

دور إدارة الجودة الشاملة في زيادة فعالية إدارة العمليات بالمستشفيات : دراسة حالة مستشفى محمد بوضياف بالبويرة خلال سنة 2011

د. سنوسي علي
جامعة المسيلة

Abstract	ملخص
<p>La fonction des opérations et de la production figure parmi les fonctions principales de toute organisation, compte tenu du rôle direct et important qu'elle joue pour l'atteinte de l'objectif global de toute organisation, qui consiste en la production de marchandise ou l'offre de prestation de services de qualité satisfaisant aux attentes du consommateur. Outre son effet sur l'efficience des autres fonctions de l'organisation et partant de son impact sur l'efficacité de cette organisation. Qu'en dépit de l'importance de la concrétisation de l'efficacité des opérations des organisations en général et des hôpitaux en particulier, nos analyses de certaines études nous ont révélé l'absence d'un intérêt suffisant aux modalités d'assurer l'efficacité de la fonction des prestations au sein des hôpitaux, due à deux facteurs:</p> <p>1 - la concentration de certaines études sur l'amélioration de certains aspects de prestations de services au sein des hôpitaux, sans attacher une importance à la fonction des opérations comme fonction intégrée ;</p> <p>2- l'absence de consensus sur le concept de l'efficacité ou les paramètres pour jauger l'efficacité de la fonction des opérations au sein des hôpitaux.</p> <p>L'objectif de cette étude est d'analyser les dimensions de la qualité du service au sein des hôpitaux publics en Algérie et sa relation avec les indicateurs de l'efficacité de la fonction et des opérations et de la production, en vue de promouvoir la qualité des services de santé fournis aux patients.</p> <p>Mots clés : La fonction des opérations et de la production, la gestion de la qualité totale , efficience , Hôpital efficacité , le malade , Hôpital Mohamed Boudiaf , Algérie , normes , indicateurs , des services de santé . Hôpital Mohamed Boudiaf Bouira.</p>	<p>تعد وظيفة العمليات والإنتاج من الوظائف الرئيسية بأي منظمة، نظرا لما تلعبه هذه الوظيفة من دور مباشر في تحقيق الهدف العام لأي منظمة، والذي يتمثل في إنتاج سلعة أو تقديم خدمة بمستوى الجودة الذي يتفق مع توقعات المستهلك. بالإضافة إلى تأثير هذه الوظيفة على كفاءة الوظائف الأخرى بالمنظمة وبالتالي تأثيرها على الفعالية الكلية للمنظمة. وبالرغم من أهمية تحقيق فعالية وظيفة العمليات بالمنظمات الخدمية بصفة عامة والمستشفيات بصفة خاصة، إلا أن مراجعتنا لبعض الدراسات بينت لنا عدم وجود اهتمام كافي بكيفية تحقيق فعالية وظيفة العمليات بالمستشفيات والذي قد يرجع لسببين هما:</p> <p>1- تركيز بعض الدراسات على تحسين بعض جوانب عمليات الخدمة بالمستشفيات دون تناول وظيفة العمليات بها كوظيفة متكاملة.</p> <p>2- عدم الاتفاق على مفهوم الفعالية أو المؤشرات التي يمكن الاعتماد عليها في قياس فعالية وظيفة العمليات بالمستشفيات.</p> <p>ان الهدف من هذه الدراسة هو الوقوف على أبعاد جودة الخدمة بالمستشفيات العمومية في الجزائر وعلاقتها بمؤشرات فعالية وظيفة العمليات والإنتاج حتى يمكن الارتقاء بمستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة للمرضى .</p> <p>كلمات مفتاحية : وظيفة العمليات والإنتاج، إدارة الجودة الشاملة، الكفاءة، الفعالية، المريض، المستشفى، الجزائر، معايير، مؤشرات، خدمة صحية، مستشفى محمد بوضياف بالبويرة .</p>

مقدمة

لقد أصبح مفهوم الجودة مختلف تماماً عما كان عليه في العقود السابقة. ففي الماضي كانت كلمة الجودة مرتبطة بوجودها بالمصانع و الأماكن الإنتاجية فقط لكن الآن نرى كلمة الجودة مرتبطة بكل الصناعات والخدمات وكذلك نجد أنها موجودة ومرتبطة بكل أوجه الأنشطة في كل مؤسسة أو هيئة، ولما كانت المستشفيات تمثل جزء كبيراً ومهما من النظام العلاجي والصحي في العالم كله، فقد قام العديد من

الباحثين المسؤولين في مجال الجودة بالاهتمام بموضوع إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات بمفهومها الحديث، أي تطبيق أحدث الأساليب والمناهج والأدوات لتحسين جودة العمليات والإنتاج في المستشفيات، لأن فلسفة إدارة الجودة الشاملة تركز على الزبون وكيفية تلبية احتياجاته ورغباته المتنامية، فضلا عن أنها تركز على ضرورة تكامل الأنشطة والوظائف داخل المنظمة، والتشارك بين المستويات الإدارية جميعها، وذلك لإتقان العمل من البداية وحتى النهاية بأقل الأخطاء والتكاليف الممكنة. وتعد المنظومة الصحية العمومية في الجزائر من القطاعات الخدمية النشطة والحيوية في تنمية الاقتصاد الوطني. لا شك أن تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة يمكن أن يعزز مستوى جودة الخدمات الصحية التي يجب أن تفي باحتياجات وتوقعات المرضى.

إشكالية الدراسة: ما تزال أهمية إدارة الجودة الشاملة غير ناضجة على نطاق واسع لدى كثير من القطاعات الخدمية على وجه العموم والمستشفيات العمومية في الجزائر على وجه الخصوص، من هنا فان إشكالية هذه الدراسة تتمثل في: **كيف** يمكن الاستفادة من إدارة الجودة الشاملة كمنهج متكامل في زيادة فعالية العمليات والإنتاج بالمستشفيات العمومية في الجزائر؟

أولا : مدخل إلى إدارة المستشفيات

تعرف إدارة المستشفيات على أنها " مجموعة المفاهيم والمبادئ والمقومات التي تؤثر وتتفاعل لتوفير الخدمات الصحية التي يقدمها المستشفى علاجيا ووقائيا وبحثيا وتنمية للقوى البشرية والصحية".

وهناك من عرفها على أنها " هي وسيلة تحقيق الأهداف المتعلقة بالصحة العامة في المجتمع المحيط بالمستشفى من خلال الاستخدام الأمثل لمجموعة الموارد المالية والمادية التي تساعد على الوفاء باحتياجات صحة الفرد، ولذلك فان إدارة المستشفى تهدف إلى انجاز السياسة العامة المتعلقة بالصحة العامة مع السعي إلى اكتشاف أفضل طرق البحث لزيادة الفاعلية والأداء في الخدمات الصحية التي يقدمها المستشفى علاجيا ووقائيا وبحثيا وتنمية للقوى البشرية والصحية".

وتشمل إدارة المستشفيات حسب هذا التعريف كل ما يتعلق بمقومات الخدمات الصحية من مؤسسات ونظم ومصادر تمويل وقوى بشرية، والإدارة السليمة هي التي تضمن الاستعمال الرشيد والعقلاني لكل هذه الموارد، وتوجيهها نحو أهداف محددة ومخطط لها، بحيث تصل في النهاية إلى الهدف الرئيسي للمستشفى، وهو تقديم خدمة صحية ذات جودة عالية وبأقل تكلفة ممكنة، يتحملها الاقتصاد الوطني ككل، وكل فرد من أفراد المجتمع .

ومن أسباب ظهور علم إدارة المستشفيات، ارتفاع تكلفة الخدمات الصحية، ظهور شركات التأمين الصحي ومؤسسات الضمان والتأمين الاجتماعي، وزيادة الحاجة لمعلومات وأرقام دقيقة لغايات التخطيط الصحي، وتنامي دور المستشفى في المجتمع ونشاطاته الاجتماعية والاقتصادية بالإضافة إلى تعدد التخصصات الطبية وزيادة أعداد الكوادر البشرية العاملة في المستشفيات وزيادة التكاليف الرأسمالية لإنشاء وصيانة المؤسسات الصحية وتعدد أنواع المستشفيات وتصنيفاتها، وأخيرا

فان أهمية صحة الإنسان نفسه لها دور كبير في أسباب ظهور علم إدارة المستشفيات للعناية والتركيز على صحة الأفراد والمجتمع.

1 - **تعريف المستشفى ومفهومه:** هي منظمات صحية متعددة الأنواع والأشكال والأغراض، انتشرت في كافة بلدان العالم، فهي عبارة عن أنظمة من القطاع الصحي، حيث تشكل مجموعها النسبة الأكبر منه. وقد اختلفت آراء المنظمات المتخصصة والكتاب المتخصصين في مجال إدارة المستشفيات حول مفهوم المستشفى، وبالتالي لقد أعطيت عدة تعاريف للمستشفى نذكر منها ما يلي:

عرفت الهيئة الأمريكية للمستشفيات (American Hospital Association) المستشفى كما يلي " المستشفى مؤسسة تحتوي على جهاز طبي منظم، يتمتع بتسهيلات دائمة يشمل على أسرة التنويم وخدمات طبية، تتضمن خدمات الأطباء وخدمات التمريض المستمرة وذلك لإعطاء المرضى التشخيص والعلاج اللازمين"ⁱⁱⁱ.

أما منظمة الصحة العالمية (World Health Organization)، فقد عرفت المستشفى على أنه " جزء أساسي من تنظيم اجتماعي وطبي تتلخص وظيفته في تقديم رعاية صحية كاملة للسكان، علاجية كانت أو وقائية وكذلك تدريب العاملين الصحيين وللقيام ببحوث اجتماعية حيوية"^{iv}. بما أن كلمة مستشفى Hôpital تطلق على مؤسسات صحية متباينة من حيث الوظائف والحجم، لذلك أعادت منظمة الصحة العالمية تعريف المستشفى كما يلي " المستشفى مركز متخصص في تشخيص الحالات التي يعاني منها المرضى والقيام بعلاجهم وتأهيلهم سواء كان ذلك في عياداته الخارجية أو في أقسامه الداخلية ، كما أنه مركز لتوفير خدمات الرعاية الصحية الأولية وتعليم وتدريب العاملين الصحيين وللقيام بالبحوث الطبية والوبائية والاجتماعية والتنظيمية"^v.

فالمستشفى بما يشمله من موارد مادية وبشرية تعد المكان الأول والمناسب الذي يفكر فيه الإنسان حينما يحتاج للرعاية الطبية، فهي القلب المهني والاقتصادي لممارسة الخدمة الطبية والتكنولوجيا الطبية بصفة مستمرة، وهكذا أصبح المستشفى المحور التنظيمي لنظام تقديم خدمات الرعاية الصحية في كل دول العالم والمكان المؤدي لتوصيل الرعاية للمريض"^{vi}.

أما الدكتور محمد أمين فيرى أنه قبل إعطاء تعريف متكامل للمستشفى لا بد من الإجابة عن السؤال التالي: ما هو المستشفى وما مضمونه وما الأهداف التي تسعى إليها؟ ويجب على هذا السؤال بأن " المستشفى منظمة اجتماعية فنية معقدة (نظام رئيسي مركب) تحتوي على أسرة للتنويم وتتألف من مجموعة من النشاطات الجزئية (الأنظمة الجزئية) أهمها : نشاط التشخيص، ونشاط العلاج، ونشاط التمريض، ونشاط الخدمات الطبية المساعدة، ونشاط الخدمات العامة، ونشاط خدمات شؤون المرضى، ونشاط الوحدات الإدارية، ونشاط الوحدات الاستثمارية التي يؤثر بعضها على بعض ويتأثر بعضها ببعض ويعمل بعضها مع بعض لتحقيق أهداف تقديم الرعاية الصحية"^{vii}.

وهناك من عرفه أيضا على أنه " عن منظمة اجتماعية صحية تقوم بأداء جميع الوظائف العلاجية والوقائية والتدريبية والعلمية وكذلك الوظائف المهنية والتأهيلية بالإضافة إلى مهام البحث العلمي بهدف المساعدة في تحقيق الأهداف العامة للتخطيط الصحي على المستوى الوطني أو المحلي " ^{viii}

2- خصائص المستشفى: للمستشفى طبيعة وخصائص مميزة عن سائر المنظمات الأخرى ، ويمكن تلخيص هذه الخصائص فيما يلي ^{ix} :

أ- المستشفى نظام مفتوح: المستشفى نظام مفتوح يحوي أنظمة جزئية كثيرة تتفاعل مع بعضها البعض، كما تتفاعل مع النظام الأكبر والأشمل والذي يمثل بيئته، وتتشأ بينهما صلات ذات تأثير متبادل، ويعتمد نجاحه في أداء وظيفته على درجة التكيف مع البيئة الخارجية.

ب- المستشفى تنظيم معقد: يعتبر المستشفى تنظيما معقدا، حيث يشمل على عدد كبير من الأفراد علاوة على التخصص الدقيق في أقسامه المختلفة، وأساليب التكنولوجيا المستخدمة في الوقاية والعلاج وهو نظام مركب يتكون من عدة أنظمة فرعية وهي تجميع لعدة أنظمة لكل منها طبيعة مميزة وهذا في حد ذاته تحد لإدارة المستشفى.

ج- المستشفى نظام إنساني: المستشفى نظام إنساني من الدرجة الأولى لأنها تعمل من أجل الإنسان المريض أو المستفيد من خدماتها - والذي يحتاج إلى أعلى مستوى من التعامل الإنساني والطبي بواسطة الأفراد العاملين فيه - في مختلف مجالات العلم والمعرفة الطبية، والتي توضع في خدمة المريض الذي هو الهدف الأساسي للمستشفى.

د- المستشفى نظام متعدد الأهداف: المستشفى نظام متعدد الأهداف يجب إشباعها في وقت واحد، مثل هدف تقديم الرعاية الطبية والعلاجية، التعليم والتدريب، البحث والتطوير... الخ.

هـ- المستشفى نظام يميل إلى التخصص الدقيق.

و- المستشفى نظام تكنولوجي مكثف^x: يستخدم المستشفى الحديث الأجهزة الطبية الحديثة والمعقدة في التشخيص والعلاج وهي تحتاج إلى خبرات متخصصة عالية للإشراف على تشغيلها وصيانتها.

ن- المستشفى نظام تزدوج فيه خطوط السلطة^{xi}: وجود أكثر من خط للسلطة داخل المستشفى بين مختلف المهن والمستويات الإدارية، وهو ما قد يؤدي إلى صراع السلطة والى نزاع تنظيمي بين مختلف المجموعات من منطلق اهتماماتهم المهنية.

ي- المستشفى نظام يصعب فيه التنبؤ بحجم الطلب المستقبلي على خدماته: يصعب في المستشفى التنبؤ بحجم الطلب المستقبلي نظرا لأن طلب العلاج مسألة تحكمها اعتبارات شخصية من ناحية، ومن ناحية أخرى فان الأولوية تعطى دائما للحالات الاستعجالية والحوادث مما يصعب التنبؤ بها في كثير من الأحيان، ويزيد من هذه الصعوبة، أنه يستحيل تنميط طرق العلاج أو ميكنة بعضا من نواحي أو خطوات العلاج، وهذا يتطلب أن تكون خطة المستشفى مرنة بحيث يمكن مواجهة ظروف عدم التأكد أو أية ظروف غير متوقعة.

ل- المستشفى تنظيم يعمل تحت ضغوط مستمرة: المستشفى تنظيم يعمل تحت ضغوط مستمرة لأن العاملين فيها غالبا ما يعملون تحت ضغط نفسي مستمر ومتكرر وبصفة يومية مما يجعلهم مشدودي الأعصاب ومتوترين لأنهم يتعاملون مع مشكلة الموت والحياة، مما يجعل العاملين بها تحت ضغوط بصفة مستمرة ولذا فهي ليست منظمة خدمية عادية.

3- وظائف المستشفى وأهدافه: تعددت وظائف المستشفى في العصر الحديث، ومن الوظائف الأساسية للمستشفى نذكر ما يلي:

أ- تقديم جميع مستويات الخدمة الطبية : وتضم خدمات الرعاية الصحية الأولية والثانوية والتخصصية، بالإضافة إلى خدمات الرعاية طويلة الأمد والخدمات الطبية المساندة كالتحاليل المخبرية والأشعة والصيدلانية، ومن خلال أحدث التكنولوجيا الطبية والاهتمام بالأحوال الاجتماعية والنفسية للمريض وتوفير أسباب الراحة للمريض أثناء علاجه ومستويات الخدمة الطبية التي يقدمها المستشفى^{xii}.

ب- التثقيف الصحي والوقاية من الأمراض: إن التثقيف الصحي بين أفراد المجتمع ومشاركة الهيئات الرسمية وغير الرسمية في حملات مكافحة الأمراض والتلوث البيئي وكيفية الوقاية من الأوبئة والأمراض المعدية تعتبر من الوظائف الحيوية للمستشفى، بالإضافة إلى قيام المستشفى بجميع الخدمات الخاصة ببرامج الرعاية الصحية وصحة الأمومة والطفولة وكذلك المشاركة في مختلف الحملات الإعلامية حول الصحة العامة وصحة الفرد والأسرة.

التعليم والتدريب وتطوير وتنمية المعرفة والخبرات لدى الكوادر الطبية والتمريضية: تعتبر المستشفيات من أهم المراكز التعليمية والتطبيقية لجميع الكوادر البشرية العاملة بالمستشفى.

ج- إجراء التجارب والبحوث الطبية: تلعب المستشفيات دورا حيويا في اكتشاف الحالات المرضية ومتابعتها وإيجاد وتطوير العلاجات المناسبة، ومن ضمن الأبحاث والدراسات التي يقوم بها المستشفى، تحديد وفهم المشاكل الصحية التي تحدث وتحديد أولويات حلها، وتحسين استخدام الموارد المتاحة وإيجاد سياسات خاصة باستخدامها بكفاءة وفعالية، ومن خلال هذه الوظيفة يتم تشجيع روح الابتكار والتجربة والمساهمة في الإبداع والتطوير^{xiii}.

ثانيا : فعالية وظيفة العمليات والإنتاج بالمستشفيات

ليس هناك مفهوم عام للفعالية يمكن الاعتماد عليه، وإنما يمكن الاعتماد على المفهوم الذي يتفق وطبيعة عمل المستشفيات ومؤشرات أداء إدارة العمليات بهذه المنظمات في ضوء مجموعة محددة من الأبعاد، والتي يمكن توضيحها في الجزء التالي.

1- فيما يتعلق بمفهوم الفعالية: يمكن تقسيم الدراسات التنظيمية الى مجموعتين من الدراسات ، حيث ركزت المجموعة الأولى منها على مفهوم الأهداف التنظيمية واعتبار أن فعالية المنظمة تتعلق بقدرتها على تحقيق أهدافها^{xiv} (Lewin, Arie and Minton John W) إلا أن هناك ضرورة للتعارض الظاهري بين هذه الأهداف والتي

تتضمن بداخلها وفيما بينها درجة من التكامل^{xv} (Cameron . 1986)، وبالتالي فإن هذه المجموعة من الدراسات تنظر للمنظمة الفعالة على أنها تلك التي تحتوي على خصائص وأهداف متعارضة ظاهريا، إلا أنها تتكامل في نفس الوقت في سبيل تحقيق الهدف العام للمنظمة.

أن النظر إلى فعالية المنظمة على أنها تحقيق الأهداف ، قد يكون مناسباً عند التركيز على تحقيق الأهداف التنظيمية الداخلية دون الاهتمام بعلاقتها مع البيئة الخارجية^{xvi} (Provan ,1980). بالإضافة إلى أنه يصعب التفرقة بين الأهداف والقيود التنظيمية، فضلا على أن صياغة الأهداف قد تختلف بين أعضاء المنظمة من فرد لآخر، مما يفقدها الوضوح والتحديد، بالإضافة إلى عدم إمكانية استخدام هدف واحد يعبر عن الهدف العام لمختلف المنظمات وبالتالي يصعب القول أن فعالية المنظمة تتمثل في قدرتها على تحقيق أهدافها.

أما المجموعة الثانية من الدراسات فتتظر للفعالية على أنها قدرة المنظمة على الحصول وتوفير الموارد اللازمة لها وقد يتفق هذا المفهوم مع النظرة الشاملة للمنظمة وتفاعلها مع البيئة في الحصول على الموارد النادرة في أداء المنظمة وضرورة رضائهم عنها^{xvii} (Connolly. Et. Al , 1980). إلا أن هذا المفهوم لا يأخذ في الاعتبار الأهداف التنظيمية أو درجة رضا الأطراف الآخرين عن أداء المنظمة، فالفعالية يجب النظر إليها بدرجة أكثر شمولية لتتضمن قدرة المنظمة على الحصول على مواردها وتحقيق أهدافها وإرضاء الأطراف المتعاملة معها.

نستنتج مما سبق أنه ليس هناك مفهوم عام للفعالية يمكن الاعتماد عليه، وإنما يمكن الاعتماد على ذلك المفهوم الذي يتفق وطبيعة المستشفيات ومؤشرات أداء إدارة العمليات بهذه المنظمات في ضوء مجموعة محددة من الأبعاد والذي سيتم توضيحه في الجزء التالي.

2- فيما يتعلق بالمعايير التي يمكن الارتكاز عليها كأبعاد للفعالية: توضح الدراسات التي قام بها (Lewin, Arie Y.& Minton John W, 1986) ، Schmitt (1993) و (Walton and Dawson,2001) وجود درجة كبيرة من عدم الاتفاق على معايير محددة للفعالية والتي تختلف على مدار تطور الفكر الإداري من مدرسة لأخرى . فقد حددتها المدرسة العلمية للإدارة في مجموعة من الخصائص والتي تتمثل في تعظيم الإنتاج، تدنيه التكاليف ، الاستخدام الأمثل للموارد . بينما حددتها المدرسة الوظيفية "فيول" في عنصري التقسيم السليم للعمل وتطبيق المبادئ المختلفة الأخرى للتنظيم. في حين ركزت مدرسة العلاقات الإنسانية على تحقيق الإنتاجية من خلال رضا العاملين، بالإضافة إلى المدارس الأخرى للفكر الإداري والتي ينظر كل منها للفعالية نظرة مختلفة قد تتعلق بالمدخلات أو العمليات أو المخرجات أو الأطراف الخارجية التي تتعامل مع المنظمة. إضافة إلى ذلك، فقد اختلفت الدراسات الحديثة في تناول معايير الفعالية، فالبعض يحددها في جودة المخرجات، التقييم الخارجي للمنظمة، الرقابة الداخلية، الكفاءة^{xviii}.

هذه المعايير وغيرها تؤكد عدم الاتفاق فيما بينها على معايير عامة ومشاركة للفعالية يمكن تطبيقها على كافة المنظمات أو على كافة الوظائف أو الأقسام داخل المنظمة

الواحدة، إلا أن هذه الدراسات تتفق فيما بينها على ضرورة عدم الاعتماد على بعد واحد لقياس الفعالية. فهناك ضرورة لأخذ وجهات نظر الداخلية والخارجية في الاعتبار وضرورة الاهتمام بفعالية المنظمة من وجهة نظر العميل، وينبع ذلك من تعدد أهداف الأطراف المتعاملة مع المنظمة وتعارضها في نفس الوقت. والمنظمة الفعالة هي التي تستطيع إشباع وإرضاء كافة الأطراف المتعاملين معها بما يؤكد استمرارية التعامل معها^{xix}.

يمكن إرجاع الاختلاف الموجود بين الباحثين حول مفهوم الفعالية والمعايير الخاصة بها إلى الأسباب التالية:

■ لا يمكن تعميم مفهوم واحد للفعالية لأنه يرتبط بمفهوم المنظمة والذي لا يمكن تعميمه أيضا؛

■ ان الفعالية عملية مستمرة ومتغيرة من وقت لآخر، وبالتالي فما يعتبر معايير لفعالية المنظمة في وقت معين لا يعتبر كذلك في وقت آخر، وأن ما يعتبر معايير لفعالية وظيفة معينة بالمنظمة لا يعتبر كذلك لوظيفة أخرى؛

■ ان معايير الفعالية تعتمد على قيم وتفضيلات الأفراد أو الأطراف ذات العلاقة بالمنظمة، وبالتالي فهي قد لا ترتبط بأداء المنظمة بقدر ما ترتبط بمنطق الفرد الخاص به والذي يحاول من خلاله تقييم المنظمة ، كما أن الفرد تختلف تفضيلا ته من وقت لآخر مما يؤدي إلى اختلاف معايير الفعالية لديه.

إن هذه الأسباب تدعو إلى ضرورة تحديد معايير فعالية إدارة العمليات والإنتاج بالمستشفيات في ضوء كل من طبيعة أداء هذه الإدارة لوظائفها المختلفة بالمستشفى وتفضيلات كل من المرضى المتعاملين معها والأفراد العاملين بها وبما يأخذ في الاعتبار كل من الأبعاد الفنية والوظيفية لجودة الخدمات الصحية بالمستشفيات.

وبالرغم من ندرة الدراسات عن فعالية وظيفة العمليات والإنتاج بالمنظمات الخدمية، إلا أن هناك بعض الدراسات^{xx} ركزت على أهمية الاتصالات الفعالة وتوافر نظم المعلومات الفعالة بين الوظائف المختلفة لتحقيق فعالية هذه الوظائف بما يؤثر على فعالية المنظمة ككل. بالإضافة إلى قدرة وظيفة العمليات والإنتاج على إمكانية تنميط عملياتها بما لا يتعارض مع تحقيق درجة عالية من الجودة وإشباع حاجات العملاء. ويلاحظ أن فعالية الاتصالات بين الوظائف المختلفة بالمنظمة لا تقتصر على وظيفة العمليات والإنتاج وحدها وبالتالي فهي لا تعكس الطبيعة الخاصة لهذه الوظيفة، كما أن قدرة وظيفة العمليات والإنتاج على تنميط عملياتها قد يتعارض مع طبيعة الخدمة الصحية وما تتسم به من درجة عالية من خصوصية الخدمة للمريض، فضلا عن صعوبة وضع مقياس يحدد قدرة وظيفة العمليات على تنميط الخدمة.

ينضح لنا مما سبق أنه بالرغم من صعوبة الاعتماد على كل من قدرة وظيفة العمليات والإنتاج على الاتصالات الفعالة بالوظائف الأخرى ، وقدرتها على تنميط عملياتها كمعايير لقياس فعالية هذه الوظيفة إلا أنه يمكن الاعتماد على ارتفاع معدلات الإنتاج وعدد العملاء الذين يتم خدمتهم كأحد مقاييس فعالية هذه الوظيفة.

وباستعراض بعض دراسات الفعالية في المستشفيات يتضح لنا عدم الاتفاق بين هذه الدراسات على مجموعة واحدة من المعايير، فالبعض يحدد أربع أبعاد أساسية لفعالية المستشفيات وهي^{xxi}:

أ- مؤشرات الفعالية المتعلقة بالبعد المالي:

- مؤشرات العملية: وتتمثل في:
مؤشرات قصيرة الأجل: مطابقة الميزانية التقديرية (الاختلاف بين الفعلي والمستهدف)؛

مؤشرات طويلة الأجل: إدارة الإنتاجية (مثل تخفيض النفقات).

- مؤشرات النتائج: وتتمثل في

مؤشرات قصيرة الأجل: الربحية (هامش ربح التشغيل، مجمل الربح، العائد على الأصول المستثمرة، العائد على حق الملكية)؛

مؤشرات طويلة الأجل: النمو في الأصول وحقوق الملكية (أرصدة إجمالي الأصول).

ب - مؤشرات الفعالية المتعلقة بالبعد التشغيلي:

- مؤشرات العملية: وتتمثل في^{xxii} :

مؤشرات قصيرة الأجل تتعلق بالمريض: الوقت المستغرق لإتمام العمل (زمن دورة المريض)؛

مؤشرات قصيرة الأجل تتعلق بالطبيب: تركيبة هيئة الأطباء ؛

مؤشرات طويلة الأجل تتعلق بالمريض: نسبة انتشار المرض، معدل الوفيات المتسبب فيها بالمستشفى؛

مؤشرات طويلة الأجل تتعلق بالطبيب: جودة هيئة الأطباء (درجة نمو ومزيج هيئة الأطباء، نسبة الأطباء المعترف بهم دولياً إلى إجمالي الأطباء بالمستشفى).

- مؤشرات النتائج: تتمثل في:

مؤشرات قصيرة الأجل تتعلق بالمريض: معدل الوفيات الكلي، النسبة الكلية لانتشار المرض؛

مؤشرات قصيرة الأجل تتعلق بالطبيب: أداء هيئة الأطباء (عدد دعاوي أو ادعاءات الضرر من المرضى نتيجة لنقصير الأطباء)؛

مؤشرات طويلة الأجل تتعلق بالمريض: رضا المريض، نية المريض في توصية الآخرين بالتعامل مع المستشفى، الحصة السوقية للمستشفى)؛

مؤشرات طويلة الأجل تتعلق بالطبيب: اتجاهات هيئة الأطباء عن العمل والمستشفى (درجة رضا الأطباء).

ج- مؤشرات الفعالية المتعلقة بالبعد الخاص بالموارد البشرية:

- مؤشرات العملية: وتتمثل في:

مؤشرات قصيرة الأجل: اتجاهات العاملين (مثل الرضا الوظيفي عن العمل)؛

مؤشرات طويلة الأجل: اتجاهات العاملين الأخرى (مثل الالتزام التنظيمي والولاء التنظيمي).

- مؤشرات النتائج: وتتمثل في:
 - مؤشرات قصيرة الأجل: معدلات الغياب للعاملين بالمستشفى؛
 - مؤشرات طويلة الأجل: معدلات دوران العمل بالمستشفى.
- د- مؤشرات الفعالية المتعلقة بالسوق**
 - مؤشرات العملية: وتتمثل في:
 - مؤشرات قصيرة الأجل: الوصول إلى الخدمة (طول فترات الانتظار حتى الانتهاء من إجراءات التقديم للمستشفى، مدى توافر أماكن الانتظار)؛
 - مؤشرات طويلة الأجل: إمكانية الوصول للخدمة (معدلات الرعاية الصحية بالنسبة للأطباء).
 - مؤشرات النتائج: وتتمثل في:
 - مؤشرات قصيرة الأجل: الحالة الصحية للسوق أو المجتمع المستهدف (معدل الوفيات)؛
 - مؤشرات طويلة الأجل: الحالة الصحية (إمكانية الحد من انتشار الأمراض والحد من الوفيات، معدلات وفيات الأطفال، معدلات وفيات الأمهات).
- من الصعب الاعتماد على النتائج الخاصة بالمريض كمقياس وحيد لفعالية المستشفيات لأنها تتأثر بعدم التأكد الخاص باستراتيجيات العلاج المثلي والاختلاف في استخدام الموارد اللازمة للعلاج والفروق في مجتمعات المرضى التي يتم خدمتها، ودور المريض في اختياره لطرق العلاج وأخيرا تتأثر بالعديد من العوامل التنظيمية وغير التنظيمية الأخرى.
- في ظل العرض السابق للأدب الإداري في مجال فعالية المستشفيات، ومن خلال الدراسة الميدانية الاستطلاعية التي قام بها الباحث بالمستشفى محل الدراسة* يمكن استنتاج ما يلي:
 - أن فعالية وظيفة العمليات والإنتاج بالمستشفى محل الدراسة تتمثل في البعد التشغيلي لفعالية المستشفى ككل ؛
 - يمكن تقسيم مؤشرات فعالية وظيفة العمليات والإنتاج إلى مجموعتين من المؤشرات هما: مؤشرات تتعلق بالقائم بالعمليات (مقدمي الخدمة، أطباء، ممرضين، وموظفين آخرين) ومؤشرات تتعلق بالمريض وكلاهما يتضمن مؤشرات تتعلق بالأجل القصير وأخرى تتعلق بالأجل الطويل؛
- يمكن تقسيم مؤشرات كل من المجموعتين السابقتين إلى مؤشرات خاصة بالمدجات ، ومؤشرات خاصة بالعملية ، وأخرى خاصة بالنتائج والتي يرتبط كل منها إما بخدمة المرضى المقيمين أو بالعيادات والأقسام الخارجية.
- ويوضح الجدول رقم 1 مؤشرات فعالية وظيفة العمليات والإنتاج، والتي سيتم الاعتماد عليها فيما تبقى من هذه الدراسة.

الجدول رقم 1 : مؤشرات فعالية وظيفة العمليات والإنتاج بالمستشفيات

عناصر عمليات الخدمة الصحية بالمستشفى	مؤشرات المدخلات		مؤشرات العملية		مؤشرات النتائج	
	قصيرة الأجل	طويلة الأجل	قصيرة الأجل	طويلة الأجل	قصيرة الأجل	طويلة الأجل
القائم بالعمليات مقدمي الخدمة	مدى توافر الأغذية، مدى توافر المحاليل والأدوية	معدلات تطوير أجهزة العمليات الجراحية والغالبية المركزة	معدل تاجيل العمليات الجراحية وتركيبية هيئة الأطباء	جودة هيئة الأطباء (درجة نمو ومزيج الأطباء ونسبة الأطباء المعترف بهم دوليا)	اداء هيكل الأطباء (عدد دعاوي الضرر من المرضى نتيجة لتقصير الأطباء) ، أداء التمريض	هيئة الأطباء وهيئة التمريض والعاملين في المستشفى (درجة الرضا)
مؤشرات تتعلق بالعيادات والأقسام الخارجية		معدل تطوير أجهزة الكشف والأشعة والتحليل	معدل تكرار الأشعة والتحليل	جودة التمريض والعاملين الآخرين	اداء هيكل الأطباء (تكرار الزيارة لنفس المرضى) ، عدد الشكاوي بعدم التشخيص الدقيق	
المرضى	مؤشرات تتعلق بخدمات المرضى المقيمين		معدلات بقاء المرضى بالمستشفى	نسبة انتشار المرض ومعدل الوفيات المتسببة فيها بالمستشفى	معدل الوفيات العام بالمستشفى - النسبة العامة لانتشار المرض في المجتمع الذي يخدمه المستشفى	- رضا العميل - نية العميل بتوجيه الآخرين بالتعامل مع المستشفى - الحصة السوقية للمستشفى
مؤشرات تتعلق بالعيادات والأقسام الخارجية		المرضى يتسلسل الإجراءات بالمستشفى بسهولة للوصول للخدمة المطلوبة	- الزمن الذي يستغرقه المريض من لحظة وصوله وحتى تركه المستشفى - فترات الانتظار	درجة الوعي الصحي في المجتمع الذي تخدمه العيادات	تغيرات الحالة الصحية للمريض (عدد الشكاوي بعدم جدوى العلاج أو مناسبه)	

المصدر : مجدي عبد الفتاح عبد الرحمان ، دور إدارة الجودة الكلية في زيادة فعالية إدارة العمليات في صناعة الخدمات بالتطبيق على إدارة المستشفيات ، بحث مقدم للحصول على درجة دكتوراه الفلسفة في إدارة الأعمال ، جامعة القاهرة ، 2001 ، ص 65

ثالثا : إدارة الجودة الشاملة

1- تعريف إدارة الجودة الشاملة: إن إدارة الجودة الشاملة هي نظام متكامل للإدارة وليس مجرد سلسلة من البرامج أو مجموعة من الوسائل. ومن هذا المنطلق فإن إدارة الجودة الشاملة هي الإستراتيجية التنظيمية التي تؤدي إلى إنتاج منتجات وخدمات ذات جودة عالية . فهي مجموعة من الاستراتيجيات والوسائل والعناصر والمبادئ التي تهدف إلى التحسين المستمر وتحقيق جودة العمليات والمنتجات والمنظمة ككل بما يحقق الإشباع الكامل للعميل^{xxiii} . وهناك من عرفها أيضا على أنها " الإدارة المسؤولة عن ممارسة العملية الإدارية من تخطيط وتنظيم وتوجيه

ورقابة لإنتاج منتجات وتقديم خدمات خالية من العيوب وتحقيق الأهداف التنظيمية ومتطلبات وحاجات العملاء^{xxiv} .

في حين عرفها فريد عبد الفتاح زين الدين على أنها " ثورة ثقافية في الطريقة التي تعمل وتفكر بها الإدارة حول تحسين الجودة، وهي مدخل يعبر عن مزيد من الإحساس المشترك في ممارسات الإدارة، والتي تؤكد على الاتصالات في الاتجاهين وأهمية المقاييس الإحصائية. أنها تغيير مستمر من إدارة تنظر إلى النتائج إلى إدارة تتفهم وتدير العمليات بشكل يحقق النتائج، أنها نتاج ممارسة الإدارة والطرق التحليلية التي تدعو إلى عملية التحسين المستمر، والتي بدورها تقود إلى تخفيض التكلفة^{xxv} .

وعليه يمكن القول أن إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات لا تعبر عن حالة سکون لما يقدم للمريض، بل هي تخضع للتحسين المستمر عبر إدارة متخصصة ضمن الهيكل التنظيمي للمستشفى، وهدافة إلى تحقيق الشمولية والتكاملية في الأداء^{xxvi} . وانطلاقا مما سبق، تعتبر إدارة الجودة الشاملة خطوة متقدمة على طريق تحسين الجودة، وهي فلسفة إدارية تستهدف التحسين المستمر لكافة العمليات في المستشفى، وتضم كافة العاملين، وتهدف إلى تحقيق الرضا الكامل للزبون من خلال التعرف على احتياجاته وتوقعاته ومساندة الإدارة العليا ومشاركتها ودعمها لأساليب التحسين^{xxvii} .

2- أسس و مبادئ إدارة الجودة الشاملة^{xxviii} : إن تفعيل فلسفة إدارة الجودة الشاملة داخل المستشفى يتطلب توافر عدة أسس ومبادئ تتناسب وتتكامل فيما بينها لتحقيق أهدافها، نذكر منها:

- مبدأ التركيز على الزبون: أشارت منظمة الجودة البريطانية للعملاء بشمولية أكبر، حيث عرفت العملاء بأنهم المستثمرون والموظفون وأصحاب المصالح والموردون والمجتمع بأسره وأي شخص له علاقة معينة بالمستشفى، لذلك على هذا الأخير أن يضع في حساباته الأنشطة التي من شأنها أن تحقق للعميل الجودة العالية التي تتسجم مع ضرورة تعزيز أواصر الثقة بينه وبين المنظمة.
- التركيز على العمليات والنتائج معا: في ظل إدارة الجودة الشاملة يجب تركيز الجهود لإيجاد حلول مستمرة للمشاكل التي تعترض سبيل تحسين جودة المنتجات والخدمات. فالنتائج المعيبة تعتبر مؤشرا على عدم الجودة.
- الوقاية من الأخطاء قبل وقوعها: إن الاهتمام بالعمليات والنتائج معا، كما هو مبين في المبدأ الثاني مع تطبيق المبدأ الثالث يسهل عملية الوقاية من الأخطاء قبل وقوعها؛
- تدعيم وتعبئة خبرات القوى العاملة (مبدأ حشد خبرات القوى العاملة): إن العمل الجماعي والمشاركة الجماعية في فرق العمل، يعتبران مطلبا أساسيا في نجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة؛

■ اتخاذ القرارات المبنية على الحقائق: ضرورة وجود نظام لإدخال وتخزين واسترجاع المعلومات، يساعد على اتخاذ القرارات والقيام بالتحليل الدوري للأوضاع حتى يمكن تحقيق التطوير المستمر؛

■ الاهتمام بالتغذية العكسية: يسمح هذا المبدأ للمبادئ الأخرى أن تحقق النتائج المطلوبة منها، حيث تمثل جزء أساسيا من أجزاء النظام والمتمثل في المدخلات والعمليات التحويلية (الأنشطة) والمخرجات.

3- أهداف إدارة الجودة الشاملة^{xxix}: هناك أهداف متعددة لإدارة الجودة الشاملة نذكر منها:

■ إن إدارة الجودة الشاملة تمكن من تحقيق فعالية العمليات والإنتاج بالمنظمات الصناعية والخدمية على السواء من خلال الاهتمام بثلاث جوانب أساسية هي تخطيط الجودة (تصميم المنتج أو الخدمة، تصميم العمليات). ورقابة الجودة والتحسين المستمر للمنتجات والعمليات؛

■ تمكن إدارة الجودة الشاملة إدارة العمليات والإنتاج من القيام برقابة الجودة من خلال وضع مقاييس للجودة مثل معدلات الخطأ ، التأخر في انجاز المهام ، كما تقوم أيضا بتحديد أسباب الخطأ في المنتجات أو العمليات وتحديد ما إذا كانت أخطاء عامة لا تقع في نطاق تحكم العامل (مثل التصميم السيئ للمنتج، عدم قدرة الآلات على الأداء المطلوب، عدم ملائمة ظروف العمل... الخ) أو لأسباب خاصة تقع في نطاق تحكم العامل (نقص التدريب، خطأ العامل... الخ)؛

■ إن إدارة الجودة الشاملة هي فلسفة عامة للمنظمات والتي تستفيد من خلالها كل النظم بما فيها وظيفة العمليات والإنتاج بما يعمل على تضمين الجودة في تصميم المنتجات والخدمات والعمليات للوصول إلى مستوى الأخطاء ومحاولة التحسين المستمر للمنتجات والعمليات في ضوء الحاجات المتغيرة والمتجددة للمستهلك بما يضمن رضائه التام عن المنظمة ومنتجاتها وخدماتها.

رابعاً: إدارة الجودة الشاملة وعلاقتها بفعالية وظيفة العمليات والإنتاج بالمستشفيات

إن برامج إدارة الجودة الشاملة يمكنها من زيادة فعالية وظيفة العمليات والإنتاج بالمستشفيات من خلال تركيزها على أطراف التفاعل الخدمي بالمستشفى متمثلاً في:

1- إن إدارة الجودة الشاملة بتركيزها على علاقات العميل - الموارد، وتحديدها لنوعين من العملاء (عملاء داخليين: مقدمي الخدمة، عملاء خارجيين: المرضى وذويهم) تمكن من التركيز على تفاعلات الخدمة الصحية متمثلة في التفاعلات بين مقدمي الخدمة والمريض أو في تفاعلات مقدمي الخدمة وبعضهم البعض والذي قد يؤدي بدوره إلى زيادة فعالية العمليات والإنتاج بالمستشفيات؛

2- هناك ضرورة لإشراك الأطباء في إدارة برامج الجودة بالمستشفيات، إلا أنه ليس بالضرورة أن يكون إشراكهم منذ البداية لهذه البرامج مع الأخذ في الاعتبار أن إشراكهم يعكس الجانب الفني في تفاعلات الخدمة؛

3- تركز إدارة الجودة الشاملة على الأدوار المختلفة للمريض في نظام الخدمة (دوره كمورد وكمصدر للمعلومات، كمشارك في عملية الخدمة، كمنتج، كمتلقي أو كستهلك للخدمة) من خلال إنشاء نظام معلومات المستهلك وإعداد وتنفيذ برامج الاستجابة للمريض من قبل مدير العلاقات مع المرضى؛

4- إن اهتمام إدارة الجودة الشاملة بتفاعلات الخدمة عند تصميم عمليات ونظام الخدمة من شأنها أن تؤدي إلى الارتقاء بمستوى الجودة كما يدركها المريض. وعليه فإن هناك ارتباط كبير بين إدارة الجودة الشاملة وبين إمكانية تحقيق فعالية العمليات والإنتاج بالمستشفيات والذي يتضح من خلال ما تقدمه إدارة الجودة الشاملة من وسائل تمكن المستشفى من الارتقاء بمستوى تفاعلات الخدمة والذي ينعكس بطبيعة الحال على مستوى الجودة المدركة لدى المريض. إلا أنه يبقى على إدارة المستشفى وضع منهج متكامل يقوم على تحديد مشاكل المرضى وذويهم وربط هذه المشاكل بوظائف العمليات والإنتاج بها، ومحاولة حل هذه المشاكل في إطار الوظائف المختلفة لإدارة العمليات والإنتاج بها في ظل تهيئة المناخ التنظيمي لتطبيق مبادئ الجودة الشاملة والتوجه نحو حاجات العملاء الداخليين (العاملين في مختلف الأقسام) والخارجيين (المرضى وذويهم) وهذا ما سنحاول تطبيقه من خلال الجزء الميداني لهذه الدراسة.

خامسا: تصميم الدراسة الميدانية

يهدف هذا الجزء إلى التعريف بالمستشفى محل الدراسة ومكونات نظام الخدمة به، بالإضافة إلى توضيح ما قام به الباحث لتصميم وتنفيذ الدراسة الميدانية بالمستشفى محل الدراسة، وما استتبع ذلك من تحديد مجتمع الدراسة واختيار عينات الدراسة.

1- سبب اختيار مستشفى واحد لتنفيذ الدراسة الميدانية: يمكن إرجاع ذلك للأسباب التالية:

- إن مكونات وطبيعة نظام الخدمات الصحية في المستشفيات العمومية في الجزائر لا تختلف من حيث الخصائص الأساسية من مستشفى لآخر وذلك بغض النظر عن حجم أو طبيعة هذا المستشفى؛
- وجود مجموعة من العوامل والتي يمكن الاعتماد عليها كمؤشرات لفعالية وظيفة العمليات والإنتاج بالمستشفيات والتي لا تختلف من مستشفى لآخر، مما يمكن معه الاكتفاء بدراسة مستشفى واحد لقياس هذه المؤشرات. كما أن هدف الدراسة الحالية هو قياس فعالية وظيفة العمليات والإنتاج بالمستشفيات لزيادة هذه الفعالية وليس الهدف هو التحديد القاطع لهذه المؤشرات، فهذا يحتاج إلى دراسة مستقلة بذاتها؛
- إن الدراسة الاستطلاعية لمستشفيات وزارة الصحة قد أوضحت أن جميعها يخضع لتقسيم إداري واحد، إلى جانب خضوع كل منها إلى نفس اللوائح والقوانين وطريقة الإشراف والرقابة عليها، بالإضافة إلى توحيد مجموعة القواعد والإجراءات والممارسات التي تنظم أداء العمل بها بالإضافة إلى ذلك فإن هذه المستشفيات تقدم خدماتها لفئات متشابهة من الجمهور، سواء من حيث الظروف الاجتماعية أو المادية أو الثقافية أو الصحية وهذا قد يعني تشابه المتعاملين مع هذه المستشفيات. أضف

إلى ذلك ضعف إمكانيات هذه المستشفيات والتي لا تتناسب مع معدلات تردد المرضى المرتفعة وضعف مواردها لارتباطها بميزانية وزارة الصحة دون وجود موارد خاصة بها والذي قد يعني تماثل خصائص المستشفيات التابعة لوزارة الصحة مع بعضها البعض والذي يعني بدوره إمكانية الاعتماد على مستشفى واحد فقط لتطبيق هذه الدراسة.

2- دراسة الحالة: اعتمدنا في هذه الدراسة على مستشفى واحد، وهو المؤسسة الاستشفائية العمومية بالبويرة*، حيث يقدم خدمات علاجية عامة، كما يبينه الجدول رقم 1. كما تم تحديد مجتمع الدراسة في ضوء جميع العمليات الخدمية التي يقدمها المستشفى محل الدراسة ليشمل عدد المترددين على المستشفى وكذلك عدد مقدمي الخدمة خلال عام 2011 بناء على أحدث إحصائيات تم الحصول عليها من مصادرها : وقد بلغ إجمالي عدد الموظفين بالمستشفى محل الدراسة 768 موظف (كما هو موضح في الجدول رقم 4)، كما بلغ إجمالي عدد المتعاملين مع المستشفى 15000 (كما هو موضح في الجدول رقم 1)، ولأغراض القياس، فقد تم تحديد حجم المجتمع الخاص بكل عملية من العمليات الخدمية التي يقدمها المستشفى محل الدراسة.

أ- تحديد متغيرات الدراسة:

■ المتغير المستقل: ويتمثل في وسائل الجودة الشاملة سواء المتمثلة في تحديد مشاكل الجودة بالحالة موضع الدراسة أو بتحديد أولويات هذه المشاكل وكذلك وسائل تحديد أولويات الخدمة وتطبيقها والتي توفرها إدارة الجودة الشاملة.

■ المتغير التابع: ويتمثل في فعالية وظيفة العمليات والإنتاج بالمستشفى محل الدراسة من خلال مؤشرات من خلال مراجعة الأدب الإداري الخاص بجودة الخدمات .

ب - النموذج المتبع لقياس الحالة الميدانية: لقياس مؤشرات فعالية وظيفة العمليات والإنتاج، قمنا بإجراء عدد من المقابلات أو المشاهدات مع عينة من المرضى.

3- مكونات نظام الخدمة: يمكن حصر مكونات نظام الخدمة بالمستشفى محل الدراسة في العناصر التالية:

أ- البيئة المادية والموارد: تبلغ الطاقة الإنتاجية للمستشفى محل الدراسة معبرا عنه بعدد الأسرة ب 290 سرير موزعة على الأقسام المختلفة كما يوضحها الجدول رقم 2.

* يقع مستشفى (محمد بوضياف) محل الدراسة الميدانية في مركز عاصمة ولاية البويرة، شرق الجزائر العاصمة ويبعد عنها

بحوالي 120 كم، كما يغطي كثافة سكانية تقدر ب 195747 نسمة، حسب إحصائيات سنة 2010 .

الجدول رقم 2: الأقسام والمصالح الطبية المكونة لمستشفى محمد بوضياف بالبويرة وطاقتها السريرية لسنة 2011

عدد الوفيات	متوسط الاستشفائية D.M.S بالأيام	معدل الاستغلال T.O.M %	عدد الأيام الاستشفائية	عدد المرضى المقبولين	عدد الأسرة	المصالح أو الأقسام الطبية
61	08	60.78	13310	1522	60	الأمراض الداخلية
09	05	46.93	10277	1970	60	جراحة عامة
69	07	73.62	8061	1436	30	طب الأطفال
00	05	19.11	2092	502	30	طب العظام
00	02	1.41	77	50	30	طب العيون
60	01	79.25	3471	3616	15	الاستعجالات
36	03	43.84	640	177	04	الانعاش والتخدير
00	023	4.88	267	333	12	طب الأنف والحنجرة
00	01	32.67	7631	5394	64	أمراض النساء والتوليد
235	03	43.29	45826	15000	290	المجموع

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على إحصائيات خاصة بنشاطات المؤسسة العمومية الاستشفائية بالبويرة لسنة 2011

ب- الأفراد مقدمي الخدمة: ونعني بهم جميع المستخدمين بالمستشفى محل الدراسة بمختلف تخصصاتهم ووظائفهم كما يوضحها الجدول رقم 3..
الجدول رقم 3 : تعداد الموظفين بمستشفى محمد بوضياف بالبويرة لسنة 2011

عدد العاملين	الوظيفة
50	اطباء أخصائيون
33	اطباء عاملون
01	طبيب أسنان
01	صيدلي
312	ممرضين
35	إداريين
151	عمال متعددي الخدمات وسائقين
67	عمال مؤقتين ومتعاقدين
652	المجموع

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على إحصائيات من مصلحة المستخدمين بالمستشفى بالبويرة لسنة 2011

كما يمكن تقسيم الأطباء وفقا للتخصصات المختلفة وطبقا لارتباطهم بالعمل محل الدراسة الميدانية كما يلي:
ج- **العملاء طالبي الخدمة:** يقدم المستشفى محل الدراسة خدماتها الصحية للقاطنين ببلدية البويرة، وتمتد خدماته إلى المناطق المجاورة (عين بسام، الأخضرية، سور الغزلان، ولاية المسيلة، ولاية المدية و ولاية البرج) والجدول رقم 4 يبين لنا عدد المرضى المترددين على المستشفى محل الدراسة.

الجدول رقم 4: عدد المرضى المترددين على مستشفى محمد بوضياف بالبويرة 2011

العمليات الخدمية	الاستعدادات	المصالح الداخلية	تحاليل مخبرية	أشعة	سكانير	عمليات جراحية	حصص تصفية الكلى
عدد المترددين	3616	15000	122020	27049	459	3006	16488

المصدر : مديرية النشاطات الصحية ، المؤسسة العمومية الاستشفائية بالبويرة، إحصائيات خاصة بالنشاطات الصحية ، سنة

2011

د- **حزمة الخدمات** : يقدم المستشفى محل الدراسة مجموعة من الخدمات العلاجية والتشخيصية والتي تتمثل في التخصصات المختلفة التي يتكون منها المصالح الداخلية للمستشفى بالإضافة إلى قسم الاستعدادات الخاص باستقبال الحالات الطارئة والحوادث وكذلك مصالح الأشعة والمخبر (أنظر الجدول رقم 1، 3 و4).

4- **لقياس معدل شكاوي المرضى وعددها عن الجوانب المختلفة لجودة الخدمة بالمستشفى محل الدراسة :**

أ- اختيار العينة : قمنا باختيار عينة نظرا لعدم توافر إطار بأسماء وعناوين المرضى بالإضافة إلى عدم توافد المرضى أو تواجدهم في جماعات منتظمة بالمستشفى، وفي ضوء عدد المرضى المترددين بالمستشفى خلال عام 2011 (15000 مريض وهو مجتمع البحث بالنسبة للمصالح الداخلية للمستشفى حيث أخذنا عينة تقدر ب 768 مريض حسب الجدول رقم 5.

الجدول رقم 5 : توزيع حجم العينة على المصالح الداخلية لمستشفى محمد بوضياف بالبويرة

القسم أو المصلحة	عدد المرض بالعينة	النسبة %
الأمراض الداخلية	100	13.02
جراحة عامة	120	15.62
طب الأطفال	80	10.41
طب العظام	50	06.51
طب العيون	25	03.28
الاستعدادات	180	23.43
الإنعاش والتخدير	35	04.55
طب الأنف والحنجرة	33	04.29
أمراض النساء والتوليد	145	18.88
مجموع العينة	768	% 100

المصدر: من إعداد الباحث

تم إنشاء هذا الجدول من خلال إجراء مقابلات مع مفردات العينة لتحديد شكاوهم عن الجوانب المختلفة لجودة خدمات الأقسام وتكرار هذه الشكاوي وأسبابها بما يمكن قياس مؤشرات فعالية العمليات والإنتاج وبما يخدم هدف البحث. حيث بلغ إجمالي عدد الشكاوي التي تم جمعها من مفردات العينة (768 مريض) 3518 شكاوي، والتي يمكن تقسيمها في ضوء كل من أبعاد الجودة الوظيفية للخدمة بالمستشفى والمؤشرات الثلاثة الرئيسية لفعالية العمليات والإنتاج (المدخلات، العمليات والنتائج) حسب الجدول رقم 6.

الجدول رقم 6 : شكاوي المرضى مقسمة طبقا لأبعاد الجودة الوظيفية والمؤشرات الرئيسية لفعالية العمليات والإنتاج بمستشفى محمد بوضياف ب البويرة

التكرار	نوع الشكاوي
	1- شكاوي تتعلق بالجوانب المادية للخدمة
	1/1 : شكاوي تتعلق بمؤشرات المدخلات
56	- عدم توافر مقاعد للمرضى وعدم إتاحة المصاعد الآلية لمن يحتاجه منهم
125	- قدم الآلات وأدوات العلاج
378	- قلة النظافة وسوء المظهر العام
624	- عدم توافر الدواء وشراؤه من الخارج
120	- عدم توافر المواد الخام اللازمة للتحاليل
	2/1 : شكاوي تتعلق بمؤشرات العمليات
76	- التدخين بجوار الأقسام
	3/1 : شكاوي تتعلق بمؤشرات النتائج
110	- ارتفاع تكاليف الخدمات العلاجية
	2- شكاوي تتعلق بدرجة الاعتمادية في الخدمة
	1/2 : شكاوي تتعلق بمؤشرات المدخلات
480	- عدم وجود أطباء أخصائيين /أو عدم توافر العدد الكافي من الأطباء
	2/2 : شكاوي تتعلق بمؤشرات العمليات
90	- عدم دقة الأشعة والتحليل (إعادتها)
	3/2 : شكاوي تتعلق بمؤشرات النتائج
400	- تقصير الأطباء في عملية تشخيص المرض بالاعتماد على تصريحات المريض دون الكشف عليه
84	- عدم جدوى العلاج
	3- شكاوي تتعلق بدرجة الاستجابة والسرعة في أداء الخدمة
	1/3 : شكاوي تتعلق بمؤشرات المدخلات
50	- صعوبة وصول المريض إلى القسم الذي يحتاجه (عدم وجود إرشادات وحتى وان وجدت فهي موجودة في أماكن غير مناسبة)
	2/3 : شكاوي تتعلق بمؤشرات العمليات
148	- عدم اهتمام الطبيب أو الممرض بالمريض وانشغاله وتأخره على خدمته
405	- طول فترات الانتظار
	4- شكاوي تتعلق بدرجة التأكد من الخدمة
	1/4 : شكاوي تتعلق بمؤشرات العمليات
392	- سوء معاملة المريض
3518	مجموع الشكاوي

المصدر : من إعداد الباحث

نظرا لأن طبيعة الجودة الشاملة تقوم على عملية التحسين المستمر للجودة، وبالتالي فإنه لا يتم التفكير في حل شكاوي المرضى جملة واحدة، وإنما يتم تحديد أولويات المشاكل التي يجب البدء بها. وتتمثل وظيفة المرحلة الثانية في تحديد المشاكل الأكثر تكرارا و التي يجب البدء بها من خلال استخدام أحد وسائل الجودة الشاملة التي تستخدم في ذلك وهو تحليل باريتو، ويقوم هذا التحليل على مبدأ أساسي وهو أن هناك عدد قليل من المشاكل التي تمثل النسبة الأكبر من شكاوي المرضى، وبتحديد هذه المشاكل ووضع الحلول البديلة لها يمكن التغلب على نسبة كبيرة من

شكاوي المرضى. وبالتالي فهو يقلل من عدد الشكاوي التي يتم البدء بها في عملية التحسين المستمر، وبما يمكن في ذات الوقت من التغلب على أكبر نسبة ممكنة من شكاوي المرضى. وطبقا لهذا التحليل سنقوم:

ب- بترتيب شكاوي المرضى طبقا لتكرارها تنازليا وإيجاد نسبة تكرار كل شكوى والتكرار المتجمع والنسب المتجمعة كما يبينها الجدول رقم 7.

الجدول رقم 7 : ترتيب شكاوي المرضى تنازليا طبقا لتكرارها بمستشفى محمد بوضياف بالبويرة

نوع الشكاوي	التكرارات المطلقة	التكرارات %	التكرار المتجمع	التكرار المتجمع %
1 - عدم توافر الدواء وشرائه من الخارج	624	17.73	624	17.73
2 - عدم وجود أطباء أخصائيين /أو عدم توافر العدد الكافي من الأطباء	480	13.64	1104	31.37
3 - طول فترات الانتظار	405	11.51	1509	42.88
4 - تقصير الأطباء في عملية تشخيص المرض بالاعتماد على تصريحات المريض دون الكشف عليه	400	11.37	1909	54.25
5 - سوء معاملة المريض	392	11.14	2301	65.39
6 - قلة النظافة وسوء المظهر العام	378	10.74	2679	76.13
7 - عدم اهتمام الطبيب أو الممرض بالمريض وانشغاله وتأخره على خدمته	148	04.20	2827	80.33
8-- قدم آلات وأدوات العلاج	125	03.55	2952	83.88
9- ارتفاع تكاليف بعض الخدمات الصحية (سكاني)	110	03.12	3062	87.00
10 - عدم دقة الأشعة والتحليل (إعادتها)	100	02.84	3162	89.84
11 - عدم توافر المواد الخام اللازمة للتحاليل	90	02.55	3252	92.39
12 عدم جدوى العلاج	84	02.38	3336	94.77
13 - التدخين بجوار الأقسام	76	02.16	3412	96.93
14 - عدم توافر مقاعد للمرضى وعدم إتاحة المصاعد الآلية لمن يحتاجه منهم	56	01.59	3468	98.52
15 - صعوبة وصول المريض إلى القسم الذي يحتاجه (عدم وجود إرشادات وحتى وإن وجدت فهي موجودة في أماكن غير مناسبة)	50	01.42	3518	100
المجموع	3518	100	-	-

المصدر: من إعداد الباحث

ج- تحديد مشاكل الجودة الأساسية التي سيتم قياس مؤشرات فعالية العمليات والإنتاج المرتبطة بها:

و باستخدام تحليل باريتو يتضح لنا أن هناك خمسة مشاكل أساسية والتي تحتل الأولوية الأولى بالنسبة لشكاوي المرضى، حيث تستحوذ هذه المشاكل على أكثر من 65% من إجمالي شكاوي المرضى طبقا لأولويتها وهي:

■ عدم توافر الدواء وشرائه من الخارج؛

- عدم وجود أطباء أخصائيين/أو عدم توافر العدد الكافي من الأطباء؛
 - طول فترات الانتظار؛
 - تقصير الأطباء في عملية تشخيص المرض بالاعتماد على تصريحات المريض دون الكشف عليه؛
 - سوء معاملة المريض.
- وتعد هذه الأسباب الرئيسية التي أدت إلى انخفاض مؤشرات فعالية العمليات والإنتاج طبقا لارتباط هذه المؤشرات بالأبعاد الوظيفية للجودة. ويعني ذلك أن هناك حاجة للوصول لمجموعة من الحلول التي يؤدي تطبيقها غالى التغلب على هذه الأسباب، وبالتالي زيادة فعالية العمليات والإنتاج بالمستشفيات.
- كما تمر عملية تطبيق الحلول المناسبة لمشاكل الجودة بالمستشفى محل الدراسة بما يمكن زيادة فعالية العمليات والانتهاج به بمجموعة من الخطوات تتمثل في:
- تحديد أولويات أسباب انخفاض مؤشرات فعالية العمليات والإنتاج؛
 - وضع الحلول البديلة لمعالجة الأسباب الرئيسية في ضوء تلك الأولويات؛
 - تقييم بدائل الحلول لاختيار الحل المناسب لكل سبب؛
 - تطبيق الحلول المناسبة.
- تحديد الأولويات الخاصة بأسباب عدم توافر الدواء: ويمكن تلخيص أهم الأسباب في الجدول رقم 8.

الجدول رقم 8 : مصفوفة الأولويات لأسباب شكاوي المرضى من عدم توافر الأدوية

الدرجة إجمالي	المعايير			الأسباب
	مدى ارتباطه بتفاعلات الخدمة 50	مدى إمكانية التحكم فيه 50	مدى المساهمة في حل المشكلة 50	
70	1	1	5	1- طول إجراءات توفير الدواء من طرف وزارة الصحة
90	1	1	4	3- غياب الإجراءات اللازمة والثابتة لإعلام الأطباء بمختلف أصناف الأدوية الموجودة بصيدلية المستشفى
60	1	1	4	3- الالتزام بأصناف الأدوية التي تحددها الوزارة للوحدات التابعة لها
80	1	2	5	4- الميزانية المخصصة للدواء غير كافية
110	1	5	5	5- عدم وجود نظام لتخطيط الاحتياجات من الدواء
150	5	5	5	6- عدم معرفة الممرضين لدورهم بالخدمة (عدم الاحتفاظ بسجلات حالات المرضى مما لا يمكن التنبؤ بالطلب على الأدوية)

المصدر: من إعداد الباحث

- عدم وجود أطباء أخصائيين/أو عدم توافر العدد الكافي من الأطباء: ويمكن تلخيص أهم الأسباب في الجدول رقم 9.

الجدول رقم 9 : مصفوفة الأولويات لأسباب شكاوي المرضى من عدم وجود أطباء أخصائيين

إجمالي الدرجة	المعايير			الأسباب
	مدى ارتباطه بتفاعلات الخدمة	مدى إمكانية التحكم فيه	مدى المساهمة في حل المشكلة	
90	4	2	5	1- مركزية تعيين الأطباء الأخصائيين
80	1	4	5	2- عدم وجود نظام لتخطيط الاحتياجات من الأطباء الأخصائيين
100	1	4	5	3- غياب الإجراءات التحفيزية التي تشجع الأخصائيين على البقاء في القطاع العمومي (تحسين الرواتب)

المصدر: من إعداد الباحث

تحديد الأولويات الخاصة بأسباب طول فترة الانتظار : ويمكن تلخيص أهم الأسباب في الجدول رقم 10.

الجدول رقم 10 : مصفوفة الأولويات لأسباب شكاوي المرضى من طول فترة الانتظار

إجمالي الدرجة	المعايير			الأسباب
	مدى ارتباطه بتفاعلات الخدمة	مدى إمكانية التحكم فيه	مدى المساهمة في حل المشكلة	
100	2	5	3	1- عدم التزام الأطباء بأوقات العمل
80	3	3	2	2- ضرورة تعقيم الآلات قبل البدء بالعمل بنصف ساعة على الأقل
70	2	1	4	4- انخفاض رواتب الأطباء مما يؤدي إلى تأخرهم وتغييبهم عن العمل
50	1	2	2	5- عدم توافر أدوات الكشف الكافية وعدم تناسبها مع عدد الأطباء مع سوء حالة الأدوات المتاحة
70	1	4	2	6- قلة النظافة وعدم توافر مقاعد للأطباء يؤدي إلى عدم رضاهم عن العمل

المصدر: من إعداد الباحث

تحديد الأولويات الخاصة بأسباب تقصير الأطباء في عملية التشخيص: ويمكن تلخيص أهم الأسباب في الجدول رقم 11.

الجدول رقم 11: مصفوفة الأولويات لأسباب شكاوي المرضى من تقصير الأطباء في التشخيص

إجمالي الدرجة	المعايير			الأسباب
	مدى ارتباطه بتفاعلات الخدمة	مدى إمكانية التحكم فيه	مدى المساهمة في حل المشكلة	
110	2	5	4	1- اتباع إدارة المستشفى لسياسة الجزاءات والخصم من الرواتب
90	4	1	4	2- ارتفاع معدل تردد المرضى مما يقلل الوقت المتاح للكشف الفعلي

المصدر: من إعداد الباحث

تحديد الأولويات الخاصة بأسباب سوء معاملة المريض: ويمكن تلخيص أهم الأسباب في الجدول رقم 12 .

الجدول رقم 12: مصفوفة الأولويات لأسباب شكاوي المرضى من سوء المعاملة

الدرجة الإجمالي	المعايير			الأسباب
	مدى ارتباطه	مدى إمكانية التحكم فيه	مدى المساهمة في حل المشكلة	
70	2	1	4	1- انخفاض مرتبات مقدمي الخدمة
80	1	2	3	2- عدم توافر مقاعد كافية للمرضى يؤدي إلى سخط المريض وتحذره بطريقة غير لائقة مع مقدمي الخدمة وبالتالي تعامل مقدمي الخدمة معهم بنفس الطريقة
100	3	3	4	3- تكسب المرضى يؤدي إلى توتر كل من المرضى والأطباء

المصدر: من إعداد الباحث^{xxx}

د- وضع الحلول البديلة لمعالجة الأسباب الرئيسية في ضوء أولويات هذه الأسباب : بعد ما توصلنا إلى تحديد الأسباب الرئيسية ، قمنا بدراسة هذه الأسباب من أجل وضع حلول بديلة لكل سبب من هذه الأسباب ، ويمكن تبيان الحلول البديلة حسب الجدول رقم 13 .

الجدول رقم 13 : بدائل الحلول للأسباب الرئيسية لانخفاض مؤشرات فعالية العمليات والإنتاج

البدائل	الأسباب
	أولاً : - أسباب عدم توافر الدواء
1- إسناد مسؤولية الاحتفاظ بسجلات الأدوية لجميع رؤساء المصالح ؛ 2- إنشاء نظام معلومات يربط المصالح ببعضها البعض .	1 - عدم معرفة الممرضين بدورهم في نظام الخدمة (عدم الاحتفاظ بسجلات حالات المرضى مما لا يمكن التنبؤ بالطلب على الأدوية)
1- تخطيط الاحتياجات من الدواء في ضوء التنبؤ بالطلب؛ 2- إنشاء نظام معلومات يربط بين مختلف المصالح الاستشفائية والصيدلية المركزية للمستشفى	2- عدم وجود نظام لتخطيط الاحتياجات من الدواء
	ثانياً : عدم وجود أطباء أخصائيين أو أن عددهم غير كافي
1- أن تأخذ وزارة الصحة بعين الاعتبار الاحتياجات الفعلية للمستشفيات من الكوادر الطبية المتخصصة ؛ 2- أن يكون هناك تنسيق حقيقي بين الوزارة ومديريات الصحة فيما يخص الاحتياجات الحقيقية من الأطباء؛ الأخصائيين للمستشفيات	1- مركزية تعيين الأطباء الأخصائيين
1- رفع نسبة التكوين في الأطباء الأخصائيين ؛ 2- أن يكون هناك توزيع عادل للأطباء الأخصائيين من طرف الوزارة على كافة القطر الوطني.	2- عدم وجود نظام لتخطيط الاحتياجات من الأطباء الأخصائيين
1- اعتماد نظام المكافآت المبنى على كفاءة أداء العاملين وليس ذلك المبنى على الأقدمية والمحسوبية ؛ 2- غرس روح المبادرة والإبداع لدى الممارسين الطبيين وإحساسهم بالمسؤولية في تحسين جودة الخدمات المقدمة .	3- غياب الإجراءات التحفيزية التي تشجع الأخصائيين على البقاء في القطاع العمومي (تحسين الرواتب)
	ثالثاً : أسباب شكاوى المرضى من طول فترات الانتظار
1- تحديد وقت بدأ العمل على الساعة التاسعة والانصراف بعد الانتهاء من الكشف عن المرضى	1- عدم التزام الأطباء بأوقات العمل

2- توفير السكنات	2- انخفاض رواتب الأطباء مما يؤدي الى تأخرهم وتغييبهم عن العمل
1- الزيادة في رواتب الأطباء وذلك مثلا بالرفع في قيمة المنح مثلا الرفع من قيمة المداومة الليلية.	3- عدم توافر أدوات الكشف الكافية وعدم تناسبها مع عدد الأطباء مع سوء حالة الأدوات المتاحة
1- تخصيص أدوات كشف خاصة بكل طبيب . 2- أن تكون هذه الأدوات صالحة للعمل .	4- قلة النظافة وعدم توافر مقاعد للأطباء يؤدي إلى عدم رضاهم عن العمل
1- القيام بعملية التنظيف على الساعة السابعة صباحا ؛ 2- توفير الوسائل المادية الضرورية لعمل الطبيب ؛ 3- تخصيص عون أمن لكل مكتب طبيب يتولى تنظيم عملية تدفق المرضى إلى الطبيب.	رابعاً : أسباب شكوى المرضى من تقصير الأطباء في عملية التشخيص
1- تطبيق سياسة الجزاء والعقاب ولكن بعد التحقيق . 2- إتباع سياسة مكافأة الأداء الجيد في نهاية الشهر وبناء على تقييم موضوعي يقوم به الطبيب رئيس المصلحة .	1- إتباع إدارة المستشفى لسياسة الجزاءات والخصم من الرواتب
1- الكشف عند الطبيب الأخصائي يكون بعد معاينة من طرف الطبيب العام ؛ 2- الكشف عند الطبيب الأخصائي يكون بناء على موعد .	2- ارتفاع معدل تردد المرضى مما يقلل الوقت المتاح للكشف الفعلي
	خامساً : أسباب شكوى المرضى من سوء معاملتهم
1- تحسين مرتبات الأطباء	1- انخفاض مرتبات مقدمي الخدمة
1- توفير مقاعد كافية للمرضى؛ 2- توفير عدد كافي من رجال الأمن والوقاية لتنظيم المرضى.	2- عدم توافر مقاعد كافية للمرضى يؤدي إلى سخط المريض وتحديثه بطريقة غير لائقة مع مقدمي الخدمة وبالتالي تعامل مقدمي الخدمة معهم بنفس الطريقة
1- فتح أكثر من مكتب فحص طبي عام للمرضى خاصة بمصلحة الاستعجالات من أجل امتصاص الكم الهائل من المرضى الذين يقصدون هذه المصلحة يوميا	3- تكدر المرضى يؤدي إلى توتر كل من المرضى والأطباء

المصدر : من إعداد الباحث

إن نجاح تطبيق هذه الحلول ستلزم بالإضافة إلى دعم الإدارة العليا - البدء بأهمها دون تطبيق جميعها معا بالإضافة إلى ضرورة فهم وإقناع أعضاء فرق وحلقات الجودة بها بما يمكن من تهيئة جميع العاملين مقدمي الخدمة بالمستشفى لقبولها وتنفيذها. كما أن تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة يؤدي إلى زيادة فعالية العمليات والإنتاج من خلال اقتراحها لهذه الحلول وليس من خلال تطبيقها لهذه الحلول، حيث يقع عبء التطبيق على إدارة العمليات والإنتاج ونظمها الفرعية بالمستشفى وليس على وسائل الجودة الشاملة والتي يتمثل دورها في تحليل أسباب مشاكل الجودة واقتراح الحلول المناسبة التي تؤدي إلى زيادة فعالية العمليات والإنتاج من خلال انخفاض عدد الشكاوي من كل عدم توافر الدواء، عدم جدوى العلاج، تقصير الأطباء في عملية التشخيص وتقليل فترات الانتظار المختلفة بعمليات الخدمة بالمستشفى وانخفاض عدد شكاوي المرضى من سوء المعاملة. والذي يعني أن إدارة الجودة الشاملة قد أدت إلى زيادة فعالية العمليات والإنتاج من خلال زيادة مؤشراتها المختلفة والمرتبطة بأبعاد الجودة الوظيفية والفنية .

خاتمة

مما لا شك فيه أن الهدف الأساسي للخدمات الصحية هو ضمان الصحة الجسدية والنفسية للمريض، وحيث أن رضا المريض يعتبر عنصراً هاماً من عناصر الصحة النفسية، فإن تحقيق أعلى معدلات الرضا يكون أحد الأبعاد الأساسية لجودة الخدمة الصحية، ورغم ذلك فإن هذا ليس هو العنصر الوحيد في جودة الخدمات

الصحية حيث أن هناك أبعاد أخرى يجب أخذها في الحسبان عند قياس فعالية الخدمات التي تقدمها المستشفيات، وتطور هذه الأبعاد في مجموعها حول المساواة، الفعالية والملائمة، سهولة الحصول عليها، القبول والكفاءة. حيث تدور هذه الأبعاد حول ثلاثة معايير وهي: الفعالية الطبية والفعالية الاقتصادية والقبول الاجتماعي الذي يركز على مدى قبول المرضى والمجتمع للرعاية الصحية التي يقدمها المستشفى لرواده وإجراءات تقديمها.

على ضوء ما قمنا به من تحليل علمي للبيانات التي تحصلنا عليها، توصلنا إلى مجموعة من النتائج والاقتراحات، والتي يمكن إيجاز أهمها فيما يلي:

النتائج

على ضوء ما قمنا به من تحليل للبيانات التي تحصلنا عليها يمكن إيجاز أهم نتائج الدراسة في الآتي:

- إن عدم معرفة العاملين لدورهم بنظام الخدمة وعملياتها يؤدي إلى انخفاض فعالية وظيفة العمليات والإنتاج بالمستشفيات نتيجة لانخفاض بعض مؤشرات المرتبطة بدرجة الاستجابة والسرعة في أداء الخدمة (متمثلاً في طول فترات الانتظار عند عمليات الخدمة) والذي يؤكد على ضرورة الاهتمام بلحظات تفاعل الخدمة وأبعاد عناصرها، بما يؤدي إلى الارتقاء بمستوى جودة الخدمة والذي يؤدي بدوره إلى زيادة فعالية وظيفة العمليات والإنتاج بنظام الخدمة الصحية بالمستشفى؛
- إن السلوكيات العشوائية وعاداتهم السيئة وانخفاض الوعي الصحي لديهم بالإضافة إلى عدم معرفتهم للدور الخاص بهم بنظام الخدمة وكذلك عدم التزامهم بالتعليمات المقدمة لهم - قبل دخولهم في عمليات نظام الخدمة أو أثناء أداء عمليات الخدمة - يؤدي إلى وجود قصور في البعد المادي للخدمة بالمستشفى (نتيجة لانخفاض أحد المؤشرات المرتبطة به متمثلاً في عدم القدرة على توفير الأدوية والاحتياجات الأخرى) بالإضافة إلى وجود قصور في كل من البعد الخاص بدرجة الاعتمادية في الخدمة (نتيجة لانخفاض المؤشرات المرتبطة به متمثلة في ارتفاع شكاوي المرضى من عدم جدوى العلاج، ارتفاع شكاوهم من تقصير الأطباء إلى جانب سوء المعاملة). حيث تتخفف فعالية وظيفة العمليات والإنتاج بالمستشفى محل الدراسة نتيجة للقصور الذي تتسم به هذه الأبعاد المختلفة لجودة الخدمة الصحية بها والذي يؤثر على فعالية المستشفى وتحقيقه للأهداف الصحية المسطرة؛
- إن عدم القدرة على توفير الاحتياجات من الدواء والذي يرتبط مباشرة بالبعد المادي لجودة الخدمة الصحية والنتائج عن عدم توافر الميزانية الكافية وعدم وجود نظام تخطيط الاحتياجات من الدواء يؤدي إلى انخفاض فعالية وظيفة العمليات والإنتاج بالمستشفى؛
- إن طول فترات الانتظار عند العمليات الخدمية المختلفة بالمستشفى بالرغم من ارتباطها بالبعد الخاص بدرجة الاستجابة والسرعة في أداء الخدمة، إلا أن أحد أسبابها هو عدم توافر الجوانب المادية اللازمة لبعض العمليات الخدمية (انخفاض مرتبات القائمين بالخدمة، سوء التنظيم الداخلي للخدمة، عدم وجود الإرشادات

اللازمة للمرضى، عدم توافر وسائل نقل للعاملين من وإلى المستشفى، قدم الأجهزة والمعدات الطبية، عدم توافر مكاتب كافية للكشف، والذي يؤدي إلى انخفاض فعالية وظيفة العمليات والإنتاج بالمستشفى.

الإقتراحات

- أما فيما يخص البرنامج المقترح للتحسين المستمر لجودة الخدمة الصحية بالمستشفى يمكن أن نقترح ما يلي:
- على قيادات وزارة الصحة أن تدرك المعنى الحقيقي للجودة وما يتضمنه من ممارسات حقيقية تعمل على الارتقاء بمستوى الجودة كما يتوقعها المريض، بعيدا عن الشعارات الجذابة والتي لا تتفق مع الواقع الفعلي لإمكانيات وممارسات المستشفيات التابعة لوزارة الصحة؛
- على وزارة الصحة أن توفر الدعم والتأييد الكافي لتطبيق إدارة الجودة الكلية بالمستشفيات التابعة لها، وذلك باعتبارها الإدارة العليا لهذه المستشفيات وأن الدعامة الأساسية لفلسفة الجودة الكلية هو تأييد الإدارة العليا لها؛
- إن هناك ضرورة للاهتمام بالعناصر الأساسية لنظام الخدمة بالمستشفى (والتي تتمثل في الجوانب المادية من أجهزة، أدوات، أسرة... الخ إلى جانب الأطباء والعاملين، المرضى، حزمة الخدمة) بما يضمن عدم التفرقة بين أي منها، وبما يؤكد على حقيقة مفادها أنه ليس هناك نظام فعال للرعاية الصحية دون توافر هذه العناصر الأربعة الأساسية اللازمة لتقديم مستوى من الخدمات الصحية كما يتوقعها المرضى؛
- إن إدراك مسيري الجهات المسؤولة عن المنظومة الصحية لحاجات المرضى كنقطة بداية للارتقاء بمستوى جودة الخدمات الصحية هو إدراك صائب، إلا أن محاولة هذه القيادات المسؤولة لإظهار هذا الاهتمام من خلال المتابعة الصيقة للأطباء وملاحقة أخطائهم وتوقيع الجزاءات عليهم لا يضمن الوفاء بحاجات المرضى بل يؤدي إلى نتائج عكسية تتمثل في سوء معاملة المرضى وعدم الاهتمام بهم، بل على مسؤولي قطاع الصحة أن تركز على علاقات العميل - المورد، واعتبار الأطباء والعاملين بالمستشفيات كعملاء داخليين لهم حاجات لا بد من إشباعها وتتمثل الخطوة الأولى في ذلك تحسين مرتبات الأطباء والعاملين بقطاع الصحة، بما يضمن عدم لجوئهم للعمل في المستشفيات الخاصة؛
- ضرورة بناء فرق الجودة وتحفيزها وتدعيمها في كل مستشفى على حدة وبما يضمن اهتمام هذه الفرق بالمشاكل الخاصة بها ومحاولة إيجاد الحلول المناسبة لها؛
- تغيير الثقافة التنظيمية لدى إدارة المستشفى وإدراكهم لمفهوم الجودة على أسس سليمة تقوم على الاستعداد لتغيير النمط البيروقراطي في القيادة وتوفير الرقابة الذاتية للأطباء والعاملين بالمستشفيات؛
- ضرورة إدراك فرق الجودة بالمستشفيات للطبيعة المستمرة لبرنامج التحسين المستمر والتي تعني عدم التوقف عند تطبيق حلول معينة وإنما تعني إعادة تحديد الأولويات للأسباب والحلول بعد كل مرة يتم فيها تحديد مثل هذه الأولويات والحلول

غالى أن تختفي تماما جميع الأسباب التي تؤدي إلى انخفاض مؤشرات فعالية العمليات والإنتاج، بل يتم الاستمرار في تحديد هذه الأولويات بما يضمن الحفاظ على مستوى مرتفع لمؤشرات فعالية العمليات والإنتاج.
هوامش ومراجع

- i- عمرو محمد أنور الصادق، تقييم مستوى الفعالية التنظيمية للمستشفيات المصرية، أطروحة دكتوراه في الفلسفة وإدارة الأعمال، جامعة حلوان، كلية التجارة وإدارة الأعمال، 2004، ص 39
- ii- ماضي محمد، تطبيقات إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الخدمية في مجال الصحة والتعليم، القاهرة، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، 2002، ص 53
- iii - American Hospital Association , Classification of Health Care Institution , 1974 edition Chicago : American Association , p 10
- iv - William , M - American Hospital , Association , Classification of Health Care Institutions , 1994 , pp1-2
- v- زهير حنفي علي ، الأصول العلمية في التنظيم الإداري للمستشفيات ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية ، 1998 ، ص 8
- vi- فوزي شعبان مذكور ، تسويق الخدمات الصحية ، القاهرة ، التراث للنشر والتوزيع ، 1998 ، ص 17
- vii - محمد أمين ، المتطلبات الخدمية لرفع الكفاءة الإنتاجية للمستشفيات في الأردن ، سلطنة عمان ، مجلة الاداري ، السنة 21 ، العدد 77 ، يونيو 1999 ، ص 45
- viii - جاب الرب السيد ، تنظيم إدارة المستشفيات : مدخل للنظم ، در النهضة العربية ، القاهرة ، 1991 ، ص 33
- ix- فوزي مذكور ، تسويق الخدمات الصحية ، ايترك للنشر والتوزيع ، 1998 ، ص 18 - 19
- x - Schulz , R & Johnson , A., Management of Hospitals, second edition, New York, mc Grow Hill Book. co , 1983 , p 256
- xi- Spencer, J.A , Management in Hospital, London , Faber and Faber, 1976, p55
- xii - صلاح محمود ذياب ، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية الحديثة ، دار الفكر ، الأردن / عمان ، 2009 ، ص ص 212- 213
- xiii - منظمة الصحة العالمية، منشورات منظمة الصحة العالمية لعام 1989، جنيف، سويسرا، ص 17
- xiv - Lewin, Arie and Minton John W , Determining Organizational Effectiveness: Another look , and An Agenda for Research, management Science, Vol. 32, N0 5, May 1986 , pp 514-517
- xv - Cameron , Kim S , Effectiveness As paradox : Consensus and Conflict in Conception of Organizational Effectiveness , Management Science, Vol. 32 , N0 5 , May 1986 , pp 539- 542
- xvi - Provan, Keith G, Board Power and Organizational Effectiveness among Human Service Agencies, Academy of Management Journal, Vol23, N0 2? 1980, PP 221- 223
- xvii - Connolly, Terry , et .al , Organizational Effectiveness: Multiple- Constituency Approach , Academy of Management Review , Vol. 5 , N0 2 , 1980 , pp 211- 213
- xviii - Ostroff , Cheri,& Schmitt , Neal, configuration of organizational effectiveness and efficiency, academy of management journal, vol 36 , N°06 , 1993 , pp1345-1346
- xix - Jobson, J.D. & Schneck , Rodney , constituent views of organizational effectiveness : evidence from police organization , academy of management journal , vol25 , N° 1 , 1982 , pp 25-30
- xx - Gaertner, Gregory H , & Ramnaaryan S, organizational effectiveness : an alternative perspective , academy of management review , vol 8 , N°1 , 1993 , pp 97-101
- xxi - Tomlin, Zeld, et al, general practitioners perception of effective healthcare, British medical journal , may - June 1999 , vol 318, issue 7197 .pp .1532-1536
- xxii - Lau,R.S.M, synergistic analysis of joint jtt - TQM implementation, int. j. prods. res , June 2000 , vol .38 , N° 9 , pp 203-204

^{xxiii} – Lau,R.S.M. synergistic analysis of joint jtt – TQM implementation, int. j. prods. res , June 2000 , vol .38 , N° 9 , pp 203-204

^{xxiv} – سيد محمد جاد الرب ، الاتجاهات الحديثة في إدارة المنظمات الصحية ، مطبعة العشري ، 2008، ص 312

^{xxv} – فريد عبد الفتاح زين الدين ، المنهج العملي لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات العربية ، دار الكتب ، مصر ، 1996 ، ص 531-532

^{xxvi} – ثامر ياسر البكري ، تسويق الخدمات الصحية ، دار البازوري العلمية للنشر والتوزيع ، عمان / الأردن ، بدون سنة نشر ، ص 202

^{xxvii} – عدنان مريزق ، واقع جودة الخدمات الصحية العمومية – دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة - ، أطروحة دكتوراه مقدمة للحصول على شهادة دكتوراه في علوم التسيير ، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير ، جامعة الجزائر ، سنة 2008/2007 ، ص 8

^{xxviii} – المرجع نفسه ، ص ص 12 – 13

^{xxix} – [قياس جودة الخدمات الصحية، ولمزيد من المعلومات، أنظر:](http://kenanaonline.com/users/ahmedkordy/topics/72306/posts/15667)
<http://kenanaonline.com/users/ahmedkordy/topics/72306/posts/15667>