



وزارة الصحة

التحليل البيئي لواقع جودة الرعاية الصحيّة، 2023



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

قال الله تعالى

﴿قُلِ الرُّوحُ مِنْ أَمْرِ رَبِّي وَمَا أُوتِيتُمْ مِنَ الْعِلْمِ إِلَّا قَلِيلًا﴾

(الإسراء ٨٥)

صدق الله العظيم

قائمة المحتويات

7	قائمة الجداول:
8	قائمة الأشكال:
9	مدخل:
12	الفصل الأول
12	مقدمة عامة عن التحليل
13	1.1.1 أهداف التحليل:
14	2.1.1 أهمية التحليل:
14	3.1.1 الحدود المكانية والزمانية:
14	4.1.1 منهج الدراسة وأدواتها:
15	أداة الاعتماد العربي للمؤسسات الصحية:
16	أداة تقييم الحوكمة والإدارة والقيادة:
16	أداة تقييم حوكمة الجودة:
16	أداة تحليل الفجوات:
16	أداة تقييم الجودة في المختبرات التشخيصية:
17	أداة تقييم الجودة في بنوك الدم:
17	أداة تقييم الجودة في مراكز الرعاية الصحية الأولية:
17	أداة تقييم الجودة في مراكز الأورام:
17	أداة تقييم الجودة في مراكز الغسيل الكلوي:
17	أداة تقييم الجودة في مراكز العلاج الطبيعي:
18	5.1.1 مجتمع وعينة الدراسة التحليلية:
21	الفصل الثاني
21	تحليل الوضع الراهن

23	1.1.2 . خلفية مختصرة عن الوضع السكاني والصحي في اليمن:
28	2.1.2 . المؤشرات الصحية:
28	1.2.1.2 . مؤشرات الأمومة والطفولة:
28	2.2.1.2 . مؤشرات المراضة والوضع الوبائي:
29	3.2.1.2 . مؤشرات خاصة بعناصر النظام الصحي ونسب التغطية:
30	2.2 . تحليل الأداء الراهن للنظام الصحي:
30	1.2.2 . الوضع الراهن للوفيات:
32	2.2.2 . الوضع الراهن لتغذية الأمهات والأطفال:
33	3.2.2 . الوضع الراهن للأمراض المعدية:
34	4.2.2 . التغطية بالرعاية الصحية الأولية:
35	5.2.2 . التغطية بالكادر الطبي:
36	6.2.2 . توافر الأسرة:
39	3.2 . تحليل خدمات الرعاية الطبية:
39	1.3.2 . الفجوة في خدمات العمليات الجراحية:
40	2.3.2 . الفجوة في خدمات العناية المركزة:
40	3.3.2 . الفجوة في خدمات الحضانات الوليدية:
40	4.3.2 . الفجوة في السعة السريرية (الرقود الداخلي):
40	5.3.2 . الفجوة في الخدمات التشخيصية:
41	4.2 . تقييم وتصنيف المستشفيات:
43	الفصل الثالث
43	نتائج التحليل البيئي لواقع جودة الرعاية الصحية 2023
46	2.3 . نتائج تقييم حوكمة الجودة من وجهة نظر القيادات الصحية (الوزارة – مكاتب الصحة)
51	3.3 . نتائج تقييم الحوكمة والإدارة والقيادة من وجهة نظر القيادات الصحية في المستشفيات
57	5.3 . نتائج تقييم تطبيق معايير الجودة في المستشفيات:

6. نتائج تحليل واقع وفجوة تطبيق معايير الجودة في المستشفيات الريفية والمحورية: 71
7. نتائج تحليل واقع تطبيق معايير الجودة في مستشفيات الأمومة والطفولة: 72
- 6.3. تحليل مستوى الجودة في المراكز الطبية التخصصية: 73
- لقد قام الفريق بجمع وتحليل البيانات التي حصلوا عليها من المشاركين حول مستوى تطبيق معايير الجودة واعتماد المراكز الطبية التخصصية التالية: 73
- 1.6.3. نتائج تقييم معايير الجودة في مراكز القلب: 74
- 2.6.3. نتائج تحليل مستوى تطبيق معايير الجودة في مراكز الأورام والعلاج الإشعاعي: 74
- 3.6.3. نتائج تقييم تطبيق معايير الجودة في مراكز ومستشفيات الأمراض النفسية: 76
- 4.6.3. نتائج تقييم مستوى تطبيق معايير الجودة في مراكز العلاج الطبيعي: 77
- 5.6.3. نتائج تقييم مستوى تطبيق معايير الجودة في المختبرات الطبية: 82
- 6.6.3. نتائج تقييم مستوى تطبيق معايير الجودة في بنوك الدم: 84

89. الفصل الرابع. 89

89. الاستنتاجات 89

- 1.4. الوزن النسبي للأهمية والتأثير لعناصر الضعف والفرص والتهديدات: 91
- 1.1.4. الوزن النسبي للأهمية والتأثير بحسب محاور معايير أداة التقييم: 91
- 2.1.4. نقاط القوة والضعف لواقع نظام الجودة والحوكمة على المستوى الوطني: 108
- 3.1.4. الوزن النسبي للأهمية والتأثير للفرص المتاحة: 110
- 4.1.4. الوزن النسبي للأهمية والتأثير للتهديدات: 111
- 2.4. الاستنتاجات العامة للتحليل البيئي لجودة الرعاية الصحية: 113
- 3.4. القضايا الحرجة بناءً على نتائج التحليل البيئي لجودة الرعاية الصحية: 119

قائمة الجداول:

- جدول 1 2 مؤشر معدل الوفيات والفجوة المطلوب ردمها حتى عام 2030م 30
- جدول 2 2 نسبة انتشار سوء التغذية بين الامهات والاطفال والفجوة حتى العام 2030م 32
- جدول 3 2 المؤشرات الراهنة للأمراض المعدية وحجم الفجوة حتى العام 2030م 33
- جدول 4 2 مؤشرات التغطية بالرعاية الصحية الأولية وحجم الفجوة حتى العام 2030م 34
- جدول 5 2 مؤشرات التغطية بالكادر الطبي وحجم الفجوة حتى العام 2030م 35
- جدول 6 2 مؤشرات توافر الأسرة وحجم الفجوة حتى العام 2030م 36
- جدول 7 2 مؤشرات توافر المرافق الصحية وحجم الفجوة حتى العام 2030م 37
- جدول 8 2 فجوة المرافق والكادر الصحي بحسب النمو السكاني حتى العام 2030م 38
- جدول 9 2 الهيئات والمستشفيات التي شملتها عملية التقييم لقياس أثر الدعم المقدم للفرق الطبية على تقديم الخدمات الطبية 39
- جدول 10 2 نتائج تصنيف المستشفيات وفقاً لتقييم وزارة الصحة خلال الأعوام 2019 – 2023. 41
- جدول 1 3 نتائج تقييم درجة الامتثال لتطبيق معايير ومؤشرات حوكمة الجودة 46
- جدول 2 3 نسبة المعايير غير المطبقة في المستشفيات خلال الاعوام 2019-2021 51
- جدول 3 3 نتائج تقييم درجة الامتثال لتطبيق معايير ومؤشرات حوكمة الادارة والقيادة 52
- جدول 4 3 نتائج تقييم مستوى امتثال مراكز الرعاية الصحية الأولية بتطبيق معايير الجودة الصحية 54
- جدول 5 3 نتائج واقع الجودة في المستشفيات اليمنية 58
- جدول 6 3 مستوى تطبيق معايير رعاية المرضى في المستشفيات اليمنية 60
- جدول 7 3 يوضح مستوى تطبيق معايير السلامة وأمان المريض في المستشفيات اليمنية 63
- جدول 8 3 نتائج تحليل واقع معايير الإدارة والقيادة في المستشفيات اليمنية 66
- جدول 9 3 مستوى تطبيق معايير الخدمات المجتمعية في المستشفيات اليمنية 69
- جدول 10 3 واقع وفجوة تطبيق معايير الجودة في المستشفيات الريفية والمحورية 71
- جدول 11 3 نتائج واقع تطبيق معايير الجودة في مستشفيات الامومة والطفولة 73
- جدول 12 3 واقع تطبيق معايير الجودة في مراكز القلب 74
- جدول 13 3 واقع تطبيق معايير الجودة في مراكز الأورام والعلاج الاشعاعي 75
- جدول 14 3 واقع تطبيق معايير الجودة في مراكز ومستشفيات الامراض النفسية 77
- جدول 15 3 واقع تطبيق معايير الجودة في مراكز الأورام والعلاج الاشعاعي 78
- جدول 16 3 متوسط نتائج واقع الجودة بشكل عام في المراكز التخصصية 80
- جدول 17 3 واقع تطبيق معايير الجودة في المختبرات الطبية التشخيصية 82
- جدول 18 3 واقع تطبيق معايير الجودة في بنوك الدم 84
- جدول 19 3 متوسط نتائج واقع الجودة في المختبرات وبنوك الدم 88
- جدول 1 4 دليل تحديد الأولويات بناء على تحليل الأهمية والأثر 90
- جدول 2 4 الوزن النسبي لأهمية وتأثير مجالات رعاية المرضى 91
- جدول 3 4 تحليل نقاط القوة والضعف لمجالات رعاية المرضى 92
- جدول 4 4 الوزن النسبي لأهمية وتأثير مجالات سلامة وأمان المرضى 97
- جدول 5 4 تحليل نقاط القوة والضعف لمجالات سلامة وأمان المرضى 97
- جدول 6 4 الوزن النسبي لأهمية وتأثير عناصر مجال الإدارة والقيادة 100
- جدول 7 4 تحليل نقاط القوة والضعف لمجالات الإدارة والقيادة 100
- جدول 8 4 الوزن النسبي لأهمية وتأثير عناصر مجال الخدمات المجتمعية 107
- جدول 9 4 تحليل نقاط القوة والضعف لمجالات الخدمات المجتمعية 107
- جدول 10 4 الوزن النسبي لأهمية وتأثير الفرص المتاحة 110
- جدول 11 4 الوزن النسبي لأهمية وتأثير التهديدات التي تواجه نظام الجودة في المرافق والمؤسسات الصحية 111
- جدول 12 4 ترتيب الوزن النسبي لأهمية وتأثير محاور تحليل مستوى جودة الرعاية الصحية 118

قائمة الأشكال:

- شكل 3 1 واقع تطبيق معايير الجودة في مراكز الرعاية الصحية الأولية وحجم الفجوة المستهدف ردمها 55
- شكل 3 2 واقع وحجم الفجوة في تطبيق معايير رعاية المرضى في مراكز الرعاية الصحية الأولية 55
- شكل 3 3 واقع وحجم الفجوة في تطبيق معايير أمان وسلامة المريض في مراكز الرعاية الصحية الأولية 56
- شكل 3 4 واقع وحجم الفجوة في تطبيق معايير الإدارة في مراكز الرعاية الصحية الأولية 57
- شكل 3 5 واقع تطبيق معايير مجال رعاية المرضى بالمستشفيات 61
- شكل 3 6 واقع تطبيق معايير أمان وسلامة المريض بالمستشفيات 64
- شكل 3 7 واقع وحجم الفجوة في تطبيق معايير الإدارة والقيادة بالمستشفيات 67
- شكل 3 8 واقع وحجم الفجوة لمستوى تطبيق معايير الخدمات المجتمعية بالمستشفيات 70
- شكل 3 9 واقع وفجوة تطبيق معايير الجودة في المستشفيات الريفية والمحورية 72
- شكل 3 10 متوسط نتائج واقع الجودة بشكل عام في المراكز التخصصية 81
- شكل 3 11 متوسط نتائج واقع الجودة بشكل عام في المختبرات وبنوك الدم 88

مدخل:

تتميز اليمن جغرافياً بتنوع تضاريسها، ووقوعها في ممر ملاحية دولية، أكسبها مقومات جيو - سياسية، إلى جانب تحديات مرتبطة بالتوزع السكاني الكبير، والذي يتجاوز 133 ألف تجمع، حيث ينقسم اليمن إلى اثنين وعشرين محافظة مقسمة إلى 333 مديرية، مقسمة إلى 2210 عزلة، ثم إلى 38,284 قرية (حسب احصائيات 2001)¹، وهي تعاني من تباعد المساحات ووعورة الطرق، مما تسبب، ولا يزال، في صعوبة الوصول إلى الخدمات الصحية. كما أن استمرار الحرب والحصار في اليمن منذ العام 2015 ترك تداعياته على القدرة التشغيلية للمنشآت الصحية، وتوافر الكوادر البشرية الصحية المؤهلة، وبالتالي حدّ من تغطية وفاعلية الرعاية الصحية، وانتشار الأمراض السارية وغير السارية، وازدياد العبء المرضي، وهو ما ترك أثره على مستوى جودة خدمات الرعاية الصحية ومدى إمكانية إتاحتها وتوفير الغذاء والدواء.

ويبلغ تعداد السكان في اليمن حالياً حوالي 32 مليون نسمة تقريباً، ويقيم حوالي ثلثا السكان في مناطق ريفية، كما أنّ كثير من السكّان اضطروا إلى النزوح بسبب ظروف الحرب وعدم الاستقرار السياسي والتي أضعفت البنية التحتية للخدمات الأساسية من صحّة وتعليم وغيرها، مما أدى إلى إضافة تحدّي جديد، يتمثّل في تقديم رعاية ذات خصوصية للنازحين، والمجتمعات المضيفة لهم.

بحسب تقرير المفوضية السامية لشؤون اللاجئين للعام 2016 فإن الموقع الجغرافي المتميز لليمن جعل منها نقطة عبور رئيسية لكثير من الناس الذين يلتمسون اللجوء خلال الأزمات الإنسانية، والمهاجرين بحثاً عن حياة أفضل وعن فرص اقتصادية في الدول المجاورة. حيث تستضيف اليمن ما يقارب من 267,874 لاجئاً، و11,628 طالب لجوء، و28,717 من الوافدين الجدد².

وتتميز اغلب أجزاء اليمن بأراضيها وطرقها الصعبة وغير المنظمة وتشتتها السكاني في أكثر من 140.000 تجمع سكاني. وتشير إحصائيات الجهات الرسمية بأن ما يزيد على أكثر من 4.086.145 نازحاً ونازحة منذ 26 مارس 2015 وأكثر من 881.280 شخصاً متضررون جراء الأزمة الإنسانية (بحسب وزارة حقوق الإنسان 2020)³.

1 تقرير التنمية البشرية، برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، 2015

2 المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، اليمن عملية الاستجابة للاجئين 2016.
file:///C:/Users/WPS/Downloads/YemenRefugeeResponse2016April.pdf.

3 وزارة حقوق الإنسان 2020.

كما أن الوضع الاقتصادي في اليمن يواجه عدة تحديات ترتبط بالفقر، وتدني مستوى التعليم، وضعف شبكة الحماية الاجتماعية، حيث تعاني البلاد من تداعيات اقتصادية صعبة ناجمة عن ظروف الحصار والحرب التي أدت إلى تدمير معظم البنية التحتية للقطاع الصحي، الذي انعكس بدوره على الرعاية الصحية وجودتها، وإمكان تطبيق معايير الرقابة عليها، إلى جانب انقطاع رواتب العاملين الصحيين، وارتفاع معدلات البطالة، وجميعها مكونات تتصل بالمحددات الاجتماعية للصحة، وتؤثر سلباً على المؤشرات الصحية.

ومن جهة أخرى تأتي تحديات العولمة لتلقي بظلالها على خطط وواقع التنمية والصحة، بسبب الوضع الوبائي العالمي، وهجرة العاملين الصحيين، والتي من شأنها التأثير على مدى القدرة لبلوغ مرامي التنمية المستدامة، والوصول إلى التغطية الصحية الشاملة.

وعلى الرغم من الصعوبات والتحديات التي يعيشها البلد فقد قامت وزارة الصحة بدوراً أساسياً في البناء المؤسسي وقيادة النظام الصحي، من خلال سياساتها المستندة إلى الرؤية الوطنية لبناء الدولة اليمنية الحديثة، نحو تنسيق الأدوار والمسؤوليات على المستوى المركزي والوسطي والطرقي، إلى جانب إدارة التنسيق بين شركاء الصحة، حيث قامت الوزارة بتبني اعداد وتنفيذ عدد من الاستراتيجيات بالتعاون مع شركاء التنمية من أجل توفير وتحسين جودة الخدمات الصحية في مختلف مؤسساتها ومرافقها، سعياً منها للوصول إلى الأهداف الآتية⁴:

- تحقيق مستوى صحي أفضل لجميع سكان الجمهورية اليمنية بالتعاون مع القطاعات الأخرى.
- إتاحة خدمات الرعاية الصحية التي تتمتع بمعايير الجودة بعدالة تامة لجميع السكان.
- رفع مستوى أداء النظام الصحي وكفاءة العمل والعاملين به على مختلف مستوياته.
- الاستجابة المناسبة والملائمة لاحتياجات السكان وتقديم خدمات رعاية صحية ملائمة.
- رفع مستوى الوعي بالقضايا الصحية والإسهام في خفض معدل النمو السكاني ومواجهة المحددات الاجتماعية للتنمية الصحية ودعم تحسين نوعية الحياة.
- حشد موارد إضافية لتمويل الخدمات الصحية والتركيز على نظام التأمين الصحي الاجتماعي.

وتقود الوزارة النظام الصحي، وتعتبر الجهة المسؤولة عن جميع ما يتعلق بالصحة، وذلك استناداً إلى المهام الدستورية والقانونية الموكلة لها، لتحسين صحة المواطن، وقد كللت الوزارة جهودها السابقة من خلال تبنيها لمشروع اعداد استراتيجية وطنية لتحسين جودة الرعاية الصحية وقيادة مرافقها ومؤسساتها الصحية نحو الاعتمادية الصحية، وفق اسلوب علمي ومنهجية تركز على أسس التخطيط الاستراتيجي والتحليل البيئي الدقيق من خلال فريق يضم نخبة من الاكاديميين وخبراء الجودة بدعم وتعاون منظمة الصحة العالمية، والتالي تقرير موجز بأهم نتائج التحليل البيئي التي توصل اليها الفريق عن واقع جودة الرعاية الصحية في

⁴ الاستراتيجية الصحية الوطنية 2021-2025م.

النظام الصحي الوطني، والذي يعد المرحلة الأولى ضمن مشروع اعداد استراتيجية وطنية شاملة لتحسين جودة الخدمات الصحية وقيادة المرافق والمؤسسات الصحية الوطنية نحو الاعتمادية بهدف تنشيط السياحة العلاجية وانهاش الاقتصاد الوطني وبناء الدولة اليمنية الحديثة.

الفصل الأول

مقدمة عامة عن التحليل

تمهيد:

يتناول هذا الفصل التعريف بالإطار العام لعملية التحليل البيئي لجودة الرعاية الصحية من خلال تسليط الضوء على أهداف وأهمية التحليل وحدوده الزمانية والمكانية بالإضافة إلى مجتمع وعينة الدراسة التحليلية والمنهجية والادوات المستخدمة، والتي يمكن استعراضها من خلال المحاور الآتية:

1.1.1 أهداف التحليل:

يعد التحليل البيئي لجودة الرعاية الصحية في القطاع الصحي الوطني هو اللبنة الأولى والأساسية لبناء استراتيجية وطنية لتحسين جودة الرعاية الصحية، وتحتل عملية تحليل البيئة الداخلية والخارجية أهمية قصوى للمنظمات الصحية لاختيار الاستراتيجية الملائمة لها، وليس بوسع أي منظمة ان تضع استراتيجية ناجحة دون تقدير وتحليل وتقييم عناصر القوة والضعف في بيئتها الداخلية والفرص والتهديدات في بيئتها الخارجية، ويسعى الفريق من خلال التحليل البيئي إلى تحقيق الأهداف التالية:

1. تقييم وتحليل واقع إدارة وقيادة وحوكمة الجودة على مستويات النظام الصحي (وزارة الصحة، مكاتب الصحة، المرافق الصحية).
2. التعرف على واقع مستوى جودة الرعاية الصحية في المرافق الصحية (مراكز الرعاية الصحية الأولية، والمستشفيات والمراكز الصحية التخصصية).
3. تحليل حجم الفجوة بناء على نتائج التحليل البيئي لواقع جودة الرعاية الصحية.
4. عرض وتحليل عناصر القوة والضعف المتبقية وفق سلم أولويات يتيح لمتخذي القرار تحديد أولويات التدخل في المرحلة القادمة من خلال استراتيجية وطنية طويلة الامد (5 سنوات على الأقل) تهدف الى قيادة المستشفيات الوطنية نحو الاعتمادية في خطى متسارعة ومدروسة ومن خلال الاستغلال الامثل للإمكانات والقدرات والموارد المتاحة في إطار من الكفاءة والفاعلية، وفي ضل الفرص والتهديدات المفروضة من البيئة الخارجية (السياسية، الاقتصادية، الاجتماعية، التكنولوجية والعلاقات الدولية) على القطاع الصحي الوطني.

2.1.1 أهمية التحليل:

تتبع أهمية هذا التحليل من أهمية القطاع المدروس والمتمثل بقطاع الخدمات الصحية التي تعد واحدة من أهم الخدمات التي يحتاجها الانسان ولا يمكن أن يستغني عنها على الاطلاق، حيث يعد هذا التحليل هو الخطوة الاولى لبناء استراتيجية وطنية خمسية لتحسين جودة الخدمات الصحية الوطنية من خلال التعرف على واقع عناصر القوة والضعف والفرص والتهديدات التي يواجهها النظام الصحي الوطني في محاولة للخروج باستراتيجية وخطة استراتيجية تنبثق عنها مجموعة من الاستراتيجيات والخطط التنفيذية التي من خلالها ستسعى قيادة الوزارة بالتعاون مع شركاء التنمية الدوليين لتحسين جودة الخدمات الصحية في المستشفيات والمراكز الطبية التخصصية ومراكز الرعاية الصحية الاولية الوطنية.

3.1.1 الحدود المكانية والزمانية:

تتمثل الحدود الموضوعية والمكانية والزمانية لهذا البحث في الآتي:

1.3.1.1 الحدود الموضوعية:

تسلط هذه الدراسة الضوء على تحليل واقع جودة الخدمات الصحية في المرافق الصحية على مستوى الرعاية الصحية الأولية (المراكز الصحية) والثانوية (المستشفيات)، والثالثية (المراكز التخصصية) وكذلك المختبرات وبنوك الدم في القطاع الصحي اليمني بشقيه الحكومي والأهلي وكذلك سيتم تسليط الضوء على تحليل واقع الجودة على مستوى الوزارة ومكاتب الصحة التابعة لها في المحافظات.

2.3.1.1 الحدود المكانية والزمانية:

تم إجراء التحليل على مجموعة من مراكز الرعاية الصحية الأولية والمستشفيات والمراكز التخصصية الحكومية والأهلية العاملة في القطاع الصحي اليمني والخاضعة لإشراف وزارة الصحة العامة والسكان (صنعاء) خلال الفترة من يناير - مارس 2023م.

4.1.1 منهج الدراسة وأدواتها:

1.4.1.1 منهج الدراسة: يعد اختيار المنهج خطوة أساسية في عملية التحليل البيئي وهو الأساس السليم

للحصول على معلومات وبيانات دقيقة من خلال استخدام مجموعة من الأدوات لتجميع البيانات وتحليلها

والتوصل إلى النتائج التي تساعد في تقدير المستوى الحقيقي والواقعي لمستوى جودة الرعاية الصحية، حيث تم استخدام المنهج الوصفي بشقيه: المسح والتحليل لاستعراض ومناقشة الأدبيات والمواضيع المتعلقة بقضايا جودة الرعاية الصحية المقدمة في المستشفيات والمراكز الصحية العاملة في النظام الصحي اليمني، كما اتبع الفريق أسلوب التحليل الرباعي (SWOT) كونه من أهم منهجيات التحليل البيئية الداخلية والخارجية، الذي سيتم من خلاله الوصول الى تحديد عناصر القوة والضعف والفرص والتحديات ومن ثم تحديد الأهمية والتأثير لكل هذه العناصر.

2.4.1.1 أدوات جمع البيانات والمعلومات: إن عملية اختيار أداة محددة لجمع البيانات من بين عدة أدوات أخرى متاحة لا تخضع لذوق فريق العمل ورغباتهم في استخدام أداة دون غيرها بل تعتمد على عدة عناصر منهجية منها: طبيعة المشكلة، والمنهج البحثي المتبع، ومدى امكانية تطبيق الأداة المستخدمة ومجتمع وعينة الدراسة (حجمها ونوعها) والجهد والمقدرة المالية والوقت المتوافر، أما بالنسبة لعملية جمع البيانات والمعلومات اللازمة لإنجاز هذه الدراسة فقد تمثلت في الآتي:

1.2.4.1.1 مصادر ثانوية: اعتمد الفريق في اعداد الجانب النظري لهذه الدراسة وتشخيص الواقع على عدد من التقارير والدراسات ونتائج المسوحات والتقييمات السابقة والاحصائيات والمؤشرات السنوية وأوراق العمل الرسمية التي تناولت القطاع الصحي اليمني وجودة الخدمات الصحية التي تقدمها المؤسسات والمرافق الصحية التابعة لهذا القطاع.

2.4.1.12 مصادر أولية: اعتمدت هذه الدراسة التحليلية في جانبها العملي على عدد من الأدوات لجمع البيانات المطلوبة من مصادرها الأولية، يمكن ايجازها على النحو الآتي:

أداة الاعتماد العربي للمؤسسات الصحية:

هدفت هذه الأداة إلى تقييم واقع وتوفر أو ممارسة معايير الاعتماد العربي للمؤسسات الصحية في مؤسسات الرعاية الصحية اليمنية من: (هيئات ومستشفيات عامة ومركزية ومحورية وريفية وأمومة وطفولة، والمراكز الطبية التخصصية)، وتشمل على (410 معيار)، منها (174 معيار)

خاصة بالبنية التحتية والأساسية ويرمز لها بالرمز (S)، و(236 معيار) خاصة بالوظائف والعمليات الوظيفية ويرمز لها بالرمز (F)، وتتوزع معايير البنية التحتية ومعايير العمليات الوظيفية على أربعة محاور رئيسية هي: (رعاية المرضى، السلامة وأمان المريض، القيادة والإدارة، الخدمات المجتمعية)؛ حيث يضم كل محور على عدة مجالات فرعية مكونة له، وكل مجال يضم عدد من معايير البنية التحتية ومعايير العمليات الوظيفية.

وتم تقسيم درجات التقييم إلى ثلاث درجات (1، 2، 3) حسب مقياس ليكارت الثلاثي؛ حيث ترمز كل درجة إلى مستوى معين من تطبيق المعيار، وكما يلي:

- الدرجة الأولى (1= غير مطبق).
- الدرجة الثانية (2= مطبق جزئي)، وهذه الدرجة الثانية خاصة بمعايير العمليات الوظيفية فقط، أما معايير البنية التحتية أو الأساسية فيتم تقييمها بالدرجة الأولى أو الثالثة؛ حيث أنه يشترط توافرها أو تطابقها بشكل كلي).
- الدرجة الثالثة (3= مطبق كلي).
- بالإضافة إلى القيمة صفر (0= لا ينطبق على حال المؤسسة أو المرفق) أي لا ينطبق المعيار على المستشفى ونطاق خدماته.

أداة تقييم الحوكمة والإدارة والقيادة:

هدفت هذه الأداة إلى تقييم واقع توفر وممارسة حوكمة الإدارة والقيادة في مرافق الرعاية الصحية في اليمن، وشملت الأداة على (31 معيار رئيسي) و(156 معيار فرعي).

أداة تقييم حوكمة الجودة:

هدفت هذه الأداة إلى تقييم واقع توفر وممارسة حوكمة الجودة على مستوى النظام الصحي (وزارة ومكاتب الصحة والمرافق الصحية)، وشملت الأداة على (69 معيار رئيسي) و(98 معيار فرعي).

أداة تحليل الفجوات:

تم بناء هذه الأداة بالاستناد على نتائج تقييم مستوى توفر وتطبيق معايير الجودة التي تم التوصل إليها من خلال تحليل البيانات الخاصة بأداء الاعتماد العربي للمؤسسات الصحية، وكذلك مخرجات مجموعات العمل في تحديد المتطلبات الرئيسية وقياس الفجوة المطلوب ردمها، بالإضافة إلى قياس مستوى الأهمية والأثر لنقاط القوة والضعف والفرص والتحديات.

أداة تقييم الجودة في المختبرات التشخيصية:

هدفت هذه الأداة إلى تقييم واقع توفر وممارسة معايير الجودة في المختبرات التشخيصية في اليمن، وشملت الأداة على (31 معيار رئيسي) و(255 معيار فرعي).

أداة تقييم الجودة في بنوك الدم:

هدفت هذه الأداة إلى تقييم واقع توفر وممارسة معايير الجودة في مراكز بنوك الدم في اليمن، وشملت الأداة على (39 معيار رئيسي) و(276 معيار فرعي).

أداة تقييم الجودة في مراكز الرعاية الصحية الأولية:

تم تطوير وتعديل هذه الأداة من قبل فريق التحليل وقد هدفت إلى تقييم واقع وتوفر أو ممارسة مراكز الرعاية الصحية الأولية لمعايير الجودة، وتحتوي الأداة على (139 معيار)، منها (85 معيار) خاصة بالبنية التحتية والأساسية ويرمز لها بالرمز (S)، و(54 معيار) خاصة بالوظائف والعمليات الوظيفية ويرمز لها بالرمز (F)، وتتوزع معايير البنية التحتية ومعايير العمليات الوظيفية على أربعة محاور رئيسية هي: (رعاية المرضى، السلامة وأمان المريض، القيادة والإدارة، الخدمات المجتمعية)؛ حيث يضم كل محور على عدة مجالات فرعية مكونة له، وكل مجال يضم عدد من معايير البنية التحتية ومعايير العمليات الوظيفية.

أداة تقييم الجودة في مراكز الأورام:

هدفت هذه الأداة إلى تقييم واقع توفر وممارسة معايير الجودة في مراكز الأورام في اليمن، وشملت الأداة على (10 معايير رئيسية) و(55 معيار فرعي).

أداة تقييم الجودة في مراكز الغسيل الكلوي:

هدفت هذه الأداة إلى تقييم واقع توفر وممارسة معايير الجودة في مراكز الغسيل الكلوي في اليمن، وشملت الأداة على (10 معايير رئيسية) و(90 معيار فرعي).

أداة تقييم الجودة في مراكز العلاج الطبيعي:

هدفت هذه الأداة إلى تقييم واقع توفر وممارسة معايير الجودة في مراكز العلاج الطبيعي في اليمن، وشملت الأداة على (4 معايير رئيسية) و(22 معيار فرعي).

3.4.1.1. الاختبارات الإحصائية المستخدمة:

لأغراض التحليل تم استخدام البرنامج الإحصائي (SPSS - V22)، حيث تمت عملية

التحليل للبيانات باستخدام عدد من الاختبارات الإحصائية أهمها ما يلي:

- مقاييس النزعة المركزية: المتوسط الحسابي، النسب المئوية، التكرارات.

- مقاييس التشتت: الانحراف المعياري، T-test.

5.1.1. مجتمع وعينة الدراسة التحليلية:

1.5.1.1. مجتمع التحليل:

تم اجراء التحليل على مجتمع يمثل مستويات النظام الصحي الوطني والمؤسسات والمرافق الصحية التابعة له (الحكومية والأهلية) بكل مستوياتها [مستشفيات (مرجعية، محورية، ريفية، تخصصية)، مراكز الرعاية الصحية الأولية، المراكز الطبية التخصصية]، بالإضافة الى القطاعات والادارات العامة بالوزارة والمنظمات الداعمة.

2.5.1.1. عينة التحليل:

ولأغراض جمع البيانات ونظرا لكبر حجم المجتمع وتشتته الجغرافي فقد تم استخدام أسلوب المعاينة القصدية الطبقيّة لاختيار المشاركين في ورش ومجموعات العمل التي خصصت لجمع البيانات من مصادرها الأولية، حيث تم عقد ثلاث ورش عمل وتوزيع المشاركين في مجموعات عمل بؤرية على النحو الآتي:

ورش العمل:

تم تنفيذ عدد ثلاث ورش عمل على النحو التالي:

- الورشة الأولى لتحليل واقع جودة الرعاية الصحية في المستشفيات العامة من وجهة نظر مشرفي الخدمات الصحية (الجودة، مكافحة العدوى، التمريض، الصيدلة، المختبرات).
- الورشة الثانية لتحليل واقع الإدارة والقيادة وحوكمة الجودة على مستوى النظام الصحي بمشاركة خبراء من وزارة الصحة، ومكاتب الصحة، والمستشفيات.

- الورشة الثالثة لتحليل واقع جودة الرعاية الصحية في المستشفيات المركزية والمحورية والريفية، ومستشفيات الأمومة والطفولة، ومراكز الرعاية الصحية الأولية، والمراكز التخصصية (مراكز القلب، مراكز الغسيل الكلوي، مراكز الأورام، مراكز الأطراف، ومراكز العلاج النفسي)، بالإضافة الى المختبرات وبنوك الدم.

مجموعات العمل:

خلال تنفيذ وعقد ورش العمل تم تحليل واقع جودة الرعاية الصحية من خلال 55 مجموعة عمل محورية بمشاركة فرق متعددة التخصصات، من وزارة ومكاتب الصحة، والمستشفيات ومراكز الرعاية الصحية الأولية، والمراكز التخصصية، والمختبرات وبنوك الدم.

6.1.1. التعريفات الاجرائية بأهم المصطلحات:

- **الرؤية:** الرؤية الوطنية لبناء الدولة اليمنية الحديثة.
- **الرعاية الصحية الأولية:** خط الاتصال الأول بين مقدم الخدمة والمستفيد منها.
- **التغطية الصحية الشاملة:** توافر حزمة خدمات الرعاية الصحية الأولية والثانوية والثالثية لجميع السكان في كل مكان، وفق تقدير الكلفة المناسبة.
- **التأمين الصحي الاجتماعي:** أحد أنواع التمويل لإدارة الرعاية الصحية، من خلال تجميع الاخطار المتوزع على فئات المنتفعين بالتأمين، ومساهمات الأفراد، والأسر، والشركات، بالإضافة إلى الجانب الحكومي المسؤول عن إدارة هذا النوع من التأمين، والمتمثل بوزارة الصحة.
- **التحليل البيئي للجودة:** عمليات القياس وجمع المعلومات عن مدى تطبيق المرافق والمؤسسات الصحية لمؤشرات ومعايير الجودة للتعرف على عناصر القوة والضعف والفرص والتهديدات التي تعاني منها هذه المرافق في سبيل تقديم خدمات صحية بجودة عالية من خلال تحليل وتقييم المخاطر والتحليل الجذري للمشكلات.
- **الجودة:** القيام بالعمل الصحيح بالطريقة الصحيحة من أول مرة وفي كل مرة.
- **الفجوة:** هي الفرق بين ما نأمل تحقيقه في المستقبل وبين الواقع الذي نعيشه او نمارسه (الوضع الراهن).

- **الموارد البشرية:** مجموعة من الأفراد والقوى العاملة المعنية بالنهوض بالأداء المؤسسي، وفق الشروط المرجعية، والتخصصات، والكفاءات.
- **العاملون الصحيون:** يشتمل هذا المصطلح على كافة فئات المهن الطبية والصحية، ويضم مقدمي الخدمة من أطباء، وممرضين، وقابلات، وأطر بشرية مساندة، وغيرهم، إلى جانب الموظفين الإداريين، ممن يعملون في المؤسسات والخدمات الصحية.
- **الاختطار:** التعرض لعوامل خطورة، تجعل الإنسان أكثر عرضة للمرض وتداعياته، وحدة الإصابة به.
- **الخارطة الوبائية:** تقدير توزع العبء المرضي، وانتشار الفاشيات والأوبئة، وبما يشتمل احتمال التعرض وفق البيانات التاريخية، بالإضافة إلى خلاصة تبين حجم الأمراض ذات الأولوية، ونتائج الاستجابة لتحدياتها.
- **أصحاب المصلحة:** الأفراد و/أو الجهات ذات العلاقة بالشأن الصحي، الذي يشتمل على المستفيدين، والمجتمع، وشركاء التنمية الصحية.

الفصل الثاني

تحليل الوضع الراهن

تمهيد:

إن التكوين والتركييب المعقد للأنظمة الصحية يجعلها تتميز بالبيئة المليئة بالتفاعلات المتبادلة بين جميع عناصر الأنظمة الصحية، وكلما أصبح النظام الصحي متطوراً ومحدثاً كان التعقيد فيه أكبر والفائدة أكثر، إلا أنه قد لا يخلو من حدوث الأخطاء والمخاطر، ولذلك تعمل الأنظمة الصحية على بناء أنظمة وبرامج ضمان سلامة المرضى وتحسين الجودة في كل عملياتها وتقنياتها وخدماتها، وفي اليمن يواجه النظام الصحي العديد من التحديات على الرغم من التقدم المحرز لتعزيز النظم الصحية، نحو التغطية الصحية الشاملة، وأدت الاضطرابات السياسية منذ العام 2011، وما آلت إليه الأوضاع في ظل الحرب القائمة منذ العام 2015 إلى تفاقم وتدهور وضع مؤشرات الصحة والتغذية، حيث تشير التقارير أنّ هناك ما يزيد على 24.1 مليون شخص بحاجة إلى المساعدات الإنسانية منهم 19.7 مليوناً بحاجة إلى مساعدات صحية، و7.4 مليوناً بحاجة إلى مساعدات تغذوية، و20.1 بحاجة إلى مساعدات غذائية، و17.8 مليون بحاجة إلى مساعدات في مجال سلامة المياه والصرف الصحي.⁵

وهناك عدد من العوامل المؤثرة في إتاحة الرعاية، وإمكانية الوصول إلى المرافق الصحية على مستوى المجتمع، ومن ذلك بُعد المسافة عن المرفق الصحي، بالإضافة إلى العوامل المرتبطة بوعورة الطرق، وارتفاع تكلفة النقل، وضعف نظام الإحالة خاصة للحالات الطارئة والخطيرة، إلى جانب الفقر، ونقص الحوافز الاقتصادية والاجتماعية لتقديم الخدمات بانتظام للفقراء، ومحدودية القدرة على تحمل تكاليف الرعاية الصحية، ونقص توافر الأدوية، وضعف جودة الخدمات الصحية، وعدم استدامة وتكامل المبادرات المجتمعية.

ووفقاً للمسح الذي أجرته وزارة الصحة بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية لتحديد مدى توافر الموارد الصحية (HeRAMS)⁶ أواخر عام 2016، الذي شمل 16 من محافظات اليمن البالغ عددها 22 محافظة، فقد تبين أنّ من بين 3507 منشأة صحية شملها الاستطلاع فإن

⁵https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/RDP%20Monthly%20SitRep%20_Nov_2019._original.pdf

⁶ www.emro.who.int/media/news/survey-reveals-extent-of-damage-to-yemens-health-system.html.

1579 فقط (45%) تعمل بشكل كامل ويمكن الوصول إليها، و1343 (38%) تعمل بشكل جزئي، و504 (17%) لا تعمل.

كما أنّ نموذج التمويل المعتمد على الموازنة المركزية يحدّ من كفاءة الاستثمار الأمثل للموارد، وأسهم في محدودية الوصول العادل إلى الخدمات الصحية، وخاصة في المناطق الريفية والتي يصعب الوصول إليها، مما أثر سلبيًا على إمكانية الوصول لأكثر من 70% من الأشخاص الذين يعيشون في المناطق الريفية والتي يصعب الوصول إليها⁷.

ومن أجل إعطاء صورة أكثر دقة وشمولاً للوضع الراهن، فقد خُصص هذا الفصل لوصف الوضع الراهن للنظام الصحي من خلال المحاور الرئيسية الآتية:

1.2. لمحة عن الوضع والمؤشرات الصحية الراهنة في اليمن:

يمكن ايجاز الوضع والمؤشرات الصحية الراهنة في اليمن من خلال المحورين الآتيين:

1.1.2. خلفية مختصرة عن الوضع السكاني والصحي في اليمن:

يتميز اليمن بموقعه الجغرافي اذ يقع في الجزء الجنوبي من شبه الجزيرة العربية وبمساحة 555,000 كيلومتر مربع⁸، ويبلغ عدد السكان 32.6 مليون نسمة⁹، منهم 44% ممن تقل أعمارهم عن 15 عاماً¹⁰، ويعيش 61% من السكان في المناطق الريفية التي تبلغ الكثافة السكانية فيها 35 كيلومتراً مربعاً¹¹، مع توزّع ديموغرافي كبير في أكثر من 162.000 تجمع سكاني¹²، وقد بلغ متوسط العمر المتوقع للفرد في اليمن 65.3 عاماً وفق تقديرات العام 2019

⁷ الإستراتيجية الوطنية للتأمين الصحي الاجتماعي في اليمن، 2022-2025.

⁸ الرؤية الوطنية لبناء الدولة اليمنية الحديثة، محور الصحة.

⁹ مكتب الأمم المتحدة لتنسيق الشؤون الإنسانية (الاونثا). لمحة عامة عن أزمة اليمن 2023

¹⁰ المسح الوطني الديمغرافي والصحي اليمن 2013

¹¹ إحصائيات البنك الدولي عن اليمن لعام 2021

¹² الإسقاطات السكانية 2019 الجهاز المركزي للإحصاء.

(63.9 ذكور و66.8 إناث)¹³، ويبلغ معدل المواليد الخام 30 لكل 1000 نسمة، ومعدل الوفيات الخام 6 لكل 1000 نسمة، بالرغم من انخفاض معدل وفيات الأمهات من 301 لكل 100,000 ولادة حية في عام 2000 إلى 164 حالة وفاة في عام 2017 بحسب تقرير أهداف التنمية المستدامة في اليمن 2016 - 2018، إلا أن التقديرات تشير إلى وفاة 1400 امرأة في عام 2017 بسبب مضاعفات أثناء الحمل والولادة، تجدر الإشارة إلى أن ارتفاع عدد وفيات الأمهات في اليمن يرتبط ارتباطاً وثيقاً بجودة الرعاية الصحية أثناء الحمل والتي تسبق فترة الولادة وكذا إمكانية وصول النساء الحوامل إلى العاملين الصحيين المؤهلين وخدمات تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية¹⁴.

ومن بين العديد من التحديات التي تواجه البلاد، يأتي تدهور الوضع الاقتصادي ليمثل عبئاً مهيماً، مما يؤدي إلى ارتفاع معدلات البطالة، لا سيما بين الشباب، والذي لا يرتبط فقط بالحرب الراهنة وآثارها والأزمة الإنسانية المصاحبة لها، ولكن أيضاً بمعدلات التسرب المدرسي المرتفعة، والتي تقلل من فرص الشباب في سوق العمل، بالإضافة إلى ذلك، يشكّل انخفاض معدّل التعليم بين الفتيات تهديداً للتنمية الوطنية، وحرماناً لهم من الحق الأصيل في التعليم، ومن المتوقع أن يؤدي ازدياد معدّل الفقر إلى انخفاض مستوى التعليم، إلى جانب الأثر السلبي على الصحة¹⁵.

وفي سياق تقديم الخدمات للمجتمعات الريفية تبرز تحديات تتعلق بالقطاعات غير الصحية، وفي مقدمتها الأشغال والطرق، والكهرباء، والمياه، وقد مثلت هذه التحديات تهديداً لقدرة وزارة الصحة على تقديم الخدمات الصحية ذات الجودة، حيث أن القدرة على الوصول إلى الخدمات المعتمدة على المنشآت الصحية محدودة، وقد ذكرت 59% من النساء اللاتي شاركن

¹³ إحصائيات الصحة في العالم. منظمة الصحة العالمية 2020

¹⁴ تقرير اهداف التنمية المستدامة في اليمن من عام 2016-2018

¹⁵ الإستراتيجية الوطنية للتأمين الصحي الاجتماعي في اليمن، 2022-2025.

في مسحين استقصائيين أُجريا في عام 2013م أن المسافة بين مواقع سكنهنّ والمنشآت الصحيّة تمثّل عائقاً يحول دون حصولهن على الرعاية الصحيّة.

وفيما يرتبط بالجودة، فإنه وفقاً لمؤشر معهد القياسات الصحيّة والتقييم للحصول على الرعاية الصحيّة وجودتها، الذي يُصنّف البلدان من حيث معدلات الإصابة بالأمراض والوفيات الناتجة عنها، سجّل اليمن واحداً من أعلى معدلات الوفيات التي يمكن تفاديها في العالم، ومن المتوقع أن يتم تفادي حدوث هذه الوفيات في حال إتاحة رعاية صحيّة جيدة، وبالتالي فإنّ تعزيز الجودة القياسيّة في تقديم الخدمات الصحيّة يتطلّب الوفاء بعدد من المستلزمات، ومنها الممارسات السريريّة السليمة، وتوافر أنظمة التتبع الدوائي، وتوافر المستلزمات الطبيّة الأساسيّة في جميع المنشآت الصحيّة، بحيث يتم قياس التغطية الفعلية لتدخلات الرعاية الصحيّة في جميع مستوياتها الأولى والثانويّة والثالثيّة، بما يضمن عدم تدفّق المستفيدين من مستوى إلى آخر إلا وفق إحالة مبرّرة، وضمن قراءة معيارية لمؤشرات الأداء المعتمدة¹⁶.

وفي مجال توافر المياه المأمونة، يُقدّر نصيب الفرد من موارد المياه العذبة المتجددة سنوياً بنحو 80 متراً مكعباً بالمقارنة مع المتوسط العالمي البالغ 8900 متراً مكعباً، وهو يقل عن حد الندرة المطلقة البالغ 500 متر مكعب للفرد، وتشير الإحصاءات إلى أن 90% من الموارد المائية يتم استخدامه في أنشطة الزراعة، ومنها القات الذي يستنزف جزءاً كبيراً منها يصل إلى 60%، مما يحد من القدرة على الحصول على خدمات مياه مُحسّنة، ويتسبب في فجوات يعاني منها القطاع الصحيّ، مع نقص الإمداد المائي المطلوب للإصحاح البيئي، والنظافة الشخصيّة.

ووفقاً للتقديرات الرسميّة التي أعلنت عنها منظمّة اليونيسف في العام 2020م فإنّ 18 مليون من السكّان محرومون من خدمات الصرف الصحيّ الملائمة، و38% من مرافق المياه والصرف الصحيّ والنظافة الصحيّة تضرّرت مع تفاقم أوضاع المواطنين، واستمرار الأثر الكارثي للحرب الراهنة على قطاع مياه الشرب والصرف الصحيّ¹⁷.

¹⁶ الاستراتيجية الوطنية للموارد البشرية الصحيّة 2022-2025.
¹⁷ الاستراتيجية الوطنيّة الصحيّة 2021-2025.

وعلى خلفية الوضع الاقتصادي الراهن فإن مؤشرات التمويل الصحي متدنية بشكل عام، حيث قُدِّر نصيب الفرد السنوي من الإنفاق الحكومي على الصحة في العام 2007م حوالي (16,92) دولار أمريكي بحسب نتائج الحسابات الصحيّة الوطنيّة، ووصل إلى (18,5) دولار في العام 2011م، نتيجة لهذا الواقع فإن معدّل إنفاق الفرد على التّدخلات الطبيّة من دخله الشخصي مرتفعة، وتجاوزت في العام 2007م ما معدّله 67% من إجمالي الإنفاق الوطني، وأكثر من ذلك في العام 2017م في ظل غياب شبه كليّ للتمويل الحكومي¹⁸.

ويقدّم القطاع الصحي العام خدماته من خلال أربعة مستويات يمكن توضيحها في الآتي¹⁹:

- المستوى الأول:
 - الخدمات مجتمعيّة المرتكز، من خلال المتطوّعات، والقابلات، والعاملات الصحيّات المجتمعيّات؛
 - الخدمات مرفقيّة المرتكز: العيادة الريفيّة، ووحدات ومراكز الرعاية الصحيّة الأوليّة.
- المستوى الثاني: مستشفيات المديريات، والمحوريّة، والعامّة.
- المستوى الثالث: مستشفيات المحافظات.
- المستوى الرابع: المستشفيات المرجعية، والمراكز التخصصيّة: تشمل الخدمات التخصصية خدمات المؤسسات (المراكز) مثل (بنوك الدم، مراكز معالجة السرطان وعلاج الأورام، مراكز القلب والكلى، ومراكز إعادة التأهيل) وتمثل رأس هرم الرعاية الصحيّة التي يقدمها القطاع العام.

ويتم تقديم الخدمات الصحيّة عبر المستويات المذكورة وفق نطاق الزمام السكاني لكلّ منها، وبناء على الدليل النمطي الذي يحدّد نطاقها الجغرافي، ومهامها، ومهام وأعداد العاملين فيها، إلى جانب البنية التحتيّة والتجهيزات المرتبطة بها.

¹⁸ الإستراتيجية الوطنية للتأمين الصحي الاجتماعي في اليمن، 2022-2025.

¹⁹ التقرير الإحصائي الصحي السنوي للعام 2008م، وزارة الصحة العامة والسكان.

وقد شهد القطاع الصحي الحكومي نمواً محدوداً في البنية التحتية للمؤسسات والمنشآت الصحية، على جميع مستويات تقديم الخدمات، بدءاً بمباني وحدات الرعاية الأولية، والمراكز الصحية، ووصولاً إلى المستشفيات بمستوياتها المختلفة، وتشير الإحصاءات المتوافرة إلى أن عدد المنشآت الصحيّة بلغ في عام 2021م ما إجماليه 5555 منشأة، منها: 15 مستشفى مرجعي، و47 مركزاً تخصصياً، و13 مستشفى محافظة، و29 مستشفى عام، و26 مستشفى محوري، و187 مستشفى مديريّة، و1279 مركز صحيّ، و3762 وحدة صحيّة، و197 عيادة ريفيّة، في حين بلغ إجمالي عدد أسرة جميع المستشفيات والمراكز الصحية العامة 16,146 سريراً، بالإضافة الى وجود مؤسسات ومرافق صحية أخرى ليست تحت نطاق وزارة الصحة العامة والسكان وتقدم خدمات صحية وطبية علاجية وتشخيصية وتأهيلية مثل: المستشفيات العسكرية، ومستشفيات الشرطة، والمؤسسات الصحية الخاصة (الربحية) أو المرافق التابعة للجمعيات التعاونية والخيرية وغير الحكومية، بلغ إجمالي عدد المنشآت الخاصة 14,653 منشأة، منها 175 مستشفى، وعدد 342 مستوصف، و790 مركزاً طبياً، وعيادات الأطباء العموم 744، والعيادات التخصصية 911، وعيادات الأسنان 784، ومعامل الأسنان 126، والمختبرات 1294، وعيادات الأشعة 95، وعيادات الإسعافات الأولية 1598، وعيادات القبالة 153، ومجالات البصريات 190 منشأة، والصيدليات 3423 صيدلية، ومخازن الأدوية 4028²⁰.

ويشتمل العمل التضامني بين وزارة الصحة وشركائها على الإسهام في الاستجابة لمتطلبات الوصول إلى التغطية الصحية الشاملة (Universal Health Coverage (UHC)، نحو تحقيق أرقى مستوى صحي للسكان، مع ما تمثله الرعاية الصحية الأولية من سبيل إلى ذلك، خاصة وأن تكلفة خدماتها تتراوح ما بين 15 و 20% وتخدم 80% من السكان على الأقل، في حين أن تكلفة الخدمات العلاجية في المستشفيات تقدر بحوالي 80 - 85% وتخدم 20% من السكان، والذين تساعد الرعاية الأوليّة على تحسين الاستجابة لاحتياجاتهم، من خلال التكامل بين مستويات الرعاية الصحيّة²¹.

²⁰ الاستراتيجية الوطنية الصحية 2021-2025.

²¹ الاستراتيجية الوطنية للرعاية الصحية الأولية 2022-2025.

2.1.2. المؤشرات الصحية:

تمثل المؤشرات الصحية والتغذوية تحدياً كبيراً لقطاع الرعاية الصحية، مع الاعتبار للجوانب الديمغرافية والجغرافية، إلى جانب العوامل الاجتماعية - الاقتصادية، والتي تؤثر بشكل كبير في إتاحة الرعاية الصحية للمواطنين، ومن هذه المؤشرات ما يلي:

1.2.1.2. مؤشرات الأمومة والطفولة:

رغم التحسن في بعض مؤشرات الرعاية الصحية الأولية التي أظهرها المسح الديموغرافي لصحة الأسرة للعام 2013م، والذي بين أن معدّل وفيات الأطفال الرضع في ذلك الوقت وصل إلى 43 لكل 1000 مولود حي، إلا أنه لا يزال مؤشّر اختطار حيث لا يتعدى المتوسط العالمي لهذا المؤشر 1000/28 مولود حي، وفي الوقت الراهن تشير تقديرات الأمم المتحدة إلى أن وفيات الرضع في اليمن 1000/44 مولود حي رغم قناعة الكثيرين من مقدمي الخدمات الصحية بأن هذا الرقم ربما يكون قد زاد بشكل كبير، حيث تشير تقديرات الأمم المتحدة إلى ارتفاع وفيات الأطفال دون الخامسة من 1000/53 مولود حي عام 2013م إلى 1000/58 مولود حي عام 2019م. وعلى صعيد متصل، توقعت دراسة أمريكية، أجريت عام 2018، زيادة عدد وفيات الأطفال إلى 84 / 1000 مولود حي في عام 2017م وتوقعت أن يصل عدد وفيات الأطفال عام 2020 إلى 103/1000 مولود حي في حال استمر الوضع على ما هو عليه. وبحسب تقديرات الفريق المشترك بين وكالات الأمم المتحدة²² تقدر وفيات الأطفال حديثي الولادة بـ 27 / 1000 مولود حي في حين يصل المتوسط العالمي إلى 17/1000 مولود حي، وحسب وكالات الأمم المتحدة يموت طفل واحد على الأقل كل عشر دقائق في اليمن بسبب أمراض يمكن الوقاية منها مثل الإسهال وسوء التغذية والتهابات الجهاز التنفسي²³.

2.2.1.2. مؤشرات المراضة والوضع الوبائي:

لقد استمر انتشار وباء الكوليرا بشكل سريع في محافظات الجمهورية فقد بلغ العدد التراكمي لحالات الكوليرا المشتبه بها المبلغ عنها من أكتوبر 2016 إلى 31 يناير 2020 حوالي

²² UN IMGE 2019.

²³ وزارة الصحة، قطاع الرعاية الصحية الأولية، تحليل الوضع الراهن، 2020.

2316197 حالة، وبلغ عدد الوفيات الناجمة عن الكوليرا 3910 حالة وفاة بمعدل وفيات 0.17%²⁴.

وفي عام 2019، سجلت 76,768 حالة يشتبه بإصابتها بحمى الضنك على مستوى الجمهورية، وسجلت 271 حالة وفاة، وفي الأسبوعين الأولين من شهر يناير 2020، سجلت 5,524 حالة، مع 11 حالة وفاة مرتبطة بالمرض، وأثر تفشي حمى الضنك على 174 مديرية من بين 333 مديرية (أي بنسبة 54% في 22 محافظة).²⁵

كما انخفضت مستويات التغطية الخاصة بالتحصين بما يقارب 20% منذ بدء الأزمة الإنسانية في اليمن، ويُعد انتشار وباء الحصبة والدفتيريا مؤشر على انخفاض مستوى التغطية الخاصة بالتحصين²⁶، وعلى الرغم من عدم وجود دراسات حديثة حول عبء الأمراض الغير معدية، إلا أن البيانات المنبثقة عن تنفيذ البرامج المختلفة والمدعومة من منظمة الصحة العالمية تشير إلى أن الأمراض الغير معدية كانت مسؤولة عن 57% من الوفيات في البلد خلال 2018.²⁷

3.2.1.2. مؤشرات خاصة بعناصر النظام الصحي ونسب التغطية:

يواجه قطاع الرعاية الصحية الأولية صعوبة في توفير الكادر الطبي المتخصص، خاصة أثناء الأزمات وتفشي الأوبئة لرعاية الحالات المصابة وإيقاف انتشار الوباء. وتشير التقديرات إلى أنه من أصل 267 مديرية تم تقييمها كانت 49 مديرية تعاني من عدم توافر طبيب واحد، وفي 42% من المديرية يوجد أقل من طبيبين في المرافق الصحية²⁸.

ووفقاً لتقييم نظام مراقبة توافر الموارد الصحية لعام 2018م فإن 50% من المرافق الصحية مازالت تعمل، و49% من المرافق الصحية توقفت عن العمل أو أنها تعمل بشكل

²⁴ WHC, CHOLERA SITUATION IN YEMEN, January 2020.

²⁵ مرجع سابق

²⁶ Yemen: Dengue Outbreak – Dec 2019.

²⁷ (موجز فُطري حول الأمراض غير المعدية، منظمة الصحة العالمية، 2018)

²⁸ MOPHP and WHO, Service Availability and Health Facilities Functionality in 16 Governorates, October 2016.

جزئي فقط 29، وذلك يتزامن مع نقص الموظفين ونقص الإمدادات وعدم القدرة على تحمل التكاليف التشغيلية أو عدم تمكن المرضى من الوصول إليها. بالإضافة إلى ذلك فإن 53% من المرافق الصحية تفتقر إلى الأطباء العاملين، في حين أن 45 بالمائة من المستشفيات التي تعمل تفتقر إلى الاختصاصيين. ويوجد عشرة عاملين في مجال الصحة لكل 10,000 شخص في اليمن، وهو أقل من نصف الحد الأدنى للمعيار الأساسي وفق منظمة الصحة العالمية، وقد تراجعت تغطية التحصين بنسبة 20% مما أدى إلى تعرض الأطفال أكثر من أي وقت مضى للأمراض التي يمكن الوقاية منها بالفاحات، بلغت نسبة المرافق الصحية المتضررة كلياً 15%، وبلغت نسبة المرافق الصحية المتضررة جزئياً 35%، وبلغت نسبة الوحدات الصحية التي تعمل كلياً 48%، وبلغت نسبة المراكز الصحية التي تعمل كلياً 58%.³⁰

2.2. تحليل الأداء الراهن للنظام الصحي:

يمكن اعطاء تصور مفصل عن تحليل الاداء الراهن للنظام الصحي من خلال تسليط الضوء على عدد من المحاور الهامة على النحو الآتي:

1.2.2. الوضع الراهن للوفيات:

يعرض الجدول الآتي خلاصة موجزة عن معدلات الوفيات وحجم الفجوة المستهدف ردمها حتى العام 2030م:

جدول 2 1 مؤشر معدل الوفيات والفجوة المطلوب ردمها حتى عام 2030م

م	المؤشر	قيمة المؤشر 2030	قيمة المؤشر 2019	حجم الفجوة في قيمة المؤشر حتى 2030	الفجوة المطلوب ردمها في نهاية الخطة المرحلية فقط (قيمة المؤشر المستهدفة) 2025
1	معدل وفيات الأمهات لكل 100,000 ولادة حية،	70	500 (MOPH&P-estimate)	430	200
3	معدل وفيات حديثي الولادة لكل 1000 مولود حي	12	27	15	20
4	معدل الوفيات الرضع لكل 1000 مولود حي	20	43	23	30
5	معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة لكل 1000 نسمة حي	30	58.8	29	40
6	نسبة الوفيات السنوية بحوادث الطرق لكل 100000 مواطن سنويا	29	59	30	40

²⁹ Partners_45_priority_district_MSP_31012019 (who.int)

³⁰ تحليل الوضع الراهن، مرجع سابق.

من خلال الجدول السابق يمكن ايجاز خلاصة تحليل الوضع الراهن للوفيات على النحو الآتي:

1. ارتفع معدل وفيات الأمهات إلى 500 حالة وفاة لكل 100000 نسمة في 2019م، وتظهر الفجوة في قيمة المؤشر حتى 2030 (430) ولردم هذه الفجوة تستهدف الوزارة خفض هذه النسبة إلى 200 حالة وفاة لكل 100000 نسمة بحلول العام 2025م وكذلك الاستمرار في خفضها إلى 70 حالة وفاة لكل 100000 ولادة حية والذي يمثل هدفاً استراتيجياً من أهداف التنمية المستدامة بنهاية العام 2030م، وهذا يتطلب رفع المؤشرات المساعدة جميعها من خلال تقديم خدمات مرجعية في مستشفيات الامومة والطفولة في جميع المحافظات الشاملة والأساسية إلى أعلى من 85% في المستشفيات وتعميم برنامج قابلة في كل قرية وتأسيس برنامج قوي لترصد وفيات الأمهات وتعميم مشروع القسائم لتأمين الولادات المجانية وتحسين الوضع التغذوي لدى الأمهات والمرضعات من خلال التثقيف التغذوي المباشر وتوفير المكملات التغذوية لجميع الحوامل والمرضعات.
2. ارتفع معدل وفيات الطفولة الثلاثة دون الخامسة ودون العام وحديثي الولادة على التوالي كما يلي : الى 27....43....59 لكل ألف ولادة حية خلال 2019م .وتستهدف الوزارة خفض هذه النسبة إلى 20-30-40 حالة وفاة لكل 1000 مولود حي بحلول العام 2025م وكذلك الاستمرار في خفضها إلى 14-22-29 حالة وفاة لكل 1000 مولود حي والذي يمثل هدفاً استراتيجياً من أهداف التنمية المستدامة بنهاية العام 2030م، إذا تم تعميم خدمات الطوارئ الوليدية في جميع المستشفيات بنسبة أعلى من 85% وكذلك تعميم برامج مكافحة سوء التغذية وتأسيس برنامج الترصد التغذوي في جميع المؤسسات الصحية وتغطية جميع الأطفال بالتطعيمات الروتينية وتعميم خدمات التغذية التكاملية في جميع المرافق الصحية مع الاهتمام بالزام السكاني الثاني والثالث بواسطة العامل المجتمعي ومتطوعات صحة المجتمع و تعميم التثقيف الصحي التغذوي المباشر بواسطة جميع العاملين في القطاعين الصحيين العام والخاص.
3. ارتفع مؤشر/ وفيات حوادث الطواري المرورية من 52 إلى 59 لكل 100000 نسمة خلال 2019م، حيث تستهدف منظومة الصحة والجهات ذات العلاقة خفض نسبة الوفيات إلى 40 حالة وفاة لكل 100000 نسمة بحلول العام 2025م وسوف تستمر الوزارة في خفض هذا المعدل إلى 20 حالة وفاة لكل 100000 نسمة بحلول العام 2030م كهدف استراتيجي من اهداف التنمية المستدامة. إذا تضافرت جهود جميع الجهات المعنية كأساس وشرط لدعم الوزارة في تحقيق ذلك الهدف من خلال الاهتمام الخاص بخدمات الطواري والإسعاف المعيارية في جميع المستشفيات والطرق العامة وتأسيس نظام وطني موحد للقطاعين العام والخاص في مجال الطواري والإسعاف والاحالة والتدخل في تحسين شبكة الطرق ونشر ثقافة الالتزام بقوانين المرور واستخدام التقنية الحديثة في رصد المخالفات والتطبيق الصارم لقانون المخالفات وإدخال نظام التأمين للمركبات والركاب.

2.2.2. الوضع الراهن لتغذية الأمهات والأطفال:

يعرض الجدول الآتي خلاصة موجزة عن نسبة انتشار سوء التغذية بين الامهات والاطفال وحجم الفجوة المستهدف ردمها حتى العام 2030م:

جدول 2 2 نسبة انتشار سوء التغذية بين الامهات والاطفال والفجوة حتى العام 2030م

م	المؤشر	قيمة المؤشر ٢٠٣٠	قيمة المؤشر ٢٠١٩	حجم الفجوة في قيمة المؤشر حتى ٢٠٣٠	الفجوة المطلوب ردمها في نهاية الخطة المرحلية فقط (قيمة المؤشر المستهدفة) ٢٠٢٥م
١٠	نسبة انتشار سوء التغذية بين الأطفال دون سن الخامسة (التقرم) %	٤٠%	٤٦,٦%	٦,٦%	٦,٦%
١١	نسبة انتشار سوء التغذية بين الأطفال دون سن الخامسة (نقص الوزن) %	٣٠%	٣٦%	٦%	٢%
١٢	نسبة انتشار سوء التغذية بين الأطفال دون سن الخامسة (الهزال) %	٨%	١١,٦%	٣,٦%	١,٤%
١٣	نسبة الأمهات الحوامل والمرضعات اللاتي يعانين من سوء التغذية الحاد %	١٠%	٢٤%	١٤%	٥%

المصدر: الصنعاني، مرجع سابق.

من خلال الجدول السابق نجد بأنه يوجد تحسن ملحوظ في بعض مؤشرات سوء التغذية خلال العام 2019م مقارنة بالعام 2017م، حيث انخفض مؤشر الهزال الى من 16% الى 12%، بينما ارتفع مؤشر التقرم بين الاطفال دون الخامسة ارتفاعاً طفيفاً من 46.5% الى 46.6%، ونقص الوزن ارتفع الى 36%، في حين أن مؤشر سوء التغذية الحاد لدى الامهات الحوامل والمرضعات قفز الى 24%، هذا من ناحية ومن ناحية أخرى تستهدف الوزارة خفض مؤشرات سوء التغذية لدى الأطفال دون الخامسة بمقدار درجة إلى درجتين، بينما تستهدف خفض نسبة سوء التغذية الحاد بمقدار خمس درجات بحلول العام 2025م، وهذا يتطلب العمل وفق سياسة عامة وشاملة لجميع الجهات ذات العلاقة بالغذاء والتغذية محلياً وخارجياً تهدف إلى الاستمرار في السيطرة على الوضع التغذوي ثم خفضها من خلال معالجة الأسباب الجذرية وهذا يقتضي مضاعفة الدعم المباشر من قبل جميع المعنيين وخاصة شركاء التنمية الصحية وصولاً إلى الاكتفاء الذاتي من الغذاء وترسيخ مفاهيم ومبادئ وقيم الغذاء والتغذية الصحية المتوازنة على مستوى الفرد والأسرة والمجتمع كثقافة صحية وكهدف نهائي للسياسة الوطنية الشاملة في مجال القضاء على سوء التغذية الناجمة عن نقص الغذاء وقصور الثقافة التغذوية السليمة.

3.2.2. الوضع الراهن للأمراض المعدية:

يعرض الجدول الآتي خلاصة موجزة عن المؤشرات الراهنة للأمراض المعدية وحجم الفجوة المستهدف ردمها حتى العام 2030م:

جدول 2 3 المؤشرات الراهنة للأمراض المعدية وحجم الفجوة حتى العام 2030م

م	المؤشر	قيمة المؤشر 2030	قيمة المؤشر 2019	حجم الفجوة في قيمة المؤشر حتى 2030	الفجوة المطلوب ردمها في نهاية الخطة المرحلية فقط (قيمة المؤشر المستهدفة) 2025
1	إجمالي المترددين على مراكز الكوليرا	0	858,667	3,141,3333	4,000,000
2	معدل الهجمة لكل 10,000 نسمة من السكان لحالات الكوليرا	0	330	100	230
3	معدل الاكتشاف لحالات السل من الحدوث السنوي المتوقع 48/100,000	15360	9754	5606	461
		%80	%70	%10	%3
4	معدل حدوث الملاريا لكل 1000 من السكان تعرض (Malaria incidence (per 1000 population at risk))	3/1000	1000/11	1000/8	1000/4
5	عدد الحالات الإيجابية للإيدز من المفحوصين		430	214	المستهدف تخفيض 50% بما هو موجود

المصدر: الصنعاني، مرجع سابق.

من خلال الجدول السابق يمكن ايجاز تحليل الوضع الراهن للأمراض المعدية على النحو الآتي:

1. في عام 2017م عادت موجات الكوليرا التي اختفت خلال الفترة السابقة بمعدل 4 حالات لكل 10000 نسمة، وارتفع بمقدار 82 ضعفاً، وهذا الهجوم من طبيعة مرض الكوليرا المتعارف عليه، وقد أدى هذا الهجوم الى وفات حوالي 3424 شخص بحسب ما تم الإبلاغ عنه خلال الثلاث السنوات الماضية.
2. يبلغ معدل حدوث السل السنوي بمقدار 48 لكل 100000 نسمة وهذا يمثل في العام 2025م ما يقارب 16000 حالة المستهدف اكتشافه عدد 10243 حالة بنسبة 73% بزيادة قدرها 3% مقارنة بنسبة الاكتشاف للعام 2019م وهذا يعني بقاء ما يقارب 6000 من السكان المصابين بالسل في العام 2025م غير مكتشفة إصابتهم بما في ذلك المعالجة علماً بأن المستهدف للوزارة هو اكتشاف ومعالجة أكثر 95% بنهاية العام 2030م وهذا يقتضي إعادة توجيه البرنامج والشركاء نحو هذا الهدف وفق سياسة واستراتيجية صارمة.
3. شهد وضع الملاريا تحسناً ملموساً خلال الفترة 2017-2019م حيث انخفض معدل حدوث الملاريا لكل 1000 نسمة انخفضت الإصابة بمقدار أكثر من النصف من 19 إلى 11 لكل 1000 نسمة وهذا الإنجاز الكبير جعل الوزارة تستهدف خفض معدل الإصابة إلى 8 لكل ألف نسمة بحلول العام 2025م وذلك على طريق خفض الإصابة إلى 3 لكل 1000 نسمة بحلول العام 2030م كهدف استراتيجي.

4. بلغ معدل الاكتشاف لحالات الإيدز خلال الفترة 2017-2019م 1.5 لكل 100000 نسمة. وتستهدف الوزارة خفض هذه النسبة إلى النصف بحلول العام 2025م والاستمرار في خفضها يمثل هدفاً استراتيجياً لها، وهذا يقتضي مضاعفة جهود الجهات ذات العلاقة في مجال التوعية والاكتشاف والمعالجة وفق سياسات واستراتيجيات عامة وشاملة لجميع الجهات على المستوى المحلي والخارجي بالاستفادة من نشر الثقافة الصحية بين العاملين والمستفيدين من الخدمات الصحية في القطاعين العام والخاص كعامل رئيسي لرفع الوعي والوقاية من الإصابة بالإيدز.

4.2.2. التغطية بالرعاية الصحية الأولية:

يعرض الجدول الآتي خلاصة موجزة عن مؤشرات التغطية بالرعاية الصحية الأولية وحجم الفجوة المستهدف ردمها حتى العام 2030م:

جدول 4 2 مؤشرات التغطية بالرعاية الصحية الأولية وحجم الفجوة حتى العام 2030م

م	المؤشر	قيمة المؤشر 2030	قيمة المؤشر 2019	حجم الفجوة في قيمة المؤشر حتى 2030	الفجوة المطلوب ردمها في نهاية الخطة المرحلية فقط (قيمة المؤشر المستهدفة) 2025
1	التغطية بالوحدات الصحية العاملة	6000	3600	2400	800
	التغطية بالمراكز الصحية العاملة	3000	900	2100	268
	العامل الصحي المجتمعي	18000	2000	16000	7000
	قابلة في كل قرية خارج المرافق	38000	0	38000	8000
2	توفر الخدمات الصحية الأولية %	80%	63.0%	17%	12%
3	نسبة التغطية بالجرعة الثالثة بالتطعيم الروتيني%	95%	88.0%	7%	4%
4	عدد المرافق الصحية التي تطبق استراتيجية الرعاية التكاملية لصحة الطفل (IMCI)	5000	3651	1349	150

المصدر: الصناعى، مرجع سابق.

يشير مسح الموارد والخدمات (HeRAMS2018) للعام 2018م إلى أن نسبة توفر الخدمات الصحية الأولية وفق معاييرها الدولية بلغت 40% هذا من ناحية ومن ناحية أخرى فإن الوزارة تستهدف تغطية 75% من السكان بنهاية العام 2025م وللوصول لهذا الهدف يجب على الوزارة تشغيل 1068 مرفق ووحدات ومراكز صحية بالتوازي مع 7000 عامل صحي مجتمعي ومتطوعي صحة وتغذية المجتمع وبرنامج قابلة في كل قرية الذي يستهدف 8000 قابلة بالإضافة إلى وضع خطة شاملة للتغلب على الفجوة النمطية في المرافق القائمة والعجز البالغ مقداره بنحو 23% مقارنة بالأنماط والمعايير.

5.2.2. التغطية بالكادر الطبي:

يعرض الجدول الآتي خلاصة موجزة عن مؤشرات التغطية بالكادر الطبي وحجم الفجوة المستهدف ردمها حتى العام 2030م:

جدول 2 مؤشرات التغطية بالكادر الطبي وحجم الفجوة حتى العام 2030م

م	المؤشر	قيمة المؤشر 2030	قيمة المؤشر 2019	حجم الفجوة في قيمة المؤشر حتى 2030	الفجوة المطلوب ردمها في نهاية الخطة المرحلية فقط (قيمة المؤشر المستهدفة) 2025م
1	عدد الأطباء بالمستشفيات	18000	6,564	11436	3436
2	عدد أطباء الاسنان	2000	648	1352	352
3	نسبة الأخصائيين لكل 10,000 من السكان	10000 /1	0.24	0.76	0.5
4	عدد الأطباء لكل 10000 نسمة	10000 /5	2	0.9	2.9
5	عدد السكان لكل طبيب	1700	4,405	2705	1000
6	عدد الممرضات لكل 10000 نسمة	28096	13,096	15000	7500

المصدر: الصنعاني، مرجع سابق.

من خلال الجدول السابق يمكن توضيح الوضع الحالي للكادر الصحية على النحو الآتي:

أولاً الأخصائيون: انخفض معدل الأخصائيين من 0.3 إلى 0.2 لكل 10000 نسمة خلال الثلاث السنوات الأخيرة وتسعى الوزارة إلى إيقافه أولاً والتغلب عليه من خلال الاستهداف المخطط لتحقيقه والبالغ 0.5 لكل 10000 نسمة بحلول العام 2025 م وهذا يقتضي توفير 2600 أخصائي لردم هذه الفجوة من خلال استغلال نقاط القوة لديها المتمثلة في المجلس اليمني للتخصصات الطبية والصحية وغيره .

ثانياً الأطباء: انخفض معدل الأطباء لكل 10000 نسمة من السكان بمقدار 0.4 من 2.4 إلى 2 طبيب لكل 10000 نسمة وهذا يعتبر نمواً سلبياً. استهدفت الوزارة توفير 3 أطباء تقريباً لكل 10000 نسمة بنهاية العام 2025م. من خلال ردم فجوة الأطباء البالغ مقدرها 3436 طبيبياً وصولاً إلى الهدف الاستراتيجي للوزارة المتمثل في توفير طبيب لكل 1500 نسمة بمعدل 7 أطباء تقريباً لكل 10000 نسمة إذا تبنت الوزارة سياسة ذكية وقادرة على التغلب على التحديات في مجال التعليم الطبي والصحي.

ثالثاً التمريض: شهد الوضع الراهن ثباتاً في عدد كادر التمريض خلال الثلاث السنوات الأخيرة دون زيادة لمواجهة النمو السكاني وهذا يعني انخفاض معدل التمريض لكل 10000 نسمة من 5 إلى 4 لكل 10000 نسمة. في حين تسعى الوزارة إلى مضاعفة الكادر التمريضي ورفعته إلى 8 ممرض لكل 10000 نسمة من خلال توفير 7500 كادر تمريض جديد

الى 2025 وصولا إلى تحقيق 15000 كادر تمريض ي في 2030 لردم الفجوة البالغ مقدارها 4- لكل 10000 نسمة وذلك من خلال الاستفادة من مخرجات المعاهد الصحية والعمل على فتح مدارس تمريض في المستشفيات لتلبية احتياجاتها المعيارية من التمريض وصولا الى تحقيق معدل 2 ممرض لكل سرير.

6.2.2. توافر الأسرة:

يعرض الجدول الآتي خلاصة موجزة عن مؤشرات توافر الأسرة وحجم الفجوة المستهدف ردمها حتى العام 2030م:

جدول 2 مؤشرات توافر الأسرة وحجم الفجوة حتى العام 2030م

م	المؤشر	قيمة المؤشر 2030	قيمة المؤشر 2019	حجم الفجوة في قيمة المؤشر حتى 2030	الفجوة المطلوب ردمها في نهاية الخطة المرحلية فقط (قيمة المؤشر المستهدفة) 2025
1	عدد الأسرة	40000	16,348	23652	6000
2	عدد السكان للسرير الواحد	1000	1769	769	1500
3	الأسرة بالمستشفيات لكل 10000 مواطن	10	7	3	8

المصدر: الصنعاني، مرجع سابق.

من خلال الجدول السابق نجد بأن الوزارة حددت استهدافها للتغطية السريرية بمعدل سرير واحد لكل 1500 نسمة بنهاية العام 2025م وذلك بواقع زيادة عدد 6000 سرير في العام 2025م وصولا إلى سرير واحد لكل 1000 نسمة كهدف استراتيجي جامع للقطاعين العام والخاص في العام 2030م وذلك إذا تحققت الشراكة التكاملية مع القطاع الخاص والخدمات الطبية العسكرية من خلال تفعيل (التكامل وفق خارطة توزيع احتياج السكان جغرافيا وخدميا) .

7.2.2. الوضع الراهن لتوافر المرافق الصحية:

يعرض الجدول الآتي خلاصة موجزة عن مؤشرات توافر المرافق الصحية وحجم الفجوة المستهدف ردمها حتى العام 2030م:

جدول 7 2 مؤشرات توافر المرافق الصحية وحجم الفجوة حتى العام 2030م

المرافق الصحي	السعة السريرية التغطية	عدد السكان للمرافق الواحد	الاستهداف (أ) 2030م	الوضع (ب) 2020م	الفجوة 2030م (أ-ب)	التغطية المستهدفة 2030م %	حساب التغطية بالرعاية الصحية الأولية : 1.متنوعة صحة وتغطية المجتمع (500 نسمة (200000 في الزمام الثاني والثالث) 2- قابلة في كل قرية /1000 نسمة (جديد 2020م) 3.العامل الصحي المجتمعي /1000 نسمة (200000 نسمة في الزمام الثاني والثالث) 4- وحدات صحية 5000 نسمة (18 مليون نسمة 58%) 5. المراكز الصحية تغطية 10000 نسمة (12 مليون نسمة 29%) إذا إجمالي التغطية الجغرافية 29%+58%=87% التغطية بالرعاية والخدمات الصحية المحتملة عند توفر جميع الخدمات في المرافق الصحية بنسبة : أ.100% التغطية بالرعاية الصحية الأولية 87% ب.75% التغطية بالرعاية الصحية الأولية 65% ج.50% التغطية بالرعاية الصحية الأولية 52%
الوحدة الصحية	0	5,000	6,000	3,565	2,435	88%	
المركز الصحي	0	10,000	3,000	893	2,107	88%	
المستشفى الريفي	30-50	100,000	300	167	133	15000-9000	
المستشفى المحوري	50-70	250,000	120	45	75	8400-6000	
المستشفى العام	100	750,000	40	29	11	4000	
المستشفى المركزي	150	1,000,000	30	22	8	4500	
المستشفى المرجعي	200-300	2,000,000	15	12	3	4500-3000	
المدينة الطبية	1,000	10,000,000	3	0	3	3000	
مركز الغسيل الكلوي	30-50	500,000	60	32	28	3000-1800	
اخرى	0			46	-46		
			9,568	5,074	4,540	32000-43000	

المصدر: الصناعاني، مرجع سابق.

- اخرى تشمل مركز الدرن، مستشفى معالجة الأمراض النفسية والعصبية، المختبرات المركزية، مراكز الأطراف، مراكز الأورام، مراكز ووحدات علاج الملاريا ... الخ.

من الجدول السابق يظهر أن نسبة التغطية المستهدفة بمرافق الرعاية الصحية الأولية جغرافياً من الناحية المعيارية في حال عملها بشكل كلي 87% وفق المعايير المعمول بها في هامش الجدول، غير أن واقع التغطية الحالي لعناصر الرعاية الصحية الأولية كخدمات هي ما بين 52- 63 كما هو موضح في الهامش، وعليه فإن هناك حاجة ماسة إلى تفعيل الخارطة الصحية الإلكترونية الخدمية لحساب /وتحديد التغطية بالرعاية الصحية الأولية بحسب الأنماط والمعايير المعتمدة بما فيها العامل المجتمعي ومشروع القابلة في كل قرية ومتنوعات صحة

ويتضح من بيانات الجدول التأخر بشكل عام في التغطية في خدمات الرعاية الصحية الأولية، غير أن هنالك تحسناً ملحوظاً مقارنة بالعام 2017 حيث ارتفعت التغطية من 40 % إلى 63%.

وتعتبر هذه منهجية جديدة للتغطية الصحية اعتمدها وزارة الصحة العامة والسكان منذ فترة، نظراً للطبيعة الجغرافية ومحدودية الموارد والتكلفة العالية لبناء وتجهيز وتأثيث المرافق الصحية وفق الأنماط والمعايير المعتمدة، وهذه المنهجية تتمثل في العامل الصحي المجتمعي في الزمام الأول والثاني والثالث والمرافق القائمة.

8.2.2. الفجوة الحالية في عدد المرافق الصحية وعدد الكادر الصحي بحسب النمو السكاني:

يعرض الجدول الآتي خلاصة موجزة عن الفجوة في عدد المرافق والكادر الصحي بحسب النمو السكاني حتى العام 2030م:

جدول 2 فجوة المرافق والكادر الصحي بحسب النمو السكاني حتى العام 2030م

المرافق الصحي	السعة السريرية المتخطية	عدد السكان للمرافق الواحد	الاحتياج الحالي من المرافق وفقاً لعدد السكان	المتوفر حالياً من المرافق	الفجوة الحالية في عدد المرافق	العدد الكافر النمطي للمرافق الموجودة حالياً	المتوفر حالياً من عدد الكادر	الفجوة الحالية في عدد المرافق	العدد المطلوب من المرافق عام 2030م	الفجوة في عدد المرافق عام 2030م	العدد النمطي المطلوب من الكادر لتغطية الاحتياج عام 2030م
الوحدة الصحية	0	5,000	6,000	3,565	2,435	4	9,678	4,582	8,000	4,435	32,000
المركز الصحي	0	10,000	3,000	893	2,107	20	10,731	7,129	4,000	3,107	80,000
مجمعات طبية	0	10,000	0	49	-49	20	1,960	-980	0	-49	0
مستوصفات	0	10,000	0	214	-214	20	4,280	4,280	0	-214	0
المستشفى الريفي	30-50	100,000	300	167	133	75	8,470	4,055	400	233	30,000
المستشفى المحوري	50-70	250,000	120	45	75	140	891	5,409	160	115	22,400
المستشفى العام	100	750,000	40	29	11	235	2,323	4,492	53	24	12,533
المستشفى المركزي	150	1,000,000	30	22	8	400	8,452	348	40	18	16,000
المستشفى المرجعي	200-300	2,000,000	15	12	3	589	8,538	-1,470	20	8	11,780
المنهية الطبية	1,000	10,000,000	3	0	3	2,350	0	0	4	4	9,400
مركز الغسل الكروي	30-50	500,000	60	32	28	64	575	1,473	60	28	3,840
أخرى	0			46	-46	0	1,325	-1,325		-46	0
			9,568	5,074	4,540	3,917	52,943	29,318	12,737	7,663	217,953

المصدر: الصنعاني، مرجع سابق.

- أخرى تشمل مركز الدرن، مستشفى معالجة الأمراض النفسية والعصبية، المختبرات المركزية، مراكز الأطراف، مراكز الأورام، مراكز ووحدات علاج الملاريا ... الخ.

يمثل الجدول السابق دليلاً شاملاً للنظام الصحي وفق المعايير والانماط المعمول بها على الواقع وتشمل البنية التحتية والكادر الصحي المطلوب في كل مستوى، غير أن هنالك حاجة إلى إعادة رسم الدليل وفق الخارطة الصحية للخدمات والأدلة والمعايير وعكسها إلى برنامج استثماري في إطار الخطط القادمة والبرامج الحكومية، وذلك لأن استحداث بنية تحتية وبناء مباني جديدة غير منظور فيها حالياً لأن الأولوية الآن تتمثل في إعادة تأهيل المتوفر من البنية التحتية القائمة وإعادة تنظيمها وتشغيلها بأقصى طاقتها ومعالجة ما تعثر من المشاريع السابقة وتوفير الكادر النمطي التخصصي كجزء من التشغيل الكامل للمؤسسات القائمة وصولاً إلى الاعتماد الذاتي الجزئي للمؤسسات الصحية على إيراداتها الذاتية بما يضمن تحسين الخدمات.

3.2. تحليل خدمات الرعاية الطبية:

في عام 2019 نفذ فريق وزارة الصحة العامة والسكان دراسة ميدانية لدراسة وتحليل أثر الدعم المقدم للفرق الطبية على تقديم الخدمات الطبية (العمليات الجراحية، العناية الحرجة، الحضانات الوليدية، الطوارئ.....الخ)، وقد شملت الدراسة 44 مستشفى في 10 محافظات، يتنوع تصنيف هذه المستشفيات وفقاً لمستوى الخدمة كالتالي:

جدول 2 9 الهيئات والمستشفيات التي شملتها عملية التقييم لقياس أثر الدعم المقدم للفرق الطبية على تقديم الخدمات الطبية

المستشفيات	العدد
الهيئات	5
المستشفيات العامة	7
المستشفيات المركزية	3
المستشفيات المحورية	7
المستشفيات الريفية	17
مستشفيات الامومة والطفولة	3
المستشفيات الجامعية	2
الإجمالي	44

المصدر: المفتي وآخرون، تحليل أثر الدعم المقدم للفرق الطبية على تقديم الخدمات الطبية، دراسة مسحية على عينة من المستشفيات اليمنية، 2019.

وفيما يلي أهم نتائج الدراسة التي اعتمدت على تحليل الفجوة في مرافق تقديم الخدمات الحيوية في المستشفيات محل الدراسة³¹:

1.3.2. الفجوة في خدمات العمليات الجراحية:

- بلغت عدد غرف العمليات الجراحية في المستشفيات 111 غرفة، بمتوسط 78.17% من الاحتياج الفعلي، بمعنى أن حجم الفجوة بلغ 28.87%، وهذه النسبة تمثل نسبة الاحتياج الحالي من غرف العمليات الجراحية لتغطي احتياج المستفيدين، كما أن النسبة تظهر ان المستشفيات بحاجة الى توفير عدد 41 غرفة عمليات جراحية.
- أظهرت الدراسة أن متوسط الغاء العمليات الجراحية في المستشفيات بلغت 40% وهي نسبة عالية جداً مقارنة بالمؤشر العالمي الذي لا يتجاوز نسبة تأجيل او الغاء العمليات الجراحية 2% من جدول العمليات المحدد، وتعزى أسباب الغاء العمليات الى عدم توافر الجراحين والفنيين والمواد والمستلزمات والمعدات.

³¹ المفتي وآخرون، تحليل أثر الدعم المقدم للفرق الطبية على تقديم الخدمات الطبية، دراسة مسحية على عينة من المستشفيات اليمنية، 2019.

2.3.2. الفجوة في خدمات العناية المركزة:

- أظهرت نتائج الدراسة بأن حجم الفجوة في توافر أسرة العناية المركزة كانت 85% في مستشفيات الأمومة والطفولة، و52.78% في المستشفيات المحورية، و54.29% في المستشفيات العامة، كما ان النسبة العامة لعدم توافر أسرة العناية المركزة بلغت 46.69%. وقد حددت الدراسة الاحتياج الحالي من أسرة العناية المركزة بـ 148 سرير مقارنة بـ توافر 177 سرير قيد التشغيل.
- بلغ نسبة المستشفيات التي لا تقدم خدمات الرعاية الحرجة للمرضى ذوي الاحتياج 40 %، بواقع 15 مستشفى يفترض أنها تقدم هذه الخدمات لمرضاهم.

3.3.2. الفجوة في خدمات الحاضنات الوليدية:

- بلغ عدد الحاضنات المتوفرة 175 حاضنة بنسبة 62.95% من الاحتياج الفعلي الذي يبلغ 178 حاضنة، كما ان نسبة وحجم الفجوة من الاحتياج لتوفير الحاضنات بلغ 37.05% في جميع المستشفيات.
- أظهرت الدراسة ان 62.50% من اجمالي عدد المستشفيات لا تقدم خدمات رعاية المواليد والحاضنات، على الرغم من توافر الحاضنات في بعض المستشفيات.

4.3.2. الفجوة في السعة السريرية (الرقود الداخلي):

- بلغت النسبة العامة من الاحتياج الفعلي الى توفير أسرة للرقود الداخلي 42.22% في المستشفيات قيد الدراسة، من أصل 3550 سرير يمثل الاحتياج النمطي.
- كما بلغت نسبة المستشفيات التي لا تقدم خدمات الرقود الداخلي 15 مستشفى بنسبة تمثل 40%.
- نسبة الفجوة في توافر أسرة الطوارئ بلغت 49.86%، و باحتياج 177 سرير من العدد النمطي الذي يبلغ 355 سرير. كما ان 25% من المستشفيات لا تقدم خدمات طوارئ الأطفال.

5.3.2. الفجوة في الخدمات التشخيصية:

- أظهرت الدراسة أن فحص كيمياء الدم لا يقدم في بعض المستشفيات بالرغم من احتياج المرضى الى توفيره مقارنة بنوعية الحالات المرضية وقد مثلت النسبة العامة لهذه الفجوة 12.50%.
- 20% من اجمالي عدد المستشفيات لا تقدم خدمات الأشعة السينية.
- 17.50% من اجمالي عدد المستشفيات لا تقدم خدمات التصوير بالموجات فوق الصوتية (السونار) بالرغم من الحاجة الفعلية الى توافر هذه الخدمة.

- نسبة المستشفيات التي لا تقدم خدمات الأشعة المقطعية بلغت 92.50% من إجمالي عدد المستشفيات، وبحسب الدليل النمطي فإن هذه المستشفيات يجب ان تقدم هذه الخدمة.
- يوجد عدد 5 مستشفيات مرجعية، و3 مركزية و7 مستشفيات عامة و3 جامعية ومثلها مستشفيات الامومة والطفولة جميعها لا تقدم فيها خدمات الرنين المغناطيسي.

4.2. تقييم وتصنيف المستشفيات:

تعمل وزارة الصحة على مضاعفة جهودها لتعزيز جهود تحسين الجودة في المستشفيات الحكومية والخاصة رغم قلة الموارد المالية المتاحة فقد ركزت السياسات العامة والتوجهات للوزارة على تعزيز ودعم أنشطة تقييم وتصنيف المستشفيات والذي تم تنفيذه أربع دورات متتالية خلال الأعوام 2019، 2020، 2021، 2022 وبإشراف مباشر من قيادات الوزارة.

وبالرغم من كل الجهود المبذولة لتحسين مخرجات الرعاية الصحية إلا أن أغلب المستشفيات والمرافق الصحية لاتزال متأخرة في تطبيق نظم ومعايير الجودة وسلامة المرضى؛ إذ تشير نتائج تقييم المستشفيات الحكومية والخاصة من قبل وزارة الصحة العامة والسكان للعام المنصرم 2021م، أن مستوى تطبيق معايير الجودة متدنياً بشكل عام؛ حيث كانت نسبة المستشفيات التي تطبق المعايير بمستوى ممتاز، وجيد جداً (5%، 13%) فقط على التوالي، وأن معظم المستشفيات الحكومية والخاصة العامة منها والتخصصية والمحورية والمرجعية كانت نتائج التقييم دون المستوى المرغوب، وهذا بدوره يضاعف التحديات التي تواجهها المستشفيات اليمنية نتيجة لنقص الكوادر البشرية وتدني مستوى التأهيل والتدريب، وتزايد الطلب على الخدمات، وارتفاع التكاليف، وضعف أنظمة المعلومات الصحية، وغيرها من التحديات.

ويظهر الجدول (2-10) تصنيف المستشفيات وفقاً لنتائج تقييم وزارة الصحة خلال الأعوام 2019 – 2023.

جدول 2 10 نتائج تصنيف المستشفيات وفقاً لتقييم وزارة الصحة خلال الأعوام 2019 – 2023.

الأعوام				المستوى / التصنيف
2022	2021	2020	2019	
6	3	0	0	A (91 – 100)
2	1	2	1	B1 (85 – 90)
38	37	36	11	B (71-85)
51	44	36	29	C (51-70)

18	23	17	23	D (41-50)
18	23	33	57	No Class
133	131	124	121	إجمالي المستشفيات

المصدر: وزارة الصحة، 2023.³²

³² تقرير نتائج تقييم وزارة الصحة للمستشفيات خلال الأعوام 2019 – 2023.

الفصل الثالث

نتائج التحليل البيئي لواقع جودة الرعاية الصحية

2023

- تحليل واقع الإدارة والقيادة وحوكمة الجودة.
- تحليل واقع الجودة في مراكز الرعاية الصحية الأولية.
- تحليل واقع الجودة في المستشفيات.
- تحليل واقع الجودة في المراكز الطبية التخصصية.

تمهيد:

إن ضمان الجودة يعتبر هدفاً شاملاً للنظام الصحي ومؤسساته الصحية ورؤية عالمية تسعى لتحقيقها الدول من خلال تقديم أنظمة وخدمات صحية منافسة وخالية من المضاعفات والأضرار، ولذلك تعمل المؤسسة الاستشفائية على ربط جودة الرعاية بجميع خدماتها وأنشطتها الإدارية والطبية والتمريضية والتشخيصية والصيدلانية، وعليه سنجد أن معايير ومؤشرات وسياسات جودة الرعاية تطبق في المجالات الإدارية متمثلة في عمليات التخطيط ورسم السياسات، ووضع الموازنات، والموارد البشرية، والتدريب والتأهيل، والجودة ومكافحة العدوى وبرامج السلامة العامة وغيرها، وكذلك ستطبق بشكل أهم في الخدمات السريرية، والإجراءات التشخيصية والعلاجية، والعمليات الجراحية، الرعاية التمريضية والرصد الدوائي وآليات استخدام الأدوية وسلامة نقل الدم ومنع العدوى والتصريف الآمن للنفايات، والاستخدام الآمن للمعدات، وبناء القدرات والمهارات الطبية، وصناعة القرار الطبي ورصد الأخطاء الطبية وبرامج تحسين جودة الرعاية الصحية.

وبناء على ما سبق فقد عمد فريق العمل عند قيامه بإجراء عملية التحليل البيئي الرباعي (SWOT) لواقع الجودة في النظام الصحي الوطني الى استخدام عدد من الادوات وادلة معايير ومؤشرات الجودة العالمية والاقليمية لقياس مستوى امتثال مؤسسات ومرافق النظام الصحي الوطني لتطبيق هذه المعايير ومقارنتها بالمؤشرات العالمية والاقليمية المقبولة لضمان تقديم خدمات صحية بمستوى جودة مقبول، ويأتي هذا التقييم من اجل قياس الفجوة والتعرف على عناصر القوة والضعف والفرص والتهديدات في البيئة الداخلية والخارجية لهذه المنظمات والتي تؤثر بشكل مباشر في مستوى جودة خدماتها الصحية، وقد خصص هذا الفصل لاستعراض أهم النتائج التي توصل اليها فريق التحليل خلال عملية القياس والتحليل للبيانات التي تم جمعها من المشاركين من خلال ورش العمل التي عقدت لهذا الغرض بمشاركة ممثلين عن كل قطاعات وادارات وزارة الصحة والهيئات والمتشفيات والمراكز الصحية والطبية التخصصية، ويمكن استعراض نتائج التحليل من خلال المحاور الرئيسية الآتية:

1.3. المنهجية:

قامت قيادة الوزارة وفريق العمل بإجراء عملية المسح والتحليل البيئي وفقاً للمنهجية والخطوات التالية:

1. تشكيل فريق متخصص من ذوي الخبرة والمعرفة بمجال جودة الرعاية الصحية.
2. تحديد منهجية وأدوات ومعايير جمع البيانات.
3. إعداد أدوات جمع البيانات واختيار مجتمع وعينة الدراسة وفق معايير ومنهجية علمية تضمن تمثيل مجتمع الدراسة تمثيلاً صادقاً.
4. المسح والمراجعة للتجارب العالمية والاقليمية والتقارير والاستراتيجيات السابقة.
5. تنفيذ ورش العمل ودعوة العينة الممثلة المستهدفة لحضور الورش ومن ثم تم تعريفهم بأهمية وأهداف عملية التحليل وتعريفهم بأدوات وآلية ومنهجية عملية القياس والتحليل وجمع المعلومات مع التأكيد على أهمية الاجابة بموضوعية ومصداقية عن كل التساؤلات والفقرات الواردة في أدوات جمع البيانات.
6. جمع البيانات من المشاركين في ورش ومجموعات العمل البؤرية الذين يمثلون النظام الصحي الوطني بكل مستوياته وقطاعاته ومرافقه ومؤسساته.
7. تفرغ وتحليل البيانات باستخدام الحزمة الاحصائية في العلوم الاجتماعية (SPSS).
8. تحليل نتائج امتثال الهيئات والمستشفيات والمراكز الصحية والطبية التخصصية لتطبيق معايير جودة الرعاية الصحية بحسب نطاق خدماتها ومقارنته بالمؤشرات الاقليمية والدولية ومعايير الجودة في مراكز الرعاية الصحية الاولية ومعايير الجودة في مراكز الرعاية الطبية التخصصية وخدمات المختبر التشخيصية وبنوك الدم، بالإضافة الى تحليل نتائج الامتثال لمعايير ومؤشرات الحوكمة الادارية وحوكمة الجودة على مستوى الوزارة ومكاتب الصحة والمرافق الصحية.
9. تحديد الفجوة الاستراتيجية الحالية من خلال التعرف على عناصر القوة والضعف وفق نموذج (SWOT) بناء على نتائج التحليل الاحصائي للبيئة الداخلية والفرص والتهديدات في البيئة الخارجية.
10. الخروج بمصفوفة موجزة بأهم عناصر القوة والضعف والفرص والتهديدات ذات الأولوية بناء على نتائج تحليل الوزن النسبي للأهمية والاثر لعناصر القوة والضعف والفرص والتهديدات.

11. عقد ورشة عمل لمجموعة خبراء في مجال الجودة والتخطيط الاستراتيجي للنظام الصحي لمراجعة نتائج التحليل واقراره، وتحديد القضايا الرئيسية العاجلة والهامة والحرجة.

2.3. نتائج تقييم حوكمة الجودة من وجهة نظر القيادات الصحية (الوزارة – مكاتب الصحة) يمكن استعراض أهم نتائج تقييم درجة الامتثال لتطبيق معايير ومؤشرات حوكمة الجودة من خلال الجدول التالي:

جدول 3 1 نتائج تقييم درجة الامتثال لتطبيق معايير ومؤشرات حوكمة الجودة

م	عنصر القياس	درجة التقييم*		المتوسط	النسبة
		1	2		
1	يتم تكوين نظام الجودة وتطبيقه بما يتواءم مع اللوائح والقوانين والتشريعات والمرجعيات المحلية والدولية.	33%	33%	1	33%
2	يتصف نظام الجودة بالشمولية والوضوح والكفاءة والعدالة.	33%	67%	1.5	50%
3	يرتبط نظام الجودة بكافة مستويات النظام الصحي من حيث التصنيف المؤسسي او نطاق الخدمات.	33%	33%	1	33%
4	يتم تطبيق نظام الجودة وفقاً لسياسة وطنية محددة وواضحة ومعروفة.	33%	33%	1	33%
5	تحدد سياسة الجودة الوطنية المسؤوليات والالتزامات والتوجهات الوطنية نحو جودة الرعاية الصحية.	33%	67%	1.5	50%
6	يتوفر لدى نظام الجودة المرجعيات والأدلة الإرشادية والتي توضح على الأقل ما يلي:	33%	36%	1	35%
7	يساهم نظام الجودة في تحقيق المهام.	55%	52%	1.6	53%
8	يتم توفير الدعم والتمويل لنظام الجودة، وفقاً لخطة مالية معتمدة.	33%	33%	1	33%
9	إدارة الجودة المعينة والمحددة هي مسؤولة عن ادارة نظام الجودة.	33%	33%	1	33%
10	يوجد لدى إدارة الجودة دليل تنظيمي واضح ومحدد ومعروف ومطبق على كافة مستويات النظام الصحي.	33%	33%	1	33%
11	يحدد الدليل التنظيمي الهياكل التنظيمية لإدارة الجودة ووظائفها ومهامها والصلاحيات والمسؤوليات المنوطة بأعضائها.	67%	33%	1.5	50%
12	هياكل إدارة الجودة محددة بشكل واضح على كافة المستويات:	33%	33%	1	33%
13	استراتيجية الجودة جزء لا يتجزأ من استراتيجية المؤسسة؟!:	33%	33%	1	33%

النسبة	المتوسط	درجة التقييم*		عنصر القياس	م
		2	1		
33%	1	33%	33%	استراتيجية الجودة توضح الرؤى والرسالة والغايات والأهداف والخطط والبرامج والمشاريع والأنشطة والأدلة ومنهجيات التنفيذ والتقييم والمتابعة.	14
33%	1	33%	33%	رؤية الجودة المشاركة الكاملة للمرضى والمجتمع المحلي وأصحاب المصلحة والموظفين للمساعدة في تحديد الخيارات الاستراتيجية الرئيسية التي تواجه المنظمة.	15
33%	1	33%	33%	تعكس أهداف الجودة الأولويات المحلية والوطنية، مما يعكس ما هو ملائم للمريض والعاملين.	16
33%	1	33%	33%	أهداف الجودة تغطي وتشمل السلامة والفعالية السريرية وتجربة المريض.	17
33%	1	33%	33%	لدى إدارة الجودة آلية لاختيار وتوظيف وتعيين أعضائها.	18
33%	1	33%	33%	لدى إدارة الجودة آلية واضحة ومحددة ومعروفة لتشكيل لجان وفرق الجودة.	19
33%	1	33%	33%	يقوم مجلس الإدارة بانتظام بتقييم وفهم المخاطر الحالية والمستقبلية على الجودة ويتخذ خطوات لمعالجتها.	20
50%	1.5	67%	33%	يوجد نظام معتمد وواضح لبرامج تحسين الجودة وسلامة المرضى وإدارة المخاطر والمتابعة والتقييم.	21
33%	1	33%	33%	يوجد نظام معتمد وواضح للإبلاغ عن المخاطر والحوادث المتعلقة بجودة الرعاية الصحية.	22
33%	1	33%	33%	يوجد دليل واضح ومعتمد يعرف المقاييس الرئيسية لتحسين الجودة وإدارة المخاطر وسلامة المرضى.	23
33%	1	33%	33%	مقاييس الأداء تشمل جميع المستويات الخدمية للرعاية الصحية على مستوى النظام الصحي.	24
33%	1	33%	33%	هناك دليل واضح وموثق على اتخاذ إجراءات للتخفيف من المخاطر على الجودة.	25
50%	1.5	33%	67%	إدارة الجودة تتبع في الهيكل التنظيمي لمدير المؤسسة	26
33%	1	33%	33%	القيادات المؤسسية تشارك في مجالس ولجان وفرق الجودة.	27
33%	1	33%	33%	تمتلك القيادات المعرفة الكاملة عن صورة وواقع الجودة وخطط التحسين المستمر.	28
50%	1.5	33%	67%	لدى القيادات المعرفة عن كيفية المشاركة في عمليات التدقيق والمراجعة لأنشطة الجودة.	29
33%	1	33%	33%	تنعكس القدرات المطلوبة من القيادات بتقديم حوكمة جيدة الجودة	30

م	عنصر القياس	درجة التقييم*		النسبة
		2	1	
	في تكوين أعضاء مجلس الإدارة بحيث يكونوا قادرين على تحديد الأولويات والخدمات الجيدة وإجراءات التحسين والتقييم والمشاركة في لجان التقييم وفهم مقاييس ومؤشرات الجودة وكيفية مراجعتها وتفسيرها:			
31	القيادات الإدارية لديهم القدرة الكافية للتعامل مع معلومات وبيانات الجودة من حيث ادارة وتسجيل وتحديث وجمع ورصد المعلومات وتحليل وتفسير النتائج واستخدام ادوات الجودة والاستفادة من المعلومات:	33%	40%	37%
32	مجالس ولجان وفرق الجودة تحتوي على مزيج مناسب من الأعضاء لديهم المهارات والقدرات فيما يتعلق بحوكمة الجودة.	33%	33%	33%
33	حضر أعضاء مجلس الإدارة دورات تدريبية تناولت العناصر الأساسية لحوكمة الجودة والتحسين المستمر.	33%	33%	33%
34	يوظف القادة بدور قيادي نشط في مجال الجودة وتقديم أنشطة التحسين المستمر.	33%	33%	33%
35	ينفذ القادة جولات تفقدية منتظمة لمتابعة وتقييم الجودة.	33%	67%	50%
36	تشجع الإدارة تمكين الموظفين من الجودة والمشاركة في التدريب والتطوير على الجودة / التحسين المستمر.	67%	33%	50%
37	يشعر الموظفون بالأمان عند الإبلاغ عن المخاطر والأخطاء (يُنظر إليها على أنها أساس التعلم وليس العقاب).	67%	33%	50%
38	تعرض الاتصالات الداخلية (مثل الرسائل الإخبارية الشهرية، والإنترنت، ولوحات الإعلانات) مقالات حول الجودة بانتظام.	33%	33%	33%
39	يوجد آلية واضحة ومطبقة للتعامل مع شكاوى ومقترحات الموظفين والمرضى والعملاء المتعلقة بالجودة.	67%	33%	50%
40	يتم قياس ومناقشة نتائج مؤشرات الجودة الخاصة برضا العاملين والمرضى بشكل دوري.	67%	33%	50%
41	المشاركة المنتظم لمؤشرات الجودة ونتائج المراجعات السريرية وتحليل حوادث سلامة المرضى والإجراءات المتخذة على مستوى الفرق / الاقسام السريرية.	33%	33%	33%
42	تعتبر الجودة جزءاً أساسياً من اجتماعات مجلس الإدارة الرئيسية، سواء كبنء دائم في جدول الأعمال أو كعنصر متكامل في جميع المناقشات والقرارات الرئيسية.	67%	33%	50%
43	تتم مناقشة أداء الجودة بمزيد من التفصيل كل شهر من قبل لجنة فرعية تابعة لمجلس الإدارة تركز على الجودة مع عضوية ثابتة وتحضر بانتظام.	67%	33%	50%

النسبة	المتوسط	درجة التقييم*		عنصر القياس	م
		2	1		
33%	1	33%	33%	يتم تشكيل واختيار لجان وفرق الجودة وفقاً لمعايير تحدد السمات الشخصية والمعارف والمهارات والخبرات.	44
33%	1	33%	33%	تتماشى أنظمة المكافآت الخاصة بأنشطة الجودة مع المسؤوليات المعترف بها.	45
33%	1	33%	33%	هناك قواعد متفق عليها لتحديد المشكلات التي يتم مناقشتها على مستوى مجلس الإدارة.	46
33%	1	33%	33%	هناك عملية تدقيق سريري وداخلي تعمل بشكل جيد ومؤثرة فيما يتعلق بحوكمة الجودة، مع دليل واضح على اتخاذ إجراءات لحل مخاوف التدقيق	47
44%	1.3	38%	50%	هناك آلية واضحة تحدد مدى استفادة المؤسسة من عمليات (المرجعة والتدقيق السريري، خطط اعتماد الخدمات السريرية، برامج الجودة الوطنية، التقييمات المهنية السنوية، تحليل مؤشرات الاداء، تقييم المخاطر، التقييم الذاتي لدرجة الامتثال لمعايير الجودة) في تحسين الجودة:	48
50%	1.5	33%	67%	يتم استخدام منهجية وأدوات واضحة في عمليات التحسين المستمر للجودة.	49
50%	1.5	33%	67%	يتم اشراك المرضى ومقدمي الرعاية والسلطات المحلية والوطنية والمجتمع وأصحاب المصلحة في تحديد استراتيجية الجودة ومراقبة النتائج ووضع خطط لتحسين الجودة.	50
42%	1.3	33%	50%	يشرك المرضى بأنشطة الجودة.	51
57%	1.7	47%	67%	يشارك الموظفين بأنشطة الجودة.	52
50%	1.5	33%	67%	يشارك أصحاب المصلحة بأنشطة الجودة.	53
50%	1.5	33%	67%	ترتبط جميع مؤشرات ومقاييس الأداء بلوحة تحكم تنظم عملية تدفق المعلومات من مصادرها الخاصة.	54
33%	1	33%	33%	يملك مجلس الإدارة حق الوصول والإشراف الى لوحة المعلومات الخاصة بمؤشرات الأداء.	55
33%	1	33%	33%	يراجع مجلس الإدارة "الوحة المعلومات" الشهرية لمؤشرات الأداء.	56
33%	1	33%	33%	تشمل لوحات معلومات الممارسات الجيدة كافة المؤشرات الهامة لتحسين جودة الخدمة وسلامة وامان المرضى.	57
33%	1	33%	33%	يتم قياس وتتبع الأثر السلبي والإيجابي الناتج عن عمليات تحسين الجودة من خلال مؤشرات الأداء في خمس مجالات على الأقل:	58

م	عنصر القياس	درجة التقييم*		النسبة
		2	1	
59	يتم جمع المعلومات الخاصة بمؤشرات الأداء من مجموعة متنوعة من المصادر اليدوية والالكترونية.	33%	52%	43%
60	هناك ضوابط موثقة بشكل واضح وقوية لضمان دقة المعلومات الخاصة بنظام الجودة وصلاحياتها وشموليتها.	33%	33%	33%
61	لدى كل (إدارة / خدمة) عملية موثقة بشكل جيد وتعمل بشكل جيد لضبط مؤشرات الحوكمة السريرية بما يضمن جودة البيانات والمعلومات والنتائج.	33%	33%	33%
62	برنامج التدقيق السريري في المستشفيات / المراكز يرتبط ببرنامج التدقيق الوطني.	33%	33%	33%
63	يتم استخدام الأنظمة الإلكترونية حيثما كان ذلك ممكناً، مما يؤدي إلى إنشاء تقارير موثوقة بأقل جهد وكلفة وأكثر دقة.	33%	67%	50%
64	جميع المعلومات تُؤخذ من مصادرها مع الحفاظ على حق الملكية والتوقيع عليها من أصحاب المصدر.	33%	33%	33%
65	هناك آلية ودليل لحل مخاوف التدقيق السريري.	33%	33%	33%
66	أعضاء وفرق الجودة لديهم الخبرة والتدريب على أساليب وأدوات جمع وتحليل وعرض المعلومات.	33%	33%	33%
67	يملك أعضاء وفرق الجودة المهارات الكافية لإعداد تقارير الجودة.	33%	67%	50%
68	يتم توفير بيانات المؤشرات ذات الأولوية القصوى عند الطلب.	33%	67%	50%
69	يحافظ نظم المعلومات على جوانب الخصوصية والإنسانية في عرض البيانات حيثما أمكن (على سبيل المثال، اظهر حالات الوفاة غير المتوقعة كرقم مطلق، وليست مضمنة في معدل الوفيات).	33%	67%	50%
	المتوسط العام	41%	38%	40%

المصدر: من اعداد فريق التحليل بناء على نتائج تحليل البيانات التي تم جمعها من المشاركين في ورشة العمل الثانية.

- 1 = مجموعة قيادات الوزارة. 2 = مجموعة قيادات مكاتب الصحة.

من خلال الجدول السابق وبناء على نتائج تقييم المشاركين (القيادات الصحية بالوزارة ومكاتب الصحة) لمستوى الحوكمة والقيادة على المستوى الوطني فإن المتوسط العام بلغ 40%، وهذه النتيجة تشير الى نطاق الاحتياج الطارئ لتحسين وتعزيز مستويات الحوكمة الإدارية والقيادية لمنظومة الجودة، ومن خلال النتائج وآراء المشاركين فقد تمثلت أهم القضايا الحرجة في حوكمة الجودة في التالي:

- تطوير الهياكل التنظيمية والتوصيفات الوظيفية لوظائف وسلطات الجودة بمختلف مستويات النظام الصحي.
- تشكيل الفرق الوطنية والتنفيذية العاملة في مجال الجودة وتعزيز مهاراتهم وقدراتهم.
- ضرورة تطوير نظام جودة وطني يتصف بالشمولية والكفاءة والعدالة.
- تطوير نظام الجودة الوطني بما يتوافق مع القوانين واللوائح والتشريعات والمرجعيات المحلية والدولية.
- ضرورة تطوير السياسات الوطنية للجودة وسلامة المرضى.
- إعداد الأدلة والارشادات والبروتوكولات المنظمة لبرامج الجودة على كافة مستويات النظام الصحية.
- تطوير عملية المراقبة والمتابعة المركزية لتحسين الجودة في المرافق الصحية.
- تطوير السياسات والمؤشرات الإدارية والسريرية لمراقبة مستويات الجودة.
- اعداد الأدلة الخاصة بإدارة المخاطر والأخطاء الطبية والحوادث العرضية.
- تعزيز قدرات القيادات الصحية في مجالات إدارة الجودة والحوكمة والقيادة.
- المساهمة الفاعلة في تطوير منظومة شاملة للتدقيق والحوكمة السريرية.
- تطوير منظومة شاملة تعزز عمليات التواصل الفعال والابلاغ عن المخاطر خلال النظام الصحي.

3.3. نتائج تقييم الحوكمة والإدارة والقيادة من وجهة نظر القيادات الصحية في المستشفيات
 لقد بينت نتائج تقييم المستشفيات الذي نفذته وزارة الصحة العامة والسكان للأعوام 2019، 2020، 2021 بأن نسبة المعايير غير المطبقة في المستشفيات كانت على النحو التالي:

جدول 3 2 نسبة المعايير غير المطبقة في المستشفيات خلال الاعوام 2019-2021

المعيار	2019	2020	2021
وجود إدارة الجودة في المستشفيات	0	%48.44	%46.56
اجتماعات الإدارة لمناقشة جودة الخدمات	0	%28.91	%20.61
مشاركة إدارة المستشفى في أنشطة تحسين الجودة	0	%28.91	%19.08
تحفيز إدارة المستشفى للموظفين للمشاركة في أنشطة تحسين الجودة	0	%32.03	%21.37
تشكيل فرق ولجان الجودة في المستشفى	0	%39.06	%28.24
وجود آلية للإبلاغ عن الحوادث والمشاكل في المستشفى	0	%31.25	%29.01

المصدر: نتائج تقييم المستشفيات، وزارة الصحة، للأعوام 2019، 2020، 2021.

من الجدول السابق تظهر نتائج تقييم المستشفيات لمعايير إدارة وقيادة وحوكمة الجودة للعام 2020 أن %48.44 من المستشفيات لا يوجد بها قسم أو إدارة الجودة، و%46.56 في عام 2021، كما ان %28.91 من المستشفيات لم تشارك إدارتها وقياداتها في أنشطة تحسين الجودة في عام 2020 وفي 2021 تراجعت النسبة إلى

19.08% بنسبة تحسن بلغت 9.83%. ومن جهة أخرى فإن ما نسبته 39.06% من المستشفيات لم تشكل فرق ولجان الجودة في العام 2020، وفي العام 2021 28.24%، أما في العام 2019 فإن أداة تقييم المستشفيات لم تحتوي على معايير تقييم إدارة الجودة في المستشفيات ولذلك تظهر النتيجة صفرية.

ومن خلال نتائج تحليل بيانات الورشة الثانية للتحليل البيئي 2023م، يمكن استعراض أهم نتائج تقييم درجة الامتثال لتطبيق معايير ومؤشرات حوكمة الإدارة والقيادة من خلال الجدول التالي:

جدول 3 3 نتائج تقييم درجة الامتثال لتطبيق معايير ومؤشرات حوكمة الإدارة والقيادة

رقم المعيار	المعيار	درجة التقييم		المتوسط	النسبة
		مستشفيات حكومية	مستشفيات خاصة		
LD.1	للمستشفى هيئة حاكمة فاعلة	2.25	2.25	2.25	75%
LD.2	مدير مستشفى مؤهل مسؤول عن إدارة المستشفى.	2.25	2.5	2.38	79%
LD.3	يتأكد قادة المستشفى من امتثال المستشفى للقوانين واللوائح ذات الصلة.	1.5	2.5	2.00	67%
LD.4	يعمل قادة المستشفى بشكل تعاوني لتطوير نطاق خدمات المستشفى	2.67	2.5	2.59	86%
LD.5	هناك هيكل قائم لقادة المستشفيات للتواصل والتعاون من أجل تحقيق مهمة وخطط المستشفى	2.33	2.83	2.58	86%
LD.6	العمل الإداري في المستشفى والعمليات اليومية متسقة ومنظمة	1.67	2.33	2.00	67%
LD.7	يوجه عمل المستشفى والتخطيط وتحديد الأهداف بروية ورسالة واضحة.	2.6	2.2	2.40	80%
LD.8	يتم توجيه عمل المستشفى والتخطيط وتحديد الأهداف بمجموعة من القيم ومدونة السلوك المهني.	3	2	2.50	83%
LD.9	يعمل قادة المستشفيات بشكل تعاوني لإنشاء لجان طبية وغير طبية على مستوى المستشفى، والتي تدعم تكامل الخدمات والاتصالات بين الموظفين.	2.2	2	2.10	70%
LD.10	يقود قادة المستشفيات بشكل فعال مبادرات تحسين الجودة في المستشفى.	2.67	2	2.34	78%
LD.11	ينظر قادة المستشفى في مدخلات المجتمع أثناء التخطيط لاحتياجات الرعاية الصحية.	1.5	1	1.25	42%
LD.12	قادة المستشفى يعملون بشكل تعاوني لتطوير عملية تخطيط فعالة	2.15	2.48	2.32	77%
LD.13	يعمل قادة المستشفى بشكل تعاوني لوضع خطة انفاق مالية فعالة	2.6	3	2.80	93%
LD.14	يعمل قادة المستشفى بشكل تعاوني لضمان توفير رعاية آمنة وعالية الجودة.	2.67	2.33	2.50	83%
LD.15	يعمل قادة المستشفيات بشكل تعاوني لتطوير الخطة الاستراتيجية للمستشفى.	2.92	2.46	2.69	90%
LD.16	يعمل قادة المستشفيات بشكل تعاوني للتخطيط لاحتياجات التوظيف والتعيين والاختيار.	3	2.71	2.86	95%
LD.17	لدى المستشفى عملية لتفويض المهام والسلطة.	3	2	2.50	83%
LD.18	يضمن قادة المستشفى وجود اتصال داخلي وخارجي فعال.	2.83	2.5	2.67	89%
LD.19	لدى المستشفى نظام منهجي علمي لتطوير واستحداث العمليات.	2.57	2.14	2.36	79%
LD.20	لدى المستشفى سياسة للتحكم في تطوير وصيانة	2	2.13	2.07	69%

				السياسات وإجراءات الوظائف والعمليات الرئيسية.	
90%	2.69	2.5	2.88	يضمن قادة المستشفيات الإشراف على عقود الخدمات السريرية والإدارية.	LD.21
100%	3.00	3	3	يضمن قادة المستشفى تنسيق الرعاية أثناء ساعات خارج العمل.	LD.22
85%	2.56	2.44	2.67	يضمن قادة المستشفى وجود نظام للإدارة الآمنة للإمدادات الطبية والأجهزة.	LD.23
67%	2.00	2	2	يعمل قادة المستشفيات بشكل تعاوني لتحسين تدفق المرضى.	LD.24
83%	2.50	2.5	2.5	يتم توجيه كل قسم إكلينيكي وإداري من قبل فرد مؤهل.	LD.25
67%	2.00	2	2	يعمل رئيس القسم على تطوير هيكل تنظيمي للقسم.	LD.26
83%	2.50	2	3	يعالج رئيس القسم جميع القضايا المتعلقة بعملاء القسم.	LD.27
72%	2.17	2	2.33	يطور رئيس القسم ويحافظ على رسالة القسم ونطاق خدماته.	LD.28
83%	2.50	2	3	يضمن رئيس القسم أن عمل القسم يسترشد بمجموعة واضحة من السياسات والإجراءات.	LD.29
80%	2.40	2	2.8	يضمن رئيس القسم توافر الموارد الكافية والموظفين لتقديم خدمة آمنة وعالية الجودة.	LD.30
69%	2.07	2	2.14	يضمن رئيس القسم قياس الأداء وتحسين نتائج القسم.	LD.31
				المتوسط العام	
79 %	2.37	2.27	2.47	النسبة	
	79 %	76%	82%		

المصدر: من اعداد فريق التحليل بناء على نتائج تحليل البيانات التي تم جمعها من المشاركين في ورشة العمل الثانية.

من خلال بيانات الجدول السابق وبناء على نتائج تقييم المشاركين (القيادات الصحية بالمستشفيات) لمستوى الحوكمة والقيادة في المستشفيات فإن المتوسط العام بلغ 79 %، ومنها فإن مستوى الحوكمة في المستشفيات قد وصل الى الحد الأدنى تحقيقه بحسب اشتراطات اداة الاعتماد العربية، بينما كانت نسبة مستوى أداء الإدارة والقيادة من وجهة نظر القيادات التنفيذية 63 %، وهذا يشير إلى نسبة التفاوت والفجوة القائمة بين المستويات الإدارية في المستشفيات.

وقد أظهرت النتائج أهم الفجوات التالية من وجهة نظر القيادات الصحية (مدراء المستشفيات):

- ضرورة تطوير القوانين واللوائح ذات الصلة بجودة الرعاية الصحية.
- ضرورة تطوير الهياكل التنظيمية والتوصيفات الوظيفية المنظمة لبرامج الجودة.
- تعزيز عمليات المتابعة والمراقبة الإدارية على أداء المستشفى خصوصا ما يتعلق بمتابعة مستويات الجودة وسلامة المرضى.
- تحديد نطاق الخدمات بحسب الاحتياجات المجتمعية.
- ضرورة تعزيز منظومة وهيكلية الجودة في المستشفيات من خلال تشكيل الإدارات وفرق ولجان التحسين.
- المساهمة الفاعلة من قيادات المستشفى في تطوير سياسات وإجراءات الأداء بما يتوافق مع متطلبات الجودة وسلامة المرضى.
- تعزيز التواصل الفعال بين المستويات الإدارية والتنفيذية.
- تعزيز قدرات القيادات في مجالات تحسين الجودة وسلامة المرضى.
- ضمان توفير الموارد الكافية لتقديم خدمة آمنة وعالية الجودة.

4.3. نتائج تحليل مستوى الجودة في مراكز الرعاية الصحية الأولية:

الجدول التالي يعرض خلاصة بأهم نتائج التحليل البيئي لمستوى امتثال مراكز الرعاية الصحية الأولية لتطبيق معايير الجودة الصحية بمحاورها الأربعة:

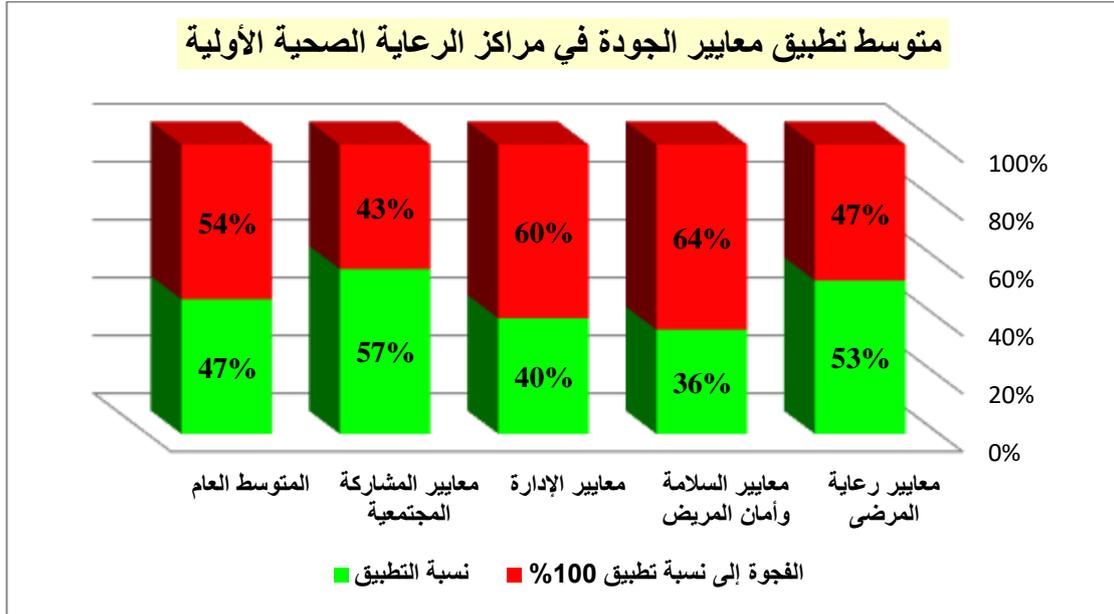
جدول 3 4 نتائج تقييم مستوى امتثال مراكز الرعاية الصحية الأولية بتطبيق معايير الجودة الصحية

م	المجالات	التحصين		التغذية		الأم والوليد		المتوسط العام
		متوسط	نسبة	متوسط	نسبة	متوسط	نسبة	
1	رعاية المرضى	1.60	53%	1.59	53%	1.59	53%	53%
2	السلامة وأمان المريض	1.08	36%	1.08	36%	1.08	36%	36%
3	الإدارة والقيادة	1.22	41%	1.15	38%	1.22	41%	40%
4	الخدمات المجتمعية	1.79	60%	1.69	56%	1.79	60%	59%
	المتوسط العام	1.42	47%	1.38	46%	1.42	47%	47%

المصدر: من اعداد فريق التحليل بناء على نتائج تحليل البيانات التي تم جمعها من المشاركين في ورشة العمل الثالثة.

من خلال بيانات الجدول السابق يتبين بأن مراكز الرعاية الصحية الأولية تطبق معايير الجودة الصحية بدرجة ضعيفة جداً، حيث بلغت نسبة التطبيق (47%)، حيث كانت أعلى نسبة لتطبيق معايير الجودة (59%) في معايير الخدمات المجتمعية ويلبها معايير رعاية المرضى بنسبة بلغت (53%) وهي تشير الى ان المراكز تطبق هذه المعايير تطبيقاً جزئياً، بينما اشارت النتائج الى أن نسبة تطبيق معايير السلامة وأمان المريض ومعايير الإدارة والقيادة بلغت (36%) و(40%) على التوالي وهي نسبة تشير الى أن هذه المعايير تطبق بصورة جزئية ضعيفة جداً [وفقاً لطريقة التقييم المتبعة في هذه الدراسة (1= غير مطبق، 2= مطبق جزئياً، 3= مطبق كلياً)]، وهذه النسب بصفة عامة تعد نسب متدنية جداً ومؤشر على ارتفاع نسبة المخاطر التي قد يتعرض لها المرضى والمجتمع، مما يجعلها قضية رئيسية هامة تتطلب اعطائها أولوية في الاستراتيجية، والأشكال التالية تبين مستوى امتثال هذه المراكز لتطبيق كل معيار رئيسي وفقاً لكل مجال من مجالات معايير الجودة والاعتماد الصحي وحجم الفجوة المستهدف ردمها من خلال اعداد وتنفيذ استراتيجية تحسين جودة الرعاية الصحية .

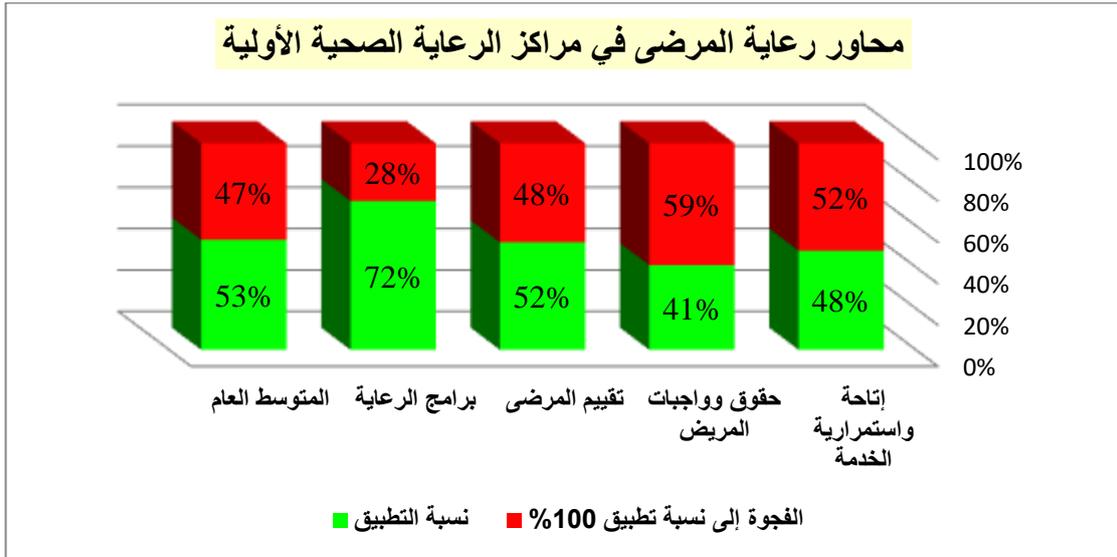
شكل 1 3 واقع تطبيق معايير الجودة في مراكز الرعاية الصحية الأولية وحجم الفجوة المستهدف ردمها



المصدر: من اعداد فريق التحليل بناء على نتائج تحليل البيانات التي تم جمعها من المشاركين في ورشة العمل الثالثة.

يتبين من خلال الشكل السابق بأن متوسط حجم الفجوة بين واقع تطبيق معايير الجودة وبين المستهدف بلغ 54% وهي فجوة كبيرة تتطلب اعطاء تطبيق معايير الجودة والاعتماد الصحي في مراكز الرعاية الصحية الأولية أولوية قصوى، والاشكال التالية تبين واقع وحجم الفجوة في تطبيق معايير الجودة على مستوى كل مجالات المحاور الرئيسية.

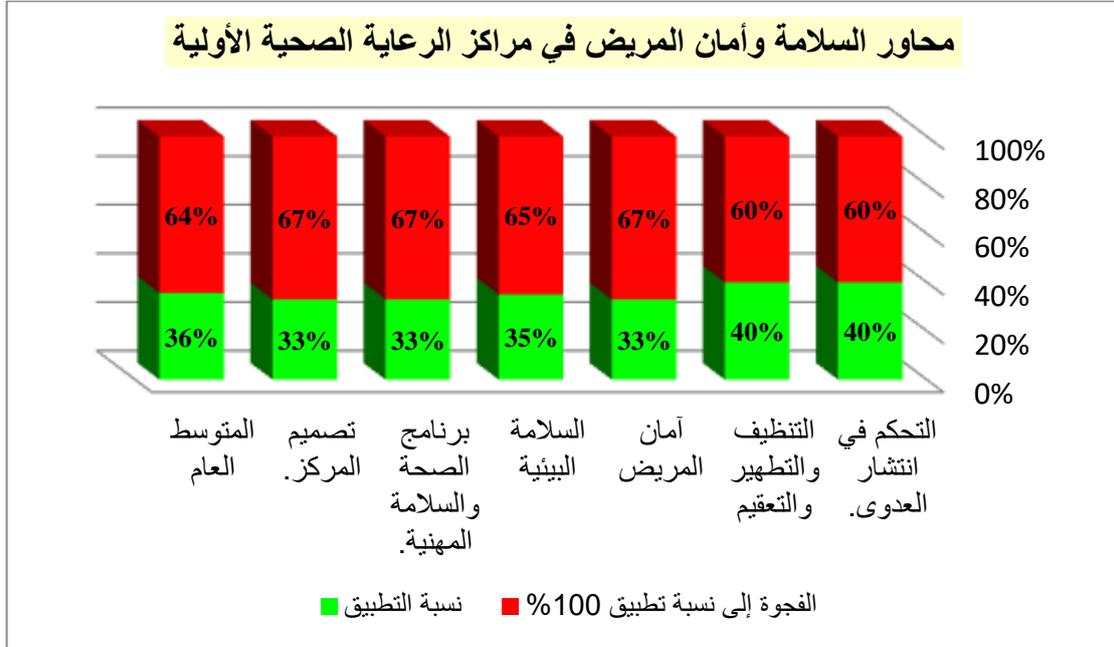
شكل 2 3 واقع وحجم الفجوة في تطبيق معايير رعاية المرضى في مراكز الرعاية الصحية الأولية



المصدر: من اعداد فريق التحليل بناء على نتائج تحليل البيانات التي تم جمعها من المشاركين في ورشة العمل الثالثة.

تظهر النتائج الموضحة في الشكل السابق أن معيار حقوق وواجبات المريض ومعيار إتاحة الخدمة وتوافرها في الوقت المناسب حققت أدنى قيمة من حيث التطبيق، حيث بلغت حجم الفجوة على التوالي 59 % و 52 % من مستوى التميز.

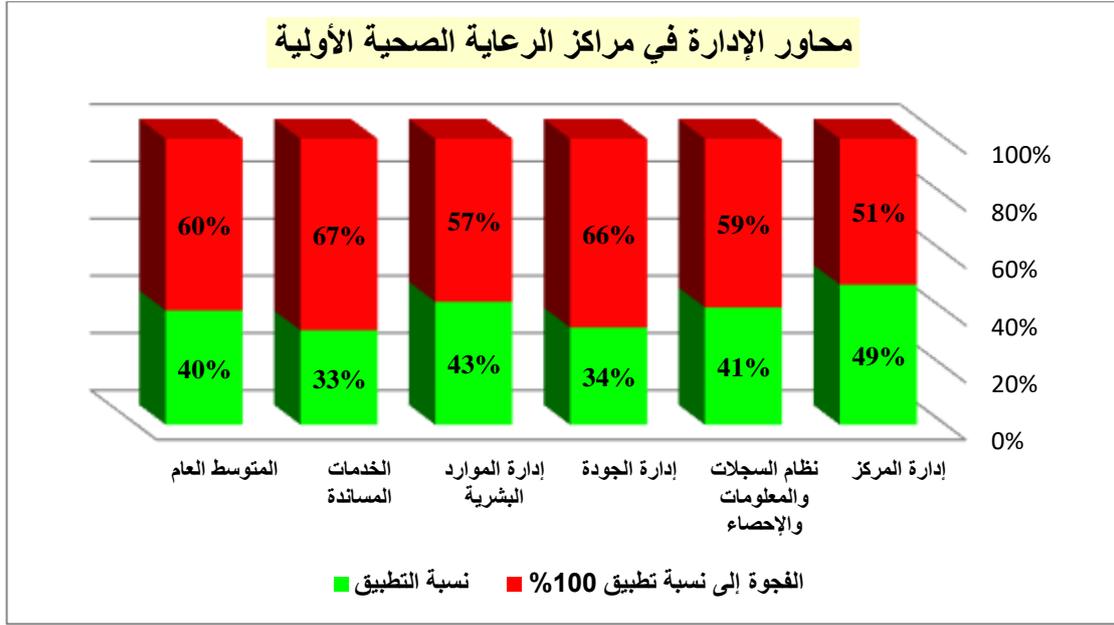
شكل 3 واقع وحجم الفجوة في تطبيق معايير أمان وسلامة المريض في مراكز الرعاية الصحية الأولية



المصدر: من اعداد فريق التحليل بناء على نتائج تحليل البيانات التي تم جمعها من المشاركين في ورشة العمل الثالثة.

تظهر النتائج الموضحة في الشكل السابق أن حجم الفجوة بين الواقع ومستوى التميز تراوح بين 60% - 67% في كل معايير السلامة وأمان المريض وهذا يعد مؤشر عالي الخطورة، ويتطلب اعطائه الاولوية على كل المجالات.

شكل 3 و4 مواقع وحجم الفجوة في تطبيق معايير الإدارة في مراكز الرعاية الصحية الأولية



المصدر: من اعداد فريق التحليل بناء على نتائج تحليل البيانات التي تم جمعها من المشاركين في ورشة العمل الثالثة.

تظهر النتائج الموضحة في الشكل السابق أن معيار الخدمات المساندة ومعيار ادارة الجودة حققت أدنى قيمة من حيث التطبيق، حيث بلغت حجم الفجوة على التوالي 67 % 66 % من مستوى التميز، وهي فجوة عالية تتطلب وضع وتنفيذ برامج تدريب وتنقيف مكثفة وشاملة لكل معايير الإدارة الرئيسية والفرعية، كون الإدارة هي رأس الهرم في كل المنظمات ونجاح المنظمات مرهون بقدرات اداراتها وبجودة ودقة الممارسات الادارية فيها.

5.3. نتائج تقييم تطبيق معايير الجودة في المستشفيات:

بعد عملية التوعية والتدريب والنقاش والمشاركة خلال ثلاثة أيام حول مستوى تطبيق المستشفيات لمعايير الجودة ، وبالإشراف المباشر على عملية التقييم من قبل فريق العمل، وبعد تعبئة الاستمارة من قبل مدراء (الجودة، مكافحة العدوى، التمريض، الخدمات التشخيصية) المشاركين من المستشفيات المستهدفة في ورشة العمل الأولى للتحليل البيئي للاستراتيجية الوطنية للجودة، وبعد الانتهاء من مراجعة البيانات وإدخالها إلكترونياً، وعمل التحليل الإحصائي؛ فقد تم التوصل إلى الفجوة بين مستوى تطبيق معايير الجودة في المستشفيات اليمنية بشكل عام ومقارنتها بالحد الأدنى للمؤشر الاقليمي المقبول بالإضافة الى تحديد الفجوة بين المستشفيات الحكومية والأهلية من حيث مستوى الامتثال لتطبيق معايير الجودة الصحية، ويمكن استعراض خلاصة عملية التقييم لجميع مجالات اداة التقييم على النحو الآتي:

1. مستوى تطبيق المجالات الرئيسية لأداة تقييم معايير الجودة في المستشفيات:

تم استخدام مقاييس النزعة المركزية واستخراج المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للتعرف على واقع الجودة في المستشفيات، وذلك في الأربعة المجالات الرئيسية بشكل عام، والجدول التالي يوضح خلاصة نتائج التقييم.

جدول 3 5 نتائج واقع الجودة في المستشفيات اليمنية

النسبة العامة	الانحراف المعياري العام	المتوسط العام	إجمالي المعايير	معايير وظيفية				معايير أساسية				المجال
				نسبة	انحراف معياري	متوسط	عدد	نسبة	انحراف معياري	متوسط	عدد	
0.62	0.854	1.86	163	68%	0.800	2.04	103	59%	0.881	1.76	60	رعاية المرضى
0.65	0.906	1.94	53	67%	0.810	2.01	35	60%	0.958	1.81	18	السلامة وأمان المريض
0.63	0.900	1.9	175	65%	0.848	1.94	88	61%	0.907	1.83	87	الإدارة والقيادة
0.48	0.713	1.45	19	46%	0.580	1.39	11	47%	0.713	1.42	8	المشاركة المجتمعية
0.62	0.872	1.86	410	66%	0.809	1.97	237	60%	0.894	1.79	173	إجمالي (الأربعة المجالات)

المصدر: نتائج تحليل بيانات المسح البيئي لمستوى جودة الرعاية الصحية بالمستشفيات اليمنية 2023م.

من خلال الجدول السابق يتضح بأن الانحراف المعياري بين اجابات افراد العينة قد تراوح بين (0.800-0.958) في جميع فقرات الاستبانة وهذا يشير الى تمركز البيانات حول وسطها الحسابي وصلاحيه البيانات والنموذج للتقييم والتحليل، وبالتالي يمكن الاعتماد على نتائج التحليل كون العينة تتبع التوزيع الطبيعي وتمثل مجتمع الدراسة تمثيلاً عادلاً وتحقق الهدف المرجو منها.

كما بينت نتائج التحليل في الجدول رقم (3-5) بأن نسبة تطبيق معايير الجودة في المستشفيات اليمنية بلغت 62% اجمالاً، حيث بلغت نسبة تطبيق المعايير الاساسية 60% بينما بلغت نسبة تطبيق المعايير الوظيفية 66%، كما بلغت نسبة تطبيق معايير رعاية المرضى وأمان وسلامة المريض 62%، 65% على التوالي، وهذه النتائج تشير الى أن تدني مستوى الجودة بالمستشفيات اليمنية، ويدل على وجود العديد من المخاطر والفجوات في أداء

المستشفيات والتي تسبب الضرر والحوادث سواءً للمرضى أو العاملين بالقطاع الصحي ، الأمر الذي يتطلب تدخّل وطني وتعاون أممي للحد من وِردم هذه الفجوة وتحسين مستويات الجودة وبما يضمن توفير بيئة ورعاية آمنة للمرضى وأفراد المجتمع ، من خلال تنفيذ برامج ومشاريع متنوعة في مجال تحسين جودة الرعاية الصحية، والجدول التالي توضح أوجه القصور والانحرافات بشكل أكثر تفصيلاً على مستوى كل مجال.

2. مستوى تطبيق معايير مجال رعاية المرضى في المستشفيات اليمنية:

تم استخدام مقاييس النزعة المركزية واستخراج المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للتعرف على مستوى تطبيق المستشفيات اليمنية لمعايير الجودة الخاصة بمعايير رعاية المرضى (المجال الأول) من وجهة نظر مدراء الإدارات التنفيذية في المستويات الإدارية الوسطى والإشرافية في المستشفيات اليمنية، وحسب المعايير الرئيسية الممثلة لمعايير رعاية المرضى بشكل عام، والجدول التالي رقم (6.3) يوضح ذلك.

جدول 6 3 مستوى تطبيق معايير رعاية المرضى في المستشفيات اليمنية

م	المعايير الرئيسية	مستشفيات حكومية		مستشفيات أهلية		المستشفيات ككل	
		متوسط	نسبة	متوسط	نسبة	متوسط	نسبة
أ-1	إتاحة الخدمة	1.33	0.44	2.34	0.78	1.60	0.53
أ-2	استمرارية الرعاية	1.83	0.61	2.71	0.90	2.10	0.70
أ-3	حقوق المريض	1.56	0.52	2.46	0.82	1.84	0.61
أ-4	مسؤوليات وواجبات المريض وذويه	1.22	0.41	2.50	0.83	1.62	0.54
أ-5	تقييم المرضى	1.90	0.63	2.77	0.92	2.07	0.69
	أ-5-1- التقييم العام	1.90	0.63	2.67	0.89	2.13	0.71
	أ-5-2- المختبرات	1.76	0.59	2.86	0.95	2.10	0.70
	أ-5-3- الأشعة	1.62	0.54	2.77	0.92	1.97	0.66
أ-6	تثقيف المريض وأسرته	1.38	0.46	3.00	1.00	1.88	0.63
أ-7	الرعاية التغذوية	1.44	0.48	2.64	0.88	1.81	0.60
أ-8	الرعاية المتعلقة بالألم	1.48	0.49	2.08	0.69	1.67	0.56
أ-9	العناية الخاصة بمرضى الطوارئ	1.59	0.53	2.84	0.95	1.98	0.66
أ-10	معايير الخدمات العلاجية	1.66	0.55	2.58	0.86	1.94	0.65
	أ-10-1- معايير الحالات العامة	1.83	0.61	2.50	0.83	2.04	0.68
	أ-10-2- معايير الحالات ذات الخطورة	1.19	0.40	2.04	0.68	1.45	0.48
	أ-10-3- معايير التخدير	1.58	0.53	2.88	0.96	1.98	0.66
	أ-10-4- معايير الجراحة	2.13	0.71	2.80	0.93	2.34	0.78
	أ-10-5- الصيدلانية واستعمال الدواء	1.56	0.52	2.51	0.84	1.85	0.62
	أ-10-6- استخدام الدم ومشتقاته	1.67	0.56	2.73	0.91	1.99	0.66
	المتوسط العام لمحوار معايير رعاية المرضى	1.54	0.51	2.59	0.86	1.86	0.62

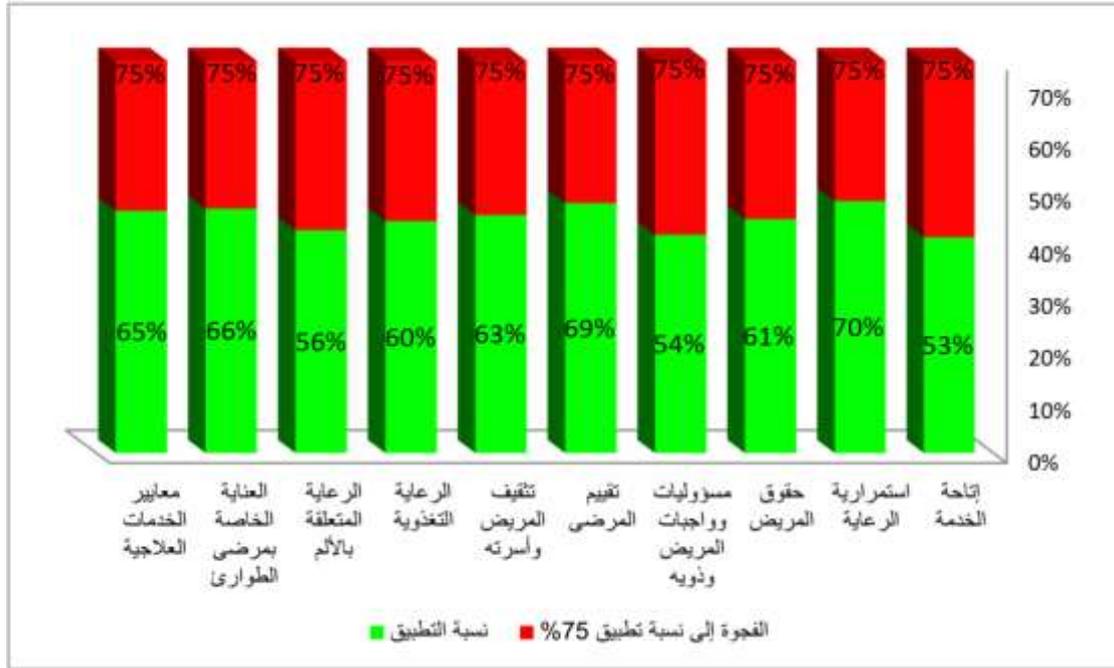
المصدر: نتائج تحليل بيانات المسح البيئي لمستوى جودة الخدمات الصحية بالمستشفيات اليمنية 2023م.

من خلال بيانات الجدول السابق نجد بأن نسبة تطبيق معايير رعاية المرضى في المستشفيات الحكومية اليمنية بلغت 51% فقط، وهي نسبة متدنية اقل من الحد الأدنى المقبول إقليمياً في مجالات/ معايير رعاية المرضى التي يفترض ألا تقل عن (75%)، وهذه النسبة

تشير الى حجم التدهور الحرج في خدمات رعاية المرضى جراء ظروف الحرب التي يعاني منها اليمن منذ ثمان سنوات مضت، والتي أثرت بشكل ملحوظ وملمس على توافر وإتاحة الخدمات الصحية واستمراريتها بحسب احتياج المريض والمستفيد.

والشكل التالي يوضح الفجوة في مستويات الواقع الحالي لمحاور رعاية المرضى:

شكل 3 5 واقع تطبيق معايير مجال رعاية المرضى بالمستشفيات



المصدر: نتائج تحليل بيانات المسح البيئي لمستوى جودة الخدمات الصحية بالمستشفيات اليمنية 2023م.

وتظهر النتائج الموضحة في الشكل السابق أن إتاحة الخدمة وتوافرها في الوقت المناسب حققت أدنى قيمة حيث بلغت حجم الفجوة 22 % من الحد الأدنى و32 % من المستوى المقبول و47 % من مستوى التميز.

وقد وضع المشاركون أهم مواطن وأماكن الخطورة والفجوات في محور إتاحة الخدمة كالتالي:

- عدم توافر نطاق خدمات ينظم ويوضح الرعاية الصحية التي يقدمها المستشفى بحسب الاحتياج المجتمعي، وهذا يجعل المستشفى يقدم خدمات صحية غير منظمة او قد تكون غير مرخصة.
- عدم وجود معايير واشتراطات تحدد آلية قبول المرضى وحدد أولويات تقديم الرعاية بحسب حاجة المريض وشدة الحالة المرضية سواء في العيادات الخارجية او الطوارئ او العناية المركزة والعمليات الجراحية.
- وغياب هذه المعايير والاشتراطات تجعل الكثير من المرضى عرضة للمخاطر والتدهور السريري وقد تؤدي الى الوفاة.

- ضعف وتدني عملية التواصل الفعال بين مقدمي الخدمات الصحية، حيث اتضح من إجابات ونقاشات المشاركين وجود تأخير في طلب واستدعاء الاستشاريين الى اقسام الرعاية وكذلك تأخر استجابة الاستشاريين والمختصين في الوصول الى المستشفى، كما بينت الإجابات ايضاً وجود عوائق في تلقي وتنفيذ الأوامر وخطط الرعاية الطبية.

وهذا التدهور يعزى الى عدة اسباب أهمها ما يلي:

- غياب أنشطة التدريب والتعليم المستمر للكادر الصحي خصوصاً في مجال جودة الرعاية الصحية.
- عدم القدرة على الالتزام بالفئة السكانية ونطاق ونوعية وطبيعة الخدمات الصحية المحددة لكل مستشفى بحسب امكانياته وقدراته واضطرار هذه المستشفيات لمواجهة الطلب المتزايد على الخدمات الصحية وتقديم ما أمكن منها بحسب مواردها المتاحة بغض النظر عن مستوى الامتثال لمعايير جودة الرعاية الصحية.
- عدم الالتزام بمعايير واشتراطات قبول المرضى وعدم الاهتمام بتحديد أولويات الرعاية واحتياجات المرضى خصوصاً في اقسام الطوارئ والعناية الحرجة والعمليات الجراحية والتغذية السريرية.
- عدم اعتماد وتطبيق سياسات تنظم وتقن عمليات قبول المرضى واحالتهم الى وحدات الرعاية الخاصة بالمستشفى.
- ضعف عمليات التسجيل والتوثيق للمرضى المترددين على المستشفى وكذا الحالات المحالة من خارج المستشفى.
- ضعف عمليات التنسيق والاستشارة بين الاقسام داخل المستشفى.
- ضعف عمليات التنسيق بين المستشفيات لتنسيق عملية الاحالات فيما بينها.
- قلة الخبرة وضعف عمليات متابعة وتقييم الاداء من خلال مؤشرات الاداء.
- وجود قصور في التغطية الشاملة لكل مؤسسات ومرافق القطاع الصحي الوطني من حيث توفير وتطبيق ادلة وسياسات واجراءات العمل التفصيلية في مختلف الاقسام.
- وجود قصور في التغطية الشاملة بعمليات التدريب لكل الكوادر الصحية العاملة في القطاع الصحي الوطني على تطبيق أدلة وسياسات واجراءات العمل التخصصية.
- وجود قصور في توفير الاجهزة والأدوات ومستلزمات تقديم خدمات الرعاية الصحية وفقاً لمعايير الجودة ومتطلبات تنفيذ أدلة وسياسات واجراءات الممارسات الصحية الأمنة.
- وجود تحديات متعلقة بتوفير النية التحتية وفقاً للمواصفات الفنية والهندسية اللازمة لإتاحة الخدمة الصحية المناسبة للمرضى وفق الاشتراطات الاقليمية والدولية.
- وجود رغبة واستعداد للتعلم والتدريب على الممارسات الصحية الأمنة من قبل كل الكوادر الصحية وفقاً لاشتراطات ومعايير ومتطلبات جودة الرعاية الصحية.
- عدم كفاية الموارد المتاحة حالياً للمستشفيات الوطنية لمواجهة حجم الطلب الكبير على خدماتها وفقاً لاشتراطات ومعايير ومتطلبات جودة الرعاية الصحية.

3. مستوى تطبيق معايير السلامة وأمان المريض في المستشفيات اليمنية:

تم استخدام مقاييس النزعة المركزية واستخراج المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للتعرف على مستوى تطبيق المستشفيات اليمنية لمعايير الجودة الخاصة بمعايير السلامة وأمان المريض (المجال الثاني) من وجهة نظر مدراء الإدارات التنفيذية في المستويات الإدارية الوسطى والإشرافية في المستشفيات اليمنية، وحسب المعايير الرئيسية الممثلة لمعايير السلامة وأمان المريض بشكل عام، والجدول التالي يوضح نتائج تقييم المعايير الرئيسية لهذا المجال.

جدول 7 3 يوضح مستوى تطبيق معايير السلامة وأمان المريض في المستشفيات اليمنية

م	المعايير الرئيسية	مستشفيات حكومية		مستشفيات أهلية		المستشفيات ككل	
		متوسط	نسبة	متوسط	نسبة	متوسط	نسبة
ب-1	التحكم في انتشار العدوى	1.60	0.53	2.97	0.99	2.02	0.67
ب-2	التطهير والتعقيم	1.70	0.57	2.88	0.96	2.06	0.69
ب-3	أمان المريض	1.64	0.55	2.98	0.99	2.04	0.68
ب-4	السلامة البيئية	1.29	0.43	2.78	0.93	1.75	0.58
ب-5	برنامج الصحة والسلامة المهنية	1.26	0.42	2.83	0.94	1.74	0.58
ب-6	تصميم المستشفى	1.51	0.50	2.63	0.88	1.86	0.62
	المتوسط العام للمجال الثاني: معايير السلامة وأمان المريض	1.50	0.50	2.85	0.95	1.94	0.65

المصدر: نتائج تحليل بيانات المسح البيئي لمستوى جودة الخدمات الصحية بالمستشفيات اليمنية 2023م.

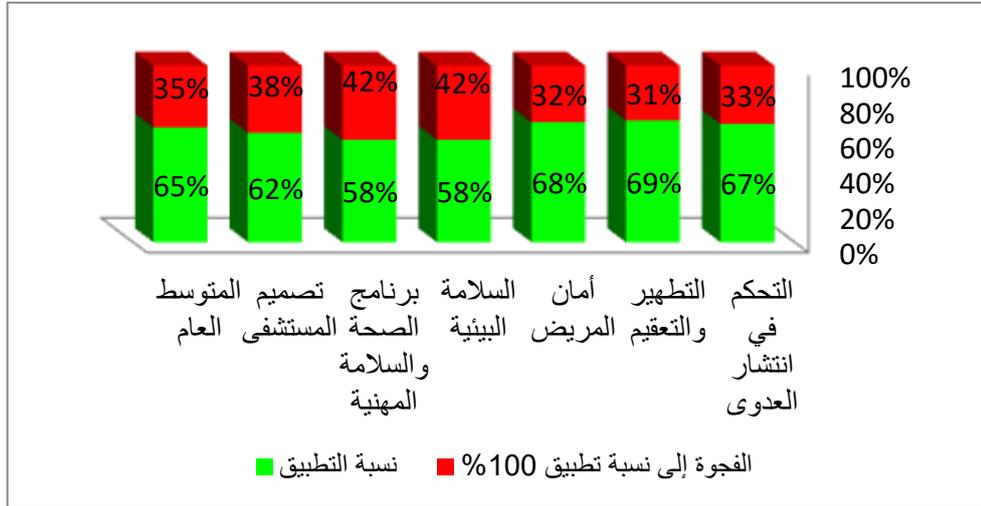
من خلال الجدول السابق يتضح بأن نسبة تطبيق معايير السلامة وأمان المريض في المستشفيات اليمنية 65 %، حيث يلاحظ من خلال هذه القيمة وجود فجوة كبيرة في مستوى سلامة وأمان المرضى، فطبقاً للتوصيات العالمية يجب أن تطبق معايير سلامة المرضى بنسبة 100 %، وعليه فإنه يستوجب على النظام الصحي توفير بيئة رعاية صحية آمنة تمنع حدوث الأخطاء المصاحبة للرعاية الطبية وتقلل من حجم المخاطر والخسائر التي تؤثر على سلامة وأمان المرضى.

وبما أن سلامة وأمان المرضى هي أهم القضايا الحرجة والاستراتيجية التي تهتم أي نظام صحي فقد أوضحت النسب من خلال الجدول السابق الفجوات التالية:

- تدني مستوى تطبيق معايير التحكم في العدوى حيث تمثلت أهم جوانب الخطورة في:
 - ضعف عملية التدريب والتأهيل في مجال مكافحة العدوى.
 - عدم توافر أدلة وسياسات إرشادية لإجراءات التحكم في العدوى.
 - تدني مستوى ثقافة العاملين عن سياسات وإجراءات التحكم في العدوى.

- عدم شمولية برنامج مكافحة العدوى جميع اقسام ووحدات المستشفى الفنية والطبية والإدارية.
 - ضعف عملية متابعة ومراقبة تطبيق برامج مكافحة العدوى.
 - تدني مستوى جودة إجراءات التطهير والتعقيم مما يؤدي الى ارتفاع تعرض المرضى للإصابة بالعدوى وعدم مأمونية الإجراءات التداخلية والجراحية وارتفاع نسب الإصابة بالعدوى بعد العمليات الجراحية، وقد تمثلت أهم أسباب تدني مستويات جودة التطهير والتعقيم في:
 - عدم وجود مختصين او فنيين مؤهلين في مجال التعقيم بأعداد كافية.
 - عدم مطابقة البنية التحتية لأقسام التعقيم لاشتراطات الجودة والسلامة ومكافحة العدوى.
 - تدني مستويات متابعة ومراقبة ضبط الجودة في اقسام التعقيم.
 - عدم تحديث وتطوير أنظمة وأجهزة التعقيم.
 - عدم وجود سياسات وارشادات تنظم إجراءات التطهير والتعقيم.
 - تدني مستوى تطبيق الأهداف العالمية لسلامة المرضى واشتراطات السلامة والأمان، وقد أظهرت النتائج التالي:
 - عدم وجود سياسات وإجراءات خاصة بالأهداف العالمية لسلامة المرضى.
 - تدني مستويات ثقافة سلامة المرضى عند العاملين ومقدمي خدمات الرعاية الصحية.
 - تدني عملية مراقبة ومتابعة مستوى التزام العاملين بتطبيق الأهداف العالمية لسلامة المرضى.
- والشكل التالي يوضح حجم الفجوة بين الواقع والمستوى المقبول للتطبيق واستمرار الخدمة واللازم لتحقيق الحد الأدنى لأمان وسلامة المريض:

شكل 3 6 واقع تطبيق معايير أمان وسلامة المريض بالمستشفيات



المصدر: نتائج تحليل بيانات المسح البيئي لمستوى جودة الخدمات الصحية بالمستشفيات اليمنية 2023م.

وقد وضح المشاركون خلال المناقشات ان معالم الخطورة في مجال سلامة وأمان المرضى التي تتمثل في التالي:

- عدم وجود استراتيجية تشمل خطط وبرامج وأنشطة خاصة بإجراءات تعزز وتدعم مستويات سلامة وأمان الرعاية الطبية.
- عدم وجود مختصين مؤهلين في مجال سلامة المرضى ومكافحة العدوى.
- تدني المستوى المعرفي لدى العاملين عن سياسات وإجراءات سلامة وأمان المرضى.
- عدم وجود أدلة وسياسات وإجراءات معتمدة خاصة بسلامة وأمان المرضى.
- ضعف الالتزام بتطبيق الاهداف الدولية الستة لسلامة المرضى من قبل القيادات الادارية والعاملين بالمؤسسات والمرافق الصحية.
- قلة الاهتمام بمتابعة وتقييم مؤشرات الاهداف العالمية لسلامة المرضى.
- وجود قصور في التغطية الشاملة لتدريب العاملين الصحيين على تطبيق برامج وسياسات واجراءات سلامة المرضى ومكافحة العدوى.
- وجود قصور في تشكيل وتفعيل لجان وفرق ومنسقي سلامة المرضى ومكافحة العدوى بالمؤسسات والمرافق الصحية.
- عدم توفر الموازنات الكافية لتأمين وتوفير متطلبات سلامة المرضى ومكافحة العدوى.
- وجود قصور في أنشطة التوجيه والمتابعة والتقييم والتقويم المتعلقة بأمان وسلامة المرضى والتحكم والسيطرة على العدوى وادارة النفايات الطبية وحماية البيئة.

4. مستوى تطبيق معايير الإدارة في المستشفيات اليمنية:

تم استخدام مقاييس النزعة المركزية واستخراج المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للتعرف على مستوى تطبيق المستشفيات اليمنية لمعايير الجودة الخاصة بمعايير الإدارة (المجال الثالث) من وجهة نظر مدراء الإدارات التنفيذية في المستويات الإدارية الوسطى والإشرافية في المستشفيات اليمنية، وحسب المعايير الرئيسية الممثلة لمعايير الإدارة بشكل عام.

جدول 3 8 نتائج تحليل واقع معايير الإدارة والقيادة في المستشفيات اليمنية

م	المعايير الرئيسية	مستشفيات حكومية		مستشفيات أهلية		المستشفيات ككل	
		متوسط	نسبة	متوسط	نسبة	متوسط	نسبة
ج-1	الإدارة العليا	1.44	0.48	3.00	1.00	1.92	0.64
ج-2	قيادة المستشفى	1.67	0.56	2.90	0.97	2.05	0.68
ج-3	أخلاقيات المستشفى	1.47	0.49	2.42	0.81	1.76	0.59
ج-4	نظام إدارة المعلومات	1.37	0.46	2.85	0.95	1.83	0.61
ج-5	إدارة السجلات الطبية	1.52	0.51	2.88	0.96	1.94	0.65
ج-6	إدارة الجودة	1.50	0.50	2.88	0.96	1.93	0.64
ج-7	هيئة الأطباء	1.28	0.43	3.00	1.00	1.81	0.60
ج-8	هيئة التمريض	1.85	0.62	2.95	0.98	2.20	0.73
ج-9	إدارة الموارد البشرية	1.51	0.50	2.88	0.96	1.93	0.64
ج-10	التعليم والتدريب المستمر	1.70	0.57	2.98	0.99	2.09	0.70
ج-11	العلاقات العامة	1.54	0.51	2.86	0.95	1.95	0.65
ج-12	الخدمات المساندة	1.32	0.44	2.31	0.77	1.64	0.55
	ج-12-1- المطبخ (إدارة لتغذية والإطعام)	1.43	0.48	2.50	0.83	1.76	0.59
	ج-12-2- الفندقية (خدمات الغرف)	1.16	0.39	2.66	0.89	1.62	0.54
	ج-12-3- المغسلة	1.24	0.41	2.57	0.86	1.76	0.59
	ج-12-4- الصيانة	1.46	0.49	2.89	0.96	1.90	0.63
	ج-12-5- الخدمة الاجتماعية	1.17	0.39	1.58	0.53	1.29	0.43
	ج-12-6- المكتبة	1.11	0.37	1.00	0.33	1.08	0.36

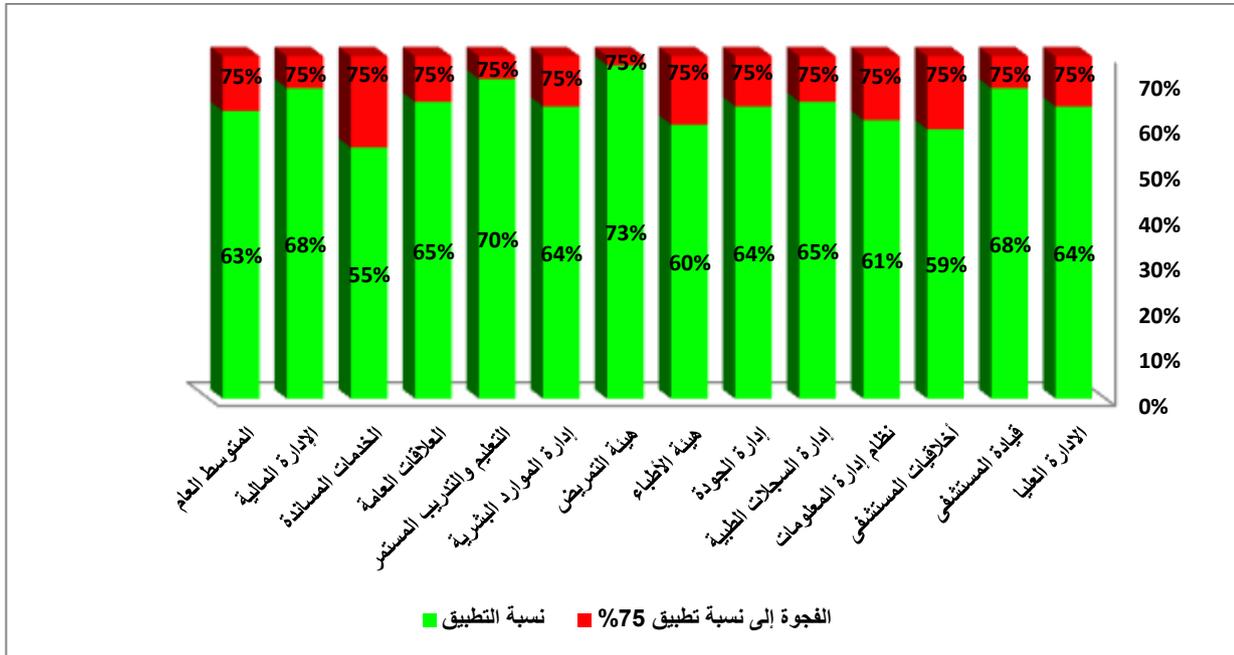
0.69	2.08	0.99	2.96	0.56	1.69	ج-12-7- وحدة الاحصاء	
0.68	2.04	0.70	2.10	0.54	1.62	الإدارة المالية	ج-13
0.63	1.90	0.92	2.77	0.51	1.52	المتوسط العام للمجال الثالث: معايير الإدارة	

المصدر: نتائج تحليل بيانات المسح البيئي لمستوى جودة الخدمات الصحية بالمستشفيات اليمنية 2023م.

من خلال البيانات الواردة في الجدول السابق يتضح بأن نسبة تطبيق معايير الجودة الخاصة بمحور الإدارة في المستشفيات اليمنية بلغت 63% إجمالاً، ومنها نجد بأن نسبة التزام المستشفيات اليمنية مازالت لم تصل الى الحد الأدنى من المؤشر الاقليمي المقبول لهذا المحور وفقاً لمؤشرات أداة الاعتماد العربية، وهذا يستوجب تبني الوزارة لاستراتيجية وطنية تهدف الى تدريب وصقل مهارات وقدرات ومعارف القيادات الادارية والموارد البشرية العاملة في مجال الرعاية الصحية بالقطاع الصحي الوطني بالتعاون مع الشركاء الدوليين لردم الفجوة المتبقية وتمكين المؤسسات والمرافق الصحية الوطنية من الامتثال لتطبيق معايير الجودة.

والشكل التالي يبين حجم الفجوة بين الواقع الحالي لمستوى الجودة في مجال معايير الإدارة والقيادة والحد المطلوب الوصول اليه من قبل المؤسسة الصحية:

شكل 3 7 الواقع وحجم الفجوة في تطبيق معايير الادارة والقيادة بالمستشفيات



المصدر: نتائج تحليل بيانات المسح البيئي لمستوى جودة الخدمات الصحية بالمستشفيات اليمنية 2023م.

يتضح من خلال الشكل السابق بأن معايير الأخلاقيات حققت أدنى نسبة بمقدار 59 %، بينما نسبة التزام الإدارة العليا وإدارة الجودة والموارد البشرية كان بنفس النسبة وبمقدار 64 % وهذه القيمة تشير الى اتساع الفجوة بين المستوى المطلوب تحقيقه بحسب التوصيات العالمية والواقع الحالي، مما يتطلب قيام العاملين في هذه الإدارات بحكم انهم من قياديي برامج الجودة والتحسين بوضع خطط تحسين عاجلة وتحقيق مستويات من الالتزام بأفضل أداء.

ومن خلال التحليل لآراء ونقاشات المشاركين يمكن ايجاز اهم نقاط الضعف التي تعزى لها هذه الفجوة، على النحو الآتي:

- عدم وجود مدراء جودة مؤهلين ومدربين لقيادة برامج الجودة سواء على المستوى الوطني او على مستوى المرافق الصحية.
- تدني مستوى كفاءة مدراء ومنسقي الجودة الحاليين والمعنيين لإدارة الجودة في المستشفيات والمرافق الصحية.
- وجود قصور معرفي في الجوانب الادارية وثقافة وادوات واساليب وأهمية تطبيق الجودة لدى القيادات والعاملين في المؤسسات والمرافق الصحية.
- عدم وضوح التوجهات الاستراتيجية (الرؤية والرسالة والأهداف الاستراتيجية والقيم) لدى القيادات والعاملين في المستشفيات نظراً لغياب الفكر الاستراتيجي وضعف قدرات التخطيط والادارة الاستراتيجية لدى معظم القيادات الادارية الحالية بمستوياتها الثلاثة (العليا والوسطى والدنيا)، حيث انها مازالت بحاجة الى مزيد من التدريب في مجال الادارة الاستراتيجية.
- تركيز ثقافة الجودة لدى فئات وعدد محدود من كوادر هذه المستشفيات الذي يعزى الى قلة برامج التدريب المنفذة في هذا الجانب وعدم شموليتها لتغطي كافة فئات العاملين.
- وجود ضعف وقصور في عملية التنظيم وقصور وتداخل واضح وعدم وضوح التوصيف الوظيفي لدى مختلف الاقسام وفئات العاملين بالمستشفى.
- وجود قصور وضعف كبير في الخدمات الفندقية والاجتماعية والتعليم المستمر والتغذية والخدمات المساندة.
- وجود قصور وضعف في تطبيق اخلاقيات المهنة.
- وجود قصور وضعف كبير في عمليات التوثيق والتسجيل ونظم المعلومات الصحية.
- وجود قصور في خدمات المغسلة الطبية وخدمات الصيانة.
- وجود قصور كبير في الادارة والموارد المالية.
- عدم اعتماد موازنات خاصة لأنشطة وبرامج الجودة والتدريب والتأهيل بكل المستشفيات.
- وجود قصور كبير في توفير أدلة عمل اجرائية تغطي جوانب العمل الادارية والخدمات المساندة والفندقية مع وجود عدم اهتمام بمتابعة تنفيذ سياسات واجراءات العمل المتوفرة منها في مختلف الاقسام والخدمات الادارية والمساندة.

5. مستوى تطبيق معايير الخدمات المجتمعية في المستشفيات اليمنية:

تم استخدام مقاييس النزعة المركزية واستخراج المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للتعرف على مستوى تطبيق المستشفيات اليمنية لمعايير الجودة الخاصة بمعايير الخدمات المجتمعية (المجال الرابع) من وجهة نظر مدراء الإدارات التنفيذية في المستويات الإدارية الوسطى والإشرافية في المستشفيات اليمنية، وحسب المعايير الرئيسية الممثلة لمعايير الخدمات المجتمعية، والجدول التالي يوضح خلاصة بنتائج التقييم للمعايير الرئيسية لهذا المجال.

جدول 9 3 مستوى تطبيق معايير الخدمات المجتمعية في المستشفيات اليمنية

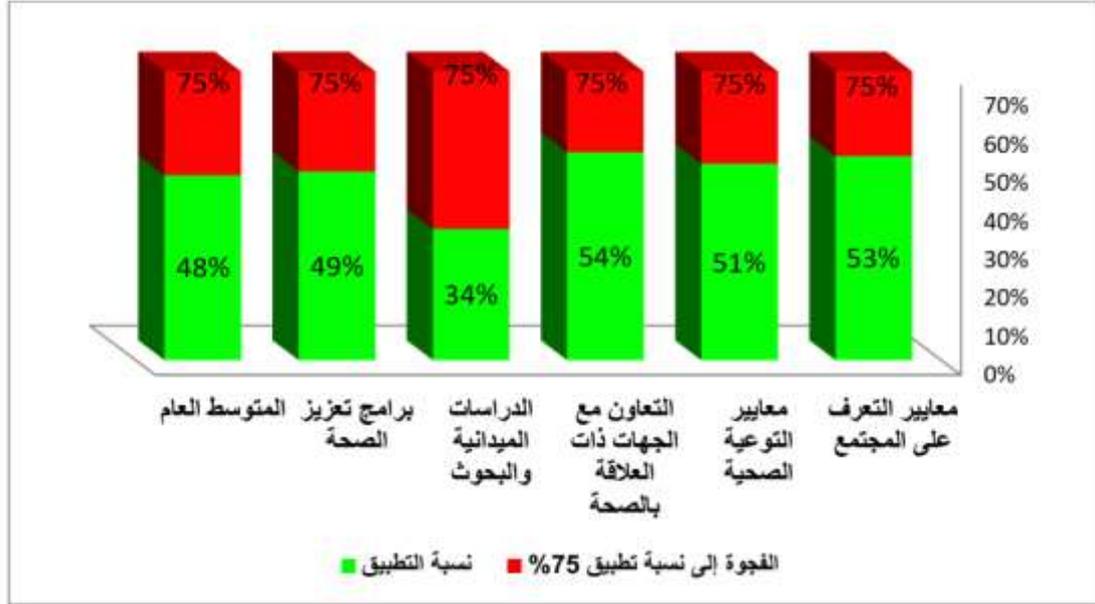
م	المعايير الرئيسية	مستشفيات حكومية		مستشفيات أهلية		المستشفيات ككل	
		متوسط	نسبة	متوسط	نسبة	متوسط	نسبة
د-1	معايير التعرف على المجتمع	1.26	0.42	2.28	0.76	1.58	0.53
د-2	معايير التوعية الصحية	1.12	0.37	2.44	0.81	1.53	0.51
د-3	التعاون مع الجهات ذات العلاقة بالصحة	1.24	0.41	2.50	0.83	1.63	0.54
د-4	الدراسات الميدانية والبحوث	1.00	0.33	1.10	0.37	1.03	0.34
د-5	برامج تعزيز الصحة	1.22	0.41	2.07	0.69	1.48	0.49
	المتوسط العام للمجال الثالث: معايير الخدمات المجتمعية	1.17	0.39	2.08	0.69	1.45	0.48

المصدر: نتائج تحليل بيانات المسح البيئي لمستوى جودة الخدمات الصحية بالمستشفيات اليمنية 2023م.

من خلال الجدول السابق يتبين بأن مستوى تطبيق معايير مجال المشاركة المجتمعية في المستشفيات اليمنية بلغ ما نسبته (48%)، وهي نسبة أقل من الحد الأدنى المقبول بحسب المؤشر الاقليمي وفقاً لأداة الاعتماد العربية، وهذا القصور من شأنه أن يحدث فجوة كبيرة بين ما يقدم من خدمات في هذه المستشفيات وبين ما يتوقعه أو يرغب به المرضى والمجتمع منها وبالتالي أدى الى انخفاض في مستوى ثقة ورضا المرضى والمجتمع عن الخدمات المقدمة في القطاع الصحي الوطني، الذي أدى بدوره الى الزيادة المستمرة في اعداد ونسبة المرضى الذين يبحثون عن الخدمة خارج حدود الوطن وارتفاع المخاطر الصحية والاقتصادية المترتبة عن هذه الظاهرة وخصوصاً ارتفاع نسبة الطلب على العملة الصعبة وتدهور القوة الشرائية للعملة المحلية مقابل العملات الاجنبية والصعبة.

والشكل التالي يبين حجم الفجوة بين المستوى الحالي لجودة معايير الخدمات المجتمعية والمستوى المطلوب تحقيقه:

شكل 3 8 الواقع وحجم الفجوة لمستوى تطبيق معايير الخدمات المجتمعية بالمستشفيات



المصدر: نتائج تحليل بيانات المسح البيئي لمستوى جودة الخدمات الصحية بالمستشفيات اليمنية 2023م.

تظهر القيم الواردة في الشكل السابق تدني مستوى اهتمام المؤسسات الصحية بإجراء الدراسات والبحوث التي تعزز من عملية الثقة بين المجتمع المحلي المستفيد والمؤسسات الصحية بنسبة 41% عن الحد الأدنى، ويتضح من الشكل أيضا وجود فجوات في معايير تحديد الاحتياجات المجتمعية من الخدمات الصحية وكذلك تدني مساهمة المستشفيات في نشر الثقافة الصحية أوساط افراد المجتمع المحلي، وقد بلغ المتوسط العام لحجم الفجوة في تطبيق معايير الخدمات المجتمعية 27% عن الحد الأدنى و37% عن المستوى المطلوب تحقيقه.

وتعزى هذه الفجوة الى عدة اسباب يمكن ايجازها على النحو الآتي:

- وجود قصور كبير في اهتمام المستشفيات بالمشاركات المجتمعية عند وضع الخطط الاستراتيجية والتنفيذية.
- وجود قصور كبير وعدم اهتمام بتحديد الاحتياجات الصحية والبيئية اعتمادا على خصوصية المجتمع المحلي والمشاكل ذات الأولوية.
- وجود قصور كبير وعدم اهتمام من قبل المستشفيات بإعداد وتنفيذ برامج توعية موجهة للمجتمع بفئاته المختلفة.
- وجود قصور كبير وعدم اهتمام من قبل المستشفيات بعمليات التخطيط والتنفيذ للمسوحات والدراسات الميدانية للمجتمع المحلي.

- وجود قصور كبير وعدم اهتمام من قبل المستشفيات بعمليات التواصل والتنسيق مع الجهات ذات العلاقة بالصحة والمجتمع المحلي.
- وجود قصور كبير وعدم اهتمام من قبل المستشفيات في التخطيط والتنفيذ لبرامج ومشروعات تعزيز أنماط حياة صحية لدى المجتمع المحلي.

6. نتائج تحليل واقع وفجوة تطبيق معايير الجودة في المستشفيات الريفية والمحورية:

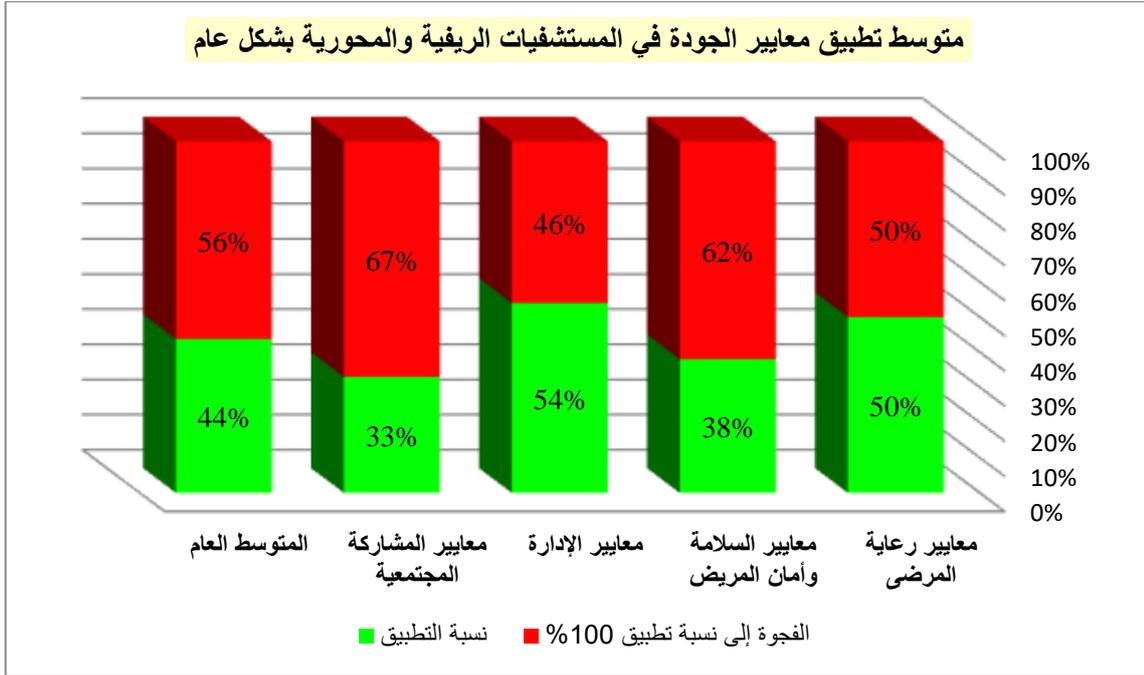
تم استخدام مقاييس النزعة المركزية لاستخراج نسبة امثال المستشفيات الريفية والمحورية لتطبيق معايير الجودة والاعتماد الصحي وذلك في الأربعة المجالات الرئيسية بشكل عام، والجدول والشكل التاليين يوضحان خلاصة نتائج التقييم.

جدول 10 3 واقع وفجوة تطبيق معايير الجودة في المستشفيات الريفية والمحورية

المحور	نسبة التطبيق	الفجوة إلى نسبة تطبيق 100%
معايير رعاية المرضى	50%	50%
معايير السلامة وأمان المريض	38%	62%
معايير الإدارة	54%	46%
معايير المشاركة المجتمعية	33%	67%
المتوسط العام	44%	56%

المصدر: نتائج تحليل بيانات المسح البيئي لمستوى جودة الخدمات الصحية بالمستشفيات الريفية والمحورية 2023م.

شكل 3 9 واقع وفجوة تطبيق معايير الجودة في المستشفيات الريفية والمحورية



المصدر: نتائج تحليل بيانات المسح البيئي لمستوى جودة الخدمات الصحية بالمستشفيات اليمنية 2023م.

يتبين من خلال الجدول والشكل السابق بأن متوسط ونسبة تطبيق معايير الجودة والاعتماد الصحي في المستشفيات الريفية والمحورية بلغ (44%) وهي نسبة متدنية تشير الى التطبيق الجزئي الضعيف لهذه المعايير، حيث حصلت كل من معايير الخدمات المجتمعية ومعايير أمان وسلامة المرضى على اقل نسبة التي بلغت (33%) و(38%) على التوالي لتشكل فجوة كبيرة في تحقيق الجودة، مما يستدعي اعطاء هذه المستشفيات وهذان المجالان الاولوية عند وضع برامج ومشاريع التحسين مستقبلا.

7. نتائج تحليل واقع تطبيق معايير الجودة في مستشفيات الأمومة والطفولة:

تم استخدام مقاييس النزعة المركزية لاستخراج متوسط ونسبة امتثال مستشفيات الامومة والطفولة لتطبيق معايير الجودة والاعتماد الصحي وذلك في الأربعة المجالات الرئيسية بشكل عام، والجدول التالي يوضح خلاصة نتائج التقييم.

جدول 3 11 نتائج واقع تطبيق معايير الجودة في مستشفيات الامومة والطفولة

م	المجالات	المتوسط	النسبة
1	رعاية المرضى	1.28	43%
2	السلامة وأمان المريض	1.21	40%
3	الإدارة والقيادة	1.32	44%
4	الخدمات المجتمعية	1.08	36%
	المتوسط العام	1.22	41%

المصدر: من اعداد فريق التحليل بناء على نتائج تحليل البيانات التي تم جمعها من المشاركين في ورشة العمل الثانية.

يوضح الجدول السابق بأن مستشفيات الامومة والطفولة تطبق معايير الجودة في مختلف مجالاتها بنسبة ضعيفة جداً، حيث بلغت نسبة الامتثال العام لتطبيق معايير الجودة في هذه المستشفيات (41%)، وهي نسبة متدنية جدا وتشير الى نسبة مخاطر عالية يمكن أن تتعرض لها الامهات والاطفال المترددين على هذه المستشفيات، مما يجعلها احدى الاوليات والقضايا الرئيسية التي تتطلب تبني استراتيجيات تأهيل وتدريب وتنقيف وتوفير البنى التحتية والتجهيزات اللازمة لتحسين جودة خدمات الامومة والطفولة، وتحقيق أمان وسلامة المرض وخفض نسبة الوفيات وهجرة المرضى للبحث عن هذا النوع من الخدمات خارج حدود الوطن، والملحق رقم (1) يستعرض نتائج تقييم المعايير الرئيسية والفرعية في هذا النوع من المستشفيات.

6.3. تحليل مستوى الجودة في المراكز الطبية التخصصية:

لقد قام الفريق بجمع وتحليل البيانات التي حصلوا عليها من المشاركين حول مستوى تطبيق معايير الجودة واعتماد المراكز الطبية التخصصية التالية:

- مراكز القلب.
- مراكز الغسيل الكلوي.
- مراكز الأورام.
- مراكز العلاج النفسي.
- مراكز العلاج الطبيعي.

ويمكن استعراض أهم نتائج تقييم هذه المراكز على النحو الآتي:

1.6.3. نتائج تقييم معايير الجودة في مراكز القلب:

تم استخدام مقاييس النزعة المركزية لاستخراج متوسط ونسبة امثال مراكز القلب لتطبيق معايير الجودة والاعتماد الصحي وذلك في الأربعة المجالات الرئيسية بشكل عام، والجدول التالي يوضح خلاصة نتائج التقييم.

جدول 3 12 واقع تطبيق معايير الجودة في مراكز القلب

م	المجالات	المتوسط	النسبة
1	رعاية المرضى	1.48	49%
2	السلامة وأمان المريض	1.22	41%
3	الإدارة والقيادة	1.27	42%
4	الخدمات المجتمعية	1.00	33%
	المتوسط العام	1.24	41%

المصدر: من اعداد فريق التحليل بناء على نتائج تحليل البيانات التي تم جمعها من المشاركين في ورشة العمل الثانية.

يوضح الجدول السابق بأن مراكز القلب لا تطبق معايير الجودة في مختلف مجالاتها، حيث بلغت نسبة الامثال العام لتطبيق معايير الجودة في هذه المراكز (41%)، وهي نسبة متدنية جدا وتشير الى نسبة مخاطر عالية يمكن أن يتعرض لها مرضى القلب المترددين على هذه المراكز مما يجعلها احدى الاوليات والقضايا الرئيسية التي تتطلب تبني استراتيجيات تأهيل وتدريب و تثقيف وتوفير البنى التحتية والتجهيزات اللازمة لتحسين جودة خدماتها وتحقيق أمان وسلامة المرض وخفض نسبة الوفيات وهجرة المرضى للبحث عن هذا النوع من الخدمات خارج حدود الوطن، للاطلاع على نتائج التقييم للمعايير الرئيسية والفرعية لكل مجال انظر الملحق رقم (2).

2.6.3. نتائج تحليل مستوى تطبيق معايير الجودة في مراكز الأورام والعلاج الإشعاعي:

تم استخدام مقاييس النزعة المركزية لاستخراج متوسط ونسبة امثال مراكز الأورام والعلاج الإشعاعي لتطبيق معايير الجودة والاعتماد الصحي وذلك باستخدام اداة تقييم مراكز الاورام والعلاج الاشعاعي، والجدول التالي يوضح خلاصة نتائج التقييم.

جدول 3 13 واقع تطبيق معايير الجودة في مراكز الأورام والعلاج الإشعاعي

ملاحظات الترتيب	النسبة	المتوسط	درجة التقييم		المعيار	رمز المعيار
			2	1		
1	92%	2.75	3	2.5	تطبق خدمات الأورام والعلاج الإشعاعي معايير القبول والخروج.	ORT.8
2	83%	2.50	3	2	يتولى طبيب مؤهل مسؤولية إدارة خدمات طب الأورام والعلاج الإشعاعي.	ORT.1
3	83%	2.50	2.5	2.5	هناك خطة سلامة لضمان أمان خدمات طب الأورام والعلاج الإشعاعي.	ORT.7
4	78%	2.35	2.15	2.54	يضمن مدير التمريض كفاءة طاقم التمريض.	ORT.9
5	67%	2.00	2	2	يضمن المستشفى الامتثال الكامل للوائح الدولية والمحلية ذات الصلة بالإشعاع.	ORT.2
6	65%	1.96	1.92	2	مدير (أو مدراء) التمريض مؤهلين ويشرفون على الممارسات والرعاية التمريضية في خدمات الأورام والعلاج الإشعاعي.	ORT.4
7	61%	1.84	2	1.67	يتم توفير وتقديم خدمات طب الأورام والعلاج الإشعاعي من قبل طاقم مؤهل.	ORT.3
8	54%	1.63	1.5	1.75	يتم الإشراف على خدمات طب الأورام والعلاج الإشعاعي من قبل لجنة متعددة التخصصات.	ORT.5
9	44%	1.33	1.33	1.33	يتم الاحتفاظ بالوثائق المناسبة لأنشطة مراقبة الجودة في خدمات طب الأورام والعلاج الإشعاعي.	ORT.10
10	33%	1.00	1	1	تشمل خدمات طب الأورام والعلاج الإشعاعي وحدة / خدمة الرعاية التطبيقية.	ORT.6
المتوسط العام						
	66%	1.98	2.04	1.93		

المصدر: من اعداد فريق التحليل بناء على نتائج تحليل البيانات التي تم جمعها من المشاركين في ورشة العمل الثالثة.

من خلال الجدول السابق يتضح بأن معايير الجودة مطبقة جزئياً في مراكز الأورام، حيث بلغت نسبة تطبيق معايير الجودة في هذه المراكز (66%)، وهي نسبة متوسطة ولكمه مازالت غير مقبولة وتشير الى ضعف الاهتمام بهذه المراكز الذي ينعكس على رداءة الخدمات المقدمة لمرضى الأورام، بل قد يؤدي هذا الإهمال الى تعرضهم للعديد من المخاطر، وعدم اعطائهم حقهم في الحصول على الخدمات الجيدة بالشكل المناسب، مما يجعلها احدى القضايا الاستراتيجية الرئيسية التي يجب تبنيها ومعالجتها في الاستراتيجية الوطنية لجودة الرعاية الصحية خصوصاً في الجوانب الآتية:

- الامتثال الكامل للوائح الدولية والمحلية ذات الصلة بالإشعاع.
- توفير هيئة تمريضية وادارة تمريضية مؤهلة وخبيرة لتقديم الخدمات التمريضية والاشراف والمتابعة الصارمة لها وحماية المريض من الاهمال.
- توفير وتقديم خدمات طب الأورام والعلاج الإشعاعي من قبل طاقم مؤهل.
- الإشراف على خدمات طب الأورام والعلاج الإشعاعي من قبل لجنة متعددة التخصصات.
- الاحتفاظ بالوثائق المناسبة لأنشطة مراقبة الجودة في خدمات طب الأورام والعلاج الإشعاعي.
- توفير وحدة وخدمة الرعاية التلطيفية.
- عدم وجود إدارة جودة متخصصة.

ومن خلال نتائج النقاشات في مجموعات العمل ووفقاً لنتائج التحليل يمكن ايجاز أهم القضايا الحرجة في مراكز الاورام والعلاج الاشعاعي في الآتي:

- قصور نطاق وحجم خدمات مراكز الأورام بما يتوافق مع الاحتياجات المجتمعية.
- عدم وجود برامج لضبط وتحسين ومراقبة الجودة في مراكز الأورام والعلاج الإشعاعي.
- عدم وجود أدلة وبرامج لضبط الجودة وسلامة المرضى وإدارة المخاطر بمراكز الأورام والعلاج الإشعاعي.
- تدني مستوى ثقافة الجودة وسلامة المرضى لدى العاملين في مراكز طب الأورام.
- ضعف معايير واشتراطات قبول وخروج المرضى الخاضعين لعلاج الأورام والعلاج الإشعاعي.

3.6.3. نتائج تقييم تطبيق معايير الجودة في مراكز ومستشفيات الأمراض

النفسية:

تم استخدام مقاييس النزعة المركزية لاستخراج متوسط ونسبة امتثال مراكز ومستشفيات الأمراض النفسية لتطبيق معايير الجودة والاعتماد الصحي وذلك في الأربعة المجالات الرئيسية لأداة الاعتماد العربية، والجدول التالي يوضح خلاصة نتائج التقييم.

جدول 3 14 واقع تطبيق معايير الجودة في مراكز ومستشفيات الامراض النفسية

م	المجالات	المتوسط	النسبة
1	رعاية المرضى	1.26	42%
2	السلامة وأمان المريض	1.02	34%
3	الإدارة والقيادة	1.04	35%
4	الخدمات المجتمعية	1.00	33%
المتوسط العام		1.08	36%

المصدر: من اعداد فريق التحليل بناء على نتائج تحليل البيانات التي تم جمعها من المشاركين في ورشة العمل الثانية.

يوضح الجدول السابق بأن مستشفيات الامراض النفسية لا تطبق معايير الجودة في مختلف مجالاتها، حيث بلغت نسبة الامتثال العام لتطبيق معايير الجودة في هذه المستشفيات (36%)، وهي نسبة متدنية جدا وتشير الى نسبة مخاطر عالية يمكن أن يتعرض لها المرضى النفسيين المترددين على هذه المستشفيات التي قد تصل الى اهمال المرضى وتحمل أسرهم والمجتمع لتكاليف عالية بدون جدوى، قد تصل الى شعور الكثير منهم باليأس من جدوى العلاج النفسي، وهذا بحد ذاته انتهاك لحقوق الانسان والمريض، مما يجعلها احدى الاوليات والقضايا الرئيسية التي تتطلب تبني استراتيجيات تأهيل وتدريب و تثقيف وتوفير البنى التحتية والتجهيزات اللازمة لتحسين جودة خدماتها وتحقيق أمان وسلامة المرض وخفض نسبة الوفيات وتفاقم وازدياد مرضى الحالات النفسية واهمالهم، وللاطلاع على النتائج التفصيلية لمستوى تطبيق المعايير الرئيسية والفرعية انظر الملحق رقم (3).

4.6.3. نتائج تقييم مستوى تطبيق معايير الجودة في مراكز العلاج الطبيعي:

تم استخدام مقاييس النزعة المركزية لاستخراج متوسط ونسبة امتثال مراكز العلاج الطبيعي لتطبيق معايير الجودة والاعتماد الصحي وذلك باستخدام اداة تقييم مراكز العلاج الطبيعي، والجدول التالي يوضح خلاصة نتائج التقييم.

جدول 3 15 واقع تطبيق معايير الجودة في مراكز الأورام والعلاج الإشعاعي

ملاحظات	النسبة	المتوسط	درجة التقييم*		المعيار	رقم المعيار
			2	1		
	67%	2	2	2	يتم تقديم خدمات العلاج الطبيعي من قبل معالجين مؤهلين.	PT.1
	50%	1.50	1	2	يدير قسم العلاج الطبيعي معالج فيزيائي مؤهل بالتعليم والتدريب والخبرة	PT.1.1
	67%	2	2	2	يتم تأهيل الموظفين من خلال التعليم المناسب والتدريب والخبرة في إعادة التأهيل البدني.	PT.1.2
	50%	1.50	2	1	توجه السياسات والإجراءات والبروتوكولات رعاية المرضى الذين يخضعون للعلاج الطبيعي في المستشفى	PT.2
	72%	2.17	2.83	1.5	تشمل السياسات والإجراءات والبروتوكولات، على سبيل المثال لا الحصر، ما يلي:	PT.2.1
	83%	2.50	3	2	معالجة ورعاية حالات الجلطات.	PT.2.1.1
	67%	2	3	1	استبدال مفصل الورك.	PT.2.1.2
	83%	2.50	3	2	إدارة وتأهيل حالات استبدال مفصل الركبة.	PT.2.1.3
	83%	2.50	3	2	إدارة وتأهيل حالات آلام الظهر.	PT.2.1.4
	50%	1.50	2	1	إجراءات السلامة.	PT.2.1.5
	67%	2	3	1	التواصل الفعال مع الأطباء المختصين.	PT.2.1.6
	33%	1	1	1	يتم تطوير السياسات بشكل تعاوني مع الطاقم الطبي وطاقم التمريض والأقسام الأخرى ذات الصلة	PT.2.2
	33%	1	1	1	يتم إجراء تقييم وظيفي شامل للمرضى الذين تم تحديدهم على أنهم في خطر وظيفي	PT.3
	33%	1	1	1	يتم إجراء الفحص الوظيفي من قبل طاقم مستشفى مؤهل، على سبيل المثال (طبيب / ممرض) لتحديد حاجة المريض إلى تقييم وظيفي شامل من قبل معالج طبيعي	PT.3.1

ملاحظات	النسبة	المتوسط	درجة التقييم*		المعيار	رقم المعيار
			2	1		
					مرخص.	
	33%	1	1	1	يتم تطوير المعايير المستخدمة للفحص الوظيفي أثناء التقييم الأولي للمرضى والموافقة عليها من قبل المعالجين المؤهلين	PT.3.2
	33%	1	1	1	يتم إجراء تقييم وظيفي شامل من قبل معالج طبيعى مؤهل لكل مريض تم تحديده في خطر وظيفي أثناء الفحص أو التقييم الأولي	PT.3.3
	33%	1	1	1	يتم استكمال الفحص الوظيفي الشامل خلال 24 ساعة من الطلب او الإحالة.	PT.3.4
	33%	1	1	1	يتم وصف التقييم الوظيفي الشامل في سياسة وإجراء خاصة.	PT.3.5
	50%	1.50	2	1	يتم توثيق نتائج الفحص والتقييم الوظيفي في السجل الطبي للمريض	PT.3.6
	33%	1	1	1	المرضى الذين يعانون من اضطراب وظيفي لديهم خطة رعاية مناسبة تلبي احتياجاتهم	PT.4
	50%	1.50	2	1	يقوم أخصائي العلاج الطبيعي، بالتعاون مع الطاقم السريري الآخر، بوضع خطة رعاية مناسبة للمرضى الذين يعانون من اضطرابات وظيفية.	PT.4.1
	50%	1.50	2	1	خطة الرعاية تلبي الاحتياجات الطبية للمريض	PT.4.2
	50%	1.50	2	1	خطة الرعاية لها أهداف قابلة للقياس	PT.4.3
	50%	1.50	2	1	يتم تثقيف المرضى حول خطة الرعاية والإجراءات والتمارين التأهيلية	PT.4.4
	33%	1	1	1	يتم إعادة تقييم المرضى من قبل أخصائي العلاج الطبيعي على فترات منتظمة، ويتم مراقبة استجاباتهم لخطة الرعاية، ويتم إجراء التعديلات وفقاً لذلك	PT.4.5
	33%	1	1	1	يتم توثيق خطة الرعاية في السجل الطبي	PT.4.6

ملاحظات	النسبة	المتوسط	درجة التقييم*		المعيار	رقم المعيار
			2	1		
					للمريض كجزء من تخطيط الفريق متعدد التخصصات، كلما أمكن ذلك	
	44%	1.33	1.49	1.18	المتوسط	

المصدر: من اعداد فريق التحليل بناء على نتائج تحليل البيانات التي تم جمعها من المشاركين في ورشة العمل الثالثة 2023م.

- 1 = مدير إدارة الأطراف بوزارة الصحة، 2 = استشاري علاج طبيعي – أمانة العاصمة.

من خلال الجدول السابق نجد بأن نسبة تطبيق معايير الجودة في مراكز العلاج الطبيعي متدنية، بل يمكن القول بأنها غير مطبقة، حيث بلغت نسبة التطبيق العام (44%) وهي قيمة متدنية جدا وتعد واحده من اهم القضايا التي لا بد أن تعطى أولوية في الاستراتيجية الوطنية لتحسين الجودة.

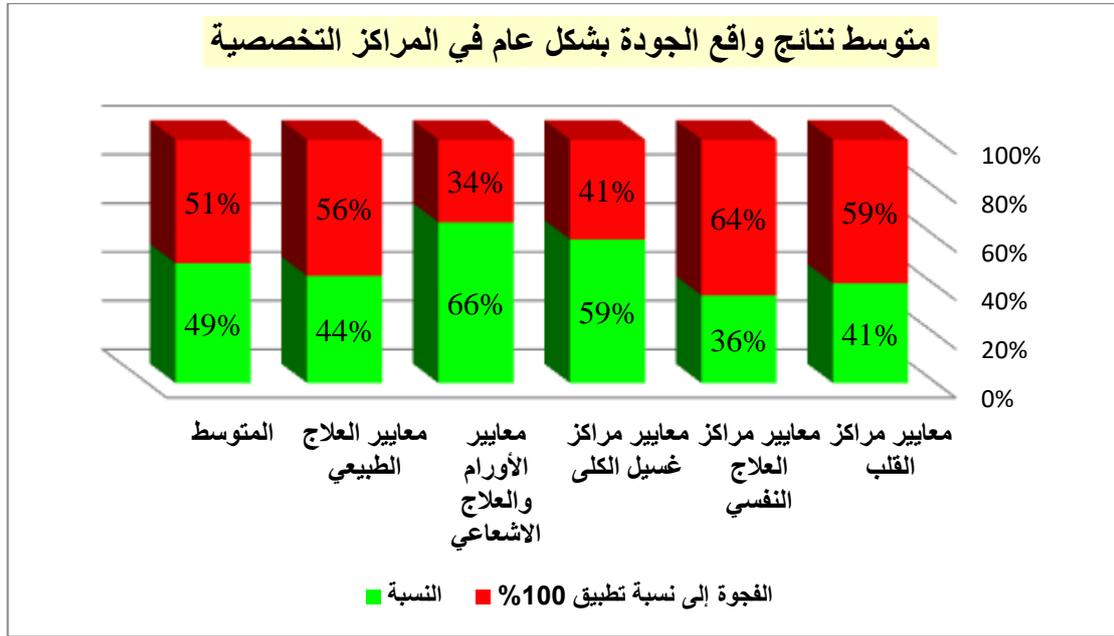
وفيما يلي ملخص لنتائج واقع الجودة في المراكز التخصصية:

جدول 3 16 متوسط نتائج واقع الجودة بشكل عام في المراكز التخصصية

المركز	النسبة	الفجوة إلى نسبة تطبيق 100%
مراكز القلب	41%	59%
مراكز العلاج النفسي	36%	64%
مراكز غسيل الكلى	59%	41%
الأورام والعلاج الاشعاعي	66%	34%
العلاج الطبيعي	44%	56%
المتوسط	49%	51%

المصدر: من اعداد فريق التحليل بناء على نتائج تحليل البيانات التي تم جمعها من المشاركين في ورشة العمل الثالثة 2023م.

شكل 10 3 متوسط نتائج واقع الجودة بشكل عام في المراكز التخصصية



المصدر: من اعداد فريق التحليل بناء على نتائج تحليل البيانات التي تم جمعها من المشاركين في ورشة العمل الثالثة 2023م.

5.6.3. نتائج تقييم مستوى تطبيق معايير الجودة في المختبرات الطبية:

تم استخدام مقاييس النزعة المركزية لاستخراج متوسط ونسبة امثال المختبرات الطبية التشخيصية لتطبيق معايير الجودة والاعتماد الصحي وذلك باستخدام اداة تقييم جودة المختبرات الطبية، والجدول التالي يوضح خلاصة نتائج التقييم.

جدول 3 17 واقع تطبيق معايير الجودة في المختبرات الطبية التشخيصية

رقم المعيار	المعايير	درجة التقييم	النسبة
LB.1	تتوفر خدمات المختبر لتلبية احتياجات المرضى وتتوافق مع المعايير الوطنية المعمول بها	1.20	40%
LB.2	يحتوي المختبر على مساحة ومرافق كافية وعملية تحافظ على ظروف عمل آمنة ومناسبة	1.07	36%
LB.3	يتم تنفيذ خدمات المختبر من قبل موظفين مؤهلين	1.25	42%
LB.4	يحتوي المختبر على نظام لمسار تدقيق الموظفين	1.00	33%
LB.5	المختبر لديه برنامج تدريب شامل وتقييم الكفاءة	1.00	33%
LB.6	يحتوي المختبر على نظام لاستلام الإمدادات والخدمات الواردة وإدارة المخزون وتتبع المواد الهامة	1.50	50%
LB.7	يحتوي المختبر على نظام إدارة الكواشف والحلول	1.47	49%
LB.8	المختبر لديه عملية تصف دوره في إدارة المعدات	2.00	67%
LB.9	المختبر لديه نظام للتحقق من المعدات	1.00	33%
LB.10	يطور المختبر عملية للتحقق من صحة طريقة الاختبار	1.80	60%
LB.11	يطور المختبر عملية لإنشاء أو التحقق من وتقييم النطاقات المرجعية / الفواصل الزمنية وقيم القطع لكل مصدر تحليل وعينة	1.00	33%
LB.12	يحتوي المختبر على نظام لمعايرة أدوات المختبر المهمة	1.00	33%
LB.13	يحتوي المختبر على نظام لترابط الأدوات / الربط بين الطرق التي تعمل عليها الآلات	1.00	33%
LB.14	يوجد بالمختبر نظام للتحكم في جودة طرق الاختبار	2.00	67%
LB.15	يحتوي المختبر على إرشادات عمل شاملة وأدلة إجراءات	1.00	33%
LB.16	يطور المختبر عملية للتحكم في الانحرافات والاستثناءات	1.00	33%

رقم المعيار	المعايير	درجة التقييم	النسبة
LB.17	يوجد بالمختبر برامج شاملة للسلامة ومكافحة العدوى	1.10	37%
LB.18	لدى المختبر دليل لخدمات / جمع العينات	1.40	47%
LB.19	LB.18.2 يحدد المختبر أوقات ومعدل الدوران (TAT) للاختبارات الروتينية واختبارات STAT	1.33	44%
LB.20	طلبات الاختبارات أو الخدمات المعملية كاملة ومقروءة	1.75	58%
LB.21	يضمن المختبر وضع العلامات الصحيحة للعينات	1.50	50%
LB.22	لدى المختبر طريقة لتعامل handling مع العينات بعد جمعها	2.00	67%
LB.23	يطور المختبر عملية استلام العينات	1.88	63%
LB.24	لدى المختبر وصف مكتوب لنموذج ومحتويات التقارير	2.29	76%
LB.25	يطور المختبر عملية للإبلاغ عن النتائج الحرجة	2.00	67%
LB.26	LB.26 يطور المختبر عملية لتعديل النتائج المختبرية المبلغ عنها	1.20	40%
LB.27	المختبر لديه عملية لخدمات المختبر المرجعي	1.33	44%
LB.28	LB.28 يطور المختبر نظاماً شاملاً لاختبار نقاط الرعاية (POCT)	1.00	33%
LB.29	يتم الاحتفاظ بسجلات المختبر لفترات محددة	1.65	55%
LB.30	المختبر لديه نظام للاحتفاظ بالعينات	1.00	33%
LB.31	يطور المختبر عملية للتقييم الداخلي (الذاتي) والخارجي للعمليات ونظام إدارة الجودة	1.08	36%
46%	المتوسط العام	1.38	

المصدر: من اعداد فريق التحليل بناء على نتائج تحليل البيانات التي تم جمعها من المشاركين في ورشة العمل الثالثة 2023م.

يبين الجدول السابق متوسط ونسبة تطبيق معايير الجودة في المختبرات الطبية اليمنية من وجهة نظر ممثلين من المختبرات اليمنية في ورشة العمل الثالثة للتحليل البيئي لجودة الرعاية الصحية في إطار إعداد وصياغة مسودة الخطة الاستراتيجية الوطنية للجودة، ومن خلال تحليل آراء المشاركين فإن المتوسط العام لمستوى جودة أداء المختبرات الطبية 46 %، حيث أظهرت نتائج تحليل القضايا والفجوات الحرجة التالي:

- ضعف البنية التحتية للمختبرات في المرافق الصحية.

- عدم وجود مدراء ومنسقي جودة مؤهلين ومدربين يشرفون على برامج الجودة في المختبرات الطبية.
- تدني مستويات كفاءة مدراء الجودة المعينين في المختبرات.
- عدم توافر خدمات مخبرية بشكل يلبي احتياجات المرضى وبما يتوافق مع نطاق خدمات المرافق الصحية.
- عدم وجود سياسات وإجراءات موحدة تنظم تقديم الخدمات التشخيصية والمخبرية بما يتوافق مع معايير ضبط وتحسين الجودة.
- عدم وجود برامج معتمدة لضبط الجودة وسلامة المرضى والسلامة العامة ومكافحة العدوى والصيانة الطبية.
- تدني مستوى ثقافة الجودة وسلامة المرضى لدى العاملين في المختبرات.
- تدني مستوى التزام المختبرات بقياس ومتابعة وتقييم نتائج مؤشرات الأداء.
- قصور عمليات الإبلاغ عن نتائج الفحوصات خصوصا ما يتعلق بالنتائج والقيم الحرجة.
- تدني مستويات جودة التوثيق والتسجيل لنتائج وإجراءات المختبرات.

6.6.3. نتائج تقييم مستوى تطبيق معايير الجودة في بنوك الدم:

تم استخدام مقاييس النزعة المركزية لاستخراج متوسط ونسبة امثال بنوك الدم لتطبيق معايير الجودة والاعتماد الصحي وذلك باستخدام اداة تقييم بنوك الدم، والجدول التالي يوضح خلاصة نتائج التقييم.

جدول 3 18 واقع تطبيق معايير الجودة في بنوك الدم

رقم المعيار	المعيار	المتوسط	النسبة
LB.33	لدى بنك الدم عملية لتحديد وتقديم التثقيف قبل التبرع للمتبرعين بالدم المحتملين	1.25	42%
LB.34	يطور بنك الدم معايير قبول المتبرعين بالدم	1.50	50%
LB.35	LB.35 يطور بنك الدم معايير القبول للمتبرعين بالصفائح الدموية	1.75	58%
LB.36	LB.36 يمتلك بنك الدم الية لأخذ الموافقة من المتبرعين بالدم	1.22	41%
LB.37	LB.37 يطور بنك الدم نظامًا لإخطار المتبرعين بالنتائج المهمة المكتشفة أثناء فحص المتبرعين أو بعد إجراء الاختبارات المعملية	1.00	33%

النسبة	المتوسط	المعيار	رقم المعيار
33%	1.00	LB.38 يطور بنك الدم نظامًا لمعايرة أجهزة مراقبة حجم الدم التي تم جمعها	LB.38
37%	1.11	LB.39 يتبنى بنك الدم النظام المناسب لتقديم الرعاية اللازمة للمتبرعين بالدم قبل العملية وأثناءها وبعدها	LB.39
33%	1.00	LB.41 يطور بنك الدم نظامًا للتعامل مع مضاعفات التبرع بالدم	LB.40
56%	1.67	LB.41 يطور بنك الدم عملية لجمع عينات دم المتبرع	LB.41
57%	1.70	LB.42 يطور بنك الدم نظامًا لإعداد وتخزين ونقل ومراقبة الجودة لمكونات خلايا الدم الحمراء (RBC)	LB.42
40%	1.20	LB.43 يطور بنك الدم نظامًا للإعداد والتخزين والنقل ومراقبة الجودة لمكونات الصفائح الدموية المركزة (PC)	LB.43
50%	1.50	LB.44 يطور بنك الدم نظامًا لتحضير وتخزين ونقل ومراقبة جودة البلازما الطازجة المجمدة (FFP)	LB.44
33%	1.00	LB.45 يطور بنك الدم نظامًا لإعداد وتخزين ونقل ومراقبة جودة الراسب القوي (CRYO)	LB.45
33%	1.00	LB.46 يطور بنك الدم نظامًا لتحضير وتخزين ونقل ومراقبة الجودة لوحدات الصفائح الدموية المنتجة بواسطة الأفرسس	LB.46
33%	1.00	LB.47 يقوم بنك الدم وخدمات نقل الدم بوضع سياسات وإجراءات لضمان التعامل مع وحدات خلايا الدم الحمراء منخفضة خلايا الدم البيضاء المحضرة و / أو المنقولة بطريقة مناسبة	LB.47
33%	1.00	LB.48 يطور بنك الدم وخدمات نقل الدم سياسات وإجراءات لضمان التعامل مع وحدات الصفائح الدموية المركزة المخففة لصفائح الدم (LR-PC) المعدة و / أو المنقولة بطريقة مناسبة	LB.48
33%	1.00	LB.49 يضع بنك الدم وخدمات نقل الدم سياسات وإجراءات لضمان التعامل مع منتجات الدم الخلوي المشعة المحضرة و / أو المنقولة بطريقة مناسبة	LB.49
35%	1.05	LB.51 يطور بنك الدم عملية للاختبار الدموي المناعي الأولي لعينات المتبرعين بالدم	LB.50
36%	1.08	LB.51 يطور بنك الدم عملية لمنع انتقال المرض عن طريق نقل الدم / الصفائح الدموية	LB.51
33%	1.00	LB.52 يضع بنك الدم آلية لتحديد والتخلص من الدم / مكونات الدم غير المقبول	LB.52

النسبة	المتوسط	المعيار	رقم المعيار
63%	1.88	The blood bank develops a process for initial labeling of blood and blood components	LB.53
39%	1.17	LB.54 لدى بنك الدم اجراءات لتأكيد ABO / Rh-D للدم المتبرع به	LB.54
33%	1.00	LB.55 يطبق بنك الدم اجراءات لمنع صرف الدم ومكوناته غير المناسبة للاستخدام لنقل الدم إلى المخزون المتاح.	LB.55
33%	1.00	LB.56 تؤسس خدمات نقل الدم الية لصرف الدم / ومكونات الدم التي لم يكتمل فحصها.	LB.56
33%	1.00	LB.57 يوجد في بنك الدم إجراءات لطلب والموافقة وتنفيذ الإجراءات العلاجية	LB.57
38%	1.14	LB.58 يستخدم بنك الدم وخدمات نقل الدم أجهزة مناسبة لتخزين الدم ومكوناته	LB.58
47%	1.40	LB.59 يضع بنك الدم وخدمات نقل الدم سياسات وإجراءات لضمان التعامل مع وحدات البلازما الطازجة المجمدة (FFP) المذابة بطريقة مناسبة	LB.59
33%	1.00	LB.61 يضع بنك الدم وخدمات نقل الدم سياسات وإجراءات لضمان التعامل مع وحدات CRYO المذابة بطريقة مناسبة	LB.60
33%	1.00	LB.61 يطور بنك الدم وخدمات نقل الدم نظامًا لمراقبة جودة الكواشف	LB.61
33%	1.00	LB.62 يقوم بنك الدم وخدمات نقل الدم بتطبيق نظام لتلقي أو إرسال الدم ومشتقاته إلى المستشفيات الخارجية	LB.62
33%	1.00	LB.63 يقوم بنك الدم وخدمات نقل الدم بتطبيق نظام لاختبار ما قبل نقل الدم للمتلقي	LB.63
54%	1.63	LB.64 تقوم خدمات نقل الدم بتطوير نظام لاختيار الدم / منتج الدم من أجل نقل الدم	LB.64
50%	1.50	LB.65 خدمات نقل الدم لديها آلية لعمل فحوصات التطابق	LB.65
50%	1.50	LB.66 تطور خدمات نقل الدم عملية للاختبار ونقل الدم داخل الرحم وحديثي الولادة	LB.66
46%	1.38	LB.67 تقوم خدمات نقل الدم بتطوير اجراءات لصرف الدم / مكونات الدم من أجل نقل الدم	LB.67
33%	1.00	LB.68 تطور خدمات نقل الدم عملية للصرف الطارئ عن الدم غير المتطابق أو غير المتطابق بشكل كامل	LB.68

رقم المعيار	المعيار	المتوسط	النسبة
LB.69	LB.69 يشارك المدير الطبي لخدمات نقل الدم (من خلال لجنة نقل الدم) في تطوير إجراءات لإدارة أحداث تفاعلات نقل الدم العكسية أو المشتبه بها	1.00	33%
LB.70	LB.71 يشارك المدير الطبي لخدمات نقل الدم (من خلال لجنة نقل الدم) في تطوير وتنفيذ عملية التحقق في الحالات المشتبه بإصابتها بعدوى ما بعد نقل الدم.	1.00	33%
المتوسط العام		1.20	40%

المصدر: من اعداد فريق التحليل بناء على نتائج تحليل البيانات التي تم جمعها من المشاركين في ورشة العمل الثالثة 2023م.

يبين الجدول السابق بأن متوسط ونسبة تطبيق معايير جودة أداء بنوك الدم اليمنية من وجهة نظر ممثلين إدارات بنوك الدم المشاركين في ورشة العمل الثالثة للتحليل البيئي لجودة الرعاية الصحية في إطار إعداد وصياغة مسودة الخطة الاستراتيجية الوطنية للجودة، حيث بلغ المتوسط العام لمستوى أداء بنوك الدم 40 %، وفيما يلي أهم القضايا الحرجة التي أظهرتها النتائج:

- عدم وجود ادلة وارشادات وطنية موحدة لمأمونية وسلامة الدم.
- تطوير معايير واشترطات وطنية موحدة لقبول واختيار المتبرعين بالدم.
- تعزيز عملية التوعية والتثقيف قبل التبرع للمتبرعين.
- وجود قصور في عملية الإبلاغ عن نتائج فحص المتبرعين والمراقبة الوطنية لجودة الاختيار للمتبرعين.
- ضعف إجراءات الصيانة الدورية والطارئة لأجهزة ومعدات بنوك الدم.
- تدني إجراءات ضبط وتحسين جودة اعداد وتخزين ونقل ومراقبة مكونات الدم.
- ضعف عملية المراقبة للتخلص من مكونات الدم واتلاف القرب المنتهية.
- عدم وجود ادلة وارشادات للتعامل مع مضاعفات ومخاطر التعامل مع ونقل الدم.
- عدم وجود ضوابط ولوائح وارشادات لتحديد المسؤولين عن وصف واستلام وتسليم ونقل وإعطاء الدم.
- القصور في عملية تطوير خدمات بنوك الدم من خلال اجراء البحوث والدراسات السريرية لمأمونية وسلامة الدم.

- تدني مستوى ثقافة الجودة وسلامة الدم لدي العاملين في بنوك الدم.
- تدني مستوى كفاءة مدراء ومنسقي الجودة في بنوك الدم.

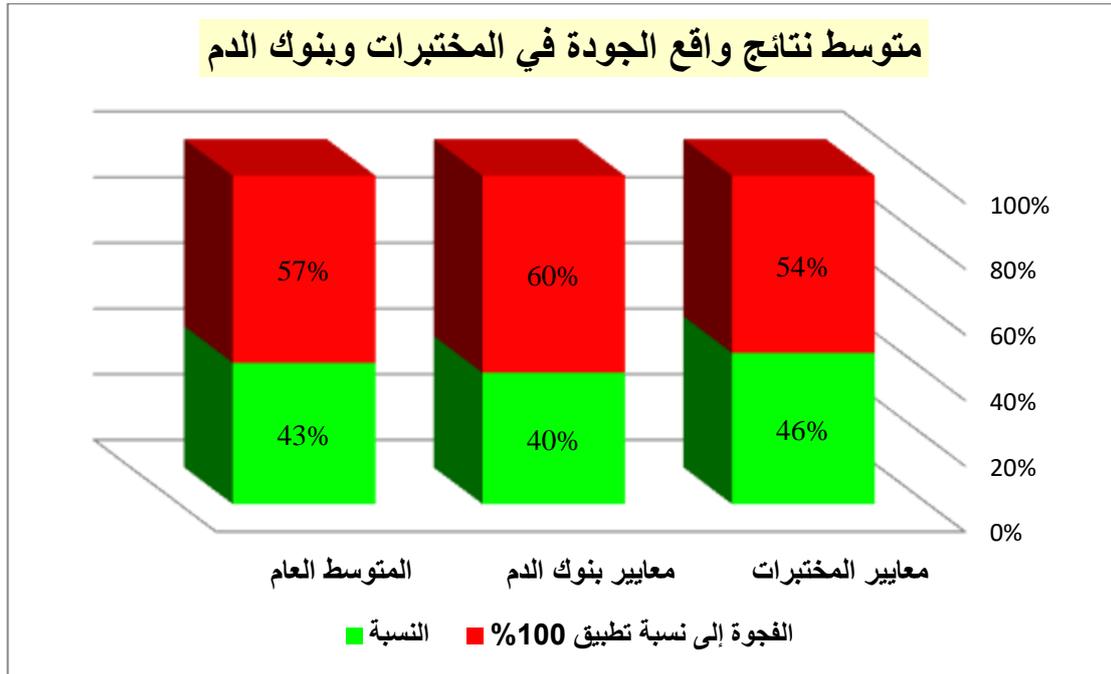
وفيما يلي ملخص بياني لنتائج تحليل واقع الجودة في المختبرات وبنوك الدم:

جدول 19 3 متوسط نتائج واقع الجودة في المختبرات وبنوك الدم

النسبة	الفجوة إلى نسبة تطبيق 100%	
46%	54%	معايير المختبرات
40%	60%	معايير بنوك الدم
43%	57%	المتوسط العام

المصدر: من اعداد فريق التحليل بناء على نتائج تحليل البيانات التي تم جمعها من المشاركين في ورشة العمل الثالثة 2023م.

شكل 11 3 متوسط نتائج واقع الجودة بشكل عام في المختبرات وبنوك الدم



المصدر: من اعداد فريق التحليل بناء على نتائج تحليل البيانات التي تم جمعها من المشاركين في ورشة العمل الثالثة 2023م.

الفصل الرابع

الاستنتاجات

- تحليل الأهمية والتأثير.

- التحليل الرباعي (SWAT).

- الاستنتاجات.

تمهيد:

من خلال مراجعة نتائج التحليل البيئي لجودة الرعاية الصحية في الفصل السابق، وبناءً على نتائج تحديد الوزن النسبي للأهمية والأثر لعناصر الضعف والفرص والتهديدات التي تم استخراجها من أدوات التقييم وبحسب وجهة نظر القيادات الصحية، فقد خصص هذا الفصل لاستعراض العناصر التي تمثل قضايا حرجة، حيث سيتم استعراض العناصر التي حازت على وزن نسبي من 80% فما فوق باعتبارها ذات أولوية قصوى والجدول التالي يبين سلم الأولويات المتبع في تحديد القضايا الحرجة ودرجة الأهمية:

جدول 1 4 دليل تحديد الأولويات بناء على تحليل الأهمية والأثر

الدرجة	الأولوية	التفسير
من 100 - 90	أولوية عالية الأهمية (قضايا حرجة جدا)	يجب ان تؤثر درجة التدخل الى تحسين مستوى الجودة على الأقل بنسبة 90 % من الوضع الحالي خلال فترة زمنية محددة
من 89 - 80	أولوية عاجله (قضايا عاجله)	يجب ان تؤثر درجة التدخل الى تحسين مستوى الجودة على الأقل بنسبة 80 % من الوضع الحالي خلال فترة زمنية محددة
من 79 - 70	أولوية هامه (قضايا هامه)	يجب ان تؤثر درجة التدخل الى تحسين مستوى الجودة على الأقل بنسبة 70 % من الوضع الحالي خلال فترة زمنية محددة
من 69 - 50	قضايا ثانوية	يجب ان تؤثر درجة التدخل الى تحسين مستوى الجودة على الأقل بنسبة 60 % من الوضع الحالي خلال فترة زمنية محددة
أقل من ذلك	ليست ذات أهمية	لا يتم قياس نسبة التحسين

المصدر: من اعداد فريق التحليل.

كما يستعرض هذا الفصل أهم النتائج العامة من خلال مراجعة وتحليل البيانات التي تم جمعها من التقارير والاستراتيجيات السابقة، وسيتم عرض النتائج العامة للتحليل البيئي من خلال المحاور التالية:

1.4. الوزن النسبي للأهمية والتأثير لعناصر الضعف والفرص والتهديدات:

يمكن استعراض الوزن النسبي للأهمية والتأثير لعناصر الضعف والفرص والتهديدات التي خرج بها الفريق من نتائج التحليل البيئي الذي تم إجراؤه بأدوات ومعايير ومؤشرات جودة الرعاية الصحية ومعايير اعتماد المؤسسات الصحية على النحو الآتي:

1.1.4. الوزن النسبي للأهمية والتأثير بحسب محاور معايير أداة التقييم:

يمكن استعراض الوزن النسبي لأهمية وتأثير عناصر الضعف الحرجة مبوبة بحسب مجالات ومعايير اداة الاعتماد العربي للمؤسسات الصحية من خلال الجدول التالي:

جدول 2 4 الوزن النسبي لأهمية وتأثير مجالات رعاية المرضى

الوزن النسبي	التأثير	الأهمية	مجال معايير رعاية المرضى
90.21	9.3	9.7	استخدام الدم ومشتقاته
88.32	9.2	9.6	استمرارية الرعاية
88.27	9.1	9.7	الصيدلية واستخدام الدواء
86.45	9.1	9.5	تقييم المرضى
84.48	8.8	9.6	الرعاية الطبية (الطوارئ – الخدمات العلاجية)
84.48	8.8	9.6	المختبرات
79.05	8.5	9.3	الأشعة
64.6	7.6	8.5	إتاحة الخدمة
63.51	7.3	8.7	حقوق المرضى
80.84	8.6	9.4	المتوسط

*المصدر: تقرير التحليل البيئي لجودة الرعاية الصحية، 2023.

جدول 3 4 تحليل نقاط القوة والضعف لمجالات رعاية المرضى

1- إتاحة الخدمة	
نقاط القوة	نقاط الضعف
<ul style="list-style-type: none"> - توافر المؤسسات الصحية والبنى التحتية والموارد المادية التي تساعد على تحسين وتسهيل إتاحة الرعاية الطبية. - سهولة الوصول الى بعض المستشفيات. - توافر بعض ادلة قبول المرضى مثل دليل حالات الكوليرا وكوفيد 19. - توافر نماذج وسجلات القبول. - توافر إمكانيات ووسائل تواصل مختلفة. - توافر قاعدة بيانات ومعلومات لمتابعة وقياس جودة الأداء. 	<ul style="list-style-type: none"> - عدم وجود نطاق خدمات يوضح نوعية وطبيعة الخدمات الصحية التي يقدمها المستشفى والفئة المجتمعية المستهدفة. - تطوير نطاق خدمات بعض المستشفيات بطريقة عشوائية لا تستند الى المرجعيات القانونية او اشتراطات الجودة. - صعوبة الوصول الى بعض المستشفيات، - عدم تناسق التصميم الانشائي للمنشآت الصحية مما يعقد او يؤخر الوصول الى الخدمة المطلوبة. - التنظيم العشوائي لمدخل ومخارج المستشفيات، وكذلك البيئة المحيطة. - محدودية او قصور في توفير وسائل النقل، - عدم توفير اللوحات والدلائل الإرشادية لخدمات الرعاية. - نقص جاهزية بعض المستشفيات. - عدم تواجد العاملين في ساعات الدوام، - عدم اعتماد معايير واشتراطات لقبول وإحالة وخروج المرضى وتحديد أولويات الرعاية واحتياج المرضى خصوصا في أقسام الطوارئ والعناية المركزة والعمليات الجراحية. - عدم وجود سياسات معتمدة تنظم وتقن عمليات قبول المرضى وادخالهم الى وحدات الرعاية بالمستشفى. - ضعف عملية توثيق تسجيل وقبول المرضى من الطوارئ والعيادات الخارجية والحالات المحالة من خارج المستشفى. - ضعف عملية التواصل الفعال بين المستشفيات لتنسيق عملية الإحالة بينها. - تدني مستوى المام العاملين عن سياسات وإجراءات قبول وتسجيل المرضى وعدم تدريبهم على ذلك. - عدم متابعة وتقييم الأداء من خلال مؤشرات الأداء.
2- استمرارية الرعاية	
نقاط القوة	نقاط الضعف
<ul style="list-style-type: none"> - المستشفيات تعمل على مدار الساعة. - توافر وسائل التواصل وسهولة عملية الوصول الى المستشفى. - توافر الإمكانيات التي تسمح للتعاقد مع مناوبين لتغطية العمل. - توافر القدرات للتخطيط والتنظيم الجيد لتوفير الخدمات والرعاية بشكل مستمر. 	<ul style="list-style-type: none"> - تأخر تقديم الرعاية للمرضى في أقسام الطوارئ. - تأخر استجابة الاستشاريين والاختصاصيين عند استدعائهم. - قلة عدد المناوبين من الاختصاصيين والاستشاريين في فترات العمل المسائية والليلية. - عدم توافر بعض الخدمات التشخيصية والمخبرية في بعض المستشفيات والتي تسبب تأخير القرار والعلاج الطبي او إحالة الحالة او خروجها من المستشفى. - نقص المستلزمات الطبية / عدم توافرها باستمرار في كل أوقات الرعاية الطبية. - ضعف عملية التنسيق والتواصل بين مقدمي الرعاية خصوصا في حالات طلب الاستشارات الطبية او تحويل المرضى. - قلة عدد المناوبين من الأطباء والاختصاصيين والاستشاريين في الفترات الليلية خصوصا في اقسام الرعاية الحرجة والرقود وبما لا يتوافق مع عدد الحالات المرضية. - عدم وجود جدول مرور دوري منتظم على الحالات المرقدة في المستشفى. - أطباء التخدير والجراحين لا يلتزمون بتقييم الحالات قبل العمليات الجراحية في الأوقات المناسبة مما يؤدي الى تأجيل او الغاء التدخلات الجراحية.

<ul style="list-style-type: none"> - عدم الالتزام بتوثيق وكتابة بيانات الحالات السريرية في ملف المرضى أولاً بأول. 	
3- حقوق المرضى	
نقاط الضعف	نقاط القوة
<ul style="list-style-type: none"> - عدم شرح الحقوق والواجبات للمرضى وعوائلهم. - عدم توافر مكاتب خاصة وموظفين لإدارة ومتابعة شؤون المرضى. - تدني مستوى مشاركة المرضى في معرفة خطط الرعاية والنتائج والكلفة المتوقعة. - عدم وجود مكاتب داخلية بالمستشفى لحفظ الامانات والممتلكات الشخصية. - تدني مستوى الاهتمام بشكاوى ومقترحات المرضى. - عدم وجود آلية لدى المستشفيات تنظم عملية التحقيق في شكاوى المرضى وتحليل مقترحاتهم ورغباتهم. - تدني مستوى مشاركة المرضى في عملية الإقرار والموافقة على تلقي الخدمات. - نقص البيانات الواجب توثيقها والتوقيع عليها من قبل المريض في نماذج الموافقة. - عدم وجود قائمة معتمدة ومعلن عنها للإجراءات التي تستوجب الموافقة عليها. - عدم تدريب العاملين على سياسات وإجراءات اخذ الموافقة المبينة على معرفة المريض. - تدني مستوى التزام ووعي المرضى بواجباتهم نحو المستشفى خصوصاً فيما يتعلق باستخدام ممتلكات ومرافق المستشفى. 	<ul style="list-style-type: none"> - طباعة لائحة حقوق المرضى ونشرها في ارجاء المستشفى. - قدرة المستشفيات على تأهيل ممرضين لإدارة ومتابعة شؤون المرضى. - قدرة جميع العاملين على حماية حقوق المرضى وخصوصياتهم. - توفر الإمكانيات والوقت المتاح لدى العاملين لمناقشة ومشاركة المرضى معلومات الرعاية الطبية. - توفر وسائل الإعلان عن أسعار الخدمات وتوافر العاملين. - الثقافة الدينية والأخلاقية العالية التي يلتزم بها العاملين في حفظ ممتلكات وامانات المرضى. - توافر صناديق واستبيانات تقصي رضا المرضى وشكاويهم ومقترحاتهم. - توفر الوقت المتاح للأطباء والمخوليين بشرح الإجراءات واخذ الموافقة من المرضى. - معرفة العاملين عن اهم الإجراءات التي تتطلب اخذ موافقة المريض عليها.
4- تقييم المرضى	
نقاط الضعف	نقاط القوة
<ul style="list-style-type: none"> - تأخر اجراء وتوثيق التقييم الاولي لحالة المريض. - عدم التزام الممرضين وتدني مهاراتهم في تنفيذ التقييم التمريضي. - عدم وجود سياسات وادلة سريرية معتمدة تنظم إجراءات التقييم وإعادة التقييم. - نقص المعلومات السريرية والإدارية والديموغرافية التي يجب ان توثق في نماذج تقييم المرضى. - عدم متابعة وقياس التزام العاملين السريريين بعملية تقييم المرضى. 	
5- المختبرات	
نقاط الضعف	نقاط القوة
<ul style="list-style-type: none"> - نقص او عدم توفر بعض الفحوصات في المختبرات. - توفير / شراء أجهزة ومعدات مستخدمة وقد تكون بلا وكيل محلي. - محدودية توفير بعض الأجهزة الحيوية والتي يشترط ان يتوفر جهاز احتياطي في حال حدوث تعطل او خروج أي جهاز عن الخدمة. - عدم وجود سياسات وادلة عمل ارشادية معتمدة لإجراءات المختبر. - نقص بعض المستلزمات والمحاليل والكواشف المخبرية. - عدم وجود خطط وبرامج للصيانة الدورية والوقائية لأجهزة المختبر. - عدم وجود عقود لخدمات التدريب والصيانة والضمان بين المستشفيات والشركات. - تدني مستوى المام العاملين في المختبر عن سياسات وإجراءات برامج سلامة المرضى وإدارة المخاطر ومكافحة العدوى والسلامة العامة. 	<ul style="list-style-type: none"> - توافر أقسام ووحدات المختبر والبنى التحتية والتي تحتاج الى إعادة هندسة للعلاقات التنظيمية الانشائية. - توافر الفحوصات المخبرية الأساسية. - توافر الأجهزة والمعدات. - وجود سياسات وإجراءات تحتاج الى المراجعة والتحديث والموافقة من قبل المختصين وإدارة المستشفى. - توافر معظم المستلزمات والمحاليل. - توافر ادلة التشغيل والصيانة من قبل الشركات.

<ul style="list-style-type: none"> - عدم تدريب العاملين في المختبر على سياسات وإجراءات ضبط الجودة في المختبر. - تأخر استخراج أو ظهور نتائج وتقارير المختبر. - عدم وجود نظام يوضح الزمن المستغرق لظهور نتائج وتقارير المختبر. - عدم وجود أدلة تثبت التزام المختبرات بإجراءات المعايرة والمطابقة. - عدم وجود آلية واضحة لقياس مؤشرات الأداء في المختبر. 	
--	--

6- الأشعة

نقاط القوة	نقاط الضعف
<ul style="list-style-type: none"> - توافر أقسام ووحدات ومراكز لتقديم خدمات الأشعة. - توافر الخدمات التشخيصية الأساسية في المستشفيات. - التزام أقسام الأشعة بتصاريح التشغيل الصادرة عن الجهات المختصة. 	<ul style="list-style-type: none"> - عدم وجود نطاق خدمات ينظم ويوضح خدمات أقسام الأشعة بما يتوافق مع تصنيف وترخيص المستشفى. - عدم وجود سياسات وادلة عمل معتمدة لتنظيم الخدمات التشخيصية. محدودة إمكانيات الوكالة الوطنية للطاقة الذرية في تجديد التصاريح ومتابعة كفاءة المصادر المشعة في أجهزة الرنين والتصوير المقطعي. - عدم وجود أدلة وبرامج معتمدة لسلامة المرضى ومكافحة العدوى وإدارة المخاطر والسلامة العامة. - عدم وجود خطط وبرامج للصيانة الدورية والوقائية لأجهزة الأشعة. - عدم وجود عقود لخدمات التدريب والصيانة والضمان بين المستشفيات والشركات. - تأخر الاستجابة من قبل أخصائيي الأشعة عند الاستدعاء. - عدم وجود آلية معتمدة مناسبة لتنظيم تقديم خدمات الأشعة لمرضى العيادات والمرضى المرقدين. - تأخر ظهور نتائج وتقارير الخدمات التشخيصية. - تدني مستوى الالتزام عند العاملين باشتراطات وتوصيات السلامة الإشعاعية وضبط وضمان الجودة. - عدم وجود أدلة تثبت التزام المستشفى بضبط الجودة في خدمات الأشعة. - عدم وجود آلية ومؤشرات لقياس أداء أقسام الأشعة.

7- الرعاية الطبية (الطوارئ) – الخدمات العلاجية

نقاط القوة	نقاط الضعف
<ul style="list-style-type: none"> - وجود أقسام ووحدات الطوارئ والأقسام السريرية. - توافر المعدات والمستلزمات والأجهزة الطبية - وجود سياسات وإجراءات تحتاج الى المراجعة والتحديث والموافقة من قبل المختصين وإدارة المستشفى. - توافر العدد الكافي من العاملين لتعيينهم في فرق الاستجابة السريعة. - قدرة المستشفيات على انشاء واعتماد ملف طبي لحالات الطوارئ. - قدرة العاملين على الاستجابة لحالات التدهور الاكلينيكي. - وجود نظام متابعة الوظائف الاكلينيكية الأساسية. 	<ul style="list-style-type: none"> - الحاجة الى إعادة الارتباطات التنظيمية والانشائية بين قسم الطوارئ وبقية الأقسام. - عدم وجود ادلة وخطط معتمدة للصيانة الدورية والوقائية. - عدم جاهزية بعض الأجهزة الطبية. - شراء او توفير أجهزة مستخدمة بدون ضمانات او وكيل محلي معتمد. - عدم وجود سياسات وإجراءات وادلة عمل معتمدة. - عدم توافر الكوادر المؤهلة لتقديم الخدمات العلاجية باستمرار خصوصا في أقسام الطوارئ والعناية الحرجة والتخدير. - عدم توافر / تشكيل فرق العمل التخصصية مثل فريق الإنعاش القلبي الرئوي. - عدم توافر ملف طبي لمرضى الطوارئ ويتم تسجيل الحالات في نماذج او سجلات عادية. - عدم توافر ملف طبي نوعي ونموذجي لنوعية الحالات المرضية في الأقسام العلاجية (العناية المركزة – الرقود – الطوارئ التوليدية) وغيرها. - تدني مستوى التزام العاملين بالتوثيق واستكمال نماذج الملف الطبي. - عدم توافر أدلة العمل السريرية الارشادية المعتمدة من المختصين

<ul style="list-style-type: none"> - والجهات المعنية. - عدم توافر خطط وبرامج للتعامل والاستجابة مع الكوارث والطوارئ الداخلية والخارجية والاصابات المتعددة والجماعية. - عدم وجود أدلة معتمدة للتعامل مع حالات التدهور الاكلينيكي. - عدم توافر ادلة وسياسات عمل خاصة بالحالات ذات الخطورة العالية مثل حالات الإنعاش والغيبوبة والغسيل الكلوي وحالات الفئات الخاصة (المواليد والأطفال وكبار السن والمعاقين). - عدم توافر ادلة عمل وسياسات لأقسام العمليات الجراحية والتخدير. - تدني مستوى الالتزام بتوثيق إجراءات العمليات الجراحية والتخدير في الملف الطبي. - تزايد معدلات تأخير وتأجيل العمليات الجراحية. - عدم وجود جداول تنظم العمليات الجراحية بحسب النوع والتخصص. - عدم وجود سياسات وضوابط للحالات المحضرة في البيت او المحالة من العيادات الخارجية. - عدم وجود آلية لتنظيم اجراء جراحات اليوم الواحد. - النقص والعجز في توفر بعض الاختصاصات الطبية مثل المخدرين واستشاريو الطوارئ. - تدني مستوى التزام الجراحين والمخدرين بالمرور على الحالات المرضية قبل وبعد العمليات. - تدني مهارات ومعارف العاملين في مجالات ضبط الجودة وسلامة المرضى ومكافحة العدوى والسلامة العامة وإدارة المخاطر. - تدني مستوى التزام المستشفيات بمتابعة ورصد الأخطاء الطبية. - تدني مستوى التزام المستشفيات بمتابعة وتقييم الأداء من خلال مؤشرات الأداء. - عدم وجود آلية تنظم عملية المرور الدوري والمستمر على الحالات المرضية. - عدم وجود آلية تنظم استقبال ومعالجة الحالات الخارجية وحالات اليوم الواحد والرعاية المنزلية. 	
---	--

8- الصيدلية واستخدام الدواء

نقاط القوة	نقاط الضعف
<ul style="list-style-type: none"> - توافر اقسام الصيدليات والمخازن الطبية. - توافر وتحديث قائمة الأدوية الأساسية من الهيئة العليا للأدوية. - توافر المختصين والكفاءات لإعداد وتحديث السياسات الدوائية. 	<ul style="list-style-type: none"> - عدم تنظيم محتوى الصيدليات والمخازن. - توفير أصناف متعددة من الأدوية. - الوصف والصرف غير المنظم من قبل الأطباء والصيدلة وحتى بعض التخصصات الأخرى مثل الممرضين. - عدم وجود قائمة ادوية أساسية معتمدة بحسب نطاق الخدمة. - عدم وجود سياسات وإجراءات معتمدة وواضحة لإدارة واستخدام الدواء. - عدم وجود آلية ونظام لمتابعة السلامة الدوائية واستخدام المضادات الحيوية. - عدم وجود آلية ونظام معتمد لتوفير ومتابعة ادوية الطوارئ. - عدم توافر آلية للإبلاغ عن الاحداث السلبية المصاحبة لإعطاء الادوية. - عدم وجود نظام لمؤشرات الأداء الخاصة بإدارة واستخدام الدواء. - تدني مستوى التوثيق في نماذج إعطاء الدواء. - عدم متابعة مطابقة عربات الإنعاش القلبي الرئوي. - عدم وجود نظام للمراقبة والمعلومات الدوائية.

9- استخدام الدم ومشتقاته

نقاط القوة	نقاط الضعف
------------	------------

<ul style="list-style-type: none"> - عدم وجود سياسات وإجراءات معتمدة وواضحة لإدارة واستخدام الدم ومشتقاته. - عدم وجود بعض الأجهزة والمستلزمات بحسب القائمة الوطنية. - عدم وجود آلية معتمدة لإجراءات الصيانة الطبية الدورية والوقائية. - تدني التزام الأطباء في طلب الدم وتوثيق الطلب بالنموذج الخاص. - عدم وجود آلية وسياسة معتمدة تحدد المخولين بطلب واستلام وحدات الدم. - السماح للمرافقين والعاملين المساعدين أو الإداريين باستلام الدم. - عدم وجود نظام لمتابعة سلامة إدارة وإعطاء الدم. - عدم وجود آلية واضحة للتعامل مع قرب الدم التالفة والمنتھية. - عدم وجود نظام واضح للإبلاغ عن الآثار السلبية لنقل الدم. - عدم تدريب العاملين في بنوك الدم على سلامة المرضى ومكافحة العدوى والسلامة العامة وضبط الجودة. - وجود قصور في نظام تتبع وتسجيل وحدات الدم. 	<ul style="list-style-type: none"> - توافر مراكز ووحدات بنوك الدم. - توافر الدليل الوطني لبنوك ومراكز الدم. - توافر الأجهزة والمعدات الأساسية. - توافر نموذج طلب الدم. - وجود نظام لتتبع تسجيل وتوثيق وحدات الدم.
---	--

*المصدر: تقرير التحليل البيئي لجودة الرعاية الصحية، 2023.

جدول 4 4 الوزن النسبي لأهمية وتأثير مجالات سلامة وأمان المرضى

الوزن النسبي	التأثير	الأهمية	مجال معايير سلامة وأمان المرضى
94.09	9.7	9.7	الأهداف العالمية لسلامة المرضى
85.44	8.9	9.6	مكافحة العدوى
69.92	7.6	9.2	السلامة البيئية
83.15	8.7	9.5	المتوسط

*المصدر: تقرير التحليل البيئي لجودة الرعاية الصحية، 2023.

جدول 5 4 تحليل نقاط القوة والضعف لمجالات سلامة وأمان المرضى

سلامة وامان المرضى	
1- الأهداف العالمية لسلامة المرضى	
نقاط الضعف	نقاط القوة
<ul style="list-style-type: none"> - عدم وجود مركز / برنامج وطني لسلامة المرضى. - ضعف وقصور تبني المبادرات التي تعزز سلامة المرضى. - عدم وجود نظام لرصد ومتابعة قضايا سلامة المرضى. - تدني وقصور التزام وامثال المستشفيات لتطبيق وتعزيز برامج سلامة المرضى. - عدم وجود نظام للإبلاغ عن حوادث ومخاطر الرعاية الطبية. - تدني معرفة الأطباء والأخصائيين والاستشاريين والعاملين الفنيين المساعدين والداعمين والمرضى ببرامج واشتراطات سلامة المرضى. - تدني مستوى ثقافة سلامة المرضى لدى العاملين. - عدم توافر المختصين في مجال سلامة المرضى. - عدم تعيين منسقين او مسؤولين عن سلامة المرضى في المستشفيات. - تدني مستوى الوعي لدى القيادات الإدارية الطبية عن سلامة المرضى - تدني مستوى المام العاملين عن سياسات وإجراءات تطبيق الأهداف العالمية لسلامة المرضى وعدم تدريبهم على ذلك. - عدم وجود دليل ارشادي لتطبيق الأهداف العالمية لسلامة المرضى في المستشفيات. - عدم متابعة تطبيق العاملين للأهداف العالمية لسلامة المرضى. - عدم وجود ادلة تثبت تطبيق المستشفيات للأهداف العالمية لسلامة المرضى. - عدم متابعة وتقييم مؤشرات الأهداف العالمية لسلامة المرضى. 	<ul style="list-style-type: none"> - معرفة بعض العاملين من الممرضين والصيادلة والمخبريين بالأهداف العالمية لسلامة المرضى - توافر قاعدة بيانات ومعلومات لمتابعة وقياس جودة الأداء. - سهولة الحصول على المراجع والتجارب الإقليمية في مجال سلامة المرضى.
2- مكافحة العدوى	
نقاط الضعف	نقاط القوة
<ul style="list-style-type: none"> - تدني مستوى تأهيل المنسقين والمشرفين على برامج مكافحة العدوى في المستشفيات. - عدم شمولية برنامج مكافحة العدوى جميع اقسام ووحدات المستشفى الفنية والطبية والإدارية. 	<ul style="list-style-type: none"> - توافر مكاتب ومنسقين لمكافحة العدوى في المستشفيات. - تشكيل لجان مكافحة العدوى في بعض المستشفيات.

سلامة وامان المرضى

- توافر مستلزمات مكافحة العدوى في المستشفيات.
- وجود جهود وأنشطة تسهم في نشر ثقافة مكافحة العدوى وسط العاملين.
- توافر الدليل التدريبي الوطني الخاص ببرنامج مكافحة العدوى.
- وجود سياسات وارشادات خاصة بمكافحة العدوى تحتاج الى المراجعة والتحديث والموافقة من المعنيين.
- توفر مصادر المعلومات الخاصة بإجراءات مكافحة العدوى.
- يوجد تفاعل واستجابة من مدراء المستشفيات والمدراء الطبيين نحو برامج مكافحة العدوى.
- توافر أماكن مخصصة للعزل الدائم او المؤقت، ولكنها تحتاج الى إعادة تنظيم لتطابق معايير واشتراطات العزل الصحي.
- توافر وسائل وآليات التواصل في المستشفيات.
- توافر العاملين والمعدات والمستلزمات الخاصة بتنظيف وتعقيم الأدوات.
- وجود جهود وانشطة للتعامل مع النفايات الطبية.
- توافر المستلزمات والأدوات للتعامل مع النفايات الطبية.
- توافر الدليل الوطني لبرنامج إدارة النفايات الطبية.
- توافر سياسات وإجراءات وتعليمات توجه التعامل مع النفايات الطبية.
- توافر مصادر وقواعد المعلومات والبيانات.
- توافر وسائل التواصل والإبلاغ.
- ضعف أداء مختصي وفرق ولجان مكافحة العدوى.
- عدم فاعلية لجان مكافحة العدوى في المستشفيات.
- ضعف او عدم وجود مرجعيات تنظم اعمال اقسام وبرامج ولجان وفرق مكافحة العدوى.
- عدم وجود ضوابط ولوائح وادلة استخدام المستلزمات والأدوات.
- تركيز الجهود والأنشطة على المجالات العامة والمبادئ في مكافحة العدوى ولا تتطرق الى البرامج والأساليب النوعية والتخصصية في مجالات مكافحة العدوى.
- عدم استمرارية أنشطة نشر ثقافة مكافحة العدوى وارتباطها بالفعاليات المركزية او مواكبتها للدعوات الرسمية في مواجهة الوباء او تزامنها مع أنشطة تقييم المستشفيات.
- تركيز الجهود على مستوى محدد من العاملين وهم اما المشرفين او الإداريين ولا تشمل جميع مقدمي الخدمات الصحية.
- لم يتم تحديث الدليل الوطني الخاص ببرنامج مكافحة العدوى.
- وضع السياسات والإجراءات باجتهادات شخصية من المهتمين او المشرفين على برامج مكافحة العدوى ولم تُعد من قبل لجنة متعددة التخصصات.
- بعض المستشفيات لم تعتمد السياسات والإجراءات من قبل إدارة المستشفى.
- السياسات والإجراءات محصورة على مسؤولي مكافحة العدوى ولم يتم نشرها على العاملين في جميع الأقسام والوحدات.
- لم تشمل السياسات والإجراءات كل الجوانب الوظيفية والمؤسسية في المستشفى.
- تدني مستوى ثقافة العاملين السريريين عن إجراءات مكافحة العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية.
- ضعف عملية التواصل الفعال بين مقدمي الخدمات الصحية ومسؤولي برامج مكافحة العدوى وإدارة المستشفيات.
- عدم مطابقة أماكن العزل لجميع الاشتراطات والمعايير الخاصة بمكافحة العدوى.
- قصور تطبيق إجراءات التعامل مع حالات العزل من قبل العاملين ومسؤولي مكافحة العدوى.
- تدني مستوى الثقافة والوعي لدى المرضى وعوائلهم والزوار والمرافقين عن إجراءات التعامل مع حالات العزل.
- قصور تدريب وتعليم العاملين السريريين عن إجراءات العزل.
- عدم شمولية برامج العزل لفئات المرضى المختلفة.
- ضعف عملية التنسيق بين مسؤولي مكافحة العدوى ومسؤولي برنامج الجودة في المستشفى.
- عدم وجود او ضعف خطة إدارة المخاطر المرتبطة ببرنامج مكافحة العدوى في المستشفيات.
- عدم مطابقة اقسام ووحدات التعقيم للاشتراطات الصحية.
- تدني مستوى تأهيل مسؤولي وفنيي التعقيم.
- تدني مستويات ملائمة أساليب التطهير والتعقيم لأنواع المعدات وإجراءات وأماكن الرعاية.
- ضعف عملية الاشراف على أعمال التعقيم.
- ضعف عملية التنسيق بين مسؤولي الأقسام السريرية والعمليات الجراحية وقسم التعقيم لتنظيم أعمال التعقيم بما يتناسب مع احتياجاتهم.
- ضعف عملية مراقبة ومتابعة إجراءات ضبط الجودة والسلامة في اقسام التعقيم (مؤشرات الأداء واعمال الصيانة).
- عدم وجود آلية لتنظيم إعادة استخدام الأجهزة والأدوات.
- عدم وجود قائمة تحدد الأجهزة والأدوات التي لا يعاد استخدامها مطلقاً.

سلامة وامان المرضى

<ul style="list-style-type: none"> - عدم شمولية الأنشطة لجميع العاملين وكافة جوانب المستشفى. - عدم استمرارية أنشطة الاشراف والمتابعة والتعليم المستمر الخاص ببرنامج إدارة النفايات الطبية. - تدني مستوى التزام العاملين الصحيين وصحة البيئة والمرضى والزوار والاداريين بتعليمات برنامج إدارة النفايات. - ضعف عملية الاشراف والمتابعة والتقييم لبرنامج إدارة النفايات الطبية في المستشفى. - تدني مستوى معرفة العاملين عن برنامج إدارة النفايات الطبية. - عدم اعتماد السياسات والإجراءات من لجنة فنية مختصة والموافقة عليها من إدارة المستشفى. - تدني معرفة العاملين عن سياسات وإجراءات برنامج إدارة النفايات الطبية. - عدم تدريب جميع العاملين على سياسات وإجراءات برنامج إدارة النفايات الطبية. - قصور في عملية المتابعة والتقييم لأداء برنامج مكافحة العدوى. - ضعف او عدم العمل على قياس مؤشرات الأداء الخاصة ببرنامج مكافحة العدوى. - ضعف او عدم وجود برنامج للإبلاغ عن الحالات المحددة من الوزارة او المستشفى. 	
--	--

3- السلامة البيئية

<ul style="list-style-type: none"> - عدم توافر مختصي السلامة العامة. - عدم تشكيل اقسام ووحدات خاصة بإدارة وتنفيذ اعمال السلامة العامة في المستشفيات. - ضعف عملية تطبيق اشتراطات السلامة العامة في المستشفيات. - عدم توافر خطط وبرامج السلامة بما يتناسب مع حجم المستشفى (خطة الامن الداخلي والخارجي، خطة وبرنامج الحريق، خطة إدارة الازمات والكوارث الداخلية والخارجية، خطة الاتصال والابلاغ، خطة النفايات والمخلفات، خطة المواد الخطرة، خطة الصيانة العامة، خطة الصيانة الطبية، خطة السلامة البيئية). - عدم وجود سياسات وإجراءات معتمدة لتنظيم اعمال السلامة العامة في المستشفيات. - تدني مستوى الوعي لدى العاملين عن سياسات وإجراءات السلامة العامة في المستشفيات. - عدم توفر برامج تدريبية لتأهيل العاملين في المستشفيات في مجالات السلامة العامة. - عدم تدريب وتعليم العاملين عن برامج السلامة العامة. 	<ul style="list-style-type: none"> - توافر قوانين واشتراطات منظمة لأعمال وإجراءات السلامة والبيئة الداخلية والخارجية. - توافر الارشادات والتعليمات في المستشفيات.
--	---

*المصدر: تقرير التحليل البيئي لجودة الرعاية الصحية، 2023.

جدول 6 4 الوزن النسبي لأهمية وتأثير عناصر مجال الإدارة والقيادة

الوزن النسبي	التأثير	الأهمية	مجال معايير الإدارة والقيادة
90.21	9.3	9.7	الهيئة الطبية والتمريضية
82.45	8.5	9.7	إدارة الجودة
82.45	8.5	9.7	إدارة الموارد البشرية
75.66	7.8	9.7	الإدارة العليا
75.66	7.8	9.7	إدارة المعلومات
72.96	7.6	9.6	السجلات الطبية
65.96	6.8	9.7	قيادة المستشفى
63.91	7.7	8.3	الإدارة المالية
61.42	7.4	8.3	التعليم والتدريب المستمر
59.2	7.4	8.0	الخدمات المساندة والمساعدة
72.8	7.9	9.2	المتوسط العام

*المصدر: تقرير التحليل البيئي لجودة الرعاية الصحية، 2023.

جدول 7 4 تحليل نقاط القوة والضعف لمجالات الإدارة والقيادة

الإدارة والقيادة	
1- الإدارة العليا	
نقاط الضعف	نقاط القوة
<ul style="list-style-type: none"> - محدودية مشاركة أعضاء الإدارة العليا في وضع وتحديث استراتيجيات وخطط ولوائح العمل. - اتباع المناهج والطرق الروتينية والتقليدية في اعداد الاستراتيجيات والخطط ولوائح العمل. - تدني معرفة أعضاء الإدارة العليا بالقوانين واللوائح والتشريعات المنظمة لعمل المستشفيات، إضافة إلى قدم او عدم موائمة بعض القوانين لخدمات المستشفيات، أيضا عدم توافر بعض القوانين والتشريعات اللازم توافرها لتنظيم خدمات المستشفيات. - عدم وجود آلية لمراجعة ومتابعة تنفيذ الاستراتيجيات. 	<ul style="list-style-type: none"> - توافر أعضاء الإدارة العليا، خصوصا مدراء المستشفيات. - توافر رؤى ورسائل وهياكل تنظيمية خاصة بالمستشفيات، ولكنها لا تتوافق مع نطاق المستشفى ومكوناتها غير مترابطة. - توافر الخطط والسياسات التشغيلية ولوائح العمل

الإدارة والقيادة

<ul style="list-style-type: none"> - تدني المستوى المعرفي لأعضاء الهيئة الإدارية العليا عن برامج الجودة والسلامة ومكافحة العدوى في المستشفيات. - رؤية ورسالة المستشفى غير واضحة ومفهومة بالنسبة للعاملين وبعض القيادات الإدارية. - الخطة الاستراتيجية بالمستشفيات لا تشمل اهداف وانشطة الجودة وسلامة المرضى في معظم المستشفيات. - لا يوجد مخصصات مالية تواجه وتدعم أنشطة واحتياجات جودة الرعاية الصحية. - لا يوجد هيكل تنظيمي وتوصيف وظيفي موحد لدى المستشفيات خصوصا فيما يتعلق بالوظائف والارتباطات التنظيمية لإدارة الجودة. - محدودية او عدم توافر الموازنات المالية. 	
---	--

2- قيادة المستشفى

نقاط الضعف	نقاط القوة
<ul style="list-style-type: none"> - تدني خبرات ومهارات قادة المستشفيات في مجال الإدارة الصحية. - عدم وجود وصف وظيفي موحد لقادة المستشفيات. - عدم توافر البرامج التدريبية التي تعزز من قدرات مدراء المستشفيات في مجالات جودة الرعاية الصحية. - محدودية دور قيادة المستشفيات في متابعة وتقييم برامج الجودة وإدارة المخاطر وسلامة المرضى. - محدودية مشاركة قادة المستشفى في ضمان توافر الموارد المالية والبشرية الكفوة والفاعلة. - ثمة جوانب لم توضحها القوانين واللوائح، ولم تقم المستشفيات بإعداد لوائح مناسبة تنظمها مثل (اشتراطات السلامة الوطنية، التعامل مع النفايات والمخلفات الطبية، إدارة الأزمات والكوارث، الأخطاء الطبية، أنظمة وقوانين السلامة، واشتراطات سلامة المرضى وإدارة البلاغات والأمن والصحة المهنية وغيرها). - عدم تدريب قيادة المستشفيات على اللوائح والقوانين والتشريعات المتعلقة بإدارة وتشغيل المستشفيات. - عدم توافر مختصي او مستشاري الشؤون القانونية في بعض المستشفيات. - ضعف مساهمة قيادة المستشفيات في تحقيق رسالة ورؤية المستشفى. - ضعف مساهمة قيادة المستشفيات في توعية وتعزيز قدرات العاملين الجدد والموجودين. - ضعف مساهمة قيادة المستشفيات في تقييم أداء العاملين والأقسام. - عدم تدريب وتوعية العاملين والقادة عن اخلاقيات المهن الصحية. - عدم توافر مجالس تنفيذية او لجان تخصصية يتم تشكيلها لمساعدة ومشاركة الإدارة في تحسين أداء المستشفيات. - غياب مفهوم الإدارة بفرق العمل. - محدودية الاجتماعات الدورية على مستوى قيادة المستشفى، وعلى مستوى الأقسام والوحدات. 	<ul style="list-style-type: none"> - توافر مدراء وقادة للمستشفيات ومعينين بقرارات رسمية. - توافر بعض اللوائح والقوانين المعتمدة لإدارة وتشغيل المستشفيات والتي تحتاج الى التطوير والتحديث. - أغلب العاملين والقادة يعرفون بأخلاقيات العمل الطبي والإداري.

3- إدارة المعلومات

نقاط الضعف	نقاط القوة
<ul style="list-style-type: none"> - عدم انشاء او توافر قسم او وحدة لإدارة وتنظيم المعلومات والبيانات الصحية في المستشفيات. - عدم ملائمة نظم المعلومات لاحتياجات المستشفى. - ضعف تدريب العاملين على استخدام نظم المعلومات. 	<ul style="list-style-type: none"> - توافر اقسام ووحدات إدارة نظم المعلومات في بعض المستشفيات. - توافر مسؤولين او مختصين لإدارة نظم المعلومات في بعض المستشفيات.

الإدارة والقيادة

<ul style="list-style-type: none"> - عدم شمولية نظام المعلومات لكل وظائف وخدمات المستشفى. - عدم تدريب مسؤولي ومختصي نظم المعلومات على إدارة وتنظيم ومتابعة وحماية المعلومات والبيانات الصحية في المستشفى. - صعوبة الحصول على بعض التقارير والبيانات الخاصة من خلال نظم المعلومات مثل قوائم الحجز والانتظار والمواعيد، وقائمة العمليات والإجراءات الجراحية، والرقابة الدوائية والسريرية، ومؤشرات الأداء. - عدم احتواء نظم المعلومات على شبكة اتصال بين الأقسام لتسهيل عملية الاتصال والتواصل. - عدم احتواء نظم المعلومات على سياسات وإجراءات المستشفى. - عدم توافر الحماية اللازمة لنظم المعلومات وسريتها وخصوصيتها. - عدم وجود سياسة معتمدة وواضحة لاستخراج التقارير الطبية والجناينية. - ضعف سياسات وإجراءات حماية وسرية الملف الطبي. - تعرض الملفات والمعلومات للفقْدان والتلف. - تدني مستوى الرقابة والمتابعة للملفات الطبية. - عدم ملائمة الأنظمة المتوفرة لاحتياجات وخصائص المستشفى. - عدم شمولية الأنظمة الالكترونية لكل اقسام ووحدات المستشفى. - محدودية استخدام النظام الصحي الالكتروني في توثيق ومتابعة حالة المرضى. - عدم تدريب العاملين والمستخدمين على النظام الصحي الالكتروني. - ضعف استخدام النظام الصحي الالكتروني فيما يتعلق بأهداف وانشطة الجودة. - عدم وجود بدائل متاحة في حال تعطل النظام الصحي الالكتروني. - عدم وجود سياسة معتمدة للصيانة الدورية والوقائية للنظام الالكتروني. - غياب وعدم تشجيع اجراء الدراسات والبحوث المتعلقة بنظم المعلومات الصحية والملف الطبي. 	<ul style="list-style-type: none"> - يوفر نظام المعلومات تقارير عن الاحصائيات المهمة في المستشفى مثل اعداد المرضى والإيرادات والحسابات والأجور وساعات العمل والسعة السريرية. - توافر السجلات والملف الطبي في معظم المستشفيات ولكنه بحاجة الى تحديث وتطوير. - سهولة الحصول على الملف الطبي. - توافر الأنظمة الصحية الالكترونية في بعض المستشفيات. - توافر كم هائل من فرص البحث التي تهدف الى تحسين جودة المعلومات الصحية والملف الطبي.
---	--

4- السجلات الطبية

نقاط القوة	نقاط الضعف
<ul style="list-style-type: none"> - توافر اقسام ووحدات ومسؤولين وفنيين لإدارة السجلات الطبية. - تشكيل لجنة السجلات الطبية في بعض المستشفيات. - توافر سياسات وإجراءات للسجلات الطبية في بعض المستشفيات والتي تحتاج الى إعادة صياغتها وتحديثها واعتمادها. - توافر السجلات والملف الطبي في معظم المستشفيات ولكنه بحاجة الى تحديث وتطوير. - سهولة الحصول على الملف الطبي. 	<ul style="list-style-type: none"> - ضعف أداء اقسام السجلات الطبية فيما يتعلق بسلامة وامان السجل الطبي. - تدني مستوى فهم ووعي العاملين اللوائح والقوانين الخاصة بالسجلات الطبية. - ضعف دور لجان السجلات الطبية في تحسين جودة الأداء للسجلات الطبية. - عدم او صعوبة تطبيق سياسات وإجراءات السجلات الطبية خصوصا ما يتعلق بالإتلاف والتقاعد والتخلص والحفظ والتخزين والترتيب والتعبئة والتدوين. - تدني مستوى فهم العاملين في المستشفى للسياسات والإجراءات. - عدم اعتماد السياسات والإجراءات من قبل لجنة مختصة وموافقة الإدارة العليا عليها. - عدم توافر السياسات والإجراءات في كل اقسام المستشفى المتعاملة مع السجلات الطبية. - عدم وجود ملف طبي وطني مرجعي موحد وشامل. - عدم توافر الملف الطبي الخاص بالرعاية الطارئة، الطوارئ التوليدية، العيادات الخارجية، المراكز او العيادات التخصصية (العيون، المناظير، التغذية العلاجية). - عدم ملائمة النماذج الطبية والبيانات المطلوبة لاحتياجات الرعاية الطبية.

الإدارة والقيادة

<ul style="list-style-type: none"> - ضعف وقصور عملية الحفاظ على سرية وخصوصية الملف الطبي. - عدم توافر بعض النماذج المطلوبة لتوثيق الرعاية الطبية. - ضعف التزام العاملين بتوثيق معلومات وبيانات الرعاية الطبية في ملف المريض. - التأخير في تسليم الملفات والسجلات الطبية من الأقسام الى إدارة السجلات بالمستشفى. - عدم اكتمال الملفات الطبية من حيث عدد النماذج او نقص التوثيق للبيانات والمعلومات في نماذج الرعاية الطبية للمريض. - عدم التزام العاملين السريريين المعنيين باستكمال بيانات المرضى في حال طلب منهم ذلك. - عدم وجود لوائح تنظم التوثيق والتدوين في الملف الطبي. - عدم تدريب العاملين على سياسات وإجراءات السجلات الطبية. - ضعف إجراءات متابعة وتحسين أداء الجودة للسجلات والملف الطبي. 	
---	--

5- إدارة الجودة

نقاط الضعف	نقاط القوة
<ul style="list-style-type: none"> - عدم وضعف توافر التجهيزات الفنية والتقنية لمكاتب إدارة الجودة. - عدم توافر الخصوصية لمكاتب واقسام الجودة في المستشفيات. - عدم وجود معايير خاصة باختيار وتعيين مدراء ومسؤولي الجودة في المستشفيات. - تقوم إدارة المستشفى بتعيين واختيار مدراء ومسؤولي إدارة الجودة من الموظفين ذوي الكفاءات المتدنية والشخصيات الضعيفة. - تدني كفاءة ومهارات مدراء ومسؤولي ومختصي الجودة في مجال جودة الرعاية الصحية، سلامة المرضى، إدارة المخاطر، تحسين الجودة وغيرها. - عدم كفاية وقلة كفاءة الدعم والمساندة من قيادات المستشفى لأنشطة التحسين المستمر للجودة وسلامة وامان المرضى. - تشكيل لجان الجودة بطريقة عشوائية بحيث لا تتناسب مع خدمات وموارد المستشفى. - اختيار وتعيين أعضاء في لجان الجودة بحسب مبدأ العضوية وليس الوظيفة او التخصص. - عدم توافر معايير خاصة ومرجعيات لتشكيل وتفعيل لجان الجودة. - عدم وجود هيكل تنظيمي يوضح وظائف إدارة الجودة وعلاقتها التنظيمية مع بقية اقسام المستشفى. - عدم فاعلية لجان الجودة وتدني مساهمتها في تحسين جودة الأداء وسلامة المرضى. - عدم وجود خطط خاصة بلجان الجودة تسهم في تحسين الأداء. - عدم دراية أعضاء اللجان بمهام وخصائص لجان الجودة وادوارهم ومسؤولياتهم في دعم ومساندة أنشطة التحسين المستمر وسلامة المرضى. - عدم تخصيص موارد وتقنيات لدعم ومساندة اعمال اللجان. - عدم تدريب وتأهيل أعضاء لجان وفرق الجودة في مجال التحسين المستمر للجودة وسلامة المرضى. - عدم واقعية خطط تحسين الجودة وتدني مستوى ارتباطها ومساهمتها في تحسين مستويات الأداء وتحقيق اهداف سلامة المرضى وإدارة المخاطر. - بناء خطط الجودة بطريقة تقليدية وليس بمنهجية علمية مبنية على الحقائق والأدلة والبراهين. - عدم وجود ادلة ارشادية وتنظيمية لأعمال إدارة الجودة مثل الدليل 	<ul style="list-style-type: none"> - توافر مكاتب واقسام الجودة. - تعيين مدراء ومسؤولين للجودة في المستشفيات. - وجود مساندة ودعم محدود من القيادات لأنشطة تحسين الجودة. - تشكيل لجان الجودة في بعض المستشفيات بطريقة لا تتوافق مع اشتراطات ومرجعيات اللجان. - وجود خطط وسياسات خاصة بإدارة الجودة. - مساهمة إدارة الجودة في تحسين الأداء في المستشفيات خصوصا أثناء اجراء التقييم الدوري للمرافق الصحية الذي تنفذه وزارة الصحة. - متابعة وقياس بعض مؤشرات الأداء في بعض المستشفيات.

الإدارة والقيادة

<p>التنظيمي لإدارة الجودة، دليل السياسات والإجراءات، دليل سلامة المرضى وإدارة المخاطر، دليل مؤشرات الأداء.</p> <p>- محدودية مساهمة أعضاء إدارة الجودة في تحسين الأداء وسلامة المرضى.</p> <p>- ضعف قدرات ومهارات أعضاء إدارة الجودة في تحديد الأولويات وحل المشاكل ومتابعة وتقييم الأداء واعداد التقارير واستخدام أدوات الجودة.</p> <p>- عدم وجود او تطبيق منهجية علمية لتحسين الجودة وحل المشاكل والتحقيق في الاحداث وقياس الأداء وكتابة التقارير وضبط الجودة.</p> <p>- عدم تنفيذ أعضاء إدارة الجودة للجولات التفقدية مع المختصين في التحقق من كفاءة أنظمة الجودة وسلامة المرضى ومكافحة العدوى وإدارة المخاطر.</p> <p>- ضعف التنسيق والتواصل الفعال بين أعضاء إدارة الجودة مع بقية المعنيين من القيادات واللجان والفرق.</p> <p>- عدم شمولية برنامج الجودة لكل اقسام المستشفى خصوصا اقسام ووحدات الرعاية الطبية.</p> <p>- عدم توافر واعتماد دليل او قائمة بمؤشرات جودة الأداء من وزارة الصحة.</p> <p>- عدم تطبيق منهجية علمية صحيحة لمتابعة وقياس مؤشرات الأداء.</p> <p>- تدني مستوى أعضاء الجودة في مجال مؤشرات الأداء.</p> <p>- عدم قيام المختصين وأعضاء إدارة الجودة بتفسير والتحقيق في نتائج مؤشرات الجودة وتحديد الفجوات والاولويات ووضع الحلول ومشاريع التحسين بناء عليها.</p> <p>- ضعف مستوى التقارير الخاصة بمؤشرات الأداء.</p> <p>- تدني مستوى كفاءة أعضاء وقيادات الجودة وعدم حصولهم على المؤهلات والمهارات الكافية في المجالات التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ مبادئ جودة الرعاية الصحية. ○ التخطيط وقيادة الجودة. ○ إدارة المعلومات والضبط الاحصائي للجودة. ○ تحسين الجودة. ○ سلامة المرضى وإدارة المخاطر. ○ قياس الجودة. ○ اعتماد الجودة. 	
--	--

6- الهيئة الطبية والتمريضية

نقاط الضعف	نقاط القوة
<p>- عدم وجود خطط توظيف تتوافق مع احتياج المستشفى من الموارد البشرية الصحية.</p> <p>- عدم ملائمة خطط توزيع الأطباء والمرضى على السعة السريرية والحالات المرضية.</p> <p>- ارتفاع معدل التدوير الوظيفي بين اقسام المستشفى.</p> <p>- زيادة عبء العمل على الأطباء والمرضى نظير الاقبال المتزايد على الرعاية الطبية.</p> <p>- تنوع وتعدد مستويات التعليم الطبي الأكاديمي خصوصا في التخصصات الفنية.</p> <p>- ضعف مهارات الإدارة والقيادة لدى قيادات التمريض والأطباء.</p> <p>- ضعف مستوى الصلاحيات الممنوحة لقيادات التمريض والأطباء في اتخاذ القرارات وإدارة الأداء.</p> <p>- محدودية مساهمة ومشاركة قيادات التمريض والأطباء في لجان وفرق تحسين الجودة في المستشفى.</p> <p>- تداخل صلاحيات ومسؤوليات القيادات الطبية والتمريضية.</p>	<p>- توافر الأطباء والمرضى في المستشفيات.</p> <p>- توافر خطط وجدول توزيع الأطباء والمرضى.</p> <p>- توافر مدراء وقيادات اشرافية للهيئة الطبية والتمريضية.</p> <p>- توافر السياسات والإجراءات التمريضية.</p> <p>- توافر أدلة العمل في الأقسام السريرية والتي تم تعميمها من قبل الوزارة.</p> <p>- توافر الأطباء والمرضى والاختصاصيين والاستشاريين ذوي الكفاءة والخبرة والقادرين على المساهمة في اعداد سياسات وإجراءات وادلة العمل.</p> <p>- حصول معظم الأطباء والمرضى وبقية العاملين السريريين على تراخيص مزاوله المهنة.</p> <p>- مساهمة الأطباء والمرضى في تحسين جودة الرعاية الطبية.</p>

الإدارة والقيادة

<ul style="list-style-type: none"> - عدم اعداد السياسات والإجراءات التمريرية من لجنة متخصصة وموافقة الإدارة عليها. - عدم توافر الأدلة الإرشادية وبروتوكولات العمل الطبي. - محدودية مساهمة الأطباء والممرضين ذوي الخبرة والكفاءة في اعداد السياسات والإجراءات. - عدم تدريب العاملين على سياسات وإجراءات الأداء. - عدم او ضعف توافر برامج التعليم المستمر للتمريض والأطباء. - قبول وتوظيف أطباء وممرضين غير حاصلين على ترخيص مزاولة المهنة. - تأخير اصدار تراخيص مزاولة المهنة من المجلس الطبي. - ضعف التنسيق بين المستشفيات والمجلس الطبي لإيجاد آلية لتسهيل إجراءات اصدار تراخيص مزاولة المهنة. - عدم الاحتفاظ بنسخة من تراخيص مزاولة المهنة في ملفات العاملين السريريين. - وجود فئة مقاومة وممانعة لبرامج الجودة وهذا متوقع في أي منشأة او بلد. - محدودية او انعدام الأنشطة والبرامج الداعمة لمشاركة العاملين السريريين في أنشطة تحسين الجودة. - عدم تبني إدارة وقيادة المستشفيات للجودة كثقافة تنظيمية ومؤسسية ونظام لإدارة عمليات الأداء. - تدني مستوى فاعلية برامج تحسين جودة الرعاية الطبية والتمريرية. - ضعف عمليات متابعة وقياس جودة الرعاية الطبية والتمريرية. - عدم تدريب الأطباء والممرضين على منهجيات ومبادئ جودة الرعاية الطبية والتحسين المستمر وسلامة المرضى وإدارة المخاطر. - عدم شمولية برامج الجودة لكل العاملين السريريين في المستشفى واقتصر تعميمها على فئة ومستوى معين من الأطباء والممرضين. 	<ul style="list-style-type: none"> - تحسن مستوى ثقافة الجودة عند الأطباء والممرضين. - الاستجابة والتوجه الإيجابي من قبل الأطباء والممرضين نحو تحسين الجودة.
--	---

7- إدارة الموارد البشرية

نقاط القوة	نقاط القوة
<ul style="list-style-type: none"> - تدني مستوى كفاءة أعضاء الموارد البشرية في مجال الجودة. - عدم شرح لوائح وأنظمة الموارد البشرية للعاملين في المستشفيات. - عدم استكمال ملفات العاملين وترتيب محتواه بحسب متطلبات الجودة. - قدم / عدم توافر بعض القوانين والسياسات الخاصة بإدارة الموارد البشرية. - عدم توافق آلية اختيار وتعيين الموظفين مع معايير واشتراطات الجودة. - عدم توافر او تجديد عقود العمل. - عدم توفر توصيف وظيفي وطني مرجعي معتمد من وزارة الخدمة المدنية ووزارة الصحة والجهات ذات الاختصاص. - تدني مستوى فهم العاملين لسياسات الموارد البشرية خصوصا سياسات الاختيار والاستقطاب والتوظيف والتعيين والتقييم والتدريب والتأهيل. - عدم ملائمة وموائمة التوصيف الوظيفي لخصائص ومتطلبات الوظائف الموجودة في المستشفى. - تدني مساهمة إدارة الموارد البشرية في التخطيط للعماله الجيدة. - تدني مساهمة إدارة الموارد البشرية في البرامج التوعوية الخاصة والعامه. - ضعف التنسيق مع المختصين من المشرفين على الأقسام والوحدات 	<ul style="list-style-type: none"> - توافر اقسام ووحدات الموارد البشرية. - توافر عاملين ومختصين في اقسام الموارد البشرية. - توافر أنظمة ولوائح لإدارة الموارد البشرية. - توافر تقنيات حديثة لإدارة الموارد البشرية. - توافر ملفات العاملين. - توافر سياسات وإجراءات إدارة الموارد البشرية تحتاج إلى مراجعة وتحديث. - توافر التوصيف الوظيفي للعاملين في بعض المستشفيات. - مساهمة إدارة الموارد البشرية في الانضباط الوظيفي.

الإدارة والقيادة

في تنظيم ساعات العمل والاجازة وتطبيق لائحة الجزاءات والحوافز والكفاءات.

8- التعليم والتدريب المستمر

نقاط القوة	نقاط القوة
<ul style="list-style-type: none"> - عدم توافر او انشاء وحدة / قسم / برنامج التعليم المستمر . - عدم اعداد واعتماد برامج التعليم المستمر . - عدم توافر مخصصات لدعم التعليم المستمر . - نقص التجهيزات في بعض المستشفيات . - عدم اعداد ووضع خطط التعليم المستمر من قبل قيادات الأقسام والوحدات . - تسخير موارد الدعم في إقامة مؤتمرات وأنشطة غير مجدية . - محدودية إقامة وتفعيل ودعم تنفيذ الأيام والأسابيع العلمية سواء المرتبطة بنشاط محدد او ما يتم تخصيصه من قبل المستشفى . - محدودية او عدم الاهتمام بأنشطة البحث العلمي . 	<ul style="list-style-type: none"> - توافر وحدات ومسؤولين عن التعليم المستمر في بعض المستشفيات . - توافر الكفاءات الذاتية لتنفيذ برامج التعليم المستمر . - توافر التجهيزات والمستلزمات لتنفيذ برامج التعليم المستمر في بعض المستشفيات . - توافر مصادر المواد العلمية . - سهولة الحصول على المراجع العلمية .

9- الخدمات المساندة والمساعدة

نقاط القوة	نقاط القوة
<ul style="list-style-type: none"> - عدم وجود ادلة ارشادية وسياسات معتمدة . - تدني مؤهلات وكفاءات العاملين في الأقسام المساندة والمساعدة . - عدم وضع برامج ضبط الجودة للأقسام المساندة والمساعدة . - عدم تدريب وتأهيل العاملين في الأقسام المساندة والمساعدة مجالات التخصص وسياسات وإجراءات ضبط وتحسين الجودة . 	<ul style="list-style-type: none"> - توافر الأقسام والوحدات والمختصين لتقديم الخدمات المساندة والمساعدة في المستشفى مثل المغسلة والنظافة والتغذية والصيانة والاكسجين والمخازن والخدمات الإدارية .

10- الإدارة المالية

نقاط القوة	نقاط القوة
<ul style="list-style-type: none"> - تدني مساهمة الإدارة المالية في دعم أنشطة الجودة . - عدم وجود مخصصات او موازنات لدعم وتسيير أنشطة الجودة . 	<ul style="list-style-type: none"> - توافر العاملين والتجهيزات والاقسام واللوائح والأنظمة لإدارة الشؤون المالية . - توافر المخصصات والموازنات المالية خصوصا في المستشفيات الخاصة .

*المصدر: تقرير التحليل البيئي لجودة الرعاية الصحية، 2023.

جدول 8 4 الوزن النسبي لأهمية وتأثير عناصر مجال الخدمات المجتمعية

الوزن النسبي	التأثير	الأهمية	مجال معايير الخدمات المجتمعية
65.6	8.0	8.2	مساهمة المستشفيات في البحوث والدراسات الميدانية المتعلقة بصحة المجتمع.
58.4	7.3	8.0	مساهمة المستشفيات في برامج الصحة العامة والتوعية الصحية.
50.4	6.3	8.0	مشاركة قيادات المجتمع المحلي عند تخطيط الاحتياجات الصحية.
48.51	6.3	7.7	استقطاب واستيعاب المختصين في الخدمات الاجتماعية.
47.74	6.2	7.7	توفير أقسام ووحدات تعني بتقديم الخدمات الاجتماعية في المستشفيات.
53.72	6.8	7.9	المتوسط

المصدر: من اعداد فريق التحليل بناء على نتائج تحليل البيانات التي تم جمعها من المشاركين في ورشة العمل الثانية

جدول 9 4 تحليل نقاط القوة والضعف لمجالات الخدمات المجتمعية

معايير الخدمات المجتمعية	
نقاط الضعف	نقاط القوة
<ul style="list-style-type: none"> - ضعف المساهمة المجتمعية في تخطيط الاحتياج الصحي. - ضعف مساهمة المستشفيات في الصحة العامة والتوعية الصحية. - ضعف مساهمة المستشفيات في البحوث والدراسات الميدانية. - عدم استقطاب واستيعاب المختصين في الخدمات الاجتماعية. - عدم توافر اقسام ووحدات تعني بتقديم الخدمات الاجتماعية في المستشفيات. 	<ul style="list-style-type: none"> - توافر البيانات الديمغرافية عن المجتمع. - فهم خصائص وسمات المجتمع اليمني. - توافر برامج تعزيز الصحة والتوعية. - توافر مختصين لتقديم الخدمات الاجتماعية.

*المصدر: تقرير التحليل البيئي لجودة الرعاية الصحية، 2023.

2.1.4. نقاط القوة والضعف لواقع نظام الجودة والحوكمة على المستوى الوطني:

نقاط القوة	نقاط الضعف
- إقرار الرؤية الوطنية لبناء الدولة الحديثة 2030، وتركيزها على مبدأ الجودة وتحسين الأداء والمنافسة بين القطاعات.	- بعض قوانين ولوائح النظام الصحي أصبحت قديمة ولا توأكب التوجه الوطني نحو الجودة والاعتمادية. - كما ان بعض القوانين لا توأمن طبيعة عمل او اشتراطات الجودة في النظام الصحي.
- وجود توجه وتنفيذ جزئي نحو الجودة الشاملة.	- عدم الاهتمام من قبل بعض القيادات الصحية ببناء نظام الجودة ومقاومتهم له. - محدودية المهتمين والداعمين لتبني مشاريع الجودة على مستوى النظام الصحي. - اعتبار الجودة من قبل البعض مكلفة او شيء ثانوي.
- التنفيذ الدوري أنشطة تقييم وتصنيف المستشفيات والمراكز والوحدات على مستوى القطاعين (الحكومي والخاص).	- عدم توافر الخبراء الوطنيين المؤهلين في مجالات الجودة وسلامة المرضى ومكافحة العدوى.
- وجود قرار بإنشاء الإدارة العامة للجودة وسلامة المرضى والاعتماد الصحي، معتمد من وزارة المالية والخدمة المدنية ووزارة الصحة.	- عدم توافر الأدلة والمرجعيات الوطنية لسياسات وإجراءات وارشادات العمل في المرافق الصحية.
- إصدار الطبعة الأولى من الدليل الوطني لإدارة الجودة وسلامة المرضى.	- عدم توافر مراكز او هيئات مؤسسية تقدم خدمات الجودة.
- التوجه الوطني ممثلاً بوزارة الصحة والمرافق الصحية نحو تأسيس نظام وطني للاعتماد.	- عدم توافر الأدلة الخاصة بتنظيم أعمال وإجراءات إدارات الجودة وسلامة المرضى مثل: ○ الاستراتيجية الوطنية للجودة. ○ الهياكل والأطر التنظيمية لإدارة الجودة على مستوى النظام الصحي. ○ دليل ومنهجية ضبط وقياس وتحسين الجودة. ○ دليل اعتماد الجودة للمؤسسات الصحية. ○ دليل سلامة المرضى. ○ دليل إدارة المخاطر. ○ دليل مؤشرات الأداء. ○ دليل حوكمة الجودة. ○ أدلة السياسات والإجراءات. ○ دليل التدريب والتأهيل.
- اعتماد برنامج أحسن ضمن استراتيجية وزارة الصحة ومتابعة تنفيذه من قبل اللجنة العليا للرؤية الوطنية لبناء الدولة اليمنية الحديثة 2030.	- عدم مشاركة إدارة الجودة (نظام الجودة) في اصدار اللوائح والقوانين والتشريعات والسياسات والإجراءات المتعلقة بجودة الأداء مثل: ○ القوانين واللوائح المنظمة للمهن الصحية. ○ التعليم والتدريب الصحي. ○ التامين الصحي. ○ المواصفات والمقاييس. ○ التحقق في الأخطاء الطبية. ○ تسجيل وترخيص الأدوية والمستلزمات والأجهزة الطبية. ○ تسجيل وترخيص المزودين ومؤسسات الرعاية الصحية.
- استمرار نشر ثقافة الجودة من خلال الزيارات الميدانية والتفقدية للمرافق الصحية وإقامة الندوات التوعوية للعاملين فيها عن مجالات الجودة وسلامة المرضى ومكافحة العدوى.	- ضعف كفاءة نظام الجودة وحاكميته الإدارية والسريرية وعدم توافر المرجعيات والأدلة التي توضح صلاحيات ومسؤوليات ومهام نظام الجودة في متابعة ومراقبة وقياس الأداء وتحديد الأولويات ومشاريع التحسين.
- وجود قوانين ولوائح تنفيذية وإدارية وتنظيمية والأدلة الإرشادية للقطاع الصحي العام والخاص والتي يمكن تحديثها وتطويرها والاستدلال بها حيث تعتبر من أهم المرجعيات لنظام الجودة والاعتمادية.	- تدني مستوى كفاءة المعنيين على رأس إدارات الجودة في المؤسسات الصحية ومكاتب الصحة.

<p>- عدم توافر الموارد المادية والمالية لتعزيز بناء وتأسيس نظام الجودة على مستوى النظام الصحي.</p>	<p>- توافر الأدلة النمطية والتدريبية والمعايير والبروتوكولات والآليات المنظمة لحزمة خدمات الصحة الإنجابية والطوارئ التوليدية والوليدية على مستوى المستشفيات المركزية والمحورية والريفية والخدمات المجتمعية والتوجه نحو إنشاء وتأهيل مستشفيات للأمومة والطفولة على مستوى المحافظات وبحسب السعة السريرية.</p>
<p>- تدني مستوى ثقافة الجودة والثقافة التنظيمية على مستوى النظام الصحي.</p>	<p>- وجود استراتيجيات وطنية قطاعية وبرامجية.</p>
<p>- عدم وجود لجان أو فرق مؤهلة وتمتلك المهارات والمعارف في مجالات الجودة.</p>	<p>- وجود قاعدة بيانات وأدلة نمطية للمراكز والوحدات الصحية.</p>
<p>- ضعف نظام إدارة وتحليل معلومات وبيانات الجودة على مستويات النظام الصحي وتمتثل أهم جوانب قصور نظام إدارة معلومات الجودة في:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ مؤشرات الأولوية الوطنية الرئيسية. ○ الاشتراطات الوطنية للسلامة. ○ مؤشرات لقياس سلامة المرضى. ○ قياس مستوى تجربة المريض. ○ توافر مؤشرات المحاذير والتنبيهات. ○ وجود نظام لإدارة تقارير الأحداث السلبية وغير المرغوبة. ○ توافر قاعدة معلوماتية لنسب ومدى الامتثال والتطابق مع معايير الجودة العالمية. ○ التجارب والبحوث والدراسات السريرية. 	<p>- تحديث قائمة الأدوية الأساسية للطوارئ التوليدية والوليدية وتحديد الاحتياج السنوي لها.</p>
<p>- غياب مفهوم الإدارة بالنتائج، وفق مؤشرات الأداء المعيارية.</p>	<p>- فتح مسافات جديدة للتدريب تغطي احتياجات البلاد للكوادر المؤهلة طبيا وصحيا، وتوسعها في المحافظات.</p>
<p>- قصور وترهل وظيفي لبعض الهياكل التنظيمية وعدم وجود توصيف وظيفي لبعض الوظائف والاختصاصات.</p>	<p>- توفر الخبرات والكفاءات الوطنية القادرة على اعداد الأدلة المرجعية للعمل.</p>
<p>- ضعف الصيانة الطارئة والدورية للمباني والتجهيزات وتقدم بعض الأجهزة والمعدات ووسائل النقل، مما يؤثر على إتاحة واستمرارية الرعاية.</p>	<p>- توفر تمويل خارجي لتجهيز التقنيات للعمل بالنظام الالكتروني بحسب توجه الرؤية الوطنية لبناء الدولة الحديثة</p>
<p>- وجود خطة فنية ومالية لإنشاء نظام شبكي الكتروني لجمع وتحليل البيانات على مختلف مستويات النظام الصحي.</p>	<p>- وجود خطة فنية ومالية لإنشاء نظام شبكي الكتروني لجمع وتحليل البيانات على مختلف مستويات النظام الصحي.</p>
<p>- يتم قياس ومتابعة المؤشرات الصحية مثل معدل الوفيات ومؤشرات الأمومة والطفولة وسوء التغذية والأمراض السارية وغيرها.</p>	<p>- يتم قياس ومتابعة المؤشرات الصحية مثل معدل الوفيات ومؤشرات الأمومة والطفولة وسوء التغذية والأمراض السارية وغيرها.</p>

*المصدر: تقرير التحليل البيئي لجودة الرعاية الصحية، 2023.

3.1.4. الوزن النسبي للأهمية والتأثير للفرص المتاحة:

يمكن استعراض الوزن النسبي لأهمية وأثر الفرص المتاحة من خلال الجدول التالي:

جدول 4 10 الوزن النسبي لأهمية وتأثير الفرص المتاحة

الوزن النسبي	درجة التأثير	درجة الأهمية	الفرص
90	9	10	توجهات الوزارة لتحسين جودة الرعاية الصحية.
90	9	10	التوجه الوطني لتعديل بعض القوانين واللوائح
90	9	10	وجود داعمين محليين ودوليين لمختلف جوانب القطاع الصحي (تدريب وبناء القدرات، جودة، مكافحة عدوى، مستلزمات طبية، نظم معلومات صحية).
81	9	9	توافر قوانين ولوائح واتفاقيات دولية داعمة لبرامج الجودة وسلامة المرضى.
81	9	9	وجود مؤسسات وهيئات وطنية وجمعيات تسهم في تعزيز وبناء نظام الجودة مثل: - الهيئة العليا للأدوية. - المجلس اليمني للاختصاصات. - المجلس الطبي الأعلى. - اللجنة الطبية العليا. - الهيئة الوطنية للمواصفات والمقاييس. - الجمعيات العلمية والمهنية منها جمعية القلب والجراحين والنساء والولادة وغيرها.
81	9	9	وجود جامعات طبية متخصصة بالإضافة الى المجلس اليمني للاختصاصات الطبية وهي قادرة على توفير احتياجات السوق المحلية من الكوادر الصحية المؤهلة فكريا وممارسة وامكانية التوأمة معها لتطوير المناهج وتدريب الخريجين على أسس ومعايير وسياسات جودة الرعاية الصحية
80	10	8	الاستفادة من المعلومات التي يمكن الحصول عليها من تحليل نتائج التقييم السنوي الذي تجريه الوزارة للمستشفيات والمراكز
80	8	10	التوجه الجاد من قبل الحكومة لتنفيذ الرؤية الوطنية لبناء الدولة اليمنية الحديثة
72	9	8	توجه قطاعات التعليم الجامعي والبحث العلمي نحو الجودة والاعتماد الأكاديمي وتطوير المناهج.
72	8	9	توافر التجارب الإقليمية والعالمية في مجال الجودة وسلامة المرضى ومكافحة العدوى التي يمكن الاستفادة منها في اعداد استراتيجيات ناجحة لتحسين جودة الخدمات الصحية بالمستشفيات الوطنية.

72	8	9	امكانية تطبيق نظام الأتمتة والربط الشبكي (تفعيل نظام معلومات صحي موحد)
64	8	8	توفر المباني التي يمكن استغلالها كمستشفيات ومراكز صحية حكومية على مستوى المحافظات والمديريات
76.38	8.5	9	المتوسط العام

*المصدر: تقرير التحليل البيئي لجودة الرعاية الصحية، 2023.

4.1.4. الوزن النسبي للأهمية والتأثير للتهديدات:

يمكن استعراض الوزن النسبي لأهمية وأثر التهديدات التي تواجه مؤسسات ومرافق النظام الصحي الوطني من خلال الجدول التالي:

جدول 114 الوزن النسبي لأهمية وتأثير التهديدات التي تواجه نظام الجودة في المرافق والمؤسسات الصحية

الوزن النسبي	درجة التأثير	درجة الأهمية	التهديدات
100	10	10	توقف عملية التوظيف والصرف المنتظم للمرتبات.
100	10	10	عدم قدرة الدولة على توفير الموازنات التشغيلية الكافية لتغطية نفقات المؤسسات والمرافق الصحية الحكومية.
100	10	10	عدم توفر برامج لدعم الجامعات والكليات والمعاهد الصحية لتمكينها من تحديث توصيف برامجها الأكاديمية ومقرراتها الدراسية لمواكبة التطورات المتسارعة في هذا الجانب.
100	10	10	ضعف برامج التدريب السريري لطلبة الكليات والمعاهد الصحية وقلة المستشفيات التعليمية وعدم امتثالها لمعايير واشتراطات التدريب الطبي.
100	10	10	غياب برامج التأمين الصحي لموظفي القطاع الصحي ومعظم القطاعات الأخرى.
90	9	10	توقع انقطاع التمويل للبرامج والمشاريع الصحية من الممولين المحليين والدوليين.
90	9	10	ضعف توجهات الشركاء وأصحاب المصلحة في تبني مشاريع طويلة الأمد لدعم النظام الصحي والبنية التحتية.
90	9	10	تكس الكوادر البشرية الصحية في أمانة العاصمة ومراكز المدن وعدم توزيعها بشكل يضمن عدالة توفيرها في عموم مديريات الجمهورية.
90	9	10	تقدم المناهج التي تدرس في البرامج الأكاديمية الطبية والصحية في مختلف الكليات والمعاهد الصحية وخلوها من المقررات التي تعني بنشر ثقافة الجودة وسياسات وإجراءات ومعايير جودة الخدمات الصحية.
90	10	9	انخفاض مستوى ثقة المجتمع وعدم رضاهم عن جودة الخدمات الصحية التي تقدمها مؤسسات القطاع الصحي الوطني بسبب تزايد الأخطاء الطبية.
90	9	10	الحصار الجوي والبري والبحري المفروض على اليمن
81	9	9	زيادة كلفة الخدمات الصحية.
81	9	9	الكساد الاقتصادي وضعف القوة الشرائية للعملة الوطنية.
81	9	9	الانقطاع المتكرر والمستمر لمصادر طاقة كهربائية وتأثير ذلك على مستوى جودة الخدمات الصحية.

الوزن النسبي	درجة التأثير	درجة الأهمية	التحديات
81	9	9	غياب تنفيذ ودعم مشاريع الاصحاح البيئي بمختلف اشكالها وأنواعها.
81	9	9	انتشار ظاهرة تهريب الأدوية
81	9	9	ضعف الجانب الرقابي للجنة وضع المقاييس وجودة الخدمات الصحية والادوية
81	9	9	انخفاض الدخل لدى معظم المواطنين وعدم قدرتهم على تحمل التكاليف المرتفعة للخدمات الصحية
80	8	10	عدم الاستقرار السياسي والأمني
80	8	10	انتشار الأمراض والأوبئة وزيادة العبء على الخدمات الصحية.
80	8	10	عدم وجود مؤسسات وهيئات ومنظمات متخصصة مهتمة بمجال الجودة وسلامة المرضى ومكافحة العدوى ومحدودية المبالغ المخصصة لدعم هذه الجوانب.
72	8	9	ارتفاع الدوران الوظيفي بين العاملين الصحيين وتسرب العاملين الصحيين من القطاع الحكومي الى القطاع الخاص وهجرة البعض وخاصة المتميزين الى خارج البلاد.
72	8	9	النمو السكاني المستمر.
72	8	9	ضعف وقلة برامج التعليم المستمر للكوادر الصحية
64	8	8	ضعف الرقابة الخارجية بسبب تحمل الجهة المستهدفة لمستحقات وتكاليف لجان الرقابة والتفتيش واهتمام مندوبي وزارتي المالية والخدمة المدنية بصرف الحوافز والمكافآت أكثر من اهتمامهم بالجوانب الأخرى المتعلقة بتأهيل وتوفير الموارد البشرية وتكاليف الصيانة ومتطلبات التشغيل الهامة للمرفق الصحي.
64	8	8	عدم الاهتمام بجوانب التدريب للطلبة والابحاث العلمية
56	7	8	عدم تحديث اللوائح والقوانين الخاصة بالنظام الصحي والرعاية الصحية.
56	7	8	مقاومة التغيير وغياب الوعي بأهمية تطبيق برامج الجودة من قبل القيادات والكوادر الصحية العاملة حالياً
49	7	7	انتشار الامية وانخفاض مستوى التنقيف الصحي ولجوء المرضى الى الطب البديل
42	6	7	ضعف شبكات الإنترنت والاتصالات.
42	6	7	ضعف التنسيق بين وزارة الصحة وبقية الوزارات ذات العلاقة بالصحة مثل وزارة الاشغال والمالية والخدمة المدنية والسلطة المحلية
78.58	8.54	9.09	المتوسط العام

*المصدر: تقرير التحليل البيئي لجودة الرعاية الصحية، 2023.

2.4. الاستنتاجات العامة للتحليل البيئي لجودة الرعاية الصحية:

من خلال ما تم استعراضه في الفصول السابقة وبناءً على ما ورد في التقارير والاستراتيجيات السابقة

أولاً: نتائج المسوحات والتقارير السابقة:

أثرت الأوضاع السياسية المضطربة والحرب القائمة منذ أعوام 2011 و2015 الى عجز المرافق الصحية في إتاحة الرعاية والخدمات وكذلك عدم تمكن المجتمع من الوصول الى هذه المرافق بسهولة ويُسر،

كما أن إتاحة الرعاية والوصول اليها تأثرت بعدة عوامل أخرى منها وعورة الطرق، وعدم توافر وسائل النقل، وارتفاع تكلفة النقل، وضعف نظام الإحالة خاصة للحالات الطارئة والخطيرة، إلى جانب الفقر، ونقص الحوافز الاقتصادية والاجتماعية لتقديم الخدمات بانتظام للفقراء، ومحدودية القدرة على تحمل تكاليف الرعاية الصحية، ونقص توافر الأدوية، وضعف جودة الخدمات الصحية، وعدم استدامة وتكامل المبادرات المجتمعية.

بحسب نتائج المسح الذي أجرته وزارة الصحة بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية لتحديد مدى توافر الموارد الصحية (HeRAMS)³³ أواخر عام 2016، الذي شمل 16 من محافظات اليمن البالغ عددها 22 محافظة، فقد تبين أنّ من بين 3507 منشأة صحية شملها الاستطلاع فإن 1579 فقط (45%) تعمل بشكل كامل ويمكن الوصول إليها، و1343 (38%) تعمل بشكل جزئي، فيما توقف العمل تماماً في 504 (17%) مرفقاً صحياً. كما كشفت نتائج المسح عن تعرض 274 مرفقاً صحياً لأضرار نتيجة العنف، ومنها 69 مرفقاً دُمرت بالكامل و205 مرافق دُمرت بشكل جزئي.

³³ www.emro.who.int/media/news/survey-reveals-extent-of-damage-to-yemens-health-system.html.

كما أظهرت نتائج المسح أن هناك نقصاً حاداً في عدد الأطباء في أكثر من 40% من المديریات، فمن أصل 276 مديرية شملها المسح، فإن 49 مديرية تفتقر تماماً للأطباء، كما أن 42% من إجمالي المديریات لديها طبيبين أو أقل (في كل مديرية). أما عدد الأسرة المتوفرة في المستشفيات، فقد بلغ 6.2 سرير لكل 10,000 من السكان؛ وهو ما لا يلبي المعيار الدولي الذي يتطلب 10 أسرة على الأقل لكل 10,000 من السكان.

وتتوفر حزمة كاملة من خدمات الرعاية الصحية في 37% من المرافق الصحية فقط. وتُقدّم خدمات صحة الطفل والتغذية في 63% من المرافق الصحية، فيما تتوفر الخدمات الخاصة بالوقاية من الأمراض السارية في 43% من المرافق التي شملها المسح. أما الخدمات الصحية المتعلقة بالصحة النفسية والأمراض غير السارية فتتواجد فقط في 21% من تلك المرافق.

ويرتبط تدهور وضع المؤشرات الصحية بسبب الأزمة الإنسانية الحادة وتفاقم الأوضاع السياسية والتدهور الاقتصادي التي يواجهها اليمن منذ العام 2015 كما يرتبط أيضاً بعوامل إضافية، مثل انعدام الأمن الغذائي، وجائحة كوفيد-19، وفاشيات الأمراض الأخرى، والتغير المناخي، والكوارث الطبيعية. وقد أدى دمار النظام الصحي، وتعطّل شبكات المياه والصرف الصحي، والأعداد الهائلة من النازحين، إلى انتشار سريع للأمراض ومنها الكوليرا والخبثاق والحصبة وشلل الأطفال وحمى الضنك.³⁴ (منظمة الصحة العالمية، 2022)

وأظهرت نتائج المسح التحليلي الذي أجرته وزارة الصحة عام 2016 لعدد 44 مرفق صحي ما يلي:

- 28.87% من المرافق الصحية لا توفر خدمات العمليات الجراحية.
- متوسط الغاء العمليات الجراحية في المستشفيات بلغت 40% وهي نسبة عالية جداً مقارنة بالمؤشر العالمي الذي لا يتجاوز نسبة تأجيل او الغاء العمليات الجراحية 2% من جدول العمليات المحدد.

³⁴ تقرير المركز الإعلامي لمنظمة الصحة العالمية، 2022.

- 40% من المستشفيات لا تقدم خدمات الرعاية الحرجة، كما أن متوسط توافر اسرة العناية المركزة بلغت 46.69% من إجمالي المرافق الصحية.
- أظهرت الدراسة ان 62.50% من اجمالي عدد المستشفيات لا تقدم خدمات رعاية المواليد والحاضنات، على الرغم من توافر الحاضنات في بعض المستشفيات.
- بلغت النسبة العامة من الاحتياج الفعلي الى توفير أسرة للرقود الداخلي 42.22% في المستشفيات قيد الدراسة، كما بلغت نسبة المستشفيات التي لا تقدم خدمات الرقود الداخلي 40%.
- نسبة الفجوة في توافر أسرة الطوارئ بلغت 49.86%، كما أن 25% من المستشفيات لا تقدم خدمات طوارئ الأطفال.
- 20% من اجمالي عدد المستشفيات لا تقدم خدمات الأشعة السينية.
- 17.50% من اجمالي عدد المستشفيات لا تقدم خدمات التصوير بالموجات فوق الصوتية (السونار).
- نسبة المستشفيات التي لا تقدم خدمات الأشعة المقطعية بلغت 92.50%.

ثانياً: نتائج التحليل البيئي لواقع جودة الرعاية الصحية 2023:

- أظهرت نتائج التحليل لواقع الحوكمة والإدارة والقيادة وجود فجوة حادة في مستوى الامتثال لمعايير حوكمة نظام الجودة على كافة مستويات النظام الصحي (وزارة الصحة - مكاتب الصحة - المرافق الصحية)، حيث بلغ المتوسط العام لتطبيق معايير الحوكمة والإدارة والقيادة بحسب تقييم المشاركين 40%، وبحسب المشاركين في التحليل فإن نظام الجودة يفتقر إلى تطوير الهياكل التنظيمية والتوصيفات الوظيفية وتوافر المعايير والأدلة والسياسات والارشادات وبرامج المراقبة والمتابعة والتحسين المستمر.
- بلغ متوسط مستوى الحوكمة والإدارة والقيادة في المستشفيات من وجهة نظر الإدارة العليا (مدراء المستشفيات) 79 %، بينما كانت نسبة مستوى أداء الإدارة والقيادة من وجهة نظر القيادات التنفيذية 63 %، وهذا يشير إلى نسبة التفاوت والفجوة القائمة بين المستويات الإدارية في المستشفيات، ورغم حجم التفاوت إلا أن توصيات وآراء المشاركين في التحليل اتفقوا وجود الفجوات التالية والتي يلزم معالجتها بضرورة قصوى:
 - تطوير القوانين واللوائح ذات الصلة بجودة الرعاية الصحية.
 - تطوير الهياكل التنظيمية والتوصيفات الوظيفية المنظمة لبرامج الجودة.
 - تدريب وتأهيل مدراء ومختصي الجودة.
 - تعزيز قدرات القيادات الصحية في مجالات تحسين الجودة وسلامة المرضى.

- تطوير أنظمة المتابعة والمراقبة لتحسين جودة الأداء خصوصاً ما يتعلق بمتابعة مستويات الجودة وسلامة المرضى.
 - تطوير سياسات وارشادات موجهة للعاملين.
 - خلق واعتماد موازنات مالية خاصة ببرامج وانشطة الجودة.
- على مستوى مراكز الرعاية الصحية الأولية أظهرت نتائج التحليل وجود فجوة حرجة في مستوى الامتثال لمعايير سلامة المرضى حيث بلغت نسبة الامتثال 36%، بينما كانت 40% لمعايير الإدارة والقيادة، و53% لمستوى جودة الرعاية الطبية و59% للمشاركة المجتمعية، وكان المتوسط العام لمستوى الجودة في مراكز الرعاية الصحية الأولية 47%. وقد أظهرت النتائج أهم الفجوات التالية:
- تدني مستوى الالتزام بمعايير واشتراطات سلامة وأمان المرضى.
 - تدني مستوى تطبيق معايير مكافحة العدوى والتعقيم.
 - تدني مستوى كفاءة مسؤولي ومختصي الجودة.
 - محدودية البرامج المعززة للسلامة البيئية والصحة المهنية.
- وعلى مستوى المستشفيات فإن نتائج التحليل أظهرت الاحتياج الطارئ في تحسين واقع سلامة وأمان المرضى حيث كانت نسبة الامتثال 65%، بينما توصي جميع المراجع العالمية والإقليمية ضرورة التزام المستشفيات بتطبيق معايير سلامة وأمان المرضى بنسبة 100%، كما أظهرت النتائج تدني مستويات تطبيق معايير رعاية المرضى والإدارة والقيادة والمشاركة المجتمعية كما يوضحها الجدول رقم (3-5)،
- أما على مستوى المستشفيات الريفية والمحورية فقد أظهرت نتائج التحليل أن نسبة تطبيق رعاية المرضى 50%، ونسبة تطبيق معايير السلامة وأمان المرضى 38%، ومعايير الإدارة والقيادة 54%، بينما كانت نسبة تطبيق معايير المشاركة المجتمعية 33%،
- وكانت نتائج تقييم المشاركين لمستوى وواقع الجودة في مستشفيات الأمومة والطفولة لا تختلف عن المستشفيات فقط أظهرت أن نسبة تطبيق رعاية المرضى بلغت 43%، ونسبة تطبيق معايير السلامة وأمان المرضى 40%، ومعايير الإدارة والقيادة 44%، ونسبة معايير المشاركة المجتمعية بلغت 36%.
- ومن خلال نقاشات وآراء المشاركين فإن أهم الفجوات في نظام الجودة بالمستشفيات ما يلي:
- تدني وعدم كفاءة أنظمة وبرامج سلامة المرضى ومكافحة العدوى.

- عدم وجود مدراء جودة مؤهلين ومدربين لقيادة برامج الجودة سواء على المستوى الوطني او على مستوى المرافق الصحية.
- عدم وجود هياكل تنظيمية ولوائح منظمة لأنشطة الجودة.
- محدودية الموارد المساعدة على إتاحة واستمرارية تقديم الرعاية الصحية.
- عدم وجود نظام اعتماد وطني معتمد.
- عدم وجود سياسات وأدلة إرشادية.
- ضعف عمليات المراقبة والمتابعة لمستويات ومؤشرات الجودة.
- محدودية البحوث والدراسات المتعلقة بقضايا جودة الرعاية الصحية.

إضافة جدول ورسم بياني للمقارنة بين جميع المستشفيات.

- كما أظهرت النتائج ان نسبة تطبيق معايير الجودة بمراكز القلب 41%، و36% نسبة تطبيق معايير الجودة بمراكز العلاج النفسي، كما كانت نسبة تطبيق المعايير في مراكز الأورام 66%، و44% في مراكز العلاج الطبيعي وكان المتوسط العام لواقع الجودة في المراكز التخصصية 49%، كما يوضحها الشكل رقم (3-10).

وفيما يلي جدول يوضح نسب ومتوسطات واقع الجودة على مستوى المرافق الصحية:

- أظهرت نتائج تقييم المشاركين أن نسبة تطبيق المختبرات لمعايير الجودة بلغت 46%، وبنوك الدم 40%، بينما بلغ المتوسط العام 43%، وتمثلت أهم الفجوات في:
- ضعف مستوى البنية التحتية والتجهيزات الفنية والموارد للمختبرات وبنوك الدم.
- تدني مستوى كفاءة العاملين ومسؤولي الجودة وقيادات المختبرات وبنوك الدم في مجالات الجودة.
- عدم توافر برامج كفاءة معتمدة ومطبقة لتعزيز تحسين وضبط الجودة وسلامة المرضى ومكافحة العدوى.
- عدم توافر أدلة إرشادية لسياسات وإجراءات المختبرات وبنوك الدم.
- عدم توافر ادلة لمتابعة وقياس مؤشرات الأداء.

وبناءً على تحليل المشاركين لنقاط القوة والضعف وتحليل الأهمية والتأثير للفرص والتهديدات ونقاط الضعف فقد برزت ترتيب محاور أولويات التدخل كما يوضحها الجدول التالي:

وبناءً على تحليل المشاركين لتحديد الأهمية والتأثير والوزن النسبي للمحاور الأربعة فإن الجدول التالي يوضح ترتيبها من الأعلى إلى الأدنى:

جدول 4 12 ترتيب الوزن النسبي لأهمية وتأثير محاور تحليل مستوى جودة الرعاية الصحية

المحور	المتوسط العام لدرجة الأهمية	المتوسط العام لدرجة التأثير	المتوسط العام للوزن النسبي
مجال سلامة وأمان المرضى	9.5	8.7	83.15
مجال رعاية المرضى	9.4	8.6	80.84
مجال الإدارة والقيادة	9.2	7.9	72.8
مجال الخدمات المجتمعية	7.9	6.8	53.72
المتوسط العام			

*المصدر: تقرير التحليل البيئي لجودة الرعاية الصحية، 2023.

3.4. القضايا الحرجة بناءً على نتائج التحليل البيئي لجودة الرعاية الصحية:

جدول 4 13 الأولويات والقضايا الحرجة

المحور	نطاق التدخل	مجالات التدخل
حوكمة وإدارة وقيادة الجودة	<ul style="list-style-type: none"> - المستوى الوطني (وزارة الصحة). - المستوى الفرعي (مكاتب الصحة). - المستوى الخدمي (المرافق الصحية). 	<ul style="list-style-type: none"> - إعداد واعتماد الهياكل والأطر التنظيمية الخاصة بنظام جودة الرعاية الصحية على كافة مستويات النظام الصحي. - إعداد الأدلة الإرشادية لإدارة الجودة في الوزارة ومكاتب الصحة ومرافق الرعاية.
سلامة المرضى	<ul style="list-style-type: none"> - المستوى الوطني (وزارة الصحة). - المستوى الفرعي (مكاتب الصحة). - المستوى الخدمي (المرافق الصحية). 	<ul style="list-style-type: none"> - إعداد واعتماد السياسة الوطنية لسلامة المرضى. - تطبيق مبادرة المستشفيات المراعية لسلامة المرضى كمرحلة أولى على 15 مستشفى. - تدريب وتأهيل مختصين ومنسقين في مجال سلامة المرضى.
التدريب والتأهيل	<ul style="list-style-type: none"> - المستوى الوطني (وزارة الصحة). - المستوى الفرعي (مكاتب الصحة). - المستوى الخدمي (المرافق الصحية). 	<ul style="list-style-type: none"> - تأهيل الفريق الوطني لقيادة برنامج الاعتماد. - تأهيل مدراء ومختصي الجودة وسلامة المرضى على مستويات النظام الصحي. - تعزيز برامج التعليم الذاتي والتعليم المستمر والتعليم المصاحب للخدمة.
اعتماد المنشآت الصحية	<ul style="list-style-type: none"> - المستوى الوطني (وزارة الصحة). - المستوى الفرعي (مكاتب الصحة). - المستوى الخدمي (المرافق الصحية). 	<ul style="list-style-type: none"> - البدء في مراجعة وتطوير أدبيات برنامج أحسن. - استمرار برنامج تهيئة المستشفيات وفقاً لخطة تحسين مدروسة.
السياسات والإجراءات وأدلة العمل	<ul style="list-style-type: none"> - المستوى الوطني (وزارة الصحة). - المستوى الفرعي (مكاتب الصحة). - المستوى الخدمي (المرافق الصحية). 	<ul style="list-style-type: none"> - تشكيل لجنة مختصة لإعداد وتطوير سياسات وإجراءات العمل وفقاً لخطة عمل يتم اعتمادها وتمويلها.

*المصدر: تقرير التحليل البيئي لجودة الرعاية الصحية، 2023.