

## تبني برنامج ضمان الجودة في المنظمات الصحية: دراسة تحليلية في المنظمات الصحية في محافظة نينوى

م.د. عادل محمد عبد الله  
كلية الإدارة والاقتصاد/جامعة الموصل  
Email:adelmanag@yahoo.com

### المستخلص:

إن الدخول في موضوع الجودة وإدارتها في المنظمات الصحية يقودنا إلى تبني هذا الموضوع من وجهات نظر متعددة هي جودة أداء مقدم الخدمة، والمنظمة الصحية، ومستوى الخدمات الصحية، والمستفيدين على اختلاف تقسيماتهم، وحجم الموارد داخلياً وخارجياً، وان التركيز على احد هذه الأبعاد دون اخرى سيؤثر بالسلب على باقي العناصر الاخرى باتجاه انتهائها واضمحلالها الامر الذي يتطلب تحقيق التكامل بين تلك الأبعاد لضمان الجودة في الخدمات الصحية. يهدف البحث إلى إبراز حقيقة أن الجودة وإدارتها ضمن نظام ضبط للجودة لها أدوات ستتمكن المنظمة الصحية من تقديم خدمات صحية لمن يحتاجها وبمختلف فئات المجتمع ويضمن سرعة التدخل الطبي، الأمر الذي يعالج مشكلة طول انتظار المريض لفترات طويلة في للعلاج، وضعف النظام الصحي ، وقلة توافر الأدوية نظراً لعدم التكامل في نظام الخدمات الصحية مع المتغيرات البيئية التي تؤثر في النظام الصحي بالكامل، على افتراض أن هناك تباين في الأهمية النسبية لمتغيرات الإدارة الجودة في توفير الخدمات الصحية للجميع. توصل البحث إلى استنتاج مفاده عدم وجود برنامج لضبط الجودة للموارد المادية والبشرية على نحو خاص وتوافر الرعاية الصحية لمن يحتاجها سيؤدي إلى ضمان الجودة.

### **Adapting Quality Assurance Program at Health organization: Analysis in health Organization in Ninawa**

#### **Abstract**

If we inside quality and managing it at health organization that can put us to adapting this issues from many faces it's quality of employee performance, and organization health, and health services level and, a consumer segmentation and how match resources internal and external. If we focus on one of this factor more than another that can be positive effect at all in direction finished and they ending. That demanding integration between that's dimensions to Assurance Quality in a health organization. The objective of this research to shining fact that quality and manage it through Quality Assurance Program have some of the tools that empowering organization health to service hum needed from different community categories, and ensure fast medical involved, that processing long waiting for medication, and weak health system and drug is few, that because un integration between health services system and environment variable that effect on all health system, were absolutely variation on percentage interest to quality management variable to offer health services to everyone. The research was found the main conclusion it's not found

Quality Assurance Program especially in human resources and facility resources, and offer services to how needed that can be Quality Assurance.

#### المقدمة :

يواجه الإنسان يومياً مواقف عديدة تتطلب منه الحكم على جودة المنتجات (سلع وخدمات) تعتبر من ضروريات حياته اليومية، حيث يكون مطلوباً منه الحكم بشكل مباشر أو غير مباشر على العديد من تلك المنتجات، وينطبق ذلك على أنواع المأكولات أو الثياب أو الأجهزة الالكترونية، البسيطة للوصول إلى قرار بعض المنتجات الأكثر تقنية أو تعقيد التي ليس له خبرة فيها مثل بعض أجهزة الاتصالات (كسلك)، والخدمات الصحية (كخدمات)، حيث أن قرار الاستفادة ومقدارها يحدد من قبل من له خبرة في ذلك ليس المستفيد ذاته وفي هذه الحالة بل الطبيب أو مقدم الخدمة الصحية. إن الحكم على جودة الخدمات الصحية من قبل المستفيد يمكن أن يحدث على نحو مبسط بتوافر الخطط والعديد من المعايير والرقابة عليها، الأمر الذي يمكن من سهولة الوصول إلى الخدمة، مع بقاء المستفيد في المنظمة الصحية من أجل تحقق هدفه (العلاج المناسب) لأقصر وقت ممكن. يقدم البحث تساؤل مهم "هل أن المنظمات الصحية في نينوى تعاني من ضعف معايير إدارة الجودة في خدماتها"؟ ذلك على افتراض أن المنظمات على نحو عام وبالتحديد المستشفيات تعتمد على النواحي العلاجية، والوقائية، والتأهيلية والتعليمية كخدمات تعاني من ضعف في الإمكانيات وان المستفيد ينتظر لفترات طويلة لتوفير الأدوية، وان المعالجات الحالية قائمة على تحقيق الجودة الكمالية أو الشكلية دون الاهتمام وبعمق بالنظام الصحي بالكامل عبر تكامل عناصر الجودة وأبعادها في المنظمات الصحية. هذه الأبعاد تحقق التنافسية والتجديد على نحو مستدام في الخدمات لتحقيق هدف توفير الخدمات الصحية للجميع.

تناول البحث الحالي المنظمات الصحية في مدينة نينوى كمجتمع للدراسة باستخدام المنهج الاستقرائي الذي ينتقل من الجزئيات (مؤشرات عن المنظمات الصحية) إلى الكليات (معايير إدارة الجودة) ومدى تحققها في مجتمع البحث، حيث أن هذه المنظمات تعمل في ظل ظروف استثنائية على مدى فترات طويلة لا يتمكن إي نظام صحي من الاستمرار بها إلا وسؤدي إلى انهياره، فبقاء ذلك النظام في ظل عدم الاستقرار وقلة توافر عوامل إنجاح الحرجة للجودة يشكل بحد ذاته نظاماً ريدياً تعمل المنظمة الصحية في ظل عدم التأكد صحياً في نينوى. يتطرق البحث إلى تحليل الحقائق عبر تحليل الأرقام الواردة في سجلات وزارة الصحة، ودائرة صحة نينوى، والمنظمات الصحية التابعة لها، بالإضافة إلى تحليل مدلولاتها وتحليل أرقامها من أجل الوصول إلى هدف البحث.

استخدم الباحث مجموعة من الأدوات الإحصائية من أجل الوصول إلى هدف البحث وتبيان أبعاده وتحليل مدلولات الحقائق التي تم جمعها عن المجتمع، وباستخدام برنامج excel للوصول إلى الاستنتاجات تمهيداً للتوصية بما يرتبط بأبعاد البحث. وسيتناول البحث المحاور الآتية:

المحور الأول، منهجية البحث وجانبه النظري.

أولاً، منهجية البحث.

ثانياً، الجانب النظري.

المحور الثاني، الجانب العملي.

أولاً: برنامج ضمان الجودة في المنظمات الصحية بمحافظة نينوى.

ثانياً الاستنتاجات والتوصيات.

## المحور الأول، المنهجية والجانب النظري

### أولاً: منهجية البحث.

من أجل تحديد معالم البحث والوصول إلى أهدافه وتحقيق المنفعة منه والتعرف على الأطر المنهجية له تتناول المنهجية المحاور الآتية:

#### ١. مشكلة البحث

تنطلق مشكلة البحث من تساؤل أساسي هو "هل أن المنظمات الصحية في نينوى تعاني من ضعف معايير إدارة الجودة في خدماتها"؟ وتتفرع من هذه المشكلة التساؤلات الآتية:  
أ- ضعف الاستمرار في خطوات التحسين المعتمدة نتيجة ضعف نظام الجودة فأغلب عمليات التحسين في المنظمات الصحية عبارة عن (تحسينات استجابة لازمات، وغير متوازنة تكون في قسم دون آخر، وقلة تنفيذها من متخصصين، وقلة وجود تخطيط واضح للجودة .  
ب- عدم وجود رؤية واضحة نتيجة ضعف ترتيب الأولويات.

ت- ضعف توزيع العاملين في مكان تقديم الخدمات وعدم وجود تغطية قانونية وتنفيذية لتوفيرهم مع عدم القدرة على الاحتفاظ لهم حيث أن عدد الأطباء المهاجرين ذوي الاختصاص النادر بين السنوات ٢٠٠٣-٢٠٠٩ بلغ ٣٩٠٠ طبيب من مجموع ١٠٠٠٠ طبيب على مستوى العراق.

ث- عدم وجود علاقة بين الزيادة في السكان وعدد منظمات الخدمات الصحية حيث أن أحدث مستشفى تم إنشائه سنة ١٩٨٥م التي كان عدد السكان في نينوى ٤٠٠٠٠٠٠ نسمة في حين أن عدد سكان نينوى ٣٢٠٠٠٠٠٠ نسمة سنة ٢٠١٠م والمستشفيات بنفس العدد هي ٤٠ مستشفى الأمر الذي يشكل عبئاً على نظام إدارة الجودة.

#### ٢. أهمية البحث وأهدافه

من المهم من الناحية الأكاديمية التعريف بالجودة في القطاع الصحي وكيفية تحقيقها ووضع اطر نظرية لمعنى إدارة الجودة في الخدمات الصحية، بالإضافة إلى ورود مصطلحات قد تشكل إسهاماً بسيطاً في مجال الدراسة في الخدمات الصحية وإدارة الجودة كبرنامج ضمان الجودة، والتخطيط لبرامج الخدمات الصحي، ومستويات الخدمات الصحية، وغيرها التي نأمل أن نصيب فيها. ويمكن للبحث أن يعمل على تقديم خارطة الطريق للمنظمات العاملة في مجال الاقتصاد الصحي في الاقتراب ولو خطوة في مجال الجودة وتحقيق التغطية بالخدمات المناسبة للجميع لما لذلك من عائد وقيمة اقتصادية على تكوين مجتمع معافاة صحياً. أما هدف البحث فهو يقوم على إبراز حقيقة أن إدارة الجودة في المنظمات الصحية موجود في بعض الأحيان، مع ملاحظة أن هذه الجودة لا تتوافر على نحو مستمر ولا تحقق الفاعلية ولا توفر الأمان الصحي للمستفيدين الأمر الذي يحتاج إلى صياغة معايير واضحة للجودة تمكن تلك المنظمات من تحقيقها لتتمكن من توفير الخدمات الصحية وفق نظام جودة متكامل على نحو مستمر.

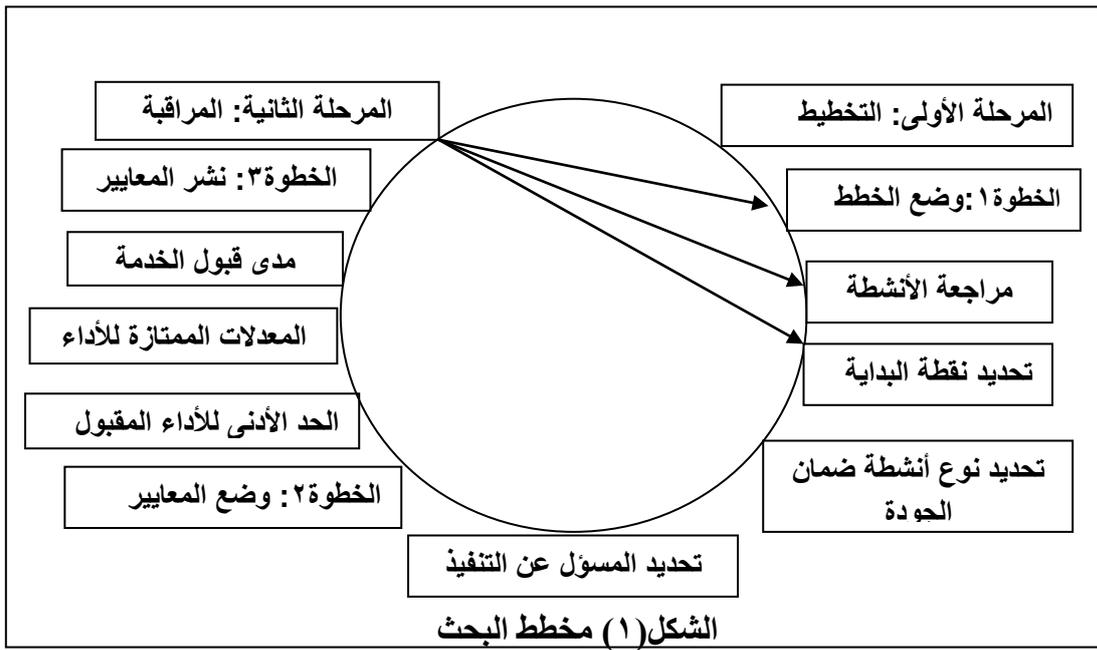
#### ٣. فرضيات البحث ومخططه

يقدم البحث الحالي افتراض رئيسي مفاده "أن معالجة المشاكل الناتجة عن مشاكل توفير الخدمات الصحية للجميع في المنظمات الصحية يقوم على التكامل بين النواحي الاعتمادية ، والاستمرارية، والأمان والكماليات" ويتفرع من هذه الفرضية ثلاثة فروض فرعية هي:

**الفرضية الأولى:** "إن إدارة الجودة بالخدمات الصحية ترتبط بعائديه المنظمة الصحية أو القطاع الذي تنتمي إليه المنظمة الصحية"

**الفرضية الثانية:** "إن إدارة الجودة في المنظمات الصحية ترتبط بفئات المستفيدين من المنظمات الصحية"

**الفرضية الثالثة:** "إن إدارة الجودة في المنظمات الصحية ترتبط بكفاءة وفاعلية الملاكات الصحية في المنظمات الصحية"



المصدر: إعداد الباحث

#### ٤. أساليب جمع البيانات

لغرض اختبار الإطار الفكري للبحث وأنموذجه وفرضياته تم الحصول على البيانات الأولية والثانوية من المؤلفات النظرية التي ترتبط بموضوع البحث من الدوريات والكتب المتخصصة، كما استند الجانب العملي إلى البيانات المتوافرة في وزارة الصحة العراقية، وتقرير التنمية البشرية ٢٠١١، ودائرة صحة نينوى، بالإضافة إلى البيانات المتاحة في النشرات الداعمة مثل التقرير السنوي الشامل الذي تصدره وزارة التخطيط.

#### ٥. أساليب التحليل الإحصائي

النسب المئوية: التكرارات المتوسطات استخدمت لغرض وصف متغيرات البحث في وصف عينة البحث وفي استخراج معدلات ونسب التغطية التي تعكس أبعاد البحث ومتغيراته.

### المحور الأول: الجانب النظري

#### أولاً: مفهوم جودة الخدمات في المنظمات الصحية.

إن دراسة الجودة فيما يرتبط بالحاجة من الخدمات الصحية فأنها تقوم على رسم خطط ووضع أنظمة لجعل تلك الحاجات معايير تعكس مدى التزام المنظمة ومقدم الخدمة فيها بإشباع تلك الحاجات. ويختلف تعريف الجودة باختلاف الأطراف التي تتعامل مع المنظمة الصحية، بالإضافة إلى اختلاف مستويات الخدمات الصحية لكن القاسم المشترك في تعريف الجودة من منظور **التخطيط** للخدمات الصحية هو "مدى قدرة المنظمة ومقدم الخدمة فيها سواء كان موظف أو آلة من اللاتزام بالمعايير الأساسية للخدمات الصحية وفقاً لمستوى الخدمات الصحية الذي تعمل به المنظمة". من الملاحظ أن التخطيط تقوم على وضع المعايير القياسية لضمان الجودة ونشرها. (العلي، ٢٠٠٨، ٧٩). تعرف جودة الخدمات من منظور التحسين المستمر بكونها "تحقيق التكامل بين جودة الخدمات والإنتاجية والإستراتيجية التي تعتمد المحافظة على خفض التكاليف، وقبول المنظمة الصرف على تحسين الخدمات وتحسين نظم التجهيز الخدمات" من هذا التعريف تعني عملية التحسين المستمر الرقابة Monitoring عبر الرقابة الدورية، والتحسين المستمر

بوضع أنظمة تحسين تلقائية معيارية لتنفيذ الأعمال، مثل التحسين في النقل، التحسين في مكان العمل والمكتب، والتحسين في قسم الطوارئ أي جعلها وفق نظام موحد تلقائي يساعد في النظر إلى الموارد المألوفة بطريقة غير مألوفة أسهل وأسرع وعلى نحو مرن. (كوش، ٢٠٠٢، ٢٦)

كما عرفت الجودة في الخدمات الصحية على نحو يحقق الرقابة بكونها "ضمان مستقبل المنظمة عبر الاستثمار في مبدأ التسلم والتسليم (Received & Delivery) الذي يعتمد على خبرة مقدم الخدمة في رغبات واحتياجات المستفيدين. إن النظر إلى هذا البعد يكون ضمن متغيرات ترتبط بنظرة تحليلية، إلى المشكلة التي تعترض الجودة في الخدمات الصحية. (Jr., 2001, 43)

#### ثانياً: مراحل ضمان الجودة Quality Assurance

هي عملية مستمرة ومنظمة لقياس الجودة طبقاً لمعايير قياسية لتحليل أوجه القصور المكتشفة واتخاذ الإجراءات اللازمة لتحسين وتطوير الأداء، ثم قياس الجودة وفق ابعاد محددة لتحديد مدى التحسين الذي حدث وتتكون دورة ضمان الجودة من مرحلتين هي الآتي:

(Ovretveit, 1992, 90- 93)

#### المرحلة الأولى: مرحلة التخطيط تشمل ثلاث خطوات:

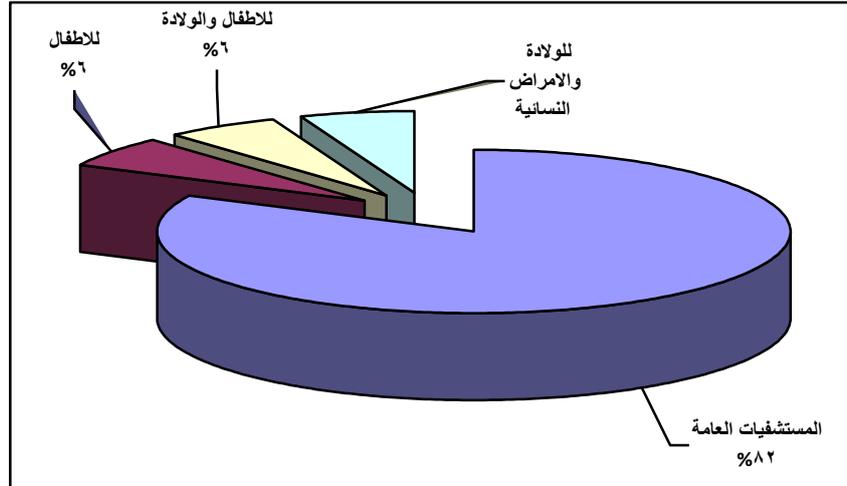
- ١- وضع الخطط Setting Plans .
- ٢- وضعه المعايير القياسية Setting Standards.
- ٣- نشر المعايير القياسية Communicating Standards.
- ٤- المراقبة Monitoring.

#### المحور الثاني، الجانب العملي.

أولاً: برنامج ضمان الجودة في المنظمات الصحية بمحافظة نينوى.  
يبدأ برنامج ضمان الجودة ضمن خطوتان أساسيتان هي على التوالي:

الخطوة الأولى: التخطيط لبرنامج ضمان الجودة في المنظمات الصحية على النحو الآتي: (احمد والبكري، ٢٠١٠، ١)

١- مراجعة أنشطة ومجالات عمل المنظمات الصحية في المحافظة وشكل توزيعها: تتوفر في محافظة نينوى عموماً ١٤ مستشفى حكومي، ومستشفى واحد مستقل للأطفال وآخر مشترك للأطفال والولادة، وأن عدد سكان المحافظة ٦١١,٢٩٠,٣ نسمة، وأن تعليمات وزارة الصحة في العراق أن تخصص مستشفى عام لكل ٥٠٠٠٠ نسمة، ومع ملاحظة نسبة إشغال الأسرة ٥٣% دلالة على عدم وجود علاقة معنوية بين الزيادة في الكثافة السكانية وإعداد المنظمات الصحية، مع ملاحظة إن أحدث مستشفى عام في نينوى هو تم افتتاحه سنة ١٩٨٦م. وهذا يمكننا من رفض الفرضية الأولى التي تنص على أن " إدارة الجودة في المنظمات الصحية ترتبط بمستويات الخدمات الصحية"



الشكل (٢) توزيع المستشفيات العامة حسب مستويات الخدمات الصحية

المصدر: احمد، مجيد حميد و البكري، ندى عبد الرزاق، ٢٠١٠، البوصلة الاحصائية لعام ٢٠١٠، دائرة صحة نينوى، نينوى، العراق.

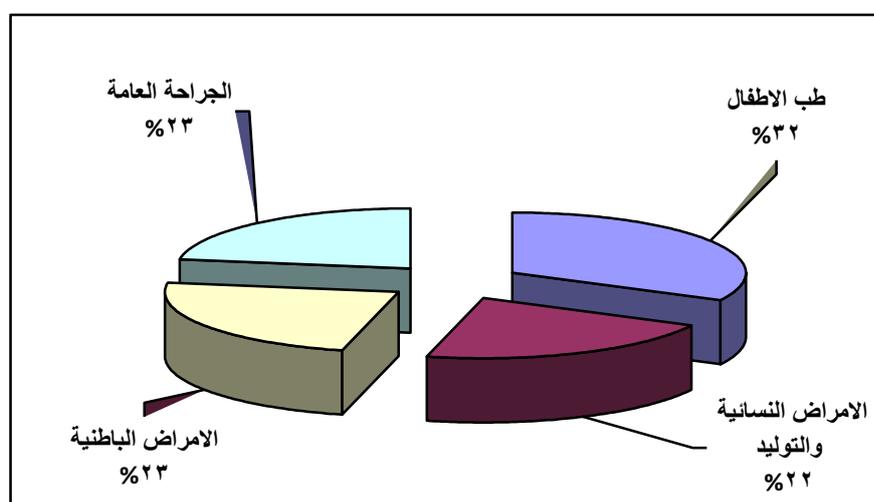
٢- تحديد نقطة البداية في برنامج ضمان الجودة: من مراجعة توزيعات الفئات العمرية في المحافظة يلاحظ إن فئة العمر الأقل من خمس سنوات يشكلون ما نسبته ١٧% بعدد كلي ٥٦٠٧٥٤ من العدد الكلي للسكان في حين أن عدد الأسرة المخصصة للأطفال ٧٥٣ دلالة على الحاجة الملحة لزيادة مستشفيات الأطفال كنقطة البداية في ضمان الجودة، وإن عدد الإناث بعمر بين ١٥-٤٤ يشكلون ما نسبته ٢٢% وبعده ٧٧٩٨٧٤ وإن عدد الأسرة في المستشفيات النسائية والتوليد بلغ ٤٢٠ سرير دلالة على حاجة المحافظة من مستشفيات المستوى الثاني هي مستشفيات الأطفال والنسائية والتوليد.

والحاجة موصولة إلى إتاحة الفرصة للقطاع الخاص في بناء قاعدة منظمات صحية مملوكة للقطاع الخاص لما للعلاقة الايجابية بين السعر والجودة و لاسيما مع ارتفاع معدلات الدخل في المحافظة، ومن هذا الاستثمار تكوين مراكز متخصصة لعلاج أمراض الدم، والقلب، والأمراض المستعصية، إذ لا يوجد أي مركز تخصصي مملوك للقطاع الخاص إلى فترة انجاز البحث في المحافظة ككل، وإن دور المستشفيات الأهلية ضعيف جداً حيث أن عددها ثلاث مستشفيات فقط، وعدد الأسرة فيها ١١٦ سرير يشكل ما نسبته ٣.٥% من إجمالي أسرة المستشفيات في المحافظة. الأمر الذي يعزز رفض الفرضية الأولى "إن إدارة الجودة بالخدمات الصحية ترتبط بعائدية المنظمة الصحية والقطاع الذي تنتمي إليه المنظمة الصحية"

٣- تحديد نوع الأنشطة المتعلقة بضمان الجودة التي سيتم البدء بها: تقدم المستشفيات الوظائف الوقائية، والعلاجية، والتأهيلية، والتعليمية، وتنعكس أنشطة الجودة المطلوب البدء بها من خلال مراعاة العوامل الوصفية للمستفيدين، فمن حيث الجنس يلاحظ أن الإناث هم من أكثر المراجعين للمنظمات الصحية في المحافظة بعدد كلي ٣٨٤١٥٠٤ مراجع مقارنة مع عدد الذكور المراجعين بعدد كلي ٣٢٥٢٥٩٧ مراجع بفارق ٥٨٨٩٠٧ مراجع من الإناث دلالة على التأكيد على ما اشرنا إليه سابقاً بحاجة المحافظة عموماً إلى مستشفيات من المستوى الثاني وبشكل خاص مستشفى للنسائية والتوليد. (سجلات دائرة صحة نينوى، ٢٠١٠) وهذا يمكننا من رفض الفرضية الثانية "إن إدارة الجودة في المنظمات الصحية ترتبط بفئات المستفيدين من المنظمات الصحية"

٤- تحديد المسؤول عن عمل وضع الخطة: يعتبر الأطباء أو من بدرجتهم الوظيفية المسؤولون المباشرين عن برنامج ضمان الجودة كونهم يمثلون موظفي الخط الأمامي، والخلفي في الخدمات الصحية، وهم المتابعين للحالة المرضية وهم الذين يقررون مدى حاجة الاستفادة للبقاء في المنظمة الصحية أو إحالته، إلا أن فئات الملاكات الصحية في المنظمات الصحية في نينوى تعاني من عدم التوازن وفق عدة معايير، فمن حيث الاختصاص الطبي تعاني المنظمات الصحية عموماً من نقص حاد في اختصاص التخدير، واختصاص النسائية والتوليد.

فالمعدل على مستوى العراق إن طبيب التخدير الواحد يفتح أكثر من صالتي عمليات دلالة على ندرة اختصاصه، (وزارة الصحة، ٢٠١٠، ٦٨) فمن الشكل (٣) يتضح توافر عدد كبير من الأطباء الاختصاص بعدد كلي على مستوى المحافظة بلغ ٧٧٢ أكثر من الممارسين بعدد كلي ٦٧٦ دلالة على مسؤوليتهم في تنفيذ برنامج ضمان الجودة كونهم يحملون شهادة أعلى، ولديهم خبرة أكثر في مجال الاختصاص، وإنهم الأقرب في مجال اتخاذ القرارات الإدارية المرتبطة بقرارات المنظمات الصحية على اختلاف مستويات الخدمات الصحية.



الشكل (٣)

### توزيع الأطباء الاختصاص حسب فروع الطب

المصدر: احمد، مجيد حميد و البكري، ندى عبد الرزاق، ٢٠١٠، البوصلة الاحصائية لعام ٢٠١٠، نينوى، العراق.

وفيما يخص أطباء الأسنان فنلاحظ قلة أطباء الاختصاص بعدد ٦١ طبيب فقط في حين أن الأطباء الممارسين يبلغ ٢٨١ طبيب أي بمعدل أكثر من ضعفين بسبب عدم تفرقة المستفيدين بين الطبيب الاختصاصي والطبيب الممارس في اختصاص الأسنان، لذلك لا يحتاج طبيب الأسنان للارتقاء باختصاصه نحو الدراسات العليا، ودلالة على الحاجة للارتقاء بطبيب الأسنان نحو الاختصاص الطبي. والحاجة موصولة لاختصاص الصيدلة الذي يعاني من الحاجة الملحة للطبيب الاختصاص في الصيدلة فعدد الأطباء الاختصاص في الصيدلة بلغ على مستوى المحافظة أربعة أطباء فقط في حين أن الصيدلة الممارسين بلغ ٣٠٨ طبيب ممارس دلالة على فقدان القدرة لدى المسؤول على وضع الخطة عموماً لاختصاص الأسنان، والصيدلة في مجال العمل اليومي والاستراتيجي وحسب نوع الاختصاص على نحو ملموس.

أما الهرم النوعي (الجنس) في الملاكات التمريضية وذوي المهن الصحية يوضح الشكل (٤) ضعف التوازن في تلك الملاكات حسب الجنس فالذكور يمثلون ما مجموعه ٦١٣٣ ممرض في حين

شكلت الإناث ما مجموعه ١٦٦٥ ممرضة بمعدل زيادة الذكور ما معدله أكثر من خمسة أضعاف الإناث، في حين أن المستفيدين من الإناث هم أكبر من عدد المراجعين من الذكور وبذلك نلاحظ أن العمل المنجز يتم في الغالب من الذكور وان خصوصية بعض الخدمات الطبية تحتاج إلى خدمات الإناث على نحو أساسي في جميع أنواع الخدمات الطبية، على نحو خاص خدمات النسائية والتوليد. (سجلات دائرة صحة نينوى، ٢٠١٠) وهذا يمكننا من رفض الفرضية الثالثة: "إن إدارة الجودة في المنظمات الصحية ترتبط بكفاءة وفاعلية الملاكات الصحية في المنظمات الصحية"

**الخطوة الثانية: وضع المعايير القياسية:** هي جملة تعبر عن التوقعات المسبقة التي تحدد الحد الأدنى للأداء المقبول، والمعدلات الممتازة للأداء، والمدى (الزمني، والمكاني، والمالي، والنوعي) الذي تكون فيه الخدمة مقبولة. وسنستعرض هذه الخطوات ضمن الاتي: (سجلات وزارة الصحة، ٢٠١٠، ٩١)

١. **فمن حيث الحد الأدنى للأداء:** نلاحظ تدني الأداء في المنظمات الصحية منذ سنة ١٩٨٩م ، كانت نسبة التغطية في الرعاية الصحية ٩٧% من سكان المدن و ٧٩% من الريف، إلا أن هذه المعدلات توقفت في فترة التسعينات، مما أدى إلى ارتفاع معدلات الوفيات بين الرضع والأمراض المزمنة وغيرها من المؤشرات الصحية مما أدى الى ضعف برامج الرعاية الصحية (الخطة الخمسية لوزارة الصحة العراقية ٢٠١٠-٢٠١٤).

تأتي المعايير الصحية ضمن الفئة الأضعف على مستوى الإقليمي المحيط بالعراق، الذي يمثل الحد الأدنى للأداء وهو غير مقبول، إذ يعاني العراق من ضعف البرامج الصحية المخططة وضعف في البنى التحتية الصحية لاسيما ما يخص العناية بالأطفال والامهات الحوامل مما أدى الى ارتفاع حالات الوفيات بينهم. وانخفضت معدلات صحة المجتمع للأمراض المستوطنة والأمراض المعدية مثل الاسهال، والأمراض التنفسية الحادة، والملاريا، والسل، والأمراض الجلدية. وازدادت في نفس الوقت معدلات الإصابة بالأمراض المزمنة والأمراض الخبيثة على نحو كبير ومقلق نتيجة الحروب وتلوث البيئة وضعف المراقبة على الغذاء والدواء المسبب لتلك الأمراض مثل امراض القلب والاعوية الدموية والسكري، وسوء التغذية والسرطان كلها امراض سجلت نسب انتشار واسعة وفي مناطق متعددة من العراق. يقع العراق ضمن المرتبة ١٠٣ في مجال الخدمات الصحية عالمياً في حين أن عمان في المرتبة ٦ والسعودية في المرتبة ٢٦. (كلوكمان، ٢٠١١، ٣٤٦) الأمر الذي يمكننا من حيث هذا المعيار إلى رفض الفرضية الأولى "إن إدارة الجودة بالخدمات الصحية ترتبط بعائدية المنظمة الصحية والقطاع الذي تنتمي إليه المنظمة الصحية" بسبب عائدية ٩٥% من المنظمات الصحية للقطاع العام، فعندما يعاني من أزمة فان المنظمات الصحية ترتبط به في تلك الأزمة.

٢. **ومن حيث المعدلات الممتازة للأداء:** قامت وزارة الصحة ضمن الخطة الإستراتيجية للسنوات ٢٠١٠-٢٠١٤ بوضع خطة لتحسين الخدمات الصحية الأولية عبر ما يسمى (المركز الصحي النموذجي) على مستوى العراق بإنشاء ١٢٦ مركز صحي نموذجي على افتراض ان المركز الصحي هو الواجهة الأولى التي يحتاجها المستفيد او التي يتعامل معها قبل الذهاب الى المستشفيات او الى الخدمات التخصصية الأخرى ضمن مستويات الرعاية الصحية في العراق. ومن أجل تحقيق التكامل بين مستويات الرعاية الصحية (الأولية، والثانية، والثالثة) تم إنشاء ١٠ مستشفيات سعة ٤٠٠ سرير في المحافظات ذات الكثافة السكانية فوق الملويني نسمة وإنشاء ٦ مستشفيات أطفال سعة ٣٠٠ سرير في المحافظات الأخرى. وإنشاء المختبر الوطني للزرع الجرثومي والحساسية الدوائية وتجهيزه بالمستلزمات اللازمة وتوفير الكادر المدرب في محافظة نينوى. بالإضافة إلى متابعة تنفيذ وعمل مختبرات للزرع الجرثومي في المحافظة. من أهم المصادر للمعايير في

الخدمات الصحية هي البحوث والدراسات فمن الملاحظ ضعف هذا البعد في برامج تعزيز الخدمات الصحية في المحافظة. (سجلات وزارة الصحة، ٢٠١٠، ٩١)

٣- إلا أن التناقض يبدو واضحاً في هذه المعدلات، فمن حيث حاجة المستفيدين لخدمات الرعاية الصحية نلاحظ أنها لا تلبى المعايير التي وضعتها وزارة الصحة للنطاق السكاني لخدمات كل مستشفى الذي يفترض أن يغطي ٥٠٠٠٠ الف نسمة، ومركز رعاية صحية لكل ١٠٠٠٠ الف نسمة، مركز صحي يدار من احد ذوي المهن الطبية لكل ٥٠٠٠- ٦٠٠٠ نسمة هذا لم يكن موجودا في الخطة الخمسية لوزارة الصحة للسنوات ٢٠١٠- ٢٠١٤ دلالة على عدم تحقق الفرضية الثانية في معايير خطة وزارة الصحة التي تنص على "إن إدارة الجودة في المنظمات الصحية ترتبط بفئات المستفيدين من المنظمات الصحية".

أما من حيث المدى الذي تكون فيه الخدمات الصحية مقبولة.

حددت وزارة الصحة الحدود التي تنتقل الخدمات الصحية من الوضع الحالي الى الوضع المرغوب بالاتي: (سجلات وزارة الصحة، ٢٠١٠، ٩١)

١. تخفيض نسب وفيات الأطفال تحت سن الخمس سنوات بـ ٥٠ % عن معدلاتها سنة ١٩٩٠م. وانشاء مختبرات في العاصمة والمحافظات المستوردة والموائى لمراقبة الأغذية والأدوية المحلية والمستوردة والقضاء على بعض الامراض كالكرزاز الولادي قبل سنة ٢٠١٦م. وتقليل الإصابة بالأمراض الإنتقالية وجعلها ضمن النسب المسيطر عليها.

٢. تحسن نظم الرقابة والنظافة في الأماكن العامة لتقليل الإصابة بمرض التهاب الكبد الفيروسي بحلول سنة ٢٠١٦م بنسبة ١٠٠%

٣. تطوير التقانات وانشاء مستشفيات الولادة لتقليل وفيات الأمهات بنسبة ٧٥ % قبل سنة ٢٠١٦م مقارنة بنفس المعدلات في التسعينات من القرن العشرين ووفقاً للاهداف المعلنة لوزارة الصحة.

٤. تخفيض معدل الإصابة بأمراض سوء التغذية للأطفال تحت سن ( ٥ ) سنوات قبل سنة ٢٠١٦ بنسبة ٧%

٥. دعم النظم الرقابية على مفاصل النظام الصحي بموارد مادية وبشرية للحد من الفساد فيه وضمان النزاهة وربطه باستراتيجية النزاهة على مستوى الدولة.

٦. تحسين البنى التحتية وجودة الخدمات الصحية وتوفير البيئة النظيفة والاهتمام بالخدمات الفندقية داخل المستشفيات العامة للتحقيق جودة الرعاية الصحية قبل سنة ٢٠١٦م.

٧. توافر تغطية أوسع في برامج التأهيل النفسي والجسدي للمعوقين بحلول سنة ٢٠١٦م بنسبة ٥٠%.

٨. زيادة عدد المراكز الصحية المتخصصة لتغطي مناطق واسعة من المحافظة الواحدة وتوافر كافة الوظائف التخصصية للمركز من (الجراحية الدقيقة، والتشخيصية والوقائية) وحسب معايير منظمة الصحة العالمية.

٩. وضع الاستراتيجية الوطنية لإدارة الدواء عبر استثمار مصانع الادوية المحلية وتحقيق التكامل فيما بينها وتطويرها على مستوى المنتج والعمليات الإنتاجية بالإضافة الى وضع استراتيجية أخرى تتكامل مع الأولى فيما يخص (استيراد الادوية، والاحتفاظ بها وتوزيعها وفحصها... الخ) وبما يحقق الأمان للمستفيد ويوفر الدواء حسب الحاجة وبما يحمي المنتج المحلي ويمكنه من المنافسة عالمياً قبل سنة ٢٠١٦م.

١٠. إعادة النظر بالقوانين والتعليمات التي تحكم صناعة الرعاية الصحية عبر تطوير وتعديل ومراجعة تلك القوانين.

١١. تحقيق التكامل بين المستوى الاولي من الرعاية الصحية الذي يقدم الخدمات الأولية البسيطة، مع المستوى الثاني التخصصي كالمستشفيات التي تتخصص بنوع معين او بخدمة معينة كالولادة والأطفال بالإضافة الى تكامل تلك المستويات مع المستوى الثالث المستشفيات العامة المتخصصة والمعقدة من حيث البنى التحتية والتي تضم اكثر من ثلاثة اختصاصات سنة ٢٠١٦م.

١٢. تخصيص نسبة زيادة محددة من الموازنة على مستوى الدولة ولتكن ٥% زيادة سنوية ونسبة ٢.٥% من موازنة تنمية الأقاليم لدعم البرامج الصحية وانشاء المستشفيات وغيرها لضمان الصحة في المجتمع اذ لا يمكن ان يتطور المجتمع المريض.

١٣. تطوير البنى التحتية لخدمات الطوارئ وخدمات الإسعاف الفوري وانشاء مراكز متخصصة بهذه الخدمة لضمان الإنقاذ السريع ومواكبة الطلب العالي في العراق على هذا النوع من الخدمات.

١٤. توفير الموارد المادية والبشرية لتحسين مصارف الدم في المحافظات ذات الكثافة السكانية العالية.

١٥. اعتماد المعايير العالمية في توزيع الملاكات الصحية بالاعتماد على الكثافة السكانية أي بمعدل ٧ أطباء لكل ١٠,٠٠٠ نسمة مع تحسين زيادة الأطباء لكل ١٠,٠٠٠ نسمة قبل سنة ٢٠١٦م.

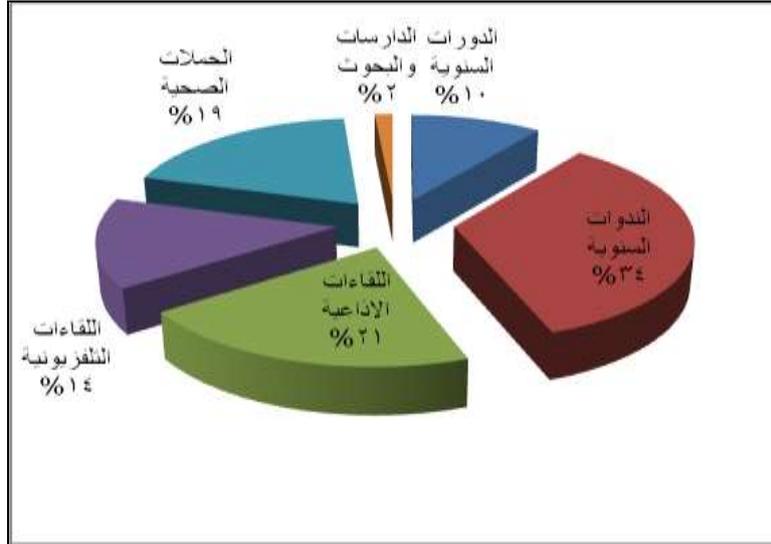
١٦. تطوير تقانة المعلومات ومخازن البيانات على مستوى المنظمات الصحية سواء تلك التي تخص إدارة المنظمات الصحية او التي يستفيد منها المستفيدون.

١٧. التطوير الإداري والمنظمي على مستوى الوزارة وعلى مستوى المنظمات التابعة لها بما يضمن تحسين طرق العمل وسرعة الإنجاز وبشكل خاص الهيكل التنظيمي ووصف الوظائف لكل وظيفة في الوزارة وضمان إعادة النظر بها وتحسينها.

١٨. وضع برنامج لمكافحة المخدرات بانواعها وانشاء مراكز متخصصة لمكافحة الإدمان وضمان عدم تداول المخدرات.

### الخطوة الثالثة: نشر المعايير

من المهم الإشارة إلى ضرورة معرفة جميع العاملين في المنظمات الصحية في المحافظة بمحتويات هذه المعايير ومدى واقعيته واستحداث نظام يعمل على تبادل الآراء والمعايير الواقعية باتجاهين من الأعلى إلى الأسفل ومن الأسفل إلى الأعلى لضمان الارتقاء بالخدمات الصحية من الوضع الحالي إلى الوضع المرغوب. فمن الشكل (٥) يلاحظ تخصيص ما نسبته ٢% من برامج تعزيز الصحة في محافظة نينوى دلالة على أن المدى الذي تكون فيه الخدمة مقبولة هو ضعيف جداً في المحافظة، بالإضافة إلى الضعف في نشر المعايير الصحية حيث أنها تنصب في الندوات واللقاءات الإذاعية والتلفزيونية بنسب ٤٣%، و ٢٢%، و ١٤% على التوالي من أنشطة تعزيز برامج الصحة العامة. الأمر الذي يمكننا من رفض الفرضية الثالثة: "إن إدارة الجودة في المنظمات الصحية ترتبط بكفاءة وفاعلية الملاكات الصحية في المنظمات الصحية" بسبب عدم تحققها في واقع المنظمات الصحية في محافظة نينوى.



الشكل (٥) برامج تعزيز الصحة في محافظة نينوى

المصدر: وزارة الصحة العراقية، (٢٠١٠)، التقرير السنوي لعام ٢٠١٠، مطابع وزارة الصحة العراقية، بغداد العراق، ص ٩١.

#### الخطوة الرابعة: المراقبة

إن المنتبغ لنظام الخدمات الصحية يلاحظ ضعف الأنظمة الرقابية عموماً، فهو قائم على نوعين من الأنظمة الرقابية هي الرقابة الدورية: التي تقوم بالجمع المنتظم لبيانات من أقسام الإحصاء الطبي فقط في كل مستشفى ومركز صحي وأي تنظيم صحي مسجل في دائرة الصحة في المحافظة إلا أنه يلاحظ على قسم الإحصاء عدم اتجاه البيانات الأساسية التي تقيس واقع الخدمات الصحية للمحافظة للباحثين وعدم إسهامه في تعزيز الجودة عبر الدعم بالموارد بمقدار ما تخصصه الدولة للإنفاق على الصحة هي ١١% من الموازنة مع العلم أن هذه النسبة للعراق ككل. أما الرقابة المتقطعة فهي تقتصر على جمع البيانات عن الظروف الاستثنائية فحسب. ومن أهم مشاكلها جمع بيانات أكثر من المطلوب أو بيانات ناقصة، بالإضافة ضعف الدقة في البيانات بسبب حجب البيانات عن المراقب، وضعف الاستدلال والتحليل الخاطئ للبيانات، ناهيك عن عدم استخدام البيانات الصحيحة عند اتخاذ القرارات.

من جهة ثانية ضعف نظم الرقابة على جودة الرعاية الصحية فلا يوجد برنامج مطبق للجودة سواء على مستوى الوزارة أو المحافظة أو المنظمة الصحية يمكن الإشارة إليه، لكن مع مرور العراق عموماً لاسيما محافظة نينوى لا يوجد نظام منهجي لمراقبة جودة الرعاية الصحية، أما القطاع الخاص بالرغم إلى افتقاره للتنظيم والتكامل بين اجزائه وضعف الرقابة على مكوناته إلا أنه تتوفر معايير ترتقي لتحقيق الجودة من تلك المعايير هي الاعتمادية إذ أن أغلب الإحصائيين من الأطباء يقدمون الخدمات العلاجية وبأحدث التقانات في العيادات والمستشفيات المتخصصة الصغيرة.

وتتوافر الملموسة في تلك العيادات بما تعكسه من النظافة وتوافر وتوافر الادوية النبيلة وبانواعها إلا أن تلك الجودة تكون بأسعار عالية يجعلها غير متاحة للجميع وبهذا لا يتحقق أهم هدف لوزارة الصحة وهو توفير الرعاية الصحية للجميع

## الاستنتاجات :

١. إن الفئة العمرية من الأطفال بعمر بين يوم واحد-٤ سنوات يمثلون خمس بنسبة ١٧% من السكان في محافظة نينوى تتوافر مستشفى واحدة متخصصة بهم وواحدة أخرى مشتركة مع اختصاص النسائية والتوليد.
٢. عدد الإناث بعمر بين ١٥-٤٤ يشكلون ما نسبته ٢٢% وهو اقل من ربع السكان تتوافر لهم أيضا مستشفيات فقط إذا علمنا أن سكان نينوى أكثر من ثلاثة ملايين.
٣. احتكار القطاع العام لإنتاج الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية ومع خصوصية الخدمة الصحية في كونها تحتاج إلى سرعة الإنقاذ إلا أنها تعاني من الروتين، والإجراءات المطولة في تقديم الخدمات والقطاع الخاص مغيب عن تقديم الخدمات إلا في ثلاث مستشفيات لكنها هي أيضا خاضعة إلى إشراف القطاع العام ومراقبته لما يمكن أن يضيف القطاع الخاص من التطوير والسرعة في تقديم الخدمات.
٤. توصل البحث إلى عدم التوازن في الموارد البشرية من حيث التخصص والوصف، حيث أن عدد الأطباء الاختصاص أكبر من عدد الأطباء الممارسين، مع الندرة الحادة في اختصاص طبيب التخدير، وان الذكور أكثر من النساء وفي بعض المنظمات الصحية يصل إلى خمسة أضعاف النساء.
٥. إن الخطة الخمسية الإستراتيجية لوزارة الصحة للسنوات ٢٠١٠-٢٠١٤ وبما يخص محافظة نينوى ليست بالمستوى المطلوب ناهيك على أنها متأخرة عن المدة المحددة فأرقامها متواضعة ومعالجاتها تكتيكية أكثر من كونها إستراتيجية فلم ترتبط بأهم معيار لنجاحها وهو الزيادة السكانية.
٦. أوضح البحث الحالي مجموعة من التحسينات لعوامل ترتبط ببيئة المستفيد وأخرى ترتبط ببيئة المستشفيات لتحقيق إدارة فاعلة للجودة وضمان تحقيقها.

## التوصيات :

- ١- تكوين رؤية على مستوى الوزارة تنصب على الاهتمام بالخدمات الوقائية وتحسين البيئة بنفس مستوى الاهتمام بتطوير البنى التحتية لخدمات الرعاية الصحية وعلى نطاق طويل الأمد وبخطط متكاملة بين مستويات الرعاية الصحية مع التركيز على بوابة الرعاية الصحية وهي مراكز الرعاية الصحية الأولية.
- ٢- وضع القوانين الضابطة للسلوك الطبي والتي تحد من الأخطاء الطبية، وقوانين للحد من هجرة الأطباء وقوانين توفر بيئة آمنة للأطباء وتوفر لهم المناخ المناسب للعمل في المحافظة وبما يوفر الوضع المادي المناسب لهم.
- ٣- وضع الرؤية التي تقوم على الاهتمام بالمنبع عبر الاهتمام بمراكز الرعاية الصحية الأولية والاهتمام بخدمات رعاية الأمومة والطفولة.
- ٤- إزالة المعوقات بكافة أشكالها أمام القطاع الخاص من الاستثمار في الخدمات الصحية، وتأمين التغطية القانونية الذي يمكن من الالتزام بالجودة والتحديث فيها، على نحو تكاملي مع القطاع العام ليس أن تكون العلاقة تعتمد على التبعية والاعتمادية لقطاع على آخر.
- ٥- ضرورة الاعتماد على معايير منظمة الصحة العالمية في توزيع منظمات الرعاية الصحية بمستوياتها الثلاث وتوزيع الملاكات الصحية وفقاً لخطط مدروسة مستعنيين

في ذلك بالقرارات والتعليمات والدراسات التي إقامتها جامعة الموصل في مجال توزيع مراكز الرعاية الصحية والمستشفيات واختيار المواقع الأفضل لإنشاءها بالاعتماد على معيار مستشفى لكل ٥٠٠٠٠ نسمة، و مركز رعاية صحية أولية لكل ١٠٠٠٠ نسمة، ومركز صحي يدار من احد أصحاب المهن الصحية لكل ٥٠٠٠ - ٦٠٠٠ نسمة.  
عظيم

## المصادر

- ١- الخطة الخمسية لوزارة الصحة العراقية ٢٠١٠-٢٠١٤، ٢٠١٠، العراق.
- ٢- كلوكمان، جيني، ٢٠١١، تقرير التنمية البشرية ٢٠١١، برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، ترجمة عمود سبل، ٢٠١١، نيويورك، أمريكا.
- ٣- سجلات دائرة صحة نينوى، شعبة الإحصاء، ٢٠١٠، العراق.
- ٤- سجلات وزارة الصحة العراقية، ٢٠١٠، التقرير السنوي لعام ٢٠١٠، مطابع وزارة الصحة العراقية، بغداد العراق.
- ٥- العلي، عبد الستار، ٢٠٠٨، إدارة الجودة الشاملة، الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن.
- ٦- كوش، هيو، ١٩٩٢، إدارة الجودة الشاملة تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية ضمان الالتزام بها، ترجمة الأحمد، طلال بن عابدين و بن سعيد، خالد بن سعد، ٢٠٠٢، معهد الإدارة العامة، الرياض ، المملكة العربية السعودية.
- ٧- احمد، مجيد حميد و البكري، ندى عبد الرزاق، ٢٠١٠، البوصلة الإحصائية لعام ٢٠١٠، نينوى، العراق.
- 8- Jr, Foster Thomas, 2001, Managing Quality, 1<sup>st</sup> ed., Prentice Hall, New Jersey, United States of America.
- 9- Ovretveit, John, 1992, Health Service Quality, BLACKWELL SCIENTIFIC PUBLICATIONS, London, Great British.

