

جامعة الجزائر 3
كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير
قسم علوم التسيير

الموضوع :

دور أنظمة الجودة في تحسين أداء المرافق الصحية في اليمن
دراسة حالة مستشفى 48 النموذجي

مذكرة تدخل ضمن متطلبات نيل شهادة الماجستير في علوم التسيير
تخصص: تسيير عمومي

تحت إشراف:

د/ زايد مراد

إعداد الطالب:

منير مصلح محمد الوصابي

لجنة المناقشة:

- د / بويهي محمد أستاذ محاضر قسم أ..... رئيساً .
د / زايد مراد..... أستاذ محاضر قسم أ..... مقررأ .
د / يوسف بومدين..... أستاذ محاضر قسم أ..... عضواً .
د / أميرجيلالي أستاذ محاضر قسم أ..... عضواً .
د / أورزيق إلياس..... أستاذ مساعد قسم أ..... عضواً .

السنة الجامعية 2011/2012م



قال تعالى:

" وَقُلْ اِعْمَلُوا فِى سَبِيْرِ اللّٰهِ عَمَلَكُمْ
وَرَسُوْلُهُ وَالْمُؤْمِنُوْنَ "

التوبة الآية 105.

شكر وتقدير

في البداية أشكر الله عز وجل الذي وفقني لإتمام هذا العمل، وأتار لي الطريق للعلم والمعرفة. ثم أشكر أستاذي المشرف : الدكتور / زايد مراد عرفاتاً بفضلته وتقديراً لجهوده لما أولاني من العناية والتوجيه.

كما أتوجه بالشكر إلى كل من :

- الأخ/ العميد الركن . احمد علي عبد الله صالح، لدعمه المتواصل.

- الأخ/ الدكتور: عبد الله علي سعد.

- الأخ/ الدكتور: عبده نعمان الشريف.

- الأخ/ الدكتور: خالد الدار.

- الأخ/ الدكتور: صالح حميد.

- الأخ/ الدكتور ناصر القباطي.

- الأخ/ الدكتور عصام واصل.

- الأخ/ الدكتور علي الحميري.

- الأخت/ خالصة فتح الله.

- الأخ/ الأستاذ: خالد شرف الدين.

- الأخ/ وليد شرف الدين.

- الأخ/ الملازم : عدنان مصلح الوصابي.

- الأخ/ نعمان الاسدي.

- الأخ/ الدكتور : عبد الله الشحري.

- الأخ/ الدكتور : احمد الاهدل.

- الأخ/ الدكتور : بشير معوضة.

- الأخ/ الدكتور : محمد شهاب.

كما اهدي الشكر إلى كل من ساهم في نجاح هذا العمل.

الباحث

الإهداء

أهدي ثمرة هذا الجهد إلى :

- أغلى الناس، أبي و أمي، حفظهما الله وأطال في عمرهما، حباً و طاعة.
- كل أفراد الأسرة وعلى رأسهم الوالد العزيز منصور الوصابي والأخ/ فتح الاسدي.
- كل من أحب السلام وأحب وطنه حباً صادقاً.

المباحث

فهرس الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	الرقم
27	أسباب انخفاض كفاءة الأداء	(1-1)
35	مجموعة معايير الأداء ومؤشرات قياسها كما حددتها منظمة الصحة العالمية (WHO)	(2-1)
67	المؤشرات الديموغرافية لليمن خلال عامي 2009م و2010م	(1-2)
68	أهم الإحصاءات الحيوية لليمن لعام 2010م	(2-2)
69	أهم المؤشرات الاجتماعية والاقتصادية لليمن كما هي في عام 2009م	(3-2)
71	تطور المرافق الصحية في اليمن خلال الفترة من 1988-1990م	(4-2)
72	تطور المرافق الصحية العامة والخاصة في اليمن خلال الفترة (1992م-2004م)	(5-2)
73	تطور تقديم الخدمات الوقائية خلال الفترة (1992م-2004م)	(6-2)
74	حجم القوى العاملة الصحية في اليمن خلال الفترة (1992م-2004م)	(7-2)
75	حجم الإنفاق على قطاع الصحة اليمني مقارنة مع الدول الأخرى	(8-2)
75	حجم الإنفاق على الصحة في اليمن خلال الفترة (1997م-2003م)	(9-2)
78	نشاط مركز القلب التابع لمستشفى الثورة لعام 2008م و2009م	(10-2)
79	نشاط مركز الكلى في مستشفى الثورة لعام 2008م	(11-2)
85	مستويات النظام الصحي الوطني وحزمة الخدمات الصحية المقدمة في كل مستوى	(12-2)
87	عدد المنشآت الصحية الخاصة خلال الفترة من 2008م -2010م	(13-2)
99	حجم الأدوية المستوردة لعام 2009م	(14-2)
101	عدد المرافق الصحية الحكومية وسعتها السريرية لعام 2010م	(15-2)
104	مقارنة بين مؤشرات الإنفاق الصحي بين عامي 1998م-2007م	(16-2)
136	نسب تطابق مستشفى 48 مع معايير رعاية المريض	(1-3)
138	نسب تطابق مستشفى 48 النموذجي مع معايير أمان وسلامة المريض	(2-3)
140	نسب تطابق مستشفى 48 النموذجي مع معايير الإدارة	(3-3)
142	نسب تطابق مستشفى 48 النموذجي مع معايير الخدمة المجتمعية	(4-3)
143	تحليل نتائج التقييم للمعايير من نوع (A) معايير البنية التحتية	(5-3)
144	تحليل نتائج التقييم للمعايير من نوع (B).	(6-3)
147	معلومات عن المرضى المخدومين من طرف مستشفى 48 النموذجي	(7-3)

151	نتائج تقييم المرضى لمستوى أداء الطاقم الطبي للخدمات الطبية	(8-3)
152	مستوى أداء طاقم التمريض والخدمات المساندة من وجهة نظر المرضى	(9-3)
153	درجة تأثير مبنى المستشفى وتجهيزاته على جودة خدماته	(10-3)
154	مستوى اهتمام العاملين في المستشفى بالمريض كعميل	(11-3)
155	درجة رضا المرضى عن جودة خدمات مستشفى 48 النموذجي	(12-3)
161	مستوى الرضا الوظيفي لموظفي مستشفى 48 النموذجي	(13-3)
162	مدى تحقيق الخدمات الحالية للمستشفى لحاجات وتوقعات المرضى	(14-3)
163	درجة الالتزام بتطبيق نظام الجودة في المستشفى	(15-3)
164	درجة تأثير تطبيق نظام الجودة في تحسين مدخلات المستشفى الإنتاجية	(16-3)
166	درجة التحسن في أداء المستشفى بعد تطبيق نظام الجودة	(17-3)
167	رأي الموظفين حول أهمية تطبيق أنظمة الجودة في تحسين أداء المرافق الصحية	(18-3)

فهرس الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	الرقم
15	مكونات نظام إدارة الجودة الشاملة	(1-1)
19	خصائص الخدمة الرئيسية	(2-1)
83	المرافق الصحية العامة للأعوام، 2010م، 2008، 2007، 2001، 1992.	(1-2)
86	مستويات تقديم الخدمات في القطاع الصحي العام	(2-2)
91	الهيكل التنظيمي لوزارة الصحة العامة والسكان اليمنية	(3-2)
114	إطار عمل المراجعة المشتركة للقطاع الصحي اعتماداً على معيار المؤسسة الأوربية لإدارة الجودة	(4-2)
115	المكونات الأساسية الستة للنظام الصحي بحسب منظمة الصحة العالمية	(5-2)
122	الهيكل التنظيمي لمستشفى 48 النموذجي	(1-3)
148	توزيع عينة الدراسة بحسب العمر	(2-3)
149	توزيع عينة الدراسة بحسب الجنس	(3-3)
149	توزيع عينة الدراسة بحسب الحالة الاجتماعية	(4-3)
150	توزيع عينة الدراسة بحسب القسم	(5-3)
157	توزيع عينة الدراسة بحسب العمر	(6-3)
157	توزيع عينة الدراسة بحسب الجنس	(7-3)
158	توزيع عينة الدراسة بحسب حالتهم الاجتماعية	(8-3)
158	توزيع عينة الدراسة بحسب التخصص	(9-3)
159	توزيع عينة الدراسة بحسب المؤهل العلمي	(10-3)
160	توزيع أفراد العينة بحسب سنوات الخبرة	(11-3)

فهرس الملاحق

الصفحة	عنوان الملحق	الرقم
193	معايير أداة الاعتماد العربية للمؤسسات الصحية	1
210	القوى العاملة الصحية في اليمن 2010م وتوزيعها في المحافظات	2
213	نماذج استمارات الاستبيان الموزعة على المرضى والعاملين في مستشفى 48 النموذجي	3

قائمة المحتويات

العنوان

الصفحة

IV	فهرس الجداول
VI	فهرس الأشكال
VI	فهرس الملاحق
IX	قائمة المحتويات
X	المستخلص بلغة الرسالة
XI	المستخلص باللغة الانجليزية
أ	المقدمة العامة
1	الفصل الأول: دور أنظمة الجودة والاعتماد في تميز أداء الخدمات الصحية
3	المبحث الأول: مفهوم ونماذج نظم الجودة
3	المطلب الأول: مفهوم الجودة ومراحل تطور وأبرز روادها
8	المطلب الثاني: مفهوم نظام الجودة
10	المطلب الثالث: نظام إدارة الجودة (ISO)
13	المطلب الرابع: الجودة الشاملة كنظام إداري
18	المبحث الثاني: الخدمات الصحية ومعايير تقييم الأداء في المنظمات الصحية
18	المطلب الأول: مفهوم الخدمة وخصائصها
22	المطلب الثاني: مفهوم الأداء المتميز
25	المطلب الثالث: متطلبات ومبادئ تطوير ثقافة التميز ومصادر الأداء غير الفعال
28	المطلب الرابع: تقييم الأداء في المنظمات الصحية ومعايير تقييم المستشفيات
37	المبحث الثالث: الجودة في الخدمات الصحية
38	المطلب الأول: مفهوم الجودة في المجال الصحي ومراحل تطورها
40	المطلب الثاني: أهمية وأبعاد الجودة في المنظمات الصحية
43	المطلب الثالث: نظام إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية
47	المطلب الرابع: مراحل تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات
51	المبحث الرابع: نظام اعتماد المؤسسات الصحية
51	المطلب الأول: مفهوم نظام الاعتماد في المؤسسات الصحية والغاية منه
53	المطلب الثاني: تصنيف معايير نظام الاعتماد وفوائدها
56	المطلب الثالث: تطور الاعتماد في النظم الصحية العالمية

58	المطلب الرابع: المشروع العربي لتحسين جودة الخدمات الصحية.....
62	خلاصة الفصل الأول:
63	الفصل الثاني : واقع القطاع الصحي اليمني وآفاق إصلاحه.....
65	المبحث الأول : مراحل تطور القطاع الصحي اليمني.....
61	المطلب الأول: نبذة تعريفية عن الجمهورية اليمنية.....
69	المطلب الثاني: القطاع الصحي في اليمن قبل إعلان الوحدة
71	المطلب الثالث:التطورات التي شهدتها قطاع الصحة خلال الفترة من 1991-2004م.....
78	المطلب الرابع: تطور القطاع الصحي في اليمن خلال الفترة من 2005م-2010م.....
80	المبحث الثاني: النظام الصحي اليمني.....
80	المطلب الأول : النظام الصحي (التعريف والوظائف والأهداف).....
82	المطلب الثاني : القطاع العام في النظام الصحي اليمني.....
86	المطلب الثالث: القطاع الخاص والخيري في النظام الصحي اليمني.....
88	المطلب الرابع: إدارة ضمان الجودة في النظام الصحي اليمني.....
92	المبحث الثالث: واقع النظام الصحي في اليمن (المشاكل والتحديات).....
92	المطلب الأول : واقع القيادة والحوكمة والخدمات الصحية في النظام الصحي اليمني.....
95	المطلب الثاني : واقع الموارد البشرية والسياسة الدوائية في النظام الصحي اليمني.....
99	المطلب الثالث : واقع التخطيط الصحي ونظم المعلومات في النظام الصحي اليمني.....
100	المطلب الرابع: واقع البنية التحتية والتمويل في النظام الصحي اليمني.....
105	المبحث الرابع: واقع وآفاق إصلاح القطاع الصحي في اليمن.....
105	المطلب الأول: مفهوم الإصلاح وأهميته في مواجهة تحديات النظام الصحي اليمني.....
107	المطلب الثاني : الإستراتيجية الوطنية لإصلاح القطاع الصحي 1996-2005.....
108	المطلب الثالث:الخطة الخمسية الثالثة للتنمية الصحية 2006-2010م.....
111	المطلب الرابع : الإستراتيجية الوطنية الصحية 2010-2025.....
117	خلاصة الفصل الثاني:
118	الفصل الثالث: دور نظام الجودة في تحسين أداء مستشفى 48 النموذجي (دراسة حالة).....
119	المبحث الأول : تجربة مستشفى 48 في تطبيق نظام الجودة.....
119	المطلب الأول : نبذة تعريفية عن مستشفى 48 النموذجي وأهم إنجازاته.....
123	المطلب الثاني: عناصر القوة والضعف في المستشفى.....
127	المطلب الثالث : تطبيق نظام الجودة الشاملة في مستشفى 48 النموذجي.....
131	المبحث الثاني : نتائج تقييم المستشفى بمعايير الأداة العربية لاعتماد المؤسسات الصحية.....
131	المطلب الأول : معايير الأداة العربية لاعتماد المؤسسات الصحية.....
135	المطلب الثاني : نسب تطابق المستشفى مع معايير رعاية وسلامة المريض.....

139	المطلب الثالث : نسب تطابق المستشفى مع معايير الإدارة والخدمات المجتمعية.....
143	المطلب الرابع : مستوى الاعتماد الذي ينطبق على حال مستشفى 48 النموذجي.....
146	المبحث الثالث : تقييم المرضى لمستوى الأداء الذي وصل إليه مستشفى 48 النموذجي.....
148	المطلب الأول : الخصائص الديموغرافية لعينة الدراسة.....
151	المطلب الثاني : رأي المرضى حول أداء العاملين في المستشفى.....
153	المطلب الثالث: دور التجهيزات والتسهيلات المتوفرة في رفع مستوى الجودة.....
154	المطلب الرابع: رأي المرضى حول جودة الخدمات التي تقدم في المستشفى.....
156	المبحث الرابع: دور نظام الجودة في تحسين أداء المستشفى من وجهة نظر العاملين فيه.....
156	المطلب الأول : الخصائص الديموغرافية لعينة الدراسة.....
160	المطلب الثاني : مستوى الرضا الوظيفي لموظفي المستشفى.....
162	المطلب الثالث: درجة التزام إدارة المستشفى بتطبيق نظام الجودة.....
164	المطلب الرابع: درجة التحسن في أداء المستشفى بعد تطبيق نظام الجودة.....
168	خلاصة الفصل الثالث:
170	الخاتمة العامة:.....
180	المراجع والمصادر:
192	الملاحق:.....

المستخلص

تناولت هذه الدراسة موضوع نظم الجودة والاعتماد والدور الذي تلعبه في تحسين أداء المرافق الصحية في اليمن، من خلال دراسة تجربة مستشفى 48 النموذجي في تطبيق نظام الجودة الشاملة. وقد هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على واقع القطاع الصحي اليمني والمشاكل والتحديات التي يعاني منها، في محاولة للوصول إلى عدد من الحلول والمقترحات التي من شأنها معالجة هذه المشاكل ومواجهة تلك التحديات. كما هدفت هذه الدراسة أيضاً إلى التعرف على الدور الذي لعبه تطبيق نظام الجودة الشاملة في تحسين أداء مستشفى 48 النموذجي والرقى بجودة خدماته إلى المستوى الذي يمكنه من الحصول على شهادة في الجودة من هيئة دولية للاعتماد. وقد تم اعتماد الاستبيان كأداة لجمع البيانات من المرضى والعاملين في المستشفى، وكانت حجم العينة هي 100 مريض و100 موظف، وقد استخدم الوسط الحسابي كأداة لتحليل نتائج الاستبيان. كما تم تقييم درجة مطابقة المستشفى لمعايير الأداة العربية لاعتماد المؤسسات الصحية.

وقد خرجت الدراسة بعدة نتائج أهمها : تلعب نظم الجودة والاعتماد دوراً تكاملياً في تحسين أداء المرافق الصحية، حيث توفر نظم الجودة أدلة العمل وخطوات ومتطلبات تحقيق الجودة وتحسين الأداء، في حين تعتبر نظم الاعتماد وسيلة للقياس والتقييم لمعرفة المستوى الذي وصلت إليه المؤسسة في تطبيق وتوفير متطلبات تحقيق الجودة وتحسين الأداء، وقد بينت الدراسة بأن مستوى جودة الخدمات الصحية التي يقدمها قطاع الصحة اليمني مازال متدنياً، كون هذا القطاع يعاني من عدد من المشاكل يأتي في مقدمتها عدم كفاية النفقات الحكومية المخصصة لهذا القطاع، بالإضافة إلى قلة اهتمام قيادته بتطبيق برامج ونظم الجودة، كما أكدت الدراسة الميدانية بأن تطبيق نظام الجودة الشاملة قد لعب دوراً بارزاً في تحسين أداء مستشفى 48 النموذجي والرقى بجودة خدماته إلى المستوى الذي يمكنه من التسجيل المبدئي للحصول على شهادة اعتماد من هيئة دولية.

الكلمات المفتاحية

الجودة، الأداء، نظام الجودة، الخدمة الصحية، نظام الاعتماد، القطاع الصحي، المرفق الصحي.

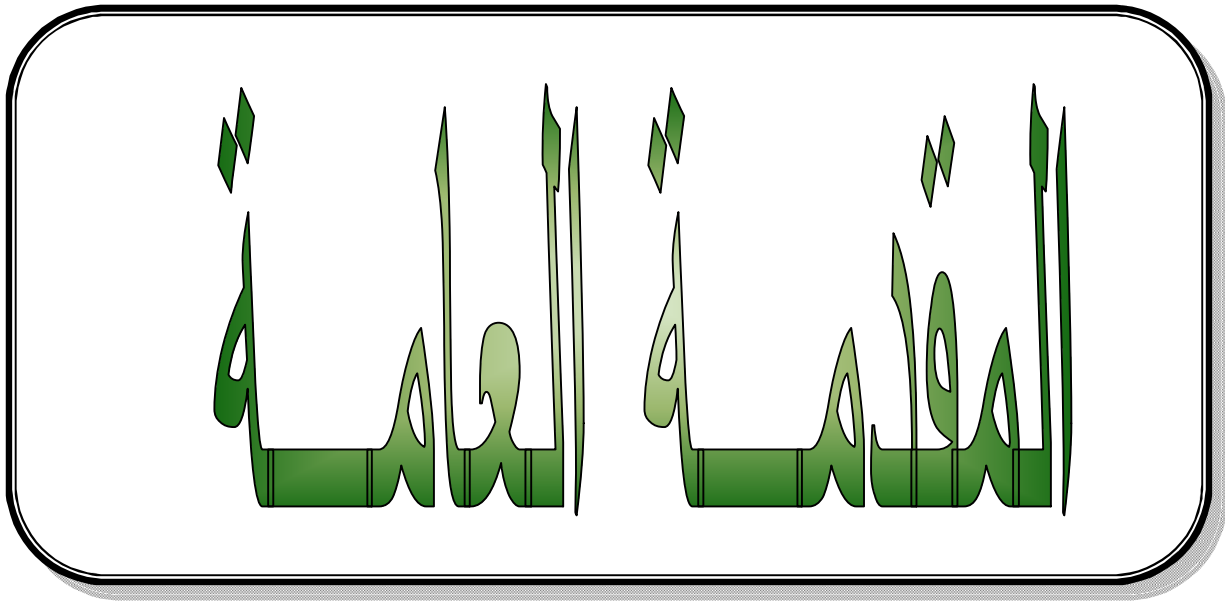
Abstract

This study deal with the quality and credit systems and its role which play in the performance improvement for the Yemen's health institutions, through the study of the 48 model hospital experience in TQM implementation. The aim of this research is to study the identify the reality of the health sector in Yemen, problems and challenges that suffer from it, in order to find number of solutions and proposes that dealing with these problems and challenges. Also this study aim to identify the role of total quality system in the 48 model hospital performance improvement and its service quality level which enable it to achieve the international quality certification.

The research depend on the Survey questionnaire as a tool for data collection from the sick's and employees in the hospital, and the research sample consists of 100 sick's and 100 employee. the study use the mean as a tool for result analysis. Also the verification of hospital conformance to defined criteria in the Arabic healthcare institution. This study achieve many findings and take their importance: the credit quality systems play an integration role in the health institution's performance improvement, and offer the work manual, procedures, requirements that achieve the quality, also the credit system is a tool to measure and evaluate the level of quality implementation in the institution and performance improvement, the study identify the level of the health service quality which offered by the Yemen's healthcare sector are in the lowest level, because this sector suffer from many problems, at the top of this problems an insufficient government expenses which allocated to this sector, also little leadership interest in the quality system program implementation, the field study emphasis the implementation process of the total quality system play important role in performance improvement for 48 model hospital and the services quality improvement, that enable the hospital to register in the international quality certification.

Keywords

Quality, Performance, Quality System, Healthcare service, Accreditation system, Healthcare sector, healthcare institution.



مقدمة

يختلف قطاع الخدمات عن غيره من القطاعات الاقتصادية الأخرى، من حيث طبيعة المنتجات التي يقدمها، فهو لا ينتج سلعا كالسلع الغذائية والسلع البتروكيماوية على سبيل المثال، وإنما يقوم بدور آخر لا يقل أهمية عن غيره من القطاعات الإنتاجية. يتمثل هذا الدور في إنتاج وتزويد القطاعات الأخرى بالخدمات اللازمة لاستمراريتها ونموها، وأي ضعف في ذلك الدور سوف ينعكس سلباً وبطريقة مباشرة على إنتاج تلك القطاعات، وبالتالي على الاقتصاد الوطني، وهذا مما لا شك فيه سبب كاف لأن توجه الدولة جهودها نحو تنمية هذا القطاع وتطويره وتذليل الصعوبات التي تعيق مسيرته.

ومن ثم فقد اهتمت المؤسسات بتخصيص وحدة تنظيمية في هيكلها يكون محور عملها القيام بكل ما تتطلبه جودة الخدمة وما تعنيه، وما هي محدداتها وكيف يمكن قياسها، وتحديد الفرق بين مقدار ما هو مدرك من المتطلبات الخاصة بهذه الوحدة التنظيمية، والمتوقع تحقيقه من جودة الخدمة، وكيف يمكن تحقيقها. فالمسئولية المتعلقة بجودة الخدمة مسئولية مشتركة بين كل من العمليات الإنتاجية، التسويق، والموارد البشرية والإدارات الأخرى داخل المنظمة. كما أن قضايا جودة الخدمة اهتم بها الأكاديميون والممارسين، ورجال التسويق على وجه الخصوص، منذ أكثر من ثلاثة عقود. وقد نتج هذا الاهتمام، عن الأهمية المتزايدة لقطاع الخدمات في الاقتصاديات المتطورة والنامية، وشملت منظمات القطاعين العام والخاص الربحية وغير الربحية، التي تظم الصناعات الخدمية مثل : خدمات التسويق، الرعاية الصحية، السياحة، الخدمات الاحترافية، النقل والاتصالات، التي يتركز نشاطها على الخدمات والمنتجات.

ومع التطورات العالمية التي تشهدها البشرية في مجال الصحة، من خلال تطور البحث العلمي وتطبيق معايير الجودة في هذا المجال، ونتيجة للمشاكل التي يعاني منها القطاع الصحي في مختلف دول العالم، أصبح لزاماً على هذه الدول ومن ضمنها اليمن، العمل على تطبيق برامج وأنظمة ومعايير الجودة الصحية كخطوة أساسية في إصلاح هذا القطاع الهام، من أجل الرقي بجودة الخدمات الصحية التي تقدم في مختلف المرافق التابعة له.

أهمية الدراسة

تتمثل أهمية هذه الدراسة في الآتي :

1. الخدمات الصحية تعد من أهم الخدمات التي يجب على الدولة الالتزام بتوفيرها للمجتمع، كونها تعد من الاحتياجات الأساسية لأي إنسان، وأن توفيرها بجودة عالية هو من أولى

- الأولويات، كونها مرتبطة بحياة الإنسان وصحته، ومن ثم كان لابد من تسليط الضوء على هذا القطاع خصوصاً من جانب ضبط الجودة.
2. محاولة تسليط الضوء على ما يتم تقديمه من خدمات صحية في مستشفى 48 النموذجي، ومستوى جودتها، ومستوى الأداء الذي وصل إليه المستشفى في تقديمه لهذه الخدمات، ومن ثم صياغتها في بحث علمي يكون في متناول القارئ فنتعم الفائدة، وتستفيد المرافق الصحية الأخرى من هذه التجربة لكي تحذو حذو هذا المستشفى.
 3. رقد المكتبة العربية واليمينية بمرجع آخر في جودة الخدمات الصحية.

أهداف الدراسة

يهدف الباحث من خلال هذه الدراسة إلى تحقيق الآتي :

1. التعريف بنظم الجودة ومراحل تطبيقها في المؤسسات الصحية، والمعايير المستخدمة في تقييم أدائها.
2. التعريف بالخدمة الصحية وأهميتها والخصائص التي تتميز بها عن غيرها من الخدمات.
3. التعريف بنظام ومعايير اعتماد المؤسسات الصحية ودوره في تحسين أداء هذه المؤسسات وتحسين جودة خدماتها.
4. التعرف على واقع القطاع الصحي اليمني، و على المشاكل والتحديات التي يعاني منها، واستعراض الاستراتيجيات التي تبنتها وزارة الصحة العامة والسكان في إطار إصلاح هذا القطاع.
5. تقييم مدى تحسن أداء مستشفى 48 النموذجي ومدى التحسن في جودة خدماته نتيجة تطبيقه لنظام الجودة الشاملة.
6. لفت انتباه المسؤولين عن إدارة القطاع الصحي اليمني إلى الدور الذي يلعبه تطبيق نظم وبرامج الجودة في تحسين أداء المرافق الصحية والرقى بجودة خدماتها.

مببرات اختيار الموضوع

تتمثل أهم مببرات اختيار الباحث لهذا الموضوع في الآتي :

1. اهتمام الباحث بموضوع جودة الخدمات الصحية كونه احد العاملين في القطاع الصحي.
2. قلة البحوث والدراسات العربية التي تناولت موضوع جودة الخدمات الصحية حسب علم الباحث.
3. موضوع الجودة في الخدمات الصحية هو من المواضيع الحديثة ومحور النقاش في العديد من المؤتمرات والندوات المحلية والدولية.

الإشكالية

تعد الخدمات الصحية من الخدمات الأساسية لأي مجتمع؛ لأنها تمس حياة الإنسان مباشرة، وهي من الخدمات التي يلتقي فيها كل من المنتج والمستهلك بصورة مباشرة، وبالأخص في البلدان التي لا تمتلك تطوراً تكنولوجياً تستطيع من خلاله التقليل من كثافة الاتصال المباشر،

والجمهورية اليمنية هي إحدى الدول النامية التي يشكو مواطنوها من تدني جودة الخدمات الصحية في مختلف المرافق الصحية، الأمر الذي جعل العديد من المرضى يقررون السفر إلى الدول العربية والأجنبية للبحث عن الخدمات الصحية التي لم يجدوا لها حل في المرافق الصحية اليمنية، نظراً لغياب نظام واضح ومكتمل لتحقيق الجودة في معظم المرافق الصحية في اليمن، وعدم الاهتمام بتطوير وتطبيق معايير قياس يمكن استخدامها للكشف عن مواطن الضعف المتعلقة بجودة الخدمة الصحية. وعلى هذا الأساس يمكن طرح الإشكالية الآتية : ماهو دور أنظمة الجودة في تحسين أداء المرافق الصحية اليمنية بصورة عامة ومستشفى 48 النموذجي بصورة خاصة؟

ومن هذه الإشكالية يمكن طرح الأسئلة الفرعية الآتية :

1. كيف تعمل نظم الجودة والاعتماد على تحسين أداء المنظمات التي تقدم الخدمات الصحية؟
2. ماهي أهم التحديات والمشاكل التي يعاني منها قطاع الصحة اليمني ؟ وماهو مستوى جودة خدماته؟ و مامدى اهتمام و تركيز استراتيجيات وخطط إصلاح هذا القطاع على تطبيق برامج ونظم الجودة كحل أساسي في تحسين جودة وأداء المرافق الصحية ؟
3. ما هو دور نظام الجودة في تحسين أداء مستشفى 48 النموذجي ؟ وما مدى إدراك المرضى والعاملين في المستشفى لهذا التحسين ؟

الفرضيات

وللإجابة على الإشكالية العامة وأسئلتها الفرعية يطرح الباحث الفرضيات الآتية :
الفرضية الأولى : تعمل نظم الجودة والاعتماد بشكل تكاملي على تحقيق التحسين المستمر في أداء المؤسسات والمرافق الصحية. حيث يوفر نظام الجودة آلية ومراحل ومتطلبات التنفيذ، في حين يوفر نظام الاعتماد آلية القياس والمقارنة بغرض التقييم.
الفرضية الثانية: تقدم معظم المرافق الصحية في قطاع الصحة اليمني خدمات صحية ذات مستوى متدني من الجودة. كما أن القطاع الصحي يعاني من عدة مشاكل أهمها عدم كفاية الإنفاق الحكومي على الصحة، وعدم اهتمام مسؤولي هذا القطاع بالجودة بدرجة كافية.
الفرضية الثالثة : لعب نظام الجودة الشاملة دوراً بارزاً في تحسين أداء مستشفى 48 النموذجي والرقى بجودة خدماته إلى المستوى الذي يمكنه من الحصول على شهادة اعتماد من هيئة دولية لاعتماد المؤسسات الصحية.

المنهج المتبع

استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي بهدف التوصيف الدقيق لإشكالية الدراسة، وتوضيح أبعادها، وتحليل النتائج التي تم التوصل إليها من خلال عملية التقييم التي أجريت أثناء دراسة الحالة التي أجراها الباحث على مستشفى 48 النموذجي.

أدوات الدراسة

اعتمد الباحث في جمع المعلومات المتعلقة بالجانب النظري من دراسته على عدد من المراجع من كتب ورسائل علمية، وكذا المجلات والدوريات العلمية المحكمة، بالإضافة إلى مواقع الانترنت والتقارير الحكومية ذات العلاقة.

أما في الجانب العملي (دراسة الحالة)، فقد حصل الباحث على البيانات الأولية باستخدام أساليب جمع البيانات الأولية المتمثلة بـ المقابلة الشخصية، الملاحظة و الاستبيان الذي تم بنائه وفقاً لمقياس وأوزان سلم ليكارت الخماسي (Likert Scales)، وقد اعتمد الباحث على الوسط الحسابي كأداة لتحليل نتائج الاستبيان، كما قام الباحث بإجراء تقييم للمستشفى باستخدام معايير الأداة العربية لاعتماد المؤسسات الصحية.

حدود الدراسة

تقتصر حدود الدراسة على القطاع الصحي اليمني خلال الفترة التي سبقت قيام الثورة اليمنية عام 1962 إلى غاية عام 2010م، كما أجرى الباحث دراسة حالة لتجربة مستشفى 48 النموذجي في تطبيق نظام الجودة الشاملة.

الدراسات السابقة

لقد تسنى للباحث الوقوف على جملة من الدراسات السابقة، كان أهمها مايلي :

1. دراسة "عدمان مريزق" و التي كانت في إطار الحصول على شهادة دكتوراه في علوم التسيير بكلية العلوم الاقتصادية و علوم التسيير بجامعة الجزائر سنة 2008م، و المعنونة بـ "واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية، دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة"، و التي كانت الإشكالية الرئيسية فيها هي: ما هو واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية بالجزائر العاصمة؟ وقد توصلت هذه الدراسة إلى النتائج الآتية:
 - أن المريض ليس راض عن بعض جوانب تقديم الخدمة، والمتمثلة أساسا في نظام التغذية، النظافة، التكفل من قبل أفراد الطاقم شبه الطبي، وغيرها. في حين هو راضي عن التكفل الطبي، عن درجة حرارة الغرفة ودرجة الإضاءة.
 - أن أهم العقبات التي تواجه الطاقم شبه الطبي تتمثل في ظروف العمل، بالإضافة إلى عدم وضوح المهام وضعف التأطير.
 - أن العوائق التي تواجه الأطباء للقيام بعمل ذو جودة في قلة الوسائل، قلة التكوين ونقص التنظيم.

ركزت هذه الدراسة على التعرف على واقع جودة الخدمات الصحية في الجزائر، ومما يؤخذ عليها أنها لم توضح أهمية تطبيق نظم وبرامج الجودة في معالجة أسباب تدني مستوى الجودة والأداء في هذه المؤسسات، إضافة إلى أنها تجاهلت معايير نظم اعتماد المؤسسات الصحية.

2. دراسة "مجدي عبد الفتاح عبد الرحمن"، وكانت في إطار الحصول على درجة دكتوراه الفلسفة في إدارة الأعمال، سنة 2001 م بجامعة القاهرة كلية التجارة، والمعنونة بـ " دور إدارة الجودة الكلية في زيادة فعالية إدارة العمليات في صناعة الخدمات بالتطبيق على إدارة المستشفيات". سعت الدراسة للوقوف على مستوى فعالية إدارة العمليات بالمستشفى محل الدراسة قبل وبعد استخدام وسائل إدارة الجودة الكلية، حتى يمكن الوصول إلى منهج محدد لإدارة الجودة الكلية، والذي يمكن من زيادة فعالية إدارة العمليات بالمستشفيات، وبالتالي التغلب على أوجه القصور فيها.

هذه الدراسة ركزت كثيرا على الجانب الفني للجودة، دون الجوانب السلوكية، والمتمثلة أساسا في الاتصال والتعامل بين أطراف تقديم الخدمات ومتلقيها.

3. دراسة منيرة بن عطية والتي كانت في إطار الحصول على درجة الماجستير في علوم التسيير بكلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير بجامعة دالي إبراهيم سنة 2009م، والمعنونة بـ " إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي الجزائري، دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية لبوفاريك" جاء البحث للإجابة على الإشكالية التالية: "ما هو مستوى جودة الخدمات المقدمة في المؤسسات الصحية العمومية في الجزائر، وما هو مستوى الرضا الوظيفي فيها؟ وقد توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية :

- المرضى لم يكونوا راضين على بعض الخدمات التي تقدمها المؤسسات الصحية العمومية، خاصة نظام التغذية فيها، في حين أبدوا رضا عالي عن الاستقبال، الهدوء في المصلحة التي يتلقون العلاج على مستواها، اهتمام و تكفل الطاقم الطبي و شبه الطبي، ورضا متوسط عن النظافة، رفاهية السرير وجودة الخدمات المقدمة لهم.
- أهم العراقيل التي تمنع الطاقم الطبي من النجاح و الوصول إلى نتائج جيدة هي نقص الوسائل و التجهيزات الطبية، إضافة إلى نقص فرص التكوين.
- أهم الصعوبات التي تواجه الطاقم شبه الطبي تتمثل في ظروف العمل التي تبدو غير ملائمة.
- أهم النقائص التي يعاني منها عمال الإدارات هي نقص فرص التكوين، إضافة إلى النقص الكبير في عدد الإداريين بالمستشفى وفي وسائل العمل اللازمة.

ركزت هذه الدراسة على التعرف على واقع جودة الخدمات الصحية، كما ركزت على توضيح أهمية ومراحل تطبيق نظام الجودة الشاملة فقط، ومما يؤخذ عليها أنها لم توضح أهمية تطبيق نظم ومعايير اعتماد المؤسسات باعتبارها نظم جودة مخصصة للتطبيق في المؤسسات الصحية.

4. دراسة هيفاء بنت فؤاد مختار، التي كانت في إطار الحصول على درجة الماجستير في إدارة الأعمال بكلية الاقتصاد والإدارة بجامعة الملك عبد العزيز في المملكة العربية السعودية سنة

2003م، والتي كانت بعنوان " دور إدارة الجودة الشاملة في الارتقاء بالخدمة الصحية : دراسة تطبيقية على اتجاهات المرضى ورؤساء الأقسام في مستشفى الملك فهد بمحافظة جدة"، وقد تركزت مشكلة البحث في التعرف على مدى وجود فروق بين اتجاهات المرضى المقيمين ورؤساء الأقسام نحو جودة الخدمة الطبية المقدمة فعلياً بمستشفى الملك فهد العام من جهة، ومن جهة أخرى التعرف على مدى وجود فروق بين اتجاهات المرضى المقيمين نحو كل من جودة الخدمة الطبية المقدمة فعلياً وجودة الخدمة الطبية المتوقعة، وقد تمخض البحث عن نتائج عديدة من أهمها :

- توجد فروق جوهرية بين اتجاهات المرضى المقيمين نحو كل من جودة الخدمة الطبية المقدمة فعلياً وجودة الخدمة الطبية المتوقعة في كافة المتغيرات ما عدا متغير (المعلومات والاتصالات وتقنياتها).

- لا توجد فروق جوهرية بين كل من اتجاهات المرضى المقيمين ورؤساء الأقسام نحو جودة الخدمة المقدمة فعلياً في كافة المتغيرات ما عدا متغير (المعلومات والاتصالات وتقنياتها) ومتغير (المبنى وتجهيزاته والتسهيلات).

- لا تختلف اتجاهات رؤساء الأقسام نحو جودة الخدمة الطبية المقدمة فعلياً باختلاف خصائصهم الديموغرافية، بينما بالنسبة لاتجاهات المرضى المقيمين وجد اختلاف وفقاً لخصائص أو متغيرات العمر والمؤهل الدراسي.

ركزت هذه الدراسة على قياس اتجاهات العملاء الداخليين والخارجيين نحو جودة الخدمات المقدمة من طرف المستشفى. ويؤخذ عليها أنها أهملت جانب التحسن في الأداء.

5. دراسة سماح عبد الرحيم ريس والتي كانت في إطار الحصول على درجة الماجستير في إدارة الأعمال بكلية الاقتصاد و الإدارة بجامعة الملك عبد العزيز سنة 2003م، والتي كانت بعنوان " مدى فعالية تطبيق نظم الجودة في المستشفيات الخاصة بمحافظة جدة"، وقد تركزت مشكلة الدراسة في معرفة مدى فعالية تطبيق نظم الجودة في المستشفيات الخاصة بمحافظة جدة، وقد توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية :

- أن قصور الوعي بمفهوم الجودة لدى العاملين في القطاع الصحي السعودي يؤثر سلبياً على تطبيق نظم الجودة في هذا القطاع.

- أن عمليات التحسين والتطوير في الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفيات لا تلقى الاهتمام الكافي.

- عدم وجود نظام متكامل يعمل على توثيق ومراجعة نظام الجودة بما يحقق كفاءة الأداء.

- ضعف مشاركة جميع الأفراد في مسؤولية التنسيق والتوجيه والمتابعة المنهجية الشاملة لنشاطات الجودة داخل المستشفيات.

ركزت هذه الدراسة على فعالية تطبيق نظم الجودة في المستشفيات الخاصة، ومما يؤخذ عليها أنها لم تتطرق إلى فعالية تطبيق نظم ومعايير اعتماد المؤسسات الصحية.

هيكل الدراسة

ينقسم البحث إلى ثلاثة فصول، تناول الفصل الأول توضيح دور نظم الجودة والاعتماد في تميز أداء الخدمات الصحية، من خلال التعريف بأنظمة الجودة، وتميز الأداء، التعريف بالخدمة الصحية وخصائصها، بالإضافة إلى عرض موضوع تقييم الأداء في المؤسسات الصحية، ومن ثم التطرق إلى موضوع أنظمة جودة الخدمة الصحية، وأخيراً التعريف بنظام ومعايير اعتماد المؤسسات الصحية.

بينما تناول الفصل الثاني التعرف على واقع القطاع الصحي اليمني وأفاق إصلاحه، وذلك من خلال استعراض التطور التاريخي لهذا القطاع، ومن ثم التعريف بالنظام الصحي اليمني، وبعد ذلك تم استعراض واقع النظام الصحي في اليمن (المشاكل والتحديات)، وقد تناول المبحث الأخير من هذا الفصل واقع وأفاق إصلاح القطاع الصحي في اليمن.

وقد تناول الفصل الثالث دراسة دور تطبيق نظام الجودة الشاملة في تحسين أداء مستشفى 48 النموذجي (دراسة حالة)، من خلال تسليط الضوء على تجربة المستشفى في تطبيق نظام الجودة الشاملة، ثم استعراض نتائج تقييم درجة مطابقة المستشفى لمعايير الأداة العربية لاعتماد المؤسسات الصحية، ومن ثم استعراض وتحليل نتائج استمارات الاستبيان الخاصة بالمرضى المراجعين للمستشفى، وأخيراً استعراض وتحليل نتائج الاستبيان الموزع على العاملين في مستشفى 48 النموذجي.

الفصل الأول

دور أنظمة الجودة والاعتماد
في تمييز أداء الخدمات الصحية

الفصل الأول : دور نظم الجودة والاعتماد في تميز أداء الخدمات الصحية

تمهيد

إن توفير وتحسين الخدمات الصحية هو المبرر لوجود أي نظام صحي وهدفه ومسئوليته الأولى. وسعيًا إلى تحسين الصحة، انصب الاهتمام في تطوير النظم الصحية، على تحسين كفاءة وفعالية المنظمات الصحية في تقديم خدماتها وتحسين جودتها. كما أدى دخول القطاع الخاص كشريك للقطاع العام في تقديم الخدمات الصحية إلى زيادة الحاجة إلى التميز من أجل البقاء؛ بسبب احتدام المنافسة بين المنظمات الصحية من جهة، والتطور المستمر في احتياجات وتوقعات المجتمع من هذه المنظمات من جهة أخرى. ونتيجة لارتباط الخدمات الصحية بحياة الإنسان وصحته مباشرة، دخل نظام الرعاية الصحية غمار حقبة جديدة، يسعى فيها إلى تيسير الحصول على رعاية صحية عالية الجودة قليلة التكاليف، تفي بحاجة المجتمع وتوقعاته وتحقق رضاه. وهنا برزت أهمية تطبيق نظم وبرامج الجودة في قطاع الخدمات الصحية. وأصبح الاهتمام بالجودة هو المقياس الأساسي الذي من خلاله تستطيع المنظمة الصحية التعرف على مستوى أدائها و تحقيق التميز فيه وليس فقط البقاء ضمن الإطار التنافسي مع المنظمات الأخرى.

كما إن الجودة المقدمة للمريض تعتمد على أطراف عديدة في المنظمة، حيث أن أي خطأ طبي من أي طرف من هذه الأطراف في أي جانب من جوانب تقديم هذه الخدمات غير مقبول البتة، وهذا يتطلب وجود نظام فعال لتقييم الأداء في النظام الصحي، فوجود قصور في نظام تقييم الأداء، قد لا يمكن من التعرف على المشاكل والعقبات التي تؤثر سلباً بشكل مباشر أو غير مباشر على المريض؛ من أجل إبرازها وإيجاد الحلول المناسبة لها؛ لأن هناك بعض الأخطاء التي تصدر أحياناً بسبب اللامبالاة أو الجهل بمقومات أداء المهنة و الإتكالية المتناهية من قبل بعض العاملين الصحيين... الخ. وهذا كله يقود إلى تطبيق نظم وبرامج الجودة.

بدأ تطبيق نظم الجودة في الرعاية الصحية منذ فترة ليست بعيدة، ووضعت العديد من المعايير المتعلقة بضبط جودة الخدمات الصحية، وأنشأت العديد من المنظمات الدولية المتخصصة في تحسين جودة الخدمة الصحية وتحقيق التحسين المستمر في أداء المنظمات الصحية، مثل: منظمة الصحة العالمية واللجنة المشتركة الدولية لاعتماد المؤسسات الصحية وغيرها. كما أن حداثة نظم الجودة وسرعة التغير المطلوبة لمجاراة التطور السريع في المجال الصحي، تتطلب من الجميع العمل على إنجاز هذه النظم في كل المستويات الصحية. وهذا بدوره يتطلب : التعريف بها، نشر الوعي بأهميتها وكيفية ومتطلبات تطبيقها. ومن أجل إعطاء تصور كامل عن دور نظم الجودة في تحقيق التميز في الأداء في المنظمات التي تقدم الخدمات الصحية، قسم هذا الفصل إلى أربعة مباحث، تناول المبحث الأول توضيح مفهوم ونماذج نظم الجودة، بينما خصص المبحث الثاني للتعريف بالخدمات الصحية وخصائصها وتصنيفاتها، كما تناول هذا المبحث أيضاً مفهوم الأداء المتميز ومفهوم وأهمية تقييم الأداء في المنظمات الصحية، و أهم معايير تقييم الأداء في المستشفيات، في حين تناول المبحث الثالث توضيح مفهوم وأهمية الجودة في الخدمات الصحية، بالإضافة إلى توضيح مفهوم ومراحل تطبيق نظم الجودة الشاملة في المؤسسات والمرافق الصحية، وأخيراً خصص المبحث الرابع للتعريف بنظام ومعايير اعتماد المؤسسات الصحية باعتباره احد نظم الجودة الهادفة إلى تحسين الجودة والأداء في المنظمات الصحية.

الفصل الأول : دور نظم الجودة والاعتماد في تميز أداء الخدمات الصحية

المبحث الأول : مفهوم ونماذج نظم الجودة

لاشك أن نظم الجودة تحتاج إلى الكثير من التحضير والإعداد للتعريف بها وتوضيح أهميتها وكيفية تطبيقها، فليس من السهل على العاملين أن يقبلوا بتقييم الأداء والتحسين الذاتي، لأن ذلك سيؤدي إلى النقد الذاتي وإبراز العيوب والأخطاء، ومن ثم تحديد أسباب تلك العيوب ومناقشتها بكل تجرد لغرض إيجاد أفضل السبل لحلها. فعلى الرغم من أن العاملين مهنيين مهنيًا وتعليميًا في مجالات تخصصاتهم إلا أنهم بحاجة إلى برامج تدريب وتعليم مستمر على أسس ومبادئ ومتطلبات الجودة، وإعطاء الجدية المطلوبة والانتباه أثناء تأدية الواجب، فوجود قواعد موثقة تنظم العمل في المنظمة، هي الخطوة الأولى في تطبيق نظم الجودة، التي تؤدي في النهاية إلى تحسين مستوى أداء المنظمة.

لذلك خصص هذا المبحث للتعريف بنظم الجودة من خلال أربعة مطالب، تناول المطلب الأول توضيح مختصر حول مفهوم الجودة ومراحل تطورها وإبراز روادها، أما المطلب الثاني فقد خصص لتوضيح مفهوم نظام الجودة، بينما تناول المطلب الثالث نظام إدارة الجودة (ISO)، وأخيرا استعرض المطلب الرابع مفهوم الجودة الشاملة كنظام إداري.

المطلب الأول : مفهوم الجودة ومراحل تطورها وإبراز روادها

بدأ مفهوم الجودة في الظهور منذ بدأ الإنسان بالمفاضلة بين السلع والخدمات، وقد تطور هذا المفهوم مع تطور وتنوع حاجات ورغبات الإنسان وزيادتها، وقد استمر هذا المفهوم في التطور وصولاً إلى مفهوم الجودة الشاملة، الذي برز بشكل واضح في الثمانينات من القرن العشرين مؤكداً على جودة المدخلات والعمليات والمعايير والمخرجات وكل ما يتضمنه النظام الإنتاجي أو الخدماتي. وقد برز عدد من المفكرين والرواد الذين كانت لهم إسهامات واضحة وجلية في هذا الحقل المعرفي الهام. لذلك، خصص هذا المطلب للتعريف بالجودة ومراحل تطورها وإبراز روادها على النحو الآتي :

أولاً : مفهوم الجودة

يرجع أصل كلمة "الجودة" (Quality) إلى الكلمة اللاتينية (Qualities)، وتعني طبيعة الشخص أو طبيعة الشيء، أما عبر الحقب المختلفة للتاريخ الإنساني، فتعني "الدقة والإتقان"¹. كما عرفها قاموس (Oxford) بأنها "درجة التميز والأفضلية"². أما من حيث الاصطلاح فقد عرفت الجودة بعدة تعريفات منها :

1 الدرادكة مأمون سلمان، إدارة الجودة الشاملة وخدمة العملاء، عمان- الأردن، دار صفاء للطباعة والنشر والتوزيع، 2006م، ص15.
2 الطائي رعد عبد الله و قدارة عيسى، إدارة الجودة الشاملة، الطبعة العربية، عمان، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، 2008م، ص20.

الفصل الأول : دور نظم الجودة والاعتماد في تميز أداء الخدمات الصحية

- عرفها معهد الجودة الفدرالي بأنها "تحقيق متطلبات العميل من أول مرة وكل مرة. وعرفت وزارة الدفاع على أنها المطابقة مع مجموعة من متطلبات العميل والتي إذا ما تم تحقيقها فإنها تقود المنتج إلى أن يكون متوافق مع الاستخدام الذي صمم من أجله"¹.
- عرفت (ISO 9001:2000) الجودة رسمياً على أنها " السمات والخصائص الشاملة للمنتج أو الخدمة التي ترتبط بقدرتها على إرضاء الاحتياجات الواضحة والضمنية للعميل"².
- وعرفت الجودة بأنها "مجموعة من الصفات والخصائص والمعايير التي يجب أن تتوفر في المنتج وبما يتطابق مع ويلبي رغبات وتفضيلات العميل"³.

من خلال ماسبق نجد انه على الرغم من تعدد وجهات النظر في تعريف الجودة، إلا أنها تتفق حول ثلاث نقاط هي : إشباع حاجات العميل، تلبية متطلباته وتحقيق رضاه.

وبناءً على ما سبق يمكن تعريف الجودة على أنها مستوى الدقة والإتقان في إنتاج وتقديم السلع والخدمات الذي يجعلها مطابقة لمجموعة من الصفات والخصائص والمعايير، لتكون قادرة على تلبية متطلبات ورغبات العميل(سواء كان داخلي أو خارجي)، وتحقق رضاه من أول مرة وفي كل مرة.

ثانياً : مراحل تطور الجودة

لقد مرت الجودة في القرن العشرين بمراحل تدريجية، تطورت خلالها المبادئ والأسس التي تقوم عليها، حيث بدأت في اليابان ثم في الولايات المتحدة الأمريكية، وقد كان القطاع الصناعي محور التطور التاريخي لها، ثم امتدت سبل تطبيقها إلى كافة الميادين الاقتصادية الأخرى، إذ شملت القطاعات الإنتاجية السلعية والخدمية على حد سواء، ويمكن القول بان التطورات التاريخية للجودة مرت بخمسة مراحل أساسية هي⁴ :

1. مرحلة الفحص والتفتيش : ظهرت هذه المرحلة بظهور الثورة الصناعية وبرز حالات الإنتاج الكبير وضمور الإنتاج الحرفي، حيث استدعى الأمر وجود إدارة تهتم بالفحص والتفتيش للمنتجات النهائية، للتأكد من مطابقتها للمواصفات والمعايير القياسية. أي أن عمليات الفحص والتفتيش يتم انجازها بعد استكمال متطلبات الإنتاج.

1Stephen J. Andrie, "Total Quality Management in Public Transportation", Research Results Digest, October 1994--Number 3,p.36.

2Syed Imtiaz Haider, "ISO 9001:2000 Document Development Compliance Manual: a complete guide", CRC Press LLC , United States of America, 2001,p8.

3الصيرفي محمد، إدارة الجودة الشاملة، طريقك للحصول على شهادة الإيزو، الإسكندرية، مؤسسة حورس الدولية، 2006، ص18.

4 حمود خضير كاضم، إدارة الجودة وخدمة العملاء، ط3، عمان، الأردن، دار المسيرة للنشر والتوزيع، 2010م، ص ص 30-32.

الفصل الأول : دور نظم الجودة والاعتماد في تميز أداء الخدمات الصحية

2. مرحلة مراقبة الجودة : بدأت هذه المرحلة في أوائل القرن العشرين عندما قدم شيوارت (Shewart) الأساليب الإحصائية في مراقبة الجودة، وقد شاع استخدام الأساليب الإحصائية للسيطرة على المنتجات في الحرب العالمية الثانية واستمر حتى مرحلة الخمسينات من القرن الماضي ولا زالت تستخدم حتى الوقت الحاضر لكن بصور أكثر تطوراً من ذي قبل.

3. مرحلة توكيد الجودة : اتسمت هذه المرحلة بالتركيز على الجودة و التأكيد على اعتبارها ميزة تنافسية للمنتجات السلعية والخدمية، حيث أصبح ينظر إلى الجودة في ضوء الاعتبارات الآتية :

- دقة التصميم.
- دقة الأداء.
- دقة المطابقة.

4. مرحلة تكوين حلقات السيطرة النوعية : في هذه المرحلة اعتبرت النوعية مهمة أساسية لكل الأفراد العاملين داخل المنظمة كل حسب موقعه. وتعتبر هذه المرحلة ذات أهمية أساسية في بلوغ ما وصلت إليه الجودة الشاملة من تطورات ملحوظة في مختلف حقول الإنتاج سواءً السلعي أو الخدمي.

5. إدارة الجودة الشاملة : ظهرت هذه المرحلة نتيجة لثورة التكنولوجيا والمعلوماتية التي أدت إلى جعل العالم قرية صغيرة، وظهور التجارة الحرة والتوسعات التي شهدتها المجتمعات في ضوء أبعاد العولمة. فالمستهلك أصبح قادراً وبصورة سريعة على تحقيق الاتصال والمفاضلة بين العديد من السلع والخدمات المعروضة، هذا الاتجاه جعل الإدارة العليا للمنظمة تركز على ثلاث مقومات أساسية للجودة هي :

- استمرارية التحسين والتطوير.
- مساهمة كافة العاملين.
- تحقيق رضا المستهلكين.

فالجودة الشاملة، تعد حصيلة أساسية للتطورات التي شهدتها العالم ومنظماته الاقتصادية. وقد عرفها (جوبال) على أنها فلسفة إدارية تعزز الثقافة التنظيمية الملتزمة نحو إرضاء المستهلك عن طريق التحسين المستمر... حيث بنيت إدارة الجودة الشاملة على الثقافة التي تمكن الأفراد والجماعات، والمنظمات من تحسين أداءهم في جميع الأوقات. ثقافة ترشد المنظمات في رحلتها نحو التميز في العمل¹. فإدارة الجودة الشاملة هي فلسفة إدارية متكاملة تهدف إلى التحسين المستمر لأداء كل من المنتجات، العمليات والخدمات من أجل تحقيق توقعات العملاء والتفوق عليها². كما أن إدارة الجودة الشاملة تتطلب أداءً دقيقاً يمكن توقعه مقابل معايير محددة ذات مستوى عالٍ في جميع مجالات المنظمة³، وبالتالي فإن عملية القياس والتقييم والتدقيق هي من أهم أنشطة إدارة الجودة الشاملة المعروفة.

¹ Gopal K. Kanji, " Measuring Business Excellence", Taylor & Francis e-Library, 2005,p.4.

²Joanna Hing Yee Tsang, Jiju Antony, "Total quality management in UK service organisations: some key findings from a survey",Managing Service Quality, Volume 11, Number 2, 2001, p.132.

³Jon Choppin, "Total quality management - what isn't it?", Managing Service Quality, Volume 05, Number 1, 1995,p.49.

الفصل الأول : دور نظم الجودة والاعتماد في تميز أداء الخدمات الصحية

ثالثاً : أبرز رواد الجودة

إن فهم تطورات الجودة عند روادها سوف يساعد على إدراك هذه التقنية الإدارية ومبادئها الأساسية. ومن أبرز الرواد الذين كانت لهم إسهامات كبيرة ومتميزة في هذا الحقل المعرفي نذكر:

- ادوارد ديمينج (Adward Deming).
- جوزيف جوران (Joseph Juran).
- فيليب كروسي (Philip Crosby).
- أرمند فيجنباوم (Armand V. Feigenbaum).
- كارو ايشيكواوا (Kauro Ishikawa).

هؤلاء الرواد سوف يتم التعريف بهم والتركيز على أفكارهم الأساسية وبشكل مختصر بغية التعرف على المنطلقات والأسس الفكرية لإدارة الجودة الشاملة.

1. ادوارد ديمينج : يعتبر إدوارد ديمينج الأب الروحي لجودة الإنتاج ورقابة الجودة، كان أستاذاً متخصصاً في الإحصاء بجامعة نيويورك (1940)، اشتهر بمساهمته في نشر الرقابة الإحصائية على الجودة في اليابان في أوائل (1950) لأعمارها بعد الحرب العالمية الثانية، التي ارتبطت بعمله المتعلق بالرقابة الإحصائية على الجودة في الخمسينات. و جائزة ديمينج في اليابان هي شهادة تمنح اعترافاً بإسهاماته المتميزة في مجال الجودة والتي سبقت الجائزة الأمريكية مالكوم بالدرج بأربعة عقود. ومن أهم إسهاماته، نموذج ديمينج الذي يشمل (14) مبدأ*، الذي يمكن للمنظمات الاستفادة منها في وضع نموذج خاص بها لتحقيق الجودة. فمساهمته الأساسية لتقنيات إدارة الجودة كانت عبر فكرة أن التقليل من الاختلاف في العمليات الإنتاجية سوف يقود إلى زيادة الجودة لمخرجات الإنتاج. كما شددت فلسفة ديمينج على المساهمة الفعالة للعامل في الرقابة على العمليات الإنتاجية والحاجة إلى التحسين المستمر¹.

2. جوزيف جوران : أكد جوزيف جوران سنة 1989 على التحسينات المستمرة للجودة، ولكن مع التركيز على مشاركة الإدارة العليا في جودة التصميم، التخطيط والرقابة، كما اقترح أن الجودة جزء مكمل لخطة الشركة وأن عمليات التقييم للأداء لكل مدير مرتبط بنتائج الجودة².

3. فيليب كروسي : نادى كروسي في بداية الستينات بالعمل على أساس مبدأ العيوب الصفرية، وأكد على ضرورة تحقيق النقاط الآتية³:

أ. اعتماد مبدأ الوقاية ومنع الأخطاء النوعية (Prevention) وليس متابعتها بعد وقوعها؛

* لمزيد من الإطلاع راجع : البراوري نزار عبد المجيد، باشوية لحسن عبد الله، إدارة الجودة مدخل للتميز والريادة، ط1، عمان- الأردن، مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع، 2011، ص ص 84- 87.

¹ اسكندر جورج جيش، إدارة الجودة الشاملة كمدخل لتحسين الأداء" دراسة تطبيقية على قطاع البريد في مصر، أطروحة دكتوراه، كلية التجارة- جامعة عين شمس، 2004، ص 111.

² Lawrence R. Jauch, Robert A. Orwig, "A Violation of Assumptions: Why TQM Won't Work in the Ivory Tower", Journal of Quality Management, Vol. 2, No. 2, 1997 pp. 279-292.

³ الفزاز إسماعيل إبراهيم، الحديثي رامي حكمت، كوريل عادل عبد المالك، Six Sigma وأساليب حديثة أخرى في إدارة الجودة الشاملة، ط1، عمان- الأردن، دار المسيرة للنشر والتوزيع، 2009، ص 269.

الفصل الأول : دور نظم الجودة والاعتماد في تميز أداء الخدمات الصحية

- ب. إتمام أي عمل على أكمل وجه من أول مرة وفي كل مرة وبالوقت المطلوب؛
- ج. اعتماد نموذج العملية (Process Model) كأساس لتنفيذ الأعمال؛
- د. اعتبار المورد شريك في تحقيق وتطوير الجودة؛
- هـ. تطوير الجودة على أساس فرق ومجاميع العمل.
4. أرمند فيجنباوم : رأى أرمند فيجنباوم (Armand V. Feigenbaum) عام 1963، أن إدارة الجودة بدأت بالتركيز على العميل، حيث ركز في كتابه الموسوم بالرقابة الشاملة للجودة على الأفكار الآتية¹:
- أ. أن العملية الإنتاجية هي نظام متكامل يبدأ دائما بالعمل من خلال الاحتياجات التي يريدها وتنتهي أيضا بالعمل من خلال مدى الرضا عن السلعة المنتجة.
- ب. ضرورة إعادة النظر بالمفاهيم الكلاسيكية حول إدارة الجودة وهي :
- الدور التقليدي لوظيفة الفحص حيث لا تشمل الرقابة على عامة مراحل العملية الإنتاجية.
 - إن عمال الإنتاج هم المسؤولون فقط عن الجودة في المنظمة.
 - أن السعي لتحقيق مستوى معين في الجودة سيكلف المنظمة نفقات باهظة.
- ج. أن يتم بناء جودة المنتج في مرحلة التصميم من خلال ترجمة رغبات المستهلكين إلى خصائص ملموسة يجب أن تتوفر في السلع التي ستقدم لهم. وهذا ما يسمى بوظيفة بناء الجودة. وهذا الأمر يقتضي أن يتم تصميم المنتج أو الخدمة من خلال الاشتراك الجماعي بين عدة أطراف يمثلون العملاء، ووظيفة التسويق، والشراء، ومهندسي التصميم والتصنيع.
- د. هناك أهمية خاصة لوظيفة الشراء في الدورة الصناعية، حيث تميل أغلب الشركات إلى تطبيق ما يسمى "ببرنامج المورد الشريك"، حيث يلتزم من خلال هذا البرنامج المورد بتوريد مواد ذات مستوى متميز، الأمر الذي يؤدي إلى تقليل عملية فحص المواد التي يتم شراءها، وهذا الأمر يعتبر من الشروط الرئيسية لنظم التوريد.
5. كارو ايشكاوا : حول ايشكاوا (Ishikawa) عام 1985 عملية الاهتمام بالجودة إلى التركيز على العميل، ولكنه توسع في فكرة العميل لتشمل العملاء الداخليين بالإضافة إلى العملاء الخارجيين². وقبل ذلك حين أعلن عن تحقيق مبدأ العيوب الصفرية (Zero Defective) في اليابان عام 1980، إذ أوضح أن من بين الأسباب الرئيسية لما تقدم من نجاحات هو اعتماد الإدارة فلسفة إدارية تمثلت بتركيز الاهتمام على تحسين الجودة بنسبة أعلى بكثير من التركيز على الأرباح، وأوجز ركائز هذه الفلسفة الإدارية بتطبيق العوامل الخمسة التالية³:

¹ عبودي زيد منير، إدارة الجودة الشاملة، ط1، عمان - الأردن، دار كنوز المعرفة للنشر والتوزيع، 2006.

² Lawrence R. Jauch, Robert A. Orwig, Op.Cit, p. 290.

³ الفزاز إسماعيل إبراهيم، الحديثي رامي حكمت، كوريل عادل عبد المالك، مرجع سبق ذكره، ص 269-270.

الفصل الأول : دور نظم الجودة والاعتماد في تميز أداء الخدمات الصحية

- التحسين المستمر للجودة بجانب ثبات السعر، فقد أدى هذا لإجراء إلى زيادة حصة المبيعات في الأسواق ونتيجة لذلك تحققت زيادة ملموسة في الأرباح كتحصيل حاصل.
- تطوير العاملين بصيغة مبرمجة وبشكل دائم من خلال اعتماد برامج التدريب على الجودة وحلقات الجودة التي تعد الجزء المتميز لهذا البرنامج للمنفذين، والتعليم المستمر للمشرفين والإداريين مع تفويضهم الصلاحيات وإشراكهم بعملية اتخاذ القرارات في المراحل التي تمر بها السلعة بدءاً بالتصميم وانتهاءً بالتسويق بغية إكسابهم سمعة الشعور بالمسئولية.
- تهيئة الإمكانيات المادية والمهارات اللازمة للاستجابة السريعة لحاجات ومتطلبات المستهلكين المتسمة بالتقلبات السريعة والديناميكية المستمرة.
- وجوب اتخاذ القرارات في ضوء حقائق مؤكدة ومعلومات إحصائية دقيقة.
- اعتماد نظام كفؤ للاتصالات لحل معوقات العمل في الوقت المطلوب، مع التأكيد على وجوب تنفيذ الأعمال بشكل صحيح من أول مرة وتبيان حجم الخسائر المترتبة على عدم مطابقة أي عمل للمواصفات.

كثير هم من كتبوا حول الجودة*، ولكن المبادئ التي تم تطويرها من قبل رواد الجودة مثل : ديمنج وفيجنمبوم وجوران، فسرت روح إدارة الجودة الشاملة. حيث هناك اتفاق واسع أن أبعاد التحسين المستمر، التركيز على العميل، ونظم الإدارة المتكاملة مطلوبة بالكامل من أجل تطبيق فلسفة إدارة الجودة الشاملة. وعندما يتم النظر إلى إدارة الجودة الشاملة كنظام إداري كامل، فإن عملية تطبيقها ونجاحها النهائي يعتمد على قبول أصحاب المصلحة، الدعم، و التعديلات التنظيمية الشاملة¹.

المطلب الثاني : مفهوم نظام الجودة

إن تحقيق سياسات الجودة وأهدافها، وتنفيذ التزامات القيادات العليا يستوجب تأسيس نظام لكل منظمة، وهذا النظام هو ما يسمى بنظام الجودة، والذي يتألف من مجموعة من العناصر والمتطلبات، يختلف كل عنصر منها في درجة أهميته حسب النشاط ونوع الخدمة². وقد عُرف نظام الجودة على أنه نظام شامل لتأكيد الجودة مدون في وثائق صادرة عن المنظمة على شكل دليل جودة ودليل إجراءات، ودليل تعليمات العمل بالإضافة إلى القوائم والنماذج والسجلات اللازمة لهذا النظام³. ركز هذا التعريف لنظام الجودة على عملية التوثيق فقط.

* كثير من المفكرين هم من كتبوا في الجودة وكانت لهم إسهامات واضحة مثل : جينيتشي تاجوشي، شيجيو شينجو، توم بيتر، مالكوم بالدريج.....الخ.

¹ Lawrence R. Jauch, Robert A. Orwig, Op.Cit, p, p.280.

² زين الدين فريد، تخطيط المسار الوظيفي والتنمية الذاتية، برنامج تدريبي في المعهد الوطني للعلوم الإدارية في الجمهورية اليمنية، غير منشور، مركز الخبرات المهنية للإدارة " بميك"، القاهرة، 1997م، ص108.

³ العزاوي محمد عبد الوهاب، أنظمة إدارة الجودة والبيئة: Iso 9000&Iso 14000، ط1، عمان، دار وائل للنشر، 2002، ص165.

الفصل الأول : دور نظم الجودة والاعتماد في تميز أداء الخدمات الصحية

كما عُرف نظام الجودة على أنه كل شيء مرتبط بعملية تطبيق مدخل الجودة، ويشتمل على المسؤوليات، الخطط، الأنشطة، السلوكيات، والحوافز¹. على الرغم من إن هذا التعريف ركز على المدخلات والعمليات لنظام الجودة، إلا أنه تجاهل مخرجات النظام المتمثلة في إشباع حاجات المستهلك، وتحقيق رضاه.

وقد عرف أيضاً بأنه الهيكل التنظيمي، المسؤوليات، الإجراءات، العمليات والموارد المرتبطة بتطبيق إدارة الجودة².

من خلال هذا التعريف نجد إن الغاية الجوهرية من نظام الجودة هي توفير بنية هيكلية مؤيدة لتحقيق الجودة وتحسينها وتعريف العاملين بمهامهم، وبالنتائج المترتبة على عدم الالتزام بها، والقدرة على العمل الصحيح والاستغلال الكفء للموارد، وتوفير قنوات اتصال فعالة، لإيصال المعلومات بين الأقسام المختلفة في المنظمة والقائمين عليها.

من خلال ماسبق، يمكن تعريف نظام الجودة بأنه ذلك الإطار من العمليات الموثقة التي يتكامل فيها البناء التنظيمي، المسؤوليات، الإجراءات، الوسائل والبرامج المستخدمة في ضبط الجودة، مع الجهود المبذولة من قبل مختلف العاملين في المنظمة، من أجل تحسين الأداء ورفع مستوى جودة المنتجات (سلع أو خدمات) إلى المستوى الذي يجعلها قادرة على إشباع حاجات المستهلك، وتحقيق رضاه.

بهذا التعريف يمكن التمييز بين نظام الجودة ومصطلح إدارة الجودة الذي يرافقه عادةً، حيث يشير مصطلح إدارة الجودة إلى الجانب الأساسي من الوظيفة الإدارية الشاملة، الذي من خلاله تحدد سياسة الجودة وتنفذ. فإدارة الجودة هي المسؤولة عن تنسيق وتسيير أنشطة الجودة في المنظمة، فهي معنية بصفة خاصة باختيار العاملين وتدريبهم في مجال الجودة وتحسين الأداء. بالإضافة إلى تخصيص الموارد، والقيام برصد المشاكل، وإطلاق فرق التحسين وتقييم أدائها.

و لكي يكون نظام الجودة قاعدة صلبة لإدارة الجودة الشاملة فإنه يتطلب الآتي³ :

1. الطلب من منفذي الأنشطة والأعمال المختلفة القيام بتوثيقها بدلاً من فرضها عليهم؛
2. التأكد من فهم جميع العاملين لنظام الجودة؛
3. تصميم وثائق نظام الجودة بحيث يكون إرضاء المستفيدين الهدف النهائي للعملية؛
4. استخدام نظام الجودة وسيلة لمنع حدوث الأخطاء وتصحيحها، وتتبع تكرار حدوثها.

وهكذا سيكون نظام الجودة وبلا شك قادراً على توفير هيكل يحيط بالمعرفة التي يكون قادراً على الاستحواذ عليها، ترميزها، وتخزينها، استعدادتها واستثمارها لفائدة المنظمة⁴.

¹Stephen J. Andrie, "Total Quality Management in Public Transportation", Research Results Digest, October 1994--Number 3,p.37.

² Ken Searstone, " Total Quality Management: BS 5750 (ISO 9000, EN 29000)", Total Quality Management, Vol.2, No.3,1991,p.251.

³ ناصر عيسى وآخرون، الدليل العملي لإعداد وتطبيق الخطة الإستراتيجية للمؤسسة، نيقوسيا- قبرص، ناصر وعطاس وشركائهم، 1998م، ص46.

⁴Deb Stewart a; Dianne Waddell, "Knowledge Management: The fundamental component for delivery of quality", Total Quality Management & Business Excellence, Vol 19, N9, 2008, p.989.

الفصل الأول : دور نظم الجودة والاعتماد في تميز أداء الخدمات الصحية

المطلب الثالث : نظام إدارة الجودة (ISO)

نظام الجودة (ISO)، هو عبارة عن سلسلة من المقاييس. السلسلة الأولى من هذه المقاييس اعتمدت بشكل كبير على مقاييس (BS 5750) التي أسسها المعهد البريطاني للمقاييس (BSI). حيث تم إقرارها بقليل من التعديلات وأعيد إصدارها من قبل المنظمة العالمية للتقييس (ISO) وسميت مقاييس (ISO 9000)، والتي تم تبنيها على نطاق واسع من قبل المؤسسات في جميع أنحاء العالم.

إن (ISO 9000) هي عملية تسجيل للمنظمة تكتسبها عبر تحقيق مجموعة من المعايير الدولية في إدارة وتأكيد الجودة. والأيزو (ISO)، هي اختصار للمنظمة العالمية للتقييس (International Organization for Standardization)، التي طورت المعايير، والفحص، وعملية التأهيل من أجل تشجيع تجارة السلع والخدمات. كما إن سلسلة معايير (ISO 9000) هي نظام إداري موثق، تقدم كشهادة للمنظمة عبر طرف آخر. هذه المعايير تم تنظيمها بشكل عالمي. حيث صُممت لتؤكد للعملاء أن المنظمة حققت المستوى الأساسي من تأكيد الجودة عبر نظام إدارة جودة رسمي وموثق¹.

وقد تم إصدار أول نسخة من سلسلة معايير الجودة (ISO 9000) عام 1987 وتم تعديلها عام 1994². ومنذ ذلك التاريخ، وفرت هذه المعايير خبرة فريدة من التبني الطوعي و تأهيل الكيانات التنظيمية³. حيث غطت جميع المنظمات بجميع أحجامها عبر العالم. كما يتم تطوير هذه المواصفات بصفة دورية لكي تتلاءم مع التطورات المستمرة في مختلف الجوانب.

أولاً : نظام الجودة (ISO 9000:1994) : تم تقسيمه ليتضمن خمس مواصفات دولية يمكن للمنظمة اختيار إحداها وهي⁴:

1. (ISO 9000) : وهي مرشد يحدد مجالات تطبيق كل من المعايير الأخرى في هذه المجموعة، فهي المواصفة الأم، والتي اشتمت منها بقية المواصفات الأخرى. وتتضمن إرشادات للاختبارات والاستخدام وتتناول جميع الصناعات بما فيها تطوير البرمجيات الجاهزة.
2. (ISO 9001) : تتعلق بنظام الجودة في المنظمات الإنتاجية أو الخدمية التي يشمل عملها القيام بالتصميم، إضافة إلى الإنتاج والفحص والاختبار وخدمات ما بعد البيع، وتتضمن هذه المواصفة (20) عنصراً*.

* لمزيد من الإطلاع راجع : هلال محمد عبدالغني حسن ، مهارات إدارة الجودة الشاملة في التدريب (تطبيقات أيزو في التعليم والتدريب)، القاهرة، دار الكتب ، 1996م، ص 182.

¹Ken R. Beattie & Amrik S. Sohal, "Implementing Iso 9000: A Study Of Its Benefits Among Australian Organizations", Total Quality Management, Vol. 10, No. 1, 1999,p 95.

²Fethi Calisir, Cahit A. Bayraktar & Berna Beskese, "Implementing the ISO 9000 standards in Turkey : A study of large companies' satisfaction with ISO 9000", Total Quality Management, Vol. 12, No. 4, 2001,p 429.

³Pedro Manuel sraiva, Belmiro Duarte, "ISO 9000: some statistical results for a worldwide phenomenon", Tqm & Business Excellence, Vol. 14, No. 10, December, 2003,p 1169.

⁴Michael Singer Dobson, "Project management for the technical professional ,Project Management Institute, Inc, USA,2001.p.84

الفصل الأول : دور نظم الجودة والاعتماد في تميز أداء الخدمات الصحية

3. (ISO 9002) : تتعلق بنظام الجودة في المنظمات الإنتاجية أو الخدمية التي يقتصر عملها على التركيب دون القيام بالتصميم أو خدمة ما بعد البيع، وكثيراً ما تستخدم من قبل الشركات التي لها منتجات موجودة فعلاً في السوق. وتتضمن هذه المواصفة (18) عنصراً.
4. (ISO 9003) : تتعلق بنظام الجودة في مجال الفحص النهائي للسلع واختبار جودتها وتتضمن هذه المواصفة (16) عنصراً. وتتاسب هذه المواصفة الورش الصغيرة أو الموزعين للأجهزة والمعدات والتي يتم فيها الاكتفاء بالفحص والاختيار النهائي للمنتجات، كما تعد هذه المواصفة محدودة الاستخدام.
5. (ISO 9004) : تضمنت التعليمات الإرشادية التي يجب إتباعها للحصول على شهادة ISO 9001، ISO 9002، ISO 9003، كما تمثل الإرشادات الضرورية لتطبيق إدارة الجودة الشاملة.

ثانياً : نظام الجودة (ISO 9000:2000) : في ديسمبر عام 2000، تم إصدار سلسلة (2000: ISO 9000) من قبل المنظمة العالمية للتقييس (ISO) في الطبعة الثالثة، وتم تعديل اسمها لتصبح (2000: ISO 9001) وهي تتضمن النماذج الثلاثة المكونة للسلسلة السابقة 1994، وتتضمن المواصفة الجديدة ثلاثة مستندات هي¹ :

- ISO 9000:2000 نظم إدارة الجودة - الأساسيات والمفردات.
- ISO 9000:2000 نظم إدارة الجودة - المتطلبات.
- ISO 9000:2000 نظم إدارة الجودة - الخطوط الإرشادية لتحسين الأداء.

كما شملت هذه المواصفة التعديلات التالية²:

- أ. التغيير في المصطلحات:
 - المورد : المؤسسة؛
 - المنتج : السلعة أو الخدمة؛
 - نظام الجودة: نظام إدارة الجودة.
- ب. التعديل في مجال المواصفة: كيفية إمكان استبعاد المتطلبات؛
- ج. التركيز على الزبون وتحديد حاجاته، مراجعة متطلباته، التواصل معه وقياس رضاه؛
- د. التركيز على التحسين المستمر؛
- هـ. التغيير في المتطلبات المتعلقة بإعداد الإجراءات والاحتفاظ بسجلات الجودة؛
- و. ظهور عناوين جديدة (حاجات الزبون ومتطلباته، أهداف الجودة، التواصل مع الزبون وقياس رضاه)؛
- ز. التركيز على مسؤولية الإدارة تجاه تأمين الموارد وتخصيصها، حق الملكية الفكرية، نظام لإعادة مراجعة الوثائق، الاهتمام بالطرق الإحصائية.

¹ ريموند تيلور و كلير دونلي، ترجمة مصطفى العشري وآخرون، تحقيق الجودة، مصر، الناشر: برنامج شراكة المؤسسات الخاصة بشمال أفريقيا والشرق الأوسط، 2004م، ص3.

² نياز عبد العزيز بن حبيب الله، جودة الرعاية الصحية: الأسس النظرية والتطبيق العملي، الرياض، مكتبة الملك فهد الوطنية، 2005م، ص 313.

الفصل الأول : دور نظم الجودة والاعتماد في تميز أداء الخدمات الصحية

ثالثاً : سلسلة الايزو 9000 إصدار عام 2008 : هذا هو الإصدار الرابع من سلسلة المواصفات القياسية ايزو، وقد جاء يلغي ويحل محل الإصدار الثالث (ISO 9001: 2000) الذي تم تعديله لتوضيح النقاط في نصوص المواصفة وتعزيز التوافق مع (ISO 14001: 2004)* .

إن (ISO 9000)، توضح الإرشادات والمتطلبات الضرورية لتأسيس و تطوير نظم إدارة الجودة، وعملية اكتساب هذه الشهادة تفرض مستوى محدد من الانضباط على المنظمة. كما أن اعتماد الأيزو توفر أيضاً ميزة تسويقية عبر الإدراكات للجودة العالية، و تحسين رضا العميل، والميزة التنافسية². وتجدر الإشارة هنا إلى أن نظام إدارة الجودة الذي تم تأسيسه وتطبيقه و تطويره في المنظمة هو الذي يحقق المطابقة مع المواصفات وليست المنتجات أو الخدمات التي تقدمها المنظمة. كما إن الهدف الأساسي لسلسلة معايير الأيزو، هو إعطاء العملاء تأكيد يتعلق بجودة السلع والخدمات التي تقدمها. كما أن التأهيل لا يمثل بشكل دائم السبب الرئيسي الذي يدفع المنظمة إلى الوفاء بالتزاماتها نحو الجودة؛ بل هناك أسباب أخرى مؤثرة على قرار بناء نظام الجودة. هذه الأسباب هي³:

- الضغوط من المنافسين.
- ضغوط من العملاء.
- رضا العميل.
- الحصول على شهادة الجودة من أجل الأهداف التجارية.
- تحسين التنظيم الداخلي للمنظمة.

وهكذا فإن الشركات التي تم تسجيلها في نظام الجودة (ISO 9000) قد حسنت من معنويات الموظف والمسئولية الفردية تجاه أداء الوظيفة، كنتيجة لإدراك الموظفين لدورهم في العملية الكلية⁴.

وتجدر الإشارة هنا، إلى أن نظم إدارة الجودة (ISO 9000) هي الأكثر استخداماً، ولكنها ليست النظم الوحيدة المطبقة، فهناك نظم جودة أخرى يتم تطبيقها لأعمال أو ظروف معينه مثل : نظام جودة إدارة البيئة (ISO 14000)⁵، نظم اعتماد المؤسسات الصحية والتعليمية وغيرها.

من خلال ما سبق، نجد أن الايزو عبارة عن مجموعة من الشهادات التي تدل على تطبيق نظام الجودة في المنظمة الحاصلة عليها؛ تعطي هذه الشهادة تأكيد لطرف ثالث بأن المنظمة التي

* للإطلاع على أوجه التباين بين المواصفة (ISO 9001: 2000) و المواصفة (ISO 9001: 2008) راجع : البراوري نزار عبد المجيد، باشوية لحسن عبد الله، مرجع سبق ذكره، ص ص 597- 608.

²Shirley CarrU, Y.T. Mak and Jane E. Needham, "Differences in strategy, quality management practices and performance reporting systems between ISO accredited and non-ISO accredited companies", Management Accounting Research, 1997, vol. 8, p.387.

³Jose´ A. Trigueros Pina_ and Manuel E. Sansalvador Selle´s, "Management and measurement of quality in ISO 9000 organizations: An empirical study in Spain", Total Quality Management, Vol. 19, No. 5, May 2008,p. 484.

⁴Zhiwei Zhu & Larry Scheuermann, "A comparison of quality programmes: Total quality management and ISO 9000", Total Quality Management & Business Excellence, VOL. 10, NO. 2, 1999, p.296.

⁵لمزيد من الإطلاع راجع الموقع الإلكتروني التالي : (WWW.ISO.ORG).

الفصل الأول : دور نظم الجودة والاعتماد في تميز أداء الخدمات الصحية

تحصل عليها قدرة على توفير المواصفات المطلوبة للجودة في المنتج الذي تقدمه. أي أنها نظام مرن، هدفه ضمان إرضاء احتياجات ورغبات الزبائن (المستهلكين)، عن طريق الرقابة الصارمة على جودة المنتج (سلعة أو خدمة).

رابعاً : علاقة نظم إدارة الجودة (ISO 9000) بإدارة الجودة الشاملة : تعتبر معايير نظام الجودة خلفية ضرورية أو أساس مناسب لعملية تبني مبادئ إدارة الجودة الشاملة، نظراً لأن معايير نظام الجودة تزود الموظفين بإدراك جيد لمفهوم الجودة. وبذلك فإن هذه المعرفة تساعد الموظفين على فهم وتطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة. فالشركات تستخدم معايير نظام الجودة كأداة إرشادية لتكون قادرة على تعظيم الفوائد المحتملة من تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة، مثل تحسين الإنتاجية. وفي العديد من الحالات تطالب العديد من الشركات بأن تحصل على الاعتماد حتى توفر الدليل حول نظم جودتها؛ وهذا ناتج عن النظرة للأيزو كمتطلب تعاقدى أولي وكالتزام طويل الأجل نحو الجودة. وعندما تحقق المنظمة الاعتماد في الأيزو، يمكنها الاحتفاظ بهذا المعيار، ولكنه لا يوجد مطلب للتحسين المستمر الذي ترتكز عليه إدارة الجودة الشاملة. وحتى يتم التأكيد على إدارة الجودة الشاملة، فإن المنظمات بحاجة إلى النظر للأيزو كأقل مستوى للجودة والتركيز على التفوق على هذا المعيار¹.

وعلى الرغم من أن نظام (ISO 9000) وإدارة الجودة الشاملة نظامين مختلفين لإدارة الجودة، و كل منها تمتلك أسس معروفة. إلا أن نظام (ISO 9000) يعتبر الخطوة العملية الأولى في تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة².

المطلب الرابع : الجودة الشاملة كنظام إداري

إن تحديد مفهوم إدارة الجودة الشاملة ووضع المبادئ الخاصة بها، لا يعني أن الجودة قد تحققت، بل إن الأمر يتطلب تجسيد هذه المبادئ في الممارسات الفعلية داخل المنظمة، ولا يمكن تحقيق ذلك إلا بتوفير نظام لإدارة الجودة الشاملة، وقد خصص هذا المطلب للتعريف بنظام إدارة الجودة الشاملة من خلال الآتي :

أولاً : مفهوم نظام إدارة الجودة الشاملة ومكوناته

لقد تطورت إدارة الجودة الشاملة من الاهتمامات الضيقة للرقابة الإحصائية على العملية، لتشمل منهجيات فنية وسلوكية مختلفة لتحسين الأداء التنظيمي. ولا عجب من أن المنظمات التي تتعقب التميز قد بدأت في النظر بعيداً عن قواعد نظريات وممارسات الإدارة التقليدية متجهة نحو إدارة الجودة الشاملة³. وهكذا، أصبحت إدارة الجودة الشاملة تمثل نظام عمل أساسي للشركات

¹Shirley CarrU, Y.T. Mak and Jane E. Needham, Op.Cit, p387.

²Luis Miguel Molina,Fco . Javier Llore Ñs Montes & Maria Del Mar Fuentes Fuentes, "Tqm And Iso 9000 Effects On Knowledge Transferability And Knowledge Transfers", Total Quality Management, Vol. 15, No. 7, September 2004,p.1005.

³Phyllis M. Ngin, "Achieving zero defects: The case of Star Union Engineering, Singapore", Employee Relations, Vol.19,No.4,1997,PP374-387.

الفصل الأول : دور نظم الجودة والاعتماد في تميز أداء الخدمات الصحية

الرائدة عالمياً خلال عقد الثمانينيات، واستمرت لتكون الميزة التنافسية الأساسية خلال عقد التسعينات من القرن الماضي. فوصفت إدارة الجودة الشاملة بأنها مجموعة شاملة من العمليات تشجع جميع الأفراد في الشركة في عملية المشاركة. وهي بحاجة لأن تقوم المنظمات بتصميم خدماتها ومنتجاتها بمعرفة متطلبات عميلها¹. هذه النظرة تشمل العمليات الإنتاجية، التسويق، والتوزيع والأنشطة الداعمة من أجل تحقيق توقعات العميل وتزويد من أداء الشركة.

وقد عُرفت إدارة الجودة الشاملة بأنها " أحد النظم الإدارية المتطورة التي تتضمن مراقبة الجودة وتأكيدا بالصورة المثلى"². يعكس هذا التعريف بأن إدارة الجودة الشاملة عبارة عن نظام إداري وفني متكامل يغطي كل مراحل المشروع الصناعي/الخدمي بدءاً من التخطيط وانتهاءً بمتابعة أداء المنتج ورضا الزبون.

وعُرف نظام إدارة الجودة الشاملة على أنه "نموذج متكامل من النظم الفرعية المترابطة فيما بينها. وأن جميعها تعمل بصورة تكاملية لتحقيق أهداف نظام الجودة"³.

من خلال التعريفات السابقة يمكن تعريف نظام إدارة الجودة الشاملة بأنه نظام فعال يهدف إلى تكامل أنشطة تطوير المنتج وإدامة وتحسين الجودة التي تؤديها مختلف مكونات النظام الإنتاجي في المنظمة، بما يحقق أعلى المستويات الاقتصادية في الإنتاج من السلع والخدمات، التي تسمح بالوصول إلى الرضا الكامل للمستهلك. إن هذا التعريف يعكس وجود ثلاث مرتكزات أساسية لنظام إدارة الجودة الشاملة هي :

1. تحقيق رضا متقبل الخدمة أو السلعة؛
2. مساهمة الجميع بروح الفريق الواحد؛
3. استمرار التحسن المستمر والتطوير في الأداء و الجودة.

ويتكون نظام إدارة الجودة الشاملة من أربعة مكونات رئيسية هي :

أ. **المدخلات** : تتمثل مدخلات نظام الجودة الشاملة في المعلومات الأساسية التي تتخذ كركيزة في تصميم مستويات الجودة ومعاييرها وأساليب تحقيقها، كما تتضمن سياسات الجودة، والتي تعكس أهداف ورؤى القيادة العليا في المنظمة تجاه خصائص ومواصفات الجودة التي تنوي تحقيقها في ضوء المسح لرغبات العملاء وإعداد الخطط اللازمة لتنفيذها وتحديد المتطلبات الرئيسية لتحقيقها من تقنيات وأساليب عمل وموارد بشرية ومادية ومعنوية⁴. فالمدخلات هي مقومات النظام الأساسية التي تعمل على توليد الطاقة وتحريك الأنشطة.

¹ Mileà Terziowski, Amrik Sohal & Simon Moss, "Longitudinal Analysis Of Quality Management Practices In Australian Organizations Total Quality Management, Vol. 10, No. 6, 1999,pp.916-917.

² السيد عبد القادر، "الدليل الشامل للجودة الكلية في تطبيق المواصفات الدولية لنظم الجودة9000 والمواصفات الدولية لمراجعة نظم "110011، 1994، شهر مارس، ص 23. نقلا عن : البراوري نزار عبد المجيد و باشوية

لحسن عبد الله، مرجع سبق ذكره، ص145.

³ المحياوي قاسم نايف علوان، إدارة الجودة في الخدمات مفاهيم وعمليات وتطبيقات، عمان- الأردن، دار الشروق للنشر والتوزيع، 2006م، ص97.

⁴ الدراكية مأمون سليمان، مرجع سبق ذكره، ص44.

الفصل الأول : دور نظم الجودة والاعتماد في تميز أداء الخدمات الصحية

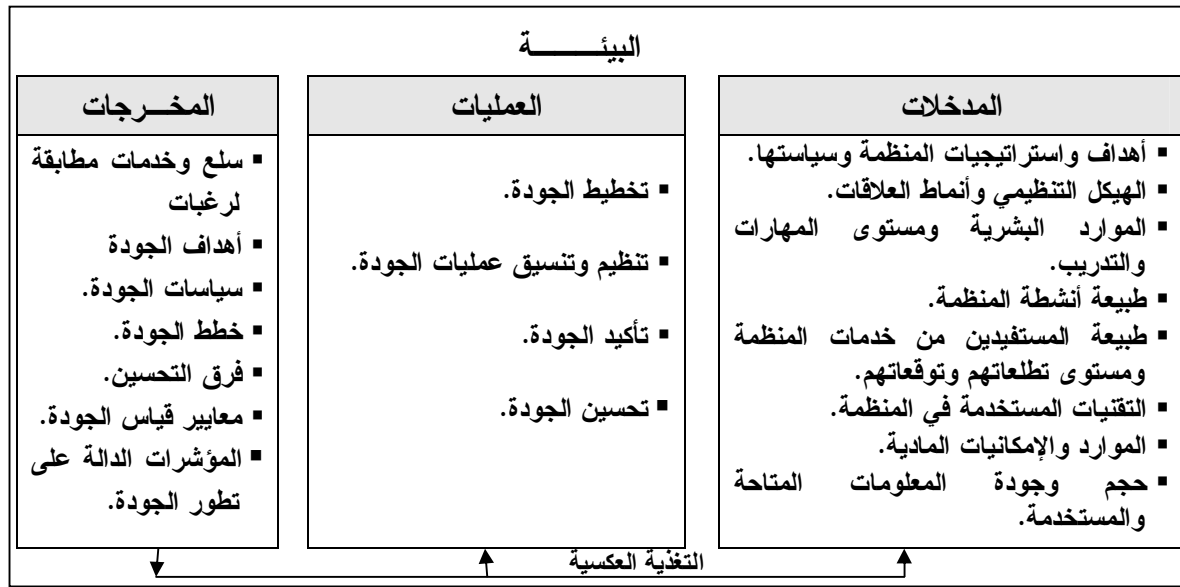
ب. **العمليات** : هي الأنشطة والجهود المبذولة، والتي من خلالها تستخدم المدخلات لتحقيق مستويات الجودة المستهدفة، وتشمل : التخطيط، السيطرة وتحسين الجودة التي تطبق في مختلف أوجه نشاط المنظمة (التصميم، التطوير، والمشتريات، الإنتاج والتسويق، والموارد البشرية، وتصميم الهيكل والثقافة في المنظمة، والاتصالات) وغيرها¹.

ج. **المخرجات** : هي المنتجات النهائية للمنظمة سواءً كانت سلع أو خدمات، والتي تنتج من قبل المنظمة في ضوء خطط الجودة والعمليات التي يتم إجراؤها ومدى مطابقتها لرغبات العملاء، بالإضافة إلى المعايير وأسس وبرامج وخطط لتحسين الجودة...الخ. لذلك فهي تعتبر الدليل على حيوية النظام.

د. **التغذية العكسية** : وهي تعكس رأي العملاء الداخليين والخارجيين بمخرجات المنظمة ومدى رضاهم عنها، ونتائج التقييم المستمر لأنشطة الجودة والخطط المستقبلية والحلول التي يتم وضعها لمعالجة أوجه القصور في الأداء الحالي للمنظمة. كما يتم من خلالها التعرف على توقعات العملاء لكي يتم أخذها بعين الاعتبار عند التخطيط في المكونات الثلاثة الأولى.

والشكل رقم (1-1) التالي يوضح مكونات نظام إدارة الجودة الشاملة.

شكل رقم (1-1) مكونات نظام إدارة الجودة الشاملة



المصدر: من إعداد الباحث بناءً على : الحميري علي، التدريب وأثره في المنظمة من منظور إدارة الجودة الشاملة، رسالة ماجستير مقدمة إلى مجلس كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر، 2006/2007، ص15.

من الشكل السابق يلاحظ بأن نظام إدارة الجودة الشاملة يتكون من، المدخلات والعمليات والمخرجات والتغذية العكسية، والتي تتكامل مع بعضها لتحقيق فاعلية النظام.

¹ الطائي رعد عبد الله وقداره عيسى، مرجع سبق ذكره، ص81.

الفصل الأول : دور نظم الجودة والاعتماد في تميز أداء الخدمات الصحية

وفي هذا الشأن يرى [السلمي علي] بأن الالتزام بمبدأ النظام المفتوح في التعامل مع منهجية الجودة يوصلنا إلى الحقائق الآتية¹ :

- أ. إن فعالية نظام إدارة الجودة الشاملة تتوقف على التكامل والتوازن بين أجزاءه الثلاثة : المدخلات، العمليات، المخرجات، وكذلك فيما بين مكونات كل جزء وذاته. مما يحقق الاستقرار للنظام والقدرة على إنتاج النتائج المستهدفة. بمعنى أن كل جزء يؤثر على فعالية وجودة الأجزاء الأخرى ويتأثر بها، وهذا ما يطلق عليه بالتوازن الداخلي للنظام.
- ب. إن نظام الجودة الشاملة هو في حد ذاته نظام فرعي من نظام أكبر وهو المنظمة، وإن تكامله مع باقي نظم الإنتاج والتسويق والإدارة يعتبر من أساسيات نجاحه، ففضية الجودة ليست قضية منعزلة عن قضايا تقييم العمل وإدارة الأداء في مختلف مجالات النشاط المختلفة، بل هي من صلبها وهي جزء لا يتجزأ منها.
- ج. يلعب العنصر البشري الدور الأساسي في تصميم نظام إدارة الجودة الشاملة و تفعيله وتحقيق المستهدف منه.

- من خلال ما سبق يمكن القول بأن تحسين الجودة يتطلب مراعاة الجوانب الثلاثة الآتية :
- ضرورة إعداد وتدريب وتحفيز العاملين بالمنظمة للتعامل الإيجابي مع ثقافة وبرامج وآليات الجودة. بحيث تصبح الجودة جزء من السلوك العادي للعاملين على اختلاف مواقعهم ومجالات أعمالهم في المنظمة.
 - يعد البدء بتحسين المدخلات و تحسين بيئة العمل الداخلية التي يطبق فيها نظام الجودة، من أساسيات التطبيق الناجح لنظام إدارة الجودة الشاملة؛
 - تتوقف جودة المخرجات (السلع والخدمات التي تقدمها المنظمة للعملاء) على مستوى جودة العمليات والمدخلات والتي يتكون منها نظام الجودة.
 - يتوقف بقاء المنظمة واستمرارها على قبول البيئة أو العملاء لمخرجاتها ورضاهم عن مستوى جودتها.

ثانياً : متطلبات (مقومات) تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة : إن تطبيق نظام إدارة الجودة يتطلب وجود مقومات إدارية تنظيمية مهمة، والتي تمثل البنية التحتية الأساسية التي يقيم عليها النظام، وفي حالة غيابها يصبح الحديث عن الجودة الشاملة مضيعة للوقت والجهد. وتتمثل أهم هذه المتطلبات في الآتي² :

-
- ¹السلمي علي، إدارة التميز "نماذج وتقنيات الإدارة في عصر المعرفة"، القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، 2002م، ص141.
 - ²لمزيد من الإطلاع يمكن مراجعة :
 - زين الدين فريد عبد الفتاح، المنهج العلمي لتطبيق إدارة الجودة الشاملة، القاهرة، بدون دار نشر، 1996م، ص45-50.
 - المخلافي عبد الواسع عبد الغني، "إدارة الجودة الشاملة، كإطار مرجعي للإصلاح الإداري، وإعادة الهيكلة في اليمن، ورقة عمل مقدمة إلى المؤتمر السابع للقادة الإداريين، تحت شعار التحديث والإصلاح الإداري، صنعاء، الفترة من (26-28) نوفمبر، 2007م، ص282-286.
 - السلمي علي، مرجع سبق ذكره، ص ص 143-144.

الفصل الأول : دور نظم الجودة والاعتماد في تميز أداء الخدمات الصحية

1. تبني أنماط قيادية مناسبة للجودة في الوحدات والأقسام والمستويات التنظيمية المختلفة، لأن النجاح في تبني فكرة الجودة يتوقف على دعم وتأييد والتزام القيادة في تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة وذلك من خلال القيام بالاتي :
 - أ. توفير رؤية واضحة لما يجب أن تكون عليه المنظمة في المستقبل، وذلك عن طريق بناء إستراتيجي واضح يتضمن رسالة المنظمة وأهدافها ومجموعة السياسات الموجهة للأداء.
 - ب. نشر وتعزيز ثقافة الجودة بين العاملين.
 - ج. تصميم هيكل تنظيمي مرن يتم بنائه على أساس فرق العمل، بحيث يتيح حرية الحركة ومرونة التفاعل بين قطاعات المنظمة ومستوياتها المختلفة، لضمان مشاركة جميع العاملين في حل المشكلات وعمليات التحسين المستمر للجودة.
2. التعرف على احتياجات العملاء الداخليين والخارجيين. وإخضاع هذه الاحتياجات لمعايير قياس الأداء والجودة.
3. تهيئة الموارد البشرية والمادية والمعنوية والتنظيمية لتطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة.
4. إيجاد نظام اتصال فعال بين العاملين والإدارة وبين العاملين مع بعضهم في جميع مستويات وأقسام المنظمة، وكذلك بين المنظمة والأطراف الخارجية المتعاملة معها للمساهمة في علمية التحسين ونشر المعارف الخاصة بالجودة.
5. تشكيل إدارة فعالة للموارد البشرية للقيام بالتعليم والتدريب المستمر لجميع العاملين على كافة المستويات ومختلف الوحدات وإيجاد نظام للحوافز لتقديم مزايا ومكافآت للعاملين، التي ترتبط بالتزامهم بتطبيق الجودة.
6. التخطيط الإستراتيجي للجودة، والذي يحمل في طياته تصور واضح، لا بد من إيصاله بواسطة رسالة المنظمة إلى الأفراد في مختلف المستويات الإدارية، بحيث يتم إدماج الجودة في جميع أنشطة ومجالات عمل المنظمة ومكوناتها الأساسية.
7. إيجاد نظام لإدارة الأداء يحدد خطط ومعايير الأداء، والتي على ضوءها يتم تقييم الأداء الكلي للمنظمة والعاملين، ومن ثم التحسين المستمر للعمليات وجودة المنتجات.
8. توفير نظم للمعلومات تعمل على الرصد الفوري لحركة الأداء وتطور الأنشطة. وتوفير المعلومات لمتخذي القرار من اجل اتخاذ قرارات تصحيح المسار وتأكيد الجودة وفق المعايير والمواصفات المستهدفة.
9. تخصيص قيادات إدارية في مختلف المستويات التنظيمية، تتبنى فكر الجودة وتعتبر تأكيدها مسئوليتها الأولى.

الفصل الأول : دور نظم الجودة والاعتماد في تميز أداء الخدمات الصحية

المبحث الثاني : الخدمات الصحية ومعايير تقييم الأداء في المنظمات الصحية

يحتل قطاع الخدمات الصحية في معظم دول العالم أهمية خاصة، وموقعا متميزا، بحكم طبيعة الخدمات التي يقدمها هذا القطاع، واتصالها المباشر بصحة الأفراد وحياتهم. لذلك خصص هذا المبحث لتوضيح مفهوم وخصائص الخدمة الصحية، كما سيتناول هذا المبحث توضيح مفهوم الأداء المتميز، ومن ثم التطرق إلى توضيح مفهوم وأهمية تقييم الأداء في المنظمات الصحية، وأخيراً سيتم استعراض أهم معايير الأداء المعروفة عالمياً والتي تستخدم في تقييم أداء المستشفيات.

المطلب الأول : مفهوم الخدمة الصحية وخصائصها

الخدمات الصحية هي احد أهم أنواع الخدمات الأساسية التي يحتاجها أي مجتمع، والتي لا يمكن الاستغناء عنها، فهي تتميز بالعديد من الخصائص تجعلها تتقدم سلم الحاجات و الأولويات في حياة الإنسان، وقد خصص هذا المطلب لتوضيح مفهومها وخصائصها من خلال الآتي :

أولاً : تعريف الخدمة : تعددت وجهات النظر حول تعريف الخدمة باختلاف الكتاب، ومن التعريفات التي يمكن تقديمها في هذا الشأن ما يلي :

- الخدمة "هي نشاط غير ملموس لهدف معين يحقق رضا الزبون"¹. يشترط هذا الاتجاه بأن الخدمة لا تتحقق إلا بتحقيق حالة الرضا لدى الزبون.
- كما عرفت الخدمة بأنها " أي فعل أو أداء يمكن أن يحققه طرف ما إلى طرف آخر، ويكون جوهره غير ملموس، ولا ينتج عنه أي تملك وأن إنتاجه قد يكون مرتبطاً بإنتاج مادي أو قد لا يكون"². جاء هذا التعريف ليعطي تصور أدق عن الخدمة، إلا انه لم يعطي تصوراً كاملاً عن الخدمات، فقد تجاهل بعدين هاميين في الخدمة هما : إشباع حاجة المستهلك (تحقق المنفعة) وتحقيق رضاه.
- تُعرف الجمعية الأمريكية للتسويق الخدمات على أنها "الأنشطة والمنافع التي يحققها البائع للمشتري من خلال الأشياء المقدمة له أو المرتبطة مع البضاعة المباعة وبما يحقق له رضاه"³. يشير هذا التعريف بشكل واضح إلى التفاعل بين المشتري والبائع للحصول على الخدمة شريطة تحقيقها للرضا والمنفعة للمشتري، ويؤخذ على هذا التعريف بأنه يقتصر على الخدمات المرتبطة بعمليات البيع فقط، ويتجاهل الأنواع الأخرى من الخدمات التي لا يكون أساسها تجاري كالخدمات الحكومية مثلاً.

¹ أبو نبعة عبد العزيز، دراسات في تسويق الخدمات المتخصصة (منهج تطبيقي)، ط1، عمان- الأردن، الوراق للنشر والتوزيع، 2005م، ص 28.

² البكري ثامر ياسر، إدارة المستشفيات، عمان- الأردن، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، 2005م، ص 56.

³ البكري ثامر ياسر، تسويق الخدمات الصحية، عمان- الأردن، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، 2005م، ص 20.

الفصل الأول : دور نظم الجودة والاعتماد في تميز أداء الخدمات الصحية

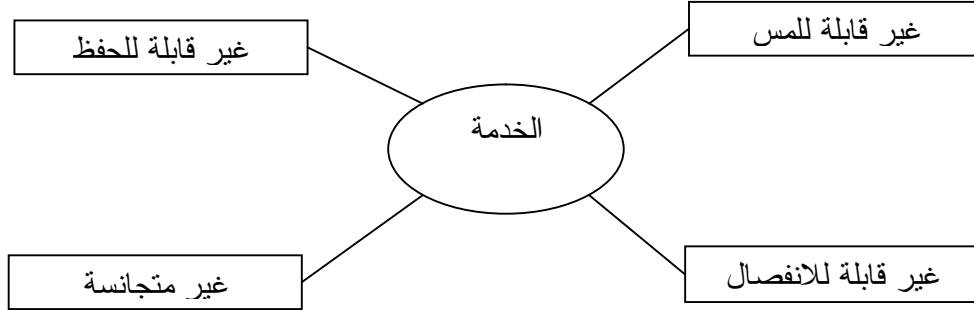
- "الخدمة هي أداء مرتبط بتبادل المنافع بين طرفين، ويتميز هذا الأداء أساساً بفنائه السريع، عدم ملموسيته وعدم إمكانية نقله، وكذا تزامن إنتاجه واستهلاكه في نفس الوقت"¹. يؤخذ على هذا التعريف بأنه تجاهل بعد تحقيق رضا المستهلك.

من خلال التعريفات السابقة يمكن تعريف الخدمة بأنها أي فعل أو نشاط يحقق المنفعة للآخرين ويستهدف الحصول على رضاهم، و تتميز هذه المنفعة بأنها غير ملموسة ولا يمكن تملكها أو نقلها، كما أنها تنتج وتستهلك في نفس الوقت، وقد يرتبط إنتاجها بمنتج مادي أو لا يرتبط. بهذا التعريف حددت الخدمة بشكل أدق من خلال الإحاطة بخصائصها وهدفها الأساسي.

ثانياً : خصائص الخدمة : تتمتع الخدمة بأربع خصائص رئيسية هي²:

1. اللاملموسية : فالخدمة لا يمكن رؤيتها، أو تذوقها أو الإحساس بها، قبل شرائها.
2. عدم قابليتها للتجزئة (التلازم) : أي لا يمكن فصل الخدمة عن مقدمها سواء كان المقدم شخصاً أو آلة.
3. التباين : تعتمد نوعية الخدمة على من يقدمها، وكذلك على الوقت والمكان والكيفية التي تقدم بها، فالخدمة تتغير حسب ظروف تقديمها.
4. سرعة التلف (الهلاك) : فالخدمة لا يمكن تخزينها أو بيعها أو استخدامها لاحقاً. يمكن توضيح الخصائص الأربعة الرئيسية للخدمة في الشكل رقم (1-2) التالي.

شكل رقم (1-2) خصائص الخدمة الرئيسية



المصدر: الصحن محمد فريد و طارق طه احمد، إدارة التسويق في بيئة العولمة والانترنت، الإسكندرية، دار الجامعة الجديدة، 2007م، ص 423.

ونظراً لكون الخدمة غير ملموسة من جهة، وغير قابلة للتخزين من جهة ثانية، وتستهلك في وقت إنتاجها، إذا فهي غير قابلة للتملك.

¹ عدنان مريزق، واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية (دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة)، أطروحة مقدمة للحصول على درجة الدكتوراه في التسيير، جامعة الجزائر، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، 2007/2008م، ص 18.

² البكري ثامر، الرحومي احمد، تسويق الخدمات المالية، ط1، عمان-الأردن، إثراء للنشر والتوزيع، 2008م، ص ص78-79.

الفصل الأول : دور نظم الجودة والاعتماد في تميز أداء الخدمات الصحية

ثالثاً : مفهوم الخدمات الصحية : وردت تعريفات كثيرة للخدمات الصحية، و منها ما يلي :

- عُرِفَت الخدمات الصحية بأنها "الخدمات التشخيصية، العلاجية، التأهيلية، الاجتماعية، والنفسية المتخصصة، التي تقدمها الأقسام العلاجية والأقسام الطبية المساندة، وما يرتبط بهذه الخدمات من الفحوصات المعملية (المخبرية) العادية والمتخصصة، وخدمات الإسعاف والطوارئ وخدمات التمريض والخدمات الصيدلانية والغذائية"¹. تجاهل هذا التعريف الخدمات التي تقدم من قبل عيادات الطب البديل (طب الأعشاب)، بالإضافة إلى الخدمات الوقائية.
- كما عُرِفَت الخدمات الصحية بأنها "المنتجات التي تقدمها العيادات والمراكز والمستشفيات، ومختلف الجهات التي تسعى إلى المحافظة على سلامة الإنسان الجسمية والعقلية"². تجاهل هذا التعريف الخدمات الوقائية، وخدمات التحسين والتطوير الصحي.
- وقد عرّفها هيئة الاعتماد العربية للمؤسسات الصحية على أنها "أي خدمات يمكنها أن تسهم في تحسين الصحة أو تشخيص حالات المرضى ومعالجتهم وتأهيلهم"³. يعتبر هذا التعريف من أدق التعريفات للخدمات الصحية، إلا انه لم يشر بشكل واضح إلى خدمات الصحة الوقائية.

من خلال ما سبق يمكن تعريف الخدمات الصحية على أنها الخدمات التي تقدم في المؤسسات والمرافق* الصحية المختلفة (عيادات، وحدات صحية، مراكز صحية، مستوصفات، مستشفيات... الخ)، أو في الجهات ذات العلاقة بصحة الإنسان، والتي تسهم في تشخيص حالات المرضى ومعالجتهم وتأهيلهم ووقايتهم من الأمراض المختلفة، وتسعى إلى المحافظة على سلامة وصحة الإنسان الجسمية والعقلية وتحسينها.

رابعاً : خصائص الخدمات الصحية : تتميز الخدمات الصحية بالخصائص الآتية⁴:

1. اللاملموسية : تتسم الخدمة الصحية بأنها ليست مادية، فلا يمكن للمريض مشاهدتها أو لمسها أو تذوقها قبل شرائها. فعلى سبيل المثال لا يمكن للمريض معرفة نتيجة العملية الجراحية قبل إجرائها.

*المرفق هو مصطلح يشير إلى المنظمة والنشاط معاً، فهو مشروع يستهدف الوفاء بحاجات ذات نفع عام. أما المؤسسة فهي مرفق يتمتع بالشخصية المعنوية، وهذا هو عنصر التفرقة بين المرفق و المؤسسة، فالمرفق لا يتمتع بالشخصية المعنوية التي تجعل له ذمة مالية مستقلة، وبالتالي فان مصطلح مرفق أو مؤسسة يشير إلى الأسلوب المعتمد في إدارة المشروع (التنظيم الإداري للمنظمة). لمزيد من التفاصيل حول هذا الموضوع انظر : سداوي محمد. انعكاسات تطبيق نظام الحكومة الالكترونية على أداء المرافق الحكومية، رسالة ماجستير، جامعة الجزائر 2008\2009، ص ص 87-96.

¹ مخيمر عبد العزيز و الطعامنة محمد، "الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات (المفاهيم و التطبيقات)", بحوث ودراسات المنظمة العربية للتنمية الإدارية، عدد 377، القاهرة، دينايمك للطباعة، 2003م، ص ص 8-9.

² المساعد زكي خليل، تسويق الخدمات وتطبيقاته، عمان- الأردن، دار المناهج للنشر والتوزيع، 2005م، ص36.

³ خوجة توفيق بن احمد، قاموس مصطلحات أداة الاعتماد العربية للمؤسسات الصحية، ط1، الرياض، مكتبة الملك فهد الوطنية، 2008، ص 69.

⁴ غنيم احمد محمد، إدارة المستشفيات (رؤية معاصرة)، ط1، المنصورة، مصر، المكتبة العصرية للنشر والتوزيع، 2006م، ص ص 272-274.

الفصل الأول : دور نظم الجودة والاعتماد في تميز أداء الخدمات الصحية

2. **عدم الانفصال بين وقت إنتاج واستهلاك الخدمة الصحية (التلازم) :** أي أن إنتاج الخدمة الصحية سببه هو الحاجة الفورية لاستهلاكها من قبل المريض.
3. **عدم تجانس الخدمة الصحية :** تختلف الخدمات الصحية المقدمة باختلاف الغرض منها، وباختلاف مقدميها وطالبيها، بالإضافة إلى زمان ومكان طلبها ودوافع الحصول عليها، فهي خدمة غير متجانسة.
4. **عدم قابلية الخدمة الصحية للتخزين :** نظراً لكون الخدمة الصحية منتج غير ملموس وتستهلك وقت إنتاجها، إذا فهي خدمة غير قابلة للتخزين.
5. **تكامل عناصر الخدمات الصحية :** تتكون الخدمة الصحية من عدد من الخدمات الكاملة لبعضها البعض، فخدمة الأشعة والتحليل المخبرية مثلاً مكملة لخدمة التشخيص وهكذا بالنسبة لبقية الخدمات المساندة، فكل خدمة تعتمد على نتائج أداء الخدمة الأخرى وقد تكون سبباً في فشل أو نجاح تأدية الخدمة الأخرى.
6. **الطبيعة الاحتكارية للخدمة الصحية :** وهذا ينتج بسبب قلة المنتجين مع زيادة الطلب على هذه الخدمة¹.
7. **كثافة عنصر العمل :** من الخصائص الهامة للخدمة الصحية أنها تعتمد على الطبيب، الممرض، الإداري، الصيدلاني والمخبري وغيرهم، حيث تبلغ تكلفة العنصر البشري حوالي 80% من ميزانية تشغيل المرفق الصحي، والتي تتمثل في أجور هذه التشكيلة من الموارد البشرية².
8. **التطور السريع في التكنولوجيا المستخدمة في مجال الخدمات الصحية³.**

خامساً : تصنيف الخدمات الصحية : يمكن تصنيف الخدمات الصحية إلى أربعة أقسام رئيسية هي⁴ :

- **الخدمات العلاجية :** وتشمل كافة الخدمات الصحية المقدمة للمرض أو المصاب (بعد إصابته بمرض أدى إلى اعتلال صحته أو حادث سبب له ضرر جسدياً) بهدف علاجه أو التخفيف من ألمه.
- **الخدمات الوقائية :** وتشمل كافة الخدمات الصحية والتثقيفية المقدمة للفرد بهدف وقايته من الإصابة بالأمراض والأوبئة، بالإضافة إلى حمايته من التعرض للحوادث الناجمة عن سوء استخدام الأدوية والعقاقير الطبية وغيرها.

¹ أمين عبد العزيز حسن، "الطلب على الخدمة الصحية ونظم تسويقها"، مجلة الإدارة العدد الثالث، يناير، 1993، ص ص 66-69. نقلاً عن: جيلالي أمير، معوقات تسويق الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية، الجزائر، مجلة علوم الاقتصاد والتسيير والتجارة، العدد 20، 2009، ص 53.

² نفس المرجع السابق، نفس الصفحة.

³ نفس المكان، ص 54.

⁴ لمزيد من الإطلاع انظر :

- عدنان مريزق، مرجع سبق ذكره، ص 20.
- جيلالي أمير، معوقات تسويق الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية، مرجع سبق ذكره، ص ص 54-60.

الفصل الأول : دور نظم الجودة والاعتماد في تميز أداء الخدمات الصحية

- **خدمات التعليم والتدريب :** وتشمل خدمات المقدمة للفرد بهدف تدريبه وتعليمه كيفية تأدية الخدمات الصحية للآخرين.
- **الخدمات الإنتاجية :** وتشمل كافة الخدمات التي من شأنها إن تؤدي إلى إنتاج الأمصال واللقاحات والدم، كما تتضمن إنتاج الأدوية وأيضاً العتاد والأجهزة الطبية وصيانتها.

المطلب الثاني : مفهوم الأداء المتميز

الأداء مصطلح يعكس أبعاداً مختلفة، وهناك العديد من المصطلحات التي تتقارب في معناها مع مفهوم الأداء، وهذا ما أدى إلى وجود التباس في هذا المصطلح، لذلك سيتم توضيح أهم هذه المصطلحات للوصول إلى مفهوم دقيق للأداء والفرقة بينه وبين تلك المصطلحات، وبعدها سيتم توضيح مفهوم الأداء المتميز.

أولاً : مفهوم الأداء : الأداء مصطلح مستمد من الكلمة الانجليزية « to perform » والذي اشتق بدوره من الفرنسية القديمة من كلمة « parformer » والذي يعني تنفيذ مهمة أو تأدية عمل¹.

- يُعرف الأداء بأنه "انعكاس لكيفية استخدام المؤسسة للموارد المادية والبشرية واستغلالها بكفاءة وفعالية بالصورة التي تجعلها قادرة على تحقيق أهدافها"². لقد ركز هذا التعريف للأداء على الطرق التي تستخدمها المؤسسة في استغلال مواردها المختلفة للوصول إلى أهدافها.
- كما عُرف بأنه "ذلك النشاط الشمولي المستمر والذي يعكس نجاح المؤسسة واستمراريتها وقدرتها على التكيف مع البيئة، أو فشلها وانكماشها، وفق أسس ومعايير موضوعية حسب متطلبات نشاطها"³.

مما سبق يمكن تعريف الأداء على أنه انجاز الأعمال بكفاءة وفعالية من أجل تحقيق أهداف المنظمة، وبالشكل الذي يلبي احتياجات المنتفعين ويحقق رضاهم. وهكذا نجد أن الأداء يتجسد بمستويات الكفاءة والفعالية التي تحققها المنظمة.

ثانياً : المصطلحات المرتبطة بالأداء : يرتبط بمفهوم الأداء عدة مصطلحات نذكر منها ما يلي :

1. الكفاءة : تُعرف الكفاءة بأنها "الاستخدام الأمثل للموارد المادية والبشرية المتاحة لتحقيق حجم أو مستوى معين من النواتج أو المخرجات"⁴، كما تُعرف على أنها "إنجاز الأعمال بالطريقة الصحيحة"⁵. فالكفاءة تصف كيف تنفذ العملية الإنتاجية عند تحويل المدخلات إلى مخرجات. حيث أن مقياس الكفاءة تقارن المخرجات الفعلية للمنتج أو الخدمة مع

¹ Ecosip, « Dialogues autour de la performance en entreprise », Editions Harmattan, Paris, 1999, p18.

² الحسيني فلاح حسن عداي، الإدارة الإستراتيجية، عمان، دار وائل للنشر، 2000م، ص231.

³ قديد فوزية، المورد البشري وتحسين أداء المؤسسة (دراسة تطبيقية لبنك الفلاحة والتنمية الريفية)، مذكرة مقدمة لنيل درجة الماجستير في إدارة الأعمال، جامعة الجزائر، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، 2006م، ص14.

⁴ أبو فحف عبد السلام، أساسيات التنظيم و الإدارة، ط3، عمان-الأردن، دار المعرفة، 2001م، ج1، ص24.

⁵ علي عبد الله، اثر البيئة على أداء المؤسسة العمومية الاقتصادية، أطروحة مقدمة لنيل درجة الدكتوراه في التسيير، جامعة الجزائر، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، 1999م، ص6.

الفصل الأول : دور نظم الجودة والاعتماد في تميز أداء الخدمات الصحية

المدخلات المرتبطة بذلك المنتج أو الخدمة، فكلما كانت المدخلات أقل وكانت النواتج أكثر كان ذلك معبراً عن عنصر الكفاءة في الأداء، وهذا يدل على أن الكفاءة هي عنصر من عناصر الأداء.

2. الفعالية : تعرف الفعالية بأنها " محصلة تفاعل مكونات الأداء الكلي للمؤسسة بما تحتويه من أنشطة إدارية وما يؤثر فيه من متغيرات داخلية وخارجية"¹. وهذا "لتحقيق هدف أو مجموعة من الأهداف خلال فترة زمنية معينة"². وبالتالي فإن الفعالية هي أكثر شمولاً من الكفاءة، فهي تركز على نتائج الأداء (المخرجات)، وتقاس بالعلاقة بين النتائج المتحققة والأهداف المرسومة. لكن قد تحقق المنظمة أهدافها بفاعلية، إلا أنها لا تستخدم مواردها بكفاءة، وقد يحصل العكس، ومع ذلك تعتبر الكفاءة من العناصر الهامة والضرورية لبلوغ الفعالية في تحقيق الأهداف. حيث يمكن النظر إلى الفعالية باعتبارها متغيراً تابعاً يتحدد بفعل عدد من المتغيرات المستقلة، وإحدى هذه المتغيرات هي كفاءة استخدام الموارد لتحقيق الأهداف المحددة³.

بناءً على ما سبق، يمكن القول أن نجاح المنظمة في الأداء، يتوقف من ناحية على مدى بلوغ الأهداف (الفعالية)، ومن ناحية أخرى بالقدرة على تخفيض مستويات استخدام الموارد دون المساس بالأهداف المسطرة (الكفاءة). وهنا يتضح جلياً مدى حاجة المنظمة إلى تحقيق مستوى معين من الكفاءة والفعالية معاً، حتى تتمكن من البقاء والنمو.

3. الإنتاجية : تعرف الإنتاجية بأنها "مؤشر اقتصادي يُستخدم لقياس فعالية المؤسسة في إدارة النشاط الإنتاجي و يعبر عنها بنسبة مئوية، و هي تشير إلى العلاقة ما بين الإنتاج (المخرجات) المتحصّل في النشاط الإنتاجي و عناصر الإنتاج المتخذة للحصول على الإنتاج (المدخلات)، و يستخدم في قياس ذلك وحدات العمل أو وحدات رأس المال...الخ، و يأخذ المقياس الصيغة التالية:
الإنتاجية = الإنتاج (المخرجات) / الموارد المستخدمة (المدخلات)⁴.
من هذا التعريف نستنتج أن الإنتاجية هي مؤشر لقياس الفعالية. وبالتالي فهي تختلف عن الكفاءة.

ثالثاً : مفهوم الأداء المتميز وعوامل تحقيقه

في ظل التغيرات المستمرة في البيئة الداخلية والخارجية للمنظمة، لم يعد كافياً للمنظمات أن تكفي بتحقيق الأداء، إنما لا بد أن تسعى إلى تحقيق التميز فيه.

1. مفهوم الأداء المتميز : يشير مفهوم التميز إلى الغاية الأساسية لإدارة المنظمات الحديثة من جانب، ومن جانب آخر يبرز السمة الأساسية التي يجب أن تتصف بها. ويرى [السلمي علي] بأن التميز يشير إلى بعدين أساسيين هما⁵:

¹ بحيري سعد صادق، إدارة توازن الأداء، الإسكندرية، الدار الجامعية للنشر، 2004م، ص201.

² أبو قحف عبد السلام، مرجع سبق ذكره، ص25.

³ علي عبد الله، مرجع سبق ذكره، ص08.

⁴ المنصور كاسر ناصر، "إدارة الإنتاج و العمليات"، عمان، دار حامد للنشر و التوزيع، 2000، ص20.

⁵ السلمي علي، مرجع سبق ذكره، ص 12.

الفصل الأول : دور نظم الجودة والاعتماد في تميز أداء الخدمات الصحية

- أ. أن غاية الإدارة الحقيقية هي السعي إلى انجاز نتائج غير مسبوقه تتفوق بها على كل منافسيها.
- ب. أن كل ما يصدر عن الإدارة من أعمال وقرارات وما تعتمد من نظم وفعاليات يجب أن يتسم بالتميز أي الجودة الفائقة الكاملة التي لا تترك مجالاً للخطأ أو الانحراف ويهيئ الفرص الحقيقة كي يتحقق تنفيذ الأعمال الصحيحة تنفيذاً صحيحاً وتاماً من أول مره.
- وقد عُرف الأداء المتميز على أنه قدرة المنظمة في المدى الطويل على تحقيق وتطوير أداء مرضياً في مجال النمو والربح¹.

من خلال ماسبق يمكن تعريف الأداء المتميز على انه قدرة المنظمة على انه انجاز وتحسين وتطوير الأعمال بكفاءة وفعالية من اجل تحقيق أهداف المنظمة، بالشكل الذي يجعلها قادرة على تلبية احتياجات المنفعين (سواء كانوا من داخل المنظمة أو من خارجها) ويحقق رضاهم بشكل مستمر و على المدى الطويل.

2. عوامل نجاح تحقيق الأداء المتميز: إن تحقيق الأداء المتميز الذي يساعد منظمات الأعمال على تحقيق غاياتها يتطلب مراعاة عدد من العوامل هي²:

- أ. التركيز على المتعاملين : يجب على المنظمات أن تبني برنامج إدارة الأداء لديها على أساس احتياجات متعاملها الرئيسيين، وهذا يتطلب معرفة من هم المتعاملون وماهي احتياجاتهم وتوقعاتهم وأهم غاياتهم.
- ب. التعرف على أهم الغايات الإستراتيجية : حيث ينبغي على المنظمة التركيز على عدد محدد من الغايات الإستراتيجية المهمة جداً، من أجل تجنب تبديد الموارد على عدد كبير من المبادرات التي ربما تجعل المنظمة غير قادرة على تلبية أهم احتياجات المتعاملين معها.
- ج. القيادة من أعلى مستويات المنظمة : لأنه من دون وجود التزام قوي من قبل القيادات العليا في المنظمة بقيم ومبادئ إدارة الأداء التي تركز على فئة المتعاملين لن يكون هناك فرصة لنشر ثقافة الأداء المتميز.
- د. بناء نظام إدارة الأداء بشكل يحقق جدوى كبيرة للعاملين.
- هـ. تحديد المسؤوليات بدقة.
- و. مكافأة أصحاب الأداء المتميز: فمثلما هناك مسؤوليات في الإدارة الفاعلة للأداء، فمن المفترض أن تكون هنالك أيضاً مكافآت لقاء تلبية وتحقيق المستويات المستهدفة، وكذلك عقوبات للأداء غير الجيد.
- ز. تحقيق الرضا والقبول بنظم وعمليات الأداء لدى العاملين.
- ح. توضيح غايات المنظمة للعاملين وإتاحة الفرصة لهم ليساهموا في صياغتها وتنفيذها.

1 (Paul. PINTO. Les quatre piliers de la performance durable p11) نقلاً عن : بو مدين يوسف، دراسة اثر إدارة الجودة الشاملة على الأداء الحالي للمؤسسات الاقتصادية - دراسة حالة المعمل الجزائري الجديد، أطروحة دكتوراة مقدمة إلى كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التنسيير، جامعة الجزائر، 2006م، ص 119.

2 إدريس وائل محمد صبحي، الغالبي طاهر حسن منصور، توجيه الأداء الاستراتيجي الرصف و المحاذاة، ط1، عمان- الأردن، دار وائل للنشر، 2009، ص ص 154-157.

الفصل الأول : دور نظم الجودة والاعتماد في تميز أداء الخدمات الصحية

المطلب الثالث : متطلبات ومبادئ تطوير ثقافة التميز ومصادر الأداء غير الفعال

لتحقيق التميز في الأداء، لابد من التعرف على متطلبات التميز من اجل العمل على توفيرها، وهذا يتطلب التعرف على مبادئ تطوير إدارة هذه الثقافة، بالإضافة إلى ضرورة معرفة مصادر الأداء غير الفعال لتجنبها والعمل على التخلص منها.

أولاً : متطلبات التميز في الأداء : إن التميز في الأداء يتطلب توفر المقومات الآتية¹:

1. بناء استراتيجي واضح يعبر عن توجهات المنظمة الرئيسية، يضم العناصر التالية :
 - أ. رسالة المنظمة ورؤيتها المستقبلية.
 - ب. الأهداف الإستراتيجية التي تسعى المنظمة إلى تحقيقها، والتي تكون الأساس التي تبني عليه الإدارة خططها وعملياتها من اجل تحديد الموارد والمدخلات المختلفة التي تحتاجها.
 - ج. آلية سليمة لإعداد الخطط الإستراتيجية ومنابتها وقياس عوائدها وتقويم الإنجازات المتحققة عنها.
2. قيادة فعالة تقوم برسم منظومة متكاملة من السياسات التي تحكم وتنظم عمل المنظمة وتوجه القائمين بمسؤوليات الأداء إلى قواعد وأسس اتخاذ القرارات.
3. هياكل تنظيمية مرنة وقابلة للتعديل والتكيف مع المتغيرات الداخلية والخارجية.
4. نظام متطور لتأكيد الجودة يحدد آليات تحليل عمليات وأسس تحديد المواصفات وشروط الجودة ومعدلات السماح فيها وآليات رقابة وضبط الجودة ومدخل تصحيح انحرافات الجودة. بالإضافة إلى نظم فعالة للاتصالات مع المستفيدين من العملاء الخارجيين والداخليين تسمح بالتعرف على مدى رضاهم عن مستوى الخدمات المقدمة لهم.
5. نظام معلومات متكامل لدعم اتخاذ القرار.
6. نظام متطور لإدارة الموارد البشرية، يعمل على توفير القوى العاملة ذات المؤهلات المناسبة، ويقوم بتدريبها وتكوينها بشكل يتناسب مع طبيعة الأعمال الموكلة إليها، ويضع نظم لتحفيز العاملين المتميزين في الأداء.
7. نظام لإدارة الأداء، يوفر توصيف وظيفي صحيح لمختلف الوظائف في المنظمة، وقواعد متابعة وتقويم الأداء وفقاً لمعايير معقولة وعادلة تضمن تحقيق أهداف المنظمة وترضي العاملين.

ثانياً : مبادئ تطوير ثقافة التميز في إدارة الأداء : أن بناء ثقافة أداء معينة يتطلب حل جميع المشاكل التقليدية التي تترتب على إدارة التحول الاستراتيجي. وهناك جملة من المبادئ الأساسية التي يتوجب إتباعها في مسيرة تطوير ثقافة متميزة لإدارة الأداء هي²:

¹ لمزيد من الإطلاع انظر :

- بو مدين يوسف، مرجع سبق ذكره، ص ص 131-132.

- السلمي علي، مرجع سبق ذكره، ص ص 143-144.

2 إدريس وائل محمد صبحي ، الغالبي طاهر حسن منصور، مرجع سبق ذكره، ص 158.

الفصل الأول : دور نظم الجودة والاعتماد في تميز أداء الخدمات الصحية

1. اعتماد مبدأ التشاور والتفاعل الدوري والمنتظم مع فئات المتعاملين، مع ضرورة رؤية واضحة عن الوجهة المقصودة.
 2. تطوير رؤية طموحة وتحقيق مكاسب بسيطة وسريعة.
 3. ضرورة الاعتماد على الموارد البشرية المتحمسة ولا ينبغي البدء بالاعتماد على ذوي التوجهات الوقتية.
 4. وضع قواعد مسؤولية ومساءلة، بمعنى تحفيز أو ترقية ذوي الأداء المتميز وتحسن مستوى ذوي الأداء الضعيف.
 5. التحلي بالصبر إزاء خطوات التحول حتى وإن اخذ ذلك عدة سنوات.
- ويتفق الباحث مع [يومدين يوسف] حيث قال : " فمن بين المهمات المبدئية التي تمثل قاعدة الارتكاز والتي تنطلق منها جهود مشروع التحول نحو التميز، هي أن تكون الإدارة العليا بالمنظمة على علم واضح و إدراك صحيح لمفاهيم وتوجهات ومقومات و متطلبات الأداء المتميز وأهمها : بناء و تشغيل نظام لإدارة الجودة الشاملة، الذي يعتبر بمثابة القلب من نظم إدارة التميز في الأداء"¹. و من هنا يصبح تصميم و تشغيل نظام للجودة، ركيزة أساسية في التحول نحو "التميز في الأداء" و استكمال متطلباته.

وهكذا نجد أن تطبيق نظم وبرامج الجودة الشاملة، سوف يحقق نتائج جيدة في التحسين المستمر للأداء في المنظمة. فإدارة الجودة الشاملة أكبر من أن تكون مجرد أداة لتطوير أو لحل المشكلات فقط.

ثالثاً : مصادر الأداء غير الفعال : توجد عدة أسباب تجعل أداء الموظفين غير فعال، هذه الأسباب يمكن حصرها في الآتي²:

1. يعتبر الفرد مصدراً رئيسياً لنقاط القوة والضعف في عملية الأداء التي يقوم به.
2. البيئة الخارجية والتي تشمل الأسرة والمجتمع والمشكلات الشخصية المرتبطة بالفرد، كل ذلك له تأثير على أداء الوظيفة.
3. بيئة العمل التنظيمية والمناخ التنظيمي السائد ونظم الحوافز والمكافآت والأجور والترقية والعلاقات الإنسانية وغيرها.
4. أسباب مرتبطة بالوظيفة نفسها مثل انخفاض المهارات الوظيفية لدى الأفراد وعدم توافق متطلبات الوظيفة مع خصائص الفرد.

والجدول رقم (1-1) التالي يعطي توضيح مفصل للجوانب الأربعة السابقة.

1 بو مدين يوسف، مرجع سبق ذكره، ص131.

2 جاد الرب سيد محمد، استراتيجيات تطوير وتحسين الأداء (الأطر المنهجية والتطبيقات العملية)، مصر، مطبعة العشري، 2009م، ص94.

الفصل الأول : دور نظم الجودة والاعتماد في تميز أداء الخدمات الصحية

جدول رقم (1-1) أسباب انخفاض كفاءة الأداء

أولاً: الأسباب والممارسات التنظيمية	ثالثاً: الأسباب المرتبطة بالوظيفة
<ol style="list-style-type: none"> 1. عدم كفاءة التعيين في الوظائف. 2. عدم كفاءة التدريب على الوظائف. 3. التساهل الشديد في تنفيذ السياسات وتحديد معايير الأداء. 4. انخفاض كفاءة نظم الاتصال. 5. عدم وضوح العلاقات الوظيفية. 6. عدم كفاءة الإدارة (عدم البراعة). 7. ضعف اهتمامات وحاجات الموظفين. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. عدم وضوح متطلبات تغيير العمل. 2. التغيير المستمر في الأعمال والوظائف. 3. الوظيفة لا تتيح فرص التقدم والتطوير الوظيفي. 4. الصراع بين الإدارة والموظفين. 5. عدم أمان ظروف العمل. 6. عدم توافر أو عدم ملائمة التجهيزات والمواد الخام ومستلزمات العمل. 7. عدم القدرة على أداء الوظيفة. 8. قصور المهارات الوظيفية.
ثانياً: المشكلات الشخصية	رابعاً: العوامل الخارجية.
<ol style="list-style-type: none"> 2. المشاكل الزوجية. 3. المشاكل المالية. 4. الاضطرابات العاطفية والمعنوية مثل الإحباط والخوف والقلق والتردد. 5. الصراع بين متطلبات العمل والمتطلبات الأسرية أو العائلية. 6. القيود الطبيعية مثل عدم المقدرة واعتلال الصحة وغيرها. 7. ضعف أخلاقيات العمل. 8. المشاكل العائلية الأخرى. 9. انخفاض المجهود. 10. عدم النضوج وقصر التفكير. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. قصور أو زيادة حدة المنافسة. 2. القيود القانونية. 3. الصراع بين المعايير الأخلاقية ومتطلبات الوظيفة. 4. الصراع بين الإدارة والنقابات العمالية.

المصدر: جاد الرب سيد محمد، مرجع سبق ذكره، ص 95.

- من خلال ما سبق يمكن القول بأن القصور في الأداء يرجع إلى ثلاثة أسباب رئيسية هي :
- أ. انخفاض المجهود، الذي قد يكون راجعاً إلى انخفاض الدوافع لأداء العمل الجيد بسبب تدني مستوى الرضا الوظيفي.
 - ب. انخفاض ونقص المهارات الوظيفية مثل نقص المعرفة والقدرات والمهارات الفنية لأداء العمل.
 - ج. المعوقات الخارجية مثل ضعف الظروف الاقتصادية ونقص الطلب وانخفاض حجم المبيعات.
- فأي من هذه الأسباب قد يكون سبب في صعوبة ونقص كفاءة أداء العاملين لوظائفهم وبالتالي ضعف الأداء التنظيمي ككل.

الفصل الأول : دور نظم الجودة والاعتماد في تميز أداء الخدمات الصحية

المطلب الربع : تقييم الأداء في المنظمات الصحية ومعايير تقييم المستشفيات

تتبع أهمية تقييم الأداء في المنظمات الصحية من أهميتها في حياة الأمم والشعوب لما تقدمه من خدمات يحتاجها إي إنسان. لذلك خصص هذا المطلب لتوضيح مفهوم وأهمية تقييم الأداء في المنظمات الصحية، بالإضافة إلى تسليط الضوء على أهم المعايير المستخدمة في التقييم.

أولاً : مفهوم تقييم الأداء في المنظمات الصحية : لقد وردت تعريفات كثيرة لتحديد مفهوم تقييم الأداء ومنها :

- عُرّف تقييم الأداء بأنه : " إيجاد مقياس يمكن من خلاله معرفة مدى تحقيق المنظمة للأهداف التي أقيمت من أجلها، ومقارنة تلك الأهداف بالأهداف المتحققة، ومعرفة وتحديد مقدار الانحرافات عن ما تم التخطيط له مسبقاً، مع تحديد أسباب تلك الانحرافات وأساليب معالجتها"¹.
- كما عرف بأنه " العمل المنجز بالكمية والنوعية والطريقة التي تتم بها تنفيذه، خلال فترة محددة على خلفية الوضع الإجمالي للعمل، والقسم الرسمي محاولة لوضع شخصية معينة وخصائص سلوكية للفرد وتأثيره على العمل ومساهمته بإنجاز أهداف المؤسسة"²
- وعُرّف تقييم الأداء بأنه " عملية قياس منطقية موجهة لأنشطة المستشفى لتأشير مدى فعالية وكفاءة الجهود المبذولة في إطار هذه الأنشطة لتحقيق أهداف معينة في ضوء المقارنة بين ما تم انجازه فعلاً وبين المعايير الموضوعية مسبقاً"³.

مما سبق نجد أن تقييم الأداء يشمل وضع معايير معينة ثم جمع المعطيات اللازمة لقياس تلك المعايير، ثم مقارنة مستوى الأداء الراهن بمستوى الأداء المرغوب في حدود تلك المعايير لتحديد الانحرافات بغرض تصحيحها. أما في المنظمات الصحية فتقييم الأداء يحدد مدى قدرتها على تحقيق أهداف الرعاية الصحية، ويسعى إلى تحسين البرامج والخدمات الصحية المقدمة في حدود ما هو متاح من موارد.

ثانياً : أهمية تقييم الأداء في المنظمات الصحية : تبرز أهمية تقييم الأداء في المنظمات الصحية نتيجة الاعتبارات التالية⁴ :

1. يعكس تقييم الأداء التطور التاريخي للمنظمات الصحية، وتحليل أنشطتها وفعاليتها للفترة الماضية على نحو يسهل من مهمة معالجة نقاط الضعف وتعزيز نقاط القوة في أدائها.
2. توفر هذه العملية المعلومات الضرورية لمتخذي القرار، على نحو يوضح كيفية سير الأنشطة والفعاليات في المنظمة الصحية ومدى التزامها بالتوجيهات الصادرة من قبلهم.

¹ المحيوي قاسم نايف علوان، إدارة الجودة في الخدمات مفاهيم وعمليات وتطبيقات، عمان- الأردن، دار الشروق للنشر والتوزيع، 2006م، ص 358.

² زهران مضر، إدارة المستشفيات والرعاية الصحية، عمان - الأردن، دار زهران للنشر والتوزيع، 2006م، ص333.

³ جلدة سليم بطرس، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، ط1، عمان- الأردن، دار الشروق، 2007م، ص 103.

⁴ البياتي حسين ذنون علي، المعايير المعتمدة في إقامة وإدارة المستشفيات وجهة نظر معاصرة، عمان- الأردن، ط2، دار وائل للنشر، 2009م، ص ص 109-110.

الفصل الأول : دور نظم الجودة والاعتماد في تميز أداء الخدمات الصحية

3. تبين مدى قدرة المنظمة على استغلال الموارد المتاحة له في تحقيق أهدافها ومدى نجاحها في التخطيط والتنفيذ لتحقيق ذلك.
4. تكشف الانحرافات عن المعايير الموضوعية والممارسات الخاطئة والسلبيات والايجابيات، على النحو الذي يسهل من مهمة البحث عن أسباب هذه الانحرافات والمعالجات الضرورية لها.
5. تسهل مهمة تحقيق الوفورات الاقتصادية من خلال تعزيز التناغم بين مختلف أقسام المنظمة الصحية وأنشطتها وتفعيل حالة التكامل بينها على النحو الذي يقلل من الهدر والضياع في الموارد.
6. توفر الفرصة لإيجاد نوع من المنافسة الايجابية بين المنظمات الصحية من ناحية، وبين الأفراد العاملين فيها من ناحية أخرى. الأمر الذي من شأنه زيادة الإنتاج كما ونوعاً وتحسين الجودة مع ترشيد التكاليف.
7. انعكاس نتائج تقييم الأداء على تحسين الأداء الإداري والطبي في المنظمات الصحية، وجعل المنظمة الصحية نظاماً ديناميكياً يتفاعل مع المؤثرات الخارجية والداخلية¹.

ثالثاً: معايير تقييم الأداء في المستشفيات وخصائصها

يعتبر المستشفى من المرافق الهامة في المجتمع الحديث، حيث إنه يقوم بتقديم مزيج متنوع من الخدمات الصحية، العلاجية، الوقائية، والتعليمية، والتدريبية، والبحثية، وبالتالي فهو يسهم في رفع المستوى الصحي للبلاد، هذا بالإضافة إلى كونه على جانب كبير من التعقيد². ولكن هذا لا يعني عدم أهمية الأنواع الأخرى من المنظمات الصحية. إلا أن المعايير والمؤشرات التي تقيم بها المستشفيات هي أكثر شمولية. حيث تحتاج المستشفيات إلى مؤشرات معينة لقياس ومعرفة مستوى الأداء المحقق، بهدف معرفة التقدم الحاصل في أعمالها. وقد اتفق على استخدام هذه المعايير والمؤشرات لأنها تعطي تصور دقيق وواضح عن الأداء الفعلي لأي مستشفى. وقد وضعت العديد من المعايير و المؤشرات المستخدمة في تقييم الأداء في المستشفيات، يمكن عرضها في أربع مجموعات رئيسية تتفرع منها مقاييس مختلفة، هذه المجموعات هي³:

¹ جاد الرب محمد سيد، إدارة المنظمات الصحية والطبية منهج متكامل في إطار المفاهيم الإدارية الحديثة، دار النهضة العربية، القاهرة، 1996-1997، ص 307. نقلاً عن : عدنان مريزق، مرجع سبق ذكره، ص 26.

² حاروش نور الدين، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، ط1، الجزائر، دار كتامة للكتاب، 2008م، ص7.

³ لمزيد من الإطلاع يمكن مراجعة :

- البياتي حسين ذنون علي، مرجع سبق ذكره، ص ص 115-119.
- عدنان مريزق، مرجع سبق ذكره، ص ص 27-31.
- جيلالي أمير، محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظومة الاستشفائية الجزائرية، أطروحة مقدمه للحصول على شهادة الدكتوراه في التخطيط، جامعة الجزائر، 2008/2009م، ص ص 54-57.

الفصل الأول : دور نظم الجودة والاعتماد في تميز أداء الخدمات الصحية

1. معايير الأداء الخاصة بالكادر العامل في المستشفى وهي :

- عدد الأسرة/ طبيب: أي ما يصيب الطبيب الواحد من الأسرة في المستشفى، فزيادة عدد الأسرة للطبيب الواحد يعني تدني مستوى الخدمات الصحية في المستشفى والعكس صحيح. والمستوى المقبول عالمياً هو أربعة أسرة لكل طبيب.
- عدد الأسرة/ ممرض أو ممرضه : ويعكس هذا المؤشر نصيب كل ممرض أو ممرضة من الأسرة الموجودة في المستشفى، فكلما قل عدد الأسرة فذلك يعني ارتفاع مستوى الخدمة المقدمة للمرضى والعكس صحيح، والعدد المقبول به غالباً هو سريران لكل ممرض أو ممرضة.
- عدد الأسرة/ صيدلي : العدد المقبول به هو مائة سرير لكل صيدلي، وأي نقص عن هذا العدد يعني تدني أداء المستشفى.
- عدد الأسرة/ أخصائي تغذية وأخصائي التحليل المخبري : العدد المقبول به هو مائة سرير لكل أخصائي من النوعين.
- عدد الأسرة/ موظفي الخدمة الاجتماعية : العدد المقبول به هو سبعين سرير لكل موظف خدمة اجتماعية، والمعيار نفسه بالنسبة لأخصائي العلاج الطبيعي.
- عدد الأسرة/ الموظفين (الأفراد العاملين في انجاز المهام الإدارية في المستشفى): يفترض أن يساوي عدد هؤلاء الموظفين عدد أسرة المستشفى.

2. معايير الأداء الخاصة بتشغيل المستشفى وهي :

- **معدل رقود المرضى** : ويقاس هذا المعدل كفاءة الأقسام العلاجية داخل المستشفى، فكلما انخفضت مدة بقاء المريض داخل المستشفى، كلما دل على كفاءة النظم العلاجية والطبية المتاحة، وذلك بشرط شفاء المريض ورضاه عن الخدمات العلاجية المقدمة؛ وكلما زادت هذه المدة كان ذلك دليلاً على انخفاض كفاءة الأداء، باستثناء الحالات التي تتطلب وقتاً طويلاً مثل مرضى المستشفيات النفسية والعقلية، أو بعض الحالات المرضية الأخرى. ويحسب هذا المعدل بالمعادلة التالية :

مجموع عدد أيام المرضى(الرقود+خروج+وفاه) خلال فترة زمنية معينة

معدل أيام رقود المرضى =

مجموع عدد المرضى(الرقود+خروج+وفاه) خلال نفس الفترة

إلا أن هذا المعيار قد يكون مضللاً، حيث إنه من الممكن أن تتخفف الكفاية الإنتاجية وتزداد نسبة من لا يتم شفاؤهم ويخرجوا لسوء حالتهم الصحية أو بالوفاة. وبالتالي يشير هذا المعيار إلى نقص مدة الإقامة، الذي يستعان بها كدليل على مستوى كفاية مرتفع، أو قد يحدث أن تبادر المستشفى بإخراج المريض بعد أن أجريت له جراحة مثلاً ليستكمل علاجه في منزله تحت ضغط الإقبال المتزايد على المستشفى وتزداد حالات الخروج ويقل متوسط مدة الإقامة، بينما المريض قد عاوده المرض وفي انتظار العودة للقسم الداخلي ثانية¹.

¹ سهام مصطفى يونس، مؤشرات الكفاية الإنتاجية في تقديم الخدمات الصحية بالمستشفيات العامة في جمهورية مصر العربية (دراسة ميدانية بالتطبيق على مستشفى أسيوط الجامعي)، رسالة مقدمة لنيل درجة الماجستير في إدارة الأعمال، جامعة أسيوط، كلية التجارة، قسم إدارة الأعمال، 1981، ص 75.

الفصل الأول : دور نظم الجودة والاعتماد في تميز أداء الخدمات الصحية

- نسبة إشغال السرير : يشير هذا المقياس إلى الاستغلال الفعلي للأسرة المتاحة في المستشفى على النحو الذي يعزز أداء المستشفى، وتحسب هذه النسب وفقاً للمعادلة التالية :

$$\text{نسبة إشغال السرير} = \frac{\text{مجموع عدد أيام المرضى الراقدين خلال السنة}}{\text{عدد الأسرة} \times 365 \text{ يوم}} \times 100$$

- معدل المراجعين إلى العيادة الخارجية الاستشارية : يشير هذا المعيار إلى مدى استغلال الطاقات البشرية (الطبية) على نحو سليم، بحيث يستقبل كل طبيب عشرين مريضاً) من مرضى العيادات الخارجية بحسب المقاييس العالمية المعروفة، ويشير ارتفاع هذه النسبة إلى تدني أداء المستشفى والعكس صحيح، ويحسب هذا المعدل وفقاً للمعادلة التالية :

$$\text{معدل المراجعين إلى العيادة الخارجية} =$$

- مجموع عدد المرضى المراجعين إلى المستشفى - (مجموع المرضى الراقدين + مجموع مرضى قسم الطوارئ).

- معدل كلفة المريض : يدل ارتفاع هذا المعدل إلى تدني أداء المستشفى والعكس صحيح، وهو أحد المؤشرات المالية الموضوعية لمعرفة مدى إيجابية أداء المستشفى، ويحسب هذا المعدل وفقاً للمعادلة التالية :

$$\text{معدل كلفة المريض} = \frac{\text{مجموع النفقات (المصاريف) في المستشفى خلال فترة معينة}}{\text{مجموع أيام المرضى خلال الفترة نفسها}}$$

- نسبة حالات التشريح : يشير ارتفاع هذه النسبة في المستشفى إلى الأداء العالي للمستشفى، لما لهذه الحالات من فوائد في معالجة الحالات المماثلة في المستقبل، وتستخرج هذه النسبة من خلال المعادلة التالية :

$$\text{نسبة حالات التشريح} = \frac{\text{مجموع حالات التشريح خلال السنة}}{\text{مجموع عدد الوفيات خلال نفس الفترة}} \times 100$$

3. معايير الأداء الخاصة بنتائج التشغيل : وتضم المعايير الآتية :

- نسبة الوفيات العام : هذا المعيار يعطي صورة عن حجم المرضى الذين توفوا في المستشفى من مختلف الأعمار وللسبب المختلفة، حيث يدل ارتفاعه على تدني أداء المستشفى والعكس صحيح، ويحسب هذا المعيار وفقاً للمعادلة التالية :

$$\text{نسبة الوفيات} = \frac{\text{مجموع الوفيات في المستشفى خلال فترة زمنية معينة}}{\text{مجموع المرضى الراقدين خلال نفس الفترة}} \times 100$$

- نسبة وفيات الأطفال : قي حالة تدني هذا المؤشر فذلك يعني كفاءة أداء المستشفى، والعكس صحيح، ويحسب هذا المؤشر من خلال المعادلة التالية :

$$\text{نسبة وفيات الأطفال} = \frac{\text{مجموع وفيات الأطفال عمر (0-12) خلال السنة}}{\text{مجموع عدد الولادات الحية خلال نفس الفترة}} \times 100$$

الفصل الأول : دور نظم الجودة والاعتماد في تميز أداء الخدمات الصحية

- **نسبة وفيات الأمهات :** هذا المعيار يقيس نسبة وفيات الأمهات اللواتي في حالة حمل أو ولادة، فارتفاع النسبة قد يكون سببه خلل في الكادر الطبي أو العناية أو الخدمات الأخرى أو الأجهزة أو أوضاع المستشفى، فارتفاع هذه النسبة يدل على تدني أداء المستشفى والعكس صحيح، وتحسب هذه النسبة وفقاً للمعادلة التالية :

$$\text{نسبة وفيات الأمهات} = \frac{\text{مجموع وفيات الأمهات في المستشفى نتيجة الحمل أو الولادة خلال سنة}}{\text{مجموع عدد حالات الولادات الحية و الميتة خلال نفس الفترة}} \times 100$$

- **نسبة الوفيات نتيجة التخدير :** يشير هذا المعيار إلى نسبة المتوفيين أثناء العمليات الجراحية بسبب القصور في إجراءات التخدير، حيث يدل ارتفاع هذه النسبة إلى تدني أداء المستشفى والعكس صحيح، وتحسب هذه النسبة وفقاً للمعادلة التالية :

$$\text{نسبة وفيات التخدير} = \frac{\text{مجموع عدد وفيات التخدير خلال سنة}}{\text{مجموع عدد العمليات الجراحية خلال نفس الفترة}} \times 100$$

- **نسبة الوفيات نتيجة التلوث :** يمكن أن تكون المستشفى مكان للإصابة بالأمراض المختلفة نتيجة للتلوث وعدم مكافحة أسبابه، كما قد يصاب الكادر العامل أيضاً بهذه الأمراض ولأسباب مختلفة مثل : ضعف التدابير الوقائية، قلة المعدات والأجهزة الطبية التي تحد من التلوث، وبالتالي فإن ارتفاع هذه النسبة يدل على تدني أداء المستشفى والعكس صحيح، وتحسب هذه النسبة وفقاً للمعادلة التالية :

$$\text{نسبة الوفيات نتيجة التلوث} = \frac{\text{عدد حالات التلوث خلال السنة}}{\text{مجموع عدد المرضى (المغادرون + الوفيات) خلال نفس الفترة}} \times 100$$

4. **مؤشرات تقييم أداء الموارد البشرية:** في هذا النوع من المعايير، كلما كانت النسبة أعلى فإن ذلك يدل على زيادة كفاءة أداء المستشفى والعكس صحيح، وتشمل المؤشرات الفرعية التالية¹:
- أ. **المؤشرات الخاصة بالأطباء :** يمكن اعتماد المقاييس الآتية في تحديد مستوى أدائهم ومنها:

$$\text{عملية/طبيب} = \frac{\text{عدد العمليات الجراحية خلال السنة}}{\text{عدد الأطباء الجراحين خلال السنة}}$$

$$\text{طبيب مقيم/إجمالي الأطباء} = \frac{\text{عدد الأطباء المقيمين}}{\text{عدد الأطباء الكلي}}$$

¹ البكري ثامر ياسر، إدارة المستشفيات، مرجع سبق ذكره، ص ص 204-205

الفصل الأول : دور نظم الجودة والاعتماد في تميز أداء الخدمات الصحية

ب. المؤشرات الخاصة بالطاقم التمريضي : ويمكن عرض المقاييس التالية:

$$\text{عدد الممرضات} \\ \hline \text{عدد الأطباء} = \text{ممرضة/ طبيب}$$

$$\text{عدد الممرضات} \\ \hline \text{عدد الراقدين في المستشفى} = \text{ممرضة/ مريض}$$

$$\text{عدد الأسرة خلال السنة} \\ \hline \text{عدد الطاقم التمريضي خلال السنة} = \text{سرير/ طاقم تمريضي}$$

ج. المؤشرات الخاصة بالإداريين:

$$\text{عدد الإداريين} \\ \hline \text{مجموع عمال المستشفى} = \text{إداري/عامل بالمستشفى}$$

5. مؤشرات تقييم الأداء للموارد المادية والمالية: وتتمثل هذه المؤشرات في الآتي¹:

$$\text{عدد الأسرة في المستشفى} \times 360 \text{ يوما} - \text{مجموع أيام العلاج في السنة} \\ \hline \text{عدد حالات الخروج} + \text{عدد الموتى} = \text{معدل خلو الأسرة}$$

يقيس هذه المؤشر كفاءة استغلال أسرة المستشفى خلال مدة زمنية محددة.

$$\text{عدد الأجهزة الطبية العاطلة} \\ \hline \text{العدد الكلي للأجهزة الطبية} = \text{نسبة الأجهزة الطبية العاطلة}$$

$$\text{مجموع ساعات التوقفات والعطلات للأجهزة الطبية} \\ \hline \text{مجموع ساعات التشغيل الفعلية} = \text{نسبة عدد ساعات التوقفات لساعات التشغيل}$$

¹مصطفى إسماعيل محمود فهمي، صعوبات قياس كفاءة أداء الخدمات الصحية بالمستشفيات (دراسة تطبيقية على المستشفيات العامة بوزارة الصحة بمحافظة القاهرة)، بحث مقدم للحصول على درجة العضوية، أكاديمية السادات للعلوم الإدارية، قسم الإدارة العامة والمحلية، جمهورية مصر العربية، 1997، ص 62.

الفصل الأول : دور نظم الجودة والاعتماد في تميز أداء الخدمات الصحية

$$\text{معدل حصة المريض من كلفة الأدوية} = \frac{\text{كلفة الأدوية المستخدمة}}{\text{عدد المرضى الكلي}}$$

$$\text{نسبة التلف في قناني الدم} = \frac{\text{عدد قناني الدم التالفة}}{\text{مجموع عدد قناني الدم المخزنة}}$$

$$\text{نسبة مصاريف الصيانة} = \frac{\text{مصاريف الصيانة الفعلية}}{\text{مجموع المبالغ المخصصة للصيانة}}$$

6. مؤشرات تقييم أداء جودة الخدمات الصحية: وتشمل المؤشرات الفرعية التالية:

$$\text{معدل دوران السرير} = \frac{\text{عدد حالات الخروج في السنة}}{\text{عدد الأسرة في نفس السنة}}$$

يوضح هذا المؤشر عدد المرضى الذين يخدمهم سرير خلال فترة زمنية معينة، غالباً ما تكون سنة.

$$\text{نسبة الشكاوى للمراجعين} = \frac{\text{عدد الشكاوى في المستشفى}}{\text{عدد المراجعين}}$$

تشير النسبة أعلاه إلى نسبة الشكاوى المقدمة من طرف المراجعين، والتي قد تكون نتيجة عدة أسباب أهمها : سوء التغذية، قلة النظافة، نقص الأدوية والتجهيزات.

$$\text{نسبة الشكاوى للطواقم الطبي} = \frac{\text{عدد الشكاوى في المستشفى}}{\text{عدد الأطباء}}$$

هذه الشكاوى غالباً ما تتعلق بعدم توافر وسائل العمل بشكل كاف أو نقص الكادر وغياب التنظيم السليم... الخ.

7. مؤشرات تقييم أداء الخدمات الوقائية والرعاية الصحية الأولية : وتضم الأتي¹ :

$$\text{معدل الإصابات بالأمراض السارية(نوع المرض)} = \frac{\text{عدد الإصابات بمرض معين}}{\text{عدد سكان المنطقة المخدومة}}$$

$$\text{نسبة الأطفال الملقحين} = \frac{\text{عدد الأطفال الملقحين}}{\text{عدد أطفال المنطقة المخدومة}}$$

¹ البكري ثامر ياسر، إدارة المستشفيات، مرجع سبق ذكره، ص 209.

الفصل الأول : دور نظم الجودة والاعتماد في تميز أداء الخدمات الصحية

وتجدر الإشارة هنا إلى أن دقة النتائج التي يقدمها أي معيار أو مؤشر تعتمد على دقة البيانات الإحصائية المستخدمة، والتي تحتاج إلى نظام معلومات دقيق وكفاء. والجدول رقم (1.2) التالي يوضح الحدود الدنيا والقصى التي حددتها منظمة الصحة العالمية (WHO) * لأهم هذه المقاييس والتي يمكن الاسترشاد بها في مقارنة نتائج التقييم.

جدول رقم (1- 2) معايير الأداء ومؤشرات قياسها كما حددتها منظمة الصحة العالمية (WHO)

مؤشر القياس	المعايير
4 أو 5 سرير	عدد الأسرة/ طبيب
سريرين	عدد الأسرة/ ممرض أو ممرضة
100 سرير	صيدلي واحد
100 سرير	أخصائي واحد للتغذية
100 سرير	أخصائي واحد بالتحاليل المخبرية
75	موظف واحد متخصص بنظام المعلومات الطبية
75	موظف واحد متخصص بالعلاج الطبيعي
75	موظف واحد متخصص بالخدمة الاجتماعية
سرير واحد	موظف واحد
3-4%	معدل الوفيات العام
5000/1	معدل الوفيات نتيجة التخدير
1%	الوفيات بعد العملية
0.25%	معدل وفيات الأمهات
2%	معدل وفيات أطفال عند الولادة
1%	نسبة التلوث
1-2%	نسبة التلوث بعد العملية
25%	نسبة التشريح
3-4%	نسبة العمليات القيصرية
7 أيام	معدل رقود المريض
80%	نسبة إشغال السرير
15 مريضاً	مريض العيادة الخارجية / طبيب

المصدر: جلدة سليم بطرس، مرجع سبق ذكره، ص 110.

* (World Health Organization).

الفصل الأول : دور نظم الجودة والاعتماد في تميز أداء الخدمات الصحية

رابعاً : الخصائص التي يجب توفرها في معايير تقييم الأداء

- عند اعتماد معايير ومؤشرات القياس وتصميم نظام القياس يجب مراعاة توفر مجموعة من الخصائص في هذه المعايير و المؤشرات، هذه الخصائص نلخصها في الآتي¹ :
1. ضرورة تناغم مقاييس الأداء استراتيجياً مع غايات المنظمة وأهدافها.
 2. يجب أن تتضمن مقاييس الأداء خليطاً من المقاييس المالية وغير المالية.
 3. ينبغي أن تتضمن نظم قياس الأداء تلك المقاييس التي تسهل من مهمة المنظمة في تقييم فعاليتها إلى جانب كفاءتها.
 4. تكامل المقاييس المستخدمة وعدم تضاربها أو تناقضها.
 5. يجب أن تبين مدى كفاءة استغلال المنظمة لمواردها باتجاه توليد المخرجات.
 6. ينبغي أن تحفز مقاييس الأداء الأفراد العاملين على مساعدة المنظمة لتحقيق أهدافها القصيرة والطويلة الأجل.
 7. ينبغي أن تتسم هذه المقاييس بقدر من المرونة.
 8. يفترض أن تكون المعلومات اللازمة للمقاييس المختارة متوفرة في التوقيت المناسب، وأن تكون تكلفتها معقولة بشكل يسمح بالحصول عليها.
 9. يفترض تحديد الأهمية النسبية والوزن الخاص لكل مقياس على نحو مختلف وبحسب أهمية كل منها. حيث يعكس الوزن العلاقة بين الأداء المراد قياسه وبين الأهداف التنظيمية التي يسهم فيها.

¹ جلدة سليم بطرس، مرجع سبق ذكره، ص ص 104-105.

الفصل الأول : دور نظم الجودة والاعتماد في تميز أداء الخدمات الصحية

المبحث الثالث : الجودة في الخدمات الصحية

أن موضوع جودة الخدمة الصحية أصبح من المواضيع الأساسية في تسويق خدمات الرعاية الصحية ، كما أن هذا الموضوع هو محل الاهتمام والتركيز من قبل إدارات المستشفيات، والمستفيدين من خدمات الرعاية الصحية، والأطباء، والجهات الممولة لهذه الخدمات¹. حيث تركز هذه الأطراف المتعددة على موضوع جودة الخدمة الصحية لتحقيق أهدافها ومصالحها، إذ إن الخلل والأخطاء في جودة الرعاية الصحية غير مقبول وتتعدى آثاره الضرر المادي إلى الضرر الجسدي والنفسي ولا بد من التطلع إلى ممارسة صحية خالية من العيوب.

وقد لوحظ حدوث تطور كبير في مشاريع تحسين الأداء في المنظمات الصحية، وزيادة في الاهتمام بتطوير برامجها على المستوى الوطني في دول كثيرة من العالم لأسباب عديدة أهمها²:

1. التقدم في العلوم والمعارف الطبية والتطور في الأجهزة والتقنيات في هذا المجال، مما

تطلب إيجاد طرق إدارية تتماشى معها لضمان تحسين أداء الرعاية الصحية.

2. أدت المشاكل الاقتصادية لدى معظم دول العالم إلى الحد من قدرتها على تحسين الرعاية

الصحية عن طريق زيادة الإنفاق، وبالتالي فإن الحل البديل كان عن طريق تحسين كفاءة وفعالية الأداء ضمن الموارد المتاحة.

3. يرى المديرون (في القطاع الخاص) أنه من الضروري استرداد كلفة الخدمة، لكنهم

يدركون أيضاً أنه من الصعب حمل المستفيدين من هذه الخدمة على دفع ثمنها دون تحسين نوعيتها.

4. حقّق النجاح الذي أحرز في طرق إدارة الجودة التي استخدمت في القطاع الصناعي في

اليابان، وفي الولايات المتحدة وأوروبا بعد ذلك، مؤسسات الرعاية الصحية على استخدام نفس الطرق في برامج ضمان الجودة لديها.

إن جودة الخدمات الصحية التي يتم توفيرها للمرضى لها أثر على أداء المستشفى في ظل

المنافسة الشديدة في مقابل المستشفيات الكبيرة الحجم، وتزيد من حقوق المرضى³. فالمستشفى الكبير الحجم بشكل خاص قد يظهر أداء متميزاً عندما يقوم باستثمار موارده في تحسين أبعاد الجودة، التي من شأنها تحقيق توقعات العميل، وتحسين قيمة الرعاية الصحية.

كما إن سوق تقديم الخدمات الصحية، قد تحول تدريجياً إلى القطاع الخاص كجزء من ظاهرة

العولمة. و إن زوال المنظمات الفردية يمكن أن يحدث نتيجة الافتقار إلى إرادة العملاء في سوق

عمل تحتدم فيه المنافسة، ومن الكشف عن زيادة المساءلة القانونية عن الأخطاء البشرية والتقنية

أو الإجرائية، والتي قد تحدث أثناء تقديم خدمات الرعاية الصحية⁴.

¹ نصيرات فريد توفيق، إدارة المستشفيات، ط1، عمان - الأردن، إثناء للنشر والتوزيع، 2008 م، ص 383-384.

² نياز عبد العزيز بن حبيب الله، مرجع سبق ذكره، ص ص 6-7.

³ Yang-Kyun Kima, Chul-Ho Chob, Seo-Kyu Ahnb, In-Ho Gohb and Han-Joong Kim, "A study on medical services quality and its influence upon value of care and patient satisfaction - Focusing upon outpatients in a large-sized hospital", Total Quality Management Vol. 19, No. 11, November 2008, 1155.

⁴Satya P. Chattopadhyay, Steven J. Szydlowski, "TQM implementation for competitive advantage in healthcare delivery", Managing Service Quality, Volume 9, Number 2, 1999, p. 96.

الفصل الأول : دور نظم الجودة والاعتماد في تميز أداء الخدمات الصحية

المطلب الأول : مفهوم الجودة في المجال الصحي ومراحل تطورها

بدأت الأسواق المسيطرة على خدمات الرعاية الصحية و الاجتماعية في الإدراك، بأن رفع الإنتاجية للنظم، يتطلب توفير خدمات ذات جودة عالية. وفي كل زاوية من العالم تقريباً بدأت تظهر عملية التأكيد على أن منظمات الرعاية الصحية كأى منظمات أخرى يجب أن تنفذ جهداً جماعياً حتى تحقق متطلبات العميل بشكل مناسف. وإذا لم يتم إرضاء العميل وتزويده بعناية صحية ذات جودة عند مستوى تكلفة معقولة، مع التقليل من النتائج الغير مرغوبة، فإن منظمات الرعاية الصحية ستخرج من العمل. ولتتمكن هذه المنظمات من البقاء والوفاء بهذا الالتزام، فإن ذلك يتطلب منها معرفة المقصود بجودة الخدمة الصحية.

أولاً : مفهوم الجودة في الخدمات الصحية

رغم الاهتمام المتزايد بجودة الخدمات الصحية، وشيوع استخدام مصطلح الجودة في الأدبيات المتخصصة وفي الحياة العامة، إلا أنه من الصعب إيجاد تعريف لهذا المفهوم يتفق عليه الجميع. حيث يخضع مفهوم الجودة لتقدير الأفراد، ويختلف باختلاف اهتماماتهم وأولوياتهم وأهدافهم.

ومن التعريفات التي وردت في هذا الشأن، نذكر ما يلي¹ :

- الجودة من وجهة نظر طالب الخدمة : أن تكون الخدمات المقدمة هي المرغوبة.
- الجودة من وجهة نظر المختص أو المهني(الطبيب) : وتعني بان تكون الخدمات المقدمة تقابل حاجات المرضى المحددة من قبل المختصين، وفيما إذا كان الطاقم الطبي قد اختار بدقة ونفذ الإجراءات التي يعتقد أنها ضرورية لمقابلة احتياجات المرضى.
- الجودة من وجهة نظر الإدارة : وتعني أفضل استخدام للموارد من أجل مقابلة حاجات المرضى.

من خلال التعريفات السابقة يمكن ملاحظة تعدد وجهات النظر حول تعريف الجودة في الخدمات الصحية، فقد عرفها كل طرف بالشكل الذي يخدم مصلحته ويحقق رضاه. فالمريض يصف جودة الخدمة بأنها تقديم ما هو مرغوب فيه، في حين يصفها المختصين بأنها تقديم الحاجات المحددة من قبل المختصين، بينما يصفها الإداريين بأنها الاستغلال الأمثل للموارد.

- كما عرفت الهيئة الأمريكية لاعتماد المنشآت الصحية الجودة على أنها " الدرجة التي تكون فيها خدمات رعاية المريض تزيد من احتمالية النواتج المرغوبة للمريض، وتقلل من احتمالية النواتج غير المرغوبة، والتي تقدم طبقاً لحالة المعرفة العلمية القائمة"². يعكس هذا التعريف بصورة ضمنية، بأن الجودة هي درجة التحسين في أداء الخدمة الصحية وفقاً للمبادئ العلمية التي تقوم عليها.

¹Qvretveil Johan. "TQM in European Healthcare,"International Journal of Healthcare Quality Assurance, V13,N 2,2000,p 75.

² مذكور فوزي شعبان، " مدى إدراك وتطبيق مديري المستشفيات العامة المصرية لطرق إدارة جودة رعاية المريض - دراسة مقارنة للمستشفيات العامة بمحافظة القاهرة"، المجلة العلمية للاقتصاد والتجارة، كلية التجارة، عين شمس، العدد 2، 1996م، ص 631.

الفصل الأول : دور نظم الجودة والاعتماد في تميز أداء الخدمات الصحية

• أما منظمة الصحة العالمية فقد عرفت الجودة الصحية على أنها "التمشي مع المعايير والأداء الصحيح بطريقة آمنة وتكاليف مقبولة من المجتمع، بحيث تؤدي إلى إحداث تأثير على معدل الحالات المرضية ونسبة الوفيات والإعاقة وسوء التغذية"¹. من خلال تعريف منظمة الصحة العالمية فإن الجودة تتحدد بدرجة المطابقة لمعايير محددة، وهذا لاتجاه يتفق مع التعريف الذي وضعه [خوجة توفيق] الذي يرى بأن الجودة في الرعاية الصحية تعني²:

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

لقد وضعت تعريفات كثيرة للجودة في الآونة الأخيرة وتطورت عنها مفاهيم عديدة، وقد تغير مضمون هذه المفاهيم في وقت قصير نسبياً، وإن متابعة هذه التعريفات وتحليل مضمونها يوصلنا إلى نقطتين أساسيتين هما :

- أ. إن المصطلح المرادف "للجودة" والمستخدم في الدول السبّاقة في هذا المجال هو "تحسين الأداء" والذي يحوي، بالإضافة لأبعاد الجودة خاصة التحسين المستمر للأداء نحو شكل أفضل من سابقه في كل مرة.
- ب. إن مفهوم "الجودة" أو مفهوم "تحسين الأداء" يعكسان فلسفة إدارية، وأن تحقيقهما يتطلب اتباع أسلوب إداري يتبنى هذه الفلسفة³، ومن هنا نشأ مصطلح إدارة الجودة وإدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية.

ثانياً : تطور مفهوم الجودة في المجال الصحي

أول من استخدم هذا المفهوم في مجال الطب هي ممرضة بريطانية تدعى فلورنس نايتنجيل والتي كانت تشرف على تقديم الرعاية الصحية بالمستشفيات العسكرية، حيث قامت بإدخال معايير أداء بسيطة في عملها، أدى الالتزام بهذه المعايير إلى انخفاض ملحوظ في عدد الوفيات في تلك المستشفيات. وفي عام 1905م وضع "فلكسندر" معايير لكليات الطب في الولايات المتحدة الأمريكية. لكن تطبيق الجودة في نطاق الصحة بالمعنى الحديث لم يبدأ إلا أثناء الحرب العالمية

¹ نياز عبد العزيز بن حبيب الله، مرجع سبق ذكره، ص 5.

² خوجة توفيق بن احمد، المدخل في تحسين جودة الخدمات الصحية، ط2، الرياض، مكتبة الملك فهد الوطنية، 2004م، ص 37.

³ نياز عبد العزيز بن حبيب الله، مرجع سبق ذكره، ص 6.

الفصل الأول : دور نظم الجودة والاعتماد في تميز أداء الخدمات الصحية

الأولى حين طورت أكاديمية الجراحين الأمريكيين معايير محددة للعناية الطبية في الولايات المتحدة الأمريكية، وتم إنشاء لجنة اعتماد المستشفيات الأمريكية (JCAHO) عام 1952م، وفي عام 1970م، بدأ العمل بالتدقيق الطبي، و قد ظهر مفهوم إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية عام 1987م¹.

وحتى وقت قريب، كانت برامج الجودة تستخدم في المستشفيات في الدول المتطورة، وكانت تعتمد على معايير الرعاية التي طورتها منظمات اعتماد المؤسسات الصحية، وفي الثمانينات انتقلت هذه البرامج إلى الرعاية الصحية الأولية في الولايات المتحدة وأوروبا، ومما ساعد على إدخال المعايير للرعاية الطبية هو أدلة العمل والمعايير التي طورتها منظمة الصحة العالمية للحد من انتشار مرض الإسهال والتهابات الجهاز التنفسي الحادة وخاصة عند الأطفال، وبعد عام 1985م بدأت منظمة الصحة العالمية بمشاركة كثيرة أخرى مثل مشروع "بحوث عمليات الرعاية الصحية الأساسية" باستخدام تحليل النظم وتقييم المرافق الصحية لتقييم جودة الرعاية الصحية².

المطلب الثاني: أهمية وأبعاد الجودة في المنظمات الصحية

واجهت المنظمات الصحية خلال العقود الأخيرة من القرن الماضي تحديات وضغوط مختلفة من البيئة الداخلية والخارجية على حد سواء، أهمها³ :

- تكاليف شراء وصيانة المعدات والأجهزة الطبية مرتفعة جداً.
- التوجه نحو التخصص الدقيق في الممارسات الطبية المختلفة رغم قلة المتخصصين.
- الطلب المتزايد على مختلف أنواع الخدمات الصحية والذي يرافقه زيادة في الاهتمام بتلبية احتياجات وتوقعات العملاء.
- زيادة قوة المنافسة بين المنظمات الصحية عموماً والمتشابهة بصفة خاصة.
- ارتفاع نسبة الأخطاء الطبية.
- بسبب سوء ممارسة المهن الطبية زادت نسبة الشكاوى القانونية المقدمة ضد المستشفيات.
- زيادة درجة الوعي لدى المستفيدين والمنتهجين من الخدمة الصحية أدى إلى زيادة اهتمامهم بجودة هذه الخدمات.
- غياب الإدارة الفعالة والتنسيق بين الأقسام المختلفة.

شكلت هذه التحديات حاجزاً أمام المنظمات الصحية، دفعتها إلى تطوير النظم الموجودة فيها بشكل يخدم المنتفعين ويحقق رضاهم ويقدم نظام صحي متكامل على مستوى عالي ومقبول من الجودة.

¹ نياز عبد العزيز بن حبيب الله، مرجع سبق ذكره ، ص 29.

² نفس المرجع، ص 30.

³ البراوري نزار عبد المجيد، باشوية لحسن عبد الله، مرجع سبق ذكره، ص ص 567 - 568.

الفصل الأول : دور نظم الجودة والاعتماد في تميز أداء الخدمات الصحية

أولاً : أهداف تطبيق نظم الجودة في المنظمات الصحية وأهميتها

بادرت معظم المنظمات الصحية بتطبيق نظم وبرامج الجودة من أجل تحسين وتطوير مستوى أدائها، كما أن تطبيق نظم الجودة من شأنه مساعدتها في التعرف على الموارد المادية والبشرية المهدرة، ومن ثم العمل على التخلص منها في نفس الوقت، ويعتبر نظام الجودة نظام تحفيزي، فهو يتيح للعاملين الفرصة للتعرف على إمكانياتهم ومنحهم الصلاحيات وفق هذه الإمكانيات ويحثهم على التفوق والإبداع أيضاً. وتتمثل أهداف الجودة في الخدمات الصحية في الآتي¹ :

1. ضمان الصحة البدنية والنفسية للمستفيدين.
 2. تقديم خدمة صحية ذات جودة مميزة من شأنها تحقيق رضا المستفيد (المريض) وزيادة ولاؤه للمنظمة الصحية والذي سيصبح فيما بعد وسيلة إعلامية فاعلة لتلك المنظمة الصحية.
 3. تعد معرفة آراء وانطباعات المستفيدين (المرضى) وقياس مستوى رضاهم عن الخدمات الصحية وسيلة مهمة في مجال البحوث الإدارية والتخطيط للرعاية الصحية ووضع السياسات المتعلقة بها.
 4. تطوير وتحسين قنوات الاتصال بين المستفيدين من الخدمة الصحية ومقدميها.
 5. تمكين المنظمات الصحية من تأدية مهامها بكفاءة وفاعلية.
 6. تحقيق مستويات إنتاجية أفضل، إذ يعد الوصول إلى المستوى المطلوب من الرعاية الصحية المقدمة إلى المستفيدين (المرضى) الهدف الأساس من تطبيق الجودة.
 7. كسب رضا المستفيد (المريض)، إذ أن هناك قيم أساسية لإدارة الجودة لا بد من توفرها في أي منظمة صحية تعمل على تحسين الجودة وتسعى لتطبيق نظم الجودة وبالتالي تطوير أداء العمل وبالنهاية كسب رضا المستفيد.
 8. تحسين معنويات العاملين، إذ أن المنظمة الصحية الخاصة هي التي يمكن لها تعزيز الثقة لدى العاملين لديها وجعلهم يشعرون بأنهم أعضاء يتمتعون بالفاعلية، مما يؤدي إلى تحسين معنوياتهم وبالتالي الحصول على أفضل النتائج.
- كما تكمن أهمية نظم الجودة أيضاً، في كونها تعمل على توثيق وتحضير العديد من البرامج والآليات الفعالة لاكتشاف المشكلات ومحاولة إيجاد حلول مثالية لها، وكذا البحث عن المشكلات المحتملة ظهورها في المستقبل، والتي من الممكن أن تؤثر سلباً على الخدمة المقدمة للمرضى. ويعتبر الاهتمام بالجودة هو المقياس الأساسي الذي من خلاله تستطيع المنظمة الصحية التعرف على مستوى أدائها مقارنة بالمنظمات الأخرى، كما يعطي المنظمة القدرة على تحقيق النجاح المتواصل².

¹ سعد خالد، الجودة الشاملة: تطبيقات على القطاع الصحي، عمان- الأردن، دار وائل للنشر والتوزيع، 2004م، ص113.

² البراوري نزار عبد المجيد و باشيوة لحسن عبد الله، مرجع سبق ذكره، ص 569.

الفصل الأول : دور نظم الجودة والاعتماد في تميز أداء الخدمات الصحية

من خلال ما سبق يمكن القول بأن احد أهم أسباب تطبيق نظم للجودة في القطاع الصحي، هو الضغوط المتزايدة على المنظمات الصحية، والتي تدفعها إلى تركيز جهودها في تنفيذ الأنشطة والبرامج التي من شأنها تحسين أدائها ورفع جودة الخدمات المقدمة فيها.

ثانياً : أبعاد الجودة في الخدمات الصحية

من المتعارف عليه إن العنصر العام في الجودة هو أنها تعتمد على إدراك الزبون وتوقعاته، وتسعى المنظمات إلى تلبية التوقعات عن طريق التعرف على المعايير التي يحكم بها الزبائن على جودة الخدمة المقدمة لهم، ومن ابرز الأبعاد والمعايير المستخدمة كدلائل لجودة الخدمات الصحية ما يلي :

1. **الموثوقية (الاعتمادية Reliability):** وتعني قدرة الأطباء(مقدمي الخدمة) على أداء الخدمة الصحية بدرجة عالية من الدقة والسلامة¹.

2. **الضمان (كفاءة الأداء) :** ويقصد به الأمان الكافي المحيط بمكان الخدمة، والشعور بالحصول على خدمة جيدة، والمحافظة على سرية وخصوصيات المستفيدين من الخدمة وكذلك الاطمئنان على أرواحهم وممتلكاتهم². بمعنى تقديم الخدمات بطريقة بعيدة عن الخطأ على أسس ومعايير سليمة، كما يعني أيضاً درجة الشعور بالأمان والثقة في الخدمة المقدمة وبمن يقدمها.

3. **الاستجابة :** وتعني مدى قدرة ورغبة واستعداد مقدم الخدمة لتقديم الخدمة للعملاء عند احتياجهم لها وبشكل دائم، فهي تعكس مدى قيام العاملين على تقديم الخدمة بالتفاعل سريعاً مع ما هو غير متوقع أو خاص لدى المستفيد³.

من خلال ما سبق يمكن القول بأن الاستجابة في مجال الخدمات الصحية تشمل المتغيرات الآتية :

- أ. السرعة في تقديم الخدمة الصحية المطلوبة؛
 - ب. الاستجابة الفورية لاحتياجات المريض مهما كانت درجة الانشغال؛
 - ج. الاستعداد الدائم للعاملين للتعاون مع المريض؛
 - د. الرد الفوري على الاستفسارات والشكاوي وإخبار المريض بالضبط عن ميعاد تقديم الخدمة والانتهاؤها منها .
4. **التمكن الفني والجدارة :** أي كفاءة القائمين على أداء الخدمة من حيث المهارات والمعرفة والمؤهلات التي تمكنهم من أداء الخدمة بشكل مرض⁴.

¹ Evans , James R ., & Collier David A., Operations Management , Thomson South Western , Boston, 2007,p78.

² رشود عبد الله بن صالح، قياس جودة الخدمة بالمصارف التجارية السعودية : دراسة مسحية لأراء عملاء مصرف الراجحي بمدينة الرياض، رسالة ماجستير في العلوم الإدارية، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، السعودية ، 2008م، ص54.

³ الطائي رعد عبد الله وقدارة عيسى، مرجع سبق ذكره، ص38.

⁴ البراوري نزار عبد المجيد و باشوية لحسن عبد الله، مرجع سبق ذكره، ص 569.

الفصل الأول : دور نظم الجودة والاعتماد في تميز أداء الخدمات الصحية

5. **الملموسية** : وتتمثل في الحقائق والمعطيات المادية للخدمة، مثل : التسهيلات المادية والمرافق التي يستخدمها المريض¹، التي من شأنها أن تساعد على إرضاء المريض وإشباع رغباته، مثل : توفر أماكن انتظار مريحة ودورات مياه نظيفة ووجود ستائر في غرف الكشف الطبي تحافظ على أسرار المريض و خصوصياته وغيرها.
 6. **الاتصالات** : أي قدرة مقدم الخدمة على شرح خصائص الخدمة، مثل إعلام المريض بالأضرار التي يمكن أن تصيبه جراء خضوعه لعملية جراحية أو نتيجة عدم التزامه بما هو مطلوب منه².
 7. **مدى إمكانية الوصول إلى الخدمة الصحية وتوفرها** : أي لا يوجد عائق يمنع الحصول على الخدمة الصحية بسهولة³.
 8. **التعاطف (الجوانب الوجدانية) Empathy** : يعني درجة الرعاية والاهتمام الشخصي بالمستفيد⁴. ويقصد به أيضاً وضع مصلحة المستفيدين في مقدمة اهتمامات العاملين والإدارة، وتوفير العناية الشخصية لكل منهم، والشعور بالتعاطف مع طالب الخدمة عند تعرضه لمشكلة ما، واحترام عادات وتقاليد المستفيدين⁵.
- في ضوء ما تقدم يمكن القول أن بعد التعاطف يشير إلى العلاقة والتفاعل بين مراجعي المنظمة الصحية وأعضاء الفريق الصحي، الفني، الإداري والمحاسبي فيها، ومدى وجود الثقة، الاحترام، اللباقة، اللطف، الكياسة، السرية، التفهم، الإصغاء والتواصل بين مقدمي الخدمة الصحية والمستفيدين منها (المرضى).

المطلب الثالث : نظام إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية

يعتبر مفهوم إدارة الجودة الشاملة حديثاً نسبياً في القطاعات الصحية، ويستند إلى المبادئ التي وضعها رواد الجودة، أمثال " ديمينج" و" جوران"، والتي بدأ تطبيقها في القطاع الصناعي، ثم امتدت تدريجياً إلى القطاعات الأخرى بما فيها قطاع الخدمات الصحية.

أولاً : مفهوم إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية

- عرفت إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية بأنها " إطار تلتزم من خلاله المنظمات الصحية والعاملون فيها بمراقبة وتقويم جميع جوانب نشاط هذه المنظمات (المدخلات والعمليات إلى جانب المخرجات) لتحسينها بشكل مستمر"⁶.

¹ العلي عبد الستار، تطبيقات في إدارة الجودة الشاملة، ط1، عمان - الأردن، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، 2008م، ص309.

² البراوري نزار عبد المجيد و باشوية لحسن عبد الله، مرجع سبق ذكره، ص 569.

³ نفس المرجع، نفس الصفحة.

⁴ البكري ثامر ياسر ، تسويق الخدمات الصحية ، مرجع سبق ذكره، ص212.

⁵ إدريس ثابت عبد الرحمن، كفاءة وجودة الخدمات اللوجستية : مفاهيم أساسية وطرق القياس والتقييم، الإسكندرية، الدار الجامعية، 2006م، ص 296.

⁶ حنان عبد الرحيم الأحمد، "التحسين المستمر للجودة :المفهوم وكيفية التطبيق في المنظمات الصحية"، مجلة الإدارة العامة، دورية علمية متخصصة ومحكمة يصدرها كل ثلاثة أشهر معهد الإدارة العامة، الرياض-المملكة العربية السعودية، المجلة الأربعون، العدد الثالث، أكتوبر 2000، ص 413.

الفصل الأول : دور نظم الجودة والاعتماد في تميز أداء الخدمات الصحية

• كما عرفت أيضاً بأنها " خلق وتطوير قاعدة من القيم والمعتقدات التي تجعل كل موظف يعلم أن الجودة في خدمة المستفيد هي الهدف الأساسي للوحدة الصحية، وأن طريق العمل الجماعي وفرق العمل هي الأسلوب الأمثل لإحداث التغيير المطلوب في المستشفى"¹.

من خلال ما سبق نجد أن إدارة الجودة الشاملة، تؤدي إلى التوسع في مستوى ونوعية الخدمات التي يتوقعها المستفيدون من الرعاية الصحية إلى كافة الخدمات الخاصة الأخرى مثل : التوعية الصحية والخدمات الوقائية والخدمات الفندقية وغيرها من الخدمات التي يمكن إن تقدم في المنظمات الصحية. كما تحقق التكامل والتنسيق بين مختلف الأقسام والأنشطة في المرفق الصحي. فكل مرفق كنظام، مكون من نظم فرعية يعتمد بعضها على بعض، ولكل نظام فرعي برامجه الخاصة، حيث أن تلك النظم والبرامج الفرعية مكملة لبعضها البعض، ولا تستطيع القيام بوظائفها دون اللجوء لطلب المساعدة من النظم الأخرى. وعلى سبيل المثال لا يستطيع الطاقم الطبي ممارسة وظائفه دون وجود تكامل وتعاون مع الطاقم شبه الطبي والخدمات المساعدة، كالصيدلية والمختبر والأشعة والتمريض وغيرها من الأقسام.

ثانياً : أهمية إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية : تبرز أهمية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية من خلال تحقيقها المزايا الآتية²:

1. تبسيط الإجراءات : يؤدي تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المنظمة على تبسيط إجراءات العمل من خلال اختصارها وتحسينها.

2. تحسين الإجراءات : يؤدي تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المنظمة إلى تحسين الإجراءات؛ لأنها تشجع الإدارة على السعي الدؤوب لتقصي فرص التحسين وادغامها.

3. كفاءة التشغيل: يحقق تطبيق إدارة الجودة الشاملة الكفاءة في التشغيل؛ وذلك نتيجة للقضاء على الهدر في أداء العمليات وارتفاع مستوى مهارة العاملين.

4. القضاء على اختلافات الممارسة الإكلينيكية (السريرية) : ويسهم تطبيق إدارة الجودة الشاملة في القضاء على اختلافات الممارسة الإكلينيكية، واختيار أفضل الطرق لأداء العمل وفقاً للأدلة والحقائق العلمية. فمن أهم المشكلات التي تواجه المنظمات الصحية، اختلاف الطرق التي يؤدي بها الأطباء عملهم، وماله من انعكاسات على مستوى الجودة والكفاءة.

5. الحد من تكرار العمليات : يساعد تطبيق هذا المفهوم على تحديد الطرق الأفضل لأداء العمل، ومن ثم الحد من التكرار، لأن من أهم مميزات الجودة هو القيام بالعمل الصحيح من أول مرة وفي كل مرة.

وعند الإجابة عن السؤال الذي قد يثار حالياً والمتعلق بتقديم الدليل على أهمية تطبيق أسلوب إدارة الجودة والتحسين في المنظمات الصحية، فقد أشار [أبو النصر مدحت] إلى مايلي³:

- المنظمات الصحية راضية بشكل أكبر عن جهود تحسين الجودة فيها.

¹ عبد العزيز مخيمر، محمد الطعمانة، مرجع سبق ذكره، ص 193.

² حنان عبد الرحيم الأحمدى، مرجع سبق ذكره، ص 418-420 .

³ أبو النصر مدحت محمد، إدارة الجودة الشاملة في مجال الخدمات، ط1، القاهرة، مجموعة النيل العربية، 2008م، ص 205.

الفصل الأول : دور نظم الجودة والاعتماد في تميز أداء الخدمات الصحية

- هذا الأسلوب يحسن ارتباط الأطباء بالمنظمة الصحية الذي يعملون فيها.
- هذا الأسلوب يمنح الموظفين صلاحيات أوسع لتحسين جهود الجودة فيها.
- هذا الأسلوب له تأثير واضح في زيادة الربحية والإنتاجية.
- له تأثير واضح في الاقتصاد في التكاليف.

ثالثاً : خطوات تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية

لقد وضعت (Jcaho) برنامج مكون من عشر خطوات لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية أطلق عليه اسم (Ten-Step Process Program)، يقوم هذا البرنامج على الخطوات التالية¹:

1. توزيع مسؤوليات التحسين داخل المؤسسة الصحية على الأطراف المختلفة.
2. تحديد الجوانب المختلفة للرعاية الصحية التي تقدمها المنظمة.
3. تحديد العناصر الرئيسية التي سوف يتم على أساسها تقييم جودة كل خدمة يتم تقديمها.
4. تحديد المقاييس التي سوف تستخدم للحكم على مستوى جودة كل عنصر.
5. وضع مداخل محددة لعملية تقييم الجودة.
6. وجود نظام لجمع البيانات التفصيلية المرتبطة بجودة الخدمات الصحية التي تؤديها المنظمة.
7. تقييم البيانات التي يتم جمعها والمرتبطة بالجودة وعمل التحليلات والمقارنات الخاصة بها.
8. اتخاذ الإجراءات اللازمة لتحسين مستوى الرعاية الصحية.
9. تقييم درجة فعالية تلك الإجراءات في تحسين الخدمة.
10. تداول نتائج عمليات التحسين مع جميع الأقسام والإدارات في إطار برنامج تحسين الجودة على مستوى المنظمة.

رابعاً : مقومات تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات

هناك عدد من المتطلبات الذي لا بد من توفرها من أجل تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات، هذه المتطلبات يمكن تلخيصها في الآتي²:

1. ضرورة إجراء تغيير للثقافة السائدة في المستشفى نحو جدوى برامج تحسين الجودة، وأهمية رضاء العميل كهدف رئيسي وجوهري في عملية تقديم الخدمة الطبية.
2. العمل على توحيد مفهوم الجودة الشاملة لدى كافة الأطراف في المستشفى، حيث تتسم المستشفيات بشكل خاص بوجود المسؤولين عن إدارة المستشفى في جانب، والأطباء الممارسين في جانب ثاني، المسؤولين عن إدخال نظم إدارة الجودة الشاملة وتحسين الخدمة

¹ عبد الله عمر محمود، تقييم مدى ملائمة الثقافة التنظيمية لتطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة بالمستشفيات الجامعية بالقاهرة الكبرى، بحث مقدم للحصول على درجة الماجستير في إدارة الأعمال، كلية التجارة- جامعة عين شمس، 2003م، ص 45.

² ماضي محمد توفيق، "تطبيقات إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الخدمية في مجال الصحة والتعليم - نموذج مفاهيمي مقترح"، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، 2002م، ص 93.

الفصل الأول : دور نظم الجودة والاعتماد في تميز أداء الخدمات الصحية

- بالمستشفى كطرف ثالث، ومن المتوقع أن لا يكون هناك نفس الإدراك لمفهوم إدارة الجودة الشاملة وأغراضها وكيفية تنفيذها، ولا شك أن هذا الاختلاف في الإدراك من شأنه أن يشكل عائق أمام نجاح تطبيق نظام إدارة الجودة في المستشفى.
3. العمل على تحقيق العمل الجماعي (العمل بروح الفريق الواحد)، وكسر الحواجز بين الأقسام المختلفة التي تقدم الخدمات الصحية للمريض.
 4. ضرورة التمييز بين ما يسمى جودة النتائج وجودة العملية عند تقييم جودة الخدمة في المستشفيات، فحين يصعب على المريض تقييم جودة النتائج والتي تعتمد على الأثر العلاجي للرعاية الصحية التي حصل عليها، فإنه يمكن أن يدرك جودة العمليات التي تتعلق بالطريقة التي يتم بها تقديم تلك الخدمات.
 5. الاهتمام بتحسين كافة العمليات التي تمر بها عملية تقديم الخدمة الصحية بشكل مباشر أو التي تساعد على تقديم تلك الخدمة، فكل قسم داخل المستشفى هو عميل لقسم آخر؛ لأن تطبيق نظام الجودة الشاملة لا يرتبط بالنواحي الصحية فقط، ولكنه يرتبط بكل عناصر المنظمة التي تقدم هذه الخدمة.
 6. دراسة العائد والتكلفة لبرامج تحسين الجودة في مجال الخدمة الصحية، ومما لا شك فيه أن إدخال نظام إدارة الجودة الشاملة في مجال الرعاية الصحية سوف يترتب عليه الحاجة إلى موارد إضافية، تمثل عبئاً جديداً على نفقات المستشفى وخصوصاً المستشفيات الحكومية.
 7. التعليم والتدريب الدائمين للعاملين.

وفي هذا الشأن فقد وضع [دونالدو بيروديك] عشر نقاط استوحاها من نظريات الرواد في الجودة الصناعية (جوران، وكروسبي، إيشيكاوا) لتتناسب تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، نوجزها في الآتي¹:

1. تحتاج المؤسسة الصحية إلى تعريف أوسع وأشمل للجودة من المؤسسات الإنتاجية.
2. الإدارة العليا في المؤسسة الصحية هي المحرك الرئيسي لتطبيق الجودة.
3. ضرورة الاستفادة من البيانات المتوفرة في المؤسسة الصحية بكثرة، وتطوير عملية جمع البيانات لتطوير العمل.
4. من أساسيات تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، استخدام أدوات ووسائل تحسين الأداء مثل : المعايير، التدقيق، وضع لوائح الفحص والإطلاع على التجارب العملية والتحليل العلمي للعمل.
5. تلعب فرق العمل دور هام عند البدء بتطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة.
6. تساعد وسائل تحسين الجودة في مجال الخدمات الصحية على تحديد المشكلات، مما يمكن فريق العمل على تحليل العمليات وفهمها، وهذا يؤدي إلى تحسين الأداء.
7. ضرورة إشراك الأطباء في عملية التحسين رغم انشغالهم في عملهم التخصصي، لأهمية دورهم في تقديم الخدمة الصحية.

¹ ديمغ وهاغستروم روبرت، ترجمة رشدي هند، إدارة الجودة الشاملة أسس ومبادئ وتطبيقات، القاهرة، كنوز للنشر والتوزيع، 2009م، ص ص 150 -151.

الفصل الأول : دور نظم الجودة والاعتماد في تميز أداء الخدمات الصحية

8. عدم إهمال التكلفة الناتجة عن تدني مستوى الجودة أو غيابها (الهدر، إعادة العمل، عدم الوثوقية، تعقيد الإجراءات، تداخل المهام)، والتركيز على الوفرة الناتجة عن تطبيق برنامج النوعية للجودة.
9. ضرورة تنفيذ برامج تدريبية في مجال الجودة لكافة مستويات العاملين بما في ذلك المديرين وفرق العمل.
10. الاهتمام بتحسين الإجراءات الإدارية والخدمات المساعدة بشكل متزامن مع التحسين في الأمور الأخرى.

المطلب الرابع : مراحل تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات

إن تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية ولا سيما في المستشفيات على وجه الخصوص، أصبح مسألة مهمة لنجاحها وبقائها، ويكسبها ميزة تنافسية في سوق يتسم بالتغير الدائم، من خلال¹:

- الوقاية من الأخطاء المختلفة التي يمكن أن تحدث في هذه المرافق.
- تقليل كلف الخدمات الصحية المقدمة.
- تحقيق الرضا لدى كل من الأفراد العاملين والمرضى في نفس الوقت.
- التوسع في تقديم وتنويع جودة الخدمات الصحية.
- تحسين جودة الرعاية الصحية مع زيادة الأداء.

وتمر عملية تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات بالمراحل الآتية²:

أولاً : مرحلة الإعداد: في هذه المرحلة التي تسبق بناء النظام، تشترك الإدارة العليا للمستشفى ورؤساء الأقسام الطبية والإدارية بها بالتعاون مع مستشارين أو محترفين في مجال تصميم نظم الجودة، بالإضافة إلى كبار الموظفين في مختلف التخصصات، في مناقشة كافة جوانب العمل بالمستشفى، وحصر مشكلاتها واستنباط الأفكار والحلول المثلى لها، بحيث يتم جمع كافة البيانات، المعلومات، الأفكار والمقترحات التي تحدد الملامح الأساسية، والأبعاد الرئيسية والمرتكزات التي تتمحور حولها السياسات العامة والخطط التشغيلية والبرامج التنفيذية للمستشفى. والهدف الأساسي من هذه المرحلة هو تبني ثقافة الجودة الشاملة وجعلها جزءاً من ثقافة المستشفى، بالإضافة إلى ضمان الحصول على الدعم التام من قبل الإدارة العليا للمستشفى.

ثانياً : نشر ثقافة الجودة : وتتضمن هذه المرحلة الخطوات الآتية :

1. تعريف قيادات المستشفى بالأسس الفكرية لإدارة الجودة الشاملة ومنافعها وأدواتها وطرق قياسها ومتطلبات تطبيقها.
2. التزام القيادات الإدارية بفكر التميز الإداري و الجودة الشاملة، فضلاً عن مساندتها لتطوير أداء العاملين في ضوء هذا الفكر.

¹ زيدان سلمان، إدارة الجودة الشاملة الفلسفة ومداخل العمل، عمان - الأردن، دار المناهج للنشر والتوزيع، 2010م، ج2، ص 204.

² مخيمر عبد العزيز، الطعامة محمد، مرجع سبق ذكره، ص ص 200-201.

الفصل الأول : دور نظم الجودة والاعتماد في تميز أداء الخدمات الصحية

3. تعريف العاملين في المستشفى بالجودة الشاملة وأدواتها وأساليبها وطرق قياسها، و إقناعهم بمفاهيم التميز الإداري للجودة.

ثالثاً : مرحلة التخطيط : تهدف هذه المرحلة إلى إبراز الرغبة الصادقة لإدارة المستشفى في تكريس كافة جهودها من أجل تحقيق الجودة الشاملة والتزامها بنشر ودعم ثقافة الجودة الشاملة. تتضمن هذه المرحلة الخطوات الآتية :

1. تعيين مدير للجودة من بين رؤساء الوحدات التنظيمية للمؤسسة ممن تتوفر لديهم مهارات متميزة و قيادية.

2. تحديد احتياجات المستفيدين، متطلباتهم، اتجاهاتهم و رغباتهم و اعتبارها أساسا مهما من أسس صياغة أهداف المستشفى.

3. إعداد خطة شاملة لتطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة بمشاركة جميع العاملين للاستفادة من تنوع آراءهم، وضمان التزامهم و كسب رضاهم.

4. تكوين فريق عمل الجودة : تختلف المسميات التي تطلق على الفريق الذي يقود مشروع الجودة، فقد سمي فريق الجودة أو مجلس الجودة أو إدارة الجودة، وغير ذلك من المسميات، تسند إلى هذا الفريق المهام الآتية :

أ. تكوين حلقات أو جماعات الجودة في مختلف مجالات العمل بالمستشفى وتعتبر هذه الحلقات من أكثر أساليب نشر ثقافة الجودة والمساعدة في تطبيق أساليبها.

ب. التخطيط لأنشطة الجودة عن طريق تحديد الأهداف المطلوب تحقيقها وصياغة السياسات أو الخطوط العريضة التي يسترشد بها في اتخاذ القرارات الخاصة بأنشطة الجودة، بالإضافة إلى تحديد إجراءات وأساليب أداء الأعمال اللازمة لذلك.

ج. وضع سياسة مكتوبة وواضحة للجودة بكافة مجالات العمل بالمستشفى واتخاذ الإجراءات اللازمة لتعريف جميع فئات العاملين بها مع التأكيد في هذه السياسة على الاعتبارات الآتية :

- أداء العمل بالطريقة السليمة من المرة الأولى دون السماح بأي أخطاء.
- مشاركة جميع فئات العاملين في حل مشكلات العمل والقضاء على الأخطاء.
- التركيز على ضرورة تفهم احتياجات المرضى الظاهرة والخفية والعمل على تلبيتها بأقصى كفاءة ممكنة.
- التركيز على نظم وإجراءات وأساليب العمل والنتائج المتحققة في آن واحد.
- تطوير فكرة الولاء والانتماء للمستشفى وأهدافه.
- الأخذ بمفهوم العميل الداخلي والخارجي، وتعميق فكرة أن العميل هو الذي يدير المستشفى ويوجه كافة أنشطته.

الفصل الأول : دور نظم الجودة والاعتماد في تميز أداء الخدمات الصحية

رابعاً : تطبيق خطة الجودة ومتابعتها : ومن أهم متطلبات التطبيق السليم لخطة الجودة بالمستشفيات ما يلي :

1. تحليل هيكل العمالة الموجودة بالمستشفى كما ونوعا واتخاذ الإجراءات اللازمة لإعادة توزيعها وفقا لمقتضيات العمل بمختلف الأقسام الفنية والإدارية.
2. تعديل الهياكل التنظيمية الرئيسية والتفصيلية للمستشفى لدعم أنشطة الجودة من ناحية وتوفير المناخ التنظيمي المناسب لدعم العمل الجماعي وخلق اتجاهات ايجابية لدى مختلف فئات العاملين.
3. صياغة آلية مناسبة لقياس درجة رضا عملاء المستشفى من المرضى والعاملين والزائرين والمتعاملين معها عن مستوى ما تقدمه من خدمات ومجالات التحسين والتطوير المطلوبة بشأنها.
4. تصميم وتوفير نظام متكامل للمعلومات مع دعمه بالإمكانات التقنية والبشرية اللازمة لتوفير وتحليل البيانات وإعداد التقارير المطلوبة منها ورفعها للأفراد والوحدات التي تحتاج إليها لدعم الأنشطة التي تقوم بها أو القدرات التي تتخذها
5. تصميم وتنفيذ خطة لمتابعة التنفيذ وأداء العمل بمختلف أقسام المستشفى مع الاستعانة بالمعايير الموضوعية لتقييم الأداء والأساليب الإحصائية المناسبة في إتمام عملية الرقابة والمتابعة.
6. تصميم وتنفيذ مجموعة من النظم والآليات اللازمة لتغطية الجوانب الآتية :
 - تلقي وتحليل ومعالجة شكاوى المرضى والعاملين والزائرين.
 - تشجيع جميع فئات العاملين بالمستشفى والمتعاملين معها على التقدم بأرائهم ومقترحاتهم بشأن تحسين جودة الأداء في جميع المجالات.
 - إعداد آلية لجوائز التميز في الأداء وجودة الخدمات المقدمة على مستوى الأقسام والأفراد.
 - تهيئة الظروف المناسبة في مختلف الاتجاهات.

خامساً : مرحلة التقويم : تهدف هذه المرحلة إلى توفير المعلومات المتعلقة بالمستشفى وألويات تطويرها. وتتضمن هذه المرحلة الخطوات الآتية :

1. وضع معايير لقياس مستوى الجودة وتقييم الأداء في المستشفى.
2. تشخيص الوضع الحالي للمستشفى للتعرف على درجة الالتزام بالخطط الموضوعية ومدى تحقق الأهداف التي نسعى إلى تحقيقها من خلال تطبيق نظام الجودة الشاملة، وتحديد أوجه القصور والتعرف على أسبابها لكي يتم معالجتها في المرحلة اللاحقة، بالإضافة إلى التعرف على فرص التحسين والتطوير المتاحة.
3. مراجعة ثقافة المستشفى في ضوء متطلبات ثقافة الجودة الشاملة، والعمل على تطويرها في ضوء تلك المتطلبات الجديدة.

الفصل الأول : دور نظم الجودة والاعتماد في تميز أداء الخدمات الصحية

سادساً : مرحلة التطوير : تختص هذه المرحلة بالتطبيق الفعلي لإدارة الجودة الشاملة و معالجة المشاكل وأوجه القصور التي أفرزتها المرحلة السابقة. وتتضمن هذه المرحلة الخطوات الآتية :

1. تفعيل عمل فريق الجودة في عملية التغيير و التطوير.
2. تحديد المسؤوليات وتعريف جميع العاملين بدورهم في عملية التغيير.
3. المراجعة الدورية للجهود المبذولة في تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة.
4. تعزيز الوعي بأهمية التطوير المستمر من خلال التشخيص العملي لمشاكل المستشفى والكشف عن التحديات التي تواجهها وطرق مواجهتها، وتوفير المتطلبات اللازمة لعملية التغيير والتطوير.

سابعاً : مرحلة التحسين المستمر : تستهدف هذه المرحلة التعرف على أفضل الممارسات من أجل استثمارها مرة أخرى في العمليات للتطوير المستمر. تتضمن هذه المرحلة العناصر الآتية :

1. الاستعانة بخبراء الجودة الشاملة في تقويم برنامج التطبيق.
 2. إجراء مقارنة مرجعية للأداء مع مستشفيات مماثلة.
 3. دعوة جميع الأطراف المعنية بتطوير عمل المستشفى للمشاركة في عملية التحسين.
 4. تزويد جميع العاملين في المستشفى بالتغذية العكسية(التقارير) عن نتائج التقويم، ثم العودة مرة أخرى إلى مرحلة التخطيط لمواصلة عملية التحسين المستمر للجودة الشاملة.
- من خلال ما سبق نجد أن التطبيق الناجح لنظام إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات يرتكز على النقاط الآتية :

- مساندة وتدعيم الإدارة العليا.
- التركيز على العميل (الداخلي والخارجي).
- العمل الجماعي المشترك بين التخصصات المتعددة.
- تدريب الموظفين.
- المكافأة.
- استخدام الحقائق والبيانات كأساس لاتخاذ القرار.
- التوثيق.
- التقييم الذاتي.

الفصل الأول : دور نظم الجودة والاعتماد في تميز أداء الخدمات الصحية

المبحث الرابع : نظام اعتماد المؤسسات الصحية

شهد القرن العشرين، وخاصة في عقود الألفية تطورات كثيرة في مجال الصحة والعلوم الطبية، وذلك في كل النواحي سواء التقنية أم البحثية، كما شهد إتساعاً في مجال توفير الخدمات الصحية وظهور الاختصاصات الفرعية. حيث حدث تطور في مفهوم الرعاية الصحية من علاج المريض في مكان تقديم الخدمة إلى ضمان صحة الإنسان في مكان معيشته وعمله وفي البيئة التي يوجد فيها. ومع هذه الزيادة الكمية والنوعية في نمط تقديم الخدمات الصحية، ووجود القوانين والتشريعات المختلفة، ووجود جهات متعددة تقدم هذه الخدمات الصحية سواء أكانت حكومية أم تابعة للقطاع الخاص، فقد صار ضرورياً وضع آلية لضمان تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية.

ونتيجة للاهتمام بموضوع الجودة، فقد ظهرت بعض الجهات الدولية التي تمنح شهادات تدل على أن المؤسسات قد التزمت بتنفيذ نظم الجودة، وأفضل مثال لهذا هي شهادات الايزو (ISO) التي تمنحها المنظمة الدولية للتقييس، وبالرغم من أن هذه الشهادة تفيد المؤسسة في تحسين نظمها الإدارية وفي التسويق، إلا أنها ليست بالضرورة متصلة بالرعاية الصحية أو خدمة المرضى.

ونظراً للخصوصية التي تتميز بها الخدمات الصحية عن غيرها من الخدمات، فقد تزايدت الحاجة إلى وضع نظام جودة خاص بالمؤسسات الصحية. لذلك طُوِّرَ نظام الاعتماد في العقدين الأخيرين من القرن الماضي ووضعت معايير الرعاية الصحية الجيدة، ويأتي نظام اعتماد المؤسسات الصحية ليتوج جهود الدولة والقطاع الخاص في تحسين جودة الخدمات الصحية وتحسين الأداء في المؤسسات التي تقدم هذا النوع من الخدمات، بهدف تحسين نتائج الوقاية والتشخيص والعلاج، ولهذا فهو يعتبر الخطوة التالية لبرامج التحسين المستمر للجودة، كما يعتبر أحد الأركان الرئيسية لبرامج إصلاح القطاع الصحي. ولقد لفت نظام الاعتماد النظر عالمياً ويعتبر الآن وسيلة فعالة لتقييم فاعلية وإدارة الجودة¹.

المطلب الأول : مفهوم نظام الاعتماد في المؤسسات الصحية والغاية منه

يعد نظام الاعتماد احد أهم النظم التي تهدف إلى تشجيع المؤسسات الصحية على تحسين أدائها والرقي بخدماتها إلى مستوى عالي من الجودة، ولتوضيح ذلك خصص هذا المطلب لتوضيح مفهوم الاعتماد وأهميته من خلال الآتي :

¹ المملكة الأردنية الهاشمية، الخدمات الطبية الملكية، اعتماد المستشفيات [على الخط]، الأردن، ص1، متوفر على الموقع: <www.jrms.gov.jo> (تم التصفح في 1 مارس 2011، الساعة 00: 15).

الفصل الأول : دور نظم الجودة والاعتماد في تميز أداء الخدمات الصحية

أولاً : مفهوم نظام الاعتماد :

يتطلب توضيح مفهوم نظام الاعتماد التعرف على مصطلح الاعتماد، لذلك يمكن توضيح مفهوم الاعتماد من خلال التعريفات الآتية :

- يعرف الاعتماد (ACCREDITATION) بأنه "العملية التي تقوم من خلالها المؤسسة المانحة للاعتماد بتقييم المؤسسة الصحية، وتحدد فيما إذا كانت هذه المؤسسة تفي بالمعايير التي وُضِعَتْ للمحافظة على نوعية الرعاية الصحية المقدمة وتحسينها، وهذه المعايير تحقق أفضل ما يمكن الوصول إليه، وإن اعتماد المؤسسة يمثل الدليل الملموس على أن المؤسسة ملتزمة بتحسين نوعية الخدمة المقدمة للمريض والتأكد من سلامة بيئة الرعاية بالدرجة الأولى"¹.
- كما عرف الاعتماد على انه "عملية تقييم تقوم بها هيئة تقييم خارجية مستقلة لتقدير مدى توافق أداء المنشأة الصحية مع المعايير الموضوعية مسبقاً من قبل هيئة الاعتماد والهدف الأساسي للاعتماد هو تطوير نظم وإجراءات تقديم الخدمة لتحسين جودة خدمات الرعاية الصحية وبالتالي تحسين النتيجة المرجوة من العلاج"².

من خلال ما سبق يمكن تعريف نظام الاعتماد على انه : الآلية التي من خلالها تقوم هيئة خارجية، بتقييم مدى توافق أداء المنشأة الصحية مع المعايير الموضوعية مسبقاً (من قبل هذه الهيئة)، بهدف تطوير نظم وإجراءات تقديم الخدمة الصحية وتحسين جودتها، والتأكد من سلامة البيئة التي تقدم فيها هذه الخدمات. وبناءً على نتائج التقييم تمنح المنشأة الصحية شهادة تؤكد التزامها بتلك المعايير.

ثانياً : الغاية من نظام الاعتماد في المؤسسات الصحية : تسعى المؤسسات الصحية من خلال تبنيها تطبيق نظام الاعتماد إلى تحقيق الغايات الآتية³:

1. تحسين جودة خدمات الرعاية الصحية من خلال غايات وأهداف محددة، ترتبط بالوصول إلى الالتزام بالمعايير المتفق عليها مسبقاً والتي تتميز بأنها معايير طموحة، إلا إنها قابلة للتحقيق.
2. يشجع نظام الاعتماد على تكامل الخدمات وتحسين الأداء الإداري والفني بصفة مستمرة لضمان استمرارية الخدمة.

¹ نياز عبد العزيز بن حبيب الله، مرجع سبق ذكره، ص285.

² المملكة الأردنية الهاشمية، دليل جودة الرعاية الصحية، شعبة النقيش في الخدمات الطبية الملكية، 2007م، ص 43.

³ نفس المرجع، ص 45.

الفصل الأول : دور نظم الجودة والاعتماد في تميز أداء الخدمات الصحية

3. إنشاء قاعدة بيانات لنتائج برنامج الاعتماد تسمح بمقارنة أداء المؤسسات الصحية في الالتزام بكل معيار، الأمر الذي يسمح بالمقارنة والاستفادة من خبرات الغير والتنافس في عمليات التحسين حتى يصبح التحسين المستمر جزء من ثقافة المؤسسات الصحية.
4. تقليل الأنفاق الصحي من خلال زيادة الكفاءة والفعالية وتقليل الفاقد وتوفير تكلفة إعادة التشخيص والعلاج، وإعادة الثقة للمواطنين في خدماتهم الصحية، الأمر الذي يؤدي إلى تقليل نفقات العلاج بالخارج.
5. توفير فرص تعليمية واستشارية للعاملين في الحقل الصحي لتعلم إدارة الجودة وتطبيق نظمها والاستفادة من أفضل الممارسات الإكلينيكية والإدارية في العالم بغرض التحسين المستمر والوصول إلى النتائج المرجوة.
6. استعادة ثقة المواطنين في الخدمات الصحية المتوفرة في بلدهم.
7. تقليل الأخطار التي يتعرض لها المرضى وأسرهم والعاملين في المستشفيات والمراكز الصحية، مثل : إمكانية حدوث العدوى أو الإصابات الناتجة عن الجراحات الخاطئة أو حوادث الخطأ في نقل الدم أو العلاج الخاطئ.

وفي هذا الشأن يتفق الباحث مع [خوجة توفيق] الذي يرى بأن " نظام الاعتماد يعد من أقوى النظم والأساليب التي تضمن جودة الأداء، عبر منظومة متقدمة من المعايير والإجراءات تكفل تحسين العائد من الخدمة والتطوير المستمر لجودتها، وضمان سلامة المريض ومنع الأخطاء الطبية، خاصة بعد ثبوت أن توفير الجودة في المرافق الصحية يخفف ما قد يصل إلى 30% من المصروفات التشغيلية عن طريق التحول من مسار علاج الأخطاء إلى منع الأخطاء من الحدوث"¹.

المطلب الثاني : تصنيف معايير نظام الاعتماد وفوائد تطبيقها

يتكون نظام الاعتماد من مجموعة من المعايير المنفق عليها دولياً في نظم تقديم خدمات الرعاية الصحية، والتي تم الوصول إليها نتيجة البحوث المستمرة لتحسين وتطوير الأداء وبعوث العمليات والبحوث الإكلينيكية والتكنولوجيا الطبية وبعوث السلامة والصحة المهنية. حيث يتفق الخبراء المتخصصين على قبول المعيار الذي تتوفر فيه الصفات الأساسية، مثل : أنه قابل للتطبيق ويحقق الفائدة القصوى ويمكن قياسه ويؤدي إلى تحسين مستمر في الأداء².

1 خوجة توفيق بن احمد وآخرون ، دليل المراجعين لأداة الاعتماد العربية للمؤسسات الصحية، ط1، الرياض، مكتبة الملك فهد الوطنية، 2009م، ص11.

² المملكة الأردنية الهاشمية، الخدمات الطبية الملكية، مرجع سبق ذكره، ص14.

الفصل الأول : دور نظم الجودة والاعتماد في تميز أداء الخدمات الصحية

أولاً : تصنيف معايير الاعتماد : تختلف الطرق المتبعة في تصنيف المعايير من نظام صحي إلى آخر، إلا أن هناك معايير متفق على ضرورتها عالمياً ويجب الالتزام بها في أي نظام اعتماد، هذه المعايير يمكن تصنيفها بطريقتين على النحو الآتي :

1. تصنف المعايير إلى مجموعتين رئيسيتين هما¹ :

أ. المجموعة المتعلقة بالمريض أو المستفيد من الخدمة، وتشمل المعايير الخاصة بما يلي :

- سهولة الوصول إلى الخدمة واستمراريتها.
- كيفية تقييم حالة المريض.
- كيفية تقديم الرعاية الطبية والتمريضية للمريض.
- حقوق المريض والأسرة.
- تقديم المعلومات وتنقيف المريض وأسرته.

ب. المجموعة المتعلقة بإدارة وقيادة المؤسسة الصحية : وتشمل المعايير المتعلقة بالآتي :

- مجلس الإدارة - مجلس الأمناء - كيفية القيادة والتوجيه والمسئوليات داخل المؤسسة الصحية.
- التحسين المستمر في الأداء والجودة.
- إجراءات السلامة للمرضى والعاملين.
- إدارة شؤون المنشأة الصحية من حيث المباني والأجهزة والتحكم في العدوى والسلامة ومواجهة الإخطار.
- إجراءات تعيين العاملين وبرامج أعدادهم والتدريب المستمر والتراخيص الطبية للأطباء والممرضات والفئات الفنية المساعدة .

2. تصنف المعايير إلى مدخلات وعمليات ومخرجات للنظام الصحي على النحو الآتي² :

أ. معايير المدخلات (الهيكل) : وتشمل على سبيل المثال : الموارد البشرية، تصميم

المباني، الأجهزة الطبية، وغير الطبية، المستلزمات وتوافرها.

ب. معايير العمليات : وتشمل على سبيل المثال العمليات الخاصة بتقييم حالة المريض

وتقديم الخدمات العلاجية، وعمليات التنقيف الصحي وتعليم المريض والأسرة، عمليات تقديم الأدوية، عمليات صيانة الأجهزة الطبية، عمليات الإدارة والإشراف على العاملين وتندرج تحت هذه المجموعة الأدلة الطبية الخاصة بالنواحي الإكلينيكية في التشخيص والعلاج.

ج. معايير المخرجات (النتائج) : مثل : معدلات الوفيات والمضاعفات، ومعدلات نجاح

العمليات الجراحية دون حدوث عدوى، الولادات دون إصابات للام أو الطفل، معدلات استخدام المضادات الحيوية بطريقة صحيحة، معدلات إتباع بروتوكولات العلاج للأمراض الخطرة بصورة صحيحة، وكذلك مدى فناعة المستفيد بالخدمة.

¹ المملكة الأردنية الهاشمية، دليل جودة الرعاية الصحية، مرجع سبق ذكره، ص 46.

² المملكة الأردنية الهاشمية، الخدمات الطبية الملكية، مرجع سبق ذكره، ص ص 14-15.

الفصل الأول : دور نظم الجودة والاعتماد في تميز أداء الخدمات الصحية

ثانياً : فوائد تطبيق معايير نظام اعتماد المؤسسات الصحية : يؤدي الالتزام بتطبيق معايير نظام الاعتماد إلى تحقيق جملة من الفوائد يمكن توضيحها على النحو الآتي¹ :

1. الفوائد التي يحصل عليها المستفيد من الخدمة (المريض)، وتتمثل في الآتي :

- أ. استعادة الثقة في المؤسسات الصحية المحلية حيث يمكن للمستفيد من الخدمة مقارنة الخدمة بمثيلاتها في المنطقة المحيطة أو دولياً.
- ب. زيادة فرصة المريض وأسرته في الحصول على المعلومات السليمة قبل وأثناء وبعد عمليات التشخيص والعلاج، الأمر الذي يؤدي إلى تحسين فرص الشفاء وتقليل الأعراض الجانبية والمضاعفات.
- ج. تقليل فرص التعرض للمخاطر أثناء وجود المريض بالمستشفى، مثل : التعرض للعدوى أو أخطاء الممارسات الطبية أو خطر الحريق.
- د. تقليل النفقات. حيث لا يضطر المريض إلى إعادة الفحص أو المرور بتجارب غير ناجحة في العلاج أو الإنفاق على مضاعفات ناجمة عن الأخطاء، مع توفير في الوقت الذي يقضيه خارج عملة في مرحلة العلاج.
- هـ. احترام رغبة المريض وأسرته في اختيار مقدم الخدمة مع فرصة المقارنة في الأداء بين المؤسسات الصحية التي تقدم نفس الخدمة.
- و. يكتسب نظام الاعتماد قوته من مراقبة المجتمع للجودة، فكلما زاد استخدام المواطنين للمعلومات المتاحة عن المنشآت الصحية ومقدمي الخدمة، كلما أصبح الاعتماد وسيلة ناجحة لجذب المزيد من المستفيدين.

2. الفوائد التي تجنيها المؤسسات الصحية، وتتمثل في الآتي :

- أ. يعتبر تطبيق نظم الجودة وتحسين الأداء والالتزام بالمعايير من أكثر الفوائد التي تعود على المؤسسة الصحية، حيث يضعها في مصاف المؤسسات الصحية التي تطبق أفضل الممارسات الإكلينيكية والإدارية المعترف بها دولياً.
- ب. الارتقاء بسمعة المؤسسة الصحية الحاصلة على الاعتماد.
- ج. يؤدي تحسين صورة المؤسسة الصحية لدى جمهور المواطنين وشركات التأمين الصحي وهيئات التأمين الصحي الحكومي، إلى زيادة فرصة المؤسسة في الحصول على كم أكبر من التعاقدات، مما يضمن لها الاستمرار والنجاح والتوسع.
- د. زيادة فرص المؤسسة الصحية في الحصول على أفضل مقدمي الخدمة. حيث يفضل المتميزون العمل في مؤسسة ذات سمعة ممتازة، الأمر الذي يجعلهم أكثر ولاء لمكان العمل، مما يزيد فرص الاستمرار في العمل ويقلل نفقات البحث عن موظفين جدد.
- هـ. تقليل النفقات على المدى الطويل، مثل :
 - تقليل مخاطر دفع تعويضات عن الممارسات المهنية الخاطئة.
 - تقليل إمكانية حدوث مخاطر مثل : الحريق والتماس الكهربائي والعدوى.
 - تقليل نفقات التأمين ضد أخطاء المهنة.

¹ المملكة الأردنية الهاشمية، الخدمات الطبية الملكية، مرجع سبق ذكره، ص ص 3-4.

الفصل الأول : دور نظم الجودة والاعتماد في تميز أداء الخدمات الصحية

- تقليل نسبة الفاقد من الأدوية والمستلزمات.
 - توفير نفقات إعادة الترخيص في بعض الحالات التي يغني بها الاعتماد عن الترخيص.
 - و. زيادة الدخل _____ ل من خلال :
 - زيادة حصة المؤسسة من التعاقدات نتيجة ثقة المرضى وشركات التأمين.
 - زيادة السعر لعلاج بعض الحالات ليتناسب مع جودة الخدمات.
 - زيادة فرص المؤسسة في استخدامها لتدريب وتعليم العاملين في الحقل الصحي.
3. الفوائد التي تتحقق للمجتمع والدولة، وتتمثل في الآتي :
- أ. يعتبر الاعتماد ركن من أركان إصلاح القطاع الصحي الذي يؤثر على ترشيد الإنفاق وتحسين الخدمات وتحقيق العدالة.
 - ب. تحسين الخدمات الصحية يؤدي إلى تحسين صحة المواطنين ويزيد ساعات العمل ويقلل الفاقد نتيجة المرض، ويعيد ثقة المجتمع بجودة بالمؤسسات التي تقدم الخدمات الصحية له.
 - ج. يعتبر نظام الاعتماد نظاماً عادلاً وموضوعياً لإعطاء المجتمع الحق في المقارنة لاختيار الأفضل.

المطلب الثالث : تطور الاعتماد في النظم الصحية العالمية

تعتبر الولايات المتحدة الأمريكية الدولة التي خطت خطوات عديدة في هذا المجال، ولكن دولاً أخرى مثل : فرنسا، إسبانيا، إنكلترا، استراليا، وكندا قد أنشأت أيضاً نظم الاعتماد الخاصة بها، فقد تطور الاعتماد في النظم الصحية العالمية تاريخياً على النحو الآتي¹ :

1. في عام 1917، (الولايات المتحدة الأمريكية): قامت الجمعية الأمريكية للجراحين (ACS) بتطوير برنامج معايير للمستشفيات، بوضع الحد الأدنى من المعايير الأولية للمستشفيات ووضع مفاهيم لحد أعلى من الجودة وحد أدنى من المخاطر ودليل لتحسين الجودة، وقد كان الهدف من ذلك هو ضمان الجودة الأفضل للرعاية الممكنة في ذلك الوقت، ولم تتجاوز التوصيات أكثر من صفحة واحدة، هذه المعايير ركزت على عمل الجراحين (وجود الطاقم، التوافق مع الأطباء الداخليين، وجود ملف المريض، تنظيم المستشفى الذي يسمح بوضع وسائل التشخيص والمعالجة الكافية والمتاحة للاختصاصيين في هذا المجال). وبعد عام واحد في عام 1918 بدأت الكلية الأمريكية للجراحين بالتدقيق على المستشفيات من جانبها فقط، وقد تم تدقيق 89 مستشفى من أصل 692 مستشفى وافقت على تطبيق هذه المعايير (بعدها الأدنى)، ومن ثم تم طبع دليل المعايير الأول في عام 1926 وقد احتوى على 18 صفحة.
2. في عام 1951 (في الولايات المتحدة أيضاً): تأسست اللجنة المشتركة لاعتماد المؤسسات الصحية (JCAHO)، والتي سميت فعلياً بهذا الاسم منذ عام 1986 بمبادرة من جمعية

¹ نياز عبد العزيز بن حبيب الله، مرجع سبق ذكره، ص ص 285-288.

الفصل الأول : دور نظم الجودة والاعتماد في تميز أداء الخدمات الصحية

الجراحين، التي لم تعد تستطيع لوحدها القيام بهذا العمل، وبذلك شكلت هذه المؤسسة لتضم كل المهن الطبية في المستشفى، وقد أصبح برنامج الاعتماد أكبر وأكثر تعقيداً لقبول المؤسسة الصحية، وقد انضمت الكلية الأمريكية للأطباء والجمعية الأمريكية للمستشفيات وجمعية الأطباء الأمريكيين والجمعية الطبية الكندية إلى الكلية الأمريكية للجراحين لتشكيل اللجنة المشتركة لاعتماد المستشفيات (JCAHO)*. وهي مؤسسة مستقلة غير هادفة للربح هدفها تسهيل منح الاعتماد للراغبين به بشكل طوعي وتم اعتماد برنامج هذه اللجنة رسمياً في 1952/12/6.

وقد أنشأت اللجنة المشتركة لاعتماد المؤسسات الصحية فرعاً أسمته اللجنة المشتركة العالمية للاعتماد (JCI)**، ورسالة هذه اللجنة هي تحسين الرعاية الصحية المقدمة للمرضى في العالم، من خلال تقديم ومراجعة خدمات الاعتماد، وحالياً أصبحت اللجنة المشتركة المؤسسة الأكبر التي تقدم خدمات الاعتماد في أمريكا، وهي تقدم خدماتها لأكثر من 20000 برنامج صحي من خلال عملية الاعتماد الطوعية، وتجدر الملاحظة بأن اللجنة العالمية المشتركة للاعتماد هي أيضاً مؤسسة لا تهدف للربح.

3. في عام 1953 (في كندا): قامت كل من جمعية المستشفيات الكندية (والتي تسمى حالياً بجمعية الرعاية الطبية الكندية)، والكلية الملكية للأطباء والجراحين، وجمعية الأطباء الناطقين بالفرنسية في كندا، بتشكيل اللجنة الكندية لاعتماد المستشفيات (CCHA'S) بهدف تطوير برنامج اعتماد المستشفيات، وقد حققت هذه اللجنة أهدافها منذ عام 1958 بالتعاون مع المجلس الكندي لاعتماد المستشفيات، الذي أنشأ بغرض وضع المعايير للمستشفيات الكندية وتقييم تطبيقها، وكان برنامج الاعتماد طوعياً على مستوى وطني دون تدخل حكومي وبلغتين (الإنكليزية والفرنسية) وغير هادف للربح. وفي عام 1960 أنشئ المجلس الكندي للاعتماد في الخدمات الصحية (CCHSA)***، وهي مؤسسة خاصة غير هادفة للربح (وحتى هذا التاريخ كانت المؤسسات الصحية الكندية تعتمد من قبل (JCAHO)).

4. في عام 1974 في (استراليا): شكّل المجلس الأسترالي لمعايير الرعاية الصحية (ACHS)**** بمنحة من مؤسسة (KELLOGG'S)، وهي مؤسسة خاصة غير حكومية لمساعدة المستشفيات والمؤسسات الصحية للحصول على الاعتماد، ويضم المجلس أعضاء من وزارة الصحة في استراليا.

* (Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations) لمزيد من المعلومات راجع الموقع الآتي : <http://www.jointcommission.org>.

** (joint commission international). لمزيد من المعلومات راجع الموقع الآتي : <http://ar.jointcommissioninternational.org>.

*** (Canadian Centre for Health and Safety in Agriculture) لمزيد من الإطلاع متوفر على الموقع الآتي : www.cchsa-ccssma.usask.ca.

**** (Australian Council on Healthcare Standards) للإطلاع، متوفر على الموقع الآتي : <http://www.achs.org.au>.

الفصل الأول : دور نظم الجودة والاعتماد في تميز أداء الخدمات الصحية

5. في عام 1981 (أسبانيا): أنشئ نظام اعتماد المستشفيات من قبل حكومة أسبانيا.
6. في عام 1991 (في نيوزيلندا): أنشئ مجلس نيوزيلندا لمعايير الرعاية الصحية، بعضوية عدة جهات(50% من وزارة الصحة، 40% من جمعية مجلس المستشفيات، 10% من جمعية المستشفيات الخاصة)، والمجلس مؤسسة خاصة غير حكومية، ولكن تكوينه الإداري يشير إلى مسؤولية ودور وزارة الصحة فيه.
7. في عام 1995 (إنكلترا) : وضعت (KING'S FUND)* نظام الاعتماد للحاجة الوظيفية إليه، وهي مؤسسة خاصة مستقلة أنشئت عام 1987 وتعمل على تقييم المؤسسات منذ عام 1990.
8. في عام 1996 (فرنسا) : أنشئت الوكالة الوطنية للاعتماد والتطوير الصحي (ANAES)** لتقوم باعتماد المؤسسات الصحية، هذا الاعتماد صار إلزامياً اعتباراً من عام 2001م.
9. في عام 1997 (إيطاليا) : ظهرت بدايات وضع نظام الاعتماد حسب المناطق.
10. في عام 2001 (منظمة الصحة العالمية): أصدرت منظمة الصحة العالمية الدليل الأول لاعتماد المؤسسات الصحية بعد اجتماع الرياض في نيسان عام 2000م.

المطلب الرابع : المشروع العربي لتحسين جودة الخدمات الصحية

إدراكاً للاحتياجات الصحية للمواطن العربي، تبنت جامعة الدول العربية المشروع العربي لتحسين جودة المؤسسات الصحية، لضمان تقديم خدمات رعاية صحية ذات جودة عالية وأمنة. حيث عرضت الأمانة العامة للجامعة المشروع على المجلس الاقتصادي والاجتماعي خلال اجتماعات المجلس في فبراير 2008م، ودعت الدول العربية إلى إنشاء هيئات وطنية للجودة واعتماد المؤسسات الصحية ومتابعة تنفيذ المشروع، وقد حصل هذا المشروع على موافقة المجلس بالإجماع. كما تم تحديد الأهداف الإستراتيجية لهذا المشروع على النحو التالي³:

1. ضمان توفير خدمات صحية ذات جودة عالية في الدول العربية.
2. تعميم برامج تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسات الصحية في جميع المناطق الجغرافية في الوطن العربي.
3. تهيئة المناخ ونشر التوعية وثقافة الجودة على مستوى المجتمعات العربية.

* لمزيد من الإطلاع راجع الموقع الآتي : <www.kingsfund.org.uk>.

** (National Agency for Accreditation and Evaluation in Health) للإطلاع، متوفر على الموقع الآتي : <http://fr.wikipedia.org/wiki/Agence_nationale_d'accr>

3 خوجه توفيق بن احمد وآخرون، أداة الاعتماد العربية للمؤسسات الصحية، ط1، الرياض، مكتبة الملك فهد الوطنية، 2008م، ص ص 12-13.

الفصل الأول : دور نظم الجودة والاعتماد في تميز أداء الخدمات الصحية

4. تلبية احتياجات وتوقعات مقدمي ومنتقلي الخدمة الخدمات الصحية في الوطن العربي وصولاً إلى تحقيق رضاهم.
 5. التطوير المستمر للنظم الصحية في الوطن العربي لمواكبة التحديات والمتغيرات العالمية.
 6. تنظيم ممارسة العمل الصحي في الوطن العربي.
 7. بناء قدرات القوى العاملة في القطاع الصحي في مجال جودة الرعاية الصحية على جميع المستويات.
 8. تحقيق التنسيق والتكامل في جميع المستويات التنظيمية داخل كافة هياكل القطاعات الصحية في الدول العربية.
 9. تحقيق التنسيق والتعاون وتبادل الخبرات بين الوزارات والهيئات والمؤسسات الصحية العربية في مجال جودة الرعاية الصحية.
- وقد تم إعداد أداة الاعتماد العربية للمؤسسات الصحية ضمن الوثائق الهامة والمعتمدة في تفعيل وإرساء هذه الأهداف والتوجهات الإستراتيجية، حيث تواكب هذه الأداة أحدث المستجدات العالمية في هذا المجال، و تتوافق مع الطموحات والقدرات والإمكانات العربية والوطنية، وجاري العمل على اعتماد المعايير العربية من قبل المنظمات والهيئات الدولية المتخصصة في الاعتماد مثل : (JCI, IsQua*, JCAHO)¹.

إن معايير الأداة العربية للاعتماد**، هي تأكيد على أهمية الدور الذي يلعبه تطبيق نظام اعتماد المؤسسات الصحية في تحسين أداء المرافق الصحية، الأمر الذي يؤدي إلى رفع مستوى جودة خدماتها. فبتطبيق هذه المعايير يتحسن أداء المرفق الصحي وتتحسن جودة خدماته من خلال الآتي :

- زيادة فرصة المستفيد من الخدمة (المريض) في الحصول على خدمة متكاملة، يحقق بعدين هامين من الجودة وهما سهولة ويسر الوصول إلى الخدمة و استمراريتها.
- احترام وتقدير المريض وأسرته و جعل المريض في بؤرة الاهتمام يحقق بعد هام من الجودة وهو احترام وتقدير المريض.

***(International Society for Quality in Health Care)** الجمعية الدولية لجودة الرعاية الصحية : هي مؤسسة مستقلة غير هادفة للربح، مهمتها تحسين جودة وأمان الرعاية الصحية حول العالم. ونظام الاعتماد الدولي من الجمعية الدولية لجودة الرعاية الصحية (ISQua) هو الوحيد الذي يقوم "باعتماد المعتمدين". ويقدم الاعتراف الدولي للمؤسسات المعتمدة التي تطبق فيها المعايير الدولية المعتمدة. وهي تمثل شراكة بين منظمة الصحة العالمية (WHO) واللجنة المشتركة (JCAHO) واللجنة المشتركة الدولية (JCI). لمزيد من الإطلاع يراجع الموقع الآتي : <http://www.isqua.org> <. راجع أيضا ><http://ar.jointcommissioninternational.org/enar/About> <. JCI

** (أنظر الملحق رقم 1).

¹ خوجه توفيق بن احمد وآخرون، أداة الاعتماد العربية للمؤسسات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص ص 13-22.

الفصل الأول : دور نظم الجودة والاعتماد في تميز أداء الخدمات الصحية

- تطبيق الطرق الصحيحة في التشخيص والتقييم يؤدي إلى تحقيق بعدين هامين هما الفاعلية والملائمة.
- وجود خطة لرعاية المريض يحقق الاستمرارية وكفاءة الخدمات. كما أن تقديم الرعاية الصحية الصحيحة في الوقت الصحيح، يزيد من الفاعلية ويقلل المخاطر ويزيد من فرص تحسين نتائج الرعاية الصحية، وكلها أبعاد هامة لتحسين أداء مرافق الرعاية الصحية.
- إعلام وتنقيف المريض وأسرته بحالته وبخطة العلاج، يؤدي إلى فهم المريض وأسرته لطبيعة المرض وطرق العلاج، مما يزيد من فرص تحسن نتائج العلاج ويقلل فترة الإقامة بالمستشفى ويجنب المريض من حدوث مضاعفات أو أعراض جانبية، الأمر الذي يزيد من فاعلية وكفاءة الرعاية الصحية، وهما بعدان هامان للجودة. كما أن عدم السماح بالإطلاع على معلومات المريض إلا لمن يخصهم، يحقق احترام وتقدير المريض ويحافظ على حقوقه. وفي هذا تطبيق لقواعد الجودة.
- مراقبة العمليات يؤدي إلى اكتشاف مبكر للمشكلات، الأمر الذي يدعو إلى التصدي لها وحلها قبل أن تستفحل وتؤثر على نتائج العلاج وقناعة المرضى.
- يعتبر الاختيار الصحيح لمقدمي الخدمة وتعليمهم وتدريبهم من أهم عناصر تحقيق الأمان أثناء تقديم الخدمة. فترسيخ مفاهيم تحسين الأداء في أذهان مقدمي الخدمات الصحية يعتبر أفضل ضمان للوصول إلى الالتزام الكامل بالمعايير، ويجعل عمليات التحسين المستمر جزءاً من الممارسات الإدارية الأساسية بالمؤسسة، و ضمان بأن مقدمي الخدمة لديهم المعلومات والمهارات اللازمة لتأدية المهام الموكلة إليهم، الأمر الذي ينعكس على تحسين أداء المرفق الصحي ويزيد من جودة خدماته و يحقق قناعة ورضا المستفيدين منها.
- تطبيق نظم الجودة والتحسين المستمر، يقلل المخاطر ويزيد الأمان للمرضى ويقلل فرص خسارة المؤسسات الصحية في دفع تعويضات، كما يقلل من التكلفة العالية لشركات التأمين.
- التأكيد على توثيق كل خطوة من خطوات تقديم الرعاية الصحية ونتائجها عنصر أساسي لقياس الجودة، حيث يعتبر السجل الطبي المصدر الرئيسي لفرق تحسين الأداء وفرق المراجعة التي تمثل نتائجها حجر الزاوية لنظام الجودة بالمؤسسة الصحية.
- مشاركة القيادات في عملية تحسين الجودة يضمن نجاحها واستمرارها. حيث تتحمل القيادات مسؤولية توفير الموارد المطلوبة لتحسين الجودة، بالإضافة إلى متابعة ومراقبة تحسين الأداء بصفة مستمرة. فمتابعة الأداء ومراقبته بهدف التحسين، ضمان للتحسين المستمر في جودة الخدمات. كما أن مجلس الإدارة هو المسؤول الأول أمام المجتمع عن جودة الخدمات.
- توفر الأمان أثناء وجود المريض وأسرته داخل المنشأة الصحية عنصراً هاماً من عناصر الجودة، حيث تزيد الثقة في قدرة النظام الصحي على تحقيق الشفاء وتقليل فرص حدوث مضاعفات أو إصابات.

الفصل الأول : دور نظم الجودة والاعتماد في تميز أداء الخدمات الصحية

- التخطيط لمنع المخاطر يقلل الضرر ويقلل فرص حدوث مشكلات صحية غير متوقعة قد يترتب عنها دفع تعويضات مكلفة، الأمر الذي يزيد الكفاءة ويوفر موارد المؤسسة الصحية.
- صيانة الأجهزة الطبية وتعقيمها يضمن صحة عملها ودقتها في التشخيص والعلاج. كما أن الالتزام بطرق التعقيم الصحيح يقلل من مخاطر التعرض للأمراض والمضاعفات الناتجة عن العدوى، ويوفر الأمان للمرضى والعاملين.
- وجود نظام للمعلومات في المرفق الصحي يؤدي إلى توفر المعلومة الصحيحة في الوقت الصحيح، الأمر الذي يحقق الكفاءة والملائمة في اتخاذ القرارات. كما أن توفير المعلومات بين المؤسسات الصحية يضمن الاستمرارية ويقلل التكرار والفاقد من الخدمات.
- إشراك المجتمع وإجراء الدراسات والبحوث من أجل تحديد متطلبات وتوقعات المجتمع والتعرف على مشاكله الصحية والخروج بحلول مناسبة لها، يساعد إدارة المرفق الصحي في التعرف على احتياجات وتوقعات ورغبات المجتمع من أجل اتخاذ الإجراءات والتدابير اللازمة وتوفير الموارد اللازمة لتلبية تلك الاحتياجات والتوقعات، الأمر الذي يؤدي تحقيق رضا المجتمع عن المرفق الصحي ويزيد من ثقته في خدماته وهذا بعد هام من أبعاد الجودة. كما أن مشاركة المرفق الصحي في برامج توعية المجتمع من شأنه أن يقوي العلاقة بين المجتمع و المرفق الصحي و يولد الثقة لدى المجتمع بقدرة المرفق على مواجهة مشاكله الصحية بكفاءة وفاعلية.

الفصل الأول : دور نظم الجودة والاعتماد في تميز أداء الخدمات الصحية

خلاصة الفصل الأول

إن إدارة الجودة ليست مجموعة من البرامج يتم تطبيقها وحسب، بل هي نظام إداري متكامل. فنظام الجودة هو إطار من العمليات الموثقة التي يتكامل فيها البناء التنظيمي، المسؤوليات، الإجراءات، الوسائل والبرامج المستخدمة في ضبط الجودة، مع الجهود المبذولة من قبل مختلف العاملين في المنظمة، من أجل تحسين الأداء ورفع مستوى جودة المنتجات (سلع أو خدمات) إلى المستوى الذي يجعلها قادرة على إشباع حاجات المستهلك، وتحقيق رضاه.

تحتل الخدمات الصحية أهمية خاصة في قطاع الخدمات، فهي تتميز بعدد من الخصائص عن غيرها من الخدمات هي تكامل عناصر الخدمات الصحية، الطبيعة الاحتكارية لهذا النوع من الخدمات، كثافة عنصر العمل، التطور السريع في التكنولوجيا المستخدمة في مجال الخدمات الصحية.

ونتيجة لانتشار ظاهرة العولمة واحتدام المنافسة بين المنظمات الصحية، سعت هذه المنظمات إلى تحقيق التميز في أدائها من خلال القيام بإنجاز وتحسين وتطوير الأعمال بكفاءة وفعالية، من أجل تحقيق أهدافها، بالشكل الذي يجعلها قادرة على تلبية احتياجات وتوقعات المنتفعين وتحقيق رضاهم بصورة مستمرة وعلى المدى الطويل. فقد قامت هذه المنظمات باستخدام عدد من المعايير المتفق عليها دولياً في تقييم الأداء، بهدف الوقوف على مستوى أدائها الحالي ومعرفة مكامن الضعف لأزالتها.

ومن أجل تحسين الأداء وتحقيق التميز، قامت المنظمات الصحية بتطبيق نظم وبرامج الجودة والتي يأتي على رأسها نظام إدارة الجودة الشاملة، الذي وفر الدليل الإرشادي لهذه المنظمات للرقى بجودة خدماتها وتحقيق التحسين المستمر في أدائها. فنظام الجودة يوفر آلية وخطوات ومتطلبات تحقيق الجودة والتحسين؛ إلا أن الخصوصية التي تتميز بها المنظمات الصحية، استدعت إنشاء نظام جودة خاص بهذا النوع من المؤسسات يحتوي على معايير خاصة، تمكن الجهات المختصة في المنظمة والحكومة من قياس مستوى جودة الخدمات الصحية، حيث كانت الولايات المتحدة الأمريكية هي السبقة في ذلك، فقد تم إنشاء اللجنة المشتركة لاعتماد المؤسسات الصحية (JCAHO)، وتم وضع المعايير التي من شأنها أن تحسن أداء المؤسسات الصحية وتحقق الجودة في خدماتها. ثم توسعت هذه الفكرة لتشمل مختلف المؤسسات الصحية في العالم من خلال إنشاء اللجنة المشتركة الدولية لاعتماد المؤسسات الصحية (JCI) التي تعتبر الأولى عالمياً في تشجيع الاعتماد الطوعي للمؤسسات الصحية. وعربياً، قامت جامعة الدول العربية بتبني المشروع العربي لتحسين جودة الرعاية الصحية، ومن ثم إنشاء الهيئة العربية المشتركة لاعتماد المؤسسات الصحية، حيث تم وضع المعايير التي تتناسب مع البيئة العربية والتي من شأنها حل مشاكل القطاع الصحي العربي من خلال الاستفادة من التجربة العالمية في هذا الشأن.

وفي هذا الشأن أجرى الباحث دراسة لواقع القطاع الصحي في الجمهورية اليمنية في الفصل الثاني من هذا البحث، للوقوف على أهم المشاكل والتحديات التي تواجه هذا القطاع، والتعرف على أهمية تطبيق نظم وبرامج الجودة في إصلاحه.

الفصل الثاني
واقع القطاع الصحي اليمني
وآفاق إصلاحه

تمهيد

من المتعارف عليه أن التنمية الحقيقية لا تبنى إلا على قاعدة تنمية مادية وبشرية وتخطيط دقيق. وطالما أن الإنسان هو الهدف من أي تنمية، وهو الوسيلة لكل عمل تنموي، لذا يجب أن يكون معافى في بدنه وعقله ومعارفه، فمن غير المعقول، أن يكون إنساناً أهلكه المرض والجوع والخوف قادراً على إدارة عجلة التنمية. من خلال ما سبق، يُطرح هذا السؤال، أين يقف الإنسان اليمني في سلم الرعاية الصحية؟

الجمهورية اليمنية هي إحدى الدول النامية، وهي كغيرها تعاني من العديد من المشاكل (اقتصادية، ثقافية، صحية، سياسية، اجتماعية... الخ)، وقد عانى المجتمع اليمني من انتشار الأمية والفقر والمرض على مدى عقود مضت، هذه الأسباب وغيرها كانت السبب في قيام ثورتي الـ26 من سبتمبر عام 1962م في شمال اليمن والـ14 من أكتوبر عام 1963م في جنوب اليمن، وبعد قيام الثورة، شهد اليمن بشطريه (الشمالي والجنوبي) العديد من التطورات في مختلف القطاعات ومن ضمنها قطاع الصحة. ولكن، على الرغم من التطورات التي حدثت في القطاع الصحي اليمني، إلا أن الضغوط الناجمة عن زيادة عدد السكان وعدم الاستقرار السياسي والاقتصادي، بالإضافة إلى ضخامة هيكل هذا القطاع الذي يحتاج إلى الدعم، جعلته يعاني من العديد من المشاكل التي كان لها تأثير واضح في مستوى أداء المرافق الصحية وجودة خدماتها.

وقد أدركت وزارة الصحة العامة والسكان هذه الأزمة، فبدأت بإعداد سلسلة من الاستراتيجيات والخطط والبرامج، التي تستهدف تحسين أداء المرافق الصحية ورفع مستوى جودة الخدمات التي تقدم في هذه المرافق، محاولة إصلاح مكامن الضعف والخلل في هذا القطاع الاستراتيجي الهام.

لذا فإن هذا الفصل سيتناول واقع القطاع الصحي في الجمهورية اليمنية من خلال أربعة مباحث، خصص المبحث الأول لاستعراض مراحل تطور القطاع الصحي اليمني، بينما خصص المبحث الثاني للتعريف بالنظام الصحي، أما المبحث الثالث فقد خصص لاستعراض وتوضيح أهم المشاكل والتحديات التي يعاني منها هذا القطاع، وأخيراً خصص المبحث الرابع لاستعراض وتوضيح أهم الاستراتيجيات والخطط الخاصة بإصلاح قطاع الصحة اليمني.

المبحث الأول : مراحل تطور القطاع الصحي اليمني

يتناول هذا المبحث مراحل تطور القطاع الصحي* اليمني من خلال أربعة مطالب، خصص المطلب الأول للتعرف على أهم المؤشرات الديموغرافية، الاجتماعية، الاقتصادية و الإحصاءات الحيوية للجمهورية اليمنية، بينما تناول المطلب الثاني واقع القطاع الصحي في اليمن قبل إعلان الوحدة اليمنية، أما في المطلب الثالث فيستعرض التطورات التي شهدتها القطاع الصحي اليمني بعد إعلان الوحدة في الـ22 من مايو عام 1990م وقيام الجمهورية اليمنية حتى عام 2004م، وأخيراً يستعرض المطلب الرابع أهم التطورات التي شهدتها هذا القطاع خلا الفترة من 2005م-2010م.

المطلب الأول: المؤشرات الديموغرافية، الاجتماعية، الاقتصادية والإحصاءات الحيوية

يتأثر الوضع الصحي للسكان بعدة عوامل : ديموغرافية، اقتصادية، اجتماعية، ثقافية، سياسية وجغرافية، كما تختلف الأمراض والأوبئة المنتشرة بين السكان من منطقة إلى أخرى تبعاً لتنوع المناخ والتضاريس، وهكذا فإن التطور والتنمية لا تستقيم إلا وفقاً لمعدلات متناسقة ومتناغمة من العلاقات بين معدلات النمو السكاني والموارد المختلفة.

كما أن معدل وفيات الرضع والطفولة المبكرة والأمهات وتوقع الحياة عند الولادة وحجم القوى البشرية، وحجم قوة العمل، والإعالة والبطالة والامية وغيرها من المؤشرات تحدد الكينونة والصيرورة لأي مجتمع إنساني¹.

وقبل أن نستعرض واقع القطاع الصحي في الجمهورية اليمنية، كان لابد من تقديم نبذة عن أهم العوامل المؤثرة في الوضع الصحي للسكان، بالإضافة إلى استعراض أهم المؤشرات ذات العلاقة والتي يمكن تلخيصها في الآتي :

أولاً : الموقع الجغرافي والمناخ والتضاريس

تقع اليمن في الركن الجنوبي الغربي من شبه الجزيرة العربية، وتحظى بموقع استراتيجي هام بحكم إطلالتها على البحر الأحمر من الغرب، وخليج عدن وبحر العرب من الجنوب، ويحدها من الشرق سلطنة عمان، والمملكة العربية السعودية من الشمال، كما تقدر مساحتها بحوالي

* يُعرف القطاع الصحي بأنه "جزء من اقتصاد الدولة يتعامل مع المسائل المتعلقة بالصحة في المجتمع. ويتكون من خدمات صحية عامة وخاصة منظمة (تشمل تعزيز الصحة والوقاية من المرض وخدمات التشخيص والمعالجة والرعاية). ويشمل كذلك سياسات وأنشطة أقسام الخدمات الصحية ووزارات الصحة والمنظمات غير الحكومية والجماعات ذات الصلة بالصحة في المجتمع، فضلاً عن الاتحادات المهنية، وخطط الضمان الاجتماعي والتأمين الصحي التي تقدم خدمات صحية". انظر: خوجه توفيق بن احمد، قاموس مصطلحات أداة الاعتماد العربية، مرجع سبق ذكره، ص175.

¹ الصاعدي عبد الله وآخرون، "العلاقة المتبادلة بين ديناميكية السكان الحالية وصحة الأم والطفل"، وثائق المؤتمر الوطني الأول للسياسات السكانية في الجمهورية اليمنية 26-29 أكتوبر 1991، اليمن، الجهاز المركزي للإحصاء.

الفصل الثاني: واقع القطاع الصحي اليمني وآفاق إصلاحه

555000 كيلو متر مربع مع المساحة الخالية. أما كثافة السكان فهي 35 نسمة لكل كيلو متر مربع من المناطق المأهولة¹. وهكذا نجد أن تضاريسها الطبيعية تتنوع بين السهول الساحلية الجنوبية والغربية والمناطق الجبلية المحاذية، ثم العمق الصحراوي شمالاً إلى الربع الخالي.

أما المناخ السائد في الجمهورية اليمنية، فتتداخل الفصول الأربعة بحيث تبدو كما لو كانت فصلين فقط، فيسود المناخ البارد في المناطق الجبلية، مما يؤدي إلى انتشار الإصابة بعدد من الفيروسات التي تنتشر في المناطق الباردة كفيروس الأنفلونزا. أما المناطق الساحلية والجزر فيسودها المناخ المعتدل، حيث يمتد فصل الصيف من إبريل وحتى سبتمبر ويكون المناخ معتدلاً في المناطق المرتفعة (الجبلية)، بينما يكون الجو حاراً ورطباً في المناطق الساحلية والجزر.

ويكون المناخ في الجمهورية اليمنية صحراوي حار ورطب عند الشريط الساحلي ومعتدل في الجبال، وهذا الجو يساعد على انتشار أمراض الحميات مثل : الملاريا نتيجة انتشار البعوض بالإضافة إلى البلهارسيا نتيجة انتشار المستنقعات في المناطق الجبلية والساحلية، أما المناطق الصحراوية فغالباً ما تنتشر الإصابة بأمراض التحسس والربو نتيجة للجو الصحراوي والقاري الذي يسود في هذه المناطق.

وبحكم مجاورة اليمن لعدد من الدول الأفريقية التي تشهد اضطرابات سياسية مثل : الصومال واريثيريا التي تنتشر فيها بعض الأوبئة والفيروسات مثل : الايدز، والتي تنتقل إلى اليمن؛ بسبب نزوح سكان هذه الدول إلى اليمن هرباً من الأوضاع المأساوية لهذه البلدان ناقلين معهم هذه الأمراض ومسببين مشاكل صحية واقتصادية وسكانية لليمن.

ثانياً : المؤشرات والإحصاءات الحيوية

1. المؤشرات الديموغرافية : يوضح الجدول رقم (2-1) التالي أهم المؤشرات الديموغرافية لليمن خلال عامي 2009 و2010م.

¹ الجمهورية اليمنية، كتاب الإحصاء السنوي لعام 2003م، الجهاز المركزي للإحصاء، 2004م، ص ص 3-10.

الفصل الثاني: واقع القطاع الصحي اليمني وآفاق إصلاحه

جدول رقم (2-1) المؤشرات الديموغرافية لليمن خلال عامي 2009 و2010م

المؤشر	2009	2010
إجمالي عدد السكان	22492000	23154000
السكان الذكور	11455000	11790000
السكان الإناث	11037000	11364000
نسبة التنوع	103.8	103.7
معدل النمو السنوي للسكان	%3	%3
نسبة السكان حسب الفئات العمرية		
14-0	%42.8	%42.4
15-64	%53.9	%54.5
أكبر من 65	%3.2	%3.2
توقع الحياة عند الميلاد بالسنوات		
الذكور	61.1	62.1
الإناث	62.9	63.9
كلا الجنسين	62	63

المصدر: من إعداد الباحث بناءً على :

- الجمهورية اليمنية، كتاب الإحصاء السنوي لعام 2009م، الجهاز المركزي للإحصاء، ص5.
- الجمهورية اليمنية، كتاب الإحصاء السنوي لعام 2010م، الجهاز المركزي للإحصاء، ص2.

من خلال الجدول الموضح أعلاه يمكن ملاحظة الآتي :

- يبلغ عدد سكان الجمهورية اليمنية حوالي (23154000) نسمة بحسب تقديرات وإسقاطات التعداد السكاني لعام 2010 موزعين على 21 محافظة.
- الثبات النسبي للتنوع في السكان بين ذكر وأنثى خلال عامي 2009 و2010.
- ارتفاع نسبة الأطفال اقل من 15 عام مما يعني ضرورة الاهتمام ببرامج رعاية الطفولة.
- وجود تحسن في مؤشر توقع الحياة عند الميلاد في عام 2010م قياساً بعام 2009م، وهذا يعكس وجود اهتمام بجانب الرعاية الصحية الأولية.

2. الإحصاءات الحيوية : يمكن توضيح أهم الإحصاءات الحيوية لليمن من خلال الجدول رقم (2-2) التالي :

جدول رقم (2-2) أهم الإحصاءات الحيوية لليمن لعام 2010م

المؤشر	2010م
معدل المواليد الخام لكل 1000 نسمة*	38
معدل الوفيات الخام لكل 1000 نسمة**	9
معدل وفيات الرضع لكل 1000 ولادة حية	72
معدل وفيات الأطفال اقل من 5 سنوات	90
معدل الخصوبة الكلية موزعة كما يلي :	6.1
المناطق الحضرية	4.8
المناطق الريفية	6.7
قصر القامة	53.1
نسبة المواليد بوزن اقل من 2500جم	45.6
نسبة النحافة عند الأطفال	12.4

المصدر: الجمهورية اليمنية، الإسقاطات السكانية في الجمهورية اليمنية للفترة 2005م-2025م، المجلس الوطني للسكان، ص7.

من خلال الجدول الموضح أعلاه يمكن ملاحظة الآتي :

- ارتفاع معدل وفيات الأطفال اقل من خمس سنوات، فقد بلغ هذا المعدل 90 حالة لكل ألف ولادة حية اغلبها من الأطفال الرضع، حيث بلغ معدل وفيات الرضع 72 حالة لكل ألف ولادة حية، وهذا رقم كبير؛ والذي يعكس قلة الاهتمام بخدمات الأمومة والطفولة من قبل الحكومة، كما يعكس هذا المعدل وجود حاجة فعلية لبناء مرافق صحية تتوفر فيها خدمات التوليد ورعاية الحوامل والأطفال.
- ارتفاع معدل الخصوبة في المناطق الريفية.
- ارتفاع نسبة المواليد بوزن ناقص يؤكد أن الاهتمام بخدمات رعاية الحوامل غير كافية.

3. المؤشرات الاقتصادية والاجتماعية : يمكن توضيح أهم المؤشرات الاقتصادية والاجتماعية لليمن من خلال الجدول رقم (2-3) التالي :

* معدل المواليد الخام = إجمالي عدد حالات الولادة الحية في منطقة معينة في السنة مقسوماً على إجمالي عدد سكان المنطقة في منتصف تلك السنة.

** معدل الوفيات الخام = إجمالي عدد حالات الوفاة في منطقة معينة في السنة مقسوماً على إجمالي عدد سكان المنطقة في منتصف تلك السنة.

الفصل الثاني: واقع القطاع الصحي اليمني وآفاق إصلاحه

جدول رقم (2-3) أهم المؤشرات الاجتماعية والاقتصادية لليمن

المؤشر	2009
نصيب الفرد من إجمالي الناتج المحلي	\$926
إجمالي الإنفاق على الصحة للفرد	\$57.41
إجمالي الإنفاق الحكومي على الصحة للفرد	\$15.23
نسبة إجمالي الإنفاق على الصحة للدخل القومي	%5.63
نسبة الإنفاق الحكومي العام على الصحة من إجمالي الإنفاق العام على الصحة.	%27
نسبة ما يصرف فعلاً على الصحة للفرد من إجمالي ما تم تخصيصه للإنفاق على الصحة	%66.33
نسبة ميزانية وزارة الصحة من الميزانية الحكومية	%3.58
نسبة السكان التي يتوفر لهم مياه صالحة للشرب	%31
نسبة السكان الذي يتوفر لهم وسائل صرف صحي	%23
نسبة المدخنين	%18
ذكور	%27
إناث	%10
معدل الفقر	34

المصدر: الجمهورية اليمنية، كتاب الإحصاء السنوي لعام 2009م، مرجع سبق ذكره، ص6.

من خلال الجدول الموضح أعلاه يمكن ملاحظة الآتي :

- انخفاض حجم الإنفاق الحكومي على الصحة حيث تبلغ نسبة ميزانية وزارة الصحة من الميزانية الحكومية 3.58%، ما يدل على تحمل المجتمع للحصة الأكبر من تكاليف الحصول على الخدمة الصحية.
- عدم توفر مياه صالحة للشرب بقدر كافي للمجتمع، بالإضافة إلى تدني مستوى خدمة الصرف الصحي، وهذا مؤشر إلى زيادة فرص تعرض المجتمع اليمني للإصابة بالأمراض والأوبئة.
- ارتفاع معدل الفقر، وهو مؤشر إلى عدم قدرة المجتمع على تحمل تكاليف توفير الخدمات الصحية.

المطلب الثاني: القطاع الصحي في اليمن قبل إعلان الوحدة

إن قراءة الواقع الصحي في اليمن واستقراء المستقبل، يتطلب التحليل لمؤشرات التطور في المؤسسة الصحية خلال الفترة التي سبقت قيام ثورتي الـ26 من سبتمبر عام 1962 في شمال اليمن وثورة الـ14 من أكتوبر عام 1963 في جنوب اليمن والفترة التي تلتها، والتي يتناولها هذا المطلب من خلال الآتي :

الفصل الثاني: واقع القطاع الصحي اليمني وآفاق إصلاحه

أولاً : القطاع الصحي في اليمن قبل قيام ثورتي عام 1962م و1963م

عبر عقود مضت والمجتمع اليمني يعاني من مشكلات صحية جسيمة، وأمراض متوطنة فتاكة كالسل الرئوي، التهاب الكبد البائي، الجدري، الملاريا، البلهارسيا، الحميات المختلفة وأمراض الأطفال... الخ. والمتقصي للواقع الصحي قبل عام 1960 يكاد يستحيل عليه أن يجد أسرة واحدة لم تفقد طفلاً أو أكثر بسبب الأمراض الفتاكة التي كانت تتعاقب على اليمن بصورة موجات مهلكة، فقد كان عدد المشافي قبل الستينيات بعدد الأصابع، ففي المحافظات الشمالية انحصرت الخدمة العلاجية على عواصم بعض المحافظات (صنعاء، تعز، الحديدة، حجة ، ولكن لم يكن حجم الخدمة يتجاوز في شكله ومضمونه عمل أي وحدة صحية أساسية¹.

أما المحافظات الجنوبية والشرقية التي كانت تخضع لهيمنة الاستعمار البريطاني آنذاك، فقد كانت في وضع لا يختلف كثيراً عن الوضع في الشمال خاصة لساكني المناطق الريفية. فقد تركزت الخدمة العلاجية في محافظة عدن التي شهدت خدمة نوعية فيما كان يسمى بمستشفى الملكة، ومستشفى المصافي، المستشفى العسكري، ومراكز للتحصين². وتجدر الإشارة هنا إلى ازدهار عمل المشعوذين والسحرة في هذه الفترة بالإضافة إلى عيادات الطب البديل (طب الأعشاب)، التي كانت تعتبر المصدر الأول الذي يعتمد عليه اغلب سكان المجتمع اليمني في حل مشاكلهم الصحية في ذلك الوقت.

ثانياً : القطاع الصحي في اليمن خلال الفترة (1962-1990)

بعد قيام ثورة الـ26 من سبتمبر عام 1962 في شمال الوطن، واستقلال الشطر الجنوبي من الوطن في 30 نوفمبر 1967م، اصطدمت الحكومات المتعاقبة في الشطرين بأوضاع صحية بائسة ومؤلمة، حتى بات الهم الصحي على رأس الهموم والأولويات. فألزمت تلك الحكومات نفسها بمجانية العلاج والخدمة الصحية حتى أصبح هذا المبدأ جزءاً من توجه النظام وفلسفته³.

وفي منتصف الستينيات من القرن الماضي، ولد النظام الصحي في اليمن في بيئة فقيرة، ومحيط غير مستقر، وكانت المشكلة الصحية أكبر بكثير من إمكانات البلد المادية والبشرية، وتركز الاهتمام على الجانب العلاجي، أما الجانب الوقائي فلم يكن له حضور، وقد انتقل هذا الهم من الساحة الوطنية إلى الساحة الدولية والإقليمية من خلال الدول الشقيقة والصديقة والمنظمات الإنسانية التي أزعجها الوضع الصحي في اليمن، فأسهمت في بناء المستشفيات وتأهيل الكوادر الصحية، وتمويل البرامج المختلفة التي لم يكن بمقدورها التغلب على المشكلات الصحية.

¹ الصاعدي عبد الله وآخرون، مرجع سبق ذكره.

² نفس المرجع السابق. نفس المكان.

³ الجمهورية اليمنية، تقرير عن وزارة الصحة في اليمن [على الخط]، وزارة الصحة العامة والسكان، متوفر على الموقع: <<http://www.yemen-nic.info/files/health/studies/report1.pdf>> (تم التصفح في 2010/10/19 الساعة

(9:30)، ص ص7-9.

الفصل الثاني: واقع القطاع الصحي اليمني وآفاق إصلاحه

فقد حدثت في هذه الفترة تغيرات سكانية هائلة، تمثلت في الزيادة السريعة في حجم السكان، والتفاوت الكبير في توزيعه، والتركز في المراكز الحضرية بفعل تيارات الهجرة الريفية إلى المناطق الحضرية؛ بدافع البحث عن عمل أفضل أو خدمات صحية أو تعليمية غير متاحة في مناطق النزوح، فكان لهذه العوامل أثرها السلبي على التطور الصحي بسبب شحة الموارد والإمكانات وزيادة الطلب على الخدمة العلاجية وانعدام الخبرات الوطنية في مجال تنمية الموارد الصحية أو تطويرها أو الاستفادة مما هو متاح، إلا أن عقد السبعينيات والثمانينيات شهد أكبر التحولات الصحية كما ونوعاً، فبدأت الكوادر تتدفق على المؤسسة الصحية وارتفع معدل الإيفاد للدراسات الجامعية في التخصصات الطبية، كما تم افتتاح المعاهد المتوسطة والكليات للاستفادة من مخرجاتها في التخصصات الطبية والصيدلانية والطبية المساعدة، وقد تم التوسع في بناء المنشآت الصحية بالجهد الحكومي والتعاوني وبالمساعدات الخارجية¹، والجدول التالي يوضح مستوى التطور في المؤسسات الصحية خلال الفترة من 1988-1990م.

جدول(2-4) تطور المرافق الصحية في اليمن خلال الفترة من 1988-1990م

1990		1989		1988		المنشأة
عدد الأسرة	العدد	عدد الأسرة	العدد	عدد الأسرة	العدد	
8395	72	8395	72	8075	71	مستشفى
	94		94		94	مركز صحي
	296		296		230	مستوصف بدون أسرة

المصدر: الجمهورية اليمنية، تقرير عن وزارة الصحة في اليمن، مرجع سبق ذكره، ص 10.

من خلال الجدول الموضح أعلاه، يتضح أن هذا التطور قد رافقه تراجع نسبي في بناء المستشفيات والمراكز الصحية بين عام 1989م وحتى بداية التسعينات، على الرغم من وجود زيادة في عدد الأسرة في المستشفيات. كما أن تهالك المنشآت الصحية وخروجها عن الخدمة لحاجتها إلى الصيانة والترميم مع ازدياد الطلب عليها بسبب النمو السكاني السريع، أدى إلى تضائل عرض الخدمة الصحية مقابل زيادة الطلب عليها في هذه الفترة، وبالتالي عدم القدرة على إشباع حاجات المجتمع بدرجة كافية من الخدمات الصحية، مما دفع العديد من المرضى للسفر إلى خارج الوطن من أجل الحصول على خدمات صحية أفضل.

المطلب الثالث : التطورات التي شهدها قطاع الصحة خلال الفترة من 1991-2004م

شهد القطاع الصحي اليمني بعد قيام الوحدة في عام 1990م تطورات ملموسة، كان أهمها السماح للقطاع الخاص بالاستثمار في هذا القطاع، الذي ساعد في التخفيف من الضغط على المستشفيات الحكومية، إضافة إلى التخفيف من السفر إلى الخارج لغرض العلاج، حيث حضي قطاع الصحة باهتمام الدولة، وقد لوحظ بأن هناك تطورات شملت البنية التحتية لهذا القطاع

¹ الجمهورية اليمنية، تقرير عن وزارة الصحة في اليمن، مرجع سبق ذكره، ص ص9-10.

الفصل الثاني: واقع القطاع الصحي اليمني وآفاق إصلاحه

وزيادة في عدد الكوادر المؤهلة وافتتاح مراكز طبية متخصصة وتوسع في الأنشطة والبرامج والمشاريع الصحية المختلفة، فقد شهد القطاع الصحي اليمني تطورات في كثير من المجالات الرئيسية، يمكن توضيحها من خلال الآتي¹:

أولاً : مجال المنشآت الصحية*: تزايد عدد المستشفيات العامة والخاصة ووصل عددها إلى 268 مستشفى عام وخاص في نهاية عام 2004 م مقارنة ب 75 مستشفى في عام 1992 م، كما تم إنشاء العديد من المراكز الوقائية والعلاجية مثل : المركز الوطني للرصد الوبائي، المركز الوطني لدحر الملا ريا، المركز الوطني للطوارئ والإسعافات. أما بالنسبة للمراكز الصحية فقد زاد عددها من 370 مركز في عام 1992 م إلى أن وصل إلى 1261 مركزاً في عام 2004 م، وزاد عدد الوحدات الصحية من 940 وحدة صحية في العام 1992 م إلى 2048 وحدة صحية في العام 2004 م، وزاد عدد الأسرة من 8455 سرير في عام 1992 م إلى 13672 سرير في عام 2004 م، والجدول رقم (2-5) التالي يوضح ذلك.

جدول رقم (2-5) المرافق الصحية العامة والخاصة في اليمن خلال الفترة (1992م-2004م)

البيان	1992	2004
عدد المستشفيات	75	268
عدد المراكز الصحية	370	1261
عدد الوحدات الصحية	940	2048
عدد مراكز الأمومة والطفولة	-	340
عدد الأسرة في القطاع العام	8455	13672

المصدر : من إعداد الباحث بناءً على :

- الجمهورية اليمنية، تقرير عن قطاع الصحة في الجمهورية اليمنية، المركز الوطني للمعلومات، مرجع سبق ذكره، ص5.
- الجمهورية اليمنية، التقرير الإحصائي الصحي السنوي لعام 2004م، وزارة الصحة العامة والسكان.

من الجدول السابق يمكن ملاحظة ما يلي :

- الاهتمام الكبير بإنشاء المرافق الصحية الجديدة بمختلف أشكالها والتي كان القطاع الصحي يعاني من نقص كبير في عددها، وعدم قدرتها على تغطية حاجة السكان من الخدمات الصحية.
- اهتمام الدولة ببناء الوحدات الصحية والمراكز، حيث تعتبر هذه الوحدات هي المستوى الأول لتقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية في النظام الصحي الوطني، ويدل حجمها

* المنشأة الصحية هي " كل مكان معد للكشف على المرضى أو علاجهم أو تمريرهم أو لإجراء الفحوصات أو صرف أو تحضير المستحضرات الصيدلانية وكذا المساهمة في تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية". يراجع في ذلك : الجمهورية اليمنية، القانون رقم (60) لسنة 1999م بخصوص المنشآت الطبية والصحية الخاصة، المادة رقم 2.

¹ الجمهورية اليمنية، تقرير عن قطاع الصحة في الجمهورية اليمنية، المركز الوطني للمعلومات، 2005 م، ص 21-3.

الفصل الثاني: واقع القطاع الصحي اليمني وآفاق إصلاحه

الكبير على انتشارها الواسع وتغطيتها لأكثر قدر من مناطق الجمهورية، الأمر الذي سوف يسهل على المواطنين الحصول على خدمات الرعاية الصحية الأولية.

- زيادة الاهتمام بجانب الأمومة والطفولة والذي تمثل في إنشاء مراكز للأمومة والطفولة والتي كانت معدومة تماماً قبل عام 1992م.

ثانياً : مجال الخدمات الصحية : شهدت الخدمات الصحية الوقائية والعلاجية هي الأخرى تطورات ملموسة، فقد وصلت نسبة التغطية بالخدمات الصحية الأولية إلى 59% في عام 2004م قياساً بـ38% في عام 1992م، كما بلغت نسبة التغطية لخدمات التحصين 76% في مطلع عام 2004م مقارنة بـ 57% في عام 1992م¹، وقد بلغت نسبة الأطفال الذين تم تحصينهم ضد السل في عام 2004 م 67 % مقارنة بـ 59.1 % في عام 1992م ، أما نسبة للأطفال الذين تم تحصينهم ضد الشلل فقد بلغ 66% في عام 2004 م مقارنة بـ 44 % في عام 1992 م، وبلغت نسبة الأطفال الذين تم تحصينهم ضد الثلاثي في عام 2004م 66%، مقارنة بـ 44 % في عام 1992م، كما بلغت نسبة الأطفال الذين تم تحصينهم ضد الحصبة في عام 2004 م 66% مقارنة بـ 44.6 % في عام 1992 م، وقد بلغت نسبة الأطفال الذين تم تحصينهم ضد فيروس الكبد البائي خلال عام 2004 م 42% في حين كانت هذه الخدمة غير متوفرة في عام 1992م.

وفيما يتعلق بصحة الأمهات، فقد لوحظ بأن هناك وعي لدى الأمهات بأهمية استخدام الوسائل الحديثة في تنظيم الأسرة، حيث تبين المؤشرات بأن نسبة الأمهات اللواتي استخدمن وسائل تنظيم الأسرة في عام 2004 م 13.3 % مقارنة بـ 6.1 % في عام 1992 م، كما ارتفعت نسبة النساء الحوامل التي تم تحصينهن ضد مرض الكزاز إلى 31 % في عام 2004 م مقارنة بـ 24.7 % في عام 1992 م. والجدول التالي يوضح مدى تقدم الخدمات الوقائية خلال الفترة 1992-2004م.

جدول رقم(2-6) تطور تقديم الخدمات الوقائية خلال الفترة (1992م-2004م)

المؤشر	1992م	2004
نسبة التغطية بالخدمات الصحية الأولية	38	59
نسبة استخدام الوسائل الحديثة في تنظيم الأسرة	6.1	13.4
نسبة تحصين الأطفال ضد السل	59.1	67
نسبة تحصين الأطفال ضد الشلل	44	66
نسبة تحصين الأطفال ضد الثلاثي	44	66
نسبة تحصين الأطفال ضد الحصبة	44.6	66
نسبة تحصين الأطفال ضد فيروس الكبد البائي	0	42
نسبة تحصين الحوامل ضد الكزاز	24.7	31

المصدر: الجمهورية اليمنية، تقرير عن قطاع الصحة في الجمهورية اليمنية، مرجع سبق ذكره، ص 6.

¹ الجمهورية اليمنية، التقرير القطري للجمهورية اليمنية عشر سنوات من تنفيذ عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية 1994م-2004م، المجلس الوطني للسكان، 2003م، ص 7.

الفصل الثاني: واقع القطاع الصحي اليمني وآفاق إصلاحه

وفيما يخص خدمات توفير الأدوية والمستلزمات الطبية، فقد بلغ إجمالي الشركات والجهات الخاصة المستوردة للأدوية والمستلزمات الطبية أكثر من 261 شركة خلال العام 2001 استوردت ما قيمته 13 مليار ريال، حيث بلغت قيمة ما تم وصوله خلال نفس العام من أدوية للمشاريع الصحية والمنظمات والبعثات الدولية العاملة في اليمن 2147010 دولار، أما بالنسبة لقيمة المستلزمات التي تم وصولها لتلك المشاريع فقد وصلت خلال نفس العام 5079743 دولار¹.

ثالثاً : الموارد البشرية : لقد شهدت الموارد البشرية في هذا القطاع هي الأخرى تطورات متزايدة؛ بسبب توسع المنشآت الطبية والمرافق الصحية، حيث ارتفع عدد أطباء العموم من 2315 طبيب في عام 1992 م إلى 3198 طبيب عام في العام 2004 م، أما بالنسبة لعدد الأخصائيين فقد وصل عددهم في عام 2004 م 972 أخصائي، وارتفع عدد الصيادلة من 233 صيدلي في عام 1992 م إلى 1005 صيدلي في عام 2004م، وارتفع عدد الممرضين من 5033 ممرض في عام 1992 م إلى 8789 ممرض في عام 2004 م، وارتفع عدد القابلات من 479 قابلة في عام 1992 م إلى 2393 قابلة في عام 2004م والجدول التالي يوضح تطور القوى العاملة خلال الفترة (1992م-2004م).

جدول رقم (2-7) حجم القوى العاملة الصحية في اليمن خلال الفترة (1992م-2004م)

البيان	1992	2004
عدد الأخصائيين	-	972
عدد الأطباء	2315	3198
عدد الصيادلة	233	1005
عدد الممرضين	5033	8789
عدد القابلات	479	2393

المصدر: الجمهورية اليمنية، تقرير عن قطاع الصحة في الجمهورية اليمنية، مرجع سبق ذكره، ص 9.

من الجدول أعلاه يمكن ملاحظة ما يلي :

- هناك عجز في عدد الأطباء والممرضين وعدم كفايتهم لتغطية التوسع الحاصل في حجم المرافق الصحية في مختلف مناطق الجمهورية، وهذا بدوره يقلل من التغطية بالخدمات الطبية المقدمة.
- الاهتمام الكبير بتدريب القابلات، الذي ينعكس بدوره على تحسين خدمات الأمومة والطفولة وتوسيع التغطية بهذه الخدمات، وبالتالي التقليل من وفيات الأمهات والأطفال.

رابعاً : الإنفاق في قطاع الصحة

حضي قطاع الصحة باهتماماً خاصاً من الدولة، فقد بلغ حجم الإنفاق على هذا القطاع في عام 2003م 3.7% من إجمالي الإنفاق العام مقارنة ب 3% في عام 1997م، وبنسبة 1.3% من إجمالي الناتج المحلي الإجمالي في عام 2003م مقارنة ب 1.2% في عام 1997م. أما بالنسبة

¹ الجمهورية اليمنية، تقرير عن قطاع الصحة في الجمهورية اليمنية، مرجع سبق ذكره، ص ص 6-8.

الفصل الثاني: واقع القطاع الصحي اليمني وآفاق إصلاحه

لمتوسط نصيب الفرد من إجمالي الإنفاق على الصحة، فإنه لم يتطور بدرجة كبيرة، حيث ارتفع من 608 ريال في عام 1997م ليصل إلى 1536 ريال في عام 2003م (أنظر الجدول رقم 2-9)، وهذا الرقم يعتبر متدنياً جداً مقارنة ببلدان أخرى، والجدول الموالي يوضح حجم الإنفاق على قطاع الصحة مقارنة مع الدول الأخرى.

جدول رقم (2-8) حجم الإنفاق على قطاع الصحة اليمني مقارنة مع الدول الأخرى

الدولة	اليمن	الدول ذات الدخل المنخفضة	الدول ذات الدخل المتوسطة	الدول المرتفعة الدخل
نسبة نفقات الصحة إلى إجمالي الإنفاق العام	3.7	5.5	6	11.1
نسبة نفقات الصحة إلى إجمالي الناتج المحلي الإجمالي	1	1.5	3	6.6

المصدر: الجمهورية اليمنية، المركز الوطني للمعلومات. تقرير عن قطاع الصحة في الجمهورية اليمنية، مرجع سبق ذكره، ص 16.

ومن ثم فإن حجم الإنفاق المخصص لهذا القطاع لا يكفي لتلبية الاحتياجات والمتطلبات التي يحتاجها، الأمر الذي يعكس تدني مستوى الحصول على الخدمة، بسبب انخفاض أجور مقدمي الخدمة والإمكانات المتاحة في هذا القطاع، والجدول التالي يوضح حجم الإنفاق على الصحة ومتوسط نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة خلال الفترة (1997م-2003م).

جدول رقم (2-9) حجم الإنفاق على الصحة في اليمن خلال الفترة (1997م-2003م)

السنوات	97	98	99	2000	2001	2002	2003
إجمالي الإنفاق على الصحة (مليون ريال)	10055	13974	14488	20253	24155	23818	28988
نسبة الإنفاق على الصحة من إجمالي الإنفاق العام	3.3	4.6	4.2	4	4.6	4	3.7
نسبة الإنفاق على الصحة من إجمالي الناتج المحلي	1.2	1.7	1.2	1.3	1.4	1.3	1.3
متوسط نصيب الفرد من إجمالي الإنفاق على الصحة (ريال)	608	817	819	1180	1362	1302	1536

المصدر: الجمهورية اليمنية، تقرير عن قطاع الصحة في الجمهورية اليمنية، مرجع سبق ذكره، ص ص 13-14.

من الجدول أعلاه يمكن القول بأن القطاع الصحي اليمني يعاني من عدم كفاية النفقات الحكومية المخصصة له، الأمر الذي يجعل المجتمع يتحمل عبئاً كبيراً في تغطية نفقاته الصحية.

خامساً : استثمار القطاع الخاص في قطاع الصحة : شهدت الشراكة بين المنشآت الصحية الخاصة والحكومية في قطاع الصحة اليمني تطوراً ملموساً بعد توحيد شطري اليمن في عام 1990 م، حيث تشير الإحصاءات إلى أن عدد المنشآت الطبية الخاصة وصلت إلى 4000 منشأة في عام 2004 م منها 93 مستشفى، 341 مستوصف، 115 مركز طبي، 763 مختبر، 315 مركزاً وعيادة للأسنان،

الفصل الثاني: واقع القطاع الصحي اليمني وآفاق إصلاحه

1254 عيادة طبية، 1153 عيادة إسعاف أولية، 78 مركزاً للأشعة¹. كما برز دور القطاع الخاص من خلال تقديم الخدمات الصحية المناسبة وفتح أقسام ذات تخصصات مختلفة، مما أدى إلى تخفيف العبء على المستشفيات الحكومية من ضغوط حالات المرضى المتزايدة، إضافة إلى تخفيف عبء السفر إلى الخارج نظراً لتوفير الإمكانات في هذا القطاع، إلا أن أغلب المستشفيات الخاصة هي عبارة عن مستشفيات عامة ولا يتوفر فيها الطابع التخصصي، مما دفع بالكثير من المرضى إلى البحث عن الصحة خارج حدود الوطن. حيث يسافر المرضى إلى دول كمصر والأردن بحثاً عن مستشفيات متخصصة في تقديم الخدمات العلاجية ذات الجودة العالية، الأمر الذي أدى إلى حدوث تنافس حاد بين مستشفيات عمان والقاهرة لاستقطاب المرضى اليمنيين²، مما حفز مدراء المستشفيات الخاصة الكبيرة إلى اللجوء إلى استدعاء أطباء متخصصين من خارج اليمن لإجراء العمليات المستعصية في مستشفياتهم داخل الوطن، وهذا من شأنه تخفيف العبء على المرضى من السفر إلى الخارج، مما وفر على خزينة الدولة مبالغ طائلة من النقد الأجنبي كانت تصرف لهذا الغرض.

ونظراً لسهولة واستمرارية توفر الخدمات الصحية التي يقدمها القطاع الطبي الخاص، أصبح هذا القطاع يلعب دوراً خدمياً واجتماعياً وتنموياً هاماً ومكملاً للقطاع الحكومي، مما يستلزم تقديم الدعم لهذا القطاع والإشراف والرقابة عليه من أجل الارتقاء بمستوى الخدمات الطبية التي يقدمها، وذلك من خلال إلزامها بتطبيق اللوائح والأنظمة والقوانين التي تنظم عمل القطاع الطبي الخاص.

سادساً : البرامج والأنشطة الصحية : تقع التنمية الصحية ضمن أولويات التنمية الاقتصادية والاجتماعية، فقد أدت جهود التنمية في العقود المنصرمة إلى تحقيق نهوض ملموس في الأوضاع الصحية، فكانت وراء الانخفاض في مستويات الوفيات، حيث انخفض معدل الوفيات الخام من 21 وفاة في الألف عام 1990 م إلى 11.2 في الألف عام 2000 م بحسب التقديرات، أما وفيات الرضع فقد انخفضت من 130 بالألف عام 1990 إلى 75.3 لكل ألف مولود حي في عام 1997 م و انخفض معدل وفيات الأطفال تحت سن خمس سنوات من 122 لكل ألف مولود حي عام 1994 إلى 99.8 في عام 2003، وارتفع معدل توقع الحياة عند الميلاد من 46 سنة إلى 60.7 سنة عام 2000 م³، إلا أن ذلك الانخفاض لم يكن متوازناً بين الريف والحضر، إذ ما تزال فجوة التنمية بين الريف والحضر تلقي بظلالها، وهو ما يعكس الاختلاف في فرص الحصول على الخدمات الأساسية ومنها التعليم والصحة والتي تقل بدرجة كبيرة في الريف.

وفي هذا الشأن فقد تبنت وزارة الصحة العامة والسكان تنفيذ العديد من البرامج والأنشطة الصحية خلال هذه الفترة بهدف رفع المستوى الصحي للمجتمع كان أهمها ما يلي⁴:

¹ الجمهورية اليمنية، التقرير الإحصائي الصحي السنوي لعام 2004م، مرجع سبق ذكره، ص40.
² عباس السيد، "البحث عن الصحة خارج الحدود"، اليمن، صحيفة الثورة، العدد 16702، 23 شعبان 1431هـ الموافق 4 أغسطس 2010م، ص 12.
³ الجمهورية اليمنية، التقرير القطري للجمهورية اليمنية عشر سنوات من تنفيذ عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية 1994م-2004م، مرجع سبق ذكره، ص 16.
⁴ الجمهورية اليمنية، الصحة [على الخط]، المركز الوطني للمعلومات، متوفر على الموقع: <http://www.yemen-nic.info/contents/Health> < تم التصفح في 0 13:3 1/1/2011 >.

الفصل الثاني: واقع القطاع الصحي اليمني وآفاق إصلاحه

1. برنامج التحصين الموسع : يهدف هذا البرنامج إلى الحد من الإصابة بمرض الحصبة بنسبة 90 % وحماية حوالي 3000 طفل سنويًا من الإصابة بمرض الكزاز الوليدي، واستئصال شلل الأطفال.
2. برنامج الصحة الإنجابية : ويهدف هذا البرنامج إلى تخفيض وفيات الأمهات بما لا يقل عن 15 % عن ما كان موجود، إضافة إلى زيادة استخدام وسائل تنظيم الأسرة إلى 35 % وزيادة معدل الرضاعة الطبيعية بنسبة 20 % سنويًا.
3. برنامج مكافحة البلهارسيا : ويهدف هذا البرنامج إلى خفض نسبة الإصابة بهذا المرض بنسبة 50%.
4. برنامج التخلص من الجذام.
5. برنامج الصحة المدرسية : ويهدف البرنامج إلى تحسين خدمة الصحة المدرسية ورفع نسبة تغطيتها لتشمل 80 % من التلاميذ.
6. برنامج مكافحة السل
7. برنامج الصحة النفسية : ويهدف هذا البرنامج إلى خفض معدل الإصابة بالأمراض النفسية بنسبة 30%.
8. برنامج المحاجر الصحية* : ويهدف إلى تحسين وتوسيع خدمات الصحة.
9. لتغطي كافة المنافذ الدولية.
10. برنامج مكافحة أمراض العيون.
11. البرنامج الوطني للترصد الوبائي : يهدف إلى توفير المعلومات عن الأمراض المعدية.
12. برنامج مكافحة الملاريا : ويهدف إلى تخفيض نسبة وفيات الملاريا بنسبة 16 % سنويًا.
13. برنامج صحة الطفل : ويهدف إلى خفض وفيات الأطفال دون الخامسة بنسبة 10% وحماية الأطفال من الإصابة بالتهاب الكبد الفيروسي.
14. برنامج مكافحة الأمراض المنقولة جنسيًا : ويهدف هذا البرنامج إلى محاصرة الأمراض المنقولة جنسيًا.
15. برنامج السياسة الدوائية : ويهدف البرنامج إلى توفير وسهولة الحصول على الأدوية.

* الحجر الصحي يكون للقادمين من خارج الوطن لحجز الأمراض الوافدة (كالحمي الصفراء، الحصبة، شلل الأطفال، الطاعون، أنفلونزا الطيور، الإيدز ... الخ) إذ يتم حجز الشخص القادم إذا كان مريضاً أو حاملاً لمرض من هذه الأمراض أو غيرها من الأمراض المعدية الخطيرة حتى تنتهي معالجته بعد أن يتم فحصه للتأكد من خلوه من المرض، ومن ثم علاجه إذا كان بالإمكان. كما يقوم الحجر الصحي بالكشف والتحري عن المواد الغذائية ومدى صلاحيتها (إن كانت صالحة للاستعمال وخالية من الأمراض)، حيث يقوم المستلم الصحي ببرنامج المحاجر الصحية بالمطار ، يقوم بمتابعة الرسائل وشهادات المنشأ، فإذا كانت صحية خالية من الأمراض سمح لها بالدخول. انظر : عبد الكريم الشرفي، برنامج الحجر الصحي [على الخط]، لقاء أجرته وهيبة العريقي، اليمن، صحيفة 14 أكتوبر، العدد 13692، يوم الأحد الموافق 11 مارس 2007م، متاح على الموقع : <<http://www.14october.com>> (تم التصفح في 2011/11/4م، سا 11:25)، ص1.

المطلب الرابع : تطور القطاع الصحي في اليمن خلال الفترة من 2005م-2010م

لقد شهد القطاع الصحي اليمني تطوراً ملحوظاً خلال الفترة من 2005م-2010م، خاصة فيما يتعلق بالخدمات العلاجية، فقد تم إدخال تخصصات نادرة كانت غير متوفرة من قبل داخل الوطن وكانت تكلف الدولة والمواطنين ملايين الدولارات سنوياً في البحث عنها في دول أخرى، وتتمثل هذه التطورات في افتتاح عدد من المراكز التخصصية، مثل : المركز الوطني للأمراض وجراحة القلب، ومركز الكلى، ومركز السرطان. فقد تم افتتاح مركز القلب ومركز الكلى الصناعية وعلاج الفشل الكلوي بطريقة الغسيل وزراعة الكلى في مستشفى الثورة العام بصنعاء، بالإضافة إلى إنشاء المركز الأول لعلاج السرطان بالأشعة، الذي تم تجهيزه في المستشفى الجمهوري بأحدث الأجهزة والمعدات. والجدولان التاليان يوضحان بعض المعلومات عن نشاط بعض هذه المراكز.

جدول رقم (2-10) نشاط مركز القلب التابع لمستشفى الثورة لعامي 2008 و 2009 م

النشاط	العدد في عام 2008	العدد في عام 2009
عمليات القلب المفتوح	885	822
عمليات القلب المغلق	143	73
قسطرة تشخيصية	1808	1610
قسطرة علاجية	973	757
عمليات زرع جهاز تنظيم ضربات القلب مؤقت	11	41
عمليات زرع جهاز تنظيم ضربات القلب دائم	69	85
الإجمالي	3853	3388

المصدر: الجمهورية اليمنية، مستشفى الثورة العام، مركز القلب، وزارة الصحة العامة والسكان، 2008م.

من خلال الجدول الموضح أعلاه يمكن ملاحظة انخفاض عدد المستفيدين من خدمات مركز القلب في عام 2009م قياساً بعام 2008م والذي قد يرجع إلى عدة أسباب أهمها :

- تعطل بعض الأجهزة الهامة؛ نتيجة الضغط الكبير عليها.
- سفر الأطباء المتخصصين الذين تم التعاقد معهم لبدء العمل بهذا المركز وقلة الموارد البشرية المتخصصة في هذا المجال من الطب.
- انخفاض مستوى ثقة المرضى بجودة خدمات هذا المركز خاصة بعد سفر الأطباء الأجانب.

الفصل الثاني: واقع القطاع الصحي اليمني وآفاق إصلاحه

الجدول رقم (2-11) نشاط مركز الكلى في مستشفى الثورة لعام 2008م

النسبة	العدد	النشاط
0.2	9	زراعة الكلى
0.3	12	زراعة المثانة
39	1854	عمليات جراحة المسالك بالمناظير
17.5	830	عمليات المسالك الجراحية
20.5	976	عمليات تفتيت الحصوات بالموجات الصوتية
5.1	242	عمليات تفتيت حصوات الكلى بالمناظير
17.5	833	عمليات المناظير التشخيصية
100	4756	الإجمالي

المصدر: الجمهورية اليمنية، مستشفى الثورة العام، مركز الكلى، وزارة الصحة العامة والسكان، 2008م.

ومن ناحية أخرى فقد زاد اهتمام وزارة الصحة بجانب الجودة في الخدمة الصحية، فقد تم إنشاء إدارة متخصصة لضمان الجودة في عام 2000م، إلا أن نتائج أعمال هذه الإدارة لم تظهر على الواقع العملي إلا في مطلع عام 2005م، من خلال إقامة الدورات التدريبية في الجودة لمختلف العاملين في القطاع الصحي. وفي الآونة الأخيرة قامت هذه الإدارة ولفترة واحدة فقط بتقييم المستشفيات وتشكيل فرق للجودة في أربعة مستشفيات هي: المستشفى الجمهوري بصنعاء، المستشفى الجمهوري بتعز، مستشفى الثورة بالحديدة ومستشفى الوحدة في عدن، كما تبنت هذه الإدارة في عام 2010 م مشروع وضع معايير للجودة، لكي تكون بمثابة مقاييس أساسية لتقييم المرافق الصحية وعلى رأسها المستشفيات، التي سيتم تعميمها على المرافق الصحية، لتصبح فيما بعد ملزمة التطبيق من قبل جميع المرافق؛ من أجل ضمان الارتقاء بمستوى الجودة في الخدمات الصحية وتحسين أداء هذه المرافق، كما قامت الوزارة بإنشاء إدارات لضمان الجودة في كافة المكاتب التابعة لها في المحافظات¹.

وفيما يتعلق بتقديم الخدمات، فقد زادت حجم التركيز على القطاع الخاص في هذه المرحلة، حيث أصبح شريك أساسي في تقديم الخدمات الصحية للمواطنين، فقد زاد عدد المنشآت الصحية الخاصة ليصبح (12392)* منشأة صحية في نهاية عام 2010م²، قياساً بـ(1245) منشأة في عام 2006م³، وهذا يعكس اعتماد الحكومة الكبير على القطاع الصحي الخاص في مواجهة الطلب المتزايد من قبل المجتمع على الخدمات الصحية، وحل مشكلة عدم كفاية المرافق الصحية الحكومية، التي بلغ عددها في عام 2010م (6370)⁴ مرفق صحي قياساً بـ (3392) مرفق في عام 2006م⁵. أي بنسبة نمو أقل بكثير من نسبة نمو منشآت القطاع الخاص.

* لمزيد من التفاصيل انظر الجدول رقم (2-13) ص 87.

¹ الدار خالد، مقابلة شخصية حول أنشطة ومهام إدارة ضمان الجودة، لقاء أجراه منير مصلح الوصابي، اليمن، وزارة الصحة العامة والسكان، في 2011/9/13.

² الجمهورية اليمنية، التقرير الإحصائي الصحي السنوي لعام 2010م، ص 15.

³ الجمهورية اليمنية، التقرير الإحصائي الصحي السنوي لعام 2006م، ص 12.

⁴ الجمهورية اليمنية، التقرير الإحصائي الصحي السنوي لعام 2010م، مرجع سبق ذكره، ص 16.

⁵ الجمهورية اليمنية، التقرير الإحصائي الصحي السنوي لعام 2006م، مرجع سبق ذكره، ص 12.

المبحث الثاني : النظام الصحي اليمني

يقدم القطاع الصحي اليمني خدماته للمجتمع من خلال منظومة متكاملة تسمى النظام الصحي، والتي سيتم تناولها بالشرح والتوضيح في هذا المبحث من خلال أربعة مطالب، خصص المطلب الأول للتعريف بالنظام الصحي ووظائفه وأهدافه ومستوياته، أما المطلب الثاني فقد تناول القطاع العام في النظام الصحي اليمني، بينما تناول المطلب الثالث القطاع الخاص والخيري في هذا النظام، وأخيراً تناول المطلب الرابع إدارة ضمان الجودة في النظام الصحي اليمني.

المطلب الأول : النظام الصحي (التعريف والوظائف والأهداف)

قبل الخوض في تفاصيل النظام الصحي اليمني، كان لابد من الوقوف على تعريف النظام الصحي، ومن ثم استعراض وظائف وأهداف هذا النظام، والتي يتناولها هذا المطلب من خلال النقاط الآتية :

أولاً : تعريف النظام الصحي : لقد وردت عدة تعريفات لتوضيح مفهوم النظام الصحي ومنها ما يلي :

- عُرف النظام الصحي على أنه عبارة عن " تنظيم الخدمات الصحية عن طريق تحديد المبادئ التي يجب إتباعها و الأهداف المراد الوصول إليها (وقاية، رعاية، تربية صحية...) "¹. يعاب على هذا التعريف انه لم يحدد مكونات النظام الصحي وطبيعة العلاقة التي تربطها، كما تجاهل تحديد الطريقة التي تقدم بها الخدمات الصحية.
- كما عُرف بأنه " النظام الذي يشمل كل الأنشطة التي تهدف أساساً إلى تعزيز الصحة وإعادتها إلى سالف عهدا والمحافظة عليها كما أنه أيضاً كل التنظيمات والمؤسسات والموارد التي تخصص لإيجاد نشاط صحي ويشمل ذلك كل الأطراف سواء الممولة أو/ المقدمة للخدمة أو واضعي السياسات والمتقدمين لها ويعرف النشاط الصحي بأنه كل جهد هدفه الأساسي تعزيز الصحة أو الرعاية الصحية الفردية أو خدمات الصحة العامة أو المبادرات القطاعية"². يؤخذ على هذا التعريف بأنه تجاهل إرضاء المجتمع من خلال توفير الخدمة الصحية بتكلفة معقولة، بحيث تتاح هذه الخدمات لأي فرد من أفراد المجتمع مهما كان وضعة المادي.
- وقد عرفت منظمة الصحة العالمية (WHO) النظام الصحي على أنه " مجموع المنظمات والمؤسسات والموارد الرامية أساساً إلى تحسين الصحة. ويحتاج ذلك النظام إلى موظفين

¹ Kaid Nouara, « le système de santé Algérien entre efficacité et équité, essai d'évaluation à travers la santé des enfants dans la wilaya de Bejaia », thèse pour le doctorat en sciences économiques, université d'Alger. 2003, p 16. بن عطية منيرة، إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي الجزائري دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لبوفاريك، مذكرة ضمن متطلبات نيل درجة الماجستير في إدارة الأعمال، جامعة الجزائر، 2008-2009م، ص3.

² الجمهورية اليمنية، الخطة الخمسية الثالثة للتنمية الصحية والتخفيف من الفقر 2006-2010م، وزارة الصحة العامة والسكان، ص 23.

الفصل الثاني: واقع القطاع الصحي اليمني وآفاق إصلاحه

وأموال ومعلومات وإمدادات ووسائل نقل واتصال وتوجيهات واتجاهات عامة. ولا بد لذلك النظام من توفير خدمات تلبي الاحتياجات القائمة بأسعار منصفة والسعي، في الوقت ذاته، إلى معاملة الناس على نحو لائق¹، يعد هذا التعريف من أفضل التعريفات التي وضعت لتوضيح مفهوم النظام الصحي، إلا أنه يؤخذ عليه بأنه تجاهل الجانب التنظيمي الذي ينظم عمل هذه المكونات أثناء تقديم الخدمات الصحية.

• وعرف [خوجة توفيق] النظام الصحي بأنه " مجموعة من العناصر وما يربط بينها من علاقات في كيان كلي معقد، مصمم لخدمة الاحتياجات الصحية للمجتمعات السكانية. وللنظم الصحية ثلاث وظائف رئيسية : تقديم الرعاية الصحية، والمعاملة العادلة مع الجميع، وتلبية التطلعات الصحية للمجتمع. وتؤدي هذه الوظائف في سياق متابعة مرامي ثلاثة: الصحة، والاستجابة، وعدالة التمويل"².

من خلال ما سبق يمكن تعريف النظام الصحي بأنه مجموعة مركبة من الأفراد والمؤسسات والموارد، منظمة معاً في هيكل رسمي وفقاً لسياسات موضوعة تُحدد قواعدها المالية والإدارية ومداهها ومحتواها وفقاً للقوانين واللوائح، التي تقضي بتقديم خدمات عامة هدفها توفير وتحسين صحة المجتمع التي تخدمه دون تمييز، وذلك استجابة لتطلعاتهم المشروعة، وحمائتهم من عواقب اعتلال الصحة عن طريق أنشطة متنوعة مقصدها الأساسي تحسين الصحة. ومن هنا يمكن القول بأن النظام الصحي الجيد هو ذلك الذي يسهم في تحسين حياة الناس بشكل ملموس يوماً بعد يوم.

ثانياً : وظائف النظام الصحي اليمني : يقوم النظام الصحي اليمني بتحسين الحياة الصحية للمجتمع اليمني من خلال القيام بالوظائف الآتية³:

1. تقديم خدمات صحية ذات جودة مقبولة وميسور على تكاليفها.
2. توفير الخدمات الصحية لجميع أفراد المجتمع بصورة عادلة بعيدة عن التمييز، والاستجابة لتطلعاتهم الصحية.
3. تنمية القدرات والموارد البشرية والمالية اللازمة لتوفير خدمات نوعية.
4. وضع الاتجاهات الإستراتيجية لكل القائمين بالعمل الصحي.
5. حماية المجتمع من المخاطر المالية التي قد يواجهونها جراء إصابتهم بالمرض.

ثالثاً : أهداف النظام الصحي : يسعى النظام الصحي اليمني إلى تحقيق ثلاثة أهداف رئيسية هي⁴:

1. الارتقاء بصحة السكان، وجعل الخدمة الصحية متاحة للجميع، والتوزيع العادل للمرافق الصحية في كافة أنحاء الجمهورية.

¹ منظمة الصحة العالمية، تعريف النظام الصحي [على الخط]، متاح على الموقع التالي :

<<http://www.who.int/features/qa/28/ar/index.html>> (تم التصفح في 2011/10/14 الساعة 17:30).

² خوجة توفيق بن احمد وآخرون، قاموس مصطلحات أداة الاعتماد العربية، مرجع سبق ذكره، ص 177.

³ الجمهورية اليمنية، الخطة الخمسية الثالثة للتنمية الصحية والتخفيف من الفقر 2006-2010، مرجع سبق ذكره، ص ص 23-24.

⁴ نفس المرجع السابق، نفس الصفحة.

الفصل الثاني: واقع القطاع الصحي اليمني وآفاق إصلاحه

2. القدرة على الاستجابة لتوقعات المواطنين (أسلوب معاملتهم من جانب مقدمي الخدمات الوقائية أو الرعاية أو الخدمات غير الشخصية).
3. العدالة في تمويل الخدمات الصحية المقدمة في مختلف مناطق الجمهورية، و حماية المجتمع من التكاليف المالية المترتبة على الإصابة بالأمراض الوبائية.

وتجدر الإشارة هنا بأن النظام الصحي اليمني يقدم خدماته الصحية للمجتمع عبر الجهات الآتية¹:

1. القطاع العام : وتقدم الخدمات في هذا القطاع بواسطة المرافق الآتية :
 - المرافق الصحية التابعة لوزارة الصحة العامة والسكان.
 - المرافق الصحية التابعة لوزارة الداخلية.*
 - المرافق الصحية التابعة لوزارة الدفاع.*
 - المرافق الصحية التابعة لمصافي عدن.
2. القطاع الصحي الخاص الربحي.
3. القطاع الصحي الخيري (غير ربحي).

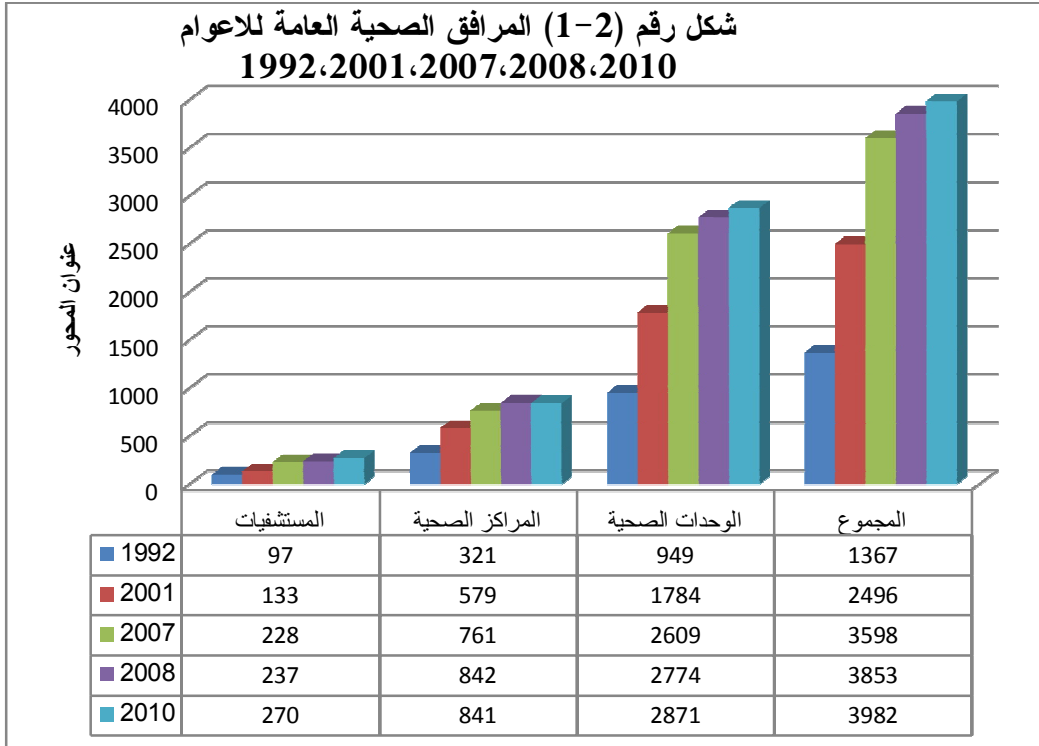
هذه القطاعات سيتم تناولها بشكل أكثر تفصيلاً من خلال المطالب اللاحقة.

المطلب الثاني : القطاع العام في النظام الصحي اليمني

يقوم القطاع الصحي العام بتقديم خدمات الرعاية الصحية ضمن عدة مستويات تحت إشراف وزارة الصحة العامة والسكان، وهي الجهة المسؤولة عن كل ما يتعلق بالصحة في الجمهورية اليمنية، وذلك استناداً إلى المهام الموكلة لها وفقاً لقانون الصحة العامة رقم 4 لعام 2009م. حيث تقوم الوزارة بتقديم خدماتها الصحية الأولية والثانوية والثالثية للمواطنين من خلال شبكة من الوحدات والمراكز الصحية والمستشفيات العامة والتخصصية والمراكز التأهيلية، حيث تقوم الحكومة بإستحداث العديد من المرافق الصحية في العديد من المحافظات سنوياً بحسب الإمكانيات والموارد المتاحة لها من أجل مواجهة الاحتياجات الصحية المتزايدة للمجتمع، والشكل رقم (1-2) التالي يوضح حجم الزيادة في أعداد المرافق الصحية العامة خلال الأعوام 1992، 2001، 2007، 2008، 2010.

* لا تتوفر حولها أية بيانات.

¹ الجمهورية اليمنية، الإستراتيجية الوطنية الصحية 2010-2025م، وزارة الصحة العامة والسكان، 2010م، ص25.



المصدر: من إعداد الباحث بناءً على البيانات الواردة في التقارير الإحصائية لوزارة الصحة العامة والسكان للأعوام، 1992، 2001، 2007، 2008، 2010م.

من خلال الشكل الموضح أعلاه يمكن ملاحظة تعدد أنواع المرافق الصحية التي تقدم الخدمات الصحية؛ بسبب تنوع حزمة الخدمات التي تقدمها، بالإضافة إلى الزيادة المستمرة في أعدادها، والتي تأتي استجابة لزيادة حجم الطلب على خدماتها الصحية.

كما تتوزع المرافق الصحية العامة على أربعة مستويات*، وتقدم في كل مستوى حزمة من الخدمات الصحية، يعتمد تحديد هذه الحزمة على حجم الإمكانيات والموارد المتوفرة للمرافق التابعة لكل مستوى التي يمكن توضيحها من خلا الآتي :

أولاً : المستوى الأول : تقوم وزارة الصحة العامة والسكان بتقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية من خلال الوحدات الصحية، التي تعتبر المدخل الأساسي لتوفير الصحة للجميع، كما أنها النهج الذي تعتمده الوزارة كركيزة أساسية للنظام الصحي، ومع أن عدد الوحدات الصحية قد زاد في الآونة الأخيرة، إلا أنها تعاني من سوء توزيعها، بالإضافة إلى تدني وقصور الخدمات الصحية التي تقدمها، كما تشكل هذه المرافق بوابة التدخلات الوقائية والعلاجية قبل الإحالة إلى المستويات الأعلى في النظام الصحي الوطني، وتقدم الوحدات الصحية خدماتها لنطاق سكاني يتراوح بين 1000-5000 شخص كحد أقصى¹.

* أنظر الجدول رقم (2-12) ص85، والشكل رقم (2-2) ص86.

¹ الجمهورية اليمنية، حزمة الخدمات الأساسية لنظام المديرية الصحية (الخدمات النمطية و المدخلات النمطية)، وزارة الصحة العامة والسكان، ج1، 2005م، ص8.

الفصل الثاني: واقع القطاع الصحي اليمني وآفاق إصلاحه

ثانياً : المستوى الثاني : يمثل المركز الصحي المستوى الثاني للنظام الصحي، حيث يقدم نفس الخدمات التي تقدم في الوحدة الصحية، بالإضافة إلى الخدمات التشخيصية الأولية (مختبر) ونطاق أوسع من الخدمات العلاجية بما فيها الجراحات الصغرى تحت التخدير الموضعي، كما تستقبل المراكز الصحية الحالات المحولة من الوحدات الصحية، ويقوم بإحالة الحالات المرضية المعقدة إلى مستشفيات المديرية، ويخدم المركز الصحي نطاق سكاني يتراوح بين 10000-30000 نسمة¹.

ثالثاً : المستوى الثالث : تشمل الرعاية الصحية لهذا المستوى على الخدمات الصحية التي تقدمها مستشفيات المديرية ومستشفيات المحافظات، حيث تقوم هذه المستشفيات بمعالجة المرضى الذين لا تتوفر لهم الخدمات الصحية المناسبة في مرافق الرعاية الصحية الأولية (مرافق المستوى الأول والثاني)².

رابعاً : المستوى الرابع : تشمل الرعاية الصحية التي تقدم في هذا المستوى على الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفيات التخصصية والمرجعية وعددها اثنان فقط في أمانة العاصمة³. حيث تتعامل المستشفيات المرجعية مع المشاكل الصحية الأكثر تعقيداً لاحتوائها على كادر طبي مؤهل عالي التخصص، وتجدر الإشارة هنا إلى أن المستشفيات المرجعية وبعض مستشفيات المحافظات بالإضافة إلى تقديمها للخدمات الصحية المتخصصة فهي مرافق تعليمية لتعليم وتدريب طلبة كليات الطب البشري والتمريض والمختبرات والمعاهد الصحية. كما يشمل هذا المستوى على الخدمات التي تقدمها المؤسسات والمراكز المتخصصة التالية⁴:

- بنك الدم.
- مركز السرطان.
- مركز القلب والكلية.
- مركز إعادة التأهيل.

هذه المراكز تمثل رأس الهرم في الرعاية الصحية التي يقدمها القطاع العام التابع للنظام الصحي في الجمهورية اليمنية، وتتمركز هذه المرافق بشكل رئيسي في كل من صنعاء وعدن، وهناك عدد من المشاريع التي مازالت تحت الدراسة أو التنفيذ في عدد من المحافظات.

¹ الجمهورية اليمنية، حزمة الخدمات الأساسية لنظام المديرية الصحية (الخدمات النمطية و المدخلات النمطية)، مرجع سبق ذكره، ص8.

² لمزيد من الإطلاع راجع : الجمهورية اليمنية ، حزمة الخدمات الأساسية لنظام المديرية الصحية(الإرشادات الإدارية)، وزارة الصحة العامة والسكان، ج2، 2005م.

³ الجمهورية اليمنية، حزمة الخدمات الأساسية لنظام المديرية الصحية (الخدمات النمطية و المدخلات النمطية)، مرجع سبق ذكره، ص 9.

⁴ الجمهورية اليمنية، الإستراتيجية الوطنية الصحية 2010-2025م، مرجع سبق ذكره، ص29 .

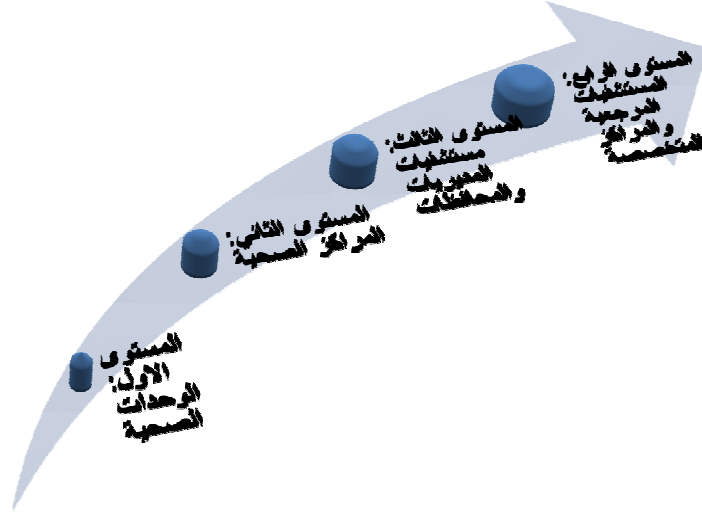
الفصل الثاني: واقع القطاع الصحي اليمني وآفاق إصلاحه

جدول (2-12) مستويات النظام الصحي اليمني وحزمة الخدمات المقدمة في كل مستوى

حزمة الخدمات والرعاية الصحية المقدمة	المرافق الصحية			المستوى الصحي	المعيار السكاني	المستوى الجغرافي
	القوى العاملة	عدد الأسرة	نوع المرفق			
التخصصات النادرة : السرطان / القلب / الكلى / الغدد....	453	500 سرير	مستشفى تخصصي مركزي	الرابع	سكان الجمهورية	المستوى الوطني
- القيصرية- التعامل مع طوارئ آلام البطن - الإصابات - الأمراض (تناسلية-بولية). التعامل مع حالات الأطفال- أمراض الصدر والقلب - الأمراض الغير سارية - الأمراض المزمنة - تخدير - خدمات نقل الدم - خدمات مختبرية - خدمات أشعة - تدريب طلاب الطب، الممرضات والأطباء	221	100- 200 سرير	م/عام محافظة	الثالث	300.000 نسمة فأكثر	المحافظة
- القيصرية - التعامل مع طوارئ آلام البطن - الإصابات - أمراض تناسلية-بولية - إنعاش إسعافي للأطفال- التعامل مع الإحالات بالأطفال - أمراض الصدر والقلب أمراض غير سارية - أمراض مزمنة - تخدير	- 82 78	60-40	م/مديرية	الثالث	30.000 فأكثر	المديرية
- تطعيم - مكافحة الاسهالات - سوء التغذية الملاريا والسل - تنظيم الأسرة - تنمية صحة شاملة - رعاية حوامل ونفساء - فقر الدم - إحالات من الوحدات الصحية - ولادات - إزالة المشيمة يدوياً - إصابات - فحص الحمل، فحص مضاعفات السل، فصائل الدم، الهيموجلوبين - أشعة في البعض	11	بدون	مركز صحي	الثاني	10.000 فأكثر	العزلة (المركز)
- التطعيم - مكافحة الاسهالات والتهابات الجهاز التنفسي الحادة - سوء التغذية - السل والملاريا - تنظيم الأسرة- تنمية صحة شاملة - رعاية حوامل ونفساء	3	بدون	وحدة صحية ثابتة	الأول	5.000 إلى 1.000	القرى الكبيرة
- مكافحة الاسهالات والتهابات الجهاز التنفسي الحادة - سوء التغذية - الملاريا والسل - تنظيم الأسرة - تنمية صحة شاملة - رعاية الحوامل - فقر الدم	1	بدون	وحدة صحية مؤقتة	الأول	500 إلى 750	القرى الصغيرة
تثقيف صحي		بدون	-أنشطة خارج الحدود. -عمال صحيين محليين	الأول	أقل من 300 نسمة	التجمعات النائية الصغيرة

المصدر: الخطة الخمسية الثالثة للتنمية الصحية والتخفيف من الفقر 2006-2010م، مرجع سبق ذكره، ص25.

شكل رقم (2-2) مستويات تقديم الخدمات في القطاع الصحي العام



المصدر : من إعداد الباحث.

من خلال الشكل أعلاه يمكن ملاحظة أن المرافق الصحية يكبر حجمها وتتنوع حزمة خدماتها، بالإضافة إلى زيادة حجم النطاق الجغرافي الذي يخدمه المرفق كلما انتقلنا إلى مستوى أعلى.

المطلب الثالث : القطاع الخاص والخيري في النظام الصحي اليمني

نظراً لقلّة الإمكانات والقدرات والموارد المتاحة في القطاع الصحي العام، استعانت الحكومة بالقطاع الصحي الخاص والقطاع الصحي الخيري، لتتمكن من سد الاحتياجات الصحية المتزايدة للمجتمع، وقد خصص هذا المطلب لتوضيح ذلك من خلال الآتي :

أولاً : القطاع الصحي الخاص

أدركت وزارة الصحة العامة والسكان أهمية أشراك القطاع الخاص في تقديم الخدمات الصحية مع بداية التسعينيات من القرن الماضي، والدور التي سوف تلعبه هذه المنشآت في تخفيف العبء على الحكومة في تلبية احتياجات المجتمع من الخدمات الصحية بصورة دائمة وفي كل أنحاء الجمهورية، فعملت على تحفيز وتناغم الجهود العامة والخاصة في إطار هذا التوجه الاستراتيجي، غير أن الخدمات الوقائية لا تزال تعتمد بصورة أساسية على القطاع العام مع مشاركة محدودة للقطاع الخاص، وتوجد الكثير من المرافق الصحية الخاصة التي أسست منذ بداية التسعينيات وتنتشر في عموم محافظات الجمهورية، وتتمركز أغلب هذه المرافق في أمانة العاصمة

الفصل الثاني: واقع القطاع الصحي اليمني وآفاق إصلاحه

وعواصم المحافظات، وقد شهدت منشآت القطاع الخاص زيادة كبيرة منذ ذلك الحين وحتى الوقت الراهن، كما تعددت أنواع وتخصصات هذه المنشآت تبعاً لحاجة المجتمع لها، هذه الزيادة والتنوع يمكن ملاحظتها من خلال الجدول التالي الذي يوضح أنواع المنشآت الصحية الخاصة وعددها خلال الفترة من 2008م - 2010م.

جدول رقم (2-13) عدد المنشآت الصحية الخاصة خلال الفترة من 2008م - 2010م.

نوع المنشأة	العدد في عام 2008م	العدد في عام 2009م	العدد في عام 2010م
مستشفى	167	166	168
مستوصف	321	312	324
مركز طبي	420	441	541
عيادات أطباء عموم	1336	686	1209
عيادات تخصصية	838	1121	514
عيادات أسنان	654	662	730
معامل أسنان	155	105	107
مختبر	1189	1265	1265
مراكز أشعة	224	230	227
عيادة إسعاف أولي	1355	1287	1275
عيادات قبالة	69	51	59
بصريات	117	164	178
صيدليات	2681	2774	3092
مخازن أدوية	2123	2540	2703
المجموع	11649	11804	12392

المصدر: من إعداد الباحث بناءً على لبيانات الواردة في التقارير الإحصائية السنوية للأعوام 2008م، 2009م، 2010م.

من خلال الجدول الموضح أعلاه يمكن ملاحظة الآتي :

- التنوع الكبير في تخصص وأشكال المنشآت الصحية الخاصة والتي تعكس تنوع حاجات ورغبات المجتمع الصحية.
- الزيادة المستمرة والعدد الكبير للمنشآت الصحية الخاصة التي تفوق في عددها المرافق الصحية العامة، وهذا يشير إلى الانتشار الواسع لهذه المنشآت في مختلف مناطق الجمهورية.

ولكن، على الرغم من الانتشار الواسع والتزايد المستمر للمنشآت الصحية الخاصة، إلا أن المنافسة بين القطاع الصحي الخاص والعام في مجال جودة الخدمات الصحية وفعاليتها تعتبر محدودة، مما سهل على القطاع الخاص تحقيق أرباح طائلة. كما أن ضعف التنظيم والإشراف على القطاع الخاص لم يساعد في إيجاد خدمات صحية نوعية.

الفصل الثاني: واقع القطاع الصحي اليمني وآفاق إصلاحه

وتجدر الإشارة هنا إلى أن ما يقارب (70%) من الخدمات العلاجية تقدم عبر هذا القطاع¹. وهذا ما يجعل التنسيق للاستثمار بين القطاع العام والخاص في غاية الأهمية من أجل تحسين وتوسيع عملية تقديم الخدمات الصحية للمجتمع.

ثانياً : القطاع الصحي الخيري (غير الربحي)

يوجد في الجمهورية اليمنية العديد من المنظمات غير الحكومية محلية ودولية تقوم بتقديم خدمات صحية متعددة، فلا تقتصر الرعاية الصحية التي يقدمها هذا القطاع على تقديم الخدمات العلاجية فقط، فقد تعداها إلى تقديم الخدمات الوقائية والتدريبية والتنقيفية، وتتواجد مرافق هذا القطاع بشكل رئيسي في المدن الرئيسية والمناطق الحضرية والمناطق المجاورة لها ومن هذه المرافق على سبيل المثال لا الحصر : مجموعة مستشفيات السلام والتي تمولها المملكة العربية السعودية، أما بالنسبة للمنظمات الدولية فقد بلغ عددها ما يقارب 25 منظمة تعمل في مختلف المحافظات²، مثل منظمة اليونيسيف (Unicef)، والهلال الأحمر، والصليب الأحمر الدولي، البرنامج الألماني لتحسين جودة الرعاية الصحية الأولية (JTZ)، ومنظمة الصحة العالمية... الخ. كما ظهرت العديد من المنظمات الخيرية الوطنية مثل : مؤسسة الأمل لرعاية مرضى السرطان، جمعية رعاية وتأهيل المعاقين وغيرها.

المطلب الرابع : إدارة ضمان الجودة في النظام الصحي اليمني

ذكرنا سابقاً بأن النظام الصحي في الجمهورية اليمنية يدار من قبل وزارة الصحة العامة والسكان والمكاتب التابعة لها في المحافظات والمديريات، حيث تتبع الوزارة أسلوب إدارة المرافق الصحية في إدارة منشأتها الصحية، وتقوم الوزارة بتأدية أعمالها من خلال أربعة قطاعات رئيسية³، حيث يتكون الهيكل العام للوزارة من ديوانها العام ومكاتب الشؤون الصحية والسكان في أمانة العاصمة ومحافظات ومديريات الجمهورية ومن المجالس والهيئات والمؤسسات التابعة لها. وإدارة ضمان الجودة هي إدارة فرعية تابعة لإدارة عامة في الهيكل العام للوزارة، وفي هذا المطلب سيتم توضيح ذلك من خلال الآتي :

أولاً : الهيكل العام لوزارة الصحة العامة والسكان : وضحت اللائحة التنظيمية لوزارة الصحة العامة والسكان بأن الهيكل التنظيمي العام للوزارة يتكون من الآتي⁴ :

1. الوزير : ويمثل أعلى سلطة في الوزارة ويتبعه مباشرة الآتي :

¹ الجمهورية اليمنية، الإستراتيجية الوطنية الصحية 2010-2025م، مرجع سبق ذكره، ص32.

² نفس المرجع السابق، ص31.

³ الموقع الرسمي لوزارة الصحة العامة والسكان، الهيكل التنظيمي [على الخط]، متوفر على الموقع التالي : <http://www.mophp-ye.org> < (تم التصفح في 2011/5/30 الساعة الواحدة ليلاً).

⁴ الجمهورية اليمنية، قرار جمهوري رقم (76) لسنة 2004م بشأن لائحة وزارة الصحة العامة والسكان [على الخط]، المواد من 6-10، المركز الوطني للمعلومات، متوفر على الموقع : <http://www.yemen-nic.info> < (تم التصفح في 2011/5/30 الساعة الواحدة ليلاً).

الفصل الثاني: واقع القطاع الصحي اليمني وآفاق إصلاحه

- مكتب الوزير.
 - وحدة السياسات الصحية.
 - مكتب عضو الهيئة التنفيذية لمجلس وزراء الصحة لدول مجلس التعاون الخليجي.
 - مكاتب الوزارة في أمانة العاصمة والمحافظات.
 - الإدارات العامة المساعدة الآتية :
 - الإدارة العامة لشئون الموظفين.
 - الإدارة العامة للرقابة الداخلية.
 - الإدارة العامة للشئون المالية.
 - الإدارة العامة للشئون القانونية.
2. قطاع الرعاية الصحية الأولية : ويدار من قبل وكيل وزارة، ويتكون من الإدارتين العامتين الآتيتين :
- الإدارة العامة لصحة الأسرة.
 - الإدارة العامة لمكافحة الأمراض والترصد الوبائي.
3. قطاع الطب العلاجي : ويدار من قبل وكيل وزارة، ويتكون من الإدارات العامة الآتية :
- الإدارة العامة للخدمات الطبية والمساعدة.
 - الإدارة العامة للمنشآت الطبية الخاصة.
 - الإدارة العامة لخدمات الإسعاف والطوارئ.
 - الإدارة العامة لبنوك الدم.
 - الإدارة العامة للصيدلة والتموين الطبي.
4. قطاع التخطيط والتنمية الصحية : ويدار من قبل وكيل وزارة، ويتكون من الإدارات العامة الآتية :
- الإدارة العامة للتخطيط.
 - الإدارة العامة لتنمية الموارد البشرية.
 - الإدارة العامة للمعلومات والبحوث.
 - الإدارة العامة للتعاون الفني.
 - الإدارة العامة للشئون الهندسية.
5. قطاع السكان : يرأسه وكيل وزارة، ويتكون من الإدارات العامة الآتية :
- الإدارة العامة للصحة الإنجابية.
 - المركز الوطني للتثقيف والإعلام الصحي والسكاني.
 - الإدارة العامة لشئون المرأة.

ثانياً : إدارة ضمان الجودة

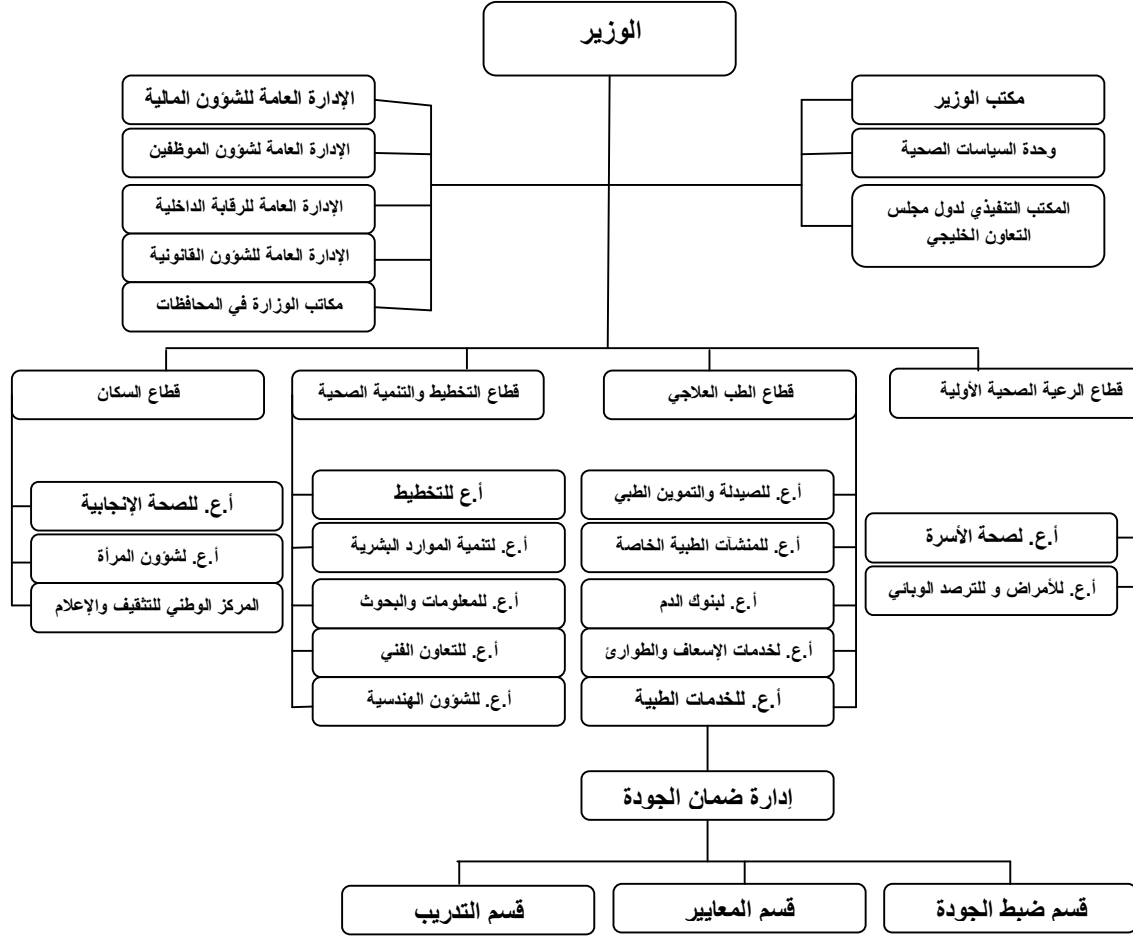
في عام 2000م تم استحداث إدارة ضمان الجودة ضمن الهيكل التنظيمي لوزارة الصحة العامة والسكان، كأحد الحلول الهامة التي تبنتها قيادة الوزارة أثناء سعيها لإصلاح القطاع الصحي اليمني، سعياً منها إلى رفع مستوى جودة الخدمات المقدمة من قبل المرافق الصحية التابعة لها، ويقع ضمن هذه الإدارة، برنامج جودة الرعاية الصحية وسلامة المرضى، ويتبع الإدارة منسقين لها في كل مكتب من مكاتب الصحة بالمحافظات، وفي بعض المستشفيات الكبيرة في المحافظات.

يعمل في هذه الإدارة خمسة موظفين حكوميين هم : مدير الإدارة، رئيس قسم ضبط الجودة، رئيس قسم المعايير، موظف مسئول عن المتابعة وسكرتيرة متعاقدة، ومن أهم الأنشطة التي تقوم بها هذه الإدارة إقامة الدورات التدريبية في الجودة لمختلف العاملين في القطاع الصحي، ويعود السبب الرئيسي وراء قلة عدد الأنشطة التي يتوقع من هذه الإدارة القيام بها، إلى عدم وجود تمويل كافي يغطي تكاليف إقامة أنشطة أكثر أهمية، مثل : تبني تطبيق ومتابعة تنفيذ نظم وبرامج الجودة في المرافق الصحية في كافة أنحاء الجمهورية، ووضع وتطبيق معايير للجودة... الخ. فالميزانية المعتمدة لهذه الإدارة من وزارة المالية حوالي مليونين وأربعمائة ألف ريال في السنة، بالإضافة إلى عشرون ألف دولار تقدم كدعم من منظمة الصحة العالمية ليست ثابتة¹.

ومن الناحية التنظيمية فإدارة ضمان الجودة هي إدارة فرعية تابعة للإدارة العامة للخدمات الطبية والمساعدة التابعة لقطاع الطب العلاجي، وتتكون من ثلاثة أقسام رئيسية هي : قسم ضبط الجودة، قسم المعايير، قسم التدريب، والشكل رقم (2-3) التالي يوضح موقع إدارة ضمان الجودة في الهيكل التنظيمي لوزارة الصحة العامة والسكان.

¹ الدار خالد، مرجع سبق ذكره.

شكل رقم (2-3) الهيكل التنظيمي لوزارة الصحة العامة والسكان



المصدر : الجمهورية اليمنية، وزارة الصحة العامة والسكان، إدارة ضمان الجودة، 2011م.

من خلال الشكل الموضح أعلاه، يتضح وجود خلل تنظيمي هام، فموقع إدارة ضمان الجودة في الهيكل التنظيمي للوزارة الموضح أعلاه، يعكس لنا احد أهم الأسباب التي جعلت هذه الإدارة غير قادرة على تحقيق الأهداف والغايات التي أنشأت من اجلها، فكونها إدارة فرعية تابعة لأحد الإدارات العامة في قطاع الطب العلاجي، يجعلها غير قادرة على اتخاذ قرارات ملزمة لبقية القطاعات والإدارات والهيئات التابعة للوزارة، كما يعكس غياب الدعم والاهتمام ببرامج وأساليب الجودة من قبل القيادة العليا في الوزارة، والتي تعد من أهم متطلبات نجاح تطبيق نظم وبرامج الجودة، حيث كان من المفترض أن تكون إدارة ضمان الجودة إدارة عامة تحت سلطة الوزير مباشرة، وتكون هذه الإدارة هي الوحيدة المسؤولة عن ضمان الجودة، ووضع الخطط والسياسات والمعايير والأهداف وتنفيذ الأنشطة واتخاذ القرارات اللازمة لرفع مستوى الجودة وتحسين الأداء في كافة مرافق القطاع الصحي اليمني. ويقع على عاتقها أيضا التواصل والتعاون مع الهيئات والمنظمات الدولية ذات العلاقة بهدف الوقوف على كل جديد فيما يخص الجودة الصحية.

المبحث الثالث : واقع النظام الصحي في اليمن (المشاكل والتحديات)

يعاني النظام الصحي الوطني في الوقت الراهن جملة من المشاكل والتحديات، التي يمكن تشخيصها من خلال دراسة مكونات النظام الصحي اليمني. وقد حددت منظمة الصحة العالمية المكونات الأساسية لأي نظام صحي* في الآتي :

- القيادة و الحوكمة** .
- تقديم الخدمات الصحية.
- الموارد البشرية.
- التخطيط الصحي.
- السياسات الدوائية ونظام الإمداد والتمويل.
- نظام المعلومات الصحية.
- البنية التحتية.
- التمويل الصحي.

هذه المكونات والمشاكل المرتبطة بها سيتم تناولها في هذا المبحث من خلال أربعة مطالب على النحو الآتي :

المطلب الأول : واقع القيادة والحوكمة والخدمات الصحية في النظام الصحي اليمني

يعتبر عنصرا القيادة والحوكمة من أهم العوامل التي تؤثر تأثيراً مباشراً على أداء النظام الصحي، وتتعاكس آثارهما على جودة ومستوى أداء الخدمات الصحية، وقد خصص هذا المطلب لتوضيح ذلك من خلال الآتي :

أولاً : القيادة و الحوكمة : حصل نظام السلطة المحلية على دعم والتزام سياسي كبيرين وذلك من خلال التضمينات التي انعكست على وظائف قطاعات الحكومة على المستويين المركزي والمحلي. وفي هذا الصدد فقد وجد أن دور ووظائف النظام الهيكلي لوزارة الصحة العامة والسكان لا تتكامل مع التطورات الواقعية الجديدة في نظام اللامركزية من حيث غياب مهام واضحة للنظام الصحي في المستوى المحلي، حيث توجد تداخلات في المسؤوليات على المستويين المركزي و اللامركزي، وعدم وضوح مسؤوليات التكوينات الإدارية بين مكاتب الصحة والمجالس المحلية، كما لم يتم تطوير طرق إدارة نظام المديرية الصحية وتقديم خدمات تكاملية تراعي حاجات المجتمع بشكل فعال، بالإضافة إلى أن الهيكل التنظيمي لوزارة الصحة العامة والسكان غير

* انظر الشكل رقم (2-5) ص 115.

** تعرف الحوكمة بأنها "مجموعة من القوانين والنظم والقرارات التي تهدف إلى تحقيق الجودة والتميز في الأداء عن طريق اختيار الأساليب المناسبة، والفعالة لتحقيق خطط وأهداف الشركة أو المؤسسة، وهي تعني أيضاً وجود نظم تحكم العلاقات بين الأطراف الأساسية التي تؤثر في الأداء". لمزيد من الإطلاع أنظر: <http\www.moheet.com\show-news> (25\1\2010 at 1:30 pm).

الفصل الثاني: واقع القطاع الصحي اليمني وآفاق إصلاحه

متوازن مما جعل بعض الإدارات أكثر فعالية في أداء عملها من الإدارات الأخرى بدون أي مبرر موضوعي، ولقد حصل ذلك بسبب حصولها على موارد مالية أكثر من غيرها¹، وهذا ما جعلها أكثر تأثيراً في النظام الصحي من الإدارات التي تعاني من قلة الموارد المتاحة لها.

ويضيف [الراعي] بأن المركزية الشديدة في الهيكل التنظيمي، أدت إلى ارتباط عدد كبير من الإدارات بالمركز الرئيسي ومنها مكاتب الصحة بالمحافظات التي ارتبطت ارتباطاً مباشراً بمكتب الوزير، فالهيكل التنظيمية في مكاتب الصحة في المحافظات تعاني من عدم وجود مرجعية عامة يتبعها كل مكتب، بالإضافة إلى إن عناصر الكادر الوظيفي وخاصة في المواقع القيادية تعاني من الشعور الدائم بعدم الاستقرار بسبب التغييرات الوظيفية السريعة والمستمرة، وهذا ما يؤدي إلى الإحساس بعدم الأهمية لمكانتهم الوظيفية². ونظراً لغياب مبدأ المشاركة وتخويل الصلاحيات فهناك مجموعة من الفجوات أو الضعف، سواءً كان ذلك في الأطر العامة للتشريعات الصحية أو طرق معالجتها وتوجيهها لهيكلية النظام الصحي القائم، كما إن هذه الحقائق وغيرها أدت إلى ضعف في نظام الرقابة والمحاسبة، بل وإلى غيابها أحياناً³، وهذا بدوره يؤدي إلى إضعاف النظام الصحي.

ويتفق الباحث مع [الراعي] حول ما سبق، حيث يخلص الباحث إلى أن غياب مبدأ المشاركة وتخويل الصلاحية في هيكلية النظام الصحي اليمني يعتبران من أهم نقاط الضعف في قيادة هذا النظام الهام، فهما يعدان من أهم أركان نظام إدارة الجودة الشاملة، كما أنهما أيضاً من أهم مبادئ اللامركزية، ومن أهم مقومات نجاح تطبيق السلطة المحلية.

ثانياً : تقديم الخدمات الصحية : تضع المؤشرات الصحية (العامي 2009م و2010م) اليمن أمام تحديات كبيرة في مجال توفير الخدمات الصحية للمواطنين بالجودة المطلوبة، فقد بلغت نسبة وفيات الأمهات 430 حالة وفاة لكل 100000 ولادة حية⁴، حيث تتم 36% فقط من الولادات في المرافق الصحية تحت إشراف طبي⁵، كما أن معدل وفيات الرضع البالغ 68 حالة وفاة لكل 1000 ولادة حية⁶، يعتبر من أعلى المعدلات أيضاً في إقليم شرق المتوسط، فتأتي وفيات الأمهات ووفيات الرضع في المرتبتين الخامسة والثالثة في الإقليم من حيث الارتفاع على التوالي⁷، وبالمثل فإن نسبة التحصين ضد مرض الحصبة قد بلغت 62% وهي نسبة منخفضة قياساً بالمتوسط الإقليمي لنفس العام (2010م) والذي بلغ 83%⁸، أما نسبة انتشار نقص الوزن للأطفال الذين تقل

¹ الراعي محمد غرامة وآخرون، القيادة والحوكمة في النظام الصحي اليمني، اليمن، وزارة الصحة العامة (قطاع السياسات والتخطيط)، 2010م، ص 33.

² نفس المرجع السابق، ص 34.

³ نفس المرجع، نفس المكان.

⁴ منظمة الصحة العالمية، الإحصاءات الصحية العالمية لسنة 2009م، ص 16.

⁵ منظمة الصحة العالمية، الإحصاءات الصحية العالمية لسنة 2010م، ص 24.

⁶ الجمهورية اليمنية، المؤشرات الصحية لعام 2010م، الجهاز المركزي للإحصاء.

⁷ منظمة الصحة العالمية، الإحصاءات الصحية العالمية لسنة 2009م، مرجع سبق ذكره، ص 16.

⁸ منظمة الصحة العالمية، الإحصاءات الصحية العالمية لسنة 2010م، مرجع سبق ذكره، ص 23.

الفصل الثاني: واقع القطاع الصحي اليمني وآفاق إصلاحه

أعمارهم عن خمس سنوات فقد بلغت 43.1%¹، وهي نسبة كبيرة. هذه المؤشرات وغيرها تعكس مستوى متدني من الأداء في المرافق الصحية التابعة للنظام الصحي اليمني.

وتجدر الإشارة هنا إلى أن تقديم الخدمات الصحية في النظام الصحي اليمني يعاني من مشكلة ذات وجهين هما :

1. الوجه الأول للمشكلة : تقدم الخدمات الصحية في المديریات على شكل حزمة من الخدمات الأساسية التي تقدم في كل مستوى من مستويات النظام الصحي الوطني، إلا أن هذه الحزمة لم يتم اختبارها على أرض الواقع ولم تحسب تكاليفها حساباً دقيقاً، كما أن المرافق الصحية لم يتم إعدادها بشكل منظم حتى تكون قادرة على تقديم حزمة الخدمات الصحية التي يفترض أن تقدمها، فيمكن التفريق بين هذه المرافق نظرياً على سبيل المثال من حيث وجود أسرة لمرقود المرضى في مستشفيات المديریات، في حين أنه لا توجد أسرة لمرقود المرضى في المراكز الصحية، أما في الواقع فلا يوجد فرق واضح بين المركز الصحي ومستشفى المديرية، وذلك انطلاقاً من نوعية وجودة الخدمات الصحية التي تقدم فيهما. ومن هنا تبرز لنا المعضلة الكبرى التي تسبب تدني جودة الخدمات الصحية، وهي ضعف التأهيل والمهارات لمقدمي الخدمات الصحية في هذه المرافق. بالإضافة إلى عدم وجود طرق منظمة لمواجهة هذه المشكلة حتى الآن. كما تعتمد البرامج الصحية ذات الاهتمام الخاص مثل: برامج التحصين ومكافحة الملاريا، السل، الإيدز والبلهارسيا في تمويلها على دعم وإعانات المنظمات الدولية بشكل أساسي²، ومن هنا يبرز تحدي جديد يواجه استمرار هذه البرامج في حال انقطع دعم المنظمات المانحة، الأمر الذي يتطلب أن تكون هذه البرامج جزءاً لا يتجزأ من وظائف نظام تقديم الخدمات الصحية، لأنها جزء لا يجب أن يفصل عنه.

2. الوجه الثاني للمشكلة : التعقيد في إدارة النظام الصحي على مستوى المديریات الناجم عن تدخل العديد من الجهات في إدارة النظام الصحي لهذه المديریات، حيث أن هذه الجهات تجهل دورها في تسيير النظام الصحي، أي أن الاحتياجات الفنية للنظام الصحي لا تتم مراعاتها بشكل دقيق ولا صحيح، بل إن الكادر الفني في أغلب الأحيان يتعرض للتقويض، وعلاوة على ذلك فإن النفقات المخصصة لسد احتياجات النظام الصحي غير كافية³، مما يؤدي إلى عدم توفر الجودة المطلوبة للخدمات الصحية التي تقدمها هذه المرافق بسبب قلة الإمكانيات والموارد المتاحة.

وعلى الرغم من وجود اختلاف في مستويات جودة الخدمات الصحية المقدمة من مرفق إلى آخر في نفس المستوى لكنها تشترك في مجموعة من المشاكل العامة هي⁴:

¹ منظمة الصحة العالمية، الإحصاءات الصحية العالمية لسنة 2010م، مرجع سبق ذكره، ص22.

² قاسم عبد الرحمن وآخرون، التوجهات المستقبلية للخدمات الصحية، اليمن، وزارة الصحة العامة والسكان (قطاع السكان) (قطاع التخطيط والسياسات)، 2010م، ص ص34-35.

³ نفس المرجع، ص 35.

⁴ قاسم عبد الرحمن وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص 36.

الفصل الثاني: واقع القطاع الصحي اليمني وآفاق إصلاحه

- أ. عدم تحديد حزمة الخدمات التي يجب أن يقدمها كل مستوى من مستويات تقديم الخدمات الصحية في النظام الصحي.
- ب. عدم وجود معايير مرجعية للجودة.
- ج. تدني مستوى تأهيل الكوادر الصحية المساعدة، وكذا خدمات التمريض الذي يلعب دوراً كبيراً في تدني جودة الخدمات التي تقدمها المرافق الصحية بصورة عامة.
- د. غياب الإدارة العلمية السليمة لتصريف المخلفات الناتجة عن الرعاية الصحية الأولية، من أجل تجنب انتشار الأوبئة والعدوى بين العاملين في المرافق الصحية وبين المرضى ومرافقيهم.

بناءً على ما سبق نجد أن رفع مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة للمجتمع ليس بالأمر السهل، فهو يحتاج إلى الكثير من التغييرات في السياسات والهياكل المعمول بها حالياً في المرافق الصحية وفي النظام الصحي ككل، كما يحتاج إلى العديد من الخبرات والتدريب، هذا كله يجب أن يتم تدريجياً وبشكل منظم وموثق، يبدأ بدراسة المشاكل الحالية وتحديد مكامن الخلل والتقصير ومن ثم البدء بمرحلة الإصلاح وحل المشاكل ومواجهة التحديات، وهذا يحتاج إلى اهتمام ودعم القيادات العليا، والاستمرار في البحث عن وسائل وطرق التحسين المستمر، لمواجهة احتياجات المجتمع المتزايدة لخدمات صحية ذات جودة عالية، وتحقيق توقعاته من النظام الصحي الوطني. وهنا تبرز الحاجة إلى تطبيق نظاماً من شأنه تحسين أداء المرافق الصحية وتجعلها قادرة على إشباع حاجة المجتمع وتوقعاته (التي تتطور وتزايد بمرور الوقت) من النظام الصحي الوطني.

المطلب الثاني : واقع الموارد البشرية والسياسة الدوائية في النظام الصحي اليمني

يواجه النظام الصحي اليمني العديد من المشاكل والتحديات في العديد من الجوانب ومنها :
الموارد البشرية والسياسات الدوائية، والتي يتناولها هذا المطلب من خلال الآتي :

أولاً : الموارد البشرية : أظهرت إحصائيات عام 2010م بأن حجم القوى العاملة في القطاع الصحي الحكومي قد بلغ 50149 موظف وموظفه موزعين كالاتي : 1745 أخصائي، 10667 طبيب عام* ، 21128 ممرض وممرضة وحوالي 6432 فني وفنية من مختلف التخصصات، 10685 إداري، هذا بالإضافة إلى الكادر الأجنبي الذي يتكون من 213 أخصائي و 1024 فني من مختلف الجنسيات¹. ووفقاً لهذه الإحصاءات فأن هناك 7 أطباء اختصاصيين و 20 طبيب عموم و 50 ممرض لكل 100000 نسمة²، وتجدر الإشارة هنا إلى أن نسبة عدد العاملين الأجانب من إجمالي الموظفين الحكوميين في قطاع الصحة قد انخفض من 8% في عام 2005م³ إلى 2.5%

* الكوادر الصحية الحاصلين على شهادة بكالوريوس من مختلف التخصصات.

¹ الجمهورية اليمنية، التقرير الإحصائي الصحي السنوي 2010م، مرجع سبق ذكره، ص12.

² الجمهورية اليمنية، التقرير الإحصائي الصحي لعام 2009م، مرجع سبق ذكره، ص ص32-34.

³ الجمهورية اليمنية، الخطة الخمسية الثالثة للتنمية الصحية والتخفيف من الفقر 2006-2010، مرجع سبق ذكره، ص21.

الفصل الثاني: واقع القطاع الصحي اليمني وآفاق إصلاحه

في عام 2010م¹؛ وهذا يدل على الاهتمام المتزايد بتنمية الموارد البشرية المحلية لمواجهة الاحتياجات من الكوادر المؤهلة.

لكن. على الرغم من ذلك فإن النظام الصحي اليمني مازال يعاني من صعوبات كبيرة لا تمكنه من الاستفادة المثلى من أداء موارده البشرية. هذه الصعوبات حددها الباحثون في الآتي²:

1. قلة المرتبات، فبالرغم من أن بند المرتبات يمثل الجزء الأكبر من خطط وموازنات النظام الصحي، إلا أنها غير كافية وقليلة، الأمر الذي يؤدي إلى انخفاض مستوى الرضا الوظيفي الذي يؤدي بدوره إلى ضعف الدور الرقابي والإشرافي للوزارة، مما يدفع بالكثيرين إلى العمل في القطاع الخاص، والذي ينعكس بدوره على تدني مستوى تقديم الخدمات الصحية في المرافق العامة.

2. كما أن الوزارة ليس لديها حتى الآن خطة متكاملة حول تنمية الموارد البشرية بسبب محدودية القدرات وقلة الكوادر المؤهلة القادرة على صياغة ورسم خطط واستراتيجيات لتنمية الموارد البشرية.

3. عدم توفر قاعدة بيانات موحدة وموثوقة تبين خارطة الموارد البشرية العاملة في النظام الصحي.

4. سيطرة وزارة الخدمة المدنية على تحديد وإقرار حاجة النظام الصحي من الكادر البشري ونوعيته.

5. عدم انتظام البرامج التدريبية العملية وقلة الاهتمام والتشجيع للتخصصات النادرة.

بالإضافة إلى ماسبق، يلاحظ عدم وجود نظام عادل في توزيع القوى الصحية ضمن مستويات النظام الصحي في مختلف مناطق الجمهوري سواء الحضرية أم الريفية، فمن خلال ملاحظة حجم وتوزيع الموارد البشرية الصحية الموضحة في التقرير الإحصائي الصحي لعام 2010م* يخلص الباحث إلى مايلي :

- فيما يشير التقرير إلى وجود 7 أطباء اختصاصيين لكل 100000 نسمة، فإن الحقيقة أن 67% منهم يعملون فقط في محافظتين (أمانة العاصمة - عدن).
- تركز توزيع أطباء العموم والأخصائيين في المدن الرئيسية.
- أن مرافق الرعاية الصحية الأولية في الأرياف ليس لها أي قوة جذب لأي كادر مؤهل.
- لا يوجد توازن بين الكادر الفني والإداري في النظام الصحي.

* انظر الجدولين رقم 1 و2 في الملحق رقم (2).

¹ الجمهورية اليمنية، التقرير الإحصائي الصحي السنوي لعام 2010م، مرجع سبق ذكره، ص33.

² قاسم عبد الرحمن وآخرون، مرجع سبق ذكره ، ص ص 37-38.

ثانياً : السياسة الدوائية ونظام الإمداد والتموين

تعتبر الجمهورية اليمنية من الدول الطموحة لإصلاح نظامها الصحي والدوائي وتعزيز دوره في تحسين مستوى الخدمات الصحية والعلاجية، وتوزيعها على كافة المستويات بعدالة بين المواطنين في مختلف المحافظات والمديريات، حيث يلاحظ تدني في مستوى تقديم الخدمات الصحية بشكل عام والدوائية بشكل خاص خلال السنوات الأخيرة الماضية، وخاصة بعد التوسع والانتشار للامدروس للمنشآت الصحية الخاصة، واستفحال ظاهرة تهريب واحتكار الأدوية وعدم القدرة على السيطرة عليها والتخلص من أسبابها وأضرارها في غياب أو ضعف الدور الرقابي الجاد والفاعل من قبل وزارة الصحة العامة والسكان. وتكمن الأسباب الرئيسية وراء هذه المشكلة في ما يلي¹:

1. قصور في التشريعات الحالية وعدم مواكبتها للمتغيرات: فبالرغم من وجود قوانين وتشريعات لتنظيم مهنة الصيدلة إلا أنها ليست شاملة ونوعية، فهي لا تغطي جميع القضايا المتعلقة بالدواء.
2. ضعف مستوى التنفيذ للسياسة الدوائية المقررة : إن ما هو موجود حالياً من سياسات لا يطبق عملياً في أي من القطاعين العام أو الخاص، بسبب تداخل المهام بين الإدارات المختلفة في وزارة الصحة العامة والسكان، كما إن السياسة الدوائية الوطنية لا يتم مراجعتها وتحديثها دورياً لتواكب التطورات التي أنجزت على المستوى الإقليمي والدولي.
3. ضعف دور الجهات المعنية في إحكام السيطرة على منافذ تسريب الأدوية غير الرسمية إلى داخل البلاد.
4. نقشي ظاهرة الوصف والاستعمال غير الرشيد للأدوية : حيث تضل هذه الظاهرة منقشية في ضل غياب الوعي والتتقيف الصحي والدوائي لدى المواطن من جهة ولدى مقدمي الخدمة من جهة ثانية، وعدم وجود تشريعات صارمة تحد من صرف الدواء بشكل عشوائي، إضافة إلى أن الشك في جودة الدواء في مرافق القطاع العام مازال كبيراً.
5. لا يتم تقدير احتياجات البلد للأدوية بشكل دقيق نوعاً وكماً، وهذا ناجم عن عدم توفر المعلومات الدقيقة عن الأدوية المستهلكة فعلياً كما ونوعاً².
6. وجود ضعف في ضبط جودة الشراء والإمداد بالأدوية والمستحضرات الصيدلانية، فقد اتضح أن شراء المستحضرات الصيدلانية والأدوية الخاصة بالأمراض المستعصية تستهلك معظم الميزانية التي يمكن أن تغطي حاجة خدمات الرعاية الصحية الأولية على مستوى المحافظات والمديريات³.

¹ الجمهورية اليمنية، الخطة الخمسية الثالثة للتنمية الصحية والتخفيف من الفقر 2006-2010، مرجع سبق ذكره، ص ص52-53.

² الحكمي عبد المنعم وآخرون، الإمداد الدوائي والتجهيزات، اليمن، وزارة الصحة العامة والسكان(قطاع السياسات والتخطيط)، 2010م، ص 39.

³ نفس المرجع، ص 40.

الفصل الثاني: واقع القطاع الصحي اليمني وآفاق إصلاحه

إضافة إلى ما سبق فهناك تحدي آخر أكثر خطورة، يتمثل في انتشار ظاهرة احتكار بعض الأدوية والمستلزمات الهامة (مثل: أدوية التخدير ومستلزمات العمليات والأشعة) وفي مواسم معينة؛ الأمر الذي يؤدي إلى ارتفاع أسعارها بشكل جنوني من جهة، ويؤدي إلى تسهيل بيع الأدوية والمستلزمات المهربة أو ذات الجودة المتدنية، وهذا يصاحبه أيضاً ارتفاع في أسعار الخدمات الطبية التي تعتمد عليها.

وفي ظل سعي الحكومة لتجاوز هذه العقبات والمشاكل فقد جاءت الخطة الخمسية الثالثة للتنمية الصحية والتخفيف من الفقر بعدد من الحلول نوجزها في الآتي¹:

- أ. تعزيز دور السلطة الصحية الدوائية وتحديد جهة أو هيئة واحدة مسؤولة ذات دور فعلي ومسئوليات واضحة.
- ب. ترشيد التسجيل والاستيراد للأدوية والمستحضرات الصيدلانية بما يضمن توفير الأدوية الجيدة والفعالة والمأمونة بالأسعار المناسبة والكميات التي تلبي احتياجات المواطنين في كل المحافظات وعلى مدار العام.
- ج. دعم وتشجيع الصناعة الدوائية المحلية وحثها على البحث والتطوير، وتطوير منتجاتها، من أجل الوصول بها إلى مستوى أفضل يمكنها من المنافسة العالمية.
- د. ترشيد الوصف والاستخدام للأدوية والتركيز على رفع مستوى الوعي والثقافة الدوائية للمواطنين.
- هـ. تفعيل الدور الرقابي المشترك، للقضاء على ظاهرة تهريب الأدوية والتخلص من أسبابها وأضرارها على صحة المواطن والاقتصاد الوطني.
- و. تقدير الاحتياجات من الأدوية والمستحضرات الصيدلانية بشكل دقيق، بالإضافة إلى تنظيم عملية الإمداد وتوفير الأدوية الأساسية ذات الجودة العالية في جميع مستويات تقديم الخدمات الصحية. خاصة وأن أغلب الأدوية المستهلكة هي مستوردة بالعملة الصعبة وسوء التنظيم لعملية توفيرها قد يضر باقتصاد البلد وبالقدرة الشرائية لدى المجتمع، والجدول رقم (2-15) التالي يوضح مدى ضخامة نسبة وحجم الأدوية المستوردة مقاسه بالريال اليمني لعام 2009م فقط، وكيف أن أغلب الأدوية المستوردة هي من دول عادة ما تكون جودة التصنيع في بعض مصانعها متدنية.
- ز. وضع وتطبيق معايير ومواصفات قياسية للأدوية المحلية والمستوردة تضمن توفر مستوى جودة عالي لهذه الأدوية والمستحضرات.
- ح. إعداد قائمة بالحد الأدنى من التجهيزات بالأدوات الطبية، وإنشاء نظام كفو للإمداد بها، ووضع آليات لضمان التخزين السليم للأدوية وصيانة التجهيزات².
- ط. إعادة النظر في القوانين والتشريعات الحالية وتحديثها بما يتلاءم مع المتغيرات الحالية والمستقبلية³.

¹ الجمهورية اليمنية، الخطة الخمسية الثالثة للتنمية الصحية والتخفيف من الفقر 2006-2010م، مرجع سبق ذكره، ص 53.

² الحكمي عبد المنعم وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص 40.

³ نفس المرجع السابق، نفس الصفحة.

الفصل الثاني: واقع القطاع الصحي اليمني وآفاق إصلاحه

جدول رقم (2-14) حجم الأدوية المستوردة لعام 2009م

الدول المصدرة	حجم الصادرات بالريال اليمني	النسبة
مصر	7435159202	20%
الهند	5217001666	14%
سوريا	4208079527	11%
الأردن	3603818216	10%
ألمانيا	3584229195	9%
هولندا	3377547176	9%
بلجيكا	3072571071	8%
بريطانيا	2765240955	7%
فرنسا	2446629436	6%
الإمارات العربية المتحدة	2167142894	6%
الإجمالي	37877419338	1

المصدر: الجمهورية اليمنية، التقرير الإحصائي الصحي السنوي لعام 2009م، مرجع سبق ذكره.

من خلال الجدول الموضح أعلاه يلاحظ، احتلال مصر للمرتبة الأولى من حيث حجم الصادرات تليها الهند وسوريا؛ وهذا يعود إلى انخفاض أسعار الأدوية المستوردة من هذه الدول، مما يدل على ضعف اهتمام الجهات التي تستورد بمستوى جودة الأصناف المستوردة*، مستغلين ضعف القدرة الشرائية لدى المجتمع لجني أرباح طائلة، الأمر الذي يتطلب من وزارة الصحة العامة والسكان وضع معايير صارمة لاستيراد وبيع الأدوية، من أجل حماية المجتمع من الاستغلال، والمحافظة على مستوى مقبول من الجودة في الأدوية المستوردة.

المطلب الثالث : واقع التخطيط الصحي ونظم المعلومات في النظام الصحي اليمني

يتناول هذا المطلب توضيح أهم المشاكل التي يعاني منها النظام الصحي اليمني المتعلقة بالتخطيط الصحي ونظم المعلومات من خلال الآتي :

أولاً : التخطيط الصحي

التخطيط الصحي هو " عملية لتحديد أوجه تنمية الصحة العمومية، على أساس تقدير الاحتياجات واستعراض الموارد اللازمة لتلبية هذه الاحتياجات، وإعطاء الأسبقية للمرامي الواقعية الممكنة التحقيق، فظلاً عن تخطيط التدابير الإدارية اللازمة لبلوغ هذه المرامي"¹. فالتخطيط

* غالباً ما يكون انخفاض السعر بسبب تدني مستوى جودة السلعة. وبالتالي يسعى التجار لشراء السلع الأقل ثمناً من أجل جني أرباح أكثر مستغلين ارتفاع أسعار البدائل ذات الجودة العالية، الأمر الذي يمكنهم من فرض الأسعار التي تحقق لهم أعلى مستوى من الربح.

¹ خوجة توفيق بن احمد وآخرون، قاموس مصطلحات أداة الاعتماد العربية للمؤسسات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص 47.

الفصل الثاني: واقع القطاع الصحي اليمني وآفاق إصلاحه

الصحي يأخذ في الحسبان كفاية الخدمة الصحية وقضايا النجاعة والإنتاجية، بالإضافة إلى العوامل البيئية والاجتماعية والسلوكية الفردية التي تؤثر في سلوك الفرد والمجتمع.

وفي اليمن تتسم عملية التخطيط في القطاع الصحي بالمركزية، حيث يتم التفاوض مع عدد من الجهات والسلطات على المستوى المحلي والمركزي، وتعتبر قرارات هذه الجهات مؤثرة على توفير أو عدم توفير الموارد، كما تؤثر على تحديد أولويات النظام الصحي، يضاف إلى ذلك أنه لا يتم التشاور مع قيادات القطاع الصحي بمختلف مستوياتها عند وضع وتعديل الخطط، مما يفقد التخطيط فاعليته؛ وهذا كله بسبب غياب مبدأ المشاركة، أما التخطيط السنوي على المستوى المحلي فيتم مناقشته وإقراره مع السلطات المحلية، وهذه الخطط لا تتواءم مع الخطة الإستراتيجية للقطاع الصحي¹، ويبرز التحدي الكبير هنا في كيفية الحصول على المعلومات الموحدة لاتخاذ قرارات علمية وعملية عند تطوير استراتيجيات وخطط القطاع الصحي.

ثانياً : نظام المعلومات الصحية

يتوفر لدى وزارة الصحة العامة والسكان نظام للمعلومات الصحية، ويعتبر هو الأساس لمصادر مختلف المعلومات (الخدمات الصحية الروتينية والوقائية والمشاريع والموارد وغيرها)، وعلى الرغم من توفر العديد من مصادر البيانات والمعلومات، إلا إن دقتها وجودتها لا يمكن أن ترقى إلى الاعتماد عليها في اتخاذ القرار أو التخطيط الاستراتيجي، بالإضافة إلى أنه يتم تجاوز نظام المعلومات من قبل المشاريع والبرامج والمانحين الذين يتوفر لكل منهم نظام مختلف وخاص به²، ولهذا فإن هناك حاجة ماسة لتأسيس نظام معلوماتي موحد وفعال ودقيق، يكون قادر على تحليل البيانات واستخلاص النتائج، وتوفير المعلومات الشاملة الصحيحة عن الوضع الصحي لكل أفراد المجتمع وعن الوضع الوبائي المنتشر، ووضعها بين أيدي متخذي القرار في الوقت المناسب، ليتمكنوا من صنع قرارات سليمة ومستندة إلى البراهين الحقيقة.

المطلب الرابع : واقع البنية التحتية والتمويل في النظام الصحي اليمني

يتناول هذا المطلب توضيح أهم المشاكل التي يعاني منها النظام الصحي اليمني المرتبطة بجانبى البنية التحتية والتمويل من خلال الآتي :

أولاً : البنية التحتية

المرافق الصحية هي نقطة الالتقاء مع المجتمع، والتي من خلالها تقدم الخدمات الصحية، ولهذا فإن الجهود مستمرة لبناء مرافق صحية جديدة، حيث تشير التقارير الإحصائية أن عدد

¹التويعي مصلح وآخرون، "التخطيط"، المراجعة المشتركة لقطاع الصحة، اليمن، وزارة الصحة العامة والسكان(قطاع التخطيط والسياسات)، 2010م، ص ص40-41.
² نفس المرجع السابق، ص 43.

الفصل الثاني: واقع القطاع الصحي اليمني وآفاق إصلاحه

المرافق الصحية العامة في تزايد مستمر، فقد وصل عددها إلى 3982 مرافق في عام 2010م، موزعة على ثلاثة مستويات (2 مستشفيات مرجعية، 54 مستشفى عام، 180 مستشفى مديرية، 841 مركز صحي و2905 وحدة صحية)¹، والجدول التالي يوضح عدد المرافق الصحية الحكومية وسعتها السريرية.

جدول رقم (2-15) عدد المرافق الصحية الحكومية في اليمن وسعتها السريرية لعام 2010م

نوع المرفق	العدد	عدد الأسرة
مستشفى مرجعي	2	1296
مستشفى عام	54	9242
مستشفى مديرية	180	5509
مركز صحي	841	487
وحدة صحية	2905	0
الإجمالي	3982	16534

المصدر : من إعداد الباحث، بناءً على البيانات الواردة في التقرير الإحصائي الصحي السنوي لعام 2010م.

فعلى الرغم من التوسع في تشييد المرافق الصحية العامة، إلا أن التغطية بالخدمات الصحية لم تتعدى 64% من السكان بحسب تقديرات عام 2009م²، وهذا يعود إلى عدة أسباب أهمها مايلي³:

1. معظم المواقع التي يتم بناء المرافق الصحية فيها، ليست بالضرورة في حاجة إليها، مما يؤدي إلى حرمان المناطق ذات الكثافة السكانية من مثل تلك المرافق.
2. عدم وجود خطة شاملة للبنية التحتية تمكن من معرفة مواقع الاحتياج الفعلي للبنية التحتية.
3. الافتقار إلى نظام لصيانة المباني والتجهيزات، بالإضافة إلى المزج الخاطئ للمعدات المتوفرة في كثير من المرافق الصحية، حيث لا تتوفر بعض التجهيزات الأساسية في المستوى الأول للخدمات الصحية.
4. ضعف الاهتمام بالمواسفات التي يجب توفرها في البنية التحتية.
5. عند إنشاء المرافق الصحية، لا يؤخذ في الحسبان اعتماد ميزانية لتشغيل هذه المرافق وضمان استمراريتها، وتزويدها بالكوادر الصحية المؤهلة، وكذا إيجاد حوافز تضمن تقديم خدمات جيدة.

وفيما يخص المنشآت الصحية التابعة للقطاع الصحي الخاص، فقد بلغ عددها في عام 2010م 12392 منشأة صحية متنوعة* منشرة في جميع أنحاء الجمهورية.

* انظر الجدول رقم (2-13) ص 87.

¹ الجمهورية اليمنية، التقرير الإحصائي الصحي السنوي لعام 2010م، مرجع سبق ذكره، ص 25.

² عبد الرحمن مطهر، "قطاع الصحة"، صحيفة الجمهورية، 1431هـ (2010م)، 24 مايو، العدد 14799، ص 12.

³ التوعلي مصلح وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص 42.

الفصل الثاني: واقع القطاع الصحي اليمني وآفاق إصلاحه

لكن ضعف التنظيم والأشراف على القطاع الخاص لم يساعد في إيجاد خدمات صحية نوعية رغم أن 70% من الخدمات الصحية تقدم عبر هذا القطاع، وقد لا يبدو من السهل الفصل بين القطاعين العام و الخاص لأن كثيراً من موظفي القطاع العام يعملون في القطاع الخاص¹.

وعلى الرغم من أن القطاع الصحي الخاص قد ساهم وبدرجة كبيرة في توفير الخدمات الصحية لعدد كبير من القرى والمديريات والمدن البعيدة، والتي كانت محرومة من هذه الخدمات، إلا أن المنشآت الصحية التابعة لهذا القطاع تعاني من العديد من المشاكل والمعوقات التي تؤدي إلى تدني جودة خدماتها، وتؤدي إلى ارتفاع تكاليف الحصول على الخدمات الصحية التي تقدمها، وقد خلص الباحث من خلال تجربته المستمدة من عمله في هذا القطاع لمدة تزيد عن خمسة أعوام إلى حصر أهم هذه المشاكل في الآتي :

1. أن انخفاض عدد الكوادر الطبية المحلية المتوفرة في سوق العمل، والتي إن توفرت، فهي لا ترغب في العمل إلا في مراكز المدن، كما أنها تميل إلى عدم الانضباط في الدوام بسبب ارتباطهم بوظائف حكومية. وبالتالي، فإن العمل في القطاع الخاص لا يعول عليه كدخل أساسي في نظرهم، كل هذه وغيرها من الأسباب دفع مدراء المنشآت الصحية الخاصة إلى اللجوء إلى أسواق العمل العربية والأجنبية لتغطية احتياجاتهم من الموارد البشرية الصحية. وقد ترتب على هذا التوجه عدد من النتائج السلبية والتي كان لها دوراً بارز في تدني جودة الخدمات الصحية وارتفاع تكاليفها ومن أهم هذه النتائج ما يلي :

أ. ارتفاع تكاليف تشغيل المرافق الصحية الخاصة بسبب الأجور الكبيرة التي تتقاضاها الأيدي العاملة الأجنبية، بالإضافة إلى النفقات الإضافية التي تفرضها الحكومة على هذه المرافق بسبب استقدام الكوادر الأجنبية؛ هذا بدوره يدفع بمدراء هذه المرافق إلى رفع تكاليف تقديم الخدمات الصحية من أجل تغطية الزيادة في تكاليف التشغيل.

ب. يقوم معظم ملاك ومدراء المنشآت الصحية الخاصة بمنح الأطباء نسبة قد تصل إلى 20% من قيمة الخدمات التشخيصية التي تطلب من المرضى مثل : الأشعة والفحوصات المخبرية والعمليات الجراحية وغيرها، حيث يعتبر القائمين على إدارة هذه المنشآت هذه الوسيلة من انجح الحلول المستخدمة لتعظيم الربح من جهة والتقليل من تكاليف التشغيل الثابتة من جهة ثانية، و من أجل تحفيز وإغراء الأطباء لكي يعملوا لساعات أكثر قد تصل في اغلب الأحيان إلى 24 ساعة في اليوم، وقد نتج عن تطبيق هذه الطريقة العديد من النتائج السلبية أهمها :

- يقوم العديد من الأطباء (خاصة الأطباء الذين لا يلتزمون بأخلاق المهنة) بإقناع المرضى بالقيام بعمل فحوصات وخدمات إشعاعية وشراء أدوية غير ضرورية بل وفي بعض الأحيان قد لا يكون لها علاقة بحالتهم المرضية.
- يقوم العديد من الأطباء بتقديم خدمات خارج نطاق تخصصاتهم، كأن يقوم طبيب متخصص في جراحة العظام بمعاينة حالات الباطنية والأطفال أو

¹ الجمهورية اليمنية، الخطة الخمسية الثالثة للتخفيف من الفقر 2006-2010م، مرجع سبق ذكره، ص 21.

الفصل الثاني: واقع القطاع الصحي اليمني وآفاق إصلاحه

العكس، ومما ساعد على انتشار هذه الظاهرة هو اعتماد اغلب هذه المنشآت (خاصة المراكز والمستوصفات) على طبيب واحد وطبيبة واحدة تقدم كل الخدمات للمرضى الذين يراجعون هذه المنشأة؛ وذلك بسبب عدم قدرة هذه المرافق على تحمل تكاليف أطباء متخصصين، مما يؤدي إلى عدم تشخيص اغلب الحالات المرضية تشخيص صحيحاً، وهذا يؤدي إلى تحمل المريض لتكاليف بدون نتيجة، كما يؤدي إلى ارتفاع نسبة حدوث الأخطاء الطبية.

2. اغلب الأطباء الأجانب لا يجيدون اللغة العربية، وبالتالي فهم لا يستطيعون تشخيص الحالات المرضية بسبب عدم قدرتهم على التواصل اللغوي مع المرضى.
3. غياب المتابعة والرقابة الجادة من قبل مكاتب وزارة الصحة للتأكد من التزام هذه المرافق بتوفير الأجهزة والمعدات ومتطلبات تقديم الخدمة الصحية بشكل صحيح.
4. تعدد الهيئات الحكومية (وزارة الصحة، وزارة العمل، وزارة الداخلية، وزارة الأشغال العامة ومصلحة الضرائب... الخ) التي تقوم بفرض رسوم مرتفعة على هذه المرافق، كما تحملها أعباء مالية إضافية من أجل الترخيص للكوادر الأجنبية للعمل، مما يدفع بالكثير من القائمين على إدارة المنشآت الصحية الخاصة، بتشغيل الكوادر الطبية الأجنبية بشكل غير رسمي، مما قد يسهل من عملية تسلل الأشخاص من حاملي الشهادات المزورة وانتحالهم هذه المهنة الخطيرة، خاصة في حالة عدم خضوع هذه الكوادر للاختبار والتقييم من قبل متخصصين. ناهيك عن ارتفاع تكاليف الخدمات الصحية المقدمة في هذه المرافق نتيجة الرسوم الكثيرة والمتعددة التي تفرضها عليها الحكومة.

ثانياً : تمويل القطاع الصحي : يعرف التمويل على أنه" البحث على المصادر التمويلية المناسبة، ثم الاختيار بينها للحصول على المزيج الأفضل بشكل يناسب كمية ونوعية احتياجات المؤسسة"¹.

وفي اليمن، تتوزع النفقات الصحية الحكومية إلى نفقات جارية ونفقات استثمارية. ومن خلال الدراسة التي أجريت على النفقات الصحية بين عامي 2004م و2007م، تبين أن متوسط النفقات الجارية خلال سنوات الدراسة مثلت ما يقارب 70.5% من متوسط النفقات الحكومية على الصحة خلال نفس الفترة، في حين أن متوسط النفقات الاستثمارية مثلت ما يقارب 29.5% من متوسط النفقات الحكومية خلال فترة الدراسة، وأظهرت نتائج الدراسة أن معدل الزيادة في النفقات الجارية وصل في عام 2007م إلى 80% عما كانت عليه في عام 2004م، وذلك على عكس النفقات الاستثمارية التي نقصت في عام 2007م بمقدار 18.54% عما كانت عليه في عام 2004م².

¹ قندسي عائشة، "واقع وآفاق تمويل المؤسسات الصحية، دراسة حالة المركز الاستشفائي الجامعي الدكتور عبد القادر حساني سيدي بلعباس"، مذكرة التخرج في التكوين ما بعد التدرج المتخصص في المالية والمحاسبة، ENSP، الجزائر 2005-2006، ص 21. نقلاً عن : بن عطية منيرة، مرجع سبق ذكره، ص 41.

² الجمهورية اليمنية، المراجعة الثالثة للنفقات الصحية العامة للأعوام 2004م-2007م [على الخط]، متوفر على الموقع التالي: <<http://www.mophp-ye.org/arabic/docs/MOHL.pdf>>. (12/12/2010 at 12:00 pm). ص ص 65-27.

الفصل الثاني: واقع القطاع الصحي اليمني وآفاق إصلاحه

وتجدر الإشارة هنا إلى أن مصادر تمويل النفقات الصحية الاستثمارية في اليمن، تتوزع إلى تمويل حكومي وتمويل أجنبي للبرامج والمشاريع الصحية الاستثمارية، حيث وصل حجم التمويل الأجنبي إلى ثلثي النفقات الاستثمارية في عام 2004م، ثم تناقص ليصل إلى النصف خلال عامي 2005م و2006م، ووصل في عام 2007م إلى ما يقارب الثلث من إجمالي النفقات الاستثمارية¹. والجدول التالي يستعرض مقارنة لمؤشرات الإنفاق الصحي بين عامي 1998م و2007م.

جدول رقم (2-16) مقارنة بين مؤشرات الإنفاق الصحي بين عامي 1998م-2007م

الرقم	البيان	حسابات 1998م		حسابات 2007م	
		النسبة (%)	المبلغ (\$)	النسبة (%)	المبلغ (\$)
1	إجمالي الإنفاق على الصحة من مختلف مصادرها	100	304 مليون	100	1293
2	الإنفاق الحكومي على الصحة	35	106 مليون	28.17	364
3	نسبة الإنفاق الحكومي على الصحة من موازنة الدولة	5.6	-	4.13	-
4	نسبة إجمالي الإنفاق على الصحة من الناتج المحلي الإجمالي (المتوسط الأدنى للمعيار الإقليمي) (6.31%)	4.9	-	5.23	-
5	نسبة الإنفاق الحكومي على الصحة من الناتج المحلي الإجمالي (المتوسط الأدنى للمعيار الإقليمي) (2.13%)	1.7	-	1.47	-
6	نصيب الفرد من إجمالي الإنفاق على الصحة (المتوسط الأدنى للمعيار الإقليمي \$150)	-	18.57	-	60.07
7	نصيب الفرد من الإنفاق الحكومي على الصحة (المتوسط الأدنى للمعيار الإقليمي \$97.8)	-	6.5	-	16.92

المصدر: اللوزي منصور ناجي. نتائج الحسابات الوطنية للصحة للجمهورية اليمنية 2007م، اليمن، وزارة الصحة العامة والسكان، وحدة السياسات الصحية والدعم الفني، 2009م، ص ص4-6.

من خلال الجدول الموضح أعلاه يلاحظ انخفاض نسبة الإنفاق الحكومي على الصحة في عام 2007م قياساً بنسبة هذا الإنفاق في عام 1992م، واعتماد الحكومة وبشكل أساسي على الدعم الخارجي، كما أصبحت مساهمة المجتمع مصدراً هاماً من مصادر تمويل النفقات الصحية الجارية، حيث أن حجمها يصل إلى أكثر من حجم النفقات الصحية للجانب الحكومي باعتباره المسئول الرئيسي عن تمويل هذه الأنشطة، لذلك فإن التحدي الرئيسي في جانب التمويل الصحي يتمثل في زيادة الميزانية المخصصة للقطاع الصحي، وحشد المزيد من الأموال من مصادر أخرى، وتوزيعها بشكل عادل، والاستخدام الكفء لها بحسب أولويات القطاع الصحي، وبناء آليات لحماية أفراد المجتمع وخاصة الفقراء، لعدم قدرتهم على تحمل تكاليف الإنفاق على خدمات الرعاية الصحية.

¹ المراجعة الثالثة للنفقات الصحية العامة للأعوام 2004م-2007م، مرجع سبق ذكره، ص ص27-65.

المبحث الرابع: واقع وآفاق إصلاح القطاع الصحي في اليمن

يتناول هذا المبحث تسليط الضوء على استراتيجيات وخطط الإصلاح التي تبنتها الحكومة اليمنية في سعيها لإصلاح نظامها الصحي، لذلك تناول المطلب الأول من هذا المبحث توضيح مفهوم الإصلاح الصحي وأهميته للشعوب وعلى رأسها اليمن، بينما تناول المطلب الثاني استعراض الإستراتيجية الصحية الوطنية 1996-2005م لإصلاح القطاع الصحي اليمني، أما المطلب الثالث فقد تناول الخطة الخمسية الثالثة 2006-2010م للتنمية الصحية والتخفيف من الفقر، وأخيراً تناول المطلب الرابع استعراض آفاق إصلاح القطاع الصحي اليمني من خلال توضيح و مناقشة فكرة وأهداف الإستراتيجية الوطنية الصحية 2010-2025م.

المطلب الأول : مفهوم الإصلاح وأهميته في مواجهة تحديات النظام الصحي اليمني

يعرف الإصلاح بأنه "عملية ديناميكية هادفة تشمل وضع سياسة منهجية، وإدخال تغييرات في الهيكل والعملية، وذلك بهدف بلوغ مرامي مرغوبة"¹.

ويعرف الإصلاح في القطاع الصحي بأنه "عملية تغيير استراتيجي مستمرة بعيدة المدى ذات أهداف محددة ترمي إلى جعل النظام الصحي قادر على تقديم خدمات صحية ذات كفاءة، فاعلية، عادلة، متيسر الحصول عليها، محتملة التكاليف وذات جودة عالية"².

وقد شكل إصلاح نظام الصحة حملاً ثقيلاً على عاتق مختلف رؤساء الدول، ومنهم رؤساء الولايات المتحدة الأمريكية، فقد استمر هذا الحمل حتى عهد الرئيس بيل كلينتون، الذي حاول القيام بإصلاحات باءت بالفشل، وذلك بسبب تكلفة الإصلاحات التي قدرت بتريليون دولار، وللإستجابة لحاجيات الشعب الأمريكي في مجال الصحة، قدم أوباما اقتراحات يقول إنها أقل تكاليف، وتتضمن جودة الخدمات والحق في اختيار التأمين الصحي المناسب لكل شخص، وتتضمن خطته تخصيص 634 مليار دولار على امتداد 10 سنوات لتمويل الإصلاحات³. من هنا نجد إن إشكالية إصلاح القطاع الصحي لا تقتصر على الدول النامية فقط، فعلى الرغم من الإمكانيات والقدرات الكبيرة التي تمتلكها الولايات المتحدة فقد فشل الرئيس كلينتون في القيام بهذه الإصلاحات بسبب تكلفتها الباهظة.

وفي اليمن يواجه القطاع الصحي تحديات وصعوبات عديدة، تتمثل في عجز الخدمات الصحية عن مواكبة الاحتياجات المتزايدة للنمو السكاني المرتفع في ظل انخفاض استخدام وسائل تنظيم الأسرة التي لم تتجاوز 23.1%⁴، وسوء توزيع المرافق الصحية، وقصور الموارد المالية للقطاع الصحي،

¹ خوجة توفيق بن احد وآخرون، قاموس مصطلحات الأداة العربية للاعتماد، مرجع سبق ذكره، ص 314.

² الجمهورية اليمنية، الدليل التريبي للتخطيط الصحي في المديرية، وزارة الصحة العامة والسكان، 2005م، ص 3.

³ الموقع الإخباري لفرانس 24 ومونت كارلو، إصلاح القطاع الصحي الأمريكي [على الخط]، متوفر على الموقع التالي : <<http://www.france24.com>>، (تم التصفح في 2011/10/17م الساعة 1:00).

⁴ الجمهورية اليمنية، خطة التنمية الاقتصادية والاجتماعية الثالثة للتخفيف من الفقر 2006-2010م، وزارة التخطيط والتعاون الدولي، 2006م، ص 145.

الفصل الثاني: واقع القطاع الصحي اليمني وآفاق إصلاحه

وضعف التجهيزات، وقصور الأداء في المرافق الصحية، وضعف نظام إدارة الموارد البشرية وكذلك التدريب والتأهيل للعاملين في هذا القطاع، إلى جانب هشاشة البيئة الصحية وتدني الوعي الصحي بين السكان.

ويمكن حصر "أهم التحديات العامة التي تواجه النظام الصحي اليمني في النقاط التالية¹:

1. الوضع الوبائي الذي يمثل عبئاً مرضياً مزدوجاً من الأمراض المعدية والمزمنة.
2. النمو المضطرد للسكان في ظل محدودية الموارد.
3. شح الموارد المالية المخصصة للخدمات الصحية في القطاع العام مع استمرار التركيز على الخدمات العلاجية ذات الطابع التخصصي على حساب الرعاية الصحية الأولية.
4. ضعف المرتبات الشهرية للكادر الصحي بمختلف فئاته واستمرار ارتفاع معدل تسرب الكفاءات الفنية والطبية المدربة إلى خارج النظام الصحي الوطني.
5. ضعف التخطيط المؤسسي للخدمات الصحية وضعف التنسيق القطاعي داخل وخارج النظام الصحي الوطني.
6. غياب التحديد الواضح للأدوار والمسؤوليات والواجبات بين المستويات المختلفة للنظام الصحي في ظل غياب نظام فاعل للإشراف ولقياس الأداء والمراقبة والتقييم.
7. ارتفاع كلفة الخدمات الصحية وتحمل الأفراد عبئها المالي بما يؤدي إلى زيادة فرص الوقوع في دائرة الفقر.
8. قصور السياسة المالية التي تدعم تطوير النظام الصحي والتي من المفترض أن تساهم في استرداد جزء من الكلفة.
9. غياب السياسة التعليمية الطبية والصحية الموجهة لتنمية القطاع الصحي.
10. غياب أنظمة التأمين الصحي الاجتماعي.
11. ارتفاع توقعات الناس في الحصول على خدمات فعالة ذات جودة عالية.
12. تعدد التحديات التي تواجه الحفاظ على بيئة صحية سليمة كشحة المياه وضعف شبكة الصرف الصحي."

وقد جاءت وثيقة إصلاح القطاع الصحي وخطط وبرامج الحكومة اليمنية، تتطلع إلى توسيع فرص الحصول على الخدمات الصحية العلاجية والوقائية، وتكامل دور الحكومة والقطاع الخاص ومنظمات المجتمع المدني في تقديم الخدمات الصحية، بما يعمل على تحسين صحة الإنسان ورفع توقع الحياة، ومن ثم المساهمة في زيادة الإنتاجية والنمو الاقتصادي، ولأجل تحقيق ذلك وحل المشاكل التي يواجهها النظام الصحي اليمني، قامت وزارة الصحة العامة والسكان بصياغة الإستراتيجية الصحية الوطنية 1996-2005م لإصلاح النظام الصحي الوطني، والتي تم تنفيذها من خلال خطتين خمسينتين، ثم جاءت الخطة الخمسية الثالثة م للتنمية الصحية والتخفيف من الفقر (2006-2010م) لتتم أوجه القصور في الإستراتيجية التي سبقتها. وأخيراً جاءت الإستراتيجية الوطنية الصحية 2010م-2025م لتوضح آفاق الإصلاح الصحي في الجمهورية اليمنية.

¹ الإستراتيجية الوطنية الصحية 2010م-2025م، مرجع سبق ذكره، ص 44.

المطلب الثاني: الإستراتيجية الوطنية لإصلاح القطاع الصحي 1996-2005م.

دعت العديد من العوامل وزارة الصحة العامة والسكان إلى تبني برنامج إصلاح القطاع الصحي، من هذه العوامل ما هو عام مثل : برنامج الإصلاح المالي والإداري للحكومة، ومنها ما هو خاص بالنظام الصحي مثل : تدني مستوى جودة الخدمات الصحية، بالإضافة إلى محدودية مصادر التمويل وزيادة المتصاعدة في كلفة الخدمات الصحية. وقد قامت الوزارة في عام 1996م بصياغة الإستراتيجية الصحية الوطنية لإصلاح القطاع الصحي 1996-2005م (التي سميت في حينها وثيقة إصلاح القطاع الصحي). والتي تم تنفيذها من خلال الخطة الخمسية الأولى للتنمية الصحية 1996م-2000م، والخطة الخمسية الثانية 2001-2005م. بعد أن تمت المصادقة عليها في مجلس الوزراء عام 1998م. حيث تهدف هذه الإستراتيجية إلى معالجة أوجه الخلل في القطاع الصحي وتحقيق الآتي¹:

1. تيسير الحصول على خدمات الرعاية الصحية بشكل كاف وشامل.
2. تحقيق العدالة في تقديم الرعاية الصحية وتمويلها.
3. تحسين جودة ونوعية الخدمات الصحية.
4. ضمان إستمرارية تمويل النظام الصحي على المدى البعيد.
5. تحسين الكفاءة التقنية والتخصيصية لنظام تقديم الخدمات .

ورأى القائمون على هذه الإستراتيجية أن تحقيق ذلك، لن يتم إلا من خلال الآتي²:

- أ. تطبيق اللامركزية في التخطيط واتخاذ القرار وإدارة المال.
- ب. إعادة تحديد دور القطاع العام مع التركيز على السياسات والتنظيم والرعاية الصحية.
- ج. اعتماد نظام المديریات.
- د. مشاركة المجتمع في إدارة الخدمات.
- هـ. المشاركة في التكلفة واستعادة كلفة الدواء.
- و. وضع سياسة الأدوية الأساسية.
- ز. نظام الإدارة بالنتائج.
- ح. استقلالية المستشفيات.
- ط. التنسيق بين القطاعات.
- ي. التشجيع المسؤول للقطاع الخاص والمنظمات غير الحكومية.
- ك. تشجيع الأساليب المبتكرة.
- ل. الأسلوب الشامل في التمويل والبرمجة.

¹ وزارة الصحة العامة والسكان، إصلاح القطاع الصحي في الجمهورية اليمنية (وثيقة إصلاح القطاع الصحي)، اليمن، السندباد للطباعة، 2000م، ص 20.

² نفس المرجع، ص 21.

الفصل الثاني: واقع القطاع الصحي اليمني وآفاق إصلاحه

وقد تركزت جهود الوزارة وشركائها في هذه المرحلة على إرساء نظام المديرية الصحية المرتكز على نهج الرعاية الصحية الأولية، الذي يعتبر الترجمة الفعلية للإصلاح الصحي والمدخل إلى عناصر الإصلاح الأخرى مثل: اللامركزية، مشاركة المجتمع في إدارة وتمويل هذا النظام الذي سيسهم في تحقيق المساواة وتيسير الوصول إلى الخدمات بالإضافة إلى تعزيز مشاركة المجتمع والتكامل بين القطاعات في تقديم وإدارة الخدمات الصحية¹.

من خلال ماسبق يلاحظ تركيز القائمين على صياغة وتنفيذ هذه الإستراتيجية وإدراكهم لأهمية تحسين جودة الخدمات الصحية، باعتبارها احد الحلول الأساسية لمواجهة التحديات والمشاكل التي يعاني منها القطاع الصحي اليمني.

المطلب الثالث: الخطة الخمسية الثالثة للتنمية الصحية والتخفيف من الفقر 2006-2010

مع إن إستراتيجية إصلاح القطاع الصحي 1996-2005م، تمثل رؤية علمية في كيفية إصلاح القطاع الصحي، وفقاً للأسلوب العلمي الذي اتبعته الوزارة في تحليل الوضع وتحديد أوجه القصور التي تعترى النظام، ومن ثم وضع الأهداف متوسطة وطويلة المدى، التي يتعين على النظام الصحي تحقيقها في إطار زمني، إلا أن ترجمتها إلى خطط إستراتيجية قابلة للتنفيذ لم يتم حتى الآن، لنعكس تلك الرؤية في التغلب على الأسباب التي أدت إلى تفاقم الوضع الصحي².

وفي ضوء النتائج التي حققتها إستراتيجية إصلاح القطاع الصحي 1996-2005م، من خلال الخطة الخمسية الأولى والثانية، فقد لوحظ مايلي³:

1. وجود قصور في التخطيط الاستراتيجي، وفي المتابعة والتقييم، حيث لم تترجم وثيقة إصلاح القطاع الصحي إلى خطط عمل سنوية.
2. عدم كفاية الموارد المالية والبشرية.
3. عدم التركيز على المستوى الأول للرعاية (حزمه الخدمات الأساسية)، كما لم تعطى الأولوية للنساء والأطفال والفقراء في تقديم الخدمات، إذ أن نصيب الرعاية الصحية الأولية لم يتجاوز 6% من إجمالي الإنفاق على الصحة، في حين تجاوز الإنفاق على المستشفيات 17% من إجمالي الإنفاق على الصحة.
4. إن مفهوم اللامركزية المالية والإدارية وفقاً للإستراتيجية قد أسئ فهمه والتعامل معه، الأمر الذي أدى إلى عدم وضوح العلاقات بين قيادات وزارة الصحة العامة والسكان وبين مكاتبها في المحافظات.

¹ الجمهورية اليمنية، الدليل التدريبي للتخطيط الصحي في المديرية، مرجع سبق ذكره، ص 4.

² وزارة الصحة العامة والسكان، الخطة الخمسية الثالثة للتنمية الصحية والتخفيف من الفقر 2006-2010م، مرجع سبق ذكره، ص 36.

³ نفس المرجع السابق، ص 37.

الفصل الثاني: واقع القطاع الصحي اليمني وآفاق إصلاحه

5. لم يشرك القطاع الصحي الخاص في رفع كفاءة وفعالية الخدمات الصحية، فما زال يعاني من سوء التنظيم، وغياب تطبيق معايير الجودة والأمان.
6. الاستمرار في إتباع النموذج التقليدي في إعداد وتقدير واعتماد الميزانية، وليس وفقاً للاحتياجات، كما إن ميزانية تشغيل المرافق القائمة غير كافية، وما اعتمد منها لا يصرف بشكل فعلي.
7. عدم انخراط المنظمات الدولية والمانحين بشكل فعلي وجاد ومخطط له مسبقاً في تنفيذ أهداف الوزارة وأولوياتها.

وفي ضوء نتائج استراتيجية اصلاح القطاع الصحي 1996م-2005م، وفي ضل الحاجة الملحة لإصلاح القطاع الصحي ومواجهة التحديات التي تواجه عملية التطوير في النظام الصحي الوطني، قامت الوزارة بإعداد ورسم الخطة الخمسية الثالثة للتنمية والصحة والتخفيف من الفقر 2006م-2010م، والتي تهدف إلى تحقيق ما يلي¹:

- أ. خفض معدلات المراضة والوفيات الناجمة عن : الأمراض المعدية وغير المعدية، المخاطر المصاحبة للحمل والولادة، الوضع التغذوي المتدني، السلوك المضر بالصحة العامة للمجتمع.
- ب. توفير وتحسين جودة الخدمات الصحية وخاصة : الخدمات الوقائية، الخدمات العلاجية والتشخيصية، خدمات الطوارئ والإسعاف، خدمات نقل الدم، السياسة الدوائية.
- ج. تنمية وتطوير الإدارة والموارد الصحية وخاصة: الكوادر الصحية، الإدارة الصحية، نظام المديرية الصحية، تمويل النظام الصحي، التشريعات الصحية، الوصف الوظيفي، نظام الحوافز والأداء.
- د. تعزيز أداء النظام الصحي، من خلال إحراز تقدم فيما يتعلق بالصحة العامة من خلال: إشراك المرأة في القطاع الصحي، مشاركة المجتمع، مشاركة القطاع الصحي الخاص، استحداث وسائل جديدة لتقديم الخدمات الصحية، تفعيل دور مؤسسات المجتمع المدني، استحداث نظام للمعلومات الصحية متكامل وموحد وموثوق به.
- هـ. تشجيع وتعزيز البحوث والدراسات في مختلف المجالات الصحية وخاصة الطبية والوبائية والتقييمية.
- و. إصدار وتفعيل القوانين والتشريعات اللازمة.

¹الجمهورية اليمنية، الخطة الخمسية الثالثة للتنمية الصحية والتخفيف من الفقر 2006م-2010م، مرجع سبق ذكره، ص ص38-39.

الفصل الثاني: واقع القطاع الصحي اليمني وآفاق إصلاحه

وقد سعت وزارة الصحة العامة والسكان إلى تحقيق تلك الأهداف واضعةً في الحسبان عدداً من الأولويات للسياسات والاستراتيجيات الصحية والتي يمكن تلخيصها فيما يلي¹:

أ. تطوير نظام تقديم الخدمات من خلال ما يلي :

- الاستمرار باعتماد نهج الرعاية الصحية الأولية كركيزة أساسية في تقديم خدمات ميسورة ومتوفرة وقليلة التكلفة وتحقيق العدالة في توزيعها.
- مكافحة أمراض الطفولة المستهدفة في برنامج التحصين.
- مكافحة الأمراض المستوطنة والشائعة (المالريا، الاسهالات- سوء التغذية - الأمراض النفسية - البلهارسيا - التهاب الكبد الوبائي- الايدز - الجذام).
- تحسين صحة الأمهات وتخفيض المخاطر العالية.
- تعزيز دور التنقيف والإعلام الصحي.
- تعزيز نشر خدمات الطوارئ ومجانية طوارئ التوليد.
- تعزيز وتطوير خدمات نقل الدم.

ب. تعزيز وتطوير النظام الصحي من خلال :

- تطوير نظام المعلومات الصحية.
- بناء القدرات الإدارية والتخطيطية.
- تعزيز نظام المتابعة والتقييم.
- توفير الموارد البشرية المؤهلة والمدربة .

ج. مراجعة وتطوير وتنظيم وتفعيل السياسات الدوائية، ونظام الإمداد والتموين من خلال :

- تطبيق السياسة الدوائية المقررة في إطار السياسة الصحية العامة، بما يضمن تقديم الخدمات الصحية الجيدة، وتوفير الأدوية ذات الجودة والفاعلية والمأمونة، والأسعار والكميات المناسبة، والتي تلبي احتياجات المواطنين في عموم محافظات الجمهورية وفي كل الأوقات.
- ضمان ملائمة التشريعات للمتغيرات وتطبيقها.
- التأكيد على أهمية السياسة الدوائية وتطويرها والالتزام بتنفيذها.
- التأكيد على أهمية قيام الجهات المعنية بدورها الفاعل في إحكام السيطرة على منافذ تسريب الأدوية غير الرسمية إلى داخل البلاد، والتخلص من أسبابها وأضرارها.

¹ الجمهورية اليمنية، الخطة الخمسية الثالثة للتنمية الصحية والتخفيف من الفقر 2006م- 2010م، مرجع سبق ذكره، ص 40.

الفصل الثاني: واقع القطاع الصحي اليمني وآفاق إصلاحه

- ضمان قيام الجهات المختصة بدورها في التنقيف الصحي والدوائي وضمان الالتزام بالوصف والاستخدام الرشيد للأدوية.

من خلال ماسبق يخلص الباحث إلى أن هذه الخطة قد أكدت على أهمية تبني تطبيق برامج ونظم الجودة في القطاع الصحي بصورة ضمنية.

المطلب الرابع: الإستراتيجية الوطنية الصحية 2010-2025م(آفاق الإصلاح الصحي)

جاءت الإستراتيجية الوطنية الصحية 2010-2025م لتمثل استشراف لمستقبل إصلاح النظام الصحي اليمني، وقد خصص هذا المطلب لاستعراض هذه الإستراتيجية لتوضيح أهم ما يميزها عن ما سبقها من استراتيجيات وخطط من خلال النقاط الآتية :

أولاً : الرؤية والرسالة والقيم والمرتكزات التي قامت عليها هذه الإستراتيجية¹:

1. الرؤية* : " تسعى وزارة الصحة العامة والسكان، إلى رفع مستوى صحة المجتمع عبر نظام صحي يتميز بتقديم خدمات صحية عالية الجودة لجميع أفراد المجتمع دون تمييز، إيماناً منها بأن الصحة حق من حقوق الإنسان".
2. الرسالة** : "تسعى وزارة الصحة العامة والسكان إلى تحقيق رضا المستفيدين من الخدمات الصحية والعاملين فيها، من خلال تقديم خدمات صحية وقائية وتشخيصية وعلاجية وتأهيلية متميزة و ذات جودة عالية، مراعية العدالة في توزيع الموارد، كما تعمل على بناء نظام للمراقبة والتقييم يدعم اتخاذ القرارات السليمة، المبنية على البراهين والأدلة العلمية، لرفع مستوى أداء النظام الصحي الوطني على مختلف المستويات".
3. القيم والمرتكزات : وضعت وزارة الصحة العامة والسكان رؤيتها ورسالتها الإستراتيجية للمرحلة القادمة 2010م-2025م على عدد من القيم والمرتكزات، التي من شأنها أن توجه العاملين ومتخذي القرار في القطاع الصحي لتحديد الأولويات الصحية وتوزيع الموارد المحدودة، وتقديم الخدمات الصحية التي يحتاجها المجتمع وبالجودة المطلوبة، ويمكن حصر القيم والمرتكزات التي قامت عليها هذه الإستراتيجية في الآتي :

* الرؤية وصف لما تحب المنظمة أن تكون عليه. فهي تشير إلى فئة من المقاصد العريضة، الشاملة، والمستقبلية النظرة. وينبغي أن تتسم الرؤية بأكثر قدر من الشعور بالإنجاز (رؤية ملهمة). كما يجب أن تصل إلى أكبر عدد ممكن من الناس. وهي عادة لا تكون مكتوبة فإذا كتبت فإنها تسمى بيان الرؤية (يجب هذا البيان عن السؤال : ماذا ترجو المنظمة أن تكون في المستقبل؟). انظر خوجه توفيق بن احمد وآخرون، قاموس مصطلحات أداة الاعتماد العربية، مرجع سبق ذكره، ص259.

** الرسالة هي بيان تحريري موسع، تشرح فيه المنظمة ما تفعله، ولماذا أنشأت. والرسالة تميز كل منظمة عن غيرها من المنظمات. فهي بيان حول غرض منظمة ما أو أحد مكوناتها. وعادة ما يكتب بيان الرسالة قبل صياغة مراميها وأغراضها. وتفيد الرسالة في تعريف سبب وجود المنظمة وأغراضها وتفرّد حروفها، وتجب عن التساؤلات المتعلقة بكل ذلك. انظر خوجه توفيق بن احمد وآخرون، قاموس مصطلحات أداة الاعتماد العربية، مرجع سبق ذكره، ص236.

¹ الجمهورية اليمنية، الإستراتيجية الوطنية الصحية 2010-2025م، مرجع سبق ذكره، ص ص45-46.

الفصل الثاني: واقع القطاع الصحي اليمني وآفاق إصلاحه

1. التوزيع العادل للموارد، وتقديم الخدمات الصحية للمجتمع وضمان حصول كل فرد عليها دون تمييز.
2. التحسين المستمر للجودة بما يضمن تحقيق رضا المستفيدين عن الخدمات الصحية المقدمة.
3. الحرص على المشاركة الفاعلة للمجتمع في اتخاذ القرارات المتعلقة بتحسين الصحة وتقدير الاحتياجات من الخدمات الصحية.
4. ضمان استمرارية التمويل الصحي، والاستخدام الأمثل للموارد.
5. اللامركزية في اتخاذ القرار وتقديم الخدمات الصحية.
6. الحرص على المشاركة والتنسيق والتعاون بين القطاع الصحي وبقية القطاعات؛ لأن تحقيق أهداف التنمية الصحية لا يمكن أن تتم بجهود القطاع الصحي بمفرده دون تضافر جميع الشركاء في عملية التنمية.
7. العمل بروح الفريق الواحد والحوار المفتوح لمناقشة القضايا الصحية بشفافية وموضوعية.
8. الالتزام بالأهداف الإستراتيجية الوطنية والمعاهدات والالتزامات الإقليمية والدولية مثل: إعلان المآتا(1978م)*، وإعلان الدوحة حول الرعاية الصحية الأولية(2008م)** والتزاماتها مع دول مجلس التعاون الخليجي.

ثانياً : الغرض من الإستراتيجية الوطنية وأهميتها : هذه الإستراتيجية هي الأساس الذي سوف تبنى عليه عملية صياغة السياسات الصحية وصنع القرارات ووضع الخطط الإستراتيجية والتنفيذية وآلية تطبيقها في القطاع الصحي مستقبلاً.

ثالثاً : الأهداف العامة للإستراتيجية الوطنية الصحية : تسعى وزارة الصحة العامة والسكان من خلال هذه الإستراتيجية إلى تحقيق ما يلي¹:

1. تحقيق مستوى صحي أفضل لجميع سكان الجمهورية اليمنية بالتعاون مع القطاعات الأخرى.
2. تقديم خدمات صحية مطابقة لمعايير الجودة، وإتاحتها لجميع السكان.

*إعلان المآتا هو : الإعلان العالمي حول الرعاية الصحية الأولية عن المؤتمر الدولي الذي عقدته منظمة الصحة العالمية في مدينة المآتا بجمهورية كازاخستان في الثاني عشر من سبتمبر عام 1978. الذي يمثل مجموعة من المبادئ المهمة لتطوير الخدمات الصحية، ويشكل إستراتيجية واضحة لإحداث التغيير الاجتماعي القادر على معالجة القيود السياسية والاقتصادية التي تحول دون تطوير الخدمات الصحية. يراجع في ذلك: بدور علي، الملف الصحي، الراية (على الخط)، 2008م، نوفمبر، متاح على <http://www.mohamoon-qa.com> تم التحميل في 2010\12\30.

**مؤتمر الدوحة هو: مؤتمر دولي حول الرعاية الصحية الأولية الذي أقيم في الدوحة في الفترة 1-4 نوفمبر 2008م، تجدد التزام إقليم شرق المتوسط بالرعاية الصحية باعتبارها الوسيلة لتحقيق صحة أفضل. وقد قدم هذا المؤتمر فرصة لبلدان إقليم شرق المتوسط لتحديد التوجّهات المستقبلية لتوجيه النظم الصحية نحو إدماج الرعاية الصحية الأولية، وإتباع أسلوب العمل المتعدد القطاعات. لمزيد من المعلومات أنظر: شوقي شيرين، الرعاية الصحية في شرق المتوسط من المآتا إلى الدوحة، المجلة الصحية لشرق المتوسط، 2010م، ديسمبر، المجلد السادس عشر، العدد الثاني عشر، ص1285.

¹ الجمهورية اليمنية، الإستراتيجية الوطنية الصحية 2010-2025م، مرجع سبق ذكره، ص46.

الفصل الثاني: واقع القطاع الصحي اليمني وآفاق إصلاحه

3. رفع مستوى أداء النظام الصحي و كفاءة العمل والعاملين به في مختلف مستوياته.
4. الاستجابة المناسبة والملائمة لاحتياجات السكان.
5. رفع مستوى الوعي بالقضايا الصحية والإسهام في خفض معدل النمو السكاني ومواجهة المحددات الاجتماعية للتنمية الصحية ودعم تحسين نوعية الحياة.
6. حشد موارد إضافية لتمويل الخدمات الصحية والتركيز على نظام التأمين الصحي والاجتماعي.

رابعاً : النتائج المتوقعة من الإستراتيجية الوطنية الصحية : تسعى وزارة الصحة من خلال ترجمة هذه الإستراتيجية إلى برامج وأنشطة تنفيذية إلى تحقيق النتائج الآتية¹ :

1. تحسين جودة الخدمات الوقائية والتشخيصية والعلاجية و التأهيلية في جميع المرافق الصحية.
2. تعزيز وتطوير النظام الصحي الوطني ليكون قادراً على أداء المهام التي تساعد في تحقيق الأهداف الوطنية العامة للصحة.
3. خفض معدلات الوفيات في جميع فئات السكان، والتركيز على خفض وفيات الأمهات وحديثي الولادة والرضع والأطفال دون الخامسة، من خلال تقديم خدمات الرعاية الصحية الأولية الشاملة ذات الجودة العالية.
4. خفض معدلات حدوث انتشار الأمراض المعدية والمزمنة التي تصيب جميع فئات السكان وخاصة الأطفال والنساء في سن الإنجاب.
5. الحرص على التنسيق الفعال بين القطاعات الصحية المختلفة للشركاء، للعمل من أجل السيطرة على العوامل البيئية التي تساهم في حدوث وانتشار الأمراض والتصدي للمحددات الاجتماعية للتنمية الصحية.
6. رفع مستوى الوعي لدى جميع السكان وكسب تأييد صانعي القرار في مختلف القطاعات الحكومية وغير الحكومية في حل القضايا الصحية ذات الأولوية، ومن بينها القضايا المتصلة بالصحة البيئية والمهنية.

رابعاً : المنهجية المتبعة في بناء وصياغة الإستراتيجية الوطنية الصحية

اعتمدت عملية صياغة هذه الإستراتيجية على ثلاث مراحل، والتي اعتمدت بشكل أساسي على نتائج المراجعة المشتركة للقطاع الصحي، وبلاستفادة من التجارب والدروس المنبثقة من تنفيذ إستراتيجية إصلاح القطاع الصحي السابقة والخطط المنبثقة منها، هذه المراحل يمكن إيجازها في الآتي :

1. المرحلة الأولى : وفيها تم تقييم الوضع الراهن للقطاع الصحي وتحليله، وقد نفذت هذه المرحلة من خلال استخدام الطرق العلمية في التقييم والتحليل، للخروج بنتائج يمكن الوثوق

¹ الجمهورية اليمنية، الإستراتيجية الوطنية الصحية 2010-2025م، مرجع سبق ذكره، ص 47.

الفصل الثاني: واقع القطاع الصحي اليمني وآفاق إصلاحه

بها باستخدام إطار عملي دولي معتمد، وهو الإطار المعتمد لدى المؤسسة الأوروبية لإدارة الجودة¹، هذا الإطار يمكن توضيحه من خلال الشكل رقم (2-4) الآتي :

شكل رقم (2-4) إطار عمل المراجعة المشتركة للقطاع الصحي اعتماداً على معيار المؤسسة الأوروبية لإدارة الجودة

النتائج والمكاسب الوطنية	رضا المستفيدين	العمليات تقديم الخدمات الصحية على مختلف المستويات	الموارد البشرية	القيادة و الحوكمة
	رضا العاملين		التخطيط	
	مخرجات موضوعية		الموارد الأخرى	
	النتائج	العمليات	المدخلات	

-Gray L. Stading, Robert J. Vokurka, “ Building quality strategy content using the process from national and international quality awards”, TQM & Business Excellence, Vol. 14, No. 8, October, 2003, p.937.

وقد تم تحويل وترتيب ما جمع من معلومات إلى مكونات إطار العمل الشامل كما هو مشار إليه في الشكل أعلاه، حيث قسمت إلى مدخلات وعمليات ونتائج، استناداً إلى نموذج المؤسسة الأوروبية لإدارة الجودة، فالمدخلات هي (القيادة، الكادر، التخطيط، الموارد)، أما العمليات فهي جودة تقديم الخدمات، وتمثلت النتائج في (رضا المستفيدين، رضا مقدمي الخدمة، مخرجات القطاع الصحي ومساهمته في تحقيق المكاسب الوطنية).

2. المرحلة الثانية (مرحلة تحديد التوجهات المستقبلية) : في هذه المرحلة قام الخبراء المحليون بالتفاوض فيما بينهم للوصول إلى أهداف واقعية مطلوب تحقيقها حتى العام 2015م².

3. المرحلة الثالثة (مرحلة إعداد الاستراتيجية الوطنية) : في هذه المرحلة تم ترجمة ما تم التوصل إليه في المرحلة الأولى والثانية إلى إستراتيجية وطنية صحية لمدة 15 عاماً، ولكي تكون هذه الإستراتيجية مترابطة مع المعايير الدولية، فقد تم مقارنتها مع مرجعية علمية معتمدة في توجهاتها، حيث تم اختيار المكونات الأساسية الستة للنظام الصحي لمنظمة

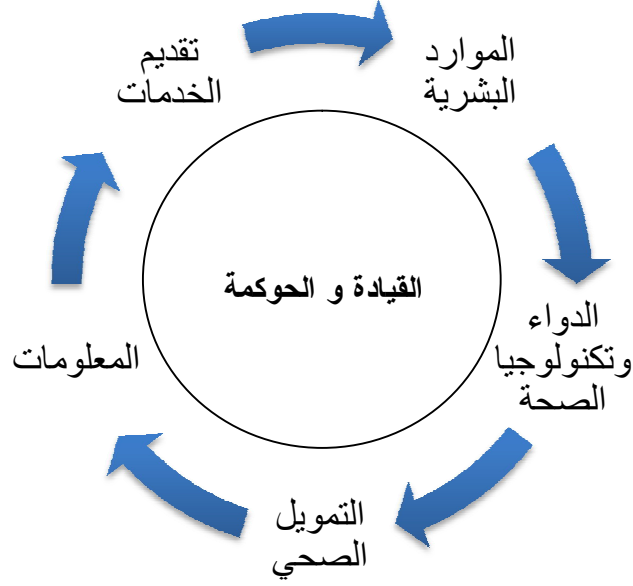
¹ الجمهورية اليمنية، الإستراتيجية الوطنية الصحية 2010-2025م، مرجع سبق ذكره، ص 49.

² نفس المرجع، ص 50.

الفصل الثاني: واقع القطاع الصحي اليمني وآفاق إصلاحه

الصحة العالمية (أنظر الشكل الموضح أدناه)¹، الذي يشبه نموذج المؤسسة الأوروبية لإدارة الجودة الذي تم الاعتماد عليه أثناء المراجعة في المرحلة الأولى لصياغة هذه الإستراتيجية.

شكل رقم(2- 5) المكونات الأساسية الستة للنظام الصحي بحسب منظمة الصحة العالمية



المصدر: منظمة الصحة العالمية، نقلا عن : الجمهورية اليمنية، الإستراتيجية الوطنية الصحية 2010-2025م، مرجع سبق ذكره، ص51.

في ضوء ماسبق يمكن ملاحظة عدة نقاط ميزت عملية وضع هذه الإستراتيجية هي :

- الحصول على دعم والتزام مجلس الوزراء ووضع الإستراتيجية على قائمة الأعمال الهامة للعام 2009م، كما حظيت أيضا بدعم والتزام قيادة وزارة الصحة العامة والسكان.
- التركيز على جودة الخدمات الصحية، والعمل على تطوير نظاماً للجودة وتحسين الأداء والمراقبة والتقييم.
- القراءة الموضوعية لواقع ومشكلات النظام الصحي الحالي من جميع جوانبه، والحرص على استخدام الطرق العلمية والعملية في التحليل واقتراح الحلول برؤيا شفافة ومحايدة.
- التأكيد على ضرورة ترجمة السياسات والاستراتيجيات إلى آليات عملية يمكن تطبيقها على أرض الواقع. وجعل صحة المجتمع وتحسينها هدف رئيسي ضمن أهداف التنمية الشاملة والمستدامة.
- المشاركة الواسعة والفاعلة من مختلف شركاء التنمية (المحليين والدوليين) بما فيها القطاع الخاص والقطاعات الأخرى ذات العلاقة في تحديد مكامن القصور والضعف في القطاع الصحي ووضع مقترحات للحلول.

¹ الجمهورية اليمنية، الإستراتيجية الوطنية الصحية 2010-2025م، مرجع سبق ذكره ، ص50.

الفصل الثاني: واقع القطاع الصحي اليمني وآفاق إصلاحه

- لأول مرة تم اخذ آراء المستفيدين ومقدمي الخدمات الصحية في مختلف مستويات النظام الصحي.
- ربط التوجهات الإستراتيجية بمعايير ومؤشرات لتحقيق الأهداف المنشودة للقطاع الصحي ككل، وليس كما جرت العادة بوضعها لبعض البرامج فقط. والحرص على المبادئ الأخلاقية والمهنية في مختلف مراحل العمل ضمن إطار أن الصحة حق من حقوق الإنسان.
- مراعاة الأهداف والتوجهات الوطنية والتزامات الحكومة عند وضع هذه الإستراتيجية الوطنية الصحية.

وخلاصة القول، نلاحظ أن الخبراء اللذين كلفوا بصياغة هذه الإستراتيجية، قد اعتمدوا المدخل النظمي للجودة في تحليل الوضع الراهن للقطاع الصحي وصياغة الإستراتيجية الوطنية الصحية، لذا خصص الفصل الثالث من هذه الدراسة، لتوضيح دور أنظمة الجودة في تحسين أداء المرافق الصحية، ودورها في رفع مستوى جودة الخدمات الصحية التي تقدمها هذه المرافق، من خلال إجراء دراسة حالة على مستشفى 48 النموذجي الذي تبنى تطبيق نظام الجودة الشاملة بهدف الحصول على شهادة الاعتماد الدولية من قبل اللجنة المشتركة الدولية لاعتماد المؤسسات الصحية (JCI).

خلاصة الفصل الثاني

لقد مر القطاع الصحي اليمني بمرحلتين هامتين منذ قيام الثورة اليمنية في عام 1962، تمثلت المرحلة الأولى بالفترة التي سبقت قيام الوحدة اليمنية في عام 1990م، حيث تميزت الأوضاع الصحية للمجتمع في ذلك الوقت بانتشار الأوبئة والأمراض وانتشار الشعوذة والطب البديل (التداوي بالأعشاب). فقد كانت اليمن تعاني من نقص شديد في المرافق الصحية والكوادر الطبية المؤهلة، بالإضافة إلى النمو المضطرب للسكان، وضعف إمكانيات الدولة وشحت الموارد والإمكانات، وتركز اهتمام النظام الصحي في ذلك الوقت على الجانب العلاجي، أما الجانب الوقائي فلم يكن له حضور. وقد تميزت الفترة التي تلت قيام الوحدة اليمنية في عام 1990م، بدخول القطاع الصحي الخاص كشريك لجأت إليه الحكومة لمواجهة الطلب المتزايد على الخدمات الصحية من قبل المجتمع، كما شهدت هذه الفترة التوسع في بناء المرافق الصحية العامة والمنشآت الصحية الخاصة، ونتيجة لشحه الإمكانيات والموارد في القطاع الصحي العام، فقد أصبح القطاع الصحي الخاص هو المعول عليه بالدرجة الأساسية في توفير الخدمات الصحية للمجتمع، ونظرا لغياب المنافسة والمتابعة الصارمة لمنشآت هذا القطاع، فإن مستوى جودة خدماته كان متدنياً.

والياً يقدم النظام الصحي اليمني خدماته من خلال ثلاثة قطاعات هي : القطاع العام، القطاع الخاص الربحي والقطاع الخيري، حيث يقدم القطاع العام خدماته من خلال العديد من المرافق التي تم توزيعها ضمن أربعة مستويات يختص كل مستوى بتقديم حزمة محددة من الخدمات الصحية، ويعاني التنظيم الهيكلي العام لوزارة الصحة العامة من خلل كبير في تعامله مع الجودة.

كما أشارت العديد من الدراسات إلى أن النظام الصحي اليمني بمختلف قطاعاته يعاني من العديد من المشاكل والتحديات وفي جوانب متعددة، أدت إلى تدني مستوى أداء المرافق الصحية وانخفاض جودة خدماتها، ومن أبرز هذه المشاكل، عدم كفاية النفقات الحكومية المخصصة للصحة، عدم اهتمام قيادة الوزارة بتطبيق برامج ونظم الجودة في مرافقها الصحية، عدم كفاية الموارد البشرية الصحية (المحلية) وتمركزها في المدن الرئيسية، ضعف الرقابة على القطاع الصحي الخاص. لذلك تبنت وزارة الصحة العامة والسكان صياغة وتنفيذ عدد من الاستراتيجيات والخطط لإصلاح القطاع الصحي اليمني كان من أبرز أهدافها، الرقي بجودة خدماته، تحسين أداء المرافق والمنشآت الصحية التابعة له، حيث أكدت هذه الاستراتيجيات والخطط على ضرورة تبني تطبيق نظم وبرامج الجودة في مختلف المرافق والمنشآت الصحية كخطوة أساسية في طريق إصلاح القطاع الصحي اليمني، وتعتبر تجربة مستشفى 48 النموذجي في تطبيق نظام الجودة سعيًا منه للحصول على شهادة الاعتماد والإيزو، من أبرز الأمثلة على نجاعة نظم الجودة في تحسين أداء المرافق الصحية ورفع مستوى جودة خدماتها. والتي سيتم التطرق إليها في الفصل الثالث من هذا البحث.

الفصل الثالث

دور نظام الجودة

في تحسين أداء مستشفى 48 النموذجي
(دراسة حالة)

تمهيد

بعد استعراض الدور التكاملي الذي تلعبه نظم الجودة والاعتماد في تحسين أداء المرافق الصحية في الفصل الأول من هذا البحث، وبعد أن تم التعرف على واقع القطاع الصحي في الجمهورية وأفاق إصلاحه ومستوى جودة خدماته في الفصل الثاني من هذا البحث، يأتي هذا الفصل ليستعرض تجربة مستشفى 48 النموذجي في تطبيق نظام الجودة الشاملة، ومن ثم التعرف على مستوى التحسن في أداء هذا المستشفى، بالإضافة إلى تقييم مستوى التطابق الذي حققه المستشفى مع معايير نظام الاعتماد. وقد قُسم هذا الفصل إلى أربعة مباحث، تناول المبحث الأول تجربة مستشفى 48 النموذجي في تطبيق نظام الجودة الشاملة، بينما تناول المبحث الثاني استعراض نتائج تقييم مدى مطابقة المستشفى لمعايير أداة الاعتماد العربية للمؤسسات الصحية، أما المبحث الثالث فقد خصص لاستعراض نتائج تقييم المرضى لمستوى الأداء الذي وصل إليه المستشفى، وأخيراً خصص المبحث الرابع لاستعراض نتائج تقييم العاملين في مستشفى 48 للدور الذي لعبه نظام الجودة في تحسين أداء المستشفى. وقد اعتمد الباحث على الاستبيان كأداة أساسية لجمع البيانات، كما اعتمد الباحث في عملية التقييم باستخدام معايير الاعتماد على المقابلات الشخصية والملاحظة كأداة رئيسية لجمع البيانات.

المبحث الأول : تجربة مستشفى 48 في تطبيق نظام الجودة

رغم حداثة عهد مستشفى 48 النموذجي كمرفق صحي، إلا أنه قد ظل نموذجاً طيباً مغايراً كماً ونوعاً في القطاع الصحي اليمني عموماً، ويُتوقع أن يسهم في تغيير النظام الحالي للمستشفيات الحكومية اليمنية إن استمر في وتيرته الخدمية النوعية وسعى إلى تطويرها بما يتلاءم مع التطورات في حاجات وتوقعات المجتمع من جهة، ومع التطورات السريعة في المجال الصحي عموماً. وقد خصص هذا المبحث لتسليط الضوء على تجربة مستشفى 48 النموذجي في تطبيق نظام الجودة الشاملة من خلال ثلاثة مطالب، تناول المطلب الأول التعريف بالمستشفى وهيكله التنظيمي، بينما تناول المطلب الثاني استعراض أهم نقاط القوة والضعف في المستشفى، وأخيراً يعرض المطلب الثالث عملية تطبيق نظام الجودة الشاملة في المستشفى.

المطلب الأول : نبذة تعريفية عن مستشفى 48 النموذجي وأهم إنجازاته

يعد مستشفى 48 النموذجي احد المرافق الصحية العامة في اليمن، وقد كانت البدايات الأولى له قبل الافتتاح بخمسة أشهر، ففي ذلك الحين كان المستشفى لا يمتلك أي نظام تشغيل أو طاقم فني أو مالي أو إداري، حتى الكوادر الإدارية المساعدة كانت لا تمتلك خبرة كافية لإدارة المستشفى، وخلال فترة وجيزة تم تجهيز كافة متطلبات المستشفى، حيث تم إعداد مبادئ وقواعد أساسية

الفصل الثالث : دور نظام الجودة في تحسين أداء مستشفى 48 النموذجي (دراسة حالة) —

لإدارة المستشفى، كما تم تأهيل واختيار الكادر، بالإضافة إلى استكمال التوصيف الوظيفي لجميع الموظفين ووضع منهجية ومرجعية لتشغيل المستشفى بحسب المواصفات العالمية¹. وعلى الرغم من أن البداية كانت صعبة، إلا أنه ومنذ اليوم الأول لافتتاحه رسمياً تم إجراء العمليات الجراحية سواء في مجال الجراحة العامة أو جراحة العظام أو جراحة المخ والأعصاب. بعد ذلك تم العمل على رسم الخطة الإدارية للمستشفى وكذلك الموارد البشرية، كما تم استكمال التجهيزات والاحتياجات والأجهزة والمعدات².

وقد بدأ المستشفى بتقديم خدماته للمجتمع في مايو 2008م، حيث يعد احد المستشفيات المرجعية في القطاع الصحي العام تقدم فيه كافة خدمات الرعاية الصحية التي تقدم في مرافق المستوى الثالث من مستويات النظام الصحي الوطني. كما يقدم المستشفى خدمة التأمين الصحي لجميع منتسبي قوات الحرس الجمهوري وأسرهم، بالإضافة إلى أنه يقدم خدماته لعموم المواطنين مجاناً، فقد تم تخصيص يوم في كل أسبوع يستقبل فيه المستشفى أي مريض من المجتمع لا يشمله التأمين الصحي، كما يستقبل المستشفى جميع الحالات الطارئة أو الحوادث التي تصل إليه بدون استثناء وفي أي وقت.

تبلغ الطاقة الاستيعابية للمستشفى في الوقت الحالي 75 سريراً، ويجري حالياً العمل على استكمال إنشاء مبنى جديد يستوعب 125 سريراً إضافياً، والذي من المتوقع أن يكون جاهزاً بنهاية عام 2011م. كما أن المستشفى يعد مرجعاً صحياً في اليمن عموماً وفي صنعاء على وجه الخصوص. بالإضافة إلى انه يعد مستقبل رئيسي لحالات الإصابات الطارئة وحالات الحوادث المرورية بالمنطقة وكذا الشريان الرئيسي للخط (تعز- صنعاء) وما حولها، ويضم المستشفى عدداً كبيراً من العيادات والمراكز الطبية التخصصية*، كما يعمل بالمستشفى والمراكز التابعة له طاقماً طبياً قوامه 150 طبيباً بين استشاريين وأخصائيين وأطباء عموم، يتمتعون بخبرات مهنية عريقة ومنهم أطباء بارزون في مجال تخصصاتهم³.

وفيما يتعلق بالناحية الإدارية، فقد صيغت الخطة الإستراتيجية للمستشفى وفق المبدأ العالمي الذي يقوم على تحليل جوانب القوة والضعف والفرص والتحديات. حيث تم بناء الإستراتيجية على جانبين رئيسيين هما⁴:

أ. الجانب الأول : تحليل جوانب القوة والضعف بالتزامن مع تحليل العوامل الخارجية المناسبة، حيث سعى المستشفى إلى تحويل نقاط الضعف إلى قوة. فعلى سبيل المثال :

* انظر الشكل رقم (3-1) الهيكل التنظيمي للمستشفى، ص122.

¹ عبد المغني ياسر، مستشفى 48 النموذجي [على الخط]، حوار أجراه العطاب نشوان، اليمن، الصحيفة الالكترونية لوكالة الأنباء اليمنية سبأ، 2011م، متاح على : <<http://www.sabanews.net>> (in 31/5/2011, at 17: 30).

² الموقع نفسه.

³ الموقع الرسمي لمستشفى 48 النموذجي [على الخط]، 2011م، الصفحة الرئيسية، متوفر على الموقع التالي : <<http://48mh.com>> (in 31/5/2011, at 17: 50).

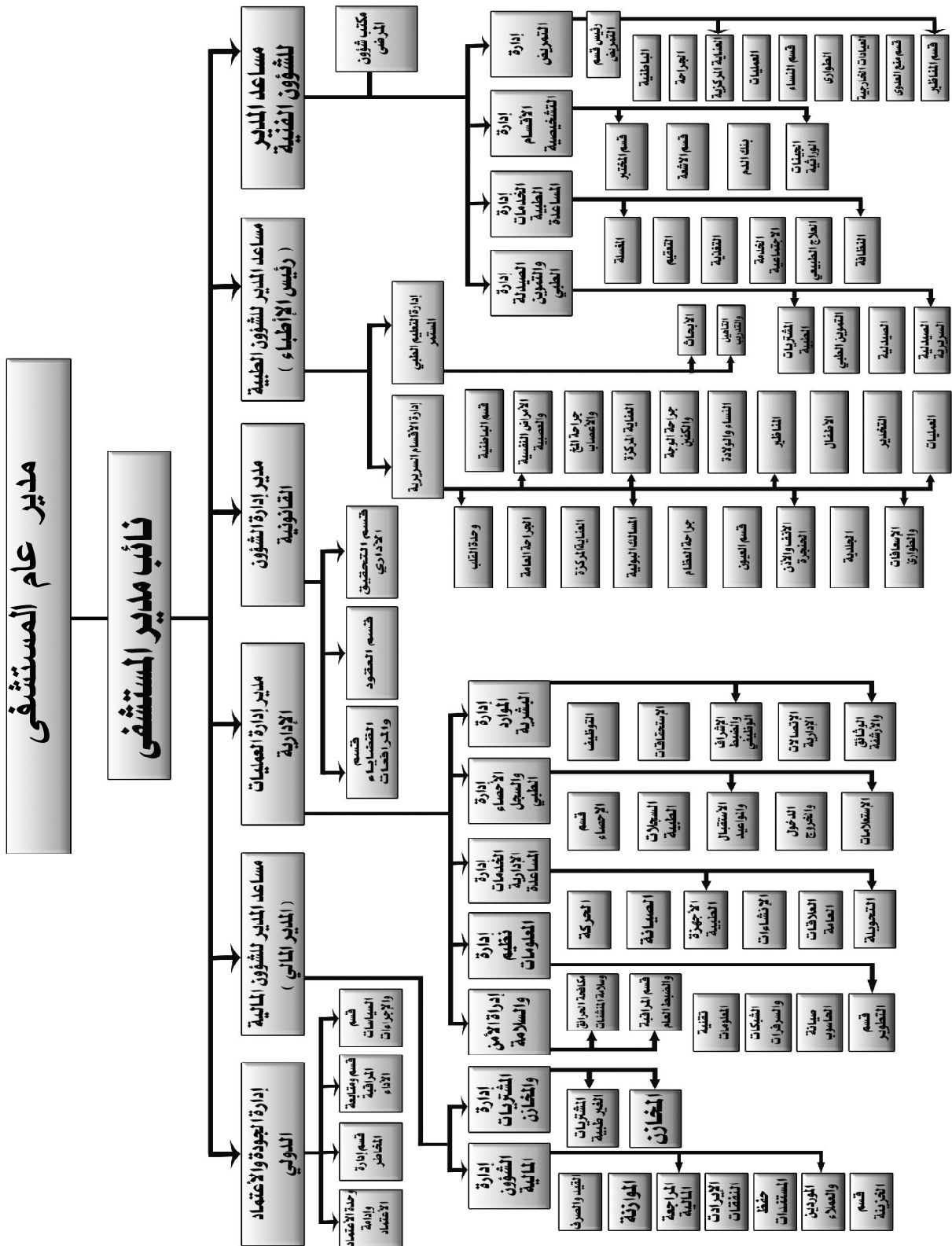
⁴ عبد المغني ياسر، مرجع سبق ذكره.

كان الكادر الذي تم توظيفه جديداً وليس لديه خبرة وهذه كانت نقطة ضعف، لكن تم تحويلها إلى نقطة قوة، بحيث تم تشكيل وتحويل الكادر وتدريبه وتوجيهه وفق المواصفات القياسية العالمية، وأصبحت نقطة قوة. أما نقطة الضعف الأخرى فقد تمثلت في أن المختبر عندما افتتح المستشفى كان لا يحتوي أية أجهزة، والآن يمكن اعتباره مختبراً من أحدث المختبرات الموجودة في اليمن في مختلف المجالات من حيث النوعية والتطور.

ب. أما الجانب الآخر من الإستراتيجية فتتدرج في إطار محاولة إنهاء سفر المرضى للعلاج في الخارج، وركز هذا الجانب من الإستراتيجية على تحليل العوامل الخارجية، حيث تم تقييم السوق المنافس في المستشفيات المختلفة سواء في القطاع العام أو الخاص، مع دراسة احتياج المرضى اليمنيين، وبالتالي تم العمل بما من شأنه تقديم خدمة ليست متوفرة وموجودة في اليمن مثل إضافة الفحص الوراثي للحمض النووي (DNA) وفحص الجينات والتقنيات الحديثة للطب الشرعي وفق أحدث المفاهيم العالمية. كما تم الاهتمام بتطوير جراحة المناظير وبكوادر يمنية 100% والتي يمكن القول أنها تعتبر في الصدارة في اليمن من حيث الفترة الوجيزة والنوعية.

ومن جانب آخر فقد تم وضع هيكل تنظيمي للمستشفى بحسب المواصفات العالمية وبما يتطابق مع معايير الجودة انظر الشكل رقم (3-1) التالي، والذي يمكن من خلاله التعرف على أقسام المستشفى ومستوى التنظيم فيه.

شكل رقم (3-1) الهيكل التنظيمي لمستشفى 48 النموذجي



من خلال الهيكل التنظيمي للمستشفى الموضح في الشكل رقم (3-1) السابق يمكن ملاحظة الآتي :

- يقدم المستشفى خدماته الصحية للمجتمع من خلال تسعة عشر قسم سريري يساندها أربعة أقسام تشخيصية، بالإضافة إلى صيدلية المستشفى، وهذا يعكس التنوع الكبير في خدمات المستشفى بما يتلاءم مع تنوع حاجات المرضى الصحية.
- موقع إدارة الجودة والاعتماد يمكنها من تأدية مهامها على أكمل وجه، كونها مرتبطة بمدير عام المستشفى مباشرة، ويعكس اهتمام الإدارة العليا بالجودة ودعمها لبرامجها.
- العدد الكبير للإدارات والأقسام الإدارية قياساً بالسعة السريرية للمستشفى، مما يؤدي إلى زيادة عدد الطاقم الإداري، وهذا سيعترب عالية ارتفاع في تكاليف تشغيل المستشفى.
- عالج الهيكل التنظيمي مسألة الازدواج في السلطة بين الطاقم الإداري والكادر الفني بصورة جيدة.
- هذا الهيكل يتناسب مع متطلبات تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة في المستشفى.
- يعكس هذا الهيكل مستوى عالي من التخصص في تأدية المهام.

المطلب الثاني : عناصر القوة والضعف في المستشفى

من غير المعقول أنه توجد منظمة لا تملك أي عناصر قوة أو عناصر ضعف خاصة في عصرنا هذا الذي يتسم بالتغير الدائم في البيئة الداخلية والخارجية، ومستشفى 48 النموذجي كغيره من المنظمات الصحية يمتلك عدداً من عناصر القوة والضعف تتمثل في الآتي :

أولاً : أهم الأنشطة والإمكانيات التي تميز بها المستشفى (عناصر القوة)

قام مستشفى 48 النموذجي بتنفيذ أنشطة صحية تعتبر الأولى من نوعها في اليمن ميزته عن كثير من المستشفيات العامة الموجودة حالياً في اليمن، كما يمتلك إمكانيات وتجهيزات فريدة، تمثلت هذه الأنشطة والإمكانيات في الآتي¹:

1. الأنشطة والإمكانيات الحالية : وتتمثل في الآتي :

أ. **تنظيم المخيمات الطبية** : كانت أول المهام التي أنيطت بالمستشفى عند افتتاحه هي مهام إقامة المخيمات الطبية التي تقدم مختلف الخدمات التشخيصية والعلاجية بما فيها خدمات الجراحة العامة وصرف الأدوية مجاناً، حيث تم الانتقال إلى عدة محافظات، وأقيمت المخيمات الطبية المتكاملة، والتي بلغ عددها حتى الآن 13 مخيماً طبياً تم خلالها معاينة وصرف الأدوية مجاناً لحوالي 400 ألف حالة مرضية، بالإضافة إلى إجراء أكثر من

¹ عبد المغني ياسر، مرجع سبق ذكره.

(5300) عملية جراحية في مختلف التخصصات، ورغم أن الفترة كانت سنتين لكن تم التغلب على كل المعوقات، ويمتلك المستشفى خطة عمل سنوية في هذا الجانب.

ب. **المستشفى الميداني** : بعد ذلك كلف المستشفى باستقبال جميع الحالات الجراحية المحولة من أحداث مديرية حرف سفيان (إصابات حرب الحوثيين بصعده)، وفي ذلك الحين شهد المستشفى نقلة نوعية في تقديم الخدمات الصحية، تمثلت بتوفير المستشفى الميداني على أرض المعركة، الذي يقوم بتقديم كافة الخدمات الصحية التي يقدمها المستشفى في مقره الرئيسي، مما زاد من سرعة تقديم الخدمات الصحية للجرحى، والتقليل من مخاطر التأخر في الوصول إلى المستشفى، بالإضافة إلى أنه خفف العبء على مقر المستشفى الرئيسي.

ج. **تطبيق نظام المعلومات الصحية** : في إطار استكمال البنية التحتية للمستشفى، تم إدخال نظام المعلومات الصحية، والذي يهدف إلى إدارة المستشفى باستخدام شبكة موحدة للحاسوب، فعند تطبيق هذا النظام أبدى خبراء الشركة التي أدخلت النظام والتي تعمل في أماكن عدة في العالم استغرابهم من سرعة استجابة كادر المستشفى وتعاملهم مع النظام خلال فترة ستة أشهر فقط، وهذه الفترة تشمل التركيب والتدريب والإدخال.

د. **مركز مختبرات الوراثة وبنك الدم** : تشكل المختبرات أحد الأقسام التشخيصية الرئيسية الهامة في أي مستشفى، فهي تخدم جميع مراكز وأقسام المستشفى بما تملكه من تجهيزات تعد من أحدث ما توصل إليه العلم في هذا المجال. حيث يقوم المركز وما يحويه من معامل تشخيصية بعمل جميع الفحوصات المتعلقة بالهرمونات، مؤشرات الأمراض السرطانية والقلبية، فقر الدم، السكر، الدهون والكوليسترول وغير ذلك من الفحوصات التشخيصية المتعددة. ومن أهم ما يميز مختبرات مستشفى 48 هو احتوائها على مختبرات الوراثة (DNA) التي تحوي عالماً من الفحوصات المتعلقة بالحمض النووي، إذ يحتوي المختبر على العديد من الأقسام كقسم البيولوجيا الجزيئية، قسم دراسة الكروموسومات وقسم الطب الشرعي، التي تقوم بعمل العديد من الفحوصات التشخيصية، و يتم فيها الفحص المباشر للحمض النووي الخاص بالفيروسات المسببة للأمراض المعدية، وتشخيص أمراض الدم الوراثية، تشخيص الخلل في الكروموسومات سواء في أعدادها أو أشكالها، الفحوصات الوراثية قبل الزواج، تحديد جنس المريض في حالة التثوهات الخلقية، والفحوصات المتعلقة بالأمور الجنائية وغير ذلك. كما يملك المركز بنك دم متطور متكامل ونوعي في تقديم خدماته التي تتميز بتجهيزاته بأحدث التقنيات العلمية المتمثلة بالتالي :

- تقنية تجميع وفصل مشتقات الدم بنظام عالٍ وسريع ومن ثم إعادة باقي مشتقات الدم إلى جسم المتبرع.

- تقنية الاختزال : التي تتميز في زيادة الأمان للشخص المستقبل للدم أو أحد مشتقاته، وذلك بقتل جميع الفيروسات والكائنات الممرضة مع الحفاظ على جودة وفاعلية تلك المشتقات.

- التقنية العلاجية التي يتم من خلالها ألياً إزالة مكونات الدم من الإنسان المريض لتقليل كمية الخلايا التالفة، وإضاب الوسيط المرضي، والتعويض عن تلك المكونات بمكونات سليمة وسوائل خاصة مع الحفاظ على توازن السوائل بجسم المريض، كما يتم إجراء العديد من الفحوصات المتعلقة ببنك الدم¹.

٥. من أهم ما يتميز به المستشفى هو مجانية الخدمات، فالمستشفى يقدم كافة خدماته مجاناً ولأي مريض يستقبله.

و. قدرته واستعداده لاستيعاب حالات يفوق عددها عدد أسرته الحالية، والتي قد تصل إلى ضعف عدد أسرته الحالية في حالة الحرب وبنفس الإمكانيات الحالية.

2. الأنشطة والخدمات المستقبلية للمستشفى

الصورة النهائية للمستشفى هي أن يصبح مدينة 48 الطبية، التي تحتوي على جميع التخصصات الطبية، والتي ستعمل على الحد من السفر إلى الخارج وتعمل على تقوية الرابطة ما بين المريض والطبيب اليمني. ولكي تكون مدينة طبية رائدة في مجال الخدمات الطبية والبحث العلمي ليس على مستوى اليمن ولكن على مستوى المنطقة بل وأوسع من ذلك، فقد تم التخطيط لإنشاء عدد من المراكز المتخصصة والتي تقدم خدمات المستوى الرابع من النظام الصحي اليمني، بالإضافة إلى زيادة السعة السريرية الحالية للمستشفى. ومن أهم الإنشاءات المستقبلية نذكر ما يلي² :

أ. زيادة السعة السريرية : ينفذ الجانب الصيني حالياً المرحلة الثالثة من مدينة 48 الطبية بسعة 125 سريراً، على أساس أنها ستخدم القطاع المدني وتستقبل حالات من المدنيين كذلك المرحلة الحالية للمستشفى لزيادة السعة السريرية، وأيضاً هناك خطة لإنشاء أول مختبر مرجعي في اليمن على غرار ما هو موجود في المدن الطبية العالمية، ويجري حالياً إنشاء مبني لعمليات التدخل الجراحي بالأشعة سيكون الأول من نوعه في اليمن.

ب. بنك الدم الأوتوماتيكي : بنك الدم الأوتوماتيكي مفهوم حديث لإنشاء بنك الدم بحيث أنه يتميز بنظام يعمل على زيادة فعالية الاستفاد من المتبرع مثلاً : لو أردت أن تحصل على جرعة علاجية من الصفائح الدموية تحتاج إلى ستة متبرعين، وبعد ذلك تعمل على فصل الصفائح وبعد ذلك تحصل على جرعة واحدة، الآن في هذه الطريقة سيأتي المتبرع ثم سيعمل الجهاز على سحب الصفائح الدموية فقط ثم يعيد بقية الدم إلى جسمه. أما فيما يتعلق بمركز تشخيص وعلاج أمراض الدم، فيتم حالياً العمل على توفير تقنية تغيير البلازما العلاجي (TBE)، والتي يتم خلالها تغيير دم المريض بالكامل مثل بعض الأمراض المناعية وحالات التسمم والتي ثبت فعاليتها علمياً في علاج مثل هذه الأمراض

¹ صفحة المستشفى على الانترنت، مرجع سبق ذكره.

² عبد المغني ياسر، مرجع سبق ذكره.

وخاصة في الإصابات الحادة. بحيث يتم سحب دم المريض بالكامل ومن ثم تصفيته من السموم والأجسام المضادة ومن ثم إرجاعه إلى جسمه، وهناك فاعلية كبيرة ويمكن أن تستخدم في حالات السموم.

ومن جهة أخرى هناك تحضيرات لإضافة أجهزة جديدة لاستخراج الخلايا الجذعية، وهناك تصور شامل يهدف إلى زراعة الخلايا الجذعية، وأيضاً يجري العمل على تطوير المختبر لإجراء فحوصات تطابق الأنسجة ما قبل عمليات زراعة الأعضاء والإمكانيات موفرة حالياً، وقد وضعت خطة إلى نهاية العام لتجهيز المختبر، بحيث سنكتمل جميع الفحوصات المخبرية الموجودة في الساحة الطبية.

ج. مركز العلاج الإشعاعي لمرضى السرطان: فيما يخص علاج السرطان بالإشعاع، فقد تم تجهيز مبني متكامل واختيار كادر مؤهل، كما تم التواصل والتنسيق مع اليابان واللجنة الوطنية للطاقة الذرية، وخلال شهر إلى شهرين سيتم إرسال الجهاز من اليابان بعد أن تم التفاهم مع الجانب الياباني بشأن توفير النواقص، كما أن المستشفى يمتلك خطاً لتطوير علاج السرطان بالإشعاع وتشغيله وفق أحدث المفاهيم العالمية.

ثانياً : التحديات التي تواجه المستشفى (عناصر الضعف)

على الرغم من الاهتمام الكبير الذي حظي به مستشفى 48 النموذجي من قبل الحكومة إلا أنه مازال يواجه عدداً من التحديات تمثل عيوب وعناصر ضعف للمستشفى كان أبرزها ما يلي :

- أ. انخفاض السعة السريرية الحالية للمستشفى.
- ب. العدد الكبير للمرضى المراجعين للمستشفى بشكل يفوق القدرة الاستيعابية الحالية للمستشفى.
- ج. عدم ملائمة التصميم الحالي لمبنى المستشفى لحجم وطبيعة الخدمات التي يقدمها.
- د. على الرغم من تعدد وتنوع الخدمات التي يقدمها المستشفى للمجتمع، إلا أن خدمات الأمومة والطفولة ورعاية الحوامل لم تحظى باهتمام كافٍ من قبل إدارة المستشفى.
- هـ. يعتبر اعتماد اللغة الانجليزية من أهم العيوب التي يعاني منها نظام المعلومات في المستشفى كونه يعمل في بيئة عربية، وبالتالي فإن ذلك سوف يحد من قدرة الموظفين ومتخذي القرار من تحقيق الاستفادة الكاملة من المعلومات التي يمكن أن يوفرها هذا النظام مالم يكونوا ملمين إمام جيداً باللغة الانجليزية.

المطلب الثالث : تطبيق نظام الجودة الشاملة في مستشفى 48 النموذجي

في سبيل السعي لتحقيق الهدف الرئيسي للمستشفى، والذي يتمثل في تقديم خدمة طبية ذات جودة عالية تفي باحتياجات وتوقعات المرضى وتحد من ظاهرة السفر إلى الخارج بحثاً عن الخدمة الصحية الجيدة، وفي سبيل إعادة الثقة إلى نفوس المرضى اليمنيين بجودة الخدمات الصحية المحلية، قامت إدارة المستشفى بتبني وتنفيذ خطة إستراتيجية لتطبيق نظام الجودة الشاملة، تطورت لتصبح وسيلة للحصول على الاعتراف الدولي بجودة خدمات المستشفى من خلال الحصول على شهادة دولية تؤكد ذلك، وقد لخصت هذه التجربة في النقاط الآتية :

أولاً : التخطيط للحصول على شهادة الاعتمادية الدولية (JCIA)

شهادة الاعتمادية الدولية للمستشفيات (JCIA) تمنح للمستشفى بعد أن يطابق المعايير والمقاييس الدولية للمنشآت الصحية التي وضعتها اللجنة المشتركة الدولية (JCI)، ومستشفى 48 بدأ مؤخراً بالسعي للحصول على هذه الشهادة. حيث تم التعرف على المواصفات والمعايير التي يتم التقييم بناءً عليها، وتم التواصل مع خبيرة في هذا المجال من الأردن وهي مسئولة عن الاعتمادية في الأردن، وقد اعتمدت إدارة المستشفى تطبيق نظام الجودة الشاملة كوسيلة لتحقيق هذا الهدف، حيث باشرت إدارة المستشفى بإنشاء إدارة مستقلة للجودة تحت إدارة مدير عام المستشفى وعضوية رؤساء الأقسام. وكان أول نشاط لهذه الإدارة هو إعادة هيكلة الهيكل التنظيمي للمستشفى، بعد ذلك تم وضع ونشر تعريف للجودة وإعادة صياغة رسالة ورؤية المستشفى وقيمة بما يتناسب مع متطلبات الجودة¹، نوجزها في الآتي² :

- **تعريف مستشفى 48 للجودة** : عرف المستشفى الجودة على أنها " التحسين المستمر لجودة الرعاية الصحية ومطابقتها للمعايير الدولية المعتمدة بهدف توفير بيئة آمنة للمرضى والعاملين ، ومواكبة التقدم العلمي".
- **الرؤية** : الريادة بمستوى الخدمة الطبية الشاملة إلى أفضل المستويات العالمية.
- **الرسالة** : تقديم خدمة طبية آمنة ذات جودة وكفاءة متميزة وبأقل تكلفة من خلال كوادر مؤهلة تواكب التطور العلمي في الخدمة المقدمة للمريض في اليمن .
- **القيم** : عطاء مقروناً بالامتثال للمريض، احترام قيم وخصوصيات المريض، العمل بروح الفريق، المصادقية، الضبط والربط.

بعد ذلك تم تشكيل 14 لجنة تخصصية في الجودة هي :

¹ الشرعي ماجد، تطبيق الجودة في مستشفى 48 النموذجي، حوار أجراه الوصابي منير، اليمن، مستشفى 48 النموذجي، 2011/5/15م.

² صفحة المستشفى على الانترنت، مرجع سبق ذكره.

الفصل الثالث : دور نظام الجودة في تحسين أداء مستشفى 48 النموذجي (دراسة حالة) .

- لجنة قيادة الاعتماد.
- لجنة الإدارة والقيادة.
- لجنة تحسين الجودة وسلامة المرضى.
- لجنة حقوق المرضى وعائلاتهم.
- لجنة إدارة المعلومات والسجلات الطبية.
- لجنة منع ومكافحة العدوى.
- لجنة إدارة واستخدام الدواء.
- لجنة رعاية المرضى.
- لجنة تقييم المرضى.
- لجنة الجراحة والتخدير.
- لجنة تثقيف المرضى وعائلاتهم.
- لجنة استمرارية وسهولة الوصول إلى الخدمة.
- لجنة الشهادات والتعليم.
- لجنة السلامة العامة.

ومن ثم تم إعداد السياسات والإجراءات الخاصة بكل لجنة، ونفذت الخطوة الأولى وهي مرحلة التقييم الذاتي، وعلى ضوئه أعدت خطة عمل لمدة سنتين، مضت منها سنة وبقي سنة. ورفعت هذه الخطة إلى لجنة الاعتماد وأقرت، كما تم تعيين مدقق جودة في كل قسم وهناك خطة عمل موجودة الآن للتطبيق على أرض الواقع، ولدى المستشفى خطة عمل خلال سنة لكي يكون جاهز للتقييم النهائي للحصول على شهادة الاعتماد الدولية (JCIA)، وفي هذا الخصوص، يمكن اعتبار ما حدث بمستشفى 48 انجاز متقدم، تمثل في الاستجابة من الكادر لمتطلبات الاعتمادية الدولية وذلك خلال فترة قصيرة جدا.

وعلى الرغم من وجود بعض المعوقات البسيطة التي هي في تصميم مبنى المستشفى بحسب المواصفات العالمية، إلا أنه تم تلافيها في التوسعة الحالية للمستشفى من خلال ربطها بالمستشفى القديم.

ثانياً : شهادة الجودة العالمية للمختبرات (الآيزو 2009)

في إطار الخطة الإستراتيجية للمستشفى، وبعد التحليل الذاتي العالمي، لوحظ أن اليمن يفتقر إلى المجال التشخيصي المخبري، لذلك سعت إدارة المستشفى إلى توفير مختبر متكامل يدار وفق أحدث المفاهيم العلمية، من خلال تطبيق مبادئ التحكم بالجودة الداخلية ومن ثم الانتقال للتحكم بالجودة الخارجية والبروتوكولات والمقاييس العالمية، حيث تقدمت إدارة المستشفى للحصول على شهادة الجودة (آيزو 2009) في مجال المختبرات، و تم استدعاء الخبراء في هذا المجال، ورسمت خطة عمل و خلال شهر أو شهرين سيتم التقدم للحصول على هذه الشهادة في مجال علم المختبرات¹.

ثالثاً : التعليم الطبي المستمر

كان الاهتمام بإدارة التعليم الطبي المستمر أحد النقاط الهامة في تطوير المستشفى، وحجر الزاوية في نجاح تطبيق نظام الجودة الشاملة في المستشفى، فبعد استقطاب كبار الاستشاريين في الاختصاصات المختلفة للعمل بالمستشفى، تم إنشاء قاعة كبرى للمؤتمرات والندوات بحيث بات المستشفى قادراً على استضافة أي فعاليات علمية، بالإضافة إلى تنظيم الدورات التدريبية، وقد تم عقد الكثير من الدورات لتأهيل الكادر سواء كانوا اختصاصيين أو أطباء عموم أو تمريض، وهناك سجل يفخر به المستشفى بعدد دورات التدريب والتأهيل في هذا الجانب.

ومن ناحية أخرى تم التواصل مع المعنيين في المجلس اليمني للاختصاصات الطبية، بهدف اعتماد المستشفى كمركز تدريبي للبورده العربي والبورده اليمني، وخطط إلى أن تكون مجال الجراحة العامة والعظام والتخدير والعناية والمخ والأعصاب والباطنية كمرحلة أولية، على أن يتم إضافة بقية الاختصاصات على المدى الطويل². ولأجل تقديم خدمة صحية متميزة فإنه لابد من مواكبة التطور العلمي بتزويد الكادر الطبي بكل ما هو جديد في مجالاتهم. وعليه فإن قسم التعليم المستمر يعنى بالأنشطة التعليمية التي من شأنها مساعدة الكادر على تطوير مهاراتهم وخبراتهم. ومن أهم الأنشطة التي قام بها هذا القسم عند إنشائه ما يلي :

- إقامة محاضرات وندوات دورية.
- إقامة المؤتمرات.
- إقامة ورش عمل.
- التنسيق لحضور المؤتمرات وورش العمل سواء كنت محلية أو دولية.

¹ الصعفاني احمد، الحصول على شهادة الجودة آيزو 2009 في علم المختبرات، حوار أجراه الوصابي منير، اليمن، مستشفى 48 النموذجي، 2011/9/14م.

² دخان منير، التعليم المستمر في مستشفى 48 النموذجي، حوار أجراه الوصابي منير، اليمن، مستشفى 48 النموذجي، 2011/5/5م.

الفصل الثالث : دور نظام الجودة في تحسين أداء مستشفى 48 النموذجي (دراسة حالة) —

رابعاً : قسم الأبحاث : خلال سعي إدارة المستشفى لتطبيق نظام الجودة الشاملة وتطوير الخدمات الصحية في اليمن، ظهرت الحاجة إلى وجود قسم خاص بالأبحاث، لذلك وضعت خطة لسد هذه الحاجة، يمكن تلخيصها في النقاط الآتية¹:

1. الرؤية : أن يصبح مستشفى 48 النموذجي مركزاً بحثياً ذو مكانة علمية مرموقة محلياً وعالمياً في الأوساط والمراكز البحثية، وتحسين مستوى الصحة عن طريق تعزيز الرعاية الصحية القائمة على استخدام نتائج الأبحاث بشكل فاعل وكاف يمكن من وضع السياسات الصحية المناسبة.

2. الرسالة : زيادة المعرفة العلمية المعتمدة على نتائج البحوث الصحية اللازمة لحل مشاكل المجتمع الصحية وتعزيز صحة الفرد والمجتمع استناداً إلى الأولويات الصحية الوطنية بالتنسيق والتعاون مع باقي الشركاء ومراكز البحث العلمي الداخلية والخارجية.

3. الأهداف : وتشمل تحقيق ما يلي :

- بناء سمعة علمية ومكانة بحثية عالية للمستشفى على المستوى المحلي وإيصاله إلى مكان الريادة، وإظهاره على المستوى العالمي من خلال المشاركة في أبحاث مع المراكز العالمية.
- بناء القدرات في مجال البحث العلمي عن طريق عقد دورات وندوات حول أساليب البحث العلمي.
- بناء القدرات في مجال المراجعات الأخلاقية الطبية للباحثين.
- دعم القرار المسند بالمعلومات لوضع السياسات الصحية المناسبة.
- توفير المعلومات الدقيقة لتحديد أولويات الرعاية الصحية وتقييم مدى كفاءة الخدمات المقدمة.
- إجراء أبحاث (بالتعاون مع الجهات الفاعلة في المجتمع) تختص بالمشاكل الصحية ذات الأولوية وتأمين التمويل اللازم من خلال المنظمات الوطنية والدولية.

¹ صفحة المستشفى على الانترنت، مرجع سبق ذكره.

المبحث الثاني : نتائج تقييم المستشفى باستخدام معايير الأداة العربية لاعتماد المؤسسات الصحية

تبدل إدارة مستشفى 48 النموذجي جهوداً مضنية في سبيل الرقي بمستوى أداء المستشفى وجودة خدماته، إلى المستوى الذي يمكنه من الحصول على شهادة الاعتماد الدولي للمؤسسات الصحية من اللجنة المشتركة الدولية لاعتماد المؤسسات الصحية (JCI)، وقد رأت إدارة المستشفى بأن أفضل طريقة لتحقيق هذا الهدف، هي أن تتبنى صياغة وتنفيذ خطة إستراتيجية لتطبيق نظام الجودة الشاملة في المستشفى، وفي مطلع العام 2010م باشرت إدارة المستشفى بتنفيذ خطة إستراتيجية لتطبيق نظام الجودة الشاملة في المستشفى مدتها عامين.

وللتعرف على المستوى الذي وصل إليه المستشفى في تطبيق الخطة، و على دور تطبيق نظام الجودة الشاملة في الرقي بمستوى أداء المستشفى، إلى المستوى الذي يمكنه من الحصول على شهادة الاعتماد الدولية، قام الباحث بإجراء تقييم للمستشفى باستخدام معايير الأداة العربية لاعتماد المؤسسات الصحية، لمعرفة مستوى التطابق الذي وصل إليه المستشفى مع هذه المعايير، خاصة وأن المعايير العربية تم اختيارها من معايير اللجنة المشتركة الدولية (JCI) وغيرها من الهيئات العالمية المعروفة مثل : (ISQUA) و(JCAHO) غيرها، لتتلاءم مع طبيعة البيئة العربية، وقد قام الباحث بجمع البيانات من خلال إجراء المقابلات الشخصية مع المرضى والموظفين ورؤساء الأقسام ومدراء الإدارات، بالإضافة إلى مراجعة بعض الملفات، وأخيراً الملاحظة الشخصية من خلال النزول الميداني إلى الأقسام.

المطلب الأول : معايير الأداة العربية لاعتماد المؤسسات الصحية

قبل التطرق إلى النتائج التي توصلت إليها نتائج التقييم كان لابد من التعريف بمعايير الأداة العربية لاعتماد المؤسسات الصحية، والآلية المتبعة في التقييم، وطريقة القياس المعتمدة، والذي يتناولها هذا المطلب من خلال النقاط الآتية :

أولاً : التعريف بمعايير الأداة العربية لاعتماد المؤسسات الصحية

تنقسم معايير الأداة العربية إلى أربعة أقسام تغطي معايير جميع الوظائف التي تتم داخل المؤسسات الصحية، وقد تم ترميز هذه الأقسام بالرموز العربية أ،ب،ج،د، كما تم ترقيم المعايير مع الاحتفاظ بالرمز الذي يدل على القسم التابع له *، وقد تم صياغة هذه المعايير بحيث تكون واضحة وسهلة القياس، حيث تطلب ذلك، تحديد عناصر قياس لبعض المعايير حتى يتمكن العاملين في المرافق الصحية وكذلك المقيمين من قياس مدى التطابق مع المعايير، كما وضعت هذه المعايير في جداول ليسهل استخدامها لأغراض التقييم الذاتي والخارجي، ويظهر في الجدول سبعة

* انظر الملحق رقم (1).

أعمدة، يظهر في العمود الأول نوع المعيار، ويظهر في العمود الثاني الترميز والترقيم، وفي العمود الثالث يظهر بيان المعيار، أما الأعمدة الأربعة الباقية فهي خاصة بتقييم المعيار، حيث تتراوح بين غير مطابق ويقيم بـ (0) درجة، ومطابق جزئياً ويقيم بـ (1) درجة، ومطابق كلياً ويقيم بـ (2) درجة، وأخيراً لا ينطبق وذلك عندما لا ينطبق هذا المعيار على حال المؤسسة¹.

ثانياً : أنواع المعايير : تحتوي الأداة العربية على نوعين من المعايير هما²:

1. **المعيار (A)** : يمثل هذا النوع من المعايير متطلبات البنية التحتية لتشغيل المؤسسة من القوانين واللوائح والسياسات* و الإجراءات** والخطط واللجان والبرامج المطلوبة، وتقيم المعايير من هذا النوع إما مطابق أو غير مطابق أو لا ينطبق على حال المؤسسة، حيث يعتبر المعيار مطابق إذا توفرت كل عناصر القياس ويحصل على درجتين، أما إذا نقص عنصر واحد من عناصر القياس فيعتبر المعيار غير مطابق ويحصل على صفر، ونلاحظ هنا انه لا يوجد مطابق جزئياً لهذا النوع من المعايير.

2. **المعيار (B)** : يشمل هذا النوع من المعايير المتعلقة بخطوات الرعاية وتطبيق السياسات والإجراءات واللوائح والقوانين وتنفيذ الخطط والبرامج وغيرها من المتطلبات. ويقيم هذا النوع من المعايير إما مطابق أو مطابق جزئياً أو غير مطابق أو لا ينطبق على حال المؤسسة، حيث تعتمد عملية التحقق من تطابق هذا النوع من المعايير على عدد نقاط عدم التطابق أثناء تقديم الخدمة على النحو الآتي :

- عند ملاحظة عدم تطابق واحدة أو اثنتين من عناصر القياس يعتبر المعيار مطابق ويحصل على درجتين.
- عند ملاحظة عدم تطابق ثلاثة أو أربعة من عناصر القياس يعتبر المعيار مطابق جزئياً ويحصل على درجة واحدة.
- عند وجود خمسة أو أكثر من نقاط عدم التطابق يعتبر المعيار غير مطابق ويحصل على صفر.

* السياسات هي : بيانات مكتوبة تستعمل كدلائل إرشادية، وتعكس موقف المنظمة وقيمها حول موضوع معين.
وهي مبادئ توجيهية مطروحة كتوقعات وليس كتعليمات. انظر: خوجه توفيق وآخرون، قاموس مصطلحات أداة الاعتماد العربية، مرجع سبق ذكره، ص 281.

**الإجراءات هي : مجموعة من القواعد اللازمة لتنفيذ العمل. وتعرف أيضاً بأنها مجموعة من التعليمات المكتوبة التي تصف الخطوات المتفق عليها والموصى بها لإنجاز عمل معين أو سلسلة من الأعمال. نفس المرجع السابق، ص 287.

¹ خوجه توفيق بن احمد وآخرون، دليل المراجعين لأداة الاعتماد العربية للمؤسسات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص 29.

² نفس المرجع، ص ص 29-30.

ثالثاً : مستويات التطابق : هناك مستويان للتطابق في أداة الاعتماد العربية هما ¹:

1. المستوى المبدئي : تحصل المؤسسة أو المرفق الصحي على مستوى التطابق

المبدئي عندما تكون نتائج تقييمها على النحو التالي :

- 75% تطابق من معيار (A).

- 50% تطابق من معيار (B).

- 85% تطابق مع معايير أمان المريض.

وفي هذه الحالة تمنح المؤسسة أو المرفق الصحي شهادة تفيد ذلك مع إعطائها

مهلة لا تقل عن (6) أشهر ولا تزيد عن (18) شهراً لإعادة التقييم والوصول إلى

مستوى الاعتماد.

2. مستوى الاعتماد : تحصل المؤسسة أو المرفق الصحي على شهادة الاعتماد وتكون

صالحة لمدة ثلاث سنوات عندما تكون نتائج تقييمها من قبل خبراء التقييم التابعين

لهيئة الاعتماد العربية على النحو التالي :

- 85% تطابق من معيار (A).

- 75% تطابق من معيار (B).

- 95% تطابق مع معايير أمان المريض.

رابعاً : أقسام ومعايير أداة الاعتماد العربية للمؤسسات الصحية : تتوزع معايير الأداة العربية

للاعتداع على أربع مجموعات هي ²:

أ. معايير رعاية المريض : وتشمل المعايير المتعلقة بالآتي :

1. إتاحة الخدمة.

2. استمرارية الرعاية.

3. حقوق المريض.

4. مسؤوليات وواجبات المريض وذويه.

5. تقييم المرضى.

6. تثقيف المريض وأسرته.

7. الرعاية التغذوية.

8. الرعاية المتعلقة بالألم.

9. العناية الخاصة بمرضى الطوارئ.

¹ خوجة توفيق بن احمد وآخرون، دليل المراجعين لأداة الاعتماد العربية للمؤسسات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص

31.

² خوجة توفيق بن احمد وآخرون، الأداة العربية لاعتماد المؤسسات الصحية، مرجع سبق ذكره، ص ص 33-

102.

10. معايير الخدمات العلاجية.

ب. معايير السلامة وأمان المريض: وتشمل المعايير المتعلقة بالآتي :

1. التحكم في انتشار العدوى.
2. التطهير والتعقيم.
3. أمان المريض.
4. السلامة البيئية.
5. برنامج الصحة والسلامة المهنية.
6. تصميم المؤسسة.

ج. معايير الإدارة : وتشمل المعايير المتعلقة بالآتي :

1. الإدارة العليا.
2. قيادة المؤسسة.
3. أخلاقيات المؤسسة.
4. نظام إدارة المعلومات.
5. إدارة السجلات الطبية.
6. إدارة الجودة.
7. هيئة الأطباء.
8. هيئة التمريض.
9. إدارة الموارد البشرية.
10. التعليم والتدريب المستمر.
11. العلاقات العامة.
12. الخدمات المساندة.
13. الإدارة المالية.

د. معايير الخدمات المجتمعية : وتشمل المعايير المتعلقة بالآتي :

1. إشراك المجتمع.
2. معايير التعرف على المجتمع.
3. معايير التوعية الصحية.
4. التعاون مع الجهات ذات العلاقة بالصحة.
5. الدراسات الميدانية والبحوث.
6. برامج تعزيز الصحة.

المطلب الثاني : نسب تطابق المستشفى مع معايير رعاية وسلامة المريض

بعد إجراء المقابلات الشخصية مع الموظفين في المستشفى والمرضى، وبعد الإطلاع على الملفات والسياسات المرتبطة بهذا النوع من المعايير خلص الباحث إلى عدد من النتائج يمكن توضيحها من خلال الآتي :

أولا : نسب تطابق مستشفى 48 النموذجي مع معايير رعاية المريض
خلصت نتائج التقييم بمعايير رعاية المريض إلى النتيجتين الرئيسيتين التاليتين :

1. مستشفى 48 النموذجي يوفر 88.52% من متطلبات البنية التحتية (سياسات وإجراءات وأدلة العمل الإكلينيكية* والقوانين والخطط والبرامج المنظمة للعمل) اللازمة لإتاحة وتقديم خدمة صحية ذات جودة عالية للمريض.

2. يطبق المستشفى 88.12% من السياسات والإجراءات واللوائح وأدلة العمل الإكلينيكية والقوانين والخطط والبرامج وغيرها من المتطلبات اللازمة لتحسين الأداء في المستشفى وجعل الخدمة الصحية متاحة لجميع المرضى وبجودة عالية.

والجدول رقم (3-1) التالي يوضح نسب تطابق المستشفى مع معايير رعاية المريض.

* أدلة العمل الإكلينيكية هي : بيانات تساعد الممارسين والمرضى على اختيار الرعاية الصحية الملائمة لحالات سريرية معينة (مثلا : توصيات حول معالجة حالات الإسهال لدى الأطفال الذين تقل أعمارهم عن خمس سنوات). ويتم إرشاد الممارس عبر جميع خطوات الاستشارة الطبية (الأسئلة التي يوجهها، والعلاقات الجسمية التي يبحث عنها، والفحوص المخبرية التي يطلبها، وتقييم الوضع، والعلاج الذي يمكن وصفه). انظر: خوجه توفيق وآخرون، قاموس مصطلحات أداة الاعتماد العربية، مرجع سبق ذكره، ص67.

الفصل الثالث : دور نظام الجودة في تحسين أداء مستشفى 48 النموذجي (دراسة حالة) .

جدول رقم (3-1) نسب تطابق مستشفى 48 مع معايير رعاية المريض

الرمز والرقم	المعيار	نوع المعيار	حالات التطابق			إجمالي عدد المعايير	النهائية العظمى لدرجة التطابق	نتيجة تقييم المستشفى	نسبة التطابق %
			مطابق	مطابق جزئياً	غير مطابق				
أ-1	إتاحة الخدمة	A	1	0	1	2	4	2	50
		B	4	0	1	5	10	8	80
أ-2	تقوم المؤسسة بتصميم واستخدام آلية تكفل استمرارية الرعاية للمريض والتنسيق بين المهنيين	A	1	0	0	1	2	2	100
		B	3	2	1	6	12	8	66.7
أ-3	يقوم المستشفى بتأمين خطوات تكفل حقوق المريض وأهله أثناء تقديم الرعاية.	A	6	0	0	6	12	12	100
		B	11	6	0	17	34	28	82.3
أ-4	مسؤوليات وواجبات المريض وذويه محددة ومطبقة.	A	1	0	0	1	2	2	100
		B	1	0	0	1	2	2	100
أ-5-1	التقييم العام	A	1	0	0	1	2	2	100
		B	8	0	0	8	16	16	100
أ-5-2	المعامل (المختبرات)	A	4	0	1	5	10	8	80
		B	6	0	0	6	12	12	100
أ-5-3	الأشعة	A	5	0	1	6	12	10	83.34
		B	7	0	0	7	14	14	100
أ-6	تنظيف المريض وأسرته	A	0	0	1	1	2	0	0
		B	0	4	0	4	8	4	50
أ-7	الرعاية التغذوية	A	1	0	0	1	2	2	100
		B	6	0	0	6	12	12	100
أ-8	الرعاية المتعلقة بالألم.	A	1	0	0	1	2	2	100
		B	2	0	0	2	4	4	100
أ-9	العناية الخاصة بمرضى الطوارئ.	A	12	0	1	13	26	24	92.3
		B	5	1	1	7	14	11	78.57
أ-10-1	معايير الحالات العامة	A	1	0	1	2	4	2	50
		B	4	0	0	4	8	8	100
أ-10-2	معايير الحالات ذات الخطورة	A	1	0	1	2	4	2	50
		B	0	0	1	1	2	0	0
أ-10-3	معايير التخدير	A	1	0	0	1	2	2	100
		B	3	0	0	3	6	6	100
أ-10-4	معايير الجراحة	A	1	0	0	1	2	2	100
		B	4	0	0	4	8	8	100
أ-10-5	الصيدلية واستعمال الدواء	A	10	0	0	10	20	20	100
		B	13	2	0	15	30	28	93.34
أ-10-6	معايير استخدام الدم ومشتقاته	A	7	0	0	7	14	14	100
		B	4	1	0	5	10	9	90
أ	الإجمالي	A	54	0	7	61	122	108	88.52
		B	81	16	4	101	202	178	88.12

المصدر : من إعداد الباحث بناءً على نتائج التقييم.

الفصل الثالث : دور نظام الجودة في تحسين أداء مستشفى 48 النموذجي (دراسة حالة) —

من خلال الجدول رقم (3-1) السابق، يخلص الباحث إلى النتائج الآتية :

- بلغت نسبة التطابق مع معايير إتاحة الخدمة من نوع (A) 50%، وهي نسبة متوسطة؛ وذلك يعود إلى عدم وجود أدلة عمل إكلينيكية لاستقبال وإدخال المرضى في المستشفى.
- الانخفاض النسبي لدرجة التطابق مع المعايير المتعلقة بألية استمرار الرعاية الصحية والتنسيق بين المهنيين (أ-2) نوع (B)، فقد بلغت نسبة التطابق 66.7، وقد تبين من خلال التقييم بأن المستشفى لا يقوم بالتنسيق مع الممارسين والمؤسسات الأخرى لضمان تحويل المريض في الوقت وبالطرق الملائمين لاستمرار حصوله على الرعاية الملائمة.
- بلغت نسبة توفير المستشفى لمعايير تنقيف المريض وأسرته من نوع (A) 0%، أي أنها منعدمة تماماً حتى وقت إجراء التقييم، فقد بينت نتائج التقييم بأن المستشفى لا يملك سياسات وإجراءات مكتوبة لتنقيف المرضى وأسرهم حول حالة وتشخيص المريض، الاستخدام الآمن للأدوية وتداخلاتها، التغذية المناسبة، النصائح الفنية والتأهيلية، إلا أن الأطباء يقومون بتنقيف المرضى بناءً على تقديرهم الشخصي لحاجة المرضى لمثل هذه المعلومات، لذلك كانت نسبة التطابق مع معايير التنقيف من نوع (B) 50%.
- بلغت نسبة تطبيق المستشفى لمعايير الحالات العامة والحالات ذات الخطورة العالية من نوع (A) 50% لكل فئة من هذه المعايير، فقد بينت نتائج التقييم بأنه لا يوجد في المستشفى بروتوكولات وأدلة عمل إكلينيكية لعلاج الحالات المختلفة والتعامل مع الحالات ذات الخطورة، وإنما يعتمد المستشفى على القدرات والخبرات الشخصية للكادر في هذا الجانب.

ثانياً : نسب تطابق مستشفى 48 النموذجي مع معايير السلامة وأمان المريض

خلصت نتائج تقييم درجة التزام مستشفى 48 النموذجي بتطبيق معايير أمان وسلامة المريض إلى النتيجة الرئيسيتين التاليتين :

1. مستشفى 48 النموذجي يوفر 76.47% من متطلبات البنية التحتية (سياسات وإجراءات وأدلة العمل الإكلينيكية والقوانين والخطط والبرامج المنظمة للعمل) المتعلقة بسلامة وأمان المريض.

2. يطبق المستشفى 72.23% من السياسات والإجراءات واللوائح وأدلة العمل الإكلينيكية والقوانين والخطط والبرامج وغيرها من متطلبات سلامة وأمان المريض.

والجدول رقم (3-2) التالي يعرض نسب تطابق المستشفى مع معايير أمان وسلامة المريض.

الفصل الثالث : دور نظام الجودة في تحسين أداء مستشفى 48 النموذجي (دراسة حالة). ———

جدول رقم (3-2) نسب تطابق مستشفى 48 النموذجي مع معايير أمان وسلامة المريض

الرمز والرقم	المعيار	نوع المعيار	حالات التطابق			إجمالي عدد المعايير	النهاية العظمى لدرجة التطابق	نتيجة تقييم المستشفى	نسبة التطابق %
			مطابق جزئياً	مطابق	غير مطابق				
ب-1	التحكم في انتشار العدوى.	A	0	0	5	10	10	100	
		B	3	7	10	20	85		
ب-2	التطهير والتعقيم.	A	0	2	2	4	4	100	
		B	0	4	4	8	100		
ب-3	أمان المريض	A	0	2	2	4	4	100	
		B	5	3	8	16	68.75		
ب-4	السلامة البيئية	A	1	1	2	4	2	50	
		B	0	4	9	18	72.23		
ب-5	برنامج الصحة والسلامة المهنية.	A	1	0	1	2	2	0	
		B	1	0	2	4	25		
ب-6	ملائمة تصميم مبنى المستشفى للخدمات المقدمة حسب اللوائح والقوانين المحلية المنظمة.	A	2	3	5	10	6	60	
		B	1	2	3	6	33.34		
ب	الإجمالي	A	4	13	17	34	26	76.47	
		B	2	18	36	72	72.23		

المصدر : من إعداد الباحث بناءً على نتائج التقييم.

من خلال الجدول أعلاه خلص الباحث إلى النتائج الآتية :

- بلغت نسبة تطبيق المستشفى لمعايير أمان المريض من نوع (B) 68.75%، وهي نسبة منخفضة نسبياً؛ وذلك يعود إلى عدم الالتزام الكامل بتطبيق هذا النوع من المعايير من قبل الموظفين، فعلى سبيل المثال : لا يتم التبليغ الفوري عن النتائج الحرجة للفحوصات المخبرية وتسجيلها في المختبر في سجل خاص موضح به الوقت واسم المبلغ والمبلغ له.
- بلغت نسبة التطابق مع معايير السلامة البيئية من نوع (A) 50%، فقد بينت نتائج التقييم بأنه لا يوجد في المستشفى برنامج معتمد للاختبارات التجريبية للوقاية من التعامل مع الحريق وكيفية التعامل مع النتائج المترتبة عنه.
- بلغت نسبة التطابق مع معايير الصحة والسلامة المهنية من نوع (A) 0%؛ وذلك يعود إلى عدم وضع برنامج دوري متكامل لمتابعة صحة العاملين في المستشفى، كما بلغت نسبة تطبيق هذا النوع من المعايير (نسبة التطابق مع معايير السلامة المهنية من نوع (B)) 25%، وهي نسبة منخفضة جداً؛ والسبب في ذلك يعود إلى عدم توثيق ماتم تطبيقه من

الفصل الثالث : دور نظام الجودة في تحسين أداء مستشفى 48 النموذجي (دراسة حالة) .

ناحية، ومن ناحية أخرى لا يتم تدريب كافة العاملين على أخطار المهنة وإجراءات الأمن والسلامة دورياً وكذلك عند استحداث إجراء أو توريد أجهزة جديدة.

- بلغت نسبة التطابق مع المعايير التي تقيس ملائمة تصميم المبنى للخدمات المقدمة من النوعين (A=60%) و (B=33.34%)، وهما نسبتيين منخفضتين؛ والسبب في ذلك يعود إلى أن تصميم المستشفى الحالي لا يساعد على توفير الخصوصية للمريض بدرجة أساسية؛ بالإضافة إلى أسباب أخرى مثل : صغر حجم المستشفى، وعدم ملائمة بعض أقسامه لطبيعة وحجم الخدمات التي تقدم فيها.

المطلب الثالث : نسب تطابق مستشفى 48 مع معايير الإدارة والخدمات المجتمعية

يستعرض هذا المطلب نتائج تقييم درجة مطابقة مستشفى 48 النموذجي لمعايير الإدارة ومعايير الخدمات المجتمعية من خلال الآتي :

أولاً : نسب تطابق مستشفى 48 النموذجي مع معايير الإدارة : خلصت نتائج تقييم مستشفى 48 النموذجي باستخدام معايير الإدارة إلى النتيجة الرئيسيتين الآتيتين :

1. مستشفى 48 النموذجي يوفر 88.64% من متطلبات البنية التحتية (سياسات وإجراءات وأدلة العمل الإكلينيكية والقوانين والخطط والبرامج المنظمة للعمل) اللازمة لإدارة المستشفى وفقاً للمعايير العالمية لإدارة المستشفيات.

2. يطبق المستشفى 81.25% من المعايير المتعلقة بتطبيق السياسات والإجراءات واللوائح وأدلة العمل الإكلينيكية والقوانين والخطط والبرامج وغيرها من متطلبات إدارة المستشفى.

والجدول رقم (3-3) التالي يوضح نسب تطابق مستشفى 48 النموذجي مع معايير الإدارة.

الفصل الثالث : دور نظام الجودة في تحسين أداء مستشفى 48 النموذجي (دراسة حالة) .

جدول رقم (3-3) نسب تطابق مستشفى 48 النموذجي مع معايير الإدارة

الرمز والرقم	المعيار	نوع المعيار	حالات التطابق			إجمالي عدد المعايير	النهاية العظمى لدرجة التطابق	نتيجة تقييم المستشفى	نسبة التطابق %
			مطابق	مطابق جزئياً	غير مطابق				
ج-1	تحدد الإدارة العليا سياسة المستشفى التي تساند جودة الخدمات المقدمة للمريض.	A	1	0	0	1	2	100	
		B	0	0	0	0	0	0	
ج-2	قيادة المؤسسة	A	3	0	0	3	6	100	
		B	6	3	0	9	18	83.34	
ج-3	أخلاقيات المؤسسة	A	2	0	0	2	4	100	
		B	1	0	0	1	2	100	
ج-4	وجود نظام لإدارة المعلومات يتناسب مع احتياجات المستشفى.	A	6	0	0	6	12	100	
		B	2	2	0	4	8	75	
ج-5	إدارة السجلات الطبية	A	6	0	0	6	12	100	
		B	8	0	0	8	16	100	
ج-6	إدارة الجودة.	A	4	0	0	4	8	100	
		B	6	5	0	11	22	77.27	
ج-7	هيئة الأطباء.	A	2	0	0	2	4	100	
		B	1	2	0	3	6	66.67	
ج-8	هيئة التمريض.	A	5	0	0	5	10	100	
		B	4	0	0	4	8	100	
ج-9	تقوم إدارة الموارد البشرية بوضع نظام اختيار وتنمية العناصر البشرية المميزة حسب احتياجات ورسالة المؤسسة.	A	6	0	2	8	16	75	
		B	3	3	1	7	14	64.29	
ج-10	التعليم والتدريب المستمر.	A	4	0	0	4	8	100	
		B	6	0	0	6	12	100	
ج-11	يوجد نظام أو إدارة لمتابعة أعمال العلاقات العامة.	A	1	0	0	1	2	100	
		B	3	0	0	3	6	100	
ج-12-1	المطبخ (إدارة التغذية و الإطعام).	A	10	0	0	10	20	100	
		B	7	1	0	8	16	93.75	
ج-12-2	الفندقة (خدمات الغرف).	A	3	0	2	5	10	60	
		B	0	0	2	2	4	0	
ج-12-3	المغسلة.	A	5	0	0	5	10	100	
		B	3	0	0	3	6	100	
ج-12-4	الصيانة.	A	6	0	3	9	18	66.67	
		B	0	1	1	2	4	25	
ج-12-5	الخدمة الاجتماعية.	A	2	0	0	2	4	100	
		B	3	1	0	4	8	87.5	
ج-12-6	المكتبة : يضمن المستشفى وصول الطاقم الطبي إلى أحدث التطورات الطبية من خلال تأمين المراجع والدوريات الطبية الحديثة المقروءة	A	0	0	3	3	6	0	
		B	0	0	1	1	2	0	
ج-12-7	وحدة الإحصاء.	A	3	0	0	3	6	100	
		B	3	0	0	3	6	100	
ج-13	الإدارة المالية.	A	9	0	0	9	18	100	
		B	4	5	0	9	18	72.23	
ج	الإجمالي	A	78	0	10	88	176	88.64	
		B	60	23	5	88	176	81.25	

المصدر : من إعداد الباحث بناءً على نتائج التقييم.

الفصل الثالث : دور نظام الجودة في تحسين أداء مستشفى 48 النموذجي (دراسة حالة) —

من خلال الجدول رقم (3-3) السابق خلص الباحث إلى النتائج الآتية :

- بلغت نسبة تطبيق المستشفى للمعايير المتعلقة بهيئة الأطباء (المعايير من نوع (B)) 67,66%؛ وهي نسبة منخفضة نسبياً؛ ويعود السبب إلى عدم الالتزام الكامل بتقييم هيئة الأطباء بشكل دوري، على أن لا تزيد عن خمس سنوات، من حيث الشهادات العلمية والأداء.
- الانخفاض النسبي في نسبة تطبيق المستشفى للمعايير المتعلقة بإدارة الموارد البشرية من نوع (B) والتي بلغت 64.29%؛ والسبب يعود إلى عدم تطبيق هذا النوع من المعايير بصورة صحيحة وعادلة وبالأخص سياسات اختيار وتعيين وترقية الموظفين بعيداً عن التحيز والمحاباة.
- قلة الاهتمام بخدمات الفندقية (خدمات الغرف)، وخدمات الصيانة، وعدم وجود مكتبة تحتوي على مراجع علمية حديثة متاحة لكافة الموظفين.

ثانياً : درجة التزام المستشفى بتطبيق معايير الخدمات المجتمعية : خلصت نتائج تقييم مستشفى 48 النموذجي باستخدام معايير الخدمات المجتمعية إلى النتيجتين الرئيسيتين الآتيتين :

1. مستشفى 48 النموذجي يوفر 22.23% فقط من متطلبات البنية التحتية (سياسات وإجراءات وأدلة العمل الإكلينيكية والقوانين والخطط والبرامج المنظمة للعمل) المتعلقة بالخدمات المجتمعية.
2. يطبق المستشفى 23.34% فقط من المعايير المتعلقة بتطبيق السياسات والإجراءات واللوائح وأدلة العمل الإكلينيكية والقوانين والخطط والبرامج وغيرها من المتطلبات المرتبطة بالخدمات المجتمعية.

والجدول رقم (3-4) التالي يوضح نسب تطابق المستشفى مع معايير الخدمة المجتمعية.

الفصل الثالث : دور نظام الجودة في تحسين أداء مستشفى 48 النموذجي (دراسة حالة) .

جدول رقم (3-4) نسب تطابق مستشفى 48 النموذجي مع معايير الخدمة المجتمعية

الرمز والرقم	المعيار	نوع المعيار	حالات التطابق			إجمالي عدد المعايير	النهاية العظمى لدرجة التطابق	نتيجة تقييم المستشفى	نسبة التطابق %
			مطابق جزئياً	مطابق	غير مطابق				
د-1	المستشفى يعمل مع قادة المجتمع في تحديد الاحتياجات الصحية والتخطيط وتقييم الخدمة الصحية داخل المستشفى.	A	1	0	0	1	2	0	
		B	4	0	0	4	8	0	
د-2	المستشفى يقوم بالتعرف على المجتمع المحلي والمشاكل الصحية والبيئية بالمجتمع والاحتياجات الصحية وتوقعات المجتمع.	A	0	0	0	0	0	0	
		B	0	2	2	2	4	4	
د-3	معايير التوعية الصحية.	A	3	0	1	4	8	2	
		B	4	0	0	4	8	0	
د-4	التعاون مع الجهات ذات العلاقة	A	0	0	1	1	2	2	
		B	0	0	1	1	2	2	
د-5	يقوم المستشفى بعمل مسوحات صحية للمجتمع المحلي ودراسة الظواهر المرضية والصحية.	A	2	0	0	2	4	0	
		B	2	1	0	3	6	1	
د-6	يشترك المستشفى في برامج تعزيز الصحة في المجتمع المحلي.	A	1	0	0	1	2	0	
		B	1	0	0	1	2	0	
د	الإجمالي	A	7	0	2	9	18	4	
		B	11	1	3	14	28	7	

المصدر : من إعداد الباحث بناءً على نتائج التقييم.

من خلال الجدول الموضح أعلاه يخلص الباحث إلى أن المستشفى غير مهتم بتطبيق معايير الخدمة المجتمعية بشكل عام، وهذا خطأ فادح من شأنه إعاقة قدرة المستشفى في الحصول على درجة رضا عالية من قبل المجتمع، لأنه يضع خطته بدون مشاركة ممثلين عن المجتمع، وبالتالي فهو لا يستطيع التعرف على التوقعات الحالية والمستقبلية للمجتمع والذي ينبغي على المستشفى أن يسعى إلى تلبيتها، وهذا من شأنه أيضاً أن يؤدي إلى انخفاض مستوى جودة خدمات المستشفى عن المستوى التي يفترض أن تكون عليه.

المطلب الرابع : مستوى الاعتماد الذي ينطبق على حال مستشفى 48 النموذجي

من خلال نتائج التقييم التي تم استعراضها وتحليلها في المطالب السابقة، نجد أن المستشفى يحقق نسب التطابق الموضحة في الجدول رقم (3-5) والجدول رقم (3-6)، والتي توضح مدى تطبيق المستشفى للمعايير من نوع (A)، والمعايير من نوع (B) من معايير الأداة العربية لاعتماد المؤسسات الصحية.

جدول رقم (3-5) تحليل نتائج التقييم للمعايير من نوع (A) معايير البنية التحتية

م	رمز المعيار	عدد المعايير	نتيجة التقييم			مجموع درجات النهاية العظمى للتطابق	مجموع درجات نتيجة التقييم	نسبة التطابق %
			مطابق	مطابق جزئياً	غير مطابق			
1	(أ) معايير رعاية المريض	61	54	0	7	122	108	88.52
2	(ب) معايير أمان وسلامة المريض	17	13	0	4	34	26	76.47
3	(ج) معايير الإدارة	88	78	0	10	176	156	88.64
4	(د) معايير الخدمات المجتمعية	9	2	0	7	18	4	22.23
	الإجمالي العام	175	147	0	28	350	294	84.00

المصدر : من إعداد الباحث، بناءً على نتائج التقييم.

جدول رقم (3-6) تحليل نتائج التقييم للمعايير من نوع (B)

م	رمز المعيار	عدد المعايير	نتيجة التقييم			مجموع درجات النهاية العظمى للتطابق	مجموع درجات نتيجة التقييم	نسبة التطابق %
			مطابق	مطابق جزئياً	غير مطابق			
1	(أ) معايير رعاية المريض	101	81	16	4	202	178	88.12
2	(ب) معايير أمان وسلامة المريض	36	18	16	2	72	52	72.23
3	(ج) معايير الإدارة	88	60	23	5	176	143	81.25
4	(د) معايير الخدمات المجتمعية	15	3	1	11	30	7	23.34
5	الإجمالي العام	240	162	56	22	480	380	79.67

المصدر : من إعداد الباحث بناء على نتائج التقييم.

من الجدولين أعلاه يخلص الباحث إلى أن مستشفى 48 النموذجي يحقق تطابق مع معايير الأداة العربية لاعتماد المؤسسات وفقاً للنسب الآتية :

- 84 % تطابق مع معيار (A). هذه النسبة تؤهل المستشفى إلى مستوى الاعتماد المبدئي للحصول على شهادة الاعتماد.

- 79.67% تطابق مع معيار (B). هذه النسبة تؤهل المستشفى إلى مستوى الاعتماد المبدئي فقط.

- 74.35% تطابق مع معايير أمان وسلامة المريض. هذه النسبة لا تؤهل المستشفى للحصول على شهادة الاعتماد.

من خلال ما سبق يمكن القول بأن مستشفى 48 النموذجي قد وصل في تطبيقه لمعايير الاعتماد إلى مستوى الاعتماد المبدئي فقط (مستوى التسجيل المبدئي)، ومن خلال المقابلات والنتائج التي تم التوصل إليها أثناء التقييم، لاحظ الباحث وجود عدد من المعوقات تمنع المستشفى من الوصول إلى مستوى الاعتماد، هذه الأسباب نوجزها في النقاط الآتية :

1. النقص الكبير في أدلة العمل الإكلينيكية.

2. قلة الاهتمام بالأنشطة التثقيفية للمريض.

الفصل الثالث : دور نظام الجودة في تحسين أداء مستشفى 48 النموذجي (دراسة حالة) .

3. عدم إشراك المجتمع عند وضع الخطط المستقبلية للمستشفى.
4. انخفاض مستوى الرضا الوظيفي لدى الموظفين.
5. عدم ملائمة تصميم مبنى المستشفى الحالي للخدمات الصحية التي يقدمها.
6. البطء الشديد في تقديم الخدمات التشخيصية المساندة مثل الأشعة والفحوصات.
7. قلة اهتمام الإدارة بالصحة المهنية للموظفين.
8. قلة الاهتمام بالخدمات الفندقية.
9. عدم وجود آلية للصيانة الدورية لأجهزة المستشفى تمنع حصول العطل قبل وقوعه.
10. عدم وجود مخارج للطوارئ في مبنى المستشفى.

المبحث الثالث : تقييم المرضى لمستوى الأداء الذي وصل إليه مستشفى 48 النموذجي

يتناول هذا المبحث قياس درجة رضا المرضى عن جودة الخدمات التي يقدمها مستشفى 48 النموذجي، بالإضافة إلى التعرف على رأي المرضى حول مجموعة من المتغيرات التي تؤثر في مستوى أداء المستشفى وجودة خدماته، وتتمثل هذه المتغيرات في الآتي :

- مستوى أداء الأطباء والخدمة الطبية.
- مستوى أداء جهاز التمريض والخدمات المساندة.
- مستوى الاهتمام بالمريض كعميل.
- مدى ملائمة المبنى وتجهيزاته والتسهيلات المتوفرة فيه.

وقد تم جمع البيانات عن طريق تصميم استمارة استبيان* ، وقد تم ملء هذه الاستمارات من قبل بعض المرضى، أما بقية الاستمارات فقد تم ملؤها من قبل الباحث بناءً على نتائج المقابلات مع المرضى الغير قادرين على الكتابة والقراءة، أما حجم عينة الدراسة فقد شملت 100 مريض تم اختيارهم بشكل عشوائي، وقد اعتمد الباحث على سلم ليكارت الخماسي عند تصميم استمارة الاستبيان، كما تم استخدام الوسط الحسابي كأداة لتحليل نتائج الاستبيان، ولأجل حساب الوسط الحسابي أعطيت خيارات الإجابات الأوزان من 5 إلى 1، بحيث أن الوزن 5 يعني مستوى عالي جداً، والوزن 1 يعني منخفض تماماً، ومن ثم تم حساب طول كل فئة من خلال طرح اصغر قيمة من اكبر قيمة (5-1=4) ثم قسمة الناتج على أكبر قيمة (4=5÷4) وإضافة الناتج إلى اصغر قيمة لحساب طول الفئة الأولى وهكذا دواليك. وكانت النتائج على النحو الآتي :

- منخفض تماماً عندما يقع الوسط الحسابي ضمن الفترة [1-1.8].
- منخفض عندما يقع الوسط الحسابي ضمن الفترة [1.8-2.6].
- متوسط عندما يقع الوسط الحسابي ضمن الفترة [2.6-3.4].
- عالي عندما يقع الوسط الحسابي ضمن الفترة [3.4-4.2].
- عالي جداً عندما يقع الوسط الحسابي ضمن الفترة [4.2-5].

وقد استمرت عملية جمع البيانات من 15 مارس إلى غاية 15 يونيو 2011م.

و قبل استعراض النتائج التي توصل إليها الباحث عن طريق الاستبيان، كان لابد من تقديم بعض المعلومات الخاصة بالمرضى المستفيدين من خدمات مستشفى 48 النموذجي والتي تم تلخيصها في الجدول الآتي

* أنظر استمارة الاستبيان الموجهة للمرضى في الملحق رقم (3).

الفصل الثالث : دور نظام الجودة في تحسين أداء مستشفى 48 النموذجي (دراسة حالة) .

الجدول رقم (3-7) معلومات عن المرضى المخدومين من طرف مستشفى 48 النموذجي

المستسل	المؤشر	من مايو 2008	2009	2010
1	إجمالي عدد الحالات التي استقبلها المستشفى خلال الفترة: عدد المراجعين للعيادات الخارجية الاستشارية عدد المرضى المراجعين لقسم الطوارئ	13006 10550 2456	83643 78630 5013	113540 107135 6405
2	إجمالي عدد العمليات الجراحية التي أجريت	529	528	1530
3	إجمالي عدد حالات الدخول في أقسام الرقود والعناية: عدد الحالات التي دخلت قسم الرقود عدد الحالات التي دخلت قسم العناية المركزة	850	2264 2063 201	2331 2227 104
4	أجمالي عدد الوفيات في المستشفى :	9	54	0
5	إجمالي عدد الأسرة في أقسام الرقود والعناية المركزة: عدد الأسرة في أقسام الرقود عدد الأسرة في قسم العناية المركزة	75 64 11	75 64 11	75 64 11
6	إجمالي عدد أيام مكوث المرضى في المستشفى:			19392

المصدر : من إعداد الباحث بالاعتماد على بيانات إدارة الإحصاء والسجل الطبي في مستشفى 48 النموذجي، 2011م.

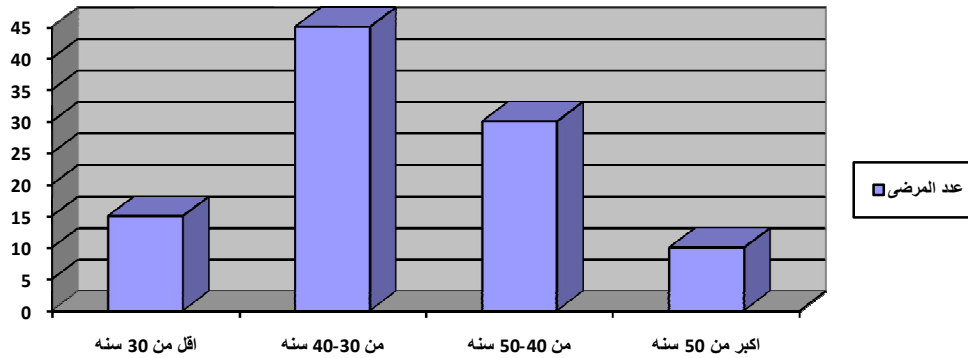
يتضح من خلال الجدول الموضح أعلاه بأن عدد المرضى المستفيدين من خدمات المستشفى في زيادة مستمرة كل عام، وهذا يعكس وجود تحسن مستمر في قدرات وأداء المستشفى.

المطلب الأول : الخصائص الديموغرافية لعينة الدراسة

يتناول هذا المطلب استعراض مختلف الخصائص الديموغرافية لعينة الدراسة والمتمثلة في كل من : العمر، الجنس، الحالة الاجتماعية و كذا القسم التي يتم العلاج فيه، حيث تم تمثيل النتائج في المخططات النسبية على النحو الآتي :

أولاً : العمر : الشكل التالي يوضح توزيع عينة الدراسة بحسب العمر .

شكل رقم (3-2) توزيع عينة الدراسة بحسب العمر



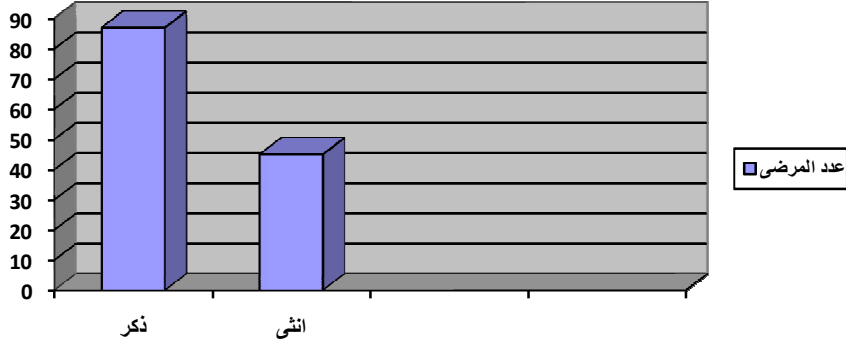
المصدر : من إعداد الباحث، بناءً على نتائج الاستبيان.

من خلال الشكل الموضح أعلاه يمكن ملاحظة أن أكبر نسبة مستجوبة هي نسبة المرضى الذين تتراوح أعمارهم بين 30-40 سنة التي بلغت 45%، تليها نسبة المرضى الذي تتراوح أعمارهم ما بين 40-50 سنة، حيث بلغت 30%، ثم المرضى الذي تقل أعمارهم عن 30 سنة التي كانت نسبتهم 15%، في حين كانت اقل نسبة هي للمرضى الذي تزيد أعمارهم عن 50 سنة فما فوق 10%.

الفصل الثالث : دور نظام الجودة في تحسين أداء مستشفى 48 النموذجي (دراسة حالة). —

ثانياً : الجنس : الشكل التالي يوضح توزيع عينة الدراسة بحسب الجنس .

شكل رقم (3-3) توزيع عينة الدراسة بحسب الجنس

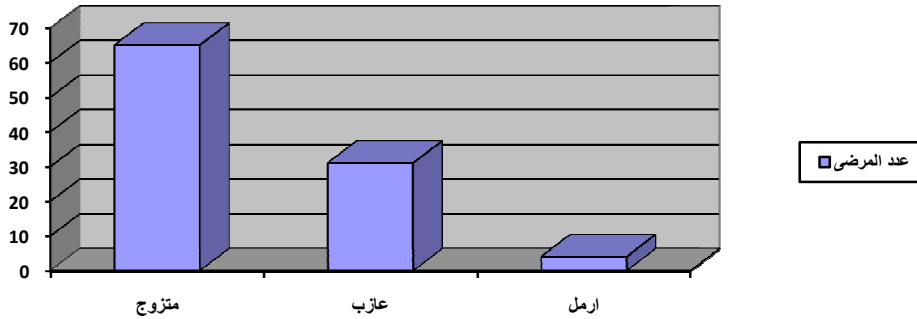


المصدر : من إعداد الباحث، بناءً على نتائج الاستبيان .

من خلال الشكل الموضح أعلاه يتضح أن نسبة الذكور أعلى بكثير من نسبة الإناث، حيث بلغت نسبة الذكور 87%، بينما كانت نسبة المرضى من الإناث 13% فقط، وهذا بسبب كون المستشفى يغلب عليه الطابع العسكري، كونه يستقبل كل الحالات المرضية والإصابات من مختلف معسكرات الحرس الجمهوري.

ثالثاً : الحالة الاجتماعية : الشكل التالي يوضح توزيع عينة الدراسة بحسب الحالة الاجتماعية.

شكل رقم (3-4) توزيع عينة الدراسة بحسب الحالة الاجتماعية



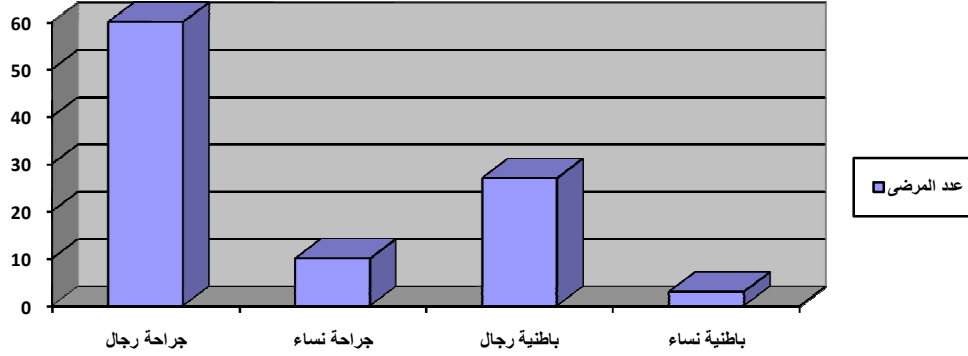
المصدر : من إعداد الباحث، بناءً على نتائج الاستبيان .

يتبين من خلال الشكل الموضح أعلاه أن أكبر نسبة هي نسبة المتزوجين التي بلغت 65%، يليها 31% من المرضى من العزاب، بينما كانت نسبة الأرمل 4%.

الفصل الثالث : دور نظام الجودة في تحسين أداء مستشفى 48 النموذجي (دراسة حالة).

رابعاً : القسم العلاجي : الشكل التالي يوضح توزيع عينة الدراسة بحسب القسم العلاجي.

شكل رقم (3-5) توزيع عينة الدراسة بحسب القسم العلاجي



المصدر : من إعداد الباحث، بناءً على نتائج الاستبيان.

يبين الشكل أن أفراد عينة الدراسة قد توزعوا على أقسام الرقود في المستشفى أقسام وفقاً للنسب الآتية :

- 60% تخص قسم جراحة رجال؛
- 10% تخص قسم جراحة نساء ؛
- 27% تخص قسم باطنية رجال؛
- 3% تخص قسم باطنية نساء.

وتجدر الإشارة هنا، بأن الباحث استهدف ملئ استمارات الاستبيان من قبل مرضى الأقسام الداخلية للمستشفى؛ نظراً لكون مرضى الأقسام الداخلية قد مروا على أغلب الأقسام الخدمية في المستشفى بدءاً من العيادات الخارجية ومروراً بالأقسام التشخيصية ووصولاً إلى أقسام الجراحة والرقود، لذا فهم قد احتكوا بمختلف أشكال العاملين في المستشفى من أطباء وممرضين وفنيين وإداريين وغيرهم، وبالتالي فهؤلاء المرضى هم الأقدر على تقييم مستوى أداء هؤلاء العاملين من واقع تجربتهم في التعامل معهم.

المطلب الثاني : رأي المرضى حول أداء العاملين في المستشفى

يستعرض هذا المطلب رأي المرضى حول أداء العاملين في المستشفى من خلال الآتي :

أولاً : تقييم المرضى لمستوى أداء الأطباء للخدمات الطبية

سعى الباحث من خلال أسئلة هذا المحور، إلى التعرف على نتائج تقييم المرضى لمستوى أداء الكادر الطبي أثناء تقديم الخدمات الصحية، بعد مرور عام من تطبيق نظام الجودة الشاملة في المستشفى، والتي يمكن استعراضها من خلال الجدول الآتي :

جدول رقم (3-8) نتائج تقييم المرضى لمستوى أداء الطاقم الطبي للخدمات الطبية

م	السؤال	عالي جدا	عالي	متوسط	منخفض	منخفض تماما	الوسط الحسابي
1	ما مدى التزام الأطباء بالأساليب العلمية الحديثة في تقديم الخدمة الطبية.	5	68	25	2	0	3.76
2	ما مدى دقة وحرص الأطباء في كافة مراحل تقديم الخدمة الطبية.	16	57	20	4	3	3.79
3	ما مدى توفر عدد كافٍ من الأطباء بما يتناسب مع عدد المرضى و يتيح تقديم خدمة متأنية جيدة لكل المرضى.		55	41	3	1	3.5
4	إلى أي مستوى تولد الطريقة التي يعامل بها الأطباء المرضى الشعور بجودة الخدمة الصحية من أول مره.	16	57	22	5	0	3.84
5	ما مدى الثقة في جودة الخدمة التي يبعثها اهتمام الأطباء وحسن استماعهم وتشخيصهم.	3	77	14	5	1	3.76
6	ما مدى التكامل الايجابي للنواحي الإنسانية مع النواحي الطبية عند تقديم الخدمة الطبية.	29	55	16	0	0	4.13
	إجمالي التكرارات=600	69	369	138	19	5	3.80

المصدر : من إعداد الباحث، بناءً على نتائج الاستبيان.

من خلال الجدول الموضح أعلاه يتضح بأن الوسط الحسابي لمجموع تكرارات المقاييس المستخدمة في القياس هو 3.80، مما يعني أن اغلب المرضى يرون بأن أداء الطاقم الطبي للخدمات الطبية عالي.

الفصل الثالث : دور نظام الجودة في تحسين أداء مستشفى 48 النموذجي (دراسة حالة) .

ثانياً: تقييم المرضى لمستوى أداء الطاقم التمريضي والخدمات المساندة

يسعى الباحث من خلال أسئلة هذا المحور، إلى معرفة رأي المرضى حول مستوى أداء الطاقم التمريضي والخدمات المساندة في مستشفى 48 النموذجي، بعد مرور عام من تطبيق نظام الجودة في المستشفى. وقد لخصت النتائج التي توصل إليها الباحث من خلال الاستبيان في الجدول الآتي :

جدول رقم (3-9) مستوى أداء طاقم التمريض والخدمات المساندة من وجهة نظر المرضى

م	السؤال	عالي جداً	عالي	متوسط	منخفض	منخفض تماماً	الوسط الحسابي
1	ما مدى كفاية مساعدي الأطباء من هيئة التمريض اللازمين للتمكين من تقديم خدمة طبية ذات جودة.	5	72	18	3	2	3.75
2	ما مدى شعور المرضى بتحسين صحي وراحة نفسية جراء تقديم خدمات تمريض ذات جودة.	39	55	5	1	0	4.32
3	ما مدى التزام الممرضين والممرضات بمواعيد تلقي الأدوية وغير ذلك من الخدمات المرتبطة بالعلاج.	39	56	5	0	0	4.34
4	ما مدى التزام الممرضين والممرضات بالسماحة وطيب النفس عند تقديم الخدمات الخاصة للمرضى كالنظافة اليومية وقضاء الحوائج الشخصية.	40	52	5	3	0	4.29
5	ما مدى توفر السرعة والجودة في كافة الخدمات وخاصة المساندة مثل الأشعة والتحليل وغيرها، بالرغم من عدم وجود رسوم مقابل مختلف الخدمات.	45	45	41	11	3	3.28
6	ما مدى توفر الخدمات المساندة بشكل متكامل لأداء الخدمة الصحية.	77	16	7	0	0	4.7
7	ما مدى كفاية و توافق نظام التغذية مع القواعد الصحية ومتطلبات العلاج.	5	75	19	1	0	3.84
8	ما مدى حرص الممرضين و الممرضات والقائمون على الخدمات المساندة على الظهور بالمظهر النظيف و اللائق.	29	60	11	0	0	4.18
9	ما مدى التزام جميع العاملين في مجال التمريض والخدمات المساندة بالابتناس وإظهار الاهتمام والتعاطف مع المرضى	5	69	22	4	0	3.75
	إجمالي التكرارات=900	239	500	133	23	5	4.05

المصدر : من إعداد الباحث، بناءً على نتائج الاستبيان.

الفصل الثالث : دور نظام الجودة في تحسين أداء مستشفى 48 النموذجي (دراسة حالة) .

من خلال الجدول رقم (3-9) السابق يتضح أن الوسط الحسابي الكلي لهذا المحور بلغ 4.05، وهذا يدل على الأداء العالي لجهاز التمريض والخدمات المساندة بحسب رأي المرضى، وهذا يعكس مستوى عالي من الرضا عن أداء هذا الطاقم، على الرغم من أن رضا المرضى عن السرعة التي تقدم بها الخدمات المساندة مثل الأشعة والتحليل متوسط، حيث كان الوسط الحسابي لهذا المقياس 3.28.

المطلب الثالث : دور التجهيزات والتسهيلات المتوفرة في رفع مستوى الجودة

يهدف الباحث من خلال فقرات هذا المطلب إلى تقييم مدى إدراك المرضى لدرجة تأثير مبنى المستشفى والتجهيزات والتسهيلات الحالية المتوفرة فيه على جودة الخدمات الصحية التي يقدمها، والجدول التالي يعرض النتائج التي تم التوصل إليها عن طريق الاستبيان.

جدول رقم (3-10) درجة تأثير مبنى المستشفى وتجهيزاته على جودة خدماته

م	السؤال	عالي جدا	عالي	متوسط	منخفض	منخفض تماما	الوسط الحسابي
1	ما مدى الاهتمام باستخدام كافة الأجهزة والتقنيات الحديثة المرتبطة بتقديم خدمة طبية ذات جودة في المستشفى.	39	55	6	0	0	4.33
2	ما مدى توفر الإمكانات والتسهيلات والمواد اللازمة لتقديم خدمات صحية ذات جودة في المستشفى.	39	51	10	0	0	4.29
3	ما مدى مناسبة أماكن الانتظار المخصصة للمرضى وذويهم.	39	41	20	0	0	4.19
4	ما مدى توفر الهدوء والراحة والنظافة بغرف المرضى.	27	55	18	0	0	4.09
5	ما مدى توفر اللوحات الإرشادية الأمانة لتسهيل وتيسير وصول المرضى إلى أماكن تلقي الخدمات الصحية المختلفة.	39	51	10	0	0	4.29
6	ما مدى مناسبة التصميم الحالي لمبنى المستشفى للخدمات الصحية التي تقدم فيه.	0	48	32	20	0	3.28
	إجمالي التكرارات=600	183	301	96	20	0	4.07

المصدر : من إعداد الباحث استناداً إلى نتائج الاستبيان.

من خلال الجدول الموضح أعلاه، يتضح أن التصميم الحالي لمبنى المستشفى، يتناسب بدرجة متوسطة مع طبيعة الخدمات الصحية التي تقدم فيه، حيث بينت نتائج الاستبيان بأن الوسط الحسابي للسؤال رقم (6) في الجدول أعلاه هو 3.28، وبالرغم من ذلك فقد بينت نتائج الاستبيان بأن الوضع الحالي لتجهيزات المستشفى والتسهيلات المتوفرة فيه عموماً تؤثر بدرجة عالية على جودة خدماته، حيث تبين أن الوسط الحسابي لمجموع تكرارات هذا المحور هو 4.07.

الفصل الثالث : دور نظام الجودة في تحسين أداء مستشفى 48 النموذجي (دراسة حالة) —

المطلب الرابع : رأي المرضى حول جودة الخدمات التي تقدم في المستشفى

يسعى الباحث من خلال محاور هذا المطلب، إلى التعرف على مدى رضا المرضى عن جودة الخدمات الصحية التي يقدمها مستشفى 48 النموذجي والتي تم تناولها من خلال محورين على النحو الآتي :

أولاً : مدى إدراك المرضى بأنه يتم الاهتمام بهم كعملاء من قبل العاملين في المستشفى

يهدف الباحث من خلال فقرات هذا المحور، إلى قياس مستوى شعور المرضى بأنه يتم الاهتمام بهم كعملاء من قبل جميع العاملين في مستشفى 48 النموذجي، والجدول التالي يعرض النتائج التي تم الوصول إليها من خلال الاستبيان.

جدول رقم (3-11) مستوى اهتمام العاملين في المستشفى بالمريض كعميل

م	السؤال	عالي جداً	عالي	متوسط	منخفض	منخفض تماماً	الوسط الحسابي
1	ما مدى صدق الإهتمام بالمرضى ومشكلاتهم من جانب جميع العاملين بالمستشفى.	5	69	20	4	2	3.71
2	ما مدى شعور المريض بالحرص والتفهم واللباقة في إقناعه من جانب العاملين.	17	69	10	4	0	3.99
3	ما مدى كفاءة ونشاط وحيوية العاملين بالمستشفى في تعاملهم مع المرضى.	5	72	21	1	1	3.79
4	ما مدى اهتمام العاملين بالمستشفى بالتعاطف والاستماع بانتباه مع توجيه النصح والإرشاد للمرضى على ضوء حالات الألم والإحباط.	26	55	18	1	0	4.06
5	ما مدى التزام العاملين في المستشفى بإبداء الإحترام والمعاملة الطيبة لزوار المرضى ومرافقيهم.	5	69	23	3	0	3.76
6	ما مدى تعامل العاملين في المستشفى مع الزوار بالتفهم والتعاطف والابتسام.	5	69	23	3	0	3.76
7	ما مدى اهتمام المستشفى بالتعرف على آراء وشكاوى ومقترحات المرضى.	1	51	33	12	3	3.35
8	ما مدى تعامل إدارة المستشفى بإيجابية مع آراء وشكاوى ومقترحات المرضى.	1	51	33	12	3	3.35
9	ما مدى حرص المستشفى على بساطة وسهولة الإجراءات لكافة مراحل تقديم الخدمة الطبية.	11	72	17	0	0	3.94
10	ما مدى الالتزام بمعاملة المرضى كان لهم أولوية من جانب العاملين بالمستشفى.	26	69	5	0	0	4.21
	الإجمالي	102	646	203	40	9	3.79

المصدر : من إعداد الباحث بناءً على نتائج الاستبيان.

الفصل الثالث : دور نظام الجودة في تحسين أداء مستشفى 48 النموذجي (دراسة حالة) —

من خلال الجدول رقم (3-11) السابق، يتضح أن الوسط الحسابي لمتغير الاهتمام بالمريض كعميل هو 3.79، وهذا يدل على أن المرضى يشعرون بمستوى عالي من الاهتمام، ويتم التعامل معهم كعملاء من قبل جميع العاملين في المستشفى، بالرغم من أنهم يشعرون بالاهتمام المتوسط من قبل إدارة المستشفى بأرائهم ومقترحاتهم، حيث كان الوسط الحسابي لتكرارات السؤالين رقم 7 و8 في الجدول الموضح أعلاه هو 3.35 لكليهما.

ثانياً : درجة رضا المرضى عن جودة خدمات المستشفى

بعد تفريغ نتائج الاستبيان، لاحظ الباحث وجود درجة رضا عالي لدى المرضى عن جودة خدمات المستشفى، وقد لخصت النتائج في الجدول التالي :

جدول رقم (3-12) درجة رضا المرضى عن جودة خدمات مستشفى 48 النموذجي

م	السؤال	راضي جدا	راضي	متوسط الرضا	غير راضي	غير راضي تماماً	الوسط الحسابي
1	هل أنت راضي عن الخدمات الصحية التي يقدمها المستشفى.	39	40	21	0	0	4.18
2	هل أنت راضي عن جودة الخدمات التي يقدمها المستشفى.	39	40	21	0	0	4.18
	الإجمالي	78	80	42	0	0	4.18

المصدر : من إعداد الباحث بناءً على نتائج الاستبيان.

من خلال الجدول الموضح أعلاه يتبين أن مستوى رضا المرضى عن الخدمات التي يقدمها مستشفى 48 النموذجي وعن جودتها عالي، فقد كان الوسط الحسابي لتكرارات هذا المحور هو 4.18، فقد أكد 79% من أفراد عينة الدراسة أنهم راضون عن الخدمات التي يقدمها المستشفى، كما إنهم راضون عن جودة هذه الخدمات.

المبحث الرابع : دور نظام الجودة في تحسين أداء مستشفى 48 من وجهة نظر العاملين فيه

يتناول هذا المبحث قياس مستوى الرضا الوظيفي لدى العاملين في مستشفى 48 النموذجي، بالإضافة إلى قياس مستوى رضاهم عن جودة الخدمات الصحية التي تقدم في المستشفى، ودرجة تقييمهم لمستوى رضا المرضى عن جودة خدمات المستشفى، والتعرف على رأيهم حول مجموعة من العوامل التي تؤثر على جودة الخدمة الصحية، مثل : مستوى الأداء الحالي للمستشفى بعد تطبيق نظام الجودة، العمل بروح الفريق الواحد، المعلومات والاتصالات وتقنياتها، درجة التزام الإدارة بتطبيق نظام الجودة، وأخيراً الدور الذي لعبه تطبيق نظام الجودة في تحسين أداءه.

وقد استخدم الباحث الاستبيان كأداة لجمع البيانات* ، تم تحديد حجم العينة بـ 100 موظف وتم اختيارهم بشكل عشوائي، كما تم استخدام الوسط الحسابي كأداة لتحليل نتائج الاستبيان، وقد استخدم الباحث سلم ليكارت الخماسي أثناء تحديد خيارات الإجابة، ولأجل حساب الوسط الحسابي أعطيت خيارات الإجابة الأوزان من 5 إلى 1، بحيث أن الوزن 5 يعني مستوى عالي جداً، والوزن 1 يعني منخفض تماماً، كما حسبت أطوال الفئات بنفس الطريقة التي أجريت في المبحث الثالث، وقد استمرت عملية جمع البيانات من 15 مارس إلى غاية 15 يونيو 2011.

المطلب الأول: الخصائص الديموغرافية لعينة الدراسة

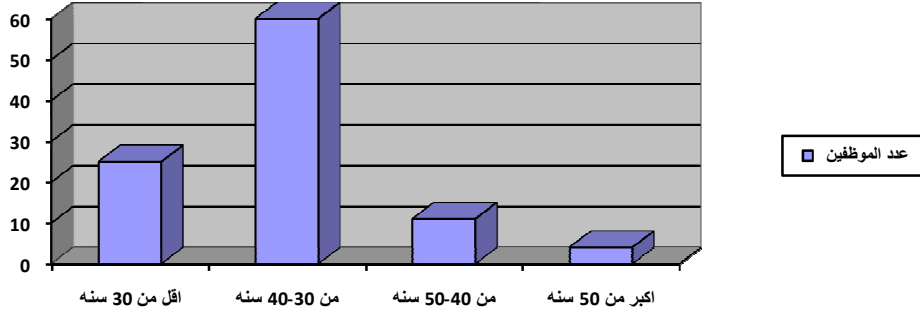
يتناول هذا المطلب استعراض مختلف الخصائص الديموغرافية لعينة الدراسة والمتمثلة في كل من العمر، الجنس، الحالة الاجتماعية، التخصص، المؤهل العلمي، وأخيراً عدد سنوات الخبرة، وقد تم تمثيل نتائج الاستبيان في المخططات النسبية الآتية :

* أنظر الملحق رقم (3)، استمارة الاستبيان الموجهة نحو العاملين في مستشفى 48 النموذجي.

الفصل الثالث : دور نظام الجودة في تحسين أداء مستشفى 48 النموذجي (دراسة حالة). —

أولاً : العمر : الشكل التالي يعرض توزيع أفراد عينة الدراسة بحسب العمر .

شكل رقم (3-6) توزيع عينة الدراسة بحسب العمر

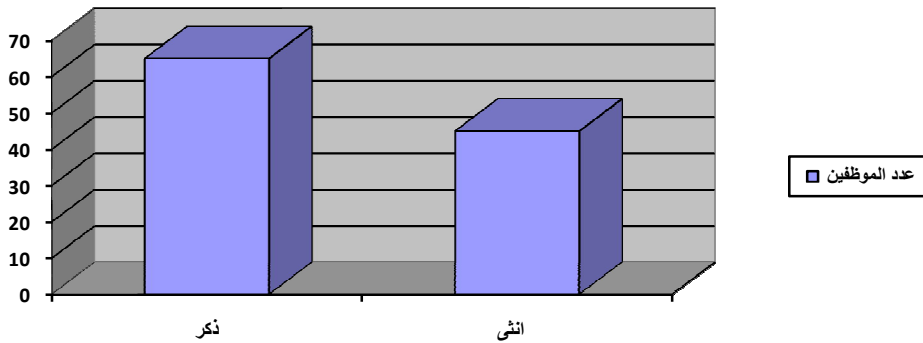


المصدر : من إعداد الباحث، بناءً على نتائج الاستبيان.

من خلال الشكل الموضح أعلاه يمكن ملاحظة أن أكبر نسبة مستجوبة هي نسبة الموظفين الذي تتراوح أعمارهم بين 30-40 سنة التي بلغت 60%، تليها نسبة الموظفين الذي تقل أعمارهم عن 30 سنة التي كانت نسبتهم 25%، ثم الموظفين الذي تتراوح أعمارهم ما بين 40-50 سنة، حيث بلغت نسبتهم 11%، في حين كانت أقل نسبة هي للموظفين الذي تزيد أعمارهم عن 50 سنة فما فوق 4%.

ثانياً : الجنس : الشكل التالي يعرض توزيع أفراد عينة الدراسة بحسب الجنس.

شكل رقم (3-7) توزيع عينة الدراسة بحسب الجنس



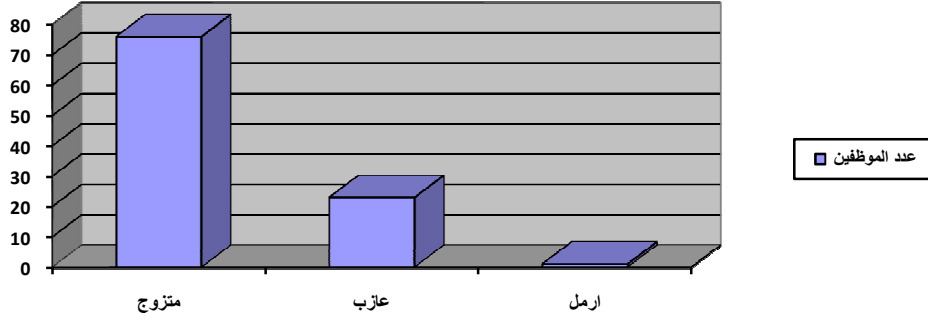
المصدر : من إعداد الباحث بناءً على نتائج الاستبيان

يتضح من خلال الشكل الموضح أعلاه أن نسبة الذكور أعلى من نسبة الإناث، حيث بلغت نسبة الذكور 65%، بينما كانت نسبة الإناث 45% فقط.

الفصل الثالث : دور نظام الجودة في تحسين أداء مستشفى 48 النموذجي (دراسة حالة). —

ثالثاً : الحالة الاجتماعية : الشكل التالي يعرض توزيع أفراد عينة الدراسة بحسب الحالة الاجتماعية.

شكل رقم (3-8) توزيع عينة الدراسة بحسب حالتهم الاجتماعية

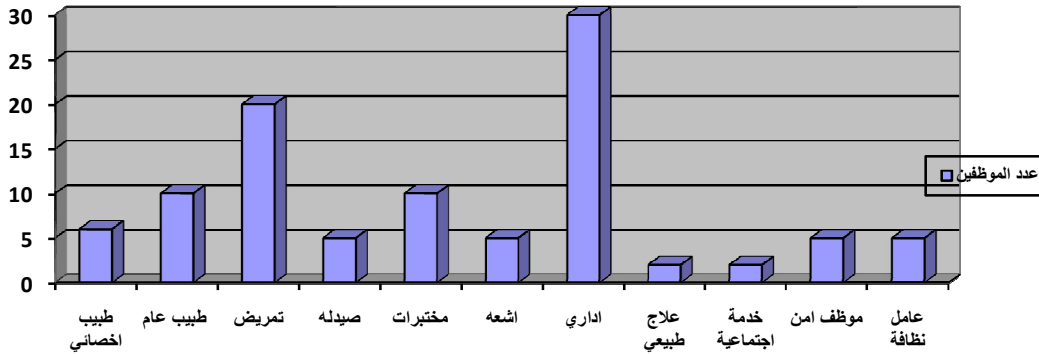


المصدر : من إعداد الباحث بناءً على نتائج الاستبيان.

يتبين من خلال الشكل الموضح أعلاه أن أكبر نسبة هي نسبة المتزوجين التي بلغت 76%، يليها 23% من العينة عازبين، بينما كانت نسبة الأرمال 1%.

رابعاً : التخصص : الشكل التالي يعرض توزيع أفراد عينة الدراسة بحسب التخصص.

شكل رقم (3-9) توزيع عينة الدراسة بحسب التخصص



المصدر : من إعداد الباحث بناءً على نتائج الاستبيان.

يتبين من خلال الشكل الموضح أعلاه، أن أفراد عينة الدراسة موزعين على (11) تخصص على النحو الآتي :

- 6% طبيب متخصص؛

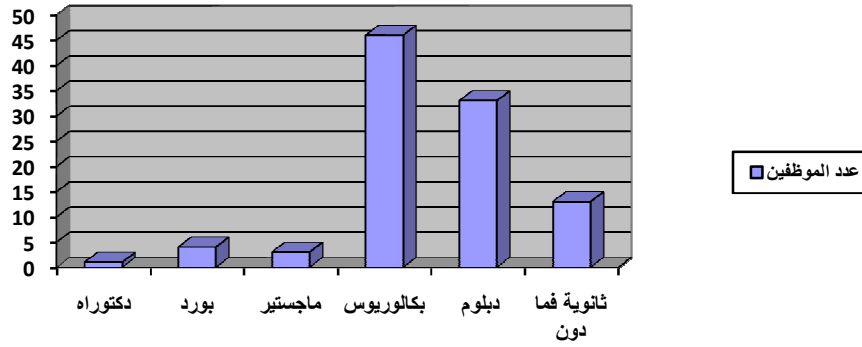
- 10% أطباء عموم ؛

الفصل الثالث : دور نظام الجودة في تحسين أداء مستشفى 48 النموذجي (دراسة حالة) .

- 20% ممرضين ومساعدى أطباء؛
- 5% صيدلة؛
- 10% مختبرات؛
- 5% أشعة؛
- 30% إداريين؛
- 2% علاج طبيعي؛
- 2% خدمة اجتماعية؛
- 5% موظف أمن؛
- 5% عامل نظافة.

خامساً : المؤهل العلمي : الشكل التالي يعرض توزيع أفراد عينة الدراسة بحسب المؤهل العلمي .

شكل رقم (3-10) توزيع عينة الدراسة بحسب المؤهل العلمي



المصدر : من إعداد الباحث بناءً على نتائج الاستبيان .

يتبين من خلال الشكل الموضح أعلاه، أن أفراد عينة الدراسة قد توزعوا بحسب مؤهلاتهم على النحو الآتي :

- 1% دكتوراه؛
- 4% بورد ؛
- 3% ماجستير؛

الفصل الثالث : دور نظام الجودة في تحسين أداء مستشفى 48 النموذجي (دراسة حالة). —

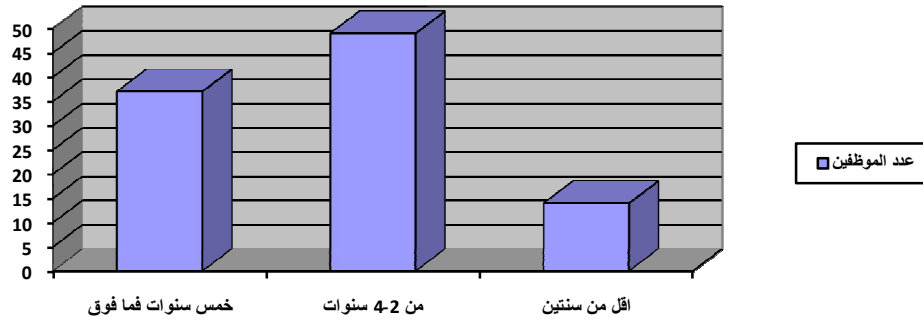
- 46% بكالوريوس؛

- 33% دبلوم؛

- 13% ثانوية فمادون.

سادسا : الخبرة : الشكل التالي يعرض توزيع أفراد عينة الدراسة بحسب عدد سنوات الخبرة التي يمتلكها كل شخص في مجال عمله.

شكل رقم (3-11) توزيع أفراد العينة بحسب سنوات الخبرة



المصدر : من إعداد الباحث بناءً على نتائج الاستبيان.

من خلال الشكل الموضح أعلاه، يتضح امتلاك معظم الموظفين لخبرة لا تقل عن سنتين كلاً في مجال تخصصه، حيث بلغ عدد الموظفين الذين تزيد خبرتهم عن خمس سنوات 37% من حجم العينة، في حين كانت نسبة الموظفين التي تتراوح خبرتهم بين 2-4 سنوات 49% من حجم العينة، أما الموظفين التي تقل خبرتهم عن سنتين فكانت نسبتهم 14% من حجم العينة.

المطلب الثاني : مستوى الرضا الوظيفي لموظفي المستشفى

يهدف هذا المطلب إلى قياس مستوى الرضا الوظيفي لدى موظفي المستشفى من ناحية، ومن ناحية أخرى التعرف على رأي الموظفين في جودة خدمات المستشفى ومدى إدراكهم لمستوى رضا المرضى عن جودة خدمات المستشفى بحكم احتكاكهم المباشر بالمرضى، وقد تلخصت نتائج الدراسة في الجداول التالية :

الفصل الثالث : دور نظام الجودة في تحسين أداء مستشفى 48 النموذجي (دراسة حالة) .

أولاً : مستوى الرضا الوظيفي : تلخصت نتائج الاستبيان في الجدول التالي :

جدول رقم (3-13) مستوى الرضا الوظيفي لموظفي مستشفى 48 النموذجي

م	السؤال	راضي جداً	راضي	متوسط الرضا	غير راضي	غير راضي تماماً	الوسط الحسابي
1	هل أنت راضي عن نظام تحديد الرواتب والأجور في المستشفى .	12	49	30	9	0	3.64
2	هل أنت راضي عن نظام الحوافز المطبق في المستشفى.	0	25	10	54	11	2.49
3	هل أنت راضي عن ظروف العمل المادية المتاحة بالمستشفى (المباني - الإضاءة - التهوية والتكييف وغيرها).	20	70	10	0	0	4.1
4	هل أنت راضي عن مستوى العدالة التي تعامل بها الإدارة الموظفين.	0	25	10	54	11	2.49
5	هل أنت راضي عن مستوى التعاون بين العاملين واحترامهم لبعضهم البعض.	30	59	7	4	0	4.15
6	هل أنت راضي عن درجة توفر التسهيلات والأجهزة والمستلزمات اللازمة للعمل.	30	59	7	4	0	4.15
7	هل أنت راضي عن طريقة تعامل إدارة المستشفى مع آراء وشكاوى ومقترحات الموظفين.	0	40	41	11	8	3.13
8	برأيك ما هو مستوى الرضا الوظيفي للموظفين.	3	32	10	55	0	2.83
	إجمالي التكرارات = 800	95	359	125	191	30	3.37

المصدر : من إعداد الباحث بناءً على نتائج الاستبيان.

يتبين من خلال الجدول الموضح أعلاه أن درجة الرضا الوظيفي للموظفين متوسطة، حيث كان الوسط الحسابي (3.37)، كما بينت نتائج الاستبيان أن الأسباب التي تقف وراء هذه النتيجة تعود إلى الآتي :

- عدم رضا الموظفين عن نظام الحوافز حيث كان الوسط الحسابي لهذا السؤال (2.49).
- وجود تحيز في تعامل الإدارة مع الموظفين، وهذا ما أكده الوسط الحسابي لتكرارات هذا السؤال فقد كان (2.49).
- عدم اهتمام إدارة المستشفى بآراء وشكاوى ومقترحات الموظفين بدرجة كافية، حيث كان الوسط الحسابي لرأي الموظفين حول هذا السؤال هو (3.13).

الفصل الثالث : دور نظام الجودة في تحسين أداء مستشفى 48 النموذجي (دراسة حالة) .

ثانياً : رأي الموظفين حول مدى كفاية الخدمات الحالية في الاستجابة لإحتياجات وتوقعات المرضى : بينت نتائج الاستبيان بأن الخدمات الصحية الحالية التي يقدمها المستشفى تسد احتياجات وتوقعات المرضى بدرجة عالية، حيث كان الوسط الحسابي لأراء وتوقعات الموظفين 4.04 وهذه نسبة عالية.

جدول رقم (3-14) مدى تحقيق الخدمات الحالية للمستشفى لحاجات وتوقعات المرضى

م	السؤال	عالي جداً	عالي	متوسطة	منخفض	منخفض جداً	الوسط الحسابي
1	ما مدى تحقيق الخدمات التي تقدم حالياً في المستشفى لحاجات وتوقعات ورغبات المرضى.	27	55	13	5		4.04
2	ما مدى رضا المرضى عن جودة خدمات المستشفى.	2	71	18	9		3.66

المصدر : من إعداد الباحث بناءً على نتائج الاستبيان.

إضافة إلى ما سبق يبين الجدول الموضح أعلاه بأن مستوى رضا المرضى عن جودة خدمات المستشفى عالية بحسب تقييم مقدمي الخدمات في المستشفى (الموظفين) الناتج عن الاحتكاك المباشر بالمرضى.

المطلب الثالث : درجة التزام إدارة المستشفى بتطبيق نظام الجودة

يهدف هذا المطلب إلى تقييم درجة التزام واهتمام إدارة المستشفى بتطبيق نظام الجودة في المستشفى، وقد لخصت نتائج الدراسة في الجدول رقم (3-15) الآتي :

الفصل الثالث : دور نظام الجودة في تحسين أداء مستشفى 48 النموذجي (دراسة حالة). —

جدول رقم (3-15) درجة الالتزام بتطبيق نظام الجودة في المستشفى

م	العبرة	موافق بدرجة عالية جداً	موافق بدرجة عالية	موافق بدرجة منخفضة	غير موافق	غير موافق تماماً	الوسط الحسابي
1	إدارة المستشفى تطبق نظام فعال لرقابة ومتابعة جودة الخدمات التي يقدمها المستشفى.	45	49	6	0	0	4.39
2	إدارة المستشفى مهتمة بتطبيق نظام الجودة في المستشفى.	45	47	6	2	0	4.35
3	مقترحات وأراء الموظفين تؤخذ بعين الاعتبار عند صياغة الخطط واتخاذ القرارات وحل المشاكل (تحقق مبدأ المشاركة).	3	45	42	6	4	3.37
4	تقوم إدارة المستشفى بقياس اتجاهات المريض نحو ما تقدمه له من خدمات لمعرفة مستوى رضائه عن هذه الخدمات.	3	44	39	10	4	3.32
5	تقوم إدارة المستشفى بتحسين الجودة بشكل مستمر لمقابلة احتياجات المرضى وتحقيق رضاهم.	17	58	21	3	1	3.87
6	سياسات وإجراءات وأدلة العمل الإكلينيكية والقوانين والمعايير المنظمة للعمل متوفرة في المستشفى.	24	57	12	6	1	3.97
7	يلتزم جميع العاملين بتطبيق السياسات والإجراءات وأدلة العمل الإكلينيكية والقوانين والمعايير المنظمة للعمل في المستشفى.	32	54	9	5	0	4.13
	إجمالي التكرارات=700	169	354	135	32	10	3.91

المصدر : من إعداد الباحث بناءً على نتائج الاستبيان.

بينت نتائج الاستبيان الموضحة في الجدول أعلاه أن 74.71% من عينة الدراسة يتفقون بدرجة عالية على أن إدارة المستشفى ملتزمة ومهتمة بتطبيق ومتابعة نظام الجودة في المستشفى، فقد كان الوسط الحسابي العام 3.91، مما يدل على تمركز معظم إجابات أفراد العينة حول الخيار الرابع وهو موافق بدرجة عالية، إلا أنهم يعيبون على الإدارة عدم إعطائها الاهتمام الكافي بأراء ومقترحات الموظفين والمرضى عند اتخاذ القرارات الجديدة، فقد كان الوسط الحسابي لإجابات عينة الدراسة عن السؤالين رقم 3 و4 هو 3.37 و3.32 على التوالي، إي أن معظم إجابات أفراد العينة قد تمركزت حول الخيار الثالث وهو موافق بدرجة منخفضة.

الفصل الثالث : دور نظام الجودة في تحسين أداء مستشفى 48 النموذجي (دراسة حالة) —

المطلب الرابع : درجة التحسن في أداء المستشفى بعد تطبيق نظام الجودة.

يهدف هذا المطلب إلى تقييم مدى تحسن الأداء في مستشفى 48 النموذجي نتيجة تطبيق نظام الجودة في المستشفى من خلال الآتي :

أولاً : رأي الموظفين حول مستوى التحسن المتحقق في أداء المستشفى : يمكن تلخيص النتائج التي توصلت إليها الدراسة حول هذا الجانب في الجدولين الآتيين :

1. درجة تأثير تطبيق نظام الجودة على مدخلات نظام إنتاج الخدمة الصحية في المستشفى.

جدول رقم (3-16) درجة تأثير تطبيق نظام الجودة في تحسين مدخلات المستشفى الإنتاجية

م	العبارة	موافق بدرجة عالية جداً	موافق بدرجة عالية	موافق بدرجة منخفضة	غير موافق	غير موافق تماماً	الوسط الحسابي
1	تطبيق نظام الجودة اثر ايجابياً على تحسين الممارسات الحالية من جانب الأطباء فيما يتعلق بتقديم الخدمة الصحية.	10	60	25	5	0	3.75
2	تطبيق نظام الجودة اثر ايجابياً على تحسين الممارسات الحالية لجهاز التمريض والخدمات المساندة فيما يتعلق بتقديم الخدمة الصحية.	30	57	13	0	0	4.17
3	تطبيق نظام الجودة اثر ايجابياً على تحسين الممارسات الحالية في المستشفى الخاصة بالاهتمام بالمريض كعميل.	10	66	21	3	0	3.83
4	تطبيق نظام الجودة اثر ايجابياً على تحسين الواقع الحالي فيما يتعلق بالعمل بروح الفريق الواحد في المستشفى.	30	59	7	4	0	4.15
5	تطبيق نظام الجودة اثر ايجابياً على تحسين الوضع الحالي الخاص بالمعلومات والاتصالات وتقنياتها بالمستشفى.	70	24	4	2	0	4.62
6	تطبيق نظام الجودة اثر ايجابياً على تحسين الوضع الحالي لمعدات المستشفى وتجهيزاته وتسهلاته.	70	26	4	0	0	4.66
7	تطبيق نظام الجودة اثر ايجابياً على تحسين التصميم الحالي لمبنى المستشفى.	0	48	32	16	4	3.24
	الإجمالي = 700	220	340	106	30	4	4.06

المصدر : من إعداد الباحث بناءً على نتائج الاستبيان.

الفصل الثالث : دور نظام الجودة في تحسين أداء مستشفى 48 النموذجي (دراسة حالة) .

من خلال نتائج الاستبيان الموضحة في الجدول رقم (3-16) السابق يتضح ما يلي :

- أثر تطبيق نظام الجودة في المستشفى بدرجة عالية على تحسن مدخلات نظام تقديم الخدمة الصحية في المستشفى المتمثلة في : ممارسات الأطباء والممرضين والخدمات المساندة، العمل بروح الفريق الواحد، الاستفادة من نظام المعلومات والاتصالات وتقنياتها، توفر الأجهزة والمعدات والتسهيلات الطبية بدرجة كافية، حيث بينت نتائج الوسط الحسابي تمركز آراء عينة الدراسة حول الخيار الرابع وهو موافق بدرجة عالية (انظر عمود الوسط الحسابي في الجدول رقم 3-16 الموضح أعلاه) للعبارات من 1-6.

- أثر تطبيق نظام الجودة ولكن بدرجة منخفضة في تحسين الوضع الحالي لتصميم المستشفى، لكي يصبح أكثر ملائمة لطبيعة الخدمات التي يقدمها المستشفى، فقد بينت نتائج الاستبيان تمركز آراء عينة الدراسة حول الخيار الثالث، وهذا ما أكده الوسط الحسابي للعبارة رقم 7 الذي بلغ (3.24).

- على الرغم من ضعف تأثير نظام الجودة في معالجة المشكلة الموجودة في تصميم المبنى، إلا أن تطبيق نظام الجودة قد اثر بشكل عام و بدرجة عالية، في تحسين نوعية مدخلات النظام الصحي للمستشفى وزاد من قدرتها على تقديم خدمة صحية ذات جودة عالية، تتلاءم مع حاجات وتوقعات المرضى وتحقق رضاهم.

2. درجة التحسن في أداء المستشفى نتيجة تطبيق نظام الجودة : تلخصت نتائج الاستبيان فيما يتعلق بهذا المحور في الجدول التالي :

الفصل الثالث : دور نظام الجودة في تحسين أداء مستشفى 48 النموذجي (دراسة حالة) .

جدول رقم (3-17) درجة التحسن في أداء المستشفى بعد تطبيق نظام الجودة.

م	العبارة	موافق بدرجة عالية جداً	موافق بدرجة عالية	موافق بدرجة منخفضة	غير موافق	غير موافق تماماً	الوسط الحسابي
1	درجة الكفاءة والفاعلية في استغلال المستشفى للموارد (البشرية والمادية) والإمكانيات المتاحة تحسنت بدرجة عالية بعد تطبيق نظام الجودة في المستشفى.	13	62	23	2	0	3.86
2	أدى تطبيق نظام الجودة في المستشفى إلى زيادة عدد المرضى المخدومين من قبل المستشفى.	70	22	8	0	0	4.62
3	أدى تطبيق نظام الجودة في المستشفى إلى زيادة قدرة المستشفى على تحقيق الأهداف التي أنشئ من أجلها بكفاءة وفاعلية.	13	65	19	3	0	3.88
4	مستوى أداء المستشفى يتحسن بصورة مستمرة، بعد تطبيق نظام الجودة.	46	37	15	2	0	4.27
	إجمالي التكرارات = 400	142	186	65	7	0	4.16

المصدر : من إعداد الباحث بناءً على نتائج الاستبيان.

بينت نتائج الدراسة الموضحة في الجدول أعلاه أن تطبيق نظام الجودة قد ساعد وبدرجة عالية على زيادة قدرة المستشفى على استغلال الموارد المادية والمالية المتاحة بكفاءة وفاعلية، زيادة عدد المرضى المخدومين من قبل المستشفى، زيادة قدرة المستشفى على تحقيق أهدافه بكفاءة وفاعلية، التحسن المستمر في أداء المستشفى، فقد تمركزت آراء عينة الدراسة حول الخيار الرابع بحسب نتائج الوسط الحسابي الموضحة أمام كل عبارة في الجدول رقم (3-17) الموضح أعلاه.

وعموماً فقد كان الوسط الحسابي الكلي لكل فقرات هذا المحور 4.16 وهو رقم عالي، وهذا يؤكد أن تطبيق نظام الجودة قد أثر بدرجة عالية في تحسين أداء المستشفى.

ثانياً : رأي الموظفين حول أهمية تطبيق نظم الجودة في تحسين أداء المرافق الصحية

يهدف هذا المحور إلى قياس مستوى الإدراك الذي تولد لدى موظفي مستشفى 48 النموذجي حول أهمية الدور الذي لعبه تطبيق نظام الجودة في تحسين أدائهم وأداء المستشفى بشكل عام، حيث تلخصت نتائج الدراسة في الجدول رقم (3-18) الآتي :

الفصل الثالث : دور نظام الجودة في تحسين أداء مستشفى 48 النموذجي (دراسة حالة) .

جدول رقم (3-18) رأي الموظفين حول أهمية تطبيق أنظمة الجودة في تحسين أداء المرافق الصحية

م	العبارة	موافق بدرجة عالية جداً	موافق بدرجة عالية	موافق بدرجة منخفضة	غير موافق	غير موافق تماماً	الوسط الحسابي
1	تطبيق نظام للجودة في المستشفى ضروري جداً لتحسين الأداء في المستشفى.	66	34	0	0	0	4.66
2	يلعب نظام الجودة دوراً مهماً في تحقيق أهداف المستشفى بأقل تكلفة ممكنة.	66	32	1	1	0	4.63
3	نظام الجودة يساعد المستشفى في تقديم خدماته لأكبر عدد من أفراد المجتمع.	60	34	3	3	0	4.51
4	يلعب نظام الجودة دوراً مهماً في تحسين أداء الموظفين في المستشفى.	66	33	1	0	0	4.65
5	تطبيق نظام الجودة يلعب دوراً مهماً في تحقيق الاستغلال الأمثل للموارد (البشرية والمادية) والإمكانيات المتاحة.	66	34	0	0	0	4.66
6	يلعب نظام الجودة دوراً مهماً في زيادة الرضا الوظيفي لدى العاملين في المستشفى.	27	38	30	4	1	3.86
	إجمالي التكرارات = 600	351	205	35	8	1	4.50

المصدر : من إعداد الباحث بناءً على نتائج الاستبيان.

من خلال نتائج الدراسة الموضحة في الجدول أعلاه، يتضح ما يلي :

- إجماع معظم الموظفين بدرجة عالية جداً، على أن نظام الجودة يلعب دوراً مهماً في تحسين الأداء، تحقيق الأهداف بكفاءة وفاعلية، زيادة الإنتاجية، تحسين أداء الموظفين، الاستغلال الأمثل للموارد المتاحة.
- على الرغم من أن تطبيق نظام الجودة في مستشفى 48 النموذجي لم يؤثر إلا بدرجة منخفضة في تحقيق رضا العاملين في المستشفى، فقد أجمع معظم الموظفين بدرجة عالية، على أن نظام الجودة يلعب دوراً مهماً في تحقيق الرضا الوظيفي، وعند البحث عن سبب الاختلاف في رأي الموظفين حول هذه الفقرة، أجاب الموظفون بأنهم يدركون بأن سبب انخفاض رضاهم الوظيفي هو عدم التزام إدارة المستشفى بتطبيق أحد المتطلبات الهامة لنجاح تطبيق نظام الجودة، وهو الجانب المتعلق بعدالة التعامل مع الموظفين بحسب مؤهلاتهم وخبراتهم، بالإضافة إلى غياب مبدأ مشاركة جميع العاملين عند وضع الخطط.

خلاصة الفصل الثالث

مستشفى 48 النموذجي يعد أحد المستشفيات المرجعية الهامة في الجمهورية اليمنية، يقدم المستشفى حزمة الخدمات الصحية التي تقدم في المستوى الثالث من النظام الصحي اليمني، كما تسعى إدارة المستشفى إلى استكمال بنيته التحتية ليتحول إلى مدينة طبية متكاملة تقدم كافة الخدمات الصحية التي يتوقعها المرضى في اليمن وبجودة عالية، بهدف الحد من ظاهرة السفر إلى الخارج للبحث عن العلاج.

وفي سبيل تحقيق أهداف المستشفى والارتقاء بمستوى خدماته، قامت إدارة المستشفى في مطلع عام 2009م بوضع وتنفيذ خطة متكاملة لتطبيق نظام الجودة الشاملة في المستشفى، كما سعت للحصول على شهادة الاعتماد الدولي من قبل اللجنة المشتركة الدولية لاعتماد المنشآت الصحية (JCI)، وشهادة الجودة العالمية (ISO 2009) في قسم المختبرات.

أدى تطبيق المستشفى لنظام الجودة الشاملة إلى إحداث نقلة نوعية في تحسين أداء المستشفى، أدت إلى تمكنه من تقديم خدمات صحية نوعية وذات جودة عالية.

توصلت الدراسة التي أجراها الباحث على المستشفى إلى جملة من النتائج تم تلخيصها في النقاط الآتية :

أولاً : نتائج التقييم بواسطة معايير الأداة العربية لاعتماد المؤسسات الصحية

وصل المستشفى في تطبيقه لنظام الجودة، إلى المستوى الذي يمكنه من الحصول على شهادة الاعتماد المبدئي وفقاً لنسب التطابق مع معايير أداة الاعتماد العربية للمؤسسات الصحية، حيث بينت نتائج التقييم حصول المستشفى على نسب التطابق الآتية :

- 84.25% حالة تطابق مع معيار (A).
- 76.25% حالة تطابق مع معيار (B).
- 74.45 حالة تطابق مع معايير أمان وسلامة المريض.

ثانياً : النتائج التي توصل إليها الباحث من خلال استمارات الاستبيان : تلخصت نتائج استمارات الاستبيان في الآتي :

1. بلغ الوسط الحسابي للمحور المتعلق برضا المرضى عن جودة ونوعية الخدمات الصحية التي يقدمها مستشفى 48 النموذجي (4.18) وهذا يعكس مستوى عالي من الرضا.
2. بلغ الوسط الحسابي للمحور المتعلق برأي المرضى حول الممارسات الحالية للطواقم الطبي والتمريضي والخدمات المساندة في المستشفى (3.80) (4.05) على التوالي، وهذا يعكس مستوى عالي من الأداء.

3. بلغ الوسط الحسابي للمحور المتعلق برأي المرضى حول درجة الاهتمام بهم كعملاء من قبل العاملين في مستشفى 48 النموذجي (3.79)، وهذا يعكس مستوى عالي من الاهتمام.
4. بلغ الوسط الحسابي للمحور المتعلق برأي المرضى حول وضع المستشفى الحالي المتعلق بالأجهزة والمعدات والتجهيزات والتسهيلات المتوفرة في المستشفى (4.07)، وهذا يعني أنها تؤثر ايجابياً وبدرجة عالية على جودة خدمات المستشفى.
5. بلغ الوسط الحسابي للمحور المتعلق بمستوى الرضا الوظيفي للعاملين في المستشفى (3.37)، وهذا يدل على أن مستوى الرضا الوظيفي متوسط.
6. بلغ الوسط الحسابي للمحور المتعلق برأي العاملين في مستشفى 48 النموذجي حول كفاية الخدمات الصحية التي يقدمها المستشفى لسد حاجات وتوقعات المرضى (4.04)، وهذا يدل على أنها تسد احتياجاتهم بدرجة عالية. كما بلغ الوسط الحسابي المتعلق برأي العاملين حول درجة رضا المرضى عن جودة خدمات المستشفى (3.66)، وهذا يدل على الإدراك العالي للعاملين للرضا العالي للمرضى عن الخدمات المقدمة لهم في المستشفى .
7. بلغ الوسط الحسابي للمحور المتعلق برأي العاملين في مستشفى 48 النموذجي حول درجة اهتمام والتزام إدارة المستشفى بتطبيق نظام الجودة (3.91)، وهذا يعكس الاهتمام العالي من قبل إدارة المستشفى بتطبيق نظام الجودة الشاملة.
8. بلغ الوسط الحسابي للمحور المتعلق برأي العاملين في المستشفى حول تأثير تطبيق نظام الجودة في تحسين أداء ونوعية مدخلات النظام الصحي في المستشفى (الطاقم الطبي والتمريضي والخدمات المساندة، العمل بروح الفريق الواحد، المعلومات والاتصالات وتقنياتها، تصميم مبنى المستشفى والأجهزة والمعدات والتسهيلات المتوفرة فيه) (4.06)، وهذا يدل على تأثيرها الايجابي و بدرجة عالية.
9. بلغ الوسط الحسابي المتعلق برأي العاملين حول دور تطبيق نظام الجودة في تحسين أداء المستشفى بشكل عام (4.16)، وهذا يدل على أن تطبيق نظام الجودة الشاملة قد أدى إلى تحسين أداء المستشفى بدرجة عالية.
10. بلغ الوسط الحسابي المتعلق بمدى أدرك العاملين في مستشفى 48 النموذجي لمدى حاجة المرافق الصحية إلى تطبيق نظم وبرامج الجودة من أجل تحسين أدائها (4.50). وهذا يدل على أن نظام الجودة يلعب دوراً على درجة عالية جداً من الأهمية في الارتقاء بأداء المرافق الصحية عموماً والعاملين فيها على وجه الخصوص.

الثلاثة العشرة

جاء هذا البحث إنطلاقاً من الإشكالية التي تهدف إلى التعرف على الدور الذي تلعبه نظم الجودة والاعتماد في تحسين أداء المرافق الصحية بصفة عامة، وعلى المرافق التابعة للقطاع الصحي اليمني بصفة خاصة، من خلال تسليط الضوء على تجربة مستشفى 48 النموذجي في تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة سعياً منه للحصول على شهادة الاعتماد الدولية من الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد المنشآت الصحية (JCI)، بالإضافة إلى شهادة الأيزو 9000-2009 من المنظمة العالمية للمواصفات والمقاييس.

وللإجابة عن هذه الإشكالية قام الباحث بتقسيم البحث إلى ثلاثة فصول، ففي الفصل الأول، تم تعريف نظام الجودة على أنه إطار من العمليات الموثقة التي يتكامل فيها البناء التنظيمي، المسؤوليات، الإجراءات، الوسائل والبرامج المستخدمة في ضبط الجودة، مع الجهود المبذولة من قبل مختلف العاملين في المنظمة، من أجل تحسين الأداء ورفع مستوى جودة المنتجات (سلع أو خدمات) إلى المستوى الذي يجعلها قادرة على إشباع حاجات المستهلك، وتحقيق رضاه. كما وجد الباحث بأن الهدف من مقاييس الأيزو (نظم إدارة الجودة) هو توحيد شروط ومعاني الجودة التي تستخدمها البلدان الصناعية، ومن ثم استخدامها للدلالة على قدرة الموردين على التحكم في عملياتهم الإنتاجية، فهذه المقاييس تتطلب من المنظمة أن توضح ما تقوم بعمله تجاه تأكيد وضبط الجودة، ومن ثم تطبيق ما تتعهد به وتوثيقه لتصبح هذه الوثائق برهان على ماتم القيام به. كما جاء نظام إدارة الجودة الشاملة ليسد النقص في هذه المقاييس من خلال تركيزه على التحسين المستمر ومشاركة الجميع.

ونظراً للخصوصية التي تتميز بها المنظمات الصحية الناتجة عن أهمية الخدمات التي تقدمها للمجتمع، فقد قامت عدد من الدول وعلى رأسها الولايات المتحدة الأمريكية بوضع وتطوير معايير للجودة وتحسين الأداء خاصة بالمنظمات الصحية، كما قامت بإنشاء هيئات اعتماد تقوم بمنح شهادة للمنظمات الصحية التي تلتزم بتطبيق هذه المعايير، تؤكد من خلالها للمجتمع بأن هذه المنظمات تقدم خدمات صحية ذات جودة عالية. حيث تقوم هذه المنظمات بتطبيق نظم وبرامج الجودة من أجل تحسين أدائها لتصبح قادرة على تحقيق نسب عالية من التوافق مع معايير هيئات الاعتماد الدولية، التي تستخدم كوسيلة للتقييم والقياس من خلال نظام الاعتماد. وهكذا نجد أن نظم الجودة والاعتماد تقوم بتحسين أداء المنظمات الصحية وترقى بجودة خدماتها بصورة تكاملية، وهذا يؤكد صحة الفرضية الأولى.

في الفصل الثاني من هذا البحث، تم التعرف على واقع القطاع الصحي اليمني، بهدف التعرف والتشخيص لأهم المشاكل والتحديات التي تواجه هذا القطاع وتحد من قدرته في سد حاجة المجتمع من الخدمات الصحية ذات الجودة العالية، وقد خلص الباحث إلى عدد من النتائج نوجزها في الآتي :

1. المستوى العام لجودة الخدمات الصحية التي يقدمها القطاع الصحي اليمني بشقيه الخاص والعام متدن ولا يلبي احتياجات وتوقعات المجتمع اليمني.

2. ضعف الرقابة على المرافق الصحية من قبل وزارة الصحة ومكاتبها من جهة، وقلة عدد المرافق والأيدي العاملة الصحية من جهة ثانية، والتوزيع غير العادل لهذه المرافق خصوصاً العامة منها بما يتناسب مع حجم السكان في مختلف أنحاء الجمهورية من جهة ثالثة، زاد من معانات المريض اليمني.
3. أغلب المرافق الصحية تدار من قبل أشخاص غير مؤهلين، خصوصاً المرافق الصحية التي تقع في المناطق البعيدة والنائية.
4. قلة الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة العام من جهة، والأعباء الكبيرة التي تفرض على مرافق القطاع الصحي الخاص من قبل جهات حكومية عديدة من ضمنها وزارة الصحة من جهة ثانية، وعدم التزام الحكومة بتوفير الخدمات الأساسية مثل الكهرباء والماء والنظافة وغيرها بشكل مناسب والتي تعد من المتطلبات الأساسية لعمل المرافق الصحية بشكل صحيح (عدم توفير الحكومة بيئة استثمارية ملائمة) كل ذلك أدى إلى ارتفاع تكلفة الخدمة الصحية وتدني جودتها.
5. غياب الدعم والاهتمام بجودة الخدمة الصحية من قبل قيادات الدولة وعلى رأسهم قيادة وزارة الصحة، فعلى الرغم من وجود إدارة لضبط الجودة في الهيكل التنظيمي لوزارة الصحة، فإن هذه الإدارة غير مفعلة، ولا تمتلك مستوى الصلاحيات الذي يمكنها من تنفيذ ومتابعة وتقييم برامج الجودة في مرافق القطاع الصحي، بالإضافة إلى غياب التنسيق بينها وبين إدارات الجودة في مكاتب الصحة في المحافظات والمديريات، وعدم تطبيق التشريعات واللوائح التي تحدد وظائف كل إدارة في الوزارة بما يمنع الازدواج والتداخل في المهام فيما بينها، وتنظم العلاقة بين هذه الإدارة وإدارات الجودة في مكاتب الصحة بالمحافظات التي يفترض أنها تابعة لها.
6. تعرض بعض الأدوية والمستلزمات الطبية والأجهزة والمعدات الهامة والضرورية للاحتكار من قبل بعض التجار، وفي مواسم معينه، خصوصاً الأدوية والمستلزمات والأجهزة والمعدات التي تستخدم في غرف العمليات ووحدات العناية المركزة، مما يؤدي إلى ارتفاع أسعارها بشكل جنوني والذي يؤدي بدوره إلى ارتفاع تكاليف الخدمات الصحية المرتبطة بها.
7. عدم دقة المعلومات التي تتوفر لدى وزارة الصحة، خصوصاً المعلومات المتعلقة بأداء مرافق القطاع الخاص.
8. أصبحت المرافق الصحية التابعة للقطاع الصحي الخاص في الجمهورية اليمنية هي المصدر الأساسي الذي يعتمد عليه المجتمع اليمني في تلبية احتياجاته من الخدمات الصحية رغم ارتفاع تكلفتها وذلك يرجع إلى الأسباب الآتية :
 - أ. صعوبة الحصول على الخدمات الصحية في مرافق القطاع الصحي العام بسبب الازدحام والضغط الكبير على هذه المرافق من جهة، وانخفاض عددها من جهة أخرى، مما يدفع بالكثير من المرضى إلى الانتصار لفترات طويلة من أجل الحصول على بعض الخدمات قد تصل في بعض الأحيان إلى أكثر من شهر، ناهيك عن التكاليف التي يتحملها المريض أثناء فترة انتظاره والتي قد تزيد عن تكاليف الحصول على هذه الخدمات من القطاع الخاص في أغلب الأحيان.

- ب. ارتفاع رسوم الخدمات الصحية في القطاع العام، حيث وصلت رسوم بعض الخدمات إلى ثلثي قيمتها في القطاع الخاص خصوصاً خدمات الجراحة.
- ج. تعتبر المستشفيات التابعة للقطاع العام مستشفيات تعليمية ومراكز تدريبية لطلبة المعاهد والكليات الصحية في الجمهورية.
- د. أغلب الأطباء العاملين في مرافق القطاع العام إن لم يكونوا من ملاك المرافق الصحية الخاصة فإنهم يعملون فيها، وبالتالي يقوم البعض باستغلال الاندفاع الكبير والتأخر في تقديم الخدمات الصحية للمرضى في مرافق القطاع العام، فيقومون بإقناع المرضى بالتوجه إلى المرافق الصحية الخاصة بهم أو التي يعملون فيها لكي يتمكنوا من الحصول على خدمة سريعة ومن نفس أطباء المرافق العامة، وهكذا أصبح المريض اليمني مضطراً للجوء إلى القطاع الصحي الخاص مرة أخرى.
- هـ. إضافة إلى ما سبق يمكن القول بأن الخدمات الصحية المقدمة من طرف المرافق الصحية التابعة للقطاع الخاص ذات جودة أعلى من خدمات القطاع العام نتيجة احتدام المنافسة بين مرافق القطاع الخاص.
- و. وأخيراً يعتبر الانتشار الكبير للمرافق الصحية الخاصة في مختلف أنحاء الجمهورية والتي تقدم خدماتها للمجتمع على مدار 24 ساعة في اليوم وعلى مدار السنة هو السبب الرئيسي الذي دفع المجتمع اليمني بمختلف شرائحه الاعتماد عليه بشكل أساسي في تلبية احتياجاتهم من الخدمات الصحية، كون الخدمات الصحية التي تقدمها المرافق الصحية الخاصة متاحة للجميع وفي أي وقت ودون تأخير.
9. تدني جودة الخدمات الصحية وتدني مستوى أداء المرافق الصحية تؤثر سلباً على الاقتصاد الوطني. (لأن الاقتصاد القوي يحتاج إلى مجتمع صحيح البدن قادر على الإنتاج).
10. بالرغم من أن معظم الخطط والاستراتيجيات الخاصة بإصلاح القطاع الصحي اليمني قد سلطت الضوء على ضرورة العمل على تطبيق نظم وبرامج الجودة في المرافق الصحية كحل أساسي لمعالجة الاختلال في أداء هذه المرافق وتحسين خدماتها، معتبراً ذلك الخطوة الأولى في طريق إصلاح هذا القطاع، إلا أن هذا الحل لم يدخل حيز التنفيذ بشكل كامل، فعلى الرغم من أنه تم إنشاء إدارة للجودة في وزارة الصحة في عام 2000، إلا أنها مازالت غير قادرة على تحقيق الأهداف التي أنشأت من أجل تحقيقها، وذلك يعود بدرجة أساسية إلى عدم وجود اهتمام ودعم حقيقي لهذه الإدارة من قبل القيادات العليا في وزارة الصحة، وهذا ما يؤكد موقع هذه الإدارة في الهيكل التنظيمي للوزارة.
- من خلال ماسبق، خلص الباحث إلى القطاع الصحي يعاني من عدة مشاكل أهمها عدم كفاية الإنفاق الحكومي، وعدم اهتمام مسؤولي هذا القطاع بالجودة. اعتماد الحكومة على منشآت القطاع الخاص في تقديم الخدمات الصحية بدرجة كبيرة، بالإضافة إلى وجود خلل تنظيمي في إدارة النظام الصحي اليمني، أدت هذه المشاكل والتحديات إلى تدني مستوى أداء المرافق الصحية وتدني جودة خدماتها). وهذا يؤكد صحة الفرضية الثانية.

كما أن الباحث قد توصل من خلال تحليل نتائج التقييم وتحليل نتائج الاستبيان إلى جملة من النتائج يمكن توضيحها من خلال الآتي :

أولاً : نتائج التقييم بواسطة معايير الاعتماد

وصل مستشفى 48 النموذجي في تطبيقه لنظام الجودة، إلى المستوى الذي يمكنه من التسجيل المبدئي للحصول على شهادة الاعتماد وفقاً لنسب التطابق مع معايير أداة الاعتماد العربية للمؤسسات الصحية، وذلك يعود إلى الأسباب الآتية :

1. النقص الكبير في أدلة العمل الإكلينيكية.
2. قلة الاهتمام بالأنشطة التثقيفية للمريض.
3. عدم إشراك المجتمع عند وضع الخطط المستقبلية للمستشفى.
4. انخفاض مستوى الرضا الوظيفي لدى الموظفين.
5. عدم ملائمة تصميم مبنى المستشفى الحالي للخدمات الصحية التي يقدمها.
6. البطء والتأخير الشديد أثناء تقديم الخدمات التشخيصية المساندة مثل الأشعة والفحوصات.
7. قلة اهتمام الإدارة بالصحة المهنية للموظفين.
8. قلة الاهتمام بالخدمات الفندقية.
9. عدم وجود آلية للصيانة الدورية لأجهزة المستشفى تمنع حصول العطل قبل وقوعه.
10. عدم وجود مخارج للطوارئ في مبنى المستشفى.
11. عدم وجود أماكن انتظار واستراحة مناسبة للمرضى.

ثانياً : النتائج التي توصل إليها الباحث من خلال استمارات الاستبيان

1. جودة ونوعية الخدمات الصحية التي يقدمها مستشفى 48 النموذجي تحقق مستوى عالياً من الرضا لدى المرضى المخدومين من قبل المستشفى.
2. يرى المرضى بأن الممارسات الحالية للطاقم الطبي والتمريضي والخدمات المساندة تعكس مستوى عالياً من الأداء.
3. يشعر المرضى بدرجة عالية من الاهتمام بهم كعملاء من قبل العاملين في مستشفى 48 النموذجي.
4. يرى المرضى بأن وضع المستشفى الحالي المتعلق بالأجهزة والمعدات والتجهيزات والتسهيلات المتوفرة في المستشفى تؤثر إيجابياً وبدرجة عالية على جودة خدمات المستشفى.
5. مستوى الرضا الوظيفي للعاملين في المستشفى متوسط.
6. يرى العاملون في مستشفى 48 النموذجي بأن الخدمات الصحية التي يقدمها المستشفى تفي باحتياجات وتوقعات المرضى وتحقق رضاهم بدرجة عالية.
7. يرى العاملون في مستشفى 48 النموذجي بأن إدارة المستشفى ملتزمة بتطبيق نظام الجودة بدرجة عالية.

8. يرى العاملون في المستشفى بأن تطبيق نظام الجودة أدى إلى تحسين أداء ونوعية مدخلات النظام الصحي في المستشفى (الطاقم الطبي والترفيضي والخدمات المساندة، العمل بروح الفريق الواحد، المعلومات والاتصالات وتقنياتها، تصميم مبنى المستشفى والأجهزة والمعدات والتسهيلات المتوفرة فيه) بدرجة عالية، الأمر الذي جعلها تؤثر إيجابياً على جودة الخدمات الصحية للمستشفى.
9. يرى العاملون بأن تطبيق نظام الجودة أدى إلى تحسين أداء المستشفى بدرجة عالية.
10. أدرك العاملون في مستشفى 48 النموذجي بأن نظام الجودة يلعب دوراً على درجة عالية جداً من الأهمية في الارتقاء بأداء المرافق الصحية بشكل عام والعاملين فيها على وجه الخصوص.

إضافة إلى ماسبق، فقد أكدت نتائج استمارات الاستبيان النتائج التي توصل إليها الباحث من خلال التقييم بمعايير أداة الاعتماد العربية حول المشاكل التي يعاني منها المستشفى، فقد تبين أن هناك ثلاثة عقبات أساسية تقف أمام إدارة مستشفى 48 النموذجي في سعيها للحصول على شهادة الاعتماد من قبل اللجنة المشتركة الدولية لاعتماد المستشفيات (JCI) كدليل على وصول المستشفى إلى مستوى التميز في جودة الخدمات والتحسين المستمر في الأداء هي :

أ. البطء والتأخير في تقديم الخدمات التشخيصية المساعدة مثل خدمات الأشعة والفحوصات المخبرية، والتي قد تستدعي من المريض الانتظار لمدة قد تزيد عن أسبوع من أجل الحصول على هذا النوع من الخدمات، أما بالنسبة لخدمات الجراحة فقد يضطر المريض الانتظار لمدة قد تزيد عن الشهر، وهذا بدوره يؤثر سلباً وبدرجة كبيرة في تحقيق رضا المريض، ويتحمل المريض تكاليف ونفقات كبيرة أثناء فترة انتظار مما يدفعه إلى اللجوء إلى القطاع الخاص.

ب. انخفاض مستوى الرضا الوظيفي لدى العاملين في المستشفى سببه الرئيسي وجود تمييز وتحيز من قبل إدارة المستشفى في تعاملها مع الموظفين، وعدم معاملتهم بشكل متساوي، وغياب مبدأ الفرص المتكافئة والتأهيل عند الترقيّة ومنح المكافآت، والتعيين في مناصب قيادية.

ج. عدم ملائمة تصميم مبنى المستشفى من جهة، وغياب أدلة العمل الإكلينيكية التي تمكن الموظفين من تحقيق عملية التقييم الذاتي (التي تعتبر من أهم المرتكزات التي تركز عليها إدارة الجودة الشاملة) من جهة ثانية، وأخيراً عدم استغلال الإمكانيات المادية والبشرية المتاحة للمستشفى بكفاءة وفاعلية بما فيها نظام المعلومات، مما يؤدي إلى تدني مستوى أداء المستشفى وارتفاع تكاليف تشغيله قياساً بحجم الخدمات المقدمة وعدد المستفيدين منها ونخص بالذكر خدمات الجراحة والخدمات التي تتطلب دخول المريض إلى الأقسام الداخلية والمتخصصة (مركز الأورام، ومركز الكلى، أقسام الرقود، الجراحة، العناية المركزة... الخ).

وقد خلص الباحث من خلال نتائج دراسة الحالة الموضحة أعلاه إلى أن تطبيق نظام الجودة والاعتماد، قد لعب دوراً بارزاً في تحسين أداء مستشفى 48 النموذجي والرقى بجودة خدماته، إلى المستوى الذي يمكنه من الحصول على شهادة اعتماد من هيئة دولية لاعتماد المؤسسات الصحية. وهذا يؤكد صحة الفرضية الثالثة.

التوصيات والمقترحات

من خلال النتائج التي تم التوصل إليها يوصي الباحث بما يلي :

1. من أجل تحسين جودة خدمات القطاع الصحي العام، نوصي بضرورة قيام وزارة الصحة العامة والسكان بإصدار قانون ينظم عمل موظفي القطاع الصحي العام في القطاع الخاص، بحيث يمنع استغلال العمل الحكومي في الترويج لتحويل المرضى إلى المنشآت الصحية الخاصة التي يعملون فيها أو تربطهم بها علاقة منفعة.
2. من أجل حماية المرضى من الابتزاز من قبل بعض الأطباء الذين تركوا أخلاق المهنة وسعوا إلى الحصول على منافع مادية من خلال فرض خدمات تشخيصية أو علاجية غير ضرورية على المرضى، يجب على وزارة الصحة أن تسن قانون يمنع ويجرم التعامل بمبدأ النسبة (النسب المالية من قيمة رسوم الخدمات التشخيصية والعلاجية كالمختبر والفحوصات والجراحة والأشعة والتحويل وغيرها)، التي تمنح للأطباء من قبل المرافق الصحية كحافز.
3. أن يتم الأخذ بعين الاعتبار عند التخطيط لإنشاء مرافق صحية جديدة، أن يتم توزيعها بناءً على حجم وتوزيع السكان، من أجل تحقيق أعلى درجة من الاستفادة من هذه المرافق.
4. من أجل تفعيل دور إدارة الجودة بوزارة الصحة، نوصي بتغيير الهيكل التنظيمي للوزارة، بحيث تصبح إدارة الجودة مرتبطة بشكل مباشر بالوزير أو على الأقل تصبح إدارة عامة تابعة لأحد الوكلاء، واعتماد موازنة خاصة لهذه الإدارة ، على أن تكون قراراتها ملزمة لبقية القطاعات في الوزارة والمكاتب الصحية التابعة لها في عموم الجمهورية، لكي تتمكن هذه الإدارة من الاضطلاع بمهامها في التدريب و وضع المعايير المتعلقة بتحسين جودة الخدمة الصحية، ومتابعة تنفيذ برامج الجودة في مختلف المرافق الصحية سواءً الخاصة أو العامة، والقيام بعملية التقييم المستمر لهذه المرافق وتصحيح الانحرافات إن وجدت، والتعاون والتنسيق مع الهيئات والمنظمات العالمية المتخصصة في مجال الجودة، والمشاركة في المؤتمرات والندوات العالمية التي تقام بخصوص الجودة للوقوف على أحدث التطورات في هذا المجال، وتكون هذه الإدارة هي الجهة الوحيدة المعنية بهذه المهام من أجل منع الازدواجية في المهام بينها وبين الإدارات أو القطاعات والهيئات الأخرى العاملة في الوزارة ومكاتب الصحة التابعة لها.
5. لنجاح أعمال إدارة الجودة لا بد أن تحظى هذه الإدارة بدعم القيادة العليا في الدولة وعلى رأسهم وزير الصحة.

6. من أجل تحقيق إصلاح حقيقي في القطاع الصحي، والارتقاء بمستوى جودة خدماته، نوصي بإنشاء هيئة محلية لاعتماد المرافق الصحية يكون الحصول على شهادة منها إجباري لكل المرافق الصحية العاملة في اليمن سواء كانت خاصة أم عامة.
7. لكي تتمكن الحكومة من تخفيض تكلفة الخدمات الصحية وتحسين جودتها، فإن ذلك يتطلب منها زيادة حجم الإنفاق الحكومي على الصحة من جهة، وتقديم الدعم والتسهيلات للمرافق الصحية الخاصة بما يضمن تخفيض الأعباء الحكومية التي تتحملها هذه المرافق إلى أدنى حد ممكن، وأخيراً توفير الخدمات الأساسية اللازمة لتشغيل هذه المرافق مثل الكهرباء والماء وخدمات النظافة وغيرها (الالتزام بتوفير بيئة استثمارية ملائمة).
8. تضمين مادتي الإدارة الصحية والجودة ضمن المواد الأساسية التي تدرس في المعاهد والكليات الصحية، من أجل نشر ثقافة الجودة.
9. لكي تتمكن الحكومة من تخفيض أسعار الأدوية والمستلزمات والأجهزة والمعدات الطبية والحد من الارتفاع المستمر في أسعارها، وللمحد من دخول أي منتجات صحية غير مطابقة لمعايير الجودة والمواصفات العالمية، والقضاء على ظاهرة تهريب الأدوية والاحتكار، فيجب عليها أن تتولى مهمة المورد الرئيسي إن لم تكن الوحيدة للأدوية والمستلزمات الطبية والأجهزة والمعدات للسوق المحلية، من أجل القضاء على العجز الدوري الذي يحصل في سوق الأدوية والمستلزمات الطبية لبعض الأدوية والمستلزمات الهامة مثل أدوية التخدير ومستلزمات الجراحة وقطع غيار الأجهزة والمعدات الطبية وغيرها، والذي يؤدي إلى ارتفاع أسعار الأدوية والمستلزمات والخدمات الصحية بصورة جنونية، والتي قد يكون سببها الاحتكار، أو التطبيق الخاطئ للقوانين، أو انتشار ظاهرة التهريب.
10. إنشاء هيئة متخصصة تابعة لوزارة الصحة تكون مهمتها الالتزام التام بتغطية العجز في الأيدي العاملة المتخصصة في المجال الصحي عن طريق استقدام كوادر صحية أجنبية مؤهلة وكفئة، بحيث تقوم هذه الهيئة بتعيين ملحق صحي في السفارات اليمنية في الدول المعروفة بوجود فائض في الأيدي العاملة الصحية المتخصصة مثل : مصر وأوزباكستان وطاجكستان وغيرها من الدول، وتكون من ضمن مهام الملحق الصحي استقطاب الكوادر المتخصصة والراغبة في العمل في اليمن والتعاقد معهم، بعد اختبارهم من قبل أشخاص متخصصين والتأكد من صحة مستنداتهم ومؤهلاتهم وقدرتهم على التخاطب وفهم المريض اليمني. وتكون هذه الهيئة هي الهيئة الوطنية الوحيدة المرخص لها بتوفير الأيدي العاملة الصحية المتخصصة، وهي ملزمة بتلبية الطلبات الواردة إليها من المرافق الصحية الخاصة والعامة دون تأخير.
11. على وزارة الصحة أن تتبنى إصدار تشريع يحدد سقف ثابت وموحد للرواتب والمستحقات التي تُمنح للأيدي العاملة الصحية التي يتم استقدامهم من خارج الوطن وبما يتماشى مع سقف الأجور والرواتب التي تمنح للكادر المحلي، على أن تمنح لهم بدلات وامتيازات يتم تحديدها بناءً على ظروف وطبيعة المنطقة التي سيعمل فيها. كما يحدد هذا التشريع عدد ساعات العمل والعطل وضوابط إنهاء الخدمة أو الانتقال إلى مرفق صحي آخر بما لا يؤثر على سير العمل في المرفق الصحي الحالي.

12. أن يراعى عند الترخيص لإنشاء مرفق صحي خاص جديد عدد من الاعتبارات أهمها الآتي :

أ. وجود حاجة فعلية لهذا المرفق في المنطقة المستهدفة لإقامة المشروع، مع مراعاة عدم وجود مرفق صحي خاص آخر قريب يقدم نفس الخدمات في هذه المنطقة.
ب. أن يكون طالب الترخيص حاصل على مؤهل جامعي علمي في الإدارة الصحية أو مؤهل طبي مع خبرة في مجال الإدارة الصحية.
ج. توفر الشروط والمعايير الخاصة بإقامة وتشغيل المرافق الصحية المعمول بها والمعرفة عالمياً.

د. أن تكون الأولوية في الترخيص للمرافق الصحية التي تقام في المناطق المحرومة من هذه الخدمات، أو أن تقوم وزارة الصحة بتحديد المنطقة التي يجب أن يقام فيها المرفق الصحي المراد الترخيص له، بناءً على الدراسات الموجودة لديها والتي تحدد المناطق المحرومة والتي يوجد فيها احتياج فعلي لخدمات هذا المرفق؛ لأن ذلك سوف يساعد في نجاح المرفق، ويخفف من العبء على الدولة والمواطن.

هـ. إصدار لائحة تحدد حزمة الخدمات الصحية المرخص بتقديمها في كل نوع من أنواع المرافق الصحية، والتي تتناسب مع التجهيزات والكفاءات المتوفرة في هذا المرفق.

13. أن تقوم وزارة الصحة بتخفيض رسوم الاستقدام والترخيص وغيرها من النفقات والرسوم التي تُفرض على المرافق الصحية الخاصة نتيجة توظيفها للكوادر الصحية الأجنبية، لكي لا تلجا هذه المرافق إلى طرق غير رسمية في توفير حاجتها من الأيدي العاملة وتوظيفها بشكل غير مشروع.

14. أن تقوم وزارة الصحة بإصدار تشريع يحدد أسعار ثابتة للخدمات الصحية وتعممها على كل المرافق الخاصة بحيث تكون ملزمة للجميع لمنع أي تلاعب في الأسعار واستغلال حاجة المريض.

15. تطوير نظام معلومات صحي متطور موحد، ترتبط به كل المرافق الصحية الخاصة والعامة في الجمهورية بشكل إلزامي، ويدار من قبل الإدارة العامة للمعلومات بوزارة الصحة، يهدف إلى تحقيق الآتي :

أ. تكوين بنك معلومات صحية وسجل مرضي لكل فرد من أبناء المجتمع، فبمجرد دخوله أي مرفق صحي، يستطيع الطبيب أن يحصل على التاريخ المرضي للمريض، إذا كان المريض قد راجع أي مرفق صحي من قبل، وهذا من شأنه مساعدة الطبيب على تشخيص حالة المريض بشكل أفضل، ويمكن المريض من الحصول على خدمة صحية أفضل، بحيث يتمكن أي طبيب مرخص له بالعمل في هذا المرفق أن يحدث بيانات أي مريض في الجمهورية الذي يعرف بالبصمة والصورة والرقم الوطني، ويعطى لكل طبيب مرخص له رسمياً العمل في مرفق صحي معين كلمة مرور خاصة به تمكنه من الولوج إلى المنفذ الخاص بهذا المرفق فقط وتعتبر بمثابة توقيع لهذا الطبيب.

ب. تسجيل حالات الولادة والوفيات بشكل دقيق وبدون تحمل أي تكاليف سواء من قبل الدولة أو المواطن، وهذا من شأنه أن يساعد مختلف الجهات الحكومية في وضع

- السياسات والخطط التنموية والتطويرية في مختلف المجالات (الاقتصادية والاجتماعية و الثقافية والصحية والتعليمية والأمنية والسياسية وغيرها)، وبالتالي تمكن الدولة من توقع احتياجات المجتمع وتسهل من تلبيةها.
- ج. تمكن وزارة الصحة من التردد الوبائي المبكر في حالة انتشار أو ظهور وباء أو مرض معين في أي منطقة من مناطق الجمهورية، لتتمكن الحكومة من اتخاذ التدابير اللازمة للحد من انتشاره والقضاء عليه.
- د. يساعد في نجاح تطبيق نظام التأمين الصحي للمجتمع في حال قررت الحكومة ذلك. كونه يوفر قاعدة بيانات دقيقة تمكن الجهات المختصة من توقع الاحتياجات الطبية للمجتمع.
- هـ. يساعد وزارة الصحة في الرقابة على المرافق الصحية ومتابعة أداؤها بشكل دقيق.
- و. يساعد وزارة الصحة في توقع احتياجات المرافق الصحية من الأدوية والمستلزمات الطبية بشكل دقيق لتتمكن من رسم سياسة ناجحة لتوفيرها.
- ز. يساعد على التقليل من الأخطاء الطبية، لأنه يساعد في معرفة الأسباب التي أدت إلى حدوث أي خطأ طبي ومن الذي تسبب به. وبالتالي فهو سوف يساعد الجهات المختصة في الفصل في النزاعات الناجمة عن هذا النوع من الأخطاء.

آفاق البحث : يحتوي هذا البحث على العديد من النقاط الهامة التي لم نتعرض لها وعلى هذا الأساس يمكن اقتراح بعض هذه المواضيع وهي كالتالي :

1. تطبيق نظام الجودة الشاملة كإستراتيجية للحصول على شهادة الاعتماد (دراسة حالة على عينة من المستشفيات باستخدام مختلف أدوات التحليل الإحصائي في تحليل النتائج).
2. العلاقة التكاملية بين نظام الجودة والاعتماد.
3. نظام الجودة ودوره في التطور من مستوى المستشفى إلى مستوى المدينة الطبية.
4. تطبيق نظم الجودة الصحية وعلاقته بالاقتصاد الوطني.
5. نماذج وجوائز الجودة وأدوات حل المشاكل وتحسين الأداء وضبط الجودة في المؤسسات الصحية.
6. مدى إمكانية وكفاءة تطبيق تقنية نظام سيكس سيجما (six sigma) في تحسين الأداء في المنظمات الصحية.
7. دور معايير تقييم الأداء في المنظمات الصحية في رفع مستوى جودة الخدمات الصحية وتحسين أداء المنظمات التي تقدمها (دراسة تطبيقية).

قائمة المراجع والمصادر

أولاً : الكتب

1. أبو النصر مدحت محمد، إدارة الجودة الشاملة في مجال الخدمات، ط1، القاهرة، مجموعة النيل العربية، 2008م.
2. أبو قحف عبد السلام، أساسيات التنظيم و الإدارة، ط3، عمان - الأردن، دار المعرفة، 2001م، ج1.
3. أبو نبعة عبد العزيز، دراسات في تسويق الخدمات المتخصصة (منهج تطبيقي)، ط1، عمان - الأردن، الوراق للنشر والتوزيع، 2005م.
4. إدريس ثابت عبد الرحمن، كفاءة وجود الخدمات اللوجستية : مفاهيم أساسية وطرق القياس والتقييم ، الإسكندرية، الدار الجامعية، 2006م.
5. إدريس وائل محمد صبحي والغالبي طاهر حسن منصور، توجيه الأداء الاستراتيجي الرصف و المحاذاة، ط1، عمان - الأردن، دار وائل للنشر، 2009م.
6. بحيري سعد صادق، إدارة توازن الأداء، الإسكندرية، الدار الجامعية للنشر، 2004م.
7. البراوري نزار عبد المجيد و باشيوة لحسن عبد الله، إدارة الجودة مدخل للتميز والريادة، ط1، عمان - الأردن، مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع، 2011م.
8. البكري ثامر و الرحومي احمد، تسويق الخدمات المالية، ط1، عمان- الأردن، إثراء للنشر والتوزيع، 2008م.
9. البكري ثامر ياسر، إدارة المستشفيات، عمان- الأردن، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، 2005م.
10. _____، تسويق الخدمات الصحية، عمان - الأردن، دار اليازوري للنشر والتوزيع، 2005م.
11. البياتي حسين ذنون علي، المعايير المعتمدة في إقامة وإدارة المستشفيات وجهة نظر معاصرة، ط2، عمان - الأردن، دار وائل للنشر، 2009م.
12. التوعلي مصلح وآخرون، التخطيط، اليمن، وزارة الصحة العامة والسكان (قطاع التخطيط والسياسات)، 2010م.
13. تيلور ريموند و دونلي كلير، ترجمة العشري مصطفى وآخرون، تحقيق الجودة، مصر، الناشر: برنامج شراكة المؤسسات الخاصة بشمال أفريقيا والشرق الأوسط، 2004م.
14. جاد الرب سيد محمد، استراتيجيات تطوير وتحسين الأداء (الأطر المنهجية والتطبيقات العملية)، مصر، مطبعة العشري، 2009م.
15. جلدة سليم بطرس، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، عمان - الأردن، ط1، دار الشروق، 2007م.
16. حاروش نور الدين، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، ط1، الجزائر، دار كتامة للكتاب، 2008م.
17. الحسيني فلاح حسن عداي، الإدارة الإستراتيجية، عمان - الأردن، دار وائل للنشر، 2000م.
18. الحكمي عبد المنعم وآخرون، الإمداد الدوائي والتجهيزات، اليمن، وزارة الصحة العامة والسكان (قطاع التخطيط والسياسات)، 2010م.

19. خضير كاضم حمود، إدارة الجودة وخدمة العملاء، عمان - الأردن، ط3، دار المسيرة للنشر والتوزيع، 2010م.
20. خوجة توفيق بن احمد وآخرون، دليل المراجعين لأداة الاعتماد العربية للمؤسسات الصحية، ط1، الرياض، مكتبة الملك فهد الوطنية، 2009م.
21. _____، أداة الاعتماد العربية للمؤسسات الصحية، ط1، الرياض، مكتبة الملك فهد الوطنية، 2008م.
22. _____، قاموس مصطلحات أداة الاعتماد العربية للمؤسسات الصحية، الرياض، ط1، مكتبة الملك فهد الوطنية، 2008م.
23. خوجة توفيق بن احمد، المدخل في تحسين جودة الخدمات الصحية، ط2، الرياض، مكتبة الملك فهد الوطنية، 2004م.
24. الدرادكة مأمون سلمان، إدارة الجودة الشاملة وخدمة العملاء، عمان - الأردن، دار صفاء للطباعة والنشر والتوزيع، 2006م.
25. ديمنج وهاغستروم روبرت، ترجمة رشدي هند، إدارة الجودة الشاملة أسس ومبادئ وتطبيقات، القاهرة، كنوز للنشر والتوزيع، 2009م.
26. الراعي محمد غرامة وآخرون، القيادة والحوكمة في النظام الصحي، اليمن، وزارة الصحة العامة (قطاع التخطيط والسياسات)، 2010م.
27. زهران مضر، إدارة المستشفيات والرعاية الصحية، عمان - الأردن، دار زهران للنشر والتوزيع، 2006م.
28. زيدان سلمان، إدارة الجودة الشاملة الفلسفة ومداخل العمل، عمان، الأردن، دار المناهج للنشر والتوزيع، 2010م، ج2.
29. زين الدين فريد عبد الفتاح، المنهج العلمي لتطبيق إدارة الجودة الشاملة، القاهرة، بدون دار نشر، 1996م.
30. سعد خالد، الجودة الشاملة: تطبيقات على القطاع الصحي، عمان- الأردن، دار وائل للنشر والتوزيع، 2004م.
31. السلمي علي، إدارة التميز "نماذج وتقنيات الإدارة في عصر المعرفة"، القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، 2002م.
32. الصحن محمد فريد و طارق طه احمد، إدارة التسويق في بيئة العولمة والانترنت، الإسكندرية، دار الجامعة الجديدة، 2007م.
33. الصيرفي محمد، إدارة الجودة الشاملة، طريقك للحصول على شهادة الإيزو، الإسكندرية، مؤسسة حورس الدولية، 2006م.
34. الطائي رعد عبد الله و قدارة عيسى، إدارة الجودة الشاملة، عمان- الأردن، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، 2008م.
35. عبودي زيد منير، إدارة الجودة الشاملة، ط1، عمان- الأردن، دار كنوز المعرفة للنشر والتوزيع، 2006م.
36. العزاوي محمد عبد الوهاب، أنظمة إدارة الجودة والبيئة : Iso 9000&Iso 14000، ط1، عمان - الأردن، دار وائل للنشر، 2002م.

37. العلي عبد الستار، تطبيقات في إدارة الجودة الشاملة، ط1، عمان - الأردن، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، 2008م.
38. غنيم احمد محمد، إدارة المستشفيات (رؤية معاصرة)، ط1، المنصورة - مصر، المكتبة العصرية للنشر والتوزيع، 2006م.
39. قاسم عبد الرحمن وآخرون، التوجهات المستقبلية للخدمات الصحية، اليمن، وزارة الصحة العامة والسكان (قطاع التخطيط والسياسات)، 2010م .
40. القزاز اسماعيل ابراهيم، الحديثي رامي حكمت ، كوريل عادل عبد المالك، Six Sigma وأساليب حديثة أخرى في إدارة الجودة الشاملة، ط1، عمان - الأردن، دار المسيرة للنشر والتوزيع، 2009م.
41. اللوزي منصور ناجي. نتائج الحسابات الوطنية للصحة للجمهورية اليمنية 2007م، اليمن، وزارة الصحة العامة والسكان، وحدة السياسات الصحية والدعم الفني، 2009م.
42. ماضي محمد توفيق، تطبيقات إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الخدمية في مجال الصحة والتعليم - نموذج مفاهيمي مقترح، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، 2002م.
43. المحياوي قاسم نايف علوان، إدارة الجودة في الخدمات مفاهيم وعمليات وتطبيقات، عمان- الأردن، دار الشروق للنشر والتوزيع، 2006م.
44. مخيمر عبد العزيز و الطعامنة محمد، "الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات(المفاهيم والتطبيقات)"، بحوث ودراسات المنظمة العربية للتنمية الإدارية، عدد 377، القاهرة، دينايميك للطباعة، 2003م.
45. المساعد زكي خليل، تسويق الخدمات وتطبيقاته، عمان - الأردن، دار المناهج للنشر والتوزيع، 2005م.
46. المنصور كاسر ناصر، إدارة الإنتاج و العمليات، عمان - الأردن، دار حامد للنشر و التوزيع، 2000م.
47. ناصر عيسى و آخرون، الدليل العملي لإعداد وتطبيق الخطة الإستراتيجية للمؤسسة، نيقوسيا - قبرص، ناصر وعطاس وشركائهم، 1998م.
48. نصيرات فريد توفيق، إدارة المستشفيات، ط1، عمان - الأردن، إثراء للنشر والتوزيع، 2008م.
49. نياز عبد العزيز بن حبيب الله، جودة الرعاية الصحية: الأسس النظرية والتطبيق العملي، الرياض، مكتبة الملك فهد الوطنية، 2005م.
50. هلال محمد عبدالغني حسن، مهارات إدارة الجودة الشاملة في التدريب (تطبيقات ايزو في التعليم والتدريب)، القاهرة، دار الكتب، 1996م.

51.Ecosip, « Dialogues autour de la performance en entreprise », Editions Harmattan, Paris, 1999.

52.Evans , James R ., & Collier David A., Operations Management , Thomson South Western , Boston, 2007.

- 53.Gopal K. Kanji, " Measuring Business Excellence", Taylor & Francis e-Library, 2005.
- 54.Michael Singer Dobson, "Project management for the technical professional", Project Management Institute, Inc, USA, 2001.
- 55.Syed Imtiaz Haider, "ISO 9001:2000 Document Development Compliance Manual: a complete guide", CRC Press LLC, United States of America, 2001.

ثانياً : الرسائل والأطروحات الجامعية

أ. أطروحات الدكتوراه :

56. اسكندر جورج جيش، إدارة الجودة الشاملة كمدخل لتحسين الأداء "دراسة تطبيقية على قطاع البريد في مصر"، أطروحة دكتوراه، كلية التجارة - جامعة عين شمس، 2004م.
57. بومدين يوسف، دراسة اثر إدارة الجودة الشاملة على الأداء الحالي للمؤسسات الاقتصادية - دراسة حالة المعمل الجزائري الجديد، أطروحة دكتوراه مقدمة إلى كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر، 2006م.
58. جيلالي أمير، محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظومة الاستشفائية الجزائرية، أطروحة مقدمه للحصول على شهادة الدكتوراه في التخطيط، جامعة الجزائر، 2009/2008م.
59. عبد الرحمن مجدي عبد الفتاح، دور إدارة الجودة الكلية في زيادة فعالية إدارة العمليات في صناعة الخدمات بالتطبيق على إدارة المستشفيات، دراسة في إطار الحصول على درجة دكتوراه الفلسفة في إدارة الأعمال، جامعة القاهرة، 2001م.
60. عدمان مريزق، واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية (دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة، أطروحة دكتوراه، جامعة الجزائر، 2008/2007م.
61. علي عبد الله، اثر البيئة على أداء المؤسسة العمومية الاقتصادية، أطروحة مقدمة لنيل درجة الدكتوراه، جامعة الجزائر، 1999م.

ب. رسائل الماجستير :

62. بن عطية منيرة، إدارة الجودة الشاملة في القطاع الصحي الجزائري دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لبوفاريك، مذكرة ضمن متطلبات نيل درجة الماجستير في إدارة الأعمال، جامعة الجزائر، 2008-2009م.
63. الحميري علي، التدريب وأثره في المنظمة من منظور إدارة الجودة الشاملة، رسالة ماجستير مقدمة إلى مجلس كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر، 2007/2006م.

64. رشود عبد الله بن صالح، قياس جودة الخدمة بالمصارف التجارية السعودية : دراسة مسحية لآراء عملاء مصرف الراجحي بمدينة الرياض، رسالة ماجستير في العلوم الإدارية، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، السعودية، 2008م.
65. ريس سماح عبد الرحيم، مدى فعالية تطبيق نظم الجودة في المستشفيات الخاصة بمحافظة جدة، رسالة في إطار الحصول على درجة الماجستير في إدارة الأعمال، جامعة الملك عبد العزيز، المملكة العربية السعودية، 1423/1424هـ-2003م.
66. سعداوي محمد. انعكاسات تطبيق نظام الحكومة الالكترونية على أداء المرافق الحكومية، رسالة ماجستير، جامعة الجزائر، 2008\2009م.
67. سهام مصطفى يونس، مؤشرات الكفاية الإنتاجية في تقديم الخدمات الصحية بالمستشفيات العامة في جمهورية مصر العربية، دراسة ميدانية بالتطبيق على مستشفى أسيوط الجامعي، رسالة مقدمة لنيل درجة الماجستير في إدارة الأعمال، جامعة أسيوط، كلية التجارة، قسم إدارة الأعمال، 1981م.
68. عبد الله عمر محمود، تقييم مدى ملائمة الثقافة التنظيمية لتطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة بالمستشفيات الجامعية بالقاهرة الكبرى، بحث مقدم للحصول على درجة الماجستير في إدارة الأعمال، كلية التجارة- جامعة عين شمس، 2003م.
69. قديد فوزية، المورد البشري وتحسين أداء المؤسسة "دراسة تطبيقية لبنك الفلاحة والتنمية الريفية"، مذكرة مقدمة لنيل درجة الماجستير في إدارة الأعمال، جامعة الجزائر، 2006م.
70. مختار هيفاء بنت فؤاد، دور إدارة الجودة الشاملة في الارتقاء بالخدمة الصحية : دراسة تطبيقية على اتجاهات المرضى ورؤساء الأقسام في مستشفى الملك فهد بمحافظة جدة، رسالة مقدمة للحصول على درجة الماجستير في إدارة الأعمال، الملكة العربية السعودية، جامعة الملك عبد العزيز، 2003م.
71. مصطفى إسماعيل محمود فهمي، صعوبات قياس كفاءة أداء الخدمات الصحية بالمستشفيات دراسة تطبيقية على المستشفيات العامة بوزارة الصحة بمحافظة القاهرة، بحث مقدم للحصول على درجة العضوية، أكاديمية السادات للعلوم الإدارية، قسم الإدارة العامة والمحلية، جمهورية مصر العربية، 1997م.

ثالثاً : المقالات العلمية المحكمة

72. جيلالي أمير، "معوقات تسويق الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية"، الجزائر، مجلة علوم الاقتصاد والتسيير والتجارة، العدد 20، 2009م.
73. حنان عبد الرحيم الأحمد، "التحسين المستمر للجودة : المفهوم وكيفية التطبيق في المنظمات الصحية"، مجلة الإدارة العامة، دورية علمية متخصصة ومحكمة يصدرها كل ثلاثة أشهر معهد الإدارة العامة، الرياض-المملكة العربية السعودية، المجلد الأربعون، العدد الثالث، أكتوبر 2000م.
74. الحوري فالح عبد القادر، "تشخيص واقع تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات الأردنية"، مجلة البصائر، مجلة علمية محكمة، المجلد 12، العدد 1، ربيع الأول- آذار، 2008م.

75. مذكور فوزي شعبان، " مدى إدراك وتطبيق مديري المستشفيات العامة المصرية لطرق إدارة جودة رعاية المريض - دراسة مقارنة للمستشفيات العامة بمحافظة القاهرة"، المجلة العلمية للاقتصاد والتجارة ، كلية التجارة، جامعة عين شمس، العدد 2، 1996م.
76. Deb Stewart a; Dianne Waddell, "Knowledge Management: The fundamental component for delivery of quality", Total Quality Management & Business Excellence, Vol 19,N 9, 2008.
77. Fethi Calisir, Cahit A. Bayraktar & Berna Beskese, "Implementing the ISO 9000 standards in Turkey: A study of large companies' satisfaction with ISO 9000", Total Quality Management, Vol. 12, No. 4, 2001.
78. Gray L. Stading, Robert J. Vokurka, " Building quality strategy content using the process from national and international quality awards", TQM & Business Excellence, Vol. 14, No. 8, October, 2003, p.937.
79. Joanna Hing Yee Tsang, Jiju Antony, "Total quality management in UK service organisations: some key findings from a survey", Managing Service Quality, Volume 11, Number 2, 2001.
80. Jon Choppin, "Total quality management - what isn't it?", Managing Service Quality, Volume 05, Number 1, 1995.
81. Jose´ A. Trigueros Pina_ and Manuel E. Sansalvador Selle's, "Management and measurement of quality in ISO 9000 organizations: An empirical study in Spain", Total Quality Management, Vol. 19, No. 5, May 2008.
82. Ken R. Beattie & Amrik S. Sohal, "Implementing Iso 9000: A Study Of Its Benefits Among Australian Organizations", Total Quality Management, Vol. 10, No. 1, 1999.
83. Ken Searstone, " Total Quality Management: BS 5750 (ISO 9000, EN 29000)", Total Quality Management, Vol.2, No.3,1991.
84. Lawrence R. Jauch, Robert A. Orwig", A Violation of Assumptions: Why TQM Won't Work in the Ivory Tower", Journal of Quality Management, Vol. 2, No. 2,1997.
85. Luis Miguel Molina,Fco . Javier Llore'Ns Montes & Maria Del Mar Fuentes Fuentes, "Tqm And Iso 9000 Effects On Knowledge Transferability And Knowledge Transfers", Total Quality Management, Vol. 15, No. 7, September 2004,p.1005.
86. Mileâ Terziovski, Amrik Sohal & Simon Moss, "Longitudinal Analysis Of Quality Management Practices In Australian Organizations Total Quality Management, Vol. 10, No. 6, 1999.
87. Pedro Manuel sraiva, Belmiro Duarte, "ISO 9000: some statistical results for a worldwide phenomenon", Tqm & Business Excellence, Vol. 14, No. 10, December, 2003.

88. Phyllis M. Ngin, "Achieving zero defects: The case of Star Union Engineering, Singapore", *Employee Relations*, Vol.19, No.4, 1997.
89. Qvretveil Johan. "TQM in European Healthcare," *International Journal of Healthcare Quality Assurance*, V13, N 2, 2000.
90. Satya P. Chattopadhyay, Steven J. Szydlowski, "TQM implementation for competitive advantage in healthcare delivery", *Managing Service Quality*, Volume 9, Number 2, 1999.
91. Shirley CarrU, Y.T. Mak and Jane E. Needham, "Differences in strategy, quality management practices and performance reporting systems between ISO accredited and non-ISO accredited companies", *Management Accounting Research* vol. N 8. 1997.
92. Stephen J. Andrie, "Total Quality Management in Public Transportation", *Research Results Digest*, October 1994--Number 3.
93. Yang-Kyun Kima_, Chul-Ho Chob, Seo-Kyu Ahnb, In-Ho Gohb and Han-Joong Kim, "A study on medical services quality and its influence upon value of care and patient satisfaction – Focusing upon outpatients in a large-sized hospital", *Total Quality Management*, Vol. 19, No. 11, November 2008.
94. Zhiwei Zhu & Larry Scheuermann, "A comparison of quality programmes: Total quality management and ISO 9000", *Total Quality Management & Business Excellence*, VOL. 10, NO. 2, 1999.

رابعاً : التقارير والإصدارات الحكومية

95. إحصائيات عن عدد الحالات المستقبلية في مستشفى 48 النموذجي، اليمن، مستشفى 48 النموذجي، تقرير غير منشور. 2011م.
96. الجمهورية اليمنية، الإستراتيجية الوطنية الصحية 2010-2025م، وزارة الصحة العامة والسكان، 2010 م.
97. _____، الإسقاطات السكانية في الجمهورية اليمنية للفترة 2005م-2025م، المجلس الوطني للسكان.
98. _____، التقرير الإحصائي الصحي السنوي لعام 2010م، وزارة الصحة العامة والسكان.
99. _____، _____، وزارة الصحة العامة والسكان.
100. _____، _____، وزارة الصحة العامة والسكان.
101. _____، _____، وزارة الصحة العامة والسكان.

102. _____، _____، وزارة الصحة العامة والسكان. 2006م، وزارة الصحة
103. _____، _____، وزارة الصحة العامة والسكان. 2004م، وزارة الصحة
104. _____، التقرير القطري للجمهورية اليمنية عشر سنوات من تنفيذ عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية 1994م-2004م، المجلس الوطني للسكان، 2003م.
105. _____، الخطة الخمسية الثالثة للتنمية الصحية والتخفيف من الفقر 2006-2010م، وزارة الصحة العامة والسكان.
106. _____، الدليل التدريبي للتخطيط الصحي في المديریات، وزارة الصحة العامة والسكان، 2005م.
107. _____، القانون رقم (60) لسنة 1999م بخصوص المنشآت الطبية والصحية الخاصة، المادة رقم 2.
108. _____، حزمة الخدمات الأساسية لنظام المديریات الصحية (الخدمات النمطية و المدخلات النمطية)، وزارة الصحة العامة والسكان، ج1، 2005م.
109. _____، حزمة الخدمات الأساسية لنظام المديریات الصحية (الإرشادات الإدارية)، وزارة الصحة العامة والسكان، ج2، 2005م.
110. _____، خطة التنمية الاقتصادية والاجتماعية الثالثة للتخفيف من الفقر 2006-2010م، وزارة التخطيط والتعاون الدولي، 2006م.
111. _____، كتاب الإحصاء السنوي لعام 2010م، الجهاز المركزي للإحصاء.
112. _____، _____، الجهاز المركزي للإحصاء. 2009م، الجهاز المركزي للإحصاء.
113. _____، _____، الجهاز المركزي للإحصاء. 2003م، الجهاز المركزي للإحصاء.
114. _____، إصلاح القطاع الصحي في الجمهورية اليمنية (وثيقة إصلاح القطاع الصحي)، اليمن، السندباد للطباعة، 2000 م.
115. المملكة الأردنية الهاشمية، دليل جودة الرعاية الصحية، شعبة التفنيش في الخدمات الطبية الملكية، 2007م.
116. منظمة الصحة العالمية، الإحصاءات الصحية العالمية لعام 2010م.
117. _____، _____، 2009م.

خامساً : الصحف والمجلات

118. شوقي شيرين، الرعاية الصحية في شرق المتوسط من المآتا إلى الدوحة، المجلة الصحية لشرق المتوسط، 2010م، ديسمبر، المجلد السادس عشر، العدد الثاني عشر.
119. عباس السيد، البحث عن الصحة خارج الحدود، اليمن، صحيفة الثورة، العدد 16702، 23 شعبان 1431هـ الموافق 4 أغسطس 2010م.
120. عبد الرحمن مطهر، قطاع الصحة، صحيفة الجمهورية، 1431هـ (2010م)، 24 مايو، العدد 14799.

سادساً : أعمال المؤتمرات والبرامج التدريبية

121. الصاعدي عبد الله وآخرون، "العلاقة المتبادلة بين ديناميكية السكان الحالية وصحة الأم والطفل"، وثائق المؤتمر الوطني الأول للسياسات السكانية في الجمهورية اليمنية 26-29 أكتوبر 1991م، اليمن، الجهاز المركزي للإحصاء.
122. فريد زين الدين، ، تخطيط المسار الوظيفي والتنمية الذاتية، برنامج تدريبي في المعهد الوطني للعلوم الإدارية في الجمهورية اليمنية، غير منشور، مركز الخبرات المهنية للإدارة " بميك"، القاهرة، 1997م.
123. المخلافي عبد الواسع عبد الغني، "إدارة الجودة الشاملة، كإطار مرجعي للإصلاح الإداري، وإعادة الهيكلة في اليمن، ورقة عمل مقدمة إلى المؤتمر السابع للقادة الإداريين، تحت شعار التحديث والإصلاح الإداري، صنعاء، الفترة من (26-28) نوفمبر، 2007.

سابعاً : مواقع الانترنت

124. بدور علي، الملف الصحي، الراية [على الخط]، 2008م، نوفمبر، متاح على <http://www.mohamoon-qa.com> تم التحميل في 2010\12\30.
125. الجمهورية اليمنية، الصحة [على الخط]، المركز الوطني للمعلومات، متوفر على الموقع <<http://www.yemen-nic.info/contents/Health>> (تم التصفح في 1/1/2011 at 13:30).
126. الجمهورية اليمنية، المراجعة الثالثة للنفقات الصحية العامة للأعوام 2004م-2007م [على الخط]، وزارة الصحة العامة والسكان، متوفر على الموقع التالي: <<http://www.mophp-ye.org/arabic/docs/MOH1.pdf>>، 12/12/2010 at (12:00 pm).
127. الجمهورية اليمنية، تقرير عن وزارة الصحة في اليمن [على الخط]، وزارة الصحة العامة والسكان، متوفر على الموقع : <<http://www.yemen-nic.info/files/health/studies/report1.pdf>> (تم التصفح في 2010/10/19 الساعة 9:30).
128. الخدمات الطبية الملكية، اعتماد المستشفيات [على الخط]، الأردن، 1مارس 2011، الساعة 00:15. متوفر على الموقع: www.jrms.gov.jo.
129. عبد الكريم الشرفي، برنامج الحجر الصحي [على الخط]، لقاء أجرته وهيبه العريقي، اليمن، صحيفة 14 أكتوبر، العدد 13692، يوم الأحد الموافق 11 مارس 2007م، متاح على الموقع : <<http://www.14october.com>> (تم التصفح في 2011/11/4م، سا 11:25).

130. عبد المغني ياسر، مستشفى 48 النموذجي [على الخط]، حوار أجراه العطاب نشوان، الصحيفة الالكترونية لوكالة الأنباء اليمنية سبأ، اليمن، 2011م، متوفر على الموقع التالي : (<http://www.sabanews.net>) in 31/5/2011, at 17: 30).
131. منظمة الصحة العالمية [على الخط]، تعريف النظام الصحي، متاح على الموقع التالي : (<http://www.who.int/features/qa/28/ar/index.html>) (تم التصفح في 2011/10/14م الساعة 17:30).
132. منظمة الصحة العالمية، تعريف النظام الصحي [على الخط]، متاح على الموقع التالي : (<http://www.who.int/features/qa/28/ar/index.html>) (تم التصفح في 2011/10/14م الساعة 17:30).
133. الموقع الإخباري لفرانس 24 ومونت كارلو، إصلاح القطاع الصحي الأمريكي [على الخط]، متوفر على الموقع التالي : (<http://www.france24.com>)، (تم التصفح في 2011/10/17م الساعة 1:00).
134. الموقع الرسمي لمستشفى 48 النموذجي [على الخط]، اليمن، 2011م، الصفحة الرئيسية، متوفر على الموقع التالي : (<http://48mh.com>) in 31/5/2011, at 17: 50
135. موقع المنظمة العالمية للتقييس ايزو : <WWW.ISO.ORG>.
136. <<http://www.jointcommission.org>> : موقع المجلس الأسترالي لمعايير الرعاية الصحية (ACHS).
137. <<http://ar.jointcommissioninternational.org>> : موقع اللجنة المشتركة العالمية للاعتماد (JCI).
138. <http://fr.wikipedia.org/wiki/Agence_nationale_d'accr> : موقع الوكالة الوطنية للاعتماد والتطوير الصحي في فرنسا (ANAES).
139. <<http://www.achs.org>> : موقع اللجنة المشتركة لاعتماد المستشفيات (JCAHO).
140. <<http://www.isqua.org>> : موقع الجمعية العالمية لجودة الرعاية الصحية.
141. <http://www.moheet.com/show-news>. 25\1\2010 at 1:30 pm.
142. <www.cchsa-ccssma.usask.ca> : موقع المجلس الكندي للإعتماد في الخدمات الصحية (CCHSA).
143. <www.kingsfund.org.uk> : موقع المؤسسة البريطانية لاعتماد المؤسسات الصحية.

ثامناً: المقابلات الشخصية

144. الدار خالد، مقابلة شخصية حول أنشطة ومهام إدارة ضمان الجودة، حوار أجراه الوصابي منير، اليمن، وزارة الصحة العامة والسكان، في 2011/9/13.
145. دخان منير، التعليم المستمر في مستشفى 48 النموذجي، حوار أجراه الوصابي منير، اليمن، مستشفى 48 النموذجي، 2011/5/5م.
146. الشرعبي ماجد، تطبيق الجودة في مستشفى 48 النموذجي، حوار أجراه الوصابي منير، اليمن، مستشفى 48 النموذجي، 2011/5/15م.
147. الصعفاني احمد، الحصول على شهادة الجودة ايزو 2009 في علم المختبرات، حوار أجراه الوصابي منير، اليمن، مستشفى 48 النموذجي، 2011/9/14م.

الملاحق

الملحق رقم (1)
معايير أداة الاعتماد
العربية للمؤسسات
الصحية

الملحق رقم (1): معايير أداة الاعتماد العربية للمؤسسات الصحية: _____

نوع المعيار	الرمز والرقم	المعيار	غير مطابق	مطابق جزئياً	مطابق	لا ينطبق
	أ	معايير رعاية المريض				
	1-أ	إتاحة الخدمة				
B	1-1-أ	تتيح المؤسسة الصحية الخدمة للمرضى حسب احتياجاتهم وذلك طبقاً لرسالة المؤسسة والإمكانات المتوافقة مع رسالتها المعلنة.				
A	2-1-أ	يكون للمؤسسة سياسات وإجراءات لإستقبال وإدخال المرضى وتشمل على الأقل :				
B	3-1-أ	سياسات وإجراءات استقبال وإدخال المرضى مطبقة				
A	4-1-أ	يكون للمؤسسة ادلة اكلينيكية لاستقبال وإدخال المرضى وتشكل على الأقل :				
B	5-1-أ	يتم فحص وإدخال المرضى حسب الادلة السابقة				
B	6-1-أ	يتم تصنيف اولويات احتياجات المرضى من الخدمات العلاجية والوقائية والتخفيفية والتأهيلية عند ادخال المريض للمؤسسة.				
B	7-1-أ	تسعى المؤسسة الى تذليل الحواجز اللغوية والثقافية والعوائق الأخرى التي تحول دون الوصول والحصول على الخدمة.				
	2-أ	استمرارية الرعاية. تقوم المؤسسة بتصميم واستخدام آلية تكفل استمرارية الرعاية للمريض والتنسيق بين المهنيين.				
B	1-2-أ	يتم تدوال المعلومات الخاصة بعلاج المريض واستجابته للعلاج بين جميع مقدمي الخدمة المعنيين أثناء إقامة المريض				
A	2-2-أ	يوجد بالمؤسسة سياسة وإجراء ينظم عملية الإستشارة بين الأقسام.				
B	3-2-أ	يوضع ملف المريض تحت تصرف مقدمي الخدمة المعنيين لتبادل المعلومات.				
B	4-2-أ	عند تحويل المريض يرفق معه تقرير يحتوي على المعلومات الخاصة بحالته وتشمل على الأقل				
B	5-2-أ	تقوم المؤسسة بالتنسيق مع الممارسين والمؤسسات الأخرى لضمان تحويل المريض في الوقت وبالطرق الملائمين لإستمرار حصوله على الرعاية الملائمة.				
B	6-2-أ	يتم تزويد المريض أو ذويه بتعليمات مفهومة وواضحة عند التحويل أو الخروج.				
B	7-2-أ	عند تحويل او نقل المريض يتم متابعته من قبل شخص مؤهل و تدون إجراءات التحويل في ملف المريض				
	3-أ	حقوق المريض : تقوم المؤسسة بتأمين خطوات تكفل حقوق المريض وأهله أثناء تقديم الرعاية				
A	1-3-أ	توجد بالمؤسسة سياسات وإجراءات تكفل حقوق المريض وأهله وتشمل على الأقل :				
B	2-3-أ	تقوم المؤسسة بإفهام المريض وذويه عن رسالة المؤسسة وعن حقوقه				
B	3-3-أ	تقوم المؤسسة بتعريف المريض وذويه بالرعاية والخدمات التي تقدمها وكيفية الوصول إليها				
B	4-3-أ	عند إدخال المريض يبلغ هو أو ولي أمره معلومات واضحة عن خطة الرعاية التي ستقدم له والنتائج المتوقعة والتكلفة المتوقعة.				
B	5-3-أ	تحافظ الرعاية المقدمة على خصوصية المريض				
B	6-3-أ	تقوم المؤسسة باتخاذ خطوات لحماية ممتلكات المريض من السرقة والفقدان والتلف				
B	7-3-أ	تقوم المؤسسة بحماية المريض من الإيذاء الجسدي والنفسي				
B	8-3-أ	تحافظ المؤسسة على سرية المعلومات الخاصة بالمريض وتمنع سوء استخدامها.				
B	9-3-أ	تدعم المؤسسة حق مشاركة المريض وأسرته في خطة الرعاية.				
B	10-3-أ	المؤسسة تعرف المريض وأسرته عن حقهم ومسئولياتهم المتعلقة برفض أو عدم الإستمرار بالعلاج وتعرفهم بالعلاج				

الملحق رقم (1): معايير أداة الاعتماد العربية للمؤسسات الصحية: _____

البيدبل إن وجد				
أ-3-11	B	تدعم المؤسسة حق المريض في تلقي التقييم المناسب لعلاج الألم وحقه في تلقي رعاية كريمة عند الإحتضار.		
أ-3-12	B	تدعم المؤسسة حق المريض في التقدم بشكوى شفهية أو مكتوبة. موقعة أو غير موقعة.		
أ-3-13	A	توجد لدى المؤسسة سياسة للتعامل مع وحماية الأطفال والمعاقين وكبار السن.		
أ-3-14	A	توجد سياسات وأجراءات في المؤسسة للمرضى ونوياً عن كيفية ومظم التبرع بالأعضاء والأنسجة.		
أ-3-15	A	توجد بالمؤسسة سياسات وإجراءات للمشاركة في برامج البحث والدراسة السريرية المتعلقة بالإنسان وتشمل على الأقل :		
أ-3-16	B	سياسات وإجراءات المشاركة في برامج البحث والدراسة السريرية مطبقة.		
أ-3-17	B	تقوم المؤسسة بتدريب جميع العاملين على معرفة وإحترام حقوق المريض وقيمه ومعتقداته.		
أ-3-18	B	يتم أخذ إقرار عام من المريض عند دخوله المؤسسة وبلغ المريض وذيويه عن مجال ذلك الإقرار.		
أ-3-19	A	لدى المؤسسة قائمة بالتخلات التي تحتاج إلى إقرار منفصل وتشمل على الأقل :		
أ-3-20	A	يكون لدى المؤسسة سياسة وإجراء لأخذ إقرار كتابي من المريض وتشمل على الأقل :		
أ-3-21	B	عند أخذ إقرار من شخص آخر غير المريض يكون ذلك في ضل القوانين السائدة في البلد ويدون ذلك الإقرار بملف المريض.		
أ-3-22	B	سياسات وإجراءات إقرارات المريض مطبقة.		
أ-3-23	B	يتم حفظ أي إقرار من المريض في ملفه بعد التوقيع.		
أ-4		مسؤوليات وواجبات المريض وذيويه		
أ-4-1	A	لدى المؤسسة سياسة توضح مسؤولية المريض وذيويه وواجباته بإتجاه المؤسسة وتشمل :		
أ-4-2	B	سياسة مسؤوليات وواجبات المريض وذيويه مطبقة.		
أ-5		تقييم المرضى		
أ-5-1		التقييم العام		
أ-5-1-1	A	توجد بالمؤسسة سياسة لتقييم حالة المرضى بناء على اللوائح والقوانين وبروتوكولات العمل وتشمل على الأقل :		
أ-5-1-2	B	يحتوي تقييم حالة المرضى على الأقل الآتي :		
أ-5-1-3	B	يتم التقييم طبقاً للأدلة السريرية ويتم توثيقه بملف المريض.		
أ-5-1-4	B	يقوم بتقييم حالة المرضى مختصين مؤهلين طبقاً للمسؤوليات المحددة بالسياسة.		
أ-5-1-5	B	يتم تدوين التقييم الطبي المبدئي في ملف المريض خلال 24 ساعة الأولى من دخوله.		
أ-5-1-6	B	يتم توثيق التقييم المبدئي قبل التخدير والعمليات الجراحية.		
أ-5-1-7	B	يتم توثيق التقييم المبدئي للإحتياجات التمريضية للمريض في ملفه في الزمن المحدد لذلك.		
أ-5-1-8	B	يحتوي التقييم المبدئي للمريض عند الدخول على الخطة العلاجية.		
أ-5-1-9	B	يتم إعادة تقييم حالة المريض بشكل دوري على فترات مناسبة طبقاً للسياسة ويتم تدوين ذلك في ملف المريض.		
أ-5-2		المعامل (المختبرات)		
أ-5-2-1	A	تقوم المؤسسة بتوفير الخدمات المخبرية (المعملية) في المؤسسة أو توفير طريقة للتعاون مع جهة أخرى لتقديم هذه الخدمة بالصورة المناسبة.		
أ-5-2-2	B	تدار الخدمات المخبرية (المعملية) طبقاً للمعايير الوطنية والأنظمة والقوانين.		

الملحق رقم (1): معايير أداة الاعتماد العربية للمؤسسات الصحية: _____

			يوجد بالمعمل (المختبر) سياسات وإجراءات تشمل على الأقل الآتي :	أ-5-3	A
			يتم تطبيق سياسات وإجراءات الصيانة الدورية ومعايرة معدات وأجهزة المختبر.	أ-5-4	B
			توفر المؤسسة المستلزمات والكواشف الضرورية لعمل المختبر.	أ-5-5	A
			تطبق المؤسسة إجراءات مكافحة العدوى والتخلص من المخلفات الطبية المخبرية بشكل سليم.	أ-5-6	B
			تقوم المؤسسة باتباع سياسة وإجراء يحدد كيفية الوصول إلى الخبراء في مجال التشخيص المخبري عند اللزوم.	أ-5-7	B
			تطبق المؤسسة خطة للسلامة في المختبر وتشمل :	أ-5-8	B
			يتم تطبيق إجراءات ضبط الجودة في المختبر	أ-5-9	B
			يقوم بالعمل في المختبر متخصصين وفنيين لديهم تدريب وتأهيل مناسب.	أ-5-10	A
			بالمؤسسة قائمة توضح الإطار الزمني لتسليم نتائج كل فحص مخبري.	أ-5-11	A
			الأشعة	أ-5-3	
			تقوم المؤسسة بتوفير خدمات الأشعة التشخيصية في المؤسسة أو توفير طريقة للتعاون مع جهة أخرى لتقديم هذه الخدمة بالصورة المناسبة.	أ-5-1	A
			تدار خدمات الأشعة التشخيصية طبقاً للمعايير الوطنية والأنظمة والقوانين.	أ-5-2	B
			يوجد بقسم الأشعة التشخيصية وثائق وسياسات وإجراءات تشمل على الأقل :	أ-5-3	A
			يقوم بالعمل في خدمات الأشعة التشخيصية متخصصين وفنيين لديهم تدريب وتأهيل مناسب.	أ-5-4	A
			توجد قائمة تحدد الفحوصات والتدخلات التي يجب ان يقوم بها طبيب	أ-5-5	A
			بالمؤسسة قائمة توضح الإطار الزمني لتسليم نتائج كل فحص أشعة تشخيصي	أ-5-6	A
			تطبق المؤسسة سياسات وإجراءات الصيانة الدورية للمعدات وأجهزة الأشعة التشخيصية ومعايرتها للتأكد من سلامتها.	أ-5-7	B
			توفر المؤسسة كافة مستلزمات التشغيل لخدمات الأشعة التشخيصية	أ-5-8	A
			يتم تطبيق إجراءات ضبط الجودة في الأشعة التشخيصية	أ-5-9	B
			تقوم المؤسسة باتباع سياسة استدعاء المتخصصين في خدمات الأشعة التشخيصية عند اللزوم وفي الوقت المناسب.	أ-5-10	B
			يتم توثيق جميع النتائج وتحفظ نسخة من التقارير بقسم الأشعة.	أ-5-11	B
			تطبق المؤسسة إجراءات مكافحة العدوى والتخلص من المخلفات الطبية بشكل سليم وحسب النظم والقوانين.	أ-5-12	B
			تطبق المؤسسة معايير السلامة والأمان والوقاية من مخاطر التعرض للإشعاع حسب اللوائح والقوانين.	أ-5-13	B
			تتقيف المريض وأسرته	أ-6	
			يتم تقييم احتياجات المريض التثقيفية كما يتم توثيقها في ملفه.	أ-6-1	B
			توجد سياسات وإجراءات مكتوبة لتثقيف المرضى وأسرهم حسب احتياجاتهم ويتضمن :	أ-6-2	A
			يتم تطبيق سياسات التثقيف الصحي للمرضى وأسرهم	أ-6-3	B
			يأخذ التثقيف الصحي بالإعتبار قيم ومعتقدات المريض ودرجة تعليمه، ويقدم بلغة مفهومة للمريض وأسرته.	أ-6-4	B
			يشارك الأطباء والتمريض وكل العاملين في التثقيف الصحي للمرضى وأسرهم.	أ-6-5	B
			الرعاية التغذوية	أ-7	
			تحدد في ملف المريض أوامر الطعام والتغذية حسب وضعه	أ-7-1	B

الملحق رقم (1): معايير أداة الاعتماد العربية للمؤسسات الصحية: _____

التغذوي :		
توجد سياسات وإجراءات للرعاية التغذوية ملتزمة باللوائح والقوانين وتشمل على الأقل :	أ-7-2	A
يتم إعداد الطعام طبقاً للسياسات وتشمل على الأقل :	أ-7-3	B
سياسة توزيع الطعام مطبقة	أ-7-4	B
سياسة تخزين الطعام مطبقة وتشمل على الأقل :	أ-7-5	B
سياسة التغذية بالإيوب مطبقة.	أ-7-6	B
سياسة العلاج التغذوي لذوي الإحتياجات التغذوية الخاصة مطبقة.	أ-7-7	B
الرعاية المتعلقة بالألم	أ-8	
لدى المؤسسة سياسة وإجراء لتقييم وعلاج الألم عند جميع المرضى.	أ-8-1	A
يتم تقييم الألم عند جميع المرضى.	أ-8-2	B
يتم علاج الألم عند المرضى بصورة فعالة طبقاً لأدلة العمل.	أ-8-3	B
العناية الخاصة بمرضى الطوارئ	أ-9	
يكون لدى المؤسسة سياسات وإجراءات للتعامل مع مرضى الطوارئ تشمل :	أ-9-1	A
تقوم المؤسسة باتباع سياسات وإجراءات فرز حالات الطوارئ.	أ-9-2	B
تطبق المؤسسة سياسات وإجراءات العناية بالمرضى المتلقين لأجهزة الدعم والمرضى فاقد الوعي.	أ-9-3	B
لدى المؤسسة خطة وطريقة للتعامل مع حالات الإنعاش في أي مكان بالمؤسسة وتشمل على الأقل :	أ-9-4	A
تقوم المؤسسة بتطبيق سياسات وإجراءات التعامل مع الحالات التي تحتاج إلى إنعاش.	أ-9-5	B
يوجد قسم لتقديم خدمات الطوارئ ويتوفر به على الأقل :	أ-9-6	A
تضمن المؤسسة وجود طاقم مؤهل بالطوارئ على مدار الساعة.	أ-9-7	A
يتم تدريب كل الطاقم الطبي بقسم الطوارئ على :	أ-9-8	B
توجد خطة عمل لقسم الطوارئ	أ-9-9	A
يوجد ملف طبي لكل مريض بالطوارئ يشمل على الآتي :	أ-9-10	A
يتم تسجيل جميع البيانات المطلوبة في ملفات مرضى الطوارئ	أ-9-11	B
يوجد بالمؤسسة أدلة مكتوبة وواضحة لخدمات الطوارئ وتشمل على الأقل :	أ-9-12	A
يتم مراجعة وتحديث أدلة العمل الإكلينيكية	أ-9-13	B
تتوافر أجهزة الطوارئ والمستلزمات الأساسية	أ-9-14	A
توجد قائمة بالمستلزمات الأساسية لخدمات الطوارئ بكميات مناسبة حسب حد الطلب	أ-9-15	A
توجد قائمة للأدوية الأساسية وأدوية الحفاظ على الحياة لخدمات الطوارئ	أ-9-16	A
أدوية الطوارئ متوفرة ومأمونة طوال الوقت لكل غرفة بالطوارئ	أ-9-17	B
تتوافر الخدمات التشخيصية المساعدة طوال اليوم.	أ-9-18	A
لدى المؤسسة وسيلة إسعاف أو هناك ترتيب لخدمات الإسعاف طبقاً للوائح والقوانين.	أ-9-19	A
لدى المؤسسة خطة طوارئ للتعامل مع الكوارث الداخلية والخارجية وتشمل على الآتي :	أ-9-20	A
معايير الخدمات العلاجية	أ-10	
معايير الحالات العامة	أ-10-1	

الملحق رقم (1): معايير أداة الاعتماد العربية للمؤسسات الصحية: _____

			توجد بالمؤسسة سياسات وإجراءات لتقديم الخدمة لكل المرضى حسب القوانين واللوائح.	أ-10-1	A
			خطة الرعاية الطبية لكل مريض موثقة بالملف الصحي.	أ-10-2	B
			خطة الرعاية التمريضية لكل مريض موثقة بالملف الصحي.	أ-10-3	B
			كل التدخلات والإجراءات الطبية يتم تسجيلها بملف المريض.	أ-10-4	B
			يتم مراجعة و تعديل خطة العلاج وفقاً لتطورات الحالة.	أ-10-5	B
			يوجد بروتوكولات وأدلة عمل إكلينيكية لعلاج الحالات المختلفة.	أ-10-6	A
			معايير الحالات ذات الخطورة	أ-10-2	
			توجد بالمؤسسة مواصفات محددة لدخول المرضى وحدات الرعاية الحرجة وتشمل :	أ-10-2-1	A
			توجد بالمؤسسة ادلة عمل إكلينيكية للتعامل مع الحالات ذات الخطورة وتشمل على الأقل :	أ-10-2-2	A
			يتم اتباع ادلة العمل الإكلينيكية عند التعامل مع الحالات ذات الخطورة	أ-10-2-3	B
			معايير التخدير	أ-10-3	
			توجد خطة للتخدير موثقة بالملف لكل حالة يتم وضعها بواسطة إخصائي التخدير والخطة تشمل :	أ-10-3-1	B
			توجد متابعة ومراقبة مستمرة لحالة المريض أثناء التخدير ويتم توثيقها بالملف.	أ-10-3-2	B
			يوجد حجرة إفاقة مجهزة حسب اللوائح والقوانين الوطنية.	أ-10-3-3	A
			تقييم ما بعد التخدير يتم بواسطة طبيب التخدير بصفة مستمرة حتى خروج المريض من غرفة الإفاقة وفقاً لعلامات الإفاقة ويتم توثيقها بالملف.	أ-10-3-4	B
			معايير الجراحة	أ-10-4	
			توجد بالمؤسسة سياسات وإجراءات للعمليات الجراحية وتشمل على الأقل :	أ-10-4-1	A
			يوجد خطة موثقة بالملف للعملية الجراحية تم وضعها بواسطة الجراح مبنية على نتائج تقييم حالة المريض تشمل نوع العملية والتدخلات الجراحية.	أ-10-4-2	B
			يوجد خطة لمتابعة المريض بعد العملية الجراحية يقوم بتنفيذها طاقم تمريضي مؤهل وتشمل على الأقل	أ-10-4-3	B
			يشمل تقرير ما بعد الجراحة على الآتي :	أ-10-4-4	B
			يتم توثيق تقرير العملية من قبل الجراحين بعد الجراحة مباشرة	أ-10-4-5	B
			الصيدلية واستعمال الدواء	أ-10-5	
			يوجد سياسات وإجراءات خاصة بالدواء تشمل على الأقل :	أ-10-5-1	A
			سياسات وصف وصرف وإستخدام الدواء مطبقة	أ-10-5-2	B
			توجد بالمؤسسة الصحية قائمة للأدوية الأساسية معتمدة ومعلنة للأطباء ويتم تحديثها	أ-10-5-3	A
			توافر صيدلي مرخص له بمزاولة المهنة مسنول عن الصيدلية.	أ-10-5-4	A
			يوجد توصيف وظيفي لمدير الصيدلية ولكل العاملين بطاقم الصيدلية.	أ-10-5-5	A
			يوجد سياسات لإستخدام المضادات الحيوية يشارك في وضعها الصيدلة.	أ-10-5-6	A
			يوجد سياسات مكتوبة للتوزيع والتحكم في إستخدام الأدوية المخدرة متمشية مع اللوائح والقوانين المحلية.	أ-10-5-7	A
			سياسات توزيع والتحكم في إستخدام الأدوية المخدرة مطبقة	أ-10-5-8	B
			يتم توزيع الأدوية بطريقة ملائمة من حيث التعبئة مع وجود ملصق موضح عليه :	أ-10-5-9	B
			يتم إتاحة المعلومات الكافية للمريض عن الداء المنصرف	أ-10-5-10	B

الملحق رقم (1): معايير أداة الاعتماد العربية للمؤسسات الصحية : _____

			يوجد نظام لإستدعاء الصيدلي لصرف الأدوية طبقاً للاحتياج	أ-10-5-11	B
			يوجد نظام لتسجيل ومتابعة الأخطاء والأحداث السلبية في وصف وإعطاء وإستخدام الدواء.	أ-10-5-12	B
			يتم توثيق تنفيذ العلاج الموصوف للمريض بالملف.	أ-10-5-13	B
			يوجد أدوية للطوارئ متاحة في مكان آمن في حالة وجودها خارج الصيدلية.	أ-10-5-14	B
			يتم تسجيل المنصرف من أدوية الطوارئ بواسطة الأطباء والتمريض المسؤولين عنها.	أ-10-5-15	B
			تدار الصيدلية ومخازن الأدوية حسب القوانين واللوائح المنظمة.	أ-10-5-16	B
			توجد سياسات للتخزين الآمن للأدوية وتشمل على الأقل :	أ-10-5-17	A
			سياسات التخزين الآمن للأدوية مطبقة	أ-10-5-18	B
			يوجد سياسات وإجراءات تحكم علاجات التغذية الوريدية والمعوية وتشمل على الأقل :	أ-10-5-19	A
			سياسات وإجراءات علاجات التغذية الوريدية والمعوية مطبقة.	أ-10-5-20	B
			يوجد سياسات وإجراءات التحكم في المواد المشعة والمواد الفحوصية وتشمل على الأقل :	أ-10-5-21	A
			سياسات وإجراءات التحكم في المواد المشعة والمواد الفحوصية مطبقة.	أ-10-5-22	B
			يوجد سياسات وإجراءات التحكم في عمليات إعداد وتحضير وتداول وتوزيع وخلط المحاليل الوريدية للأدوية والعلاج الكيميائي في الصيدلية.	أ-10-5-23	A
			سياسات وإجراءات إعداد وتحضير وتداول وتوزيع وخلط المحاليل الوريدية للأدوية والعلاج الكيميائي مطبقة.	أ-10-5-24	B
			يتم تزويد وزارة الصحة بنسخة من تقرير جودة الدواء وعن المشاكل أو العيوب الدوائية.	أ-10-5-25	B
			استخدام الدم ومشتقاته	أ-10-6	
			يوجد سياسات وإجراءات لإستخدام الدم ومشتقاته تتماشى مع المواصفات الوطنية وتشمل على الأقل :	أ-10-6-1	A
			تجري الفحوصات اللازمة للمتبرعين حسب السياسات	أ-10-6-2	B
			يوجد آلية لتأمين الفصائل المختلفة للدم ومشتقاته من مصادر أخرى في حالة عدم توفره بالمؤسسة	أ-10-6-3	A
			توافر الكميات اللازمة من الدم ومشتقاته بما يتلائم مع حجم المؤسسة وطبيعة عملها.	أ-10-6-4	B
			حصول كل العاملين ببنك الدم على شهادات معتمدة أو ترخيص مزاولة مهنة.	أ-10-6-5	A
			توافر التجهيزات والمستلزمات الكافية لأداء وظيفة بنك الدم حسب المواصفات الوطنية أو العالمية.	أ-10-6-6	A
			تحفظ السجلات التي تضمن عملية تتبع سير وحدات الدم بدءاً من المتبرع الى غاية إعطائها للمريض.	أ-10-6-7	B
			كل منتجات الدم ومشتقاته موضحة بملصق مدون عليه :	أ-10-6-8	A
			يوجد سياسات وإجراءات لحفظ الدم ومشتقاته وتشمل على الأقل :	أ-10-6-9	A
			يتوفر لثلاجات حفظ الدم ومشتقاته :	أ-10-6-10	A
			يتم متابعة درجات الحرارة كل 4 ساعات وعلى مدار 24 ساعة ويتم تسجيل ذلك ومراجعة السجلات مرتين يومياً على الأقل.	أ-10-6-11	B
			يتم اختبار نظام الإنذار مرة أسبوعياً على الأقل ويتم تسجيل ذلك.	أ-10-6-12	B

المصدر : خوجة توفيق بن احمد وآخرون، معايير أداة الاعتماد العربية للمؤسسات الصحية، الرياض مكتبة الملك فهد الوطنية، 2008م.

الملحق رقم (1): معايير أداة الاعتماد العربية للمؤسسات الصحية: _____

نوع المعيار	الرمز والرقم	المعيار	غير مطابق	مطابق جزئياً	مطابق	لا ينطبق
	ب	معايير السلامة وأمان المريض				
	ب-1	التحكم في انتشار العدوى				
A	ب-1-1	يوجد بالمؤسسة برنامج خاص بالتحكم في انتشار العدوى				
A	ب-1-2	توجد السياسات والإجراءات اللازمة للحد من انتشار العدوى معلنة وتشمل على الأقل التالي : مستلزمات منع انتشار العدوى				
A	ب-1-3	مستلزمات منع انتشار العدوى				
B	ب-1-4	مستلزمات منع انتشار العدوى تستخدم بطريقة صحيحة.				
A	ب-1-5	يوجد شخص أو أكثر مسئول عن تنفيذ ومتابعة جميع أنشطة برنامج مكافحة العدوى ويكون : تطبق المؤسسة سياسة غسل الأيدي.				
B	ب-1-6	تطبق المؤسسة سياسات وإجراءات النظافة.				
B	ب-1-8	تطبق المؤسسة نظام الترصد النشط ويشمل :				
B	ب-1-9	تطبق المؤسسة سياسة الحقن الآمن وتشمل :				
B	ب-1-10	تطبق المؤسسة سياسة فصل النفايات والتخلص الآمن منها.				
B	ب-1-11	تطبق المؤسسة سياسة لاستخدام المضادات الحيوية.				
B	ب-1-12	يتم توعية وتدريب وإشراك جميع العاملين والمرضى وأسرهم بالطرق المختلفة لمنع إنتشار العدوى بصورة دورية.				
B	ب-1-13	يتم إبلاغ السلطات الصحية المختصة بالعدوى والأمراض المعدية حال حدوثها والإجراءات التي تمت حيالها طبقاً للوائح والقوانين.				
A	ب-1-14	لدى المؤسسة خطة ذات أهداف لخفض نسبة العدوى المكتسبة وبخاصة الميكروبات والجراثيم المقاومة للمضادات الحيوية.				
B	ب-1-15	يتم توثيق جميع الإجراءات بصفة منتظمة.				
	ب-2	التطهير والتعقيم				
A	ب-2-1	تلتزم المستشفى بتأمين وسيلة آمنة وفعالة للتطهير والتعقيم طبقاً لمجال عمل المؤسسة.				
A	ب-2-2	توجد سياسات وإجراءات خاصة بالتطهير والتعقيم وتشمل على الأقل :				
B	ب-2-3	سياسات وإجراءات جمع واستلام وتنظيف وتعقيم الأدوات المستعملة مطبقة.				
B	ب-2-4	سياسات وإجراءات تخزين الأدوات المعقمة ومدة الصلاحية مطبقة.				
B	ب-2-5	تطبق المؤسسة اجراء لضمان إتمام عملية التطهير والتعقيم.				
B	ب-2-6	تطبق المؤسسة سياسات وإجراءات التطهير عالي المستوى.				
	ب-3	أمان المريض.				
A	ب-3-1	يوجد بالمؤسسة سياسات وإجراءات لسلامة وأمان المريض وتشمل على الأقل :				
B	ب-3-2	تطبق المؤسسة آلية واضحة للتأكد من هوية المريض عند التعامل معه أو اتخاذ أي إجراء.				
B	ب-3-3	يوجد اجراء مطبق للأوامر الشفهية والتليفونية ويشمل على الأقل :				
A	ب-3-4	يوجد قائمة بالفحوصات التي لها قيم حرجة مع توضيح حدود القيم الحرجة.				
B	ب-3-5	يوجد اجراء مطبق للتبليغ الفوري عن النتائج الحرجة للفحوصات ويشمل على الأقل:				
B	ب-3-6	تطبق المؤسسة سياسة للتعامل مع الادوية الخطرة وتشمل على				

الملحق رقم (1): معايير أداة الاعتماد العربية للمؤسسات الصحية: _____

				الأقل :		
				يطبق إجراء أو قائمة تحقق قبل العمليات والتدخلات الجراحية للتأكد من :	ب-3-7	B
				يوجد إجراء مطبق للتأكد من أن الإجراء الصحيح يتم للمريض الصحيح وفي المكان أو الجانب الصحيح.	ب-3-8	B
				يتم تقييم قابلية المرضى للسقوط واتخاذ الإجراءات اللازمة لحماية المرضى من السقوط.	ب-3-9	B
				يوجد إجراء مطبق لسهولة تداول المعلومات فيما بين مقدمي الخدمة في حالة :	ب-3-10	B
				السلامة البيئية	ب-4	
				تلتزم ادارة المؤسسة باللوائح والقوانين المنظمة للبيئة الداخلية والخارجية الأمانة.	ب-4-1	B
				يوجد سياسات وخطط محددة للتعامل مع البيئة الداخلية والخارجية وتشمل :	ب-4-2	A
				يتم تدريب وتوعية جميع العاملين على الخطط ومتابعة تنفيذها بصفة دورية.	ب-4-3	B
				يوجد برنامج معتمد للاختبارات التجريبية للوقاية من والتعامل مع الحريق وكيفية التعامل مع النتائج.	ب-4-4	A
				يتم تنفيذ إجراءات لمنع خطف الاطفال وحماية المرضى والزوار من اية مخاطر أو اعتداء.	ب-4-5	B
				تطبق المؤسسة سياسة منع التدخين.	ب-4-6	B
				يتم التعامل وتخزين والتخلص من المواد الخطرة والمخلفات حسب السياسات والإجراءات وتشمل :	ب-4-7	B
				يتم تطبيق خطة الصيانة الدورية للمباني والمرافق وتغطي :	ب-4-8	B
				يتم تطبيق خطة الصيانة الدورية للأجهزة الطبية وغير الطبية.	ب-4-9	B
				يتم مراجعة الخطط والإجراءات وتحديثها بصفة دورية.	ب-4-10	B
				يتم توثيق جميع الإجراءات بصفة منتظمة.	ب-4-11	B
				برنامج الصحة والسلامة المهنية	ب-5	
				يوجد بالمؤسسة برنامج دوري لمتابعة صحة العاملين ويشمل :	ب-5-1	A
				برنامج صحة العاملين مطبق ويتم توثيق جميع الإجراءات بصفة منتظمة.	ب-5-2	B
				يتم التدريب على اخطار المهنة وإجراءات الأمن والسلامة دورياً وكذلك عند استحداث إجراء أو توريد أجهزة جديدة.	ب-5-3	B
				تصميم المؤسسة : ملائمة تصميم مبنى المؤسسة للخدمات المقدمة حسب اللوائح والقوانين المحلية المنظمة.	ب-6	
				يساعد تصميم وتجهيز المبنى على توافر خصوصية للمريض.	ب-6-1	B
				يساعد تصميم المبنى على منع انتشار العدوى.	ب-6-2	B
				يساعد تصميم المبنى على سهولة وانسياب حركة المرضى وسلامة وأمان حركة المترددين والعاملين.	ب-6-3	B
				توافر اماكن انتضار تتناسب مع حجم التردد على الخدمات بالمؤسسة.	ب-6-4	A
				توافر شبكة اتصالات داخلية وخارجية.	ب-6-5	A
				توافر محارج الطوارئ	ب-6-6	A
				وجود نظام انذار للحرائق والكوارث.	ب-6-7	A
				ملائمة تصميم مبنى المؤسسة لمتطلبات ذوي الاحتياجات الخاصة حسب المواصفات المحلية أو العالمية.	ب-6-8	A

المصدر : خرجة توفيق بن احمد وآخرون، معايير أداة الاعتماد العربية للمؤسسات الصحية، الرياض، مكتبة الملك فهد الوطنية، 2008م.

الملحق رقم (1): معايير أداة الاعتماد العربية للمؤسسات الصحية: _____

نوع المعيار	الرمز والرقم	المعيار	غير مطابق	مطابق جزئياً	مطابق	لا ينطبق
	ج	معايير الإدارة				
	ج-1	الإدارة العليا :				
A	ج-1-1	تعتمد الإدارة العليا :				
	ج-2	قيادة المؤسسة :				
A	ج-2-1	يوجد مدير مؤهل للمؤسسة وله وصف وظيفي محدد يشمل على الأقل :				
B	ج-2-2	يتم ادارة وتشغيل المؤسسة بما يتماشى مع اللوائح والقوانين.				
A	ج-2-3	قيادات المؤسسة مسؤولون مسؤلية جماعية عن تعريف رؤية ورسالة المؤسسة ووضع الخطط والسياسات اللازمة لتنفيذ الرسالة.				
A	ج-2-4	تقوم قيادات المؤسسة بالاشتراك مع قادة المجتمع والمؤسسات ذات العلاقة بوضع خطة المؤسسة بما يتفق مع احتياجات المجتمع الصحية.				
B	ج-2-5	يتم تدريب قادة المؤسسة على مفاهيم الجودة.				
B	ج-2-6	تتبنى القيادات الصحية حديثي العمل تدريباً وتأهيلاً من خلال برنامج تهيئة العاملين الجدد.				
B	ج-2-7	تتولى القيادات الاشراف على عقود الخدمات الطبية والادارية.				
B	ج-2-8	قادة الفرق الصحية والتمريضية وغيرهم من القادة يشاركون في :				
B	ج-2-9	يتم التنسيق والتكامل داخل القسم الواحد و مع الاقسام الاخرى				
B	ج-2-10	يقوم القادة بتحديد احتياجات الاقسام القائمة أو الجديدة من حيث المساحة والموارد البشرية والاجهزة والمستلزمات.				
B	ج-2-11	يقوم رؤساء الاقسام بالمؤسسة بقياس اداء القسم/ الخدمة.				
B	ج-2-12	يقوم رؤساء الاقسام بالمؤسسة بتقييم اداء العاملين بناءً على مؤشرات محددة وبشكل دوري.				
	ج-3	اخلاقيات المؤسسة.				
A	ج-3-1	يوجد بالمؤسسة معيار اخلاقي معن وفقاً لقوانين ولوائح وأداب المهنة.				
A	ج-3-2	يحدد المعيار الاخلاقي :				
B	ج-3-3	تلتزم المؤسسة بتطبيق المعيار الاخلاقي.				
	ج-4	نظام ادارة المعلومات : وجود نظام لادارة المعلومات يتناسب مع احتياجات المؤسسة.				
A	ج-4-1	يوجد مسؤول مؤهل لادارة نظام المعلومات.				
A	ج-4-2	يوجد بالمؤسسة نظام معلومات يشمل على الأقل :				
A	ج-4-3	يوجد سياسات واجراءات للحفاظ على سرية المعلومات وتحميها من الفقد والتلفوتشمل على الأقل :				
B	ج-4-4	نظام المعلومات بالمؤسسة يساعد على ربط الادارات والاقسام مع مراعاة سرية المعلومات.				
B	ج-4-5	نظام المعلومات بالمؤسسة يسهل الحصول على المعلومات في الوقت المناسب.				
A	ج-4-6	يوجد نظام مساند لنظم ادارة المعلومات في حالة استخدام نظم المعلومات الالكترونية.				
B	ج-4-7	يتم تدريب جميع مستخدمي نظم المعلومات من العاملين ذوي العلاقة.				
B	ج-4-8	يتم اشراك ممثلين من جميع الاقسام الطبية والمساندة والادارية في التخطيط لنظام المعلومات أو تطويره.				

الملحق رقم (1): معايير أداة الاعتماد العربية للمؤسسات الصحية: _____

			يوجد بالمؤسسة نظام صيانة وقائية لجميع الاجهزة ونظم المعلومات بشكل دوري.	ج-4-9	A
			يوجد بالمؤسسة سياسة تنظم انشاء وتداول السياسات والاجراءات وتشمل على الاقل: ادارة السجلات الطبية :	ج-4-10	A
				ج-5-5	
			يوجد بالمؤسسة سياسات واجراءات مكتوبة للسجلات الطبية وتنماشى مع اللوائح والقوانين الوطنية وتشمل على الاقل : تطبيق المؤسسة سياسة تقاعد الملف ومدة الحفظ وطريقة التخلص من الملفات المتقاعدة.	ج-5-1	A
			يوجد لجنة للسجلات الطبية ذات مسئولية واختصاصات محددة وتشمل على الاقل :	ج-5-3	A
			تؤمن المؤسسة سجل طبي لكل مريض يراجع المستشفى .	ج-5-4	A
			يتضمن الملف الطبي لكل مريض رقما موحدا.	ج-5-5	A
			يحتوي الملف الطبي على كافة البيانات الضرورية للمريض ويشمل على الاقل :	ج-5-6	B
			ملخص الخروج يتضمن البيانات التالية :	ج-5-7	B
			يتم التوقيع على أي معلومة يتم ادخالها بالملف.	ج-5-8	B
			يوجد بالمؤسسة مكان مخصص لحفظ السجلات بطريقة منظمة وأمنة.	ج-5-9	A
			تطبق المؤسسة إجراء استدعاء ملف يضمن سرعة الوصول لأي سجل طبي في الوقت المناسب للشخص المخول.	ج-5-10	B
			تطبق المؤسسة اجراء لتعقب السجلات الطبية أثناء تداولها بين مختلف الاقسام.	ج-5-11	B
			تكون السجلات الطبية متاحة لأغراض التدقيق الطبي والمراجعة ضمن نظم ولوائح محددة.	ج-5-12	B
			تطبق المؤسسة آليات لضمان سرية المعلومات المتعلقة بالمرضى والمُدونة في السجل الطبي.	ج-5-13	B
			وجود قائمة بالاختصارات الطبية المعتمدة للاستخدام في السجلات الطبية.	ج-5-14	A
			ادارة الجودة	ج-6-6	
			تساند وتعزز الادارة العليا جهود التحسين المستمر للجودة وأنشطة امان وسلامة المريض.	ج-6-1	B
			يوجد سياسات واجراءات للتحسين المستمر للجودة وتشمل على الاقل :	ج-6-2	A
			يوجد بالمؤسسة لجنة او مجلس للجودة برئاسة مدير المؤسسة وعضوية قيادات المؤسسة وممثلي الاقسام الفنية والادارية المختلفة ومنسق الجودة	ج-6-3	A
			لجنة الجودة مسؤوليات ومهام محددة تشمل على الاقل :	ج-6-4	A
			تضمن لجنة الجودة تشكيل وتفعيل اللجان ذات العلاقة بالجودة. بما يتناسب وحجم المؤسسة. وتشمل على الاقل :	ج-6-5	B
			توجد خطة سنوية لتحسين وتطوير جودة الخدمات المقدمة بالمؤسسة.	ج-6-6	A
			يتم نشر الوعي وتدريب العاملين بالمؤسسة على ضمان وتحسين الجودة وإشراكهم في تنفيذ أنشطة تحسين الجودة.	ج-6-7	B
			تتابع ادارة الجودة ضمان تحديد وتحديث وتطبيق أدلة العمل بما فيها السريرية والمبنيّة على البراهين.	ج-6-8	B
			تقوم لجنة الجودة برفع تقاريرها للادارة العليا والاقسام المختلفة واللجان المعنية بشكل دوري ومتابعة تنفيذ التوصيات.	ج-6-9	B
			يوجد نظام مطبق لتلقي والتعامل مع اقتراحات وشكاوى المرضى والعاملين.	ج-6-10	B
			يوجد نظام مطبق لقياس وتحسين رضا المستفيد من الخدمة بشكل دوري.	ج-6-11	B
			يوجد نظام مطبق لقياس وتحسين رضا مقدمي الخدمة في	ج-6-12	B

الملحق رقم (1): معايير أداة الاعتماد العربية للمؤسسات الصحية: _____

			المؤسسة سنويا.		
B	ج-6-13		تقوم لجنة الجودة بضمان رصد الاحداث الطارئة وتحليلها ومتابعة اتخاذ الاجراءات التصحيحية.		
B	ج-6-14		يوجد نظام مطبق للتدقيق والمراجعة الطبية ويشمل :		
B	ج-6-15		يوجد نظام مطبق لقياس ومتابعة مؤشرات الاداء ويشمل على الاقل :		
	ج-7-7		هيئة الاطباء		
A	ج-7-1		لدى المؤسسة سياسة لمراجعة وتقييم والتحقق من الشهادات العلمية للهيئة الطبية المصرح لها بتقديم الرعاية الطبية.		
B	ج-7-2		تحتفظ الهيئة الطبية بسجل فني لكل عضو في هيئة الاطباء وفيه :		
A	ج-7-3		تحدد المؤسسة الهيئة الطبية التي يناط بها وضع الامتيازات والتوصيفات الفنية للاطباء طبقا للمؤهلات والخبرة.		
B	ج-7-4		تقوم المؤسسة بتحديد واجازة الاطباء المصرح لهم بادخال وعلاج المرضى وتقديم الخدمات السريرية الاخرى بما يتوافق مع كفاءة الاطباء ولوائح المؤسسة.		
B	ج-7-5		يتم تقييم اعضاء الهيئة الطبية بشكل دوري (على ان لا يزيد عن خمس سنوات) وذلك من حيث :		
	ج-8-8		هيئة التمريض		
A	ج-8-1		يراس هيئة التمريض :		
A	ج-8-2		تمثل هيئة التمريض في الادارة العليا للمؤسسة		
A	ج-8-3		يوجد سياسات واجراءات وادلة للاداء التمريضي وتشمل على الاقل :		
A	ج-8-4		تمثل هيئة التمريض في لجان المؤسسة ذات الاختصاص.		
B	ج-8-5		تدار الخدمات التمريضية باقسام المستشفى المختلفة عن طريق ممرضات مؤهلات بدرجات علمية مناسبة بالاضافة الى الخبرة المطلوبة في الادارة.		
B	ج-8-6		تقوم الممرضة المؤهلة ب :		
B	ج-8-7		عند التغيير في الحالة الصحية للمريض يتم اعادة التقييم التمريضي وتدوينه.		
B	ج-8-8		يوجد نظام للتدريب التمريضي المستمر ويشمل على الاقل :		
A	ج-8-9		توجد خصائص لتقييم الاداء التمريضي.		
	ج-9-9		ادارة الموارد البشرية:		
A	ج-9-1		يوجد قسم أو ادارة للموارد البشرية.		
A	ج-9-2		يوجد مدير يقوم بالاشراف على مهام ادارة قسم الموارد البشرية ويكون له الخبرة والمؤهلات اللازمة لذلك.		
A	ج-9-3		يوجد نظام لتقييم احتياجات المؤسسة من كفاءات العنصر البشري لمختلف الوظائف والعمل على توفيره.		
A	ج-9-4		يوجد بالمؤسسة خطة مستمرة لتنمية البشرية وتناسب مع المتطلبات التطويرية والمستقبلية.		
B	ج-9-5		تطبق المؤسسة خطة تنمية الموارد البشرية.		
A	ج-9-6		يوجد سياسات ومواصفات خاصة لكل من :		
B	ج-9-7		سياسات اختيار وتعيين وترقية الموظفين مطبقة.		
A	ج-9-8		يوجد نظام محدد ومكتوب لتقييم الاداء بصفة دورية.		
B	ج-9-9		نظام تقييم الاداء مطبق ويشرف على تنفيذه رؤساء الادارات أو الاقسام.		
A	ج-9-10		يوجد توصيف وظيفي لجميع الوظائف موضح فيه :		
B	ج-9-11		يوجد نظام حوافز حسب اداء وكفاءات وانجازات العاملين ويكون معن عنه ومطبق.		

الملحق رقم (1): معايير أداة الاعتماد العربية للمؤسسات الصحية: _____

B	ج-9-12	يوجد ملف خاص لكل موظف موضح به جميع البيانات الخاصة به وبيانات عن الاداء ويشمل على الأقل :
B	ج-9-13	يوجد وسيلة لتعريف العاملين بالمؤسسة من خلال بطاقة تعريف تحوي :
A	ج-9-14	يوجد برنامج لتأهيل العاملين الجدد على ثلاث مستويات :
B	ج-9-15	برنامج تأهيل العاملين الجدد مطبق.
	ج-10	التعليم والتدريب المستمر :
A	ج-10-1	توجد وحدة او لجنة متخصصة في التدريب وتطوير كفاءة ومهارة العاملين.
A	ج-10-2	يرأس الوحدة او اللجنة مسؤول مؤهل وذو خبرة في التدريب والتعليم ويفضل ان يكون في المجال الصحي.
A	ج-10-3	المؤسسة لديها برنامج للتعليم والتدريب المستمر لجميع العاملين ويشمل :
A	ج-10-4	يوجد مكان ملائم ومجهز بالوسائل المناسبة للتدريب داخل المؤسسة.
B	ج-10-5	يتم توثيق كل نشاط تدريبي ينفذ وفق الخطة بتقرير.
B	ج-10-6	يتم تحديد الاحتياجات التدريبية بالتعاون مع مختلف أقسام المؤسسة.
B	ج-10-7	الاستعانة بمدربين متخصصين في التدريب والتعليم وتوفير الادلة التدريبية.
B	ج-10-8	يوجد اتصال وتعاون بين الوحدة والوحدات المماثلة في المؤسسات الصحية الاخرى ومراكز التدريب الصحي الخاصة. يتم تخصيص موارد مالية كافية لتنفيذ الخطط التدريبية.
B	ج-10-9	يتم تخصيص موارد مالية كافية لتنفيذ الخطط التدريبية.
B	ج-10-10	يتيح البرنامج التدريبي الفرص التدريبية لمختلف المستويات والفئات الوظيفية.
	ج-11	العلاقات العامة :
A	ج-11-1	المؤسسة لديها نظام للتعامل مع الجهات الخارجية المختلفة ويشمل :
B	ج-11-2	تطبق المؤسسة نظام للتعريف بالمؤسسة من خلال أنشطة محددة مثل :
B	ج-11-3	توفر العلاقات العامة المعلومات والبيانات للجهات المسؤولة وبما يتماشى مع آداب و اخلاقيات المهنة.
B	ج-11-4	تنسق العلاقات العامة مع الجهات الاخرى لتنظم أنشطة التثقيف الصحي والتواصل مع المجتمع.
	ج-12	الخدمات المساندة :
	ج-12-1	المطبخ (ادارة التغذية والاطعام) :
A	ج-12-1-1	يوجد وحدة ادارية او قسم او ادارة متخصصة في شؤون التغذية والاطعام.
A	ج-12-1-2	وجود مطبخ تحت اشراف هذه الوحدة لاعداد الطعام للمؤسسة.
A	ج-12-1-3	يرأس كلاً من الوحدة الادارية والمطبخ مسؤول ويكون :
A	ج-12-1-4	يوجد سياسات واجراءات للعمل بالوحدة تشمل على الأقل :
A	ج-12-1-5	وجود قائمة بالوجبات الخاصة المتاحة.
B	ج-12-1-6	يتم تدريب العاملين في الوحدة على مختلف اساليب النظافة وتنظيف وحفظ الاطعمة.
B	ج-12-1-7	يوجد تنسيق مستمر بين الوحدة ومختلف الادارات في المؤسسة التي تحتاج لخدمات التغذية والضيافة.
B	ج-12-1-8	يوجد تنسيق مستمر مع لجنة أو ادارة مكافحة العدوى في المؤسسة.
B	ج-12-1-9	يتم التخزين والحفظ السليم لمختلف أصناف المواد المستخدمة في تحضير الطعام.
A	ج-12-1-10	توفر الماء الساخن والبارد بصفة دائمة مع وجود احتياطات

الملحق رقم (1): معايير أداة الاعتماد العربية للمؤسسات الصحية: _____

				لتوفيره في حالة توقف مصدر الماء.	10	
				وجود احتياطات لتأمين الكهرباء في حالة انقطاعها المفاجئ حفاظا على سلامة المواد الغذائية والإطعمة المعدة.	ج-12-1-11	A
				يلتزم العاملون بإجراءات النظافة في تعاملهم مع المواد الغذائية مثل :	ج-12-1-12	B
				توفر مخزون دائم لمستلزمات النظافة من مواد تنظيف وتطهير وقفازات ومناديل وغيرها.	ج-12-1-13	A
				الالتزام بتواريخ صلاحية المواد الغذائية ومتابعة المخزون منها من حيث مدة الصلاحية.	ج-12-1-14	B
				وجود اجراء مطبق للمراقبة المستمرة لمخزون المواد الغذائية للتأكد من أنه بقدر كاف لمدد مناسبة لمواجهة حالات الطوارئ.	ج-12-1-15	B
				توافر شهادات صحية لجميع متدولي الاغذية سارية الصلاحية.	ج-12-1-16	A
				اجراء فحص طبي دوري لجميع متدولي الاغذية.	ج-12-1-17	B
				توافر وسائل الأمن والسلامة ومكافحة الحرائق بالمطبخ.	ج-12-1-18	A
				الفندقة (خدمات الغرف) :	ج-12-2	
				توجد وحدة متخصصة لخدمة الغرف في المؤسسة حسب حجم المؤسسة.	ج-12-2-1	A
				المسؤول عن الوحدة مؤهل دراسياً وذو خبرة في مجال الفندقة.	ج-12-2-2	A
				توافر اتصال مباشر بين الوحدة مع مختلف اجزاء المؤسسة.	ج-12-2-3	B
				يتم تدريب العاملين في الوحدة على :	ج-12-2-4	B
				يوجد سياسات واجراءات لعمليات التنظيف والتطهير حسب قواعد مكافحة العدوى.	ج-12-2-5	A
				توفر مخزون احتياطي دائم كاف من لوازم خدمة الغرف بالوحدة.	ج-12-2-6	A
				توافر شهادات صحية لجميع العاملين بالوحدة سارية الصلاحية.	ج-12-2-7	A
				المغسلة :	ج-12-3	
				يوجد وحدة بها مكان مخصص بما يتطابق مع المعايير الفنية والصحية لمغاسل المؤسسات الصحية.	ج-12-3-1	A
				المغسلة مجهزة بالمعدات التي تسمح بعمليات الغسيل والتجفيف التي تحتاجها المستشفى داخليا وخارجيا وفقاً للمعايير.	ج-12-3-2	A
				يوجد سياسات واجراءات للمغسلة وتشمل على الأقل :	ج-12-3-3	A
				سياسات واجراءات المؤسسة مطبقة.	ج-12-3-4	B
				المسؤول عن المغسلة مؤهل وذو خبرة في مجال العمل.	ج-12-3-5	A
				يتم تدريب العاملين بالمغسلة على التعامل مع المغسولات الملوثة وطرق غسلها الامنه.	ج-12-3-6	B
				ملائمة مقر المغسلة لمتطلبات نظافة وتهوية وجفاف وتصريف مياه الغسيل.	ج-12-3-7	A
				الاجراءات المتبعة في المغسلة وفقاً لمعايير مكافحة العدوى.	ج-12-3-8	B
				الصيانة :	ج-12-4	
				يوجد وحدة ادارية متخصصة في الصيانة.	ج-12-4-1	A
				رئاسة هذه الوحدة من قبل مسؤول مؤهل هندسياً وذو خبرة في مجال الصيانة بالمستشفيات.	ج-12-4-2	A
				تمثل وحدة الصيانة في اللجان ذات العلاقة بالمؤسسة مثل لجنة سلامة البيئة وتشارك في وضع خطة ادارة الكوارث الداخلية والخارجية.	ج-12-4-3	A
				يوجد سجلات خاصة بالاجهزة والالات الطبية وغير الطبية المستخدمة في المؤسسة بالتنسيق مع قسم المحاسبة أو المالية	ج-12-4-4	A

الملحق رقم (1): معايير أداة الاعتماد العربية للمؤسسات الصحية : _____

			والمخازن وتشمل على الأقل :		
A	ج-4-12-5		يوجد خطة للصيانة الوقائية الدورية والاحلال لهذه الاجهزة بناء على الاسس الفنية والمحاسبية أو الحالة الراهنة لكل جهاز.		
A	ج-4-12-6		الاحتفاظ بالكتيبات التعريفية للاجهزة المستخدمة في المؤسسة وعمل قواعد بيانات عن عناوين الجهات المسؤولة عن صيانتها من ورش وخبراء صيانة للاستعانة بهم عند الحاجة.		
B	ج-4-12-7		تبذل وحدة الصيانة الجهود لتبسيط الكتيبات التعريفية للاجهزة المستخدمة بالمؤسسة.		
B	ج-4-12-8		وجود آلية مطبقة للتشاور بين وحدة الصيانة وكل الأقسام في المؤسسة في حالة شراء تجهيزات جديدة.		
A	ج-4-12-9		وجود خطط للتدريب المستمر للعاملين بالوحدة لصيانة مختلف أنواع الاجهزة المستخدمة والمستجدة في المؤسسة.		
A	ج-4-12-10		وجود خطط لتدريب العاملين في الأقسام الأخرى في المؤسسة على الاستخدام والصيانة الدورية على الاجهزة التي يقومون باستخدامها.		
A	ج-4-12-11		امتلاك الوحدة لمعلومات عن شبكة التمديدات المائية والكهربائية والغازية في المؤسسة.		
	ج-5-12-5		الخدمة الاجتماعية :		
A	ج-5-12-1		توجد وحدة ادارية متخصصة في العمل الاجتماعي في المؤسسة (حسب حجم المؤسسة).		
A	ج-5-12-2		المسؤول عن الخدمة الاجتماعية مؤهل دراسياً وذو خبرة.		
B	ج-5-12-3		تتعاون الوحدة مع الأقسام الطبية والعلاقات العامة لمعرفة الاحتياجات الاجتماعية للمرضى والعاملين وتلبية الممكن منها تحت اشراف ادارة المؤسسة.		
B	ج-5-12-4		وجود موارد متاحة للوحدة لتلبية تلك الاحتياجات.		
B	ج-5-12-5		تطبق المؤسسة سياسة تراعي السرية في التعامل مع الحالات التي تحتاج للدعم الاجتماعي.		
B	ج-5-12-6		وجود آلية مطبقة للكشف عن الحالات المحتاجة للدعم الاجتماعي وتوثيقها وتلبية احتياجاتها.		
	ج-6-12-6		المكتبة :		
A	ج-6-12-1		توجد مكتبة متخصصة تضم المراجع والدوريات الحديثة بما يتناسب مع حجم المؤسسة والتخصصات الموجودة فيه.		
A	ج-6-12-2		تدار المكتبة بواسطة شخص مؤهل وذو خبرة في مجال ادارة المكتبات الطبية.		
A	ج-6-12-3		تتوافر بالمكتبة التجهيزات اللازمة للقراءة الالكترونية.		
B	ج-6-12-4		تطبق المكتبة سياسة إعارة الكتب واستخدام الانترنت.		
	ج-7-12-7		وحدة الاحصاء :		
A	ج-7-12-1		يوجد وحدة للاحصاء مختصة بتجميع الاحصاءات والمعلومات عن المؤسسة.		
A	ج-7-12-2		تدار الوحدة بواسطة مسؤول مؤهل دراسياً في الاحصاء وذو خبرة في مجال الاحصاء الطبي.		
A	ج-7-12-3		الوحدة مزودة بتجهيزات تقنية تتيح السرعة والدقة في التعامل والنشر للاحصاءات والمعلومات.		
B	ج-7-12-4		تحتفظ الوحدة بإحصاءات المؤسسة منذ تأسيسها أو منذ صدور قرار البدء بالتوثيق.		
B	ج-7-12-5		تصدر الوحدة تقارير احصائية ومعلوماتية عن المؤسسة بشكل دوري.		
B	ج-7-12-6		ترفع الوحدة التقارير الاحصائية الدورية الى الإدارة العليا في المؤسسة.		
	ج-13-13		الإدارة المالية :		
A	ج-13-1		يوجد نظام مالي في المؤسسة يضمن تخصيص الموارد المالية ومتابعة الصرف.		

الملحق رقم (1): معايير أداة الاعتماد العربية للمؤسسات الصحية: _____

			توجد وحدة تنظيمية مختصة في الشؤون المالية.	ج-13-2	A
			الموظف المسؤول عن هذه الوحدة مؤهل في مجال تخصصه وله خبرة منافية في مجال عمله.	ج-13-3	A
			وجود سجلات منظمة للحسابات في المؤسسة وفقاً للوائح والقوانين المنظمة.	ج-13-4	A
			وجود رصد لاتجاهات الإنفاق في المؤسسة من خلال التحليل المالي لحركة حسابات المؤسسة.	ج-13-5	B
			يتم تحديد الاحتياجات المالية بناء على اتجاهات الإنفاق والصرف.	ج-13-6	B
			وجود ميزانية تعد على أساس دوري حسب النظم المتبعة.	ج-13-7	A
			وجود موازنة سنوية (خطة تقديرية قبل بداية كل سنة مالية) معتمدة من قبل الإدارة العليا.	ج-13-8	A
			يتم اعداد الموازنة السنوية من قبل الوحدة المختصة بالمشاركة مع جميع أقسام المؤسسة.	ج-13-9	B
			توجد سياسات واجراءات تشمل على الأقل :	ج-13-10	A
			الالتزام بالمخصصات المحددة في الموازنة طوال السنة المالية.	ج-13-11	B
			تحفظ المستندات والسجلات المالية بطريقة آمنة ومتواصلة ومنظمة.	ج-13-12	B
			وجود سجلات للتقييم المالي لمختلف اصول المؤسسة.	ج-13-13	A
			مراعاة القواعد المحاسبية والالتزام بالانظمة الحكومية فيما يتعلق باستهلاك الاصول.	ج-13-14	B
			وجود خطة لاحلال أو تجديد مختلف أصول المؤسسة مبنية على أساس الاستهلاك المحاسبي لهذه الاصول.	ج-13-15	A
			وجود محاولات لتنويع مصادر التمويل.	ج-13-16	B
			يتم تطبيق سياسات واجراءات ضمان عدم هدر وتبديد الموارد المالية للمؤسسة.	ج-13-17	B
			وجود نظام داخلي للمراجعة والتدقيق المالي في المؤسسة.	ج-13-18	B

المصدر : خوجة توفيق بن احمد وآخرون، معايير أداة الاعتماد العربية للمؤسسات الصحية، الرياض، مكتبة الملك فهد الوطنية، 2008م.

الملحق رقم (1): معايير أداة الاعتماد العربية للمؤسسات الصحية : _____

نوع المعيار	الرمز والرقم	المعيار	غير مطابق	مطابق جزئياً	مطابق	لا ينطبق
	د	معايير الخدمات المجتمعية				
	د-1	إشراك المجتمع				
A	د-1-1	يشارك ممثلو المجتمع المحلي في المجالس ولجان المؤسسة.				
B	د-1-2	يشارك ممثلو المجتمع في تحديد الاحتياجات الصحية والمشاكل الصحية والبيئية للمجتمع.				
B	د-1-3	يشارك ممثلو المجتمع في وضع خطط العمل السنوية لتقديم الخدمة داخل المؤسسة.				
B	د-1-4	يشارك ممثلو المجتمع في تقييم وتطوير الخدمة المقدمة في المؤسسة.				
B	د-1-5	يشارك ممثلو المجتمع في دعم وتنفيذ برامج التوعية الصحية مع المؤسسة.				
	د-2	معايير التعرف على المجتمع :				
B	د-2-1	يتم التعرف على المجتمع المحلي وما يتوفر فيه من خدمات صحية وغير صحية.				
B	د-2-2	يتم تحديد الاحتياجات الصحية والبيئية اعتماداً على خصوصية المجتمع المحلي والمشاكل ذات الأولوية.				
	د-3	معايير التوعية الصحية				
A	د-3-1	تقوم المؤسسة بإعداد برامج توعية موجهة للمجتمع بفئاته المختلفة ويشمل على الأقل :				
B	د-3-2	يتم الاعلان عن هذه الخطة للمجتمع.				
A	د-3-3	توجد مجموعات داعمة لصحة المجتمع لتنفيذ البرامج السابقة.				
B	د-3-4	يتم تنفيذ برامج التوعية الصحية				
B	د-3-5	تتم متابعة وتقييم هذه البرامج بشكل دوري.				
A	د-3-6	يوجد مكان داخل المؤسسة للتوعية الصحية مجهز بالوسائل السمعية والبصرية.				
A	د-3-7	توفر المؤسسة الوسائل المساندة للتوعية الصحية وتشمل :				
B	د-3-8	يتم تزويد المترددين على المؤسسة بالمطويات والنشرات.				
	د-4	التعاون مع الجهات ذات العلاقة بالصحة.				
A	د-4-1	يتم تحديد الجهات ذات العلاقة في منطقة عمل المؤسسة.				
B	د-4-2	تتعاون المؤسسة مع الجهات ذات العلاقة في :				
	د-5	الدراسات الميدانية والبحوث :				
A	د-5-1	توجد لجنة (أو منسق) للبحوث والدراسات الميدانية في الهيكل التنظيمي للمؤسسة.				
A	د-5-2	توجد خطة عمل للمسوحات والدراسات الميدانية للمجتمع المحلي وتشمل على الأقل :				
B	د-5-3	يستعان بفريق مدرب على اجراء المسوحات الميدانية والدراسات.				
B	د-5-4	يتم تنفيذ خطة المسوحات والدراسات الميدانية وتجدد دورياً حسب الحاجة.				
B	د-5-5	يتم الاستفادة من نتائج الدراسات السابقة في تطوير الخدمات والبرامج الصحية.				
	د-6	برامج تعزيز الصحة				
A	د-6-1	توجد برامج لتعزيز أنماط حياة صحية تشمل كل أو بعض الآتي حسب مجال عمل المؤسسة :				
B	د-6-2	برامج تعزيز أنماط الحياة الصحية مطبقة.				

المصدر : خوجة توفيق بن احمد وآخرون، معايير أداة الاعتماد العربية للمؤسسات الصحية، الرياض، مكتبة الملك فهد الوطنية، 2008م.

الملحق رقم (2)
القوى العاملة الصحية
في اليمن 2010م
وتوزيعها في المحافظات

جدول رقم (1) عدد وتوزيع القوى العاملة الصحية التخصصية الحكومية في عام 2010م

اجملي Total	اجملي الاداريين Administrators	اخرى Other	خدمة معونة Supported Staff	الاداريين Administrators	اجملي Total	م/ أخصائي وحملة البكالوريوس Specialists															اخصائيون Specialists	المحافظة
						غير محدد التخصص Not specified	طبيب فيزياء Physics physician	طب مجتمع Community Medicine	علاج طبيعي Physiotherapy	أطراف صناعية Rehabilitation	تخدير Anesthesia	تغذية Nutrition	اشعة X-Ray Tech	صحة عامة Public Health	صحة نفسية Psychologic Health	تمريض جامعي Nurse	اسنان Dentists	صياغة Pharmacists	مختبرات Laboratory	اطباء عموم Physicians		
1019	744	0	55	689	275	2	0	3	0	0	0	8	1	3	7	4	14	70	25	75	63	الديوان
1079	505	10	142	258	574	0	0	0	0	0	2	3	1	2	1	18	35	65	83	321	43	اب
857	518	87	206	225	339											26	18	20	12	248	15	ابين
3865	1520	75	451	994	2345	10	1	0	13	0	19	0	43	35	14	115	117	164	238	988	588	امانة العاصمة
343	151		62	89	192	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	5	19	18	33	100	13	البيضاء
1831	782		280	502	1049	0	0	0	0	0	0	0	0	48	8	0	49	134	143	604	63	تجز
506	439	36	310	93	67	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	9	7	9	36	3	الجوف
512	326	1	70	255	186	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	16	1	17	36	16	98	حجة
1069	337	22	153	162	732	0	0	0	0	0	10	1	13	1	0	177	30	87	135	230	48	الحديدة
1165	639	62	163	414	526	4	0	11	0	0	0	0	0	2	2	4	24	31	25	320	103	المكلا
509	248	0	101	147	261	0	0	0	0	0	1	0	0	9	0	6	12	10	11	164	48	حضر موت سينو
736	390	45	116	229	346	0	0	0	1	0	24	1	2	6	0	30	41	29	47	146	19	ذمار
918	670	0	0	670	248	15	0	0	0	0	1	0	0	3	0	1	16	24	16	159	13	شبوة
370	179		65	114	191	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	20	76	23	57	11	صعدة
708	340	35	87	218	368	0	0	3	2	0	1	1	0	5	0	11	48	53	54	167	23	صنعاء
2823	1261	0	716	545	1562	0	0	0	0	0	0	0	9	0	0	481	39	94	78	404	457	عدن
1080	612	0	183	429	468	0	0	0	0	0	0	2	0	6	2	8	27	16	33	288	86	لحج
638	472	0	153	319	166	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	4	15	27	30	78	9	مارب
260	126		57	69	134	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	23	7	16	22	62	3	المحويت
163	89		30	59	74	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	4	6	2	55	3	المهرة
446	192	0	93	99	254	0	0	0	0	0	1	0	3	2	0	11	19	22	23	160	13	عمران
305	49	11	18	20	256	0	0	0	0	0	0	0	2	2	3	47	9	17	21	132	23	الضالع
150	96	2	68	26	54	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	8	0	7	14	24	0	ريمة
21352	10685	48	3579	6625	10667	33	1	19	16	0	60	17	77	127	39	1003	573	1010	1113	4834	1745	الاجمالي

المصدر: الجمهورية اليمنية، وزارة التخطيط والتعاون الدولي، كتاب الإحصاء السنوي لعام 2010م.

جدول رقم (2) عدد وتوزيع القوى العاملة الصحية الفنية لعام 2010م

212

اجمالي Total	اجمالي الكادر الاجنبي Total of Foreigners Staff	اجانب Foreigners		اجمالي فنيين Total of Tech	فنيين Technician																المحافظة
		فنيين Technicians	اخصائيين Specialists		اخرى other	اجهزة طبية (بك + في) Medical Equipments	احصاء صحي Health Statistic	علاج طبيعي واطراف Physiotherapy	تخدير Anesthesia	فني اسنان Dental Assist	فني عمليات Oper. Tech	دبلوم صحة عامة Public Health	فني اشعة .X-Ray Tech	فني صيدلة Pharmacist	فني مختبرات .Lab. Tech	م. طبيب .Medical Assist	مرشد/ مرشدة Murshed/Murshedah	قيادات Midwives	ممرضين (Nurses Courses)		
109	0	0	0	109	0	14	2	0	0	0	0	21	2	29	4	2	2	1	32	الديوان	
1630	0	0	0	1630	1	10	2	1	16	13	32	14	74	88	116	149	112	309	693	اب	
1748	25	0	25	1723	0	0	73	0	24	24	48	26	45	88	112	141	78	214	850	ابين	
3754	1077	980	97	2677	162	39	22	13	90	38	12	35	124	110	107	119	36	176	1594	امانة العاصمة	
740	13	4	9	727	22	1	0	0	9	12	4	8	15	45	39	102	119	123	228	البيضاء	
2283	0	0	0	2283	0	76	0	6	25	19	11	0	93	112	175	183	194	452	937	تعز	
355	0	0	0	355	0	2	0	0	0	6	1	4	8	18	17	47	130	64	58	الجوف	
1192	21	14	7	1171	0	0	0	0	9	15	6	23	21	84	74	107	287	233	312	حجة	
2027	0	0	0	2027	261	3	10	1	17	12	13	30	42	86	122	119	295	310	706	الحديدة	
1818	39	15	24	1779	1	2	0	9	30	29	29	62	48	68	142	227	97	221	814	المكلا	
1132	0	0	0	1132	0	0	3	0	25	22	25	25	45	37	101	149	41	132	527	حضر موت سينون	
1161	0	0	0	1161	45	3	0	0	0	0	16	31	32	0	0	137	329	185	383	ذمار	
1278	25	0	25	1253	24	0	0	0	9	29	25	3	39	24	120	141	81	106	652	شبوة	
608	0	0	0	608	21	0	4	0	7	8	3	12	22	29	30	107	133	86	146	صعدة	
1139	0	0	0	1139	0	5	11	2	7	24	9	23	40	87	86	136	206	165	338	صنعاء	
2071	0	0	0	2071	294	0	40	25	54	38	0	29	87	170	224	51	38	347	674	عدن	
2065	0	0	0	2065	1	1	17	2	21	9	55	44	74	71	128	203	52	361	1026	لحج	
863	0	0	0	863	0	10	10	4	7	12	9	12	32	32	47	104	134	118	332	مارب	
640	15	8	7	625	0	0	2	0	4	8	3	23	15	35	33	68	100	133	201	المحويت	
644	10	2	8	634	0	0	1	0	3	14	8	2	20	34	29	32	52	74	365	المهرة	
1151	10	1	9	1141	0	4	2	0	7	1	3	16	16	41	102	104	237	228	380	عمران	
967	0	0	0	967	6	0	6	0	14	10	19	31	32	55	64	108	83	173	366	الضالع	
561	2	0	2	559	19	2	3	0	1	5	0	18	5	29	23	79	110	97	168	ريمة	
28797	1237	1024	213	27560	857	167	197	61	372	324	322	469	891	1285	1809	2479	2740	4143	11444	الاجمالي	

المصدر: كتاب الإحصاء السنوي لعام 2010م، مرجع سبق ذكره.

الملحق رقم (3)
نماذج استمارات الاستبيان
التي تم توزيعها على
المرضى والعاملين في مستشفى 48 النموذجي

استبيان موجه لمعرفة رأي المرضى في مستشفى 48 حول مستوى جودة الخدمات الصحية في
المستشفى

أخي المريض/ أختي المريضة

تحية طيبة ، وبعد

يقوم الباحث بإجراء بحث بعنوان (دور أنظمة الجودة في تحسين أداء المرافق الصحية في اليمن). أرجو منكم التكرم بالإجابة على أسئلة هذا الاستبيان، علماً أن إجاباتكم ستعامل بسرية تامة ولن يتم استخدامها إلا لأغراض البحث العلمي.

الطالب/ منير مصلح الوصابي

أولاً : المعلومات العامة

- السن :
- الجنس :
- الحالة الاجتماعية :
- القسم العلاجي :

ثانياً : محاور الاستبيان العام

الرجاء وضع علامة (✓) في الخانة التي تراها مناسبة.

الأطباء والخدمة الطبية					أ
م	السؤال	عالي جدا	عالي	متوسط	منخفض تماماً
1	ما مدى التزام الأطباء بالأساليب العلمية الحديثة في تقديم الخدمة الطبية.				
2	ما مدى دقة وحرص الأطباء في كافة مراحل تقديم الخدمة الطبية.				
3	ما مدى توفر عدد كافٍ من الأطباء بما يتناسب مع عدد المرضى و يتيح تقديم خدمة متأنية جيدة لكل المرضى.				
4	إلى أي مستوى تولد الطريقة التي يعامل بها الأطباء المرضى الشعور بجودة الخدمة الصحية من أول مره.				
5	ما مدى الثقة في جودة الخدمة التي يبعتها اهتمام الأطباء وحسن استماعهم وتشخيصهم.				
6	ما مدى التكامل الايجابي للنواحي الإنسانية مع النواحي الطبية عند تقديم الخدمة الطبية.				

جهاز التمريض والخدمات المساندة					ب	
م	السؤال	عالي جداً	عالي	متوسط	منخفض	منخفض تماماً
1	ما مدى كفاية مساعدي الأطباء من هيئة التمريض اللازمين للتمكين من تقديم خدمة طبية ذات جودة.					
2	ما مدى شعور المرضى بتحسن صحي وراحة نفسية جراء تقديم خدمات تمريض ذات جودة.					
3	ما مدى التزام الممرضين والممرضات بمواعيد تلقي الأدوية وغير ذلك من الخدمات المرتبطة بالعلاج.					
4	ما مدى التزام الممرضين والممرضات بالسماحة وطيب النفس عند تقديم الخدمات الخاصة للمرضى كالنظافة اليومية وقضاء الحوائج الشخصية.					
5	ما مدى توفر السرعة و الجودة في كافة الخدمات وخاصة المساندة مثل الأشعة والتحاليل وغيرها. بالرغم من عدم وجود رسوم مقابل مختلف الخدمات.					
6	ما مدى توفر الخدمات المساندة بشكل متكامل لأداء الخدمة الصحية.					
7	ما مدى كفاية و توافق نظام التغذية مع القواعد الصحية و متطلبات العلاج.					
8	ما مدى حرص الممرضين والممرضات والقائمون على الخدمات المساندة على الظهور بالمظهر النظيف و اللائق.					

					9	ما مدى التزام جميع العاملين في مجال التمريض والخدمات المساندة بالالتزام وإظهار الاهتمام والتعاطف مع المرضى
ج						الإهتمام بالمريض كعميل
					م	السؤال
منخفض تماماً	منخفض	متوسط	عالي	عالي جداً		
					1	ما مدى صدق الإهتمام بالمرضى ومشكلاتهم من جانب جميع العاملين بالمستشفى.
					2	ما مدى شعور المريض بالحرص والتفهم واللباقة في إقناعه من جانب العاملين.
					3	ما مدى كفاءة ونشاط وحيوية العاملين بالمستشفى في تعاملهم مع المرضى.
					4	ما مدى اهتمام العاملين بالمستشفى بالتعاطف والاستماع بانتباه مع توجيه النصح والإرشاد للمرضى على ضوء حالات الألم والإحباط.
					5	ما مدى التزام العاملين في المستشفى بإبداء الإحترام والمعاملة الطيبة لزوار المرضى ومرافقيهم.
					6	ما مدى تعامل العاملين في المستشفى مع الزوار بالتفهم والتعاطف والالتزام.
					7	ما مدى اهتمام المستشفى بالتعرف على آراء وشكاوى ومقترحات المرضى.
					8	ما مدى تتعامل إدارة المستشفى بإيجابية مع آراء وشكاوى ومقترحات المرضى.

					9	ما مدى حرص المستشفى على بساطة وسهولة الإجراءات لكافة مراحل تقديم الخدمة الطبية.
					10	ما مدى الالتزام بمعاملة المرضى كأن لهم أولوية من جانب العاملين بالمستشفى.
د						المبنى وتجهيزاته والتسهيلات
					م	السؤال
منخفض تماماً	منخفض	متوسط	عالي	عالي جداً		
					1	ما مدى الاهتمام باستخدام كافة الأجهزة والتقنيات الحديثة المرتبطة بتقديم خدمة طبية ذات جودة في المستشفى.
					2	ما مدى توفر الإمكانيات والتسهيلات والمواد اللازمة لتقديم خدمات صحية ذات جودة في المستشفى.
					3	ما مدى مناسبة أماكن الإنتظار المخصصة للمرضى وذويهم.
					4	ما مدى توفر الهدوء والراحة والنظافة بغرف المرضى.
					5	ما مدى توفر اللوحات الإرشادية الأزمنة لتسهيل وتيسير وصول المرضى إلى أماكن تلقي الخدمات الصحية المختلفة.
					6	ما مدى مناسبة التصميم الحالي لمبنى المستشفى للخدمات الصحية التي تقدم فيه.

الرضا عن جودة خدمات المستشفى					هـ	
غير راضي تماماً	غير راضي	متوسط الرضا	راضي	راضي جداً	السؤال	م
					هل أنت راضي عن الخدمات الصحية التي يقدمها المستشفى.	1
					هل أنت راضي عن جودة الخدمات التي يقدمها المستشفى.	2

استبيان موجه لمعرفة رأي الموظفين في مستشفى 48 حول أهمية تطبيق نظام
الجودة في تحسين الأداء

أخي الطبيب/ أختي الطبيبة

تحية طيبة ، وبعد

يقوم الباحث بإجراء بحث بعنوان (دور أنظمة الجودة في تحسين أداء المرافق
الصحية في اليمن). أرجو منكم التكرم بالإجابة على أسئلة هذا الاستبيان، علماً أن
إجاباتكم ستعامل بسرية تامة ولن يتم استخدامها إلا لأغراض البحث العلمي.

الطالب/ منير مصلح الوصابي

أولاً : المعلومات العامة

- | | |
|-----------------------|----------------------|
| - السن : | - الجنس : |
| - الحالة الاجتماعية : | - التخصص : |
| - المؤهل العلمي : | - عدد سنوات الخبرة : |

ثانياً : محاور الاستبيان العام

الرجاء وضع علامة (✓) في الخانة التي تراها مناسبة.

أ					
مستوى الرضا الوظيفي لدى موظفي المستشفى					
م	السؤال	راضي جداً	راضي	متوسط الرضا	غير راضي
		تماماً	تماماً	تماماً	تماماً
1	هل أنت راضي عن نظام تحديد الرواتب والأجور في المستشفى .				
2	هل أنت راضي عن نظام الحوافز المطبق في المستشفى.				
3	هل أنت راضي عن ظروف العمل المادية المتاحة بالمستشفى (المباني - الإضاءة - التهوية والتكييف وغيرها).				
4	هل أنت راضي عن مستوى العدالة التي تعامل بها الإدارة الموظفين.				
5	هل أنت راضي عن مستوى التعاون بين العاملين واحترامهم لبعضهم البعض.				
6	هل أنت راضي عن درجة توفر التسهيلات والأجهزة والمستلزمات اللازمة للعمل.				
7	هل أنت راضي عن طريقة تعامل إدارة المستشفى مع آراء وشكاوى ومقترحات الموظفين.				
8	برأيك ما هو مستوى الرضا الوظيفي للموظفين.				
ب					
أبعاد جودة الخدمة الطبية المقدمة للمرضى					
م	العبرة	موافق بدرجة عالية جداً	موافق بدرجة عالية	موافق بدرجة منخفضة	غير موافق تماماً
		تماماً	تماماً	تماماً	تماماً
1	تطبيق نظام الجودة اثر ايجابياً على تحسين الممارسات الحالية من جانب الأطباء فيما يتعلق بتقديم الخدمة الصحية.				

					تطبيق نظام الجودة اثر ايجابياً على تحسين الممارسات الحالية لجهاز التمريض والخدمات المساندة فيما يتعلق بتقديم الخدمة الصحية.	2
					تطبيق نظام الجودة اثر ايجابياً على تحسين الممارسات الحالية في المستشفى الخاصة بالاهتمام بالمريض كعميل.	3
					تطبيق نظام الجودة اثر ايجابياً على تحسين الواقع الحالي فيما يتعلق بالعمل بروح الفريق الواحد في المستشفى.	4
					تطبيق نظام الجودة اثر ايجابياً على تحسين الوضع الحالي الخاص بالمعلومات والاتصالات وتقنياتها بالمستشفى.	5
					تطبيق نظام الجودة اثر ايجابياً على تحسين الوضع الحالي لمعدات المستشفى وتجهيزاته وتسهيلاته.	6
					تطبيق نظام الجودة اثر ايجابياً على تحسين التصميم الحالي لمبنى المستشفى.	7
الرضا عن جودة خدمات المستشفى						ج
منخفض جداً	منخفض	متوسطة	عالي	عالي جداً	السؤال	م
					ما مدى تحقيق الخدمات التي تقدم حالياً في المستشفى لحاجات وتوقعات ورغبات المرضى.	1
					ما مدى رضا المرضى عن جودة خدمات المستشفى.	2
مستوى الأداء في المستشفى بعد تطبيق نظام الجودة في المستشفى.						د
غير موافق تماماً	غير موافق	موافق بدرجة منخفضة	موافق بدرجة عالية	موافق بدرجة عالية جداً	العبرة	م
					درجة الكفاءة والفاعلية في استغلال المستشفى للموارد(البشرية والمادية) والإمكانات المتاحة تحسنت بدرجة عالية بعد تطبيق نظام الجودة في المستشفى.	1

					أدى تطبيق نظام الجودة في المستشفى إلى زيادة عدد المرضى المخدومين من قبل المستشفى.	2
					أدى تطبيق نظام الجودة في المستشفى إلى زيادة قدرة المستشفى على تحقيق الأهداف التي أنشئ من أجلها بكفاءة وفاعلية.	3
					مستوى أداء المستشفى يتحسن بصورة مستمرة، بعد تطبيق نظام الجودة.	4
درجة التزام إدارة المستشفى بتطبيق نظام الجودة.						5
غير موافق تماماً	غير موافق	موافق بدرجة منخفضة	موافق بدرجة عالية	موافق بدرجة عالية جداً	العبارة	م
					إدارة المستشفى تطبق نظام فعال لرقابة ومتابعة جودة الخدمات التي يقدمها المستشفى.	1
					إدارة المستشفى مهتمة بتطبيق نظام الجودة في المستشفى.	2
					مقترحات وأراء الموظفين تؤخذ بعين الاعتبار عند صياغة الخطط واتخاذ القرارات وحل المشاكل (تحقق مبدأ المشاركة).	3
					تقوم إدارة المستشفى بقياس اتجاهات المريض نحو ما تقدمه له من خدمات لمعرفة مستوى رضائه عن هذه الخدمات.	4
					تقوم إدارة المستشفى بتحسين الجودة بشكل مستمر لمقابلة احتياجات المرضى وتحقيق رضاهم.	5
					سياسات وإجراءات وأدلة العمل الإكلينيكية والقوانين والمعايير المنظمة للعمل متوفرة في المستشفى.	6
					يلتزم جميع العاملين بتطبيق السياسات والإجراءات وأدلة العمل الإكلينيكية والقوانين والمعايير المنظمة للعمل في المستشفى.	7

الدور الذي يلعبه نظام الجودة في تحسين أداء المستشفى.					و
غير موافق تماماً	غير موافق	موافق بدرجة منخفضة	موافق بدرجة عالية	موافق بدرجة عالية جداً	م
					1
					2
					3
					4
					5
					6

قال تعالى :

"سُبْحَانَ رَبِّكَ رَبِّ الْعِزَّةِ عَمَّا

يَصِفُونَ ﴿١٨٠﴾ وَسَلَامٌ عَلَى

الْمُرْسَلِينَ ﴿١٨١﴾ وَالْحَمْدُ لِلَّهِ

رَبِّ الْعَالَمِينَ ﴿١٨٢﴾"

صدق الله العظيم

"سورة الصافات"