين التابعين لوحده وهو في الوقت نفسه مسؤول أمام رئيس الجهاز الطبي عن نشاط الجراحة في المستشفى الذي يكون بدوره مسؤولاً أمام مدير المستشفى عن جميع نشاطات الخدمات الطبية المقدمة. (انظر الشكل 8).

ومن مزايا هذا المبدأ أنه يبين تسلسل الأوامر من أعلى التنظيم إلى أدناه ويحدد الرئيس المباشر، فلو كان المرؤوسون يتلقون الأوامر من أكثر من مصدر، لتسبب ذلك في إرباكهم وحيرتهم حول الشخص المسؤول، واختل بذلك الأداء، فضلاً عما قد يحدث من أثرٍ نفسي سيء كنتيجة لتعدد مصدر الأوامر للمرؤوسين.



الشكل 7 - الوظائف الرئيسية في مستشفى والوظائف المتفرعة منها

وجدير بالذكر، أن هذا المبدأ الذي يتضمَّنُه عادةً البناء التنظيمي للمستشفى قد لا يتحقق في كثيرٍ من الحالات عند ممارسة العمل في المستشفى بسبب تعدد مصدر الأمر للمرؤوسين. وقد أوردنا فيما سبق شرحاً لذلك عند عرض التنظيم الوظيفي والتنظيم المصفوفي.

6 - السلطة Authority

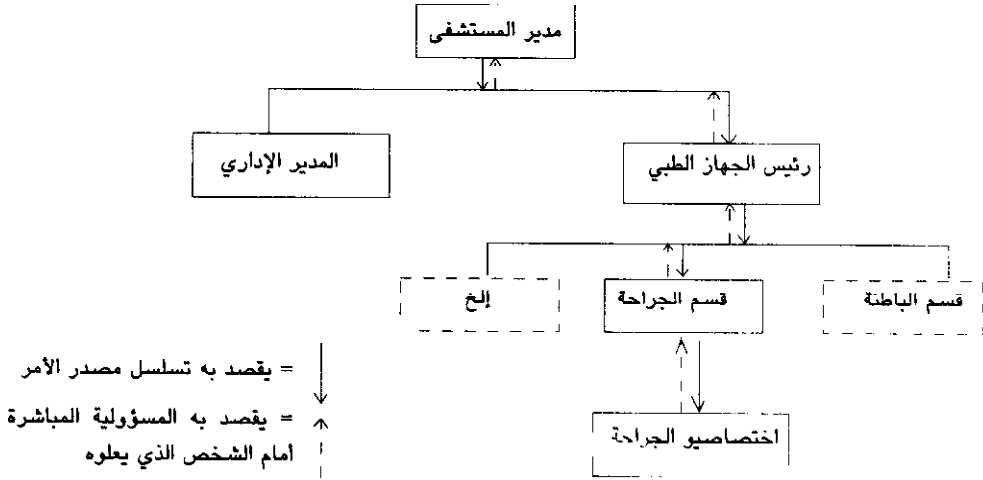
يتم تعريف السلطة بأنها الحق القانوني أو الصلاحيات المخوَّلة لشاغل وظيفة معينة في إصدار الأوامر، أو اتخاذ القرارات، للأخرين ووجوب طاعة الآخرين لهذه الأوامر وتنفيذها. ويمكن تحديد ثلاثة أنواع للسلطة، هي:

- السلطة الخطية Line Authority

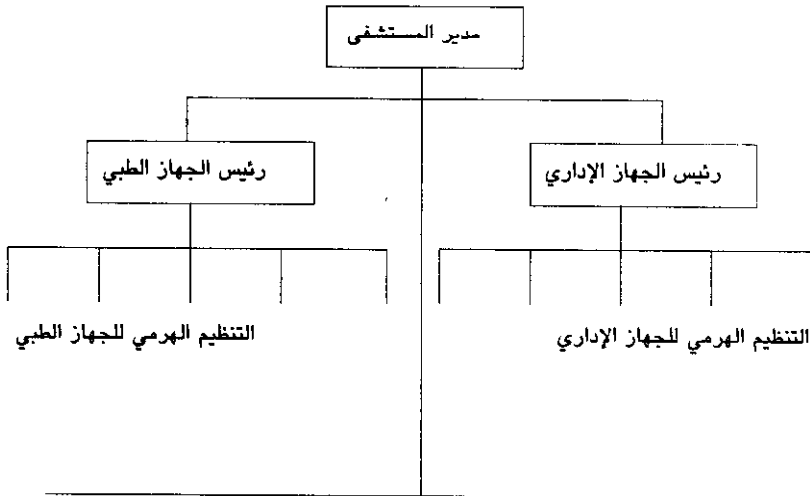
وهي حق المدير في إصدار الأوامر، أو اتخاذ القرارات، للأخرين، ووجوب طاعة الآخرين لهذه الأوامر. وتعتبر من أهم أنواع السلطة في المنظمة، إذ إنها مستمدة من القوة الشرعية legitimate power التي تملك المنظمة أو التي تشرف عليها. ففي مستشفى تابع لوزارة الصحة يستمد مدير المستشفى سلطته بالكامل من الوزارة نفسها ويكون مسؤولاً أمامها، وفقاً لمبدأ خط إعطاء الأوامر عن جميع نشاطات المستشفى، وبمقتضى ذلك يكون لديه سلطة إصدار الأوامر، مثلاً، للمديرين المساعدين مباشرة الذين تتكون بالتالي لديهم سلطة إعطاء الأوامر لسرؤوسهم المباشرين أيضاً. " وهكذا تتدرج السلطة من أعلى إلى أسفل بحيث يستمد كل مستوى تنظيمي سلطته من المستوى الأعلى".

ومن الجدير بالذكر، أن اصطلاح "سلطة إصدار الأوامر للمرؤوسين المباشرين" استخدم هنا لتأكيد وجوب مراعاة مبدأ التسلسل الخطي للأوامر، حتى لا يتجاوز المرؤوسون المدير المباشر لهم.

وتتميز المستشفيات بشكلٍ عام عن غيرها من المنظمات بوجود خطين للسلطة التنفيذية فيها: أحدهما إداري والآخر فني (الشكل 9). وهذه الازدواجية في السلطة تعتبر بمثابة انتهاك أو خرق لمبدأ خط السلطة التنفيذية الواحدة - وخرق لمبدأ خط إعطاء الأوامر كما هو الحال في النموذج البيروقراطي للتنظيم، الأمر الذي يؤدي في كثير من الأحيان إلى صراع على النفوذ بين هاتين السلطتين يظهر في تعدد الأوامر الصادرة منها خاصة للأشخاص الذين يقعون ضمن نطاق السلطة الإدارية، كالممرضات مثلاً، ويعملون في الوقت نفسه لحساب السلطة الفنية (الجهاز الطبي).



الشكل 8 - خط إعطاء الأوامر في المستشفى ومسؤولية المرؤوس أمام الرئيس



الشكل 9 - ازدواجية السلطة التنفيذية في المستشفى

- السلطة الإضافية أو سلطة العاملين Staff or Auxilliary Authority

تشير العديد من المصادر إلى وجود هذا النوع من السلطة عند الاستشاريين، وإن كان من الناحية العملية لا توجد للاستشارة أي سلطة لافتقادها عنصري تعريف السلطة الذي يتمثل في: تخويل حق إصدار الأمر، ووجوب طاعته وتنفيذه. غير أن احتياج المديرين التنفيذيين للنصح والمشورة والمعلومة قد يعطيها تجاوزاً نوعاً من السلطة. اصطلح على

تسميتها بالسلطة الاستشارية. فالمستشار القانوني في المستشفى يتقدم بنصحه ومشورته لمدير المستشفى بعد حاجته له وهو ما يضيف عليه تجاوزاً: مصطلح السلطة الاستشارية.

- السلطة الوظيفية Functional Authority

وهي سلطة تعطي لصاحبها الحق في إصدار الأوامر الفنية لمن هم تحت نطاق إشرافه وللذين يزاولون مهام ندخل في اختصاص وحدته. فعلى سبيل المثال، يستطيع رؤساء الأقسام الطبية في المستشفى إعطاء الأوامر للممرضات اللاتي يزاولن أعمالاً تتعلق باختصاصات أقسامهن الطبية، دون الرجوع إلى رؤسائهن المباشرين. هذا ويرمز لخط السلطة الوظيفية في الخارطة التنظيمية بخط متقطع dotted line بينما يرمز للسلطة التنفيذية بخط متصل.

- تناسب السلطة مع المسؤولية Parity of Authority and Responsibility

يقصد بالمسؤولية التزام شاغل الوظيفة بأداء واجباتها ومساءلته عن نتائج هذا الأداء. ويعتبر كل رئيس مسؤولاً عن النتائج المترتبة على أدائه إلى جانب مسؤوليته عن تقويم أداء مرؤوسيه، وينبغي أن يكون هناك تناسب بين السلطة والمسؤولية لتمكين شاغل الوظيفة من أدائها بالفاعلية المطلوبة. فلو كلف الإداريون العاملون في المستشفى بمسؤوليات لا تتناسب معها السلطات الممنوحة لهم لضعف اتخاذهم للقرارات، وهو أمر تقل فيه فاعلية الأدوار التي يؤديها.

- المركزية واللامركزية في السلطة

Centralization and Decentralization of Authority

تعرف المركزية في السلطة بأنها تركيز صلاحية اتخاذ القرارات في مراكز وظيفية قليلة بقمة الهرم الإداري في المستشفى، بينما تعرف اللامركزية بأنها انتشار أو توزيع صلاحية اتخاذ القرارات على عدد من المراكز الوظيفية بالمستويات الإدارية المختلفة بالمستشفى.

وقد تطلق صفة المركزية على إدارة بعض تنظيمات المستشفيات وتطلق صفة اللامركزية على إدارة بعضها الآخر، غير أن الواقع العملي يؤكد أنه لا توجد تنظيمات مركزية محضة أو لامركزية خالصة؛ إذ إن درجة تركيز صلاحية اتخاذ القرارات أو توزيعها تعتمد على المزايا التي تتحقق بتطبيق أحد هذين الأسلوبين.

وقد أظهرت نتائج إحدى الدراسات التي أجريت بعد إعادة تنظيم خدمات التمريض على أساس لا مركزي في مستشفى القديس يوسف St. Joseph's Hospital في مدينة "بروفيدنس" Providence بولاية "رود أيلند" Rhode Island في الولايات المتحدة الأميركية - لمدة ثلاث سنوات - أن القرارات الإدارية كانت أكثر فاعلية وأن الممرضات قد التزمن بأداء أعمالهن بدرجة أكبر وأفضل. كما أظهرت دراسات أخرى شملت أحد عشر مستشفى ومركزاً طبياً أن تنظيم الخدمات الطبية وخدمات التمريض على أساس لا

مركزي، قد زاد من الرضا الوظيفي عند الأطباء والمرمضات معاً، فضلاً عن تحسين مستوى الأداء في هذه الخدمات.

وعلى الرغم مما يتضح فيما أوردنا سابقاً من مزايا لأسلوب اللامركزية، فإن لنظيره كذلك مزايا تبدو في مواضع أخرى، تتمثل إحداها بشكل واضح في عملية الشراء الموحد "مركزية الشراء" لكافة احتياجات المستشفى بدلاً من توزيعه، بين إدارات متعددة، مثل: الصيدلية والتغذية والصيانة والمغسلة، بطريقة لا تتحقق من خلالها فوائد نظام مركزية الشراء الذي يوفر سيطرة أكبر على الموارد المالية والبشرية في المستشفى، فضلاً عن الشراء بالجودة المناسبة، وبالسعر المناسب، وبالوقت المناسب، وبالكمية المناسبة، ومن مصدر الشراء المناسب.

- تفويض السلطة Delegation of Authority

يقصد بتفويض السلطة أن يقوم مدير المستشفى بمنح بعض سلطاته أو صلاحياته - المستمدة مثلاً من مجلس إدارة المستشفى - إلى مساعديه المباشرين لتمكينهم من حق اتخاذ القرارات للمهام التي يشرفون على تأديتها. كما أن هؤلاء المساعدين يستطيعون بدورهم - إذا أجاز النظام ذلك - تفويض بعض صلاحياتهم إلى المديرين المرتبطين بهم للغرض نفسه. وينبغي الإشارة هنا إلى أمر هام وهو أن المرؤوس الذي فُوضت إليه الصلاحية وقبلها، يصبح مسؤولاً بالكامل أمام رئيسه عن كفاءة ممارستها. أما الرئيس فيبقى مسؤولاً، أمام رئيسه الذي يعلوه في المستوى التنظيمي، عن ممارسة الصلاحيات المفوض بها بجانب الصلاحيات التي فوضها لمرؤوسيه.

وتفويض السلطة أمر ينشأ عادة كعلاج لمركزية متحكمه متسلطة. ويكون غالباً متأرجحاً بين المركزية واللامركزية؛ فإن قلت درجة تفويض الرؤساء للمرؤوسين حق صلاحية اتخاذ القرار، كان التفويض أقرب للمركزية، وإن زادت درجته كان أقرب إلى اللامركزية.

ويفيد تفويض سلطة اتخاذ بعض القرارات عادة، في تحسين الأداء وذلك بما يتيح من مزايا منها:

- تحفيز العاملين، إذ إن المرؤوس يشعر بعد تفويضه بثقة رئيسه به وبالتالي يستخدم جميع قدراته في القيام بدور أكبر وهو أمر يؤدي إلى أداء أجدى وأفضل.
- تفرغ الرؤساء أو المشرفين في المستويات الأعلى لبحث مشكلات أهم، ودراستها واتخاذ القرارات بشأنها.
- إتاحة سرعة اتخاذ القرار وخاصة في المسائل الروتينية والتخصصية.

نطاق الإشراف

يعرف نطاق الإشراف بأنه عدد المرؤوسين الذين يشرف عليهم رئيس واحد بصورة

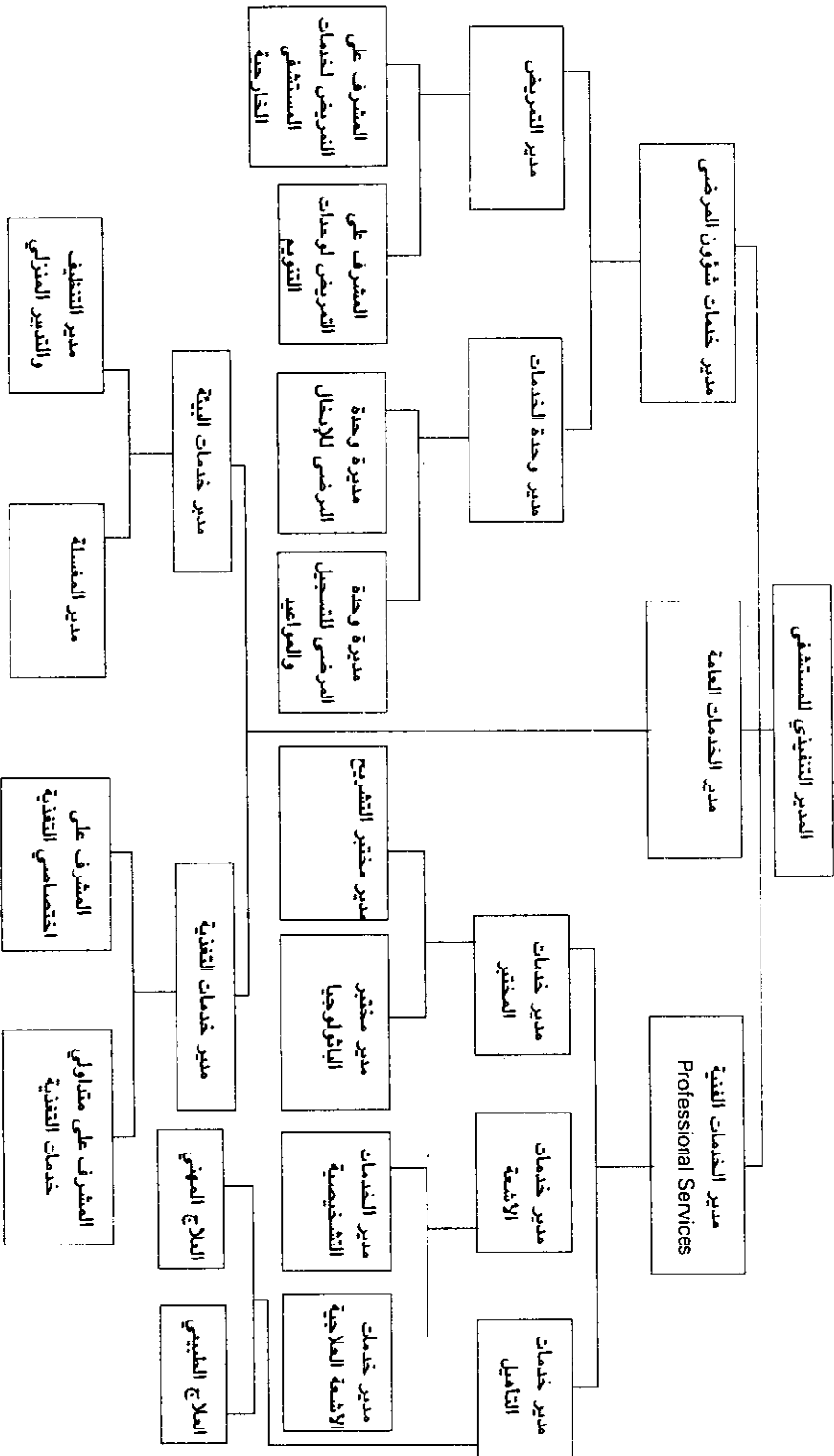
مباشرة. وبمعنى آخر، عدد المرؤوسين الذين يتقدمون بتقاريرهم مباشرة إلى رئيس واحد. فإذا فرضنا أن خمسة أشخاص يقدمون تقاريرهم مباشرة إلى مدير المستشفى، يكون نطاق إشرافه هؤلاء الخمسة فقط. ويتغير مدى هذا النطاق بالزيادة أو بالنقص تبعاً لعدد هؤلاء المرؤوسين الذين يتقدمون بتقاريرهم إلى رئيسهم المباشر، فإن زاد العدد اتسع مدى هذا النطاق وإن نقص العدد تقلص هذا المدى.

ولنطاق الإشراف أهمية خاصة في عملية التنظيم لما يلي:

- إن الرئيس يستطيع أن يشرف بكفاية وفعالية على عدد محدود من المرؤوسين، إذ إن طاقته الفكرية والبدنية، علاوة على وقته، في مجال الإشراف على الآخرين بكفاية وفعالية، محدودة بحدود يصعب تجاوزها. لذا يرى رواد الإدارة التقليدية، أمثال "أرويك" (Urwick) و"جوليك" (Gulick)، أن المنظمة الفعالة هي المنظمة التي تتميز بنطاق إشراف ضيق. "فأرويك" يرى أن نطاق إشراف المديرين في المناصب العليا ينبغي ألا يزيد على أربعة أشخاص، بينما يمكن أن يتراوح في المناصب الإشرافية بين ثمانية وعشرة أشخاص. وعلى الرغم من أن "جوليك" رفض تحديد نطاق إشراف المديرين على المرؤوسين إلا أنه فضل أن يكون هذا النطاق ضيقاً. وعلى النقيض من رواد الإدارة التقليدية، يرى رواد الإدارة الحديثة الذين يأخذون بالنظرية الموقفية Contingency Theory - أمثال: "ودورد" Woodward و"فيفنر" و"شرود" Pfiner and Sherwood - أنه لا توجد معايير أو مبادئ ثابتة يمكن من خلالها تحديد نطاق الإشراف المناسب لكل المديرين العاملين في المنظمة، إذ إن ذلك يتحدد، في رأيهم، وفقاً لاعتبارات متعددة منها طبيعة نشاط المنظمة ودرجة التخصص فيها، وكفاءة المديرين وموقعهم في الهرم التنظيمي، وخبرة المرؤوسين.

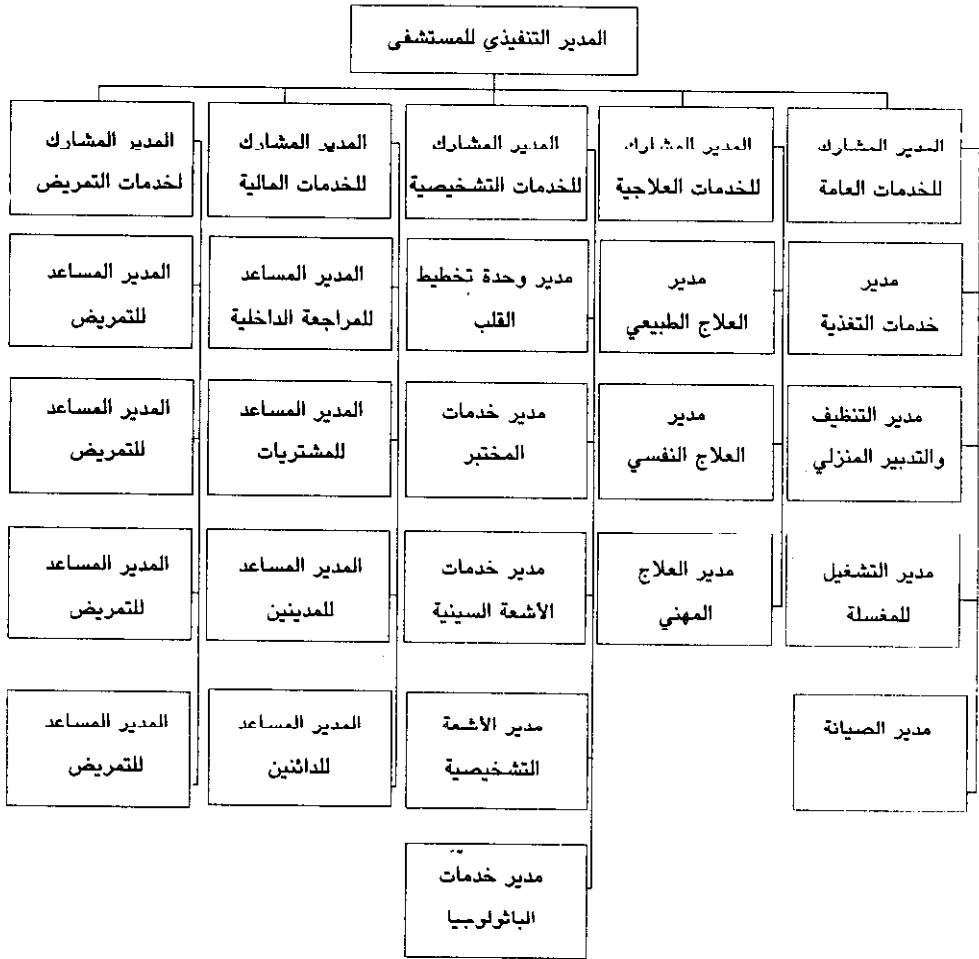
ومن ناحية أخرى، أظهرت البحوث أنه كلما صعدنا من أسفل التنظيم إلى أعلاه، قلَّ نطاق إشراف المرؤوسين. فالمدير المسؤول عن قسم التغذية، مثلاً، في المستشفى قد يشرف على عشرة مرؤوسين، بينما مدير المستشفى قد لا يشرف على أكثر من أربعة، إذ إن المشكلات التي يتعامل معها الأول قد لا تأخذ شكلاً معقداً يستنفد من وقته وجهده الفكري الشيء الكثير، في وقت تتسم المشكلات التي يتعامل معها مدير المستشفى بطابعها المعقد الذي يتطلب منه وقتاً وجهداً للعمل على حلها.

- يعتبر تحديد نطاق إشراف المديرين أمراً في غاية الأهمية لأنه يؤثر مباشرة على تصميم التنظيم، فالشكل التنظيمي للمستشفى قد يأخذ شكلاً طويلاً tall structure، إذا كان نطاق الإشراف ضيقاً، أو منبسطاً flat structure إذا كان نطاق الإشراف متسعاً. ويوضح الشكلان 10 و11 ذلك.



الشكل 10 - الشكل التنظيمي المطور للبناء التنظيمي للمستشفى

نقلًا عن Hodgetts and casio, of. cit. P. 140

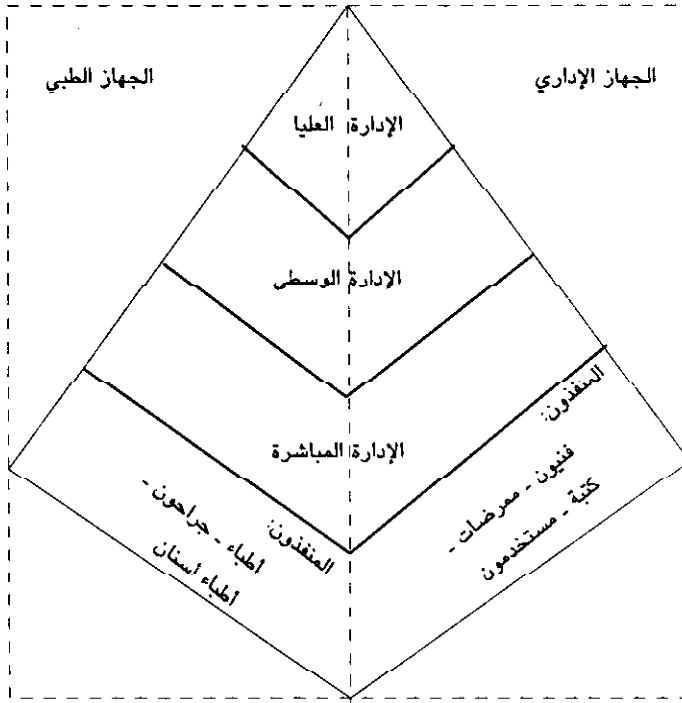


الشكل 11 - الشكل التنظيمي المنبسط للبناء التنظيمي للمستشفى

تقلاً عن Hodgetts and cascio, of. cit. op. 141.

ويُذكر، أن معظم المستشفيات تأخذ بالشكل التنظيمي الطويل الذي يتيح تقسيماً واضحاً للعمل تقل فيه عدد الوحدات الإدارية في كل مستوى إداري، الأمر الذي يؤدي إلى إتاحة التنسيق الأفقي المرغوب بين هذه الوحدات interdepartmental coordination، فضلاً عن تعدد التخصصات الدقيقة الموجودة، ما يساعد في الإشراف الدقيق على تادية نشاطات، هذه التخصصات بالجودة المناسبة.

هذا، وقد اصطلح علمياً على تصنيف المستويات الإدارية في الشكل التنظيمي الطويل في ثلاثة مستويات إدارية - انظر الشكل (12) هي:



الشكل 12 - المستويات الإدارية في الجهازين الإداري والطبي.

الإدارة العليا

وهي تتكوّن بشكلٍ عام من : مجلس إدارة المستشفى، ومدير المستشفى، ورئيس الجهاز الطبي ومساعديه، ورئيس الجهاز الإداري ومساعديه. وتنحصر نشاطاتها بصورة عامة فيما يلي:

- اعتماد خطة المستشفى العامة والخطط التنفيذية المنبثقة منها كعمليات التوسعة والإنشاء الخاصة بالخدمات الطبية، واختيار العاملين وتعيينهم وترقيتهم.
- وضع السياسات العامة واللوائح التنظيمية الخاصة بتنظيم العمل في المستشفى.
- إقرار الإجراءات الإدارية والخطط العلاجية management protocols of treatment الخاصة بالمستشفى.
- إقرار الموازنات الخاصة بالوحدات الإدارية والفنية في المستشفى.

- الوقوف على إنجازات المستشفى المختلفة، لاتخاذ القرارات الخاصة بتحسين أداء العمل الإداري وتلك المتعلقة بجودة الرعاية الطبية المقدمة للمستفيدين من خدمات المستشفى.

الإدارة الوسطى

وهي تتكون من المديرين المتخصصين، التابعين للجهازين الطبي والإداري بالمستشفى، كرؤساء أقسام الباطنة، والجراحة، والاطفال، وأمراض النساء والتوليد، والصحة النفسية، والعيون، والأنف والأذن والحنجرة، والأمراض الجلدية، إلى جانب مديري إدارات خدمات الشؤون الإدارية، وخدمات التمريض، والخدمات الطبية المساعدة، والخدمات العامة. وتتحصر نشاطاتها بشكل عام فيما يلي:

- تقدير احتياجات الوحدات التنظيمية المرتبطة بها من قوى عاملة وأجهزة ومستلزمات، على شكل خطط تتألف من برامج ذات آمام قصيرة، تعد عادة مع بداية كل سنة مالية، وترفع للإدارة العليا لدراستها واتخاذ القرارات المناسبة بشأنها.

- وضع الأطباء للخطط العلاجية الخاصة بالمرضى وتنفيذها، بمساعدة الخبرات الفنية المتخصصة الأخرى في المستشفى كالممرضات وفنيي المختبر والأشعة، وكذلك الصيادلة، وأخصائيي التغذية والعلاج الطبيعي والتخدير، إذ إن أعمالهم يكمل بعضها بعضاً لتحقيق العناية المطلوبة لهؤلاء المرضى بالجودة الطبية المناسبة. والتكامل في أداء هذه الأعمال يفرض أن يكون هناك تنسيق كاف بين هذه الأنواع من الخبرات لبلوغ أهداف المستشفى بأقصى كفاءة وكفاية ممكنة.

والتنظيم الجيد هو الذي يوفر تنسيقاً بين مهام الوحدات التنظيمية يتيح ربط هذه الوحدات بعضها ببعض. ويتعزز هذا التنسيق بالأخذ بأساليب تكون عادةً على إحدى الصور التالية:

التنسيق الهرمي أو العمودي Hierarchical Coordination: ويعتبر من أقدم أنواع أساليب التنسيق، إذ ترتبط به نشاطات المستشفى المتنوعة من خلال سلطة مدير المستشفى الذي يصدر الأوامر والتعليمات إلى المرؤوسين القائمين على أعمال الوحدات المسؤولة عن تنفيذ هذه النشاطات. غير أن هذا النوع من التنسيق يعتبر قاصراً في المستشفيات الكبيرة التي تتعدد فيها المستويات الإدارية، وتتنوع بها التقسيمات الشاملة للعمل والمبنية على التخصص، الأمر الذي يؤدي إلى صعوبة إمام مدير المستشفى بكافة المشكلات التنسيقية التي تطرأ في الهرم التنظيمي. وهو أمر يستدعي لمواجهته إيجاد وسائل أو طرق تنسيقية، من خلال الهرم التنظيمي، تكون أكثر فاعلية

لربط النشاطات بعضها ببعض، كاللجوء مثلاً إلى وضع الخطط الخاصة بكيفية عمل الوحدات التنظيمية المختلفة معاً، ووضع السياسات التي توضح عمليات اتخاذ القرارات في جميع الوحدات التنظيمية في المستشفى.

التنسيق الجانبي Lateral Coordination: ويعتبر أحدث من سابقه، كما أنه أجدى منه إذ يتيح إمكان اتخاذ القرار المناسب بما يسود فيه من تشاور وتجمع خبرات معينة تثرى عملية اتخاذ القرار. ولأن هذه المشاورات تتم بسرعة، يأتي القرار غالباً في وقته المناسب. ومن أهم أشكال هذا النوع من التنسيق:

7- اللجان

تستخدم اللجان في المستشفيات للتشاور وإبداء الرأي وتبادل المعلومات والتنسيق بين بعض النشاطات الهامة التي يؤديها العاملون بالوحدات التنظيمية المختلفة بالمستشفى. ومن أمثلة هذه اللجان: لجنة جودة الرعاية الطبية، ولجنة مكافحة العدوى، ولجنة مراجعة الانتفاع للمستشفى utilization review committee ولجنة مكافحة الحريق.

فرق العناية بالمرضى

سبقت الإشارة إلى هذا النوع من التنسيق عند الحديث عن تنظيم المستشفى على أساس كل من المشروع والمصفوفة التنظيمية. ويعتبر هذا النوع من التنسيق بين الخبرات الفنية المتخصصة من أهم أشكال التنسيق في المستشفى، إذ إنه يوفر للمرضى كافة احتياجاتهم من خدمات المتخصصين بما يتفق وحالتهم الصحية في الوقت المناسب.

الاتصال المباشر Direct Contact

ويتم هذا النوع من التنسيق بين العاملين في الوحدات التنظيمية المختلفة بهدف الاستفسار عن موضوعات معينة أو لحل مشكلات محددة، وذلك بالمواجهة الشخصية، أو استخدام الهاتف، أو استخدام الاتصالات الكتابية.

اللوحة والأدوات التنظيمية

يتم عادة بعد الأخذ في الاعتبار ما سبق بيانه، تحديد نوع معين من البناء التنظيمي يناسب نوعية وحجم وتخصص وموارد المستشفى المراد تنظيمه، ويلزم لتحقيق الإفادة القصوى من هذا البناء التنظيمي إبرازه والإعلام به بين العاملين في المستشفى من الإداريين والأطباء والفنيين والمرضى والعاملين الآخرين، فضلاً عن الزائرين الرسميين من خارج المستشفى وبعض المستفيدين، ويتم ذلك غالباً من خلال: