

الفصل الأول

المقدمة ومنهجية الدراسة

1 . المقدمة

عرض الدراسات السابقة

أهمية الدراسة الحالية

مشكلة الدراسة

2 . منهجية الدراسة

أخلاقيات الدراسة

أهداف الدراسة

فرضيات الدراسة

حدود الدراسة

مجتمع الدراسة

مصادر البيانات

وسائل جمع البيانات

الاستبانة المعيارية

تحليل البيانات

1 . المقدمة

مفهوم الصحة حسب تعريف منظمة الصحة العالمية لا يقتصر فقط علي حالة خلو الجسم من الأمراض والعجز والإعاقة، بل هي الحالة التي تراعي فيها الصحة الاجتماعية والنفسية، والعقلية، والجسدية (WHO, 1998)، وبهذا التعريف توسعت المفاهيم الصحية لتشمل البيئة التي يعيش فيها الإنسان، والمرافق الصحية التي يتلقى فيها خدمات الرعاية الصحية المتنوعة، وعليه فقد تنامي الاهتمام بتجويد هذه الخدمات كجزء أساس ومهم من صحة الإنسان الذي يعتبر محور عمارة الكون، كذلك نجد أن الصحة تتأثر سلباً أو إيجاباً بالممارسات والسلوكيات في حياة الفرد والمجتمع والعادات والتقاليد والأعراف الاجتماعية والخلفيات الثقافية والوعي الصحي (عبد الباسط، 1988).

"إذا استطاع الآخرون فعل شيء متميز، لماذا لا نستطيع نحن فعل ذلك الشيء". بهذه العبارة بدأ الدكتور المهندس/ ديمينغ (W. Edwards Deming) رحلة الجودة وتطوير الصناعة الأمريكية (فليب، 1996)، وذلك بعد أن استطاعت الولايات المتحدة الأمريكية (USA) أن تستقدمه من اليابان، لتحقيق النهضة الصناعية والتقنية كما فعلت اليابان.

نحن كذلك نستطيع أن نردد نفس العبارة في أنفسنا إذا استطاع الآخرون إنشاء مؤسسات صحية ناجحة و متميزة وجميلة، لماذا لا نستطيع أن نفعل نحن نفس الشيء، بل أفضل منه.

هذه العملية الإيجابية نحو تحسين العمل والوصول إلي درجات جودة متميزة، نستطيع القيام بها بكل سهولة إذا كان الجميع مشتركون في الهم، ويعملون العمل الصحيح، بالطريقة الصحيحة، منذ المرة الأولى و في كل مرة. وبذلك لا تكلف الجودة مادياً، لان تكلفة إصلاح العيوب تكون دائماً عالية، والوقاية أفضل من العلاج ، لذلك يقال دائماً أنّ درهم وقاية خيرٌ من قنطار علاج (نشرة إدارة الجودة، 2008)، وكذلك نرى كثيراً من الدول التي تتعرض إلى انتشار الأوبئة والأمراض بين أفرادها تنفق قدراً

كبيراً من الأموال لشراء العقاقير لعلاج تلك الحالات، بينما نرى المجتمعات التي تحرص على سلامة أفرادها تركّز في إنفاقها على جوانب الوقاية وبرامج تعزيز الصحة (عبد الفتاح، 1996).

لإنجاح هذه العمليات الإيجابية المتسارعة لتجويد الخدمات الصحية، لابد من استيعاب كل العاملين والموظفين في نظام الجودة، خاصة الأطر الطبية والصحية، لان استيعابهم في المهام الإدارية من الصعوبة بمكان لانشغالهم في مهامهم الفنية ولكنه ضروري جداً، لأهمية دورهم في عملية التحسين ، لانهم يستطيعون بناء أو هدم عملية التحسين(تركي، 1989)، وذلك لأن المؤسسة الصحية لها أعرافها وقيمتها وخصوصيتها في المقام الأول، فيجب أن يعمل الجميع علي استمرار هذه الخصوصية، وحفظ أسرار المرضى، واحترامهم، وتقديم خدمات الرعاية الصحية كحق أصيل للإنسان، علي أن تكون هذه الخدمة وفقاً لمعايير الجودة المتفق عليها لضمان استمراريتها.

1.1 إستعراض الدراسات السابقة

1.1.1 الدراسات باللغة العربية:

1. دراسة: مازن عبد العزيز عبد الحميد مسودة، أثر تطوير الموارد البشرية الصحية في تحقيق الجودة الشاملة: دراسة ميدانية تحليلية تطبيقية علي المستشفيات الأردنية الخاصة، خلال الفترة من 1995-2003م، دراسة دكتوراة، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، 2004م.

هدفت الدراسة إلي فحص اثر متغيرات تطوير الموارد البشرية الصحية في تحقيق الجودة الشاملة وبوجود عناصر أخرى داعمة، وأجريت الدراسة في عدد ستة مستشفيات خاصة، وتوصلت إلي نتائج تشير إلي وجود علاقة قوية بين هذه المتغيرات، وتم إثباتها إحصائياً.

في الجانب التطبيقي توصلت الدراسة إلي أن المستشفيات بصورة عامة تهتم بتطوير الموارد البشرية بدرجات متفاوتة، وكلما زاد الاهتمام بالتطوير كلما زاد التطبيق لمعايير الجودة، ويزداد كذلك بالدعم الإداري من قيادات المستشفى، كذلك توصلت الدراسة إلي أن اثر متغير المستهلك الداخلي (مقدم

الرعاية الصحية)، يعتبر متغير قوي ومرتب مع متغير التحسين المستمر للجوانب الفنية والخدمات المقدمة في الرعاية الصحية.

أوصت الدراسة بأن يقوم القطاع الصحي بالأردن بإنشاء هيئة مستقلة لتقويم أداء الخدمات الصحية في المستشفيات والمنظمات الصحية، وإنشاء جائزة تقديرية خاصة علي مستوى الدولة لتحقيق الميزة التنافسية بين المستشفيات، وتعزيز آليات تطوير أساليب التدريب في مجالات الجودة وتعزيز التمكين والتطوير الوظيفي، كما أوصت الدراسة بتطوير السياسات والبروتوكولات الإدارية والسريرية والفنية المعززة للجودة، وأخيراً أوصت الدراسة بإجراء بحوث تتعلق بأثر التحفيز والاتصال ومصادر أخرى مؤثرة في تحقيق الجودة والرضا من الخدمات الصحية، كما أوصت بضرورة إجراء دراسات في قطاعات خدمية أخرى مثل التعليم والقطاع الصناعي وعمل المقارنات اللازمة. خلصت الدراسة إلي أن العنصر البشري هو المورد المهم لكل مؤسسة ويعتبر رأس المال الحقيقي الذي يجب العناية والاهتمام به والعمل علي تطويره.

2. دراسة: أسامة الفراج، تقييم جودة خدمات الرعاية الصحية في مستشفيات التعليم العالي في سورية من وجهة نظر المرضى: نموذج لقياس رضاء المرضى، دراسة دكتوراة، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، 2015م.

انطلاقاً من هدف البحث، وضعت استبانة سهلة الاستخدام بهدف كشف جودة الرعاية الصحية المقدمة في المستشفيات التعليمية السورية للمرضى ومن وجهة نظرهم. فضلاً عن أن هذه الأداة كانت موضع إختبار لبيان مدى صلاحيتها والموثوقية بها وقدرتها على التمييز بين مستويات ومكونات رضاء العميل. استُقصي رأي 474 مريضاً أقاموا في أكبر أربعة مستشفيات تعليمية في سورية وهي المواساة، والأسد الجامعي، والأطفال، والتوليد وأمراض النساء، والتي اتخذت من دمشق

العاصمة مقرأً لها، كما احتوت الاستبانة على 39 مفردة تبين الآراء والانطباعات الشخصية والموضوعية حول الرضاء عن خدمات المستشفى.

من مجموع مفردات الاستبانة التي تبين الآراء الشخصية، تم تكوين سبعة مقاييس، كل مقياس منها يصف مجالاً محدداً: الرعاية الطبية المهنية، الرعاية التمريضية المهنية، الرعاية الصحية السلوكية، الخصائص التنظيمية، الفندقية بجوانبها الثلاثة. تم إكمال الاستبانة من خلال المقابلة الشخصية مع المريض وبحيادية تامة من قبل المستقسي عن البحث.

3. دراسة: محمد فؤاد محمد، إشكالية قياس جودة الخدمات المقدمة في شركات التأمين التابعة للقطاع العام المصري، أطروحة دكتوراة، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، 2009م.

هدفت الدراسة إلي تحديد الفجوة الموجودة بين رغبات وحاجات العملاء والمستوي الحقيقي للخدمات المقدمة من هذه الشركات، وتوصلت الدراسة إلي استنتاج مفاده إن هنالك علاقة معنوية جيدة بين تطلعات العملاء وطبيعة وجودة الخدمة المقدمة لهم، بما يعني أنه كلما زادت تطلعات وتوقعات العملاء كلما زاد مستوي الجودة للخدمات المقدمة لهم، وهذا بدوره يمكن الاستنتاج منه أن الفجوة بين رغبات العملاء وجودة الخدمات تحدد مدي تطبيق المنظمة لنظام إدارة الجودة الشاملة والتميز المؤسسي.

4. دراسة: زاهر شرارة، أيزو 9001/ 2000 المتطلبات الجديدة والأزمة التي تواجه المنظمات الصناعية المصرية للتوافق معها، ماجستير، جامعة عين شمس، جمهورية مصر العربية، 2004م.

هدفت الدراسة إلي تقويم قدرة الشركات محل البحث علي التوافق مع المتطلبات الجديدة لنظام الأيزو الإصدار 9001 للعام 2000، وقد توصلت الدراسة إلي نتيجة أن نسبة 38% فقط من الشركات قيد الدراسة لها القدرة علي التوافق مع المتطلبات الجديدة، وتعتبر هذه النسبة متدنية في ظل التسارع الكبير نحو تطبيق النظم الضابطة والمنظمة للجودة وهذا يعبر عن أزمة حقيقية تواجه هذا الشركات في الصراع من أجل البقاء والاستمرار والمنافسة.

5. دراسة: كمال، قاسمي 2017، المقومات والمعوقات الثقافية لتطبيق نظامي إدارة الجودة الشاملة والأيزو 9000 في المؤسسة الصناعية الجزائرية.

تناولت الدراسة تعرض المنظمات للمنافسة الشديدة في ظل تحرير التجارة العالمية للسلع والخدمات، وبذلك أصبحت هذه المنظمات تواجه بضرورة التطور والمواكبة في تجويد المنتجات من الخدمات والسلع بصورة تلبي طموح ورغبات العملاء، ويتوقف تحقيق التميز والريادة لهذه المنظمات علي مدى الاستخدام الفاعل للتكنولوجيا الحديثة مع الترقية المستمرة لكفاءة العنصر البشري من خلال التدريب المستمر والرعاية للابتكارات والمهارات. لعل من أهم الأساليب الإدارية التي تمكن المنظمة من تحقيق ميزة تنافسية في ظل التحديات والمنافسة هو التطبيق السليم لأنظمة الجودة وخاصة نظامي إدارة الجودة الشاملة والأيزو 9000.

توصلت الدراسة إلي معرفة أهم الأسس العلمية التي يستند عليها نظامي إدارة الجودة الشاملة والأيزو 9000، بالإضافة إلي إبعاد ثقافة المنظمة قيد الدراسة، وخلصت الدراسة إلي ضرورة غرس ثقافة المنظمة أولاً في نفوس العنصر البشري من العاملين وذلك عبر التدريب والتحسين المستمر وتغيير السلوك والنظرة الإيجابية بين فريق العمل من كل الموظفين والعمال، كل ذلك مع التركيز المتواصل علي تلبية رغبات وتطلعات العميل بصورة تفوق توقعاته، بإعتباره محور عمل المنظمة ومصدر التدفقات المالية المرتبطة بها.

6. دراسة: إحسان إبراهيم الله جابو إبراهيم، أثر الدوافع علي تحقيق الجودة الشاملة في المستشفيات الخاصة والعامية في السودان للفترة من 1995-2002، دراسة دكتوراة، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، 2005م.

هدفت الدراسة إلي توضيح أهمية تطبيق الجودة الشاملة في قطاع المستشفيات العامة والخاصة بالسودان، أجريت الدراسة عن طريق جمع بيانات محددة عبر استبانة استهدفت 160 مستهدف بالمستشفيات العامة والخاصة، وتم إرجاع 119 استبانة من عدد 6 مستشفيات أظهرت نتائج الدراسة إلي أن المستشفيات بالسودان تقيس أداء العاملين فيها عن طريق الرقابة المستمرة بالإضافة إلي مراقبة الأداء الفعلي. كذلك أشارت الدراسة إلي وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين إلتزام المستشفيات السودانية بمفاهيم إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات التأهيل لنيل شهادة الأيزو 9000. بالإضافة لذلك أوضحت الدراسة أن عالم التقنية الحديثة سيساعد المستشفيات السودانية في مواكبة تطبيق أنظمة إدارة الجودة الشاملة.

أوصت الدراسة بتبني أسلوب التغيير المرتبط بمفهوم إدارة الجودة الشاملة (TQM)، والارتقاء بأساليب الاختيار والتعيين والتدريب لكل الفئات، والتعاون والمنافسة الشريفة بين القطاعين العام والخاص، والاهتمام بعمليات توزيع الأدوية وتجويد الأداء فيها.

2.1.1 الدراسات باللغات الأجنبية

1. دراسة:

Musa Pinar, **Attitudes of Captains of industry towards ISO9000**

الدراسة عبارة عن تقرير يتناول اتجاهات مديري الصناعة نحو مواصفات الأيزو 9000، وتوصلت الدراسة إلي أن 80% من الشركات الحاصلة علي شهادات الأيزو 9000 تعتبر أن هذه الشهادات كان لها الأثر الواضح في التحسين المستمر في رقابة الإدارة علي نظام الجودة، وتحقيق مستويات متميزة من رضا العملاء، ويعد هذين المؤشرين من أهم العناصر الأساسية لنجاح الشركة في إنجاز مهامها المتنوعة. وخلصت الدراسة إلي أن عمليات التحسين المستمرة والمرتبطة بتلبية تطلعات ورغبات العملاء بما يفوق توقعاته، هي الطريق الذي يقود إلي الجودة والتميز.

2. دراسة:

Mast & Carlson, Experience of implementing ISO9000 in Swedish industry

أخضعت الدراسة عدد من الشركات السويدية الحاصلة علي شهادات من نظام الأيزو 9000 وتم استنتاج لأهم الفوائد المتحصلة عند تطبيق هذا النظام، وخلصت الدراسة إلي أن 114 شركة محل الدراسة كانت الفوائد المتحصل عليها عند تطبيق نظام الأيزو تتمثل في الآتي: تحسين عمليات الإنتاج، زيادة عدد عملاء الشركة، انخفاض تكاليف الإنتاج وإعادة التصنيع، فتح أسواق جديدة، الالتزام بصورة أفضل بمواعيد تسليم المنتجات للعملاء.

3. دراسة:

Marti Casadesue & Inkai Heras, Benefits of ISO9000 implementation in Spanish industry

تمثلت أهداف الدراسة في معرفة الفائدة من تطبيق نظام الأيزو 9000 في الشركات الصناعية الإسبانية، وتوصلت الدراسة إلي أن هذه الفوائد تمثلت في الآتي: 33% يرون أن نظام الأيزو 9000 عمل علي تحسين وتوحيد إجراءات العمل، بينما 19% يرون أن النظام ساهم في تحسين المعرفة بالمسؤوليات والالتزامات الخاصة بالعمل، وكذلك كانت نسبة 19% آخري تري أن معدل ثقة العملاء قد زاد بصورة واضحة في الشركات الحاصلة علي الأيزو 9000، وكانت نسبة 20% تري أن الالتزام أصبح أكبر بعد العمل بنظام الأيزو، وأوضحت نسبة 11% من الشركات أن نظام الجودة أدي إلي تحسين المبادئ التوجيهية في الأداء.

ومن الدراسة يتضح ان تطبيق نظام الأيزو بصورة عامة يساهم بقدر كبير وبطريقة واضحة في تحسين الأداء بالمؤسسات، لان بناء النظام وتطبيقه والعمل به يتطلب الالتزام بمجموعة من الإجراءات التي تؤدي بدورها للتحسين في أداء الأعمال.

4. دراسة:

Douglas & Glen, Integrated management in small and medium enterprises

تمت هذه الدراسة الميدانية علي عدد 50 من الشركات الصغيرة والمتوسطة الحجم والتي تطبق نظام إدارة الجودة وفق نموذج الأيزو 9000، ونظم الإدارة البيئية وفق نموذج الأيزو 14001، وقد هدفت الدراسة إلي معرفة الطريقة التي يتم تطبيق النظامين بها ومدى الاندماج بينهما واستعداد الشركات لهذا الاندماج، إضافة إلي الفائدة المتحققة عند تطبيق النظامين والي أي مدى يعملان علي تقليل الهدر والتكاليف المالية.

خلصت الدراسة إلي أن كل الشركات قد قامت أولاً بتطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة، نموذج الأيزو 9000، وأن 75% من هذه الشركات استخدمت نفس الهياكل والأساس لكل من النظامين، كما توصلت الدراسة إلي أن 45% من هذه الشركات وضعت دليلاً وإجراءات موحدة لكلا النظامين. توصلت الدراسة إلي أن هنالك خصوصية لكل من النظامين يجب مراعاتها عند التطبيق وأن استخدام وسائل منفصلة يقلل من زمن المراجعة، كذلك أشارت الدراسة إلي أن نظام إدارة الجودة الأيزو 14001 مازال نظاماً جديداً - خلال فترة إعداد الدراسة - ولم يتم تطبيقه في كل أقسام الشركات والتي تكتفي بتطبيق نظام إدارة الجودة، الأيزو 9000.

5. دراسة:

Tsiotras & Gotzamani, ISO as entry key to Total Quality Management

(TQM): The case of Greek industry

تم إجراء الدراسة علي مجموعة من الشركات اليونانية الحاصلة علي نظام إدارة الجودة الأيزو 9000، وتوصلت إلي أن هنالك العديد من الفوائد التي حققتها هذه الشركات من تطبيق النظام، وتم تلخيص هذه الفوائد وتصنيفها في مجموعتين كالآتي:

المستوي الداخلي: والذي تمثلت الفوائد فيه في تطوير أسلوب الإدارة، ووضع قواعد واضحة للعمل، وزيادة الإنتاجية، تصحيح الأخطاء، خفض تكاليف الفاقد وإعادة العمل
المستوي الخارجي: يتمثل في زيادة رضا العملاء، تحسين سمعة الشركة، زيادة الثقة بمنتجات الشركة، كسب ميزة تنافسية، زيادة الصادرات، واختراق أسواق جديدة.

2.1 أهمية الدراسة الحالية:

تتبع أهمية الدراسة الحالية من الحاجة الملحة والمستمرة من قبل متخذي القرار بوزارة الصحة والأجهزة الرقابية الصحية، والمجتمع لمعرفة واقع تقديم الخدمات الطبية والصحية بالمؤسسات العلاجية الخاصة، إذ يعتبر مجال تقديم الخدمة الطبية بواسطة القطاع الخاص من المجالات الواعدة والتي تجد تشجيع من الجهات المختصة (إبراهيم حسن، 2005)، وبالمقابل نجد التطور الكبير في مجالات وطرق و وسائل تقديم الخدمات الطبية علي مستوى العالم وانعكاساته المباشرة علي الواقع المحلي والتي بدورها تصنع تحدي كبير لأصحاب المؤسسات العلاجية للوصول لمستويات عالية من الجودة في تقديم الخدمة، وكل ذلك تحت الضغط المتواصل من المريض وأسرته لتسريع وتجويد عمليات التشخيص والتتويم والعلاجات السريرية رغبة منهم للوصول لمرحلة الشفاء والمعافاة الكاملة.

كذلك هنالك عوامل أخرى تعزز من أهمية إجراء مثل هذه الدراسات كأن نجد أن مستهلكي الخدمة الصحية عادة لا يختارون التوقيت المناسب للاستهلاك (أبو حراز وأخرون، 2016)، وذلك يعزي لفجائية الإصابة بالمرض والحوادث والطوارئ، فالمرض من أقدار الله التي يمكن حدوثها في أي زمان ومكان. كذلك أيضا خصوصية سوق الدواء و ضعف المعرفة الصيدلانية بصورة عامة، ومحدودية وسائل المعرفة المباشرة وحصرتها عبر الأطباء الصيادلة في الصيدلية والأطباء المعالجون في العيادة.

هناك أيضا إشكالية الإمداد المحدود للمنتجات الصحية من سلع وخدمات لمجابهة مشاكل صحية متعددة وغير محدودة. لذلك تأتي أهمية مثل هذه الدراسات لتوضيح بعض من القضايا الأكاديمية والعلمية التي يعايشها الفرد في المجتمعات الحديثة ويحتاج إلي إجابات شافية لها، وأوضح مثال لها الحاجة العالية وغير المحدودة للصحة الدائمة بدون الأمراض والآلام المصاحبة لحياة الفرد، وهذه الرغبات الإنسانية تحتاج لمعالجات علمية وأكاديمية عند عرضها علي المفاهيم الاقتصادية التقليدية مثل قوانين العرض والطلب والاحتياجات مقابل الطلبات.

تتناول هذه الرسالة الأكاديمية بعض القضايا الأساسية في إدارة النظم الصحية، والتي تم استعراضها من خلال دراسة ثلاثة مواضيع متنوعة، وهي:

أولاً: تركز الدراسة بصورة أساسية علي تجويد خدمة الرعاية الصحية المقدمة في المؤسسات العلاجية الخاصة وذلك عن طريق تطبيق مفاهيم إدارة الجودة الشاملة ونموذج التميز وفق المؤسسة الأوروبية لإدارة الجودة (EFQM).

ثانياً: تطوير وإنجاح خدمة الرعاية الصحية المقدمة لمن يطلبها في الدولة وذلك بتجويد النظام الصحي المحلي كإطار لتقديم الخدمة المباشرة للسكان المحليين، وتم إعداد مقترح لهيكله النظام الصحي المحلي بولاية الخرطوم.

ثالثاً: تجويد الممارسة الصيدلانية وإدخال مفاهيم إدارة الجودة الشاملة والتميز المؤسسي في الخدمات المقدمة عبر صيدلية المجتمع والتي تعتبر وحدة للرعاية الصحية الأساسية ومنفذ لتقديم خدمات الرعاية الصيدلانية المتخصصة.

يتم تناول المواضيع قيد الدراسة من المنظور الأكاديمي وفق أدبيات إدارة الجودة الشاملة (TQM)، والتميز بمفاهيم المؤسسة الأوروبية للجودة (EFQM)، علي أن تظل المعايير الفنية لتقديم هذه الخدمات وفقاً لمواصفات واشتراطات وإجراءات وزارة الصحة والأجهزة الإشرافية المختصة.

3.1 مشكلة الدراسة:-

تتباين طرق ومستويات تقديم خدمة الرعاية الطبية مما يجعل الأجهزة الرقابية بوزارة الصحة باستمرار تسعى لتوحيد وتطبيق الحد الأدنى من الاشتراطات والمواصفات الضابطة لتقديم الخدمات الطبية بغرض تجويدها وتحسينها المستمر (قانون الصيدلة والسموم، 2009)، وتجري عملية الرقابة والمراجعة الدورية للتأكد من تجويد العمل والأداء، لأن تكلفة إصلاح العيوب تكون دائماً عالية والوقاية أفضل من العلاج والعمل بطريقة سليمة وجيدة أفضل من إنجاز العمل بسرعة بدون جودة، ولكل ذلك يجب تصميم الخدمة الطبية بما يتوافق مع تطلعات العميل وبما يتوافق مع متطلباته الصحية وتوقعاته الشخصية للشفاء والعلاج في ظل معلومات علمية ومستوي معرفي قد لا يكون متوفراً لدى المريض وأسرته، وهنا تأتي أهمية وجود طرف ثالث (الجهات الرقابية مثل وزارة الصحة) يضبط ويؤكد دقة وسلامة الخدمة العلاجية، غير طرفي الخدمة المعروفين: مقدم الخدمة (المؤسسة العلاجية) وملتقي الخدمة (المريض).

كذلك نجد أن مسئولية التقييم والرقابة الذاتية تقع مباشرة علي عاتق المسؤولين عن إدارة المؤسسة العلاجية وعليهم القيام بهذا الدور حتى تتحقق العديد من الفوائد مثل الوقاية من حدوث المشاكل والأخطاء قبل وقوعها، واكتشاف الأخطاء والعيوب في وقت مبكر، والتقييم والمعالجة في حالات المشاكل والتدهور (عبد الرحمن الزين، 2003).

وقد تم تلخيص مشكلة الدراسة من خلال التساؤلات التالية:

- ما هي رؤية ورسالة وسياسة الجودة التي تتبعها المؤسسة العلاجية الخاصة؟
- ماهي معايير جودة تقديم خدمة الرعاية الصحية بالمؤسسة العلاجية الخاصة؟
- هل المؤسسة العلاجية الخاصة تطبق معايير الجودة بصورة عالية؟

- ما هو وضع ومستوى درجة الجودة بالمؤسسة العلاجية الخاصة وفقاً للنموذج الأوروبي لإدارة الجودة (EFQM)؟
- ما هو وضع ومستوى درجة الجودة بالمؤسسة العلاجية الخاصة مقارنة بمثيلاتها، وفقاً لنماذج المقارنات (Benchmarking)؟
- هل خدمات الرعاية الصحية المقدمة في المستشفيات الخاصة تجد رضا العميل؟
- هل القادة في المؤسسة العلاجية الخاصة علي درجة من الإلمام ببرامج الجودة والتميز؟
- هل الخدمات الصحية المقدمة عبر النظام الصحي المحلي، تغطي كافة الأنشطة المخطط لها علي مستوى وزارة الصحة؟
- ماهي طبيعة خدمات الرعاية الصيدلانية المقدمة في صيدليات المجتمع الخاصة، وهل يتم تقديمها وفقاً لمعايير الجودة والتميز؟

2. منهجية الدراسة

أخلاقيات الدراسة:

تمت إجازة الدراسة والموافقة عليها وذلك بعد عرض المقترح علي السادة مجلس البحوث بمركز الجودة الشاملة، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، وإصدار خطاب بذلك (ملحق رقم 1)

الهدف العام للدراسة:

تهدف الدراسة بصورة عامة إلي تطبيق منهج إدارة الجودة الشاملة (TQM)، ونموذج التميز وفقاً للمؤسسة الأوروبية لإدارة الجودة (EFQM)، وذلك في نظام الرعاية الصحية، وشملت الدراسة ثلاثة مستويات لتقديم الخدمة وهي: المؤسسة العلاجية الخاصة (مدينة المعلم الطبية)، وصيدليات المجتمع الخاصة، والنظام الصحي المحلي بولاية الخرطوم. وذلك بغرض الارتقاء بمستوي جودة الخدمات الصحية المقدمة وضمان التحسين المستمر.

الأهداف التفصيلية:

بصورة محددة وأكثر تفصيلاً تسعى الدراسة لتحقيق الأهداف التالية:

1. تقييم ذاتي لدرجة تطبيق معايير إدارة الجودة الشاملة ونموذج التميز المؤسسي، وتحديد ترتيب المستشفى قيد الدراسة وفقاً لإصدار العام 2008م للمؤسسة الأوروبية للجودة (EFQM)
2. تطبيق بعض معايير الجودة الشاملة والتميز المؤسسي في النظام الإداري للمؤسسة العلاجية الخاصة، وفقاً لمنهجية المؤسسة الأوروبية لإدارة الجودة (EFQM).
3. إعداد مقترح لتجويد الممارسة الصيدلانية والإدارية بصيدليات المجتمع الخاصة
4. إعداد مقترح لتجويد الأداء الإداري في النظام الصحي المحلي بولاية الخرطوم

فرضيات الدراسة:

1. تلتزم المؤسسة العلاجية الخاصة بتطبيق مفاهيم إدارة الجودة الشاملة (TQM)
2. تلتزم المؤسسة العلاجية الخاصة بتطبيق مفاهيم نموذج التميز المؤسسي (EFQM)
3. توفر المؤسسة الخاصة المعينات الوقائية للعاملين بها
4. لا تلتزم المؤسسة العلاجية الخاصة بتحقيق رضاء العاملين
5. لا توجد برامج في المؤسسة العلاجية الخاصة لدعم الفقراء والفئات الضعيفة
6. المؤسسة العلاجية الخاصة تقدم خدمات فندقية مصاحبة متميزة للمرضى المنومين
7. المؤسسة العلاجية الخاصة بها أجهزة طبية متطورة وحديثة الصنع

حدود الدراسة:

مكان الدراسة: المؤسسة العلاجية الخاصة (مدينة المعلم الطبية)، وصيدليات المجتمع الخاصة بولاية الخرطوم، والنظام الصحي المحلي بوزارة الصحة ولاية الخرطوم.

زمان الدراسة الميدانية: في الفترة من فبراير 2017 إلى مارس 2018 (13 شهر)

مجتمع الدراسة:

يتكون مجتمع الدراسة من القيادات الإدارية العليا (المدير ونوابه)، والقيادات الوسطى (مدراء الإدارات ورؤساء الأقسام والوحدات المختلفة)، وتم تمثيل مجتمع الدراسة من كل القوي الإدارية والطبية والصحية والتمريضية والمساندة العاملة بالمؤسسة العلاجية الخاصة (مدينة المعلم الطبية)، وكل مدراء النظام الصحي بمحليات ولاية الخرطوم، وبعض المدراء الفنيون بصيدليات المجتمع الخاصة بولاية الخرطوم وذلك حسب العينة المختارة.

تصميم منهجية الدراسة:

تم تصميم الدراسة وفقا لمناهج علمية متنوعة، وذلك لتتوع المواضيع قيد الدراسة، ولإثراء البحث والخروج بنتائج أقرب للواقع وقابلة للتعميم علي كل المؤسسات المشابهة، لذلك الدراسة إتزمت المنهج الاتي:

- المنهج الاستقصائي والاستكشافي بالمزج بين تقنيتي ورشة العمل والاستبانة
- منهج المقطع الزمني لتحديد ودراسة الواقع في فترة إعداد الدراسة
- منهج السرد التاريخي بالاطلاع علي الدراسات السابقة والمراجع العلمية

مصادر جمع البيانات:

- المصادر الأولية: الاستبيان، والمقابلات الشخصية، الآراء المباشرة، والملاحظات والتعليقات والتوصيات في مجموعات النقاش والعصف الذهني
- المصادر الثانوية: الكتب، المراجع، التقارير، البحوث والدراسات السابقة

وسائل جمع البيانات:

تم استعمال وسائل متنوعة لجمع البيانات وذلك عبر مزيج من استمارة التقييم الذاتي المصممة بواسطة المؤسسة الأوروبية لإدارة الجودة (EFQM)، واستخدام وسائل مساعدة تمثلت في قائمة الملاحظات علي الأداء، حلقات النقاش لفريق الجودة، اجتماعات العصف الذهني للقيادات الادارية، وآراء أعضاء فريق الجودة.

طريقة جمع البيانات:

تم في هذا البحث جمع بيانات عن ثلاثة مواضيع شملتها الدراسة وهي كالآتي:

- **المؤسسة العلاجية الخاصة:** تم اتباع الوسيلة المباشرة في جمع البيانات وذلك عبر الاستمارة المعدة للتقييم الذاتي وفقا لنموذج التميز الأوروبي للجودة (EFQM)، ومجموعات العصف الذهني والنقاش العلمي لاستخلاص البيانات والمخرجات.
- **المؤسسة الصيدلانية الخاصة:** تمت الاستفادة من مجموعات العصف الذهني، تقارير الإشراف، ملاحظات الباحث خلال فترة عمله بصيدليات المجتمع الخاصة، بالإضافة إلي المصادر الثانوية لجمع البيانات.
- **النظام الصحي المحلي:** تم تجميع البيانات من خلال حلقات النقاش العلمي من مدراء النظام الصحي بمحليات ولاية الخرطوم، ومجموعات العصف الذهني، وتجربة وملاحظات الباحث خلال فترة عمله في الإدارات المختصة وذات الصلة.

طريقة وخطوات إجراء الاستبيان المستعمل في تقييم المؤسسة العلاجية الخاصة:

تمت عملية إجراء الاستبيان المستعمل لتقييم المؤسسة العلاجية الخاصة، من خلال الخطوات التالية:

1. اختيار الاستبانة المعيارية للتقييم الذاتي والمعد بعناية بواسطة المؤسسة الأوروبية لإدارة الجودة (EFQM)، والمرفقة بهذه الدراسة (ملحق رقم 2).
2. اختيار مجموعة أعضاء (فريق الجودة) بمدينة المعلم الطبية، والمناطق بهم إكمال الاستبانة
3. تم تعريف أعضاء الفريق بالاستبانة المعيارية، والمجال الذي تغطيه، وطريقة إكمال البيانات
4. تمت قراءة وشرح وتوضيح تعريفات نظام تحصيل النقاط بواسطة الأشخاص المناطق بهم إكمال الاستبيان بما فيها مضامين " المنهج " و " التطبيق "
5. تمت قراءة وشرح وتوضيح الفقرات ذات الصلة التي تسبق كل واحدة من المعايير التسعة (القيادة، العاملين، السياسة والاستراتيجية، الشراكات والموارد، العمليات، نتائج المتعاملين، نتائج العاملين، نتائج المجتمع، نتائج الأداء العام)

6. تمت الإجابة على الأسئلة في الاستبانة المعيارية بواسطة كل فرد من أعضاء الفريق
7. تم إجراء مقارنة بين إجابات الأعضاء، وإعتماد إجابات موحدة لكل الفريق وإدراجها بالاستبانة.

تحليل بيانات الإستبانة وطريقة كتابة التقرير وتطبيق النتائج:

1. لتحليل الاستبانة، تم اتباع طريقة التحليل المعتمدة وفقا للمنهج الأوروبي للجودة (EFQM)
2. المقارنة والتحليل بعناية لكل الإجابات لتحديد أعلى وأدنى نقاط تم الحصول عليها
3. تحري أسباب النتائج أو النقاط العالية أو المتدنية أو غير الطبيعية
4. عرض ما تم التوصل إليه ثم تحديد الأولويات.
5. رصد وتحويل النقاط بكل مقطع بالاستبانة إلى الجهة المختصة
6. تحديد مناطق التحسين وإعداد خطة للتحسين بالمؤسسة العلاجية الخاصة
7. كتابة تقرير تفصيلي بنتائج التقييم
8. بداية التطبيق العملي للتوصيات الواردة بتقرير التقييم
9. بناء نظام لإدارة الجودة الشاملة والتميز المؤسسي.

الفصل الثاني:

تطبيقات إدارة الجودة الشاملة ونموذج التميز المؤسسي في النظام الصحي

المبحث الأول: مفهوم إدارة الجودة الشاملة (TQM)

المبحث الثاني: النموذج الأوروبي لإدارة الجودة والتميز المؤسسي (EFQM)

المبحث الثالث: تحليل مخاطر نقاط التحكم الحرجة (HACCP)

المبحث الرابع: أداتي الاعتماد العربية والسودانية لنظام الجودة في المؤسسات الصحية

المبحث الخامس: نموذج الجودة والتميز في صيدليات المجتمع

المبحث الأول: إدارة الجودة الشاملة (TQM)

هي مجموعة من الأنشطة النظامية تؤدى بواسطة المنشأة لإحراز أهداف المؤسسة، بفعالية وكفاية، لأجل تقديم منتجات (سلع وخدمات) بمستوى من الجودة يرضي زبائنهم في الوقت وبالسر المناسبين (معتز قيلي، 2017). إن التركيز على الجودة عملية مؤقتة في الغالب بينما إدارة الجودة الشاملة هي عملية طويلة الأجل لا تأخذ الصفة المؤقتة وإنما تأخذ البعد الاستراتيجي بحيث توجه كل الخطط الإنتاجية والتسويقية والمالية والإدارية بالاتجاه الذي يخدم هذا البعد الاستراتيجي (الحميضي، 2000). تعتبر إدارة الجودة الشاملة أسلوباً جديداً في أداء الأعمال وإدارتها بطريقة حديثة وفهم جديد يفوق جميع الأساليب الإدارية التقليدية (أحمد موسي، 2006)، يكون التركيز فيه على تلبية متطلبات وتوقعات المستفيدين سواء كان هذا المستفيد داخل أو خارج المنظمة أو المنشأة، ومن خلال معرفة متطلباتهم واحتياجاتهم ومن ثم تلبيتها والقيام بأدائها على الوجه الصحيح والمطلوب من خلال عمليات التجويد والتحسين المستمر، وبما يفوق توقعاتهم، حتى تصل المنظمة إلى أعلى مستويات الأداء وهو الإتقان المنشود (معتز قيلي، 2017).

كلمة إدارة لا تعني أن هذه العملية خاصة بالمديرين فقط دون غيرهم من الموظفين بل أنها تعني أن كل شخص يعتبر مديراً لعمل، هو مسئول عن التفكير فيه وتطويره وتحسينه وإتقانه من خلال معرفة دقائق وتفاصيل ذلك العمل. وبما أن هذه الإدارة تشمل جميع المنسوبين لذلك سميت بالشاملة لعموميتها وشموليتها لجميع الأقسام وجميع المستويات من الموظفين بلا استثناء ابتداء من المدير العام وانتهاء بعامل النظافة (رضا، 1995)، وتكون عامة لكل الموظفين من أعلى الهرم إلى أسفله ومن أقصى الهيكل إلى جانبه الآخر ونظراً للمنافسة الشديدة التي تواجه المؤسسات العلاجية الخاصة، فإنها في حاجة ماسة وضرورية لإتباع إدارة الجودة الشاملة ونموذج التميز المؤسسي، ومواصلة عمليات التحسين المستمر حتى تقدم خدمة طبية جيدة وبسر مقبول في نفس الوقت (عبد الرحمن، 2003).

إن مفهوم الجودة الشاملة يعتبر طريقة تفكير متجددة للنظر للمؤسسة والتخطيط لها وكيفية إدارة الموارد بها، كما إن هذا المفهوم يقوم علي المشاركة الواسعة في عمليات التحسين المستمر والتي تبني علي تلبية حاجات العملاء بطريقة تفوق توقعاتهم (السر، 2007)، وتعتمد بصورة عامة علي:

- المشاركة الفاعلة للجميع
- إدارة التغيير بمنهجية علمية
- وضع العملاء في قمة الأولويات
- تحقيق الرضاء الوظيفي للعاملين
- الاهتمام بتجويد العمليات بالمؤسسة
- وجود برنامج متكامل للتحسين المستمر

مراحل تطور مفهوم إدارة الجودة الشاملة (TQM)، (وهيئة، 2014):

1. التفتيش Inspection
2. الرقابة علي الجودة Quality control
3. ضمان وتوكيد الجودة Quality assurance
4. إدارة الجودة الشاملة Total quality management

فلسفة إدارة الجودة الشاملة تركز على محاور هامة منها، (وهيئة، 2014):

- التركيز على العملاء، والتحسين المستمر للعمليات
- الاتصال الفعال من جميع الاتجاهات
- العمل الجماعي وفرق العمل والتدريب المستمر
- إتخاذ القرارات بناء على الحقائق
- التقييم والرقابة الذاتية

تطور مفاهيم الجودة من خلال النظرة التقليدية والحديثة:

سادت النظرة التقليدية للتعامل مع مفاهيم الجودة لفترات طويلة، ورغم الجهود المبذولة من القائمين

علي امر إدارة الجودة، إلا انه مازالت لدي بعض المؤسسات والأفراد نفس تلك النظرة ، الجدول (1) يوضح المقارنات بين النظرة القديمة والحديثة والتطور المعرفي الذي حدث في مفاهيم إدارة الجودة.

جدول رقم (1): مقارنة بين النظرة القديمة والحديثة لمفاهيم الجودة*

النظرة التقليدية	النظرة الحديثة
الجودة صدفة	الجودة خيار حكيم لعدة احتمالات
الجودة تعني الرفاهية ولا يمكن تحقيقها في ظل الموارد الشحيحة	الجودة هي النتيجة الحتمية لعمل دؤوب من الإدارة يؤدي إلي رفع الإنتاجية وزيادة الدخل، في ظل الموارد المتاحة
الجودة تهدر الموارد المتاحة	تمنع تدني مستوي الخدمة وتحافظ علي الموارد المتاحة
الجودة مسئولية شخص محدد فقط	الجودة مسئولية الجميع
الإنتاجية والجودة هدفان يتعارضان	تتحقق المكاسب الإنتاجية من خلال تحسين الجودة
الجودة هي المطابقة للمواصفات القياسية	الجودة هي المطابقة للمتطلبات المعرفة جيداً بما يحقق رغبة العميل
تقاس الجودة بدرجة عدم التطابق	تقاس الجودة بالتحسين المستمر ودرجة رضاء العميل
تتحقق الجودة من خلال التفتيش المستمر للخدمة	تتحقق الجودة بتصميم الخدمة واتباع الأساليب الفعالة لتقديم الخدمة
يسمح ببعض العيوب إذا تحقق الحد الأدنى من المواصفات القياسية.	يمنع حدوث العيوب من خلال ضبط عملية تقديم الخدمة.
الجودة وظيفة منفصلة تركز على تقييم عملية الإنتاج	الجودة جزء من أي وظيفة في جميع مراحل تقديم الخدمة
العمال هم الملامون دوماً	الإدارة هي المسؤولة عن الجودة وتطويرها
الجودة مكلفة وتصرف من الموارد	الجودة تحافظ علي الموارد وتزيد من الإنتاجية والمبيعات

*إعداد الباحث، المصدر: النشرة الدورية لإدارة الجودة، وزارة الصحة ولاية الخرطوم، 2006

المبحث الثاني: النموذج الأوروبي لإدارة الجودة الشاملة والتميز المؤسسي (EFQM)

نموذج التميز المؤسسي يعمل على تحقيق مستويات أداء باهرة ومستدامة بالمؤسسة بما يليبي أو يتجاوز توقعات جميع المعنيين بها (النموذج الأوروبي: EFQM, 2008)، يستند مفهوم تميز الأعمال على مبادئ وأسس الجودة الشاملة والتفكير المنظومي التي أثبتت البحوث العلمية أنها تمكّن المنظمات من البقاء والمنافسة والتحسين المستمر، وذلك وفقاً للنموذج الذي تم إصداره في العام 2008 بواسطة المؤسسة الأوروبية للجودة (EFQM).

مكونات نموذج التميز الأوروبي، (النموذج الأوروبي: EFQM, 2008):

1. المفاهيم (Concept).

2. المعايير (Enablers).

3. الرادار (RADAR).

أولاً: مفاهيم النموذج الأوروبي للجودة، (النموذج الأوروبي: EFQM, 2008):

1. إضافة قيمة لصالح المتعاملين: تقوم المؤسسات المتميزة بإضافة قيمة لصالح المتعاملين معها

بصورة مستمرة ومنتظمة من خلال تفهم وتوقع وتلبية احتياجاتهم

2. بناء مستقبل مستدام: للمؤسسات المتميزة أثر إيجابي على العالم من حولها من خلال تطوير

وتحسين أداءها وتعمل في نفس الوقت على تطوير الجوانب الاقتصادية والبيئية والاجتماعية في

مجال عملها.

3. تنمية القدرة المؤسسية: تعمل المؤسسات المتميزة على تطوير قدراتها من خلال الإدارة الفاعلة

لعمليات التغيير داخل وخارج مؤسساتها.

4. تسخير الإبداع والابتكار: المؤسسات المتميزة تعزز القيمة المضافة وتحقق مستويات متصاعدة للأداء من خلال آليات التحسين المستمر والابتكار المنتظم الذي يتحقق من خلال تسخير الإبداع لدى جميع المعنيين بالمؤسسة.
5. القيادة من خلال رؤيا وإلهام ونزاهة: تحظى المؤسسات المتميزة بوجود قادة قادرين على صياغة المستقبل وتحويله لواقع كما يقومون بإعطاء القدوة الحسنة في القيم والسلوكيات المؤسسية
6. الإدارة بمرونة وسرعة التكيف مع التغيير: تعرف المؤسسات المتميزة بقدرتها على اغتنام الفرص المتاحة ومجابهة التحديات وسرعة التجاوب معها بالكفاءة والفاعلية المطلوبة
7. النجاح من خلال مواهب وقدرات العاملين: المؤسسات المتميزة تقدر العاملين لديها وتعمل على تمكينهم من أجل تحقيق الأهداف الشخصية والمؤسسية
8. استدامة النتائج الباهرة: تحقق المؤسسات المتميزة نتائج باهرة ومستدامة تلبى الاحتياجات الخاصة بجميع المعنيين بالمؤسسة على المدى القصير والطويل في إطار البيئة التشغيلية التي تعمل بها.

ثانيا: معايير النموذج الأوروبي للجودة، (النموذج الأوروبي: EFQM, 2008):

1/ القيادة:

القادة المتميزين يقومون بصياغة المستقبل ويعملون جاهدين على تحقيقه، ويعملون على تطوير القيم والنظم المؤسسية المطلوبة للنجاح المستدام ويبدو ذلك واضحاً من خلال أفعالهم وتصرفاتهم، خلال فترات التغيير يحافظون على ثبات الهدف، وعند الحاجة يكون لهؤلاء القادة القدرة على تغيير اتجاه المؤسسة وتحفيز الآخرين على اللحاق بهم.

2/ الاستراتيجية

المؤسسات المتميزة هي التي تطبق رؤيتها ورسالتها من خلال تطوير إستراتيجية تتمحور حول مصالح الاطراف المعنية كما يتم تطوير وتطبيق السياسات والخطط والأهداف والعمليات لتحقيق هذه الاستراتيجية.

3/ العاملين

المؤسسات المتميزة تقدر العاملين لديها وتتبنى ثقافة تسمح بتحقيق المنفعة المتبادلة بين الأهداف المؤسسية والشخصية، كما تعمل على تطوير قدرات العاملين والاعتناء بهم والتواصل معهم ومكافأتهم وتقديرهم وتحفيزهم وتمكنهم من توظيف مهاراتهم ومعارفهم لصالح المؤسسة.

4/ الشراكات والموارد

المؤسسات المتميزة تخطط وتعمل على إدارة: الشراكات الخارجية، الموردين، والموارد الداخلية. من اجل دعم السياسة والاستراتيجية وضمان فاعلية العمليات التشغيلية وخلال التخطيط وأثناء عمليات إدارة الشراكات والموارد تقوم المؤسسة بالموازنة بين احتياجاتها الحالية والمستقبلية والمجتمع والبيئة.

5/ العمليات والمنتجات والخدمات

المؤسسات المتميزة تصمم، تدير وتحسن العمليات من اجل إرضاء وزيادة القيمة للزبائن والجهات المعنية الأخرى.

6/ نتائج المتعاملين

- تعرف وتعتمد مجموعة من مؤشرات الأداء والمخرجات المتعلقة بها لتأكيد نجاحها في تطبيق إستراتيجيتها والسياسات الداعمة لها الموضوعة بناءً علي إحتياجات وتوقعات المتعاملين.
- تضع أهداف واضحة لمخرجاتها الأساسية المعتمدة علي إحتياجات وتوقعات المتعاملين.

- تعرض نتائج أداءها الإيجابي نحو زبائنها علي مدي الثلاث سنوات الأخيرة علي الأقل.
- تتفهم جيداً المحركات والأسباب الكامنة خلف ما يحدث من تغيير في بعض إتجاهات الأداء وآثار هذا التغيير علي مؤشرات الأداء والمخرجات الأخرى ذات العلاقة.

7/ نتائج العاملين

- تعرّف وتعتمد مجموعة من مؤشرات الأداء والمخرجات المتعلقة بها لتأكيد نجاحها في تطبيق إستراتيجيتها والسياسات الداعمة لها الموضوعه بناءً علي إحتياجات وتوقعات عاملها.
- تضع أهداف واضحة لمخرجاتها الأساسية المعتمدة علي إحتياجات وتوقعات عاملها بما يتوافق مع إستراتيجيتها.
- تعرض نتائج أداءها الإيجابي نحو عاملها علي مدي الثلاث سنوات الأخيرة علي الأقل.
- تتفهم جيداً المحركات والأسباب الكامنة خلف ما يحدث من تغيير في بعض إتجاهات الأداء وآثار هذا التغيير علي مؤشرات الأداء والمخرجات الأخرى ذات العلاقة.

8/ نتائج المجتمع:

- تعتمد وتعرّف مجموعة من مؤشرات الأداء والمخرجات المتعلقة بها لتري مدي نجاحها في تطبيق إستراتيجيتها والسياسات الداعمة لها الموضوعه بناءً علي إحتياجات وتوقعات ذوي الشأن الخارجيين.
- تضع أهداف واضحة لمخرجاتها الأساسية المعتمدة علي إحتياجات وتوقعات ذوي الشأن الخارجيين وتتفق مع إستراتيجيتها .
- تعرض نتائج أداءها الإيجابي نحو المجتمع علي مدي الثلاث سنوات الأخيرة.
- تتفهم جيداً المحركات والأسباب الكامنة خلف ما يحدث من تغيير في بعض إتجاهات الأداء وآثار هذا التغيير علي مؤشرات الأداء والمخرجات الأخرى ذات العلاقة.

9/ نتائج الأعمال:

- تطور مجموعة من النتائج المالية وغيرها لتحديد التطبيق الناجح للإستراتيجية.
- تضع أهداف واضحة لنتائج الأعمال الرئيسية بناء على إحتياجات المعنيين.
- تصنيف النتائج من أجل تفهم أداء جوانب من المؤسسة.
- تفهم بوضوح الأسباب الحقيقية المؤدية إلي الاتجاهات الظاهرة ومدى تأثير هذه النتائج في مؤشرات الأداء الأخرى
- الثقة في الأداء المستقبلي بناء على علاقة السبب والآخر
- تقارن نتائج الأعمال الرئيسية الخاصة بها مع مؤسسات مشابهة، وفق مقارنات معيارية (Benchmarking).

ثالثاً: **منطق رادار RADAR**، (النموذج الأوروبي: EFQM, 2008):

تطلق كلمة رادار باللغة العربية اختصاراً للأحرف الإنجليزية المكونة لها، وفي نفس الوقت تعني الكلمة نفس المقصود بمفهوم الرادار، وهو اكتشاف المشاكل وفق نظام تحليلي لعناصر إدارة الجودة من ناحية المنهج، التطبيق، والتقييم والتحسين، وذلك لمعرفة الخصائص لهذه العناصر. الجدول التالي (جدول رقم 2) يوضح طريقة عمل منطق رادار

جدول (رقم 2): طريقة تحليل الوسائل بمنطق رادار وفق النموذج الأوروبي لإدارة الجودة (EFQM):

العناصر	الخصائص	البيان
المنهج	سليم	تعتمد المناهج على منطق واضح، بناء على إحتياجات المعنيين بالمؤسسة ذوي الصلة، ومبنية على عمليات.
	متكامل	المناهج تدعم الإستراتيجية وترتبط بمناهج أخرى ذات الصلة.
التطبيق	منفذ	تم تنفيذ المناهج في جميع النواحي ذات الصلة كل في حينه.
	منظم	يتم التنفيذ بشكل منظم ويتيح للمؤسسة المرونة وسرعة التكيف المؤسسي.
التقييم والتحسين	القياس	يتم قياس فاعلية وكفاءة المناهج وتطبيقها بشكل مناسب.
	التعلم والإبداع	يتم استخدام التعلم والإبداع لإنتاج فرص التحسين أو الإبداع.
	التحسين والإبتكار	يتم استخدام مخرجات القياس والتعلم والإبداع لتقييم التحسينات والإبتكارات ووضعها حسب الأولوية وتنفيذها.

*المصدر: المؤسسة الأوروبية لإدارة الجودة (EFQM)، نموذج الإصدار للعام 2008

يعتبر نظام تحليل النتائج المتحصل عليها من التقييم الذاتي في نموذج التميز الأوروبي (EFQM)، من العمليات ذات العمق والدقة، وتتناول عناصر: مدي الصلة وسهولة الاستخدام والأداء، وتعمل علي تعريف الخصائص المرتبطة بهما، ويمكن توضيح هذه العملية من خلال الجدول التالي (جدول رقم 3):

(جدول رقم 3): تحليل نتائج الأعمال في نموذج المؤسسة الأوروبية لإدارة الجودة (EFQM)

العناصر	الخصائص	البيان
مدى الصلة وسهولة الاستخدام	النطاق ومدى الصلة	تم تحديد مجموعة متلاحمة من النتائج، بما فيها النتائج الرئيسية، التي تستعرض أداء المؤسسة وفق إستراتيجيتها وغاياتها واحتياجات وتوقعات المعنيين بالمؤسسة ذوي الصلة.
	مدى الصحة	النتائج حديثة ودقيقة ويمكن الاعتماد عليها.
	التصنيف	يتم تصنيف النتائج بشكل مناسب لتقديم فهما معمقا.
الأداء	الاتجاهات	اتجاهات إيجابية أو المحافظة على أداء جيد على مدى 3 سنوات.
	الأهداف (المستهدفات)	يتم تحديد أهداف كما يتم تحقيقها للنتائج الرئيسية بشكل مستمر، وذلك وفق الغايات الإستراتيجية.
	المقارنات	يتم إجراء مقارنات للنتائج الرئيسية وتكون إيجابية، وذلك وفق الغايات الإستراتيجية.
	الثقة	بناء على ما تم تأسيسه من علاقات السبب والآخر، يمكن الوثوق بالمحافظة على مستويات الأداء في المستقبل.

*المصدر: المؤسسة الأوروبية لإدارة الجودة (EFQM)، نموذج الإصدار للعام 2008

3/ المبحث الثالث: تحليل مخاطر نقاط التحكم الحرجة (HACCP)

من البرامج المهمة المستخدمة في أنظمة التصنيع الغذائي، نظام تحليل المخاطر وتحديد نقاط التحكم الحرجة (HACCP) Hazard Analysis Critical Control Points وهو نظام وقائي يعني ويهتم بسلامة الغذاء من خلال تحديد الأخطار التي تهدد سلامته سواء كانت بيولوجية أو كيميائية أو فيزيائية (نقاط التحكم الحرجة، 2017).

دواعي استخدام نظام نقاط التحكم الحرجة (نقاط التحكم الحرجة، 2017):

1. عدم فعالية الطرق التقليدية في الحد من التسمم الغذائي.
2. المواءمة والمطابقة مع نظام التجارة العالمي الجديد.
3. اشتراط بعض الدول تطبيق هذا النظام على المنتجات الواردة إليها .
4. الرغبة في إشراك القطاع الخاص في عملية الرقابة .

مزايا استخدام نظام نقاط التحكم الحرجة (نقاط التحكم الحرجة، 2017):

1. يؤدي إلي جعل المنشأة معنية بالرقابة الغذائية (الرقابة الذاتية) وهذا يقلل من عدد زيارات التفتيش وعدد المفتشين من الجهات الرقابية .
2. يؤدي إلى جعل متداولي صناعة الغذاء أكثر تفهماً لسلامة الغذاء وبالتالي ضمان فعاليتهم في إنتاج غذاء آمن.
3. نظراً لطبيعة نظام نقاط التحكم الحرجة، يجب توافر حد أدنى من التأهيل في الشخص المحدد لتطبيقه وعليه فإن أي منشأة جادة في تطبيقه سوف يكون إلزاماً عليها تأهيل العاملين بها
4. يمكن تصنيف المرافق بسهولة وفقاً لمستواها الصحي
5. يقلل من فرص سحب المنتج من السوق، حيث أنه نظام وقائي يعمل علي الحد من المخاطر المرتبطة بالغذاء قبل تسويقه

6. يفتح المجال أمام الشركات الوطنية للتصدير للأسواق العالمية

7. يزيد من ثقة المستهلك في المنتج

مجالات تطبيق نظام نقاط التحكم الحرجة (نقاط التحكم الحرجة، 2017):

- النواحي الزراعية.
- مختلف مجالات إنتاج الأغذية.
- التوزيع والتسويق للأغذية .
- أثناء تقديم الغذاء في مؤسسات الخدمات الغذائية.
- الإستخدام بواسطة المستهلك .

المبادئ الأربعة لنظام نقاط التحكم الحرجة (نقاط التحكم الحرجة، 2017):

1. تجميع فريق نظام نقاط التحكم الحرجة، ويتشكل الفريق من مجموعة أفراد متعددي التخصصات ولديهم الخبرة والكفاءة، ولإنجاح النظام لابد من اشتراك كل المعنيين بالعملية الإنتاجية في تطوير وتطبيق الخطة مع تعيين رئيس للفريق.
2. وصف المنتج وكيفية استخدامه مع تحديد المعلومات الخاصة بسلامة المنتج مثل التركيب الكيميائي، الخواص الطبيعية، المعاملات، المحتوي الميكروبي، المواد الحافظة، عملية التعبئة، والتخزين، والطرق المتبعة في توزيعه ووصوله للمستهلك.
3. عمل رسم تخطيطي لانسباب العملية التصنيعية مع وصف تفصيلي لخطوات التصنيع من خلال خريطة المسار (flow diagram) ويجب أن تشمل خريطة المسار علي كل الخطوات التصنيعية للمنتج من استلام المواد الخام وحتى الوصول للمستهلك.
4. عمل قائمة بمصادر الخطر المحتمل حدوثها في أي خطوة من خطوات التصنيع، مع تحديد مقاييس التحكم في مصادر الخطر.

يرتكز نظام التحكم في النقاط الحرجة علي سبعة خطوات متتالية رئيسية وهي:

1. التعرف علي مصادر الخطر، إجراء تحليل المخاطر، تحديد الإجراءات الوقائية لهذه المخاطر
2. تحديد نقاط التحكم الحرجة (CCP).
3. وضع الحدود الحرجة التي تضمن السيطرة علي كل نقطة تحكم حرجة.
4. وضع إجراءات الرصد والقياس لنقاط التحكم الحرجة.
5. وضع اجراءات الأنشطة التصحيحية (عندما تكون نتائج الرصد والقياس غير متوافقة مع الحدود الحرجة) .
6. التحقق من ان النظام يعمل بفعالية (كما هو مخطط له).
7. الاحتفاظ بالسجلات لتوثيق النظام.

المراقبة والمتابعة:

هي مجموعة من الملاحظات والقياسات المنظمة والتي تتم بصفة دورية عند كل نقطة من نقاط التحكم الحرجة لوضعها دائماً تحت المراقبة ولتحقيق الهدف الأساس وهو الالتزام بالحدود الحرجة. غالباً ما تتم المراقبة باستخدام طرق القياس الطبيعية أو الكيميائية أو الملاحظات النظرية السريعة وذلك مفضل علي الاختبارات التحليلية أو الميكروبية التي تستغرق وقت طويل.

إجراءات الرصد والقياس لابد أن تكون سهلة وسريعة ويتم التسجيل في الوقت المناسب الذي يسمح بسرعة اتخاذ الإجراء التصحيحي .

المبحث الرابع: أداتي الاعتماد العربية و السودانية لجودة أداء المؤسسات الصحية

نظام الاعتماد في مجالات الرعاية الصحية له خصوصية كبيرة، وأهم سمات هذه الخصوصية أنه يتعامل مباشرة مع البشر سواء كانوا مقدمي خدمة أو مستفيدين من هذه الخدمة، الأمر الذي يجعل تطبيق نظم الجودة مرتبطاً ارتباطاً وثيقاً بالأداء البشري وبمدى تقبل المستفيد من هذه الخدمة لمستوى هذه الجودة (بسيوني، 2004). ومن هنا بدأت العديد من المنظمات الدولية في إرساء قواعد خاصة بنظم اعتماد مؤسسات الرعاية الصحية يكون محور الاهتمام فيها على المريض أو المستفيد من الخدمة في المقام الأول (برنامج الاعتماد للمؤسسات، 2016)، إضافة إلى الجوانب الفنية والإدارية والتكنولوجية في نظم تقديم خدمات الرعاية الصحية .

أولاً: تعريف الاعتماد، أهدافه، وفوائده:

1- تعريف الاعتماد

سيتم عرض مجموعة من التعاريف عن مفهوم الاعتماد (أبو قرين، 2006) وهي:

- الاعتماد إجراء رسمي، تقوم به منظومة أو مجلس مستقل معترف به، ويقوم بالتقييم والاعتراف بالمنشأة الصحية، والتي بدورها تقوم بتطبيق كافة المعايير التي تم وضعها ونشرها.
- الاعتماد هو عملية تقييم تقوم بها هيئة تقييم خارجية مستقلة لتقدير مدى توافق المنشأة الصحية مع المعايير الموضوعية مسبقاً من قبل هيئة الاعتماد، والهدف الأساسي للاعتماد هو تطوير أنظمة وإجراءات تقديم الخدمة لتحسين جودة خدمات الرعاية الصحية، وبالتالي تحسين النتيجة المرجوة من العلاج.
- اعتماد المستشفيات هي عملية متكاملة تتضمن مجموعة من الخطوات التي يتم بواسطتها تقييم المستشفى لمعرفة ما إذا كان يحقق مجموعة من المعايير والأسس التي صممت لتطوير جودة

الأمان من خلال الرعاية الصحية المقدمة. ويتم هذا التقييم عادة من قبل جهة وطنية محايدة، مستقلة، وليست تابعة للمستشفى (اعتماد المستشفيات، 2003).

- الاعتماد: هو إجازة تُعطى من قبل وكالة أو هيئة غير حكومية، بعد إجراء عملية مسح طوعية وشاملة لتقييم مدى تقيّد الهيئة الصحية بالمعايير التي حُدّدت مُسبقاً من قبل وكالة الإجازة.
- الاعتماد هو العملية التي تقوم من خلالها المؤسسة المانحة للاعتماد بتقييم المؤسسة الصحية، وتحدد فيما إذا كانت هذه المؤسسة تفي بالمعايير التي وُضِعَتْ للمحافظة على نوعية الرعاية الصحية المقدمة وتحسينها، وإن هذه المعايير تحقق أفضل ما يمكن الوصول إليه. إن اعتماد المؤسسة يمثل الدليل الملموس على أن المؤسسة ملتزمة بتحسين نوعية الخدمة المقدمة للمريض والتأكد من سلامة بيئة الرعاية بالدرجة الأولى.

بدأ اعتماد الخدمات الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية في خمسينيات القرن العشرين. ويعتبر الاعتماد حالياً الأداة الرئيسية التي تستخدمها البلدان الصناعية المتقدمة لضمان جودة الرعاية وللقيام في الكثير من الحالات بتوزيع الموارد المالية على المؤسسات الصحية (بيان معلومات الاعتماد، 2016). وتتطلب عملية تقييم الجودة من خلال الاعتماد وضع معايير لكل مستوى من مستويات الرعاية، أو أي ممارسة أو طريقة مثلى، يحددها الخبراء والمنظمات المهنية أو أي منهما. والمعيار المبدئي، في كل حالة، هو المستوى الأدنى المطلوب للجودة، علماً بأن هذا المستوى يتغير مع تطور النظام (نظام الاعتماد العربي، 2016). ونظراً إلى أن المؤسسات الصحية لا تتألف من وحدات مستقلة ومنعزلة، فلا بد لجميع الخدمات المطلوب اعتمادها في المرفق الصحي أن تفي بالمعايير الأساسية.

الاعتماد عملية طوعية تطبق في المقام الأول على المؤسسات لا على الأفراد، أو الإدارات، أو الوحدات. وهو عملية تقييمية صارمة وشاملة تقوم من خلالها إحدى هيئات الاعتماد الخارجية بتقييم جودة النظم والعمليات الرئيسية التي تتألف منها منظمة الرعاية الصحية. كما يشتمل الاعتماد على تقييم

الرعاية التي تقدمها منظمات الرعاية الصحية في بعض المجالات المهمة، مثل الخدمات الوقائية، ورضاء المستهلك. المؤسسات تطلب الاعتماد لأسباب مختلفة، غير أنها تطلبه غالباً، سعياً منها إلى رضا المستهلك، وحرصاً منها على سمعتها المهنية.

تكمن قيمة الاعتماد في التقييم الذاتي الداخلي الذي تقوم به المنظمة استعداداً للزيارة الاستقصائية (أبوقرين، 2016)، كما تكمن قيمته في عملية التحكيم الاستشارية التي هي جزء من الزيارة الاستقصائية لموقع العمل. عندما يتم اعتماد المنظمة، يتوجب عليها أن تواظب على الامتثال للمعايير المطلوبة طوال دورة الاعتماد.

2- أهداف اعتماد المستشفيات

يمكن إبراز أهداف اعتماد المستشفيات (بسيوني، 2004)، على النحو التالي:

- تحسين النظم الصحية: إدماج المستشفيات وإشراكها، كعمود فعال، في شبكة الرعاية الصحية.
- التحسين المطرد للجودة: استخدام عملية الاعتماد لإحداث تغييرات في الممارسة، تحسّن من جودة الرعاية المقدّمة للمرضى.
- اتّخاذ القرارات عن علم: توفير معطيات حول جودة الرعاية الصحية، يُمكن لمختلف أصحاب الشأن، وراسمي السياسات، والمديرين، والأطباء السريريين (الإكلينيكيين) الإستهداء بها في اتخاذ قراراتهم.
- تحسين القابلية للمساءلة والتنظيم: جعل مؤسسات الرعاية الصحية قابلة للمساءلة أمام الهيئات القانونية وغيرها من الهيئات، كالهيئات المهنية، والحكومة، وجماعات المرضى، والمجتمع عموماً، وتنظيم سلوكياتها حمايةً لمصالح المرضى وسائر أصحاب الشأن.

3- الأطراف المستفيدة من نظام الاعتماد

تتمثل الأطراف المستفيدة من نظام الاعتماد، فيما يلي:

أ- المستفيد من الخدمة (المريض)

- استعادة الثقة في المؤسسات الصحية المحلية حيث يمكن للمستفيد من الخدمة مقارنة الخدمة بمثلاتها في المنطقة المحيطة أو دولياً .

- زيادة فرص المريض وأسرته في الحصول على المعلومات السليمة قبل وأثناء وبعد عمليات التشخيص والعلاج الأمر الذي يؤدي إلى تحسين فرص الشفاء وتقليل الأعراض الجانبية والمضاعفات .

- تقليل فرص التعرض للمخاطر أثناء وجود المريض بالمستشفى مثل التعرض للعدوى أو أخطاء الممارسات الطبية أو خطر الحريق، أو السقوط خلال فترة التنويم بالمستشفى.

- تقليل النفقات، حيث لا يضطر المريض إلى إعادة الفحص أو المرور بتجارب غير ناجحة في العلاج أو الإنفاق على مضاعفات ناجمة عن الأخطاء الطبية والإدارية وغيرها، مع توفير في الوقت الذي يقضيه خارج عمله في مرحلة العلاج .

- إحترام رغبة المريض وأسرته في اختيار مقدم الخدمة، مع فرصة المقارنة في الأداء بين المؤسسات الصحية التي تقدم الخدمة نفسها .

- يكتسب برنامج الاعتماد قوته من مراقبة المجتمع للجودة، فكلما زاد استخدام المواطنين للمعلومات المتاحة عن المرافق الصحية ومقدمي الخدمة أصبح الاعتماد وسيلة ناجحة لجذب المزيد من المستفيدين .

ب- المؤسسة الصحية

- يعد تطبيق نظم الجودة وتحسين الأداء والالتزام بالمعايير من أكثر الفوائد التي تعود على المؤسسة الصحية، حيث يضعها في مصاف المؤسسات الصحية التي تطبق المهنة وفقاً لأفضل الممارسات السريرية (Clinical) والإدارية والمُعترف بها دولياً .

- الارتقاء بسمعة المؤسسة الصحية الحاصلة على الاعتماد، حيث يعني هذا إلزامها بمعايير الجودة التي تلتزم بها مثيلاتها في العالم المتقدم .

- يؤدي تحسين صورة المؤسسة الصحية لدى جمهور المواطنين وشركات التأمين الصحي وهيئات التأمين الصحي الحكومية، مما يؤدي إلى زيادة فرصة المؤسسة في الحصول على كم أكبر من التعاقدات التي تضمن لها الاستمرار والنجاح والتوسع.
- زيادة فرصة المؤسسة الصحية في الحصول على أفضل مقدمي الخدمة حيث يفضل المتميزون العمل في مؤسسة ذات سمعة ممتازة، الأمر الذي يجعلهم أكثر ولاء لمكان العمل مما يزيد فرصة الاستمرار في العمل ويقلل نفقات البحث عن عاملين جدد
- تقليل مخاطر دفع تعويضات عن الممارسات المهنية الخاطئة.
- تقليل إمكانية حدوث مخاطر الحريق والعدوى
- تقليل نفقات التأمين ضد أخطار المهنة.
- تقليل نسبة الفاقد من الأدوية والمستلزمات، والمستهلكات الطبية.
- توفير نفقات إعادة الترخيص في بعض الحالات التي يغني بها الاعتماد عن الترخيص .
- زيادة الدخل نتيجة زيادة حصة المؤسسة من التعاقدات نتيجة ثقة المرضى وشركات التأمين .
- زيادة السعر لعلاج بعض الحالات ليتناسب مع جودة الخدمات.
- إتاحة الفرصة للمؤسسة لتدريب وتعليم العاملين في الحقل الطبي .

ج- المجتمع

- الاعتماد يعتبر ركنا من أركان إصلاح القطاع الصحي الذي يؤثر في ترشيد الإنفاق وتحسين الخدمات وتحقيق العدالة الاجتماعية وزيادة فرص الوصول إلى الخدمات .
- تحسين الخدمات الصحية يؤدي إلى تحسين صحة المواطنين، ويزيد ساعات العمل ويقلل الفاقد نتيجة المرض، ويعيد الثقة بين المجتمع وخدماته الصحية.
- يعد نظام الاعتماد نظاماً عادلاً موضوعياً لإعطاء المجتمع الحق في المقارنة لاختيار الأفضل .

ثانياً: خطوات تنفيذ عملية الاعتماد وتطورها في النظم الصحية العالمية:

يتم التعرض لخطوات الاعتماد على الصعيدين الوطني والمحلي (المستشفى)، بالإضافة إلى تطور عملية الاعتماد في النظم الصحية العالمية.

1- خطوات تنفيذ عملية الاعتماد

أ- على الصعيد الوطني:

تتمثل خطوات تنفيذ عملية الاعتماد على الصعيد الوطني والصعيد المحلي، علي حسب رؤية الباحث الجزائري عدمان مريزق فيما يلي (مريزق، 2009):

- توجيه السلطات الوطنية في وزارة الصحة وسائر الأطراف صاحبة الشأن حول مفهوم الاعتماد ومنهجيته، وفوائده، والنتائج المتوقعة من تطبيقه.
- الشروع في تنفيذ عملية الاعتماد، بإنشاء لجنة وطنية ظرفية مؤقتة للاعتماد تقوم بتشكيلها وزارة الصحة، بغرض بداية تطبيق مفاهيم الاعتماد بالدولة.
- عرض دليل إجراءات الاعتماد على اللجنة الوطنية المؤقتة.
- اتصال اللجنة الوطنية المؤقتة بالقيادات الوطنية.
- مراجعة اللجنة لمسودة الدليل وتكييفها لتناسب مع الوضع بالدولة.
- عقد حلقة دراسية وطنية أولية عن اعتماد المستشفيات تتناول موضوع (توثيق المعايير وبيانات الأداء (المؤشرات الكيفية)).
- تحديد الموارد المتاحة والأنشطة الجارية في ما يتعلق بالاعتماد وتحسين الجودة، في شتى أرجاء البلد، من قبل اللجنة الوطنية المؤقتة.
- انتقاء بعض المستشفيات العامة والخاصة، ذات التخصصات المتنوعة والسعات السريرية متفاوتة، من أجل اعتمادها على سبيل التجربة الإرشادية.

- عَقْدُ حلقة دراسية وطنية ثانية عن اعتماد المستشفيات، تتناول موضوع (عرض عملية الاعتماد في المستشفيات المختارة).

- إنشاء لجنة اعتماد وطنية دائمة متعددة المؤسسات، تمثّل مقّمي الرعاية الصحية، والمنظمات المستقلة أو شبه الحكومية، والجامعات، وشركات التأمين وممثلي المجتمع.

- إعادة صياغة بعض المعايير والمؤشرات بناء على الدراسة الإسترشادية.

- عقد دورة تدريبية رسمية أولية للمقيمين (المعائنين).

ب- على المستوى المحلي (المستشفى)

- الاتصال بسلطات المستشفى.

- تشكيل لجنة الاعتماد الخاصة بالمستشفى.

- تدريب الموظفين على مفاهيم الاعتماد، وعرض دليل إجراءات الإعتداع على مجلس إدارة المستشفى،

والقيادات الطبية والإدارية

- إبلاغ المعايير إلى أولئك الذين يتعيّن عليهم استخدامها.

- التقييم الذاتي بناءً على المعايير المقترحة للخدمات.

- تصميم مُرْتَسَم (Profile) الوضع الراهن.

- تنفيذ خطة عمل لتحسين المجالات التي لا تفي بمعايير الحد الأدنى.

- القيام بحل المشكلات وتحسين العملية.

- تدريب الموظفين ورصد تنفيذ خطة العمل.

- رفع تقرير إلى سلطات المستشفى.

- المتابعة والتقييم بصورة دورية

- التحسين المستمر

ثالثاً: الاعتماد العربي والمقارنات الدولية

1 - الأهداف الإستراتيجية لمشروع الاعتماد العربي

- ضمان توفير خدمات صحية ذات جودة عالية في الدول العربية
- تعميم برامج تحسين جودة الخدمات الصحية بالمرافق الصحية في جميع المناطق الجغرافية بالوطن العربي
- تهيئة المناخ ونشر التوعية وثقافة الجودة على مستوى المجتمعات العربية.
- تلبية احتياجات وتوقعات مقدمي وملتقي الخدمات الصحية في الوطن العربي وصولاً إلى تحقيق الرضاء الوظيفي، والرضاء عن الخدمة.
- التطوير المستمر للنظم الصحية في الوطن العربي لمواكبة التحديات والمتغيرات العالمية.
- تنظيم ممارسة العمل الصحي في الوطن العربي.
- بناء قدرات القوى العاملة بالقطاع الصحي في مجال جودة الرعاية الصحية على جميع المستويات
- تحقيق التنسيق والتكامل على جميع المستويات التنظيمية داخل كافة هياكل القطاعات الصحية في الدول العربية.
- تحقيق التنسيق و التعاون وتبادل الخبرات بين الوزارات والهيئات والمؤسسات الصحية العربية في مجال جودة الرعاية الصحية .

تطبيق برامج الاعتماد في بعض الدول العربية (موقع الاعتماد العربي، 2016):

- مصر: يوجد نظام اعتماد محلي يتم تجريبه في بعض المستشفيات، مثل مستشفى دار الفؤاد معتمدة من الـ (JCI) ، بعض المستشفيات الأخرى تسعى للاعتماد من الـ (JCI) .

- المملكة العربية السعودية: بعض المستشفيات تسعى لتطبيق المعايير القومية السعودية، بعض المستشفيات مثل (مستشفى الرفيع) معتمدة من (معايير منطقة مكة)، مستشفيات أخرى مثل (مستشفى الملك فيصل بجدة) وعدد 11 مستشفى أخرى تم اعتمادهم من قبل (JCI)، مستشفى (قوات الحرس) معتمدة من النظام الكندي
- البحرين: وزير الصحة وقع اتفاقية مع المجلس الكندي لاعتماد الخدمات الصحية، (المستشفى الأمريكي) معتمد من قبل النظام الأسترالي.
- الإمارات: حكومة دبي تعتمد النظام الأمريكي، الكندي والأسترالي، مدينة الشيخ خليفة الطبية معتمدة من قبل النظام الكندي، (مستشفى الحبة - أبوظبي) معتمدة من النظام الأمريكي (JCI)
- الأردن: يوجد نظام اعتماد محلي، بعض المستشفيات تتبع النظام الكندي، مستشفيات أخرى مثل (مركز الملك حسين للسرطان) معتمدة من الـ (JCI)
- لبنان: المركز الطبي للجامعة الأمريكية، معتمد من الـ (JCI)، وأخرى تتبع النظام الأسترالي.
- قطر: مؤسسة حمد الطبية معتمدة من الـ (JCI)
- الكويت: مستشفى دار الشفاء بدأت العام الماضي في إتباع المعايير الكندية.

2- مقارنة بين الجهات المانحة لأنظمة الاعتماد المختلفة في بعض دول العالم

الجهات المانحة لشهادات أنظمة الاعتماد يمكن توضيحها خلال الجدول التالي (جدول رقم 4)،

ويشمل بعض من الدول علي مستوي العالم.

جدول (رقم 4): توضيح لأنظمة الاعتماد والجهات المانحة لها في بعض الدول العالمية:

الدولة	اسم وطبيعة الجهة المانحة للاعتماد
فرنسا	الوكالة الوطنية للاعتماد والتطوير الصحي ANAES وهي مؤسسة عامة إدارية أنشئت بمرسوم لغرض إعادة تشكيل النظام الصحي معتمدةً الجودة محوراً لذلك وقد حلت محل وكالة التطوير والتقييم الطبي التي كانت قد أنشئت عام 1991.
إنكلترا	مؤسسات عديدة لكن الأساسية هي King's Fund وهي مؤسسة مستقلة، هدفها الاستجابة لحاجة الخبراء. وكان أول منح للاعتماد عام 1995.
إسبانيا	قسم الموافقات في إدارة التقييم والاعتماد في وزارة الصحة والضمان الاجتماعي بمبادرة من الحكومة منذ عام 1981 ولكنها صارت تعنى بتحسين الجودة اعتباراً من 1991.
كندا	المجلس الكندي لاعتماد الخدمات الصحية CCHSA وهو مؤسسة مستقلة تضم مؤسسات المهن الطبية. المستشفيات الكندية شاركت في برنامج الاعتماد الأمريكي منذ إنشائه، لكن المهنيين في الصحة الكندية قرروا عام 1998 عمل نموذج خاص بهم ليتوافق مع حاجاتهم الصحية ونظامهم وخصوصياتهم.
USA	اللجنة المشتركة لاعتماد مؤسسات الرعاية الصحية JCAHO وهي مؤسسة مستقلة نتجت عن تجمع ممثلي المهن الصحية، وبداية خطوات الاعتماد تمت عن طريق الجمعية الأمريكية للجراحين التي عرفت منذ مطلع القرن العشرين الحد الأدنى من معايير الجودة لعلاج المريض في المستشفى وتجمع عدد آخر من المهن الطبية مع هذه الجمعية عام 1950 ووضع تصور لبرنامج الجودة عام 1970 وكذلك وضع برنامج التحسين المستمر عام 1980.

* (المصدر: نظام الاعتماد في المؤسسات الصحية

www.nursing4all.com/forum/attachment.php?attachmentid=1384&d=1176227664.2016

3. خارطة الطريق لإعتماد المؤسسات علي المستوى العالمي:

كثير من الدول عبر مؤسساتها المتنوعة يمكن ان تسعى للاعتماد عبر خطوات محددة حسب

طبيعة الجهة المانحة، الجدول التالي يوضح ذلك (جدول رقم 5):

جدول (رقم 5): توضيح خطوات الاعتماد في بعض الدول العالمية:

الدولة	خطوات الاعتماد
فرنسا	1- طلب من المستشفى لإدارة ANAES. 2- ANAES ترسل دليل التطوير والتقييم الذاتي للمستشفى. 3- التقييم الذاتي ينجز من قبل المستشفى ويرسل لـ ANAES. 4- الموافقة على زيارة الخبراء، وتنفيذ زيارة الخبراء للمستشفى. 5- فحص مقارن لتقرير الخبراء. 6- تقرير الاعتماد يرسل للمستشفى ولإدارة المنطقة.
إنجلترا	1- طلب من المستشفى لـ King's fund. 2- King's fund ترسل الدليل ويتم تأسيس فرق القيادة في المستشفى. 3- مرحلة التقييم والتطوير الذاتي. 4- إجراءات التصحيح. 5- زيارة الاعتماد و تقرير الزيارة. 6- معلومات تتعلق بقرار الاعتماد. 7- مرحلة المشاورات وتقرير الاعتماد. 8- المراقبة السنوية.
إسبانيا	1- المؤسسة تختار الدخول في نظام الاعتماد. 2- يجري تقييم وتطوير ذاتي بمساعدة الأدلة الموجودة. 3- إرسال دراسة التقييم إلى وزارة الصحة. 4- مرحلة التدقيق، وتقرير الزيارة مع الانطباع. 5- مرحلة إعطاء المنح. 6- لجنة الاعتماد تضع تقرير الاعتماد، أو تعطي التوصيات.

*المصدر: نظام الاعتماد في المؤسسات الصحية

www.nursing4all.com/forum/attachment.php?attachmentid=1384&d=1176227664.2016

5. أداة الاعتماد السودانية لجودة المؤسسات الصحية:

- تم تصميم المعايير الوطنية لتتماشي مع الأنظمة العالمية من حيث متطلبات التحسين والتطوير المستمر وتحقيق الأداء الأمثل (المعايير السودانية، 2015)، وهي تتحدى الوضع الراهن وتراعي في الوقت ذاته الواقعية وإمكانية التطبيق.
- تشمل المعايير مختلف الأنشطة التي تتم داخل المستشفيات وتضم خمسة أقسام رئيسية.

1. قسم رعاية المريض (المعايير السودانية، 2015):

- ويشمل معايير إتاحة الخدمة
 - استمرارية الرعاية
 - حقوق المريض، تثقيف المريض وأسرته
 - مسؤوليات و واجبات المريض وذويه
 - تقييم المرضي
 - المعامل (المختبرات)، الأشعة
 - الرعاية التغذوية
 - الرعاية المتعلقة بالألم
 - العناية الخاصة بمرضي الطوارئ
 - معايير الخدمات العلاجية
- ### 2. قسم السلامة وأمان المريض (المعايير السودانية، 2015):

- معايير التحكم في انتشار العدوي
- سلامة المرضي
- الصحة والسلامة المهنية

- تصميم المؤسسة

3. قسم الإدارة، ويحتوي (المعايير السودانية، 2015) علي الاتي:

- أخلاق المؤسسة
- معايير الإدارة العليا وقيادة المؤسسة
- أنظمة وإدارة المعلومات والسجلات الطبية
- إدارة الجودة
- الهيئة الطبية، الموارد البشرية، هيئة التمريض
- العلاقات العامة، الإدارة المالية، الإحصاء
- الخدمات المساندة، والتعليم والتدريب المستمر

4. قسم الخدمات المجتمعية، (المعايير السودانية، 2015) ويضم الاتي:

- معايير إشراك المجتمع
- معايير التعرف علي المجتمع
- التوعية الصحية
- الشراكات مع الجهات ذات الصلة
- الدراسات الميدانية والبحوث
- برامج تعزيز الصحة

5. قسم القوانين واللوائح، (المعايير السودانية، 2015) ويحتوي علي:

- معايير القوانين الصحية
- معايير اللوائح الصحية
- القرارات والمنشورات الإدارية

6. مجالات المعايير وتصنيفها في أداة الاعتماد السودانية:

يمكن توضيح مجالات المعايير الأساسية والفرعية في أداة الاعتماد السودانية، والتي تعمل بها وزارة

الصحة، في الجدول التالي (جدول رقم 7)

جدول (رقم 7): مجالات معايير الأداة السودانية لإعتماد المستشفيات:

نوع المعيار		المعايير	مجال المعايير	القسم
أساسي (أ)	جوهري (ب)			
59	79	138	17	رعاية المرضى
11	22	33	5	السلامة وأمان المريض
70	90	160	12	الإدارة والقيادة
8	16	24	6	الخدمات المجتمعية
5	1	6	1	القوانين واللوائح
153	208	361	41	عدد المعايير

* (المصدر: المعايير السودانية لإعتماد المستشفيات، وزارة الصحة الاتحادية، 2015)

7. الوضع الراهن لتطبيق نظام أداة الاعتماد:

بدأ إعتقاد المستشفيات منذ العقد الثاني من القرن العشرين، ومنذ ذلك الحين تطوّرت عملية اعتماد المستشفيات وأصبحت أسلوباً معترفاً به، يعتبر الاعتماد وسيلة للتصنيف الدولي للمستشفيات والاعتراف الدولي بها، ويستدعي باعتباره تحدياً، اتّخاذ إجراءات عاجلة لإصلاح الدّور الذي تقوم به المستشفيات بوصفها أحد مكّونات النظام الصحي، تستخدم البلدان والمؤسسات الصحية الاعتماد بوصفه حافزاً على التنافس على تقديم رعاية جيدة، وتحقيق مبادئ الرعاية الصحية المتمثلة في العالمية، والعدالة، والجودة، والكفاءة، والاستمرارية (أبو قرين، 2006)، فيكون الاعتماد اختيارياً دون إجبار ولكن يصاحبه في كثير من الأحيان حوافز إيجابية للاعتماد وحوافز سلبية لعدمه وتكون هيئة الاعتماد غير حكومية لها كيان اعتباري واستقلال مالي، ملتزمة بالحياد والموضوعية.

بدأت بعض الدول بتطوير أنظمة الاعتماد الخاصة بها منذ وقت طويل، وبدأت دول أخرى من حيث وصل الآخرون، فدرست نظم الاعتماد المختلفة وحللتها لتصوغ نظام اعتماد خاص بها. وفي هذا المجال ينصح الخبراء بعدم استيراد نظام الاعتماد كمجموعة وتطبيقه كاملاً، وإنما بتطويره محلياً، مراعاة لإختلاف البيئة المحلية عن غيرها.

علي المستوى الوطني، فقد تمت إجازة المعايير السودانية لاعتماد المستشفيات، بواسطة وزارة الصحة الاتحادية في مايو 2015، وبدأ في مطلع العام 2018 العمل بها في مؤسسات وزارة الصحة ولاية الخرطوم. المعايير السودانية للإعتماد تصلح للتطبيق العملي في المستشفيات فقط ولم يتم التطرق للمرافق الصحية الأخرى مثل مراكز الرعاية الصحية الأولية والوحدات الصحية الأساسية بالأرياف والمناطق الطرفية، وقد بدأ البرنامج حالياً في أربع مستشفيات حكومية ومستشفى واحد خاص ولكن لم يتم -خلال فترة إعداد الدراسة- اعتماد أي مستشفى سوداني وفقاً للمعايير الموضوعية.

المبحث الخامس: نموذج الجودة والتميز في صيدليات المجتمع:

صيدليات المجتمع: هي الصيدليات الخاصة المنتشرة في الأحياء والأسواق والمجمعات الطبية، وسميت بصيدليات المجتمع لإرتباطها وانتشارها الجغرافي في مجتمع السكان، وتعتبر وحدات رعاية صحية أولية وهي منافذ البيع المباشر للمنتجات والمستحضرات الصيدلانية، (لائحة الترخيص، 2013).

1/ مؤشرات الجودة (Quality indicators) في صيدليات المجتمع، (نشرة الجودة، 2008)

- القيام بالعمل الصحيح، بطريقه صحيحة، من أول مرة، وفي كل مرة.
- العمل بمفهوم "بلا أخطاء" (zero defect) في كل عمليات المؤسسة الحيوية (مثل: الطلبات، كتابة الصكوك، النظافة).
- تقوية العاملين (في مجالات مثل: التدريب، الفهم، المشاركة).
- إشراك جميع العاملين في عملية التحسين، واستعمال أسلوب الإدارة بالمشاركة
- تقدير ومكافأة الجهود و الأفراد.
- إيجاد حلول عملية لكل المشاكل التي تظهر في العمل وتوثيقها وجعلها مرشداً للتعامل في المرات القادمة.
- الاستماع للعاملين باهتمام، وهم يتحدثون عن مشاكلهم الخاصة ومشاكل العمل، وقبول مقترحاتهم الجيدة.
- تلبية احتياجات ورغبات المنتفعين من خدمات الصيدلية من العملاء والعاملين.
- وضع نظام واضح للإجور والحوافز والمميزات التشجيعية
- جذب الموارد البشرية المتميزة من صيادلة وموظفين للعمل بالمؤسسة.
- قبول طلاب وخريجي كليات الصيدلة للتدريب والعمل بالصيدلية كمعاونين للصيادلة.
- العمل ضمن فريق خلاق وسط جو صحي ومعافي.

2/ مؤشرات تدني مستوى الجودة بصيديات المجتمع (السلمي، 1995)

- انتهاك نظام العمل وعدم الالتزام بالوصف الوظيفي
- كثرة الشكاوي والمشاكل المتكررة
- إعادة نفس العمل اكثر من مرة (مثل: الصيانة، النظافة السيئة، أخطاء العمل).
- تأجيل إنجاز العمل (الطلبات، الجرد، التراكم المعملية).
- إستياء المنفعين من العملاء والعاملين.
- التأخير وعدم الإلتزام بمواعيد العمل والورديات .
- الإزدواجية (أكثر من شخص يقوم بنفس العمل) .
- التضارب (أكثر من شخص يصدر قرار مختلف في نفس الموضوع).
- عدم الاهتمام بمشاكل العمل والعاملين.
- إنخفاض المعنويات، وعدم الرغبة في العمل.
- الغياب عن العمل
- إغلاق الصيدلية بإستمرار.
- عدم تنفيذ التكاليف (نواقص الأدوية، الطلبات، التركيبات المعملية).
- كثرة معوقات العمل (سؤ بيئة العمل، نقص الأدوية، تأخير المرتبات) .
- المضايقات المركزية (ضغوط العمل، ضغوط الآخرين، الرقابة، الإداريين)
- الشعور بالخوف والغبن والإحباط.
- عدم التقدير والاحترام بين أعضاء فريق العمل
- التمييز السلبي بين العاملين والإدارة

3/ الإدارة القوة الدافعة للتطوير والتحسين المستمر:

- وجود خطة واضحة وأهداف طويلة وقصيرة المدى للمؤسسة .
- المراجعة الدورية المبرمجة والمفاجئة للمؤسسة للتأكد من تنفيذ التحسين المستمر في الخدمة ومنع العيوب والأخطاء قبل حدوثها
- إزالة الحواجز عن طريق الإبداع .
- التواجد المستمر وسهولة تواصل الموظفين مع الإدارة (الهاتف مفتوح، وحسن الاستماع)
- نشر ثقافة الجودة بين العاملين لتحسين أدائهم .
- وجود نظام لتوثيق الإنجازات والأعمال الناجحة ومراحل التطور .
- استخدام التقنيات والطرق العلمية الحديثة للإدارة.
- السعي للتعاقد مع مؤسسات مختلفة بالمنطقة لتلبية احتياجاتها الصيدلانية (شركات الاتصالات، التأمين الصحي، المنظمات، المدارس، المستشفيات، المراكز الصحية).
- السعي للتحسين المستمر في الخدمة ونيل شهادة معتمدة في الخدمة المتميزة (الهيئة السودانية للمواصفات، ISO، الصيدلية المتميزة، أفضل صيدلية بالمنطقة).
- مراجعة (المنتجات التي تقدمها الصيدلية) والتأكد من إكمالها وعملها بكفاءة عالية .
- تقديم أفضل الخدمات الممكنة وبكفاءة في ظل الموارد المتاحة، وعدم جعل الإمكانيات حجة لسوء الخدمات.
- إختيار برنامج محدد، لتطبيق نظام الجودة فيه وبعد إنجازه الانتقال إلي برنامج آخر
- الاستفادة القصوى من تحليل البيانات المتوفرة في (سجلات الصيدلية).

- التركيز علي مشاكل محددة للبدء بها (مشاكل الزبون، مشاكل العاملين، مشاكل التطور)، لأن التركيز علي أكثر من مشكلة في وقت واحد، قد يهدر الموارد المتاحة و لن يجعلك تضع حلاً لأي مشكلة.
- الحرص علي الأداء الصحيح منذ المرة الأولى: وتعني التركيز علي المعرفة والتدريب والوقاية من المشاكل قبل حدوثها ومنع وقوع الأخطاء وليس التركيز علي المراقبة ومعالجة المشاكل، وذلك لتقليل تكلفة معالجة الأخطاء ومنع الهدر.
- الصيدلي المسؤول أثناء فترة دوامه عليه القيام بالمراجعة الداخلية باستمرار مستخدماً قائمة التأكد من الأداء الصحيح (check-list).
- مكافأة وتقدير جهود التحسين وإعلان النجاح ومراجعة إنعكاس ذلك علي مسيرة العمل .
- إدخال المفاهيم الإحصائية في تحليل البيانات والمعلومات المتوفرة.
- تشجيع وتحفيز العاملين بالمؤسسة علي تجويد العمل ومنع الأخطاء، وذلك بتخصيص برامج لفترة محددة مثل "أسبوع بلا أخطاء"، "شهر بلا أخطاء"، للوصول إلي "أداء بلا أخطاء" .

4/ رضا المنتفعين من العملاء والعاملين:

- إذا اردنا إسعاد الزبون والعميل، لابد ان نسعد العامل والصيدلي مقدمي الخدمة لأن (فاقد الشيء لا يعطيه)، لذلك تقوم فلسفة الجودة برضاء كل المنتفعين (عسل، 2012) وهم العملاء والعاملين، ويمكن ان يتحقق هذا الأمر عن طريق اتباع الإرشادات التالية:
- إعطاء الأولوية القصوى لخدمة الزبائن بالصيدلية، والاستماع إليهم، وتلبية حاجاتهم بقدر الإمكان وعدم الإنشغال عنهم، ذلك لأنهم يمثلون مصدر الدخل الرئيس للمؤسسة.
 - تحقيق رضا المنتفعين (عملاء وعاملين) وتلبية إحتياجاتهم بإستمرار والسعي الجاد لتوفير متطلباتهم المختلفة.

- توقع واستقراء متطلبات الزبون وتلبيتها مقدماً .
- الاهتمام بآراء وملاحظات العملاء، وتسجيلها فوراً في دفتر الأحوال اليومية، ومراجعتها دورياً وتنفيذ المفيد والقابل للتنفيذ منها، وإظهار الأمر لمقدم المقترح إذا أمكن ذلك.
- إستياء الزبائن والمنتفعين له عواقب وخيمة مستقبلاً وله تكلفة مادية عالية في القريب العاجل، وتظهر مباشرة في العائدات المادية والمبيعات اليومية.
- مراجعة وتطوير نظم و وسائل خدمة المستفيدين باستمرار .
- الجودة ليس لها مدلول، دون الرجوع إلي متطلبات العميل.
- عدم إرهاق العاملين جسدياً و/ أو نفسياً.
- الإهتمام برفع كفاءة العاملين، ومنحهم الفرصة لتطوير أنفسهم علمياً وعملياً .
- توفير المراجع العلمية والنشرات الحديثة بالمؤسسة حتي يكون العاملين علي دراية واطلاع بمجريات الأحداث وتطورات السوق والمنتجات الصيدلانية الجديدة .

5/ فريق العمل (Team work)

- التركيز الواعي علي أهمية وضرورة العمل في المؤسسة بروح الفريق الواحد المتجانس لكل الشركاء (الإدارة، مقدمي الخدمة، الموردین).
- تفويض الصلاحيات وسلطات اتخاذ القرار .
- خلو محيط العمل من الشعور بالخوف والغبن.
- التأكد من أن كل شخص محدد يقوم بالعمل المحدد في الوقت المحدد.
- المشاورة المستمرة قبل إتخاذ القرارات المهمة .
- التدريب والقراءة والإطلاع والمعرفة التقنية المتخصصة.
- التوازن بين أهداف المؤسسة ورغبات العاملين، ومكافأة الجهود والنتائج الطيبة.

6/ تجويد السلوك المهني من خلال قائمتي إفعال ولا تفعل:

يمكن تلخيص كثير من النصائح والموجهات المفيدة في مجال تطوير الأداء والارتقاء بمستويات تقديم الخدمة والتحسين المستمر (نشرة الجودة، 2008)، وذلك من خلال قائمة مقارنة تحمل أوامر عملية: إفعال ولا تفعل، (الجدول رقم 8) أدناه يوضح ذلك:

جدول (رقم 8): عرض مفاهيم الجودة من خلال قائمتي أفعال ولا تفعل*

إفعل DO	لا تفعل DON'T
أحرص علي ارتداء الزي المناسب دائماً عند تواجدك بالصيدلية، وخلال ساعات العمل	لا ترفع صوتك عالياً أثناء الحديث مع الآخرين
أحرص علي ارتداء المعطف الأبيض أثناء ساعات العمل الرسمية	لا ترفع مستوي مسجل الصوت أو التلفزيون في الصيدلية
ضع نفسك دائماً في مكان الزبون وتوقع كيف تريد أن يتم التعامل معك	لا تسيء للشخص الذي أمامك مهما كان
تخلص من الثقل بطريقتة لبقية ومرنة	لا تجعل الآخرين يفرضون أنفسهم عليك ويضيعون وقتك
تعلم أن تقول " لا " لبعض الأشخاص والأشياء	لا تتردد في أقوالك أو أفعالك مع الزبون
أحسن الإستماع والإصغاء	لا تتحدث كثيرا مع الزبائن
أحرص علي العلاقة الاجتماعية الطيبة مع زبائنك	لا تتجاهل الزبون عندما يتحدث معك حتى وإن كان حديثه مملاً
فكر لحظة، قبل أن تقول أو تفعل شيئاً	لا تصرف دواء أو مستحضر وأنت غير متأكد
أبتسم دائماً	لا تتنأب أمام الآخرين
أتق الله في عملي	لا تكذب

* (إعداد الباحث، المصدر: النشرة الدورية، إدارة الجودة، وزارة الصحة ولاية الخرطوم، مارس 2008)

7/ أعباء العمل (work load)

- ان تقسيم العمل لملفات مختلفة يعتبر أفضل طريقة لتوزيع أعباء العمل وذلك حسب المعيار العملي وهو يعني أن كل شخص يكون مسئولاً من ملف واحد أو أكثر حسب طبيعة الملفات والشخص المسئول عنها (بندر، 2006).
- علي الإدارة تفويض الصلاحيات المختلفة للعاملين مع تحديد المسؤوليات بشكل واضح لهم، والمراجعة الدورية للتأكد من مطابقة صلاحيات التفويض.
- يتم التفويض للصلاحيات، وتبقي المسؤوليات علي عاتق الإدارة
- انتهاج نظام تقسيم العمل لملفات مختلفة، وهذا بدوره يتيح لكل شخص أن يكون مسئولاً في مجاله (كلكم راعٍ، وكلكم مسئول عن رعيته) وبهذا يستطيع المدير العام للصيدلية أن يدير عدة ملفات في وقت واحد.
- تعتبر ملفات العمل المختلفة نشاطات مستهدفة، تقوم بها المؤسسة بواسطة أفرادها في مختلف المواقع، ويمكن رصد كافة النشاطات الأخرى التي تقوم بها المؤسسة وتسجيلها ومن ثم تكليف شخص محدد لإدارة الملف أو مجموعة من الملفات في وقت واحد.
- من الأهمية بمكان مراجعة كافة النشاطات المستهدفة بالمؤسسة وتحديد المسؤوليات والصلاحيات وتقسيم الأعباء
- يجب مراعاة المقدرات المتنوعة لأعضاء الفريق العاملين بالمؤسسة
- علي الإدارة دوماً، طرح الأسئلة التالية: " من مسئول من ماذا؟؟ " ...كيف نفعل ذلك؟؟، تعتبر هذه الأسئلة، مداخل جيدة، لتقسيم أعباء العمل، وإعادة ترتيب الأدوار.
- السؤال بإستمرار (من يفعل ماذا؟)

9/ قائمة الإشراف:

لابد أن يحمل المشرف قائمة بالعناصر التي يريد أن يشرف عليها، حتي تعينه في التذكر كما أنها تعمل علي تأكيد فاعلية الإشراف وقوته وجودته.

10/ تحفيز العاملين والموظفين:

التحفيز من الوسائل الناجعة في استمرار جودة العمل (محمود الوشاح، 2007). وينقسم عادة إلي تحفيز مادي وتحفيز معنوي، ويختلف التحفيز حسب نوع النجاح الذي تحقق وأهميته للمؤسسة واستمراريته، وحسب طبيعة الشخص الذي يحتاج إلي تحفيز وكما يقولون " لكل حادثة حديث ".

أمثلة للتحفيز المادي والمعنوي: -

- زيادة المرتبات الأساسية إلي أفضل وضع ممكن
- المساهمة في حل إشكاليات السكن والإعاشة للعاملين
- المساهمة في نظام علاج العامل وأسرته
- ربط الحافز بالأداء بطرق مبتكرة ومميزة
- علاوة سنوية كزيادة في المرتب (نسبه مئوية)
- السلفيات المخصصة من المرتب
- التشجيع المعنوي والأدبي
- العلاقات الاجتماعية والأسرية
- تفويض مزيداً من الصلاحيات، والاحترام والثقة المتبادلة
- الإشادة وكلمات الثناء أمام العاملين
- الحديث الخاص مع الموظف عن أهمية عمله للمجموعة
- توفير وسائل الراحة والترفيه

11/ الاجتماعات الفعالة:

تعتبر الاجتماعات من الوسائل الحيوية، لاستمرار النشاطات الفعالة للمؤسسة، وتقام الاجتماعات في حالة إذا كانت هنالك مواضيع تهم مستقبل العمل، وفي حالة وجود موضوع يشكل هم مشترك لمجموعة العمل، وكذلك للمشاورة والمشاركة والتفكير في حل المشاكل المختلفة (مشاكل العمل، مشاكل الأفراد، مشاكل التطور)، ويمكن أن يعقد إذا طلب فرد أو أفراد من المجموعة أن يعقد الاجتماع. إنشغال الأطباء الصيادلة بواجباتهم المهنية، والتعاقب المتواصل في نظام ورديات العمل، يجعل ظاهرياً صعوبة في عقد الاجتماعات خلال ساعات العمل، ولكن بقليل من الترتيب والتنسيق والتفكير بطرق غير تقليدية في مكان وتوقيت زمان الاجتماع يمكن إنجاز المهمة (عسل، 2012).

عوامل نجاح الاجتماعات:

- الالتزام الكامل بالمواعيد في بداية الاجتماع ونهايته حسب الوقت المتفق عليه مسبقاً.
- أن يكون الاجتماع معروف لكل الحاضرين قبل وقتٍ كافٍ.
- أن تكون الأجندة للاجتماع معلومة للجميع.
- حفظ النظام أثناء الاجتماع وعدالة توزيع الفرص للحضور بواسطة مدير الاجتماع، دون تدخل منه يمنع الآخرين من التعبير عن آرائهم.
- مكان الاجتماع يكون مريحاً ومهيأً ويتيح للجميع جلسة مريحة، بحيث يكون الجميع في مقابلة بعضهم البعض (جلسة دائرية)
- وجود خدمات مناسبة وكافية بمكان الاجتماع، مشروبات، مياه، شاي، مأكولات خفيفة، مناديل، أقلام، و أوراق لكتابة الملاحظات
- تسجيل وقائع الاجتماع، وقبل نهاية الاجتماع سرد وتذكير بالنقاط المتفق عليها.
- إصدار التكاليف لكل شخص.

12/ إعادة هندسة العمليات الادارية:

إعادة هندسة العمليات الادارية هي إعادة التفكير الأساسي وإعادة التصميم الجذري للعمليات الادارية، وذلك بغرض تحقيق تحسينات جوهرية في معايير قياس الأداء الحاسمة وتوفير ما يطلبه المستفيدين (بن سعد، 1997)، للوصول إلي رضا العميل عن منتجات وخدمات المؤسسة

لقد وجدت بعض الدراسات ان الأخطاء التي تحدث في المؤسسات المختلفة تكون بسبب سوء الإدارة أو النظام أو الإجراءات الادارية، وليس للعاملين أي دخل مباشر فيها (تركي، 1989)، (حاتم عسفه، 2010) لذلك علي الإدارة دوماً السعي لتجويد الأداء ومنع الأخطاء. والاستفادة القصوى من فرص التحسين.

أمثلة لفرص التحسين المتاحة:

- وجود كادر جديد في العمل.
- ظهور مشكلة في العمل.
- ظهور خدمة جديدة في السوق.

المؤسسات التي تحتاج إلي إعادة هندسة العمليات الادارية:-

- مؤسسات فاشلة تناضل للعودة إلي السوق.
- مؤسسات غير مستقرة تصارع للبقاء في المنافسة.
- مؤسسات في قمة النجاح تقاوم للبقاء في القمة.

13/ الأمن والسلامة

مقومات الأمن الشخصي، الأمن الغذائي، الأمن الإجتماعي، من نعم الله تعالى " فليعبدوا رب هذا البيت * الذي أطعمهم من جوعٍ وآمنهم من خوفٍ ". لذلك يجب إعطاء الأولوية القصوى لتوفير مقومات

الأمن للعاملين والزبائن والممتلكات بالصيدلية (علي أبداح، 2010)، ويمكن اتباع الإرشادات والتحسينات

التالية في الأداء:

- تغطية كافة التوصيلات و الأسلاك الكهربائية وعدم تركها بدون غطاء أمان.
- تثبيت الأشياء والمعروضات المعلقة علي الارفف والسقف بإحكام .
- تأمين الأبواب والنوافذ وفتحات المكيفات والأبواب الداخلية بأقفال محكمة.
- تغيير الأقفال الخارجية بصورة دورية أو تبديلها مع مؤسساتك الأخرى.
- مراجعة الأشخاص الذين لديهم نسخة من مفاتيح أقفال الصيدلية دورياً والتأكد من وجودها معهم، مع صلاحيتها وسلامتها واكتمالها.
- التأكد من إحكام الأقفال الخارجية ليلاً عند إغلاق الصيدلية.
- التأكد من وجود الأقفال في حالتها الطبيعية صباحاً عند فتح الصيدلية .
- التأكد من إطفاء الكهرباء الداخلية عند الأغلاق (ماعدًا الثالثة).
- إغلاق حنفيات المياه ومصادر المياه الأخرى عند الإغلاق.
- التأكد من تعبئة طفايات الحريق وجاهزيتها للعمل دوماً .
- تدريب جميع العاملين بالصيدلية علي استخدام طفايات الحريق بصورة سليمة.
- الاستفادة من عامل الصيدلية في عملية التأمين للأشخاص والممتلكات أثناء فترة عمله.
- توفير وسائل حماية شخصية للعاملين بالصيدلية
- إغلاق مدخل الكاونتر الداخلي دائماً .
- اجلس في الصيدلية بموقع يتيح لك رؤية الداخل للصيدلية في كل الأحوال.
- الاستفادة من التقنيات الحديثة (مثل كاميرات وشاشات المراقبة، أجهزة الإنذار)
- مراجعة تصميم المدخل الرئيس في حالة دوام العمل لمدة 24 ساعة

14/ بيئة العمل والمظهر العام

- توفير الاحتياجات الأساسية للعاملين (أكل، شرب، دورة مياه) في مكان أو محيط العمل.
- مولد كهربائي جاهز لتوفير التيار عند الحاجة .
- خزان مياه لتوفير الإمداد بصورة مستدامة .
- توفير مقاعد مريحة للعاملين.
- أحذية مناسبة للاستعمال داخل الصيدلية.
- عدد 2 " معطف " أبيض لكل عامل بالصيدلية، نظيف ومتوفر دائماً.
- نسخة من القرآن الكريم.
- سجادات للصلاة .
- مجموعة من الكتب والمراجع العلمية.
- كتب ثقافية، مجلات، صحف يومية.
- وسائل ترفيه في أوقات الفراغ مثل: تلفزيون، مسجل صوت، قناة دولية
- هاتف ثابت بالصيدلية (عامل في كل الأوقات) .
- وسائل عناية شخصية مساعدة (مثل: مرآة، عطر، مناديل)
- معطر للجو، جهاز طارد للحشرات
- مطهر ومعقم للأيدي مع صابون طبي/معطر (بجانب المغسلة الداخلية).
- مراجعة وإكمال الإضاءة الداخلية والخارجية واللوحات المضاءة باستمرار.
- تجديد الطلاء الداخلي والخارجي للمبني (دورياً وحسب الحاجة)
- صيانة ونظافة المدخل الرئيس للصيدلية.
- مظلة خارجية لمنع دخول أشعة الشمس المباشرة.

- سماعات صوت داخلية (علي الجدران أو السقف).
- لوحات تجميلية داخلية مناسبة .
- ملصقات وإرشادات علميه مبسطه.
- ساعة حائط
- أدوات مكتبية (أقلام، أوراق، دبابيس، أخري ...) .
- تقويم للعام الحالي (هجري / ميلادي)
- مقياس درجة الحرارة والرطوبة (Thermometer and Hygrometer).

15/ سهولة الوصول للخدمة والسلعة (قانون الصيدلة، 2012)

من مميزات المنتج الجيد أن تتوفر فيه 3 أشياء هامة (3As) كلها تبدأ بحرف (A): -

1. Available: وجود المنتج باستمرار وعدم تركه حتي ينعدم من الصيدلية.
2. Accessible: سهولة الوصول للخدمة والسلعة.
3. Affordable : إمكانية شراء المنتج بسعر مناسب ومقدور عليه.

بتطبيق المميزات المذكورة أعلاه، يمكن أن نخلص إلي الإرشادات التالية: -

- تقديم خدمة صيدلانية بصورة مستمرة، عن طريق فتح الصيدلية أقصى عدد ساعات ممكنة خلال اليوم ولأطول فترة وبانتظام كل أيام الأسبوع.
- تنوع المنتجات بالصيدلية وتنوع مصادرها وأسعارها بحيث تكون في متناول يد الجميع، وتوفير بدائل متعددة بأسعار متنوعة، مع توفير أنواع مختلفة من نفس السلعة وبأسعار مختلفة، لإرضاء وإشباع حاجات المنتفعين (كلّ حسب إمكانياته).
- الحرص علي ان يكون مدخل الصيدلية بدون عوائق طوال فترة دوام الصيدلية (مثل: عدم جلوس أشخاص علي المدخل، نظافة المدخل، عدم وجود وحل أو مياه راكدة)

- وجود مقدم الخدمة في استقبال الزبون، ودائماً واقفاً بجانبه
- وجود لوحات إرشادية وإعلانية للمؤسسة في محيط موقع العمل
- تنظيم وترتيب وتجميل طريقة العرض بحيث تكون الأصناف المختلفة متاحة في مجال رؤية كل زوار الصيدلية.

16/ النشاطات المستهدفة ومن يفعل ماذا ؟

هناك مجموعة كبيرة من النشاطات المستهدفة في الصيدلية وعلي المسؤولين عن الإدارة رصدها وتحديد أشخاص محددين للقيام بالمهام المحددة، ومن الأمثلة لذلك:

- الوصف الوظيفي لكل العاملين
- الحسابات والمراجعة المالية
- المشتريات من الأدوية و المستحضرات
- الإشراف والرقابة
- المراجعة الداخلية
- التوثيق، السجلات، متابعة الملفات
- المطبوعات (الدفاتر، الأدوات المكتبية، كروت الزيارة).
- المراقبة الداخلية
- كتابة النواقص والطلبات
- طلب الطلبات عبر التلفون
- إحضار الطلبات من الشركات .
- التحصيل اليومي للإيرادات.
- التوريد اليومي

- مسك دفاتر البنوك .
- المرتبات والحوافز .
- السلفيات والديون .
- صندوق الإيرادات (مراجعة النقدية، ترتيب النقدية، دفتر الخزنة).
- العلاقات البنينة (وزارة الصحة، شركات الأدوية، صيدليات التبادل).
- العلاقات مع الصيدلة (إستقطاب صيدلة للعمل بالمؤسسة).
- التوريد للبنك، ومتابعة الحسابات.
- الصيانة الدورية والطائرة بالصيدلية.
- تشغيل المولد الكهربائي وإطفائه وصيانته
- اتفاقية العمل بالصيدلية لكل العاملين.
- نظام الحوافز والعلاوات.
- فتح وإغلاق الصيدلية .
- تسوية المخالفات -ان وجدت- لدي الجهات الحكومية.

17/ النظافة

- نظافة أرضية الصيدلية، مرتين يومياً (صباح، بعد الظهر) .
- إفراغ سلة المهملات مرتين يومياً (صباح، بعد الظهر) .
- نظافة الأدوية والارفف (يومياً ، وباستمرار) .
- نظافة مدخل الصيدلية (يومياً) صباحاً .
- نظافة سقف الصيدلية من الداخل (مرة شهرياً) .
- نظافة اللمبات ، المراوح ، فتحات المكيفات (مرة شهرياً) .

- نظافة بقايا الأطعمة (فوراً) بعد الانتهاء من الأكل.
- جمع الكراتين الفارغة ونقلها خارج الصيدلية (يومياً) المساء .
- نظافة الباب الزجاجي الخارجي، مرتين يومياً، في الصباح وبعد الظهر.
- نظافة الطاولات يوميا وباستمرار، وحسب الحاجة.
- الحرص علي أن تكون المراسلة للعامل في فترات محددة، ولفترات زمنية محددة .
- إعطاء الوقت الذي يقضيه العامل بالصيدلية ونظافتها نسبة اكبر من الوقت الذي يقضي في المراسلة خارج الصيدلية.

18/ برامج خدمية

يمكن للصيدلية أن تنفذ مجموعة من البرامج ذات الطابع الخدمي، والتي تحقق زيادة في مستويات الجودة، وبالتالي زيادة المبيعات للمؤسسة.

أمثلة للبرامج الخدمية:

- سجاد صلاة ومكان للوضوء في محيط الصيدلية
- تهيئة موقف سيارات للقادمين إلي الصيدلية.
- مبرد ماء بماسورة خارجية أو أزيار لماء الشرب (تعمل بطريقه صحية وجميلة).
- إضاءة ليلية خارجية في مكان العمل
- أشجار ظل وزينه خارج الصيدلية
- مدخل خاص لكبار السن والمعاقين (سهولة عبور الدرجات والسلالم)
- تسوية للأرضيات خارج الصيدلية، وكبري عبور للمدخل (حسب الحاجة)

19/ وثائق أخرى

❖ علي الإدارة بالصيدلية رصد النشاطات المختلفة للصيدلية وعمل "وثائق" لها حسب الطريقة المعلومة وبهذا تكون الإدارة قد خطت خطوات واسعة في طريق الجودة، وتبقي الخطوة المهمة وهي تطبيق هذه الوثائق، ومتابعتها وتطويرها.

الفصل الثالث

تجويد خدمات الرعاية الصحية في السودان

المبحث الأول: تجويد خدمات الرعاية الصحية

المبحث الثاني: النظام الصحي في السودان

المبحث الثالث: مفهوم وتعريف المؤسسة العلاجية

المبحث الأول: تجويد خدمات الرعاية الصحية

خدمات الرعاية الصحية تقسم بصورة عامة إلى نوعين هما الخدمات الوقائية والعلاجية، وتعرف الخدمات الوقائية بأنها هي الخدمات التي تُقدم للحفاظ على صحة الإنسان ووقايته من المرض، بينما تعرف الخدمات العلاجية بأنها هي الخدمات التي تُقدم للتخلص من المرض بعد حدوثه، وذلك من خلال فحص المريض وتشخيص مرضه وإحاقه بإحدى المؤسسات العلاجية وتقديم الدواء والغذاء الملائمين لحالته، فضلاً عن حسن معاملته لمساعدته على استعادة صحته،(وزارة الصحة، 2013).

يتطلب النجاح في هذين النوعين من الخدمات تعاوناً مثمراً بين المريض والمعالج، وهذا لا يمكن الحصول عليه دون توافر حماس وقناعة ورضاء لدى المريض تجاه الطبيب والمستشفى، وقد يتعلق مفهوم الرضاء بالنتائج السريرية أو بالعلاقة بين المريض والأطر الطبية والتمريضية وبالتوقيت المناسب لإجراء التدخلات الطبية أو بتقديم التشخيص المناسب أو بالخصائص الفندقية وغيرها (مريزق، 2009).

إن المستفيد من الخدمات الصحية، سواء كان مريضاً محتملاً، أو كان شخصاً يعاني من مشكلة حقيقية (مريضاً)، يعد مصدراً للمعلومات أو للحكم على مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة فيما يتعلق بالخصائص الفندقية والعلاجية والتشخيصية والخصائص التنظيمية، (عبد الغفار عبد الله، 2010).

ظهر مفهوم الرضاء في علم الإدارة بصورة الرضاء الوظيفي، وهو مقياس يدل على درجة رضاء العامل عن عمله وما يحيط به من عوامل وظروف، وقد استُخدم هذا المفهوم للدلالة على مستوى ولاء العامل لمؤسسته التي يعمل فيها. وقد اجتهد المديرون وعلماء الإدارة (ولاسيما المهتمين بإدارة الموارد البشرية) في البحث عن المحفزات التي تزيد من درجة رضاء العامل، لما لذلك من تأثير إيجابي في زيادة الإنتاج كماً ونوعاً (مبارك داؤود، 2014)، ومن ثم تحقيق الخطط الطموحة وزيادة الأرباح والقدرة التنافسية، والتحسين المستمر.

انتقل مفهوم الرضاء إلى المؤسسات الخدمية بصورة رضاء العملاء عن الخدمات المقدمة لهم، كالعملاء التجاريين وزبائن المصارف والمتاجر وشركات الطيران والفنادق، فضلاً عن رواد المستشفيات، وتتفاوت درجة الاهتمام بمفهوم الرضاء في هذه المؤسسات الخدمية حسب أهمية نوع الخدمة التي تخص العميل، وكلما زادت أهمية الخدمة كلما زاد الاهتمام برضاء العميل طالب الخدمة.

إبان العشرين سنة الماضية استقر رأي علماء الاجتماع والنفس على أن حكم المريض على الرعاية الصحية يمكن قياسه بكل دقة من خلال عدة مؤشرات ولعل من أهم هذه المؤشرات هو " درجة رضاء المرضى " والتي يمكن معرفتها عن طريق استبانات يعبر المرضى فيها عن احتياجاتهم وتوقعاتهم وتصوراتهم لرعاية المستشفى وقد أشارت العديد من الدراسات أن المريض لا غنى عنه عند تقييم جودة نظم الرعاية الصحية وتخطيطها وإدارتها (بسيوني، 2004).

بما ان المستشفيات تمثل جزء كبير ومهم من النظام العلاجي والصحي في العالم كله، فقد قام العديد من الرواد والمسؤولين في مجال الجودة بالاهتمام بموضوع الجودة في المستشفيات بمفهومها الحديث، أي تطبيق أحدث الأساليب والمناهج والأدوات لتحسين الجودة والوصول إلى أفضل النتائج من خلال تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات، فنجد الآن أن هناك العديد من الاستراتيجيات في الدول المتقدمة والنامية لتحسين الجودة والاهتمام برضاء المريض في المستشفيات، (جوزيف، 1998).

إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات

إن تقييم الأداء في المستشفيات يمكن الوصول من خلاله إلى معرفة فاعلية وكفاءة النظام في الرعاية الصحية، وذلك من خلال الاعتماد على مؤشرات الأداء داخل وخارج المستشفيات أو الوحدات الصحية، ويمكن الاعتماد على عدة عوامل منها داخلية وخارجية تستخدم كمؤشرات للأداء (مازن، 2004)، العوامل الداخلية متعلقة بالوظائف الإدارية في المستشفيات (Internal Factors) مثل: الرقابة والتقييم والتحسين على المدى القصير والطويل، والاهتمام بالعملاء الداخليين مثل المرضى.

العوامل الخارجية (External Factors) تهتم بصورة أساسية بالشركاء (Stakeholders) مثل العملاء من الموردين والمجتمع المحيط والمساهمين.

لذلك يجب على المؤسسة ان تقوم بتحديد مؤشرات الأداء مسبقا وتقييمها من حين لآخر وذلك لتساعدنا في تقييم الأداء الفعلي للمؤسسة، كذلك ايضا لاتخاذ القرارات اللازمة لتحسين أداء المؤسسة في المستقبل وتعد المؤشرات الآن من العوامل الأساسية في نجاح المؤسسة لذلك يجب استخدام أساليب علمية حديثة لتحديد مدى كفاءتها مثل الأساليب الإحصائية، لذلك اتجهت العديد من المؤسسات العلاجية والمستشفيات في كثير من الدول إلى برامج الاعتماد (موسي محمد ، 2012).

برامج الاعتماد (Accreditation Programs)

تسعى العديد من الدول لتنفيذ برامج الاعتماد وذلك لحث المستشفيات ومراكز الرعاية الصحية على الالتزام بمعايير قياسية ومستوى أداء ثابت لا يتغير من مكان إلى آخر أو من وقت لآخر، كذلك لا بد من ضمان عدم حدوث أي اختلاف في مستوى جودة الرعاية الطبية عند تغيير المسؤولين في المستشفى أو الوحدة الصحية (عبد الباقي، 2004).

هناك العديد من المعايير والمقاييس التي تم وضعها من قبل منظمات علاجية عالمية وهذه بدورها تستخدم كمؤشرات لكفاءة الوحدات الصحية في محاولة لتحقيق مستوى للعلاج والخدمة في الوحدات الصحية والمستشفيات على درجة عالية من الكفاءة والجودة علي المستويين المحلي والعالمي.

المبحث الثاني: النظام الصحي المحلي في السودان:

إن التسارع المستمر والحاجة المتواصلة للخدمات الصحية من قبل مواطني ولاية الخرطوم، جعل حتمية تجويد هذه الخدمات وتسهيل وصولها لطالبي الخدمة وفق المعايير المتعارف عليها وفي الزمن المناسب وبالتكلفة المقدر عليها، وللوصول لهذه الأهداف عملت وزارة الصحة علي توفير الخدمة الصحية بالقرب من أماكن سكن المواطنين (وزارة الصحة، 2013)، وبما يتماشى مع القوانين واللوائح المنظمة للحكم المحلي بالولاية.

1/ قانون الحكم المحلي:

النسخ الثلاثة الأخيرة للأعوام 2003، 2007، 2017 علي التوالي والتي صدرت من قانون الحكم المحلي بولاية الخرطوم (قانون الحكم المحلي، 2017)، تتحدث بوضوح عن تنزيل كثير من الصلاحيات التنفيذية من المستوي الولائي إلي المستويات المحلية من أجل تجويدها وتقليل الظل الإداري (قانون الحكم المحلي، 2007)، وعلي مستوي وزارة الصحة أصبحت التعديلات المتواترة في قانون الحكم المحلي وعدم وضوح تحديد المسؤوليات واحدة من أهم مبررات إنشاء ال الصحية والبيئية بالمحليات (قانون الحكم المحلي، 2003)، وحاليا برزت أهمية وجود نظام صحي متكامل علي المستوي المحلي.

2/ التجارب العالمية والمحلية:

كثير من الدول في أوروبا مثل بريطانيا، وفي الشرق الأوسط مثل دول الخليج والسعودية، اهتمت مؤخرا بتأسيس وتقوية النظم الصحية علي مستوي الأقاليم والمحافظات والمناطق المحلية في دولها، وذلك بغرض تحقيق ذات الأهداف المتفق عليها من تجويد الخدمة وسرعة تقديمها وقربها من متلقي هذه الخدمات، مع ضمان المتابعة والتقييم عن قرب بتقصير الظل الإداري والتحسين المستمر في الخدمات بما يلبي رغبات وتوقعات متلقي وطالبي هذه الخدمات (أحمد سيد، 2015).

3/ التجربة السودانية:

أهتمت الدولة ومنذ مطلع التسعينات من القرن الماضي بأهمية الحكم اللامركزي وانتهجت النظام الفيدرالي في إدارة البلاد (قانون الحكم المحلي، 2003)، وعلي مستوى وزارة الصحة الاتحادية كان نداء (النظام الصحي المحلي) لكل ولايات السودان واصبح منهجا لإدارة الصحة بالمحليات علي نطاق السودان الشاسع باستثناء ولاية الخرطوم التي اتبعت نظام (الشؤون الصحية والبيئية بالمحليات)، والذي تدار بواسطته كثير من الخدمات الصحية مع الاحتفاظ ببعضها لتدار ولأئياً من المركز، وكل ذلك تحت الإشراف المباشر من رئاسة الوزارة عبر إدارتها المتخصصة.

4/ تجربة وزارة الصحة بولاية الخرطوم:

تميزت وزارة الصحة ولاية الخرطوم بتعدد وتنوع تجاربها الادارية وكثافة حجم العمل الصحي فيها، مما جعل لها ميزة نوعية عند انتقالها لتطبيق النظم الصحية المتعددة عبر تاريخها الطويل، فظهر نظام الخدمات الصحية، والمنطقة الصحية القابضة، واستمر نظام الشؤون الصحية والبيئية بالمحليات، (قانون الحكم المحلي، 2017)، وأخيرا النظام الصحي المحلي.

5/ النظام الصحي المحلي للرعاية الصحية الأولية:

الإدارة العامة للرعاية الصحية الأولية بوزارة الصحة ولاية الخرطوم تدير الشأن الصحي بالمحليات عبر (إدارة النظام الصحي المحلي) والذي يعني ويهتم بالأمر الإداري والفني فيما يختص فقط بالأقسام والوحدات المتخصصة بالرعاية الصحية الأولية، وتعتبر هذه الإدارة من الإدارات المهمة في ربط رئاسة الوزارة بمحلياتها المختلفة وقد ساهمت بصورة كبيرة في توفير وتجويد ومتابعة الخدمات الصحية علي مستوى الرعاية الأولية (وزارة الصحة، 2013)، وتعتبر نواة جيدة وتجربة مقدره في حالة إنشاء النظام الصحي المحلي علي مستوى الوزارة.

6/ قرارات وهياكل الوصف الوظيفي بوزارة الصحة بولاية الخرطوم:

أصدرت وزارة الصحة بولاية الخرطوم قرارات توجه بإنزال بعض الصلاحيات لعدة إدارات من مستوى رئاسة الوزارة إلى المستوى المحلي (وزارة الصحة، 2013)، وشملت هذه القرارات إدارات: الرعاية الصحية الأولية، الصيدلة، تعزيز الصحة، الشؤون الإستراتيجية والمعلومات، الطب العلاجي. كما تم إصدار قرارات تنزيل صلاحيات إلى مستوى المحليات بشأن بعض الوحدات المتخصصة مثل:

- مكافحة التبغ والمخدرات

- البلهارسيا

- المؤسسات العلاجية الخاصة

- المنظمات التطوعية

المبحث الثالث: مفهوم وتعريف المؤسسة العلاجية

المؤسسة العلاجية في مفهومها الشامل تضم العديد من المرافق العلاجية مثل المراكز الصحية ووحدات الرعاية الصحية والعيادات، ولكن المفهوم العام يعني بالمشفى أو المستشفى وهو المكان المتعارف عليه لإيواء المرضى والمصابين حتى يتم شفاؤهم، لذلك فإن لهم طابع مميز عن عيادة الحي أو المركز الصحي أو عيادة الطبيب من حيث انه يحتوي في داخله على أسرته لإيواء المرضى لذلك فإن أول وظيفة من وظائف المستشفى هي إيواء المرضى والمصابين الأمر الذي يقربه من وظيفة الفندق (عمر: 2014, Omer).

المرضى والمصابين يتلقون الرعاية الطبية عن طريق أطباء العموم والاختصاصيين والذين يقومون بأعمالهم كل الوقت أو بعض الوقت ولكنهم في مجموعهم يمثلون الهيئة الطبية للمستشفى، ويمارسون نشاطهم بناء على تفويض من إدارته العليا التي تظل مسئولة عما يقدم من رعاية للمرضى والمصابين (السلمي، 1985)، وهؤلاء الأطباء لهم الحق في استخدام الخدمات المتاحة في المستشفى ولهم حق استعمال معدات وأدوات ومستلزمات وأجهزة المستشفى لتقديم أقصى رعاية ممكنة للمريض والمصاب، وطالب الخدمة الطبية.

تصنيف المستشفيات (أبوقرين، 2016):

أولاً: يمكن تصنيف المستشفيات حسب التخصص إلى نوعين أساسيين هما:

1/ المستشفى التخصصي

2/ المستشفى متعدد التخصصات

المستشفى التخصصي:

هو الذي يكون متخصص في علاج جزء من أجزاء الجسم كالعين والأنف والأذن والحنجرة ومستشفيات العظام ومستشفيات السرطان، والمستشفيات المتخصصة لفئات محددة مثل الأطفال وحديثي الولادة والنساء والتوليد، وعلاج مرضي السكري.

المستشفى متعدد التخصصات:

فإنه يهدف في مجموعه إلى تقديم العلاج للعموم رجالا كانوا أم نساء أم أطفالا والذين يعانون من إصابة أو مرض فيما عدا بعض الأمراض سريعة العدوي، ومن الممكن أن يلحق بتلك المستشفيات أقسامًا لأمراض الأطفال والأمراض ذات الخصوصية المحددة مثل البلهارسيا والأنكلستوما.

ثانياً: يمكن تقسيم المستشفيات الحكومية حسب المنطقة)، (أبو قرين، 2016) إلى ثلاثة أنواع:

- المستشفى العام: وهو المستشفى الذي يخدم منطقة وتوجد به كافة التخصصات العامة وعادة ما يختار له مكان استراتيجي ليتمكن من خلاله تقديم الخدمة بسهولة ويسر.
- المستشفى المركزي: وهو عبارة عن مستشفى متوسط يشتمل على بعض مئات الأسرة حيث تتوفر به التخصصات العامة في مجالات الأمراض الباطنية والجراحية والتوليد.
- المستشفى المحلي: وهو مستشفى صغير توجد به أسرة يتراوح عددها من 100 سرير إلى 200 سرير حيث يتوافر به حسب الحاجة التخصصات العامة في الأمراض الباطنية والجراحية ورعاية الأمومة والطفولة.

ثالثاً: يمكن أن تقسيم المستشفيات من حيث الملكية إلى:

- المستشفى الحكومي: هو الذي يدار بواسطة سلطة عامة أي بمعنى آخر يدار بواسطة منظمة من منظمات الإدارة العام، ولذلك يسمى أحياناً بالمستشفى المملوكة ملكية عامة وفي بعض

الأحيان يكون المستشفى تابعاً مباشرة لوزارة الصحة كواحد من المستشفيات التي تملكها، وقد يكون مملوفاً أو يدار بواسطة منظمة أخرى من منظمات الإدارة العامة.

■ المستشفى الخاص: وينقسم إلى نوعين هما:

○ المستشفى الخيري الذي تملكه جهة لفعل الخير ولا تهدف من ورائه إلى تحقيق الربح، أو

إدارته كمشروع تجاري وهذا النوع من المستشفيات قد تمتلكه هيئات دينية أو بعض

الشركات الصناعية أو إحدى المنظمات الاجتماعية لفعل الخير وغير ذلك.

○ مستشفى استثماري تملكه منشأة أو فرد أو مجموعة من الأفراد بهدف تحقيق الربح،

ونمط إدارته كنمط إدارة المشروع التجاري.

الفصل الثالث

نتائج الدراسة

عرض تقرير التقييم الذاتي للمؤسسة العلاجية الخاصة

مقترح تجويد النظام الصحي المحلي بولاية الخرطوم

مقترح تجويد الممارسة المهنية بصيدليات المجتمع الخاصة

أولاً: عرض تقرير التقييم الذاتي للمؤسسة العلاجية الخاصة (مدينة المعلم الطبية) على خلفية نموذج

إدارة الجودة والتميز المؤسسي الأوروبي (EFQM)

لقد تم قياس مدينة المعلم الطبية على أساس نموذج التميز باستخدام مزيج من تقنيتي (ورشة العمل) و(الاستبانة) لعكس واقع المستشفى بدرجة عالية من الموضوعية ومن ثم صدر هذا التقرير والذي يحتوي على أهم نقاط القوة وأهم فرص التحسين والتي تمثل بداية الانطلاقة في رحلة التميز. التقرير الفني التعقيبي تم إعداده بواسطة الخبير الوطني/ د. الطيب إبراهيم علي عسل، في مارس 2017 ويشمل المحتويات: المقدمة، المنهج، أهم نقاط القوة، أهم مواضع التحسين

مقدمة :

تعرف المؤسسة الأوروبية لإدارة الجودة التقييم الذاتي أنه مراجعة شاملة، ومنهجية تقييم متكررة بواسطة المؤسسة لأنشطتها ونتائج أعمالها رجوعاً واستناداً إلى نموذج الإمتياز، إن التقييم الذاتي يتيح للمؤسسة أن تبصر بوضوح مصادر قوتها وكذلك الجوانب التي تحتاج إلى تحسين ثم من بعد ذلك ترتقي عبر أنشطة تحسين مخطط لها ومن ثم مراقبة التقدم .

أولاً - المنهج:

1. عقدت ورشة عمل وضمت أفراداً من فريق الجودة بالمدينة إضافة إلى بعض القياديين المختارين بعناية للتعرف على مفاهيم الجودة وعلى نموذج تميز الأعمال ومنطق الرادار (RADAR) بصورة أعمق وعلى طرق التقييم الذاتي المرتبطة بهما.
2. استخدمت استبانة معيارية لاستكشاف وضع المدينة استناداً إلى النموذج .
3. تم تقسيم هذا الفريق إلي ثلاثة مجموعات لتعبئة الاستبانة ومن ثم تم اجتماع توافقي لضمان عملية ملء الاستبيان بالطريقة الصحيحة .

4. قام الخبير بمساعدة الفريق أعلاه وتمكينه من فهم تفاصيل النموذج ومقاصد أسئلة الاستبانة لضمان الحصول على إجابات تعكس الواقع الحقيقي للمدينة بالموضوعية الضرورية .
5. قام الخبير بمساعدة الفريق في تحليل الاستبيان وفق منطق رادار والطريقة المعيارية لاحتساب النقاط علماً بأن النقاط الكلية للنموذج هي ألف نقطة (1000).
6. ساعد الخبير الفريق في تحديد النقاط التي تحصلت عليها مدينة المعلم الطبية والتي تبين بصدق موقفها في سلم الجودة والتميز وصدر تقريراً تعقيبياً يحتوي على أهم نقاط القوة التي وجدها وكذلك أهم فرص التحسين.
7. تعتبر هذه النتيجة نقطة الانطلاقة للبدء في رحلة التحسين المستمر، وذلك بوضع البرامج والخطط والأولويات المناسبة وتوفير الموارد اللازمة لتحويل فرص التحسين إلى نقاط قوة، وبرامج عمل وخطط مستقبلية واضحة المعالم.

أهم نقاط القوة:

1. قامت القيادة العليا بالمدينة بتأمين تطبيق هيكل تنظيمي لإدارة العمليات يتم احترامه من قبل الجميع ، إلا أنه يحتاج إلي نظام موثق ومطبق وفعال في تقديم نتائج متناسقة.
2. هنالك ممارسات واضحة للمديرين في مقابلة المتعاملين والموردين من خارج المستشفى ويشركون بفعالية في الترويج للشراكات ومبادرات التحسين معهم .
3. هنالك دليل يؤكد أن تخصيص واستخدام الموارد المالية يعكس ويساعد الأهداف ويؤكد النجاح الدائم للمستشفى .
4. هنالك استخدام جيد للبدائل الجديدة للتقنية تم تطويرها وتنفيذها ونتوقع أن يكون استخدام المعرفة يتم بطريقة مثلى للحصول على ميزة جيدة للخدمات .

5. تهتم الإدارة العليا بتنفيذ دور فعال في المسؤولية المجتمعية من خلال أنشطة عديدة ومتنوعة، تستهدف فئات مجتمعية مختلفة.

6. تشير نتائج الأداء المالي وغير المالي إلى أن هناك نمطاً متحسناً وباستمرار .

فرص التحسين:

1. لم يتضح وجود منهج يؤكد أن جميع القادة يشاركون بأنفسهم وبصورة مرئية في تطوير وتوصيل بيان استراتيجي لغرض واتجاه وثقافة التميز بمدينة المعلم الطبية.

2. بالرغم من أن قيادة المدينة قريبة جداً من العاملين إلا أنه لم نقف على منهج واضح للتأكد من أنهم يشاركون بأنفسهم بالاعتراف وفي الوقت المناسب بالمجهودات التي يقوم بها الأفراد وفرق العمل التي تقوم بالتحسينات داخل المستشفى .

3. لم نقف على ما يفيد أن إدارة المستشفى تستخدم مدخلات بيانات واسعة وملائمة لتطوير استراتيجيتها وخطط أعمالها، التي تتضمن أداء العمليات الداخلية، واستخدام بيانات أداء الموردين، واحتياجات وتوقعات المتعاملين .

4. ليس هنالك ما يشير ويؤكد أن لدى المستشفى مناهج وأساليب ضرورية للتعرف على إمكانية تغيير الاستراتيجية والسياسة متى ما دعت الحاجة .

5. لم يتضح أن لدى المستشفى نظاماً للتأكد من أن جميع الأنشطة المستخدمة لإنتاج الخدمات تعمل ويتم ضبطها وفقاً لمتطلبات أنظمة الجودة (مثلاً نظام إدارة الجودة أيزو 9001:2015 ISO).

6. خطط الأفراد (مثلاً: التعيين، التدريب والتطوير) لم نقف على منهج واضح يؤكد أنها تشتق مباشرة من احتياجات الخطط الاستراتيجية والأهداف وقادرة على تأكيد أن الخطط والأهداف سوف تنفذ .

7. بالرغم من أن هنالك ممارسات في عملية الاتصال إلا أنه لم يتضح أن هنالك منهج لنظام فعال للاتصالات في اتجاهين (من أعلى إلى أسفل ومن أسفل إلى أعلى) مع العاملين يوافق العاملون أن آرائهم تحترم ويتم إخطارهم بصورة جيدة .
8. لم نقف على منهج للتأكد من أن المراجعات والنتائج تستخدم لتحسين النظم عن طريق تنفيذ معالجة الأسباب الجذرية (وليس فقط المعالجة الوقتية) ومن ثم منع حدوث المشاكل مرة أخرى .
9. ليس هنالك ما يفيد أن المستشفى تقوم وبصورة منتظمة بقياس وتقييم الجوانب التي تنتبأ باتجاهات تؤثر على رضا الأفراد ومعنوياتهم (مثل الغياب، المرض، دوران العمل، الذين يتركون العمل مبكراً، مستويات التدريب، الترقية الداخلية، مستوى حوادث العمل، مستويات الاعتراف والتظلمات) وبالتالي تؤثر على النتائج.
10. ليس هنالك منهج للحصول على تغذية عكسية بانتظام (عن طريق الاستبانات، المقابلات، والمجموعات .. الخ) عن تصورات الأفراد فيما يتعلق بالجوانب المختلفة للمستشفى مثل بيئة العمل، الصحة، الأمان، الاتصالات، فرص العمل، والترقي، المرتبات، التقييم، الاعتراف، التدريب، والمستوى العام للرضا .
11. ليس هنالك منهج واضح للمقارنات المعيارية للمقاييس الداخلية والتصورات مع مؤسسات مماثلة (Benchmarking).
12. لم نقف على أن لدى المستشفى آليات للتأكد من أن جميع المعلومات ذات الصلة بما في ذلك البيانات عن أداء العمليات، الموردين (أداء الموردين) ،المتعاملين (درجة إشباع المتعاملين) يمكن الاعتماد عليها ويتم تحديثها ويمكن الحصول عليها بسرعة واستخدامها بواسطة الأفراد المعنيين .

13. لم يتضح أن إدارة المستشفى تقوم بإجراء مسوحات للمتعاملين لتحديد درجة رضاهم

بالخدمات التي تقدمها لهم (ولم يكن لها إدارة متخصصة في خدمة المتعاملين). كما لم نجد ما

يؤكد أن نتائج مسح المتعاملين تستخدم بفعالية لتحسين الخدمات داخل المستشفى .

النقاط التي تحصلت عليها مدينة المعلم الطبية هي : 65

ثانيا: مقترح الهيكل التنظيمي والإداري للنظام الصحي المحلي بولاية الخرطوم:

يعتبر الهيكل التنظيمي لأي مؤسسة وسيلة هادفة لمساعدتها على تحقيق أهدافها بكفاءة وفعالية وعبره يتم تنفيذ الخطط ويساعد في إتخاذ القرارات وتحديد أدوار الأفراد وتحقيق الانسجام بين مختلف الأقسام والأنشطة وتفاذي التداخل والتضارب والازدواجية، ومن جانب آخر فإن للهيكل التنظيمي تأثير كبير على سلوك الأفراد والجماعات في المؤسسة عبر تقسيم العمل والتخصيص مما يضمن إسناد مهام وواجبات محددة للفرد ونتيجة لذلك يتوفر للفرد الشعور بالرضاء عن العمل.

المسميات الوظيفية والمهام والاختصاصات:

أ/ إدارات مدير عام الشؤون الصحية والبيئية (مدير النظام الصحي بالمحلية)

- إدارة القمسيون الطبي والتطعيم الدولي
- إدارة مكافحة التبغ والمخدرات
- إدارة الجودة الشاملة و التدريب
- إدارة المؤسسات العلاجية الخاصة
- إدارة إزالة الظواهر الصحية السالبة
- إدارة التنمية (المشاريع والبرامج الصحية بالمحلية)
- الإدارة التنفيذية (المتابعة الادارية والمالية)
- مجالس الأمناء ومجالس الإدارات حسب مقتضى الحال

مدير عام الشؤون الصحية والبيئية (مدير النظام الصحي بالمحلية)

حسب قانون الحكم المحلي ولاية الخرطوم لسنة 2017، جدول رقم (7)، يعمل على الاتي:

1. تنفيذ المهام الفنية بالمحلية، حسب اختصاص وزارة الصحة ولاية الخرطوم.
2. العمل مع الشركاء علي إدماج الصحة في كل السياسات والمراسيم المحلية.

3. الإشراف على مصادر مياه الشرب والتأكد من صلاحيتها ومنع تلوثها بالتنسيق مع الجهات المختصة.

4. مكافحة توالد البعوض والذباب وغيرها من الآفات والحشرات الضارة.

5. إنشاء دورات المياه العامة ووضع النظم لإستخدامها ومراقبتها وتحديد مواصفاتها واشتراطاتها

6. الإشراف الصحي على المساكن والمرافق الزراعية والصناعية ومراقبة تنفيذها حسب الإشتراطات

الصحية

7. الرقابة على أماكن إعداد الطعام والشراب وعرضه وبيعه والتأكد من سلامة العاملين في المجال

وإصدار الرخص الصحية اللازمة لمكان العمل والعاملين.

8. نشر الوعي الصحي بين المواطنين

9. ترشيح القابلات الريفيات للتدريب والتوظيف لدى الجهات المختصة.

10. الإسهام في مكافحة الأمراض المستوطنة والوبائية وفقاً للخطة المعلنة.

11. الإبلاغ عن الأوبئة والكوارث والمساهمة في مكافحتها.

12. تشجيع منظمات المجتمع المدني العاملة في مجال الخدمات الطبية والصحية.

13. الرقابة على الأسمدة والمبيدات والسموم والمواد المشعة بالتنسيق مع الجهات المختصة

14. تشييد وصيانة (وحدات الصحة الأساسية).

15. إي اختصاصات أخرى بموجب أي قانون اخر

ب/ إدارات النظام الصحي بالمحلية:

1/ الشؤون الإستراتيجية والمعلومات:

1. وضع الخطط الإستراتيجية والسنوية بالتنسيق مع إدارات الشؤون الصحية بالوحدات الادارية للمحلية.
2. الإشراف علي إعداد وتحديث خطط المشاريع الاستراتيجية للشؤون الصحية.
3. الإشراف الإداري علي تنفيذ الخطط بالتنسيق مع إدارات الشؤون الصحية .
4. متابعة إجراء الدراسات وجمع المعلومات الصحية وإعداد التقارير الإحصائية التراكمية للإدارة.
5. تخطيط وتنفيذ نشاطات تعزيز العمل الجماعي وبناء الفرق وتفعيل التعلم المستمر والجودة
6. المشاركة في الدراسات والتحليلات الاقتصادية لتعزيز الاستخدام الأمثل للموارد المالية بالشؤون الصحية.
7. المشاركة في رسم السياسات ووضع القرارات التي تهم الشؤون الصحية.
8. تطوير الموارد البشرية من خلال رفع كفاءة العاملين بدورات وورش عمل ومؤتمرات وغيرها.
9. المتابعة الدورية لمؤشرات الأداء ومراجعة نسب الإنجاز وتقييم الأداء بالتنسيق مع إدارات الشؤون الصحية ورفعها للإدارة العليا .

2/ تعزيز الصحة

1. وضع وتنفيذ الخطط الإستراتيجية والسنوية في مجال تعزيز الصحة بالتنسيق مع وزارة الصحة
2. متابعة وتقويم التنفيذ.
3. وضع البرامج الكفيلة بتشجيع الممارسات الصحية في المجتمع.
4. وضع الدلائل الإرشادية في مجالات تعزيز الصحة.
5. إدارة الأقسام التخصصية التابعة للإدارة و رقابة أدائها لمنع ازدواجية الأهداف.

6. تخطيط وتنفيذ نشاطات العمل الجماعي وبناء الفريق وتفعيل التعلم المستمر لتقديم العمل بجودة.
7. قيادة وتوجيه ومراجعة واعتماد إجراءات وأساليب العمل ومؤشرات الأداء والجودة الخاصة بعمليات تعزيز الصحة.
8. وضع المقترحات اللازمة لتحسين العمل ورفعها إلى الإدارة العليا لإعتمادها والعمل بموجبها.
9. المتابعة الدورية لمؤشرات الأداء ومراجعة نسب الإنجاز وتقييم الأداء الخاص بموظفي الإدارة وإعداد تقارير الأداء السنوية ورفعها للإدارة العليا .

3/ الطب الوقائي

1/ مكافحة الأمراض السارية والأوبئة:

1. وضع وتنفيذ السياسات والقوانين والخطط الإستراتيجية والسنوية في مجالات الطب الوقائي على المستوى المحلي ومتابعة وتقييم التنفيذ بالتنسيق مع الجهات ذات الصلة.
2. بناء قدرات رؤساء الأقسام بالإدارة عبر الدورات التدريبية المتخصصة المستهدفة والتدريب المستمر.
3. مراجعة وإجازة الخطط الشهرية والسنوية وبعيدة المدى الموضوعية بواسطة أقسام الإدارة وتقييم تنفيذ الأقسام لخططها وإجراء التقييم اللازم.
4. إعداد تقارير الأداء الشهرية للإدارة بالتعاون مع رؤساء الأقسام ورفعها لإدارة الشؤون الصحية والبيئية بالمحلية والإدارة العامة للطب الوقائي بالوزارة.
5. الإشراف على قيام أقسام الإدارة بتنفيذ المهام الموكلة إليها حسب المهام القياسية (الإشراف على التنظيم الإداري) وإجراء التقييم اللازم.
6. بناء قاعدة بيانات إدارة مكافحة الأمراض السارية والأوبئة بالمحلية وتحديثها بصورة دورية وحفظ الوثائق الخاصة بالإدارة حسب الموجهات.

7. العمل على إحتواء الآثار السالبة على الصحة العامة للطوارئ والكوارث حسب موجهات الإدارة العامة للطب الوقائي بوزارة الصحة .
8. إستخدام نُظْم الإنذار المبكر لمنع حدوث الأوبئة والإكتشاف المبكر لها، و إحتوائها عند حدوثها على المستوى المحلي حسب موجهات الإدارة العامة للطب الوقائي.
9. تطبيق نُظْم وبرامج الجودة في المستويات المختلفة والعمل حسب الموجهات والإشراف على التطبيق وإجراء التقييم اللازم.
10. مكافحة الأمراض السارية المستهدفة وصولاً إلى أقل معدّلات إنتشار في المجتمع وأقل معدّلات للمضاعفات والوفيات الناتجة عنها حسب الموجهات.
11. متابعة تنفيذ الخطط الشهرية والسنوية في مجال الرصد والتقصي المرضى والإبلاغ للمحلية وتقييم تنفيذها حسب مؤشرات القياس المعمول بها.
12. تنفيذ الرصد والتقصي عن الأوبئة بالمحلية بالتعاون مع رؤساء الأقسام وإعداد ورفع تقارير بذلك لمدير الشؤون الصحية والبيئية ومدير الإدارة العامة للطب الوقائي بالوزارة.
13. مراجعة وإجازة خطط إحتواء الأوبئة بالمحلية والإشراف على تنفيذها بالتنسيق مع قسم الرصد والتقصي ومكافحة الأوبئة والإدارات المعنية وإجراء التقييم اللازم.
14. تنفيذ خطط إحتواء الأوبئة بالمحلية بالتنسيق مع الإدارات المعنية وإجراء التقييم اللازم.
15. مراجعة واعتماد تقارير أنماط الأمراض المشتركة الصادرة من قسم الرصد والتقصي ومكافحة الأوبئة في حالة ظهورها، ورفعها لمدير الشؤون الصحية والبيئية ومدير الإدارة العامة للطب الوقائي

2/ صحة البيئة:

1. التخطيط ووضع الاستراتيجيات والميزانيات لأنشطة صحة البيئة بالمحلية
2. مراجعة وإعتماد الخطط والبرامج الخاصة بالأقسام المتخصصة والوحدات (صحة وسلامة المياه، صحة وسلامة الأغذية، الإصحاح البيئي).
3. العمل على تدريب العاملين بإدارة صحة البيئة ميدانياً.
4. وضع أولويات البحوث والتدريب محلياً وخارجياً في مجال صحة البيئة.
5. التنسيق والإشراف الفني والإداري على الأطر الصحية العاملين بإدارة صحة البيئة بالمحلية .
6. الإشراف المباشر على تنفيذ ومتابعة تنفيذ مهام واختصاصات الأقسام المتخصصة بالمحلية.
7. التنسيق بين رئاسة صحة البيئة بالوزارة والمحلية .
8. وضع وبناء المبادرات لخلق نظام فاعل بالتنسيق مع الجهات ذات الصلة.
9. رفع التقارير والإفادات الدورية لوزارة الصحة عن تنفيذ المسؤوليات الإدارية بالمحلية
10. إزالة كل ما يؤدي لتلوث البيئة بالمحلية بالتنسيق مع الجهات ذات الصلة

3/ مكافحة الملاريا ونواقل الأمراض:

- وضع الخطط والاستراتيجيات للمكافحة على مستوى المحلية.
- التنسيق بين المحلية والوزارة والشركاء لأداء مهام الإدارة.
- التأكد من تنفيذ الخطط والسياسات وبرامج العمل ومتابعتها.
- مراجعة وتقييم أداء العاملين إدارياً وفنياً ومكتيبياً وميدانياً
- مراجعة التقارير الصادرة وتقييمها ورفعها للجهات المختلفة - الوزارة والمحلية.
- مراجعة ومناقشة الخطط وبرامج العمل المختلفة المعدة بواسطة المحلية والوزارة

4/ الرعاية الصحية الأساسية

1. تقديم خدمة الرعاية الصحية الأساسية بمختلف الحزم في مراكز الرعاية بالمحلية .
2. وضع خطط العمل وتطوير أداء الأطر الصحية وفقا لموجهات الإدارة العامة للرعاية الصحية الأولية بالوزارة .
3. الإمداد الروتيني الدوري والطارئ لأقسام الرعاية الصحية بالإدارة والمراكز والوحدات التابعة لها (توفير، تخزين، توزيع، متابعة تقارير) .
4. إدارة وتنظيم الشؤون المالية والإدارية للعاملين.
5. الإشراف والمتابعة لعمل جميع أقسام الرعاية .
6. التدريب المستمر والتطوير للعاملين .
7. التقييم العام والمخصص للأداء .
8. رصد ومعالجة المشاكل الفنية للقوى البشرية والآلية والإنشائية (البنية التحتية).
9. التقارير الدورية لكافة أقسام الرعاية .
10. المشاركة المجتمعية في المنظومة الصحية وفقا للمعايير الحكومية .
11. التوسع في تقديم الخدمة وفق الخارطة الصحية للولاية بعدالة ومنهجية .
12. تعزيز الأنشطة الوقائية.

5/ الصيدلة والإمداد الطبي:

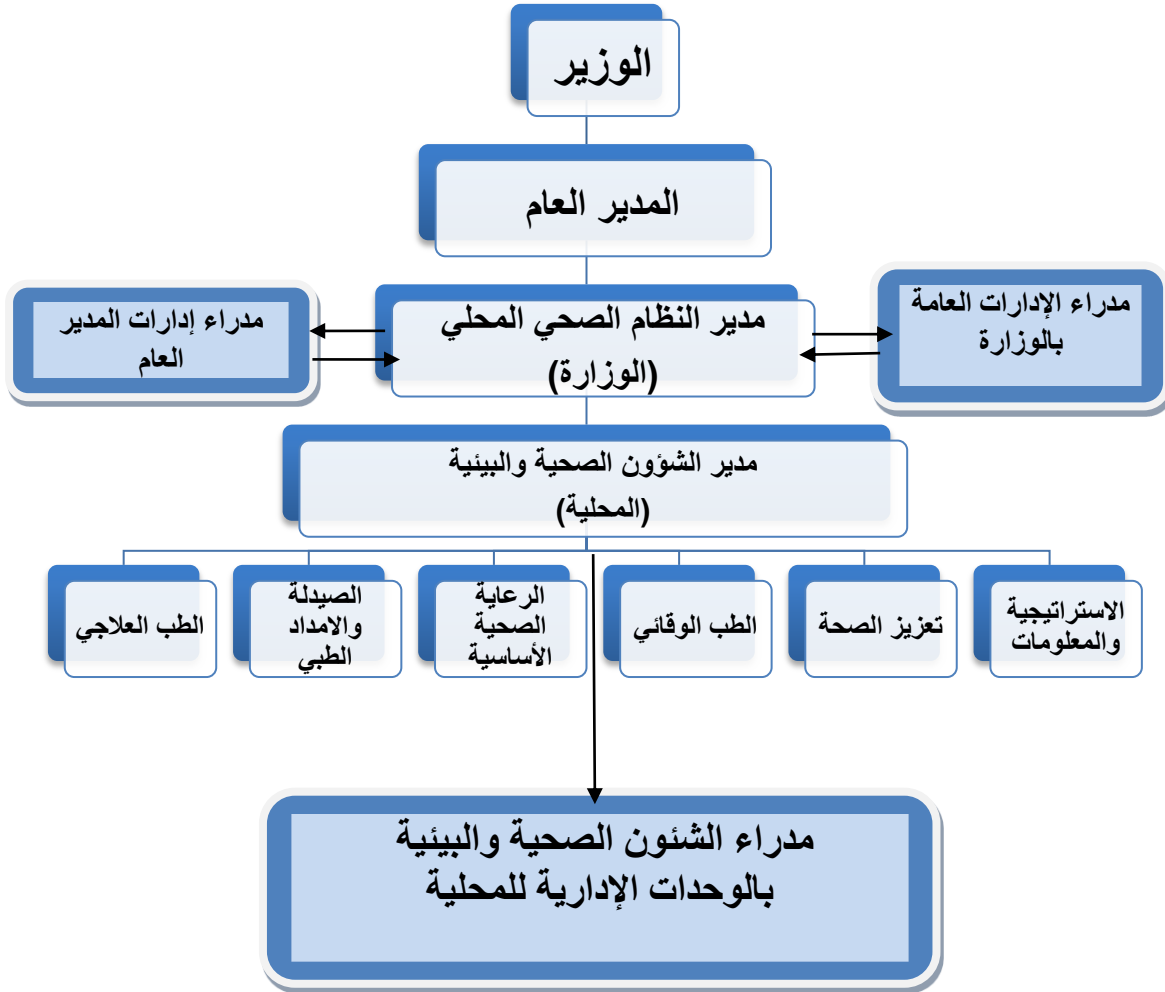
1. التخطيط ومتابعة تقديم خدمات الرعاية الصيدلانية والمتابعة السريرية بالمستشفيات
2. التخطيط ومتابعة تقديم خدمات الرعاية الصيدلانية بالمراكز الصحية بالمحلية .
3. التخطيط ومتابعة تقديم خدمات الرعاية الصيدلانية لمتلقي خدمات البرامج الصحية .
4. التخطيط ومتابعة تقديم خدمات المعلومات الدوائية بالمستشفيات بالمحلية.

5. متابعة تفعيل لجان الصيدلة والمداواة بمستشفيات المحلية .
6. وضع الخارطة الصيدلانية للكوادر العاملة بأقسام الصيدلة بالمؤسسات الصيدلانية العامة.
7. متابعة ورعاية الأنشطة التعليمية والأكاديمية بالمؤسسات الصيدلانية العامة.
8. ضمان توفير الأدوية للبرامج الصحية المختلفة وفق الأسس السليمة للإمداد .
9. وضع ومتابعة الخطط وفق أسس اقتصاديات الصيدلة لتقليل تكلفة الأدوية
10. تحديد الحاجة الدوائية والتنسيق مع الجهات المعنية بما يخص البرامج المشتركة .
11. إدارة أدوية الطوارئ الصحية والوبائيات بالتنسيق مع الإدارات المعنية .
12. خلق شراكات مع منظمات المجتمع المدني والدولي بغرض توسيع برامج الإمداد والدعم الطبي .

6/ الطب العلاجي

1. تحليل الوضع الراهن ووضع الخطط ومقترحات القوانين المنظمة للعمل في المجال
2. الإشراف والمتابعة للمستشفيات العامة بالمحلية .
3. الإشراف والمتابعة للعمل الإداري في المستشفيات بالمحلية.
4. متابعة المعالجة الفورية الواردة من تقارير الإشراف.
5. متابعة الصحة العامة بالمستشفيات العامة
6. متابعة برامج وأنشطة الصحة العامة بالمؤسسات العلاجية الخاصة بالمحلية .
7. إكمال النقص في ضباط الصحة بالمستشفيات العامة والخاصة .
8. تنفيذ موجبات الإدارة العامة للطب العلاجي بالوزارة .

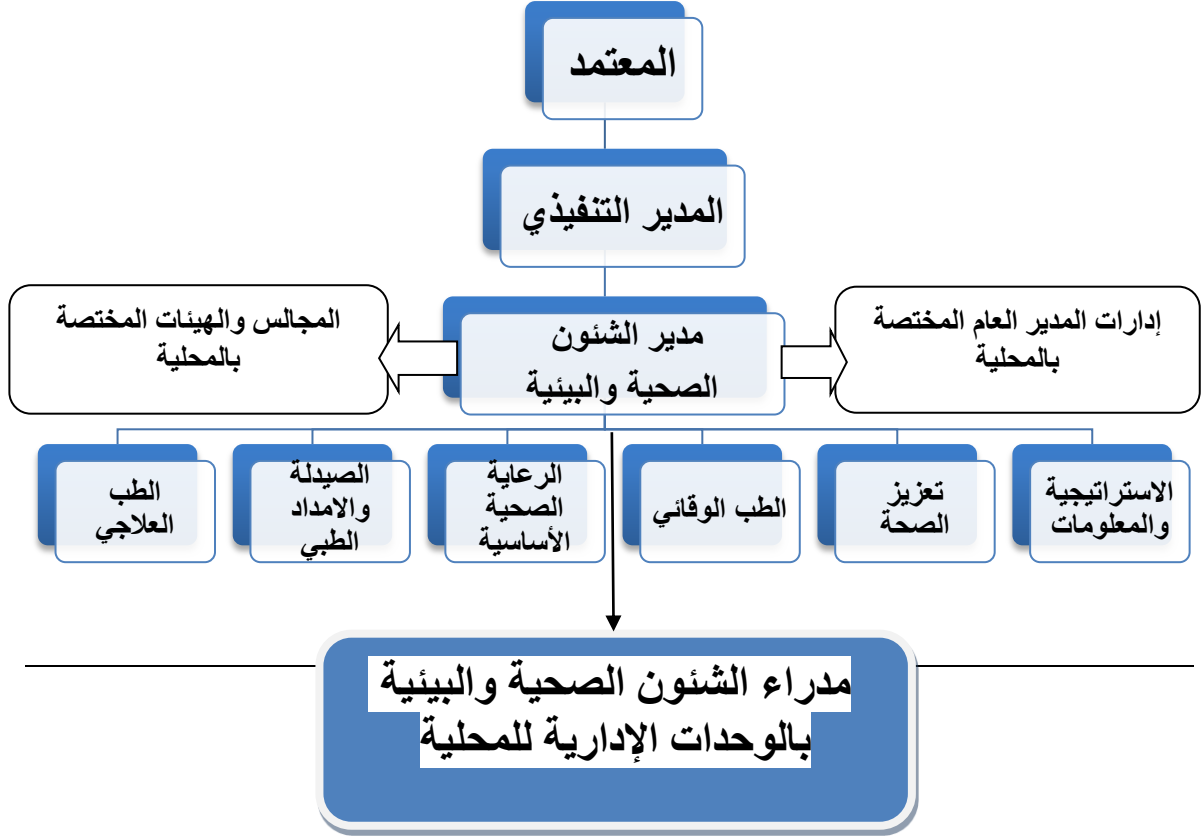
أولاً: مقترح الهيكل علي مستوى وزارة الصحة - ولاية الخرطوم:



شكل (رقم 3): مقترح الهيكل لمدير النظام الصحي المحلي بوزارة الصحة

(المقترح من إعداد الباحث)

ثانيا: مقترح الهيكل علي مستوى المحليات:



شكل (رقم 4): مقترح الهيكل لمدير النظام الصحي المحلي، علي مستوى المحلية
(المقترح من إعداد الباحث)

- إدارات المدير المختصة بالمحليات: المكتب التنفيذي، القمسيون الطبي، مكافحة التبغ والمخدرات، إزالة الظواهر الصحية السالبة، .. وغيرها
- المجالس والهيئات المختصة بالمحليات: مجلس حكومة المحلية، التأمين الصحي، هيئة النظافة بالمحلية، .. وغيرها
- مدير الشؤون الصحية والبيئية بالوحدة الادارية بالمحلية: مسئول عن كل أنشطة الصحة بالوحدة الادارية.

ثالثاً: مقترح تجويد الممارسة المهنية بصيدليات المجتمع الخاصة

تعرف صيدليات المجتمع بأنها هي الصيدليات الخاصة المنتشرة في الأحياء والأسواق والمجمعات الطبية، وسميت بصيدليات المجتمع لإرتباطها بالمجتمع وتعتبر وحدات رعاية صحية أولية وهي منافذ البيع المباشر للمنتجات والمستحضرات الصيدلانية. لذلك تجويد الممارسة الصيدلانية بها يعزز من جودة الخدمات الصحية بصورة عامة وتجويد الخدمة الصيدلانية بصورة خاصة، وتم التركيز علي القطاع الخاص بإعتباره يشكل نسبة عالية من القطاع الصيدلاني.

تم إعداد المقترح وكتابته في شكل موجّهات مباشرة لأهم النقاط موضع التحسين والتي يشملها المبحث المحدد، وذلك كالآتي:

1/ صرف الأدوية

مسئولية صرف الدواء بالصيدلية، تقع مباشرة علي الصيدلي المسئول عن الوردية، حتي وأن قام بها غيره، ولضمان صرف الدواء بصورة سليمة اتبع الخطوات التالية :-

1. تأكد أولاً أنك قد قرأت الوصفة الطبية جيداً وعلمت ما فيها
2. أحمل الوصفة الطبية معك، وأذهب إلي مكان الدواء المكتوب في الوصفة
3. تأكد أنك قد أخذت من الرف أو الثلاجة الدواء الموصوف وليس غيره
4. قارن الدواء مع الوصفة الطبية
5. أعط المريض الدواء / الأدوية
6. قم بشرح طريقة الاستعمال بلغة مبسطة
7. أكتب بصورة واضحة، طريقة الاستعمال علي العبوة الخارجية للدواء (استعمل القلم المناسب مع نوعية الغلاف الخارجي للمستحضر)
8. تعامل بثقة لازمة ومتناسبة مع الموقف، وليس زائدة.

2/ إصدار الفواتير للعملاء

- إصدار فاتورة معتمدة للزبون، خدمة قد لا تتوفر عند الجميع فيجب الحرص علي تقديمها بكل أريحية وطيب خاطر، وبجودة وإحسان
- للزبون الحق الكامل في امتلاك فاتورة لأي مشتريات يقوم بدفع مقابل لها .
- علي الصيدلية توفير الفواتير بأنواعها المختلفة بإستمرار حتي تكون متاحة عند الطلب .
- علي الصيدلية حساب تكلفة الفاتورة الواحدة بعد إضافة كل الرسوم المتعلقة بها
- يجب حساب التكلفة لورقة الفاتورة بعد افتراض ان كل شخص اشترى دواء من الصيدلية، سوف يقوم بطلب فاتورة بعد دفع قيمة الدواء .

3/ إستمارة النواقص

- الواجبات أكثر من الأوقات.
- كثير الكلام ينسي بعضه بعضاً.
- إستمارة النواقص تعتبر خير معين للاستفادة من الأوقات وعدم النسيان .
- استمارة النواقص عبارة عن وثيقة هامة ولغة للتواصل الفني المهني بين الصيدلي والمسئول الإداري، بغرض التذكير بالنقص في منتجات الصيدلية، لتوفيرها بأسرع فرصة ممكنة.

يجب الاهتمام بكل محتويات استمارة النواقص، وذلك بالإجراءات التالية:

- كتابة التاريخ علي إستمارة النواقص بصورة واضحة .
- رصد كل النقص في قوائم الأدوية، حسب الوصفات الطبية والطلبات من زبائن الصيدلية .
- تحديد الكميات المطلوبة، حسب تكرار تردد الطلب علي الدواء أو المستحضر المعني
- تحديد الاسم التجاري أو الشركة أو الجهة أمام كل صنف مطلوب (إذا امكن).
- رصد النواقص الأخرى بالصيدلية (مثل: معدات، خدمات، احتياجات).

- تسجيل الملاحظات علي الطلبيات السابقة التي تم استلامها (مثل وجود نواقص أصناف، كميات غير مكتملة)

- أي ملاحظات، واحتياجات أخرى

كتابة الطلبيات

- قبل كتابة الطلبيات تأكد من تجميع " استمارة النواقص " من كل الصيدليات الخاصة بك .
- قم بتجميع النواقص المشتركة من كل الصيدليات وأعطها أولوية قصوي .
- راجع المخزون، فقد يكون جزء من النواقص موجوداً لديك أو في أحدي صيدلياتك
- أكتب أسم الشركة أمام كل النواقص لديك.
- أكتب الطلبيات مستخدماً أحدث نسخة من قائمة الأدوية الخاصة بكل شركة (price list)
- راجع معدل الاستهلاك من الأصناف المطلوبة
- تأكد من المهلة الزمنية التي تعطيها الشركة كفترة سماح لسداد مبلغ الطلبية المتوقعة
- أكتب الصنف المطلوب والكمية المطلوبة حسب معدل الاستهلاك ومهلة السداد
- مراعاة الكميات التي تعطي الشركة عندها زيادة مجانية (Bonus)
- قم فوراً، بإحضار الطلبية من الشركة أو أطلبها عبر التلفون

إستلام الطلبيات

- إستلام الطلبيات من العمليات الإدارية المهمة والتي تتعلق بها كثير من الإلتزامات والتبعات، لذلك يجب الحرص علي تجويد الأداء فيها، من خلال الترتيبات الأتية:
- إستلم الطلبية بذهن صافٍ وأنت غير مشغول بأشياء أخرى
- إذا كنت في الصيدلية وحدك ومشغول مع آخرين خذ موافقه من مندوب الشركة بمراجعة الطلبية وحدك لاحقاً، وقبوله ملاحظاتك عليها (إن وجدت)

- أحرص علي استلام أصل الفاتورة فوراً مرفقة مع الأصناف.
- في حالة عدم وجود فاتورة لأي سبب، أحرص علي تسجيل الأصناف والكميات بصورة واضحة في ورقة خارجية وأحفظها بفائل المشتريات
- قم بمطابقة الكميات الواردة في الفاتورة مع الكميات المستلمة فعلاً
- راجع تاريخ صلاحية الأصناف المختلفة
- راجع أسعار الأصناف المختلفة
- اعمل (علامة أو إشارة مميزة) علي الأصناف ذات الكميات غير المكتملة أو التي لم تستلم أصلاً (مع تحديد الكمية الناقصة).
- لاحقاً إذا تم إكمال النقص تذكر أن تزيل (العلامة المميزة) من الفاتورة.
- التوقيع اسفل الفاتورة بالاستلام
- وضع الفاتورة في فائل خاص تمهيداً لكتابة (إصدار) صكوك لها .
- إبلاغ العاملين بالصيدلية (الورديات الأخرى) بأن هناك طلبية جديدة قد دخلت للصيدلية.
- إزالة الأدوية التي وصلت الصيدلية وبكميات كافية، من " قائمة النواقص".
- تأكد أخيراً أن الفاتورة قد تم حفظها في " فائل المشتريات " .

تحديد أسعار بيع الأدوية

- يجب تسعير الأصناف الجديدة الواردة للصيدلية بعد استلام الطلبية مباشرة .
- يجب مطابقة أسعار الأصناف بالفاتورة قبل الكتابة علي العبوة الخارجية للصنف المحدد.
- يمكن استخدام ماكينة طباعة الأسعار، أو كتابة الأسعار يدوياً علي العبوات الخارجية.
- يجب تسعير كل الكميات الواردة من الأصناف المختلفة .
- كتابة الأسعار بصورة واضحة علي أدوية المخزون (الكراتين والعبوات الكبيرة).

- تطبيق قاعدة (FEFO) علي الأدوية السابقة الموجودة في الصيدلية من نفس الصنف، ولكن تحمل تاريخ صلاحية مختلف (الأدوية التي دخلت الصيدلية بتاريخ صلاحية أقرب يجب صرفها أولاً، وذلك تفادياً لانتهاؤ صلاحيتها).
- مراعاة ترتيب الأدوية علي الارفف والمخزون حسب قاعدة (FIFO) الأدوية التي دخلت الرف (المخزن) أولاً يجب خروجها أولاً .
- تأكد مرة أخرى أن الفاتورة قد تم حفظها في " فائل المشتريات " .

تسديد قيمة المشتريات بواسطة إصدار صكوك الضمان (الشيكات)

- تأكد أولاً من استلام الفاتورة ومراجعة قيمتها بدقة (لا تكتب الصك/ الشيك من الذاكرة)
- تأكد من أن الأدوية التي بالفاتورة قد تم استلامها فعلاً ومكتملة.
- راجع برمجة تواريخ الشيكات/الصكوك في مفكرتك
- أختَر التواريخ المناسبة للصكوك
- أختَر المبالغ المناسبة لكل تاريخ
- تأكد من تسجيلك للمعلومات الآتية علي واجهة الفاتورة:
 - مبلغ الشيك، والتاريخ المقابل لسداد الاستحقاق
 - البنك الصادر منه الصك/ الشيك (قد يكون لديك اكثر من حساب بنكي)
- قم أخيراً، بتعبئة الصك/ الشيك، بالمعلومات أعلاه
- قبل التوقيع علي الصك راجع مرة أخرى البيانات أعلاه.
- تأكد بعد ذلك أن الشركة (المندوب) قد قام بإستلام الشيكات/ الصكوك
- تأكد أخيراً أن الفاتورة قد تم حفظها في " فائل المشتريات "

إستطلاع رأي العميل

استطلاع رأي العملاء، من الوسائل الفعالة في إعطاء الحيوية والاستمرارية للخدمة المستهدفة، ويمكن ان يتم الاستطلاع بطرق كثيرة ومتنوعة، وكلها تتميز بالبساطة والواقعية.

- **الاستطلاع:** يمكن ان يكون شفاهية وذلك عن طريق سؤال العميل بصورة مباشرة، ما هو رأيك في (خدمة محددة) ؟ وتسجيل ملخص لرأيه، أو بإعطاء العميل الدفتر ليجعل رأيه كتابة
- **الرصد :** رصد وتدوين الآراء والملاحظات التي تصدر من العملاء، ونجد ان هناك الكثيرون، الذين " يتبرعون " بإعطاء رأيهم في كثير من الأشياء المتعلقة بالعمل، وبصورة تلقائية، وتكون مسئولية جميع العاملين ان يرصدوا هذه الآراء والملاحظات ويقوموا بتسجيلها فوراً في الدفتر المحدد لرأي الزبون

- **الاستبيان:** توزيع استبانات مكتوبة علي العملاء لمعرفة رأيهم في بعض خدمات الصيدلية وما يتوقعونه من المنتجات سواء كانت في شكل سلع أو خدمات

خدمة ما بعد البيع

❖ وصولاً لمستويات جودة أفضل، فإن هنالك كثير من الخدمات التي يمكن أن تقدم في مرحلة ما بعد البيع منها:

- الإرشادات الصيدلانية الوافية لأي دواء مصروف من الصيدلية
- معلومات صيدلانية كاملة عن أي دواء مصروف من أي صيدلية أخرى.
- إصدار الفواتير - بعد التأكد - لأي دواء أو مستحضر تم بيعه في هذه الصيدلية.
- استرجاع المنتج المباع في الصيدلية لبعض الحالات الخاصة
- ❖ يعتبر أي دواء أو مستحضر صيدلاني مسجل تم صرفه بطريقة صحيحة في مؤسسة صيدلانية مرخصة، بواسطة طبيب صيدلي مرخص له، ، فإنه لا يحق للمريض إرجاعه أو

استلام بديلاً عنه نقداً أو عيناً (يجب كتابة تنويه في أسفل الفاتورة الخاصة بالصيدليات والشركات باللغتين العربية والإنجليزية يحمل هذا المعنى) .

إمكانية إرجاع المنتج المباع، بعد التأكد من النقاط الآتية:

- a. أن المنتج قد تم شراؤه فعلاً من هذه الصيدلية
- b. أن عبوة المنتج الداخلية والخارجية مغلقة بإحكام
- c. الفترة الزمنية بين بيع المنتج وإرجاعه مرة أخرى لا تؤثر علي جودة حفظه.
- d. الصورة العامة مقبولة، والشكل الظاهري جيد، وحالته تسمح بإعادة بيعه مرة أخرى.
- e. حالة المريض الصحية أو وضع الزبون الاقتصادي يستحق هذه الخدمة
- f. إعطاء البديل المطلوب أو أي مشتريات بنفس قيمة المنتج المسترجع (ما أمكن).

مراقبة الأدوية والمخزون بالصيدلية

كثير من الإشكاليات المالية التي تتعرض لها المؤسسات الصيدلانية، تكون بسبب الخلل الإداري وصلاحية المخزون الدوائي والديون، لذلك يجب علي مدير الصيدلية الاهتمام بالأمر وتبنيه بقية العاملين لهذه الإشكاليات، ويمكن تجويد هذه العملية بالاتي:

- مراقبة المخزون مسئولية الصيدلي المسئول بصورة مباشرة (الإدارة الفنية).
 - يجب مراجعة صلاحية الأدوية بالصيدلية شهرياً (اليوم الأول من كل شهر)
 - إعداد قائمة بالأدوية التي تنتهي صلاحيتها خلال 6 أشهر قادمة (مرتين في العام) بعد الجرد السنوي مباشرة، وتتم مراجعتها في منتصف العام.
 - الأدوية التي تدخل الصيدلية أولاً يجب صرفها أولاً..
- قاعدة (FIFO: First In First Out)
- الأدوية التي تنتهي صلاحيتها أولاً يجب صرفها أولاً..

قاعدة (FEFO: First Expire First Out)

- يجب حفظ الأدوية المخزنة بالثلاجة في صناديق خاصة (لمنع البلل).

المخزون الاستراتيجي

مع توفر الأدوية لدي الشركات المقدمة للخدمة وفي ظل وجود مسؤول طلبيات كفاء ونشيط وهميم، فإن الحاجة للمخزون الدوائي، تتضاءل وتتحصر في أصناف محددة، وبالمقابل في وجود ندرة في الأدوية والمستحضرات، أو حالة غياب مسؤول الطلبيات أو عدم عمله بكفاءة تكون الحاجة للمخزون الاستراتيجي عالية، وتشمل كل الأصناف ذات المبيعات اليومية

مواصفات أدوية المخزون الاستراتيجي:-

- الصنف عليه طلب عالٍ من المتعاملين (قراءة معدل الاستهلاك).
- سريع النفاد (ينعدم من السوق بإستمرار ولفترات طويلة).
- الصنف يمكن صرفه خلال فترة الصلاحية الخاصة به.
- يمكن تصريفه خلال فترة السماح المتاحة لدفع قيمته للشركة.
- الصنف المحدد تمنح الشركة إمتيازات واضحة عند شرائه بكميات معينة (BONUS) .
- مراعاة حجم المخزون وحركته بين صيدلياتك المختلفة.
- حصر المخزون الاستراتيجي في مكان واحد فقط، لسهولة مراقبته.
- تطبيق وثيقة (مراقبة المخزون).
- أن يكون المنتج من ضمن أصناف (العروض الخاصة من الشركات) .

العروض الخاصة من الشركات

تقدم شركات الأدوية من فترة لأخرى عروض خاصة لبعض منتجاتها، ونجد عادة ان الأصناف التي

يشملها العرض تتميز بوحدة أو اكثر من المميزات الآتية:

- المنتج المعروض من الأصناف الجديدة للشركة ويحتاج إلي تثبيت وضعه بالسوق
- الصنف ممتاز جداً، ولكن الشركة المسوقة تحتاج إلي تصريفه بسرعة لأسباب خاصة بها (سيولة، إلتزامات مالية، منافسة آخرين).
- توجد منه كميات كبيرة بمخازن الشركة .
- له منافسة في السوق من أصناف أخرى مشابهة .
- تاريخ صلاحيته حرج (أقل من 6 أشهر).
- هناك مشاكل فنية محددة متعلقة بالصنف (السعر عالي، الشكل الصيدلاني غير مقبول، الطعم غير مستدق، العبوة غير مناسبة).

علي الصيدلانية قبول العرض أو رفضه بناءً علي المعطيات الآتية:-

- إمكانية الاتصال مباشرة بإدارة التسويق والمبيعات بالشركة للحصول علي العروض المختلفة للأصناف المتاحة، إعتماًداً علي موقف الصيدلانية الشرائي المتميز .
- ان يكون مندوب الشركة الذي يقدم العرض لديه صلاحيات مختلفة وواسعة للتفاوض مع الصيدلانية وعقد اتفاق نيابة عن شركته
- مراجعة الاستهلاك من الصنف المعروض من واقع الفواتير السابقة لفترات مختلفة
- عمل مقارنة للاستهلاك مع فترة السماح المتاحة من الشركة لسداد قيمة الفاتورة.
- التفاوض القوي للحصول علي أفضل العروض
- اتخاذ القرار المناسب.

تبادل الأدوية والمنتجات الصيدلانية

يمنع بيع الدواء بالجملة بواسطة صيدليات المجتمع، كما يمنع تبادل الأدوية بين الصيدليات وذلك منعاً للإشكاليات المتعلقة بالدواء عموماً مثال عدم مطابقة المواصفات للأدوية المتبادلة، عدم معرفة المصدر، اختلاف الأسعار .

مع الوضع في الاعتبار الفقرة أعلاه، ومع وجود ندرة في المنتجات وتزايد الحاجة لتوفيرها بكافة الصيدليات، فإنه يمكن تبادل المنتجات والمستحضرات الأخرى مع صيدليات معلومة وموثوقة وذلك وفقاً للضوابط الآتية :-

- أن يقتصر التبادل مع صيدليات محددة فقط، وموثوقة وذات سمعة طيبة
- أن تكون الأدوية المتبادلة معروفة المصدر (الشركة)، ومسجلة، ومسموح بتداولها.
- أن تكون الأدوية المتبادلة، بكميات محدودة (عدم بيع بالجملة)
- أن يقتصر التبادل علي أصناف محددة فقط
- الأدوية التي يتم شراؤها نقداً، لا يتم استبدالها إلاّ بمثلها، أو سداد قيمتها نقداً
- علي الإدارة تحديد سقف نقدي محدد للتبادل مع أي صيدلية، وعدم تجاوزه أبداً حتي تتم الإزالة وعمل الموازنة اللازمة، وبصورة دورية معلومة لكل الأطراف.

تحليل البيانات

- يجب أن يتوفر بكل صيدلية 6 سجلات أساسية علي الأقل وهي:

1. دفتر الأحوال اليومية (أحداث يومية، إيرادات، مصروفات).

2. دفتر التبادل والديون (مؤسسات، أفراد)

3. دفتر آراء العملاء (المشاكل ومقترحات التطوير المستمر)

4. فائل المشتريات (أدوية، مستحضرات، مستلزمات وغيرها)

5. فائل الإدارة (ضرائب ، زكاة ، إيجار ، رسوم إدارية، تبرعات، الخ ..) .

6. فائل الموردين وقوائم أسعار الأدوية والمنتجات الصيدلانية (Price lists)

- السجلات المذكورة أعلاه تحتوي علي معلومات وبيانات يومية، شهرية، وسنوية وبها كثير من التفاصيل ولذلك تعتبر مراجع مهمة جداً، يجب الحرص والحفاظ عليها
- تحليل السجلات هذه بصورة دورية، يعطي نكهةً وروحاً جديدةً في العمل، ويمكن الاستفادة من التحليل في الجوانب الآتية:

- الدخل الكلي للمؤسسة حسب فترات العمل المختلفة
- تفاصيل الدخل والمنصرف، اليومي، الشهري، السنوي
- سلفيات العاملين
- ديون المتعاملين والعاملين
- المشتريات الشهرية من كل شركة دوائية .
- أكثر الأصناف استهلاكاً
- أقل الأصناف استهلاكاً
- الأصناف التي يحدث لها عدم صلاحية "Expiration" بإستمرار
- معدل استهلاك كل صنف شهرياً
- جملة المصروفات السنوية (ضرائب، زكاة، رسوم، تبرعات، إيجار، وغيرها ..)
- جملة المصروفات الشهرية وتحسب من المصروفات السنوية (متوسط الشهر).
- قائمة بأكثر الشركات التي يتم الشراء منها
- قائمة بالمتعاملين من غير الشركات

- مصادر توريد الأدوية المستحضرات والمستهلكات، والعطور والمستلزمات (شركات الأدوية المسجلة، تجار المستلزمات والمستهلكات بالسوق، أفراد، وغيرها..)
- جملة الأدوية التي أعطتها الشركات زيادة (BONUS)، وقيمتها نقداً (شهرياً، سنوياً)
- الديون (المستحقة، المجمدة، الهالكة)
- قيمة الأدوية المستهلكة بدون مقابل والمفقودة (الاستعمال الشخصي، أفراد الإدارة، العاملين، التبرعات والهبات، السرقات، الأدوية التالفة، والأدوية منتهية الصلاحية)

الديون

- الديون بالصيدلية، سلاح ذو حدين، فهي تكسبك سمعة طيبة لدى المتعاملين معك وتظهر الجانب الإنساني للمهنة، ولكنها في نفس الوقت تفقدك كل زبائنك الذين لا يستطيعون سداد مديونياتهم، كما أنها تفقدك جزءاً مقدراً من رأس المال العامل لديك
- علي جميع العاملين بالصيدلية، خاصةً متحصل الصيدلية، التعامل بحكمة وتوازن في أمر المديونيات وتقدير الموقف حسب الحالة.
- في كل الأحوال، لا بد من مراعاة الضوابط التالية:
 - اقتصار الديون علي أشخاص محددين فقط
 - وضع سقف مالي محدد للمديونية الكلية وكذلك لكل شخص.
 - إزالة المديونية شهرياً (شرط أساس لاستمرارية التعامل).
- مميزات الأشخاص الذين يتم التعامل معهم بالدفع الآجل:
 - المقدرة علي سداد المديونية عند الطلب
 - وجود مصالح مشتركة
 - أسباب إنسانية بحتة.

قائمة التقييم والمراقبة والإشراف (الرقابة الذاتية)

- قائمة المراقبة والإشراف، يمكن استخدامها بواسطة مسئول الإشراف (المسؤول الإداري) أو بواسطة المراقبة الداخلية (الهيكل الإداري للصيدلية).
- الإشراف مسئولية المشرف الإداري ويقوم به دورياً علي الصيدليات المختلفة.
- المراقبة الذاتية مسئولية مدير الصيدلية ويقوم بها وحده أو بمساعدة الصيدلي المسئول.

عناصر القائمة المستخدمة للتقييم والإشراف:

- وجود الصيدلي المسئول عن الوردية .
- ارتداء الصيدلي العامل للمعطف الأبيض.
- وجود كل الهيكل والموظفين بالصيدلية (كل في موقع عمله).
- النظافة: تعمل بصورة جيدة.
- المكيف: يعمل بصورة جيدة.
- المعمل: مكتمل ومستخدم.
- النظافة: (المدخل، الأرضيات، الدواء، الارفف).
- الكراتين والصناديق الفارغة: (خارج الصيدلية).
- مخلفات الأكل والأطعمة: (خارج الصيدلية).
- الأدوية: (مسجلة، مسعرة، تاريخ الصلاحية جيد).
- قائمة نواقص الأدوية: (موجودة، منقحه، تحمل تاريخ حديث).
- سجلات الصيدلية مثل الدفاتر والفوائيل: مكتملة
- التوريد اليومي: (مسجل بالتفاصيل، مكتمل).
- وجود فواتير سداد الاستهلاك بالصيدلية (كهرباء، ماء، إيجار) .

- الأصول الثابتة: مكتملة وبحالة جيدة.
- المعدات الكهربائية بالصيدلية: تعمل بصورة جيدة.
- التأكد من إزالة المديونيات السابقة دورياً: (أفراد، مؤسسات).
- المظهر العام: جيد.
- الإضاءة الداخلية والخارجية: جيدة.
- اللوحة الخارجية المضاءة: عاملة.
- اللوحات الإعلانية والإرشادية: (مكتملة)
- مراجعة دفتر رأي العميل
- أي ملاحظات أخرى.

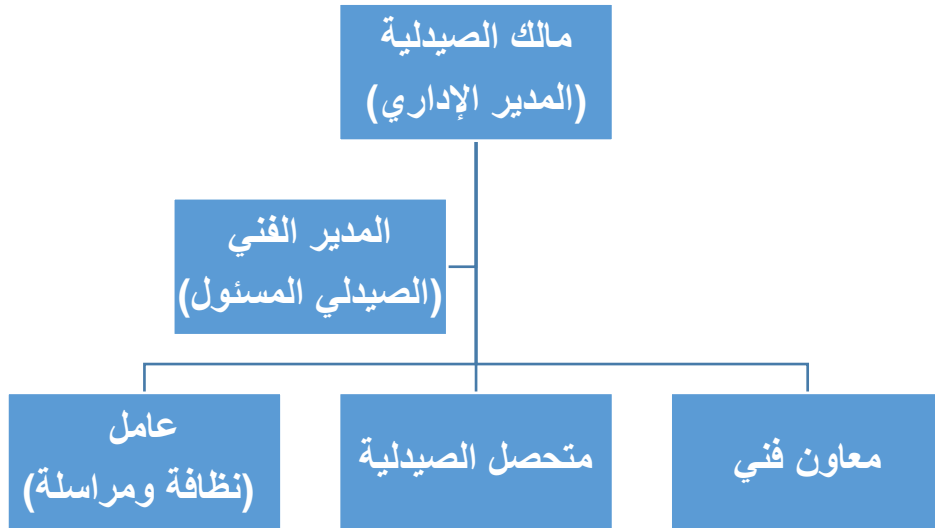
الثقافة الصيدلانية

- القراءة العامة والاطلاع والاهتمام بالشأن الصيدلاني والمعرفة ذات الصلة عموماً تعتبر الحد الأدنى من الثقافة المطلوبة و واجب مهم لكل العاملين بالصيدلية من صيادلة وعمال وموظفين، ويقع علي كاهل المدير الإداري متابعة التدريب والتتوير المستمر لفريق العمل.
- الإستشارات والإرشادات الصيدلانية المتخصصة التي تقدم في الصيدلية تعتبر جزء أساس من الخدمة، فيجب الاهتمام بها وتطويرها
- الإستشارات والإرشادات الصيدلانية تعطي سمعة طيبة للمؤسسة، وتزيد من عدد المتعاملين مع الصيدلية وبالتالي تزيد المبيعات اليومية والشهرية.

8/ الوصف الوظيفي (Job Description)

أكدت التجارب العملية ان إدارة الصيدلية حتي تستطيع القيام بواجباتها المتنوعة يجب أن يتكون هيكلها من عدد (5) وظائف ومهام أساسية مع مراعاة أعباء العمل (work load)، أي إمكانية قيام شخص واحد بأكثر من وظيفة، ولكن لابد أن تبقي الخطوط واضحة والمسئوليات معلومة للجميع، كما أن هنالك إلتزامات قانونية وأدبية -يجب مراعاتها و الإلتزام بها- وفقا لإقرارات كتابية أمام الجهات المختصة بوزارة الصحة.

مقترح هيكل الصيدلية:



شكل (رقم 1): هيكل توزيع الوظائف والمهام بالصيدلية

* (المقترح من إعداد الباحث)

تفاصيل الوظائف بالصيدلية:

عنوان الوظيفة: مدير إداري

ملخص الوظيفة والمهام:

يعتبر المسئول الإداري الأول في الصيدلية، ويمثل الإدارة العليا ومالك الصيدلية، ويكون مسئولاً عن سير العمل والعاملين في الصيدلية وتقع عليه مسئولية تطوير العمل وجودته وله صلاحيات واسعة في اتخاذ قرارات خاصة بالصيدلية، وحل المشاكل اليومية للعمل

الواجبات والمسئوليات:

- التأكد من حضور فريق العمل وتنفيذ الوصف الوظيفي لكل العاملين بالصيدلية
- متابعه الإجراءات الادارية والقانونية المتعلقة بالصيدلية لدي الجهات المختصة
- متابعه الالتزامات المالية للصيدلية (مثل: الإيجار، الكهرباء والماء، النفايات وغيرها)
- تلبية طلبات الأدوية ومستحضرات التجميل والمستلزمات الأخرى الخاصة بالصيدلية .
- الرقابة الداخلية والتأكد من سير العمل، منذ فتح الصيدلية حسب دوام العمل وحتى إغلاقها.
- المراجعة الداخلية للحسابات، ومتابعة ماكينات نقاط البيع ودفاتر اليومية بالصيدلية
- متابعة نظافة وتنظيم وترتيب بيئة العمل بالصيدلية
- متابعة الصيانة الدورية والطارئة بالصيدلية
- تأمين الصيدلية والعاملين أثناء فترات دوام العمل.

الوصف الوظيفي للمدير الفني:

المؤهلات :- طبيب صيدلي مسجل تسجيلاً مستديماً بالمجلس الطبي السوداني

ملخص الوظيفة:

يعتبر المدير الفني ممثلاً لوزارة الصحة بالصيدلية المعنية، وراعياً لقوانين الصيدلة والسموم السارية بالبلاد، وهو المسئول الأول عن كل الممارسات الصيدلانية التي تتم داخل الصيدلية، كما إنه يمثل الإدارة خلال تواجده بالصيدلية ويكون مسئولاً عن كل العاملين معه، وتقع عليه مسئولية الإرتقاء بالعمل الصيدلاني وتطوير الأداء المهني بالمؤسسة، وينوب عنه الصيدلي المسئول بالوردية المحددة (صيدلي الوردية) و له كل صلاحيات المدير الفني خلال فترة وريدته.

الواجبات والمسئوليات:

- العمل وفق قوانين ولوائح الصيدلة والسموم خلال ممارسته المهنية
- صرف الوصفات الواردة للصيدلية
- تقديم الاستشارات الصيدلانية
- تجهيز التراكيب المعملية
- يعتبر مسئولاً عن متابعة كل العاملين
- كتابة نواقص الأدوية والمستلزمات الصحية الأخرى بالصيدلية
- مراقبة المخزون الدوائي بالصيدلية
- الإشراف والرقابة الداخلية
- مراقبة أسعار الأدوية
- التأكد من صلاحية وجودة ونظافة الأدوية بالصيدلية
- البقاء في الصيدلية طوال فترة الدوام المتفق عليها
- الحفاظ علي أسرار العمل وخصوصيته

الوصف الوظيفي للمعاون بالصيدلية:

عنوان الوظيفة معاون صيدلية

المؤهلات : مساعد صيدلة بشهادة، أو طالب صيدلة، أو معاون صحي له ثقافة صيدلانية متميزة، تؤهله

للعمل بالصيدلية لمساعدة الصيدلي في بعض مهامه

ملخص الوظيفة:

مساعدة الصيدلي في بعض مهامه المتنوعة، مثل جرد الأدوية ومراقبة المخزون، وتسعير الدواء،

بالإضافة إلى القيام ببعض المهام الادارية المحددة بالصيدلية.

الواجبات والمسئوليات:

- تجهيز الأدوية للصيدلي لصفها
- بيع التركيبات البسيطة والمستلزمات الطبية، والمستهلكات الصحية
- إكمال النقص في الارفف بالمنتجات المناسبة.
- استلام الطلبات الواردة للصيدلية ومراجعتها .
- كتابة الأسعار للمنتجات بالصيدلية علي العبوات الخارجية.

العلاقات الادارية:

يتبع معاون الصيدلي (ادارياً) لمدير الصيدلية المعنية و (فنياً) للمدير الفني للصيدلية نفسها .

الوصف الوظيفي للمتخصص:

عنوان الوظيفة: متحصل إيرادات وحسابات

ملخص الوظيفة:

المسئول المالي عن الإيرادات والمصروفات الخاصة بالصيدلية، وضبط الصرف وتسجيل البيانات

اللازمة بالطريقة المعلومة.

الواجبات والمسئوليات:

- استلام النقدية من المتعاملين مقابل قيمة المشتريات.

- مراقبة كل المبيعات التي تتم داخل الصيدلية.
- حفظ النقدية بطريقة منتظمة في صندوق الإيرادات.
- تسجيل الإيرادات اليومية والمصروفات لكل وردية بالطريقة المعلومة.
- تسجيل السلفيات والديون للعاملين والمتعاملين مع الصيدلية
- رصد قيمة الأدوية التالفة والمفقودة والمنتهية الصلاحية
- قفل الحسابات اليومية حسب الورديات (بالطريقة المعلومة).

العلاقات الادارية:

يتبع المتحصل (ادارياً وفنياً) لمدير الصيدلية المعنية.

الوصف الوظيفي لعامل الصيدلية:

عنوان الوظيفة: عامل صيدلية (النظافة، المراسلة، الحراسة)

ملخص الوظيفة:

مسئولاً عن النظافة والمراسلة بالصيدلية، وحراسة الصيدلية وتأمينها خلال فترة عمله.

الواجبات والمسئوليات:

- نظافة الصيدلية بصورة دورية .
- إفراغ سلة المهملات مرتين في اليوم (صباحاً وبعد الظهر).
- نظافة أرضية وحوائط الصيدلية.
- نظافة عبوات الأدوية والرفوف بصورة يومية.
- حفظ النفايات في الأماكن المخصصة لها لحين إبادتها.
- التخلص بإستمرار من الكرتين الفارغة بالصيدلية.
- التخلص فوراً من مخلفات الأكل من الأطعمة والمشروبات بالصيدلية .

- تنفيذ المراسلات الخاصة بالصيدلية والعاملين فيها.
- حراسة الصيدلية وتأمينها وتأمين العاملين فيها خلال فترة عمله اليومي.

العلاقات الادارية:

يتبع العامل إدارياً وفتحياً لمدير الصيدلية .

8/ الإشراف والرقابة الذاتية

هي عملية الرقابة والمراجعة الداخلية للتأكد من تجويد العمل والأداء . ونجد أن العمل بطريقة سليمة أفضل من العمل بسرعة، ونجد أن مسؤولية الإشراف والرقابة تقع مباشرة علي الإدارة وعليها القيام بهذا الدور حتي تتحقق النتائج المتوقعة مثل الوقاية من حدوث المشاكل والأخطاء قبل وقوعها، اكتشاف الأخطاء والعيوب، و تقويم ومعالجة المشاكل والتدهور .

الإشراف الدوري يفضل أن يقوم به شخص من خارج المؤسسة المراد الإشراف عليها، ويمكن أن يتم الإلتزام بمعدل للإشراف مرة واحدة أسبوعياً، وفي حالة وجود عدة مؤسسات أو سلسلة صيدليات تتبع لنفس الجهة، يمكن تبادل الأدوار بحيث يكون المسئول الإداري للمؤسسة المعنية يشرف علي المؤسسة الأخرى. ويجب ان يتحلّى المشرف بالصبر، الحكمة، حسن الاستماع، والمقدرة علي إتخاذ القرارات في التوقيت المناسب.

الفصل الرابع

مناقشة النتائج

مناقشة تقرير التقييم الذاتي للمؤسسة العلاجية الخاصة

مناقشة مقترح تجويد النظام الصحي المحلي بولاية الخرطوم

مناقشة مقترح تجويد الممارسة المهنية بصيدليات المجتمع

أولاً: مناقشة تقرير التقييم الذاتي للمؤسسة العلاجية الخاصة:

تم إصدار تقرير عن وضع (مدينة المعلم الطبية) وذلك بعد إكمال عملية التقييم الذاتي، تميز منهج إعداد التقرير الفني التعقيبي، بالعلمية الواضحة والمعتمدة علي معايير المؤسسة الأوروبية لإدارة الجودة (EFQM)، فقد تم استخدام استبانة معيارية (مرفق رقم 2) تم تصميمها بعناية لتحقيق الغرض المطلوب وهو التقييم الذاتي والاكتشاف العميق للوضع الراهن للمستشفى (صالح ادم، 2014). كما لاحظت الدراسة أن التقييم الذاتي تم بواسطة فريق الجودة بالمستشفى والذي يضم أفراد بخلفيات أكاديمية متنوعة ومن كافة أقسام المستشفى والتي بها كل التخصصات الطبية والإدارية، وهذه الميزة أعطت مصداقية عالية و واقعية للتقرير التقييمي وظهر ذلك بوضوح في نقاط القوة وفرص التحسين المتاحة.

أنجز الفريق المكلف بالتقييم العمل بجدية وموضوعية وكان لفهمه الجيد للنموذج كإطار، ومنطق رادار كأداة للقياس الأثر الواضح في تحقيق القدر المناسب من الموضوعية الذي مكن من إصدار التقرير الفني بدرجة جيدة من الحيطة والعدالة.

أظهر التقرير الفني التعقيبي لعملية التقييم الذاتي لمدينة المعلم الطبية كمؤسسة علاجية خاصة بولاية الخرطوم، أن هناك كثير من الجوانب الإيجابية في المستشفى وذلك من خلال نقاط القوة التي أوضحها التقرير، وبالمقابل كانت هناك الجوانب السلبية في الأداء والتي أشار إليها التقرير بفرص التحسين المتاحة، ونجد هنا أن اللغة التي تم إعداد التقرير بها تمتاز بالرصانة العلمية والمهنية العالية والحيادية الواضحة، مما إنعكس بصورة طيبة عندما تم إستعراض التقرير علي الإدارة العليا بالمستشفى بحضور مديرها العام والذي بدوره تقبل النتيجة وشرع مباشرة في الإجراءات العملية لتنزيل وتطبيق فرص التحسين المتاحة للمستشفى.

بالإطلاع علي مجموعة من الدراسات السابقة التي تطرقت لمثل هذه المواضيع خاصة عملية التقييم الذاتي (علي، 2016)، نجد أن كثيرا منها إكتفي بإستعراض وتوضيح نتائج التقييم دون الاستمرار

لتطبيق توصيات التقييم وفرص التحسين المتاحة (جودة، 2004). هذه الدراسة تميزت بمواصلة عمليات التحسين المستمر داخل المؤسسة وذلك بالتحقق والتأكد من إلتزامها بنصائح الخبير الوطني التي تطرق إليها التقرير الفني التعقيبي، ونجد أن هذا الأمر ساهم في تثبيت نظام الجودة بالمستشفى وعمل علي التطوير والتحسين المستمر طوال فترة الدراسة (13 شهر).

حصلت مدينة المعلم الطبية علي 65 درجة من مجموع الدرجات الكلية البالغ عددها 1000 درجة بناء علي نتائج تحليل الوضع الراهن بواسطة فريق الجودة بالمستشفى وإشراف الخبير الوطني للجودة وأوضح ذلك التقرير الفني التعقيبي. تعتبر هذه النتيجة وبالنتفاصيل الواردة في تقرير التقييم، خطة عمل واضحة المعالم للتحسين المستمر، وكشفاً صحياً لحالة المستشفى وخطوة مهمة ولازمة في طريق التميز والنجاح وفقا لمعايير نموذج التميز المؤسسي (EFQM).

تعتبر هذه النتيجة عرضاً تشخيصياً لحالة مدينة المعلم الطبية نحو معايير نموذج التميز المؤسسي وهي بمثابة الخطوة الأساسية في طريق التميز وتبقى أن تتبعها الخطوة التالية والمساوية لها في الأهمية الا وهي اختيار مجموعة من مواضع التحسين التي برزت والتي لها الأثر الواضح في الأداء وتحويلها إلى نقاط قوة عبر وضع الخطط اللازمة لذلك وتوفير الموارد الضرورية.

الدرجات المتحصل عليها توضح أن هناك بعض المجهودات المبذولة لتنفيذ العديد من الأنشطة المستهدفة في إدارة الجودة، ولكن لم تقابل هذه الجهود ببرامج واضحة لبناء النظام الأساسي لإدارة الجودة الشاملة بالمستشفى وفقا للأنظمة المعتمدة للجودة، لذلك نجد عدم الربط بين أنشطة الجودة التي يتم تنفيذها وبين الخطط الأساسية للجودة وفقا للرؤية والرسالة والأهداف للمستشفى، وهذا بدوره أفقد المؤسسة العديد من النقاط أثناء عمليات التقييم الذاتي. تعتمد عمليات التقييم في كثير من جوانبها علي الربط الوثيق لكل الإجراءات والبرامج التنفيذية مع استراتيجيات وخطط تم إعدادها مسبقا لتحقيق الأهداف المتفق عليها مما يتطلب من القيادات بالمستشفى الاهتمام الكامل بالتراتب الزمني والتوثيق العلمي

والأولويات عند تطبيق نظام إدارة الجودة بالمؤسسة، بحيث يبدأ النظام بالاستراتيجيات، الخطط، السياسات (سيد، 1998)، ومن ثم يبدأ التنفيذ للبرامج المتنوعة للجودة اعتماداً علي ما تم التخطيط له مسبقاً.

إحتوي التقرير الفني التعقيبي علي خارطة الطريق للتحسين المستمر، وكانت أبرز توصياته تتمثل في إعداد وصياغة الرؤية والرسالة والأهداف، بالإضافة للخطط الاستراتيجية والتشغيلية للمستشفى، وكذلك توثيق كافة العمليات والإجراءات وكتابة قصص النجاح بالمستشفى لضمان الاستمرارية وزيادة الثقة بالنفس لدي مقدمي الخدمة، وذلك يتماشى مع تطبيقات ادارة الجودة الشاملة في المؤسسات المماثلة، (نظمي، 1995).

سارعت إدارة المستشفى بعد الإطلاع علي التقرير لعقد إجتماع خاص لمناقشته مع الإدارة العليا والوسيطه بالمستشفى ومن ثم إنتظمت جلسات علمية عميقة بغرض تنفيذ عمليات العصف الذهني للتواضع علي صيغة مقبولة للرؤية والرسالة والأهداف. كما تم توثيق لكافة العمليات والإجراءات بالمستشفى، وكل ذلك وفقاً لمطلوبات إدارة الجودة الشاملة، وعليه فقد بدأت المستشفى السير بخطوات ثابتة في طريق رحلة الجودة والتميز المؤسسي. ظهرت كثير من التطبيقات العملية لتوصيات تقرير التقييم الذاتي، ولكن خلال فترة الدراسة لم تتم عملية التقييم البعدي لقياس مستوى التطبيق لموجهات التقرير الفني التعقيبي.

2/ مناقشة فرضيات الدراسة:

تم وضع عدد من الفرضيات قبل إجراء الدراسة بناء علي مشاهدات وملاحظات عن المؤسسات العلاجية الخاصة، وتم إستعراضها مرة أخرى بعد إجراء التقييم الذاتي، وخلصت الدراسة إلي تثبيت بعض الفرضيات ونفي الأخرى، وفقاً لنتائج التقرير الفني الآتية:

1. كانت الفرضية الأولى: تلتزم المؤسسة العلاجية الخاصة بتطبيق مفاهيم التميز المؤسسي " ونجد أن التقرير الفني التعقيبي أظهر أن هناك بعض التطبيق لهذه المفاهيم حيث قامت القيادة العليا بالمدينة بتأمين تطبيق هيكل تنظيمي لإدارة العمليات يتم احترامه من قبل الجميع، إلا أنه يحتاج إلي نظام موثق ومطبق وفعال في تقديم نتائج متناسقة.
2. هنالك ممارسات واضحة للمديرين في مقابلة المتعاملين والموردين من خارج المستشفى ويشاركون بفعالية في الترويج للشراكات ومبادرات التحسين معهم .
3. هنالك دليل يؤكد أن تخصيص واستخدام الموارد المالية يعكس ويساعد الأهداف ويؤكد النجاح الدائم للمستشفى .
4. هنالك استخدام جيد للبدائل الجديدة للتقنية والتي تم تطويرها وتنفيذها ونتوقع أن يكون استخدام المعرفة يتم بطريقة مثلى للحصول على ميزة جيدة للخدمات .
5. تهتم الإدارة العليا بتنفيذ دور فعال في المسؤولية المجتمعية من خلال أنشطة عديدة ومتنوعة، مثل المشاركات في البرامج الصحية ذات الأثر الشعبي، والاحتفال بالأيام العالمية للأنشطة التي ترعاها منظمة الصحة العالمية ومنظمات المجتمع المدني.
6. تشير نتائج الأداء المالي وغير المالي إلى أن هناك نمطاً متحسناً وبإستمرار، ويتضح هذا من نوعية الأجهزة والمعدات الطبية الحديثة والمتطورة، مع الاستخدام المتميز للتقانة والحواسيب في أداء المهام الطبية والصحية والإدارية.

ثانياً: مناقشة مقترح تجويد النظام الصحي المحلي بولاية الخرطوم

لاحظت الدراسة أن التطور الكبير في مجالات الخدمات الصحية والحاجة المتواصلة لها من قبل السكان بالدولة بصورة عامة، وبولاية الخرطوم بصورة خاصة، وذلك جعل حتمية تجويد هذه الخدمات وتسهيل وصولها لطالبيها وفق المعايير المتعارف عليها وفي الزمن المناسب وبالتكلفة المقدر عليها (وزارة الصحة، 2013)، وللوصول لهذه الأهداف عملت وزارة الصحة علي توفير الخدمة الصحية بالقرب من أماكن سكن المواطنين وبما يتماشى مع القوانين واللوائح المنظمة للحكم المحلي بالولاية.

إن الغرض الأساس من النظام الصحي المحلي هو الوصول بالخدمات الصحية إلي أماكن سكن طالبي هذه الخدمات، لذا صار لزاماً علي الدولة عمل التنظيم والتنسيق والترتيب اللازم ليعمل النظام بتناغم تام بين الجهاز الإداري علي مستوى المحلية والجهاز الفني علي مستوى وزارة الصحة (قانون الحكم المحلي، 2017) حتي لا تغيب الرؤية العلمية والأهداف العليا عند التطبيق والتنفيذ العملي للبرامج الصحية علي مستوى المحافظات.

إعتمد المقترح عند إعداده علي توثيق التجربة العملية للباحث مع إضافة مخرجات العصف الذهني لمجموعة مدراء ال الصحية والبيئية خلال لقاءاتهم المتنوعة ومناقشاتهم لهياكل وعلاقات العمل الصحي بالمحليات والطرح المتواصل للموضوع بإعتباره وسيلة مهمة ومؤثرة علي جودة الخدمة الصحية المقدمة وتحقيق الرضاء لسكان الولاية بمحلياتها المتنوعة والتطوير المستمر للخدمات الصحية بالمحليات، وهذا يعزز التنمية المتوازنة بكل محليات البلاد (صالح ادم، 2014).

تم تصميم المقترح بحيث يراعي رؤية وزارة الصحة من خلال قرارات وتوجيهات القيادات الصحية برئاسة الوزارة، كذلك تم تضمين رؤية الجهاز الإداري علي مستوى المحافظات من خلال الإدارة التنفيذية المشرفة علي الأداء الفعلي لبرامج الصحة بالمحلية

عند الاطلاع علي المنهجية العلمية للنظام الصحي المحلي والمتبعة في كثير من دول العالم وخاصة تلك المحيطة والمشابهة لواقع السودان (صالح ادم، 2014)، ومن خلال التجربة العملية وبالمشاهدات والملاحظات المتراكمة والمتوفرة للباحث لمدة ثلاثة سنوات داخل النظام الصحي المحلي بولاية الخرطوم، تم إعداد مقترح "النظام الصحي المحلي بولاية الخرطوم"، والذي يتحدث بصورة عامة عن الهياكل والعلاقات الادارية سواء المصنوفة داخل وزارة الصحة ولاية الخرطوم أو تلك العلاقة المنظمة للعمل داخل المحليات بولاية الخرطوم، واحتوي المقترح كذلك علي الوصف الوظيفي والمهام لكل الإدارات الفنية بإدارة الشأن الصحي بالمحلية مع توضيح للعلاقة الفنية والتبعية الادارية لكل مسمي وظيفي، ونجد أن المقترح يشمل كافة الإدارات والأقسام المختصة بوزارة الصحة ويجعل لها تمثيل واضح علي مستوى المحلية مع مراعاة الخصوصية اللازمة عند التطبيق والتنفيذ للهياكل المحلية

تطرق المقترح بصورة عامة إلي قضية التمويل الصحي لبرامج الصحة بالمحليات وكيفية تنظيمها

وترتيبها وتجويدها من خلال ضوابطها المالية والمحاسبية

بما أن النظام الصحي المحلي يعتبر أصغر وحدة إدارية وتتعامل مباشرة مع عملاء وزبائن الصحة وهم السكان عامة والمرضي منهم خاصة، لذا أوصت الدراسة بأهمية توفير الأطر الصحية المؤهلة لشغل الوظائف بالهيكل التنظيمي المقترح، وتكون الأولوية من ناحية الكفاءة وسنوات الخبرة والمهارات الفنية والإدارية حسب مقتضي الحال لملء وظائف النظام الصحي المحلي حتي يتحقق الرضاء عن الخدمات الصحية المقدمة للسكان بولاية الخرطوم.

ثالثاً: مناقشة مقترح تجويد الممارسة المهنية بصيدليات المجتمع

يتناول المقترح موضوع تجويد الممارسة المهنية الصيدلانية بصيدليات المجتمع الخاصة، وهي الصيدليات المنتشرة في الأحياء والأسواق والمجمعات الطبية، وسميت بصيدليات "المجتمع" لإرتباطها بتقديم الخدمة مباشرة للأفراد بالمجتمع (لائحة الترخيص، 2013)، وكلمة "خاصة" تعني أن ملكيتها تتبع للقطاع الخاص. وتعتبر صيدليات المجتمع وحدات رعاية صحية أساسية وأقرب مؤسسة صحية للسكان في مواقع سكنهم، تقدم منتجاتها التي تشمل كل من المستحضرات الصيدلانية والخدمات والاستشارات المتخصصة، وهي منافذ البيع المباشر للمنتجات والمستحضرات والمستهلكات الصحية والصيدلانية.

إشتمل المقترح علي أربعة فصول تتدرج من الفصل الأول الذي يحتوي علي المفاهيم العامة للجودة، ولاحظت الدراسة انه تم التركيز علي إختيار المادة العلمية ذات العلاقة بالعمل الإداري والصيدلاني أثناء الممارسة المهنية لمهام العمل بالصيدلية، وتعتبر هذه المفاهيم مدخلا مناسباً لتطوير العمل والارتقاء به نحو مستويات متميزة للجودة والتحسين المستمر وتحقيق رضا العملاء والعاملين بالصيدلية، (السامرائي، 2007). ثم يتناول الفصل الثاني مقترحات لرؤي جديدة لتطوير الأداء بالصيدلية، ويحتوي معالجة وتناول وتقديم مختلف لمواضيع متعارف عليها ولكن تم تجديد التفكير فيها لتحقيق الإدارة الشاملة لنظام الجودة داخل الصيدلية (القحطاني، 2001)، ويتطرق الفصل الثالث لتفاصيل الممارسة المهنية بالصيدلية، ويعتبر هذا الجزء من الدراسة توثيق مهم لنشاطات يقوم بها العاملون بالصيدلية بصورة دورية ويومية، ويرتبط بها كثير من الإلتزامات والإجراءات وتقتصر الدراسة بعض المعالجات العملية لها بغرض التطوير والتجويد والتحسين المستمر.

يتضمن الجزء الرابع بعض المواضيع الخاصة باقتصاديات الصيدلة والدواء، وتشمل مجموعة المواضيع ذات الأثر المادي ولها ارتباط بالتدفق المالي للصيدلية مثل زيادة الإيرادات وتقليل المصروفات (أبو حراز وآخرون، 2016)، ونجد أن المواضيع الاقتصادية بصورة عامة يغفل عنها كثير من

المختصين بغيرها لظنهم ببعدها عن الممارسة المهنية الفنية الصحية والصيدلانية بالرغم من أهميتها وجدواها العالية في تحسين الاداء (باسكين: 2003, Basskin)، ولكن التداخل المتسارع بين العلوم كافة جعل لكل هذه التخصصات إرتباطات وثيقة ببعضها البعض مما أثري الفكر الاكاديمي وجعل تقديم كثير من الرؤي الاقتصادية يدعم النظام الأساسي لتقديم الخدمات الصحية بصورة عامة وخدمات الرعاية الصيدلانية بشكل خاص.

يعتبر مقترح " تجويد الممارسة المهنية بصيدليات المجتمع " توثيق طيب لكثير من أدبيات مهنة الصيدلة وتفصيل لبعض الممارسات المهنية بصيدليات المجتمع، ويمكن إعتبره دليل مختصر يساعد بصورة مبسطة علي إدارة الصيدلية خاصة لأولئك الصيادلة الذين يمتلكون أو يرغبون في إمتلاك صيدليات خاصة، كذلك يعتبر ملخص مهم ومفيد للأطباء الصيادلة حديثي التخرج، كما يقدم هذا المقترح مدخل مفيد، لتطوير السلوك الإنساني في المنظمات لأصحاب الصيدليات من غير الصيادلة من خلال التعرف علي أساليب وفنون إدارة الصيدلية بطريقة مباشرة وعملية ، (عاشور، 1998).

شملت المادة العلمية التي إحتواها المقترح مزيج من المنهج الاكاديمي والعملية مضافاً إليها خبرات من الممارسة المهنية، مما أعطي المقترح القبول كدليل مبسط يمكن أن يخضع لمزيد من التطوير ليسهم في الارتقاء بالأداء إلي مستويات متميزة من الجودة والإحسان والتحسين المستمر، نجد أن المقترح إحتوي عدد من المواضيع والتي تم إستعراضها في شكل مقترحات للتطوير والتحسين المستمر، كما شمل المقترح مجموعة من الملحقات التي تعتبر مواضيع ذات أهمية وخصوصية في الدفع المباشر للتطبيق العملي لنظام إدارة الجودة الشاملة بالصيدلية، كمثال لذلك التعاقدات مع الأطباء الصيادلة للعمل بالصيدلية، وطريقة ومنهجية إدارة الصيدلية عبر إدارة المهام المتنوعة بها، والعمليات والإجراءات التي تتم بالصيدلية، إضافة للتوثيق والتجويد والتحسين المستمر للخدمة المقدمة وتحقيق رضاء العاملين بالصيدلية ومتلقي الخدمة من العملاء.

الملخصات والخاتمة

CONCLUSIONS

ملخصات الدراسة

محدودية الدراسة

التوصيات

الإصدارات المستخرجة من الدراسة

1. ملخصات الدراسة

إشتمل البحث علي ثلاثة مواضيع، تهدف جميعها إلى تطبيق إدارة الجودة الشاملة والنموذج الأوروبي لإدارة الجودة، علي نظام الرعاية الصحية. وكان الموضوع الرئيس في هذه الدراسة تقييم المؤسسة العلاجية الخاصة كدراسة حالة، وبناء علي ذلك تم التقييم الذاتي لمدينة المعلم الطبية كمؤسسة تقدم كافة خدماتها العلاجية والتشخيصية، ومثالا توضيحياً للمؤسسة العلاجية الخاصة بولاية الخرطوم، وتم تصميم الدراسة وفقا لمنهج علمية متنوعة بغرض إثراء البحث والخروج بنتائج أقرب للواقع وقابلة للتعميم علي كل المؤسسات المشابهة، لذلك الدراسة انتهجت المزج بين تقنيتي ورشة العمل للتقييم الذاتي وبين الاستبانة المعتمدة للتقييم والمعدة مسبقاً وفقاً لمنهجية المؤسسة الأوروبية لإدارة الجودة (EFQM)، كذلك تم استخدام منهج السرد التاريخي بالإطلاع علي الدراسات السابقة والمراجع العلمية، والمنهج الاستقصائي والاستكشافي.

أجرت الدراسة تقييم ذاتي للمؤسسة العلاجية الخاصة بولاية الخرطوم، وفقاً لاستمارة التقييم الذاتي المعدة مسبقاً بواسطة (EFQM)، وقد حصلت المؤسسة علي 65 درجة منسوبة إلي الدرجة الكاملة 1000، كذلك حصلت المؤسسة علي توصيات لمعالجة وضع الجودة بها، وتمت الاستفادة من هذه التوصيات في بناء نظام متكامل للجودة علي مستوي مدينة المعلم الطبية. إعتمدت الإدارة العليا للمستشفى خطة واضحة لإدارة الجودة وبدأت تطبيق التوصيات الواردة في التقرير التعقيبي والعمل بها، وأظهرت الملاحظات الأولية نتائج طيبة وواعدة، وتحسن مستمر في مستويات تقديم الخدمات، لكن لم يتم قياسها خلال فترة الدراسة.

هذه الدراسة تميزت بمواصلة عمليات التحسين المستمر داخل المؤسسة وذلك بالتحقق والتأكد من التزامها بنصائح الخبير الوطني التي تطرق إليها التقرير الفني التعقيبي، ونجد أن هذا الأمر ساهم في تثبيت نظام الجودة بالمستشفى وعمل علي التطوير والتحسين المستمر طوال فترة الدراسة (13 شهر).

من ناحية أخرى، وإعتماداً علي البيانات المتوفرة خلال إجراء الدراسة والتجربة العملية للباحث في

وزارة الصحة، فقد أعدت الدراسة مقترحين لتحسين الأداء في نظام الرعاية الصحية وهما:

- مقترح "تجويد الأداء في إدارة النظام الصحي المحلي بولاية الخرطوم"، والذي تم إستعراضه بواسطة الدارس في مجلس المدير العام لوزارة الصحة ولاية الخرطوم، وبحضور مدراء الإدارات العامة لل صحة والبيئية بمحليات الولاية، وتمت الموافقة عليه، ومن ثم تم عقد حلقات نقاش مع جهات إدارية وفنية بصورة متواصلة حوله، انتهت بإجازته وإصدار قرار من المدير العام بتطبيقه بكافة محليات ولاية الخرطوم.

- مقترح "تجويد الأداء في صيدليات المجتمع الخاصة بولاية الخرطوم" والذي يعني بتقديم مفاهيم مبسطة ومباشرة في شكل دليل عملي لتجويد الممارسة المهنية بالصيدليات، وتم عرض الدليل علي مجموعة من الصيادلة والمهتمين بالشأن الصيدلاني والذين أوصوا بطباعته منفصلاً للاستفادة من نشر المادة العلمية فيه وإتاحة الفرصة للمهتمين للإطلاع عليه وتثقيحه وتطويره.

2. محدودية الدراسة

بالرغم من المعلومات الكثيرة المتحصلة من تحليل بيانات الدراسة الا إنها تعتبر محدودة وتحتاج لمزيد من البحوث والدراسات في مجال موضوعات الدراسة حتي تتم الاستفادة القصوى من الجهود الأكاديمية والعلمية لتطوير ومعالجة الواقع العملي للخدمات الصحية في مجتمعاتنا. ويمكن تلخيص محدودية الدراسة من خلال النقاط التالية:

- تم إجراء الدراسة في ولاية الخرطوم العاصمة السياسية والإدارية للدولة مما يجعل توفر كثير من الإمكانيات المادية والمعنوية بها، حتي طبيعة السكان لها تميز نوعي من ناحية التعليم ومستوي المعيشة، وهذا بدوره يجعل تعميم الدراسة علي كل أرجاء البلاد يحتاج إلي مراعاة لخصوصية كل من الولايات المستهدفة بالإجراء.

- تطبيقات برامج الجودة تحتاج إلي فترات زمنية طويلة للتأكد من إكمال عمليات التغيير الموجب في الثقافة والسلوك لدي الأفراد والمؤسسات، ويمكن أن تجري مثل هذه الدراسات بواسطة الجهات الرسمية بالدولة والمؤسسات الأكاديمية والباحثين، ومتابعة تنفيذها لسنوات عديدة لإعطاء نتائج أكثر دقة وقابلة للتعميم بصورة أكبر وأشمل.
- تمت دراسة للنظام الصحي المحلي بولاية الخرطوم والتي تحوي سبعة محليات متنوعة ومترامية الأطراف، ولكن ما زال هناك الكثير من المحليات في الدولة أكثر تنوعا في النمط الاجتماعي والثقافي والاقتصادي، وتحتاج إلي دراسة الوضع الخاص بها، من خلال عينات ممثلة لها حتي تسهل عمليات التطبيق لأنظمة إدارة الجودة والتميز المؤسسي.
- شمل هذا البحث دراسة عن صيدليات المجتمع، وبالرغم من أن خدمات القطاع الصيدلاني الخاص تشكل أكثر من 70% من مجمل الخدمات الصيدلانية بالدولة، (تقرير وزارة الصحة، 2013). الا ان القطاع العام والقطاع التطوعي يسهمان بصورة فاعلة ونوعية في الوفرة الدوائية وتغطية كثير من البرامج ذات الأثر الصحي المباشر علي حياة السكان. وبهذا لا بد من إجراء ونشر المزيد من البحوث العلمية، والدراسات الأكاديمية في كافة قطاعات الصيدلة في البلاد.

3. التوصيات

- ضرورة إعداد استراتيجية شاملة لتطوير البحوث الصحية والارتقاء بها والاعتماد على معطياتها في صنع القرارات ورسم السياسات المبنية على الأدلة والبراهين، وتوفير الإمكانيات اللازمة لتعزيز إجراء البحوث العلمية
- إجراء المزيد من الدراسات في مجالي إدارة الجودة الشاملة والتميز المؤسسي
- الاهتمام بتجويد الأداء بالمؤسسات العلاجية الخاصة

- تفعيل اللوائح والنظم الإشتراطات والسياسات والإجراءات والتي من شأنها تطوير وتجويد الممارسة المهنية بالمؤسسات الصيدلانية الخاصة، بما يضمن التجويد والتحسين المستمر للخدمة الصيدلانية والصحية.
- إصدار التشريعات وتفعيل القوانين التي تعمل علي تجويد الخدمات الصحية المقدمة عبر النظام الصحي المحلي بما يحقق الرضاء للسكان المحليين
- إعتقاد الأداة السودانية كوسيلة لتقييم ومتابعة تطبيقات الجودة بالمستشفيات، وإجراء التعديلات والتحديثات المتواصلة عليها لتتناسب مع متغيرات الواقع بالدولة

4. الإصدارات المستخرجة من الدراسة

تمت الاستفادة من المعلومات المتوفرة من بيانات الدراسة في إعداد الإصدارات التالية:

- 1) ورقة: أداة الإعتقاد العربية هل تصلح كأداة سودانية لتجويد الخدمات بالمؤسسات الصحية بالدولة؟
- 2) مقترح: النظام الصحي المحلي بوزارة الصحة – ولاية الخرطوم
- 3) دليل: الجودة للإدارة والممارسة المهنية بالصيدلانية

المراجع

المراجع باللغة العربية

1. اعتماد المستشفيات ومؤسسات التعليم الطبي -التحدّيات والتوجُّهات المستقبلية، اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط، المكتب الإقليمي، الدورة الخمسون، القاهرة، 9/29 - 2003/10/2 القاهرة، في الفترة من 9/29 - 2003/10/2م،
2. الحميضي، عبد الرحمن 2000م، اتجاهات الإدارة العليا نحو تطبيق مواصفات الأيزو 9000 في الشركة السعودية للصناعات الأساسية (سابك)، مجلة الإدارة العامة، الرياض، مجلد 40، العدد 1، أبريل، ص 145
3. السامرائي، مهدي 2007م، إدارة الجودة الشاملة في القطاعين الإنتاجي والخدمي، دار جريب للنشر، عمان، الأردن.
4. السر النقر أحمد البشير، الإدارة بالجودة الشاملة في مؤسسات الحكم اللامركزي في السودان وتطبيقاتها، دراسة حالة إدارة الصحة الوقائية، ولاية الخرطوم الفترة 1951 - 2003، رسالة دكتوراة، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، 2007م.
5. السلمي، علي محمد 1985م، السلوك الإنساني في الإدارة، دار غريب للطباعة والنشر، القاهرة، جمهورية مصر العربية
6. السلمي، علي محمد 1995م، إدارة الجودة الشاملة ومتطلبات الأيزو 9000، دار غريب للطباعة والنشر، القاهرة، جمهورية مصر العربية.
7. الطيب إبراهيم علي عسل، التقرير التعقيبي الفني عن تقييم مدينة المعلم الطبية، مركز الجودة الشاملة والتميز المؤسسي (تقرير غير منشور)، مارس 2018م.
8. الطيب إبراهيم علي عسل، أثر تطبيق الجودة الشاملة والامتياز في ترقية أداء المؤسسات الخدمية، دراسة دكتوراة، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، 2012م.
9. القحطاني، سالم 2001م، القيادة الادارية التحول نحو نموذج القيادة العالمي، دار العلوم للطباعة والنشر، الرياض، المملكة العربية السعودية.
10. المعايير السودانية لإعتماد المستشفيات، وزارة الصحة الإتحادية، السودان، 2015م.
11. إبراهيم حسن إبراهيم علي، أثر القيادة الادارية علي تخطيط الجودة الشاملة لعمليات منظمات الأعمال (حالة شركة النيل للبترو) خلال الفترة من 1995-2004م، أطروحة دكتوراة، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، 2005م.

12. إحسان إبراهيم الله جابو إبراهيم، أثر الدوافع علي تحقيق الجودة الشاملة في المستشفيات الخاصة والعامّة في السودان للفترة من 1995-2002، دراسة دكتوراة، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، 2005م.
13. أحمد سيد أحمد الكاروري، تطبيق مفاهيم الجودة الشاملة والتميز المؤسسي لترقية الأداء بالمؤسسات العدلية "دراسة حالة السلطة القضائية- الخرطوم"، رسالة دكتوراة، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، 2015م.
14. أحمد موسي إسماعيل محمد، أثر تطبيق إدارة الجودة الشاملة علي أداء المنظمات في قطاع الأعمال بالسودان: دراسة نموذج شركة البنبان في الفترة 1995-2004م، رسالة دكتوراة، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، 2006م.
15. أسامة الفراج، تقييم جودة خدمات الرعاية الصحية في مستشفيات التعليم العالي في سورية من وجهة نظر المرضى: نموذج لقياس رضاء المرضى، دراسة دكتوراة، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، 2015م.
16. بسيوني سالم، مفهوم وهيكل برنامج الاعتماد، المؤتمر العربي الثالث، الاتجاهات التطبيقية الحديثة في إدارة المستشفيات، تقنية نظم المعلومات، المنظمة العربية للتتمية الإدارية، القاهرة، جمهورية مصر العربية، 5-7 ديسمبر 2004م.
17. بن سعد، خالد 1997، إدارة الجودة الشاملة تطبيقات علي القطاع الصحي، العبيكان للنشر والطباعة، ط1، الرياض، المملكة العربية السعودية
18. بندر بن سالم بن جابر الجابري، تقويم الأداء الوظيفي في المستشفيات الخاصة بالمملكة العربية السعودية: (دراسة حالة المستشفيات الخاصة بمكة المكرمة، 2004-2006م)، بحث دكتوراة، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، 2006م.
19. تحليل نقاط التحكم الحرجة، نظام الهاسب (HACCP)، تصفح الموضوع علي الموقع بشبكة الإنترنت، 2017: www.kuwaitchamber.org.ku
20. تركي، مصطفى أحمد، 1989م، الخصائص النفسية للقيادة الإدارية، المجلد 13، العدد 1، المنظمة العربية للعلوم الادارية، عمان، الأردن
21. تقرير الأداء العام لوزارة الصحة ولاية الخرطوم للعام 2013م، موقع وزارة الصحة ولاية الخرطوم علي شبكة الإنترنت: www.facebook.com/ministry.health.kh

22. جودة، محفوظ احمد 2004م، إدارة الجودة الشاملة مفاهيم وتطبيقات، دار وائل للنشر والتوزيع، ط1، عمان، الأردن.
23. جوزيف جابلونسكي، 1998، تطبيق إدارة الجودة نظرة عامة، تعريب عبد الفتاح السيد، مركز الخبرات المهنية، القاهرة، جمهورية مصر العربية
24. حاتم محمد مطوع عسفه، أثر نظام الجودة الشاملة في إكساب القدرة التنافسية: دراسة تطبيقية علي صناعة البلاستيك الفلسطينية مدخل المنتجات والأسواق، بحث دكتوراة، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، 2010م.
25. رضا، محمد 1995، الجودة الكلية والأيزو بين النظرية والتطبيق، ط1، بيمكو للخدمات التعليمية، القاهرة، جمهورية مصر العربية
26. زاهر شرارة، أيزو 9001/ 2000 المتطلبات الجديدة والأزمة التي تواجه المنظمات الصناعية المصرية للتوافق معها، ماجستير، جامعة عين شمس، جمهورية مصر العربية، 2004م.
27. سيد، أحمد مصطفى، 1998م، إدارة الجودة الشاملة والأيزو 9000، دليل عملي، جامعة الزقازيق، القاهرة، جمهورية مصر العربية.
28. صالح ادم محمد علوان، تجربة الحكم المحلي في السودان وأثرها في التنمية المتوازنة: دراسة حالة ولاية جنوب دارفور (2001-2010م)، بحث دكتوراة، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، 2014م.
29. عاشور، احمد صقر 1998م، السلوك الإنساني في المنظمات، الدار الجامعية، ط 1، بيروت، لبنان
30. عبد الباسط، عبد المعطي 1988م، التكوين الاجتماعي والبنية الطبقية في مصر، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، مصر، جمهورية مصر العربية
31. عبد الباقي، صلاح الدين 2004، السلوك الفعال في المنظمات، الدار الجامعية، الإسكندرية، جمهورية مصر العربية
32. عبد الرحمن الزين النور، تقويم الأداء وأثره علي تحسين كفاءة العمليات في الشركات: دراسة حالة الشركة السودانية للمناطق والأسواق الحرة، للفترة ما بين 1990-2000م، دراسة دكتوراة، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، 2003م.
33. عبد الغفار عبد الله حامد، مؤشرات تطبيق مفهوم الجودة الشاملة في ممارسات التمريض والرعاية الصحية في المستشفيات العامة والخاصة بالسودان، بحث دكتوراة، جامعة السودان، 2010م.

34. عبد الفتاح، فريد، 1996م، النهج العلمي لتطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات العربية، دار الكتب، القاهرة.
35. عدمان مريزق، 2009م، واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية: دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة 2007 - 2008، رسالة دكتوراه، ص 155، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، الجزائر.
36. علي أبداح الخالدي، تقويم تسويق الخدمات الطبية بالمستوصفات الخاصة بالمملكة العربية السعودية، دراسة ميدانية: بالمنطقة الشرقية 2004 - 2007، بحث دكتوراه، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، 2010م.
37. علي أبوقرين، الواقع الحالي لمشروع الاعتماد في القطاع الصحي العربي
<http://www.ahfonline.net/lectures08/Dr%20Ali%20Abougrain.PPS>
38. فليب انكسون، التغيير الثقافي الأساس الصحيح لإدارة الجودة الشاملة الناجحة، تعريب مركز الخبرات المهنية، القاهرة، جمهورية مصر العربية، 1996م.
39. قانون الحكم المحلي بولاية الخرطوم لسنة 2003م، موقع حكومة السودان الإلكترونية علي شبكة الإنترنت: <https://esudan.gov.sd/department/38>
40. قانون الحكم المحلي بولاية الخرطوم لسنة 2007م، موقع حكومة السودان الإلكترونية علي شبكة الإنترنت: <https://esudan.gov.sd/department/38>
41. قانون الحكم المحلي بولاية الخرطوم لسنة 2017م، موقع حكومة السودان الإلكترونية علي شبكة الإنترنت: <https://esudan.gov.sd/department/38>
42. قانون الصيدلة والسموم لسنة 2003م، موقع المجلس القومي للأدوية والسموم علي شبكة الإنترنت الدولية: www.nmpb.gov.sd/law.php
43. قانون الصيدلة والسموم لسنة 2009م (موقع المجلس القومي للأدوية والسموم علي شبكة الإنترنت): www.nmpb.gov.sd/law.php
44. قانون الصيدلة والسموم لسنة 2012م (موقع المجلس القومي للأدوية والسموم علي شبكة الإنترنت): www.nmpb.gov.sd/law.php
45. كمال، قاسمي 2017، المقومات والمعوقات الثقافية لتطبيق نظامي إدارة الجودة الشاملة والأيزو 9000 في المؤسسة الصناعية الجزائرية.

46. لائحة ترخيص المنشآت الصيدلانية، المجلس القومي للأدوية والسموم، وزارة الصحة الاتحادية، السودان، 2013م.
47. مازن عبد العزيز عبد الحميد مسودة، أثر تطوير الموارد البشرية الصحية في تحقيق الجودة الشاملة: دراسة ميدانية تحليلية تطبيقية علي المستشفيات الأردنية الخاصة، خلال الفترة من 1995-2003م، دراسة دكتوراة، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، 2004م.
48. مبارك داؤود سليمان، مدخل إدارة الجودة الشاملة وأثره في تنمية الموارد البشرية بمجموعة شركات دال (سيقا - كابو) 2010-2014، أطروحة دكتوراة، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، 2014.
49. مجدي أبو حراز، تقوي حسن محمود، محمد سعيد الفكي، المفاهيم الأساسية والتطبيقات العلمية لاقتصاديات الصحة، إدارة اقتصاديات الصحة، وزارة الصحة ولاية الخرطوم، 2016م.
50. محمد فؤاد محمد، إشكالية قياس جودة الخدمات المقدمة في شركات التأمين التابعة للقطاع العام المصري، أطروحة دكتوراة، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، 2009م.
51. محمود عبد الفتاح الوشاح، تقييم الأداء في المستشفيات الحكومية الأردنية: دراسة ميدانية تطبيقية في مستشفى البشير للفترة (1995-2004م)، أطروحة دكتوراة، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، 2007م.
52. معتز محمد قبلي، تقييم اتجاهات المديرين نحو تطبيق نظم إدارة الجودة الشاملة والأيزو 2008/9001 دراسة حالة هيئة الجمارك السودانية (2010-2015)، دراسة دكتوراة، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، 2017م.
53. منظمة الصحة العالمية (WHO)، اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط، جدول الأعمال المبدئي، ضمان الجودة وتحسينها في النظم الصحية الأولية: مسؤولية مشتركة، الاتجاهات الراهنة والمستقبلية والمستجدة في مجال ضمان الجودة وتحسينها. <http://www.emro.who.int/RC47/ArPA11b00.htm>, 2000
54. موسي محمد يعقوب محمد، أثر تطبيق معايير التميز وأخلاقيات الأعمال في نتائج الأعمال: دراسة واقع الشركات العاملة بنظم الجودة والتميز بمدينة جياذ الصناعية، بحث دكتوراة، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، 2012م.
55. نشرة إدارة الجودة، مفاهيم الجودة الشاملة والتميز، وزارة الصحة ولاية الخرطوم، أكتوبر 2006
56. نشرة إدارة الجودة، مفاهيم الجودة الشاملة والتميز، وزارة الصحة ولاية الخرطوم، مارس 2008

57. نظام الاعتماد في المؤسسات الصحية

www.nursing4all.com/forum/attachment.php?attachmentid=1384d=117622766

4.2016

58. نظمي، نصر الله، 1995، بداية الطريق إلي تطوير المنظومة الادارية، الشركة العربية للنشر والتوزيع، القاهرة، جمهورية مصر العربية

59. وهيبه رمضان محمد حسين، أثر استراتيجية التميز في الأداء المالي للمصارف التجارية: جودة الخدمات المصرفية كمتغير وسيط، دراسة دكتوراة، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، 2014م.

60. بيان معلومات الاعتماد في مجال الرعاية الصحية:

<http://demo.batelco.io/jrms/Portals/0/Patients%20services/prochours/approval%20info.doc>, 2016

61. برنامج الاعتماد للمؤسسات الصحية في الوطن العربي، 2016

<http://www.pharmacorner.com/default.asp?action=article&ID=966>

62. جودة الرعاية الصحية والاعتماد الدولي ،

http://www.aleqt.com/2008/10/04/article_157257.html

63. منظمة الصحة العالمية، التقرير الفني لدول شرق المتوسط، اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط، المكتب الإقليمي ، اعتماد المستشفيات ومؤسسات التعليم الطبي -التحدّيات والتوجُّهات المستقبلية، الدورة الخمسون، القاهرة، 2003/10/2 – 9/29 القاهرة، 2003/10/2 – 9/29

<http://www.emro.who.int/arabic/RC50/DocTech1a.htm>

المراجع باللغة الإنجليزية

1. Abd elmonim Shogi Ahmed, **Interaction effect of health services quality and brand image on customers loyalty**, PhD Study, Sudan University for Science and technology, 2015.
2. Abdelaziz Mahmoud Abdelmageed, **Cost of Quality Systems & its Place and Practices in Some Sudanese Private Sector Company**, PhD Study, Sudan University for Science and technology, 2004.
3. Afraa Ahmed Mohammed Khalid, **The Mediating Effect of Perceived on The Relationship Between Service Quality and Customer Loyalty, Switching Cost As Moderator**, PhD Study, Sudan University for Science and technology, 2016.
4. Brenda W., Michael M., William W. McCloskey, **Pharmacoepidemiology Principles and Practice**, USA: McGraw – Hill, 2001: 209
23. European Foundation for Quality Management (EFQM): systemic reviews to the official web site, 2015: WWW.EFQM.COM
5. Joint Commission on Accreditation of Hospitals, **Monitoring and Evaluation of the quality and appropriateness of care, Quality Review** Bukketin, Jan, 1987, P.26
7. Joyce A. Cramer, Bert Spilker, **Quality of life and Pharmacoeconomics**, USA: Lippincott-Raven publishers, 1998:273.
8. LOREN E.BASSKIN, Pharm D, **Practical Pharmacoeconomics**, USA: Advanstar Communications, inc., 7500 old Oak Blvd., Cleveland, Ohio, 1998: 173.
9. Marti Casadesue & Inkai Heras, **Benefits of ISO9000 implementation in Spanish industry**, 1999.
10. Mast & Carlson, **Experience of implementing ISO9000 in Swedish industry**, 2004.
11. Ministry of Health, Khartoum State, **census report**, 2005

12. Mirgani Y. A., In-home drug storage and utilization, East Mediterranean Health Journal. 2002 Mar-May; 8 (2-3):422
13. MoH, Khartoum state, Directorate of pharmacy, **Inspection monthly report**, April-2007, 2007.
14. Mohammed A. Fadlaseed, **Organizational culture, Job and customer satisfaction: A quest for a relationship: The case of the pharmaceutical industry in Sudan**, PhD Study, Sudan University for Science and technology, 2014.
15. Omer Abd Al Wahab Mohamed, **Impact of aligning HR strategy with the business strategy and HR Transformation on building the Business sustainable capabilities: A Case study Pasgianose, Coca Cola, and Blue Nile Dairy Company (2007-2011)**, PhD Study, Sudan University for Science and technology, 2014.
16. Reem Abbas HidaytAlla, **Knowledge management as facilitator for enhancing innovation performance in Islamic banking through Total Quality Management: A Comprehensive study between Bahrain and Sudan Islamic Banking Services**, PhD Study, Sudan University for Science and technology, 2017.
17. Thomas H. Gallagher MD, *Health care financing*, the American Journal of medicine Volume 105, issue 5, 1998, pages 409-415.
18. Tsiotras & Gotzamani, **ISO as entry key to Total Quality Management (TQM): The case of Greek industry**, 2003.
19. WHO and Sudan National Program for Essential drugs, Federal Ministry of Health-Sudan, *National list of Essential Drugs (NLED)*, 1995; 4:49.
20. WHO Technical Report Series (908); 37th report, Geneva, 2003
21. WHO, collaboration with group of authors, *Managing Drug Supply*, 1998
22. Zienab Mohamed Osman, **Employees attitudes towards knowledge sharing: A case study on Sudanese Banking sector**, PhD Study, Sudan University for Science and technology, 2014.

قائمة الملاحق

رقم الصفحة	مسمي الملحق	مسلسل
123	موافقة مجلس البحوث بمركز الجودة الشاملة علي الدراسة	ملحق رقم 1
124	الإستبانة المعيارية للتقييم الذاتي	ملحق رقم 2
135	مقترح: إتفاقية عمل الأطباء الصيادلة بالصيدليات	ملحق رقم 3
136	نموذج ورقة حضور سمنارات الدراسة	ملحق رقم 4
138	المصطلحات باللغة العربية	ملحق رقم 5
139	المصطلحات باللغة الإنجليزية	ملحق رقم 6
141	الاختصارات باللغة الإنجليزية	ملحق رقم 7
142	السيرة الذاتية للباحث	ملحق رقم 8



التاريخ: 2013/06/20م

السيد / عميد كلية الدراسات العليا

حفظك الله
السلام عليكم ورحمة الله وبركاته
الموضوع: قبول طلاب

اشاره للموضوع اعلاه اعلاه قد توصل مجلس البحوث في اجتماعه الى القرارات التالية:

1. نجم الدين احمد محمد مجذوب .

الجنسية : سوداني

الدرجة : دكتوراه - التخصص : الجودة الشاملة

عنوان الدراسة: Application of quality system in health care management

القرار : قبول الدارس .

الإشراف :

1- د. عادل ابو المالح .

2- د. الطيب ابراهيم على .

ولكم جزيل الشكر ،،،،

عبد الرحمن على
مدير مركز الجودة بالانابة

وفق النموذج الأوروبي لإدارة الجودة (EFQM)

طريقة الإجابة علي الاستبيان:

A	B	C	D
تم تنفيذها تماماً * هناك منهج أو نتائج متميزة تغطي كافة جوانب المنظمة	هناك تقدم ملحوظ * هناك شواهد واضحة أن هذا الموضوع قد تم التعامل معه بصورة جيدة * توجد مراجعات وتحسينات روتينية ومنتظمة * هناك بعض الشواهد أن هذا الموضوع لم يغطي كافة جوانب وأجزاء المنظمة	هناك بعض التقدم * هناك بعض الشواهد على حدوث أشياء مفيدة * توجد مراجعات عشوائية ومنقطعة ينتج عنها بعض التحسينات * جذر من التطبيقات الناجحة	لا ينطبق * لا يحدث تماماً، قد تكون هناك بعض الأفكار التي لا تتجاوز التمنيات

1/ القيادة

يستكشف هذا القسم أنشطة وسلوك جميع القادة (المديرين). إنه يقيم دور القيادات العليا في خلق غرض واضح , قيم جودة وأهداف للمنظمة وكذلك دورهم في تقديم الهيكل الضروري ونظام الإدارة لضمان تطبيق وتحقيق هذه القيم والأهداف . هذا القسم يؤكد على المشاركة والفعل الشخصي للإدارة العليا بدلاً عن عباراتهم المنطوقة أو المكتوبة . يستكشف هذا القسم أيضاً كيفية نشر وبث الغرض والقيم وتقويتها بواسطة جميع القادة وكذلك الطرق التي تبين الانخراط النشط في التعامل مع الزبائن والموردين

1/1 هل يشارك جميع القادة بأنفسهم وبصورة مرئية في تطوير وتوصيل بيان استراتيجي لغرض واتجاه وثقافة المنظمة؟ (بما في ذلك قيم الجودة والأولويات)

A	B	C	D
---	---	---	---

2/1 هل قامت القيادة بتأمين تطبيق هيكل تنظيمي ونظام لإدارة العمليات يتم احترامه من قبل الجميع، وفعال في تقديم نتائج متناسقة ؟

A	B	C	D
---	---	---	---

3/1 هل يبرهن القادة بأنفسهم وأفعالهم أنهم يدعمون ويركزون قيم المنظمة وهل هذه القيم مقبولة على نطاق واسع في المنظمة ويتم تطبيقها بها؟

A	B	C	D
---	---	---	---

4/1 هل جميع القادة قريبين من العاملين ويشاركون بأنفسهم بالاعتراف وفي الوقت المناسب بالمجهودات التي يقوم بها الأفراد وفرق العمل التي تقوم بتحسينات ؟

A	B	C	D
---	---	---	---

5/1 هل ينجز جميع المديرين خطوات في مقابلة الزبائن والموردين من خارج المنظمة ويشاركون بفعالية

في الترويج للشراكات ومبادرات التحسين معهم ؟

A	B	C	D
---	---	---	---

2/ السياسة والاستراتيجية

يفحص هذا القسم كيفية تضمين المنظمة لأهدافها وقيمها في استراتيجيتها الكلية ونشاط التخطيط بها . إنه يقيم ما إذا كانت الاستراتيجية والتخطيط مؤسسان على حقائق وبيانات واسعة وموثوقة وما إذا كانت الخطة العليا منسجمة خطط المستوى التشغيلي الواقعية والقابلة للتحقق . يقدر هذا القسم أيضاً ما إذا كانت المنظمة تستخدم أسلوب المفاضلات المعيارية الخارجية للأداء عند تحديدها لأهدافها (بدلاً عن مجرد تمديد أداء العام الماضي). يقيم هذا القسم أيضاً ما إذا كانت المنظمة لها القدرة لمعرفة متى وكيف تغير أهدافها واستراتيجيتها

1/2 هل تستخدم منظمتكم مدخلات بيانات واسعة وملائمة لتطوير استراتيجيتها وخطط أعمالها، وهل تتضمن هذه البيانات أداء العمليات الداخلية، أداء الموردين، احتياجات وإرضاء الزبائن وبيانات أفضل الممارسين ؟

A	B	C	D
---	---	---	---

2/2 هل القيم والأهداف الاستراتيجية يتم مساندها تما عن طريق السياسات والخطط والأهداف وتخصيص الموارد وهل تؤكدون أن الخطط العليا ذات جدوي ومقبولة وتنفذ في شكل خطط وأهداف حقيقية في المستويات الدنيا؟

A	B	C	D
---	---	---	---

3/2 هل يمكن لجميع العاملين تحديد الأهداف التنظيمية ذات الصلة بنشاطهم وهل لديهم فكرة واضحة عن الخطط اللازمة لتنفيذ هذه الأنشطة في مجال عملهم ؟

A	B	C	D
---	---	---	---

4/2 هل هناك أدلة وبراهين أن لدى المنظمة المقدرة والأساليب الضرورية للتعرف على متى يجب تغيير الاستراتيجية ، السياسة ، الأسواق والعروض حتى إذا كان المدير التنفيذي سوف يترك المنظمة ؟

A	B	C	D
---	---	---	---

3/ الأفراد

يفحص هذا القسم كيف تقوم المنظمة بتطوير ومشاركة كل القوى العاملة في إحراز النتائج والتحسينات داخلها. إنه يعنى بتوظيف الأفراد الصحيحين وتطوير مهاراتهم لإحراز أهداف المنظمة ولضمان قدرتها على مقابلة الاحتياجات المتغيرة والازدهار. هذا القسم يخاطب الكيفية لتي تتم بها محاذاة أغراض وأهداف الأفراد مع أغراض وأهداف المنظمة (عبر تقييم الأداء مثلاً) ويخاطب أيضاً ما إذا كانت عمليات الأفراد مثل تقييم الأداء والتدريب فعالة ومحترمة من قبل العاملين. هذا القسم يستكشف ما إذا كان هناك نظام

لتمكين الأفراد في أعمالهم بزيادة مضطربة ومنخرطون في التحسين المستمر للمنظمة (هذا الانخراط للعاملين في أنشطة التحسين المستمر مبني بالأساس على افتراض الأداء عبر منهج فرق العمل لحل المشكلات وتحديد الفرص)

1/3 هل خطط الأفراد (مثلاً: التعيين، التدريب، التطوير) تشتق مباشرة من احتياجات الخطط الاستراتيجية والأهداف وقادرة على تأكيد أن الخطط والأهداف سوف تنفذ؟

A	B	C	D
---	---	---	---

2/3 هل تتأكد منظمتكم أن الأفراد الذين يتم تعيينهم يناسبون قيم واحتياجات المنظمة وهل هناك أي عملية للتقييم (يحترمها جميع الأفراد) لجعل الأهداف والتدريب

متسقة مع قيم واحتياجات المنظمة؟

A	B	C	D
---	---	---	---

3/3 هل لدى منظمتكم عملية تتضمن جميع العاملين في إجراء التحسينات وهل يتم تمكين العاملين ورفع مقدراتهم لاتخاذ القرارات والتغيرات دون أن يعرضوا المنظمة للخطر؟

A	B	C	D
---	---	---	---

4/3 هل تم إنجاز نظام فعال للاتصالات في اتجاهين (من أعلى إلى أسفل ومن أسفل إلى أعلى) مع العاملين وهل يوافق العاملون أن آرائهم تحترم ويتم إخطارهم بصورة جيدة؟

A	B	C	D
---	---	---	---

5/3 هل يتم الاعتراف بمجهودات الأفراد في التحسين ومساهماتهم في نجاح المنظمة وهل يتم تعظيم هذه المساهمات ويتم مكافأتهم مقارنة بالأعمال الأخرى (مثلاً عمولة المبيعات، فترة الخدمة والمؤهلات) ؟

A	B	C	D
---	---	---	---

4/ الشراكات والموارد

يفحص هذا القسم كيفية إدارة المنظمة لمواردها الخارجية الأساسية مثل الشراكات مع الموردين، الموزعين، أجهزة الرقابة والآخرين وكذلك مواردها الداخلية مثل المالية، المعلومات (بما فيها تكنولوجيا المعلومات)، الأصول المادية (مثل المباني، المعدات، الإمدادات والمخزون)، التقنية الجديدة والمعرفة. هذا القسم يقيم ما إذا كانت هذه الموارد الأساسية متسقة ومستخدمة بفعالية لإنجاز الاستراتيجية الكلية للمنظمة ومنسجمة مع قيمها وتدار بفعالية ويتم تحسينها باستمرار

1/4 هل يتم تطوير علاقات الشركاء باستخدام منهج نظامي ومنظم وهل يقوم هؤلاء الشركاء بتحديد وإنجاز فرص إضافية في المنتجات، الخدمات، الأسواق والأداء المالي؟

A	B	C	D
---	---	---	---

2/4 هل لدى منظمكم آليات للتأكد من أن جميع المعلومات ذات الصلة بما في ذلك البيانات عن أداء العمليات، الموردين (أداء الموردين)، الزبائن (درجة إشباع الزبائن) والمقارنات يمكن الاعتماد عليها ويتم تحديثها ويمكن الحصول عليها بسرعة واستخدامها بواسطة الأفراد المعنيين (الموردين، الزبائن، الموزعين، متى ما كان ذلك ملائماً)؟

A	B	C	D
---	---	---	---

3/4 هل لدى منظماتكم منهج للتأكد من أن تخصيص واستخدام مواردها المالية يعكس ويساعد الأهداف

الاستراتيجية والقيم ويؤكد النجاح الدائم للمنظمة ؟

A	B	C	D
---	---	---	---

4/4 هل أصول المنظمة المادية من مباني ومعدات ومواد يتم تحسينها باستمرار لصالح المنظمة وتقوية

أهدافها الاستراتيجية والمحافظة على الموارد ؟

A	B	C	D
---	---	---	---

5/4 هل هناك إجراءات روتينية للتأكد من أن البدائل الجديدة للتقنية تم (أو يتم) تطويرها وتنفيذها وأن

استخدام المعرفة يتم بطريقة مثلى للحصول على ميزة تنافسية للسلع والخدمات ؟

A	B	C	D
---	---	---	---

5/ العمليات

يفحص هذا القسم الكيفية التي تتعرف وتتعلم بها المنظمة زبائنها وتترجم احتياجاتهم الحاضرة والمستقبلية إلى سلع وخدمات ذات قيمة لهم. يتضمن هذا القسم أيضاً متطلبات ضبط المنظمة لعملياتها التي ربما تتضمن أنشطة مثل الابتكار، تسليم السلع والخدمات الأساسية، علاقات الزبائن والموردين ووظائف الأعمال والدعم (مثل الحسابات، شؤون الأفراد، إصدار الفواتير). يمكن أن يتضمن نظام الجودة لضبط عمليات المنظمة أمراً مثل التوثيق والمراجعة لتأكيد أن الإجراءات فعالة ، مفهومة ومستخدمه وكذلك تطبيق أي إجراءات تصحيحية ضرورية أو تحسينات . يجب تطبيق كل المتطلبات السابق ذكرها على

العمل والعمليات المساندة* جنباً إلى جنب على عمليات المنتجات والخدمات الأساسية*. هذا القسم يشبه بشكل كبير متطلبات آيزو 9001:2000

1/5 هل لدى منظمتم نظام للتأكد من أن جميع الأنشطة المستخدمة لإنتاج السلع والخدمات تعمل ويتم ضبطها وفقاً لمتطلبات أنظمة الجودة (مثل آيزو 9000 أو آيزو 14000)؟

A	B	C	D
---	---	---	---

2/5 هل لدى منظمتم طريقة معتمدة وشاملة لمعرفة تصورات واحتياجات وتوقعات الزبائن والأسواق التي تعمل بها ؟

A	B	C	D
---	---	---	---

3/5 هل لدى منظمتم نظام معتمد وشامل للتأكد من أن احتياجات الزبائن تم تحويلها الى سلع ومنتجات جديدة ؟

A	B	C	D
---	---	---	---

4/5 هل هناك تحسين مستمر للعمليات (استناداً على تحديد الفرص والاحتياجات عن طريق تحليل بيانات الزبائن والبيانات التشغيلية والمفاضلات الخارجية)؟

A	B	C	D
---	---	---	---

* العمليات المساندة هي تلك العمليات التي لا تؤثر مباشرة على الزبون النهائي (وبصفة عامة غير مرئية للزبون ولكنها تساعد في تشغيل المنظمة
* عمليات المنتجات والخدمات الأساسية هي تلك العمليات التي تؤثر مباشرة على الزبون النهائي

5/5 هل لدى منظماتكم طريقة معتمدة وروتينية لتقييم تنفيذ وفعالية جميع النظم المستخدمة للتحكم في الأنشطة ؟

A	B	C	D
---	---	---	---

6/5 هل تقوم منظماتكم بالتأكد من أن المراجعات والنتائج تستخدم لتحسين النظم عن طريق تنفيذ معالجة الأسباب الجذرية (وليس فقط المعالجة الوقتية) ومن ثم منع حدوث المشاكل مرة أخرى ؟

A	B	C	D
---	---	---	---

7/5 هل الأنشطة المساندة على سبيل المثال (الحسابات، التقنية، معالجة البيانات، شئون العاملين، الجوانب القانونية والسكرتارية) يتم توثيقها وضبطها وتحسينها باستمرار، على الأقل مثلما يتم على مستوى المنتج الرئيسي وأنشطة الخدمات ؟

A	B	C	D
---	---	---	---

6/ نتائج الزبائن

يفحص هذا القسم الطريقة التي تحدد بها المنظمة مجموعات زبائنها الخارجين المتنوعة وتقوم بتجزئتهم وقياسهم. هذا القسم يقيم القياسات والنتائج التي تشير إلى رضا وولاء الزبائن . هذا القسم يتساءل عن كلٍ من الإدراك الحقيقي للزبون الذي يمكن الحصول عليه الاستبيانات الخارجية وخلافه وكذلك عن القياسات والنتائج التي تميل الى التنبؤ بالأنماط أو تؤثر على رضا الزبون وولائه مثل مستوى الشكاوى ، تكاليف الضمان ، التسليم المتأخر ، المنتجات المعيبة ، الطلبات الملغاة .. الخ .

1/6 هل تقوم منظمتكم بتقييم إدارتها لعلاقات الزبائن عن طريق تطوير مقاييس تتنبأ أو تؤثر على درجة رضا الزبائن وولائهم (سرعة الاستجابة والتوقيت المناسب لمطالبهم)، الزبائن المفقودين الفوائد التي يجنيها الزبائن، مطالبات الضمانات من الزبائن، شكاوى الزبائن والثناء عليهم ؟

A	B	C	D
---	---	---	---

2/6 هل المقاييس في السؤال أعلاه (الداخلية ذات الصلة بدرجة رضا وولاء الزبائن) توضح أن هناك تحسناً مستمراً وأداء جيداً ؟

A	B	C	D
---	---	---	---

3/6 هل يمكن للمنظمة توضيح أن نتائج المقاييس الداخلية ذات الصلة برضاء وولاء الزبائن يمكن مقارنتها بمن هم أفضل منها والمنظمات المنافسة ؟

A	B	C	D
---	---	---	---

4/6 هل تقوم منظمتكم (بصورة دورية) بإجراء مسوحات للزبائن لتحديد درجة رضاهم بالمنتجات والخدمات التي تقدمها لهم وهل هذه المقاييس تغطي جميع الجوانب التي تقيس رضا الزبائن ودرجة وولائهم ؟

A	B	C	D
---	---	---	---

5/6 هل تم تجزئة نتائج الزبائن لتوضيح تصورات المجموعات المختلفة منهم بما في ذلك الزبائن الذين فقدتهم المنظمة والمحتملين ؟

A	B	C	D
---	---	---	---

6/6 هل هذه النتائج المتعلقة بالزبائن تشير إلى أن هناك تحسناً ومستويات أداء عالية ؟

A	B	C	D
---	---	---	---

7/6 هل لدى منظماتكم بيانات توضح أن نتائج الزبائن يمكن مقارنتها مع بيانات أفضل منافسيكم أو المنظمات المشابهة لكم ؟

A	B	C	D
---	---	---	---

8/6 هل لدى منظماتكم إجراء روتيني لتحديد أهداف تحسين الأداء للمقاييس الداخلية والتصورات الحقيقية للزبائن لقياس درجة ولائهم ؟

A	B	C	D
---	---	---	---

9/6 هل يمكن أن تبرهن منظماتكم أن نتائج مسح الزبائن تستخدم بفعالية لتحسين المنتجات والخدمات ؟

A	B	C	D
---	---	---	---

7/ نتائج الأفراد

يفحص هذا القسم الأنماط ومستويات الرضاء لجميع العاملين بالمنظمة. إنه يتساءل عن إدراكات العاملين التي يمكن الحصول عليها عن طريق المسوحات ، مجموعات التركيز .. الخ وكذلك عن القياسات الداخلية والنتائج التي تميل إلى التنبؤ أو التأثير على رضاء الأفراد . هذا القسم يسأل ما إذا كانت النتائج معروفة وتم العمل بموجبها وهل تمت مقارنتها مع نتائج المنظمات الأخرى .

1/7 هل تقوم منظماتكم وبصورة منتظمة بقياس وتقييم الجوانب التي تنتبأ باتجاهات أو تؤثر على رضاء الأفراد ومعنوياتهم (مثل الغياب، المرض، دوران العمل، الذين يتركون العمل مبكراً، مستويات التدريب، الترقية الداخلية، مستوى حوادث العمل، مستويات الاعتراف والتطلعات) وهل تؤثر على النتائج ؟

A	B	C	D
---	---	---	---

2/7 هل يتم الحصول على تغذية عكسية بانتظام (عن طريق الاستبيانات، المقابلات، المجموعات، الخ) عن تصورات الأفراد فيما يتعلق بالجوانب المختلفة للمنظمة مثل بيئة العمل، الصحة، الأمان، الاتصالات، فرص العمل والترقي، المرتبات، التقييم، الاعتراف، التدريب والمستوى العام للرضاء وهل قامت المنظمة بوضع المقاييس الملائمة لهذه الجوانب ؟

A	B	C	D
---	---	---	---

3/7 هل تم مقارنة مقاييس المنظمة الداخلية والتصورات مع الشركات المماثلة ؟

A	B	C	D
---	---	---	---

4/7 هل تم إخطار جميع الأفراد بنتائج رضا العاملين وهل اتخذت الإدارة أية إجراءات للتعامل مع هذه المستويات من الرضاء؟

A	B	C	D
---	---	---	---

5/7 هل النتائج (خاصة تلك المتعلقة بالتصورات الحقيقية عن درجة رضا الأفراد) توضح أن هناك اتجاهاً نحو التحسن أو حققت مستويات عالية من الرضاء وهل يمكن مقارنتها مع المنظمات المشابهة لمنظمتكم؟

A	B	C	D
---	---	---	---

8/ نتائج المجتمع

يفحص هذا القسم أنشطة المنظمة التي تؤثر على المجتمع المحلي وعلى المجتمع الكبير . يعتمد " المجتمع الكبير " على حجم ونوع المنظمة. هذا القسم يخاطب مستويات أنشطة المنظمة بكونها جار جيد ، محافظ على الموارد الطبيعية وتقليل التلوث .

1/8 هل يمكن لمنظمتكم برهان أنها حققت نتائج لمنع أو تقليل الأضرار أو الإزعاج لجيرانكم والبيئة بصفة عامة ، أو المحافظة على أو حماية الموارد (مثلاً الطاقة، النفايات، الهدر) وهل لديكم مساهمة إيجابية تجاه المجتمع (دعم المنظمات الطوعية، التعليم، الرياضة، الترفيه، والقيادة في القضايا المهنية)؟

A	B	C	D
---	---	---	---

2/8 هل الأنشطة في المجالات المذكورة أعلاه توضح أن هناك تقدم وهل النتائج المتحصلة تماثل الشركات المشابهة لكم محلياً؟ أو قطاع الأعمال؟

A	B	C	D
---	---	---	---

3/8 هل يمكنكم توضيح . عن طريق المسوحات أو أي طرق أخرى . أن جيرانكم والمجتمع بصفة عامة

لديه صورة إيجابية (طيبة) عن هذه الجوانب وأن سمعتم في هذا الصدد تتحسن ؟

A	B	C	D
---	---	---	---

9/ نتائج الأداء الرئيسية

يفحص هذا القسم النتائج التشغيلية الكلية للمنظمة. إنه يقيّم أولاً نسب ومؤشرات الأداء لمتوسط الناتج الأساسي مثل الإنتاجية، الأرباح، العائد على رأس المال، حصة السوق، العائد من المبيعات، العائد من الاستثمار.. الخ ، ثم إنه من بعد ذلك يقيّم القياسات والأداء للأنشطة الداخلية الأساسية (عمليات) التي تساهم مباشرة في توليد منتج أو خدمة مثل الفوائد ، زمن الدورة ، معدلات الأخطاء ، معدلات الراجع ، جودة المورد ، التعديلات غير المخططة .. الخ .

أخيراً هذا القسم يقيّم عمليات المساندة والأعمال التي تساهم في التشغيل الفعال للمنظمة مثل تكنولوجيا المعلومات ، الأمن ، التمويل ، الإدارة .. الخ

1/9 هل تشير نتائج أداء منظماتكم المالي وغير المالي (الأرباح، الهوامش، الحجم، حصة السوق، الخ)

إلى أن هناك نمطاً متحسناً ؟

A	B	C	D
---	---	---	---

2/9 هل هذه الحصيلة الأساسية المالية وغير المالية لها نتائج يمكن مقارنتها مع أو أفضل من

المنافسين المباشرين أو المنظمات المكافئة لكم ؟

A	B	C	D
---	---	---	---

3/9 هل يتم تجزئة هذه النتائج حسب قطاع الأعمال، الأسواق، المنتجات والخدمات لتوضيح الاختلاف

في الأداء؟

A	B	C	D
---	---	---	---

4/9 هل يتم قياس ومعرفة جميع الأنشطة (العمليات) التي تساهم مباشرة في المنتج أو الخدمة ؟

A	B	C	D
---	---	---	---

5/9 هل تشير نتائج الأنشطة المتعلقة بالمنتجات والخدمات إلى تقدم وتحسن ؟

A	B	C	D
---	---	---	---

6/9 هل يمكن مقارنة أنشطة المنتجات والخدمات بأنشطة المنظمات المشابهة لكم / هل هي أفضل ؟

A	B	C	D
---	---	---	---

7/9 هل نتائج أنشطة المساندة والإدارة (مثلاً التقنية، القانونية، الأمن، الحسابات) تشير إلى أن هناك

تقدم وتحسن وهل يمكن مقارنتها بالمنظمات المشابهة لكم، هل هي أفضل من المنظمات الأخرى؟

A	B	C	D
---	---	---	---

اتفاقية العمل بالصيدلية "صيادلة"

بهذا فقد تم الاتفاق والتراضي بين كل من الطرفين الوارد ذكرهم:

1/ **صيدلية:** وتسمى فيما بعد " لأغراض هذه الاتفاقية" بالطرف الأول، ويمثلها السيد/

(2) **طبيب صيدلي:** رقم التسجيل الدائم بالمجلس الطبي (.....)

ويسمى فيما بعد " لأغراض هذه الاتفاقية " بالطرف الثاني،

اتفق وتراضي الطرفان علي الاتي :-

(أ) واجبات الطرف الأول:-

- تهيئة بيئة العمل بالصيدلية حسب مواصفات وإشتراطات الجهات المختصة
- إعطاء الطرف الثاني كل التسهيلات الممكنة لممارسة مهنة الصيدلة بالصورة المطلوبة
- السعي لتلبية طلبات الأدوية الواردة إليه من الطرف الثاني أو من ينوب عنه.
- دفع استحقاق الطرف الثاني حسب ساعات العمل المتفق عليها أدناه (فقرة ب)، وذلك نهاية كل شهر ميلادي. أو بالكيفية المتفق عليها بين الطرفين.
- منح الطرف الثاني إجازة عن العمل أيام "الجمعة" والعطلات الرسمية، بالإضافة إلي إجازة سنوياً. أو بالكيفية المتفق عليها بين الطرفين.
- يحسب الإستحقاق بنظام " الساعة الشهرية " وهي عدد ساعات عمل ثابتة يومياً وبنظام لمدة شهر ميلادي.
- منح الطرف الثاني إستحقاقه مقابل الساعة الشهرية، وذلك حسب عدد ساعات الورديات المتفق عليها بين الطرفين.

(ب) واجبات الطرف الثاني:-

- العمل وفق القوانين واللوائح المنظمة للعمل الصيدلاني بالبلاد.
- العمل بصيدلية الطرف الأول، عدد (.....) ساعة يومياً (ماعدا أيام العطلات المتفق عليها) وذلك من الساعة (.....) حتي الساعة (.....).
- تنفيذ كل المهام الموكلة إليه في الوصف الوظيفي (مرفق).
- عدم مغادرة الصيدلية **إطلاقاً** أثناء ساعات العمل.
- التعاون مع الطرف الأول لإيجاد طبيب صيدلي بديل، في حالة غيابه عن العمل.
- الحفاظ علي سرية المعلومات الخاصة بالعمل.
- إخطار الطرف الأول قبل مدة لا تقل عن شهر إذا رغب في ترك العمل بالصيدلية.
- الإلتزام الأدبي بعدم العمل في صيدلية مجاورة/ منافسة ، في حالة ترك العمل بالصيدلية.

(ج) الواجبات المشتركة :-

1. الإلتزام الكامل بأخلاقيات وآداب مهنة الصيدلة .
2. العمل علي ترقية العمل الصيدلاني بالصيدلية .
3. التعاون علي إدارة الصيدلية بصورة جيدة .
4. معالجة المشاكل بين الطرفين ودياً.

(د) تجديد وإلغاء الإتفاقية:-

- تسري هذا الاتفاقية لمدته عام ميلادي إبتداء من تاريخ التوقيع عليها، وتجدد ضمناً نهاية المدة، وحسب رغبة الطرفين.
- تلغي الاتفاقية برغبة الطرفين، أو أحدهما علي ان يطلع الطرف الآخر برغبته قبل شهر من الموعد المحدد.

والله ولي التوفيق،،،،

مرفق رقم (4):

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا - كلية الدراسات العليا

بحث بعنوان: تطبيقات الجودة الشاملة والتميز المؤسسي في الرعاية الصحية،

تقديم الدارس: نجم الدين أحمد محمد مجذوب الحاج

التاريخ:..... الزمان:..... المكان:.....

قائمة الحضور للسمنار

رقم	الاسم	الجهة/ المؤهل الاكاديمي	التوقيع
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			

الإختصارات باللغة الإنجليزية

HACCP	Hazard Analysis Critical Control Points
EFQM	European Foundation for Quality Management
CPG	Clinical Practice Guidelines
FDA	Food and Drug Administration
GDP	Gross Domestic Product
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
UK	United Kingdom
USA	United States of America
CMS	Central Medical Supplies
HC	Health Centre
MoH	Ministry of Health
NDP	National Drug Policy
NGOs	Non- Governmental Organizations
NPOs	Non- Political Organizations

RDF	Revolving Drug Fund
TQM	Total Quality Management
WHO	World Health Organization

المصطلحات باللغة الإنجليزية

Benchmarking	The activity of comparing a particular process or result in one organization with the equivalent in other organizations with the purpose of improvement
Cost effectiveness analysis (CEA)	Economic analysis that compare health-care interventions that have a common health outcomes measured in natural units
Effectiveness	Effect of treatment when studied in real-life setting
Efficacy	Effect of treatment when studied under ideal conditions, randomized controlled trial (RCT)
Equity	Fairness; equity in health means that people's needs guide the distribution of opportunities for well-being, there are many definitions of equity (e.g. equity of access) and needs (e.g. capacity to benefit)
Health economic	Application of economics to health
Pharmacoeconomics	Application of health economics to pharmaceuticals
Perspective	Viewpoint of the analysis, i.e. who pays the costs

المصطلحات باللغة العربية

الجودة
الأصل الاشتقاقي: (ج و د) وهو أصل يدل على التسمح بالشيء وكثرة العطاء، وخالصة المعنى اللغوي يتضمن ما يلي: العطاء الواسع والأداء الجيد الذي يبلغ حداً فائقاً.

الإتقان
الأصل الاشتقاقي: (ت ق ن) يدل على إحكام الشيء، وخالصة المعنى اللغوي يتضمن ما يلي: الحذق وإحكام الأشياء وجودة الأداء.

الكفاءة
الأصل الاشتقاقي: (ك ف أ) يدل على الحسب الذي لا مستزاد فيه، وخالصة المعنى اللغوي يتضمن ما يلي: القيام بالأمر قياماً لا مزيد عليه.

التحقق
تستخدم مختلف طرق التحقق والمراجعة والاختبارات والإجراءات التي تتمثل في اخذ العينات العشوائية وتحليلها للحكم علي مدي كفاءة النظام والتأكد ما اذا كان النظام يعمل طبقاً للخطة الموضوعة أم لا؟.

نظام الجودة الصحية
الإلتزام بالمعايير والأداء الصحيح بطريقة آمنة ومقبولة من المجتمع وبتكلفه مقبولة بحيث تؤدي إلي إحداث تأثير على نسبة الحالات المرضية، نسبة الوفيات، الإعاقة، وسوء التغذية، (منظمة الصحة العالمية، 1988).

جودة الخدمة
هي قدرة الخدمة الصحية على تحسين مخرجات صحة الفرد والمجتمع وبحيث تتماشى مع المعارف الطبية الحديثة، (المعهد الطبي، 1990).

تعزيز الصحة
تعرف بأنها عبارة عن العملية التي من خلالها يستطيع الأشخاص التحكم والسيطرة على مستوى صحتهم، ويتم عن طريق التنقيف الصحي، ومن خلال برامج ترقية الأشخاص وتوعيتهم.

Personal Information:

السيرة الذاتية للباحث

مرفق (رقم 8)

Name	Nagmeldien Ahmed Mohammed Magzoub
الاسم	نجم الدين أحمد محمد مجذوب
Date of Birth	August 27 th , 1969
Nationality	Sudanese
Marital Status	Married & have a family
Profession	Consultant Pharmacist
Languages Skills	Arabic & English
Current position	Director, Total Quality Management Unit, Al Amal Hospital, Sudan
Institution	Ministry of Health- Khartoum State
Areas of interest & Expertise	Total Quality Management (TQM)
	Infection Control in Hospitals
	Pharmacy Practice
	Management of pharmaceuticals services
	Social and Administrative Pharmacy
	Pharmacoeconomics and outcomes research
	Traditional And Complementary Medicines (Herbal Medicines)
	Drug Policy and Management
	Pharmaceuticals Marketing
	Socio-Behavioural Aspects of Pharmacy & Health
E-mail	drnagm@gmail.com

Academic Education &Qualifications:

- PhD. Total Quality Management in Health care system; Sudan University, 2020, Sudan.
- MSc. Pharmacy (Pharmacoeconomics), 2005. USM, Malaysia.
- B.Pharm. Hons. (Bachelor in Pharmacy) – June 1998– Faculty of pharmacy – University of Khartoum, Sudan.

Academic & Publication Experience الإصدارات الأكاديمية

No	Title	Type	Year
1	دليل سياسات مكافحة العدوي بمستشفى الأمل (مشاركة في الإعداد)	Booklet	2020
2	تجويد العملية الادارية بتوحيد الشؤون الصحية بمحليات ولاية الخرطوم (تجربة محلية الخرطوم بحري)	Paper	2018
3	University–Based Smoking Cessation Program Through Pharmacist–Physician Initiative: An Economic Evaluation* ²	Article	2016
4	دليل الأدوية المخدرة والمراقبة (مشاركة في الإعداد)	Booklet	2014
5	تاريخ وتطور الصيدلة بولاية الخرطوم	Booklet	2013
6	دليل الجودة للإدارة والممارسة المهنية في صيدلية المجتمع (النسخة الثانية)	Booklet	2010
7	Health Promotion Initiatives: SMOKING CESSATION AND WEIGHT MANAGEMENT PROGRAMS IN USM	Book (Monograph)	2009
8	تجويد نظام الإمداد الطبي بولاية الخرطوم	Paper	2006
9	PHARMACOECONOMICS EVALUATION OF SMOKING CESSATION PROGRAM CONDUCTED IN UNIVERSITI SAINS MALAYSIA* ¹	Paper	2005
10	دليل الجودة للإدارة والممارسة المهنية بصيدلية المجتمع (النسخة الأولى)	Booklet	2004

*¹ Abstract of paper presented and published in “Malaysian Conference on Tobacco Control (MCTC), 2005” held in Kuala Lumpur, Malaysia. 19- 21 May 2005.

*² Journal of Clinical and Diagnostic Research. 2016 Feb, Vol-10(2): LC11-LC15