

نحو إطار محاسبي متكامل لقياس أداء المستشفيات الحكومية المصرية بغرض تحسين جودة الخدمات الصحية: وجهة نظر المحاسبين

أحمد عثمان رشوان خليف
مدرس بقسم المحاسبة
كلية التجارة- جامعة الاسكندرية

1- مقدمة

تتزايد أهمية الرعاية الصحية حول العالم بسبب تأثيرها الكبير على الموارد الاقتصادية و البشرية المتاحة للمجتمع. و بالتالي، تظهر أهمية توجيه الموارد المستخدمة في قطاع الصحة بشكل كفاء و فعال نحو تحسين جودة الخدمات الصحية (Bou-Llusar et al., 2009). و تعتبر وزارة الصحة في مصر هي المقدم الرئيسي لخدمات الرعاية الصحية في مصر، حيث تدير نظام قومي للخدمات الصحية. هذه الخدمات تدار علي اساس لامركزي في سبع و عشرين مديريةية صحية. و يتم تمويل هذه المديريات الصحية من خلال ميزانية لامركزية مقدمة بواسطة وزارة الصحة. و تهتم وزارة الصحة بتقديم خدمات صحية عالية الجودة للمواطنين، و كذلك بتحسين و تطوير جودة المستشفيات التابعة لها. و من أجل بلوغ هذه الغاية فإن قياس أداء المستشفيات بغرض تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين يعتبر قضية ضرورية. و قد اتجهت الحكومة المصرية نحو تحقيق الجودة الشاملة في قطاع الصحة من خلال عدة مشروعات مثل مشروع استرداد التكلفة و التأمين علي طلاب المدارس و الجامعات.

و تمثل إدارة الجودة الشاملة مجموعة من المفاهيم و الأدوات التي تهدف إلى مشاركة كل المديرين و العاملين في المنظمة في التحسين المستمر للأداء (Gurd et al., 2002; Hoque, 2003). و يرتبط بتطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة ضرورة وجود نظام محاسبي لقياس الأداء لمتابعة مدي التقدم في تحقيق أهداف الجودة الشاملة. و يؤدي عدم وجود هذا التكامل بين تطبيق مبادئ الجودة

الشاملة و استخدام نظام محاسبي لقياس الأداء إلى التأثير السلبي علي الأداء الشامل للمنظمة (Daniel and Reitsperger, 1991; Johnson, 1994; Carr et al., 1997; Ittner and Larcker, 1997; Hoque and Alam, 1999; Chong and Rundus, 2004; Dror, 2009; Tejedor et al., 2008; De Geuser et al., 2009). و في هذا الصدد، فقد أشار (Shank and Govindarajan, 1994, 16-17) إلى أنه "أين كان المدخل الذي تختاره المنظمة، فالجودة هي إحدى المتغيرات الاستراتيجية الهامة و لا يمكن للمحاسبة الإدارية أن تتجاهله". و بالتالي يرتبط بتطبيق مبادئ الإدارة الجودة الشاملة ضرورة وجود نظام محاسبي لقياس الأداء.

و يفرض التحرك الجاري لإعادة تشكيل الرعاية الصحية في مصر بغرض تحقيق الجودة الشاملة في الرعاية الصحية المقدمة للمواطنين علي نظم تقديم الخدمات الصحية متطلبات جديدة و هامة. و تتضمن هذه المتطلبات النمو المتزايد و ترشيد التكلفة مع تحسين جودة الرعاية المقدمة. و من أجل وجود رعاية صحية عالية الجودة، فهناك حاجة لاستحداث و وضع إطار محاسبي جديد يمكنه أن يقيس بفعالية أداء المستشفيات الحكومية المصرية بغرض تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين. و يتفق هذا مع فلسفة الإدارة العامة الجديدة "New Public Management" التي ظهرت حديثاً و التي تنادي بتطبيق أساليب و عمليات الإدارة في القطاع الخاص، و منها نماذج قياس الأداء، في منظمات القطاع الحكومي و العام حتي تصبح أكثر نجاحاً (Sanguesa et al., 2007; Chan, 2009).

و يأتي هذا البحث استجابة لهذا التطور الحادث في البيئة المصرية و تطبيقاً لهذه الفلسفة الجديدة، حيث يتناول كيفية قياس الأداء الحالي للمستشفيات كمحاولة لتشخيص مشاكل هذا الأداء. كما يسعى البحث إلى صياغة آلية لتطوير استراتيجيات لعلاج المشاكل الحالية للأداء. بما يساهم في تحسين جودة أداء الخدمات الصحية. و بالتالي يقوم هذا البحث بصياغة إطار يساعد في قياس الأداء

بالمستشفيات الحكومية المصرية. و تتعاضد أهمية البحث في المستشفيات الحكومية المصرية. و يرجع ذلك إلى أن هذه المستشفيات تتعرض باستمرار إلى انتقادات متزايدة من الرأي العام المصري و تواجه منافسة شرسة من المستشفيات الخاصة التي تم إدخالها إلى منظومة الرعاية الصحية في مصر. و بالتالي تزداد الحاجة إلى التعرف على أسباب مشاكل الأداء الحالية في المستشفيات الحكومية و كيفية التغلب عليها.

2- مشكلة البحث و فروض البحث

أقمت العديد من المنظمات حول العالم على تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة و غيرها من الأساليب الإدارية الحديثة بغرض التحسين المستمر في الأداء. و نتيجة لعدم كفاية المقاييس المالية للأداء في متابعة مدى التقدم في تحسين الأداء التنظيمي، ظهرت العديد من الدراسات التي تتنادى باستخدام مجموعة من المقاييس غير المالية إلى جانب المقاييس المالية بغرض تحقيق القياس الشامل للأداء (Kaplan & Norton, 1992; 1996; Atkinson et al., 1997a; Ittner and Larcker, 1998; DeBusk et al, 2003; Kaplan, 2009; Broadbent and Laughlin, 2009; Ferreira and Otley, 2009). و ترجع أوجه القصور و عدم الكفاية في المقاييس المالية للأداء إلى أنها تركز على جانب واحد فقط من أنشطة المنظمة (الأ و هو الجانب المالي) مع تجاهل العديد من الأنشطة التي تقف خلف الازدهار المالي للمنظمة، و تعتمد على البيانات التاريخية الناتجة عن قياس الأحداث الماضية، و تسعى إلى تعظيم الأهداف المالية في الأجل القصير فقط مع تجاهل إمكانية تحقيق النمو في الأجل الطويل، و لا تحقق تكامل بين قطاعات و أنشطة المنظمة، و تتجاهل احتياجات العميل، و تتناقض مع فكر التحسين المستمر، و لا ترتبط باستراتيجية المنظمة (Ittner and Larcker, 1998; Otley, 1999).

و من ثم ظهرت نظم متكاملة لقياس الأداء. و تتصف هذه النظم بأنها متعددة الأبعاد (المقاييس) و ترتبط باستراتيجية المنظمة، و تعتمد علي مقاييس غير مالية إلى جانب المقاييس المالية. و يرى Wongrassamee et al. (2003) إمكانية تصنيف هذه النظم إلى: أولاً، نظم تعتمد علي التقييم الذاتي self-assessment مثل نموذج ديمينج Deming Prize، و نموذج بالدريدج Baldrige Award، و نموذج الهيئة الأوروبية لإدارة الجودة European Foundation for Quality Management (EFQM). ثانياً، نظم تعاون المديرين علي قياس و تحسين عمليات المنظمة مثل مقاييس نضج الطاقة Capability Maturity Matrices، و هرم الأداء Performance Pyramid، و قياس الأداء و التقدم الفعال Effective Progress and Performance Measurement، و بطاقة مقاييس الأداء المتوازن Balanced Scorecard.

و تتفق النماذج السابقة في أنها تحاول ربط مقاييس الأداء باستراتيجية المنظمة و أهدافها طويلة الأجل. و يعتبر نمودجا الهيئة الأوروبية لإدارة الجودة و بطاقة مقاييس الأداء المتوازن من أشمل النماذج و أكثرها استخداماً في العديد من الدول بالرغم من الاختلافات الثقافية و الاجتماعية و الاقتصادية لهذه الدول. و بالرغم من وجود أوجه تشابه بين كلا النموذجين، فكلاهما يختلف عن الآخر من حيث طبيعة و أهداف عملية قياس الأداء. و من الجدير بالذكر أن كلا النموذجين تم تطبيقهما في قطاع الصحة (Aidemark, 2001; Vallejo et al., 2006)، كما يمكن تحقيق التكامل بينهما لتلافي أوجه العيوب التي تشوب كلا منهما على حدة، و من ثم الوصول إلى أفضل قياس للأداء (Hoque, 2003; Dror, 2008; Tejedor et al., 2008).

فقد أشارت العديد من الدراسات إلى المنافع التي تحدث من وجود نظام محاسبي مناسب لقياس الأداء لمتابعة مدي التقدم في تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة و تحقيق أهدافها (Daniel and Reitsperger, 1992; Daniel et al., 1995; Ittner and Larcker, 1995; Chenhall,

و يساعد (1997; Anderson and Sedatale, 1998; Gurd et al., 2002; Hoque, 2003). نموذج الهيئة الأوروبية لإدارة الجودة في تطبيق مبادئ الجودة الشاملة عن طريق تشخيص مشاكل أداء المستشفيات، حيث إنه يعارن الإدارة على تحديد نقاط القوة و الضعف في الأنشطة و العمليات الحالية للمنظمة مع اقتراح قائمة بمجالات التحسين المطلوبة (Bou-Llusar et al., 2009). إلا أنه يفتر إلى القدرة علي ربط مبادرات التغيير و التحسين المقترحة باستراتيجية المنظمة (Wongrassamee et al. 2003). و من هنا يأتي دور نموذج بطاقة مقاييس الأداء المتوازن ليعالج هذا القصور. فنموذج بطاقة مقاييس الأداء المتوازن يدعم استراتيجية المنظمة بالتعرف علي العمليات الأكثر أهمية من الناحية الاستراتيجية. و بالتالي، توجيه عملية اختيار و ترتيب أولويات التحسين بما يخدم الأهداف الاستراتيجية طويلة الأجل للمنظمة (Kaplan and Wisner, 2009).

و في إطار اتجاه مصر نحو تطوير و تحسين جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية بالاستعانة بعدد من الاتفاقيات الدولية مثل إطار الشراكة الأوروبية ومتوسطة لزيادة التعاون بين مصر و الاتحاد الأوروبي في مجال قطاع الصحة بغرض تحسين جودة الخدمات الصحية، و زيادة درجة المناقسة بين المستشفيات الحكومية و المستشفيات الخاصة تظهر الحاجة إلي التعرف علي مدى جودة الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية في الوقت الحالي و كيفية تحسينها إذا كانت أقل من المستويات المقبولة. و بالاستعانة بأراء المحاسبين في المستشفيات الحكومية المصرية في هذا الشأن يمكن الوقوف على نقاط القوة و الضعف في الأداء الحالي للمستشفيات الحكومية و التي تؤثر علي جودة الخدمات الصحية و اقتراح المقاييس الملائمة للتغلب علي نقاط الضعف في أداء المستشفيات الحكومية المصرية بغرض تحقيق الجودة الشاملة في أداء الخدمة الصحية. و من ثم يقوم البحث باختبار الفرضين التاليين (في شكل فرض العدم):-

الفرض الأول: لا يوجد اتفاق بين المحاسبين علي نقاط القوة و الضعف في الأداء الحالي للمستشفيات الحكومية المصرية والتي تعوق تحقيق الجودة الشاملة.

الفرض الثاني: لا يوجد اتفاق بين المحاسبين علي أهمية مقياس الأداء اللازمة لمتابعة مدي التقدم في حل مشاكل أداء المستشفيات الحكومية المصرية بما يكفل تحقيق الجودة الشاملة.

3- هدف البحث

يهدف البحث إلي اقتراح إطاراً محاسبياً متكاملأ لقياس أداء المستشفيات الحكومية المصرية بغرض تحسين جودة الخدمات الصحية في مصر. و تعتمد فلسفة و مفاهيم الإطار المقترح على إجراء تكامل بين نموذجي الهيئة الأوربية لإدارة الجودة و بطاقة مقياس الأداء المتوازن. و عليه يستند الإطار علي محورين: الأول يهدف إلى اقتراح وسيلة لتشخيص المشاكل الحالية في الأداء التي تعوق تحقيق الجودة الشاملة في قطاع الصحة بجمهورية مصر العربية. وفي هذا الصدد يناقش البحث إمكانية الاعتماد علي نموذج الهيئة الأوربية لإدارة الجودة كأداة تشخيصية لقياس الأداء الحالي للمستشفيات الحكومية. الثاني يهدف إلى اقتراح آلية للتغلب علي مشاكل الأداء الحالي بغرض تحسين جودة الخدمات الصحية بما يكفل تحقيق الجودة الشاملة في المستشفيات الحكومية في مصر. و في هذا الشأن يناقش البحث كيفية استخدام بطاقة مقياس الأداء المتوازن للتغلب علي مشاكل الأداء الحالي و تحسين جودة الخدمات الصحية. كما يهدف البحث إلي التعرف علي وجهة نظر المحاسبين في المستشفيات الحكومية المصرية بشأن نقاط القوة و الضعف في الأداء الحالي للمستشفيات الحكومية و مقياس الأداء اللازمة لمتابعة مدي التقدم في حل مشاكل أداء المستشفيات الحكومية المصرية بما يكفل تحقيق الجودة الشاملة.

4- منهج البحث

يستخدم البحث في جانبيه النظري و الميداني منهج الاستقراء. بالنسبة للجانب النظري من البحث يتم استقراء نموذجي الهيئة الأوربية لإدارة الجودة و بطاقة مقياس الأداء المتوازن في الدراسات السابقة

بغرض تقييمهما، و التعرف علي إمكانية التكامل بينهما، و اقتراح إطار محاسبي لقياس أداء المستشفيات بغرض تحسين جودة الخدمات الصحية التي تقدمها للمرضي. و أخيراً يستخدم البحث منهج الاستقراء في الدراسة الميدانية، حيث يتم تصميم و توزيع قائمة استقصاء علي عينة من المحاسبين في المستشفيات الحكومية المصرية بغرض التعرف علي وجهة نظرهم بشأن نقاط القوة و الضعف في الأداء الحالي للمستشفيات الحكومية و مقاييس الأداء اللازمة لمتابعة مدي التقدم في حل مشاكل أداء المستشفيات الحكومية المصرية بما يكفل تحقيق الجودة الشاملة.

5- خطة البحث

يرى الباحث أنه في إطار طبيعة مشكلة البحث وأهدافه ، فإن البحث يبدأ أولاً بعرض و مناقشة نموذج التميز Excellence للهيئة الأوروبية لإدارة الجودة. ثانياً: مناقشة نموذج بطاقة مقاييس الأداء المتوازن. ثالثاً: المقارنة بين كل من النموذجين. رابعاً: مناقشة الإطار المقترح لقياس أداء المستشفيات الحكومية المصرية بغرض تحسين جودة الخدمات الصحية. خامساً: التعرف علي آراء المحاسبين في المستشفيات الحكومية المصرية بشأن نقاط القوة و الضعف في الأداء الحالي للمستشفيات الحكومية و مقاييس الأداء اللازمة لمتابعة مدي التقدم في حل مشاكل أداء المستشفيات الحكومية المصرية بما يكفل تحقيق الجودة الشاملة. سادساً، خلاصة و توصيات البحث.

6- حدود البحث

تتمثل حدود البحث في الآتي:-

- 1- اعتمد البحث علي التعرف علي آراء عينة من المحاسبين في المستشفيات الحكومية المصرية لقدرتهم علي الحكم علي نقاط القوة و الضعف في أداء المستشفيات و مدي ملاءمة مقاييس الأداء لمتابعة التغلب علي نقاط الضعف. و بالتالي لم يتم التعرف علي آراء الأطراف الأخرى داخل المستشفيات الحكومية المصرية التي قد تتأثر بتطبيق نظام قياس الأداء

المقترح كالأطباء و المرضى و المديرين في الإدارة الوسطي و الإدارة العليا و مسئولو إدارة الجودة و غيرهم.

2- اعتمد البحث علي استخدام قائمة الاستقصاء في تجميع البيانات للتعرف علي آراء المحاسبين في المستشفيات الحكومية المصرية بشأن نقاط القوة و الضعف في الأداء الحالي للمستشفيات الحكومية و مقاييس الأداء اللازمة لمتابعة مدى التقدم في حل مشاكل أداء المستشفيات الحكومية المصرية. و لأن الدراسات السابقة لم تكشف عن تطبيق هذا النوع من النظم في البيئة المصرية لم يتم الاستعانة بطرق تجميع البيانات الأخرى مثل دراسات الحالة كما اتبعت الدراسات السابقة.

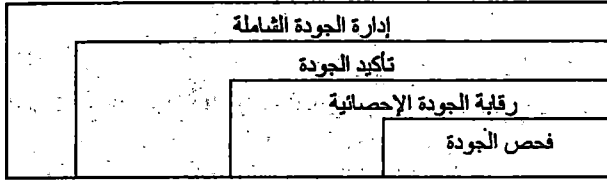
7- إدارة الجودة الشاملة و نموذج التميز للمهنية الأوروبية لإدارة الجودة

يتناول هذا الجزء مفهوم إدارة الجودة الشاملة و مراحل تطوره. كما يلقي الضوء حول التطور التاريخي و نشأة نموذج التميز للمهنية الأوروبية لإدارة الجودة كتطبيق لمبادئ إدارة الجودة الشاملة. و يمتد الجزء ليناقد تطبيقات النموذج في المستشفيات الحكومية و القطاع العام.

7-1 مفهوم إدارة الجودة الشاملة

نشأ مفهوم إدارة الجودة الشاملة (TQM) Total Quality Management في الثمانينيات من القرن العشرين. و قد مر هذا المفهوم بأربع مراحل للتطور هي (Park-Dahlgaard, 1999): (1) فحص الجودة و (2) رقابة الجودة الإحصائية و (3) تأكيد الجودة و (4) إدارة الجودة الشاملة (انظر شكل رقم (1)). و قد ظهرت المرحلة الأولى في عام 1910 عندما بدأت شركة فورد موتورز Ford Motors في توظيف عدد من الفاحصين لاختبار سياراتها. و خلال العشرينات و الثلاثينيات من القرن الحالي تم تطوير مفهوم رقابة الجودة الإحصائية و تطبيقه في الشركات الصناعية. و يرتكز هذا المفهوم علي محاولة التعرف علي المشاكل قبل حدوثها بدلاً من إنتاج منتج معيب أو به أخطاء

Faults. و جاءت المرحلة الثالثة لتركز على تأكيد الجودة من خلال التركيز على الأنشطة التي تسبق الإنتاج مع تطوير الهياكل التنظيمية المناسبة و توزيع المسؤوليات و تطبيق تعليمات الجودة. و هدفت هذه المرحلة إلى تشكيل مناخ يؤدي إلى تقليل مستويات الفشل و الأخطاء إلى المستوى الصفري فيما يعرف بالتوجه نحو منع الأخطاء و ليس اكتشافها فقط.



شكل رقم (1): مفاهيم فحص الجودة و رقابة الجودة و تأكيد الجودة و إدارة الجودة الشاملة (Bergman & Klefsjo, 2003)

أما المرحلة الرابعة و الأخيره فتشير إلى ظهور مفهوم إدارة الجودة الشاملة و تناولت عملية تطبيق مفاهيم و مبادئ إدارة الجودة على كافة أنشطة المنظمة منذ استلام المادة الخام من الموردين حتى إرسال المنتج النهائي إلى العملاء. و تعرف إدارة الجودة الشاملة على أنها فلسفة شاملة تهدف إلى الوفاء باحتياجات العملاء الداخليين و الخارجيين عن طريق تكوين ثقافة تنظيمية توجه كل فرد في كل مرحلة من مراحل الإنتاج نحو الالتزام بالجودة مع إضافة قيمة للمنظمة* (Yossef, 1994).

و قد أشار Van Der Wiele et al. (1997) إلى أن المبادئ الأساسية لإدارة الجودة الشاملة تتمثل في التركيز على العملاء و العمليات و الالتزام الإداري بثقافة التحسين المستمر مع مشاركة كافة أفراد التنظيم في اتخاذ القرارات المختلفة. و قد ظهرت عدة نماذج لتطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة في العديد من الدول. على سبيل المثال نموذج ديمينج باليابان Deming و نموذج مالكوم

* ليس هناك تعريف وحيد للجودة. فلي سبيل المثال تعرف الجودة وفقا لمعيار الأيزو الدولي رقم 8403 على أنها مجموعة من ملامح و صفات المنتج أو الخدمة التي تؤثر على قدرته على الوفاء بالاحتياجات المرغوبة أو الضمنية. و توجد تعريفات بديلة مثل صفر عيوب و التخفيض في ثقل العمليات و الملاءمة للاستخدام. و يجب الأخذ في الاعتبار أن الجودة يتم تعريفها من وجهة نظر العميل.

بالدريج في الولايات المتحدة Baldrige و نموذج الهيئة الأوروبية لإدارة الجودة. و سوف يتم التركيز علي النموذج الأخير علي أساس أن هناك العديد من المشروعات المشتركة بين مصر و الاتحاد الأوروبي في مجال تحسين جودة الخدمات الصحية. كما أن هذا النموذج يطبق في العديد من الدول مع اختلاف مستوياتها الاقتصادية و الاجتماعية. و عليه، يمكن استخدام نموذج الهيئة الأوروبية لإدارة الجودة في دول أخرى غير أوروبية مثل مصر.

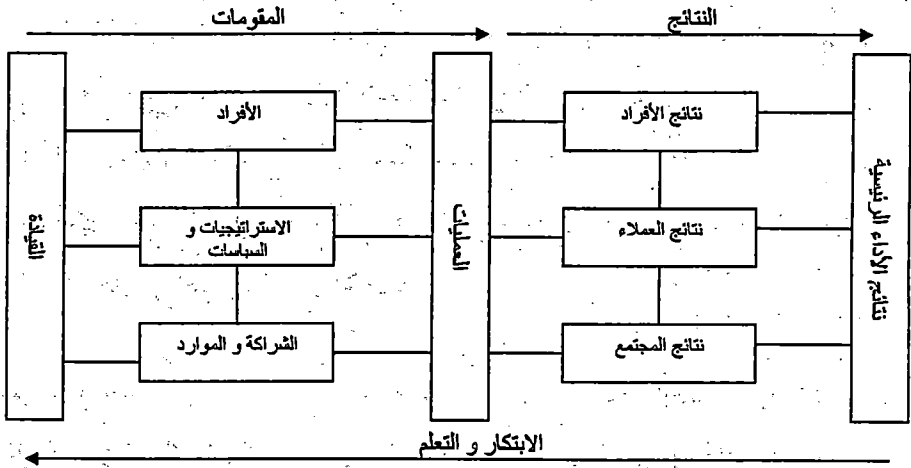
2-7 نشأة و تطور نموذج التميز للهيئة الأوروبية لإدارة الجودة و استخدامه في المستشفيات الحكومية

بعد الحصول على موافقة لجنة الاتحاد الأوربي، قامت أربع عشرة شركة أوروبية بتأسيس الهيئة الأوروبية لإدارة الجودة EFQM كمنظمة لا تهدف إلى تحقيق الربح، و ذلك في عام 1988. و تتمثل رسالة الهيئة في ترويج التميز Excellence للشركات الأوروبية بشكل متواصل. و تتمثل رؤية vision الهيئة في أن التميز هو مصدر استمرار المنظمات و سيادتها في الأسواق. و يقصد بالتميز وجود ممارسة أو ممارسات متميزة في أنشطة أو عمليات أو إدارة المنظمة. و يلاحظ أن نموذج التميز للهيئة الأوروبية لإدارة الجودة يركز علي التقييم الذاتي و تخطيط التحسين من أجل الوصول إلى التميز المنشود. كما يراعي النموذج احتياجات كل أصحاب المصالح و يضم مقاييس مالية و أخرى غير مالية. و يحتوي نموذج التميز علي تسعة معايير لقياس و تحقيق التميز (Bou-Llusar et al., 2009). و يقسم النموذج هذه المعايير إلى نوعين كما هو موضح بشكل رقم (2):

- 5 معايير تصف المقومات Enablers. و تتعامل معايير المقومات مع كيفية تخطيط و تنفيذ الأنشطة المختلفة. و تتمثل هذه المقومات في القيادة، و الأفراد، و الاستراتيجيات و السياسات، و الشراكة و الموارد، و العمليات.

- 4 معايير تصف النتائج Results. و تركز معايير النتائج علي ما النتائج التي تم تحقيقها؟ و تتمثل النتائج في نتائج خاصة بالأفراد، و نتائج خاصة بالعملاء، و نتائج خاصة بالمجتمع، و نتائج الأداء والتي تمثل انعكاساً لمقومات التميز.

و يظهر شكل (2) العلاقات بين التصرفات المطلوبة (المقومات) لتحقيق الأهداف الاستراتيجية (النتائج). كما يؤكد على أهمية التعلم و الابتكار في تحسين المقومات و التي بدورها تؤثر علي النتائج المنشودة (Calvo-mora et al., 2005).



شكل (2): نموذج التميز للهيئة الأوربية لإدارة الجودة (Calvo-mora et al., 2005)

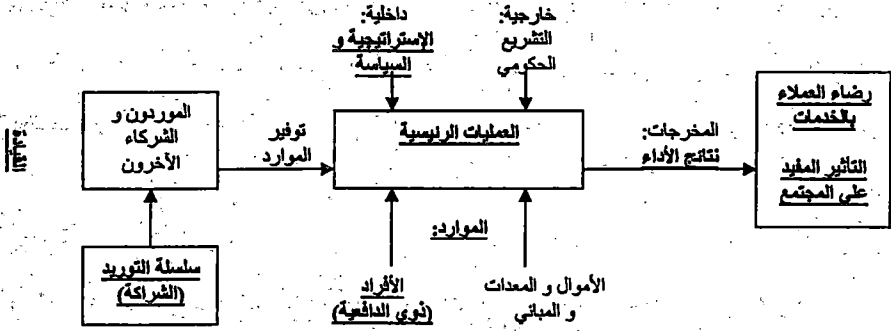
ولأغراض التعرف على مصادر التميز و الأسباب التي تقف خلفها، يُقرأ النموذج من اليمين إلي اليسار علي النحو التالي:

- ما غرض المنظمة ممثلاً في الوفاء باحتياجات العملاء، و تحقيق نتائج الأداء، و المحافظة علي دافعية الأفراد، و خدمة المجتمع؟

- بعد تحديد الغرض يتم الإجابة عن تساؤل "كيف يمكن تحقيق هذا الغرض؟" و ما الطرق التي يفضل استخدامها؟
- مركز النموذج يرتبط بإدارة العمليات و هو يعتبر عن كيفية أداء الأنشطة و العمليات التي تدعم تحقيق النتائج.
- يحدد النموذج العمليات الرئيسية key processes و أولويات تحسينها.
- و يأخذ النموذج في الاعتبار العمليات المعاونة support processes والتي تضمن أن العمليات الرئيسية تعمل بشكل منتظم و بدون مشاكل. و تشمل هذه العمليات علي توفير العمالة في الوقت المناسب بالمهارات المناسبة، و توفير الموارد المادية مثل المال، و المعدات، و المباني، و تطوير العلاقات الفعالة مع الموردين الخارجيين.
- تجميع ما سبق في استراتيجية و سياسة المنظمة.
- أخيراً، يعد الاعتراف بأهمية القيادة المناسبة Leadership هو الجزء الذي يميز هذا النموذج عن غيره من النماذج الأخرى.

و بالرغم من أن نموذج التميز يعد نمودجا عاما قابل للتطبيق في جميع المنظمات سواء كانت تنتمي للقطاع الخاص أو تلك التي لا تهدف إلى تحقيق الربح، قامت الهيئة الأوربية لإدارة الجودة بتطوير نسخة معدلة عن النموذج الأصلي ليناسب المنظمات الحكومية و القطاع العام. و يهدف النموذج في هذه الحالة إلى تقييم التميز في عمليات و أنشطة المنظمات التي تعتمد مواردها على الموازنة العامة للدولة بغرض اكتشاف وتشخيص مشاكل المنظمات الحكومية عند سعيها إلى تحقيق الأهداف السياسية المنوطة بها. ويرى (Sandbrook 2001) إمكانية صياغة نموذج التميز في شكل عملية Process Diagram كما يظهر بشكل (3). و تجدر الإشارة إلى أن هذه الصياغة تجعل النموذج أكثر وضوحاً. كما تجعله سهل الاستخدام في المنظمات الحكومية و تلك التي لا تهدف إلى تحقيق الربح.

عمليات الرقابة:



شكل (3): نموذج الهيئة الأوروبية لإدارة الجودة ممثل في شكل عملية (Sandbrook, 2001)

و قد تناولت بعض الدراسات تطبيق نموذج الهيئة الأوروبية لإدارة الجودة في المستشفيات الحكومية (Sanguesa et al., 2007; Vernerero et al., 2007; Vallejo et al., 2007). فعلى سبيل المثال، هدفت دراسة (Vallejo et al., 2007) إلى وصف تطبيق نموذج الهيئة الأوروبية لإدارة الجودة كإطار لتحسين أداء إحدى المستشفيات في مدريد بأسبانيا. و تم القيام بعمليتين للتقييم الذاتي باستخدام نموذج الهيئة الأوروبية لإدارة الجودة. و تم دمج طريقتين للتقييم هما طريقة المحاكاة و طريقة قائمة الاستقصاء. و تم إنشاء مجموعات عمل للتعامل مع مجالات التحسين المحددة في عملية التقييم الذاتي. و تمثلت النتيجة في أن نموذج الهيئة الأوروبية لإدارة الجودة يعتبر إطاراً مفيداً للتقييم الذاتي و نظاماً جيداً للتعرف على مجالات التحسين و من الممكن تطبيقه في المستشفيات و له تأثير إيجابي على الاتصالات و التعاون بين فريق العمل. و تتمثل الصعوبات الرئيسية في ضمان فهم الأطباء للنموذج و المجهود الإضافي المطلوب في المرحلة الأولية و نقص القدرة على صنع القرارات في مجالات معينة. و تناولت دراسة بدح و الفواز (2007) قياس درجة إمكانية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفى التعليمي للجامعة الأردنية. و قد توصلت الدراسة إلى أن هناك درجة كبيرة لإمكانية تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة في مستشفى الجامعة الأردنية.

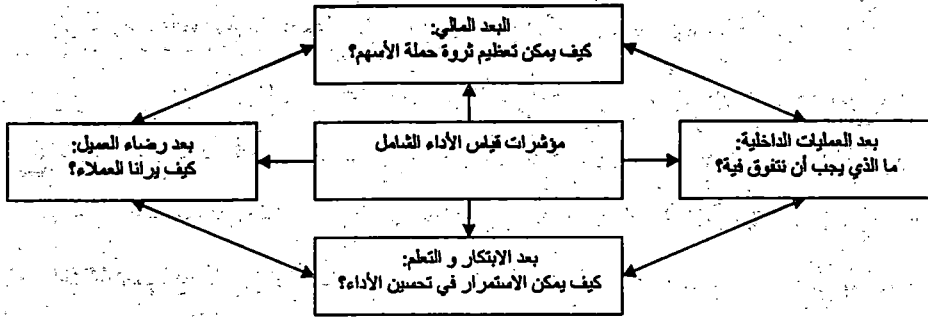
8- نموذج بطاقة مقاييس الأداء المتوازن

يتناول هذا الجزء لمحة تاريخية عن نموذج بطاقة مقاييس الأداء المتوازن. و الانتقادات الموجهة له من منظور نظرية أصحاب المصالح. كما يتناول هذا الجزء بعض تطبيقات هذا النموذج في المستشفيات.

1-8 نشأة النموذج

قام معهد نولان نورتون Nolan Norton Institute برعاية دراسة عن " قياس أداء منظمة المستقبل" و ذلك في أوائل التسعينيات من القرن العشرين. و قد أعد كل من ديفيد نورتون David Norton (رئيس مجلس إدارة المعهد و رئيس مشروع الدراسة) و روبرت كابن Robert Kaplan (المستشار الأكاديمي للمعهد) برنامجاً بحثياً لمدة عام يطبق في اثنتي عشرة شركة. و بنهاية الدراسة توصل كل من نورتون و كابن إلي إطار شامل أطلقا عليه " نموذج بطاقة مقاييس الأداء المتوازن"، و الذي فيه يمكن تحويل رسالة المنظمة و أهدافها الاستراتيجية إلي مجموعة من مقاييس الأداء (Kaplan & Norton, 1992; 1996). و ينظم هذا الإطار الأهداف الاستراتيجية وما يرتبط بها من مقاييس إلي أربعة أبعاد كما في الشكل رقم (4):-

- البعد المالي: مقاييس ترتبط بالربحية و الخطر من وجهة نظر حملة الأسهم.
- بعد العميل: مقاييس ترتبط بإضافة القيمة و التميز من وجهة نظر العميل.
- بعد عمليات النشاط الداخلية: مقاييس ترتبط بالعمليات المختلفة التي تؤدي إلي رضا العميل و حملة الأسهم.
- بعد التعلم و النمو: مقاييس ترتبط بتشكيل مناخ يعاون على تطوير التنظيم و الابتكار و النمو.



شكل (4): نموذج بطاقة مقاييس الأداء المتوازن (Kaplan & Norton, 1992, 1996)

و تجدر الإشارة إلى أن الأبعاد السابقة تحتوي علي مجموعة من مقاييس الأداء المالية و غير المالية. و يري (Kaplan & Norton 1992) أن تحسين المقاييس غير المالية يؤدي إلي تحسين النتائج المالية. و يعمل هذا النموذج كأداة اتصال Communication Device تسعى إلى تحقيق الربط بين استراتيجية المنظمة (النتائج المرغوبة للمنظمة) و عمليات ووظائف المنظمة الواجب تنفيذها بغرض تحقيق النتائج المرغوبة. فعلي سبيل المثال، إذا تحسن التسليم في الوقت المناسب عندئذ سوف يتحسن رضا العميل. و إذا تحسن رضا العميل فسوف يشتري العميل أكثر. و بالتالي، يعاون نموذج بطاقة مقاييس الأداء المتوازن العاملين بالمستويات الإدارية المختلفة على فهم استراتيجية المنظمة و التعرف علي كيفية المساهمة في تحقيقها.

و قد حظى هذا النموذج بقبول كبير كأداة لقياس الأداء و دعم استراتيجية المنظمات الهادفة للربح منذ ظهوره في عام 1992 (Davis and Albright, 2004; Ax and Bjornenak, 2005; Kaplan et al., 2008; De Geuser et al., 2009). و نتيجة لعدد من الخبرات الإيجابية في تطبيقه بالمنظمات الهادفة للربح قامت بعض المنظمات الحكومية و المنظمات غير الهادفة للربح بمحاولات مشابهة للاستفادة من بطاقة مقاييس الأداء المتوازن اعتماداً على منظور أصحاب المصالح Stakeholder (Perera et al., 2007; Woods and Grubnic, 2008).

2-8 النموذج وفقا لنظرية أصحاب المصالح و استخدامة في المستشفيات الحكومية

و بالرغم من اتساع نطاق استخدام نموذج بطاقة مقاييس الأداء المتوازن، فقد ظهرت بعض الانتقادات التي تعتبر أنه غير كافي و يشوبه بعض جوانب الضعف عند التقييم الشامل للأداء في المنظمات الحكومية و المنظمات غير الهادفة للربح (Atkinson et al., 1997b; Maltz, 2003; Norreklit, 2003; Bessire and Baker, 2005; Johanson et al., 2006; Wong-On-Wing et al., 2007). فعلي سبيل المثال، يرى (Maltz, 2003) أن أهم جوانب الضعف في نموذج بطاقة مقاييس الأداء المتوازن تتمثل في:-

- فشل النموذج في إلقاء الضوء بشكل كافي علي مساهمات العاملين و الموردین لمساعدة المنظمة علي تحقيق أهدافها.
- عدم التعرف علي دور المجتمع في تحديد البيئة التي تعمل في إطارها المنظمة.
- عدم التعرف علي مقاييس الأداء اللازمة لتقييم مساهمات أصحاب المصالح.
- عدم الأخذ في الاعتبار أهمية العاملين ذوي الدافعية Motivated employees. تلك الدافعية التي تعتبر عنصراً هاماً في قطاع الخدمات.
- لم يتم التمييز بشكل جيد بين الوسائل Means و النتائج Ends

كما يري (Atkinson et al., 1997b) أن نموذج Kaplan and Norton (1992; 1996) يفتقر إلى تحديد دور المجتمع و أصحاب المصالح في رسم و صياغة معطيات البيئة التي تعمل فيها المنظمة. كما أنه لا يعاون أطراف المجتمع من تقييم مدى تحقيق المنظمة لأهدافها. و من ثم قدم (Atkinson et al., 1997b) نموذجاً لقياس و تقييم الأداء يعتمد علي احتياجات أصحاب المصالح في المنظمة. يقوم هذا النموذج علي تقسيم أهداف المنظمة إلي أهداف أساسية Primary و أهداف ثانوية Secondary. و ترتبط الأهداف الأساسية بالبيئة المحيطة بالمنظمة. و تشكل هذه الأهداف

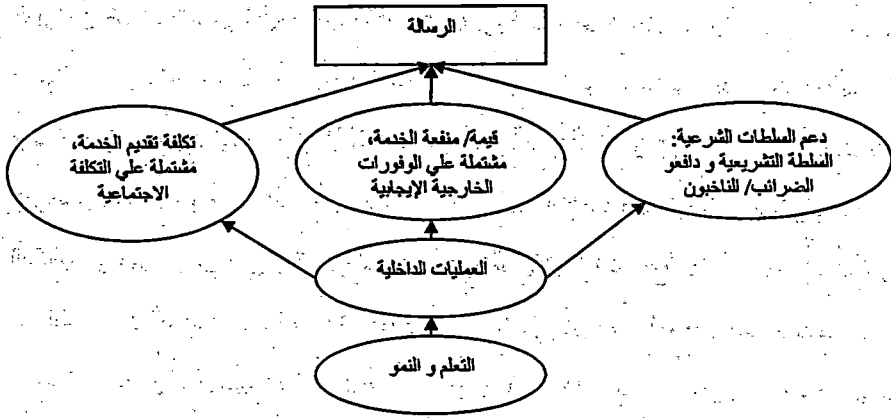
الإطار العام لما يجب أن تقدمه المنظمة إلى المجتمع. بينما تشير الأهداف الثانوية إلى أهداف ترتبط بالبيئة الداخلية للمنظمة و تنصب على الطرق و العمليات التي تنفذها المنظمة بغرض تقديم السلع أو الخدمات. و بناءً على هذه الأهداف، يقسم النموذج أصحاب المصالح إلى مجموعتين. و تشمل المجموعة الأولى على العملاء و الملاك و الذين يقومون بصياغة الأهداف العامة للمنظمة. بينما تضم المجموعة الثانية العاملين و الموردين و الذين يعملون في ظل الأهداف التي قامت بصياغتها المجموعة الأولى.

و بالرغم من أهمية الأخذ في الاعتبار أهداف و رغبات أصحاب المصالح عند تقييم الأداء، انتقد (2001) Kaplan & Norton نموذج (1997b) Atkinson et al. لأنه يصف رسالة المنظمة أو النتائج المرغوبة كمجموعة من الأهداف المتوازنة، لكنه لا يصف بشكل كاف المقاييس التي ترتبط بعمليات و أنشطة المنظمة و التي تعاون على تحقيق هذا النتائج المرغوبة. بمعنى أنه يفتقر إلى توضيح كيفية إرضاء العاملين و حملة الأسهم و العملاء. فنموذج بطاقة مقاييس أصحاب المصالح يفتقر إلى المسببات Drivers مثل الابتكار، و التعلم، و مهارات و قدرات العاملين. تلك المسببات التي تعاون في تحقيق الأهداف المرغوبة لتنفيذ استراتيجية المنظمة.

و استجابة للانتقادات الموجهة لنموذجهم الأصلي و رغبة في التغلب على قيود تطبيقه في المنظمات الحكومية و المنظمات غير الهادفة للربح، قام (2001) Kaplan & Norton بتعديل نموذج بطاقة مقاييس الأداء المتوازن ليتضمن مقاييس للأداء تستهدف بصفة خاصة احتياجات هذه المنظمات و تأخذ في الحسبان أصحاب المصالح بها. فقد أشار (2009) Kaplan إلى أن معظم المنظمات الحكومية و المنظمات غير الهادفة للربح تجد صعوبة في تطبيق النموذج الأصلي الذي يضع البعد المالي في قمة النموذج في حين أن تحقيق النجاح المالي ليس الهدف الأساسي للمنظمات الحكومية. و تلك التي لا تهدف إلى تحقيق أرباح.

ويرى كل من (Kaplan & Norton 2001) أن للعميل دورين مميزين في المنظمات الهادفة للربح. الدور الأول يتمثل في سداد مقابل الخدمة و الثاني يتمثل في تلقي الخدمة. و لكن في المنظمات الحكومية و المنظمات غير الهادفة للربح يقوم المانحون أو المتبرعون Donors أو دافعو الضرائب Taxpayers بتوفير الموارد المالية. أى أنهم يقومون بسداد مقابل الخدمة. بينما توجد جماعة أخرى يطلق عليها المستفيدون أو المتلقون Constituents يقومون بتلقي الخدمة. و من ثم يثار تساؤل حول "من العميل؟". هل هو من يقوم بسداد قيمة الخدمة؟ أم هو من يتلقي الخدمة؟

و للتغلب على صعوبة الإجابة على هذا التساؤل، أشار (Kaplan & Norton 2001) إلى أنه يجب وضع كل من رغبات و أهداف المانحين و المتلقين على التوازي في قمة نموذج بطاقة مقاييس الأداء المتوازن. ثم التعرف على العمليات و الأنشطة التي تساهم في إضافة قيمة Value Creation لكل مجموعة و ذلك بعد صياغة هدف عام طويل الأجل على قمة النموذج يشير إلى رسالة المنظمة في الأجل الطويل و تأثيرها الاجتماعي مثل تخفيض الفقر و التلوث و الأمراض أو تحسين الصحة و الفرص الاقتصادية و التعليمية. فرسالة المنظمات الحكومية و المنظمات غير الهادفة للربح هي الأساس لمساءلة المنظمة من قبل المجتمع و هي المبرر لوجودها و لدعما المستمر من قبل المجتمع (Kaplan, 2009). و يمثل الشكل التالي إطار معدل لبطاقة مقاييس الأداء المتوازن الأكثر ملاءمة للمنظمات الحكومية و المنظمات غير الهادفة للربح.



شكل (5): إطار نموذج بطاقة مقاييس الأداء المتوازن للمنظمات الحكومية و الهادفة للربح

(Kaplan & Norton, 2001)

و يلاحظ علي هذا النموذج المعدل أن هناك ثلاثة أبعاد جديدة هي بعد تكلفة الخدمة و بعد إضافة القيمة و بعد الدعم التشريعي. و يركز بعد تكلفة الخدمة علي أهمية الكفاءة التشغيلية. و يجب أن تشمل التكلفة المقاسة علي مصروفات المنظمة و التكلفة الاجتماعية التي تفرضها علي المواطنين و المنظمات الأخرى من خلال عملياتها. و يتناول بعد إضافة القيمة المنافع التي تقدمها المنظمة للمواطنين و التي في العادة توجد صعوبة في قياسها مالياً. و أخيراً يهتم بعد الدعم التشريعي بالذين قاموا بتمويل عمليات المنظمة. فيجب أن تسعى المنظمة للوفاء بأهداف ممولائها من الهيئة التشريعية.

و قد تناولت بعض الدراسات تطبيق نموذج بطاقة مقاييس الأداء المتوازن في صورته الاصلية أو صورته المعدلة في المستشفيات (Aidemark, 2001; Smith and Kim, 2005; Chang et al., 2008; Gurd and Gao, 2008; Josey and Kim, 2008). فعلي سبيل المثال، قامت دراسة (Gurd and Gao, 2008) بتحليل تطبيق نموذج بطاقة مقاييس الأداء المتوازن في اثنتين و عشرين دراسة حالة أجريت في الولايات المتحدة و بريطانيا و السويد و إستراليا و نيوزيلاندا و كندا

و تايران. و قد خلصت الدراسة إلى أن معظم المستشفيات التي طبقت نموذج بطاقة مقاييس الأداء المتوازن قامت بتعديل الأبعاد الأربعة التقليدية وفقا لظروفها. علي سبيل المثال، قامت إحدى المستشفيات باستخدام أبعاد العميل، و التكلفة، و التعليم و النمو، و منظور العمليات الداخلية. كذلك وجدت الدراسة تنوع في مقاييس الأداء المستخدمة، و بعض المقاييس تم استخدامها في أبعاد مختلفة. علي سبيل المثال، رضاء المريض كمؤشر شامل يمكن استخدامه في بعد العميل أو بعد العمليات الداخلية. و بالرغم من التركيز علي المريض في بعض أجزاء نموذج مقاييس الأداء المتوازن في المستشفيات إلا أنه لم يكن هناك حالة واحدة تضع بعد المريض (كعميل) علي قمة نظام قياس الأداء. و قد تناولت دراسة عبيد الله (2009) اقتراح تطبيق نظام القياس المتوازن للأداء في إحدى المستشفيات الخاصة في مصر لرفع كفاءة أدائها. و يتضمن الإطار المقترح خمس أبعاد هي البعد المالي، و بعد المريض، و بعد جودة الرعاية الطبية، و بعد رضاء العاملين و التعلم و النمو، و بعد إرادة الجودة.

9- المقارنة بين نموذج بطاقة مقاييس الأداء المتوازن و نموذج الهيئة الأوروبية لإدارة الجودة يسعى هذا الجزء إلى إجراء مقارنة بين نموذج بطاقة مقاييس الأداء المتوازن و نموذج الهيئة الأوروبية لإدارة الجودة اعتمادا علي نتائج الدراسات السابقة في هذا الشأن (Hoque, 2003; Wongrassamee et al., 2003; Andersen and Lawrie, 2004; Dror, 2008; Tejedor et al., 2008). و تهدف هذه المقارنة إلى الوقوف على أوجه التشابه أو الاختلاف بين النموذجين وكذلك تحديد جوانب القوة و الضعف في كل منهما على حدة. و تعتمد المقارنة بين النموذجين على ما يعرف بعناصر الإدارة المثلى للأداء التنظيمي والتي تناولها Otley, 1999; Ferreira and Otley, 2009) بالشرح و التفسير. ويرى (Ferreira and Otley, 1999; Otley, 2009) أن هذه العناصر تنحصر في الإجابة عن التساؤلات الخمسة التالية:-

1. ما الأهداف الرئيسية و التي تعاون على النجاح في المستقبل؟، و كيف تقوم المنظمة بتقييم مدى إنجاز كل هدف من هذه الأهداف؟ (الأهداف)
2. ما الاستراتيجيات و الخطط واجبة الاستخدام لتحقيق الأهداف المنشودة؟ و ما العمليات و الأنشطة التي تعد ضرورية لتنفيذ تلك الاستراتيجيات و الخطط بشكل ناجح؟ و كيف تقوم المنظمة بقياس و تقييم أداء هذه الأنشطة؟ (الاستراتيجيات و الخطط)
3. ما مستوي الأداء المطلوب تحقيقه في المجالات السابقة؟، و كيف تقوم المنظمة بوضع مستويات الأداء المستهدفة؟ (المستويات المستهدفة)
4. ما هي مقدار المكافآت التي يحصل عليها المديرون و العاملون إذا حققت المنظمة مستويات الأداء المستهدفة؟ و بشكل مغاير، ما العقوبات التي سوف يتعرض لها المديرون و العاملون بسبب الفشل في تحقيق المستويات المستهدفة للأداء؟ (المكافآت)
5. كيف تتدفق المعلومات داخل المنظمة لأغراض تحقيق الرقابة الفعالة؟ وهل تتم التغذية العكسية و التغذية الأمامية بما يعاون المنظمة على التعلم و اكتساب الخبرة من التجارب السابقة؟ (التغذية العكسية)

بالنسبة للسؤال الأول الخاص بالأهداف، نجد أن نموذج الهيئة الأوربية لإدارة الجودة يركز على الأهداف التي تعاون على نجاح المنظمة في المستقبل من خلال الارتقاء بمستوى الجودة وفقاً لمطالبات مبادئ الجودة الشاملة. بينما يركز نموذج بطاقة مقاييس الأداء المتوازن على تفاصيل الأهداف وصياغتها في صورة مقاييس تختلف باختلاف استراتيجية المنظمة. وتجدر الإشارة إلى أن نموذج الهيئة الأوربية يسعى إلى تحقيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة فقط بينما يسعى نموذج بطاقة مقاييس الأداء المتوازن إلى تحقيق استراتيجية المنظمة مهما كانت أهداف هذه الاستراتيجية. و بالنسبة لسؤال الاستراتيجيات و الخطط نجد أن نموذج الهيئة الأوربية لإدارة الجودة يركز على مصادر القوة والضعف في المقومات الداخلية للتنظيم. ويعتمد النموذج على تحديد هذه المصادر بما

يعاون على تحقيق التحسين المستمر وفقا لمبادئ إدارة الجودة الشاملة فقط لكنه لا يركز على الاستراتيجيات و الخطط التي تساعد في تحقيق التحسين المستمر نحو الأهداف الأخرى التي تتضمنها استراتيجية المنظمة. تلك الأهداف التي قد تكون أعم و أشمل من مجرد تحقيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة. ويلاحظ أن نموذج بطاقة مقاييس الأداء المتوازن يؤكد علي كيفية ربط الأهداف المختلفة التي تشكل استراتيجية المنظمة بمقاييس الأداء. و هو ما يجعل النموذج أكثر مرونة في الاستخدام عن نموذج الهيئة الأوربية لإدارة الجودة.

أما بالنسبة لتساؤل مستويات الأداء المستهدفة، لم يذكر نموذج الهيئة الأوربية لإدارة الجودة بشكل مباشر مستوى الأداء المستهدف. وبالرغم من ذلك، فإن عملية التقييم الذاتي المصاحبة لاستخدام النموذج تستند إلى معايير النتائج لتقييم مدي جودة أداء المقومات (انظر شكل (2)). و بالتالي يدرك المديرون مستوي أدائهم الحالي من خلال تقارير التغذية العكسية التي تعتمد على تقييم النتائج وفقا للمقومات المتاحة. الأمر الذي يساعد على وضع مستوي مرغوب للأداء في المستقبل. هذا و لم يتناول نموذج بطاقة مقاييس الأداء المتوازن قضية صياغة المستويات المستهدفة للأداء عند تحديد مقاييس الأداء. لكنه ركز على ربط مقاييس الأداء باستراتيجية المنظمة.

و بالنسبة لتساؤل المكافآت، يتطلب نموذج الهيئة الأوربية لإدارة الجودة وجود نظام مناسب لمكافئة الأفراد، لكنه لم يحدد إرشادات حول كيفية القيام بذلك. بينما يسعى نموذج بطاقة مقاييس الأداء المتوازن إلى ربط الأهداف الفردية باستراتيجية المنظمة. و يقترح النموذج ربط المكافأة الفردية بمقاييس الأداء التي تعاون في تحقيق استراتيجية المنظمة. و بالنسبة لتساؤل التغذية العكسية، يعتبر تدفق المعلومات جزءاً من نموذج الهيئة الأوربية لإدارة الجودة. و تعتبر عملية التقييم الذاتي لمعايير النتائج من عمليات التدفق العكسي لتحسين معايير المقومات (انظر شكل (2)). أما بالنسبة لنموذج

بطاقة مقاييس الأداء المتوازن، يتطلب النموذج تغذية عكسية و تغذية أمامية، و التي يطلق عليها الدورة المزدوجة للتعلم Double-loop learning.

و يخلص هذا الجزء إلى أنه بالرغم من وجود الكثير من أوجه التشابه بين النموذجين، فهناك بعض الاختلافات مثل تركيز نموذج الهيئة الأوربية لإدارة الجودة علي دعم مفاهيم إدارة الجودة الشاملة في حين يحاول نموذج بطاقة مقاييس الأداء المتوازن ربط استراتيجية المنظمة بمقاييس الأداء. كما أن كليهما يستخدم طرق مختلفة لتدفق المعلومات. و يصور الجدول التالي أهم الفروق بين نموذجي بطاقة مقاييس الأداء المتوازن و الهيئة الأوربية لإدارة الجودة.

جدول رقم (1): أهم الاختلافات بين نموذجي بطاقة مقاييس الأداء المتوازن و الهيئة الأوربية لإدارة الجودة.

أبعاد المقارنة	نموذج بطاقة مقاييس الأداء	نموذج الهيئة الأوربية لإدارة الجودة
الأهداف	يسعى لتحقيق استراتيجية المنظمة أيًا كانت أهداف هذه الاستراتيجية.	يسعى إلى تحقيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة فقط.
الاستراتيجيات و الخطط	تؤكد علي ربط الأهداف المختلفة التي تشكل استراتيجية المنظمة بمقاييس الأداء. و يركز علي الاستراتيجيات و الخطط المرتبطة بهذه الأهداف.	يركز علي مصادر القوة و الضعف في المقومات الداخلية للتنظيم بما يساعد في تحقيق التحسين المستمر وفقًا لمبادئ الجودة الشاملة فقط.
المستويات المستهدفة للأداء	لم يتناول صياغة المستويات المستهدفة للأداء.	تساعد عملية التقييم الذاتي في تحديد مستويات الأداء الحالية التي تفيد في وضع المستويات المرغوبة للأداء.
المكافآت	يقترح ربط المكافآت الفردية بمقاييس الأداء التي تساعد في تحقيق استراتيجية المنظمة.	يتطلب وجود نظام مناسب لمكافئة الأفراد و لكن لم يحدد إرشادات لبناء هذا النظام.
التغذية العكسية	يتطلب النموذج تغذية عكسية و تغذية أمامية و المعروفة بدورة التعلم المزدوج.	يهتم بالتغذية العكسية فقط من خلال التقييم الذاتي.

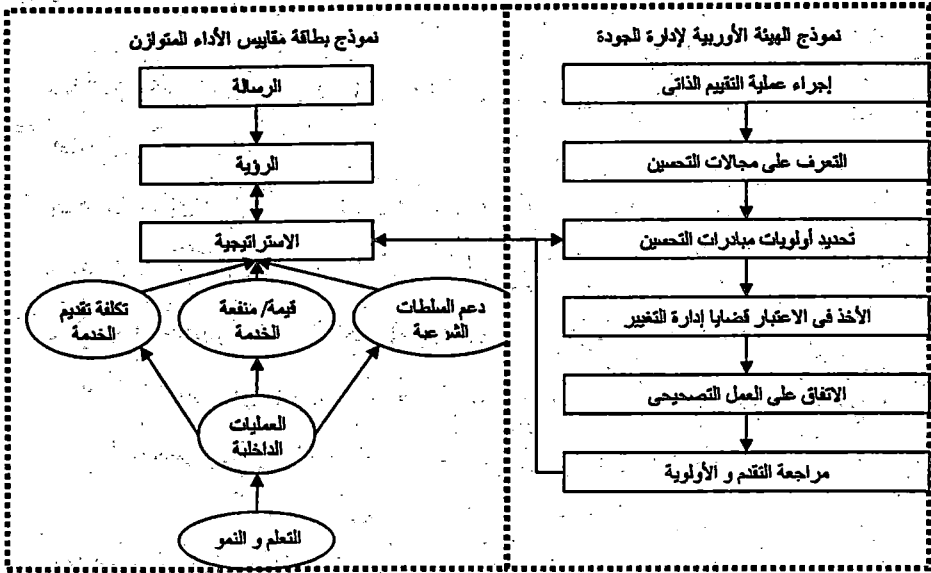
و يتناول الجزء التالي إمكانية الاستفادة من مزج كل من نموذجي بطاقة مقاييس الأداء المتوازن و الهيئة الأوروبية لإدارة الجودة للوصول إلى إطار متكامل يسهم في تحسين أداء المستشفيات الحكومية في مصر.

10- الإطار المقترح لقياس و التحسين المستمر للأداء في المستشفيات الحكومية

إنطلاقاً من هدف البحث، يحاول الباحث التوصل إلى إطار شامل و متكامل لقياس و تحسين الأداء في المنظمات الحكومية و تلك التي لا تهدف إلى تحقيق الربح بصفة عامة، وكذلك في المستشفيات الحكومية بصفة خاصة. ووفقاً للمقارنة السابقة نجد أن نموذج الهيئة الأوروبية لإدارة الجودة يركز على استراتيجية عامة تهدف إلى توفير مبادئ إدارة الجودة الشاملة في أداء المنظمة، بينما يركز نموذج بطاقة مقاييس الأداء المتوازن على ترجمة استراتيجية المنظمة، أيًا كان إهتمامها، إلى مجموعة متوازنة من مقاييس الأداء. و بالتالي يمكن اعتبار نموذج الهيئة الأوروبية لإدارة الجودة حالة خاصة من نموذج بطاقة مقاييس الأداء المتوازن. و من هنا يمكن المزج بين النموذجين عن طريق استخدام نموذج الهيئة الأوروبية لإدارة الجودة كأداة تشخيصية مكملة لنموذج بطاقة مقاييس الأداء المتوازن.

و بالتالي يتم بناء نموذج بطاقة مقاييس الأداء المتوازن لترجمة استراتيجية المنظمة الحالية إلى مجموعة متوازنة من مقاييس الأداء. و يستخدم نموذج الهيئة الأوروبية لإدارة الجودة كأداة تشخيص داخلية تعتمد على مفاهيم التقييم الذاتي بغرض التعرف على نقاط القوة و الضعف في أداء المنظمة. و من ثم يعاون نموذج الهيئة الأوروبية على اكتشاف مجالات التحسين في أداء المنظمة من وجهة نظر مبادئ إدارة الجودة الشاملة. ثم تأتي حلقة الوصل بين النموذجين من خلال استخدام رسالة و استراتيجية المنظمة الحالية والتي يعبر عنها نموذج بطاقة مقاييس الأداء المتوازن في اختيار و ترتيب أولويات التحسينات المطلوبة بواسطة نموذج الهيئة الأوروبية لإدارة الجودة (انظر شكل (6)).

و في نفس الوقت، تعمل مجالات التحسين المطلوبة علي تحديث رسالة المنظمة بشكل دوري سعياً إلى تحقيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة. و يوضح شكل (6) الإطار المقترح وفقاً لهذه الطريقة.



شكل رقم (6): إطار مقترح لاستخدام نموذج الهيئة الأوروبية لإدارة الجودة كأداة تشخيصية مكملة لنموذج بطاقة مقاييس الأداء المتوازن.

و يصلح هذا الإطار للتطبيق في المنظمات الحكومية و غير الهادفة للربح بصفة عامة. و سوف يتم استخدامة في هذا البحث في المستشفيات الحكومية. و تكمن القضية الأساسية لتنفيذ الإطار في تحديد فئات أصحاب المصالح. فقد أشار (Bryson 1995) الي ان نجاح المنظمات الحكومية و غير الهادفة للربح يعتمد علي رضاء أصحاب المصالح الرئيسيين. و يعرف Donaldson & Preston (1995) أصحاب المصالح بأنهم أي مجموعة أو شخص يؤثر أو يتأثر بأهداف المنظمة. و في قطاع الصحة، أشار (Danksy and Gamm 2004) إلي أنه توجد علي الأقل أربع مجموعات من أصحاب المصالح التي تمارس التأثير الجوهري في المستشفيات الحكومية هي الأطباء، و المرضى،

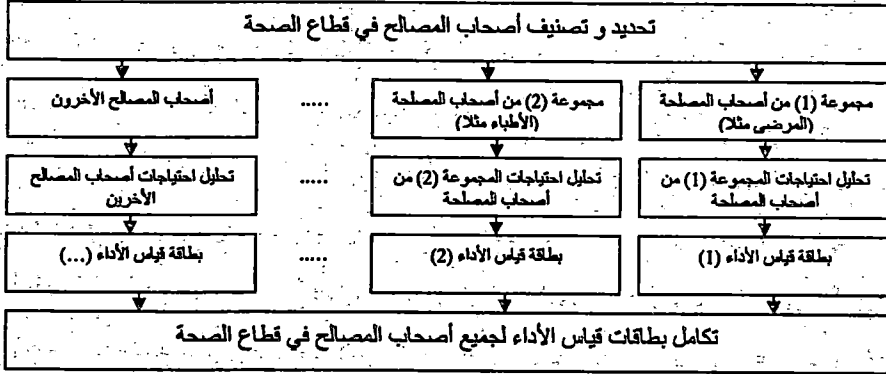
و شركات التأمين التي تتعاقد علي تقديم الخدمات، و السلطات الحكومية التي تحدد الظروف (الشروط) لتقديم الخدمات من خلال السياسات و اللوائح الرسمية و تدفع مقابل تلك الخدمة في المستشفيات الحكومية.

كما أشار (1996) Gamm إلي الأنواع الأربعة التالية من المساءلة (Accountability) في قطاع الصحة:-

- 1- المساءلة السياسية التي تتناول قضايا الرقابة و الشرعية و أصحاب المصالح هم المنظمات التي تفرض السياسات و تنظم و تضع المعايير في قطاع الصحة.
- 2- المساءلة التجارية التي تركز علي تطوير وحدة تخلق القيمة و ترشد المعاملات المالية.
- 3- المساءلة الطبية التي تهتم بكفاءة و فعالية الخدمة كما يدركها المرضى و مقدمو الرعاية الصحية.
- 4- مساءلة المجتمع التي تهتم بمساهمة النظام الصحي في تحسين الصحة العامة و رفاهية المجتمع.

و عليه يرتبط تطبيق الإطار المقترح بضرورة التعرف علي احتياجات أصحاب المصالح باستخدام نموذج التميز للهيئة الأوربية لإدارة الجودة بالتركيز علي مدي توفر مقومات تحقيق الجودة الشاملة في المستشفيات الحكومية (الأفراد، و الموارد، و الاستراتيجية و السياسة، و القيادة، و العمليات) من وجهة نظر كل من أصحاب المصالح. و يشير الأفراد في المستشفيات إلي الأطباء و المساعدين (طبيين و إداريين). و تتمثل الموارد في تسهيلات المستشفيات من الأموال، و المياني و المعدات و الأجهزة و المستلزمات الطبية، و التكنولوجيا، و المعرفة و المعلومات. و تتمثل السياسة و الاستراتيجية في تحقيق الجودة الشاملة في الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفيات. و أخيراً، تتمثل العمليات في أنشطة المستشفيات الطبية و الإدارية (من إجراءات دخول و إقامة و تشخيص و علاج و خروج المرضى).

و بمجرد تحديد احتياجات أصحاب المصالح في قطاع الصحة، يتم صياغة رسالة المنظمة و رؤيتها و إستراتيجيتها و التي بدورها تؤثر علي مقاييس الأداء المستخدمة في متابعة مدى الوفاء بهذه الاحتياجات كما في الشكل التالي:-



شكل (7): تحليل احتياجات أصحاب المصالح باستخدام نموذج التميز و بناء نموذج بطاقة مقاييس الأداء المتوازن

و سوف تركز الدراسة الميدانية في الجزء التالي علي آراء المحاسبين باستخدام نموذج التميز للهيئة الأوربية لإدارة الجودة للتعرف علي بعض احتياجات أصحاب المصالح و بناء نموذج لمؤشرات الأداء باستخدام بطاقة مقاييس الأداء المتوازن تخدم تلك الاحتياجات.

11- الدراسة الميدانية: وجهة نظر المحاسبين في مشاكل و مؤشرات تقييم الأداء في المستشفيات الحكومية المصرية

يتناول هذا الجزء تصميم الدراسة الميدانية من حيث هدفها و مصادر تجميع البيانات و عينة الدراسة و الأساليب الإحصائية المستخدمة لتحليل البيانات. كما يعرض هذا الجزء نتائج الدراسة الميدانية.

11-1) تصميم الدراسة الميدانية

يهدف هذا الجزء إلي عرض الجوانب المتعلقة بتصميم الدراسة الميدانية. حيث يتناول هدف الدراسة الميدانية و الفروض العامة للبحث و مصادر تجميع البيانات و أساليب تحليل البيانات.

أولاً: هدف الدراسة الميدانية و الفروض العامة للبحث

خلصت الدراسة إلى اقتراح إطار لقياس أداء المستشفيات الحكومية المصرية بغرض تحسين جودة الخدمات الصحية في مصر و ذلك من خلال إجراء تكامل بين نموذجي الهيئة الأوربية لإدارة الجودة و بطاقة مقاييس الأداء المتوازن. و استند الإطار علي محورين: الأول يهدف إلى تشخيص المشاكل الحالية في الأداء والتي تعوق تحقيق الجودة الشاملة في المستشفيات الحكومية بجمهورية مصر العربية. الثاني يهدف إلى اقتراح مجموعة من مقاييس الأداء لمتابعة التغلب على مشاكل الأداء الحالي بغرض تحسين جودة الخدمات الصحية بما يكفل تحقيق الجودة الشاملة في المستشفيات الحكومية في مصر. و من هنا تهدف الدراسة الميدانية إلى التعرف علي وجهة نظر المحاسبين في المستشفيات الحكومية المصرية بشأن نقاط القوة و الضعف في الأداء الحالي للمستشفيات الحكومية (احتياجات المحاسبين) و مقاييس الأداء اللازمة لمتابعة مدي التقدم في حل مشاكل أداء المستشفيات الحكومية المصرية بما يكفل تحقيق الجودة الشاملة. و كما سبق القول في الجزء الخاص بمشكلة البحث، تسعى الدراسة الميدانية إلى اختبار الفرضين التاليين (في شكل فرض العدم):-:

الفرض الأول: لا يوجد اتفاق بين المحاسبين علي نقاط القوة و الضعف في الأداء الحالي للمستشفيات الحكومية المصرية والتي تعوق تحقيق الجودة الشاملة.

الفرض الثاني: لا يوجد اتفاق بين المحاسبين علي أهمية مقاييس الأداء اللازمة لمتابعة مدي التقدم في حل مشاكل أداء المستشفيات الحكومية المصرية بما يكفل تحقيق الجودة الشاملة.

ثانياً: مصادر تجميع البيانات و عينة الدراسة

لتحقيق هدف الدراسة الميدانية و اختبار فرضي البحث، تم تصميم قائمة الاستقصاء المرفقة بالملحق رقم (1). و تتضمن قائمة الاستقصاء جزءاً خاصاً بالبيانات الشخصية و جزءاً آخرأ خاصاً ببيانات الاستبيان. و يتضمن الجزء الخاص بالبيانات الشخصية مجموعة من الأسئلة تهدف إلى تجميع بيانات

عن خصائص المحاسبين المشاركين في الدراسة و المستشفيات التي يعملون بها مثل عدد سنوات الخبرة و البرامج و النظم المرتبطة بالجودة التي تطبقها المستشفيات الحكومية المصرية.

أما الجزء الخاص ببيانات الاستبيان فيتضمن مجموعة الأسئلة الخاصة بنقاط القوة و الضعف في الأداء الحالي للمستشفيات الحكومية و التي تؤثر علي جودة الخدمات الصحية و كذلك مقاييس الأداء اللازمة لمتابعة مدى التقدم نحو تحقيق الجودة الشاملة في خدمات الرعاية الصحية التي تقدمها المستشفيات الحكومية. و في هذا الصدد تم سؤال كل محاسب في المستشفيات الحكومية المصرية أن يبدي رأيه في مدى توافر مقومات تحقيق الجودة الشاملة في المستشفى التي يعمل بها و مدى أهمية مقاييس الأداء في متابعة مدى التقدم في تحقيق الجودة الشاملة في الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفى. و قد تم استخدام مقياس ليكرت (Likert Scale) للإجابة علي الأسئلة الخاصة بهذا الجزء.

و قد تم توزيع قائمة الاستقصاء و جمعها عن طريق الاتصال المباشر بعينة من مجتمع الدراسة و هو المحاسبين في المستشفيات الحكومية المصرية بالإسكندرية خلال عام 2009. و تم توزيع عدد 45 قائمة استقصاء، لم يرتد منها عدد عشر قوائم و كانت هناك قائمتان غير مكتملتين. و بالتالي فقد بلغت عدد القوائم المستخدمة في تحليل البيانات ثلاث و ثلاثين قائمة بنسبة استجابة 73.33%. و قد تم اختيار المحاسبين الذين يعملون في المستشفيات الحكومية المصرية علي أساس أنهم الأقدر علي التعرف علي نقاط القوة و الضعف في أداء المستشفيات التي يعملون بها و تقييم مدى أهمية المقاييس الملانمة لمتابعة التغلب علي نقاط الضعف في هذا الأداء بناءً علي خبرتهم. و يبين الجدول رقم (2) في الملحق رقم (2) خصائص العينة المشاركة في الدراسة الميدانية.

و يتضح من هذا الجدول أن خبرة المحاسبين في العينة تتراوح من أقل من سنة إلي أكثر من عشرين سنة، و كانت النسبة الكبرى 45.5% في فئة أكثر من عشرين سنة، يليها الفئة من سنة إلي خمس سنوات بنسبة 30.3% ثم الفئة من ست سنوات إلي عشر سنوات بنسبة 12.1% و الفئة من أقل من

سنة بنسبة 6.1% و بالنسبة للمستشفيات المشاركة في الدراسة، فقد احتلت مستشفى الشاطبي الجامعي النسبة الكبرى 51.5% في فئة المستشفيات المشاركة، يليها مستشفى الحميات بنسبة 33.3% و وحدة محسن الصحية بنسبة 9.1% و الجمهورية و القباري العام بنفس النسبة و قدرها 3% و بالنسبة لنظم و برامج مرتبطة بالجودة، كانت النسبة الكبرى 48.5% تطبق تحسين الجودة، يليها 30.3% تطبق الجودة الشاملة، ثم 21.2% لا تستخدم أية برامج للجودة.

ثالثاً: الأساليب الإحصائية المستخدمة لتحليل البيانات

و باستخدام البيانات الواردة بقوائم الاستقصاء، قام الباحث بإجراء التحليلات الإحصائية التالية باستخدام البرنامج الإحصائي SPSS:-

- 1- حساب المتوسطات الحسابية و استخدامها في ترتيب درجة اتفاق المحاسبين في المستشفيات الحكومية المصرية علي نقاط القوة و الضعف و أهمية مؤشرات تقييم أداء المستشفيات الحكومية.
- 2- اختبار المعنوية الإحصائية للمتوسطات الحسابية لدرجة اتفاق المحاسبين في المستشفيات الحكومية المصرية علي نقاط القوة و الضعف و أهمية مؤشرات تقييم أداء المستشفيات الحكومية.

11-2 نتائج الدراسة الميدانية

يهدف هذا الجزء إلي عرض نتائج التحليل الإحصائي للبيانات باستخدام البيانات الواردة في قوائم الاستقصاء لاختبار فرضي البحث و التعليق عليهما.

11-2-1 لا يوجد اتفاق بين المحاسبين علي نقاط القوة و الضعف في الأداء الحالي للمستشفيات

الحكومية المصرية والتي تعوق تحقيق الجودة الشاملة وفقاً لنموذج الهيئة الأوربية لإدارة الجودة، تنقسم مقومات تحقيق الجودة الشاملة في الأداء إلي القيادة (إدارة المستشفى)، و السياسة و الاستراتيجية (تحقيق الجودة الشاملة في الخدمات الصحية)، و الأفراد (الأطباء و المساعدين)، و الموارد (تسهيلات المستشفى)، و العمليات (أنشطة المستشفى). و

قد تم استخدام هذه المقومات الخمسة للتعرف علي نقاط القوة و الضعف في الأداء الحالي للمستشفيات الحكومية المصرية كما في الأجزاء التالية.

أ- القيادة (إدارة المستشفى)

تم سؤال المحاسبين في المستشفيات الحكومية المصرية عن الدور الذي تلعبه القيادة متمثلة في إدارة المستشفى في تحقيق الجودة الشاملة. و بحساب المتوسط الحسابي و المعنوية الإحصائية لمدي اتفاق المحاسبين مع كل بعد من الأبعاد المختلفة لدور إدارة المستشفى في تحقيق الجودة الشاملة، توصلت الدراسة إلي النتائج التالية في الجدولين (3) و (4) في الملحق رقم (2).

في الجدول رقم (3)، تم ترتيب الأبعاد المختلفة لدور إدارة المستشفى في تحقيق الجودة الشاملة باستخدام المتوسط الحسابي. و يظهر من هذا الجدول أن التزام إدارة المستشفى بتحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة احتل الترتيب الأول، يليه مساعدة إدارة المستشفى في تبسيط عمليات و أنشطة المستشفى، ثم قيام إدارة المستشفى بالتأكد من قيام الأطباء و مساعديهم بالتزاماتهم نحو المرضى... الخ. و قد إحتل منح إدارة المستشفى للأطباء و مساعديهم مكافآت و حوافز مقابل جهودهم الخاصة بتحسين جودة الرعاية الصحية الترتيب الأخير. و هذا يعني عدم رضاء المحاسبين عن المنح و المكافآت و الحوافز الممنوحة للعاملين بالمستشفيات الحكومية.

و من الجدول رقم (4)، ظهر بعدان من أبعاد دور إدارة المستشفى لم يستطع المحاسبون الاتفاق علي كونهما نقاط قوة أم ضعف (فروق غير معنوية إحصائية)، و هما مدي قيام إدارة المستشفى بتوضيح الأداء المتوقع من الأطباء و مساعديهم لتحقيق جودة الرعاية الصحية، و مدي قيام إدارة المستشفى بالتزاماتها نحو الأطباء و مساعديهم (بتقديم تسهيلات مثل حجرات العمليات و الأدوية و المعدات و المكافآت المالية و تنمية المستقبل الوظيفي). و قد ظهر اتفاق المحاسبين مع بعد واحد من أبعاد دور إدارة المستشفى علي أنه يمثل نقطة ضعف في دور إدارة المستشفى في تحقيق الجودة الشاملة (فرق

سلبى معنوي إحصائياً)، و هو عدم قيام إدارة المستشفى بمنح الأطباء و مساعديهم مكافآت و حوافز مقابل جهودهم الخاصة بتحسين جودة الرعاية الصحية. و هو ما أيدته الترتيب في الجدول (2). أما باقي الأبعاد فتتمثل نقاط قوة في دور إدارة المستشفى في تحقيق الجودة الشاملة (فروق موجبة معنوية إحصائياً).

ب- السياسة و الاستراتيجية (تحقيق الجودة الشاملة في الخدمات الصحية)
تم سؤال المحاسبين في المستشفيات الحكومية المصرية عن الدور الذي تلعبه السياسة و الاستراتيجية متمثلة في تحقيق الجودة الشاملة في الخدمات الصحية. و بحساب المتوسط الحسابي و المعنوية الإحصائية لمدي اتفاق المحاسبين مع كل بعد من الأبعاد المختلفة لدور السياسة و الاستراتيجية في تحقيق الجودة الشاملة، توصلت الدراسة إلى النتائج التالية عند مستوي مغنوية 5% كما في الجدولين (5) و (6) في الملحق رقم (2).

في الجدول رقم (5)، تم ترتيب الأبعاد المختلفة لدور السياسة و الاستراتيجية في تحقيق الجودة الشاملة باستخدام المتوسط الحسابي. و من هذا الجدول يتضح أن تركيز استراتيجية المستشفى في الأجل الطويل علي تقديم خدمات صحية ذات جودة أعلى بتكلفة أقل كانت في المركز الأول من حيث اتفاق المحاسبين عليها، بينما احتل تركيز سياسة المستشفى الخاصة بالجودة علي تلبية احتياجات المرضى المركز الثاني. و أخيراً احتلت مشاركة الأطباء و مساعديهم في التخطيط الاستراتيجي طويل الأجل المركز الأخير. و هذا يشير إلى عدم رضا المحاسبين عن هذا البعد.

و يظهر في الجدول رقم (6) أن هناك بعدين من أبعاد دور السياسة و الاستراتيجية لم يستطع المحاسبين الاتفاق علي كونهما نقاط قوة أم ضعف في تحقيق الجودة الشاملة (فروق غير معنوية إحصائياً)، و هما مدي مشاركة الأطباء و مساعديهم في التخطيط الاستراتيجي طويل الأجل و صنع القرارات الخاصة بتحسين جودة الرعاية الصحية المقدمة للمرضى، و مدي تركيز سياسة المستشفى الخاصة بالجودة علي تلبية احتياجات المرضى بشكل مستمر مع وجود رؤية و رسالة و أهداف

محددة لتحقيق الجودة الشاملة في الرعاية الصحية المقدمة. أما البعد المتبقي يمثل نقطة قوة في أداء المستشفى (فرق موجب معنوي إحصائياً).

ت- الأفراد (الأطباء و المساعدون)

تم سؤال المحاسبين في المستشفيات الحكومية المصرية عن الدور الذي يلعبه الأفراد (الأطباء و المساعدون) في تحقيق الجودة الشاملة في الخدمات الصحية. و بحساب المتوسط الحسابي و المعنوية الإحصائية لمدي اتفاق المحاسبين مع كل بعد من الأبعاد المختلفة لدور الأفراد في تحقيق الجودة الشاملة، توصلت الدراسة إلي النتائج التالية عند مستوي معنوية 5% كما في الجدولين (7) و (8) في الملحق رقم (2).

في الجدول رقم (7)، تم ترتيب الأبعاد المختلفة لدور الأفراد في تحقيق الجودة الشاملة باستخدام المتوسط الحسابي. و قد احتل وعي الأطباء بأهمية جودة الرعاية الصحية المقدمة للمرضي المركز الأول، يليه الطبيب المناسب في المكان المناسب... الخ. و جاء في المركز الأخير منح المستشفى للأطباء و مساعديهم المرتبات و الحوافز و المكافآت المالية المرضية. و هذا يعني عدم رضاء المحاسبين عن هذا الجانب.

و في الجدول رقم (8)، فقد ظهر اتفاق المحاسبين مع أحد أبعاد دور الأفراد و هو منح المستشفى الأطباء و مساعديهم المرتبات و الحوافز و المكافآت المالية المرضية لدعم أدائهم الوظيفي (فرق سالب و معنوي إحصائياً). و بالتالي يمثل هذا البعد نقطة ضعف في تحقيق الجودة الشاملة. أما باقي الأبعاد فلم يستطع المحاسبون الاتفاق علي كونهم نقاط قوة أو ضعف (فروق غير معنوية إحصائياً).

ث- الموارد (تسهيلات المستشفى)

تم سؤال المحاسبين في المستشفيات الحكومية المصرية عن الدور الذي تلعبه الموارد متمثلة في تسهيلات المستشفى في تحقيق الجودة الشاملة. و بحساب المتوسط الحسابي و المعنوية الإحصائية

لمدى اتفاق المحاسبين مع كل بعد من الأبعاد المختلفة لدور الموارد في تحقيق الجودة الشاملة، توصلت الدراسة إلي النتائج التالية عند مستوى معنوية 5% كما في الجدولين (9) و (10) في الملحق رقم (2).

في الجدول رقم (9)، تم ترتيب الأبعاد المختلفة لدور تسهيلات المستشفى في تحقيق الجودة الشاملة باستخدام المتوسط الحسابي. و جاء توفر تسهيلات التشخيص الكافية في المستشفى في المركز الأول، بينما جاء توفر الكهرباء المستمر و توريدات المياه و الخدمات الفندقية و الصيدلية في المركز الأخير. و هذا يشير إلي عدم رضاء المحاسبين عن هذا الجانب.

في الجدول رقم (10)، فقد ظهر اتفاق المحاسبين مع بعدين من أبعاد دور تسهيلات المستشفى في تحقيق الجودة الشاملة (فروق موجبة معنوية إحصائياً) ، و هما توافر تسهيلات التشخيص الكافية في المستشفى (مثل المعامل و الأشعة بأنواعها المختلفة) و توافر التسهيلات الأخرى في المستشفى بشكل كاف (مثل الأسرة، و حجرات العمليات الجراحية، و وحدات العناية المركزة، و الاستقبال، و موقف السيارات، و البوفية، و الحمامات، ... الخ). و بالتالي، يمثل هذان البعدان نقاط قوة. أما باقي الأبعاد، فهي ذات فروق غير معنوية إحصائياً.

ج- العمليات (أنشطة المستشفى)

تم سؤال المحاسبين في المستشفيات الحكومية المصرية عن الدور الذي تلعبه العمليات متمثلة في أنشطة المستشفى في تحقيق الجودة الشاملة. و بحساب المتوسط الحسابي و المعنوية الإحصائية لمدى اتفاق المحاسبين مع كل بعد من الأبعاد المختلفة لدور أنشطة المستشفى في تحقيق الجودة الشاملة، توصلت الدراسة إلي النتائج التالية عند مستوى معنوية 5% كما في الجدولين (11) و (12) في الملحق رقم (2).

في الجدول رقم (11)، تم ترتيب الأبعاد المختلفة لدور أنشطة المستشفى في تحقيق الجودة الشاملة باستخدام المتوسط الحسابي. وقد احتل المركز الأول الفحص اليومي لكل مريض بحضور طبيب أو جراح. يليه قيام الأطباء بتقديم النصح والإرشاد للمرضي عند خروجهم من المستشفى... الخ. وقد جاء تميز إجراءات قبول حالات الطب الشرعي بالسهولة والوضوح في المركز الأخير. وهذا يشير إلى عدم رضا المحاسبين عن هذا الجانب.

في الجدول رقم (12)، فقد ظهر اتفاق المحاسبين مع معظم أبعاد دور أنشطة المستشفى علي أنها تمثل نقاط قوة في تحقيق الجودة الشاملة (فروق موجبة و معنوية إحصائية). مع ذلك، فلم يستطع المحاسبون الاتفاق علي بعض أبعاد دور أنشطة المستشفى (فروق غير معنوية إحصائية)، و هي مدي تميز إجراءات قبول حالات الطب الشرعي في المستشفى بالسهولة والبساطة، و مدي توفر الأشخاص المؤهلين ذوي الخلفية الطبية لدي المستشفى لإدارة سجلات المرضي، و مدي وجود نظام رقابي لمتابعة المعالجات الطبية المقدمة للمرضي نوي الحالات الحرجة أو الخطيرة أو النادرة أو المرضي المتوفين، و مدي تقييم فعالية المعالجات الطبية المعطاة للمرضي بشكل منتظم لتحسين جودة الرعاية الصحية، و مدي قيام المستشفى بتحليل شكاوي المرضي في الخدمات الصحية المقدمة لهم كوسيلة للتحسين المستمر لخدماتها الطبية.

11-2-2- لا يوجد اتفاق بين المحاسبين علي أهمية مقاييس الأداء اللازمة لمتابعة مدي التقدم في

حل مشاكل أداء المستشفيات الحكومية المصرية بما يكفل تحقيق الجودة الشاملة
خلصت الدراسة في الجزء الأول من تحليل نتائج الدراسة الميدانية إلى نقاط القوة و الضعف التالية
في الأداء الحالي للمستشفيات:-

1- بالنسبة للقيادة، فقد كان أحد أبعادها يمثل نقطة ضعف و هو عدم منح الأطباء و مساعديهم

مكافآت و حوافز مقابل جهودهم في تحسين جودة الرعاية الصحية. و باقي الأبعاد تمثل في

معظمها نقاط قوة و من أهمها التزام إدارة المستشفى بحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة و مساهمة إدارة المستشفى في تبسيط عمليات و أنشطة المستشفى.

2- بالنسبة للسياسة و الاستراتيجية، فقد كان أحد أبعادها يمثل نقطة قوة، و هو تركيز استراتيجية المستشفى في الأجل الطويل علي تقديم خدمات صحية ذات جودة أعلى بتكلفة أقل. أما عدم مشاركة الأطباء و مساعديهم في التخطيط الاستراتيجي طويل الأجل و صنع القرارات الخاصة بتجسين جودة الرعاية الصحية المقدمة للمرضي فقد يمثل مشكلة محتملة لإدارة المستشفيات الحكومية المصرية.

3- بالنسبة للأفراد، فقد كان بعض أبعادها تمثل نقاط ضعف في الأداء الحالي للمستشفيات الحكومية من وجهة نظر المحاسبين، و إن كان أكثرها أهمية هو عدم منح المستشفى الأطباء و مساعديهم المرتبات و الحوافز و المكافآت المالية المرضية لدعم أدائهم الوظيفي و كفاءة و فعالية عملية تدريب الأطباء. و لم تظهر أي نقاط قوة في الأداء الحالي للمستشفيات الحكومية المصرية.

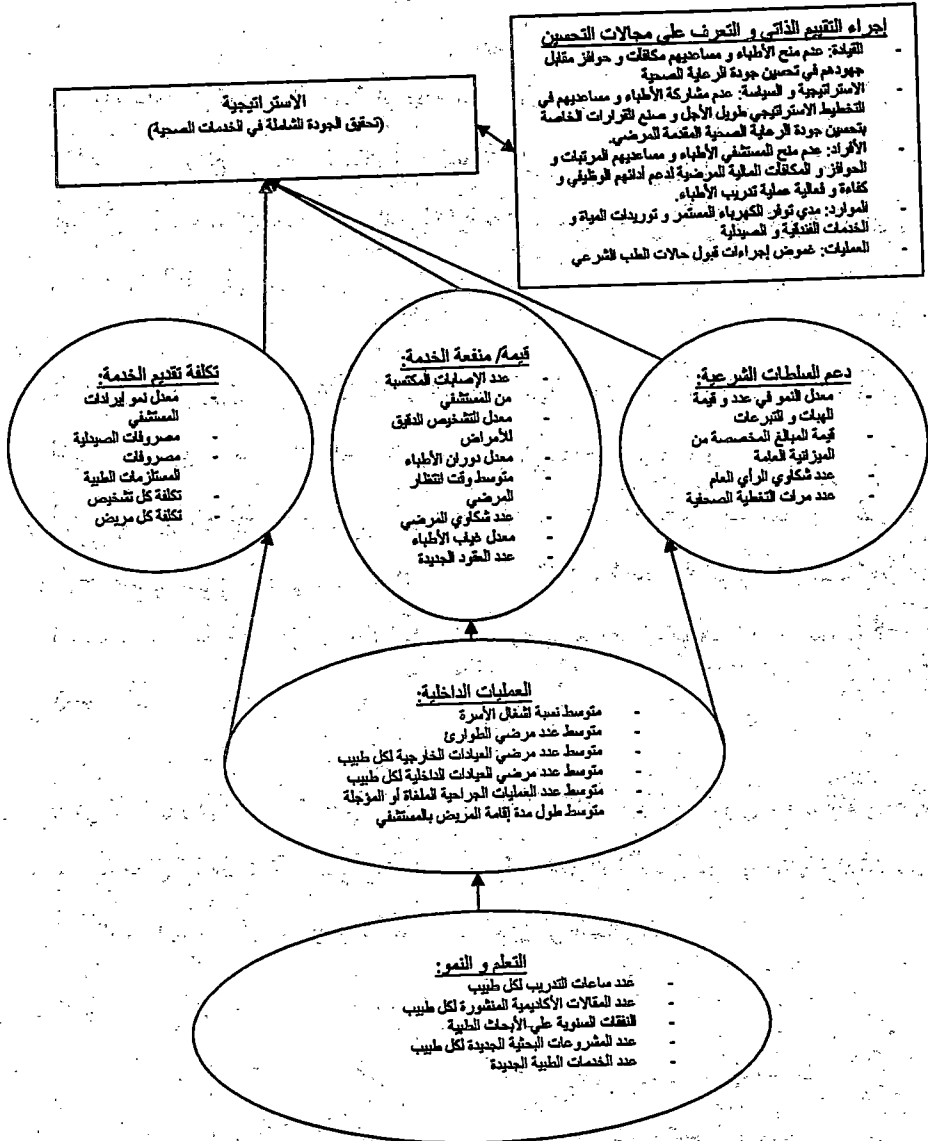
4- بالنسبة للموارد، فقد كان معظم أبعادها تمثل نقاط قوة في الأداء الحالي للمستشفيات الحكومية من وجهة نظر المحاسبين و من أهمها توفر تسهيلات التشخيص الكافية و التسهيلات الأخرى في المستشفيات الحكومية المصرية. و إن كان مدي توفر الكهرباء المستمر و توريدات المياه و الخدمات الفندقية و الصيدلانية من المحتمل أن يمثل مشكلة محتملة لإدارة المستشفيات الحكومية المصرية.

5- بالنسبة للعمليات، فقد كان معظم أبعادها تمثل نقاط قوة في الأداء الحالي للمستشفيات الحكومية من وجهة نظر المحاسبين و من أهمها قيام الأطباء بالفحص اليومي لكل مريض بحضور طبيب أو جراح و تقديم النصح و الإرشاد للمرضي عند خروجهم. مع ذلك فقد يمثل غموض إجراءات قبول حالات الطب الشرعي مشكلة محتملة في المستشفيات الحكومية المصرية.

و تناول الجزء الثاني من الدراسة الميدانية مدى اتفاق المحاسبين علي أهمية مقاييس الأداء اللازمة لمتابعة مدى التقدم في حل مشاكل أداء المستشفيات الحكومية المصرية بما يكفل تحقيق الجودة الشاملة. و خلصت الدراسة إلي النتائج التالية عند مستوي معنوية 5% كما في الجدولين (13) و (14) في الملحق رقم (2).

في الجدول رقم (13)، تم ترتيب مقاييس الأداء بحسب أهميتها من وجهة نظر المحاسبين في متابعة التقدم في تحقيق الجودة الشاملة باستخدام المتوسط الحسابي، و الأكثر أهمية هو عدد الإصابات المكتسبة من المستشفى و معدل التشخيص الدقيق للأمراض و عدد ساعات التدريب لكل طبيب... الخ. و جاء في المركز الأخير عدد مرات التغطية الصحفية في السنة لأنشطة الأطباء في المستشفى. و هذا يشير إلي أن هذا البعد أقل أهمية في متابعة التقدم في تحقيق الجودة الشاملة من وجهة نظر المحاسبين.

و في الجدول رقم (14)، فقد ظهر اتفاق المحاسبين علي أهمية جميع مقاييس الأداء المقترحة (فروق موجبة معنوية إحصائيا). و بناءً علي نتائج الدراسة الميدانية، يمكن تصوير الإطار المتكامل لقياس أداء المستشفيات الحكومية من وجهة نظر المحاسبين في الشكل التالي:-



شكل (8): الإطار المتكامل لقياس أداء المستشفيات الحكومية من وجهة نظر المحاسبين في مصر.

12- خلاصة و توصيات البحث و فرص البحث المستقبلية

هدف البحث إلى اقتراح إطار محاسبي لقياس أداء المستشفيات الحكومية المصرية بغرض تحسين جودة الخدمات الصحية في مصر و ذلك من خلال إجراء تكامل بين نموذجي الهيئة الأوربية لإدارة الجودة و بطاقة مقاييس الأداء المتوازن. و استند الإطار على محورين: الأول يهدف إلى تشخيص المشاكل الحالية في الأداء والتي تعوق تحقيق الجودة الشاملة في قطاع الصحة بجمهورية مصر العربية. الثاني يهدف إلى تقديم آلية للتغلب على مشاكل الأداء الحالي بغرض تحسين جودة الخدمات الصحية بما يكفل تحقيق الجودة الشاملة في قطاع الصحة في مصر. و في سبيل صياغة هذا الإطار، تناول البحث التطور التاريخي و كيفية استخدام كل من نموذجي الهيئة الأوربية لإدارة الجودة و بطاقة مقاييس الأداء المتوازن في قطاع الصحة. كما أجرى البحث مقارنة بين كلا النموذجين بهدف الوقوف على نقاط القوة و الضعف في كلا منهما على حدة و إمكانية التكامل بينهما. كما هدف البحث إلى التعرف على وجهة نظر عينة من المحاسبين في المستشفيات الحكومية المصرية بشأن نقاط القوة و الضعف في الأداء الحالي للمستشفيات الحكومية و مقاييس الأداء اللازمة لمتابعة مدى التقدم في حل مشاكل أداء المستشفيات الحكومية المصرية بما يكفل تحقيق الجودة الشاملة.

و تتفق نتائج الدراسة مع الدراسات السابقة الخاصة بإمكانية استخدام كل من نموذج الهيئة الأوربية لإدارة الجودة (Sanguesa et al., 2007; Verneró et al., 2007; Vallejo et al., 2007) و نموذج بطاقة مقاييس الأداء المتوازن (Chang et al., 2008; Gurd and Gao, 2008; Josey and Kim, 2008) في المستشفيات الحكومية. فمن خلال استخدام نموذج الهيئة الأوربية لإدارة الجودة، خلص البحث إلى مجموعة من المشاكل الخاصة بعدم رضاء المحاسبين عن المرتبات و الحوافر و المكافآت و عدم مشاركة الأطباء في التخطيط طويل الأجل لأنشطة تحسين جودة الخدمات و انخفاض كفاءة و فعالية عملية تدريب الأطباء. كما قام المحاسبون بترتيب و توضيح مدى

أهمية مقاييس الأداء المختلفة التي يتضمنها نموذج مقاييس الأداء المتوازن في متابعة التغلب على مشاكل الأداء المختلفة. و في إطار أهداف البحث و نتائجه، يوصى الباحث بالآتي:-

أولاً: حيث انه لا يوجد تعريف وحيد للجودة، فيجب تحديد ما المقصود بمفهوم "جودة الخدمات الصحية" عند صياغة نظم تقييم أداء المستشفيات الحكومية المصرية؟ وعليه يجب أن تتضمن لوائح وإرشادات وزارة الصحة و هيئات اعتماد جودة الخدمات الصحية المصرية إطاراً لمفهوم جودة الخدمات الصحية.

ثانياً: ضرورة اعتماد المستشفيات الحكومية المصرية على نموذج التميز للهيئة الأوربية كخطوة مبدئية في إجراء تقييمها ذاتياً من أجل تحسين الأداء و الارتقاء بالجودة بهدف الوصول إلى التميز المنشود وفقاً لمبادئ إدارة الجودة الشاملة مع مراعاة احتياجات الفئات المختلفة من أصحاب المصالح.

ثالثاً: الاعتماد على الإطار المحاسبي المقترح بغرض تحسين أداء المستشفيات الحكومية المصرية. وفي هذا الشأن يرى الباحث أنه من الأفضل استخدام نموذج الهيئة الأوربية لإدارة الجودة كأداة تشخيصية مكملة لنموذج بطاقة مقاييس الأداء المتوازن نظراً لأن ذلك يستدعي إجراء تغييرات تدريجية و من ثم يعتبر ذلك أكثر ملاءمة للوضع الراهن للمستشفيات الحكومية المصرية.

رابعاً: الإجابة عن تساؤل "من أصحاب المصالح في قطاع الصحة؟". حيث إن التحديد الواضح لأصحاب المصالح يؤدي إلى اختيار المؤشرات التي تعاون على تحقيق هذه الاحتياجات. ويرى الباحث أن مفهوم أصحاب المصالح في قطاع الصحة بمصر في حاجة لمزيد من الأبحاث.

خامساً: ركز البحث علي وجهة نظر المحاسبين للتعرف علي نقاط القوة و الضعف في الأداء الحالي للمستشفيات الحكومية المصرية. و بالتالي، فإن الإطار الناتج من الدراسة الميدانية يعبر فقط عن آراء المحاسبين في مشاكل الأداء و مؤشرات متابعة حلها و لم يأخذ في الاعتبار آراء أصحاب المصالح الأخرين. و يرى الباحث أن الأبحاث المستقبلية يجب أن تركز علي آراء باقي أصحاب المصالح للوصول إلي قياس أكثر شمولاً و أكثر توازناً لأداء المستشفيات الحكومية المصرية.

سادساً: ضرورة إنشاء أو تفعيل دور أقسام إدارة الجودة بالمستشفيات الحكومية المصرية. وذلك بإسناد عملية قياس و إدارة الأداء إلي تلك الأقسام و التي بدورها تقوم بعملية التقييم الذاتي داخلياً. و من ثم يصبح دور أقسام الجودة جزء لا يتجزأ من منظومة إدارة الجودة الشاملة و يكمل دور هيئات اعتماد و ضمان جودة الخدمات الصحية التي تقوم بالتقييم الخارجي. و يرى الباحث أن الإطار المقترح يعلنون أقسام إدارة الجودة بالمستشفيات الحكومية المصرية علي أداء الوظائف المنوطة بها.

سابعاً: اعتمد الإطار المقترح علي معايير نموذج الهيئة الأوربية لإدارة الجودة كنتيجة لعدم وجود معايير محلية لجودة الخدمات الصحية في مصر، و من ثم يوصى البحث بضرورة صياغة معايير مصرية لجودة الخدمات الصحية في مصر تتلاءم مع ظروف و بيئة العمل المصرية.

13- مراجع البحث

13-1) مراجع باللغة العربية:-

بدح، احمد و الفواز، تركي (2007)، "قياس كفاءة تطبيق نظام إدارة الجودة الشاملة في مستشفى الجامعة الأردنية التعليمي"، مجلة المحاسبة والإدارة و التأمين، العدد التاسع و الستون، الجزء الثاني: 391-428.
عبيد الله، فايزة (2009)، "كفاءة الأداء في المستشفيات الخاصة في مصر: دراسة ميدانية"، مجلة المحاسبة و الإدارة و التأمين، العدد الثالث و السبعون: 449-484.

13-2) مراجع باللغة الانجليزية:-

- Aidemark, L. (2001), 'The Meaning of Balanced Scorecards in the Health Care Organisation', *Financial Accountability and Management*, 17(1): 0267 – 4424.
- Andersen, H. V. and Lawrie, G. (2004), 'Effective Quality Management through Third-Generation Balanced Scorecard', *International Journal of Productivity and Performance Management*, 53(7): 634-645.
- Anderson, S. W. and Sedatale, K. (1998), 'Designing Quality into Products: The Use of Accounting Data in New Product Development', *Accounting Horizons*, 12(3): 213-233.
- Atkinson, A. A., Balakrisnan, R., Booth, P., Cote, J. M., Groot, T., Malmi, T., Roberts, H., Uliana, E. & Wu, A., (1997a), 'New Directions in Management Accounting Research', *Journal of Management Accounting Research*, 9, 1997: 80–108.
- Atkinson, A. A., Waterhouse, J. H. and Wels, R. B., (1997b), A stakeholder approach to strategic performance measurement, *Sloan Management Review*, Spring: 25-37.
- Ax, C. and Bjornenak, T. (2005), 'Bundling and Diffusion of Management Accounting Innovations – the Case of the Balanced Scorecard in Sweden', *Management Accounting Research*, 16: 1-20.
- Bergman, B. and Klefsjo, B. (2003), *Quality from Customer Needs to Customer Satisfaction*, Second Edition. Studentlitteratur, Lund.
- Bessire, D. and Baker, C. R. (2005), 'the French Tableau De Bord and the American Balanced Scorecard: A Critical Analysis', *Critical Perspective on Accounting*, 16: 645-664.
- Bou-Llusar, J. C., Escrig-Tena, A. B., Roca-Puig, V., Beltran-Martin, I. (2009), 'an Empirical Assessment of the EFQM Excellence Model: Evaluation as a TQM Framework Relative to the MBNQA Model', *Journal of Operations Management*, 27: 1-22.
- Broadbent, J. and Laughlin, R. (2009), 'Performance Management Systems: A Conceptual Model', *Management Accounting Research*, 20: 283-295.
- Bryson, J.M. (1995), *Strategic Planning for Public and Non-profit Organizations*, Jossey-Bass, San Francisco, CA.
- Calvo-mora, A., Leal, A. and Roldan, J. (2005), 'Relationships between the EFQM model criteria: a study in Spanish universities', *Total Quality Management*, 16(6): 741-770.
- Carr, S., Mak, Y. T. and Needham, J. E. (1997), 'Differences in Strategy, Quality Management Practices and Performance Reporting Systems between ISO Accredited and Non-accredited Companies', *Management Accounting Research*, 8: 383-403.
- Chan, Y. L. (2009), 'How strategy map works for Ontario's health system', *International Journal of Public Sector Management*, 22(4): 349-363.
- Chang, W., Tung, Y., Huang, C. and Yang, M. (2008), 'Performance Improvement after Implementing the Balanced Scorecard: A Large Hospital's Experience in Taiwan', *Total Quality Management*, 19(11): 1143-1154.

- Chenhall, R. H. (1997), 'Reliance on Manufacturing Performance Measures, Total Quality Management and Organisational Performance', *Management Accounting Research*, 8: 187-206.
- Chong, V. and Rundus, M. (2004), 'Total Quality Management, Market Competition and Organizational Performance', *The British Accounting Review*, 36: 155-172.
- Daniel, S. and Reitsperger, W. D. (1991), 'Linking Quality Strategy with Management Control Systems: Empirical Evidence from Japanese Industry', *Accounting, Organizations and Society*, 16(7): 601-618.
- Daniel, S. J. and Reitsperger, W. D. (1992), 'Management Control Systems for Quality: An Empirical Comparison of the US and Japanese Electronics Industries', *Journal of Management Accounting Research*, 4: 64-78.
- Daniel, S. J., Reitsperger, W. D. & Gregson, T. (1995), 'Quality Consciousness in Japanese and U.S. Electronics Manufacturers: An Examination of the Impact of Quality Control Systems on Perceptions of the Importance of Quality to Expected Rewards', *Management Accounting Research*, 6: 367-382.
- Dansky, K. H. And Gamm, L. S. (2004), 'Accountability Framework for Managing Stakeholders of Health Programs', *Journal of Health Organization and Management*, 18(4): 290 - 304.
- Davis, S. and Albright, T. (2004), 'An Investigation of the Effect of Balanced Scorecard Implementation on Financial Performance', *Management Accounting Research*, 15: 135-153.
- De Geuser, F., Mooraj, S. and Oyon, D. (2009), 'Does the Balanced Scorecard Add Value? Empirical Evidence on its Effect on Performance', *European Accounting Review*, 18(1): 93-122.
- DeBusk, G. K., Brown, R. M. and Killough, L. N. (2003), Components and Relative weights in the utilization of dashboard measurements like balanced scorecard, *The British Accounting Review*, 35: 215-231.
- Donaldson, T. and Preston, L. E. (1995), The stakeholder Theory of the Corporation: Concepts, Evidence and Implications, *Academy of Management Review*, 20 (1): 65 - 91.
- Dror, S. (2008), 'The Balanced Scorecard versus Quality Award Models as Strategic Frameworks', *Total Quality Management*, 19(6): 583-593.
- Ferreira, A. and Otley, D. (2009), 'the Design and Use of Performance Management Systems: An Extended Framework for Analysis', *Management Accounting Research*, 20: 263-282.
- Gamm, L.D. (1996), "Dimensions of accountability for not-for-profit hospitals and health systems", *Health Care Management Review*, 21(2): 74-86.
- Gurd, B. and Gao, T. (2008), 'Lives in the balance: an analysis of the balanced scorecard (BSC) in healthcare organizations', *International Journal of Productivity and Performance Management*, 57(1): 6-21.
- Gurd, B., Smith, M. and Swaffer, A. (2002), 'Factors Impacting on Accounting Lag: An Exploratory Study of Responding to TQM', *British Accounting Review*, 34: 205-221.
- Hoque, Z. & Alam, M. (1999), 'TQM Adoption, Institutionalism and Changes in Management Accounting Systems: A Case Study', *Accounting and Business Research*, 29 (3): 199-210.
- Hoque, Z. (2003), 'Total Quality Management and the Balanced Scorecard Approach: A Critical Analysis of their Potential Relationships ad Directions for Research', *Critical Perspectives on Accounting*, 14: 553 - 566.

- Ittner, C. D. & Larcker, D. F. (1997), 'Quality Strategy, Strategic Control Systems, and Organizational Performance', *Accounting, Organizations and Society*, 22: 293-314.
- Ittner, C. D. & Larcker, D. F. (1998), 'Innovations in Performance and Measurement: Trends and Research Implications', *Journal of Management Accounting Research*, 10: 205-238.
- Ittner, C. D. & Larcker, D. F., (1995), 'Total Quality Management and the Choice of Information and Reward Systems', *Journal of Accounting Research*, 33(Suppl.):1-34.
- Johanson, J., Skoog, M., Backlund, A. and Almqvist, R. (2006), 'Balancing Dilemmas of the Balanced Scorecard', *Accounting, Auditing and Accountability Journal*, 19(6): 842-857.
- Johnson, H. T. (1994), 'Relevance Regained, Total Quality Management and the Role of Management Accounting', *Critical Perspectives on Accounting*, 5: 259-267.
- Josey, C. and Kim, L. (2008), 'Implementation of the Balanced Scorecard at Barberton Citizens Hospital', *the Journal of Corporate Accounting and Finance*, March/ April: 57-63.
- Kaplan, R. S. (2009), 'Conceptual Foundations of the Balanced Scorecard', in Christopher, C. S., Chapman, S., Hopwood, A. G. and Shields, M. D. (ed.), '*Handbook of Management Accounting Research*', UK: Elsevier Ltd.
- Kaplan, R. S. and Norton, D. P., (1992), The balanced scorecard - measures the drive performance, *Harvard Business Review*, Jan-Feb: 71-97.
- Kaplan, R. S. and Norton, D. P., (1996), Using the balance scorecard as strategic management system, *Harvard Business Review*, Jan-Feb: 75-85.
- Kaplan, R. S. and Norton, D. P., (2001), Transforming the balanced scorecard from performance measurement to strategic management: part I, *Accounting Horizons*, 15 (1): 87-104.
- Kaplan, S. E. and Wisner, P. S. (2009), 'The Judgmental Effects of Management Communications and a Fifth Balanced Scorecard Category on Performance Evaluation', *Behavioral Research in Accounting*, 21(2): 37-56.
- Kaplan, S. E., Petersen, M. J. and Samuels, J. A. (2008), 'Effects of Subordinate Likeability and Balanced Scorecard Format on Performance-related Judgments', *Advances in Accounting*, 23: 85-111.
- Maltz, (2003). Beyond the Balanced Scorecard: Refining the Search for Organizational Success Measures, *Long Range Planning*, 36: 187 - 204.
- Norreklit, H. (2003), 'the Balanced Scorecard: What is the Score? A Rhetorical Analysis of the Balanced Scorecard', *Accounting, Organizations and Society*, 28: 591-619.
- Otley, D. T. (1999), 'Performance management: a framework for management control system research', *Management Accounting Research*, 10: 363-82.
- Park-Dahlgaard, S. M. (1999), 'The evolution patterns of quality management: some reflections on quality movement', *Total Quality Management*, 10 (4/5): 473-480.
- Perera, S. Schoch, H. and Sabaratnam, S. (2007), 'Adoption of the Balanced Scorecard in Local Government Organizations: An Exploratory Study', *Asia-Pacific Management Accounting Journal*, 2(1): 53-70.
- Sandbrook, M. (2001), 'Using the EFQM Excellence Model as a framework for improvement and change', *Journal of Change Management*, Vol. 2, PP. 83-90.
- Sanguesa, M., Mateo, R. ad Iizarbe, L. (2007), 'How Hospitals Choose a Quality Management System: Relevant Criteria in Large Spanish Hospitals', *Total Quality Management*, 18(6): 613-630.

- Shank, J. K. & Govindarajan, V., (1994), 'Measuring the "Cost of Quality": A Strategic Cost Management Perspective', *Journal of Cost Management*, 8 (2): 5-17.
- Smith, H. and Kim, L. (2005), 'Balanced Scorecard at Summa Health System', *the Journal of Corporate Accounting and Finance*, July/ August: 65-72.
- Tejedor, J. P., Elola, L. N. and Tejedor, A. C. P. (2008), 'The Application of Neural Networks in the Study of the Influence of Temporality on Strategy Map Indicators in a Spanish Hospital', *Total Quality Management*, 19(6): 643-659.
- Vallejo, P., Ruiz-Sancho, A., Dominguez, M., Ayuso, M., Mendez, L., Romo, J., Ontoria, L., Rodriguez, P., Serina, C. and Arango, C. (2007), 'Improving quality at the hospital psychiatric ward level through the use of the EFQM model', *International Journal for Quality in Health Care*, 19(2): 74-79.
- Vallejo, P., Saura, R., Sunol, R., Kazandjian, V., Urena, V. and Mauri, J. (2006), 'A Proposed Adaptation of the EFQM Fundamental Concepts of Excellence to Health Care Based on the PATH Framework', *International Journal for Quality in Health Care*, 18(5): 327-335.
- Van Der Wiele, A., Dale, B. G. and Williams, A. R. (1997), 'ISO 9000 registration to total quality management: the transformation journey', *International Journal of Quality Science*, 2(4): 236 - 252.
- Vernerio, S., Nabitz, U., Bragonzi, G., Rebelli, A. and Molinari, R. (2007), 'A Two-level EFQM Self-assessment in an Italian Hospital', *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 20(3): 215-231.
- Wong-On-Wing, B., Guo, L., Li, W. and Yang, D. (2007), 'Reducing Conflict in Balanced Scorecard Evaluations', *Accounting, Organizations and Society*, 32: 363-377.
- Wongrassamee, S., Gardiner, P. D., Simmons, J. E. L. (2003), 'Performance Measurement Tools: The Balanced Scorecard and The EFQM Excellence Model', *Measuring Business Excellence*, 7(1): 14-29.
- Woods, M. and Grubnic, S. (2008), 'Linking Comprehensive Performance Assessment to the Balanced Scorecard: Evidence from Hertfordshire County Council', *Financial Accountability and Management*, 24(3): 0267-4424.
- Yossef, M.A. (1994) Design for manufacturability and time-to-market: theoretical foundations, *International Journal of Operations and Productions Management*, 12: 6-21.

ملحق (1)

الأستاذ المحترم/

تحية طيبة و بعد،،،

تتزايد أهمية الرعاية الصحية حول العالم بسبب تأثيرها الكبير علي الموارد الاقتصادية المتاحة للمجتمع. و بالتالي، تظهر أهمية توجيه الموارد المستخدمة في قطاع الصحة بشكل كفاء و فعال نحو تحسين جودة الخدمات الصحية. و تعتبر وزارة الصحة هي المقدم الرئيسي لخدمات الرعاية الصحية في مصر، حيث تدير نظام قومي للخدمات الصحية. و تهتم وزارة الصحة بتقديم خدمات صحية عالية الجودة للمواطنين، و كذلك بتحسين و تطوير أداء المستشفيات التابعة لها. و من أجل بلوغ هذه الغاية فان قياس أداء المستشفيات بغرض تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين تعتبر قضية ضرورية. و قد اتجهت الحكومة المصرية نحو تحقيق الجودة الشاملة في قطاع الصحة من خلال عدة مشروعات مثل مشروع استرداد التكلفة و التأمين علي طلاب المدارس و الجامعات.

و يقوم الدكتور/ أحمد عثمان رشوان المدرس بكلية التجارة - جامعة الاسكندرية باقتراح إطارا متكامل لقياس أداء المستشفيات الحكومية المصرية بغرض تحسين جودة الخدمات الصحية في مصر من خلال التعرف علي وجهة نظر المحاسبين في المستشفيات الحكومية المصرية. فالمرجو منكم التكرم بالمشاركة في الرد علي الأسئلة و الاستفسارات في هذه القائمة أملين أن يكون لردودكم دور هام بحثيا و مهنيا. علما بأن اجابتمكم تخضع للسرية الكاملة، حيث سيتم استخدامها لأغراض البحث العلمي. و تفضلوا بقبول فائق الشكر و الامتنان و التقدير لحسن تعاونكم ،،،

الباحث/ د. أحمد عثمان رشوان

مدرس بقسم المحاسبة

كلية التجارة - جامعة الإسكندرية

أولاً: البيانات الشخصية و الأسئلة التمهيدية

- 1- الاسم:-.....
- 2- الوظيفة التي تشغلها حالياً:-.....
- 3- أسم المستشفى التي تعمل بها:-.....
- 4- عدد سنوات خبرتك في المستشفى أو وزارة الصحة بصفة عامة (أختار إجابة واحدة فقط):-
 - (أ) أقل من سنة.
 - (ب) من 1 إلى 5 سنوات.
 - (ج) من 6 إلى 10 سنوات.
 - (د) من 11 إلى 15 سنة.
 - (هـ) من 16 إلى 20 سنة.
 - (و) أكثر من 20 سنة.
- 5- هل لدي المستشفى التي تعمل بها أحد البرامج و النظم التالية المرتبطة بالجودة (أختار إجابة واحدة فقط):-
 - (أ) برنامج التحسين المستمر للجودة.
 - (ب) برنامج إدارة الجودة الشاملة.
 - (ج) نظام الأيزو (ISO).
 - (د) إجابة أخرى هي:-.....

ثانياً: بيانات الاستبيان

نقطة القوة والضعف في الأداء الحالي للمستشفيات الحكومية والتي تؤثر على جودة الخدمات الصحية:-						(1)
من وجهة نظرك، ما مدى إتفاك مع كل عنصر من العناصر التالية من حيث تأثيره على جودة الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفى التي تعمل بها؟ (اختار درجة إتفاق واحدة لكل عنصر)						مستل
أوافق تماماً	أوافق إلى حد ما	لا ادري	غير موافق إلى حد ما	غير موافق تماماً	العبارة	
القيادة (إدارة المستشفى):-						(1-1)
5	4	3	2	1	تلتزم إدارة المستشفى بتحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة.	1
5	4	3	2	1	تخصص إدارة المستشفى الموارد الكافية و الوقت الكافي لتحقيق جودة الرعاية الصحية.	2
5	4	3	2	1	تساعد إدارة المستشفى في تبسيط عمليات و أنشطة المستشفى (مثل إجراءات دخول و إقامة و خروج المرضى، و إجراءات شراء الأجهزة و المعدات و المستلزمات الطبية، و إجراءات تخصيص حجرات العمليات و الأسرة).	3
5	4	3	2	1	تتأكد إدارة المستشفى ان الأطباء و مساعديهم يقوموا بإداء التزاماتهم نحو المرضى (بتقديمهم رعاية صحية جيدة وفقاً لمعايير اخلاقية).	4
5	4	3	2	1	تقوم إدارة المستشفى بالتزاماتها نحو الأطباء و مساعديهم (بتقديم تسهيلات مثل حجرات العمليات و الأنوية و المعدات و المكافآت المالية و تنمية المستقبل الوظيفي).	5
5	4	3	2	1	تقوم إدارة المستشفى بتوضيح الأداء المتوقع من الأطباء و مساعديهم لتحقيق جودة الرعاية الصحية.	6
5	4	3	2	1	تمنح إدارة المستشفى الأطباء و مساعديهم مكافآت و حوافز مقابل جهودهم الخاصة بتحسين جودة الرعاية الصحية.	7
السياسة و الاستراتيجية (تحقيق الجودة الشاملة في الخدمات الصحية):-						(2-1)
5	4	3	2	1	تركز استراتيجية المستشفى في الأجل الطويل علي تقديم خدمات صحية ذات جودة أعلى بتكلفة أقل.	1
5	4	3	2	1	يشارك الأطباء و مساعديهم في التخطيط الاستراتيجي طويل الأجل و صنع القرارات الخاصة بتحسين جودة الرعاية الصحية المقدمة للمرضى.	2
5	4	3	2	1	تركز سياسة المستشفى الخاصة بالجودة علي تلبية احتياجات المرضى بشكل مستمر مع وجود رؤية و رسالة و أهداف محددة لتحقيق الجودة الشاملة في الرعاية الصحية المقدمة.	3
الأفراد (الأطباء و المساعدون):-						(3-1)
5	4	3	2	1	تقوم المستشفى باختيار الأطباء الجدد وفقاً للتخصصات التي تحتاجها لتحقيق الجودة في الخدمات الصحية.	1
5	4	3	2	1	تضع المستشفى الطبيب المناسب في المكان المناسب (كل طبيب يعمل في مجال تخصصه).	2
5	4	3	2	1	يتوافر لدي المستشفى العدد الكافي من الأطباء و مساعديهم ذوي التخصصات المناسبة لأداء الخدمات الطبية بشكل فعال.	3

الأفراد (الأطباء و الممرضون):-						تابع:-
أوافق تماما	أوافق الي حد ما	لا اري	غير موافق الي حد ما	غير موافق تماما	العبارة	مماثل
5	4	3	2	1	تقوم المستشفى بعمل دورات تدريبية بشكل منتظم للأطباء و مساعديهم لتحسين جودة الخدمات الصحية.	4
5	4	3	2	1	تركز الدورات التدريبية التي تنظمها المستشفى (ان وجدت) علي تدريب الأطباء و مساعديهم علي أحدث الأجهزة و التخصصات الطبية في العالم.	5
5	4	3	2	1	تتميز عمالية التدريب التي تنظمها المستشفى (ان وجدت) بالكفاءة و الفعالية من حيث تنمية قدرة الأطباء و مساعديهم علي التعرف علي المشاكل و حلها باحدث الأساليب العلمية المتاحة.	6
5	4	3	2	1	تعمل المستشفى علي حفز الأطباء و مساعديهم علي تطوير انفسهم مهنيا.	7
5	4	3	2	1	تتيح المستشفى للأطباء و مساعديهم فرص المشاركة في أنشطة تحسين جودة الخدمات الصحية.	8
5	4	3	2	1	يتوافر بالمستشفى بين الأطباء و مساعديهم الروح التي تجعلهم يعملون بولاء و اخلاص لصالح العمل.	9
5	4	3	2	1	تمتع المستشفى الأطباء و مساعديهم المرتبات و الحوافز و المكافآت المالية المرضية لدعم ادايتهم الوظيفي.	10
5	4	3	2	1	يتوافر لدي الأطباء و مساعديهم الوعي الكافي بأهمية جودة الرعاية الصحية المقدمة للمرضي.	11
5	4	3	2	1	توفر المستشفى للأطباء و مساعديهم معلومات تغذية عكسية لتقييم ادايتهم الوظيفي بشكل منتظم.	12
5	4	3	2	1	تعمل المستشفى علي ضمان قضاء الأطباء و مساعديهم لآوقاتهم في تخصصاتهم و ليس في اعمال اخري (مثل قيام الممرضات باعمال ادارية).	13
الموارد (تسهيلات المستشفى):-						(4-1)
5	4	3	2	1	تتوافر تسهيلات التشخيص الكافية في المستشفى (مثل المعامل و الأشعة بانواعها المختلفة).	1
5	4	3	2	1	تتوافر التسهيلات الأخرى في المستشفى بشكل كافي (مثل الأسرة، و حجرات العمليات الجراحية، و وحدات العناية المركزة، و الاستقبال، و موقف السيارات، و البوفية، و الحمامات، ... الخ).	2
5	4	3	2	1	توجد علامات و لوحات ارشادية و كتيبات تفيد المرضي في الوصول الي الاماكن المختلفة بالمستشفى.	3
5	4	3	2	1	تتوافر الكهرباء المستمرة و توريدات المياه و الخدمات الفندقية و الصيدلية.	4
5	4	3	2	1	يقوم العاملين بقسم نظم المعلومات و الحاسب الآلي بضمان التشغيل الكفء للحاسبات الآلية و نظم المعلومات بالمستشفى.	5
5	4	3	2	1	يعمل نظام المعلومات في المستشفى بشكل فعال (ادخال البيانات و تحليلها و توليد التقارير).	6
5	4	3	2	1	يوجد نظام معلومات للمرضي يحتوي علي سجلات المرضي لمتابعة حالات المرضي عبر السنوات.	7

مستعمل	العبرة	غير موافق تماما	غير موافق الي حد ما	لا البري	أوافق الي حد ما	أوافق تماما
(5-1)	العمليات (أنشطة المستشفى):-					
1	تميز إجراءات قبول حالات الطوارئ في المستشفى بالسهولة والبساطة.	1	2	3	4	5
2	تميز إجراءات قبول حالات الطب الشرعي في المستشفى بالسهولة والبساطة.	1	2	3	4	5
3	توفر المستشفى الأطباء المؤهلين و مساعديهم و كذلك التسهيلات الاكلينيكية (مثل الأشعة و المعامل و الاسرة) لاستقبال حالات الطوارئ و التعامل معها بشكل فوري.	1	2	3	4	5
4	يقدم الأطباء و مساعديهم في قسم العيادات الخارجية خدماتهم الطبية بأسرع ما يمكن بحيث تخفض وقت انتظار المرضى قبل رؤية الأطباء الي اقل ما يمكن.	1	2	3	4	5
5	يتوافر لدي المستشفى الاشخاص المؤهلين ذوي الخلفية الطبية لإدارة سجلات المرضى.	1	2	3	4	5
6	يتوافر لدي المستشفى قواعد بيانات (يدوية أو اليه) لتخزين و استرجاع و تحديث سجلات المرضى.	1	2	3	4	5
7	يتم الفحص اليومي لكل مريض بحضور طبيب أو جراح.	1	2	3	4	5
8	يوجد نظام رقابي لمتابعة المعالجات الطبية المقدمة للمرضى ذوي الحالات الحرجة أو الخطيرة أو الفادرة أو المرضى المتوفين.	1	2	3	4	5
9	يتكرر تأخير أو إلغاء العمليات الجراحية المجدولة لاي اسباب مثل عدم توفر حجرات العمليات أو الجراحين أو عدم توفر التسهيلات اللازمة لاعداد المريض للجراحة.	1	2	3	4	5
10	يقوم الأطباء بتقديم الارشادات و النصح للمرضى عند الخروج من المستشفى بخصوص الرعاية الطبية اللازمة بعد ترك المستشفى.	1	2	3	4	5
11	تتكرر المناقشات بين الأطباء من تخصصات مختلفة بشأن التشخيصات و المعالجات المقترحة للمرضى قبل خروجهم.	1	2	3	4	5
12	يتم تقييم فعالية المعالجات الطبية المعطاة للمرضى بشكل منتظم لتحسين جودة الرعاية الصحية.	1	2	3	4	5
13	يتم إجراء التشخيص الطبي الصحيح للأمراض في اقل وقت ممكن.	1	2	3	4	5
14	من وجهة نظر المرضى، تقدم المستشفى رعاية صحية ذات جودة عالية مقارنة بالمستشفيات الأخرى.	1	2	3	4	5
15	تقوم المستشفى بتحليل شكاوي المرضى في الخدمات الصحية المقدمة لهم كوسيلة للتحسين المستمر لخدماتها الطبية.	1	2	3	4	5
16	من وجهة نظر المرضى، تعتبر تكلفة الرعاية الصحية التي تقدمها المستشفى معقولة مقارنة بالمستشفيات الأخرى.	1	2	3	4	5

مقاييس الأداء المتابعة مدى التقدم نحو تحقيق الجودة القائمة في خدمات الرعاية الصحية التي تقدمها المستشفى:-				مستعمل	(2)
م	م	م	م		
5	4	3	2	1	<p>من وجهة نظر م.س.ا.م. مني أهمية مقاييس الأداء التالية لمتابعة مدى التقدم في تحقيق الجودة القائمة في خدمات الرعاية الصحية التي تقدمها المستشفى التي تشمل بها (اختار درجة استخدام ودرجة أهمية واحدة لكل عنصر)</p>
5	4	3	2	1	
5	4	3	2	1	
5	4	3	2	1	
5	4	3	2	1	
5	4	3	2	1	<p>مؤسستنا مصدرة فواتير المستشفى ذات الطبيعة لكل حالة حرجية.</p>
<p>يعد العميل (قيمة/منفعة الخدمات الصحية):-</p>					
5	4	3	2	1	<p>متوسط وقت انتظار المرضى بقسم العيادات الخارجية في السنة.</p>
5	4	3	2	1	
5	4	3	2	1	<p>عدد شكاوي المرضى الإسبوعية.</p>
5	4	3	2	1	<p>عدد العقود الجديدة في السنة.</p>
5	4	3	2	1	<p>عدد الإصابات المكتسبة من المستشفى.</p>
5	4	3	2	1	<p>معدل التخصص الدقيق للأمراض.</p>
5	4	3	2	1	<p>معدل دوران الأطباء.</p>
5	4	3	2	1	<p>معدل غياب الأطباء.</p>
<p>يعد العميل (دفع السدادات الفورية):-</p>					
5	4	3	2	1	<p>معدل التمر في عدد وقيمة الهبات و التبرعات من المجتمع في السنة.</p>
5	4	3	2	1	
5	4	3	2	1	<p>قيمة المبالغ السنوية المخصصة من الميزانية العامة للمستشفى.</p>
5	4	3	2	1	<p>عدد شكاوي الرأي العام من أنشطة المستشفى.</p>
5	4	3	2	1	<p>عدد مرات التفتيش الصحية في السنة لأنشطة الأطباء في المستشفى.</p>
<p>يعد العمليات الداخلية:-</p>					
5	4	3	2	1	<p>مؤسستنا مصدرة فواتير المستشفى ذات الطبيعة لكل حالة حرجية في السنة.</p>
5	4	3	2	1	
5	4	3	2	1	<p>مؤسستنا مصدرة فواتير المستشفى ذات الطبيعة لكل حالة حرجية في السنة.</p>
5	4	3	2	1	<p>مؤسستنا مصدرة فواتير المستشفى ذات الطبيعة لكل حالة حرجية في السنة.</p>
5	4	3	2	1	<p>مؤسستنا مصدرة فواتير المستشفى ذات الطبيعة لكل حالة حرجية في السنة.</p>
5	4	3	2	1	<p>مؤسستنا مصدرة فواتير المستشفى ذات الطبيعة لكل حالة حرجية في السنة.</p>
<p>يعد التطوير التمو:-</p>					
5	4	3	2	1	<p>عدد الخدمات الطبية الجديدة المقدمة في السنوات الخمسة الماضية.</p>
5	4	3	2	1	
5	4	3	2	1	<p>التقنيات السنوية على الأبحاث الطبية.</p>
5	4	3	2	1	<p>عدد ساعات التدريب لكل أطبيب في السنة.</p>
5	4	3	2	1	<p>عدد مقالات الأبحاث المنشورة لكل طبيب في السنة.</p>
5	4	3	2	1	<p>عدد المنشورات وخدمات الأبحاث الجديدة لكل طبيب في السنة.</p>

نشكركم على حسن تعاونكم

ملحق (2)

جدول رقم (2): خصائص العينة المشاركة في الدراسة الميدانية

عدد سنوات الخبرة	أقل من سنة	1-5 سنوات	6-10 سنوات	من 11-15 سنة	16-20 سنة	أكثر من 20 سنة
	6.1%	30.3%	12.1%	3%	3%	45.5%
المستشفيات المشاركة	الضابطي	الحميات	الجمهورية	القباري العام	وحدة محسن للصحة	
	51.5%	33.3%	3%	3%	9.1%	
نظم و برامج مرتبطة بالجودة	الجودة الشاملة	تحسين الجودة	نظام الأيزو	لا يوجد نظام للجودة		
	30.3%	48.5%	صفر%	21.2%		

جدول رقم (3): الوسط الحسابي و الانحراف المعياري لمدي الاتفاق علي دور إدارة المستشفى

	N	Mean	Std. Deviation
تلتزم إدارة المستشفى بتحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة.	33	4.00	1.323
تساعد إدارة المستشفى في تبسيط عمليات و أنشطة المستشفى.	33	3.76	1.324
تتأكد إدارة المستشفى ان الأطباء و مساعديهم يقوموا بإداء التزاماتهم نحو المرضى.	33	3.70	1.237
تخصص إدارة المستشفى الموارد الكافية و الوقت الكافي لتحقيق جودة الرعاية الصحية.	33	3.55	1.325
تقوم إدارة المستشفى بالتزاماتها نحو الأطباء و مساعديهم.	33	3.39	1.321
تقوم إدارة المستشفى بتوضيح الأداء المتوقع من الأطباء و مساعديهم لتحقيق جودة الرعاية الصحية.	33	3.18	1.334
تمنح إدارة المستشفى الأطباء و مساعديهم مكافآت و حوافز مقابل جهودهم الخاصة بتحسين جودة الرعاية الصحية.	33	2.18	1.357
Valid N (listwise)	33		

جدول رقم (4): المعنوية الإحصائية لمدي الاتفاق علي دور إدارة المستشفى

	Test Value = 3					
	t	Df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
تلتزم إدارة المستشفى بتحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة.	4.342	32	0.000	1.000	0.53	1.47
تخصص إدارة المستشفى الموارد الكافية و الوقت الكافي لتحقيق جودة الرعاية الصحية.	2.365	32	0.024	0.545	0.08	1.02
تساعد إدارة المستشفى في تبسيط عمليات و أنشطة المستشفى.	3.288	32	0.002	0.758	0.29	1.23
تتأكد إدارة المستشفى ان الأطباء و مساعديهم يقوموا بإداء التزاماتهم نحو المرضى.	3.237	32	0.003	0.697	0.26	1.14
تقوم إدارة المستشفى بالتزاماتها نحو الأطباء و مساعديهم.	1.713	32	0.096	0.394	-0.07	0.86
تقوم إدارة المستشفى بتوضيح الأداء المتوقع من الأطباء و مساعديهم لتحقيق جودة الرعاية الصحية.	0.783	32	0.439	0.182	-0.29	0.65
تمنح إدارة المستشفى الأطباء و مساعديهم مكافآت و حوافز مقابل جهودهم الخاصة بتحسين جودة الرعاية الصحية.	-3.464	32	0.002	-0.818	-1.30	-0.34

جدول رقم (5): الوسط الحسابي و الانحراف المعياري لمدي الاتفاق علي دور السياسة و الاستراتيجية

	N	Mean	Std. Deviation
تركز استراتيجية المستشفى في الأجل الطويل علي تقديم خدمات صحية ذات جودة اعلي بتكلفة أقل.	33	3.45	1.252
تركز سياسة المستشفى الخاصة بالجودة علي تلبية احتياجات المرضى بشكل مستمر مع وجود رؤية و رسالة و أهداف محددة لتحقيق الجودة الشاملة في الرعاية الصحية المقدمة.	33	3.03	1.531
يشارك الأطباء و مساعديهم في التخطيط الاستراتيجي طويل الأجل و صنع القرارات الخاصة بتحسين جودة الرعاية الصحية المقدمة للمرضي.	33	2.79	1.635
Valid N (listwise)	33		

جدول رقم (6): المعنوية الإحصائية لمدي الاتفاق علي دور السياسة و الاستراتيجية

	Test Value = 3					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
تركز استراتيجية المستشفى في الأجل الطويل علي تقديم خدمات صحية ذات جودة اعلي بتكلفة أقل.	2.085	32	0.045	0.455	0.01	0.90
يشارك الأطباء و مساعديهم في التخطيط الاستراتيجي طويل الأجل و صنع القرارات الخاصة بتحسين جودة الرعاية الصحية المقدمة للمرضي.	-0.745	32	0.461	-0.212	-0.79	0.37
تركز سياسة المستشفى الخاصة بالجودة علي تلبية احتياجات المرضى بشكل مستمر مع وجود رؤية و رسالة و أهداف محددة لتحقيق الجودة الشاملة في الرعاية الصحية المقدمة.	0.114	32	0.910	0.030	-0.51	0.57

جدول رقم (7): الوسط الحسابي و الانحراف المعياري لمدي الاتفاق علي دور الأفراد

	N	Mean	Std. Deviation
يتوافر لدي الأطباء و مساعديهم الوعي الكافي بأهمية جودة الرعاية الصحية المقدمة للمرضي.	33	3.42	1.251
تضع المستشفى الطبيب المناسب في المكان المناسب	33	3.30	1.334
تقوم المستشفى باختيار الأطباء الجدد وفقا للتخصصات التي تحتاجها لتحقيق الجودة في الخدمات الصحية.	33	3.24	1.437
يتوافر بالمستشفى بين الأطباء و مساعديهم الروح التي تجعلهم يعملون بولاء و اخلاص لصالح العمل.	33	3.21	1.474
تقوم المستشفى بعمل دورات تدريبية بشكل منتظم للأطباء و مساعديهم لتحسين جودة الخدمات الصحية.	33	3.12	1.193
تعمل المستشفى علي ضمان قضاء الأطباء و مساعديهم لوقتهم في تخصصاتهم و ليس في اعمال اخري (مثل قيام الممرضات باعمال ادارية).	33	3.09	1.331
تعمل المستشفى علي حفز الأطباء و مساعديهم علي تطوير انفسهم مهنيا.	33	3.03	1.237
تتيح المستشفى للأطباء و مساعديهم فرص المشاركة في أنشطة تحسين جودة الخدمات الصحية.	33	2.97	1.311
توفر المستشفى للأطباء و مساعديهم معلومات تغذية عكسية لتقييم أدائهم الوظيفي بشكل منتظم.	33	2.88	1.409
يتوافر لدي المستشفى العدد الكافي من الأطباء و مساعديهم ذوي التخصصات المناسبة لأداء الخدمات الطبية بشكل فعال.	33	2.88	1.781

تابع جدول رقم (7): الوسط الحسابي و الانحراف المعياري لمدي الاتفاق علي دور الأفراد

	N	Mean	Std. Deviation
تركز الدورات التدريبية التي تنظمها المستشفى (ان وجدت) علي تدريب الأطباء و مساعديهم علي أحدث الأجهزة و التخصصات الطبية في العالم.	33	2.73	1.153
تتميز عملية التدريب التي تنظمها المستشفى (ان وجدت) بالكفاءة و الفعالية من حيث تنمية قدرة الأطباء و مساعديهم علي التعرف علي المشاكل و حلها باحدث الأساليب العلمية المتاحة.	33	2.61	1.435
تمنح المستشفى الأطباء و مساعديهم المرتبات و الحوافز و المكافآت المالية المرضية لدعم أدائهم الوظيفي.	33	2.39	1.540
Valid N (listwise)	33		

جدول رقم (8): المعنوية الإحصائية لمدي الاتفاق علي دور الأفراد

	Test Value = 3					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
تقوم المستشفى باختيار الأطباء الجدد وفقا للتخصصات التي تحتاجها لتحقيق الجودة في الخدمات الصحية.	0.969	32	0.340	0.242	-0.27	0.75
تضع المستشفى الطبيب المناسب في المكان المناسب يتوافر لدي المستشفى العدد الكافي من الأطباء و مساعديهم ذوي التخصصات المناسبة لإداء الخدمات الطبية بشكل فعال.	1.305	32	0.201	0.303	-0.17	0.78
تقوم المستشفى بعمل دورات تدريبية بشكل منتظم للأطباء و مساعديهم لتحسين جودة الخدمات الصحية.	-0.391	32	0.698	-0.121	-0.75	0.51
تركز الدورات التدريبية التي تنظمها المستشفى (ان وجدت) علي تدريب الأطباء و مساعديهم علي أحدث الأجهزة و التخصصات الطبية في العالم.	0.584	32	0.563	0.121	-0.30	0.54
تتميز عملية التدريب التي تنظمها المستشفى (ان وجدت) بالكفاءة و الفعالية من حيث تنمية قدرة الأطباء و مساعديهم علي التعرف علي المشاكل و حلها باحدث الأساليب العلمية المتاحة.	-1.359	32	0.184	-0.273	-0.68	0.14
تعمل المستشفى علي حفز الأطباء و مساعديهم علي تطوير انفسهم مهنيا.	-1.577	32	0.125	-0.394	-0.90	0.11
تتيح المستشفى للأطباء و مساعديهم فرص المشاركة في أنشطة تحسين جودة الخدمات الصحية.	0.141	32	0.889	0.030	-0.41	0.47
يتوافر بالمستشفى بين الأطباء و مساعديهم الروح التي تجعلهم يعملون بولاء و إخلاص لصالح العمل.	-0.133	32	0.895	-0.030	-0.50	0.43
تمنح المستشفى الأطباء و مساعديهم المرتبات و الحوافز و المكافآت المالية المرضية لدعم أدائهم الوظيفي.	0.827	32	0.414	0.212	-0.31	0.73
يتوافر لدي الأطباء و مساعديهم الوعي الكافي بأهمية جودة الرعاية الصحية المقدمة للمرضي.	-2.261	32	0.031	-0.606	-1.15	-0.06
توفر المستشفى للأطباء و مساعديهم مطومات تغذية عكسية لتقييم أدائهم الوظيفي بشكل منتظم.	1.948	32	0.060	0.424	-0.02	0.37
تعمل المستشفى علي ضمان قضاء الأطباء و مساعديهم لوقاتهم في تخصصاتهم و ليس في أعمال اخرى (مثل قيام المررضيات بأعمال إدارية).	-0.494	32	0.625	-0.121	-0.62	0.38
	0.392	32	0.697	0.091	-0.38	0.56

جدول رقم (9): الوسط الحسابي و الانحراف المعياري لمدي الاتفاق علي دور الموارد

	N	Mean	Std. Deviation
توافر تسمييلات التشخيص الكافية في المستشفى	33	3.91	1.182
توافر التسمييلات الأخرى في المستشفى بشكل كافي	33	3.85	1.064
يعمل نظام المعلومات في المستشفى بشكل فعال	33	3.30	1.237
يقوم العاملون بقسم نظم المعلومات والحاسب الآلي بضمان التشغيل للكفاء للحاسبات الآلية و نظم المعلومات بالمستشفى.	33	3.21	1.244
توجد علامات و لوحات ارشادية و كتيبات تعيد المرضى في الوصول إلي الاماكن المختلفة بالمستشفى.	33	3.21	1.341
يوجد نظام معلومات للمرضي يحتوي علي سجلات المرضى لمتابعة حالات المرضى عبر السنوات.	33	3.18	1.261
توافر الكهرياء المستمرة و توريدات المياه و الخدمات الفنية و الصيدلية.	33	3.15	1.228
Valid N (listwise)	33		

جدول رقم (10): المعنوية الإحصائية لمدي الاتفاق علي دور الموارد

	Test Value = 3					
	t	Df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
توافر تسمييلات التشخيص الكافية في المستشفى	4.417	32	0.000	0.909	0.49	1.33
توافر التسمييلات الأخرى في المستشفى بشكل كافي	4.580	32	0.000	0.848	0.47	1.23
توجد علامات و لوحات ارشادية و كتيبات تعيد المرضى في الوصول إلي الاماكن المختلفة بالمستشفى.	0.909	32	0.370	0.212	-0.26	0.69
توافر الكهرياء المستمرة و توريدات المياه و الخدمات الفنية و الصيدلية.	0.709	32	0.484	0.152	-0.28	0.59
يقوم العاملون بقسم نظم المعلومات والحاسب الآلي بضمان التشغيل الكفاء للحاسبات الآلية و نظم المعلومات بالمستشفى.	0.980	32	0.335	0.212	-0.23	0.65
يعمل نظام المعلومات في المستشفى بشكل فعال	1.407	32	0.169	0.303	-0.14	0.74
يوجد نظام معلومات للمرضي يحتوي علي سجلات المرضى لمتابعة حالات المرضى عبر السنوات.	0.828	32	0.414	0.182	-0.27	0.63

جدول رقم (11): الوسط الحسابي و الانحراف المعياري لمدي الاتفاق علي دور أنشطة المستشفى

	N	Mean	Std. Deviation
يتم الفحص اليومي لكل مريض بحضور طبيب أو جراح.	33	4.00	0.791
يقوم الأطباء بتقديم الارشادات و النصيح للمرضي عند الخروج من المستشفى بخصوص الرعاية الطبية اللازمة بعد ترك المستشفى.	33	4.00	0.791
من وجهة نظر المرضى، تعتبر تكلفة الرعاية المسجية التي تقدمها المستشفى معقولة مقارنة بالمستشفيات الأخرى.	33	3.94	0.966
يقدم الأطباء و مساعديهم في قسم العيادات الخارجية خدماتهم الطبية بأسرع ما يمكن بحيث تخفض وقت انتظار المرضى قبل رؤية الأطباء إلي أقل ما يمكن.	33	3.76	0.902
تتكرر المناقشات بين الأطباء من تخصصات مختلفة بشأن التشخيصات و المعالجات المقترحة للمرضي قبل خروجهم.	33	3.76	1.032
يتوافر لدي المستشفى قواعد بيانات (يدوية أو آلية) لتخزين و إسترجاع و تحديث سجلات المرضى.	33	3.76	0.969
تتميز إجراءات قبول حالات الطوارئ في المستشفى بالسهولة و البساطة.	33	3.73	1.353

تابع جدول رقم (11): الوسط الحسابي و الانحراف المعياري لمدي الاتفاق علي دور أنشطة المستشفى

	N	Mean	Std. Deviation
يتكرر تأخير أو إلغاء العمليات الجراحية المجدولة لأي أسباب مثل عدم توفر حجرات العمليات أو الجراحين أو عدم توفر التسهيلات اللازمة لاعداد المرضى للجراحة من وجهة نظر المرضى، تقدم المستشفى رعاية صحية ذات جودة عالية مقارنة بالتسهيلات الأخرى.	33	3.73	1.180
توفر المستشفى الأطباء المؤهلين و مساعديهم و كذلك التسهيلات الاكلينيكية (مثل الأشعة و المعامل و الأسرة) لاستقبال حالات الطوارئ و التعامل معها بشكل فوري.	33	3.70	0.984
يتم إجراء التشخيص الطبي الصحيح للأمراض في أقل وقت ممكن.	33	3.61	0.966
يتوافر لدي المستشفى الأشخاص المؤهلين ذوي الخلفية الطبية لإدارة سجلات المرضى.	33	3.36	1.295
يتم تقييم فعالية المعالجات الطبية المعطاة للمرضى بشكل منتظم لتحسين جودة الرعاية الصحية.	33	3.30	1.237
تقوم المستشفى بتحليل شكاوي المرضى في الخدمات الصحية المقدمة لهم كوسيلة للتصحيح المستمر لخدماتها الطبية.	33	3.30	1.132
يوجد نظام رقابي لمتابعة المعالجات الطبية المقدمة للمرضى ذوي الحالات الحرجة أو الخطيرة أو النادرة أو للمرضى المتوفين.	33	3.12	1.139
تتميز إجراءات قبول حالات الطب الشرعي في المستشفى بالسهولة و البساطة.	33	3.00	1.031
Valid N (listwise)	33		

جدول رقم (12): المعنوية الإحصائية لمدي الاتفاق علي دور أنشطة المستشفى

	Test Value = 3					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
تتميز إجراءات قبول حالات الطوارئ في المستشفى بالسهولة و البساطة.	3.089	32	0.004	0.727	0.25	1.21
تتميز إجراءات قبول حالات الطب الشرعي في المستشفى بالسهولة و البساطة.	0.000	32	1.000	0.000	-0.37	0.37
توفر المستشفى الأطباء المؤهلين و مساعديهم و كذلك التسهيلات الاكلينيكية (مثل الأشعة و المعامل و الأسرة) لاستقبال حالات الطوارئ و التعامل معها بشكل فوري.	3.370	32	0.002	0.667	0.26	1.07
تقدم الأطباء و مساعديهم في قسم العيادات الخارجية خدماتهم الطبية بأسرع ما يمكن بحيث تخفص وقت لتتظار المرضى قبل رؤية الأطباء إلي أقل ما يمكن.	4.822	32	0.000	0.758	0.44	1.08
يتوافر لدي المستشفى الأشخاص المؤهلين ذوي الخلفية الطبية لإدارة سجلات المرضى.	1.614	32	0.116	0.364	-0.10	0.82
يتوافر لدي المستشفى قواعد بيانات (بدوية أو لتيك) لتخزين و إسترجاع و تحديث سجلات المرضى.	4.490	32	0.000	0.758	0.41	1.10
يتم الفحص اليومي لكل مريض بحضور طبيب أو جراح.	7.266	32	0.000	1.000	0.72	1.28
يوجد نظام رقابي لمتابعة المعالجات الطبية المقدمة للمرضى ذوي الحالات الحرجة أو الخطيرة أو النادرة أو للمرضى المتوفين.	0.611	32	0.545	0.121	-0.28	0.53
يتكرر تأخير أو إلغاء للعمليات الجراحية المجدولة لأي أسباب مثل عدم توفر حجرات العمليات أو الجراحين أو عدم توفر التسهيلات اللازمة لاعداد المرضى للجراحة.	3.541	32	0.001	0.727	0.31	1.15
تقوم الأطباء بتقديم الارشادات و النصح للمرضى عند الخروج من المستشفى بخصوص الرعاية الطبية اللازمة بعد ترك المستشفى.	7.266	32	0.000	1.000	0.72	1.28

تابع جدول رقم (12): المعنوية الإحصائية لمدي الاتفاق على دور أنشطة المستشفى

	Test Value = 3					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
تكرر المناقشات بين الأطباء من تخصصات مختلفة بشأن التشخيصات و المعالجات المقترحة للمرضى قبل خروجهم.	4.218	32	0.000	0.758	0.39	1.12
يتم تقييم فعالية المعالجات الطبية المعطاة للمرضى بشكل منتظم لتحسين جودة الرعاية الصحية.	1.407	32	0.169	0.303	-0.14	0.74
يتم إجراء التشخيص الطبي الصحيح للمرضى في أقل وقت ممكن.	3.603	32	0.001	0.606	0.26	0.95
من وجهة نظر المرضى، تقدم المستشفى رعاية صحية ذات جودة عالية مقارنة بالمستشفيات الأخرى.	4.070	32	0.000	0.697	0.35	1.05
تقوم المستشفى بتحليل شكاوي المرضى في الخدمات الصحية المقدمة لهم كوسيلة لتحسين المستمر لخدماتها الطبية.	1.538	32	0.134	0.303	-0.10	0.70
من وجهة نظر المرضى، تعتبر تكلفة الرعاية الصحية التي تقدمها المستشفى معقولة مقارنة بالمستشفيات الأخرى.	5.585	32	0.000	0.939	0.60	1.28

جدول رقم (13): الوسط الحسابي و الانحراف المعياري لمدي الاتفاق على أهمية مقاييس الأداء

	N	Mean	Std. Deviation
عدد الاسلطات المكتسبة من المستشفى.	33	4.61	0.609
معدل التشخيص الدقيق للمرضى.	33	4.61	0.609
عدد ساعات التدريب لكل طبيب في السنة.	33	4.48	0.712
متوسط نسبة إشغال الأسرة في السنة.	33	4.36	0.699
عدد المقالات الاكاديمية المنشورة لكل طبيب في السنة.	33	4.33	0.692
متوسط عدد مرضى الطوارئ الذين يروا الطبيب خلال 15 دقيقة من وصولهم المستشفى في السنة.	33	4.30	0.728
متوسط عدد مرضى العيادات الخارجية لكل طبيب في السنة.	33	4.27	0.674
معدل النمو السنوي في إيرادات المستشفى.	33	4.27	0.674
معدل دوران الأطباء.	33	4.24	0.663
النفقات المعنوية على الأبحاث الطبية.	33	4.21	1.023
عدد المشروعات البحثية الجديدة لكل طبيب في السنة.	33	4.21	0.740
متوسط وقت انتظار المرضى بقسم العيادات الخارجية في السنة.	33	4.21	0.740
متوسط عدد مرضى العيادات الداخلية لكل طبيب في السنة.	33	4.21	0.650
عدد شكاوي المرضى الأسبوعية.	33	4.18	0.727
معدل النمو في عدد و قيمة الهبات و التبرعات من المجتمع في السنة.	33	4.18	0.635
معدل غياب الأطباء.	33	4.18	0.635
متوسط عدد العمليات الجراحية الملغاة أو الموجلة في السنة.	33	4.15	0.906
عدد الخدمات الطبية الجديدة المقدمة في السنوات الخمسة الماضية.	33	4.15	0.619
قيمة المبالغ السنوية المخصصة من الميزانية العامة للمستشفى.	33	4.15	0.795
مصرفات الصيدلانية أو العلاج في السنة.	33	4.12	0.696
متوسط مصروفات الممرضات الطبية لكل حالة جراحية.	33	4.12	0.696
تكلفة كل تشخيص أو مرض في اليوم/ السنة.	33	4.09	1.011
متوسط طول مدة إقامة المريض في المستشفى في السنة.	33	4.09	0.947
عدد شكاوي الرأي العام من أنشطة المستشفى.	33	4.06	0.659
تكلفة كل مريض في اليوم/ السنة.	33	4.03	1.045
عدد العقود الجديدة في السنة.	33	3.94	0.864
عدد مرات التغطية الصحفية في السنة لأنشطة الأطباء في المستشفى.	33	3.82	0.769
Valid N (listwise)	33		

جدول رقم (14): المعنوية الإحصائية لمدي الاتفاق علي مقاييس الأداء

	Test Value = 3					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
تكلفة كل مريض في اليوم/ السنة.	5.662	32	0.000	1.030	0.66	1.40
تكلفة كل تشخيص أو مرض في اليوم/ السنة.	6.197	32	0.000	1.091	0.73	1.45
معدل النمو السنوي في إيرادات المستشفى.	10.844	32	0.000	1.273	1.03	1.51
مصرفات الصيدلية أو العلاج في السنة.	9.250	32	0.000	1.121	0.87	1.37
متوسط مصروفات المستلزمات الطبية لكل حالة جراحية.	9.250	32	0.000	1.121	0.87	1.37
متوسط وقت انتظار المرضى بقسم العيادات الخارجية في السنة.	9.412	32	0.000	1.212	0.95	1.47
عدد شكوي المرضى الاسبوعية.	9.339	32	0.000	1.182	0.92	1.44
عدد العقود الجديدة في السنة.	6.247	32	0.000	0.939	0.63	1.25
عدد الإصابات المكتسبة من المستشفى.	15.143	32	0.000	1.606	1.39	1.82
معدل التشخيص الدقيق للأمراض.	15.143	32	0.000	1.606	1.39	1.82
معدل دوران الأطباء.	10.767	32	0.000	1.242	1.01	1.48
معدل غياب الأطباء.	10.689	32	0.000	1.182	0.96	1.41
معدل النمو في عدد و قيمة الهبات و التبرعات من المجتمع في السنة.	10.689	32	0.000	1.182	0.96	1.41
قيمة المبالغ السنوية المخصصة من الميزانية العامة للمستشفى.	8.317	32	0.000	1.152	0.87	1.43
عدد شكوي الرأي العام من أنشطة المستشفى.	9.251	32	0.000	1.061	0.83	1.29
عدد مرات التطوية الصحفية في السنة لأنشطة الأطباء في المستشفى.	6.114	32	0.000	0.818	0.55	1.09
متوسط عدد الصليبات الجراحية الملغاة أو المؤجلة في السنة.	7.305	32	0.000	1.152	0.83	1.47
متوسط عدد مرضى الطوارئ الذين يروا الطبيب خلال 15 دقيقة من وصولهم المستشفى في السنة.	10.279	32	0.000	1.303	1.04	1.56
متوسط عدد مرضى العيادات الداخلية لكل طبيب في السنة.	10.714	32	0.000	1.212	0.98	1.44
متوسط عدد مرضى العيادات الخارجية لكل طبيب في السنة.	10.844	32	0.000	1.273	1.03	1.51
متوسط طول مدة إقامة المريض في المستشفى في السنة.	6.614	32	0.000	1.091	0.75	1.43
متوسط نسبة إشغال الأسرة في السنة.	11.206	32	0.000	1.364	1.12	1.61
عدد الخدمات الطبية الجديدة المقدمة في السنوات الخمسة الماضية.	10.695	32	0.000	1.152	0.93	1.37
النقثات السنوية علي الأبحاث الطبية.	6.804	32	0.000	1.212	0.85	1.58
عدد ساعات التدريب لكل طبيب في السنة.	11.973	32	0.000	1.485	1.23	1.74
عدد المقالات الاكاديمية المنشورة لكل طبيب في السنة.	11.065	32	0.000	1.333	1.09	1.58
عدد المشروعات البحثية الجديدة لكل طبيب في السنة.	9.412	32	0.000	1.212	0.95	1.47