خطة استراتيجية لهيئة المستشفى الجمهوري التعليمي – امانة العاصمة

٢٠٢٧-٢٠٣١م

اغسطس ٢٠٢٦م

فريق الإعداد

افنان محمد الضياء

الخنساء راشد الحنية

مريم وليد زايد

الاء علي راجح

دعاء محمد الصباري

امير محمد الجمال

رنا عبدالرحمن سلام

سالي نبيل محرم

سباء علي الدباء

عبدالعزيز نبيل غليس

عدنان عزيز السماوي

علي عبدالله العجيف

فايزة علي الشماحي

علي عبدالفتاح صبر

علاء محمد الجيتم

فارس علي احمد العمراني

محمد محمد الحسيني

محمد محمد عبادي

مها عبدالله الجويد

اشراف

أ.م.د. منير مصلح الوصابي

أ. مذكور احمد جابر

أ.نجلاء الكحيلي

أ.ميسلون القاسمي

فهرس الخطة

م	المحتويات	
١	**اولاً: نبذة عن هيئة المستشفى الجمهوري التعليمي**	
٢	**ثانياً: المؤشرات الإحصائية وسياسة التمويل**	١. بيانات واعداد الموظفين في المستشفى ٢. مؤشرات الاداء ٣. المؤشرات الإحصائية للخدمات الصحية للعام السابق ٤. مؤشرات الحركة السريرية للعام السابق
٣	**ثالثاً: تحليل الوضع الراهن**	١. تحليل اصحاب المصلحة ٢. تحليل النظام ٣. التحليل التطويقي للنظام(مغلف البيانات) ٤. تحليل SWOT ٥. التحليل الرباعي ٦. تحليل(PESTEL) تحليل القوى المؤثرة على المستشفى ٧. تحليل فجوات الاداء وتحديد الابعاد
٤	**رابعاً: أداة تقييم الاداة**	
٥	**خامساً: تحليل المخاطر**	١. تحليل عظمة السمكة ٢. تحليل تأثير الفراشة
٦	**سادساً: التوجهات الاستراتيجيات**	١. إطار عمل استراتيجيات المستشفى – الرؤية والرسالة والركائز الاستراتيجية ٢. الهيكل التنظيمي ٣. الخارطة الاستراتيجية ٤. الأهداف الاستراتيجية ٥. تحديد وتقييم القضايا الحرجة
٧	**سابعاً: الخارطة الزمنية للأهداف الاستراتيجية**	١. الخارطة الزمنية للخطة الاستراتيجية ٢٠٢٧–٢٠٣١
٨	**ثامناً: الخطط التنفيذية**	١. بطاقة الهدف ٢. المبادرات ٣. مصفوفة التحسين ٤. مؤشرات الأداء الرئيسية KPIS ٥. الحوكمة
٩	**تاسعاً: خطة المتابعة**	١. خطة متابعة تنفيذ الاستراتيجية ٢. لوحة القيادة الاستراتيجية
١٠	**عاشراً: خطة إدارة المخاطر**	١. منهجية التحسين المستمر (PDCA–FOCUS) ٢. خصوصية التمويل والاستدامة المالية
١١	**أحدى عشر : الملاحق**	الهيكل التنظيمي – التوصيف الوظيفي – اللائحة المالية – اللوائح التنظيمية – دليل الجودة – دليل سياسات واجراءات العمل على مستوى كل قسم

اولاً: نبذة عن هيئة المستشفى الجمهوري التعليمي

اولا: نبذة عن هيئة المستشفى الجمهوري التعليمي

يعتبر هيئة المستشفى الجمهوري التعليمي الأول والاكبر في اليمن من حيث غرف العمليات

الاول كأكبر سعة سريرية حيث تتجاوز سعته السريرية ٥٢٠ سرير

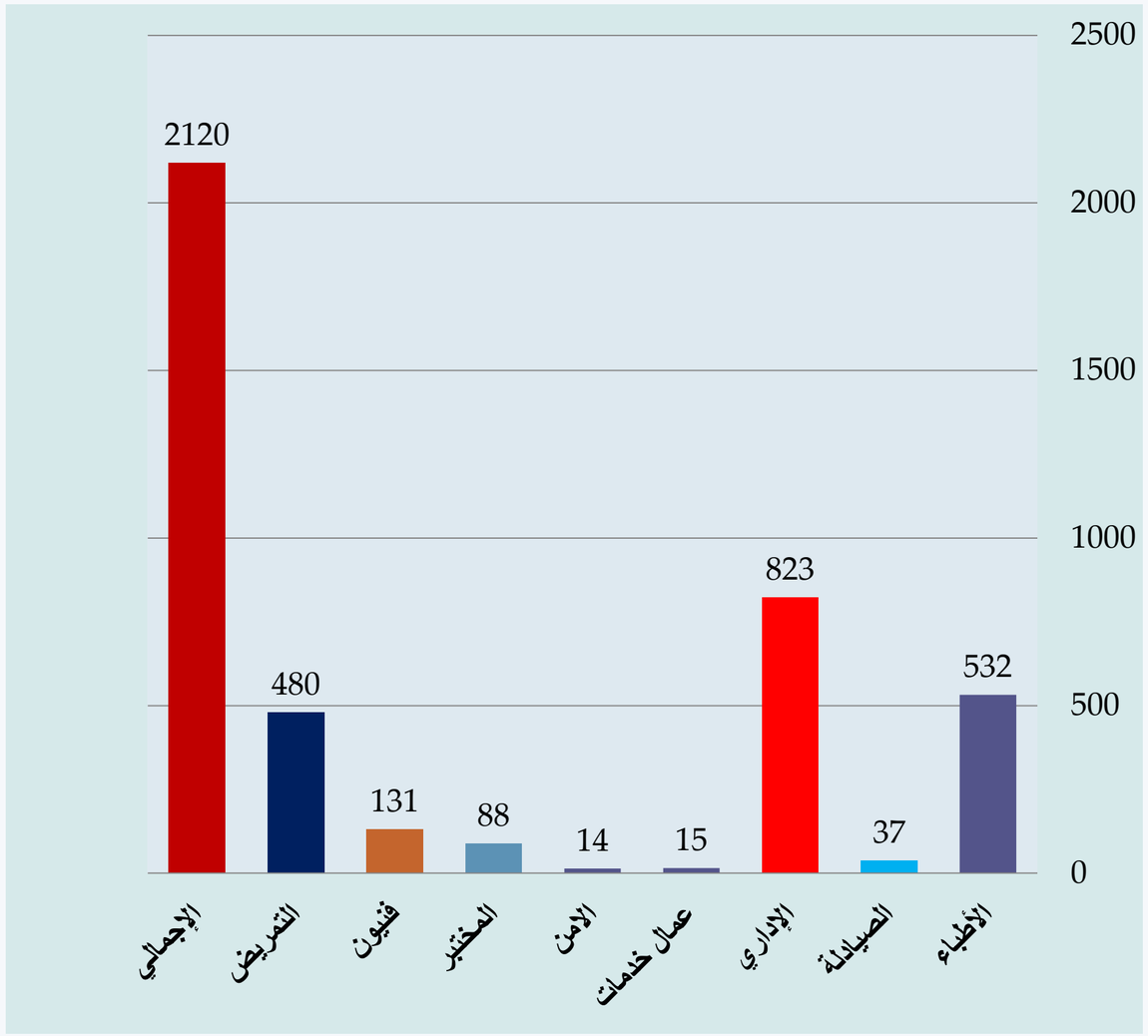
الاول من حيث امتلاكه مركز لعلاج الحروق كذلك امتلاكه مركز تخصصي لعلاج الكبد

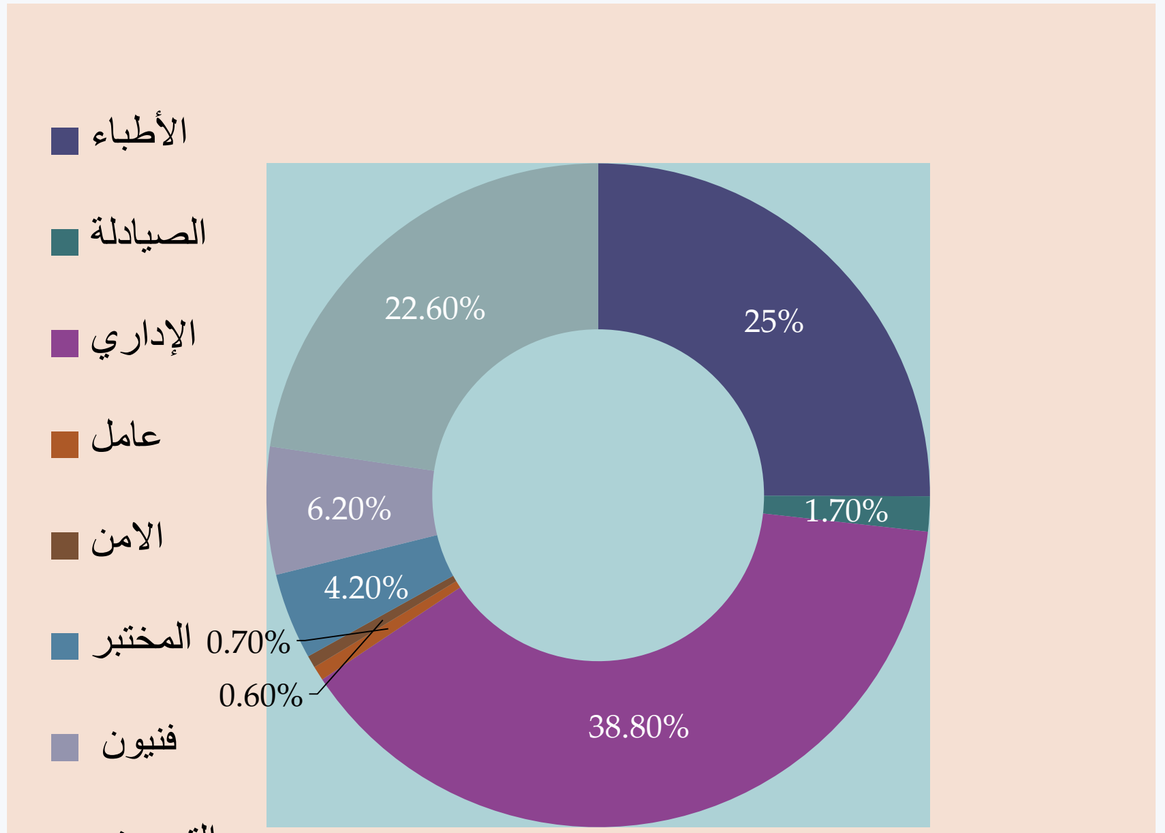
الأول حكوميا لإرسال نتائج الفحص عبر تطبيق الوتس اب

الأول والوحيد بتقديم خدمات مجانية بالكامل للمواطنين

ثانياً: المؤشرات الإحصائية وسياسة التمويل

بيانات واعداد الموظفين في المستشفى





مؤشرات الاداء

المؤشر	السرير/ الكادر	الكادر/ السرير	معيار القياس	الفجوة/ الملاحظة الميدانية	تحليل القوة >
مؤشرات الفعالية	0.98	1.02	طبيب/ 4سرير	لا توجد فجوة عددية وفق المؤشر الا ان تقييم الكفاية الفعلية يحتاج الى ربط العدد المسجل والحضور الفعلي والتوزيع على الاقسام والفترات	قوة واضحة: حيث بلغ معدل الأسرة لكل طبيب 0,98 سرير/طبيب مقارنة بالمعيار البالغ 4 أسرة لكل طبيب على الأقسام والفترات ، كما يتوفر ما يقارب 1.02طبيب لكل سرير مما يشير إلى ارتفاع توفر الكادر الطبي مقارنة بعدد الاسرة
	1.08	0.92	ممرض/ 2سرير	لوحظ عدم كفاية عدد أفراد التمريض في بعض الأقسام مقارنة بعدد المرضى والأسرة المشغولة مما يؤدي إلى زيادة العبء التمريضي على الكادر المتواجد	قوة عددية مع حاجة الى تحسين التوزيع بلغ المعدل الفعلي1.08 ممرض / سرير مقارنة بالمعيار البالغ 0.92 ممرض / سريرا مما يشير إلى كفاية العدد الإجمالي وفق المعيار مع وجود حاجة الى أعادة توزيع الكادر بما يتناسب مع حجم المرضى و الاسرة المشغولة في الأقسام
	0.63	0.58	اداري/ سرير	لا توجد فجوة عددية في توفر الكادر الاداري مع الحاجة إلى تقييم مدى ملائمة التوزيع والاستفادة الفعلية من هذا العدد	قوة عددية واضحة: حيث بلغ معدل الأسرة لكل إداري 0.63 سرير/ إداري وهو أقل من المعيار البالغ سريرا واحدا لكل إداري مما يشير إلى ارتفاع توفر الكادر الإداري مقارنة بعدد الأسرة
	34.7	0.029	1خدمات/ 75سرير	قوة واضحة: بلغ المعدل الفعلي 0.029 خدمة/سرير، أي خدمة واحدة لكل نحو 34.7 سريرًا، مقارنة بالمعيار البالغ خدمة واحدة لكل 75سريرًا، مما يشير إلى توفر الخدمات بمعدل أعلى من الحد المعياري.	قوة واضحة في معدل الخدمات اذ بلغ المعدل الفعلي 0.029خدمة / سرير مقارنة بالمعيار 1بفجوة خدمة/ سرير مقدارها 0.971خدمة / سرير
	3.96	0.25	1فني/ 100سرير	قوة عددية واضحة: بلغ المعدل الفعلي 0.25 فني/سرير مقارنة بالمعيار البالغ 0.01 فني/سرير، مما يشير إلى توفر عددي أعلى من الحد المعياري، مع أهمية ضمان الاستفادة والتغطية الفعلية.	توجد فجوة واضحة توفر الفنيين في توفر الفنيين: إذ بلغ المعدل الفعلي 0.25 فني / سرير مقارنة ب بالمعيار 1فني / سرير بفجوة مقدارها 0.75فني / سرير وتزداد أهمية الفجوة مع وجود غياب واضح ميدانيا
	20	0.05	صيدلي / 100سرير	تحليل القوة :قوة عددية مع حاجة إلى تحسين التغطية: بلغ المعدل الفعلي 0.05 صيدلي/سرير، أي صيدلي واحد لكل 20سريرًا، مقارنة بالمعيار البالغ صيدليًا واحدًا لكل 100سرير، مما يشير إلى كفاية العدد الإجمالي، مع الحاجة إلى تحسين التوزيع والتغطية وفق حجم العمل والفترات.	لا توجد قوة توجد فجوة واضحة في توفر الصيادلة مقارنة بالمعيار

المؤشرات الإحصائية للخدمات الصحية للعام السابق

تعكس الإحصائيات حجم ونطاق الخدمات الصحية المقدمة في هيئة المستشفى الجمهوري خلال العام السابق ومن أبرزها:

الخدمات	عدد المترددين
حالات الدخول للعنايات	4451
العمليات الجراحية	22538
حالات الولادة الواصلة للطوارئ	6916
ولادات طبيعية	3150
مراجعي العيادات الخارجية	205236
الفحوصات التشخيصية	238336
الفحوصات المخبرية	664744
خدمات الغسيل الكلوي	4064
الحالات الواصلة لمركز العيون	18867
خدمات مركز العيون	41085
الحالات الواصلة لمركز الحروق والتجميل	5895
الحالات الواصلة لمركز الطوارئ العامة	37262
خدمات مركز الطوارئ	78064
الحالات الجنائية الواصلة للطوارئ	1101
حوادث المرور الواصلة للطوارئ	1941
جرحى العدوان المستفيدون من الخدمات	5941
أسر الشهداء المستفيدة من الخدمات	2907
الحالات الواصلة لمركز الأسنان	953
خدمات مركز الأسنان	10185
الحالات الواصلة للوجه والفكين	1706
الحالات الواصلة للعلاج الطبيعي	5653
خدمات العلاج الطبيعي	5057

بلغت حالات الدخول لجميع الأقسام والمراكز 26646 حالة

مؤشرات الحركة السريرية للعام السابق

بلغت نسبة إشغال الأسرة ٦١%، ومعدل دوران السرير ٤,٢ دورة شهريًا

ومتوسط إقامة المريض ٤,٩ يوم

ومتوسط التواجد اليومي بأقسام الرقود ٣١٠ مرضى ومتوسط الدخول اليومي ٧٣ مريضًا والخروج ٧٢ مريضًا

فيما بلغت نسبة الشفاء ٨٦%.

كما بلغ متوسط العمليات الجراحية ٥٩ عملية يوميًا، ومتوسط مراجعي الطوارئ ١٠١ مريض يوميًا

ومتوسط مراجعي العيادات الخارجية ٩٥٢ مراجعًا يوميًا، ومتوسط الفحوصات المخبرية ٢,١٣٤ فحصًا يوميًا، والفحوصات التشخيصية ٤٦١ فحصًا يوميًا.

توضح هذه المؤشرات ارتفاع حجم الطلب وتنوع الخدمات المقدمة، بما يتطلب مواءمة الموارد البشرية والتجهيزات والبنية التحتية مع حجم الخدمات الفعلي

ثالثاً: تحليل الوضع الراهن

تحليل اصحاب المصلحة

المرضى والمراجعون

المجتمع المحلي

ادارة الهيئة

وزارة الصحة والبيئة

الاطباء والاستشاريون

الفنيون والأخصائيون

الاداريون والموظفون

الهيئة العامة للزكاة

المجلس الطبي

شركات الخدمات والصيانة والنظافة

شركات التأمين

الجمعيات والمؤسسات الخيرية

الجامعات والمعاهد وكليات المجتمع

المتدربون

شركات الادوية والمعدات الطبية

الاعلام

مرتفع

محافظة على رضاهم

المرضى والمراجعون

شركات التأمين

المجتمع المحلي

القوة

منخفض

مراقبة بأقل جهد

شركات الادوية والمعدات الطبية

شركات الخدمات والصيانة والنظافة

المتدربون

الاهتمام

اهتمام خاص

ادارة الهيئة

وزارة الصحة والبيئة

الاطباء والاستشاريون

الهيئة العامة للزكاة

المجلس الطبي

الاعلام

الجمعيات والمؤسسات الخيرية

الجامعات والمعاهد وكليات المجتمع

الفنيون والأخصائيون

الاداريون والموظفون

وضعهم في الصورة

داعم

محايد

تحليل اصحاب المصلحة(الداخليون)

اصحاب المصلحة	احتياجات اصحاب المصلحة	اصحاب المصلحة	احتياجات اصحاب المصلحة
ادارة الهيئة	• تحقيق رسالة وأهداف الهيئة، كفاءة استخدام الموارد، جودة الأداء، الاستدامة المالية، الالتزام بالأنظمة، تقارير ومعلومات دقيقة • موارد مالية وبشرية كافية، وضوح الصلاحيات، بيانات دقيقة، أنظمة إدارية فعالة، دعم اتخاذ القرار، تحسين الأداء	التمريض والفنيون والأخصائيون	بيئة عمل آمنة، عدد كافٍ من الكوادر، أدوات ومعدات مناسبة، التدريب المستمر، العدالة في توزيع العمل، الحوافز والتقدير
الإداريون والموظفون	وضوح المهام والصلاحيات، التدريب، الاستقرار الوظيفي، بيئة عمل مناسبة، نظام تقييم عادل، الحوافز، المشاركة في التطوير	الأطباء والاستشاريون	بيئة عمل مناسبة، توفر الأجهزة والمستلزمات الطبية، دعم التدريب والتطوير، أنظمة معلومات فعالة، المشاركة في اتخاذ القرار، حوافز مناسبة

تحليل اصحاب المصلحة (الخارجيون)

اصحاب المصلحة	احتياجات اصحاب المصلحة	اصحاب المصلحة	احتياجات اصحاب المصلحة
المرضى والمراجعون	الحصول على خدمات صحية آمنة وعالية الجودة، سرعة تقديم الخدمة، سهولة الوصول، توفر الأدوية والمستلزمات، احترام وخصوصية المريض، وضوح التكاليف، استقبال الشكاوى ومعالجتها	المجلس الطبي	الالتزام بالمعايير المهنية، ترخيص وممارسة المهن الصحية وفق الأنظمة، كفاءة الكوادر، التدريب والتعليم الطبي المستمر
وزارة الصحة والبيئة	الالتزام بالسياسات والمعايير الصحية، التقارير والإحصاءات الصحية، جودة وسلامة الخدمات، الالتزام بالتشريعات واللوائح، التعاون في البرامج الصحية	الهيئة العامة للزكاة	توجيه الدعم إلى مستحقيه، تقديم خدمات مجانية أو مدعومة للفئات المستهدفة، الشفافية في استخدام الأموال، التقارير المالية والإدارية
الموردون والشركاء	وضوح المواصفات، عدالة إجراءات التعاقد، انتظام المدفوعات، استمرارية التعامل، سرعة الإجراءات	شركات التأمين	خدمات صحية ذات جودة، سرعة المطالبات والتسويات المالية، شفافية الأسعار، دقة الملفات الطبية والفواتير
		المنافسون	بيئة تنافسية عادلة، وضوح الأنظمة، معرفة مستوى الخدمات، تطوير القدرة التنافسية وتحسين الجودة

تحليل اصحاب المصلحة (الخارجيون)

اصحاب المصلحة	احتياجات اصحاب المصلحة	اصحاب المصلحة	احتياجات اصحاب المصلحة
شركات الأدوية والمعدات الطبية	إجراءات شراء واضحة وشفافة، سرعة التوريد والدفع، عقود عادلة، وضوح المواصفات والاحتياجات	الجامعات والمعاهد وكليات المجتمع	التدريب العملي للطلاب، فرص الامتياز والتطبيق، التعاون الأكاديمي والبحثي، تبادل الخبرات
شركات الخدمات والصيانة والنظافة	عقود واضحة، مستحقات مالية منتظمة، تحديد نطاق العمل، سهولة التنسيق مع الهيئة، الالتزام بمعايير السلامة والجودة	الإعلام	الحصول على معلومات موثوقة، سرعة التواصل، إبراز الخدمات والإنجازات، الشفافية في المعلومات
الجمعيات والمؤسسات الخيرية	الشراكة في خدمة الفئات المحتاجة، الشفافية، تقارير عن المستفيدين والخدمات المقدمة، سهولة التنسيق	المجتمع المحلي	خدمات صحية متاحة وعالية الجودة، أسعار مناسبة أو خدمات مجانية للفئات المحتاجة، المشاركة المجتمعية، التوعية الصحية، الاستجابة للاحتياجات الصحية

تحليل النظام

المدخلات

- القوى العاملة
- التمويل
- المرافق
- الأجهزة والمعدات الطبية.
- الأدوية والمستلزمات الطبية.
- نظم المعلومات والتقنية.
- اللوائح والسياسات والإجراءات.
- المعرفة والخبرات.
- المتدربين

العمليات

- استقبال وتسجيل المرضى.
- الفحص والتشخيص.
- وصف وصرف الأدوية.
- التنويم والرعاية التمريضية.
- العمليات الجراحية.
- خدمات الطوارئ.
- مكافحة العدوى.
- التوثيق الطبي.
- خروج المرضى والمتابعة.

المخرجات

- الخدمات الصحية والعلاجية
- العمليات الناجحة.
- الفحوصات المخبرية والأشعة
- حالات الخروج.
- البرامج التدريبية.
- العاملين الذين تم تدريبهم.

النتائج

- تحسن الحالة الصحية للمرضى.
- انخفاض معدل المضاعفات.
- انخفاض معدل العدوى.
- انخفاض زمن انتظار المرضى.
- ارتفاع رضا المرضى.
- ارتفاع رضا العاملين.
- تحسين كفاءة استخدام الموارد.
- انخفاض الأخطاء الطبية.
- زيادة الالتزام بالمعايير.
- تحسن الوصول إلى الخدمات الصحية.

الأثر

- تحسن صحة المجتمع.
- انخفاض معدلات الوفيات.
- انخفاض العبء المرضي.
- تحسين جودة الحياة.
- زيادة الثقة في الخدمات الصحية.
- المساهمة في التعليم والتدريب والبحث العلمي.
- تحقيق استدامة المؤسسة الصحية.

تغذية راجعة

التحليل التطويقي للنظام(مغلف البيانات)

التحليل على المدخلات

نقاط القوة	النتيجة	الاثر
• توفر دعم وتمويل للمستشفى • توفر كوادر طبية واستشارية ذات خبرة • تحقيق الاكتفاء الذاتي (أنتاج الاكسجين، تحضير محاليل التعقيم، بئر ارتوازي ، طاقة شمسية) • وجود بنية رقمية متقدمة (ربط ٩٠% من الأقسام بنظام آلي)	• تحسين القدرة على تقديم الخدمات • زيادة القدرة التشخيصية والعلاجية • قدرة تشغيلية عالية في الظروف الطارئة • قاعدة بيانات مركزية دقيقة وسهلة الوصول	• تحسين جودة واستمراريه الرعاية • تحسين النتائج الصحية وتقليل الاحالات • جعل المستشفى صامدًا وموثوقًا في أزمات انقطاع الخدمات العامة. • تسهيل إدارة الموارد وتقليل الأخطاء الورقية وتعزيز الرقابة.
نقاط الضعف	**النتيجة**	**الاثر**
• تهالك الأصول المادية وقصور برامج الصيانة الوقائية • قصور في التصميم والتوزيع المكاني للمرافق. • عدم انتظام تواجد بعض الأطباء وغيابهم المتكرر. • ضعف البنية الخاصة بالصيانة الوقائية ونقص خطط استبدال الأصول • محدوديه الموارد الماليه في بعض المجالات	• عدم تناسق معماري بصري بين المباني القديمة الجديدة • انعدام انسيابية حركة الكادر والمرضى بين الأقسام • تأخر في حجز وعلاج الحالات الطارئة. • كثرة الأعطال المفاجئة للأجهزة والمعدات واستمرار العمل بأجهزة قديمة وصلت لنهاية عمرها الافتراضي، مما يقلل من دقة التشخيص والعلاج • صعوبة توفير بعض الأدوية والمستلزمات	• انطباع غير مكتمل لدى الزوار والمرضى وتأثير سلبي بسيط على شعور الكادر بالانتماء، حيث أن البيئة الموحدة تعزز الفخر الوظيفي. • إطالة مسافات نقل المرضى و تراجع رضا المرضى بسبب طول وقت الانتظار بين الفحوصات • ضعف الثقة في مواعيد الخدمة وتذمر المراجعين. • هدر واستنزاف الميزانية بسبب الإنفاق الطارئ على الإصلاحات المكلفة بدلاً من التخطيط المسبق للاستبدال • تراجع كفاءة واستدامة الخدمات الصحية

التحليل التطويقي للنظام(مغلف البيانات)

التحليل على العمليات

نقاط القوة	النتيجة	الاثر
• استمرار تقديم الخدمة رغم الضغط الكبير على المستشفى • توجه المستشفى نحو إجراء العمليات النوعية • توفر ثقافة مؤسسية تسعى للجودة (تحقيق المركز الثاني في الجودةوالعمل المؤسسي) • وجود نظام لاستقبال الشكاوي والمقترحات	• مرونة تشغيلية عالية وعدم إغلاق الأقسام الحيوية • زيادة نسبة العمليات الجراحية المعقدة والناجحة • جعل العمل المؤسسي منهجيًا وليس عشوائيًا • زيادة الاستجابة لمشكلات المرضى	• بناء سمعة مستشفى حكومي معتمد على المثابرة والخدمة المتواصلة. • تعزيز المكانة الطبية للمستشفى وجذب الكوادر للتدريب • رفع التنافسية مع الهيئات الصحية الأخرى. • رفع رضا وثقة المجتمع

نقاط الضعف	النتيجة	الاثر
• ضعف الرقابة على تطبيق معايير الإصحاح البيئي ومكافحة العدوى. • تأخر التعامل مع بعض الحالات المرضية في مراحلها البسيطة، مما يؤدي إلى تفاقمها او قد يؤدي لوفيات يمكن تلافيها • ضعف إجراءات التفتيش الأمني عند مداخل المستشفى • ضعف تنظيم حركة وتواجد الطلاب والمرافقين والزوار في الأقسام • عدم إعلان السياسات والإجراءات بالرغم من وجودها • ضعف تطبيق الهوية المؤسسية والمظهر المهني للكادر	• ارتفاع خطر انتقال الأمراض المعدية داخل المستشفى • تصنيف الحالات كـ "أخطاء طبية" تستدعي التحقيق من قبل لجان الطب الشرعي والنيابة • عدم القدرة على فرز وضبط هوية ووجهة الداخلين، مما يسبب تداخل حركة الزوار والمرافقين مع الأقسام الطبية الداخلية • فوضى إدارية وتشويش على أداء الكادر الطبي • غياب المرجعية الواضحة للموظفين أثناء العمل • انطباع غير منظم لدى الزوار والجهات الخارجية	• تعرض المستشفى لعقوبات رقابية . • انهيار السمعة المؤسسية ،والمساءلة القانونية، انهيار الروح المعنوية للكادر • إضعاف الهيبة المؤسسية للمستشفى، وتقليل فعالية الرقابة الإدارية على الموقع، وصعوبة تتبع أي حدث غير طبيعي في حالة حدوثه. • انخفاض انضباط الأقسام وزيادة حالات الضوضاء والزحام • تباين في الأداء وتعددية في التفسيرات لدى الكادر • إضعاف هيبة المستشفى وإضفاء طابع غير احترافي عليه.

التحليل التطويقي للنظام(مغلف البيانات)

التحليل على المخرجات

نقاط القوة	النتيجة	الاثر
• تقديم عدد كبير من الخدمات الطبية المجانية • سهولة وصول فئات المجتمع المختلفة للمستشفى • إنتاج تقارير وبيانات عن الاداء	• زيادة حجم الخدمات المقدمة • سرعة وصول الحالات الطارئة إلى الطوارئ، مما يقلل من زمن الإسعاف • تحسين متابعة الاداء	• تحسين الوصول إلى الرعاية • تحقيق رضا المجتمع وسهولة الوصول الجغرافي. • تعزيز الإدارة المبنية على الادلة

نقاط الضعف	النتيجة	الاثر
• ازدحام المستشفى الشديد • انعدام خصوصية المرضى في بعض الأقسام • ارتفاع ضغط العمل مقارنة بالموارد	• تجربة علاجية سيئة وضياع الوقت للمراجعين • إحراج للمرضى أثناء الكشف والعلاج • زيادة العبء وانخفاض كفاءة انجاز العمل	• ضعف صورة المستشفى الإدارية وملل المرضى من الزحام • تدني قيمة الرعاية الإنسانية وانخفاض رضا المستفيدين. • انخفاض جودة الخدمة ورضا المستفيدين وسلامة المرضى

تحليل SWOT

نقاط القوة

- تلقي دعم من هيئة الزكاة بمبالغ مالية كبيره وبالتالي تقديم خدمة طبية مجانية للجميع.
- وجود بنية رقمية متقدمة نسبياً في المستشفى مع ربط ٩٠% من اقسامه بنظام آلي
- وجود كوادر طبية واستشارية ذات خبرة.
- تحقيق مستوى جيد من الاكتفاء الذاتي في الخدمات التشغيلية الحيوية، من خلال إنتاج الأكسجين الطبي، وتحضير محاليل التعقيم داخليًا، وتوفر بئر ارتوازي ومنظومة طاقة شمسية.
- سعة سريرية كبيرة
- يضم عدة مراكز تخصصية
- توجة المستشفى في العمليات النوعية
- تحقيق المركز الثاني على مستوى الهيئات الصحية في الجمهورية في الجودة والعمل المؤسسي.
- توفر جهاز الرنين المغناطيسي باعتباره من الاجهزه التشخيصية المتقدمة والنادرة في المستشفيات الحكومية مما يعزز القدرة التشخيصية للمستشفى واستقبال الحالات المرجعية
- موقع المستشفى بالقرب من الكثافة السكانية يسهل الوصول إليه
- استمرار تقديم الخدمة رغم الضغط الكبير على المستشفى.
- سمعة مرتفعة للمستشفى
- الالتزام الأخلاقي والمجتمعي من قبل المستشفى كونه في وضع تقديم خدمة مجانية
- دعم الإدارة العليا للمستشفى ولأي خطة تحسينية

نقاط الضعف

- تهالك الأصول المادية وقصور برامج الصيانة الوقائية
- ضعف إجراءات التفتيش الأمني عند مداخل المستشفى
- ازدحام المستشفى نتيجة مجانية الخدمات خاصةً في اوقات الذروة
- تأخر التعامل مع بعض الحالات المرضية في مراحلها البسيطة، مما أدى إلى تفاقمها والحاجة إلى تدخلات علاجية أكثر تعقيدًا.
- ضعف الرقابة على تطبيق معايير الاصحاح البيئي ومكافحة العدوى
- عدم انتظام تواجد بعض الأطباء مما يؤثر على سرعة تقديم الخدمة للمرضى
- إنعدام خصوصية المرضى في بعض الأقسام
- ضعف تطبيق الهوية المؤسسية والالتزام بالمظهر المهني .
- ضغط العمل على الكادر
- قصور في التصميم والتوزيع المكاني للمرافق، مما يؤثر على انسيابية حركة المرضى وتقديم الخدمات.
- نقص المعدات الطبية الأساسية والاثاث المساند داخل بعض الاقسام
- ضعف تنظيم حركة وتواجد الطلاب والمرافقين والزوار داخل الأقسام السريرية.
- عدم توفر غرف مخصصه لتحضير الأدوية في بعض الأقسام
- عدم اعلان السياسات والإجراءات بالرغم من وجودها

البيئة الداخلية

التهديدات

- الظروف الاقتصادية الصعبة التي تؤثر في تمويل المستشفى.
- هجرة الكوادر الطبية والإدارية المؤهلة الى خارج البلاد.
- زيادة أعداد المرضى مقارنة بالطاقة الاستيعابية للمستشفى.
- أنتشار الأوبئة والأمراض المعدية التي تزيد الضغط على الخدمات.
- المنافسة مع المستشفيات الخاصة في استقطاب الكفاءات الطبية.
- التضليل الإعلامي.
- المخاطر الأمنية أو الكوارث التي قد تعيق تقديم الخدمات.
- تغير الأنظمة واللوائح الصحية بشكل قد يتطلب تكاليف إضافية للتكيف.
- ارتفاع تكاليف صيانة الأجهزة الطبية.
- زيادة توقعات المرضى لجودة الخدمات مقارنة بالإمكانات المتاحة.
- تزايد الأمراض المزمنة التي تتطلب رعاية طويلة الأمد.
- المخاطر الإلكترونية لأمن المعلومات بسبب التوسع الرقمي.
- تزايد مقاومة البكتيريا المضادات الحيوية، مما يصعب علاج بعض الحالات.
- ضعف شبكات الأنترنت والاتصالات، مما قد يؤثر على الخدمات الرقمية.

الفرص المتاحة

- دعم وزارة الصحة والمنظمات الدولية لتطوير القطاع الصحي.
- زيادة برامج التدريب والتعليم الطبي لكون المستشفى تعليمي.
- إمكانيات الحصول على منح ومساعدات لتحديث الأجهزة الطبية.
- عقد شراكات مع الجامعات والمؤسسات الصحية المحلية.
- تزايد الوعي الصحي لدى المجتمع ، مما يعزز برامج الوقاية والتثقيف الصحي.
- زيادة الطلب على الخدمات الصحية نتيجة النمو السكاني.
- أقامه العديد من المؤتمرات الطبية واتاحة المشاركة فيها
- تطوير خدمات الإسعاف والطوارئ.
- توجه الدولة نحو إصلاح القطاع الصحي

البيئة الخارجية

تحليل SWOT

نقاط القوة+ الفرص SO	نقاط الضعف + الفرص WO
• استكمال التحول الرقمي وربط جميع الأقسام والأنظمة لتعزيز كفاءة الإدارة وجودة الخدمات. • توسيع وتطوير الخدمات الطبية المجانية من خلال استثمار الدعم المحلي والدولي في تحسين البنية والخدمات الصحية. • تطوير منظومة التعليم والتدريب الطبي المستمر والاستفادة من الخبرات الموجودة في تدريب الكوادر والطلاب. • توسيع الشراكات الأكاديمية والصحية في التدريب والبحث العلمي وتبادل الخبرات. • توسيع الخدمات التشخيصية والتخصصية المتقدمة من خلال استقطاب منح لتحديث وتطوير الأجهزة. • توسيع القدرة الاستيعابية للخدمات واستحداث خدمات تخصصية تتناسب مع الاحتياجات المتزايدة. • تعزيز برامج التثقيف والوقاية الصحية والاستفادة من الثقة المجتمعية بالمستشفى. • تحويل المستشفى إلى مركز مرجعي للتخصصات النوعية والتعليم الطبي واستضافة المؤتمرات والفعاليات العلمية. • تطوير منظومة الاستدامة التشغيلية وتوسيع استخدام الطاقة المتجددة ومصادر المياه والإنتاج الداخلي. • تطبيق خطة تحسين مؤسسية شاملة مرتبطة بأهداف إصلاح القطاع الصحي ومعايير الجودة.	• تنفيذ برنامج شامل لإحلال وتجديد الأصول وتطوير الصيانة الوقائية. • استقطاب منح ومساعدات لتوفير المعدات والأثاث الطبي الأساسي. • تطوير برامج تدريب مستمرة للكادر الطبي والإداري والفني. • تنفيذ برامج متخصصة لتحسين مكافحة العدوى والإصحاح البيئي وفق المعايير الحديثة. • إعادة تنظيم وتطوير المساحات والمرافق بما يحسن انسيابية حركة المرضى والخدمات. • تعزيز برامج الوقاية والتثقيف الصحي للحد من الحالات التي يمكن الوقاية منها وتقليل الضغط على المستشفى. • إنشاء نظام فعال للفرز والتصنيف الطبي والإحالة المبكرة للحالات. • وضع نظام متكامل لتنظيم الحركة والتواجد داخل الأقسام السريرية بالتنسيق مع المؤسسات التعليمية. • تعزيز الهوية المؤسسية والمظهر المهني من خلال برامج التوعية والتدريب. • تجهيز غرف مخصصة وآمنة لتحضير الأدوية في الأقسام التي تحتاج إليها.
نقاط القوة+ التحديات ST	**نقاط الضعف + التحديات WT**
• تعزيز الاستدامة المالية وتنويع مصادر التمويل لضمان استمرار الخدمات المجانية. • استبقاء الكفاءات الطبية من خلال برامج التحفيز والتطوير المهني والاستفادة من الخبرات الموجودة. • إنشاء نظام اتصال وإعلام مؤسسي فعال يعزز الصورة الإيجابية للمستشفى ويواجه المعلومات المضللة. • تعزيز أمن المعلومات والأمن السيبراني وحماية الأنظمة والبيانات الصحية. • تعزيز الاكتفاء الذاتي والاستدامة التشغيلية وتقليل الاعتماد على الموردين الخارجيين. • تحسين إدارة الطاقة الاستيعابية وتوزيع الأسرة والخدمات للتعامل مع الزيادة في الطلب. • تطوير الخدمات التخصصية والتشخيصية للتعامل مع الحالات المزمنة والمعقدة. • تعزيز جاهزية المستشفى والاستجابة للأوبئة والطوارئ الصحية. • تعزيز استمرارية الأعمال والجاهزية للطوارئ والكوارث. • تعزيز الحوكمة والمرونة المؤسسية لضمان سرعة التكيف مع المتطلبات التنظيمية الجديدة.	• تطبيق نظام صيانة وقائية وإدارة دورة حياة الأصول لتقليل الأعطال والتكاليف. • إعادة توزيع القوى العاملة وتحسين تخطيط الاحتياج من الكوادر وتقليل ضغط العمل. • تفعيل نظام متابعة الحضور والتغطية الطبية وضمان استمرارية الخدمة. • إدارة تدفق المرضى وتطوير نظام المواعيد والفرز والإحالة لتقليل الازدحام. • تعزيز برنامج مكافحة العدوى وترشيد استخدام المضادات الحيوية والمراقبة المستمرة للالتزام. • رفع مستوى الأمن والسلامة والتحكم في مداخل ومخارج المستشفى. • تحسين خصوصية المرضى وتهيئة بيئة علاجية تتوافق مع توقعات المستفيدين. • إعادة تصميم مسارات المرضى والخدمات لتقليل الاختناقات وتحسين انسيابية الحركة. • تطبيق نظام صارم لإدارة الزوار والمرافقين داخل الأقسام السريرية. • توحيد الهوية المؤسسية والمظهر المهني وتعزيز التواصل المؤسسي. • مراجعة وتحديث ونشر السياسات والإجراءات بشكل دوري. • تحديد أولويات الإحلال والتطوير وفق درجة الخطورة والأهمية السريرية.

التحليل الرباعي لنقاط القوة والضعف والفرص والتهديدات

المحور أو المكون	نقاط القوة	نقاط الضعف	الفرص	التحديات
القيادة والحوكمة	الجودة والعمل المؤسسي، دعم الإدارة العليا، السمعة، الدعم المالي، الالتزام المجتمعي.	ضعف الرقابة، الأمن، الهوية المؤسسية، عدم إعلان السياسات.	إصلاح القطاع الصحي، دعم الوزارة والمنظمات، المؤتمرات.	الظروف الاقتصادية، تغير اللوائح، التضليل الإعلامي، المخاطر الأمنية.
تقديم الخدمات	السعة السريرية، المراكز التخصصية، العمليات النوعية، الرنين المغناطيسي، الموقع، استمرار الخدمة.	الازدحام، تأخر الحالات، ضعف الخصوصية، تنظيم الزوار والمرافقين، بعض إجراءات الخدمة.	زيادة الطلب، الوعي الصحي، تطوير الإسعاف والطوارئ.	زيادة المرضى، الأوبئة، الأمراض المزمنة، مقاومة المضادات، ارتفاع توقعات المرضى.
الموارد البشرية	كوادر طبية واستشارية ذات خبرة.	عدم انتظام بعض الأطباء، ضغط العمل.	التدريب والتعليم الطبي، الشراكات الجامعية، المؤتمرات.	هجرة الكفاءات والمنافسة مع القطاع الخاص.
نظم المعلومات	قربط ٩٠% من الأقسام بنظام آلي وبنية رقمية جيدة.	لا توجد نقاط ضعف صريحة في البيانات الحالية.	التوسع في التحول الرقمي والربط الإلكتروني.	الأمن السيبراني وضعف الإنترنت والاتصالات.
البنية التحتية	إنتاج الأكسجين، بئر ارتوازي، طاقة شمسية، أجهزة تشخيصية متقدمة.	تهالك الأصول، ضعف الصيانة، نقص المعدات والأثاث، قصور التصميم المكاني.	المنح والمساعدات لتحديث الأجهزة والبنية التحتية.	ارتفاع تكاليف الصيانة، الكوارث والمخاطر التي قد تؤثر على المنشآت.

تحليل عناصر البيئة الداخلية

المحور أو المكون	نقاط القوة	*الوزن (١-٥)	**التقدير (١-١٠)	الترجيح (الوزن×التقدير)	نقاط الضعف	*الوزن (١-٥)	**التقدير (١-١٠)	الترجيح (الوزن×التقدير)
القيادة والحوكمة	دعم الإدارة + الجودة المؤسسية + السمعة	**5**	**10**	50	ضعف الرقابة والإجراءات والهوية المؤسسية	**5**	**10**	**50**
تقديم الخدمات	السعة السريرية + المراكز التخصصية + الرنين	**4**	**8**	**32**	الازدحام وتأخر بعض الحالات وضعف انسيابية الخدمة	**5**	**10**	**50**
الموارد البشرية	كوادر ذات خبرة	**5**	**10**	50	ضغط العمل وعدم انتظام بعض الأطباء	**4**	**9**	**36**
نظم المعلومات	ربط ٩٠% من الأقسام	**5**	**9**	45	عدم وجود تغطية إلكترونية كاملة	**3**	**6**	**18**
البنية التحتية	الطاقة الشمسية + الأكسجين + البئر + الأجهزة المتقدمة	**5**	**9**	45	تهالك الأصول ونقص المعدات وقصور التصميم	**5**	**9**	**45**
الاجمالي		**24**	**46**	**222**		**22**	**44**	**199**

*** تم تقييم الأوزان وفق الاتى**

(1) أهمية منخفضه جدا (2)أهمية منخفضه (3)أهمية متوسطة (4)أهمية عالية (5)أهمية عالية جدا (حرجة)

*** * تم تقييم التقدير بحسب تأثير النقطة وفق الاتى**

(2-1) تأثير ضعيف جدا (4-3)تأثير ضعيف (6-5)تأثير متوسط (8-7)تأثير مرتفع (10-9)تأثير مرتفع جدا

تحليل عناصر البيئة الخارجية

المحور أو المكون	الفرص	*الوزن (١-٥)	**التقدير (١-١٠)	الترجيح (الوزن×التقدير)	التهديدات	*الوزن (١-٥)	**التقدير (١-١٠)	الترجيح (الوزن×التقدير)
القيادة والحوكمة	إصلاح القطاع الصحي ودعم الوزارة	5	10	50	الظروف الاقتصادية وتغير اللوائح	5	10	50
تقديم الخدمات	زيادة الطلب وتطوير الطوارئ	5	10	50	زيادة المرضى والأوبئة والأمراض المزمنة	5	10	50
الموارد البشرية	التدريب والشراكات الجامعية	4	7	28	هجرة الكفاءات والمنافسة	5	10	50
نظم المعلومات	التحول الرقمي	4	8	32	الأمن السيبراني وضعف الإنترنت	3	7	21
البنية التحتية	المنح والمساعدات	4	9	45	ارتفاع تكاليف الصيانة والكوارث	5	10	50
الاجمالي		22	44	205		23	47	221

*** تم تقييم الأوزان وفق الاتى**

(1) أهمية منخفضه جدا (2)أهمية منخفضه (3)أهمية متوسطة (4)أهمية عالية (5)أهمية عالية جدا (حرجة)

*** * تم تقييم التقدير بحسب تأثير النقطة وفق الاتى**

(2-1) تأثير ضعيف جدا (4-3)تأثير ضعيف (6-5)تأثير متوسط (8-7)تأثير مرتفع (10-9)تأثير مرتفع جدا

التحليل الرباعي لنقاط القوة والضعف والفرص والتهديدات

نقاط القوة	*درجة التأثير	نقاط الضعف	*درجة التأثير
الجودة والعمل المؤسسي، دعم الإدارة العليا، السمعة، الدعم المالي، الالتزام المجتمعي.	4	ضعف الرقابة، الأمن، الهوية المؤسسية، عدم إعلان السياسات.	4
السعة السريرية، المراكز التخصصية، العمليات النوعية، الرنين المغناطيسي، الموقع، استمرار الخدمة.	4	الازدحام، تأخر الحالات، ضعف الخصوصية، تنظيم الزوار والمرافقين، بعض إجراءات الخدمة.	4
كوادر طبية واستشارية ذات خبرة.	3	عدم انتظام بعض الأطباء، ضغط العمل.	4
ربط ٩٠% من الأقسام بنظام آلي وبنية رقمية جيدة.	4	لا توجد نقاط ضعف صريحة في البيانات الحالية.	3
إنتاج الأكسجين، بئر ارتوازي، طاقة شمسية، أجهزة تشخيصية متقدمة.	4	تهالك الأصول، ضعف الصيانة، نقص المعدات والأثاث، قصور التصميم المكاني.	4
الاجمالي	19	الاجمالي	19

* تم تقييم درجة التأثير وفق الاتي

(1) تأثير ضعيف جدا (2)تأثير ضعيف (3)تأثير متوسط (4)تأثير مرتفع

التحليل الرباعي لنقاط القوة والضعف والفرص والتهديدات

الفرص	*درجة التأثير	التهديدات	*درجة التأثير
إصلاح القطاع الصحي، دعم الوزارة والمنظمات، المؤتمرات.	4	الظروف الاقتصادية، تغير اللوائح، التضليل الإعلامي، المخاطر الأمنية.	4
زيادة الطلب، الوعي الصحي، تطوير الإسعاف والطوارئ.	4	زيادة المرضى، الأوبئة، الأمراض المزمنة، مقاومة المضادات، ارتفاع توقعات المرضى.	4
التدريب والتعليم الطبي، الشراكات الجامعية، المؤتمرات.	3	هجرة الكفاءات والمنافسة مع القطاع الخاص.	4
التوسع في التحول الرقمي والربط الإلكتروني.	3	الأمن السيبراني وضعف الإنترنت والاتصالات.	3
المنح والمساعدات لتحديث الأجهزة والبنية التحتية.	4	ارتفاع تكاليف الصيانة، الكوارث والمخاطر التي قد تؤثر على المنشآت.	4
الاجمالي	18	الاجمالي	19

* تم تقييم درجة التأثير وفق الاتي

(1) تأثير ضعيف جدا (2)تأثير ضعيف (3)تأثير متوسط (4)تأثير مرتفع

تحديد نوع الاستراتيجية

التحليل	القيمة	نوع الاستراتيجية
الفرص+ نقاط القوة ١٨+ ١٩	٣٧	
الفرص+ نقاط الضعف ١٨+ ١٩	٣٧	
نقاط القوة+ التحديات ١٩+ ١٩	٣٨	استراتيجية دفاعية (استراتيجية بقاء)
نقاط الضعف + التحديات ١٩+ ١٩	٣٨	استراتيجية دفاعية

تحليل(PESTEL) تحليل القوى المؤثرة على المستشفى

قوى اجتماعية

النمو السكاني وزيادة الكثافة السكانية.

- ارتفاع الطلب على الخدمات الصحية.
- زيادة الأمراض المزمنة.
- ارتفاع توقعات المرضى تجاه جودة الخدمة.
- تفاوت المستوى الاقتصادي والاجتماعي للمستفيدين.
- زيادة الوعي بحقوق المرضى.
- الحاجة إلى خدمات صحية مجانية أو منخفضة التكلفة.

قوى اقتصادية

- محدودية التمويل.
- ارتفاع أسعار الأدوية والمستلزمات.
- ارتفاع تكاليف الأجهزة والصيانة.
- صعوبة توفير بعض الاحتياجات.
- فرص الحصول على دعم وتمويل من الجهات المانحة.
- الحاجة إلى الاستخدام الكفء للموارد

قوى سياسية

- أولويات الدولة في القطاع الصحي.
- السياسات الحكومية.
- الدعم الحكومي والمؤسسي.
- القرارات المتعلقة بالتمويل والتوظيف.
- الاستقرار السياسي.
- توجهات الدولة نحو التعليم والتدريب الطبي.

قوى قانونية

- التشريعات الصحية.
- قوانين مزاولة المهن الطبية.
- حقوق المرضى.
- متطلبات الترخيص.
- معايير الجودة والاعتماد.
- قوانين العمل.
- متطلبات السلامة ومكافحة العدوى.
- المسؤولية الطبية.

قوى تكنولوجية

- التحول الرقمي.
- السجلات الطبية الإلكترونية.
- تكامل الأنظمة.
- الذكاء الاصطناعي.
- الأجهزة التشخيصية الحديثة.
- تحليل البيانات.
- التطبيب عن بُعد.
- الأمن السيبراني.

قوى بيئية

- تغير المناخ وارتفاع درجات الحرارة.
- شح المياه.
- انقطاع الكهرباء والطاقة.
- إدارة النفايات الطبية.
- الأوبئة والأمراض المرتبطة بالبيئة.
- الكوارث والطوارئ.
- الحاجة إلى الطاقة المتجددة.

القيمة التنافسية

الموارد البشرية

التكنولوجيا ونظم المعلومات

البنية التحتية

القيادة والحوكمة والجودة

الامداد والتزويد

الانشطة الداعمة

الفحص الطبي ، المختبر، الاشعة ، العلاج ، العمليات ، وخدمات التمريض، والرعاية الحرجه	تدريب الطلاب والكوادر الصحية	الاستجابة للحالات الحرجة ، الصـــــيدلية وتـــــوفير المستلزمات	التعليم الصحي والمتابعة التحويل الى مستشفى اخر
التشخيص والتقييم والعلاج	التعليم والتدريب السريري	خدمات الطوارئ وادوية ومستلزمات المريض	خروج المريض والمتابعة

الانشطة الاساسية

دقة وسرعة التشخيص
الاستدامة المالية
تعزيز السمعة المؤسسية

تحليل فجوات الاداء وتحديد الابعاد

الابعاد	العوامل	تأثير العوامل	التأثير: الفرص/ التهديديات المحتملة
• القيادة والحوكمة • الموارد البشرية • الخدمات الصحية والعمليات • الجودة وسلامة المرضى • نظم المعلومات والتحول الرقمي • البنية التحتية والتجهيزات • الاستدامة المالية • التعليم والبحث العلمي	• توحيد وتحديث الإجراءات وكفاية الكوادر والتخصصات • التدريب المستمر • قوائم الانتظار و الطاقة الاستيعابية • الموارد المالية وتوفر وحداثة الأجهزة • تكامل الأنظمة وجاهزية المرافق • استخدام البيانات في التحسين • التعليم والتطوير المهني	• تفاوت الأداء وزيادة الأخطاء وصعوبة الرقابة • تأخر الخدمات وارتفاع ضغط العمل • تأخر التشخيص والعلاج وزيادة الإحالات وانخفاض رضا المرضى • صعوبة توفير الاحتياجات وتنفيذ مشاريع التطوير • تكرار البيانات وتأخر المعلومات وضعف القرار • تأثر كفاءة واستمرارية الخدمة • ضعف بناء القدرات المؤسسية • ارتفاع التكلفة والمخاطر البيئية	• تحديث الأجهزة والاستفادة من الشراكات لتجنب تعطل الخدمات وارتفاع تكاليف الصيانة • التحول الرقمي وربط الأنظمة لمعالجة زيادة الأخطاء وضعف كفاءة المعلومات • تحويل الشكاوى إلى فرص للتحسين لضمان عدم استمرار المشكلات وفقدان ثقة المستفيدين • تطوير البنية التحتية واستثمار الموارد المتاحة لتجنب تعطل بعض الخدمات وارتفاع تكاليف التشغيل

تحليل فجوات الاداء وتحديد الابعاد

من	ابعاد الاداء	الى
جيد جدا	ابعاد الاداء	مرتفع
مقبول	الرضاء الوظيفي	جيد جدا
متوسطة	الموارد	كبيرة / متطورة

رابعاً: أداة تقييم الاداة

التقييم وتحليل المخاطر

المعيار	مجموع درجات التقييم	مطبق كلي	مطبق جزئي	غير مطبق	غير موجود	اجمالي درجات التقييم	الفجوة	نسبة الامتثال	نسبة المخاطر
حيوي(V)	70	70				70			
اساسي (E)	30	20	6			26	4		
ضروري(N)	9	9				9			
الاجمالي	109					105	4	0,96	0,04

ادارة المعلومات والاحصاء

رقم المعيار	رمز المعيار	المخاطر	الاحتمالية	درجة الخطورة	اجراءات السلامة	مستوى الخطر	النسبة	خطة العمل
34	E	لا يحتوي القسم على التجهيزات اللازمة	4	3	3	46	0,57	حصر التجهيزات الناقصة في القسم ورفع طلب لتوفيرها حسب الأولوية
43	E	المكان مخصص لحفظ السجلات ليس مجهزا للحفظ بطريقه منظمه وامنه وينقصه بعض التجهيزات	3	3	3	27	100%	تجهيز مكان حفظ السجلات بالمتطلبات اللازمة للتنظيم وحماياتها مع توفير التجهيزات الناقصة

التقييم وتحليل المخاطر

الموارد البشرية

المعيار	مجموع درجات التقييم	مطبق كلي	مطبق جزئي	غير مطبق	غير موجود	اجمالي درجات التقييم	الفجوة	نسبة الامتثال	نسبة المخاطر
حيوي(V)	50	30	10			40	10		
اساسي (E)	50	40	6			46	4		
ضروري(N)	12	9	2			11	1		
الاجمالي	112					97	15	0,86	0,14

رقم المعيار	رمز المعيار	المخاطر	الاحتمالية	درجة الخطورة	اجراءات السلامة	مستوى الخطر	النسبة	خطة العمل
45	V	لا يوجد في الهيئة كادر نسائي متوفر بعدد كافي خلال ساعات العمل	4	2	3	24	0,13	حصر الاحتياج الفعلي من الكادر النسائي وتوفير العدد الكافي لتغطيه ساعات العمل حسب احتياج الاقسام
50	N	لا يتم تدريب الكادر على المبادئ والتوجيهية السريرية ذات الصلة بمجالات عملهم	4	4	3	48	038	اعداد وتنفيذ برنامج تدريبي للكادر حول المبادئ التوجيهية السريرية المرتبطة بمجالات عملهم
53	V	لا يوجد تعليم وتدريب على مبادئ الانعاش القلب الرئوي كل عامين على الاقل لجميع العاملين المسؤولين عن تقديم الرعاية الصحية المباشرة	4	4	3	48	0,63	اعداده في برنامج تدريبي دوري للإنعاش القلبي الرئوي لجميع العاملين في تقديم الرعاية الصحية مباشره كل عام على الاقل
55	E	لا يتم تعليم تدريب فريق العمل على ادله العمل السريرية الصادرة عبر وزاره الصحة والمستخدمة في الهيئة	4	4	3	48	0,38	تنفيذ برامج تدريبيه للعاملين على ادله العمل السريرية المعتمدة من وزاره الصحة والمستخدمة في الهيئة
58	E	لا يوجد لدي الهيئة اليه لتقييم الكادر الطبي المحلي والخارجي بحسب معايير تتوافق مع الأنظمة والقوانين واللوائح المعتمدة	4	2	3	24	100%	اعداد واعتماد آليه واضحه لتقييم الكادر الطبي المحلي والخارجي وفق المعايير والأنظمة واللوائح المعتمدة

التقييم وتحليل المخاطر

قسم العناية المركزة

المعيار	مجموع درجات التقييم	مطبق كلي	مطبق جزئي	غير مطبق	غير موجود	اجمالي درجات التقييم	الفجوة	نسبة الامتثال	نسبة المخاطر
حيوي(V)	590	460	30	9	0	529	61		
اساسي (E)	125	110	6	2	0	118	7		
ضروري(N)	42	39	–	–	0	39	3		
الاجمالي	**757**					**686**	**71**	**0.91**	**0.9**

رقم المعيار	رمز المعيار	المخاطر	الاحتمالية	درجة الخطورة	اجراءات السلامة	مستوى الخطر	النسبة	خطة العمل
1567	V	لايوجد لدى الهيئة قسم عناية مركزة خاص بالجراحة +المخ و الاعصاب	4	2	3	24	0,12	دراسة الاحتياج وإنشاء وحده عناية مركزة متخصصة وتجهيزها بالكوادر والمعدات اللازمة
1569	V	عدد أسرة العناية المركزة لا يتناسب مع العدد النمطي	3	3	2	18	0,21	مراجعة الطاقة الاستيعابية وتوفير العدد المناسب من الاسرة
1579	V	لايوجد أشعة متحركة في العناية	4	3	3	36	0,39	توفير جهاز أشعة متحركة للعناية واستخدامه عند الحاجة
1600	N	الخط الأحمر بداية المنطقة المعقمة غير موجود وواضح	4	2	3	24	0,51	وضع حواجز وعلامات واضحة

التقييم وتحليل المخاطر

ادارة الصيانة

المعيار	مجموع درجات التقييم	مطبق كلي	مطبق جزئي	غير مطبق	غير موجود	اجمالي درجات التقييم	الفجوة	نسبة الامتثال	نسبة المخاطر
حيوي(V)	40	40	-			40			
اساسي (E)	50	30	9		0	39	11		
ضروري(N)	9	6	2			8	1		
الاجمالي	99					87	12	0,875	0.125

رقم المعيار	رمز المعيار	المخاطر	الاحتمالية	درجة الخطورة	اجراءات السلامة	مستوى الخطر	النسبة	خطة العمل
67	E	لا توجد سجلات بالأجهزة المعطلة ومتابعتها	4	4	3	48	0,2	اعداد كشوفات محدثه بالأجهزة المعطلة وتحديد حالتها واسباب العطل ووضع آلية لمتابعه اصلاحها
68	E	لا توجد خطة من الاحتياج من الاجهزة الطبية والتي تهدف لتوفير الاجهزة الطبية للازمة لجميع الخدمات الطبية التي تقدمها الهيئة	4	4	3	48	0,4	اعداد خطه سنوية لحصر احتياج الهيئة من الأجهزة الطبية وتحديد الاولويات حسب الخدمة المقدمة
70	N	لا توجد خطة لفحص وصيانة الاجهزة الطبية والبنية الانشائية والآلات والمركبات في الهيئة بصورة دورية	4	4	3	48	0,6	خطه دوريه لفحص وصيانه الأجهزة الطبية والبنيه الإنشائية والآلات والمركبات وفق الاولويات
71	E	لا يوجد لدى الهيئة خطة معتمدة لصيانة الاجهزة والمعدات الطبية	4	4	3	48	0,8	اعداد واعتماد خطه دوريه لفحص وصيانه الأجهزة المعدات الطبية وفق تعليمات الشركات المصنعة ووفق احتياجات الهيئة
78	E	لا يتم اجراء الصيانة لجميع اقسام الهيئة	4	4	3	48	1	وضع جدول صيانه شامل يغطي جميع اقسام الهيئة وفق الأولوية والاحتياج

التقييم وتحليل المخاطر

التموين الطبي

المعيار	مجموع درجات التقييم	مطبق كلي	مطبق جزئي	غير مطبق	غير موجود	اجمالي درجات التقييم	الفجوة	نسبة الامتثال	نسبة المخاطر
حيوي(V)	140	120	5	-	0	125	15		
اساسي (E)	65	60	3	-	0	63	2		
ضروري(N)	18	12	4	-	0	16	2		
الاجمالي	223	-	-	-	-	204	19	0,91	0,09

رقم المعيار	رمز المعيار	المخاطر	الاحتمالية	درجة الخطورة	اجراءات السلامة	مستوى الخطر	النسبة	خطة العمل
85	V	لا توفر بالقسم شبكه اتصالات مرتبطة بالمراكز والاقسام الداخلية	4	1	2	8	0,03	توفير وربط شبكه اتصالات اعلى من جسم الامداد الدواعي والمركز والاقسام الداخلية لتسهيل التواصل وتبادل المعلومات
88	V	لا يتم اعتماد قائمه الأدوية الأساسية وفق نطاق خدمه الهيئة وترتب تباعا للاسم العلمي	4	3	3	36	0,21	اعداد واعتماد قائمه الأدوية الأساسية وفق نطاق خدمات الهيئة وترتيبها حسب الاسم العلمي
95	E	لا توجد سياسات واجراءات تحدد الوسط الطلب الامن(الأدوية المخدرة والكيماوي)	4	4	3	48	0,45	تحديد سياسات واجراءات الوصف و الطلب الامن(الأدوية المخدرة والكيماوي)
97	N	لا يتم كتابه البيانات الأساسية على جميع الأدوية التي يتم توزيعها من الصيدلية	4	4	4	64	0,76	اعتماد نموذج موحد لكتابه البيانات الأساسية على الأدوية المصروفة من الصيدلية وتدريب العاملين عليه
112	N	لا يوجد آليه لمراقبه ورصد الأدوية والرفع بتقارير عن الأدوية المقربة	4	4	3	48	100%	وضع آليه واضحه لمراقبه ورصد الأدوية القريبة من انتهاء الصلاحية واعداد تقارير دوريه عنها

التقييم وتحليل المخاطر

قسم مكافحة العدوى

المعيار	مجموع درجات التقييم	مطبق كلي	مطبق جزئي	غير مطبق	غير موجود	اجمالي درجات التقييم	الفجوة	نسبة الامتثال	نسبة المخاطر
حيوي(V)	270	140	40	6	0	186	84		
اساسي (E)	75	45	9	4	0	58	17		
ضروري(N)	15	15	–			15	–		
الاجمالي	**355**					**259**	**101**	**0,72**	**0.28**

رقم المعيار	رمز المعيار	المخاطر	الاحتمالية	درجة الخطورة	اجراءات السلامة	مستوى الخطر	النسبة	خطة العمل
116	E	لايوجد برنامج مستمر لتقليل مخاطر العدوى المكتسبة من الهيئة	4	4	4	64	0.18	إعداد وتنفيذ برنامج مستمر لمكافحة و تقليل مخاطر العدوى المكتسبة داخل الهيئة
123	V	لايوجد لديهم سياسة التعامل مع المشارط /لسيرنجات والمواد الخطرة والتخلص منها والحقن الامن	4	4	3	48	0.32	إعداد واعتماد سياسة للتعامل الآمن مع المشارط والسرنجات والمواد الخطرة والتخلص منها مع تطبيق إجراءات الحقن الآمن
131	V	عدم توفر مستلزمات النظافة والوقاية الشخصية بشكل كافِ	4	2	3	24	0.39	توفير مخزون كاف من مستلزمات مكافحة العدوى الأساسية مثل القفازات والكمامات والملابس الواقية والصابون والمطهرات والمنظفات
135	V	لايوجد بالهيئة قسم خاص بالنظافة	4	4	4	64	0.57	استحداث قسم او وحده متخصصة بالنظافة وتحديد مهامها ومسؤولياتها في جميع أقسام الهيئة

التقييم وتحليل المخاطر

قسم مكافحة العدوى

رقم المعيار	رمز المعيار	المخاطر	الاحتمالية	درجة الخطورة	اجراءات السلامة	مستوى الخطر	النسبة	خطة العمل
141	V	لا يوجد وحدة مغسلة تحتوي على مغاسل تتناسب مع حجم السعة السريرية للهيئة	4	4	4	64	0.75	إنشاء أو تجهيز وحدة مغسلة مركزية تحتوي على عدد كافِ من المغاسل يتناسب مع السعة السريرية، مع توفير التجهيزات اللازمة للتشغيل الآمن والصحي
143	V	لا تتوفر عربة جمع الملايات ذات السلتين والتي تضمن فصل الغيارات النظيفة عن المتسخة التي تجمع	4	4	4	64	0.93	توفير عربات جمع ملايات مزدوجة السلال،بحيث تكون احدى السلال للغيارات النظيفة و الأخرى للمتسخة مع وضع علامات واضحة للتميز بينهما
144	V	لا تتوفر الأدوات والمستلزمات اللازمة لاجراءات المغسلة بصورة كافية	3	3	3	27	100%	حصر جميع احتياجات المغسلة مع الأدوات والمستلزمات مع وضع آلية مستمرة لإعاده التوريد عند النقص

التقييم وتحليل المخاطر

معايير رعاية المرضى

المعيار	مجموع درجات التقييم	مطبق كلي	مطبق جزئي	غير مطبق	غير موجود	اجمالي درجات التقييم	الفجوة	نسبة الامتثال	نسبة المخاطر
حيوي(V)	200	100	35	-	0	135	65		
اساسي (E)	100	20	15	-	0	35	65		
ضروري(N)	6	3		-	0	3	3		
الاجمالي	306					173	133	0,56	0,44

رقم المعيار	رمز المعيار	المخاطر	الاحتمالية	درجة الخطورة	اجراءات السلامة	مستوى الخطر	النسبة	خطة العمل
165	V	لا يتم اتخاذ إجراءات لمنع مخاطر محددة مثل التعرض لقرح الفراش ومخاطر السقوط	2	3	3	18	0.15	وضع تطبيق إجراءات لتقييم المخاطر وتوفير الرعاية الوقائية المناسبة للمرضى
172	E	لا يوجد معايير وحلول سلامة ورعاية المريض ملصقة في كافة أقسام الهيئة.	3	3	3	27	0.38	إعداد وطباعة معايير وإرشادات سلامة ورعاية المرضى وتعليقها في أماكن واضحه بجميع الأقسام
174	V	لا يتم تعريف المرضى وذويهم بحقوقهم وواجباتهم.	2	2	2	8	0.45	إعداد مواد توعوية وتعريفية بحقوق وواجبات المرضى وذويهم وطرق الوصول إليها، وتوزيعها في الأقسام
181	E	لا يتوفر في المنشأة الخدمات الامنية للسلامة العامة وسلامة العاملين والمرضى.	3	3	3	27	0.68	حصر متطلبات السلامة العامة وتوفير الخدمات والتجهيزات اللازمة لحماية العاملين والمرضى
185	E	لا يتم الالتزام بقانون مكافحة التدخين.	2	2	2	8	0.75	تطبيق سياسة منع التدخين داخل المنشأة ووضع لوحات واضحة وتوعية العاملين والمراجعين بها

التقييم وتحليل المخاطر

معايير رعاية المرضى

رقم المعيار	رمز المعيار	المخاطر	الاحتمالية	درجة الخطورة	اجراءات السلامة	مستوى الخطر	النسبة	خطة العمل
201	V	لا يوجد آلية توضح كيفية التعامل مع المخلفات استناداً للدليل الوطني للنفايات الطبية	3	3	3	27	0.98	إعداد واعتماد آلية للتعامل مع مخاطر النفايات الطبية وفق الدليل الوطني المعتمد
205	V	لا يوجد محرقة في الهيئة	1	1	2	2	100%	إجراء دراسة للاحتياج وتوفير محرقة بالسعة المناسبة لكمية ونوع النفايات الناتجة عن خدمات الهيئة.

التقييم وتحليل المخاطر

نتائج الاداء

المعيار	مجموع درجات التقييم	مطبق كلي	مطبق جزئي	غير مطبق	غير موجود	اجمالي درجات التقييم	الفجوة	نسبة الامتثال	نسبة المخاطر
حيوي(V)	20	10	5	-	-	15	5		
اساسي (E)	-		4	-	0	4	5		
ضروري(N)	9	-	-	-	-				
الاجمالي	29	-	-	-	-	19	10	0,65	0,35

رقم المعيار	رمز المعيار	المخاطر	الاحتمالية	درجة الخطورة	اجراءات السلامة	مستوى الخطر	النسبة	خطة العمل
206	N	معدل دوران السرير لا يطبق المعايير	2	2	3	12	0,15	مراجعه آليه حساب معدل دوران السرير وتطبيق المعايير المعتمدة ما تدريب العاملين على طريقه حسابه
207	V	لا يتم استيفاء جميع التقارير	2	4	1	8	0,25	حصر التقارير غير المستوفه وتحديد اسباب النقص مع متابعه الاقسام استكمالها وفق النماذج المعتمدة
208	N	لا يوجد آليه لقياس رضا العاملين	4	3	3	36	0,7	اعداد آليه واضحه لقياس رضا العاملين من خلال استبيان دوري ومعتمد
209	N	لايوجد آليه لقياس رضا المستفيدين	4	2	3	24	1	اعداد آليه واضحه لقياس رضا المستفيدين من خلال استبيانات دوريه سهله الاستخدام

التقييم وتحليل المخاطر

الأقسام العامة

المعيار	مجموع درجات التقييم	مطبق كلي	مطبق جزئي	غير مطبق	غير موجود	اجمالي درجات التقييم	الفجوة	نسبة الامتثال	نسبة المخاطر
حيوي(V)	300	140	70	6	0	216	84		
اساسي (E)	70	30	15	2	0	47	23		
ضروري(N)	33	21	8	-	-	29	4		
الاجمالي						292	111	0,72	0,28

رقم المعيار	رمز المعيار	المخاطر	الاحتمالية	درجة الخطورة	اجراءات السلامة	مستوى الخطر	النسبة	خطة العمل
212	N	المبنى الحالي للهيئة ليس في حالة جيدة	4	3	2	24	0.09	إجراء تقييم شامل لحالة المبنى وتحديد أعمال الترميم والتأهيل المطلوبة حسب الأولوية
214	E	التهوية والإضاءة في الهيئة ليست جيدة	3	2	2	12	0.13	تقييم أنظمة التهوية وتحسينها أو استبدالها بما يضمن توفير تهوية مناسبة لجميع الأقسام : تقييم مستوى الإضاءة وتوفير وحدات إضاءة كافية ومناسبة لطبيعة العمل في جميع الأقس
219	E	ليس هناك ممرات لذوي الاحتياجات الخاصة	4	3	4	48	0.31	إنشاء وتجهيز ممرات ومنحدرات مناسبة لذوي الاحتياجات الخاصة وفق معايير الوصول والسلامة
222	V	لا تتوافر اماكن استقبال وانتظار تتناسب مع حجم التردد على الخدمات بالهيئة	4	3	3	36	0.44	عادة تنظيم أو توسعة صالات الاستقبال والانتظار بما يتناسب مع أعداد المراجعين وحجم الخدمات.
224	V	الأدلة الإرشادية والتوجيهية لأماكن تقديم الخدمات ليست واضحة	3	2	3	18	0.51	إعداد وتركيب لوحات وأدلة إرشادية واضحة لتحديد أماكن الأقسام والخدمات داخل الهيئة.

التقييم وتحليل المخاطر

الأقسام العامة

رقم المعيار	رمز المعيار	المخاطر	الاحتمالية	درجة الخطورة	اجراءات السلامة	مستوى الخطر	النسبة	خطة العمل
225	V	تجهيز بعض الأقسام لا يوفر خصوصية للمريض	4	2	3	24	0.60	إعادة تنظيم وتقسيم المساحات وتوفير فواصل مناسبة تضمن خصوصية المرضى أثناء تقديم الخدمة
230	V	لا يتوفر في الهيئة شبكة اتصالات داخلية	4	2	4	32	0.72	إنشاء شبكة اتصالات داخلية تربط مختلف أقسام الهيئة لتسهيل التواصل وسرعة الاستجابة
259	V	اماكن التخزين غير نظيفة ويوجد مايدل على وجود حشرات	3	4	4	48	0.90	تنظيف وتعقيم أماكن التخزين وتنفيذ برنامج دوري لمكافحة القوارض والحشرات.
267	V	لا تطبق أجراءات غسيل الأيدي والتطهير بالطرق الصحيحة	3	4	2	24	99%	تدريب العاملين على الطريقة الصحيحة لغسل وتطهير الأيدي وفق سياسات مكافحه العدوى

التقييم وتحليل المخاطر

الصيدلية المركزية للهيئة

المعيار	مجموع درجات التقييم	مطبق كلي	مطبق جزئي	غير مطبق	غير موجود	اجمالي درجات التقييم	الفجوة	نسبة الامتثال	نسبة المخاطر
حيوي(V)	80	70	5	-	-	75	5		
اساسي (E)	15	5	6	-	-	11	4		
ضروري(N)	9	3	4	-	-	7	2		
الاجمالي	104	-	-	-	-	93	11	0,89	0,11

رقم المعيار	رمز المعيار	المخاطر	الاحتمالية	درجة الخطورة	اجراءات السلامة	مستوى الخطر	النسبة	خطة العمل
273	V	مساحه الصيدلية تقل عن ١٢ متر مربع والقواطع الداخلية ليست مقاومه للحريق	4	2	2	16	0,11	اعاده تأهيل الصيدلية بما يحقق المساحة المطلوبة واستخدام قواطع مقاومه للحريق وفق الاشتراطات
275	V	ليس لدى الهيئة مخزون كافي من الأدوية الأساسية اللازمة للإسعاف والطوارئ والتخدير والرقود	3	3	2	18	0,23	تحديد الاحتياج الفعلي وتوفير مخزون كافي من الأدوية الأساسية وفق قائمه الهيئة والخدمات المقدمة
281	E	جدول توزيع وصرف الأدوية مفعل ولا يتم الالتزام به	3	2	3	18	0,35	تفعيل جدول توزيع وصرف الأدوية المعتمدة وتعميم على العاملين ومتابعه الالتزام به
383	E	لا يوجد بالهيئة لجنه لإدارة استخدام الدواء لها شروط مرجعيه محدده وتعقد اجتماعات بشكل دوري مع توثيق انشطه اللجنة	4	3	4	48	0,67	تشكيل لجنه لإدارة استخدام الدواء واعتماد شروطه وتحدده مهامها وجدول اجتماعاتها
284	N	لا توجد خطه للتدريب الدوري للعاملين في الصيدلية وباقي كادر الطبي والمساعد على سياسه استخدام الدواء وصرفه وترشيده	4	3	4	48	100	اعداده تنفيذ خطه تدريب دوري للصيادية والكادر الطبي والمساعد حول سياسات استخدام الدواء وصرفه وترشيده

التقييم وتحليل المخاطر

قسم الطوارئ العامة والحوادث

المعيار	مجموع درجات التقييم	مطبق كلي	مطبق جزئي	غير مطبق	غير موجود	اجمالي درجات التقييم	الفجوة	نسبة الامتثال	نسبة المخاطر
حيوي(V)	390	280	35	6	0	315	75		
اساسي (E)	115	70	21	2	0	93	22		
ضروري(N)	15	9	2	1	-	12	3		
الاجمالي	520					420	100	0,81	0`19

رقم المعيار	رمز المعيار	المخاطر	الاحتمالية	درجة الخطورة	اجراءات السلامة	مستوى الخطر	النسبة	خطة العمل
300	E	لا يوجد عدد كافي من الكراسي المتحركة	4	2	2	16	0.06	حصر الأحتياج من الكراسي المتحركة وتوفير العدد الكافي حسب حجم العمل وعدد المستفيدين
301	E	لا يتوفر عدد كافي من نقالات المرضى	4	2	2	16	0.12	تحديد الاحتياج الفعلي من نقالات المرضى وتوفير العدد المناسب لخدمة أقسام الهيئة
305	E	غرفة الفحص ليست مجهزة بالتجهيزات المناسبة من أجهزة اساسيه ومساندة	4	3	2	24	0.21	حصر الأجهزة والتجهيزات الأساسية والمساندة المطلوبة لغرفة الفحص وتوفيرها حسب الأولوية
352	V	ليسوا جميع العاملين بالطوارئ مدربين على الإنعاش القلبي الرئوي	4	4	4	64	0.43	تنفيذ دورات تدريبية في الانعاش القلبي الرئوي لجميع العاملين بالطوارئ
354	V	عدم قدرة جميع العاملين على التعامل مع جهاز الصدمه الكهربائية	4	4	4	64	0.66	تدريب العاملين بالطوارئ عملياً على استخدام جهاز الصدمه الكهربائية بطريقة آمنة .

التقييم وتحليل المخاطر

قسم الطوارئ العامة والحوادث

رقم المعيار	رمز المعيار	المخاطر	الاحتمالية	درجة الخطورة	اجراءات السلامة	مستوى الخطر	النسبة	خطة العمل
343	E	لا تتناسب الموارد البشرية مع عدد الأسرة والخدمات المقدمة	4	2	2	16	0.72	إجراء دراسة للاحتياج الفعلي من الكوادر وفق عدد الأسرة وحجم الخدمات المقدمة، والعمل على استكمال النقص
347	V	لا يوجد لدى القسم ملف خاص بحالات الطوارئ يحفظ في مكان آمن	4	2	2	16	0.78	إنشاء ملف خاص بحالات الطوارئ وحفظة في مكان أمن وسهل الوصول إليه للجهات المخولة
349	V	لا يتم مراجعة توفر كافة أجهزة ومستلزمات وأدوية الطوارئ والتأكد من عدم وجود أي أصناف منتهية الصلاحية وتدوين ذلك يومياً	4	4	4	64	100%	اعتماد قائمة فحص يومية لمراجعة أجهزة ومستلزمات وأدوية الطوارئ والتأكد من صلاحيتها.

التقييم وتحليل المخاطر

قسم أمراض وجراحة العيون

المعيار	مجموع درجات التقييم	مطبق كلي	مطبق جزئي	غير مطبق	غير موجود	اجمالي درجات التقييم	الفجوة	نسبة الامتثال	نسبة المخاطر
حيوي(V)	380	130	60	9	0	199	181		
اساسي (E)	185	75	24	10	0	109	76		
ضروري(N)	36	12	8	2	0	22	14		
الاجمالي	**601**					**330**	**271**	**0.55**	**0.45**

رقم المعيار	رمز المعيار	المخاطر	الاحتمالية	درجة الخطورة	اجراءات السلامة	مستوى الخطر	النسبة	خطة العمل
878	E	لا يوجد جهاز فحص للشبكية (مباشر وغير مباشر)	4	4	3	48	0.11	استكمال تجهيزات فحص الشبكية ومتابعة جاهزية الأجهزة بشكل دوري
881	E	لا يوجد جهاز قياس لضغط العين احداهما متصل بالمصباح الشقي والآخر مستقل	4	4	3	48	0.22	صيانة جهاز قياس ضغط العين والمصباح الشقي والتأكد من الاستفادة منهما
882	E	لا يوجد جهاز مادوكس	4	3	3	36	0.30	استكمال تجهيزات القسم بجهاز مادوكس وفق احتياج الخدمة
883	E	لا يوجد جهاز فحص حوض العينين	4	3	3	36	0.38	استكمال تجهيزات فحص قاع العينين بما يتناسب مع طبيعة الخدمة.

التقييم وتحليل المخاطر

قسم أمراض وجراحة العيون

رقم المعيار	رمز المعيار	المخاطر	الاحتمالية	درجة الخطورة	اجراءات السلامة	مستوى الخطر	النسبة	خطة العمل
886	V	لا يوجد جهاز الموجات فوق الصوتية الخاصة بالعيون	4	3	3	36	0.46	دعم القسم بجهاز الموجات فوق الصوتية الخاص بالعين
887	V,	لا يوجد جهاز فحص للمجال البصري الاوتوماتيكي	4	3	3	36	0.54	استكمال تجهيزات فحص المجال البصري المحوسب.
888	V	لا توجد كاميرا تصوير قاع العين بالفلورسين	4	3	3	36	0.62	استكمال تجهيزات تصوير قاع العين بالفلورسين.
890	E	لا يوجد جهاز تحديد قوة تكور القرنية	4	3	3	36	0.70	توفير جهاز تحديد قوة ليزر القرنية ضمن تجهيزات القسم.
893	V	لا يتوفر إمكانية حفظ القرينات	4	3	3	36	0.78	إعداد واعتماد خطة للرعاية ومتابعة تنفيذها بشكل دوري.
914	E	المساحة المخصصة للسرير في غرفة الرقود أقل من ٦م	4	2	3	24	0.82	إعادة تنظيم غرف الرقود لتحقيق المساحة المعيارية
927	V	لا يتوفر غرفة العزل في القسم للحالات المعدية (سرير)	4	3	3	36	100%	تهيئة غرفة عزل مطابقة لمتطلبات مكافحة العدوى والسلامة

التقييم وتحليل المخاطر

العيادات الخارجية

المعيار	مجموع درجات التقييم	مطبق كلي	مطبق جزئي	غير مطبق	غير موجود	اجمالي درجات التقييم	الفجوة	نسبة الامتثال	نسبة المخاطر
حيوي(V)	100	70	15			85	5		
اساسي (E)	60	30	12	2		44	16		
ضروري(N)	20	14	2			16	4		
الاجمالي	180					145	35	0,81	0,19

رقم المعيار	رمز المعيار	المخاطر	الاحتمالية	درجة الخطورة	اجراءات السلامة	مستوى الخطر	النسبة	خطة العمل
1276	N	لا يحتوي القسم على منطقه استقبال لا تقل مساحتها عن ١٦ متر مربع	4	1	2	8	2%	تهيئة منطقه استقبال بالمساحة مناسبه وفق المعايير المعتمدة
1279	V	لا يوجد في القسم شبكه اتصالات مرتبطة بجميع المراكز والاقسام	3	3	3	27	10,3%	ربط القسم بشبكه الاتصالات الداخلية مرتبطة بجميع المراكز والاقسام ذات العلاقة
1283	E	لا يوجد عدد كافي من الكادر التمريضي وممرض واحد لكل عياده على الاقل	4	3	4	48	25,3%	استكمال الكادر التمريضي بما يناسب عدد العيادات وحجم العمل
1287	E	لا يوجد جدول مناوبات ٢٤ ساعه مع ارقام هواتف المناوبين	4	4	4	64	45,3%	اعداد جدول مناوبات على مدار ٢٤ ساعه وتجديد بيانات المناوبين
1291	E	لا تتوفر مساحه معياريه بغرف العيادات	3	3	3	27	53,6%	اعاده تهيئة غرف العيادات
1295	E	عيادات القسم غير مؤثثه مؤسسه بما يتناسب مع الخدمة	4	3	4	48	68,6%	استكمال الاثاث بما يتوافق مع الخدمات
1301	E	لا تتوفر خزانات مياه مناسبه الحجم	1	1	1	1	69%	تهيئه خزانات مياه بساعه مناسبه

التقييم وتحليل المخاطر

العيادات الخارجية

رقم المعيار	رمز المعيار	المخاطر	الاحتمالية	درجة الخطورة	اجراءات السلامة	مستوى الخطر	النسبة	خطة العمل
1302	V	لا تتوفر امدادات صحيه كافيه	4	3	3	36	80%	استكمال الامدادات الصحية اللازمة
1303	V	لا يوجد اجهزه انذارات وطفايات حريق كافيه	4	3	3	36	91%	استكمال وسائل الانذار والاطفاء واجراء فحص دوري لها
1305	E	لا تتوفر التهوية والإنارة الكافية بكل غرف القسم	3	1	2	6	92%	تحسين التهوية والاضاءة الكافية في جميع غرف القسم
1306	N	لا يسهل انتقال المريض من القسم الى الاقسام التشخيصية والعلاجية	3	3	3	27	100%	تنظيم مسارات انتقال المرضى وتسهيل وصولهم الى الاقسام التشخيصية والعلاجية

التقييم وتحليل المخاطر

قسم الاشعة

المعيار	مجموع درجات التقييم	مطبق كلي	مطبق جزئي	غير مطبق	غير موجود	اجمالي درجات التقييم	الفجوة	نسبة الامتثال	نسبة المخاطر
حيوي(V)	150	90	20	3	0	113	37		
اساسي (E)	100	55	18	2	0	75	25		
ضروري(N)	33	24	4	1	0	29	4		
الاجمالي	283					217	66	0.77	0.23

رقم المعيار	رمز المعيار	المخاطر	الاحتمالية	درجة الخطورة	اجراءات السلامة	مستوى الخطر	النسبة	خطة العمل
1919	E	مساحة وحدة الاشعة السينية تقدر ب ١٦ متر مربع و إرتفاع عن ٢,٧٠ متر	3	2	3	18	6 %	إعادة تأهيل أو توسعة الوحدة بما يحقق المساحة المطلوبة.
1924	E	لا يوجد جهاز تكييف في غرفة الاشعه (درجة الحرارة لا تزيد عن ٣٠ درجة والرطوبة لا تزيد عن ٦٠%)	3	3	2	18	12 %	توفير جهاز تكييف مناسب ومتابعة درجة الحرارة والرطوبة.
1926	V	لا يرتدي العاملون في وحدة الاشعه واقي راصاصي	4	4	3	48	28 %	توفير الواقيات وإلزام العاملين باستخدامها ومتابعة الالتزام.
1929	E	لا توجد مساحة كافية لهذه الوحدة تقل عن ٣٠ متر مربع	4	2	3	24	36 %	إعادة توزيع المساحات أو التوسعة بما يتوافق مع المعايير.
1930	V	الوحدة غير محمية بمادة الرصاص بسمك ٢ ملي و ب ارتفاع يقل عن ٢متر	3	3	2	18	42 %	استكمال تدريع الوحدة بالرصاص وفق المواصفات المعتمدة.

التقييم وتحليل المخاطر

رقم المعيار	رمز المعيار	المخاطر	الاحتمالية	درجة الخطورة	اجراءات السلامة	مستوى الخطر	النسبة	خطة العمل
1932	E	لا يوجد بها غرفة تحكم مناسبة لا تقل مساحتها عن ٦ متر مربع	4	2	4	32	52 %	إنشاء أو تأهيل غرفة تحكم بالمواصفات والمساحة المطلوبة.
1933	V	لا يوجد نافذة زجاج رصاصي بعرض ٩٠ سم وطول ١٢٠ سم وسمك ١٢ ملم في غرفة التحكم	3	3	3	27	61 %	تركيب زجاج رصاصي بالمواصفات والأبعاد المعتمدة.
1943	V	لا يوجد نافذة زجاج نحاسي ب الابعاد والسمك المعياري في غرفة التحكم	3	3	2	18	67 %	توفير وتركيب نافذة حماية مطابقة للمواصفات الفنية.
1949	N	غرفة الفحص غير مؤثثه : مكتب و كرسي و سرير فحص و ملايات و درج لسرير الفحص و ستائر متحركه و دولاب المستلزمات	4	2	4	32	77 %	توفير الأثاث والتجهيزات الطبية اللازمة لغرفة الفحص.
1951	E	لا يوجد حمام ومغسلة للمترددين	3	2	4	24	85 %	توفير حمام ومغسلة مناسبة للمراجعين ضمن الوحدة أو بالقرب منها.
1952	N	لا يوجد ادوات الوقاية من الاشعاع	4	3	3	36	97 %	توفير جميع مستلزمات الوقاية الإشعاعية ومتابعة استخدامها.
1953	E	لا يوجد اشارة على مدخل باب الاشعة تحذير للذين يدخلون للقسم من خطر الدخول بسبب تشغيل الجهاز	4	1	3	12	100 %	تركيب لوحة تحذيرية واضحة عند المدخل والتنبيه على مخاطر الإشعاع.
الاجمالي						307		

التقييم وتحليل المخاطر

قسم العمليات

المعيار	مجموع درجات التقييم	مطبق كلي	مطبق جزئي	غير مطبق	غير موجود	اجمالي درجات التقييم	الفجوة	نسبة الامتثال	نسبة المخاطر
حيوي(V)	1050	950	45	6		1001	49		
اساسي (E)	105	100				100	5		
ضروري(N)	81	75	4			79	200		
الاجمالي	1236					1180	560	0,95	0,5

رقم المعيار	رمز المعيار	المخاطر	الاحتمالية	درجة الخطورة	اجراءات السلامة	مستوى الخطر	النسبة	خطة العمل
1326	V	لا يوجد نظام شفط السالب (مركزي او داخلي) للهواء	5	4	2	24	12%	توفير وتركيب نظام شفط الهواء السالب في غرفه العمليات
1418	V	عدد الإضاءة وقوتها الإجمالية غير كافيه(8000* Lo)	4	3	3	36	30%	تعزيز الإضاءة وتركيب مصابيح جراحيه مناسبه لضمان تحقيق مستوى الإضاءة المطلوبة داخل غرفه العمليات
1428	V	صاله العمليات غير مزوده بالأكسجين (مركزي واسطوانات)	3	4	1	12	35%	توفير شبكه اكسجين مركزي وتامين اسطوانات اكسجين احتياطيه وربطها بنظام امن لضمان استمراريه الخدمة
1491	N	لايوجد اطقم جراحيه كافيه بحسب نطاق الخدمة	4	3	3	36	53%	حصر الاحتياج من الاطقم الجراحية وتوفير الاعداد الكافي بما يتناسب مع نوع العمليات وحجم الخدمة المقدمة
1493	V	لا يتوفر المناظر الجراحية في غرف العمليات	4	3	2	24	65%	توفير المناظر الجراحية اللازمة للخدمات المقدمة

التقييم وتحليل المخاطر

قسم العمليات

رقم المعيار	رمز المعيار	المخاطر	الاحتمالية	درجة الخطورة	اجراءات السلامة	مستوى الخطر	النسبة	خطة العمل
1545	N	لا يوجد في اسره افاقه كهربائية على الاقل لكل غرفه عمليات	4	3	2	24	77%	توفير اسره افاقه كهربائية بالعدد المطلوب وتجهيزها بما يضمن الرعاية الأمنه للمرضى بعد العمليات
1556	V	قسم التعقيم غير مجهز بالأجهزة والادوات المناسبة لنطاق الخدمة	4	4	3	48	100%	استكمال تجهيز قسم التعقيم بالأجهزة والادوات اللازمة وفقا لنطاق الخدمة مع وضع برنامج للتشغيل والصيانة ومتابعه الدورية

التقييم وتحليل المخاطر

قسم التعقيم المركزي

المعيار	مجموع درجات التقييم	مطبق كلي	مطبق جزئي	غير مطبق	غير موجود	اجمالي درجات التقييم	الفجوة	نسبة الامتثال	نسبة المخاطر
حيوي(V)	90	60	10	3		73	17		
اساسي (E)	0	-	-	-	-	-	-		
ضروري(N)	0	-	-	-	-	-	-		
الاجمالي	90	-	-	-	-	73	17	0.81	0,19

رقم المعيار	رمز المعيار	المخاطر	الاحتمالية	درجة الخطورة	اجراءات السلامة	مستوى الخطر	النسبة	خطة العمل
1544	V	لا يوجد كادر مؤهل فني تعقيم في قسم التعقيم	3	3	4	36	27,2%	استقطاب او تدريب فني تعقيم مؤهل واعتماد الوصف الوظيفي
1555	V	لا تتم مراحل التعقيم والتنظيف والتطهير والتنشيف والتغليف والتعليم والتخزين في اماكن منفصله	4	4	3	48	63,5%	اعاده تصميم سير العمل بحيث يكون اتجاه العمل من الملوث الى نظيف ثم المعقم مع الفصل المكاني بين المراحل
1556	V	قسم التعقيم ليس مجهز بالأجهزة والادوات المناسبة لنطاق خدمه الهيئة	4	3	4	48	100%	اعداد قائمه احتياج بالأجهزة والمستلزمات وتوفيرها حسب الأولوية

التقييم وتحليل المخاطر

قسم العناية المركزة

رقم المعيار	رمز المعيار	المخاطر	الاحتمالية	درجة الخطورة	اجراءات السلامة	مستوى الخطر	النسبة	خطة العمل
1730	E	موقع العناية المركزة لا يسهل الوصول إليه بلوحات إرشادية	4	1	3	12	0,57	تركيب لوحات أرشادية واضحة للوصول إلى القسم
1749	E	لا يوجد شفط مركزي للهواء	4	2	3	24	0,69	توفير وتركيب نظام شفط مركزي
1758	E	لا يوجد مكان للكادر المناوب يسمح بمراقبة كل الأسرة في نفس الوقت مزود بمكتب وشاشة مراقبة	4	4	4	64	1	تجهيز محطة للكادر المناوب مزود بمكتب وشاشة مراقبة تتيح متابعة جميع الأسرة في وقت واحد

التقييم وتحليل المخاطر

اقسام الرقود

المعيار	مجموع درجات التقييم	مطبق كلي	مطبق جزئي	غير مطبق	غير موجود	اجمالي درجات التقييم	الفجوة	نسبة الامتثال	نسبة المخاطر
حيوي(V)	130	60	25	3	0	88	42		
اساسي (E)	55	35	3	4	0	42	13		
ضروري(N)	21	12	2	-	0	14	7		
الاجمالي	206					144	62	0,70	0,30

رقم المعيار	رمز المعيار	المخاطر	الاحتمالية	درجة الخطورة	اجراءات السلامة	مستوى الخطر	النسبة	خطة العمل
1785	V	موقع القسم غير معروف ولا يسهل الوصول إليه واللافتات الإرشادية غير واضحه للمريض من مدخل الهيئة	4	2	2	16	0,08	وضع لوحات أرشادية واضحة من مدخل الهيئة حتى القسم
1787	N	النوافذ في القسم غير مجهزة بستائر مناسبة	4	2	4	32	0,24	تركيب ستائر مناسبة تحقق الخصوصية وتسمح بالتحكم في الاضاءة
1794	E	لايوجد عدد كافي من الكادر التمريضي ممرض واحد لكل 5أسرة	4	3	3	36	0,42	زيادة عدد الكادر التمريضي بما يتناسب مع عدد الأسرة واحتياجات المريض
1795	N	لا يسهل أنتقال المريض من القسم إلى الاقسام التشخيصية والعلاجية	4	3	4	48	0,66	تحسين مسارات انتقال المرضى وتوفير وسيلة نقل آمنه وسهله إلى الاقسام التشخيصية والعلاجية

التقييم وتحليل المخاطر

اقسام الرقود

رقم المعيار	رمز المعيار	المخاطر	الاحتمالية	درجة الخطورة	اجراءات السلامة	مستوى الخطر	النسبة	خطة العمل
1801	E	المساحة المخصصة السرير في غرفة الرقود أقل من 6متر مربع لكل سرير	4	2	3	24	0,78	إعادة تنظيم وتوسعة المساحات المخصصة للأسرة بما يتحقق المساحة المعيارية لكل سرير
1802	N	لا يوجد في غرفة الرقود ستائر فاصلة بين الأسرة	4	1	4	16	0.86	توفير ستائر فاصلة بين الأسرة لضمان خصوصية المريض
1805	V	لايوجد أجهزة أنذار وطفايات حريق كافية	3	3	3	27	1	توفير أجهزة إنذار ومطافي حريق بالعدد والموقع المناسب

التقييم وتحليل المخاطر

قسم المختبرات

المعيار	مجموع درجات التقييم	مطبق كلي	مطبق جزئي	غير مطبق	غير موجود	اجمالي درجات التقييم	الفجوة	نسبة الامتثال	نسبة المخاطر
حيوي(V)	150	140	-	3	-	143	7		
اساسي (E)	45	5	6	-	-	11	34		
ضروري(N)	30	30	-	-	-	30	0		
الاجمالي	225	-	-	-	-	184	41	0,82	0,18

رقم المعيار	رمز المعيار	المخاطر	الاحتمالية	درجة الخطورة	اجراءات السلامة	مستوى الخطر	النسبة	خطة العمل
1854	E	لا يوجد طاوله وكراسي متحركة ودواره للعاملين	4	1	3	12	23%	استكمال طاوله وكراسي العاملين بما يتناسب مع طبيعة عملهم
1881	V	لا يوجد ثلاجه الحفظ المحاليل والعينات بسعة لا تقل عن ١٤ قدم	4	3	2	24	69%	توفير ثلاجه خفض المحاليل والعينات بسعة لا تقل عن ١٤ قدم
1883	E	لا يوجد مكتب وكرسي وعلاقه ملابس	4	1	4	16	100%	توفير مكتبه كراسي وعلاقه الملابس اللازمة العاملين

التقييم وتحليل المخاطر

مركز الكبد ومناظير الجهاز الهضمي

المعيار	مجموع درجات التقييم	مطبق كلي	مطبق جزئي	غير مطبق	غير موجود	اجمالي درجات التقييم	الفجوة	نسبة الامتثال	نسبة المخاطر
حيوي(V)	250	110	30	3	0	143	107		
اساسي (E)	60	35	3	6	0	44	16		
ضروري(N)	18	9	2	1	0	12	6		
الاجمالي	328					199	129	0.60	0.40

رقم المعيار	رمز المعيار	المخاطر	الاحتمالية	درجة الخطورة	اجراءات السلامة	مستوى الخطر	النسبة	خطة العمل
2365	V	لايوجد تصوير الشرايين	4	3	3	36	21 %	توفير جهاز تصوير الشرايين حسب احتياج الوحدة وخطة التجهيز.
2366	V	لا يوجد جهاز تصوير الطرق الصفراوية الكبدية عبر الجلد PTC او PTHC	4	3	4	48	49 %	توفير الجهاز ضمن خطة الأجهزة الطبية التخصصية.
2370	V	لا يوجد جهاز تصوير ب الامواج فوق الصوتية المسموعه Doppler	4	3	2	24	63 %	توفير جهاز Doppler لتلبية احتياجات التشخيص.
2372	V	لا يوجد جهاز تصوير طبقي محوري TRIPHASIC	3	4	2	24	77 %	: رفع احتياج رسمي للإدارة لتوفير الجهاز أو اعتماد الخدمة.

التقييم وتحليل المخاطر

مركز الكبد ومناظير الجهاز الهضمي

رقم المعيار	رمز المعيار	المخاطر	الاحتمالية	درجة الخطورة	اجراءات السلامة	مستوى الخطر	النسبة	خطة العمل
2373	V	لا يتوفر وحدة الغسيل الكبدي	3	4	2	24	91 %	انشاء وتجهيز وحدة لغسيل الكبد
2392	E	المساحه المخصصة لسرير في غرفة الرقود تقل عن ٦ متر مربع	4	1	4	16	100 %	إعادة تنظيم وتوسعة المساحة بما يتوافق مع المعايير المعتمدة.

تحديد الفجوة للمستشفى ككل

القسم	مجموعة الدرجات قبل التقييم	مجموع درجات التقييم	الفجوة	نسبة الامتثال	نسبة المخاطر
ادارة المعلومات والاحصاء	109	105	4	0,96%	0,4%
ادارة الموارد البشرية	112	97	15	0,87%	0,13%
ادارة الصيانة	99	87	12	0,88%	0,12%
التموين الطبي	223	204	19	0,91%	0,9%
ادارة مكافحة العدوى	355	259	101	0,73%	0,27%
معايير رعاية المرضى	306	173	133	0,77%	0,23%
نتائج الاداء	29	19	10	0,66%	0,34%
الاقسام العامة	403	292	111	0,72%	0,28%
الصيدلية المركزية	104	93	11	0,90%	0,10%
الطوارئ العامة والحوادث	520	420	100	0,89%	0,11%
مركز العيون	601	330	271	0,55%	0,45%
العيادات الخارجي	180	135	35	0,75%	0,25%

تحديد الفجوة للمستشفى ككل

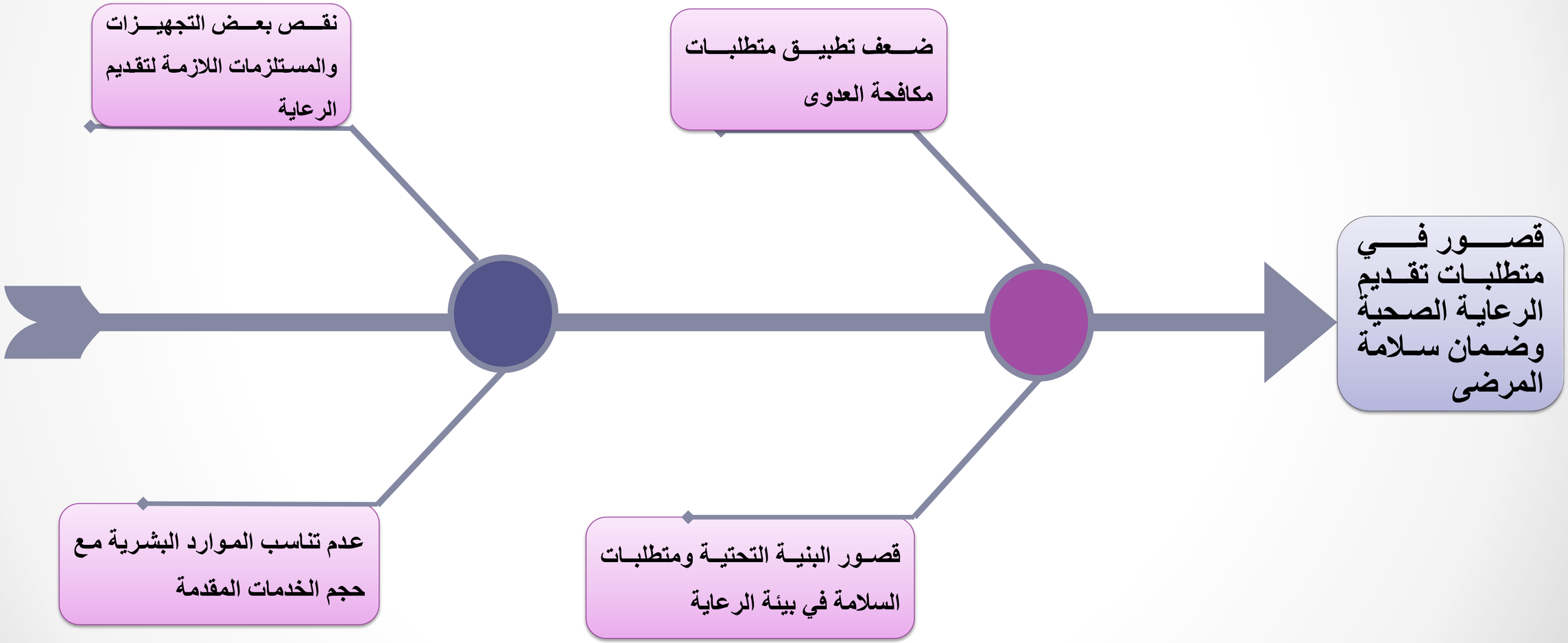
القسم	مجموعة الدرجات قبل التقييم	مجموع درجات التقييم	الفجوة	نسبة الامتثال	نسبة المخاطر
العمليات	1236	1180	56	0,95%	0,5%
التعقيم المركزي	90	73	17	0,81%	0,19%
العنايات المركزة	757	686	71	0,90%	0,10%
اقسام الرقود	206	144	62	0,70%	0,30%
المختبر	225	184	41	0,82%	0,18%
الأشعة	284	217	66	0,77%	0,23%
مركز الكبد ومناظير الجهاز الهضمي	328	199	129	0.60%	0.40%
الاجمالي	**6166**	**4907**	**1264**	**0,80%**	**0,20%**

خامساً: تحليل المخاطر

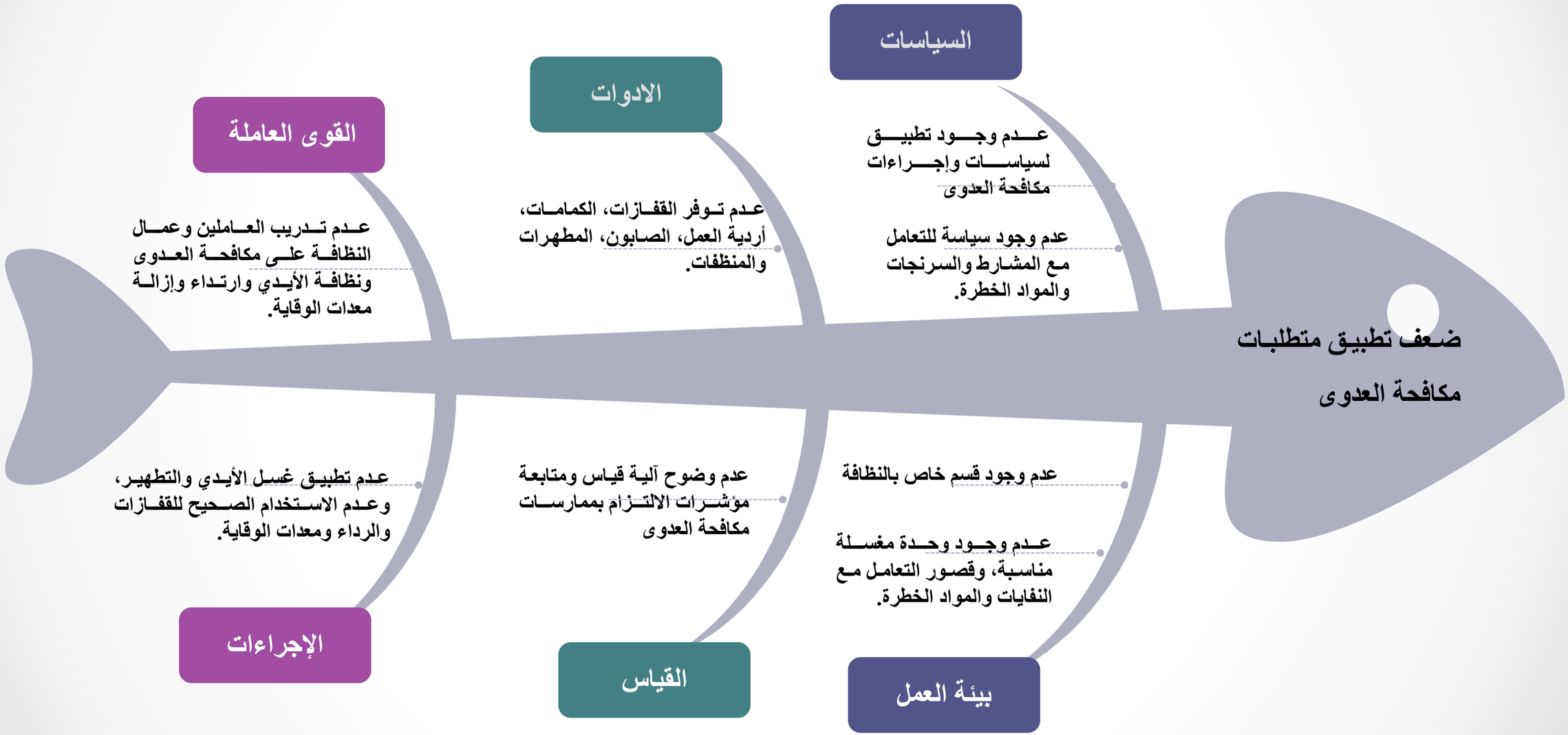
التحليل

تـم أُسـتخِدام تحليـل بـاريتو (قاعـدة ٨٠/٢٠) لترتيـب المشـكلات والمخـاطر وفق درجة تأثيرها وأولويتها، وتحديـد العناصـر الأكثـر تـأثيرًا التـي تسـتحق التركيز عليها. وبناءً على النتائج تم اختيـار المخـاطر والقضـايا ذات الأولويـة وتحليل أسبابها الجذرية باستخدام مخطط عظم السمكة.

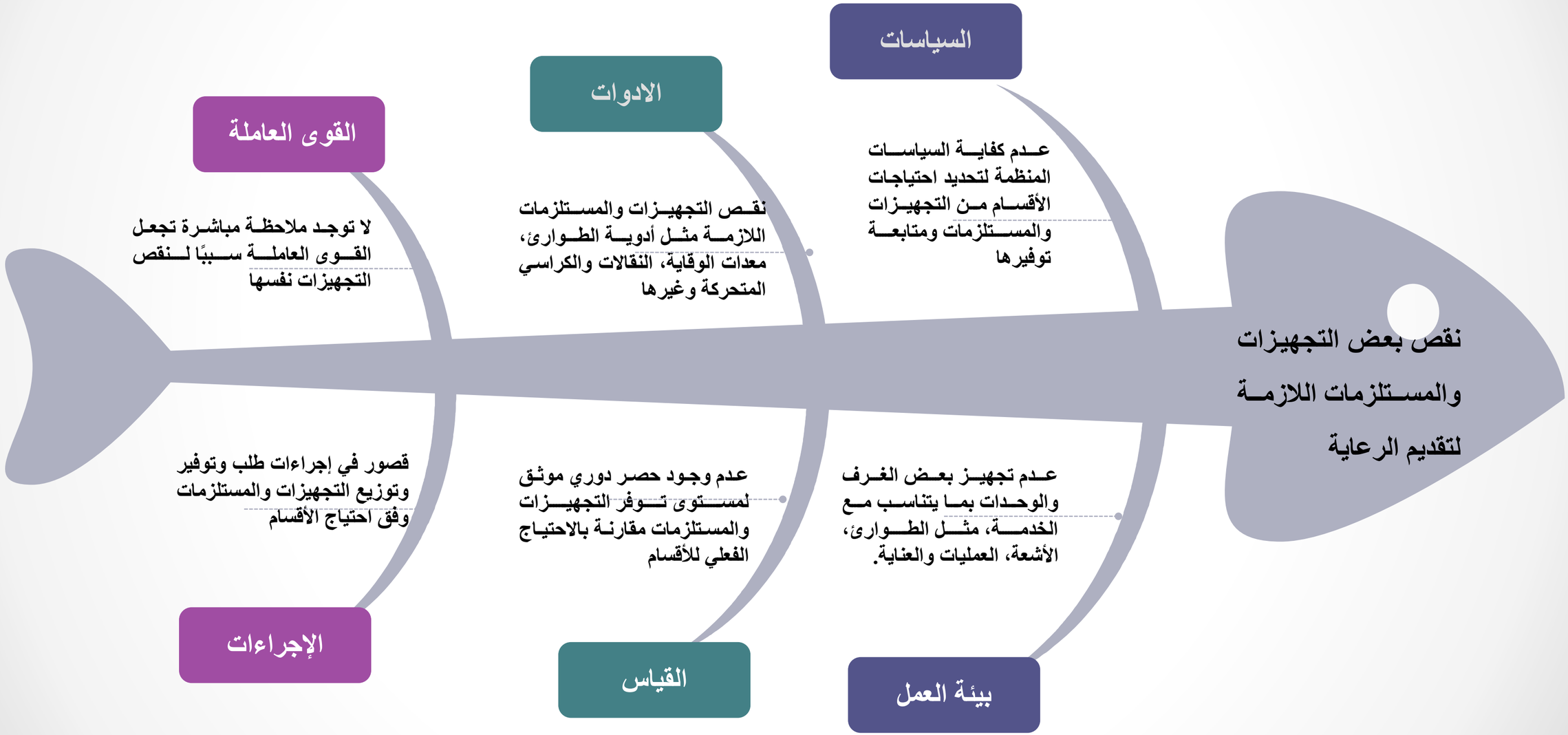
المشكلة الرئيسية والمشاكل الفرعية(تحليل عظمة السمكة):



تحليل اسباب ضعف متطلبات مكافحة العدوى



تحليل اسباب نقص بعض التجهيزات والمستلزمات



تحليل اسباب قصور البنية التحتية ومتطلبات السلامة

قصور البنية التحتية ومتطلبات السلامة في بيئة الرعاية

السياسات

عدم كفاية السياسات والإجراءات المنظمة لمتطلبات السلامة في بيئة الرعاية

الادوات

تهالك بعض عناصر البنية التحتية واحتياج بعض المرافق إلى تأهيل ونقص بعض متطلبات السلامة والتجهيزات المساندة

القوى العاملة

لا يوجد ملاحظة مباشرة تربط القوى العاملة بقصور البنية التحتية

بيئة العمل

تهالك بعض المباني ،ضعف التهوية والإضاءة، ضيق المساحات وبعض الأبواب، محدودية استخدام المصاعد، ضعف الخصوصية، ومشكلات مرافق المرضى

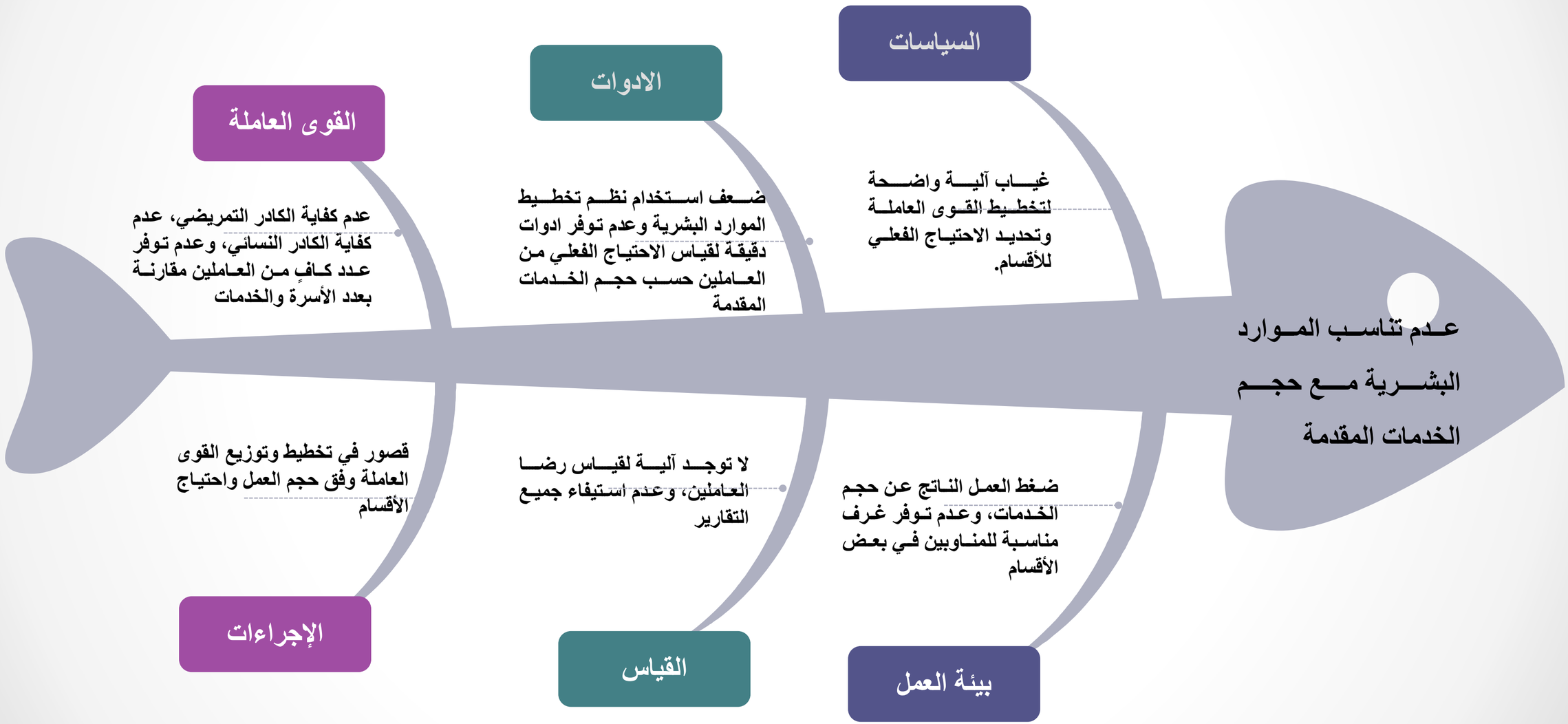
القياس

عدم وجود تقييم دوري وموثق لحالة البنية التحتية ومستوى استيفاء متطلبات السلامة

الإجراءات

تأخر تنفيذ أعمال التأهيل ومعالجة أوجه القصور في البنية التحتية ومتطلبات السلامة

تحليل اسباب عدم تناسب الموارد البشرية مع حجم الخدمات المقدمة



تحليل تأثير الفراشة

تغيير صغير في البداية .... قد يؤدي الى اثر كبير في النهاية

تفسير التأثير المتتابع

قد يؤدي التأخر في التعامل مع الحالات المرضية البسيطة إلى تفاقم الحالة مع مرور الوقت، وزيادة تعقيد التدخل المطلوب، وارتفاع الحاجة إلى الموارد والوقت، مما ينعكس في النهاية على جودة الخدمة وسلامة المرضى.

تحليل تأثير الفراشة

تغيير صغير في البداية .... قد يؤدي الى اثر كبير في النهاية

تفسير التأثير المتتابع

قد يؤدي ضعف الاستجابة للأعطال والملاحظات التشغيلية إلى استمرار تأثيرها على سير العمل، وتعطيل بعض المرافق أو الخدمات المرتبطة بها، مما ينعكس على كفاءة واستمرارية تقديم الخدمات

تحليل تأثير الفراشة

تغيير صغير في البداية .... قد يؤدي الى اثر كبير في النهاية

تفسير التأثير المتتابع

قد تبدو ثانيتان من التساهل في تفتيش حقيبة زائر أمرًا بسيطًا، إلا أن تجاوز هذه الخطوة الوقائية قد يسمح بدخول ما يشكل خطرًا أمنيًا، لتتسع آثاره من موقف فردي إلى تهديد لسلامة المرضى والعاملين، وربما التأثير على انتظام العمل داخل المستشفى.

سادساً: التوجهات الاستراتيجية

إطار عمل استراتيجيات المستشفى – الرؤية والرسالة والركائز الاستراتيجية

الرؤية

الريادة في تقديم خدمات طبية وصحية شاملة وامنة بجودة عالية، وتعزيز القدرة المؤسسية على مواجهة الازمات والكوارث بكفاءة، مع تحقيق الاستدامة في تطوير الرعاية الصحية وفقاً للمعايير الدولية للجودة.

الرسالة

نسعى لتقديم خدمات طبية وصحية شاملة آمنة ونوعية سهلة الوصول بجودة عالية عن طريق كادر مؤهل خبير يلبي احتياجات المجتمع في بيئة تتكامل فيها الرعاية الصحية مع التدريب والتعليم والتحسن المستمر والبحث العلمي وبتطبيق معايير الاعتماد الدولية للجودة.

الركائز الاستراتيجية

- الادارة الفعالة
- تكنولوجيا المعلومات
- سلامة وجودة الرعاية
- الشراكة والتعاون
- التميز

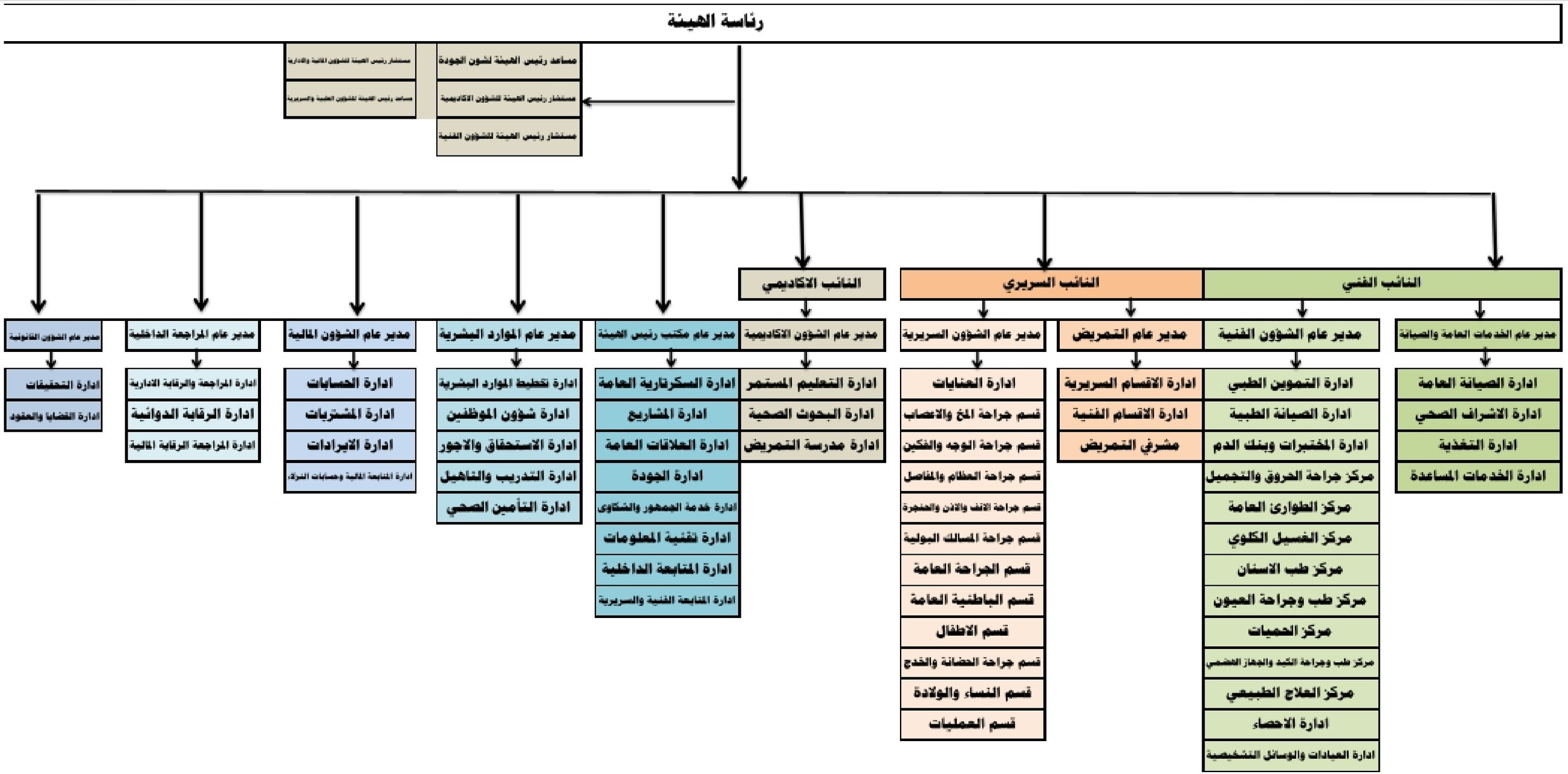
تخصُّص استخدام الموارد

- الولاء الوظيفي
- التميز
- الفاعلية
- الكفاءة

القيم

- الجودة
- الهوية الايمانية اليمنية
- التميز المؤسسي
- الشفافية والنزاهة
- العمل بروح الفريق الواحد
- الكفاءة والفاعلية

الهيكل التنظيمي لهيئة المستشفى الجمهوري التعليمي



الخارطة الإستراتيجية

توضح الخارطة الاستراتيجية ترابط الأهداف الاستراتيجية وتكاملها، وقد تم تصنيفها وفق الأبعاد الاستراتيجية وبيان المسار الذي يربط بينها لتحقيق النتائج المستهدفة للمستشفى.

بعد التعلم والنمو

١. ترسيخ ثقافة الجودة والتميز المؤسسي والابتكار

بُعد العمليات الداخلية

١. تعزيز الحوكمة والرقابة المؤسسية وضمان الامتثال للسياسات والإجراءات
٢. تطوير البنية التحتية والتجهيزات الطبية
٣. تعزيز منظومة الجودة والسلامة ورفع جاهزية الطوارئ والأزمات

بُعد المرضى

١. توفير بيئة علاجية آمنة تحافظ على خصوصية المريض وكرامته والحد من الأخطاء والمضاعفات السريرية

البُعد المالي

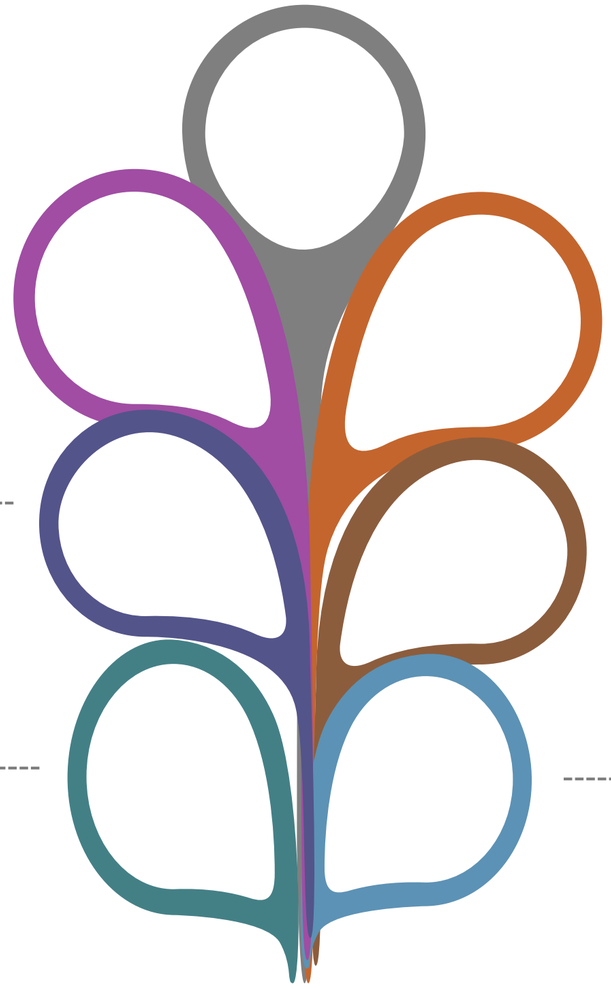
١. تعظيم العائد من الدعم المالي المقدم وضمان استدامته منطق الخارطة

توضح الخارطة أن:
ثقافة الجودة والابتكار
تـدعم الحوكمـة + البنيـة التحتيـة + الجودة والسلامة والجاهزية

مما يؤدي الى

١- بيئـة علاجيـة أكثـر أمانًـا وحمايـة لخصوصـية وكرامة المريض
٢- مما يعزز كفـاءة المستشفى ونتائجـه ويسـاعد علـى تعظـيم العائـد مـن الـدعم المـالي وضـمان استدامته.

الاهداف الاستراتيجية



تطوير البنية التحتية والتجهيزات الطبية

تعظيم العائد من الدعم المالي المقدم وضمان استدامته

ترسيخ ثقافة الجودة والتميز المؤسسي والابتكار

توفير بيئة علاجية آمنه تحافظ على خصوصية المريض وكرامته والحد من الاخطاء والمضاعفات السريرية

تعزيز الحوكمة والرقابة المؤسسية وضمان الامتثال للسياسات والإجراءات

تعزيز منظومة الجودة والسلامة ورفع جاهزية الطوارئ والأزمات

الاهداف الاستراتيجية

تحديد وتقييم القضايا الحرجة

المحور	القضية الحرجة	* تأثير بقاء القضية معالجة (١٠×٣)	*حجم المنافع من التعامل معها (١٠×٤)	* حجم تكلفة التعامل معها (١٠×٣)	الاجمالي	الاهمية النسبية %	الترتيب الاهمية من كل محور
١	الاخطاء والمضاعفات السريرية	30	40	29	99	16.5%	1
٢	الحوكمة والرقابة المؤسسية وضمان الامتثال للسياسات والإجراءات	27	35	20	82	13.6%	5
٣	منظومة الجودة والسلامة وجاهزية الطوارئ	29	39	25	93	15.5%	3
٤	البنية التحتية والتجهيزات الطبية	28	38	29	95	15.8%	2
٥	الدعم المالي المقدم واستدامته	25	40	26	91	15.2%	4
٦	ثقافة الجودة والتميز المؤسسي والابتكار	25	34	15	74	12.3%	6
	الاجمالي				534/600	88.9%	

*** تم تقييم القضايا الحرجة وفق ثلاثة معايير وهي كالاتي**

- **تأثير بقاء القضية معالجة (٣) وتعني** : ١ تأثير صغير و٢ تأثير متوسط و٣ تأثير كبير
- **حجم المنافع من التعامل معها (٤) وتعني** : ١ منافع منخفضة و٢ منافع متوسطة و٣ منافع كبيرة و٤ منافع كبيرة جدا
- **حجم تكلفة التعامل معها (٣) وتعني** : ١ منخفض و٢ متوسط و٣ كبير
- **وبمشاركة ١٠ مقيمين من فريق الاعداد تم جمع درجة كل قضية وحساب نسبتها من إجمالي الدرجات ثم تم ترتيبها. حسب اهميتها.**

تحديد القضايا الاستراتيجية وترتيبها بحسب اهميتها

م	القضايا
1	الاخطاء والمضاعفات السريرية
2	البنية التحتية والتجهيزات الطبية
3	منظومة الجودة والسلامة وجاهزية الطوارئ
4	الدعم المالي المقدم واستدامته
5	الحوكمة والرقابة المؤسسية وضمان الامتثال للسياسات والإجراءات
6	ثقافة الجودة والتميز المؤسسي والابتكار

سابعاً: الخارطة الزمنية للأهداف الاستراتيجية

الخارطة الزمنية للأهداف الاستراتيجية ٢٠٢٧–٢٠٣١

تم تقسيم الخطة الاستراتيجية إلى ثلاث مراحل مترابطة، بحيث تنتقل المستشفى تدريجيًا من بناء الأساس والجاهزية، إلى التطوير والتحسين، ثم إلى التميز والاستدامة.

المجال الاستراتيجي	المرحلة الأولى: ٢٠٢٧–٢٠٢٨ شعار المرحلة: «ترسيخ الأساس وبناء الجاهزية» التركيز الرئيسي: معالجة جوانب القصور، تأسيس الأنظمة، ورفع جاهزية المستشفى.	المرحلة الثانية: ٢٠٢٩–٢٠٣٠ شعار المرحلة: «التطوير والتحسين المستمر» التركيز الرئيسي: تقييم ما تم تأسيسه، معالجة الفجوات، ورفع كفاءة الأداء.
١– السلامة وجودة الرعاية	• تنفيذ مبادرة درع السلامة السريرية. • تعزيز مكافحة العدوى وحماية خصوصية المرضى. • تطبيق إجراءات الحد من الأخطاء والمضاعفات السريرية. • البدء في متابعة وتحليل الأخطاء ووضع الإجراءات التصحيحية.	• مراجعة نتائج مبادرة درع السلامة السريرية. • تحليل الأخطاء والمضاعفات المتكررة ومعالجة أسبابها. • رفع مستوى الالتزام بممارسات مكافحة العدوى والخصوصية. • تحسين تجربة المريض ورفع مستوى رضاه
٢– الحوكمة والرقابة المؤسسة	• تنفيذ مبادرة بوصلة الالتزام المؤسسي. • تفعيل وحدة التدقيق الداخلي الميداني. • مراجعة وتحديث السياسات والإجراءات. • بدء الزيارات الرقابية وتوثيق حالات عدم الالتزام.	• تقييم مستوى الالتزام بالسياسات والإجراءات. • تطوير نظام التدقيق والرقابة الداخلية. • تقليل الملاحظات الرقابية المتكررة. • تعزيز متابعة الإجراءات التصحيحية والمساءلة.
٣– البنية التحتية والتجهيزات الطبية	• تنفيذ مبادرة جاهزية المنشأة الصحية. • تقييم حالة المبنى والمرافق وتحديد الأولويات. • تأهيل المرافق ذات الأولوية. • حصر الأجهزة الطبية وتحديد الأجهزة الحرجة. • تفعيل الصيانة الوقائية	• استكمال تأهيل المرافق ذات الأولوية. • تحديث الأجهزة والمعدات الطبية الحرجة. • تطوير برامج الصيانة الوقائية. • رفع جاهزية المرافق والأجهزة لاستمرارية الخدمات.
٤– الجودة والسلامة والطوارئ	• تنفيذ مبادرة الاستجابة الآمنة. • تحديث خطط الطوارئ والإخلاء. • تحديد الأدوار ومسارات الإخلاء. • تدريب العاملين وتنفيذ تمارين المحاكاة والإخلاء.	• تقييم نتائج تدريبات الطوارئ والمحاكاة. • تطوير خطط الاستجابة بناءً على نتائج الاختبارات والحوادث. • رفع جاهزية العاملين. • تحسين سرعة وكفاءة الاستجابة للحوادث الحرجة.
٥– كفاءة الموارد والاستدامة المالية	• تنفيذ مبادرة كفاءة إدارة الموارد. • تحديد الأولويات في استخدام الدعم المالي. • تفعيل الرقابة على الإنفاق. • إعداد خطط الإنفاق ومتابعة أثر الدعم على الخدمات.	• قياس كفاءة استخدام الموارد والدعم المالي. • معالجة أوجه الهدر والانحراف في الإنفاق. • توجيه الموارد نحو الأولويات الحرجة. • تطوير آليات استدامة التمويل.
٦– ثقافة الجودة والتميز والابتكار	• إطلاق مبادرة بيئة العمل المتقدمة. • نشر ثقافة الجودة بين العاملين. • رفع كفاءة العاملين. • بدء مشاريع التحسين وتشجيع المقترحات والأفكار	• توسيع مشاريع التحسين المستمر. • تفعيل آلية استقبال وتقييم المقترحات. • تشجيع الابتكار في الخدمات والإجراءات. • تعزيز مشاركة العاملين في التطوير.
		• **نهاية ٢٠٢٨: مراجعة مرحلية للخطة وتقييم مستوى التقدم وإجراء التعديلات اللازمة.**

الخارطة الزمنية للأهداف الاستراتيجية ٢٠٢٧–٢٠٣١

تم تقسيم الخطة الاستراتيجية إلى ثلاث مراحل مترابطة، بحيث تنتقل المستشفى تدريجيًا من بناء الأساس والجاهزية، إلى التطوير والتحسين، ثم إلى التميز والاستدامة.

المجال الاستراتيجي	المرحلة الثالثة: ٢٠٣٠–٢٠٣١ شعار المرحلة: «التميز والاستدامة والريادة» التركيز الرئيسي: ترسيخ النتائج وتحقيق المستهدفات والوصول إلى مستوى أعلى من النضج المؤسسي.
١– السلامة وجودة الرعاية	• تحقيق المستهدفات الاستراتيجية لسلامة المرضى. • استدامة ممارسات مكافحة العدوى وحماية الخصوصية. • خفض الأخطاء والمضاعفات السريرية. • ترسيخ الممارسات الآمنة في جميع مراحل الرعاية.
٢– الحوكمة والرقابة المؤسسة	• الوصول إلى مستوى مرتفع من الامتثال المؤسسي. • تعزيز فعالية الرقابة والتدقيق الداخلي. • ترسيخ ثقافة المساءلة والشفافية. • ضمان استدامة تطبيق السياسات والإجراءات.
٣– البنية التحتية والتجهيزات الطبية	• تحقيق مستوى مرتفع من جاهزية المنشأة. • استكمال تحديث التجهيزات ذات الأولوية. • ضمان استدامة الصيانة والتحديث. • دعم استمرارية الخدمات الصحية بكفاءة.
٤– الجودة والسلامة والطوارئ	• الوصول إلى مستوى متقدم من الجاهزية للطوارئ والأزمات. • استمرار تدريبات المحاكاة والتقييم. • تحسين الاستجابة للحوادث والأزمات. • ترسيخ ثقافة السلامة والاستعداد المؤسسي.
٥– كفاءة الموارد والاستدامة المالية	• تحقيق أعلى كفاءة ممكنة في استخدام الموارد. • تعزيز استدامة التمويل. • تقليل الهدر المالي. • توجيه الدعم بصورة مستدامة نحو الأولويات.
٦– ثقافة الجودة والتميز والابتكار	• رفع مستوى النضج المؤسسي والجودة. • ترسيخ ثقافة التحسين المستمر. • توسيع الابتكار والممارسات التطويرية. • بناء بيئة عمل داعمة للتميز المؤسسي.

ثامناً: الخطط التنفيذية

بطاقة وصف الهدف

بطاقة الهدف الاستراتيجي الاول

اسم الهدف	خصوصية المريض والحد من الاخطاء والمضاعفات السريرية	مالك الهدف	إدارة الجودة وسلامة المرضى بالتنسيق مع الإدارات السريرية	وصف الهدف	توفير بيئة علاجية آمنه تحافظ على خصوصية المريض وكرامته والحد من الاخطاء والمضاعفات السريرية
اصحاب العلاقة	الاطباء الكادر الفني ادارة الجودة الادارة العليا	الأهداف المترابطة			• تعزيز تطبيق معايير الخصوصية والسرية في جميع مراحل تقديم الرعاية • تطبيق نظام البطاقات التعريفية الملونة لتصنيف المرضى حسب درجة الخطورة وربطه بنظام الإنذار المبكر لاكتشاف التدهور السريري والتدخل السريع. • تعزيز الالتزام بممارسات مكافحة العدوى

وصف الهدف

مؤشرات الهدف			خصائص الهدف
مؤشرات تشغيلية	الالتزام بالخصوصية والسرية ≥٩٥%تطبيق تصنيف المرضى حسب الخطورة ≥٩٠%الالتزام بممارسات مكافحة العدوى ≥٩٥%	مؤشرات استراتيجية	خفض الأخطاء والمضاعفات القابلة للمنع ≥١٥%رضا المرضى عن الأمان والخصوصية ≥٩٠%	استراتيجي • عالي الأولوية • قابل للقياس • ذو أثر مباشر على سلامة المرضى

مؤشر الخطورة	التارابط
ارتفاع الأخطاء أو المضاعفات السريرية أو خروقات للخصوصية قد تؤثر في سلامة المرضى وسمعة المستشفى.	يرتبط مباشرة بالرؤية والرسالة، ويدعم الجودة والسلامة والحوكمة والتحسين المستمر.

المبادرات

اسم المبادرة	الهدف الاستراتيجي	المسؤول عن المبادرة والجهات المعنية	مدة المبادرة
مبادرة درع السلامة السريرية.	توفير بيئة علاجية آمنة تحافظ على خصوصية المريض وكرامته والحد من الأخطاء والمضاعفات السريرية.	مدير المستشفى بالتعاون مع إدارة الجودة وسلامة المرضى، وإدارة مكافحة العدوى، وإدارة التمريض، والأقسام الطبية.	٦أشهرقابلة للتجديد

وصف المبادرة وتفصيلها

تنفيذ برنامج متكامل للحد من المخاطر السريرية داخل المستشفى، من خلال تدريب العاملين على إجراءات سلامة المرضى، وتعزيز الالتزام بمكافحة العدوى وسلامة الدواء، وتطبيق إجراءات منع السقوط وقرح الفراش، وحماية خصوصية المريض، مع متابعة الأخطاء والمضاعفات وتحليل أسبابها ووضع إجراءات تصحيحية.

الأثر المرجو

خاص	رفع مستوى سلامة المريض وحماية خصوصيته وكرامته وتحسين تجربته العلاجية.
اجتماعي	زيادة ثقة المرضى والمجتمع بالمستشفى وتحسين العلاقة بين المرضى والعاملين الصحيين.
اقتصادي	تقليل المضاعفات والأخطاء التي تؤدي إلى إطالة فترة إقامة المريض وإعادة تقديم الخدمات العلاجية.
مالي	خفض التكاليف الناتجة عن الأخطاء والمضاعفات السريرية والشكاوى، وتحسين استخدام موارد المستشفى.

مصفوفة التحسين للهدف الاستراتيجي الاول

الهدف الاستراتيجي	الأهداف التنفيذية	الأنشطة التشغيلية (الإجراءات)	المسؤول عن التنفيذ	الزمن	متطلبات التنفيذ
توفير بيئة علاجية آمنه تحافظ على خصوصية المريض وكرامته والحد من الاخطاء والمضاعفات السريرية	٣. تطبيق نظام البطاقات التعريفية الملونة لتصنيف المرضى حسب درجة الخطورة وربطه بنظام الإنذار المبكر لاكتشاف التدهور السريري والتدخل السريع.	• وضع معايير واضحة لتصنيف المرضى حسب درجة الخطورة وتحديد اللون المناسب • جراء قياسات دورية للعلامات الحيوية من قبل التمريض، وإدخال النتائج في نظام الإنذار المبكر لتحديد درجة الخطورة والتدخل السريع عند ارتفاع مستوى الإنذار • تدريب الأطباء والتمريض على دلالات الألوان وآلية الإستخدام	إدارة الجودة + الإدارات الطبية + التمريض	١٢شهر	بطاقات تعريفية ملونة، معايير تصنيف الخطورة، نظام إنذار مبكر، أجهزة قياس العلامات الحيوية، تدريب التمريض والأطباء، نظام لتسجيل ومتابعة القراءات

مصفوفة التحسين للهدف الاستراتيجي الاول

الهدف الاستراتيجي	الأهداف التنفيذية	الأنشطة التشغيلية (الإجراءات)	المسؤول عن التنفيذ	الزمن	متطلبات التنفيذ	المبالغ التقديرية
توفير بيئة علاجية آمنه تحافظ على خصوصية المريض وكرامته والحد من الاخطاء والمضاعفات السريرية	١. تعزيز تطبيق معايير الخصوصية والسرية في جميع مراحل تقديم الرعاية	•وضع سياسة واضحة لحماية خصوصية وكرامة المرضى وتعميمها •. توفير الفواصل والستائر في غرف المرضى وأماكن الفحص	إدارة الخدمات + إدارة التمريض + إدارة الجودة	٣ اشهر	سياسات وإجراءات معتمدة، فواصل وستائر، نماذج توعية، تدريب العاملين، متابعة ورقابة	120,000,000 ريال يمني
	٢. تعزيز الالتزام بممارسات مكافحة	•متابعة الالتزام بغسل وتعقيم الأيدي •توفير مستلزمات الوقاية الشخصية ومتابعة استخدامها •تنفيذ جولات رقابية على إجراءات مكافحة العدوى	إدارة الجودة + مكافحة العدوى	مستمر	مستلزمات مكافحة العدوى، مستلزمات الوقاية الشخصية، مواد تعقيم، تدريب العاملين، قوائم تدقيق، فريق مكافحة العدوى	

مؤشرات الأداء KPIS:

مؤشرات خصوصية المريض والحد من الاخطاء والمضاعفات السريرية

المؤشر	خط الاساس	المستهدف المرحلي 2029	المستهدف النهائي 2031	دورية القياس
خفض الأخطاء والمضاعفات المتعلقة بالرعاية الصحية	5%	10%	15%	ربع سنوي
رفع مستوى رضا المرضى عن الأمان والخصوصية	70%	80%	90%	ربع سنوي

أولًا: هيكل حوكمة الخطة

رئاسة الهيئة / الإدارة العليا

لجنة الإشراف على تنفيذ الخطة الاستراتيجية

مسؤول/منسق متابعة الخطة الاستراتيجية

مالك الهدف لاستراتيجي الاول

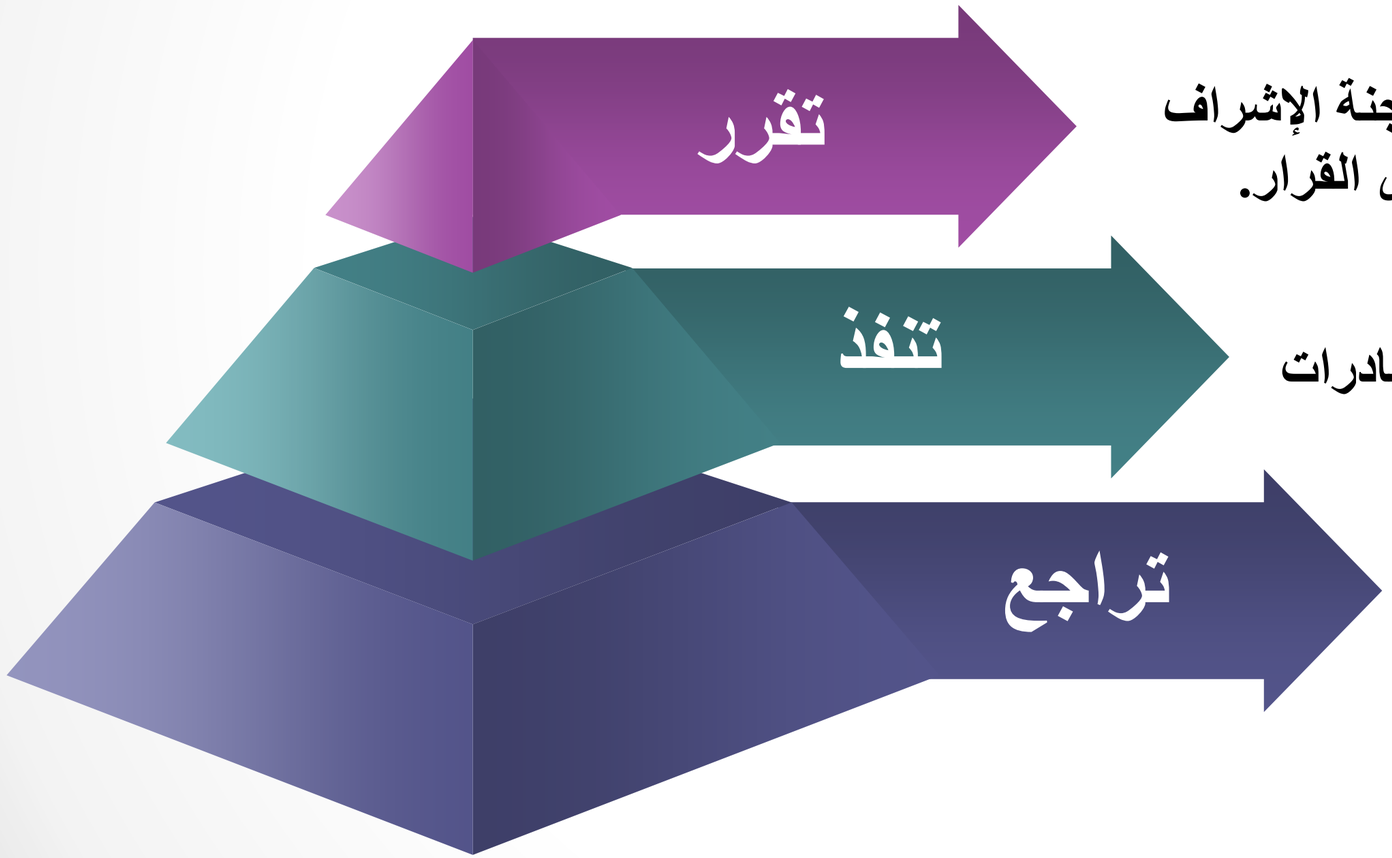
ملاك المبادرات والجهات المنفذة

المتابعة والتقييم ورفع التقارير

مهام المستويات

المستوى	المسؤولية
الإدارة العليا	اعتماد الخطة، توفير الدعم، واتخاذ القرارات المتعلقة بالتعثرات الرئيسية
لجنة الإشراف على الخطة	مراجعة مستوى التنفيذ، متابعة المؤشرات، ومعالجة التعثرات
منسق الخطة	جمع بيانات التنفيذ، تحديث المؤشرات، وإعداد التقارير
مالك الهدف	متابعة تحقيق الهدف والتنسيق بين الإدارات ذات العلاقة
مالك المبادرة	الإشراف على تنفيذ المبادرة ورفع مستوى الإنجاز
الجهات المنفذة	تنفيذ الأنشطة والإجراءات وتوثيق الإنجاز

حوكمة الخطة



الإدارة العليا + لجنة الإشراف حسب مستوى القرار.

الإدارات المسؤولة عن المبادرات والأنشطة.

لجنة الإشراف + الجودة/منسق الخطة

حوكمة الهدف الاستراتيجي الأول

الهدف	المسؤول	الجهات المشاركة	المؤشر
توفير بيئة علاجية آمنة تحافظ على خصوصية المريض وكرامته والحد من الأخطاء والمضاعفات السريرية.	إدارة الجودة	إدارة مكافحة العدوى، إدارة التمريض، الإدارات الطبية، إدارة الخدمات، والجهات ذات العلاقة.	نسبة الالتزام بمعايير سلامة المرضى والخصوصية وممارسات مكافحة العدوى

المستهدف	دورية المتابعة
٩٠%	ربع سنوي

ثالثا: مصفوفة الصلاحيات والمسؤوليات

النشاط	من يعتمده	من ينفذه	يراجعه/يتابعه	تتم إحاطته
اعتماد سياسة الخصوصية والكرامة	الإدارة العليا	إدارة الجودة والجهات المعنية	إدارة الجودة	لجنة الخطة
توفير الفواصل والستائر	الإدارة المختصة	إدارة الخدمات إدارة الجودة لجنة الخطة	إدارة الجودة	لجنة الخطة
متابعة غسل وتعقيم الأيدي	إدارة مكافحة العدوى	الكادر الصحي إدارة مكافحة العدوى + الجودة لجنة الخطة	إدارة مكافحة العدوى وإدارة الجودة	لجنة الخطة
توفير مستلزمات الوقاية الشخصية	الجهة المختصة	إدارة التموين/الجهة المعنية	الجودة ومكافحة العدوى	لجنة الخطة
تنفيذ جولات مكافحة العدوى	إدارة مكافحة العدوى	فريق مكافحة العدوى إدارة الجودة الإدارة العليا	إدارة الجودة	الإدارة العليا
تطبيق البطاقات الملونة	الإدارة الطبية/ التمريض	إدارة التمريض والأقسام السريرية	إدارة الجودة	لجنة الخطة

رابعا: إنشاء نظام لمتابعة تنفيذ الخطة

يتم إنشاء نظام دوري لمتابعة تنفيذ الهدف الاستراتيجي من خلال مراجعة مؤشرات الأداء والأهداف التنفيذية والمبادرات المرتبطة به، وتحديد مستوى التقدم واتخاذ الإجراءات المناسبة عند وجود تأخر.

مستوى الحالة	معيار المتابعة	الإجراء
متقدم	الالتزام بممارسات مكافحة العدوى وتطبيق البطاقات التعريفية الملونة وفق المستهدف والزمن المحدد	استمرار المتابعة
يحتاج تدخل	انخفاض مستوى الالتزام بممارسات مكافحة العدوى أو وجود تأخر في تطبيق البطاقات التعريفية الملونة	تحديد سبب التأخر ووضع إجراء تصحيحي
متعثر	توقف تنفيذ إجراءات مكافحة العدوى أو عدم تطبيق البطاقات التعريفية الملونة بما يؤثر على سلامة المرضى	رفع الموضوع للجهة صاحبة الصلاحية واتخاذ قرار المعالجة

مثال :

يتم متابعة تنفيذ مبادرة درع السلامة السريرية من خلال مؤشرات الالتزام بالخصوصية ومكافحة العدوى وتطبيق نظام البطاقات التعريفية والإنذار المبكر، مع تصنيف مستوى التنفيذ وفق الحالات الثلاث أعلاه.

خامسا : ربط الحوكمة بالمخاطر لكل هدف أو مبادرة :

الهدف/ المبادرة	الخطر المحتمل	المسؤول عن المعالجة
مكافحة العدوى	ضعف الالتزام بممارسات مكافحة العدوى	إدارة مكافحة العدوى
الخصوصية	عدم توفر وسائل كافية لحماية خصوصية المرضى	إدارة الخدمات /الجودة
نظام الإنذار المبكر	عدم انتظام تسجيل العلامات الحيوية	إدارة التمريض
سلامة المرضى	تأخر التعامل مع الحالات المرضية في مراحلها البسيطة	الإدارة الطبية/التمريض

سادسا: آلية التصعيد واتخاذ القرار

يتم تصعيد حالات عدم الالتزام أو التعثر في تنفيذ إجراءات السلامة والخصوصية ومكافحة العدوى أو تطبيق نظام الإنذار المبكر، وفق تسلسل إداري واضح، بحيث تُرفع الملاحظات من الجهة المنفذة إلى المسؤول المباشر ثم إلى مالك الهدف ولجنة الإشراف على الخطة، مع اتخاذ الإجراء التصحيحي المناسب وفق مستوى الخطر وأثره على سلامة المرضى.

الحالة	التصعيد إلى
ملاحظات بسيطة في تطبيق الخصوصية وممارسات مكافحة العدوى أو البطاقات التعريفية	ترفع للمسؤول المباشر في القسم لاتخاذ الإجراء التصحيحي
تكرار المخالفة أو استمرار انخفاض الالتزام بإجراءات السلامة ومكافحة العدوى	ترفع الى ادارة الجودة وإدارة مكافحة العدوى لمتابعة المعالجة
تأخر أو تعثر يؤثر على سلامة المرضى أو خصوصيتهم	يرفع إلى لجنة الإشراف على الخطة لاتخاذ القرار وتوفير الدعم
وجود خطر مباشر أو جوهري على سلامة المريض	يُرفع مباشرة إلى الإدارة العليا لاتخاذ القرار الفوري
ملاحظات بسيطة في تطبيق الخصوصية وممارسات مكافحة العدوى أو البطاقات التعريفية	ترفع للمسؤول المباشر في القسم لاتخاذ الإجراء التصحيحي
تكرار المخالفة أو استمرار انخفاض الالتزام بإجراءات السلامة ومكافحة العدوى	ترفع الى ادارة الجودة وإدارة مكافحة العدوى لمتابعة المعالجة

سابعا : التقارير والمساءلة

تلتزم الجهات المسؤولة عن تنفيذ مبادرة درع السلامة السريرية برفع تقارير دورية عن مستوى الالتزام بإجراءات الخصوصية والسرية، وممارسات مكافحة العدوى، وتطبيق نظام تصنيف المرضى والإنذار المبكر، مع توضيح نسب الإنجاز والملاحظات وحالات عدم الالتزام والإجراءات التصحيحية المتخذة.

التقرير	المحتوى	الدورية	يرفع إلى
تقرير متابعة السلامة السريرية	مؤشرات الخصوصية، مكافحة العدوى، الإنذار المبكر، ونسب الإنجاز	ربع سنوي	لجنة الإشراف على الخطة
تقرير الملاحظات وحالات عدم الالتزام	الملاحظات المتكررة، أسبابها، والإجراءات التصحيحية	شهري	إدارة الجودة والإدارة المعنية
تقرير الحالات الحرجة	المخاطر أو الحالات التي قد تؤثر مباشرة على سلامة المرضى والإجراءات المتخذة	فورآ عند حدوثها	الإدارة العليا

والمساءلة ؛

تُحمّل كل جهة مسؤولة عن نشاط أو مبادرة مسؤولية متابعة تنفيذ ما يخصها ورفع نتائج التنفيذ والملاحظات في المواعيد المحددة، مع مراجعة مستوى الإنجاز واتخاذ الإجراءات التصحيحية عند وجود قصور.

بطاقة وصف الهدف

بطاقة الهدف الاستراتيجي الثاني

اسم الهدف	البنية التحتية والتجهيزات الطبية	مالك الهدف	إدارة الهندسة والصيانة الطبية بالتنسيق مع الإدارة الطبية	وصف الهدف	تطوير البنية التحتية والتجهيزات الطبية
اصحاب العلاقة	الإدارة العليا، الإدارات السريرية، الهندسة والصيانة، المشتريات، الكادر الطبي والتمريضي، المرضى			الأهداف المترابطة	• رفع جاهزية البنية التحتية للأقسام والخدمات • تحديث الأجهزة والمعدات الطبية ذات الأولوية • تقليل أعطال الأجهزة الطبية • تحسين بيئة وسلامة المنشأة

وصف الهدف

مؤشرات الهدف			خصائص الهدف
مؤشرات تشغيلية	جاهزية الأجهزة الحيوية ≥٩٥%زمن الاستجابة للأعطال الحرجة ≤٤ ساعات تنفيذ الصيانة الوقائية ≤٩٠%	مؤشرات استراتيجية	خفض أعطال الأجهزة الحرجة ≤٢٠%جاهزية البنية التحتية والخدمات ذات الأولوية ≤٩٠%	استراتيجي • تشغيلي • عالي الأولوية • مرتبط باستمرارية الخدمة وسلامة المنشأة

مؤشر الخطورة	التراابط
مرتفع: تعطل أجهزة أو مرافق حرجة أو تأخر الصيانة قد يسبب توقف الخدمة أو مخاطر على سلامة المرضى.	يدعم الرسالة في توفير خدمات آمنة وسهلة الوصول، ويرتبط بالجودة والسلامة والطوارئ وتخصيص الموارد.

المبادرات

اسم المبادرة	الهدف الاستراتيجي	المسؤول عن المبادرة والجهات المعنية	مدة المبادرة
مبادرة بوصلة الالتزام المؤسسي.	تعزيز الحوكمة والرقابة المؤسسية وضمان الامتثال للسياسات والإجراءات.	إدارة الجودة والحوكمة بالتعاون مع الإدارة العليا ومديري الأقسام والشؤون القانونية.	٦أشهرقابلة للتجديد

وصف المبادرة وتفصيلها

إنشاء نظام موحد لمتابعة مدى التزام الأقسام بالسياسات والإجراءات المعتمدة، من خلال إعداد قوائم تدقيق دورية، وتنفيذ زيارات رقابية، وتوثيق حالات عدم الالتزام، ووضع الإجراءات التصحيحية ومتابعة تنفيذها، مع رفع تقارير دورية للإدارة العليا.

الأثر المرجو

خاص	رفع مستوى الالتزام والانضباط في أداء العاملين وتوضيح المسؤوليات والصلاحيات.
اجتماعي	تعزيز الثقة والشفافية بين العاملين والمستفيدين من خدمات المستشفى.
اقتصادي	الحد من الهدر الناتج عن سوء تطبيق الإجراءات وتحسين كفاءة العمليات.
مالي	تقليل الخسائر والمخالفات المالية الناتجة عن عدم الالتزام بالإجراءات والضوابط، وتحسين استخدام الموارد.

مصفوفة التحسين للهدف الاستراتيجي الثاني

الهدف الاستراتيجي	الأهداف التنفيذية	الأنشطة التشغيلية (الإجراءات)	المسؤول عن التنفيذ	الزمن	متطلبات التنفيذ	المبالغ التقديرية
تعزيز الحوكمة والرقابة المؤسسية وضمان الامتثال للسياسات والإجراءات	١. رفع نسبة الالتزام بالسياسات والإجراءات إلى ٩٠%	١. مراجعة وتحديث السياسات والإجراءات واعتمادها وتعميمها على الأقسام	إدارة الجودة + الإدارة القانونية + الإدارات المعنية	٣اشهر	فريق الجودة السياسات المعتمدة	50,000,000 ريال يمني
	٢. تفعيل الرقابة الداخلية على أداء الأقسام	٢. توثيق المخالفات ومتابعة الإجراءات التصحيحية	رؤساء الأقسام + إدارة الجودة	مستمر	فريق رقابة، نماذج تدقيق، تقارير متابعة	

مصفوفة التحسين للهدف الاستراتيجي الثاني

الهدف الاستراتيجي	الأهداف التنفيذية	الأنشطة التشغيلية (الإجراءات)	المسؤول عن التنفيذ	الزمن	متطلبات التنفيذ
تعزيز الحوكمة والرقابة المؤسسية وضمان الامتثال للسياسات والإجراءات	٣. تشكيل وتفعيل وحدة تدقيق داخلي ميداني بصلاحيات رقابية واضحة لمتابعة الالتزام بالسياسات والإجراءات واتخاذ الإجراءات التصحيحية الفورية	إصدار قرار تشكيل الوحدة، تحديد الصلاحيات، إعداد خطة التدقيق، تنفيذ جولات ميدانية دورية	الإدارة العليا + إدارة الجودة والرقابة الداخلية	١٢ شهر	قرار من الإدارة العليا، هيكل تنظيمي
	٤. تعزيز المساءلة والشفافية الإدارية	تفعيل آلية للإبلاغ عن المخالفات، توثيقها،	الإدارة العليا + إدارة الجودة والرقابة الداخلية	١٢ شهر	نماذج متابعة ، مسؤولون محددون

مؤشرات الأداء KPIS:

البنية التحتية والتجهيزات الطبية

المؤشر	خط الاساس	المستهدف المرحلي 2029	المستهدف النهائي 2031	دورية القياس
خفض أعطال الأجهزة الحرجة	20%	15%	20%	ربع سنوي
جاهزية البنية التحتيه والخدمات ذات الاولوية	70%	80%	90%	نصف سنوي

أولًا: هيكل حوكمة الخطة

رئاسة الهيئة / الإدارة العليا

حوكمة الهدف الاستراتيجي الثاني

الهدف	المسؤول	الجهات المشاركة	المؤشر
تعزيز الحوكمة والرقابة المؤسسية وضمان الامتثال للسياسات والإجراءات.	إدارة الجودة والرقابة الداخلية.	الموارد البشرية، المالية، الشؤون القانونية، تقنية المعلومات، التخطيط والمتابعة، المراجعة الداخلية، وبقية الإدارات والأقسام ذات العلاقة.	نسبة الالتزام بالسياسات والإجراءات المعتمدة.

المستهدف	دورية المتابعة
رفع نسبة الالتزام إلى ٩٠%.	ربع سنوي

ثالثا: مصفوفة الصلاحيات والمسؤوليات

النشاط	من يعتمده	من ينفذه	يراجعه/يتابعه	تتم إحاطته
إعتماد وتحديث السياسات والاجراءات	الإدارة العليا	إدارة الجـــــــودة والإدارات المعنية	الجهة المختصة	رؤساء الأقسام
تنفيذ التدقيق الميداني	الإدارة العليا	وحدة التدقيق الداخلي	إدارة الجـــــودة والرقابـــــة الداخلية	لجنة الإشراف
معالجة المخالفات	رئيس القسم/الإدارة المعنية	رئيس القسم/الإدارة المعنية	وحدة التدقيق الداخلي وإدارة الجودة	الإدارة العليا للمخالفات الجوهرية
متابعة الاجراءات التصحيحه	الجهة المعنية	الجهة المعنية	وحدة التدقيق الداخلي وإدارة الجودة	لجنة الإشراف
إعتماد وتحديث السياسات والاجراءات	الإدارة العليا	إدارة الجـــــــودة والإدارات المعنية	الجهة المختصة	رؤساء الأقسام
تنفيذ التدقيق الميداني	الإدارة العليا	وحدة التدقيق الداخلي	إدارة الجـــــودة والرقابـــــة الداخلية	لجنة الإشراف

رابعا: إنشاء نظام لمتابعة تنفيذ الخطة

يتم إنشاء نظام دوري لمتابعة تنفيذ الهدف الاستراتيجي من خلال مراجعة مؤشرات الأداء والأهداف التنفيذية والمبادرات المرتبطة به، وتحديد مستوى التقدم واتخاذ الإجراءات المناسبة عند وجود تأخر.

مستوى الحالة	معيار المتابعة	الإجراء
متقدم	تحقيق الالتزام بالسياسات والإجراءات وتفعيل الرقابة الداخلية والمساءلة والشفافية وفق المستهدف والزمن المحدد	استمرار المتابعة
يحتاج تدخل	انخفاض نسبة الالتزام بالسياسات والإجراءات أو وجود تأخر في تفعيل الرقابة الداخلية والمساءلة	تحديد سبب التأخر ووضع إجراء تصحيحي
متعثر	ستمرار عدم الالتزام بالسياسات والإجراءات أو تعثر تفعيل وحدة التدقيق الداخلي وآليات المساءلة	رفع الموضوع للجهة صاحبة الصلاحية واتخاذ قرار المعالجة

مثال :

إنشاء نظام إلكتروني لمتابعة تنفيذ الخطة الاستراتيجية، يتيح متابعة مستوى الالتزام بالسياسات والإجراءات، وقياس نسبة الإنجاز، ورصد الملاحظات والإجراءات التصحيحية؛ بما يعزز الحوكمة والرقابة المؤسسية ويضمن الامتثال للسياسات والإجراءات.

خامسا : ربط الحوكمة بالمخاطر لكل هدف أو مبادرة :

الهدف/ المبادرة	الخطر المحتمل	المسؤول عن المعالجة
رفع مستوى الالتزام بالسياسات والإجراءات	عدم الالتزام بالسياسات والإجراءات المعتمدة.	إدارة الجودة والإدارات المعنية.
تطوير نظام التدقيق والرقابة الداخلية	ضعف الرقابة الداخلية على أداء الأقسام.	وحدة التدقيق الداخلي وإدارة الجودة.
نشر السياسات والإجراءات	عدم إعلان السياسات والإجراءات رغم وجودها	إدارة الجودة ورؤساء الأقسام.
متابعة الإجراءات التصحيحية	ضعف توثيق المخالفات ومتابعة الإجراءات التصحيحية.	وحدة التدقيق الداخلي والإدارات المعنية.

سادسا: آلية التصعيد واتخاذ القرار

يتم تصعيد حالات عدم الالتزام المتكررة أو المخالفات التي لم تتم معالجتها أو العوائق التي تتجاوز صلاحيات الجهة المنفذة، وفق التسلسل الإداري المحدد، بدءًا من رئيس القسم، ثم وحدة التدقيق الداخلي وإدارة الجودة، وصولًا إلى لجنة الإشراف أو الإدارة العليا بحسب مستوى المخالفة ويتم تحديد الإجراء التصحيحي والمسؤول عن تنفيذه والمدة المحددة للمعالجة، مع تصعيد الحالات التي تتطلب قرارًا أو صلاحية إدارية أعلى.

الحالة	التصعيد إلى
وجود مخالفة بسيطة للسياسات والإجراءات	ترفع للمسؤول المباشر في القسم لاتخاذ الإجراء التصحيحي
تكرار المخالفات أو استمرار ضعف الالتزام بالسياسات والإجراءات	تُرفع إلى إدارة الجودة والرقابة الداخلية للمتابعة والمعالجة
تعثر تنفيذ إجراءات الرقابة أو وجود تأخر يحتاج إلى قرار أو دعم	يُرفع إلى لجنة الإشراف على الخطة لاتخاذ القرار
وجود مخالفة جسيمة تؤثر على الحوكمة أو الامتثال المؤسسي	تُرفع مباشرةً إلى الإدارة العليا لاتخاذ القرار المناسب
وجود مخالفة بسيطة للسياسات والإجراءات	ترفع للمسؤول المباشر في القسم لاتخاذ الإجراء التصحيحي
تكرار المخالفات أو استمرار ضعف الالتزام بالسياسات والإجراءات	تُرفع إلى إدارة الجودة والرقابة الداخلية للمتابعة والمعالجة

سابعا : التقارير والمساءلة

تلتزم الجهات المسؤولة عن تنفيذ الهدف برفع نتائج الرقابة والتدقيق ومستوى الالتزام بالسياسات والإجراءات، مع توضيح المخالفات والإجراءات التصحيحية وحالة تنفيذها، بما يضمن المساءلة والشفافية.

التقرير	المحتوى	الدورية	يرفع إلى
تقرير الالتزام بالسياسات والإجراءات	نسبة الالتزام ونتائج المتابعة	ربع سنوي	لجنة الاشراف
تقرير التدقيق الميداني	نتائج الجولات والملاحظات والمخالفات	شهري	إدارة الجودة والإدارة العليا
تقرير الإجراءات التصحيحية	المخالفات والإجراءات المتخذة وحالة الإغلاق	ربع سنوي	لجنة الاشراف

والمساءلة ؛

تتحمل كل جهة مسؤولية الالتزام بالسياسات والإجراءات الواقعة ضمن اختصاصها، ومعالجة الملاحظات والمخالفات خلال المدة المحددة، مع متابعة تنفيذ الإجراءات التصحيحية من الجهة الرقابية المختصة.

بطاقة وصف الهدف

بطاقة الهدف الاستراتيجي الثالث

اسم الهدف	منظومة الجودة والسلامة وجاهزية الطوارئ	مالك الهدف	إدارة الجودة وسلامة المرضى بالتنسيق مع إدارة قسم الطوارئ والإدارة العليا	وصف الهدف	تعزيز منظومة الجودة والسلامة ورفع جاهزية الطوارئ والأزمات
اصحاب العلاقة	الإدارة العليا، الجودة، الطوارئ، الأقسام السريرية، مكافحة العدوى، والجهات ذات العلاقة			الأهداف المترابطة	• رفع مستوى الالتزام بمعايير الجودة والسلامة • رفع جاهزية المستشفى للطوارئ والأزمات • اختبار جاهزية العاملين للطوارئ • تحسين الاستجابة للحوادث والأزمات

وصف الهدف

مؤشرات الهدف			خصائص الهدف
مؤشرات تشغيلية	الالتزام بمعايير الجودة والسلامة ≥٩٠% تنفيذ تمارين الطوارئ وفق الخطة ≥٩٠% اجتياز العاملين لاختبارات الجاهزية ≥٩٠%	مؤشرات استراتيجية	خفض زمن الاستجابة للحوادث الحرجة ≥٢٠% مستوى الجاهزية المؤسسية للطوارئ ≥٩٠%	استراتيجي • مؤسسي • قابل للقياس • حرج لاستمرارية الأعمال والاستجابة للأزمات

مؤشر الخطورة	التترابط
ضعف الجاهزية أو بطء الاستجابة للحوادث والأزمات قد يزيد المخاطر السريرية ويعطل الخدمات.	يترجم الرؤية المتعلقة بمواجهة الأزمات بكفاءة، ويرتبط بسلامة المرضى والبنية التحتية والحوكمة والتحسين المستمر.

المبادرات

اسم المبادرة	الهدف الاستراتيجي	المسؤول عن المبادرة والجهات المعنية	مدة المبادرة
مبادرة جاهزية المنشأة الصحية.	تطـوير البنيـة التحتيـه والتجهيـزات الطبية.	إدارة المستشفى بالتعاون مع إدارة الصيانة والهندسة الطبية والإدارة المالية والإمداد.	١٢شهر

وصف المبادرة وتفصيلها

تنفيذ برنامج متكامل لتقييم احتياجات المستشفى من المباني والتجهيزات الطبيـة، وتأهيـل المرافـق ذات الأولويـة، وتـوفير الأجهـزة والمعـدات الأساسية، مـع وضـع خطـة للصيانـة الدوريـة والتحديث المستمر لضمان جاهزية المنشأة واستمرارية الخدمات الصحية.

الأثر المرجو	
خاص	تحسـين بيئـة العمـل وتـوفير التجهيـزات اللازمـة للعـاملين والمرضى.
اجتماعي	تحسـين جـودة الخـدمات الصـحية ورفـع رضـا المرضـى والمجتمع.
اقتصادي	تقليـل الأعطـال والتوقفـات وتحسـين كفـاءة اسـتخدام الأجهـزة والمرافق.
مالي	تقليـل تكـاليف الإصـلاحات الطارئـة وإطالـة العمـر التشـغيلي للأجهزة والمعدات.

مصفوفة التحسين للهدف الاستراتيجي الثالث

الهدف الاستراتيجي	الأهداف التنفيذية	الأنشطة التشغيلية (الإجراءات)	المسؤول عن التنفيذ	الزمن	متطلبات التنفيذ	المبالغ التقديرية
تطوير البنية التحتية والتجهيزات الطبية	١. رفع جاهزية البنية التحتية للأقسام والخدمات	• تقييم حالة المبنى والمرافق • تحديد الأولويات تنفيذ أعمال الصيانة والتأهيل ومتابعة الإنجاز	إدارة الخدمات + إدارة الصيانة والهندسة	متوسط (سنة)	ميزانية، مهندسون، فريق صيانة	900,000,000 ريال يمني
	٢. تحديث الأجهزة والمعدات الطبية ذات الأولوية	• حصر الأجهزة تقييم حالتها • تحديد الأجهزة الحرجة وإحلال أو شراء الأجهزة ذات الأولوية	إدارة الهندسة الطبية + التموين الطبي + الإدارة المالية	(٢-١٠)أشهر	ميزانية، مواصفات فنية، لجنة مشتريات	

مصفوفة التحسين للهدف الاستراتيجي الثالث

الهدف الاستراتيجي	الأهداف التنفيذية	الأنشطة التشغيلية (الإجراءات)	المسؤول عن التنفيذ	الزمن	متطلبات التنفيذ
تطوير البنية التحتية والتجهيزات الطبية	٣. تقليل أعطال الأجهزة الطبية	• إعداد وتنفيذ برنامج للصيانة الوقائية الدورية وتوثيق الأعطال والإصلاحات	إدارة الهندسة الطبية	مستمر (ربع سنوي)	مهندسو صيانة، قطع غيار، عقود صيانة
	٤. تحسين بيئة وسلامة المنشأة	• معالجة الملاحظات المتعلقة بالممرات، مخارج الطوارئ، الإضاءة، التهوية وعوامل السلامة	إدارة الخدمات + إدارة الجودة والسلامة	(١-١٢) شهر	فريق السلامة، الصيانة، ميزانية

مؤشرات الأداء KPIs:

منظومة الجودة والسلامة وجاهزية الطوارئ

المؤشر	خط الاساس	المستهدف المرحلي 2029	المستهدف النهائي 2031	دورية القياس
خفض زمن الاستجابة للحوادث الحرجة	10%	10%	20%	ربع سنوي
رفع الجاهزية المؤسسية للطوارئ	75٪	80٪	90٪	نصف سنوي

أولًا: هيكل حوكمة الخطة

رئاسة الهيئة / الإدارة العليا

لجنة الإشراف على تنفيذ الخطة الاستراتيجية

مسؤول/منسق متابعة الخطة الاستراتيجية

مالك الهدف الاستراتيجي الثالث

إدارة الصيانة والهندسة الطبية + الإدارة المالية والإمداد + الأقسام المعنية

المتابعة والتقييم ورفع التقارير

مهام المستويات

المستوى	المسؤولية
الإدارة العليا	اعتماد أولويات التطوير، وتوفير التمويل، واتخاذ القرارات بشأن المشاريع والتعثرات.
لجنة الإشراف على الخطة	مراجعة مستوى تنفيذ الهدف، متابعة جاهزية المنشأة والأجهزة، ومعالجة التعثرات.
منسق الخطة	جمع بيانات التنفيذ، تحديث المؤشرات، ومتابعة نسب الإنجاز ورفع التقارير.
مالك الهدف	متابعة تحقيق هدف تطوير البنية التحتية والتجهيزات الطبية والتنسيق بين الإدارات ذات العلاقة.
الجهات المنفذة	تنفيذ أعمال التقييم والصيانة والتأهيل والتجهيز والتحديث وتوثيق الإنجاز.
الإدارة العليا	اعتماد أولويات التطوير، وتوفير التمويل، واتخاذ القرارات بشأن المشاريع والتعثرات.

حوكمة الهدف الاستراتيجي الثالث

الهدف	المبادرة	المسؤول	الجهات المشاركة	المؤشر
تطوير البنية التحتية والتجهيزات الطبية.	مبادرة جاهزية المنشأة الصحية	إدارة المستشفى بالتعاون مع إدارة الصيانة والهندسة الطبية والإدارة المالية والإمداد.	إدارة الصيانة، إدارة الهندسة الطبية، الإدارة المالية، إدارة الإمداد، إدارة الجودة والسلامة، والأقسام الطبية والخدمية المعنية	نسبة جاهزية المرافق والأجهزة الطبية وتحقيق متطلبات التأهيل والصيانة والتحديث

المستهدف	دورية المتابعة
رفع جاهزية البنية التحتية والتجهيزات الطبية وتحقيق نسبة إنجاز لا تقل عن ٩٠%.	ربع سنوي، مع متابعة دورية لأعمال الصيانة والأعطال والتجهيزات.

ثالثا: مصفوفة الصلاحيات والمسؤوليات

النشاط	من يعتمده	من ينفذه	يراجعه/يتابعه	تتم إحاطته
تقييم حالة المبنى والمرافق وتحديد الأولويات	إدارة المستشفى	إدارة الصيانة والهندسة	إدارة الجودة والسلامة	لجنة الخطة
تنفيذ أعمال الصيانة والتأهيل ومتابعة الإنجاز	الإدارة العليا	إدارة الصيانة والهندسة	إدارة المستشفى	لجنة الخطة
حصر الأجهزة الطبية وتقييم حالتها	إدارة المستشفى	إدارة الهندسة الطبية	إدارة الجودة	الإدارة العليا
تحديد الأجهزة الحرجة ذات الأولوية	إدارة المستشفى	الهندسة الطبية + الأقسام المعنية	الإدارة المالية والإمداد	لجنة الخطة
توفير وشراء الأجهزة ذات الأولوية	الإدارة العليا	الإمداد + الإدارة المالية	إدارة الهندسة الطبية	إدارة المستشفى
إعداد وتنفيذ برنامج الصيانة الدورية	إدارة المستشفى	إدارة الصيانة والهندسة الطبية	إدارة الجودة والسلامة	لجنة الخطة
معالجة الأعطال والملاحظات الفنية	إدارة المستشفى	الصيانة والهندسة الطبية	إدارة الجودة	الإدارة العليا
تقييم نتائج الصيانة والتحديثات	إدارة المستشفى	الصيانة والهندسة الطبية	لجنة الخطة	الإدارة العليا

رابعا: إنشاء نظام لمتابعة تنفيذ الخطة

تتم متابعة مبادرة جاهزية المنشأة الصحية من خلال مراجعة حالة المباني والمرافق، ونسب إنجاز أعمال التأهيل، وتوفر الأجهزة الطبية ذات الأولوية، وبرنامج الصيانة الدورية، والأعطال والإصلاحات والتحديثات.

مستوى الحالة	معيار المتابعة	الإجراء
متقدم	تنفيذ أعمال التأهيل والتجهيز والصيانة وفق الخطة والزمن المحدد	استمرار المتابعة
يحتاج تدخل	تأخر في أعمال الصيانة أو التوريد أو التأهيل	تحديد سبب التأخر ووضع إجراء تصحيحي
متعثر	توقف مشروع أو عطل مؤثر أو عدم توفر تجهيز أساسي	رفع الموضوع للجهة صاحبة الصلاحية واتخاذ قرار المعالجة

مثال :

تتم متابعة المبادرة من خلال حالة المرافق ذات الأولوية، ونسبة توفير الأجهزة الطبية، ونسب تنفيذ الصيانة الدورية، والأعطال المتكررة، ونتائج أعمال التأهيل والتحديث.

خامسا : ربط الحوكمة بالمخاطر لكل هدف أو مبادرة :

الهدف/ المبادرة	الخطر المحتمل	المسؤول عن المعالجة
تطوير البنية التحتية	تأخر التأهيل ووجود مرافق غير مؤهلة	إدارة المستشفى + الصيانة والهندسة
التجهيزات الطبية	نقص الأجهزة وتكرار الأعطال	الهندسة الطبية + الإمداد
الصيانة الدورية	عدم الالتزام ببرنامج الصيانة	إدارة الصيانة
التحديث المستمر	تأخر التحديثات والإصلاحات	الجهات المختصة

سادسا: آلية التصعيد واتخاذ القرار

يتم التصعيد عند تأخر التنفيذ، تعثر أعمال التأهيل، نقص الأجهزة ذات الأولوية، أو تكرار الأعطال، مع رفع تقرير يوضح سبب التعثر والإجراء المطلوب.

الحالة	التصعيد إلى
عطل أو ملاحظة فنية بسيطة يمكن معالجتها داخل القسم	المسؤول المباشر / فريق الصيانة
تكرار العطل أو تأخر المعالجة	إدارة الصيانة أو مالك المبادرة
تعثر في التوريد أو التأهيل أو نقص التمويل	مالك الهدف / لجنة الإشراف
تعطل تجهيز أساسي أو مرفق يؤثر على استمرارية الخدمة الصحية	الإدارة العليا فوراً
عطل أو ملاحظة فنية بسيطة يمكن معالجتها داخل القسم	المسؤول المباشر / فريق الصيانة
تكرار العطل أو تأخر المعالجة	إدارة الصيانة أو مالك المبادرة

سابعا : التقارير والمساءلة

تلتزم الجهات المسؤولة عن تنفيذ الهدف برفع نتائج الرقابة والتدقيق ومستوى الالتزام بالسياسات والإجراءات، مع توضيح المخالفات والإجراءات التصحيحية وحالة تنفيذها، بما يضمن المساءلة والشفافية.

التقرير	المحتوى	الدورية	يرفع إلى
تقرير جاهزية المنشأة	حالة المباني والمرافق ونسب أعمال التأهيل	ربع سنوي	لجنة الإشراف على الخطة
تقرير التجهيزات الطبية	الأجهزة المتوفرة، الأجهزة ذات الأولوية، وحالتها الفنية	ربع سنوي	إدارة المستشفى والإدارة العليا
تقرير الصيانة والأعطال	أعمال الصيانة المنفذة، الأعطال، ومدة المعالجة	شهري	إدارة المستشفى
تقرير التوريد والتجهيز	مستوى توفير الأجهزة والمعدات المطلوبة ونسب الإنجاز	شهري / ربع سنوي	الادارة العليا
تقرير الحالات الحرجة	الأعطال أو النواقص التي تؤثر مباشرة على تقديم الخدمات الصحية	فوراً عند حدوثها	الادارة العليا
التقرير الشامل للمبادرة	مستوى تحقيق الأهداف التنفيذية، نسب الإنجاز، التحديات والمخاطر	ربع سنوي	لجنة الإشراف على الخطة
تقرير جاهزية المنشأة	حالة المباني والمرافق ونسب أعمال التأهيل	ربع سنوي	لجنة الإشراف على الخطة

والمساءلة ؛

تتحمل كل جهة مسؤولة عن أعمال البنية التحتية أو التجهيزات أو الصيانة مسؤولية تنفيذ ما يخصها، وتوثيق الإنجاز ورفع التقارير في المواعيد المحددة، مع اتخاذ الإجراءات التصحيحية عند وجود قصور.

بطاقة وصف الهدف

بطاقة الهدف الاستراتيجي الرابع

اسم الهدف	الاستدامة المالية وتعظيم أثر الدعم	مالك الهدف	الإدارة المالية بالتنسيق مع الإدارة العليا وإدارة التخطيط والجهات الداعمة	وصف الهدف
اصحاب العلاقة	الإدارة العليا، الإدارة المالية، الأقسام والوحدات، الجهات الداعمة والمانحة، المرضى والمجتمع	الأهداف المترابطة	• تخصيص احتياطي مالي للطوارئ بنسبة ٣% من الميزانية الشهرية • إعداد خطة إنفاق ربع سنوية تفصيلية توزع الميزانية على الأقسام حسب احتياجاتها الفعلية • تنويع مصادر الدعم والتمويل لضمان استدامة الموارد المالية ذات الأولوية والتواصل مع الجهات المانحة	تعظيم العائد من الدعم المالي المقدم وضمان استدامته

وصف الهدف

مؤشرات الهدف			خصائص الهدف
مؤشرات تشغيلية	الالتزام بخطة الإنفاق الربع سنوية ≥٩٠%تخصيص احتياطي طوارئ ٣% من الميزانية الشهرية الإنفاق الموجه للأولويات ≥٩٠%	مؤشرات استراتيجية	تحسين كفاءة استخدام الموارد 90% تنويع مصادر الدعم والتمويل سنوياً استدامة تمويل الأولويات الحرجة 90%	استراتيجي • مالي • مستدام • قائم على الأولويات والاحتياج الفعلي

مؤشر الخطورة	التراابط
انخفاض أو تقلب الدعم المالي أو سوء تخصيص الموارد قد يؤثر في استمرارية الخدمات والأولويات.	يدعم الاستدامة في الرعاية الصحية، ويربط الموارد بالأولويات الاستراتيجية والجودة والبنية التحتية والحوكمة.

المبادرات

اسم المبادرة	الهدف الاستراتيجي	المسؤول عن المبادرة والجهات المعنية	مدة المبادرة
مبادرة الاستجابة الآمنة	تعزيز منظومة الجودة والسلامة ورفع مستوى الجاهزية للتعامل مع حالات الطوارئ والأزمات.	إدارة الجودة والسلامة بالتنسيق مع إدارة الطوارئ والأقسام المعنية.	١٢شهرا قابلة للتجديد

وصف المبادرة وتفصيلها

تطوير إجراءات الجودة والسلامة، وإعداد وتحديث خطط الطوارئ والأزمات، مع تدريب العاملين وتنفيذ تجارب إخلاء وتمارين محاكاة دورية لضمان سرعة وكفاءة الاستجابة.

الأثر المرجو

خاص	رفع مستوى سلامة المرضى والعاملين.
اجتماعي	تعزيز ثقة المستفيدين بالخدمات الصحية.
اقتصادي	الحد من الخسائر الناتجة عن الحوادث والأزمات.
مالي	تقليل تكاليف الأضرار والهدر الناتج عن الأزمات.

مصفوفة التحسين للهدف الاستراتيجي الرابع

الهدف الاستراتيجي	الأهداف التنفيذية	الأنشطة التشغيلية (الإجراءات)	المسؤول عن التنفيذ	الزمن	متطلبات التنفيذ	المبالغ التقديرية
تعزيز منظومة الجودة والسلامة ورفع جاهزية الطوارئ والأزمات	١. رفع مستوى الالتزام بمعايير الجودة والسلامة	• تنفيذ جولات جودة وسلامة دورية، تحديد الملاحظات، ووضع ومتابعة الإجراءات التصحيحية	إدارة الجودة ومكافحة العدوى	مستمر	فريق الجودة، قوائم تدقيق، تقارير	150,000,000 ريال يمني
	٢. رفع جاهزية المستشفى للطوارئ والأزمات	• تحديث خطة الطوارئ والإخلاء وتحديد الأدوار ومسارات الإخلاء ونقاط التجمع	إدارة الجودة وسلامة المرضى	٤اشهر	خطة طوارئ، خرائط، فريق أزمات	

مصفوفة التحسين للهدف الاستراتيجي الرابع

الهدف الاستراتيجي	الأهداف التنفيذية	الأنشطة التشغيلية (الإجراءات)	المسؤول عن التنفيذ	الزمن	متطلبات التنفيذ
تعزيز منظومة الجودة والسلامة ورفع جاهزية الطوارئ والأزمات	٣. اختبار جاهزية العاملين للطوارئ	• تنفيذ تدريبات ومحاكاة دورية للحريق والإخلاء والكوارث والطوارئ الكبرى	الموارد البشرية + إدارة الجودة + رؤساء الأقسام	٦اشهر	فريق طوارئ، أدوات تدريب، تنسيق
	٤. تحسين الاستجابة للحوادث والأزمات	• تقييم نتائج التدريبات والحوادث وتحديث خطط الاستجابة وفق نقاط الضعف المكتشفة	الإدارة العليا + إدارة الجودة + رؤساء الأقسام المعنية	مستمر	تقارير تقييم، فريق إدارة الأزمات، إجراءات تصحيحية

مؤشرات الأداء KPIs:

الاستدامة المالية وتعظيم اثر الدعم

المؤشر	خط الاساس	المستهدف المرحلي 2029	المستهدف النهائي 2031	دورية القياس
تحسين كفاءة استخدام الموارد	70%	80%	90%	ربع سنوي
تنويع مصادر الدعم والتمويل	70%	80%	90%	سنوي

أولًا: هيكل حوكمة الخطة

رئاسة الهيئة / الإدارة العليا

لجنة الإشراف على تنفيذ الخطة الاستراتيجية

مسؤول/منسق متابعة الخطة الاستراتيجية

مالك الهدف الاستراتيجي الرابع

مالك مبادرة الاستجابة الآمنة

الجهات والأقسام المنفذة

المتابعة والتقييم ورفع التقارير

مهام المستويات

المستوى	المسؤولية
الإدارة العليا	اعتماد خطط الطوارئ والأزمات، توفير الدعم والموارد، واتخاذ القرارات المتعلقة بالتعثرات الرئيسية.
لجنة الإشراف على الخطة	مراجعة مستوى تنفيذ الهدف، متابعة مؤشرات الجودة والسلامة والجاهزية، ومعالجة التعثرات.
منسق الخطة	جمع بيانات التنفيذ، تحديث المؤشرات، ومتابعة نسب الإنجاز وإعداد التقارير.
مالك الهدف	متابعة تحقيق الهدف والتنسيق بين الإدارات والأقسام ذات العلاقة
مالك المبادرة	الإشراف على تنفيذ مبادرة الاستجابة الآمنة ومتابعة تحقيق أهدافها التنفيذية.
الجهات المنفذة	تنفيذ الأنشطة الخاصة بالجودة والسلامة والطوارئ والتدريب والمحاكاة وتوثيق الإنجاز.

حوكمة الهدف الاستراتيجي الرابع

الهدف	المبادرة	المسؤول	الجهات المشاركة	المؤشر
تعزيز منظومة الجودة والسلامة ورفع مستوى الجاهزية للتعامل مع حالات الطوارئ والأزمات.	مبادرة الاستجابة الآمنة	إدارة الجودة والسلامة بالتنسيق مع إدارة الطوارئ والأقسام المعنية.	إدارة الطوارئ، إدارة الموارد البشرية، رؤساء الأقسام، الأقسام الطبية والتمريضية، إدارة الخدمات، مكافحة العدوى، والجهات ذات العلاقة.	نسبة جاهزية المنشأة والتزامها بمعايير الجودة والسلامة والاستجابة للطوارئ والأزمات.

المستهدف	دورية المتابعة
رفع مستوى الجاهزية والالتزام وتحقيق نسبة لا تقل عن ٩٠%.	ربع سنوي، مع متابعة شهرية للأنشطة التنفيذية.

ثالثا: مصفوفة الصلاحيات والمسؤوليات

النشاط	من يعتمده	من ينفذه	يراجعه/يتابعه	تتم إحاطته
تنفيذ جولات الجودة والسلامة ومعالجة الملاحظات	إدارة الجودة والسلامة	فريق الجودة والأقسام المعنية	مالك الهدف	لجنة الخطة
تحديث خطط الطوارئ والإخلاء وتحديد الأدوار	الإدارة العليا	إدارة الجودة والسلامة + إدارة الطوارئ	لجنة الخطة	رؤساء الأقسام
تدريب العاملين على الطوارئ والإخلاء	إدارة الجودة والسلامة	الموارد البشرية + إدارة الطوارئ	إدارة الجودة	رؤساء الأقسام
تنفيذ تدريبات ومحاكاة وتجارب إخلاء دورية	الإدارة العليا	إدارة الطوارئ + الأقسام المعنية	إدارة الجودة والسلامه	لجنة الخطة
تقييم النتائج وتحسين خطط الاستجابة	إدارة الجودة والسلامة	فريق الجودة والطوارئ	مالك الهدف	الادارة العليا

رابعا: إنشاء نظام لمتابعة تنفيذ الخطة

يتم إنشاء نظام دوري لمتابعة تنفيذ مبادرة الاستجابة الآمنة من خلال مراجعة مؤشرات الجودة والسلامة، وجاهزية خطط الطوارئ، ونسب تدريب العاملين، ونتائج تمارين الإخلاء والمحاكاة، ومتابعة الإجراءات التصحيحية

مستوى الحالة	معيار المتابعة	الإجراء
متقدم	التنفيذ يسير وفق المستهدف والزمن المحدد	استمرار المتابعة
يحتاج تدخل	وجود تأخر أو انخفاض في مستوى الإنجاز	تحديد سبب التأخر ووضع إجراء تصحيحي
متعثر	توقف التنفيذ أو وجود عائق يؤثر على تحقيق الهدف	رفع الموضوع للجهة صاحبة الصلاحية واتخاذ قرار المعالجة

مثال :

تتم متابعة المبادرة من خلال نتائج جولات الجودة والسلامة، وتحديث خطط الطوارئ والإخلاء ، ونسبة تدريب العاملين، وتنفيذ تمارين المحاكاة والإخلاء ، ونتائج تقييم الاستجابة للحوادث.

خامسا : ربط الحوكمة بالمخاطر لكل هدف أو مبادرة :

الهدف / المبادرة	الخطر المحتمل	المسؤول عن المعالجة	الاجراء عند حدوث الخطر
رفع الالتزام بالجودة والسلامة	ضعف الالتزام	إدارة الجودة والسلامة	جولات وإجراءات تصحيحية
رفع جاهزية الطوارئ	عدم تحديث الخطط	إدارة الجودة والطوارئ	تحديث واعتماد الخطط
اختبار جاهزية العاملين	ضعف التدريب	الموارد البشرية والجودة	تدريب ومحاكاة دورية
تحسين الاستجابة	بطء الاستجابة	إدارة الطوارى	تحديث إجراءات الاستجابة

سادسا: آلية التصعيد واتخاذ القرار

يتم تصعيد حالات عدم الالتزام أو التعثر في تنفيذ أنشطة الجودة والسلامة والطوارئ وفق تسلسل إداري واضح.

الحالة	التصعيد إلى
ملاحظة بسيطة يمكن معالجتها داخل القسم	المسؤول المباشر
تكرار الملاحظة أو عدم معالجتها	مالك المبادرة / مالك الهدف
تعثر يحتاج قراراً أو دعماً من الإدارة	لجنة الإشراف على الخطة
خطر مباشر أو جوهري على سلامة المرضى والعاملين أو جاهزية المنشأة	الإدارة العليا فوراً

سابعا : التقارير والمساءلة

تلتزم الجهات المسؤولة عن تنفيذ الهدف برفع نتائج الرقابة والتدقيق ومستوى الالتزام بالسياسات والإجراءات، مع توضيح المخالفات والإجراءات التصحيحية وحالة تنفيذها، بما يضمن المساءلة والشفافية.

التقرير	المحتوى	الدورية	يرفع إلى
تقرير الجودة والسلامة	نتائج الجولات والملاحظات والإجراءات التصحيحية	شهري	إدارة الجودة
تقرير جاهزية الطوارئ والأزمات	مستوى جاهزية الخطط والتدريبات والمحاكاة	ربع سنوي	لجنة الاشراف
تقرير الحوادث والأزمات	الحوادث ونتائج التقييم والإجراءات المتخذة	عند حدوثها	الادارة العليا
التقرير الشامل للمبادرة	نسبة الإنجاز والتحديات والنتائج	نهاية المبادرة	الادارة العليا

والمساءلة ؛

تتحمل كل جهة مسؤولة عن نشاط ضمن مبادرة الاستجابة الآمنة مسؤولية متابعة التنفيذ فيما يخصها، ورفع نتائج الإنجاز والملاحظات في المواعيد المحددة، واتخاذ الإجراءات التصحيحية عند وجود قصور.

بطاقة وصف الهدف

بطاقة الهدف الاستراتيجي الخامس

اسم الهدف	الحوكمة والامتثال المؤسسي	مالك الهدف	الإدارة العليا وإدارة الحوكمة والرقابة الداخلية	وصف الهدف	تعزيز الحوكمة والرقابة المؤسسية وضمان الامتثال للسياسات والإجراءات
اصحاب العلاقة	الإدارة العليا، التدقيق الداخلي، رؤساء الأقسام، العاملون، الجهات الرقابية			الأهداف المترابطة	• رفع نسبة الالتزام بالسياسات والإجراءات إلى ٩٠% • تفعيل الرقابة الداخلية على أداء الأقسام • تشكيل وتفعيل وحدة تدقيق داخلي ميداني بصلاحيات رقابية واضحة لمتابعة الالتزام بالسياسات والإجراءات واتخاذ الإجراءات التصحيحية الفورية • تعزيز المساءلة والشفافية الإدارية

وصف الهدف

مؤشرات الهدف			خصائص الهدف
مؤشرات تشغيلية	الالتزام بالسياسات والإجراءات التصحيحية في موعدها ≥ ٩٠% تغطية التدقيق الداخلي للأقسام ≥ ٩٠%	مؤشرات استراتيجية	رفع مستوى النضج المؤسسي والجودة 95% استدامة مبادرات التحسين 90% تحسين رضا المستفيدين عن الخدمات 95%	استراتيجي • رقابي • مؤسسي • قائم على الشفافية والمساءلة

مؤشر الخطورة	التترابط
ضعف الالتزام أو الرقابة قد يؤدي إلى تكرار المخالفات وارتفاع المخاطر التشغيلية والمالية والسريرية.	يمثل الأساس المؤسسي لتنفيذ بقية الأهداف، ويرتبط بالجودة والسلامة والاستدامة المالية وإدارة المخاطر.

المبادرات

اسم المبادرة	الهدف الاستراتيجي	المسؤول عن المبادرة والجهات المعنية	مدة المبادرة
مبادرة تعظيم الأثر المالي	تعظيم العائد من الدعم المالي المقدم وضمان استدامته.	الإدارة المالية بالتنسيق مع الإدارة العليا وإدارة التخطيط والمراجعة والجهات الداعمة.	سنة واحدة؛ لتقييم كفاءة استخدام الدعم وقياس أثره واتخاذ الإجراءات التصحيحية اللازمة.

وصف المبادرة وتفصيلها

التطوير آليات إدارة الموارد المالية والاستفادة من الدعم المقدم من خلال تحديد الأولويات، وترشيد أوجه الإنفاق، وتعزيز الرقابة والمتابعة المالية، وقياس أثر الدعم على الخدمات والاحتياجات الفعلية، بما يضمن تحقيق أفضل استفادة ممكنة واستمرارية التمويل.

الأثر المرجو

خاص	تحسين كفاءة إدارة الموارد وتوجيه الدعم نحو الأولويات والاحتياجات الفعلية.
اجتماعي	المساهمة في استمرارية وتحسين مستوى الخدمات الصحية المقدمة للمستفيدين.
اقتصادي	رفع كفاءة استخدام الموارد وتقليل الإنفاق غير الضروري.
مالي	تعظيم الاستفادة من الدعم المالي، وتقليل الهدر، وتعزيز فرص استدامة التمويل.

مصفوفة التحسين للهدف الاستراتيجي الخامس

الهدف الاستراتيجي	الأهداف التنفيذية	الأنشطة التشغيلية (الإجراءات)	المسؤول عن التنفيذ	الزمن	متطلبات التنفيذ	المبالغ التقديرية
تعظيم العائد من الدعم المالي المقدم وضمان استدامته	١. تفعيل نظام الاستدامة المالية داخليًا من خلال تخصيص احتياطي مالي للطوارئ بنسبة ٣% من الميزانية الشهرية	• تحديد نسبة الاحتياطي واعتماد آلية استقطاعه وإدارته واستخدامه عند حدوث عجز أو أزمات غير متوقعة	الإدارة المالية + الإدارة العليا	١-١٢شهر	اعتماد مالي، نظام محاسبي، لائحة للصرف من الاحتياطي	30,000,000 ريال يمني
	٢. إعداد خطة إنفاق ربع سنوية تفصيلية توزع الميزانية على الأقسام حسب احتياجاتها الفعلية	• حصر احتياجات الأقسام، إعداد الموازنة الربع سنوية، اعتمادها ومراجعة الانحرافات في الإنفاق	الإدارة المالية + رؤساء الأقسام	متوسط	بيانات الاحتياجات، تقارير مالية، موازنة معتمدة	

مصفوفة التحسين للهدف الاستراتيجي الخامس

الهدف الاستراتيجي	الأهداف التنفيذية	الأنشطة التشغيلية (الإجراءات)	المسؤول عن التنفيذ	الزمن	متطلبات التنفيذ
تعظيم العائد من الدعم المالي المقدم وضمان استدامته	٣. تنويع مصادر الدعم والتمويل لضمان استدامة الموارد المالية	• حصر الجهات الداعمة وإعداد مقترحات تمويل للمشاريع ذات الأولوية والتواصل مع الجهات المانحة	الإدارة العليا + الإدارة المالية	سنة	قاعدة بيانات للجهات الداعمة، مقترحات مشاريع، كوادر مختصة

مؤشرات الأداء KPIs:

الحوكمه والامتثال المؤسسي

المؤشر	خط الاساس	المستهدف المرحلي 2029	المستهدف النهائي 2031	دورية القياس
الالتزام المؤسسي بالسياسات والإجراءات	٪65	80%	90%	ربع سنوي
خفض الملاحظات الرقابية المتكررة	20%	10%	20%	ربع سنوي
إغلاق الإجراءات التصحيحية في موعدها	٪75	80	90	شهري

أولًا: هيكل حوكمة الخطة

رئاسة الهيئة / الإدارة العليا

لجنة الإشراف على تنفيذ الخطة الاستراتيجية

مسؤول/منسق متابعة الخطة الاستراتيجية

مالك الهدف الاستراتيجي الخامس

مالك مبادرة الاستجابة الآمنة

الإدارة المالية + رؤساء الأقسام + إدارة التخطيط والمراجعة + الجهات الداعمة

المتابعة والتقييم ورفع التقارير

مهام المستويات

المستوى	المسؤولية
الإدارة العليا	اعتماد السياسات المالية وأولويات الإنفاق، اعتماد الاحتياطي المالي، ودعم جهود استدامة التمويل.
لجنة الإشراف على الخطة	مراجعة مستوى تنفيذ الهدف، متابعة كفاءة استخدام الدعم، ومعالجة التعثرات المالية.
منسق الخطة	جمع البيانات المالية، تحديث مؤشرات التنفيذ، وإعداد التقارير.
مالك الهدف	متابعة تحقيق هدف تعظيم العائد من الدعم المالي والتنسيق بين الجهات ذات العلاقة.
مالك المبادرات	الإشراف على تنفيذ مبادرة تعظيم الأثر المالي ومتابعة الأهداف التنفيذية المرتبطة بها.
الجهات المنفذة	تنفيذ إجراءات إدارة الاحتياطي، إعداد خطط الإنفاق، وتطوير مصادر الدعم والتمويل.

حوكمة الهدف الاستراتيجي الخامس

الهدف	المبادرة	المسؤول	الجهات المشاركة	المؤشر
تعظيم العائد من الدعم المالي المقدم وضمان استدامته.	مبادرة تعظيم الأثر المالي	الإدارة المالية بالتنسيق مع الإدارة العليا وإدارة التخطيط والمراجعة	الإدارة العليا، الإدارة المالية، رؤساء الأقسام، إدارة التخطيط، إدارة المراجعة، والجهات الداعمة.	نسبة كفاءة واستدامة استخدام الدعم المالي وتوجيهه نحو الأولويات والاحتياجات الفعلية.

المستهدف	دورية المتابعة
٩٠%.	شهري وربع سنوي، مع تقييم سنوي شامل للمبادرة.

ثالثا: مصفوفة الصلاحيات والمسؤوليات

النشاط	من يعتمده	من ينفذه	يراجعه/يتابعه	تتم إحاطته
إعداد خطة الإنفاق الربع سنوية	الإدارة العليا	الإدارة المالية	إدارة التخطـــــــيط والمراجعة	لجنة الخطة
تحديـد الاحتياجـات والأولويات المالية	الإدارة العليا	رؤســـــاء الإدارات والأقسام	الإدارة المالية	إدارة التخطيط
توزيع الميزانية وفق الأولويات	الإدارة العليا	الإدارة المالية	إدارة التخطـــــــيط والمراجعة	لجنة الخطة
متابعة الالتزام بخطة الإنفاق	الادارة المالية	الجهات المعنية	إدارة المراجعة	الادارة العليا
تحليـــل ومعالجـــة الانحرافات المالية	الإدارة العليا	الادارة المالية	إدارة المراجعـــــــة والتخطيط	لجنة الخطة

رابعا: إنشاء نظام لمتابعة تنفيذ الخطة

تتم المتابعة من خلال مراجعة مستوى تحقيق الأهداف، ومتابعة مؤشرات الأداء، وخطط الإنفاق، وكفاءة استخدام الدعم المالي، ومصادر التمويل، وتحديد الانحرافات واتخاذ الإجراءات التصحيحية اللازمة لضمان تحقيق المستهدفات.

مستوى الحالة	معيار المتابعة	الإجراء
متقدم	الالتزام بخطة الإنفاق وتكوين الاحتياطي وتحقيق مستهدفات التمويل	استمرار المتابعة
يحتاج تدخل	وجود انحراف في الإنفاق أو تأخر في تكوين الاحتياطي أو التمويل	تحديد السبب ووضع إجراء تصحيحي
متعثر	عجز مالي أو توقف التمويل أو انحراف جوهري في استخدام الدعم	رفع الموضوع للجهة صاحبة الصلاحية واتخاذ قرار المعالجة

مثال :

تتم متابعة المبادرة من خلال نسبة الاحتياطي المالي، والالتزام بخطة الإنفاق، ومدى توجيه الميزانية للاحتياجات الفعلية، وعدد مصادر التمويل، ونسبة تمويل المشاريع ذات الأولوية.

خامسا : ربط الحوكمة بالمخاطر لكل هدف أو مبادرة :

الهدف / المبادرة	الخطر المحتمل	المسؤول عن المعالجة	الاجراء عند حدوث الخطر
تفعيل الاستدامة المالية	عدم كفاية الاحتياطي أو استخدامه دون ضوابط	الإدارة المالية + الإدارة العليا + المراجعة	تعزيز الاحتياطي وتطبيق ضوابط الصرف والرقابة
خطة الإنفاق الربع سنوية	سوء توزيع الميزانية وزيادة الإنفاق غير الضروري	الإدارة المالية + رؤساء الأقسام + المراجعة	إعادة ترتيب الأولويات وترشيد الإنفاق
تنويع مصادر الدعم والتمويل	الاعتماد على مصدر واحد أو عدم تمويل المشاريع ذات الأولوية	الإدارة العليا + الإدارة المالية	البحث عن مصادر بديلة وتحسين مقترحات التمويل
تفعيل الاستدامة المالية	عدم كفاية الاحتياطي أو استخدامه دون ضوابط	الإدارة المالية + الإدارة العليا + المراجعة	تعزيز الاحتياطي وتطبيق ضوابط الصرف والرقابة

سادسا: آلية التصعيد واتخاذ القرار

تبدأ عملية التصعيد من الإدارة المالية والجهات المنفذة عند وجود انحراف أو تعثر في الاستفادة من الدعم، ثم تُرفع إلى مالك المبادرة ومالك الهدف عند تكرار المشكلة أو عدم معالجتها، ثم إلى لجنة الإشراف على الخطة عند وجود تعثر مؤثر على تحقيق الهدف، وتُرفع إلى الإدارة العليا عند وجود هدر مالي جوهري أو تهديد لاستدامة الدعم والخدمات.

الحالة	التصعيد إلى
انحراف مالي بسيط يمكن معالجته	المسؤول المباشر / الإدارة المالية
تكرار الانحراف أو عدم معالجته	مالك المبادرة / مالك الهدف
عجز أو تعثر في تنفيذ خطة الإنفاق أو التمويل	لجنة الإشراف على الخطة
عجز مالي جوهري أو خطر على استمرارية الخدمات	الإدارة العليا فوراً

سابعا : التقارير والمساءلة

تلتزم الجهات المسؤولة عن تنفيذ الهدف برفع نتائج الرقابة والتدقيق ومستوى الالتزام بالسياسات والإجراءات، مع توضيح المخالفات والإجراءات التصحيحية وحالة تنفيذها، بما يضمن المساءلة والشفافية.

التقرير	المحتوى	الدورية	يرفع إلى
تقرير الاحتياطي المالي	نسبة الاحتياطي، المبالغ المستخدمة وأسباب الاستخدام	شهري	الإدارة العليا
تقرير تنفيذ خطة الإنفاق	توزيع الميزانية، مستوى الإنفاق والانحرافات	ربع سنوي	لجنة الإشراف
تقرير كفاءة استخدام الدعم	أوجه استخدام الدعم ومدى ارتباطه بالاحتياجات والأولويات	ربع سنوي	الإدارة العليا ولجنة الخطة
تقرير مصادر التمويل	الجهات الداعمة، مقترحات التمويل، والتمويل المحقق	ربع سنوي	الإدارة العليا
تقرير الانحرافات المالية	أسباب الانحراف والإجراءات التصحيحية	شهري	الإدارة المالية والمراجعة
التقرير الشامل للمبادرة	مستوى تحقيق الأهداف التنفيذية الثلاثة، الأثر المالي، المخاطر والتحديات	سنوي	الإدارة العليا ولجنة الإشراف

والمساءلة:

تتحمل الإدارة المالية والجهات المعنية مسؤولية تنفيذ ما يخصها من إدارة الاحتياطي، وخطط الإنفاق، وتوجيه الدعم، وتنويع مصادر التمويل، مع توثيق النتائج ورفع التقارير واتخاذ الإجراءات التصحيحية عند وجود انحراف أو قصور.

بطاقة وصف الهدف

بطاقة الهدف الاستراتيجي السادس

اسم الهدف	ثقافة الجودة والتميز المؤسسي والابتكار	مالك الهدف	إدارة الجودة والتطوير المؤسسي بالتنسيق مع الموارد البشرية والإدارات المختلفة	وصف الهدف	ترسيخ ثقافة الجودة والتميز المؤسسي والابتكار
اصحاب العلاقة	أصحاب العلاقة: الإدارة العليا، العاملون، إدارة الجودة، الموارد البشرية، الأقسام السريرية والإدارية، المرضى			الأهداف المترابطة	• نشر ثقافة الجودة والتميز بين العاملين • تفعيل التحسين المستمر في الأقسام • تعزيز الابتكار في الخدمات الصحية والإدارية

وصف الهدف

مؤشرات الهدف			خصائص الهدف
مؤشرات تشغيلية	الأقسام المطبقة لمشروعات تحسين ≥٨٠%العاملون المشاركون في مبادرات التحسين ≥٧٠%عدد مبادرات الابتكار والتحسين المنفذة سنوياً	مؤشرات استراتيجية	رفع مستوى النضج المؤسسي والجودة ≥١٥%	استراتيجي • تطويري • ابتكاري • قائم على المشاركة والتعلم المؤسسي

مؤشر الخطورة	الترابط
متوسط: ضعف تبني ثقافة التحسين أو محدودية المشاركة والابتكار قد يبطئ التطوير المؤسسي.	يترجم الرسالة التي تؤكد التحسين المستمر والتعليم والبحث العلمي، ويغذي جميع الأهداف بالتطوير والابتكار.

المبادرات

اسم المبادرة	الهدف الاستراتيجي	المسؤول عن المبادرة والجهات المعنية	مدة المبادرة
مبادرة بيئة العمل المتقدمة	ترسيخ ثقافة الجودة والتميز المؤسسي والابتكار.	إدارة الجودة بالتنسيق مع الإدارة العليا وإدارة الموارد البشرية ورؤساء الإدارات والأقسام.	٩ أشهر؛ لتنفيذ أنشطة المبادرة وقياس مستوى التفاعل والنتائج وإدخال التحسينات اللازمة.

وصف المبادرة وتفصيلها

تهيئة بيئة مؤسسية داعمة للتطوير المستمر من خلال رفع كفاءة العاملين، وتحسين أساليب وإجراءات العمل، وتفعيل برامج التحفيز والتطوير، وتشجيع تقديم المقترحات والأفكار الجديدة، والاستفادة من الممارسات الناجحة في تطوير الخدمات ورفع مستوى الأداء المؤسسي.

الأثر المرجو	
خاص	الخاص: رفع كفاءة العاملين وتحسين بيئة العمل ومستوى الأداء.
اجتماعي	: تحسين تجربة المستفيد ورفع مستوى الرضا عن الخدمات المقدمة.
اقتصادي	زيادة الإنتاجية وتحسين الاستفادة من الموارد المتاحة.
مالي	الحد من الهدر الناتج عن ضعف الأداء وتحسين كفاءة استخدام الموارد المالية.

مصفوفة التحسين للهدف الاستراتيجي السادس

الهدف الاستراتيجي	الأهداف التنفيذية	الأنشطة التشغيلية (الإجراءات)	المسؤول عن التنفيذ	الزمن	متطلبات التنفيذ	المبالغ التقديرية
ترسيخ ثقافة الجودة والتميز المؤسسي والابتكار	١. نشر ثقافة الجودة والتميز بين العاملين	تنفيذ حملات توعوية وورش عمل حول الجودة وسلامة المرضى والتميز المؤسسي	إدارة الجودة + الموارد البشرية	٤اشهر	مواد توعوية، قاعات، كوادر	30,000,000 ريال يمني
	٢. تفعيل التحسين المستمر في الأقسام	تطبيق مشاريع تحسين تستند إلى تحليل المشكلات ومؤشرات	إدارة الجودة + رؤساء الأقسام	مستمر	بيانات، فرق تحسين، نماذج متابعة	

مصفوفة التحسين للهدف الاستراتيجي السادس

الهدف الاستراتيجي	الأهداف التنفيذية	الأنشطة التشغيلية (الإجراءات)	المسؤول عن التنفيذ	الزمن	متطلبات التنفيذ
ترسيخ ثقافة الجودة والتميز المؤسسي والابتكار	تعزيز الابتكار في الخدمات الصحية والإدارية	• إنشاء آلية لاستقبال الأفكار والمقترحات وتقييم الأفكار القابلة للتطبيق	إدارة الجودة + الإدارة العليا	١٠اشهر	نموذج مقترحات، لجنة تقييم

مؤشرات الأداء KPIs:

ثقافة الجودة والتميز المؤسسي والابتكار

المؤشر	خط الاساس	المستهدف المرحلي 2029	المستهدف النهائي 2031	دورية القياس
رفع مستوى النضج المؤسسي والجودة	80%	85	95	سنوي
استدامة مبادرات التحسين	75%	80	90	نصف سنوي
تحسين رضا المستفيدين عن الخدمات	70%	80	95	ربع سنوي

أولًا: هيكل حوكمة الخطة

رئاسة الهيئة / الإدارة العليا

لجنة الإشراف على تنفيذ الخطة الاستراتيجية

مسؤول/منسق متابعة الخطة الاستراتيجية

مالك الهدف الاستراتيجي السادس – إدارة الجودة

مالك مبادرة بيئة العمل المتقدمة

إدارة الموارد البشرية + رؤساء الإدارات والأقسام + الإدارة العليا

المتابعة والتقييم ورفع التقارير

مهام المستويات

المستوى	المسؤولية
الإدارة العليا	اعتماد برامج الجودة والتحسين والابتكار، توفير الدعم، واعتماد المقترحات والمشاريع ذات الأولوية.
لجنة الإشراف على الخطة	مراجعة مستوى تنفيذ الهدف، متابعة مؤشرات الجودة والتحسين والابتكار، ومعالجة التعثرات.
منسق الخطة	جمع بيانات التنفيذ، تحديث المؤشرات، ومتابعة نسب الإنجاز وإعداد التقارير.
مالك الهدف	متابعة تحقيق الهدف والتنسيق بين إدارة الجودة والموارد البشرية ورؤساء الإدارات والأقسام.
مالك المبادرة	الإشراف على تنفيذ مبادرة بيئة العمل المتقدمة ومتابعة أنشطتها ونتائجها.
الجهات المنفذة	تنفيذ برامج التوعية والتطوير، مشاريع التحسين المستمر، واستقبال وتقييم الأفكار والمقترحات.

حوكمة الهدف الاستراتيجي السادس

الهدف	المبادرة	المسؤول	الجهات المشاركة	المؤشر
ترسيخ ثقافة الجودة والتميز المؤسسي والابتكار.	مبادرة بيئة العمل المتقدمة	إدارة الجودة بالتنسيق مع الإدارة العليا وإدارة الموارد البشرية ورؤساء الإدارات والأقسام	الإدارة العليا، إدارة الجودة، إدارة الموارد البشرية، رؤساء الإدارات والأقسام، ولجنة تقييم المقترحات	نسبة مشاركة العاملين وتنفيذ مبادرات التحسين والابتكار القابلة للتطبيق

المستهدف	دورية المتابعة
٩٠%.	ربع سنوي، مع متابعة شهرية للأنشطة التنفيذية

ثالثا: مصفوفة الصلاحيات والمسؤوليات

النشاط	من يعتمده	من ينفذه	يراجعه/يتابعه	تتم إحاطته
تنفيذ حملات توعوية وورش عمل حول الجودة والتميز	إدارة الجودة	إدارة الجودة + الموارد البشرية	مالك الهدف	الإدارة العليا
إعداد وتنفيذ برامج التوعية والتدريب	إدارة الجودة	إدارة الجودة + الموارد البشرية	رؤساء الأقسام	لجنة الخطة
تفعيل مشاريع التحسين المستمر في الأقسام	إدارة الجودة	رؤساء الإدارات والأقسام	إدارة الجودة	الإدارة العليا
إنشاء آلية لاستقبال الأفكار والمقترحات	الإدارة العليا	إدارة الجودة	لجنة تقييم المقترحات	جميع العاملين
تفعيل برامج التحفيز والتطوير	الإدارة العليا	الموارد البشرية + الجودة	رؤساء الأقسام	العاملون
تحليل المشكلات وتحديد فرص التحسين	رؤساء الأقسام	فرق التحسين بالأقسام	إدارة الجودة	مالك الهدف

رابعا: إنشاء نظام لمتابعة تنفيذ الخطة

تتم متابعة بيئة العمل المتقدمة من خلال قياس مشاركة العاملين في برامج الجودة، ومتابعة مشاريع التحسين المستمر، وعدد المقترحات والأفكار المقدمة، ونسبة الأفكار التي تم تقييمها وتطبيقها.

مستوى الحالة	معيار المتابعة	الإجراء
متقدم	تنفيذ البرامج ومشاريع التحسين والمقترحات وفق الخطة	استمرار المتابعة
يحتاج تدخل	انخفاض مشاركة العاملين أو تأخر مشاريع التحسين والمقترحات	تحديد أسباب التأخر ووضع إجراء تصحيحي
متعثر	توقف برامج التحسين أو ضعف التفاعل مع المبادرة بشكل يؤثر على تحقيق الهدف	رفع الموضوع للجهة صاحبة الصلاحية واتخاذ قرار المعالجة

مثال :

تتم متابعة المبادرة من خلال نسبة مشاركة العاملين في برامج الجودة، وعدد مشاريع التحسين المنفذة، وعدد المقترحات المقدمة، ونسبة الأفكار القابلة للتطبيق، ونتائج التحسينات المنفذة.

خامسا : ربط الحوكمة بالمخاطر لكل هدف أو مبادرة :

الهدف / المبادرة	الخطر المحتمل	المسؤول عن المعالجة	الاجراء عند حدوث الخطر
نشر ثقافة الجودة والتميز	ضعف تفاعل العاملين مع برامج الجودة والتوعية	إدارة الجودة + الموارد البشرية	تكثيف الحملات والورش وبرامج التوعية
التحسين المستمر	عدم تنفيذ مشاريع التحسين في الأقسام	إدارة الجودة + رؤساء الأقسام	تحديد أسباب التعثر ومتابعة تنفيذ مشاريع التحسين
الابتكار	قلة الأفكار والمقترحات المقدمة	إدارة الجودة	تفعيل آلية استقبال المقترحات والتحفيز عليها

سادسا: آلية التصعيد واتخاذ القرار

تبدأ آلية التصعيد من إدارة الجودة والموارد البشرية عند ضعف المشاركة، ثم تُرفع إلى مالك المبادرة ومالك الهدف عند تعثر المبادرات، ثم إلى لجنة الإشراف على الخطة عند وجود تعثر مؤثر، وصولاً إلى الإدارة العليا عند التعثر الجوهري.

الحالة	التصعيد إلى
ضعف مشاركة أو ملاحظة بسيطة داخل القسم	رئيس القسم
تكرار المشكلة أو عدم تنفيذ التحسين	إدارة الجودة / مالك المبادرة
تعثر مشروع تحسين أو تأخر اعتماد مقترح	مالك الهدف / لجنة الإشراف
مشكلة تتطلب قراراً أو موارد من الإدارة العليا	الادارة العليا فوراً

سابعا : التقارير والمساءلة

تلتزم الجهات المسؤولة عن تنفيذ الهدف برفع نتائج الرقابة والتدقيق ومستوى الالتزام بالسياسات والإجراءات، مع توضيح المخالفات والإجراءات التصحيحية وحالة تنفيذها، بما يضمن المساءلة والشفافية.

التقرير	المحتوى	الدورية	يرفع إلى
تقرير برامج الجودة والتميز	الحملات والورش، أعداد المشاركين ونسب التنفيذ	شهري	إدارة الجودة
تقرير التحسين المستمر	مشاريع التحسين، المشكلات المعالجة ومؤشرات النتائج	ربع سنوي	لجنة الإشراف
تقرير المقترحات والابتكار	عدد الأفكار المقدمة، المقيمة، والمعتمدة والمنفذة	ربع سنوي	الإدارة العليا
تقرير التفاعل والمشاركة	مستوى مشاركة العاملين في أنشطة المبادرة	ربع سنوي	إدارة الجودة والموارد البشرية
تقرير الحالات المتعثرة	أسباب التعثر والإجراءات التصحيحية	عند الحاجة	الإدارة العليا
التقرير الشامل للمبادرة	مستوى تحقيق الأهداف الثلاثة، نسب الإنجاز، التحسينات والأفكار المنفذة	نهاية المبادرة	الإدارة العليا ولجنة الإشراف

والمساءلة:

تتحمل إدارة الجودة والجهات المشاركة مسؤولية تنفيذ أنشطة المبادرة كلٌّ فيما يخصه، ورفع نتائج التنفيذ ومؤشرات المشاركة والتحسين والابتكار، مع اتخاذ الإجراءات التصحيحية عند وجود قصور.

تاسعاً: خطة المتابعة

خطة متابعة تنفيذ الاستراتيجية

تهدف خطة المتابعة إلى ضمان سير تنفيذ الخطة الاستراتيجية وفق الأهداف والمستهدفات والجداول الزمنية المعتمدة، وقياس مستوى الإنجاز ومعالجة أي انحرافات أو تأخيرات في التنفيذ.

آلية المتابعة

١. متابعة تنفيذ الأنشطة والمبادرات وفق الجداول الزمنية المحددة.
٢. قياس المؤشرات الاستراتيجية وفق دورية القياس المعتمدة في لوحة القيادة.
٣. مقارنة النتائج الفعلية بخط الأساس والمستهدفات المحددة لعامي ٢٠٢٨ و٢٠٣٠.
٤. رصد الانحرافات والتأخر في تنفيذ الأنشطة والمبادرات.
٥. تحديد الإجراءات التصحيحية اللازمة عند وجود انحراف أو تأخر.
٦. تحديث حالة تنفيذ الأهداف والمبادرات بصورة دورية.
٧. إعداد تقارير متابعة دورية تتضمن مستوى الإنجاز، نتائج المؤشرات، الانحرافات والإجراءات التصحيحية.
٨. إجراء مراجعة سنوية شاملة لمستوى تنفيذ الخطة، مع إجراء مراجعة مرحلية في عام ٢٠٢٨ وتقييم نهائي في عام ٢٠٣٠.

دورية المتابعة

شهريًا: متابعة تنفيذ الأنشطة والمبادرات.

ربع سنوي: مراجعة المؤشرات الاستراتيجية ومستوى الإنجاز.

سنويًا: تقييم شامل لتنفيذ الخطة.

- مراجعة مرحلية للخطة : ٢٠٢٨
- التقييم النهائي للخطة: ٢٠٣٠

«تتم معالجة الانحرافات والمخاطر وفق الآليات المعتمدة في نظام الحوكمة وإدارة المخاطر بالخطة.»

لوحة القيادة الاستراتيجية

المنظور	الهدف الاستراتيجي	مؤشر الاداء الرئيسي Kpl	طريقة القياس
بعد المرضى	توفير بيئة علاجية امنة تحافظ على خصوصية المريض وكرامته والحد من الاخطاء والمضاعفات السريرية	1-خفض الاخطاء والمضاعفات المتعلقة ب الرعاية الصحية 2-رفع مستوى رضا الرضى عن الامان والخصوصية	1- نسبة خفض الأخطاء والمضاعفات =(عدد الأخطاء والمضاعفات قبل التحسين - عدد الأخطاء والمضاعفات بعد التحسين) ÷ عدد الأخطاء والمضاعفات قبل التحسين × ١٠٠ 2- نسبة رضا المرضى عن الأمان والخصوصية = عدد المرضى الراضين عن الأمان والخصوصية ÷ إجمالي عدد المرضى المستجيبين للاستبيان × ١٠٠
بعد التعلم والنمو	ترسيخ ثقافه الجودة والتميز المؤسسي والابتكار	1- خفض أعطال الاجهزة الحرجة 2- جاهزية البنيه التحتية والخدمات ذات الاولوية	1-سبة خفض أعطال الأجهزة الحرجة =(عدد الأعطال قبل التحسين - عدد الأعطال بعد التحسين) ÷ عدد الأعطال قبل التحسين × ١٠٠ 2- نسبة جاهزية البنية التحتية والخدمات ذات الأولوية = عدد عناصر البنية التحتية والخدمات الجاهزة ÷ إجمالي عناصر البنية التحتية والخدمات ذات الأولوية × ١٠٠
بعد العمليات الداخلية	تعزيز الحوكمه والرقابة المؤسسية وضمان الامتثال للسياسات والاجراءات	1-خفض زمن الاستجابة للحوادث الحرجة 2-رفع الجاهزية المؤسسية للطوارئ	1-نسبة خفض زمن الاستجابة للحوادث الحرجة = (متوسط زمن الاستجابة قبل التحسين - متوسط زمن الاستجابة بعد التحسين) ÷ متوسط زمن الاستجابة قبل التحسين × ١٠٠ 2- نسبة الجاهزية المؤسسية للطوارئ =عدد متطلبات الجاهزية المتحققة ÷ إجمالي متطلبات الجاهزية للطوارئ × ١٠٠

لوحة القيادة الاستراتيجية

المنظور	الهدف الاستراتيجي	مؤشر الاداء الرئيسي Kpl	طريقة القياس
بعد العمليات الداخلية	تطوير البنيه التحتية والتجهيزات الطبية	1-تحسين كفاءة استخدام الموارد 2-تنويع مصادر الدعم و التمويل	1-نسبة كفاءة استخدام الموارد = قيمة المخرجات المحققة ÷ قيمة الموارد المستخدمة × ١٠٠ 2- نسبة تنويع مصادر الدعم والتمويل =عدد مصادر الدعم والتمويل الفعلية ÷ العدد المستهدف لمصادر الدعم والتمويل × ١٠٠
بعد العمليات الداخلية	تعزيز منظومة الجودة والسلامة ورفع جاهزية الطوارئ والازمات	1-الالتزام المؤسسي بسياسات والاجراءات 2-خفض الملاحظات الرقابية المتكررة 3-اغلاق الاجراءات التصحيحية في موعدها	1-نسبة الالتزام المؤسسي بالسياسات والإجراءات = عدد السياسات والإجراءات الملتزم بها ÷ إجمالي السياسات والإجراءات المعتمدة × ١٠٠ 2- نسبة خفض الملاحظات الرقابية المتكررة = (عدد الملاحظات المتكررة قبل التحسين - عدد الملاحظات المتكررة بعد التحسين) ÷ عدد الملاحظات المتكررة قبل التحسين × ١٠٠ 3-نسبة إغلاق الإجراءات التصحيحية في موعدها =عدد الإجراءات التصحيحية المغلقة في موعدها ÷ إجمالي الإجراءات التصحيحية المستحقة × ١٠٠
البعد المالي	تعظيم العائد من الدعم المالي المقدم وضمان استدامة منطق الخارطة.	1-رفع مستوى النضج المؤسسي والجودة 2-استدامة مبادرات التحسين 3- تحسين رضا المستفيدين عن الخدمات	1-نسبة مستوى النضج المؤسسي والجودة =الدرجة المحققة في تقييم النضج المؤسسي والجودة ÷ الدرجة الكلية للتقييم × ١٠٠ 2- نسبة استدامة مبادرات التحسين =عدد مبادرات التحسين المستمرة والفعالة ÷ إجمالي مبادرات التحسين المنفذة × ١٠٠ 3- نسبة رضا المستفيدين عن الخدمات =عدد المستفيدين الراضين عن الخدمات ÷ إجمالي عدد المستفيدين المشاركين في الاستبيان × ١٠٠

عاشراً: خطة ادارة المخاطر

PDCA FOCUS

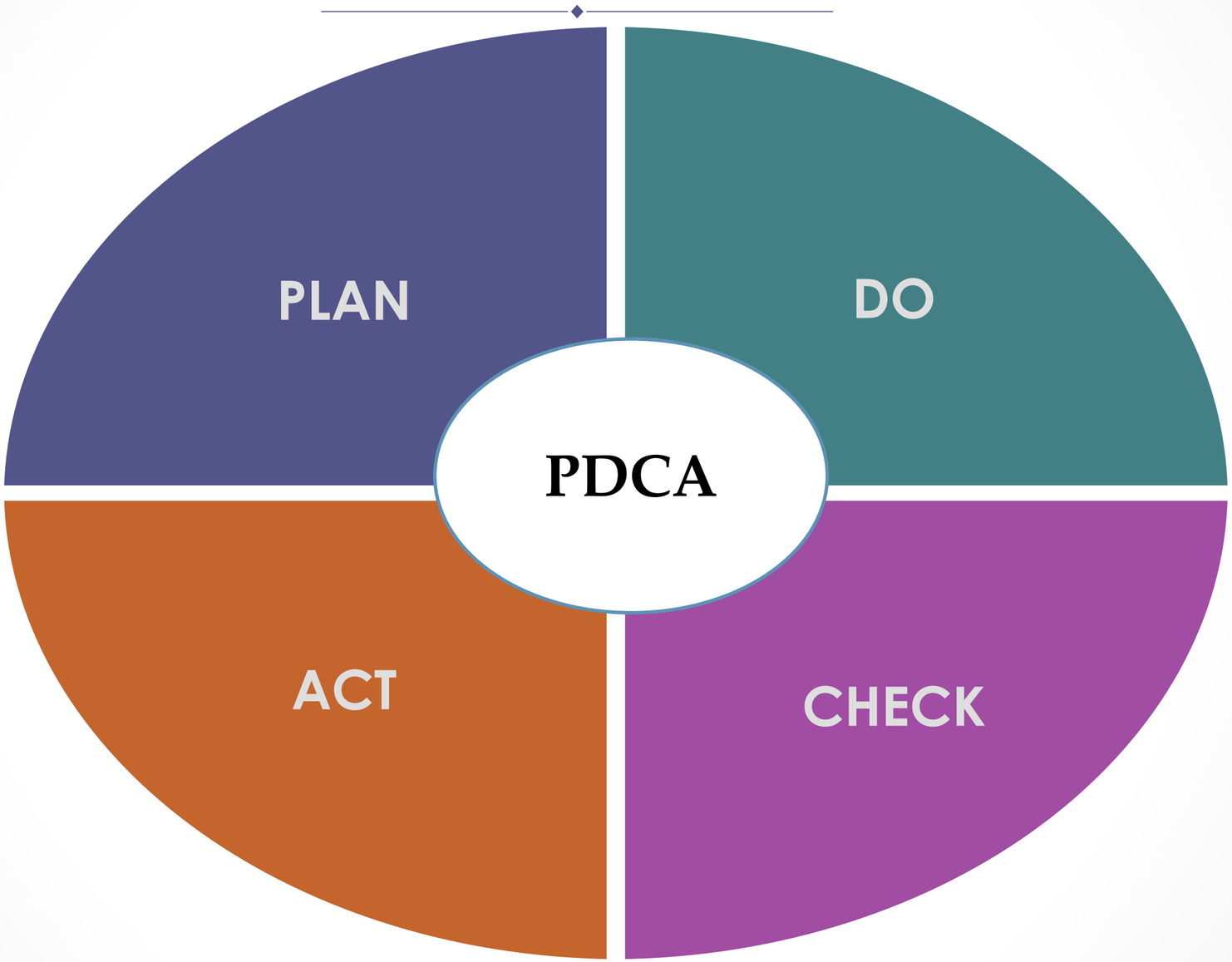
الخطر الاستراتيجي	الاحتمالية	الأثر	مستوى الخطر	المسؤول	استراتيجية الاستجابة والتخفيف
قصور تطبيق متطلبات سلامة المرضى وخصوصيتهم وممارسات مكافحة العدوى	مرتفعة (٣)	مرتفع (٤)	مرتفع	ادارة الجودة+ مكافحة العدوى	تعزيز الرقابة على الخصوصية ومكافحة العدوى، توفير المستلزمات، وتفعيل نظام البطاقات الملونة والإنذار المبكر.
ضعف الالتزام بالسياسات والإجراءات وعدم فاعلية الرقابة الداخلية.	متوسطة (٢)	مرتفع (٤)	مرتفع	ادارة الجودة+ رؤساء الاقسام	تفعيل وحدة التدقيق الداخلي، تنفيذ جولات رقابية دورية، وتوثيق المخالفات ومتابعة الإجراءات التصحيحية.
عدم كفاية الموارد وتأخر أعمال التأهيل وتحديث الأجهزة الطبية.	مرتفعة (٣)	مرتفع (٤)	مرتفع	الإدارة العليا ، الإدارة المالية ، ادارة الخدمات	ترتيب الاحتياجات حسب الأولوية، توجيه التمويل للأجهزة والمرافق الحرجة، وتطبيق الصيانة الوقائية
ضعف جاهزية المستشفى والعاملين للاستجابة للطوارئ والأزمات.	متوسطة (٢)	مرتفع (٤)	مرتفع	إدارة الجودة ، الموارد البشرية، رؤساء الاقسام	تحديث خطط الطوارئ والإخلاء، تحديد الأدوار، وتنفيذ تدريبات ومحاكاة دورية.
انخفاض أو عدم استقرار الدعم المالي بما يؤثر على استمرارية تنفيذ الخطة.	متوسطة (٢)	مرتفع (٤)	مرتفع	الإدارة العليا ، الإدارة المالية	تخصيص احتياطي مالي بنسبة ٣%، تحسين كفاءة الإنفاق، وتنويع مصادر الدعم والتمويل
ضعف مشاركة العاملين واستمرارية مبادرات التحسين والابتكار.	متوسطة (٢)	متوسطة (٢)	متوسط	ادارة الجودة، الموارد البشرية	تنفيذ برامج توعوية، تشكيل فرق تحسين، وتفعيل آلية لاستقبال وتقييم الأفكار والمقترحات.

التحليل وفق منهجية التحسين المستمر (PDCA- FOCUS)

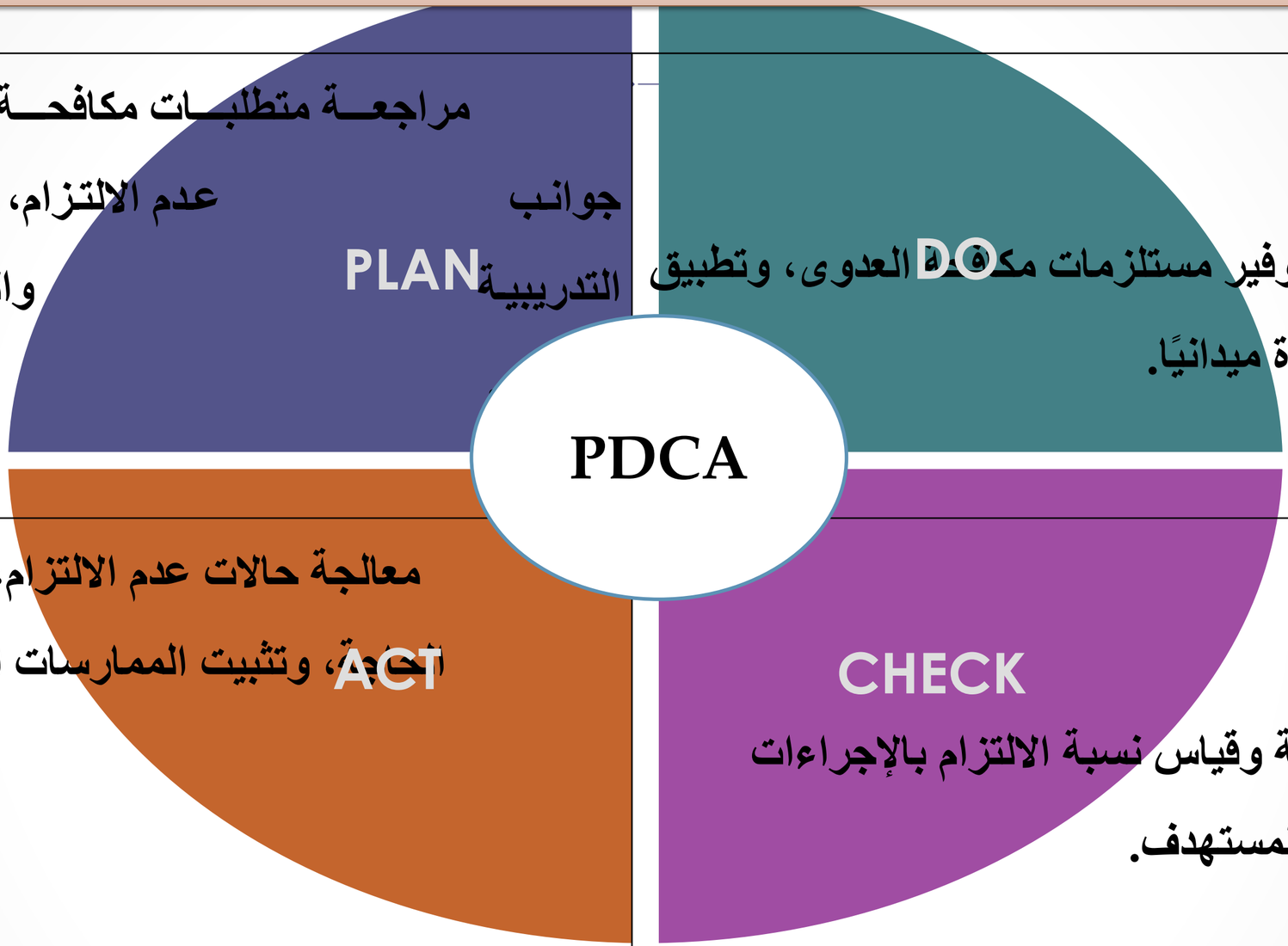
تم إعداد خطط التحسين وفق منهجية التحسين المستمر (PDCA)، مع التركيز على معالجة أسباب المشكلات ذات الأولوية وتحويل نتائج التحليل إلى إجراءات عملية قابلة للتنفيذ والقياس والمتابعة.

PDCA =خطط ⟵ نفذ ⟵ تحقق ⟵ صحح/حسّن.

التحليل وفق منهجية التحسين المستمر (PDCA- FOCUS)



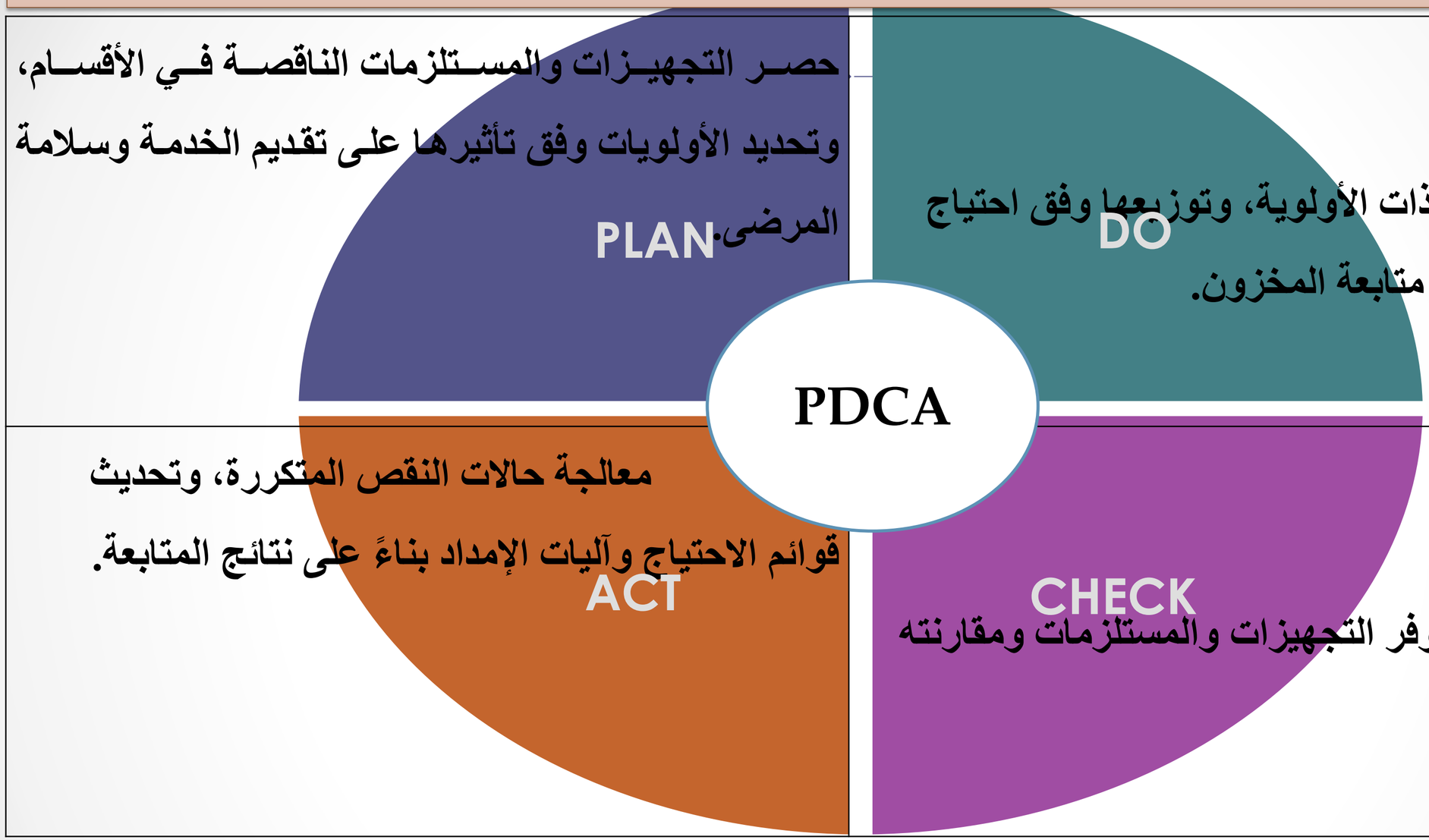
خطة PDCA- FOCUS تفصيلية لمعالجة ضعف تطبيق متطلبات مكافحة العدوى



المسؤولون: إدارة مكافحة العدوى، إدارة التمريض، رؤساء الأقسام، إدارة الجودة.

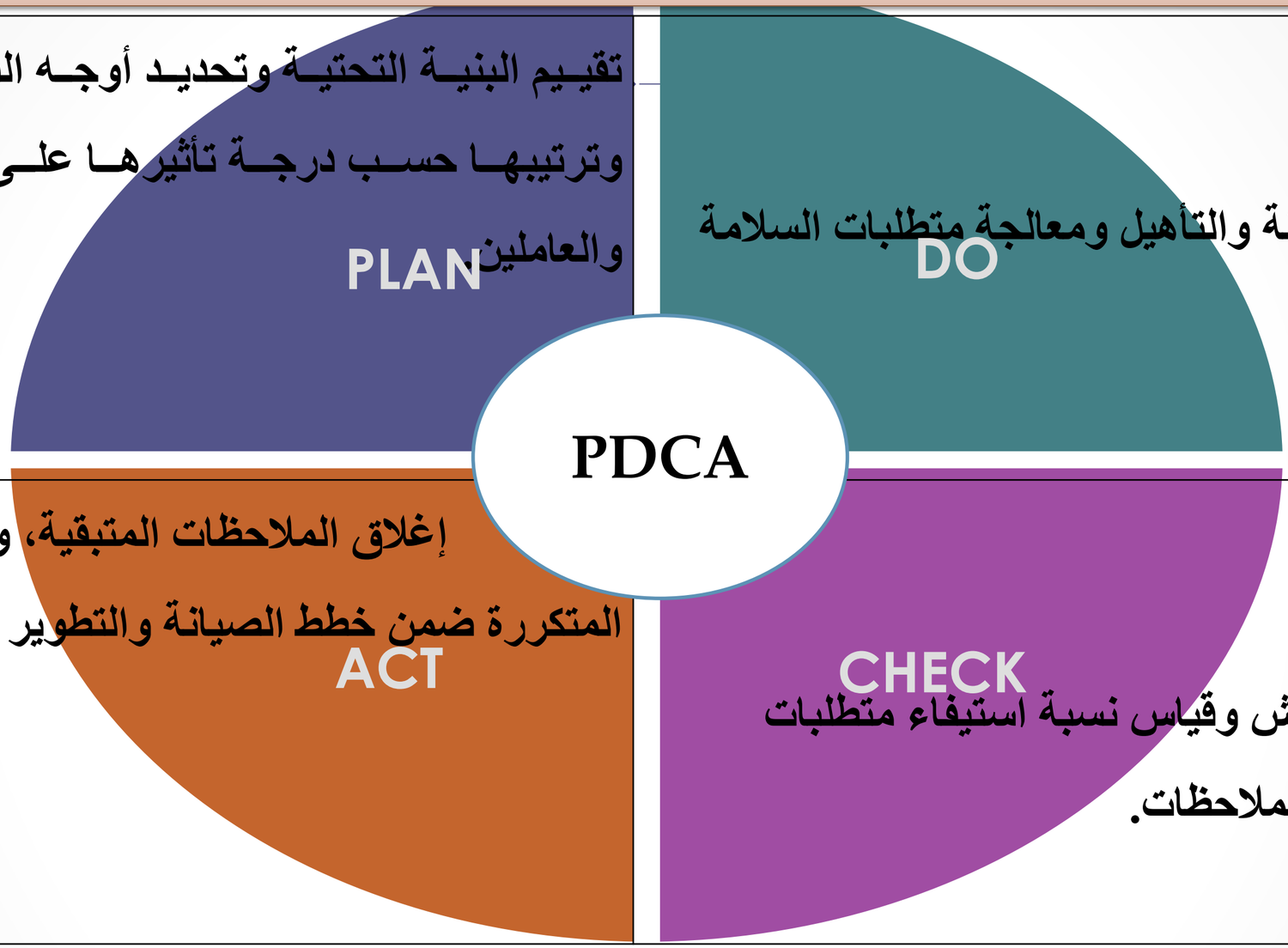
مؤشرات القياس: نسبة الالتزام بإجراءات مكافحة العدوى، نسبة توفر المستلزمات، نسبة العاملين المدربين، معدل تكرار المخالفات.

خطة PDCA- FOCUS تفصيلية لمعالجة ضعف تطبيق متطلبات مكافحة العدوى



المسؤولون: التموين الطبي، الإدارة الطبية، إدارة الخدمات، رؤساء الأقسام.
مؤشرات القياس: نسبة توفر التجهيزات الأساسية، نسبة تغطية الاحتياج، معدل تكرار النقص

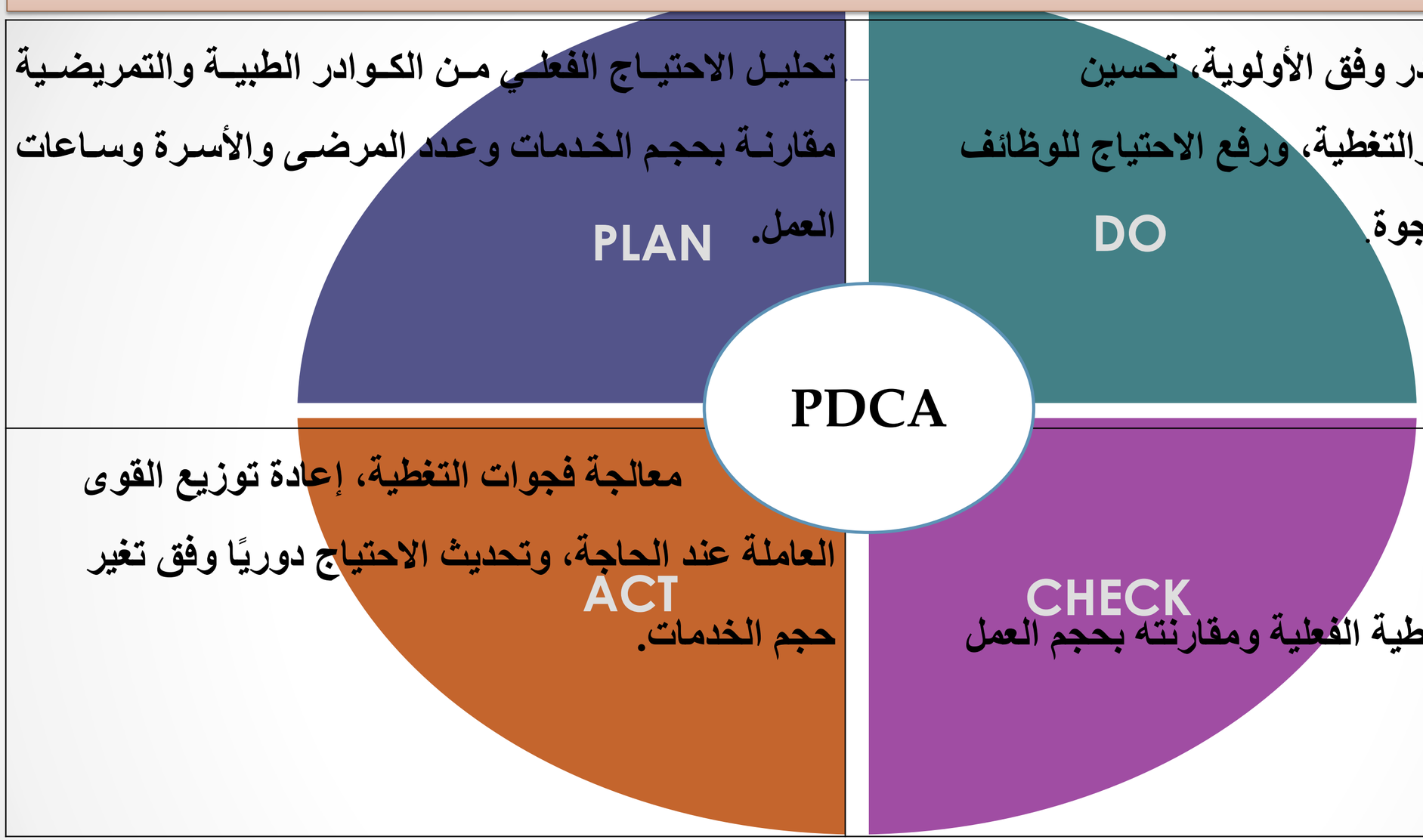
خطة PDCA- FOCUS تفصيلية لمعالجة ضعف تطبيق متطلبات مكافحة العدوى



المسؤولون: إدارة الخدمات والهندسة والصيانة، إدارة السلامة، إدارة الجودة.

مؤشرات القياس: نسبة معالجة الملاحظات، نسبة استيفاء متطلبات السلامة، نسبة تنفيذ أعمال الصيانة.

خطة PDCA- FOCUS تفصيلية لمعالجة ضعف تطبيق متطلبات مكافحة العدوى



المسؤولون: إدارة الموارد البشرية، الإدارة الطبية، إدارة التمريض، رؤساء الأقسام.
مؤشرات القياس: نسبة تغطية الاحتياج، نسبة الالتزام بالمناوبات، معدل الكادر إلى المرضى/الأسرة، مستوى ضغط العمل.

خصوصية التمويل والاستدامة المالية

تتميز هيئة المستشفى الجمهوري بطبيعة خاصة في تقديم الخدمات الصحية، حيث أُقرت مجانية الخدمات الطبية مع اعتماد تمويل الخدمات المجانية على الدعم والمساهمات المخصصة لهذا الغرض. وعليه، فإن التخطيط المالي للهيئة لا يمكن أن يقوم على افتراض تحصيل إيرادات مباشرة من المستفيدين مقابل الخدمات الطبية، وإنما يتطلب تعزيز كفاءة إدارة الموارد المتاحة، وترشيد الإنفاق، وتحسين آليات التخطيط والرقابة المالية، وضمان استدامة مصادر التمويل والدعم الموجه للخدمات المجانية

بدأ الدعم المخصص لتمويل الخدمات الطبية المجانية بمبلغ ٤٠٠ مليون ريال شهريًا اي ٤,٨ مليار ريال سنويًا انخفض لاحقآ إلى ٢٥٠ مليون ريال شهريًا اي تساوي ٣ مليارات ريال سنويًا.

مقدار الانخفاض = ١,٨ مليار ريال سنويًا، أي انخفاض بنسبة ٣٧,٥%. مما أدى إلى تراجع حجم التمويل المتاح مقارنة بالاحتياجات التشغيلية المتزايدة للهيئة، الأمر الذي يتطلب تعزيز كفاءة استخدام الموارد والبحث عن مصادر تمويل مستدامة لدعم استمرارية تقديم الخدمات المجانية

احدى عشراً: الملاحق

١. التوصيف الوظيفي

التوصيف الوظيفي لمدير عام الشئون السريرية والطبية

المؤهلات العلمية	الشروط والخبرات المطلوبة	المعارف والقدرات	المهام والواجبات
المؤهلات العلمية: الحد الأدنى للمؤهل التخصص المطلوب بكالوريوس محاسبة	الخبرات العملية خبرة لمدة ثلاث سنوات في العمل بمجال الايرادات	١. لديه دورات في النظام المحاسبي الموحد و النظام المحاسبي الحكومي. ٢. لديه القدرة على التعامل مع برامج الحاسوب الخاصة بالمالية والحسابات. ٣. لديه القدرة على استخدام الحاسوب و برامجه المختلفة في مجال عمله. ٤. لديه القدرة على مسك الدفاتر المالية والمحاسبية المختلفة. ٥. لديه القدرة على إعداد وكتابة التقارير المالية والادارية ٦. لديه مهارات إدارية و إشرافية. ٧. لديه مهارات المتابعة والتقييم ٨. لديه القدرة على الاتصال والتواصل الفعال. و لديه مهارات ملاحظة وتدقيق عالية. ٩. معرفة كافية بقواعد السلامة العامة. ١٠. القدرة على تحمل ضغوط العمل. ١١. المعرفة بالأنظمة والسياسات والاجراءات والتعليمات المعمول بها في الهيئة.	١. القيام بالتخطيط والتنظيم والتوجيه والمراقبة لجميع الأنشطة والخدمات التي تقوم بها الإدارة ورئاسة اجتماعات الإدارة الطبية السريرية. ٢. إعداد مقترح خطة العمل لإدارته والإسهام في تطويرها وإعداد ومتابعة تنفيذ الخطط التشغيلية لضمان توازنها مع أهداف الإدارة. ٣. توجيه الفريق الطبي ومراقبة الأداء. ٤. قيادة الفريق الطبي أثناء الطوارئ. ٥. الإشراف على متابعة توفر الخدمات العلاجية بالتنسيق مع الوحدات التنظيمية المعنية، ودراسة فعاليات الخدمات الطبية العلاجية والتعرف على معوقات العمل وتقديم المقترحات اللازمة لتطوير العمل بها.

التوصيف الوظيفي لمدير عام الشئون السريرية والطبية

المهام والواجبات

٦. تحديد ومتابعة توفير احتياجات الأقسام من الأجهزة والمعدات والأدوات والمستلزمات الطبية وغير الطبية. الإشراف العام على مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة من رعاية وعلاج وفق المعايير والممارسات الأفضل.

٧. الإشراف على دراسة المشاكل والصعوبات التي تواجه سير العمل في الأقسام الطبية واتخاذ التدابير اللازمة لمعالجتها ورفع التوصيات الي نائب رئيس الهيئة للشؤون الطبية والفنية.

٨. الإشراف على وضع ضوابط ومواصفات دقيقة للخدمات العلاجية المقدمة وفق افضل الممارسات بالتنسيق مع الإدارات المعنية.

٩. الإشراف على إعداد النشرات والمجلات العلمية والبحوث وإدارة الاجتماعات العلمية المشتركة للأقسام التنسيق والإشراف على النشاط العلمي بين الأقسام الطبية.

١٠. عضو في جميع اللجان الطبية المختلفة أو يرشح أحد الأطباء وكذا يوضح أعضاء اللجان الطبية والرفع بذلك إلى رئيسة

١١. رئاسة لجنة المراضه والوفيات والرفع بتقارير بشكل شهري عن جميع الحالات التي تم مناقشتها.

١٢. دراسة ومناقشة وتقييم الحالات المرضية بالاشتراك مع الأطباء العاملين في القسم المعني.

١٣. مراقبة أداء الأطباء الأخصائيين وإنتاجيتهم وتقييمها شهريا ورفع التوصيات بالنتائج شهريا لقيادة الهيئة الإشراف ومتابعة توزيع الأطباء الإخصائيين لتغطية العمل في أقسام المرضى والعيادات الخارجية والمناوبات.

١٤. برأس اللجان التأديبية التي تحقق في المخالفات الطبية والمخولة باتخاذ الإجراءات التأديبية والرفع بذلك إلى نائب رئيس الهيئة للشؤون الطبية .

١٥. المرور اليومي داخل الدوام الرسمي وخارج الدوام على الأقسام الطلبة السريرية والتفتيش على الملفات الطبية و التأكد من مدى امتثال الكادر الطبي والالتزام بمتابعة مرضاهم وكذلك الالتزام ببرتوكولات وإجراءات وسياسات العمل الطبي وفقا لمتطلبات معايير وسياسات الجودة وبما يضمن تحسين جودة الخدمة الصحية المقدمة

التوصيف الوظيفي لمدير عام الشئون السريرية والطبية

المهام والواجبات

١٦. يتولى توضيح الأطباء للمشاركة في المؤتمرات والندوات والدورات العلمية الطبية.

١٧. التنسيق مع رئاسة الهيئة والشؤون الأكاديمية لتوفير منح برامج تدريب في المجالات الطبية المختلفة.

١٨. يرسم مع مدير عام خدمات التمريض خطة العمل التمريضي ليضمن التناسق بين العمل التمريضي والطبي ويبني ملاحظاته

١٩. تطوير خدمات الأقسام بمواكبة المستجدات في العلوم والأساليب الطبية.

٢٠. تقييم أداء رؤساء الأقسام الطبية والأشراف على تقييم الأطباء الإخصائيين الذين يعملون في الأقسام الطبية السريرية ورفع التوصيات بذلك.

٢١. التقييم والمراقبة المستمرة لخطط عمل أدارته والبرامج والأنشطة بشكل يومي وشهري ومتابعة قياس مؤشرات الأداء ونسب الانحراف رفع التقارير الشهرية والنصف شهرية لرئيسة.

٢٢. الإشراف والمتابعة على تنفيذ الاجتماع الصباحي الطبي اليومي ((meetingبجميع الأقسام برئاسة رؤساء الا قسام المعنية.

٢٣. الزام رؤساء الأقسام الطبية بالمرور الجماعي كلا في قسمة مع بقية أطباء القسم اليومي والأسبوعي على جميع المرضي بالأقسام .

٢٤. الإشراف على تطبيق برنامج الجودة النوعية ومكافحة العدوي في الاقسام التابعة له.

٢٥. رفع التقارير الدورية والإحصائية إلى نائب رئيس الهيئة عن انشطة القسم ورئيس الهيئة.

٢٦. القيام بمهام عمله كطبيب استشاري اذا تطلب الأمر ذلك .

٢٧. القيام بأية مهام أخرى يكلف بها في اطار اختصاصه.

التوصيف الوظيفي لمدير عام ادارة التمريض

المؤهلات العلمية	الشروط والخبرات المطلوبة	المعارف والقدرات	المهام والواجبات
الحد الأدنى للمؤهل بكالوريوس التخصص المطلوب تمريض + حاصل على شهادة مزاولة من المجلس الطبي	الخبرات العملية خبرة لمدة خمس سنوات في إدارة التمريض.	١. لديه مهارات إدارية و إشرافيه و قيادية. ٢. لديه القدرة على التدريب ونقل المعارف والمهارات. ٣. شخصية اجتماعية وقيادية. ٤. لديه مهارات التقييم والمتابعة. ٥. لديه مهارات التخطيط الاستراتيجي و التشغيلي. ٦. لديه القدرة على الاتصال والتواصل الفعال. ٧. لديه القدرة على تطوير الذات وتطوير الإدارة والتحسن المستمر بما يواكب المستجدات العملية و ٨. العلمية. ٩. لديه القدرة على إعداد وكتابة التقارير إدارة الوقت بفاعلية وإدارة الاجتماعات. ١٠. و القدرة على تحمل ضغوط العمل	١. وضع السياسات والأهداف الخاصة بالأقسام التابعة له. ٢. القيام بالتخطيط والتنظيم والتوجيه والمراقبة لجميع الأنشطة والخدمات التي يقدمها جهاز التمريض في ٣. عمل اجتماع دوري شهري لمشرفي المراكز والأقسام التمريض بالهيئة لمناقشة الأمور المتعلقة بسير العمل والمستجدات واطلاعهم علي التطورات التي تحدث في الهيئة والتعليمات الإدارية ومناقشة تنفيذها. ٤. المشاركة في لجان الهيئة مثل اللجان العلمية ولجنة الجودة ومكافحة العدوى ولجنة شؤون الموظفين . . ٥. متابعة تطوير دور منسق التعليم المستمر لعمل دورات وورش عمل ومحاضرات متخصصة في مجال التمريضي. ٦. إعداد دراسة احتياجات الإدارة من الكوادر البشرية التمريضية وإعادة التوزيع حسب الحاجة . ٧. إعداد مواصفات لتعيين مشرفي الأقسام والوحدات .

التوصيف الوظيفي لمدير عام ادارة التمريض

المهام والواجبات

٨. المتابعة اليومية لعمل الكادر داخل الأقسام المختلفة والاطمئنان على سير العمل.
٩. دراسة التقارير والخطط الصادرة من مشرفي الأقسام والمراكز والوحدات وتوجيهم على ضوء النتائج.
١٠. تقييم الأداء للكادر التمريضي داخل الهيئة .
١١. إعداد الدراسات والخطط لتحديد الاحتياجات التدريبية والتعليمية الكوادر التمريضية
١٢. متابعة الكادر الالتزام بلبس الزي الطبي داخل الأقسام.
١٣. مراقبة الأداء الفني للكادر التمريضي من خلال الزيارات المستمرة داخل الدوام الرسمي وخارج الدوام لضمان تقديم أفضل رعاية تمريضية للمرضي.
١٤. إعطاء الإرشادات اللازمة لهيئة التمريض والعاملين عن كيفية استخدام الأجهزة والمعدات الطبية بالطرق المثلي للحفاظ على ديمومة الأجهزة.
١٥. متابعة خطط مشرفي الأقسام والمراكز ومدى تقيدهم للخطط والتعليمات .
١٦. دراسة التقارير والخطط الصادرة من مشرفي الأقسام والمراكز والوحدات وتوجيهم على ضوء النتائج.

التوصيف الوظيفي لمدير عام ادارة التمريض

المهام والواجبات

١٧. دراسة التقارير والخطط الصادرة من مشرفي الأقسام والمراكز والوحدات وتوجيهم على ضوء النتائج.
١٨. تقييم الأداء للكادر التمريضي داخل الهيئة .
١٩. إعداد الدراسات والخطط لتحديد الاحتياجات التدريبية والتعليمية الكوادر التمريضية .
٢٠. تقديم المشورة التمريضية في الأمور المتعلقة بالخدمات التمريضية المقدمة للمرضي داخل الأقسام.
٢١. تقييم وقياس مستوى التطوير الوظيفي لهيئة التمريض.
٢٢. متابعة تطبيق سياسات الجودة ومكافحة العدوي بجميع الأقسام والمراكز
٢٣. تقييم مستوي الخدمات التمريضية المقدمة من قبل الفريق التمريضي .
٢٤. الاشتراك في عضوية مجلس الإدارة.
٢٥. رفع تقارير شاملة عن إدارة التمريض المقدمة لقيادة الهيئة والتوصيات بالحلول التي تساعد على تحسين الأداء

التوصيف الوظيفي لمدير مركز الإسعاف و الطوارئ

المؤهلات العلمية	الشروط والخبرات المطلوبة	المعارف والقدرات	المهام والواجبات
الحد الأدنى للمؤهل ماجستير	١. التخصص المطلوب طب عام أو جراحة. ٢. حاصل على رخصة مزاولة مهنة من المجلس الطبي الأعلى. ٣. الخبرات العملية خبرة ٥ سنوات في مجال عمله و في الإدارة والاشراف	١. القدرة على تطوير الخدمات الطبية والتشخيصية. ٢. القدرة على التخطيط والتنظيم والإشراف المستمر والتقييم والرقابة والمتابعة. ٣. يتمتع بشخصية قيادية إداريا وفنيا واجتماعيا. ٤. لديه مهارات تواصل فعالة ومهارات إدارة الاجتماعات وإدارة الوقت وإعداد وكتابة التقارير ٥. لديه مهارات التفكير الإبداعي المختلفة. ٦. قادر على التدريب ونقل المعارف والمهارات المختلفة. ٧. قادر على تطوير نفسه بشكل مستمر يواكب أحدث الابحاث والتطورات في مجال اختصاصه. ٨. المعرفة بالأنظمة والسياسات والاجراءات والتعليمات المعمول بها في الهيئة. ٩.القدرة على استخدام الحاسوب والاجهزة والمعدات الطبية المختلفة. ١٠. القدرة على العمل ضمن فريق وتحمل المسئولية. ١١. إجادة اللغة الإنجليزية.	١. يقوم بالإشراف الفني والإداري على أداء الأخصائيين في مركز الطوارئ والأطباء المقيمين والمؤهلين وأطباء الامتياز والطلاب المتدربين الإجازات الحضور والتزام الأطباء بمناوباتهم وتدريبهم على طرق العلاج المتبعة في مركز الطوارئ. ٢. الإشراف المباشر على تقييم أداء الأطباء العاملين بمركز الطوارئ. ٣. إعداد احتياجات مركز الطوارئ من المعدات الطبية وغير الطبية والكوادر البشرية الطبية بالإضافة إلى الاحتياجات التدريسية المختلفة. ٤. تشكيل لجان التحقيق حين يطلب منه ذلك أو ضمن صلاحياته على مستوى مركز الطوارئ والتوصية بأسماء الاخصائيين الذين يشاركوا في التحقيق.

التوصيف الوظيفي لمدير مركز الإسعاف و الطوارئ

المهام والواجبات

٥. يوفر وينسق الاتصال بين موظفيه وإدارة الهيئة ويشجعهم في تقديم أفكار حول تطوير ورفع مستوى مركز الطوارئ

٦. إدارة حلقة نقاش لمعالجة بعض الحالات المعقدة في مجال الإسعاف والطوارئ .

٧. إعداد جداول المناوبات للأطباء في قسمه والإشراف على تنفيذها ويضع بالتشاور مع الإخصائيين ومن يلزم من المقيمين ومشرف التمريض بمركز الطوارئ.

٨. يعقد اجتماعات دورية يومية مع أطباء مركز الطوارئ ومشرف التمريض لتقييم العمل وتطويره والاطلاع على برنامج العمل اليومي لمركز الطوارئ وتقرير اليوم السابق.

٩. يتأكد من متابعة حالة المرضى من قبل الأطباء في مركز الطوارئ وكادر التعريض وتسجيل الإجراءات العلاجية

١٠. الاطلاع على التقارير الإحصائية والتقارير العلمية في مجال الإسعاف والطوارئ والاطلاع عليها.

١١. ترشيح أطباء لحضور الدورات والمؤتمرات المتعلقة بطب الطوارئ وبالتنسيق مع مدير إدارة الطبية والسريرية.

التوصيف الوظيفي لمدير الجودة ومكافحة العدوى

المؤهلات العلمية	الشروط والخبرات المطلوبة	المعارف والقدرات	المهام والواجبات
٢. بكالوريوس إدارة مستشفيات أو إدارة أعمال أو بكالوريوس في أحدى التخصصات الطبية. ١. دورات في إدارة الجودة الشاملة	خبرة لمدة أربع سنوات في إدارة الجودة الشاملة.	١. المعرفة الجيدة بأساسيات الرقابة والقوانين المعمول بها في اليمن ونظام العمل. ٢. أن يكون لدية خبرة عملية في مجال جودة مخرجات الرعاية الصحية. ٣. القدرة على الاتصال وإقامة علاقات طيبه مع الآخرين. ٤. القدرة على استخدام الحاسوب ٥. القدرة على التدريب	١. وضع بنود وسياسات وإجراءات الجودة وشرحها للموظفين والعاملين بالهيئة وتدريبهم عليها وتحفيزهم على العمل بها. ٢. القيام بالمراقبة والتدقيق الداخلي على كافة الإدارات والأقسام للتأكد من تطبيقها لهذه الإجراءات. ٣. العمل على تحسين وتطوير إجراءات الجودة والنماذج المعمول بها حاليا في الهيئة بشكل لا يتعارض مع الهدف العام والقوانين والتعليمات. ٤. إصدار اللوائح والتعليمات المتعلقة بتطبيق تلك الإجراءات ومتابعة تنفيذها. ٥. الرقابة الدائمة على ظروف السلامة الصحية والمهنية في الهيئة.

التوصيف الوظيفي لمدير الجودة ومكافحة العدوى

المهام والواجبات

٦. حضور اجتماعات رئيس الهيئة و التعاون مع رئيس الهيئة في صياغة و تقنين التوصيات و القرارات الصادرة وضع الخطط المناسبة.

٧. مراجعة وتدقيق جميع الإجراءات والسجلات والنماذج والتعليمات الخاصة بنظام الجودة بعد المراجعة من ممثل الإدارة النظام الجودة.

٨. المشاركة في تقييم أداء الموظفين والعاملين في كافة الأقسام من خلال تطبيقهم لمعايير الجودة.

٩. رفع التقارير نصف الشهرية و الشهرية و النصف سنوية والسنوية الى رئيس الهيئة و مناقشة هذه التقارير في الاجتماعات الدورية.

التوصيف الوظيفي لمدير إدارة تخطيط الموارد البشرية والتوظيف

المؤهلات العلمية	الشروط والخبرات المطلوبة	المعارف والقدرات	المهام والواجبات
١. الحد الأدنى للمؤهل بكالوريوس ٢. التخصص المطلوب أحد مجالات العلوم الادارية	١. الخبرات العملية خبرة لمدة سنتين في أعمال شئون الموظفين.	١. إلمام تام بكافة الوظائف والقوى العاملة الهيئة. ٢. لديه معرفة كافية بالقوانين النافذة ذات العلاقة بالعمل في اليمن ٣. لديه القدرة على التعامل مع برامج الحاسوب التي تخص العمل. ٤. لديه دورات في تخطيط الموارد البشرية تقيم الموارد البشرية التحليل والتوصيف الوظيفي. ٥. لديه دورات على الانظمة الالكترونية مثال يمن سوفت، أونكس برو إبداع سوفت ٦. مهارات عالية في الاشراف والمتابعة و التقييم. ٧. لديه مهارات والقدرة على التخطيط لاستراتيجي و التشغيلي. ٨. لديه القدرة على الاتصال والتواصل الفعال. ٩. و لديه القدرة على إعداد وكتابة التقارير إدارة الوقت بفاعلية. ١٠. القدرة على تحمل ضغوط العمل	١. تقديم التوصيات والمساهمة في إعداد السياسات والإجراءات المتعلقة بنشاط تخطيط الموارد البشرية. ٢. المشاركة في لجنة التوظيف. ٣. إعداد خطة الاحتياج من الكوادر البشرية للهيئة الاحتفاظ ببيانات كاملة عن المؤهلين تفصيلية مصنفة . ٤. تسجيل طلبات التوظيف ورفع المقترحات عن ترشيح وتوزيع واختيار المرشحين لشغل الوظيفة العامة وفق اللوائح والنظم . ٥. دراسة تقارير الكفاءة السنوية للموظفين واتخاذ ما يلزم والرفع للمرؤوسين مستوفيه جميع البيانات و المعلومات والمقترح وفق ما توصل اليه من خلال التقارير.

التوصيف الوظيفي لمدير إدارة تخطيط الموارد البشرية والتوظيف

المهام والواجبات

٦. يتابع تنفيذ الخطط ويراجعها باستمرار ويواكب المستجدات في مجال خطط العمل.

٧. يجري الدراسات ويقدم التوصيات لتحسين الخدمات المقدمة.

٨. يراجع الهيكل التنظيمي واللائحة التنظيمية وتحديثها بما يتوافق مع التطوير والتوسع في العمل.

٩. يتابع تقييم الأداء الفردي الخاص بالمؤسسة ويقدم التوصيات بناء على النتائج .

١٠. يعد الوصف الوظيفي لكافة الوظائف بما يعزز العمل المؤسسي .

التوصيف الوظيفي لرئيس قسم حسابات النزلاء والتأمين

المؤهلات العلمية

المؤهلات العلمية: الحد الأدنى للمؤهل التخصص المطلوب بكالوريوس محاسبة

الشروط والخبرات المطلوبة

الخبرات العملية خبرة لمدة ثلاث سنوات في العمل بمجال الايرادات

المعارف والقدرات

١. لديه دورات في النظام المحاسبي الموحد و النظام المحاسبي الحكومي.
٢. لديه القدرة على التعامل مع برامج الحاسوب الخاصة بالمالية والحسابات.
٣. لديه القدرة على استخدام الحاسوب و برامجه المختلفة في مجال عمله.
٤. لديه القدرة على مسك الدفاتر المالية والمحاسبية المختلفة.
٥. لديه القدرة على إعداد وكتابة التقارير المالية والادارية
٦. لديه مهارات إدارية و إشرافية.
٧. لديه مهارات المتابعة والتقييم
٨. لديه القدرة على الاتصال والتواصل الفعال. و لديه مهارات ملاحظة وتدقيق عالية.
٩. معرفة كافية بقواعد السلامة العامة.
١٠. القدرة على تحمل ضغوط العمل.
١١. المعرفة بالأنظمة والسياسات والاجراءات والتعليمات المعمول بها في الهيئة.

المهام والواجبات

١. الإشراف على إجراءات دخول المرضي إلى جميع أقسام الرقود والمراكز.
٢. الإشراف على موظفي قسم حسابات النزلاء والتامين وتقييم أدائهم والتزامهم بالوصف الوظيفي.
٣. متابعة سير العمل في القسم وتحقيق الانضباط الوظيفي للموظفين .
٤. الإشراف والمتابعة على تحصيل المبالغ النقدية من المرضى عند الدخول وأثناء الإقامة وعند الخروج
٥. العمل على حل مشاكل المرضى المتعلقة بالفواتير .
٦. الإشراف والمتابعة على كشوفات الإيرادات والمطالبات الخاصة بالشركات المتعاقدة مع الهيئة وغير المتعاقدة

التوصيف الوظيفي لرئيس قسم حسابات النزلاء والتأمين

المهام والواجبات

٨. الإلمام الكامل بعقود شركات التأمين وإدخال العقود في النظام الآلي واطلاع موظفي استقبال حسابات النزلاء والتأمين على نسب التحمل والسقف المالي المسموح لهم والخدمات التي تندرج ضمن التأمين وغير المسموح بها.

٩. متابعة الفواتير المعلقة بشكل يومي والرفع لمدير الإيرادات والمالي للبت فيها.

١٠. متابعة مرضى الرقود لسداد ما عليهم بشكل يومي وتوقيف الخدمات الطبية لمن تجاوز السلف المحدد.

١١. الإشراف على ملفات المرضى وتوزيع طلبات الخدمات بالملفات المفتوحة.

١٢. الإشراف على استخراج القيود الشهرية الخاصة بالإيرادات.

١٣. إعداد المطالبات والخصومات لشركات التأمين في الوقت المحدد بحسب شروط العقد المتفق عليه و الموقع من أصحاب الاختصاص في الهيئة .

١٤. قيد وتسجيل جميع العمليات المالية المتعلقة بحسابات المرضى والتأمين أولا بأول .

١٥. إعداد ومراجعة كشوفات الإيرادات اليومية للمرضى.

١٦. تدقيق كافة الكشوفات والتقارير التي تصدر عن قسم الرقود قبل رفعها إلى الجهات المعنية بالهيئة

٣. اللائحة المالية

٤. اللوائح التنظيمية

٥. دليل الجودة

٦. دليل سياسات واجراءات العمل على مستوى كل قسم