مجلة العلوم القانونية و الاجتماعية

Journal of legal and social studies

Issn: 2507-7333

Eissn: 2676-1742

تحسين الأداء الصحي في المستشفيات – دراسة على ضوء التشريع الجزائري–

Improving the health performance of hospitals

a study in the light of Algerian legislation

حريز أسماء*

جامعة وهران 2 محمد بن أحمد، (الجزائر)، asmahariz@yahoo.fr

تاريخ ارسال المقال: 2022/03/02	تاريخ القبول: 2022/05/01	تاريخ النشر: 2022/06/01

* المؤلف المرسل

الملخص:

شهدت المؤسسات الاستشفائية تحديات كبيرة في تبني ممارسة المفهوم الحديث للمنظومة الصحية ذلك أن الهدف الأساسي لأي مؤسسة خدمية يتمثل في تلبية رغبات وحاجات المرضى، وتكييف أوضاعها مع الأخذ بعين الاعتبار حجم الطلب عليها وكلفة الموارد المطلوبة لتقديمها من حيث مساهمتها في دعم قدرة المستشفى على البقاء والنمو وتعزيز قدرته التنافسية.

من هنا تأتي أهمية بناء آلية تمكن من تقويم أداء الأنظمة الصحية لمساعدة إدارة المستشفى في التعرف على الجوانب الايجابية في أدائها لتعزيزها وتحفيزها والحفاظ عليها، والجوانب التي تحتاج إلى معالجة وتطوير لاتخاذ الإجراءات المناسبة بشأنها، والتي تهدف بصورة أساسية إلى معرفة مدى جودة وكفاءة كل فرد في وظيفته وتقييم قدراته لغرض التطوير والترقية.

الكلمات المفتاحية: المستشفى؛ الطبيب؛ المريض؛ إدارة الجودة الشاملة؛ الاستجابة؛ قانون الصحة 18-11.

Abstract:

Hospitals are constantly faced with the challenge of adopting a modern health system concept to be applied in their everyday work, knowing that their main objective as any other service institution, is to meet the needs of patients, keeping in mind the volume of demand being expressed, and the cost of resources needed to provide these services, as a way to contribute in the process of strengthening the capacity of the hospital to preserve its place, to develop, and to increase its competitive capacity.

Herein lies the importance of establishing a mechanism to evaluate the performance of health systems, that helps the hospital administration to identify the positive aspects of its performance that should be strengthened, and preserved, and take appropriate actions on those aspects that need to be addressed and developed. Mainly, this mechanism aims to find out the quality and competence of each individual in the work he/she performs, and to evaluate his/her abilities, for development and promotion purposes.

Keywords: hospital؛ doctor؛ patient؛ total quality management؛ response؛ health law 18-11

مقدمة:

سعت المجتمعات البشرية عبر التاريخ إلى محاربة الأمراض ومحاولة إيجاد الوسائل والطرق التي تؤدي إلى الشفاء منها، ولجأ الإنسان في البداية إلى استعمال وسائل بدائية للعلاج، قبل أن يتطور الوضع في المراحل اللاحقة ويظهر علم الطب[1] كعلم تجريبي وتطبيقي يقوم على الدراسات العلمية، ويسعى إلى إيجاد العلاج لكل المشاكل التي تعيق صحة الإنسان لذلك اعتبر مجال الطب من المجالات العلمية الدقيقة ذات الأولوية في المجتمع والتي تحتاج إلى الاهتمام الكبير عبر تطوير البحث العلمي في هذا المجال والبحث عن وسائل جديدة في ميدان الطب، لا سيما مع التقدم التكنولوجي الذي شهده القرن التاسع عشر.

إن المستشفى كنموذج للنظام الصحي قد تطور من نظام تقليدي إلى نظام مهني ليبرالي ولقد مر هذا التطور عبر مراحل حيث أن انتشار الأمراض يعد من الظواهر القديمة التي عرفتها كل المجتمعات، وخاصة الأولية منها أين لم تكن المؤسسة العلاجية موجودة وهذا ما ظهر عند الحضارة البابلية وقبل تطور الطب وطرق العلاج بحيث كان لها طابع ديني تسعى إلى محاربة الفقر[2]، وفي العصرين الأموي والعباسي تقدمت وظيفة البيمارستانت لتشمل تقديم الخدمات الصحية المتخصصة للمرضى، وتدريس صناعة الطب وعقد اللقاءات الطبية. أما في العصر الحاضر فقد تعقدت وظيفة المستشفى نظرا لاعتماد التشخيص على الأجهزة والتحاليل والأشعة التي تتطلب المزيد من الكفاءة والتقنية في ضبط الظروف العلمية إلا أن تركيز المستشفى صار يدور أيضا حول الطب الوقائي بحيث يعتبر بعض الباحثين[3] أن دور المستشفى الوقائي جزء من أخلاقيات المستشفى للوفاء بالمسؤولية الاجتماعية الملقاة على عاتقه كمؤسسة اجتماعية نشيطة من مؤسسات المجتمع، كما أن هنالك اتجاه عالمي عام نحو وجوب قيام المستشفى بدوره الصحيح في مجال حفظ وصيانة المجتمع لما يتوفر لديه من إمكانات وطاقات فنية وبشرية كبيرة تمكنه من القيام بدور ملموس في هذا الاتجاه.

هذه التطورات والتغيرات في وظائف المستشفى تجعل الإدارة الصحية لها خصوصية تتمثل في كيفية التعامل مع هذه التطورات ومسايرتها لتحقيق الهدف الأساسي وهو حسن التكفل بالمرضى[4]، وتحقيق الأهداف الوطنية الصحية من خلال محاربة المرض، ووقاية المجتمع والارتقاء بصحته حتى يكون قادرا على العمل والإنتاج.

تبرز أهمية الموضوع في كون الصحة أصبحت قضية عمومية، وموضوع ملح على السياسات العمومية للدولة، وإحدى أهم البرامج التي تعمل جل الدول على التصدي لها وإيجاد مختلف الحلول للمشاكل التي يعرفها القطاع الصحي[5]، وما يواجهه من تحديات في ظل العولمة والتقدم التكنولوجي والمعلوماتي، ومواجهة موضوع الجودة في المستشفيات إحدى هذه التحديات التي لا يمكن عزلها عن باقي القضايا التي تشغل القطاع الصحي.

إن التغيرات التي تشهدها الجزائر في جميع المجالات سواء اقتصادية، سياسية، اجتماعية، مع الأخذ بعين الاعتبار التقدم التكنولوجي الذي يشهده الميدان الطبي دفعنا إلى طرح التساؤل التالي: كيف يتم تقييم الأداء الصحي في المستشفيات؟ وإلى أي مدى يتم تطبيق إدارة الجودة الشاملة؟

لمعالجة هذه الإشكالية ارتأينا أن نتناولها في إطار منهج تحليلي يتناسب وطبيعة الموضوع، وذلك من خلال دراسة الإطار المفاهيمي للنظام الصحي(المبحث الأول)، وتطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات (المبحث الثاني).

المبحث الأول: الإطار المفاهيمي للنظام الصحي

تعد صحة الإنسان من أهم الأمور التي تسعى كل الدول والمجتمعات إلى الحفاظ عليها وحمايتها من كل ما يتسبب لها من الضرر، واليوم باتت العديد من الدول تقدم الكثير من المعلومات الصحية للأفراد التي من شأنها أن تقيهم خطر الأمراض[6].

سوف نقوم من خلال دراسة هذا العنصر بتعريف النظام الصحي(المطلب الأول)، مع بيان محددات الأداء الصحي(المطلب الثاني).

المطلب الأول: تعريف النظام الصحي

تعرف منظمة الصحة العالمية (WHO) النظام الصحي بأنه مجموعة المنظمات والمؤسسات والموارد والأفراد الرامية أساسا إلى تحسين الصحة، ويحتاج هذا النظام إلى موظفين وأموال ومعلومات ومستلزمات نقل واتصالات وتوجيه عام وكذا إدارة من أجل توفير الخدمات التي تلبي احتياجات أفراد المجتمع مع تقديم معاملة لائقة.

يتضح من خلال هذا التعريف أن النظام الصحي يتكون من ثلاثة مكونات أساسية تتمثل فيما يلي:

– الأفراد والجماعات التي تحتاج الخدمات الصحية الشخصية، وهو ما يرمز إليه بالعنصر الشخصي، وهذا المكون أو العنصر يمثل الأشخاص الذين يحتاجون إلى هذه الخدمات التي تتوافر لهم في المؤسسات الصحية.

– المكون المهني والفني، وهذا يتضمن الأشخاص الذين يقدمون الخدمات الصحية لمن يحتاجها، ومن أمثلة هؤلاء الطبيب والممرضات والصيادلة.

– المكون الاجتماعي، وهذا يتضمن المؤسسات العامة والخاصة في المجتمع بحيث أن كل منهم يقوم بدوره أو بعمل أو أعمال معينة وهذه الأعباء الذين يتحملونها تشمل: تنظيم أسلوب تقديم الخدمات الصحية، تحسين مستوى الرعاية الصحية، جمع التمويل اللازم وتوزيعه أو تخصيصه، وكذلك تخطيط وتنسيق العلاقات.

بذلك فالنظام الصحي يشمل كل أساليب العمل والإجراءات وكذا السياسات واللوائح التي تسعى لتحقيق الأهداف الصحية في دولة أو في مؤسسة أو في دائرة معينة، فإنها تأخذ بعين الاعتبار كثيرا من الأمور التي تؤثر في تلك الأهداف[7].

وتختلف الأنظمة الصحية من دولة إلى أخرى وفق متطلبات اقتصادية واجتماعية وعدة اعتبارات أخرى، فبناء أي نظام اقتصادي صحي يتطلب جمع المعلومات الضرورية في شتى المجالات التي من شأنها تغطية النظام الصحي بالمعلومات اللازمة للاستمرار في تقديم الخدمة الصحية بمختلف مستوياتها.

تبرز المؤشرات المتوقعة أن عدد السكان في الجزائر سيرتفع إلى 44.8 مليون نسمة في سنة 2025 ويصل معدل الولادات إلى 16.9 في الألف، ومعدل الوفيات العامة إلى 4.5 في الألف، أما معدل النمو فسيبلغ 1.24

% بينما معدل طول العمر المتوقع سيصل إلى 80 سنة[8]، وتستدعي هذه التحولات الديمغرافية إعادة النظر ودراسة المنظومة الصحية التي يتعين عليها التكفل بالأمراض غير المتنقلة وتوفير مختلف أنواع العلاج.

كما أن أي نظام صحي يهدف إلى تحقيق ضمان المساواة في الحصول على الخدمات الصحية لإرضاء السكان والاطمئنان على صحتهم وحمايتهم من الأمراض والأخطار، هذا ما أكده المشرع الجزائري في قانون الصحة[9] من خلال المادة 6 منه والتي جاء نصها كالآتي: " تهدف المنظومة الوطنية للصحة إلى التكفل باحتياجات المواطنين في مجال الصحة بصفة شاملة ومنسجمة ومستمرة، ويرتكز تنظيمها وسيرها على مبادئ الشمولية والمساواة في الحصول على العلاج والتضامن والعدل واستمرارية الخدمة العمومية الصحية". يتبين أن كل الأنشطة والوسائل المساهمة في تحقيق الصحة العمومية تكون في إطار خارطة الصحة وهذه الأخيرة هي وسيلة تخطيط صحي[10]، بحيث نصت المادة 7 من قانون الصحة على أنه: "يضمن التخطيط الصحي في إطار التنمية الاقتصادية والاجتماعية والمخطط الوطني لتهيئة الإقليم، التوزيع المتناسق والعادل والعقلاني للمواد البشرية والمادية على أساس الاحتياجات الصحية بالنظر إلى التطور الديموغرافي والأنماط الوبائية...".

يمكن التعرف على مفهوم التخطيط من خلال جملة من الخصائص والصفات المرتبطة به كما يلي:

- التخطيط نشاط يتعلق بالمستقبل حيث أنه ينصب على استقراء المستقبل وتوقع إحداثه وتحديد ما يجب عمله، والطريقة التي سيتم اتباعها في سبيل ذلك[11].
- يضمن التخطيط اتخاذ القرارات حول ما يراد عمله وكيفية العمل ومتى يعمل وأين، وهذا يتطلب تقويم البدائل الممكنة واختيار البديل الأفضل إضافة إلى اتخاذ القرارات المتعلقة بتخصيص الموارد اللازمة لتحقيق ذلك.
- التخطيط عملية ديناميكية مستمرة تتضمن وضع الخطة وتنفيذها ومن تم تقويم ما تم تحقيقه، وهذا يعني ضرورة إعادة النظر في الخطة من جديد وبشكل مستمر وفقا للعوامل الخارجية والداخلية التي تؤثر على تنفيذ الخطة. وعلى ذلك فإن التغيير والتعديل هما من أهم خصائص التخطيط.

على ضوء هذه الصفات المميزة لنشاط التخطيط، يمكن تعريف التخطيط بعملية منظمة تنصب على التنبؤ بالأحداث المستقبلية وتقويم الأوضاع الحاضرة واتخاذ القرارات المتعلقة بتوجيه المنظمة الصحية المستقبلي وخططها وبرامجها وتخطيط الموارد اللازمة لذلك.

بالتالي فإن مخطط تطوير المستشفى يحاول تكييف العلاج الاستشفائي مع احتياجات السكان أخذا بعين الاعتبار الشكل الوبائي والمرضى، إضافة إلى ذلك يجب على المستشفيات إعداد مشروع المؤسسة الذي يحدد المخطط الإستراتيجي للتطوير خلال فترة معينة[12].

هذا ما أكده المشرع الجزائري من خلال نص المادة 269 من قانون الصحة:" تهدف الخريطة الصحية إلى ما يأتي:

- التنبؤ بالتطورات الضرورية من أجل تكييف عروض العلاج،
- التلبية القصوى لاحتياجات الصحة،

– تحديد تنظيم منظومة العلاج،

– تحديد شروط ربط مؤسسات الصحة بالشبكة،

– ضمان الحصول على العلاجات في كل نقطة من التراب الوطني و تحسينها".

كذلك الأمر بالنسبة للمرسوم التنفيذي رقم 07-140 [13]، الذي كرس تطبيق الخريطة الصحية الجديدة والتي نصت على الفصل بين الهياكل الصحية غير الاستشفائية (العيادات المتعددة الخدمات) من الهياكل الاستشفائية، مما سمح بظهور أنواع جديدة من المؤسسات الصحية تدعى بالمؤسسات الاستشفائية العمومية، ومؤسسات عمومية للصحة الجوارية.

ذلك أن عرض خدمات الصحة العمومية في الجزائر هو مشكل من خلال مؤسسات صحية تتمتع بالاستقلالية المالية والشخصية المعنوية، وتنقسم إلى مؤسسات عمومية استشفائية تقدم خدمات الاستشفاء ومؤسسات صحية عمومية جوارية تقدم فيها العلاجات غير الاستشفائية، هذا فيما يخص القطاع العمومي[14]، أما القطاع الخاص فهو ممثل في عيادات لأطباء عامون وأخصائيين، بالإضافة إلى عيادات متعددة الخدمات تقدم خدمات استشفائية للمواطنين وعلاجات خارجية.

المطلب الثاني: محددات الأداء الصحي

يجمع أغلب الباحثون على أن الأداء هو" انجاز الأعمال كما يجب أن تنجز"، حيث يركز على إسهامات الفرد في تحقيق أهداف المؤسسة من خلال درجة تحقيق وإتمام مهام وظيفته، كما يركز أيضا على المسؤولية الكلية للمديرين تجاه تحقيق هذه الأهداف[15].

لقد حدد التقرير السنوي لمنظمة الصحة العالمية عام 2000 محددات الأداء الصحي في العناصر التالية:

1- الاستجابة: وتعني قدرة مقدم الخدمة وسرعة استجابته بالرد على طلبات المستفيدين واستفساراتهم، فهي تعكس الرغبة أو الرضا بمساعدة الزبون وتقديم الخدمة السريعة[16]، وتشير أيضا إلى أن جميع المرضى بغض النظر عن أصلهم وحالتهم يتلقون الرعاية السريعة من قبل إطارات المستشفى مع حسن المعاملة والتعاون، ووقت انتظار ملائم أو مناسب.

في هذا الإطار نجد المادة 6 من القانون الصحي 18-11 نصت على أنه: "تهدف المنظومة الوطنية للصحة إلى التكفل باحتياجات المواطنين في مجال الصحة بصفة شاملة ومنسجمة ومستمرة....".

أيضا بالرجوع إلى المادة 4 من المرسوم التنفيذي رقم 07-140 السابق الاشارة إليه، فقد حدّدت مهام المؤسسة العمومية الإستشفائية في التكفل بصفة متكاملة ومتسلسلة بالحاجات الصّحية للسكان، وفي هذا الإطار تتولى على الخصوص المهام الآتية:

أ- ضمان تنظيم برمجة توزيع العلاج الشفائي والتّشخيص وإعادة التأهيل الطّبي والاستشفاء.

ب- تطبيق البرامج الوطنية للصّحة.

ج- ضمان حفظ الصّحة والنّقاوة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية.

د– ضمان تحسين مستوى مصالح الصّحة وتحديد معارفهم.

2– عدالة المساهمة المالية: أي كل ما يدفعه الفرد عن الرعاية الصحية وكذا الأقساط التي تدفع للضمان الاجتماعي و التأمينات الصحية[17].

3– مستوى الصحة العام، و هو احتساب الأمل في الحياة، وهو مؤشر معبر جدا عن حالة الصحة في أي بلد.

4– توزيع الانتفاع: أي العدالة في توزيع إمكانات النظام الصحي عبر المناطق وبين الأفراد، والذي يقضي بضرورة انتشار منافذ تقديم الخدمات الصحية في الأماكن المختلفة التي يتواجد بها الأفراد، وبمعنى أخر ضرورة إتباع سياسة التغطية الشاملة للمناطق الجغرافية المختلفة[18].

5– توزيع التمويل: أي عدالة توزيع الإمكانات المالية و إيجاد بدائل تمويل علما أنه قد اختلفت سياسات الدول في تمويل قطاعاتها الصحية بحيث ليست كلها متشابهة، فهناك منها من اعتمد رئيسيا على الضريبة لتمويل الصحة العمومية كالمملكة المتحدة، وهناك من يعتمد على مساهمة العمال وأرباب العمل في إطار التأمين الاجتماعي كالجزائر وألمانيا وفرنسا [19]، وهناك من يعتمد رئيسيا على مساهمة القطاع الخاص كالولايات المتحدة الأمريكية، وبالرجوع إلى مواد القانون الصحي الجزائري 18-11 [20]، فقد بينت على أن تتولى مهمة تمويل الصحة الدولة و هيئات الضمان الاجتماعي والمؤسسات والإدارات، كما يمكن أيضا طلب المستفيدين من العلاجات المساهمة في هذا التمويل.

أما الجماعات المحلية فهي طبقا للمادة 331 من نفس القانون مدعوة للمشاركة في تمويل البرامج الخاصة بالاستثمار والوقاية وحفظ الصحة والتربية من أجل الصحة.

المبحث الثاني: تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات

إن الزبون والممثل في المريض لم يعد يرضى بأي خدمة تقدم له، بل أصبح متطلبا على أن تكون الخدمة التي يطلبها ذات مستوى معين من الجودة[21]، فبالنظر لكثرة و تنوع المؤشرات في نشاط المؤسسات الصحية جاءت حتمية الاهتمام بتطوير وترقية الأداء للرفع من كفاءة وفاعلية العاملين في القطاع الصحي وهذا بالتطبيق العملي لأسلوب إدارة الجودة الشاملة.

يرجع تاريخ الجودة في المجال الصحي إلى عام 2000 قبل الميلاد وإلى قانون حمو رابي ملك بابل، حيث يحتوي قانونه على أقدم قوائم عرفها الإنسان تتعلق بتكاليف ورسوم الخدمات المقدمة[22]، والذي جمع بين الجودة وتكلفة الرعاية الصحية، كما تضمن قانون حمو رابي بنودا خاصة بالعقوبات المرتبطة بالأخطاء الجراحية و التقصير والإهمال.

وفي القرن الخامس قبل الميلاد احتوت كتب توت في الحضارة المصرية على بعض معايير الممارسات الطبية، حيث عد أي انحراف عن هذه المعايير جريمة تستوجب العقاب، وفي القرن الرابع قبل الميلاد وضع أرسطو قانونا يؤكد أنه لا يسمح للأطباء بتغيير طريقتهم الاعتيادية في المعالجة إلا في ظروف قصوى. أما في عصر الإغريق فقد طلب أبو قراط من تلاميذه أن يقسموا على أن يقدموا لمرضاهم أفضل ما يمكن تقديمه من رعاية، وقد أدت هذه الخلفية التاريخيّة إلى تأسيس وترسيخ قيم وتقاليد مهنية معينة تحكم ممارسة مهنة الطب منذ عصور ما قبل التاريخ وحتى عصرنا الحاضر.

أما في العصر الحديث فقد أدى إنشاء الكلية الأمريكية للجراحين عام 1913 إلى حدوث تطورات رئيسية في مجال جودة الرعاية الطبية من أهمها تحسين التوثيق للإجراءات الجراحية وإعداد والالتزام بما يعرف ببروتوكولات العلاج [23](clinical protocols).

سوف نتطرق من خلال دراستنا لهذا العنصر الثاني إلى مفهوم إدارة الجودة الشاملة (المطلب الأول)، مع بيان عوامل نجاح وفشل تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات (المطلب الثاني).

المطلب الأول: مفهوم إدارة الجودة الشاملة

تعتبر المؤسسات الصحية من بين المؤسسات التي تبنت مفهوم الجودة، إذ يرجع السبب في ذلك الى طبيعة نشاطها الحساس ذو الطابع العمومي المرتبط مباشرة بالسكان، المتمثل في تقديم الخدمات الصحية فهي اليوم بحاجة إلى إدارة تمكنها من مواكبة التغيرات والتكيف مع المستجدات بالموضوعية العلمية المطلوبة[24]، ولقد ركزت منظمة الصحة العالمية ومنظمات علمية متخصصة على أهمية تطبيق الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات مثل إدارة الجودة الشاملة كممارسة مهنية باتت لها أهميتها البالغة في الادارة العصرية للمستشفيات.

كما يهدف أسلوب إدارة الجودة الشاملة إلى ضمان إنتاج السلع أو الخدمات بالطريقة الأفضل والصحيحة من المرة الأولى، ولهذا فهو يعد التزاما من المؤسسة بإحداث تغييرات ثقافية، وفنية وتنظيمية نحو توجيه الأفراد للقيام بأعمالهم بالطريقة الصحيحة والمستهدفة الذي يمكن في الأخير الرفع من مستوى الأداء ويحقق امتلاك وتنمية الميزة التنافسية[25].

الفرع الأول: تعريف إدارة الجودة الشاملة

يعتبر مفهوم إدارة الجودة الشاملة حديثا نسبيا في القطاعات الصحية ويستند إلى المبادئ التي وضعها خبراء الجودة أمثال "ديمينغ و جوران و كروزبي"، والتي بدأ تطبيقها في القطاع الصناعي في اليابان في أعقاب الحرب العالمية الثانية ثم امتدت تدريجيا إلى القطاعات الأخرى بما فيها القطاع الصحي[26].

تعرف إدارة الجودة الشاملة بأنها عملية ترتكز على منع وقوع الأخطاء أو الاختلافات في مستوى وأسلوب تقديم الخدمة بالقضاء على مسببات هذه الأخطاء، وتعرف أيضا على أنها إطار تنظيمي تلتزم من خلاله المنظمات الصحية والعاملون فيها بمراقبة وتقويم جميع جوانب نشاط هذه المنظمات(المدخلات والعمليات والمخرجات) لتحسينها بشكل مستمر.

وتعرف حنان عبد الرحيم الأحمدي[27] إدارة الجودة الشاملة بحيث تستعمل مفهوم التحسين وتعتبره مرادفا لإدارة الجودة الشاملة بأنها إطار تلتزم من خلاله المنظمات الصحية والعاملون فيها بمراقبة وتقويم جميع جوانب نشاط هذه المنظمات (المدخلات والعمليات إلى جانب المخرجات) لتحسينها بشكل مستمر.

بالتالي فإن مفهوم إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية لا يختلف عما قدمه كل من ديمنج وجوران و كروبي وإيشكاوا من مساهمات وغيرهم من رواد إدارة الجودة الشاملة[28] .

أما بخصوص الجودة الصحية من الناحية الإدارية فهي تعني بالدرجة الأساسية كيفية استخدام الموارد المتوفرة والقدرة على جذب مزيد من الموارد لتغطية الاحتياجات اللازمة لتقديم خدمة متميزة، وهذا يشمل ضمنيا أهمية

تقديم الخدمة المناسبة في الوقت اللازم وبالتكاليف المقبولة[29]، ويتطلب ذلك كفاءة إدارية على المستوى التخطيطي وعلى المستوى التنفيذي، أيضا كفاءة على المستوى الفني والشخصي.

للجودة مكانة عالية في قطاع الصحة بالجزائر لدرجة وجود نصوص قانونية تنص عليها مثل المرسوم التنفيذي رقم 07-140 السابق الإشارة إليه، إذ يلاحظ عليه أنه أعطى أولوية لتحسين جودة الخدمات المقدمة من خلال التنظيم الداخلي للعلاقات بين المؤسسات العمومية الإستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية[30].

كذلك نجد القانون الصحي الجزائري 18-11 قد اهتم بالجودة من خلال المادة 290، والتي نصت على أنه: "يتعين على كل هيكل ومؤسسة تضمن خدمة عمومية صحية، إعداد مشروع المؤسسة ومخطط مسعى الجودة الذين يجب أن يندرجا ضمن الأهداف الوطنية أو الجهوية أو المحلية في مجال تنمية الصحة".

أيضا نصت المادة 292 من نفس القانون على أنه: "يتعين على الهياكل والمؤسسات العمومية والخاصة للصحة إعداد ملف طبي وحيد معلوماتي لكل مريض وتحسينه، ويجب الحفاظ على سرية المعلومات التي في حوزتها، ويتعين عليها زيادة على ذلك ضمان تسيير الأرشيف الطبي والمحافظة عليه".

بالتالي يمكن الملف الطبي الالكتروني الطبيب من حفظ جميع بيانات المريض التي يمكن له الرجوع إليها بطريقة سريعة ومعرفة كل ما جرى له من عمليات ومتابعة حالته الصحية، مما يجنب حمل العشرات من أوراق التحاليل والأشعة، كما سيسمح بتقليص الأخطاء الطبية في آن واحد[31].

وفي ظل تفشي جائحة كورونا –كوفيد 19[32]، فإن المستشفيات تعتمد على الرقمنة في معاملتها عبر تبنيها حلول الرعاية الصحية وهو ما تبلور أكثر فأكثر مع استمرار هذه الجائحة، لاسيما لجهة بيانات المرضى وسجلاتهم من خلال السجل الصحي الالكتروني الشخصي الذي يجمع معلومات حول صحة المريض يتضمن نتائج الاختبارات والملاحظات السريرية والتشخيصات والمشكلات الصحية التي يعاني منها والأدوية التي يتناولها، والإجراءات التي خضع لها وما إلى ذلك.

علما أن جائحة كورونا– كوفيد 19 جعلت الكثير من الدول تراجع منظوماتها الصحية وتضعها في أولوية الأولويات، ولقد اتضح جليا أن الدول المتفوقة في مجال الرقمنة استطاعت مواجهة الأزمة بأقل الأضرار من الدول التي تعاني ضعف في استعمال الرقمنة وقد انعكس هذا على المظهر الاقتصادي والاجتماعي لتلك الدول[33]. ذلك أنه من أهم الادوار التي يمكن للرقمنة تحقيقها في مواجهة الأزمات نجد ما يلي:

- تلعب الرقمنة دور مهم في تبادل الخبرات بين الأطباء على المستوى الوطني والدولي.
- تسهل جميع الاحصائيات والتي بدورها تسمح للمسير بالاستشراف لاتخاذ القرار المناسب في الوقت المناسب.
- تساعد في توفير المعلومة في الوقت المناسب للقطاع العام والقطاع الخاص على حد سواء.
- تساهم الرقمنة في تنسيق العمل بين مختلف المصالح الاستشفائية.

الفرع الثاني: مبادئ تطبيق إدارة الجودة الشاملة

لا يوجد اتفاق بين الكتاب والباحثين حول عدد مبادئ إدارة الجودة الشاملة التي تشكل إطارا لتطبيق هذه الإدارة في أي منظمة صحية[34]، إلا أن هناك شبه إجماع بينهم حول مجموعة من المبادئ والمتمثلة فيما يلي:

1- التركيز على العميل، بحيث تتضمن كلمة عملاء في فلسفة إدارة الجودة الشاملة المرضى وذويهم والجهات التي تقدم الرعاية الصحية كالأطباء والممرضات والفنيين، والجهات التي تتولى الدفع مقابل الخدمة المقدمة.

2- التركيز على العمليات كالتركيز على النتائج ذلك أنه في أسلوب إدارة الجودة الشاملة لم يعد الحكم على جودة العمليات من خلال النتائج وحدها مقبولا، بل يجب أن تمتد عمليات متابعة الجودة والتحكم فيها حتى العمليات الإدارية والإنتاجية، وتصميمها لتعطي نتائج بلا أخطاء.

3- اتخاذ القرارت المبينة على الحقائق: تعد عملية اتخاذ القرارات في المنظمة من الوظائف المستمرة والتي يمتد تأثيرها إلى أبعد بكثير من الموقع الذي يتم اتخاذ القرار فيه، وهذا يتطلب مشاركة فعالة وواسعة من جميع الأطراف ذات العلاقة.

4- التحسين المستمر: يعد التحسين المستمر عنصرا مهما لتخفيض الانحرافات بأنواعها العامة والخاصة التي تحدث في العملية الإنتاجية مما يساعد في الحفاظ على جودة الأداء وزيادة الإنتاجية.

5- الوقاية من الأخطار قبل وقوعها: إن الاهتمام بالعمليات والنتائج معا، كما هو مبين في المبدأ الثاني مع تطبيق المبدأ الثالث يسهل عملية الوقاية من الأخطاء قبل وقوعها[35].

6- تدعيم وتعبئة خبرات القوى العاملة: إن العمل الجماعي والمشاركة الجماعية في فرق العمل يعتبر مطلبا أساسيا في نجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة.

7- اتخاذ القرارات المبنية على الحقائق، ذلك أن ضرورة وجود نظام لإدخال وتخزين واسترجاع المعلومات يساعد على اتخاذ القرارات والقيام بالتحليل الدوري للأوضاع حتى يمكن تحقيق التطوير المستمر.

8- الاهتمام بالتغذية العكسية بحيث يسمح هذا المبدأ للمبادئ الأخرى أن تحقق النتائج المطلوبة منها، حيث تمثل جزء أساسي من أجزاء النظام والمتمثل في المدخلات والعمليات التحويلية (الأنشطة) والمخرجات.

المطلب الثاني: عوامل نجاح وفشل تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات

إن جوهر الجودة يتمثل في مقابلة احتياجات ومتطلبات المرضى بين الخطة الصحية المقدمة لهم، والتي يستوجب توافقها مع الاستخدام المسبق الذي يريده المريض[36]، هذا التوافق يرتبط إلى حد كبير مع قيمة الخدمة الصحية والنتائج المترتبة عنها.

الفرع الأول: عوامل نجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات

لنجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة تحتاج المؤسسة إلى نظم فعالة ومساندة أهمها:

- توفير نظام فعال للاتصال والتنسيق والتكامل بين مختلف الإدارات والوحدات الفرعية.
- الترويج لهذا النظام في المؤسسة الصحية وفي المحيط الخارجي لها.

- استحداث نظام فعال للاتصال والتنسيق والتكامل بين مختلف الإدارات والوحدات الفرعية.
- الجودة العالية هي مسؤولية كل فرد في المؤسسة الصحية.
- فهم واضح لأساليب الرقابة الإحصائية ونظام فعال لتشغيل البيانات، ونظام كفء للمعلومات يدعم عملية اتخاذ القرارات المصيرية.
- محاولة الاستفادة من تجارب بعض المؤسسات التي نجحت في تطبيق إدارة الجودة الشاملة.
- الانفتاح على المجتمع المحلي و مشاركة المؤسسة الصحية بالمسائل المرتبطة بالمجتمع والبيئة[37].

الفرع الثاني: عوامل فشل تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات

يجادل البعض بأن إدارة الجودة الشاملة حكر على القطاع الخاص وذلك لتوفير عنصر المنافسة عند تقديم الخدمة للمستفيدين[38]، مما يجعل العاملين في القطاع العام مصابون بالإحباط بسبب سوء سمعتها فيما يتعلق بالجودة وبسبب عدم الكفاءة التي يلاحظونها يوميا.

كذلك من معوقات تطبيق إدارة الجودة الشاملة أنه من الأطباء من لا يعيرون أي اهتمام لبرامج الجودة بحجة أنه ليس لديهم الوقت الكافي للقيام بها، و يرون أنها وسيلة لخفض التكاليف وحصرها تقوم بها الإدارة، كما أن سلوك المريض يؤثر على جودة ونتائج الرعاية الصحية وهو المحدد لها بسلوكه[39].

إن ما يجب إدراكه في هذا المجال أن تعديل مفهوم إدارة الجودة الشاملة والتدرج في تطبيقه يعتبر من الخطوات الضرورية للتطبيق الناجح في قطاع المستشفيات[40]، وقد أشارت كثير من البحوث والدراسات إلى نجاح تطبيق هذا المفهوم في مختلف مؤسسات القطاع العام وخصوصا المستشفيات بهدف تحسين الخدمات المقدمة للمرضى بالإضافة إلى الرغبة في كفاءة التنظيم.

من ناحية أخرى فإن رضا المرضى هو مقياس نجاح المؤسسة الصحية، وهنا لابد من توجيه جميع القرارات الإستراتيجية للمستشفى بخصوص الجودة لخدمة المستفيد، والمستفيد من الخدمة الصحية في العادة يريد ضمان حياته وأن يعامل بلطف وعدل وأن يشعر بالأمان. ذلك أنه من أكبر التحديات التي تواجهها المؤسسات الصحية اليوم كيفية الارتقاء بمستوى الجودة وخفض تكلفة خدماتها، فلقد أصبحت الجودة ضرورة لازمة تزداد أهميتها بازدياد قدرتها على اشباع الرغبات الكاملة للمرضى.

بالتالي تسعى المؤسسات الصحية إلى تطبيق إدارة الجودة الشاملة بهدف تحسين الأداء الصحي، ويتطلب تطبيقها توفر الاقتناع لدى الادارة والعاملين على السواء، كما تحتاج المؤسسة إلى نظم فعالة ومساندة تعمل على ترسيخ هذه المفاهيم الجديدة[41].

الخاتمة:

توصلنا من خلال هذه الدراسة إلى أهمية الدور الذي تلعبه المنظومة الصحية في تحقيق احتياجات ومتطلبات الأفراد كما أنه غالبا ما ينظر إلى الصحة كونها خدمة عمومية، ولكن بالمقابل يترتب عنها مستوى عال من النفقات،

فالعديد من الدول ومن بينها الجزائر أخذت على عاتقها مبادرات لتقويم أداء نظمها الصحية بهدف توجيه وتوضيح جهودها التحسينية وهذا يظهر جليا من خلال نصوص القانون الصحي الجزائري 18-11.

فبهدف تطوير القطاع الصحي ينبغي إدراج إدارة الجودة الشاملة باعتبار هذه الأخيرة تحقق الاستخدام الأمثل للموارد وجودة متكاملة في العمليات والخدمات المقدمة للمرضى بالمستشفيات.

لقد تمثلت نتائج الدراسة كالآتي:

- يعتبر الأداء الصحي من أهم المؤشرات التي تعبر عن مدى نجاعة النظم الصحية واستجابتها لتوقعات الأفراد في المجتمع فهو من أهم وظائف هذه النظم، والتي تعمل على تحقيق الهدف الرئيسي المتمثل في المحافظة على الصحة.
- تلبية وتغطية متطلبات المرضى.
- تحقيق الأهداف الصحية في المستشفيات من خلال توفير الخدمات المطلوبة لسد احتياجات المجتمع، ومن ثم المراجعة المستمرة وإعادة النظر في الخدمات والبرامج التي يقدمها المستشفى لتلبية الاحتياجات المستجدة والمتغيرة.

أما بخصوص التوصيات المقترحة فيمكن إجمالها كالآتي:

– التخطيط لأنشطة الجودة الصحية من خلال تحديد قواعد وإجراءات العمل.

– وضع الاطار المناسب لضمان تحقيق المستوى المطلوب من الجودة المقدّمة، وهذا الإطار عادة ما يكون مرتبطا مع أداء العاملين في المؤسسة الصّحية من خلال التدريب المستمر من أجل تحقيق مهارة الطاقم الطّبي في أداء الخدمة الصّحية.

– رفع كفاءة التشغيل في المستشفى، ويشير مفهوم الكفاءات إلى تلك الأنشطة والجهود التي تهتم بتوفير تلك الكفاءات والمحافظة عليها وتنميتها وتوفير الظروف المناسبة للعمل، والمحفزات الضرورية لبقائها ودفعها نحو بذل أقصى جهد ممكن بشكل يدعم تنافسية عمل القطاع الصحي بما يحقق السرعة في أداء مختلف العمليات.

– التنسيق والتكامل بين مختلف أقسام المستشفى.

– تحديد التسلسل الزمني لأداء مختلف الأعمال مما يساعد في اكتشاف المعوقات ونقاط الضعف.

– إعلام الأفراد بتواجد الخدمة يؤدي إلى زيادة استعمالها وكذلك زيادة كفاءة الأجهزة والأدوات.

– التثقيف الصحي للمرضى بهدف ترقية المستوى الصحي.

– تطبيق نصوص القانون الصحي الجزائري 18-11 حتى يكون لهذه الأخيرة فعالية في الميدان العملي.

قائمة المراجع:

أولا: النصوص القانونية

– القانون رقم 18-11 المؤرخ في 2 يوليو 2018 يتعلّق بالصّحة، جريدة رسمية عدد 46، الصادرة بتاريخ 29 يوليو 2018، ص 3.

– مرسوم تنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 مايو 2007 يتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها، جريدة رسمية عدد 33، الصادرة بتاريخ 20 مايو 2007، ص 10.

ثانيا: المؤلفات

1– باللغة العربية:

أ– الكتب:

1– العلواني عديلة، تفعيل النمط التعاقدي في نظام الصحة الجزائري، (نموذج مقترح)، الجزء الثالث، دار هومه، الجزائر، 2014.

2– أحمد بن عيشاوي، إدارة الجودة الشاملة (الأسس النظرية والتطبيقية في المؤسسات السلعية والخدمية)، دار الحامد للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة الأولى، 2013.

3– بن سويسي خيرة، النظام القانوني للمؤسسات الاستشفائية الخاصة، النشر الجامعي الجديد، الجزائر، 2017.

4– خاوص مليكة، موجز في علم الاجتماع الطبي، مؤسسة كنوز الحكمة للنشر والتوزيع، الجزائر، 2017.

5– ذباب صلاح محمود، إدارة خدمات الرعاية الصحية، دار الفكر للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة الأولى، 2010.

6– زاهر محمد عبد الرحيم، إدارة المستشفيات والسجلات الطبية، دار الراية للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة الأولى، 2016.

7– عدمان مريزق، مداخل في الإدارة الصحية، دار الراية للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة الأولى، 2012.

8– عبد العزيز مخيمر، محمد الطعامنة، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات (المفاهيم والتطبيقات)، منشورات المنظمة العربية للتنمية الإدارية، جامعة الدول العربية، الطبعة الثانية، 2014.

9– فريد توفيق نصيرات، تسويق خدمات الرعاية الإستشفائية و الطبية، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، الأردن، 2014.

10– فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، الأردن، الطبعة السابعة، 2016.

11 – مصطفى يوسف، إدارة المستشفيات، دار الحامد للنشر و التوزيع، الأردن، الطبعة الأولى، 2016.

12 – محند بوكوطيس، مسؤولية الدولة في المجال الطبي (مقاربة قانونية تحليلية على ضوء القضاء الإداري)، دار السلام للطباعة والنشر و التوزيع، الرباط، 2014.

13 –نور الدين حاروش، الإدارة الصحية (دراسة مقارنة بين النظام الصحي الجزائري والأردني)، دار الأمة للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر، 2017.

ب–الرسائل و المذكرات:

1– عتيق عائشة، جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية (دراسة حالة المؤسسة الإستشفائية لولاية سعيدة)، رسالة تخرج لنيل شهادة الماجستير، جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان، 2011–2012.

2– عمر شنيتر رضا، النظام القانوني للصحة العمومية، أطروحة لنيل درجة الدكتوراه علوم، جامعة الجزائر 1، 2011–2012.

3– عياد ليلى، أثر جودة الخدمات الصحية على رضا المستهلك (دراسة أمبريقية على بعض المؤسسات الصحية الإستشفائية بولاية أدرار بإستخدام نموذج المعادلات الهيكلية، أطروحة لنيل درجة الدكتوراه، جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان، 2015–2016.

4– فتاحين فريد، نعلامن محمد، دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين الخدمة الصحية، (حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية فارس يحي بمليانة)، مذكرة لنيل شهادة ماستر في علوم التسيير، جامعة الجيلالي بونعامة، خميس مليانة، 2015–2016.

5– مباركي صالح، دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين الخدمات الصحية الجوارية، بسكرة (العيادة المتعددة الخدمات أحمد بن رمضان قبايلي)، مذكرة لنيل شهادة الماستر في العلوم الاقتصادية، جامعة محمد خيضر، بسكرة، 2018–2019.

6– ريمة أوشن، إدارة الجودة الشاملة كآلية لتحسين الخدمات الصحية(دراسة حالة المراكز الاستشفائية الجامعية للشرق الجزائري)، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه ل.م.د في علوم التسيير، جامعة باتنة 1، 2017–2018.

ج–المقالات العلمية:

1– بديسي فهيمة، جودة الخدمات الصحية (الخصائص، الأبعاد والمؤشرات)، مجلة الإقتصاد و المجتمع، العدد 7، 2011.

2– بوشلاغم عميروش، شرفي منصف، واقع و آفاق المنظومة الصحية في الجزائر، مجلة دراسات إقتصادية، المجلد 4، العدد3، ديسمبر 2017.

3– بشير كاوجة، رفاع شريفة، دور تكنولوجيا المعلومات والاتصال في تحسين الاتصال الداخلي في المؤسسات الاستشفائية العمومية الجزائرية (دراسة حالة مستشفى محمد بوضياف بورقلة، الجزائر، مجلة العلوم الإنسانية، العدد 40، جوان 2015، جامعة محمد خيضر، بسكرة.

4- بريش محمد عبد المنعم، أثر الرقمنة على حوكمة المرفق الصحي الجزائري ودورها في مواجهة الأزمات من المنظور القانوني (أزمة كوفيد 19 أنموذجا)، مجلة وحدة البحث في تنمية الموارد البشرية، المجلد 12، العدد 1 الخاص، الجزء 1، جانفي 2021.

5- بلمرداسي يامن، إدارة الجودة الشاملة في الخدمات الصحية، مجلة الوقاية والأرغنوميا، المجلد 8، العدد 2، جامعة الجزائر 2.

6- حواف رحيمة، دور تطبيق إدارة الجودة الشاملة في ترشيد السياسة الصحية، مقال منشور في كتاب جماعي حول السياسة الصحية في الجزائر، مخبر القانون الاجتماعي، جامعة وهران 2، 2018.

7- حنان عبد الرحيم الأحمدي، التحسين المستمر للجودة (المفهوم وكيفية التطبيق في المنظمات الصحية)، مجلة الادارة العامة، المجلد 40، العدد 3، أكتوبر 2000.

8- رابحي بخضر، أوشن حنان، الإدارة الإلكترونية مدخل لحكامة قطاع الصحة، مقال منشور في كتاب جماعي حول السياسة الصحية في الجزائر، مخبر القانون الاجتماعي، جامعة وهران2، 2018.

9- زينب حدمر، مريم يحياوي، جودة الخدمات الصحية ورضا المرضى في المؤسسة الإستشفائية، مجلة الأحياء، المجلد 18، العدد 21، جوان 2018.

10- سنوسي علي، دور إدارة الجودة الشاملة في زيادة فعالية إدارة العمليات بالمستشفيات (دراسة حالة مستشفى محمد بوضياف بالبويرة خلال سنة 2011)، مجلة العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية، العدد 7، 2012.

11- سهيل الأحمد، القواعد الفقهية الشرعية المتعلقة بالعمل الطبي حال أزمة كورونا، مجلة الدراسات القانونية والسياسية، المجلد 7، العدد 1، جانفي 2021.

12- عميرة جويدة، انعكاسات الأوضاع الإقتصادية للأسر على تغذية وصحة الطفل (دراسة لعينة من الأسر الجزائرية)، مجلة دراسات اقتصادية، العدد 17، أكتوبر 2010.

2- باللغة الفرنسية:

1/ Anne Laude, Didier Tabuteau, Les droits des malades, P.U.f, 1 er édition, 2016.

2/ François Vialla, Les grandes décisions du droit médical, édition ALPHA, 2010.

3/ Marie- Laure Moquet-Anger, Droit hospitalier, édition ALPHA, 2010.

الهوامش:

[1] محند بوكوطيس، مسؤولية الدولة في المجال الطبي (مقاربة قانونية تحليلية على ضوء القضاء الاداري)، دار السلام للطباعة والنشر والتوزيع، الرباط، 2014، ص 10.

[2] خاوص مليكة، موجز في علم الاجتماع الطبي، كنوز الحكمة للنشر والتوزيع، الجزائر، 2017، ص 43.

[3] فريد توفيق نصيرات، إدارة مظمات الرعاية الصحية، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة السابعة، 2016، ص 113.

[4] نور الدين حاروش، الادارة الصحية (دراسة مقارنة بين النظام الصحي الجزائري والأردني)، دار الأمة للنشر والتوزيع، الجزائر، 2017، ص 74.

[5] محند بوكوطيس، المرجع السابق، ص 15.

[6] عميرة جويدة، انعكاسات الاوضاع الاقتصادية للأسر على تغذية وصحة الطفل (دراسة لعينة من الأسر الجزائرية)، مجلة دراسات اقتصادية، العدد 17، اكتوبر 2010، ص 7.

[7] مليكة خاوص، المرجع السابق، ص 40.

[8] حواف رحيمة، دور تطبيق إدارة الجودة الشاملة في ترشيد السياسة الصحية، مقال منشور في كتاب جماعي حول السياسة الصحية في الجزائر، مخبر القانون الاجتماعي، جامعة وهران 2، 2018، ص 311.

[9] القانون رقم 18–11 المؤرخ في 2 يوليو 2018، يتعلق بالصحة، ج. ر عدد 46 الصادرة بتاريخ 29 جويلية 2018.

[10] عمر شنتير رضا، النظام القانوني للصحة العمومية، أطروحة لنيل درجة الدكتوراه علوم، جامعة الجزائر1،2011 –2012، ص 10.

[11] فريد توفيق نصيرات، المرجع السابق، ص 131.

[12] بوشلاغم عميروش، شرفي منصف، واقع وافاق المنظومة الصحية في الجزائر، مجلة دراسات اقتصادية، المجلد 4، العدد 3، ديسمبر 2017، ص 14.

[13] المرسوم التنفيذي رقم 07–140 المؤرخ في 19 مايو 2007، يتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها، ج. ر عدد 33، ص 10.

[14] العلواني عديلة، تفعيل النمط التعاقدي في نظام الصحة الجزائري (نموذج مقترح)، الجزء الثالث، دار هومه، الجزائر، 2014، ص 128.

[15] أحمد بن عيشاوي، إدارة الجودة الشاملة، الأسس النظرية والتطبيقية في المؤسسات السلعية والخدمية، دار الحامد للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة الأولى، 2013، ص 67.

[16] عتيق عائشة، جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية (دراسة حالة المؤسسة الاستشفائية لولاية سعيدة، رسالة تخرج لنيل شهادة الماجستير، جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان، 2011–2012، ص 92.

[17] نور الدين حاروش، المرجع السابق، ص 76.

[18] عدمان مريزق، مداخل في الادارة الصحية، دار الراية للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة الأولى، 2012، ص 38.

[19] عمر شنتير رضا، المرجع السابق، ص 421.

[20] لقد عالج المشرع الجزائري تمويل المنظومة الوطنية للصحة في الفصل الرابع من الباب السادس تحت عنوان تنظيم المنظومة الوطنية للصحة و تمويلها وذلك في المواد من 329 الى 338 منه.

[21] بديسي فهيمة، جودة الخدمات الصحية (الخصائص، الأبعاد والمؤشرات)، مجلة الاقتصاد والمجتمع، العدد 7، 2011، ص 136.

[22] زاهر محمد عبد الرحيم، إدارة المستشفيات والسجلات الطبية، دار الراية للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة الأولى 2016، ص 55.

[23] زاهر محمد عبد الرحيم، المرجع السابق، ص 56.

[24] فتاحين فريد، نعلامن محمد، دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين الخدمة الصحية، (حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية فارس يحي بمليانة)، مذكرة لنيل شهادة ماستر في علوم التسيير، جامعة الجيلالي بونعامة، خميس مليانة، 2015–2016، ص 16.

[25] أحمد بن عيشاوي، المرجع السابق، ص 57.

[26] عتيق عائشة، المرجع السابق، ص 98.

[27] حنان عبد الرحيم الأحمدي، التحسين المستمر للجودة(المفهوم وكيفية التطبيق في المنظمات الصحية)، مجلة الإدارة العامة، المجلد 40، العدد 3، أكتوبر 2000، ص 412.

[28] مصطفى يوسف، إدارة المستشفيات، دار الحامد للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة الأولى، 2016، ص 233.

[29] زاهر محمد عبد الرحيم، المرجع السابق، ص 61.

[30] رابحي لخضر، أوشن حياة، الإدارة الالكترونية مدخل لحكامة قطاع الصحة، مقال منشور في كتاب جماعي حول السياسة الصحية في الجزائر، مخبر القانون الاجتماعي، جامعة وهران 2، 2018، ص 258.

[31] هذه المعلومات واردة في الموقع الإلكتروني: therabhospital.com بعنوان التحول الرقمي في ظل جائحة كورونا، تاريخ الاطلاع عليه: 2022/01/26 على الساعة 10.00 صباحا، ص1

[32] مرض كوفيد –19 هو مرض معد يسببه أخر فيروس تم اكتشافه من سلالة فيروسات كورونا، ولم يكن هناك أي علم بوجود هذا الفيروس الجديد ومرضه قبل بدء تفشيه في مدينة ووهان الصينية في كانون الأول/ديسمبر 2019، وقد تحول كوفيد 19 الآن إلى جائحة تؤثر على العديد من بلدان العالم: أنظر سهيل الأحمد، القواعد الفقهية الشرعية المتعلقة بالعمل الطبي حال أزمة كورونا، مجلة الدراسات القانونية والسياسية، المجلد 7، العدد1، جانفي 2021، ص 7.

[33] بريش محمد عبد المنعم، أثر الرقمنة على حوكمة المرفق الصحي الجزائري ودورها في مواجهة الأزمات من المنظور القانوني (أزمة كوفيد 19 أنموذجا)، مجلة وحدة البحث في تنمية الموارد البشرية، المجلد 12، العدد1 الخاص، الجزء 1، جانفي 2021، ص 260.

[34] مصطفى يوسف، المرجع السابق، ص 237.

[35] سنوسي علي، دور إدارة الجودة الشاملة في زيادة فعالية إدارة العمليات بالمستشفيات، دراسة حالة مستشفى محمد بوضياف بالبويرة خلال سنة 2011، مجلة العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية، العدد 7، 2012، ص 127.

[36] زينب حدمر، مريم يحياوي، جودة الخدمات الصحية ورضا المرضى في المؤسسات الاستشفائية، مجلة الأحياء، المجلد 18، العدد 21، جوان 2018، ص 480.

[37] ذباب صلاح محمود، إدارة خدمات الرعاية الصحية، دار الفكر للنشر والتوزيع، الأردن، الطبعة الأولى، 2010، ص 78.

[38] حواف رحيمة، المرجع السابق، ص 311.

[39] نور الدين حاروش، المرجع السابق، ص 78.

[40] عبد العزيز مخيمر، محمد الطعامنة، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات (المفاهيم والتطبيقات)، منشورات المنظمة العربية للتنمية الإدارية، جامعة الدول العربية، الطبعة الثانية، 2014، ص 213.

[41] مباركي صالح، دور إدارة الجودة الشاملة في تحسين الخدمات الصحية الجوارية، بسكرة (العيادة المتعددة الخدمات أحمد بن رمضان قبايلي)، مذكرة لنيل شهادة الماستر في العلوم الاقتصادية، جامعة محمد خيضر، بسكرة، 2018–2019، ص 22.