

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

Ministry of Higher Education and
Scientific Research

UNIVERSITY - SETIF 1

Faculty of Economics, Commerce
and Management



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة سطيف 1

كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم

التسيير

قسم علوم التسيير

محاضرات في إدارة جودة الخدمات الصحية

مطبوعة بيداغوجية موجهة لطلبة السنة الأولى ماستر، تخصص اقتصاد الصحة

والإدارة الاستشفائية

إعداد الدكتورة: محلب فايزة

الخبراء المقيمين للمطبوعة:

.....

.....

تاريخ اعتماد المطبوعة:

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

Ministry of Higher Education and
Scientific Research

UNIVERSITY - SETIF 1

Faculty of Economics, Commerce
and Management



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة سطيف 1

كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم

التسيير

قسم علوم التسيير

محاضرات في إدارة جودة الخدمات الصحية

مطبوعة بيداغوجية موجهة لطلبة السنة الأولى ماستر، تخصص اقتصاد الصحة

والإدارة الاستشفائية

إعداد الدكتورة: محلب فايزة

الخبراء المقيمين للمطبوعة:

.....

.....

تاريخ اعتماد المطبوعة:

الفصل الأول: مدخل مفاهيمي للجودة.

- 1- مفهوم الجودة.
- 2- مجالات الجودة.
- 3- إدارة الجودة الشاملة.
- 4- أهمية وأهداف إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة الصحية.
- 5- تبني/تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة الصحية.

الفصل الثاني: المفاهيم المرتبطة بالخدمة الصحية.

- 1- مفهوم الصحة والمؤسسة الصحية.
- 2- مفهوم الخدمة وتصنيفاتها.
- 3- الخدمة الصحية وخصائصها.
- 4- المزيج التسويقي للخدمة الصحية.
- 5- طرق تقديم الخدمة الصحية.

الفصل الثالث: جودة الخدمة الصحية.

- 1- نشأة ممارسات جودة الخدمة الصحية.
- 2- مفهوم جودة الخدمة الصحية.
- 3- أهمية وأهداف جودة الخدمة الصحية.
- 4- مراحل تحقيق جودة الخدمة الصحية.
- 5- أبعاد جودة الخدمة الصحية.

الفصل الرابع: استخدام الموارد وتقييم الأداء في المؤسسة الصحية.

- 1- موارد المؤسسة الصحية.
- 2- استخدام الموارد في المؤسسة الصحية.
- 3- أداء المؤسسة الصحية.
- 4- أهمية تقييم الأداء في المؤسسة الصحية.
- 5- مؤشرات تقييم الأداء في المؤسسة الصحية.

الفصل الخامس: تقييم جودة الخدمة الصحية.

- 1- مستويات جودة الخدمة الصحية.
- 2- قياس وتقييم جودة الخدمة الصحية.
- 3- طرق قياس جودة الخدمة الصحية.
- 4- أهمية تقييم جودة الخدمة الصحية.
- 5- نماذج تقييم جودة الخدمة الصحية.

الفصل السادس: تحسين جودة الخدمة الصحية.

- 1- مفهوم تحسين جودة الخدمة الصحية.
- 2- أهمية تحسين جودة الخدمة الصحية.
- 3- مراحل تحسين جودة الخدمة الصحية.
- 4- أدوات تحسين جودة الخدمة الصحية.
- 5- حلقات تحسين جودة الخدمة الصحية.
- 6- نظم الجودة لتحسين جودة الخدمات الصحية.

الخاتمة.

"رَبِّ اشْرَحْ لِي صَدْرِي * وَيَسِّرْ لِي أَمْرِي * وَاجْلَدْ لِي كَلِمَةً مِّن لِّسَانِي * يُفْقَهُوا قَوْلِي"

مقياس إدارة جودة الخدمات الصحية موجه لطلبة السنة الأولى من طور الماستر، تخصص اقتصاد الصحة والإدارة الاستشفائية.

تسمح محاضرات إدارة جودة الخدمات الصحية للطلاب بالاطلاع على المفاهيم الأساسية الخاصة بموضوع إدارة جودة الخدمات الصحية، مراحلها والأدوات المساعدة في كل مرحلة، بالإضافة إلى عدد من الأدوات التي يحتاجها في كل مرحلة من مراحل تبني وإدارة الجودة في المؤسسة الصحية.

المقياس يدخل في الوحدة المنهجية (رصيده 6، ومعامله 2) ويعتمد على بعض المكتسبات القبلية، أهمها:

➤ المؤسسات/الخدمة الصحية.

➤ مدخل إلى إدارة الأعمال/إدارة الجودة.

عند الانتهاء من مقرر إدارة جودة الخدمات الصحية؛ يتمكن الطالب من التحكم (ممارسة) في عمليات إدارة جودة الخدمة (تخطيط، ضبط، ضمان وتحسين جودة الخدمة الصحية)، من خلال ضبط المفاهيم، الأبعاد والأدوات المساعدة. بحيث يتمكن من:

➤ معرفة المفاهيم الأساسية المرتبطة بمقياس إدارة جودة الخدمات الصحية؛

➤ التمييز بين مختلف أبعاد جودة الخدمة الصحية وكيفية وضعها محل التنفيذ؛

➤ التحكم في بعض أدوات تقييم جودة الخدمات الصحية، وطرق تحسينها بالتحكم في بعض الأدوات المساعدة.

المقياس متكون من محاضرات وأعمال موجهة، يتلقى الطالب بشكل تفاعلي قسم من المعارف والمهارات المرتبطة بالمقياس، ويتمكن من خلال الأعمال الموجهة من التوسع فيها وإسقاطها على حالات لمؤسسات صحية لتحقيق الفعالية المرجوة من المقياس.

الكلمات المفتاحية: الجودة، الخدمة الصحية، جودة الخدمة الصحية، المؤسسة الصحية، التحسين.

قائمة الأشكال

الصفحة	العنوان	الرقم
9	إدارة الجودة كحلقة مغلقة	-1
10	المفهوم الشامل للجودة	-2
18	مراحل تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية	-3
39	طرق تقديم الخدمة	-4
76	نموذج الفجوات (SERVQUAL)	-5
84	انعكاسات التحسين المستمر للجودة على المؤسسة الصحية	-6
87	ثلاثية جوران	-7
89	مخطط السبب والأثر	-8
90	عجلة/دورة ديمينغ	-9
93	مجالات اهتمامات حلقات الجودة	-10
94	أهداف حلقات الجودة حسب JUSE	-11

قائمة الجداول

الصفحة	العنوان	الرقم
25-24	تصنيف المؤسسات الصحية	-1
28	بعض الأمثلة لتصنيف الخدمات	-2
32	مشاكل خصائص الخدمة الصحية	-3
52	أبعاد جودة الخدمة بالمؤسسات الصحية	-4
59-58	إدارة استخدام موارد المؤسسة الصحية	-5
71	مستويات جودة الخدمة الصحية	-6
77	تقليص الفجوات لجودة الخدمة الصحية	-7
92	مجالات اهتمام حلقات الجودة حسب JUSE	-8
96	حلقات الجودة وفرق التحسين	-9

الفصل الأول

مدخل مفاهيمي للجودة

الفصل الأول: مدخل مفاهيمي للجودة.

تمهيد.

تعتبر إدارة المستشفيات من التخصصات بالغة الأهمية، لما لهذا التخصص من تأثير على المستوى الجزئي (المؤسسة الصحية) والمستوى الكلي (اقتصاد الدول)، وهذا للأهمية التي يتميز بها قطاع الصحة، ولأهمية تحسينه وتحسين إدارته خاصة في الدول النامية.

ويعتبر مقياس إدارة جودة الخدمات الصحية من بين المواد المبرمجة على المتخصص، بحيث يتكوّن من عدد من المحاور الأساسية، مقسّمة على ستة فصول. يتمّ من خلال الفصل الأول التذكير بالمفاهيم الأساسية المرتبطة بالجودة، لأنّ الدّارس للمقياس لا يستطيع أنّ يتعمّق في المفاهيم والمعايير المرتبطة بجودة الخدمة الصحية، دون معرفة المفاهيم والمعايير المرتبطة بالجودة.

تعتبر الجودة غاية أو هدفا للعديد من المنظمات على اختلاف أنواعها وطبيعة نشاطها، في حين أنّها في الواقع ليست غاية فحسب، بل وسيلة أو أسلوب عمل لتحقيق الفعالية والكفاءة المرجوين من نشاط المنظمات، وهذا ما يجعل المتخصص في إدارة المششفيات واقتصاد الصحة مطالباً بمعرفة هدفه من إدخال مفهوم أو فلسفة الجودة في إدارة المؤسسة الصحية التي قد يسيّرّها أو يشارك في طاقمها الإداري أو الاستشاري.

يتمّ في هذا الفصل التفصيل في المفاهيم والمراحل المرتبطة بالجودة من خلال عرض مفهوم الجودة وإدارة الجودة، مجالات الجودة، أهميتها ومتطلّباتها. إدارة الجودة الشاملة وخصوصيتها في المؤسسات الاستشفائية (المؤسسات الصحية)، أهمية إدارة الجودة الشاملة للمؤسسات الاستشفائية والهدف من تبنّيها، مبادئ إدارة الجودة الشاملة ومراحل تبنّيها في المؤسسات الاستشفائية.

1- مفهوم الجودة.

تختلف التعاريف المقدّمة للجودة، وتنقسم إلى تعاريف تقليدية تركز على الجانب التقني المرتبط بالعملية الإنتاجية، وأخرى حديثة تشمل كل المراحل والمستويات في المنظمة.

فيعرفها جوزيف جوران Joseph Juran بأنها: "ملاءمة المنتج للاستعمال"، وقد توصل إلى هذا التعريف الواضح والمختصر بعد سنوات طويلة من ممارسة ضبط الجودة في مختلف المؤسسات الصناعية (القران، 2015، الصفحات 16-17)، ويشترط فيليب كروسبي Philip Crosby في الجودة "المطابقة مع المتطلبات"، أما إدوارد ديمينغ Edwards Deming فيرى أنها درجة متوقعة من التناسق والاعتماد تناسب السوق بتكلفة منخفضة. (قشي، 2020، صفحة 62).

وقد وضح أرماند فيجنباوم Armand Feigenbaum في كتابه "الضبط الشامل للجودة" بأن كلمة الجودة لا تعني المعنى الشائع أي الأحسن في المفهوم المطلق، وإنما تعني بالمفهوم الصناعي الأحسن للمستهلك في حالات معينة، ومن بين هذه الحالات الاستخدام النهائي الفعلي، وسعر بيع المنتج. وأوضح بأن هاتين الحالتين تنعكسان بدورهما على توافر خمس حالات، وهي (القران، 2015، صفحة 17):

- مواصفات الأبعاد والخواص التشغيلية؛
- العمر الخدمي والمعولي للمنتج؛
- كلف التصميم والإنتاج؛
- ظروف التصميم والإنتاج؛
- التركيب الموقعي والصيانة.

وعليه؛ فقد عرف الجودة على أنها: "الخواص المميزة الشاملة المركبة للمنتج عند التسويق، التصميم، التصنيع والصيانة والتي سوف يفي بها عند وضعه قيد الاستخدام بتوقعات المستهلك" (القران، 2015، صفحة 17).

فنلاحظ من خلال التعاريف المقدّمة من كبار رواد الجودة أنها في عمومها تركز على الجانب التقني والعملية للمنتج، بحيث إذا توفرت مجموعة من المواصفات، الخصائص أو المميّزات في منتج ما أو خدمة، فنستطيع القول بأنّ هذا المنتج ملائم وذو جودة. لكن مفهوم الجودة تطوّر مع تطوّر الإنتاج، رغبات الزبائن

وكذا أساليب الإدارة، لذلك نتطرق إلى تعاريف أخرى أكثر حداثة، لنقوم بعدها بالتمييز بين المفهوم في الفترتين (عند ظهوره، وفي المرحلة الحديثة).

تمثل الجودة "حالة ديناميكية مرتبطة بالمنتجات المادية والخدمات والأفراد والعمليات والبيئة المحيطة بحيث تتطابق هذه الحالة مع التوقعات" (بوحرو، 2014، صفحة 109). كما يمكن تعريف الجودة من وجهة نظر الزبون على أنها مرتبطة بإرضائه وتلبية حاجاته، وهي نتيجة مقارنة بين مستوى ما يتوقعه من الخدمة أو السلعة التي يتلقاها وبين مستوى الخدمة التي تلقاها بالفعل. فإذا كان مستوى الخدمة المقدمة مساويا لمستوى الخدمة المتوقعة أو أكثر منها فإن تلك الخدمة تتمتع بالجودة في المنظمة، أما إذا كان مستوى الخدمة المقدمة فعلا أقل من مستوى الخدمة المتوقعة فإن تلك الخدمة لا تتمتع بالجودة المطلوبة (أوشن، 2018، صفحة 19).

فمفهوم الجودة لم يبق مقتصرًا على تمحيص أو الحكم على المنتج الذي تم تقديمه (من وجهة نظر المنظمة) أو تلقيه (من وجهة نظر الزبون) سواء كان سلعة أو خدمة، إنما أصبح مقترنا بتوقعات الزبون، وبالتالي؛ فلا يمكننا الحكم على جودة المنتج بخصائصه فقط، إنما بمقارنتها بما ينتظره الزبون منه، فإذا كانت هذه الخصائص والقيم التي يقدمها المنتج أفضل أو مساوية لتوقعات الزبون وما ينتظره من المنتج فإنه ذو جودة، وإن لم تكن كذلك، فإن المنتج سواء كان سلعة أو خدمة لا يرقى إلى تطلعات الزبون ومنه فهو لا يتمتع بالجودة.

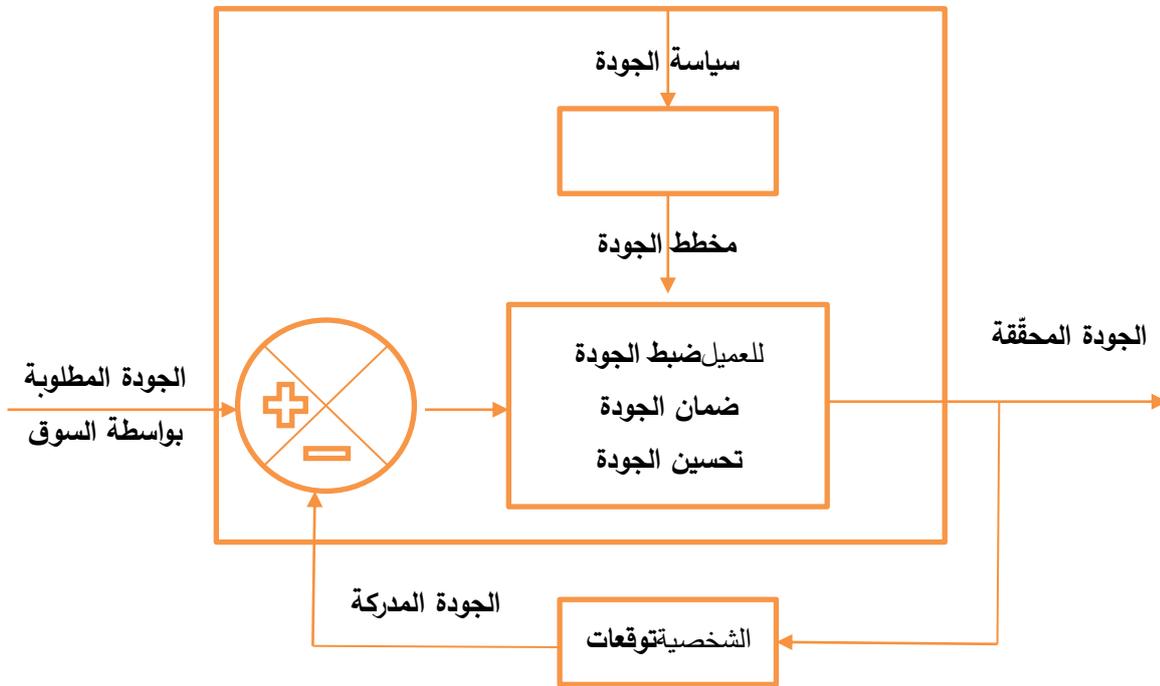
لم تعد الجودة مجرد معايير تميز المنتج، ولا أسلوب يتم من خلاله التعرف على مدى مطابقة المنتج النهائي لهذه المعايير، وإنما ذهبت إلى أبعد من ذلك؛ لتشمل الاستعمال الأمثل للموارد المادية والبشرية واستبعاد كل معيب من أول خطوة للإنتاج وتقديم الخدمة كما أن تحقيق الجودة هو مسؤولية الجميع بدءًا من الإدارة العليا وأفراد المنظمة والمجهز، وأن تحسين الجودة يؤدي إلى رفع مستوى الإنتاجية والتخلص من التكاليف الناجمة عن إعادة تصنيع المنتجات المتضررة والتالفة لكي تصبح جاهزة، وبالتالي الحصول على أقصى أرباح، وهي تعني أيضًا ثقافة مميزة في الأداء أو العمل المستمر لتحقيق توقعات المستفيد، وتأدية العمل بشكل أفضل وفعالية أكبر في أقصر وقت ممكن (كاظم، 2015، صفحة 277).

ومنه؛ فإن مفهوم الجودة تعدى الخصائص القابلة للقياس، وكذا تطلعات الزبائن، ليصبح مرتبطًا بثقافة المنظمات على اختلاف أنواعها (بما فيها المؤسسات الصحية)، وهذا ما يجعل مفهوم الجودة يتوسّع ليشمل

كل وظائف المنظمة وعملياتها ومواردها، وهذا على كل المستويات التنظيمية لها، ليصبح فلسفة سائدة، وهذا ما يسمى بالجودة الشاملة، بحيث نعود لنفصل في هذا المفهوم، وكيفية تبنيه في المؤسسة الصحية في آخر هذا الفصل.

وتمثل إدارة الجودة العمليات: تخطيط الجودة، ضبط الجودة، ضمان الجودة وتحسينها (بوحرد، مطبوعة محاضرات في إدارة ومراقبة الجودة، 2018، صفحة 18)، بحيث يتم التفصيل فيها من خلال المقياس، ويمكن تلخيص هذا المفهوم من خلال الشكل التالي:

الشكل رقم (01): إدارة الجودة كحلقة مغلقة



المصدر: (بوحرد، مطبوعة محاضرات في إدارة ومراقبة الجودة، 2018، صفحة 18)

2- مجالات الجودة، أهميتها ومتطلباتها.

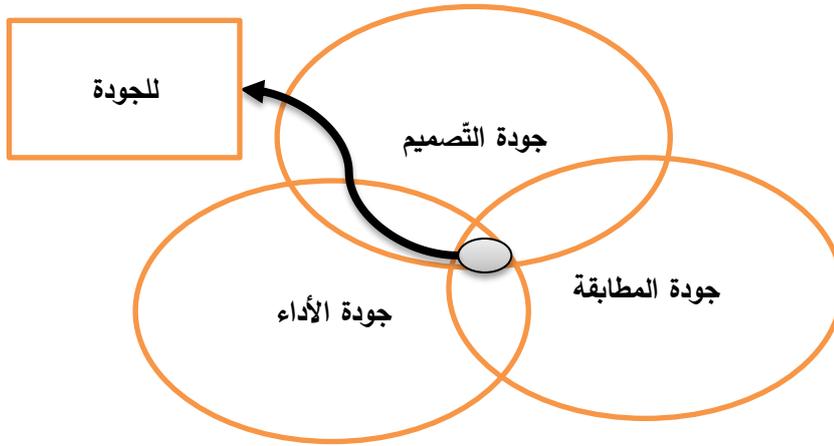
يرتبط هذا العنصر بالعنصر السابق، بحيث لا يمكن فصل جوانب أو مجالات الجودة عن مفهومها، بل تتداخل مجالات الجودة لتقدم لنا المفهوم الشامل للجودة، وكذا أهميتها للمنظمات على اختلافها شاملة المؤسسات الصحية.

أ- مجالات الجودة.

يرى المفهوم الحديث للجودة جوانب/مجالات ثلاثة تتمثل في (كاظم، 2015، صفحة 277):

- **جودة التصميم:** ويقصد بها توافر مجموعة معينة من الخصائص الملموسة وغير الملموسة في تصميم المنتج أو الخدمة.
- **جودة الإنتاج (المطابقة):** يقصد بها جودة ظروف الإنتاج وجودة العملية الإنتاجية، ويطلق عليها جودة المطابقة أيضا والتي تعني مدى مطابقة جودة التصميم مع ظروف وعمليات الإنتاج في المنظمة.
- **جودة الأداء (الاعتمادية):** وتتمثل في قدرة المنتج أو الخدمة على إرضاء الزبون لأطول مدّة ممكنة. ويمكن تلخيصها في الشكل.

الشكل رقم (02): المفهوم الشامل للجودة



المصدر: (Elhefnawy & Mohmed, 2020, p. 2)

يلخص الشكل الجوانب الثلاثة للجودة، بحيث تحقيقها مجتمعة يؤدي إلى تحقيق الجودة.

ب- أهمية الجودة.

من خلال المحاضرات التي بين أيدينا تتضح أهمية الجودة للمنظمات خاصة المؤسسات الصحية على اعتبار أنّها موضوع المحاضرات بالتفصيل، لكننا نلخص بعض النقاط في هذا العنصر لتقديم لمحة للطالب عنها، فيما يلي (BEN GHODBANE, 2014, p. 109):

- أصبحت الجودة عاملاً مميزاً للمؤسسات مثلها مثل السعر، ومنه فهي عامل للميزة التنافسية؛
- تحسين الفعالية التنظيمية وكفاءة الأفراد؛
- تحسين كفاءة المنظمة؛
- التحكم في التكاليف (تكاليف الفشل/اللاجودة)؛
- تحقيق إنتاجية أعلى، وأداء أفضل؛
- التأثير المترتب على أرباح المنظمة وحصتها التنافسية...

ج- متطلبات الجودة:

للحصول على منتج عالي الجودة يلبي تمامًا احتياجات وتوقعات العميل في الوقت/الفترة الحالية، يجب مراعاة العديد من المتطلبات، نلخصها في (ENNESRAOUI, 2017, pp. 442-443):

- **السعر:** الجودة والسعر اليوم لا ينفصلان تقريباً ويربطهما العميل معاً. وبالتالي؛ فإن النسبة (العلاقة) الجودة / السعر تدفعنا إلى الشعور بأن الجودة باهظة الثمن. بين مؤسستين من نفس الفئة أو نفس المستوى من التنافسية، ومنه؛ فإن المؤسسة التي تفوز بالسوق هي التي تعرف كيفية تقديم وضمأن أفضل نسبة جودة / سعر. ينعكس هذا التقرير في المنافسة بـ "زائد" من حيث الجودة و "ناقص" من حيث التكلفة.
- **الموعد النهائي:** ظهر الموعد النهائي للتسليم كشرط عندما كان لدى العميل إمكانية اختيار منتج ليس فقط من حيث الجودة، ولكن أيضاً من حيث التوافر. يمكن للعميل الآن أن يقرر أخذ المنتج المتاح عندما يحتاج إليه والذي يمنحه الرضا الفوري. لذلك؛ فإن المؤسسات اليوم مطالبة بالعمل بسرعة، للقيام بذلك، من الضروري ليس فقط تقديم منتجات عالية الجودة، ولكن لضغط وقت تطوير المنتج بشكل كبير، ووقت تصنيعها ووقت طرحها في السوق.
- **خدمات ما بعد البيع:** وهو نشاط خدمي يبدأ بعد بيع المنتج. يشمل جميع الإجراءات التي يتم تنفيذها على المنتجات التي تتطلب الصيانة والإصلاحات أثناء استخدامها من قبل العميل. في الآونة الأخيرة؛ أثرت هذه الخدمة أيضاً على مفهوم الجودة، فهي خدمة لها تأثير كبير جداً على رضا العملاء وولائهم.
- **الأمان:** يطالب العملاء بأن الأمان يمثل أولوية لهم. يفسر ذلك حقيقة أن المستهلك اليوم أصبح أكثر طلباً للحماية من المخاطر التي يسببها استخدام المنتجات في المنزل وخارجه. يعتبر النظام

آمنًا عندما يكون من المؤكد أن خطر الإصابة أو حتى الوفاة قد تم القضاء عليه. إن الضرر أو فقدان الممتلكات أو المعدات لا يُقبل أن يحدث. لذلك من الضروري إبلاغ المستخدمين بالاحتياجات الأساسية التي يجب مراعاتها من أجل استخدام الأجهزة المنزلية والسلع الاستهلاكية الأخرى بأمان.

3- إدارة الجودة الشاملة Total Quality Management.

تعبّر إدارة الجودة الشاملة TQM عن "فلسفة قيادية تطلب سعيًا دؤوبًا للجودة وتوجهاً نحو التحسين المستمر في كافة جوانب العملية الإدارية من إنتاج وخدمات وإجراءات واتصالات وأهم عناصر إدارة الجودة هي القيادة والتركيز على العمل والتحسين المستمر وتمكين العاملين وفق الحقائق" (العربي بن حورة و مكيد، 2017، صفحة 139)، وتعرّف بأنها "فلسفة حديثة تأخذ شكل نهج أو نظام إداري شامل قائم على أساس إحداث تغييرات إيجابية جذرية لكل شيء داخل المنظمة من أجل تحسين وتطوير كل مكوناتها للوصول لأعلى جودة في مخرجاتها (سلع وخدمات) وبأقل تكلفة بهدف تحقيق رضا الزبائن من خلال إشباع حاجاتهم ورغباتهم على وفق ما يتوقعونه" (محيميد، حواس، و محمد، 2021، صفحة 28).

مثلما تمت الإشارة إليه في العنصر الأول من هذا الفصل (مفهوم الجودة)، فإنه يمكن القول أن مفهوم الجودة تطوّر ليمسّ كل الجوانب الإدارية والوظيفية بالمنظمة، فمن خلال التعريفين السابقين يتضح أنّ مفهوم الجودة اتسع ليصبح أسلوب عمل أو أسلوب حياة في المنظمة، هدفه تحقيق التحسين المستمر في المخرجات والعمليات والمدخلات أيضاً، وهذا ينعكس فيما بعد على رأي زبائننا بتحقيق الرضا في مرحله أولى والولاء في المدى البعيد.

تمثّل إدارة الجودة الشاملة أيضاً: "القيام بالعمل بالشكل الصحيح من أول خطوة مع ضرورة الاهتمام بالمواصفات التي يجب أن تتوفر في منتج أو خدمة معينة بما يضمن تلبية حاجات ورغبات المستهلكين الحاليين والمرتقبين، ويتم ذلك من خلال مشاركة العاملين بكافة مستوياتهم واستخدام كافة الأساليب الإدارية والتقنية وجميع الموارد المالية والبشرية المتاحة لتحقيق التحسين المستمر" (العربي بن حورة و مكيد، 2017، صفحة 140)، وتتم التفرقة بين التركيز على الجودة وإدارة الجودة الشاملة مع بيئة المنظمة، إذ أن التركيز على الجودة عملية مؤقتة في الغالب بينما إدارة الجودة الشاملة تأخذ البعد الاستراتيجي فهي عملية طويلة الأجل لا تأخذ الصفة المؤقتة، بحيث توجه كل الخطط الإنتاجية والتسويقية والمالية والإدارية بالاتجاه الذي يخدم هذا البعد الاستراتيجي. (أوشن، 2018، صفحة 23).

من خلال التعريفين نلاحظ أنّ إدارة الجودة الشاملة لا تشمل فقط كل الوظائف والمستويات، وإنما تشمل كل الأفراد في المنظمة، بحيث ينبغي مشاركة كل العاملين لتحقيق العمل الصحيح من أول مرة. وهذا لن يتحقق من أول نية للإدارة أو للمنظمة في تبني إدارة الجودة الشاملة، وإنما هي عملية طويلة المدى، يتمّ تبنيها شيئاً فشيئاً مع التركيز على نشر ثقافة الجودة الشاملة، وإدراج أهداف الجودة ضمن الأهداف الاستراتيجية والتكتيكية والتشغيلية للمنظمة.

تعرف إدارة الجودة الشاملة في مجال الخدمات الصحية بأنها: "صفة الرعاية التي يُتوقع من خلالها الارتقاء بمستويات تحسين حالة المريض الصحية بعد أن يُؤخذ في الحسبان التوازن بين المكاسب والخسائر التي تصاحب عملية الرعاية في جميع أجزائها" (قشي، 2020، صفحة 66).

يمكننا من خلال التعاريف المذكورة في هذا العنصر من الفصل لإدارة الجودة الشاملة إسقاط مفهومها على المؤسسات الصحية، فتصبح الفلسفة أو منهج التفكير أو أسلوب العمل والحياة داخل المؤسسة الصحية، والذي في ضوءه يتبنى كل الأفراد في المؤسسة الصحية مبادئ الجودة الشاملة، بحيث يسعون في مختلف الوظائف والعمليات، وعلى كل المستويات التنظيمية إلى تحقيق العمل الأمثل والصحيح من أول مرة بما يضمن رضا المرضى وعملاء المؤسسة الصحية، ويحسّنون باستمرار من أدائهم وأداء المؤسسة الصحية. كما لا تفوتنا الإشارة إلى أنّ مفهوم إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة الصحية يعتبر العملاء نوعين، العميل الخارجي وهو المريض أو من يرغب في اقتناء الخدمة الصحية أو يحتاجها... والعمل الداخلي؛ وهو الأفراد العاملين في المؤسسة الصحية، بحيث نتفق أن الفرد غير الراضي لا يستطيع إرضاء العميل الخارجي دائماً.

4- أهمية وأهداف إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية.

تستمد إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة الصحية أهميتها من عدد من النقاط، تتماثل في معظمها مع أهميتها والقيمة التي تقدّمها لباقي المنظمات التي تتبنّاها، ونلخص أهم هذه النقاط في (محميد، حواس، و محمد، 2021، الصفحات 28-29):

أ. سمعة المنظمة: تستمد المنظمات سمعتها من مستوى جودة منتجاتها ويتضح ذلك من خلال العلاقة التي تربط المنظمة الصحية بالمجهزين وخبرة العمال والعمل على تقديم منتجات وخدمات تلبي رغبات وحاجات

زيائنها، فإذا كانت منتجات وخدمات المنظمة ذات جودة منخفضة فيمكن تحسين هذا الجودة لكي تحقق المنظمة الشهرة والسمعة الطيبة التي تمكنها من التنافس مع المنظمات في نفس القطاع.

ب. **المنافسة العامة:** تؤثر التغيرات الاقتصادية والسياسية بشكل كبير في توقيت وكيفية تبادل المنتجات في سوق دولية تنافسية، وفي عصر العولمة والمعلومات تكتسب الجودة أهمية متميزة، إذ تسعى كل منظمة إلى تحقيقها بهدف تحقيق الميزة التنافسية العالمية وتحسين الاقتصاد بشكل عام فكلما انخفض مستوى الجودة في منتجات وخدمات المنظمة الصحية أدى ذلك إلى إلحاق ضرر بها.

ج. **حماية المستهلك:** تطبيق الجودة في أنشطة المنظمة ووضع مواصفات محددة تساهم في حماية المستهلك/الزبون من الغش التجاري ويعزز الثقة في منتجات (خدمات) المنظمة الصحية، وعندما يكون مستوى الجودة منخفضاً فإن ذلك سيؤدي ذلك إلى إحجام المستهلك عن شراء منتجات المنظمة، وإن عدم رضا المستهلك هو فشل المنتج في القيام بالوظيفة المتوقعة منه وفي أغلب الأحيان يترتب على ذلك عمل المستهلك تكلفة إضافية بسبب انخفاض الجودة.

د. **التكاليف والحصة السوقية:** إن تنفيذ الجودة المطلوبة لجميع عمليات ومراحل الإنتاج من شأنه أن يتيح الفرصة في اكتشاف الأخطاء وتلافيها وبالتالي تجنب تحمل تكلفة إضافية ومنه تخفيض التكاليف وزيادة الحصة السوقية وبالتالي زيادة أرباح المنظمة.

وتهدف المؤسسة الصحية من خلال تبني إدارة الجودة الشاملة إلى تحقيق ما يلي (خروبي، يونس، وعباس، 2021، صفحة 442):

- تعزيز الموقف التنافسي للمؤسسة الصحية.
- إيجاد ثقافة تركز على العملاء، وزيادة رضا المستفيدين وزيادة الولاء للمؤسسة الصحية.
- زيادة الإنتاجية، والمرونة في التعامل مع المتغيرات الخارجية.
- تحسين نوعية المخرجات.
- تحسين التواصل بين مختلف العاملين ومشاركة الجميع في عملية التحسين والتطوير وتدريبهم على أسلوب تطوير العمليات.

5- تبني/تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية.

يتم تبني إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة الصحية من خلال نشر ثقافة الجودة الشاملة، وتبني مختلف مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة الصحية.

أ- مراحل تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة الصحية.

يمكن تحديد الإطار الذي من خلاله يتم تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية باختصار، فيما يلي:

➤ المرحلة الأولى: الإعداد والتهيئة لبرنامج الجودة الشاملة؛ يبدأ الإنجاز الناجح لإدارة الجودة

الشاملة من الإعداد والتهيئة لتطبيقها. وفي هد المرحلة التي تسبق بناء النظام تشترك الإدارة العليا للمستشفى ورؤساء الأقسام الطبية والإدارية بها بالتعاون مع مستشارين أو محترفين في مجال تصميم نظام الجودة الشاملة بالإضافة إلى كبار الموظفين في مختلف التخصصات، في مناقشة كافة جوانب العمل بالمستشفى وحصر مشكلاتها واستنباط الأفكار والحلول المثلى لها. ورغم أنه لا توجد آلية محددة لكيفية إنجاز هذه المرحلة فإن هدفها الأساسي يتلخص في توفير كافة البيانات والمعلومات والأفكار والمقترحات التي تحدد الملامح الأساسية والأبعاد الرئيسية والمرتكزات التي تتمحور حولها السياسات العامة للمستشفى والخطط التشغيلية والبرامج التنفيذية والمشروعات الخاصة بتحقيق ما تصبو إليه من طموحات وما تسعى إلى تحقيقه من غايات. يتبين مما سبق إن هذه المرحلة هي مرحلة تهيئة تنظيمية، وتتطلب مشاركة القيادات الطبية والفنية (عتيق، جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية - دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة ، 2012، الصفحات 99-100).

➤ المرحلة الثانية: مرحلة التخطيط؛ تأتي مرحلة التخطيط بعد مرحلة الإعداد وتجهيز الظروف

الملائمة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة إذ يتم استخدام المعلومات التي تم جمعها من خلال مرحلة الإعداد في عملية التخطيط لمنهجية التنفيذ ويتم استخدام دائرة ديمنج المعروفة PDCA، كما أن هذه المرحلة تبدأ بإرساء حجر الأساس لعملية التغيير داخل المنظمة، إذ يقوم الأفراد الذين يشكلون مجلس الجودة أو قسم الجودة بالمنظمة الصحية باستخدام البيانات التي تم تطويرها خلال مرحلة الإعداد لتبدأ مرحلة التخطيط الدقيق ويتم في هذه المرحلة إعداد وتصميم الخطة

اللازمة لتنفيذ نظام إدارة الجودة الشاملة وكذلك توفير الموارد المالية والبشرية اللازمة لذلك (المشهداني، 2019، صفحة 35).

➤ **المرحلة الثالثة: نشر ثقافة الجودة الشاملة؛** لمفهوم إدارة الجودة الشاملة في مجال الخدمات الصحية مبادئ، ومهارات وطرائق، وأدوات مختلفة، لذلك ينبغي للأنشطة الأولية المتعلقة بالجودة أن تشمل على تنظيم سلسلة من الحلقات الدراسية حول الموضوع لتوجيه أصحاب القرار والمديرين بشأن مفهوم ومنافع إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية. وينبغي أن تعقب هذه الحلقات الدراسية مناقشات فكرية حول تطبيقات هذا المفهوم في بلد معين، مع مراعاة الموارد المتاحة، والثقافة السائدة، والوضع الصحي الراهن، والهيكل القائمة. وينبغي كذلك تنظيم أنشطة مماثلة لتعريف سائر العاملين بمفهوم إدارة الجودة الشاملة للحصول على دعمهم لهذا المفهوم وتوسيع نطاق نشره. ويمكن الاستعانة بما يتجمع خلال هذه الأنشطة من المعلومات الأولية في توسيع نطاق برامج إدارة الجودة الشاملة وتحسينها. وتتبع الاستفادة على أفضل وجه من الدور الذي يمكن أن تقوم به رسائل الإعلام في هذا الصدد، وإسهامها في التوعية بأهمية جودة الرعاية وتحفيز الطلب على الرعاية الجيدة (عتيق، جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية - دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة ، 2012، صفحة 100).

➤ **المرحلة الرابعة: تكوين فريق عمل الجودة؛** تختلف المسميات، فقد سمي فريق الجودة أو مجلس الجودة أو إدارة الجودة، وغير ذلك من التسميات وتستند إلى هذا الفريق المهام التالية (عتيق، جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية - دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة ، 2012، الصفحات 101-102) :

- وضع سياسة مكتوبة وواضحة للجودة بكافة مجالات العمل بالمستشفى واتخاذ الإجراءات اللازمة لتعريف جميع فئات العاملين بها.
- تكوين حلقات أو جماعات الجودة في مختلف مجالات العمل بالمستشفى. وتعتبر هذه الحلقات من أكثر أساليب نشر ثقافة الجودة والمساعدة في تطبيق أساليبها.
- التخطيط لأنشطة الجودة عن طريق تحديد الأهداف المطلوب تحقيقها وصياغة السياسات أو الخطوط العريضة التي يسترشد بها في اتخاذ القرارات الخاصة بأنشطة الجودة مثلما سبقت الإشارة إليه، بالإضافة إلى تحديد الإجراءات وأساليب أداء الأعمال اللازمة لذلك.

- البدء في تطبيق خطة الجودة ومتابعتها.
- إعداد آلية لجوائز التميز في الأداء وجودة الخدمات المقدمة على مستوى الأقسام والأفراد.
- **المرحلة الخامسة: التطبيق؛** ضمن هذه المرحلة تبدأ عملية تدريب جادة مبرمجة للمديرين والعاملين في فرق عمل وبدعم وإسناد من قبل المجلس الاستشاري للجودة، وتستهدف برامج التدريب إلى إيجاد الإدراك الواعي بالجودة الشاملة وتنمية المهارات ويشمل التدريب إكساب العاملين مهارات في المجالات الآتية (المشهداني، 2019، صفحة 36):
- كيفية جمع المعلومات وعرض النتائج.
- أدوات ضبط الجودة وتقنياتها (لوحات ضبط الجودة والارتباط والدرج التك ارري ورقابة العمليات...إلى غير ذلك.
- أساليب حل المشكلات (عظمة السمكة وتحليل باريتو وخرائط التدفق والعصف الذهني... إلى غير ذلك.
- **المرحلة السادسة: مرحلة التحسين المستمر؛** تستهدف هذه المرحلة التعرف على أفضل الممارسات والأدوات من أجل استثمارها مرة أخرى في العمليات وللتطوير المستمر وتتضمن العناصر التالية (واله ، 2011، صفحة 83):
- الإستعانة بخبراء الجودة الشاملة في تقييم برنامج التطبيق.
- إجراء مقارنة مرجعية للأداء Benchmarking لتطبيق إدارة الجودة الشاملة مع مؤسسات خدمة مماثلة (مؤسسات صحية رائدة).
- دعوة جميع الأطراف المعنية بتطوير عمل المؤسسة في عملية التطبيق.
- تزويد جميع العاملين في المؤسسة بالتغذية العكسية عن نتائج التقييم.
- يمكننا تلخيص المراحل سابقة الذكر في المخطط الموالي.

الشكل رقم (03): مراحل تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية.



المصدر: (من إعداد الباحثة بالاعتماد على مراحل إدارة الجودة الشاملة)

ب- مبادئ/متطلبات إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة الصحية.

تختلف مبادئ إدارة الجودة الشاملة من مرجع لآخر، حيث يتم التفصيل فيها أو دمجها حسب مختلف الدراسات، ويمكن إيجازها في (خروبي، يونس، و عباس، 2021، الصفحات 442-443):

- دعم الإدارة العليا: إن تبني الإدارة العليا لفلسفة إدارة الجودة الشاملة، ودعم تطبيق مبادئها من المرتكزات الأساسية لنجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفى.
- التحسين المستمر: تعتمد إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات على التطوير والتحسين المستمر لمختلف العمليات والإجراءات في مختلف الأقسام. فالمستشفى بتطبيقها لإدارة الجودة الشاملة تتبع أسلوب التحسين المستمر وتقديم الخدمات بعد الاطلاع على رغبات وتوقعات المرضى ومعرفة احتياجاتهم مما يؤدي إلى الحصول على رضا المرضى. وكذلك الحال بالنسبة للعاملين في المستشفى، فأشراكهم في عملية التحسين المستمر وحل المشكلات يزيد من رضاهم عن المستشفى التي يعملون بها.
- التركيز على العملاء: وذلك من خلال التعرف على احتياجات العملاء الداخليين والخارجيين من أجل تحسين الخدمات المقدمة لهم. ويتم ذلك عبر جمع المعلومات عن توقعات ورغبات المرضى

والعاملين من أجل إشباع هذه الاحتياجات. بالإضافة إلى التلبية السريعة في تقديم العلاج للمرضى والاستجابة لنداءاتهم والرد على استفساراتهم والعمل على حل الشكاوى بالسرعة اللازمة.

- **اتخاذ القرارات بناء على الحقائق:** تعتمد إدارة الجودة الشاملة على اتخاذ القرارات المبنية على الحقائق التي تركز على جمع المعلومات وتحليل البيانات بطرق علمية وأساليب إحصائية. وذلك يتطلب وجود نظام فعال للاتصال وجمع المعلومات ليسهل تبادلها بالسرعة اللازمة.
- **مشاركة العاملين وتدريبهم:** تعتبر مشاركة العاملين من العناصر المهمة في إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات، حيث يُطلب مشاركة جميع العاملين في اتخاذ القرارات وحل المشكلات مما ينعكس إيجابياً على الإنتاجية المشاركة تزيد من تدفق المعلومات وانتشار المعرفة داخل المستشفى، وتُمكن الأفراد من تعبئة الجهود والطاقات اللازمة لتحقيق أهداف المستشفى.
- **العمل الجماعي:** ويتم ذلك من خلال فرق العمل واللجان داخل المستشفى، التي تتولى عملية تقييم وتحسين الخدمات المقدمة للمرضى بالإضافة إلى حل المشكلات.
- **تحفيز الأداء:** في سبيل تحسين أداء العاملين وتصويب سلوكهم نحو الأهداف، وإثارة القدرة الإبداعية لديهم لا بد من تحفيزهم، حيث يوصي الباحثون بالعمل على تفعيل نظام المكافآت والحوافز وربط هذا النظام بالأداء.

يتم من خلال الفصل التالي عرض مناقشة المفاهيم المرتبطة بلخدمة الصحية، ليتمكن الطالب من أخذ فكرة كافية تؤهله لمعرفة وفهم جودة الخدمة الصحية ومراحل تبنيها وتحسينها.

الفصل الثاني

المفاهيم المرتبطة بالحرمة الضحية

الفصل الثاني: المفاهيم المرتبطة بالخدمة الصحية.

تمهيد.

من خلال الفصل الأول للمطبوعة التي بين أيدينا، يتمكن الطالب من التمييز بين المفاهيم المرتبطة بالجودة، وربطها بالمؤسسة الصحية بشكل عام، وهذا كان هدف الفصل الأول، في حين يهدف الفصل الثاني إلى معرفة والتمييز بين مختلف المفاهيم المرتبطة بالخدمة الصحية، ليتمّ التفصيل في الفصل الثالث في جودة الخدمة الصحية على وجه الخصوص.

من خلال هذا الفصل يتمّ التطرّق إلى المفاهيم المرتبطة بالمؤسسة الصحية، والخدمة الصحية، بغرض معرفة خصوصياتها مقارنة بباقي الأنشطة. بداية بمفهومى الصحة والمؤسسة الصحية وخصائها، عملاء المؤسسة الصحية ومفهوم رضا المرضى والتوعية الصحية. كما يتمّ التفصيل في مفهوم الخدمة وتصنيفاتها، الخدمة الصحية، أنواعها وخصائها والمشاكل المترتبة عن خصائ الخدمة الصحية، المزيج التسويقي للخدمة الصحية وأسواقها، وفي الأخير نتطرق لطرق تقديم الخدمة الصحية.

1- مفهوم الصحة والمؤسسة الصحية.

ينبغي لدارس محاضرات إدارة جودة الخدمات الصحية، معرفة والتمييز بين بعض المصطلحات المرتبطة بالصحة والمؤسسة الصحية، وفيما يلي أهمها.

أ- مفهوم الصحة.

تمّ تعريف الصحة بأنها "غياب المرض الظاهر وخلو الإنسان من العجز والعلل" (عبيد الله، 2017، صفحة 52)، وقد اهتم الاقتصاديون الأوائل باقتصاديات الصحة، فقد عرف ألفرد مارشال Alfred Marshal سنة 1977 في كتابه "مبادئ الاقتصاد" الصحة بأنها: (القوة الجسدية Physical) (والقوة العقلية Mental) (والقوة المعنوية أو النفسية Moral) للفرد"، وحسب منظمة الصحة العالمية فإنّ الصحة الجيدة هي: "حالة السلامة البدنية والعقلية الكاملة وليس مجرد غياب المرض أو عدم الاتزان"، وعليه فمفهوم الصحة أوسع من مجرد غياب المرض، بل هي حالة نسبية من التوازن أو السوية الجسمانية والنفسية والاجتماعية والمقدرة على العمل" (قشي، 2020، صفحة 42)، فهي إذن سلامة الفرد من مختلف الاختلالات أو المشاكل التي قد تصيب بدنه، عقله أو نفسيته. ويرتبط غياب الصحة، استرجاعها والحفاظ عليها، بمفهوم المستشفيات، فمن وجهة النظر التاريخية، تعتبر المستشفيات بمثابة مجموعة من الوظائف المهنية يتم تجميعها معاً لرعاية المرضى وعلاجهم لاحقاً. وهكذا، تمّ تنظيم هذه المستشفيات تاريخياً على شكل أقسام وظيفية، وبتطور هيكل المستشفى بزيادة التخصص (ضمن الوظائف). فأصبح المرضى يبقون في وحدات صغيرة متخصصة للمرضى مدعومة بأقسام مساعدة وهياكل دعم متعددة، بحيث يتضمن تنظيم المستشفى هذا "وكلاء متعددون لديهم معلومات جزئية وأهداف متباينة وقدرات اتصال محدودة" (Pourcq, Gemmel, & Trybou, 2016, p. 2)، فيمكن القول أنّ الحاجة للمستشفيات والمؤسسات الصحية بشكل عام، جاءت لتحل مشاكل المرض أو عدم الاتزان في جانب ما لدى الفرد، بحيث يمكن أن يختلف هدف ووظيفة القسم أو المستشفى الذي يعالج أو يحل مشكلة صحية من فرد لآخر حسب احتياجه، وللتفصيل في تعريف المؤسسة الصحية نناقش من خلال العنصر الموالي تعريف المؤسسات الصحية وطبيعة عملائها، وخصائصها.

ب- المؤسسة الصحية وعملها.

يمكن القول بأن المستشفى هو "مجموعة من الإمكانيات البشرية والمالية والفنية التي تسمح بتقديم خدمات صحية وطبية، تشخيصية وعلاجية وجراحية. كما تعمل على تدريب القوى العاملة الصحية والقيام بالبحوث والدراسات الطبية" (جبار و بومعراف، 2011، صفحة 29)، ويعرّف بأنه "بناء تنظيمي خاص يحتوي على مجموعة كبيرة من الكوادر البشرية بمختلف التخصصات الطبية وغير الطبية والتكنولوجيا المختلفة بهدف تقديم خدمات طبية بمختلف المستويات الأولية والثانوية والتخصصية والتأهيلية للمرضى على أسرة الشفاء وكذلك متابعة المرضى الخارجيين للوصول معهم الى أفضل مستوى من الصحة" (قشي، 2020، صفحة 45).

نخلص من خلال التعريفين إلى أنّ المستشفى أو المؤسسة الصحيّة هي مؤسّسة تقوم على مجموعة من الموارد البشرية والمادية، تقدّم خدمات طبيّة يتمّ التطرّق إلى أنواعها في العناصر الموالية، ولديها أهداف اجتماعية تصبّ في تحسين الصّحة للعملاء أو المرضى، وتحقيق رضاهم، كما قد يكون لديها أهداف اقتصادية.

تقدم الخدمات الصحية في المستشفيات إلى فئتين من المرضى: (جبار و بومعراف، 2011، الصفحات 29-30)

- **الخارجيون:** وهم المرضى الذين لا يحتاجون إلى إدخال إلى المستشفى، ولكنهم بحاجة إلى عناية ومتابعة طبية في العيادات الخارجية كبعض الأمراض الحادة، حالات الطوارئ والحالات البسيطة. ويتلقى المريض في هذه العيادات خدمات طبية، ترميزية وخدمات طبية مساعدة كصور الأشعة والتحليل المخبرية، بالإضافة إلى خدمات التثقيف الصحي والتطعيم.

- **الداخليون:** وهم المرضى الذين يحتاجون إلى عناية سريرية لمدة زمنية تزيد عن 24 ساعة. فبعض هؤلاء المرضى يحتاجون إلى إقامة داخل المستشفى كحالات الجراحة العامة، حالات الكسور والأمراض المزمنة. هذه الفئة تحتاج إلى خدمات أخرى مكملة لخدمات العناية الطبية كالإطعام، النظافة، خدمات اجتماعية ونفسية وغيرها من الخدمات الأخرى.

قد يكون من الصعب إيجاد تقسيم أو تصنيف محدد للمؤسسات الصحية، وذلك لأن المستشفيات تختلف من نظام إلى آخر بحسب الظروف الاقتصادية والاجتماعية والسياسية التي تسود البلد. وعلى الرغم من

هذا الاختلاف فإنه يمكن تصنيف المستشفيات إلى مجاميع وفقاً لنماذج الملكية أو حجم المستشفى أو درجة التنظيم وغيرها من التصنيفات أو الأسس (سعيد، 2010، صفحة 310)، ويمكننا تلخيص أنواع المؤسسات الصحية حسب الجدول التالي:

الجدول رقم (01): تصنيف المؤسسات الصحية

أساس التصنيف	التصنيفات الفرعية	الخصائص
الملكية	مستشفيات حكومية	- تدار وتمول من قبل الحكومة. - عمومية الخدمات.
	مستشفيات غير حكومية	- تدار وتمول من قبل مؤسسات خيرية.
	مستشفيات خاصة	- ملك لأفراد، وتدار من قبل إدارة متخصصة.
نوع الخدمة	مستشفيات عامة	- تعالج جميع أنواع الأمراض وفروعها - عدا بعض الأمراض.
	مستشفيات متخصصة	- تعالج أمراضاً معينة خاصة من نوع واحد أو اثنين.
مدة المكوث	مستشفيات قصيرة الأمد	- مدة المكوث أقل من شهر مثل الأمراض الحادة.
	مستشفيات طويلة الأمد	- مدة المكوث أكثر من شهر وتعالج الأمراض المزمنة.
الموقع وعدد الأسرة	المستشفيات المحلية الصغيرة	- تخدم مناطق ذات كثافة سكانية قليلة. - عمومية الخدمات.
	المستشفيات المركزية المتوسطة	- تخدم مناطق متوسطة الكثافة مثل ضواحي المدن. - عمومية الخدمات.
	مستشفيات المناطق العامة الكبيرة	- تخدم منطقة صحية بأكملها، مثل مراكز المدن. - توفر خدمات تخصصية لا تستطيع المستشفيات السابقة توفيرها.
	مستشفيات حكومية لا تهدف	- تقدم خدماتها للجميع وبأجور زهيدة.

الربحية	الرياح	
	مستشفيات خيرية لا تهدف الرياح	- تقدم خدماتها للجميع وبأجور زهيدة.
	مستشفيات خاصة هدفها الربح	- تقدم خدماتها مقابل أجور عالية.
تصنيفات أخرى	حسب نمط/نموذج الإدارة	- مستشفيات مركزية أو محلية...
	الجنس	- حسب جنس المريض مثل مستشفيات النساء.
	السن	- حسب سن المريض مثل مستشفيات الأطفال.
	أغراض علمية	- تقدم خدماتها في مجال البحث العلمي.

المصدر: (سعيد، 2010، الصفحات 310-311)

ج- خصائص المؤسسة الصحية.

تتميز المؤسسة الصحية عن غير من المؤسسات/المنظمات ببعض الخصائص، يمكن إيجازها في التالي (دريدي، 2014، صفحة 6):

- تعدد أسعار الخدمة الواحدة: ففي الوقت الذي قد تقدم فيه خدمة معينة مجاناً لفئة من المرضى، فإن نفس الخدمة قد تقدم بمقابل رمزي لفئة أخرى، كما قد تقدم بمقابل يساوي كلفة الخدمة أو بمقابل يزيد عنها لفئة مختلفة، كما قد تختلف طرق تحصيل الخدمات التي تقدم بمقابل فقد تحصل قيمتها نقداً أو بالأجل، أو وفقاً لتعاقدات بين المؤسسة الصحية وجهات عمل معينة.
- وجود خطوط للسلطة: الأول هو خط السلطة الوظيفية الرسمية ممثلاً بالجهاز الإداري، أما الثاني فهو خط سلطة المعرفة الذي يتميز به أفراد الجهاز الطبي بسبب طبيعة تخصصهم الوظيفي الدقيق، الأمر الذي يؤدي في بعض الأحيان إلى صراع على النفوذ، أما النوع الآخر من السلطة هو السلطة النقابية التي لها ثقل تمثيلي مما يسمح أن يكون لها موقع تفاوضي قوي.
- تدار الكثير من المؤسسات الصحية بأسلوب الإدارة بالأزمات بدلاً من أسلوب الإدارة بالأهداف: وذلك لأن متطلبات العمل في غالبيتها ذات طبيعة طارئة غير قابلة للتأجيل.

- تتعامل المؤسسات الصحية في ظل صراع مع مشكلة الحياة والموت: وهذا ما يجعل العاملين بها تحت ضغوط بصفة مستمرة، كما أن العمل بها يتطلب درجة عالية من التخصص وقليلًا ما يتحمل الخطأ.

- اعتماد نشاط المؤسسات الصحية أساسًا على كفاءة ومهارة العنصر البشري: حيث تبرز أهمية كفاءة ومهارة العنصر البشري في تمييز نشاط مؤسسة صحيّة عن أخرى من خلال المعاملة الحسنة، الاستقبال الجيد والكفاءة العلاجية والتمريضية.

- اعتبار المؤسسات الصحية بمثابة نظام لا يمكن مكننة نشاطاته أو توحيدها: وهذا عائد لاختلاف احتياجات المرضى ومتطلباتهم الصحية.

د- التوعية الصحية.

إن مفهوم التوعية الصحية يعني "تنقيف الأفراد وإثارة وعيهم لغرض تغيير سلوكياتهم وعاداتهم التي ساعدت في انتشار الأمراض داخل المجتمع، وغرس العادات والتقاليد الاجتماعية التي من شأنها تدعيم الجانب الصحي وتطوره مثل ممارسة الرياضة والتغذية الصحية والعادات القوامية السليمة، إن مسألة اللعب في التوعية الصحية والنجاح في تأسيسه لدى الأفراد له علاقة وثيقة بتشكيل جانب مهم من جوانب شخصيتهم، ولهذا فإن هذه المسألة يجب أن تلقى عناية مخطط لها ومقصودة، شأنها في ذلك شأن العملية التعليمية النظامية في أي مستوى دراسي" (العبادي و خنجر، 2018، الصفحات 156-157)، فيمكن إذن القول أنّ التوعية الصحيّة هي نشر وتشارك عادات تدعّم صحّة الفرد، مثل ممارسة الرياضة والتغذية الصحيّة، والتي يفترض أن تأتي من البرامج التعليمية التربوية، والبرامج الإعلامية التلفزيونية وعلى مواقع التواصل الاجتماعي ومنظمات المجتمع المدني...

هـ- رضا المرضى.

لطالما كانت المستشفيات مكانًا للرعاية، يوفر للسكان رعاية صحية كاملة، علاجية ووقائية. في المستشفيات، تُقاس جودة الرعاية بمقياسين: نتائج المرضى ورضاهم. والرضا هو مدى شعور الشخص بالسعادة أو خيبة الأمل الناتجة عن مقارنة الأداء المتصور للمنتج أو الخدمة (أو النتيجة) فيما يتعلق بتوقعاته. فهو الدرجة التي ينظر بها الفرد إلى خدمة الرعاية الصحية أو المنتج أو الطريقة التي يقدمها مقدم الخدمة على أنها مفيدة أو فعالة أو مفيدة، رضا المريض يمثل في الغالب المواقف تجاه الرعاية أو جوانب

الرعاية، كما تبين أن إرضاء المريض يزيد من استبقاء المريض، والاستعداد للتوصية، وتحسين معدل امتثال المريض لنصائح الطبيب وطلباته. يحسن الثقة والولاء ويقلل من عدد الدعاوى القضائية، وغالبًا ما يُنظر إلى جودة الخدمة على أنها سابقة في إرضاء المريض (Al-Damen, 2017, p. 140)، وهذا ما تهدف له المؤسسة الصحية، ونفصل فيه في الفصل الثالث من هذه المطبوعة.

2- مفهوم الخدمة وتصنيفاتها.

قبل التطرق إلى مفهوم الخدمة الصحية وما تمتاز به عن باقي الخدمات والأنشطة الاقتصادية، يجب معرفة معنى الخدمة ومختلف تصنيفاتها.

أ- مفهوم الخدمة.

تمثل الخدمات "المنتجات غير الملموسة، أو يمكن اعتبار الجزء الأكبر منها كذلك، يتم التعامل بها مباشرة ما بين المنتج والزبون (تتضمن مشاركة الزبون) ولا يكون بالإمكان نقلها أو تخزينها وهي سريعة التلف، ولا يمكن بيعها وفقا لإجراءات تحويل الملكية" (محيميد، حواس، و محمد، 2021، صفحة 31)، فالخدمة هي أشياء مدركة بالحواس، قابلة للتبادل، وتقدمها منظمات أو أفراد بهدف إشباع حاجات ورغبات الزبون، وتكون في الأساس عبارة عن منتج غير ملموس يتضمّن فعلا أو إنجازا أو جهدا لا يمكن امتلاكه ماديا، إذ أن الخدمات في العادة يتم تقديمها من خلال استخدام الجهد البشري أو الفني المتمثل بالألة، وتكون موجهة نحو أفراد أو أشياء (كاظم، 2015، صفحة 277)، وتعرف كذلك بأنها "منفعة مدركة بالحواس، قائمة بحد ذاتها أو مرتبطة بشي مادي ملموس وتكون قابلة للتبادل ولا يترتب عليها ملكية، وهي في الغالب غير ملموسة" (محيميد، حواس، و محمد، 2021، صفحة 28).

تشير التعاريف سابقة الذكر إلى أنّ الخدمة تعني منتج بمعنى أنّه حصل بعد عمليّة أو عمليات تتضمّن جهدا بشريّا (أو غير بشري كالخدمات المبرمجة كخدمة الردّ الآلي)، يمكن تبادلها أي بيعها مقابل ثمن، لكن في الغالب تكون غير ملموسة لكن يمكن الاستدلال عليها بالحواس، وعلى هذا؛ فلا يمكن امتلاكها أو تخزينها، ولتوضيح ذلك يمكن الاستدلال بأمثلة كخدمة النقل، والفندقة، كما يمكنها أن تكون مرتبطة بمنتج مادي آخر كخدمات الصيانة والتركييب والضمان. ومن خلال هذا التعريف يمكننا القول أن الخدمات في الحقيقة ثلاثة أقسام يأتي التفصيل في تصنيفاتها فيما بعد، هذه الأقسام هي الخدمات التي تقدّم دون الحاجة

لمنتج مادي، كخدمة الاستشارة والتي تكون خدمة خالصة، والخدمات التي تتبع منتج مادي، بحيث أنّ العميل يشتري سلعة ولا يستطيع استعمالها دون خدمات مرافقة مثل خدمات التركيب في بعض المنتجات، أو خدمات الضمان في الآلات والمركبات، وخدمات تحتاج منتج مادي، بحيث أنّ العميل يشتري الخدمة، لكنّها لن تتمّ دون وجود منتج مادي مثل خدمات الاتصال والنقل.

ب- تصنيف الخدمات.

يمكن تقسيم الخدمات حسب نوع المنظمات التي تقدمها، فقد تكون خاصة/عمومية، ربحية/غير ربحية..، أو حسب النشاط أو الفائدة التي تقدمها كخدمات النقل، التعليم...

ويوجد تصنيفات عدة، نلخصها في الجدول (عتيق، 2012، صفحة 26) :

الجدول رقم (02): بعض الأمثلة لتصنيف الخدمات

المعايير والمؤلفين	تصنيف الخدمات
انطلاقاً من الإنتاج V.R_FUCHS	- الخدمات التوزيعية (كالنقل، الاتصال). - منتجو الخدمات (كالبنوك وشركات التأمين). - الخدمات الاجتماعية (كالصحة، التعليم، الخدمات العمومية والخدمات ذات الطابع غير الربحي). - الخدمات الشخصية (كالفنادق، المطاعم والإصلاح).
انطلاقاً من أهمية ومكانة الخدمة A.BARCET & J.BANAMY	- الخدمات المصاحبة للسلع، والمكملة للسلع، وعملياً تنتج بنفس الطريقة. - الخدمات الناتجة عن تصميم وإعداد منتج غير مادي. - الخدمات المحملة مباشرة للشخص (استهلاك نهائي)، الإنتاج المشترك يدخل في هذا المستوى.
انطلاقاً من مفهوم الإنتاجية J-GADREY	- خدمات شبه إنتاجية منعزلة ومتماثلة ومطبقة على السلع المادية (كالنقل، الإصلاح، الفنادق). - خدمات لا مادية، مطبقة على معارف إنتاجية منظمة (كالهندسة، الخدمات المالية). - خدمة مطبقة على معارف وقدرات الأفراد في الاستهلاك النهائي (كالصحة، التكوين). - خدمات تنظيم وتسيير الوحدات الاقتصادية.

المصدر: (عتيق، جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية - دراسة حالة المؤسسة

العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة ، 2012 ، صفحة 26)

3- الخدمة الصحية وخصائصها.

بعد معرفة الخدمة وأنواعها، نتطرق فيما يلي إلى تعريف الخدمة الصحية، خصائصها وسياسات الرعاية الصحية.

أ- مفهوم الخدمة الصحية.

تشمل الرعاية الصحية كل الخدمات التي يؤديها الفريق الطبي إلى أفراد المجتمع من تقديم الدواء، الغذاء المعاملة الحسنة وإرشادات وتوجيهات الأخصائي الاجتماعي، ومن ثم فهي تتضمن فحص المريض، تشخيص مرضه، وإحالة إلى المؤسسات الصحية وتقديم الدواء اللازم لعلاج الغذاء الجيد والملائم لحالته، وحسن معاملة القوى العاملة الطبية له، لتساعده على استعادة صحته، وتوجيه الخدمة الاجتماعية لتذليل أية مشكلة تعترض راحته الجسمية أو النفسية داخل المستشفى أو خارجه (أحمد، 2013، صفحة 162)، ويمكن تعريف خدمة الرعاية الصحية بأنها منتج غير ملموس ولا يمكن لمسه حسياً أو الشعور به أو مشاهدته أو عده أو قياسه مثل السلع المصنّعة، فإنتاج السلع الملموسة يسمح بقياسه بمقاييس كمية (حيث يمكن أخذ عينات منها واختبار جودتها في جميع مراحل عملية الإنتاج والاستخدام اللاحق)، على عكس خدمة الرعاية الصحية، ممّا ينعكس على خصائص جودتها كما يتمّ التفصيل فيه في العناصر اللاحقة من هذا الفصل، وهذا بسبب عدم وضوحها ولموسيتها، تعتمد على عملية الخدمة، وتفاعلات العملاء ومقدمي الخدمة، وبالتالي يصعب الحكم عليها (Mosadeghrad, 2013, p. 205)، وتتضمن الخدمة الصحة جهود مقدمي الخدمة (ومنهم الأطباء) الموجهة للأفراد (المرضى)، ولكن ذلك لا ينفي أنّ العديد من الخدمات ينتج من خلال استخدام سلع ملموسة مثل الأدوات والمكائن (الآلات)، والخدمة الصحيّة لا يمكن حيازتها واستهلاكها مادياً. (كاظم، 2015، صفحة 278)، فهي باختصار مجموع الخدمات المقدمة للمريض منذ وصوله إلى المستشفى أو المركز الصحي إلى غاية خروجه منه، والهدف من ورائها هو تحسين صحة الفرد وإعادتها لحالتها الطبيعية" (أحمد، 2013، صفحة 162).

من خلال التعاريف السابقة نستطيع القول أن الخدمة الصحيّة تتمثّل في كل الخدمات أو النشاطات التي يؤديها مقدّمو الخدمة الصحيّة ممثّلين في الأطباء والممرضين وباقي أفراد المؤسسة الصحية، بحيث تتضمّن هذه الخدمات كل من الفحص والعلاج، وقد تتضمّن خدمات الإطعام والضيافة، يمكن لهذه الخدمات أن تكون خدمة خالصة بحيث لا تعتمد على أيّ عنصر مادي، وفي العديد من الحالات لا تتمّ إلا باستخدام

عناصر مادية مثل الأدوات المستعملة للتشخيص والأدوية... تتصف الخدمات الصحية بمختلف خصائص الخدمة كعدم انتقال الملكية، صعوبة التمييز، وصعوبة القياس مما ينعكس على قياس جودتها فيما بعد، والتي يتم التطرق إليها بتفصيل في العناصر الموالية.

من خلال التعاريف؛ يمكن استخلاص أنّ الخدمات الصحية تصنّف إلى (أوشن، 2018، صفحة 58):

- **خدمات علاجية:** موجهة للفرد، وترتبط بجميع الخدمات الطبية في مختلف التخصصات، سواء على مستوى المصالح الاستشفائية (الاستشفاء) أو مصالح الطب اليومي (العيادات الخارجية)، بالإضافة إلى خدمات التغذية والنظافة والإدارة إلى الخدمات المساعدة المتمثلة في الأشعة والتحليل، وغيرها.
- **خدمات وقائية:** تعمل هذه الخدمات على تسهيل أداء الخدمات العلاجية، فهي مدعمة لها، ويتمثل دورها في حماية المجتمع والبيئة من الأمراض المعدية والأوبئة. ومثال على ذلك الرقابة الصحية على الواردات.
- **خدمات إنتاجية:** تتضمن إنتاج الأمصال واللقاحات والدم (من خلال حملات التبرع...) كما تتضمن إنتاج الأدوية وأيضاً العتاد والأجهزة الطبية الأخرى.

ب- خصائص الخدمة الصحية.

تتميز الخدمات عموماً عن المنتجات المادية بعدد من الخصائص، التي يمكن على أساسها التمييز بين المنتج المادي والمنتج الخدمي، وهذا ينبثق على خصائص الخدمة الصحية، ونوجزها فيما (بديسي و زويوش، 2011، الصفحات 139-140):

- **الطابع غير المادي للخدمة الصحية/ اللاملموسية:** الخدمة عموماً هي عبارة منتج غير مادي أو غير ملموس. لا يمكن قياسه، يمكن فقط تحسسه وإشباع حاجة ما من خلاله أو بواسطته. فالخدمة المنتجة عادة ما تسبقها حاجة معبر عنها أو متوقعة فهي مرتبطة أساساً بجوانب ثقافية وسلوكية لمجتمع ما. ونجاحها يعتمد على مدى كفاءة مقدمها وقدرته على تحقيق الرضا لدى الزبون (طالب الخدمة الصحية)، من خلال ما يقدم له من خدمة وهنا يكمن التحدي الأكبر للمؤسسة الصحية، ألا وهو الحصول على ولاء الزبون لضمان الاستمرارية في النشاط الخدمي المتخصص فيه.
- **التلازمية:** أي وجود علاقة تداخل بين منتج ومقدم الخدمة الصحية ومستهلكها، فعادة ما لا يُشرع في إنتاج الخدمة الصحية إلا عند الطلب، والذي يلبي من خلال التقديم المباشر للخدمة المطلوبة

وهذا في حد ذاته يمثل علاقة إنسانية تقوم على عامل التحفيز من جل اقتناء الخدمة والاستمرار في ذلك، وعامل المساهمة في تحديد خصائص ومواصفات الخدمة المرغوب بها.

- **عدم التماثل (التباين):** الخدمة غير متجددة بنفس مستوى الأداء، بحيث يكون من الصعب في أغلب الأحيان المحافظة على نفس المستوى لأداء الخدمة المطلوبة. فكل حالة تتطلب خدمة معينة وخلال لحظة زمنية معينة. أي أنّ هناك حالة تباين في مستوى وطبيعة الخدمة المقدمة، وهذا راجع إلى عدة أسباب منها التوقيت الزمني الذي قد تطلب فيه الخدمة، السرعة المطلوبة في تقديمها... وهذا ينعكس على مستوى أداء الخدمة ودرجة تماثلها.
 - **عدم القابلية للتملك والتخزين:** هذه الخاصية تعني بأن طالب الخدمة له الحق في الانتفاع بما يقدم له من خدمات دون التملك المادي لها، كما هو الحال عند الحصول على خدمة النقل، الهاتف أو حتى الخدمة الصحية.
 - **تزامن عمليتي الإنتاج والاستهلاك:** بما أنّ الخدمة غير قابلة للتخزين وهذا أيضا يعتبر من خصائصها، فهي تستهلك لحظة إنتاجها وتقديمها، وهذا ما يجعل عملية الرقابة والتصحيح في حالة الخطأ أمر صعب، وأحيانا غير ممكن، كما هو الحال عند حدوث بعض الأخطاء في مجال الخدمات الصحية.
- ج- بعض مشاكل خصائص الخدمة الصحية.

نظرا للخصائص التي تتميز بها الخدمات عن المنتجات المادية عموما، بما في ذلك الخدمة الصحية، توجد بعض المشاكل التي تترتب عن هذه الخصائص، يمكن تلخيصها من خلال الجدول الآتي.

الجدول رقم (03): مشاكل خصائص الخدمة الصحية

خصائص الخدمات	بعض التطبيقات/المشاكل	بعض طرق المعالجة
عدم الملموسية	- صعوبة توفير عينات. - وجود قيود على عنصر الترويج في المزيج التسويقي. - صعوبة تحديد السعر والنوعية مسبقاً. - استخدام السعر كمؤشر للجودة. - صعوبة تقييم الخدمات المتنافسة.	- التركيز على الفوائد. - زيادة إضفاء الملموسية للخدمة. - استخدام الأسماء التجارية. - استخدام التوصية الشخصية كمدخل لبيع الخدمة. - تطوير الشهرة. - تخفيض تعقيدات الخدمة.
التلازمية	- تتطلب تواجد مقدم الخدمة. - البيع المباشر. - محدودية نطاق العمليات.	- تعلم العمل في مجموعات كبيرة. - العمل بسرعة. - تحسين أنظمة تسليم الخدمة.
التباين/ عدم التجانس	- المقاييس تعتمد على من هو مقدمها ومتى تقدم. - صعوبة التأكد من النوعية.	- تدريب عدد أكبر من الموظفين الأكفاء. - الحرص على اختيار وتدريب الموظفين. - توفير مراقبة مستمرة ومنظمة.
التلازمية وعدم القابلية للتخزين (الزوال والفناء)	- لا يمكن تخزينها. - مشاكل التذبذب في الطلب.	- أتمتة العمليات قدر المستطاع. - المحاولة المستمرة لإيجاد التوافق بين العرض والطلب (كتخفيض الأسعار في حالة انخفاض الطلب أو استخدام نظام الحجوزات).
عدم انتقال الملكية	- المستفيد من الخدمة يسمح له باستخدام الخدمة ولكن لا يمتلكها.	- التركيز على مميزات عدم الملكية مثل (توفير نظام الدفع).

المصدر: (دريدي، 2014، صفحة 15)

د- سياسات الرعاية الصحية.

من المهمّ التطرّق ولو باختصار إلى سياسات الرّعاية الصّحية على المستوى الكليّ، لربطه بالمقياس وبالتخصّص بشكل عام، وهذا لانعكاسه بالضرورة على جودة الرعاية الصّحية على المستوى الجزئيّ (المؤسسات الصّحية) والأفراد.

رغم أنه يمكن النظر إلى زيادة الإنفاق على الرعاية الصحية على أنه فرصة للنمو الاقتصادي (وظائف أكثر في منظومة الرعاية، وفرص جديدة لشركات التكنولوجيا والخدمات الصحية)، فإن الحكومات تنظر إليه بوصفه مهدّدًا. وهذا يقود إلى اتخاذ إجراءات لزيادة كفاءة ومردود منظومة الرعاية الصحية، مع محاولة الحفاظ على وصول جميع السكان إليها (في معظم البلدان) وهو يقود أيضا إلى ازدياد الانتباه إلى الكفاءة والمردودية في منظومة الرعاية نفسها، ومن ثمّ الانتباه إلى مفاهيم من مثل الرعاية "حسنة الإدارة" التي تحد من التكاليف (الكفؤة). ويؤدي الحافز إلى زيادة المردودية أيضا إلى الميل إلى تكوين تكتلات كبيرة لمقدمي الرعاية الصحية، إضافة إلى الميل إلى الاهتمام بالوظائف الأساسية لمراكز الرعاية (التشخيص والمعالجة) والتلزيّم الخارجي للمهام الأخرى (مثل المطاعم والفنادق) وينتج عن ذلك كلةً عدد أقل من الأسرة في المستشفيات، وتحويل المستشفيات إلى هيئات تعمل من أجل الربح. وثمة توجه آخر، مناقض أحيانا، هو ما يتعلق بالمرضى المثقف الواثق من نفسه (مثلما سبقت الإشارة في التوعية الصحية). فالمرضى الذين ينتمون إلى الطبقة الغنية من المجتمع (ومنهم مسنون كثيرون)، يكونون مستعدين لاستعمال مواردهم الخاصة حينما تريد الحكومة الحد من استعمال طرائق تشخيص ومعالجة معينة (الاتجاه إلى المؤسسات الصحية الخاصة). وهذا ضروري في دول مثل الصين بغية الحصول على رعاية صحية متطورة (Weimann & Weimann, 2017, p. 1).

عند مقارنة الأنظمة الصحية دوليًا، يوجد تنوع كبير فيما بينها فيما يتعلق بالمساواة وجودة الرعاية والخدمة وإمكانية الوصول. أيضًا حتى داخل البلدان، على سبيل المثال في الولايات المتحدة الأمريكية وجنوب إفريقيا، يختلف تقديم الخدمات والوفيات وحتى متوسط العمر المتوقع اعتمادًا على ما إذا كان المرضى يُعاملون كمرضى عامين أو خاصين. في جنوب إفريقيا، على سبيل المثال، يختلف معدل الوفيات بين الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 5 سنوات بمعامل 10 بين نظام الرعاية الصحية الخاص والعام. لا يرجع ذلك فقط إلى جودة تقديم الخدمات وخيارات العلاج، والتي تختلف اختلافًا كبيرًا، ولكن أيضًا بسبب العوامل الاجتماعية والاقتصادية والأمراض المشتركة. المرضى الذين تزيد أعمارهم عن 50 عامًا يعانون من أمراض

مشتركة مثل مرض السكري أو ارتفاع ضغط الدم وأولئك الذين يعيشون في بيئة اجتماعية واقتصادية غير داعمة، على سبيل المثال، غير مؤهلين لغسيل الكلى في القطاع العام في جنوب إفريقيا (Weimann & Weimann, 2017, p. 1)

لكننا لا نستطيع إنكار أهميّة ومساهمة جودة الخدمات الصحيّة في تحسين الوضع الصحيّ في الدول المتقدمة مقارنة بالنامية، ولهذا نسعى من خلال المقياس والتخصّص إلى ترسيخ ثقافة الجودة في المؤسسات الصحيّة الجزائرية.

إن المعلومات عن الصحة والأمراض متاحة بوفرة، وخاصة من خلال الإنترنت. وبذلك توجد فرصة للمرضى لتثقيف أنفسهم على نحو أفضل، وكثير منهم يفعل ذلك، ويأتي إلى الطبيب بأفكار ومتطلبات خاصة به عن تشخيص ومعالجة مشكلاته. وتأخذ الحكومات، والأفراد أيضا، الوقاية على محمل الجد، ويحاولون تحقيق حياة أفضل صحة من خلال تطوير مزيد من الأنشطة الرياضية، ومنع العادات غير الصحية، مثل التدخين والبدانة... وتؤدي التطورات في الطب والتكنولوجيا الطبية دوراً مزدوجاً في زيادة أو تقليص تكاليف الرعاية الصحية؛ فهي تسمح بتشخيص ومعالجة أفضل، وهذا يؤدي إلى ازدياد طول العمر، وإلى توفير حياة أفضل، حتى للناس الذين يعانون من مرض مزمن واحد أو أكثر. ومن أمثلة ذلك داء السكري، حيث يمكن للتحليل والمعالجة الذاتية إطالة أعمار المرضى الذين كانوا يموتون باكراً في الأزمنة القديمة، أو في البلدان غير المتطورة (غوسنك و سوكيه، 2015، الصفحات 44-45).

ويكفل حق الرعاية الصحية العهد الدولي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية (اكستر، 2016، الصفحات 27-28)، بحيث وقّعت البلدان على هذا العهد كمعاهدة متعدّدة الأطراف في الجمعية العامّة للأمم المتحدة في ديسمبر 1966، وأصبح في موضع التنفيذ منذ جانفي 1976، حيث وقّعت عليه 149 دولة آنذاك، وقد طوّر هذا العهد بعض الحقوق التي وردت في الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، خاصة الحقوق الأساسية ذات الطبيعة الاجتماعية والاقتصادية، مثل حق العمل، والحق في الحماية الاجتماعية والحق في الصحة. وتتص المادة 12 من العهد الدولي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية على:

- أن تعترف الدّول التي اعتمدت العهد بحق كل فرد في التمتع بأقصى حدّ ممكن من الصحة الجسدية والعقلية المتاحة.
- أن تتخذ هذه الدّول الخطوات لتنفيذ الحقّ بما يشمل الوقاية والعلاج ومكافحة الأمراض المتوطّنة والوبائية والأمراض المهنية وإيجاد الظروف التي تضمن الخدمات والرعاية في حال المرض.

إن النظام الصحي الجيد قبل كل شيء هو ذلك النظام الذي يساهم في تحسين مستوى الصحة للسكان. فحسب منظمة الصحة العالمية فإنه لا يكفي فقط بالحفاظ أو تحسين متوسط المستوى الصحي في مجتمع معين في الوقت الذي يوجد فيه ارتفاع في نسبة الفوارق بين السكان في مجال الحصول على الخدمات الصحية، وأن التطور في متوسط المستوى الصحي يستفيد منه ميسوري الحال والذين هم في صحة جيدة. فهدف تحسين الصحة ينقسم إلى عاملين: عامل متعلق بالجودة والتي تمثل أحسن مستوى صحي؛ وعامل متعلق بالعدالة في توزيع الصحة والتي يمثل أقصى درجة في تقليص الفوارق بين الأفراد والجماعات في مجال الحصول على الخدمات الصحية (بومعروف و عماري، 2010، صفحة 30). فمن المهم التكامل بين السياسات العامة للرعاية الصحية وسياسات وخطط المؤسسات الصحية، بالإضافة إلى وعي وثقافة الأفراد بقيمة وأهمية الوعي الصحي.

4- المزيج التسويقي للخدمة الصحية.

قبل الخوض في تفصيل عناصر المزيج التسويقي للخدمات الصحية، نشير إلى مفهوم تسويق الخدمة الصحية وسوقها، بحيث يعبر تسويق الخدمة الصحية عن "جميع النشاطات التي تلبى حاجات الأسواق بدون عرض تجاري يتحمل منتجات مادية" (عتيق، 2012، صفحة 50)، ونشير في العنصر التالي إلى أسواق الخدمة الصحية القبلية والبعدية.

أ- سوق الخدمة الصحية.

تتطلب دراسة أسواق الخدمات الصحية أن نبدأ أولاً بتحليل هيكل ومكونات أسواق الخدمات الصحية، حتى نتمكن من دراسة وتحليل علاقات التفاعل الأمامية والخلفية بين تلك الأسواق لنتج في النهاية منتج نهائي ألا وهو الخدمات الصحية، ومن خلال توصيف هيكل أسواق الخدمات الصحية نجد أنها تنقسم إلى سوقين هما: سوق الخدمات الصحية كمنتج نهائي، وسوق الموارد المستخدمة في إنتاج الخدمات الصحية، كما يلي (عتيق، 2012، الصفحات 45-46):

- أولاً: سوق الخدمات الصحية كمنتج نهائي؛ وتتكون سوق الخدمات الصحية من مستويين أساسيين قد تمثل تسلسل رأسي، وهما كما يلي:

- **سوق خدمات العيادات الطبية الخاصة:** في هذه السوق يذهب المريض إلى طبيبه الخاص الذي اعتاد متابعة الفحوص والعلاج لديه، والذي قد يستكمل علاج هذا المرض من خلال عيادته الخاصة، أو قد يحول مريضه إلى أحد الأطر المؤسسية الصحية لاستكمال العلاج.
- **سوق خدمات المستشفيات:** وتشمل على عدة أطر مؤسسية تقدم الخدمات الصحية، مثل المستشفيات العامة والمستشفيات التخصصية، ووحدات التشخيص بالأشعة، ووحدات التشخيص بالتحاليل المخبرية، ووحدات الإسعاف وغيرها.
- **ثانيا: سوق الموارد الصحية؛** تشمل سوق الموارد المستخدمة في إنتاج الخدمات الصحية ثلاثة أسواق فرعية وهي:
 - **سوق العمالة الصحية:** وتشمل على جميع فئات مورد العمل التي تعمل في إنتاج الخدمات الصحية: من الأطباء، وهيئات التمريض، والعمالة الفنية لأجهزة التشخيص والعلاج، وغيرها. وترتبط سوق العمالة الصحية بسوق خلفية، وهي سوق تعلم المهن الصحية والتي تشمل مؤسسات التعليم الطبي والصحي، حيث يمثل الخريجين من هذه المؤسسات التعليمية جانب العرض في أسواق العمالة الصحية.
 - **سوق المنتجات الدوائية:** ويشمل جانب العرض في هذه السوق على الصناعات الدوائية المختلفة، وكذلك الوحدات التي تقدم الخدمات الصيدلانية سواء اشتملت على تجارة الجملة أو التجزئة للمنتجات الدوائية.
 - **سوق المعدات والأدوات الطبية:** ويشتم جانب العرض في هذه السوق على صناعة المعدات والأدوات الطبية، وكذلك تجارة الجملة وتجارة التجزئة للمعدات والأجهزة والأدوات الطبية. تعتبر الخدمات الصحية التي تمثل ناتج سوق الخدمات الصحية ككل منتج نهائي لعدد من الأسواق المرتبطة ببعضها البعض، وتشمل هذه الأسواق أسواق الممرضات المسجلات وأسواق خدمات المستشفيات وأسواق خدمات الأطباء وحتى سوق تعليم المهن الصحية.

ب- عناصر المزيج التسويقي للخدمة الصحية.

يرجع أصل مفهوم المزيج التسويقي إلى بوردن BORDEN سنة 1965، حيث أشار إلى وصف مدير التسويق بأنه مزج المكونات، حيث يجد المدير نفسه في مواجهة العديد من الخيارات التي تتطلب أن يمزج هذه العناصر التسويقية بالطريقة التي تتناسب مع المؤسسة والموقف التسويقي والبيئة المتغيرة باستمرار. ومن

أكثر أدوات المزيج التسويقي شيوعاً؛ نموذج مكارثي، الذي قسّم المزيج التسويقي إلى أربعة عناصر، هي: المنتج، التسعير، الترويج والتوزيع. (المجني، 2020، صفحة 30)

يتضمن المزيج التسويقي الصحي يتضمن بالإضافة إلى العناصر المذكورة فيما يلي، عناصر أخرى تتمثل في العمليات، الدليل المادي، الأفراد، ويمكن تلخيصها فيما يلي (بطاهر، 2018، الصفحات 27-28):

- **المنتج الصحي (PRODUCT):** وهو يمثل العنصر الأول من عناصر المزيج التسويقي الصحي، والذي يحتاج إلى التخطيط الصحيح بهدف تقديمه بالشكل المناسب وفي الوقت الملائم وبالنوعية اللازمة، ولذا يستوجب الاهتمام بتطويره في كافة المجالات، وبشكل عام ينقسم المنتج الصحي إلى نوعين أساسيين: السلع الصحية - الخدمات؛

- **تسعير المنتج الصحي (PRICE):** هو يمثل العنصر الثاني من المزيج التسويقي الصحي، والذي يعتبر من العمليات الصحية في المنظمات الصحية بشكل خاص، وذلك لكون مسألة تحديد الأسعار تخضع للعديد من العوامل والمتغيرات، حيث يعتبر السعر من منظور إدارة التسويق التجاري، القيمة التي يدفعها المستهلك من أجل الحصول على مجموعة من المنافع، وتزداد هذه المنافع كلما ارتفعت جودة السلعة أو الخدمة وتمكنت من تحقيق الإشباع والرضا لدى المستهلك منها. إذن يمكن أن نقول بأن سعر المنتجات الصحية، هو عبارة عن مجموعة النقود التي يتم مبادلتها بمجموعة الخصائص الملموسة وغير الملموسة، من أجل تلبية حاجات المستهلك منها وتحقيق أهداف المؤسسة الصحية؛

- **المكان (PLACE):** أما في مجال الخدمات الصحية فهو يقوم بوصف الموقع الجغرافي والطريقة التي تقدم فيها خدمات المستشفى. ويتضمن منافذ مثل المنتجين أو الشركات تصنيع الأدوية إلى تجار الجملة، المستودعات، إلى تجار التجزئة، الصيدليات الخاصة والحكومية بالمستشفيات، وصولاً إلى المستهلك وتجدر الإشارة هنا إلى عنصر التوزيع وبسبب منافذه التسويقية تزيد من الأسعار الخاصة بالأدوية التي يحتاجها المرضى؛

- **الترويج (PROMOTION):** يمثل مجموعة جهود الاتصال التي تقوم بها المنظمة الصحية لتزويد الزبائن بالمعلومات عن مزايا وخصائص المنتج الصحي وإثارة اهتمامهم وإقناعهم على اتخاذ قرار الشراء. كما أن للترويج الفعال دوراً أساسياً ومهماً في حث الأفراد على التعامل مع المنظمات الصحية عبر مراحل مختلفة والتي يطلق عليها الهرم الترويجي.

ويتم شرح العناصر الثلاثة الإضافية كالتالي (المجني، 2020، الصفحات 34-35):

- **العنصر البشري (PEOPLE):** وهم كل الأشخاص الذين يقومون بدور ما في عملية تقديم الخدمة الصحية، ويؤثرون بصورة ما على إدراك المستفيد من الخدمة أو المشتري للخدمة ومستوى جودتها، بما في ذلك موظفي المنظمة الصحية، والعميل المستفيد من الخدمة وأيضا باقي العملاء في محيط تقديم الخدمة الصحية.

- **الدليل المادي أو الملموس (PHYSICAL EVIDENCE):** وهو البيئة المادية التي يتم فيها تقديم الخدمة الصحية، حيث يتم التفاعل بين العميل ومقدم اخدمة وأي مكونات ملموسة أخرى من شأنها أن تسهل أداء الخدمة الصّحية أو اتصالاتها.

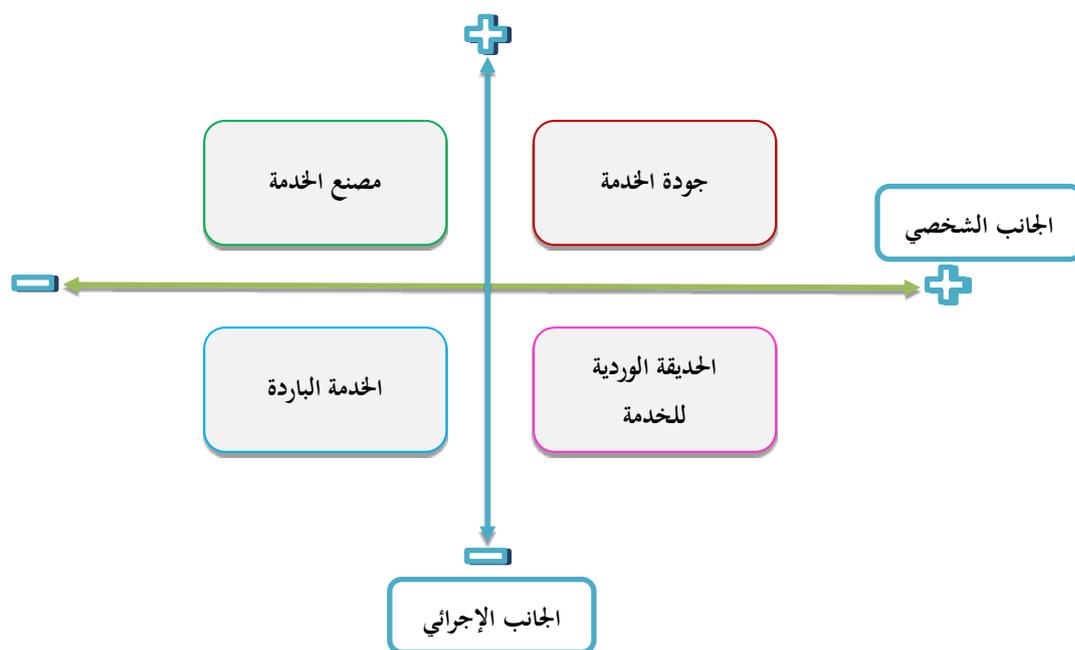
وتلعب هذه الدلائل دورا مهما في تقليل درجة المخاطرة المرتبطة بشراء الخدمة الصحية، وتؤثر بصورة كبيرة على إدراكات المستفيدين منها. مثل الأثاث المستعمل، التصاميم، الألوان والتجهيزات... إضافة إلى العوامل الاجتماعية كالموظفين والعملاء من حيث المظهر والعدد.

- **عملية تقديم الخدمة (PROCESS):** وهي الإجراءات والآليات الفعلية وتدفق الأنشطة التي من خلالها يتم تقديم الخدمة الصحية، وتعد الكيفية التي يتم بها تقديم الخدمة الصحية وتوجيه المستفيدين وتحفيزهم على المشاركة في عملية تقديم الخدمة حاسمة بالنسبة للمؤسسات الخدمية عموما، ومنها المؤسسات الصحية.

5- طرق تقديم الخدمة الصّحية.

إن عملية تقديم الخدمة مرتبطة بمن يقدم الخدمة وبما أن مقدم الخدمة هو الشخص، فإن تكوينه الشخصي أو حالته النفسية هي التي تتحكم في كون الخدمة المقدمة جيدة أو سيئة (عبد الله، 2022)، ونلخص من خلال الشكل الموالي طرق تقديم الخدمة الصّحية، أو تصنيف الخدمات حسب حسب المعايير الشخصية والإجراءات، بحيث تعتمد على بعدين هما المعايير الشخصية لمقدم الخدمة والمعايير الموضوعية أو إجراءات تقديم الخدمة كما يتم شرحه بعد الشكل.

الشكل رقم (04): طرق تقديم الخدمة



المصدر: (عبد الله، 2022)

الشكل عبارة عن مصفوفة ببعدين وأربع خانات، يتم شرحها فيما يلي:

أ- الخدمة الباردة.

وهي التي تقدم بإجراءات سيئة وأيضاً معاملات شخصية سيئة (عبد الحي، 2017، صفحة 124)، أي وجود تعاملات غير محددة مع العملاء مما يؤدي إلى مقابلتها بمواقف وسلوكيات غير مناسبة من طرف العملاء، بحيث يمكن وصف كل بعد كالتالي (عبد الله، 2022):

• الجانب الشخصي للخدمة:

- الخدمة غير شفافة، فالإجراءات المحددة غير واضحة وغير مفهومة.
- الخدمة فاترة، وغير جيدة وبعيدة عن أجواء الانبساط والفرح.
- غير مرغوبة من طرف العميل.

• الجانب الإجرائي في تقديم الخدمة:

- خدمة بطيئة، غير متناسقة.
- غير منظمة، وغير مريحة.

والرسالة الموجهة للعملاء: "نحن لا نهتم".

ب-الخدمة المصنعة.

أو الخدمة بطريقة المصنع : وهي تقدم إجراءات جيدة، بينما تنخفض المعاملات الشخصية (عبد الحي، 2017، صفحة 124)، فهي تتميز هذه الطريقة بارتفاع الاهتمام بالجانب الإجرائي في تقديم الخدمة، وانخفاض أهمية الجانب الشخصي، بحيث يمكن وصف كل بعد كالتالي (عبد الله، 2022):

- الجانب الشخصي للخدمة:
- خدمة غير شفافة، وفاترة.
- غير مرغوبة من طرف العملاء.
- الجانب الإجرائي في تقديم الخدمة:
- تأتي في الوقت المناسب.
- الخدمة متناسقة وموحدة لجميع العملاء.
- بعيدة عن الفوضى.

والرسالة الموجهة للعملاء: "أنتم مجرد أرقام ونحن هنا لمعالجتكم".

ج- الخدمة الوردية.

وتقدم بإجراءات سيئة، بينما تهتم بالمعاملات الشخصية مع العملاء (عبد الحي، 2017، صفحة 124)، بحيث يمكن وصف كل بعد كالتالي (عبد الله، 2022):

- الجانب الشخصي للخدمة:
- الخدمة تتسم بالود والمحبة في التقديم.
- خدمة جذابة وعملية التقديم متقنة.
- طرق تقديم الخدمة بارعة.
- الجانب الإجرائي في تقديم الخدمة:
- الخدمة بطيئة، وغير منتظمة.
- غير متناسقة وغير موحدة للجميع.

والرسالة الموجهة للعملاء: "نحن نبدل أقصى ما في وسعنا ولكن لا نعرف تماما ما نقوم به."

د- الخدمة الجيدة/جودة الخدمة.

وهي تهتم بالإجراءات المقدمة وأيضا بالتعاملات الشخصية على السواء (عبد الحي، 2017، صفحة 124)، بحيث تعد من أفضل الطرق التي يتم استخدامها في تقديم الخدمة للعملاء، ويمكن وصف كل بعد كالتالي (عبد الله، 2022):

• الجانب الشخصي للخدمة:

- المعاملة الشخصية تتميز بالود والمحبة في التقديم.
- طرق تقديم الخدمة جذابة وملفتة للنظر، وبارعة.
- الخدمة المقدمة مرغوبة من طرف العملاء.

• الجانب الإجرائي في تقديم الخدمة:

- تقديم الخدمة في الوقت المناسب.
- الخدمة متناسقة ومنتظمة.
- الخدمة المقدمة موحدة لجميع العملاء.

وهي ما ترغب المؤسسات الخدمية عموما، والمؤسسات الصحية بشكل خاص بلوغه، ونفصل فيه من خلال الفصل التالي.

الفصل الثالث

جودة الخدمة الصحية

الفصل الثالث: جودة الخدمة الصحية.

تمهيد.

ترتبط جودة الخدمات الصحية بالمفاهيم والعناصر التي تمّ التطرّق إليها في الفصل الأول والفصل الثاني من هذه المطبوعة، وتمثّل غاية تسعى المؤسسات الصحية لبلوغها، من أجل أن تحقّق بدورها عددا من الفوائد والأهداف ترتبط في مجملها بكفاءة المؤسسة الصحية، سمعتها وقدرتها التنافسية، وحتى يتمكّن المتخصّص في اقتصاد الصحة والإدارة الاستشفائية من مساعدة مؤسسته في تحقيق هذه الفوائد، فإنّه ينبغي عليه الإحاطة بكل ما يتعلّق بجودة الخدمة الصحية.

في هذا الفصل يتمّ التفصيل في المفاهيم والأبعاد المرتبطة بجودة الخدمة الصحية، بداية بمعرفة نشأة ممارساتها، والمعنى المقصود بالمصطلح، ثم ضبط وتحديد مراحل تحقيق جودة الخدمة الصحية، وكيف يمكنه تحقيق كل مرحلة، فمعرفة أهميتها للمؤسسة الصحية وأهداف المؤسسة الصحية من خلال تبني جودة الخدمة الصحية. وفي الأخير يتمّ التطرّق للأبعاد أو المعايير التي يجب أن تتوفر في أي مؤسسة صحية لتحقيق جودة الخدمة الصحية وبعض الأمثلة عنها.

1- نشأة ممارسات جودة الخدمة الصحية.

تعتبر الممرضة البريطانية فلورنس نايتنجيل Florence Nightingale أول من استخدم هذا المفهوم في مجال الخدمات الصحية، ففي عام 1853 وخلال إشرافها على تقديم خدمات الرعاية الصحية في المستشفيات العسكرية أدخلت بعض معايير الأداء الحديثة، والتي تهدف إلى تحسين عملها، الأمر الذي أدى إلى تحسن في نتائج المرضى في ذلك الوقت، فأبعاد جودة الخدمات تهدف إلى تقديم خدمات صحية أكثر كفاءة وأماناً، وأسهل منالاً وأكثر إقناعاً للمرضى بما يرفع من مستويات رضاهم عنها (الدلايخ، 2015، صفحة 12)، وقد قامت فلورنس نايتنجيل Florence Nightingale بإعداد دراسة تعدّ من أقدم الدراسات العلمية في المجال، سنة 1860 لدراسة جودة الرعاية المقدمة في المستشفيات العسكرية الانجليزية، واشتمل برنامجها الإصلاحي لتحسين الجودة على النظافة والصحة العامة وتحسين نظم التغذية ووضع أسس تنظيمية للإجراءات اليومية للمستشفى، ووضعت أول مجموعة من المعايير الخاصة بالتمريض، والتي أدت إلى خفض كبير في معدلات الوفيات بالمستشفيات (أوشن، 2018، صفحة 63)، وتغطي جودة الرعاية الصحية خمس مكونات أساسية (KANTA, 2007, p. 15):

- الفعالية الطبية؛
- التقيد بالمعايير العلمية المتعارف عليها من قبل السلطات العليا في هذا الشأن (وزارة الصحة)؛
- تطابق عرض الخدمة واحتياجات المرضى؛
- ضمان السلامة (الحد الأدنى من الأمان من المخاطر الممكن ترتبها على المريض)؛
- تسمح الكفاءة الاقتصادية بتحقيق الاستخدام الأمثل للموارد المتاحة. ونفصلها فيما يلي من عناصر.

2- مفهوم جودة الخدمة الصحية.

أول تعريف لجودة الرعاية الصحية لكل من (لي وجون) (Lee et Jones) سنة 1933 كان "تطبيق وتوفير جميع الخدمات الصحية الضرورية بما يتوافق مع العلوم والتقنيات الطبية الحديثة لتلبية جميع حاجات السكان" (عتيق و عتيق، جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية : دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة، 2013، صفحة 106)، وتعرّف جودة الخدمة الصحية بأنها "مجموعة الإجراءات الموضوعية للتأكد من/ والقدرة على ضمان تحقيق مستويات عالية من جودى الخدمة الصحية المقدمة إلى المرتادين إلى المنظمات الصحية" (أحمد، 2013، صفحة 162).

فهي من خلال التعريفين تعني الالتزام بعدد من المعايير التي يجب أن تكون عالية أو متوافقة مع العلوم والتقنيات الطبية الحديثة، بحيث يتم من خلالها إشباع حاجات المرضى وتحقيق رضاهم.

عرّفت جودة الخدمة الصحيّة أيضا على أنها "مجموعة البرامج والأنشطة الصحية التي تهدف إلى وقاية المجتمع من المشكلات الصحية وعلاج هذه المشكلات في حال حدوثها" (عباس، 2014، صفحة 266)، فهي "المجموع العام للخصائص والمميزات التي يمتلكها المنتج الصحي أو الخدمة الصحية والطريقة التي تقدم بها، والمؤثرة في قابليتها لإشباع حاجات ومتطلبات الزبون (المريض) وبأقل تكلفة مع تقليل نسبة التآلف أو الخسارة" (أحمد، 2013، صفحة 163)، وتعرف حسب منظمة الصحة الدولية بأنها: "التماسي مع المعايير والاتجاه الصحيح بطريقة آمنة ومقبولة من قبل المجتمع، وبتكلفة مقبولة بحيث تؤدي إلى إحداث تأثيرات على نسبة الحالات المرضية، نسبة الوفيات، والإعاقة وسوء التغذية" (أحمد، 2013، صفحة 163).

يمكننا من خلال ما سبق من تعاريف؛ تقديم تعريف شامل لجودة الخدمة الصحيّة، فنعرّفها بأنّها خصائص أو مواصفات يجب أن تتحقّق في المنتج الصحي أو الخدمة الصحيّة بمختلف مراحلها، أنشطتها وبرامجها. بحيث تضمن إشباع حاجات المرضى أو العملاء بمختلف أنواعها، علاجية كانت أو وقائية، والعمل على تحقيق رضاهم، وبأفضل كفاءة وفعالية للمؤسسة الصحيّة.

ويقوم ضمان جودة الخدمة الصحيّة على المبادئ الأربعة (Brown, Franco, Rafah, & Hatzell, p. 15):

- ضمان الجودة موجه نحو تلبية احتياجات وتوقعات المريض والمجتمع.
- يركز ضمان الجودة على الأنظمة والعمليات.
- يستخدم ضمان الجودة البيانات لتحليل عمليات تقديم الخدمة.
- يشجع ضمان الجودة نهج الفريق (العمل الجماعي) لحل المشكلات وتحسين الجودة.

3- أهمية وأهداف جودة الخدمة الصحيّة.

يمكن تلخيص أهم أهداف جودة الخدمة الصحية في ما يلي (كاظم، 2015، صفحة 278):

- تعدّ معرفة آراء المرضى وقياس مستوى رضاهم عن الخدمات الصحيّة وسيلة هامة في مجال البحوث الإدارية والتخطيط للرعاية الصحيّة، ووضع السياسات المتعلقة بها.

- ضمان الصّحة البدنية والنفسية للمستفيدين.
 - تقديم خدمات صحيّة ذات جودة مميّزة من شأنها تحقيق رضى المستفيد (المريض) وزيادة ولائه للمنظمة الصحيّة والذي سيصبح فيما بعد وسيلة إعلامية فاعلة لتلك المنظمات.
 - تطوير وتحسين قنوات الاتصال بين المستفيدين من الخدمة الصحيّة ومقدّمها.
 - تمكين المنظمات الصحيّة من تأدية مهامها بكفاءة وفعالية.
 - تحقيق مستويات إنتاجية أفضل إذ يعدّ الوصول إلى المستوى المطلوب من الرّعاية الصحيّة المقدّمة إلى المستفيدين (المريض) الهدف الأساسي من تطبيق الجودة.
 - كسب رضى المستفيد (المريض) إذ أنّ هناك قيم أساسية لإدارة الجودة، وتسعى لتطبيق نظم الجودة وبالتالي تطوير أداء العمل، ومنه كسب رضا المستفيد.
 - تحسين معنويات العاملين، وجعلهم يشعرون بأنهم أعضاء يتمتّعون بالفاعلية ممّا يؤدّي إلى تحسين معنوياتهم وبالتالي الحصول على إنتاج أفضل.
- ومن تحقّق هذه الأهداف، نستطيع استنتاج أهمية جودة الخدمة الصحيّة، بحيث نجد من فوائدها ما يلي
نكره (أحمد، 2013، صفحة 164):

- ضمان معايير الصّحة البدنية والنفسية للمستفيدين.
- الإقلال من الأخطاء الطبيّة.
- الإقلال من الوقت اللازم لإنهاء المهام.
- رفع قدرات الخدمة الصحية في تقليل التكاليف من خلال الاستخدام الأمثل للموارد.
- رفع انسيابية الخدمة.
- تقديم خدمة صحيّة ذات جودة مميّزة من شأنها تحقيق رضا المستفيد (المريض) وزيادة ولائه للمنظمة الصحية والذي سيصبح فيما بعد وسيلة إعلامية فاعلة لتلك المنظمات الصحيّة.
- تطوير وتحسين قنوات الاتصال بين المستفيدين من الخدمة الصحيّة ومقدّمها.
- تمكين المنظمات الصحيّة من تأدية مهامها بكفاءة وفعالية مما يكسبها ميزة تنافسية.
- تحقيق مستويات إنتاجية أفضل، إذ يعدّ الوصول إلى المستوى المطلوب من الرعاية الصحية المقدمة إلى المستفيدين (المريض) الهدف الأساسي من تطبيق الجودة في المؤسسة الصحيّة.

4- مراحل تحقيق جودة الخدمة الصحية.

لتحقيق الجودة في تقديم الخدمات بشكل عام، وفي تحقيق جودة الخدمة الصحية بشكل خاص، يجب اتباع المراحل أو الخطوات التالية:

أ- جذب الانتباه وإثارة الاهتمام بالعملاء: تشمل هذه المرحلة مختلف المواقف التي تصدر من مقدم الخدمة، كالعامل على خدمة الزبائن وإحساسهم بمدى أهمية وجودهم وعلاقتهم بالمؤسسة، إضافة لحسن الاستقبال والابتسام، فخدمتهم على أحسن وجه من الدقة في الأعمال حتى شعورهم بالسعادة من أنّ المؤسسة تبدأ بهم وتنتهي بهم (بوقطاية و عثمان، 2018، صفحة 96)، تعتبر هذه المواقف كلها بمثابة سبب يؤدي إلى إيقاظ الرغبة لدى العملاء من أجل الحصول على الخدمة التي يريدونها إلى جانب ذلك فإنها تعزز الولاء الدائم للعملاء من أجل الحصول على الخدمة وتكرار الحصول عليها باستمرار، ويمكن تحقيق ذلك من خلال المواقف الإيجابية التالية (عتيق، جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية - دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة ، 2012، صفحة 72):

- الاستعداد النفسي والذهني لمقابلة العملاء والاهتمام بهم والرغبة في تقديم الخدمة لهم.
 - حسن المظهر.
 - الابتسام والرقّة والدفء في التعامل مع العملاء وإظهار روح الود والمحبة في مساعدتهم.
 - الدقة التامة في إعطاء المواصفات عن الخدمة دون اللجوء إلى المبالغة.
 - إشعار العملاء بالسعادة في تقديم الخدمة وأن المؤسسة التي يعمل بها تمثل أفضل المؤسسات تأكيدا للجودة والاهتمام بتقديمها.
 - عدم التصنيع في المقابلة والحديث والتخلص من الصور السلبية في التعامل.
 - التركيز على أن المؤسسة تبدأ بالعمل وتنتهي به في توفير الخدمة.
- ب- خلق الرغبة لدى العملاء وتحديد حاجاتهم: وذلك من خلال المهارات التي يتمتع بها مقدم الخدمة في المؤسسة، والتي تتطلب توفير وعرض خصائص ومزايا الخدمة ومدى وفرتها، للتأثير على الزبائن وتمكينهم من الاستفسار عن كل ما يتعلّق بالخدمة (بوقطاية و عثمان، 2018، صفحة 96)، وتتمثل هذه المهارات في المهارات البيعية والتسويقية لمقدم الخدمة ومن المتطلبات الأساسية

- لذلك مايلي (عتيق، جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية - دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة ، 2012، صفحة 73):
- العرض السليم لمزايا الخدمة المقدمة بالتركيز على خصائصها ووفرته.
 - التركيز على نواحي القصور في الخدمات التي يعتمد عليها العميل مع الالتزام بالموضوعية في إقناع العميل بالتعامل في خدمة أخرى لتفادي القصور.
 - اعتماد كافة المعدات البيعية كوسيلة للتأثير على حاسة السمع واللمس والنظر والشم والتذوق... الخ فالرؤية أو اللمس تغني عن الاستماع.
 - ترك الفرصة للعميل لكي يستفسر عن كافة الأمور التي يجب أن يستوضحها وأن يكون مقدم الخدمة مستعدا للردّ على تلك الاستفسارات بموضوعية ودقة مما يجعل العميل مستعدا لاستكمال إجراءات إقتناء الخدمة.
 - التركيز على الجوانب الإنسانية في التعامل كالترحيب والابتسامة والشعور بأهمية توفير الحاجات الحالية والمستقبلية للعملاء.
- ج- إقناع العميل ومعالجة الاعتراضات لديه: وهذا من خلال إقناعه وخلق الرغبة لديه للخدمة، والالتزام بقواعد الردّ على الاعتراض (بوقطاية و عثمان، 2018، صفحة 96)، إن عملية إقناع العميل باقتناء تلك الخدمة ليست بالأمر السهل وإنما تتطلب من مقدم الخدمة العديد من الجهود السلوكية القادرة على خلق القناعة لدى العملاء عند تقديم الخدمات وكذلك معالجة الاعتراضات التي يبذلها العميل عند الشراء أو يضع العراقيل أمام إتمام ذلك رغم اقتناعه بجودة الخدمة والسعر المعقول في بعض الأحيان، فيرى البعض أن عملية البيع لن تتم دون وجود اعتراض من قبل العميل لذلك فطريقة الرد على الاعتراض تختلف من موقف لآخر لذلك فهناك مجموعة من القواعد التي يمكن الاعتماد عليها في الرد على اعتراضات العملاء ويمكن توضيحها كما يلي (عتيق، جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية - دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة ، 2012، صفحة 74):
- أن يلتزم مقدم الخدمة بالقاعدة الذهبية في فن التعامل مع العملاء وهي "أن العميل دائما على حق" بحيث يجب أن يكون مقدم الخدمة دبلوماسيا في الرد على العميل ولا يعمل على تأكيد خطأ وجهة نظر العميل مباشرة ولكن يجب أن يعتمد على مجموعة من المبادئ في هذا المجال وهي:

- الإقلال من الاعتماد على النفي المباشر مع الاعتماد عليه في الحالات التي لا يكون منها مفر من اللجوء إليه.
- طريقة التعويض: وتقوم على تعويض اعتراض العميل على الخدمة من ناحية السعر مثلا بإظهار جودتها.
- طريقة العكس وتقوم هذه الطريقة على قلب الاعتراض إلى ميزة.
- طريقة الاستجواب، وتقوم هذه الطريقة على أن يلجأ مقدم الخدمة إلى توجيه بعض الأسئلة إلى العميل بحيث يكون في الإجابة عليها تقييد لاعتراضه.
- يجب أن يكون مقدم الخدمة مستمعا جيدا للعميل وأن يظهر الاهتمام واليقظة مع تدوين الآراء والملاحظات التي يبديها العميل حتى يتم إرضاء كبريائه.
- يجب على مقدم الخدمة أن لا يأخذ اعتراضات العميل قضية مسلم بها، فقد يكون العميل راغبا في اقتناء خدمة معينة لكنه يثير الاعتراض فقط من أجل إنهاء المقابلة لذلك فيجب أن يكون مقدم الخدمة يقظا لذلك، وإذا ما تأكد من استحالة التعامل معه يجب إنهاء المقابلة بشكل لبق.
- يجب على مقدم الخدمة أن لا يجعل العميل يشعر بانهزامه في المناقشة وأنه قد انتصر عليه لأن هذا الشعور قد يؤدي إلى فشل عملية البيع بعدما أن كادت تنتهي بنجاح.
- د- **التأكد من استمرارية العملاء بالتعامل مع المؤسسة:** من خلال الاهتمام بالشكاوي، وملاحظات العملاء حتى يتم امتصاص الغضب والاستياء (بوقطاية و عثمان، 2018، صفحة 96)، إن التأكد من استمرارية التعامل مع المؤسسة وخلق الولاء لدى العملاء يأتي من خلال بعض الخدمات البيعية والتسويقية التي تشكل ضمانا لولاء العملاء للمنظمة ومنها (عتيق، جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية - دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة ، 2012، صفحة 75):
- الاهتمام بشكاوي العملاء وملاحظاتهم، بحيث يجب على مقدمي الخدمات أن يكونوا على درجة عالية من الصبر في استيعاب شكاوي العملاء واتخاذ الإجراءات التي يمكنها معالجة ذلك من خلال:
 - الاعتذار لهم وإشعارهم بأهمية الشكوى المقدمة لهم.
 - تعويضهم عن الخسارة الناجمة عن ذلك.
 - استبدال السلع المستخدمة في الخدمات.
 - تقديم الشكر للعملاء وتعظيم دورهم في دعم المؤسسة وتوفير الخدمات الجيدة بصورة دائمة.

- توفير خدمات بعد البيع بعد إتمام عملية البيع والتعاقد فعلى مقدمي الخدمات أن يتابعوا باستمرار تقديم قطع الغيار والبدائل، فتقديم هذه الخدمات بكفاءة عالية يساعد على استمرار العملاء في التعامل مع المؤسسة وبالتالي استمرار وجودها واستقرارها.

5- أبعاد/معايير جودة الخدمة الصحية.

لتحقيق جودة الخدمة الصحية، بالإضافة إلى المراحل/الخطوات سابقة الذكر، فإنه يتعين على المؤسسة الصحية أن توفر عددا من المعايير، نذكرها في التالي (بديسي و زويوش، 2011، صفحة 147):

أ- الاعتمادية Reliability؛ وتعني القدرة على إنجاز وبدقة الخدمة مثل ما تم تحديدها، وتقديمها بالشكل الصحيح ومن المرة الأولى، أي العمل على تقليص مجال الخطأ.

ب- الاستجابة Responsiveness؛ وتشير إلى سرعة الاستجابة في تقديم الخدمة لمن يطلبها أو يحتاجها.

ج- كفاءة مقدمي الخدمة Competence؛ وتعني الكفاءات والقدرات التي يمتلكها من يقدم الخدمة والتي تضمن تقديمها بشكل متميز.

د- القدرة على الوصول Access؛ ويشير هذا البعد إلى سهولة الوصول إلى مقدمي الخدمة.

هـ- الاتصال Communication؛ وتعني تبادل المعلومات بين مختلف الأقسام والمصالح المقدمة للخدمة

وكذا بين الأفراد العاملين بها من جهة، وبينهم وبين المرضى والمتعاملين الخارجيين من جهة أخرى.

و- المجاملة Courtesy؛ وتتمثل في حسن المعاملة.

ز- المصداقية Credibility؛ وتعني توفر درجة عالية من الثقة في مقدمي الخدمة الصحية.

ح- الأمان Security؛ ويشير هذا البعد إلى إلمام العاملين بالمؤسسة الصحية بالمهام والوظائف الموكلة

لهم، وبشكل يمكنهم من تقديم خدمة خالية من أي مخاطر.

ط- العناية والرعاية Empathy؛ أي بذل كافة الجهود لإشعار المرضى بذلك.

ي- الجوانب المادية والبشرية الملموسة Tangible؛ ويتمثل هذا البعد في كفاءة وفعالية التجهيزات، المواد،

وسائل الاتصال والأفراد العاملين بالمؤسسة الصحية.

قد يصادف الطالب تسميات أخرى أو صياغة مختلفة لهذه الأبعاد في مختلف المراجع، إلا أنها تصبّ

في نفس المعاني السابقة، وفي دراسة أجراها كوتلر Kotler بخصوص موضوع أبعاد الجودة في المؤسسات

الصحية، بينت النتائج بأن المرضى عادة ما يعتمدون في تقييمهم لجودة الخدمة على خمسة أبعاد فقط، وقد اعتبرها أساسية إلا أنها تتفاوت في الأهمية، وتتمثل في (بديسي و زويوش، 2011، صفحة 147):

- الاعتمادية، ويمثل هذا البعد 32% كأهمية نسبية.
 - الاستجابة، ويمثل هذا البعد 22% كأهمية نسبية.
 - الأمان، ويمثل هذا البعد 19% كأهمية نسبية.
 - العناية والرعاية/التعاطف، ويمثل هذا البعد 16% كأهمية نسبية.
 - الملموسية، ويمثل هذا البعد 11% كأهمية نسبية.
- ويمكن تعريف هذه الأبعاد كما يلي (عبيد الله، 2017، صفحة 54):

- **الاعتمادية Reliability** : إنجاز الخدمة بالدقة والموثوقية التي وُعد بها المريض، أي إنجاز الخدمة بشكل صحيح و بالوقت الذي يطلبها فيه الزبون.
- **الاستجابة Responsiveness** : مدى رغبة واستعداد العاملين لتقديم الخدمة وفق رغبة الزبائن.
- **الأمان Assurance** : ويقصد به السمات التي يتصف بها العاملون من قدرة ومعرفة وثقة في تقديم الخدمة.
- **التعاطف Empathy** : يقصد به العناية بالمرضى ورعايتهم بشكل خاص، والعمل على فهم ومعرفة احتياجاتهم وتسهيل الاتصال بينهم وبين القائمين على الخدمة.
- **الملموسية Tangibles** : تتمثل في التسهيلات أو العناصر المادية ذات العلاقة المباشرة أو غير مباشرة بالخدمة ومن بينها المعدات والوسائل، المبنى ومظهر الموظفين.

نقدّم صور توضيحية للأبعاد الأساسية لجودة الخدمة الصحية في ملاحق المطبوعة، بحيث تعتبر أمثلة عن مكونات كل بعد، ونتطرق في الفصل الموالي إلى موارد المؤسسة الصحية ودورها في تحقيق جودة الخدمة الصحية، بالإضافة إلى مفهوم أداء المؤسسة الصحية وعلاقة بجودة الخدمة الصحية وكيفية تقييمه، وفيما يلي جدول يلخص بعض الأمثلة ومعايير التقييم الخاصة بكل بعد من أبعاد جودة الخدمة بالمؤسسات الصحية.

الجدول رقم (04): أبعاد جودة الخدمة بالمؤسسات الصحية.

الأمثلة	معايير التقييم	البعد
- ثقة عالية لدى المرضى بأن حياتهم بين أيدي أمينة.	- دقة السجلات المعتمدة في إدارة المؤسسة الصحية. - المواعيد الدقيقة في الإجراءات الطبية.	الاعتمادية
- وصول سيارات الإسعاف خلال دقائق معدودة. - غرف العمليات جاهزة كلياً ولكل الحالات.	- تقديم خدمات علاجية فورية. - استجابة سريعة لنداءات الطوارئ الخارجية. - العمل على مدار ساعات اليوم.	الاستجابة
- المعاملة الحسنة للمرضى. - تدريب العاملين ومهارات عالية في الأداء.	- سمعة ومكانة المؤسسة الصحية عالية. - المعرفة والمهارة المتميزة للأطباء والشبه طبيين. - تميز العاملين بدرجة عالية من الإنسانية.	الأمان (التأكيد)
- تعامل الممرضين بود ولطف مع المريض. - النظر للمريض أنه دائماً على حق.	- اهتمام شخصي بالمرضى. - الإصغاء الكامل للشكاوى. - تلبية الحاجات بلطف وود.	التعاطف (المجاملة)
- نظافة الغرف وأماكن العلاج. - نوعية جيدة للطعام المقدم.	- الأدوات المستخدمة في التشخيص والعلاج. - المظهر الخارجي لمقدمي الخدمة. - أماكن الانتظار والاستقبال المناسبة.	الملموسية

المصدر: (بديسي و زويوش، 2011، صفحة 148)

الفصل الرابع

استخدام الموارد و تقسيم الأدواء

في المؤسسة الصحية

الفصل الرابع: استخدام الموارد وتقييم الأداء في المؤسسة الصحية.

تمهيد.

تهدف المؤسسة الصحية من خلال تحقيق جودة خدماتها إلى تحقيق الكفاءة والفعالية، بحيث تضمن إدارة الجودة للمؤسسة التحكم في تكاليف اللاجودة (الفشل) التي تترتب عن تكرار النشاط أو العملية، أو الهدر الناجم عن سوء استخدام الموارد، أو المسؤولية القانونية التي قد تترتب عن شكاوى العملاء..، وكذا ربط أهداف ونتائج المؤسسة الصحية برسالتها وأهدافها الاستراتيجية. وحتى يتمكن الطالب من فهم العلاقة بين إدارة الجودة في المؤسسة الصحية وأدائها، تم تخصيص فصل يناقش استخدام موارد المؤسسة الصحية وأدائها.

من خلال هذا الفصل نلخص استخدام موارد المؤسسة الصحية بعد التطرق إلى مختلف مواردها باختصار، لأن الطالب في تخصص اقتصاد الصحة والإدارة الاستشفائية يجب أن يجمع بين مختلف المقاييس المبرمجة في التخصص، ومنها المحاسبة التحليلية ومراقبة التسيير في المؤسسة الصحية التي تفصل فيها بشكل أكبر. كما يتم التطرق في هذا الفصل إلى مفهوم الأداء في المؤسسة الصحية، وعلاقته بالجودة ومفهوم تقييمه، بالإضافة أهمية تقييم الأداء في المؤسسة الصحية، وأهم المؤشرات التي يمكن استخدامها لذلك.

1- موارد المؤسسة الصحية.

يلخص هذا العنصر أهم موارد المؤسسة الصحية، والتي تعبر عن مدخلاتها، بحث يعبر الاستخدام الأمثل لهذه الموارد عن كفاءة المؤسسة الصحية، وتقسّم بشكل عام إلى موارد بشرية، موارد مادية، موارد مالية وموارد معلوماتية، وتتطلب إدارة كل مورد من هذه الموارد مقياسا/محاضرة خاصا للتحكم والتفصيل فيه وبلوغ الكفاءة والفعالية المرجوتين من التخصص لطالب اقتصاد الصحة والإدارة الاستشفائية.

أ- الموارد البشرية.

تشمل المستفيدين من خدمات المستشفى بجانب القوى العاملة بها على المستويين الإداري والفني، وتعتبر القوى العاملة من أهم العناصر المكوّنة للمستشفى، إذ تساهم بمجهوداتها في إيصال الرعاية الطبية للمستفيدين وفق أحدث الأساليب التكنولوجية المستخدمة وبالجودة المناسبة في التشخيص والعلاج (بجدادة، 2012، صفحة 55)، فيمكن أن نقول أنها الموارد البشرية للمؤسسة الصحية تعبر عن كلّ الأفراد الذين يقدمون جهدا بدنيا أو فكريا لإيصال الرعاية الطبية لطالبيها.

ب- الموارد المالية.

قد يجد الطالب الموارد المالية مدرجة في بعض المراجع ضمن الموارد المادية للمؤسسة الصحية، لكنّها تعبر عن مورد حساس بحيث لا يمكن للمؤسسة الصحية أن تقدّم خدماتها بالكفاءة والفعالية المناسبة في وجود صعوبات تتعلق بالموارد المالية، بحيث يفصل إدارته على حدى وليس ضمن الموارد المادية.

لم يعد التمويل هو الاهتمام بالحاجات المالية فقط، إنما امتد إلى النظام المالي ككل، فبجانب الحصول على الأموال وإدارتها فقد أصبحت مكونات التمويل متعددة وشملت التنظيم المالي، التخطيط المالي، السيولة النقدية، الإستثمار طويل الأجل، مصادر الحصول على الأموال أسواق المال المؤسسات المالية والأساليب الفنية للحصول على الأموال وغيرها (الخصر الطاهر، 2007، صفحة 70)، فالموارد المالية تضم كل مصادر تمويل المؤسسة الصحية، وإدارتها تشمل البحث عن هذه المصادر سواء كانت داخلية أو خارجية وتوظيفها في الاحتياجات الأكثر أولوية، بالإضافة إلى القرارات المتعلقة بالاستثمار.

ج- الموارد المادية.

وتشمل جميع الإمكانيات المادية مثل الاستثمارات المختلفة والتبرعات، بالإضافة إلى الموارد الطبيعية المختلفة مثل الأرض والمباني، والتجهيزات الطبية والأدوية والأسرة ومستلزمات الغرف والأغذية (بجدادة، 2012، صفحة 55)، فتضمّ الموارد المادية إمكانيات المؤسسة الصحية من مباني، تجهيزات وعتاد مثل أجهزة أشعة وما شابه، بالإضافة إلى الموارد المرتبطة بالمبيت والإطعام للمرضى المقيمين.

وكلها الموارد السابقة الذكر مجتمعة تمثل مدخلات المنظمة الصحية كنظام إضافة إلى مختلف عمليات الإدارة (تخطيط، تنظيم توجيه ورقابة)، بالإضافة إلى العملية التحويلية التي تحدث على مستواها، ومخرجاتها المتمثلة في كم ونوع نتائج المنظمة الصحية، التي يتمّ التطرق إليها في مؤشرات تقييم النتائج، بالإضافة إلى التغذية العكسية التي تتمثل في المعلومات والتي نتطرق إليها في العنصر الموالي.

وتتمثل مدخلات المؤسسات الصحية في الإدارة، القيادة، الهيكل التنظيمي، الموارد المادية، الموارد أو القوى البشرية، قواعد البيانات والمعلومات، الأهداف والخطط والسياسات والمعدات..، إلى جانب نسق العلاقات والاتصالات والقيم كمدخلات غير مادية، والتي تساهم في إنجاز وتحقيق الأهداف إذا ما توافر حسن استثمارها (أحمد محمود، 2020، صفحة 758)، ويمكن الحديث عن مورد آخر في العنصر التالي لا يقل أهمية عن الموارد الأساسية السابقة، وهو الموارد المعلوماتية داخلية كانت أو خارجية.

د- المعلومات.

ويمكن تقسيمها إلى قسمين، معلومات عن البيئة الداخلية للمؤسسة الاستشفائية، وأخرى عن البيئة الخارجية لها، ونشرحها كالتالي (بجدادة، 2012، صفحة 56):

- **معلومات عن البيئة الداخلية للمستشفى:** وتشمل أنظمة وسياسات ومعايير الخدمة، والمعلومات الإدارية والمحاسبية والمعلومات الخاصة بالعاملين وكذا المتعلقة بالمرضى. وتسهم هذه المعلومات في التعرف على مدى الاستفادة من خدمات المستشفى وتقييم جودتها، فضلا عن الوقوف على نشاطات العاملين ورصد اتجاهات التكاليف مما يؤهلها إلى معرفة إن كان قد تم استغلال مواردها بالصورة المناسبة.

- **معلومات عن البيئة الخارجية للمستشفى:** والتي تشمل المعلومات الخاصة بالاحتياجات الصحية لمنطقة الخدمة والمعلومات الخاصة بالظروف الاقتصادية والاجتماعية والتكنولوجية، وبذلك تكتسب

هذه المعلومات أهمية بالغة لأنها تعطي المستشفى فكرة واضحة عن المدخلات وعن عملية تحويلها إلى مخرجات.

2- استخدام الموارد في المؤسسة الصحية.

تتمثل المشكلة الأساسية التي تواجه مستهلكي ومقدمي الخدمة الصحية في أنه بينما تكون الحاجات الإنسانية غير محدودة، فإن عرض الموارد المتاحة لإشباع هذه الحاجات يكون محدودا. وهذا يعني أنه يجب أن تكون هناك اختيارات يقوم بها المستهلكون، أو من يمثلهم، بشأن الخدمات التي يشترونها من دخولهم المحدودة، وهناك اختيارات يقوم بها المنتجون بشأن السلع والخدمات التي سيعرضونها بمواردهم المحدودة. وعادة ما تكون الموارد متاحة بدرجات وتكاليف متفاوتة ولا يمكن افتراض أنها ستكون متاحة للشراء عند الحاجة إليها، ولذلك يجب أن يقوم المستهلكون والمنتجون بالتخطيط لذلك مسبقا بقدر من الحذر. وقد تكون ميزانية المستشفى كافية، ولكن هذه الموارد الأساسية قد لا تكون متاحة للشراء، ومن ثم تكون غالية جدا بسبب قصور عرضها، وهذا تكون عقلانية استخدام الموارد المحدودة أحد الاختيارات السليمة لتحقيق أفضل النتائج الممكنة. فمثلا لا يعد استخدام جراح ماهر لإجراء عملية تقليدية بمثابة الاستخدام الأمثل لذلك المورد، إذا أمكن استخدام هذا الجراح في نشاط أكثر تعقيدا، ومن هنا كانت الحاجة إلى التفكير في أدوات وأساليب للإدارة من أجل تخصيص فعال وكفء للموارد داخل المستشفى (بحدادة، 2012، صفحة 60)، وهنا تظهر حنكة وحكمة مدير المؤسسة الاستشفائية ومساعديه.

يمكن تلخيص إدارة استخدام موارد المؤسسة الصحية في الجدول التالي، وللتفصيل يمكن للقارئ الاطلاع على إدارة كل مورد على حدى، ومن بين المراجع التي تفصلها مجتمعة، دليل إدارة مراكز الرعاية الصحية الأولية الصادر في أكتوبر 2012 عن الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية "USAID" (خاص بالوكالة المحلية بالعراق لعدم الحصول على الخاص بالجزائر) (دليل إدارة مراكز الرعاية الصحية الأولية، 2012).

الجدول رقم (05): إدارة استخدام موارد المؤسسة الصحية

الموضوع الفرعي	المعايير	أدوات القياس
إدارة الموارد البشرية	- الاحتفاظ بملف عمل لكل موظف.	- الاحتفاظ بملف لكل موظف. - يحتوي كل ملف على وثائق الموظف ووصف العمل والعقد ونطاق العمل...إلخ. - يتم توجيه الموظفين إلى سياسات الموارد البشرية، الاستثمارات ووصف العمل الخاص بهم، والتوقعات بشكل مناسب.
	- إتاحة وصف وظيفي واضح لكل منصب.	- تحديد دور ومهام الموظف بشكل واضح. - إيصال وصف العمل إلى جميع الموظفين.
	- وجود نظام واضح لتقييم عمل الموظفين.	- إشراك الموظفين بعملية المراجعة الدورية لتقييم أدائهم. - إيصال السياسات والإجراءات لأخلاقيات العمل والسلوك المقبول. - تلقي الموظفين التدريبات المستمرة وفقا لدورهم ومسؤولياتهم.
	- إدارة ومراقبة النفقات لضمان الكفاءة والامتثال للقوانين النافذة.	- فهم السياسات والإجراءات واتباعها لكافة العمليات المالية. - تضمن الإجراءات تلبية النفقات

<p>للاحتياج من الخدمات المحددة.</p> <p>- يعمل مدير المركز الصحي على مراقبة وتحليل ورفع التقارير حول النفقات الكلية لضمان الامتثال.</p>		
<p>- وجود مركز للاتصال بشأن إدارة المخزون.</p> <p>- تحديد الاحتياجات في الخطط والموازنات السنوية.</p>	<p>- تعكس عملية إدارة المخزون الاحتياجات والموازنات المخطط لها وتقلل من مخاطر التحايل والفساد.</p>	<p>إدارة المخزون (غير المواد الطبية)</p>
<p>- يدعم نظام المعلومات الإدارة الكفؤة للمخزون.</p> <p>- يتم حفظ المواد في مكان محدد.</p> <p>- يتم مراقبة المواد ويتم معالجة الفروقات الحاصلة.</p> <p>- تشخص وتعالج الخسائر المحتملة ومخاطر السرقة.</p>	<p>- تضمن الإدارة الكفؤة للمخزون تلبية الاحتياج من التجهيزات للخدمات المخططة في جميع الأوقات.</p>	

المصدر: (دليل إدارة مراكز الرعاية الصحية الأولية، 2012، الصفحات 58-59)

يتمثل دور المدير أو المسير في المؤسسة الصحية في محاولة إيجاد أفضل توليفة تضمن استغلال الموارد المتاحة بالشكل الذي يقدم أفضل نتائج لمؤسسته انطلاقاً من الأهداف الموضوعية سابقاً، وهذا ما يحقق كفاءة وفعالية المؤسسة الصحية، والتي تتحقق في ظل أدائها. وكما يتم الحكم السليم على أداء المؤسسة الصحية ينبغي تقييمها انطلاقاً من مؤشرات كمية ونوعية موضوعية. نشرحها من خلال العناصر التالية بعد عرض مفهوم الأداء في المؤسسة الصحية وأهميته تقييمه.

3- أداء المؤسسة الصحية.

يتم في هذا العنصر التطرق إلى مفهوم الأداء وعلاقته بالجودة في المؤسسة الصحية، قبل الحديث عن أهميته وتقييمه.

أ- مفهوم الأداء في المؤسسة الصحية.

إن أصل كلمة أداء ينحدر إلى اللغة اللاتينية التي عبرت عنها كلمة (PERFORMARE) والتي تعنى إعطاء، وبعدها اشتقت اللغة الإنجليزية منها لفظة (PERFORMANCE) وأعطتها معناها الحالي الذي عبر عنه بعض الباحثين بقولهم: "أداء مركز ذو مسؤولية ما يعني الفعالية والإنتاجية التي يبلغ بهما هذا المركز الأهداف التي حددها، وتحدد الفعالية في أي مستوى تتحقق الأهداف والإنتاجية من خلال مقارنة النتائج المتحصل عليها بالوسائل المستخدمة في ذلك" (الدجني، 2011، صفحة 145)، إذن يمكن تلخيص مفهوم الأداء في الفعالية والكفاءة وما ارتبط بهما من مفاهيم ومؤشرات.

تجدر الإشارة إلى أن هناك من يخطئ بين مفهوم الفعالية ومفهوم الكفاءة، علما بأن المصطلحين مختلفان ومترابطان، فالفعالية كما يرى دراكر DRUCKER تعني "ماذا نعمل؟"، أما الكفاءة فتعني "كيف نعمل؟". أي أن الفعالية تعبر عن مدى صلاحية العناصر المستخدمة (أموال، معدات، أفراد، أساليب) للحصول على النتائج المطلوبة، بمعنى العلاقة بين العناصر المستخدمة وليست كميتها، وتقاس الفعالية من خلال نسبة الأهداف التي تم تحقيقها فعليا إلى الأهداف المخططة مسبقا (تعظيم المخرجات وإنجازها). أما مفهوم الكفاءة فيهتم بكمية العناصر المستخدمة، أي العلاقة بين هذه العناصر كمدخلات ونسبة المخرجات أو النتائج. لذلك فإن الكفاءة تهتم بإنجاز الأعمال بأقصر وقت وأقل استخدام للعناصر للحصول على النتائج المطلوبة (تدنية المدخلات) (عبد الستار، 2017، صفحة 10)، فباختصار تعني الفعالية تحقيق الأهداف المُسطرة، وتعني الكفاءة كيفية تحقيق هذه الأهداف.

وقد برزت محاولات عديدة لتعريف الأداء، فالبعض عرفه على أنه "درجة بلوغ الفرد أو الفريق أو المنظمة للأهداف المخططة بكفاءة وفعالية"، والبعض الآخر ينظر إلى الأداء على أنه "مجموعة من المعايير الملائمة للقياس، التي يحددها الباحثون والتي تمكن من إعطاء حكم تقييمي على الأنشطة والنتائج والمنتجات وعلى أثر المؤسسة على البيئة الخارجية". كما عرف الأداء على أنه "القدرة على تحقيق الأهداف المخططة بأقل تكلفة ممكنة" (خروبي، يونس، و عباس، 2021، صفحة 443)، أما أداء المؤسسة الصحية

الفصل الرابع..... استخدام الموارد وتقييم الأداء في المؤسسة الصحية

فهو "عبارة عن المنظومة المتكاملة لإنتاج أعمال المؤسسة الصحية في ضوء تفاعلها مع عناصر بيئتها الداخلية والخارجية. وبالتالي فالأداء هو انعكاس استخدام المؤسسة لمواردها المالية والبشرية واستغلالها بالصورة التي تجعلها قادرة على تحقيق أهدافها" (عبد الستار، 2017، صفحة 10).

يمكن القول أن أداء المؤسسة الصحية يعبر عن قدرتها على تحقيق أهدافها (فعاليتها)، وقدرتها على تحقيق النتائج الأمثل والأفضل وفقا لإمكاناتها ومواردها (الكفاءة)، بالإضافة إلى تقييم هذه النتائج انطلاقا من معايير ومؤشرات كمية ونوعية ملائمة.

ويعبر تقييم الأداء في المؤسسة الصحية عن "عملية جزئية في نطاق نشاط إداري أوسع وأشمل هو الرقابة، فإذا كانت الرقابة الإدارية هي تلك العملية التي تستهدف التحقق من أن ما كان يجب إنجازه قد أنجز بالفعل، وتبين متى يحدث الانحراف عن هذا المستهدف، فإن تقويم الأداء إذن هو أداة من أدوات الرقابة الإدارية الشاملة" (سعيد، 2010، صفحة 311)، ونأتي للتفصيل في مؤشرات في آخر عنصر من هذا الفصل.

ب- علاقة الجودة بالأداء في المؤسسة الصحية.

مفهوم الجودة يقترب من مفهوم الأداء في الفكر الإداري، ولكن المفهومين منفصلان حين ينظر لهما من زاوية محددة هي تقابل المدخلات والمخرجات مع العمليات والنظم والمنظمة ككل. من هذه الزاوية، يمكن التمييز بين المفهومين يوضح من خلال بعض العناصر الفارقة (بوعبد الله، 2014، الصفحات 47-48):

- الجودة تخدم الأداء، فالجودة هدف وسيط يوصل إلى الأداء: جودة المدخلات لعملية ما هي عامل يوصل إلى تحقيق أداء عالٍ للعملية أو النظام؛
- الجودة هي بالدرجة الأولى صفة للمنتج ماديا كان أو خديما، والأداء هو صفة للمؤسسة أو لنظام أو لعملية؛
- الجودة تقاس بالمقارنة مع معايير، الأداء يقاس بالمقارنة مع أهداف؛ أهداف المؤسسة، مثلا أهداف مالية، أهداف نظام المعلومات للمؤسسة؛ الجودة تعني أخطاء أقل، رضا الزبون، تباين أقل، جدارة وموثوقية؛
- الأداء يعني إنتاجية أكبر، أرباحا عالية، قيمة أسهم، تكلفة مالية أقل...

الفصل الرابع..... استخدام الموارد وتقييم الأداء في المؤسسة الصحية

مفكرو الجودة لا يحبذون الحرص الزائد على الأداء العالي، فقد انتقد ديمينغ رفع شعارات للعاملين قد لا تكون واقعية (مثلا الخطأ الصفري)،... وانتقد التقييم الزائد لأداء العاملين، فالجودة تحتاج إلى الوقت، وبعض المؤشرات الرقمية لا يمكنها أن تقيم كل شيء، فلا بد من التفكير على المدى البعيد، اتخاذ مومنين دائمين جيدين أفضل من البحث المستمر عن الأرخص أو الأسرع... مع ذلك من المهم الربط بين الجودة والأداء إذا أريد لمنهجية الجودة أن تستقطب اهتمام ودعم القيادة العليا للمنظمة، وهذا ما تميزت به الانحرافات الست مثلا، فعملية التحسين في هذه المنهجية مهيكلة في مشاريع تسير ضمن حدود زمنية محددة وميزانيات مسطرة، تخضع لمنطق الربح والخسارة (بوعبد الله، 2014، صفحة 48)، غالبا ما يتم الربط بين مفهوم الجودة وتحسين الأداء، لكن ينبغي للقائم على تسيير المؤسسة الصحية صياغة أهداف المؤسسة بدلالة الجودة، إضافة إلى توظيف مختلف الأدوات ومعايير التقييم الخاصة بتبني وتقييم الجودة في المؤسسة الصحية لتقييم أدائها.

إن تبني المنظمات لممارسات إدارة الجودة الشاملة TQM من شأنه رفع مستوى الاهتمام بعمليات التدريب والتعليم المستمر والتعاون الجماعي بين العمال وبالتالي تحسين الأداء، كما أشارت بعض الدراسات التي ناقشت العلاقة بين الجودة والأداء في المنظمات إلى الزيادة الكبيرة في نسبة الرضا الوظيفي لدى العاملين بعد تطبيقها لمبدأ إشراك العاملين الذي تنص عليه إحدى مبادئ مواصفات العالمية الدولية 9001 ISO. إضافة إلى انخفاض معدل حوادث العمل والأخطاء المرتكبة نتيجة لاستيعاب الموظفين لمفهوم الجودة الشاملة وتطبيقهم لدليل الجودة (بن عودة، قصير، و يوب، 2017، صفحة 361). وسيتم التفصيل في أهمية نظامي إدارة الجودة وإدارة الصحة والسلامة المهنية أكثر في الفصل السادس من هذه المطبوعة.

نجد التقاطع بين المفهومين أيضا في المجال الأضيق لقياس الجودة المدركة للخدمة. مقابل النظرة الكلاسيكية القائلة بأن الجودة هي الفرق بين الإدراكات والتوقعات، كما نجد ذلك في أعمال أولفر وقرونروز وبارسورامون، ويرى كتاب آخرون، أبرزهم كرونين وتاييلور، أن الجودة هي إدراك الزبون للأداء الفعلي بدون الحاجة للمقارنة مع التوقعات. حسب هذه النظرة الأخيرة؛ الجودة هي الأداء. التقاطع إذن في هذه الحالة ينشأ في مجال محدد، هو مجال الجودة الذاتية وتعريفها، فإما أنها تعرف بأنها الفرق بين التوقعات والإدراكات، حسب النموذج الكلاسيكي، وإما أن تعرف بأنها الإدراك لأداء الخدمة (بوعبد الله، 2014، صفحة 48)، وسيتم العودة للتمييز بين الاتجاهين، في الفصل الخامس من هذه المطبوعة (تقييم جودة الخدمة الصحية)، في نماذج تقييم جودة الخدمة الصحية، بحيث تتميز النماذج الأكثر انتشارا وفقا للاتجاهين المذكورين.

4- أهمية تقييم الأداء في المؤسسة الصحية.

يهدف تقييم الأداء في المؤسسات الصحية إلى تشجيع التغيير والتحسين لدى العاملين، والذي يتضمن المهارات الفنية لجودة الرعاية الصحية والإنتاجية، والكفاءة والعلاقات مع فريق العمل والآخرين. كما تساعد عملية تقييم الأداء في المؤسسات الصحية على تقييم جميع الممارسات لدى الموارد البشرية الصحية سواء كانت فنية أو سلوكية أو مهنية، وهي ضرورية لإحداث التحسين المستمر، وذلك من خلال التغذية العكسية، التي تساعد المشرفين على تحديد نقاط القوة ونقاط الضعف في معارف ومهارات وسلوكيات وممارسات العاملين، وتحديد البرامج التدريبية اللازمة للقيام بالتدريب والتعليم المستمر لتعزيز أداء الأفراد لإحداث التحسين المستمر وتعزيز الرضا في العمل، واستخدام أنظمة فعالة لتوظيف المصادر وتحقيق التميز في الأداء (عبد الستار، 2017، صفحة 10)، وتتمثل أهمية تقييم الأداء في القدرة على تحديد الانحرافات في الوقت المناسب وتصحيح ما يجب تصحيحه، ويمكن القول أنّ تقييم الأداء ليس غاية إنما وسيلة لإدارة الأداء، بغية تحقيق ما يلي (الدجني، 2011، صفحة 147):

- أ- توثيق الارتباط بمنهج إدارة الجودة الشاملة والإسهام في تحقيق متطلباتها.
- ب- اعتبار أداء العاملين الوظيفة الأساسية التي تحقق المؤسسة من خلالها العديد من الوظائف كالتقييم والتحفيز والتدريب.
- ج- إحداث الدمج والتكامل بين تحديد الأهداف وتقييم العاملين وتطوير أدائهم.
- د- زيادة الإنتاجية من خلال تعزيز الميزة التنافسية.
- هـ- تحقيق السرعة في التغيير التنظيمي في مستويات الإدارة الوسطى نحو جودة العمل ومجارية التطور.

5- مؤشرات تقييم الأداء في المؤسسة الصحية.

تتمثل مؤشرات أداء المستشفيات في النتائج المرغوبة، من خلال نتائج المرضى مثل معدل الإصابة بالعدوى، إعادة الدخول إلى المستشفى، السرعة، الدقة في التشخيص، رضا المريض..، ومن خلال النتائج المالية والسوقية، ونتائج نظام العمل، ونتائج الكفاءة والفعالية في المستشفى..، وتقسّم إلى نوعين: المؤشرات المالية المؤشرات غير المالية.

الفصل الرابع..... استخدام الموارد وتقييم الأداء في المؤسسة الصحية

حيث تعبر المؤشرات المالية عن نتائج الأداء الفعلي، كما تعكس الأداء المالي للمؤسسة، وتُشير إلى مدى نجاح الإدارة في تحقيق الأهداف الإستراتيجية كالربحية والعائد على الاستثمار وخلق قيمة للمساهمين. ومن المؤشرات غير المالية، مؤشر العلاقات مع العملاء: ويضم هذا المؤشر مقاييس الفعالية التشغيلية، وتشمل مجموعة من المقاييس تتمحور حول الجودة والوقت والخدمة والتكلفة. ومؤشر العمليات الداخلية: وهو يتضمن: عمليات الابتكار: وتتمثل في العمليات المرتبطة بتحسين تقنية العمليات الإنتاجية وخلق سلع جديدة وتلبية حاجات وتوقعات العملاء. كما تتضمن عمليات التشغيل المتعلقة بإنتاج وتوصيل السلع والخدمات وتحسين جودة العمليات الإنتاجية وتخفيض الزمن لتوصيل السلع وأداء الخدمة. وتتضمن أيضاً خدمات ما بعد البيع بالسرعة والدقة التي يطلبها الزبون. ويوجد أيضاً مؤشر التعلم والنمو: ويشمل مقاييس مثل مستوى مهارة العاملين، وعدد مقترحاتهم، وعدد المنتجات الجديدة. وتتمثل معايير الأداء الأكثر استخداماً في المستشفيات في: نسبة الإشغال، التدفق النقدي، نسبة الإيرادات من المرضى الخارجيين، دوران الأصول، الوفيات، المضاعفات، مدة إقامة المريض، والتكلفة لكل حالة. حيث يستخدم معظم الباحثين تلك المؤشرات نظراً لشموليتها للأداء المالي والتشغيلي (خروبي، يونس، و عباس، 2021، صفحة 444).

ونأتي لكيفية حساب بعضها كما يلخص قوانينها عدد من الدراسات أهمها (بديسي و زويوش، 2011، الصفحات 149-153)، و (سعيد، 2010، الصفحات 313-316)، كما يجدها الطالب في الملاحق من منشورات برنامج الأمم المتحدة الإنمائي (UNDP) والمنشور من طرف وزارة الصحة للعراق (UNDP، 2022):

1-5 مؤشرات النشاط والعمليات: تستخدم هذه المؤشرات لقياس مدى جودة أو تميز النشاط أو العمليات التي أنجزت لتقديم خدمة أو رعاية صحية، وفي هذا المجال يمكن استخدام المؤشرات التالية، والتي نذكرها على سبيل المثال لا الحصر:

عدد الوفيات بين المرضى الراقدين بالمستشفى ÷ الراقدين بالمستشفى = نسبة الوفيات بالمستشفى

العدد الإجمالي لأيام الرقود بالمستشفى ÷ عدد المرضى الراقدين بالمستشفى = معدل بقاء المريض

فترة انتظار المريض لإجراء العملية الجراحية ÷ عدد المنتظرين = متوسط أيام الانتظار

عدد الشكاوى ÷ عدد المرضى القادمين للمستشفى = نسبة الشكاوى

عدد العمليات المنجزة وفق المعايير المطبقة ÷ مجموع العمليات المقارن بالمعايير المطبقة = نسبة المطابقة

2-5 مؤشرات البنية الأساسية أو الهيكل وتتمثل في المؤشرات التي تقيس مدخلات العمليات من موارد بشرية ومادية ومالية لازمة لتقديم الخدمة الصحية، وهنا يمكن ذكر المؤشرات التالية:

أ. مؤشرات لقياس أداء الموارد البشرية

- المؤشرات الخاصة بالأطباء، ويمكن اعتماد المؤشرات أو المقاييس التالية:

عدد العمليات الجراحية خلال السنة ÷ عدد الأطباء الجراحين خلال السنة = عملية/ طبيب

عدد المراجعين للعيادة الخارجية ÷ عدد الأطباء = مراجع/ طبيب

عدد الأطباء المقيمين ÷ العدد الكلي للأطباء = طبيب مقيم/ إجمالي الأطباء

عدد الأطباء الأخصائيين ÷ العدد الكلي للأطباء = أخصائي/ إجمالي الأطباء

- المؤشرات الخاصة بالشبه طبيين، ويمكن اعتماد المؤشرات أو المقاييس التالية:

عدد الممرضات ÷ العدد الكلي للأطباء = ممرضة/ طبيب

عدد الممرضات ÷ عدد المرضى الراقدين بالمؤسسة الصحية = ممرضة/ مريض

عدد الأسرة بالمؤسسة الصحية ÷ عدد الممرضات = سرير/ ممرضة

- المؤشرات الخاصة الأخرى والإداريين، ويمكن اعتماد المؤشرات أو المقاييس الواردة في العنصر التالي (ب) بالإضافة إلي ما يلي:

عدد المرضى المسعفين ÷ عدد سيارات الإسعاف = مريض مسعف/ سيارة إسعاف

عدد المستخدمين الإداريين ÷ العدد الكلي لمستخدمي المؤسسة الصحية = إداري/ مستخدم

ب. مؤشرات لقياس أداء الموارد المادية والمالية:

((عدد الأسرة بالمستشفى × 360 يوما) - عدد أيام البقاء بالمستشفى) ÷ العدد الكلي للمرضى الموجدين

بالمستشفى = عدد الأيام التي يخلو فيها السرير من المرضى

فهذا المؤشر يقيس مدى كفاءة استغلال أسرة المؤسسة الاستشفائية خلال مدة زمنية معينة

عدد المرضى الراقدين في المستشفى ÷ عدد الأسرة المهيأة للرقود = مريض راقد في السرير خلال فترة معينة

عدد الأجهزة الطبية العاطلة ÷ العدد الكلي للأجهزة الطبية = نسبة الأجهزة الطبية العاطلة

مجموع ساعات التوقفات للأجهزة الطبية ÷ عدد ساعات التشغيل الفعلية = نسبة ساعات التوقف/ ساعات

التشغيل

تكلفة الأدوية المستخدمة ÷ العدد الكلي للمرضى بالمستشفى = نصيب المريض من تكلفة الأدوية

مجموع تكاليف الفحص المخبري أو الأشعة ÷ مجموع حالات الفحص المخبري أو الأشعة = تكلفة كل حالة

مصاريف الصيانة الفعلية ÷ المبلغ الإجمالي المخصص للصيانة = نسبة مصاريف الصيانة

3-5 مؤشرات النتائج أو المخرجات:

وتقيس ما حدث وما لم يحدث كنتيجة للعمليات، وفي هذا الإطار هناك مؤشرات خاصة بالنتائج المرحلية مثل عملية التكفل بالمرضى، وهنا يمكن استخدام النسب التالية:

عدد إصابات تلوث غرف العمليات ÷ عدد غرف العمليات = نسبة تلوث غرف العمليات

عدد الأطفال الملقحين ÷ عدد أطفال المقاطعة الواجب تلقيحهم = نسبة الأطفال الملقحين

عدد الإدخال غير المبرمج للمرضى ÷ عدد سكان المنطقة التابعة لقطاع صحي معين = نسبة الإدخال غير

المبرمج

4-5 مؤشرات تقييم جودة الخدمة الوقائية والرعاية الصحية الأولية:

عدد الإصابات بمرض معين ÷ عدد سكان المنطقة التابعة لقطاع صحي معين = معدل الإصابات

عدد الأطفال الملقحين ÷ عدد الاطفال بالمنطقة التابعة لقطاع صحي معين = نسبة الأطفال الملقحين

عدد الفحوصات المخبرية لمياه الشرب والمواد الغذائية ÷ العدد المخطط للفحص = نسبة تنفيذ الفحوصات

5-5 مؤشرات تقييم أداء نشاط البحث العلمي:

عدد البحوث المنجزة من قبل الأطباء ÷ عدد الأطباء بالمستشفى = بحث/ طبيب

عدد الندوات العلمية والطبية المنجزة ÷ عدد الندوات المبرمجة = نسبة إنجاز الندوات

عدد الاكتشافات العلمية المحققة في المجال الطبي ÷ العدد المخطط للاكتشافات الطبية = نسبة تنفيذ

الفحوصات

يمكن أن تخدمنا نتائج تقييم الأداء في تقييم جودة الخدمة الصحية، لكن يجب الاعتماد على نماذج خاصة بتقييم جودة الخدمة بشكل خاص، نفصل فيها في الفصل الموالي.

الفصل الخامس

تقييم جودة الخدمة الصحية

الفصل الخامس: تقييم جودة الخدمة الصحية.

تمهيد.

بعد أن تطرقنا في الفصل الرابع إلى موارد المؤسسة الصحية وإدارة استخدامها، إضافة إلى علاقة أداء المؤسسة الصحية بالجودة، وأهم مؤشرات تقييمه، يأتي تقييم جودة الخدمة الصحية، بحيث لا يمكن الاكتفاء بتطبيق أبعاد جودة الخدمة في المؤسسة الصحية، وإنما من الضروري تقييمها للحكم على مدى فعاليتها، وبالتالي تحقيق رضا المرضى والنتائج المرتبطة به.

يعتبر تقييم جودة الخدمة مرحلة مهمة من مراحل إدارة جودة الخدمة بشكل عام، بغرض الوقوف على الاختلالات وتصحيحها في الوقت المناسب، وكذا بغرض التحسين المستمر الذي يعدّ آخر مرحلة من مراحل إدارة جودة الخدمة، وبعدها أساسيا من أبعاد إدارة الجودة الشاملة. نفصل في هذا الفصل في تقييم جودة الخدمات الصحية، بحيث قد تتفق مع مؤشرات تقييم الأداء في الجانب الكمي، لكنها تتميز بخصوصيات تنبع من خصائص الخدمات الصحية، يتم عرضها من خلال معرفة مستويات جودة الخدمات الصحية، مفهوم وكيفية قياس وتقييم جودة الخدمة الصحية، وأهم الأدوات والنماذج المستعملة في ذلك.

1- مستويات جودة الخدمة الصحية.

قبل معرفة مفهوم تقييم جودة الخدمة الصحية وكيفية، يجب معرفة مستويات جودة الخدمة، التي من خلالها يمكن المقارنة والحكم على مدى مطابقة ما هو متوقع أو مخطّط مع ما هو قائم فعلا، وتتمثل مستويات جودة الخدمة الصحية في أربع مستويات أساسية، يلخصها (بديسي و زويوش، 2011، الصفحات 144-145) كما يلي:

أ- **الجودة المتوقعة The Expected Quality**؛ وتتمثل في ذلك المستوى من الجودة التي يرى المريض ضرورة توفرها في الخدمة المقدمة له. علما بأن هذا المستوى يصعب تحديده وبالتالي تحقيقه، في أغلب الأحيان، بسبب اختلافه من شخص لآخر أو من مريض لآخر، وذلك تبعا لعدة عوامل منها طبيعة المرض مثلا وحاجياته العلاجية. فضلا عن اختلاف الخدمات التي يتوقع المرضى الحصول عليها بالمؤسسات الصحية.

ب- **الجودة المدركة The Recognition Quality**؛ وتتمثل في ذلك المستوى من جودة الخدمة التي تقدمها المؤسسة الصحية وتراها ضرورية ومناسبة للحالة المعالجة ويختلف مستوى هذه الجودة تبعا لطبيعة المؤسسة الصحية، عامة أو خاصة، وكذلك تبعا لفلسفتها والإمكانات والقدرات المادية والبشرية التي تمتلكها.

ج- **الجودة المعيارية The Standard Quality**؛ وتعني ذلك المستوى من جودة الخدمة الذي يتوافق والمواصفات المحددة للخدمة، وذلك على المستوى المحلي أو الدولي. وعليه فهي تمثل درجة إدراك والتزام القائمين على المؤسسة الصحية بهذه المقاييس.

د- **الجودة المحققة The Performance Quality**؛ وتمثل ذلك المستوى من جودة الخدمة الذي اعتادت المؤسسة الصحية تقديمه للمرضى.

وقبل أن نقدّم تعاريفا إجرائية لكلّ منها، نعرض تعريفا ثانٍ لها، بحيث يلخصها (دريدي، 2014، صفحة 28) بشكل آخر، نعرضه فيما يلي:

- **الجودة المتوقعة**: وهي تلك الدرجة من الجودة التي يرى المريض وجوب وجودها، وهذا المستوى من الجودة يصعب تحديده في الغالب إذ يختلف باختلاف خصائص المرضى وحالاتهم العلاجية فضلا عن اختلاف الخدمات التي يتوقعون وجودها في المؤسسات الصحية.

- **الجودة المدركة:** وهي إدراك المريض لجودة الخدمة الصحية المقدمة له من قبل المؤسسة الصحية، أي تصور المريض لجودة الخدمة الصحية المقدمة له.
 - **الجودة القياسية:** ذلك المستوى من الخدمة المقدمة والتي تتطابق مع المواصفات المحددة أساساً للخدمة والتي تمثل بذات الوقت إدراكات إدارة المؤسسة الصحية.
 - **الجودة الفعلية:** وهي تلك الدرجة من الجودة والتي إعتادت المؤسسة الصحية تقديمها للمرضى.
- يمكننا تلخيصها من خلال الجدول الموالي، بحيث يحدّد النقاط الأساسية التي تعبّر عن كل مستوى.

الجدول رقم (06): مستويات جودة الخدمة الصحيّة

شرحها	مستويات جودة الخدمة
مستوى الجودة الذي يرغب الزبون في الحصول عليه.	الجودة المتوقّعة
مستوى الجودة المحسوس أو المدرك من قبل الزبائن في المؤسسة الصحيّة.	الجودة المدركة
مستوى الجودة المطابق للمعايير أو المواصفات المحدّدة للخدمة الصحيّة. ويمثل الجودة المدركة من قبل المؤسسة الصحيّة.	الجودة المعيارية أو القياسية
مستوى الجودة المحقّق فعلاً من قبل المؤسسة الصحيّة.	الجودة المقدّمة/ المحقّقة (الحقيقية أو الفعلية)

المصدر: (من إعداد الباحثة بالاعتماد على مستويات جودة الخدمة الصحيّة).

وتهمنا معرفتها والتمييز بينها بغرض تقييم جودة الخدمة الصحية، بحيث توظّف في نماذج تقييم جودة الخدمة الصحيّة.

2- قياس وتقييم جودة الخدمة الصحيّة.

إن قياس جودة الخدمات الصحية في المستشفيات يعتبر عملية معقدة مقارنة مع قياس جودة المنتجات المادية (السلع)، حيث تستخدم الأساليب الكمية بسهولة. وإن الصعوبة في قياس الخدمة الصحية وجودتها في المؤسسات يعود إلى اعتبارها غير ملموسة، وكونها مختلفة وذات خصوصية... (عباس، 2014، صفحة 269)، ففي حالة السلع المادية الملموسة، يمكن تقييم الجودة من خلال فحص المنتجات، بحيث يمكن استخدام مراقبة الجودة للتحقق من المواصفات ورفض السلع المعيبة، لكن من غير الممكن تقييم جودة

الخدمة بنفس طريقة تقييم المنتج الملموس بسبب خصائص معينة للخدمة مثل: اللاملموسية وعدم قابلية الفصل (39 p, Ramya, Kowsalya, & Dharanipriya, 2019).

في ضمان الجودة والجودة الشاملة تؤدي عملية القياس والتقييم دورا مركزيا، وهي مفهوم مركزي، نجده مثلا في المرحلة الثالثة من مراحل عجلة ديمينغ للتحسين (PDCA)، فنجد فكرة القياس وقياس الجودة المدركة بالذات - ولو ضمنا- من خلال مرحلة التحقق (المراحل الأربعة: خطط - نفذ - تحقق - صحح)، فالتأكد من تلبية الوحدة حاجات الزبون المعلنة والضمنية يقتضي قياس الجودة، وهذا يتفق مع مختلف المنهجيات مثل الانحرافات الستة (6 سيجما) (بوعبد الله، 2014، الصفحات 50-51)، فلا يمكن للمؤسسة الصحية إجراء التحسينات والحفاظ على مستوى جودة خدماتها دون القيام بعمليات القياس والتقييم، وهذا قد يتم بالمقارنة بغرض كشف الانحرافات أو بدونها بغرض معرفة الوضع الفعلي لأداء المؤسسة الصحية والذي يتطبق مع مفهوم جودة الخدمة الصحية في النماذج التي تتبنى التقييم دون مقارنة، والتي نأتي للتفصيل فيها في العناصر التالية من هذا الفصل.

3- طرق قياس جودة الخدمة الصحية.

ليس من السهل قياس جودة الخدمة بطريقة القياس المباشر، ولكن تقاس الجودة بدلالة التغيرات الاجتماعية والاقتصادية للمجتمع ومدى ارتفاع المستوى الصحي، وفق التصور التالي (دريدي، 2014، صفحة 32):

- طريقة القياس المباشر: إذ يتم قياس الناتج الفعلي للخدمة.
- طريقة القياس غير المباشر: إذ يتم قياس جودة الخدمة عن طريق المقارنة مع نتائج أخرى مثل:
 - أنماط مقننة: أي مع معدلات قياسية موضوعة بواسطة أنظمة وضعتها الأجهزة التنفيذية المشرفة على المؤسسات الصحية أثناء وضع الخطة.
 - مقارنة محلية: أي مع مؤسسات صحية مماثلة.
 - مقارنة تاريخية: أي مع الأعوام السابقة.
 - مقارنة قومية: أي مع معدلات أداء على الصعيد القومي.

4- أهمية تقييم جودة الخدمة الصحية.

يمكن تلخيص أهمية قياس وتقييم جودة الخدمات الصحية فيما يلي (عباس، 2014، صفحة 269):

- معرفة احتياجات المرضى/المستفيدين من الخدمات الصحية والتعرف على مدى ملاءمة السياسات والإجراءات التي تتخذها المؤسسة الصحية تجاه المرضى؛
- التعرف على أداء الأطباء وكفاءتهم ومهاراتهم وقدراتهم في تقديم الخدمات الصحية؛
- تساعد عملية القياس في تقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة للمرضى؛
- التعرف على قناعة العملاء ورضاهم ومدى تقبلهم للخدمات الصحية المقدمة لهم.

كما يمكن إضافة النقاط التي ركّز عليها (الرشيدي، 2009، الصفحات 98-99) في فائدتين أساسيتين:

- تحديد ما هو جيد وما هو سيئ فيما يخص المؤسسة وزبائنها مما يساعد على الوصول إلى التوازن بين مصالح كل من الطرفين وتحقيق التحسين المستمر.
- إن قياس الأداء الفعلي وفق معيار محدد سلفاً يساعد في تقييم جودة الخدمات والتعرف على الأسباب التي تحول دون الوصول إلى هذا المعيار في حالة نقص النتائج المحققة فعلاً عن النتائج المرجوة، وبناء على ذلك يتم اتخاذ قرارات التغيير أو التطوير اللازمة لتحسين الموارد المتاحة وتحقيق أقصى عائد للخدمات بأقل تكلفة.

5- نماذج تقييم جودة الخدمة الصحية.

يوجد عدة نماذج وأدوات يمكن أن نستعملها لقياس وتقييم جودة الخدمة الصحية، ويمكن التمييز بين خمسة طرق أساسية لقياس جوده الخدمات من منظور العميل هي (الرشيدي، 2009، الصفحات 99-100):

- مقاييس عدد الشكاوى.
- مقاييس الرضا.
- مقاييس العميل الموجه بالقيمة.
- مقاييس الفجوة.
- مقاييس الأداء الفعلي.

سبق الإشارة إلى أن أبعاد جودة الخدمة هي نفسها الأسس التي توظف في تقييمها. وأشرنا في الفصل الخاص بجودة الخدمة الصحية إلى أن هذه الأبعاد تقسم إلى عشرة أبعاد، في حين تمّ دمجها في خمسة أبعاد أساسية من قبل كوتلر، وتمّ إعطاؤها أوزان تشير إلى الأهمية النسبية لكل منها، وهي نفسها التي تستعمل لتقييم جودة الخدمة، بحيث نعرض فيما يلي نموذجين مهمين لتقييم جودة الخدمة نستطيع من خلالها تقييم جودة الخدمة الصحية.

أ- نموذج الفجوة/الفجوات SERVQUAL:

تُنسب أولى المحاولات لقياس جودة الخدمات إلى باراسورمان وزملاؤه (Parasuraman, et al 1985)؛ حيث تمكنوا من تصميم مقياسهم الشهير بنموذج الفجوات Deficiencies Model of Quality Gaps والمعروف باسم SERVQUAL ويعنى جودة الخدمة، بحيث يتكون من كلمتين الخدمة Service والجودة Quality لقياس ما يعرف بالفجوات بين الخدمات المتوقعة من قبل العملاء والخدمات التي يدركها العملاء فعلياً، ويعد SERVQUAL أحد المقاييس الشائعة وتعود أسسه النظرية لنموذج الفجوات، ويعرّف جودة الخدمة من حيث الفرق بين توقعات العميل وتصورات الأداء على مقياس مكون من 22 وحدة. (محمد صلاح الدين، 2016، صفحة 24)، يتم عرض المقياس في ملاحق هذه المطبوعة (استبيان تقييم جودة الخدمة الصحية).

اختر Berry & Parasuraman خمساً من تلك الأبعاد لقياس الجودة المقدمة والمعروفة بنموذج SERVQUAL وهي الجوانب المادية (الملموسة)، الاعتمادية، الاستجابة، الأمان والتعاطف. والفجوات الخمس للنموذج يقيس بعضها توقعات العملاء والبعض الآخر يقيس إدراك العملاء؛ ليتسنى تحديد الفجوة بينهما، والتي تمثل جودة الخدمة والمعروفة بالفرق بين التوقعات والأداء بالمعادلة التالية (عبد الباري مبروك، 2018، صفحة 55):

$$P(\text{الإدراك}) - E(\text{التوقعات}) = Q(\text{جودة الخدمة})$$

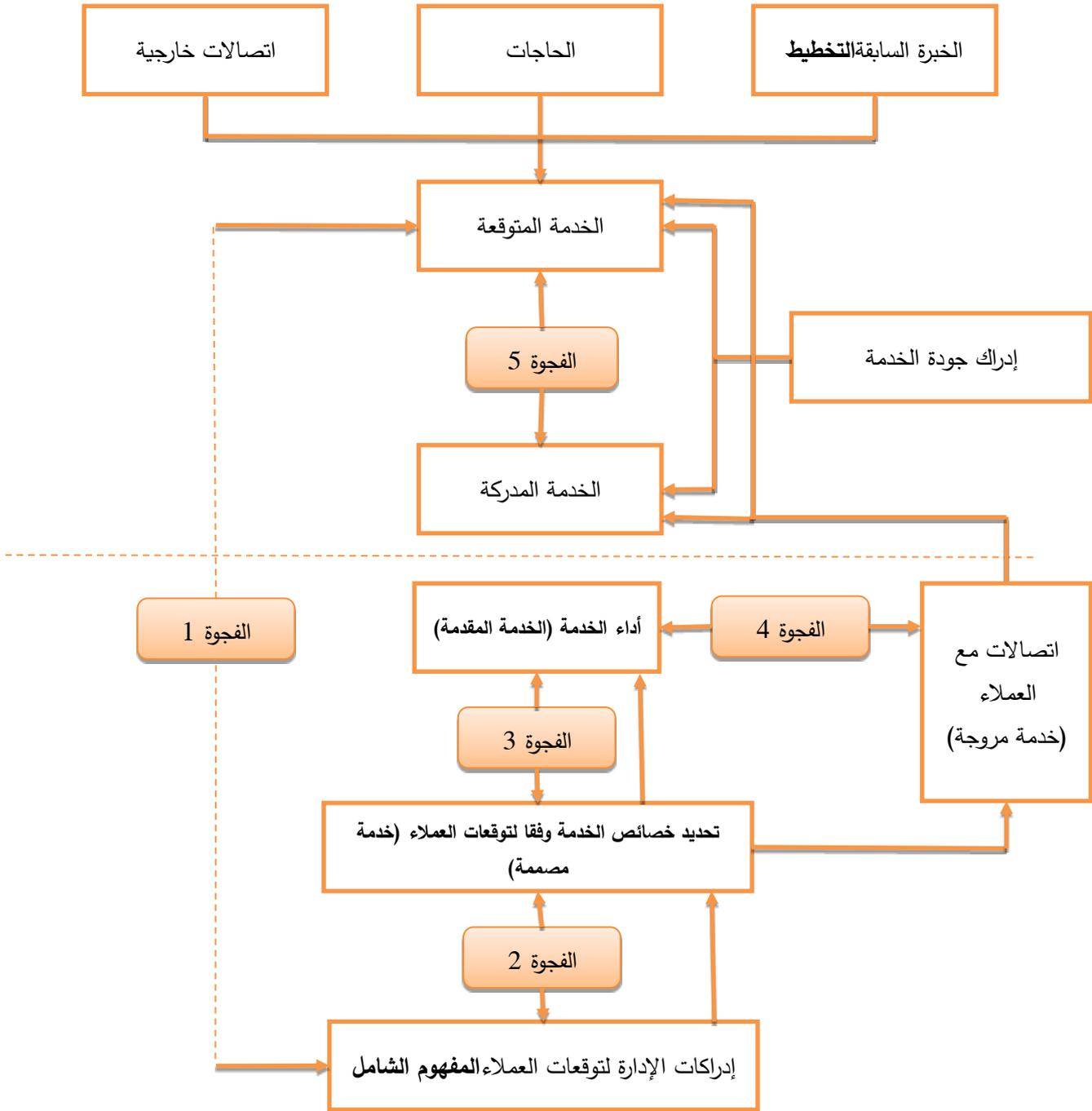
ويمكن تعريف توقعات العميل على أنها "المعتقدات حول تقديم الخدمة التي تشكل معايير أو نقاط مرجعية يحكم من خلالها على الأداء"، بينما تعرف تصورات أو إدراكات الأداء على أنها "تقييمات ذاتية للتجربة الفعلية للخدمة" عبر التفاعل مع مقدمي الخدمة (محمد صلاح الدين، 2016، صفحة 24).

ويتضمن نموذج الفجوات أربعاً من الفجوات تتعلق بمقدم الخدمة Provider Gaps، والخامسة تتعلق بالعميل، و نلخص هذه الفجوات الخمس كما يلي (عبد الباري مبروك، 2018، الصفحات 56-57):

- **الفجوة الأولى: فجوة البحث؛** وهي قيمة الفرق بين توقعات العميل لجودة الخدمة، وإدراك الإدارة لهذه التوقعات، وتفيد تلك الفجوة في التوصل إلى عدم مقدرة الإدارة في التوصل لمعرفة ما يحتاجه العميل بالتحديد، وكيف ينبغي تصميم الخدمة المطلوبة، وكذلك الخدمات المساندة التي يطلبها العميل وعلى الإدارة أن تستوفيها؟ وكذلك وجهة نظر العميل في الجودة السليمة.
- **الفجوة الثانية: فجوة التصميم؛** وهي تمثل الفرق بين إدراك الإدارة لتوقعات العملاء، وقدرة الإدارة على ترجمة هذا الإدراك إلى معايير، ووجود تلك الفجوة يدل على انخفاض قدرة الإدارة على تلبية ما تدرکه من توقعات العملاء.
- **الفجوة الثالثة: فجوة التقديم؛** وهي تمثل الفرق بين المواصفات المحددة للجودة من قبل الإدارة، والأداء الفعلي، وتنتج تلك الفجوة بسبب انخفاض مستوى مهارة مقدمي الخدمة وكفاءتهم عند تقديم المواصفات التي تدرکها الإدارة للجودة وقد يعود ذلك لأعباء وظيفية أو نقص في التدريب، أو انخفاض مستوى الانتماء للمنظمة، أو نظام الرقابة أو مستوى التقنيات في المنظمة.
- **الفجوة الرابعة: فجوة الاتصال؛** وهي تمثل الفرق بين جودة الخدمة المقدمة للعميل، والجودة التي وعدت بها الإدارة من خلال الاتصالات التسويقية، وقد يكون ذلك بالمبالغة في الوعود أو سوء نظام الاتصالات التسويقية.
- **الفجوة الخامسة: الفجوة الحقيقية؛** وهي محصلة الفجوات الأربعة، ومن ثم فهي تكون نتيجة وجود بعض أو كل الفجوات سالفة الذكر ومن ثم فهي دالة لتلك الفجوات الأربع.

ويلخصه الشكل الموالي:

الشكل رقم (05): نموذج الفجوات (SERVQUAL)



المصدر: (الشغبيبي و خالد المخلافي، 2016، صفحة 622)

ولا تكفي معرفة المؤسسة الصحية للفجوات المذكورة في هذا النموذج، إنما ينبغي معرفتها لإلغائها أو التقليل منها بغرض تقريب أو مطابقة توقعات الزبائن مع الجودة الفعلية، مما يقلص الفجوة الخامسة أو الفجوة الحقيقية. ويلخص (العابد، 2011، صفحة 178) تقلص الفجوات الأربعة المتبقية من خلال الجدول التالي.

الجدول رقم (07): تقليص الفجوات لجودة الخدمة.

التفاصيل	الفجوات
<p>تعلم ماذا يتوقع المرضى، مثل العمل على:</p> <ul style="list-style-type: none"> - الفهم الجيد لتوقعات العملاء من خلال: البحوث، تحليل الشكاوى، آراء العملاء...الخ. - تحسين الاتصالات الرأسية بين مقدمي الخدمة الصحية وإدارة المؤسسة، وتقليل عدد المستويات بينهما. - تحويل المعلومات إلى عمل حقيقي. 	الفجوة الأولى
<p>تحديد المعايير الدقيقة لجودة الخدمة:</p> <ul style="list-style-type: none"> - التأكد من أن الإدارة ملتزمة بمستوى الجودة المدركة كما هي من وجهة نظر المرضى. - تدريب المدراء لزيادة مهاراتهم في قيادة المرؤوسين نحو تقديم خدمة صحية بجودة أكبر. - الاستجابة للطرق والأساليب الجديدة في العمل الصحي، والتي تؤدي إلى تقديم خدمات عالية الجودة. - استخدام التكنولوجيا الجديدة للتعويض عن بعض الأعمال التي تتصف بالتكرار، وحتى يسهل قياس هذه الأعمال وفق معايير محددة للأداء. - التحديد الواضح لأهداف الجودة للخدمة الصحية، وأن تكون متصفة بطابع التحدي والواقعية. - إفهام العاملين بأن ما يقومون به له أثر كبير في تحقيق الجودة المطلوبة. - التأكد من أن جميع من يعمل في المؤسسة يفهم ويتقبل الأهداف الموضوعية ذات الصلة بجودة الخدمة. - مكافأة الأطباء والإداريين والمرضى الذين يسعون بجد لتحقيق أهداف الجودة في الخدمة الصحية. 	الفجوة الثانية
<p>التأكد من كون الأداء المتحقق يتوافق مع المعايير الموضوعية:</p> <ul style="list-style-type: none"> - توضيح الأدوار والمهام لكافة العاملين حتى تكون الأعمال التي ينجزونها تصب في تحقيق رضا العملاء. 	الفجوة الثالثة

<ul style="list-style-type: none"> - زيادة مهارة العاملين وقدرتهم في إنجاز الأعمال المطلوبة منهم. - وضع برامج التدريب الفنية لزيادة مهارة العاملين في إنجاز الأعمال. - زيادة ولاء العاملين للمؤسسة الصحية من خلال إشراكهم في وضع معايير لجودة الخدمة. 	
<p>التأكد من كون الخدمة المقدمة تطابق ما تم الاتفاق عليه:</p> <ul style="list-style-type: none"> - تطوير البرامج الترويجية والوعود التي تتضمنها بما يتوافق مع قدرات وإمكانات العاملين. - ضرورة إخبار العاملين بمضامين البرامج الترويجية المقدمة قبل إطلاقها للجمهور. - السماح للقائمين على التسويق في المؤسسة الصحية بالتفاعل مع الفريق الطبي عند اللقاء مع المرضى، وهذا لتعزيز الجوانب النفسية لدى المرضى. - تحسين ثقافة العاملين وتحفيزهم بما يؤدي إلى علاقة وثيقة بين قسم التسويق والأقسام الأخرى. - التأكد من مصداقية الإعلان ومدى تعبيره عن الخدمة الصحية المقدمة. 	<p>الفجوة الرابعة</p>

المصدر: (العابد، 2011، صفحة 178)

ب- نموذج الأداء الفعلي SERVPERF :

يعتمد مقياس الأداء الفعلي SERVPERF أيضا على الأبعاد الخمسة الأساسية لقياس وتقييم جودة الخدمات، وهي: العناصر الملموسة، الاعتمادية أو المصداقية في التعامل، سرعة الاستجابة، الأمان، التعاطف (محمد صلاح الدين، 2016، صفحة 4)، بحيث جاء بعد الانتقادات التي وجهت لمقياس SERVEQUAL بينها انتقادات الباحثين (Cornin & Taylor, 1992) حيث قاما بتطوير مقياس بديل، وأطلقا عليه اسم SERVPERF والذي يستخدم ذات أبعاد مقياس SERVEQUAL، حيث تم تطبيق الدراسة في أربع قطاعات خدمية، وهي: المصارف، وقطاع تنظيف الملابس، ومطاعم الوجبات السريعة، ومراكز الأمراض المعدية (عبد الباري مبروك، 2018، صفحة 57)، بحيث أثبت صلاحيته في هذه القطاعات والتي تشمل قطاع المؤسسات الصحية (من خلال تطبيقه على مراكز الأمراض المعدية).

يعرف البعض نموذج الأداء الفعلي SERVPERF بأنه نموذج يركز فقط على الأداء الفعلي لقياس جودة الخدمات، ويستند هذا المقياس إلى التقييم المباشر للأساليب والعمليات المصاحبة لأداء الخدمة، اعتماداً على الأبعاد الخمسة للجودة (محمد صلاح الدين، 2016، صفحة 15)، وهذا لأن كل من Cronin & Taylor قد رفضا مقياس الفجوة، واعتمدت فكرتهما في الرفض على أنه لا توجد موضوعية في قياس الفجوة بين إدراك العملاء وتوقعاتهم، بالإضافة إلى الصعوبة والتعقيد في العمليات الحسابية التي يتضمنها القياس في ظل هذا النموذج، فهو لا يركز فقط على نتائج الخدمة بل أيضاً على عمليات تسليم الخدمة، والعلاقة التفاعلية بين مقدمي الخدمة والعملاء، وهذا مما يزيد في صعوبة تطبيقه، بينما نموذج SERVPERF يمتاز بالبساطة من حيث القياس والتحليل، ويركز على تقييم الأداء الفعلي للخدمة المقدمة للعميل. ويرى بعض الباحثين في تقييم جودة الخدمة أن مقياس SERVPERF أفضل من مقياس SERVQUAL كونه قادراً على إعطاء تفسير أفضل للنتائج والفروق بين المجموعات، وهذا ما يفسر الاستخدام الكبير له في قياس جودة الخدمات، وقدر كبير من الأدبيات تدعم أداة SERVPERF (محمد صلاح الدين، 2016، صفحة 27)، واسم النموذج هو اختصار لمصطلحي الخدمة SERVICE والأداء PERFORMANCE.

تجدر الإشارة إلى أن غالبية النماذج المقدّمة لتقييم جودة الخدمات عموماً بما ذلك جودة الخدمات الصحية تنبثق من نموذج الفجوات (جودة الخدمة)؛ على الرغم من كل الانتقادات، إلا أن النماذج المعتمدة على الفجوات تحظى بأكبر دعم في أدبيات تقييم جودة الخدمة (RASSUL، PÓNUSZ، TÖRÖK، و TÓTH، 2020).

لا تقوم المؤسسات الصحية بالتقييم من أجل التقييم، إنما يأتي تقييم الأداء وكذا تقييم جودة الخدمة بغرض تصحيح الأخطاء، الاختلالات والانحرافات التي قد تتخلل نشاطاتها. وفي الجودة؛ يكون التحسين هو الهدف الأساسي من التقييم، لذلك نفصل في الفصل التالي في تحسين جودة الخدمات الصحية، الأدوات المساعدة فيه، وأهم الأنظمة التي تدلّ على تبني تحسين جودة الخدمة الصحية في حال كانت مطبقة أو متبناة في المؤسسة الصحية.

الفصل الشاوس

تحسين جودة الخدمة الضحية

الفصل السادس: تحسين جودة الخدمة الصحية.

تمهيد.

لا تهدف المؤسسات الصحية التي تسعى إلى التميّز وبناء اسم مرتبط بالسمعة الجيدة لدى الزبائن إلى الاكتفاء بتحقيق جودة الخدمات الصحية والقيام بتقييمها. لكنّها تسعى دائماً إلى تحقيق قفزات نوعية في أدائها، ورفع مستوى جودة الخدمات الصحية التي تقدّمها بما يضمن التفوق والتميّز والحفاظ عليه، وهذا ما يتحقّق من خلال التحسين المستمر الذي يعتبر من أهم مبادئ إدارة الجودة الشاملة.

حتى إن تمّ التوصل إلى أنّ كل الأهداف المخططة للجودة قد تمّ تحقيقها، فإنّه ينبغي للمؤسسة الصحية القيام بالتحسين المستمر والالتزام له لتحقيق نتائج أفضل على المستويين الكمي والنوعي، وهذا يتحقّق باستدامة ومواصلة تحسين جودة الخدمة الصحية، بالشكلين المعروفين للتحسين: التدريجي (الصغير) والجذري (الكبير) إن كان ممكناً.

يتمّ في هذا الفصل التطرّق إلى المفاهيم المرتبطة بتحسين جودة الخدمة الصحية، أهميتها والأهداف التي تتواخاها المؤسسة الصحية منها، مراحل تحسين جودة الخدمة الصحية وأهمّ الأدوات التي تساعد في ذلك، حلقات الجودة لتحسين جودة الخدمة الصحية وأنظمة الجودة مركّزين على نظام إدارة الجودة ISO9001 ونظام إدارة الصحة والسلامة المهنية في المؤسسة الصحية ISO45001.

1- مفهوم تحسين جودة الخدمة الصحية.

بدأ الاهتمام بمفهوم التحسين المستمر للجودة في القطاع الصحي في الولايات المتحدة في بداية الثمانينات الميلادية، وذلك مع بدء المشروع القومي لإيجاد نموذج لتحسين جودة الرعاية الصحية الذي ترعّمه (Berwick et al)، وتم توثيق نتائج هذا المشروع في كتاب "شفاء الرعاية الصحية: استراتيجيات جديدة لتحسين الجودة"، وتزايد هذا الاهتمام حتى إن الهيئة المشتركة لاعتماد المنظمات الصحية قامت في العام 1992 بتغيير منهجها المعتمد على مفهوم توكيد الجودة (ضمان الجودة) إلى منهج يعتمد على مفهوم التحسين المستمر للجودة، وبذلك أصبح من المعايير الأساسية لاعتماد المستشفيات وجود آلية محددة للتحسين المستمر وقياس وتوثيق النتائج بما يتفق ومبادئ التحسين المستمر. وقد اشترطت الهيئة أن يتم تطبيق هذا المفهوم مع بداية العام 1995، الأمر الذي مثل دافعا للمنظمات الصحية للإسراع بتبني هذا المفهوم (قشي، 2020، صفحة 75). لكن بشكل عام؛ يمكننا القول أنّ التنفيذ الفعال لمبادرات تحسين الجودة في بيئات تشغيل الخدمة لا يزال متخلفاً مقارنةً بالتصنيع، وقد يُعزى ذلك إلى الاعتقاد الخاطئ الشائع بأن مبادرات تحسين الجودة إما غير قابلة للتطبيق؛ أو في أفضل الأحوال يصعب تنفيذها في النشاطات الخدمائية مقارنة بالإننتاجية (Woldegebriel, Kitaw, & Beshah, 2014, p. 2)، وهذا نتيجة لخصائص الخدمات بداية باللامومسية، وصعوبة التنميط أو تباين الخدمات المقدّمة مما يصعب قياسها، وبالتالي تحسينها.

عُرّف التحسين المستمر بأنه: "فلسفة تسعى إلى تحسين جميع العمليات التي يتطلبها تقديم خدمة للزبون، وبشكل مستمر، ولضمان توافقها مع حاجات ورغبات وتوقعات الزبون، وأن تكون هناك جهود مبذولة لإحداث تغييرات وتعديلات لاستمرار هذا التوافق الذي يعطي ميزة التنافس" (قشي، 2020، صفحة 76)، ويعرّف تحسين جودة الخدمة الصحية بأنه الجهود المشتركة والمتواصلة للجميع -المختصين في الرعاية الصحية والمرضى وعائلاتهم والباحثين والمفوضين ومقدمي الخدمات والمعلمين- لإجراء التغييرات التي ستؤدي إلى (Quality Improvement Division, 2016, p. 3):

- نتائج أفضل للمرضى؛
- تجربة رعاية أفضل؛
- التطوير المستمر ودعم الموظفين في تقديم رعاية جيدة.

غالبًا ما يرتبط مفهوم تحسين الجودة بمفهوم كايزن Kaizen، والذي يعني "التحسين أو التحسين المستمر في الحياة الاجتماعية، والحياة الشخصية، وحياة العمل في موقع العمل، وهو يشمل الجميع: المدراء، والعمال على حد سواء، وتشتق كلمة Kaizen من جزأين Kai وتعني التغيير، وZen وتعني للأفضل (مرهج، 2014، صفحة 9). وتعتمد فلسفة كايزن على التغيير التدريجي، بحيث ترى دائمًا بأنه هناك مجال أو مكان يمكننا تحسينه، وهذا دون تحمّل تكاليف كبيرة بما أنّ التغيير الناجم عنه صغير، لكن مستمر، وهو ما يمكن للمؤسسة الصحية الاستفادة منه.

2- أهمية تحسين جودة الخدمة الصحية.

يمكن القول أنّ عمليات التحسين كلّها تؤدي إلى تغيير إيجابي في أداء ونتائج المؤسسة، سمعتها وعلامتها التجارية، ويمكن تلخيص أهم النقاط التي تجعل تحسين جودة الخدمات الصحية ذات قيمة للمؤسسة الصحية في (حماد محمد، 2016، الصفحات 73-74):

- زيادة الإنتاجية وتخفيض تكاليف الجودة.

- زيادة الحصة السوقية.

- تحقيق منافع ووفورات متعددة.

إنّ لب منهجية كايزن هو التحسين في العملية ويكون هذا التحسين من خلال التقليل والحد من الهدر. فحسب منهجية كايزن، كل عملية تتكون من قسمين: العملية = عمل مفيد + عمل غير مفيد (Muda)، والمواد هي كل عمل غير مفيد لا يعطي ولا يضيف قيمة مضافة للعميل والعملية والمنظمة. وتحدد كايزن أنواع ثلاثة للهدر وهي Mura, Muda, Muri ونرمز لها بـ 3MUs وهي الفيروسات الثلاثة التي تضرب وتصيب أي منظمة، ونعرفها كما يلي (Khalifa, 2017):

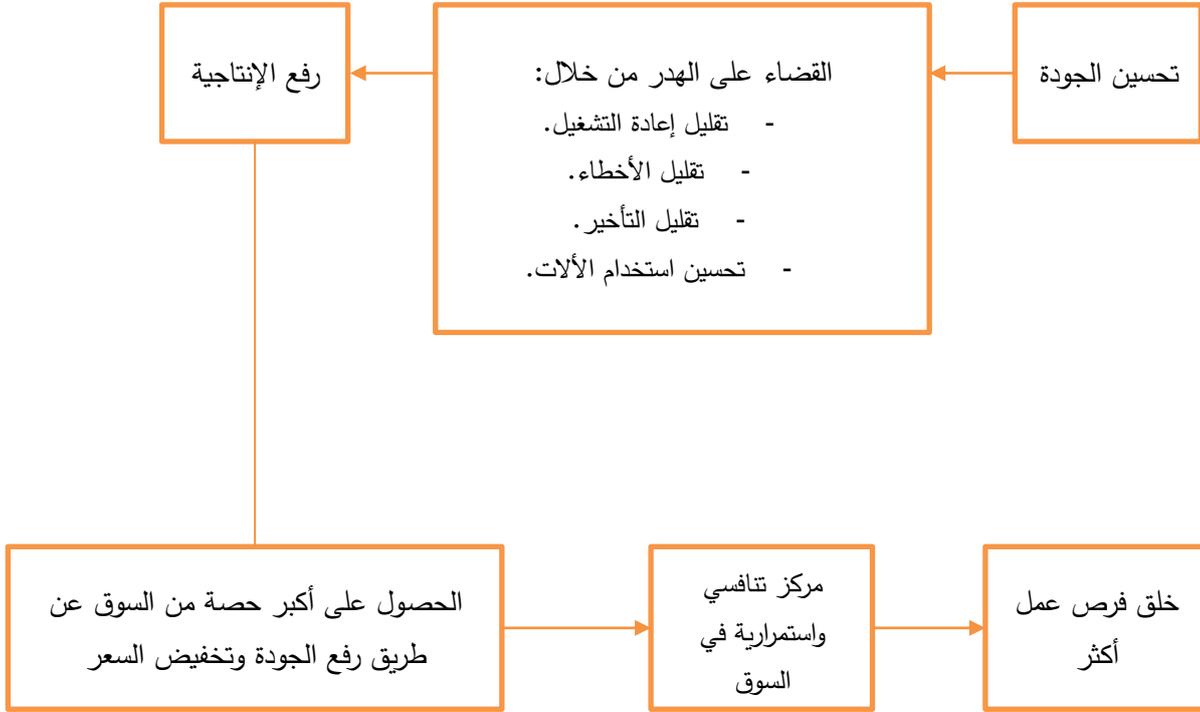
- مورا Mura وهي تعني الانحراف deviation أو غياب التنسيق unevenness؛

- مودا Muda هو أي نشاط لا يضيف قيمة؛

- موري Muri وهي العبء الزائد overburden أو الضغط الزائد؛ هو تحميل العامل أو المعدات أكبر من طاقته.

بالإضافة إلى التقليل من الهدر، يلخص الشكل الموالي أبرز انعكاسات التحسين المستمر للجودة على المؤسسة الصحية، والتي تتمثل في فوائد أو أهمية التحسين المستمر للمؤسسة الصحية.

الشكل رقم (06): انعكاسات التحسين المستمر للجودة على المؤسسة الصحية



المصدر: (حماد محمد، 2016، صفحة 75).

يتمثل هدف عمليات التحسين المستمر في الوصول إلى الإتيان الكامل للعمليات عن طريق استمرار التحسين في العمليات الإنتاجية للمؤسسة، وبالرغم من أن الإتيان الكامل يعتبر هدف يصعب تحقيقه، ولكن يجب أن تبذل المؤسسة الصحية مجهودا للوصول إليه، ويمكن الاستمرار في التحسين عن طريق (خراز، 2018، صفحة 86):

- النظر للعمل على أنه عملية سواء كانت متعلقة بالإنتاج، تقديم الخدمة أو أنشطة المؤسسة.
- محاولة جعل العمليات فعالة وذات كفاءة وقابلة للتكيف والتعديل.
- توقع احتياجات المستهلك.
- الرقابة والتحكم في العمليات عن طريق استخدام بعض المقاييس مثل استخدام خرائط المراقبة.
- المحافظة على نفس المستوى من الرضا بنفس المستوى من الأداء.
- القضاء والتخلص من الإسراف والهدر وإعادة التشغيل أينما يطرأ.

- فحص الأنشطة والعمليات التي لا تؤدي إلى إضافة قيمة المنتجات والخدمات بهدف تقليل أو التخلص من تلك الأنشطة.
- القضاء على عدم التوافق من جميع الوجوه من أوجه الاعمال لأي فرد حتى ولو كان التزايد في التحسين قليل.
- استخدام المقارنة المرجعية (القياس المقارن بأفضل أداء سواء للمؤسسة الصحية نفسها أو لمنافسيها).
- التجديد والتحديث والابتكار لتحقيق تحسين ملموس في العمليات.
- تضمين الخبرات المتعلمة والمستفاداة في الأنشطة المستقبلية.
- استخدام الأدوات والأساليب الفنية مثل الرقابة الإحصائية للعمليات.

3- مراحل تحسين جودة الخدمة الصحية.

- يمكن الحديث عن التحسين المستمر في شكله، التحسين الكبير أو الجذري والذي يرتبط عادة بالإبداع والابتكار في المؤسسة الصحية، ويكون على شكل قفزات كما يمكن أن يكلف المؤسسة مبالغ معتبرة، أو التحسين التدريجي الصغير، والذي يتم بشكل مستمر ودون تحمل تكاليف كبيرة.
- وتعتبر مراحل التحسين عن الخطوات التي ينبغي للمؤسسة الصحية اتباعها لبلوغ الهدف من التحسين، ويمكن إيجازها في المراحل التي لخصتها (قشي، 2020، صفحة 80) كالتالي:
- المرحلة الأولى: تحديد المشاكل التي تعيق الأداء الجيد للعمليات والتي تزيد من نسبة الأخطاء.
 - المرحلة الثانية: تحويل هذه المشاكل إلى فرص للتحسين، ووضع أولويات التحسين.
 - المرحلة الثالثة: توثيق النظام الحالي للعمليات المطلوب تحسينها.
 - المرحلة الرابعة: تكوين فريق عمل للتحسين.
 - المرحلة الخامسة: اختيار عملية لتحسينها وتعريفها بشكل واضح وتام.
 - المرحلة السادسة: قيام فريق التحسين بتحليل هذه العملية، ومعرفة المشاكل التي تواجهها ومحاولة تحديد أسبابها، وجمع ودراسة البيانات المتعلقة بهذه الأسباب.
 - المرحلة السابعة: اقتراح بدائل التحسين ودراسة تكلفة كل بديل، ثم اختيار الأفضل.
 - المرحلة الثامنة: اختيار الأسلوب المقترح لحل المشاكل ووضع برامج التنفيذ.

- المرحلة التاسعة: بعدها يتم متابعة وتقييم الأداء بعد عملية التحسين، وتكرار عملية التحسين الناجحة مع عمليات أخرى في المنظمة والتي تؤدي إلى الأداء المتميز.
- في حين يمكن إيجاز مراحل التحسين المستمر وفق منهج كايزن KAIZEN والتي تعتبر بدورها منهجية أو استراتيجية كايزن KAIZEN (خراز، 2018، صفحة 89) في:
- SEIRI إزالة التلف: أو الفرز، وتعني التمييز بين الأشياء الضرورية وغير الضرورية والتخلص من الأخيرة والهدف منه منع الهدر وضمان الأمن والسلامة.
- SEITON الأناقة: أو الترتيب، وتعني حفظ الأشياء بأناقة كي تكون متاحة للاستعمال والهدف تحسين الكفاءة وضمان الأمن والسلامة.
- SEISON الكنس: أو التنظيف، وتعني ايجاد العيوب الصغيرة من خلال التنظيف والهدف منع العطلات.
- SEIKETSU النظام: أو المعايير (وضع معايير للحفاظ)، وتعني إطاعة ما يتم تقريره والهدف ترميم الفعاليات والإجراءات.
- SEITSUKE الاستدامة: أو الاستمرار، وتعني تحسين البيئة المحيطة بالمرافق الانتاجية لتقليل التلف والهدر والهدف إدامة وتحسين الجودة.

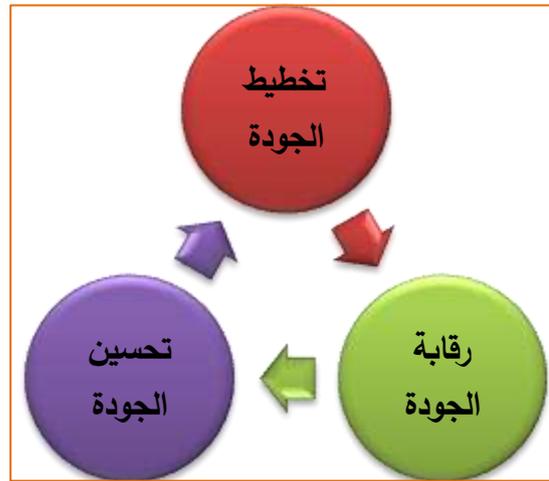
4- أدوات تحسين جودة الخدمة الصحية.

- توجد عدة أدوات تستطيع المؤسسة الصحية الاستعانة بها لتحسين جودة الخدمة فيها، نذكر منها (خروبي، يونس، و عباس، 2021، صفحة 443):
- خريطة التدفق أو الخريطة الانسيابية وهي عبارة عن وصف للمراحل التي تمر بها العملية من خلال الأشكال والخطوط التي تساعد على فهم تلك العملية.
 - خريطة باريتو: ويبدأ إعدادها بوضع لائحة بأسباب المشكلة، ثم وضع نسب مئوية لكل سبب، وبعد ذلك إظهار هذه النسب في رسم بياني.
 - قائمة الفحص وهو نموذج يقوم على تنظيم المعلومات وتقسيمها إلى مجموعات بشكل يسهل الحصول عليها.
 - نموذج الرسم البياني والتوزيعات التكرارية ويقوم على إخراج المعلومات على شكل رسم بياني.

- العصف الذهني وهو عبارة عن تفكير جماعي يسمح بإنتاج الأفكار بأقل وقت ممكن وذلك من أجل وضع حل لمشكلة ما، أو تحديد المشكلة أو البحث عن الأسباب.
 - المقارنة المرجعية من أجل البحث عن أفضل الممارسات وتبانيها داخل المستشفى.
- بالإضافة إلى أدوات أخرى عديدة، منها ثلاثية جوران، مخطط السبب والأثر وعجلة ديمينغ، التي نوجزها فيما يلي.

- **ثلاثية جوران:** والتي تركز على ثلاثة نقاط، وهي: التخطيط للجودة، ضبط (رقابة) الجودة، وتحسين الجودة، والشكل الموالي يلخصها.

الشكل رقم (07): ثلاثية جوران



المصدر: (Hassen, 2019, p. 15)

من خلال الشكل، يمكننا استخلاص ثلاثة مراحل للتحسين بالاعتماد على ثلاثية جوران، وهي (داني الكبير، 2015، صفحة 24):

• المرحلة الأولى: تخطيط الجودة

تشمل عملية التخطيط كل من تحديد المستهلكين، تحديد احتياجاتهم، تطوير مواصفات المنتج وفق هذه الحاجات وضع العمليات التي تحقق المواصفات والمعايير المطلوبة، ونقل نتائج الخطط الموضوعية إلى القوى التشغيلية.

• المرحلة الثانية: الرقابة على الجودة

تعد عملية ضرورية لتحقيق أهداف العملية الإنتاجية وكذا الحد من العيوب، حيث تضم الخطوات التالية: تقييم الأداء الفعلي، مقارنته بالأهداف الموضوعية لاستخراج الانحرافات، واتخاذ الإجراءات التصحيحية اللازمة.

• المرحلة الثالثة: تحسين الجودة

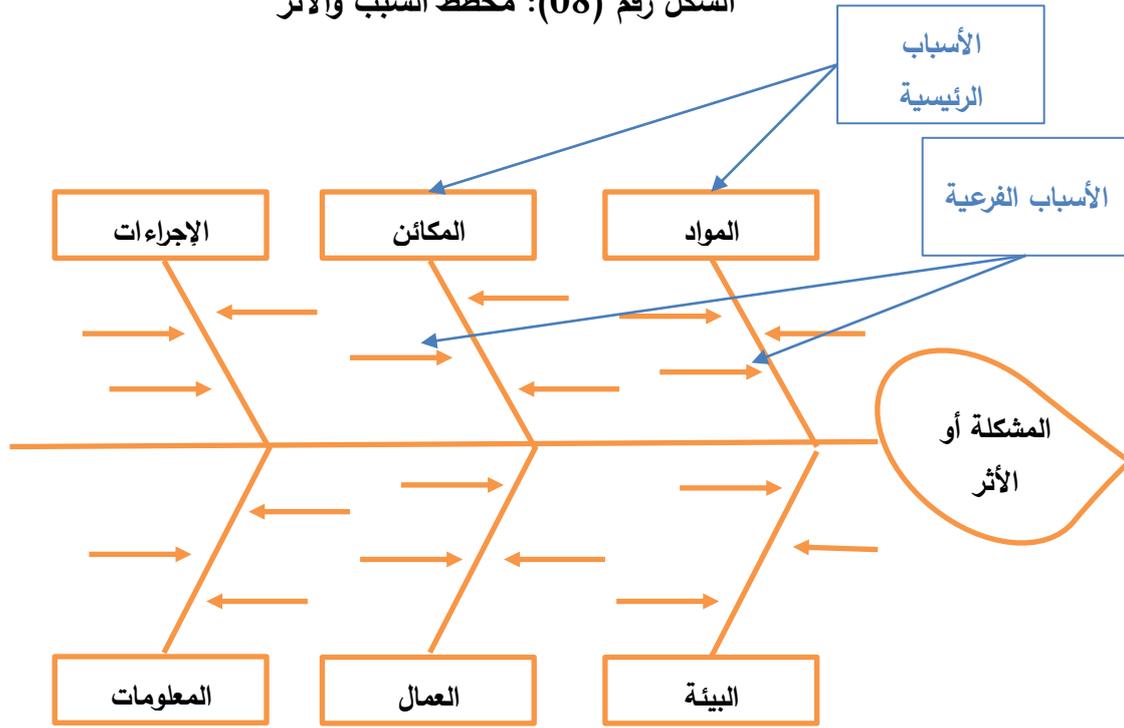
تعد الخطوة الأكثر أهمية في ثلاثية الجودة، حيث يتم من خلالها وضع الإجراءات التصحيحية اللازمة لتحقيق تغيرات جوهرية في الأداء بهدف تحقيق الجودة بشكل مستمر.

- **مخطط السبب والأثر:** استخدم هذا التحليل تقليدياً، لتحديد الأسباب المحتملة للمشكلة، وبواسطته يمكن توليد الأفكار والافتراضات التي تمثل أسباباً محتملة للمشكلة، وتصنيفها في مجموعات أو فئات ذات صلة بموضوع معين، كما يساعد في تنظيم كمية كبيرة من المعلومات واطهار الروابط بين الأحداث والأسباب المحتملة أو الفعلية لها (خراز، 2018، الصفحات 98-99).

إن تحليل السبب والتأثير طريقة منظمة للتعبير عن أسباب المشكلة، لكنه لا يمكن أن يكون بديلاً عن الفحص والاختبار العلمي لتلك الافتراضات. كما أنه لا يقود إلى تحديد السبب الرئيسي أو الجذري للمشكلة من بين الأسباب المحتملة. بمعنى أن مبدأ عمل هذا النموذج أو الأداة؛ هو افتراض أن لكل مشكلة في المؤسسة سبب قد يكون بسيطاً ثانوياً، بله يتم حل المشكلة، لكن هذا ينبغي أن يتحقق من خلال البحث والتمحيص في مختلف البيانات والنتائج.

تجدر الإشارة إلى أن هذا المخطط له عدة أسماء أخرى مثل مخطط إيشيكاوا Ishikawa Diagram أو تحليل السبب والأثر أو السبب والنتيجة Cause and Effect Diagram أو إستراتيجية عظم السمكة Fish Bone Strategies، وقد قام بوضع هذه الإستراتيجية العالم الياباني (كاورو إيشيكاوا) (1915م - 1989م) من الرواد اليابانيين في مجال الجودة، حيث يعد إيشيكاوا الأب الحقيقي لحلقات الجودة (HEALTH QUALITY MAGAZINE, 2016)، كما يتم التطرق إليه في عنصر حلقات الجودة في هذا الفصل، نعرض في الشكل التالي مخطط السبب والأثر.

الشكل رقم (08): مخطط السبب والأثر



المصدر: (خراز، 2018، صفحة 101)

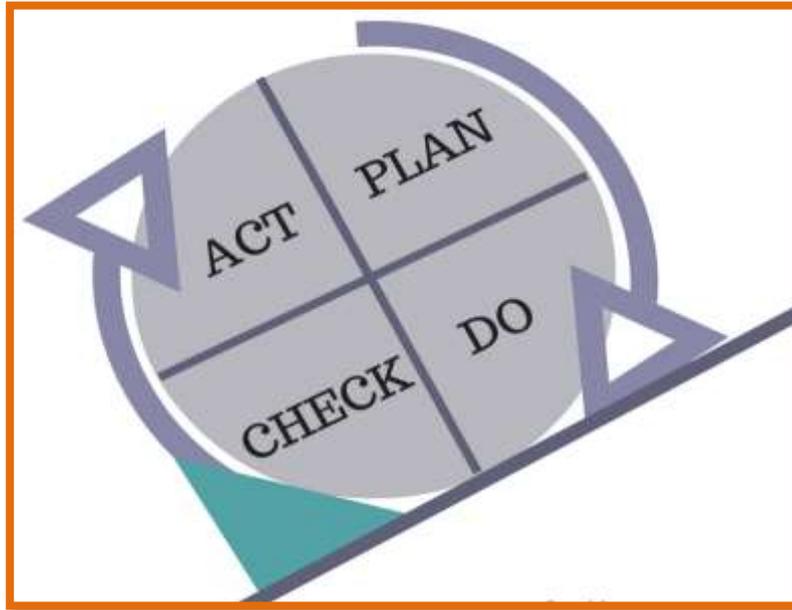
- **عجلة ديمينغ (PDCA):** تسمى عجلة كايزن أيضا، وتسمى عجلة أو دورة PDCA، دورة شيوارت، رباعية شيوارت، رباعية ديمينغ (الدقيل، 2021، صفحة 127)، تضمن دورة PDCA نوعين من الإجراءات التصحيحية - مؤقتة ودائمة. يهدف الإجراء المؤقت إلى معالجة المشكلة وحلها عملياً. ويتكون الإجراء التصحيحي الدائم من التحقيق والقضاء على الأسباب الجذرية وبالتالي يستهدف استدامة العملية المحسنة (Patel & Deshpande, 2017, p. 197)، ويرجع الفضل في تطويرها لإدوارد ديمينغ E. Deming في خمسينات القرن الماضي، وتستعمل لحل المشكلات واختبار الفروض وتقييم النتائج، ثم تنفيذ الحلول التي أثبتت نجاحها بغية التحسين المستمر (الدقيل، 2021، صفحة 127).

مبدأ عجلة أو دورة ديمينغ هو Plan-Do-Check-Act (PDCA) وهي عبارة عن نظام إدارة الجودة في القطاع الصناعي مثل التصنيع، الخدمات، في الخارج، مناطق المشروع، المنظمات، وما إلى ذلك... والتي تم تعميمها من قبل إدوارد ديمينغ، خبير إدارة الجودة الأمريكية في مجال الجودة عام 1950 بالضبط. طريقة PDCA مفيدة لإجراء تحسينات مستمرة دون توقف والتي من حيث المبدأ أكثر توجهاً نحو المستقبل ومرونة

ومنطقية ومعقولة للقيام بها وتحتوي على وصف لجميع عناصر الخطة المرسومة. (Isnia, Purba, & Debora, 2020, p. 73) وتتمثل مراحلها في (Isnia, Purba, & Debora, 2020, p. 73):

- خطط Plan : تتكون الخطة من تحديد الأهداف والعمليات لتحقيق نتائج محددة.
- افعل Do : القيام بتنفيذ ما تم تخطيطه في الخطوة السابقة.
- افحص/ تحقق Check : القيام بمراقبة وتقييم مراحل عملية التحقق وفقاً للمواصفات.
- صحح/ نفذ الإجراء Act - في الخطوة الرابعة، يتم اتخاذ إجراءات لتحسين النتائج وتلبية المواصفات أو تجاوزها.

الشكل رقم (09): عجلة/دورة ديمينغ Deming



Source: (PDCA : savoir utiliser la roue de Deming, 2022)

- نموذج FOCUS PDCA وتحسين الرعاية الصحية: نموذج FOCUS PDCA هو نموذج مكون من اسمين مختصرين عجلة ديمينغ PDCA ومنهجية FOCUS والتي تتكون من خمسة مراحل حسب مختصرات أسمائها: Find, Organize, Clarify, Understand, Select : أوجد، نظم، وضح، افهم وحدد (شمخي، سلمان، و اسماعيل، 2021، صفحة 108)، تم استحداثه من قبل مؤسسة المستشفى الأمريكي كطريقة لعملية التحسين، وهو يساعد فرق التحسين لكي تركز على عملياتها أكثر مما تركز على الأفراد، فهو يشجع فريق العمل ويشارك المالكين في فرصة التحسين. وهو أسلوب تحسين جودة شائع، مستخدم في الكثير من منظمات الرعاية الصحية، يعمل بشكل جيد في العديد من المواقف.

واستخدامات نموذج FOCUS PDCA تتميز بـ (شمخي، سلمان، و اسماعيل، 2021، صفحة 107):

- لا تحتاج خبرة عميقة حتى ولو تم العمل في ظل تكنولوجيا عالية؛
- يمكن مشاركة مدى واسع من الناس وجلب خبراء إضافيين لحل المشكلة؛
- تعطي إطار عمل يوجه جهود التحسين؛
- توضح أهداف المشروع لكل شخص مشترك؛
- تساعد ثقافة التحسين.

5- حلقات تحسين جودة الخدمة الصحية.

تعتبر حلقات الجودة إحدى أهم أدوات التحسين في المؤسسات بمختلف أنواعها ونشاطاتها. ويلخص هذا العنصر من الفصل تعريفها، مراحل تنفيذها والمجالات التي تمسها في المؤسسة الصحية.

أ- تعريف حلقات الجودة.

يعتبر عام 1961 الميلاد الحقيقي لحلقات الجودة في اليابان؛ حيث ظهرت بوصفها تطوراً طبيعياً لما كان يعرف في ذلك الوقت باصطلاح Book- Reading Circles بمعرفة الدكتور إيشكاوا Ishikawa أستاذ الهندسة بجامعة طوكيو، الذي تقدم وبمساندة من النقابة اليابانية للعلماء والمهندسين باقتراح مضمونه أن تؤلف مجموعات صغيرة من العاملين مهمتها التعرف على المشكلات المتعلقة بعملهم، ومن هنا ولدت فكرة حلقات الجودة اليابانية والتي تعتبر بمثابة تطوير وتقويم لحلقات القراءة (راضي، 2016، صفحة 122)، وتعرف حلقات الجودة على أنها مجموعة صغيرة من العاملين يؤدون دراسة تعاونية مشتركة تهدف للكشف عن المشكلات التي تواجه المؤسسة وتقتراح حلولاً لها (حامدي، 2019، صفحة 270).

وهي وحدات عمل ذاتية من مجموعات صغيرة من العاملين من 4 إلى 10 أعضاء يؤدون نفس العمل أو يشتركون في عمل واحد، أو منتج معين، ويجتمعون على أساس التطوع وفقاً لجدول منتظم أسبوعياً لمناقشة المشكلات التي يطرحونها للنقاش والمرتبطة بأعمالهم ويدير الحلقة ويوجهها مشرف أو ملاحظ لهؤلاء العاملين عند مستوى خط الإشراف الأول، وهو الذي يتولى تدريب أعضاء الحلقة على الأساليب الأساسية لحل المشكلات؛ بما فيها الوسائل الإحصائية، أو على أسلوب العمل الاجتماعي كفريق. ومهمة تلك الحلقة تحديد المشكلات التي تعرقل سير العمل، واقتراح الحلول المناسبة لها، ثم تطبيقها بعد الموافقة

عليها وإقرارها من قبل الإدارة (راضي، 2016، صفحة 124). فيمكن استخلاص أنّ حلقات الجودة عبارة عن مجموعة أفراد يجتمعون بشكل طوعي مرّة واحدة أسبوعياً ليناقشوا مشاكل الجودة بغرض تقديم حلول لها بالاستعانة بمختلف أدوات التحسين أو أدوات حل المشكلات كالعصف الذهني ومختلف الأدوات الإحصائية، يكون عددهم بين 4-10 أفراد، ويدير الحلقة مشرف.

ب-مجالات اهتمام حلقات الجودة.

يمكننا القول بأنّ مجال اهتمام حلقات الجودة يمس أداء الأعمال داخل جميع أجزاء المؤسسة، وقد قام اتحاد العلماء اليابانيين المعروف باسم JUSE سنة 1979 بترتيبها وفقاً لأهميتها النسبية كما يلي (جمعة و حسيني، 2011، صفحة 123):

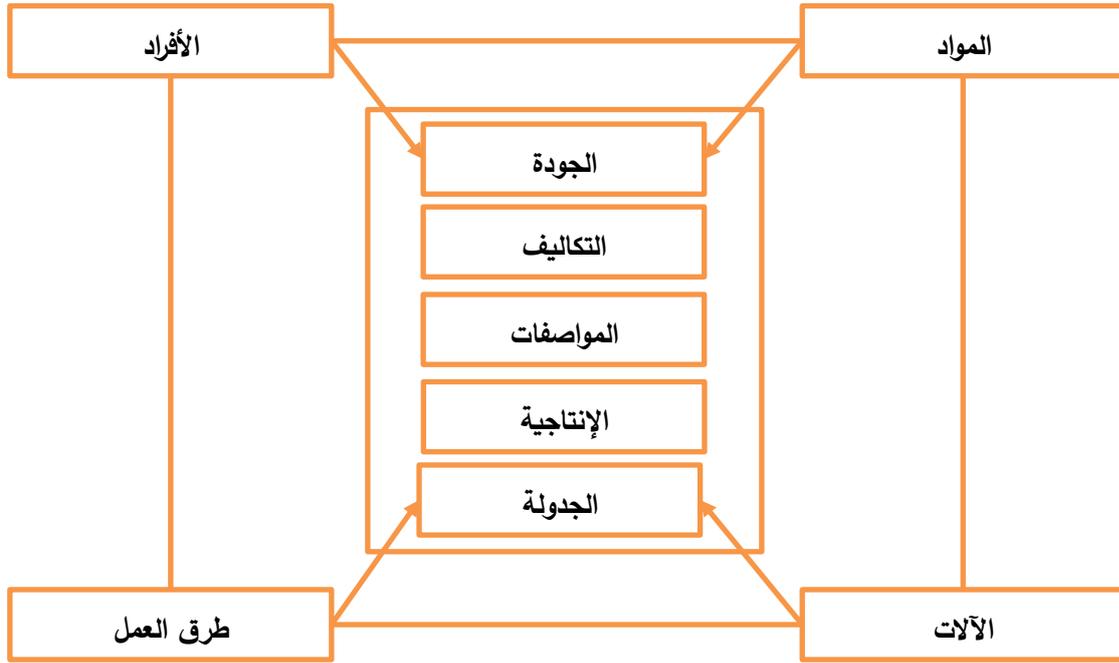
الجدول رقم (08): نطاق اهتمام حلقات الجودة حسب JUSE

ترتيب مستوى الأهمية	نوع النشاط أو الفعالية
1	خفض التكاليف
2	رقابة جودة المنتجات
3	تحسين الخدمات داخل القسم أو ورشة العمل
4	السلامة المهنية
5	رفع الروح المعنوية للعاملين
6	الرقابة على التلوث
7	التتقيف المستمر للعاملين

المصدر: (جمعة و حسيني، 2011، صفحة 123)

تتركز مجالات اهتمامات حلقات الجودة بصفة أساسية على نواحي: الجودة، التكاليف، المواصفات، الإنتاجية، الجدولة. وهذه القضايا الخمس الأساسية هي التي تشكل المحور المركزي لاهتمام حلقات الجودة، كما أنّ مجالات التطبيق تشمل عدة جوانب هي: المواد، والأفراد، والآلات، وطرق العمل، مثلما تمّ تلخيصه في الجدول السابق، ويمكن للشكل الموالي توضيح ذلك (راضي، 2016، صفحة 128).

الشكل رقم (10): مجالات اهتمامات حلقات الجودة



المصدر: (راضي، 2016، صفحة 128)

ج- أهداف ومراحل تفعيل حلقات الجودة.

يمكن تلخيص أهم الأهداف التي قد تحققها المؤسسة الصحية من خلال حلقات الجودة كما يلي:

- تحسين الحوار والإنصات بين الأفراد وبينهم وبين إدارة المؤسسة الصحية؛
- زيادة ولاء العاملين بالمؤسسة الصحية ومن ثم انتمائهم؛
- زيادة الرغبة في المشاركة وخفض حالات التمرد؛
- زيادة الإنتاجية وخفض هدر الوقت والجهد والتكلفة؛
- تدعيم روح العمل وزيادة الفرصة لحل مشكلات المؤسسة الصحية...

ويخلص الشكل الموالي أهداف حلقات الجودة حسب JUSE (جمعة و حسيني، 2011، صفحة 124).

الشكل رقم (11): أهداف حلقات الجودة حسب JUSE



المصدر: (جمعة و حسيني، 2011، صفحة 124)

ويمكن تفعيل حلقات الجودة بعد إبداء الإدارة العليا للمؤسسة الصحية النية والدعم لهذه الأداة، كما يمكن أن نلخص مراحلها في مرحلتين أساسيتين (مزغيش، 2012، الصفحات 119-120):

• مرحلة التخطيط للبرنامج.

إن هدف هذه المرحلة هو إيجاد البيئة والظروف المناسبة لغرس هذه الطريقة عند الأفراد وتحطيم (تقليل) مقاومة التغيير عندهم، بمدّهم بالمعلومات الكافية القادرة على إزالة الشكوك وفعالية هذا البرنامج. إن الخطوة الأولى في هذه المرحلة هي إقناع كل الأفراد بجدوى حلقات الجودة والآثار الإيجابية المترتبة عن تطبيقها، وبتعزيز المواقف الإيجابية يصبح من اليسير بناء الأطر المناسبة، تحديد مواعيد الإنطلاق، طبيعة الأشخاص المتطوعين، المشرفين والمنسقين، التخطيط لبدء التدريب على استعمال الأدوات الإحصائية وبناء النظام الذي يسمح باستغلال المعلومات المقدمة وتحديد جميع آليات تفعيل النتائج التي تتوصل إليها هذه الحلقات، كيفية نشر هذه المبادئ وتحديد الخط الزمني أو الفترات التي سيطبق فيها برنامج الحلقات.

• مرحلة التنفيذ.

يبدأ تنفيذ البرنامج التجريبي بعد موافقة الإدارة العليا، حيث يتم في هذه المرحلة اختيار الأفراد المؤهلين لشغل منصب قائد ومسهل وتدريبهم ليختار بعد ذلك كل قائد أعضاء حلقاته والذي يتولى عملية التدريب مستخدماً بعض الأساليب المعمدة لتنفيذ البرنامج.

إن مرحلة تخطيط البرنامج ليست ثابتة بل هي عملية ديناميكية متغيرة على عدة مراحل مستمرة لتفعيل البرنامج عند الحاجة لنصل بالنهاية إلى برنامج دائم وثابت في أسلوب عمل الإدارة.

د- فرق تحسين الجودة وحلقات تحسين الجودة:

فرق تحسين الجودة هي عبارة عن مجموعة من الأفراد لديها معارف ومهارات وخبرات مناسبة، تجتمع مع بعضها لمعالجة وحل مشاكل تتعلق بالجودة، وفرق تحسين الجودة لا تكون تابعة لدائرة معينة أو قسم معين بل تغطي العمليات الإنتاجية الإدارية بكاملها أو نظام التشغيل بكامله، بحيث يكون لكل فريق رئيس يوجه الدعوات لاجتماعاته ويرأس جلساته، ويساعد رئيس الفريق مقرر يقوم بتدوين محاضر الجلسات والاحتفاظ بالملفات والسجلات الضرورية (أوشن، 2018، صفحة 111)، ويمكن التمييز بينها وبين حلقات الجودة من خلال الجدول الموالي:

الجدول رقم (09): حلقات الجودة وفرق التحسين

حلقات الجودة	فرق تحسين الجودة	
- المدير التنظيمي المباشر لأفراد المجموعة.	- المدير الذي يقرر إنشاء فرق التحسين. - المدير أو المختص الذي يتم تعيينه لإدارة فرق تحسين الجودة.	قائد المجموعة
- مشاركة الأفراد في الحلقة مبنية على التطوع. - ينتمون لنفس وحدة العمل (مصلحة وظيفية).	- يتم تعيينهم (أحياناً متطوعين) يمكن أن يكونوا منتمين لوحدات وظيفية مختلفة وفي مستويات تنظيمية مختلفة.	أعضاء المجموعة
- يحدّد من طرف المجموعة (إجماع).	- يحدّد من طرف الإدارة.	اختيار الموضوع
- مفروض، يجب التقيد به.	- حر (لكن يوصى باستعماله).	استعمال المنهجيات والأدوات
- شرط ضروري يسبق إنشاء المجموعة من طرف القائد.	- حر (لكن يوصى به). - حر.	التدريب: القادة: الأعضاء:
- غير محدودة (تتعرض الحلقة بصفة دائمة للمشاكل التي تحددها).	- فترة حل المشكلة.	الفترة
- محددة (كل أسبوع).	- متغيرة حسب الاحتياجات.	دورية الاجتماعات
- محدودة في وحدة الحلقة (لا تتخطى الحدود التنظيمية).	- واسع. - دون حدود (داخل أو تتخطى الحدود التنظيمية).	مجال النشاط
- محددة من طرف المجموعة (إجماع).	- محددة من طرف الإدارة (مشاركة المجموعة).	الأهداف

المصدر: (أوشن، 2018، صفحة 112)

6- نظم الجودة لتحسين جودة الخدمات الصحية.

توجد عدّة مواصفات تصدر في معظمها عن المنظمة الدولية للتقييس ISO، وبالحصول عليها تثبت المؤسسة الصحيّة تفوّقها ومطابقتها لأبعاد الجودة، ومن أهمّ هذه المواصفات وأوّل مواصفة يجب على المؤسسة الصحيّة نيلها، المواصفة المتعلقة بنظام إدارة الجودة في المؤسسة ISO 9001، والتي يتمّ شرحها فيما يلي. كما لا تقلّ أهمية عنها مواصفة إدارة الصّحة والسلامة المهنية ISO 45001 لما لها من أهمية في المؤسسات الصحيّة، والتي يتمّ شرحها بعدها، وكلاهما يساهم ويدعم تحسين جودة الخدمات الصحيّة، ويحقّق أهدافها.

أ- نظام إدارة الجودة ISO 9001.

يرجع تاريخ أنظمة إدارة الجودة المعروفة باسم إيزو ISO العالمية إلى عام 1921، عندما تشكلت اللجنة العالمية لبراءات الإلكترونيات IES التي تهدف إلى بناء مقاييس عالمية في مجال الإلكترونيات، وهذا الأمر مهد وضع مقاييس في مجالات أخرى، وبعد الحرب العالمية الثانية عقد مؤتمر لندن عام 1941، وخلص إلى تبني خمسا وعشرين دولة إنشاء منظمة عالمية جديدة تُعنى بالمقاييس، وأطلق عليها المنظمة العالمية للتقييس International Organization for Standardization والمعروفة اختصارا بالرمز ISO ومقرها جنيف سويسرا (أوشن، 2018، صفحة 102). وقد سبقت هذه المرحلة مراحل عدّة على المستوى المحلي لعدّة دول، يمكن للطالب الاطلاع عليها والتفصيل في التطور التاريخي لكلّ منها، ما يهّمنا في هذا العنصر من الفصل الأخير لمحاضرات إدارة جودة الخدمات الصحيّة، هو معرفة وشرح المواصفات والأنظمة التي تستطيع المؤسسة الصحيّة تبنيها وتطبيقها في الوقت الحالي، ودورها في ضمان التحسين لها.

- المواصفة ISO 9000.

إن الخطوة الأساسية في اتجاه تطبيق نظام الجودة الشاملة تنطلق تبدأ من تبني نظام إدارة الجودة ISO 9000، أي أن تطبيق متطلبات الإيزو في المؤسسات، يثبت أن لديها منظومة إدارية قوية تتطابق أركانها مع متطلبات إدارة الجودة الشاملة، وتعرف مواصفة ISO 9000 بأنها "سلسلة المواصفات التي تختص بإدارة الجودة الشاملة في قطاع الصناعة والخدمات، والتي تنقسم إلى مجموعة من المواصفات تختلف حسب درجة شمولية كل منها" (مهداوي و بودي، 2017، صفحة 241)، تجدر الإشارة إلى أنّ النسخة الأخيرة صدرت في 2015، ومنتظر إلى مستويات مواصفة ISO 9000 فيما يلي.

- مستويات المواصفة ISO 9000.

تعد مواصفات ISO 9000 إرشادية من أجل مساعدة المؤسسة في تطبيق مواصفات الإيزو الفنية، وتشمل ISO 9000 مستويات أربعة 9001، 9002، 9003، 9004 (مهداوي و بودي، 2017، صفحة 241):

- ISO 9001 نظام الجودة: نموذج لضمان الجودة في تصميم والتطوير والإنتاج والتكيب، وهذه المواصفات تنطبق على المنظمات التي تتعامل مع منتج ما منذ تصميمه إلى غاية خدمات ما بعد البيع.
- ISO 9002 هذه المواصفة تغطي جميع مجالات الجودة ما عدا التصميم والتطوير وخدمات ما بعد البيع، وتنطبق على المنظمات التي تعمل في الإنتاج والفحص والاختبار والتكيب فقط.
- ISO 9003 هذه المواصفة تغطي عملية الفحص النهائي والاختبار، وهي لا تعد نظام للرقابة على الجودة، وإنما تتضمن متطلبات عملية اكتشاف المشاكل التي يتم فحصها في المراحل النهائية للفحص والتفتيش.
- ISO 9004 هذه المواصفة تقدم توجيهات وإرشادات، وتستعمل في تطوير عناصر نظم الجودة، وتحديد مدة وإمكانية تطبيق كل عنصر من عناصر الجودة.

- فوائد حصول المؤسسة الصحية على ISO 9001.

يمكن إيجاز أهم فوائد تطبيق مواصفات الإيزو لكل من المنظمة الخدمية الصحية والزبون، وقد تم تكييفها وفقا لعمليات منظمات الخدمة كما يلي (أوشن، 2018، الصفحات 104-105):

- يساهم في تحسين وضع المنظمة التنافسي لتقديم أفضل الخدمات للزبون؛
- التقليل من تكلفة الفحص والمراجعة بالنسبة للزبون كما هو الحال في الخدمات الطبية أو خدمات الاتصالات، أو خدمات السفر والسياحة وغيرها؛
- زيادة رضا الزبون أثناء الحصول على الخدمات المطلوبة في الوقت والتكلفة المناسبة والجودة المطلوبة، وهذا ما يؤدي إلى تقليل الشكاوى المقدمة من الزبائن؛
- رفع وزيادة الوعي بجودة الخدمات المقدمة بين كل العاملين في المنظمة؛

- توفير نظام عمل موثق يمكن الرجوع إليه في أي وقت لتحديد الأخطاء ومعالجتها بفاعلية؛
- اكتساب تقدير واعتراف الجهات العالمية بجودة خدمات المنظمة وهو دعم لها للدخول الى المنافسة العالمية؛
- يساهم في رفع الحالة المعنوية للعاملين من خلال رفع كفاءاتهم بالتوجيه والتدريب والتعليم وتطوير القدرات الشخصية لهم بما ينعكس إيجابيا على إنجاز عمليات تقديم الخدمة بما هو مخطط لها من حيث المواصفات المطلوبة والوقت المطلوب لأدائها للزبون.

- متطلبات نظام إدارة الجودة في المؤسسة الصحية ISO 9001:

نوجزها حسبما ورد في دليل المواصفة العالمية ISO 9001 نسخة 2015 كما يلي (International Standard :for QMS-ISO 9001:2015, 2015)

- (1) المجال scope؛
- (2) المراجع Normative references؛
- (3) المصطلحات والتعريفات Terms and definitions؛
- (4) سياق (إطار المنظمة) Context of the organization:
 - فهم المنظمة والتوقعات؛
 - فهم احتياجات وتوقعات الأطراف المهمة؛
 - تحديد مجال/نطاق إدارة الجودة؛
 - نظام إدارة الجودة وعملياته؛
- (5) القيادة Leadership:
 - القيادة والالتزام؛
 - السياسة؛
 - الأدوار التنظيمية والمسؤوليات والصلاحيات؛
- (6) التخطيط Planning:
 - إجراءات التعرف على المخاطر والفرص؛
 - أهداف الجودة والتخطيط لتنفيذها؛
 - التخطيط للتغييرات؛

(7) المساندة/الدعم Support:

➤ الموارد؛

➤ الكفاءة؛

➤ التوعية؛

➤ التواصل؛

➤ المعلومات الموثقة؛

(8) التشغيل/العمليات Operation:

➤ تخطيط وضبط التشغيل؛

➤ متطلبات المنتجات والخدمات؛

➤ التصميم والتطوير للمنتجات والخدمات؛

➤ ضبط المنتجات والخدمات المقدمة من جهات خارجية؛

➤ الإنتاج وتقديم الخدمات؛

➤ تحقيق / الإفراج عن المنتجات والخدمات؛

➤ ضبط عدم مطابقة المخرجات؛

(9) تقييم الأداء Performance Evaluation:

➤ الرصد والقياس والتحليل والتقييم؛

➤ المراجعة الداخلية؛

➤ مراجعة الإدارة؛

(10) التحسين Improvement.

كما يمكن للطالب الاطلاع على تعليمات أو دليل استعمال ISO 9001 نسخة 2015، ويجد في الملاحق صفتين منه بعنوان: كيف تتحصّل مؤسستي على ISO 9001 نسخة 2015 Mode 2015 : ISO 9001 (D'Emploi, 2019). ويتمّ في العنصر الموالي التفصيل في نظام إدارة الصحة والسلامة المهنية ISO 45001 نسخة 2018.

ب- نظام إدارة الصحة والسلامة المهنية ISO 45001.

عرفت المنظمات بمختلف أنواعها في مختلف مناطق العالم عدّة أنظمة للصحة والسلامة المهنية، تطوّرت تاريخياً عبر مراحل عدّة، نرکز في هذا العنصر فقط على المعايير الدّولية لنظام الصحة والسلامة المهنية وبالضبط في المؤسسات الصحية، والتي أوّل ما ظهرت في تسعينات القرن الماضي تمثّلت في سلسلة OHSAS 18000، ثم في القرن الحالي تمّ استبدالها بالمواصفة ISO 45001، كما يتمّ عرضه فيما يلي.

- مفهوم نظام إدارة الصحة والسلامة المهنية ISO 45001.

تمّ تشكيل مجموعة مشروع الخدمات الاستشارية للصحة والسلامة المهنية OHSAS لإنشاء نهج موحد واحد، ونشرت مجموعة BSI سلسلة OHSAS 18000 في عام 1999. تضمنت السلسلة اثنتين من المواصفات (حدادي و مخلفي ، 2021، صفحة 115):

- مواصفة 18001: قدمت متطلبات لنظام إدارة الصحة والسلامة المهنية والتي تم تحديثها في جوان 2007.
- مواصفة 18002: أعطت المبادئ التوجيهية لتنفيذ مواصفة 18001.

تمّ تطوير مواصفة ISO 45001 بالاعتماد على معايير أخرى ذات الصلة، كمعيار نظام إدارة الصحة والسلامة المهنية OHSAS 18001، والمبادئ التوجيهية لمنظمة العمل الدولية ILO-OSH 2001، والمعايير الوطنية لعدد من الدول (بوحروود و قورين، 2020، صفحة 314).

تجدر الإشارة إلى أنه لا يمكن الانتقال مرة واحدة من OHSAS 18001 إلى ISO 45001، فمنظمة الإيزو منحت المنظمات والشركات فترة انتقالية قدرها ثلاث سنوات للتحويل من OHSAS 18001 إلى ISO 45001، ابتداء من مارس 2018 إلى غاية مارس 2021، تاريخ نهاية صلاحية OHSAS 18001 (زرزار و بن وريدة، 2019، صفحة 40).

وتعرّف هذه المواصفة بأنها "نظام لإدارة الصحة والسلامة المهنية، يقترح إطار عمل موحد لجميع المنظمات الراغبة في إدارة وتحسين أدائها بشكل مستمر في مجال الصحة والسلامة المهنية" (بوحروود و قورين، 2020، صفحة 314).

تعدّ مواصفة ISO 45001 أهم وآخر ما توصل إليه مجال إدارة الصحة والسلامة المهنية خلال القرن 21، وهو معيار دولي جديد يوفر إطاراً للمؤسسات لإدارة المخاطر ومنع إصابات العمل وتعزيز صحة للعاملين. والهدف المقصود منه تحسين وتوفير مكان عمل آمن وصحي بهدف مساعدة المؤسسات، بغض النظر عن حجمها أو صناعتها، في تصميم أنظمة للوقاية من الإصابات واعتلال الصحة بشكل استباقي. وقد تم تصميم جميع متطلباته بحيث يتم دمجها في إدارة المؤسسة وعمليات الأعمال (حدادي و مخلفي ، 2021، الصفحات 115-116).

- أهداف السلامة والصحة المهنية في المؤسسة الصحية.

يجب على المؤسسة الصحية وضع أهداف الصحة والسلامة المهنية على كافة المستويات الوظيفية من أجل تحسين نظام إدارة الصحة والسلامة المهنية، ويجب أن تكون الأهداف متسقة مع نظام السلامة والصحة المهنية وقابله للقياس وتكون قادرة على تقييم الأداء (الأفندي و محمد، 2019، صفحة 306)، إنَّ اعتماد المستشفيات على المواصفات ISO 45001 يمكنها من تحقيق مجموعة من الأهداف، من بينها ما يلي (بوحرد و قورين، 2020، الصفحات 317-318):

- تقليل الحوادث والتكاليف المرتبطة بها؛
- توفير مكان عمل آمن وصحي للعاملين وغيرهم من المتعاملين معها؛
- زيادة الوعي الجماعي بخلق ثقافة الصحة والسلامة بين العاملين وتشجيعهم على لعب دور مهم في الحفاظ على الصحة والسلامة الخاصة بهم؛
- تحسين صورة المؤسسة الصحيّة والحفاظ على سمعتها؛
- الإدارة الأفضل للمخاطر تقلل من التغيب عن العمل، دوران العمل، تقليل التوقف عن العمل، خفض ساعات الوقت الضائع وتقليل اضطراب الإنتاج؛
- اعتماد المنظمة لنظام مرجعي دولي يمكن أن يعطي انطبعا إيجابيا لدى العملاء المهتمين بمبادئ المسؤولية الاجتماعية وواجب الرعاية.

- أهمية إدارة الصحة والسلامة المهنية.

تبرز أهمية إدارة الصحة والسلامة المهنية من خلال الحاجة إلى الاعتبارات التالية (عزت، 2021، الصفحات 159-160):

1) الاعتبار الإنساني : وشمل على ما يلي:

1-1 الأثر الجسدي: وهي الأثر التي تترك أثر جسدي، الإصابة بعجز جزئي أو كلي أو الإصابة

بمرض مزمن، وبالتالي تسبب للعامل معاناة كبيرة؛

2-1 الأثر النفسي: وينعكس ذلك على نفسيته، كالشعور بخوف دائم كونه يمارس أعماله في بيئة

غير آمنة محفوفة بالمخاطر؛

3-1 الأثر العقلي: نتيجة لتزايد ضغوط العمل فقد يعرض العامل على القلق والاكتئاب، وبالتالي

تؤثر على قدرة العامل في التركيز والتفكير؛

4-1 الأثر الاجتماعي: الأضرار الصحية التي تترك أثر سلبي على الحياة الاجتماعية كوفاة

عامل يعيل أسرة أو إصابته بعجز دائم.

2) الاعتبار الاقتصادي: وذلك لما له من انعكاسات على المنظمة وعلى الاقتصاد الوطني:

1-2 بالنسبة للمنظمات: تؤدي الحوادث والإصابات المهنية في بيئة العمل إلى انخفاض إنتاجية

المنظمة، وارتفاع تكاليف التشغيل المباشرة وغير المباشرة والتي تعد عبء مالي وإهلاك لعناصر

الإنتاج، فضلا عن تدني مستوى نوعية المنتج؛

2-2 بالنسبة للاقتصاد الوطني: تؤدي إلى انخفاض الإنتاج في المنظمات، وكذلك إلى زيادة

الوقت الضائع وزيادة تعويضات الحوادث والأمراض، وفقدان اليد العاملة الماهرة، وهذه العوامل تؤدي

بمجمها إلى انخفاض الناتج الوطني وبالتالي على الاقتصاد الوطني.

3) اعتبارات أخرى: وهذه الاعتبارات تشمل على:

3-1- تخفيض معدل دوران العمل: وذلك لأن الاهتمام بالصحة وتوفير بيئة عمل آمنة، ينتج عنه

شعور العاملين بالراحة والأهمية وهذه الأخيرة تؤدي إلى ارتفاع الروح المعنوية ورضاهم عن العمل

وبالتالي زيادة إنتاجية الفرد العامل؛

3-2- تخفيض معدلات الغياب: لأن تحسين ظروف العمل وتوفير الظروف المناسبة تقلل معدل

الغياب للعمال؛

3-3- تحسين سمعة المؤسسة وعلاقتها العامة: إن تبني نظام إدارة الصحة والسلامة المهنية يؤدي إلى تحسين سمعة المنظمة تجاه المنافسين والزبائن والمجهزين وإمكانية استقطاب زبائن جدد والدخول في أسواق أخرى.

- متطلبات نظام إدارة الصحة والسلامة:

يتفق الباحثون والكتاب في موضوع إدارة الصحة والسلامة المهنية على أن المتطلبات الرئيسية لها هي أربع متطلبات رئيسية، يمكن أن نوجزها فيما يلي:

- سياسة إدارة الصحة والسلامة المهنية politics: يتوجب على المؤسسة أن تكون لها سياسة مصادق عليها من قبل الإدارة العليا تنص بوضوح على جميع أهداف الصحة المهنية وتكون ملائمة لطبيعة المخاطر التزاما يتضمن الحد الأدنى من التشريعات الجارية (رحمي ، 2018 ، صفحة 46).
- التخطيط planning: ويختص بمراعاة المخاطر والفرص سواء بالمنظمة أو الأطراف المعنية وتحديد كيفية التعامل مع هذه المخاطر (فاضل، جمعة، و نوري، 2019 ، صفحة 138)، ويتضمن (عبد الله، 2011 ، صفحة 405):

- تحديد مصادر الخطر وتقييم الخطر الناتج والتحكم فيه؛
- تحديد المتطلبات القانونية ومتطلبات أخرى؛
- أهداف وبرامج إدارة الصحة والسلامة المهنية.
- التنفيذ والتشغيل implimentation: ويشمل ما يلي (زرزار و بن وريدة، 2019 ، صفحة 38):
- الموارد والأدوار والمسؤوليات والمساءلة والسلطات؛
- الكفاءة والتدريب والتوعية؛
- الاتصالات والمشاركة والاستشارات؛
- التوثيق؛
- التحكم في الوثائق؛
- التحكم في العمليات؛
- الاستعداد لحالات الطوارئ والاستجابة.
- تقييم الأداء: ويرتبط بالنقاط التالية (بوحرود و قورين، 2020 ، صفحة 316):

- الرصد والقياس: الأمر متروك للمنظمة لتحديد ما يتم رصده وقياسه، بما في ذلك فعالية وكفاءة تدابير الوقاية وتدابير الرقابة الأخرى؛
- تقييم المطابقة: يجب على المنظمة إنشاء وتنفيذ وصيانة العمليات التي تسمح بتقييم الامتثال للمتطلبات القانونية، لذا ينبغي على المنظمة:
 - تحديد المرجعيات وطريقة تقييم المطابقة؛
 - تقييم المطابقة؛
 - الحفاظ على المعلومات الموثقة حول نتائج تقييمات المطابقة.
- التدقيق الداخلي: يجب على المنظمة إجراء عمليات تدقيق داخلي لتوفير المعلومات، لتحديد ما إذا كان نظام إدارة الصحة والسلامة المهنية للمنظمة متوافقا مع متطلبات المنظمة ومتطلبات المواصفة.

تجدر الإشارة إلى أن المؤسسة الصحية يجب أن توظف توليفة من الأدوات والمناهج المذكورة في هذا الفصل، وغيرها كثير، يمكن للطالب التوسع من خلال المراجع المدرجة في آخر المطبوعة، والتي تساعد على تحسين الخدمات الصحية.

كما أنّ إدارة جودة الخدمة الصحية عبارة عن نظام شامل، متداخل، ينبغي أن يراعى فيه جودة المدخلات، العمليات والمخرجات، واليقظة بشكل دائم في ظل بيئة متغيرة ومعلومات كثيرة مرتدة، وهذا ما يتطلب من المدير الجيد الإحاطة بمختلف العمليات والوظائف، والأساليب الإدارية أو معرفتها على الأقل بغرض المتابعة الفعالة.

تتمة

من خلال دراسة محاضرات إدارة جودة الخدمات الصحية، نتوخى أن الطالب يستطيع التّحكم في بعض المهارات والأدوات التي تسمح له بتحسين الجودة في المؤسسة الصحية، ومن خلالها تحسين الأداء بشكل عام، بحيث تمّ عرض وتفصيل عدد من المحاور الأساسية لطلبة التّخصص، تمّ جمعها وتلخيصها في ستة فصول، تضمّنت في مجملها عرض المفاهيم، والمراحل والأدوات التي تمكّن المتخصص في اقتصاد الصّحة وإدارة المستشفيات من تحقيق جودة الخدمة الصحية في المؤسسة الصحية.

وتمثّلت المحاور الأساسية للمحاضرات في: مدخل مفاهيمي للجودة؛ تم من خلاله التذكير بمفهوم الجودة، مجالاتها، إدارة الجودة الشاملة وخصوصيتها في المؤسسات الصحية، أهمية وأهداف إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة الصحية ومراحل تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة الصحية. المفاهيم المرتبطة بالخدمة الصحية؛ بحيث ركّزت على المفاهيم المرتبطة بالصّحة والمؤسسة الصحية، مفهوم الخدمة وتصنيفاتها، التركيز على الخدمة الصحية وخصائصها، المزيج التسويقي للخدمة الصحية وطرق تقديم الخدمة الصحية. جودة الخدمة الصحية؛ بحيث تم من خلاله التطرق إلى نشأة ممارسات جودة الخدمة الصحية، مفهوم جودة الخدمة الصحية، أهمية وأهداف جودة الخدمة الصحية للمؤسسة الصحية، مراحل تحقيق جودة الخدمة الصحية وأبعادها.

ولا يمكن الحديث عن إدارة الجودة وجودة الخدمة الصحية، دون التركيز على كفاءة وفعالية المؤسسة بشكل عام، لذا كان من المهم تخصيص فصل لاستخدام الموارد وتقييم الأداء في المؤسسة الصحية؛ بحيث تضمن تعريف وتحديد أهمّ موارد المؤسسة الصحية. استخدام الموارد في المؤسسة الصحية، معرفة أداء المؤسسة الصحية وعلاقته بجودة خدماتها، أهمية تقييم الأداء في المؤسسة الصحية ومؤشرات تقييم الأداء في المؤسسة الصحية. بالإضافة إلى محور/فصل يركّز على تقييم جودة الخدمة الصحية؛ بحيث تضمّن مستويات جودة الخدمة الصحية، قياس وتقييم جودة الخدمة الصحية، طرق قياس جودة الخدمة الصحية، أهمية تقييم جودة الخدمة الصحية وأهم نماذج تقييم جودة الخدمة الصحية مركّزين على نموذج الفجوات ونموذج الأداء الفعلي.

ولا يتمّ معرفة والتحكم في آليات تبني جودة الخدمة الصحية، وتقييمها، دون ضرورة تحسينها باستمرار، بحيث جاء الفصل الأخير تحت عنوان تحسين جودة الخدمة الصحية؛ وتضمّن مفهوم تحسين جودة الخدمة

الائمة

الصّحية، أهمية تحسين جودة الخدمة الصّحية، مراحل تحسين جودة الخدمة الصّحية، أهم أدوات تحسين جودة الخدمة الصّحية، حلقات تحسين جودة الخدمة الصّحية وأنظمة الجودة لتحسين جودة الخدمة الصّحية.

كما يجب الإشارة إلى أنّ الهدف المعرفي غير كافٍ، فيجب التطبيق لمختلف الأدوات، والمقارنة بينها، وإحلالها محل التنفيذ، من خلال دراسات الحالة التي ينبغي أن يضمنها الجزء الخاص بالأعمال الموجهة للمقياس.

والله من وراء القصد

- 1- أحلام دريدي. (2014). دور استخدام نماذج صفوف الانتظار في تحسين جودة الخدمات الصحية. بسكرة، الجزائر: جامعة بسكرة.
- 2- أحمد طلال أحمد الأفندي، و بسام منيب علي محمد. (2019). مدى توافر متطلبات نظام إدارة الصحة والسلامة المهنية وفقاً للمواصفة (ISO45001 : 2018): دراسة استطلاعية. مجلة جامعة الأنبار للعلوم الاقتصادية والإدارية، 26(11).
- 3- أحمد عبد الله الرشيدى. (2009). استخدام إدارة الجودة الشاملة في احسين مستوى جودة الخدمة التعليمية في الجامعات اليمينة. الجزائر: جامعة الجزائر.
- 4- أحمد، ي. ع. (2013). تأثير تحليل البيئة الداخلية في جودة الخدمة الصحية- دراسة استطلاعية في مستشفى العلوية التعليمي للولادة. مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية. 70(19) ,
- 5- أسماء ابراهيم الهادي عبد الحي. (2017). جودة الخدمة التعليمية في الدراسات العليا بكلية التربية: جامعة المنصورة "دراة ميدانية". مجلة تطوير الأداء الجامعي، 5(3)، 115-156.
- 6- اسماعيل ابراهيم القزاز. (2015). ضبط الجودة: النظرية والتطبيق. عمان: دار دجلة.
- 7- اكستر، أ. (2016). قانون دولي للرعاية الصحية) .م. خيال، Éd., أ. ز. أحمد & ع. غنام , (Trads.القاهرة: المركز القومي للترجمة.
- 8- الأخضر خراز. (2018). تنمية الابداع لخدمة التحسين المستمر - دراسة حالة المؤسسات الاقتصادية بالغرب الجزائري. تلمسان: جامعة تلمسان.
- 9- الدلابيح، أ. خ. (2015). جودة الخدمات الصحية المقدمة من مستشفى الملك المؤسس عبد الله الجامعي من وجهة نظر متلقي اخدمة. الأردن: جامعة آل البيت.
- 10- العبادي، ه. ف & ،خنجر، أ. (2018). ممارسات القيادة الإستراتيجية ودورها في تعزيز التوعية الصحية - دراسة تحليلية لآراء عينة من العاملين في مستشفى الأمام الحسين التعليمي في ذي قار. مجلة الغري للعلوم الاقتصادية والإدارية. 1(15) ,

- 11- العياشي زرزار، و حمزة بن وريدة. (2019). نظام الصحة والسلامة المهنية وفق المواصفة القياسية الدولية 2018: ISO 45001. مجلة أرساد للدراسات الاقتصادية والإدارية، 2(1).
- 12- إلياس بومعراف، و عمار عماري. (2010). من أجل تنمية صحية مستدامة في الجزائر. مجلة الباحث، 7.
- 13- أمال العربي بن حورة، و علي مكيد. (2017). تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية كمدخل لتحسين جودة خدماتها (دراسة حالة مستشفى محمد بوضياف بالمدية). مجلة الإستراتيجية والتنمية، 7(12).
- 14- آمنة بشير سعيد. (2010). تقييم أداء المستشفيات- حالة دراسية في مستشفى ازادي العام- دهوك. تنمية الرافدين، 100(32)، 307-324.
- 15- إياد علي الدجني. (2011). دور التخطيط الاستراتيجي في جودة الأداء المؤسسي. سوريا: جامعة دمشق.
- 16- بختة بطاهر. (2018). دور التسويق الصحي في تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية -مستشفى محمد بوضياف بغليزان نموذجا. مجلة المنهل الاقتصادي، 01(01)، 23-38.
- 17- بديسي، ف & ,زويوش، ب .(2011). جودة الخدمات الصحية: الخصائص، الأبعاد والمؤشرات. مجلة الاقتصاد والمجتمع. 7 ,
- 18- بشرى صبيح كاظم عبد الله. (2011). مدى توافق متطلبات سلسلة المواصفة 2007 / ISO 18001 دراسة حالة في الشركة العامة للصناعات الجلدية، كلية الإدارة . العراق: جامعة بغداد.
- 19- بن عودة، قصير، و مختار يوب. (2017). إدارة الجودة الشاملة وعلاقتها بالأداء الوظيفي. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية- دراسة ميدانية بمؤسستي بوههران (SNV) و(SIMAP)، 31.
- 20- بهجت عطية راضي. (2016). إدارة الجودة الشاملة (TOM) المفهوم والفلسفة والتطبيقات. القاهرة، مصر: شركة روابط للنشر وتقنية المعلومات.

- 21- حبيبة قشي. (2020). أثر أسلوب التوجه بالمريض (الزبون) على تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية- دراسة حالة: عينة من المؤسسات الاستشفائية الجزائرية. بسكرة.
- 22- حسين نور الدين عزت. (2021). أثر تطبيق نظام إدارة الصحة والسلامة المهنية ISO 45001 ونظام منع الأخطاء poka yoke على أبعاد جودة حياة العمل : دراسة تطبيقية على مجموعة شركات الكرونجي للمشروبات والعصائر. مجلة الريادة للمال والأعمال (2).
- 23- خالد بن حسن الشغبي، و محمد سرحان خالد المخلافي. (2016). تقويم جودة الخدمات التعلينية في كلية التربية بجامعة الدماو باستخدام مقياس (SERVQUAL). مجلة الدراسات التربوية والنفسية، 3(10).
- 24- خالد محمد عبد الستار. (2017). تقييم كفاءة أداء الموارد البشرية الصحية مقارنة بالمؤشرات العالمية دراسة تطبيقية على المستشفيات العامة بمحافظة الفيوم. مجلة الدراسات التجارية المعاصرة، 3.
- 25- خير الدين جمعة، و ابتسام حسيني. (2011). حلقات تحسين الجودة في المؤسسة - تجارب بعض الدول. أبحاث اقتصادية وإدارية، 9.
- 26- دليل إدارة مراكز الرعاية الصحية الأولية، (2012). أكتوبر. (الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية (USAID) خاص بالوكالة المحلية بالعراق).
- 27- رانيا المجني. (2020). تسويق الخدمات. سوريا: الجامعة الافتراضية السورية.
- 28- ريمة أوثن. (2018). إدارة الجودة الشاملة كآلية لتحسين الخدمات الصحية - دراسة حالة المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري - . باتنة: جامعة باتنة 1.
- 29- زينب مهداوي ، و عبد القادر بودي. (2017). أثر إدارة الجودة الشاملة على جودة الخدمات الصحية في المستشفيات. مجلة مجاميع المعرفة، 5.

- 30- سامي أحمد عباس. (2014). قياس جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية: دراسة تطبيقية على المستشفيات الحكومية في مدينة تعز/اليمن من وجهة نظر المستفيدين. مجلة كلية بغداد للعلوم الاقتصادية الجامعة، 39.
- 31- سفيان بوقطاية، و عبد اللطيف عثمان. (2018). أثر تحسين جودة الخدمة وفق متطلبات الاقتصاد الرقمي في تحقيق رضا الزبائن. مجلة مجاميع المعرفة، 2(4).
- 32- صالح بوعبد الله. (2014). نماذج وطرق قياس جودة الخدمة-دراسة تطبيقية على خدمات مؤسسة بريد الجزائر. سطيف، الجزائر: جامعة سطيف 1.
- 33- صفية أحمد سالم الدقيل. (2021). مدى تطبيق استراتيجية الكايزن ديمنج PDCA في تدريس طالبات الدراسات العليا. مدلة ديالا، 1(90)، 119-150.
- 34- عاطف محمد عبد الباري مبروك. (2018). تقييم جودة الخدمة بمراعاة الأهمية النسبية لأبعاد القياس في مؤسسات التعليم العالي. (جامعة الأزهر، المحرر) المجلة العلمية لقطاع كليات التجارة، 20.
- 35- عائشة عتيق. (2012). جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية - دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة . تلمسان.
- 36- عائشة عتيق، و خديجة عتيق. (2013). جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية : دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة. إدارة الأعمال: مجلة المدير الناجح ، 143.
- 37- عائشة واله . (2011). أهمية جودة الخدمة الصحية في تحقيق رضا الزبون مع دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لعين طاية. الجزائر: جامعة الجزائر 3.
- 38- عبد الرحيم رحمي . (2018). تقييم برامج الصحة والسلامة المهنية في المستشفيات الجزائرية على وفق المواصفة الدولية 2007: 18001 ohsas دراسة حالة. مجلة الإدارة والتنمية للبحوث والدراسات، 14.

- 39- عبد العباس حسن كاظم. (2015). دور التحليل العملي في الكشف عن جودة الخدمة الصحية المقدمة للمريض. مجلة القادسية للعلوم الإدارية، 4(17)، 271-290.
- 40- عبد الله، س. (2022, 05 22). أنواع الخدمة من حيث الجودة. *Types of Service*. Récupéré sur <https://training-educate.com/2020/06/19/types-of-service/> (مدربة أعمال) عبد الله
- 41- عفاف عبد الرحيم الخضر الطاهر. (2007). أثر الموارد المالية على أداء الخدمات الصحية بولاية الخرطوم للفترة 2000م . 2005م. الخرطوم، السودان: جامعة الخرطوم.
- 42- غوسنك، ر & .، سوكيه، ج. (2015). التطورات والتوجهات في تكنولوجيا الرعاية الصحية: درء الأمراض قبل بدئها Dans .غ. سيكيويوس & .ت. فندلر (Éds.)، *التطورات في تكنولوجيا الرعاية الصحية: تشكيل مستقبل الرعاية الطبية* (ح. النجدي . Trad.)، البصرة، العراق: المنظمة العربية للترجمة.
- 43- فاطمة عبد الحسن خروبي، جومانة يونس، و نبيلة عباس. (2021). أثر تطبيق إدارة الجودة الشاملة على الأداء في المستشفيات دراسة حالة مستشفى خاص في جنوب لبنان. *المجلة العربية للنشر العلمي*، 31.
- 44- فتيحة بوحروود، و سعاد قورين. (2020). ثقافة الصحة والسلامة المهنية في المستشفيات من منظور المواصفة ISO 45001: دراسة حالة. *مجلة الريادة لاقتصاديات الأعمال*، 3(6).
- 45- فتيحة بوحروود. (2014). إدارة الجودة الشاملة كمدخل لصناعة المزايا التنافسية: بين النظرية والتطبيق في المؤسسات الصغيرة والمتوسطة بولاية سطيف. *مجلة البحوث الاقتصادية والمالية*، 2.
- 46- فتيحة بوحروود. (2018). مطبوعة محاضرات في إدارة ومراقبة الجودة. سطيف: جامعة سطيف 1.

- 47- فرح ناظم شمخي، عامر محمد سلمان، و محمود اسماعيل. (2021). تأثير تكاليف الجودة وفق إنموذج FOCUS PDCA في تحسين جودة الخدمات الصحية. *مجلة كلية الكوت الجامعية للعلوم الإنسانية، 2(1)، 103122*.
- 48- فطيمة عبيد الله. (2017). تقييم جودة الخدمات الصحية في المخابر الطبية الخاصة (دراسة عينة من زبائن المخابر الطبية الخاصة في ولاية معسكر). *مجلة مجاميع المعرفة ، 5*.
- 49- قصي عبد الخالق فاضل، محمود حسن جمعة، و حيدر شاكر نوري. (2019). اعماد معايير ISO 45001:2018 في اختبار المنشأة العامة للطيران المدني وإمكانية حصولها على المواصفة. *Journal of Economics and administrative sciences، 25(115)*.
- 50- كفاح عباس محميد، ثامر عكاب حواس، و عمار عواد محمد. (2021). مدى توفر متطلبات إدارة الجودة الشاملة وإسهامها في تحقيق جودة الخدمة الصحية- دراسة تحليلية في مستشفى صلاح الدين العام. *مجلة تكريت للعلوم الإدارية والاقتصادية، 54(17)*.
- 51- لمياء محمد جاسم المشهداني. (2019). واقع تطبيق مراحل إدارة الجودة الشاملة T.Q.M دراسة استطلاعية لآراء عينة من أعضاء الهيئة التدريسية في جامعة جيهان الأهلية / محافظة أربيل. *مجلة جامعة كركوك للعلوم الإدارية والاقتصادية، 9(2)*.
- 52- ماهر محسن مرهج. (2014). التحسين المستمر KAIZEN. *إدارة الجودة الشاملة كمدخل للتنمية الإدارية. سوريا: جامعة تشرين*.
- 53- محفوظ جبار، و إلياس بومعراف. (2011). دور محاسبة التكاليف الاستشفائية في الرقابة على المستشفيات العمومية. *مجلة العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية، 5*.
- 54- محمد العابد. (2011). تقييم جودة الخدمات الصحية. *مجلة دفاتر اقتصادية، 2(1)، 177-191*.
- 55- محمد حامدي. (2019). علاقة حلقات الجودة بإدارة الجودة الشاملة. *مجلة آفاق علوم الإدارة والاقتصاد، 3(1)*.

- 56- مزغيش, ع .(2012). تحسين أداء المؤسسة في ظل إدارة الجودة الشاملة .الجزائر: جامعة الجزائر.
- 57- مشيرة محمود أحمد محمود. (2020). بناء القدرات المؤسسية كآلية لمساعدة مؤسسات الصحة النفسية على تحقيق أهدافها. مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، 52(3).
- 58- مصطفى ابراهيم حماد محمد. (2016). أساليب التحسين المستمر ودورها في النهضة الإدارية اليابانية. مصر: جامعة الزعيم الأزهرى.
- 59- نجاة بحدادة. (2012). تحديات الإمداد في المؤسسة الصحية. تلمسان، الجزائر: جامعة تلمسان.
- 60- نسرین صالح محمد صلاح الدين. (2016). تقييم جودة الخدمات الجامعية باستخدام نموذج الأداء الفعلي. مجلة البحث العلمي في التربية، 17(4).
- 61- نصيرة داني الكبير. (2015). متطلبات تحقيق الجودة الشاملة ومحيط المؤسسات الصناعية الجزائرية. سيدي بلعباس: جامعة سيدي بلعباس.
- 62- نور الهدى حدادي، و أمينة مخلفي . (2021). التطور التاريخي والقانوني لنظام الصحة والسلامة المهنية:دراسة تحليلية لمجموعة من القوانين الدولية والقوانين الجزائرية الخاصة بالصحة والسلامة المهنية. مجلة الدراسات والبحوث القانونية، 6، 110-126.

References

- 1- (2022). Retrieved from UNDP: <https://info.undp.org/>
- 2- Al-Damen, R. (2017). Health Care Service Quality and Its Impact on Patient Satisfaction “Case of Al-Bashir Hospital”. *International Journal of Business and Management, 12*(9).
- 3- BEN GHODBANE, S. (2014). L’impact de la gestion de la qualité sur la performance de l’entreprise : Cas des entreprises Tunisiennes. *International Conference on Business, Economics, Marketing & Management Research (BEMM’13), 2*, pp. 108-112.
- 4- Brown, L. D., Franco, L. M., Rafah, N., & Hatzell, T. (s.d.). *Quality Assurance of Health Care In Developing Countries : Quality Assurance Methodology Refinement Series*. USA: USAID Publications.
- 5- Brown, L. D., Franco, L. M., Rafah, N., & Hatzell, T. (n.d.). *Quality Assurance of Health Care In Developing Countries : Quality Assurance Methodology Refinement Series*. USA: USAID Publications.
- 6- Elhefnawy, M. H., & Mohamed, Z. S. (2020, DECEMBER). Engineering standards to achieve the quality of health services in Egyptian hospitals. *MANSOURA ENGINEERING JOURNAL, (MEJ), 45*(4).
- 7- ENNESRAOUI , D. (2017). LA QUALITE ET LA PERFORMANCE DE L’ENTREPRISE. *REVUE MAROCAINE DE RECHERCHE EN MANAGEMENT ET MARKETING, 16*.
- 8- Hassen, T. (2019, 03 02). *Quality management*. Retrieved 06 18, 2022, from Faculty of business administration: <https://www.spu.edu.sy/>
- 9- *HEALTH QUALITY MAGAZINE*. (2016, 03 14). Retrieved 06 19, 2022, from FISH BONE STRATEGIES: <https://m-quality.net/?p=9020>
- 10- International Standard for QMS-ISO 9001:2015. (2015). (أ. س. سليمان، Trans.) Retrieved from www.iso.org/tc176/sc02/public
- 11- Isnia, S., Purba, H. H., & Debora, F. (2020). Plan do check action (PDCA) method: literature review and research issues. *Jurnal Sistem dan Manajemen Industri, 4*(1), 72-81.

12- ISO 9001 : 2015 Mode D'Emploi. (2019). Récupéré sur Organisation internationale de normalisation: https://www.iso.org/files/live/sites/isoorg/files/store/fr/PUB100373_fr.pdf

13- KANTA, K. (2007). UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ ET PERCEPTION DE LA QUALITÉ DES SOINS PAR LES POPULATIONS DE L'AIRE DE SANTÉ DE SEGUÉ (CERCLE DE KOLOKANI). MALI: UNIVERSITÉ DE BAMAKO.

14- Khalifa, A. (2017, 10 14). Kaizen against Muda. Retrieved 06 28, 2022, from kaizenforever: <http://kaizenforever.blogspot.com/>

15- Mosadeghrad, A. M. (2013). Healthcare service quality: towards a broad definition. *International Journal of Health Care Quality Assurance* .

16- Mosadeghrad, A. M. (2013). Healthcare service quality: towards a broad definition. *International Journal of Health Care Quality Assurance*.

17- Patel, P. M., & Deshpande, V. A. (2017). International Journal for Research in Applied Science & Engineering Technology (IJRASET). *Application Of Plan-Do-Check-Act Cycle For Quality And Productivity Improvement - A Review*, 5(1).

18- PDCA : savoir utiliser la roue de Deming. (2022, 05 03). Retrieved 06 17, 2022, from Manager GO: <https://www.manager-go.com/management-de-la-qualite/dossiers-methodes/pdca-deming-en-pratique>

19- Pourcq, K. D., Gemmel, P., & Trybou, J. (2016). Measuring Performance in Hospitals: The Development of an Operational Dashboard to Coordinate and Optimize Patient, Material and Information Flows in the Operating Theater. Dans *Boundaryless Hospital*.

20- Pourcq, K. D., Gemmel, P., & Trybou, J. (2016). Measuring Performance in Hospitals: The Development of an Operational Dashboard to Coordinate and Optimize Patient, Material and Information Flows in the Operating Theater. In *Boundaryless Hospital*.

21- Quality Improvement Division. (2016). Dans *Framework for Improving Quality in our Health Service*. Irlande: Feudhmeannacht na Seirbhise Slainte- Health Service Executive.

22- Quality Improvement Division. (2016). In *Framework for Improving Quality in our Health Service*. Irlande: Feudhmeannacht na Seirbhise Slainte- Health Service Executive.

- 23- Ramya, N., Kowsalya, A., & Dharanipriya, K. (2019, February). SERVICE QUALITY AND ITS DIMENSIONS. *EPRA International Journal of Research & Development (IJRD)*, 04(02).
- 24- TÖRÖK, M. Z., PÓNUSZ, M., RASSUL, K., & TÓTH , R. (2020 , 12 05). *Measuring and evaluating service quality*. Consulté le 06 14, 2022, sur Economics and Working Capital: <http://eworkcapital.com/measuring-and-evaluating-service-quality/>
- 25- TÖRÖK, M. Z., PÓNUSZ, M., RASSUL, K., & TÓTH , R. (2020, 12 05). *Measuring and evaluating service quality*. Retrieved 06 14, 2022, from Economics and Working Capital: <http://eworkcapital.com/measuring-and-evaluating-service-quality/>
- 26- Weimann, E., & Weimann, P. (2017). *High Performance in Hospital Management*. Berlin: Springer.
- 27- Weimann, E., & Weimann, P. (2017). *High Performance in Hospital Management*. Berlin: Springer.
- 28- Woldegebriel, S., Kitaw, D., & Beshah, B. (2014). Quality Improvement Approaches and Models in Healthcare. *Industrial Engineering & Management*, 3(3).
- 29- Woldegebriel, S., Kitaw, D., & Beshah, B. (2014). Quality Improvement Approaches and Models in Healthcare. *Industrial Engineering & Management*, 3(3).

الملحق رقم (01): صور توضيحية لبعض معايير جودة الخدمة الصحية (المصدر: Google)

1- الاعتمادية

صور كاريكاتيرية لانخفاض/انعدام الاعتمادية (الكفاءة)



كفاية الطاقم الطبي من حيث الكم والنوع



شهادات الاعتماد والجودة (شهادة الاعتماد لوحدة تصوير الثدي بالمستشفى التخصصي، عمان، الأردن)



2- الاستجابة

توفر سيارات الإسعاف وكفاءتها (سيارات الإسعاف بمؤسسة حمد الطبية- قطر)



ضرورة توفير الأفراد في الاستقبال



استعمال روبوت طبي (إيطاليا)



توفر التجهيزات والأدوية واحتياجات الاستجالات



3- الأمان

إدارة المخاطر، تحقيق الأمان في المعلومات، الغذاء والعلاج



4- التعاطف

حفلة للأطفال في مستشفى الأطفال (كعبوب سطيف بإشراف جمعية الأيادي المتضامنة)



5- الملموسية

واجهة المستشفى السعودي الألماني بدبي



غرفة وسرير بمستشفى بن عبيد ببرج بوعرييج



عتاد طبي ولباس موحد يدل على مهنة مرتديه



الملحق رقم (02): استبيان تقييم جودة الخدمات الصحية

م	الفقرات	اتفق تماما	اتفق	محايد	لا أتفق	لا أتفق تمامًا
	الملموسية: وهي كل ما يتعلق بالمواد الملموسة مثل التجهيزات والمعدات والقاعات وأماكن وقوف السيارات ومظهر المنظمة العام.					
1	وجود تجهيزات ومعدات متطورة					
2	المرافق والقاعات ملائمة وجذابة					
3	توجد أماكن ملائمة لوقوف السيارات					
4	ملائمة مظهر المنظمة العام لطبيعة ونوعية الخدمات المقدمة					
	الاعتمادية: وهي مدى تنفيذ الأعمال بشكل صحيح وفي الوقت المناسب واهتمام المنظمة الإجابة على الإستفسارات فضلا عن التوثيق والتدقيق.					
5	الالتزام بتنفيذ الاعمال بالأوقات المحددة					
6	الاهتمام بمشاكل المستفيدين من خلال الإجابة على استفساراتهم					
7	تقديم الخدمة بشكل صحيح ومن المرة الأولى					
8	تقديم الخدمة في المواعيد التي تم تحديدها					
9	توافر أنظمة التوثيق والسجلات الدقيقة					

	الاستجابة: وهي مدى استجابة العاملين لحاجات المستفيدين مثل: دقة المواعيد وفترة الانتظار لأداء الخدمة والاستعداد الدائم لمساعدة المستفيدين. المستفيدين.					
10	إعلام المستفيدين بدقة عن مواعيد تقديم الخدمة.					
11	الاستعداد الدائم لمساعدة المستفيدين.					
12	فترة الانتظار قصيرة لتقديم الخدمة للزبائن.					
13	سرعة الرد على شكاوى المستفيدين.					
	الأمان: هو مدى شعور المستفيدين بالأمان والثقة بتعاملهم مع العاملين بالمنظمة.					
14	سلوك العاملين يشعر المستفيدين بالثقة.					
15	شعور المستفيدين بالأمان في التعامل مع المنظمة.					
16	العاملون يهتمون بالأحاسيس الإنسانية واللباقة مع المستفيدين.					
17	امتلاك العاملين المعرفة الكافية للإجابة على أسئلة المستفيدين.					
	العاطفة: وهي تعبير عن اهتمام العاملين بالمستفيدين وتعاملهم باحترام وتقدير ومعرفة احتياجات الزبون وتلبيتها.					
18	اهتمام العاملين بالمستفيدين اهتماما شخصياً					
19	وضع المصلحة العليا للمستفيدين من أولويات الإدارة والعاملين.					
20	حسن المعاملة مع المستفيدين واحترامهم وتقدير ظروفهم					
21	ملائمة ساعات العمل لكل المستفيدين.					
22	العلم والدراية باحتياجات المستفيدين.					

الملاحق رقم (03): معايير ومؤشرات رقابة اداء المؤسسات الصحية ومتابعتها

المحور الأول : الموارد البشرية

1) المؤشرات الخاصة ذات الصلة بالأطباء

- عدد الأطباء المقيمين / مجموع الأطباء الاجمالي
- عدد الاختصاصيين / مجموع الأطباء الاجمالي
- مجموع الأطباء الاجمالي / مجموع عدد المرضى خلال الشهر

2) المؤشرات الخاصة ذات الصلة بالمرضى

- أجمالي عدد الممرضات / أجمالي عدد الاطباء
- أجمالي عدد الممرضات والمرضى / أجمالي عدد الراقدين في المستشفى
- أجمالي عدد الاسرة خلال السنة / أجمالي عدد الملاك التمريضي خلال السنة
- أجمالي عدد الملاك التمريضي الجامعي/ أجمالي عدد الملاك التمريضي

3) المؤشرات الخاصة ذات الصلة بالمهن الصحية

- أجمالي عدد العاملين بالمهن الصحية / أجمالي عدد الاطباء
- أجمالي عدد العاملين بالمهن الصحية / أجمالي عدد الراقدين في المستشفى
- أجمالي عدد الاسرة خلال السنة/ أجمالي عدد العاملين بالمهن الصحية

4) المؤشرات الخاصة بالخدمات الصحية

- أجمالي عدد المسعفين / عدد سيارات الإسعاف

المحور الثاني: البنى التحتية والرعاية الصحية

1) الطاقة الاستيعابية

- عدد الاسرة في المستشفى $\times 360$ - مجموع أيام البقاء في المستشفى / عدد المرضى الراقدين في المستشفى

- عدد المرضى الراقدين في المستشفى / عدد الاسرة المهيئة للرقود
 - عدد الاجهزة الطبية العاطلة / العدد الأجمالي للأجهزة الطبية
 - مجموع ساعات التوقفات والعطلات للأجهزة الطبية/ مجموع ساعات التشغيل الفعلية.
- (2) صالات العمليات

- أجمالي عدد العمليات الجراحية (على اساس الأختصاص الطبي) / عدد صالات العمليات (على اساس الاختصاص الطبي)
- عدد صالات العمليات المهيئة / أجمالي عدد الصالات
- أجمالي عدد الراقدين في الردهات/ أجمالي عدد الردهات
- أجمالي عدد الردهات المهيأة / أجمالي عدد الردهات

المحور الثالث : تقديم العلاج

(1) توافر الدواء

- عدد قناني الدواء التالف / أجمالي كمية الدواء
- أجمالي الدواء الموزع / أجمالي الدواء المستلم
- أجمالي عدد الدواء المصروف/ أجمالي عدد المرضى المحتاجين للدواء

(2) وقت الانتظار والوفيات

- مجموع أيام الانتظار للمرضى / أجمالي عدد المرضى المنتظرين للعلاج.
- عدد الوفيات من المرضى الراقدين / عدد المرضى الراقدين.

الملحق رقم (04): كيفية الحصول على ISO9001 (منشورات المنظمة الدولية للتقييس)

Comment obtenir la certification ISO 9001?

La certification ISO 9001 est une option, pas une obligation. Commencez par examiner l'utilité d'une certification pour votre organisme. L'obtention de la certification peut rassurer les clients quant à la conformité de vos produits et services à leurs attentes - et être même, dans certains cas, une condition contractuelle indispensable - mais la mise en œuvre de la norme est avantageuse pour de nombreux organismes que la certification n'intéresse pas.

Si vous souhaitez obtenir la certification, vous aurez besoin d'un organisme compétent, l'ISO ne fournissant pas ce type de service. Quelques conseils pour vos recherches:

- Renseignez-vous sur plusieurs organismes de certification.
- Cherchez à savoir si l'organisme de certification met en œuvre la norme du CASCO appropriée. Le CASCO (Comité de l'ISO pour l'évaluation de la conformité) a produit un certain nombre de normes concernant le processus de certification. Le référentiel ISO/IEC TS 17021-1:2013 établit les exigences pour les



organismes procédant à l'audit et à la certification des systèmes de management de la qualité.

- Cherchez à savoir si l'organisme est accrédité. L'accréditation n'est pas obligatoire, un organisme qui n'est pas accrédité peut être parfaitement compétent. L'accréditation est une attestation de compétence délivrée par un organisme tiers.

Pour trouver un organisme de certification accrédité, contactez l'organisme national d'accréditation de votre pays ou consultez le site de l'International Accreditation Forum.

Qu'est-ce que l'accréditation ?

L'accréditation est la reconnaissance formelle par un organisme indépendant (généralement un organisme d'accréditation) qu'un organisme de certification opère conformément à des Normes internationales - il s'agit en quelque sorte de la certification d'un organisme de certification.



فهرس المحتويات

الصفحة	العنوان
1	برنامج المقياس
3	مقدمة
4	قائمة الأشكال والجدوال
الفصل الأول: مدخل مفاهيمي للجودة.	
7	1- مفهوم الجودة.
9	2- مجالات الجودة.
12	3- إدارة الجودة الشاملة.
13	4- أهمية وأهداف إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية.
15	5- تبني/تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية.
الفصل الثاني: المفاهيم المرتبطة بالخدمة الصحية.	
22	1- مفهوم الصحة والمؤسسة الصحية.
27	2- مفهوم الخدمة وتصنيفاتها.
29	3- الخدمة الصحية وخصائصها.
35	4- المزيج التسويقي للخدمة الصحية.
38	5- طرق تقديم الخدمة الصحية.
الفصل الثالث: جودة الخدمة الصحية.	
44	1- نشأة ممارسات جودة الخدمة الصحية.
44	2- مفهوم جودة الخدمة الصحية.
45	3- أهمية وأهداف جودة الخدمة الصحية.
47	4- مراحل تحقيق جودة الخدمة الصحية.
50	5- أبعاد/معايير جودة الخدمة الصحية.
الفصل الرابع: استخدام الموارد وتقييم الأداء في المؤسسة الصحية.	
55	1- موارد المؤسسة الصحية.
57	2- استخدام الموارد في المؤسسة الصحية.
60	3- أداء المؤسسة الصحية.
63	4- أهمية تقييم الأداء في المؤسسة الصحية.
63	5- مؤشرات تقييم الأداء في المؤسسة الصحية.

الفصل الخامس: تقييم جودة الخدمة الصحية.	
70	1- مستويات جودة الخدمة الصحية.
71	2- قياس وتقييم جودة الخدمة الصحية.
72	3- طرق قياس جودة الخدمة الصحية.
73	4- أهمية تقييم جودة الخدمة الصحية.
73	5- نماذج تقييم جودة الخدمة الصحية.
الفصل السادس: تحسين جودة الخدمة الصحية.	
82	1- مفهوم تحسين جودة الخدمة الصحية.
83	2- أهمية تحسين جودة الخدمة الصحية.
85	3- مراحل تحسين جودة الخدمة الصحية.
86	4- أدوات تحسين جودة الخدمة الصحية.
91	5- حلقات تحسين جودة الخدمة الصحية.
97	6- نظم الجودة لتحسين جودة الخدمات الصحية.
107	الخاتمة
109	قائمة المراجع
119	الملاحق
129	فهرس المحتويات

تم بحمد الله

