



EM/RC56/5

ش م/ل 5/56

آب/أغسطس 2009

الأصل: بالإنكليزية

اللجنة الإقليمية

لشرق المتوسط

الدورة السادسة والخمسون

البند 6 (ج) من جدول الأعمال

ورقة تقنية

حول

تحسين أداء المستشفيات في إقليم شرق المتوسط

تستوعب المستشفيات على الصعيدين العالمي والإقليمي ما يتراوح بين 50% و70% من إجمالي الإنفاق الحكومي على الصحة، وهي تستخدم قوة عاملة كبيرة، وتستعمل على نطاق واسع تكنولوجيا طبية بيولوجية متطورة. علماً بأن تحسين أداء المستشفيات في إطار تحسين أداء النظم الصحية بوجه عام، يحتل موضعاً في صدارة برنامج الإصلاح في بلدان الإقليم. وتسعى هذه الوثيقة إلى التوعية بالثغرات في أداء المستشفيات في الإقليم، والتوعية بما للحكومة السريرية (الإكلينيكية) clinical governance والقيادة والإدارة من أدوار حاسمة في تحسين أداء المستشفيات.

ومرفق مشروع قرار كي تفضل اللجنة الإقليمية الموقرة بالنظر فيه.

المحتوى

الصفحة

أ	الموجز
1	1. المقدمة
3	2. الوضع العالمي
5	3. الوضع الإقليمي
9	4. استجابة المنظمة
11	5. الخاتمة والتحرك إلى الأمام
11	6. توصيات إلى الدول الأعضاء

الموجز

تمثل المستشفيات عناصر مهمة ومكلفة من عناصر النظام الصحي في شتى أرجاء العالم. وتستوعب المستشفيات على الصعيدين العالمي والإقليمي ما يتراوح بين 50% و70% من إجمالي الإنفاق الحكومي على الصحة، وهي تستخدم قوة عاملة كبيرة، وتستعمل على نطاق واسع تكنولوجيا طبية بيولوجية متطورة. وقد قامت منظمة الصحة العالمية واتحاد المستشفيات الدولي بإجراء دراسة عالمية شاملة لأداء المستشفيات خلال الفترة 2001-2002. وقد بينت الدراسة أن التحدّيات الرئيسية التي تؤثر في أداء المستشفيات تتمثل في: انفصال المستشفيات عن النظام الصحي الوطني؛ والنقص المزمن في تمويل المستشفيات في البلدان ذات الدخل المتوسط المائل إلى الانخفاض، والبلدان ذات الدخل المنخفض، ذلك النقص المصاحب لنقص تمويل النظام الصحي بوجه عام؛ وغلبة التوجُّه العلاجي للمستشفيات، ومشاركتها مشاركة ضئيلة في الرعاية الوقائية والتعزيزية للمجتمعات التي تقوم هي على خدماتها. وأوضحت الدراسة غياب ثقافة تقدير التكاليف وتحليلها في العديد من المستشفيات العمومية، كما أن مديري المستشفيات في معظم بلدان الإقليم تُعوزهم الكفاءات والمهارات اللازمة في هذا المجال.

وقد أكّدت الدراسة على ضعف إدارة المستشفيات في إقليم شرق المتوسط، باعتباره أحد أسباب تدني أداء المستشفيات، ولاسيما في البلدان ذات الدخل المتوسط المائل للانخفاض، والبلدان ذات الدخل المنخفض. ولوحظ أيضاً انتشار سوء إدارة الموارد البشرية، مع غياب نُظُم للحوافز والمكافآت، ونُظُم للتقييم الشامل. علماً بأن تحسين أداء المستشفيات في إطار تحسين أداء النُظُم الصحية بوجه عام، يحتل موضعاً في صدارة برنامج الإصلاح في بلدان الإقليم. وقد قام العديد من بلدان الإقليم بإنشاء برامج لتعزيز المهارات الإدارية اللازمة للمستشفيات، والأخذ بإجراءات حديثة في إدارة المستشفيات، بما في ذلك استقلال المستشفيات، سعياً إلى توفير المزيد من المرونة في إدارتها، وتحسين نُظُم المعلومات، وتعزيز كفاءة المستشفيات.

وقد أدخلت الحوكمة السريرية (الإكلينيكية) clinical governance في المستشفيات في البلدان المتقدمة من أجل رأب الفجوة بين الثقافتين السريرية (الإكلينيكية) والإدارية، وضم مهمتي الإدارة وضمان الجودة اللتين غالباً ما تكونان منفصلتين، بما في ذلك إشراك جهاز الصحة العمومية بالمستشفيات. وتقوم الحوكمة السريرية على أساس المبدأ القائل بأن المسؤولين عن تحسين نوعية الرعاية لا بد لهم أيضاً من أن يكونوا قادرين على التأثير في استخدام الموارد. ولم يتم بعد إدخال الحوكمة السريرية في أي من مستشفيات الإقليم. غير أن جميع بلدان الإقليم قد شاركت في وقت ما في بعض جوانب الحوكمة السريرية، مما من شأنه تيسير إدخال هذا المفهوم.

وبناءً على الاحتياجات الملحوسة لبلدان الإقليم في مجال المستشفيات، أصدرت المنظمة عدداً من المنشورات وورقات السياسة المركزة على المستشفيات، ووضعت أدوات يمكن استخدامها لتحسين الأداء عن طريق تعزيز إدارة المستشفيات، وتقييم جودتها وتحسينها، وسلامة المرضى، والاعتماد الرسمي للمستشفيات. كما قامت المنظمة بتعزيز الدعم المقدم إلى البلدان، بإقامتها شبكات للدعم، ومراكز متعاونة، ومواقع تفاعلية على شبكة الإنترنت.

وتهدف هذه الوثيقة إلى التوعية بالثغرات في أداء المستشفيات في الإقليم وبما للحوكمة السريرية (الإكلينيكية) والقيادة والإدارة من أدوار حاسمة في تحسين أداء المستشفيات. ومن الأهمية بمكان للدول الأعضاء، تحسين أداء المستشفيات كي يتسنى للمرضى في القرن الحادي والعشرين الحصول على خدمات جيدة وعالية المردود. ويمكن تحقيق ذلك من خلال: تحليل التكاليف وترشيدها في ما يتعلق بتمويل المستشفيات؛ وتعزيز القيادة والإدارة في المستشفيات؛ وإدخال الحوكمة السريرية؛ واستخدام أداة تقييم الأداء لتحسين الجودة في المستشفيات.

1. المقدمة

تمثل المستشفيات عناصر مهمة ومكلفة من عناصر النظام الصحي في شتى أرجاء العالم. وتستوعب المستشفيات على الصعيد العالمي والإقليمي ما يتراوح بين 50% و70% من إجمالي الإنفاق الحكومي على الصحة، وهي تستخدم قوة عاملة كبيرة، وتستعمل على نطاق واسع تكنولوجيا طبية بيولوجية متطورة. وبجانب معالجة المستشفيات للمرضى، فإنها تقوم بأدوار مهمة في مجالات التعليم والبحث ودعم النظام الصحي وتوظيف المهنيين الصحيين [1]. وتتراوح أحجام المستشفيات بين مرفق ريفي سعة 30 سريراً ويشرف عليه طبيب عام، مروراً بمستشفى المنطقة والمستشفى الثانوي، وانتهاءً بمستشفى الرعاية الثالثة المتطورة، ذي الاختصاصات الطبية المتقدمة، ومعدات التكنولوجيا المتطورة، والذي من المعلوم أنه يوفر التعليم للعاملين الصحيين. وتنطبق قواعد الأداء على نحو متباين عليها جميعاً [2]. ويمكن النظر إلى أداء المستشفيات في سياقين اثنين: سياق المرامي العامة للنظام الصحي، أي ضمان أن تكون الخدمات الصحية عالية الجودة وعادلة وتلبي تطلعات الناس، والعدالة في ما يدفعه الناس لقاء الخدمات الصحية؛ والسياق الذي يُنظر فيه إليها باعتبارها نظاماً فرعياً يلبي احتياجات المرضى، ويتسم بالكفاءة السريرية (الإكلينيكية)، والفعالية، والجودة، والمأمونية [3].

والمستشفيات، بوصفها مؤسسات، تواجه على نحو متزايد تحديات خارجية وداخلية. أما التحديات الخارجية، فتشمل وضع تصورات عامة وبائية وديمقراطية، وتغير أنماط المرض، وتشيخ السكان. وأما التحديات الداخلية، فتشمل، في ما تشمل، تزايد التعقد والتخصص، وإدخال تكنولوجيات طبية ومستحضرات دوائية جديدة، وتزايد التطلعات العمومية والسياسية، وآليات التمويل الجديدة. علماً بأن هذه التحديات تتطلب أعلى مستوى من قدرات الإدارة والقيادة [2].

وتتفاوت العلاقة بين خدمات المستشفى وسائر خدمات الرعاية الصحية تفاوتاً كبيراً. فمن ناحية، نجد أن المستشفيات عادةً في الأرياف بالبلدان ذات الدخل المتوسط وذات الدخل المنخفض، تضطلع بدور رئيسي في تقديم جميع أنواع الرعاية الصحية، مع اضطلاعها في الغالب بالمسؤولية الإدارية عن مرافق بعيدة عنها. ومن ناحية أخرى، نجد أن المملكة المتحدة، مثلاً، قد حوّلت الميزانيات المخصصة لشراء خدمات الرعاية المستشفوية إلى مجموعات من أطباء الرعاية الأولية، مما قد يعني إعطائها سلطة أكبر على المستشفيات [1].

وقد تبين في أواخر العقد الثامن من القرن الماضي، أن ضعف الأداء وتدهور النتائج الصحية ليس سببهما نقص التمويل فحسب، بل أيضاً القصور في إدارة موارد الرعاية الصحية [3]. وقد تم مؤخراً التأكيد على ضعف إدارة المستشفيات باعتباره أحد أسباب تدني أداء المستشفيات في إقليم شرق المتوسط، ولاسيماً في البلدان ذات الدخل المتوسط المائل إلى الانخفاض والبلدان ذات الدخل المنخفض [4]. ولجميع بلدان الإقليم تاريخ طويل في ما يتعلق ببناء المهارات الإدارية اللازمة للمستشفيات، وإدخال إجراءات وممارسات حديثة وبرامج للجودة. وسعيًا إلى تقليص التكاليف وتحسين الإدارة والمساءلة، حاول العديد من بلدان الإقليم إعطاء المستشفيات استقلالها⁽¹⁾.

(1) استقلال المستشفيات: درجة من الاستقلال (تمثل في حقوق اتخاذ القرار) تحتفظ بها المستشفيات في علاقتها بمالكها، وبالموردن النظاميين، والحكومة، والمستهلكين. علماً بأن حقوق اتخاذ القرارات الحاسمة في سياق المستشفيات، تشمل التحكم في مجموع المدخلات ومستواها، والمخرجات، ونطاق الأنشطة، والإدارة المالية، والإدارة السريرية وغير السريرية، والإدارة الاستراتيجية (صياغة الأغراض المؤسسية)، واستراتيجية السوق، والمبيعات [4].

وأخذت بأسلوب التعاقد من الباطن على أداء الخدمات السريرية وغير السريرية. ويُلاحظ أن المعطيات (البيانات) التي تجمعها نُظُم المستشفيات في الإقليم أغلبها ذو طابع كمي، ويركز عادةً على مؤشرات الإنتاجية المتعلقة بالخدمات العلاجية والتأهيلية. وهي لا تتناول معطيات (بيانات) نوعية، من قبيل المعلومات المتعلقة باحتياجات السكان وتطلعاتهم، والتي من شأنها تمكين المديرين من التعاطي مع قضية تحسين الأداء.

وقد وُضعت في العقد الماضي، استراتيجيات جديدة على الصعيد العالمي واستُخدمت في التعاطي مع قضية تحسين الأداء. وتشمل هذه الاستراتيجيات تقييم أداء المستشفيات في ضوء مجموعة من المؤشرات، لمعاونة المستشفيات على الاستجابة على نحو أفضل لاحتياجات المجتمع [5]. علماً بأن المفهوم الجديد للحوكمة السريرية يُعدُّ ابتكاراً مهماً، وُضع أول ما وُضع في المملكة المتحدة، عام 1998. وقد أُدخل هذا المفهوم بوصفه مجموعة من الأنشطة تضم المهمتين اللتين كانتا في الغالب منفصلتين، ألا وهما الإدارة وضمان الجودة. وتُعرَّف الحوكمة السريرية بأنها إطار تخضع من خلاله مؤسسات النظام الصحي الوطني للمساءلة من أجل مواصلة تحسين نوعية خدماتها والحفاظ على المعايير الرفيعة للرعاية، بتهيئة بيئة يزدهر فيها التميّز في الرعاية السريرية (الإكلينيكية) [6، 7].

وعلى الرغم مما يخصص للمستشفيات من نصيب كبير من الميزانية الصحية، وخلافاً للحجم المتزايد للبحوث في مجال الرعاية الأولية، لا تُجرى سوى بحوث قليلة عن أداء المستشفيات. وعادةً ما يجري تقييم المستشفيات من حيث ما تقدمه من خدمات علاجية، من دون قياس إسهامها في دعم الرعاية الصحية الأولية، وخدمات الصحة العمومية، والبحوث الصحية، وتدريب المهنيين الصحيين. غير أنه تم خلال العقد الماضي تكريس المزيد من الاهتمام لأداء المستشفيات، وبدأ العديد من المنظمات المهتمة بالمستشفيات إصدار منشورات مركزة وورقات خاصة بالسياسات الصحية، وإعداد مزيد من الأدوات للمعاونة في تعزيز أداء المستشفيات [2].

وقدّمت منظمة الصحة العالمية في عام 2000 اقتراحاً بإطار للنظام الصحي تقبلته الدول الأعضاء بقبول حسن، وقامت المنظمة، بناءً على إسهامات الدول الأعضاء، بتنقيح الإطار في عام 2007 [8، 9]. ثم إن الأطراف المعنية بالصحة يتزايد اهتمامها بالنُظُم الصحية وتنسيق خدمات المستشفيات في إطار النظام الصحي [10]. علماً بأن تحسين أداء المستشفيات في إطار تحسين أداء النظام الصحي بوجه عام، يحتل موضعاً في صدارة برنامج الإصلاح في بلدان الإقليم. وقد قام العديد من بلدان الإقليم بإنشاء برامج لتعزيز المهارات الإدارية اللازمة للمستشفيات، وأدخلت إجراءات حديثة في إدارة المستشفيات، بما في ذلك إعطاء المستشفيات استقلالها، من أجل إتاحة المزيد من المرونة في الإدارة، وتحسين نُظُم المعلومات، وتعزيز كفاءة المستشفيات.

وتهدف هذه الوثيقة إلى التوعية بالثغرات في أداء المستشفيات في الإقليم، وبالتوعية بما للحوكمة السريرية (الإكلينيكية) والقيادة والإدارة من أدوار حاسمة في تحسين أداء المستشفيات. وتصف الوثيقة الوضع الراهن في هذا المضمار، وتعرض أدوات موثقة وقائمة على البيّنات، وتوصيات للتعاطي مع هذه القضية.

2. الوضع العالمي

حتى الحرب العالمية الثانية، كانت المستشفيات⁽²⁾ تُدار في الغالب باعتبارها مؤسسات دينية خيرية. وبعد أن وضعت هذه الحرب أوزارها، أصبحت المستشفيات محوراً لوضع نُظُم صحية حديثة في العديد من البلدان، لاسيما البلدان الصناعية المتقدمة. علماً بأن نموّ المستشفيات قد دعمه تطوُّر التكنولوجيا الصحية والطبية البيولوجية، وبخاصة طرائق التطهير antiseptic techniques، والتخدير الذي يتميز بمزيد من الفعالية، والمعرفة الجراحية [2].

وفي النقاش الذي دار في العديد من البلدان خلال العقدين الأخيرين من القرن العشرين، كانت الغلبة لقضية كفاءة المستشفيات وأدائها. وقد تركّز أحد الأبعاد المهمة لذلك النقاش على استرداد التكاليف من أجل تقليص دور الحكومة في تمويل المستشفيات العمومية [11]. وكان القصد من ذلك أن يصبح المهنيون الصحيون أكثر حساسية للتكاليف، وجرى العمل على إيجاد ثقافة تقدير التكاليف وتحليلها في العديد من المستشفيات العامة والخاصة. علماً بأن تقدير التكاليف، إضافة إلى توفير معلومات وبائية عن أسباب خروج المريض من المستشفى، قد أديا إلى اعتماد مفهوم تصنيف الفئات بحسب التشخيص⁽³⁾، باعتباره آلية محسّنة لتسديد التكاليف [2].

وقد جرت العادة، على الصعيد العالمي، على استخدام عدد الأسرة بالمستشفيات مقابل عدد السكان في أي بلد، باعتباره مؤشراً لنوعية الرعاية الصحية. غير أنه يتضح من البيانات المتوافرة أن النقصان في معدلات المراضة والوفيات يتأثر أكثر ما يتأثر بالإجراءات الوقائية والتعزيزية للصحة العمومية، وبإدارة المستشفى إدارة أفضل، لا بعدد الأسرة وحده. وهناك ثلاثة تطورات رئيسية أثرت على الرعاية بالمستشفيات في العقود الأخيرة، وهي: نقل المرضى النفسيين ذوي الإقامة الطويلة من المستشفى إلى مرفق اجتماعي؛ وتزايد تقديم الرعاية التمرضية للمسنين خارج المستشفيات؛ وإعادة هيكلة الرعاية الوجيهة للحالات الحادة، مع مزيد من المعالجة الجوّالة ambulatory والتأهيل خارج المستشفى. وقد أدّت هذه التغييرات إلى تناقص عدد أسرة المستشفيات المخصّصة للرعاية الوجيهة للحالات الحادة، وتناقص متوسط مدة الإقامة في المستشفى. وزادت حالات إدخال المرضى في المستشفى، مما يعكس زيادة كفاءة التدبير العلاجي للمرضى، والأخذ بتكنولوجيات جديدة وحوافز مالية لتقليص مدة الإقامة في المستشفى. والواقع أن عدد الأسرة المخصصة للرعاية الوجيهة للحالات الحادة في بلدان الاتحاد الأوروبي قد انخفضت من

41 سريراً لكل 10000 نسمة في عام 1990 إلى 34 سريراً في عام 1999 [12].

ومن أقوى العوامل التي شكلت التغيير في المستشفيات اتجاه الطب إلى مزيد من التخصص. ويستلزم الأمر على نحو متزايد اكتساب العاملين في الرعاية الصحية قدرات جديدة تعينهم على أداء مهامهم. كما يتعين عليهم مواكبة التطورات الجديدة في تكنولوجيا المعلومات. علماً بأن التقدّم التكنولوجي في المستقبل سوف يتطلّب المزيد من

(2) المستشفى مؤسسة لإقامة المرضى الداخليين والمصابين، مزودة بمرافق لرعايتهم طبياً وتمريضياً وتشخيصهم ومعالجتهم وتأهيلهم على مدى أربع وعشرين ساعة، سواء للحالات التي تتطلب تدخلاً طبياً أو التي تتطلب تدخلاً جراحياً، ويعمل في المستشفى طبيب واحد على الأقل. كما يمكن للمستشفى أن يقدم خدمات للمرضى الخارجيين فضلاً عن الخدمات الوقائية والتعزيزية.

(3) تصنيف الفئات بحسب التشخيص: طريقة لتصنيف المرضى بحسب التشخيص وكثافة الموارد المطلوبة، ويكون ذلك عادة لفترة إقامة واحدة في المستشفى [8].

القوى العاملة المتخصصة. وهناك أيضاً اتجاه إلى تعزيز التمريض بوصفه مهنة صحية مستقلة، وقد أدخلت بعض البلدان الأوروبية أنواعاً مختلفة من الممرضات الممارسات. وبوجه عام، فإن العمل الجماعي لفريق متعدد الاختصاصات يتعزز دوراً، مما يتطلب مهارات جديدة، ومواقف جديدة من التعاون، وآليات جديدة لضمان استمرارية الرعاية [3].

وقد اجتاز تنظيم المستشفيات وإدارتها تحولات كبرى خلال العقد الثامن من القرن الماضي. فقد استعيرت نماذج للإدارة من القطاع الخاص، استهدفت جعل المديرين أكثر خضوعاً للمساءلة، مع تسطيح هياكل الإدارة التي كانت هرمية في السابق، وتعزيز المنافسة على المزيد من الكفاءة، وربط المدخلات بالنتائج، ووضع مؤشرات للأداء يُقاس في ضوءها امتثال الموظف وإنتاجيته. وتم تعزيز نُظم المعلومات الإدارية باستخدام تكنولوجيا المعلومات والتصنيف الدولي للأمراض [2].

وجرى تعزيز استقلال المستشفيات في البلدان ذات الدخل المنخفض وذات الدخل المتوسط، ولكن أثرت المخاوف من أن تمثل تلك الإصلاحات خطوة أولى نحو خصخصة المستشفيات العامة. علماً بأن النماذج التي تقوم على أساسها الخبرات الراهنة لا تؤكد على دور وزارة الصحة في التنظيم والتقييم وضمان الحصول بعدالة على الخدمات [13]. ويتضح من الدراسات التقييمية التي أجريت في أفريقيا وآسيا وأمريكا اللاتينية [14، 15] أن الاستقلالية الجيدة التصميم، والحوكمة المحسنة، ترتبطان عامةً بتحقيق أداء أفضل. وقد نُسبت حالات الإخفاق في هذا المجال إلى الافتقار إلى رسالة محدّدة بوضوح، وإلى قصور نُظم اتخاذ القرار، والإدارة، ونقص الحافز لدى العاملين [16، 17].

ويقوم مفهوم الحوكمة السريرية (الإكلينيكية) على أساس أن المسؤولين عن تحسين نوعية الرعاية يتعين أن يتمتعوا أيضاً بالقدرة على التأثير في استخدام الموارد. علماً بأن هذا المفهوم يتطلب من المستشفيات إدماج الرقابة المالية، وأداء الخدمات، والجودة الإكلينيكية معاً، مع ملاحظة أن الجودة الإكلينيكية تشمل أنشطة من قبيل تحسين نُظم المعلومات، وترسيخ التطوير المهني، وتطوير نُظم المراجعة من قِبَل الزملاء [18]. وتتألف الحوكمة الإكلينيكية من العناصر الآتية: التعليم والتدريب، والمراجعة السريرية (الإكلينيكية)، والفعالية السريرية، وإتاحة نتائج الأداء لتمحيصها من جانب جمهور الناس، والبحث والتطوير، وإدارة المخاطر التي يتعرض لها المريض والممارس والمؤسسة المعنية.

وسعيّاً إلى فهم دوافع أداء المستشفيات على نحو أفضل، وإلى تقييم العوامل المؤثرة في هذا المجال، قامت المنظمة واتحاد المستشفيات الدولي بإجراء دراسة عالمية شاملة عن أداء المستشفيات خلال الفترة 2001 - 2002. ونُشرت نتائج الدراسة في عام 2008 [19]. وقد اختارت الدراسة بلدين اثنين على الأقل من كل من أقاليم المنظمة الستة، وبلغ مجموع البلدان المختارة عشرين بلداً. وقد ضمت الدراسة من إقليم شرق المتوسط كلاً من الجمهورية العربية السورية ولبنان وقبرص (التي أصبحت الآن ضمن الإقليم الأوروبي)، ومصر والمغرب. وكان الغرض من الدراسة هو استعراض دور المستشفيات في النظام الصحي، وقدرتها على تلبية احتياجات السكان. ولاحظت الدراسة أنه مع وجود اختلافات ضخمة بين البلدان، فإنه توجد جوانب مشتركة كثيرة بين البلدان فيما يتعلق بالعوامل التي تؤثر في أداء المستشفيات. ولوحظ أنه في معظم البلدان التي أجريت عليها الدراسة أن هناك اتجاهاً لإدارة المستشفيات بوصفها نظاماً مستقلاً لا تربطه بالنظام الصحي الوطني سوى رابطة ضعيفة جداً.

وانتهت الدراسة إلى أن النقص المزمّن في التمويل وضعف الإدارة في البلدان ذات الدخل المتوسط وذات الدخل المنخفض، يؤدي إلى تدهور المستشفيات العمومية وإهمالها. وكان تأثير ذلك أكبر ما يكون في مستوى المنطقة الصحية، مما يؤدي إلى تحويل المرضى إلى المستوى الثالثي. وأغلب ما يقدمه المستشفى من خدمات هو ذو طبيعة علاجية، كما أن مشاركة المستشفى في توفير الرعاية الوقائية والتعزيزية للمجتمعات التي يقوم على خدمتها هي مشاركة ضئيلة. ثم إن دور المستشفى في تعليم وتدريب العاملين الصحيين هو دور محدود، مع استخدام معظم المستشفيات طرقاً تقليدية. وفيما يتعلق بإدارة الموارد البشرية في المستشفيات، في معظم بلدان الإقليم، وجدت الدراسة أن سوء إدارة الموارد البشرية واسع الانتشار، مع غياب نُظُم الحفز والمكافأة. ولا توجد نُظُم للتقييم المنهجي إلا في قلة قليلة من بلدان الإقليم، على حين أن بضعة من بلدان الإقليم تعوزها توصيفات الوظائف والمهارات. علماً بأن انخفاض الروح المعنوية، والبطالة، وعدم العدالة في توافر وتوزيع الموارد البشرية، هي عوامل تثير المشكلات أمام تعيين الموظفين الأكفاء واستبقائهم. [19].

3. الوضع الإقليمي⁽⁴⁾

المستشفيات في الإقليم متنوعة من حيث أحجامها، ووظائفها، وملكيته. فنسبة كبيرة من المستشفيات تمتلكها الحكومة، وتقدم الرعاية بالمجان أو بتكلفة مدعومة مالياً. غير أنه يتزايد حالياً الاعتماد على الرسوم التي يدفعها المستفيدون من خدمات مستشفيات القطاع العام من أجل تغطية ميزانياتها، مما يؤدي إلى الحد من إمكانية حصول الفقراء على خدمات المستشفيات. ومن أجل التصدي لما ينتج عن ذلك من عدم العدالة، ومن أجل زيادة الكفاءة والشفافية، وترشيد التكاليف، تعكف جل البلدان إن لم يكن كلها على إدخال بعض الإصلاحات.

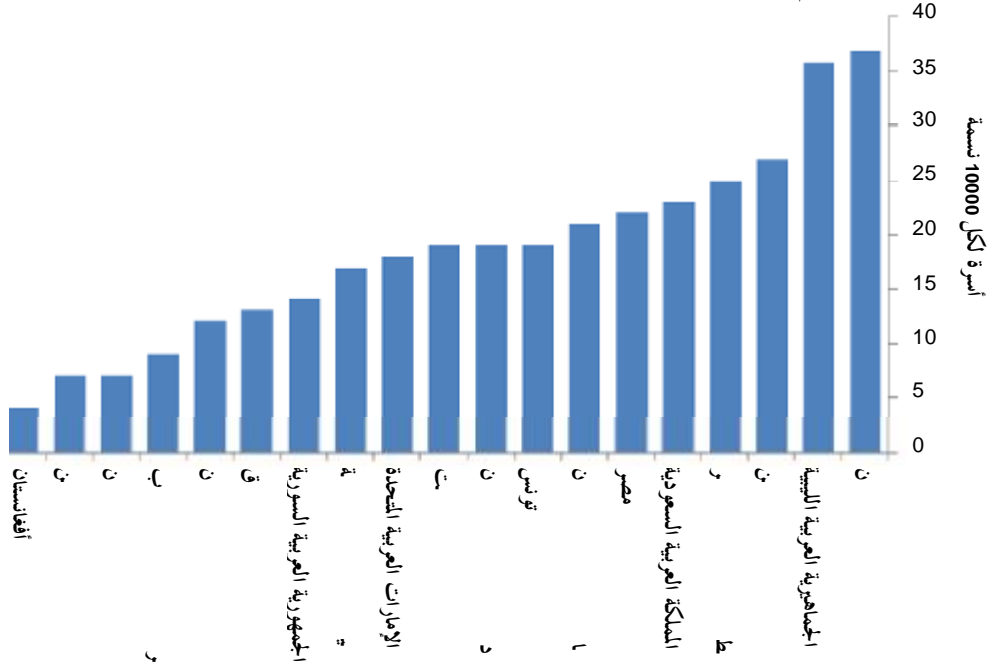
وقد تزايدت في جميع بلدان الإقليم المستشفيات الخاصة، والتي تتراوح أحجامها في العادة بين الصغير والمتوسط، مما أدى إلى اتخاذ سياسات تتعلق بالخصخصة بعضها إيجابي وبعضها سلبي. ويتراوح عدد الأسرة في المستشفيات الخاصة بين 80% من إجمالي أسرة المستشفيات في لبنان و43% في الأردن و6% في العراق⁽⁵⁾. علماً بأن هذا التكاثر في عدد الأسرة لدى القطاع الخاص لا يصاحبه تطور مواز في الآليات التنظيمية في البلدان ذات الدخل المتوسط المائل إلى الانخفاض والبلدان ذات الدخل المنخفض. ويجدر بالملاحظة أن تركز المستشفيات العامة، والمستشفيات الخاصة، على الأخص، في العاصمة وغيرها من المدن الكبرى، قد زاد من افتقار العدالة في توزيع خدمات الرعاية في العديد من البلدان.

(4) المعلومات الواردة في هذا القسم تعتمد كثيراً على دراسات أُجريت عن الحوكمة governance في عشرة من بلدان الإقليم، منها دراسة عن سلامة المرضى في 27 مستشفى في 6 بلدان، ودراسة عن التعاقد من الباطن على الخدمات الصحية في عشرة بلدان، إضافة إلى استراتيجيات للتعاون مع البلدان، وتقارير لبعثات للمراجعة الشاملة أوفدتها المنظمة إلى 8 بلدان (أنظر المرصد الإقليمي للنُظُم الصحية www.emro.who.int).

(5) المعطيات (البيانات) المأخوذة من التقارير الإحصائية القطرية، كلها مستمدة من مواقع وزارة الصحة لكل بلد على شبكة الإنترنت، والمنشورة عام

ولا توجد لدى معظم بلدان الإقليم استراتيجيات وخطط⁽⁶⁾ فيما يتعلق بالنظام الصحي ككل. والخدمات التي تقدمها المستشفيات هي في الغالب خدمات علاجية وتأهيلية، على حين أن مشاركتها في الأنشطة الوقائية والتعزيزية متدنية أو متواضعة، مع تفاوت الوضع في هذا المجال تفاوتاً كبيراً في مختلف المستشفيات والبلدان. وحيثما تقوم المستشفيات بدعم الرعاية الصحية الأولية، يقتصر دعمها هذا في الغالب على التدريب، وإعداد بروتوكولات التدبير العلاجي، والإحالة.

ويتراوح عدد الأسرة لكل 10 000 نسمة بين 37 سريراً (37 في لبنان و36 في الجماهيرية العربية الليبية) وأقل من 10 أسرة لكل 10 000 نسمة في خمسة بلدان (الشكل 1). غير أنه يلاحظ في شتى أنحاء الإقليم سوء التوزيع الجغرافي للبنية الأساسية والموظفين. ويصنّف أداء المستشفيات، عموماً، بحسب انخفاض معدلات شغل الأسرة، التي تتراوح بين ما يزيد على 80% في معظم بلدان مجلس التعاون الخليجي وحوالي 45% في المتوسط في سائر بلدان الإقليم ذات الدخل المتوسط وذات الدخل المنخفض. ويُعتقد أن متوسط طول الإقامة في المستشفى أكبر بكثير من المتوسط العالمي، وذلك للعديد من العوامل، التي منها ملاءمة الإجراءات المتخذة، والمعارف، والمهارات، والعوامل ذات العلاقة بقصور النظام الصحي. علماً بأن طول مدة الإقامة يتأثر أيضاً تأثيراً كبيراً بالارتفاع السائد لوقوعات العدوى في مستشفيات الإقليم.



المصدر: المؤشرات الديمغرافية والاجتماعية والصحية لبلدان إقليم شرق المتوسط، 2008

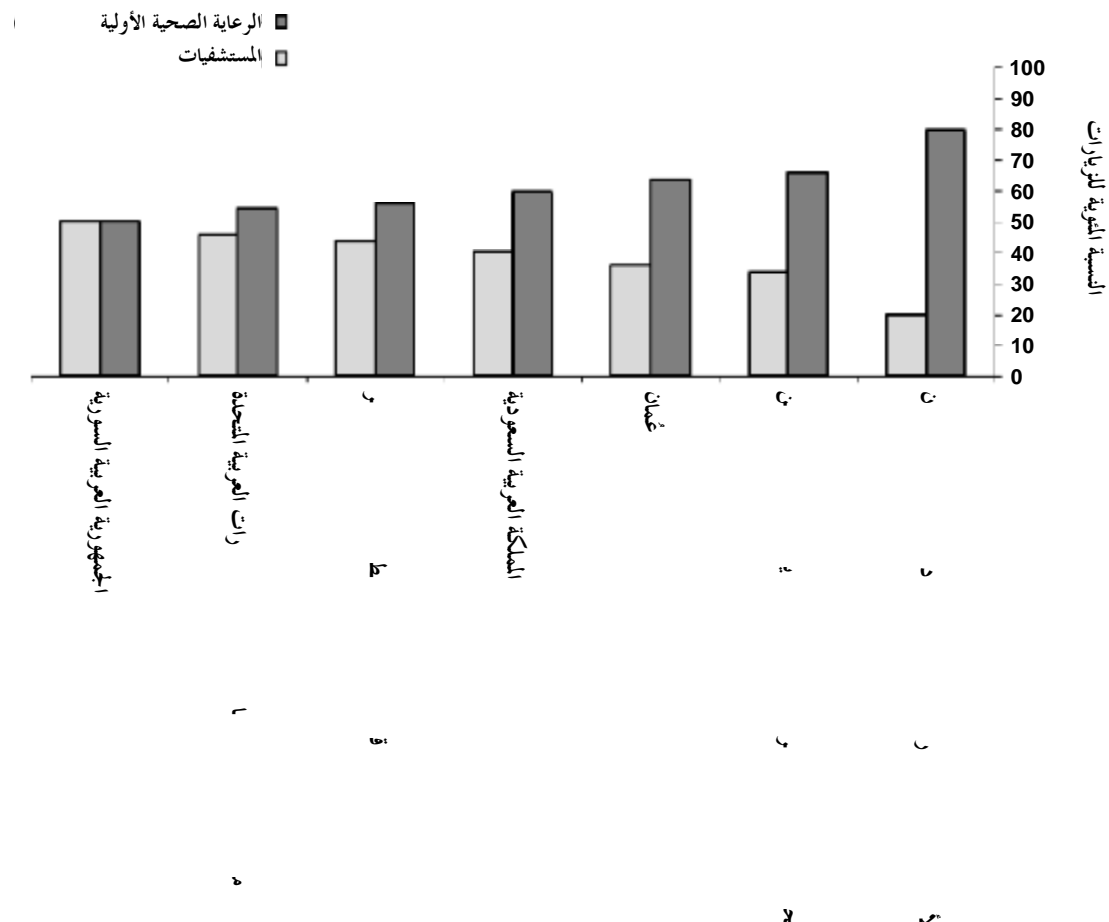
الشكل 1. أسرة المستشفيات لكل 10,000 نسمة في نخبة من بلدان إقليم شرق المتوسط، 2008

(6) المصدر: المرجع [19] وتقارير المشاورين ومراجعات النظم الصحية في أفغانستان والإمارات العربية المتحدة وباكستان والبحرين وجمهورية إيران الإسلامية والجمهورية العربية السورية وجيبوتي والسودان واليمن. وتوجد لدى أفغانستان سياسة وطنية خاصة بالمستشفيات، ووثائق خاصة بالخدمات الأساسية للمستشفيات.

وبناء على الخبرة العالمية للبلدان المتقدمة، لا يُتَوَقَّع أن يتجاوز مجموع مرضى المستشفيات 20% - 30% من إجمالي عدد مرضى النظام الصحي [2]. ويقارن الشكل 2 بين زيارات المرضى الخارجيين للمستشفيات وإجمالي الزيارات إلى مرافق الرعاية الصحية الأولية في الإقليم. ويبيّن أن زيارات المرضى الخارجيين للمستشفيات في الإقليم هي أعلى بكثير من المعدل العالمي المعتاد. ويؤثر هذا تأثيراً كبيراً على أداء المستشفيات. وقد يسوء هذا الوضع في البلدان ذات الدخل المنخفض التي تتسم نُظُمُ الإحالة فيها بالقصور، وتسوء فيها نوعية خدمات الرعاية الصحية الأولية. هذا، مع العلم بأن بلدان مجلس التعاون الخليجي يعمل فيها النظام الصحي بصورة جيدة، وإن كانت هذه الصورة تشوهها ظاهرة جاليات المغتربين التي تتخطى الرعاية الصحية الأولية، بسبب الحواجز المالية التي تعوق وصولها إلى الخدمات العمومية، ودخول النظام الصحي من خلال أقسام الطوارئ والإصابات. ويقدر أن ما يتراوح بين 30% و60% من زيارات المستشفى هذه ليست عاجلة.

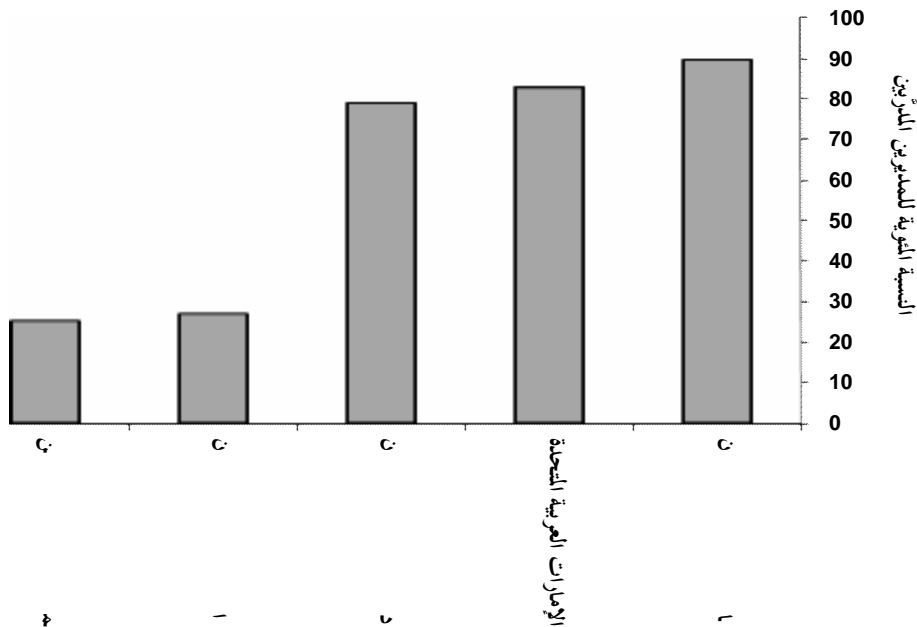
وقد استثمرت بعض البلدان في تطوير نُظُم حديثة للإدارة، وفي تدريب المديرين باعتبار الإدارة مهنة مستقلة. وقد وجدت الدراسة العالمية أن نُظُم الإدارة في مستشفيات البلدان التي أُحرقت عليها الدراسة، تتسم بالضعف على العموم. كما أن توافر المديرين الأكفاء، والسياسات والإجراءات الفعّالة، ونُظُم الحوكمة السريرية (الإكلينيكية)، وثقافة تقدير التكاليف وتحليلها، والإدارة المالية، وإدارة الموارد البشرية لا تحتل موقعاً في صدارة برنامج النظام الصحي [19].

وقد أجرت المنظمة دراسة عالمية أخرى بشأن أوضاع الموارد البشرية الصحية، شملت خمسةً من بلدان الإقليم، وقد أظهرت الدراسة تفاوتاً كبيراً في تدريب مديري المستشفيات (الشكل 3). كما أوضحت الدراسة أن ظروف العمل في معظم البلدان ذات الدخل المتوسط وذات الدخل المنخفض لا تساعد على تحسين الكفاءة، بسبب تدني الحافز لدى الموظفين، ونقص كل من الأدوات الإدارية والشفافية والمساءلة.



المصدر: التقارير الإحصائية القطرية، مواقع وزارات الصحة على شبكة الإنترنت، 2005

الشكل 2. المقارنة بين زيارات المرضى الخارجيين إلى المستشفيات وإجمالي الزيارات إلى مرافق الرعاية الصحية في نخبة من بلدان إقليم شرق المتوسط



المصدر: وضع خرائط لمديري المستشفيات: دراسة نموذجية أجرتها المنظمة في نخبة من البلدان، (جنيف، منظمة الصحة العالمية، غير منشورة، 2008)

الشكل 3. مديرو المستشفيات المدربون على الإدارة في خمسة من بلدان إقليم شرق المتوسط

ولم يتم بعد إدخال الحوكمة السريرية (الإكلينيكية) في أي من مستشفيات الإقليم (على حد علم المنظمة). وقد شاركت جميع بلدان الإقليم في وقت من الأوقات في برامج الجودة. غير أنه لوحظ تفاوت ملموس في إقامة مثل هذه البرامج والمداومة عليها وترسيخها. ثم إن النظم الصحية تعوزها ثقافة المساءلة والشفافية والمراجعة، كما أن السياسات الخاصة بحقوق المرضى لا يجري تطبيقها بشكل جيد⁽⁷⁾.

(7) أوفد المكتب الإقليمي بعثات للمراجعة الشاملة إلى: أفغانستان (2007)، والإمارات العربية المتحدة (2008) وباكستان (2008)، وجمهورية إيران الإسلامية (2007)، والجمهورية العربية السورية (2008) والمملكة العربية السعودية (2007)، واليمن (2008).

ويجدر بالملاحظة أن ما يدور من مناقشات عالمية حول أساليب إدارة المستشفيات - بدءاً من منحها الاستقلال وانتهاءً بخصخصتها - لم يكن لها أثر يُذكر في الإقليم، الذي يلتزم في الغالب بالخدمة العمومية. لقد أخذ بمبدأ استقلال المستشفيات وطُبق منذ أوائل العقد التاسع من القرن الماضي في العديد من البلدان ذات الدخل المنخفض، والمتوسط، والمرتفع، بما فيها الأردن والإمارات العربية المتحدة وباكستان وتونس وجمهورية إيران الإسلامية ومصر والمغرب والمملكة العربية السعودية. وقد شرعت بلدان أخرى مؤخراً في العمل على تطبيق هذا المبدأ (الجمهورية العربية السورية والسودان وعمان ولبنان). وبوجه عام، لا يُعرف سوى القليل عن نجاح أو إخفاق هذه التجربة حتى الآن، وذلك بسبب الافتقار إلى التقييم الخارجي والموضوعي، وإلى التوثيق الصحيح. وقد أُجري مؤخراً تقييم للمبادرة التجريبية لاستقلال المستشفيات⁽⁸⁾. واتضح من التقييم وجود ثغرات في عملية التخطيط على مستوى المستشفيات فيما يتعلق بالرامي الاستراتيجية العامة للقطاع الصحي، والعوائق التي تواجه تفويض اختصاصات الإدارة، ونقائص إدارة الموارد البشرية، وأوجه القصور في عملية الشراء والتوريد، وغياب وظيفتي تحليل التمويل وتحليل التكاليف. غير أن هذه المبادرة قدمت بينات على أن النظم الصحية الفعّالة هي أساس النجاح في اعتماد مبدأ الاستقلال [17].

كما أن اعتماد المستشفيات هو من الأمور التي دخلت حيز التطبيق العملي مؤخراً في الإقليم. فقد شرعت بلدان عديدة بالإقليم في اعتماد المستشفيات، مع قيام بعضها بتشكيل هيئات للاعتماد، وقيام بعضها الآخر بتطبيق أساليب مختلفة للاعتماد. وقد قامت بالفعل منظمات دولية باعتماد بعض المستشفيات، معظمها خاصة، غير أن استدامة هذا الوضع أمر مشكوك فيه، نظراً لارتفاع تكلفته. وقد نشرت جامعة الدول العربية مؤخراً "أداة اعتماد المستشفيات، دليل ومسرّد"، مستندة إلى النموذج الذي وضعته منظمة الصحة العالمية، بعد اختباره على سبيل التجريب في بعض بلدان الإقليم.

وسعيّاً إلى قياس إنتاجية المستشفيات، استخدمت بعض البلدان مؤشّرات كمية تقليدية لم تتغير طيلة عقود من الزمن (معدلات شغل الأسرة، ومتوسط مدة الإقامة بالمستشفى، وما إلى ذلك). وقد شرعت بضعة مستشفيات، معظمها خاصة، في استخدام نخبة من المؤشّرات النوعية، بما في ذلك قياس رضا المريض عن الخدمات المقدّمة إليه [20].

وفي عام 2006، قُدّر حجم الأحداث المناوئة في الإقليم بما نسبته 10% في المتوسط من جميع زيارات المرضى الداخليين [21]. وتوكيداً لخط من خطوط الأساس، قام المكتب الإقليمي بدعم دراسة عن سلامة المرضى وقياس الأحداث المناوئة في 27 مستشفى في ستة من بلدان الإقليم (الأردن وتونس والسودان ومصر والمغرب واليمن). وتشير نتائج الدراسة إلى أن المتوسط الإقليمي للأحداث المناوئة يبلغ حوالي 8%، إذ يتراوح بين 2.5% في أدنى معدّلاته، و18% في أعلى معدّلاته. غير أنه مرتبط بمعدل للوفاة والعجز الدائم يصل إلى 2.5%، وهو أعلى معدل من نوعه في العالم. وتشمل المجالات ذات الاحتياجات الملحوسة، السياسات والإجراءات التشغيلية الموحّدة، والتواصل، وتدريب الموظفين. وقد انتُفع بنتائج هذه الدراسة في إثراء المبادرة الإقليمية للمستشفيات المراعية لسلامة المرضى.

(8) مبادرة استقلال المستشفيات في عُمان، تقرير استشاري لمنظمة الصحة العالمية، 2008، غير منشور.

وفي خلال العقدين الماضيين تورط 15 بلداً في الإقليم، يقطنها 85% من سكان الإقليم، تورطاً مباشراً أو غير مباشر في نزاعات. وقد مرت مؤخرًا ستة بلدان (أفغانستان والسودان والصومال وفلسطين والعراق ولبنان) أو هي لاتزال تمر بطوارئ معقدة. ولا يخفى أن المستشفيات يمكنها القيام بدور حاسم في الحد من الضرر الناجم عن انعدام الأمن على صعيد الصحة العمومية. وعلى ذلك، يتعين أن تتمتع المستشفيات بالقدرة على تلبية الطلب المتزايد على الرعاية من أجل تمحيص الرعاية وتثبيتها وتوفير الرعاية العالية الجودة للمرضى [22].

4. استجابة المنظمة

قدّم تقرير عام 2000 عن الصحة في العالم، إطاراً مفاهيمياً للنظام الصحي [8]. وقد نُقح هذا الإطار في عام 2007 من أجل القيام على نحو أفضل بالتقاط محددات أداء المستشفيات - ألا وهي الفعالية، والكفاءة، والاستجابية، والجودة، والمأمونية - باعتبارها نتائج وسيطة لوظائف القطاع الصحي. وفي تقرير عام 2008 عن الصحة في العالم [10]، أعيد مجدداً التأكيد على دور المستشفيات في دعم الرعاية الصحية الأولية. كما تم التأكيد على أهمية تعزيز نُظم الإحالة كي تؤدي عملها على نحو أفضل.

ويتعين على راسمي السياسات تقرير أي رعاية علاجية هي التي تقدمها المستشفيات على نحو أفضل من غيرها، ودراسة مبادلة مختلف الخدمات وفقاً لعلو مردودها، من أجل تحسين كفاءة أقسام المستشفيات، فضلاً عن نظم المستشفيات ككل. وقد أعدت المنظمة دليلاً عن تكاليف المستشفيات من أجل مساعدة متخذي القرار في هذا الشأن [23]. كما أن الجهود التي تبذلها المنظمة لتلبية الاحتياجات القطرية في مجال المستشفيات قد أسفرت عن إصدار منشورات مركزة وأدوات مختلفة لتحسين الأداء. وللمعاونة على استخدام هذه الأدوات استخداماً أفضل، أنشئت صفحات على شبكة الإنترنت في موقع المنظمة على الشبكة، بشأن إدارة الخدمات الصحية عموماً، بما في ذلك المستشفيات (*Managers taking action hard on knowledge and effective use of resources to active results (MAKER)* (<http://www.who/management/en>) وفي موقع المكتب الإقليمي على الشبكة (مبادرات فعالية الإدارة *management effective initiatives* (<http://www.emro.who.int/mei>). وتعزيزاً للقيادة والإدارة في البلدان، أعدت المنظمة إطاراً لتحسين الإدارة والقيادة، يمكن استخدامه لتقييم وتحسين نظام إدارة المستشفيات (الأعداد، والكفاءات والمهارات، ونُظم الدعم الأساسي، وبيئة العمل) [24].

وقد قام المكتب الإقليمي الأوروبي لمنظمة الصحة العالمية بإعداد أداة تقييم الأداء لتحسين الجودة في المستشفيات، من أجل دعم المستشفيات في عملية جمع المعطيات (البيانات) عن أدائها، وتحديد كيفية أدائها لعملها مقارنةً مع نظائرها، والقيام بأنشطة تستهدف تحسين جودتها. ويشتمل إطار تقييم الأداء على ستة أبعاد تتمثل في:

(9) يفيد الإطار بأن القيادة والإدارة الجيدة تتطلب التوازن بين أربعة أبعاد هي: (1) ضمان توافر أعداد كافية من المديرين وتوزيع المديرين على كامل نطاق النظام الصحي؛ (2) ضمان تمتع المديرين بالكفاءات اللازمة (المعارف، والمهارات، والمواقف، والسلوكيات)؛ (3) وجود نُظم فعالة للدعم الأساسي (إدارة الأموال والموظفين والمعلومات والإمدادات، وما إلى ذلك)؛ (4) تهيئة بيئة مواتية للعمل (الأدوار والمسؤوليات، والإطار التنظيمي والقواعد، والإشراف والحوافز، والعلاقات مع سائر الأطراف الفاعلة).

أربعة مجالات (الفعالية السريرية (الإكلينيكية)، والكفاءة، وتوجيه الموظفين، والحوكمة المتجوبة) كما يشتمل على منظورين اثنين جانبيين (المأمونية، والتركيز على المرضى) [20].

وتيسيراً لتطبيق الإطار، أنشأت المنظمة شبكة دولية للدعم، بما فيها روابط للدراسات المرجعية أو الدلائل الإرشادية المعيارية المثلى، ومؤتمرات التداول من بعد، والحلقات العملية، ومنتديات النقاش على الإنترنت، والمؤتمرات. وعلى الرغم من أن أداة تقييم الأداء لاتزال في طور التقييم ولا يشارك فيها جميع البلدان في هذه المرحلة (بما فيها بلدان إقليم شرق المتوسط)، فإنه ينبغي للبلدان المهتمة الاتصال بالمنظمة لمناقشة استراتيجية تطبيق هذه الأداة⁽¹⁰⁾.

وقد أصدر المكتب الإقليمي لشرق المتوسط الدلائل الإرشادية لاعتماد المستشفيات، وقام بتوزيعها على بلدان الإقليم على نطاق واسع. وقد روعي في إعداد هذه الدلائل أن تكون ملائمة للإقليم قدر الإمكان وعلى درجة من المرونة تسمح بتكييفها في جميع بلدان الإقليم. ويتميز نموذج الاعتماد الإقليمي بسمات محددة تجعله مختلفاً عن سائر أساليب الاعتماد. ومن هذه السمات التي يتميز بها، نطاقه الشامل، الذي يشتمل على معايير تعزيزية ووقائية وعلاجية، بحسب المقتضى. كما أن نموذج الاعتماد هذا يستلزم الأخذ بنهج تدريجي فيما يتعلق بالاعتماد، يبدأ من مستوى أساسي يتعين على كل المستشفيات بلوغه، ثم الانتقال إلى مستوى أكثر تطوراً مع تعاضم درجة التخصص. وكان هذا هو الأساس الذي قامت عليه أداة اعتماد المستشفيات العربية التي أقرتها جامعة الدول العربية، والتي اختُبرت على سبيل التجريب في كل من الأردن والجمهورية العربية الليبية ومصر.

وأطلقت في الإقليم عام 2007 مبادرة المستشفيات المراعية لسلامة المرضى، للحث والتشجيع على الممارسات الصحية المأمونة في مستشفيات الإقليم. كما تستهدف هذه المبادرة إدماج جميع الأنشطة المتعلقة بسلامة المرضى في مرافق الرعاية الصحية، وبخاصة تلك الأنشطة التي تُدار بوصفها برامج أفقية، تحت مظلة المبادرة. علماً بأن تنفيذ هذا البرنامج يمثل جهداً مشتركاً بين مرافق الرعاية الصحية المشاركة فيه، وبين منظمة الصحة العالمية والتحالف العالمي لسلامة المرضى - جهداً يوجّه العمل ويشهد بوفاء المرافق بمعايير محددة لسلامة المرضى.

وقد عمل المكتب مع البلدان على تحديد مستوى الاستعداد للطوارئ وإدارة المخاطر في الإقليم، وقام بإعداد إطار استراتيجي يمكن به للدول الأعضاء العمل على حماية المستشفيات والمرافق الصحية من الكوارث. ويستهدف الإطار ضمان تجهيز كل ما يُبنى من مستشفيات جديدة بمسوى من المرونة يعزز قدرتها على مواصلة العمل في حالات الكوارث، وتعزيز تدابير التخفيف من حدة آثار الكوارث، وذلك تقويةً للمرافق الصحية القائمة، ولاسيما تلك التي تقدّم الرعاية الصحية الأولية.

(10) فيما يلي متطلبات المشاركة في عملية أداة تقييم الأداء من أجل تحسين الجودة في المستشفيات:

1. الالتزام بفلسفة المشروع (باستخدام أداة التقييم بوصفها أداة لتحسين الجودة الداخلية في المقام الأول)؛
2. ضمان جودة المعطيات (البيانات)؛
3. المشاركة في اجتماعات الشبكة الوطنية للمعايير المرجعية؛
4. تجميع كل المؤشرات في المجموعة الأساسية (ما لم تكن مناسبة لمجال الرعاية المعني أو غير مطبقة فيه)؛
5. إبلاغ المعطيات (البيانات) في الوقت المناسب إلى منظمة الصحة العالمية.

5. الخاتمة والتحرك إلى الأمام

لا تزال أهمية المستشفيات وضرورة إدارتها بمزيد من الكفاءة تحتلان موضعاً في صدارة برنامج الإصلاح علي صعيد العالم والإقليم. ويأتي الاهتمام بالمستشفيات في حينه، إذ إن المستشفيات في شتى أرجاء العالم تواجه ضغوطاً متنامية وسريعة التغير بسبب الديمغرافيا السكانية، وأنماط الأمراض، والمعارف والتكنولوجيا الجديدة. والتحديات التي تواجه قطاع المستشفيات هي جزء من التحديات الاجتماعية والاقتصادية العامة عموماً، وتحديات القطاع الصحي خصوصاً. غير أن بعض هذه التحديات يخص المستشفيات تحديداً. وأهم هذه التحديات: نقص التمويل والاعتماد المتزايد على الرسوم التي يدفعها المستفيدون من الخدمة؛ والانفصال بين قطاع المستشفيات والخدمات الصحية الأساسية؛ وضعف نظم إدارة المستشفيات؛ وتدي نوعية الخدمات؛ والحاجة إلى جمع المعلومات النوعية والكمية اللازمة لدعم عملية اتخاذ القرارات. ولم تدخل الحوكمة السريرية (الإكلينيكية) بعد في مستشفيات الإقليم. غير أن جميع بلدان الإقليم قد شاركت في وقت من الأوقات في بعض جوانب الحوكمة السريرية مما سوف يسرّ إدخال هذا المفهوم.

ومن الأهمية بمكان للدول الأعضاء تحسين أداء المستشفيات إذا ما أريد للمرضى في القرن الحادي والعشرين أن يحصلوا على خدمات جيدة وعالية المردود. وهذا ما يمكن تحقيقه من خلال ما يلي: تحليل التكاليف وترشيدها فيما يتعلق بتمويل المستشفيات؛ وتعزيز القيادة والإدارة في المستشفيات؛ وإدخال الحوكمة السريرية (الإكلينيكية)؛ واستخدام أداة تقييم الأداء لرصد جودة الخدمات. وسوف تعمل المنظمة مع الدول الأعضاء على التعاطي مع مجالات الأداء التي هي بحاجة إلى تعزيز. وتتوافر لدعم هذا الغرض مجموعة مختلفة من الأدوات. وسوف تواصل المنظمة الاستفادة من المعطيات (البيانات) المتاحة، ولاسيما المعطيات التي يوفرها التحالف العالمي لسلامة المرضى، من أجل تعزيز إرشاداته بشأن تحسين نوعية خدمات المستشفيات.

6. توصيات إلى الدول الأعضاء

- (1) العمل على إيجاد ثقافة تحليل التكاليف وترشيدها في قطاع المستشفيات من أجل تحسين الإدارة المالية، وميزنة البرامج والمساءلة.
- (2) تقييم وتحسين إدارة المستشفيات ونوعية الخدمات باستخدام الأدوات والأطر المتوافرة، بما فيها الحوكمة السريرية، وإطار الإدارة والقيادة، وأداة تقييم الأداء لتحسين الجودة في المستشفيات.
- (3) إعداد صكوك تنظيمية تستهدف وضع قواعد ومعايير للتوزيع الجغرافي والوظيفي للمستشفيات، بما في ذلك الخطط الرئيسية لتطوير المستشفيات، وصون مبدأ العدالة في الحصول على الخدمات، وتعزيز سلامة المرضى في المستشفيات.
- (4) إجراء مراجعة شاملة للخبرة الوطنية في مجال استقلال المستشفيات، إن وجدت هذه الخبرة، في إطار تحرير النظام الصحي من قيود الإدارة المركزية، والتأكيد على دور وزارة الصحة في تنظيم وتقييم المستشفيات المتمتعة بالاستقلال، وضمان الحصول على الخدمات على قدم المساواة.

(5) إعداد أساليب بديلة عالية المردود لعمليات الإدخال في المستشفيات، من خلال تطوير الرعاية النهارية، والجراحة النهارية، والرعاية الصحية المنزلية.

المراجع

1. *Policy brief: The significance of hospitals*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002 (http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20020527_16, accessed 20 January, 2009).
2. McKee M, Healy J, eds. *Hospitals in a changing Europe*. Buckingham, Open University Press, 2001 (European Observatory on Health Care Systems Series).
3. Bernd R et al. *Investing in hospitals of the future*. World Health Organization, 2009 (European Observatory on Health Systems and Policies).
4. Abdullatif AA. Hospital care in WHO Eastern Mediterranean Region; an agenda for change. In: *International Hospital Federation Reference Book 2005/2006*. Ferney Voltaire, International Hospital Federation, 2005.
5. *The Performance Assessment Tool for Quality Improvement (PATH): preparing for the second wave of data collection. Report on a WHO workshop, Barcelona, 13-14 October 2006*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006 (http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/20010827_1, accessed 12 January 2008).
6. Freeman T, Walshe K. Achieving progress through clinical governance? A national study of health care managers' perceptions in the NHS in England, *Quality and Safety in Health Care*, 2004, 13:335–343.
7. *Configuring the hospital for the 21st century*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20020527_16, accessed 20 January, 2009)
8. *The world health report 2000. Health systems, improving performance*, Geneva, World Health Organization, 2000.
9. *Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes. WHO framework for action*, Geneva, World Health Organization, 2007.
10. *The world health report 2008: primary health care now more than ever*. Geneva, World Health Organization, 2008.
11. World Bank. *World development report 1993. Investing in health*. New York, Oxford University Press, 1993.
12. *Reducing hospital beds: What are the lessons to be learned?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20020527_16, accessed 20 January, 2009).
13. Ayyoub SK et al. *Implementing hospital autonomy in Jordan: an economic cost analysis of Al-Karak Hospital*. Bethesda, Partners for Health Reform Plus Project, Abt Associates Inc., 2002.
14. Bogue R, Hall C, La Forgia G. *Hospital governance in Latin America. Results from a four nation survey*. Washington DC, World Bank, 2007.
15. Chawla M, Berman P. *Improving hospital performance through policies to increase hospital autonomy*. Boston, MA, Harvard University, 1995.
16. *A review of determinants of hospital performance. Report of the WHO Hospital Advisory Group meeting, Geneva, 11–15 April 1994*. Geneva, World Health Organization, 1994.
17. Walford V, Grant K. *Health sector reform, improving hospital efficiency*, London, DFID Health Systems Resource Centre, 1998.
18. Malcolm L et al. Building a successful partnership between management and clinical leadership, experience from New Zealand. *BMJ*, 2003, 326:653.

19. WHO/International Hospital Federation. *The performance of hospitals under changing socioeconomic conditions*, Geneva, World Health Organization, 2008.
20. *Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH)*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007.
21. Donaldson LJ, Fletcher MG. The WHO World Alliance for Patient Safety: towards the years of living less dangerously. *Medical Journal of Australia*, 2006, 184: S69 S72 (http://www.mja.com.au/public/issues/184_10_150506/don10047_fm.html#intro, accessed 16 March, 2009).
22. Siddiqi S, Huda Q, ElAsady E. The role of hospitals in enhancing public health security: perspectives from the Eastern Mediterranean Region. In: *International Hospital Federation Reference Book 2008/2009*. Ferney Voltaire, International Hospital Federation, 2008.
23. *Analysis of hospital costs: a manual for managers*, Geneva, World Health Organization, 1998.
24. *Towards better leadership and management in health. Report on an international consultation on strengthening leadership and management, 29 January –1 February 2007, Accra, Ghana*. Geneva, World Health Organization, 2007 (WHO/HSS/health systems/2007.3 working paper no. 10).