

واقع جودة الخدمات الصحية في الجزائر بين الإنجازات والتحديات

The reality of the quality of health services in Algeria,
between achievements and challenges

نزيمه زمورة

جامعة باتنة1، الجزائر، naziha.zemoura@univ-batna.dz

مخبر الأمن الإنساني الواقع الرهانات والآفاق

تاريخ الإرسال: 2021/03/16 تاريخ القبول: 2021/11/22 تاريخ النشر: 2022/01/01

ملخص:

تهدف هذه الدراسة إلى تسليط الضوء على موضوع جودة الخدمات الصحية في الجزائر، نظرا لأهمية الجودة في الرعاية الصحية، خاصة وأنها تهتم بصحة المريض وتسهر على راحته، ويبقى ذلك مرهون بالآليات البشرية والمادية المعتمدة، سواء في تحقيق الجودة أو القضاء على المشاكل والتحديات التي تواجه الخدمة والرعاية الصحية، خاصة وان النظام الصحي متكامل وشامل وأي خلل يهدد نشاط معين سيلحق الضرر ببقية العمليات وسينعكس ذلك بطبيعة الحال على المريض، لذا لا بد والتكيف مع المستجدات والتغيرات الحاصلة سواء في البيئة الداخلية أو الخارجية للقطاع الصحي، مع التصدي لمختلف التحديات والأوبئة والأمراض التي تهدد جودة الخدمة الصحية من جميع الجوانب التنظيمية والتسييرية والصحية.

الكلمات المفتاحية: الجودة؛ الخدمة؛ الصحة؛ الرعاية الصحية

Abstract:

This study aims at highlighting the topic of health services quality in Algeria due to its importance in health care as quality offers convenience and comfort for patients. However, maintaining quality or eliminating service and health care constraints and challenges remains contingent on the adopted human and financial mechanisms. Besides, the health system must be adapted to the latest developments and changes in or out of the health sector. Because this system is integrated and inclusive and any malfunction in a particular activity may negatively affect other processes, and which will be of course reflected on the patient. Moreover, various challenges, epidemics and diseases that threaten the quality of health service should be addressed from organizational, managerial and health aspects.

Keywords: Health; Quality; Service; Healthcare.

* المؤلف المرسل: نزيمه زمورة، naziha.zemoura@univ-batna.dz

مقدمة:

إن الاهتمام بجودة الخدمات الصحية أصبح أمرحتي، يفوق الاهتمام بالسلع في الكثير من الدول لاسيما المتقدمة منها والرائدة في المجال الصحي والطبي، كما تحضي جودة الخدمات الصحية باهتمام كبير من قبل الهيئات الصحية، كونها تهتم بصحة الإنسان، كما تسعى المؤسسات الصحية جاهدة على توطيد العلاقة بينها وبين الزبون، من خلال إدخال نظم وتقنيات جديدة تمكنها من البقاء في ظل التنافسية، خاصة وأن الزبون أصبح لا يرضى بالمستويات المتدنية للخدمات الصحية المقدمة له، والذي يميز مستوى ونوعية وجودة هذه الخدمات هي تلك الآليات التي تعتمدها هذه المؤسسات الصحية، وكيفية استخدامها لحل المشكلات ومواجهة التحديات والجزائر كغيرها من الدول تسعى إلى مواكبة التطورات في المجال الصحي وتحسين خدماتها خاصة وأن الدول أصبحت تتنافس في هذا المجال سواء في القطاع العام أو الخاص، لذلك انتهجت مجموعة من السياسات والبرامج الإصلاحية الصحية، من أجل تحسين جودة الخدمة الصحية من جهة ومواجهة مختلف الأمراض والتحديات الصحية والبيئية من جهة أخرى .

وفي إطار تقييم جودة الخدمات الصحية لا بد من الاعتماد على مجموعة من المعايير والمؤشرات المرجعية للخدمات الصحية ومحاولة قياسها ضمن عمل ونشاط المؤسسات الصحية، بالإضافة إلى تحليل وتقييم مستوى جودة الخدمة، معتمدين في ذلك على الواقع الصحي وعلى تقارير مثل تقارير منظمة الصحة العالمية لتدارك الأخطاء وتحسين جودة الخدمة.

لذلك تهدف هذه الدراسة إلى إعطاء تصور نظري للمفهوم بالإضافة إلى إبراز واقع السياسات الحكومية المنتهجة لتحقيق جودة الخدمة الصحية في الجزائر من خلال تقييم وقياس الخدمات الصحية بناء على مجموعة من المؤشرات، مع وجود مجموعة من التحديات، للوصول إلى سياسات إصلاحية وناجعة في نفس الوقت .

ومن هذا المنطلق نطرح الإشكالية التالية: ما هي مختلف تجليات واقع جودة الخدمات الصحية في الجزائر، في ظل الإنجازات التي تعتمدها والتحديات التي تواجهها؟

وتندرج تحت هذه الإشكالية الرئيسية مجموعة من الأسئلة الفرعية التالية:

- ما المقصود بجودة الخدمات الصحية؟ وما هي آليات تحقيقها؟ ما هي مختلف المعايير والمؤشرات المرجعية لتقييمها؟ ما هو واقع السياسات العمومية الصحية في الجزائر؟ وما هي مختلف التحديات التي تواجهها، وكيف يتم مواجهتها؟

كما تمت الاستعانة في هذه الدراسة على المنهج الوصفي الذي يهدف إلى وصف وتحليل واقع جودة الخدمات الصحية في الجزائر في ظل السياسات والبرامج المتبعة وتقييمها اعتمادا على مؤشرات مرجعية، بالأعتماد على المنهج الإحصائي في تقييم تلك المؤشرات في ظل التحديات الصحية والبيئية التي تواجهها.

وللإجابة على هذه الإشكالية ارتأينا تقسيم الدراسة إلى عدة محاور:

1- مقارنة مفاهيمية حول جودة الخدمات الصحية

2- آليات تحقيق جودة الخدمات الصحية

- 3-المؤشرات والمعايير المرجعية لتقييم جودة الخدمات الصحية
- 4 – أهم التوجهات الحكومية في مجال الصحة في الجزائر
- 5- التحديات التي تواجه جودة الخدمات الصحية
- 6- قياس واقع جودة الخدمات الصحية في الجزائر
- 7-كيفية مواجهة تحديات جودة الخدمات الصحية في الجزائر.

1. مقارنة مفاهيمية حول جودة الخدمات الصحية:

أ. تعريف جودة الخدمات الصحية:

قد يختلف تعريف جودة الخدمة الصحية حسب الأطراف المتعاملة مع المؤسسات الصحية، فكل طرف يراها من زاوية، ومن بين هذه التعريفات :

تُعرف منظمة الصحة العالمية oms جودة الخدمات الصحية بأنها "تقديم مجموعة من النشاطات والأعمال سواء التشخيصية أو العلاجية، لضمان أفضل النتائج في مجال الصحة بأقل تكلفة، ومخاطر وبأقل الخسائر"، نستخلص من هاذ التعريف أن جودة الخدمات الصحية هدفها الوصول لأفضل النتائج غير المكلفة، فجودة الخدمات الصحية عبارة عن فلسفة إدارية، تعتمد على المراكز الصحية، من أجل تلبية حاجيات المرضى وفي نفس الوقت تحقيق أهداف المراكز الصحية (عبد الله 2013، ص.96).

من خلال تعريف منظمة الصحة العالمية نستنتج أن جودة الخدمات الصحية عبارة عن مجموعة من الأنشطة والتدابير الطبية والصحية من أجل تلبية الخدمات الصحية للمريض ، والجدير بالذكر قبل تقديم تعريف شامل لجودة الخدمات الصحية، ضرورة التمييز بين الرعاية الطبية والصحية.

«الرعاية الطبية: تهتم الرعاية الطبية على مراجعة العمليات الباثولوجية، مثل التشخيص المبكر وإعادة التأهيل الصحي فهي تركز على المرض وكيفية إجراء الرعاية الطبية (مريزق 2008/2007، ص.53).

«الرعاية الصحية: تقدم لرفع مستوى الصحة للمواطن، مع انتشار الأمراض والأوبئة، وتشتمل على كل نشاط يساعد على النهوض بالمستوى الصحي، ومن هذه الخدمات التربية الصحية، الماء الصالح للشرب، والتغذية، صحة الأم والطفل، مع توفير الأدوية والعلاجات (غواري 2016/2017، ص.103).

فجودة الخدمات الصحية تسعى إلى تحقيق مستوى عالي وجيد للخدمة المقدمة، سواء كانت طبية، أو صحية إرضاء للمستفيد من الخدمة، وفي نفس الوقت تحقيق الميزة التنافسية في تقديم الخدمة .

من خلال ما سبق نصل إلى أن جودة الخدمة الصحية تختلف باختلاف موقع الفرد في النظام الصحي كما يلي:

«الجودة من المنظور المهني والطبي: يقصد بالجودة من المنظور المهني تقديم أفضل الخدمات وفق أحدث التطورات العلمية والمهنية من خلال: (طبيب سليمان 2015/2016، ص.89-90)

- أخلاقيات الممارسة الصحية
- الخبرات ونوعيتها والخدمة الصحية المقدمة
- كيفية التعامل مع المريض والإداري
- الالتزام بالمعايير والقيم التي تحكم المهن الصحية

- التأهيل والممارسة والخبرة

« الجودة من وجهة نظر المستفيد أو المريض:

يركز هاذ المفهوم على طريقة الحصول على الخدمة ونتيجتها النهائية، وأول خطوة هي معرفة الأمور المزعجة للمريض والهدف الأسى التغلب على تلك الشكاوي، وأفضل طريقة لمعرفة هل تحققت الجودة أم لا هو قياس مدى رضا المريض أو المستفيد.

« الجودة الصحية من الجانب الإداري:

تهتم بكيفية استخدام الموارد المتوفرة، والقدرة على جذب مزيد من الموارد لتغطية الاحتياجات اللازمة لتقديم خدمة متميزة، وهذا يشمل تقديم الخدمة في الوقت المناسب وبالتكاليف المقبولة لكن ليس على حساب الجودة في الأداء، وذلك يتطلب كفاءة على المستوى الفني والشخصي مع متابعة إدارية داخلية.

ب. أبعاد جودة الخدمات الصحية:

تقوم جودة الخدمات الصحية على مجموعة من الأبعاد التي تعتبر عنصرا مهم في مساعدة مقدمي الخدمة على تحديد وتحليل المشاكل، وقياس مدى تطابق الأداء مع المعايير المتفق عليها ويمكن عرضها في العناصر الآتية: (حناد د س، ص. ص. 200 - 201)

-التمكن الفني: وهي مجموعة المهارات والقدرات للمدير وذلك تشجيعا لرغبات المريض.

-الإمكانات المادية للمستشفى (الكمايات): يتم قياس هاذ البعد من خلال تقييم المريض لمباني المستشفى ومعداتها وأجهزتها بالإضافة إلى الإمكانات المادية الأخرى.

-الأمان والسلامة: لا بد من شعور المريض بالرعاية الصحية من خلال تقليل مخاطر الإصابة بالعدوى أو أي مضايقات جانبية.

-الاستمرارية: ضرورة استمرارية تقديم الخدمة دون انقطاع، وأن يحصل عليها المريض مباشرة عند حاجته لها لأن غياب الاستمرارية يضعف كفاءة الخدمة ويقلل من ضمان الجودة

-الفعالية والتأثير: لا بد أن تبنى الخدمة الصحية على أسس علمية، مع استخدام التكنولوجيا المناسبة، ومراعات الظروف الموجودة.

-الكفاءة: تقديم أفضل خدمة في ظل الموارد المتاحة بمعنى استخدام أمثل للموارد.

-الاعتمادية: تعبر عن ثقة المريض في المؤسسة الصحية ما يزيد من مصداقية الخدمة الصحية

-الملائمة: تبنى إجراءات صحية ملائمة للمريض والصحة.

-القبول: قبول المريض لإجراءات استخدامات صحية معينة.

-سهولة وإمكانية الحصول على الخدمة الصحية: لا بد أن تكون الخدمة الطبية قريبة من المريض، ولا يقف أي عائق أمامها.

-العدالة: تقديم الرعاية الصحية فعلا للذين يحتاجونها دون التمييز بين المرضى إلا في الحالات التي تستوجب السرعة في تشخيصها أو في إجراء عمليات أو فحوصات.

العلاقات بين الأفراد: ضرورة وجود تفاعل وتعاون بين كل من مقدمي الخدمة الصحية والطبية، المستفيدين (المرضى)، الفرق الصحية والمجتمع.

ج. مجالات الخدمات الصحية:

تقسم الخدمات الصحية حسب نوعية الخدمة إذا كانت رعاية أولية أو ثانوية: (رحمانية 2015، ص. ص. 220 - 221)

- على مستوى المستشفيات: تقدم الخدمات الصحية سواء في المستشفيات الحكومية أو الخاصة أو قطاع خيري أو أهلي أو على مستوى منظمات دولية، حيث يقدم الخدمة كادر بشري مهني ووظيفي متخصص في الشؤون الطبية والإدارية والخدماتية.

-المراكز الطبية: تحتوي المراكز الطبية على عيادات تخصصية ومخابر وأشعة وصيدليات لتقديم خدمة طبية وقد تكون صفتها أهلية أو خاصة.

-خدمات الإسعاف والطوارئ تكون ضمن المستشفيات أو المراكز الطبية أين يتم تقديم خدمة الإسكان للمرضى سواء لنقل المريض خارج المستشفى لأخذه لمستوى آخر أو إحضاره من سكنه إلى المستشفى.

-مراكز رعاية الأمومة والطفولة: تقدم هذه المراكز في العادة خدمات علاجية وقائية للأم والأطفال وهي تابعة لقطاعات حكومية أو خاصة.

-مراكز التأهيل والرعاية: مثل مراكز المعاقين حركيا ومراكز تأهيل الصم والبكم والمكفوفين والمدمنين ودور المسنين والعجزة.

-مراكز الطب المخبري: هي في الغالب مراكز خاصة وتعنى بالفحوصات المخبرية رغم وجود أقسام مخبرية على مستوى المستشفيات.

-مراكز الأشعة الطبية: تعنى بالتصوير الإشعاعي الطبي على اختلاف مستوياتها.

-الصيدليات: وهي منشآت توفر الأدوية والمستحضرات اللازمة للسكان وتكون تابعة للقطاع الخاص.

د. أهمية جودة الخدمات الصحية:

شغل موضوع الخدمة الصحية اهتمام العديد من الهيئات الحكومية في مجال الجودة، ومن بينها برنامج الولايات المتحدة الأمريكية أين وصلت بها الدراسات إلى أن الجودة تقلل من البيروقراطية وتزيد من مردود المستخدمين، ما يزيد ويرفع مستوى الرضا عندهم بالإضافة إلى رضا المواطنين أو المرضى إذ تحققت احتياجاتهم و رغباتهم ، وهذا ما أثبتته دراسة قام بها كلين kline عام 2011.

وفي نفس الاتجاه خلصت دراسة أنجزها Baldwin على مستوى بعض المستشفيات البريطانية غير الربحية أن برامج تحسين الجودة يساهم في تخفيض معدل دوران العمالة إلى أقل من أربعة في المائة.

من خلال الدراسات والتجارب حول أهمية جودة الخدمات الصحية هناك مجموعة من المؤشرات للدلالة عليها أهمها: (بديسي، زويوش 2011، ص. ص. 141-142)

- مقياس مستوى الرضا لدى المرضى وهذا يتم اختياره عن طريق مقياس يعرف بـ servqual من أجل معرفة رأي المريض حول ما يتوقعه من مستوى الأداء في الخدمة المقدمة له، وما هي توقعاته تجاهها.

لذا فإن مستوى جودة الخدمات الصحية ليس ثابت بل يخضع دائما للتحسين والتطوير، ويتطلب دائما وجود لجنة على مستوى المؤسسات الصحية التي مهمتها تحسين جودة الخدمات الصحية والعمل بشكل متكامل مع باقي الأقسام والمصالح .

2. أليات تحقيق جودة الخدمات الصحية:

هناك مجموعة من الآليات التي تعتمد عليها النظم الصحية من أجل تقديم خدمات صحية ذات جودة، وهي في نفس الوقت تعتبر عوامل أساسية للسير الحسن للنظام الصحي تشمل : (أوشن، بن زياد، بن عمومة 2017، ص. ص. 47-48).

أ. القيادة الإدارية:

تحكم القيادة والإدارة مجموعة من النصوص والقوانين التنظيمية وحتى تنجح القيادة أو الإدارة في تحقيق جودة الخدمات الصحية لا بد أن تعتمد على:

- ضمان تقديم وتوفير الخدمات الصحية في القطاع العام والخاص، مع جاهزية مواجهة التحديات .
- القيام بعمليات تتسم بالشفافية ومشاركة الخطة الصحية التي تظهر التوجه الواضح للنظام الصحي.
- اعتماد استراتيجيه تمكننا من ترجمة الخطط والأهداف ذات الصلة عن طريق خطط توجيهية، الهدف منها تحديد آثارها على باقي الخطط .

ب. أنظمة المعلومات الصحية:

من أجل تسيير حسن وفعال للنظام الصحي لا بد من توفير معلومات للقائمين على تقديم الخدمة الصحية ومن هذه المعلومات ذات الجودة:

- التمويل الصحي عن طريق دراسة الميزانيات الوطنية للصحة، مع دراسة المشاكل والمعوقات المالية الإنتاجية.
- تحديد نوع الاحتياجات البشرية الصحية، وكيفية استهلاك المنتجات الصيدلانية وكيفية الحصول عليها.
- ومن أجل توفير كل هذه المعلومات لا بد من وجود مخطط زمني للتقويم والمتابعة، مع وجود نظام لإتاحة المعلومات الكافية لكل الجهات الفاعلة في الرعاية الصحية.

ج. الموارد البشرية الصحية:

يعتبر المهنيون الصحيين من أهم عناصر نجاح جودة الخدمات الصحية، لأنها تهتم بصحة الفرد وهم فئة لهم القدرة على الاستجابة لاحتياجات وتوقعات الأفراد المعرضين للإصابة (المرضى) ولضمان كفاءتهم ومواصلة عملهم الصحي لا بد من تحسين مستواهم والرفع من مهاراتهم.

د. المنتجات التكنولوجية الصيدلانية والدوائية:

يساهم هذا العمل على الحصول على الأدوية الأساسية للقاحات وتجهيزات التشخيص بأسعار معقولة بالإضافة إلى التكنولوجيا والتقنيات الصحية ذات الجودة المضمونة، خاصة وأن المواد الصيدلانية تحتل المرتبة الثانية في الميزانيات الصحية.

ه. تقديم الخدمات:

تقاس فعالية النظام بفعالية الخدمات الصحية وتقوم على توفير شبكات رعاية قريبة من السكان في المناطق الصحية ومؤسساتها مع توفير أنظمة صحية محلية، مع توفير خدمات إستشفائية ومختصة للتسهيل على المستفيد (المريض) والاستماع لانشغالات المريض وطلباته. (أوشن، بن زياد، بن عمومة، ص.ص. 49 - 50)

3-المؤشرات والمعايير المرجعية لتقييم جودة الخدمات الصحية :

أ-مؤشرات جودة الخدمات الصحية: مهما كانت طبيعة أي نشاط فهو يخضع لعملية تقييميه ،من أجل التأكد من سلامة الأداء أو تحسينه عن طريق تقييم النتائج المحققة، وهذه المؤشرات تعتمد بشكل كبير على احتياجات ومتطلبات المريض والمؤسسة الصحية ،أما مجالات نذكر منها: (بديسي، زويوش، ص.ص. 149 - 150)

--مؤشرات النشاط والعمليات: تستخدم لقياس جودة أو تميز النشاط أو العمليات وفي هذه الحالة تستخدم المؤشرات التالية وهي كثيرة نذكر منها :

-نسبة الوفيات بالمستشفى = عدد الوفيات بين المرضى الراقدين في المستشفى / الراقدين بالمستشفى

-معدل بقاء المريض بالمستشفى = العدد الإجمالي لأيام الرقود بالمستشفى / عدد المرضى الراقدين في المستشفى

-متوسط أيام الانتظار = فترة انتظار المريض لإجراء عملية جراحية /عدد المنتظرين

-نسبة الشكاوي = عدد الشكاوي/عدد المرضى القادمين للمستشفى

-مؤشر البنية الأساسية أو الهيكلية : وتتمثل في المؤشرات التي تقيس مدخلات العمليات من موارد بشرية ومادية ومالية لازمة لتقديم الخدمة الصحية ومن هذه المؤشرات نذكر (بديسي، زويوش ،ص.ص. 151- 152)

-المؤشرات الخاصة بالأطباء :

عملية طبيب= عدد العمليات الجراحية خلال السنة / عدد الأطباء الجراحين خلال السنة

-المؤشرات الخاصة بالشبه طبيين :

مرمضة /مريض= عدد الممرضات/عدد المرضى الراقدين بالمؤسسة الصحية

-سرير/ ممرضة = عدد الأسرة بالمؤسسة الصحية /عدد الممرضات

-المؤشرات الخاصة بالمهن الصحية الأخرى والإداريين

إداري/مستخدم= عدد المستخدمين /العدد الكلي لمستخدمي المؤسسة الصحية

-مؤشرات قياس الأداء للموارد المادية والمالية ويمكن استخدام المؤشرات الآتية

- عدد الأيام التي يخلو فيها السرير من المرضى = عدد الأسرة في المستشفى × 360 (يوم) - عدد أيام البقاء في المستشفى / العدد الكلي للمرضى الموجودين في المستشفى
- ويعتمد هذا المؤشر في قياس مدى كفاءة استغلال أسرة المؤسسة الإستشفائية خلال مدة زمنية معينة
- نسبة الأجهزة الطبية العاطلة = عدد الأجهزة الطبية العاطلة / العدد الكلي للأجهزة الطبية
- نصيب المرضى من تكلفة الأدوية = مجموع تكاليف الفحص المنجزة أو الأشعة / مجموع حالات الفحص المخبري أو الأشعة
- مؤشرات النتائج أو المخرجات: وهي أن نقيس ما يحدث وما لم يحدث كنتيجة للعمليات ومن بين المؤشرات المعتمدة متعلقة بالنتائج المرحلية مثل عملية التكفل بالمرضة ونستخدم فيا النسب التالية :
- نسبة الأطفال الملقحين = عدد الأطفال الملقحين / عدد الأطفال الواجب تلقيحهم
- نسبة الإدخال غير المبرمج = عدد الإدخال غير المبرمج للمرضى / عدد سكان المنطقة التابعة لقطاع صحي معين
- مؤشرات تقييم جودة الخدمة الوقائية والرعاية الصحية الأولية يمكن استخدام ضمنها مجموعة من المؤشرات نذكر منها (بديسي، زويوش، ص.153)
- معدل الإصابات = عدد الإصابات بمرض معين / عدد سكان المنطقة التابعة لقطاع صحي معين
- نسبة تنفيذ الفحوصات = عدد الفحوصات المخبرية لمياه الشرب والمواد الغذائية/العدد المخطط للفحص
- ومؤشرات تقييم أداء نشاط البحث العلمي: يمكن اعتماد مجموعة من المؤشرات منها
- نسبة الإنجاز للندوات = عدد الندوات العلمية والطبية المنجزة/عدد الندوات المبرمجة
- بحث/طبيب = عدد البحوث المنجزة من قبل الأطباء/عدد الأطباء في المستشفى
- لكن يبقى تنفيذ وتطبيق مثل هذه المؤشرات يعتمد على رغبة إدارة المؤسسة الصحية في معرفة مستوى الأداء داخلها مع الاستفادة من النتائج المتوصل إليها من خلال المقياس المعتمد وبالتالي اتخاذ قرارات تحسين الأداء
- ب-معايير تقييم جودة الخدمات الصحية: حتى تتمكن المؤسسات الخدمائية والصحية من تقييم جودة خدماتها يتعين عليها معرفة معايير تقييم الجودة المتمثلة في: (صغيرو، 2011/2012، ص 48)
- الاعتمادية: وهي قدرة مقدم الخدمة على أداء الخدمة الصحية بشكل يمكن الاعتماد عليها مع التزام درجة عالية من الدقة والصحة.
- مدى إمكانية توفر الحصول على الخدمة الصحية : أي توفرها في الوقت المناسب الذي يحتاجه المريض والمكان الذي يرغب فيه مع مراعات سهولة الوصول لها.
- الأمان: ومدى شعور المريض بالراحة والثقة تجاه الخدمة ومن يقدمها له .
- المصداقية: تتمثل في مدى الثقة في مقدم الخدمة الصحية وعدم التخوف من النتائج التي سيلقاها بعدها.

--درجة تفهم مقدم الخدمة لحاجات المستفيد: وهي مدى قدرة مقدم الخدمة على تفهم احتياجات المريض وتزويده بالرعاية والعناية الضرورية.

-الكفاءة: وتتمثل في كفاءة القائمين على أداء الخدمة من حيث المهارات والمعرفة التي تمكنهم من أداء الخدمة .

-الجوانب الملموسة: كثيرا ما يتم تقييم الخدمات الصحية بناءً على التسهيلات المادية، المظهر الداخلي للمؤسسة من حيث النظافة توفر الأجهزة والتكنولوجيات، النظافة الاستقبال الجيد، مظهر العاملين.....الخ

-الاتصالات: وهي قدرة مقدم الخدمة على شرح خصائص الخدمة بإعلام المريض بكل ما يحتاجه في حالة تلقيه العلاج وما قد يلحقه من أضرار، كذلك في حالة عدم التزامه بما هو مطلوب منه، بطريقة وأسلوب مناسب.

-اللباقة: مدى تمتع مقدمي الخدمة الصحية بروح الاحترام وحسن الاستقبال والابتسام والتخفيف عن المريض وعدم تهويل المرض وتبسيطه مهم كانت خطورته .

أما في دراسة أخرى قام بها berry وزملائه سنة 1998 دمج هذه المعايير العشرة في خمسة معايير فقط وهي الملموسة، والاعتمادية، الأمان، التعاطف، لكن ما أثبتته الدراسات رغم أهمية هذه المعايير إلا أنها تختلف أهميتها من مؤسسة إلى أخرى (نفس المرجع،ص.49)

4. أهم التوجهات الحكومية في مجال الصحة في الجزائر:

مر النظام الصحي بالجزائر بعدة تحولات كانت لقرارات سياسية أو نتيجة لأزمات اقتصادية، نلخصها في المراحل الآتية: (كحيلة 2009/2008، ص. 50-51).

المرحلة الأولى: من 1963 إلى غاية 1973: عرفت هذه المرحلة ارتفاع في عدد الأطباء في الجزائر بلغ 5000 طبيب غداة الاستقلال 50 %، منهم جزائريين لتغطية حاجيات السكان الذين بلغ عددهم 10.5 مليون ساكن، ما يميز هذه الفترة ارتفاع عدد الوفيات خاصة الأطفال إذ تجاوز 180 لكل 1000 مع انتشار الأمراض والأوبئة، ومن أجل مواجهة هذه الظروف ركزت وزارة الصحة على هدفين:

- تخفيض اللامساواة في مجال توزيع الطاقم الطبي العام والخاص لتوفير العلاج.

- مكافحة الأمراض ومحاولة التقليل من الوفيات.

ما يميز هذه الفترة هو وضع مجموعة من البرامج الصحية من أجل الوقاية من الأمراض وفرض التطعيم، مع توفير المواد والأدوية الصيدلانية من طرف الصيدلة المركزية PCA، أما النظام الصحي فكان يعتمد على ثلاث أقطاب رئيسية المستشفيات التابعة للدولة، مصحات خاصة يملكها الأفراد.

- المراكز والمستوصفات الصحية تدار من قبل البلديات وأصبحت تابعة بالمستشفيات بين عامي 1967-1968.

المرحلة الثانية 1974-1989: اعتمدت فيها المؤسسات الصحية العامة مجانية العلاج بداية من جانفي 1974 وبذلك تجسد شعار الصحة لجميع المواطنين مهما كان دخلهم ووضعيتهم الاجتماعية (كحيلة، ص. 51-52)

-إصلاح المنظومة التربوية خاصة الدراسات الطبية والذي يسمح بوجود عدد كبير من الممارسين في كل التخصصات وشهدت هذه الفترة:

- إنجاز عدد كبير من الهياكل الصحية منها المستشفيات العامة والعيادات المتعددة الاختصاصات والمراكز الاستشفائية الجامعية والصحية وانعكس ذلك على زيادة عدد المستخدمين في قطاع الصحة بلغ 57872 عامل عام 1973 و 124728 عامل خلال 1987، وارتفع عدد المراكز الصحية من 558 عام 1974 الى غاية 1147 عام 1986.

- أما على المستوى الصحي فسجل تراجع لمعدلات الوفيات بالنسبة للرضع وانخفاض في معدل الأمراض المعدية. في مجال التشغيل أصبحت الدولة كفيلا بكل النفقات الصحية كما ساهم ارتفاع سعر النفط في تغطية التكاليف المالية بشكل واضح.

المرحلة الثالثة 1990-2001: منذ نهاية الثمانينات بدأت المشاكل بالتزايد ما استوجب على الدولة إعادة هيكلة تدريجية للنظام الصحي وترتب على ذلك ما يلي:

- تجسيد مشروع الجهوية الصحية من أجل تجسيد القطاعية اللامركزية وتحقيق تنمية اجتماعية، حيث تركز الجهوية على المجلس الجهوي للصحة وهي عبارة عن هيئة تنسيق، لكن في المقابل إطارها القانوني والتنظيمي حد من صلاحياتها وجعل منها هيئة استشارية أكثر منها قرارية.

- إنشاء هياكل لدعم نشاط وزارة الصحة مثل المخبر الوطني لمراقبة المنتجات الصيدلانية LNCPP يقوم بمراقبة قلبية لكل دواء قبل إدخاله.

- الصيدلية المركزية للمستشفيات PCH تضمن تمويل الهياكل الصحية بالدواء.

- الوكالة الوطنية للتوثيق الصحي ANDS مراقبة الآثار المترتبة على استهلاك الأدوية واستعمال المعدات الطبية المرحلة الرابعة ما بين 2002-2014: عبارة عن محاولة لإعطاء دفع للسياسة الصحية ما يميز هذه الفترة تطور ملحوظ في موارد قطاع الصحة ويرجع ذلك لزيادة الاعتمادات الموجهة لهذا القطاع من طرف الحكومات المتعاقبة وتتجلى إيجابيات هذه المرحلة في:

-القرار الوزاري المشترك في 2003/01/14 المتضمن تشكيل مهام اللجنة الوزارية المشتركة المكلفة بمتابعة وتقييم وضع التعاقد في العلاقات بين الهيئات الصحية العمومية وبين هيئات الضمان الاجتماعي ومديريات النشاط الاجتماعي الولائية .

-التعليمية الوزارية المشتركة المؤرخة في 2003/01/14 المتعلقة بوضع العلاقات التعاقدية بين الهيئات العمومية للصحة، هيئات الضمان الاجتماعي ومديريات النشاط الاجتماعي الولائي(سلطاني2015/2016، ص. 173).

جاءت هذه المرحلة لتنفيذ ما تقرر في المخططين الخماسيين 2005-2009 و 2010-2014 بدايتها كانت بتجسيد النظام التعاقدية للعلاج في المستشفيات وتم تدريجيا إلى غاية تطبيقه بصفة نهائية في 2009 ولتحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة للمواطن عملت الحكومة على تطبيق سياسة جديدة في مجال توزيع الأدوية، الهدف منها تشجيع الأدوية المماثلة بالإضافة إلى دعم الأدوية الضرورية الخاصة بالأمراض المزمنة

والخطيرة، مع فتح أقطاب جديدة، كما ساهم القطاع الخاص في تحسين هذه الوضعية، ووصل عدد العيادات 286 وعدد الأخصائيين الخواص إلى 5095 والطب العام 6205 طبيب، وهي بذلك تكزن قد حققت أهداف الألفية المحددة من طرف منظمة الأمم المتحدة.

وتواصلت الإصلاحات بوضع برنامج لإصلاح المؤسسات الصحية خلال الفترة 2009-2025 التي ستكلف الخزينة قيمة 2000 مليار دينار جزائري، أطلق عليه المخطط التوجيهي للصحة في الجزائر وهو عبارة عن عدة اصلاحات تمس منشآت صحية لتحديث نظامها بالإضافة إلى بناء وإقامة منشآت أخرى.

المرحلة الخامسة: البحث عن الخدمة والتوعية - الجودة الصحية - من 2015- إلى غاية 2025: تبحث فيها الجزائر عن نقلة نوعية وجذرية في تسيير المؤسسات الصحية التي تستهلك جزء كبير لا يستهان به من ميزانية الدولة، حيث بلغت نسبة ميزانية الصحة سنة 2015 حوالي 381.5 مليار دينار جزائري من ميزانية الدولة أي 7.89 % (حوالف2017، ص. ص. 228- 229).

5. التحديات التي تواجه تحقيق جودة الخدمات الصحية في الجزائر:

تواجه جودة الخدمات الصحية في الجزائر مجموعة من المشاكل التي تؤثر على جودة الخدمات الصحية المقدمة على مستوى المؤسسات والمراكز والهيئات الصحية وهذا راجع لعدة أسباب نذكر منها: (العباسي 2020/2019، ص.ص. 227)

أ - مشاكل تسييرية:

- مركزية التسيير مما أدى إلى اختلال توزيع الخدمات وعدم تلبية حاجيات المرضى.
- التبعية المطلقة للسلطة حيث يخضع القطاع الصحي العام للوزارة الوطنية مما يؤدي إلى تعزيز البيروقراطية.
- عجز مؤسسات القطاع الصحي عن إيجاد مصادر تمويل متنوعة خارج الميزانية السنوية التي تقدمها الدولة.
- عدم التزام المؤسسات الصحية بمعايير الجودة في تقديم الخدمة.
- صراع داخل الهياكل التنظيمية الإدارية بالمؤسسات الصحية حول من لديه الأحقية بإدارة المؤسسات ومن يتأسس هرم السلطة الإدارية فالجهاز الطبي الإداري لا يملك الخبرة الإدارية الكافية لسيير وإدارة هذه المؤسسات في حين يعجز الجهاز الإداري من ممارسة الرقابة الإدارية لعدم إلمامه بمجال الطب.
- تخضع الهياكل الصحية لأساليب تقليدية في التسيير وتندمج ضمن نظام الوظيف العمومي .
- بيروقراطية التسيير مما يترتب عنها جمود ونمطية وغياب المرونة الأمر الذي ينعكس على الطاقم الطبي.
- نقص الكفاءات الطبية كما ونوعا إذ تعاني العديد من المؤسسات الصحية من ندرة في المورد البشري الطبي.
- مشكل المواعيد الطبية فالمريض يضطر للانتظار فترات طويلة تصل إلى أشهر وسنة للحصول على موعد، قد تفقد المريض حياته قبل بلوغه مواعده.

ب. مشاكل متعلقة بالتنفيذ وأخلاقيات المهنة:

تشمل أهم مشاكل التنفيذ والتي بدورها تؤثر في أخلاقيات العمل على: (أوشن وآخرون، ص.ص. 54)

- غياب الضمير والعامل الإنساني في المنشآت الصحية.
- ضعف مردودية المؤسسات الصحية في المناطق الريفية والمعزولة
--عدم وجود سياسات وآليات لصيانة الأجهزة، وغياب وجود ميزانيات خاصة بتجهيز المعدات الضرورية للمصالح الصحية مما يؤدي إلى إتلافها وتسجيل نقص فيها.
- تخلي الأطباء المتخصصين خاصة الاستشفائيين الجامعيين عن القطاع العام الذي يعتبر بمثابة العمود الفقري للنظام الصحي.

ج. مشاكل متعلقة بالمعلومات والاتصال:

تلعب المعلومة والاتصال في المؤسسة دور مهم في توفير المعلومة وإقامة العلاقات الإيجابية بين الكادر البشري لكن غيابها يؤدي إلى ظهور العديد من المشاكل مثل:

- غياب نظام معلومات وطني رغم وجود مبادرات لإنشاء نظم فرعية مثل EPIMAT.EPISTAT.EPIPHARM
مما أدى إلى غياب واجهة إلكترونية للمعلومات الصحية.

- هناك تقصير في إيصال المعلومة سواء للمريض أو في نقل مشاكله للجهات المسؤولة.

- غياب الحوار مع الشركاء الاجتماعيين.

د. مشاكل قانونية وتشريعية:

كما نعلم القانون هو الذي يضبط الوضع العام وبغيابه تنفلت الأمور وتؤدي إلى:

- عدم التقيد والتنفيذ الفعلي للكثير من النصوص القانونية الخاصة بالقانون 05-85 متعلق بحماية الصحة وترقيتها.

- تعدد الأجهزة الرقابية التي يخضع لها قطاع الخدمات الصحية، وعدم التنسيق بينها.

بالإضافة إلى هذه المشاكل التي يعاني منها القطاع العام هناك مشاكل خاصة بالقطاع الخاص:

رغم نجاح القطاع الصحي الخاص في تخفيف العبء على القطاع العمومي إلا أن هناك قصور يعرقل مسار تقديم الخدمات الصحية بجودة من بين هذه المشاكل: (العباسي، ص. ص. 230-232)

- اختراق القوانين والمعايير بسبب الثغرات القانونية مع ضعف الرقابة إذ تفتقد الهياكل الصحية للعديد من المعايير والشروط الصحية، مثل البناء والتصميم وحتى تقديم الخدمة كل ذلك يجعل الممارسات الطبية تتم في أجواء غير نظامية ولا قانونية.

- تمركز العيادات والمستشفيات في مناطق ذات كثافة سكانية عالية ما يحرم فئة واسعة من السكان للوصول إليها.

- عدم توفير القطاع الخاص لحلول لجميع المشاكل الصحية بل يحرصها في التخصصات التي تدر عليه بعائد أكبر الجراحة والتوليد ويظل بعيد عن حملات التوعية والتحصين.

- غياب نظام موحد يحدد تسعيرة الخدمات في ظل غياب الرقابة على الملفات والحسابات ومعاينتها.

- انتشار ظاهرة ازدواجية الممارسة الطبية ما ساعد في انتشار الفساد والتجاوزات لحقوق المريض أين يتم استغلال المريض بتحويله من القطاع العام للخاص حتى وإن لم تكن حالته تستوجب ذلك.

- أحيانا لا يخشى القطاع الخاص بالمخاطرة بالمريض كالقيام بعمليات جراحية معقدة.

6--قياس واقع جودة الخدمات الصحية في الجزائر حسب المؤشرات الصحية لمنظمة الصحة العالمية:

سيتم قياس جودة الخدمات الصحية في الجزائر حسب مؤشرات منظمة الصحة العالمية من خلال:

(منظمة الصحة العالمية 2010 ، ص.48 <https://bit.ly/2Ywri9K>)

إن الوضع الصحي في الجزائر في تحسن مستمر مقارنة بالسنوات السابقة فنجد أن العمر المأمول في ارتفاع مستمر حيث كان يقدر سنة 1990 بـ 66 سنة ليرتفع سنة 2000 إلى 69 سنة، بينما يرتفع إلى 71 سنة عام 2008 ، أي هناك تحسن في ظرف سنتين، أما فيما يخص معدل وفيات الأطفال دون الخامسة لكل 1000 مولود قدر سنة 1990 بـ 64 طفل لينخفض سنة 2000 إلى 48 طفل، فانخفض بـ 14 طفل واستمر بالانخفاض الى غاية سنة 2008 ليصل إلى 41 طفل فانخفض بـ 17 طفل خلال 8 سنوات، هذه النتائج تدل على تحسن الحالة الصحية في السنوات الأخيرة أين قلت وفيات الأطفال، أما احتمال الوفاة بين 15 و60 سنة لكل 1000 نسمة فهو في انخفاض مستمر فبلغ سنة 1990 بـ 181 حالة وفاة لينخفض سنة 2000 إلى 153 حالة وفاة إلى 51 حالة وفاة في ظرف 10 سنوات، أما في سنة 2008 قدر بـ 132 حالة وفاة لتتخفض إلى 21 حالة وفاة في ظرف 8 سنوات وتدل هذه الحالات على تحسن ملحوظ باعتبار الحالات في انخفاض مستمر.

ب-القوى العاملة الصحية: بخصوص القوى العاملة في الجزائر خلال الفترة الممتدة من 2000 إلى 2009

(منظمة الصحة العالمية ، ص.116 <https://bit.ly/2Ywri9K>)

-من ناحية الأطباء هناك 12 طبيب لكل 10000 نسمة أما عدد الأطباء فقدر عددهم بـ 40857 طبيب

-العاملين في التمريض هناك 19 عامل في التمريض لكل 10000 نسمة أما عدد الممرضين فبلغ 65919 ممرض

-العاملون في طب الأسنان هناك 3 أطباء لكل 10000 نسمة وبلغ عددهم 11010 .

-العاملون في الصيدلية بلغ عددهم عاملان لكل 10000 نسمة ويقدر عددهم بـ 8232.

-العاملون في مجال البيئة والصحة العمومية يوجد عامل واحد لكل 10000 نسمة، وبلغ عددهم 2429

ج-النفقات الصحية:

-إجمالي الإنفاق على الصحة كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي: لاحظ أن النفقات الصحية كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي في الجزائر في تزايد مستمر، فقدرت نسبة الإنفاق سنة 2000 بنسبة 3.5 % في حين قدرت سنة 2006 بـ 4.2 % في ظرف عام قدرت الزيادة بـ 0.2 % لترتفع سنة 2007 بنسبة 4.4 % وهذا يدل على زيادة اهتمام في القطاع الصحي (منظمة الصحة العالمية، 2009، ص.108 <https://bit.ly/3oQ7U1Y>)

- الإنفاق الحكومي العام على الصحة كنسبة مئوية من إجمالي الإنفاق الحكومي نلاحظ نسبة الإنفاق الحكومي في ارتفاع وتحسن ففي سنة 2000 قدرت بـ 9 % وبعد 7 سنوات خلال 2007 قدرت بـ 10.7 % أي زيادة بـ 1.7 % . (منظمة الصحة العالمية، ص.130 <https://bit.ly/3oQ7U1Y>)

7- كيفية مواجهة معوقات تقديم الخدمات الصحية: التجربة الجزائرية:

من أجل الرفع من الخدمات الصحية وتجاوز كل العقبات التي تقف أمام المؤسسات الصحية يتوجب علينا الأخذ بالتدابير التالية: (العباسي، ص. ص. 233 - 236)

- تفعيل النظام التعاقدى الذي يساهم في تحقيق الشفافية في العمل الإداري والتسيير المالي، الذي يخلق انسجام بين الموارد المستخدمة والنتائج المحققة، ويتطلب إرادة تدعم وتوفر البيئة الملائمة لتجسيده على أرض الواقع، مع ضرورة الفصل بين الجهات المسؤولة على التمويل وهيئات تقييم الخدمات.

- وضع إستراتيجية لتدريب وتكوين الكادر البشري بصفة دورية ومستمرة، مع تحيين القوانين التي تنظم العمل في القطاع الصحي، مع اعتماد نظام الحوافز، وتقويم العلاقة بين الطبيب والمريض والإدارة.

- إعادة تأهيل الهياكل الصحية من خلال معايير جديدة في إنشاء المستشفيات وعصرنه التجهيزات مثل اعتماد الإدارة الإلكترونية.

- وضع آليات لمراقبة الجودة وتقييم الأداء من أجل رضا المريض والطاقم الطبي على حد سواء.

- حوكمة المؤسسات الصحية عن طريق منح أكبر قدر ممكن من الاستقلالية في التسيير.

- تبادل الخبرات والعمل بين الهياكل الصحية في القطاع العام والخاص، خاصة وأن البيئة الدولية في تغير وتطور في مجال العتاد والأدوية في جميع التخصصات الطبية.

- توجيه السياسة الصحية نحو تعزيز الخدمات الوقائية خاصة فيما يتعلق بالأمومة والأطفال والنساء الحوامل، وتقليص نسبة الوفيات، ومكافحة الأمراض المعدية وترقية الصحة النفسية.

- تشجيع الإنتاج المحلي للأدوية لتغطية السوق المحلية وتقليص فاتورة الاستيراد، عن طريق العمل المشترك بين وزارة القطاع الصحي وهيئات المسؤولة على صنع الأدوية.

- التخطيط المكاني للخدمات الصحية من أجل إعادة التوزيع الجغرافي العادل في تقديم الخدمات الصحية خاصة وأن المستوى الصحي للسكان يتأثر بشكل كبير بمدى قربهم وبعدهم على المؤسسات وهيئات الصحية.

تطوير التخطيط الاستراتيجي من أجل الموازنة والتكيف بين العرض والطلب للعلاج، إذ لا بد من إعداد خطط تنظيمية سواء للعلاج أو للصحة العامة ويتم ذلك بالتعاون مع القطاع الخاص وهنا يحاول واضعي مخطط تطوير المستشفى تكيف العلاج الاستشفائي مع احتياجات السكان والأخذ بعين الاعتبار الأمراض والأوبئة المنتشرة وهذا يتطلب وضع خطط إستراتيجية لتطوير المستشفى خلال فترة محددة مع وضع برامج لإعادة تأهيل المستشفيات العمومية، لأن هناك هياكل استشفائية لا تستجيب لمعايير الجودة (بوشلاغم، شرقي 2017، ص. ص. 14-15).

خاتمة:

إن نجاح المؤسسات الصحية في الوقت الراهن، يعتمد على درجة جودتها في مجال تقديم الخدمات الصحية، والذي يضمن لها السير الحسن، عن طريق مجموعة من الآليات التي تعتبر الركيزة الأساسية لجودة

الخدماتية الصحية وعلى رأسها القيادة الإدارية التي تضمن وضع خطط وأهداف لتحقيق خدمة صحية في المستوى، وهذا لا يتم إلا في إطار نظام معلوماتي صحي، يوفر مجموعة من المعلومات التي تعتمد عليها الجهات المعنية في معالجة المشكلات، والذي تعتمد عليه في نفس الوقت في وضع ميزانيات تمويله للمؤسسة الصحية بالإضافة الموارد البشرية الصحية، وهم المسئولون عن تلبية احتياجات المريض، لكن في المقابل لابد من تكوين وتطوير قدراتهم وتحفيزهم، مع ضرورة وجود المنتجات والأدوية الطبية، كل هذه الآليات لا يكون لها معنى دون وجود نظام خدماتي متميز.

ونصل في الأخير أن النظام الصحي في الجزائر لابد أن يعتمد على مجموعة من الآليات التي تعزز بمجموعة من الإجراءات الكفيلة بإنجاح جودة الخدمات الصحية وأهمها:

- ضرورة ترسيخ ثقافة الجودة بين العاملين في القطاع الصحي عن طريق التوعية والتدريب والتطوير للمورد البشري بكل أنواعه.
- وضع آليات لمراقبة الجودة وتعزيزها.
- ضرورة تكييف الآليات المعتمدة مع المتغيرات والتحديات المختلفة والمتغيرة، في ظل التنافسية بين المؤسسات الصحية.
- مواكبة التكنولوجيا الحديثة في مجال الصحة، مع تفعيل أنظمة المعلومات والاتصالات.
- محاولة معرفة جميع المشاكل التي يعاني منها العاملين لأنها إذا لم تعالج ستنعكس على راحة وصحة المريض.
- محاربة البيروقراطية والفساد في القطاع الصحي، بكل أشكالها، مع وضع قوانين صارمة تجاه مرتكبيه.
- تحيين المنظومة القانونية الصحية ومواكبتها لمختلف التطورات.

قائمة المراجع

1. أوشن، ر. بن زياد، إ. بن عمومة، ه. (ديسمبر 2017). أسباب تدني مستوى الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية الجزائرية من وجهة نظر الأطباء -دراسة ميدانية بالمراكز الاستشفائية للشرق الجزائري، مجلة الاقتصاد الصناعي العدد 13.
2. العباسي، إ. (2020/2019). واقع الخدمات الصحية في الجزائر دراسة مقارنة بين القطاع العام والقطاع الخاص 2001-2017، أطروحة دكتوراه لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم السياسية، تخصص سياسة عامة، المدرسة الوطنية العليا للعلوم السياسية.
3. بن حليمة، ح. (جوان 2017). تقديم جودة الخدمات الصحية: دراسة تطبيقية بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة بالبوئي-عنا، مجلة التواصل في العلوم الإنسانية والاجتماعية، عدد 50.
4. بديبي، ف. زويوش، ب. (2011). جودة الخدمات الصحية الخصائص، الأبعاد والمؤثرات، مجلة الاقتصاد والمجتمع، العدد 7، المجلد 7.
5. بوشلاغم، ع. شرقي، م. (ديسمبر 2017). واقع وآفاق المنظومة الصحية في الجزائر، مجلة دراسات اقتصادية، المجلد 4، العدد 3.

6. حناد، م. (2018). تقييم جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر الأطباء والممرضين بالمستشفيات الجزائرية -دراسة حالة بعض المستشفيات بولاية سطيف-. مجلة الحقوق والعلوم الإنسانية، العدد الاقتصادي 36(01)، المجلد 12، العدد 36.
7. حوالف، ر. (2017). وقع الخدمات الصحية في الجزائر بين الإنجازات والصعوبات، مجلة المؤسسة، العدد 06.
8. رحمانية، س. (مارس 2015). وضعية الصحة والخدمات الصحية في الجزائر، مجلة الباحث الاجتماعي، العدد 11.
9. سلطاني، و. (2016/2015). تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر وآليات تحسينها، دراسة ميدانية لولاية باتنة، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية زعلوم التسيير، جامعة باتنة 1.
10. صغيرو، ن. (2012/2011). تقييم جودة الخدمات الصحية دراسة ميدانية، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علوم التسيير، تخصص إقتصاد تطبيقي وتسيير المنظمات، جامعة الحاج لخضر باتنة، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير.
11. طيب سليمان، م. (2016/2015). تأثير جودة الخدمات الصحية على رضا المريض: تطبيق نموذج سرفكوال -دراسة عينة من المؤسسات الصحية العمومية، أطروحة دكتوراه في العلوم التجارية، تخصص تسويق، جامعة البلدة 2.
12. عبد الله، ع. م. (2013). إدارة جودة الخدمات. عمان: الوراق للنشر والتوزيع، ط1.
13. غواري، م. (2016). إدارة الجودة الشاملة في خدمات الرعاية الصحية، عمان: دار اليازوري.
14. كحيل، ن. (2009/2008). تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، مذكرة لنيل شهادة الماجستير، تخصص تسيير الموارد البشرية جامعة منتوري قسنطينة.
15. مريزق، ع. (2008/2007). واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة، أطروحة مقدمة للحصول على شهادة الدكتوراه في علوم التسيير، جامعة الجزائر.
16. منظمة الصحة العالمية. (2009). الاحصاءات الصحية العالمية <https://bit.ly/3oQ7U1Y> تصفح بتاريخ: 2021/08/19
17. منظمة الصحة العالمية. (2010). الاحصاءات الصحية العالمية <https://bit.ly/2Ywri9K> تصفح بتاريخ: 2021/08/19