



الجمهورية العربية السورية

وزارة التعليم العالي

جامعة دمشق

كلية الاقتصاد

قسم إدارة الأعمال

أثر التقويم الاستراتيجي للمنظمات الصحية

في التميز بجودة الخدمة الصحية

دراسة عملية مقارنة بين المشافي العامة والخاصة السورية

The impact of the strategic assessment of health organizations on
the excellence in quality of health service
Comparative study between public and private Syrian hospitals

بحث مقدم لنيل درجة الدكتوراه في إدارة الأعمال

إعداد

الطالبة: عبيد الغرير

إشراف

الأستاذ الدكتور: رعد حسن الصرن

2018 – 2019 م

بناءً على قرار مجلس البحث العلمي والدراسات العليا رقم /2997/ تاريخ 2018/8/6، المتضمن تأليف لجنة الحكم على رسالة الدكتوراه للطالبة عبير الغرير بعنوان " أثر التقويم الاستراتيجي للمنظمات الصحية في التميز بجودة الخدمة الصحية-دراسة عملية مقارنة بين المشافي العامة والخاصة السورية" تم الاتفاق على أن يكون موعد النقاش النهائي يوم الأحد 2018/8/26، الساعة العاشرة.

أعضاء لجنة الحكم

د. تيسير زاهر الأستاذ في قسم إدارة الأعمال بكلية الاقتصاد / جامعة دمشق (عضواً)

د. رعد الصرن الأستاذ في قسم إدارة الأعمال بكلية الاقتصاد / جامعة دمشق (عضواً مشرفاً)

د. زكوان قريط الأستاذ المساعد في قسم إدارة الأعمال في كلية الاقتصاد / جامعة دمشق (عضواً)

د. نسرين عبد الرحمن الأستاذ المساعد في قسم إدارة الأعمال في كلية الاقتصاد / جامعة طرطوس (عضواً)

د. منذر عواد الأستاذ المساعد في قسم الإحصاء التطبيقي في كلية الاقتصاد / جامعة دمشق (عضواً)

بسم الله الرحمن الرحيم

(وقل اعملوا فسيرى الله عملكم ورسوله والمؤمنون)

صدق

الله العظيم

التوبة: ١٠٥

الإهداء

إلى من أحمل اسمه بكل فخر، إلى من آمن بي
وكان لي القدوة والأمل والسند
إلى معلمي الأول والقلب الكبير
والذي الحبيب
إلى صديقتي وجميع مساحاتي المشرقة في هذه
الحياة
إلى الغيث الذي ينعش روحي في لحظات ظمأي
إلى رمز الحب والعطاء
والدتي غاليتي

إلى شريك حياتي وتوأم روحي الذي كان داعما
وسندا لإنجاز هذا العمل
زوجي الحبيب

إلى اخوتي عزوتي وسندي وأحباب قلبي

أهدي ثمرة جهدي
عبير

الشكر

أتقدم بأسمى آيات الشكر والامتنان والتقدير للذين حملوا أقدس رسالة في الحياة ومهدوا لنا طريق العلم والمعرفة إلى جميع أساتذتنا الأفاضل وأخص بالشكر رسول العلم أستاذي الدكتور رعد الصرن لرعايته المباركة وتوجيهاته الرشيدة لإنجاز هذا العمل.

إلى الأساتذة والدكاترة الأفاضل أعضاء لجنة الحكم الموقرين
كما أتقدم بوافر الشكر للعاملين في مشفى (العيون، المواساة، المجتهد، المنار، أمية، دار الشفاء) لما قدموه من تعاون في جمع المعلومات وفي تقديم المساعدة الممكنة.

عبير الغرير

قائمة المحتويات

رقم الصفحة	الموضوع
ج	الإهداء
د	الشكر
هـ	قائمة المحتويات
ط	قائمة الجداول
م	قائمة الأشكال
ع	ملخص
	الفصل الأول: الإطار العام للدراسة
1	المبحث الأول: الدراسات السابقة
2	أولاً: عرض وتحليل الدراسات السابقة
14	ثانياً: تمييز دراستنا عن الدراسات السابقة
16	المبحث الثاني: منهجية الدراسة
16	1-1. مشكلة البحث
17	2-1. أهمية البحث
18	3-1. أهداف البحث
19	4-1. فلسفة البحث
20	5-1. نموذج البحث
21	6-1. فرضيات البحث
22	7-1. مجتمع وعينة البحث
23	8-1. خيارات البحث وأسلوب تحليل البيانات
24	9-1. مصطلحات البحث
26	10-1. حدود البحث
	الفصل الثاني: أنظمة الرقابة والتقويم الاستراتيجي في المنظمات الصحية
28	المبحث الأول: أنظمة الرقابة الاستراتيجية في المنظمات الصحية
28	مقدمة
28	1-1-2 مفهوم نظام الرقابة الاستراتيجية وتعريفها
29	2-1-2 أهمية وضرورة الرقابة الاستراتيجية
32	3-1-2 نموذج عملية الرقابة الاستراتيجية
36	4-1-2 موقع الرقابة الاستراتيجية بين وظائف الإدارة

37	5-1-2 الرقابة الاستراتيجية في المنظمة الصحية
41	المبحث الثاني: مفهوم التقييم الاستراتيجي في المنظمة الصحية ومراحله
41	مقدمة
41	1-2-2 تعريف التقييم الاستراتيجي
43	2-2-2 تطور مفهوم التقييم الاستراتيجي
44	3-2-2 خصائص البيئة التشغيلية لنظام التقييم الاستراتيجي
45	4-2-2 مراحل وأشكال التقييم الاستراتيجي
48	5-2-2 علاقة التقييم الاستراتيجي بمقاييس الأداء
52	6-2-2 أبعاد التقييم الاستراتيجي
52	7-2-2 معايير ومؤشرات تقييم الأداء الاستراتيجي في المنظمات الصحية
	الفصل الثالث: أساليب التقييم الاستراتيجي في المنظمات الصحية
56	المبحث الأول: الأساليب التقليدية للتقييم الاستراتيجي في المنظمة الصحية
56	مقدمة
56	1-1-3 الرقابة التي تعتمد على الموازنات والأساليب المالية والمحاسبية
57	2-1-3 الرقابة التي لا تعتمد على الموازنات
58	3-1-3 الرقابة على الجودة
59	4-1-3 الرقابة تبعا لنوع الضوابط المستخدمة
62	المبحث الثاني: بطاقة الأداء المتوازن كأسلوب للتقييم الاستراتيجي في المنظمة الصحية
62	مقدمة
62	1-2-3 مفهوم وتعريف بطاقة الأداء المتوازن
65	2-2-3 نشأة وتطور بطاقة الأداء المتوازن
72	3-2-3 أبعاد بطاقة الأداء المتوازن
75	4-2-3 تطبيق بطاقة الأداء المتوازن في المنظمة الصحية
80	5-2-3 فوائد ومعوقات تطبيق بطاقة الأداء المتوازن في المنظمات الصحية
	الفصل الرابع: جودة الخدمة الصحية وبناء نموذج التميز
84	المبحث الأول: مفهوم جودة الخدمة الصحية وأبعادها
84	مقدمة
84	1-1-4 تاريخ الجودة في النظام الصحي
86	2-1-4 تعريف جودة الخدمة الصحية وأهمية دراستها
91	3-1-4 أبعاد ومعايير الجودة في الخدمات الصحية
93	4-1-4 الجودة الصحية ورضا المريض

97	المبحث الثاني: مفهوم ونماذج التميز في جودة الخدمة الصحية
97	مقدمة
97	4-2-1 مفهوم التميز في جودة الخدمة الصحية
98	4-2-2 المبادئ والعناصر الأساسية لنموذج التميز في جودة الخدمة الصحية
99	4-2-3 عناصر التميز المنظمي
100	4-2-4 نماذج التميز في جودة الخدمة الصحية
103	4-2-5 فوائد نموذج التميز في جودة الخدمة الصحية
104	المبحث الثالث: دور بطاقة الأداء المتوازن في دعم نموذج التميز في جودة الخدمة الصحية
104	مقدمة
104	4-3-1 علاقة بطاقة الأداء المتوازن بالجودة
107	4-3-2 كيف تحقق بطاقة الأداء المتوازن أبعاد جودة الخدمة الصحية
108	4-3-3 علاقة بطاقة الأداء المتوازن بالتميز
110	4-3-4 نموذج التميز للمؤسسة الأوروبية لإدارة الجودة
115	4-3-5 بناء نموذج للتميز مستند إلى بطاقة الأداء المتوازن
	الفصل الخامس: القسم العملي
121	المبحث الأول: واقع نظام التقويم الاستراتيجي في القطاع الصحي في سورية
121	مقدمة
121	5-1-1 نظام التقييم والتصنيف المعتمد في سورية
126	المبحث الثاني: تطبيق بطاقة الأداء المتوازن في المشافي عينة البحث.
126	مقدمة
126	5-2-1 المؤشرات الأساسية لأبعاد بطاقة الأداء المتوازن
128	5-2-2 تطبيق بطاقة الأداء المتوازن في الهيئة العامة لمشفى العيون الجراحي
145	5-2-3 تطبيق بطاقة الأداء المتوازن في مشفى المواساة الجامعي
155	5-2-4 تطبيق بطاقة الأداء المتوازن في الهيئة العامة لمشفى دمشق
165	5-2-5 تطبيق بطاقة الأداء المتوازن في مشفى دار الشفاء
177	5-2-6 تطبيق بطاقة الأداء المتوازن في مشفى المنار الدولي
185	5-2-7 تطبيق بطاقة الأداء المتوازن في مشفى أمية
193	5-2-8 استخدام بطاقة الأداء المتوازن للمقارنة بين المشافي
197	5-2-9 كيف نستخدم بطاقة الأداء المتوازن لبناء نموذج للتميز
200	المبحث الثالث: الدراسة الميدانية
200	5-3-1 منهجية البحث وأدوات وأساليب التحليل

202	2-3-5 صدق الاستبيان
204	3-3-5 ثبات الاستبيان (الاتساق الداخلي)
205	4-3-5 عرض وتحليل بيانات البحث
207	5-3-5 اختبار فرضيات البحث
224	6-3-5 مقارنة تقييم أبعاد الجودة والتميز بين المشافي العامة والخاصة حسب آراء عينة البحث
227	7-3-5 مقارنة تقييم أبعاد الجودة والتميز في الخدمة الصحية بين المرضى والاداريين حسب آراء عينة البحث
229	8-3-5 المقارنة بين <u>المشافي الستة</u> عينة البحث تبعا لتقييم أبعاد الجودة والتميز في الخدمة الصحية حسب آراء عينة البحث.
235	المبحث الرابع النتائج والتوصيات
235	1-4-5 النتائج
244	2-4-5 التوصيات
247	المراجع
258	الملاحق
303	الملخص باللغة الإنكليزية

فهرس الجداول

رقم الجدول	الشرح	رقم الصفحة
1.	عرض وتحليل الدراسات السابقة	4
2.	توزع عينة البحث	23
3.	المقاييس الخاصة بجودة الخدمة الصحية	40
4.	مقاييس الأداء وكيف نعبر عنها بالوحدات	50
5.	مقارنة بين معايير وأهداف النماذج الستة الأشهر للتميز	102
6.	كيف تحقق BSC أبعاد جودة الخدمة الصحية	108
7.	المعايير الفرعية للمعايير التسعة الرئيسية للنموذج الأوربي للتميز	113
8.	معايير الدليل السوري المساعد لتصنيف المشافي	122
9.	المؤشرات الأساسية لبطاقة الأداء المتوازن	127
10.	البعد المالي لمشفى العيون	135
11.	بعد الزبائن في مشفى العيون	137
12.	بعد العمليات الداخلية في مشفى العيون	140
13.	نتائج الاستبيان عن علاقة الإدارة بالموظفين في مشفى العيون	141
14.	بعد التعلم والنمو في مشفى العيون	142
15.	بعد البيئة والمجتمع في مشفى العيون	143
16.	بطاقة الأداء المتوازن في شفى العيون	144
17.	البعد المالي في مشفى المواساة	147
18.	بعد الزبائن في مشفى المواساة	148
19.	بعد العمليات الداخلية في مشفى المواساة	149
20.	علاقة الإدارة بالموظفين في مشفى المواساة	150
21.	بعد التعلم والنمو في مشفى المواساة	151
22.	بعد البيئة والمجتمع في مشفى المواساة	152
23.	بطاقة الأداء المتوازن في مشفى المواساة	153
24.	البعد المالي في مشفى دمشق	156
25.	بعد الزبائن في مشفى دمشق	157
26.	بعد العمليات الداخلية في مشفى دمشق	159
27.	علاقة الإدارة بالموظفين في مشفى دمشق	160

161	بعد التعلم والنمو في مشفى دمشق	28.
162	بعد البيئة والمجتمع في مشفى دمشق	29.
163	بطاقة الأداء المتوازن في مشفى دمشق	30.
169	البعد المالي في مشفى دار الشفاء	31.
170	بعد الزبائن في مشفى دار الشفاء	32.
172	بعد العمليات الداخلية في مشفى دار الشفاء	33.
173	علاقة الإدارة بالموظفين في مشفى دار الشفاء	34.
174	بعد التعلم والنمو في مشفى دار الشفاء	35.
175	بعد البيئة والمجتمع في مشفى دار الشفاء	36.
176	بطاقة الأداء المتوازن في مشفى دار الشفاء	37.
178	البعد المالي في مشفى المنار	38.
179	بعد الزبائن في مشفى المنار	39.
181	بعد العمليات الداخلية في مشفى المنار	40.
182	علاقة الإدارة بالموظفين في مشفى دار الشفاء	41.
182	بعد التعلم والنمو في مشفى المنار	42.
183	بعد البيئة والمجتمع في مشفى المنار	43.
184	بطاقة الأداء المتوازن في مشفى المنار	44.
187	البعد المالي في مشفى أمية	45.
188	بعد الزبائن في مشفى أمية	46.
189	بعد العمليات الداخلية في مشفى أمية	47.
190	علاقة الإدارة بالموظفين في مشفى أمية	48.
191	بعد التعلم والنمو في مشفى أمية	49.
192	بعد البيئة والمجتمع في مشفى أمية	50.
192	بطاقة الأداء المتوازن في مشفى أمية	51.
195	استخدام بطاقة الأداء المتوازن للمقارنة بين المشافي عينة البحث	52.
198	تطوير بطاقة الأداء المتوازن لتعكس التميز في جودة الخدمة	53.
201	محاور الجودة والتميز	54.
201	مقياس ليكرت الخماسي	55.
201	طول القياس في مقياس ليكرت	56.
202	معامل الارتباط بين عبارات بعد الاعتمادية والدرجة الكلية للبعد	57.
203	معامل الارتباط بين عبارات بعد الملموسية والدرجة الكلية للبعد	58.

203	معامل الارتباط بين عبارات بُعد مستوى الاستجابة	59.
204	معامل الارتباط بين عبارات بعد الأمان والدرجة الكلية للبعد	60.
204	معامل الارتباط بين عبارات بعد التعاطف والدرجة الكلية للبعد	61.
206	قيم معامل ألفا كرونباخ لقياس ثبات الاستبيان	62.
206	التوزع النسبي للاستبيان بين المشافي العامة والخاصة	63.
206	خصائص أفراد العينة حسب الجنس	64.
206	خصائص أفراد العينة حسب المؤهل العلمي	65.
207	خصائص أفراد العينة حسب حالتهم	66.
207	المؤشرات الإحصائية لعلاقة المؤشرات المالية مع الاعتمادية	67.
208	المؤشرات الإحصائية لمعادلة (نموذج) المؤشرات المالية والاعتمادية	68.
209	المؤشرات الإحصائية لعلاقة المؤشرات المالية مع الاستجابة	69.
209	لمؤشرات الإحصائية لمعادلة (نموذج) المؤشرات المالية مع الاستجابة	70.
210	المؤشرات الإحصائية لعلاقة المؤشرات المالية مع الضمان والتوكيد	71.
210	لمؤشرات الإحصائية لمعادلة (نموذج) المؤشرات المالية مع الضمان	72.
211	المؤشرات الإحصائية لعلاقة المؤشرات المالية مع الملموسية	73.
212	لمؤشرات الإحصائية لمعادلة (نموذج) المؤشرات المالية مع الملموسية	74.
213	المؤشرات الإحصائية لعلاقة المؤشرات المالية مع التعاطف	75.
213	لمؤشرات الإحصائية لمعادلة (نموذج) المؤشرات المالية مع التعاطف	76.
214	المؤشرات الإحصائية لعلاقة المؤشرات المالية مع التميز بجودة الخدمة الصحية	77.
214	لمؤشرات الإحصائية لمعادلة (نموذج) المؤشرات المالية مع التميز بجودة الخدمة الصحية	78.
216	المؤشرات الإحصائية لعلاقة المؤشرات غير المالية مع الاعتمادية	79.
216	المؤشرات الإحصائية لمعادلة (نموذج) المؤشرات غير المالية مع الاعتمادية	80.
217	المؤشرات الإحصائية لعلاقة المؤشرات غير المالية مع الاستجابة	81.
218	المؤشرات الإحصائية لمعادلة (نموذج) المؤشرات غير المالية مع الاستجابة	82.
219	المؤشرات الإحصائية لعلاقة المؤشرات غير المالية مع الضمان والتوكيد	83.
2219	المؤشرات الإحصائية لمعادلة (نموذج) المؤشرات غير المالية مع الضمان والتوكيد	84.
220	المؤشرات الإحصائية لعلاقة المؤشرات غير المالية مع الملموسية	85.
220	المؤشرات الإحصائية لمعادلة (نموذج) المؤشرات غير المالية مع الملموسية	86.

222	المؤشرات الإحصائية لعلاقة المؤشرات غير المالية مع التعاطف	87.
222	المؤشرات الإحصائية لمعادلة (نموذج) المؤشرات غير المالية مع التعاطف	88.
223	المؤشرات الإحصائية لعلاقة المؤشرات غير المالية مع التميز بجودة الخدمة الصحية	89.
223	المؤشرات الإحصائية لمعادلة (نموذج) المؤشرات غير المالية مع التميز بجودة الخدمة الصحية	90.
225	تقييم أبعاد الجودة والتميز بين المشافي العامة والخاصة	91.
226	الدالات الإحصائية لاختبار الفروق في تقييم أبعاد الجودة والتميز بين المشافي العامة والخاصة	92.
228	تقييم أبعاد الجودة والتميز بين المرضى والاداريين	93.
230	متوسطات تقييم المشافي حسب كل بعد من أبعاد الجودة والتميز	94.
231	الدالات الإحصائية لاختبار الفروق في تقييم الفروق تبعا للمشفى	95.
232	تقييم بعد الملموسية	96.
232	تقييم بعد الاعتمادية	97.
233	تقييم بعد الاستجابة	98.
233	تقييم بعد الأمان والضمان	99.
234	تقييم بعد التعاطف	100.

فهرس الأشكال

رقم الشكل	الشرح	رقم الصفحة
1.	نموذج البحث	20
2.	الرقابة الاستراتيجية كعملية تفاعلية	37
3.	مراحل التقويم الاستراتيجي	46
4.	مستويات الرقابة	47
5.	الفجوة بين الرسالة والرؤيا الاستراتيجية	64
6.	دور بطاقة الأداء المتوازن بربط الرؤيا بالاستراتيجية	64
7.	نموذج بطاقة الأداء المتوازن	66
8.	البنية الأساسية لبطاقة الأداء المتوازن	68
9.	الخارطة الاستراتيجية	71
10.	مراحل تحقيق الاستراتيجية	77
11.	الاستراتيجية غير واضحة	77
12.	العلاقة بين بطاقة الأداء المتوازن والتحسين المستمر وإدارة الجودة الشاملة	105
13.	مدخل PDCA Cycle	106
14.	عناصر النموذج الأوروبي مع الأوزان	111
15.	مصفوفة القياس رادار	114
16.	النموذج المقترح لبطاقة الأداء المتوازن كأداة لتحقيق التميز في جودة الخدمة الصحية	118
17.	ترجمة بطاقة الأداء المتوازن بشكل عملي	129
18.	الخارطة الاستراتيجية لمشافي القطاع العام	130
19.	استنتاج المقاييس من عوامل النجاح الحرجة بالنسبة للاستراتيجية	131
20.	مقارنة كلفة المريض مع الايراد المتحقق	132
21.	تطور الخسارة في مشفى العيون الجراحي	133
22.	تطور سعر الصرف	134
23.	تطور الانفاق على الصحة	134
24.	مؤشرات بعد الزبائن في مشفى العيون	136
25.	مؤشرات العمليات الداخلية في مشفى العيون	139
26.	مؤشرات بعد التعلم والنمو في مشفى العيون	141
27.	مؤشرات بعد البيئة والمجتمع في مشفى العيون	143

146	مقارنة الكلفة مع الايراد في نشفى المواساة	28.
146	تطور الخسارة في مشفى المواساة	29.
147	مؤشرات الزبائن في مشفى المواساة	30.
149	مؤشرات العمليات الداخلية في مشفى المواساة	31.
150	مؤشرات التعلم والنمو في مشفى المواساة	32.
152	مؤشرات البيئة والمجتمع في مشفى المواساة	33.
155	المؤشرات المالية في مشفى دمشق	34.
156	تطور الخسارة في مشفى دمشق	35.
157	مؤشرات الزبائن في مشفى دمشق	36.
158	مؤشرات العمليات الداخلية في مشفى دمشق	37.
160	مؤشرات التعلم والنمو في مشفى دمشق	38.
162	مؤشرات البيئة والمجتمع في مشفى دمشق	39.
165	كيف تترجم بطاقة الأداء المتوازن بشكل عملي في مشفى دار الشفاء	40.
166	الخارطة الاستراتيجية في مشفى دار الشفاء	41.
167	استنتاج عوامل النجاح الحرجة بالنسبة للاستراتيجية في مشفى دار الشفاء	42.
168	المؤشرات المالية في مشفى دار الشفاء	43.
169	مؤشرات الزبائن في مشفى دار الشفاء	44.
171	مؤشرات العمليات الداخلية في مشفى دار الشفاء	45.
173	مؤشرات التعلم والنمو في مشفى دار الشفاء	46.
175	مؤشرات البيئة والمجتمع في مشفى دار الشفاء	47.
178	المؤشرات المالية في مشفى المنار	48.
179	مؤشرات بعد الزبائن في مشفى المنار	49.
180	مؤشرات العمليات الداخلية في مشفى المنار	50.
186	المؤشرات المالية في مشفى أمية	51.
187	مؤشرات بعد الزبائن في مشفى أمية	52.
189	مؤشرات العمليات الداخلية في مشفى أمية	53.
190	مؤشرات التعلم والنمو في مشفى أمية	54.
191	مؤشرات البيئة والمجتمع في مشفى أمية	55.

ملخص البحث

أثر التقييم الاستراتيجي للمنظمات الصحية بالتميز بجودة الخدمة الصحية

يهدف البحث إلى تطوير الإدارة الصحية في سورية منطلقاً من المشاكل التي تعاني منها، والتي يمكن تقسيمها إلى قسمين رئيسيين الأول: يتعلق بالهيكلية التنظيمية والبنية المؤسساتية لهذه الإدارات، والثاني: يختص بآلية العمل النازمة للعلاقات داخل وخارج الإدارة، ولعل من أسباب هذه المشاكل أن عملية التقييم الاستراتيجي لأداء الإدارات الصحية لم تعطَ الاهتمام اللازم لجهة اعتماد معايير ومؤشرات واضحة في التقييم تساعد الإدارات على الاستفادة من نقاط القوة والانتباه إلى نقاط الضعف وتجاوزها.

لذلك توجهنا في بحثنا هذا إلى دراسة أثر استخدام بطاقة الأداء المتوازن بمؤشراتها المالية وغير المالية كأحد أدوات التقييم الاستراتيجي، ولتحقيق ذلك يحاول البحث الإجابة على التساؤلات التالية

- ما هو واقع نظام التقييم الاستراتيجي المطبق في المنظمات الصحية في سورية؟
- ما هي مؤشرات التقييم الاستراتيجي (المالية وغير المالية) التي نحتاجها لبناء بطاقة أداء متوازن تعكس التميز بجودة الخدمة الصحية المقدمة في سورية؟
- هل يوجد أثر ذو دلالة معنوية للمؤشرات المالية كبعد من أبعاد التقييم الاستراتيجي على التميز بجودة الخدمة الصحية؟
- هل يوجد أثر ذو دلالة معنوية للمؤشرات غير المالية (العلاء، العمليات الداخلية، التعلم والنمو، البيئة والمجتمع) على التميز بجودة الخدمة الصحية؟
- كيف نستخدم بطاقة الأداء المتوازن لتقييم جودة وتميز أداء المشافي عينة البحث؟
- كيف نستخدم بطاقة الأداء المتوازن كأداة لمقارنة جودة وتميز الخدمات المقدمة من قبل المشافي عينة البحث؟
- ماهي متطلبات تطبيق بطاقة الأداء المتوازن كأداة من أدوات التقييم الاستراتيجي وما هي المعوقات المرتبطة بذلك؟

أما أهم نتائج البحث فكانت:

1. مكننا استخدام بطاقة الأداء المتوازن من التعبير عن أداء المشفى برقم واحد، ومن معرفة التفاصيل حول الأداء أيضاً ضمن الأبعاد المختلفة للبطاقة، كما أن استخدام هذه الأداة يتسم

بالبساطة وعدم التعقيد رغم أنه يقيس ويقيم الأداء من وجهة نظر جميع الأطراف المتعاملة مع المشفى، ويتضمن مقاييس مالية وغير مالية، كما ساعد تطبيق البطاقة في المقارنة بين مستويات جودة الخدمة الصحية المقدمة بين المشافي عينة البحث.

2. تم بناء بطاقة الأداء المتوازن بالاعتماد على المؤشرات المرتبطة بـ (ضبط العدوى، وجودة الخدمة الطبية، ورضى المريض، وتدريب الأطباء) كأولويات العمل في مشافي القطاع العام، وكذلك (ضبط العدوى، ورضى المريض، جودة الخدمة الطبية والربح) من أهم أولويات العمل في مشافي القطاع الخاص

3. يوجد أثر ذو دلالة معنوية للمؤشرات المالية كبعد من أبعاد التقويم الاستراتيجي على التميز بجودة الخدمة الصحية

4. يوجد أثر ذو دلالة معنوية للمؤشرات غير المالية ممثلة فقط بـ (بعد النمو والتعلم، بعد الزبائن) كبعد من أبعاد التقويم الاستراتيجي على التميز بجودة الخدمة الصحية.

5. تميزت مشافي القطاع العام ببعدي العمليات الداخلية والتعلم والنمو والبيئة والمجتمع، وهذه النتيجة تتوافق مع نتائج تحليل بيانات الاستبيان والتي أظهرت تفوق مشافي القطاع العام ببعد الاستجابة، وهذا يفسر البنية التحتية والفنية لهذه المشافي التي تمكنها من استقبال عدد كبير من المرضى في أي وقت، وتقديم العمليات المجانية والخدمة الطبية الجيدة، حيث يعمل في هذه المشافي نخبة أطباء سورية وهذا ما ظهر في الزمة التي مر بها بلدنا حيث كانت الحامل الأكبر للحالات الاسعافية والاصابات، واستمرت باستقبال أعداد كبيرة من المراجعين ولكن تظهر نتائج الدراسة أيضاً أن من أهم أولويات التطوير في مشافي القطاع العام هو زيادة الاهتمام بالبعد المالي وبعد الزبائن وهذه النتيجة تتوافق أيضاً مع نتائج تحليل بيانات الاستبيان، والتي أظهرت أن من أهم أولويات التطوير هو الاهتمام ببعد الملموسية.

6. تميزت مشافي القطاع الخاص بالبعد المالي وبعد الزبائن وهذه النتيجة تتوافق مع نتيجة تحليل بيانات الاستبيان والتي أظهرت تفوق مشافي القطاع الخاص ببعد الأمان والملموسية وهذا يعكس سبب توجه المريض لمشافي القطاع الخاص (خدمة طبية متميزة تحت إشراف طبيب متميز) ومترافقة مع خدمات فندقية متميزة، لكن بالمقابل تحتاج هذه المشافي إلى تطوير بعد البيئة والمجتمع والتعلم والنمو والاستجابة والتعاطف، حيث لم تراعي مشافي القطاع الخاص ظروف الأزمة التي مرت بها سورية من حيث تقديم العمليات المجانية أو توظيف ذوي الشهداء بشكل يتوافق مع الأرباح التي تحققها، لذلك نرى أن تعزيز مسؤوليتها الاجتماعية تجاه المجتمع الذي تعمل فيه سيساهم في رفع درجة مؤشرات الجودة لديها.

7. تم اقتراح تطوير بطاقة الأداء المتوازن لتعكس التميز بجودة الخدمة الصحية بالاستفادة من النموذج الأوربي للتميز، حيث تمت إضافة بعد القيادة لأبعاد ومكونات البطاقة، لكننا لم نستطع

اختبار أثر هذه الإضافة على التميز بجودة الخدمة المقدمة، حيث وجدنا من خلال العمل مع إدارات المشافي أن تطبيق البطاقة بحد ذاتها بشكلها التقليدي جديد ويواجه صعوبات عدة، لعدم توفر الدعم الكافي من الإدارات العليا لتبني مؤشرات الجودة بشكل جدي، ولصعوبة التواصل بين الإدارة العليا والإدارات الوسطى، لذلك كان توجهنا بداية التعرف على إمكانيات تطبيق بطاقة الأداء المتوازن بشكلها التقليدي والصعوبات المرتبطة بذلك، والعمل على تعزيز ثقافة استخدام الأدوات الإدارية الحديثة.

8. تم تطوير المؤشرات الخاصة ببعد القيادة بالاستفادة من النموذج الأوربي للتميز وبالتشاور مع الإداريين في المشافي الستة.

9. تتوفر أبعاد جودة خدمة الرعاية الصحية بدرجة جيدة نوعاً ما في المستشفيات العامة والخاصة محل الدراسة، والأفضل هي المشافي الخاصة.

10. من أهم محددات تطبيق بطاقة الأداء المتوازن في المشافي عينة البحث، عدم وضوح فكرة التقويم الاستراتيجي لدى القائمين على الإدارات الصحية في سورية، وصعوبة التواصل مع الإدارة العليا في المشافي والقيود البيروقراطية والإدارية التي ساهمت الأزمة التي تمر بها سورية في تعزيزها، من حيث تداول المعلومات وانتقالها وكذلك الاستفادة من البحوث والدراسات التي تقوم بها المشافي.

يوصي البحث بما يلي:

1- اعتماد المؤشرات التي تم بناؤها في بطاقة الأداء المتوازن يعد خطوة لتطوير العمل الإداري وجودة الخدمات المقدمة، لأن تطبيق الدليل السوري المساعد يحتاج إلى وقت طويل حسب ما يشير إليه واقع الإدارات الصحية.

2- وضع أهداف على المستوى الوطني للمؤشرات المالية وغير المالية لبطاقة الأداء المتوازن، سيساهم في رفع مؤشرات الجودة والتميز، ويمكن البدء بالإدارات الصحية بالاستفادة من المؤشرات التي تم عرضها في بحثنا هذا، ومن ثم تعميم التجربة على القطاعات الاقتصادية والخدمية الأخرى بوضع مؤشرات جودة وتميز تلائم طبيعة عمل كل قطاع.

3- تدريب الموظفين والإداريين على الأساليب الإدارية الحديثة في التقويم ومنها بطاقة الأداء المتوازن وعلى كيفية حساب المؤشرات المالية وغير المالية المرتبطة بها.

4- دعم الإدارة العليا مهم جداً لتطبيق بطاقة الأداء المتوازن كأسلوب للتقويم الاستراتيجي، لذلك نؤكد على أهمية رفع الوعي على أهمية التقويم الاستراتيجي، والعمل على تعزيز ونشر ثقافة

استخدام الأدوات الإدارية الحديثة ومنها بطاقة الأداء المتوازن لاحتوائها المعايير المالية وغير المالية لتقييم الأداء .

5- من أهم أولويات التطوير في مشافي القطاع العام لتحسين جودة الخدمة الصحية الاهتمام ببعيد الزبائن والبعد المالي، لذلك نوصي بتطوير الإدارة المالية في مشافي القطاع العام من خلال تخفيض الهدر والاستثمار الأمثل للموارد المتاحة لتحقيق امكانية تحسين خدمات الفندقية وتدريب العاملين على حسن استقبال المرضى والاستجابة لطلباتهم.

6- من أهم أولويات التطوير في مشافي القطاع الخاص لتحسين جودة الخدمة الصحية الاهتمام ببعيد البيئة والمجتمع وبعد التعلم والنمو، لذلك نرى من الضروري على مشافي القطاع الخاص تعزيز مسؤوليتها الاجتماعية تجاه المجتمع الذي تعمل فيه وتجاه العاملين.

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

المبحث الأول: الدراسات السابقة

أولاً: عرض وتحليل الدراسات السابقة

ثانياً: تمييز دراستنا عن الدراسات السابقة

المبحث الثاني: منهجية الدراسة

1-1. مشكلة البحث

2-1. أهمية البحث

3-1. أهداف البحث

4-1. فلسفة البحث

5-1. نموذج البحث

6-1. فرضيات البحث

7-1. مجتمع وعينة البحث

8-1. خيارات البحث وأسلوب تحليل البيانات

9-1. مصطلحات البحث

10-1. حدود البحث

المبحث الأول

الدراسات السابقة

مقدمة:

حظيت عملية التقويم الاستراتيجي للمنظمات بأهمية كبيرة في عالم الإدارة، لجهة دورها في زيادة ربحية وإنتاجية المنظمة، لاسيما في عالم اليوم الذي يتسم بالتغيرات التقنية السريعة والانفتاح الاقتصادي والتجاري وتطور عالم الاتصالات، فكان تطوير معايير ومؤشرات التقويم الاستراتيجي موضع اهتمام الإداريين لوضع استراتيجيات التطوير وإحداث التغيير المناسب في البيئة الإدارية والتنظيمية والسلوكية للإدارة لتحسين كفاءتها بحيث تستطيع العمل بثبات واستمرارية لمواكبة بيئة العمل في الألفية الثالثة.

ومع ظهور عجز الأساليب التقليدية للمحاسبة الإدارية في مجال التخطيط والرقابة وتقويم الأداء باعتبارها ثابتة حيث اقتصت بالمعايير المالية والبيئة الداخلية، أصبح التقويم الاستراتيجي الذي يعتمد على تقويم الأهداف المحققة من تنفيذ أعمال المنظمة ككل ومقارنة هذه الأهداف بالأهداف المخطط لها سابقا للتأكد من كفاءة التنفيذ وتحديد العراقيل التي تواجهه بالاعتماد على مقاييس كمية ونوعية في آن واحد وبمراقبة البيئة الداخلية والخارجية ضرورة حتمية في الوقت الحاضر، ومن أهم أدواته ما اصطلح عليه بـ (بطاقة الأداء المتوازن (Balanced Scorecard)، والتي هي إحدى تقنيات المحاسبة الإدارية الاستراتيجية، التي تتميز عن غيرها من أساليب الرقابة وتقويم الأداء في الجمع بين مقاييس الأداء المالي ومقاييس الأداء غير المالي التي تتصف بسهولة تتبعها وربطها باستراتيجية المنظمة، وفي اعتماد أساليب قياس جديدة كرضا الزبون والقدرة على الاحتفاظ بالزبون ورضا العاملين ومهاراتهم بحكم أن المقاييس المالية لوحدها غير كافية لتوجيه وتقييم عمل المنظمات لاسيما الصحية منها.

وتعد بمثابة أداة إدارية تدعم المديرون في المنظمة ليقبوا على وعي بمهامهم ومسؤولياتهم والرسالة والرؤية التي تحملها المنظمة، ويساعدهم على تحديد أولويات التطوير في سبيل تحقيق الأهداف الموضوعية، من خلال الاستخدام الأمثل للموارد المتاحة وبناء قاعدة معلومات لوضع السياسات والخطط وتحليل نقاط القوة والضعف، حيث أن المنظمات (عامة، خاصة) ذات الأداء الجيد هي التي تعتمد وتطبق مؤشرات واضحة وعلمية في التقويم الاستراتيجي، ونظرا لأهمية القطاع الصحي في الحياة الاقتصادية والاجتماعية وملامسته بشكل مباشر لحياة الإنسان فإن تطبيق معايير التقويم الاستراتيجي

يعد مسؤولية اجتماعية وأخلاقية قبل أن تكون إدارية لجهة الارتقاء بجودة الخدمات الصحية وتحقيق التميز فيها، من هنا جاءت فكرة البحث المتمثلة في دراسة نظام التقييم الاستراتيجي المطبق في المنظمات الصحية في سورية، وتطبيق بطاقة الأداء المتوازن كأحد الأدوات المهمة في التقييم الاستراتيجي وأثرها في التميز بجودة الخدمات الصحية المقدمة.

اولاً: عرض وتحليل الدراسات السابقة

سيتناول هذا البحث أهم الدراسات العربية والأجنبية التي درست موضوع التقييم الاستراتيجي للمنظمات الصحية وعلاقته بتميز جودة الخدمة خصوصاً تلك الدراسات التي نفذت باستخدام بطاقة الأداء المتوازن في المنظمات الصحية والجدول رقم (1) يبين أهم هذه الدراسات.

الجدول رقم (1) عرض وتحليل الدراسات السابقة

الرقم	اسم الباحث	العام	اسم البحث	مكان الدراسة	متغيرات الدراسة	النتائج
1	ديلانتي امارتناج وآخريين	2015	تطبيق نموذج بطاقة الأداء المتوازن لتطوير الإطار المفاهيمي لقياس أداء الأقسام الإدارية ضمن المنشآت الخدمية الصحية الوطنية (امارتناج وآخريين، 2015)	المملكة المتحدة	المتغير المستقل: مؤشرات بطاقة الأداء المتوازن، المتغير التابع: الأداء	توصلت الدراسة إلى أن إدارة أداء الأقسام الإدارية ضمن المنشآت للصحة ليس بالأمر السهل، حيث أن تحديد معايير وعوامل النجاح المختلفة وكذلك عرض مقاييس الأداء المتصلة بها يعرض حوارات جديدة حول كيف نقيس أداء المنشآت، ويمكن أن يجهز الإداريين بالأدوات الفعالة لتحديد قيمة ومستوى قبول كل عامل يساهم في تحقيق الثقة على مستوى القسم الإداري ومن ثم على مستوى الأداء الكلي، ونموذج بطاقة الأداء المتوازن يعد جيدا مفيدا في تحديد نوع العلاقات التي ممكن أن تكوب أكثر تأثيرا في النجاح، يحتاج الإداريين في المنشآت الصحية الوطنية أن يعرفوا وضع المحددات التنظيمية بحيث يمكن أن يتلاعبوا بها لتحقيق التطور الأكبر في الأداء، إن تطوير نظام قياس الأداء المبني على بطاقة الأداء المتوازن ليس ضامنا للنجاح، ليس هناك ضامنا بأن الاستراتيجية والرؤيا الموضوعة ناجحة، لكن قوة هذا المفهوم تكمن في الإجراءات التي تعتمد لبناء نظام القياس ليعبر عن استراتيجية المنشأة ورؤيتها بشكل حسي ومادي وجميع الدعم اللازم لذلك من كل المنظمة، ومن المهم عندما يعتمد المدراء معايير بطاقة الأداء المتوازن ان لا تكون جامدة بل أن يتم تطويرها باستمرار ومراجعة لصلاحيتها بكونها لا زالت تعكس استراتيجية المنشأة فعليا.

2	لورا بروكاردو	2015	تطبيق بطاقة الأداء المتوازن في نظام الرعاية الصحية الإيطالي (Braccardo,2015)	إيطاليا	المتغير المستقل: مؤشرات بطاقة الأداء المتوازن، المتغير التابع: الجودة والتكاليف	الأهداف الرئيسية لهذه المقالة هي: (أ) إجراء مراجعة كاملة للمقالات التي نشرت حول بطاقة الأداء المتوازن في نظام الرعاية الصحية الإيطالي خلال الفترة 1992-2012، وذلك باستخدام قواعد البيانات الدولية لفهم استخدام بطاقة الأداء المتوازن كأداة للإدارة الاستراتيجية و (ب) إجراء تحليل تجريبي يستند إلى دراسة حالة المستشفى الإيطالي، مع إيلاء اهتمام خاص لتبني بطاقة الأداء المتوازن لفهم القضايا المتصلة باستخدام هذه الأداة. وأهم النتائج التي توصلت لها: أن هناك فجوة في الأدبيات والدراسات النظرية والحالة التجريبية، وبالتالي فإن دراسة الحالة التي تم تحليلها قد ساهمت في سد هذه الفجوة. وأهمية أن تشمل البحوث الإضافية مقارنة الوضع الإيطالي مع دول اجنبية.
3	حبيب محمود، باسل أنور أسعد	2014	قياس مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة من وجهة نظر المستفيدين منها (محمود، 2014)	سورية	المتغير المستقل: أبعاد جودة الخدمة الصحية المتغير التابع: رأي المستفيدين من الخدمة	هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة في المراكز الصحية في محافظة اللاذقية من وجهة نظر المستفيدين منها (دراسة ميدانية لمركز اشراف الشامية) واستخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي لقياس رضى المستفيدين من جودة الخدمات الصحية المقدمة، وتم تصميم استبانة وتوزيعها على العائلات المستفيدة من الخدمات الصحية، وخلصت الدراسة إلى أنه لا تتوفر جودة للخدمات المقدمة في المراكز الصحية في منطقة اشراف الشامية وفقا لأبعاد جودة الخدمة الصحية (الملموسية، الاعتمادية، الاستجابة، الأمان، والتعاطف) من وجهة نظر المستفيدين من الخدمات المقدمة.

4	علي بسام محمود	2013	تقويم الجودة المدركة للخدمة الصحية من وجهة نظر المرضى (محمود، 2013)	سورية	المتغير المستقل: وجهة نظر المرضى المتغير التابع: الجودة المدركة	هدفت الدراسة إلى تحديد الأبعاد التي ينقسم إليها متغير الجودة المدركة للخدمة الصحية من وجهة نظر مرضى المشافي العامة في دمشق وذلك استناداً إلى نموذج (Haddad & et al.1998) كما تسعى هذه الدراسة إلى تقويم الجودة المدركة للخدمة الصحية المقدمة في المشافي العامة التابعة لوزارة الصحة في مدينة دمشق وتوصلت إلى تأكيد النموذج المستخدم، حيث أن متغير الجودة المدركة للخدمة الصحية هو متغير متعدد الأبعاد وتنقسم الجودة المدركة للخدمة الصحية إلى الأبعاد التالية: جودة الرعاية الصحية وجودة الكادر الطبي وجودة المرافق الصحية كما أشارت النتائج إلى أن المرضى يدركون بشكل إيجابي جودة الخدمة الصحية وهذا ينسجم مع جهود وزارة الصحة السورية في برنامجها لتطوير القطاع الصحي.
5	وفاء سلطان	2013	أبعاد جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين منها: دراسة تطبيقية في مجموعة من المستشفيات الأهلية في محافظة البصرة	البصرة	المتغير المستقل: وجهة نظر المستفيدين المتغير التابع: أبعاد جودة الخدمة الصحية	هدفت الدراسة إلى معرفة وتقييم مستوى الخدمات الصحية المقدمة إلى المستفيدين في المستشفيات الأهلية في محافظة البصرة، وذلك من خلال قياس أبعاد جودة هذه الخدمات المتمثلة في الملموسية الاعتمادية والاستجابة والأمان والتعاطف والفندقة باستخدام استمارة محكمة ومختبرة تضمنت ست متغيرات تمثل أبعاد جودة الخدمات الصحية، وتوصلت الدراسة أنه تتوفر في بعض المشافي قيد البحث أبعاد جودة الخدمات الصحية، كما أن هناك فروقا ذات دلالة إحصائية في مجال جودة الخدمة بين المستشفيات الأهلية وعلى ضوء هذه الاستنتاجات صيغت مجموعة من التوصيات منها ضرورة الاهتمام بمعايير جودة الخدمة الصحية بين المستشفيات الأهلية وبضرورة الاهتمام بمعايير جودة الخدمة الصحية في المستشفيات الأهلية في البصرة والنظر إليها على أنها نظام متكامل من الخدمات.

6	Rodri Gueze d	2013	اتفاق الآراء لدعم قاعدة المعلومات للتقييم الذاتي المعتمدة على نموذج الجائزة الأوروبية للتميز في المنظمات الصحية	منظمات في اوربا	المتغير المستقل الدعم المالي والمؤسسي والفني المتغير التابع: جودة الخدمة الصحية	هدفت الدراسة إلى التركيز ودعم التقييم الذاتي من قبل منظمات الرعاية الصحية لتحسين خدماتها وقدراتها التنافسية في السوق العالمية من خلال تطبيق معايير النموذج الأوربي، وتوصلت الدراسة: إلى ان عملية التقييم الذاتي للمرة الأولى يجعل المنظمة تواجه صعوبات كثيرة، إلا أنها في الوقت نفسه توفر سهولة تطبيق التقييم الذاتي للمرات اللاحقة وتحسين خدماتها وقدراتها التنافسية على ضوء نتائج التقييم، كما بينت النتائج واقعية نتائج التقييم الذاتي التي تعتمد عليها منهجية الرادار المعتمدة من قبل الجائزة الأوروبية للتميز.
7	M. Mahm ud Khan, David R.Hotc hkiss, & others	2012	استخدام بطاقة الأداء المتوازن في تقوية النظام الصحي في البلدان النامية: تحليل معتمد على المسح الوطني للمنشآت الصحية في بنغلاديش (khan and Htchkiss,2012)	بنغلاديش	المتغير المستقل: مؤشرات بطاقة الأداء المتوازن المتغير التابع: جودة الخدمة	توضح هذه الورقة أهمية بيانات المنشآت الصحية الناتجة عن المسوحات المنتظمة لدعم البيانات الإدارية خصوصا في البلدان النامية ومنها بنغلاديش، والقياس المعتمد على مسح المنشآت الصحية يشير إلى أن 70% من الأدوات الطبية الأساسية و35% من الأدوية الأساسية متوفرة، وأقل من 2% من مرافق الرعاية التوليدية الرسمية تحتاج إلى (دواء، حقن، وموظفين في الموقع)، لكن غالبية مستشفيات الإحالة (80%) على مستوى المقاطعات غير جاهزة لتوفير الرعاية التوليدية الطارئة الشاملة، على الرغم من أن المعلومات الإدارية، وتقارير توافر أجهزة التشخيص على مستوى المقاطعة وعلى مستوى المنطقة الفرعية تشير بأن 50% من هذه الآلات وظيفية، ومن حيث مدى توفر الموارد البشرية يوجد نقص في الأطباء والممرضات في جميع مستويات الرعاية الطبية، إذ لا تزال نسبة الممرضات أقل من المستوى المرغوب وكان مؤشر الرضا الوظيفي للأطباء أقل من 50% وللممرضات أقل من 66%، في حين كان مؤشر رضى المرضى مرتفعا 85%، على الرغم من أن مؤشر جودة الخدمة الصحية كان ضعيفا، وأن مسوحات المرافق الصحية لا تساهم فقط في تعزيز عملية صنع القرار الإداري فقط وإنما في تحسين نوعية البيانات الإدارية أيضا

8	Taboli et al	2012	التقييم الذاتي للأداء التعليمي والصحي في المستشفيات لمنسوبة إلى جامعة كرمان للعلوم الطبية والخدمات من خلال النموذج الأوربي EFQM (Taboli et al, 2012)	إيران	المتغير المستقل: النموذج الأوربي للتميز المتغير التابع: أداء المستشفيات	يقدم البحث نموذج التميز الأوربي مصحوبا بالمفاهيم الأساسية لإدارة الجودة الشاملة على أنه يوفر خلفية متكاملة لتقييم الأنشطة ونتائج المنظمة وتشخيص مواطن الضعف وأي منها يحتاج إلى تحسين، وتوصل إلى أن أداء المستشفيات أحرز 622.7 من 1000 نقطة أي 62% من 100% وأن معايير السياسة والقيادة قد وصلت إلى أعلى درجة المعيار المثالية، أما معايير الشراكة والموارد والنتائج هي الأكثر حاجة إلى التحسين
9	بثينة راشد الكعبي	2011	دور بطاقة الأداء المتوازن في تقويم أداء المستشفيات الحكومية غير الهادفة للربح (راشد الكعبي، 2011)	العراق	المتغير المستقل: مؤشرات بطاقة الأداء المتوازن المتغير التابع: الأداء	توصلت الدراسة إلى فشل الكادر الطبي والتمريضي والمهني والفني في تحقيق المعايير الصادرة من منظمة الصحة العالمية في تحقيق عدد المرضى والعمليات والمرضى لكل طبيب، وعدم اهتمام الجهات المسؤولة بالمشفى ببرامج التعليم المستمر وكذلك عدم الاهتمام بشبكة المعلومات الدولية وأوصت ب: ضرورة معالجة النقص في الموارد البشرية من أطباء وصيادلة وممرضين ومهنيين لغرض تحقيق المعايير الدولية، وضرورة إجراء الدورات التدريبية للأطباء والصيادلة والممرضين من داخل وخارج العراق، إضافة إلى زيادة الاهتمام بشبكة الانترنت واهتمام الأفراد بالحاسوب.
10	Holge Kunz	2011	المعادلات العامة والخاصة لبطاقة الأداء المتوازن، بالتطبيق على العناية الصحية (kunz, 2011)	المانيا		يعرض هذا البحث كيفية حساب مؤشرات بطاقة الأداء المتوازن حسب تغير الظروف، فيما كان الهدف التطوير أو الثبات أو التراجع، مع إمكانية تقييم بطاقة الأداء المتوازن بشكلها الكلي، يظهر البحث عدة طرق حسابية في تقدير المؤشرات وكيف يتم دمجها ضمن بطاقة الأداء المتوازن وبحيث تبقى عامة بشكل يسمح استخدامها في تطبيقات أخرى للبطاقة، يعرض البحث استخدام نظرية القرارات في جمع المعايير وحسابها وبعده مستويات من التعقيد، لذلك تم عرض معادلة عامة لتقييم

						بطاقة الأداء المتوازن بوظيفة محددة وبالتطبيق على العناية الصحية وتم إعطاء أمثلة في حالات الجمع المختلفة للمؤشرات
11	فوزية رباني، فرحات عباس وآخرون	2010	تصميم بطاقة الأداء المتوازن لمشفى التعليم العالي في باكستان (رباني، 2010)	باكستان	المتغير المستقل: نظام المعلومات المتغير التابع: الأداء	هدفت هذه الدراسة إلى تحقيق أفضل استخدام للبيانات المتاحة وتحسين إدارة الأداء، فريق للخبراء من الأطباء ومديرو المستشفيات قاموا بتخفيض قائمة طويلة من المؤشرات إلى حجم يمكن إدارته والتحكم فيه، وتم تقييم المؤشرات المستمدة من الوثائق الموجودة تبعاً لأهميتها، وقيمتها العلمية، وملاءمتها للخطة الاستراتيجية للمستشفى، وجدواها وإمكانية تعديلها، كل من أعضاء الفريق صنف كل مؤشر على حدة على مقياس من 1-9 للمعايير المذكورة أعلاه. وتم تحديد متوسط للنقاط، ليتم اختصار قائمة من 50 معيار إلى 20 معيار وزعت على أبعاد بطاقة الأداء المتوازن الأربعة، البعد المالي (4) المريض أو الزبون (4) العمليات الداخلية (7) التعلم والنمو (5) وكان هناك حاجة إلى تعاريف صارمة والاستناد إلى المعايير الدولية ووجدوا أن بطاقة الأداء المتوازن تجبر الأطباء والمدراء والأفراد للعمل معاً نحو تحسين الأداء، وتعتبر هذه البطاقة جاهزة الآن لتنفيذها من قبل هذا المستشفى كأداء لإدارة مؤشرات الرصد وتمكين الرصد والمقارنة.
12	Greiling g	2010	تطبيق بطاقة الأداء المتوازن في المنظمات غير الربحية في ألمانيا (Greiling, 2010)	ألمانيا	المتغير المستقل: منظمات القطاع غير الربحي المتغير التابع: بطاقات الأداء المتوازن	من أهم نتائج الدراسة: أولاً: معظم المنظمات غير الهادفة للربح التي تم تحليلها في هذه الدراسة هي في مرحلة مبكرة من تطبيق بطاقة الأداء المتوازن، تطبيق بطاقات الأداء المتوازن في معظم الحالات كأداة قياس وليس بوصفها نظام للإدارة، ثانياً: تطبيق بطاقة الأداء المتوازن بتلك المنظمات لم يتكيف بالقدر الكافي مع متطلبات العمليات غير الهادفة للربح

13	أسامة الفراج	2009	تقييم جودة خدمات الرعاية الصحية في مستشفيات التعليم العالي في سورية من وجهة نظر المرضى (الفراج، 2009)	سوريا	المتغير المستقل: استطلاع الرأي المتغير التابع: سلوك المؤسسة	ركزت هذه الدراسة على جودة الخدمات الصحية المقدمة في مستشفيات وزارة التعليم العالي في سورية حيث هدفت إلى بيان أثر استطلاع الرأي للمستفيدين من الخدمات المقدمة على سلوكيات المؤسسات التي تقدم خدمات الرعاية الطبية، كما هدفت لبيان درجة رضى المستفيدين على الخدمات الصحية وزعت استبانة مؤلفة من 39 سؤال على عينة من 474 مريض من اربع مستشفيات (الأسد الجامعي، المواساة، الأطفال والتوليد، أمراض النساء) ووصلت الدراسة أنه عبر 75% من عينة الدراسة عن رضاهم عن الخدمات الصحية المقدمة في المشافي المذكورة، كما أعطى التحليل السيكلوجي نتائج جيدة يمكن الوثوق بها واعتمادها كأساس للدراسات اللاحقة.
14	(دي - فوس، غراف مانز وآخرون)	2009	استخدام مؤشرات الجودة لتحسين الرعاية الصحية في المستشفيات (غراف مانز، 2009)	هولندا	المتغير المستقل مؤشرات الجودة، المتغير التابع الرعاية الصحية.	أظهرت بأن 6 دراسات فقط قيمت تأثير تنفيذ مؤشرات الجودة على نتائج رعاية المريض بينما باقي الدراسات ركزت على عملية الرعاية الصحية بحد ذاتها، كما أظهرت أيضاً أن تنفيذ مؤشرات الجودة في المستشفيات يكون مؤثراً أكثر في حال وجود تقارير تغذية راجعة بالإضافة إلى تطوير خطط تحسين الجودة وتنفيذ استراتيجيات التعليم، ووجود اختلاف في الطرائق بين المستشفيات من أجل تحسين الجودة والرعاية المقدمة.
15	العمرى	2009	منهجية تطبيق بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسات السعودية (العمرى، 2009)	السعودية	المتغير المستقل: النظام المؤسسي السعودي المتغير التابع: بطاقة الأداء المتوازن	من اهم نتائج الدراسة: بعد التعلم والنمو في بطاقة الأداء المتوازن يعني مقابلة الأهداف بعيدة المدى والمنافسة العالمية والتي تقتضي تطوير الأداء والمهارات بصورة دائمة، وضرورة أن تتسم الثقافة والقيم التنظيمية بالقوة والتوجه المستقبلي، وتقبل التغيير والسعي للاعتماد على مقاييس قياس أداء بشكل دائم وضرورة الاهتمام ببناء الوعي في مجال قياس الأداء من خلال الندوات واللقاءات. ضرورة الاهتمام بالمفاهيم الاستراتيجية، إذ لا يوجد إطار فكري وفلسفي تتبعه المنظمة ولا حتى

						خريطة مسار يمكن أن تسير على هديه الادارة أو برنامج سلوك موحد لتحقيق النتائج المرجوة، والاهتمام بالارتكاز على أهداف واضحة قابلة للقياس تمكن بالتالي من إعطاء توصيف دقيق للأعمال المطلوب القيام بها لإنجاز تلك الأهداف
16	Gomes and Liddle,	2009	بطاقة الأداء المتوازن كأداة لإدارة الأداء في منظمات القطاع الثالث، دراسة حالة مؤسسة ارثر برنداس، (Liddle, 2009)	البرازيل	المتغير المستقل: بطاقة الأداء المتوازن المتغير التابع: مؤسسات القطاع الثالث في البرازيل	تثبت نتائج الدراسة: بأن المنظمات غير الربحية يجب أن تضع العملاء على رأس خرائطهم الاستراتيجية كما أنها تشير إلى أنه ينبغي مراعاة أصحاب المصالح القوية في الخطة الاستراتيجية وضرورة رضاهم من أجل ضمان الشرعية والاستدامة. وتشير نتائج الدراسة إلى ان تطوير بطاقة الأداء المتوازن كأداة مستقلة عند كل قسم في المنظمة يساعد على تعزيز التعاون بدلاً من التنافس ويؤدي إلى تضافر الجهود بدلاً من التفرقة
17	Gumustekin	2009	أثر تطبيق نموذج التميز الأوروبي EFQM على الأداء المنظمي بحث تطبيقي في مشفى الولادة والمومة في اسكهير (Gumustekin et al, 2009)	تركيا	المتغير المستقل: النموذج الأوروبي للتميز المتغير التابع: الأداء المنظمي	هدف البحث إلى توضيح تأثير النموذج الأوروبي للتميز الأوروبي على أداء المشفى من خلال الفهم الصحيح لمعايير القيادة وتحديد السياسات والاستراتيجيات، والإدارة الفعالة للموارد البشرية والعمليات واعتبارها كمدخلات لتحقيق التميز من خلال تحقيق النتائج المرجوة المتمثلة بمنتجات (الزبون، الموارد البشرية، المجتمع، ونتائج لأداء الرئيسة)، وتوصل البحث أن النموذج نوع من أدوات التقييم الذاتي الذي يظهر نقاط القوة والضعف ويعتبر كدليل للمنظمات في تحديد الإخفاقات وإيجاد الحلول المناسبة لها والسير باتجاه التميز، ويستند إلى مبادئ إدارة الجودة الشاملة التي تركز على النتائج من خلال خدمة الزبون والتحسين المستمر، وأن هناك علاقة إيجابية بين عناصر النموذج الأوروبي للتميز وأداء المنظمة.

18	Andrie h, Zaman	2007	تطبيق بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسات الاستراتيجية (زمان، 2007)	استراليا	استهدفت الدراسة بحث الوضع الحالي لتطبيق النموذج في المستقبل القريب، وقد شملت عينة الدراسة على خمسين شركة استرالية تم إجراء مسح لها، حيث أن نسبة 33% منها قد طبقت النموذج، في حين أن 25% تخطط لتنفيذه في المستقبل القريب ومن أهم نتائج الدراسة ما يلي: أنه وبالرغم من إدراك ومعرفة إدارات الشركات الاستراتيجية بالنموذج (BSC) إلا أن هناك ضعف في المبادرة والتخطيط من قبل الإدارة العليا للشركات لتنفيذه في شركاتهم، وإن إدارة الشركات تعتقد أن النموذج هو نظام لقياس وتقييم الأداء الاستراتيجي وأن له قيمة عالية، ويعتقد المستجيبون أن فهم الإدارة العليا ودعمها لقضية تطبيق النموذج يعتبر مهما جدا.
19	رانيا الزير	2007	أهمية استخدام بطاقة التقييم المتوازن للأداء في المصارف، دراسة تطبيقية في المصرف العقاري السوري (الزير، 2007)	سورية	المتغير المستقل: مؤشرات بطاقة الأداء المتوازن المتغير التابع: الأداء
20	حنان تركمان	2006	الرقابة الاستراتيجية ودورها في الأداء، استخدام بطاقة التصويب المتوازنة كتقنية جديدة للرقابة الاستراتيجية	سورية	المتغير المستقل: مؤشرات بطاقة الأداء المتوازن المتغير التابع:

			بالتطبيق على بعض منظمات الأعمال (تركمان، 2006)		الأداء	أدوات القياس المستخدمة في كلا المشفيين تقليدية وهي (الملاحظة المباشرة، تقارير الأداء، الانحراف عما هو مخطط، الترتيب والمقارنة)، كما تم استخدام بطاقة التصويب المتوازنة كأداة للمقارنة بين أداء المشفيين.
21	Shih Jen Katty he	2006	إعداد بطاقة الأداء المتوازن مقارنة بين مؤسستين (Katty he, 2006)	اليابان	المتغير المستقل: مؤشرات بطاقة الأداء المتوازن المتغير التابع: الأداء، الرضى المؤسسي	هدفت الدراسة إلى اختبار عملية استخدام النموذج في شركة لصناعة السيارات ومصرف، حيث أظهرت الدراسة أن شركة تصنيع السيارات كان لديها تطبيق ناجح للنموذج على عكس المصرف الذي لم يكن لديه نجاح في تطبيقه، وقد تم إجراء مقارنة بين تطبيقات النموذج في المؤسستين، وذلك من أجل معرفة سبب الاختلاف في نتائج التطبيق بين هاتين المؤسستين، ومستوى الرضى المؤسسي الذي يتحقق من تطبيقه، وقد توصلت الدراسة: إلى وجوب توافر التغذية الراجعة بغرض تحقيق الرضى المؤسسي مع وجوب مشاركة العاملين في صياغة مقاييس (BSC) وزيادة فاعلية تطبيق النموذج لضمان نجاح تطبيقه، وأن لا تقتصر على المديرين وحدهم، وذلك لأن عدم وضوحها بالنسبة للعاملين يؤدي إلى شعورهم بالإحباط وبالتالي يحول دون تقبلهم للنموذج، وأن تتم دراسة عدد المقاييس المختارة ونوعها كي يمكن مراقبتها والتحكم بها.
22	حنان الأحمدي و مارتن رولاند	2005	جودة الرعاية الصحية الأولية في المملكة العربية السعودية (الأحمدي، 2005)	السعودية	المتغير المستقل الجودة، المتغير التابع الرعاية الصحية الأولية	توصلت الدراسة إلى وجود اختلاف في تقديم خدمات الرعاية الصحية بين المراكز الصحية في المملكة، والحاجة إلى تحسين الجودة، الحاجة إلى تحسين نظام الإدارة وتنظيم خدمات الرعاية الصحية، والحاجة إلى تحسين المعرفة والمهارة عند الموظفين عن طريق التعليم والتطوير والتدريب المهني

ثانياً: تميز دراستنا عن الدراسات السابقة

وما يميز بحثنا عن الدراسات السابقة أنه:

1- تتناول الدراسة موضوع هام لم يتم التطرق له بشكل كاف في الدراسات السابقة، وهو اعتماد بطاقة الأداء المتوازن كأداة من أدوات التقويم الاستراتيجي للمنظمات الصحية العاملة في سورية وأثره على التميز في جودة الخدمات الصحية من خلال الاعتماد على جمع البيانات الفعلية عن واقع عمل المشافي العامة والخاصة في سورية، والذي يعكس بدوره واقع الإدارة الصحية بشكل عام وذلك خلال فترة زمنية تمتد من 2010-2017 وربطها ببيانات استبيان التميز في جودة الخدمة الصحية، لتحديد علاقة الأثر بينهما، مع ان المشافي السورية لديها جملة من النماذج المتعلقة بالجودة، لكنها لا تلتزم بمعايير موحدة مطبقة في كل هذه المشافي إنما طبقت بشكل عشوائي، حيث تحتوي جميعها على مؤشرات بطاقة الأداء المتوازن لكنها غير مصنفة وفق النموذج العالمي للبطاقة.

2- تعتمد الدراسة عند بناء بطاقة الأداء المتوازن للمشافي قيد الدراسة والمعايير المرتبطة بها، على معيارين للمقارنة وذلك تبعاً لتوفر البيانات، وهي المقارنة حسب المقياس العالمي، أو المقارنة حسب المقياس المحلي (مدينة دمشق)، وهو أيضاً لم يظهر بشكل واضح في الدراسات التي تناولت التميز وبطاقة الأداء المتوازن.

3- استخدام بطاقة الأداء المتوازن كأداة للمقارنة بين أداء المشافي العامة، وبين أداء المشافي الخاصة، وكأداة لتقويم أداء المشافي تبعاً لاستراتيجياتها وتحديد أولويات التطوير المرتبط بالجودة.

4- تضيف الدراسة بعداً جديداً للفكر الإداري والبحوث الإدارية يتمثل في بناء نموذج لتمييز جودة الخدمة في المنظمات الصحية في سورية بالاعتماد على بطاقة الأداء المتوازن ونماذج التميز العالمية.

5- تم انجاز البحث في فترة الأزمة التي تمر بها سورية، إذ تم استخدام سلسلة زمنية للبيانات الكمية من (2010-2017) وهذا يعكس أيضاً تأثير الأزمة على جودة الخدمة الصحية.

6- البحث يستند إلى بعدين كمي ونوعي معا وهذا منهج جديد.

7- البيانات المستخدمة في النموذج هي بيانات كمية تسجيلية وهذا يعطي للبحث أهمية خاصة تكون ما أمكن قريبة من الواقع وليست بيانات رأي، مع ذلك استخدمت الدراسة الاستبيان كأداة إضافية لترميم الفجوة في البيانات.

المبحث الثاني: منهجية الدراسة

1.1 مشكلة الدراسة

يكن التحدي الأبرز أمام تطوير الإدارة الصحية وجودة الخدمات المقدمة من قبلها في سورية في ضعف الاستناد إلى الفكر التنافسي القادر على مواكبة التطورات المتسارعة في الأدوات الإدارية من جهة، وتوسع نطاق ومستوى جودة الخدمات الصحية التي تقدمها للغير من جهة أخرى، حيث تتوزع المشاكل الناجمة عن هذا التحدي إلى قسمين: الأول يتعلق بالهيكلية التنظيمية والبنية المؤسساتية من جهة، وثانيهما يختص بآلية العمل النازمة للعلاقات داخل الإدارة وخارجها من جهة أخرى، ولعل من أسباب هذه المشاكل أن عملية التقييم الاستراتيجي لأداء الإدارات الصحية لم تعطَ الاهتمام اللازم لجهة اعتماد معايير ومؤشرات واضحة في التقييم تساعد على إظهار نقاط الضعف والخلل، ومن ثم تصحيح الانحراف في الوقت المناسب، وعدم اعتماد نظم وأدوات إدارة الجودة الشاملة في تقديم خدماتها للحفاظ على جودة الخدمة الصحية وتحسينها باستمرار.

من هنا فإن البحث سيحاول النظر في أهمية تطوير معايير ومؤشرات التقييم الاستراتيجي للإدارة الصحية في سورية تشمل المعايير المالية وغير المالية وعكسها ضمن سلسلة زمنية (2010-2017) ومعرفة أثر ذلك على التميز في جودة الخدمات الصحية، واستخدامها للمقارنة بين المشافي العامة والخاصة في سورية. وفي ضوء ذلك تتلخص مشكلة البحث بالأسئلة التالية:

1. ما هو واقع نظام التقييم الاستراتيجي المطبق في المنظمات الصحية في سورية؟
2. ما هي متطلبات تطبيق معايير ومؤشرات التقييم الاستراتيجي (المالية وغير المالية) على المنظمات الصحية في سورية؟
3. هل يوجد أثر ذو دلالة معنوية للمؤشرات المالية كبعد من أبعاد التقييم الاستراتيجي على التميز بجودة الخدمة الصحية؟
4. هل يوجد أثر ذو دلالة معنوية للمؤشرات غير المالية (العلاء، العمليات الداخلية، التعلم والنمو، البيئة والمجتمع) على التميز بجودة الخدمة الصحية؟

5. هل تختلف المشافي العامة فيما بينها تبعاً لمؤشرات التقييم الاستراتيجي المعتمدة، وكيف تستخدم بطاقة الأداء المتوازن كأداة للتقييم الاستراتيجي للمشافي في القطاع العام؟
6. هل تختلف المشافي الخاصة فيما بينها تبعاً لمؤشرات التقييم الاستراتيجي المعتمدة، وكيف تستخدم بطاقة الأداء المتوازن كأداة للتقييم الاستراتيجي للمشافي في القطاع الخاص؟
7. ماهي المؤشرات التي يمكن اعتمادها لبناء بطاقة الأداء المتوازن كأداة للتقييم الاستراتيجي في القطاع الصحي؟

2-1 أهمية البحث:

أولاً: الأهمية العلمية: إن التطورات في بيئة الأعمال تفرض تعزيز أفضل الممارسات في مجال تطبيق نظم ومقاييس واضحة ومحددة للتقييم الاستراتيجي، بدل الاكتفاء بالتقييم الأولي النمطي التقليدي، حيث أكد (Kaplan and Norton, 2000:67) أن التركيز على المنظور المالي فقط مع أهميته إلا أنه غير كاف لتكوين الصورة الشاملة عن المنظمة وتحقيق جودة وتميز خدماتها، إذ أصبح من المعروف بأن المقاييس التقليدية التي تركز على المنظور المالي غير كافية لبيئة الأعمال المعاصرة، وأن الاهتمام بمجموعه أوسع من المقاييس التي ترتبط بالجودة، حجم السوق، رضا الزبون والعاملين، يمكن أن تؤدي إلى تبصر أكبر بالعوامل التي تسوق الأداء المالي، خصوصاً مع فشل نظم تقييم الأداء التقليدية وتقارير المحاسبة الإدارية التقليدية في توفير المعلومات الضرورية لتحسين الأداء المستقبلي للمنظمة.

من هنا تكمن أهمية البحث:

- بأن التقييم الاستراتيجي المؤسسي للمنظمات يقوم على فكرة الحفاظ على الموقع المتميز، من خلال إعادة تقييم العمليات في المنظمة وتحديثها عبر إعادة تصميمها بواسطة التقنيات والأساليب الحديثة، حتى يمكن تحقيق الأهداف بكفاءة وفاعلية وتقديم أفضل الخدمات بأسرع وقت ممكن وأقل تكلفة: أي تحقيق التميز في تقديم الخدمات.

- في دمج المحاسبة مع الادارة الاستراتيجية لدعم متطلبات بناء أنظمة قياس وإدارة الأداء (BSC) لتقديم معلومات تمكنها من تحقيق متطلبات البيئة الخارجية للمنظمة والمتمثلة في

الميزة التنافسية وجودة وتميز الخدمة وهي أهداف استراتيجية، أما متطلبات البيئة الداخلية للمنظمة فتتمثل في الأداء التشغيلي الذي يجب عرضه بشكل متقابل وفقاً للأهداف الاستراتيجية.

- إن نظام الجودة هو بمثابة نظام فرعي من المنظومة الصحية المتكاملة Integrated Health System أي المنظومة المتعلقة بتسليم الخدمة الصحية Heath service delivery system ولإدارة هذه المنظومة المتكاملة لا بد من تفعيل دور النظام الفرعي الخاص بالجودة فيها، ودوره في تحقيق رضا المريض.

ثانياً: الأهمية العملية:

- في كونه يهتم بتطبيق أهم مؤشرات التقييم الاستراتيجي المعتمدة عالمياً (بطاقات الأداء المتوازن) على الإدارة الصحية في سورية ودراسة الصعوبات المرتبطة بذلك وعلاقتها بجودة وتميز الخدمة الصحية، وبالتالي سيكون خطوة جديدة في علمية التطوير والبحث العلمي في مجال الإدارة والتقييم الإداري.

1-3 أهداف البحث

يهدف البحث إلى تحقيق الأهداف التالية:

- 1) التعرف على نظام التقييم الاستراتيجي المعتمد في المنظمات الصحية في سورية والمؤشرات المرتبطة فيه.
- 2) التعرف على مستوى جودة الخدمات الصحية في سورية.
- 3) تطبيق نموذج لبطاقة الأداء المتوازن كأداة للتقييم الاستراتيجي وتطبيقها على مشافي عينة البحث.
- 4) التعرف على أثر تطبيق المؤشرات المالية التقليدية في بطاقات الأداء المتوازن، وغير المالية (رضى الزبائن، عمليات المنظمة الداخلية، التعلم والنمو) على التميز في جودة الخدمات الصحية.
- 5) الاستفادة من نتائج البحث العملية في تقديم بعض المقترحات والتوصيات التي تساعد المنظمات محل البحث على زيادة إنتاجيتها وتحقيق أهدافها والاستفادة من تطبيق النموذج في

تقديم مقترحات لتطبيقه على المنظمات بشكل عام سواء الإنتاجية أو الخدمية وفي كلا القطاعين العام والخاص.

1-4 فلسفة البحث (نوع فلسفة البحث، أسلوب البحث، استراتيجية البحث، أدوات جمع البيانات)

1-4-1 فلسفة البحث: يعتمد البحث على الفلسفة الوضعية حيث سنعمل على اكتشاف ماذا تطبق المشافي عينة البحث من بطاقة الأداء المتوازن وذلك من خلال جمع البيانات الكمية لمعايير بطاقة الأداء المتوازن والتي تعكس بدورها معايير جودة الخدمة الصحية، حيث أن مفهوم ومعايير بطاقة الأداء المتوازن موجودة عبر نظريات الإدارة والأبحاث العلمية، لكننا سنعمل على بناء المعايير الخاصة بالبطاقة استناداً إلى المقابلة الشخصية مع المدراء والمعينين، وعلى أهم المقالات العلمية التي تتناول تطبيق بطاقة الأداء المتوازن في القطاع الصحي.

1-4-2 أسلوب البحث: يعتمد البحث على الأسلوب الاستنتاجي، إذ سننطلق من النظريات والدراسات التي تناولت بطاقة الأداء المتوازن وجودة الخدمة، ونعمل على تطويرها من خلال محاولة تطبيقها على المشافي عينة البحث، والتوصل إلى نموذج يعكس تميز جودة الخدمة الصحية.

1-4-3 أدوات جمع البيانات: وتم جمع البيانات بطرق ومصادر مختلفة لإغناء البحث وذلك من خلال:

- الاطلاع على الوثائق الرسمية والوظيفية والنظم الداخلية للإدارات الصحية العاملة في سورية.
- أسلوب المقابلة الشخصية¹ للحصول على توصيف واضح ومعلومات إضافية.
- تطوير استبانة خاصة بأهداف البحث، وذلك بهدف قياس أبعاد الجودة والتميز في الخدمات الصحية (مشافي خاصة وعامة)، ومدى تأثيرها في المؤشرات المالية وغير المالية، تتألف

¹ تم مقابلة العديد من الإداريين من الإدارات العليا والوسطى، إضافة إلى مجموعة كبيرة من الطاقم الطبي والتمريضي في المشافي عينة البحث من أجل تحديد المؤشرات المالية وغير المالية المرتبطة بطاقة الأداء المتوازن لتعكس التميز بجودة الخدمة المقدمة، والتعرف على الصعوبات التي تعترض ذلك، وتحديد مقترحات لتطوير بطاقة الأداء المتوازن لتعكس التميز بجودة الخدمة المقدمة.

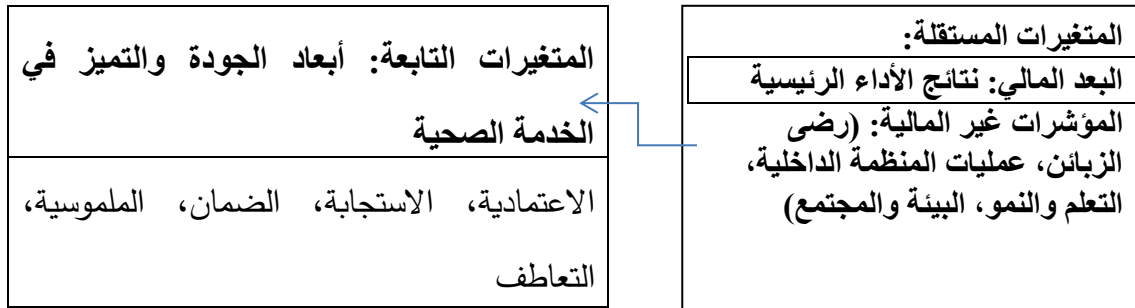
الاستبانة من جزئين: الجزء الأول البيانات التعريفية، (الجنس، المسمى الوظيفي، المؤهل العلمي، الخبرة العملية)، الجزء الثاني: أبعاد الجودة والتميز.

1-5 منهج ونموذج الدراسة

اعتمد البحث على المنهج الوصفي التحليلي الذي يبحث في مكونات بطاقة الأداء المتوازن بأبعادها المختلفة ويحلل المؤشرات المالية وغير المالية المكونة للبطافة ويوصف كيفية استخدام هذه البطاقة كأداة للتقويم الاستراتيجي، ولمقارنة المشافي عينة البحث تبعا لمؤشرات الجودة والتميز المعتمدة.

نموذج البحث:

سيقوم البحث بدراسة أثر المتغيرات المالية وغير المالية في أداة التقويم الاستراتيجي (بطاقات الأداء المتوازن) على المتغير التابع (التميز في جودة الخدمات الصحية) في الإدارة الصحية في سورية، والشكل رقم (1) بين نموذج البحث.



الشكل رقم (1) نموذج البحث

1-6 فرضيات الدراسة

تتلخص فرضيات البحث بما يلي:

1. الفرضية الأساسية الأولى: يوجد أثر ذو دلالة معنوية للمؤشرات المالية كبعد من أبعاد التقويم الاستراتيجي على التميز بجودة الخدمة الصحية. ويتفرع عنها الفرضيات الفرعية التالية:

١. يوجد أثر ذو دلالة معنوية للمؤشرات المالية كبعد من أبعاد التقويم الاستراتيجي على اعتمادية الخدمة الصحية.

٢. يوجد أثر ذو دلالة معنوية للمؤشرات المالية كبعد من أبعاد التقويم الاستراتيجي على الاستجابة.

٣. يوجد أثر ذو دلالة معنوية للمؤشرات المالية كبعد من أبعاد التقويم الاستراتيجي على الضمان والتوكيد.

٤. يوجد أثر ذو دلالة معنوية للمؤشرات المالية كبعد من أبعاد التقويم الاستراتيجي على الملموسية.

٥. يوجد أثر ذو دلالة معنوية للمؤشرات المالية كبعد من أبعاد التقويم الاستراتيجي على التعاطف.

٦. الفرضية الأساسية الثانية: يوجد أثر ذو دلالة معنوية للمؤشرات غير المالية (العلاء، العمليات الداخلية، التعلم والنمو، البيئة والمجتمع) على التميز بجودة الخدمة الصحية ويتفرع عنها الفرضيات الفرعية التالية:

١. يوجد أثر ذو دلالة معنوية للمؤشرات غير المالية كبعد من أبعاد التقويم الاستراتيجي على اعتمادية الخدمة الصحية.

٢. يوجد أثر ذو دلالة معنوية للمؤشرات غير المالية كبعد من أبعاد التقويم الاستراتيجي على الاستجابة.

٣. يوجد أثر ذو دلالة معنوية للمؤشرات غير المالية كبعد من أبعاد التقويم الاستراتيجي على الضمان والتوكيد.

٤. يوجد أثر ذو دلالة معنوية للمؤشرات غير المالية كبعد من أبعاد التقويم الاستراتيجي على الملموسية.

٥. يوجد أثر ذو دلالة معنوية للمؤشرات غير المالية كبعد من أبعاد التقويم الاستراتيجي على التعاطف.

٦-١ مجتمع وعينة البحث

يتألف المجتمع المدروس من المشافي العامة والخاصة في مدينة دمشق، إذ يتوزع في مدينة دمشق ٥٢ مشفى من أصل ٤٧٨ مشفى على مستوى القطر، منها ٣٦ مشفى خاص بعدد أسرة

يبلغ 1298، و 16 مشفى عام بعدد أسرة يبلغ ²3483، وسيتم الاختيار بناء على مجموعة من العوامل أهمها: الاهتمام بجودة الخدمة الصحية والسمعة، الحجم، وغيرها.

عينة البحث: تم اختيار ست مشافي في مدينة دمشق (ثلاث مشافي عامة :الهيئة العامة لمشفى جراحة العيون، مشفى المواساة الجامعي، الهيئة العامة لمشفى دمشق، وثلاث مشافي خاصة : مشفى المنار الدولي، مشفى أمية، مشفى دار الشفاء). وتم اختيار هذه المشافي بعد التشاور مع المختصين في المجال الإداري والطبي.

إذ تم اختيار عينة عشوائية شملت الموظفين الإداريين فقط في المشفى وعينة من المرضى المقيمين (خلال فترات زمنية مختلفة) ويبين الجدول رقم (2) التالي توزيع عينة البحث³

الجدول رقم (2) توزيع عينة البحث

مشفى العيون	مشفى دمشق	مشفى مواساة	مشفى شفاء	مشفى أمية	مشفى المنار	
330	2416	1805	140	80	65	اجمالي الموظفين
67	100	95	40	25	18	الموظفين الإداريين
36	45	47	35	20	15	الاستثمارات الموزعة
30	41	46	35	17	12	الاستثمارات المعادة
45	55	55	45	30	25	الاستثمارات موزعة على المرضى
42	50	53	40	30	24	الاستثمارات المعادة
72منح	91	99	75	47	36	عدد الاستثمارات
420						الإجمالي

1-8 خيارات البحث وأسلوب تحليل البيانات

اعتمد في جمع البيانات الأولية على توزيع الاستبيان، إضافة للعديد من النسب والقيم الكمية التي تم تحديدها للحصول على المؤشرات المالية والمؤشرات غير المالية المعتمدة في البحث، خلال سلسلة زمنية 2010-2017، وتم اعتماد وسطي الفترة وربطه مع بيانات الاستبيان .
تضمن الاستبيان (مقياس سيرفكوال) أسئلة تعكس أبعاد جودة الخدمة الصحية والتميز بها وهي:

² بيانات وزارة الصحة 2017
³ مرفق تطبيق المعادلة لتحديد حجم العينة

1- الملموسية التي تبين مدى جاهزية المشفى من ناحية البناء والتجهيزات والنظافة لتقديم الخدمة.

2- الاعتمادية التي تبين قدرة المشفى على التوثيق والدقة في تقديم الخدمة.

3- الاستجابة التي تعكس مدى تجاوب الكادر الطبي والإداري مع المرضى.

4- الأمان الذي يبين مدى قدرة المشفى على توفير الثقة والأمان للمرضى.

5- التعاطف الذي يبين قدرة المشفى على الاهتمام وتقديم الأفضل للمرضى.

تم الطلب من مفردات العينة الإجابة عن الأسئلة بموجب مقياس خماسي الدرجات يوضح الأهمية النسبية أو مستوى التأييد الذي يبديه أفراد العينة تجاه أسئلة الاستبيان وفق ما يلي: موافق جداً=5، موافق=4، موافق بدرجة متوسطة=3، غير موافق=2، غير موافق إطلاقاً=1، وقد تم استخدام هذا المقياس لتوسيع مدى الإجابة المتوقعة حول درجة التأييد.

وتم إضافة سؤال لكل بعد من أبعاد المقياس يعكس تقدير المجيب لمستوى أهمية البعد مقارنة بالأبعاد الأخرى⁴.

كما تم جمع البيانات الكمية لتصميم بطاقة الأداء المتوازن ضمن سلسلة زمنية 2010-2017 وتم اختيار معايير ومؤشرات الأداء والمقاييس الخاصة بالبطاقة بناء على استراتيجية المشفى ورسالتها وبالتعاون مع الإداريين في المشفى، لتحديد الأولويات على مستوى كل مكون من مكونات البطاقة، وكان (ضبط العدوى، وجودة الخدمة الطبية، ورضى المريض، وتدريب الأطباء) من أهم أولويات العمل في مشافي القطاع العام، وكذلك (ضبط العدوى، ورضى المريض، جودة الخدمة الطبية والربح) من أهم أولويات العمل في مشافي القطاع الخاص.

واستخدمت الأساليب الإحصائية التالية:

- اختبار الثبات والصدق .
- الإحصاءات الوصفية لمتغيرات البحث الممثلة بعبارات الاستبيان والتوزيعات التكرارية النسبية.

- اختبار الفرضيات باستعمال T-test

⁴ملحق استبيان البحث مقياس سيرفكوال لقياس جودة الخدمة

- اختبار المقارنات (Independent t test) لمقارنة الاختلافات في تقييم مؤشرات البحث حسب المتغيرات الديمغرافية.
- اختبار المقارنات (One Way Anova) لمقارنة الاختلافات في تقييم مؤشرات البحث حسب حسب المتغيرات الديمغرافية
- اختبار تشيفيه لتحديد جهة الفروق في التقييم.
- تحليل الانحدار الخطي البسيط لاختبار الفرضيات الفرعية .
- تحليل الانحدار المتعدد لدراسة أثر المؤشرات المالية والغير مالية في ابعاد الجودة والتميز

1-9: مصطلحات الدراسة

التقويم الاستراتيجي: وهو عبارة عن عملية إدارية تقوم بها المنظمة للتأكد من مدى تحقيقها لأهدافها عبر مؤشرات تقييم توضع لهذا الأساس تشمل البيئتين الداخلية والخارجية: أي تقويم أداء الأفراد ضمن الوحدات التنظيمية، وتقييم أداء الوحدات التنظيمية ضمن السياسة العامة للمنظمة، وتقييم أداء المنظمة ضمن السياسة الاجتماعية والاقتصادية، وتراجع دورياً بهدف التحسين المستمر (Wright, Pringle, kroll, 1992, 201)

بطاقة الأداء المتوازن: عرفها كل من Kaplan & Norton بأنها نظام يقدم مجموعة متماسكة من الأفكار والمبادئ وخارطة مسار شمولي للشركات لتتبع ترجمة الرسالة في مجموعة مترابطة لمقاييس الأداء، تساهم هذه المقاييس بإنجاز الأعمال ووضع استراتيجية الأعمال واتصال الاستراتيجية بالأعمال، والمساعدة في التنسيق بين الأداء الفردي والتنظيمي ووصولاً إلى أهداف المنظمة"، ويتضح من هذا التعريف نظرتهم للبطاقة باعتبارها نظاماً متكاملًا وهو يتكون من أنظمة فرعية متفاعلة لتحقيق الأهداف المطلوبة من عملية التقييم (كابلان ونورتون، 1996)

هي نظام جديد لتوحيد المقاييس المشتقة من الاستراتيجية، بينما تنطلق المقاييس المالية من الأداء السابق توجه بطاقة الأداء المتوازن للأداء المالي المستقبلي، ويشمل التوجيه الزبون والعمليات الداخلية والتعلم والنمو، ويكون التوجيه من خلال توضيح وترجمة دقيقة لاستراتيجية المنظمة إلى

أهداف ومقاييس ملموسة، وهي طريقة لترجمة أو نقل رسالة المنظمة واستراتيجيتها على شكل مقاييس للأداء بشكل يضمن تنفيذ الاستراتيجية (Horngren, 2000) (

الجودة: يمكن تعريفها بأداء الشيء الصحيح بطريقة صحيحة منذ المرة الأولى مع إيجاد فرصة للتحسين كل مرة، الجودة هي: التطابق مع المعايير، الجودة هي: التطابق مع احتياجات المنتفع بصورة تفوق توقعاته، وعرفت منظمة المواصفات الدولية للمواصفات والتقييس بأنه "تلبية مجموعة الخصائص الموروثة في المنتج لمتطلبات العميل"، وربطها Deming بالتكلفة أيضاً فعرفها بأنها "درجة متوقعة من الانتظام والموثوقية بتكلفة منخفضة وجودة متوافقة مع السوق . (Edward, 1986, 229)

حيث عرفها (Gronroos, 1982) على أنها "مخرجات عملية تقييم العميل عندما يقارن التوقعات مع الخدمة المقدمة فعلاً، لذلك يقسمها (المحيوي، 2006، 17) إلى ثلاث مستويات: أ) الخدمة العادية: التي يتساوى فيها إدراك العميل مع توقعاته المسبقة. ب) الخدمة الرديئة: التي تحدث عندما يكون الأداء الفعلي متدنياً عن المستوى المتوقع له. ج) الخدمة المتميزة: التي تتحقق عندما يتفوق الأداء الفعلي على التوقعات المرسومة عنه (قاسم، 2006)

جودة الخدمة: ملائمة ما يتوقعه العملاء من الخدمة مع إدراكهم الفعلي للمنفعة التي يحصل عليها العملاء نتيجة حصولهم على الخدمة، فالخدمة الجيدة من وجهة نظر العملاء هي التي تتفق وتتطابق مع توقعاتهم.

ومن الدراسات التي قدمت لأبعاد الجودة الخدمية:

1. حدد (Lehtinen, 1991) ثلاثة أبعاد وهي: الجودة المادية (Physical Quality) التي تتضمن الجوانب المادية الملموسة التي يمر بها العميل أثناء حصوله على الخدمة، الجودة التفاعلية (Interactive Quality) التي تمثل أداء العملية الخدمية بحد ذاتها أثناء تفاعل الموظفين في المنظمة مع العملاء، وجودة المنظمة (Organization Quality) التي تتعلق بصورة المنظمة والانطباع الذهني عنها في نظر العميل (Maive, 2003)

المشفى: الجزء المتكامل من التنظيم الصحي وظيفته تقديم العناية الصحية الكاملة لجميع أفراد المجتمع سواء كانت علاجية، أو وقائية وإن المشفى يكون مركز لتدريب العاملين في الحقل الطبي والصحي وكذلك مركزاً للأبحاث الطبية والاجتماعية فضلاً عن عده مركز لإعادة تأهيل المرضى الراقدين وكذلك المراجعين للعيادات الخارجية (البكري، 2005، 23)، وهي مؤسسة تحتوي على جهاز طبي منظم يتمتع بتسهيلات طبية دائمة تشتمل على أسرة للتتويج وخدمات طبية تتضمن خدمات الأطباء وخدمات التمريض، وذلك لإعطاء المريض التشخيص والعلاج المناسبين (حريستاني، 1990).

الجودة الصحية: التماسي مع المعايير والأداء الصحيح بطريقة آمنة ومقبولة من المجتمع وبتكاليف معقولة وبحيث تؤدي إلى إحداث تأثير على معدلات المراضة والوفيات والإعاقة وسوء التغذية، وتطبيق العلوم والتقنيات الطبية لتحقيق أقصى استفادة للصحة العامة، دون زيادة التعرض للمخاطر، وعلى هذا الأساس فإن درجة الجودة تحدد بمدى أفضل موازنة بين المخاطر والفوائد (منظمة الصحة العالمية، 2003).

التميز: هو تقديم خدمة تتجاوز في مواصفاتها ووظائفها وخصائصها توقعات المستهلك أو الزبون (Brown, 2008, 124)، ويعرفه (Stok et al, 2010, 307) بأنه تفاعل مزيج من الحوافز والقيم والأنشطة الذي يؤدي إلى الإنجازات البارزة، بل يكاد ان يكون هو الحافز وقوة الدفع إلى التنمية والتطوير.

1-10: حدود البحث

الحدود الزمانية للبحث: تم البحث خلال الفترة الزمنية 2010 حتى نهاية عام 2017.

الحدود المكانية للبحث: ستقتصر الدراسة على مشافي مدينة دمشق.

الحدود البشرية: سيتم تطبيق الدراسة على المدراء والعاملين في بعض المشافي العامة والخاصة العاملة في مدينة دمشق وعلى بعض المرضى المراجعين لهذه المشافي.

الفصل الثاني
أنظمة الرقابة والتقويم الاستراتيجي في المنظمات الصحية
المبحث الأول: أنظمة الرقابة الاستراتيجية في المنظمات الصحية
مقدمة
2-1-1 مفهوم نظام الرقابة الاستراتيجية وتعريفها
2-1-2 أهمية وضرة الرقابة الاستراتيجية
2-1-3 نموذج عملية الرقابة الاستراتيجية
2-1-4 موقع الرقابة الاستراتيجية بين وظائف الادارة
2-1-5 الرقابة الاستراتيجية في المنظمة الصحية
المبحث الثاني: مفهوم التقويم الاستراتيجي في المنظمة الصحية ومراحله
مقدمة
2-2-1 تعريف التقويم الاستراتيجي
2-2-2 تطور مفهوم التقويم الاستراتيجي
2-2-3 خصائص البيئة التشغيلية لنظام التقويم الاستراتيجي
2-2-4 مراحل وأشكال التقويم الاستراتيجي
2-2-5 علاقة التقويم الاستراتيجي بمقاييس الأداء
2-2-6 أبعاد التقويم الاستراتيجي
2-2-7 معايير ومؤشرات تقويم الأداء الاستراتيجي في المنظمات الصحية

المبحث الأول

أنظمة الرقابة الاستراتيجية في المنظمة الصحية

مقدمة:

تسعى المنظمات سواء كانت عامة أو خاصة إلى تحقيق معدلات أداء عالية وإنجاز أعمالها بكفاءة وفعالية وذلك يتطلب منها تحليلاً شاملاً ودورياً لجميع أوجه النشاطات فيها لتطوير أدائها وتصويب توجهاتها، وهذا ما نعنيه بصيغة أخرى وظيفة التقويم في الإدارة، إذ تعد "مقولة ما يمكن تقويمه يمكن إدارته" هي المنطلق الذي يستند عليه بحثنا الذي يسعى إلى تطوير مفهوم التقويم الاستراتيجي لأداء المنظمات الصحية نحو تحقيق أداء متميز.

فالرقابة هي وظيفة ونظام تساعد الإداريين في ترشيد الاستراتيجية وتقويمها للتحقق من سلامة المسار وكفاءة التنفيذ، وقد عرف مؤسس علم الإدارة هنري فايول الرقابة بوضوح وحدد مهامها بعمق، وإن لم يسمها بالرقابة الاستراتيجية، فقال: " أنها عملية التحقق من أن كل شيء يسير وفقاً للخطة الموضوعة، وللسياسات المرسومة، وللإجراءات المقررة، أما موضوعها فهو بيان نقاط الضعف والخلل للعمل على تلافيها أو تصحيحها، وهي تدخل في كل شيء في الأشياء والانسان والتصرفات.

حيث أن المتابعة والتقويم هما وجهان لعملة واحدة من حيث الجوهر وهدفهما الأساسي لا يتركز على إثبات الإنجاز، بل التعلم والتطوير المستمر للأداء بما في ذلك تغيير الأهداف ذاتها إذا ثبت عدم صحتها أو عدم واقعتها، إضافة إلى القدرة على القيام بالتغيرات المطلوبة مؤسسياً وعملياً إذا تطلب الأمر والذي سيفضي في نهاية المطاف إلى التميز في كل ما تقدمه هذه المنظمات.

2-1-1 مفهوم نظام الرقابة الاستراتيجية وتعريفها:

إن الوصول إلى تعريف واحد ومتفق عليه لمعنى الرقابة الاستراتيجية يعتبر أمراً صعب المنال كما هو الحال تقريباً في سائر العلوم الاجتماعية بصفة عامة والإدارية بصفة خاصة. فعلى سبيل المثال يعرفها David بأنها صياغة وتطبيق وتقويم القرارات والأعمال التي من شأنها أن تمكن المنظمة من وضع أهدافها موضع التنفيذ (الماضي، 2003)، في حين يعرفها Procter بأنها "تلك العملية المستمرة بغرض اكتشاف وقياس الانحراف عن النتائج المرغوب فيها، واتخاذ الإجراءات التصحيحية"، ويرى الدكتور زكريا الدوري أن الرقابة الاستراتيجية هي العملية التي

تتضمن الخطوات التالية، (الدوري، 2005): صياغة رسالة المنظمة وتحديد أهدافها، التحليل الاستراتيجي، صياغة الاستراتيجية، الاختيار الاستراتيجي، تنفيذ الاستراتيجية، وأخيراً تقييم الاستراتيجية.

كما يمكن القول بأن الرقابة الاستراتيجية هي: تلك العملية التي يراقب من خلالها المديرون أنشطة المنظمة وأعضائها لتقويم مدى كفاءة وفعالية الأداء، واتخاذ الإجراءات التصحيحية لتحسين الأداء إذا ما كان يفترق إلى الفعالية والكفاءة، وبنفس الوقت فإن الرقابة تعد: أداة لقياس وتقويم كفاءة الاستراتيجيات وفعاليتها نحو بلوغ الأهداف التنظيمية وتحقيق رسالة المنظمة (عواد وآخرون، 2015، 334).

إن الغاية الأساسية لوظيفة الرقابة تتمثل في مساعدة الإدارة على التأكد من أن الأداء الفعلي يتم وفقاً للخطط الموضوعة والسياسات المرسومة (محمد الباز، 2004، 9)، وذلك لا يعني التعرف على الانحرافات فقط، بل يتعلق بجوانب أكثر إيجابية تساعد على تحقيق الأداء الفعال للخطط وإنجاز الأهداف بأعلى مستويات الكفاءة والفعالية، وهذا ما يتطلب تدفق المعلومات الرقابية بسرعة وفي الوقت المناسب بحيث يتم اكتشاف الأخطاء قبل وقوعها وتجاوزها أو تصحيحها بالوقت المناسب.

تشتمل عملية الرقابة الاستراتيجية على ثلاث مهام أساسية هي (عواد وآخرون، 2015، 339):

1. دراسة الأساس الذي تقوم عليه الاستراتيجية وتحليله.
 2. مقارنة النتائج المتوقعة بالنتائج الفعلية، أو قياس الأداء التنظيمي.
 3. اتخاذ الإجراءات التقويمية اللازمة وبالوقت المناسب.
- نلاحظ أن جميع تلك التعاريف تصب في التعريف التالي: الرقابة الاستراتيجية: هي العملية التي تتضمن تصميم وتنفيذ وتقويم الاستراتيجيات التي من شأنها تمكين المنظمة من تحقيق أهدافها.

2-1-2 أهمية وضروة الرقابة الاستراتيجية:

ظلت أنظمة الرقابة التقليدية خلال القرن العشرين تعمل في بيئة ثابتة ومستقرة من تكنولوجيا وأنظمة لفترة طويلة لذا كان معدل تغيرها ودورانها لا يتلاءم مع التطورات المتلاحقة والمتسارعة التي لازمت بيئة الأعمال، حتى قيل أن الرقابة المالية التقليدية توقفت عن التطور عام 1925 (إدريس، 2007، 441)، حيث نشاهد ونلاحظ أن جميع القواعد والنظريات والمفاهيم والمبادئ والسياسات والاجراءات المحاسبية، التي تتداول في أيامنا كانت موجودة ومتداولة بالفعل

مثل: إجراءات تنظيم العمل المحاسبي (دفاتر اليومية، دفتر الأستاذ، وموازن مراقبة وقوائم الدخل والميزانيات) كذلك أسس ومبادئ محاسبة التكاليف، حيث كان ينحصر الدور المنوط لنظم الرقابة الادارية بالتأكد من أن المنظمة باقية ومستمرة بكفاءة تامة، وبالتالي كان دورها ينحصر في الرقابة على التكاليف في حين لم تتطرق قواعد الرقابة الادارية إلى الاهتمام بتنمية الإيرادات إلا في حدود أقل بكثير من الرقابة على التكاليف.

لكن التطورات في الصناعة والتغير التقني الكبير قد أثقل كاهل أنظمة الرقابة الادارية في المنظمات، فرض ضرورة تطوير وتحديث المنهج الرقابي بما يتلاءم ومتطلبات عصر التكنولوجيا ورأس المال المعرفي الجديد.

ومما لا يمكن إنكاره أن المقاييس المالية التقليدية كانت لها تأثيرات إيجابية في عمليات اتخاذ القرارات لكنها أخفقت في توفير أسس توجيهية كافية للاسترشاد بها استراتيجياً على المدى الطويل، إذ بات على القائمين بالإدارة في المنظمات الصحية الجديدة إدراك أهمية استخدام تكنولوجيا المعلومات لإعطاء ميزة تنافسية جديدة لمنظمتهم، وقد تطلب ذلك تغيير نمط إعداد التقارير المالية، على أن تتطور لمقابلة كل تلك المؤثرات التكنولوجية بشكل يكون أكثر إيجابية واكتمالاً.

ومن هذا المنطلق زخر الأدب المحاسبي بالكثير من المفاهيم الحديثة والمفاهيم الادارية المتطورة والتي بدأ ظهورها منذ ثمانينات القرن الماضي ومن أمثلتها إدارة الجودة الشاملة (Total Quality Management) والانتاج الرشيق (Lean Production) والأداء الفوري (Just In Time) وإعادة تصميم العمليات وغيرها (محمود المرجوشي، 2008، 9-12).

غير أن مفاهيم وقواعد أنظمة الرقابة المالية التقليدية لم يوجه لها الانتقاد فقط باعتبارها ثابتة واختصت بالمعايير المالية والبيئة الداخلية، حيث أن الأمر يقتضي أن تتحرك قواعد الرقابة الادارية التقليدية إلى ذلك التوجه الاستراتيجي الجديد والذي يتطلب: ضرورة توافر معلومات جديدة ومتطورة من أجل التخطيط واتخاذ القرارات، ومراقبة تلك البيئة المتسارعة الجديدة ووسائل التحكم فيها، إضافة إلى ضرورة الأخذ في الاعتبار العوامل البيئية والخارجية على أن يتسع نطاقها لتشمل المعلومات الاستراتيجية التي قد تعطي مؤشرات إنقاذية وإنذارات إلى الكيفية التي ستحدد مدى قبول المنظمة في ذلك الواقع الجديد.

ويمكن تلخيص أبرز معوقات الرقابة التقليدية بما يلي (Kerzner,2002):

- الرقابة الادارية التقليدية تقدم معلومات مضللة لصناع القرار لاهتمامها بالمبادئ التكاليفية أكثر من اعتمادها على الربحية، واعتمادها على بيانات الأنشطة لأعوام مضت فقط دون النظرة إلى المستقبل.

- الرقابة الادارية التقليدية عاجزة عن الوفاء بمتطلبات المحاسبة المالية، حيث كان الواجب أن تكون المعلومات المالية ذات دلالة للمستفيدين الداخليين والخارجيين، وكذلك أن تكون معبرة عن سير أداء المنظمة.
- لا تهتم المقاييس المالية في الرقابة الادارية التقليدية بالنواحي السلوكية أو المهنية أو النفسية للعاملين الذين شاركوا في إعداد تلك البيانات المالية، ويعود لهم فضل إعدادها وتبويبها وعرضها والافصاح عنها، سواء تلك التقارير الربع سنوية أو نصف سنوية أو السنوية، مما قد تحبط العاملين وتساعدهم على التقاعس عن أداء الواجبات.
- الرقابة الإدارية التقليدية تعطي اهتماما ضئيلا ببيئة العمل، فهي تتجاهل رؤية العميل والمنافس لذلك فهي غير قادرة على تزويد متخذي القرار بالإشارات والإنذارات المبكرة عن عواقب تلك التغيرات المستحدثة في مجال الخدمة أو الصناعة.
- تعتمد على التفكير قصير المدى دون محاولة الوصول إلى المستويات الأعلى أو تحقيق الأمثلية، لذلك فإن المشكلة الرئيسية تتمثل في القصور عن بلوغ المستوى الأمثل بمرور الوقت ويكون التحدي في تحقيق التوازن بين المدى القصير والمدى الطويل.
- لكن الاهتمام بالرقابة الاستراتيجية لم يأت فقط للانتقادات التي وجهت لأساليب الرقابة والتقييم التقليدية، فإضافة إلى أنها تساهم في تحديد جودة خدمات المنظمة وأنشطتها وتساعد على رفع مستوى عملية التحديث، وتمكّن المدراء من مساعدة موظفيهم على الابداع وذلك بخلق البيئة التنظيمية المناسبة وتطوير نظم اتصال إيجابية بين الموظفين والعملاء، نلاحظ الأسباب التالية (جريسات، 1995):
- تزايد الصعوبات التي تواجه تمويل المنظمات وبشكل خاص العامة منها وهو ما يجبر المسؤولين على الإجابة عن عدة أسئلة تختص بالإنفاق، الناتج، وهل هناك بدائل للإنفاق؟ وكيف يمكن تحسين الأداء الاستراتيجي دون زيادة في الإنفاق؟
- ارتفاع الوعي لدى المواطنين، وارتفاع مستويات المعرفة والمهارات لدى الأجهزة الرقابية.
- زيادة الشفافية وتحسن الرقابة الشعبية من خلال الصحافة أو الأحزاب السياسية أو الأفراد ذوي الخبرة، وهي ما فرضت على المسؤولين ضرورة الالتزام بعملية الإنفاق وترشيد القرارات المالية.
- التحول الذي طرأ على المفاهيم الادارية مما أدى إلى ازدياد التركيز على النتائج ونوعيتها وكميتها وطرق تحسينها لزيادة كفاءة المنظمات العامة، مثل نظريات الجودة بأنواعها ومفاهيم الإصلاح الإداري.

- وجود كثير من الأهداف غير الواضحة في المنظمات، بشكل خاص العامة منها والتي يختلف تحديد مفهومها من فرد إلى آخر حسب وجهة نظر كل منهم، والتي تكون بعيدة عن أي قياس أو تقويم موضوعي، وترجع هذه المشكلة نتيجة عدم الواقعية في تحديد الأهداف إذ تعطينا الرقابة الاستراتيجية وسائل العلاج المقبولة لحل هذه المشكلة.
- كما أن هناك صعوبة في عملية فصل منجزات الكثير من الخدمات التي تقدمها المنظمات لكونها متشابكة، بطريقة تسهل إخضاعها للقياس النوعي، ومرة أخرى تقدم الرقابة الاستراتيجية الوسائل الممكنة لتلافي هذا التشابك وتسهيل عملية القياس والتقويم لها جميعاً.

2-1-3 نموذج عملية الرقابة الاستراتيجية:

لا يوجد نموذج واحد للرقابة الاستراتيجية يتفق عليه جميع الكتاب والممارسين إلا أن جوانب الاتفاق بين النماذج المطروحة عن عملية الرقابة الاستراتيجية أكثر من جوانب الاختلاف، ومن هنا استعرضنا النموذج الذي يأخذ بالحسبان آخر التطورات العالمية الحديثة في هذا المجال والذي يتضمن أيضاً المكونات الأساسية لعملية الإدارة الاستراتيجية Component of Strategic Management والتي لا يخلو منها أي نموذج من نماذج الرقابة الاستراتيجية وهذه المكونات أو المهام الأساسية لعملية الإدارة الاستراتيجية هي (إسماعيل محمد، 1998، 30):

- 1- تحديد رسالة المؤسسة.
 - 2- تحديد الأهداف الاستراتيجية.
 - 3- تحليل البيئة الخارجية للمنظمة.
 - 4- تحليل البيئة الداخلية للمنظمة.
 - 5- الاختيار الاستراتيجي.
 - 6- تنفيذ الاستراتيجية.
 - 7- تقويم الاستراتيجية.
- وبالرغم من أن مكونات الرقابة الاستراتيجية ذكرت متسلسلة وذلك لسهولة التوضيح إلا أن هذه المهام متداخلة تؤثر في بعضها البعض، والجدير بالذكر أن التغذية العكسية في عملية الرقابة الاستراتيجية لا تبدأ من حيث ينتهي آخر نشاط إنما هي عملية تدفق متواصل للمعلومات خلال المراحل المختلفة لعملية الرقابة الاستراتيجية، لأن أي تغيير في أي مكون رئيسي من مكونات الرقابة الاستراتيجية سيستتبع بالضرورة تغييراً في كل أو بعض النموذج.

يستند هذا النموذج على مدخل النظم الذي يتكون من مدخلات وعمليات ومخرجات وتغذية عكسية، مدخلات النظام تتضمن تحديد رسالة المؤسسة، الأهداف الاستراتيجية ، المعلومات التي تنتج عن تحليل بيئة المؤسسة الداخلية والخارجية ، مرحلة العمليات تتضمن تحليل عناصر القوة والضعف في البيئة الداخلية والفرص والتهديدات في البيئة الخارجية، المفاضلة بين الاستراتيجيات البديلة واختيار الاستراتيجية الأفضل ومن ثم تطبيق الاستراتيجية، أما المخرجات فتشمل على عملية تقييم النتائج التي تمخضت عن تنفيذ الخطة الاستراتيجية، هذه النتائج وما تتضمنه من معلومات تعود من خلال التغذية العكسية إلى عنصر المدخلات، وهذا العنصر " التغذية العكسية " هو الأكثر أهمية في النموذج، وفيما يلي شرح مختصر لهذه المكونات (ياسين، 2010).

أولاً-تحديد رسالة ورؤيا المؤسسة Mission and vision of the Institution:

رؤيا المؤسسة: هي فكرة عامة مجردة، قريبة من الحلم الإنساني وهي منظور مستقبلي للإدارة والعاملين فيها، تتضمن عادة أكثر المعاني اتساعاً، أما رسالة المؤسسة: فهي الغرض الأساسي الذي وجدت من أجله المؤسسة، أو المهمة الجوهرية لها، مبرر وجودها واستمرارها، هي عبارة عن جملة أو عدة جمل تتضمن بيانات خاصة بالمؤسسة تميزها عن غيرها من المنظمات، وتختلف هذه البيانات باختلاف المنظمات لكن يتمحور معظمها حول ثلاثة عناصر رئيسية هي:

1- بيان الرؤيا الاستراتيجية للمنظمة.

2- بيان يشير إلى القيم الأساسية للمنظمة.

3- بيان يشير إلى القوى الدافعة للمنظمة.

ويرى (العقاد، 2005، 62) أنه في ضوء رسالة المؤسسة يتم تحديد الأهداف الاستراتيجية المطلوب تحقيقها، وتتميز الرسالة بالثبات النسبي على خلاف الأهداف التي تكون متغيرة أو تجري عليها تعديلات، ولكن ممكن أيضاً أن تتغير رسالة المؤسسة في حالة ظهور فرص كبيرة لصالح المؤسسة أو ظهور تهديدات خطيرة لاستمرار نمو المؤسسة.

ثانياً- تحديد الأهداف الاستراتيجية Strategic Objectives:

عقب الانتهاء من تحديد رسالة المؤسسة تأتي الخطوة التالية وهي وضع الأهداف الرئيسية للمنظمة، والغرض من وضعها هو التحديد الدقيق لما يجب عمله إذا ما رغبت المؤسسة في تحقيق رسالتها، ويرى (مصطفى محمود، 2000) أنه بقدر ما تكون الأهداف واقعية ومعبرة بصورة صحيحة عن قوى ومتغيرات البيئة الداخلية والخارجية للمنظمة، بقدر ما تكون الإدارة أمام فرصة النجاح في تصميم وتطبيق إستراتيجية كفؤة وفعالة.

توضع الأهداف في ضوء عدة عوامل مؤثرة منها: علاقات التأثير والتأثر بين البيئة الخارجية والبيئة الداخلية للمنظمة، كمية ونوعية الموارد المتاحة، القدرة على تحقيق الموازنة بين المنظمة والبيئة، ثقافة وقيم الإدارة العليا، علاقات السلطة والمسئولية والصلاحيات بين أفراد التنظيم، أسلوب اتخاذ القرارات الإدارية.

ثالثاً- التحليل الاستراتيجي للبيئة Environment Strategic Analysis:

يقصد بعملية التحليل الاستراتيجي للبيئة مراجعة كل من البيئة الخارجية بغرض التعرف على أهم الفرص والتهديدات التي تواجه المؤسسة، والبيئة الداخلية بغرض التعرف على أهم نقاط الضعف والقوة في المؤسسة، ويجب أن تكون هذه العملية مستمرة لكي تخدم عملية تصميم الاستراتيجية. وتصنف عملية التحليل الاستراتيجي إلى ثلاثة مستويات هي: المستوى الأول: ويتضمن عوامل البيئة الخارجية العامة. المستوى الثاني: ويتضمن عوامل البيئة الخارجية الخاصة (بيئة النشاط). المستوى الثالث ويتضمن عوامل البيئة الداخلية.

عملية التحليل الاستراتيجي للبيئة الخارجية: وتتضمن الخطوات الرئيسية التالية (الماضي، (2003):

- اختيار المتغيرات البيئية الرئيسية
 - اختيار المصادر الرئيسية للمعلومات البيئية
 - التنبؤ بالمتغيرات البيئية الرئيسية
 - تقييم الفرص والتهديدات المتاحة أمام المؤسسة.
- وبكلمات أخرى تحليل درجة المنافسة في الصناعة التي تعمل بها المؤسسة والتي تتوقف على خمس عوامل: تهديدات الداخلين الجدد، قوة مساومة المجهزين، قوة مساومة المشترين، تهديدات منتجات أو خدمات بديلة، وجود منافس قوي ضمن المشاركين في المنافسة. وتعرف هذه العوامل أو القوى الخمسة بنموذج مايكل بورتر.
- عملية التحليل الاستراتيجي للبيئة الداخلية: يتطلب تحقيق فعالية تصميم الاستراتيجية إجراء تحليل استراتيجي معمق للبيئة الداخلية للمنظمة ويمر هذا التحليل بخطوتين رئيسيتين هما: تحديد جوانب القوة والضعف، وتقييم جوانب القوة والضعف للمنظمة.

رابعاً- الاختيار الاستراتيجي Strategic Choice :

يقصد بعملية الاختيار الاستراتيجي: العملية التي تتضمن المرحلتين التابيتين

(JAUCH&JLUESK، 1998)

1. تكوين البدائل الاستراتيجية في ضوء التحليل الداخلي والخارجي للمنظمة: تستخدم المنظمات على اختلافها أدوات مهمة وضرورية في توليد البدائل الاستراتيجية مع الأخذ بعين الاعتبار أن نتائجها يجب أن تؤخذ بحذر، وأشهر هذه الأدوات وأهمها: أسلوب تحليل محفظة الأعمال Business Portfolio Analysis، وأسلوب محفظة الكفاءات الأساسية، ومصفوفة SWOT: مصفوفة الملائمة بين عناصر القوة والضعف والفرص والتهديدات S: Strength، W: Weakness، O: Opportunities، T: Threats.

2. تقييم البدائل الاستراتيجية لاختيار ما يناسب أوضاع المؤسسة ويحقق أهدافها.

خامساً-التنفيذ الاستراتيجي Strategic Implementation

تعرف مرحلة تنفيذ الاستراتيجية بأنها مجموعة الأنشطة والفعاليات التي تمارس لوضع الاستراتيجيات موضع التطبيق من خلال البرامج التنفيذية والموازنات المالية والإجراءات، ويعتمد التنفيذ الناجح للاستراتيجيات التي اختارتها المؤسسة على توفر مجموعة من المستلزمات ويتمثل أهمها بالآتي (الدوري، 2005):

- وجود توافق بين الاستراتيجية والهيكل التنظيمي.
- أن تكون الثقافة تنظيمية مناسبة للاستراتيجية.
- أن تكون السياسات جيدة وداعمة للاستراتيجية.
- توافر المهارات اللازمة لدى المديرين من أجل تنفيذ الاستراتيجية بفعالية.
- توفر نظم إدارية مساندة لتطبيق الاستراتيجية.

سادساً-الرقابة الاستراتيجية Strategic Control:

تعتبر وظيفة الرقابة آخر الوظائف في العملية الإدارية وآخر المراحل في نموذج الإدارة الاستراتيجية إلا أنها عملياً تبدأ مع بداية مرحلة التنفيذ وتهدف إلى القيام بنشاطين متتابعين: ❖ الأول: تقييم أداء المؤسسة فيما يتعلق بفاعلية التنفيذ، أي التأكد من أن الأهداف تنجز حسب ما خطط لها (النتائج تساوي الأهداف).

❖ الثاني: إتخاذ الإجراءات التصحيحية في حالة النتائج لا تساوي الأهداف مع الأخذ بالاعتبار مستوى التسامح في الأخطاء، حيث تبدأ الإجراءات التصحيحية والتي تتضمن استخدام التغذية العكسية للعودة لمرحلي التنفيذ والتخطيط الاستراتيجي، للبحث عن مصدر الخطأ الذي أدى إلى نتائج لا تساوي الأهداف ومن ثم إجراء التصحيح المناسب.

هناك وجهات نظر سابقة تنادي بأن الرقابة تعتمد على مقارنة النتائج بالمعايير السابق تحديدها بعد الإنتهاء من التنفيذ ثم اتخاذ الإجراءات التصحيحية، إلا أن هذا المدخل لا يفيد في الرقابة على الاستراتيجية إذ لا يعقل الانتظار حتى يتم تطبيق الاستراتيجية (وهذا قد يستغرق خمس سنوات أو أكثر مثلاً). وقد يحدث تغييرات كثيرة قد تؤدي إلى تهديد نجاح المنظمة، لذا وجب إحلال الرقابة الاستراتيجية محل الرقابة التقليدية، وتوجب على المديرين الاستراتيجيين في المنظمة الإجابة عن التساؤلات التالية (المعاضيدي، 2011، 140): هل الافتراضات الخاصة بالاتجاهات الأساسية للمؤسسة صحيحة؟ وهل المؤسسة سائرة في الاتجاه السليم؟ وهل هناك حاجة إلى إتخاذ إجراءات تصحيحية؟

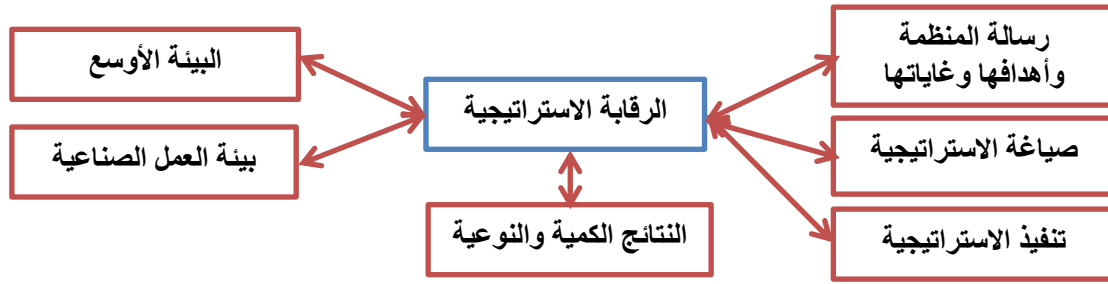
ويقول (أبو ناعم، 1993) أن الرقابة الاستراتيجية عملية مستمرة تأخذ مكانها في كل مستويات المؤسسة، يقوم بها المدراء الاستراتيجيون في المؤسسة وتهدف إلى تقويم ما تم تخطيطه ومنع وقوع الخطأ قبل حدوثه، وتقويم العملية التنفيذية (الجارية واللاحقة) لجعل أداء المؤسسة في أفضل الحالات.

2-1-4 موقع الرقابة الاستراتيجية من وظائف الادارة

بالاستفادة مما ذكر أعلاه يمكننا تصور موقع الرقابة الاستراتيجية من وظائف الادارة كما يلي: أولاً لابد من وضع خطة استراتيجية في ضوء رسالة المنظمة وأهدافها وغاياتها ومن ثم وضع سياسات وإجراءات لتنفيذ الخطة، بعد ذلك لابد من ترتيب وتنسيق وتوجيه جهود الأفراد العاملين لتنفيذ تلك الخطة، ليلها القيام بعملية المتابعة والتقييم باستمرار للتأكد من سلامة التنفيذ، وفي حال عدم مطابقة المنفذ فعلاً مع ما هو مخطط لابد من اتخاذ الإجراءات التصحيحية، إما بتعديل الخطة أو محاولة تحسين الأداء.

هذا بالإضافة إلى أن الرقابة الاستراتيجية هو عملية تفاعلية وتكاملية مع العديد من الفعاليات والأنشطة الإدارية لذلك سميت بالإدارة الوسيطة الناصحة Mediator حيث أنها تتفاعل مع (ياسين، 2010):

1. البيئة العامة الخارجية Macroenvironment
2. البيئة الصناعية Industry Environment
3. الرسالة والغايات والأهداف الخاصة بالمنظمة
4. عملية تنفيذ الاستراتيجية Strategy Implementation
5. النتائج الكمية والنوعية Qualitative and Qauntitative Results



الشكل رقم (2) بين الرقابة الاستراتيجية كعملية تفاعلية

2-1-5 التقييم والرقابة الاستراتيجية في المنظمة الصحية:

إن مفهوم رقابة وتقييم الأداء في المنظمات الصحية ينصب نحو تحسين البرامج والخدمات الصحية المقدمة وبما متاح لها من موارد مختلفة، لتعبر عن حقيقة ما تقوم به من أعمال والسعي لبلوغ ما هو أفضل من ذلك.

تتبع أهمية رقابة وتقييم الأداء من أهمية المستشفيات بحد ذاتها في حياة الأمم والشعوب، ومن أهمية الخدمات التي تقدمها والأوصاف التي تتسم بها هذه الخدمات، والتي تختلف من خلالها المستشفيات عن غيرها من المنظمات وتتمايز في أهميتها، من هنا ونظرا لاعتبار المنظمات هي وحدات اقتصادية فإنه يمكن الاستفادة من الأطر المفاهيمية لموضوع تقييم المشاريع الاقتصادية عند تجسيد أهمية تقييم أداء المستشفيات والتي يمكن تلخيصها فيما يلي (بطرس جلد، 2007، 105):

- يعكس تقييم الأداء التطور التاريخي للمستشفى وتحليل أنشطتها وفعاليتها للفترة الماضية على نحو يسهل من مهمة تجاوز اخفاقاتها وتعزيز ايجابياتها.
- توفر هذه العملية المعلومات الضرورية لمختلف الجهات المستفيدة وبخاصة الصحية منها على نحو يتيح تقديم صورة واضحة عن كيفية سير أنشطة وفعاليات المستشفى، والتزامها بالتوجيهات الصادرة من قبلها.
- تكشف عن قدرة المشفى على استغلال الموارد المتاحة لها في تحقيق أهدافها ومدى نجاحها في التخطيط والتنفيذ لتحقيق ذلك.
- تكشف عن الانحرافات الخاطئة والسلبيات والايجابيات على النحو الذي يسهل من مهمة البحث عن أسباب هذه الانحرافات والمعالجات الضرورية لها.
- توفر الفرصة نحو إيجاد نوع من المنافسة بين المستشفيات أو بين الأفراد العاملين فيها باتجاه زيادة المنتج كماً ونوعاً وتحسين الجودة مع ترشيد التكاليف.

- كذلك فإن تقويم الأداء يسهل من مهمة تحقيق الوفورات الاقتصادية من خلال التناغم بين مختلف أقسام المستشفى وأنشطتها، وتفعيل حالة التكامل فيما بينها على النحو الذي يقلل من الهدر والضياع في الموارد.

وهنا نرى من الضرورة الإشارة إلى مراعاة مجموعة من الخصائص عند اعتماد مؤشرات القياس وتصميم نظم القياس نظراً لأهميتها في تطوير أداء المنظمة الصحية وهذه الخصائص هي (بطرس جلد، 2007، 104):

- 1- ضرورة تناغم مقاييس الأداء استراتيجياً مع غايات المنظمة وأهدافها.
 - 2- يجب أن تتضمن مقاييس الأداء خليطاً من المقاييس المالية وغير المالية.
 - 3- يجب أن تتضمن نظم قياس الأداء تلك المقاييس التي تسهل من مهمة المنظمة في تقويم فعاليتها إلى جانب كفاءتها.
 - 4- تكامل المقاييس المستخدمة وعدم تضاربها أو تناقضها.
 - 5- ينبغي أن تحفز مقاييس الأداء الأفراد العاملين على مساعدة المنظمة لتحقيق أهدافها القصيرة والطويلة الأجل.
 - 6- ينبغي أن تتسم مقاييس الأداء بقدر من المرونة لإمكانية إجراء التعديلات الضرورية عليها عند الحاجة.
 - 7- يفترض أن تكون المعلومات اللازمة للمقاييس المختارة متوفرة وبتوقيت مناسب، وأن تكون تكلفتها مناسبة بما يسمح بالحصول عليها.
 - 8- في حال عدم تساوي مقاييس الأداء من حيث الأهمية، يفترض تحديد الأهمية النسبية والوزن الخاص لكل مقياس على نحو مختلف، حيث يعكس الوزن: العلاقة بين الأداء اللازم قياسه وبين الأهداف التنظيمية التي يسهم فيها.
 - 9- يفترض أن تكون المعلومات التي توفرها المقاييس قابلة للتكامل والربط والتجربة، إذ تجعل هذه المرونة تلك المعلومات مفيدة عند مستويات المنظمة المختلفة.
- ومن مطالعة الخصائص السابقة نجد مقدار التحديات والصعوبات التي تواجه المعنيين في بناء نظام مقياس الأداء، والتي تزداد في مجال قياس أداء المستشفيات للأسباب الرئيسية التالية (البياتي، 2005):

- 1- تتباين وجهات النظر حول قياس الأداء في المستشفيات بتباين الجهات ذات العلاقة لدرجة التناقض أحياناً، فالمريض يبحث عن أفضل الخدمات، والكادر العامل يقيس الأداء من خلال

مقدار الأجر وعدد ساعات العمل، وإدارة المستشفى تنظر إلى الموضوع من زاوية تحقيق مصالح جميع المرضى في حدود الإمكانيات المتاحة، وتتنظر ذات النظرة إلى الكادر العامل مع اختلاف تخصصاتهم.

2- توصف الغايات الجوهرية للمستشفيات بالصفة المعنوية التي تحكمها العوامل الإنسانية أكثر من عوامل الربح والمنافسة، يضاف إلى ذلك تعذر تضمين الجوانب النوعية في تقديم الخدمة، فعند قياس أداء العاملين في المشفى نجد العناصر الملموسة وغير الملموسة، إذ يمكن اعتماد المقياس الكمي لقياس أداء هيئة التمريض بواسطة تحديد مستوى الرعاية التمريضية الملائمة (ممرضة لكل مريضين)، لكن هذا المقياس الكمي يهمل المقياس النوعي وذلك باختلاف الرعاية التمريضية الضرورية من مريض لآخر تبعا لحالته المرضية.

3- بالرغم من وجود العديد من الهيئات والمنظمات الأخرى التي تعنى بموضع قياس الأداء في المستشفيات، إلا أن جهود هذه الجهات ما زالت قاصرة على تحقيق الخصائص السابقة، إذ توجد في الولايات المتحدة الأمريكية عدد من الجهات لقياس أداء هيئة الأطباء من خلال دراسة مدى توافر حد أدنى من المعدلات الموضوعية، كما وتوجد منظمات تهدف لوضع مستويات دنيا من مستويات الرعاية الطبية في التشخيص والعلاج والتي يمكن قبولها لأي مستشفى، وقد أنشئت في وزارة الصحة البريطانية عام 1958 وحدة لدراسة الوقت والحركة بهدف قياس الأداء في المستشفيات.

وقد بذلت منظمة الصحة العالمية بوصفها الراعية الأولى بهذا الموضوع جهود حثيثة للوصول إلى نظام لقياس الأداء يمكن اعتماده من قبل مختلف المستشفيات، كما اجتهد الباحثون والمتخصصون في إدارة المشافي بهذا الاتجاه من خلال العديد من الدراسات والبحوث الهادفة، ونظرا لاعتبار تحديد المقاييس جوهر عملية تقويم الأداء، ونظرا لاستحالة استخدام جميع المعايير المتاحة، تجدر الإشارة إلى ضرورة التعرف على أهم المقاييس في الحدود الدنيا أو الحدود القصوى التي يجب الالتزام بها ومراعاتها عند محاولة تشخيص الانحرافات، وذلك بهدف تحديد مقدار الانحراف وطبيعته، ويمكن الاسترشاد بهذا الخصوص بما حددته منظمة الصحة العالمية (WHO) كما هو موضح بالجدول رقم (3) (بطرس جلد، 2007، 115):

الجدول رقم (3) بعض المقاييس الخاصة بجودة الخدمة الصحية

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

وأخيرا يمكننا القول إن تطوير أداء القطاع الصحي بشكل عام وقطاع المشافي بشكل خاص، يؤثر على أداء القطاعات الإنتاجية الأخرى من خلال الحفاظ على صحة العاملين وتحسين حالتهم الصحية، ويساهم في تحقيق الرفاه، ولتحقيق ذلك يجب اتباع الأساليب الحديثة في التقويم الاستراتيجي التي تناسب البيئة التشغيلية لعصر المعلومات، وسنسعى في المبحث التالي تحديد تعريف التقويم الاستراتيجي وأساليبه المختلفة في المنظمات الصحية الذي يقوم أداء البيئة الخارجية والداخلية للمنظمة الصحية، ويدعم تحقيق استراتيجية المنظمة الصحية بما يخدم تحقيق أجود وأميز الخدمات.

المبحث الثاني

مفهوم التقويم الاستراتيجي في المنظمة الصحية ومراحله

مقدمة:

إن عالم اليوم الذي يتسم بالتنافسية والتغير التقني السريع يفرض على المنظمات التي تسعى إلى التميز الالتزام بالتقويم الاستراتيجي لأنشطتها لضمان الشفافية والإدارة الرشيدة، إذ ينظر إلى التقويم الاستراتيجي لأداء المنظمة بأنه المنظومة المتكاملة التي تتناول الأداء المؤسسي الذي يمثل بدوره كامل نتائج أعمال المنظمة في ضوء تفاعلها مع عناصر بيئتها الداخلية والخارجية، وهذا ما يميز التقويم الاستراتيجي لأداء المنظمة عن التقويم الفردي والمالي الذي عهدت المنظمات على تبنيه.

من الصعب القول بأن استراتيجية ما هي المثلى، أو هي الأكثر ملاءمة أو أنها ستجح، ولكن في الإمكان تقويم الاستراتيجية للكشف عن نقاط الخلل بها، ويعد تقويم الاستراتيجية مهما للمنظمة الصحية خاصة أنها تواجه بيئة ديناميكية تتغير فيها العناصر الرئيسية سواء الداخلية أو الخارجية بسرعة كبيرة.

2-2-1 تعريف التقويم الاستراتيجي:

إن منطلق ومفهوم التقويم الاستراتيجي ينطلق من مبدأ التفكير الاستراتيجي وهو خلق رؤية للصورة التي ستكون عليها المنظمة في المستقبل وإن فهمه بشكل أعمق يتطلب فهم مصطلحي التقويم والاستراتيجية بشكل جيد، حيث أن الاستراتيجية: "هي خطط المنظمة لتحقيق أهدافها من خلال المواءمة بين الامكانيات والفرص المتاحة مع الأخذ بالاعتبار البيئة المحيطة والمنافسين والزبائن". (De Waal, 2006,78)

وهناك أبعاد رئيسية يجب أن يتضمنها أي تعريف لمفهوم الاستراتيجية وهي أنها (الدوري، 2005، 189):

- 1- أسلوب مترابط وموحد وكامل للقرارات أي أنها توفر الإطار الشامل والكامل للمنظمة ومن خلالها يتم تحقيق الأهداف الرئيسية للمنظمة.
- 2- هي وسيلة لتحديد رسالة المنظمة في ظل أهدافها طويلة الأجل وبرامجها وأولويات تخصيص الموارد.

3- هي وسيلة لتعريف المجال التنافسي للمنظمة أي تحديد النشاط التي تعمل فيه والمجال الذي تتعامل فيه مع المنافسين وكيف تتعامل؟ والمركز الاستراتيجي ومحفظة الأعمال وحصتها السوقية.

4- هي استجابة للفرص والتهديدات الخارجية ونقاط القوة والضعف الداخلية لتحقيق ميزة تنافسية.

5- وهي نظام لتوزيع المهام والمسؤوليات على المستويات الادارية للمنظمة، وهناك ثلاث مستويات للاستراتيجية تساهم جميعها في تحديد ملامحها وهي: الاستراتيجية الكلية للمنظمة واستراتيجية النشاط والاستراتيجية الوظيفية.

6- وهي تعريف لكافة الأطراف المرتبطة بالمنظمة أي يجب أن تهتم بجميع العاملين في المنظمة والمتعاملين معها.

وبتكامل هذه الأبعاد الستة يصبح مفهوم الاستراتيجية إطار عمل رئيسي تستطيع المنظمة من خلاله تأكيد استمراريته وتكيفها مع التغيرات البيئية للحصول على ميزة تنافسية (ادريس وآخرون، 2007).

وعليه تستند الفلسفة الأساسية من وراء التقويم الاستراتيجي إلى تقويم الأهداف المحققة من تنفيذ أعمال المنظمة ككل ومقارنة هذه الأهداف بالأهداف المخطط لها سابقاً، وذلك للتأكد من كفاءة التنفيذ وتحديد العراقيل التي تواجهه ومحاولة العمل على علاجها لتجنب الأخطاء في المستقبل.

في حين أن مصطلح التقويم يختلف تعريفه حسب الغرض منه ولأغراض الدراسة (مخير وآخرون، 2000):

❖ التعريف المستند للمركز المالي والاقتصادي: ينظر إليه أنه عملية لاحقة لعملية اتخاذ القرارات الغرض منها فحص المركز المالي والاقتصادي للمنظمة في تاريخ معين.

❖ التعريف المستند على عملية اتخاذ القرارات اللاحقة: هو عملية اتخاذ قرارات بناء على معلومات رقابية لإعادة توجيه مسارات الأنشطة بالمشروع بما يحقق الأهداف المحددة من قبل.

❖ والتعريف المستند إلى عوامل البيئة الداخلية والخارجية: والمعتمد على نتائج أعمال المنظمة في ضوء تفاعلها مع عناصر بيئتها الداخلية والخارجية، والذي اعتقد أنه الأكثر عمقاً وتعبيراً عن مفهوم التقويم الاستراتيجي ويشتمل التقويم هنا على أبعاد ثلاثة:

البعد الأول: أداء الأفراد في إطار وحداتهم التنظيمية

البعد الثاني: أداء الوحدات التنظيمية في إطار السياسات العامة للمؤسسة.

البعد الثالث: أداء المؤسسة في إطار البيئة الاقتصادية والاجتماعية والثقافية.

وبالرغم من اشتغال مفهوم الأداء المؤسسي على هذه الأبعاد الثلاث إلا أن تعريفه يختلف عن كل بعد منها لو أخذ منفرداً، فالتقويم الاستراتيجي يختلف عن تقويم أداء الأفراد أو تقويم أداء الوحدات التنظيمية، لأنه في الحقيقة محصلة لكليهما بالإضافة إلى تأثيرات البيئة الاجتماعية والاقتصادية والثقافية عليهما.

2-2-2 تطور مفهوم التقويم الاستراتيجي:

يشتمل الأدب المحاسبي على العديد من المحاولات التي بذلت لتطوير المحاسبة الإدارية وتحسين نوعية المعلومات التي توفرها من أجل دعم متطلبات الإدارة الاستراتيجية والتقويم الاستراتيجي للمنظمات، وتبرز أهمية التقويم الاستراتيجي من أهمية المراحل التي تطور فيها الفكر الإداري في مجال المحاسبة الإدارية والتي مرت في ثلاث مراحل هي على النحو التالي (ماهر، 2007).

المرحلة الأولى: بدأت بصورة موسعة في أواخر الثمانينات بعد تعبير (Kaplan) عن تحفظاته بشأن مدى تقديم المحاسبة الإدارية لمعلومات ملائمة، تعتمد عليها الإدارة لتحقيق ميزة تنافسية مستدامة، وتميزت بظهور مجموعة من الأساليب الحديثة في مجال المحاسبة الإدارية تركز على توفير معلومات عن الأداء الداخلي للمنظمة.

المرحلة الثانية: تضمنت صياغة ما يمكن وصفه "مجموعات" من المداخل المترابطة التي تدرج تحت أساليب شاملة Generic Approaches بهدف تدعيم الموقف الاستراتيجي للمنظمات وتتكون من ثلاث مجموعات، تركز المجموعة الأولى من المداخل على النشاط، والمجموعة الثانية على التميز التشغيلي والربط بين مفاهيم المحاسبة الإدارية وإدارة الإنتاج وإدارة العمليات، والمجموعة الثالثة تضم الأساليب التي تدرج تحت إطار ما يمكن أن يطلق عليه المحاسبة الإدارية الاستراتيجية، وتضم هذه الأساليب أفكاراً ومفاهيم مستمدة من المحاسبة الإدارية ومن إدارة التسويق.

المرحلة الثالثة: تميزت بتطوير مجموعة من الفلسفات الإدارية التي تهدف إلى تحقيق الميزة التنافسية للمنظمات، وتتفق المرحلتين الثانية والثالثة مع تفسير المدخل التقليدي لنشأة المحاسبة الاستراتيجية، فقد تم في كل منهما تطوير مجموعة من الأساليب والأدوات التي تهدف إلى تحسين أداء المنظمات، واستهدفت دمج المحاسبة مع الإدارة الاستراتيجية.

حيث أن التطور الحاصل في ظروف البيئة المعاصرة التي تتميز بتقدم تقنيات المعلومات وبتعدد عملية المنافسة، يتطلب من المنظمات توفير (أنظمة قياس وإدارة أداء) تقدم لها معلومات

تمكنها من تحقيق متطلبات البيئة الخارجية للمنظمة والمتمثلة في الميزة التنافسية وهي أهداف استراتيجية، وكذلك متطلبات البيئة الداخلية للمنظمة المتمثلة في الأداء التشغيلي الذي يجب عرضه بشكل متقابل للأهداف الاستراتيجية.

ولأجل تحقيق متطلبات البيئة الداخلية والخارجية للمنظمة فإن على إدارات المنظمات فهم خصائص البيئة التشغيلية في عصر تقدم تقنيات المعلومات، واختيار نظام التقييم الذي يناسبها.

2-2-3 خصائص البيئة التشغيلية لنظم التقييم الاستراتيجي:

تعد هذه الخصائص محددات تصميم وتشغيل الأنظمة الادارية باعتبارها أنظمة مفتوحة تتفاعل مع البيئة الخارجية، وأوضح كل من Kaplan and Norton أهم خصائصها على النحو التالي (إدريس والغالي، 2009، 60)

- التقاطع الوظيفي Cross-Function: حققت منظمات العصر الصناعي ميزة تنافسية من خلال مهارات وظيفية متخصصة في الصناعة والشراء والتوزيع والتسويق والتكنولوجيا، هذه التخصصية حققت فوائد ملموسة ولكن على مر الزمن فإن تحقيق الحد الأقصى من التخصصية الوظيفية أدى إلى تعميق أوجه القصور والتداخل الوظيفي بين الأقسام، أما في منظمات عصر تقنيات المعلومات فإنها تعمل في ظل عمليات متكاملة، تجمع فوائد التخصصية الوظيفية الناشئة عن الخبرة الوظيفية، مع سرعة وكفاءة وجودة العمليات المتكاملة.

- الارتباط مع العملاء والموردين Link to Customers and Suppliers: مكنت تقنيات المعلومات المنظمات في الوقت الحالي من إيجاد وبناء أنظمة متكاملة، تجمع بين متطلبات الانتاج والتسويق وبين متطلبات العملاء، وهذا التكامل ليس بواسطة خطط الانتاج التي تدفع المنتجات والخدمات من خلال سلسلة القيمة فقط، إنما يبدأ تكامل هذا النظام بمتطلبات العملاء بحيث يمكن جميع الوحدات التنظيمية على طول سلسلة القيمة من تحقيق تحسينات هائلة في التكلفة والجودة وزمن الاستجابة.

- تقسيم الزبائن Customers Segmentation: ازدهرت المنظمات في العصر الصناعي من خلال عرض منتجات وخدمات منخفضة التكلفة، أما منظمات عصر تقدم تقنيات المعلومات يجب أن تتعلم كيفية تقديم المنتجات والخدمات حسب الطلب في قطاعات متنوعة من الزبائن بدون الاستمرار في دفع غرامة التكاليف المعتادة لعمليات مرتفعة التنوع ومنخفضة القيمة.

- المقياس العالمي Global Scale: لم تعد الحدود المحلية عائقاً أمام المنافسة من المنظمات الأجنبية الأكثر كفاءة، فمنظمات عصر تقدم تقنيات المعلومات تواجه منافسة أقوى من قبل

المنظمات العالمية، فالاستثمارات الضخمة تتطلب خدمات ومنتجات مطلوبة من الزبائن على مستوى العالم، ومن أجل تغطية كافية للعوائد يجب على منظمات عصر تقدم تقنيات المعلومات، أن تجمع بين الكفاءة والتنافسية للعمليات العالمية، والحساسية التسويقية للزبائن المحليين.

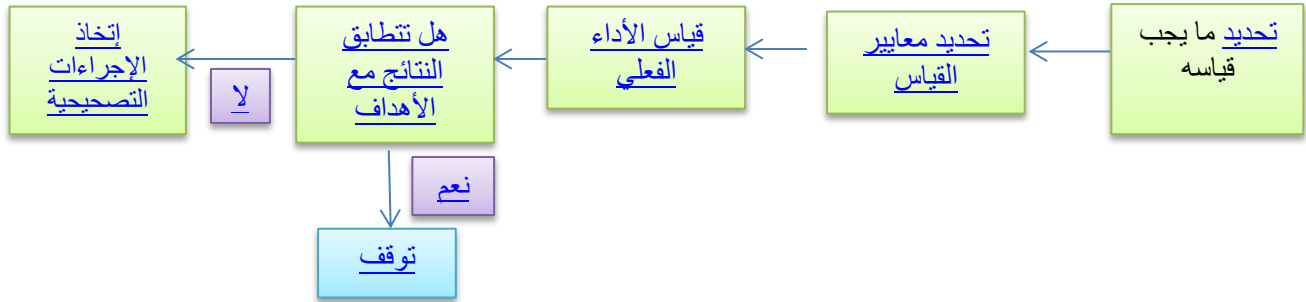
• **الابداع Innovation :** إن المنظمات التي تتنافس في الصناعة في ظل الابداع التكنولوجي يجب أن تكون رائدة في تلبية المتطلبات المستقبلية للزبائن وفي تقديم أفكار وعروض لمنتجات وخدمات جديدة.

• **عمال المعرفة Knowledge Workers :** بينت متغيرات ومحددات العصر الصناعي الذي عاشت خلاله المنظمات الاقتصادية تميزاً واضحاً بين مجموعتين من الأفراد العاملين فيها، المجموعة الأولى تدعى مجموعة النخبة الفكرية التي تشمل المدراء وتستخدم مهارات تحليلية لأجل تصميم التشغيل، أما المجموعة الثانية فتشمل العمال المباشرين للإنتاج والتسويق، لقد كان متغير العمل المباشر هو العامل الأساسي للإنتاج في ظل محددات العصر الصناعي، ولكن في ظل العوامل الانتاجية الحديثة انخفضت نسبة استخدام العنصر البشري في المنظمات الصناعية والخدمية من الذين يقومون بوظائف ومهام متعارف عليها، بينما أدت الحاجات التنافسية إلى زيادة عدد العاملين من المجموعة الأولى مع بقائهم في المجموعة الثانية، مقيمين على أساس اقتراحاتهم في كيفية تحسين جودة الانتاج والمراحل التشغيلية وخفض التكاليف .

وأمام هذه المميزات للبيئة التشغيلية لعصر التقانة فإن عملية القياس والتقييم لا بد أن ترتقي لتتناسبها وبما أن التقييم الاستراتيجي يعني التكامل بين البيئة الداخلية والخارجية وبين المقاييس المالية وغير المالية بمؤشراتهما المختلفة فهو الذي يساعد المنظمات على الحفاظ على موقعها التنافسي واستمراريتها، ويقدم المعلومات الحديثة والمتواصلة عن بيئة المنظمة وكامل جوانب عملها.

2-2-4 مراحل وأشكال التقييم الاستراتيجي:

تعددت واختلفت الآراء حول تحديد المراحل والخطوات الرئيسية التي تمر بها الرقابة والتقييم الاستراتيجي ولكنها جميعاً تتفق بالمضمون وبالتسلسل المنطقي فهي تبدأ بتحديد المعايير وتنتهي باتخاذ الإجراءات التصحيحية أي: تحديد النشاط المراد تقييمه، وضع المعايير وقياس الأداء، مقارنة الأداء الفعلي بالمعايير الموضوعية، واتخاذ الإجراءات التصحيحية، والشكل التالي يلخص هذه المراحل. (درويش، 2012، 54)



الشكل رقم (3) مراحل التقييم الاستراتيجي

في حين تختلف أشكال التقييم والرقابة الاستراتيجية تبعاً للمعيار أو الأساس المستخدم للتصنيف، حيث تصنف تبعاً لزمان ممارستها إلى الرقابة السابقة Feed Forward Control، الرقابة الجارية Concurrent Control، والرقابة اللاحقة Feedback Control، أو حسب طريقة تنفيذها إلى رقابة مباشرة وهي تتضمن مقابلات شخصية أو وجهاً إلى وجه ورقابة غير مباشرة: تستخدم التقارير كتقارير الأداء الشهرية التي ترسل إلى الرؤساء، والرقابة حسب مجال تطبيقها هي رقابة كمية ورقابة نوعية، تهتم الرقابة الكمية بكمية الأداء وهل هو مطابق لما هو مخطط، أما النوعية فتهتم بكيفية أداء العمل أو الخدمة، أو حسب مستوياتها وهو الأهم إلى الرقابة الاستراتيجية، الرقابة التكتيكية (الوظيفية)، والرقابة العملياتية أو التشغيلية (Bartol, 1991, 598).

- **الرقابة الاستراتيجية:** هي عملية ديناميكية مستمرة للسيطرة على استراتيجية المنظمة من خلال تطبيق الاستراتيجية وهي وظيفة الإدارة العليا.
- **الرقابة التكتيكية:** تعني عملية السيطرة على عمليات الإدارات الوظيفية، مثل الإنتاج والتسويق والأفراد والمالية وغيرها للتأكد من أن الأنشطة في هذه الإدارات تتم وفق الخطط الوظيفية الموضوعة لها والتي تؤدي إلى تحقيق الأهداف الاستراتيجية للمنظمة.
- **الرقابة العملياتية:** هي عملية السيطرة والرقابة الروتينية على أداء العاملين في خطوط الإنتاج، للتأكد من تنفيذهم للمهام والواجبات المحددة سلفاً على أساس بطاقات التوصيف الموضوعة للعمل أو الوظيفة.

ويمكن تخيل مستويات الرقابة كالتالي في الشكل رقم (4):



الشكل رقم (4) يبين مستويات الرقابة

المصدر Bartol, Martin, 1991, 599

إن هذه المستويات الثلاث من الرقابة الاستراتيجية وبالرغم من أنها تمارس على مستويات إدارية مختلفة إلا أنها تتصف بالتكاملية، فالنشاطات التي تمارسها الإدارة العليا في المنظمة، تشكل مظلة تنبثق عنها أنشطة المستويين التكتيكي والتشغيلي، فبينما تحكم الإدارة العليا أنشطتها الرقابية على الأمور ذات العلاقة بالإطار الاستراتيجي للعمل، تقوم الإدارة الوسطى بممارسة أنشطتها الرقابية على تنفيذ الخطط الاستراتيجية بما يؤدي إلى إنجاز أهداف المنظمة الاستراتيجية كما خطط لها خدمة للاتجاه الاستراتيجي العام في المنظمة، أما الإدارة الدنيا فإن أنشطتها الرقابية تعمل في ظل أنشطة الرقابة التكتيكية وتسعى إلى خدمتها، أي إن هذه المستويات الرقابية المختلفة تعمل بإطار واحد ومتكامل سعياً لإنجاز أهداف المنظمة بالمستوى المرغوب من التفاعلية.

ولتحقيق أهداف التقييم الاستراتيجي تتوفر مداخل عدة لتقييم الاستراتيجية على مستوى المنظمة، ومن هذه المداخل (الدوري، 2005): مدخل التحليل المالي باستخدام النسب المالية مثل نسب السيولة، نسب الأرباح، نسب النشاط، نسب الديون إلى رأس المال، وهناك مدخل يسمى مدخل المميزات الوصفية، هذا المدخل مكمل للمداخل الأخرى، ويهتم هذا المدخل بتحديد خصائص المنظمات الناجحة ومقارنة درجة توفر هذه الخصائص في المنظمة موضوع التقييم، إضافة إلى مدخل تقييم أصحاب المصالح حيث يهتم أصحاب المصالح بأداء المنظمة وبالنتائج التي تحققت من جراء اختيار وتطبيق استراتيجية معينة ومن الطبيعي أن تهتم كل فئة من فئات أصحاب المصالح بعناصر معينة من التقييم ذات صلة بنشاط الأعمال، وبمصالح حيوية لفئة الأفراد.

إلى جانب هذه المداخل من المهم تقييم عناصر مهمة مثل كفاءة المنظمة الحالية، مستوى التكنولوجيا المستخدمة، ودرجة فعالية القدرة التنافسية للمنظمة، درجة انسجام استراتيجية المنظمة مع الثقافة التنظيمية ومدى الحاجة لإجراء تغيير أو تعديل في الثقافة التنظيمية أو في استراتيجية المنظمة.

2-2-5 علاقة التقويم الاستراتيجي بمقاييس الأداء :

تعتبر عملية قياس الأداء عملية أساسية من العمليات الادارية المتخذة، لا تقل قدرًا عن العمليات الادارية الأخرى كاتخاذ القرار وبناء فريق العمل وغيرها، لذلك لزم وضعها كخط عريض من الخطوط العريضة لمنظمة ما تريد أن تحقق نجاحات مختلفة في جوانب معينة. توفر مقاييس الأداء المعلومات الضرورية لاتخاذ القرارات الضرورية حول ما تقوم به المنظمة ومن الناحية الكمية فإن مقاييس الأداء تعطي إدارة المنظمات صورة مهمة حول المتطلبات والعمليات التي تؤدي إلى إنتاج تلك المنتجات والخدمات، ومن الأمور المهمة التي يمكن ان تساعد على معرفة مقاييس الأداء الجيدة (ادريس، والغالي، 2009)

- مستوى جودة الأعمال.
 - مستوى تحقيق الغايات.
 - مستوى رضى العملاء.
 - تطابق الإجراءات والعمليات مع المعايير والمقاييس الإحصائية الموضوعة.
 - مستوى التحسينات وأين ومتى يجب ان تكون.
- إذ إن هناك علاقة قوية بين وضع خطط العمل واعتمادها للتطبيق وبين نتائج مقاييس الأداء المختلفة، ذلك أن تلك المقاييس تعتبر كخريطة طريق واضحة لمدى القدرة على تحقيق القرب أو البعد من هدف معين، وإذا كانت خطة العمل يجب أن تراعي وضع أهداف يمكن تحقيقها فإنها ستحتاج إلى قياس أداء لتحديد ذلك بالدقة المطلوبة، وتعتبر عملية قياس الأداء عملية مشتركة بين مجموعة من القائمين بالقياس، أولهم كل المسؤولين عن العمليات الادارية والتوجيهية، وثانيهم كل العاملين، وثالثهم المنتفعين بالخدمات التي تقدمها المنظمة، وعملية قياس الأداء الناجحة هي التي تعطي نتائج موثوقة لإنتاجية العمل لذا كان لزاما على جميع الاداريين دراسة الكيفية الصحيحة للقيام بالقياسات المختلفة.
- وإن أي نوع من القياس الصحيح يستلزم أن يقوم بعمله من خلال البحث في جوانب ثلاثة هامة هي (مرسي، 2006):

- الأهداف المطلوبة ومدى تحقيقها.
- البرنامج التنفيذي ومدى الالتزام به.
- العوامل الخارجية

وغالباً ما تشكل مجموعة خاصة في المنظمة أو الشركة تقوم بالقياس تسمى بمجموعة القياس Measuring Group وهي مجموعة من القائمين بالعمل الإداري يشترك معهم بعض القائمين بالعمل التنفيذي، وتختص هذه المجموعة بدور واحد فقط وهو القيام بعمل قياس الأداء بشكل دوري، وهناك عدة نقاط هامة يجب ان تراعى في مجموعات القياس (المغربي، 2008):

- يجب أن تكون خطة العمل واضحة لجميع المشاركين في هذه المجموعة.
 - كذلك يجب أن يكون واضحاً لديها وبشكل تفصيلي طريقة عمل المنظمة.
 - ضرورة تسهيل الاتصال بين أعضائها.
 - ضرورة أن تضم هذه المجموعة ما يكفي من الخبرات اللازمة لإتمام عملية القياس.
 - يجب أن تتوفر لديها الاحتياجات التقنية المطلوبة.
- وطريقة قياس الأهداف ومدى تحقيقها لا يعني بحال التعرض لذات الهدف أو البحث في مدى صحته أو خطئه، فإن هذا ليس من عمل القياس وإنما يعمل القياس في دائرة البحث في مدى تحقيقه وتنفيذه على أرض الواقع.

لكن إن أي عملية قياس وتقييم تتطلب مقاييس تستند عليها لإتمام الهدف منها وتقييم أداء المنظمة، فما هي المقاييس المعتمدة في التقييم بشكل عام؟، وهل هناك مقاييس ومعايير معينة يفرضها التقييم الاستراتيجي لأداء المنظمات؟

أنواع وتصنيفات مقاييس الأداء:

- بشكل عام تصنف مقاييس الأداء إلى خمسة أنواع على النحو التالي (يوسف محمد، 2005):
- مقاييس المدخلات: Inputs Measures تستخدم لفهم الموارد البشرية والمالية التي تستخدم لغرض الوصول إلى المخرجات والنتائج المطلوبة.
 - مقاييس العمليات: Process Measures وتستخدم لفهم الخطوات المباشرة لعمليات إنتاج المنتج أو الخدمة.
 - مقاييس المخرجات: Output Measures وتستخدم لقياس المنتج أو الخدمة التي يوفرها النظام أو المنظمة ويتم إيصاله إلى العملاء.
 - مقاييس النتائج: Outcome Measures تستخدم لتقييم النتائج المتوقعة أو المرغوبة أو الفعلية وفي بعض الحالات فإن بناء علاقة سببية مباشرة بين مخرجات النشاط ونتائجه المقصودة يمكن أن يكون صعباً.

- مقاييس التأثير Impact Measures: تستخدم لقياس الآثار المباشرة أو غير المباشرة التي تنشأ عن تحقيق غايات المنظمة.

كما تصنف مقاييس الأداء تحت مسميات عديدة مثل مقاييس الأسباب ومقاييس النتائج والمقاييس السلوكية كالتالي (إدريس والغالبى، 2009، 79):

• مقاييس الأسباب Legging Measures: تقيس الأداء بعد ظهور الحقيقة، ومثال ذلك مقاييس الإصابات والأمراض الواقعة.

• مقاييس النتائج leading Measures : هذه المقاييس تتنبأ بالأداء المستقبلي مثل قياس التكلفة التقديرية على أساس العوامل ذات العلاقات القوية.

• المقاييس السلوكية: Behavioral Measures وتقيس الثقافة الأساسية للأفراد والمنظمة، مثل قياس رضى العاملين في المنظمة.

وصنفت جامعة كاليفورنيا عام 1997 معظم مقاييس الأداء بخمس مقاييس للأداء وهي: الكفاءة Efficiency، الفعالية Effectiveness، الجودة Quality، الوقت المناسب Timeliness، الانتاجية Productivity

وتتضح ماهية هذه المقاييس وكيفية التعبير عنها بالوحدات في الجدول رقم (4) وذلك كما يلي:

الجدول رقم (4) يبين مقاييس الأداء وكيف نعبر عنها بالوحدات

المقياس	يعبر عن	التعبير عنه بالوحدات
الكفاءة	قدرة المنظمة على أداء المهمات	المدخلات الفعلية مقارنة بالمدخلات المخططة
الفعالية	قدرة المنظمة على التخطيط لمخرجات عملياتها	المخرجات الفعلية مقارنة بالمخرجات المخططة
الجودة	إنجاز وحدة العمل بشكل صحيح حسب احتياجات العملاء	عدد الوحدات المنتجة بشكل صحيح مقارنة بعدد الوحدات المنتجة
الوقت المناسب	إنجاز وحدة العمل في الوقت المحدد حسب تقييم العملاء	عدد الوحدات المنتجة في الوقت المحدد مقارنة بإجمالي عدد الوحدات المنتجة
الإنتاجية	حجم الموارد التي تستخدم لإنتاج وحدة العمل	المخرجات مقارنة بالمدخلات

Source: (Training Resources and Data Exchange Performance-Based Management

Special

Interest Group, 2001: 37).

وفي ظل التطورات التي تشهدها بيئة المنظمات تطورت أنظمة قياس وتقويم الأداء وفقاً لاستراتيجيات العمل المؤسسي في المنظمات، وتحول مفهوم قياس الأداء إلى مفهوم أنظمة إدارة الأداء، التي عرفها Simons بأنها المعلومات الرسمية القائمة على الإجراءات التي يستخدمها

المدرء إما للحفاظ على أنماط الأنشطة التنظيمية أو تغييرها، تلك الأنظمة تركز على توصيل المعلومات المالية التي تؤثر على صنع القرار والعمل الإداري (H.A.Simon&all, 1954) .

أي أصبح يعامل الأداء من منظور الوظيفة الإدارية في المنظمة التي تتضمن مجموعة من العناصر تتمثل في (التخطيط، التنظيم، التوجيه، والتقييم)، أو ينظر لها من جانب آخر أنها تمثل نظاماً مفتوحاً تنطبق عليه فلسفة الأنظمة، (المدخلات والعمليات والمخرجات)، من أجل ضمان الوصول إلى ما يسمى توازن الأداء. ويعتبر قياس الأداء الأداة الأساسية لإدارة الأداء وتوفير المعلومات اللازمة للاطلاع على استراتيجيات النتائج التي يتم قيادتها (الدوري، زكريا، 2010).

وتتعدد الخصائص الواجب توفرها في النظام الجيد لقياس وتقويم الأداء، وفقاً لتعدد أهداف النظام والبيئة المحيطة، ومدى توفر الامكانيات لتصميم وتنفيذ النظام، ويمكن القول بصعوبة إن لم تكن استحالة تصميم نظام واحد لقياس وتقويم الأداء يناسب جميع المنظمات وفي جميع الظروف والأماكن، وذلك لأن نظام قياس وتقويم الأداء يتأثر بظروف المنظمة حسب قدرتها على مواكبة متطلبات عصر المعلومات، ومن حيث مستوى عدم التأكد الذي تعمل خلاله ومستوى التعقد في النواحي الفنية المختلفة، ودرجة المنافسة التي تواجهها المنظمة.

كذلك يتأثر نظام تقويم الأداء عند تصميمه وتنفيذه بعوامل التكنولوجيا في المنظمة محل التطبيق، وبطبيعة الانتاج ومدى التنوع والتعدد في الأنشطة من حيث الحجم والمركزية واللامركزية، إلى غير ذلك من العوامل التي تؤثر على مدى مناسبة وموضوعية نظام قياس وتقويم الأداء، ويمكن إيجاز أهم ملامح مقاييس الأداء الجديدة في ظل مستجدات البيئة الحديثة في عدة نقاط على النحو التالي (الخولي، 2010).

- مقاييس مشتقة من استراتيجيات المنظمة.
- مقاييس متدرجة من خلال المستويات ومتكاملة عبر الوظائف.
- مقاييس داخلية وخارجية.
- مقاييس مالية وغير مالية.
- مقاييس وقتية ومنتظمة

يعتمد التقويم الاستراتيجي على مقاييس الأداء الحديثة ويعمل كنظام إدارة للأداء الكلي للمنظمة، لكن إلى أي مدى يوفر التقويم الاستراتيجي ومقاييس الأداء التي يستخدمها متطلبات النجاح وتحقيق استراتيجية المنظمة، وهذا سيظهر من خلال التدقيق في ماهية الأبعاد التي يتناولها التقويم الاستراتيجي وفي نوعية المعايير التي يستخدمها.

2-2-6 أبعاد تقييم الأداء الاستراتيجي:

إن الهدف الرئيسي من عملية تقييم الأداء ينصب نحو تطوير الأداء في العمل من خلال تقييم المركز التنافسي للمنظمة، استنادا إلى تطوير أبعاد كل من (سالم طالب، 2013، 206):

البيئة الخارجية: والتي تتمثل في ثلاث محاور، الأول: يختص بتحديد احتياجات المستفيدين (المراجعين في المستشفيات) والمواصفات المطلوبة في الخدمات الجديدة، ومدى استجابة المنظمة في الوفاء باحتياجاتهم، والثاني: التغيرات التكنولوجية ومستواها في المنظمة والتي يجب استخدامها، أما الثالث: محور المنافسة، مركز المنظمة التنافسي، المنافسون، أساليب التمويل، نوع العمالة والتكنولوجيا المستخدمة وما الذي تفعله لمواجهة المنافسين الحاليين والجدد.

البيئة الداخلية: وتتخلص بخمس محاور: الأول: التخطيط الاستراتيجي: استكشاف الفرص والتحديات ونقاط القوة والضعف وتوظيفها للفوز بالفرص بتقديم خدمة متميزة تلبي احتياجات ورغبات المستفيدين المتغيرة في عالم سريع التغير، الثاني: إدارة الجودة الشاملة: مجموعة مبادئ إرشادية تمزج بين الوسائل الإدارية والابتكارية والمهارات الفنية للارتقاء بمستوى الأداء، من خلال ترشيد وتعظيم استخدام الموارد البشرية والمادية والمعلوماتية المتاحة للوفاء بالاحتياجات الحالية والمتوقعة للمستفيدين الحاليين والجدد، والتي تعتبر أساسا للبناء الاستراتيجي الفعال للتوجه التكنولوجي والتسويقي، الثالث: الإنتاج بالوقت المحدد: بهدف تحقيق أعلى وفورات، رفع الكفاءة التشغيلية، تخفيض مدة وكلفة الوقت بين الحاجة وتلبيتها، والرابع: إعادة الهندسة: وتهدف إلى تحسين جوهري لأداء المنظمة من خلال تحليل وإعادة بناء المنظمة وعملياتها الرئيسية واستخدام التفكير الإبداعي والابتكاري بهدف تقديم خدمة متميزة للحفاظ على المستفيد الحالي والمحتمل، وأخيرا: استراتيجية الكلفة: تحليل ودراسة عناصر الكلفة وصولا للكلفة المنخفضة.

2-2-7 معايير ومؤشرات تقييم الأداء الاستراتيجي في المنظمات الصحية:

1- لوحة القياس: وهي عامة للمنظمة تضم سلسلة متشابكة من اللوحات لكل المستويات الإدارية تتضمن مهمة وأهداف كل منها، تنفرع إلى أهداف جزئية تحدد مسببات النجاح والتي بدورها تترجم إلى سلسلة مؤشرات أداء مالية وغير مالية (للمراقبة على العمليات التشغيلية) (فير، 396، 2005)

2- بطاقة الأداء المتوازن: تعبر عن عنوامل النجاح الأساسية يكمل عناصرها ومحتوياتها بعضا للبعض الآخر في التعبير عن المنظور العام للمنظمة، الحالي والمستقبلي من خلال أبعادها المختلفة وهي: البعد المالي: يعني التدفقات النقدية، العائد على الاستثمار، القيمة

الاقتصادية المضافة، معدل نمو العائد، الربحية، للوفاء باحتياجات حاملي الأسهم وزيادة ثروتهم، منظور العميل: رضا العميل، والقدرة على الاحتفاظ به واجتذاب عملاء جدد وربحية العميل، منظور العمليات الداخلية: تحقيق المنظورين السابقين (سلسلة القيمة)، لكل من العميل وحاملي الأسهم، للوفاء بمتطلباتهما الحالية والمستقبلية وذلك بابتكار عمليات جديدة في تصميم وإنتاج وتسويق خدمات جديدة، منظور التعلم والنمو: درجة رضى العاملين والاحتفاظ بهم وانتاجيتهم وانعكاس مؤشرات مستوى التعلم والنمو على التحسينات في الخدمات المقدمة والإجراءات المتبعة في تقديم الخدمة.

3- تقييم الأداء حسب الأنشطة: الفهم الكامل للموارد المتاحة للمنظمة (المدخلات) والمخصصة لكل نشاط وقياس مستوى الأداء بمقاييس مالية وغير مالية. وذلك بتحديد (سالم طالب، 2013):

- كلفة أداء النشاط: علاقة الأثر بالسبب بتوزيع تكلفة هذا المورد على هذه الأنشطة حسب الاستفادة.

- الوقت اللازم لأداء النشاط: دالة لكثير من التكاليف، يتوجب معها تحديد مواضع الاختناق في المنظمة والعمل على إزالتها، كالوفاء بمتطلبات العميل بالوقت اللازم.
- مستوى تشغيل النشاط: مدى التطابق بين المواصفات المطلوبة والفعالية في مخرجات النشاط، كنسب المعيب، وتكلفة إعادة التشغيل (وفيات العمليات الجراحية، الولادات الميته).
- مرونة النشاط: وهي درجة التنوع والاستجابة لأي تغيرات قد تحدث في البيئة الداخلية والخارجية للمنظمة، في حال تغير مواصفات العميل أو الأساليب التكنولوجية.

يتوجب على الإدارة عدم استخدام مقياس واحد بمعزل عن المقاييس الأخرى للعلاقة الوثيقة بين مقاييس أداء النشاط، فتخفيض وقت أداء النشاط سيؤثر على تكلفة التشغيل ومستوى الجودة والمرونة وعلى طريقة الأداء باستخدام التحليل النسبي.

4- معايير لجنة المحاسبة الإدارية الأمريكية: التي حددتها في ستة مجاميع، وأوصت المنظمات باختيار مؤشرات أداء تتناسب مع ظروفها واحتياجاتها الاستراتيجية: المجموعة الأولى: المؤشرات البيئية: التي تتحمل مسؤوليتها المنظمة، كاستخدام الموارد المتاحة، وكيفية تدويرها، ودرجة الأمان والسلامة من جراء نشاطها وذلك من خلال ستة فقرات (مرسي، 2006):

- عدد الساعات لكل من الخدمات التي تقدم، أنشطة التصنيع، نسبة المواد المدورة لجمالها، حجم الملوثات والأضرار البيئية، حالات الإصابات والحوادث بسبب المنظمة والتعويضات التي دفعتها للجهات الحكومية نتيجة لذلك.

- المجموعة الثانية: مؤشرات السوق والمستهلك: كحصولها في السوق، عدد العملاء الجدد والذين تم فقدهم، رضاهم، وسرعة تلبية احتياجاتهم، مدى جودة المنتج والنقل، ربحية العملاء طبقا لقنوات السوق أو طبقا للمناطق الجغرافية.
 - المجموعة الثالثة: المؤشرات التنافسية: يعني معرفة المنافسون ونقاط قوتهم وضعفهم: نصيب كل منهم في السوق، جودة: منتجاتهم، أسعارهم، الوقت اللازم لتقديم المنتجات الجديدة (السرعة) وأخيرا رضا العميل عن المنافسين.
 - المجموعة الرابعة: مؤشرات التشغيل الداخلية: الوقت اللازم لتطوير المنتج، عدد المنتجات الجديدة، الوقت المستغرق بين طلب المنتج وتسليمه للعميل، متوسط: فترة التشغيل، فترة التخزين، مقاييس عدم الجودة، نسبة المبيعات إلى حجم التوظيف لدى المنظمة.
 - المجموعة الخامسة: مؤشرات أداء الموارد البشرية: عدد العاملين الذين تم توظيفهم إلى أجمالي المتقدمين، عدد ساعات التدريب لكل فرد، معدل دوران العاملين، مدى ولائهم، الروح المعنوية للعاملين.
 - المجموعة السادسة: المؤشرات المالية: معدلات زيادة الإيرادات، العائد: على (المبيعات، رأس المال العامل، رأس مال) حقوق الملكية، ربحية: (المبيعات والعملاء)، القيمة المضافة.
- 5- نموذج استراتيجي متعدد الأبعاد (المغربي، 2008): استخدام الأساليب الإدارية الاستراتيجية الحديثة واستخدام مؤشرات داخلية وخارجية للمنظمة، والمقارنة بمنافس نموذجي، واستخدام التكنولوجيا الحديثة وتغيير نظام المكافآت والحوافز.
- وأخيرا وانطلاقا مما ذكر أعلاه تبين لنا مدى أهمية التقويم الاستراتيجي لفهم وتطوير خصائص البيئة التشغيلية لعصر المعلومات لخدمة استراتيجية المنظمة، وغنى المؤشرات والمعايير التي يعتمد عليها، لكن أي من أنظمة الرقابة الاستراتيجية التي تعتمد عليها المنظمات الصحية، وأي من المؤشرات المختلفة والمتنوعة تساهم في تحقيق الجودة والتميز في الخدمة، وتعتبر الأفضل في الاستجابة لمتغيرات البيئة الداخلية والخارجية، وفي تقديم المعلومات الاستراتيجية اللازمة لتقويم الاستراتيجية بشكل مستمر، وفي صياغة البدائل الاستراتيجية في حال الانحراف عن الاستراتيجية وهذا ما سنحاول البحث فيه في الفصل القادم.

الفصل الثالث

أساليب التقويم الاستراتيجي في المنظمات الصحية

المبحث الأول: الأساليب التقليدية للتقويم الاستراتيجي في المنظمة الصحية

مقدمة

3-1-1 الرقابة التي تعتمد على الموازنات والأساليب المالية والمحاسبية

3-1-2 الرقابة التي لا تعتمد على الموازنات

3-1-3 الرقابة على الجودة

3-1-3 الرقابة تبعا لنوع الضوابط المستخدمة

المبحث الثاني: بطاقة الأداء المتوازن كأسلوب للتقويم الاستراتيجي في المنظمة الصحية

مقدمة

3-2-1 مفهوم وتعريف بطاقة الأداء المتوازن

3-2-2 نشأة وتطور بطاقة الأداء المتوازن

3-2-3 أبعاد بطاقة الأداء المتوازن

3-2-4 تطبيق بطاقة الأداء المتوازن في المنظمة الصحية

3-2-5 فوائد ومعوقات تطبيق بطاقة الأداء المتوازن في المنظمات الصحية

المبحث الأول

الأساليب التقليدية للتقويم الاستراتيجي في المنظمة الصحية

مقدمة:

إن اختيار نظام الرقابة الذي يلائم استراتيجية المنظمة وهيكلها يطرح عدة تحديات مهمة في وجه الإدارة، فعلى الإدارة تحديد النظام الرقابي المناسب لتحديد مدى نجاح المنظمة في تحقيق أهدافها الاستراتيجية بشكل دقيق، ومن حيث المبدأ توجد عدة أنواع وأساليب للرقابة الاستراتيجية لكنها تختلف بالأساس الذي تستند عليه ولكل أسلوب ميزاته وسيئاته وهنا يأتي دور الإدارة في اختيار الأسلوب المناسب وتطبيقه بالشكل السليم لتحقيق رسالة المنظمة ورؤيتها، ومن أهم أساليب الرقابة الاستراتيجية:

3-1-1 الرقابة التي تعتمد على الموازنات والأساليب المالية والمحاسبية:

1- الموازنات التقديرية وهي خطة معبر عنها بشكل رقمي، وتخدم الموازنة أربعة أغراض رئيسية: تساعد في تحقيق التناسق بين الموارد والاستخدامات، تحدد المعايير المستخدمة للأنشطة والنظم الرقابية الأخرى، تزود الإدارة بمؤشرات واضحة عن الحجم المتاح من الموارد، كما تجعل عملية القياس وتقييم الأداء أكثر سهولة.

2- التحليل المالي وهو أسلوب تستخدمه الإدارة في محاولة تفسير حركة النشاط ومستويات الكفاءة والأداء للمنظمة خلال فترة زمنية معينة، ومن أهم أدوات التحليل المالي تحليل النسب: كفاءة المركز المالي أو الميزانية العمومية (يوسف، 2005، 5)

3- النسب المالية: وتستخدم للحكم على كفاءة الأداء وسلامة المركز المالي ومن أهم هذه النسب السيولة، القدرة على الدفع أو القدرة على سداد الديون، نسبة أجمالي الديون إلى إجمالي الأصول، معدل العائد على الأصول، معدل العائد على حقوق الملكية، الربحية (حماد، 2005، 967).

4- المراجعة سواء المراجعة المالية التي تنصب على مراجعة الحسابات والعمليات المحاسبية المالية، والمراجعة الإدارية التي تهتم بتقييم الأداء الكلي للمنظمة من خلال المراجعة المستمرة للوائح والأنظمة والأنشطة للكشف عن مواطن الخلل لتحسين الأداء وتحقيق النتائج المطلوبة

تساعدنا الأساليب المختلفة للتحليل المالي في الحكم على سلامة المركز المالي وذلك من خلال مقارنتها مع السنوات السابقة وقياس مدى التطور، أو مقارنتها مع نسب مثالية، وتتصف بالبساطة والواقعية.

3-1-2 الرقابة التي لا تعتمد على الموازنات:

مثل التقارير الخاصة والاحصائية كتحليل الانحدار والارتباط ومقياس التشتت ومقاييس النزعة المركزية، والمعايير الكمية التي تستخدم الأرقام المطلقة للتعبير عن المعايير الرقابية التي تستند إلى عامل الكمية مثل (حجم الإنتاج، حجم الإيرادات، حجم المبيعات، حجم الأرباح) أما عن الأساليب الكمية المستخدمة في مجال الرقابة فإن أهمها:

1- البرمجة الخطية Linear Programming هدفها تحقيق الاستخدام الأمثل للموارد المادية والبشرية المتوفرة وتستخدم للتوصل لأفضل الحلول لمشكلة معينة تتوفر فيها شروط رياضية معينة (مرعي، 1993، 323)

2- أسلوب تحليل شبكات الأعمال Network Analysis عادة ما تستخدم في المشروعات والمنظمات الكبيرة إذ تساعد في تجزئة المشروع الكبير إلى عمليات بسيطة توضع ضمن شبكة تعكس ترتيب العمليات والعلاقات فيما بينها (Joun, 1994, 34) ومن أهم نماذج شبكات الأعمال .

- نموذج المسار الحرج Critical path والذي يعتبر أطول المسارات وقتاً على شبكة المشروع ويعد المسار الحرج الأكثر أهمية وخطورة في شبكة المشروع، ويبين الأنشطة التي يجب أن تهتم إدارة المشروع فيها اهتماماً خاصاً في تخطيط المشروع (مشرقي، 1997، 205) والمسار الحرج هو أطول المسارات وقتاً بحيث لا يمكن أن يتأخر المشروع بعد ذلك.

- نموذج بيرت: يستخدم نموذج بيرت كـ Program Evaluation and Review Technique كأداة للمراجعة والتقييم للتقليل من التأخير والاعاقة والتضارب الذي يصاحب عملية التنسيق بين الأجزاء المختلفة للعمل، ويساعد الإدارة في اتباع التخطيط العلمي للبرامج الطويلة الأجل، وفي اتخاذ القرارات المتعلقة بالتنفيذ وبدائل الاستفادة من الموارد المادية والبشرية وفي إظهار الأعمال الجزئية التي تؤثر في العمليات ككل وفي إعداد تقارير دقيقة وواضحة عن الأداء.

- نظرية صفوف الانتظار: تستخدم في كل من التصنيع وتقديم الخدمات، ويساعد تحليل صفوف الانتظار وتقدير متوسط الانتظار إلى تحسين الأداء والخدمات المقدمة وتقليل التكاليف، (العبد، 2004، 421) ويمكن أن تستخدم في تقديم الخدمات الطبية في المشافي وتتجلى المشكلة في ثلاثة أبعاد وهي تخفيض وقت الانتظار وتخفيض عدد الأفراد في الطابور وتخفيض النسبة بين الانتظار وبين أداء الخدمة، تقوم نظرية صفوف الانتظار بتحديد العدد الأمثل الواجب استخدامه من وحدات الخدمة لتغطية طلب العملاء الذين يصلوا لطلب الخدمة بصورة عشوائية (عبد العزيز، 1997، 84)
- تحليل نقطة التعادل Break even analyze يستخدم لتحديد العلاقة بين الإيرادات الكلية والتكاليف الكلية (الثابتة والمتغيرة) في المنظمة (martin, Bartd, 1994,277) وتهدف إلى تحديد حجم الإنتاج والمبيعات التي تتعادل عنده التكاليف مع الإيرادات الكلية.
- المحاكاة Simulatin وهو عبارة عن محاولة لتكوين صورة طبق الأصل من النظام لتجربة عدة قرارات عليه دون المساس بالنظام الأساسي (عبد العزيز، 1997، 83).

3-1-3 الرقابة على الجودة:

يهدف إلى ضمان نوعية السلعة وجودة الخدمة المقدمة، من خلال السعي إما للحفاظ على النوعية، أو تطويرها وتحسين الجهود لزيادة رضى الزبون من خلال تحقيق معايير أو مواصفات نوعية وكمية للسلع والخدمات المقدمة، ويعتمد نظام الرقابة على الجودة على الخرائط الرقابية (Slater, Ascroft, 1992,159) والخريطة الرقابية control chart هي خريطة تضع حدود عليا وحدود دنيا لمتوسط كل عملية، أي تسعى لضمان حد أدنى من الجودة بأخذ عينات عشوائية بشكل متكرر ودراستها، وبالتالي تراقب الخرائط أي تغير في العملية بهدف الحفاظ على الزبائن وخلق زبائن جدد ومن أشهر الخرائط المستخدمة خريطة جانتي Gant chart وهي أداة خاصة بجدولة الإنتاج ورقابة الإنتاج وذلك بمقارنة التقدم الفعلي مع التقدم المخطط (ويسلر، 2002، 841).

3-1-4 أنواع الرقابة الاستراتيجية تبعا لنوع الضوابط المستخدمة:

1- الضوابط المالية (سعر السهم، العائد على الاستثمار): يعد سعر السهم مقياسا مهما لمستوى أداء المنظمة، وتعد قيمة السهم مؤشرا على توقعات السوق فيما يخص مستقبل أداء الشركة، وبالتالي فإن التغيرات التي تطرأ على سعر السهم تزود المساهمين بمعلومات مرتدة حول أداء الشركة وأداء مديريها، بينما يستخدم معدل العائد على الاستثمار وهو صافي الدخل على رأس المال المستثمر، لتقويم أداء المنظمة ككل بالمقارنة مع المنظمات الأخرى، ويستخدم لتقويم فاعلية الاستراتيجية بالنسبة للمنظمات الأخرى المماثلة، ويتميز بعدة صفات وهي: الشمول، وعندما يستخدم مقياسا للأداء يمكن أنه يحد من الطموح غير الحذر لدى بعض المديرين، كما أنه يعد أداة جيدة للتخطيط إضافة إلى كونه أداة مفيدة للرقابة.

2- ضوابط المخرجات (أهداف الأقسام، الأهداف الوظيفية والفردية)، الإدارة بالأهداف (عواد وآخرون، 2015، 346): تمثل أهداف الأقسام: توقعات إدارة المنظمة بالنسبة إلى أداء كل قسم وفقا لأبعاد الكفاءة والجودة والتحديث والاستجابة للعملاء، وعادة ما تضع المنظمة أهداف للأقسام تتسم بالتحدي لتشجيع مديري الأقسام على ابتكار استراتيجيات أكثر فاعلية في المستقبل، أما الأهداف الوظيفية والفردية فتعد بمثابة تنمية للرقابة على مستوى الأقسام ويتولى مديرو الأقسام وضع أهداف للمديرين الوظيفيين، بما يسمح للقسم بتحقيق أهدافه، وكما هو الحال على مستوى القسم فإنه يجري صياغة الأهداف الوظيفية لتشجيع عمليات تطوير الكفاءات التي توفر ميزة تنافسية للمنظمة.

وتعمل الأركان الأربعة لبناء الميزة التنافسية (الكفاءة، الجودة، التحديث، الاستجابة للعملاء) كأهداف يتم بناءً عليها تقويم الأداء الوظيفي.

كما قد تلجأ المنظمة لمباشرة نظام الإدارة بالأهداف (MBO) من أجل رقابة المخرجات بفاعلية، ويعد هذا النظام وسيلة لتقويم قدرة المديرين على تحقيق أهداف المنظمة وإنجازها، وتبرز أهميته في كونه يقوم على وضع أهداف وأغراض محددة لكل مستوى تنظيمي في المنظمة، وهذه الأهداف توضع بالمشاركة حيث يجتمع المديرون في المستويات المختلفة بمعاونتهم لتحديد الأهداف المناسبة والموازانات المطلوبة لتحقيق هذه الأهداف، الأمر الذي يخلق شعورا إيجابيا لدى العاملين تجاه تحقيق أهداف ساهموا في وضعها بأنفسهم وهذا ينعكس على كفاءة الأداء

وفاعليته. وإن رقابة المخرجات يجب أن تستخدم بالارتباط مع الضوابط السلوكية والنمط الثقافي السائد في المنظمة إذا ما أرادت المنظمة تشجيع السلوكيات الاستراتيجية الصحيحة.

3- ضوابط السلوك: (الموازنات التشغيلية، المعايير، نظم المكافأة الاستراتيجية) تعتبر ضوابط السلوك بمثابة نظام للرقابة داخل إطار المنظمة يشتمل على مجموعة من القواعد والإجراءات لتوجيه التصرفات أو السلوكيات الخاصة بالأفراد والوظائف والأقسام، إن مغزى أو غرض استخدام ضوابط السلوك لا يقتصر على تحديد الطرق للوصول إلى الأهداف فقط بل أيضا على معايير وتنميط طرق ووسائل الوصول إلى تلك الأهداف وبالتالي تجعل من الممكن التنبؤ به، وإذا ما اتبع الموظف تلك القواعد والتزم بها فإنه يمكن أداء المهام ومعالجة القرارات بنفس الأسلوب مرارا وتكرارا، الأمر الذي يؤدي إلى إمكانية التنبؤ بدقة الأداء.

يقصد بالمعايير: الدرجة التي تحدد بها المنظمة كيفية اتخاذ القرارات بحيث يمكن التنبؤ بسلوك الموظفين، وهناك ثلاثة أمور يمكن للمنظمة معايرتها وهي المدخلات، وأنشطة التحويل والمخرجات.

أما النظام الثاني من ضوابط السلوك فهو نظام ربط المكافأة بنظم الرقابة الذي يعد من الطرق الفعالة التي تعتمد عليها المنظمات من أجل الرقابة على سلوك الموظفين، فانطلاقا من استراتيجية المنظمة يقرر المدراء الاستراتيجيون نوعية السلوكيات التي تمنح عنها المكافآت، ومن ثم يقومون باستحداث نظام للرقابة لقياس تلك السلوكيات وربط المكافآت بها (عواد وآخرون، 2015، 348).

4- الثقافة التنظيمية (القيم، قواعد السلوك، العلاقات الاجتماعية): وهي عبارة عن نظام اجتماعي يتضمن مجموعة من الافتراضات الأساسية والمعتقدات الراسخة والأعراف والعادات، التي تشكل قيم العاملين في المنظمة وقناعاتهم واتجاهاتهم، وتؤثر في سلوكياتهم وأدائهم وأسلوبهم في مواجهة التغيرات الداخلية والخارجية للعمل على إنجاح المنظمة ونموها واستمرارها، تعبّر قيم المنظمة عن أفكار ومعتقدات حول أنواع الأهداف التي يتعين على أعضاء المنظمة تبنيها، وحول أنواع معايير السلوك الملائمة التي يجب أن يستخدمها أعضاء المنظمة لبلوغ تلك الأهداف.

إن التنفيذ الناجح للاستراتيجية يتطلب توفر عنصر مهم، هو إدارة لكل من الثقافة التنظيمية وللمجموعة الخاصة والمميزة من القيم والأعراف السلوكية التي يتقاسمها الأفراد والجماعات في

أي منظمة، ويجري تعلم الأفراد للثقافة التنظيمية من خلال التهيئة الاجتماعية التنظيمية Organizational Socialization وفيها يندمج الأفراد ويتعلمون القواعد السلوكية وقيم الثقافة حتى يصبحوا أعضاء في المنظمة، إن الرقابة المنبثقة عن الثقافة التنظيمية تتسم بالقوة، إذ أنها تصبح جزء من قيم الفرد ذاته بعد الاندماج والتفاعل مع تلك القيم.

نلاحظ مما سبق بأن جميع هذه الأساليب (تركمان، 2006، 50-54):

- تهتم بتقييم جانب واحد فقط دون الاهتمام بالجوانب الأخرى فمثلا الموازنات التقديرية والتحليل المالي يركز على النواحي المالية وتهمل الجوانب الأخرى كجودة العمليات
- تبني على القيم التاريخية السابقة وضمن الأجل القصير
- تتجاهل الربط بين الأهداف والتطلعات في كل من الأجل القصير والأجل الطويل
- عدم اهتمامها بجانب العملاء
- عدم اهتمامها بالبيئة الخارجية المحيطة بالمنظمة.

وانطلاقاً من نواقص الأساليب التقليدية في التقويم الاستراتيجي، سنحاول التعرف لأي مدى يعتبر نظام بطاقة الأداء المتوازن النظام الأكثر تكاملاً وشمولية في تقويم استراتيجية المنظمة، خصوصاً أنه يركز على المؤشرات المالية وغير المالية، ويربط بين تطور هذه المؤشرات في الأجلين القصير والطويل، ويأخذ بالاعتبار التغيرات في البيئة الداخلية والخارجية، وفي المبحث التالي سنتعرف على مفهوم بطاقة الأداء المتوازن كأداة للتقويم الاستراتيجي، وماهي مكوناتها ومؤشرات الأداء اللازمة لبنائها.

المبحث الثاني

بطاقة الأداء المتوازن كأسلوب للتقويم الاستراتيجي في المنظمة الصحية

مقدمة:

إن المتغيرات البيئية المحيطة بالنظام المحاسبي عموماً والمحاسبة الإدارية خصوصاً من تنافس عالمي متزايد وتطورات تقنية كبيرة، زادت من حاجة الإدارة إلى المعلومات الاستراتيجية المتعلقة بالبيئة الخارجية وتحليلات المنافسين، وبالمقابل ظهر عجز الأساليب التقليدية للمحاسبة الإدارية في مجال التخطيط والرقابة وتقويم الأداء، فبرزت أهمية وضرورة إعداد أساليب قياس جديدة، كرضا الزبون والقدرة على الاحتفاظ به، ورضا العاملين ومهاراتهم، بحكم أن المقاييس المالية لوحدها غير كافية لتوجيه وتقييم عمل المنشآت.

وبالمقابل حدث تطور جديد في أسلوب الرقابة وتقويم الأداء من خلال تقديم ما اصطلح عليه ب (بطاقة الأداء المتوازن (Balanced Scorecard)، والتي هي إحدى تقنيات المحاسبة الإدارية الاستراتيجية، ويتميز هذا الأسلوب عن غيره من أساليب الرقابة وتقويم الأداء في الجمع بين مقاييس الأداء المالي ومقاييس الأداء غير المالي التي تتصف بسهولة تتبعها وربطها باستراتيجية المنظمة.

وسنتناول في هذا الفصل بطاقة الأداء المتوازن كأداة للتقويم الاستراتيجي وأبعادها، وتطورها ثم المقاييس المستخدمة في هذه البطاقة وكيفية استخدامها في تحقيق استراتيجية المنظمة الصحية.

3-2-1 مفهوم وتعريف بطاقة الأداء المتوازن.

طور مفهوم بطاقة الأداء المتوازن من قبل الدكتور روبرت كابلان و ديفيد نورتون في بداية التسعينات، وتترجم هذه البطاقة مهمة المنظمة واستراتيجيتها إلى مجموعة من إجراءات الأداء والتي تمثل اطار عمل لتطبيق استراتيجيتها، وتعتبر هذه البطاقة أداة تقييم فضلاً عن كونها أداة استراتيجية لكونها تعتمد أربعة أبعاد لتقييم أداء المنظمة (Kaplan and Norton, 2000)، بدلاً من التركيز على المنظور المالي فقط مع أهميته، إذ أصبح من المعروف بأن المقاييس التقليدية التي تركز على المنظور المالي غير كافية لبيئة الأعمال المعاصرة، وأن الاهتمام بمجموعه أوسع من المقاييس التي ترتبط بالجودة، حجم السوق، رضا الزبون والعاملين، يمكن أن تؤدي إلى تبصر أكبر بالعوامل التي تسوق الأداء المالي، خصوصاً مع فشل نظم تقويم الأداء التقليدية وتقارير المحاسبة الإدارية التقليدية في توفير المعلومات الضرورية لتحسين الأداء المستقبلي للمنظمة.

تعرف بطاقة الأداء المتوازن حسب (Kaplan and Norton, 1996, 8) بأنها نظام جديد لتوحيد المقاييس المشتقة من الاستراتيجية، بينما تنطلق المقاييس المالية من الأداء السابق، تتوجه بطاقة الأداء المتوازن للأداء المالي المستقبلي، ويشمل التوجيه الزبون والعمليات الداخلية والتعلم والنمو، ويكون من خلال توضيح وترجمة دقيقة لاستراتيجية المنظمة إلى أهداف ومقاييس ملموسة.

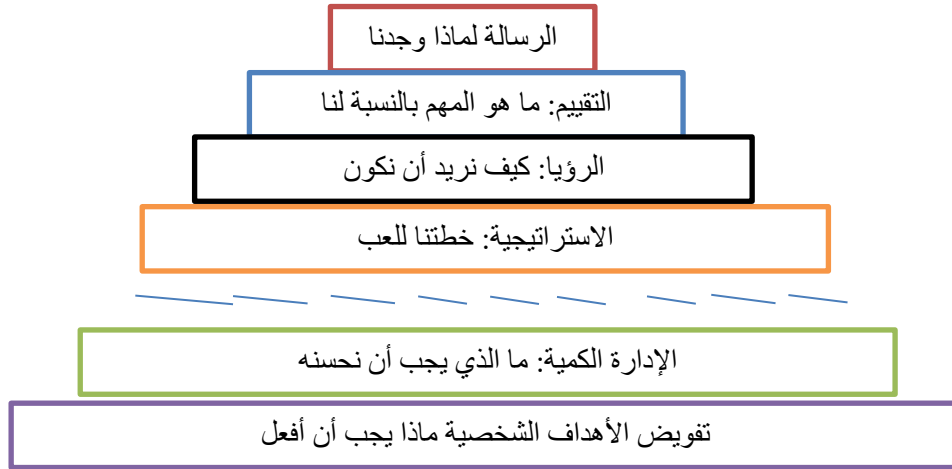
ويقول Horngren عام 2000 أنها طريقة لترجمة أو نقل رسالة المنظمة واستراتيجيتها على شكل مقاييس للأداء بشكل يضمن تنفيذ الاستراتيجية، كما أنها أداة لقياس تقدم المنظمة نحو تحقيق أهدافها الاستراتيجية من خلال ترجمة رسالتها وأهدافها إلى تكتيكات ومقاييس نحو مجموعة من المنظورات. (Foster, 2000)

وعرفها كل من Kaplan & Norton عام 2000 بأنها نظام يقدم مجموعة متماسكة من الأفكار والمبادئ وخارطة مسار شمولي للشركات لتتبع ترجمة الرسالة في مجموعة مترابطة من المقاييس الأداء، تساهم هذه المقاييس بإنجاز الأعمال والمساعدة في التنسيق بين الأداء الفردي والتنظيمي، وصولاً إلى أهداف المنظمة وتحقيق استراتيجيتها"، ويتضح من هذا التعريف نظرتهما للبطاقة باعتبارها نظاماً متكاملًا يتكون من أنظمة فرعية متفاعلة لتحقيق الأهداف المطلوبة من عملية التقييم.

وكتعبير تدل بطاقة الأداء المتوازن على كيفية خلق التوازن بين عوامل متعددة مختارة تعكس استراتيجية الأعمال، كالتوازن بين المدى القصير والطويل وبين المقاييس المالية وغير المالية، وبين المؤشرات الإرشادية والمرجعية وبين جانب الأداء الداخلي والخارجي، وتسعى بطاقة الأداء المتوازن كنظام إداري إلى تعميق الفلسفة المؤسسية لدى العاملين، وبناء معارف تنظيمية تساعدهم في تحسين قدراتهم في اختراق عوامل النجاح في مختلف مجالات نشاط المنظمة الإنتاجي والتسويقي والإداري، فضلاً عن دورها في تشخيص المشاكل التنظيمية التشغيلية من خلال التطبيق الواسع لدورة التخطيط والعمل والتدقيق والتصحيح، وفي الحفاظ على استمرار عملية تحسين الأداء الاستراتيجي عندما تكون النتائج سيئة للغاية، إذ تقوم بنقل ذلك إلى التخطيط الاستراتيجي باعتباره المحرك الأساسي للمشروع (2GC Conference paper) 2002, 24.

تبنى الفكرة الأساسية للبطاقة من وجهة نظر المنظمة على أربعة أبعاد أساسية هي (البعد المالي، بعد الزبائن، العمليات الداخلية، التعلم والنمو) وذلك بقصد ربط الرقابة التشغيلية في

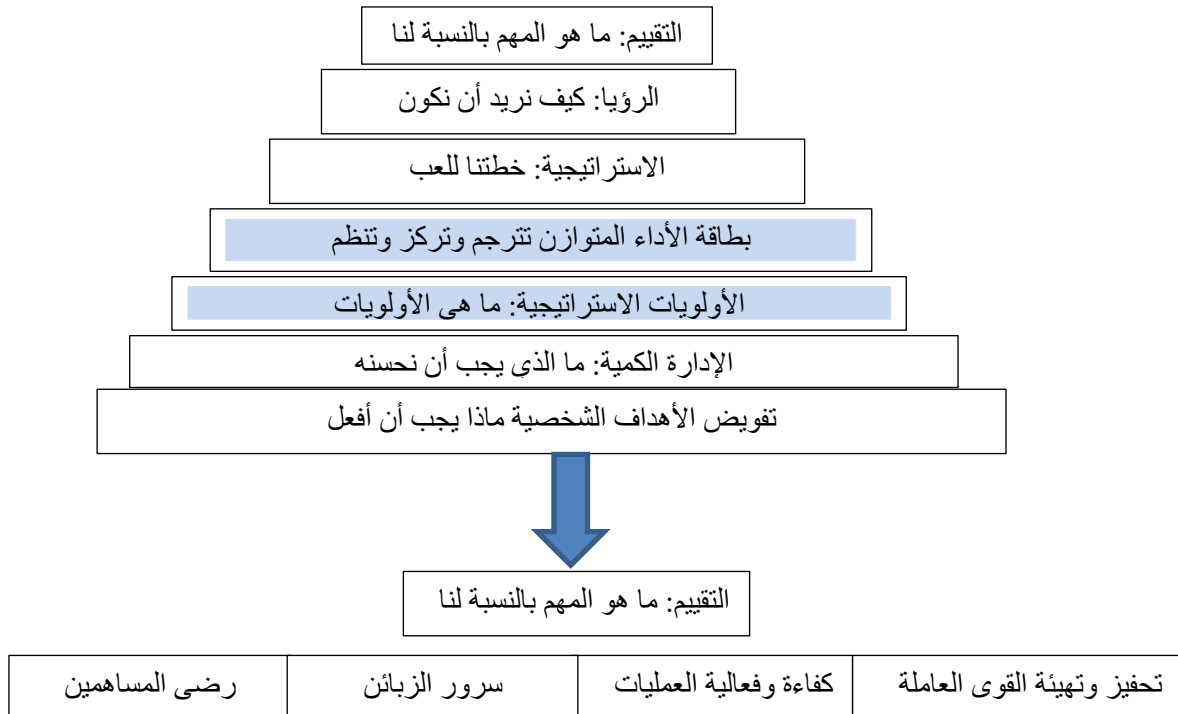
المدى القصير بالمدى البعيد واستراتيجية الأعمال، إذ أن هناك فجوة بين الرسالة والرؤيا والاستراتيجية، والأعمال التشغيلية اليومية، يمكن ملاحظتها من خلال الشكل رقم (5) كالتالي:



الشكل رقم (5) الفجوة بين الرسالة، الرؤيا الاستراتيجية والإدارة الكمية

المصدر: (Kaplan, 1996, 5)

وهنا يأتي دور بطاقة الأداء المتوازن بربط الرؤيا والاستراتيجية بعمليات التشغيل اليومية ويمكننا تصور ذلك كما في الشكل رقم (6):



الشكل رقم (6) دور بطاقة الأداء المتوازن بربط الرؤيا بالاستراتيجية

المصدر: (Kaplan, 1996)

إن تركيز المنظمة على النسب الأساسية في نطاق الهدف المقصود يستدعي الرقابة والتوجيه يوم بيوم لذلك يبنى مفهوم بطاقة الأداء المتوازن من حيث الزمن على ثلاثة أبعاد (الأمس، اليوم، الغد)، أي ماذا يمكننا أن نفعل اليوم من أجل الغد وربما لا يظهر الأثر المالي لبعض الأعمال حتى بعد غد ما يستدعي من المنظمة بعد النظر وليس فقط تحقيق النسب المالية الأساسية أو المقاييس غير المالية.

بطاقة الأداء المتوازن يجب ألا تكون فقط سجل للنتائج المحققة بل يجب استخدامها أيضاً كمؤشر للنتائج المتوقعة وهي أحيانا بديل للميزانية وتؤثر على عملية التخطيط بكاملها، كما أنها تعكس النتائج الأساسية المتعلقة بتحقيق التوازن بين المدى القصير والطويل وتناسب التوجه الاستراتيجي، بحيث يصبح القياس أحيانا حافزا على مناقشات كان يمكن أن تعقد فعليا بدونها، ولكنها تصبح جوهرية وأساسية عندما تستخدم المقاييس الخاصة بأبعادها الأربعة (جوران، روي، ووتر، 2003، 38).

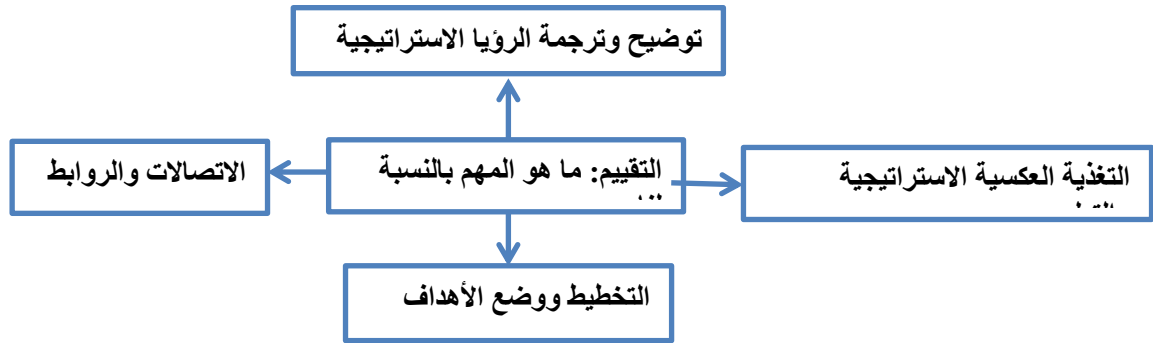
3-2-2 نشأة وتطور بطاقة الأداء المتوازن

وجدت أول بطاقة أداء متوازن عام 1987 على يد Arther M. Schneiderman الذي تولى منصب في شركة Analog Devices وهي شركة توصيل متوسطة الحجم ما بين (1986-1992)، التي كتبت خلاصة أفكاره منذ بداية الثمانينات، وكانت البطاقة عبارة عن خطة استراتيجية وضعت لخمس سنوات 1988-1992، وقد حدد الهدف المشترك للمدى الطويل من خلال خمس مجموعات للتقييم: هم الزبائن والمستخدمين والمساهمين والموردين والجمهور، وتزود الخطة بخارطة لكيفية تحقيق الأهداف، وكانت إدارة الجودة الشاملة أحد الأدوات الرئيسية لتحقيق تلك الأهداف (Schneiderman, 2006)، ثم جاءت مقالة روبرت كابلان وديفيد نورتون لتقدم فكرة حول مفهوم بطاقة الأداء المتوازن وذلك في العدد الأول من مجلة هارفارد بيزنيز ريفيو.

إن استخدام هذه التقنية حديث نسبيا رغم أن المفاهيم الأساسية لبطاقة الأداء المتوازن ليست جديدة وهي تشبه إلى حد كبير مفاهيم الإدارة بالأهداف التي طورها داركر في أواخر الخمسينيات من القرن الماضي، والتي تركز على أن مفهوم التوازن يبنى على جوانب متعددة للمنافسة تنطلق من المستخدمين الذين يعملون مع بعض، وأن العمليات لا يمكن أن تبقى نفسها بل يجب أن تطور لترضي حاجات الزبون.

يعد نموذج كابلان ونورتون الذي طبق في عدة شركات عام 1992 كأداة لقياس الأداء النموذج الأساسي لبطاقة الأداء المتوازن، ويتضمن هذا النموذج أربعة أبعاد هي كالتالي وموضحة في الشكل (7):

- للنجاح ماليا كيف سننظر إلى مساهمينا.
- لنجاح رؤيتنا كيف سينظر إلينا زبائننا.
- لإرضاء مساهمينا وزبائننا يجب أن نتفوق في الأعمال الداخلية.
- لنجاح تصورنا كيف سندعم قدرتنا على التعلم والنمو؟



الشكل رقم (7) نموذج بطاقة الأداء المتوازن

المصدر (Olive, Roy, Wetter, 1999)

ويتميز نموذج كابلان ونورتون بأنه يقدم نموذج لنقل وتوضيح الاستراتيجية، ويبين العلاقة بين الأسباب والآثار من خلال عوامل مختلفة والتي ترتبط بالفرضيات تحت الدراسة المتعلقة بالاستراتيجية، وركز كابلان ونورتون بأن اهتمامهما في القياس لتحقيق التقدم في الأداء بدء من إيمانها المتجذر بمقولة بحوالي قرن سابق من قبل العالم الإنكليزي الشهير لورد كالفين الذي قال: أنا غالبا أقول عندما أستطيع قياس ما نتحدث عنه ونعبر عنه بالأرقام أنني أعرف عنه شيئا، لكن عندما لا أستطيع قياسه ولا التعبير عنه بالأرقام فإن معرفتك هزيلة وغير مقبولة عنه، أي إذا لم تستطع قياسه فأنتك لن تستطع تطويره.

وارتكزت مقالاتهما على بحوث متعددة أجريت على مشاريع متعلقة بشركات كثيرة عام 1990 ودرست قياس الأداء في الشركات التي تلعب فيها الأصول غير المادية دوراً أساسياً في خلق القيمة، اعتقد كابلان ونورتون أن القياس أساسي للمدراء كما هو بالنسبة للعلماء، إذا أرادت الشركات تطوير إدارتها لأصولها غير المادية فيجب عليها دمج قياس الأصول غير المادية ضمن نظام القياس خاصتها.

بعد نشر المقالة عام 1992 تبنت العديد من الشركات وبسرعة بطاقة الأداء المتوازن، وهذا ما أعطاهما نظرة عميقة وواسعة لقوة ومستقبل وإمكانية تطور وتأثير بطاقة الأداء المتوازن خلال الخمسة عشر عاما التي تلتها. وبما أنها تبنت من قبل الآلاف من المشاريع العامة والخاصة وغير الربحية عبر العالم، تم تطوير مفهوم بطاقة الأداء المتوازن كأداة إدارية لشرح الاتصال وتنفيذ الاستراتيجية، ويمكن القول إن تطور بطاقة الأداء المتوازن مر بعدة مراحل أو أجيال يمكن إيجازها كما يلي:

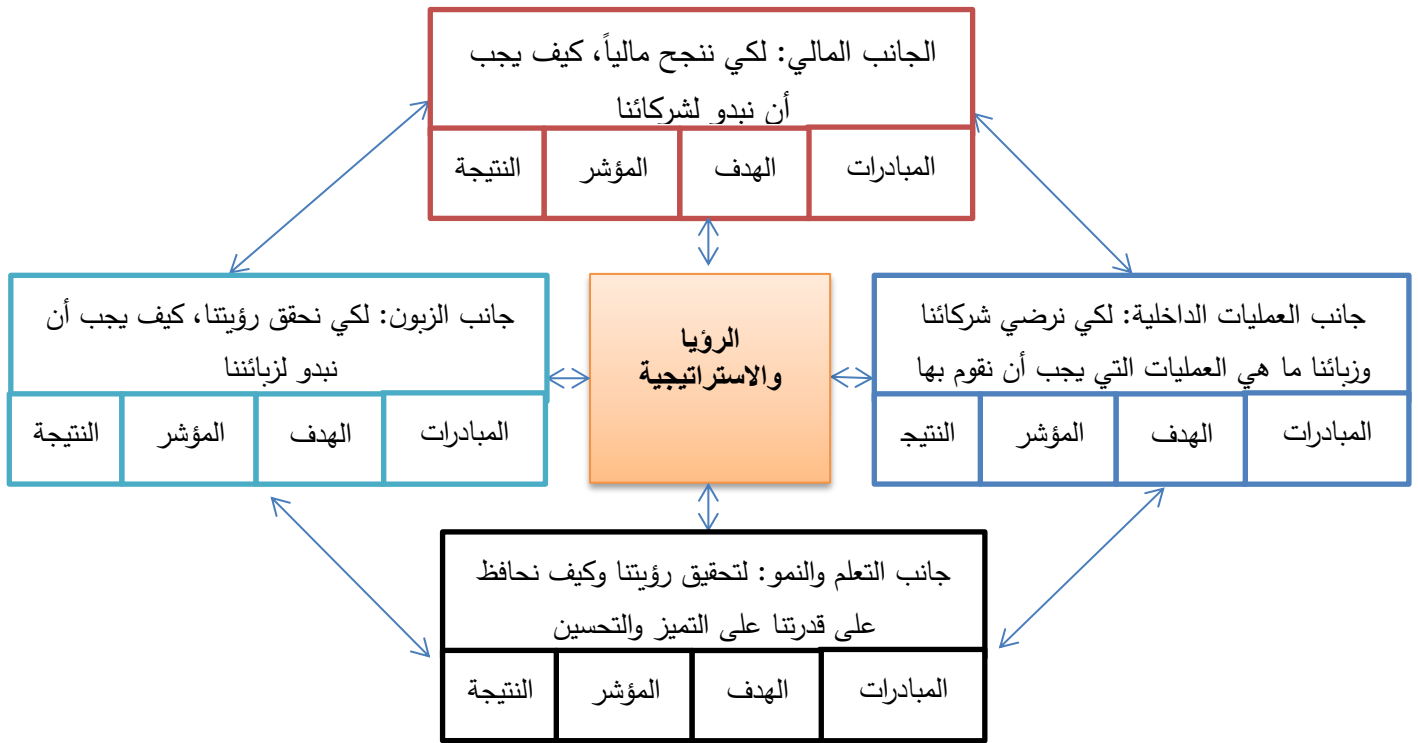
الجيل الأول:

في البداية تم تصميم البطاقة لتكون وسيلة لقياس الأداء يمكن استخدامها بالتوازي مع المقاييس المالية في تحديد الأنشطة ذات القيمة المضافة في تشكيل الأصول غير الملموسة للمنظمة، ثم تبلور مفهوم البطاقة ليصبح أداة ربط بين مقاييس الأداء واستراتيجية المنظمة واعتبارها نظاما لإدارة الأداء الاستراتيجي، فأصبحت البطاقة تربط مفهوم الاستراتيجية بمفاصل العمل في المنظمة مثل العمليات، تخصيص الموارد، الموازنات، التخطيط، رسم الأهداف، والتدريب وظهر فيها أول دليل يتضمن تعليمات متعلقة بالكيفية التي ينبغي على أساسها تطبيق المفهوم (Kaplan and Norton, 1996, 45)

ويبين الشكل رقم (8) البنية الأساسية لبطاقة الأداء المتوازن إذ حافظت على المصفوفات المالية كمقاييس نهائية للمخرجات أو للنتائج، لكنها أكملت بمصفوفات لثلاث أبعاد وهي الزبون، العمليات الداخلية، والتعلم والنمو تم افتراضها لخلق القيمة على المدى الطويل للمساهمين:

ولكل بعد من الأبعاد الأربعة تم تصميم بطاقة تحوي:

- مبادرات النجاح لكل بعد
 - الهدف الخاص على مستوى كل بعد
 - مؤشرات القياس الخاصة بالبعد
 - والنتيجة الفعلية
- تسمح هذه البطاقة بتتبع تنفيذ مبادرة النجاح الخاصة بكل بعد، بحيث تعطي إنذارات للإدارة على مستوى كل بعد في حال انحراف المبادرات عن أهدافها، ويساعد الإدارة على التدخل في الوقت المناسب لتصحيح الانحراف.



الشكل رقم (8) البنية الأساسية لبطاقة الأداء المتوازن

المصدر: Kaplan R.S. Norton , 1996 , 18

الجيل الثاني:

انقلبت طريقة كابلان ونورتون رأساً على عقب في المرحلة الثانية، فبدلاً من أن نبدأ باختيار مؤشرات القياس بدأنا باختيار المتغيرات التي نريد تنفيذها في المجالات الأربعة: التشغيلية والمالية والتسويقية والتدريبية، ثم وضع مؤشرات افتراضية، نتأكد عند تحققها من أننا نسير على الطريق الصحيح، وبهذا ننقل من القياس إلى الإدارة ومن مراقبة المؤشرات إلى صياغة الاستراتيجية، أي أصبحت طريقة كابلان ونورتون ليس لقياس الاستراتيجية بل لرسمها.

إن تطوير البطاقة يتطلب بالإضافة إلى الأبعاد الأربعة المكونة لها، وجود أداة اتصال منطقية تربط كل من الاستراتيجيات المختلفة للمنظمة بعملياتها والنظم التي تساعد في إنجاز تلك الاستراتيجيات، تسمى هذه الأداة بـ "الخارطة الاستراتيجية"، وظيفتها تقديم خطط واضحة للعاملين في مختلف المستويات التنظيمية في المنظمة لرؤية كيفية ربط الأعمال التي يقومون بها مع كل أهداف المنظمة، ليتمكنوا من أن يعملوا بشكل منسق وباتجاه تحقيق الأهداف المرغوبة للمنظمة، واكتشف وجود علاقة سبب ونتيجة واضحة بين المؤشرات المختلفة كما تم اكتشاف وجود أربعة أطراف اعتبارية رئيسية تؤثر على طريقة عمل المؤسسة وهم : الموردون، الموظفون، العملاء، المالكون. (النقري، 2013)

ولغرض احداث تطوير على بطاقة الأداء المتوازن نحو الاتجاه الاستراتيجي يمكن عمل مواءمة بين الخارطة الاستراتيجية والأبعاد الأربعة للبطاقة على أساس فلسفة ورؤية المنظمة التي تترجم بصيغة مجموعة استراتيجيات، ابتداء من الاستراتيجية المالية التي تستهدف زيادة قيمة حملة الاسهم وانتهاء باستراتيجية التعلم والنمو التي تستهدف زيادة قدرة العاملين في المنظمة. وفيما يلي عرض لهذه الاستراتيجيات:

1- الاستراتيجية المالية:

لتحقيق الاستراتيجية المالية تعتمد المنظمات استراتيجيتين أساسيتين هما (الرشود، 2018):

- ❖ استراتيجية النمو في الإيرادات: تتحقق عن طريق اتجاهين، يمثل الاتجاه الأول في إيجاد قنوات جديدة لخلق الإيرادات كأن يكون كسب زبائن جدد أو تقديم منتجات جديدة. أما الاتجاه الثاني فيركز على زيادة قيمة الزبائن الحاليين عن طريق زيادة رضاهم وتعميق العلاقات بينهم.
- ❖ الاستراتيجية الإنتاجية: هي الأخرى تشمل على استراتيجيتين وهما: الأولى استراتيجية تحسين هيكل التكاليف والتي تعرف ب (استراتيجية الكلفة الأقل)، وتهدف إلى كسب المنظمة ميزة تنافسية عن طريق خفض كلفة المنتجات إلى أكبر قدر ممكن مقارنة بكلفة المنتجات المنافسة مع المحافظة على الجودة والتميز. الثانية هي استراتيجية استخدام الموجودات والتي تهدف إلى بيان آلية الاستفادة من الموجودات المتاحة للمنظمة بالشكل الذي يزيد من كفاءتها، إذ أن المنظمة تصبح ذات كفاءة عالية حينما تقوم باستثمار مواردها المتاحة من موارد بشرية ومادية ومالية وتكنولوجية، بشكل أكثر رشدا في المجالات التي تعطي أكبر المردودات، لذا فإن نجاح المنظمة في إنجاز هذه الاستراتيجية غالبا ما يؤشر بنسبة المخرجات إلى المدخلات

Performance Management and the 3rd generation of balanced scorecard, (2GC, 2009)

2- استراتيجية الزبائن

إن استراتيجية المنظمة في تعاملها مع الزبائن تتجه نحو القيمة المقترحة للزبائن، التي تعد بمثابة معيار ثنائي لتقييم كل من العلاقات مع الزبائن وجودة وتميز المنتجات والخدمات، فالقيمة المقترحة هي ليست وسيلة لتمييز نفسها عن المنافسين الآخرين وتحافظ على زبائنها الحاليين وكسب زبائن جدد، وإنما هي بالإضافة إلى ذلك تعد من العوامل الحاسمة التي تساعد المنظمة في تحسين وتطوير عملياتها الداخلية. (محمود، 2005)

الأهداف الاستراتيجية في هذا المنظور تعتمد بشكل أساسي على تقنيات تحليل ربحية الزبائن التي تدعم بناء استراتيجية ناجحة للمنظمة والتي بدورها تهدف إلى ما يلي (Schwartz, 2005, 860):

- تحليل مستوى الربحية المتحققة من تعامل المنظمة مع مجاميع وشرائح مختلفة من الزبائن.
- محاولة التأثير على سلوكيات الزبائن غير المربحين وجعلهم مربحين للمنظمة
- إعداد وترتيب نسب مئوية للزبائن المتعاملين مع المنظمة وفق لمستوى الربحية منهم مقارنة مع حجم المبيعات المقدمة لهم.

3-استراتيجية العمليات الداخلية:

إن الأنشطة المنظمة الحاسمة في أداء منظور العمليات الداخلية، يمكن أن تبوب في أربعة مستويات عالية من العمليات وهي (العسيري، 2014):

1- خلق التفوق والتميز عن طريق الإبداع والتطوير مثل إيجاد منتجات جديدة وكسب زبائن جدد.

2- زيادة قيمة الزبائن عن طريق عمليات إدارة الزبون التي تتضمن تعميق العلاقات مع الزبائن الحاليين.

3- تحقيق التفوق التشغيلي وذلك من خلال تحسين العمليات التشغيلية الهادفة إلى تحقيق نوعية عالية وقليلة الكلفة وخفض زمن دورة العمليات الداخلية.

4- العمل على أن تصبح المنظمة عضو جديد في المجتمع من خلال توطيد علاقات حقيقية ومؤثرة مع اصحاب المصالح الخارجيين.

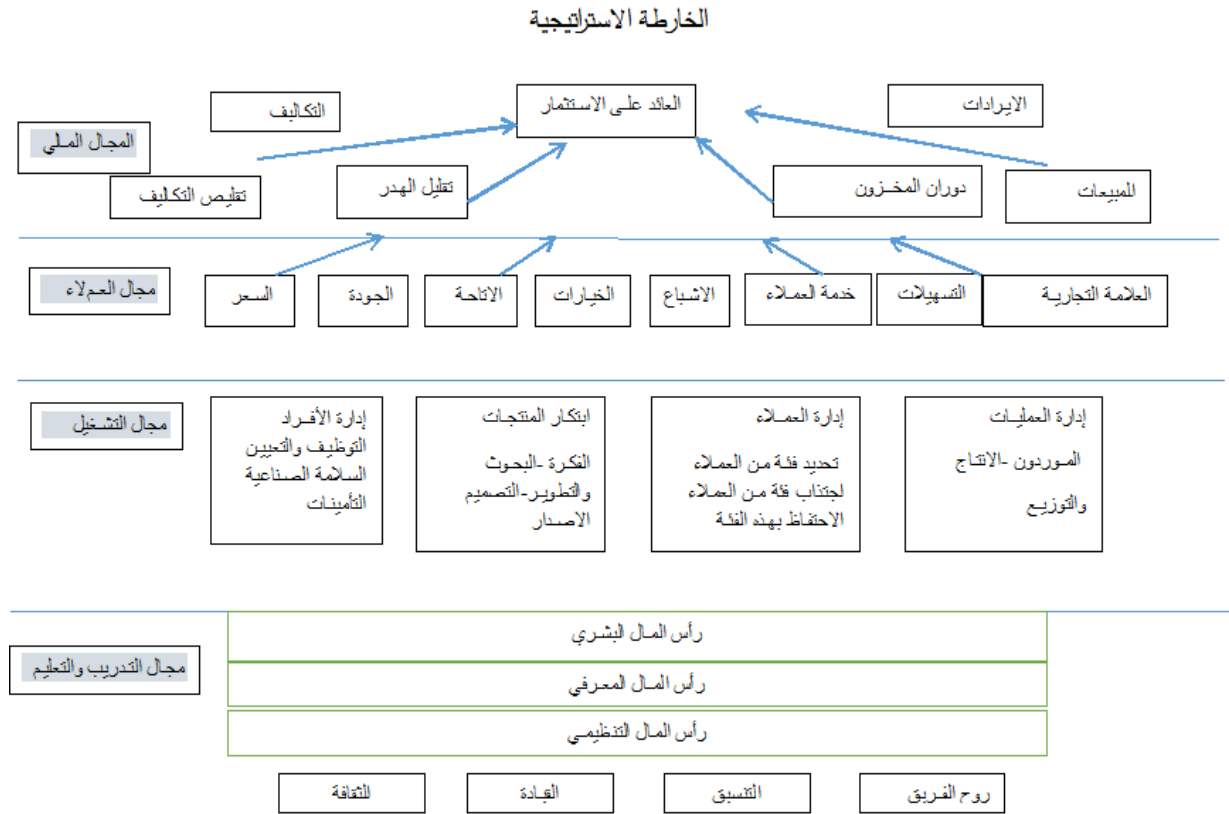
إن نجاح المنظمة في انجاز تلك العمليات الأربعة يعني نجاح استراتيجية العمليات الأربعة في المساهمة بتحقيق الأهداف المالية.

4-استراتيجية التعلم والنمو:

يتضمن التعريف بالمهارات المطلوبة والتكنولوجيا والثقافة التنظيمية، يتم من خلاله وضع استراتيجية التعلم للمنظمة التي تعد حجر الأساس لزيادة الخبرات والمهارات التنظيمية، بالشكل الذي يؤدي إلى إنجاز العمليات الداخلية بفاعلية وتحقيق القيمة المقترحة للزبائن ومن ثم بلوغ الأهداف المالية.

وبعد التعرف على الاستراتيجيات المتعلقة بالأبعاد الأربعة والعلاقات بينها نستطيع القول بأنه تم تشكيل صورة متكاملة لمجالات العمل والنشاط داخل المنظمة وللأطراف الاعتبارية المؤثرة

فيها، وكذلك للعلاقات السببية بين كل منها، وهذا ما سمي باسم الخريطة الاستراتيجية وتم تسميتها بالخريطة لأنها تحدد المواقع وطرق السير والروابط والجسور الموجودة بين النقاط والأطراف المختلفة (العمرى، 2002، 38)، الشكل رقم (9) بين الخريطة الاستراتيجية.



الشكل رقم (9) الخريطة الاستراتيجية

الجيل الثالث:

تلا ذلك مرحلة جديدة ضمن مراحل تطور مفهوم بطاقة الأداء المتوازن تمثلت بالتركيز على دور البطاقة التكاملية والتوافقي مع استراتيجية المنظمة وعملياتها التشغيلية، وهو ما يعرف ببيان وجهة المنظمة Destination statement واستنادا إلى ذلك التطور، قدمت بطاقة الأداء المتوازن على أنها المحرك التنظيمي الأساسي في تنفيذ استراتيجية المنظمة وفي الوقت ذاته كأحدى أهم مقدراتها التنظيمية (Performance Management and the 3rd generation of balanced scorecard, 2GC, 2009)

يتضمن بيان الوجهة صورة مفصلة عن الرؤيا وتحولت الخرائط الاستراتيجية إلى Linkage model و هي تقتصر فقط على طرفين هما الأنشطة Activities والمخرجات Outcomes حيث يتم ربط كل نشاط بتحقيق هدف وبالتالي يتم التركيز بشكل أكبر على ما هو مهم.

3-2-3 أبعاد بطاقة الأداء المتوازن:

تمثل بطاقة الأداء المتوازن عملية تقييم شاملة تقوم على تحويل رؤية واستراتيجية المنظمة إلى أربع مجاميع أساسية من المقاييس، فضلا عما تحققه من التوازن بينهم. وهي الأبعاد الخارجية: متمثلة بالزبائن والموردون وحملة الاسهم والدائنون وغيرهم، والأبعاد الداخلية: متمثلة بالعمليات التي تتم داخل المنظمة، فضلا عن بعد التعلم والنمو من جهة والبعد المالي من جهة أخرى، كما أنها تجمع بين مؤشرات ونتائج الماضي والحاضر والمؤشرات التي تقود الأداء المستقبلي للمنظمة.

وبحسب النموذج الأساسي لبنية البطاقة، يتطلب بناء نموذج بطاقة الأداء المتوازن تحديدا دقيقا للأهداف والمقاييس والغايات والمبادرات الخاصة بكل بعد من أبعاد البطاقة، وهذه الأبعاد هي الأساس في خلق بطاقة الأداء المتوازن، ومن المناسب تحديد عدد المؤشرات في كل بطاقة في حدود خمسة أهداف بحيث يكون المجموع أقل من عشرين هدف، وتعد أهدافا عليا للشركة أو المنظمة، يشترك الجميع في تحقيقها واختيارها بدقة لتكون مناسبة لاستراتيجية المنظمة وطبيعة عملها. (تركمان، 2006، 38)

1. البعد المالي:

يعد البعد المالي أحد أهم مقاييس تقييم الأداء، ونتائج هذا البعد موجهة لتحقيق الأهداف في الأبعاد الأخرى ونظرا لكون الأهداف المالية للمنظمة تختلف باختلاف مراحل عمر المنظمة فإنه بالضرورة ستختلف المقاييس التي تقيس إنجاز تلك الأهداف تبعا لاختلاف المراحل. ففي مرحلة النمو تركز الأهداف المالية للوحدة الاقتصادية على نمو المبيعات والبحث عن أسواق وزبائن جدد، وتقديم منتجات وخدمات جديدة، والمحافظة على مستوى مناسب من الإنفاق على عمليات التحسين المستمر للأنشطة التي تخصص لتطوير المنتج وتأسيس قنوات تسويقية وبيعيه وتوزيعية جديدة.

أما الأهداف المالية في مرحلة البقاء والاستمرار، فتؤكد على المقاييس المالية التقليدية مثل معدل العائد على رأس المال، والدخل التشغيلي، وهامش الربح والعائد على إجمالي الأصول، والقيمة الاقتصادية المضافة وقيمة الأسهم في الأسواق المالية، للدلالة على مدى نجاح المنظمة في تحقيق أهداف هذه المرحلة. وعندما تصل وحدات الأعمال إلى حالة النضج من عمرها الإنتاجي والتي تسمى مرحلة الغلة وحصاد الاستثمارات التي حدثت في المرحلتين السابقتين، فإن أهدافها المالية سوف تؤكد على التدفق النقدي الذي يساعد ويحافظ على بقاء الحياة الاقتصادية

للوحدة، ومن المقاييس المالية المستخدمة أيضا: قيمة الموجودات/المستخدمون، العائدات/الموجودات الكلية، العائدات/المستخدمون، الأرباح/الموجودات الكلية، الأرباح من الانتاج الجديد، مجموع التكاليف، العائد على الاستثمار.

2. بعد الزبائن

تقع اهتمامات الزبون في أربعة مجالات، أولها الوقت وثانيها النوعية والثالثة الأداء والخدمة وأخيرا الكلفة، فالوقت القيادي يقيس الوقت المطلوب من قبل الشركة لتلبية احتياجات الزبون، في حين تقيس النوعية مستوى المعاب من المنتجات مثلما تفهم وتقاس من قبل الزبائن، وتقيس تشكيلة الأداء والخدمة كيفية مساهمة سلع الشركة أو خدماتها في توليد القيمة للزبون.

فضلا عن قياسات الوقت والنوعية والأداء والخدمة، يجب أن تبقى الشركات حساسة لكلفة منتجاتها إذ ينظر الزبائن للسعر كأحد مكونات الكلفة التي يدفعونها ويقارنوها مع السلع المنافسة. يتضمن بعد الزبون تقليديا عدة قياسات عامة مثل رضا الزبون والمحافظة على الزبون، ومشتريات الزبون الجديد وربحية الزبون، وحصة السوق في القطاعات المستهدفة، بالإضافة إلى عدد الزبائن، ومعدل الوقت المستغل مع الزبائن، نسبة الزبائن/المستخدمون، مؤشر رضى الزبائن، مؤشر ولاء الزبون، التكلفة/الزبون، عدد الشكاوى، مصاريف الخدمات. (احسان، 2007، 73)

3. بعد العمليات الداخلية

ويقصد به جميع الأنشطة والفعاليات الداخلية التي تتميز بها المنظمة عن غيرها، ويُقيم هذا البعد درجة نجاح المنظمة ومدى قدرتها في تلبية متطلبات الزبائن. إذ يقيس درجة مهارات العاملين وطريقة تقديم الخدمة وكذلك الإنتاجية وغيرها من أجل قياس الأداء الداخلي للمنظمة، وإن لنظم المعلومات أثرا في مساعدة منظمات الأعمال الإلكترونية على تحقيق ذلك بالدقة والسرعة المطلوبة.

تمر أنشطة العمليات الداخلية لمنظمة الأعمال بثلاثة دورات، وكل دورة تعطي قيمة للزبائن، تبدأ بالدورة الأولى وتسمى (دورة الإبداع) بما يعنيه من خلق السلع والخدمات الملبيه لحاجات ورغبات المستهلكين، ثم الدورة الثانية التي تسمى (دورة العمليات) والتي تعمل على ترجمة ما وضع في الدورة الأولى إلى فعل سلع مادية أو خدمات، ثم تأتي الدورة الثالثة (خدمات ما بعد البيع) بما تشمله من وضع الضمان للمستهلك والترتيب والصيانة.

ومن أهم المقاييس المستخدمة لرقابة أداء العمليات الداخلية هي (المصاريف الإدارية/ العوائد الكلية، معدل الوقت اللازم لاتخاذ القرار، سعة نظم المعلومات/ المستخدمون) (Roy., & Wetter, 1999).

4. بعد التعلم والنمو

يعد التعلم والنمو البعد الرابع في بطاقة الأداء المتوازن، وهو يعبر عن الأسس التي يجب أن تتبناها المنظمة لخلق النمو والتحسينات المطلوبة لتحقيق الأهداف في الأجل الطويل، إذ أنه بدون قيام المنظمات في الاستثمار في الموارد البشرية لتأهيلها تأهيلا عمليا وعلميا عاليا، وتطوير تقنيات إنتاج المعلومات المساندة وتغيير الإجراءات الروتينية التنظيمية، لن تكون قادرة على تحقيق الأهداف الاستراتيجية لبعء الزبائن والعمليات الداخلية وبالتالي من المحتمل جداً عدم قدرتها في تحقيق الأهداف المالية.

ويَقوم هذا المنظور أداء المنظمة باتجاه تحسين قدرات العاملين من خلال المقاييس الآتية (أبو مليحة، 2015):

- رضا العاملين: إن رضا العاملين يمكن أن يقاس عن طريق مقاييس استطلاع لمصادر رضاهم، التي يمكن تبويبها في ستة مصادر رئيسية هي (الحوافز، فرص الترقية المتاحة للعاملين، نوعية المهام الوظيفية، نمط الإشراف، ظروف العمل وأخيرا العلاقات مع مجموعة العمل).
- المحافظة على العاملين: يعد معدل دوران العمل من أهم مقاييس هذا الجانب، إذ كلما ارتفع هذا المعدل دل ذلك على عدم رغبة العاملين في البقاء بالمنظمة.
- إنتاجية العاملين: تتمثل مقاييس إنتاجية العاملين بنسبة الإيرادات إلى عدد العاملين، أو نسبة القيمة المضافة إلى عدد العاملين.

كذلك من المقاييس المستخدمة: مصاريف البحث والتطوير /المصاريف الكلية، مصاريف تطوير نظم المعلومات/ مصاريف نظم المعلومات، ساعات البحث والتطوير، موارد البحث والتطوير/ الموارد الكلية، الاستثمار في البحث، الاتصال المباشر مع الزبون/ سنة، مؤشر رضى الزبون.

وهنا يمكن التنويه إلى أن هذه الأبعاد هي أبعاد أساسية وأكثر استخداما في العديد من المنظمات ولكن تستطيع المنظمة تحديد أبعاد أخرى وذلك حسب طبيعة عملها، فيمكن مثلا إضافة أبعاد أخرى كالابتكار والبحث والتطوير والبيئة والمجتمع.

3-2-4 تطبيق بطاقة الأداء المتوازن في المنظمة الصحية:

تعتمد جدوى بطاقة الأداء المتوازن بدرجة كبيرة على طريقة استخدام المنظمة وتطبيقها لها، مجرد وجود البطاقة لا يكفي فلا بد من التطبيق السليم لها، وعلى الرغم من اختلاف المنظمات في طريقة تطبيقها للبطاقة إلا أنه يمكن ملاحظة تطبيقين مختلفين وأساسيين للبطاقة وهما: الرقابة الإدارية والرقابة الاستراتيجية.

وعلى الرغم من تشابه التطبيقين ظاهرياً إلا أن هذين التطبيقين يحتاجان إلى طريقة مختلفة في التصميم وبالتالي الفوائد التي تجلبها البطاقة في التطبيقين.

من أكثر التحديات التي تواجه المنظمات عند تطبيقها لهذا النظام هو تحديد الأولويات التي يجب وضعها على اللائحة. هذا وتشير الأبحاث عن أفضل الممارسات عن تحديد 20 هدفاً كحد أقصى ليبقى التحدي بعد ذلك في طريقة اختيار هذه الأولويات بطريقة منهجية وتوافقية. (عمر عبد اللطيف، 2006، 36)

تطبيق الرقابة الإدارية (الرقابة التشغيلية) لبطاقات الأداء المتوازن:

ويشمل تطبيق الرقابة التشغيلية طرح الأسئلة التالية:

- ما هي العملية التي نريد مراقبتها؟
 - ما هي الجوانب التي نريد قياسها في هذه العملية؟
 - ما هي أفضل الممارسات لتنفيذ هذه العملية؟
- والغرض من هذا التطبيق هو مساعدة المدراء لرصد ومراقبة كيفية تنفيذ مجموعة من الأنشطة المحددة بشكل مسبق لتحقيق أفضل مستويات الأداء.

تمنع بطاقة الأداء المتوازن المؤسسات من الغرق في مجموعة لا متناهية من المؤشرات. فالتكنولوجيا جعلت من السهل قياس كل شيء ولذلك على الإدارة أن تختار ما هي العمليات الأكثر أهمية والتي تحدث الفرق لقياسها والتركيز عليها، بالرغم من أن الاختيار صعب إلا أنه ضروري وإلا ستجد الإدارة نفسها أمام عدد كبير من المعطيات والمؤشرات، والأهم أنها ستكون غير قادرة على فصل المعلومات المرتبطة بالأنشطة الرئيسية عن تلك المرتبطة بالأنشطة الأقل أهمية (2GC Conference paper, 2002,12)

تطبيق الإدارة الاستراتيجية لبطاقة الأداء المتوازن:

يمكن الاستفادة من بطاقة الأداء المتوازن لأغراض التحكم الاستراتيجي في مؤسسات القطاع العام والخاص حيث يمكن لتصميم جيد للبطاقة أن يحسن أداء الإدارة الاستراتيجية، والإدارة

الاستراتيجية هي العملية التي تقوم من خلالها الإدارة العليا بتحديد التوجهات طويلة الأجل، وتحسين الأداء من خلال التصميم الدقيق والتنفيذ المناسب والتقييم المستمر للاستراتيجية الموضوعية من أجل تحقيق أهداف المنظمة، ويتم ذلك بمراعاة إمكانات المنظمة الداخلية (نقاط القوة والضعف)، وخصائص البيئة الخارجية (التحديات والفرص)، وتتم الإدارة الاستراتيجية بثلاث مراحل مترابطة: (تركمان، 2006، 144)

• مرحلة الصياغة الاستراتيجية (رسالة المنظمة، الهدف السياسات، البرامج، الموازنات والإجراءات)

• مرحلة التنفيذ الاستراتيجي (هيكل التنظيمي، أنظمة إدارية وثقافة تنظيمية منسجمة مع الاستراتيجية)

• مرحلة الرقابة الاستراتيجية وتقويم الأداء: تحديد مراحل العمل، وضع معايير القياس والتقويم، قياس الأداء المالي مقارنتها مع المعايير، اتخاذ الإجراءات التصحيحية في حالة عدم التوافق بين المحقق والمعيار.

تجيب الإدارة الاستراتيجية على أربعة أسئلة رئيسية:

1- ما هي المخرجات الاستراتيجية التي نحاول تحقيقها؟

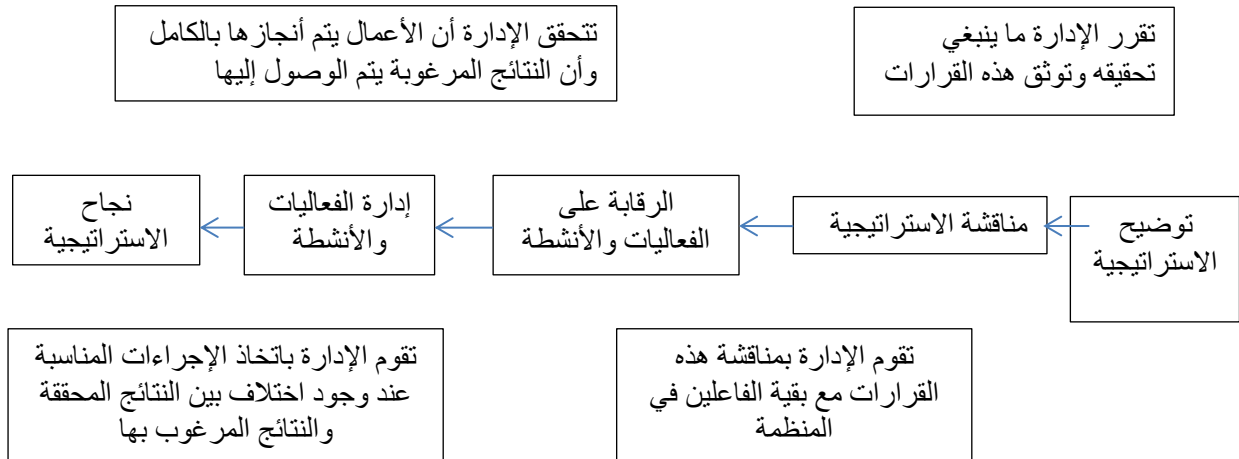
2- ما هي النشاطات المطلوبة حالياً لتحقيقها؟

3- هل هذه الأنشطة مطابقة حالياً؟

4- هل تحققت النتائج المستهدفة؟

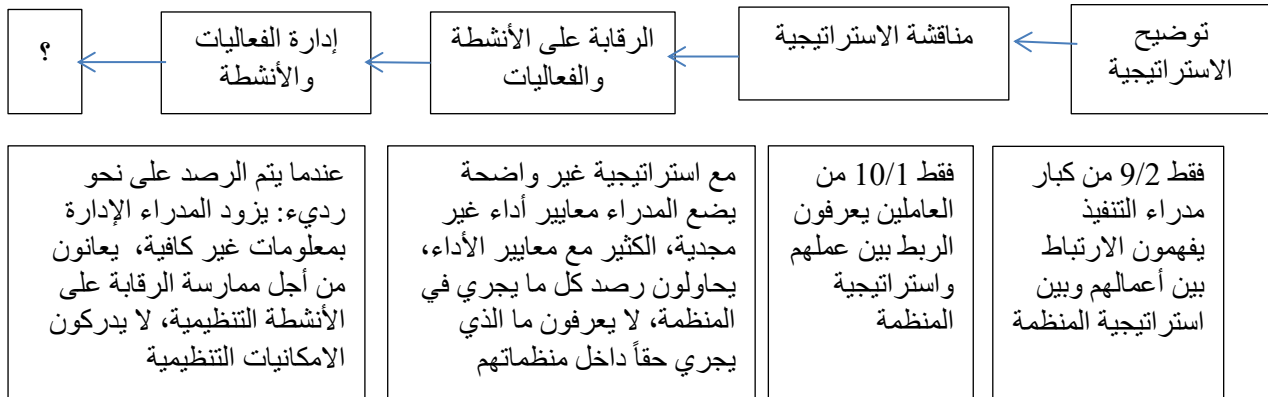
هذا التطبيق يفيد في التأكد من تحديد وتوضيح الوجهة الاستراتيجية للمؤسسة وخارطة الطريق الموصلة لتلك الوجهة، وبالتالي مراقبة الأنشطة الضرورية لتحقيق الإنجاز المطلوب، بهذه الطريقة يتحول هدف بطاقات الأداء المتوازن من تتبع العمليات، إلى التأكد من تحديد الأهداف المرحلية بدقة ومدى ملاءمة خطط العمل لتحقيق هذه الأهداف (اشراق، 2007، 146)

يتم استخدام هذا التطبيق من قبل المدراء بشكل رئيسي لدعم عملية اتخاذ قرارات التدخل المطلوبة للتأكد من أن الأهداف الاستراتيجية سيتم تحقيقها بنجاح، وفشل الاستراتيجية يكمن في تنفيذها لا في الاستراتيجية نفسها حيث لا يوجد استراتيجية فاشلة، إن تحقيق أي استراتيجية في المؤسسة يجب أن يمر بعدة مراحل لضمان نجاحها وهي:



الشكل رقم (10) مراحل تحقيق الاستراتيجية

ماذا يحدث عندما تكون الاستراتيجية غير واضحة:



الشكل رقم (11) الاستراتيجية غير واضحة، النسب المذكورة

Survey, Business intelligence/ Renaissance Worldwide, 1997

ويتفق بحثنا في استخدام العديد من المؤشرات الموجودة في المجموعات الأربعة التي سيتم عرضها الآن، وهذا يتطلب تحديد الأهداف المرحلية بدقة، إذ يحصر تقويم الأداء في المستشفيات في أربع مجموعات رئيسية من الأهداف تتفرع عنها مقاييس مختلفة لتحديد مستوى الأداء لكل مجموعة من الأهداف على حدى وهي (البكري، 2005، 204)، (العامري، 2000، 81).

1- مؤشرات تقويم أداء الموارد البشرية: ويتمثل هذا المؤشر بعدد الوظائف التي تشكل التخصصات العامة في القطاع الصحي وتتمثل في (الأطباء، الملاك التمريضي، الإداريين، ذوي المهن الصحية، الخدميون) وسيتم عرض المؤشرات لكل اختصاص كما يلي:
المؤشرات الخاصة بالأطباء:

- عدد العمليات الجراحية خلال السنة / عدد الأطباء الجراحين خلال السنة = عملية لكل طبيب.
 - عدد المراجعين للعيادة الخارجية / عدد الأطباء = مراجع لكل طبيب.
 - عدد الأطباء المقيمين / عدد الأطباء الكلي * 100 = نسبة الأطباء المقيمين إلى إجمالي الأطباء.
 - عدد الأطباء الأخصائيين / عدد الأطباء الكلي * 100 = نسبة الأطباء الأخصائيين إلى إجمالي الأطباء.
- المؤشرات الخاصة بالملاك التمريضي:
- عدد الأملاك التمريضي / عدد الأطباء = ممرضة/طبيب.
 - عدد الأسرة خلال السنة / عدد الملاك التمريضي خلال السنة = سرير / ممرضة.
 - عدد المرضى الراقدين في المشفى / عدد الملاك التمريضي = مريض / ممرضة.
- المؤشرات الخاصة بذوي المهن الصحية: تعرض المقاييس السابقة نفسها لكن بتخصص المهن الصحية.
- المؤشرات الخاصة بالإداريين والخدميين: تعرض المقاييس السابقة نفسها لكن بتخصص الإداريين والخدميين، بالإضافة إلى:
- عدد المسعفين / عدد سيارات الإسعاف = مسعف لكل سيارة.
 - عدد الإداريين / مجموع الملاك الكلي للمشفى = إداري / الملاك
- 2- مؤشرات تقويم أداء الموارد المادية والمالية وتتمثل (البكري، 2000، 265):**
- مؤشر استغلال أجهزة المشفى خلال فترة زمنية معينة.
 - عدد المرضى الراقدين في المشفى خلال فترة / عدد الأسرة المهيئة للرقود = مريض رقد في السرير خلال الفترة
 - نسبة اشغال أسرة المشفى.
 - كلفة الأدوية المستخدمة / عدد المرضى = ليرة/مريض.
 - مصاريف الصيانة الفعلية / مجموع المبالغ المخصصة للصيانة * 100 = نسبة مصاريف الصيانة.
 - عدد قناني الدم التالفة / مجموع قناني الدم المخزونة * 100 = نسبة التلف في قناني الدم.

- مجموع تكاليف الفحص المخبري أو الأشعة/ مجموع حالات الفحص المخبري أو الأشعة=
ليرة/حالة.

3- مؤشرات تقويم أداء جودة الخدمات الصحية (Palandino, 2005):

- نسبة وفيات الراقدين = عدد الوفيات من المرضى الراقدين / عدد المرضى الراقدين * 100
- نسبة الشكاوي للمراجعين = عدد الشكاوي في السنة / عدد المراجعين * 100

4- مؤشرات تقويم أداء النشاطات العلمية والبحثية (البكري، 2000):

- عدد البحوث المنجزة من قبل الكادر الطبي خلال سنة / عدد الأطباء في المشفى خلال السنة = بحث/طبيب.
- عدد الندوات الطبية العلمية المنجزة خلال السنة / عدد الندوات الطبية المخططة = نسبة انجاز الندوات الطبية.

إن أغلب هذه المؤشرات قد أعد ضمن ظروف العمل المثالية، وتحقيقها يتطلب القدرة على استغلال الموارد المتاحة وأن يكون هناك كادر متخصص يقوم بمراجعة تطبيق هذه المؤشرات، وتحديد الانحرافات عن الأهداف في حال حدوثها وإيجاد الحلول المناسبة، ولكن سنحاول في القسم العملي من الدراسة بالتعاون مع المختصين والإداريين تحديد ما يمكن تقويمه ومراقبته من هذه المؤشرات.

3-2-5 فوائد ومعوقات تطبيق بطاقة الأداء المتوازن في المنظمات الصحية:

يمكن إيجاز أهم المنافع التي تحصل عليها المنظمة الصحية من تطبيق بطاقة الأداء المتوازن بشكل عام بما يلي (Schwartz, 2005):

- 1- تعمل بمثابة الحجر الأساس للنجاح الحالي والمستقبلي للمنظمة على عكس المقاييس المالية التقليدية التي تقيد بما حدث في الماضي من دون الإشارة إلى كيفية الاستفادة منها في تحسين الأداء مستقبلاً.
- 2- تعالج ربط استراتيجية المنظمة البعيدة المدى مع نشاطاتها القريبة المدى.
- 3- تمكن البطاقة من تشخيص وتحديد بصورة عملية مجالات جديدة ينبغي أن تتميز بها المنظمة لتحقيق أهداف المستهلك والمنظمة.
- 4- المساعدة في التركيز على ما الذي يجب عمله لزيادة تقدم الأداء وتعمل كمظلة للتنوع المنفصل لبرامج المنظمة مثل الجودة وإعادة التصميم وخدمة الزبون.
- 5- التدخل الكبير لأصحاب الحصص أو الأسهم في صياغة السياسة وربط الاستراتيجية بالنشاطات.

6- توضح الرؤيا وتحسن الأداء وتضع تسلسل للأهداف، وتوفر التغذية العكسية للاستراتيجية وترتبط المكافآت بمعايير الأداء.

7- تبقي بطاقة الأداء المتوازن المعايير المالية كملخص مهم لأداء العاملين والإدارة، وبنفس الوقت تلقي الضوء على مجموعة مقاييس أكثر عمومية وتفاعلا وترابطا بين المستهلك والعمليات الداخلية، والعاملين وأداء النظام لتحقيق نجاح مالي طويل الأمد.

كذلك تعتمد فوائد بطاقة الأداء المتوازن على الغرض من استعمالها فإذا كان الغرض منها هو لغرض الرقابة الإدارية فإن منافعها تتمثل بالآتي (الغالبى، 2009) :

1- وضع وتحديد مجموعة الأهداف الرئيسية

2- الفهم المشترك للفعاليات المخططة لإنجاز الأهداف الاستراتيجية.

3- تفسير الأسباب التي تربط الأهداف بالمتطلبات المالية للمنظمة.

اما إذا كان الهدف من استخدامها هو لغرض الرقابة الاستراتيجية فأن منافعها هي:

1- تقديم تقرير إداري يصف الأداء التشغيلي عبر الأبعاد الأربعة للبطاقة.

2- ربط سببي للإجراءات وتسهيل وضع الأهداف.

3- زيادة الفهم والمعرفة ضمن فريق الإدارة من خلال المناقشات حول توقعات العاملين ومبادراتهم باتجاه تحسين العمليات.

4- قدرتها على العمل بصورة فعالة مع الأدوات الأخرى مثل الموازنات، نظام ABC ، ABM وتحليل قيمة حملة الاسهم بالقيمة المضافة.

معوقات تطبيق بطاقة الأداء المتوازن في المنظمات الصحية:

هناك الكثير من المعوقات والصعوبات التي يمكن أن تواجه تطبيق بطاقة الأداء المتوازن في المنظمات بشكل عام ومنها المنظمات الصحية يمكن إيجازها بما يلي (Ittner, 2003, pp 88-95):

1- نقص المعرفة عن بطاقة الأداء المتوازن في قياس الأداء أو عدم المعرفة بمزايا هذا النموذج.

2- يحتاج إعداد نموذج بطاقة الأداء المتوازن إلى رؤية مشتركة لاستراتيجية متفق عليها، لذلك قد لا تكون هناك رؤية معينة متفق عليها، أو إذا اتفق عليها قد لا تكون واضحة لكل المستويات الإدارية.

3- صعوبة تحديد الوزن المرغوب للأهداف الأساسية التي تكون ذات أبعاد متعددة، لذا يجب

- على الإدارة أن تحدد الأهداف الثانوية التي تمثل موجهات للأداء وفقاً للأهداف الأساسية.
- 4- نقص الموظفين المؤهلين القادرين على التعامل مع نظام بطاقة الأداء المتوازن، مما يؤدي بالنهاية إلى مقاومة تطبيق هذا النظام، وتتكون لدى الموظفين اتجاهات سلبية نحو استخدام بطاقة الأداء المتوازن وخاصة أنهم لا يدركون أهداف واضحة لها.
- 5- عملية وضع المقاييس وتحديداتها في بطاقة الأداء المتوازن ليست سهلة، إضافة إلى صعوبة تحديد العدد الأمثل من المقاييس المستخدمة التي تعكس الأداء بشكل كامل.
- 6- عدم وجود مقاييس لبعض متغيرات الأداء، حيث أن وجود هذه المقاييس مهم لوضع الاستراتيجيات موضع التنفيذ، وبالتالي فإن عدم وجود مقاييس لقياس متغير ما يؤدي إلى عدم قدرة الإدارة على توجيه أدائها.
- 7- يمكن أن تفوق تكاليف بطاقة الأداء المتوازن في قياس الأداء، المنفعة التي يمكن الحصول عليها.
- لابد أن تصادف عملية تطبيق نظام بطاقات القياس المتوازن العديد من المشاكل والمعوقات التي ينبغي على الإدارة دراستها والنظر في أسبابها تمهيداً لمعالجتها.
- بالإضافة إلى ذلك فإن تطبيق النظام قد يتطلب صرف المزيد من الوقت من قبل كل موظف لكي يقوم بقياس الأداء، كما أن عملية تطبيق النظام تتطلب مشاركة والتزام عدد من الموظفين وبالتالي فإن ضعف مشاركة الموظفين وقلة التزام بعضهم قد يقلل من فعالية النظام ونجاحه.
- وبالتالي إن أي تغيير إداري نحو الأفضل يحتاج إلى متابعة وإرادة من قبل المنظمة، وتحقيق الجودة والتميز في الخدمات المقدمة ليس بالأمر السهل، لكن التحضير الجيد واختيار أسلوب الإدارة والتقويم المناسب يساعد المنظمات عامة ومنها المنظمات الصحية على صعود سلم النجاح بثبات وهذا ما تقدمه بطاقة الأداء المتوازن في حال وضوح التوجه الاستراتيجي للمنظمة والتزامها بالتغيير نحو الأفضل.

الفصل الرابع

جودة الخدمة الصحية وبناء نموذج التميز

المبحث الأول

مفهوم جودة الخدمة الصحية وأبعادها

مقدمة

1-1-4 تاريخ الجودة في النظام الصحي

2-1-4 تعريف جودة الخدمة الصحية وأهمية دراستها

3-1-4 أبعاد ومعايير الجودة في الخدمات الصحية

4-1-4 الجودة الصحية ورضا المريض

المبحث الثاني

مفهوم ونماذج التميز في جودة الخدمة الصحية

مقدمة

1-2-4 مفهوم التميز في جودة الخدمة الصحية

2-2-4 المبادئ والعناصر الأساسية لنموذج التميز في جودة الخدمة الصحية

3-2-4 عناصر التميز المنظمي

4-2-4 نماذج التميز في جودة الخدمة الصحية

5-2-4 فوائد نموذج التميز في جودة الخدمة الصحية

المبحث الثالث

دور بطاقة الأداء المتوازن في دعم نموذج التميز في جودة الخدمة الصحية

1-3-4 علاقة بطاقة الأداء المتوازن بالجودة

2-3-4 كيف تحقق بطاقة الأداء المتوازن أبعاد جودة الخدمة الصحية

3-3-4 علاقة بطاقة الأداء المتوازن بالتميز

4-3-4 نموذج التميز للمؤسسة الأوروبية لإدارة الجودة

5-3-4 بناء نموذج للتميز مستند إلى بطاقة الأداء المتوازن

المبحث الأول

مفهوم جودة الخدمة الصحية وأبعادها

مقدمة:

كما ذكرنا بأن عالم اليوم الذي يتصف بمتغيرات عديدة في جميع الميادين الاقتصادية، السياسية، والاجتماعية، يفرض على المنظمات مهما كان نوعها، إن أرادت الاستمرار في سوق العمل أن تقدم خدمات ومنتجات عالية الجودة، وإن كان الأمر يتعلق بصحة الإنسان وحياته فلا شك أن المنافسة ستكون أشد، فالجودة توضع في المرتبة الاولى ضمن أولويات الرعاية الصحية الأساسية، فأضحت مفتاح النجاح في عالم يعتمد اليوم أساسا على المنافسة، لذا توجب على المنظمات الصحية التي تسعى لتقديم خدمة متميزة ذات جودة عالية تطبيق برامج الجودة بالطرق العلمية والإحصائية الحديثة ووضع المعايير الملائمة وتقويم أدائها بشكل دوري.

وبالرغم من أنه يمكن بيع وشراء الخدمات الصحية إلا أن الصحة لا يمكن الاتجار بها، وتعرف الصحة التامة بأنها حالة وصول قدرات الفرد على أداء أدوارها إلى أقصاها، والصحة الجيدة بأنها حالة السلامة البدنية والعقلية الكاملة وهي أكثر من مجرد غياب المرض.

إن تكاليف الصحة السيئة لا تمس الشخص المعني فقط، فإضافة إلى انخفاض قدرة المريض على التمتع بالحياة والعمل بفاعلية، فأنها تؤثر على صحة الآخرين من خلال انتقال العدوى، تخصيص الأسرة لجزء من وقتها ومواردها لرعاية مريضها، إلى ما يعانيه صاحب العمل من انخفاض إنتاجية العامل المريض مما يجعله يتحمل تكلفة متوسطة أعلى.... إلخ من هنا كان الاهتمام بصحة الإنسان وجودة الخدمة الصحية المقدمة له بالغ الأهمية لما لها من أثر اقتصادي واجتماعي مهم للغاية.

4-1-1 تاريخ الجودة في القطاع الصحي:

يرجع تاريخ الجودة في القطاع الصحي إلى عام 2000 قبل الميلاد وإلى قانون حمورابي ملك بابل، حيث يحتوي قانونه على أقدم قوائم عرفها الإنسان تتعلق بتكاليف ورسوم الخدمات المقدمة، والذي جمع بين الجودة وتكلفة الرعاية الصحية، كما تضمن قانون حمورابي بنوداً خاصة بالعقوبات المرتبطة بالأخطاء الجراحية والتقصير والإهمال (السقاف، 2000).

وفي القرن الخامس قبل الميلاد احتوت كتب "توت" في الحضارة المصرية القديمة على بعض معايير الممارسات الطبية، حيث عدّ أي انحراف عن هذه المعايير جريمة تستوجب

العقاب، وفي القرن الرابع قبل الميلاد وضع أرسطو قانوناً يؤكد أنه لا يسمح للأطباء بتغيير طريقتهم الاعتيادية في المعالجة إلا في ظروف قصوى، وفي عصر الاغريق طلب أبو قراط من تلاميذه أن يقسموا على أن يقدموا لمرضاهم أفضل ما يمكن تقديمه من رعاية، وقد أدت هذه الخلفية التاريخية إلى تأسيس وترسيخ قيم وتقاليد مهنية معينة تحكم ممارسة مهنة الطب منذ عصور ما قبل التاريخ وحتى عصرنا الحاضر (السقاف، 2000).

أول من استخدم مفهوم الجودة في مجال الطب هي ممرضة بريطانية تدعى "فلورنس نايتنجيل" كانت تشرف على تقديم الخدمة الصحية بالمستشفيات العسكرية خلال "حرب القرم" عام 1850، وذلك بإدخال معايير أداء بسيطة إلى عملها مما أدى إلى انخفاض ملحوظ في عدد الوفيات في تلك المستشفيات (سعيد، 1997، 15).

وفي عام 1860 أعدت فلورنس نايتنجيل دراسة عن الجودة النوعية، واشتمل برنامجها الإصلاحي لتحسين الجودة على عوامل النظافة والصحة العامة، وتحسين نظم التغذية ووضع أسس للعمليات والإجراءات اليومية للمستشفى والاحتفاظ بالملاحظات الشخصية عن الحالات تحت الدراسة.

وفي العصر الحديث أدى إنشاء الكلية الأمريكية للجراحين عام 1913م إلى حدوث تطورات رئيسية في مجال جودة الرعاية الطبية، من أهمها تحسين التوثيق للإجراءات الجراحية، والالتزام بما يعرف ببروتوكولات العلاج. هذا وقد انضمت الكلية الأمريكية للجراحين وعدد من الهيئات الأخرى لتشكيل ما يعرف بالهيئة المشتركة لاعتماد المستشفيات عام 1951م والتي تابعت حركة تحسين الجودة في المستشفيات وذلك بوضعها لضوابط محددة للأداء في المنظمات الصحية.

وتتابعت جهود تحسين الجودة في القطاع الصحي تحركها المنظمات الحكومية والخاصة والجمعيات المهنية، وقد يكون أهم أعمال هذه الحركات فكرة معايير الجودة النوعية أو تأكيد الجودة، ففي عام 1965 تم تطوير برامج خاصة لكبار السن والحالات النفسية وبرامج الرعاية المنزلية، واستحداث برامج لخدمات العيادات الخارجية وبرامج الصيانة الصحية (Health Maintenance Organizations)، وفي عام 1970 تم اعتماد برنامج التدقيق الداخلي، وفي عام 1979 تم إصدار معايير الجودة النوعية (نياز، 2004، 50).

بدأت منظمة الصحة العالمية بمشاريع كثيرة أخرى عام 1985، مثل مشروع "بحوث عمليات الرعاية الصحية الأساسية" باستخدام تحليل النظم وتقييم المرافق الصحية لتقييم جودة

الرعاية الصحية، وفي عام 1992 تم تغيير اسم الجودة النوعية إلى تحسين الجودة وتقييمها. (سعيد، 1997)

في التسعينات الميلادية انتشرت مفاهيم إدارة الجودة الشاملة (Total Quality Management) والتي تستند إلى المبادئ التي وضعها خبراء الجودة أمثال ديمينغ، وجوران، وكروسبي والتي بدأ تطبيقها في القطاع الصناعي في اليابان في أعقاب الحرب العالمية الثانية ثم امتدت تدريجياً إلى القطاعات الأخرى بما فيه القطاع الصحي، وحديثاً في عام 2005 تم اعتماد أول معايير من قبل NABH، وفي عام 2011 ظهر الإصدار الرابع من معايير الاعتماد العالمية للمستشفيات من قبل الهيئة المشتركة لاعتماد منظمات الخدمة الصحية

4-1-2 تعريف جودة الخدمة الصحية وأهميتها دراستها.

عرفت الهيئة الأمريكية لاعتماد المنظمات الصحية The Joint Commission of Hospitals Accreditation والمعروفة باسمها المختصر (JCHA) الجودة الصحية، بأنها درجة الالتزام بالمعايير المعاصرة المعترف بها على وجه العموم للممارسة الجيدة والنتائج المتوقعة لخدمة محددة أو إجراء تشخيص أو مشكلة طبية (برهوم، أديب وآخرون، 2007، 203)

وعرف تايلور جودة الخدمة الصحية بأنها مجموعة الإجراءات الموضوعية للتأكد من جودة الخدمة والقدرة على ضمان تحقيق مستويات عالية من جودة الخدمة الصحية المقدمة إلى المرتادين إلى المنظمات الصحية (Cronin, Tylor, 1992)، في حين وضع كوتلر (Kotler and Armstrong, 1994, 640) بأن جودة الخدمة الصحية هي شكل من أشكال الطرق التي تستخدمها المنظمة الصحية، لتمييز نفسها عن المنظمات الصحية الأخرى المشابهة لها في النشاط، عن طريق تكوين صورة عن المنظمة الصحية تتحدد من خلالها شخصية المنظمة على جميع المستويات، وأشار (Nakijima, 1997, 33) إلى أن جودة الخدمة الصحية هي تطبيق العلوم والتقنيات الطبية بأسلوب يحقق أقصى استفادة للصحة العامة بدون زيادة التعرض للمخاطر. وذكر (الديوه جي، وعبد الله، 2003، 14) تعريف منظمة الصحة العالمية لجودة الخدمات الصحية بأنها التماشي 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.

وقد أكد (سعد 2004، 116) على أن جودة الخدمة الصحية هي أسلوب لدراسة عمليات تقديم خدمات الرعاية الصحية وتحسينها باستمرار بما يلبي احتياجات المرضى وغيرهم، وأضاف بأنها انجاز أعمال من قبل أفراد عاملين ذوي مهارات عالية كرسو أنفسهم ومهاراتهم لتقديم خدمة ذات جودة عالية لمرضاهم.

في حين اقترح كل من روبرتس وبريفوست عام 1987م وكذلك رودريجيس عام 1988م أن مفهوم جودة الرعاية الصحية يعتمد على من سيقوم بتحديد لها، بمعنى آخر أن تعريف ماهية الجودة يتوقف على من يقوم بتقويمها وما القيم والمعايير المتفق عليها اجماعاً لتحديد ذلك المفهوم سواء على أساس تقويم موضوعي أو ذاتي، ويمكن تحديد ماهية الجودة على الأقل من خلال ثلاثة زوايا رئيسية كما يلي (ياسين، محمود وآخرون، 2001، 589)

• جودة الرعاية الفنية المقدمة للمريض Technical care quality

• جودة فن الرعاية المقدمة للمريض Art of care quality

• جودة المظهر الخارجي للمنشأة الصحية Ammunition of care quality

فمن الملاحظ أن بعض من المرضى أو من مقدمي الخدمة يقومون بتقويم جودة أداء الخدمة من خلال منظور الرعاية الفنية، ومدى معرفة ومهارة الطبيب المعالج في تشخيص وعلاج الحالة القائمة، ومن جهة أخرى نجد أن البعض يقومون الجودة من خلال المنظور النفسي، أي مدى اهتمام الكادر البشري بالمريض من لحظة دخوله للمشفى حتى خروجه، والبعض قد يرى أن تقييم الجودة يحدد على أساس مستوى المظهر الخارجي للمنشأة الصحية، أو مدى التجهيزات الطبية في المنشأة والتقدم التقني والنظافة العامة للمنشأة، وهذا باعتبار الجودة من وجهة نظر من قدم لهم الخدمة، أما أصحاب الاعمال فقد يحددون الجودة على أساس ما تم تحصيله من مبالغ مالية ودخول نتيجة الاستثمار في المنشأة الصحية، والمدراء يحددون مفهوم الجودة على أساس تقليل التكاليف وزيادة الفاعلية في تقديم الخدمة الصحية، أما الاطباء يرون أن تحديد مفهوم الجودة العالية من الرعاية الصحية يكمن في عملية خروج المريض من المستشفى خالياً من الأمراض بعد أن تم شفاؤه، ومدى توفر الأجهزة الطبية التي تساعد في سرعة تشخيص الأمراض ومن ثم العلاج الناجع، ومن جهة أخرى يحدد الممرضين الجودة في مدى ما تقدمه الادارة لهم من برامج تطوير وتدريب ومدى توفر الأجهزة المساعدة لسهولة تقديم الخدمة للمرضى.

كما يمكن التعبير عن جودة الخدمة أو المنتج من خلال عدة أبعاد، ولعلّ أشملها وأفضلها الأبعاد التي قدمها Garvin من خلال نظام مؤلف من ثماني عناصر يصف فيه أهم أبعاد الجودة وهي:

1. الأداء (performance): وهذا البعد يمثل المواصفات التشغيلية للمنتج وجميع المواصفات التي يمكن قياسها وهي تختلف باختلاف الرغبات والاتجاهات الشخصية لكل عميل.
 2. الميزات (features): وهي الخصائص غير الأساسية التي تضاف للمنتج حسب رغبة العميل وطلبه.
 3. الموثوقية (reliability): يعكس مدى ثبات أداء المنتج مع مرور الوقت أو بمعنى آخر متوسط الوقت الذي يتعطل فيه المنتج عن العمل.
 4. المطابقة (conformance): ويعني مدى تحقيق المنتج للمواصفات المحددة مسبقاً.
 5. المدة أو الصلاحية (durability): وهي عدد سنوات استخدام المنتج وفقاً للمواصفات التشغيلية قبل ضعف أدائه أو بدء فقدان خواصه المطلوبة.
 6. الخدمات المقدمة (services): يعكس هذا البعد الخدمات الإضافية التي يقدمها مقدم المنتج مثل: مدى سرعة توافر خدمات الصيانة-حل المشكلات والاهتمام بالشكاوى.
 7. المظاهر المادية (aesthetically): وهي المعايير الذوقية للعملاء حول المنتجات، متمثلة بالمظهر الخارجي.
 8. الجودة المتوقعة (perceived quality): وهي صورة المنتج المرسومة في تصور العميل.
- (Howard, 2005. 39)

أهمية جودة الخدمة الصحية:

تتجلى أهمية دراسة جودة الخدمة في الرعاية الصحية من خلال الخصائص الرئيسية لها ضمن النوعين التاليين (Watkins, 1996):

الجودة الفنية: Technical Quality

التي تطلب الاعتماد على الموظفين ذوي الخبرات والمعارف المتميزة بالخدمات الصحية وإجراءاتها المتنوعة، ويلتزم هذا النوع الخدمات الصحية المعقدة مثل: بعض العمليات الجراحية التخصصية عالية الخطورة كجراحة الأعصاب والمخ، حيث يكون للمعرفة الفنية ضرورة كبيرة.

الجودة الوظيفية: Functional Quality

يركز هذا النوع من الجودة في الرعاية الصحية على الكيفية التي تقدم بها الخدمة الصحية. وهي تتطلب التفاعل النفسي بين المستشفى وعملائها. ويجب أن تسعى إدارة المستشفى إلى تعزيز جودة خدماتها في الرعاية الصحية من خلال تحديد الهدف الاستراتيجي لجودة الخدمة في الرعاية الصحية، ومتابعة احتياجات وتوقعات المرضى، وقياس الجودة ورضا المريض. ومن ثم القيام بإعادة التنظيم حول العميل، وتحديد الأدوار الجديدة لمديري ومشرفي المستشفى وتحقيق

فوائد الإنتاجية، وقياس وتخفيض تكاليف الخدمة الصحية، وبناء قاعدة متينة لكسب ولاء المريض (Balanchandran, 1999).

وإذا ما أمعنا النظر في قطاع المشافي نلاحظ أنه يعاني مجموعة من التحديات على مستوى العالم ومنها بطبيعة الحال المشافي العامة والخاصة في سورية، زادت من إدراك المشافي إلى ضرورة وأهمية تبني فلسفة الجودة الشاملة باعتبارها تتصف بالشمولية والمرونة، والاستغلال الأمثل للقدرات التنظيمية، وتسعى إلى رفع القدرة التنافسية للمشفى والاحاطة بالمعايير العالمية المتعلقة بجودة خدمات الرعاية الصحية وأهم هذه التحديات هي (الهمة، 2015، 30):

- ارتفاع تكاليف تقديم خدمات الرعاية الصحية.
 - ظهور تخصصات جديدة ودقيقة في المجال الطبي، وندرة البعض منها على مستوى العالم.
 - زيادة حدة المنافسة بين المشافي داخل حدود الدولة الأم وخارجها.
 - تزايد الطلب على مختلف أنواع خدمات الرعاية الصحية.
 - تزايد الانفاق من قبل المرضى على خدمات الرعاية الصحية، وظهور ما يسمى بالطب الاستشاري وطب الأسرة.
 - تزايد درجة الوعي لدى أفراد المجتمع وزيادة درجة الاهتمام بجودة خدمات الرعاية الصحية.
 - تزايد معدلات الشكاوي المقدمة ضمن المشافي بسبب سوء البعض منها في ممارسة المهنة الطبية.
 - ضعف القدرات الإدارية لدى مديري بعض المشافي.
 - انتشار مفاهيم المعلوماتية الطبية Medical Informatics وتطبيقات تقانة المعلومات والانترنت في مجال خدمات الرعاية الصحية.
- كما ساهمت التطورات في علم الإدارة والتي فرضتها بطبيعة الحال متغيرات بيئة عمل الألفية الثالثة، في ظهور العديد من المؤشرات التي يمكن من خلالها الاستدلال على أهمية الجودة في خدمات الرعاية الصحية من أبرزها (البكري، 2005) :
- ارتبطت الخدمة Service إلى حد كبير مع الجودة Quality حتى أصبح من الضروري اعتماد عدد من المقاييس لتأشير مستوى الرضا المتحقق لدى المرضى من خلال الربط بين الخدمة المقدمة والجودة، وهذا ما قاد إلى Parasuraman , Zeithaml and Berry إلى اعتماد مقياس SERVQUAL وهو عبارة عن سلسلة من المقاييس المتكاملة والمتربطة لمعرفة

رأي العميل بما يتوقعه من أداء في الخدمة الصحية المقدمة له من المستشفى وفق مجموعة من الخصائص المناسبة لذلك (Yousapronpaiboon & Johnson, 2013).

- أصبح للجودة أبعاد أساسية تعتمد كأساس في القياس والتأثير لتأثير مستوى الجودة، وتتمثل هذه الأبعاد باللموسية، والاعتمادية، والاستجابة، والضمان، والتعاطف.
- تعد الجودة في الخدمة الصحية مؤشراً مهماً في قياس مستوى الرضا المتحقق لدى المريض عن الخدمة الصحية المقدمة له من قبل المستشفى.

• تخضع الجودة في خدمات الرعاية الصحية للتحسين المستمر عبر إدارة متخصصة ضمن الهيكل التنظيمي للمستشفى هادفة إلى تحقيق الشمولية والتكاملية في الأداء. ونعني بالشمولية: التوسع في مستوى جودة الخدمات التي يتوقعها المرضى من الخدمة الطبية المقدمة لهم، أما التكاملية: فتتعلق من كون المستشفى نظام مبني من أنظمة فرعية يعتمد بعضها على البعض الآخر، ولكل نظام فرعي برامجه الخاصة، إلا أنه يتكامل مع البرامج الأخرى، فعلى سبيل المثال لا تستطيع الهيئة الطبية ممارسة وظائفها الطبية السريرية من دون وجود التكامل مع الهيئة التمريضية أو الخدمات المساعدة الأخرى كالمختبر والأشعة والصيدلية... الخ.

وفي النهاية فإن الاهتمام بإدارة الجودة في أي قطاع مهما كانت مسبباته وضروراته إلا أنه في النهاية في مصلحة المنظمة، ليكون الاهتمام بقياس جودة الخدمة الصحية نابع من المزايا التي يحققها اتباع الجودة كنظام إداري في المنظمة الصحية والتي ينتج عنه (يوسف دودين، 2009، 124):

- جودة الرعاية المقدمة: الهدف من تطبيق إدارة الجودة هو تحقيق مستويات عالية من الجودة في الرعاية الطبية التي توفرها المنشآت الصحية والاستخدام الأمثل لمواردها المادية والبشرية، والعمل الدائم والمستمر على تحسين جودة الخدمات الصحية.

• رضا العملاء: تستهدف إدارة الجودة الشاملة تقديم خدمة صحية عالية الجودة وبما يتفق مع تطلعات المستفيدين منها، وذلك من خلال عملية تستهدف تحسيناً مستمراً للجودة بما يتفق ويتفوق على توقعات العملاء.

• رفع معنويات العاملين: تعد مشاركة العاملين في صنع القرار من أساسيات إدارة الجودة الشاملة، فهم يعتبرون عملاء داخليين يجب إرضاءهم، إذ تعد معرفة آراء وانطباعات المستفيدين (المرضى) وقياس مستوى رضاهم عن الخدمات الصحية، وكذلك رضى العاملين في القطاع

الصحي، وسيلة مهمة في مجال البحوث الإدارية والتخطيط للرعاية الصحية ووضع السياسات المتعلقة بها.

- كفاءة التشغيل والحد من تكرار العمليات: تعتبر كفاءة التشغيل من أهم الفوائد التي يحققها تطبيق مفهوم الجودة الشاملة وذلك نتيجة ارتفاع مستوى مهارة العاملين بما يساهم في القضاء على الهدر في أداء العمليات.

4-1-3 أبعاد ومعايير الجودة في الخدمات الصحية (Quality Dimensions in the Health Services):

من الصعوبات التي يواجهها المرضى في تقييمهم للخدمة كونها غير ملموسة، وعلى الرغم من ذلك فإنهم يعتمدون في تقييمهم لجودة الخدمة الصحية المقدمة لهم على أساس مستوى أو درجة جودتها معتمدين في ذلك على خمسة أبعاد (Parasuraman, Zeithaml, Berry, 1988) وهي:

الاعتمادية (Reliability):

أكد (Goncalves, 1998, 61) بأن الاعتمادية تعني قدرة جهاز الخدمة على أنجاز أو أداء الخدمة الموعودة بشكل دقيق يعتمد عليه، وبين (الشميمري، 2001، 281) بأن الاعتمادية هي القدرة على تقديم الخدمة في الوقت المحدد بالدقة المطلوبة ومدى الوفاء بالالتزامات، ويرى (Slack, et.al, 2004, 49-50) بأن الاعتمادية في مجال الخدمات الصحية تعني الالتزام بالمواعيد المحددة للمستفيدين (المرضى) فضلاً عن تسليم نتائج الفحوصات المخبرية والأشعة وغيرها إلى المستفيدين حسب المواعيد المحددة، وكذلك تخفيض نسبة المواعيد الملغاة إلى أدنى حد ممكن، وبين (Shaik and Rabbani, 2005, 195) بأن الاعتمادية في الخدمات الصحية يمكن التعبير عنها بأنها حل، أو إيجاد الحلول للمشاكل المتوقعة فضلاً عن إعطاء الحلول المطلوبة للمشاكل، وبين (البكري، 2005، 212-213) بأن المعولية في الخدمة الصحية تعني القدرة على الأداء في أنجاز ما تم تحديده مسبقاً وبشكل دقيق ويمثل هذا البعد (32%) كأهمية نسبية في الجودة قياساً بالأبعاد الأخرى، وأوضح (Evans & Collier, 2007, 78) بأن الاعتمادية تعني قابلية أداء الخدمة الصحية الموعودة بموثوقية ودقة عالية.

من معايير التقييم لبعد الاعتمادية: دقة السجلات المعتمدة في إدارة المستشفى، المواعيد الدقيقة في الإجراءات الطبية، وهذا البعد هو الأكثر ثباتاً من بين الأبعاد الخمسة ويكون الأكثر أهمية في تحديد إدراكات جودة الخدمة عند الزبائن.

الاستجابة (Responsiveness):

بين (Shaikh,2005, 94) أن الاستجابة في الخدمة الصحية تشير إلى أن جميع المرضى بغض النظر عن أصلهم، وحالتهم، وخلفيتهم، يتلقون الرعاية السريعة من قبل كادر المستشفى مع حسن المعاملة والتعاون، ووقت انتظار ملائم أو مناسب وغير مزعج. وأكد (حامد، 2002، 20) بأن الاستجابة في مجال الخدمة الصحية تشمل المتغيرات الآتية: السرعة في تقديم الخدمة الصحية المطلوبة، الاستجابة الفورية لاحتياجات المريض مهما كانت درجة الانشغال، الاستعداد الدائم للعاملين للتعاون مع المريض، الرد الفوري على الاستفسارات والشكاوى، وإخبار المريض بالضبط عن ميعاد تقديم الخدمة والانتهاؤها.

يركز هذا البعد على المجاملة واللفظ، والأصل في التعامل مع طلبات الزبون من: الأسئلة، الشكاوى، المشاكل ويمثل هذا البعد 22% كأهمية نسبية في الجودة حسب Kotler.

التوكيد (الثقة) Assurance:

أشار (محمود، والعلاق 2001، 42) أنه يقصد بهذا البعد معلومات القائمين على تقديم الخدمة وكياستهم، وقدراتهم على استلهاام الثقة والائتمان. وذكر (Shaikh,2002,515) أن الضمان في مجال الخدمة الصحية ناتج عن اعتماد أو ثقة المرضى بالأطباء وكادر المستشفى، والثقة بمؤهلاتهم ومقدرتهم. أما (البكري، 2005، 212-213) فقد أطلق عليه تسمية التأكيد ويقصد بها السمات التي يتسم بها العاملون من معرفة وقدرة وثقة في تقديم الخدمة ويمثل هذا البعد (19%) كأهمية نسبية في الجودة قياساً بالأبعاد الأخرى حسب كوتلر. ومن معايير تقييم جودة الخدمة الصحية بموجب هذا البعد الآتي: سمعة ومكانة المستشفى، المعرفة والمهارة المتميزة للأطباء والملاك التمريضي، الصفات الشخصية للعاملين

التعاطف (Empathy):

يرى (محمود، والعلاق، 2001، 43) بأن التعاطف يشير إلى درجة العناية بالمستفيد ورعايته بشكل خاص، والاهتمام بمشاكله والعمل على إيجاد حلول لها بطرق إنسانية راقية وبكل ممنونية، ويشمل هذا البعد على خصائص مثل: مدى توفير الخدمة من حيث الزمان والمكان، والاتصالات، ودرجة فهم مورد الخدمة للمستفيد. وبين (Chia-Ming, et.al.,2002,5) بأن التعاطف يثير الانتباه (الحذر أو الحرص) والعناية الشخصية المقدمة من قبل المنظمة إلى الزبائن. وأشار (Zeithaml,2003,28-31) بأن التقمص العاطفي يتمثل في إبداء روح الصداقة والحرص على المستفيد وإشعاره بأهميته والرغبة في تقديم الخدمة حسب حاجاته، وعرف

(Shahril,2004,5) التعاطف بأنه الحرص "الانتباه" والعناية الخاصة التي تقدمها المنظمة الصحية إلى المستفيدين من خدماتها ويمثل هذا البعد 16 % كأهمية نسبية في الجودة حسب كوتلر.

الملموسية (Tangible):

ذكر (Chia-Ming,2002,15) أن الملموسية تشير إلى مظهر التسهيلات والمعدات المادية والبشرية ومواد ومعدات الاتصال، وأشار (Zeithmal and Britner,2003) إلى أن الجوانب المتعلقة بلملموسية الخدمة هي المباني وتقانة المعلومات والاتصالات المستخدمة فيه، والتسهيلات الداخلية للأبنية والتجهيزات اللازمة لتقديم الخدمة، والمظهر الخارجي للعاملين، والترتيبات الداخلية للمنظمة الصحية، ومواقع الانتظار للمستفيد من الخدمة وغير ذلك، في حين بين (ديوب، وعطية، 2005، 124) بأن تقييم الخدمة الصحية من قبل المستفيد غالباً ما يتم بناءً على التسهيلات المادية مثل (الأجهزة والتقنيات، المظهر الداخلي للمستشفى، المظهر الشخصي للعاملين). وذكر (حامد، 2002، 19) بأن بعد الملموسية يعد من أبعاد جودة الخدمة الصحية ويشمل الاتي: جاذبية المباني والتسهيلات المادية، التصميم والتنظيم الداخلي للمباني، حداثة المعدات والأجهزة الطبية، ويمثل هذا البعد 11% كأهمية نسبية في الجودة حسب كوتلر. وإن هذه المعايير الخمسة لا تساهم كلها بنفس الطريقة في توضيح وتفسير الاختلاف والتباين في جودة الخدمة الشاملة، وتعد الاعتمادية من أكثر المسوقات حساسية ودقة، أما الملموسية فتمثل أدنى المسوقات حساسية.

4-1-4 الجودة الصحية ورضا الزبون (المريض):

:(Health Quality and Consumer Satisfaction)

تختلف عملية تحقيق رضى المستهلك في تسويق الخدمات كثيراً عما هو عليه في تسويق السلع باعتبار أن الجودة المدركة في الخدمة هي غير الجودة المدركة في السلع الملموسة، وذلك من خلال اختلاف الخصائص التسويقية فيما بينها، ويزداد الأمر خصوصية في الخدمة المقدمة في القطاع الصحي للمرضى والذين يختلفون الواحد عن الآخر تبعاً لحالته الصحية (الطائي، والعلاق، 2009، 243)، وعليه فإن جوهر الجودة يتمثل في مقابلة احتياجات ومتطلبات المرضى من الخدمة الصحية المقدمة لهم، والتي يستوجب توافرها مع الاستخدام المسبق الذي

يريده المريض، وهذا التوافق يرتبط إلى حد كبير مع القيمة التي يتحسسها من الخدمة الصحية وما يعقبها من رضا، ويمكن التعبير عن هذه العلاقة بالتالي: الرضا = الإدراك - التوقع.

إن درجة الرضا المتحققة عن الخدمة المقدمة تمثل الفرق بين ما يمكن أن يدركه أو يحصل عليه المريض من الخدمة فعلاً، وما كان (يتوقع) أن يحصل عليه قبل شراء الخدمة، كما أن الرضا لدى المستهلك هو حالة نسبية وتختلف من فرد إلى آخر، فالرضا يمكن أن يمثل وفق هذه الحالة بمثابة تقييم المستهلك للمنتجات والخدمات التي يحصل عليها، خصوصاً أن فينجنباوم يقول أن "الجودة هي ما يقول الزبون أنه الجودة"، وكذلك جعل جوران الزبون أساس فلسفته للجودة التي يلخصها في خطة طريق من تسع نقاط: معرفة الزبون، تحديد حاجاته، ترجمتها إلى لغة المؤسسة، تصميم منتج يلبي تلك الرغبات، تحسين خصائص المنتج بما يلبي حاجات المنظمة والزبون، وفي منهجية الانحرافات الستة Six Sigma تبدأ مراحل التحسين الخمسة DMAIC. بتحديد زبائن العملية، حاجاتهم ورغباتهم، أي أن فهم الزبون وكيف يقيم الجودة يعتبر الخطوة الأولى والضرورية في أي عملية تحسين (Chang Tsung-Ling, 2002, 195).

أما من وجهة نظر المشفى فأن جوهر الجودة لا ينحصر في حدود المطابقة للخدمة المقدمة مع المواصفات القياسية المحددة مسبقاً أو تقديمها بأقل ما يمكن من الكلف، بل امتدت إلى ما يحتاجه المريض وما يتوقع أن يحصل عليه (أي تحقيق رضا المريض)، وبالتالي أصبحت جودة الخدمة الصحية هي بمثابة ميزة تنافسية Relativity advantage على المشفى أن يوظفها لتعزيز مكانته في السوق الصحي.

إن الفهم الصحيح والكافي لطبيعة ومحددات توقعات العملاء (المرضى)، من جانب الإدارة في المشافي يعد شرطاً أساسياً لتقديم خدمات صحية ذات جودة عالية تقابل أو تفوق توقعاتهم، كما أن مثل هذا الفهم يساعد الإدارة العامة للمشفى في الوصول إلى الأساليب والوسائل الفعالة لإدارة هذه التوقعات، على النحو الذي يمكنها من تقديم خدمات صحية للعملاء تفوق المستوى المقبول لديهم، ومن ثم زيادة رضاهم عن الخدمة الصحية المقدمة.

إن إدارة توقعات العملاء في المنظمات الصحية بشكل عام، وفي المستشفيات بشكل خاص يستوجب من المسؤولين في هذه المنظمات المختلفة القيام بما يلي (سلطان، 2012):

1. الحرص على تقديم الوعود الواقعية عن الخدمة الصحية، وذلك من خلال تقديم صورة واقعية عن الخدمة الصحية للعملاء بعيداً عن المبالغاة الإعلامية، ومراعاة الدقة في المعلومات المقدمة أو المنشورة عن الخدمة الصحية، وعدم تقديم وعود لا تستطيع المستشفى الوفاء بها مستقبلاً.

2. أداء الخدمة الصحية بالشكل الصحيح من المرة الأولى، وذلك من خلال تجنب حدوث أخطاء في الخدمة الصحية المقدمة منذ المرة الأولى لتقديمها، وتدريب الموظفين على تقديم الخدمة الصحية الخالية من الأخطاء، وتحفيزهم والعمل على زيادة رضاهم الوظيفي باعتبارهم العملاء الداخليون الأوائل للمستشفى، وبالتالي فإن رضاهم سوف ينعكس على أسلوب وطريقة أداء الخدمة الصحية.

3. الاتصالات الفعالة مع العملاء، وذلك من خلال الحرص على تفهم احتياجاتهم ورغباتهم، وتسهيل اتصالهم بالعاملين والمسؤولين في المستشفى، وتشجيعهم على الاتصال بالمستشفى، وتقديم الشكاوى والآراء والاقتراحات، وتنمية مهارات الاتصال الفعالة لدى الموظفين المسؤولين عن تقديم الخدمة الصحية للعملاء، ومكافأة الموظفين المتميزين في الاتصال وتنمية العلاقات الطبية مع المرضى.

4. الحرص على جودة الخدمة من خلال التفوق على توقعات العملاء، وذلك باتباع ما يلي (Raja & et al, 2007):

- البحث المستمر عن الوسائل المناسبة لإرضاء المستفيد من الخدمة، وتدريب الموظفين على العناية بالعملاء، ومفاجأة المريض بتقديم ما يفوق توقعاته من حيث وقت إنجاز الخدمة الصحية، وأسلوب المعاملة، إلى جانب حرص الموظفين على أن يكونوا متقحي الذهن وأمناء مع العملاء.
- تحويل مشكلات المرضى إلى فرص لزيادة رضاهم وإبهارهم، وذلك من خلال تدريب الموظفين على التنبؤ بالمشكلات أثناء مراحل تقديم الخدمة الصحية، وعلى كيفية التعامل مع هذه المشكلات بمهارة مهنية عالية.
- الترحيب الدائم باعتراضات المرضى، وعدم أخذ هذه الاعتراضات على أنها انتقادات شخصية، والاستجابة لها، والعمل على حل المشكلات التي يتعرض لها المريض في مكان الخدمة الصحية بسرعة. ومكافأة الموظفين الذين يتعاملون مع المشاكل بإيجابية.
- تقييم وتحسين الخدمة الصحية على أساس توقعات العملاء، وذلك من خلال استخدام توقعات العملاء كمقاييس لتقييم جودة خدمات الرعاية الصحية، وإجراء البحوث الدورية على العملاء لدراسة محددات جودة الخدمة الصحية من وجهة نظرهم، وحرص الإدارة على تحسين وتطوير الخدمة الصحية بالاستفادة من توقعات العملاء، وليس فقط في ضوء توقعاتها.

إن تحقيق جودة الخدمة المقدمة في المشفى، يعزز من سمعة المستشفى وصورتها أمام جمهور المتعاملين معها، مما يعزز بدوره من وضع المستشفى ووضعها التنافسي، وإن كانت تحتاج إلى بذل الجهود في إطار تطوير علاقات المشفى مع المستفيدين من خدماتها ومع المتعاملين معها، وفي تضمين مفهوم الجودة في استراتيجيتها وثقافتها وهيكلها التنظيمي، وما يرافق ذلك من تدريب وتطوير مهارات الموظفين على التعامل مع الأساليب الإدارية الحديثة التي تعزز من قيمتها ونتائجها، لكنها تعود بالنفع الكبير على إدارة المشفى ومكاسبها المادية والمعنوية، وتمهد الطريق لتمييز خدمات المنظمة وتطبيق نماذج التميز فيها.

المبحث الثاني

مفهوم ونماذج التميز في جودة الخدمة الصحية

مقدمة

ساهمت المتغيرات الاقتصادية والاجتماعية والسياسية والتقنية، التي تعيش في ظلها المنظمات في حدوث تطور كبير في عالم الإدارة، انعكس بصورة أساليب حديثة ومعاصرة، تتلاءم وحجم التغير والتطور الذي تواجهه المنظمات، تنطلق من الأهداف الاستراتيجية للمنظمة من جانب، ومن جانب آخر بضرورة العمل على صياغة مجموعة من مؤشرات الأداء الرئيسية Key Performance Indicators KPIs والتي تعبر عن النتائج والمتحصلات Outcomes التي يجب تحقيقها في الأجلين الطويل والقصير في صورة كمية وكيفية، تلبي المتطلبات التي تسعى المنظمة إلى تحقيقها، بترجمتها إلى مجموعة من الجوانب Perspectives التي تعبر عن الأداء المطلوب تحقيقه.

ومن أهم تلك المفاهيم هو التميز، فحتى تستطيع المنظمات أن تواجه أولاً، وتنافس ثانياً في بيئة عمل الأفقية الثالثة، لابد أن تعمل بجد وباستمرار على كافة الأصعدة لتأمين المقومات الموضوعية اللازمة للتميز، بل والمحافظة عليها وتنميتها باستمرار، وهذا الأمر إن كان مطلباً لمنظمات الأعمال بشكل عام، فإنه ضرورة للمنظمات الصحية لملاستها حياة الإنسان الذي هو الأساس في تطوير كافة القطاعات الأخرى.

4-2-1 مفهوم التميز في جودة الخدمة الصحية

بدأ مفهوم التميز بالتكون في آخر ثمانينات القرن الماضي وأخذ يتطور صعوداً، ففي أوروبا على سبيل المثال كانت بدايات هذا الظهور من خلال النموذج الأوروبي للتميز المؤسسي الذي بنيت عليه الجائزة الأوروبية للجودة في عام 1992 م ، والذي انتشر وأصبح مستخدماً في العديد من دول العالم، وقد كان هذا النموذج تالياً لنماذج أخرى في إدارة الجودة الشاملة كنموذج جائزة مالكوم بالدريج في الولايات المتحدة الأمريكية التي تأسست عام 1987م، ومع مرور الوقت تم تحديث النموذج الأوروبي أكثر من مرة وآخرها كان في عام 2013م، ولكن الحدث الأهم كان في عام 1999م متمثلاً في خروج التميز من عباءة الجودة الشاملة، حيث تم الاستغناء عن كلمة "جودة" من معظم معايير النموذج الرئيسية والفرعية وتم الاستعاضة عنها بكلمة "تميز"،

ومفهوم التميز كأسلوب لإدارة منظمات الأعمال يعتبر ذاته، بغض النظر عن نوعية القطاع الذي تعمل فيه المنظمة (صحية، إنتاجية، صناعية،...)، فما هو التميز؟.

يعرف مفهوم "الأداء المتميز" بأنه إطار فكري واضح يعتمد على التكامل والترابط ويلتزم بمنطق التفكير المنظومي Systemic Thinking الذي يرى المنظمة على أنها منظومة متكاملة، تتفاعل عناصرها وتتشابك آلياتها ومن ثم تكون مخرجاتها محصلة لكافة قدراتها، وعليه فإن الأداء المتميز هو بمثابة القدرة على توفيق وتنسيق عناصر المنظمة وتشغيلها في تكامل وترابط لتحقيق أعلى معدلات الفاعلية، والوصول بذلك إلى مستوى المخرجات التي تحقق رغبات ومنافع وتوقعات المستفيدين (النجار، جواد، 2010، 57).

كما عرفه (Brown, 2008, 124)، بأنه تقديم خدمة تتجاوز في مواصفاتها ووظائفها وخصائصها توقعات المستهلك أو الزبون، في حين بين (النسور، 2010، 49) التميز بأنه سعي المنظمات إلى استغلال الفرصة الحاسمة، والتزام التخطيط الاستراتيجي الفعال المستند إلى رؤية مشتركة يسودها وضع الهدف وكفاية المصادر والحرص على الأداء، ويعرفه (Stok et al, 207, 2010) بأنه مزيج من الحوافز وقوة الدفع إلى التنمية والتطوير، في حين يقول (Ionica et al, 127) أنه الامتياز في الاستراتيجيات والممارسات التجارية ونتائج الأداء ذات الصلة بأصحاب المصلحة، والذي يتم التأكد من تحقيقها بإجراء تقييمات على أساس نماذج محددة تدعم المرحلة الصعبة نحو التميز، ويقول (المشهداني، 2012، 67) أنه مستوى من مستويات الأداء يتكون من تراكم الخبرة والمعرفة والمهارات لدى العاملين، والتي تتضمن التحسين والتطوير المستمر لهم لغرض تحقيق المكانة المناسبة للعاملين.

4-2-2 المبادئ والعناصر الأساسية لنموذج التميز في جودة الخدمة الصحية

إن أكثر المنظمات المتميزة أو التي حصلت على جوائز التميز، هي المنظمات التي تنتهج وتطبق مبادئ التميز، مع العلم أن هذه المبادئ عامة تستخدمها المنظمات على اختلافها ومنها المنظمات الصحية وتتلخص بالتالي: (المؤتمر الدولي للتنمية الإدارية، 2009، 12013)، (المؤسسة الأوروبية لإدارة الجودة وفق نموذج التميز الأوروبي، 2010)، (باشيوي وآخرون، 2013، 48-49)

- تحقيق نتائج متوازنة: من خلال قيام المنظمات بالتخطيط لتحقيق رسالتها ورؤيتها، وتحقيق نتائج متوازنة تلبي احتياجات المعنيين بل تتفوق عليها قدر الإمكان.
- إضافة قيمة للزبائن: لا بد من إدراك المنظمات إلى أن متلقي الخدمة هم أساس تواجدها، لذا يتوجب عليها بذل قصارى جهودها لابتكار وتحقيق قيمة مضافة لهم، عن طريق فهم وجمع احتياجاتهم وتوقعاتهم.
- القيادة عن طريق الرؤيا، الالهام والأمانة: هنا يجب أن يكون للمنظمات قادة قادرين على صياغة وتحسين الرؤيا المستقبلية إلى واقع يمكن تحقيقه، والتصرف كمثال يحتذى به العاملين بالنسبة للقيم وأخلاقيات العمل.
- الإدارة بالعمليات: المنظمات المتميزة هي التي تدار بمجموعة من العمليات المهيكلية المتناسقة المترابطة استراتيجياً، والعمل على استخدام مبادئ اتخاذ القرارات المبنية على الحقائق.
- رعاية الابتكار والابداع: على المنظمة محاولة إيجاد قيمة مضافة وتحقيق مستويات أداء متزايدة، من خلال الابتكار المستمر والمنظم باستثمار وتحفيز طاقات وابداعات رأس مالها البشري.
- بناء الشراكات: على المنظمات التي تطمح للتميز بناء علاقات ثقة مع شركاء متعددين لضمان النجاح المتبادل والمحافظة عليه، وتتمثل هذه الشراكات مع: متلقي الخدمة، المجتمع، الموردين، جهات تعليمية أو أي منظمات أخرى.
- تحمل المسؤولية لمستقبل مستدام: على المنظمات أن تتبنى أخلاقيات العمل التي تحمل قيماً واضحة وأعلى معايير السلوك التنظيمي، لتتمكن من تحقيق الاستدامة البيئية والمجتمعية والاقتصادية.

4-2-3 عناصر التميز المنظمي.

ذكر الكاتب هارنغتون بأن خلق التميز المنظمي يتم من خلال التركيز على خمسة عناصر مهمة، وهي ليست جديدة ولكنها مفاتيح النجاح للسعي المتواصل للتميز وهي كالتالي: (Harrington, 2011)

1. إدارة العمليات process management :

وتمثل سلسلة من الأنشطة المترابطة التي تأخذ المدخلات، وتعمل على إضافة قيمة لها للحصول على المخرجات المطلوبة والمستهدفة، ويتم ذلك من خلال منع الأخطاء وفهم قدرات كل نشاط

خلال العمليات والتعرف على التغيرات السلبية في العمليات وتصحيحها، واعداد تقارير بالأخطاء وتحديد الأسباب الجذرية لها والحصول على ملاحظات الزبائن، التي يمكن من خلالها التعرف على أخطاء العمليات وتحسينها عبر التغذية العكسية والتقييم المستمر للموردين والقضاء على المدخلات غير المقبولة للعمليات.

2. إدارة المشاريع project management :

إن إدارة المشاريع هي واحدة من أكبر المشاكل التي تواجه المنظمات والتي تحتاج الى الالتزام بالخطط ومراقبة ودراسة الانحرافات والاستثناءات وإدارة الوقت، وهنا يتطلب التركيز على حاجتها للمديرين اللذين يمكنهم التعامل مع إدارة المشاريع.

3. التغيير: change

يعد التعامل مع التغيير من أهم التحديات الكبيرة للمنظمات .فحتى عام 2005 فان 40 % من الشركات العالمية كانت في صراع مع مبادرة التغيير، وهناك احتمال (7،0) بأن 60% من هذه الشركات ستعاني الفشل كونها لا تضع في اعتبارها قدراتها التنظيمية بشكل كاف، إذا يتطلب الأمر دراسة دقيقة وجدية.

4. إدارة المعرفة knowledge management :

نحن نعيش في ظل اقتصاد قائم على المعرفة فقيمة معظم المنظمات اليوم يتم تقييمها من خلال رؤوس أموالها الفكرية بدلا من أصولها المادية والتي تعتبر اليوم من مواد البناء الأساسية للمنظمات.

5. إدارة الموارد: Resource management

إن هذا المصطلح واسع المعنى ويعني إدارة جميع الموارد والأصول المتاحة للمنظمة، وهذا يشمل الموارد المالية، الموارد البشرية، المخزون، المعرفة، الزبائن، براءات الاختراع، المستثمرين وغيرها .وان إدارة الموارد هي واحدة من الأنشطة الحرجة والمعقدة في أي منظمة.

4-2-4 نماذج التميز في جودة الخدمة الصحية:

تعتبر هذه النماذج عن مجموعة من المعايير المحددة سلفاً بحيث يكون لكل منها درجاته الخاصة به والتي تسمح للمنظمات الاستفادة منها في اجراء التقييم الذاتي، والوقوف على مختلف أوجه القصور والضعف في الأداء (شوقي، 2009، 8) كما يقول Mohammad et (al, 2011)، أن استخدام نماذج التميز يمثل إحدى طرق تحقيق التميز، ولتشجيع التميز

والمتميزين فقد سعت بعض الدول إلى إنشاء نماذج وطنية للجودة والتميز المنظمي National award Quality حيث بلغ مجموعها بحدود 120 نموذج يتم بموجبها منح جوائز للمنظمات المتفوقة ممن حققت التميز والريادة في تقديم الخدمة أو المنتج وارضاء المتعاملين معها، وذلك تثميناً للمنظمات على رفع مستوى أدائها، وترشيد كلفها، وتحسين جودة منتجاتها (Tekić, 2011,147)

تساهم هذه النماذج في توفير مرجعية إرشادية وأسس معيارية لقياس مدى التقدم والتطور في الأداء ونشر مفاهيم التميز والإبداع والجودة الشاملة، وتعميم أفضل الممارسات الإدارية والمهنية وضمان تطبيق أكثر أساليب العمل كفاءة وتطوراً في المنظمات، وبهذا فإن تطبيق معايير نماذج التميز من شأنها توفير منهجيات عمل لقياس نتائج الأداء.

ومن بين العدد الكبير من هذه النماذج، فقد أخذت ستة منها شهرة أوسع وحققت استخدام أكبر من قبل المنظمات وهي: (Miguel,2005,260)

- النموذج الأوروبي للتميز (EFQM)

- نموذج مالكولم بالدريج (MBNQA)

- نموذج ديمنغ. (DEMMIG)

- النموذج الأسترالي (AQA)

- النموذج الكندي (CQA)

- النموذج البرازيلي (BNQA)

ويشير الجدول (5) إلى أهداف ومعايير هذه النماذج التي تمثل الجوائز ذات الشهرة الأوسع على الصعيد الدولي، وما يمكن ملاحظته أن أغلب هذه النماذج قد ركزت بأهدافها على تبني الجودة لأنها تعد وسيلة لتطوير الأداء وتقييمه، كما أنها تمثل عاملاً مهماً لتحقيق الميزة التنافسية، وإيجاد قيمة للثروة الوطنية، والوصول إلى رضا الزبون والعاملين، أما ما يخص المعايير فنلاحظ إن هناك أكثر من معيار مشترك فيما بينها منها (القيادة، السياسات والاستراتيجيات، التركيز على رضا العاملين والزبون، وإدارة العمليات، ونتائج الأعمال).

والجدول رقم (5) يقدم مقارنة جيدة بين نماذج التميز الستة الأشهر من حيث الأهداف والمعايير.

الجدول رقم (5) مقارنة بين معايير وأهداف النماذج الستة الأشهر للتميز

نموذج مالكولم بالدرج (MBNQA)	النموذج الأوروبي للتميز (EFQM)	النموذج الأسترالي (AQA)	النموذج الكندي (CQA)	نموذج ديمينغ DEMING	النموذج البرازيلي (BNQA)
الأهداف: - وسيلة لتطوير الأداء وتسهيل الاتصالات والمشاركة في تدريب المنظمات الأميركية - كأداة من أدوات العمل لفهم إدارة الأداء، التخطيط، التدريب والتنظيم	الأهداف: - الحث على مساعدة المنظمات الأوروبية للحصول على رضا العاملين، والزبائن تحت تأثيرات المجتمع ونتائج الأعمال - دعم جهود المنظمات الأوروبية لتحقيق إدارة الجودة الشاملة والوصول إلى الأهداف والميزة التنافسية	الأهداف: - إعطاء المنظمات الأسترالية الباعث القوي للمعرفة - الوصول إلى تطبيق أفضل ممارسات الجودة عالمياً. - ضمان وصول مجلس الجودة الأسترالي إلى تطبيق الجودة لمنظمات الكومنولث - إيجاد الثروة الوطنية	الأهداف: - التشجيع على تبني مبادئ الجودة وفلسفتها والعمل بها في كندا. - تطوير الاستثمار والاستجابة لمميزات البيئة وتحقيق الفاعلية للمنظمات من خلال الاستمرار بالتطوير. - إعطاء قيمة عالية للثروة الكندية	الأهداف: - التقييم والتميز بين مداخل المنظمات في تبني الجودة عن طريق الرقابة الواسعة على جودة المنظمات اليابانية	الأهداف: - الترويج وتشجيع تطبيق الجودة - تسهيل الاتصالات والمشاركة والتدريب بين المنظمات البرازيلية - التشجيع على تبني مبادئ الجودة وتطبيقها في البرازيل
المعايير: - القيادة - التخطيط الاستراتيجي - التركيز على الزبون والسوق - تحليل المعلومات - التركيز على الموارد المناسبة - إدارة العمليات - نتائج الأعمال	المعايير: - القيادة - السياسات والاستراتيجية - إدارة العاملين - الموارد والعمليات - رضا الزبون - رضا العاملين - تأثيرات المجتمع - نتائج الأعمال	المعايير: - القيادة - التخطيط والسياسات الاستراتيجية - تحليل المعلومات - العاملون - التركيز على الزبون - التركيز على جودة الخدمات والمنتجات - أداء المنظمة	المعايير: - القيادة والتخطيط - التركيز على الزبون - التركيز على العاملين - العمليات - التركيز على المجهزين - أداء المنظمة	المعايير: - السياسات والتنظيم - المعلومات - المعيارية - الموارد البشرية - ضمان الجودة - الادامة، التطوير - التأثيرات - الخطط المستقبلية	المعايير: - القيادة والتخطيط - الاستراتيجية - التركيز على السوق والزبون - تحليل المعلومات - إدارة العاملين - إدارة العمليات - نتائج الأعمال

اجمالا تتصف نماذج التميز المؤسسي بالمرونة، مما ساعد المنظمات على تطبيقها بنجاح على اختلاف أحجامها سواءً صغيرة أو متوسطة أو كبيرة، وكذلك المنظمات الخاصة والحكومية وذات النفع العام، وساعدت هذه المرونة أيضاً في إقناع المدراء بتقبل مسؤوليتهم عن تطبيق التميز في المؤسسة، حيث تلائم هذه المعايير معظم الإدارات ووحدات العمل الفرعية بغض النظر عن طبيعة نشاطها، هذا بالإضافة إلى ممارستين مهمتين جلبهما مفهوم التميز المؤسسي هما: **التقييم الذاتي** حيث تستطيع أي مؤسسة أن تقيم نفسها اعتماداً على معايير التميز وتعرف في أي مرحلة هي، وعلى أي مستوى، وما الذي يجب أن تقوم به لتصبح أكثر تميزاً، أما

الممارسة الثانية فهي المقارنات المعيارية وإمكانية المقارنة مع مؤسسات أخرى محلية، إقليمية، أو عالمية والاستفادة من خبراتها وممارساتها المتميزة.

إن هذا لا يعني أن تطبيق التميز المؤسسي يعتبر سهلاً بدون منغصات، فقليل من الشركات رأت أن تطبيق التميز كان غير فعال ولم يلبي المطلوب، فمرونة النموذج وقدرته على حمل العديد من المبادرات والمشاريع التطويرية، كان أمراً إيجابياً للمؤسسات التي تمتلك بنية تحتية إدارية لا بأس بها، أما المؤسسات المبتدئة فواجهت صعوبة في الوصول إلى النتائج المطلوبة.

4-2-5 فوائد نموذج التميز في جودة الخدمة الصحية

يحقق تبني المنظمة الصحية لنموذج التميز الفوائد التالية (Menken,2009:193)، (السعودي، 2008، 264)، (Darling & Heller,2009, 26)

- 1- يؤمن للمنظمات الصحية وسائل ناجعة للتعرف على العقبات التي تواجهها خلال ظهورها.
 - 2- يوفر للمنظمات وسيلة لجمع المعلومات التي تحتاج إليها كي تتمكن من اتخاذ القرارات المهمة بخصوص الموارد البشرية، من الذي يجب ترقيته، من الموظف الذي يتسم بروح الإيثار والمبادرة والتميز في الأداء.
 - 3- تساعد المنظمة في تطوير أعضائها بصفة مستمرة سواء كانوا مديريين أم موظفين، حتى يستطيعوا المساعدة في جعل المنظمة أكثر تميزاً في الأداء والمقارنة مع المنظمات المنافسة.
 - 4- تساعد بتوفير المهارات اللازمة لصانعي القرار سواء على مستوى الفرد أو المنظمة وذلك لأهميته في تحقيق الإبداع والتميز في المنظمات.
 - 5- يجعل المنظمة تركز الاهتمام على الزبون والعمل على تقديم الخدمات بفاعلية
 - 6- يضع المنظمة في حالة اليقظة الدائمة، إذ إن النجاح والتميز يجعل المنظمة تصل إلى مرحلة الغطرسة وهذا ما يجعلها قد تقع في الخطأ والتراجع.
- ولكي تتمكن المنظمات من تطبيق نماذج التميز لابد أن تكون بيئتها مهيأة لذلك ولا بد لها اعتناق المبادئ الحديثة وإعادة هندسة كل شيء واستخدام الوسائل المناسبة لإدارة الأداء، وتطبيق إدارة الجودة الشاملة الذي يعد في الوقت الحاضر من أهم عوامل النجاح لكل المنظمات الخاصة أو العامة، إنتاجية كانت أو خدمية، والسبب في ذلك يعود إلى أن تبني مبادئ التميز من خلال نماذج الجودة والتميز يشكل أداة للقياس والتحسين المستمر في الأداء.

المبحث الثالث

دور بطاقة الأداء المتوازن في دعم نموذج التميز في جودة الخدمة الصحية

مقدمة:

تعددت نماذج التطوير التنظيمي وتقنيات قياس أداء المنظمات بتطور الفكر الإداري الحديث، وتزامن ذلك مع تطور مفهوم الجودة وإعادة هندسة المنظمات، وإدارة المعرفة و تقنية المعلومات، حيث أن التطور في الأساليب والتقنيات الادارية جاء نتيجة لتزايد مطالب المنافسة الدولية بتطوير جودة الخدمات وتلبية رغبات المستهلك، من هنا تكاملت نظريات ونماذج الإدارة والأعمال لتوفر لنا أساليب تطوير وقياس أداء فعالة تتماشى مع متطلبات العصر، ولكن إلى أي مدى تلبي بطاقة الأداء المتوازن Balanced Score Card كأحد الأساليب والتقنيات الإدارية الحديثة التي تساهم في ضبط أداء المنظمات بشكل عام والمنظمات الصحية بشكل خاص، متطلبات الجودة والتميز في الخدمات والمنتجات والتي تفرضها المنافسة وجميعيات حماية المستهلك وهيئات الاعتمادية.

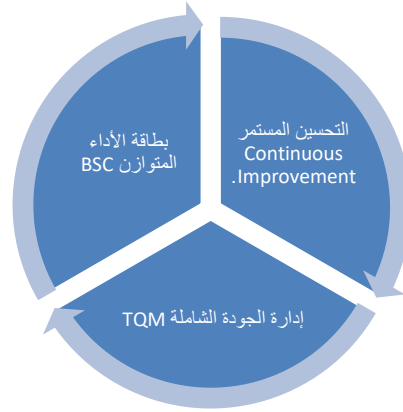
4-3-1 علاقة بطاقة الأداء المتوازن بالجودة:

غيرت المنظمات التي تبنت الجودة كأسلوب عمل، مفاهيم الادارة القديمة التي كانت تعتقد أن نجاح الشركة يعتمد على تصنيع منتجات وخدمات بشكل أسرع وأرخص، إلى أن تصنيع المنتجات بشكل أفضل هو الطريق الأمثل الذي يؤدي إلى تصنيعها بشكل أسرع وأرخص".

إن الهدف الرئيسي من اعداد الخطط الاستراتيجية والتشغيلية ومراقبتها وتقييمها من خلال بطاقات الأداء المتوازن هو تحسين الأداء، وتقويم الخدمات والمنتجات ضمن أعلى معايير الجودة العالمية، بل وتحفيز وحث جميع أفراد المنظمة بأن ينفذوا المهام والأعمال المناطة بهم بإبداع وبشكل مبادر، وبما يتوافق وينسجم مع الأطر التي تحددها الاستراتيجيات العامة للمنظمة، لذا يمكن الأخذ بتطبيق بطاقة الأداء المتوازن في المنظمات والشركات كوسيلة لتنفيذ استراتيجية المنظمة وتحقيق أهدافها في الجودة والتميز، خصوصا أن ما لاحظته علماء الجودة أن الإدارة العليا غالبا ما كانت تلوم العاملين على أشياء لا تقع أصلا في حدود اختصاصهم، وأن كثيرا من المنظمات التي فشلت في البقاء لم يكن السبب يعود لعدم وجود استراتيجية لعملها... ولكن بسبب الفشل في التواصل مع الموظفين لتنفيذ تلك الاستراتيجيات (Kaplan S Robert, 2010)، وهذا ما احتاج إلى تحول كلي للنمط الرئيسي للإدارة، يساهم بتشجيع العاملين ومشاركتهم وجعلهم

قادرين على المشاركة في إدخال تحسينات مستمرة من خلال فهمهم للعمليات وكيف يمكن تحسينها، ومن هنا تأتي القيمة المطلقة لبطاقة الأداء المتوازن بجعل الموظفين من قمة الهرم إلى أسفله يعملون بشكل متوافق عن طريق: آلية وضع الأهداف وارتباطها بالاستراتيجيات، وجعل الاستراتيجية هي المحرك الوحيد للجميع، وذلك بربط الأهداف الشخصية بالاستراتيجية واعتماد مبدأ السبب والنتيجة، أي تركيز وتوحيد الاتجاه لجميع العاملين، وتحقيق المنفعة لجميع المتعاملين (الإدارة، العاملين، الموردين، الزبائن، المجتمع)، من خلال التوازن بين الجوانب المالية ورضا العملاء، وفاعلية العمليات الداخلية وجوانب التعلم والتطوير والإبداع في المنشأة، سواء كانت ربحية أو غير ربحية، خدمية أو صناعية، حكومية أو غير حكومية، صغيرة أو كبيرة (Niven R, Paul, 2002).

إن من أهم أهداف بطاقات الأداء المتوازن هو: قياس الأداء بهدف المحافظة على جودة المنتج (سلعة أو خدمة) وتحقيق احتياجات العملاء أو المستفيدين من الخدمة، وهذا يتطلب تطوير إدارة عملياتها وتطبيق مبدأ التحسين المستمر Continuous Improvement و الذي هو بدوره أساس وجوهر إدارة الجودة الشاملة، والشكل رقم (12) يبين الترابط بين كل اعتماد بطاقة الأداء المتوازن لمبدأ التحسين المستمر والجودة الشاملة.



الشكل رقم (12) العلاقة بين بطاقة الأداء المتوازن والتحسين المستمر وإدارة الجودة الشاملة،

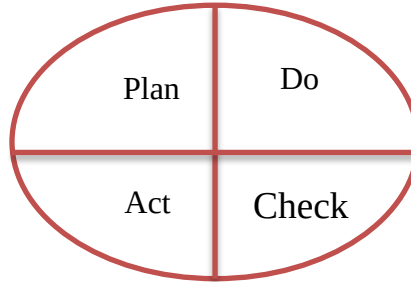
المصدر: إعداد الباحثة

فما هو التحسين المستمر: Continuous Improvement (العسيري، 2014، 22)

تبقى المنظمات بكافة أنواعها (ومنها الصحية) وعلى اختلاف أهدافها بحاجة دائماً إلى التحسين المستمر في عملياتها وأنشطتها ومنتجاتها، فحاجات العميل أو المستفيد من الخدمة وتوقعاته متغيرة باستمرار، وبالتالي فإن على المنظمة أن تحسن وتطور من منتجاتها وخدماتها بما يتلاءم مع حاجات العميل أو المستفيد.

ومما يجدر ذكره أن التحسين في هذا المجال لا يتم تنفيذه مرة واحدة ثم تنتهي الحاجة إليه بعد ذلك، بل يجب أن تبذل جهود التحسين باستمرار لأن هنالك دائماً فرصاً للتحسين، وهدفه محاولة الوصول إلى الإتقان الكامل للمنتج أو الخدمة المقدمة، وهذا ما يحتاج إلى دعم الإدارة العليا وتشجيعها من خلال منح الحوافز المادية والمعنوية المناسبة، وكذلك تفهم احتياجات العاملين حتى يستمروا بالقيام بذلك، وهنا تقدم بطاقة الأداء المتوازن الأداة لتحقيق ذلك من خلال التوازن التي تحققه بين محاورها الأربعة، والذي يسوق المنظمة إلى عدم إغفال أي من المتأثرين بنشاطها ووضع أهداف استراتيجية على مستوى كل المستفيدين (حملة الأسهم، الموظفين، الموردين، الزبائن، المجتمع) وبالتالي تحقيق جودة الإدارة أولاً، من خلال متابعة تنفيذ كل هدف على مستوى كل بعد من الأبعاد الرئيسية للبطاقة، ليتبعها الجودة والتميز من خلال استمرار عمليات التحسين.

ومن أهم المداخل المعروفة في مجال التحسين المستمر مدخل PDCA Cycle والذي تم تطويره من قبل ديمنغ (Dehnavieh, 2012, 57) ليصبح إطاراً عاماً لمراحل أنشطة التحسين المستمر. ويوضح الشكل التالي خطوات المدخل:



الشكل رقم (13) مدخل PDCA Cycle

من الشكل رقم (13) يتبين أن خطوات هذا المدخل تتضمن أربع خطوات (التخطيط، التطبيق، الفحص، التنفيذ)

لكن يجب ألا ننسى أن بطاقة الأداء المتوازن هي وسيلة لربط مؤشرات الأداء باستراتيجية المنظمة، فإن لم يكن هناك استراتيجية واضحة تركز على جودة الخدمة فإن استخدام بطاقة الأداء المتوازن لن يفي بالغرض، كما أن تحقيق الجودة والتميز في المنتجات والخدمات المقدمة ليس بالأمر السهل، إنما يحتاج إلى ثورة في نظام إدارة المنظمة يشمل الرؤيا والثقافة والهيكل التنظيمي وكافة عمليات المنظمة، مما يقتضي التحضير والاستعداد لدى الإدارة لتبني استراتيجية جودة شاملة، وكذلك الأمر ومن المحتمل ان يكون أكثر عندما نتحدث عن الجودة والتميز في تقديم الخدمات الصحية.

4-3-2 كيف تحقق أبعاد بطاقة الأداء المتوازن أبعاد جودة والتميز في الخدمة الصحية

إن الفهم الصحيح والكافي لطبيعة ومحددات توقعات العملاء (المرضى)، من جانب الإدارة في المشافي يعد شرطاً أساسياً لتقديم خدمات صحية ذات جودة عالية تقابل أو تفوق توقعاتهم، كما أن مثل هذا الفهم يساعد إدارة المشفى في الوصول إلى الأساليب والوسائل الفعالة لإدارة هذه التوقعات، على النحو الذي يمكنها من تقديم خدمات صحية للعملاء تفوق المستوى المقبول لديهم، ومن ثم زيادة رضاهم عن الخدمة الصحية المقدمة.

إن أبعاد جودة الخدمة الصحية هي المعايير (Howard, 2005) التي يعتمد عليها في تقييم جودة الخدمة المقدمة من قبل المستفيد من الخدمة. أو هي المعايير أو المقاييس التي يتم من خلالها تحديد الفجوة أو التطابق بين توقعات العميل لمستوى الخدمة وإدراكه لمستوى الخدمة المقدمة بالفعل وتتلخص بـ: الاستجابة، والاعتمادية، والضمان، والملموسية، والتعاطف.

وكما يقول Kaplan وزميله Norton " إن نظام بطاقات الأداء المتوازن يزود الإدارة بماهية المعرفة ونوعية المهارات والأنظمة التي يحتاجها العاملون (التعليم والنمو أو الموارد البشرية والتطوير) لبناء القدرات والكفاءات الاستراتيجية السليمة (العمليات الداخلية) التي تضيف قيمة إلى السوق (العمل أو المستفيد) والتي بدورها تؤدي إلى قيمة أكبر (الأموال المالية)"، (أبو مليحة، 2015) فإن المنظمة سيكون لها القدرة على ضبط جودة الخدمة الصحية ووضع تصور واضح عن كافة أبعادها في حال استطاعت أن تبني بطاقة الأداء المتوازن بناء سليماً، لأن البطاقة تقدم صورة واضحة وبسيطة وشاملة في وقت واحد عن كافة محاور عمل المنظمة، وعندما تكون الجودة الصحية هدف استراتيجي للمنظمة يبقى تتبعها من خلال البطاقة أمر روتيني بما يضمن التنفيذ الفعلي لها، بل وأن بطاقة الأداء المتوازن وأبعادها أعم وأشمل من أبعاد جودة الخدمة الصحية، حيث أنها تأخذ بالاعتبار أيضاً مصالح المستثمرين وربحية المنظمة، بالإضافة إلى تضمين مصالح البيئة والمجتمع ضمن أبعادها، وسأحاول من خلال الجدول التالي رقم (6) إيجاد التقاطعات بين أبعاد جودة الخدمة الصحية وبين أبعاد بطاقة الأداء المتوازن، للتركيز من الناحية النظرية كيف أن البناء السليم لبطاقة الأداء المتوازن يحقق بطبيعة الحال متطلبات جودة الخدمة الصحية بشرط أن تكون الجودة مركز استراتيجية المنظمة.

الجدول رقم (6) كيف تحقق BSC أبعاد جودة والتميز في الخدمة الصحية

البعد الذي يحقق ذلك في BSC	ابعاد جودة الخدمة الصحية	
العمليات الداخلية، البعد المالي	التسهيلات المادية، التجهيزات، ومظهر العاملين Physical facilities, equipment, and appearance of personnel Tangibles	الملموسية
بعد العمليات الداخلية، التعلم والنمو	القدرة على تأدية الخدمة الصحية بجدارة وعلى الوجه الصحيح Ability to perform the promised service dependably and accurately Reliability	الاعتمادية
بعد الزبائن والعمليات الداخلية	الحرص على مساعدة المستخدم وتقديم الخدمة بسرعة Willingness to help customers and provide prompt service Responsiveness	الاستجابة
الزبائن، التعلم والنمو	تحلي الموظفين بالمعرفة والمجاملة والقدرة على الإيحاء بالثقة والاطمئنان للمستخدم Knowledge and courtesy of employees and their ability to inspire trust and confidence	الضمان
بعد الزبائن، التعلم والنمو	الاهتمام والعناية الشخصية التي توليها المؤسسة لزيائنها Caring, individualized attention the firm provides its customers Empathy	التعاطف

المصدر: إعداد الباحثة

4-3-3 علاقة بطاقة الأداء المتوازن بالتميز

يتطلب التطبيق الناجح لإدارة التميز من المنظمات ومنها الصحية توفير مجموعة من الأسس الداعمة والمحفزة لتوفير إدارة أداء متميزة، يتم من خلالها التمكن من الوصول إلى نتائج متفوقة وعالية متمثلة بالآتي (Australian Framwork,2005,2) :

- 1- بناء استراتيجي متكامل يعبر عن التوجهات المستقبلية للمنظمة يضمن مجموعة من العناصر الضرورية الواجب اعتمادها.
- 2- هياكل تنظيمية مرنة تتلاءم مع التغيرات المحيطة.
- 3- نظام معلومات متكامل وفعال.

- 4- نظام للجودة الشاملة يحدد مواصفات وشروط الجودة وآليات الرقابة والتصحيح.
 - 5- نظام متطور لإدارة الموارد البشرية وتحفيزهم وتمكينهم حيث تعد الموارد البشرية هي مصدر ثروة المنظمة وأعلى أصولها على الإطلاق، ويقتضي على المنظمة استثمار القدرات والكفاءات والخبرات من خلال الاستغلال الجيد لتلك الخصائص والعمل على تنميتها.
 - 6- التزام القيادة العليا للمنظمة بسلوكيات تؤمن الدعم البيئي للمنظمة لتحقيق الأهداف الرئيسية.
 - 7- التركيز على الزبون والتحسين من خلال التواصل معه فالزبون هو المحرك الرئيسي لأنشطة المنظمة، وإن عمل المنظمة يجب أن يتماشى مع احتياجات ورضا الزبون، فهو الفيصل والحاكم على تميز الإدارة وأدائها.
 - 8- تحويل أعمال المنظمة إلى عمليات مترابطة وتحسين الأنظمة ومجمل عمليات المنظمة.
 - 9- تتأثر نتائج المنظمة بجودة العلاقات التي يتم تكوينها داخليا وخارجيا والتي يجب أن تركز على الثقة والعمل الجماعي، الاتصال والانسجام
 - 10- على المنظمة أن تتعلم من خلال عمليات التعلم المستمر وذلك بالتركيز على الأنشطة المعرفية ذات القيمة الأعلى، وخلق مناخ عمل يدعم الإبداع والابتكار.
 - 11- استخدام البيانات بكفاءة ومعرفة للتمكن من اتخاذ القرارات اللازمة.
 - 12- الأنظمة والعمليات كلها تمتلك متغيرات تؤثر في الأداء، هنا يجب تفهم الاختلافات في هذه المتغيرات لضبط تفاعلاتها ووزنها.
- بالإضافة إلى مراجعة أوضاع المنظمات بصفة مستمرة دون انتظار عمليات التقييم الخارجي، للكشف عن أوجه الضعف فيها وتأثيراتها في الأداء والنتائج المتحققة، فضلاً عن تحديد مصادر القوة ومدى الاستفادة منها واستثمارها في بناء وتنمية القدرات المحورية والقوة التنافسية للمنظمات. (Adebanjo,2008, 8)، (Armitage,2003, 33)

ولكي تتمكن المنظمات من تطبيق معايير ومبادئ التميز لابد أن تكون بيئتها مهيأة لذلك ولابد لها اعتناق المبادئ الحديثة وإعادة هندسة كل شيء واستخدام الوسائل المناسبة لإدارة الأداء (حسن، 2009، 230).

يعمل نظام بطاقة الأداء المتوازن كنظام إداري يرسخ مبادئ نظام الجودة الشاملة من خلال عملية تقييم شاملة تقوم على تحويل رؤية واستراتيجية المنظمة إلى أربع مجاميع أساسية من المقاييس، فضلاً عما تحققه من التوازن بينهم. وهي الأبعاد الخارجية: متمثلة بالزبائن والموردون

وحملة الاسهم والدائنون وغيرهم، والأبعاد الداخلية: متمثلة بالعمليات التي تتم داخل المنظمة، فضلا عن بعد التعلم والنمو من جهة والبعد المالي من جهة أخرى، كما أنها تجمع بين مؤشرات ونتائج الماضي والحاضر، والمؤشرات التي تقود الأداء المستقبلي للمنظمة من جهة أخرى، لكن كيف يمكن أن نبني نموذجا للتميز مشتقا من بطاقة الأداء المتوازن؟

4-3-4 نموذج التميز للمؤسسة الأوروبية لإدارة الجودة:

كما ظهر في بحثنا سابقا عندما تناولنا نماذج التميز وأبعادها المختلفة أنها جميعا تتحدث عن التحسين المستمر وتجنب الأخطاء ومشاركة العاملين، وتبسيط الاجراءات الادارية وتخفيض التكاليف، ورضى المستهلك والعاملين، والمجتمع المحيط، لكننا سنحاول العمل على نموذج الجائزة الأوروبية للتميز كونه الأكثر استخداما وقربا من حيث مدخلاته ومخرجاته من أبعاد بطاقة الأداء المتوازن.

الحاجة إلى النموذج:

تم تطوير نموذج الجائزة الأوروبية للتميز عام ١٩٩٢ EFQM كإطار لتطبيقات التقييم للجائزة الأوروبية للجودة (المسابقات)، إذ يتم استخدام النموذج بشكل واسع كإطار مؤسسي في أوروبا وأصبح الأساس للعديد من جوائز الجودة الوطنية والإقليمية.

على الرغم من أن العديد من المستخدمين يستخدمونه في جوائز الجودة، إلا إن فعالية نموذج التميز الأوروبي تظهر بوضوح عند استخدامه كأداة ونظام إدارة، خصوصا أنه يمثل أداة فعالة لتحقيق ما يسمى بالتقييم الذاتي المؤسسي، إن نموذج التميز الأوروبي عبارة عن أداة عملية لمساعدة المؤسسات لإنجاز ذلك عن طريق قياس أين هم على طريق التميز؛ ومساعدتهم في فهم القصور ومعالجه. ويمكن تطبيقه في أي مؤسسة بغض النظر عن حجمها، هيكلتها، وقطاعها (انتمائها)، يمثل هذا النموذج مرجعية عالمية في مجال تقييم الامتياز والتميز ويمكن استخدامه بطرق متعددة (Garad, 2010,13):

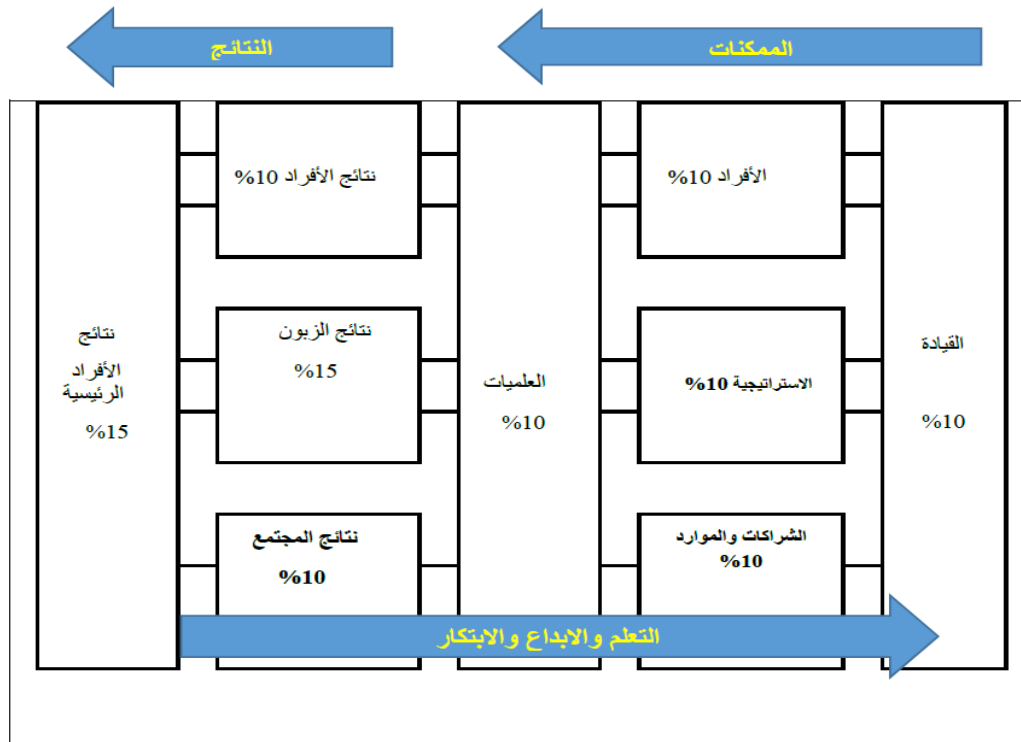
- كأداة للتقييم الذاتي
- كمعيار نوعي Benchmark مع المؤسسات الأخرى
- كدليل للتعرف على المناطق التي تحتاج إلى تحسين
- كقاعدة لمفردات مشتركة وطريقة تفكير
- كهيكل لنظام إدارة للمؤسسة

يعتمد النموذج على المفاهيم الأساسية التالية للتميز (لطفي عبد الوهاب، 2013):

- 1- إضافة قيمة لصالح المتعاملين.
- 2- بناء مستقبل مستدام.
- 3- تنمية القدرة المؤسسية.
- 4- تسخير الابداع والابتكار
- 5- القيادة من خلال رؤيا والهام ونزاهة.
- 6- الإدارة بمرونة وسرعة التكيف مع التغيير.
- 7- النجاح من خلال مواهب وقدرات العاملين.
- 8- استدامة النتائج الباهرة.

البنية الأساسية لنموذج المؤسسة الأوروبية لإدارة الجودة:

يتكون النموذج من 9 معايير خمسة منها هي "ممكنات (وسائل)" كيف تقوم بالأشياء، وأربعة هي "نتائج" تأتي نتاجاً "للممكنات" (الوسائل) ويتم تحسين "الممكنات (وسائل)" من خلال التغذية الراجعة من النتائج، تشير الأسهم إلى الطبيعة الديناميكية للنموذج وتبين أن التعلم والابتكار يساعد القادة لتحسين ممكنات النجاح والحصول على نتائج أفضل، كما هو موضح في الشكل رقم (14).



شكل (14): عناصر النموذج الأوروبي مع الأوزان

المصدر: نموذج المؤسسة الأوروبية لإدارة الجودة 2013

بغض النظر عن الحجم أو الهيكل أو القطاع أو مدى النضوج، فإن المنظمات بحاجة إلى وضع إطار إداري مناسب لضمان نجاحها، ويعد نموذج التميز الخاص بالمؤسسة الأوروبية لإدارة الجودة إطار عام عملي وغير توصيفي لتمكين المنظمات من (Adebanjo, 2008):

- تقييم وضعها خلال مسيرة التميز، بمساعدتها على فهم النقاط الرئيسية لديها والفجوات المحتملة وذلك إزاء رؤيتها ورسالتها المعلنة.

- تقديم لغة مشتركة ونمط تفكير حول المؤسسة بما يسهل تبادل الأفكار بفاعلية داخل المؤسسة وخارجها.

- دمج وتكامل المبادرات القائمة والمخطط لها، إزالة الازدواجية وتحديد الفجوات.

- وضع هيكل أساسي لنظام إدارة المؤسسة

يتميز النموذج الأوروبي لإدارة الجودة أنه مبني على افتراض النتائج الممتازة بالنسبة للأداء، العميل، الناس، والمجتمع من خلال السياسة والاستراتيجية التي تسلمت من خلال مشاركات الناس والموارد وعمليات التشغيل.

وتساعد عملية التقييم الذاتي باستخدام نموذج التميز الأوروبي الإدارة على التعرف على مواطن القوة والفرص للتحسين، حيث أن لكل معيار من المعايير التسعة تعريف خاص به يفسر المعنى العام لذلك المعيار، ولتوضيح المعنى العام نجد أن كل معيار يدعمه عدد من المعايير الفرعية وهي عبارة عن بنود أكثر تفصيلاً لأمثلة عامة لما يمكن ملاحظته في المؤسسات المتميزة وما ينبغي أخذه بعين الاعتبار خلال التقييم، والجدول رقم (7) يبين المعايير الفرعية للمعايير التسعة الرئيسية.

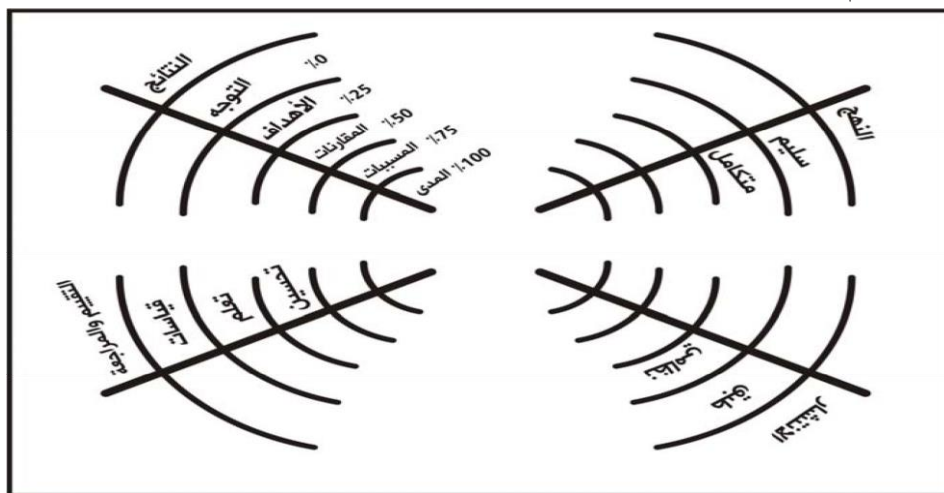
الجدول رقم (7) المعايير الفرعية للمعايير الأساسية لنموذج الأوربي للتميز .

لقيادة	الاستراتيجية	العاملون	الشراكات والموارد	العمليات	نتائج المتعاملين	نتائج العاملين	نتائج المجتمع	نتائج الأعمال
أ1 يضع القادة الرؤيا والرسالة والقيم والمبادئ كما أنهم نماذج يحتذى بها	أ2 صياغة الاستراتيجية بناء على فهم احتياجات وتوقعات كل من المعنيين بالمؤسسة والبيئة الخارجية	أ3 دعم خطط العاملين لاستراتيجية المؤسسة	أ4 إدارة الشركاء والموردين لتحقيق منفعة مستدامة	أ5 تصميم العمليات وإدارتها بهدف تعظيم القيمة لصالح جميع المعنيين بالمؤسسة	أ6 الانطباعات	أ7 الانطباعات	أ8 الانطباعات	أ9 مخرجات الأعمال
ب1 يقوم القادة بتحديد ومتابعة وتوجيه التحسينات الخاصة بالنظام الإداري والمؤسسي	ب2 صياغة الاستراتيجية بناء على فهم الأداء الداخلي وامكانيات المؤسسة	ب3 تطوير معرفة العاملين وقدراتهم	ب4 إدارة الشؤون المالية لضمان نجاح مستدام	ب5 تطوير المنتجات والخدمات لتحقيق القيمة المثلى لصالح المتعاملين	ب6 مؤشرات الأداء	ب7 مؤشرات الأداء	ب8 مؤشرات الأداء	ب9 مؤشرات أداء الأعمال
ج1 يتفاعل القادة مع المعنيين الخارجيين	ج2 تطوير الاستراتيجية ومراجعتها وتحديثها مع السياسات الداعمة لها	ج3 مواءمة وشارك وتمكين العاملين	ج4 إدارة المباني والمعدات والمواد والموارد الطبيعية بطريقة مستدامة	ج5 ترويج المنتجات وتسويقها بشكل فاعل				
د1 يدعم القادة ثقافة التميز بين العاملين	د2 تعميم وتطبيق ومتابعة أداء الاستراتيجية والسياسات الداعمة لها	د3 تواصل العاملين بفاعلية في جميع أنحاء المؤسسة	د4 إدارة التقنية لدعم تنفيذ الاستراتيجية	د5 انتاج وتقديم وإدارة المنتجات والخدمات				
هـ1 يعمل القادة على ضمان مرونة المؤسسة والإدارة الفاعلة لعمليات التغيير		هـ3 مكافأة العاملين وتقديرهم والاعتناء بهم	هـ4 إدارة المعلومات والمعرفة لدعم صناعة القرار بصورة فاعلة وبناء قدرات المؤسسة	هـ5 علاقات المتعاملين وتعزيزها				

المصدر إعداد الباحثة

يتيح نموذج التميز الخاص بالمؤسسة الأوروبية لإدارة الجودة للمديرين/ وللقادة فهم علاقة السبب والأثر بين ما تقوم به مؤسساتهم والنتائج التي تحرزها، كما يساعد المؤسسات باختلاف أحجامها من جميع القطاعات على مقارنة ذاتها مع مؤسسات أخرى تتمتع بخصائص وصفات وإنجازات التميز المستدام، ويعد أداة مهمة لتقييم الوضع المهني للموظفين داخل المؤسسات ومدى تقدمه وقوته (Menken, 2009).

كما يقدم وسيلة لدعم المؤسسات بهدف التوصل إلى موازنة أولوياتها بصورة أفضل، وتوظيف الموارد البشرية ووضع خطط عمل واقعية لإدارتها، ويشكل منهج رادار (لقياس ووضع نقاط وعلامات التقييم) أداة التقييم المستخدمة في نموذج التميز المعتمد لدى المؤسسة الأوروبية لإدارة الجودة، وتتكون منهجية رادار من أربعة عناصر هي: النتائج، النهج، التطبيق (الانتشار) والمراجعة والتقييم.



الشكل رقم (15) مصفوفة القياس رادار

يتم استخدام منطق رادار للتقييم والإدارة في وضع الدرجات للمؤسسات المتقدمة لجائزة التميز للمؤسسة الأوروبية لإدارة الجودة (Dehnavieh, 2012,57)، كما يمكن للمؤسسات استخدامه لإجراء التقييم الذاتي ولإجراء مقارنات معيارية فضلاً عن استخدامه لأغراض أخرى، المبدأ الرئيسي لاستخدام رادار أنه عندما يتحسن أداء المؤسسة عبر الزمن فإن درجتها إزاء النموذج سترتفع، تم تخصيص 50% من الدرجات للممكنات و50% للنتائج مما يضمن للمؤسسة القدرة على استدامة أدائها في المستقبل.

بصفة عامة تم تخصيص أوزان متساوية للمعايير الفرعية ضمن كل معيار، على سبيل المثال كل من المعايير الفرعية الخمسة ضمن معيار القيادة تساهم ب 20% من الـ 100% المخصصة للمعيار الأول غير أن هنالك استثناءان:

❖ المعيار الفرعي 6أ يحصل على 75% من الدرجات المخصصة للمعيار 6، بينما المعيار 6ب يحصل على 25%.

❖ المعيار الفرعي 7أ يحصل على 75% من الدرجات المخصصة للمعيار 7، بينما المعيار 7ب يحصل على 25%.

يتم تقييم كل معيار فرعي باستخدام مصفوفة رادار وتحديد درجته، ومن ثم يتم تجميع درجات جميع المعايير الفرعية وصولاً إلى درجة المعيار، حيث يتم تطبيق الأوزان للمعايير التسعة الأساسية التي بينت في النموذج الأساسي المذكور في الشكل رقم (14) وصولاً للنتيجة الاجمالية والتي تتراوح من 0-1000 درجة.

إن البدء باستخدام النموذج الأوروبي للتميز لتقويم الأداء في المنظمات الصحية في سورية، وتحقيق التميز في جودة الخدمة الصحية يعد خطوة مبكرة، لأن استخدام هكذا نموذج يتطلب التحضير المؤسساتي والإداري حتى تكون الإدارة قادرة على تتبع معاييرها، أو على تحقيق جزء بسيط منها، لذا فإن الخطوة الأولى تجاه النجاح تتطلب صعود سلمه خطوة خطوة، وترى الباحثة أن البناء الجيد لبطاقة الأداء المتوازن وتبني الإدارة لها سيكون هذه الخطوة، بل يمكن تطوير بطاقة الأداء المتوازن ليكون أداة تقويم استراتيجي وأداة لتحقيق التميز.

4-3-5 بناء نموذج للتميز مشتق من بطاقة الأداء المتوازن:

بالاستفادة من نموذج التميز للمؤسسة الأوروبية لإدارة الجودة، وبعد التعرف على المعايير التسعة الأساسية للنموذج والمعايير الفرعية المرتبطة بها، نلاحظ أن هناك جزء كبير من هذه المعايير مشترك مع المعايير التي تعتمدها الأبعاد الأربعة لبطاقة الأداء المتوازن، فما هي نقاط التشابه بين الأسلوبين، وكيف يمكننا تطوير بطاقة الأداء المتوازن لتعكس التميز وليس فقط الجودة في الخدمة المقدمة.

أولاً: النقاط المشتركة

- تتألف بطاقة الأداء المتوازن من الأبعاد الرئيسية الأربعة التالية: (البعد المالي، بعد العملاء أو الزبائن، بعد العمليات الداخلية، بعد التعلم والنمو)، وجميع هذه الأبعاد متضمنة ضمن معايير النموذج الأوروبي للتميز.

- يتم اعتماد نظام التوزين لبيان الأهمية النسبية لكل بعد من أبعاد البطاقة وللمؤشرات المرتبطة بكل منها، وكذلك لتحديد الأهمية النسبية لكل معيار من معايير النموذج الأوروبي للتميز.

- كافة المعايير في النموذج الأوربي للتميز وكذلك المؤشرات التي ترتبط بأبعاد بطاقة الأداء المتوازن هي مؤشرات جودة.
- يتيح كل من النموذج الأوربي للتميز وبطاقة الأداء المتوازن للمديرين/ وللقادة فهم علاقة السبب والأثر بين ما تقوم به منظماتهم والنتائج التي تحرزها.
- يستخدم كل من النموذجين كأداة للتقويم الاستراتيجي.
- يقدم كل من النموذجين وسيلة لدعم المؤسسات بهدف التوصل إلى موازنة أولوياتها بصورة أفضل.

ثانياً: الاختلافات

- تعتبر نتائج المجتمع معياراً أساسياً في النموذج الأوربي للتميز، في حين أنه لا يعتبر من الأبعاد الرئيسية لبطاقة الأداء المتوازن وتترك حرية إضافته إلى أبعاد البطاقة، إلى خصوصية عمل وإدارة كل منظمة.
- ينفرد النموذج الأوربي للتميز بمعيار القيادة والمعايير الفرعية المرتبطة به.
- يأخذ النموذج الأوربي للتميز ضمن معيار نتائج المتعاملين انطباعات ومؤشرات جميع المتعاملين والمتأثرين بنشاط المنظمة، في حين تتناول بطاقة الأداء المتوازن فقط المؤشرات الخاصة ببعد الزبائن أو العملاء.
- ينفرد النموذج الأوربي للتميز بمعيار الشراكات والموارد كشرط لازم للتميز، بغرض الاستفادة من البنية التحتية للمنظمة وتطوير إدارة التقانة ونظام المعلومات لدعم تنفيذ الاستراتيجية، في حين يمكن إضافة جزء من هذه المعايير كمؤشرات أداء في بعد العمليات الداخلية في بطاقة الأداء المتوازن وذلك وفقاً لاستراتيجية المنظمة وأولويات عملها.
- نظام توزيع المعايير الرئيسية والمعايير الفرعية المرتبطة بها ثابت وواضح في النموذج الأوربي للتميز، في حين يخضع توزيع الأبعاد والمؤشرات المرتبطة بها في بطاقة الأداء المتوازن تبعاً لأهميتها النسبية وفق استراتيجية المنظمة.

ثالثاً: تطوير بطاقة الأداء المتوازن لتعكس التميز بجودة الخدمة.

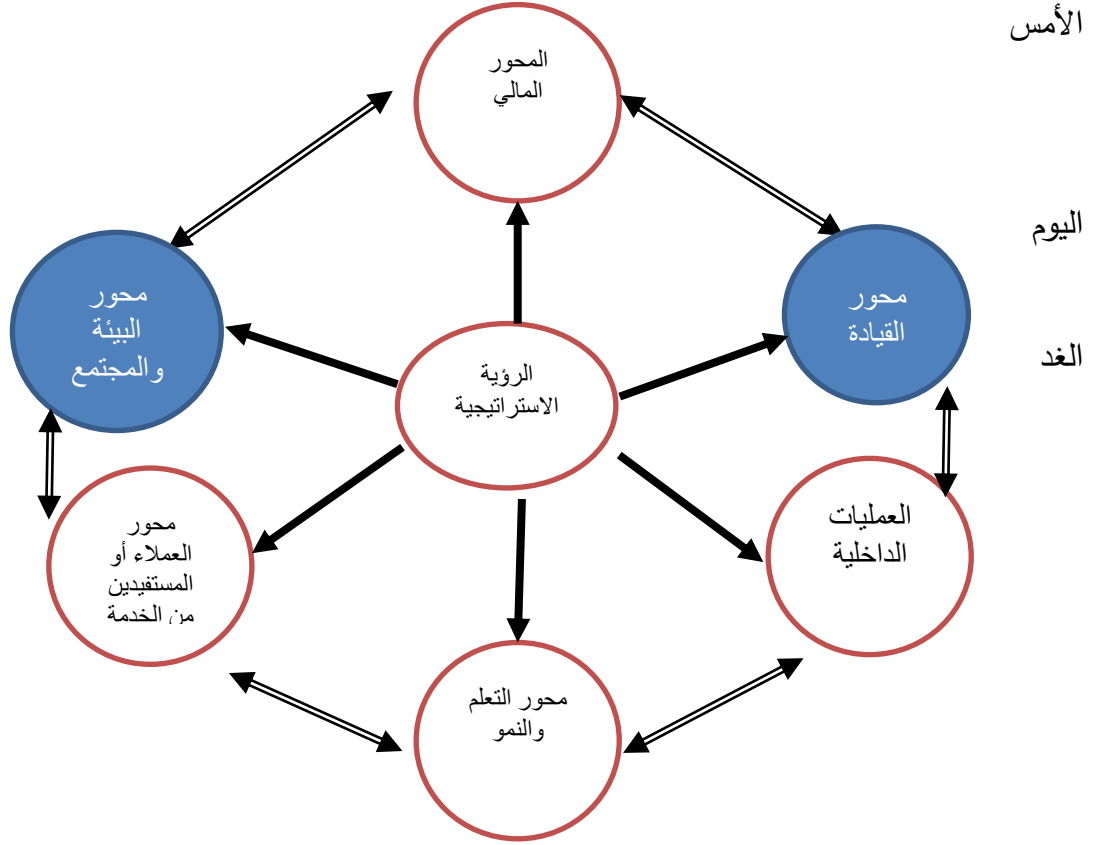
يعتبر نظام بطاقات الأداء المتوازن إطار عام لتطبيق الاستراتيجيات، حيث يبدأ من الرؤية القيادية Vision والاستراتيجية Strategy التي يشتق منها عوامل النجاح الحرجة Critical Success Factors (CSF) ومن ثم عملية بناء المقاييس في كل من المحاور الأربعة، إذ تساعد هذه المقاييس في وضع الأهداف وقياس أداء المنظمة. وبالتالي فإن هذا النظام والذي

يستخدم لقياس الأداء هو نظام مشتق من الرؤية القيادية للمؤسسة ومن استراتيجيتها، حيث يعكس النواحي الأكثر أهمية في العمل، ويعمل على تحقيق الرقابة الاستراتيجية من خلال الوصل بين أربع أبعاد رئيسية تعكس (الأمس، اليوم، الغد):

1. البعد المالي.
2. بعد العمليات الداخلية.
3. بعد العملاء.
4. بعد التعلم والنمو ورضا الموظفين.

ينبغي التفكير بنظام بطاقات الأداء المتوازن على أنه نظام إداري للجودة والتقويم الاستراتيجي وليس فقط برنامج لقياس الأداء، إضافة إلى كونه خليط من القياسات والاتصال الفعال فيما يتعلق بالأهداف الاستراتيجية، هو نظام للتغذية الراجعة يساعد الإدارة على اتخاذ القرارات بشكل أسرع نظراً لما يوفره لها من معلومات حديثة خلال وقت قليل (الرشود، 2018). انطلاقاً من البنية والفلسفة الأساسية التي تقوم عليها بطاقة الأداء المتوازن والاستفادة من خصائص النموذج الأوربي للتميز، ترى الباحثة أهمية تضمين معيار القيادة في النموذج الأوربي للتميز ضمن أبعاد بطاقة الأداء المتوازن، لأهمية إدارة وقيادة النظام ككل في تحقيق أهدافه في الرقابة الاستراتيجية وتحقيق مؤشرات الجودة والذي سيكون بدوره الخطوة الأولى للتميز، من خلال حكمة القائد في التعامل مع المشكلات ووضع الحلول لها، وبث روح الفريق لاستمرار عملية التحسين في الأبعاد الأربعة.

كما نرى من خلال الاطلاع على الدراسات التي تناولت بطاقة الأداء المتوازن في المنظمات المختلفة كأداة للتقييم والمتابعة وكذلك من الاستفادة من النموذج الأوربي للتميز، على أهمية معيار البيئة والمجتمع في عالم اليوم الذي يتصف بالتغير والمنافسة لذلك أقترح أن يكون أساسياً ضمن مكونات البطاقة، لأن تحقيق التميز والجودة لن يتحقق إن لم يعترف المجتمع المحيط بجودة وتميز الخدمات التي تقدمها المنظمة واستمتع بعطايا وجودة وتميز خدماتها. وعليه تكون البنية التي أقترح أن يقوم عليها نظام بطاقة الأداء المتوازن لتحقيق جودة وتميز الخدمة هو كما يبينه الشكل رقم (16):



الشكل رقم (16) النموذج المقترح لبطاقة الأداء المتوازن كأداة لتحقيق التميز في جودة الخدمة الصحية وأقترح اعتماد نظام التوزين الخاص ببطاقة الأداء المتوازن المبني على الأهمية النسبية لكل بعد بناء على التوجه الاستراتيجي للمنظمة، أما بالنسبة للمؤشرات التي ترتبط ببعدي (القيادة/البيئة والمجتمع) فهي:

أ. المؤشرات المرتبطة ببعدي القيادة.

- صياغة مسار مستقبلي واضح وتحديد مرتكزات استراتيجية للمنظمة وتعميمها.
- وضوح رؤيا واستراتيجية المنظمة بين العاملين.
- توحيد جهود العاملين لتحقيق أهداف واستراتيجية المنظمة، والقدرة على بناء فرق العمل.
- تجسيد القيم المؤسسية وإعطاء القدوة الحسنة في النزاهة والمسؤولية المجتمعية والسلوك المهني داخل المنظمة وخارجها سعياً لتعزيز سمعة ومكانة المنظمة.
- تحقيق أعلى مستويات الثقة للمعنيين من خلال تبني الآليات الفاعلة الرامية لتفهم السيناريوهات المستقبلية، ومن ثم ترجمة ذلك لإدارة فاعلة للقضايا الاستراتيجية والتشغيلية وتلك المتعلقة بالمخاطر المالية.
- يعمل القادة على ضمان مرونة المنظمة والإدارة الفاعلة لعمليات التغيير.

ب. المؤشرات المرتبطة ببعد البيئة والمجتمع:

تقوم المنظمات المتميزة باستخدام حزمة من مقاييس الانطباعات ومؤشرات الأداء ذات الصلة لتحديد التطبيق الناجح لاستراتيجيتها والسياسات الداعمة لها، وتبني كل ذلك على احتياجات وتوقعات المعنيين بالمنظمة الخارجيين ذوي الصلة، وكذلك وضع أهدافاً واضحة لنتائج المجتمع الرئيسية بناء على احتياجات وتوقعات المعنيين بالمنظمة من المجتمع، وذلك وفق الاستراتيجية التي تم تحديدها، ومن المؤشرات المقترحة لبعد البيئة والمجتمع

- الالتزام بالتشريعات والحوكمة المؤسسية.
- الأداء الخاص بالصحة والسلامة.
- الأنشطة الخاصة بالبيئة والاقتصاد والمجتمع (مبادراتها تجاه البيئة، تنمية المشاريع الصغيرة، المسؤولية المجتمعية).
- سمعة وصورة المنظمة
- الجوائز والتغطية الاعلامية

وقد تم ترجيح هذه المعايير عن غيرها من النموذج الأوربي للتميز، لما رأيناه من ضعف في إدارة وقيادة المنظمات الصحية السورية، والتي ترى الباحثة ان تحسينها ووضوح التوجه الاستراتيجي لديها يمكن من رفع مستوى جودة الخدمات الصحية، لما له من أثر فاعل في تحفيز كامل بيئة العمل في المنظمة وتحسين الشراكات مع كافة المتعاملين مع المنظمة وفي الاستفادة من نقاط القوة لدى المنظمة وتجاوز نقاط الضعف، ولأهمية معيار البيئة والمجتمع في عمل القطاع الصحي على وجه الخصوص لما يساهم من بناء السمعة الجيدة للمشفى وفي الحفاظ على البيئة وتحقيق الصحة العامة للمجتمع بشكل عام.

وأخيراً يبقى هذا النموذج مقترحاً قيد الدراسة، ونوصي باستمرار العمل على تحديثه ومحاولة تجريبه على إحدى القطاعات العاملة في البيئة الاقتصادية السورية، وسنحاول الآن استعراض القسم العملي من الدراسة الذي سيبين لنا آليات التقويم المتبعة في النظام الصحي في سورية (المشافي)، وكيف يمكننا بناء بطاقة الأداء المتوازن في المشافي قيد الدراسة، وإلى أي مدى مدى ترتبط علامة المشفى المحققة في بطاقة الأداء المتوازن بجودة وتميز الخدمة الطبية المقدمة من قبلها.

الفصل الخامس

القسم العملي

المبحث الأول: واقع نظام التقويم الاستراتيجي في القطاع الصحي في سورية

مقدمة

1-1-5 نظام التقييم والتصنيف المعتمد في سورية

المبحث الثاني: تطبيق بطاقة الأداء المتوازن في المشافي عينة البحث.

مقدمة

1-2-5 المؤشرات الأساسية لأبعاد بطاقة الأداء المتوازن

2-2-5 تطبيق بطاقة الأداء المتوازن في الهيئة العامة لمشفى العيون الجراحي

3-2-5 تطبيق بطاقة الأداء المتوازن في مشفى المواساة الجامعي

4-2-5 تطبيق بطاقة الأداء المتوازن في الهيئة العامة لمشفى دمشق

5-2-5 تطبيق بطاقة الأداء المتوازن في مشفى دار الشفاء

6-2-5 تطبيق بطاقة الأداء المتوازن في مشفى المنار الدولي

7-2-5 تطبيق بطاقة الأداء المتوازن في مشفى أمية

8-2-5 استخدام بطاقة الأداء المتوازن للمقارنة بين المشافي

9-2-5 كيف نستخدم بطاقة الأداء المتوازن لبناء نموذج للتميز

المبحث الثالث: الدراسة الميدانية

1-3-5 منهجية البحث وأدوات وأساليب التحليل

2-3-5 صدق الاستبيان

3-3-5 ثبات الاستبيان (الاتساق الداخلي)

4-3-5 عرض وتحليل بيانات البحث

5-3-5 اختبار فرضيات البحث

6-3-5 مقارنة تقييم أبعاد الجودة والتميز بين المشافي العامة والخاصة حسب آراء عينة البحث

7-3-5 مقارنة تقييم أبعاد الجودة والتميز في الخدمة الصحية بين المرضى والاداريين حسب آراء

عينة البحث

المبحث الرابع: النتائج والتوصيات

1-4-5 النتائج

2-4-5 التوصيات

المبحث الأول

واقع نظام التقويم في القطاع الصحي في سورية

مقدمة:

يقوم نظام الصحة في سورية على مبدأ حرية الوصول إلى جميع الخدمات الوقائية، وعلى تطوير الرعاية الصحية الأولية وتدريب العاملين في المجال الطبي المتخصص إضافة إلى الرعاية المجانية في المستشفيات العامة، تعتبر وزارة الصحة هي الجهة الفاعلة الرئيسية في هذا الإطار، لكن بالحديث عن منظومة القطاع الصحي العامل في سورية يمكن القول إنه توجد أربع وزارات مسؤولة عن نظام الرعاية الصحية في المستشفيات العامة:

- وزارة الصحة (88 مشفى في عام 2017). ولوزارة الصحة أكثر من 800 عيادة تقع معظمها في المناطق الريفية.
- وزارة التعليم العالي ولها 12 مشفى جامعي في عام 2017.
- وزارة الدفاع (18 مشفى والعديد من العيادات).
- وزارة الداخلية (مشفيان: حلب ودمشق).
- والعديد من المراكز الصحية والنقاط الطبية التي تقدم علاجات من الدرجة الاولى والثانية يوجد في سورية حوالي 370 عيادة خاصة، ومعظمها مؤسسات صغيرة تتراوح ما بين (10 إلى 20 سريرا في المتوسط). إلا أن الكبير منها مستقر في المدن الكبرى كحلب ودمشق على وجه الخصوص ولديها القدرة على استيعاب أكثر من مئة سرير وهي عيادات شاملة وتوفر خدمات الطوارئ والجراحة، وقد ازداد عدد العيادات الخاصة، لكن على العموم تحتفظ المشافي العامة بأكثر من 65 ٪ من قدرة الاستيعاب.

5-1-1 نظام التصنيف والتقييم المعتمد في سورية

تعتمد وزارة الصحة في تصنيف وتقييم المشافي التابعة لها وفقا لجودة الخدمة المقدمة، على القرار التنظيمي 65/ ت الذي يقول: أن المشافي تصنف وفق لجودة العمل الطبي وتنظيمه وأمان الاجراءات وشروط السلامة للمريض وللمجتمع وبما يتوافق مع غاية الاستشفاء، وهي الحصول على الرعاية الصحية النموذجية والأمنة وذلك باستعمال أربعة قواعد هي:

- رعاية المريض.
- سلامة وأمان المريض.

- التنظيم الاداري.

- الخدمات المجتمعية.

وقد اعتبرت الوزارة هذا التصنيف ضعيفاً نسبياً ولا يرقى لتحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة، لذلك عملت على إعداد الدليل السوري المساعد لتصنيف المشافي وهو مشتق من معايير الاعتمادية الصحية الصادرة عن جامعة الدول العربية، ويحوي كافة المعايير الصادرة وفقاً للقرار التنظيمي 65/ت، لكنه تفصيلي ويحوي بنود تفصيلية للقواعد الأربعة التي يستند عليها القرار 65/ت ويتضمن ما يتجاوز 200 بند تفصيلي لتحقيق جودة الخدمة الصحية¹، وكان من المخطط البدء بتنفيذه عام 2011 لكن ظروف الأزمة التي مر بها بلدنا والضغط الكبير والمتزايد على الخدمات الصحية، حال دون تطبيق الدليل السوري المساعد لتصنيف المشافي على الرغم من أنه تم تدريب تسع مشافي حول آلية التقييم وفق الدليل، لكن وباعتراف القائمين على مديرية الجودة ومديرية المشافي في وزارة الصحة لم يطبق الدليل السوري المساعد لتصنيف المشافي وإنما بقي فقط كمشروع رائد.

لكن مع بداية عام 2017 بدأ العمل من جديد على تدريب المشافي التابعة لوزارة الصحة على تبني الدليل السوري المساعد لتصنيف المشافي والقرار 65/ت للحفاظ على جودة الخدمة الصحية، إذ يعتمد لكل قاعدة من القواعد الأربعة الرئيسية مجموعة معايير لاكتساب نقاط التصنيف، حسب ما هو موضح في الجدول رقم (8) التالي:

الجدول رقم (8) المعايير الأساسية في الدليل السوري المساعد لتصنيف المشافي: 2017

الرقم	معايير الرعاية الصحية	النقاط
أولاً	رعاية المريض	
1	المباشرة بالرعاية	5
2	استمرارية الرعاية	15
3	حقوق المريض	45
4	المختبرات	25
5	الأشعة	20
6	الرعاية التغذوية	15
7	الرعاية المتعلقة بالألم	15
8	العناية الخاصة بمرضى الطوارئ	30
9	معايير تقييم المرضى	25
10	الحالات ذات الخطورة	15
11	معايير التخدير والانعاش	50

¹ مرفق الدليل السوري المساعد لتصنيف المشافي

50	معايير الجراحة	12
55	الصيدلة واستعمال الدواء	13
20	استخدام الدم ومشتقاته	14
	معايير السلامة وأمان المريض	ثانيا
90	تصميم المؤسسة	1
40	التطهير والتعقيم	2
50	أمان المريض	3
25	أمان الأفراد والمراجعين	4
50	السلامة البيئية	5
15	برنامج الصحة والسلامة المهنية	6
80	التحكم في انتشار العدوى	7
	معايير التنظيم الإداري	ثالثا
5	الإدارة العليا	1
10	قيادة المؤسسة	2
15	نظام إدارة المعلومات	3
75	إدارة السجلات الطبية	4
50	إدارة الجودة	5
10	طاقم الأطباء	6
25	طاقم التمريض	7
30	إدارة الموارد البشرية	8
5	التعليم والتدريب المستمر	9
25	المطبخ (إدارة التغذية والإطعام)	10
20	الفندقة (خدمات الغرف)	11
15	الغسيل	12
15	الصيانة	13
5	المكتبة	14
5	وحدة الإحصاء	15
20	الإدارة المالية	16
	معايير الخدمات المجتمعية	رابعا
1	إشراك المجتمع	1
1	التعرف إلى المجتمع	2
4	معايير التوعية الصحية	3
1	التعاون مع الجهات ذات العلاقة بالصحة	4
2	الدراسات الميدانية والبحوث	5
1	برامج تعزيز الصحة	6
1075	المجموع الكلي لنقاط إجمالي المعايير العامة (201) والتفصيلية	

المصدر: وزارة الصحة .

يستفاد من مجموع النقاط التي تنتج عن التقييم لتحديد التصنيف وفقا لما يلي:

- من 400 نقطة وما دون يعتبر المشفى غير مؤهل وينذر بالإغلاق ما لم يتلافى النقص الفني خلال ثلاثة أشهر.

- من 401-600 يصنف درجة رابعة.

- من 601-700 يصنف درجة ثالثة.

- من 701-800 يصنف درجة ثانية.

- من 801-900 يصنف درجة أولى.

- أكثر من 900 يصنف درجة ممتازة

وقد أصدرت وزارة الصحة دليلا مساعدا لطريقة التقييم وعممته على الجهات المعنية، ونشرته على موقعها الالكتروني، وتقوم إدارة كل مشفى بتأهيل مؤسستها مستفيدة من تلك التفاصيل أو قد تستعين بالمؤسسات المختصة، كما أصدرت الوزارة دليلا للجان مراقبة معايير التصنيف وتتم دراسة المشفى بموجبه.

تؤلف لجان من دائرة المشافي في كل مديرية صحة معنية بالتقييم المطلوب، وتتكون اللجنة من رئيس دائرة المشافي او من ينوب عنه رئيسا وعضوين أحدهما على الأقل طبيب مختص، تبقى شهادة التصنيف صالحة لمدة ثلاث سنوات وتتضمن مكان المشفى واسمه، وتاريخ الاصدار كما تتضمن درجات كل من القواعد الأربعة والتصنيف النهائي ويتوجب على إدارة المشفى إعلانها في مكان ظاهر للعموم في قسم الاستقبال في المشفى وذكر درجة التصنيف في أوراقها ومطبوعاتها ووثائقها الرسمية، ويعد أي إجراء خلاف ذلك من النواقص الادارية.

يتوجب على إدارة المشفى قبل انتهاء صلاحية الترخيص بثلاثة أشهر أن تتقدم بطلب جديد لإعادة التصنيف، ويحق للمشفى الاعتراض مرة واحدة على نتيجة التصنيف خلال خمسة عشر يوما من تاريخ تبليغه، ليكلف الوزير لجنة جديدة من مديرية المشافي من مهامها إجراء ضبط جديد يعتبر نهائيا، كما يحق لمديرية المشافي القيام بالتنقيش المفاجئ.

تمهل إدارات المشافي المرخصة مدة تسعة أشهر من تاريخ هذا القرار لتنفيذ مضمونه، وبعد انتهاء المهلة تعتبر المشافي المخالفة حكما مصنفة من الدرجة الرابعة وتندرج لاستكمال النواقص خلال مدة ست أشهر، وفي حال استمرار المخالفة تطبق العقوبة القانونية.

على الرغم من أن هذا القرار ملزم للمشافي التابعة لوزارة الصحة، إلا أنه معمم على كافة المشافي وتصنف على أساسه، لذلك من الناحية التطبيقية تسعى كل المشافي للالتزام به لأنها

تصنف بموجبه وتسعر خدماتها على أساسه، أي أنه ملزم لكل من يسعى لتحقيق سمعة جيدة في نطاق الخدمات الصحية. والوزارة مستعدة لتدريب أي مشفى على آليات التقييم.

هذا من الناحية النظرية واقع القطاع الصحي والخدمات الصحية المقدمة في سورية وآلية التقييم المتبعة، عملياً قد لا يتطابق النظري مع الواقع، ومن مهام البحث تحديد أوجه التطابق او الاختلاف وتقديم المقترحات المطلوبة لما يجب أن يكون الواقع.

المبحث الثاني

تطبيق بطاقة الأداء المتوازن في المشافي عينة البحث

مقدمة:

يهدف القسم العملي من البحث إلى التعرف على أثر التقييم الاستراتيجي باستخدام بطاقة الأداء المتوازن على التميز بجودة الخدمة الصحية، واستخدام بطاقة الأداء المتوازن للمقارنة بين المشافي العامة والخاصة (عينة البحث).

بداية سنبنّي بطاقة الأداء المتوازن في كل مشفى من المشافي عينة البحث ونرى مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة من قبلها باستخدام البطاقة، ومن ثم استخدام البطاقة للمقارنة بين جودة الخدمات المقدمة في المشافي الستة.

5-2-1 المؤشرات الأساسية لأبعاد بطاقة الأداء المتوازن:

لا تتوفر في الإدارة الصحية السورية غير الدليل السوري المساعد لتصنيف المشافي، كمنهجية واضحة لتقييم وتقويم جودة الخدمة الصحية، إذ تعتمد المشافي نماذج عشوائية لتقييم جودة خدماتها صحية، واستطلاعات رأي من قبل متلقي هذه الخدمات عنها، لذا تم العمل وبالتشاور مع الإداريين والمختصين في المشافي المدروسة على تحديد أولويات العمل لاستنتاج مؤشرات الأداء الرئيسية اللازمة لبناء بطاقة الأداء المتوازن، وكان (ضبط العدوى، وجودة الخدمة الطبية، ورضى المريض، وتدريب الأطباء) من أهم أولويات العمل في مشافي القطاع العام، وكذلك (ضبط العدوى، ورضى المريض، جودة الخدمة الطبية والربح) من أهم أولويات العمل في مشافي القطاع الخاص، وتم اختيار مؤشرات الأداء التالية على مستوى كل بعد كما هو مبين في الجدول رقم (9)، إذ ما تم العمل عليه هو ترتيب البيانات المتوفرة لدى المشافي حسب هذه المؤشرات للوصول إلى تقييم جيد لجودة الخدمة الصحية:

الجدول رقم (9) مؤشرات الأداء الرئيسية

البعد المالي عام/خاص	سبب الاختيار (أهمية المؤشر، مدى توفر البيانات)
عام : كلفة المريض	تشير إلى ضبط الهدر في الموارد وتؤثر على استمرارية تقديم خدمات جيدة
قيمة الإيرادات	زيادة الإيرادات تساهم في تحسين اعمال المشفى وجودة الخدمة
عدد ايام إقامة المريض في المشفى	تخفيض معدل المكث يؤدي الى ضبط الهدر (7 أيام مقبول عالميا)
خاص: هامش الربح/ التدفق النقدي ¹	يدلان على قدرة المشفى على الاستمرارية بتقديم خدمات أفضل وتحسين بنيتها التحتية ورضى المساهمين
بعد الزبائن	
عدد الزبائن	زيادة عدد المرضى مؤشر على رضى المريض وثقته بالمشفى
عدد المرضى لكل طبيب	عدد المرضى لكل طبيب شهريا (600-750) شهريا يدل على مدى اهتمام الطبيب بمرضاه وتوفير الوقت لذلك وعلى مهارة الطبيب (37.9) عدد المرضى لكل طبيب على مستوى دمشق
معدل الاختلاطات الطبية	معدل الاختلاطات الطبية يدل على جودة الخدمة ومهارة مقدميها 3% مقبول عالميا
عدد الشكاوى المكتوبة	عدد الشكاوى المكتوبة مؤشر على مستوى رضى المرضى
بعد العمليات الداخلية	
ضبط العدوى	تطور معدل ضبط العدوى يدل على جودة سياسات العمل والتميز بتقديم الخدمة الطبية 2% مقبول عالميا
عدد الممرضات لكل طبيب	عدد الممرضات لكل طبيب، يدل على تمكين الطبيب من تقديم أفضل الخبرات، 4 لكل طبيب المعدل العالمي، 1.14 على مستوى دمشق
عدد الأسرة المستغلة في المشفى	نسبة اشغال الأسرة يدل على حسن استغلال الموارد المتاحة، المعدل العالمي 80-85%، المعدل على مستوى دمشق 68%
معدل سرير/طبيب	يدل على تقديم الرعاية الطبية الجيدة للمرضى وعدم هدر الإمكانيات العلمية والطبية، المعدل العالمي (4 أسرة لكل طبيب) 1.01 المعدل على مستوى دمشق
معدل سرير/ممرضة	يدل على تقديم العناية المثلى للمريض، المعدل العالمي (2 سرير لكل ممرضة)، 1.15 المعدل على مستوى دمشق
عدد العمليات لكل اخصائي	يدل على مهارة الطبيب وتوفير الأجهزة الطبية المساعدة، النسبة العالمية 8 عملية لكل طبيب، 5.9 عملية المعدل على مستوى دمشق
عدد العمليات التي يقدمها المشفى	عدد العمليات يدل على القدرة الفنية والطبية للمشفى
القدرة على مواجهة حالات الطوارئ	يدل على القدرة الفنية والهندسية والطبية للتعامل مع الحالات الاسعافية والمفاجئة
بعد التعلم والنمو	
علاقة الإدارة بالموظفين	بناء علاقة إيجابية بين الطرفين يساهم في رضى العاملين وتحسين قدرتهم على العمل بطاقات عالية

¹ استخدم مؤشري نسبة هامش الربح والتدفق النقدي وتطورهما خلال الفترة 2010-2017 بدلا عن كلفة المريض والإيرادات في المشافي الخاصة في البعد المالي للبطاقة

زيادة عدد الأطباء المقيمين يدل على الخدمات التدريبية والرؤية الاستراتيجية لبناء جيل طبي متميز	تدريب الأطباء المقيمين
يدل على القدرة الطبية والفنية للمشفى والرؤية الاستراتيجية لبناء سمعة طبية وتحسين الخدمات المقدمة	تطور الأطباء الاختصاصيين
عدد الموظفين المدربين 10 على الأقل يدل على تحسين الطاقات الكامنة في المشفى	تدريب الموظفين
المبلغ المصروف على التدريب يدل على ايمان إدارة المشفى بأهمية التدريب	المبلغ المخصص للتدريب
	بعد البيئة والمجتمع
عدد العمليات المجانية يدل على مدى مساهمة المشفى في العمل الإنساني	العمليات المجانية
عدد عقود ذوي الشهداء يدل على امتنان المشفى لتضحيات الشهداء	عقود ذوي الشهداء

المصدر: إعداد الباحثة

وترى الباحثة أن البدء باستعراض التحليل الكمي للبيانات وكيفية تطبيق بطاقة الأداء المتوازن على كل مشفى من مشافي عينة البحث واستخدامها للمقارنة فيما بينهم، ومن ثم اختبار فرضيات البحث لتوضيح الربط بين البيانات الكمية ونتائج البحث الميدانية، سيكون أفضل لتوضيح نتائج الدراسة.

5-2-2 تطبيق بطاقة الأداء المتوازن في الهيئة العامة لمشفى العيون الجراحي:

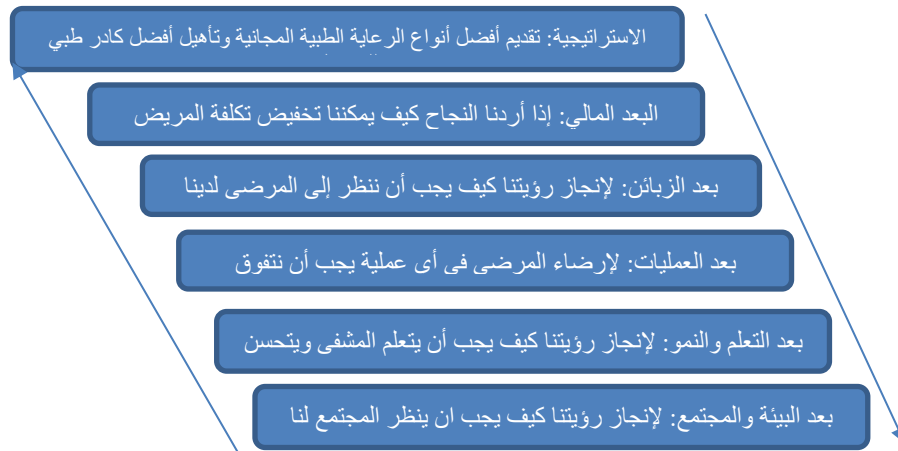
وهي هيئة عامة صحية تدريبية تتمتع بالشخصية الاعتبارية والاستقلال المالي والإداري وترتبط بوزير الصحة ومقرها مدينة دمشق، أنشأت بالمرسوم التشريعي رقم /427/ لعام 2009م. يتطلب بناء بطاقة الأداء المتوازن في المشفى عدد من الخطوات والتي تبدأ من رسالة المشفى ورؤيتها لتحديد أولويات العمل ومؤشرات الأداء المناسبة لذلك نبين:

• رؤية المشفى: "أن تكون مشفى رائدة في تقديم خدمات الرعاية الصحية المتكاملة في مجال طب العيون وجراحاتها لتحقيق التوافق مع المعايير المحلية والعالمية وتقديم أعلى مستويات الجودة".

• رسالة المشفى: العمل على تقديم الخدمات الصحية المتميزة والمتكاملة للمرضى في مجال طب العيون وجراحاتها لكافة شرائح المجتمع والنهوض بالواقع الصحي في المشفى والمجتمع من خلال المشاركة في البحث العلمي، وتقديم أحدث الممارسات الطبية المبنية على أحدث الأدلة والبراهين والمساهمة في تدريب وتعليم الأطباء علمياً وعملياً وتأهيل الكوادر لخدمة المرضى في بيئة عمل آمنة وصحية.

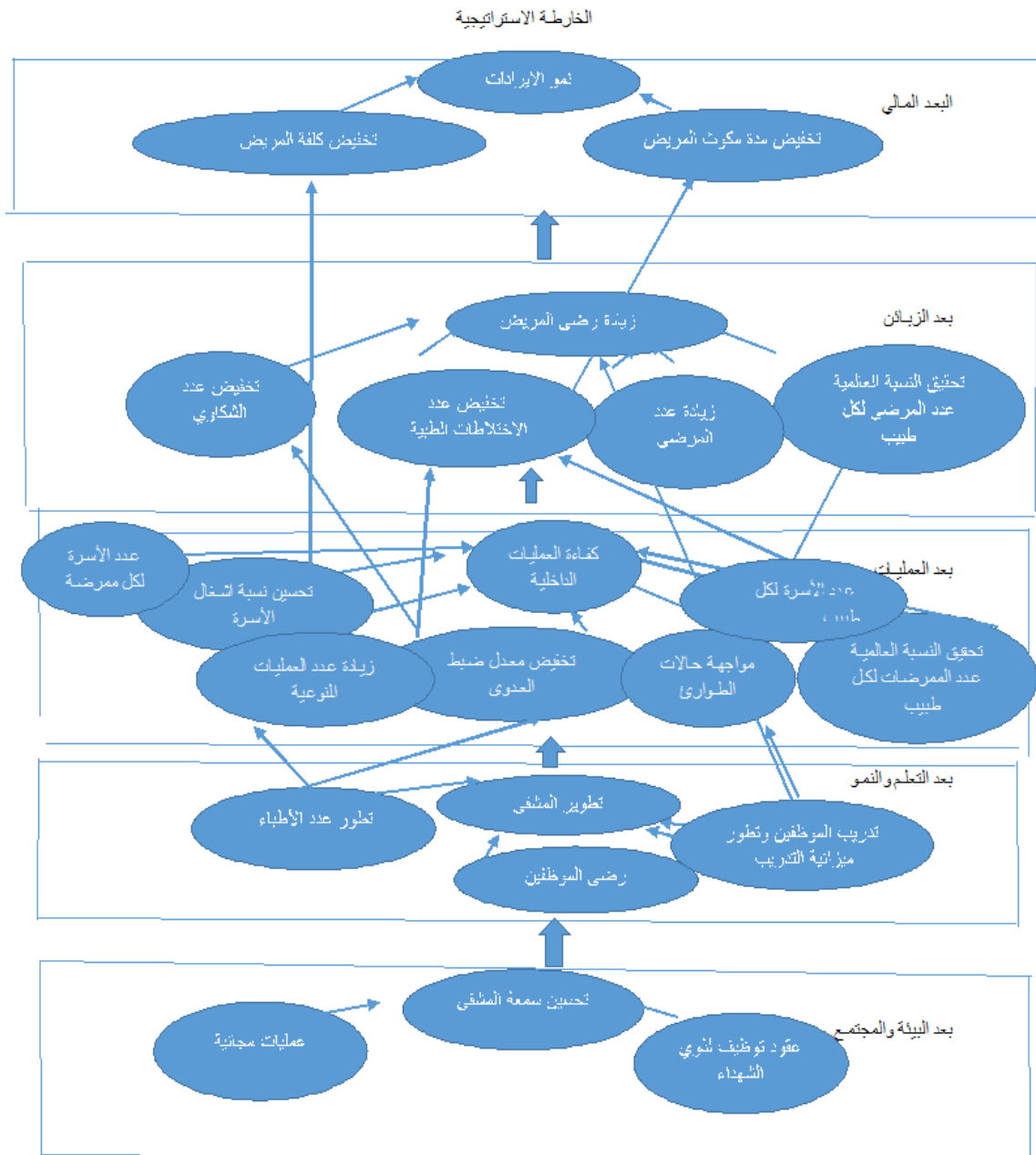
ومن خلال المقابلات الشخصية مع الإداريين في المشفى، وبالاعتماد على رؤية ورسالة المشفى تم تحديد أولويات العمل في المشفى هي (ضبط العدوى وجودة الخدمة الطبية، وتدريب الأطباء ورضى المريض)، لتكون الأهداف على مستوى كل مكون من مكونات بطاقة الأداء المتوازن هي:

- **البعد المالي:** ويرتبط بتخفيض التكاليف الكلية والعمل على زيادة الإيرادات من خلال زيادة عدد المرضى المخدمين وعدد الخدمات المقدمة لهم، وخفض كلفة المريض وتحقيق كفاءة الأداء المالي، والاستغلال السليم لأسرة المشفى من خلال الحفاظ على معدل مكث مقبول للمريض.
 - **بعد الزبائن:** ويهدف إلى تحسين العلاقة مع المرضى والمتعاملين مع المشفى وذلك بتحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة وتخفيض عدد الشكاوى.
 - **بعد العمليات الداخلية:** ويرتبط بتحسين نوعية العناية أي يتعلق بجودة الخدمات المقدمة للمرضى.
 - **بعد التعلم والنمو:** أي زيادة رضى العاملين والأطباء، ويتعلق بمفهوم التطوير المستمر الذي يحقق هدف قياس الأداء.
 - **بعد البيئة والمجتمع:** ويرتبط بتحسين العلاقة مع المجتمع المحيط وتحسين سمعة المشفى.
- يعد نظام بطاقة الأداء المتوازن إطار عام لتطبيق الاستراتيجيات حيث تشتق عوامل النجاح الأساسية من الرؤية الاستراتيجية والتي تتضمن مقاييس متعددة لكل عامل من عوامل النجاح الأساسية المتعلقة بالأبعاد الخمسة، ويمكننا تصور كيف تترجم بطاقة الأداء المتوازن الاستراتيجية بشكل عملي كما يلي الشكل (17):



الشكل رقم (17) كيف نترجم بطاقة الأداء المتوازن بشكل عملي

بالاستناد إلى أولويات العمل ضمن الهيئة العامة لمشفى العيون الجراحي: (ضبط العدوى، جودة الخدمة، رضى المريض) فإننا نعكس الخارطة الاستراتيجية لبطاقة الأداء المتوازن كما هو مبين بالشكل رقم (18):



الشكل رقم (18) الخارطة الاستراتيجية: المصدر: إعداد الباحثة

وعن كيفية استنتاج المقاييس من عوامل النجاح الأساسية بالنسبة للاستراتيجية نبين ذلك في الشكل (19):

تقديم أفضل أنواع الرعاية الطبية بأقل التكاليف في
مجال طب العيون وتأهيل أفضل الأطباء الاخصائيين

الاستراتيجية

الأبعاد

المالي	الزبائن	العمليات الداخلية	التعلم والنمو	البيئة والمجتمع
--------	---------	-------------------	---------------	-----------------

الأهداف الأساسية

موازنة بين النفقات والإيرادات	رضى المريض	كفاءة العمليات	تطوير المشفى وسمعته	علاقة بناءة مع المجتمع
-------------------------------	------------	----------------	---------------------	------------------------

عوامل النجاح الأساسية

تخفيض فترة مكوث المريض في المشفى 7 أيام مقبول	معالجة أكبر عدد من المرضى	تحقيق النسبة العالمية عدد الممرضات لكل طبيب 4 ممرضات لكل طبيب، 1.14 المعدل دمشق	تدريب العاملين	توظيف ذوي الشهداء
زيادة الإيرادات السنوية	تخفيض عدد الاختلاطات الطبية 3% المقبول عالميا	زيادة عدد العمليات النوعية	تطور ميزانية التدريب	
تخفيض كلفة المريض او عدم زيادتها	تحقيق النسبة العالمية عدد المرضى لكل طبيب (600-750) مريض شهريا (معدل عالمي) المعدل على مستوى دمشق 37.9	تحسين نسبة اشغال الأسرة الوسطي العالمي 80-85% والمعدل على مستوى دمشق 68% عدد العمليات لكل طبيب المعدل المقبول عالميا 8 عملية لكل طبيب شهريا ، 5.9 على مستوى دمشق	عدد الأطباء المقيمين	عمليات مجانية للمحتاج
		مواجهة حالات الطوارئ	رضى الموظفين	
		تحقيق المعدل القياسي عدد الأسرة لكل طبيب ولكل ممرض 5 أسرة لكل طبيب (1.01، دمشق) 2، سرير لكل ممرضة (1.15 معدل دمشق)	تطور عدد الأطباء المقيمين	

المقاييس

فترة المكوث	عدد المرضى	عدد العمليات	عدد العاملين المدربين	عدد عقود التوظيف لذوي الشهداء
كتلة الإيرادات، او نسبة تطورها	نسبة الاختلاطات الطبية	عدد الأسرة لكل طبيب، عدد الأسرة لكل ممرض	كتلة ميزانية التدريب	
كلفة المريض	عدد الشكاوى المكتوبة	عدد الممرضات لكل طبيب	عدد الأطباء الاخصائيين	عدد العمليات المجانية
	عدد المرضى لكل طبيب	عدد العمليات الإسعافية	تحقيق رضى الموظفين	
		معدل ضبط العدوى	عدد الأطباء المقيمين	
		نسبة اشغال الأسرة		
		عدد العمليات لكل طبيب		

الشكل رقم (19) اشتقاق المقاييس من عوامل النجاح الرئيسية: المصدر: إعداد الباحثة

تم استنتاج عدد من المؤشرات على مستوى مدينة دمشق تبع لتوفر البيانات، وبالاعتماد على قاعدة بيانات وزارة الصحة ومنظمة الصحة العالمية، وقد ارتأينا أنه من المفيد حساب المؤشرات استنادا إلى المعدل العالمي والمعدل على مدينة دمشق لإغناء البحث.

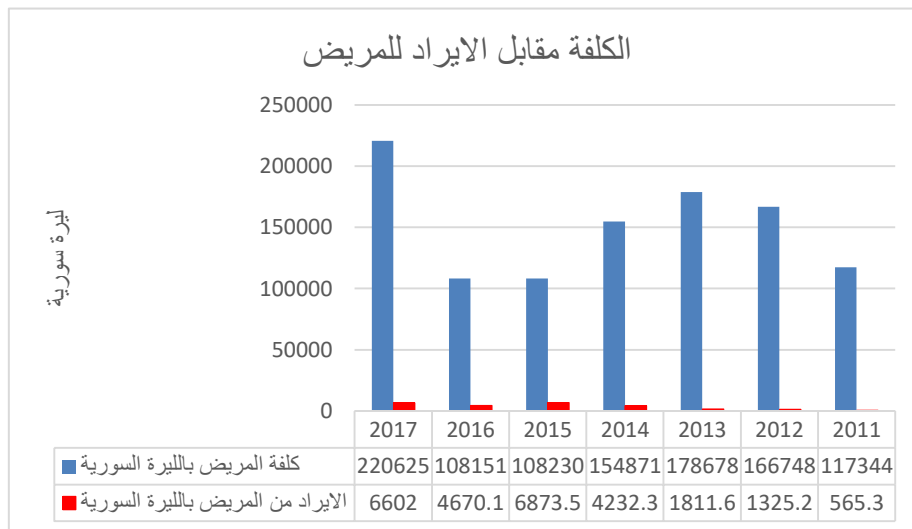
تم العمل عند إعداد بطاقة الأداء المتوازن باعتماد سيناريوهين، الأول استخدام التثقيف المتساوي للأبعاد الخمسة بإعطاء كل بعد 20% من العلامة، والثاني: يختلف باختلاف الأهمية النسبية لكل بعد في كل مشفى تبعا لاستراتيجيتها، وذلك للسماح بإمكانية المقارنة بين المشافي الستة سواء كانت عامة أو خاصة بافتراض نفس الأهمية النسبية لكل بعد من أبعاد البطاقة هذا في الحالة الأولى، وفي الحالة الثانية اعتماد الأسلوب الشائع لبطاقة الأداء المتوازن، واعتماد تثقيف أبعاد البطاقة وفق الأهمية النسبية لكل بعد حسب رسالة المشفى وتوجهاتها وهنا نفضل المقارنة بين المشافي العامة فيما بينها وبين المشافي الخاصة فيما بينها.

وعند الحديث عن مؤشرات الأداء وقياسها اعتمدنا في القياس حسب توفر المعلومات باعتماد هدفين: هدف عالمي، أو هدف على مستوى مدينة دمشق، وذلك لدعم البحث ومعرفة ما تحققه المشفى من انجاز على المستوى العالمي للمؤشر، أو على المستوى المحلي له، والجدول رقم (9) الذي يظهر في الصفحة (122) يبين المؤشرات التي استطعنا ان نحصل على هدف لها على مستوى مدينة دمشق، إضافة إلى الهدف العالمي.

وبتحليل عوامل النجاح الأساسية للهيئة العامة لمشفى العيون الجراحي نبين التالي:

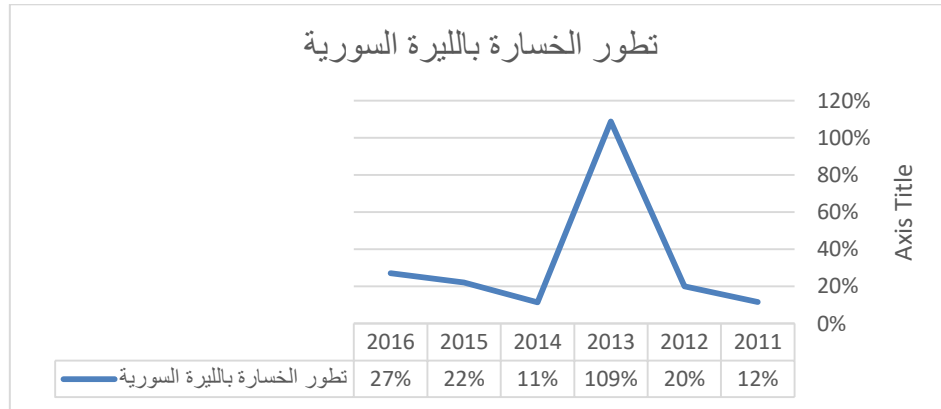
البعد المالي: تهدف الهيئة العامة لمشفى العيون الجراحي إلى زيادة الإيرادات وخفض كلفة المريض، وتخفيض مدة مكوثه في المشفى مع الحفاظ على صحته، وتعكس هذه المقاييس مدى قدرة المشفى على الاستمرارية بتقديم خدمات ذات جودة أفضل لأكثر عدد من المرضى وبأسعار منافسة.

وبتحليل الواقع المالي للمشفى خلال الفترة 2011-2017 نرى:



الشكل رقم (20) مقارنة كلفة المريض مع الإيراد المتحقق منه

ارتفاع تكلفة 1 المريض التي يتحملها المشفى من 117344 ليرة سورية عام 2011 إلى 220625 ليرة عام 2017 وبنسبة 88%، في حين ارتفع الإيراد من المريض من 565.3 ليرة سورية عام 2011 إلى 6602 ليرة سورية عام 2017 وبمعدل عشرة أضعاف، لكن الخدمات بحد ذاتها في المشفى شبه مجانية حيث أن 35% فقط من إجمالي الخدمات مأجور، ومن الشكل رقم (20) نلاحظ الفروقات الكبيرة بين الكلفة التي تتحملها المشفى مقابل الإيراد الذي تحققه على الرغم من زيادته، وإذا ما حسبنا الخسارة على مستوى إجمالي الانفاق نلاحظ أنها ازدادت بنسبة 384% من عام 2011 حتى عام 2017. ويوضح الشكل رقم (21) تطور الخسارة بالليرة السورية في الهيئة العامة لمشفى العيون الجراحي



الشكل رقم (21) تطور الخسارة بالليرة السورية في مشفى العيون الجراحي

من الشكل رقم (21) نلاحظ أن تطور الخسارة 3 عام 2013 كان الأكبر مقارنة بالأعوام الأخرى، بسبب زيادة الانفاق (شراء معدات وأجهزة طبية) ولم يترافق ذلك بتطور مماثل في إيرادات المشفى.

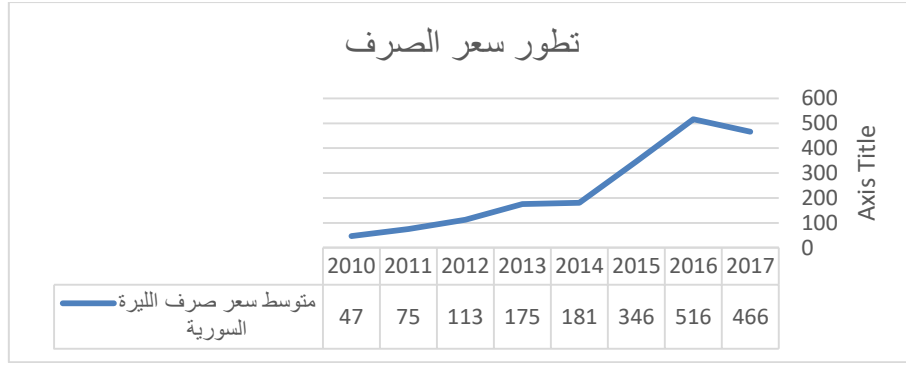
وفي نفس الوقت نرى من المفيد استعراض تطور متوسط سعر صرف الليرة السورية خلال الفترة 2010-2017 كما يبينه الشكل رقم (22)

¹ تم حساب كلفة المريض كالتالي:

اجمالي الانفاق السنوي/عدد (العمليات السنوية+ المراجعات السنوية) = كلفة العملية والمراجع أي كلفة المريض بشكل إجمالي

² إذ تتحمل المشفى تكاليف إضافية بسبب زيادة عدد العمليات بشكل عام بين الفترة (2011-2017) والعمليات المجانية التي تقدمها من 320 عملية عام 2011 إلى 2270 عام 2017، كذلك ارتفاع تكاليف المواد الطبية بسبب ارتفاع سعر صرف الدولار مقابل الليرة السورية بما يقارب عشرة أضعاف من \$1=50 ليرة إلى \$1=498 ليرة

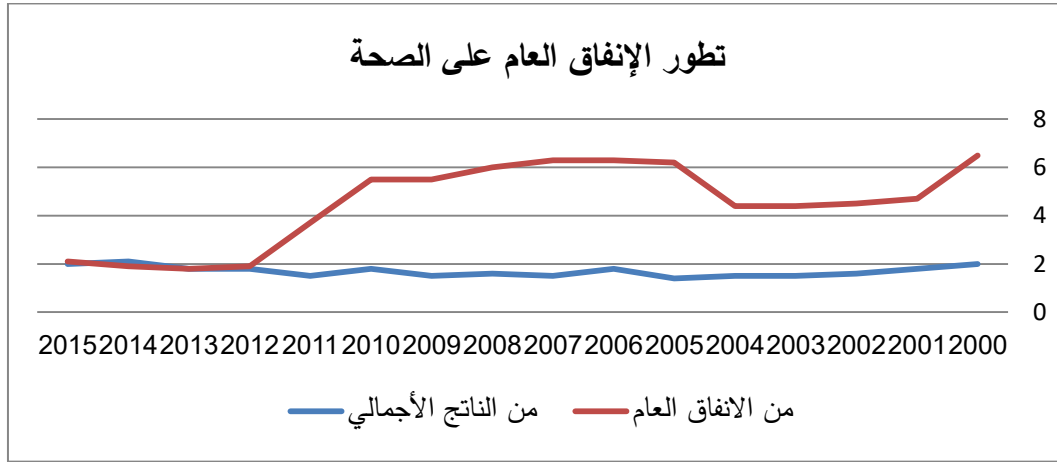
³ تم حساب الخسارة كالتالي: تم حساب إجمالي الانفاق السنوي (الجاري ونسبة من الاستثماري) + الاهتلاكات السنوية - الإيرادات السنوية
تم تحديد نسبة الانفاق الاستثماري المضافة من قبل الإدارة المالية في كل مشفى



الشكل رقم (22) تطور متوسط سعر صرف الليرة السورية مقابل الدولار 2010-2017

نلاحظ التفاوت الكبير في سعر صرف الليرة السورية مقابل الدولار خلال الفترة 2010-2017 والذي زاد من كلفة استيراد وصيانة الأجهزة الطبية وشراء قطع التبدل، وفي كلفة المواد الطبية والتي تستخدم بشكل يومي ومستمر في كافة مؤسسات القطاع الصحي.

تراجع تمويل الصحة كما الخدمات التنموية الأخرى من قبل الحكومة بشكل كبير، فقد تم تخفيض الإنفاق على الصحة من 7.5 مليار ليرة سورية في عام 2010 إلى 5.2 مليار ليرة سورية في عام 2011 ومن ثم إلى 4.4 مليار ليرة سورية عام 2012. مع الأخذ بعين الاعتبار انخفاض سعر صرف الليرة السورية بشكل كبير، والشكل التالي يبين تطور الإنفاق على الصحة خلال الفترة 2000-2015



الشكل رقم (23) تطور الإنفاق على الصحة (2010-2015)،

المصدر: هيئة التخطيط والتعاون الدولي

من الشكل رقم (23) نلاحظ تراجع الإنفاق العام على الصحة كنسبة من الإنفاق العام، وثباته نسبياً كنسبة من الناتج المحلي الإجمالي، وهذا يدل على الضغط الذي يعانيه القطاع الصحي في سورية من حيث قلة الإمكانيات المادية اللازمة لدعمه، وبالمقابل الازدياد الكبير في

¹ بيانات هيئة التخطيط والتعاون الدولي 2015-2000

الطلب على الخدمات الصحية بسبب الأزمة التي يمر بها بلدنا، وهذا كله يساهم في تبرير خسارة القطاع الصحي، ولكن رغم ذلك فإننا مطالبون بكفاءة الانفاق وهذا ما تسعى إليه بطاقة الأداء المتوازن.

تراوح معدل المكث في المشفى بين 3 أيام إلى 2.4 خلال الفترة 2011-2017 وهو ضمن المعيار القياسي 7 أيام وربما يعتبر منخفضا قليلا وهذا يعود الى طبيعة عمل المشفى التخصصي الذي لا يحتاج المريض فيه لتلقي الخدمة أكثر من ذلك¹.

وعلى الرغم من أن تقييم البعد المالي بشكل اجمالي في الهيئة العامة لمشفى العيون الجراحي هو 10% من 20% لكننا نعتبر هذا الإنجاز جيد في ظل ظروف الأزمة، وهذا يعكس قدرة المشفى على استمرارية تقديم الخدمات على الرغم من أن الخدمات المقدمة للمواطنين شبه مجانية، وعلى الأساس المتين للبنية التحتية للمشفى وعلى ثقة المرضى بجودة الخدمة المقدمة، والجدول رقم (10) يبين البعد المالي وفق بطاقة الأداء المتوازن

الجدول رقم (10) البعد المالي في مشفى العيون الجراحي مع اعتماد التثقيف المتساوي للأبعاد²

مشفى العيون	الهدف	المقياس	وسطي الفترة 2011-2016	2017	التثقيف	النتيجة
عدد الأسرة النظري	120					
البعد المالي						
كلفة المريض	تخفيض الكلفة او عدم زيادتها	كلفة المريض/ل.س	139004	220625	10%	0
قيمة الإيرادات	زيادة الإيرادات	كتلة الإيرادات ل.س	26020097	67808722	5%	5%
ايام إقامة المريض	تخفيض معدل المكث (7)	معدل المكث/ يوم	2.6	2.5	5%	5%
النتيجة النهائية					20%	10%

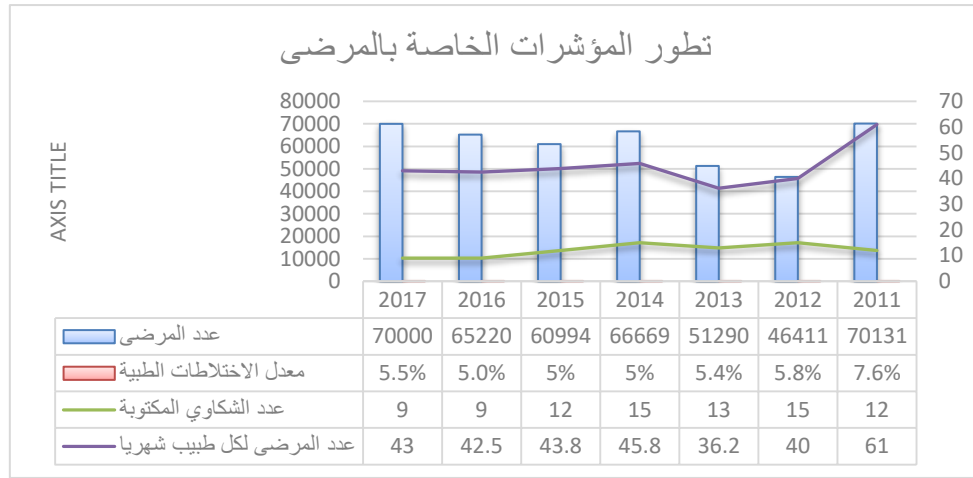
النتيجة النهائية = (تثقيف القياس * النتيجة الفعلية) // الهدف

1 يعتبر متوسط مدة الإقامة من المؤشرات الإحصائية الهامة التي تستخدم لتقويم كفاءة المشفى في تقديم الخدمات للمرضى ومدى استخدام المشفى إمكانياته المتاحة. فإذا زاد متوسط مدة الإقامة في المستشفيات عن متوسط الإقامة المتعارف عليه في المستشفيات المماثلة والتي تقدم خدمات متشابهة فإن ذلك قد يدل على وجود بعض الخلل في الإجراءات الطبية والتمريضية أو الإدارية المتبعة في هذا المشفى ويجب على إدارة المشفى مراجعة هذه الإجراءات واتخاذ ما يلزم لتصويب الأخطاء إن وجدت. المعيار القياسي (7 أيام) ويحسب بالمعادلة التالية: مجموع عدد أيام المرضى (مكث+خروج+وفاة) خلال فترة زمنية معينة /مجموع عدد المرضى (مكث+خروج+وفاة) خلال نفس الفترة.

ضمن المحاور التفصيلية للأبعاد سنعرض الترجيح المتساوي للأبعاد وفي البطاقة الكلية للمشفى سنعرض الترجيح حسب الاستراتيجية والترجيح المتساوي منعا للتكرار وسهولة القراءة.²

بعد الزبائن

- ضمن استراتيجية ورؤية الهيئة العامة لمشفى العيون الجراحي توضع مصلحة المريض وصحته في سلم أولويات العمل وبناء على تطور واقع الأرقام خلال الفترة 2011-2017 نرى:
- لم يكن هناك زيادة في عدد المرضى بين الفترتين 2011-2017 ولكن بالمقابل لم يكن هناك تراجع بل بقي يتراوح عدد المرضى بين 60000 و70000 مريض سنوياً
 - حدث تحسن في معدل الاختلاطات الطبية¹ حسب إحصاءات المشفى اذ تراجع المؤشر من نسبة 7.6% عام 2011 إلى نسبة 5.5% عام 2017 وهذا يدل على تمكن الأطباء من تقديم الخدمات ذات الجودة العالية والقدرة الفنية للمشفى على تقديم ذلك، لكنها بقيت أعلى من المعدل العالمي المسموح به للأخطاء والاختلاطات الطبية 3%².
 - انخفض عدد الشكاوى المكتوبة المقدمة لإدارة المشفى من 12 شكاوى في العام 2011 إلى 9 شكاوى عام 2017، لكن يجب الإشارة إلى أنه لا توجد ثقافة تقديم الشكاوى المكتوبة لدى المرضى ويمكن بطبيعة الحال ألا يعكس هذا الرقم الواقع الفعلي، والشكل رقم (24) يبين تطور المؤشرات الخاصة بالمرضى خلال الفترة 2011-2017



الشكل رقم (24) يبين تطور المؤشرات الخاصة بالمرضى خلال الفترة 2011-2017

ومن الشكل نلاحظ أن عدد المرضى (المراجعين) لكل طبيب انخفض من 61 مريض شهرياً إلى 43 مريض وهذا بسبب زيادة عدد الأطباء من 96 طبيب عام 2011 إلى 129 طبيب عام

¹ هي عبارة عن أخطاء يتم ارتكابها في المجال الطبي نتيجة انعدام الخبرة أو الكفاءة من قبل الطبيب الممارس أو الفئات المساعدة. وعرف القانون الأخطاء الطبية ونص على «يعد خطأ طبياً كل خطأ يرجع إلى أي من الآتي: الجهل بأمر فنية استقر عليها العرف الطبي ويفترض في كل من يمارس المهنة الإلمام بها، الإهمال أو عدم بذل العناية اللازمة، بما في ذلك مراقبة الطبيب لمعاونيه في التدخل الطبي ومسؤوليته عن أعمالهم وأخطائهم متى كانوا تحت رقابته، وفي جميع الأحوال يراعى في تقرير الخطأ الطبي الظروف الخارجية التي وجد فيها الطبيب

² إحصائيات منظمة الصحة العالمية 2016.

2017 دون زيادة في عدد المرضى وهذا يدل على جودة الخدمة المقدمة للمريض لكنها مترافقة لهدر وعدم استغلال جيد للإمكانات الطبية ووجوب توظيفها في أماكن جغرافية ومشارفي أخرى. ويأتي تقييم بعد الزبائن بشكل اجمالي في الهيئة العامة لمشفى العيون الجراحي هو 7.67% من 20%، لذا يتوجب على إدارة المشفى العمل على تحسين الخدمات المقدمة للزبائن من خلال تخفيض معدل الاختلاطات الطبية للنسبة المقبولة عالميا، وهذا يستوجب تدريب الكوادر الطبية والتمريضية واستخدام التقنيات الطبية الحديثة، كما يجب الاستفادة من الكادر الطبي الموجود من خلال العمل على استقطاب عدد أكبر من المرضى أو توظيفها بدوام جزئي لتحسين استغلالها، والجدول رقم (11) بين العلامة وفق بطاقة الأداء المتوازن.

الجدول رقم (11) بعد الزبائن في مشفى العيون الجراحي

مشفى العيون	الهدف	المقياس	وسطي الفترة	2017	النتيجة	النتيجة
2016-2010						
عدد الأسرة النظري	120					
بعد الزبائن						
عدد الزبائن	زيادة عدد المرضى او الحفاظ على وسطي الفترة	عدد الزبائن	60119.17	70000	5%	5
عدد المرضى لكل طبيب	عدد المرضى لكل طبيب شهريا (600-750) شهريا 37.9 مستوى دمشق	عدد المرضى لكل طبيب	45	43	2.5%	0.17
						2.5
معدل الاختلاطات الطبية	معدل الاختلاطات الطبية 3% مقبول عالميا	معدل الاختلاطات الطبية	5,6%	5.5%	10%	0
عدد الشكاوى المكتوبة	تخفيض عدد الشكاوى، او الحفاظ على وسطي	عدد الشكاوى المكتوبة	12.67	9	2.5%	2.5
النتيجة النهائية						
					20%	677. %
						10 % ¹

¹ العلامة بالأزرق علامة البعد باعتبار المعدل على مستوى دمشق هو الهدف.

بعد العمليات الداخلية:

تسعى الهيئة العامة لمشفى العيون الجراحي إلى تقديم أفضل الخدمات الطبية في مجال طبابة وجراحة العيون، وهذا يستوجب تكاملا في وظائف عمل المشفى وتحليلا لواقع العمل يظهر نقاط القوة لتعزيزها ونقاط الضعف للعمل على تجاوزها، وبناء على البيانات والإحصاءات المتوفرة في المشفى تم تحديد مؤشرات العمليات الداخلية التي تعكس مدى قدرة المشفى على تقديم خدمات بجودة عالية. والشكل رقم (25) يبين اهم تلك المؤشرات:

- نلاحظ خلال الفترة 2011-2017 انخفاض معدل ضبط العدوى¹ (العدوى الناتجة عن العمل الجراحي) من 3% إلى 1%، في حين ان المعدل العالمي المسموح به لضبط العدوى هو 2%، وهذا يدل على دقة إجراءات النظافة والتعقيم التي يتبعها المشفى وسلامة سياسات ومعايير ضبط العدوى.

- يبلغ عدد الأسرة في الهيئة العامة لمشفى العيون الجراحي 120 سرير، يبين معدل اشغال الأسرة² انه تحسن من 36% عام 2011 إلى 45% عام 2017، لكن المعدل العالمي هو 80% وهذا يدل أن طاقات المشفى غير مستغلة بشكل جيد اذ تعد نسبة 45% منخفضة نسبيا.

- يشير معدل الأسرة/طبيب³ إلى تحسن المؤشر من 3 سرير لكل طبيب عام 2011 إلى 3.75 سرير لكل طبيب عام 2017، والمستوى المقبول عالميا هو 4 اسرة لكل طبيب، وهذا يدل على جودة الخدمة التي يتلقاها المريض من حيث توفر عدد الأطباء الكافي.

- يشير معدل سرير/ممرضة⁴ إلى انخفاض المؤشر من 1.69 سرير لكل ممرضة عام 2011 إلى 1.35 سرير عام 2017، والعدد المقبول عالميا هو 2 سرير لكل ممرضة، وهذا يدل على جودة الخدمة التمريضية التي يتلقاها المريض، ولكن أيضا على عدم الاستغلال الأمثل للكوادر التمريضية المتوفرة.

¹ مكافحة العدوى هو الفرع العلمي الذي يطبق أساسيات علم الوبائيات والمبادئ العلمية والتحليل الإحصائي لمنع أو الحد من معدلات عدوى المستشفيات بين العاملين بالمشفى وبين المرضى والزوار، لتصبح برامج مكافحة العدوى فيما بعد شرطا أساسيا لبرامج الاعتماد الصحية مثل (JCI) للحد من انتشار العدوى داخل المستشفيات ومقدمي الرعاية الصحية الأولية، ولرفع مستوى جودة الخدمات المقدمة. يخاطب برنامج ضبط العدوى العوامل المرتبطة بانتشار العدوى داخل أماكن تقديم الرعاية الصحية (سواء من مريض إلى مريض آخر، أو من المرضى لطاقم العمل بالمستشفيات، أو العكس من طاقم العمل إلى المرضى، أو فيما بين أعضاء طاقم العمل نفسه)، ومنها الوقاية (سواء من خلال التدابير الصحية لنظافة اليد/غسل اليدين، التنظيف/تطهير العدوى/التعقيم، والتطعيم، والمراقبة)، بالإضافة إلى إجراءات الرقابة/التحقيق في انتشار العدوى المشتبه بها في مكان معين.

² يؤثر هذا المقياس بنسبة الاستغلال الفعلي للأسرة المتاحة في المشفى على النحو الذي يعزز من أداء المشفى، ويحسب بالعادلة التالية

نسبة اشغال الأسرة = مجموع عدد أيام المرضى الراقدين خلال سنة / (عدد الأسرة * 365 يوم)

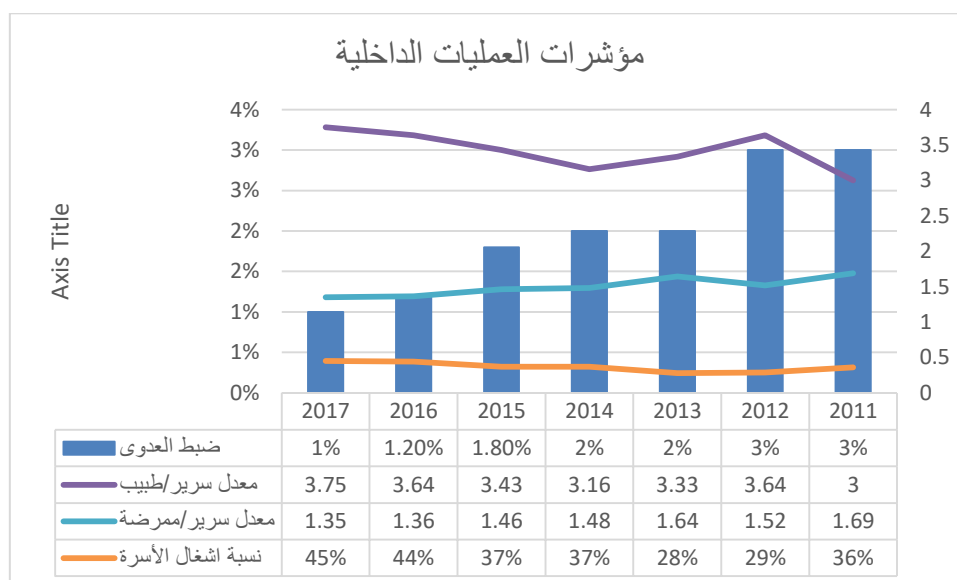
³ عدد الأسرة/طبيب: أي ما يصيب الطبيب الواحد من الأسرة في المشفى، فزيادة عدد الأسرة للطبيب الواحد يعني تدني مستوى الخدمات الصحية في المشفى والعكس صحيح، والمستوى المقبول عالميا هو 4 أسرة لكل طبيب.

⁴ عدد الأسرة/ممرضة: أي نصيب الممرض أو الممرضة من أسرة المشفى، ففقدان عدد الأسرة يرفع من مستوى الخدمة المقدمة للمرضى والمصابين، والعدد المقبول عالميا غالبا هو سريران لكل ممرضة.

- تتوفر لدى المشفى كامل الأجهزة الخاصة بجراحة وطب العيون وتعمل المشفى على تحديثها قدر الإمكان

كما تحسن نظام المعلومات الخاص بالمشفى، حيث حققت المشفى عام 2017 تعبئة كاملة لاستمارة المريض بما يخدم عملية التوثيق، وتسعى لبناء نظام معلومات يحفظ حقوق جميع الأطراف.

وبالنسبة لقدرة المشفى على مواجهة حالات الطوارئ ارتفع عدد العمليات الاسعافية من 189 عملية عام 2011 إلى 896 عملية عام 2017 واجمالي عدد العمليات من 5981 عام 2011 إلى 7955 عملية عام 2017 وهذا يدل على البنية التحتية والامكانيات الطبية الجيدة لدى المشفى



الشكل رقم (25) مؤشرات العمليات الداخلية في مشفى العيون الجراحي

حسب بطاقة الأداء المتوازن تم تقييم بعد العمليات الداخلية بعلامة 17% من 20% حسب

الجدول رقم (12)

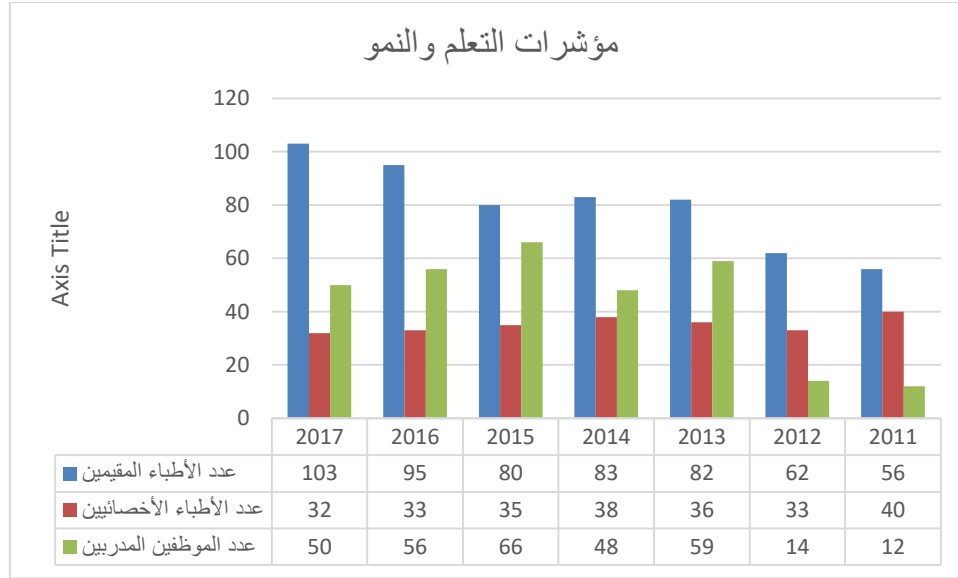
الجدول رقم (12) بعد العمليات الداخلية في مشفى العيون الجراحى

مشفى العيون	الهدف	المقياس	وسطي الفترة 2016-2011	2017	التثقيل	النتيجة
عدد الأسرة النظري	120					
بعد العمليات الداخلية						
ضبط العدوى	تخفيض معدل ضبط العدوى (المعدل المقبول عالميا 2%)	تطور معدل ضبط العدوى	2%	1%	3%	3%
عدد الممرضات لكل طبيب	تحقيق النسبة العالمية 4 ممرضين لكل طبيب (1.14) مستوى دمشق	عدد الممرضات لكل طبيب	1.92	2.17	1%	0.54 1
عدد الأسرة المستغلة في المشفى	نسبة اشغال الأسرة المعدل العالمي 80-85%، الاشغال 68% مستوى دمشق	نسبة الاشغال	35%	45%	3%	1.25 1.9
عدد العمليات لكل طبيب	عدد العمليات لكل طبيب (8 عمليات لكل طبيب)	عملية/ طبيب	14.92	12.90	4	4
عدد العمليات التي يقدمها المشفى	زيادة عدد العمليات، او الحفاظ على وسطي الفترة	عدد العمليات	6347	7955	3	3
معدل سرير/طبيب	تحقيق المعدل العالمي (4 اسرة لكل طبيب) 1.01 مستوى دمشق	عدد الأسرة /عدد الأطباء	3.365	3.75	2	1.8 2
معدل سرير/ممرضة	تحقيق المعدل العالمي (2 سرير لكل ممرضة) 1.15 مستوى دمشق	عدد الأسرة /عدد التمريض	1.53	1.35	1	0.67 1
القدرة على مواجهة حالات الطوارئ	مواجهة كافة حالات الطوارئ	عدد العمليات الاسعافية	632	896	3	3
النتيجة النهائية	النتيجة الفعلية* تثقيل المقياس / الهدف					17% 18.9%
					20%	

بعد التعلم والنمو:

من أولويات العمل لدى الهيئة العامة لمشفى العيون الجراحي تدريب وتخريج أطباء أخصائيين في مجال طب العيون وجراحاتها ويبدو أن الهيئة قد نجحت في ذلك إذ ارتفع عدد الأطباء المقيمين من 56 طبيب عام 2011 إلى 103 طبيب عام 2017، كما تولي الهيئة اهتماما جيدا بتدريب الموظفين الإداريين (تواصل، لغة، كمبيوتر) لتحسين جودة الخدمات المقدمة من قبل الهيئة وتطوير التواصل مع المرضى، من الشكل رقم (26) نلاحظ انه ارتفع عدد الموظفين المدربين من 12 موظف عام 2011 إلى 50 موظف عام 2017، وبالمقابل رفعت الهيئة المبلغ المخصص للتدريب من 500000 ليرة سورية عام 2011 إلى 3500000 ليرة سورية عام 2014 لإيمانها بأهمية التدريب لتطوير عملها.

لكن انخفض عدد الأطباء الأخصائيين من 40 طبيب اخصائي عام 2011 إلى 32 طبيب أخصائي عام 2017، ويعود ذلك إلى تأثير ظروف الأزمة على طبيعة العمل والواقع الأمني، والأجور المدفوعة مما دفع ببعض الأطباء للسفر أو العمل لدى المشافي الخاصة¹.



الشكل رقم (26) يعكس مؤشرات العلم والنمو خلال الفترة 2011-2017

وعن علاقة الموظفين بالإدارة ورضاهم عن عملهم يظهر تحليل الاستبيان النتيجة التالية المبينة في الجدول رقم (13)، مع الانتباه إلى ان:

الوسط الحسابي = التكرارات بعد التثقيف / تكرارات إجابات العينة أي الوسط الحسابي = $3.7 = 30/111$

الجدول رقم (13) نتائج الاستبيان حول رضى الموظفين ومستوى علاقتهم مع الإدارة في الهيئة العامة

لمشفى العيون التخصصي

العينة/ العيون	جيد جداً	جيد	مقبول	سيء	سيء جداً	المجموع
الموظفين	0	21	9	0	0	30
التثقيف	5	4	3	2	1	15
التكرارات بعد التثقيف	0	84	27	0	0	111

بشكل عام حصل بعد التعلم والنمو على علامة 17.7% من 20% حسب الجدول رقم (14) وهذا يتطلب من الهيئة تحسين ظروف العمل والأجور الممنوحة للأطباء الأخصائيين للحفاظ عليهم ومنع تراجع عددهم على المدى المنظور.

¹ جميع الأرقام والبيانات الظاهرة من البحث أخذت من مديرية المالية والموارد البشرية والدراسات التي يقوم بها مكتب المتابعة في المشفى قيد الدراسة والتحليل الإحصائية التي تقوم بها المشفى

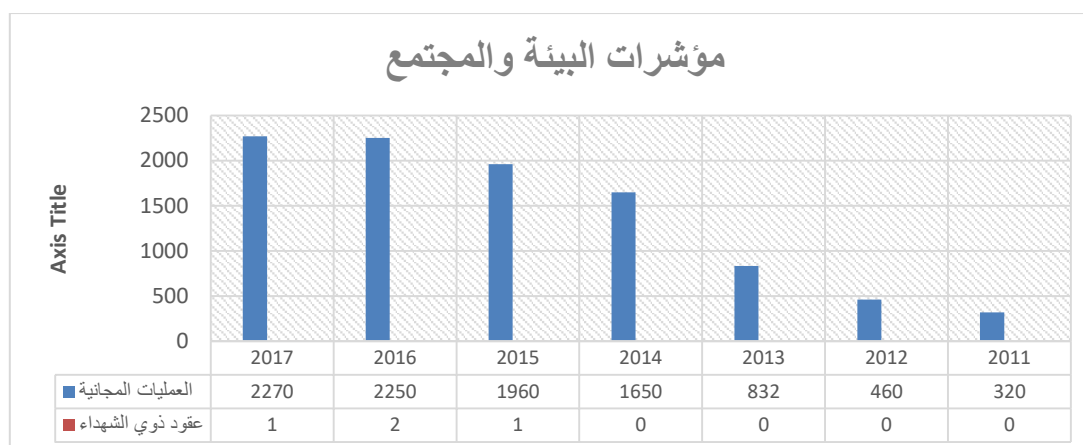
الجدول رقم (14) بعد التعلم والنمو في مشفى العيون الجراحي

مشفى العيون	الهدف	المقياس	وسطي الفترة	2017	النتيجة	النتيجة
2016-2011						
بعد التعلم والنمو						
علاقة الإدارة بالموظفين	بناء علاقة إيجابية بين الطرفين	رضى الموظفين			3.7	5%
تدريب الأطباء المقيمين	زيادة عدد الأطباء أو الحفاظ على وسطي الفترة	عدد الأطباء المقيمين	76	103	5	5
تطور الأطباء الاختصاصيين	زيادة عدد الأطباء أو الحفاظ على وسطي الفترة	عدد الأطباء الاختصاصيين	36	32	4	5
تدريب الموظفين	زيادة عدد الموظفين المدربين 10 على الأقل سنوياً	عدد الموظفين المدربين	42.5	50	2.5	2.5
المبلغ المخصص للتدريب	زيادة المبلغ المصروف على التدريب أو الحفاظ على وسطي الفترة	المبلغ المصروف على التدريب	1508333	3500000	2.5	2.5
النتيجة النهائية	النتيجة الفعلية* تتقيل المقياس / الهدف					20% 17.7%

بعد البيئة والمجتمع:

ضمن استراتيجية الهيئة العامة لمشفى العيون الجراحي تسعى المشفى لتكون مواظنا صالحا من خلال الحفاظ على مخلفات نظيفة وتقديم الخدمات الطبية في مجال طب العيون لأوسع شريحة من الناس، وعلى الرغم من أن 35% فقط من خدمات المشفى مأجور، تقدم المشفى عمليات جراحية مجانية نظرا للظروف الاقتصادية الصعبة التي سببتها الأزمة في سورية وأثرت على أغلب شرائح الشعب السوري، كما صدر القرار رقم (36) لعام 2015¹ الذي لزم الجهات العامة بتوظيف نصف احتياجاتها من القوى العاملة لذوي الشهداء، حيث يبين الشكل رقم (27) أنه ارتفع عدد العمليات المجانية التي تقدمها المشفى من 320 عملية مجانية عام 2011 إلى 2270 عملية مجانية عام 2017، في حين انه لم يتم توظيف إلا 4 من ذوي الشهداء في المشفى في الفترة ما بين 2015-2017.

¹ القانون رقم 36 الذي أصدره السيد الرئيس بشار الأسد بتاريخ 31-12-2014 بحيث يتاح لذوي الشهداء أو المصابين بعجز تام نسبة 50 بالمئة من الشواغر في المسابقات أو الاختبارات التي تعلن عنها الجهات العامة مشيرا إلى أن القانون جاء كاملا ليشمل بالإضافة إلى ذوي الشهداء العسكريين ذوي شهداء قوى الأمن الداخلي والشهداء المدنيين الذين يقاتلون إلى جانب الجيش العربي السوري إضافة إلى العاملين في الدولة.



الشكل رقم (27) بين مؤشرات البيئة والمجتمع.

وبأخذ اجمالي البعد ككل نرى أنه قد حقق علامة 15% من 20% حسب الجدول رقم (15)، لكن السبب وراء انخفاض عقود ذوي الشهداء، أن العمالة التي يحتاجها المشفى هي من الفئة الخامسة (عمال ومستخدمين) ولم يتقدم من ذوي الشهداء ما يناسب احتياجات المشفى.

الجدول رقم (15) بعد البيئة والمجتمع

مشفى العيون	الهدف	المقياس	وسطى الفترة	2017	النتيجة
2016-2011					
عدد الأسرة النظري	120				
البيئة والمجتمع					
العمليات المجانية	عدد العمليات المجانية	تطور عدد العمليات المجانية	1245	2270	15
عقود ذوي الشهداء	عدد عقود ذوي الشهداء	زيادة الموظفين من ذوي الشهداء	0.5	1	0
النتيجة النهائية	النتيجة الغيلية * تنقل المقياس / الهدف				
	15%				

وبأخذ بطاقة الأداء المتوازن لكامل الهيئة العامة لمشفى العيون الجراحي نلاحظ من الجدول رقم (16) انها حققت العلامة 67.7% باعتماد المعدل العالمي والتثقل المتساوي، و71.68% باعتماد المعدل على مستوى دمشق والتثقل المتساوي و80.6% باعتماد المعدل العالمي والتثقل حسب الاستراتيجية، و84.13% باعتماد المعدل على مستوى دمشق والتثقل حسب الاستراتيجية. وهذه علامة وفق التثقلين (عالمي/دمشق) مرتفعة نسبيا وتدل على جودة الخدمة الطبية المقدمة من قبل المشفى، إذ أن كافة المؤشرات الموجودة في البطاقة وللأبعاد الخمسة هي أبعاد تعكس الجودة في كل بعد.

الجدول رقم (16) بطاقة الأداء المتوازن للهيئة العامة لمشفى العيون التخصصي

مشفى العيون التخصصي		الربح		2017	وسطي الفترة	العلامة	النتيجة	تثقيف	النتيجة
				عدد الأسرة 120				2	
الهدف		المقياس							
البعد المالي									
كلفة المريض	تحقيق كلفة منافسة	كلفة المريض	220625	139003.7	10	0%	4	0	
قيمة الإيرادات	زيادة الإيرادات	كتلة الإيرادات	67808722	26020097	5	5	4	4	
عدد ايام إقامة المريض في المشفى	تخفيض معدل المكث 7 أيام مقبول عالميا	معدل المكث/ يوم	2.5	2.6	5	5	2	2	
بعد الزبائن									
عدد الزبائن	زيادة عدد المرضى	عدد المرضى	70000	60119.17	5	5	4	4	
عدد المرضى لكل طبيب	تحقيق النسبة العالمية (750-600)	عدد المرضى لكل طبيب شهريا	43	45	2.5	0.17	1	0.071	
معدل الاختلاطات الطبية	تخفيض معدل الاختلاطات الطبية (المعدل المقبول عالميا 3%)	معدل الاختلاطات الطبية	5.5%	5.6%	10	0	4	0	
عدد الشكاوى المكتوبة	تخفيض عدد الشكاوى	عدد الشكاوى المكتوبة	9	12.67	2.5	2.5	1	1	
بعد العمليات الداخلية									
ضبط العدوى	تخفيض معدل ضبط العدوى (المعدل المقبول عالميا 2%)	تطور معدل ضبط العدوى	1%	2%	3	3	7	7	
عدد الممرضات لكل طبيب	تحقيق النسبة العالمية 4 ممرضين لكل طبيب	عدد الممرضات لكل طبيب	2.17	1.92	1	0.54	2	1.08	
عدد الأسرة المستغلة في المشفى	تحسين نسبة الاشغال	نسبة اشغال الأسرة	45%	35%	3	1.25	7	3.93	
عدد العمليات لكل طبيب	عدد العمليات لكل طبيب (8 عمليات لكل طبيب)	عملية/ طبيب	12.90	14.92	4	4	1	1	
عدد العمليات التي يقدمها المشفى	زيادة عدد العمليات	عدد العمليات	7955	6347	3	3	7	7	
معدل سرير/طبيب	تحقيق المعدل العالمي (4 اسرة لكل طبيب)	عدد الأسرة /عدد الأطباء	3.75	3.365	2	1.8	2	1.87	
معدل سرير/مرضة	تحقيق المعدل العالمي (2 سرير لكل ممرضة)	عدد الأسرة /عدد التمريض	1.35	1.53	1	0.67	2	1.35	
القدرة على مواجهة حالات الطوارئ	مواجهة كافة حالات الطوارئ	عدد العمليات الاسعافية	896	632	3	3	7	7	
بعد التعلم والنمو									
رضى الموظفين	بناء علاقة إيجابية بين الطرفين	علاقة الإدارة بالموظفين			5	3.7	5	3.7	
تدريب الأطباء المقيمين	زيادة عدد الأطباء المقيمين	عدد الأطباء المقيمين	103	76	5	5	8	8	
تطور الأطباء الاختصاصيين	زيادة عدد الأطباء الاختصاصيين	عدد الأطباء الاختصاصيين	32	36	5	4	12	10.6	

5	5	2.5	2.5	42.5	50	عدد الموظفين المدربين	زيادة عدد الموظفين المدربين	تدريب الموظفين
5	5	2.5	2.5	1508333	3500000	المبلغ المصروف على التدريب	زيادة المبلغ المخصص للتدريب	المبلغ المخصص للتدريب
32.3	35%	17.7	20%					بعد البيئة والمجتمع
7	7	15	15	1245	2270	عدد العمليات المجانية	تطور عدد العمليات المجانية	العمليات المجانية
0	3	0	5	0.5	1	عدد عقود ذوي الشهداء	زيادة الموظفين من ذوي الشهداء	عقود ذوي الشهداء
7%	10%	15%	20%	0				
84.13	80.6	00%	71.68	67.7	1001%	النتيجة النهائية 100%		النتيجة النهائية

5-2-3 تطبيق بطاقة الأداء المتوازن في مشفى المواساة الجامعي.

تعد مشفى المواساة الجامعي من أكبر المراكز الطبية والتعليمية والخدمية الجامعية في الجمهورية العربية السورية، تقدم الرعاية الصحية والخدمات الطبية بتقنية عالية لجميع المواطنين، حيث يساهم في توفير العناية الطبية التشخيصية والعلاجية على مدار 24 ساعة وفق السياسة الصحية الوطنية التي تقرها الدولة، استحدث المشفى بموجب القانون رقم 251 تاريخ 1956/5/9، وبالإضافة لتقديم خدمات الرعاية الطبية والصحية، يوفر المشفى الخدمات التدريسية والتدريبية لطلاب كليات الطب والتمريض والمعاهد المتوسطة الطبية، والقيام بالبحوث العلمية بالتنسيق مع وزارة التعليم العالي، كما يستقبل جميع الحالات المحولة من المستشفيات الأخرى سواء من مدينة دمشق أو من المحافظات الأخرى ويستقبل المرضى في العيادات الخارجية المتضمنة جميع التخصصات إضافة إلى قسم الإسعاف والطوارئ على مدار الساعة والذي يعتبر بمثابة مشفى مركزي مستقل.

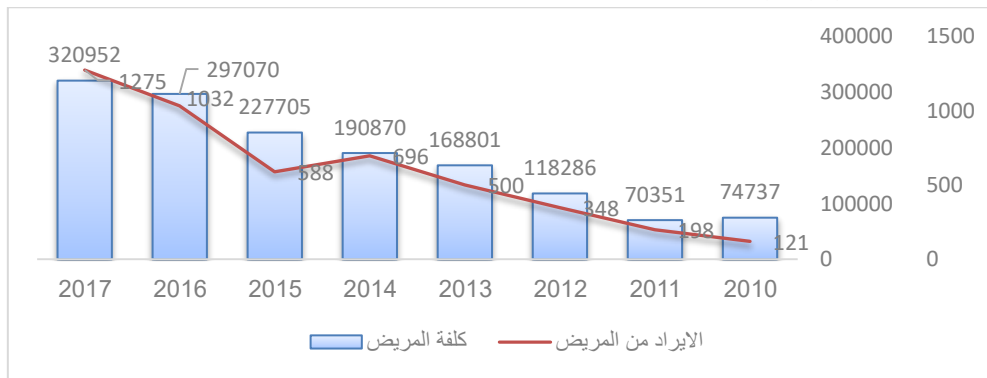
رؤية ورسالة المشفى: مشفى المواساة الجامعي كأول مركز تعليمي بحثي خدمي في سورية، يقدم الرعاية الطبية المتخصصة من خلال كادر متميز مستخدماً أحدث التجهيزات والمعدات، كما يولي اهتماماً كبيراً للحفاظ على حقوق المرضى وسلامتهم، وبالتعليم والتدريب المستمرين لكوادره يحافظ على البيئة المحيطة به وعلى دور المشفى المجتمعي، كما يأمل المشفى لأن يكون مركزاً لاقتباس الممارسات المثلى ومركزاً لاستقطاب مرضى الرعاية الطبية المعقدة والنوعية من داخل القطر وخارجه.

نلاحظ أنه من خلال المقابلات الشخصية مع الإداريين في المشفى واستناداً إلى رؤية ورسالة المشفى أن أولويات العمل في المشفى هي: تقديم (الخدمات التعليمية، الخدمات الطبية جودة عالية، سلامة وصحة المريض، وضبط العدوى. وعليه فإن الخارطة الاستراتيجية لمشفى

المواساة هي ذاتها عند الهيئة العامة لمشفى العيون الجراحي كذلك المقاييس المعتمدة بسبب التشابه الكبير في رسالة ورؤية المشفيين، لكن عند إعداد بطاقة الأداء المتوازن الخاصة بمشفي المواساة فإن التثقيف الخاص بعوامل النجاح يختلف باختلاف أولويات العمل.

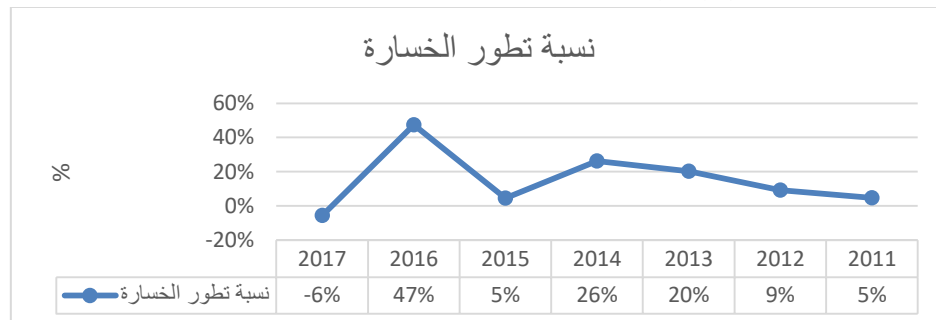
وبتحليل عوامل النجاح الأساسية لمشفى المواساة الجامعي نبين التالي:

البعد المالي: يهدف مشفى المواساة الجامعي إلى زيادة الإيرادات وخفض كلفة المريض، وتخفيض مدة مكوثه في المشفى مع الحفاظ على صحته، وتعكس هذه المقاييس مدى قدرة المشفى على الاستمرارية بتقديم خدمات ذات جودة أفضل لأكثر عدد من المرضى وبأسعار منافسة، والشكل رقم (28) يقارن بين الإيراد من المريض وكلفته.



الشكل رقم (28) مقارنة الكلفة/الإيراد في مشفى المواساة

من الشكل رقم (28) نرى انه ارتفعت الكلفة التي يتحملها المشفى للمريض الواحد من 74737 ليرة سورية عام 2010 إلى 320952 ليرة عام 2017 وبمعدل قدره 329%، كما ارتفع الإيراد من المريض من 121 ليرة عام 2010 إلى 1275 ليرة عام 2017 وبنسبة عشر أضعاف تقريبا، إذ تعتبر الخدمات التي يقدمها مشفى المواساة الجامعي شبه مجانية وإذا ما أردنا حساب الخسارة التي تتحملها المشفى بشكل إجمالي نلاحظ انه ازدادت الخسارة من 1278924349 ليرة سورية عام 2010 إلى 3237232083 ليرة سورية عام 2017 وبنسبة قدرها 153%، والشكل رقم (29) يبين لنا نسب تطور الخسارة بين الفترة 2010-2017.



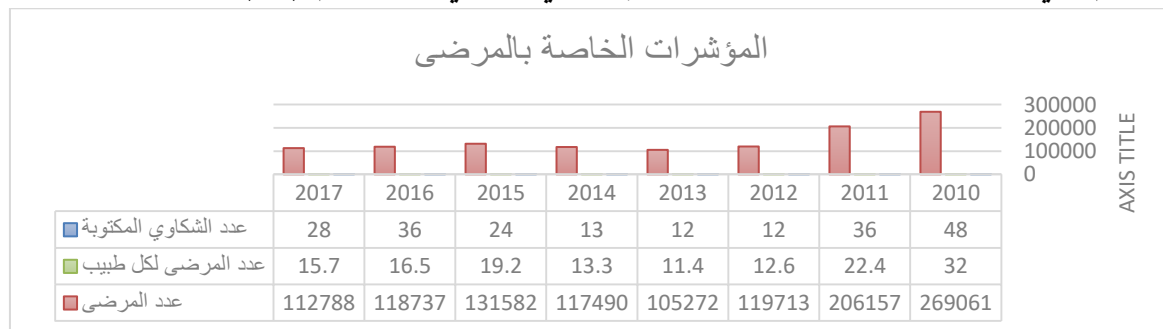
الشكل رقم (29) تطور الخسارة في مشفى المواساة خلال الفترة 2010-2017

من الشكل رقم (29) نلاحظ ان الخسارة في عام 2016 كانت الأكبر بسبب الزيادة الكبيرة في الانفاق مقارنة بالأعوام السابقة والتي لم تتوافق في زيادة متناسبة في الإيرادات. أما مدة المكوث في المشفى فتراوحت بين 3 أيام عام 2010 إلى 4 أيام عام 2017، وتعتبر مدة قصيرة مقارنة بالمعدل العالمي 7 أيام لكنها مقبولة في ظل ظروف الأزمة والضغط الذي تعرض له المشفى، ويساعد في استيعاب أكبر عدد من المرضى، وفي ضبط الانفاق وتقليل الهدر مما يساهم في تخفيض كلفة المريض في الفترات اللاحقة وبأخذ اجمالي البعد المالي ككل نرى من الجدول رقم (17) يحقق مشفى الموساة 10% من 20% وذلك كالتالي:

الجدول رقم (17) البعد المالي في مشفى الموساة الجامعي

مشفى الموساة	الهدف	المقياس	وسطي الفترة 2016-2010	2017	النتيجة	النتيجة
عدد الأسرة النظري	820					
البعد المالي						
كلفة المريض	تخفيض الكلفة او عدم زيادتها	كلفة المريض	163974	320952	10%	0
قيمة الإيرادات	زيادة الإيرادات	كتلة الايرادات	64214718	143766134	5%	5%
ايام إقامة المريض	تخفيض معدل المكث(7)	معدل المكث/ يوم	4	4	5%	5%
النتيجة النهائية	النتيجة النهائية= (التخفيض * النتيجة الفعلية)/الهدف		20%	10%		

من الجدول رقم 17 نرى أن المشفى قد حقق 10% من 20% وهي مقبولة بتقديري في ظل الظروف التي لازمت البلد والضغط الذي تحمله المشفى. بعد الزبائن: يولي مشفى الموساة ضمن رؤية ورسالته اهتماماً كبيراً بصحة المريض وسلامته ويسعى لتقديم الخدمة الطبية النوعية ولأوسع شريحة ممكنة من المرضى، وبناء على البيانات والأرقام التي حصلنا عليها فإن مؤشرات بعد الزبائن هي كما في الشكل رقم (30):



الشكل رقم (30) مؤشرات الزبائن في مشفى الموساة

من الشكل رقم (30) نلاحظ انخفاض عدد الشكاوى المقدمة للمشفى من 48 شكاوى عام 2010 إلى 28 شكاوى عام 2017، ولكن بالمقابل انخفض عدد المرضى من 269061 مريض

عام 2010 إلى 112788 مريض عام 2017، وبالتالي انخفضت حصة الطبيب من المرضى من 32 مريض شهرياً¹ لكل طبيب عام 2010 إلى 15.7 مريض شهرياً عام 2017، كذلك انخفض معدل الاختلاطات الطبية من 6% عام 2010 إلى 4% عام 2017، ويجب ان لا ننسى أن هذا المشفى جامعي تدريبي وللاطباء المقيمين حصة وافرة من مراجعي العيادات، وأن العملية تتم تحت اشراف أستاذ مشرف وبمشاركة عدد من طلاب الدراسات مما يساهم في تخفيض نسبة الخطأ لكثرة المراقبين، ومجمل هذه المؤشرات تدل على تحسن جودة الخدمة الطبية المقدمة للمرضى، لكنها تشير أيضاً إلى العمل دون طاقات المشفى حيث أن حصة الطبيب من المرضى منخفضة جداً مقارنة مع المقياس العالمي (600)، وهنا يتوجب على المشفى البحث في أسباب النقص في أعداد مراجعي العيادات الخارجية مقارنة بالأعوام السابقة، وربما يعود السبب إلى أن محافظة دمشق بقيت في فترة الأزمة من المحافظات الباردة مقارنة مع باقي المحافظات في سورية، كذلك تغير الظروف الأمنية ساهم في محاباة المرضى للمركز الطبي الأقرب حتى ولو كان خاصا ويستلزم الدفع مقابل الحصول على الخدمة الطبية، وبحسب بطاقة الأداء المتوازن يحقق بعد الزبائن علامة 5.1% من 20% وهي كما في الجدول رقم (18):

الجدول رقم (18) بعد الزبائن في مشفى الموساة الجامعي

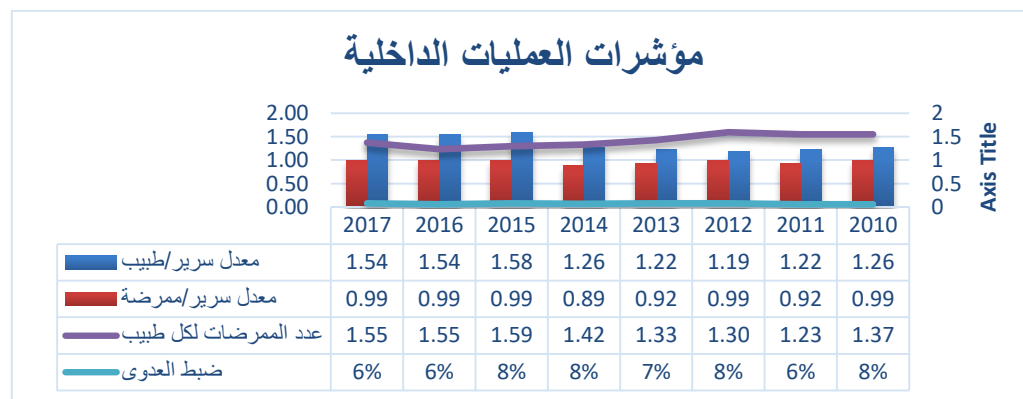
مشفى الموساة	الهدف	المقياس	وسطي الفترة 2016-2010	2017	التثقيل	النتيجة
عدد الأسرة النظري	820					
بعد الزبائن						
عدد الزبائن	زيادة عدد المرضى او الحفاظ على وسطي الفترة	عدد الزبائن	152573	112788	5%	3.7
عدد المرضى لكل طبيب	عدد المرضى لكل طبيب شهرياً (600-750) شهرياً 37.62 مستوى دمشق	عدد المرضى لكل طبيب	18.2	15.7	2.5%	0.06
						1.4
معدل الاختلاطات الطبية	معدل الاختلاطات الطبية 3% مقبول عالمياً	معدل الاختلاطات الطبية	4.57%	4%	10%	0
عدد الشكاوى المكتوبة	تخفيض عدد الشكاوى، او الحفاظ على وسطي	عدد الشكاوى المكتوبة	25.8	28	2.5%	0
النتيجة النهائية	النتيجة النهائية = (تثقيل المقياس * النتيجة الفعلية) / الهدف					3.76
						5.1

بعد العمليات الداخلية:

¹ تم الاعتماد على البيانات الفعلية التي قدمتها المشفى لتقدير المؤشرات المختلفة

يبلغ عدد الأسرة في مشفى المواساة الجامعي 820 سرير وفي حال الطوارئ فإن المشفى مهياً لإضافة 180 سرير معظمها في أقسام الإسعاف والطوارئ لتصبح سعة المشفى من الأسرة 1000 سرير وليكون أكبر مركز للإسعاف والطوارئ في سورية، وكمشفى جامعي فإن نسبة الأطباء لبقية الكادر تكون أعلى من بقية المستشفيات حيث تشكل الوظائف الطبية ما نسبته 67% من إجمالي كادر المشفى.

وهذا يدل على البنية التحتية والفنية المتينة التي يقوم عليها مشفى المواساة الذي يسعى لاستقبال اعقد الحالات الطبية، وإذا ما أردنا التحدث بلغة الأرقام نلاحظ انه ازداد عدد العمليات الاسعافية من 2345 عام 2010 إلى 5300 عملية عام 2017، وتحسنت نسبة اشغال الأسرة من 67% عام 2010 إلى 78% عام 2017، ونظرا للجهود المبذولة في سياسة ضبط العدوى انخفض معدل ضبط العدوى من 8% عام 2010 إلى 6% عام 2017، والشكل رقم (31) يظهر تطور بقية مؤشرات العمليات الداخلية.



الشكل رقم (31) مؤشرات العمليات الداخلية في مشفى المواساة

بأخذ إجمالي بعد العمليات الداخلية فإنه وفق بطاقة الأداء المتوازن يحقق 13.81 % كما في الجدول رقم (19):

الجدول رقم (19) بعد العمليات الداخلية لمشفى المواساة الجامعي

مشفى المواساة	الهدف	المقياس	وسطي الفترة	2017	التثقيف	النتيجة
2016-2010						
عدد الأسرة النظري	820					
بعد العمليات الداخلية						
ضبط العدوى	تخفيض معدل ضبط العدوى (المعدل المقبول عالمياً 2%)	تطور معدل ضبط العدوى	7.28%	6%	3%	-4%
عدد الممرضات لكل طبيب	تحقيق النسبة العالمية 4 ممرضين لكل طبيب (1.14) مستوى دمشق	عدد الممرضات لكل طبيب	1.39	1.55	1%	-2.45
عدد الأسرة المستغلة في المشفى	نسبة اشغال الأسرة المعدل العالمي 80-85%، الاشغال 68% مستوى دمشق	نسبة الاشغال	74%	78%	3%	-11%

عدد العمليات لكل طبيب	عدد العمليات لكل طبيب (8 عمليات لكل طبيب)	عملية/ طبيب	13	12	5	5
عدد العمليات التي يقدمها المشفى	زيادة عدد العمليات، او الحفاظ على وسطي الفترة	عدد العمليات	16170	12022	3	2.23
معدل سرير/طبيب	تحقيق المعدل العالمي (4 اسرة لكل طبيب) 1.01 مستوى دمشق	عدد الأسرة /عدد الأطباء	1.33	1.54	2	0.77
معدل سرير/ممرضة	تحقيق المعدل العالمي (2 سرير لكل ممرضة) 1.15 مستوى دمشق	عدد الأسرة /عدد التمريض	0.95	0.99	1	0.49
القدرة على مواجهة حالات الطوارئ	مواجهة كافة حالات الطوارئ	عدد العمليات الاسعافية	4006	5300	2	2
النتيجة النهائية	النتيجة الغلية* تتقيل المقياس / الهدف				20%	13.81%
						16.09%

بعد التعلم والنمو:

تتركز الخبرات الطبية في مشفى المواساة الجامعي وتخرج نخبة أطباء سورية، إذ تولي المشفى بقرار احداثها اهتماماً خاصاً بتدريب وتعليم طلاب الكليات والمعاهد الطبية، وبإشراف أهم الأطباء والأساتذة الجامعيين، كما تولي اهتماماً بتدريب الموظفين على التعامل مع المراجعين، وعلى تطوير مهاراتهم الإدارية، لكن الأزمة التي مرت بها سورية أدت إلى تراجع عدد الأطباء الأخصائيين المشرفين على عملية التدريب، بسبب سفرهم وترك العمل اما لدواعي امنية او لدواعي اقتصادية فتراجع عددهم من 119 طبيب عام 2011 إلى 82 طبيب عام 2017، كذلك تراجع عدد الطلاب المقيمين من 550 طبيب عام 2011 إلى 450 طبيب عام 2017، كما لم يتم تدريب الموظفين خلال الفترة 2011-2017 إذ بلغ عدد الموظفين المدربين 3 موظفين خلال كامل الفترة، والشكل رقم (32) يظهر تطور مؤشرات التعلم والنمو.



الشكل رقم (32) مؤشرات التعلم والنمو في مشفى المواساة

وللتعرف عن علاقة الموظفين بإدارتهم ورضاهم عن العمل فإن نتائج الاستبيان تظهر كما في الجدول رقم (20) علماً أن الوسط الحسابي = $46/128 = 2.7$:

الجدول رقم (20) علاقة الموظفين بإدارتهم في مشفى المواساة

العينة/ المواساة	جيد جداً	جيد	مقبول	سيء	سيء جداً	المجموع
------------------	----------	-----	-------	-----	----------	---------

الموظفين	0	11	14	21	0	46
التثقيل	5	4	3	2	1	15
التكرارات بعد التثقيل	0	44	42	42	0	128

وبأخذ اجمالي بعد التعلم والنمو في بطاقة الأداء المتوازن كانت النتيجة 13.6% كما في الجدول رقم (21):

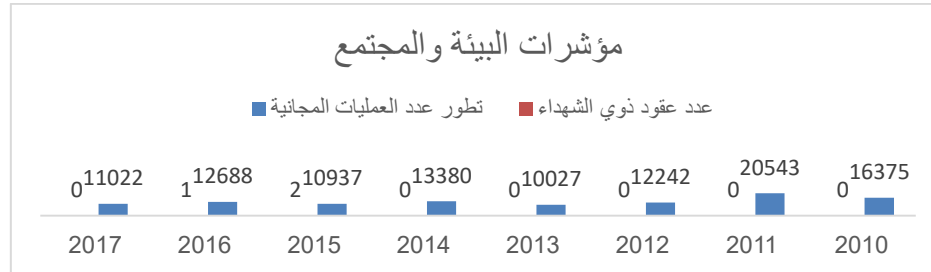
الجدول رقم (21) بعد التعلم والنمو في مشفى المواساة

مشفى المواساة	الهدف	المقياس	وسطي الفترة	2017	التثقيل	النتيجة
2016-2010						
بعد التعلم والنمو						
علاقة الإدارة بالموظفين	بناء علاقة إيجابية بين الطرفين	رضى الموظفين			5%	2.7
تدريب الأطباء المقيمين	زيادة عدد الأطباء او الحفاظ على وسطي الفترة	عدد الأطباء المقيمين	518	450	5	4.3
تطور الأطباء الاخصائيين	زيادة عدد الأطباء أو الحفاظ على وسطي الفترة	عدد الأطباء الاخصائيين	106	82	5	3.85
تدريب الموظفين	زيادة عدد الموظفين المدربين 10 على الأقل سنويا	عدد الموظفين المدربين	0.429	1	2.5	0.25
المبلغ المخصص للتدريب	زيادة المبلغ المصروف على التدريب او الحفاظ على وسطي الفترة	المبلغ المصروف على التدريب	178571	200000	2.5	2.5
النتيجة النهائية	النتيجة الغيلية* تتقيل المقياس / الهدف					20%
						13.6

بعد البيئة والمجتمع:

تسعى مشفى المواساة لتكون مواطناً صالحاً من خلال الحفاظ على مخلفات نظيفة، وتقديم خدماتها التعليمية والتدريبية لطلاب الكليات والمعاهد الطبية وخدماتها الطبية لكل من يقصدها، إضافة إلى أن المشفى قد لعبت دوراً حيوياً في مواجهة حالات الطوارئ التي واجهها الناس خلال الأزمة واستقبلت كل الحالات الاسعافية (تفجيرات، طلق ناري ..)، وعلى الرغم من أن خدماتها شبه مجانية إلا أنها تقدم عمليات جراحية مجانية حيث بلغ عدد العمليات المجانية عام 2017

(11022) عملية، كما صدر القرار رقم (36) لعام 12015 الذي ألزم الجهات العامة بتوظيف نصف احتياجاتها من القوى العاملة وإعطاء الأولوية لذوي الشهداء، لكن واقع الحال ان عدد العقود لذوي الشهداء حتى عام 2017 لم يتجاوز 3 عقود، والشكل رقم (33) يبين تطور مؤشرات البيئة والمجتمع



الشكل رقم (33) مؤشرات البيئة والمجتمع وفق بطاقة الأداء المتوازن لمشفى المواساة وبأخذ اجمالي البعد نرى أنه ضمن بطاقة الأداء المتوازن قد حقق العلامة 12.03% كما في الجدول رقم (22):

الجدول رقم (22) مؤشرات البيئة والمجتمع لبطاقة الأداء المتوازن في مشفى المواساة

مشفى المواساة	الهدف	المقياس	وسطي الفترة	2017	النتيجة	النتيجة
2016-2010						
عدد الأسرة النظري						
بعد البيئة والمجتمع	820					
العمليات المجانية	عدد العمليات المجانية	تطور عدد العمليات المجانية	13742	11022	15	12.03
عقود ذوي الشهداء	عدد عقود ذوي الشهداء	زيادة الموظفين من ذوي الشهداء	0.43	0	5	0
النتيجة النهائية	النتيجة الغيلية* تتقيل المقياس / الهدف					20%
						12.03%

وبأخذ بطاقة الأداء المتوازن لكامل مشفى المواساة الجامعي نلاحظ كما في الجدول رقم (23) انها حققت العلامة 53.17% باعتماد المعدل العالمي والتتقيل المتساوي، و56.5% باعتماد المعدل على مستوى دمشق والتتقيل المتساوي 65.74% باعتماد المعدل العالمي والتتقيل حسب الاستراتيجية، 68.91% باعتماد المعدل على مستوى دمشق والتتقيل حسب

¹ القانون رقم 36 الذي أصدره السيد الرئيس بشار الأسد بتاريخ 31-12-2014 بحيث يتاح لذوي الشهداء أو المصابين بعجز تام نسبة 50 بالمئة من الشواغر في المسابقات أو الاختبارات التي تعلن عنها الجهات العامة مشيراً إلى أن القانون جاء كاملاً ليشمل بالإضافة إلى ذوي الشهداء العسكريين ذوي شهداء قوى الأمن الداخلي والشهداء المدنيين الذين يقاتلون إلى جانب الجيش العربي السوري إضافة إلى العاملين في الدولة.

الاستراتيجية. وهذه علامة وفق التثقلين (عالمي/دمشق) جيدة، لكن عند اعتماد التثقل المعتمد على استراتيجية المشفى نلاحظ انه الفرق الكبير لصالح المشفى، إذ ان كافة المؤشرات الموجودة في البطاقة ولأبعاد الخمسة هي أبعاد تعكس الجودة في كل بعد.

الجدول رقم (23) بطاقة الأداء المتوازن لمشفى المواساة الجامعي

مشفى المواساة	الهدف	المقياس	وسطي الفترة	2017	تثقل 1	النتيجة	تثقل 2	النتيجة
عدد الأسرة النظري				820				
البعد المالي								
كلفة المريض	تخفيض الكلفة او عدم تجاوز كلفة وسطي الفترة	كلفة المريض	163974	320952	10%	0	4	0
قيمة الإيرادات	زيادة الإيرادات	كتلة الإيرادات	6421471 8	143766 134	5%	5	4	4
عدد ايام إقامة المريض في المشفى	تخفيض معدل المكث 7 أيام مقبول عالميا	معدل المكث/ يوم	4	4	5%	5	2	2
بعد الزبائن					20%	10%	10%	6%
عدد الزبائن	زيادة عدد المرضى	عدد المرضى او الحفاظ على وسطي الفترة	152573	112788	5%	3.70	4	2.9
عدد المرضى لكل طبيب	عدد المرضى لكل طبيب شهريا (600- 750) شهريا	تحقيق النسبة العالمية	18	15.7	2.5%	0.06 1.04	1	0.02 0.41
معدل الاختلاطات الطبية	معدل الاختلاطات الطبية 3% مقبول عالميا	تخفيض معدل الاختلاطات الطبية	5	4%	10%	0	4	0
عدد الشكاوى المكتوبة	عدد الشكاوى المكتوبة	تخفيض عدد الشكاوى	21	28	2.5%	0	1	0
بعد العمليات الداخلية								
					20%	3.76%	10	2.92
						4.74		3.31
ضبط العدوى	تطور معدل ضبط العدوى 2% مقبول عالميا	تخفيض معدل ضبط العدوى	7.2	6%	3	0	7	0
عدد الممرضات لكل طبيب	عدد الممرضات لكل طبيب 4 لكل طبيب	تحقيق النسبة العالمية	1.40	1.55	1	0.39 1	2	0.77 2

6.8	7	2.925	3	78%	74	تحسين نسبة الاشغال	نسبة اشغال الأسرة المعدل العالمي 85-80%	عدد الأسرة المستغلة في المشفى
7		3						
0.38	1	0.77	2	1.54	1.32	عدد الأسرة / عدد الأطباء	تحقيق المعدل العالمي (4 أسرة لكل طبيب)	معدل سرير/طبيب
1		2						
0.99	2	0.495	1	0.99	0.96	عدد الأسرة / عدد التمريض	تحقيق المعدل العالمي (2 سرير لكل ممرضة)	معدل سرير/ممرضة
1.72		0.86						
2	2	4	4	12	13	عدد العمليات لكل طبيب بالشهر	تحقيق النسبة العالمية 8 عملية لكل طبيب	عدد العمليات لكل اخصائي
2		4						
5.2	7	2.23	3	12022	16170	زيادة عدد العمليات او وسطي الفترة	عدد العمليات	عدد العمليات التي يقدمها المشفى
7	7	3	3	5300	4007	مواجهة كافة حالات الطوارئ	عدد العمليات الاسعافية	القدرة على مواجهة حالات الطوارئ
25.92	23.14	35%	16.16	13.81	20%			بعد التعلم والنمو
2.7	5	2.7	5			رضى الموظفين	بناء علاقة إيجابية بين الطرفين	علاقة الإدارة بالموظفين
10.8	12.5	4.3	5	450	518	عدد الأطباء المقيمين	زيادة عدد الأطباء المقيمين	تدريب الأطباء المقيمين
9.6	12.5	3.85	5	82	106	زيادة عدد الأطباء الأخصائيين	عدد الأطباء الأخصائيين	تطور الأطباء الأخصائيين
2.5	2.5	0.25	2.5	1	0.429	زيادة عدد الموظفين المدربين	عدد الموظفين المدربين 10 على الأقل	تدريب الموظفين
2.5	2.5	2.5	2.5	200000	178571	زيادة المبلغ المخصص للتدريب	المبلغ المصروف على التدريب	المبلغ المخصص للتدريب
28.6	35	%14.1	20%					بعد البيئة والمجتمع
5.6	7	12.03	15	11022	13742	تطور عدد العمليات المجانية	عدد العمليات المجانية	العمليات المجانية
0	3	0	5	0	0.43	زيادة الموظفين من ذوي الشهداء	عدد عقود ذوي الشهداء	عقود ذوي الشهداء
5.6%	10	12.%	20%					
68.91	65.74	100%	%6.55	53.17	100%			النتيجة النهائية

5-2-4 تطبيق بطاقة الأداء المتوازن في الهيئة العامة لمشفى دمشق

وهي مؤسسة طبية تعليمية مرجعية متعددة الاختصاصات تقدم خدماتها الصحية والإسعافية بأفضل الطرق والكفاءات لكافة المراجعين، وتقوم على الرؤية التالية: تقديم أفضل الخدمات الصحية والتعليمية بأعلى كفاءة وفعالية وبما يضمن الرضا والسلامة للجميع وفق المعايير العالمية والممارسة المثلى.

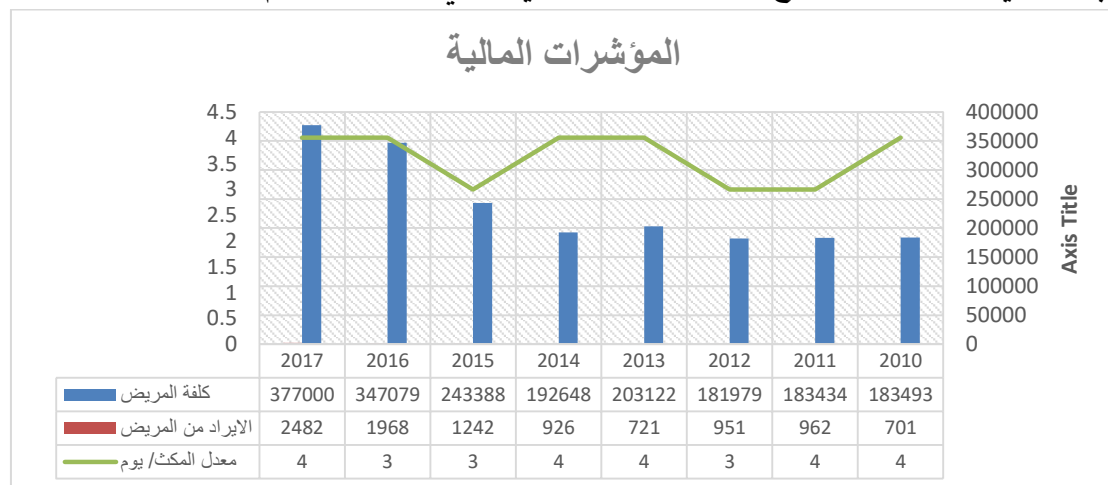
وعليه فإن أولويات العمل في مشفى دمشق هي (جودة الخدمة، تدريب الأطباء، رضى المريض، ضبط العدوى).

وبالتالي فإن الخارطة الاستراتيجية لمشفى دمشق ومؤشرات القياس اللازمة لبناء بطاقة الأداء المتوازن متشابهة مع مشففي المواساة والعيون، لذا سنبدأ بالتحليل الكمي لمؤشرات مشفى دمشق.

البعد المالي:

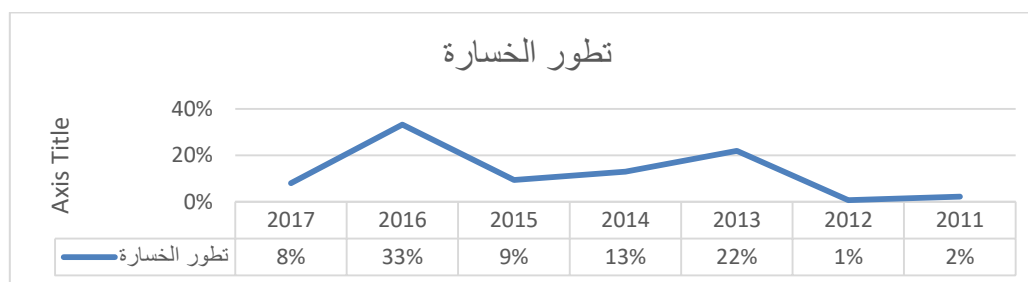
تسعى الهيئة العامة لمشفى دمشق إلى تقديم الخدمات الطبية بجودة عالية لجميع شرائح المجتمع، إذ أن 35% فقط من الخدمات التي تقدمها مأجور، إضافة إلى أنه وبحسب وزارة الصحة يعتبر المشفى الاسعافي الأول في سورية، وعلى الرغم من ذلك فإنه يسعى إلى تحقيق الكفاءة في الانفاق وتخفيض كلفة المريض ومدة مكوثه في المشفى، وزيادة إيرادات المشفى من أجل التحسين المستمر في الخدمات.

من الشكل رقم (34) نلاحظ أنه ارتفعت كلفة المريض على المشفى من 183493 ليرة سورية عام 2010 إلى 377000 ليرة سورية عام 2017 وبمعدل زيادة قدره 105%، في حين ارتفع الايراد من المريض الواحد من 701 ليرة عام 2017 إلى 2482 ليرة سورية عام 2017 وبمعدل زيادة قدره 354% مع بقاء فترة مكوث المريض في المشفى 4 أيام.



الشكل رقم (34) المؤشرات المالية لمشفى دمشق

رغم هذه الزيادة في الإيراد يرينا الشكل رقم (35) تطور الخسارة في مشفى دمشق خلال الفترة 2010-2017



الشكل رقم (35) تطور الخسارة في مشفى دمشق

ارتفعت الخسارة ما بين الفترة 2010-2017 بمعدل 107%، ويعود ذلك بسبب تداعيات الأزمة في سورية وانخفاض القوة الشرائية لليرة السورية إضافة إلى الضغط الكبير الذي يتحمله المشفى من الناحية الطبية والاسعافية.

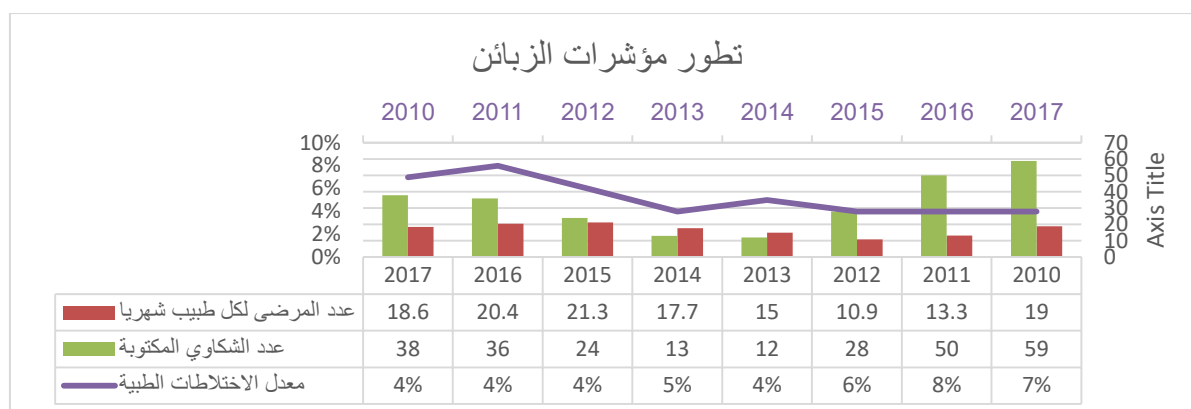
وإذا ما أخذنا إجمالي البعد المالي ضمن بطاقة الأداء المتوازن نرى أنه حقق 10% كما يبين الجدول رقم (24)

الجدول رقم (24) البعد المالي لمشفى دمشق في بطاقة الأداء المتوازن

مشفى دمشق	الهدف	المقياس	وسطي الفترة 2016-2010	2017	العلامة	النتيجة
عدد الأسرة النظري	500					
البعد المالي						
تكلفة المريض	تخفيض الكلفة او عدم زيادتها	تكلفة المريض	219306	377000	10%	0
قيمة الإيرادات	زيادة الإيرادات	كتلة الإيرادات	225675394	498895050	7%	7%
ايام إقامة المريض	تخفيض معدل المكث (7)	معدل المكث/ يوم	4	4	3%	3%
النتيجة النهائية			20%	10%		

بعد الزبائن:

ضمن رؤية الهيئة العامة لمشفى دمشق فإن رضى المريض من أهم أولويات العمل من خلال تقديم الخدمة الطبية الجيدة وتخفيض معدل الاختلاطات الطبية والشكاوى، وتحاول المشفى من خلال استبيانات دورية التعرف على آراء المرضى حول نوعية الخدمة الطبية المقدمة وإذا ما نظرنا إلى الشكل رقم (36)



الشكل رقم (36) مؤشرات الزبائن لمشفى دمشق

انخفض عدد الشكاوي من 59 شكوى عام 2010 إلى 38 شكوى عام 2017، كما انخفض معدل الاختلاطات الطبية من 7% عام 2010 إلى 4% عام 2017 لكن بقي أعلى من المعدل المقبول عالميا 3%، كما انخفض عدد المرضى لكل طبيب من 19 مريض شهريا إلى 18.6 مريض شهريا عام 2017 وكان وسطي عدد المرضى شهريا لكل طبيب 17 مريض¹. لكن انخفض عدد المرضى عام 2010 من 210525 مريض إلى 201000 عام 2017، وكان وسطي عدد المرضى خلال الفترة 2010-2016 (211155)، وهذا يدل على جودة الخدمة الطبية التي يتلقاها المريض من حيث توفر الكادر الطبي وانخفاض عدد الأخطاء الطبية. وإذا ما أخذنا كامل بعد الزبائن حسب بطاقة الأداء المتوازن يحقق 4.7% كما في الجدول رقم (25)

الجدول رقم (25) بعد الزبائن في بطاقة الأداء المتوازن

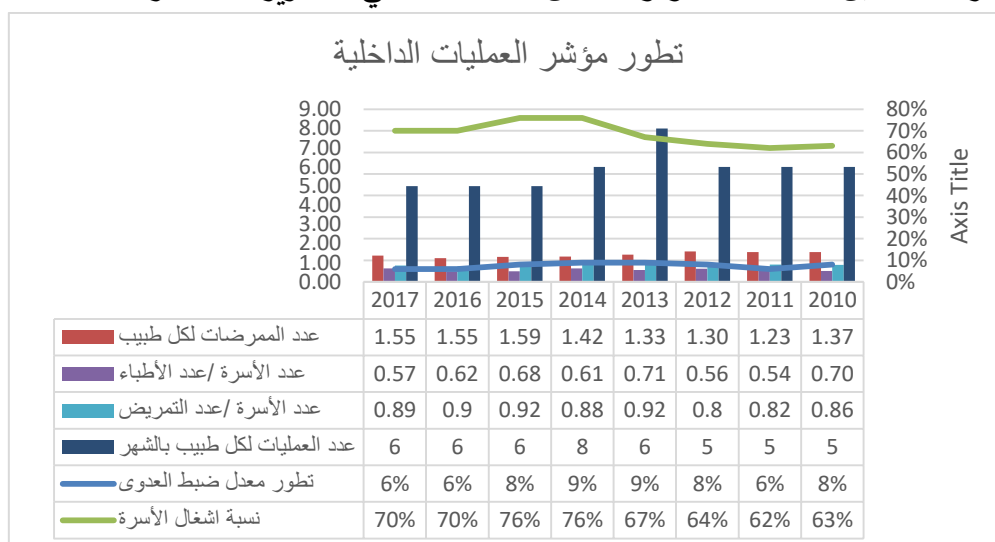
مشفى دمشق	الهدف	المقياس	وسطي الفترة 2016-2010	2017	التثقيف	النتيجة
عدد الأسرة النظري	500					
بعد الزبائن						
عدد الزبائن	زيادة عدد المرضى او الحفاظ على وسطي الفترة	عدد الزبائن	211155	201000	5%	4.7
عدد المرضى لكل طبيب	عدد المرضى لكل طبيب شهريا (600-750) مستوى دمشق 37.62	عدد المرضى لكل طبيب	17	18.6	2.5%	0.077
						1.2
معدل الاختلاطات الطبية	معدل الاختلاطات الطبية 3% مقبول عالميا	معدل الاختلاطات الطبية	5.4%	4%	10%	0
						1%

¹ يفسر ابتعاد مؤشر عدد المرضى لكل طبيب عن المؤشر العالمي وذلك بسبب الأعداد الكبيرة للأطباء المقيمين المتدربين الذين يعملون في مشافي القطاع العام والذين يشرفون أيضا مع الأطباء الأخصائيين والأساتذة في تقديم الخدمات الطبية لمراجعي العيادات الخارجية في هذه المشافي، وهذا يؤدي إلى انخفاض عدد المرضى لكل طبيب مقارنة بالمقياس العالمي، علما أنه تم الاعتماد في تحليل البيانات بالاستناد على بيانات ورقية رسمية مقدمة من المشافي عينة البحث

عدد الشكاوى المكتوبة	تخفيض عدد الشكاوى، أو الحفاظ على وسطي	عدد الشكاوى المكتوبة	32	38	2.5%	0	-6
النتيجة النهائية					20%	4.77 5.9%	

بعد العمليات الداخلية:

تسعى الهيئة العامة لمشفى دمشق إلى التميز بجودة الخدمة الصحية من خلال التميز في العمليات الداخلية، وذلك بتخفيض معدل ضبط العدوى وزيادة عدد الأطباء الأخصائيين والمشرفين على تدريب الأطباء المقيمين، وتسعى لاجتذاب المزيد من المرضى معتبرة أن مؤشر الجودة لتحقيق ذلك أهم من مؤشر السعر الذي يعتبر شبه مجاني في مشفى دمشق للحفاظ على استمرارية تزايد عدد المرضى، والشكل رقم (37) يبين مؤشرات العمليات الداخلية في مشفى دمشق، حيث ارتفعت نسبة اشغال الأسرة من 63% عام 2010 إلى 70% عام 2017 وكان متوسط نسبة الاشغال بين الفترة 2010-2016 68%، وتحسن عدد العمليات لكل طبيب من 5 عمليات عام 2010 إلى 6 عمليات عام 2017، في حين تراوح عدد الأسرة لكل طبيب بين 0.57 إلى 0.71 وبقي أقل بكثير من المعدل العالمي 4 أسرة لكل طبيب، وتراوح عدد الأسرة لكل ممرضة ما بين 0.8 - 0.9 وهو أقل من المعدل العالمي 2 سرير لكل ممرضة



الشكل رقم (37) تطور مؤشرات العمليات الداخلية لمشفى دمشق

في حين ارتفع عدد العمليات من 11325 عملية عام 2010 إلى 12000 عام 2017 وكان وسطي عدد العمليات خلال الفترة 2010-2016 12841، وارتفع عدد العمليات الاسعافية من 3445 عملية عام 2010 إلى 6887 عملية عام 2017 وكان وسطي عدد العمليات خلال الفترة 2010-2016 5281 عملية.

وجميع هذه المؤشرات تدل على تطور عمل المشفى الطبي والقدرة الفنية والبنية التحتية القوية لمشفى دمشق.

وإذا ما أخذنا اجمالي بعد العمليات الداخلية وفق بطاقة الأداء المتوازن فإنها تحقق العلامة 12.52% كما في الجدول رقم (26):

الجدول رقم (26) بعد العمليات الداخلية في بطاقة الأداء المتوازن لمشفى دمشق

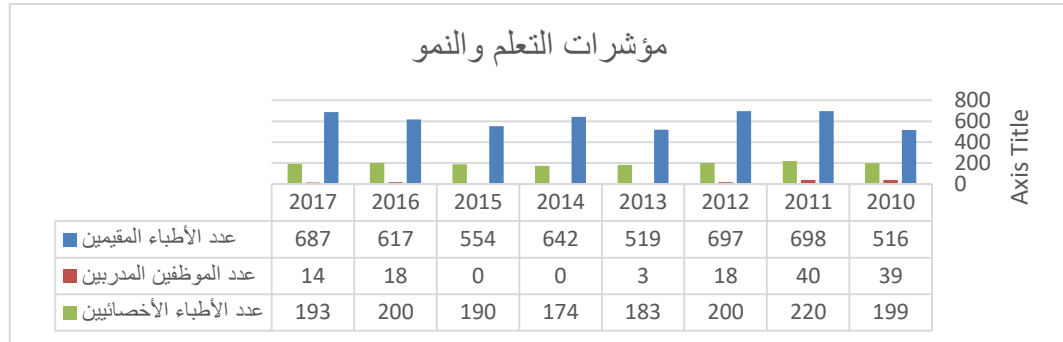
مشفى دمشق	الهدف	المقياس	وسطي الفترة 2016-2010	2017	التثقيل	النتيجة
عدد الأسرة النظري	500					
بعد العمليات الداخلية						
ضبط العدوى	تخفيض معدل ضبط العدوى (المعدل المقبول عالمياً 2%)	تطور معدل ضبط العدوى	7.70%	6%	3%	0 -4%
عدد الممرضات لكل طبيب	تحقيق النسبة العالمية 4 ممرضين لكل طبيب (1.14) مستوى دمشق	عدد الممرضات لكل طبيب	1.40	1.55	1%	80.3 -2.45 1
عدد الأسرة المستغلة في المشفى	نسبة اشغال الأسرة المعدل العالمي 80-85%، الاشغال 68% مستوى دمشق	نسبة الاشغال	68%	70%	3%	2.62 -10% 3
عدد العمليات لكل طبيب	عدد العمليات لكل طبيب (8 عمليات لكل طبيب)	عملية/ طبيب	5.9	6	4	3 -2
عدد العمليات التي يقدمها المشفى	زيادة عدد العمليات، او الحفاظ على وسطي الفترة	عدد العمليات	12841	12000	3	2.8 -841
معدل سرير/طبيب	تحقيق المعدل العالمي (4 اسرة لكل طبيب) 1.01 مستوى دمشق	عدد الأسرة / عدد الأطباء	0.63	0.57	2	0.28 -3.43 1.14
معدل سرير/ممرضة	تحقيق المعدل العالمي (2 سرير لكل ممرضة) 1.15 مستوى دمشق	عدد الأسرة / عدد التمريض	0.87	0.89	1	0.44 -1.11 0.77
القدرة على مواجهة حالات الطوارئ	مواجهة كافة حالات الطوارئ	عدد العمليات الاسعافية	5281	6987	3	3
النتيجة النهائية	النتيجة الغيلية * تثقيل المقياس / الهدف					
	12.52% 20% 14.71%					

بعد التعلم والنمو:

يعتبر مشفى دمشق من أهم مشافي وزارة الصحة في سورية التي تقوم بتأهيل وتدريب الأطباء من الاختصاصات المختلفة، ويعتبر تأهيل الأطباء المقيمين من أولويات العمل لديه، كما يقوم بتدريب الموظفين على سياسات الجودة وضبط العدوى إضافة إلى الدورات الإدارية

(لغة، حاسب)، اذ وصل المبلغ المخصص للتدريب عام 2017 (1600000) ليرة سورية بينما بلغ وسطي المبلغ المخصص للتدريب خلال الفترة 2010-2016 992857 ليرة سورية، ويقدم الأساتذة الدكاترة المشرفين محاضرات تدريبية حسب اختصاصاتهم المختلفة وبشكل دائم.

من الشكل رقم (38) نلاحظ أنه انخفض عدد الأطباء الأخصائيين من 199 طبيب عام 2010 إلى 193 طبيب عام 2017 وكان وسطي عدد الأطباء الأخصائيين خلال الفترة 2010-2016 195 طبيب ويبقى هذا الرقم جيداً في ظل ظروف الأزمة، وبالمقابل ازداد عدد الأطباء المقيمين من 516 طبيب عام 2010 إلى 687 طبيب عام 2017، لكن انخفض عدد الموظفين المدربين من 39 موظف عام 2010 إلى 14 موظف عام 2017، بسبب اختلاف أولويات العمل خلال سنوات الأزمة وتركيز الجهود على معالجة المرضى بدلاً من التدريب والتأهيل.



الشكل رقم (38) مؤشرات التعلم والنمو لمشفى دمشق

وللتعرف عن علاقة ومستوى رضى الموظفين عن إدارتهم يرينا تحليل الاستبيان النتيجة التالية في الجدول (27)، علماً أن الوسط الحسابي = $41/119 = 2.9$

الجدول رقم (27) علاقة الموظفين بإدارتهم في مشفى دمشق

العينة/ دمشق	جيد جداً	جيد	مقبول	سيء	سيء جداً	المجموع
الموظفين	0	13	11	17	0	41
التنقل	5	4	3	2	1	15
التكرارات بعد التنقل	0	52	33	34	0	119

وإذا ما أخذنا اجمالي بعد التعلم والنمو حسب بطاقة الأداء المتوازن نرى النتيجة في الجدول

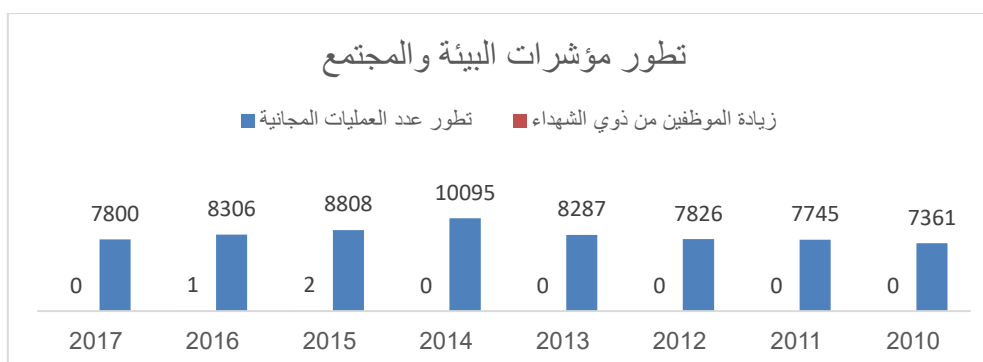
رقم (28)

الجدول رقم (28) بعد التعلم والنمو في بطاقة الأداء المتوازن لمشفى دمشق

مشفى دمشق	الهدف	المقياس	وسطي الفترة	2017	التثقيل	النتيجة
2016-2010						
بعد التعلم والنمو						
علاقة الإدارة بالموظفين	بناء علاقة إيجابية بين الطرفين	رضى الموظفين			5%	2.9
تدريب الأطباء المقيمين	زيادة عدد الأطباء او الحفاظ على وسطي الفترة	عدد الأطباء المقيمين	606	687	5	5
تطور الأطباء الاختصاصيين	زيادة عدد الأطباء أو الحفاظ على وسطي الفترة	عدد الأطباء الاختصاصيين	195	193	5	4.94
تدريب الموظفين	زيادة عدد الموظفين المدربين 10 على الأقل سنويا او المحافظة على وسطي الفترة	عدد الموظفين المدربين	17	14	2.5	2
المبلغ المخصص للتدريب	زيادة المبلغ المصروف على التدريب او الحفاظ على وسطي الفترة	المبلغ المصروف على التدريب	992857	1600000	2.5	2.5
النتيجة النهائية	النتيجة الغيلية* تتقيل المقياس / الهدف					20%
						17.34%

بعد البيئة والمجتمع:

تسعى مشفى دمشق لتكون مواطنا صالحا من خلال الحفاظ على مخلفات نظيفة وتقديم خدماتها التعليمية والتدريبية لطلاب الكليات والمعاهد الطبية وخدماتها الطبية لكل من يقصدها، إضافة إلى أن المشفى قد لعبت دورا حيويا في مواجهة حالات الطوارئ التي واجهها الناس خلال الأزمة واستقبلت كل الحالات الاسعافية (تفجيرات، طلق ناري ..)، وتصنف كمشفى اسعافي من الدرجة الأولى وعلى الرغم من أن خدماتها شبه مجانية إلا أنها تقدم عمليات جراحية مجانية حيث بلغ عدد العمليات المجانية عام 2017 (7800) عملية، كما صدر القرار رقم (36) لعام 2015 الذي الزم الجهات العامة بتوظيف نصف احتياجاتها من القوى العاملة وإعطاء الأولوية لذوي الشهداء، لكن واقع الحال ان عدد العقود لذوي الشهداء حتى عام 2017 لم يتجاوز 3 عقود، والشكل رقم (39) يبين تطور مؤشرات البيئة والمجتمع.



الشكل رقم (39) مؤشرات البيئة والمجتمع لمشفى دمشق

وإذا ما أخذنا بعد البيئة والمجتمع في بطاقة الأداء المتوازن فإنه حقق 14% حسب الجدول

رقم (29)

الجدول رقم (29) بعد البيئة والمجتمع لمشفى دمشق في بطاقة الأداء المتوازن

مشفى دمشق	الهدف	المقياس	وسطي الفترة	2017	النتيجة	النتيجة
2016-2010						
عدد الأسرة النظري	500					
بعد البيئة والمجتمع						
العمليات المجانية	عدد العمليات المجانية	تطور عدد العمليات المجانية او الحفاظ على وسطي الفترة	8347	7800	15	14
عقود ذوي الشهداء	عدد عقود ذوي الشهداء	زيادة الموظفين من ذوي الشهداء	0.4	0	5	0
النتيجة النهائية	النتيجة الفعلية * تنقيح المقياس / الهدف					
	20% 14%					

وبأخذ بطاقة الأداء المتوازن لكامل الهيئة العامة لمشفى دمشق نلاحظ انها حسب الجدول

رقم (30) حققت العلامة 58.61% باعتماد المعدل العالمي والتثقيل المتساوي، و63.81% باعتماد المعدل على مستوى دمشق والتثقيل المتساوي و70.48% باعتماد المعدل العالمي والتثقيل حسب الاستراتيجية، و74.09% باعتماد المعدل على مستوى دمشق والتثقيل حسب الاستراتيجية. وهذه علامة وفق التثقيلين (عالمي/دمشق) مرتفعة نسبيا خاصة عند اعتماد التثقيل المعتمد على استراتيجية المشفى، وهي تدل على جودة الخدمة الطبية المقدمة من قبل المشفى، إذ أن كافة المؤشرات الموجودة في البطاقة وللأبعاد الخمسة هي أبعاد تعكس الجودة في كل بعد.

الجدول رقم (30) بطاقة الأداء المتوازن الخاصة بالهيئة العامة لمشفى دمشق

مشفى دمشق	الهدف	المقياس	وسطي الفترة	2017	العلامة	النتيجة	تثقيف 2	نتيجة
عدد الأسرة النظري				500				
البعد المالي								
كلفة المريض	تخفيض الكلفة او عدم تجاوز كلفة وسطي الفترة	كلفة المريض	219306	377000	10%	0	4	0
قيمة الإيرادات	زيادة الإيرادات	كتلة الإيرادات	225675394	498895050	7%	7%	4	4
عدد ايام إقامة المريض في المشفى	تخفيض معدل المكث 7 أيام مقبول عالميا	معدل المكث/ يوم	4	4	3%	3%	2	3
بعد الزبائن					20%	10%	10%	7%
عدد الزبائن	زيادة عدد المرضى	عدد المرضى او الحفاظ على وسطي الفترة	211155	201000	5%	4.7	4	3.8
عدد المرضى لكل طبيب	عدد المرضى لكل طبيب شهريا (600-750)	تحقيق النسبة العالمية	17	18.6	2.5%	0.077	1	0.03
						1.22		0.49
معدل الاختلاطات الطبية	معدل الاختلاطات الطبية 3% مقبول عالميا	تخفيض معدل الاختلاطات الطبية	5.4	4%	10%	0	4	0
عدد الشكاوى المكتوبة	عدد الشكاوى المكتوبة	تخفيض عدد الشكاوى	32	38	2.5%	0	1	0
بعد العمليات الداخلية					20%	4.77%	10%	3.83
						5.92		4.29
ضبط العدوى	تطور معدل ضبط العدوى 2% مقبول عالميا	تخفيض معدل ضبط العدوى	7.70%	6%	3	0	7	0
عدد الممرضات لكل طبيب	عدد الممرضات لكل طبيب 4 لكل طبيب	تحقيق النسبة العالمية	1.40	1.55	1	0.38	2	0.77
						1		2
عدد الأسرة المستغلة في	نسبة اشغال الأسرة المعدل العالمي 80-	تحسين نسبة الاشغال	68%	78%	3	2.62	7	6.8

7		3					85%	المشفى
0.39	1	0.28	2	1.57	0.63	عدد الأسرة / عدد الأطباء	تحقيق المعدل العالمي (4 أسرة لكل طبيب)	معدل سرير/طبيب
1		2						
0.89	2	0.44	1	0.89	0.87	عدد الأسرة / عدد التمرريض	تحقيق المعدل العالمي (2 سرير لكل ممرضة)	معدل سرير/ممرضة
1.54		0.77						
1.5	2	3	4	6	5.9	عدد العمليات لكل طبيب بالشهر	تحقيق النسبة العالمية 8 عملية لكل طبيب	عدد العمليات لكل اختصاصي
2		4						
6.5	7	2.8	3	12000	12841	زيادة عدد العمليات او وسطي الفترة	عدد العمليات	عدد العمليات التي يقدمها المشفى
7	7	3	3	6987	5281	مواجهة كافة حالات الطوارئ	عدد العمليات الاسعافية	القدرة على مواجهة حالات الطوارئ
23.85	35%	12.52%	20%					بعد التعلم والنمو
27		16.57						
2.9	5	2.9	5%			رضى الموظفين	بناء علاقة إيجابية بين الطرفين	علاقة الإدارة بالموظفين
12.5	12.5	5	5	687	606	عدد الأطباء المقيمين	زيادة عدد الأطباء المقيمين	تدريب الأطباء المقيمين
12.3	12.5	4.94	5	193	195	زيادة عدد الأطباء الاخصائيين	عدد الأطباء الأخصائيين	تطور الأطباء الاخصائيين
2	2.5	2	2.5	14	17	زيادة عدد الموظفين المدربين	عدد الموظفين المدربين 10 على الأقل	تدريب الموظفين
2.5	2.5	2.5	2.5	1600000	992857	زيادة المبلغ المخصص للتدريب	المبلغ المصروف على التدريب	المبلغ المخصص للتدريب
29.3	35	17.32%	20%					بعد البيئة والمجتمع
6.5	7	14	15	7800	8347	تطور عدد العمليات المجانية	عدد العمليات المجانية	العمليات المجانية
0	3	0	5	0	0.4	زيادة الموظفين من ذوي الشهداء	عدد عقود ذوي الشهداء	عقود ذوي الشهداء
6.5	10%	14%	20%					
70.48	100%	58.61%	100%					النتيجة النهائية
74.09		63.81						

5-2-5 تطبيق بطاقة الأداء المتوازن في مشفى دار الشفاء

افتتح مشفى دار الشفاء في 28 تموز عام 1982 بعد أن تم تجهيزه بأحدث وسائل التشخيص والعلاج آنذاك، يحوي 90 سريراً وتجرى فيه كل أنواع الجراحات الاختصاصية، حاز المشفى على ثقة المواطنين لتمييز الخدمات الطبية التي كانت تقدم فيه وسد فراغاً كبيراً في الممارسة الطبية كمشفى خاص كانت دمشق بأمس الحاجة إلى العديد منه لقلّة عدد المستشفيات الخاصة آنذاك.

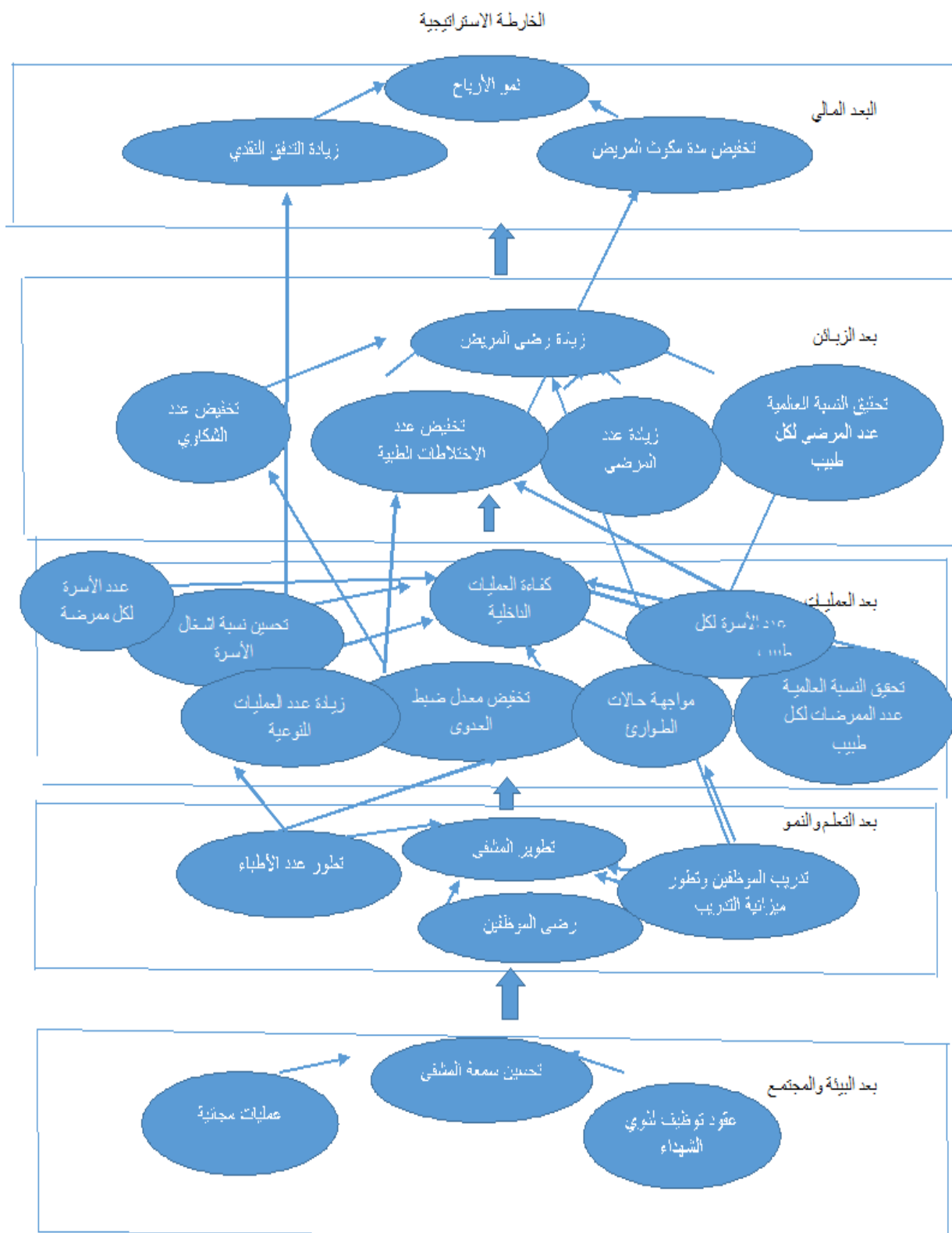
يقوم مشفى دار الشفاء على الرسالة والرؤية التاليتين: العمل مع أفضل الأطباء من الاختصاصات المختلفة لتقديم الخدمة الطبية المتميزة لتحقيق رضى المريض والحفاظ على حقوق المساهمين، من خلال ذلك نرى أن جودة الخدمة، ورضى المريض والربح من أهم أولويات العمل في مشفى دار الشفاء

يمكننا تصور كيف تترجم بطاقة الأداء المتوازن الاستراتيجية بشكل عملي كما يلي في الشكل (40):



الشكل رقم (40) كيف تترجم بطاقة الأداء المتوازن الاستراتيجية

وبناء على ذلك نعكس الخارطة الاستراتيجية لبطاقة الأداء المتوازن لمشفى دار الشفاء الخاص كما في الشكل (41):



الشكل رقم (41) الخارطة الاستراتيجية في مشفى دار الشفاء

ولاستنتاج المقاييس من عوامل النجاح الأساسية بالنسبة للاستراتيجية نبين التالي في الشكل

(42):

تقديم الخدمة الطبية النوعية وتحقيق الربح، ووتحقيق
المواطنة في المجتمع الذي تعمل به

الاستراتيجية

الأبعاد

المالي	الزبائن	العمليات الداخلية	التعلم والنمو	البيئة والمجتمع
--------	---------	-------------------	---------------	-----------------

الأهداف الأساسية

الاستمرارية وتحقيق الربح	رضى المريض	كفاءة العمليات	تدريب الموظفين واجتذاب الكادر الطبي المتميز	علاقة بناءة مع المجتمع
--------------------------	------------	----------------	---	------------------------

عوامل النجاح الأساسية

زيادة الربح (بنسبة 100% عن سنة 2010	معالجة أكبر عدد من المرضى	تحقيق النسبة العالمية عدد الممرضات لكل طبيب 4 ممرضات لكل طبيب، 1.14 المعدل لدمشق	تدريب العاملين	توظيف ذوي الشهداء
	تخفيض عدد الاختلاطات الطبية 3% المقبول عالميا	زيادة عدد العمليات النوعية تحقيق المعدل القياسي عدد الأسرة لكل طبيب ولكل ممرض، 4 أسرة لكل طبيب (1.01، دمشق)، 2 سرير لكل ممرضة (1.15 معدل دمشق)	تطور ميزانية التدريب	
زيادة الكتلة النقدية بنسبة 300% عن عام 2010	تخفيض عدد الشكاوى او عدم زيادتها	مواجهة حالات الطوارئ	تطور عدد الأطباء الأخصائيين	عمليات مجانية لذوي الشهداء او لإصابات الحرب في سورية
	تحقيق النسبة العالمية عدد المرضى لكل طبيب (600-750 مريض شهريا (معدل عالمي) المعدل على مستوى دمشق 37.9	تخفيض معدل ضبط العدوى 2% مقبول عالميا تحسين نسبة اشغال الأسرة الوسطي العالمي 80-85%، المعدل على مستوى دمشق 68% عدد العمليات لكل طبيب المعدل القبول 8 لكل طبيب شهريا، المعدل على مستوى دمشق 5.9	رضى الموظفين	

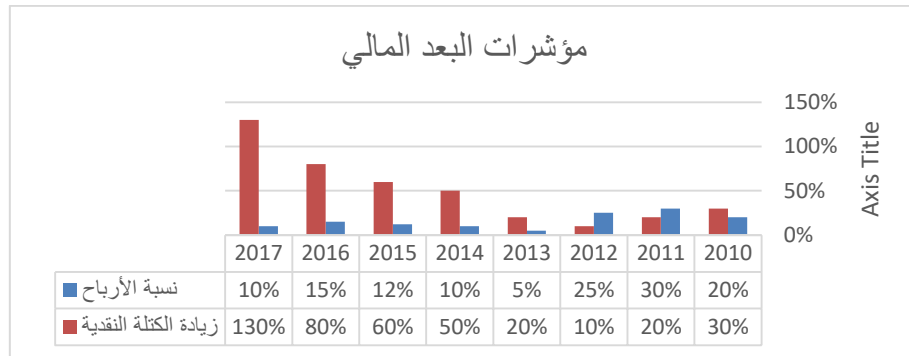
المقاييس

نسبة الربح	عدد المرضى	عدد الممرضات لكل طبيب	عدد العاملين المدربين	عدد عقود التوظيف لذوي الشهداء
	نسبة الاختلاطات الطبية	عدد العمليات	كتلة ميزانية التدريب	
نسبة التدفق النقدي	عدد الشكاوى المكتوبة	عدد الأسرة لكل طبيب، عدد الأسرة لكل ممرض	عدد الأطباء الأخصائيين	عدد العمليات المجانية
	عدد المرضى لكل طبيب	عدد العمليات الإسعافية	تحقيق رضى الموظفين	
		معدل ضبط العدوى		
		نسبة اشغال الأسرة		
		عدد العمليات لكل طبيب		

وبتحليل عوامل النجاح الأساسية

البعد المالي:

يسعى مشفى دار الشفاء إلى تقديم الخدمة الطبية المتميزة وراحة المريض من أهم أولوياته لذلك يسعى إلى تطوير التجهيزات الطبية واستخدام أفضل المواد الطبية المتواجدة في السوق، واجتذاب الكادر الطبي المتميز لتحقيق الجودة في عمله، وهو كمشفى خاص يسعى لتحقيق الأرباح لإرضاء المساهمين، وزيادة الكتلة النقدية للحفاظ على الاستمرارية في مواكبة التطورات في المجال الطبي (كادر متميز، مواد جديدة، تجهيزات جديدة، التدريب)، ومن الشكل رقم (43) نلاحظ ان نسبة الزيادة في أرباح المشفى قبل الأزمة بسورية أي حتى 2012 كانت في حالة تزايد وبدأت بالتناقص خلال الفترة 2013-2017، في حين زادت الكتلة النقدية عام 2017 بنسبة 130% عن حجمها عام 2016، وعند التشاور مع القائمين على إدارة مشفى دار الشفاء أكدوا أن أهدافهم المالية هي زيادة نسبة الربح بنسبة 100% عما كانت قبل الأزمة وكتلة التداول النقدي بنسبة 300% عما كانت قبل الأزمة حتى تتوفر لديهم الامكانية للاستمرار بتقديم الخدمات الصحية الجيدة، وذلك بسبب انخفاض القوة الشرائية لليرة السورية بنسبة 10 أضعاف عن قبل الأزمة، وما فرضته الأزمة من تداعيات جديدة كالانقطاع المستمر للتيار الكهربائي وما تبعه ذلك من التزامات جديدة على مشافي القطاع الخاص، لكن بالمقابل أيضا رفع مشفى دار الشفاء كغيره من المشافي الخاصة كلفة تقديم الخدمة الصحية كحد وسطي بنسبة أربعة أضعاف عما كانت قبل الأزمة.



الشكل رقم (43) تطور المؤشرات المالية لمشفى دار الشفاء الخاص

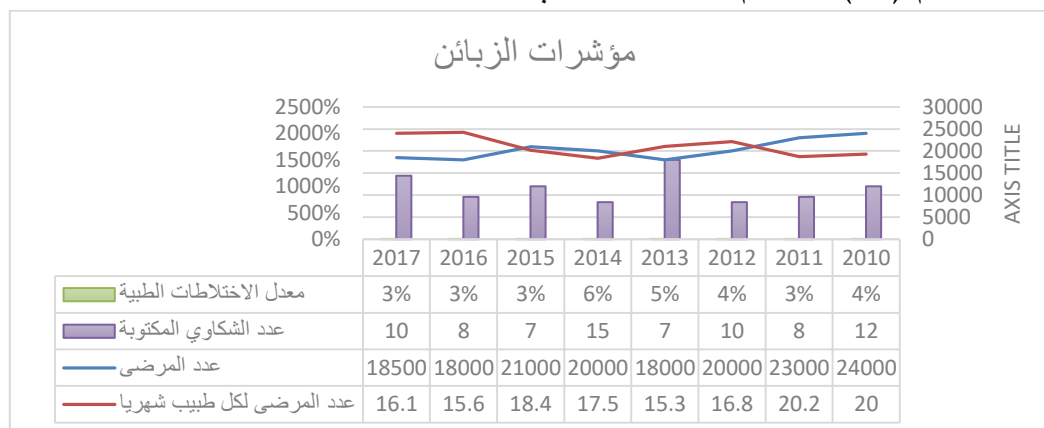
وبأخذ اجمالي البعد المالي حسب بطاقة الأداء المتوازن نلاحظ أنه حقق العلامة 15.9% من 20% كما هو موضح في الجدول رقم (31)

الجدول رقم (31) البعد المالي لمشفى دار الشفاء

مشفى دار الشفاء	الهدف	المقياس	وسطى الزيادة السنوية	2017 تراكمي	النتيجة	النتيجة
عدد الأسرة النظري	90					
البعد المالي						
نسبة الأرباح ¹	زيادة نسبة الأرباح بنسبة 100% عن 2010	نسبة الأرباح	9%	65%	10%	35%-
نسبة التدفق النقدي	زيادة نسبة التدفق النقدي بنسبة 300% عن 2010	نسبة التدفق النقدي	40%	283%	10%	17%-
النتيجة النهائية					20%	15.9%

بعد الزبائن:

تقوم ثقافة العمل في مشفى دار الشفاء في الحفاظ على مرضى المشفى واجتذاب مرضى جدد من خلال بناء سمعة جيدة قائمة على جودة الخدمة الصحية، وتميز الطاقم الطبي العامل في المشفى، وبالتالي تخفيض معدل الاختلاطات الطبية، والقيام باستبيانات تقييم دورية لرضى المريض عن اقامته في المشفى وعن نتائج الخدمة الطبية المقدمة له ومدى اهتمام الطبيب فيه، ومن الشكل رقم (44) نرى أهم مؤشرات بعد الزبائن



الشكل رقم (44) تطور مؤشرات الزبائن في مشفى دار الشفاء

نلاحظ أنه انخفض عدد المرضى من 24000 مريض عام 2010 إلى 18500 مريض عام 2017 وكان عدد المرضى في وسطي الفترة 2010-2016 (20571) وانخفض عدد المرضى لكل طبيب من 20 مريض بالشهر عام 2010 إلى 16.1 عام 2017، وكلا الرقمين بعيدين عن المعدل العالمي 600-700 مريض شهريا، وهذا يدل على العناية التي يتلقاها

¹ لم تتمكن من الحصول على أرقام تقريبية للأرباح والتدفق النقدي، بسبب طبيعة العمل الخاص بشكل عام وتخوف الإدارة من تقديم أي تصريحات مالية حتى لأغراض البحث العلمي.

المريض ولكن أيضا على هدر الخبرات الطبية وعدم استخدامها بشكل أمثل، ونلاحظ أيضا انخفاض عدد الشكاوى المكتوبة من 12 عام 2010 إلى 10 عام 2017، وبقي معدل الاختلاطات الطبية عام 2017 ضمن المعدل المقبول عالميا. وبأخذ اجمالي بعد الزبائن ضمن بطاقة الأداء المتوازن نلاحظ انه حقق 12.8% من 20% كما في الجدول رقم (32):

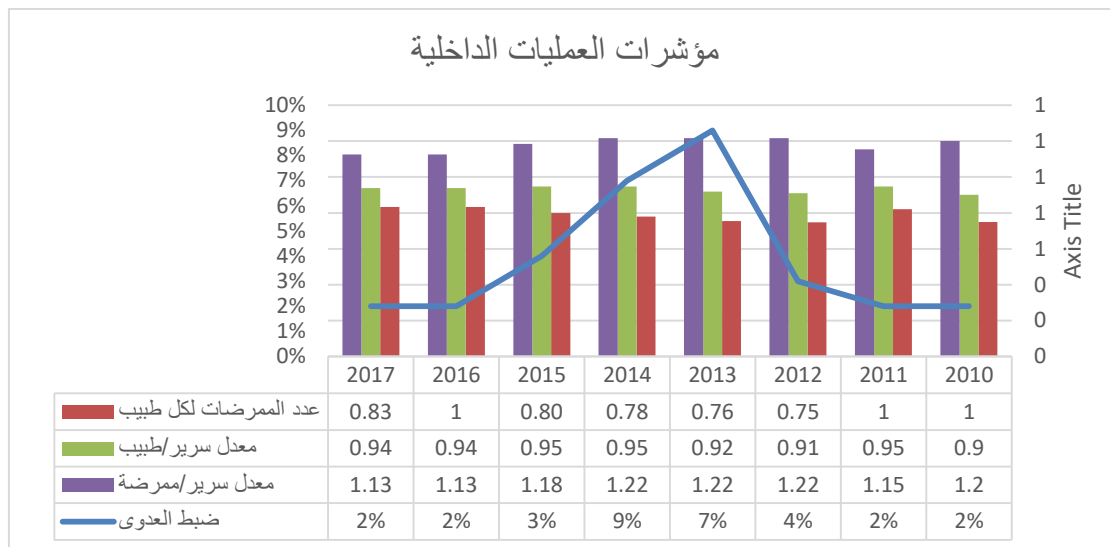
الجدول رقم (32) بعد الزبائن في بطاقة الأداء المتوازن لمشفى دار الشفاء

مشفى دار الشفاء	الهدف	المقياس	وسطي	2017	النتيجة	النتيجة
2017-2010						
عدد الأسرة النظري	90					
بعد الزبائن						
عدد الزبائن	تحقيق عدد المرضى عام 2010 قبل الأزمة 24000	عدد المرضى	20571	18500	10	7.7
عدد المرضى لكل طبيب	عدد المرضى لكل طبيب شهريا 700-600	عدد المرضى لكل طبيب	17.7	16.1	3	0.08
معدل الاختلاطات الطبية	تحقيق المعدل العالمي 3%	معدل الاختلاطات الطبية	4%	3%	5%	5%
عدد الشكاوى المكتوبة	تخفيض عدد الشكاوى او عدم تجاوز وسطي الفترة	عدد الشكاوى	9.6	10	2	0
النتيجة النهائية					20%	12.8
						13.97

بعد العمليات الداخلية:

تعد جودة الخدمة الصحية من أولويات العمل في مشفى دار الشفاء من خلال استقطاب الكادر الطبي المتميز والعمل على الحفاظ على وظيفية الأجهزة الطبية وتحديثها باستمرار رغم التأثيرات السلبية للأزمة في سورية على التيار الكهربائي وعدم انتظامه، والعقوبات المفروضة على استيراد الأجهزة الطبية وقطع الصيانة، وما رافق ذلك من تدهور في القيمة الشرائية لليرة السورية، إضافة إلى الحفاظ على نظافة المشفى وعقائمتها لأن ظروف الأزمة لا تبرر التغاضي على عقامة ونظافة المشفى، بل تؤكد إدارة المشفى على ضرورة متابعة العمل للحفاظ على معدل ضبط العدوى ضمن الحدود المقبولة عالميا 2%، وتحسين أعداد الأطباء والكادر التمريضي لتقديم الرعاية الطبية الكافية للمريض، وضمان عدم تراجع أعداد المرضى حتى في ظروف الأزمة، لكن ماذا تخبرنا لغة الأرقام عن واقع العمليات الداخلية في مشفى دار الشفاء.

بالعودة إلى بيانات المشفى نرى أنه: انخفض عدد العمليات من 7700 عملية عام 2010 إلى 6500 عام 2017 وكان وسطي عدد العمليات في الفترة 2010-2016 (6742) انخفض عدد العمليات الاسعافية من 500 عملية عام 2010 إلى 300 عملية عام 2017 وكان وسطي عدد العمليات خلال 2010-2016 (382).
انخفضت نسبة اشغال الأسرة من 40% عام 2010 إلى 30% عام 2017 وكان وسطي نسبة الاشغال خلال الفترة 2010-2016 (31%)، ومن الشكل رقم (45) نرى باقي مؤشرات العمليات الداخلية.



الشكل رقم (45) مؤشرات العمليات الداخلية في مشفى دار الشفاء .

نلاحظ انه انخفض عدد الممرضات لكل طبيب من 1 ممرضة للطبيب إلى 0.83 ممرضة للطبيب عام 2017 وهو دون المؤشر العالمي 4 ممرضات للطبيب، لكن بقي عدد الأسرة للطبيب نفسه 0.9 خلال الفترة 2010-2017 وهو أقل من المعدل العالمي 4 سرير للطبيب، بقي عدد الأسرة بالنسبة للممرضة ما بين 1.1-1.2 سرير للممرضة خلال الفترة 2010-2017 وهو أقل من المعدل العالمي 2 سرسر للممرضة، بينما حقق معدل ضبط العدوى تطوراً اذ حقق رقم 2% عام 2017 وهو المقبول عالمياً، وكان المعدل خلال وسطي الفترة 2010-2016 (4%)، وهذه المؤشرات تعكس جودة الخدمة الطبية المقدمة للمريض من ناحية توفر الكادر الطبي والتمريضي ونوعية الخدمة المقدمة، ولكنها أيضاً تظهر عدم الاستغلال الجيد لهذه الكوادر لانخفاضها مقارنة بالمعدل العالمي.

وبأخذ كامل بعد العمليات الداخلية ضمن بطاقة الأداء المتوازن حقق المشفى 12.55% من 20% حسب الجدول رقم (33)

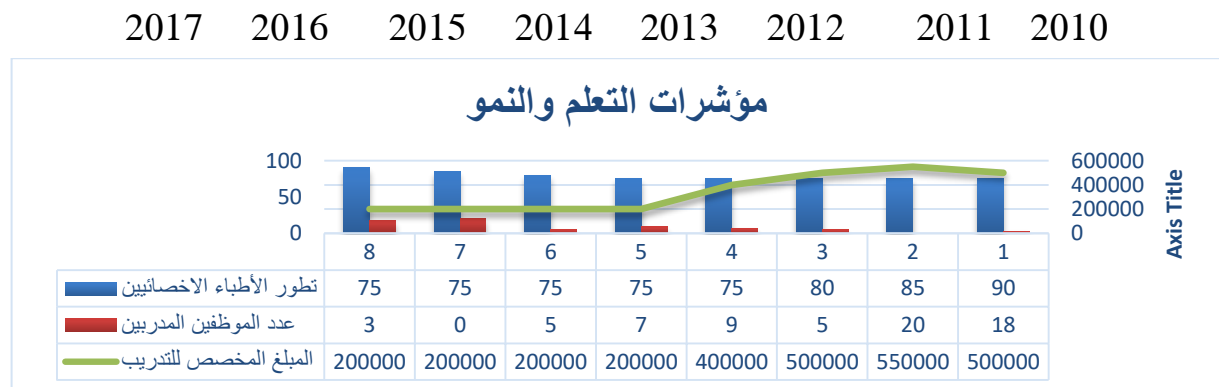
الجدول رقم (33) بعد العمليات الداخلية لمشفى دار الشفاء

مشفى دار الشفاء	الهدف	المقياس	وسطي 2010-2017	2017	النتيجة	النتيجة
عدد الأسرة النظري	90					
بعد العمليات الداخلية						
ضبط العدوى	معدل ضبط العدوى 2% مقبول عالميا	تخفيض معدل ضبط العدوى	4%	2%	3%	3
معدل سرير/طبيب	تحقيق المعدل العالمي (4) اسرة لكل طبيب	عدد الأسرة / عدد الأطباء	0.93	0.94	1%	0.23 0.93
معدل سرير/مرمضة	تحقيق المعدل العالمي (2) سرير لكل ممرضة	عدد الأسرة / عدد التمريض	1.19	1.13	2%	1.13 1.96
عدد الممرضات لكل طبيب	عدد الممرضات لكل طبيب 4	تحقيق النسبة العالمية	0.78	0.83	1%	0.20 0.72
عدد الأسرة المستغلة في المشفى	نسبة اشغال الأسرة 80%	تحسين نسبة الاشغال	31%	30%	5%	1.87 2.20
عدد العمليات لكل اخصائي	تحقيق النسبة العالمية 8	عدد العمليات لكل طبيب بالشهر	5.80	5.64	2%	1.14 1.9
عدد العمليات التي يقدمها المشفى	تحقيق عدد العمليات قبل الأزمة 7700	زيادة عدد العمليات	6743	6500	5%	4.2
القدرة على مواجهة حالات الطوارئ	زيادة عدد العمليات الاسعافية او الحفاظ على وسطي الفترة	مواجهة كافة حالات الطوارئ	383	300	1%	0.78
النتيجة النهائية					20%	12.55 15.69

بعد التعلم والنمو:

تسعى مشفى دار الشفاء إلى بناء علاقة إيجابية مع الكادر الذي تعمل معه وتسعى إلى المحافظة على الأطباء الموجودين لديها بل واستقطاب الأفضل دوماً، كما تعمل على تقديم التدريب اللازم للإداريين لديها لتحسين تواصلهم مع المرضى، ومن الشكل رقم (46) نلاحظ أنه انخفض عدد الأطباء الأخصائيين من 90 طبيب عام 2010 إلى 75 طبيب عام 2017 وكان وسطي عدد الأطباء خلال الفترة 2010-2016 (79) طبيب، كذلك انخفض المبلغ المخصص للتدريب من 500000 ليرة سورية عام 2010 إلى 200000 ليرة سورية عام 2017، وكان وسطي المبلغ المخصص للتدريب خلال الفترة 2010-2016 (364286) ليرة سورية وبالتالي

انخفض أيضا عدد الموظفين المدربين من 18 موظف عام 2010 إلى 3 موظفين عام 2017 وكان وسطي عدد الموظفين المدربين خلال الفترة 2010-2017 (9.14). وهذا يدل أنه رغم الجهود التي تبذلها المشفى للحفاظ على اطبائها المتميزين وتدريب موظفيها، إلا أن الأزمة التي مرت بها سورية أدت إلى سفر بعض الأطباء وانخفاض القدرة المالية للمشفى للقيام بالتدريب اللازم.



الشكل رقم (46) مؤشرات التعلم والنمو لمشفى دار الشفاء

وللتعرف عن علاقة الموظفين ورضاهم عن ادارتهم يبين تحليل الاستبيان النتيجة التالية في

الجدول (34) مع العلم أن الوسط الحسابي = $3.7 = 35/131$

الجدول رقم (34) علاقة الموظفين بالإدارة في مشفى دار الشفاء

العينة/ الشفاء	جيد جداً	جيد	مقبول	سيء	سيء جداً	المجموع
الموظفين	0	26	9	0	0	35
النتقيل	5	4	3	2	1	15
التكرارات بعد النتقيل	0	104	27	0	0	131

وبأخذ كامل بعد التعلم والنمو ضمن بطاقة الأداء المتوازن نلاحظ أنه حقق العلامة 13.94

كما هو موضح في الجدول رقم (35)

الجدول رقم (35) بعد التعلم والنمو لمشفى دار الشفاء

مشفى دار الشفاء	الهدف	المقياس	وسطي	2017	التثقيل	النتيجة
2017-2010						
عدد الأسرة النظري	90					
بعد التعلم والنمو						
علاقة الإدارة بالموظفين	بناء علاقة إيجابية بين الطرفين	رضى الموظفين			5%	73.
تطور الأطباء الاخصائيين	عدد الأطباء الاخصائيين	زيادة عدد الأطباء الاخصائيين او الحفاظ على وسطي الفترة	79	75	8%	7.5
تدريب الموظفين	عدد الموظفين المدربين	زيادة عدد الموظفين المدربين او الحفاظ على وسطي الفترة	9.14	3	4%	1.3
المبلغ المخصص للتدريب	المبلغ المصروف على التدريب	زيادة المبلغ المخصص للتدريب او الحفاظ على وسطي الفترة	364286	200000	3%	1.64
النتيجة النهائية	20% 13.94%					

بعد البيئة والمجتمع:

يسعى مشفى دار الشفاء لإقامة علاقة إيجابية مع المجتمع الذي يحيا فيه من خلال الحفاظ على البيئة واستعدادها لاستقبال كافة العمليات الاسعافية الطارئة، وتقديم العمليات المجانية ضمن امكانياتها المادية وحسب الحاجة، وقد تجاوب مشفى دار الشفاء مع تداعيات الأزمة في سورية واستقبل جميع الحالات الاسعافية التي قدمت اليه وقدم لها العناية الطبية الجيدة ومجانا، ومن الشكل رقم (47) نلاحظ، ان عدد العمليات المجانية عام 2010 هو نفسه عام 2017 (20) عملية، لكن خلال سنوات الأزمة الأصعب نلاحظ نموا مضطربا لعدد العمليات المجانية وكان متوسط عدد العمليات خلال الفترة 2010-2016 (66.42) عملية، لكن بالمقابل أيضا لم يقدم المشفى خلال الفترة 2010-2017 أي عقد وظيفي لذوي الشهداء.



الشكل رقم (47) تطور عدد العمليات المجانية في بعد البيئة والمجتمع لمشفى دار الشفاء وإذا ما أخذنا اجمالي بعد البيئة والمجتمع حسب بطاقة الأداء المتوازن نلاحظ أنه حقق 4.5% من 20% كما في الجدول رقم (36):

الجدول رقم (36) بعد البيئة والمجتمع لمشفى دار الشفاء

مشفى دار الشفاء	الهدف	المقياس	وسطي 2010 - 2017	2017	النتيجة	النتيجة
2017						
عدد الأسرة النظري	90					
بعد البيئة والمجتمع						
العمليات المجانية	زيادة العمليات المجانية او الحفاظ على وسطي الفترة	تطور عدد العمليات المجانية	66.43	20	15%	4.5
عقود ذوي الشهداء	زيادة عقود ذوي الشهداء	زيادة الموظفين من ذوي الشهداء	0	0	5%	0
النتيجة النهائية	20% 4.5					

وبأخذ بطاقة الأداء المتوازن لكامل مشفى دار الشفاء الخاص نلاحظ انه من الجدول رقم (37) حقق العلامة 59.89% باعتماد المعدل العالمي والتثقيل المتساوي، و 64.2% باعتماد المعدل على مستوى دمشق والتثقيل المتساوي و 68.69% باعتماد المعدل العالمي والتثقيل حسب الاستراتيجية، 73.83% باعتماد المعدل على مستوى دمشق والتثقيل حسب الاستراتيجية. وهذه علامة وفق التثقيل (عالمي/دمشق) مرتفعة نسبيا خاصة عند اعتماد التثقيل المعتمد على استراتيجية المشفى، وهي تدل على جودة الخدمة الطبية المقدمة من قبل المشفى، إذ أن كافة المؤشرات الموجودة في البطاقة وللأبعاد الخمسة هي أبعاد تعكس الجودة في كل بعد.

الجدول رقم (37) بطاقة الأداء المتوازن لمشفى دار الشفاء الخاص.

النتيجة	نتيجه	التثقيف	وسطي الفترة	2017	المقاييس	الهدف	دار الشفاء	
			90				عدد الأسرة النظري	
			الهدف	تراكمي حتى 2017			البعد المالي	
13	20%	6.5%	10%	100%	%65	نسبة الأرباح	زيادة الأرباح	هامش الربح
14.1	15%	9.4%	10%	300%	%283	نسبة التدفق النقدي	زيادة الكتلة النقدية	التدفق النقدي
27.1	%35	15.9%	20%	وسطي الفترة	2017			بعد الزبائن
11.5	15%	7.7	10	20571	18500	زيادة عدد المرضى	عدد المرضى قبل الأزمة 24000	عدد الزبائن
0.13	5%	0.08	3	17.7	16.1	تحقيق النسبة العالمية	عدد المرضى لكل طبيب شهريا 700-600	عدد المرضى لكل طبيب
2.12		1.27						
8	8%	5%	5%	4%	3%	تخفيض معدل الاختلاطات الطبية	معدل الاختلاطات الطبية 3%	معدل الاختلاطات الطبية
0	2%	0	2	9.6	10	تخفيض عدد الشكاوى	عدد الشكاوى المكتوبة	عدد الشكاوى المكتوبة
19.6	30%	12.8%	20%					بعد العمليات الداخلية
21.6		13.97						
3	3%	3	3%	4%	2%	تخفيض معدل ضبط العدوى	تطور معدل ضبط العدوى	ضبط العدوى
0.23	1%	0.23	1%	0.93	0.94	عدد الأسرة /عدد الأطباء	تحقيق المعدل العالمي (4 اسرة لكل طبيب)	معدل سرير/طبيب
0.93		0.93						
1.13	2%	1.13	2%	1.19	1.13	عدد الأسرة /عدد التمريض	تحقيق المعدل العالمي (2 سرير لكل ممرضة)	معدل سرير/ممرضة
1.96		1.96						
0.20	1%	0.20	%1	0.78	0.83	تحقيق النسبة العالمية	عدد الممرضات لكل طبيب	عدد الممرضات لكل طبيب
0.72		0.72						
1.87	5%	1.87	5%	31%	30%	تحسين نسبة الاشغال	نسبة اشغال الأسرة	عدد الأسرة المستغلة في المشفى
2.20		2.20						
1.14	2%	1.14	%2	5.80	5.64	عدد العمليات لكل طبيب بالشهر	تحقيق النسبة العالمية	عدد العمليات لكل اخصائي
1.9		1.9						

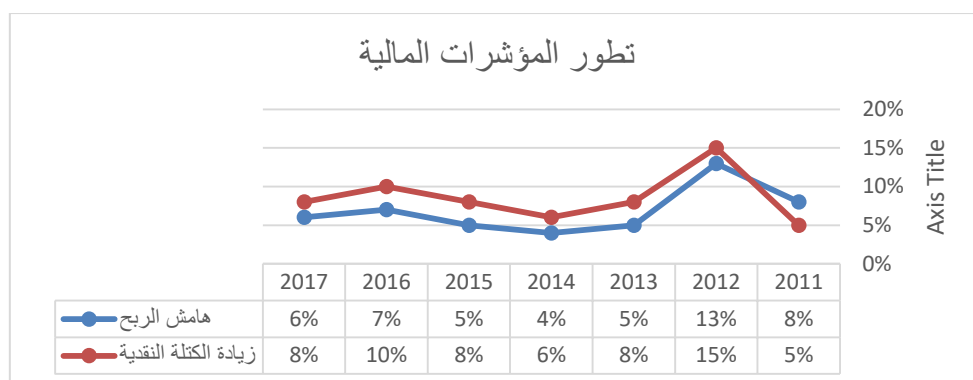
عدد العمليات التي يقدمها المشفى	عدد العمليات	زيادة عدد العمليات	6500	6743	5%	4.2	5%	4.2
القدرة على مواجهة حالات الطوارئ	عدد العمليات الاسعافية	مواجهة كافة حالات الطوارئ	300	383	1%	0.78	1%	0.78
بعد التعلم والنمو					20%	12.55	20%	12.55
						15.69		15.69
علاقة الإدارة بالموظفين	بناء علاقة إيجابية بين الطرفين	رضى الموظفين			5%	73.	5%	73.
تطور الأطباء الاختصاصيين	عدد الأطباء الاختصاصيين	زيادة عدد الأطباء الاختصاصيين	75	79	8%	7.5	4%	3.7
تدريب الموظفين	عدد الموظفين المدربين	زيادة عدد الموظفين المدربين	3	9.14	4%	1.3	2%	0.65
المبلغ المخصص للتدريب	المبلغ المصروف على التدريب	زيادة المبلغ المخصص للتدريب	200000	364286	3%	1.64	2%	1.09
بعد البيئة والمجتمع					20%	13.94	13%	8.94%
العمليات المجانية	عدد العمليات المجانية	تطور عدد العمليات المجانية	20	66.43	15%	4.5	1%	0.30
عقود ذوي الشهداء	عدد عقود ذوي الشهداء	زيادة الموظفين من ذوي الشهداء	0	0	5%	0	1%	0
					20%	4.5%	2%	0.30
اجمالي					100%	59.89%	100%	9%668.3873.
						64.2%		

5-2-6 مشفى المنار الدولي

رؤية ورسالة المشفى: مشفى المنار مؤسسة طبية رابحة تسعى إلى تقديم الخدمات الطبية المتميزة من خلال الاستعانة بأفضل الكوادر الطبية لتحقيق صحة وسلامة ورضى المريض.

البعد المالي: يسعى مشفى المنار الدولي كمشفى خاص جديد تم افتتاحه عام 2010 إلى البحث عن أسواق وزبائن جدد، وتقديم منتجات وخدمات طبية جديدة، والمحافظة على مستوى مناسب من الإنفاق على عمليات التحسين المستمر لخدماته، وبالتالي تحقيق حركة تدفق نقدي تسمح له بذلك مع هامش مناسب للربح.

وإذا ما أخذنا مؤشرات البعد المالي لمشفى المنار الدولي نرى



الشكل رقم (48) تطور المؤشرات المالية في مشفى المنار الدولي

من الشكل رقم (48) نلاحظ ارتفاع نسبة الأرباح بمعدل 6% عام 2017 مقارنة 2016 كما ازدادت الكتلة النقدية بنسبة 8% عام 2017 عن عام 2016، ومن الشكل نلاحظ أن تطور الأرباح والتدفق النقدي خلال الفترة 2011-2017 يعتبر جيداً، على الرغم من أن المشفى حديث نسبياً والأزمة في سورية تراكمت مع افتتاح المشفى، وبشكل تراكمي ارتفعت الأرباح بنسبة 32% عام 2017 عن عام 2011 وارتفعت نسبة التدفق النقدي بنسبة 167% عام 2017 عن عام 2011.

وضمن بطاقة الأداء المتوازن حقق البعد المالي 9.95% من 20% كما في الجدول رقم (38) وهذا يعني أن على إدارة المشفى العمل لتحسين الخدمات الطبية لاجتذاب عدد أكبر من المرضى وتحسين الواقع المالي لمشفى المنار.

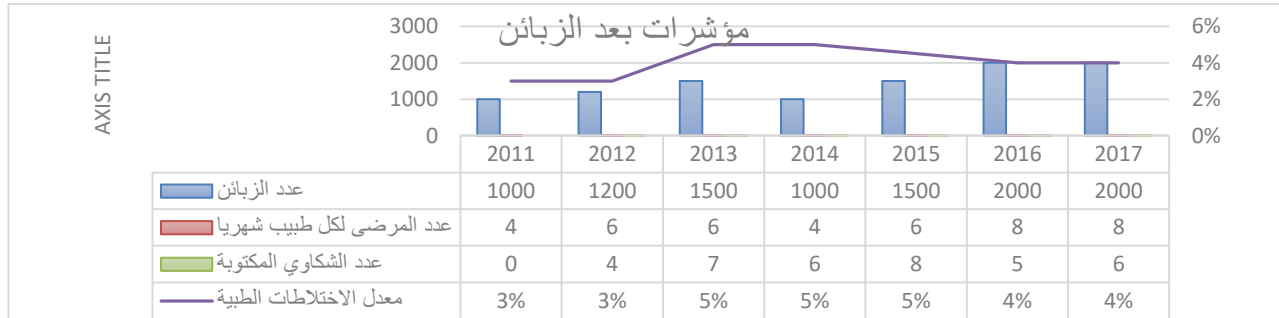
الجدول رقم (38) البعد المالي في بطاقة الأداء المتوازن لمشفى المنار الدولي

مشفى المنار	الهدف	المقياس	وسطي الزيادة السنوية	2017 تراكمي	النتيجة	النتيجة
عدد الأسرة النظري	20					
البعد المالي						
نسبة الأرباح ¹	زيادة نسبة الأرباح بنسبة 100% عن 2011	نسبة الأرباح	6.8%	32%	5%	1.6%-68%
نسبة التدفق النقدي	زيادة نسبة التدفق النقدي بنسبة 300% عن 2011	نسبة التدفق النقدي	8.57%	167%	51%	8.35%-133%
النتيجة النهائية					20%	9.95%

¹ لم يتمكن من الحصول على أرقام تقريبية للأرباح والتدفق النقدي، بسبب طبيعة العمل الخاص بشكل عام وتخوف الإدارة من تقديم أي تصريحات مالية حتى لأغراض البحث العلمي.

بعد الزبائن:

مشفى المنار كأى مشفى يسعى إلى اجتذاب أكبر عدد من المرضى وبناء سمعة جيدة في الوسط المحيط، لذلك فإن رضى المريض من أهم أولويات العمل لديه ويسعى إلى تقديم الخدمات الطبية المتميزة بأسعار منافسة تتناسب مع البيئة المقام فيها المشفى (منطقة لذوي الدخل المتوسط)، والشكل رقم (49) يبين أهم مؤشرات بعد الزبائن.



الشكل رقم (49) تطور مؤشرات بعد الزبائن في مشفى المنار

من الشكل نلاحظ أنه ارتفع عدد المرضى من 1000 مريض عام 2011 إلى 2000 مريض عام 2017 ولكن بالمقابل ارتفع عدد الشكاوى إلى 6 شكاوى عام 2017 في حين لم يتقدم لإدارة المشفى أي شكاوى عام 2011، وذلك لحدثة المشفى آنذاك، لكن ارتفع معدل الاختلاطات الطبية من 3% عام 2011 إلى 4% عام 2017 ليتجاوز الحد المقبول عالميا 3%، وارتفع عدد المرضى للطبيب من أربعة مرضى بالشهر للطبيب عام 2011 إلى 6 مرضى بالشهر عام 2017.

وإذا ما أردنا أن نأخذ إجمالي بعد الزبائن وفق بطاقة الأداء المتوازن نلاحظ 6.64% من 20% حسب الجدول رقم (39)

الجدول رقم (39) بعد الزبائن لمشفى المنار

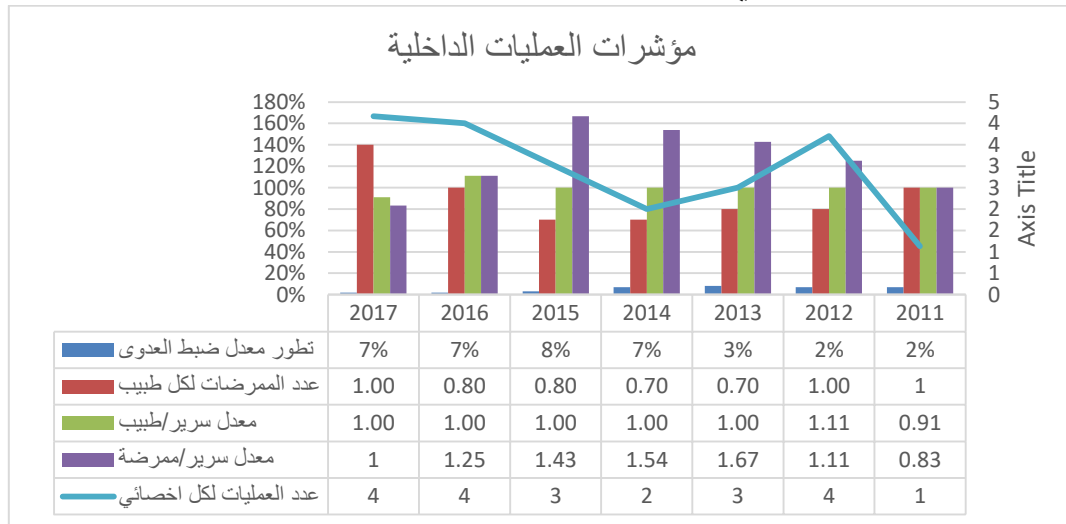
مشفى المنار	الهدف	المقياس	وسطى 2010-2017	2017	النتيجة	التثقيف	النتيجة
عدد الأسرة النظري	20						
بعد الزبائن							
عدد الزبائن	زيادة عدد المرضى إلى 3000	عدد المرضى	1367	2000	6.6	10	1000-
عدد المرضى لكل طبيب	عدد المرضى لكل طبيب شهريا 700-600	عدد المرضى لكل طبيب	.75	8	0.04	3	92-5
معدل الاختلاطات الطبية	تحقيق المعدل العالمي 3%	معدل الاختلاطات الطبية	4%	4%	0	5%	-1
عدد الشكاوى المكتوبة	تخفيض عدد الشكاوى او عدم تجاوز وسطى الفترة	عدد الشكاوى	5	6	0	2	-1
النتيجة النهائية					6.64	20%	
					7.05		

بعد العمليات الداخلية:

إن تقديم الخدمة الصحية بجودة عالية يتطلب تميز الكادر الطبي العامل في المشفى والمحافظة على عقامة ونظافة المشفى وبقاء معدل ضبط العدوى ضمن الحدود المقبولة عالميا 2%، واستخدام التجهيزات الطبية الحديثة. وكل ذلك يساهم في تحسين سمعة المشفى وزيادة عدد العمليات النوعية التي يقدمها وعدد المراجعين وبالتالي تحسين أرباح المشفى، وبالعودة إلى بيانات المشفى نرى:

- ارتفع عدد العمليات من 300 عملية عام 2011 إلى 1000 عملية عام 2017.
- بقيت نسبة اشغال الاسرة هي ذاتها خلال الفترة 2011-2017 حوالي 20% وهي نسبة متدنية.

- ارتفع عدد العمليات الاسعافية من 100 عملية عام 2011 إلى 150 عملية عام 2017.
- ومن الشكل رقم (50) نرى باقي مؤشرات العمليات الداخلية



الشكل رقم (50) تطور مؤشرات العمليات الداخلية لمشفى المنار

من الشكل رقم (50) ارتفع معدل ضبط العدوى من 2% عام 2011 إلى 7% عام 2017 وهذا يستدعي العمل على تطبيق سياسات ضبط العدوى وتدريب الموظفين عليها لتبقى ضمن الحد المقبول عالميا 2%.

وارتفع عدد العمليات لكل اختصاصي من عملية بالشهر عام 2011، إلى 4 عمليات بالشهر عام 2017 ولكنها تبقى أخفض من المعدل العالمي 8 عمليات لكل طبيب في الشهر.

بقي عدد الممرضات لكل طبيب تقريبا ذاته في الفترة 2010-2017 وهو 1 واقل من المعدل العالمي 4 ممرضات للطبيب، كما بقي عدد الأسرة لكل طبيب حوالي سرير لكل طبيب خلال الفترة 2011-2017 وهي أقل من المعدل العالمي 4 اسرة للطبيب، وكذلك لم يحقق عدد

الأسرة لكل ممرضة المعدل العالمي، حيث تراوح بين 1.67 سرير لكل ممرضة إلى 1 سرير للممرضة في الفترة 2011-2017 وهي أقل من المعدل العالمي 2 سرير للممرضة، وهذا يدل على الهدر وعدم الاستخدام الأمثل للموارد البشرية المتاحة.

وبأخذ كامل بعد العمليات الداخلية وفق بطاقة الأداء المتوازن نرى أنه حقق علامة 7.25 من 20 كما في الجدول رقم (40)

الجدول رقم (40) بعد العمليات الداخلية لمشفى المنار الدولي.

مشفى المنار	الهدف	المقياس	وسطي 2011-2017	2017	النتيجة	النتيجة
عدد الأسرة النظري	20					
بعد العمليات الداخلية						
ضبط العدوى	معدل ضبط العدوى 2% مقبول عالميا	تخفيض معدل ضبط العدوى	5%	7%	3%	0
معدل سرير/طبيب	تحقيق المعدل العالمي (4 أسرة لكل طبيب)	عدد الأسرة /عدد الأطباء	1	1	1%	0.25 1
معدل سرير/ممرضة	تحقيق المعدل العالمي (2 سرير لكل ممرضة)	عدد الأسرة /عدد التمريض	1.3	1	1%	0.5 0.86
عدد الممرضات لكل طبيب	عدد الممرضات لكل طبيب 4	تحقيق النسبة العالمية	0.9	1	1%	0.25 0.87
عدد الأسرة المستغلة في المشفى	نسبة اشغال الأسرة 80%	تحسين نسبة الاشغال	20%	20%	5%	1.25 1.47
عدد العمليات لكل اخصائي	تحقيق النسبة العالمية 8	عدد العمليات لكل طبيب بالشهر	2.72	4	3%	1.5 2.03
عدد العمليات التي يقدمها المشفى	زيادة عدد العمليات حتى 2000	زيادة عدد العمليات	625	1000	5%	2.5 1000
القدرة على مواجهة حالات الطوارئ	زيادة عدد العمليات الاسعافية او الحفاظ على وسطي الفترة	مواجهة كافة حالات الطوارئ	148	150	1%	1
النتيجة النهائية					20%	7.25% 9.73

بعد التعلم والنمو:

يعد مشفى المنار مشفى حديث العهد ويتطلب منه التميز في مجال الخدمات الصحية، وبناء علاقات جيدة مع الكادر الطبي والإداري العامل في المشفى وتدريبه على طرق التواصل مع المرضى وعلى سياسات وإجراءات ضبط العدوى، لكن يلاحظ انه خلال الفترة 2011-2017 لم يتجاوز عدد الكادر المدرب 8 أشخاص رغم أن إدارة المشفى قد رصدت مبلغ 100000 ليرة

سورية سنويا للتدريب، كما أن عدد الأطباء الأخصائيين بقي ما بين 20-22 طبيب أخصائي خلال الفترة 2011-2017، وربما يعتبر كثيراً مقارنة بالأعداد المتواضعة للمرضى والعمليات وعن علاقة الموظفين بالإدارة ورضاهم عن عملهم يبين تحليل الاستبيان ما يلي كما في الجدول (41) مع العلم أن الوسط الحسابي = $11/42 = 3.8$

الجدول رقم (41) علاقة الموظفين بالإدارة في مشفى المنار

العينة/ المنار	جيد جداً	جيد	مقبول	سيء	سيء جداً	المجموع
الموظفين	0	9	2	0	0	11
التثقيف	5	4	3	2	1	15
التكرارات بعد التثقيف	0	36	6	0	0	42

وإذا ما أخذنا اجمالي بعد التعلم والنمو وفق بطاقة الأداء المتوازن نرى أنه حقق 14.8% من 20% كما في الجدول رقم (42):

الجدول رقم (42) بعد التعلم والنمو لمشفى المنار الدولي.

مشفى المنار	الهدف	المقياس	وسطي	2017	التثقيف	النتيجة
2017-2011						
عدد الأسرة النظري	20					
بعد التعلم والنمو						
علاقة الإدارة بالموظفين	بناء علاقة إيجابية بين الطرفين	رضى الموظفين			5%	3.8
تطور الأطباء الاخصائيين	عدد الأطباء الاخصائيين	زيادة عدد الأطباء الاخصائيين او الحفاظ على وسطي الفترة	20	20	8%	8
تدريب الموظفين	عدد الموظفين المدربين على الأقل 10	زيادة عدد الموظفين المدربين او الحفاظ على وسطي الفترة	1.33	0	4%	0
المبلغ المخصص للتدريب	المبلغ المصروف على التدريب	زيادة المبلغ المخصص للتدريب او الحفاظ على وسطي الفترة	100000	100000	3%	3
النتيجة النهائية	20% 14.8%					

بعد البيئة والمجتمع:

تعطي إدارة مشفى المنار اهتماما خاصة للحفاظ على البيئة من خلال مخلفات نظيفة وهي مستعدة لاستقبال كافة الحالات الاسعافية التي تتقدم اليها وبشكل مجاني، لكن وجود مجمع ابن النفيس الحكومي الطبي بالقرب منها أدى إلى قلة الحالات الاسعافية المحولة لها، لكن بأخذ كامل بعد البيئة والمجتمع وفق بطاقة الأداء المتوازن نرى انه حقق 3.75 من 20 كما في الجدول رقم (43):

الجدول رقم (43) بعد البيئة والمجتمع في مشفى المنار

مشفى المنار	الهدف	المقياس	وسطي	2017	النتيجة	النتيجة
2017-2011						
عدد الأسرة النظري	90					
بعد البيئة والمجتمع						
العمليات المجانية	زيادة العمليات المجانية على الأقل (20) او الحفاظ على وسطي الفترة	تطور عدد العمليات المجانية	5.8	5	15%	3.75
عقود ذوي الشهداء	زيادة عقود ذوي الشهداء	زيادة الموظفين من ذوي الشهداء	0	0	5%	0
النتيجة النهائية						
					20%	3.75

وبأخذ بطاقة الأداء المتوازن لكامل مشفى المنار الدولي الخاص نلاحظ انه كما في الجدول رقم (44) حقق العلامة 42.35% باعتماد المعدل العالمي والتثقيل المتساوي، 45.28% باعتماد المعدل على مستوى دمشق والتثقيل المتساوي و39.48% باعتماد المعدل العالمي والتثقيل حسب الاستراتيجية، 42.1% باعتماد المعدل على مستوى دمشق والتثقيل حسب الاستراتيجية. وهذه علامة وفق التثقلين (عالمي/دمشق) تعد منخفضة نسبيا خاصة عند اعتماد التثقيل المعتمد على استراتيجية المشفى، وهي تدل على أن إدارة مشفى المنار يجب ان تبذل جهوداً لتحسين جودة الخدمة الطبية المقدمة من قبل المشفى، إذ أن كافة المؤشرات الموجودة في البطاقة وللأبعاد الخمسة هي أبعاد تعكس الجودة في كل بعد.

الجدول رقم (44) بطاقة الأداء المتوازن لمشفى المنار الدولي

مشفى المنار الدولي	الهدف	المقياس	2017	وسطي الفترة	النتيجة	النتيجة	نتيجة	النتيجة
عدد الأسرة النظري				20			2	
البعد المالي		تراكمي حتى 2017		الهدف				
هامش الربح	زيادة الأرباح	نسبة الأرباح	%32	100%	5%	1.6%	%15	4.8
التدفق النقدي	زيادة الكتلة النقدية	نسبة التدفق النقدي	%167	300%	15%	8.35%	%25	13.9
بعد الزبائن		وسطي الفترة	2017	20%	9.95%	%40	18.7%	
عدد الزبائن	عدد المرضى قبل الأزمة 4500	زيادة عدد المرضى	1367	2000	10	6.6	5	1.5
عدد المرضى لكل طبيب	عدد المرضى لكل طبيب شهريا 700-600	تحقيق النسبة العالمية	5.7	8	3	0.04	3	0.04
						0.45		0.45
معدل الاختلاطات الطبية	معدل الاختلاطات الطبية 3%	تخفيض معدل الاختلاطات الطبية	%4	4%	5%	0	5	0
عدد الشكاوى المكتوبة	عدد الشكاوى المكتوبة	تخفيض عدد الشكاوى	5	6	2	0	2	0
بعد العمليات الداخلية					20%	6.64	.057	.541
ضبط العدوى	تطور معدل ضبط العدوى	تخفيض معدل ضبط العدوى	%5	%7	3%	0	6	0
معدل سرير/طبيب	تحقيق المعدل العالمي (4 أسرة لكل طبيب)	عدد الأسرة / عدد الأطباء	1	1	1%	0.25	1	0.25
						1		1
معدل سرير/ممرضة	تحقيق المعدل العالمي (2 سرير لكل ممرضة)	عدد الأسرة / عدد التمريض	1.3	1	%1	0.5	1	0.25
						0.86		0.86
عدد الممرضات لكل طبيب	عدد الممرضات لكل طبيب	تحقيق النسبة العالمية	0.9	1	%1	0.25	1	0.25
						0.87		0.87
عدد الأسرة المستغلة في المشفى	نسبة اشغال الأسرة	تحسين نسبة الاشغال	%20	%20	5%	1.25	8	2
						1.47		2.35
عدد العمليات لكل اخصائي	تحقيق النسبة العالمية	عدد العمليات لكل طبيب بالشهر	2.72	4	%3	1.5	4	2
						2.03		2.7
عدد العمليات التي يقدمها المشفى	عدد العمليات 2000	زيادة عدد العمليات	625	1000	%5	2.5	8	4

القدرة على مواجهة حالات الطوارئ	عدد العمليات الاسعافية	مواجهة كافة حالات الطوارئ	148	150	1%	1	1	1
بعد التعلم والنمو								
علاقة الإدارة بالموظفين	بناء علاقة إيجابية بين الطرفين	رضى الموظفين			5%	3.8	5	3.8
تطور الأطباء الاخصائيين	عدد الأطباء الاخصائيين	زيادة عدد الأطباء الاخصائيين	20	20	8%	8	3	3
تدريب الموظفين	عدد الموظفين المدربين	زيادة عدد الموظفين المدربين	1.33	0	4%	0	1	0
المبلغ المخصص للتدريب	المبلغ المصروف على التدريب	زيادة المبلغ المخصص للتدريب	100000	100000	3%	3	1	1
بعد البيئة والمجتمع								
العمليات المجانية	عدد العمليات المجانية (20)	تطور عدد العمليات المجانية	5.8	5	15%	3.75	3.5	0.87
عقود ذوي الشهداء	عدد عقود ذوي الشهداء	زيادة الموظفين من ذوي الشهداء	0	0	5%	0	1.5	0
اجمالي					100%	42.35%	45.28	8439. 42.1

5-2-7 تطبيق بطاقة الأداء المتوازن في مشفى أمية

يقوم مشفى أمية على الرسالة والرؤية التاليتين: تسعى مشفى أمية لتكون مشفى رائد في تقديم الخدمات الصحية المتميزة، والعمليات النوعية بخبرة كادرها الطبي المتميز، وإلى تقديم الخدمات الطبية شبه المجانية إلى اسر الشهداء والمجاهدين التابعين للجبهة الشعبية لتحرير فلسطين مع الحفاظ على استمرارية خدمات المشفى المختلفة.

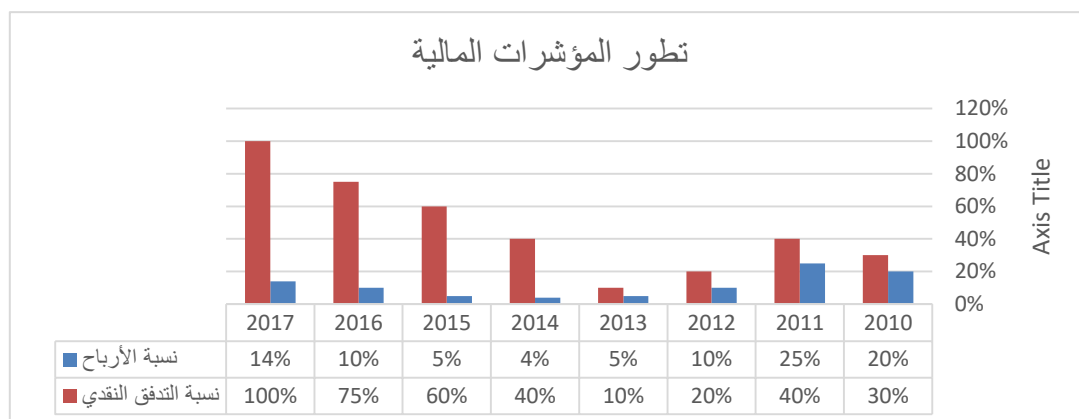
من خلال رؤية ورسالة المشفى نرى أن (نوعية وجودة الخدمة الطبية، تحقيق أرباح للحفاظ على استمرارية عمل المشفى، رضى المريض، والدعم الطبي لأسر شهداء الجبهة) من أهم أولويات عمل المشفى.

إن الخارطة الاستراتيجية هي واحدة للمشافي الخاصة الثلاثة لتشابه أولويات العمل، وكذلك مؤشرات الأداء لكنها تختلف فيما بينها في الأوزان المعطاة لكل مؤشر¹.
وبتحليل عوامل النجاح الأساسية لمشفى أمية الخاص نبين التالي:

¹ تم وضع الأوزان بالتشاور مع الإداريين ورؤساء الأقسام في المشافي

البعد المالي:

يسعى مشفى أمية إلى تقديم الخدمة الطبية المتميزة وراحة المريض من أهم أولوياته لذلك يسعى إلى تطوير التجهيزات الطبية واستخدام أفضل المواد الطبية المتواجدة في السوق، واجتذاب الكادر الطبي المتميز لتحقيق الجودة في عمله، وهو كمشفى خاص يسعى لتحقيق الأرباح لإرضاء المساهمين، وزيادة الكتلة النقدية للحفاظ على الاستمرارية في مواكبة التطورات في المجال الطبي (كادر متميز، مواد جديدة، تجهيزات جديدة، التدريب)، لكن ظروف الأزمة التي حلت بسورية أدت إلى تراجع أرباح المشفى وانخفاض القوة الشرائية للكتلة النقدية المتوفرة لدى المشفى بسبب تدهور القوة الشرائية لليرة السورية، كما ساهم موقع المشفى بقرب حاجز تفتيش عسكري في انخفاض عدد المرضى والمراجعين وبالتالي انخفاض أرباحه، والشكل رقم (51) يخبرنا عن تطورات مؤشرات البعد المالي خلال الفترة 2010-2017



الشكل رقم (51) تطور المؤشرات المالية لمشفى أمية

من الشكل رقم (51) نلاحظ انه انخفضت نسبة الأرباح عام 2013 عن عامي 2011-2012، واستمرت في التراجع حتى عام 2014، لتعود وتتحسن خلال الأعوام 2015-2017، في حين استمرت نسبة التدفق النقدي بالتحسن خلال الفترة 2010-2017، لتصل لنسبة 100% عام 2017 عن عام 2016.

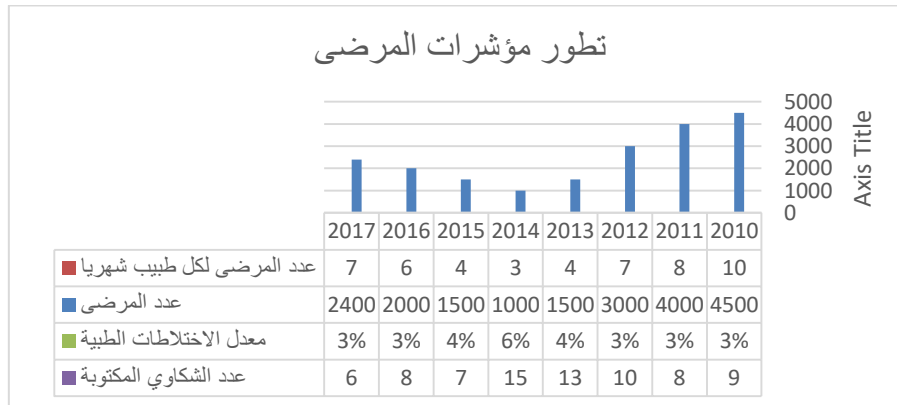
وبحسب بطاقة الأداء المتوازن نرى أن البعد المالي قد حقق نسبة (16%) من 20% كما في الجدول رقم (45):

الجدول رقم (45) البعد المالي لمشفى أمية

مشفى أمية	الهدف	المقياس	وسطى الزيادة السنوية	2017 تراكمي	التثقل	النتيجة
عدد الأسرة النظري	45					
البعد المالي						
نسبة الأرباح ¹	زيادة نسبة الأرباح بنسبة 100% عن 2010	نسبة الأرباح	10%	60%	10%	-40%
نسبة التدفق النقدي	زيادة انسبة التدفق النقدي بنسبة 300% عن 2010	نسبة التدفق النقدي	44%	342%	10%	10%
النتيجة النهائية					20%	16%

بعد الزبائن:

من أولويات العمل لدى مشفى أمية هي رضى المريض عبر تقديم الخدمات الطبية المتميزة، والحرص على تكامل ذلك مع خدمات فندقية ممتازة، وتعمل على تطوير ذلك من خلال استبيانات رأي دورية للمرضى عن واقع الخدمات المقدمة



الشكل رقم (52) تطور مؤشرات الزبائن لمشفى أمية

ومن الشكل رقم (52) نلاحظ أنه رغم الجهود التي تبذلها المشفى في تخفيض معدل الاختلاطات الطبية، الذي بقي ضمن الحدود المسموح بها عالميا 3% عام 2017، و (3.7%) كمعدل وسطي خلال الفترة 2010-2016 كذلك في الحفاظ على راحة المريض من خلال معالجة الشكاوى المقدمة وتفاذي عدم حدوثها، إذ بلغ متوسط عدد الشكاوى المقدمة للمشفى خلال الفترة 2010-2017 (10) شكاوي، انخفض عدد المرضى من 4000 مريض عام 2010 إلى 2400 مريض عام 2017، كما انخفض عدد المرضى لكل طبيب من 8 مرضى شهريا إلى 6 وهذا يدل على العناية التي يتلقاها كل مريض، لكن أيضاً إلى عدم استغلال قدرات الطبيب بشكل جيد لأنه اخفض من المعدل العالمي بكثير (600-700) مريض

¹ لم نتمكن من الحصول على أرقام تقريبية للأرباح والتدفق النقدي، بسبب طبيعة العمل الخاص بشكل عام وتخوف الإدارة من تقديم أي تصاريح مالية حتى لأغراض البحث العلمي.

لكل طبيب شهرياً. وبحسب بطاقة الأداء المتوازن حقق بعد الزبائن 12.3% من 20% كما في الجدول رقم (46).

الجدول رقم (46) بعد الزبائن لمشفى أمية

مشفى أمية	الهدف	المقياس	وسطي	2017	النتيجة	النتيجة
2017-2010						
عدد الأسرة النظري	45					
بعد الزبائن						
عدد الزبائن	تحقيق عدد المرضى عام 2010 قبل الأزمة 4500	عدد المرضى	2500	2400	10	5.3%
عدد المرضى لكل طبيب	عدد المرضى لكل طبيب شهرياً 700-600	عدد المرضى لكل طبيب	6	7	3	0.03
معدل الاختلاطات الطبية	تحقيق المعدل العالمي 3%	معدل الاختلاطات الطبية	3.7%	3%	5%	5%
عدد الشكاوى المكتوبة	تخفيض عدد الشكاوى او عدم تجاوز وسطي الفترة	عدد الشكاوى	10	6	2	2
النتيجة النهائية					20%	12.3
						12.85

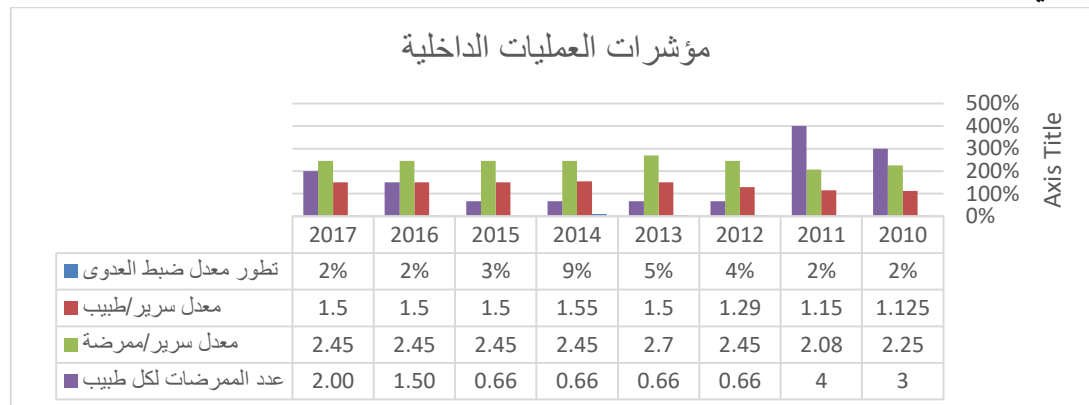
بعد العمليات الداخلية:

تعتمد مشفى أمية على استقطاب أمهر الأطباء لضمان جودة الخدمة الطبية، وعلى استخدام أفضل المواد الطبية، وعلى الرغم من التكاليف العالية التي تتحملها لضمان سير عمل التجهيزات الطبية بسبب ظروف الأزمة وعدم انتظام التيار الكهربائي والعقوبات المفروضة على استيرادها، تحرص كل الحرص على عدم توقفها عن العمل، لكن الأزمة التي مرت على سورية وموقع المشفى قرب حاجز عسكري ساهم في:

انخفاض عدد العمليات التي تقدمها المشفى من 2500 عملية عام 2010 إلى 1500 عملية عام 2017 وكان عدد العمليات في وسطي الفترة 2010-2016 (1578)، انخفض عدد العمليات الاسعافية من 250 عملية عام 2010 إلى 210 عملية عام 2017 وكان وسطي الفترة 191 عملية.

كذلك انخفض معدل العمليات لكل طبيب من 5 عملية عام 2010 إلى 4 عملية عام 2017 وكان عدد العمليات لكل طبيب في وسطي الفترة 2010-2016 (4) وهو دون المعدل العالمي (8) وهذا يساهم في ارتفاع تكاليف اعمال المشفى وانخفاض أرباحها، كذلك انخفض معدل اشغال الأسرة من 75% عام 2010 إلى 60% عام 2017.

ومن الشكل رقم (53) ارتفع معدل الأسرة لكل طبيب من 1.12 سرير للطبيب عام 2010 إلى 1.5 سرير للطبيب وهو اخفض من المعدل العالمي 4 سرير لكل طبيب، وارتفع عدد الأسرة لكل ممرضة من 2.25 سرير للممرض عام 2010 إلى 2.45 سرير للممرض عام 2017 ويتوافق مع المعدل العالمي 2 ممرضة للسري، بل يزيد عليه، كما انخفض عدد التمريض بالنسبة للطبيب من 3 عام 2010 إلى 2 ممرضة للطبيب عام 2017 وبقي اخفض من المعدل العالمي 4 ممرضة للطبيب



الشكل رقم (53) مؤشرات العمليات الداخلية في مشفى أمية

وبأخذ اجمالي بعد العمليات الداخلية ضمن بطاقة الأداء المتوازن نلاحظ يحقق العلامة (13.51) من 20% كما في الجدول رقم (47):

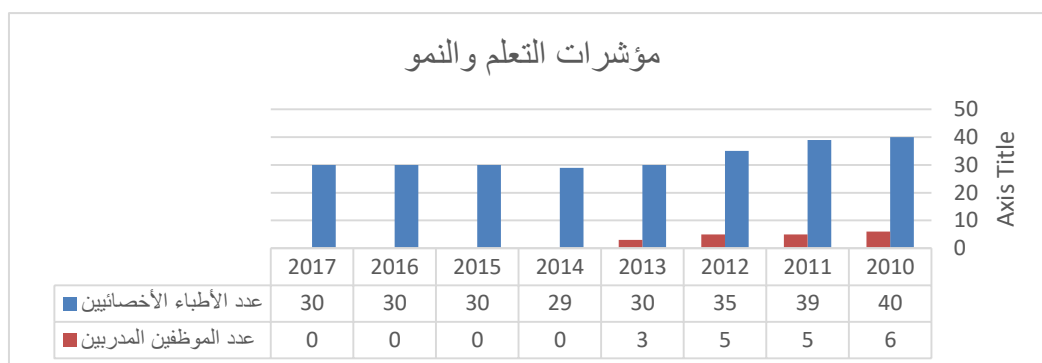
الجدول رقم (47) بعد العمليات الداخلية لمشفى أمية

مشفى أمية	الهدف	المقياس	وسطي 2010-2017	2017	النتيجة	التثقي ل	النتيجة
عدد الأسرة النظري	45						
بعد العمليات الداخلية							
ضبط العدوى	معدل ضبط العدوى 2% مقبول عالميا	تخفيض معدل ضبط العدوى	4%	2%	3%	3	
معدل سرير/طبيب	تحقيق المعدل العالمي (4 أسرة لكل طبيب)	عدد الأسرة /عدد الأطباء	1.37	1.5	1%	0.37 1	-2.5
معدل سرير/ممرضة	تحقيق المعدل العالمي (2 سرير لكل ممرضة)	عدد الأسرة /عدد التمريض	2.41	2.54	1%	1	
عدد الممرضات لكل طبيب	عدد الممرضات لكل طبيب 4	تحقيق النسبة العالمية	2	1.59	1%	0.39 1	-2.41
عدد الأسرة المستغلة في المشفى	نسبة اشغال الأسرة 80%	تحسين نسبة الاشغال	55%	60%	5%	3.75 4.4	-20%
عدد العمليات لكل	تحقيق النسبة العالمية	عدد العمليات لكل	4	4	4%	2	-4

2.7				طبيب بالشهر	8	اخصائي
2	%4	1500	1578	زيادة عدد العمليات	تحقيق عدد العمليات قبل الأزمة 2500	عدد العمليات التي يقدمها المشفى
1	%1	210	191	مواجهة كافة حالات الطوارئ	زيادة عدد العمليات الاسعافية	القدرة على مواجهة حالات الطوارئ
13.51	20%					النتيجة النهائية
16.1						

بعد التعلم والنمو:

تؤمن إدارة مشفى أمية بأهمية التدريب في رفع سوية العمل، لذا تخصص مبلغا سنويا لاحتياجات التدريب، اذ بلغ المبلغ المخصص للتدريب 100000 ليرة سورية عام 2017 مقابل 102875 كمبلغ وسطي خلال الفترة 2010-2016، لكن لم يتم تدريب أي موظف منذ عام 2013، كما تحاول الحفاظ على كادرها الطبي المتميز من خلال تلبية احتياجاتهم المادية والمعنوية بل واستقطاب كوادر جديدة، لكن من الشكل رقم (54) نلاحظ أنه انخفض عدد الأطباء الأخصائيين إلى 30 طبيب عام 2017 مقابل 33.29 طبيب كرقم وسطي خلال الفترة 2010-2017



الشكل رقم (54) تطور مؤشرات التعلم والنمو في مشفى أمية

وللتعرف عن علاقة الموظفين بالإدارة ومستوى رضاهم عنها يعطينا تحليل الاستبيان النتيجة

التالية كما في الجدول (48) مع العلم أن الوسط الحسابي = $17/64 = 3.7$

الجدول رقم (48) علاقة الموظفين بالإدارة في مشفى أمية

المجموع	سيء جداً	سيء	مقبول	جيد	جيد جداً	العينة/ أمية
17	0	0	4	13	0	الموظفين
15	1	2	3	4	5	التنقل
64	0	0	12	52	0	التكرارات بعد التنقل

وبحسب بطاقة الأداء المتوازن يحقق بعد التعلم والنمو علامة (13.8%) من 20% كما في

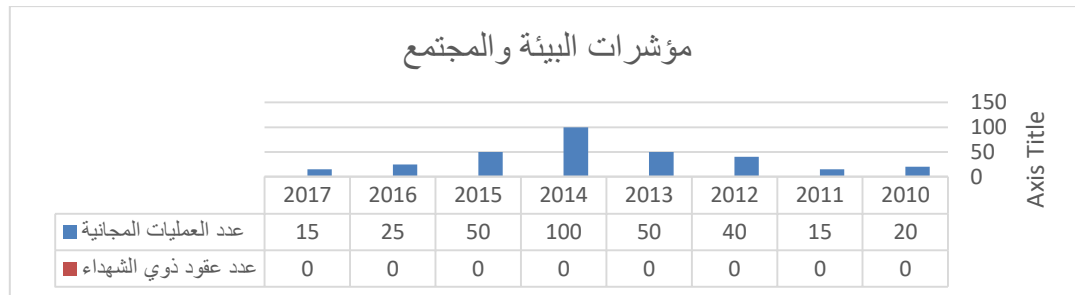
الجدول رقم (49):

الجدول رقم (49) بعد التعلم والنمو لمشفى أمية

مشفى أمية	الهدف	المقياس	وسطي 2010-2017	2017	النتيجة	التثقيف	النتيجة
عدد الأسرة النظري	45						
بعد التعلم والنمو							
علاقة الإدارة بالموظفين	بناء علاقة إيجابية بين الطرفين	رضى الموظفين				5%	73.
تطور الأطباء الاختصاصيين	عدد الأطباء الاختصاصيين	زيادة عدد الأطباء الاختصاصيين او الحفاظ على وسطي الفترة	33.29	30	8%	7.2	-3.29
تدريب الموظفين	عدد الموظفين المدربين	زيادة عدد الموظفين المدربين او الحفاظ على وسطي الفترة	2.71	0	4%	0	-2.71
المبلغ المخصص للتدريب	المبلغ المصروف على التدريب	زيادة المبلغ المخصص للتدريب او الحفاظ على وسطي الفترة	102857	100000	3%	2.9	-2857
النتيجة النهائية						20%	13.8%

بعد البيئة والمجتمع:

تستقبل مشفى أمية كامل الحالات الاسعافية التي تأتي إليها وتقدم لها الخدمة الطبية الجيدة ودون مقابل تجاوبا مع مسؤوليتها الاجتماعية في المجتمع التي تحيا وتتعامل فيه، إضافة إلى تقديم الدعم الطبي لأسر المجاهدين والشهداء التابعين للجهة الشعبية لتحرير فلسطين، ومن الشكل رقم (55) نلاحظ أنه بلغ عدد العمليات المجانية عام 2017 (15) عملية وهو أقل من وسطي عدد العمليات 43 عملية خلال الفترة 2010-2016، كما أنه لم يتم توظيف أي من ذوي الشهداء خلال الفترة 2010-2017، وإجمالا تعود هذه العمليات المجانية خلال الفترة 2010-2016 لذوي شهداء الجهة إضافة إلى الحالات الاسعافية التي تستقبلها وأدت إليها الأزمة من جرحى تفجيرات وطلق ناري.



الشكل رقم (55) مؤشرات البيئة والمجتمع

وبحسب بطاقة الأداء المتوازن يحق بعد البيئة والمجتمع (5.32%) من 20% كما في الجدول رقم (50):

الجدول رقم (50) بعد البيئة والمجتمع لمشفى أمية

مشفى أمية	الهدف	المقياس	وسطي	2017	النتيجة	النتيجة
2017-2010						
عدد الأسرة النظري	45					
بعد البيئة والمجتمع						
العمليات المجانية	زيادة العمليات المجانية او الحفاظ على وسطي الفترة	تطور عدد العمليات المجانية	43	15	15%	5.23
عقود ذوي الشهداء	زيادة عقود ذوي الشهداء	زيادة الموظفين من ذوي الشهداء	0	0	5%	0
النتيجة النهائية	20% 5.23%					

وبأخذ بطاقة الأداء المتوازن لكامل مشفى أمية الخاص نلاحظ انه كما في الجدول رقم (51) حقق العلامة 60.84% باعتماد المعدل العالمي والتثقيل المتساوي، 64.03% باعتماد المعدل على مستوى دمشق والتثقيل المتساوي و64.54% باعتماد المعدل العالمي والتثقيل حسب الاستراتيجية، 67.67% باعتماد المعدل على مستوى دمشق والتثقيل حسب الاستراتيجية. وهذه علامة وفق التثقلين (عالمي/دمشق) تعد جيدة نسبيا خاصة عند اعتماد التثقيل المعتمد على استراتيجية المشفى، وهي تدل على أن جودة الخدمة في مشفى أمية تعتبر جيدة، وعلى إدارة المشفى أن تبذل جهودا أكثر لتحسين جودة الخدمة الطبية وتميزها، إذ أن كافة المؤشرات الموجودة في البطاقة وللأبعاد الخمسة هي أبعاد تعكس الجودة في كل بعد.

الجدول رقم (51) بطاقة الأداء المتوازن لمشفى أمية

مشفى أمية	الهدف	المقياس	2017	وسطي الفترة	التثقيل 1	النتيجة	تثقيل 2	النتيجة
عدد الأسرة النظري								
البعد المالي		تراكمي حتى 2017		الهدف				
هامش الربح	زيادة الأرباح	نسبة الأرباح	60%	100%	10%	6%	20%	12%
التدفق النقدي	زيادة الكتلة النقدية	نسبة التدفق النقدي	342%	300%	10%	10%	15%	15
بعد الزبائن			2017	وسطي الفترة	20%	16%	35	27%
عدد الزبائن	عدد المرضى قبل الأزمة 4500	زيادة عدد المرضى	2400	2500	10	5.3%	15	8
عدد المرضى لكل طبيب	عدد المرضى لكل طبيب شهريا 600-700	تحقيق النسبة العالمية	7	6	3%	0.03	3	0.03
معدل الاختلاطات الطبية	معدل الاختلاطات الطبية 3%	تخفيض معدل الاختلاطات الطبية	3%	4%	5%	5%	5	5
عدد الشكاوى المكتوبة	عدد الشكاوى المكتوبة	تخفيض عدد الشكاوى	6	10	2%	2%	2	2

بعد العمليات الداخلية							
15.03	25%	12.3	20%				
15.55		12.85					
3	3%	3	3%	4%	2%	تطور معدل ضبط العدوى	ضبط العدوى
0.37	1%	0.37	1%	1.37	1.5	تحقيق المعدل العالمي (4) اسرة لكل طبيب (1.01	معدل سرير/طبيب
1		1					
1	1%	1	1%	2.41	2.45	تحقيق المعدل العالمي (2) سرير لكل ممرضة (1.15	معدل سرير/ممرضة
1		1					
0.39	1%	0.39	1%	2	1.59	عدد الممرضات لكل طبيب (1.14	عدد الممرضات لكل طبيب
1		1					
3.55	5%	3.75	5%	55%	60%	نسبة اشغال الأسرة 68	عدد الأسرة المستغلة في المشفى
4.4		4.4					
2	4%	2	4%	4	4	تحقيق النسبة العالمية 5.9	عدد العمليات لكل اخصائي
2.7		2.7					
2	4%	2	4%	1578	1500	عدد العمليات	عدد العمليات التي يقدمها المشفى
1	1%	1	1%	191	210	زيادة عدد العمليات	القدرة على مواجهة حالات الطوارئ
						مواجهة كافة حالات الطوارئ	
13.51	20%	13.51	20%				بعد التعلم والنمو
16.1		16.1					
73.	5	73.	5	0		بناء علاقة إيجابية بين الطرفين	علاقة الإدارة بالموظفين
2.7	3	7.2	8	33.29	30	زيادة عدد الأطباء الاخصائيين	تطور الأطباء الاخصائيين
0	1	0	4	2.71	0	عدد الموظفين المدربين	تدريب الموظفين
0.9	1	2.9	3	102857	100000	زيادة المبلغ المخصص للتدريب	المبلغ المخصص للتدريب
7.3	10	13.8	20%				بعد البيئة والمجتمع
1.7	5%	5.23	15	43	15	تطور عدد العمليات المجانية	العمليات المجانية
0	5+%	0	5	0	0	عدد عقود ذوي الشهداء	عقود ذوي الشهداء
1.7	10%	5.23%	20%				
64.54		60.84	100%				اجمالي
67.65		64.03					

5-2-8 استخدام بطاقة الأداء المتوازن للمقارنة بين المشافي:

يمكن استخدام بطاقة الأداء المتوازن للمقارنة بين المشافي عينة البحث، وخاصة أنه تم اعتماد نفس مؤشرات الأداء في المشافي العامة، ونفس مؤشرات الأداء في المشافي الخاصة، حتى أن الاختلاف بين المؤشرات المعتمدة في المشافي العامة والخاصة، هي فقط مؤشرات البعد

المالي، لذلك من حيث المبدأ يمكن اعتماد البطاقة للمقارنة بين المشافي العامة والخاصة، وتم اعتماد كذلك سيناريوهين للبطاقة باستخدام تثقيلين للأبعاد الخمسة، التثقيل الأول باعتبار الأبعاد الخمسة متساوية في الأهمية بالنسبة لكافة المشافي، والتثقيل الثاني يعطي أهمية مختلفة لكل بعد من أبعاد البطاقة حسب نوع المشفى (عام/خاص) وحسب استراتيجية المشفى، وذلك أيضا من أجل إغناء عملية المقارنة فحصلنا على علامتين للبطاقة حسب التثقيل.

كذلك بالنسبة لبعض المؤشرات تم الحصول على هدف لهذه المؤشرات على مستوى مدينة دمشق (عدد الأسرة لكل طبيب، عدد المرضى لكل طبيب، عدد الممرضات لكل طبيب، عدد الأسرة لكل ممرضة، عدد العمليات لكل طبيب)، إضافة إلى توفر الهدف على المستوى العالمي مما ساهم في الحصول على علامتين للبطاقة حسب الهدف.

بالنتيجة تم الحصول على علامة للبطاقة باعتماد التثقيل المتساوي (ت1) وباختلاف الهدف: المعدل (عالمي، دمشق)، وعلامة باعتماد التثقيل المعتمد على استراتيجية المشفى (ت2) وباختلاف الهدف: المعدل (عالمي، دمشق)، والجدول رقم (52) يظهر المقارنة بين المشافي الستة ويرتبها حسب العلامة الأعلى باعتماد سيناريو التثقيل المتساوي والمعتمد على الاستراتيجية و الهدف (عالمي/دمشق).

والجدول رقم (52) نتائج بطاقة الأداء المتوازن للمشفى الستة باعتماد تثقيلين مختلفين للمؤشرات وهدفين لها (عالمي/دمشق)

اسم المشفى	البعد المالي	بعد الزبائن	بعد العمليات الداخلية	بعد التعلم والنمو	بعد البيئة والمجتمع	نتيجة تثقيل 1	ترتيب	نتيجة تثقيل 2	ترتيب	اسم المشفى
ت ¹	ت ²	ت 1	ت 2	ت 1	ت 2	ت 1	ت 2	ت 1	ت 2	اسم المشفى
10	6	7.7	5.07	17	30.23	17.7	32.3	15	7	الهيئة العامة لمشفى العيون التخصصي
10	7	4.77	3.83	12.52	23.85	17.32	29.3	14	6.5	الهيئة العامة لمشفى دمشق
10	6	3.76	2.92	13.81	23.14	14.1	28.6	12	5.6	مشفى المواساة الجامعي
9.95	18.7	6.64	3.54	7.25	10.61	14.8	7.8	3.75	0.87	مشفى المنار الدولي
15.9	27.1	12.8	16.6	12.55	12.55	14.14	9.14	4.5	0.3	مشفى دار الشفاء
16	27	12.3	15.03	13.51	13.51	13.8	7.3	5.23	1.7	مشفى أمية

من الجدول رقم (52) نرى:

¹ التثقيل متساوي الأهمية الذي يقوم بإعطاء علامة 20% لكل بعد من أبعاد البطاقة

² التثقيل المعتمد على استراتيجية المشفى بإعطاء أهمية لكل بعد تبعاً لاستخراجية المشفى

- احتلت الهيئة العامة لمشفى العيون التخصصي المرتبة الأولى باعتماد بطاقة الأداء المتوازن بين المشافي الستة وسواء اعتمدنا أسلوب التثقيف المتساوي الأهمية بالنسبة للأبعاد الخمسة المكونة للبطاقة، او التثقيف المعتمد على استراتيجية المشفى، وسواء اعتمدنا الهدف العالمي لبعض المؤشرات او الهدف على مستوى دمشق، والعلامات التي حققها تثقيف أول (عالمي/دمشق) (67.7، 71.68)، تثقيف ثاني (عالمي/دمشق) (80.6، 84.13) وهذا يدل بناء على بيانات المشفى والنتائج المتحققة عند تضمينها في بطاقة الأداء المتوازن، أن المشفى يعمل بشكل متوازن وفعلي لتحقيق الجودة في المؤشرات المختلفة للأبعاد الخمسة للبطاقة ، وان من أهم أولويات التطوير هي العمل على تحسين مؤشرات بعد الزبائن ومؤشرات البعد المالي لتحسين علامته، والتميز في جودة الخدمة المقدمة من قبله.

- احتل مشفى أمية/ دار الشفاء المركزين (2-3) باعتماد التثقيف المتساوي باستخدام الهدف العالمي وتبادلا بالموقع عندما اعتمدنا التثقيف المتساوي باستخدام الهدف على مستوى دمشق ولكن الفروق بسيطة جدا وهي تثقيف أول (عالمي/دمشق) لمشفى أمية (60.84، 64.03)، ولمشفى دار الشفاء تثقيف أول (عالمي/دمشق) (59.89، 64.2) وهي علامات متقاربة جدا لذلك سنعتبرهما في نفس المرتبة، وعلى المشفيين العمل على تحسين مؤشرات البيئة والمجتمع والتعلم والنمو والزبائن لتدني علاماتها نسبيا.

- حققت الهيئة العامة لمشفى دمشق المركز الرابع باعتماد التثقيف المتساوي وبعلامة تثقيف أول (عالمي/دمشق) (58.61، 63.81)، وبناء على بطاقة الأداء المتوازن يجب العمل على تحسين مؤشرات بعد الزبائن ومؤشرات البعد المالي والعمليات الداخلية لتحسين جودة الخدمة المقدمة.

- حقق مشفى المواساة الجامعي المركز الخامس باعتماد التثقيف المتساوي وبعلامة تثقيف أول (عالمي/دمشق) (53.17، 56.5)، وبناء على بطاقة الأداء المتوازن يجب العمل على تحسين مؤشرات بعد الزبائن والبعد المالي والعمليات الداخلية لتحسين جودة الخدمة المقدمة.

- احتل مشفى المنار الدولي المركز السادس باعتماد التثقيف المتساوي وبعلامة تثقيف أول (عالمي/دمشق) (42.35، 45.28) وبناء على بطاقة الأداء المتوازن يجب على إدارة المشفى العمل على تطوير مؤشرات الأبعاد الخمسة في البطاقة لتحسين جودة الخدمة المقدمة.

- في حين احتل مشفى دمشق باعتماد التثقيف الثاني (تثقيف ثاني (عالمي/دمشق)) المركز الثاني بعد الهيئة العامة لمشفى العيون الجراحي (70.48، 74.09).

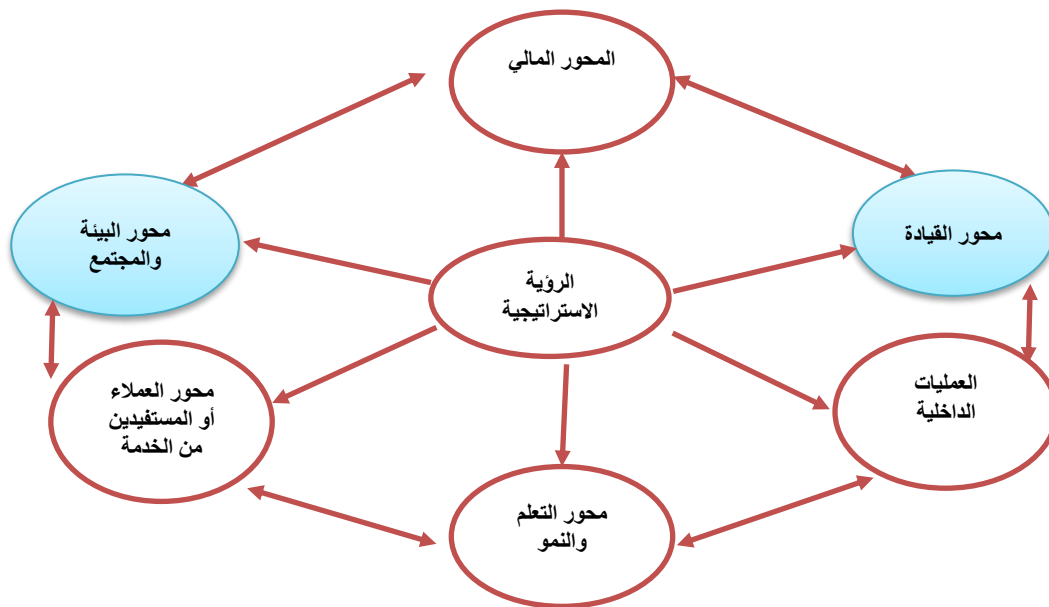
- واحتل مشفى دار الشفاء المركز الثالث وبعلامة تثقيف ثاني (عالمي/دمشق) قدرها (68.69، 73.83).

- احتل مشفى المواساة الجامعي المركز الرابع بعلامة تثقيف ثاني (عالمي/دمشق) قدرها (65.74، 68.91).

- احتل مشفى أمية المركز الخامس وبعلامة تثقيل ثاني (عالمي/دمشق) قدرها (64.54، 67.65).
 - يبقى مشفى المنار في المركز الأخير وبعلامة تثقيل ثاني (عالمي/دمشق) قدرها (39.48، 42.1).
- تبقى أولويات التطوير هي ذاتها في المشافي الستة حتى مع اختلاف ترتيبها باختلاف التثقيل المعتمد.

5-2-9 كيف نستخدم بطاقة الأداء المتوازن لبناء نموذج للتميز يطبق على مشافي القطاع العام والخاص في سورية:

ينبغي التفكير بنظام بطاقات الأداء المتوازن على أنه نظام إداري للجودة والتقويم الاستراتيجي وليس فقط برنامج لقياس الأداء، فإضافة إلى كونه خليط من القياسات والاتصال الفعال فيما يتعلق بالأهداف الاستراتيجية، هو نظام للتغذية الراجعة يساعد الإدارة على اتخاذ القرارات بشكل أسرع نظراً لما يوفره لها من معلومات حديثة خلال وقت قليل. وبالاعتماد على البنية التي اقترحت لبطاقة الأداء المتوازن لتحقيق جودة وتميز الخدمة التي بينت في الشكل رقم (16) المذكور في الصفحة (118) وهو كما يلي:



نقترح أن يكون شكل بطاقة الأداء المتوازن الذي يعكس الجودة والتميز كما هو موضح في الجدول رقم (53)

الجدول رقم (53) تطوير بطاقة الأداء المتوازن لتعكس التميز في جودة الخدمة

النتيجة	النتقييل	2017	المقياس	الهدف	اسم المشفى
					عدد الأسرة
البعد المالي					
			نسبة الأرباح	زيادة الأرباح	هامش الربح
			نسبة التدفق النقدي	زيادة الكتلة النقدية	التدفق النقدي
					بعد الزبائن
			زيادة عدد المرضى	عدد المرضى قبل الأزمة 4500	عدد الزبائن
			تحقيق النسبة العالمية	عدد المرضى لكل طبيب شهريا 700-600	عدد المرضى لكل طبيب
			تخفيض معدل الاختلاطات الطبية	معدل الاختلاطات الطبية 3%	معدل الاختلاطات الطبية
			تخفيض عدد الشكاوى	عدد الشكاوى المكتوبة	عدد الشكاوى المكتوبة
بعد العمليات الداخلية					
			تخفيض معدل ضبط العدوى	تطور معدل ضبط العدوى	ضبط العدوى
			عدد الأسرة / عدد الأطباء	تحقيق المعدل العالمي (4 اسرة لكل طبيب) 1.01	معدل سرير/طبيب
			عدد الأسرة / عدد التمريض	تحقيق المعدل العالمي (2 سرير لكل ممرضة) 1.15	معدل سرير/ممرضة
			تحقيق النسبة العالمية	عدد الممرضات لكل طبيب 1.14	عدد الممرضات لكل طبيب
			تحسين نسبة الاشغال	نسبة اشغال الأسرة 68	عدد الأسرة المستغلة في المشفى
			عدد العمليات لكل طبيب بالشهر	تحقيق النسبة العالمية 5.9	عدد العمليات لكل اخصائي
			زيادة عدد العمليات	عدد العمليات	عدد العمليات التي يقدمها المشفى
			مواجهة كافة حالات الطوارئ	عدد العمليات الاسعافية	القدرة على مواجهة حالات الطوارئ
بعد التعلم والنمو					
			رضى الموظفين	بناء علاقة إيجابية بين الطرفين	علاقة الإدارة بالموظفين
			زيادة عدد الأطباء الاخصائيين	عدد الأطباء الأخصائيين	تطور الأطباء الاخصائيين
			زيادة عدد الموظفين المدربين	عدد الموظفين المدربين	تدريب الموظفين
			زيادة المبلغ المخصص للتدريب	المبلغ المصروف على التدريب	المبلغ المخصص للتدريب
بعد البيئة والمجتمع					
			تطور عدد العمليات المجانية	عدد العمليات المجانية	العمليات المجانية
			زيادة الموظفين من ذوي الشهداء	عدد عقود ذوي الشهداء	عقود ذوي الشهداء
بعد القيادة					
			زيادة نسبة العاملين الذي يفهمون الاستراتيجية من إجمالي العاملين	نسبة العاملين الذين يفهمون استراتيجية المشفى من اجمالي العاملين	وضوح رؤيا واستراتيجية المشفى
			معدل اقتراب الإنجاز من الأهداف الاستراتيجية	نسب تحقيق الأهداف الاستراتيجية (يعود تحديد عدد منها بناء على توجيهات الإدارة العليا)	مرونة الاستجابة لتغير الظروف واتخاذ القرارات المناسبة
			انخفاض معدل دوران العمالة	معدل دوران العمالة	توحيد جهود العاملين والقدرة على
			زيادة إنتاجية العمل	تطور انتاجية العمل	بناء فرق العمل
					اجمالي

إذ تم تطوير المؤشرات الخاصة ببعء القيادة بالاستفادة من النموذج الأوربي للتميز وبالتشاور مع الإداريين في المشافي الستة، لكن عن آلية التثقيف ارتأى المختصين في المشافي إلى أنه يعود إلى الأهمية النسبية لكل بعد حسب استراتيجية المشفى، لكن من وجهة نظري وبعد الاطلاع على النموذج الأوربي للتميز وخصوصاً أن الفروق الأساسية بين معايير النموذج ومعايير بطاقة الأداء المتوازن يتمثل ببعء القيادة بشكل أساسي، لذلك يبدو من المجدي نظرياً أن يعطى بعد القيادة علامة ثابتة ونسبة (25%) كأهمية نسبية لضمان التميز في جودة الخدمة، مما يعطي علامات منخفضة حسب بطاقة الأداء المتوازن وإشارات إنذارية في أي تراجع في مؤشرات هذا البعد، ويساهم من جهة أخرى في تركيز جهود الإدارة في الحفاظ على تطوير مؤشرات، إذ أن تطور مؤشرات بعد القيادة يساهم في تطوير كافة مؤشرات البطاقة الأخرى لأن المؤشرات المبني عليها تعكس الشمولية والتكامل في الأهداف المختلفة باختلاف أبعاد البطاقة الأخرى.

وبما أن الطرح النظري لفكرة بطاقة الأداء المتوازن مع (بعد القيادة) جديد، وتم من خلال معرفة الفجوات الإدارية في المشافي قيد الدراسة، لم نستطع تطبيق الشكل المطور للبطاقة ولكن نأمل في بحوث أخرى أن يتم تجربتها لمعرفة الأثر الذي تقدمه هذه الإضافة، خصوصاً أن تطبيق بطاقة الأداء المتوازن بشكلها التقليدي والمعروف يعتبر حديث جداً في المشافي قيد الدراسة، وحتى في المؤسسات السورية بشكل عام، لذلك كان توجهنا بداية للتعرف على ما مدى إمكانية تطبيق بطاقة الأداء المتوازن في المشافي السورية، وتحديد متطلبات التنفيذ والصعوبات التي تعترض ذلك، والعمل على تعزيز ثقافة استخدام الأدوات الإدارية الحديثة في إدارة المنظمات في سورية بشكل عام والمنظمات الصحية بشكل خاص.

والآن سنرى إلى أي مدى تتطابق نتائج البحث الكمية مع نتائج البحث الميدانية التي اعتمدت استبيان سيرفكوال لقياس جودة الخدمة الصحية، وهل أن المشافي التي أخذت علامة مرتفعة في تقييم جودة الخدمة الصحية المقدمة من قبلها حسب بطاقة الأداء المتوازن، تبقى أيضاً متصدرة حسب نتائج تحليل الاستبيان الذي يعكس أبعاد جودة الخدمة الصحية.

وسنستفيد من تحليل البيانات الكمية وربطها مع تحليل بيانات الاستبيان في تحليل فرضيات البحث الأساسية وتحديد صحتها من عدمه، هذا ما سيجيب عنه المبحث التالي الذي سيعرض الدراسة الميدانية.

المبحث الثالث

الدراسة الميدانية

5-3-1 منهجية البحث وأدوات وأساليب التحليل.

بداية لابد من القول من هذا المبحث هو استكمال لتحليل البيانات وتفسير النتائج التي حصلنا عليها في المبحث السابق، استند البحث على المنهج الوصفي التحليلي لدراسة وتوصيف وتحليل أسباب تأثير المتغير المستقل على المتغير التابع ولضمان رؤية مجتمع البحث في إطار شبكة من العلاقات المتداخلة (الارتباطية والسببية)، لدراسة علاقة السبب والتأثير بين بطاقة الأداء المتوازن كأداة من أدوات التقييم الاستراتيجي وبين جودة وتميز الخدمة الصحية. واعتمد في جمع البيانات الأولية على توزيع الاستبيان، إضافة للعديد من النسب والقيم الكمية¹ (البيانات الثانوية) التي تم تحديدها للحصول على المؤشرات المالية والمؤشرات غير المالية المعتمدة في البحث، خلال سلسلة زمنية 2010-2017، وتم اعتماد وسطي الفترة وربطه مع بيانات الاستبيان.

وتم استخدام الأساليب الإحصائية التالية:

1. اختبار الثبات والصدق.
 2. الإحصاءات الوصفية لمتغيرات البحث الممثلة بعبارات الاستبيان والتوزيعات التكرارية النسبية.
 3. اختبار الفرضيات باستعمال T-test
 4. اختبار المقارنات (Independent t test) لمقارنة الفروق في تقييم مؤشرات البحث حسب المتغيرات الديمغرافية.
 5. اختبار المقارنات (One Way Anova) لمقارنة الفروق في تقييم مؤشرات البحث حسب المتغيرات الديمغرافية.
 6. اختبار تشييفيه لتحديد جهة الفروق في التقييم.
 7. تحليل الانحدار الخطي البسيط لاختبار الفرضيات الفرعية.
 8. تحليل الانحدار المتعدد لدراسة أثر المؤشرات المالية والغير مالية في أبعاد الجودة والتميز.
- تم تطوير استبانة خاصة بأهداف البحث، وذلك بهدف قياس أبعاد جودة الخدمة الصحية (مشافي خاصة وعامة)، ومدى تأثيرها في المؤشرات المالية وغير المالية.

¹ التحليل الكمي للبيانات تم استعراضه قبل البدء باستنتاج الفرضيات.

تتألف الاستبانة الموجهة للعاملين والمرضى من جزئين:

الجزء الأول أسئلة عامة:

(الجنس، المسمى الوظيفي، المؤهل العلمي، الخبرة العملية)

الجزء الثاني: محاور الجودة والتميز: كما هو مبين في الجدول رقم (54)

الجدول رقم (54) محاور الجودة والتميز

البعد	عدد العبارات
الملموسية	4
الاعتمادية	6
الاستجابة	5
الأمان	5
التعاطف	5

وقد تم استخدام مقياس ليكرت الخماسي لقياس استجابات افراد العينة لفقرات الاستبانة كما

في الجدول التالي:

جدول (55) مقياس ليكرت الخماسي

الاستجابة	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
الدرجة	5	4	3	2	1

كما تم تحديد طول الفئات في مقياس ليكرت الخماسي من خلال حساب المدى بين درجات المقياس (4=5-1) (أكبر قيمة في تدرج المقياس - أقل قيمة في تدرج المقياس)، وطول الفئة = المدى ÷ عدد فئات المقياس) أي $0.80 = 5/4$ ، وبعد ذلك تم اضافة هذه القيمة إلى أقل قيمة في المقياس بداية المقياس وهي واحد صحيح (وذلك لتحديد الحد الأعلى لهذه الفئة، ويصبح التوزيع كما هو موضح في الجدول التالي (56).

الجدول رقم (56) طول الفئات في مقياس ليكرت

طول الفئة	النتيجة النسبي المقابل له	التقييم
من 1-1.79	من 20 % - 36 %	منخفضة جداً
أكبر من 1.80 - 2.59	أكبر من 36 % - 52 %	منخفضة
أكبر من 2.60 - 3.39	أكبر من 52 % - 68 %	متوسطة
أكبر من 3.40 - 4.19	أكبر من 68 % - 84 %	عالية
أكبر من 4.20 - 5	أكبر من 84 - 100 %	عالية جداً

وفضلاً عما قدّمه الإحصاء الوصفي من أوساط حسابية وانحرافات معنوية ودلالة الفروق للأوساط الحسابية لمتغيرات البحث، وكذلك تأثير وعلاقات المتغيرات المستقلة بالتابع من حيث طبيعة التأثيرات والعلاقات ودرجات المعنوية، فقد تم استخدام عدد من الأساليب الإحصائية التحليلية الاستدلالية لتحقيق أهداف البحث، وتم اعتماد مستوى الدلالة الإحصائية 5 % الذي يقابله مستوى ثقة 95 % لتفسير نتائج الاختبارات التي قمنا بها.

2-3-5 صدق الاستبيان

وللحكم على ثبات وصدق أداة البحث تم اعتماد الأساليب التالية:

- صدق الاستبيان: تم عرض الاستبيان الخاص بالبحث على مجموعة من المحكمين من الاساتذة الأكاديميين المتخصصين في مجال ادارة الاعمال والاحصاء في كلية الاقتصاد في جامعة دمشق لأخذ ملاحظاتهم، وقد اجريت التعديلات اللازمة في ضوء المقترحات المقدمة من المحكمين لتصبح بشكلها الحالي
 - كما تم توزيع عينة استطلاعية حجمها 25/ استبانة وتم احتساب قيم معامل الصدق البنائي من خلال دراسة مدى اتساق كل عبارة من عبارات مجالات المقياس، والدرجة الكلية للبعد نفسه) وكامل الاستبانة. قمنا بحساب قيم معامل ارتباط سبيرمان لمحاور الجودة في الخدمة الصحية لعينة البحث (الاعتمادية، الاستجابة، الضمان، الملموسية، التعاطف) كما يلي:
- يوضح الجدول (57) أن معامل الارتباط بين كل عبارة من عبارات الاعتمادية دالة إحصائياً عند مستوى معنوية (0.05) حيث تراوحت قيمه بين 0.49 و 0.80 وبذلك تعتبر الأبعاد صادقة لما وضعت

جدول (57) معامل الارتباط بين عبارات بُعد الاعتمادية والدرجة الكلية للبُعد

الاعتمادية		
معامل الارتباط	معامل الارتباط	عندما تعد إدارة المشفى بتقديم خدمة معينة فإنها تقي بوعودها
الدلالة الإحصائية	498*.	
معامل الارتباط	0.011	يظهر المشفى الاهتمام العالي بحل المشكلات التي يعاني منها المرضى
الدلالة الإحصائية	539**.	
معامل الارتباط	0.005	يجري تقديم الخدمة في المشفى بطريقة صحيحة من أول مرة
الدلالة الإحصائية	721**.	
معامل الارتباط	0.000	تقدم الخدمة الصحية في المشفى في الأوقات التي وعدت بها
الدلالة الإحصائية	803**.	
معامل الارتباط	0.000	تحتفظ المشفى بسجلات دقيقة عن المرضى متلقي العلاج
الدلالة الإحصائية	679**.	
معامل الارتباط	0.000	
الدلالة الإحصائية		

يتوفر لدى المشفى نظام معلومات ممتاز يخدم تقديم اجود الخدمات	معامل الارتباط	.753**
	الدلالة الإحصائية	0.000

ومن الجدول (58) نرى أن معامل الارتباط بين كل عبارة من عبارات الملموسية دالة إحصائياً عند مستوى معنوية (0.05) حيث تراوحت قيمه بين 0.53 و 0.88 وبذلك تعتبر الأبعاد صادقة لما وضعت له .

جدول (58) معامل الارتباط بين عبارات بُعد الملموسية والدرجة الكلية للبُعد

الملموسية		
معامل الارتباط	.846**	تتوفر لدى المشفى أحدث المعدات الطبية الخاصة بالعلاج
الدلالة الإحصائية	0.000	
معامل الارتباط	.738**	تتمتع مرافق المشفى بالنظافة والجاذبية وسهولة الوصول
الدلالة الإحصائية	0.000	
معامل الارتباط	.883**	يتمتع الموظفون في المشفى من الكادرين الطبي والإداري بمظهر أنيق
الدلالة الإحصائية	0.000	
معامل الارتباط	.539**	تتلاءم كافة معدات المشفى وبنيتة التحتية مع طبيعة الخدمة المقدمة
الدلالة الإحصائية	0.005	

يوضح الجدول (59) أن معامل الارتباط بين كل عبارة من عبارات الاستجابة دالة إحصائياً عند مستوى معنوية (0.05) حيث تراوحت قيمه بين 0.59 و 0.85 وبذلك تعتبر الأبعاد صادقة لما وضعت له.

جدول (59) معامل الارتباط بين عبارات بُعد مستوى الاستجابة

الاستجابة		
معامل الارتباط	0.688	تحدد وتخبر المشفى بوقت تقديم الخدمة للمراجعين بدقة
الدلالة الاحصائية	0.000	
معامل الارتباط	0.852	يقوم العاملون بتقديم الخدمة الصحية للمرضى بسرعة ومن دون تأخير
الدلالة الاحصائية	0.000	
معامل الارتباط	0.594	تقوم المشفى بإخبار المرضى بكلفة الخدمات المقدمة لهم
الدلالة الاحصائية	0.000	
معامل الارتباط	0.690	لدى العاملون الرغبة والاستعداد الدائم لتقديم المساعدة للمرضى
الدلالة الاحصائية	0.000	
معامل الارتباط	0.756	العاملون في المشفى يقدمون الخدمة للمرضى والاستجابة لطلباتهم بسرعة مهما كانت درجة انشغالهم
الدلالة الاحصائية	0.000	

يوضح الجدول (60) أن معامل الارتباط بين كل عبارة من عبارات الأمان دالة إحصائياً عند مستوى معنوية (0.05) حيث تراوحت قيمه بين 0.62 و 0.926 وبذلك تعتبر الأبعاد صادقة لما وضعت له .

جدول (60) معامل الارتباط بين عبارات بُعد الأمان والدرجة الكلية للبُعد

الأمان		
.926**	معامل الارتباط	العاملون في المشفى موضع ثقة المرضى
0.000	الدالة الاحصائية	
.881**	معامل الارتباط	يشعر المريض بالأمان عند تعامله مع العاملين في المشفى
0.000	الدالة الاحصائية	
.853**	معامل الارتباط	يتصف الكادر الطبي والإداري العامل في المشفى بالأدب واللطافة العالية
0.000	الدالة الاحصائية	
.856**	معامل الارتباط	تتوفر الخبرة والمعرفة الكافية لدى الكادر الطبي والإداري لتقديم الخدمات المتميزة
0.000	الدالة الاحصائية	
.621**	معامل الارتباط	تقدم الإدارة الدعم الكافي (مادي/ تدريبي) لموظفيها في المشفى لتمتعهم بالجدارة والمصادقية في عملهم
0.001	الدالة الاحصائية	

يوضح الجدول (61) أن معامل الارتباط بين كل عبارة من عبارات التعاطف دالة إحصائياً عند مستوى معنوية (0.05) حيث تراوحت قيمه بين 0.72 و 0.80 وبذلك تعتبر الأبعاد صادقة لما وضعت له.

جدول (61) معامل الارتباط بين عبارات بُعد التعاطف والدرجة الكلية للبُعد

التعاطف		
.809**	معامل الارتباط	يعطي الكادر الطبي في المشفى الاهتمام الكافي لكل مريض
0.000	الدالة الاحصائية	
.748**	معامل الارتباط	لدى العاملين القدرة على تقديم العناية الشخصية للمرضى (وقت/ عناية تتلاءم وضعه الصحي)
0.000	الدالة الاحصائية	
.729**	معامل الارتباط	العاملون في المشفى يتفهمون وعلى دراية بحاجات المرضى
0.000	الدالة الاحصائية	
.807**	معامل الارتباط	تقدم المشفى أفضل ما لديها للمرضى ومصلحة المريض أهم أولوياتها
0.000	الدالة الاحصائية	
.742**	معامل الارتباط	تعمل إدارة المشفى بساعات عمل حسب حاجات المرضى
0.000	الدالة الاحصائية	

3-3-5 ثبات الاستبيان (الاتساق الداخلي "Internal Validity")

للتأكد من تحقق شرط الثبات تم حساب معامل ألفا كرونباخ Cronbach's Alpha Coefficient: حيث يعبر عن متوسط الارتباط الداخلي بين العبارات التي يقيسها وتتراوح قيمته ما بين 0 - 1 وتعتبر القيمة المقبولة له 0.60 فأكثر وكلما اقتربت قيمته من الواحد الصحيح كلما ارتفعت درجة ثبات الأداة وصلاحياتها للاستخدام وكانت النتائج كما هي مبينة في جدول (62)

جدول (62) يوضح قيم معامل ألفا كرونباخ لقياس ثبات الاستبيان

المتغير	عدد العبارات	معامل ألفا كرونباخ	معامل الصدق
الملموسية	4	0.779	0.88
الاعتمادية	6	0.755	0.87
الاستجابة	5	0.800	0.89
الأمان	5	0.894	0.95
التعاطف	5	0.843	0.92

تبين النتائج الواردة في الجدول أن قيم معامل ألفا كرونباخ تراوحت بين 0.75 و 0.89 تبدي ثباتاً مرتفعاً.

بناءً على ما سبق يمكن القول بأن الاستبيان يتمتع بالثبات والمصدقية ويمكن الاعتماد عليه في تحليل النتائج والإجابة على أسئلة البحث واختبار فرضياتها.

3-3-4 عرض وتحليل بيانات البحث

سيتم التعرف على خصائص عيني البحث والتحليل الوصفي لبيانات البحث من خلال تحديد استجابات أفرادها تجاه العبارات التي تتضمنها الاستبانة الخاصة بالبحث.

• خصائص العينة: تتمثل خصائص العينة بما يلي:

من الجدول رقم (63) شكلت نسبة المبحوثين من مشافي القطاع العام حوالي 62.4 % توزعت بين مشفى الهيئة العامة لمشفى العيون، ومشفى المواساة، ومشفى دمشق، بينما مشافي القطاع الخاص شكلت نسبة عينتها 37.6 % توزعت بين مشفى المنار، ومشفى أمية، ومشفى دار الشفاء.

الجدول (63) التوزيع النسبي للاستبيان بين المشافي

نوع المشفى						
Total		خاص		عام		
النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	
17.1%	72	0.0%	0	27.5%	72	الهيئة العامة لمشفى
						العيون الجراحي
23.6%	99	0.0%	0	37.8%	99	مشفى المواساة الجامعي
21.7%	91	0.0%	0	34.7%	91	مشفى دمشق
8.3%	35	22.2%	35	0.0%	0	مشفى المنار
11.4%	48	30.4%	48	0.0%	0	مشفى أمية
17.9%	75	47.5%	75	0.0%	0	مشفى دار الشفاء
100.0%	420	100.0%	158	100.0%	262	Total

- خصائص أفراد العينة وفقاً لجنسهم: يتضح من الجدول رقم (64) ما يلي: بلغت نسبة الاناث 46.9% من مجموع المبحوثين، في حين نسبة الذكور تبلغ 53.1%

الجدول رقم (64) خصائص أفراد العينة وفق الجنس

العبارة	الفئة	العدد	النسبة %
الجنس	ذكر	223	53.1
	انثى	197	46.9
	Total	420	100.0

- خصائص أفراد العينة وفقاً لمؤهلهم العلمي: يبين الجدول رقم (65) أن 53.6% من أفراد العينة يحمل مؤهلاً معهد، كما يحمل 29.5% من أفراد العينة مؤهل جامعات ودراسات عليا، بينما 16.9% يحملون مؤهل الثانوية العامة أو دون .

الجدول رقم (65) خصائص أفراد العينة وفق مؤهلهم العلمي

العبارة	الفئة	العدد	النسبة %
المؤهل	ثانوية	71	16.9
	معهد	225	53.6

29.5	124	جامعية ودراسات عليا	
100.0	420	Total	

- خصائص أفراد العينة وفقاً لحالتهم (مريض، إداري): بين الجدول رقم (66) أنه توزعت عينة البحث بين 57.1 % مرضى، و 42.9 % إداريين في المشافي.

الجدول رقم (66) خصائص أفراد العينة وفق حالتهم

العبارة	الفئة	العدد	النسبة %
الحالة	اداري	180	42.9
	مريض	240	57.1
	Total	420	100.0

5-3-5 اختبار فرضيات البحث:

لاختبار فرضيات البحث تم اجراء العديد من العمليات الإحصائية والرياضية ليتناسب تطبيق الفرضيات على مؤشرات البحث من خلال التحويل للقيم المعتمدة في البحث إلى قيم معيارية (Standardize) وذلك ليتسنى لنا اجراء الاختبارات.

تتلخص فرضيات البحث بما يلي:

1- يوجد أثر ذو دلالة معنوية للمؤشرات المالية كبعد من أبعاد التقويم الاستراتيجي على التميز بجودة الخدمة الصحية.

2- يوجد أثر ذو دلالة معنوية للمؤشرات غير المالية (العملاء، العمليات الداخلية، التعلم والنمو، البيئة والمجتمع) على التميز بجودة الخدمة الصحية

ويتفرع عن الفرضية الرئيسية الأولى الفرضيات الفرعية التالية:

VI. يوجد أثر ذو دلالة معنوية للمؤشرات المالية كبعد من أبعاد التقويم الاستراتيجي على اعتمادية الخدمة الصحية.

لدراسة الاثر المتوقع للمؤشرات المالية كبعد من أبعاد التقويم الاستراتيجي على الاعتمادية تم تطبيق الانحدار لدراسة هذا الاثر بين المتغير المستقل والمتغير التابع كما -مبين في الجدول رقم (67):

جدول (67) المؤشرات الاحصائية لعلاقة المؤشرات المالية مع الاعتمادية

Model	R	R Square	Adjusted R	F	Sig.
-------	---	----------	------------	---	------

		Square			
1	.419 ^a	0.175	0.172	55.248	.000 ^b
a. Predictors: (Constant), البعد المالي					

لدينا مؤشر معامل الارتباط R قيمته % 41.9 ولدينا مقياس معامل التفسير (التحديد) الذي قيمته % 17.5 وبالتالي فإن المتغير المستقل في هذا النموذج له تأثير 17.5 % على المتغير التابع (الاعتمادية) مما يعني أن المتغير المستقل (المؤشرات المالية) استطاعت أن تفسر 17.5 % من التغيرات الحاصلة في التابع (الاعتمادية) والباقي يعزى إلى عوامل أخرى، ويبين الجدول بأن قيمة مؤشر اختبار $F=55.2$ ومستوى دلالة هذا الاختبار $\text{Sig}=0.000$ أصغر من القياسية 0.05 أي أنه يوجد أثر ذو دلالة معنوية للمؤشرات المالية كبعد من أبعاد التقويم الاستراتيجي على اعتمادية الخدمة الصحية.

كما أن النموذج الذي يمثل العلاقة بين المؤشرات المالية كبعد من أبعاد التقويم الاستراتيجي واعتمادية الخدمة الصحية ذو دلالة إحصائية كما مبين في الجدول رقم (68)

جدول (68) المؤشرات الإحصائية لمعادلة (نموذج) المؤشرات المالية والاعتمادية

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	T	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
1 (Constant)	3.347	0.047		70.844	0.000
البعد المالي	0.353	0.047	0.419	7.433	0.000

a. Dependent Variable: الاعتمادية

من خلال الجدول نجد أن متغير المؤشر المالي كمؤشر مستقل له دلالة معنوية في هذا النموذج بحسب نموذج T الدالة المعنوية حيث $\text{sig}<0.05$ وقيمته $\text{sig}=0.000$ وتكون معادلة الانحدار المقدرة رياضياً هي:

$$y=a+bx$$

المؤشرات المالية = $3.34 + (0.35) \times \text{الاعتمادية}$

تدل قيمة ميل الانحدار b بأن كل زيادة في المؤشرات المالية بمقدار وحدة واحدة يقابله تزايد في قيمة الأثر في الاعتمادية (بمقدار 0.35) وهو تأثير ذا اتجاه ايجابي ذو دلالة إحصائية.

نتيجة (يوجد أثر ذو دلالة معنوية للمؤشرات المالية كبعد من أبعاد التقويم الاستراتيجي على اعتمادية الخدمة الصحية)

VII. يوجد أثر ذو دلالة معنوية للمؤشرات المالية كبعد من أبعاد التقويم الاستراتيجي على الاستجابة.

لدراسة الاثر المتوقع للمؤشرات المالية كبعد من أبعاد التقويم الاستراتيجي على الاستجابة تم تطبيق الانحدار لدراسة هذا الاثر بين المتغير المستقل والمتغير التابع كما في الجدول رقم (69):

جدول (69) المؤشرات الاحصائية لعلاقة المؤشرات المالية مع الاستجابة

Sig.	F	Adjusted R Square	R Square	R	Model
.000 ^b	57.605	0.178	0.181	.426 ^a	1
Predictors: (Constant), a. البعد المالي					

لدينا مؤشر معامل الارتباط R قيمته % 42.6 ولدينا مقياس معامل التفسير (التحديد) الذي قيمته % 18.1 وبالتالي فإن المتغير المستقل في هذا النموذج له تأثير 18.1 % على المتغير التابع (الاستجابة) مما يعني أن المتغير المستقل (المؤشرات المالية) استطاعت أن تفسر 18.1 % من التغيرات الحاصلة في التابع (الاستجابة) والباقي يعزى إلى عوامل أخرى، ويبين الجدول بأن قيمة مؤشر اختبار $F=57.6$ ومستوى دلالة هذا الاختبار $Sig=0.000$ أصغر من القياسية 0.05 أي أنه يوجد أثر ذو دلالة معنوية للمؤشرات المالية كبعد من أبعاد التقويم الاستراتيجي على استجابة الخدمة الصحية.

كما أن النموذج الذي يمثل العلاقة بين المؤشرات المالية كبعد من أبعاد التقويم الاستراتيجي واستجابة الخدمة الصحية ذو دلالة احصائية كما في الجدول رقم (70)

جدول (70) المؤشرات الاحصائية لمعادلة (نموذج) المؤشرات المالية والاستجابة

Coefficients^a

Sig.	T	Standardized Coefficients	Unstandardized Coefficients		Model
		Beta	Std. Error	B	
0.000	74.945		0.047	3.494	1 (Constant)
0.000	7.590	0.426	0.047	0.355	البعد المالي

a. Dependent Variable: الاستجابة

من خلال الجدول نجد أن متغير المؤشر المالي كمؤشر مستقل له دلالة معنوية في هذا النموذج بحسب نموذج T الدالة المعنوية حيث $\text{sig} < 0.05$ وقيمتها $\text{sig} = 0.000$ وتكون معادلة الانحدار المقدرة رياضياً هي:

$$y = a + bx$$

$$\text{المؤشرات المالية} = 3.49 + (0.35) \text{الاستجابة}$$

تدل قيمة ميل الانحدار b بأن كل زيادة في المؤشرات المالية بمقدار وحدة واحدة يقابله تزايد في قيمة الأثر في (الاستجابة) بمقدار 0.35 وهو تأثير ذا اتجاه ايجابي ذو دلالة إحصائية. نتيجة (يوجد أثر ذو دلالة معنوية للمؤشرات المالية كبعد من أبعاد التقويم الاستراتيجي على الاستجابة)

VIII. يوجد أثر ذو دلالة معنوية للمؤشرات المالية كبعد من أبعاد التقويم الاستراتيجي على الضمان والتوكيد.

كما هو موضح في الجدول رقم (71) لدينا مؤشر معامل الارتباط R قيمته % 35.1 ولدينا مقياس معامل التفسير (التحديد) الذي قيمته 12.3 % وبالتالي فإن المتغير المستقل في هذا النموذج له تأثير 12.3 % على المتغير التابع (الضمان والتوكيد) مما يعني أن المتغير المستقل (المؤشرات المالية) استطاعت أن تفسر 12.3 % من التغيرات الحاصلة في التابع (الضمان والتوكيد) والباقي يعزى إلى عوامل أخرى، ويبين الجدول بأن قيمة مؤشر اختبار $F = 36.5$ ومستوى دلالة هذا الاختبار $\text{Sig} = 0.000$ أصغر من القياسية 0.05 أي أنه يوجد أثر ذو دلالة معنوية للمؤشرات المالية كبعد من أبعاد التقويم الاستراتيجي على ضمان الخدمة الصحية.

جدول (71) المؤشرات الاحصائية لعلاقة المؤشرات المالية مع الضمان والتوكيد

Model	R	R Square	Adjusted R Square	F	Sig.
1	.351 ^a	0.123	0.120	36.526	.000 ^b
a. Predictors: (Constant), البعد المالي					

كما أن النموذج الذي يمثل العلاقة بين المؤشرات المالية كبعد من أبعاد التقويم الاستراتيجي وضمان الخدمة الصحية ذو دلالة إحصائية كما يبين الجدول رقم (72)

جدول (72) المؤشرات الاحصائية لمعادلة (نموذج) المؤشرات المالية والضمان

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients	Standardized Coefficients	t	Sig.
-------	-----------------------------	---------------------------	---	------

		Beta	Std. Error	B	
0.000	70.498		0.048	3.379	1 (Constant)
0.000	6.044	0.351	0.048	0.291	البعد المالي

a. Dependent Variable: والتوكيد الأمان

من خلال الجدول نجد أن متغير المؤشر المالي كمؤشر مستقل له دلالة معنوية في هذا النموذج بحسب نموذج T الدالة المعنوية حيث $\text{sig} < 0.05$ وقيمتها $\text{sig} = 0.000$ وتكون معادلة الانحدار المقدرة رياضياً هي:

$$y = a + bx$$

المؤشرات المالية $3.37 + (0.29) = \text{الضمان والتوكيد}$

تدل قيمة ميل الانحدار b بأن كل زيادة في المؤشرات المالية بمقدار وحدة واحدة يقابله تزايد في قيمة الأثر في (الضمان والتوكيد) بمقدار 0.29 وهو تأثير ذا اتجاه ايجابي ذو دلالة إحصائية.

نتيجة: (يوجد أثر ذو دلالة معنوية للمؤشرات المالية كبعد من أبعاد التقويم الاستراتيجي على الضمان والتوكيد).

IX. يوجد أثر ذو دلالة معنوية للمؤشرات المالية كبعد من أبعاد التقويم الاستراتيجي على الملموسية.

من الجدول رقم (73) لدينا مؤشر معامل الارتباط R قيمته % 38.9 ولدينا مقياس معامل التفسير (التحديد) الذي قيمته % 15.1 وبالتالي فإن المتغير المستقل في هذا النموذج له تأثير % 15.1 على المتغير التابع (الملموسية) مما يعني أن المتغير المستقل (المؤشرات المالية) استطاعت أن تفسر % 15.1 من التغيرات الحاصلة في التابع (الملموسية) والباقي يعزى إلى عوامل أخرى، ويبين الجدول بأن قيمة مؤشر اختبار $F = 46.4$ ومستوى دلالة هذا الاختبار $\text{Sig} = 0.000$ أصغر من القياسية 0.05 أي أنه يوجد أثر ذو دلالة معنوية للمؤشرات المالية كبعد من أبعاد التقويم الاستراتيجي على ملموسية الخدمة الصحية.

جدول (73) المؤشرات الاحصائية لعلاقة المؤشرات المالية مع الملموسية

Model	R	R Square	Adjusted R Square	F	Sig.
1	.389 ^a	0.151	0.148	46.400	.000 ^b
a. Predictors: (Constant), البعد المالي					

كما أن النموذج الذي يمثل العلاقة بين المؤشرات المالية كبعد من أبعاد التقويم الاستراتيجي و ملموسية الخدمة الصحية ذو دلالة احصائية كما في الجدول رقم (74)

جدول (74) المؤشرات الاحصائية لمعادلة (نموذج) المؤشرات المالية والملموسية

Coefficientsa

Sig.	t	Standardized Coefficients	Unstandardized Coefficients		Model
		Beta	Std. Error	B	
0.000	69.206		0.047	3.272	1 (Constant)
0.000	6.812	0.389	0.047	0.323	البعد المالي

Dependent Variable: a. الملموسية

من خلال الجدول نجد أن متغير المؤشر المالي كمؤشر مستقل له دلالة معنوية في هذا النموذج بحسب نموذج T الدالة المعنوية حيث $\text{sig} < 0.05$ وقيمتها $\text{sig} = 0.000$ وتكون معادلة الانحدار المقدرة رياضياً هي:

$$y = a + bx$$

$$\text{المؤشرات المالية} = 3.27 + (0.32) \text{ الملموسية}$$

تدل قيمة ميل الانحدار b بأن كل زيادة في المؤشرات المالية بمقدار وحدة واحدة يقابله تزايد في قيمة الأثر في (الملموسية) بمقدار 0.32 وهو تأثير ذا اتجاه ايجابي ذو دلالة إحصائية. نتيجة (يوجد أثر ذو دلالة معنوية للمؤشرات المالية كبعد من أبعاد التقويم الاستراتيجي على الملموسية).

X. يوجد أثر ذو دلالة معنوية للمؤشرات المالية كبعد من أبعاد التقويم الاستراتيجي على التعاطف.

من الجدول رقم (75) لدينا مؤشر معامل الارتباط R قيمته % 37.6 ولدينا مقياس معامل التفسير (التحديد) الذي قيمته % 14.2 وبالتالي فإن المتغير المستقل في هذا النموذج له تأثير % 14.2 على المتغير التابع (التعاطف) مما يعني أن المتغير المستقل (المؤشرات المالية) استطاعت أن تفسر % 14.2 من التغيرات الحاصلة في التابع (التعاطف) والباقي يعزى إلى عوامل أخرى، ويبين الجدول بأن قيمة مؤشر اختبار $F = 42.8$ ومستوى دلالة هذا الاختبار

Sig=0.000 أصغر من القياسية 0.05 أي أنه يوجد أثر ذو دلالة معنوية للمؤشرات المالية
كبعد من أبعاد التقويم الاستراتيجي على التعاطف

جدول (75) المؤشرات الاحصائية لعلاقة المؤشرات المالية مع التعاطف

Sig.	F	Adjusted R Square	R Square	R	Model
.000 ^b	42.893	0.138	0.142	.376 ^a	1
a. Predictors: (Constant), البعد المالي					

كما أن النموذج الذي يمثل العلاقة بين المؤشرات المالية كبعد من أبعاد التقويم الاستراتيجي
والتعاطف ذو دلالة إحصائية، كما يبين الجدول رقم (76)

جدول (76) المؤشرات الاحصائية لمعادلة (نموذج) المؤشرات المالية والتعاطف.

Coefficients^a

Sig.	t	Standardized Coefficients	Unstandardized Coefficients		Model
		Beta	Std. Error	B	
0.000	73.643		0.047	3.466	1 (Constant)
0.000	6.549	0.376	0.047	0.309	البعد المالي

a. Dependent Variable: التعاطف

من خلال الجدول نجد أن متغير المؤشر المالي كمؤشر مستقل له دلالة معنوية في هذا
النموذج بحسب نموذج T الدالة المعنوية حيث $\text{sig} < 0.05$ وقيمتها $\text{sig} = 0.000$ وتكون معادلة
الانحدار المقدرة رياضياً هي:

$$y = a + bx$$

المؤشرات المالية $(0.309) + 3.46 = \text{التعاطف}$

تدل قيمة ميل الانحدار b بأن كل زيادة في المؤشرات المالية بمقدار وحدة واحدة يقابله تزايد
في قيمة الأثر في (التعاطف) بمقدار 0.309 وهو تأثير ذا اتجاه ايجابي ذو دلالة إحصائية.
نتيجة (يوجد أثر ذو دلالة معنوية للمؤشرات المالية كبعد من أبعاد التقويم الاستراتيجي على
التعاطف).

وبالتالي

الفرضية الرئيسية الأولى:

يوجد أثر ذو دلالة معنوية للمؤشرات المالية كبعد من أبعاد التقويم الاستراتيجي على التميز بجودة الخدمة الصحية.

من الجدول رقم (77) لدينا مؤشر معامل الارتباط R قيمته % 43.9 ولدينا مقياس معامل التفسير (التحديد) الذي قيمته % 19.3 وبالتالي فإن المتغير المستقل في هذا النموذج له تأثير % 19.3 على المتغير التابع (تميز الجودة) مما يعني أن المتغير المستقل (المؤشرات المالية) استطاعت أن تفسر % 19.3 من التغيرات الحاصلة في التابع (التميز بالجودة) والباقي يعزى إلى عوامل أخرى، ويبين الجدول بأن قيمة مؤشر اختبار $F=62.0$ ومستوى دلالة هذا الاختبار $Sig=0.000$ أصغر من القياسية 0.05 أي أنه يوجد أثر ذو دلالة معنوية للمؤشرات المالية كبعد من أبعاد التقويم الاستراتيجي تميز الخدمة الصحية.

جدول (77) المؤشرات الاحصائية لعلاقة المؤشرات المالية مع التميز بالجودة

Sig.	F	Adjusted R Square	R Square	R	Model
.000 ^b	62.059	0.190	0.193	.439 ^a	1

a. Predictors: (Constant), البعد المالي

كما أن النموذج الذي يمثل العلاقة بين المؤشرات المالية كبعد من أبعاد التقويم الاستراتيجي وتميز الخدمة الصحية ذو دلالة احصائية كما في الجدول رقم (78)

جدول (78) المؤشرات الاحصائية لمعادلة (نموذج) المؤشرات المالية والتميز بجودة الخدمة الصحية

Coefficients^a

Sig.	T	Standardized Coefficients	Unstandardized Coefficients		Model
		Beta	Std. Error	B	
0.000	82.211		0.041	3.391	1 (Constant)
0.000	7.878	0.439	0.041	0.326	البعد المالي

a. Dependent Variable: التميز بجودة الخدمة الصحية

من خلال الجدول نجد أن متغير المؤشر المالي كمؤشر مستقل له دلالة معنوية في هذا النموذج بحسب نموذج T الدالة المعنوية حيث $sig < 0.05$ وقيمتها $sig = 0.000$ وتكون معادلة الانحدار المقدرة رياضياً هي:

$$y = a + bx$$

المؤشرات المالية (0.32)+3.39=التميز بالجودة الصحية

تدل قيمة ميل الانحدار b بأن كل زيادة في المؤشرات المالية بمقدار وحدة واحدة يقابله تزايد في قيمة الأثر في (التميز بالجودة الصحية) بمقدار 0.32 وهو تأثير ذا اتجاه إيجابي ذو دلالة إحصائية.

نتيجة (يوجد أثر ذو دلالة معنوية للمؤشرات المالية كبعد من أبعاد التقويم الاستراتيجي على التميز بجودة الخدمة الصحية)

وهي نتيجة منطقية حيث كلما تحسنت المؤشرات المالية كلما زادت قدرة المشفى على تحسين استجابتها لمرضاهم وتقديم الأفضل لهم سواء من ناحية جودة الخدمات الطبية بحد ذاتها، أو من ناحية خدمات الفندق المقدمة لهم، وزادت قدرتها على تحسين علاقتها بموظفيها وتدريبهم على حسن التجاوب والتعامل ومراعاة أوضاع المرضى، وهذا التأثير إيجابي وله دلالة إحصائية

ويتفرع عن الفرضية الرئيسية الثانية الفرضيات الفرعية التالية:

XI. يوجد أثر ذو دلالة معنوية للمؤشرات غير المالية ممثلة بـ (بعد الزبائن وبعد النمو والتعلم، وبعد العمليات الداخلية، بعد البيئة والمجتمع) كبعد من أبعاد التقويم الاستراتيجي على اعتمادية الخدمة الصحية.

تم إجراء اختبار الانحدار المتعدد لمحاور المؤشرات الغير مالية (بعد الزبائن وبعد النمو والتعلم، وبعد العمليات الداخلية، بعد البيئة والمجتمع) باستخدام طريقة Stepwise لنحصل على المؤشرات الغير مالية الأكثر تأثيراً بجودة وتميز الخدمة الصحية حيث تعد عملية القياس المتعدد للانحدار من أكثر المقاييس التي تقدم تفسيراً للمتغير التابع دون تحديد عدداً للمتغيرات المستقلة التي يمكن استخدامها، فالمتغيرات المستقلة تشترك في مجموعة واحدة للوصول إلى تفسير واحد، كما أن هذا القياس يمكننا من تحديد قيمة للمتغير التابع إذا عرفنا قيم المتغيرات المستقلة الداخلة في المعادلة، كما أنها تظهر فقط المؤشرات المستقلة التي تؤثر على المتغير التابع كما يلي:

وإذا ما أردنا اختبار أثر المؤشرات غير المالية ممثلة بـ (بعد الزبائن وبعد النمو والتعلم، وبعد العمليات الداخلية، بعد البيئة والمجتمع) على اعتمادية الخدمة الصحية نرى:

من الجدول رقم (79) لدينا مؤشر معامل الارتباط R قيمته 32.0 % ولدينا مقياس معامل التفسير (التحديد) الذي قيمته 10.2 % وبالتالي فإن المتغير المستقل في هذا النموذج له تأثير 10.2 % على المتغير التابع (الاعتمادية) مما يعني أن المتغير المستقل (المؤشرات غير المالية) استطاعت أن تفسر 10.2 % من التغيرات الحاصلة في التابع (الاعتمادية) والباقي

يعزى إلى عوامل أخرى، ويبين الجدول الدلالة الإحصائية لنموذج الانحدار المتعدد من الناحية الإحصائية حيث قيمة مؤشر اختبار $F=15.7$ ومستوى دلالة هذا الاختبار $Sig=0.000$ أصغر من القياسية 0.05 أي أنه يوجد أثر ذو دلالة معنوية للمؤشرات غير المالية كبعد من أبعاد التقويم الاستراتيجي على اعتمادية الخدمة الصحية.

جدول (79) المؤشرات الإحصائية لعلاقة المؤشرات الغير مالية مع الاعتمادية

Sig.	F	Adjusted R Square	R Square	R	Model
.000 ^d	15.783	0.096	0.102	.320 ^c	3

Predictors: (Constant), بعد العمليات الداخلية, بعد التعلم والنمو, بعد الزبائن

كما أن النموذج الذي يمثل العلاقة بين المؤشرات غير المالية كبعد من أبعاد التقويم الاستراتيجي واعتمادية الخدمة الصحية ذو دلالة إحصائية كما يبين الجدول رقم (80)

جدول (80) المؤشرات الإحصائية لمعادلة (نموذج) المؤشرات غير المالية والاعتمادية

Coefficients^a

Sig.	T	Standardized Coefficients	Unstandardized Coefficients		Model
		Beta	Std. Error	B	
0.000	103.929		0.034	3.526	(Constant) 3
0.018	2.377	0.244	0.192	0.457	بعد العمليات الداخلية
0.000	4.395	0.307	0.081	0.357	بعد التعلم والنمو
0.047	-1.992	-0.230	0.102	-0.202	بعد الزبائن

Dependent Variable: الاعتمادية

من خلال الجدول نجد أن متغير المؤشر غير المالي كمؤشر مستقل له دلالة معنوية في هذا النموذج بحسب نموذج T الدالة المعنوية حيث $sig < 0.05$ وقيمتها $sig = 0.000$ وتكون معادلة الانحدار المقدرة رياضياً هي:

$$y = a + bx_1 + bx_2 + \dots + bx_n$$

الاعتمادية = 3.52 + العمليات (0.45) + التعلم والنمو (0.35) + الزبائن (-0.20)

تدل قيمة ميل الانحدار b بأن الزبائن ذات أثر عكسي على الاعتمادية، بينما التعلم والنمو والعمليات أثرها إيجابي على الاعتمادية وهو تأثير ذا اتجاه إيجابي ذو دلالة إحصائية، وهذا يدل على أن الاهتمام بتدريب الموظفين وزيادة عدد الأطباء الاختصاصيين وتدريب الأطباء المقيمين

يساهم في تحسين اعتمادية الخدمة بنسبة 0.35، كما أن تحسين العمليات الداخلية بالمشفى (تحسين ضبط العدوى، عدد الأسرة لكل طبيب ولكل ممرض وعدد العمليات ...) يساهم في تحسين اعتمادية الخدمة الصحية وتقديمها بشكل صحيح وبنسبة 0.45 وهي ذات دلالة إحصائية، في حين أن مؤشرات بعد الزبائن كان لها أثر سلبي وإذا دالة إحصائية بنسبة -0.20 على اعتمادية الخدمة، في حين لم يسجل بعد البيئة والمجتمع أي أثر على اعتمادية الخدمة الصحية

نتيجة (يوجد أثر ذو دلالة معنوية للمؤشرات غير المالية ممثلة بـ (بعد النمو والتعلم، الزبائن، العمليات) كبعد من أبعاد التقويم الاستراتيجي على الاعتمادية

XII. يوجد أثر ذو دلالة معنوية للمؤشرات غير المالية ممثلة بـ (بعد الزبائن وبعد النمو والتعلم، وبعد العمليات الداخلية، بعد البيئة والمجتمع) كبعد من أبعاد التقويم الاستراتيجي على الاستجابة.

تم إجراء اختبار الانحدار المتعدد لمحاور المؤشرات الغير مالية (بعد الزبائن وبعد النمو والتعلم، وبعد العمليات الداخلية، بعد البيئة والمجتمع) باستخدام طريقة Stepwise لنحصل على المؤشرات الغير مالية الأكثر تأثيراً في الاستجابة للخدمة الصحية كما يلي:

من الجدول رقم (81) لدينا مؤشر معامل الارتباط R قيمته % 28.9 ولدينا مقياس معامل التفسير (التحديد) الذي قيمته 8.3 % وبالتالي فإن المتغير المستقل في هذا النموذج له تأثير 8.3 % على المتغير التابع (الاستجابة) مما يعني أن المتغير المستقل (المؤشرات غير المالية) استطاعت أن تفسر 8.3 % من التغيرات الحاصلة في التابع (الاستجابة) والباقي يعزى إلى عوامل أخرى، ويبين الجدول الدلالة الإحصائية لنموذج الانحدار المتعدد من الناحية الإحصائية حيث قيمة مؤشر اختبار $F=18.9$ ومستوى دلالة هذا الاختبار $Sig=0.000$ أصغر من القياسية 0.05 أي أنه يوجد أثر ذو دلالة معنوية للمؤشرات غير المالية كبعد من أبعاد التقويم الاستراتيجي على استجابة الخدمة الصحية.

جدول (81) المؤشرات الإحصائية لعلاقة المؤشرات الغير مالية مع الاستجابة

Sig.	F	Adjusted R Square	R Square	R	Model
0.000 ^c	18.931	0.079	0.083	0.289 ^b	2
Predictors: (Constant), بعد البيئة والمجتمع, بعد التعلم والنمو					

كما أن النموذج الذي يمثل العلاقة بين المؤشرات غير المالية كبعد من أبعاد التقويم الاستراتيجي واستجابة الخدمة الصحية ذو دلالة إحصائية كما يبين الجدول رقم (82).

جدول (82) المؤشرات الإحصائية لمعادلة (نموذج) المؤشرات الغير مالية والاستجابة

Coefficients^a

Sig.	t	Standardized Coefficients	Unstandardized Coefficients		Model
		Beta	Std. Error	B	
0.000	106.227		0.034	3.653	2 (Constant)
0.000	-6.106	-0.393	0.053	-0.321	بعد البيئة والمجتمع
0.000	4.745	0.306	0.075	0.358	بعد التعلم والنمو

Dependent Variable: الاستجابة

من خلال الجدول نجد أن متغير المؤشر الغير مالي كمؤشر مستقل له دلالة معنوية في هذا النموذج بحسب نموذج T الدالة المعنوية حيث $\text{sig} < 0.05$ وقيمتها $\text{sig} = 0.000$ وتكون معادلة الانحدار المقدرة رياضياً هي:

$$y = a + bx_1 + bx_2 + \dots + bx_n$$

$$\text{الاستجابة} = 0.65 + \text{البيئة والمجتمع} (-0.321) + \text{التعلم والنمو} (0.358)$$

تدل قيمة ميل الانحدار b بأن البيئة والمجتمع ذات أثر عكسي على الاستجابة، بينما التعلم والنمو أثرها إيجابي على الاستجابة وهو تأثير ذا اتجاه إيجابي ذو دلالة إحصائية.

أي أن تدريب الموظفين على التواصل مع المرضى وزيادة المبلغ المرصد لذلك يحسن من استجابتهم للمرضى، في حين أن زيادة عدد العمليات المجانية يقلل من الاستجابة للمرضى، في حين لا يوجد أثر للعمليات الداخلية، ولبعد الزبائن على استجابة الخدمة نتيجة (يوجد أثر ذو دلالة معنوية للمؤشرات غير المالية ممثلة بـ (بعد النمو والتعلم، بعد البيئة والمجتمع) كبعد من أبعاد التقويم الاستراتيجي على الاستجابة.

XIII. يوجد أثر ذو دلالة معنوية للمؤشرات غير المالية ممثلة بـ (بعد الزبائن وبعد النمو والتعلم، وبعد العمليات الداخلية، بعد البيئة والمجتمع) كبعد من أبعاد التقويم الاستراتيجي على الضمان والتوكيد.

من الجدول رقم (83) لدينا مؤشر معامل الارتباط R قيمته % 32.2 ولدينا مقياس معامل التفسير (التحديد) الذي قيمته % 10.4 وبالتالي فإن المتغير المستقل في هذا النموذج له تأثير % 10.4 على المتغير التابع (الأمان) مما يعني أن المتغير المستقل (المؤشرات غير المالية)

استطاعت أن تفسر 10.4 % من التغيرات الحاصلة في التابع (الامان) والباقي يعزى إلى عوامل أخرى، ويبين الجدول الدلالة الإحصائية لنموذج الانحدار المتعدد من الناحية الإحصائية حيث قيمة مؤشر اختبار $F=42.46$ ومستوى دلالة هذا الاختبار $Sig=0.000$ أصغر من القياسية 0.05 أي أنه يوجد أثر ذو دلالة معنوية للمؤشرات غير المالية كبعد من أبعاد التقويم الاستراتيجي على ضمان وتوكيد الخدمة الصحية.

جدول (83) المؤشرات الإحصائية لعلاقة المؤشرات الغير مالية مع الضمان والتوكيد

Sig.	F	Adjusted R Square	R Square	R	Model
0.000 ^b	42.463	0.100	0.104	.322 ^b	2
Predictors: (Constant), b. بعد البيئة والمجتمع, بعد التعلم والنمو					

كما أن النموذج الذي يمثل العلاقة بين المؤشرات غير المالية كبعد من أبعاد التقويم الاستراتيجي وضمان وتوكيد الخدمة الصحية ذو دلالة احصائية كما في الجدول رقم (84)

جدول (84) المؤشرات الإحصائية لمعادلة (نموذج) المؤشرات الغير مالية والضمان والتوكيد

Coefficients^a

Sig.	t	Standardized Coefficients	Unstandardized Coefficients		Model
		Beta	Std. Error	B	
0.000	103.331		0.035	3.607	(Constant) 2
0.000	-6.364	-0.405	0.053	-0.340	بعد البيئة والمجتمع
0.020	2.329	0.148	0.077	0.178	بعد التعلم والنمو

Dependent Variable: a. الضمان والتوكيد

من خلال الجدول نجد أن متغير المؤشر الغير مالي كمؤشر مستقل له دلالة معنوية في هذا النموذج بحسب نموذج T الدالة المعنوية حيث $sig < 0.05$ وقيمتها $sig = 0.000$ وتكون معادلة الانحدار المقدرة رياضياً هي:

$$y = a + bx_1 + bx_2 + \dots + bx_n$$

$$\text{الضمان والتوكيد} = 3.607 + (-0.340) \text{ المجتمع} + (0.17) \text{ التعلم والنمو}$$

تدل قيمة ميل الانحدار b بأن البيئة والمجتمع ذات أثر عكسي على الأمان بنسبة -0.34 بينما التعلم والنمو أثرها إيجابي على الأمان بنسبة 0.17 وهو تأثير ذا اتجاه ايجابي ذو دلالة إحصائية.

وهذا يؤكد على أن تدريب الموظفين والكادر الطبي يساهم في تحسين ثقة المرضى بالكادر العامل في المشفى وفي تحسين خبرة الكادر الطبي في تقديم الخدمة الطبية الجيدة دون أخطاء، في حين أن تقديم العمليات المجانية يؤثر سلباً على مؤشرات الضمان، ولم يلحظ بعد الزبائن والعمليات الداخلية أي أثر على بعد الضمان والتوكيد.

نتيجة (يوجد أثر ذو دلالة معنوية للمؤشرات غير المالية ممثلة بـ (بعد النمو والتعلم، بعد البيئة والمجتمع) كبعد من أبعاد التقويم الاستراتيجي على الضمان والتوكيد

XIV. يوجد أثر ذو دلالة معنوية للمؤشرات غير المالية ممثلة بـ (بعد الزبائن وبعد النمو والتعلم، وبعد العمليات الداخلية، بعد البيئة والمجتمع) كبعد من أبعاد التقويم الاستراتيجي على الملموسية.

من الجدول رقم (85) لدينا مؤشر معامل الارتباط R قيمته % 39.0 ولدينا مقياس معامل التفسير (التحديد) الذي قيمته % 15.2 وبالتالي فإن المتغير المستقل في هذا النموذج له تأثير % 15.2 على المتغير التابع (الملموسية) مما يعني أن المتغير المستقل (المؤشرات غير المالية) استطاعت أن تفسر % 15.2 من التغيرات الحاصلة في المتغير التابع (الملموسية) والباقي يعزى إلى عوامل أخرى، ويبين الجدول الدلالة الإحصائية لنموذج الانحدار المتعدد من الناحية الإحصائية حيث قيمة مؤشر اختبار $F=24.8$ ومستوى دلالة هذا الاختبار $Sig=0.000$ أصغر من القياسية 0.05 أي أنه يوجد أثر ذو دلالة معنوية للمؤشرات غير المالية كبعد من أبعاد التقويم الاستراتيجي على ملموسية الخدمة الصحية.

جدول (85) المؤشرات الإحصائية لعلاقة المؤشرات الغير مالية مع الملموسية

Sig.	F	Adjusted R Square	R Square	R	Model
.000 ^d	24.857	0.146	0.152	.390 ^c	3
Predictors: (Constant), بعد البيئة والمجتمع، بعد التعلم والنمو، بعد العمليات الداخلية					

كما أن النموذج الذي يمثل العلاقة بين المؤشرات غير المالية كبعد من أبعاد التقويم الاستراتيجي وملموسية الخدمة الصحية ذو دلالة إحصائية، كما يبين الجدول رقم (86)

جدول (86) المؤشرات الإحصائية لمعادلة (نموذج) المؤشرات الغير مالية والملموسية

Sig.	T	Standardized Coefficients	Unstandardized Coefficients		Model
		Beta	Std. Error	B	
0.000	103.856		0.034	3.519	(Constant) 3
0.000	-3.767	-0.315	0.070	-0.263	بعد البيئة والمجتمع
0.000	4.285	0.274	0.077	0.328	بعد التعلم والنمو
0.003	-2.995	-0.243	0.156	-0.468	بعد العمليات الداخلية

a. Dependent Variable: الملموسية

من خلال الجدول نجد أن متغير المؤشر الغير مالي كمؤشر مستقل له دلالة معنوية في هذا النموذج بحسب نموذج T الدالة المعنوية حيث $\text{sig} < 0.05$ وقيمتها $\text{sig} = 0.000$ وتكون معادلة الانحدار المقدرة رياضياً هي:

$$y = a + bx_1 + bx_2 + \dots + bx_n$$

العمليات (-0.46) + التعلم والنمو 0.32 + البيئة والمجتمع (-0.26) + 3.60 = الملموسية

تدل قيمة ميل الانحدار b بأن البيئة والمجتمع والعمليات ذات أثر عكسي على الملموسية بينما التعلم والنمو أثرها إيجابي ذو دلالة إحصائية.

أي العمل على تحسين العمليات الداخلية في المشفى، وكذلك تقديم العمليات المجانية يؤثر على ملموسية الخدمة الطبية سلباً وبنسبة 0.46 لبعد العمليات الداخلية و 0.26 لبعد البيئة المجتمع وذلك يعود بسبب الأزمة التي أدت إلى ضبط الانفاق سواء في المشافي العامة أو الخاصة فتحسين العمليات الداخلية وتقديم العمليات المجانية يحول دون تحسين مرافق المشفى وجاذبيتها، أو توفير أحدث المعدات الطبية، في حين أن بعد التعلم والنمو يؤثر إيجابياً على مظهر المشفى ونظافتها وبنسبة 0.32 بسبب ارتفاع وعي الموظفين المدربين بالحفاظ على نظافة ومرافق المشفى وكذلك الالتزام بمظهر أنيق أثناء عملهم في المشفى، في حين لم يسجل بعد الزبائن أي أثر على ملموسية الخدمة الصحية.

نتيجة (يوجد أثر ذو دلالة معنوية للمؤشرات غير المالية ممثلة بـ (بعد النمو والتعلم، وبعد العمليات الداخلية، بعد البيئة والمجتمع) كبعد من أبعاد التقويم الاستراتيجي على الملموسية.

XV. يوجد أثر ذو دلالة معنوية للمؤشرات غير المالية ممثلة بـ (بعد الزبائن وبعد النمو والتعلم، وبعد العمليات الداخلية، بعد البيئة والمجتمع) كبعد من أبعاد التقويم الاستراتيجي على التعاطف.

من الجدول رقم (87) لدينا مؤشر معامل الارتباط R قيمته 27.3 % ولدينا مقياس معامل التفسير (التحديد) الذي قيمته 7.4 % وبالتالي فإن المتغير المستقل في هذا النموذج له تأثير 7.4 % على المتغير التابع (التعاطف) مما يعني أن المتغير المستقل (المؤشرات غير المالية) استطاعت أن تفسر 7.4 % من التغيرات الحاصلة في التابع (التعاطف) والباقي يعزى إلى عوامل أخرى، ويبين الجدول الدلالة الإحصائية لنموذج الانحدار المتعدد من الناحية الإحصائية حيث قيمة مؤشر اختبار $F = 23.6$ ومستوى دلالة هذا الاختبار $\text{Sig} = 0.000$ أصغر من القياسية 0.05 أي أنه يوجد أثر ذو دلالة معنوية للمؤشرات غير المالية كبعد من أبعاد التقويم الاستراتيجي التعاطف

جدول (87) المؤشرات الاحصائية لعلاقة المؤشرات الغير مالية مع التعاطف

Sig.	F	Adjusted R Square	R Square	R	Model
.000 ^b	23.648	0.070	0.074	.273 ^b	2
Predictors: (Constant), b. بعد البيئة والمجتمع, بعد التعلم والنمو					

كما أن النموذج الذي يمثل العلاقة بين المؤشرات غير المالية كبعد من أبعاد التقويم الاستراتيجي والتعاطف ذو دلالة إحصائية، كما في الجدول رقم (88)

جدول (88) المؤشرات الاحصائية لمعادلة (نموذج) المؤشرات الغير مالية والتعاطف

Coefficients^a

Sig.	t	Standardized Coefficients	Unstandardized Coefficients		Model
		Beta	Std. Error	B	
0.000	106.348		0.034	3.649	(Constant) 2
0.000	-5.679	-0.368	0.053	-0.298	بعد البيئة والمجتمع
0.002	3.069	0.199	0.075	0.231	بعد التعلم والنمو

Dependent Variable: a. التعاطف

من خلال الجدول نجد أن متغير المؤشر الغير مالي كمؤشر مستقل له دلالة معنوية في هذا النموذج بحسب نموذج T الدالة المعنوية حيث $\text{sig} < 0.05$ وقيمتها $\text{sig} = 0.000$ وتكون معادلة الانحدار المقدرة رياضياً هي:

$$y = a + bx_1 + bx_2 + \dots + bx_n$$

التعلم والنمو +0.23 + البيئة والمجتمع (-0.29) + 3.64 = التعاطف

تدل قيمة ميل الانحدار b بأن البيئة والمجتمع ذات أثر عكسي على التعاطف بينما التعلم والنمو أثرها إيجابي فهو تأثير ذا اتجاه ايجابي ذو دلالة إحصائية.

أي أن تقديم العمليات المجانية في المشفى يؤثر سلباً ونسبة 0.29 على قدرة الكادر الطبي على تقديم العناية الكافية ومداواة المرضى بشكل شخصي والعمل بساعات عمل تتناسب معهم، في حين أن تدريب العاملين والكادر الطبي بشكل مستمر يساهم برفع وعيهم ودرجة حساسيتهم وقدرتهم على العناية بالمرضى ونسبة 0.23، في حين لم يسجل بعدي العمليات الداخلية والزبائن أي أثر على التعاطف.

نتيجة (يوجد أثر ذو دلالة معنوية للمؤشرات غير المالية ممثلة بـ (بعد النمو والتعلم، بعد البيئة والمجتمع) كبعد من أبعاد التقويم الاستراتيجي على التعاطف. الفرضية الرئيسية الثانية:

يوجد أثر ذو دلالة معنوية للمؤشرات غير المالية (العملاء، العمليات الداخلية، التعلم والنمو، البيئة والمجتمع) على التميز بجودة الخدمة الصحية.

من الجدول رقم (89) لدينا مؤشر معامل الارتباط R قيمته % 35.1 ولدينا مقياس معامل التفسير (التحديد) الذي قيمته % 12.3 وبالتالي فإن المتغير المستقل في هذا النموذج له تأثير % 12.3 على المتغير التابع (التميز بالجودة) مما يعني أن المتغير المستقل (المؤشرات غير المالية) استطاعت أن تفسر % 12.3 من التغيرات الحاصلة في التابع (التميز بالجودة) والباقي يعزى إلى عوامل أخرى، ويبين الجدول الدلالة الإحصائية لنموذج الانحدار المتعدد من الناحية الإحصائية حيث قيمة مؤشر اختبار $F=29.33$ ومستوى دلالة هذا الاختبار $Sig=0.000$ أصغر من القياسية 0.05 أي أنه يوجد أثر ذو دلالة معنوية للمؤشرات غير المالية كبعد من أبعاد التقويم الاستراتيجي على تميز جودة الخدمة الصحية.

جدول (89) المؤشرات الإحصائية لعلاقة المؤشرات الغير مالية مع التميز بالجودة

Model	R	R Square	Adjusted R Square	F	Sig.
4	.351 ^d	0.123	0.119	29.337	.000 ^e
Predictors: (Constant), d. بعد التعلم والنمو، بعد الزبائن					

كما أن النموذج الذي يمثل العلاقة بين المؤشرات غير المالية كبعد من أبعاد التقويم الاستراتيجي والتميز بجودة الخدمة الصحية ذو دلالة إحصائية، كما يبين الجدول رقم (90)

جدول (90) المؤشرات الإحصائية لمعادلة (نموذج) المؤشرات الغير مالية والتميز بالجودة

Coefficients^a

Model	B	Std. Error	Standardized Coefficients	T	Sig.
4	3.594	0.030		119.258	0.000
	0.340	0.072	0.325	4.712	0.000
	-0.411	0.054	-0.520	-7.535	0.000

Dependent Variable: a. التميز بجودة الخدمة الصحية

من خلال الجدول نجد أن متغير المؤشر الغير مالي كمؤشر مستقل له دلالة معنوية في هذا النموذج بحسب نموذج T الدالة المعنوية حيث $\text{sig} < 0.05$ وقيمته $\text{sig} = 0.000$ وتكون معادلة الانحدار المقدرة رياضياً هي:

$$y = a + bx_1 + bx_2 + \dots + bx_n$$

التعلم والنمو +0.34 + الزبائن (-0.41) = التميز بالجودة الصحية

تدل قيمة ميل الانحدار b بأن الزبائن ذات أثر عكسي على التميز بالجودة الصحية بينما التعلم والنمو أثرها إيجابي فهو تأثير ذا اتجاه ايجابي ذو دلالة إحصائية.

أي يعتبر الاهتمام بتدريب العاملين وتطور عدد الأطباء الأخصائيين وتدريب الأطباء المقيمين وزيادة المبلغ المخصص للتدريب أي (بعد التعلم والنمو) في بطاقة الأداء المتوازن ذات أثر إيجابي وبنسبة 0.34 على التميز بجودة الخدمة الصحية، في حين بعد الزبائن له أثر سلبي على التميز بجودة الخدمة الصحية وبنسبة 0.41، في حين لا يؤثر بعدي العمليات الداخلية والبيئة والمجتمع على التميز بجودة الخدمة الصحية.

نتيجة (يوجد أثر ذو دلالة معنوية للمؤشرات غير المالية ممثلة بـ (بعد النمو والتعلم، بعد الزبائن) كبعد من أبعاد التقييم الاستراتيجي على التميز بجودة الخدمة الصحية.

5-3-6 مقارنة تقييم أبعاد الجودة والتميز في الخدمة الصحية بين المشافي

الخاصة والعامة حسب اراء عينة البحث

يبين الجدول (91) أن تقييم أبعاد الجودة والتميز في الخدمة الصحية لدى المشافي العامة احتل بعدة الاستجابة المرتبة الأولى بمتوسط 3.49 يليه بعد التعاطف في المرتبة الثانية وفي المرتبة الثالثة كان تقييم بُعد الأمان بمتوسط 3.38 وفي المرتبة الرابعة الاعتمادية بمتوسط 3.35 وأخيراً بعد الملموسية بمتوسط حسابي 3.27، وهذا بطبيعة الحال يعكس واقع عمل المشافي العامة التي تستجيب لجميع المرضى وتقدم الخدمة المجانية أو شبه المجانية لهم وفي أي وقت، وتعمل على تدريب الأطباء تحت اشراف أهم أساتذة الطب من أجل توفير الأمان والثقة في الخدمة الصحية المقدمة لهم، وفي ذات الوقت تعمل ضمن القدرات المتاحة على تطوير نظام التوثيق والمعلومات لديها وتقادي الأخطاء الطبية، وتحسين نظافة وجودة مرافقها وخدمات الفندقية المرافقة للخدمة الصحية.

جدول (91) تقييم أبعاد الجودة والتميز بين المشافي الخاصة والعامة

نوع المشفى						
خاص			عام			
معامل الاختلاف	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	معامل الاختلاف	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
8.505	0.33	3.88	25.38	0.83	3.27	الملموسية
9.019	0.34	3.77	25.07	0.84	3.35	الاعتمادية
10.881	0.42	3.86	23.78	0.83	3.49	الاستجابة
9.596	0.38	3.96	24.56	0.83	3.38	الأمان
9.694	0.38	3.92	23.63	0.82	3.47	التعاطف

في حين أن تقييم أبعاد الجودة والتميز في الخدمة الصحية لدى مشافي الخاصة نرى من الجدول أعلاه أنه أحتل بعد الأمان لمرتبة الأولى بمتوسط 3.96 يليه بعد التعاطف بمتوسط 3.92 في المرتبة الثانية، وفي المرتبة الثالثة كان تقييم بُعد الملموسية بمتوسط 3.88 وفي المرتبة الرابعة الاستجابة بمتوسط 3.86 وأخيراً بعد الاعتمادية بمتوسط حسابي 3.77.

وهذا يفسر أيضاً مقصد المرضى للمشافي الخاصة حيث انهم يقصدون طبيب معين من أجل خدمة طبية خاصة لتحقيق شعورهم بالثقة والأمان عند تلقى الخدمة بغض النظر عن كلفتها، وما يلقاه المريض من عناية ومتابعة من قبل الكادر الطبي والتمريضي يمثل بعد التعاطف، ونظافة مرافق المشافي الخاصة وخدمات الفندق المرافقة للخدمة الصحية تمثل بعد الملموسية والتذي تتميز فيه المشافي الخاصة عن العامة، ومن وجهة نظر أفراد العينة يأتي بعدي الاستجابة والاعتمادية بأهمية أقل من غيرها عندما يقصد المشافي الخاصة.

لكن بالمقابل كما يرينا الجدول رقم (91) أن قيم المتوسط الحسابي لأبعاد جودة الخدمة الصحية في كل من المشافي العامة والخاصة تراوحت قيمها بين 3.27 و 3.49¹ للمشافي العامة، أي أنها أقرب لكون توفر أبعاد الجودة لديها متوسطة متوسطة ، لذلك قمنا بحساب معامل الاختلاف² لكل بعد من أبعاد جودة الخدمة الصحية، لتحديد مدى تجانس إجابات أفراد

¹ تفسير قيمة المتوسط

أكبر من 2.60 - 3.39	أكبر من 52 % - 68 %	متوسطة
أكبر من 3.40 - 4.19	أكبر من 68 % - 84 %	عالية

² يمثل نسبة الانحراف المعياري إلى الوسط الحسابي للتوزيع للمحور وهو مفيد لمقارنة درجة الاختلاف بين المحاور المدروسة وكلما كان معامل الاختلاف اقل كلما كان هناك تجانس في التقييم حول كل محور (إذا كان معامل الاختلاف قليل كان التجانس افضل والتشتت صغير)

العينة حول أسئلة كل بعد، نلاحظ أن المتوسط الحسابي للتعاطف 3.47 والانحراف المعياري 0.82 ومعامل الاختلاف 23.63 مما يدل على وجود تجانس في تقييم التعاطف لدى عينة الدراسة مقارنة مع المحاور الأخرى في مشافي القطاع العام، تليها الاستجابة بمعامل اختلاف قدره 23.68، ومن ثم الأمان بمعامل اختلاف قدره 24.56، ومن ثم الاعتمادية بمعامل اختلاف قدره 25.07 وأخيراً الملموسية بمعامل اختلاف قدره 25.38، إذ كلما كان معامل الاختلاف اقل كلما كان هناك تجانس في التقييم حول كل بعد.

في حين تراوحت قيمة متوسط إجابات أفراد العينة حول أبعاد جودة الخدمة الصحية وما بين 3.77 و 3.96 للمشافي الخاصة، وهي تعتبر ما بين المتوسط والمرتفع (الحدود الدنيا من المرتفع) وبحساب معامل الاختلاف لأبعاد جودة الخدمة الصحية، نلاحظ من الجدول رقم (91) أن المتوسط الحسابي للملموسية 3.88 والانحراف المعياري 0.33 ومعامل الاختلاف 8.505 مما يدل على وجود تجانس في تقييم الملموسية لدى عينة الدراسة مقارنة مع المحاور الأخرى في مشافي القطاع الخاص، تليها الاعتمادية بمعامل اختلاف قدره 9.01 ومن ثم الأمان بمعامل اختلاف قدره 9.59، يليها التعاطف بمعامل اختلاف قدره 9.69، وأخيراً الاستجابة بمعامل اختلاف قدره 10.88.

وبإجراء الاختبار الاحصائي لتقييم الفروق بين المشافي العامة والخاصة حول أبعاد الجودة والتميز في الخدمة الصحية تم اجراء اختبار Independent t test نبين الجدول رقم (92)

جدول (92) الدالات الإحصائية لاختبار الفروق في تقييم ابعاد الجودة والتميز بين العام والخاص

نوع المشفى	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	T	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
الملموسية	عام	3.27	0.83	-8.737	418	0.000
	خاص	3.88	0.33			
الاعتمادية	عام	3.35	0.84	-5.975	418	0.000
	خاص	3.77	0.34			
الاستجابة	عام	3.49	0.83	-5.135	418	0.000
	خاص	3.86	0.42			
الأمان	عام	3.38	0.83	-8.279	418	0.000
	خاص	3.96	0.38			
التعاطف	عام	3.47	0.82	-6.488	418	0.000
	خاص	3.92	0.38			

من حيث تقييم بُعد الملموسية: نجد أن دالة الاختبار $t=-8.7$ عند درجة حرية 418 ومستوى الدلالة الإحصائية للاختبار المذكور $Sig=0.000$ أصغر من مستوى الدلالة المفترض والبالغ 0.05 إذا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقييم بُعد الملموسية تبعاً لنوع المشفى ويظهر الجدول أن الفروق هي لصالح المشافي الخاصة.

من حيث تقييم بُعد الاعتمادية: نجد أن دالة الاختبار $t=-5.9$ عند درجة حرية 418 ومستوى الدلالة الإحصائية للاختبار المذكور $Sig=0.000$ أصغر من مستوى الدلالة المفترض والبالغ 0.05 إذا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقييم بُعد الاعتمادية تبعاً لنوع المشفى ويظهر الجدول أن الفروق هي لصالح المشافي الخاصة.

من حيث تقييم بُعد الاستجابة: نجد أن دالة الاختبار $t=-5.1$ عند درجة حرية 418 ومستوى الدلالة الإحصائية للاختبار المذكور $Sig=0.000$ أصغر من مستوى الدلالة المفترض والبالغ 0.05 إذا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقييم بُعد الاستجابة تبعاً لنوع المشفى ويظهر الجدول أن الفروق هي لصالح المشافي الخاصة.

من حيث تقييم بُعد الامان: نجد أن دالة الاختبار $t=-8.27$ عند درجة حرية 418 ومستوى الدلالة الإحصائية للاختبار المذكور $Sig=0.000$ أصغر من مستوى الدلالة المفترض والبالغ 0.05 إذا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقييم بُعد الامان تبعاً لنوع المشفى ويظهر الجدول أن الفروق هي لصالح المشافي الخاصة.

من حيث تقييم بُعد التعاطف: نجد أن دالة الاختبار $t=-6.4$ عند درجة حرية 418 ومستوى الدلالة الإحصائية للاختبار المذكور $Sig=0.000$ أصغر من مستوى الدلالة المفترض والبالغ 0.05 إذا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقييم بُعد التعاطف تبعاً لنوع المشفى ويظهر الجدول أن الفروق هي لصالح المشافي الخاصة.

5-3-7 مقارنة تقييم أبعاد الجودة والتميز في الخدمة الصحية بين المرضى والإداريين حسب آراء عينة الدراسة.

يبين الجدول (93) أنه عند تقييم أبعاد الجودة والتميز في الخدمة الصحية من وجهة نظر الإداريين: احتل المرتبة الأولى بُعد الاستجابة بمتوسط 3.84، وبُعد التعاطف في المرتبة الثانية وفي المرتبة الثالثة كان تقييم بُعد الأمان بمتوسط 3.72 وفي المرتبة الرابعة الاعتمادية بمتوسط

3.70 وأخيراً بعد الملموسية بمتوسط حسابي 3.67، وقد أخذ برأي الإداريين عن تقييمهم لأهمية أبعاد الجودة الصحية من أجل تحديد أولويات التطوير بناء على خبرتهم في عملهم.

جدول (93) تقييم ابعاد الجودة والتميز بين المرضى والإداريين

الحالة						
مريض			اداري			
معامل الاختلاف	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	معامل الاختلاف	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
23.15	0.78	3.37	17.71	0.65	3.67	الملموسية
21.13	0.71	3.36	18.92	0.7	3.7	الاعتمادية
20.75	0.72	3.47	17.97	0.69	3.84	الاستجابة
20.23	0.71	3.51	20.97	0.78	3.72	الأمان
19.54	0.68	3.48	18.75	0.72	3.83	التعاطف

يعد من وجهة نظر الإداريين ان الاستجابة للمريض وتحديد موعد الخدمة الصحية بدقة وتكلفتها، والاستعداد الكامل لخدمة المريض من قبل الكادر الطبي من أهم مميزات جودة وتميز الخدمة الطبية.

ومن ثم العمل بساعات عمل تناسب المرضى، وتقديم العناية الصحية الكافية ومداواة أوضاعهم يأتي في المرتبة الثانية، ليأتي من وجهة نظرهم ان تتم الخدمة بشكل صحيح وبإشراف خبرات طبية كفوءة ثالثاً، وتوفر نظام توثيق ومعلومات دقيق عن المرضى في المرتبة الرابعة، وأخيراً تطوير مرافق المشفى والمظهر الأنيق للكادر العامل فيها، ولعل من أسباب ترتيب الموظفين لأبعاد الجودة كما ذكر أعلاه لمعرفتهم بأن الكادر الطبي المتميز متوفر في المشفى وان ما ينقص المريض هو نوع من تحسين أسلوب إدارة المشفى من خلال رفع الأجور والحوافز لتحسين استجابة الكادر الإداري والطبي للمشفى، وتنظيم مواعيد العمليات الجراحية والخدمات الصحية لتقادي الفوضى والشكاوى وحفظ وقت المريض والإداريين، ليأتي بعدها إعادة التأكيد على أن تكون الخدمة الصحية ذات جودة مرتفعة ودون أخطاء، ومن بعدها تطوير مرافق المشفى والحفاظ على نظافتها ومظهر الكادر العامل.

ونظراً لتقارب متوسطات إجابات الإداريين هو أبعاد جودة الخدمة الصحية والتي تراوحت ما بين 3.67 و 3.84، قمنا بحساب معامل الاختلاف لتحديد مدى تجانس إجابات أفراد العينة حول أسئلة كل بعد، نلاحظ أن المتوسط الحسابي للملموسية 3.67 والانحراف المعياري 5.65 ومعامل الاختلاف 17.71 مما يدل على وجود تجانس في تقييم الملموسية لدى الإداريين

مقارنة مع المحاور الأخرى ، تليها الاستجابة بمعامل اختلاف قدره 17.97، ومن ثم التعاطف بمعامل اختلاف قدره 18.75، ومن ثم الاعتمادية بمعامل اختلاف قدره 18.92 وأخيراً الأمان بمعامل اختلاف قدره 25.38، إذ كلما كان معامل الاختلاف اقل كلما كان هناك تجانس في التقييم حول كل بعد.

أما عن تقييم أبعاد الجودة والتميز في الخدمة الصحية من وجهة نظر المرضى نرى أن بعد الأمان أحتل المرتبة الأولى بمتوسط 3.51 يليه بُعد التعاطف في المرتبة الثانية بمتوسط 3.48 وفي المرتبة الثالثة كان تقييم بُعد الاستجابة بمتوسط 3.47 وفي المرتبة الرابعة الملموسية بمتوسط 3.37 وأخيراً بعد الاعتمادية بمتوسط حسابي 3.36 ، وهذا التقييم طبيعى خصوصاً أن ما يهم المريض هو صحته أولاً وآخراً وأن يكون مطمئناً أنه بين أيادي أمينة على صحته، لئليها من بعد ذلك ان يحصل على خدمته الصحية في أي وقت ويلقى العناية الكافية حسب وضعه، وأن يلقي آذان صاغية لمتطلباته، لئلي بعد ذلك نظافة وجاذبية مرافق المشفى والخدمات الفندقية المرافقة للخدمة الصحية وأخيراً اعتمادية الخدمة من حيث توثيقها وتوفير نظام معلومات للمشفى. وأيضاً بسبب تقارب قيم متوسطات إجابات المرضى حول أسئلة كل بعد من أبعاد جودة الخدمة الصحية حيث تراوحت وما بين 3.36 و 3.51، قمنا بحساب معامل الاختلاف لأبعاد جودة الخدمة الصحية، نلاحظ من الجدول رقم (93) أن المتوسط الحسابي للتعاطف 3.48 والانحراف المعياري 0.68 ومعامل الاختلاف 19.54 مما يدل على وجود تجانس في تقييم التعاطف لدى المرضى مقارنة مع المحاور الأخرى، تليها الأمان بمعامل اختلاف قدره 20.23 ومن ثم الاستجابة بمعامل اختلاف قدره 20.75، يليها الاعتمادية بمعامل اختلاف قدره 21.13، وأخيراً الملموسية بمعامل اختلاف قدره 23.15.

5-3-8 المقارنة بين المشافي الستة عينة البحث تبعاً لتقييم أبعاد الجودة والتميز في الخدمة الصحية حسب آراء عينة البحث.

يبين الجدول رقم (94) من حيث تقييم الزبائن للمشافي الستة تبعاً لأبعاد الجودة والتميز في الخدمة الصحية وكانت النتائج كما يلي:

من حيث تقييم بُعد الملموسية: نجد أن التقييم الأعلى كان لدى مشفى دار الشفاء بمتوسط 3.99 وهو تقييم عالي، وأن اقل تقييم هو لدى مشفى الهيئة العامة لمشفى العيون بمتوسط 2.91.

من حيث تقييم بُعد الاعتمادية: نجد أن التقييم الأعلى كان لدى مشفى أمية بمتوسط 3.84 وهو تقييم عالي، وأن اقل تقييم هو لدى مشفى الهيئة العامة لمشفى العيون بمتوسط 2.97.

من حيث تقييم بُعد الاستجابة: نجد أن التقييم الأعلى كان لدى مشفى أمية بمتوسط 4 وهو تقييم عالي، وأن اقل تقييم هو لدى مشفى الهيئة العامة لمشفى العيون بمتوسط 3.14.

من حيث تقييم بُعد الأمان: نجد أن التقييم الأعلى كان لدى مشفى أمية بمتوسط 3.09 وهو تقييم عالي، وأن اقل تقييم هو لدى مشفى الهيئة العامة لمشفى العيون بمتوسط 2.99.

من حيث تقييم بُعد التعاطف: نجد أن التقييم الأعلى كان لدى مشفى أمية بمتوسط 4.05 وهو تقييم عالي، وأن اقل تقييم هو لدى مشفى الهيئة العامة لمشفى العيون بمتوسط 3.07.

جدول (94) متوسطات تقييم المشافي حسب كل بعد من أبعاد الجودة والتميز

الترتيب	الكلية	التعاطف	الأمان	الاستجابة	الاعتمادية	الملموسية	
		Mean	Mean	Mean	Mean	Mean	
6	3.06	3.07	2.99	3.14	2.97	2.91	الهيئة العامة لمشفى العيون الجراحي
5	3.26	3.38	3.32	3.31	3.19	3.14	مشفى المواساة الجامعي
3	3.82	3.87	3.76	3.97	3.82	3.70	اسم مشفى دمشق
4	3.6	3.54	3.61	3.50	3.70	3.69	المشفى مشفى المنار
1	4.2	4.05	4.09	4.00	3.84	3.83	مشفى أمية
2	3.9	4.01	4.03	3.94	3.75	3.99	مشفى دار الشفاء
		3.64	3.60	3.63	3.50	3.50	Total

وبأخذ المتوسط الإجمالي لجميع أبعاد جودة وتميز الخدمة الصحية لاستخدامه للمقارنة بين المشافي الخاصة فيما بينها، والمشافي العامة فيما بينها نرى:

احتلصي مشفى أمية المرتبة الأولى بمتوسط 4.2، يليه مشفى دار الشفاء بمتوسط 3.9، ومن بعده المنار بمتوسط 3.6.

في حين احتلت الهيئة العامة لمشفى دمشق تبعا لأبعاد جودة وتميز الخدمة الصحية المركز الأول بين المشافي العامة بمتوسط 3.83، يليها مشفى المواساة الجامعي بمتوسط 3.26، وأخيراً الهيئة العامة لمشفى العيون الجراحي بمتوسط 3.06.

وبإجراء الاختبار الإحصائي لمقارنة تقييم المشافي الستة تبعا لاسم المشفى تم إجراء اختبار One Way Anova حيث أظهرت النتائج كما في الجدول رقم (95) ما يلي:

جدول (95) الدالات الإحصائية لاختبار الفروق في تقييم الأبعاد تبعا للمشفى

Sig.	F	Mean Square	Df	Sum of Squares	
0.000	32.994	13.228	5	66.141	Between Groups
		0.401	414	165.983	Within Groups الملموسية
			419	232.124	Total
0.000	24.842	10.126	5	50.628	Between Groups
		0.408	414	168.751	Within Groups الاعتمادية
			419	219.379	Total
0.000	25.401	10.422	5	52.112	Between Groups
		0.410	414	169.873	Within Groups الاستجابة
			419	221.985	Total
0.000	30.419	12.574	5	62.868	Between Groups
		0.413	414	171.126	Within Groups الأمان
			419	233.994	Total
0.000	26.677	10.669	5	53.346	Between Groups
		0.400	414	165.573	Within Groups التعاطف
			419	218.918	Total

من حيث تقييم بُعد الملموسية: نجد في الجدول (95) أن دالة الاختبار $F=32.99$ عند درجة حرية 5 ومستوى الدلالة الإحصائية للاختبار المذكور $Sig=0.000$ أصغر من مستوى الدلالة المفترض والبالغ 0.05 إذا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقييم بُعد الملموسية تبعا للمشفى وبإجراء اختبار تشيفيه كما في الجدول (96) نجد أن الفروق هو لصالح مشفى دار الشفاء ثم مشفى أمية.

الجدول (96) اختبار تشفييه الملموسية
الملموسية

Scheffe^{a,b}

Subset for alpha = 0.05		N	اسم المشفى
2	1		
	2.9063	72	الهيئة العامة لمشفى العيون الجراحي
3.6857	3.1439	99	مشفى المواساة الجامعي
		35	مشفى المنار
3.7005		91	مشفى دمشق
3.8333		48	مشفى أمية
3.9900		75	مشفى دار الشفاء

من حيث تقييم بُعد الاعتمادية في الجدول (95) نجد أن دالة الاختبار $F=24.8$ عند درجة حرية 5 ومستوى الدلالة الإحصائية للاختبار المذكور $Sig=0.000$ أصغر من مستوى الدلالة المفترض والبالغ 0.05 إذا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقييم بُعد الاعتمادية تبعا للمشفى وباجرا اختبار تشفييه كما في الجدول (97) نجد أن الفروق هو لصالح مشفى أمية أولاً ثم مشفى دمشق.

الجدول (97) اختبار تشفييه الاعتمادية
الاعتمادية

Scheffe^{a,b}

Subset for alpha = 0.05		N	اسم المشفى
2	1		
	2.9653	72	الهيئة العامة لمشفى العيون الجراحي
3.6952	3.1936	99	مشفى المواساة الجامعي
		35	مشفى المنار
3.7511		75	مشفى دار الشفاء
3.8168		91	مشفى دمشق
3.8403		48	مشفى أمية

من حيث تقييم بُعد الاستجابة: نجد في الجدول (95) أن دالة الاختبار $F=25.4$ عند درجة حرية 5 ومستوى الدلالة الإحصائية للاختبار المذكور $Sig=0.000$ أصغر من مستوى الدلالة

المفترض والبالغ 0.05 إذا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقييم بُعد الاستجابة تبعاً للمشفى وباجراً اختبار تشيفيه كما في الجدول (98) نجد أن الفروق هو لصالح مشفى أمية ودمشق

جدول(98) اختبار تشيفيه الاستجابة

الاستجابة

Scheffe^{a,b}

Subset for alpha = 0.05		N	اسم المشفى
2	1		
	3.1444	72	الهيئة العامة لمشفى العيون الجراحي
	3.3091	99	مشفى المواساة الجامعي
	3.4971	35	مشفى المنار
3.9387		75	مشفى دار الشفاء
3.9714		91	مشفى دمشق
4.0000		48	مشفى أمية

من حيث تقييم بُعد الأمان والضمان: نجد في الجدول (95) أن دالة الاختبار $F=30.4$ عند درجة حرية 5 ومستوى الدلالة الإحصائية للاختبار المذكور $Sig=0.000$ أصغر من مستوى الدلالة المفترض والبالغ 0.05 إذا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقييم بُعد الأمان والضمان تبعاً للمشفى وباجراً اختبار تشيفيه كما في الجدول (99) نجد أن الفروق هو لصالح مشفى أمية ودار الشفاء.

جدول(99) اختبار تشيفيه الامان

الأمان

Scheffe^{a,b}

Subset for alpha = 0.05				N	اسم المشفى
4	3	2	1		
			2.9861	72	الهيئة العامة لمشفى العيون الجراحي
		3.3172	3.3172	99	مشفى المواساة الجامعي
	3.6114	3.6114		35	مشفى المنار
3.7560	3.7560			91	مشفى دمشق
4.0320				75	مشفى دار الشفاء
4.0917				48	مشفى أمية

من حيث تقييم بُعد التعاطف: نجد في الجدول (95) أن دالة الاختبار $F=26.6$ عند درجة حرية 5 ومستوى الدلالة الإحصائية للاختبار المذكور $Sig=0.000$ أصغر من مستوى الدلالة

المفترض والبالغ 0.05 إذا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقييم بُعد التعاطف تبعاً للمشفى وباجراً اختبار تشيفيه كما في الجدول (100) نجد أن الفروق هو لصالح مشفى أمية ودار الشفاء

جدول(100) اختبار تشيفيه التعاطف

التعاطف

Scheffe^{a,b}

Subset for alpha = 0.05				N	اسم المشفى
4	3	2	1		
			3.0722	72	الهيئة العامة لمشفى العيون الجراحي
		3.3798	3.3798	99	مشفى المواساة الجامعي
	3.5371	3.5371		35	مشفى المنار
3.8703	3.8703			91	مشفى دمشق
4.0053				75	مشفى دار الشفاء
4.0542				48	مشفى أمية

المبحث الرابع

النتائج والتوصيات

5-4-1 النتائج:

- مكننا استخدام بطاقة الأداء المتوازن من التعبير عن أداء المشفى برقم واحد، ومن معرفة التفاصيل حول الأداء أيضاً ضمن الأبعاد المختلفة للبطاقة، كما أن استخدام هذه الأداة يتسم بالبساطة وعدم التعقيد، رغم أنه يقيس ويقيم الأداء من وجهة نظر جميع الأطراف المتعاملة مع المشفى، ويتضمن مقاييس مالية وغير مالية.
- تتصف بطاقة الأداء المتوازن بالمرونة، إذ يمكن إضافة مؤشرات ومقاييس جديدة أو حذف بعض منها من خلال ملاحظة معوقات التطبيق، والخبرة في التعامل معها بما يسمح بإمكانية تطويرها باستمرار.
- باعتماد بطاقة الأداء المتوازن لتقييم عمل المشافي حققت الهيئة العامة لمشفى العيون الجراحي المركز الأول بين المشافي عينة البحث، إذ حققت العلامة 67.7% باعتماد المعدل العالمي (لبعض المؤشرات) والتثقل المتساوي، و71.68% باعتماد المعدل على مستوى مدينة دمشق (لبعض المؤشرات) والتثقل المتساوي، و80.6% باعتماد المعدل العالمي والتثقل حسب الاستراتيجية، و84.13% باعتماد المعدل على مستوى دمشق والتثقل حسب الاستراتيجية. وتميزت عن المشافي الأخرى ببعدي العمليات الداخلية والتعلم والنمو، وإن من أهم أولويات التطوير هي العمل على تحسين مؤشرات بعد الزبائن ومؤشرات البعد المالي لتحسين علامته، والتميز في جودة الخدمة المقدمة من قبله.
- احتل مشفى أمية/ دار الشفاء المركزين (2-3) باعتماد التثقل المتساوي لأبعاد البطاقة والمعدل العالمي وتبادلاً بالموقع عندما اعتمدنا التثقل المتساوي والمعدل على مستوى دمشق ولكن الفروق بسيطة جداً وهي تثقل أول (عالمي/دمشق) لمشفى أمية (60.84، 64.03)، ولمشفى دار الشفاء تثقل أول (عالمي/دمشق) (59.89، 64.2) وهي علامات متقاربة جداً لذلك سنعتبرهما في نفس المرتبة، تميز مشفى دار الشفاء بالبعد المالي من بين الأبعاد الأخرى في بطاقة الأداء المتوازن، ومشفى أمية ببعدي العمليات الداخلية والبعد المالي، وعلى المشفيين العمل على تحسين مؤشرات البيئة والمجتمع والتعلم والنمو والزبائن لتدني علاماتها نسبياً.
- حققت الهيئة العامة لمشفى دمشق المركز الرابع باعتماد التثقل المتساوي وكانت العلامة تثقل أول (عالمي/دمشق) (58.61، 63.81)، وتميزت ببعدي التعلم والنمو مقارنة بالأبعاد

الأخرى من البطاقة وبحسب البطاقة يجب العمل على تحسين مؤشرات بعد الزبائن ومؤشرات البعد المالي والعمليات الداخلية لتحسين جودة الخدمة المقدمة.

- حقق مشفى المواساة الجامعي المركز الخامس باعتماد التثقيف المتساوي وبعلامة تثقيف أول (عالمي/دمشق) (53.17، 56.5)، وتميز المشفى ببعد العمليات الداخلية مقارنة مع الأبعاد الأخرى من البطاقة، وبناء على بطاقة الأداء المتوازن يجب العمل على تحسين مؤشرات بعد الزبائن والبعد المالي لتحسين علامته.

- احتل مشفى المنار الدولي المركز السادس باعتماد التثقيف المتساوي وبعلامة تثقيف أول (عالمي/دمشق) (42.35، 45.28) وبناء على بطاقة الأداء المتوازن يجب على إدارة المشفى العمل على تطوير مؤشرات الأبعاد الخمسة في البطاقة لتحسين جودة الخدمة المقدمة مع العلم أن بعد التعلم والنمو هو الأفضل من بين أبعاد البطاقة.

- في حين احتل مشفى دمشق باعتماد التثقيف الثاني (تثقيف ثاني (عالمي/دمشق)) المركز الثاني بعد الهيئة العامة لمشفى العيون الجراحي (70.48، 74.09).

- واحتل مشفى دار الشفاء المركز الثالث وبعلامة تثقيف ثاني (عالمي/دمشق) قدرها (68.69، 73.83).

- احتل مشفى المواساة الجامعي المركز الرابع بعلامة تثقيف ثاني (عالمي/دمشق) قدرها (65.74، 68.91).

- احتل مشفى أمية المركز الخامس وبعلامة تثقيف ثاني (عالمي/دمشق) قدرها (64.54، 67.65).

- يبقى مشفى المنار في المركز الأخير وبعلامة تثقيف ثاني (عالمي/دمشق) قدرها (39.48، 42.1).

- تبقى أولويات التطوير هي ذاتها في المشافي الستة حتى مع اختلاف ترتيبها باختلاف التثقيف المعتمد، لكن عند اعتماد التحليل الإحصائي للاستبيان وربط البيانات الكمية للبطاقة مع جودة الخدمة الطبية اختلف ترتيب المشافي (عند ادخال آراء المرضى عن جودة الخدمة وكذلك توزيع الاستبيان على الإداريين في المشفى)، إذ كانت النتائج كالتالي:

- يوجد أثر ذو دلالة معنوية للمؤشرات المالية كبعد من أبعاد التقييم الاستراتيجي على التميز بجودة الخدمة الصحية وتفسر هذه النتيجة كما يلي: أن المتغير المستقل (المؤشرات المالية) استطاعت أن تفسر 19.3 % من التغيرات الحاصلة في التابع (التميز بالجودة) والباقي يعزى

إلى عوامل أخرى و $Sig=0.000$ أصغر من القياسية 0.05 أي النموذج ذو دلالة إحصائية. وأن كل زيادة في المؤشرات المالية بمقدار وحدة واحدة يقابله تزايد في قيمة الأثر في (التميز بالجودة الصحية) بمقدار 0.32 وهو تأثير ذا اتجاه إيجابي ذو دلالة إحصائية وذلك باستخدام معادلة الانحدار المقدرة رياضياً هي: $y=a+bx$ ، وهي نتيجة منطقية حيث كلما تحسنت المؤشرات المالية كلما زادت قدرة المشفى على تحسين استجابتها لمرضاهم وتقديم الأفضل لهم سواء من ناحية جودة الخدمات الطبية بحد ذاتها، او من ناحية خدمات الفندقية المقدمة لهم، وزادت قدرتها على تحسين علاقتها بموظفيها وتدريبهم على حسن التجاوب والتعامل ومراعاة أوضاع المرضى، وهذا التأثير إيجابي وله دلالة إحصائية يتفرع عن الفرضية الرئيسية الأولى

فرضيات فرعية ونتائجها كما يلي:

- يوجد أثر ذو دلالة معنوية للمؤشرات المالية كبعد من أبعاد التقويم الاستراتيجي على اعتمادية الخدمة الصحية) وتفسر هذه النتيجة كما يلي: المتغير المستقل (المؤشرات المالية) استطاعت أن تفسر 17.5 % من التغيرات الحاصلة في التابع (الاعتمادية) والباقي يعزى إلى عوامل أخرى، وهو ذو دلالة إحصائية. وأن كل زيادة في المؤشرات المالية بمقدار وحدة واحدة يقابله تزايد في قيمة الأثر في (الاعتمادية) بمقدار 0.35 وهو تأثير ذا اتجاه إيجابي ذو دلالة إحصائية، وذلك باستخدام معادلة الانحدار المقدرة رياضياً هي: $y=a+bx$

- يوجد أثر ذو دلالة معنوية للمؤشرات المالية كبعد من أبعاد التقويم الاستراتيجي على الاستجابة وتفسر هذه النتيجة كما يلي: المتغير المستقل (المؤشرات المالية) استطاعت أن تفسر 18.1 % من التغيرات الحاصلة في التابع (الاستجابة) والباقي يعزى إلى عوامل أخرى وهو ذو دلالة إحصائية، وأن كل زيادة في المؤشرات المالية بمقدار وحدة واحدة يقابله تزايد في قيمة الأثر في (الاستجابة) بمقدار 0.35 وهو تأثير ذا اتجاه إيجابي ذو دلالة إحصائية.

- يوجد أثر ذو دلالة معنوية للمؤشرات المالية كبعد من أبعاد التقويم الاستراتيجي على الضمان والتوكيد وتفسر هذه النتيجة كما يلي: المتغير المستقل (المؤشرات المالية) استطاعت أن تفسر 12.3 % من التغيرات الحاصلة في التابع (الضمان والتوكيد) والباقي يعزى إلى عوامل أخرى وهو ذو دلالة إحصائية. وأن كل زيادة في المؤشرات المالية بمقدار وحدة واحدة يقابله تزايد في قيمة الأثر في (الضمان والتوكيد) بمقدار 0.29 وهو تأثير ذا اتجاه إيجابي ذو دلالة إحصائية.

- يوجد أثر ذو دلالة معنوية للمؤشرات المالية كبعد من أبعاد التقويم الاستراتيجي على الملموسية وتفسر هذه النتيجة كما يلي: أن المتغير المستقل (المؤشرات المالية) استطاعت أن

تفسر 15.1 % من التغيرات الحاصلة في التابع (الملموسية) والباقي يعزى إلى عوامل أخرى وهو ذو دلالة إحصائية، وأن كل زيادة في المؤشرات المالية بمقدار وحدة واحدة يقابله تزايد في قيمة الأثر في (الملموسية) بمقدار 0.32 وهو تأثير ذا اتجاه ايجابي ذو دلالة إحصائية.

- يوجد أثر ذو دلالة معنوية للمؤشرات المالية كبعد من أبعاد التقويم الاستراتيجي على التعاطف وتفسر هذه النتيجة كما يلي: أن المتغير المستقل (المؤشرات المالية) استطاعت أن تفسر 14.2 % من التغيرات الحاصلة في التابع (التعاطف) والباقي يعزى إلى عوامل أخرى وهو ذو دلالة إحصائية، وأن كل زيادة في المؤشرات المالية بمقدار وحدة واحدة يقابله تزايد في قيمة الأثر في (التعاطف) بمقدار 0.309 وهو تأثير ذا اتجاه ايجابي ذو دلالة إحصائية.

- يوجد أثر ذو دلالة معنوية للمؤشرات غير المالية ممثلة فقط بـ(بعد النمو والتعلم، بعد الزبائن) كبعد من أبعاد التقويم الاستراتيجي على التميز بجودة الخدمة الصحية. وتفسر هذه النتيجة كما يلي: أن المتغير المستقل (المؤشرات غير المالية) استطاعت أن تفسر 12.3 % من التغيرات الحاصلة في التابع (التميز بالجودة) والباقي يعزى إلى عوامل أخرى وهو ذو دلالة إحصائية. وباستخدام معادلة الانحدار المقدرة رياضياً $y = a + bx_1 + bx_2 + \dots + bx_n$ نرى أن الزبائن ذات أثر عكسي على التميز بالجودة الصحية بنسبة (-0.41) بينما التعلم والنمو أثرها إيجابي وبنسبة (0.34) وهو تأثير ذا اتجاه ايجابي ذو دلالة إحصائية، أي يعتبر الاهتمام بتدريب العاملين وتطور عدد الأطباء الأخصائيين وتدريب الأطباء المقيمين وزيادة المبلغ المخصص للتدريب أي (بعد التعلم والنمو) في بطاقة الأداء المتوازن ذات أثر إيجابي على التميز بجودة الخدمة الصحية، في حين أن بعد الزبائن له أثر سلبي على التميز بجودة الخدمة الصحية حيث أن زيادة عدد الشكاوي ومعدل الاختلاطات الطبية يؤثر سلباً على جودة وتميز الخدمة الطبية وبنسبة 0.41، في حين لا يؤثر بعدي العمليات الداخلية والبيئة والمجتمع على التميز بجودة الخدمة الصحية.

- نتيجة (يوجد أثر ذو دلالة معنوية للمؤشرات غير المالية ممثلة بـ(بعد النمو والتعلم، بعد الزبائن) كبعد من أبعاد التقويم الاستراتيجي على التميز بجودة الخدمة الصحية.

- وما يلي نتائج الفرضيات الفرعية المتفرعة عن هذه الفرضية الرئيسية.

- يوجد أثر ذو دلالة معنوية للمؤشرات غير المالية ممثلة فقط بـ(بعد النمو والتعلم، الزبائن، العمليات) كبعد من أبعاد التقويم الاستراتيجي على الاعتمادية وتفسر هذه النتيجة كما يلي: أن المتغير المستقل (المؤشرات غير المالية) استطاعت أن تفسر 10.2 % من التغيرات الحاصلة

في التابع (الاعتمادية) والباقي يعزى إلى عوامل أخرى و $Sig=0$ وهو ذو دلالة إحصائية. وباستخدام معادلة الانحدار المقدرة رياضياً $y=a+bx_1+bx_2+...+bx_n$ نرى أن الزبائن ذات أثر عكسي على الاعتمادية بنسبة (-0.20)، بينما التعلم والنمو والعمليات أثرها إيجابي على الاعتمادية بنسبة (0.35) وهو تأثير ذا اتجاه إيجابي ذو دلالة إحصائية وهذا يدل على أن الاهتمام بتدريب الموظفين وزيادة عدد الأطباء الاختصاصيين وتدريب الأطباء المقيمين يساهم في تحسين اعتمادية الخدمة، كما أن تحسين العمليات الداخلية بالمشفى (تحسين ضبط العدوى، عدد الأسرة لكل طبيب ولكل ممرض وعدد العمليات...) يساهم في تحسين اعتمادية الخدمة الصحية وتقديمها بشكل صحيح بنسبة 0.45 وهي ذات دلالة إحصائية، في حين أن مؤشرات بعد الزبائن كان لها اثر سلبي وذا دالة إحصائية بنسبة -0.20 على اعتمادية الخدمة، في حين لم يسجل بعد البيئة والمجتمع أي أثر على اعتمادية الخدمة الصحية.

- يوجد أثر ذو دلالة معنوية للمؤشرات غير المالية ممثلة فقط بـ (بعد النمو والتعلم، بعد البيئة والمجتمع) كبعد من أبعاد التقويم الاستراتيجي على الاستجابة وتفسر هذه النتيجة كما يلي: أن المتغير المستقل (المؤشرات غير المالية) استطاعت أن تفسر 8.3 % من التغيرات الحاصلة في التابع (الاستجابة) والباقي يعزى إلى عوامل أخرى وهو ذو دلالة إحصائية. وأن بعد البيئة والمجتمع ذات أثر عكسي على الاستجابة بنسبة (-0.321)، بينما التعلم والنمو أثرها إيجابي على الاستجابة بنسبة (0.358) وهو تأثير ذا اتجاه إيجابي ذو دلالة إحصائية أي أن تدريب الموظفين على التواصل مع المرضى وزيادة المبلغ المرصد لذلك يحسن من استجابتهم للمرضى، في حين أن زيادة عدد العمليات المجانية يقلل من الاستجابة للمرضى، في حين لا يوجد أثر للعمليات الداخلية، ولبعد الزبائن على استجابة الخدمة

- يوجد أثر ذو دلالة معنوية للمؤشرات غير المالية ممثلة فقط بـ (بعد النمو والتعلم، بعد البيئة والمجتمع) كبعد من أبعاد التقويم الاستراتيجي على الأمان وتفسر هذه النتيجة كما يلي: المتغير المستقل (المؤشرات غير المالية) استطاعت أن تفسر 10.4 % من التغيرات الحاصلة في التابع (الأمان) والباقي يعزى إلى عوامل أخرى وهو ذو دلالة إحصائية، نرى أن البيئة والمجتمع ذات أثر عكسي على الأمان بنسبة -0.34 بينما التعلم والنمو أثرها إيجابي على الأمان بنسبة 0.17 وهو تأثير ذا اتجاه إيجابي ذو دلالة إحصائية. وهذا يؤكد على أن تدريب الموظفين والكادر الطبي يساهم في تحسين ثقة المرضى بالكادر العامل في المشفى وفي تحسين خبرة الكادر الطبي في تقديم الخدمة الطبية الجيدة دون أخطاء، في حين أن تقديم العمليات المجانية يؤثر

سلبيا على مؤشرات الضمان، ولم يلحظ بعد الزبائن والعمليات الداخلية أي أثر على بعد الضمان والتوكيد.

- يوجد أثر ذو دلالة معنوية للمؤشرات غير المالية ممثلة فقط بـ (بعد النمو والتعلم، وبعد العمليات الداخلية، بعد البيئة والمجتمع) كبعد من أبعاد التقويم الاستراتيجي على الملموسية وتفسر هذه النتيجة كما يلي: أن المتغير المستقل (المؤشرات غير المالية) استطاعت أن تفسر 15.2 % من التغيرات الحاصلة في المتغير التابع (الملموسية) والباقي يعزى إلى عوامل أخرى وهو ذو دلالة احصائية. ونرى أن البيئة والمجتمع والعمليات الداخلية ذات أثر عكسي على الملموسية، بينما التعلم والنمو أثرها إيجابي ذو دلالة إحصائية. أي العمل على تحسين العمليات الداخلية في المشفى، وكذلك تقديم العمليات المجانية يؤثر على ملموسية الخدمة الطبية سلباً وبنسبة 0.46 لبعد العمليات الداخلية و 0.26 لبعد البيئة المجتمع وذلك يعود بسبب الأزمة التي أدت إلى ضبط الانفاق سواء في المشافي العامة أو الخاصة فتحسين العمليات الداخلية وتقديم العمليات المجانية يحول دون تحسين مرافق المشفى وجاذبيتها، أو توفير أحدث المعدات الطبية، في حين أن بعد التعلم والنمو يؤثر إيجابيا على مظهر المشفى ونظافتها وبنسبة 0.32 بسبب ارتفاع وعي الموظفين المدربين بالحفاظ على نظافة ومرافق المشفى وكذلك الالتزام بمظهر أنيق أثناء عملهم في المشفى، في حين لم يسجل بعد الزبائن أي أثر على ملموسية الخدمة الصحية.

- يوجد أثر ذو دلالة معنوية للمؤشرات غير المالية ممثلة فقط بـ (بعد النمو والتعلم، بعد البيئة والمجتمع) كبعد من أبعاد التقويم الاستراتيجي على التعاطف وتفسر هذه النتيجة كما يلي: أن المتغير المستقل (المؤشرات غير المالية) استطاعت أن تفسر 7.4 % من التغيرات الحاصلة في التابع (التعاطف) والباقي يعزى إلى عوامل أخرى وهو ذو دلالة احصائية. ونرى أن البيئة والمجتمع ذات أثر عكسي على التعاطف أي أن تقديم العمليات المجانية في المشفى يؤثر سلباً وبنسبة 0.29 على قدرة الكادر الطبي على تقديم العناية الكافية ومداواة المرضى بشكل شخصي والعمل بساعات عمل تتناسب معهم، في حين أن تدريب العاملين والكادر الطبي بشكل مستمر يساهم برفع وعيهم ودرجة حساسيتهم وقدرتهم على العناية بالمرضى وبنسبة 0.23، في حين لم يسجل بعدي العمليات الداخلية والزبائن أي أثر على التعاطف.

- تميزت مشافي القطاع العام ببعدي العمليات الداخلية والتعلم والنمو، والبيئة والمجتمع وهذه النتيجة تتوافق مع نتيجة تحليل بيانات البحث الأولية والتي أظهرت تفوق مشافي القطاع العام ببعد الاستجابة وهذا يعكس بطبيعة الحال البنية الفنية والتحتية الجيدة لهذه المشافي التي تمكنها

من الاستجابة للمرضى في أي وقت كان ومهما كان الضغط، وهذا ما لمسناه خلال الأزمة التي مرت بها سورية حيث استوعبت مشافي القطاع العام الجزء الأكبر من الاحالات الاسعافية، والعمليات، إضافة إلى المراجعين العاديين للعيادات الخارجية، واستمرت في تقديم الخدمات التدريبية لخريجي الكليات الطبية وتحت اشراف أهم الأساتذة المختصين، لكن تظهر نتائج الدراسة أيضاً أن من أهم أولويات التطوير في هذه المشافي هو زيادة الاهتمام ببعد الزبائن والبعد المالي، وهذه النتيجة تتوافق مع نتائج تحليل البيانات الأولية والتي أظهرت أن من أهم أولويات التطوير في مشافي القطاع العام هو الاهتمام ببعد الملموسية حيث غالباً ما يشعر مرضى القطاع العام أن هذه المشافي تحتاج إلى تحسين جودة خدمات الفندقية المرافقة للخدمة الطبية المقدمة، إضافة إلى تحسين طريقة تعامل الكادر الطبي والإداري مع المرضى والزبائن، وهذا يحتاج إلى تحسين الإدارة المالية لهذه المشافي وتخفيض الهدر لنتمكن من تحقيق الوفورات اللازمة لذلك.

- تميزت مشافي القطاع الخاص بالبعد المالي وبعد الزبائن وهذه النتيجة تتوافق مع نتائج تحليل البيانات الأولية، والتي أظهرت تفوق هذه المشافي ببعد الأمان والملموسية، وهذا يبين سبب مقصد المريض للمشفى الخاص (خدمة طبية متميزة من حيث جودتها والطبيب المعالج، والخدمات التمريضية المقدمة، وخدمات الفندقية المرافقة لها)، لكن بالمقابل تحتاج هذه المشافي إلى تطوير بعد البيئة والمجتمع والتعلم والنمو، الاستجابة والتعاطف حيث لم تراعي مشافي القطاع الخاص ظروف الأزمة التي مرت بها سورية من حيث تقديم العمليات المجانية أو توظيف ذوي الشهداء بشكل يتوافق مع الأرباح التي تقدمها، لذلك نرى أن تعزيز مسؤوليتها الاجتماعية تجاه المجتمع الذي تعمل فيه سيساهم في تحسين مؤشرات الجودة والتميز لهذه المشافي.

- عند أخذ المتوسط الإجمالي لجميع أبعاد جودة وتميز الخدمة الصحية لاستخدامه للمقارنة بين المشافي الخاصة فيما بينها، والمشافي العامة فيما بينها نرى: (احتل مشفى أمية المرتبة الأولى بمتوسط 4.2، يليه مشفى دار الشفاء بمتوسط 3.9، ومن بعده المنار بمتوسط 3.6)، في حين احتلت الهيئة العامة لمشفى دمشق المركز الأول بين المشافي العامة تبعا لأبعاد جودة وتميز الخدمة الصحية بمتوسط 3.83، يليها مشفى المواساة الجامعي بمتوسط 3.26، وأخيرا الهيئة العامة لمشفى العيون الجراحي بمتوسط 3.06، وهنا نلاحظ اختلاف النتائج مع نتائج تطبيق بطاقة الأداء المتوازن في المشافي، ونفسر ذلك أن الاستبيان يعكس الآراء في فترة

الاستبيان والظروف المحيطة بالمشفى في ذات الفترة، بينما استعرضت البيانات الكمية التي عرضت في بطاقة الأداء المتوازن للمشافي نتائج أعمال المشفى خلال الفترة 2010-2017 وتعتبر هي الأكثر صدقا في التعبير عن الواقع الفعلي للمشافي، حيث أن الاستبيان تم خلال فترة زمنية لها ظروفها ومؤثراتها والتي تعبر بواقع الحال عن الانطباعات عن عمل المشافي عينة البحث خلال فترة الاستبيان.

- تم اقتراح تطوير بطاقة الأداء المتوازن لتعكس التميز بجودة الخدمة الصحية بالاستفادة من النموذج الأوربي للتميز، إذ تم بيان الاختلاف والتشابه بين نموذج بطاقة الأداء المتوازن والنموذج الأوربي للتميز، حيث تمت إضافة بعد القيادة لأبعاد ومكونات البطاقة وتم تطوير المؤشرات الخاصة ببعد القيادة بالاستفادة من النموذج الأوربي للتميز وبالتشاور مع الإداريين في المشافي الستة، لكن عن آلية التثقيف ارتأى المختصين في المشافي إلى أنه يعود إلى الأهمية النسبية لكل بعد حسب استراتيجية المشفى، لكن من وجهة نظري وبعد الاطلاع على النموذج الأوربي للتميز وخصوصاً أن الفروق الأساسية بين معايير النموذج ومعايير بطاقة الأداء المتوازن يتمثل ببعد القيادة بشكل أساسي، لذلك يبدو من المجدي نظرياً أن يعطى بعد القيادة علامة ثابتة ونسبة (25%) كأهمية نسبية لضمان التميز في جودة الخدمة، مما يعطي علامات منخفضة حسب بطاقة الأداء المتوازن وإشارات إنذارية في أي تراجع في مؤشرات هذا البعد، ويساهم من جهة أخرى في تركيز جهود الإدارة في الحفاظ على تطوير مؤشرات، إذ أن تطور مؤشرات بعد القيادة يساهم في تطوير كافة مؤشرات البطاقة الأخرى لأن المؤشرات المبني عليها تعكس الشمولية والتكامل في الأهداف المختلفة باختلاف أبعاد البطاقة الأخرى.

- لم نستطع تطبيق الشكل المطور للبطاقة ولكن نأمل في بحوث أخرى أن يتم تجربتها لمعرفة الأثر الذي تقدمه هذه الإضافة، خصوصاً أن تطبيق بطاقة الأداء المتوازن بشكلها التقليدي والمعروف يعتبر حديث جداً في المشافي قيد الدراسة وحتى في المؤسسات السورية بشكل عام، لذلك كان توجهنا بداية للتعرف على ما مدى إمكانية تطبيق بطاقة الأداء المتوازن في المشافي السورية، وتحديد متطلبات التنفيذ والصعوبات التي تعترض ذلك، والعمل على تعزيز ثقافة استخدام الأدوات الإدارية الحديثة في إدارة المنظمات في سورية بشكل عام والمنظمات الصحية بشكل خاص.

- عند تقييم أبعاد الجودة والتميز في الخدمة الصحية من وجهة نظر الإداريين: احتل المرتبة الأولى بُعد الاستجابة بمتوسط 3.84، وبُعد التعاطف في المرتبة الثانية وفي المرتبة الثالثة كان

تقييم بُعد الأمان بمتوسط 3.72 وفي المرتبة الرابعة الاعتمادية بمتوسط 3.70 وأخيراً بعد الملموسية بمتوسط حسابي 3.67. ولعل من أسباب ترتيب الموظفين لأبعاد الجودة كما ذكر أعلاه لمعرفتهم بأن الكادر الطبي المتميز متوفر في المشفى وإن ما ينقص المريض هو نوع من تحسين أسلوب إدارة المشفى من خلال رفع الأجور والحوافز لتحسين استجابة الكادر الإداري والطبي للمشفى، وتنظيم مواعيد العمليات الجراحية والخدمات الصحية لتفادي الفوضى والشكاوى وحفظ وقت المريض والإداريين، ليأتي بعدها إعادة التأكيد على أن تكون الخدمة الصحية ذات جودة مرتفعة ودون أخطاء، ومن بعدها تطوير مرافق المشفى والحفاظ على نظافتها ومظهر الكادر العامل.

- أما عن تقييم أبعاد الجودة والتميز في الخدمة الصحية من وجهة نظر المرضى نرى أن بعد الأمان أحتل المرتبة الأولى بمتوسط 3.51 يليه بُعد التعاطف في المرتبة الثانية بمتوسط 3.48 وفي المرتبة الثالثة كان تقييم بُعد الاستجابة بمتوسط 3.47 وفي المرتبة الرابعة الملموسية بمتوسط 3.37 وأخيراً بعد الاعتمادية بمتوسط حسابي 3.36، وهذا التقييم طبيعى خصوصاً أن ما يهم المريض هو صحته أولاً وآخراً وأن يكون مطمئناً أنه بين أيادي أمينة على صحته، ليلبى من بعد ذلك أن يحصل على خدمته الصحية في أي وقت ويلقى العناية الكافية حسب وضعه، وأن يلقى آذان صاغية لمتطلباته، ليلي بعد ذلك نظافة وجاذبية مرافق المشفى والخدمات الفندقية المرافقة للخدمة الصحية وأخيراً اعتمادية الخدمة من حيث توثيقها وتوفير نظام معلومات للمشفى.

- من أهم محددات تطبيق بطاقة الأداء المتوازن في المشافي عينة البحث، صعوبة الحصول على البيانات التي تعكس مؤشرات الأداء الرئيسية وعدم وضوح فكرة التقويم الاستراتيجي لدى القائمين على الإدارات الصحية في سورية، خصوصاً أن آلية التقويم الاستراتيجي المعتمدة في سورية من خلال الدليل السوري المساعد لتصنيف المشافي بقي كفكرة رائدة حتى عام 2017، إذ لم يدرب عليه سوى عدد قليل من المشافي ولم يطبق في أي مشفى، لذلك تم العمل مع الإداريين والمختصين في المشافي عينة البحث لبناء كل مؤشر على حدى، كذلك صعوبة التواصل مع الإدارة العليا في المشافي والقيود الإدارية من حيث تداول المعلومات وانتقالها وكذلك الاستفادة من البحوث والدراسات التي تقوم بها المشافي، عدم توافر الثقة لدى العاملين والمختصين في المشافي بأهمية الأساليب الإدارية الحديثة، لما يعانيه القطاع الصحي من ضغوط فرضتها الأزمة، وانخفاض الحوافز المادية والمعنوية اللازمة للقيام بالتغيير.

5-4-2 التوصيات:

بناء على النتائج التي توصلنا إليها وبالاستفادة من الاحتكاك بواقع عمل المشافي في فترة إعداد البحث نقترح التالي:

- يعد العمل على تطبيق الدليل السوري المساعد لتصنيف المشافي خطوة رائدة في عمل وزارة الصحة في سورية لأجل تطوير جودة الخدمة الصحية وتحقيق معايير الاعتمادية وهو برنامج تفصيلي يحتاج إلى تطبيقه الفعلي على أرض الواقع سنوات من التدريب والعمل لذلك نعتبر اعتماد المؤشرات العد خطوة جيدة لتطوير العمل الإداري ولتحسين مؤشرات الجودة والتميز في عمل المنظمة الصحية.

- يجب العمل على تطوير الإدارة المالية في مشافي القطاع العام بتحسين استثمار المبالغ المخصصة لها، وتخفيض الهدر لما لها من أثر على التميز بجودة الخدمة الصحية، وفي تحسين ملموسية الخدمة من حيث مظهر المشفى والبنية التحتية له، والمظهر العام للعاملين إضافة إلى أثرها في تحسين خدمات الفندقية.

- تعزيز دور الاعلام في رفع الوعي على أهمية دور مشافي القطاع الخاص في تحسين الوضع الصحي خصوصاً في فترة الأزمة، من خلال تحملها لمسؤوليتها الاجتماعية في المجتمع الذي تعمل فيه، والذي يساهم من تعظيم الاستفادة من الخدمات التي تقدمها ومن تحسين مؤشرات الجودة والتميز لديها.

- من وجهة نظر الإداريين في المشفى احتل بعدي الاستجابة والتعاطف الأولوية كأهمية نسبية للتطوير لذلك يبدو من المجدي العمل ضمن الإمكانيات على ربط الحوافز بالإنجاز لرفع معنويات العاملين والحفاظ على الكوادر الطبية المؤهلة والتركيز على أهمية تواصل الإدارة مع العاملين في المشافي لتعزيز نقاط القوة وتلافي مواطن الضعف، وتحسين استجابة الكادر الاداري والطبي للمرضى، ونفاذي الفوضى والشكاوى وحفظ وقت المريض والاداريين،

- يعد دعم الإدارة العليا مهم جداً لتطبيق بطاقة الأداء المتوازن كأسلوب للتقويم الاستراتيجي، لذا نؤكد على أهمية العمل على رفع الوعي وتدريب العاملين والاداريين على أهمية التقويم الاستراتيجي وعلى أهمية بطاقة الأداء المتوازن كأحد أدواتها المعايير المالية وغير المالية، والتأكيد على أهمية تقديم الخدمة الصحية الجيدة بالرغم من الضغط على القطاع الصحي في سورية.

- ضرورة انشاء نظام للمعلومات عن طريق انشاء وحدة متخصصة بمعالجة البيانات مركزيا، مع إمكانية الاطلاع عليها من مختلف الأقسام لتسهيل توفير المعلومات اللازمة للتقويم بالدقة والوقت المناسب.
- وضع أهداف على المستوى الوطني لمؤشرات بطاقة الأداء المتوازن (المالية وغير المالية) سيساهم في تحسين مؤشرات الجودة على المستوى الوطني، ويمكن البدء بالادارات الصحية بالاستفادة من المؤشرات التي تم اعتمادها في بحثنا هذا، ومن ثم تعميم التجربة على القطاعات الخدمية والاقتصادية الأخرى ببناء مؤشرات تتلاءم مع طبيعة عمل كل قطاع.
- في إطار الظروف والامكانيات المتاحة في فترة الأزمة التي مرت بها سورية، وهي ذات الفترة التي تم اعداد البحث فيها، حاولنا الإحاطة بمجمل مدخلات ومخرجات جودة الخدمة الصحية في المستشفيات المبحوثة، ولأن هذا الواقع استثنائي وخاضع للتغيرات والتبدلات، فإننا نوصي برصد هذه التغيرات من أجل تطوير المؤشرات المرتبطة بطاقة الأداء المتوازن، لتوطين كل ما هو جديد ويساهم في تحسين جودة وتميز الخدمات الصحية المقدمة.

المراجع:

المراجع العربية:

أولاً: الكتب

1. أبو مليحة، عبد السلام، 2015، بطاقة الأداء المتوازن بين النظرية والتطبيق "تجربة شركة الاتصالات السعودية قطاع التخطيط الاستراتيجي" السعودية.
2. أبو ناعم، عبد الحميد، 1993، الإدارة الاستراتيجية (إعداد المدير الاستراتيجي)، الطبعة الثانية، دار الثقافة العربية، القاهرة.
3. أحمد عزيز حسين، زينب، 2007، نموذج استراتيجي متعدد الأبعاد لتقييم الأداء (إطار مقترح)، القاهرة، جمهورية مصر العربية.
4. الأحمد، حنان، 2005، مارتن رولاند، جودة الرعاية الصحية الأولية في السعودية، المجلة العالمية لجودة الرعاية الصحية، المجلد 4/17، السعودية.
5. إدريس، ثابت، 2003 المدخل الحديث في الإدارة العامة، الدار الجامعية، القاهرة.
6. ادريس، وائل محمد والغالي، طاهر محسن، 2009، أساسيات الأداء وبطاقة التقييم المتوازن، ط 1، دار وائل للطباعة والنشر، عمان.
7. اشراق، أحسان، 2007، البعد الأخلاقي للمحاسبين الإداريين وانعكاساته على الأساليب الإدارية الحديثة، دراسة ميدانية، جامعة المستنصرية.
8. بطرس جلدة، سليم، 2007، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، الشروق للنشر والتوزيع، الأردن ط1.
9. البكري، ثامر ياسر، 2005، تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري العلمية للنشر، عمان، الأردن.
10. البكري، ثامر، 2005، إدارة المستشفيات، دار اليازوري، الأردن
11. جريسات، جميل، 1995، موازنة الأداء بين النظرية والتطبيق، المنظمة العربية للتنمية الإدارية.
12. حسين، خلف علي الدليمي، 2009، تخطيط الخدمات المجتمعية والبنية التحتية، أسس ومعايير، تقنيات، ط1، دار صفاء، عمان، الأردن.
13. خبراء بمبك، المشرف العلمي عبد الرحمن توفيق، 2004، الإدارة الاستراتيجية: المبادئ والأدوات، سلسلة التنمية الإدارية الذاتية، مركز الخبرات المهنية للإدارة، القاهرة.

14. الدوري، زكريا مطلق، 2005، الإدارة الإستراتيجية: مفاهيم وحالات دراسية، عمان دار اليازوري، الأردن.
15. الدوري، زكريا، 2010، الادارة الاستراتيجية، مفاهيم وعمليات وحالات عملية، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان الأردن.
16. الرشود، عوني، 2018، موازنات البرامج وتقييم الأداء، المعهد العربي للتخطيط، الكويت
17. السلمي، علي، إدارة التميز، 2002، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.
18. السيد، إسماعيل محمد، 1998، الإدارة الاستراتيجية، مفاهيم وحالات تطبيقية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، الطبعة الثانية
19. الضمور، هاني محمد، 2008، تسويق الخدمات، عمان: دار وائل للنشر، الأردن.
20. الطائي، حميد، والعلاق، بشير، 2009، تسويق الخدمات، مدخل استراتيجي، وظيفي، تطبيقي، دار اليازوري، عمان.
21. عواد، يونس وآخرون، 2015، الإدارة الاستراتيجية، منشورات جامعة دمشق
22. محمد الباز، عفاف، 2004، تقييم الأداء المؤسسي للمنظمات الحكومية المصرية كمدخل للتطوير الإداري، "مجموعة أوراق الدولة في عالم متغير"، كلية الاقتصاد والعلوم السياسية، القاهرة، 2004.
23. محمد البكري، سونيا، 2002، إدارة الجودة الكلية، القاهرة: الدار الجامعية.
24. محمود سامح المرجوشي، آيتن، 2008، تقييم الأداء المؤسسي في المنظمات العامة الدولية، دار النشر للجامعات، القاهرة.
25. المحياوي، قاسم، 2006، إدارة الجودة الشاملة في الخدمات: مفاهيم وتطبيقات، دار الشروق، عمان.
26. مخيمر، عبد العزيز، وآخرون، 2000، قياس الأداء المؤسسي للأجهزة الحكومية، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة.
27. مقدم، وهيبه، 2008، استخدام بطاقة الأداء المتوازن في صياغة وتنفيذ وتقييم استراتيجية المؤسسة، جامعة عبد الحميد ابن باديس، علوم التيسير.
28. منصور، طاهر محسن و الخفاجي، نعمة عباس، 2010، نظرية المنظمة مدخل العمليات"، الطبعة العربية، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان الأردن.

29. نايف علوان، قاسم، 2005، إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات الأيزو 9001:2000، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان.
30. نصيرات، فريد توفيق، 2008، إدارة المستشفيات، إثراء للنشر والتوزيع، عمان، ط1.
31. نصيف، عمر عبد اللطيف، 2006، أثر استخدام بطاقة الأداء المتوازن في قياس الأداء الاستراتيجي، جامعة الملك عبد العزيز.
32. نياز، عبد العزيز، 2004، جودة الرعاية الصحية: الأسس النظرية والتطبيق العملي، مكتبة الملك فهد الوطنية، الرياض.
33. ياسين، سعيد غالب، 2010، الإدارة الاستراتيجية، دار اليازودي، عمان، ط1.
34. يوسف محمد، محمود، 2005، البعد الاستراتيجي لتقييم الأداء المتوازن، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، جمهورية مصر العربية.
- ثانياً: المجالات العلمية**
35. الأحمدى، طلال، 2004، إدارة الرعاية الصحية، معهد الإدارة العامة، الرياض
36. برهوم، أديب وآخرون، 2007، أثر التدريب على تحسين جودة الخدمات الصحية في مستشفيات وزارة التعليم العالي دراسة تطبيقية على مشفى الأسد الجامعي في اللاذقية، مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية، المجلد 29، العدد 2، اللاذقية
37. بومدين يوسف، إدارة الجودة الشاملة والأداء المتميز، 2007، مجلة الباحث، جامعة ورقلة، العدد 05.
38. الخولي، هالة عبد الله، 2003 "استخدام نموذج القياس المتوازن للأداء في قياس الأداء الاستراتيجي لمنشآت الأعمال، مجلة المحاسبة والادارة والتأمين، السنة الأربعون، العدد 39. دي فوس، غراف مانز وآخرون، 2009، استخدام مؤشرات الجودة لتحسين الرعاية الصحية في المستشفيات المجلة العالمية لجودة الرعاية الصحية، المجلد 2/21.
40. ديوب، محمد عباس، وعطية، هاني رمضان، 2005، إدارة تسويق الخدمات الطبية بالتطبيق على مشفى الاسد الجامعي باللاذقية ومشفى الباسل بطرطوس، مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية، المجلد 27، العدد 2.
41. الديوه جي، أبي سعيد، وعبد الله، عادل محمد، 2003، النوعية والجودة في الخدمات الصحية / دراسة تحليلية لآراء المرضى في عينة من المستشفيات العامة، مجلة تنمية الرافيدين.

42. راشد الكعبي، بثينة، علي عمران، قاسم، 2011، دور بطاقة الأداء المتوازن في تقييم أداء المستشفيات الحكومية غير الهادفة للربح، مجلة الإدارة والاقتصاد، عدد 87
43. الزير، رانيا، والقاضي، حسين، 2007، أهمية استخدام بطاقة التقييم المتوازن للأداء في المصارف، دراسة تطبيقية في المصرف العقاري السوري، مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية، مجلد 29، عدد 4.
44. سعيد، خالد، 1997، إدارة الجودة الشاملة، تطبيقات على القطاع الصحي، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان.
45. سلطان، وفاء، 2012، أبعاد جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين، دراسة تطبيقية في مجموعة من المستشفيات الأهلية في محافظة البصرة، مجلة كلية الإدارة والاقتصاد، جامعة البصرة.
46. الشميمري، أحمد عبد الرحمن، 2001، جودة الخدمات البريدية في المملكة العربية السعودية، مجلة الادارة العامة، المجلد (41)، العدد (2).
47. الفراج، أسامة، 2009، تقييم جودة خدمات الرعاية الصحية في مستشفيات التعليم العالي في سورية من وجهة نظر المرضى، مجلة جامعة دمشق للعلوم الاقتصادية والقانونية، المجلد 25، العدد 2، ص 58-65.
48. لطفي عبد الوهاب، نادية وآخرون، 2013، استخدام نموذج التميز الأوربي EFQM في تقييم أداء المنظمات، بحث تطبيقي في مستشفى النعمان العام، مجلة دنانير، العدد الثامن، بغداد.
49. اللطيف، عبد اللطيف، وتركان، حنان، 2006، بطاقة التصويب المتوازن كأداة لقياس الأداء، مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية، مجلد 28، العدد 1.
50. محمود، حبيب، أنور أسعد، باسل، 2014، قياس مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة في المراكز الصحية في محافظة اللاذقية من وجهة نظر المستفيدين منها، دراسة ميدانية لمركز اشراف الشامية، مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية، سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية، المجلد 36 العدد 5.
51. محمود، علي بسام، 2013، تقييم الجودة المدركة للخدمة الصحية من وجهة نظر المرضى دراسة ميدانية في المشافي العامة لوزارة الصحة في مدينة دمشق، مجلة الزرقاء للبحوث والدراسات الإنسانية، المجلد 13، العدد 1.

52. ياسين، محمود وآخرون، 2001، إدارة الجهد المتعلق بالجودة في بيئة الرعاية الصحية، ترجمة: طلال بن عايد الأحمد، مجلة الإدارة العامة، المجلد الواحد والأربعون، العدد الثالث.

53. يوسف دودين، أحمد، 2009، معوقات استخدام بطاقة الأداء المتوازن في البنوك التجارية الأردنية، مجلة الزرقاء للبحوث والدراسات الإنسانية، المجلد التاسع، العدد 2.

ثالثاً: الرسائل والمذكرات الجامعية

54. ابراهيم درويش، ليلي، وآخرون، 2012، الرقابة الاستراتيجية وأثرها على أداء منظمات المجتمع المدني، دراسة ميدانية على منظمات حقوق الانسان، جامعة غزة

55. سعيد شعبان، حامد، 2002، أثر التسويق الداخلي كمدخل لإدارة الموارد البشرية على مستوى جودة الخدمات الصحية بالمستشفيات التابعة للهيئة العامة للتأمين الصحي بالقاهرة الكبرى.

56. النسور، أسماء سالم، 2010، "أثر خصائص المنظمة المعلمة في تحقيق التميز المؤسسي"، دراسة تطبيقية وزارة التعليم العالي والبحث العلمي الأردنية، رسالة ماجستير مقدمة لقسم إدارة الأعمال، كلية الأعمال، جامعة الشرق الأوسط.

57. الهمة، معن، 2015، أثر عوامل جودة خدمات الرعاية الصحية في تحقيق رضا العميل، دراسة مسحية على بعض المستشفيات العامة والخاصة في مدينة دمشق، بحث مقدم لنيل درجة الماجستير، جامعة دمشق

رابعاً: المؤتمرات والندوات العلمية

58. الطبطبائي، جلال، 2007، جائزة الخليج العربي للجودة، بحث مقدم الى المؤتمر الوطني للجودة السعي نحو .الالتقان والتميز، الواقع والطموح.

59. عبود، د علي احمد، 2009، "دور جوائز الجودة والتميز في قياس وتطوير الأداء في القطاع الحكومي"، ورقة عمل مقدمة إلى المؤتمر الدولي للتنمية الإدارية نحو أداء متميز في القطاع الحكومي، المملكة العربية السعودية.

60. العسيري، إبراهيم محمد، 2014، بطاقة الأداء المتوازن، ملخص لبرنامج تدريبي، دار التقنية للاستشارات، ص 22.

61. العقاد، أيمن، 2005، محاضرات في الإدارة الاستراتيجية، معهد التنمية الإدارية، دمشق.

62. العلاق، بشير عباس محمود، 2006، قياس جودة الخدمات من وجهة نظر المستفيدين كمؤشر على الاداء الناجح للقيادة الادارية في المنظمات الخدمية " حالة المختبرات الطبية

ومراكز الاشعة في الاردن “، المنظمة العربية للتنمية الادارية: التحديات المعاصرة للإدارة العربية
" القيادة الابداعية ".

63. العمري، هاني عبد الرحمن، 2009، منهجية تطبيق بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسات
السعودية" معهد الادارة العامة، المؤتمر الدولي للتنمية الادارية، الرياض السعودية.

64. المحياوي، قاسم، وآخرون، 2006، قياس جودة أداء الخدمات الصحية وتأثيرها على
رضى المريض، بحث مقدم في المؤتمر العلمي الثامن، جامعة العلوم التطبيقية الخاصة، الأردن.

المراجع الأجنبية:

أولاً: الكتب

1. Arther M.Schmeiderman, 2006, History of the balanced scorecard.
2. Brashier, Leon W.ET. AL, 1996, Implementation of TQM/CQI in the health-care industry, a comprehensive model, Benchmarking for Quality Management & Technology, Vol. 3 No. 2.
3. Chang Tsung-Ling,2002, Six sigma: A framework for SME to Achieve Total Quality, Doctoral dissertation, Cleveland State Un, USA.
4. Chia-Ming Chang , Chin-Tsuchen,and Cin-Hsien, 2002, A Review of Service Quality in Corporate and Recreational Sport : Fitness Programs , The sport Journal ,Vol:5,No.3.
5. Daniel Duret, Maurice Pillet, 2002, Qualite en production: de Iso 9000 a six sigma, 2ene edition, edition d organisation Paris.
6. Deming, Edward, 1986, Out of the Crisis, Institute of Technology Press, Cambridge.
7. De Waal, André A, 2006, "The role of behavioral factors and national cultures in creating effective performance management systems". Systemic Practice and Action Research, Vol. 19, no. 1
8. Enquist, Bo, ET. Al, 2007, Values-based service quality for sustainable business, Managing Service Quality, Vol. 17 No.

9. Evans, James R., & Collier David A, 2007, Operations Management, Thomson South Western, Boston.
10. Gitlo, Howard S. ET. Al, 2005, Quality management.
11. Gomes, Ricardo C and Liddle, Joxce, 2009, "The Balanced Scorecard As a Performance Management Tool for Third Sector Organization" The Case of the ArthueBernardes, Brazil, BAR. Curitiba, V.6.N.4 art.5
12. Goncalves K.P, Services Marketing: Astrategic Approach, prentice –Hall, New Jeresy, 1998.
13. GroËnroos, Christian, 2001, The perceived service quality concept ± a mistake?, Managing Service Quality, Vol. 11 No. 3
- 14.** GÜMÜSTEKIN, Gülten Eren , TASKIN, Ercan and KOCA, Durmus 2009, An Implementation on the Effect of Organizational Performance on EFQM Excellence Model at Eskisehir Maternity and Paediatric Hospital. In: 1st International Symposium on Sustainable Development, June 9–10, Sarajevo, Bosnia and Herzegovina.
15. H.A.Simon&all, 1954, centralization vs decentralization in organizing the controllers, control ship foundation, New York.
16. Horngren C.Foster G. Datar S, 2000, Cost Accounting, Prentice Hall International, INC, P463, 2000
17. Kaplan R.S. Norton D.P, 1996, Balanced Scorecard, by the president and Fellows of Harvard College, United States of America.
18. Kaplan, S. Robert, 2010, conceptual foundation of the balanced scorecrsd working paper, Harvard Business School.
19. Kotler , Philip and Armstrong Gory , 1994 Marketing Management Analysis , planning , Implementation and Control , Hall Engle wood cliffs , New Jersy.
20. Kotler, P. &Koller,K.L, 2006, "Marketing Management", 12th edition, prentice hall.

21. Langlois M., Toquer G, 1992, Marketing des Services: Le Défi Relationnel, Gaetan Morin, Montréal.
22. Nakijima , Hiroshi , Better Health, 1997, Through better life of Recourses , World Health , The Magazine of (WHO), 50th year , No. 5,9–10.
23. Niven R, Paul, 2002, Balanced Scorcord step by step maximaizing performance and maintaining Resources
24. Olve, N. G., Roy, J., & Wetter, M, 1999, Performance drivers: A practical guide to using the balanced scorecard. UK: J. Wiley.
25. Peters, V. John, 1996, Total service quality Management, Managing Service Quality, Vol. 29 No. 1.
26. Pride, William, M, and Ferrell, O.C, 2000, " Marketing, 2th Ed, Houghton Mifflin Co., New York.
27. Shaikh B.T., & Rabbani, 2005, Health Management Information System: A tool to gauge patient satisfaction & Quality of Care, Eastem Mediterranean Health, VOL.11, No. 1–2,
28. Solis, Luis E. et.al, 1998, Quality management practices and quality results: a comparison of manufacturing and service sectors in Taiwan, Managing Service Quality, Vol. 8 No. 1.
29. Suuroja, Maive, 2003, Service quality– main conceptualization and critiqu.

المجلات والرسائل والمذكرات الجامعية:

30. Ali, Noor Azman & Zairi, Mohamed, 2006, Service Quality in Higher Education, International Journal of Applied Quality Management, Vol. 2 Issue 2.
31. Cronin, Jr & Tylor.S, 1992, Measuring Service Quality: Are examination & Extension, Journal of marketing, No.56.
32. Dehnavieh ,Ebrahimi, Hekmat,Taghavi ,Sirizi and Mehrolhassani, (2012),"EFQM– Based Self–assesment of Quality Management in hospitals, Affiliated to Kerman University of Medical Sciences, "International Journal of hospital Reserch.

33. Dilanti Amratunga, Richard Haigh & others, 2015, "Application of the balanced score card concept to develop a conceptual framework to measure facilities management performance within NHS facilities, international journal of health care, quality assurance, vol.15, No 9, UK.
34. Fawziah Rabbani, Syed M. Wasim Jafri & others, 2010, designing a balanced scorecard for a tertiary care hospital in Pakistan, international journal of health planning and management.
35. Greiling, Dorothea, 2010, "Balanced Scorecard Implementation in German nonprofit Organizations" International Journal of Productivity and Performance Management, 2010, vol.59 No6.
36. Laura Braccardo, 2015, the balance scorecard implementing in the Italian health care system: some evidences from literature and case study analysis, Journal of health management
37. M. Mahmud Khan, David R. Hotchkiss & others, 2012, Use of balanced scorecard in strengthening health system in devolving countries, the international journal of health planning and management, published online in Wiley online library (wileyonlinelibrary.com).
38. Martin-Hirsch, Julie & Wright Gillian, 1998, The development of a quality model: measuring effective midwifery services (MEMS), International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol. 11 NO. 2.
39. Parasuraman, A., ET. AL, 1988, SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality, Journal of Retailing, Vol. 64, No. 1.
40. Parasuraman, V.A. Zeithaml, and L.L. Berry, 1988, "SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perception of service quality", Journal of Retailing 64.
41. Parasuraman A., Zeithaml, V.A., Berry, L.L. (1985).
42. Rodri Guezd, J.M Moreno, Cabrerizoa, F.J, Perez I.J and Martinez, M.A, (2013) "A consensus support model based on linguistic information for the initial –self

assessment of the EFQM in health care organization", Journal Expert system with applications , vol 40,iss 8,15.

43. Santos-Vijande, M. L, Alvarez and Gonzalez, L. I, 2007 " TQM and firms performance: An EFQM excellence model research based survey ", International Journal of Business Science and Applied Management Volume 2 / Issue 2 /.

44. Shaahril Shafie , Dr. Wan Nursofiza , Sudin Haron ,2004, A Dopting & Measuring Customer Servece Quality In Islamic Banks : A case Study of Bank Islam Malaysia Berhad , Journal of Management & Islamic Finance Research , Vol.1,No.1. www.KLbs.com

45. Taboli, Hamid, Ganjipoor, Mahbobeh and Mesbali, Maryam, 2012," Self Assessment of Performance of Educational and Treatment Hospitals Affiliated to "Kerman University of Medical Sciences and Health Services" Through EFQM Model 2011–12, Journal of American Science;8(12).

46. Zaman, Andrieh, 2007, "Balanced Scorecard Implementation In Australian Companies: An Exploratory Study of Current Corporate Practice and Strategic Intent, Central Queensland University

47. Zineldin, Mosad (2006): The quality of health care and patient satisfaction, An exploratory investigation of the 5Qs model at some Egyptian and Jordanian medical clinics, International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol. 19 No. 1

المواقع الالكترونية:

1. موقع المنتدى العربي لإدارة الموارد البشرية 2013 /8/15، علي بن سعيد النقري، قياس الأداء المتوازن، المدخل المعاصر لقياس الأداء الاستراتيجي
<http://hsrdiscussion.com/hr6413.htm1>
2. موقع منظمة الصحة العالمية
3. موقع الجمعية الأوروبية للتميز
4. مجيد، سوسن شاكر، 2010، " جوائز التميز في الاداء المؤسسي " .
5. <http://www.qpronline.com>,Niven
6. ISO 9000:2000 Quality management System: fundamentals and vocabulary, Geneva.
7. Performance Management and the 3rd generation of balanced scorecard, 2GC, 2009
8. Classification of Balanced Scorecards based on their intended use, 2GC Conference paper, may 2002
9. <http://www.tqe.com/bsc/source>.

الملاحق

الملحق رقم 1

حساب حجم العينة

حساب حجم العينة لكل طبقة Neyman Allocation

$$n_h = \frac{N_h S_h}{\sum_{j=1}^L N_j S_j} n$$

Stratum	Size	Variance of Target Variable	Calculation	Final Sample
h	N _h	S ² or P(1-P)	n _h	n _h
مشافي عامة	4813	(0.385)(0.615)= 0.237	261	262
مشافي خاص	368	(0.795)(0.205)= 0.163	157	158
Total	5181		418	420

مشافي المنار	مشافي أمية	مشافي شفاء	مشافي مواسة	مشافي دمشق	مشافي العيون	
65	80	140	1805	2416	330	اجمالي الموظفين
18	25	40	95	100	67	الموظفين الإداريين
15	20	35	47	45	36	الاستثمارات الموزعة
12	17	35	46	41	30	الاستثمارات المعادة
25	30	45	55	55	45	الاستثمارات موزعة على المرضى
24	30	40	53	50	42	الاستثمارات المعادة
36	47	75	99	91	72	عدد الاستثمارات

الإجمالي	420
----------	-----

الملحق 2 استبيان البحث

يرجى الإجابة على الأسئلة التالية المتعلقة بجودة خدمات الرعاية الصحية المقدمة للمريض،
بوضع إشارة حول الرقم الذي يعبر عن إجابتك وفقاً للترتيب الآتي:

5-موافق بشدة 4-موافق 3-حيادي 2 -غير موافق 1-غير موافق
بشدة

علماً أن المعلومات التي سيتم الحصول عليها ستكون في غاية السرية، ولا تؤثر على وضع وسياسة
مؤسستكم. ولكن المهم هو تحديد وإدراك الأهمية الفعلية لجودة خدمات الرعاية الصحية، وكيف تؤثر
على الأوضاع القائمة في مؤسستكم، ومدى تقبل ما هو جديد في الرعاية الصحية. نتمنى من الجميع
أن يكونوا موضوعيين وغير متحيزين في وضع إجاباتهم

معلومات شخصية

الجنس	ذكر			انثى
المسمى الوظيفي	اداري (اجب عن أنواع الشكاوى)			
المؤهل العلمي	ثانوية	معهد	جامعية	دراسات عليا
الخبرة العملية	أقل من 5 سنوات	5 وأقل من 10	10 وأقل من 15	أكثر من 15 سنة
نوع الخدمة	خدمات تشخيصية وعلاجية			عمليات
لماذا اخترت هذا المشفى	لسمعة كادره الطبي	لانخفاض كلفته	تقديم عمليات نوعية	سهولة الوصول اليها
الشكاوى التي تتلقاها المشفى	أخطاء واختلاطات طبية	طول فترة الانتظار	ارتفاع كلفة الخدمة	عدم تجاوب الكادر التمريضي والطبي

شاكرين تعاونكم معنا وحسن استجابتكم لنا

الإجابات					الأسئلة	رقم السؤال
الملموسية						
5	4	3	2	1	تتوفر لدى المستشفى أحدث المعدات الطبية الخاصة بالعلاج	1.
5	4	3	2	1	تتمتع مرافق المستشفى بالنظافة والجاذبية وسهولة الوصول	2.
5	4	3	2	1	يتمتع الموظفون في المستشفى من الكادرين الطبي والإداري بمظهر أنيق	3.
5	4	3	2	1	تتلاءم كافة معدات المستشفى وبنيتها التحتية مع طبيعة الخدمة المقدمة (ملاءمته لمعايير البناء والنظافة والتجهيزات العالمية)	4.
					مستوى تقديرك لإجمالي أهمية البعد مقارنة بالأبعاد الأخرى من 100%	الأهمية
الاعتمادية						
5	4	3	2	1	عندما تعد إدارة المستشفى بتقديم خدمة معينة فإنها تقي بوعودها	5.
5	4	3	2	1	يظهر المستشفى الاهتمام العالي بحل المشكلات التي يعاني منها المرضى	6.
5	4	3	2	1	يجري تقديم الخدمة في المستشفى بطريقة صحيحة من أول مرة	7.
5	4	3	2	1	تقدم الخدمة الصحية في المستشفى في الأوقات التي وعدت بها	8.
5	4	3	2	1	تحتفظ المستشفى بسجلات دقيقة عن المرضى متلقي العلاج	9.
5	4	3	2	1	يتوفر لدى المشفى نظام معلومات ممتاز يخدم تقديم اجود الخدمات	10.
					مستوى تقديرك لإجمالي أهمية البعد مقارنة بالأبعاد الأخرى من 100%	الأهمية
الاستجابة						
5	4	3	2	1	تحدد وتخبر المستشفى بوقت تقديم الخدمة للمراجعين بدقة	11.
5	4	3	2	1	يقوم العاملون بتقديم الخدمة الصحية للمرضى بسرعة ومن دون تأخير	12.
5	4	3	2	1	تقوم المشفى بإخبار المرضى بكلفة الخدمات المقدمة لهم	13.
5	4	3	2	1	لدى العاملون الرغبة والاستعداد الدائم لتقديم المساعدة للمرضى	14.

5	4	3	2	1	15. العاملون في المستشفى يقدمون الخدمة للمرضى والاستجابة لطلباتهم بسرعة مهما كانت درجة انشغالهم	
					مستوى تقديرك لإجمالي أهمية البعد مقارنة بالأبعاد الأخرى من 100%	الأهمية
الأمان						
5	4	3	2	1	16. العاملون في المستشفى موضع ثقة المرضى	
5	4	3	2	1	17. يشعر المريض بالأمان عند تعامله مع العاملين في المستشفى	
5	4	3	2	1	18. يتصف الكادر الطبي والإداري العامل في المستشفى بالأدب واللباقة العالية	
5	4	3	2	1	19. تتوفر الخبرة والمعرفة الكافية لدى الكادر الطبي والإداري لتقديم الخدمات المتميزة	
5	4	3	2	1	20. تقدم الإدارة الدعم الكافي (مادي/ تدريب) لموظفيها في المشفى لتمتعهم بالجداوة والمصادقية في عملهم	
					مستوى تقديرك لإجمالي أهمية البعد مقارنة بالأبعاد الأخرى من 100%	الأهمية
التعاطف						
5	4	3	2	1	21. يعطي الكادر الطبي في المستشفى الاهتمام الكافي لكل مريض	
5	4	3	2	1	22. لدى العاملين القدرة على تقديم العناية الشخصية للمرضى (وقت/ عناية تتلاءم وضعه الصحي)	
5	4	3	2	1	23. العاملون في المشفى يتفهمون وعلى دراية بحاجات المرضى	
5	4	3	2	1	24. تقدم المشفى أفضل ما لديها للمرضى ومصلحة المريض أهم أولوياتها	
5	4	3	2	1	25. تعمل إدارة المشفى بساعات عمل حسب حاجات المرضى	
					مستوى تقديرك لإجمالي أهمية البعد مقارنة بالأبعاد الأخرى من 100%	الأهمية
5	4	3	2	1	كيف تقيم علاقتك بالإدارة العليا، والمدرء المباشرين	العلاقة مع الإدارة/
					هذا السؤال موجه فقط للإداريين	

الملحق 3

العلاقة بين الموظفين

اسم المشفى * العلاقة جيدة بين الادارة والكادر ويسمح بالتطوير Crosstabulation

اسم المشفى	العلاقة جيدة بين الادارة والكادر ويسمح بالتطوير			Count
	موافق	نوعاً ما	غير موافق	Total
الهيئة العامة لمستشفى العيون الجراحي	21	9	0	30
مشفى المواساة الجامعي	11	14	21	46
مشفى دمشق	13	11	17	41
مشفى المنار	9	2	0	11
مشفى أمية	13	4	0	17
مشفى دار الشفاء	26	9	0	35
Total	93	49	38	180

نتائج الاستبيان حول رضى الموظفين ومستوى علاقتهم مع الإدارة في الهيئة العامة لمستشفى العيون التخصصي

العينة/ العيون	جيد جداً	جيد	مقبول	سيء	سيء جداً	المجموع
الموظفين	0	21	9	0	0	30
النتقيل	5	4	3	2	1	15
التكرارات بعد التثقيف	0	84	27	0	0	111

الوسط الحسابي = التكرارات بعد التثقيف / تكرارات إجابات العينة

$$\text{الوسط الحسابي} = 3.7 = 30/111$$

العينة/ المواساة	جيد جداً	جيد	مقبول	سيء	سيء جداً	المجموع
الموظفين	0	11	14	21	0	46
النتقيل	5	4	3	2	1	15
التكرارات بعد التثقيف	0	44	42	42	0	128

الوسط الحسابي = 2.7 = 46/128

العينة/ دمشق	جيد جداً	جيد	مقبول	سيء	سيء جداً	المجموع
الموظفين	0	13	11	17	0	41
النتقيل	5	4	3	2	1	15
التكرارات بعد التثقيف	0	52	33	34	0	119

الوسط الحسابي = 2.9 = 41/119

العينة/ أمية	جيد جداً	جيد	مقبول	سيء	سيء جداً	المجموع
الموظفين	0	13	4	0	0	17
النتقيل	5	4	3	2	1	15
التكرارات بعد التثقيف	0	52	12	0	0	64

الوسط الحسابي = 3.7 = 17/64

العينة/ الشفاء	جيد جداً	جيد	مقبول	سيء	سيء جداً	المجموع
الموظفين	0	26	9	0	0	35
النتقيل	5	4	3	2	1	15
التكرارات بعد التثقيف	0	104	27	0	0	131

الوسط الحسابي = 3.7 = 35/131

العينة/ المنار	جيد جداً	جيد	مقبول	سيء	سيء جداً	المجموع
الموظفين	0	9	2	0	0	11
النتقيل	5	4	3	2	1	15
التكرارات بعد التثقيل	0	36	6	0	0	42

الوسط الحسابي = $3.8 = 11/42$

الملحق 4

مرسوم إحداث مشفى دمشق



المرسوم رقم /٣٤٧/

رئيس الجمهورية

بناء على أحكام القانون رقم /١٧/ تاريخ ٢٠٠٨/١٠/١٤.

يرسم ما يلي:

المادة ١- تسمى هيئة عامة سحية تدريبية باسم مستشفى دمشق تتمتع بالشخصية الاعتبارية والاستقلال المالي والإداري وترتبط بوزير الصحة ومقرها مدينة دمشق.

المادة ٢ - تقوم المستشفى بتوفير العناية الطبية التشخيصية والعلاجية والجراحية لأجرائها بالاختصاصات الطبية العامة.

المادة ٣ - يعتبر الملاك العددي للمستشفى الصادر بالمرسوم رقم /١٦٣/ تاريخ ٢٠٠٦/٥/٣ هو الملاك العددي الحالي لها.

المادة ٤ - ينشر هذا المرسوم في الجريدة الرسمية.

دمشق في ١٨ / ٨ / ١٤٣٠ هجري الموافق لـ ٩ / ٨ / ٢٠٠٩ ميلادي

رئيس الجمهورية
بشار الأسد

الملحق 5

قانون إحداث المستشفى

تم إحداث المستشفى بموجب القانون رقم 1251 تاريخ 1956/5/9 (باسم مؤسسة مستشفى المواساة)

- أقر مجلس النواب القانون الآتي :
مادة 1 : تحدث مؤسسة عامة ذات شخصية اعتبارية واستقلال مالي وذات منفعة مشتركة يطلق عليها اسم مؤسسة مستشفى المواساة تتمتع بحقوق ادارات الدولة والخزينة العامة وتخضع لاشراف وزير المعارف.
أنشئت مستشفى المواساة عام 1958 وكانت عبارة عن مبنى واحد ضم نحو 160 سريراً
- صدر المرسوم التنظيمي رقم 241 تاريخ 1974/10/9 لتصديق النظام الداخلي للهيئة العامة لمستشفى المواساة.
- في عام 2003 صدر القانون رقم 41 ينص على احداث هيئة عامة تتمتع بالشخصية الاعتبارية والاستقلال المادي والإداري وترتبط بوزارة التعليم العالي وتسمى (مستشفى المواساة الجامعي).
- يعتبر مستشفى المواساة الجامعي من أكبر المراكز العلمية والتعليمية والخدمية الجامعية فهو يقدم الرعاية الصحية والخدمات الطبية بتقنية عالية مجاناً للمواطنين وبرعاية ودعم كبير من القيادة حيث يقوم بتقديم الخدمات الصحية الانتقائية والاسعافية بمختلف انواعها وعلى مدار 24 ساعة
- يهدف هذا المستشفى كما جاء في القانون 41 إلى :
 - 1- توفير الخدمات التدريسية والتدريبية لطلاب كلية الطب بجامعة دمشق وطلاب كليات الطب الأخرى وطلاب التمريض والمعاهد المتوسطة الطبية .
 - 2- المساهمة في توفير العناية الطبية في الجمهورية العربية السورية.
 - 3- تهيئة الأطر التخصصية للجهات العامة .
 - 4- القيام بالبحوث العلمية وفق الخطة المعتمدة من قبل المستشفى بالتنسيق مع وزارة التعليم العالي.
 - 5- التعاون مع المؤسسات والمنظمات الصحية والعلمية الوطنية والعربية والأجنبية والدولية بما يكفل تطوير العمل فيه والمساهمة بالتقدم العلمي.
 - 6- تحقيق أغراض جمعية المواساة كما هي محددة في نظامها الأساسي.

الملحق 6

الدليل السوري لتصنيف المشافي



الجمهورية العربية السورية

وزارة الصحة

مديرية المشافي

الدليل السوري المساعد

لتصنيف المشافي

الجزء الأول: معايير رعاية المريض

د. سليمان مشقوق

د. بشار كناني

كانون الثاني، 2011 م

الترقيم	المعيار
أ	معايير رعاية المريض
أ-1	المباشرة بالرعاية:
أ-1-1	للمؤسسة سياسات وإجراءات مدونة لاستقبال وإدخال المرضى. تشمل وثائق المستشفى جميع البنود التالية: • إدخال المرضى عن طريق الطوارئ • إدخال المرضى عن طريق العيادة الخارجية • إدخال المرضى المحولين من جهة أخرى • المعلومات التي يجب أن تعطى للمريض عند الدخول • تحويل المريض إلى جهة أخرى. العاملون بالطوارئ والعيادات ومكتب الدخول يعلمون بسياسات قبول المرضى المذكورة.
أ-2	استمرارية الرعاية:
أ-2-1	يتم تداول المعلومات الخاصة بعلاج المريض واستجابته للعلاج بين جميع مقدمي الخدمة المعنيين أثناء إقامة المريض بالمؤسسة يتم تدوين الإجراءات العلاجية التي تمت في جميع الأقسام مثل: • نتائج المختبر والأشعة. • نتائج زيارة الأطباء المكتوبة يومياً. • الملاحظات التمريضية على صفحة خاصة للمريض. • يتم تدوين البيانات الطبية والتقدم الطبي في حالة المريض على مدار الوقت وبوضوح.
أ-2-2	يوجد بالمؤسسة سياسة وإجراء ينظم عملية الاستشارة الطبية تشمل السياسة على مواصفات تحدد لماذا ولمن ومتى وأين وكيف تتم الاستشارة.
أ-2-3	يتم تزويد المريض أو ذويه بتعليمات مفهومة وواضحة عند التحويل أو الخروج • يتوفر في الملفات القديمة لمرضى تم خروجهم من المستشفى ملخص الخروج أو استمارة الإحالة والتي لا بد أن تحتوي على تعليمات الخروج أو الإحالة للمريض مثل مواعيد المتابعة ونوعية الغذاء وكيفية التأهيل بعد الخروج. • يوجد ما يثبت وصول هذه المعلومات بشكل مكتوب للمريض أو أسرته ويتقن الفريق الطبي التزويد بهذه التعليمات.
أ-3	حقوق المريض:
أ-3-1	تقوم المؤسسة بتعريف المريض وذويه بالرعاية والخدمات التي تقدمها وكيفية الوصول إليها • تتوفر الملصقات واللافتات التي توضح وتصف الخدمات المتاحة تقديمها بالمستشفى، كما تصف كيفية الوصول إلى هذه الخدمات وذلك بذكر أماكن تواجدها ووجود أسهم إشارية توضح للمريض كيفية الوصول لهذه الخدمات. • تتوفر بعض المطويات والكتيبات الإيضاحية التي تحدد الخدمات المتاحة للمرضى بالمستشفى وكيفية الوصول لها.
أ-3-2	عند إدخال المريض يبلغ هو أو الشخص المخول بمعلومات واضحة عن تشخيص المرض والتكلفة المتوقعة • يعلم المرضى أو الأشخاص المخولين بنوعية المرض ومدة العلاج والنتائج والتكلفة المتوقعة لتقديم الخدمات حتى الخروج وذلك منذ دخول المستشفى.

الترقيم	المعيار
	• تتطابق معلوماتهم التي تم ذكرها بالمسجل فعلياً في الملف الطبي.
أ-3-3	تحافظ الرعاية المقدمة على خصوصية المريض وحدة المرضى، والعيادات الخارجية، والطوارئ بالمستشفى تتبع الأسس والنظم التي تحافظ على خصوصية المريض مثل: • وجود ستائر للفصل بين المرضى في الغرف المشتركة. • وجود ثياب مناسبة للمرضى. • زجاج غرف إقامة المرضى من النوع الذي لا يسمح بالرؤية من الخارج أو تتوافر ستائر. • عدم الكشف أو إجراء الفحص على أكثر من مريض في آن واحد. • تغطية المريض جيداً أثناء الفحص أو النقل.
أ-3-4	تقوم المؤسسة باتخاذ خطوات لحماية ممتلكات المريض من السرقة والفقدان والتلف. يوجد لدى المستشفى سياسة معلنة ومطبقة تحدد مسؤوليتها تجاه ممتلكات المرضى وتوفر ما يلي: 1- كفية إعلام المرضى أو أقاربهم بهذه المسؤوليات التي تتحملها المستشفى. 2- كفية حماية ممتلكات المريض (أين تحفظ ومن المشرف عليها وكيف تسترد). يعلم العاملون في الوحدات أو الأقسام بهذه السياسة وما يجب أن يقوموا به تجاه ممتلكات المريض. كما يعلم المرضى بمسؤوليات المستشفى عن حماية ممتلكاتهم الشخصية أثناء تواجدهم بالمستشفى.
أ-3-5	تحافظ المؤسسة على سرية المعلومات الخاصة بالمريض وتمنع سوء استخدامها. تنظم اللوائح والقوانين من له حق الإطلاع على ملفات المرضى والحصول على معلومات طبية مثل: • الفريق الطبي المعالج • فريق تحسين الجودة عند جمع البيانات لتحسين جودة الخدمة أو حل المشكلة • المحامين وذلك بعد الحصول على إذن نيابة أو محكمة. • ما تحدده الإدارة إضافة لما سبق. المسؤول عن غرفة الملفات ملم بسياسات وإجراءات الحفاظ على سرية المعلومات الخاصة بالمرضى.
أ-3-6	تعرف المؤسسة المريض وأسرته عن حقهم ومسؤولياتهم المتعلقة برفض أو عدم الاستمرار بالعلاج وتعرفهم بالعلاج البديل إن وجد. • توجد سياسة مدونة خاصة برفض المرضى العلاج ويفضل وجود المطويات والملصقات. • توجد ملفات لمرضى رفضوا العلاج أو رغبوا في إيقافه ويوجد إقرار رفض علاج يتضمن: 1. المعرفة الكاملة للضرر المتوقع حدوثه للمريض جراء هذا الرفض. 2. وأنه تم شرح هذا الضرر لهم. 3. وأنهم يتحملون المسؤولية كاملة عن الرغبة في عدم استمرار ورفض العلاج. • الطبيب في القسم على علم بما يجب فعله تجاه ذلك.
أ-3-7	تدعم المؤسسة حق المريض في التقدم بشكوى شفوية أو مكتوبة، موقعة أو غير موقعة • توجد صناديق أو مكتب لتلقي الشكاوى. • وثيقة حقوق المريض تشمل هذا الحق. • توجد لجنة أو جهة لفحص الشكاوى. • يوجد سجل للشكاوى يتضمن إجراءات تصحيحية يتم اتخاذها في الشكاوى. • الأطباء وأفراد التمريض والعاملين يفهمون هذا الحق ويعلمون بالإجراءات.

الترقيم	المعيار
	المرضى يعلمون بهذا الحق وإجراءاته.
أ-3-8	تقوم المؤسسة بتدريب جميع العاملين على معرفة حقوق المريض وقيمه ومعتقداته. - يوجد في برنامج تأهيل الموظف الجديد ما يفيد في تعليمه حقوق المريض. - تتضمن برامج التدريب المستمر لجميع العاملين جزءاً عن حقوق المرضى. - يوجد في ملفات العاملين شهادات تدريبية في حقوق المرضى .
أ-3-9	يتم أخذ إقرار عام من المريض عند دخوله المؤسسة ويبلغ المريض والأشخاص المخولون عن مجال ذلك الإقرار. - يوجد في الملف إقرار موافقة على الدخول وتلقي العلاج. - يشتمل هذا الإقرار على المعلومات الواضحة والسهلة الفهم لأفراد العامة. - يقوم المريض المقبول أو الشخص المخول عند الضرورة بالتوقيع على إقرار موافقة الدخول والعلاج.
أ-3-10	لدى المؤسسة أربع نماذج مختلفة مستخدمة للإقرار الخاص. تتضمن النماذج الموافقات المسبقة على الإجراءات التالية: ✓ العمليات الجراحية. ✓ التخدير . ✓ نقل الدم ومشتقاته. ✓ التدخلات والعلاج ذات الخطورة ويشمل العلاج الإشعاعي والكيميائي والكهربائي. وتدرج تلك الموافقات في ملف المريض قبل تعرضه للجراحة أو التخدير .
أ-3-11	تتوفر سياسة مدونة لأخذ إقرار من شخص آخر غير المريض لتحديد من يوقع وتتضمن بيان الأشخاص المخولين بأخذ الإقرار وطريقة ذلك. - تتوافر وثائق مدونة خاصة بسياسة الإقرارات الطبية لغير المرضى. - توجد في ملفات المرضى الأطفال وفاقدي الأهلية والغيوبة الإقرارات المذكورة بقبول تلقي الرعاية الطبية. - توجد وثائق مدونة تتضمن سياسة الحصول على الإقرار وأهلية الأشخاص المكلفين بذلك.
أ-4	المختبرات
أ-4-1	تقوم المستشفى بإجراء الخدمات المخبرية ضمن المؤسسة. - يوجد مخبر مجهز ويعمل داخل المستشفى ويتناسب مع الخدمات المقدمة. - يعلم الفريق الطبي بالخدمات المخبرية المتوفرة وكيفية التصرف عند الحاجة لخدمات مخبرية غير متاحة بالمؤسسة.
أ-4-2	يوجد بالمختبر سياسات مدونة وإجراءات مطبقة تشمل الأعمال الرئيسية. سياسات وإجراءات المختبر تشمل البنود التالية: ✓ دليل العمل لجميع الفحوصات والأجهزة. ✓ إجراءات ضبط الجودة. ✓ كيفية تخزين وتوفير وتمييز الكواشف المخبرية. ✓ تجميع وتمييز العينات وفحصها والتخلص الآمن منها. ✓ مكافحة العدوى في المختبر . ✓ رئيس المختبر والعاملون فيه يلمون بالسياسات المطلوبة.
أ-4-3	يتم تطبيق سياسات وإجراءات الصيانة الدورية ومعايرة معدات وأجهزة المختبر. تتوافر مستندات الصيانة الدورية والمعايرة

الترقيم	المعيار
	• يلمّ العاملون بنظام المعايرة والصيانة ويطبّقونه. • توجد لصاقة على الأجهزة تتضمن تاريخ الصيانة الأخيرة والموعّد المقبل لذلك.
أ-4-4	يتم تطبيق إجراءات ضبط الجودة في المختبر و تدوين النتائج ومراجعتها دورياً. • يعلم الفنيون بتوقيت ضبط الجودة للأجهزة وفق متطلباتها. • تتوافر وثائق ضبط الجودة.
أ-4-5	يقوم بالعمل في المختبر متخصصون وفنيون لديهم تدريب وتأهيل مناسب. • تتوافر في عقود العاملين في قسم المختبر بطاقات الوصف الوظيفي. • تتوافر في ملفات العاملين بالمختبر الشهادات المعتمدة والخبرات والتدريب.
أ-5	الأشعة
أ-5-1	يتوفر إجراء خدمات أشعة تشخيصية نوعية (طبي محوري أو مرنان) في المستشفى • يوجد قسم أشعة مجهز بالمعدات المذكورة ويعمل داخل المستشفى. • يلمّ العاملون في القسم ورئيس قسم الأشعة بخدمات الأشعة المتوفرة.
أ-5-2	يقوم بالعمل في خدمات الأشعة التشخيصية متخصصون وفنيون لديهم تدريب وتأهيل مناسب. تتوافر في عقود العاملين في قسم الأشعة بطاقات الوصف الوظيفي. تتوافر في ملفات العاملين بالأشعة الشهادات المعتمدة والخبرات والتدريب.
أ-5-3	تطبق المؤسسة سياسات وإجراءات الصيانة الدورية للمعدات وأجهزة الأشعة التشخيصية ومعايرتها للتأكد من سلامتها. • تتوفر مستندات الصيانة الدورية والمعايرة للأجهزة والمعدات التشخيصية. • يعلم العاملون بنظام المعايرة والصيانة الدورية وتطبيقه. • توجد لصاقة على الأجهزة تتضمن تاريخ الصيانة الأخيرة والموعّد المقبل لذلك.
أ-5-4	تتوفر في خدمات الأشعة التشخيصية إجراءات ضبط الجودة ويتم إتباعها وتدوينها ومراجعتها بصورة دورية. • تتوافر مستندات ضبط الجودة وقوائم للمراجعة. • يعلم العاملون بإجراءات ضبط الجودة.
أ-5-5	تقوم المؤسسة بإتباع سياسة استدعاء المتخصصين في خدمات الأشعة التشخيصية عند اللزوم وفي الوقت المناسب. • تتوفر قائمة بالمتخصصين والخبراء الذين يمكن الرجوع إليهم في هذا المجال. • تتوفر نماذج التعاقد معهم ووسائل الوصول (أرقام التليفونات). • يعلم الأطباء والعاملون بالأشعة بإمكانية وكيفية الاستعانة بأحد المتخصصين أو الخبراء عند اللزوم.
أ-5-6	يتم توثيق جميع النتائج وتصدر نسختان من التقرير الشعاعي تحفظ إحداها بقسم الأشعة. • توجد نسخ من التقارير محفوظة بقسم الأشعة أو مدونة في سجل. • توجد تقارير للصور الشعاعية المجرّاة في المستشفى في ملفات المرضى.
أ-6	الرعاية التغذوية
أ-6-1	يتم إعداد الطعام طبقاً لسياسة مدونة تتضمن إجراءات صحية. • تتضمن سياسة المستشفى المدونة الخاصة بالتغذية البنود التالية: ✓ التزام العاملين في قسم تحضير الطعام بغسل الأيدي وارتداء القفازات والماسك عند تداول وإعداد الطعام وإجراء الفحوص الصحية الدورية.

الترقيم	المعيار
	✓ مراعاة نظافة قسم تحضير الطعام . • يلتزم العاملون في القسم بغسل الأيدي وارتداء القفازات والماسك عند تداول وإعداد الطعام. • تشمل نظافة القسم ما يلي: ○ المطبخ نظيف وجميع الأسطح التي تستخدم لإعداد الطعام نظيفة. ○ الأواني الخاصة بإعداد الطعام نظيفة وخالية من الصدأ. ○ الأحواض أو المغاسل نظيفة ويتوفر كلا الماء الساخن والبارد بغزارة مقبولة. ○ توجد مجارى كافية للتصريف. ○ يوجد شبك أسلاك دقيق على فتحات التهوية. ○ لا توجد حشرات زاحفة أو طائفة. • يوجد رئيس للمطبخ لديه خبرة مقبولة. • تتوفر في ملفات العاملين في المطبخ الشهادات الصحية الصالحة والفحوص الصحية الدورية.
أ-6-2	تحدد في ملف المريض أوامر الطعام والتغذية حسب وضعه التغذوي. • يتوفر في ملف المريض أوامر التغذية، والطريقة (بالفم أو عن طريق الأنبوب المعدي أو وريدي) • يتم تحديث أوامر التغذية وفق الحالة.
أ-6-3	توجد سياسة مدونة ومطبقة لتخزين الطعام. • تتضمن سياسة المستشفى المدونة الخاصة بالتخزين البنود التالية: ✓ طرق التخزين داخل وخارج الثلاجة. ✓ مراقبة درجة حرارة الثلاجات. ✓ التخلص الآمن من المواد الغذائية منتهية الصلاحية. ✓ طرق مكافحة القوارض. • تتوفر إجراءات مكتوبة لطرق التخزين داخل وخارج الثلاجة. • تتوفر خريطة لمراقبة درجة حرارة الثلاجات • يلم العاملون بطريقة مكافحة القوارض والحشرات المتبعة.
أ-7	الرعاية المتعلقة بالألم
أ-7-1	لدى المؤسسة سياسة وإجراء لتقييم وعلاج الألم عند جميع المرضى.
	تشمل سياسة الرعاية المتعلقة بالألم ما يلي: • تقييم وإعادة تقييم الألم عند جميع المرضى. • تحديد مسؤولية الطبيب والممرضة في هذه السياسة.
أ-7-2	يتم تقييم الألم عند جميع المرضى.
	• يوجد استخدام لاستمارة تقييم الألم في ملفات المرضى. • يعلم الأطباء والتمريض متى وكيف يتم تقييم وإعادة تقييم الألم. • يتم تقييم وعلاج الألم عند المرضى بشكل جيد.
أ-7-3	يتم علاج الألم عند المرضى بصورة فعالة طبقاً لأدلة العمل
	• تتوفر أدلة العمل الخاصة بعلاج الألم. • يطبق الأطباء المسؤولون عن علاج الألم تلك الأدلة. • يتحقق رضا المرضى ما بعد الجراحة عن فعالية الأدوية المسكنة للألم واستجابة التمريض والأطباء.

الترقيم	المعيار
أ-8	العناية الخاصة بمرضى الطوارئ
أ-8-1	يوجد قسم لتقديم خدمات الطوارئ (الإسعاف) يحقق سهولة الوصول والانتقال. - مكان الطوارئ يمكن الوصول إليه إذا حضر المريض بواسطة الإسعاف خلال 30 ثانية وخلال 2-3 دقائق إذا حضر مترجلاً وهذا يتطلب وجود الطوارئ في الطابق الأرضي أو ما يماثله. - توجد علامات إرشادية واتجاهات واضحة خارجية وداخلية توضح اتجاه الطوارئ بالمؤسسة وطريقة الوصول إلى مدخل الطوارئ. - الخدمات المساعدة مثل الأشعة والمختبر تقع قريبة من الطوارئ وفي نفس الطابق ويسهل الوصول إليها أو يتوفر مصعد في حالة وجودها في مستوى آخر مع وجود علامات إرشادية. - مدخل ومخرج قسم الطوارئ مستقل ويمكن الوصول إليه مباشرة من خارج المؤسسة دون الحاجة للممرور بأقسامها.
أ-8-2	يوجد لدى المستشفى سياسات وإجراءات مدونة ومعلنة للتعامل مع مرضى الإسعاف والطوارئ. تتضمن سياسات مرضى الطوارئ البنود التالية: ✓ التعامل مع الحالات التي تحتاج إلى إنعاش والمرضى المتلقين لأجهزة الدعم. ✓ العناية بالمرضى فاقد الوعي والمعالجة الإسعافية لألم الصدر، للصدمة، للرضوض/الإصابات المتعددة. تتوفر السياسات السابقة في قسم الطوارئ وهي متاحة لجميع العاملين بالقسم.
أ-8-3	يوجد لدى المستشفى خطة للطوارئ تتضمن قائمة بأعضاء فريق الإسعاف (أطباء، ممرضات، فنيي الأشعة والمخبر) معلقة في غرفة الطوارئ. - تتوفر خطة عمل لحالات الطوارئ. - يتوفر جدول للمناوبين على أعمال الطوارئ. - يحيط مدير قسم الطوارئ بكيفية إعداد خطة العمل بقسم الطوارئ وتحديد القوى العاملة لكل مناوبة وهي مبنية على البيانات الآتية: ○ متوسط عدد المرضى اليومي ○ متوسط عدد المرضى بالنسبة للأوقات المختلفة في اليوم ○ متوسط عدد المرضى بالنسبة لأيام الأسبوع
أ-8-4	توجد خطة للتعامل مع حالات الإنعاش في أي مكان بالمستشفى. تتضمن الخطة المدونة للتعامل مع حالات الإنعاش القلبي الرئوي في أي مكان بالمؤسسة ما يلي: ✓ تحديد الفريق ✓ أدوية الطوارئ أماكنها وأنواعها وطريقة تأمينها ✓ الأجهزة المطلوبة. تتوفر الجاهزية اللازمة: - توزيع عربات الإنعاش. - الأدوية والمستلزمات مكتملة الأجهزة صالحة للعمل وفق قوائم تحقق. - يعرف فريق الإنعاش دور كل فرد فيه. - تجرى تجارب استدعاء وهمي لفريق الإنعاش لحساب الوقت اللازم.
أ-8-5	تتوافر في أقسام الطوارئ الأجهزة والمستلزمات والأدوية وفق اللوائح المنظمة وهي تعمل وفي حالة جيدة. تتوافر تجهيزات الطوارئ والأدوية طبقاً للوائح والقوانين المعمول بها بوزارة الصحة ووفقاً لقوائم التحقق.

الترقيم	المعيار
	- لا توجد أعطال أو نقص في أي من أجهزة الطوارئ في القسم، (على سبيل المثال جهاز إزالة رجفان القلب، جهاز تحفيز القلب بالبطارية). - يتوفر نظام للصيانة الوقائية والتعامل مع أعطال الأجهزة. - تتم مراجعة الأدوية والتأكد من عدم وجود أي نقص فيها طبقاً للقائمة. - ضمان تاريخ الصلاحية. - الأدوية في مكان آمن وفي المتناول طوال الوقت.
أ-8-6	تتوافر الخدمات التشخيصية المساعدة والعلاجية طوال اليوم. - الوصول سهل من أقسام الطوارئ إلى أقسام الخدمات التشخيصية. - يحيط العاملون في الطوارئ بكيفية التصرف عند الحاجة إلى طلب عمل فحوصات تشخيصية. - يتوفر جدول مناوبات يقسم الأشعة والمخبر.
أ-8-7	لدى المؤسسة سيارة إسعاف مجهزة طبقاً للوائح والقوانين. توجد سيارة إسعاف بمواصفات تتطابق مع اللوائح والقوانين بالمستشفى.
أ-9	معايير الخدمات العلاجية-تقييم المرضى
أ-9-1	يتوفر في ملف المريض التقييم السريري العلمي الأساسي. تتضمن استمارة تقييم المريض البنود التالية على الأقل: ✓ التاريخ المرضي. ✓ الفحص السريري. ✓ الحالة الاجتماعية والنفسية. ✓ الحالة التغذوية. ✓ الحالة الوظيفية وإعادة التأهيل المشار لها.
أ-9-2	خطة الرعاية الطبية لكل مريض موثقة بالملف الطبي - تتوفر خطة الرعاية الطبية للمريض موثقة بالملف. - الخطة مبنية على تقييم المريض. - يحتوي التقييم المبدئي للمريض عند الدخول على خطة متابعة. - الخطة تشمل تحديد الاحتياجات الطبية للمريض والتدخلات المطلوبة والزمن المتوقع. - التقييم الكامل يدون بالملف خلال أربع ساعات من قبول المريض كحد أقصى.
أ-9-3	يتم مراجعة وتعديل خطة الرعاية والعلاج وفقاً لتطور الحالة. السجلات الطبية لمرضى الأقسام المختلفة ومرضى تم خروجهم من المستشفى تتضمن: - التشخيص المبدئي والتشخيص النهائي. - ملاحظات وأوامر الطبيب والتقييم الدوري (مرة يومياً كحد أدنى أو أكثر من مرة وفقاً للسياسات). - يحيط الأطباء بكيفية التصرف عند حدوث أي تغيير في حالة المريض يستوجب تغيير خطة العلاج. - يتم إبلاغ جميع القائمين على علاج المريض وفقاً لتطور الحالة.
أ-9-4	خطة الرعاية التمريضية لكل مريض موثقة بالملف الطبي ويتم تعديلها عند الحاجة. - يتضمن الملف مكاناً للخطة التمريضية. - المرضى المتواجدون في الأقسام المختلفة والمرضى الذين تم خروجهم من المستشفى تتوفر في سجلاتهم الطبية خطة الرعاية التمريضية موثقة.

الترقيم	المعيار
	- تتم متابعة التقييم الدوري من قبل التمريض (مرتين في اليوم كحد أدنى أو أكثر من ذلك وفقاً للسياسات). - يشمل محتوى الخطة تقييم الألم ورعاية الجرح والرعاية التنفسية وتنظيف المريض وفق حاله المرضي وغير ذلك بما يتماشى مع سياسات وإجراءات الرعاية التمريضية.
أ-9-5	كل التدخلات والإجراءات الطبية يتم تسجيلها بالملف. تتضمن السجلات الطبية للمرضى المتواجدين في الأقسام المختلفة ولمرضى تم خروجهم من المستشفى: - تسجيل جميع التدخلات والإجراءات الطبية من فحوصات مخبرية وأشعة. - نتائج التدخلات والإجراءات الطبية. - ملاحظات وأوامر الطبيب.
أ-10	معايير الخدمات العلاجية-الحالات ذات الخطورة
أ-10-1	توجد بالمؤسسة أدلة إرشاد محددة لدخول المرضى وحدات الرعاية الحرجة . تتوفر شروط قبول المريض في أي من وحدات العناية ويشمل ذلك: ✓ وحدات الرعاية المركزة والإكليلية. ✓ وحدات رعاية حديثي الولادة. ✓ وحدات الغسيل الكلوي.
أ-10-2	توجد بالمؤسسة أدلة سريرية للتعامل مع الحالات ذات الخطورة كالأعراض المعدية والغيوبية وما يماثلها. توجد أدلة عمل للتعامل مع الحالات ذات الخطورة التالية: ✓ حالات الإنعاش. ✓ حالات الغيوبية. ✓ حالات الأمراض المعدية والإيدز. ✓ حالات نقص المناعة. ✓ حالات الغسيل الكلوي. ✓ حالات الفئات الحساسة (حديثي الولادة والأطفال والحوامل وكبار السن).
أ-10-3	يتم إتباع الأدلة السريرية للتعامل مع الحالات ذات الخطورة. - يقوم رئيس الهيئة الطبية بالتأكد من إتباع أدلة الإرشاد ويقوم بإجراءات رادعة حالة عدم الالتزام بها. - يحيط الأطباء والأطر الفنية الأخرى بأدلة الإرشاد للحالات ذات الخطورة ويلتزمون بها. - تتوفر تقارير كافية في ملفات مرضى تلك الحالات.
أ-11	معايير الخدمات العلاجية - معايير التخدير والإنعاش:
أ-11-1	يوجد عدد من أطباء التخدير يكفل طبيباً مختصاً لكل عمل جراحي بالتخدير العام. - تتوفر عقود لأطباء التخدير بحيث أن عددهم يساوي عدد غرف العمليات على الأقل. - يعمل أطباء التخدير بحيث يشرف طبيب تخدير واحد على كل عمل جراحي يلزمه التخدير (ماعدا الموضعي).
أ-11-2	توجد خطة للتخدير موثقة بالملف لكل حالة يتم وضعها بواسطة أخصائي التخدير. يتضمن ملف المريض المخطط له إجراء عمل جراحي: ✓ تقييم حالة المريض ✓ خطة للتخدير موثقة بالملف ✓ المادة المخدرة المخطط لاستعمالها. ✓ تاريخ التقييم وتوقيع أخصائي التخدير.

الترقيم	المعيار
أ-11-3	توجد متابعة ومراقبة مستمرة لحالة المريض أثناء التخدير ويتم توثيقها بالملف. تتضمن ملفات المرضى في قاعة الإنعاش وملفات مرضى الأجنحة توثيقاً لملاحظات الطبيب أثناء التخدير وتسجيل نتائج الملاحظة التي تشمل: • سرعة وانتظام النبض • ضغط الدم • نسبة تركيز الأوكسجين • معدل التنفس • نسبة تركيز ثاني أكسيد الكربون
أ-11-4	يوجد قاعة إنعاش مجهزة حسب اللوائح والقوانين الوطنية. توجد قاعة أو غرفة لمراقبة صحو المريض بها التجهيزات طبقاً لقائمة التحقق.
أ-11-5	تقييم ما بعد التخدير يتم بواسطة طبيب التخدير بصفة مستمرة حتى خروج المريض من غرفة الإنفاة وفقاً لمعايير الصحو ويتم توثيقها بالملف. • توجد في قاعة الإنعاش تعليمات متابعة المريض وهي تعتمد على تقييم درجة الصحو، الفترة اللازمة لمتابعة المريض قبل مغادرة القسم. • يوجد توثيق لحالة المريض بعد التخدير وتسجيل نتائج الملاحظة في ملفات المرضى في قاعة الإنعاش وملفات مرضى تم خروجهم. • يتضمن الملف توقيع طبيب التخدير على خروج المريض من قاعة الإنعاش مع تحديد درجة وعي المريض وساعة الخروج.
أ-12	معايير الخدمات العلاجية - معايير الجراحة
أ-12-1	توجد بالمؤسسة سياسات وإجراءات مدونة للعمليات الجراحية وتشمل على الأقل تحضير المريض والرعاية أثناء وبعد الجراحة. • تتوفر السياسات المطلوبة وهي تشمل البنود المشار لها بالمعيار. • السياسات السابقة متاحة لجميع أفراد الفريق الطبي بالعمليات.
أ-12-2	يوجد خطة موثقة بالملف للعملية الجراحية تم وضعها بواسطة الجراح مبنية على نتائج تقييم حالة المريض تشمل نوع العملية والتدخلات الجراحية. عند نية إجراء عملية لمريض فيجب أن يضمّن ملفه خطة يوضح بها نوع العملية والتدخلات الجراحية المخطط لها وإجراءات تحضير المريض.
أ-12-3	توجد خطة لمتابعة المريض بعد العملية الجراحية يقوم بتنفيذها طاقم تمريض مؤهل. وتشمل على المتابعة وعلاج الألم والأدوية المطلوبة. تدون خطة المتابعة بعد العمل الجراحي في ملف المريض بقسم الجراحة شاملة البنود التالية: • نوع الرعاية والمتابعة المطلوبة . • علاج الألم وتقييمه وإعادة التقييم. • الأدوية والمحاليل المطلوبة.
أ-12-4	يجب توفر تقرير ما بعد الجراحة يتضمن المعلومات الأساسية. يوجد تقرير ما بعد الجراحة في ملف المريض الذي أجري له تدخل جراحي في اليوم السابق وهو موثق ويشمل جميع البنود التالية:

الترقيم	المعيار
	✓ شرح خطوات العملية . ✓ وصف الموجودات. ✓ شرح ووصف الأجزاء المستأصلة وإرسالها للتحليل النسيجي (الهستوباثولوجي) ✓ التشخيص النهائي. ✓ اسم الجراح الأساسي وأسماء المساعدين. ✓ اسم طبيب التخدير ومساعديه.
أ-12-5	يتم توثيق تقرير العملية من قبل الجراحين بعد الجراحة مباشرة. • يتضمن ملف مريض الجراحة في غرفة الإنعاش (قبل خروجه من قسم العمليات) تقريراً موثقاً لما بعد الجراحة. • يتطابق تاريخ العملية وتاريخ التقرير في الملفات الطبية.
أ-13-1	الصيدلية واستعمال الدواء يجب توفر سياسات مدونة للتعامل مع الأدوية بشكل مفصل. يوفر مدير الصيدلية سياسات وإجراءات تحتوي على جميع البنود التالية بشكل مفصل: ✓ وصف الدواء ✓ صرف الدواء ✓ استخدام الدواء ✓ التخزين الآمن للأدوية ✓ الاستخدام الذاتي للأدوية من قبل المريض ✓ استخدام أدوية أحضرت إلى المؤسسة من قبل المريض أو أسرته ✓ وصف الأدوية عند الخروج
أ-13-2	سياسات وصف وصرف واستخدام الدواء مطبقة. يحيط وينفذ العاملون بالصيدلية: • طرق صرف الدواء. • التخزين الآمن للأدوية يحيط وينفذ الأطباء والتمريض في الأقسام الداخلية تلك السياسة فيما يتعلق: • وصف الدواء (ومطابقة ذلك بدفتر لزوم ومداواة المرضى). • تطبيق العلاج واستخدام الدواء. • استخدام الذاتي للأدوية من قبل المريض. • استخدام أدوية أحضرت إلى المؤسسة من قبل المريض أو أسرته . • وصف الأدوية عند الخروج.
أ-13-3	توجد بالمؤسسة الصحية قائمة للأدوية الأساسية معتمدة ومعلنة للأطباء ويتم تحديثها. • تتوافر قائمة للأدوية الأساسية معتمدة من إدارة المؤسسة ومؤرخة ومعلنة للأطباء وتحديث سنوياً. • الأطباء بالأقسام المختلفة يعلمون بقائمة الأدوية الأساسية.
أ-13-4	توافر صيدلي مرخص له بمزاولة المهنة مسؤول عن الصيدلية. • الصيدلي يداوم بشكل منتظم. • يتضمن ملف الصيدلي:

الترقيم	المعيار
	○ صورة من المؤهل (إجازة صيدلة) ○ صورة من ترخيص مزاولة المهنة ○ صورة من عقد العمل
أ-13-5	يوجد سياسات مدونة لاستخدام المضادات الحيوية يشارك في وضعها الصيادلة.
	• تتوفر سياسة لاستخدام المضادات الحيوية. • يشارك مسؤول الصيدلية في وضع سياسة استخدام المضادات الحيوية.
أ-13-6	يوجد سياسات مدونة لحفظ وتوزيع والتحكم في استخدام الأدوية المخدرة متمشية مع اللوائح والقوانين المحلية.
	• توجد سياسة مدونة لحفظ وتوزيع والتحكم في استخدام الأدوية المخدرة تتماشى مع اللوائح والقوانين.
أ-13-7	سياسات توزيع والتحكم في استخدام الأدوية المخدرة مطبقة.
	• يطبق الصيداللة نظام توزيع واستخدام وتأمين وتسجيل الأدوية المخدرة. • يطبق الأطباء والتمريض المتعاملين مع الأدوية المخدرة سياسة المستشفى المذكورة. • يتم تسجيل الأدوية المخدرة و جميع البيانات طبقا للوائح القوانين. • مكان تواجد الأدوية المخدرة سالم وأمين. • في حالة عدم استخدام محتوى الأمبول كله يتم التصرف وفقاً للسياسة.
أ-13-8	يتم توثيق العلاج الموصوف للمريض وتوثيق تطبيقه.
	توجد في ملفات المرضى وسجلات تنفيذ العلاج خطة العلاج المحددة بواسطة الطبيب متضمنة الآتي: • كتابة خطة العلاج بخط واضح. • تحديد اسم العلاج، الجرعة، طريقة الاستعمال، المدة. • المعلومات المرتبطة بتنفيذ العلاج مدونة في سجل التنفيذ طبقاً للخطة.
أ-13-9	توجد أدوية للطوارئ متاحة في مكان آمن في حالة وجودها خارج الصيدلية.
	• توجد قائمة بأدوية الطوارئ تشمل النوع، العدد، تاريخ الصلاحية. • أدوية الطوارئ الموجودة تنطبق مع القائمة. • الوصول إلى أدوية الطوارئ سهل عند اللزوم وضمن الوقت المناسب.
أ-13-10	توجد سياسات مدونة للتخزين الآمن للأدوية.
	توجد سياسات للتخزين الآمن للأدوية وتشمل على الأقل: ✓ تفادي الرطوبة والحرارة وأشعة الشمس. ✓ تخزين الدواء بالثلاجات بطريقة آمنة . ✓ قوائم الأدوية بها الكميات وتاريخ الصلاحية. ✓ تخزين المستحضرات الطبية . ✓ تخزين الأدوية في شروط حفظ نظامية على رفوف خشبية مرتبة وفقاً لتاريخ الصلاحية. ✓ حفظ المواد القابلة للاشتعال في مكان منفصل بعيد عن مصادر الحرارة واللهب وموضح عليها علامة مواد ملتهبة . ✓ تخزين المنظفات والمطهرات في مكان منفصل عن الأدوية والمستلزمات الطبية. ✓ طريقة تمييز الأدوية بالمخزن ويشمل ملصق يشتمل على اسم الدواء والجهة المصنعة وتاريخ الصلاحية.
أ-13-11	سياسات التخزين الآمن للأدوية مطبقة.
	• مسؤول الصيدلية والعاملون بالصيدلية يعلمون بكيفية تخزين الأدوية بطريقة آمنة.

الترقيم	المعيار
	- توجد قائمة تحقق تشمل جميع البنود السابقة ويضاف إليها وجود تهوية مناسبة وتكيف لضمان حفظ الأدوية في درجة حرارة مناسبة لا تزيد عن 24 درجة مئوية (درجة الغرفة). - وجود ترمومتر لتسجيل درجة حرارة الثلاجة وسجل لتوثيق القياس مرتين يومياً (2 - 8 درجة مئوية) - توجد سياسات مدونة ومطبقة للتعامل مع الأدوية منتهية الصلاحية.
أ-12-13	توجد سياسات مدونة وإجراءات تحكم علاجات التغذية الوريدية والمعوية وتشمل الإعداد والتخزين والتوزيع. تتضمن سياسات وإجراءات إعداد وتداول وتخزين وتوزيع علاجات التغذية الوريدية والمعوية: - المسؤول عن الإعداد والتحضير. - الإجراءات اللازمة اتخاذها أثناء التحضير طبقاً لتعليمات مكافحة العدوى. - مكان التحضير والشروط اللازمة له.
أ-14	استخدام الدم ومشتقاته
أ-14-1	يوجد آلية لتأمين الفصائل المختلفة للدم ومشتقاته. - يوجد إجراء مكتوب يوضح كيفية تأمين الدم ومشتقاته . - يتوفر تعاقد أو اتفاقية لتوفير الدم. - يعلم الأطباء والعاملون ببنك الدم بإجراءات توفير الدم من خارج المؤسسة. - تتوافر السجلات والوثائق التي تثبت ذلك.
أ-14-2	توافر الكميات اللازمة من الدم ومشتقاته بما يتلاءم مع حجم المؤسسة وطبيعة عملها. تفقد قسم بنك الدم - يعلم رئيس بنك الدم بنسبة حدوث نقص بعض فصائل الدم وكيفية التصرف في هذه المواقف. - توجد كميات أكياس الدم بثلاجات الحفظ وثلاجات العادم - تتوافر السجلات التي تشير إلى الوارد والصادر والعادم من الدم.
أ-14-3	توافر التجهيزات والمستلزمات الكافية لأداء وظيفة بنك الدم حسب المواصفات الوطنية أو العالمية. يتوفر في بنك الدم: - الأجهزة لعمل تحاليل الدم للمتبرع والمريض. - الأجهزة والمستلزمات الخاصة بحفظ الدم. - الثلاجات الخاصة بحفظ جميع أنواع الدم. - العاملين المؤهلين للعمل.
أ-14-4	تتوفر السجلات المخصصة لعمليات نقل الدم ومشتقاته والتي تضمن تتبع سير وحدات الدم والفحوصات المجرة عليها لحين إعطائها للمريض . يعلم الأطباء والفنيون ببنك الدم بطريقة سير وحدات الدم لحين إعطاءها للمريض. تتوافر السجلات التي تثبت حركة سير وحدات الدم.
أ-14-5	يوجد سياسات مدونة وإجراءات لحفظ الدم ومشتقاته.

الترقيم	المعيار
	تتضمن سياسة حفظ الدم ومشتقاته: ✓ درجة حرارة حفظ الدم. ✓ درجة حرارة حفظ البلازما. ✓ ثلاجات حفظ الدم ومشتقاته لا تستخدم لأغراض أخرى. ✓ مراجعة سجلات درجات الحرارة مع تحديد الشخص المسؤول عن ذلك. ✓ الإجراء التصحيحي اللازم في حالة ارتفاع أو تنذب درجات حرارة الثلاجة عن المعدلات المحددة. ✓ تحديد اسم وهاتف الشخص المسؤول في حالة حدوث أي عطل.
أ-14-6	يتوفر لثلاجات حفظ الدم ومشتقاته نظام متابعة رقمي أو جدول متابعة لدرجات الحرارة ونظام للإنذار. • يوجد نظام متابعة رقمي أو جدول متابعة لدرجات الحرارة. • يعلم العاملون ببنك الدم عن نظام الإنذار. • يتم اختبار نظام الإنذار بفصل الكهرباء لحظة عن الثلاجة.

الرمز	المعيار
ب	معايير السلامة وأمان المريض.
ب-1	التحكم في انتشار العدوى.
ب-1-1	يوجد بالمؤسسة برنامج خاص بالتحكم في انتشار العدوى. • يشمل جميع المرضى والعاملين والزائرين. • مبني على أحدث المعلومات العلمية المبنية على البراهين. • البرنامج له أهداف وسياسات وإجراءات وأنشطة ومتابعة. • يشير إلى المراجع العلمية والنظم واللوائح الوطنية التي يعتمد عليها.
ب-1-2	توجد سياسيات وإجراءات للحد من انتشار العدوى مدونة ومعلنة. تحتوي البنود التالية: ✓ طريقة غسيل الأيدي ✓ طريقة التعامل مع الدم والسوائل الأخرى ذات الصلة بالمريض ✓ اختيار واستعمال المطهرات ✓ إجراءات النظافة ✓ فصل النفايات الطبية الخطرة والتخلص الآمن منها ✓ الحقن الآمن ✓ نظام الترصد وجمع البيانات ✓ التحكم في حالة النقش الوبائي وكيفية عمل المزارع والمسحات لمعرفة أنواع الجرثوم. ✓ العزل ✓ التقارير الخاصة بالتحكم في العدوى حسب اللوائح والقوانين
ب-1-3	مستلزمات منع انتشار العدوى متاحة وتستخدم بطريقة صحيحة . تتوافر القفازات والأقنعة والثياب المعقمة والصدارة الواقية ومستلزمات التطهير .

الرمز	المعيار
	- يعرف طاقم التمريض بالمستلزمات المطلوبة في حالات العزل وحالات العدوى. - لا يوجد نقص في مستلزمات مكافحة العدوى. - يعرف طاقم التمريض بالطرق الصحيحة لاستخدام المستلزمات للوقاية. - يتم استخدام مستلزمات انتشار العدوى.
ب-	يوجد شخص مؤهل أو أكثر مسؤول عن تنفيذ ومتابعة جميع أنشطة برنامج مكافحة العدوى.
4-1	- توجد لجنة مكافحة العدوى تتوزع الأدوار ضمن فريق منظم. - يتوفر المؤهل والتوصيف الوظيفي لكل منهم. - مهام الفريق مدونة.
ب-	تطبق المؤسسة سياسة غسل الأيدي.
5-1	- يقوم أفراد التمريض والأطباء بغسل الأيدي قبل وبعد التعامل مع المريض. - يقوم رئيس لجنة مكافحة العدوى بمتابعته تطبيق هذه السياسة وتنفيذ الدورات التدريبية المستمرة للعاملين.
ب-	تطبق المؤسسة سياسات وإجراءات النظافة.
6-1	- تتوفر جداول للتأكد من تغطية خدمة النظافة 24 ساعة - نظافة جيدة للأرض والحوائط والأرفف والحمامات والسلالم والمصاعد والوحدات المتخصصة في جميع أجزاء المستشفى - يعلم المسؤولون عن النظافة بالسياسات والإجراءات (متى وكيف يتم تنظيف الأماكن المختلفة بالمستشفى)
ب-	تطبق المؤسسة نظام الترصد النشط ويشمل جمع البيانات وتحليلها وعرضها على لجنة ضبط العدوى.
7-1	- يتوفر نموذج التبليغ عن العدوى - تتوفر بيانات نظام الترصد للأشهر السابقة (جمع وتحليل البيانات) - تتوفر محاضر اجتماعات لجنة مكافحة العدوى وتبين المحاضر النتائج المعروضة على اللجنة ومناقشتها واتخاذ القرارات المناسبة وفقها. - يقوم أعضاء اللجنة بتطوير خطط الوقاية عند وجود حالات عدوى بالمستشفى.
ب-	تطبق المؤسسة سياسة الحقن الآمن.
8-1	يعلم التمريض بخطوات الحقن الآمن وينفذ أفراد ذلك أثناء تحضير الحقن والتخلص من رؤوس الإبر والمحاقن. ✓ غسل الأيدي قبل الحقن ✓ استخدام محاقن ذات الاستخدام الواحد. ✓ عدم إعادة تغطية المحقن بعد الاستخدام.
ب-	تطبق المؤسسة سياسة فصل النفايات والتخلص الآمن منها.
9-1	- يتم فصل النفايات الخطرة عن العادية - يعلم أفراد التمريض ومسؤولو النظافة عن بطريقة الفصل وطرق نقلها من الأقسام للتخلص منها. - توجد محرقة أو تعاقد مع جهة خارجية للتخلص الآمن. - يتم فصل النفايات الخطرة عن العادية - يعلم أفراد التمريض ومسؤولو النظافة عن بطريقة الفصل وطرق نقلها من الأقسام للتخلص منها. - توجد وسيلة/محرقة أو تعاقد مع جهة خارجية للتخلص الآمن.
ب-	التطهير والتعقيم
2	

الرمز	المعيار
ب- 1-2	تلتزم المستشفى بتأمين وسيلة آمنة وفعالة للتطهير والتعقيم طبقاً لمجال عمل المؤسسة. • يوجد مكان مجهز للتعقيم والتطهير وبإشراف أطر مؤهلة • المكان مجهز حسب المواصفات الوطنية أو العالمية • يوجد فصل بين القسم الملوث والمعقم • يتوفر نظام ضبط الجودة لأجهزة التعقيم • المواد المعقمة محفوظة بشكل آمن • في حالة التعاقد على هذه الخدمة من خارج المؤسسة فإن الجهة المتعاقد معها مرخصة أو معتمدة من الجهات المسؤولة.
ب- 2-2	توجد سياسات مدونة وإجراءات خاصة بالتطهير والتعقيم والتخزين وضمان الجودة. تتضمن السياسات والإجراءات الخاصة بالتطهير والتعقيم البنود التالية: ✓ جمع واستلام وتنظيف الأدوات المستعملة ✓ خطوات التعقيم ✓ تخزين الأدوات المعقمة ومدة الصلاحية ✓ ضمان الجودة لعملية التعقيم ✓ التطهير عالي المستوى
ب- 3-2	سياسات وإجراءات جمع واستلام وتنظيف وتعقيم الأدوات المستعملة مطبقة. يؤمن قسم التعقيم والعمليات الجراحية: • فصل مكان جمع واستلام الأدوات للتنظيف عن مكان التعقيم ومكان تخزين الأدوات المعقمة. • يتقن أفراد التمريض التطهير عالي المستوى ويشمل تطهير المناظير وأجهزة التنفس الصناعي والحواسن وأجهزة الشفط الكهربائي وغيرها. • يعمل أفراد قسم العمليات وقسم التعقيم المركزي بطرق الاستلام والتنظيف والتعقيم المقررة.
ب- 4-2	سياسات وإجراءات تخزين الأدوات المعقمة ومدة الصلاحية مطبقة. • يوجد تاريخ التعقيم على الأدوات المعقمة. • طرق التخزين نظامية. • يعرف العاملون بمدة الصلاحية للأدوات المعقمة.
ب- 5-2	تطبق المؤسسة إجراء لضمان إتمام عملية التطهير والتعقيم. • يتم استعمال الكواشف باستمرار للتأكد من اتمام وجودة التعقيم. • مراجعة طريقة الكشف الدوري باستعمال الكواشف البيولوجية وتوثيق نتائج الاختبار الدوري. • يعرف العاملون بكيفية استعمال الكواشف وقراءة النتائج. • يعرف العاملون كيفية التعامل مع النتائج السلبية.
ب- 3	أمان المريض
ب-	يوجد بالمؤسسة سياسات مدونة وإجراءات لسلامة وأمان المريض: تتضمن سياسة أمان المريض البنود التالية:

الرمز	المعيار
1-3	• التأكد من هوية المريض عند التعامل معه أو اتخاذ أي إجراء • تنظيم الأوامر الشفهية والتليفونية • التعامل مع الفحوصات التي لها قيم حرجية • التعامل مع الأدوية ذات الخطورة • الحقن الآمن • تسليم وتسلم المرضى عند تغير المناوبات • التأكد من أن الإجراء الصحيح يتم للمريض الصحيح وفي المكان أو الجانب الصحيح • حماية المرضى من السقوط
ب- 2-3	تطبق المؤسسة آلية واضحة للتأكد من هوية المريض عند التعامل معه أو اتخاذ أي إجراء.
	• يتم تعريف المريض بطريقة واضحة وموثوقة (مثلاً الاسم ورقم القبول ورقم الهوية). • يقوم جميع العاملين أطباء وتمريض وفنيين بتطبيق السياسة وطريقة التأكد من هوية المريض في الأحوال الآتية: ✓ قبل إعطاء الدواء. ✓ قبل أخذ عينات الدم. ✓ قبل نقل الدم. ✓ قبل إجراء التشخيص الشعاعي. ✓ قبل القيام بأي تدخل جراحي. • يتم تطبيق السياسة على جمع عينات الدم وإجراءات التصوير الطبي ونتائج الفحوصات.
ب- 3-3	توجد قائمة تحقق مناسبة قبل العمليات والتدخلات الجراحية:
	توجد قائمة تتضمن في حدودها الدنيا ما يلي: • اسم المريض، والطبيب المسؤول عن الإجراء، والعمل الجراحي وجهته. • وجود كل فحوصات المريض. • وجود الأدوات والمواد اللازمة للعملية وصالحة للاستخدام. • وجود الأجهزة المطلوبة وتعمل بكفاءة.
ب- 4-3	يتم التأكد من أن الإجراء الصحيح يتم للمريض الصحيح وفي المكان أو الجانب الصحيح.
	• توجد قائمة التحقق بالملف الطبي وبها توقيع تمريض الأقسام وتمريض العمليات وطبيب التخدير والجراح. • يتم استلام المريض في العمليات والتأكد من هويته والإجراء المطلوب وفق تلك القائمة. • يعلم العاملون بالعمليات بهذه السياسة وخطوات الإجراء والهدف منه. • يتأكد الأطباء والتمريض بالعمليات من وضع علامة واضحة على الجلد في موضع العملية. • يتم إشراك المريض في وضع العلامة على موقع العمل الجراحي.
ب- 5-3	يتم اتخاذ الإجراءات اللازمة لحماية المرضى من السقوط.
	• يعرف أفراد التمريض وسائل حماية المريض من السقوط والإجراء اللازم في حالة سقوطه. • تقييم قابلية المريض للسقوط موجود بالملف.

الرمز	المعيار
	• يوجد على نقالات المرضى نظام أمان عند النقل بها. • توفر حواجز الأسرة المتوفرة حد الأمان.
ب- 3-6	يوجد إجراء مطبق لسهولة تداول المعلومات فيما بين مقدمي الخدمة في حالة نقل المريض داخل المؤسسة من مكان لآخر. • يتقن أفراد التمريض والأطباء إجراءات نقل المريض داخل المؤسسة وتوصيل المعلومات الخاصة به. • تتوفر المعلومات اللازمة عن المريض عند نقله وأثناء تقديم الخدمات اللازمة.
ب- 3-7	يوجد إجراء مطبق لسهولة تداول المعلومات فيما بين مقدمي الخدمة في حالة التسليم عند نهاية المناوبة (أطباء وتمريض). • يتم توثيق عملية استلام وتسليم المناوبة وتوجد قائمة تسليم لنهاية المناوبة.
ب- 4	أمان الأفراد
ب- 4-1	توفر وتطبيق إجراءات أمان الأفراد ويوجد أفراد مسؤولون عن الاستفادة منها. • تتوفر سياسات لحماية المرضى والزوار من أي مخاطر أو اعتداء. • المرضى والزوار مرتاحون للنظام الأمني للمشفى. • يتوفر في وحدات الأمومة والطفولة وسائل حماية الأطفال من الاختطاف والإجراءات الواجب اتخاذها عند اختفاء طفل. • يعلم المسؤولون عن الحراسة والأمن كافة المهام والمسؤوليات الموكلة إليهم وقد أتموا دورات للتهيئة والتدريب. • يتوفر لدى العاملين الشعور بالأمن والسلامة ومعرفة كيفية التعامل مع مشاكل كذلك.
ب- 4-2	يوجد سياسات مدونة وخطط للوقاية من والتعامل مع الحريق، ويوجد برنامج معتمد للاختبارات التجريبية للوقاية من والتعامل مع الحريق يشمل خطة إخلاء المشفى. • تتوفر خطة السلامة من الحرائق وبرنامج منعها والاكتشاف المبكر والاستجابة الفورية. • يتم إجراء اختبار سنوي لخطة إخلاء المشفى. • تتوفر وثائق تدريب للعاملين على مواجهة الحرائق وأخلاء المستشفى. • يوجد فريق مسؤول عن وضع وتنفيذ ومتابعة تلك المهمة (لجنة السلامة البيئية/لجنة الوقاية من المخاطر/لجنة الصيانة).
ب- 3-4	يوجد سياسات مدونة وخطط مطبقة للتعامل مع البيئة الداخلية والخارجية تشمل الأمن الداخلي. • الأمن الداخلي. • سياسة منع التدخين. • التعامل مع الأزمات والكوارث الداخلية والخارجية. • صيانة دورية للمباني والمرافق الداخلية من كهرباء ومياه... • أمن وسلامة البيئة الخارجية الخاصة المحيطة بالمنشأة.
ب- 5	السلامة البيئية

الرمز	المعيار
ب- 1-5	توجد سياسات مدونة وخطط مطبقة تشمل التخلص من النفايات والمواد الخطرة . • تنظم لجنة مكافحة العدوى طرق التعامل والوقاية من المواد الخطرة وتتأكد من تطبيق تلك الخطط. • يعلم أفراد التمريض وفرق النظافة بطرق التعامل مع النفايات الخطرة • تستخدم طرق نظامية لجمع وتخزين والتخلص من: النفايات الطبية والأدوات الحادة والنفايات الكيميائية والدوائية.
ب- 2-5	تتوفر للتجهيزات الكهربائية أنظمة الأمان والإنذار والمؤشرات اللازمة. • اللوحات الكهربائية في الأقسام مزودة بالمؤشرات ولوحات دلالة ومخططات التوصيل. • التجهيزات والمحولات واللوحات الكهربائية الرئيسية موضوعة بشكل آمن ومحمية ضد العبث بها.
ب- 3-5	يتوفر الإشراف الفني الهندسي بشكل مستمر وموثق على كافة التجهيزات الحيوية الميكانيكية والكهربائية. • يوجد عقد مع مهندس كهرباء للإشراف على الأعمال وصيانة التجهيزات الكهربائية. • يوجد جدول للدوام ومناوبات عناصر الصيانة. • يوجد فني للصيانة بشكل مستمر في الورشة المخصصة للعناية بالتجهيزات الكهربائية مع العدد والأدوات اللازمة
ب- 4-5	يتوفر الماء لمدة 24 ساعة يومياً، 7 أيام في الأسبوع، وبشكل صحي من خلال مصادر منتظمة أو متبدلة، لتحقيق الاحتياجات الأساسية للمرضى. تتوفر بيانات لطرق معالجة المياه المستخدمة، وتوجد استمارات للكشف الدوري على خزانات المياه والفحوص المخبرية الدورية للتلوث.
ب- 5-5	توجد سياسات مدونة وخطط مطبقة للصيانة الدورية للمباني والمرافق. توجد خطة مكتوبة للصيانة الدورية لكل من المرافق التالية: ✓ المبنى ✓ أجهزة التسخين، التهوية، والتكييف ✓ الغازات الطبية ✓ أجهزة الاتصالات • توفر جداول للكشف الدوري تثبت أن خطة الصيانة الإصلاحيات يتم تنفيذها وفق الجدول الزمني. • تتوفر قائمة بأسماء العاملين المدربين على الخطة. • ينسق مسؤولو الصيانة تكامل خطة الصيانة.
ب- 6-5	يوجد سياسات مدونة وخطط مطبقة تشمل الصيانة الدورية للأجهزة الطبية وغير الطبية. • تتوفر قائمة جرد لكل المعدات الطبية وغير الطبية. • تتوفر خطة للصيانة الدورية للأجهزة الطبية وغير الطبية. • يعلم مسؤولو الصيانة بتفاصيل الخطة وكيفية التعامل مع الأعطال. • يتم تطبيق برنامج صيانة المعدات الطبية وإثبات ذلك في الكشف الدوري. • العاملون بالمستشفى يعرفون بكيفية الإبلاغ عن الأعطال وتتوفر سرعة الاستجابة لذلك. • تتطابق خطة الصيانة الدورية مع حالة الأجهزة الطبية وغير الطبية.

الرمز	المعيار
ب- 7-5	يتم التعامل مع جميع الأجهزة بشكل فني صحيح. يوجد ملف لكل جهاز في المشفى (كتالوجاته، تعليمات التشغيل، بطاقات الصيانة، وثائق الصيانة الدورية، بطاقة التعريف، وثائق ضبط الجودة، ...).
ب- 6	برنامج الصحة والسلامة المهنية.
ب- 1-6	يوجد برنامج مطبق لصحة العاملين ويتم توثيق جميع الإجراءات بصفة منتظمة. • تتوفر سجلات للكشف الطبي قبل التعيين، وسجلات الكشف الطبية الدورية. • يعلم مسؤول الصحة المهنية بكيفية التصرف في حالة إصابة أحد العاملين.
ب- 2-6	توفر استخدام التقنيات الحاجزية الوقائية. • تتوفر لعناصر التمريض والخدمات وسائل الوقاية من العدوى كالقفازات والأقنعة والجزمات والثياب والمعاطف المرصصة والمعدات الأخرى الوقائية.
ب- 7	تصميم المؤسسة.
ب- 1-7	تصميم مبنى المؤسسة يلائم الخدمات المقدمة وفق اللوائح والقوانين المحلية المنظمة. لا وجود لتعديلات أو مخالفات في البناء غير مثبتة في الوثائق الهندسية لرخصة المشفى ومخططات البناء الرسمية.
ب- 2-7	يساعد تصميم المبنى على سهولة وانسياب حركة المرضى وسلامة وأمان حركة المترددين والعاملين. • في المشافي ذات الطوابق مصعد مخصص للمرضى اثنان على الأقل (يتسع لسرير المريض- 110×220-) يفتح الباب بشكل آلي ويتوفر في المصعد نظام أمان واتصال عند الطوارئ. • عرض الأدراج الداخلية إن وجدت لا يقل عن 120 سم. وهي بميل مريح (الدرجة بعرض أكبر من 29 سم وبارتفاع أقل من 16 سم، متساوية تماماً) ومزودة بقبضات ومسكات آمنة. • إنارة الأدراج الداخلية جيدة. وهي مكسوة بمواد صناعية أو طبيعية تؤمن عدم الانزلاق.
ب- 3-7	يساعد تصميم وتجهيز المبنى على توافر خصوصية للمريض. • توجد ستائر بين الأسرة عند تعدد المرضى في الغرفة الواحدة. • تتوافر الخصوصية في غرف الكشف بالعيادة الخارجية. • تتوافر الخصوصية في وحدات المرضى بالعناية المركزة. • تتوافر الخصوصية في قسم الإسعاف.
ب- 4-7	تصميم مبنى المؤسسة يتوافق ومتطلبات ذوي الاحتياجات الخاصة. • تستخدم طرق آلية حديثة في فتح الأبواب الخارجية. • تتوافر ممرات خاصة بالمعاقين والمصابين (منحدرات، أرصفة مدمجة). • لا يوجد في الأرضية أو الأبواب ما يعيق حركة كرسي نقل المعاق.
ب-	توافر مخارج الطوارئ.
	• توجد مخارج للطوارئ ولاسيما للأقبية.

الرمز	المعيار
5-7	- توجد علامات إرشادية تشير إلى مخارج الطوارئ بكل طابق بالمبنى. - المخارج مفتوحة وممهدة للاستعمال دون عوائق.
ب-	توافر قسم إسعاف نظامي.
6-7	- يوجد قسم إسعاف تتناسب سعته مع عدد أسرة المشفى (25 متر مربع ويضاف متر مربع لكل سرير). - يتوافر ضمنه حيز كاف لاستراحة وانتظار المرافقين ودورات مياه للعموم لكل من الجنسين. - الوصول إلى قسم الأشعة من قسم الإسعاف يتم بسهولة ويسر. - يوجد غرف منفصلة للإسعافات والإجراءات (الأمراض الداخلية، للإسعافات الجراحية، إسعاف نسائي، غرفة جيبس، غرفة ضماد).
ب- 7-7	تتوفر الطاقة الكهربائية لمدة 24 ساعة يومياً، 7 أيام في الأسبوع، من خلال مصادر منتظمة أو متبدلة، لتحقيق الاحتياجات الأساسية للمرضى.
	تتوفر للأجهزة الحيوية التي يؤدي توقفها لتأذي المريض مصادر عدم انقطاع تيار ويشمل ذلك أجهزة التنفس الآلي في قاعات العناية والعمليات، مصابيح ساحة العمل الجراحي، أجهزة الرخص الكلوي،.....
ب-	توافر أماكن انتظار تتناسب مع حجم التردد على الخدمات بالمؤسسة .
8-7	- توجد أماكن انتظار في أقسام المرضى والعيادات والاستقبال تكفي المترددين (الغالبية جلوس). - تتوفر دورات مياه للعموم لكلا الجنسين. - توجد أماكن انتظار للسيارات تستوعب مايساوي عدد أسرة المشفى.
ب-	توافر شبكة اتصالات داخلية وخارجية.
9-7	- يتوفر نظام اتصال يؤمن محادثة بين المريض والممرضات. - يتوفر في حمامات غرف المرضى آلية النداء للممرضات. - يتوفر نظام استدعاء للأطباء.
ب-	تتمتع غرف العمليات بمواصفات نظامية
-7 10	- مساحة قاعة العمليات لا تقل عن 30 متر مربع. - الجدران والأرضيات تخلو من التشققات وإكساؤها يمنع تراكم مصادر الإلتان. - تتم تهوية قسم العمليات بشبكة منفصلة مزودة بتجهيزات فلترة ومعالجة للهواء وفق المعايير العالمية - يتم تبديل الفلاتر بشكل دوري وموثق وفق المعايير النظامية. - الضغوط في القسم العقيم وملحقاته تحقق المعايير المطلوبة. - حركة الهواء داخل غرف العمليات انسيابية وصفائحية ومن الأعلى للأسفل. - تبديل الملابس للأطباء والعاملين في القسم التنظيف للعمليات. ودخول الأطباء والممرضين والعاملين إلى قسم العمليات تسلسلي (القسم التنظيف ثم الطاهر ثم العقيم) ولا يتسبب بخلل في نظام العزل

الرمز	المعيار
	والعقامة.
ب-7-11	تتمتع أقسام العناية المركزة بمواصفات نظامية. - المساحة الكلية لقسم العناية توفر 14 متر مربع على الأقل لكل سرير. - يتوفر للسرير الواحد مساحة مخصصة كافية لانتقل عن 9 م2 ويؤمن موقعه سهولة تخديم المريض من كافة الإتجاهات (لاتوجد عوائق انشائية).
ب-7-12	تصميم غرف المرضى وتأثيثها يساعد على راحة المريض وعلاجه. - تتوفر مساحة مريحة للحركة وتقديم الخدمة في كل غرفة بما يوافق متراً حراً عن السرير من ثلاث جهات. - الإكساء سليم من ما يشوه المنظر الداخلي للغرف. - يمكن نقل المريض بالسرير من الغرفة الى مواقع الإستقصاء والعلاج عند الضرورة.

الترقيم	المعيار
ج	معايير الإدارة
ج-1	الإدارة العليا
ج-1-1	تتوفر للمؤسسة أنظمة إدارية تحدد الرسالة والرؤية والسياسات والإجراءات واللوائح الداخلية التي تحكم عملها. وتتضمن مسؤوليات الإدارة العليا ومساءلتها وكيفية القيام بهذه المسؤوليات. تتضمن وثائق الإدارة: - رسالة المؤسسة. - الرؤية المستقبلية للمؤسسة. - سياسات وخطط تشغيل وتطوير المؤسسة. - مشروع الموازنة بما يتفق مع رسالة المؤسسة. - الميزانية ومراجعتها. - الهيكل التنظيمي للمؤسسة.

الترقيم	المعيار
ج-2	قيادة المؤسسة:
ج-2-1	يوجد مدير للمؤسسة يحمل مؤهل بالإدارة الصحية وله وصف وظيفي محدد. • يتوفر في ملف مدير المستشفى مؤهلات موقعة في الإدارة. • يتضمن الوصف الوظيفي في عقد المدير صلاحيات إدارية ومالية. • المدير ملم بالوصف الوظيفي لعمله.
ج-2-2	يتم تدريب قادة المؤسسة على مفاهيم الجودة. • يلم رؤساء الأقسام بمفاهيم الجودة. • تتضمن ملفات رؤساء الأقسام ما يثبت حصولهم على دورات تدريبية في جودة الرعاية الصحية. • يتضمن تشكيل لجنة الجودة بعض رؤساء الأقسام والقيادات. • تتوفر برامج لتحسين الجودة داخل الأقسام.
ج-2-3	يتوافر برنامج لتهيئة العاملين الجدد تدريباً وتأهيلاً. • يوجد برنامج لتأهيل العاملين الجدد. • يوجد مسؤول عن التدريب يعرف كيفية توفير الموارد ومتابعة التنفيذ.
ج-2-4	يشارك قادة الفرق الصحية والتمريضية في اختيار العاملين أو مقدمي الخدمة ووضع التوصيف الوظيفي. • يتم عقد اجتماعات لوضع ومراجعة التوصيف الوظيفي للعاملين. • التوصيف الوظيفي للعاملين معتمد من رئيس القسم ومدير المستشفى. • رؤساء الأقسام يشتركون في وضع مواصفات اختيار العاملين وفي المقابلات الشخصية المنعقدة لاختيار العاملين الجدد.
ج-2-5	يقوم رؤساء الأقسام بالمؤسسة بتقييم أداء العاملين بناء على مؤشرات محددة وبشكل دوري. • يتضمن التوصيف الوظيفي لرؤساء الأقسام المهام السابقة. • يقوم رؤساء الأقسام بقياس أداء العاملين. • تتضمن ملفات العاملين تقييمهم بناء على مؤشرات أو صفات محددة.
ج-3	نظام إدارة المعلومات
ج-3-1	يوجد بالمؤسسة نظام معلومات فعال يشمل ربط الإدارات والأقسام والحصول على المعلومات بسهولة في الوقت المناسب. • مدخلات النظام من موارد بشرية وأجهزة وبيانات أولية واضحة. • يتم التعامل مع البيانات ثم المعلومات بشكل مستمر. • يوجد مسؤول عن إدارة المعلومات.
ج-3-2	يوجد سياسات وإجراءات للحفاظ على سرية المعلومات وتحميها من الفقد والتلف. • تتضمن سياسات وإجراءات الحفاظ على المعلومات البنود التالية: ✓ من له الحق في الإطلاع على المعلومات. ✓ الظروف التي يسمح فيها بالإطلاع على البيانات والمعلومات. ✓ وسائل حفظ البيانات وحمايتها من التلف.
ج-3-3	يوجد بالمؤسسة سياسة تنظم إنشاء وتداول السياسات والإجراءات • تشمل الإجراءات: ✓ طريقة الكتابة

الترقيم	المعيار
	✓ المراجعة ✓ الاعتماد ✓ التوزيع ✓ التحديث ✓ الحفظ
ج-3-4	يوجد نظام مساند لنظم إدارة المعلومات في حالة استخدام نظم المعلومات الالكترونية.
	• يوجد نظام موثق لإدارة المعلومات مواز للنظام الالكتروني لحماية المعلومات من الضياع والتلف في حالة إصابة النظام الالكتروني بخلل. • يلم العاملون في إدارة المعلومات بسبل التعامل مع النظام.
ج-4	إدارة السجلات الطبية
ج-4-1	يوجد بالمؤسسة سياسات وإجراءات مكتوبة للسجلات الطبية تتماشى مع اللوائح والقوانين .
	تتضمن سياسات السجلات الطبية البنود التالية: ✓ مدة حفظ الملف ✓ سياسة تقاعد الملف وطريقة التخلص من الملفات المتقاعدة ✓ كيفية تعريف المريض وترقيمه ✓ إجراءات فتح ملف جديد ✓ إجراء استدعاء ملف ✓ إجراء التعبئة والترتيب ✓ تجميع إحصاءات المرضى ✓ ضمان سرية المعلومات
ج-4-2	تحتفظ المؤسسة بسجل طبي لكل مريض يراجع المستشفى.
	• يتوفر سجل طبي لمرضى جناح الإقامة والعيادات الخارجية والطوارئ.
ج-4-3	يتضمن الملف الطبي لكل مريض رقماً موحداً.
	• يوجد ملف طبي برقم غير مكرر لكل مريض. • يتم استخدام الرقم الأصلي للحالة متكررة الدخول.
ج-4-4	يحتوي الملف الطبي على كافة البيانات الضرورية للمريض.
	يتضمن سجل المريض المقبول في المستشفى البيانات التالية: ✓ التعريف بالمريض، اسمه، عنوانه، تاريخ ميلاده. ✓ الشكوى الرئيسية والسيرة المرضية والفحص السريري الشامل. ✓ الطرق العلاجية بما فيها الأدوية الموصوفة.
ج-4-5	توفر ملخص الخروج في ملف كل مريض.
	يتضمن السجل المغلق للمريض الذي غادر تقرير الخروج والذي لا بد أن يحتوي على: ✓ سبب إدخال المريض. ✓ المكتشفات الهامة ذات الدلالة والفحوصات. ✓ الإجراءات التي تم إجراؤها للمريض. ✓ أي تشخيص تم تحديده أو عمله.

الترقيم	المعيار
	✓ العلاج الذي تم إعطاءه. ✓ حالة المريض عند الخروج من المستشفى. ✓ تعليمات الخروج والعلاج والمتابعة بعد خروج المريض. ✓ اسم وتوقيع الطبيب الذي أمر بإخراج المريض.
ج-4-6	يتم التوقيع على أية معلومة يتم إدخالها بالملف.
	جميع المعلومات داخل الملف الطبي يتم التوقيع عليها بالاسم والوظيفة (أو الرقم الدليل) والتاريخ.
ج-4-7	يوجد بالمؤسسة مكان مخصص لحفظ السجلات بطريقة منظمة وأمنة.
	يتوفر مكان لحفظ السجلات بمواصفات تضمن السرية والأمان، التنظيم، الحفاظ من التلف أو الحرق.
ج-4-8	تطبق المؤسسة إجراء استدعاء ملف يضمن سرعة الوصول لأي سجل طبي في الوقت المناسب للشخص المخول.
	تضمن إجراءات طلب الملف الأشخاص المخولين لطلبه وضمان سرعة وصول المعلومات فيه للكادر الطبي.
ج-4-9	تطبق المؤسسة آليات لضمان سرية المعلومات المتعلقة بالمرضى والمدونة في السجل الطبي.
	- سياسات وإجراءات سرية الملفات معلنة ومعتمدة وتشتمل على من له حق الإطلاع والتسجيل داخل الملف الطبي. - تشرف لجنة السجلات الطبية على تطبيق السياسة. - يقوم أفراد التمريض بتطبيق السياسة.
ج-5	إدارة الجودة
ج-5-1	يوجد بالمؤسسة لجنة أو مجلس للجودة يضم قيادات المؤسسة وممثلي الأقسام الفنية والإدارية المختلفة ومنسق الجودة.
	- يوجد قرار تشكيل لجنة معتمد ومؤرخ. - يضم تشكيل اللجنة التخصصات المشار إليها بالمعيار. - يوجد قرار تعيين لمنسق للجودة
ج-5-2	تضمن لجنة الجودة تشكيل وتفعيل اللجان ذات العلاقة بالجودة، بما يتناسب وحجم المؤسسة، تتوفر اللجان التالية مع أسماء الأعضاء المنسقين فيها
	- لجنة مكافحة العدوى - لجنة الوفيات والمضاعفات - لجنة السجلات الطبية - لجنة التعليم والتدريب المستمر - لجنة مراجعة استخدام الدواء - لجنة السلامة البيئية والصحة المهنية يتوفر إثبات لنشاط اللجان الحقيقي - مهام ومسؤوليات محددة مكتوبة ومعتمدة لكل لجنة - تقارير اجتماعات دورية للجان تعكس المهام والمسؤوليات - تقارير دورية بالمشاكل والإجراءات التصحيحية مرفوعة من اللجان للجنة الجودة
ج-5-3	تقوم لجنة الجودة برفع تقاريرها للإدارة العليا والأقسام المختلفة واللجان المعنية بشكل دوري ومتابعة تنفيذ التوصيات.

الترقيم	المعيار
	• تتوفر تقارير دورية مرفوعة للإدارة العليا. • تتوفر تقارير مرفوعة للأقسام المختلفة واللجان. • وثائق متابعة تنفيذ التوصيات.
ج-5-4	يوجد نظام مطبق لتلقي والتعامل مع اقتراحات وشكاوى المرضى والعاملين يتضمن النظام: • وسيلة معلنه لتلقي شكاوى ومقترحات المرضى الشفهية أو المكتوبة الموقعة وغير الموقعة. • سجل الشكاوى والمقترحات. • فريق/لجنة لفحص الشكاوى واتخاذ الإجراءات التصحيحية ومتابعة تنفيذ وجدوى الإجراءات. • سياسات وإجراءات مكتوبة لهذا النشاط يشمل البنود السابقة . • ملاحظة الإجراءات التصحيحية المذكورة.
ج-5-5	يوجد نظام مطبق لقياس وتحسين رضا المستفيد من الخدمة بشكل دوري • ينظم منسق الجودة كيفية قياس رضا العميل وتحديد توقعات المجتمع وتحديثها وكيف يتم تلبيتها. • يتم تنفيذ استبيان رضا المرضى والعملاء دورياً. • تتم مناقشة وتحليل الاستبيانات أثناء اجتماعات لجنة الجودة. • يتم اتخاذ إجراءات تصحيحية للمشاكل.
ج-5-6	يوجد نظام مطبق لقياس ومتابعة مؤشرات الأداء . • النظام يراعي على الأقل: ✓ متوسط مدة الإقامة للمريض ✓ نسبة الوفيات ✓ نسبة إعادة دخول المرضى المستشفى خلال 30 يوماً لسبب متعلق مباشرة بالسبب الأساسي. • يوجد نظام موثق لمتابعة مؤشرات الأداء • تتوفر مؤشرات الأداء للشهور السابقة. • تتوفر نماذج لخطط تصحيحية.
ج-6	طاقم/هيئة الأطباء
ج-6-1	لدى المؤسسة سياسة لمراجعة وتقييم والتحقق من الشهادات العلمية للهيئة الطبية المصرح لها بتقديم الرعاية للمريض. • تتوفر سياسات وإجراءات بالهيئة الطبية تتضمن طريقة للتحقق من الشهادات العلمية. • يضمن رئيس الهيئة الطبية أن الهيئة تقوم بأعمالها وفق السياسات والإجراءات. • تتم عملية المراجعة والتقييم والتحقق من الشهادات العلمية للمصرح لهم بتقديم رعاية للمرضى.
ج-6-2	تحتفظ الهيئة الطبية بسجل فني لكل عضو بهيئة الأطباء . تتضمن الملفات الفنية لأعضاء الهيئة الطبية الوثائق التالية: ✓ ترخيص مزاولة المهنة ✓ الدرجات العلمية ✓ التعلم والتدريب ✓ تقارير تقييم الأداء الدورية
ج-6-3	تقوم المؤسسة بتحديد وإجازة الأطباء المصرح لهم بإدخال وعلاج المرضى وتقديم الخدمات السريرية

الترقيم	المعيار
	الأخرى بما يتوافق مع كفاءة الأطباء ولوائح المؤسسة
	- تتوفر لوائح وسياسات لهيئة الأطباء - تقوم المؤسسة بتحديد إجازات الأطباء لعلاج المرضى والخدمات السريرية
ج-7	طاقم/هيئة التمريض
ج-7-1	يوجد رئيس أو رئيسة للتمريض بإجازة مناسبة تعمل في المشفى بعقد نظامي.
	يتضمن ملف رئيسة هيئة التمريض توثيقا لما يلي: ✓ ممرضة مؤهلة/مسجلة ✓ مدربة على الإدارة ✓ لها خبرة لا تقل عن 10 سنوات ✓ لها مهام محددة حسب التوصيف الوظيفي ✓ تمارس رئيسة هيئة التمريض المهام الواردة في الوصف الوظيفي.
ج-7-2	تمثل هيئة التمريض في الإدارة العليا للمؤسسة.
	يتضمن قرار تشكيل مجلس الإدارة أن هيئة التمريض ممثلة به.
ج-7-3	تدار الخدمات التمريضية بأقسام المستشفى المختلفة عن طريق ممرضات مؤهلات بدرجات علمية مناسبة بالإضافة إلى الخبرة المطلوبة في الإدارة
	- تتضمن ملفات رؤساء التمريض لأقسام العمليات والعناية المركزة والتوليد والأقسام المرخصة في المشفى المؤهل المناسب بالإضافة إلى السيرة الذاتية موضح بها الخبرات والمهارات المختلفة. - يقوم رؤساء التمريض بعمل يناسب خبراتهم ومهاراتهم السابقة.
ج-7-4	تمارس الممرضة المؤهلة المهام المحددة بها.
	- يتوفر في ملف المريض جزء خاص لتقييم التمريض ويتم وضع الخطة التمريضية وفق هذا التقييم مع وجود مراجعة دورية لحالة تقدم المريض مع تعديل الخطة وفق ذلك - تقوم الممرضات بدورهن التمريضي وفق ما يلي: ✓ تقييم حالة المريض ✓ وضع خطة الرعاية التمريضية ✓ مراجعة حالة تقدم المريض ✓ تعديل الخطة التمريضية حسب تقدم الحالة ✓ إبلاغ الطبيب المختص بصفة دورية ✓ تدوين البيانات وخطة التمريض بملف المريض بصفة منتظمة - يقوم طاقم التمريض بإبلاغ الأطباء بصفة دورية بتطور حالة المريض.
ج-7-5	يوجد نظام للتدريب التمريضي المستمر.
	- تتوفر خطة تدريب وجدول تدريب لبرنامج يشمل على الموضوعات التالية: ✓ الإنعاش القلبي الرئوي ✓ مكافحة العدوى ✓ مهارات التواصل ✓ سلامة البيئة وإدارة المخاطر ✓ التحسين المستمر وأمان المريض

الترقيم	المعيار
	• يتم توثيق التدريب بملفات التمرير. • تتوفر قناعة عند الجهاز التمريري بجدية وفاعلية التمرير.
ج-8	إدارة الموارد البشرية
ج-8-1	يوجد مدير يقوم بالإشراف على مهام إدارة/قسم الموارد البشرية ويكون له الخبرة والمؤهلات اللازمة لذلك.
	• تتوفر المؤهلات اللازمة لمدير إدارة الموارد البشرية (على الأقل التدريب على الإدارة ومهارات الاتصال)
ج-8-2	يوجد نظام لتقييم احتياجات المؤسسة من كفاءات العنصر البشري لمختلف الوظائف والعمل على توفيره.
	• توجد شروط معينة لاختيار الموظفين • توجد سياسات وإجراءات لتحديد الاحتياج الوظيفي للمنشأة الصحية • توجد إحصائيات دقيقة عن عدد وتوزيع العاملين بالمنشأة لإمكانية التعرف على أماكن النقص
ج-8-3	تطبق المؤسسة خطة لتنمية الموارد البشرية.
	• توجد وثائق لتنفيذ الخطة مثل جداول وشهادات وتقارير التدريب • يتم إدراج وثائق التدريب للعاملين في ملفاتهم. • جدية وكفاءة التدريب كافية للعاملين
ج-8-4	يوجد توصيف وظيفي لجميع الوظائف.
	يتضمن التوصيف الوظيفي للعاملين البنود التالية: ✓ الترخيص المطلوب ✓ الدرجات العلمية المطلوبة ✓ التعليم والتدريب والمهارات اللازمة ✓ مهام ومسؤوليات العمل.
ج-8-5	يوجد نظام حوافز حسب أداء وكفاءات وإنجازات العاملين بشكل معلن ومطبق.
	يوجد سياسات وإجراءات معلنة للحوافز تتماشى مع اللوائح والقوانين العامة للقوى العاملة وتشمل: • شروط صرف أو إلغاء الحوافز • كيفية تحديد الحوافز • دورية صرف هذه الحوافز • الحوافز الاستثنائية تتوفر كشوف صرف الحوافز ويتوفر تقييم أداء العاملين (خاصة لمن أحيل للتحقيق أو من له تنبيه أو شكوى في حقه) (أيضاً بالنسبة للموظف المثالي أو من حصل على جائزة وغيره).
ج-8-6	يوجد ملف خاص لكل موظف موضح به جميع البيانات الخاصة به وبيانات عن الأداء.
	يحتوي ملف العامل على المستندات التالية: ✓ نسخة من الشهادات العلمية وترخيص مزاولة المهنة اللازم. ✓ التعليم والتدريب والسيرة الذاتية. ✓ التوصيف الوظيفي الحالي. ✓ ما يثبت حضور برنامج تهيئة الموظف الجديد. ✓ تقارير التقييم السنوية. ✓ وثائق أخرى حسب اللوائح والقوانين.

الترقيم	المعيار
ج-8-7	يوجد وسيلة لتعريف العاملين من خلال بطاقة تعريف وزي مناسب. ✓ توجد بطاقة تعريف تحتوي على بيانات العامل وصورته الضوئية. ✓ يوجد زي خاص لكل فئة من العاملين
ج-9	التعليم والتدريب المستمر
ج-9-1	توجد وحدة أو لجنة متخصصة في التدريب وتطوير كفاءة ومهارة العاملين لديها برنامج للتعليم والتدريب المستمر لجميع العاملين. • تتوفر وثيقة توضح مهام اللجنة/الوحدة • تتوفر محاضر لاجتماعات اللجنة (أو تقارير نشاط الوحدة) • يتوفر برنامج للتدريب يتضمن البنود التالية: ✓ تحديد الاحتياجات التدريبية للعاملين ✓ تحديد الفئات المستهدفة ✓ تحديد طرق التدريب ✓ تحديد المدربين ✓ تحديد الموارد المالية اللازمة ✓ خطة/جداول زمنية
ج-9-2	يوجد مكان ملائم ومجهز بالوسائل المناسبة للتدريب داخل المؤسسة . يتوفر مركز للتدريب بالمؤسسة وتوجد التجهيزات التي تناسب التدريب مثل (المناضد، الكراسي، سبورة، حامل للسبورة الورقية، جهاز إسقاط علوي للشفافيات على الأقل ويفضل بروجكتر، شاشة عرض، بالإضافة لمستلزماتهم).
ج-9-3	يتيح البرنامج التدريبي الفرص التدريبية لمختلف المستويات والفئات الوظيفية . • تتوفر تقارير الدورات التدريبية المنفذة. • يتم تحديد الاحتياجات التدريبية لكافة الوظائف والفئات. • التأكد من أن الخطة التدريبية تفي بهذه الاحتياجات.
ج-10	الخدمات المساندة: المطبخ (إدارة التغذية والإطعام)
ج-10-1	وجود وحدة تنظيمية أو قسم أو إدارة متخصصة في شؤون التغذية والإطعام تشرف على قسم إعداد الطعام يرأسها مسؤول متخصص في المجال وله خبرات لمدة مناسبة وخاصة في المجال الصحي التغذوي. • يتضمن الهيكل التنظيمي للمؤسسة وجود وحدة إدارية أو قسم أو إدارة متخصصة في شؤون التغذية والإطعام. • يتضمن ملفات رئيس وحدة/إدارة التغذية والمطبخ الشهادات الدراسية وشهادات الخبرة في المجال الصحي التغذوي.
ج-10-2	يوجد مطبخ مناسب لإعداد الطعام للمؤسسة. • تتوفر قائمة بالوجبات التي تقدمها المؤسسة. • تتوفر قائمة بتجهيزات المطبخ. • لا يوجد نقص في التجهيزات وهي تفي باحتياجات عملية إعداد الطعام لمختلف أنواع الوجبات. • التجهيزات موجودة ويتم تجهيز الوجبات للتوزيع لكل من المرضى والعاملين والزوار.

الترقيم	المعيار
ج-10-3	وجود قائمة بالوجبات الخاصة والحميات المتاحة. تتوفر قوائم للوجبات الخاصة المتاحة.
ج-10-4	يتم التخزين والحفظ السليم لمختلف أصناف المواد المستخدمة في تحضير الطعام. - تتوفر سياسات وإجراءات لحفظ وتخزين مواد تحضير الطعام. - تتم عملية الحفظ وفق السياسات والإجراءات. - أماكن التخزين نظيفة ولا يوجد ما يدل على وجود قوارض. - يتم التأكد من متابعة درجات الحرارة لثلاجات حفظ وتخزين الطعام.
ج-10-5	يلتزم العاملون بإجراءات النظافة في تعاملهم مع المواد الغذائية. - يقوم العاملون بإتباع إجراءات التحكم في العدوى مثل ارتداءهم للقفازات و غسل الخضراوات والفواكه واللحوم. - تتوفر إجراءات خاصة بالنظافة في التعامل مع المواد الغذائية. - يعلم العاملون بإجراءات غسيل اليدين وينفذونها بصفة دائمة.
ج-10-6	الالتزام بتواريخ صلاحية المواد الغذائية ومتابعة المخزون منها من حيث مدة الصلاحية. تاريخ صلاحية المواد الغذائية الموجودة بالمخزن سارٍ.
ج-10-7	إجراء فحص طبي دوري لجميع متداولي الأغذية. - يتم إجراء الفحص الطبي الدوري للعاملين بالمطبخ طبقاً للأنظمة المحلية. - تتوفر نتائج الفحص في ملف العامل.
ج-11	<u>الخدمات المساندة: الفندقية (خدمات الغرف)</u>
ج-11-1	توجد وحدة متخصصة لخدمة الغرف في المؤسسة وفق حجم المؤسسة. - تتوفر وحدة خدمات. - الهيكل التنظيمي لوحدة الخدمات وعدد أفرادها يتناسب مع حجم المؤسسة.
ج-11-2	المسؤول عن الوحدة مؤهل دراسياً وذو خبرة في مجال الفندقية. تتوفر للمشرف على وحدة الخدمات الشهادات الدراسية وشهادات الخبرة في مجال الفندقية.
ج-11-3	توجد سياسات مدونة وإجراءات لعمليات التنظيف والتطهير حسب قواعد مكافحة العدوى ويقوم العاملون بتطبيقها. - تتوفر سياسات وإجراءات خاصة بالتنظيف والتطهير. - تتوفر لأفراد وحدة الخدمات الخبرة بإجراءات مكافحة العدوى التي ينفذونها.
ج-11-4	توافر شهادات صحية لجميع العاملين بالوحدة سارية الصلاحية. - تتضمن الملفات الخاصة بالعاملين في وحدة الخدمات شهادات صحية سارية الصلاحية. - يتوفر سجل لمتابعة وتحديث الشهادات الصحية.
ج-12	<u>الخدمات المساندة: وحدة الغسيل</u>
ج-12-1	يوجد وحدة بها مكان مخصص ومجهز بالمعدات التي تسمح بعمليات الغسيل والتجفيف التي تحتاجها المستشفى. المكان يتناسب مع حجم المستشفى.

الترقيم	المعيار
	• تتوافر الغسالات والمجففات والتجهيزات الأخرى الخاصة بالكي والحفظ والنقل • التجهيزات الموجودة بقي باحتياجات المؤسسة بما يخص عملية الغسيل.
ج-12-2	المسؤول عن وحدة الغسيل مؤهل وذو خبرة في مجال العمل.
	تتوفر الشهادات الدراسية أو شهادات الخبرة المعتمدة في مجال العمل.
ج-12-3	ملائمة مقر وحدة الغسيل لمتطلبات نظافة وتهوية وجفاف وتصريف مياه الغسيل.
	• المكان نظيف ولا توجد مياه متراكمة داخل القسم. • يوجد نظام صرف صحي سليم • يوجد نظام للتهوية (مراوح وشفاطات) ويعمل بصورة سليمة.
ج-12-4	يوجد سياسات مدونة وإجراءات لوحدة الغسيل يتم تطبيقها.
	• تشمل السياسات والإجراءات في وحدة الغسيل البنود التالية: ✓ جمع وفرز المفروشات الملوثة وغيرها ✓ إزالة التلوث والتجهيز ✓ أنواع وتركيز مواد التنظيف ✓ تخزين المفروشات النظيفة وغيرها ✓ إجراءات ضبط الجودة وتشمل درجات حرارة المياه المناسبة • لدى العاملين بالمغسلة معرفة بالسياسات والإجراءات ويمكنهم وصفها. • سياسات وإجراءات وحدة الغسيل منفذة. • تتطابق هذه السياسات مع ما هو مكتوب بدليل مكافحة العدوى المعتمد.
ج-13	<u>الخدمات المساندة: الصيانة</u>
ج-13-1	وجود وحدة تنظيمية متخصصة في الصيانة.
	• يتضمن الهيكل التنظيمي للمؤسسة وجود وحدة متخصصة في مجال الصيانة. • يتوفر موقع للورشة الهندسية.
ج-13-2	يرأس الوحدة الهندسية مسؤول مؤهل وذو خبرة في الصيانة.
	تتوفر في ملف رئيس وحدة الصيانة الشهادات الدراسية المعتمدة والدورات التدريبية والسيرة الذاتية الموضح بها الخبرة السابقة في مجال العمل بالصيانة.
ج-13-3	تمثل وحدة الصيانة في اللجان ذات العلاقة بالمؤسسة مثل لجنة سلامة البيئة.
	يتوفر تشكيل لجنة سلامة البيئة.
ج-13-4	وجود آلية مطبقة للتشاور بين وحدة الصيانة وكل الأقسام في المؤسسة في حالة شراء تجهيزات جديدة.
	• تتوفر سياسات وإجراءات خاصة بشراء التجهيزات الجديدة. • يتم تنفيذ السياسات والإجراءات الخاصة بشراء التجهيزات الجديدة.
ج-13-5	تمتلك وحدة الصيانة معلومات عن شبكة التمديدات المائية والكهربائية والغازية في المؤسسة.
	توجد خرائط للشبكات الخاصة بالتمديدات والمائية والكهربائية والغازية في المؤسسة.
ج-14	<u>الخدمات المساندة: المكتبة</u>
ج-14-1	توجد مكتبة متخصصة تضم المراجع والدوريات الحديثة بما يتناسب مع حجم المؤسسة والتخصصات الموجودة فيها.

الترقيم	المعيار
	تتوفر مكتبة تحوي كتب ودوريات حديثة وتغطي التخصصات الموجودة بالمستشفى.
ج-15	<u>الخدمات المساندة: وحدة الإحصاء</u>
ج-15-1	يوجد وحدة للإحصاء مختصة بتجميع الإحصاءات والمعلومات عن المؤسسة وتدار بشكل علمي وتصدر تقاريراً دورية.
	• يتضمن الهيكل التنظيمي تلك الوحدة. • تتوفر في ملف مدير الوحدة الشهادات الدراسية المعتمدة والدورات التدريبية والسيرة الذاتية الموضح بها الخبرة السابقة في الإحصاء ونظم المعلومات. • تتم الاستجابة بسرعة عند طلب بيانات. • الإحصاءات موجودة وموثقة منذ صدور قرار البدء بها. • تتوفر تقارير دورية تصدر عن الوحدة.
ج-16	<u>الخدمات المساندة: الإدارة المالية</u>
ج-16-1	توجد وحدة تنظيمية مختصة في الشؤون المالية.
	• يتضمن الهيكل التنظيمي وجود وحدة تنظيمية مالية. • يتوفر هيكل تنظيمي فرعي للوحدة. • اختصاصات الوحدة محددة.
ج-16-2	الموظف القائم بالمهام/المسؤول عن هذه الوحدة الإدارية مؤهل في مجال تخصصه وله خبرة مناسبة في مجال عمله.
	يتضمن ملف رئيس الوحدة الشهادات الدراسية المعتمدة والدورات التدريبية والسيرة الذاتية الموضح بها الخبرة السابقة في الشؤون المالية
ج-16-3	وجود سجلات منظمة للحسابات في المؤسسة وفقاً للوائح والقوانين النافذة.
	• تتوفر لوائح وقوانين منظمة للحسابات المالية. • الحسابات جاهزة وفق اللوائح.
ج-16-4	وجود موازنة سنوية (خطة تقديرية قبل بداية كل سنة مالية) معتمدة من قبل الإدارة العليا.
	تتوفر موازنة للسنة المالية الحالية وهي معتمدة.
ج-16-5	يتم إعداد الموازنة السنوية من قبل الوحدة المختصة بالمشاركة مع جميع أقسام المؤسسة.
	• تتوفر السياسات والإجراءات الخاصة بالإدارة المالية موضح بها الإجراءات الخاصة بإعداد الموازنة • تتوفر دراسة الاحتياجات المالية للأقسام المختلفة التي يتم إرسالها إلى الإدارة المالية قبل عمل الميزانية بوقت كاف حسب ما هو موضح في السياسات والإجراءات • يتم الالتزام بالسياسات والإجراءات وتشارك أقسام المؤسسة في إعداد الموازنة السنوية.
ج-16-6	توجد سياسات وإجراءات للإدارة المالية الرشيدة.
	تتضمن السياسات الرشيدة: ✓ حفظ المستندات والسجلات المالية بطريقة آمنة ومتواصلة ومنظمة. ✓ مسؤوليات وصلاحيات وتعليمات وإجراءات الصرف. ✓ ضمان عدم هدر وتبديد الموارد المالية للمؤسسة.

الترقيم	المعيار
	✓ المراجعة والتدقيق المالي في المؤسسة
ج-16-7	تحفظ المستندات والسجلات المالية بطريقة آمنة ومتواصلة ومنظمة.
	• يتوفر مكان حفظ المستندات والسجلات بشكل آمن. • يتم حفظ المستندات والسجلات الخاصة وفق تسلسل منطقي. • الإدارة المالية راضية عن طرق الحفظ والسياسات والإجراءات الخاصة بذلك.
ج-16-8	توجد سجلات للتقييم المالي لمختلف موجودات المؤسسة.
	• تتوفر سجلات للتقييم المالي للعهد والأصول الموجودة بالمؤسسة. • تتطابق سجلات التقييم المالي مع كل موجودات المؤسسة.

الترقيم	المعيار
د	معايير الخدمات المجتمعية
د-1	<u>إشراك المجتمع</u>
د-1-1	يشارك ممثلو المجتمع في المجالس ولجان المؤسسة لتقييم وتطوير الخدمة المقدمة في المؤسسة.
	• يتوفر تقرير التقييم السنوي ومحاضر اجتماعات مجلس الإدارة و مشاركات ممثلي المجتمع المحلي. • لدى المدير ونوابه وقيادات المؤسسة تصور وأمثلة لمشاركة المجتمع في تقييم وتطوير الخدمة
د-2	<u>التعرف الى المجتمع</u>
د-2-1	تقوم المؤسسة الصحية بالتعرف الى المجتمع المحلي (المعني بتلقي الخدمة) والمشاكل الصحية والبيئية بالمجتمع والاحتياجات الصحية وتوقعات المجتمع
	يمكن إثبات التعرف على المجتمع المحلي وما يتوفر فيه من خدمات صحية وغير صحية. ✓ توجد خارطة جغرافية بالمؤسسة للمجتمع المحلي (المعني بالخدمة) وما يتوفر به من خدمات. ✓ توجد بيانات ديموغرافية عن المجتمع المحلي (المعني بتلقي الخدمة). ✓ توجد بيانات عن المشاكل الصحية والبيئية بالمجتمع. ✓ يتم تحديث المعلومات دورياً.
د-3	<u>معايير التوعية الصحية</u>
د-3-1	تقوم المؤسسة بإعداد برامج توعيه موجهة للمجتمع بفئاته المختلفة.
	تتوفر مبادئ البحث التالية: ✓ تحديد احتياجات التوعية الصحية بما يواكب المشاكل الصحية ذات الأولوية ✓ تحديد الفئات المستهدفة ✓ تحديد طرق التوعية ✓ تحديد المثقفين الصحيين أو المجموعات الداعمة ✓ تحديد الموارد المالية اللازمة ✓ خطة/جدول زمنية ✓ طرق التقييم
د-3-2	يتم تنفيذ برامج التوعية الصحية لمختلف الفئات المستهدفة وتوفر المؤسسة الوسائل المساندة لذلك
	• تتوفر جداول وتقارير للتوعية الصحية التي تتم داخل وخارج المؤسسة وتغطي جميع الفئات المستهدفة • يوجد مكان داخل المؤسسة للتوعية الصحية مجهز بالوسائل السمعية والبصرية. • المقابلة الشخصية مع مسؤول التوعية الصحية ورئيس المجموعة (لجنة مشاركة المجتمع) للتأكد من كفاءة برامج التوعية • ملاحظة وجود ملصقات معلقة في مكان واضح وبلغة مفهومة. • تتوفر مطويات إعلامية ويتم الإطلاع على محتوى المطويات والتأكد من عرض الرسالة التثقيفية بلغة سهلة.

الترقيم	المعيار
	• يتم تزويد المترددين على المؤسسة بالمطويات والنشرات
د-4	<u>التعاون مع الجهات ذات العلاقة بالصحة</u>
د-4-1	• تقوم المؤسسة بالتنسيق والتعاون مع الجهات ذات العلاقة (الحكومية وغير الحكومية) للتعامل مع المشاكل الصحية والبيئية بوضع خطط وآليات لحل هذه المشاكل وتوفير الدعم اللازم لحل هذه المشاكل.
	• تتوفر قائمة تحدد الجهات ذات العلاقة في مكان عمل المؤسسة وقائمة بالمشاكل الصحية. • تتوفر مخاطبات المؤسسة مع الجهات ذات العلاقة . • تتوفر وثائق تثبت التعاون في الأنشطة المشار لها بالمعيار.
د-5	<u>الدراسات الميدانية والبحوث</u>
د-5-1	تقوم المؤسسة بعمل مسوحات صحية للمجتمع المحلي.
	• يتضمن الهيكل التنظيمي للمؤسسة وجود لجنة (أو منسق) للبحوث والدراسات الميدانية ضمنه • مهام اللجنة أو المنسق موثقة ومعتمدة • توجد خطة مطبقة
د-5-2	يتم الاستفادة من نتائج الدراسات السابقة في تطوير الخدمات والبرامج الصحية.
	يوفر المنسق/رئيس اللجنة معلومات عن كيفية الاستفادة من نتائج الدراسات السابقة ووثائق تثبت ذلك.
د-6	<u>برامج تعزيز الصحة</u>
د-6-1	تشارك المؤسسة في برامج تعزيز الصحة في المجتمع المحلي.
	توجد برامج لتعزيز أنماط الحياة الصحية لبعض مما يلي: ✓ مكافحة التدخين. ✓ التغذية الصحية. ✓ اللياقة البدنية. ✓ الصحة الإنجابية والجنسية. ✓ مكافحة الإدمان والمخدرات. ✓ الصحة النفسية. ✓ مكافحة السمنة وزيادة الوزن. ✓ تشجيع الرضاعة الطبيعية. ✓ الاستخدام الرشيد للدواء.

الملحق 7

القرار 65/ت



الجمهورية العربية السورية
وزارة الصحة

قرار تنظيمي رقم ١٥ / ت

وزير الصحة :

بناءً على أحكام المرسوم رقم ٩٦٨ لعام ١٩٥٣ المنصنف نظام المشافي الخاصة،
وعلى أحكام المرسوم التشريعي رقم ١٢ لعام ١٩٧٠ المتضمن مزاولة المهن الطبية
وعلى القرار التنظيمي رقم ٧٩/ت لعام ٢٠٠٤،
وعلى القرار التنظيمي رقم ٢/ت لعام ٢٠١٠،
وعلى مقتضيات المصلحة العامة.

يقرر ما يلي :

مادة ١ - تصنف المشافي وفقاً لجودة العمل الطبي وتنظيمه وأمان الإجراءات وشروط السلامة للمريض
والمجتمع وبما يتوافق مع غاية الاستشفاء وهي الحصول على الرعاية الصحية النموذجية والأمنة
وذلك باستعمال أربعة قواعد هي :

- أ - رعاية المريض.
- ب - سلامة وأمان المريض.
- ج - التنظيم الإداري.
- د - الخدمات المجتمعية.



مادة ٢ - تعتمد لكل قاعدة مجموعة معايير لاكتساب نقاط التصنيف على النحو التالي :

أولاً	أ - معايير رعاية المريض	النقاط
١	المباشرة بالرعاية	5
٢	استمرارية الرعاية	15
٣	حقوق المريض	45
٤	المختبرات	25
٥	الأشعة	20
٦	الرعاية التغذوية	15
٧	الرعاية المتعلقة بالألم	15
٨	العناية الخاصة بمرضى الطوارئ	30
٩	معايير تقييم المرضى	25

١٠	الحالات ذات الخطورة	15
١١	معايير التخدير والإنعاش	50
١٢	معايير الجراحة	50
١٣	الصيدلية واستعمال الدواء	55
١٤	استخدام الدم ومشتقاته	20
ثانياً:	ب - معايير السلامة وأمان المريض .	
١	تصميم المؤسسة .	90
٢	التطهير والتعقيم	40
٣	أمان المريض	50
٤	أمان الأفراد: المراجعين والعاملين	25
٥	السلامة البيئية.	50
٦	برنامج الصحة والسلامة المهنية .	15
٧	التحكم في انتشار العدوى.	80
ثالثاً:	ج - معايير التنظيم الإداري.	
١	الإدارة العليا	5
٢	قيادة المؤسسة:	10
٣	نظام إدارة المعلومات	15
٤	إدارة السجلات الطبية	75
٥	إدارة الجودة	50
٦	طاقم الأطباء	10
٧	طاقم التمريض	25
٨	إدارة الموارد البشرية	30
٩	التعليم والتدريب المستمر	5
١٠	المنطبخ (إدارة التغذية والإطعام)	25
١١	الفندقة (خدمات الغرف)	20
١٢	الغسيل.	15
١٣	الصيانة.	15
١٤	المكتبة.	5
١٥	وحدة الإحصاء.	5
١٦	الإدارة المالية.	20
رابعاً:	د - معايير الخدمات المجتمعية.	
١	إشراك المجتمع.	1
٢	التعرف إلى المجتمع .	1
٣	معايير التوعية الصحية.	4
٤	التعاون مع الجهات ذات العلاقة بالصحة.	1
٥	الدراسات الميدانية والبحوث.	2
٦	برامج تعزيز الصحة.	1
٢٠١	مجموع المعايير	١٠٧٥

مادة ٣ - يستفاد من مجموع النقاط التي تنتج عن التقييم لتحديد التصنيف وفق ما يلي :
(٤٠٠) نقطة وما دون غير مؤهل، وتذكر المستشفى بالإغلاق ما لم تتألف النقص الفني خلال ثلاثة أشهر.

من (٤٠١) إلى (٦٠٠) تصنف درجة رابعة .
من (٦٠١) إلى (٧٠٠) تصنف درجة ثالثة .
من (٧٠١) إلى (٨٠٠) تصنف درجة ثانية .
من (٨٠١) إلى (٩٠٠) تصنف درجة أولى .
أكثر من (٩٠٠) نقطة تصنف درجة ممتازة .

مادة ٤ - يعتبر التصنيف الوارد في القرار ٧٩/٢ لعام ٢٠٠٤ متوافقاً مع تصنيف المادة ٣ من هذا القرار وذلك على النحو التالي :

القرار ٧٩/٢	المادة ٣ من قرار التصنيف
درجة ممتازة	درجة أولى وممتازة
درجة أولى	درجة ثانية وثالثة
درجة ثانية	درجة رابعة

مادة ٥ - تصدر وزارة الصحة دليلاً مساعداً لطريقة التقييم ويعمم على الجهات المعنية كما تنشره على موقعها الإلكتروني وتقوم إدارة كل مستشفى بتأهيل مؤسساتها مستعينة بتلك التفاصيل أو مستعينة بالمؤسسات المتخصصة.

مادة ٦ - تصدر وزارة الصحة دليلاً للجان مراجعة معايير التصنيف وتتم دراسة المستشفى بموجبه .

مادة ٧ - تعتمد الوزارة بعض الشهادات الدولية للجودة ويمكن للمستشفى أن تحصل على أحداها لتستفيد منها في التصنيف.

مادة ٨ - تصدر إدارة المستشفى دليلاً يتضمن الهيكل التنظيمي والسياسات المتبعة لديها، يعتمد أثناء التصنيف وتحفظ مديرية المشافي ومديرية الصحة المعنية بنسخين منه ويجب على كل من يعمل في المستشفى الإطلاع عليه.

مادة ٩ - تقوم لجان من دائرة المشافي في كل مديرية صحة معنية بالتقييم المطلوب وتتألف تلك اللجنة من رئيس دائرة المشافي أو من ينوب عنه رئيساً وعضوين أحدهما على الأقل طبيب مختص .

مادة ١٠ - للحصول على شهادة التصنيف تتقدم إدارة المستشفى بطلب إلى مديرية الصحة المعنية لتقوم اللجنة المختصة بإجراء التقييم اللازم خلال مدة أقصاها ثلاثة أشهر من تاريخ الطلب.

مادة ١١ - تلتزم المستشفى بإبراز كافة الوثائق والمستندات المتوفرة التي تطلبها اللجنة وتسهيل إجراء المقابلات مع كافة المستويات، وتقوم اللجنة بتوثيق الكشف على دليل المراجعة.

مادة ١٢ - تنظم اللجنة الضبط اللازم بعد الزيارة الميدانية وترفع دائرة المشافي في مديرية الصحة الضبط إلى مديرية المشافي لتمر دراسته وتثبيت العلامة التي حصل عليها ثم يصدر وزير الصحة شهادة التصنيف

مادة ١٣- تكون شهادة التصنيف صالحة لمدة ثلاث سنوات وتتضمن مكان المشفى واسمها وتاريخ الإصدار ، كما تتضمن درجات كل من القواعد الأربعة، والتصنيف النهائي ويتوجب على إدارة المستشفى إعلانها في مكان ظاهر للعموم في قسم الاستقبال بالمستشفى وذكر درجة التصنيف في أوراقها ومطبوعاتها ووثائقها الرسمية ويعتبر خلاف ذلك من النواقص الإدارية.

مادة ١٤- يتوجب على إدارة المستشفى قبل انتهاء صلاحية الترخيص بثلاثة أشهر أن تتقدم بطلب جديد لإعادة التصنيف.

مادة ١٥- لإدارة المستشفى حق الاعتراض لمرة واحدة على نتيجة التصنيف خلال خمسة عشر يوماً من تاريخ تبليغه ، ليكلف الوزير لجنة جديدة من مديرية المشافي بإجراء طبط جديد يعتبر نهائياً.

مادة ١٦- يعاقب المدير الذي ينلّي بتصريح كاذب عن شروط العمل في المستشفى بالعقوبات المنصوص عنها في قانون العقوبات.

مادة ١٧- بحق لمديرية المشافي القيام بالتفتيش المفاجئ على أي من المستشفيات لضمان التزامها بالتصنيف الذي حصلت عليه وفي حال وجود ملاحظات سلبية تخص مستوى التصنيف تطبق عقوبة الإنذار ويعاد التقييم.

مادة ١٨- تمهل إدارات المشافي المرخصة مدة تسعة أشهر من تاريخ صدور هذا القرار لتنفيذ مضمونه ، وبعد انتهاء المهلة تعتبر المشافي المخالفة حكماً مصنفة من الدرجة الرابعة وتندرج لاستكمال النواقص خلال مدة ثلاثة أشهر وفي حال استمرار المخالفة تطبق العقوبة القانونية.

مادة ١٩- ينشر هذا القرار التتظيمي وينبغي من يلزم لتنفيذه ويعتبر نافذاً من تاريخ نشره.

دمشق في ١٤٣١ هـ و ٨ / ١٢ / ٢٠١٠ م.

وزير الصحة

الدكتور رضا سعيد

المبلغ إليهم :

- رئاسة مجلس الوزراء
- مكاتب السادة معاوني الوزير
- الهيئة المركزية للرقابة والتفتيش
- وزارة التعليم العالي
- وزارة المالية - دائرة النشر
- نقابة الأطباء
- كافة مديريات الصحة في المحافظات لتعميمه على كافة المشافي الخاصة لديهم
- مديرية الرقابة الداخلية
- مديرية الشؤون الإدارية
- مديرية المشافي ١٢/١٢
- مديرية الشؤون القانونية
- الديوان

دمشق - المجتهد - وزارة الصحة مجمع الباسل التنظيمي - مديرية الشؤون القانونية

Abstract

The impact of the strategic Assessment of health organizations on excellence in quality of health service Comparative study between public and private Syrian hospitals

The main challenge which facing developing the health management and the quality of services provided by it in Syria, is the weakness of competitive thinking, which enable it to cope with the rapid development in administrative tools, in addition to the expansion of the scope and the quality of health services provided to others. Problems that related to this challenge are divided into two parts: the first one relates to the organizational and institutional structures, and the other relates to the mechanism of work governing relations within and outside the management.

One of the reasons for these problems is that the process of the strategic assessment of the performance of health organizations in Syria has not given enough attention, to adopt a clear criteria and indicators in evaluation, that help to show weaknesses and imbalances, correcting the deviation in time.

This research will consider the importance, of developing criteria and indicators of the strategic assessment of health management in Syria, using balanced scorecard with its financial and non-financial perspectives, and reflect them within a time series (2010-2017), to know their impact on the excellence in the quality of health services, and using the scorecard as a comparative tool for the quality of the services that provided by public and private hospitals in Syria.

In light of this, the problem of the research is summarized in the following questions

- *What is the strategic assessment system that applied in the Syrian health organizations?*
- *What are the requirements for applying financial and non-financial perspectives of the strategic assessment in health organizations in Syria?*
- *Is there a significant impact of financial perspectives on excellence in quality of health service?*
- *Is there a significant impact of non-financial perspectives (clients, internal processes, learning and growth, environment and society) on excellence in quality of health service?*
- *What are the main indicators that can be adopted to build a balanced scorecard as a tool of strategic assessment in the health sector?*

- *Do public hospitals differ between each other's according to the approved strategic assessment indicators, and how we use the Balanced Scorecard as a tool of strategic assessment in public hospitals?*
- *Do private hospitals differ between each other's according to the approved strategic assessment indicators, and how we use the Balanced Scorecard as a tool for strategic assessment in private hospitals?*

Study Outcomes:

1. *The Syrian health strategic assessment system is based on the Syrian Directory of Hospitals Classification, but it is still remains a pioneering idea.*
2. *The use of Balanced Scorecard as a strategic assessment tool enables us to express the performance of the hospital with a single number, and it is simple even it has Financial and non-financial indicators, and it helps to compare the levels of quality of health services that provided by the hospitals in Syria.*
3. *The Balanced Scorecard is based on indicators that related to (infection control, quality of service, patient satisfaction and doctors training) as priorities of the work in public hospitals, as well as (infection control, patient satisfaction, quality of service and profit) as priorities in the work of private hospital.*
4. *There is a significant impact of financial indicators as a perspective of strategic assessment on excellence in quality of health service*
5. *There is a significant impact of non-financial indicators represented only by (growth and learning, customers) as a perspective of the strategic assessment on excellence in quality of health service*
6. *It was proposed to develop the balanced scorecard to reflect excellence in quality of health service by taking the advantage of the European model of excellence, And adding a leadership perspective to be one of a major component of the card, but We could not apply the developed format of the card in this research.*
7. *The most important determinants of the implementation of the Balanced Scorecard in hospitals, is the lack of clarity in the concept of strategic evaluation among the directors of health departments in Syria, and the difficulty of communicating with the senior management in hospitals, in addition to the bureaucratic and administrative constraints that imposed by the crisis in Syria in terms of information circulation and transmission, As well as benefit from research and studies carried out by hospitals.*

Study Recommendations:

- 1- *The Syrian Directory of Hospitals Classification is the main tool for evaluating the performance of hospital in Syria, but it is a pilot and detailed program that requires years of training and work to be implemented on the ground. Therefore, we see that adoption the criteria and indicators that were*

used in building the balanced scorecard is an important step for developing the administrative work in Syrian hospitals.

- 2- Supporting senior management is very important to implement Balanced Scorecard.*
- 3- One of the most important priorities to improve the quality of health service in public hospitals is, to improve indicators that related to customers and financial perspectives in BSC, so we recommend to developing a financial management in public hospitals to improve a tangibility standards and training staff to welcome patients and respond to their requests and complains.*
- 4- One of the most important priorities to improve the quality of health service in private hospitals is, to improve indicators that related to environment and social perspective in BSC, so we see it is necessary for private hospitals to strengthen its social responsibility towards the community.*
- 5- Direct and recommended the management research to use the developed form of the balanced card (after adding the leadership perspective) to study the impact of this adding to the quality of health service.*