

إدارة الجودة الشاملة في الخدمات الصحية

بلمرداسي يامن (1)

(1) جامعة باتنة 1، الحاج لخضر

تاريخ الإرسال: 2020-11-16 تاريخ القبول: 2020-12-13

ملخص:

تهدف هذه الورقة البحثية إلى التطرق للجودة الشاملة في المؤسسات الصحية من خلال معرفة كيفية إدارة الجودة الشاملة وإسقاطها على المؤسسات الصحية، إضافة لنماذج وأمثلة حول تطبيقها على المؤسسات الصحية في بعض البلدان كالأردن، السعودية، والولايات المتحدة الأمريكية، وأخيرا الجزائر.

وتبين هذه الدراسة أن فلسفة إدارة الجودة الشاملة باتت مهمة في كثير من المؤسسات الصحية حيث تكسيها بعدا آخر، إذ أنها تركز على تلبية احتياجات المريض وتشبع رغباته وتوقعاته المعلنة وغير المعلنة بالإضافة إلى خلق حالة تكاملية في الهيكل التنظيمي ما بين الأنشطة والوظائف واعتماد الفريق الواحد للبدء في العمل بأقل أخطاء وتحقيق أقصى المكاسب بأقل التكاليف. وهذا يوجب توفير في الدرجة الأولى دعم الإدارة العليا والقناعة بإدارة الجودة الشاملة كتوجه إداري حديث والعمل على نشر ثقافة الجودة الشاملة على كل الأصعدة وبين كل العاملين.

الكلمات المفتاحية: الخدمة الصحية، الجودة الشاملة، إدارة الجودة الشاملة، إدارة الجودة الشاملة للخدمات الصحية.

Abstract:

Total quality management in health services

This research paper aims to address comprehensive quality in health institutions by knowing how to manage total quality and projecting it to health institutions, in addition to examples and examples of their application to health institutions in some countries such as Jordan, Saudi Arabia, the United States of America, and finally Algeria.

This study shows that the philosophy of total quality management has become important in many health institutions as it gains it another dimension, as it focuses on meeting the needs of the patient and the saturation of his desires and expectations announced and undeclared in addition to creating an integrative case in the organizational structure between activities and jobs and the adoption

of one team to start in Work with the fewest mistakes and achieve the maximum gains at the lowest costs. This necessitates providing in the first place the support of the higher management and the conviction in total quality management as a modern administrative direction and working to spread a culture of total quality at all levels and among all employees.

Keywords: Health Service, Total Quality, Total Quality Management, Total Quality Management for Health Services.

1. مقدمة:

إن لنظام الجودة في مجال الرعاية الصحية خصوصية كبيرة، وأهم سمات هذه الخصوصية أنه يتعامل مع البشر سواء كانوا مقدمي الخدمة أو المستفيدين منها، لذلك بدأت العديد من المنظمات الدولية في إرساء قواعد خاصة بنظم اعتماد مؤسسات الرعاية الصحية.

والرغبة في تطبيق برامج إدارة الجودة الشاملة في المجال الصحي أصبح هدف عالمي يتسع نطاق تطبيقه سنة بعد سنة، لأن الخدمات التي يقدمها قطاع الصحة لها تأثير مباشر على صحة المواطنين، حيث تعتبر الجودة مفتاح النجاح في عالم يعتمد أساساً على المنافسة، كما يشهد العالم الحديث متغيرات عديدة في جميع الميادين بسبب العولمة، والذي يجعل المؤسسات الصحية تبحث عن عنصر يمكن أن ترتقي به في أدائها لتحافظ على حصتها السوقية، إذ أصبح اعتماد الجودة معياراً أساسياً للمفاضلة بين المنشآت الصحية.

فلقد غدا الموضوع من الموضوعات التي تلقى اهتماماً واسعاً في منظمات الأعمال على اختلاف أنواعها وأحجامها في قطاع الصحة على وجه التحديد، باعتبار فلسفة إدارة الجودة الشاملة تركز على الزبون وكيفية تلبية احتياجاته المتنامية فضلاً على أنها تركز على تكامل الأنشطة والوظائف داخل المنظمة، بالإضافة إلى اعتماد التحسين المستمر في كل جوانب المنظمة والتأكيد على نوعية كافة العاملين في المنظمة كأساس للتفوق.

1.1. الإشكالية:

تعتبر إدارة الجودة الشاملة خطوة هامة نحو رفع الكفاءة الداخلية للأداء داخل المستشفيات والعيادات الطبية، بحيث تقدم نظرية الإدارة معايير فعالة تهدف لتحسين مستوى المنتج والخدمة للعميل من خلال نظرة واقعية تبدأ بالفلسفة والأهداف ثم

الإجراءات والتدريب والتنفيذ والمتابعة. وفي ضوء ما سبق يمكن طرح الإشكالية التالية:
ما واقع تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية في الجزائر؟

2.1. أهمية الدراسة:

تكمن أهمية الدراسة في:

- يعد موضوع جودة الخدمات الصحية من المواضيع الحديثة لذلك تكون هذه الدراسة أرضية ومرجع لدراسات لاحقة.
- التعرف على واقع جودة الخدمات الصحية في الجزائر.

3.1. أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى تحقيق الأهداف التالية:

- معرفة جودة الخدمات الصحية وذلك من خلال معرفة العوامل المؤثرة فيها.
- محاولة معرفة الفروق الموجودة في جودة الخدمات الصحية لدى بعض الدول.
- إبراز الدور الذي يلعبه التحسين المستمر في الرفع من جودة الخدمات الصحية.
- إبراز أهمية قطاع الخدمات الصحية وضرورة العمل على الرفع من جودته، وكذا العمل على تبني ثقافة التحسين المستمر في مؤسساتنا الصحية.
- عرض الإطار النظري لكل من جودة الخدمات الصحية، وكذا التحسين المستمر من أجل إزالة الغموض حولهما.

4.1. منهج البحث:

من أجل معالجة البحث الحالي وتحليل أبعاده، تم الاعتماد على المنهج الوصفي، من خلال الاستفادة من مختلف التجارب والدراسات التي تناولت هذا الموضوع لمعرفة أهمية ودور التحسين المستمر، باعتباره أحد المداخل التي تساهم في الرفع من جودة الخدمات الصحية وعلى ضوء ذلك كانت تفاصيل المدخلة الحالية.

5.1. الدراسات السابقة:

من بين الدراسات التي اهتمت بموضوع جودة الخدمات الصحية نجد:
دراسة عتيق عائشة (2012) تحت عنوان "جودة الخدمات الصحية في المؤسسات

العمومية الجزائرية - دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة "التي كانت في إطار الحصول على شهادة الماجستير في علوم التسيير، وقد هدفت إلى دراسة واقع جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة ومدى تأثيرها على رضا المريض بالاعتماد على أبعاد جودة الخدمات الصحية، وقد تمكنت هذه الدراسة من التوصل إلى أن المريض راض على الأبعاد الأربعة (الاعتمادية، الاستجابة، الضمان، التعاطف) إلا أنه غير راض على بعد الملموسية، مما يستوجب تطوير الخدمات الصحية بما يتناسب مع احتياجات المرضى وذلك بمواكبة التطور التكنولوجي عن طريق تحسين جانب البعد المادي.

دراسة سعيدان رشيد، بوهنة علي (2014) تحت عنوان "واقع الخدمات الصحية من خلال الإصلاحات" حيث هدفت هذه الدراسة لتحديد أهم التغيرات التي طرأت على تسيير المؤسسات الصحية من خلال تطبيق إصلاحات المنظومة الصحية في المؤسسة العمومية الاستشفائية ببيشار، وتوصلت الدراسة إلى أن واقع الخدمات الصحية مازال لم يرقى إلى المستوى المطلوب لطموحات ورغبات نسبة كبيرة من المستفيدين، حيث فاقت النسب 50% خاصة على مستوى بعدي التعاطف والأمان اللذان يتعلقان بمهارة وسلوك المستخدمين، أما مستوى بعدي الاستجابة والاعتمادية فكانا دون المتوسط لارتباطهما بالإمكانيات المادية والأمور التنظيمية، التي ترجع في الأساس إلى سوء التسيير والتنظيم وعدم توفر التخصصات، بالإضافة لضرورة إصلاح الجانب الاجتماعي ونشر ثقافة الجودة من أجل الرفع من مستوى جودة الخدمات الصحية.

2. مفهوم إدارة الجودة الشاملة:

1.2. تعريف إدارة الجودة الشاملة:

بدأ ظهور مفهوم إدارة الجودة الشاملة من ثمانينات القرن العشرين، وتعددت تعاريفه حسب آراء الباحثين في هذا الموضوع، وقد اشتقت من الكلمة اللاتينية "Qualitas" التي تعني طبيعة الشخص أو طبيعة الشيء ودرجة الصلابة والدقة، ومفرداتها تعني:

- إدارة: تخطيط وتنظيم وتوجيه ومراقبة كافة النشاطات المتعلقة بتطبيق الجودة، وكذا تطوير

- والحفاظة على إمكانيات المنظمة لتحسين الجودة باستمرار.
- **الجودة:** الوفاء بمتطلبات العميل والاستجابة لحاجاته ورغباته وتوقعاته.
 - **الشاملة:** تتضمن تطبيق مبدأ البحث عن الجودة في أي مظهر من مظاهر العمل بدأ من التعرف على حاجات العميل، وانتهاء بتقييم ومراجعة رضا العميل عن الخدمات أو المنتجات المقدمة له، كما تتطلب مشاركة واندماج الموظفين بالمنظمة (عائشة عبد الله المحجوب جمال، 2009).
 - وقد عرفها "ديمنج" بأنها "نظام شامل للقيادة والتشغيل للمؤسسة ككل ويعتمد أساساً على مشاركة جميع العاملين واندماجهم بالإضافة إلى التركيز على العملاء لمشاركة المورد من أجل التحسين المستمر للجودة".

2.2. مبادئ إدارة الجودة الشاملة:

- تتميز إدارة الجودة الشاملة بعدة مبادئ منها:
- **مبدأ دعم الإدارة العليا:** هي المساندة الرسمية التي تعطي نظام إدارة الجودة الشاملة القوة والفعالية لتحقيق النجاح.
 - **مبدأ تحسين الجودة المستمر:** هو تطوير المعرفة لأبعاد العملية الإدارية واتخاذ الإجراءات اللازمة للتطوير مما يضمن تخفيض الانحرافات والأخطاء ويساعد في الحفاظ على جودة الأداء وزيادة الإنتاجية.
 - **مبدأ التركيز على العميل:** هو أن يكون محور اهتمام المنظمة بعملائها سواء داخل المنظمة أو خارجها ومحاولة كسب رضاهم وتلبية رغباتهم واحتياجاتهم وتوقعاتهم.
 - **مبدأ التركيز على العاملين أو الموظفين:** هو الاهتمام بجميع العاملين في المنظمة من جميع النواحي من بداية عملهم في المنظمة إلى نهايته، من حيث الاختبار والتعيين والتدريب والترقية وغيرها.
 - **مبدأ التحليل والقياس:** هو اختبار المقياس ذو الفعالية والكفاءة الذي يتناسب مع أوضاع المنظمة، يوفر لهذا المقياس البيانات والأرقام الصحيحة التي تسهم في التعرف على أسباب المشكلة ومن ثم يستطيع فريق العمل تحديد أسباب المشكلة التي تحتاج إلى تغيير أو تطوير وذلك عن طريق تحليل البيانات التي جمعت في وقت القياس (محمد الصيرفي، 2007).

3.2. فوائد إدارة الجودة الشاملة:

- توفر إدارة الجودة الشاملة عدة فوائد سواء لمقدمي الخدمة أو المستفيدين منها وهي كالتالي:
- توفير مستويات إنتاجية أفضل.
 - الرضا المتزايد للعميل.
 - تحسين معنويات الموظف عن طريق رفع الروح المعنوية له.
 - زيادة الأداء والأمن الوظيفي عن طريق زيادة الوعي بمبادئ الجودة.
 - تقليل التكاليف وأثرها على فعالية المنظمة.
 - تطوير أساليب حل المشاكل بين العاملين.
 - تقوية تبادل الآراء والأفكار بين العاملين في أقسام المنظمة.
 - خلق بيئة عمل منفتحة على مستويات العمل.
 - التخلص من الإجراءات عديمة الفائدة.
 - غرس مبادئ العمل كفريق والمشاركة في عملية صنع القرار.

4.2. أهداف إدارة الجودة الشاملة:

- توجد عدة أهداف تجعل العمل بإدارة الجودة الشاملة وهي:
- أهداف تخدم ضبط الجودة: وتتعلق بالمعايير التي ترغب المنظمة في الحفاظ عليه، أو تصاغ على مستوى المنظمة وتتعلق بمتطلبات ذات مستوى أدنى تتميز بصفات مميزة مثل الأمان وإرضاء الزبائن.
 - أهداف تحسين الجودة: تنحصر غالبا في الحد من الأخطاء وتطوير منتجات جديدة ترضي الزبائن بفعالية أكبر (طارق عبد الرؤوف، 2014).

3. مفهوم المؤسسة الصحية والخدمة الصحية:

1.3. تعريف المؤسسة الصحية:

تعرف بأنها "كل مؤسسة تنشط في المجالات الصحية والرعاية الصحية العامة والمتخصصة وإدارة الرعاية الصحية والخدمات المساندة مثل المستشفيات وإعادة التأهيل، وبيوت الرعاية الصحية، كبار السن والصحة العقلية والتدخل في أثناء الأزمات والمستشفيات النفسية" (أيمن مزاهرة، 2000).

كما يمكن تعريفها حسب الأطراف المتعاملة معها كما يلي:

- المرضى: الجهة المسؤولة عن تقديم العلاج والرعاية الطبية لهم.
- الحكومة: إحدى مؤسساتها الخدمية المسؤولة عن تقديم كل ما يحتاجه المجتمع للنهوض بالواقع الصحي في البلد نحو الأحسن.
- إدارة المؤسسة الصحية: مؤسسة على البيئة المحيطة بها ومتفاعلة مع متغيراتها المختلفة في ضوء ما حدد لها من أهداف وواجبات مسؤولة عن تنفيذها بشكل كفي وفعال.
- شركات الأدوية وباقي المؤسسات المعنية: سوق واسع يستوجب إمداده بما يحتاجه من أدوية ومستلزمات طبية.
- الطلبة والجامعات: موقع تدريبي وعملي لإكسابهم المهارة والمعرفة الميدانية لإجراء البحوث والتجارب.

2.3. تعريف الخدمة الصحية:

ليس هناك اتفاق جماعي بين العاملين في هذا المجال على تعريف واحد، فقد يرى البعض أنه لا بد من اعتبار نوع معين من الخدمات كجزء من الرعاية الطبية بينما يرى البعض نقيض ذلك. وعموماً يمكن تعريف الخدمة الصحية أو الرعاية الطبية كما يلي: "النشاط الذي يقدم للمتفاعلين، والتي تهدف إلى إشباع حاجات ورغبات المستهلك النهائي حيث لا ترتبط ببيع سلعة أو خدمة أخرى" (حمد أحمد مصطفى، 2001).

3.3. أسس الخدمات الصحية :

هناك مجموعة من العوامل العديدة التي تحدد أسس وسمات الخدمات الصحية كالحاجات العامة للسكان، وانطباق الطبيب عما هو أفضل بالنسبة لمرضاه، وقد أصبح تخطيط هذه الخدمات يتم في ضوء تقدير للحاجات الملحة وله ارتباطا كبير بالبحوث والدراسات الجارية في الرعاية الطبية ونظم المعلومات الصحية، وتنظيم المؤسسات الطبية كالمستشفيات والمراكز الصحية والعيادات متعددة الخدمات وهذا من أجل تقديم الخدمات الطبية بشكل كاف ومستوى عال أي أنه يجب أن تتوفر فيها الكفاية الكمية والكفاية النوعية، كما يلي: (حنان الأحمد، 2000):

- الكفاية الكمية: وهي تعني توفير الخدمات الطبية بحجم وعدد كاف يتناسب مع عدد السكان وهذا يشمل: (الحمي محمود حسن صالح، 2003):

- توفير عدد كاف من الموارد البشرية الطبية: أطباء، ممرضين، فنيين مختبرات، وغيرهم من المساعدين، حيث أن الطبيب لوحده لا يستطيع القيام بجميع أعمال الخدمات الطبية من تمريضية ونخيرية وإدارية.

- توفير عدد كاف من الأطباء والمراكز والمؤسسات الطبية التي تقدم الخدمات الطبية (وحدات صحية، مستشفيات، مختبرات، صيدليات... الخ)، ويشترط أن تكون هناك عدالة ومساواة في توزيعها بين مختلف مناطق البلاد، إذ لا يجوز أبداً تخصيص أو زيادة عدد أعضاء الفريق الطبي في منطقة ما في البلاد على حساب المناطق الأخرى.

- توفير الخدمات الطبية في جميع الأوقات، وهذا يعني ضرورة عمل أعضاء الفريق الطبي مدة 24 ساعة، فالمرض لا يعرف وقتاً محدداً يقع فيه مثل أوقات الدوام الرسمي .

- توفير أساليب ووسائل التشخيص الصحي بين أفراد المجتمع لتعريفهم بوسائل الرعاية الطبية، وتواجدها، والخدمات التي تقدمها وأهميتها وطرق الاستفادة منها مبكراً، بمجرد إحساس الفرد بالمرض، وعدم الانتظار حتى يتطور المرض ويصبح خطيراً ليعرض نفسه على الطبيب .

- يجب وضع النظم المالية والإدارية الكفيلة بتوفير الخدمات التي تكفل للفرد الحصول عليها، والسعي للتأمين الطبي الشامل لكافة المواطنين .

- **الكفاية النوعية:** لا يكفي لتوفير الرعاية الطبية زيادة عدد الفرق الطبية والوحدات الصحية والمستشفيات فحسب، بل يجب أيضاً توفير ظروف ريفية المستوى للعمل الطبي وهذا يشمل (مريض محمد، 2012):

- وضع معايير وأسس تحدد المستوى المطلوب والواجب توفيره في كل من أعضاء الفريق الطبي، والمعدات والأجهزة، ووسائل التشخيص والعلاج، ويجب أن تضع هذه المعايير لجنة عليا من ذوي الاختصاص والخبرة والدراية في مجالات الرعاية الطبية المختلفة، ولا يسمح لأي كان سواء كان طبيياً أو ممرضاً أو مؤسسة طبية أن تمارس مهنة تقديم الخدمات الطبية إلا إذا توافرت فيها هذه المعايير.

- العمل على رفع كفاءة وحسن تدريب أعضاء الفريق الطبي، سواء كان طبيياً عاماً أو اختصاصياً أو ممرضاً أو صيدلانياً، وهذا من خلال وضع برامج ثقافية علمية لرفع مستواهم العلمي والإطلاع على أحدث الاكتشافات الطبية، بالإضافة إلى البرامج التأهيلية من أجل تجديد معلوماتهم النظرية والعلمية، ويشترط في هذه الدورات أن تكون إجبارية مرتبطة باستمرارية مزاولة المهنة.

- تقديم التسهيلات والمساعدات المالية والإدارية والفنية لجميع العاملين في قطاع الخدمات الطبية، سواء كانوا أفراداً أو مؤسسات من أجل الحصول وامتلاك الأدوات والأجهزة والمعدات الطبية اللازمة والمرافق الطبية بأقل التكاليف المالية والجهود، ليستطيعوا تقديم الخدمات الطبية على مستوى عال.

- دمج الخدمات الصحية العلاجية والوقائية وذلك لأن هذه الخدمات لها كيان واحد متكامل، وغرض شامل هو العمل على اكتمال سلامة الفرد من النواحي الجسمية والعقلية علاوة على مكافحة الأمراض وعلاجها، لأن تقسيم هذه الخدمات ينفي الغرض من التكامل إضافة على ما يتبع ذلك من زيادة في النفقات الفعلية والإدارية لهذه الخدمات وبالتالي تؤثر على أسعارها النهائية.

4. مفهوم جودة الخدمات الصحية:

1.4. تعريف جودة الخدمات الصحية:

تعرف الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد منظمات الرعاية الصحية جودة الخدمات الصحية بأنها درجة الالتزام بالمعايير الحالية والمتفق عليها للمساعدة في تحديد مستوى جيد من الممارسة ومعرفة النتائج المتوقعة من الخدمة أو الإجراء العلاجي أو التشخيصي، أي أن جودة الخدمات الصحية هي درجة تحقيق النتائج المرغوبة وتقليل النتائج غير المرغوبة في ظل الحالة المعرفية في فترة زمنية معينة (محمد الصيرفي، 2007).

كما أن تعريف جودة الخدمات الصحية يختلف من فرد لآخر حسب موقع الفرد من المؤسسة الصحية كما يلي: (محمود صالح المؤذن، 2002).

- الجودة لدى مقدم الخدمة: تعني الالتزام بمعايير الجودة الصحية بهدف تحقيق النتائج.
- المريض: درجة الرعاية التي يقبلها هو نفسه.
- المؤسسة الصحية: ترى أن الجودة هي الوصول إلى مستوى مرتفع من رضا المرضى وبأقل تكلفة.
- أصحاب السياسات الصحية: عبارة عن تحسين صحة أفراد المجتمع حسب الإمكانيات المتوفرة.

2.4. العوامل المؤثرة في جودة الخدمات الصحية:

- تحليل توقعات المريض: تحتاج المؤسسة الصحية إلى فهم اتجاهات المرضى عند تصميمهم الخدمة الصحية، ويمكن للمرضى أن يحققوا إدراكاتهم للخدمة المقدمة من خلال التمييز بين المستويات المختلفة للنوعية وهي: (فوزي شعبان مذكور، 1991).

- الجودة المتوقعة: درجة الجودة التي يرى المريض وجوب وجودها، ويصعب تحديد هذا المستوى من الجودة.

- الجودة المدركة: إدراك المريض لجودة الخدمة الصحية المقدمة له من قبل المؤسسة الصحية.

- الجودة القياسية: ذلك المستوى من الخدمة المقدمة والتي تتطابق مع المواصفات المحددة أساساً للخدمة والتي تمثل بذات الوقت إدراكات إدارة المؤسسة الصحية.

- الجودة الفعلية، هي درجة الجودة التي اعتادت المؤسسة الصحية تقديمها.

- تحديد جودة الخدمات: عند فهم المؤسسة الصحية حاجات المرضى فإنها تضع الوصف المناسب للمساعدة في ضمان تحقيق ذلك المستوى المطلوب من الجودة في الخدمة الصحية المقدمة.

- أداء العاملين: بوضع معايير الجودة من طرف المؤسسة الصحية للخدمة المقدمة ويتحقق الالتزام في تنفيذها من قبل الكادر الطبي فعليها البحث عن الطرق المناسبة التي تضمن خلالها الأداء المناسب.

3.4. ماهية إدارة الجودة الشاملة في الخدمات الصحية:

تعرف بأنها إطار تلتزم من خلاله المنظمات الصحية والعاملون فيها بمراقبة وتقويم جميع جوانب نشاط هذه المنظمات لتحسينها بشكل مستمر (مصطفى عبد القادر، 2002).

وهناك من يعتبرها رضا كل من الزبون، الأطباء، المستخدمون، الموردون، الشركاء والمساهمون الاجتماعيون، الذي يتحقق عن طريق التنفيذ الفعال لكل من التخطيط، البرامج، السياسات الاستراتيجية، الموارد البشرية وباقي أصول المستشفى بكفاءة وفعالية وباستمرارية.

4.4. أهمية تطبيق إدارة الجودة الشاملة بالمنشآت الصحية:

تظهر أهمية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في اعتبارها أحد المراحل الأساسية لتحسين أداء المؤسسات بأشكالها المتعددة وتقديم الجودة العالية التي يترتب عليها تحقيق رضا العميل باعتباره مفتاح النجاح لأي مؤسسة، حيث طبيعة المنافسة العالمية الواسعة والشاملة تتطلب بصفة عامة من أي

مؤسسة خصائص رئيسية هي: (طلعت الدمرداش إبراهيم، 2006).

- فهم ما يريده العميل وإشباع احتياجاته وقت طلبها وبأقل تكلفة.
- الإمداد بالسلع والخدمات بجودة عالية بشكل ثابت ومستمر.
- مجارة التغير في النواحي التكنولوجية والسياسية والاجتماعية.
- توقع احتياجات العميل في الفترات الزمنية المستقبلية.
- تساهم في تقليل كافة إنتاج الخدمات الصحية.
- تقليل ومنع الأخطاء الطبية في مجال التشخيص والعلاج والدواء.

5.4. الصعوبات التي تواجه تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الخدمات الصحية:

حسب محمد الصيرفي (2007) تواجه عملية تطبيق إدارة الجودة الشاملة عدة صعوبات

وهي:

- طبيعة مهام الخدمة الطبية: تتصف بالغموض وعدم الوضوح وعدم اليقين من النتائج، مما يصعب عملية تحديد أهداف قابلة للقياس، والأخطاء غير قابلة للإصلاح وتنطوي على تكلفة معنوية ومادية عالية. (عثمان سلوة، 2004).

- طبيعة البناء التنظيمي للمنظمات الصحية وتعقيده مما يجعل من الصعب تحديد نطاق السلطة والتأثير داخل المنظمة.

- طبيعة العناصر البشرية العاملة: المهنيون في المنظمة الصحية تحكم أدائهم الطبي مبادئ وأخلاقيات قوية كمنها عدم التسبب بأي أذى لمرضاهم، وأي عمل يضمن تحمل المخاطرة أو استعمال طرق جديدة غير مثبتة يمكن أن ينتج عنه رفض أو انتقاد أعضاء المهنة إضافة إلى المخاطرة القانونية المترتبة عن ذلك.

- طبيعة العلاقة بين الأطباء ومرضاهم: ما يعرف بنموذج الطب الذي يتعارض مع معظم التغيرات والتعديلات حيث لا يسمح بالتدخل بين الأطباء ومرضاهم من أي طرف آخر.

- تعدد الجهات الخارجية ذات المصلحة بأنشطة وعمليات المنظمات الصحية والتي لا بد من التوفيق بين مصالحها وأهدافها وأهداف المنظمة.

- العوامل الأساسية لنجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الخدمة الصحية: (عبد المجيد الشاعر، 2000).

- تحديد المنظمة لمهمتها الأساسية والجوهرية، وماهي قدرتها الأساسية لتبني نجاح إدارة الجودة الشاملة.
- توضيح المكاسب من تقديم الخدمات الصحية، والمقابل الذي يستفيد المريض من دفعه ثمن الخدمة الصحية، طبيعة النشاطات التي يتوقع المريض أن تحقق درجة الرضا، وكذا دور الموردين.
- اقتناع الإدارة العليا في المنظمة الصحية بأهمية مزايا تطبيق إدارة الجودة الشاملة وإقناع جميع العاملين فيها، مع وجود رغبة في تحقيق ثقافة إدارة الجودة الشاملة.
- ارتفاع تكاليف تطبيق النظام في أول الأمر ثم تنخفض تدريجيا لتستقر عند حجم معين، وبعدها يبد النظام بالكشف عما به من مزايا وفوائد.
- ظهور نتائج جيدة لتطبيق هذا النظام بسرعة في المؤسسات الصحية حيث الإمكانيات العالية والعناصر البشرية الفعالة والمناخ الملائم وحرية اتخاذ القرارات.
- حاجة هذا النظام قبل تطبيقه لدورات مكثفة والاستفادة من تجارب المؤسسات الصحية الناجحة في هذا المجال.
- يتطلب النظام تغير في السياسة والمفاهيم والاستراتيجية والهيكلة التنظيمي في المؤسسة الصحية.

6.4. معايير قياس جودة الخدمات الصحية:

- يتم قياس جودة الخدمات الصحية حسب عدة نماذج كما يلي: (محمد أحمد حلوش، 2004).
- مقياس عدد الشكاوى: من خلال حصر عدد الشكاوى خلال فترة معينة وتصنيفها حسب نوع الشكاوى.
- مقياس الرضا: قياس اتجاهات العملاء نحو جودة الخدمة وعادة ما يتم توجيه أسئلة للعملاء من خلال استبيان.
- مقياس الفجوة: يعتمد على مقارنة توقعات العملاء بشأن الخدمات وإدراكاتهم لمستوى جودة الخدمة المقدمة فعلياً، ومن ثم تحديد الفجوة بين هذه التوقعات والإدراكات.
- مقياس الأداء الفعلي للخدمة: باعتبار أن الجودة يمكن الحكم عليها مباشرة من خلال توجهات العملاء حسب المعادلة (جودة الخدمة = الأداء).
- مقياس التوجه بالقيمة: العلاقة بين المنفعة والسعر هي التي تحدد القيمة.

7.4. مراحل تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية:

عندما تقتنع إدارة المؤسسة الصحية بأهمية تطبيق إدارة الجودة الشاملة يستوجب عليها المرور بمراحل لتطبيقها، والمتمثلة في: (تامر ياسر البكري، 2005).

- **المرحلة الأولى:** وهي مرحلة إعداد وتهيئة برامج الجودة الشاملة، تسبق هذه المرحلة بناء النظام وتكريس مبادئه، حيث تقوم الإدارة العليا للمؤسسة الصحية بمساعدة مختلف الأقسام الطبية والإدارية والتمريضية وبالتعاون مع مستشارين أو محترفين في مجال الجودة بتنظيم سلسلة من الحلقات الدراسية حول الموضوع لتوضيح مبادئه، أهدافه والمنافع التي تجنيها المؤسسة الصحية بعد التطبيق كما تقوم المؤسسة بوضع توضيح شامل لكافة جوانب العمل في المؤسسة ومشاكلها الارتدادية، ثم استنباط الأفكار والحلول المثلى لها، والهدف الأساسي منها توفير كافة البيانات والمعلومات والأفكار والمقترحات التي تحدد الملامح الأساسية والأبعاد الرئيسية والمرتكزات التي تتمحور حولها السياسات العامة للمنظمة وخططها وبرامجها لتحقيق ما تصبو إليه من غايات.

- **المرحلة الثانية:** وهي نشر ثقافة الجودة الشاملة في المؤسسة الصحية، حيث تسعى جميع الأطراف العاملة بالمنظمة الصحية بمبادئ وأهداف هذا المفهوم، كما يجب نشر ثقافته ورفع مستوى الوعي به من خلال مناقشة مفاهيمه وكيفية تطبيقه، كما يمكن للمؤسسة أن تعطي معطيات وبيانات عن تجارب مؤسسات خدمية أخرى ومراجعة الإسهام الذي حققه تطبيق هذا المفهوم وتكون بذلك هذه المرحلة بداية تطبيق هذا المفهوم.

- **المرحلة الثالثة:** تكوين فريق عمل الجودة بعد اقتناع الإدارة العليا بأهمية تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة، وبعد اجتياز المرحلتين السابقتين يتم تشكيل فريق عمل الجودة والذي يتكون من:

- **مجلس الجودة:** يمثل المستوى القيادي الأعلى لاتخاذ القرارات وإعطاء الصلاحيات وتحديد الأهداف ومن مهامه:

- رسم السياسات اللازمة لتحقيق أهداف النظام والمراجعة الدورية لأسلوب التطبيق لإدخال التعديلات المطلوبة.

- تحديد الأهداف الأساسية والإجراءات ووضع الرؤيا المستقبلية للمنظمة الصحية.

- مكتب الجودة بالمنظمة الصحية: وهو مركز تنفيذ السياسات والخطط ويوجد به نظم وبرامج الجودة، تتمثل مهام فريق عمل الجودة ككل فيما يلي: (محمد الصيرفي، 2016).
- وضع سياسة واضحة للجودة وكتابتها في كافة مجالات العمل بالمؤسسة واتخاذ الإجراءات اللازمة لتعريف جميع فئات العاملين بها مع التأكيد على الاعتبارات التالية:
- أداء العمل بالطريقة الصحيحة من المرة الأولى دون السماح بأي أخطاء.
- تطوير فكرة الانتماء للمؤسسة الصحية والولاء إليها.
- مشاركة جميع الفئات العاملة في حل مشاكل العمل والقضاء على الأخطاء.
- تكوين حلقات أو جماعات الجودة في مختلف مجالات العمل بالمؤسسة الصحية، وتعتبر هذه الحلقات من أكثر طرق نشر ثقافة الجودة والمساعدة في تطبيق أساليبها.
- المرحلة الرابعة: يعتبر تطبيق خطة الجودة ومتابعتها من أهم متطلبات التطبيق السليم لإدارة الجودة الشاملة بالمؤسسات الصحية ما يلي:
- تحليل هيكل العمالة الموجودة بالمؤسسة الصحية كماً ونوعاً واتخاذ الإجراءات اللازمة لإعادة توزيعها وفقاً لمتطلبات العمل بمختلف الأقسام الفنية والإدارية.
- تعديل الهياكل التنظيمية الرئيسية والتفصيلية للمؤسسة الصحية، لدعم أنشطة الجودة وتوفير المناخ التنظيمي المناسب لدعم العمل الجماعي وخلق اتجاهات إيجابية لدى مختلف فئات العاملين.
- تلقي وتحليل ومعالجة شكاوى المرضى ومختلف الفئات المستفيدة من الخدمات الصحية والعاملين والزائرين.
- تشجيع جميع الفئات العاملة بالمؤسسة والمتعاملين معها على التقدم بآرائهم واقتراحاتهم بشأن تحسين جودة الأداء في جميع المجالات.
- تصميم وتوفير آليات مرنة الاتصالات في مختلف الاتجاهات.
- تصميم وتوفير نظام متكامل للمعلومات مع دعمه بالإمكانيات التقنية اللازمة والمتطورة، لتوفير وتحليل البيانات وإعداد التقارير المطلوبة ورفعها للأفراد والوحدات التي تحتاجها.
- صياغة آلية مناسبة للإدارة لقياس درجة رضا مختلف الأطراف العاملة والمتعاملة مع المؤسسة الصحية عما تقدمه من خدمات ومجالات التحسين والتطوير المطلوبة بشأنها.

5. تجارب عن تطبيق إدارة الجودة الشاملة في قطاع الصحة في بعض بلدان العالم:

تعرف بعض الدول بسمعتها الجيدة في قطاع الصحة سواء ما تعلق بنوعيات الخدمات المقدمة والتي تبين اليد العاملة المؤهلة، وكذا نوعية التجهيزات الطبية والمرافق المخصصة لتقديم هذه الخدمات ومن بينها نذكر:

1.5. الأردن:

الأردن أكثر دول العالم جذاباً للاستثمارات الطبية والمنتجعات الاستشفائية وتوفيره لعدة مزايا منها السياحة العلاجية، المنتجعات الصحية، البحوث الطبية الحيوية، إنتاج ومبيعات المعدات الطبية، إنتاج المنتجات الطبية للعناية بالبشرة، وفرصة الكوادر الطبية والتمريضية المؤهلة من أحد مقومات تطور السياحة العلاجية. كما تعمل الحكومة على تشجيع وتعزيز الاستثمار في القطاعات الصحية والاستشفائية من خلال هيئة الاستثمار وتوفير بيئة استثمارية جاذبة (صلاح محمود دياب، 2009). وتتميز الخدمات بتنافسية التكلفة والجودة العالية، وتحتل المرتبة الأولى على مستوى الشرق الأوسط وشمال إفريقيا في السياحة العلاجية (براهيم طلعت، 2010).

هذا وتحتل الميزانية التي يتم تخصيصها على القطاع الصحي مراتب أولى بين الدول تشمل رفع مستوى المرافق الصحية، المعدات الطبية وتوفير فرص تدريبية للكوادر المهنية في مجال الخدمات الصحية والخدمات المساندة مما يعكس إيجاباً على تقديم خدمات طبية مميزة للمرضى (ناصر إبراهيم سيف، 2010).

ويبلغ عدد المستشفيات بالأردن حوالي 106 مستشفى بعدد عاملين يقدر بـ 25203 موظف، تحصلت 10% منها على شهادة الاعتمادية الدولية، بينما 90% من مستشفيات وزارة الصحة الأردنية لم تحصل على شهادة معايير الاعتماد الدولية للجودة.

أما بالنسبة للمعدات والتكنولوجيا الطبية المستخدمة فإن المستشفيات في الأردن، الحكومية منها والخاصة تسعى دائماً إلى الحصول على أحدث التكنولوجيا الطبية المستخدمة، ويوجد لديها أحدث أجهزة تصوير بالرنين المغناطيسي، وأجهزة المسح الضوئي، والمعدات النووية.

1970	أول عملية قلب مفتوح	1987	أول ولادة طفل أنابيب
1972	أول عملية زراعة كلي	1987	أول عملية زراعة نخاع عظمي
1973	أول عملية جراحة بالمنظار	1998	أول عملية زراعة قوقعة للأذن
1985	أول عملية زراعة قلب	2004	أول عملية زراعة كبد
1985	أول عملية زراعة للخلايا الجذعية	/	/

جدول رقم (1): العمليات الجراحية في الأردن

المصدر: <https://phajordan.org/AR-article-3809>

2.5. المملكة العربية السعودية:

تقدر نسبة المنظمات الصحية التي تطبق مفهوم إدارة الجودة الشاملة في السعودية بـ 42% و21.51% تخطط لتطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة، وتطبق أربع مبادئ متمثلة في مبدأ (التحسين المستمر، المعلومات واتخاذ القرارات، دعم الإدارة العليا، التركيز على العمل). ويعتبر مبدأ التركيز على العمل أكثر مبادئ الجودة الشاملة في المستشفيات السعودية. ويتم العمل على تقديم خدمات صحية مميزة من خلال نماذج عمل متطورة تضمن الاستدامة وتحقيق أعلى مستويات الكفاءة، ومن الأمور التي تركز عليها وزارة الصحة ما يلي: (منظمة الصحة العالمية، 2002).

- زيادة حصة القطاع الخاص من الإنفاق.
- زيادة كفاءة استخدام الموارد المتاحة.
- استخدام تقنية المعلومات والتحول الرقمي لتحسين كفاءة قطاع الرعاية الصحية.
- زيادة التدريب والتطوير على الصعيد المحلي والدولي.
- زيادة جاذبية موظفي التمريض والدعم الطبي.
- تطوير الرعاية الصحية الأولية.
- تحسين البنية التحتية وإدارة المرافق ومعايير السلامة في مرافق الرعاية الصحية.
- الطب الاتصالي: حيث أعلنت مؤخراً عن توسيع نطاق خدماتها في الطب الاتصالي ليعطي تطبيق - صحة - الذي يُقدم الاستشارات الطبية المرئية ويتيح لجميع المواطنين ومن أي مكان الحصول على استشارة طبية وجهاً لوجه مع أطبائهم جميع مناطق المملكة، حيث تهدف الصحة إلى زيادة أعداد المستفيدين من هذا التطبيق وتمكينهم بشكل أكبر للحصول على الاستشارات الطبية المرئية عبر الهواتف الذكية، سعياً منها إلى استثمار التقنيات الحديثة في تعزيز

التواصل مع المستفيدين من خدماتها وإتاحة الفرصة لهم للحصول على الاستشارات الطبية من المختصين.

3.5. الولايات المتحدة الأمريكية:

يعتبر بداية تطبيق معايير جودة الخدمات الصحية بالنسبة للمرافق الصحية في الو. م. أ من قبل الكلية الأمريكية للجراحين، وهي أول من قام بتطبيقها سنة 1917، وانشأت سنة 1947 منظمة المعايير الدولية، وقد بدأ الاعتماد رسمياً في الولايات المتحدة بإنشاء اللجنة المشتركة المعنية باعتماد منظمات الرعاية الصحية سنة 1951، وخلال الفترة (1960-1970) تم تصدير هذا النموذج إلى كندا وأستراليا ليصل لأوروبا. ومع بداية 1980 انتشرت برامج الاعتماد في جميع أنحاء العالم، وفي الدول العربية سنة 1990. ويرجع الاهتمام بتحسين الخدمة في مجال الرعاية الصحية بالولايات المتحدة الأمريكية لسنة 1987 من طرف منظمات تقديم الرعاية الطبية وخبراء الصناعة في مجال الصحة حيث تم:

- ظهور وبداية البرنامج القومي لتحسين الجودة في أمريكا الذي عرف نجاحاً.
- إنشاء معهد متخصص لتحسين خدمة الرعاية الصحية الذي يمثل المرجعية الرئيسية لتحسين الخدمة الصحية.
- وضع برنامج محدد المعالم بخطوات ارشادية لتطبيق نظم إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات.

4.5. الامارات العربية المتحدة:

قامت بإنشاء لجنة الجودة على مستوى القطاع الصحي بالإمارات للإشراف على عمليات التنظيم والتشريع، ويتم العمل على تصنيف جميع المنشآت الصحية بناء على معايير جودة الخدمات المقدمة وفق مقياس النجوم (من نجمة إلى خمس نجوم)، مع إعلان نتائج التصنيف للجمهور ليتم اختيار المشاة الصحية التي يحتاجون إليها من حيث نوعية الخدمات المطلوبة، ليتم بعدها الانتقال لمرحلة الابتكار للوصول لخدمات صحية ذات جودة مرتفعة.

ويغطي مؤشر الجودة الذي تم اعتماده أربع عوامل أساسية في الرعاية الصحية يتضمن السلامة، الفاعلية، تجربة المريض ومدة الانتظار، وقد تم إلزام المؤسسات الصحية بتقديم تقارير دورية كل ثلاثة أشهر تظهر مدى التزامها بتحقيق مؤشرات الجودة التي تم وضعها، وقد وصلت 90 مؤشراً،

وفي حالة وجود منشأة تقدم خدمة متخصصة يوضع لها معايير خاصة طبقا للخدمة المقدمة.

6. إدارة الجودة الشاملة في الجزائر:

1.6. واقع إدارة الجودة الشاملة في الجزائر:

تشمل استراتيجية إدارة الجودة الشاملة في النظام الصحي الجزائري على النقاط الهامة التالية: (إبراهيم طلعت، 2009).

- تطوير معايير الجودة على المستوى الوطني بما يتناسب مع الموارد المتاحة والمناخ والبيئة الجزائرية.
- وضع آليات فعالة لتطبيق نظام جودة الخدمات الصحية.
- خلق عمل داعم للجودة خاص بمتخذي القرار ومقدمي الخدمة والمستفيدين منها في مختلف المؤسسات الصحية.
- تدريب وتأهيل طواقم بشرية في مجال إدارة الجودة الشاملة على كل المستويات لتنفيذ برامج الجودة ومشاريع التحسين المستمر في المنشآت الصحية المختلفة.
- والهدف الاستراتيجي من هذه النقاط الهامة هو تحسين مستوى الخدمة الصحية المقدمة للمواطن الجزائري سواء كانت علاجية، وقائية أو استشارية، ومن ثم تعظيم كفاءة وفعالية استخدام الموارد المتاحة.

2.6. مكانة الجودة في المؤسسات الصحية الجزائرية:

ظهرت مكانة الجودة في المؤسسات الصحية من خلال التنظيم الجديد على مستوى المؤسسات الصحية سنة 2008، الذي من أولوياته تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة للمواطن وتطويرها من خلال تحديد التنظيم الداخلي للعلاقات الوظيفية للمؤسسات الاستشفائية العمومية للصحة الجوارية (المهدي بوعانة، 2004)، حيث أعطت سياسة الإصلاح مكانة هامة للقطاع الخاص وفتحت المجال أمام الاستثمار الأجنبي في هذا المجال، خاصة فيما يتعلق بإصلاح العتاد وصيانته. ويتم الاستثمار من طرف المؤسسات الكوبية المتخصصة في شتى المجالات الصحية لاسيما طب العيون وطب النساء والتوليد، الأشعة وغيرها.

3.6. معوقات التطبيق الفعال لنظام الجودة في المستشفيات الجزائرية:

- يحتاج تطبيق نظام الجودة وممارستها وقت طويل وهو عامل قد لا تتمكن الإدارة الصحية من

- توفيره، نظراً لظروف العمل التي تكون في الغالب استعجالية (حوالف رحيمة، 2009-2010).
- استمرارية التغيير على مستوى القيادات الإدارية وتذبذبات التسلسل الهيكلي للنظام الصحي قد يبطئ عملية تطبيق نظام الجودة واستمراريتها.
 - صعوبة وضع مواصفات ومعايير ومقاييس للأداء الطبي، والتي يمكن من خلالها تقييم الأداء وقد تتدخل التقديرات الشخصية وعدم الموضوعية عند وضع هذه المعايير.
 - عدم ظهور النتائج الملموسة عند تطبيق نظام الجودة في المدى القصير يفقد اهتمام الإدارة بهذا النظام.
 - عملية إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة الصحية تحتاج إلى خبراء مؤهلين ومدربين الأمر الذي لا يتوفر عموماً في مثل هذه المؤسسات.
 - ممول المؤسسات الصحية نحو التركيز بشكل أكبر على احتياجات مقدمي الخدمة الصحية أكثر من التركيز على احتياجات المرضى.
 - عدم اهتمام الطاقم الطبي والشبه الطبي في المؤسسة الصحية بمسائل الجودة وتطبيقاتها باعتبارهم أنها لا تتماشى مع وظائفهم وصلحياتهم.
 - ضعف مشاركة الأطباء في جهود إدارة الجودة ونظمها.

7. خاتمة:

من خلال التطرق لبعض الدول التي أولت أهمية لقطاع الصحة، بالاستثمار في ميدان المنتجات الصحية والقيام بالبحوث في المجالات الطبية، واكتسبت سمعة جيدة في هذا المجال وهي تستقطب طالبي هذه الخدمات من مختلف دول العالم نجد فلسفة إدارة الجودة باتت مهمة في كثير من المؤسسات الصحية حيث تكسبها بعداً آخر، فهي تركز على تلبية احتياجات المريض وتشبع رغباته وتوقعاته المعلنة والغير معلنة بالإضافة إلى خلق حالة تكاملية في الهيكل التنظيمي ما بين الأنشطة والوظائف واعتماد الفريق الواحد للبدء في العمل بأقل أخطاء وتحقيق أقصى المكاسب بأقل التكاليف، وهذا يستوجب توفير في الدرجة الأولى دعم الإدارة العليا والقناعة بإدارة الجودة الشاملة كتوجه إداري حديث مع العمل على نشر ثقافة الجودة الشاملة على كل الأصعدة وبين كل العاملين، وتطبيق مفهوم الجودة الشاملة بالمؤسسات الصحية في العالم نجد ما يلي:

- تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية في العالم بشكل متفاوت من بلد لآخر تبعاً لعدة عوامل.

- محدودية التفكير في تطبيق مفهوم الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية الجزائرية.
- بعض الدول انتقلت من مرحلة إدارة الجودة الشاملة إلى الابتكار وتطبيقه وخلق معايير أخرى له بمستويات أعلى.

ولإنجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية الجزائرية لابد من الاعتماد على جملة من التوصيات وهي:

- التخطيط الجيد والمسبق لعملية تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة والاستعانة بالخبراء والمتخصصين في هذا المجال.
- وضع نظام معلومات كفى يتوفر على قاعدة بيانات سليمة بهدف اتخاذ القرارات والإجراءات في الوقت المناسب.
- التنسيق المتبادل والمستمر بين الإدارة العليا والإدارات الأخرى بهدف تبادل الأفكار والمعلومات المتعلقة بإدارة الجودة الشاملة.
- تخصيص الموارد الكافية من أجل تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية لأنها مكلفة جداً.
- التأكيد على العمل الجماعي ونشر ثقافة روح الفريق مما يؤدي إلى تحسين جودة الخدمات الصحية.
- تعزيز الاهتمام بالتركيز على الزبون (المرضى) مع تسهيل الإجراءات الإدارية في سبيل خدمة المرضى.
- تعزيز الاهتمام بجودة الخدمات الصحية وضرورة الاستمرار في عملية التحسين المستمر.
- تعزيز الاهتمام بعملية التدريب مع تقديم التحفيز المادي والمعنوي وفق معدلات الأداء.

8. قائمة المراجع:

1. إبراهيم طلعت. (2009) التحليل الاقتصادي والاستثمار في المجالات الطبية، دار الكتاب الحديث الجزائر، ص55.
2. إبراهيم طلعت. (2009) التحليل الاقتصادي والاستثمار في المجالات الطبية، دار الكتاب الحديث، الجزائر، ص11.
3. أيمن مزاهرة، وآخرون. (2000) الصحة والسلامة العامة، دار الشروق للنشر، الأردن، ص97.
4. تامر ياسر البكري. (2005) تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري العلمية، الأردن، ص168.
5. حمد محمود مصطفى. (2001) التسويق الاستراتيجي للخدمات، دار المناهج الأردن، ص66.
6. حنان الأحمدى. (2000) تحسين الجودة المفهوم والتطبيق في المنظمات الصحية، دورية الإدارة العامة، مركز البحوث لمعهد الإدارة العامة، الرياض، ص16.

7. حوالمف رحيمة. (2010-2009) تطبيق إدارة الجودة الشاملة دراسة تحليلية لمواقف الأطباء والمرضى في المستشفى الجامعي بتلمسان، جامعة تلمسان، ص41.
8. شركة المواسة للخدمات الطبية الدمام -المملكة العربية السعودية. (2002) تمويل الخدمات الصحية والطبية في المستشفيات العربية، منظمة الصحة العالمية المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، المؤتمر العربي السادس في الأساليب الحديثة لإدارة المستشفيات في القاهرة، ص03.
9. صلاح محمود دياب. (2009) إدارة المستشفيات والمراكز الحديثة، دار الفكر للنشر الأردن، ص32. طارق عبد الرؤوف. (2014) الجودة الشاملة والاعتماد الأكاديمي في التعليم، المجموعة العربية للتدريب والنشر مصر، ص127.
10. طلعت الدمرداش إبراهيم. (2006) اقتصاديات الخدمات الصحية، مكتبة القدس الزقازيق مصر، ص 12.
11. عائشة عبد الله المحجوب جمال. (2009) سياسات ضبط ومراقبة إدارة الجودة الشاملة، شركة مطابع السودان للعملة المحدودة، الخرطوم، ص 6،5.
12. عبد المجيد الشاعر، وآخرون. (2000) الرعاية الصحية الأولية، دار اليازوري، الأردن، ص11.
13. عثمان سلوى. (2004) المنظور من الصحية والرعاية العامة، دار المعرفة الاجتماعي، ص41.
14. فوزي شعبان مذكور. (1991) تسويق الخدمات الصحية، ايتراك للنشر والتوزيع مصر، ص92
15. محمد أحمد حلوش. (2004) اقتصاديات الصحة، دار رؤى للنشر والتوزيع الأردن، ص76.
16. محمد الصيرفي. (2007) إدارة الجودة الشاملة، مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع مصر، ص28.
17. محمد الصيرفي. (2016) التسويق الصحي، دار الفجر للنشر والتوزيع مصر، ص98.
18. محمد صالح المؤذن. (2002) مبادئ التسويق، دار الثقافة عمان الأردن. ص223.
19. المحي محمود حسن صالح. (2003) الصحة العامة بين البعدين الاجتماعي والثقافي، دار المعرفة الجامعية، مصر، ص71.
20. مريزق محمد. (2012) مدخل في الإدارة الصحية، دار الياض للنشر والتوزيع الأردن، ص52.
21. مصطفى عبد القادر. (2002) تسويق السياسة والخدمات"، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع لبنان، ص 14.
22. المهدي بوعانة. (2004) إدارة الخدمات والمؤسسات -مفاهيم نظريات وأساسيات في الإدارة الصحية، دار حامد للنشر والتوزيع عمان الأردن، ص26.
23. ناصر إبراهيم سيف. (2010) أثر تطبيق معايير الاعتماد على الابداع في المستشفيات العامة الأردنية، جامعة فيلادلفيا الأردن، ص11.