

## المحاضرة الثامنة: جودة الخدمات الصحية

### مفهوم جودة الخدمة الصحية:

يمثل مفهوم الجودة بشكل عام القدرة على الاستجابة لتوقعات الزبائن وذلك فيما يتعلق بخصائص السلعة أو الخدمة وهي كما عرضها Coyle بقوله ((إنها الإرضاء المتواصل لمتطلبات وتوقعات الزبائن)) إلا أن إعطاء تعريف محدد لجودة الخدمة الصحية ليس سهلاً لكونها خدمة غير ملموسة شأنها في ذلك شأن بقية الخدمات الأخرى ولعدم وجود معايير نمطية للحكم على جودة الخدمة كما هو الحال في السلع، لذا أصبح تحديد مفهوم جودة الخدمة الصحية يخضع لأراء مختلفة منها رأي الطبيب والمريض وإدارة المستشفى فلكل من هؤلاء رأيه الخاص بمفهوم جودة الخدمة الصحية وهي آراء لا تعكس بالضرورة اتجاهات متماثلاً. فجودة الخدمة الصحية من المنظور المهني والطبي هي تقديم أفضل الخدمات وفق أحدث التطورات العلمية والمهنية ويتحكم في ذلك أخلاقيات ممارسة المهنة، إما من المنظور الإداري فيعني كيفية استخدام الموارد المتاحة والمتوفرة والقدرة على جذب المزيد من الموارد لتغطية الاحتياجات اللازمة لتقديم خدمة متميزة أما من وجهة نظر المريض أو المستفيد من الخدمة الصحية وهو الأهم فتعني جودة الخدمة الصحية طريقة الحصول عليها ونتيجتها النهائية.

ومن جهات النظر الأخرى المتعددة حول مفهوم جودة الخدمة الصحية تحتل وجهة نظر المريض أو المستفيد من الخدمة أهمية بالغة حيث إن مستوى تلك الجودة يعتمد إلى حد كبير على إدراك المريض وتقييمه لها وبالتالي ستكون الخدمة الصحية ذات جودة أعلى لو جاءت متلائمة مع توقعات المرضى ولبت احتياجاتهم وفي هذا المعنى عرفت جودة الخدمة الصحية بأنها (( تلك الدرجة التي يراها المريض في الخدمة الصحية المقدمة إليه وما يمكن أن يفيض عنها قياساً بما هو متوقع )) (واستناداً لذلك حرصت المؤسسات الصحية على تلبية توقعات المرضى بشأن خدماتها وذلك من خلال التعرف على المعايير التي يستند إليها العملاء من المرضى في الحكم على جودة خدماتها .

## أبعاد جودة الخدمات الصحية

وقد قدم عدد من الباحثين مجموعة من الأبعاد التي تستخدم من قبل المستفيدين من الخدمة بصورة عامة والصحية بصورة خاصة للحكم على جودتها وهي:

1. الاعتمادية: وتشير إلى الخدمة التي تقوم المؤسسات الصحية على أدائها بشكل يمكن الاعتماد عليها وبدرجة عالية من الدقة؛
2. مدى إمكانية وتوفير الحصول على الخدمة: ويتحدد ذلك بمدى قدرة مقدم الخدمة على الإجابة على الأسئلة التالية:

هل الخدمة تتوفر في الوقت الذي يريده الزبون؟

هل الخدمة متوفرة في المكان الذي يرغبه الزبون؟

كم من الوقت يحتاج الزبون لانتظار الحصول على الخدمة؟

هل من السهولة الوصول إلى مكان تلقي الخدمة؟

3. الأمان: وتستخدم كمؤشر يعبر عن درجة الشعور بالأمان والثقة في الخدمة المقدمة؛

4. المصداقية: وهي درجة الثقة بمقدم الخدمة وبما يقوله؛

5. التعاطف: تقدير مقدم الخدمة لحاجات الزبون ومدى تفهمه لمشاعره وتعاطفه مع مشكلته؛

6. الاستجابة: وتعني قدرة ورغبة واستعداد مقدم الخدمة في أن يكون دائما في خدمة الزبائن.

وحسب الأدبيات العالمية يوجد ثلاثة أنواع لجودة الخدمات الصحية وهي :

1. الجودة الفنية والتي تتمثل في تطبيق العلم والتكنولوجيا لحل مشكلة صحية معينة.
2. الجودة غير الفنية وهي عبارة عن التفاعل النفسي والاجتماعي بين مقدم الخدمة والمريض الذي يحصل على الخدمة الصحية.
3. الإمكانيات المادية وهي المكان الذي تقدم فيه الخدمة الصحية.

## قياس جودة الخدمة الصحية:

تقاس جودة الخدمة الصحية بتوافر الأبعاد الخمسة التي توصل إليها؛ وهذه الأبعاد هي:

1. الجوانب الملموسة، وتشمل المتغيرات الآتية:

لـ جاذبية المباني والتسهيلات المادية؛

لـ التصميم والتنظيم الداخلي للمباني؛

لـ حداثة المعدات والأجهزة الطبية؛

لـ ومظهر الأطباء والعاملين.

2. الاعتمادية، وتشمل المتغيرات الآتية:

لـ الوفاء بتقديم الخدمة الصحية في المواعيد المحددة؛

لـ الدقة وعدم الخطأ في الفحص أو التشخيص أو العلاج؛

لـ توافر التخصصات المختلفة؛

لـ الثقة في الأطباء والأخصائيين؛

لـ الحرص على حل مشكلات المريض؛

لـ والاحتفاظ بسجلات وملفات دقيقة.

3. الاستجابة، وتشمل المتغيرات الآتية:

لـ السرعة في تقديم الخدمة الصحية المطلوبة؛

لـ الاستجابة الفورية لاحتياجات المريض مهما كانت درجة الانشغال؛

لـ الاستعداد الدائم للعاملين للتعاون مع المريض؛

لـ الرد الفوري على الاستفسارات والشكاوى؛

لـ وإخبار المريض بالضبط عن ميعاد تقديم الخدمة والانتهاؤ منها.

4. الأمان، ويشمل المتغيرات الآتية:

للشعور بالأمان في التعامل؛

للمعرفة والمهارة المتخصصة للأطباء؛

للأدب وحسن الخلق لدى العاملين؛

لاستمرارية متابعة حالة المريض؛

لسرية المعلومات الخاصة بالمريض؛

للدعم وتأييد الإدارة للعاملين لأداء وظائفهم بكفاءة.

5. التعاطف، ويشمل المتغيرات الآتية:

لتفهم احتياجات المريض؛

لوضع مصالح المريض في مقدمة اهتمامات الإدارة والعاملين؛

لملائمة ساعات العمل والوقت المخصص للخدمة المقدمة؛

للعناية الشخصية بكل مريض؛

لتقدير ظروف المريض والتعاطف معه؛

للروح المرحة والصدقة في التعامل مع المريض.

العوامل المؤثرة على جودة الرعاية الصحية:

1. الكفاءة المهنية لمزودي الخدمة الطبية المؤثرة في جودة الرعاية

2. مدى توفر خدمات الرعاية بالكم والكيف المطلوب

3. مدى توفر الأجهزة والمعدات والمستلزمات الضرورية للرعاية الطبية

4. مدى التركيز على الجانب السلوكي للرعاية الطبية

## إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية:

يعتبر مفهوم إدارة الجودة الشاملة حديثا نسبيا في القطاعات الصحية ويستند إلى المبادئ التي وضعها خبراء الجودة أمثال ديمينغ وجوران وكروزبي، والتي بدأ تطبيقها في القطاع الصناعي في اليابان في أعقاب الحرب العالمية الثانية ثم امتدت تدريجيا إلى القطاعات الأخرى بما فيها القطاع الصحي.

وتعرف إدارة الجودة الشاملة بأنها عملية تركز على منع وقوع الأخطاء أو الاختلافات في مستوى وأسلوب تقديم الخدمة بالقضاء على مسببات هذه الأخطاء واختلافات مسبقا. وتعرف أيضا على أنها إطار تنظيمي تلتزم من خلاله المنظمات الصحية والعاملون فيها بمراقبة وتقييم جميع جوانب نشاط هذه المنظمات (المدخلات والعمليات والمخرجات) لتحسينها بشكل مستمر.

لا يوجد إطار موحد لتطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة إلا أن هناك شبه إجماع بين الباحثين والمفكرين في هذا المجال على أن ذلك يتضمن توفير العناصر التالية:

1. مساندة ودعم الإدارة العليا: حيث تقع مسؤولية الجودة بالدرجة الأولى على عاتق الإدارة العليا وهي مسؤولة عن توفير المصادر التي تهدف إلى تعليم وتدريب العاملين وتقديم التسهيلات لهم، وتمثل الإدارة القدوة والمثل الأعلى للالتزام بمبادئ وأهداف التحسين، إذ لا بد أن يكون لها الإصرار على استمرار عملية التحسين، والقضاء على مقاومة العاملين للتغيير.
2. الاهتمام بالمستفيدين: وذلك بهدف إرضاء المستفيد من الخدمة الصحية على اعتبار أنه محور إدارة الجودة الشاملة وضرورة الاتصال معه في مراحل التخطيط والتنفيذ والتقييم.
3. مشاركة العاملين: وتعني ضرورة مشاركة كافة العاملين في جهود تحسين الجودة وإدارتها وتفويض اتخاذ القرارات والسلطات والمسؤوليات لهم، وتشجيع الثقة والإبداع والمجازفة لدى كافة الموظفين.
4. بناء فرق العمل: إن كافة جهود إدارة الجودة الشاملة لا يمكن تحقيقها إلا من خلال العمل الجماعي وتكوين فرق العمل المؤقتة والدائمة في التنظيم.

5. تدريب العاملين: إن حالات الإبداع والتميز في العمل تعتمد على القوى البشرية المؤهلة، ومن هنا فإن تدريب تلك القوى بصورة مستمرة لإكسابهم المهارات والمعارف اللازمة للارتقاء في الأداء أمر على جانب كبير من الأهمية.

6. احترام وتقدير العاملين: وتعني وجود اتصال واحترام متبادل بين العاملين بغض النظر عن مستواهم الوظيفي، وضرورة تقييم أداء العاملين بصورة موضوعية لترسيخ مبدأ مكافأة التميز والإبداع حيث يتطلب مفهوم إدارة الجودة الشاملة تغيير الثقافة السائدة في المؤسسة.

### شروط نجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية:

يجب توفير الشروط التالية لنجاح أي برنامج لجودة الرعاية الصحية:

1. ضرورة تحقيق إنجازات وتحسينات في النتائج الصحية؛
2. التحسينات الصحية عملية مستمرة، تحقق تطوير في الفعالية الصحية وكفاءة الرعاية الصحية؛
3. تؤثر تكنولوجيا المعلومات والاتصالات على أساليب منظومة جودة الرعاية الصحية؛
4. يجب التركيز على النتائج غير المقبولة في المنظومة الصحية حيث تمثل الأولوية الأولى في الرقابة على الجودة الصحية؛
5. ويجب أن يلعب التعليم الطبي المستمر وتكنولوجيا المعلومات الدور الأساسي في منظومة جودة الرعاية الصحية.

### كفاءة الخدمات الصحية

مفهوم الكفاءة:

ارتبط مفهوم الكفاءة (efficiency) في الفكر الاقتصادي الرأسمالي بالمشكلة الاقتصادية الأساسية والمتمثلة في كيفية تخصيص الموارد المحدودة والمتاحة للمجتمع، من أجل تلبية حاجيات ورغبات الأفراد المتجددة والمتكررة. ويعود مفهوم الكفاءة تاريخياً، إلى الاقتصادي الإيطالي "فلفريدو باريتو" (1848 - 1923) الذي طور صياغة هذا

المفهوم وأصبح يعرف بـ: " أمثلية باريتو". وحسب باريتو فإن أي تخصيص ممكن للموارد فهو إما تخصيص كفاء أو غير كفاء، وأي تخصيص غير كفاء فهو يعبر عن اللا كفاءة (inefficiency).

وتعرف الكفاءة اصطلاحاً على أنها: "الكيفية المثلى في استخدام الموارد ويُعرف (SHONE) الكفاءة على أنها: "الطريقة المثلى لاستعمال الموارد لإنتاج شيء ما"

والكفاءة هي: "إنجاز الكثير بأقل ما يمكن، أي العمل على تقليل الموارد المستخدمة، سواء أكانت بشرية أم مادية أم مالية، والعمل على تقليل الهدر والعطل في الطاقة الإنتاجية" وهي: "القدرة على تحقيق أقصى المخرجات من مدخلات محددة، أو القدرة على تحقيق الحجم نفسه باستخدام أدنى قدر من المدخلات" ويطلق على العملية الإنتاجية أنها غير كفوءة إذا كانت تستخدم كمية أكبر من عناصر الإنتاج أو من عنصر واحد على الأقل ولكن ليس أقل من بقية العناصر لإنتاج نفس الكمية من المخرجات التي تنتجها عملية إنتاجية أخرى أو مجموعة من العمليات.

واللا كفاءة تعني أن المؤسسات تنتج أقل من المستوى الممكن من المخرجات باستخدام موارد معينة، أو أنها تستخدم مجموعة مكلفة من الموارد لإنتاج مجموعة معينة من المنتجات أو الخدمات. وتتحقق الكفاءة التامة عندما يكون الهدر يساوي صفراً، حيث تتساوى المدخلات مع المخرجات، أي أن الطاقة المحققة تساوي الطاقة المتاحة. ويمكن النظر للكفاءة من مدخلين أو جانبين: جانب المخرجات حيث تعبر الكفاءة عن مقياس للمقارنة بين المخرجات الفعلية والمخرجات القصوى الممكن تحقيقها من مدخلات محددة. جانب المدخلات حيث تعبر الكفاءة عن مقياس للمقارنة بين المدخلات الفعلية و المدخلات الدنيا التي يمكنها إنتاج مستوى معين من المخرجات. كما تمثل الكفاءة مقياساً أو مؤشراً لأداء المؤسسة أو الصناعة أو الاقتصاد ككل.

### أنواع الكفاءة

تختلف وتتعدد مقاييس الكفاءة حسب غرض ومستويات التحليل الاقتصادي والمتمثلة في المؤسسة والصناعة أو القطاع والاقتصاد ككل. ونذكر هنا نوعين من مقاييس الكفاءة وهما الكفاءة الإنتاجية (Productive Efficiency) للمؤسسة والكفاءة الهيكلية (Efficiency Structural) للصناعة.

الكفاءة الإنتاجية: تتضمن العملية الإنتاجية جانبين: الجانب الأول تقني يتمثل في عملية التوليف بين عناصر المدخلات لإنتاج كمية من المخرجات، ويعبر عن هذا الجانب بمقياس الكفاءة التقنية (Technical Efficiency) التي تعرف بأنها: " إنتاج أقصى كمية ممكنة من المخرجات نتيجة استخدام كمية معينة من المدخلات، أي تحقيق أقصى إنتاج ممكن من عوامل الإنتاج المتاحة أما الجانب الثاني فهو تكاليفي يتعلق بأسعار المدخلات، ويعبر عنه بمقياس الكفاءة السعرية (Price Efficiency) أو كفاءة التكلفة (Cost Efficiency) التي تعرف بأنها: " إنتاج كمية معينة من المخرجات بأقل تكلفة ممكنة لمدخلات الإنتاج". وعليه فالكفاءة الإنتاجية هي محصلة الكفاءة التقنية والكفاءة السعرية أي حاصل ضرب مؤشر الكفاءة التقنية ومؤشر الكفاءة السعرية الكفاءة الهيكلية: يعبر مفهوم الكفاءة الهيكلية (Efficiency Structural) عن الكفاءة التقنية لصناعة ما أو قطاع ما، ويهدف هذا النوع من الكفاءة إلى قياس مدى استمرار تطور الصناعة وتحسن أدائها بالاعتماد على أفضل مؤسساتها.

وتقاس الكفاءة الهيكلية لصناعة ما حسب Farrell بحساب (average weighted) المعدل المرجح أو المعدل الموزون للكفاءة التقنية للمؤسسات التي تشكل الصناعة؛ ويكون الترجيح بمعامل الكمية لكل مؤسسة داخل الصناعة، والذي يمثل الكمية المنتجة للمؤسسة إلى الكمية المنتجة للصناعة. وعليه تكون الكفاءة الهيكلية للصناعة هي محصلة الكفاءة التقنية للمؤسسات مضروبة في معاملاتها الكمية على عدد المؤسسات. بينما يرى Hjalmarsson و Forsund أن حساب الكفاءة الهيكلية للصناعة يتم بأخذ المتوسط الحسابي للمدخلات والمخرجات بدلا من المعدل المرجح، الذي قد يكون كفاء من الناحية التقنية ولكنه ليس كفاء من الناحية الاقتصادية، وذلك اعتمادا على فرضية عدم تجانس دوال الإنتاج للمؤسسات داخل الصناعة. وقد أثمرت دراستهما سنة 1978 على نوعين أو مقياسين للكفاءة الهيكلية للصناعة هما:

الكفاءة الهيكلية التقنية (Structural Technical Efficiency)

والكفاءة الهيكلية للحجم (Structural Scale Efficiency)

حيث تقيس الأولى مستوى الادخار في المدخلات، وتقيس الثانية مستوى الزيادة في الإنتاج وذلك بالنسبة للمؤسسة أو للصناعة.



## كفاءة أداء المستشفيات للخدمات الصحية

إذا كانت الكفاءة معيارا مهما في الحكم على جودة أداء أي منظمة، فهي تحتل أهمية خاصة بالنسبة للمستشفيات، على اعتبار أنها مطالبة بتقديم خدمات صحية ذات جودة عالية في الوقت والمكان المناسبين، للحفاظ على صحة أفراد المجتمع، حيث تمتاز الخدمات الصحية فيها بالتكلفة العالية، هذا مع محدودية الموارد الموجهة لها، ويلخص المؤتمر الوطني المنعقد بماديسن ولاية ويسكانسن (الولايات المتحدة الأمريكية) في 23-24/5/2006 و الذي يحمل عنوان: " كفاءة الرعاية الصحية: ماذا تعني؟ كيف تقاس؟ كيف يمكن استخدامها في اقتناء الرعاية الصحية المستندة للقيمة "

لخص هذا المؤتمر كفاءة الرعاية الصحية في شكل من ثلاثة أجزاء يمكن توضيحها على النحو التالي :  
يمثل الجزء الأول العلاقة بين متعاملي الرعاية الصحية وهم مقدمي الرعاية الصحية والمستفيدين منها وخطط الدولة الصحية وعلاقة هذه المؤسسات بأفراد المجتمع الذين يمثلون الزبائن الحاليين والكامنين لمؤسسات الرعاية الصحية أي أن الجزء الأول من الشكل والمعنون بالمنظور (perspective) يبرز العلاقة الحتمية بين أفراد المجتمع والدولة ومؤسسات الرعاية الصحية.

أما الجزء الثاني من الشكل، فيبين مخرجات النظام الصحي (outputs) سواء كانت في شكل خدمات صحية يقدمها للزبائن مثل المناوبات الصحية، عدد المرضى الخارجين و المرضى الداخليين، و يقدم أيضا أمثلة عن بعض المؤشرات التي تعكس أداء ومخرجات النظام الصحي مثل معدل الوفيات بعد العمليات الصحية، معدل وفيات الرضع ومعدل متوسط الأعمار...الخ.

أما الجزء الثالث من الشكل فيبين أنواع كفاءة الرعاية الصحية (type of efficiency) المتمثلة في الكفاءة التقنية، الكفاءة الإنتاجية والكفاءة الاجتماعية حيث تعبر الأولى عن التوليفة المثلى لمدخلات النظام والغرض من قياسها المتمثل في تقليل الهدر في الموارد، وتجنب حالات اللا كفاءة الكامنة مثل الإفراط في طول الانتظار وانتهاء صلاحية الأدوية وغيرها من الحالات. بينما تعبر الكفاءة الإنتاجية عن التكلفة الدنيا للمخرجات والغرض من قياسها المتمثل في تقليل التكلفة وعدم الإفراط في التكاليف. أما الكفاءة الاجتماعية تعبر عن ما يعرف بأمتلية باريتو في استغلال موارد المجتمع والغرض من قياسها هو تعظيم القيمة الاجتماعية.