

قياس وتقييم أداء المؤسسات الاستشفائية العمومية لتحسين جودة الخدمات الصحية في

الجزائر

Measuring and evaluating the performance of hospital institutions to improve the quality of health services in Algeria

حمود محمد الطاهر، جامعة عبد الحميد مهري قسنطينة 2

mohamed-tahar-hamoud@hotmail.com

وبدوي براهيم، جامعة عبد الحميد مهري قسنطينة 2

brahim.badaoui@univ-constantine2.dz

Abstract

We studied the tool of measure and evaluation of the performance, represented by the structured activity reports of health institution; we tried to address its needs from inspected standards and indicators, appropriated and expressive. From the analysis of statistical data we tried to address: volume of health services activities, geographic distribution of available resources, then demonstrate the conceptual frame of the performance measurement and evaluation, how indicators are set according to the system activity reports for Algerian health institution, finally the feasibility study of this mechanism currently adopted in the public hospitals and necessity to provide it with suitable environment as an accurate information system.

Keywords: performance -Measure and evaluating - indicator - quality.

ملخص

يهدف المقال الى دراسة اداة قياس وتقييم الأداء لتحسين جودة الخدمات الصحية بالجزائر، المتمثلة في تقارير نشاط المؤسسات الصحية، والتي تلعب دورا في هيكلة المؤسسات الإستشفائية للمنظومة الصحية، سنحاول التطرق لما تحتاج اليه هذه الأداة من معايير و مؤشرات مضبوطة، ملائمة ومعبرة في هذا العمل، ومن خلال تحليل المعطيات الإحصائية سنتطرق الى حجم الأنشطة في المؤسسات الصحية والتوزيع الجغرافي للموارد المتاحة ثم نبين الإطار المفاهيمي لقياس وتقييم الأداء وكيفية وضع المؤشرات وفق منظومة تقارير النشاط للمؤسسات الصحية الجزائرية، لنصل في الأخير الى دراسة جدوى هذا الميكانيزم المعتمد حاليا في المستشفيات العمومية وضرورة توفير البيئة الملائمة له من نظام معلومات دقيق.

الكلمات المفتاحية: الأداء - قياس وتقييم - المؤشرات - الجودة .

تاريخ الاستلام 2017/12/03 تاريخ المراجعة 2017/11/30 تاريخ قبول النشر 2017/12/13

ما لا شك فيه هو أنّ أحسن استثمار هو الاستثمار في رأس المال البشري (40% من سكان الجزائر تتراوح أعمارهم بين 18 و65 سنة، وهي مرحلة قمة النشاط والإنتاجية) ما يوجب على الباحثين بمختلف التخصصات وخاصة علوم الاقتصاد والتسيير الاهتمام بإيجاد أحسن الحلول لضمان الجودة في مجالات التعليم، السكن، العمل وكل الظروف المحيطة بحياة الإنسان: سلامته وقدرته على الإستمرارية في الإنتاج المادي والفكري؛ وعلى وجه الخصوص حالته الصحية البدنية والنفسية، كمطلب أساسي لتحقيق تنمية بشرية متوازنة ومستمرة، تدرس كل الجوانب الإقتصادية، الاجتماعية والثقافية بمختلف أبعادها.

تتم الأبحاث في اقتصاد الصحة بإظهار الفائدة والجدوى الإقتصادية من النشاطات المبذولة للوصول إلى أحسن مستوى من المؤشرات الصحية، والتي تعبر عن الوضع الصحي للسكان؛ فالإنفاق على الصحة يمثل استثمارا ووجب التحكم فيه بتوجيهه وتركيزه على الإحتياجات الفعلية، لتزايد عدد العوامل المتدخلة في جودة خدمات هذا المجال، كمحدودية الموارد وصعوبة توفيرها في المكان والزمان المناسبين، لأسباب مادية وأخرى تنظيمية، فكرية، تدريبية وتتعدى في حالة الجزائر الى مشاكل ثقافية.

تبين الهيكلية الهرمية للمؤسسات الصحية في الجزائر، وجود فروقات بينها من حيث المهام، الخبرات المهنية المتوفرة والحجم. تلزمنا البحث في وسائل وأدوات قياس وتقييم الأداء؛ تخضع لشروط تأخذ بعين الإعتبار هذه الفروقات (الموارد المتاحة، المهام) للتمكن من معرفة مدى تحقيقها للأهداف المسطرة لها ضمن المنظومة الصحية.

اشكالية البحث

تعتمد المؤسسات الإستشفائية العمومية الجزائرية في قياس وتقييم أداءها على النتائج الكلية لمجموعة من المؤشرات، المبوبة في نموذج موحد لتقارير النشاطات الإستشفائية السنوية، فهل تعطي هذه النتائج الكلية صورة حقيقية يمكن الإعتماد عليها في وضع برامج تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الإستشفائية العمومية الجزائرية؟

الفرضيات

- المؤسسات تستخدم نمودجا دقيقا في جمع المعطيات لقياس وتقييم الاداء
- قياس وتقييم الأداء على المستوى الكلي كاف لمعرفة الإختلالات.
- يمكن الإعتماد على نموذج تقرير النشاطات الإستشفائية لقياس وتقييم الأداء.

أسباب اختيار الموضوع

يعتبر قياس وتقييم الأداء خطوة أولى في عملية التحسين المستمر لجودة الخدمات الصحية، وفي إطار اقتراح نموذج اعتماد المصالح الإستشفائية وجب التدقيق في الميكانيزم المعتمد من قبل المؤسسات الإستشفائية العمومية في تقييم أداءها، لمعرفة مدى قابليته للتعبير من خلال نتائجه عن واقع الخدمات الصحية المقدمة.

أهمية البحث

عملية القياس تستلزم وجود معايير ومؤشرات يستدل بها في تحديد مستوى جودة الخدمات المقدمة، وكذلك درجة تحقيق أهداف قياس وتقييم الجودة والمتمثلة في:

- تحقيق رضا طالب الخدمة الصحية.
- الإستعمال الكلي والأمثل للموارد من خلال تحقيق مبدأ "تكلفة-فعالية-جودة".
- تحقيق أهداف الصحة العمومية.
- المساهمة في التأطير النظري لمفهوم المؤشرات وأهمية قياس الأداء

أهداف البحث

نهدف من خلال دراسة النموذج المعمول به في تقييم أداء المؤسسات الإستشفائية العمومية إلى:

- تعريف شروط وضع واستخدام مؤشرات قياس وتقييم الأداء في المؤسسات الصحية.
- تبيان عراقيل قياس وتقييم أداء المؤسسات الإستشفائية في الجزائر.
- دراسة مدى فعالية وجدوى نموذج قياس وتقييم الأداء المطبق على مستوى المؤسسات الإستشفائية الجزائرية.
- إيجاد النقائص وتوضيح الاختلالات في تسيير وإدارة الموارد المتاحة للمؤسسات الاستشفائية في الجزائر.

1. أنشطة المؤسسات الصحية العمومية في الجزائر (حجمها وتوزيعها)

المنظومة الصحية الجزائرية، والتي تمثل مجموعة النشاطات والوسائل الموجهة لضمان، حماية وترقية الصحة العمومية، تعمل بطريقة تسمح التكفل باحتياجات المواطنين الصحية بصفة عامة، يمكن معرفتها من خلال الخريطة الصحية؛ سنة 2015 سجلت 177000 سرير في القطاع العمومي بكل تخصصاته، أي حوالي 2 سرير لكل 1000 مواطن، أما الموارد البشرية الطبية والشبه طبية، فقد كانت في سنة 2009² حسب المنظمة العالمية للصحة 11 طبيب، 22 ممرض وقابلة مع 3 أطباء أسنان مقابل كل 10000 نسمة. بالرغم من تحسن المؤشرات الصحية، فانتقال أمل الحياة عند الولادة من 66 سنة في 1990 إلى 72 سنة في 2012³، انخفاض وفيات حديثي الولادة ب نسبة 50 بالمائة في ظرف 20 سنة حيث وصلت 12 وفيات مقابل كل 1000 ولادة حديثة سنة 2012⁴. تبقى كل هذه الأرقام غير كافية لتحليل وتبيان مستوى جودة الخدمات الصحية التي تقدمها المنظومة الصحية. نظر لحجم النشاط (الجدول 1) وأهداف المؤسسة الصحية.

الجدول رقم 01: تطور حجم نشاطات المؤسسات الصحية في الجزائر حسب نوع المؤسسة

الإستشفائية (2009-2012)

نوع	عدد الأسرة (العدد القني)		النشاطات الإستشفائية (مكوث في المستشفى)		قسم الإستجالات (مكوث أقل من 24 ساعة)		قسم الولادات (حالة ولادة)		القصاص الطبي (مليون) (كل التخصصات)	
	2012	2009	2012	2009	2012	2009	2012	2009	2012	2009
CHU EHU	12881	13042	630048	531199	16934	129853	103830	90796	4,539	5,603
EHS	10863	10475	535086	463211	67487	41483	182516	166141	2,619	1,787
EPH	37545	37565	1510638	1425475	1354414	1425227	392347	366335	13,768	12,063
EPSP	3314	2704	/	/	غير وارد	غير وارد	138048	124987	57,263	41,135

المصدر: من إعداد الطالب بالإعتماد على

Office national des statistiques, annuaire statistique de l'Algérie 2014

كما أن توزيع الموارد البشرية يلعب دورا كبيرا في تحقيق العدالة الإجتماعية أولا، وأهداف

المنظومة الصحية ثانيا فحسب ما جاءت به دراسة العربي عبيد (L'offre de soins dans les

différentes régions d'Algérie en 2014) فإنه توجد فروقات واضحة بين توزيع عرض

الخدمات الصحية بين المناطق، كما هو مبين في الجدول (02).

الجدول (02): عرض الخدمات الصحية العمومية حسب المناطق في الجزائر 2014

قاعة علاج	قاعة الولادة	عيادة متعددة الخدمات	EHS	EPH	CHU	عدد الأسرة الكلي	السكان	
3388 6438/1	221 (1775 سرير)	933 (23380/1ن)	42	115	14	44590	%59.8	الشمال
1663 6621/1	166 (1023 سرير)	493 (22336/1ن)	19	60	02	16340	%30.2	الوسط
770 4718/1	68 (374 سرير)	190 (19120/1ن)	07	27	0	5829	%10.0	الجنوب

المصدر: من إعداد الطالب بالإعتماد على

-Pr Larbi Abid , L'offre de soins dans les différent régions d'Algérie en 2014.

- Office national des statistiques, annuaire statistique de l'Algérie 2014.

كما أن توزيع الموارد البشرية بين المناطق والمؤسسات الصحية يعرف تذبذبا واختلافات ناجمة عن التسيير الغير مخطط لتوزيع الطواقم الطبية والشبه طبية. يوضح الجدول رقم 03 بعض الفروقات في ثلاث أكبر مستشفيات جامعية في الجزائر من حيث عدد الأسرة مقابل عدد الأطباء:

الجدول رقم 03: الطواقم الطبية والشبه طبيه مقارنة بعدد الأسرة في ثلاث مستشفيات

جامعية جزائرية (2012)

صيدلة	جراحو أسنان	أطباء عامون	أطباء أخصائيون	اجمالي الأسرة	
12	11	92	235	1383	مصطفى باشا- الجزائر
4	4	43	79	1539	ابن باديس - قسنطينة
5	0	120	147	1494	الوحدة المركزية - وهران

المصدر: من إعداد الطالب اعتمادا على

- Office national des statistiques, annuaire statistique de l'Algérie 2014.

من خلال الجدول السابق نلاحظ الفروقات في العدد الكلي للموارد البشرية المتاحة، فنجد أن مستشفى قسنطينة به طبيب عام واحد لكل 35 سرير وطبيب مختص لكل 19 سرير مقابل طبيب عام واحد لكل 15 سرير بمستشفى مصطفى باشا و12 سرير في مستشفى وهران أما الأطباء المختصون فكانت على التوالي طبيب مختص لكل 5 أسرة و10 أسرة في المستشفيات.

هذه الاختلالات لها تأثيرات على جودة التكفل بالمرضى، وهو ما قد يفسر 38 حالة وفاة للأمهات، و1568 وفاة لحديثي الولادة و2260 وفاة قبل الولادة مقابل 104 آلاف ولادة سنة 2012 في المستشفيات الجامعية الجزائرية حسب الديوان الوطني للإحصائيات.

المؤشرات الصحية تعبر عن الوضعية الصحية للأفراد (40% من سكان الجزائر تتراوح أعمارهم بين 18 و65 سنة هم في مرحلة النشاط سنة 2011)⁵ والمجتمع في زمن معين، هذه الوضعية هي نتيجة للظروف التي يعيشونها لها علاقة بالحالة الاقتصادية، الاجتماعية، الثقافية، بيئية وتتعداها إلى أسباب تاريخية إضافة لعادات وتقاليد المجتمع. كما أنّ السياسة الصحية المنتهجة في إطار خدمات المنظومة الصحية، والتي ترجمها خاصة في مجموع الأنشطة التي تقوم بها المؤسسات الصحية بمختلف تخصصاتها وأدوارها.

جودة الخدمات الصحية بمختلف أبعادها⁶ (الأمان - سرعة الإستجابة - الفعالية - الكفاءة - التركيز على الفرد - العدالة والتماثل) لا يمكن الحكم على مستواها فقط من خلال المؤشرات الصحية للمجتمع، فهذه الأخيرة هي نتيجة لمجموعة من الظروف المحيطة بالفرد والجماعة؛ كالحالة الاقتصادية والاجتماعية، المستوى التعليمي والثقافي، مدى توفر الخدمات الصحية وسهولة الولوج إليها ماديا وجغرافيا.

2. قياس وتقييم الأداء في قطاع الصحة

الجودة في الخدمات الصحية ليست مطلباً اختيارياً تقبل فيه أدنى المستويات والشروط، فله دور يختلف عن دور تعزيز التنافسية في باقي المجالات، لأنه مطلب يجب ضمانه بأعلى المستويات المتاحة لتعلقه برأس المال البشري. القياس والتقييم آليات في هذا المجال لا يمكن تناولها بمعزل عن برامج التحسين المستمر للجودة في كل مستوياتها، التي لا يمكن الحديث عن جودة الخدمات الصحية دونما تحديدها، لتسهيل عملية تطوير وتكييف المؤشرات والمعايير حسب طبيعتها وأهدافها في كل مستوى.

1.2. مستويات قياس وتقييم جودة الخدمات الصحية:

- **مستوى كلي:** يدرس مدى تحقيق الأهداف الكلية للصحة العمومية (التوزيع الجغرافي للخدمة، التكوين، العدالة الاجتماعية) وهو يعتمد أساساً على مؤشرات قياس أداء المنظومة الصحية في مجملها، والمتمثلة في المؤشرات الصحية والمؤشرات الاقتصادية.⁷
- **مستوى وسطي:** يدرس فيها مدى مرونة المنظومة الصحية من حيث التسيير والتطوير المحلي والجهوي، هيكلية مسار المريض، مدى تحقيق أهداف كل مستويات الخدمة الصحية.
- **مستوى جزئي:** يهتم بالتنظيم الفعلي للعمل داخل الوحدات الصحية والتنسيق فيما بينها.

قياس وتقييم الأداء في مجال الصحة يمثل العملية المحورية في هيكلية عملية التحسين المستمر للجودة.

2.2. مفهوم وأهمية مؤشرات الأداء⁸

إن مؤشرات الأداء عبارة عن أداة تستخدم لمتابعة وتقدير مدى جودة الوظائف الهامة المتعلقة بالأنشطة الإدارية والإكلينيكية وأعمال الدعم داخل المستشفى. والمؤشرات ليست بمعايير مباشرة للجودة وإنما هي بمثابة عدسات فاحصة ومحايدة تعمل على إبراز تساؤلات هامة عن جودة الرعاية الصحية ويمكن أن تؤدي إلى تحديد مجالات التطوير. بمتابعة هذه المؤشرات يتمكن المستشفى من تحديد ما إذا كانت الخدمة المقدمة مطابقة للأهداف المرسومة بالنسبة لكل تخصص وظيفي. باستخدام نظام تقييم الأداء تصبح الإدارة قادرة على قياس مدى بلوغ الأهداف التي تم وضعها بالنسبة لكل تخصص وظيفي.

تركز المؤشرات على قياس وتقييم أداء المستشفيات لفترة زمنية سابقة. فهي قياسات كمية تستخدم المعطيات التي تم جمعها وتنظيمها كبيانات حول الأداء الوظيفي المتعلق بمدخلات، أنشطة(عمليات) ومخرجات المؤسسة الإستشفائية ثم تقييم مدى مردوديتها وفعاليتها. توفر المؤشرات إنذارا للانحرافات، حيث يمكن استخدامها كمنبهات بغرض تحسين الأداء، وهي توفر أساسا مرجعيا للتغييرات المطلوب إحداثها في التنظيم الداخلي للمؤسسة الاستشفائية والتي من شأنها تحسين الخدمة الإستشفائية في فترة زمنية مواتية للقياس.

ويمكن تعريف قياس وتقييم الأداء بأنه⁹: "إيجاد مقاييس يمكن من خلالها معرفة مدى تحقيق المنظمة للأهداف المسطرة، ومقارنتها بالأهداف المحققة، ومعرفة وتحديد مقدار الانحرافات عن ما تم التخطيط له مسبقا، وتحديد أسباب تلك الانحرافات ل معالجتها". وإذا طبقنا مدخل النظم على مفهوم قياس وتقييم الأداء¹⁰، فيمكن عرض الشكل التالي:

الشكل رقم(01): نظام تقويم الأداء



المصدر: سيد محمد جاد الرب، إدارة المنظمات الصحية والطبية منهج متكامل في إطار المفاهيم الإدارية الحديثة، دار النهضة العربية، القاهرة، 1996-1997، ص:295.

تقييم الأداء في المؤسسات الصحية ينصب على تحسين البرامج والخدمات الصحية المقدمة في حدود ما هو متاح من موارد (مدخلات)، والتطبيق الأمثل في العمليات والأنشطة لما جاءت به قوانين الممارسة المهنية للخدمة الصحية الإستشفائية، كما أنّ تقييم الأداء يعتمد على نظام المعلومات ارتباطا وثيقا خاصة ما يتعلق بمخرجات ونتائج النشاط.

3.2. دور وأهمية قياس وتقييم الأداء في المؤسسات الإستشفائية لتحسين جودة خدماتها:

يتمثل دور قياس وتقييم أداء المؤسسات الإستشفائية لتحسين جودة خدماتها في النقاط الآتية:

- التحكم في الوظائف المتعددة للمستشفيات لتأدي الدور المحوري لها في المسار العلاجي للمريض.
- تطور مفهوم إدارة وتنظيم الخدمات الطبية من البحث عن توفير الخدمات الصحية إلى التركيز على ارضاء المرضى الحاليين والمرتبين ووضع نظام متكامل لمسار طالب الخدمة داخل المنظومة الصحية.
- الاهتمام بتفاعل المؤسسة الصحية مع البيئة المحيطة بها، وتحديد المشاكل التي تعاني منها (كمشاكل الإتصال الداخلي والخارجي).
- إيجاد حلول لتحسين الأداء الإداري والطبي في كل المصالح بالمؤسسة الإستشفائية، وجعلها نظاما ديناميكيا يتأقلم بسهولة مع المتغيرات الظرفية خاصة أنّ عدد العمليات المقدمة غير قابل للتوقع.
- استخدام نتائج القياس والتقييم في إعادة هيكلة وإدارة الموارد، بما يتماشى والطبيعة اللاتوقعية في الطلب على الخدمات الإستشفائية؛ خاصة ما يتعلق بالتوزيع الزمني والعددي للمهنيين داخل مصالح المستشفى.
- الاستخدام الأمثل للموارد المتاحة للمؤسسة الإستشفائية العمومية بما يتماشى مع مبدأ الثلاثية تكلفة/فعالية/جودة.

4.2. الشروط الأساسية في تطوير مؤشرات القياس والتقييم:

عملية قياس وتقييم أداء المؤسسات الإستشفائية تحتاج إلى إستخدام مؤشرات تتماشى مع إستراتيجية وأهداف المنظومة الصحية، لذا يجب توفر الشروط التالية:

أ- تحديد العمليات والأنشطة المكلف بها كل المؤسسات الإستشفائية حسب موقعها في

هرم المنظومة الصحية:

- تحديد مجال التدخل في مسار طالب الخدمة الصحية.

- تحديد العمليات التي لها تأثير مباشر وأهمية قصوى على مخرجات رعاية المرضى.
- وضع مؤشرات مبدئية وعرضها على الإدارات الفنية المختصة للدراسة.
- تحديد المؤشرات التي توضح الاختلال المحتمل للأداء.
- ب- تطوير نظام جامع للمعلومات، قد يتضمن ما يلي:**
- ميكانيزم يسمح بالتدوين الآلي للمعلومات والبيانات المتعلقة بكل الأنشطة الأساسية والفرعية للمستشفيات.
- آليات لحماية المعلومات الشخصية المتعلقة بطالبي الخدمة.
- التحديث المستمر للبيانات والمعطيات المتعلقة بمدخلات ومخرجات المؤسسة الإستشفائية.
- أن يتميز نظام المعلومات بالمقروئية، الأثرية والرؤية.
- ت- تحديد المؤشرات المعتمدة فعليا لقياس وتقييم الأداء:**
- اثبات امكانية الإعتماد على مؤشرات القياس والتقييم.
- وضع قائمة المؤشرات الفرعية "إكلينيكية، للعمليات، تنظيمية، وظيفية".
- تحديد البيانات اللازمة لتطبيق المؤشرات، حيث يجب أن تتوفر لها: المحتوى، المصدقية، الوقت المناسب، الصلاحية.
- دراسة ووضع محددات كمية للمؤشر (قيم مرجعية) يمكن أن تكون وجها للمقارنة بعد المقارنة الزمنية.
- ث- تحديد المواصفات العامة لمؤشرات تقييم الأداء:**
- الإستيعاب الفوري للمؤشر من خلال إدراك كل الطواقم في المؤسسة الإستشفائية لأهمية تجاوز الإختلالات التي يكشفها تقييم الأداء.
- إمكانية تطبيقها على المؤسسة الإستشفائية فيجب أن تكون:
 - واضحة من حيث التطبيق ودقيقة في النتائج.
 - تأخذ كل خصائص الخدمة الصحية بعين الإعتبار.
 - قابلة للتطبيق على طول المحور الزمني.
- يجب أن تخدم مؤشرات تقييم الأداء:
 - إحتياجات طالبي الخدمة الصحية
 - سياسة المنظومة الصحية.
 - الأهداف المرجوة من تصحيح اختلالات المؤسسة.
- يجب أن تتميز بالدقة فتكون:

- موضوعية، كمية ويمكن قياسها.
- حقيقية وتعطي نفس النتائج كل مرة.
- قابلة للمقارنة في الزمان والمكان.

ج- الخضوع لمرحلة اختبار المؤشرات:

عملية الاختبار هي مرحلة أساسية لتقييم المؤشرات من حيث مدى إمكانية الاعتماد عليها، ومدى إمكانية الانتفاع منها قبيل البدء في تطبيقها بصورة رسمية.

5.2. نموذج قياس وتقييم الأداء بطريقة المؤشرات المهنية

يسمى نموذج أفيديس دونابيديان **Avedis Donabedian**¹¹ وهي مجملة في ثلاث

مجموعات رئيسية والتي تتفرع منها مقاييس فرعية كما يلي:

أ. مقاييس الهيكل التنظيمي (البنية، المدخلات)¹²:

وتتمثل في المؤشرات التي تقيس مدخلات المؤسسة من موارد بشرية، مادية ومالية لازمة

لتقديم الخدمة الصحية، وتندرج ضمنها عدة تصنيفات منها:

- مؤشرات لقياس أداء الموارد البشرية: الطاقم الطبي، الشبه الطبي، الإداريين والمهن الأخرى.

- مؤشرات لقياس أداء الموارد المادية والمالية: عدد الأسرة، سيارات الإسعاف.

ب. مقاييس النشاط والعمليات (الإجراءات):

يدل مفهوم العمليات على تتابع خطوات العمل لتقديم الخدمة الصحية وهي التي تتسبب في

الوصول إلى النتائج.

وفي هذا المجال يمكن استخدام المؤشرات التالية، والتي نذكرها على سبيل المثال لا الحصر:

متوسط فترة الإقامة، معدل دوران السرير، نسبة اشغال السرير وعدد العمليات القيصرية.

ت. مؤشرات النتائج (المخرجات)

تقيس ما حدث وما لم يحدث كنتيجة للعمليات. تعتبر مؤشرا مقارنا في الزمن ومدى تحقيق

تغيير بعد تطبيق برامج التحسين.

في هذا الإطار هناك مؤشرات خاصة بالنتائج المرحلية، ويمكن استخدام النسب التالية:

نسبة الوفيات بعد العملية، وفيات الأطفال بعد الولادة، وفيات الأمهات، الوفيات نتيجة

التخدير، نسبة المرضى الذين عادوا للمستشفى بعد العملية ونسبة الإصابات بعدوى الإخمجاج.

بعد استعراض أهم المعايير التي يفترض اعتمادها لقياس أداء المستشفيات تقتضي الضرورة الإشارة

إلى أهم المقاييس (القياسات المرجعية المنصوح بها من قبل المنظمة العالمية للصحة)¹³ التي يمكن

الإعتماد عليها عند محاولة تشخيص الإنحرافات في اتجاهين (قلة الموارد المتاحة والاستخدام الأمثل لها)، كما هو موضح في الجدول الموالي:

الجدول رقم (04): مجموعة معايير الأداء ومؤشرات قياسها المنصوح بها عالميا

مؤشر القياس	المعايير
4 أسرة	عدد الأسرة/طبيب
سريرين	عدد الأسرة/ممرض أو ممرضة
15 مريض	مريض العيادة الخارجية /طبيب
100 سرير	صيدلي واحد
100 سرير	أخصائي واحد للتغذية
100 سرير	أخصائي واحد بالتحاليل المختبرية
75	موظف واحد متخصص بنظام المعلومات الطبية
75	موظف واحد متخصص بالخدمات الإجتماعية
75	موظف واحد متخصص بالعلاج الطبيعي
سرير واحد	موظف واحد
3%	الوفيات العام
5000/1	الوفيات نتيجة التخدير
1%	الوفيات بعد العملية
0.25%	الوفيات الأمهات
2%	الوفيات الأطفال عند الولادة
1%	معدل التلوث
1%	معدل التلوث بعد العملية
25%	معدل التشريح
4%	معدل العمليات القيصرة
7 ايام	متوسط فترة الإقامة
80%	معدل إشغال السرير
65	معدل دوران السرير

المصدر: جلدة سليم بطرس، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، عمان - الأردن، ط1، دار الشروق، 2007.ص:110.

يجب التنبيه أن المؤشرات السابقة ذكرناها على سبيل المثال لا الحصر، لتعدها وإمكانية تكييفها حسب ما تتوفر عليه المؤسسة الإستشفائية من موارد ومصالح. نستخلص مما سبق أنّ الجودة في الخدمات الصحية لها خصوصية، لتعلقها بحياة الإنسان ولها مميزات تختلف بها عن باقي الخدمات، فلها مجموعة من الأبعاد تساعد على تحديد احتياجات طالبي الخدمة الصحية وترجمتها الى أهداف للمنظومة الصحية.

ليتم قياس مستوى جودة الخدمات الصحية بشكل موضوعي وهادف، وجب الإعتماد على معايير كمية وأخرى كيميائية. يمكن من خلالها قياس التكاليف الغير ضرورية (تكاليف الأاجودة) من جهة، وتحقيق فعالية التشغيل وكفاءة الأداء والقضاء على اختلالات النشاط والممارسة العيادية السيئة الناجمة عن اختلالات تنظيمية وثقافية. من جهة أخرى، للوصول إلى تحقيق متطلبات طالبي الخدمة ورضاهم عن الخدمات الصحية المقدمة.

من المهم التأكيد على أنّ دقة النتائج المحصلة من أي مؤشر تتأثر كليا بدقة البيانات التي يقدمها القسم الإحصائي في المؤسسة، تبويبها وترتيبها مرحلة أساسية قبل التقييم. قياس وتقييم جودة الخدمات الصحية يحتاج الى تبويب موضوعي للمؤشرات، حيث نرى أن طرق القياس والتقييم تختلف باختلاف:

- المنظومة الصحية المعمول بها، أهدافها، إمكانياتها، التحديات التي تواجهها.
- نشاطات المؤسسة الصحية، تخصصاتها، موقعها في الهيكل الهرمي للمنظومة.
- خصوصيات الطلب على الخدمة الصحية.

3. قياس وتقييم الأداء في المؤسسات العمومية الاستشفائية الجزائرية

تحقيقا لأهداف الدراسة في البحث عن عراقيل قياس وتقييم جودة الخدمات الصحية اخترنا صنفا من المستشفيات الجزائرية هي المؤسسة الإستشفائية العمومية (EPH) فهي موجودة في التراب الوطني بحجم تقني موحد 120 سرير تقني و240 سرير تقني، وتشارك في عدد ونوع التخصصات الإستشفائية الموكلة لها.

تمّ التركيز على المعايير الكمية لقياس الجودة، بوضع نموذج مبسط مستنبط من نموذج أفيديس دونابيديان **Avedis Donabedian** لاعتباره أكثر موضوعية في هذه المرحلة لتوافقه والنموذج المستخدم في المؤسسات الإستشفائية الجزائرية، من خلال تبويب البيانات المتوفرة لدى المديرية الفرعية للمصالح الطبية بالمستشفى قيد الدراسة (تعتمد في تحليل نشاطها السنوي على نفس المعطيات التي تستخدم في النموذج المبسط المقترح) حسب تصنيفها إلى مدخلات، عمليات ومخرجات.

1.3. تبسيط النموذج:

النموذج المقترح يضم مجموعة من المؤشرات الكميّة، تستخدم في التقييم وفقا لمعايير قياسية مرجعية (المنظمة العالمية للصحة). وعليه فإننا في هذه المرحلة نعتمد على المعطيات المتوفرة (تقارير النشاط لثلاث سنوات) حول مستشفى عمومي استشفائي (130 سرير تقني) باستخدام مؤشرات الأداء حسب النموذج المبسط (مدخلات، عمليات، مخرجات) مثلما هو مبين في

الجدول (05) تليها قراءات مقارنة بالمستويات المنصوح بها علميا، لنختتمها بالاستنتاجات والتوصيات المتوصل إليها، والهدف من هذا النموذج هو تبسيط فكرة قياس أداء المؤسسات العمومية الاستشفائية من خلال معرفة:

- المدخلات: مدى تغطية الكوادر الطبية والشبه طبية لحاجات المستشفى بالمقارنة مع الأسرة.
- العمليات: قياس مدى مردودية الوسائل المادية المتوفر (الأسرة في هذه الحالة) وبذلك مردودية الموارد البشرية المقترنة بها.
- المخرجات: عدد الوفيات داخل المستشفى، لأنها تعبر بنسبة كبيرة عن ضعف التكفل بالمرضى، ونقص سرعة الاستجابة.

الجدول رقم (05): مؤشرات قياس الأداء (نموذج مقترح /مختصر)

المستوى	المؤشر	العملية المعيارية
المدخلات	الطبيب	عدد الأسرة / عدد الأطباء
	المرضى	عدد الأسرة / عدد المرضى
	الصيدلي	عدد الأسرة / عدد الصيادلة
	مختص الأغذية	عدد الأسرة / عدد الأشخاص في التغذية
العمليات	متوسط فترة الإقامة	\sum عدد أيام مكوث المرضى / \sum عدد المرضى الماكثين
	معدل إشغال الأسرة	\sum عدد أيام للكوث * 100 / \sum عدد الأسرة * 360
	معدل دوران الأسرة	عدد حالات الخروج / عدد الأسرة
	نسبة العمليات القيصرية	\sum عدد العمليات القيصرية * 100 / \sum عدد الولادات
المخرجات	الوفيات العام	\sum عدد الوفيات بين الماكثين * 100 / \sum الماكثين بالمستشفى
	الوفيات بعد العملية	\sum الوفيات بعد العملية * 100 / \sum العمليات في المستشفى
	وفيات الأمهات	\sum وفيات الأمهات * 100 / \sum الأمهات في قسم التوليد
	وفيات الأطفال	\sum عدد الوفيات لحديثي الولادة * 100 / \sum عدد الولادات

المصدر: من اعداد الطالب بالإعتماد على: تقرير النشاط السنوي للمؤسسة العمومية الإستشفائية العينة.

-Aleksandar Višnjić Measures for Improving the Quality of Health Care
op :54

2.3. تقديم المؤسسة الإستشفائية قيد الدراسة:

المؤسسة العمومية الاستشفائية تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي توضع تحت وصاية الوالي. تتكون، من هيكل للتشخيص والعلاج والاستشفاء وإعادة التأهيل الطبي، تغطي سكان مجموعة بلديات¹⁴. تغطي المؤسسة قيد الدراسة الحاجات الصحية لحوالي 300.000 نسمة. وتقوم بالمهام التالية:

- تقديم الإسعافات الإستعجالية.
 - القيام بعمليات جراحية حسب الاختصاصات التي تتوفر على إمكانياتها.
 - التكفل بالولادات وتحسين ظروفها.
 - **مهام المؤسسة العمومية الاستشفائية:** التكفل وبصفة متكاملة ومتسلسلة بالحاجات الصحية للسكان، وفي هذا الإطار تتولى على الخصوص المهام الآتية:
 - ضمان تنظيم وبرمجة توزيع العلاج الاستشفائي والتشخيص وإعادة التأهيل الطبي.
 - تطبيق البرامج الوطنية للصحة.
 - ضمان تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة وتجديد معارفهم.
 - يمكن استخدامها ميدانا للتكوين الطبي وشبه الطبي والتكوين في التسيير الاستشفائي على أساس اتفاقيات تبرم مع مؤسسات التكوين.
 - **المستشفى قيد الدراسة يتكون من هياكل تتمثل في:**
 - أ. **قسم إداري:** ويضم مكاتب مهمتها التسيير الإداري للمستشفى، تحت تصرف المدير، والذي يلحق به مكتب التنظيم ومكتب الاتصال.
 - ب. **قسم طبي:** يشمل المصالح الطبية التقنية والاستشفائية والتي مهمتها المعاينة، التشخيص والعناية الطبية بالمرضى منذ دخوله المستشفى حتى مغادرته لها ويتكون من:
 - المصالح الإستشفائية: 4 أقسام (الطب الداخلي - طب الأطفال - قسم الجراحة - قسم الولادة وأمراض النساء).
 - مصلحة الإسعافات.
 - الصيدلية.
 - المصالح التقنية: المخبر، الأشعة، الوقاية، غرف للعمليات.
- 3.3. قياس وتقييم الأداء بالمؤسسة العمومية الإستشفائية العينة
بعد تطبيق النموذج المبسط المقترح كانت النتائج كالآتي:

الجدول رقم(06): نتائج تطبيق النموذج المبسط على معطيات إحصائية لمؤسسة عمومية

استشفائية عينة

المعيار العالمي	السنوات المتتالية			المؤشرات	الصف
	3/2015	2/2014	1/2013		
4 أسرة	2.49	2.24	2.63	طبيب / سرير	المدخلات
سريرين	0.52	0.52	0.52	ممرض / سرير	
100 سرير	31/1	31/1	31/1	صيدلي / سرير	
7 أيام	3.02	3.35	3.4	متوسط فترة الإقامة	العمليات (الأشغال)
80%	41.47	39.25	34	معدل إشغال السرير	
65 / سنة	64.4	65.3	45.35	معدل دوران السرير	
3%	0.92	1.11	1.39	معدل الوفيات العام	المخرجات
1%	3.04	2.81	0.2	معدل الوفيات بعد العملية	
0.25%	0	0	0	معدل وفيات الأمهات	
2%	0.69	2.85	2.58	معدل وفيات الأطفال عند الولادة	

المصدر: من إعداد الطالب اعتمادا على معطيات المديرية الفرعية للمصالح الطبية للمستشفى العينة.

تحليل النتائج:

المدخلات:

- عدد الأسرة لكل طبيب لم يتعدى 2.63 سريرا في المستشفى، في حين يقدر المعدل الذي حدّته منظمة الصحة العالمية بـ 4 أسرة لكل طبيب مما يعني تغطية الطلب على الفحوصات من حيث الكمية يعتبر مقبولا. لكن هذا المعدل يعبر عن إجمالي الأطباء في المستشفى، فهناك تفاوت بين عدد الأطباء المختصين، الجراحين والأطباء العامين لسنة (3)، وكذلك اختلاف في عدد أفراد الطواقم الطبية لكل مصلحة إستشفائية ما يؤدي إلى عدم توازن في تغطية الطلب على الخدمات.

- نسبة الأسرة إلى الممرضين لم تتعد سريرا واحدا، مع العلم أن الإحصائيات لا تأخذ بعين الإعتبار التخصصات والتوزيع يختلف بين المصالح وبين السنوات دون وجود مبررات موضوعية.

- 31 سريرا مع كل صيدلي، بالمقابل 100 سرير كمعيار عالمي. وهذا الاختلاف يعود إلى عدد الأسرة الذي تغير بفعل تحويل عدد منها إلى قسم المستعجلات واعتبارها خاصة بالفحوص الآتية.

العمليات:

- متوسط فترة الإقامة في تحسن لم يتعدى 3.5 أيام، وهو أقل من العدد المعمول به عالميا والذي يبلغ 7 أيام . لكن بالتدقيق في فترة الإقامة لكل مصلحة على حدا نلاحظ تفاوتات كبيرة سنتطرق له لاحقا في الجدول رقم (08) هل هذا يعني ضرورة وضع مقاييس فرعية لمقارنة المؤشرات الخاصة بكل مصلحة؟.

- معدل إشغال السرير لم يتعدى 42% في حين بلغت النسبة المقبولة عالميا (80%). ولذلك كان متوسط فترة الإقامة منخفضا، وهذا يعبر عن عدم الوصول إلى تشغيل حوالي (50%) من إمكانيات الأسرة خلال السنة.

- معدل دوران السرير من 45 إلى 64 في السنة الثالثة، لكن تبقى دائما إشكالية عدم القدرة على تحديد مستوى المردودية النموذجية الفعلية الأسرة حتى تتمكن من قياس المردودية المستشفى

المخرجات:

- معدل الوفيات العام يتراوح بين 0.092% كحد أدنى سنة (3) و1.39% كحد أقصى سنة (1)، أي أنه في تحسن مستمر بوتيرة ثابتة تقريبا ورغم ذلك فهو أحسن من المعدل المقبول عالميا والذي يبلغ 3%.

- معدل الوفيات بعد العملية كان يعادل 0.2% سنة (1)، ثم ارتفع إلى 3.04%، وهذا يتعدى المعدل المطلوب عالميا والمحدد بـ 1%، مع العلم أنه لم يتم تسجيل وفيات بسبب أخطاء طبية .

- معدل وفيات الأمهات (0%) مما يعني حسن الإجراءات والوقاية، قبل وبعد الولادة. لكن يجب التذكير أن المستشفى يضع شروط لاستقبال الوافدات للولادة.

- معدل وفيات الأطفال كان مرتفعا وتعدى 2% سنة (1) إلى حوالي 3% في سنة (2) وانخفض إلى 0.69% سنة (3) مع الإشارة لارتفاع نسبة الولادات وانخفاض عدد الولادات القيصرية.

كما أننا سجلنا الملاحظات التالية:

-يفتقر نظام جمع وتبويب المعطيات الإحصائية للمؤسسة العينة إلى الدقة، الشمولية والاستمرارية.

-فارق كبير في عدد الاسرة الفعلي(92) المشغل للمؤسسة والعدد التقني المصرح به(130).

-لا يوجد نظام موحد يسمح بتثبيت الكوادر الطبية والشبه طبية في مصالح المستشفى، وتوزيع عشوائي للممرضين، ما يسبب نوع من الاختلال في ديناميكية العمل بالمؤسسة العمومية الإستشفائية.

هذا ما يجعلنا نقول:

-أن المؤشرات قد كانت كمية ولم نستطع من خلالها وحدها تفسير الاختلافات بين السنوات.

-المؤشرات السابقة لم تفسر فعلا النشاط الحقيقي للمؤسسة، لعدم التفصيل في التخصصات والأنشطة الغير متجانسة.

- النتائج لا تعبر عن مدى وصول المؤسسة الى تحقيق أهدافها.

لذا نطرح التساؤل التالي: هل مؤشرات قياس الأداء السابقة تعطي نفس النتائج عند استخدامها لقياس الأداء في كل مصلحة استشفائية على حدى؟.

من خلال الجدول الآتي نحاول الإجابة عن التساؤل لكن:

المدخلات لم تتوفر حولها معطيات جزئية للأسباب التي ذكرناها سابقا (نستخدم فقط مؤشر عدد الأطباء مقابل الأسرة).

الجدول رقم (07): مؤشرات الأداء حسب المصالح الإستشفائية للمستشفى العينة

المؤشرات	الطب الداخلي	طب الأطفال	الجراحة العامة	أمراض النساء والتوليد	قسم الإستجالات		
						A	ط/س
	3	2.4	3.4	16	0.8		
B	7.17	3.25	3.15	1.36	0.17	م ف إ	
	64.16	34.53	42.49	63.53	2.6	م إ س	
	32.67	38.75	49.17	144.11	57.30	م د س	
C	%3.57	0	0	0	% 3.3	و ع	
	/	/	0	غير وارد	/	و ب ع	
	/	/	/	0	غير وارد	و أ	
	/	/	/	% 0.7	/	و أ ط	

المصدر: من إعداد الطالب اعتمادا على معطيات المديرية الفرعية للمصالح الطبية للمستشفى العينة.

تحليل النتائج:

- المدخلات: بالإضافة للتوزيع العشوائي للمرضين وعدم القدرة من تحديد مهامهم على الصعيد الفعلي باختلاف تخصصاتهم فإن المؤسسة العمومية الإستشفائية قيد الدراسة تعاني من:
- عدم توازن / تناسب بين عدد الأسرة والأطباء العاملين في المصالح الإستشفائية (مختص واحد في أمراض النساء والتوليد مقابل 16 سرير في المصلحة، 96 حالة تم تحويلها إلى المستشفى الجامعي سنة 2015).
 - بالإضافة الى تكفل الأطباء المتخصصين بمهامهم (فحوصات، متابعة، عمليات جراحية) داخل المؤسسة فإنهم يغطون النقص في التخصصات باجراء الفحوصات الطبية المتخصصة على مستوى مؤسسات الصحة الجوية لنفس المنطقة.
 - وجود اشكالية في عدم استقرار الأطباء للعمل في المؤسسة الإستشفائية (رحيل طبيين متخصصين في الجراحة العامة سنة 2015).

- هذه العوامل تؤثر في تغطية مهام المؤسسة الاستشفائية، انخفاض بـ 50 بالمئة من عدد الفحوصات المتخصصة في جراحة المفاصل بعد رحيل مخصص في جراحة المفاصل سنة 2015 وارتفاع الحالات الإستعجالية من 661 سنة 2014 إلى 837 حالة سنة 2015.

العمليات (الأنشطة):

- يفسر المستشفى فترة الإقامة المرتفعة في مصلحة الطب الداخلي، لنوعية الأمراض المتكفل بها استقبال عدة أصناف من الأمراض اضافة للأمراض المزمنة) بالإضافة لارتفاع عدد الماكثين من الفئة العمرية المتقدمة في السن. رغم انخفاض متوسط فترة الإقامة في سنة 2015 (7 أيام) مقارنة بـ (8 أيام) سنة 2014 التي يفسرها مسؤولو المستشفى باستحداث الوحدة المتنقلة للعلاج والمتابعة المنزلية.
- معدل دوران الأسرة كان في مصلحة أمراض النساء والتوليد 144 مرة، أي أنه تخطى المستوى الأدنى المطلوب، لكن المصالح الأخرى فلم تصل إلى 50 بالمئة من قدرتها الفعلية.
- معدل إشغال الأسرة يعبر كذلك على أن مصال المستشفى لم تستخدم أكثر من 40 بالمئة من الزمن المتاح للنشاط.

المخرجات:

- مصلحة الطب الداخلي والإستعجالات هما مصدر أكثر من 95 بالمئة من الوفيات في المستشفى.

نتائج ومقترحات تجربة النموذج المبسط لقياس وتقييم أداء المؤسسات الاستشفائية العمومية:
نتائج مؤشرات قياس وتقييم الأداء العامة للمستشفى العمومي العينة تعبر عن المستوى المقبول للخدمات الصحية المقدمة، لكنها لا تعكس الصورة الحقيقية لأداء المؤسسة الإستشفائية، فالمؤشرات التي تم حسابها قيست حسب المعطيات الإحصائية الكلية للمؤسسة ما أثر على الصورة الفعلية لنشاط المؤسسة، بعد التدقيق في النتائج الجزئية (حسب المصالح الإستشفائية) وجدنا اختلافات كبيرة في النتائج مقارنة بالمعايير المرجعية أولا وبين المصالح الإستشفائية ثانيا، ما يبين وجود اختلالات في التوازن الداخلي لتوزيع الموارد أو وجود ما يؤثر على التحكم فيها، ما يجعلنا نستنتج أنه:

- يجب وضع آلية قياس وتقييم الأداء تأخذ بعين الإعتبار كل مصلحة على حدا.
- توفير ميكانيزم لجمع البيانات المتعلقة بالموارد والنشاطات بكل جزئياتها داخل المستشفى.
- الحكم على مستوى جودة هذه الخدمات غير ممكن عند إهمال المؤشرات غير الكمية، فهي تعطي الصورة الواضحة عن كفاءات وظروف نشاط المؤسسة الإستشفائية.

- يجب قياس القدرة الفعلية للموارد على تغطية المهام والأنشطة في المستشفى، وهي تحتاج الى معيار آخر اضافة للمعايير السابقة، يعتمد على حساب زمن العمل الفعلي مقارنة بأعلى قدرة من ساعات العمل (في اليوم/ الأسبوع/ الشهر/ السنة) مع أخذ بعين الإعتبار العدد القانوني لساعات العمل في اليوم، وحذف ما يقابل مدة العطل القانونية فيما يخص الموارد البشرية.
- يجب وضع هيكل توزيعي للموارد البشرية حسب التخصصات والمصالح الإستشفائية بالتناسب مع عدد الأسرة والاحتياجات الصحية للمنطقة.

خاتمة:

جاء هذا البحث انطلاقا من اشكالية قياس وضمان الجودة في الخدمات الصحية الجزائرية، اعتمدنا على مؤشرات قياس أداء المؤسسات الصحية حسب نموذج دونابيديان لكن بالطريقة المعتمدة من قبل المؤسسات الإستشفائية الجزائرية، فهي لا تعطي نتائج معبرة عن المستوى الحقيقي للخدمات المقدمة من حيث الموارد المتاحة، مطابقة العمليات والأنشطة للمواصفات والتوصيات وكذا عدم مقروئية النتائج النهائية لهذه الأنشطة، لذا يجب أن تكون العملية أولا على مستوى كل مصلحة من المؤسسة على حدى، ثم تخطي عوائق الإنطلاق في العملية؛ التي تتمثل أساسا في نظام جمع وتبويب المعلومات حول موارد وأنشطة المؤسسات الإستشفائية (غير مكتمل ولا يرقى لتحقيق متطلبات تحسين الجودة) وهيكل توزيع الموارد البشرية بين مصالح المستشفيات، وتأكيد ضرورة المحافظة على قدرة الاستجابة في الزمان والمكان. اذن فمنظومة قياس وتقييم الأداء في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية تحتاج الى تطوير، تحديث وتكييف بما يخدم عملية البحث عن ضمان جودة الخدمات الصحية في الجزائر.

هوامش وإحالات:

¹ Abid Larbi, Service de chirurgie viscérale, Hôpital Boulouguine-Alger, Directeur Général des service de santé et de la réforme hospitalière au ministère de la santé(2012-2014). Voir sur le site : www.santemaghreb.com

² Organisation Mondiale de la santé, Personnel de santé infrastructures sanitaires et médicaments essentiels, Statistique Sanitaires Mondial 2009-T06.

³ Organisation Mondiale de la santé, Espérance de vie et mortalité, Statistique Sanitaires Mondial 2014-Tableau01.

⁴ Office national des statistiques , Annuaire des statistique d'algérie 2014.

⁵ Office national des statistiques, l'Algérie en quelque chiffres (2009-2011).

⁶ Quick guide, Quality improvement made simple: what everyone should know about health care quality improvement. Published by the Health Foundation, London, 2013, P:07.

⁷ L. Hartmann , les indicateurs de performance des système de santé ,Dossier : « comparaison des systèmes de santé des pays développés », Réalités cardiologiques, N°254.cahier1 , Février 2009 .

⁸ عبد المحسن نعلاني، مؤشرات قياس الأداء في المستشفيات، مؤتمر الإتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات الخاصة والحكومية في الوطن العربي المقام بالقاهرة، 13/12 مارس 2002، ص:1-2.

⁹ قاسم نايف علوان المحياوي، إدارة الجودة في الخدمات مفاهيم وعمليات وتطبيقات، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، 2006، ص:358.

¹⁰ سيد محمد جاد الرب، إدارة المنظمات الصحية والطبية منهج متكامل في إطار المفاهيم الإدارية الحديثة، دار النهضة العربية، القاهرة، 1996-1997.

¹¹ Aleksandar Višnjić, Measures for Improving the Quality of Health Care ، Scientific Journal of the Faculty of Medicine in Niš-Serbia 2012;29(2):53-58.

¹² فوزي شعبان مذكور، مدى إدراك وتطبيق مديرية المستشفيات العامة المصرية لطرق إدارة جودة رعاية المريض، المجلة العلمية للاقتصاد والتجارة، العدد الثالث، كلية التجارة، جامعة عين شمس، القاهرة، 1997، ص 233-234.

¹³ جلدة سليم بطرس، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، عمان، دار الشروق ط1، 2007.

¹⁴ الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، الصادرة في 3 جمادى الأولى عام 1428، الموافق ل 20 مايو سنة 2007 م، العدد 33، ص: 10.