الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة عمار ثليجي بالأغواط

كلية العلوم الاقتصادية والتجارية و علوم التسيير

قسم علوم التسيير

رسالة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة دكتوراه علوم

تخصص: علوم التسيير

نوقشت يوم: 05 / 06 /2014

الموسومة بعنوان:

مراقبة التسيير في المستشفيات :

دراسة استكشافية لمؤشرات قياس الأداء في المستشفيات العمومية الجزائرية

من إعداد الطالب:

مصطفى الباهي

تحت إشراف الأستاذ:

عبد الرزاق خليل

أعضاء اللجنة

– ا.د : مقدم اعبيرات	أستاذ التعليم العالي	جامعة الاغواط	**رئيسا**
– ا.د : خليل عبد الرزاق	أستاذ التعليم العالي	جامعة قالمة	**مقررا**
– ا.د : عبد الحميد برحومة	أستاذ التعليم العالي	جامعة المسيلة	**ممتحنا**
– د : عبد الحفيظ دحيه	أستاذ محاضر أ	المدرسة العليا للتجارة	**ممتحنا**
– د : قويدر عياش	أستاذ محاضر أ	جامعة الاغواط	**ممتحنا**
– د : ميلود زيد الخير	أستاذ محاضر أ	جامعة الاغواط	**ممتحنا**

السنة الجامعية: 2013/ 2014

الإهداء

أهدي هذا الجهد إلى الوالدين الكريمين أطال الله من عمرهما وبارك فيهما، عرفانا بفضلهما علي.

إلى رفيقتي في الحياة زوجتي المحترمة.

إلى فلذات كبدي بناتي الغاليات: آية، آلاء، نور، مرام، ميس.

إلى إخوتي و أخواتي: سليم، حليمة، فائزة، فاطمة، عامر.

و إلى أعز الأصدقاء: بن عبد الرحمان بن يطو عبد الغني، هواري معراج، إبراهيمي عبد الله، إلى كافة الزملاء بقسم علوم التسيير و بالكلية .

إلى كل هؤلاء....

أهدى هذا العمل، راجيا من الله أن ينفع به.

شكر و عرفان

اللهم لك الحمد و الشكر.

أتقدم بالشكر الجزيل إلى كل من :

السيد المشرف الأستاذ الدكتور خليل عبد الرزاق على كل المساعدات المقدمة و على صدق مجهوداته و كرم فضله و عظيم حرصه، و على رحابة صدره.

أساتذتي و زملائي الأساتذة الذين ساهموا بمجهوداتهم في هذا العمل.

كما اشكر كل من ساهموا من قريب أو بعيد على مساعدتهم لإخراج هذا العمل.

الفهارس

فهرس المحتويات

العنوان	الصفحة
إهـــــداء	
كلمة شكـــر	
محتويات البحث	
قائمة الأشكال	
قائمة الجداول	
قائمة الملاحق	
ملخص	
المقدمة	
1- خلفيات مشكلة البحث	ج
2- أهداف البحث	هـ
3- أهمية البحث	و
4- إشكالية البحث	و
5- فرضيات البحث	ز
6- الدراسات السابقة	ح
7- مجال و حدود البحث	ك
8- المنهجية المتبعة	ل
9- صعوبات البحث	ل
10- هيكل البحث	م
11- تعريفات خاصة بمصطلحات البحث	س
الباب الأول: مراقبة التسيير رؤى متباينة لمفهوم متطور	
الفصل I: مراقبة التسيير الظروف المساعدة و التحديات الكبيرة	
تمهيد	3
1. I تبلور و انتشار النموذج التقليدي لمراقبة التسيير	5
1. 1. I فترات فاصلة في تاريخ مراقبة التسيير	5
2. 1. I تبلور مراقبة التسيير عبر مختلف المقاربات	10
2. I النموذج التقليدي لمراقبة التسيير، مراحله و مهامه	12

I .2 .1 تعريف مراقبة التسيير	12
I .2 .2 مراحل النموذج التقليدي	18
I .2 .3 دور و مهام مراقبة التسيير	23
I .3 ضرورة تجاوز النموذج التقليدي إلى أدوات و مهام جديدة	33
I .3 .1 الحدود التقنية لنموذج مراقبة التسيير	33
I .3 .2 الحدود المرتبطة بالفكر التنظيمي الكلاسيكي	35
خلاصة الفصل	37
الفصل II: فرضيات و أنواع نظم مراقبة التسيير	
تمهيد	40
II .1 فرضيات نموذج مراقبة التسيير	42
II .1 .1 عوامل النجاح الأساسية	42
II .1 .2 السبرنية (Cybernétique)	45
II .1 .3 الربط بين الاستراتيجي و التشغيلي	50
II .1 .4 مراكز المسؤولية	55
II .1 .5 النموذج التعاقدي	59
II .2 أنواع نظم مراقبة التسيير	64
II .2 .1 نظام المراقبة من خلال السوق	66
II .2 .2 نظام المراقبة من خلال القوانين (القواعد)	67
II .2 .3 نظام المراقبة من خلال العصبة (الجماعة)	67
II .2 .4 نظام المراقبة من خلال الثقافة	68
II .2 .5 نظام المراقبة حسب التسلسل الهرمي	69
II .3 نحو نماذج لمراقبة التسيير أكثر توافق مع التطورات	70
II .3 .1 الاستعمال النظري و الواقعي لنظم مراقبة التسيير لمكنتوش Macintosh	70
II .3 .2 التوجه نحو مراقبة التسيير الإستراتيجية، إسهامات سيمون Simons	76

II .3. 3 التوافق بين نظم المراقبة و بين الروافع	80
خلاصة الفصل	83
الفصل III : أدوات مراقبة التسيير قصور ذاتي أم رهانات قوية؟	
تمهيد	86
III .1 أدوات مراقبة التسيير	87
III .1. 1 أدوات التنبؤ و التعبير عن التقديري	87
III .1. 2 أدوات التقييم و قياس المحقق	96
III .2 قصور الأدوات التقليدية لمراقبة التسيير	99
III .2. 1 عدم القدرة على استيعاب تغيرات المحيط	101
III .2. 2 قصور في متابعة التحولات على مستوى المنظمة	104
III .2. 3 ضرورة تطوير الأدوات	105
III .3 أدوات حديثة لانشغالات جديدة	109
III .3. 1 العوامل الباعثة على التحديث	109
III .3. 2 اهتمامات و انشغالات جديدة لأهداف جديدة	111
III .3. 3 كيف يمكن لمراقبة التسيير أن تتطور؟	112
خلاصة الفصل	116
خلاصة الباب الأول	117
الباب الثاني: المستشفيات بين مبادئ الخدمة العمومية و المستلزمات الاقتصادية	
الفصل IV : أنواع و وظائف المستشفيات العمومية	
تمهيد	120
IV . 1 نشأة و تطور المستشفيات	122
IV.1.1 بداية ظهور المستشفيات و انتشارها	122
IV. 1. 2 مفهوم مؤسسات الصحة	128
IV. 1. 3 سمات المستشفيات الحديثة	130
IV . 2 البيئة المحيطة بالمستشفيات و هيكلها التنظيمي	133

IV. 2. 1 البيئة التنظيمية المحيطة بالمستشفى	133
IV. 2. 2 المستشفى كنظام مفتوح	138
IV. 2. 3 تنظيم المستشفى	145
IV . 3 أنواع المستشفيات و وظائفها	154
IV. 3. 1 أنواع المستشفيات	154
IV. 3. 2 وظائف المستشفيات	161
IV. 3. 3 مهام المستشفيات العمومية	165
خلاصة الفصل	167
الفصل V : خصائص و مبادئ الخدمات الصحية العمومية و مميزاتها	
تمهيد	169
V . 1 تعريف الخدمة و خصائصها	170
V . 1 . 1 تعريف الخدمة	170
V . 1 . 2 نظام إنتاج الخدمة	171
V . 1 . 3 خصائص الخدمة	173
V . 2 مفهوم الخدمة العمومية و مبادئها	179
V . 2 . 1 مفهوم الخدمة العمومية	179
V . 2 . 2 مبادئ الخدمة العمومية	182
V . 3 . خصائص و مميزات الخدمات الصحة العمومية	185
V. 3 . 1 مميزات الخدمات العمومية	185
V. 3 . 2 خصائص خدمات الصحة العمومية	191
V. 3 . 3 مميزات مزيج الخدمات الصحية	192
خلاصة الفصل	195
الفصل VI : توجهات حديثة لإدارة المستشفيات العمومية في الجزائر	
تمهيد	197
VI. 1 تصنيفات و مهام جديدة للمستشفيات العمومية في الجزائر	198
VI.1. 1 لمحة تاريخية عن المؤسسات العمومية للصحة في	198

الجزائر	
2. 1.VI التقسيمات الجديدة للمستشفيات العمومية الجزائرية	199
3. 1.VI مهام و واجبات حديثة للمؤسسات العمومية للصحة	203
VI. 2 إصلاحات مختلفة في مجالات عديدة في المستشفيات العمومية	205
1. 2.VI مختلف الإصلاحات و التعديلات	205
2. 2.VI النقلة النوعية في مالية و محاسبة المستشفيات العمومية	208
3. 2.VI توجيه الوزارة الوصية للمؤسسات العمومية للصحة	221
VI. 3 تكامل بين توجهات المستشفيات العمومية و هيكلها التنظيمي في الجزائر	223
1. 3.VI الهيكل التنظيمي لإدارة المستشفيات العمومية	223
2. 3.VI مقارنة بين الهياكل التنظيمية للمؤسسات العمومية للصحة	224
3. 3.VI تطور قطاع الصحة العمومية بالأرقام	227
خلاصة الفصل	229
خلاصة الباب الثاني	230
الباب الثالث : متطلبات تطبيق مراقبة التسيير في المستشفيات العمومية	
الفصل VII : الظروف المقيدة لتطبيق مراقبة التسيير في المستشفيات	
تمهيد	234
VII. 1 الأطر و المحددات المتحكمة في سير عمل المستشفيات	235
VII. 1. 1 علاقة المستشفى بوزارة الصحة	235
VII. 1. 2 تنظيم المستشفيات في شكل بيروقراطية محترفة	235
VII. 1. 3 علاقات متداخلة لأطراف ذات انتماءات مهنية مختلفة	237
VII. 2 تأثير خصائص الخدمات الاستشفائية على مراقبة التسيير	238
VII. 2. 1 تأثير خصائص الخدمات على تحديد الأهداف و النتائج	238
VII. 2. 2 تأثير الإنتاج المشترك على تحديد المسؤولية	240
VII. 2. 3 أثر الطابع التقريبي لتقديم و تقدير الخدمة	241
VII. 2. 4 الضبابية في تحديد إجراءات الإنتاج و التحويل	242
VII. 2. 5 صعوبة تمثيل النشاط و انعكاسها على أدوات مراقبة التسيير	245

VII. 3 مراقبة التسيير في المؤسسات العمومية الاستشفائية	246
VII. 3. 1 صعوبة تأقلم النموذج التقليدي لمراقبة التسيير في المستشفات	246
VII. 3. 2 تقسيم المستشفى إلى مراكز مسؤولية	247
VII. 3. 3 التعاقدية، التعهد (المسؤولية و المحاسبة)	248
VII. 3. 4 التوافق و الترابط بين المدى القصير و الطويل الأجل	249
VII. 4 إرساء مراقبة التسيير في المؤسسات العمومية الاستشفائية	250
VII. 4. 1 مراقبة التسيير من خلال التحكم في استهلاك الموارد	250
VII. 4. 2 مراقبة التسيير من خلال الوقوف على المحقق	251
VII. 4. 3 عملية تقييم أنشطة الصحة العمومية:	253
خلاصة الفصل	260
الفصل VIII : نماذج و مؤشرات قياس الأداء في المستشفيات	
تمهيد	262
VIII .1 فيما يخص الأداء التنظيمي	264
VIII.1 .1 مفهوم الأداء التنظيمي	264
VIII.1 .2 مظاهر الأداء التنظيمي	267
VIII.2 نماذج قياس الأداء التنظيمي في المستشفيات العمومية	272
VIII.2 .1 اختلاف في التعريف و اتفاق حول المضمون	272
VIII.2 .2 النماذج أحادية البعد	279
VIII.2 .3 النماذج متعددة الأبعاد	287
VIII.3 مؤشرات قياس الأداء في المستشفيات العمومية	296
VIII.3 .1 ماهية مؤشرات قياس الأداء	296
VIII.3 .2 الخصائص الرئيسة لمؤشرات قياس الأداء	298
VIII.3 .3 أنواع المؤشرات	302
خلاصة الفصل	318
الفصل IX : واقع مراقبة التسيير في المستشفيات الجزائرية	

تمهيد	320
1. IX منهجية الدراسة الميدانية و أدواتها	321
1. 1.IX مجتمع الدراسة و عينتها	321
2. 1.IX محددات الدراسة	322
3. 1.IX أداة جمع البيانات	323
4. 1.IX تحليل صدق و ثبات الاستبيان	324
5. 1.IX معالجة و تحليل الدراسة الميدانية	326
2.IX حقيقة تطبيق مراقبة التسيير في المستشفيات العمومية الجزائرية	330
1. 2.IX محور محاسبة التكاليف	330
2. 2.IX محور الموازنات	332
3. 2.IX محور لوحة القيادة	335
4. 2.IX محور مكانة مراقبة التسيير	337
3.IX اختبار فرضيات الدراسة في المستشفيات العمومية الجزائرية	339
1. 3.IX فرضيات الدراسة	339
1. 3.IX مناقشة نتائج الدراسة	353
خلاصة الفصل	357
خلاصة الباب الثالث	358
الخاتمة	361
المراجع	370
الملاحق	387

فهرس الأشكال و الجداول و الملاحق

أولا فهرس الأشكال

الرقم	عنوان الشكل	الصفحة
01	العلاقة بين مختلف عناصر عملية التقييم	22
02	مهام مراقب التسيير	26
03	الهيكل (البنية) البسيط	28
04	هيكل البيروقراطية الميكانيكية الآلية	29
05	هيكل بيروقراطية محترفة (مهنية)	30
06	بنية أو هيكل قطاعي (وحدات)	31
07	بنية أو هيكل مؤقت (غرضية)	32
08	منطقة الأنشطة الخدمية الممنوعة على مراقبة التسيير	35
09	مستوى و مدى تأثير العوامل الأساسية للنجاح في نشاط المنظمة	43
10	ترتيب العناصر الضرورية لسياق السبرنية	47
11	المراقبة السبرنية و غير السبرنية حسب Hofstede	49
12	تسلسل المخطط الإستراتيجية و مخطط العمليات و الموازنات	51
13	دورة الربط بين الإستراتيجية والخطة إلى الموازنات	55
14	مشاكل و حدود نظرية الوكالة	63
15	العناصر التي تشرح استعمال نظم المراقبة من خلال التصرفات و من خلال النتائج	65
16	تصنيف طرق التقييم (القياس) و المتابعة	71
17	تصنيف نظم المراقبة التنظيمية	72
18	الاستعمال النظري لنظم المحاسبة و المراقبة	73
19	الاستعمال الحقيقي لنظم المحاسبة و المراقبة	74
20	نظم المراقبة (الروافع الأربعة) في المؤسسة حسب Simons	79
21	نظم مراقبة إستراتيجية المؤسسة حسب Simons	81
22	نموذج لسياق العلاقة بين الإستراتيجية و النظام التفاعلي	82
23	المكونات المختلفة للبيئة المحيطة بالمستشفى	134
24	أنواع النظم الفرعية في المستشفى	140
25	هيكل تنظيمي يوضح ازدواج خطوط السلطة	142
26	مدخلات و مخرجات المستشفى كنظام مفتوح	144
27	النظام الصحي كنظام مفتوح	145
28	الإطار الذي يتم فيه تحليل التنظيم	147
29	تحليل الأنشطة الصحية لإعداد الهيكل التنظيمي	148
30	نظام إنتاج الخدمة servuction حسب Eiglier و Langeard,	172
31	توزيع المؤسسات العمومية للصحة عبر التراب الوطني	201
32	مبالغ ميزانية التسيير لسنة 2008 حسب مختلف المؤسسات العمومية للصحة	210

تابع لفهرس الأشكال

الرقم	عنوان الشكل	الصفحة
33	الهيكل التنظيمي لوظائف مستشفى عمومي	223
34	الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية الاستشفائية	225
35	الهيكل التنظيمي لمؤسسة عمومية للصحة الجوارية	226
36	الميزانية التشغيلية لسنة2002	228
37	تداخل مختلف مصادر الصعوبات	242
38	نموذج للتقييم مرتبط بالأفعال (الأعمال)	255
39	الأهداف و مستويات التقييم	256
40	إشكالية الأداء حسب Bouquin	266
41	مثلث مراقبة التسيير و الأداء	267
42	العلاقة بين مختلف مكونات الأداء	268
43	الخطوات متبعة في الحكم على الكفاءة و الفعالية	271
44	الإبعاد المختلفة للأداء التنظيمي Quinn ، Rohrbough	276
45	نموذج الأداء (1994)، Morin, Savoie, Beaudin	277
46	نموذج بطاقة الأداء المتوازن	279
47	نموذج الأداء الإجمالي و المتكامل Sicotte و آخرون	295

ثانيا فهرس الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
01	الانتقال من العوامل الأساسية للنجاح إلى مراقبة التسيير	53
02	مهام مراكز المسؤولية في الإدارة العمومية	58
03	ميزات نظم المراقبة التشخيصية و التفاعلية عند Simons	78
04	أدوات مراقبة التسيير:بعض الفرضيات محل إعادة نظر(تساؤل)	101
05	بعض الإشكاليات في فرضيات نموذج مراقبة التسيير التقليدي.	103
06	بعض الانتقادات لنظام الموازنات	105
07	مقارنة بين قضايا المراقبة و قضايا القيادة (Pilotage)	112
08	الأهداف الجديدة لنظم المراقبة	114
09	مكونات التنظيم حسب منتزبرغ	154
10	تصنيف الخدمات تبعا لعدم ملموسيتها	174
11	اختلاف خصائص الخدمة عن السلعة	179
12	مفهوم إعادة تقييم السياسات العمومية	190
13	مزيج المنتوج الصحي	194
14	توزيع ميزانية التسيير لسنتي 2002 و 2008 للمؤسسات العمومية للصحة	209

تابع لفهرس الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
15	المبالغ المدفوعة من قبل المرضى لقاء تكاليف الفندقية و الاستشارات	213
16	مبلغ الدفع و المساهمات للمرضى في مصاريف الإقامة بالمستشفى عن كل يوم	214
17	مبلغ الدفع و المساهمات للمرضى في مصاريف مختلف الفحوصات	215
18	مكونات التخصصات الطبية	217
19	مكونات التخصصات الجراحية	218
20	مكونات التخصصات الأمومة	218
21	مكونات التخصصات المكلفة	219
22	مكونات تخصصات الطب النفسي و العقلي	219
23	السعر (prix) المتوسط ليوم إقامة في المستشفى تبعا لمجموعة التخصصات المتجانسة	220
24	أنواع الخدمات و عناصر عدم التجانس	244
25	يوضح الفرق بين الكفء و الفعال	269
26	نقاط الالتقاء بين المصطلحي الكفاءة و الفعالية	270
27	المعايير المختلفة للأداء حسب Campbell	273
28	الأبعاد المختلفة للأداء التنظيمي حسب Steers	275
29	مختلف النماذج متعددة الجوانب	286
30	الإبعاد و مؤشراتها في نموذج Sainsaulieu	288
31	أبعاد نموذج الأداء الإجمالي و المتكامل Sicotte و آخرون	294
32	مؤشر قياس : الحالة العامة للإدارة المحلية	303
33	مؤشر قياس : الحالة العامة للجانب الاقتصادي إجمالا	305
34	مؤشر قياس : الحالة الاجتماعية السائدة	306
35	مؤشر قياس : معطيات الحيوية	307
36	مؤشر قياس : كفاية و كفاءة الآلات و المعدات الطبية و التجهيزات الأخرى	308
37	مؤشر قياس : كفاية و كفاءة المباني، الآلات، المعدات، التجهيزات الأخرى	309
38	مؤشر قياس : الجودة	313
39	مؤشر قياس : كفاءة الخدمات الصحية	314
40	مؤشر قياس : فعالية كفاية الخدمات الصحية	316
41	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب المناطق و الانتماءات المهنية	321

تابع لفهرس الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
42	اختبار ثبات المقياس لمجموعة السلك الطبي	325
43	اختبار ثبات المقياس لمجموعة السلك الإداري	325
44	اختبار درجة الثبات كرونباخ ألفا	326
45	توزيع العينة حسب العمر	327
46	توزيع العينة حسب سنوات الاقدمية	328
47	توزيع أفراد العينة حسب الوظيفة	328
48	توزيع أفراد العينة حسب الجنس	329
49	سؤال عن حساب سعر التكلفة	330
50	سؤال عن مستويات تحديد التكلفة	331
51	سؤال عن طرق معالجة التكاليف	331
52	سؤال مفتوح حول المحور الأول	332
53	سؤال عن أنواع الموازنات	333
54	سؤال عن مستوى تواجد الموازنات	333
55	سؤال عن المسئول عن إعداد الموازنات	334
56	سؤال عن كيفية إعداد و متابعة الموازنات	334
57	سؤال مفتوح حول المحور الثاني	335
58	سؤال عن وجود لوحة القيادة	335
59	سؤال عن مستوى تواجد لوحة القيادة	336
60	سؤال عن محتوى لوحة القيادة و نوع المعطيات و الدورية جمع لوحة القيادة	336
61	سؤال مفتوح حول المحور الثالث	337
62	سؤال عن من يقوم بوظيفة مراقبة التسيير	338
63	سؤال عن المشاركة في تحديد الأهداف	338
64	اختبار الفرضية الأولى	340
65	متوسطات الدرجات المتعلقة بمتغيرات الفرضية الأولى	341
66	اختبار معنوية الفروق المتعلقة بمتغيرات الفرضية الأولى	342
67	اختبار الفرضية الثانية	343
68	متوسطات الدرجات المتعلقة بمتغيرات الفرضية الثانية	344
69	اختبار معنوية الفروق المتعلقة بمتغيرات الفرضية الثانية	345
70	اختبار الفرضية الثالثة	346
71	متوسطات الدرجات المتعلقة بمتغيرات الفرضية الثالثة	347
72	اختبار معنوية الفروق المتعلقة بمتغيرات الفرضية الثالثة	348
73	اختبار الفرضية الرابعة	349
74	متوسطات الدرجات المتعلقة بمتغيرات الفرضية الرابعة	350
75	اختبار معنوية الفروق المتعلقة بمتغيرات الفرضية الرابعة	352

ثالثا فهرس الملاحق

الرقم	عنوان الملحق	الصفحة
01	الشق الأول من استمارة أسئلة مراقبة التسيير	387
02	الشق الثاني من استمارة أسئلة مفهوم الأداء في المستشفيات	388
03	مجموعات مؤشرات قياس الأداء في المستشفيات العمومية	390

ملخص :

يتطلب إدخال مراقبة التسيير للمستشفيات العمومية عدة تحولات وتطورات على مستوى طرق وأنماط التسيير، وذلك بسبب إن النموذج التقليدي لمراقبة التسيير ولد و تطور في مؤسسات إنتاجية، بينما تمتاز الأنشطة الخدمية بعدة خصائص لا تأخذها مراقبة التسيير الكلاسيكية بعين الاعتبار فضلا عن خصائص الخدمات العمومية و بالأخص تلك المتعلقة بأنشطة العناية الصحية في المستشفيات العمومية. وكنتيجة لكل ذلك فان عملية تقييم أداء هذه المؤسسات من خلال مؤشرات يعد من اخطر الأمور في مراقبة التسيير، وعليه و حتى تتمكن مراقبة التسيير من المساعدة على تحسين إدارة وتسيير المستشفيات العمومية فإنها مطالبة بالتأقلم والتجدد لتتماشى مع بيئة الخدمات الاستشفائية. كما تطرقت الدراسة إلى التعريف بالمؤشرات حيث تم تقديم مختلف أنواع المؤشرات في جدول يسهل التعرف على المسؤول عنه و كيفية حسابه ومدته...الخ.

توصلت الدراسة إلى التأكيد على ضرورة أن تتأقلم مراقبة التسيير مع خصائص الأنشطة الاستشفائية، وذلك من خلال مؤشرات قياس وتقييم الأداء وذلك عند تطبيق أدوات النموذج التقليدي لمراقبة التسيير.

L’introduction du contrôle de gestion à l’hôpital public nécessite plusieurs transformations et changements dans ses méthodes et modes de gestion. du fais que le modèle classic de contrôle de gestion est né et c’est développé dans les entreprises industrielles, alors que les activités de service se caractérisent par des spécificités que le modèle classic de contrôle de gestion ne prend pas compte. Surtout les activités des services publics et spécialement ceux qui concernes les services de santé dans les hôpitaux publics. Il en résulte que l’évaluation de la performances de ces établissement deviens cruciale pour le contrôle de gestion. Par conséquence, et Pour que ce dernier soit en mesure d’aidé à améliorer la gestion de l’hôpital public, le contrôle de gestion doit s’adapter et se renouveler pour pouvoir gérer le milieu des activités hospitalières. Cette étude a également évoquée les différents concepts et définitions des indicateurs. Où on a présenté différents sorte d’indicateurs dans des tableau, de sorte a reconnaitre facilement le responsable et la méthode pour le calculé.

Pour conclure notre étude a mis en exergue la nécessité et l’importance que doit avoir l’adaptation du contrôle de gestion avec les activités de services hospitalier. Et ce a travers les indicateurs de mesure et d’évaluation de la performance, notamment, lors de l’application du modèle classic du contrôle de gestion.

مقدمة

مقدمة

تمهيد

تشهد المؤسسات العمومية تطورات عميقة و تحولات سريعة في محيطها من حيث طرق انجاز أهدافها نتيجة عدة عوامل نذكر منها التسارع الحاصل في التدفقات (بشرية، مالية، تكنولوجية، ...) و كذلك، الندرة في الموارد فالوقت أصبح موردا تزداد صعوبة تسييره من يوم إلى آخر، و كذلك أصبح من الواجب على المنظمة أن تقوم بعملية اختيار و مفاضلة من خلال اتخاذ قرارات، في الوقت المناسب، و بالتوافق مع المحيط و البيئة.

المستشفيات العمومية هي واحدة من هذه المؤسسات التي لا يمكنها أن تكون بمعزل عن هذه التحولات، فأمام الضغوطات المالية و التطور الديمغرافي وارتفاع وعي المواطن الذي أصبح يطالب بخدمات علاجية متنوعة وذات جودة عالية. وقصد ضمان مواجهة مختلف التحديات واستجابة لحاجيات المواطنين الحالية والمستقبلية من خدمات العناية الصحية، فانه يتوجب على إدارة المستشفيات اعتماد أساليب وأدوات حديثة وأسس لتسيير جديدة تهدف إلى مساعدة المسيرين في إدارة المستشفيات العمومية على تحقيق أهداف الصحة العمومية بالطريقة الأمثل، في هذا الصدد فان مراقبة التسيير تعتبر حسب رأي العديد من الباحثين من بين أحسن ما يمكن الاستعانة به لهذا الغرض.

إن إدخال مراقبة التسيير إلى المستشفيات من شأنه أن يؤدي إلى عدة تحولات و تطورات على مستوى طرق و أنماط التسيير، وذلك من خلال : قيادة النشاط، هيكلة نظام التسيير حتى يتم التركيز على الأهداف، إقناع وإشراك المنفذين في إستراتيجية المستشفى، تنبيه ومرافقة المسيرين في اتخاذ قراراتهم لتحسين أداء أنشطتهم في إطار الأداء الكلي. وحتى تتمكن مراقبة التسيير من المساعدة على تحسين إدارة وتسيير المستشفيات العمومية فإنها مطالبة بالتأقلم والتجدد لتتماشى مع بيئة الخدمات الاستشفائية.

تحتل دراسة التغيرات الواجب إدخالها على مراقبة التسيير حتى تكون قادرة على أداء دورها في تسيير المستشفيات العمومية أهمية كبيرة في الدراسات الحديثة، حيث تؤكد كلها على ضرورة إدخال بعض التعديلات و التحويرات على المبادئ والفرضيات والأسس النظرية التي بني علها النموذج التقليدي لمراقبة التسيير.

مقدمة

أولا : خلفيات مشكلة البحث

تسعى المؤسسة مهما كان نوع نشاطها إلى تحقيق مجموعة من الأهداف وذلك من خلال كم هائل من الأفعال، التي تتسم بالتغير و التعقيد.مما جعلها في صلب المنظمة و أصلها.

تتعلق الأفعال في المؤسسة بالأهداف من جهة وبالوسائل من جهة ثانية.حيث نعني بالأهداف (المر دودية ،الحصة في السوق ،...)، التي قد تمثل جزء أو كل غايات المؤسسة، ونعني بالوسائل (الإنسان، رؤوس الأموال،الآلات،...). تنقسم الأفعال المرتبطة بالأهداف والوسائل إلى ثلاثة أقسام:

- أفعال لها القدرة على جعل أهداف التنظيم ترتبط بالوسائل المتاحة له، إن هذا النوع من الأفعال يعتبر خاص بالإدارة، أي أنه من مهام المدير، فمثلا إخراج منتوج جديد، أو إنشاء مصنع جديد. كلها أفعال تهدف إلى زيادة الربحية و تندرج ضمن الاستعمال الأحسن للموارد.
- النوع الثاني من الأفعال هي التي يقوم بها مسئول ما بجعل الوسائل الموضوعة تحت تصرفه تتكيف و تخدم الهدف أو الأهداف التي تم تحديدها له. إن هذا النوع من الأفعال يدخل ضمن دائرة التسيير،أي أن القائم به هو المسير.فمثلا إذا وضع مبلغ معين تحت تصرف مسئول ما لينفقه في الإشهار، فإن هذا يجعل المسئول يجتهد في إنفاق المبلغ لتبرز آثاره من خلال زيادة رقم الأعمال. وتوصف تدابير المسير بأنها تلك التي تهدف إلى تحقيق الأمثلية.
- المستوى الثالث من الأفعال هو عندما يتم تحديد الأهداف وكذلك تحديد الوسائل دون أن يكون للمعني أي هامش للتدخل فيهما.عندها يتعلق الأمر بعملية تنفيذ. فمثلا المطلوب والمنتظر من بائعة في إحدى المساحات الكبرى هو الإتباع الدقيق والتقيد الكامل بالتعليمات والتوجيهات مما يجعل تصرفات التنفيذ تتصف بالامتثال.

نتيجة لما سبق، فإن هذا التقسيم يبين أن الفعل أو العمل التسييري يقع في صميم ووسط العمليات والتصرفات والأفعال داخل المؤسسة، أي بين قرارات المدير الذي يملك السلطة على الأهداف والسلطة على الوسائل، وبين الفعل التنفيذي الذي ليس له السلطة لا على الأهداف ولا على الوسائل.

إن هذا الموقع الوسط جعل العمل التسييري يعرف على أنه الاستعمال الأمثل للوسائل الموضوعة تحت تصرف مسئول ما لبلوغ الأهداف المحددة.

مقدمة

إذا فالمسير يعرف من خلال مهمتان أساسيتان يريد إنجازهما، بلوغ الأهداف المحددة، والثانية الوصول إلى تحقيق الأهداف من خلال الأعضاء الآخرين، أي أن المهمة الأولى تتطلب تسييرا للمستقبل و المهمة الثانية ترتكز على تنشيط وتحريك و تحفيز الآخرين.

أمام هذه المهام الصعبة والمعقدة ظهرت مراقبة التسيير كأداة لتمكن المسيرين من المراقبة والتحكم في الموارد ، من جانب الحصول عليها و استعمالها، و من جانب آخر تحديد الأهداف و الوقوف على مدى تحقيقها. حيث عرفها انتوني (Anthony) في أول مرة عندما تحدث عن الموارد وعلاقتها بالأهداف المحققة على اعتبار مراقبة التسيير هي تلك الإجراءات أو العمليات التي من خلالها يتأكد المسيرون أن الموارد قد تم الحصول عليها و قد تم استعمالها بفاعلية وبفعالية، وذلك لتحقيق أهداف المنظمة، أما عندما تطرق إلى دور المسير في تنشيط الآخرين من أعضاء المنظمة لبلوغ الأهداف المحددة فقال مرة ثانية و بعد فترة إن مراقبة التسيير هي الإجراءات أو العمليات التي من خلالها يؤثر المسير على الأعضاء الآخرين في التنظيم ليتبنوا و يطبقوا إستراتيجيته.

هذا من ناحية التعريف أما من ناحية النشأة و الأصل والمسلمات والفرضيات والأدوات، فان هذه المحاور تكتسي أهمية بالغة بالنسبة لموضوع دراستنا، وهو مراقبة التسيير في مؤسسات الصحة العمومية (المستشفيات).

تاريخيا مراقبة التسيير مرتبطة بالمؤسسات الصناعية من حيث نشأتها – في عشرينيات القرن الماضي في شركات جنرال متورز على يد الفريد سلون (A. Sloan)، و دونالدسن براون (D. Brown) من بعده – إن هذه النشأة أو الانطلاقة من المؤسسات الإنتاجية و الصناعية كان لها أثر بالغ و مهم على مراقبة التسيير من حيث تصميمها و تطبيقها وتطويرها ، وعلى هذا الأساس فان الدارس يلاحظ أن مراقبة التسيير جاءت منسجمة مع هذا النوع من المؤسسات، من حيث كيفية تحديد الأهداف وطرق اعتبار المتغيرات الداخلة في البرامج و الخطط. وكذلك كيفية توفير ورصد وتخصيص الإمكانيات والوسائل الفنية والبشرية لبلوغ غايات التنظيم.ومن جهة أخرى كان التأثير واضحا في استحداث وتطوير أدوات لقياس النتائج وتحليلها.

كما تأثرت مراقبة التسيير في الشركات الإنتاجية بشكل كبير بطبيعة العملية الإنتاجية، مما جعل طرق وكيفية المراقبة تواكب هي الأخرى هذا النوع من المؤسسات،المراقبة(قبلية، آنية، بعدية)، وذلك فيما يخص العمليات الإنتاجية ومراحل التدخل، لتصحيحها وتعديلها، على إثر ما تحقق.

إذ كان هذا التأثير للعملية الإنتاجية وخصائصها واضحا في أهميته ومداه في مراقبة التسيير، فإن جعل هذه الأخيرة تتماشى وتصطبغ بخصائص عملية تقديم الخدمة، يتطلب عملا وجهدا مضاعفا، إن من الناحية النظرية أو من الناحية الميدانية.

ثانيا : أهـداف البحث

يهدف البحث إلى جملة من المرامي، نريد الوصول إليها حيث يمكن عرضها كما يلي:

- إبراز آثار إدخال تقنيات مراقبة التسيير إلى المستشفيات العمومية بما في ذلك مؤسسات الصحة الجوارية نظرا للدور الذي تلعبه في الحفاظ على الصحة العامة للمواطن، ونظرا للدور الإستراتيجي الذي يجب أن تلعبه في المرحلة الراهنة و ضرورة امتلاكها لعناصر القوة و التمكين؛
- كما يهدف البحث إلى تحديد الآليات والميكانيزمات التي تمكن من إرساء قواعد للتسيير الحديث للمستشفيات العمومية حتى تكون قادرة على الأداء الحسن في ظل المتغيرات والتطورات التي تعرفها البيئة المحلية و العالمية؛
- إبراز المتطلبات التي يجب الأخذ بها لتطوير الخدمات الصحية والارتقاء بجودتها ودعم القدرة التنافسية لمستشفيات العمومية الجزائرية؛
- لفت انتباه الباحثين الأكاديميين والممارسين إلى ضرورة الاهتمام بالبحث في مجال تطوير الخدمات الاستشفائية، والاهتمام أيضا بجودة الخدمات الطبية والعلاجية وكل المفاهيم المرتبطة بتحقيق التميز في تقديم الخدمات الصحية؛
- كما تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على مختلف خصائص الخدمة، وتحديد أشكال وطرق تأثير هذه الخصائص على أنماط التسيير، وكذلك تأثيرها في اختيار الوسائل لأداء وتقديم الخدمة، كما تسعى الدراسة إلى جعل المسير لا يراقب فحسب بل ويتحكم في العمليات و الإجراءات المولدة للخدمة. و تتويجا لكل ذلك تهدف الدراسة وكمحاولة ميدانية إلى تلمس واستكشاف وتطوير مؤشر لقياس الأداء في المستشفيات العمومية الجزائرية.

ثالثا: أهميـة البحث

إن أهمية هذا الموضوع يأتي من قيمته من جهة، ومن خطورته البالغة من جهة أخرى في مجال تسيير المؤسسات بصفة عامة، وفي تسيير مؤسسات الاستشفائية العمومية بصفة خاصة. كما أنه يمكن إظهار أهمية البحث من خلال العناصر التالية:

أولها، إن دراسة مراقبة التسيير في المؤسسات الصناعية، (الإنتاجية) هو من قبيل التحسين والتطوير، لأن هذا الجانب قد شغل الكثيرين من الباحثين والمهتمين و كذلك الدارسين؛

ثانيها، هو أن الاهتمام بهذا الموضوع فيما يخص مؤسسات الصحة العمومية يعتبر من قبيل المبادرة والاكتشاف وإعادة التصميم. حيث أن هذه الدراسة، ونضرا للإشكالية التي تطرحها، فإنها تهدف إلى أن تمتد إلى حدود وفرضيات وأساسيات نماذج مراقبة التسيير التقليدية بشيء من التحليل و النقد؛

ثالثها، إظهار أهمية عملية التحوير و تعديل في فرضيات و أسس نماذج مراقبة التسيير لجعلها تتكيف مع أنشطة المؤسسات الإستشفائية العمومية؛

رابعها، محاولة توضيح الرؤية للجوانب المختلفة للموضوع، مما قد يؤدي إلى إثراء وتطوير مفهومنا ورؤيتنا لهذه الأنشطة، مما سينعكس على مراقبة التسيير من خلال تزويدها بأدوات جديدة للقياس و طرق أخرى للمراقبة.

رابعا : إشكـالية البحث

إن هذا العمل يتطلب الغوص والذهاب إلى الأسس والمفاهيم التي بنيت عليها مراقبة التسيير التقليدية بشيء من التحليل والتعمق، من خلال دراسة نظرية أكاديمية مبنية حول إشكالية دقيقة لموضوع خاص، وهي تتمثل في السؤال الأساسي والرئيس :

كيف يمكن لمراقبة التسيير التي وجدت و تطورت في المؤسسات الصناعية (الإنتاجية) أن تطبق في المؤسسات العمومية للصحة، و ذلك من خلال مؤشرات قياس أداء المستشفيات العمومية الجزائرية؟

إن طبيعة الموضوع والجوانب التي تعالجها الدراسة تستدعي، صياغة أسئلة فرعية خاصة، قصد المساعدة على التحليل والتعمق، وبالتوافق مع الجوانب التي نريد دراستها جاءت الأسئلة المتفرعة عن الإشكالية الرئيسية كالتالي:

- هل تختلف مراقبة التسيير في المؤسسات الإنتاجية، عنها في المؤسسات الخدمية ؟

- هل تؤثر خصائص الأنشطة العمومية الصحية على مبادئ وأسس وفرضيات ومرتكزات مراقبة التسيير التقليدية ؟

- ما هي التعديلات التي يجب إدخالها على مراقبة التسيير التقليدية حتى تتماشى مع المؤسسات العمومية للصحة ؟

- كيف يمكن تطوير مؤشرات لقياس أداء انشطة المستشفيات العمومية في الجزائر؟

خامسا: فرضيات البحث

في ضوء ما تم طرحه من أسئلة حول موضوع البحث و أملا في تحقيق أهداف البحث السالفة الذكر يمكن بناء مجموعة من الفرضيات التي يسعى الباحث لاختبارها و هي على النحو التالي:

الفرضية الأولى: تخص حقيقة وجود مراقبة التسيير وكيفية تطبيقها في المؤسسات العمومية للصحة سواء الاستشفائية منها أو الجوارية، من خلال التساؤل حول الفرق بين مراقبة التسيير الموجودة في المستشفيات وبين مراقبة التسيير التي يجب أن تكون.

H_0 : لا توجد فروق جوهرية أي ذات دلالة إحصائية بين واقع مراقبة التسيير السائد حالياً في المستشفيات العمومية وبين مراقبة التسيير الواجب توافرها لزيادة كفاءة و فعالية المستشفيات العمومية في الجزائر.

الفرضية الثانية: تتعلق بكيفية ومدى تأثير خصائص الخدمات الصحية في المستشفيات العمومية على المبادئ والأسس التي بني عليها النموذج التقليدي لمراقبة التسيير،علما أن هذه المبادئ ترجع إلى أصول مالية محاسبية لمؤسسات صناعية.

H_0 : لا توجد فروق جوهرية أي ذات دلالة إحصائية بين تأثير خصائص الخدمات الصحية في المستشفيات العمومية الجزائرية على مبادئ وفرضيات مراقبة التسيير التقليدية وبين تأثير الإجراءات الأخرى لإنتاج الخدمة.

الفرضية الثالثة: تخص التعديلات و التغييرات التي يجب أن تمس طرق وسياقات مراقبة التسيير التقليدية حتى تصبح قادرة على استيعاب سياقات الأنشطة الاستشفائية في المؤسسات العمومية للصحة في الجزائر، وحتى تصبح هذه الإجراءات والأنشطة ذات كفاءة و فعالية

H_0 : لا توجد فروق جوهرية أي ذات دلالة إحصائية بين التعديلات التي يجب إدخالها على مراقبة التسيير التقليدية وبين السياقات الحالية لمراقبة التسيير لأنشطة المستشفيات العمومية في الجزائر.

الفرضية الرابعة: تتعلق بالاختلاف بين أنواع مؤشرات قياس الأداء في المؤسسات الخدمية و خاصة المستشفيات العمومية و بين أنواع المؤشرات التي تستعمل عادة من طرف مراقبة التسيير في قياس الأداء في باقي الأنشطة الأخرى الخدمية.

H_0 : لا توجد فروق جوهرية أي ذات دلالة إحصائية بين مؤشرات قياس أداء الخدمات في المستشفيات العمومية وبين المؤشرات الحالية لقياس الأداء في المستشفيات العمومية الجزائرية.

سادسا : الدراسات السابقة :

– دراسة مقدمة من طرف **عبد المحسن نعساني** تحت عنوان: مؤشرات قياس الأداء

بالمستشفيات، ورقة عمل مقدمة لمؤتمر الاتجاهات الحديثة في ادارة المستشفيات الخاصة والحكومية في الوطن العربي، القاهرة،12-13 مارس 2002 . و هي عبارة عن محاولة لإيجاد و حصر مجموعة من المؤشرات التي يرى الباحث أنها ترجع إلى عدد من الوظائف التي يجب أن يتم تقييم أدائها و التي يحددها في الوظائف التالية: الاستقبال و الطوارئ، المخبر، الصيدلية، العيادات الخارجية، الأشعة، التحكم بالعدوى، السجلات الطبية، الصيانة الهندسية، الخدمات الفندقية، خدمات التمريض، الخدمات الجراحية، الهندسة الطبية، إدارة المواد، إدارة الموارد البشرية.

– دراسة مقدمة من طرف **حنان سلمان العبد** في شكل ورقة عمل بعنوان: **تقويم الأداء الاستراتيجي للمستشفيات العراقية باستعمال بطاقة الدرجات المتوازنة**، كلية العلوم الاقتصادية، بغداد 2006 .حيث تطرقت الباحثة إلى عدد من المؤشرات مثل المؤشرات السريرية و المؤشرات المالية و مؤشرات الموارد البشرية و مؤشرات إدارة المباني، توصلت الباحثة إلى عدة استنتاجات تخص نظام تقييم الأداء :

- إن مؤشرات النظام لا تعكس أداء المستشفيات بشكل دقيق، كما انه لا توجد أوزان أو معايير يتم الاعتماد عليها.

- افتقار النظام إلى بعض المؤشرات الوصفية التي تجعل من زبائن المستشفى تشارك في عملية التقييم.
- خلو النظام الحالي من مؤشرات مالية تتعلق بنسب توافق التخصصات المالية المخططة ونسب التنفيذ المالي للموازنة.
- خلو النظام المعتمد عليهِ حاليًا من المؤشرات التي تتعلق بالخدمات الفنية أو الخدمية أو تشجيع الابتكار أو نشر الثقافة والمناخ التنظيمي أو نظم المعلومات.

– دراسة مقدمة من طرف **Thierry Nobre** تحت عنوان: l'introduction du contrôle de gestion à l'hôpital: massive par catalyse réglementaire ou spontanée par capillarité ? جامعة روبير شومان، فرنسا، 2006، قام الباحث بتقسيم الدراسة إلى ثلاثة أجزاء، الجزء الأول خصصه إلى استعراض مسار تطور طرق التسيير في المستشفى، في الجزء الثاني تطرق إلى التساؤلات النظرية للمحاولات السابقة حول إدخال مراقبة التسيير إلى المستشفى من خلال مقاربة المحاسبة التحليلية، أما الجزء الثالث فخصصه للخطوات الفعلية لتطبيق مراقبة التسيير في المستشفى.خلصت الدراسة إلى عدة نتائج منها:

- إن اغلب المحاولات لإدخال تقنيات مراقبة التسيير إلى المستشفيات العمومية اقتصرت على الجانب المحاسبي و بالضبط المحاسبة التحليلية.
- التحولات في ادوات مراقبة التسيير في المستشفيات كانت بطيئة.
- تجلت استخدامات لوحة القيادة في على المعطيات الروتينية و التي لا تعكس بشكل واضح ما يحدث في واقع الممارسات.

– دراسة مقدمة من طرف **Pierre Mévellec** تحت عنوان: contrôle de gestion à l'hôpital, un champ à explorer : ENCC ou modèle ad hoc ،جامعة مونبولي، 2011، غير منشورة . حيث تطرقت الدراسة إلى مختلف الطرق المستخدمة في تحديد أسعار الخدمات الطبية من خلال المحاسبة التحليلية، إلى جانب الربط بين مراقبة التسيير و إستراتيجية المؤسسة الاستشفائية. و التأكيد على نظم المعلومات، حيث أن تعدد الأقطاب في مؤسسات الصحة العمومية يصعب من بناء نظام للمعلومات الإدارية و المالية و المحاسبية.

– دراسة قام بها **Ann-Lise Guisset** و آخرون، تحت عنوان: Définition de la performance hospitalière : une enquête auprès des divers acteurs stratégiques au sein des hôpitaux ، سنة 2002. حيث كانت الدراسة عبارة عن

محاولة لتعريف الأداء داخل المستشفيات البلجيكية في المناطق الناطقة بالفرنسية، من خلال نظرة كل واحد من الأطراف الفاعلة داخل المستشفى من أطباء مختصين و أطباء عامون وممرضون بمختلف أصنافهم إلى جانب الإداريين سواء منهم الفنيون أو المسيرون، في النهاية أعطت الدراسة بعض النتائج منها:

- أن نموذج الأداء يكاد يتشابه في معظم المستشفيات في البلدان التي تناولتها الدراسة.
- الأداء ليس مفهوم موحد بل هو عبارة عن بناء مفاهيمي متعدد الإبعاد و المضامين.
- تأثر عملية قياس الأداء بعدة عوامل منها البيئة التي تتم فيها عملية التقييم، كما تتاثر عملية التقييم بالأفراد الذين يقومون بالتقييم.

– دراسة مقدمة من طرف **Marie-Claire Masse** ، أطروحة دكتوراه في علوم التسيير بعنوان: Le contrôle de gestion dans une bureaucratie professionnelle : contribution à la modélisation du cas de l'hôpital public,. جامعة العلوم و التكنولوجيا، ليل 3 فرنسا، غير منشورة، 1994 .حيث تناولت الدراسة مختلف المستشفيات العمومية الفرنسية. كان من بين أهم ما توصلت إليه من نتائج هو:

- المستشفيات العمومية لها هيكل تنظيمي خاص يميزها عن باقي المؤسسات العمومية الأخرى.
- الشكل التنظيمي للمستشفيات يتبع البيروقراطية المحترفة كما عرفها منتزبيرغ.

– دراسة مقدمة من طرف **Alice Teil** أطروحة دكتوراه في علوم التسيير بعنوان: Défi de la performance et vision partagée des acteurs, application à la gestion hospitaliere ،جامعة جون مولان، ليون 3 فرنسا، 2002 .حيث تناولت الدراسة مختلف نماذج قياس الأداء في المستشفيات العمومية الفرنسية، أين تم تصنيفها إلى نماذج للأداء أحادية البعد و أخرى متعددة الإبعاد، إلى جانب التعمق الكبير في تحليل محيط مؤسسات العمومية للصحة، و كذلك تحليل المؤسسة من الداخل، حيث تعتبر هذه الدراسة من أهم المراجع في هذا الموضوع.

– دراسة مقدمة من طرف **Claire Bouinot** ، أطروحة دكتوراه في علوم التسيير تحت عنوان Le contrôle de gestion à l'hôpital Régulation et dynamique instrumentale، جامعة باريس، فرنسا،2005، غير منشورة.حيث تناولت الدراسة مختلف المستشفيات العمومية الفرنسية، وكان من أهم ما خلصت إليه الدراسة ما يلي:

- إن مراقبة التسيير تساعد في إظهار الاستراتيجيات الناشئة و وضع حيز التنفيذ إستراتيجية المؤسسة.
- أن مراقبة التسيير تساعد على تقليص الفجوة بين الإداريين والمهنيين(الأطباء والممرضين) مما يسهل في التكامل بين الفريقين.
- تساعد مراقبة التسيير في إيجاد و تطوير نظام للمعلومات من شانه أن يلبي احتياجات المسيرين للمستشفيات على عدة اصعده الطبية و المحاسبية و المالية.

تعتبر الدراسات السابقة بمثابة معالم وضحت لنا مختلف تشعيبات الموضوع، حيث كانت الدراسة التي قامت بها Marie-Claire Masse و كذلك دراسة Ann-Lise Guisset بمثابة محفز على مواصلة البحث فيما يخص مراقبة التسيير و قياس الأداء في المستشفيات العمومية، كما أن دراسة عبد المحسن نعساني تعتبر مرحلة متقدمة من محطات البحث، لكنها غير كاملة مما رأينا انه من الضروري إتمامها قدر المستطاع، أما باقي الدراسات فكانت مهمة لنا في الجانب التطبيقي، خاصة دراسة Thierry Nobre و Alice Teil إذ أننا استعملنا جوانب كبيرة منها في بلورة أفكارنا في الجانب التطبيقي و تعميق رؤيتنا عن موضوع الأداء ومؤشراته في المستشفيات العمومية الجزائرية.

سابعا : مجال وحدود البحث

قصد تناول الموضوع محل الدراسة بنوع من الشمولية و التوسع، فقد حاول الباحث أن يوسع من رقعة البحث لتشمل أكبر عدد ممكن من المؤسسات العمومية للصحية، بما في ذلك المؤسسات الاستشفائية العمومية و مؤسسات الصحة الجوارية، و قد غطينا في دراستنا الميدانية العديد منها عبر خمس ولايات: مسيلة ، برج بوعريريج، الجلفة ، الاغواط، الوادي، ما يمثل سبع مؤسسات استشفائية عمومية و خمس مؤسسات للصحة الجوارية. تجدر الإشارة إلى أن اختيار هذه المناطق و المؤسسات الاستشفائية كان تلقائيا حيث أن الباحث اختارها و عمل فيها نظرا للتسهيلات التي قدمت له من طرف القائمين عليها و لقربها من مكان إقامته مما سهل عملية التنقل و الزيارات الميدانية و اللقاءات.

بالرغم من أن الدراسة النظرية للموضوع تحاول العودة إلى البدايات الأولى لظهور المستشفيات و ظهور النموذج التقليدي لمراقبة التسيير، غير أن فترة الدراسة الميدانية استغرقت ما يزيد عن السنتين أي من منتصف 2009 إلى غاية نهاية 2011 . إن هذه الفترة الزمنية ليست

بالكبيرة خاصة في مثل هذا النوع من المواضيع و على هذا المستوى من البحوث، لكنها مكنت الباحث من بلورة فكرة عن الموضوع من خلال الاحتكاك بالميدان محل الدراسة.

ثامنا : المنهجية المتبعة

لمعالجة هذا الموضوع اعتمدنا المنهج التاريخي في الجانب النظري و المنهج الإحصائي الوصفي التحليلي لإجابة على أسئلة الإشكالية.

حتى يستوفي الموضوع حقه قام الباحث بمسح ميداني لاستكشاف أدوات و أساليب مراقبة التسيير و كذلك مؤشرات قياس الأداء الموجودة فعلا في واقع المستشفيات العمومية محل الدراسة، حيث اعتمد الباحث في ذلك على استبيان مصمم من شقين لجمع البيانات الأولية من مختلف الفاعلين داخل المؤسسات العمومية للصحة، خصص الشق الأول من الاستبيان للوقوف على مدى وجود مراقبة التسيير في الواقع، أما الشق الثاني فخصص لاختبار الفرضيات المعتمدة بالنسبة لمراقبة التسيير أو للأداء، سواء من ناحية مفهومه بالنسبة لكل من الأطباء و الممرضين أو من الإداريين و المسيرين إلى جانب استعمال أداة ثانية المتمثلة في العديد من المقابلات الميدانية مع مختلف المسئولين في تلك المؤسسات.

تاسعا :صعوبات البحث

لابد من الإشارة إلى جملة من الصعوبات التي اعترت مسعانا في الوصول إلى تحقيق مراحل انجاز هذا العمل، غير أنا نرى أن نذكر أهمها و المتمثلة في الصعوبات التي واجهتنا أثناء توزيع استبانه الأسئلة: حيث تمثلت في خشية بعض المستجوبين من ردة فعل المشرفين المباشرين عليهم.

مثل الشكل التقني للموضوع أحد مصادر الصعوبات كونه يحتوي على بعض الأسئلة التي تتطلب مستوى معين من المعرفة فيما يخص محاسبة التكاليف و مراقبة التسيير، بل أن الصعوبات شملت حتى الذين مهامهم ذات صلة بالموضوع مثل المحاسبين و متابعو الميزانيات.

إضافة إلى مشقة التنقل بين بعض المؤسسات الاستشفائية فإننا واجهنا نوعا من عدم الاهتمام لدى بعض مسيري هذه المؤسسات، مما جعلنا نقتصر في بحثنا على تلك المؤسسات الواردة في معرض الدراسة الميدانية.

عاشرا :هيكل البحث

لإعطاء موضوع البحث حقه من التدقيق و التعمق، قمنا بتقسيم البحث الى تسعة فصول جاءت مقسمة إلى ثلاثة أبواب، إضافة إلى مقدمة و خاتمة.

تناولنا في الفصل الأول مختلف المحطات التاريخية التي تعاقبت على النموذج التقليدي لمراقبة التسيير، مستعرضين البدايات البسيطة و كيف أن مراقبة التسيير كانت عبارة عن تقنيات محاسبية و بعض التحليلات المالية تماشيا مع الظروف التي كانت سائدة حينها من توفر المعلومات و بساطة إجراءات التحويل و التصنيع. كما عرجنا على مفهوم و تعريف مراقبة التسيير، إلى جانب توضيح مختلف مراحل النموذج التقليدي و كذلك دور مراقبة التسيير و المهام التي أصبحت توكل لها في النظرة الحديثة. كما بينا الحدود التقنية و الفكرية للنموذج التقليدي لمراقبة التسيير.

خصصنا الفصل الثاني إلى الفرضيات التي بني عليها النموذج التقليدي حيث أوضحنا كيف أنها كانت نقاط قوة لكن مع مختلف التطورات أصبحت هذه الفرضيات محل انتقاد شديد. كما استعرضنا مختلف نظم مراقبة التسيير بالتفصيل، ثم انتهينا إلى استعراض الاستعمال النظري و الواقعي لنظم مراقبة التسيير، و التوجه نحو مراقبة التسيير الإستراتيجية.

تطرقنا في الفصل الثالث إلى أدوات مراقبة التسيير سواء تلك الخاصة بالتنبؤ و التعبير عن المقدر، أو تلك التي تستعمل في عملية التقييم و قياس المحقق. و لأهمية هذه الأدوات فقد تم التطرق إلى جملة من الانتقادات و أوجه القصور، إلى جانب العوامل الباعثة على التحديث و التطوير في هذه الأدوات، و تماشيا مع الاهتمامات و الانشغالات الجديدة.

ينضوي تحت الباب الثاني ثلاثة فصول، حيث تطرقنا في الفصل الرابع إلى التعريف بالمستشفيات باعتبارها مؤسسات عمومية للصحة، كما تطرقنا إلى نشأة المستشفيات و إلى البيئة التي تحيط بالمستشفى باعتباره نظام مفتوح، و إلى هيكله التنظيمي الخاص، و إلى الأنواع المختلفة من المستشفيات من حيث الملكية، أنواع العلاج المقدم، و تلك المتنقلة و الثابتة.

أما الفصل الخامس تم تخصيصه لمميزات و خصائص الأنشطة الخدمية بصفة عامة، كما تطرقنا فيه إلى مفهوم الخدمة العمومية و خصائصها، ثم ربطنا بين المبحثين السابقين من خلال مبحث عن خصائص الأنشطة الخدمية في المؤسسات العمومية للصحية.

في الفصل السادس تم استعراض مختلف المؤسسات العمومية للصحة في الجزائر، انطلاقا من فترة الاحتلال إلى أيامنا. إلى جانب تناولنا مختلف القوانين و الإصلاحات و التقسيمات التي

مرت بها المستشفيات العمومية الجزائرية. وكذا تحليل الهيكل التنظيمي للمؤسستين الاستشفائيتين التي أتى بها التقسيم الجديد.

يعتبر الفصل السابع أول فصول الباب الثالث، تناولنا فيه الأطر و المحددات المتحكمة في سير عمل المستشفيات من خلال علاقة المستشفى بالوزارة الوصية و العلاقات المتداخلة لأطراف ذات انتماءات مهنية مختلفة، إلى جانب تأثير خصائص خدمات الاستشفائية العمومية على مراقبة التسيير على مستوى تحديد الأهداف و النتائج، و تأثير الإنتاج المشترك على تحديد المسؤولية، صعوبة تمثيل النشاط، صعوبة تأقلم النموذج التقليدي لمراقبة التسيير في المستشفى العمومي. كما تعرضنا إلى كيفية إرساء مراقبة التسيير في المؤسسات العمومية الاستشفائية، من خلال التحكم في استهلاك الموارد و الوقوف على المحقق، عملية تقييم الصحة العمومية.

خصصنا الفصل الثامن إلى استعراض مفهوم و تعريف الأداء التنظيمي، و كذا الأداء التنظيمي في المؤسسات الاقتصادية، كما تناولنا بالتفصيل مختلف نماذج قياس الأداء التنظيمي في المستشفيات و التي تم تقسيمها إلى نماذج أحادية البعد و نماذج متعددة الأبعاد. كما تطرقنا إلى مؤشرات قياس الأداء في مؤسسات العمومية للصحة من خلال تبيين ماهية مؤشرات قياس الأداء، و إلى الخصائص الرئيسة لمؤشرات قياس الأداء ثم انتهينا بعرض أنواع المؤشرات.

أما الفصل التاسع و الأخير فقد أفردناه للدراسة الميدانية على النحو التالي: بداية عرضنا منهجية الدراسة الميدانية و أدواتها و مجتمع الدراسة، ثم تحليل صدق و ثبات الاستبيان، و كذلك معالجة و تحليل معطيات الدراسة الميدانية. كما تعرفنا إلى حقيقة تطبيق مراقبة التسيير في المؤسسات العمومية الاستشفائية الجزائرية من خلال أربعة محاور هي : محور محاسبة لتكاليف، محور الموازنات، محور لوحة القيادة، محور مكانة مراقبة التسيير.كما تم اختبار فرضيات الدراسة في المستشفيات العمومية الجزائرية من خلال اختبار السياقات السائدة و التعديلات الواجب إدخالها إلى جانب استكشاف أنواع نماذج قياس الأداء و مختلف مؤشرات قياس أداء الأنشطة في المستشفيات العمومية محل الدراسة، إلى جانب مناقشة نتائج الدراسة.

أما الخاتمة فقد تضمنت توضيح لمسار الدراسة المنتهج، ثم تطرقنا إلى نتائج اختبار الفرضيات، و ما تم التوصل إليه من نتائج الدراسة الميدانية في شقيها، كما ضمنها توصيات الدراسة التي تفيد في هذا الصدد، مع اقتراح محاور مستقبلية للبحث.

إحدى عشرة: تعريفات خاصة بمصطلحات البحث

نظرا لأهمية المصطلحات في أي بحث و كونه بحثنا يعالج موضوعا متخصصا، فإنه تم استعمال عدة مصطلحات وعبارات قمنا بتقديم تعريفات إجرائية لها لغرض ضبطها و تعريف ما يدخل تحتها من مقاصد ومعاني.

قمنا باعتماد عبارة **المستشفيات العمومية** و التي نقصد بها **جمع المؤسسات العمومية للصحة**. بما في ذلك المؤسسات المكلفة بضمان الخدمات العمومية الإستشفائية، كما تضم عبارة المستشفيات العمومية ما يلي: **المستشفيات الجامعية، المراكز الإستشفائية الجهوية، المراكز الإستشفائية الولائية، المستشفيات المحلية، المؤسسات العمومية للصحة العقلية. إلى جانب المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية** حسب التقسيم الجديد.

كما أن عبارة **المستشفيات العمومية** نقصد بها من الناحية الإجرائية، تلك **المؤسسات العمومية للصحة ذات الشخصية الإدارية والاعتبارية، التي تتمتع بالاستقلالية المالية**، والتي هدفها الأساسي **ليس صناعي و لا تجاري. والتي تخضع لوصاية وزارة الصحة**.

إن تنوع **وتعدد الأنشطة والخدمات التي يقدمها المستشفى** جعلنا ندرج تحت عبارة **الأنشطة الاستشفائية** عدة كلمات مثل **الخدمات الصحية، خدمات العناية الصحية، الأنشطة العلاجية، الخدمات الطبية، الأنشطة الوقائية وتوعية الصحية للمواطنين**.

إلى جانب ذلك فقد تم تعريف عدة كلمات تخص الفرد في نظام صحي ما، لان تقييم الأداء في المستشفيات العمومية يتوقف كثيرا على خصائص والصفة التي يكون فيها الفرد للحكم على هذا الأداء. فقد يكون الفرد:

مواطنا: كونه عضو في مجتمع سياسي منظم و الذي يشارك في الحياة السياسية و يقوم باختيارات حرة.

مستعملا: يعبر عن الشخص المستعمل لمصلحة عمومية ما. في الهياكل الطبية فان عبارة المستعمل توظف للدلالة على المريض.

مريضا: يتم التعرف علية من خلال انتقاله من الحالة العادية لأي حالة مرضية، مما يوجب على المستشفى العمل على تصحيح هذا الانتقال في حالته الصحية، كما أن كلمة مريض تشير إلى حالة الارتباط بهيكل طبي ما.

زبونا: على غرار اقتصاد السوق، فان الزبون يتميز بثلاثة خصائص: الزبون يسدد دائما، له حرية الاختيار، كما انه يمثل نوعا من الاختلاف (الفرق، الآخر).

الباب الأول: مراقبة التسيير رؤى متباينة لمفهوم متطور

الفصل I : مراقبة التسيير الظروف المساعدة و التحديات الكبيرة

تمهيد

I .1 تبلور وانتشار النموذج التقليدي لمراقبة التسيير

I .2 النموذج التقليدي لمراقبة التسيير مراحله و مهامه

I .3 ضرورة تجاوز النموذج التقليدي إلى أدوات و مهام جديدة

خلاصة الفصل

الفصل II : فرضيات و أنواع نظم مراقبة التسيير

تمهيد

II .1 فرضيات نموذج مراقبة التسيير

II .2 أنواع نظم مراقبة التسيير

II .3 نحو نماذج لمراقبة التسيير أكثر توافق مع التطورات

خلاصة الفصل

الفصل III : أدوات مراقبة التسيير قصور ذاتي أم رهانات قوية ؟

تمهيد

III .1 أدوات مراقبة التسيير

III .2 قصور الأدوات التقليدية لمراقبة التسيير

III .3 أدوات حديثة لانشغالات جديدة

خلاصة الفصل

خلاصة الباب الأول

الفصل I : مراقبة التسيير الظروف المساعدة و التحديات الكبيرة

تمهيد

I .1 تبلور و انتشار النموذج التقليدي لمراقبة التسيير

I .1 .1 فترات فاصلة في تاريخ مراقبة التسيير

I .1 .2 تبلور مراقبة التسيير عبر مختلف المقاربات

I .2 النموذج التقليدي لمراقبة التسيير مراحله و مهامه

I .2 .1 تعريف مراقبة التسيير

I .2 .2 مراحل النموذج التقليدي

I .2 .3 دور و مهام مراقبة التسيير

I .3 ضرورة تجاوز النموذج التقليدي إلى أدوات و مهام جديدة

I .3 .1 الحدود التقنية لنموذج مراقبة التسيير

I .3 .2 الحدود المرتبطة بالفكر التنظيمي الكلاسيكي

خلاصة الفصل.

تمهيد

نحاول في هذا الفصل التطرق إلى مختلف الأطوار التي مرت بها مراقبة التسيير من خلال استعراض مختلف الفترات التاريخية التي واكبت نشأة و تطور مراقبة التسيير، أين سنحاول توضح أن مراقبة التسيير كانت مجرد تقنية بسيطة، تتمحور في مجملها حول حساب بعض التكاليف في بعض المستويات المحدودة من العملية الإنتاجية عندما كانت العملية الإنتاجية تمتاز بالبساطة.

كما سنحاول أن نبين أن مراقبة التسيير لم توجد دفعة واحدة. بل أنها واكبت تطور أشكال و طرق حساب التكاليف، فكما تطورت المحاسبة التحليلية من محاسبة الاستغلال إلى محاسبة التكاليف إلى المحاسبة التحليلية، فان مراقبة التسيير تطورت هي الأخرى من شكلها البدائي الذي كان عبارة عن مجموعة مؤشرات مالية و محاسبية ثم تطورت إلى طرق و تقنيات مراقبة بسيطة إلى أن صارت نموذج يعتمد على التنبؤ و في الأخير أصبحت وظيفة قائمة بذاتها، حيث اهتمت بالمراقبة و التحكم في الأنشطة إلى جانب قياس و تقييم الأداء و قيادته و انتماءا بالمشاركة في إعداد إستراتيجية المؤسسة .

من خلال هذا الفصل سنقدم مجموعة من التعاريف قصد توضيح مختلف الزوايا التي غطتها هذه الأخيرة نظرا لان مفهوم مراقبة التسيير كان يتراوح بين درجتين من التصور، من أقصى العمومية إلى أضيق المعاني، كما سنحاول إبراز التطور الواقع في مفهوم و تعريف مراقبة التسيير من خلال جيلين مختلفين من التعارف.

كما سيقدم الفصل تحديدا واضحا و دقيقا لمختلف مراحل النموذج التقليدي لمراقبة التسيير من خلال التمييز بين ثلاثة نظم جزئية هي: مرحلة تحديد الغايات و الأهداف و تأتي دائما قبل الفعل، و عادة تسمى المراقبة القبلية، ثم تليها مرحلة القيادة و تأتي أثناء الفعل لذلك تسمى مراقبة أنية، و تنتهي عملية المراقبة بمرحلة التقييم و التي تكون بعد الانتهاء من الفعل و يطلق علىها المراقبة البعدية.

كما يعرج هذا الفصل على ادوار ومهام مراقبة التسيير لتوضيح ذلك التطور الحاصل فيها منذ إعطاء أول تعرف لمراقبة التسيير. حيث يقوم مراقب التسيير بالعديد من الأدوار، و يتوقف ذلك على هيكل المنظمة و موضوعها و نوع نظام التسيير المتبع. بعبارة أوضح فان ادوار مراقبة التسيير تطورت هي الأخرى حيث كانت في بداية عبارة عن ممارسة لما يعرف بالتحقيق (بمعنى التأكد) و التدقيق المحاسبي (بمعنى المطابقة) و الرقابة على التسيير، ثم أصبحت تطلع بالمساهمة في التخطيط المالي، و تقييم النتائج، و إنتاج المعلومات المالية، وتقديم الاستشارة

وتطوير أدوات جديدة للتسيير، إلى جانب نشر وعرض إستراتيجية المؤسسة من خلال الموازنات التقديرية.

في الأخير يعرض الفصل إلى تقييم النموذج التقليدي لمراقبة التسيير من حيث أنه ولد في مجال الصناعة. فإذا كان بإمكانه أن يفي بغرض التزويد بالمعلومات عن سياقات الإنتاج، فإنه غير كاف و ربما غير قادر من حيث التقرير عن المعلومات التي تخص سياقات خلق القيمة أو تلك الخاصة بالتعلم التنظيمي. حيث أن معظم القيمة المضافة و الميزة التنافسية في الوقت الحاضر و في العديد من القطاعات تأتي من هذا الخلق للقيمة أكثر مما تأتي من مجرد التحكم في تكاليف الإنتاج.

1. I تبلور و انتشار النموذج التقليدي لمراقبة التسيير

لا يمكن أن نعرف واقع مراقبة التسيير من حيث أدوارها و لا مهامها الحالية ولا يمكن أن نعرف ما ستكون عليه في مستقبل من تطور ما لم نعرف البداية و الانطلاقة الأولى لمراقبة التسيير. خاصة و أن هذه الأخيرة عرفت عدة مراحل و تطورات مهمة سواء في الجانب ألمفاهيمي أو في الجانب التشغيلي، كذلك فان أدوات النموذج التقليدي لمراقبة التسيير قد شهدت عدة انتقادات حيث إن بعض هذه الأدوات أصبح محل إعادة نظر و تشكيك، وعليه فإن استعراض هذه الفترات التاريخية يعتبر أمرا مهما و ضروري.

1. 1. I فترات فاصلة في تاريخ مراقبة التسيير

تقترح هذه الفقرة استعراض بعض المحطات التاريخية التي نهدف من خلالها إلى تبيين أن مراقبة التسيير لم توجد دفعة واحدة، بل إن وجودها مر بعدة مراحل و تحسينات وعليه فان المراد من هذه اللمحة التاريخية أن نذكر بمختلف هذه المراحل التي واكبت ميلاد و نشوء مراقبة التسيير و كيفية تطورها عبر مختلف الأدوات و التقنيات. إن ظهور التسيير و المحاسبة و المراقبة كان بشكل مترابط و لصيق لظهور أي نشاط اقتصادي يراد التحكم فيه و إدارته، فمثلا وجد في القرن الخامس عشر في بعض صناعة النسيج الايطالية و كذلك في أنشطة بعض أعمال الطباعة في فرنسا في القرن السادس عشر ما يشبه بمحاسبة التكاليف ، و أيا يكن الأمر فان الحاجة إلى قياس و مراقبة الأنشطة الاقتصادية أخذ يزداد و ينتشر على نطاق واسع نهاية القرن التاسع عشر خاصة مع قيام و انتشار وحدات كبيرة للإنتاج و التي كانت تضم مجموعة من الآلات مما يستوجب تنظيم العمل بداخلها (Alazar & Sépari ،2006، ص 11).

هناك من المؤلفين من يقسم مراحل ظهور و تطور و انتشار مراقبة التسيير إلى مراحل تاريخية محددة، لكنهم يقرون أن هذا التقسيم تقريبي وأنه قابل للمراجعة و التعديل، كما أنه يشكل في بعض الأحيان نقطة تباين شديد، و محل جدل و مناظرات بين الكتاب المتخصصين في الموضوع. بطبيعة الحال لن ندخل في تفاصيل الجدل القائم حول تواريخ الظهور و التطور إلا بالقدر الذي يخدم موضوعنا.

يرجع سبب عدم الاتفاق حول تاريخ معين لظهور مراقبة التسيير بين المؤلفين إلى أن هذه الأخيرة مثلها مثل باقي علوم التسيير، حيث لا يمكن التحدث عن اكتشاف بالمعنى الدقيق للكلمة كما في العلوم التجريبية، فما يحدث في علوم التسيير هو انتباه للفكر يؤدي إلى تطور في

الممارسة و التي يصبح لها معنى مستمد من الباحثين و من النظريات. كما أن تطوير أداة تسييريه معينة لا يعني أنه قد تم استغلالها بشكل تام و كلي (Burlaud & Simons ،2006، ص 7).

إن تاريخ حسابات التكاليف يبدو أنه الأقدم لأنها تخص كل أشكال المؤسسات، حيث أن ظهورها يتم متى وجدت أي أنشطة إقتصادية. يمكن تحديد ظهورها منذ القرن الخمس عشر، حيث نجد أن البدايات الأولى المؤسِسَة لنواة المحاسبة كانت كالتالي:

- ظهرت تقنيات محاسبية لمعالجة التكاليف في عام 1494 ،على يد راهب فينيقي يدعى لوكا باسيولي Luca Pacioli ؛
- ظهرت كذلك محاولات لحساب التكاليف بشكل محدود في كل من مصانع الصوف في فلورنسا Florence نحو 1450، و في مناجم الفضة و النحاس في النمسا نحو 1570، كما كانت هناك محاولات لإعادة بناء و تشكيل التكاليف من طرف احد المشتغلين بالطباعة في انفيرس Anvers نحو 1570.

لقد كانت هذه البدايات عبارة عن تأسيس لانطلاق ممارسات ميدانية و دراسات نظرية (و التي لم تكونا مرتبطتين بالضرورة)، تتعلق بحساب و تحليل التكاليف في بداية المرحلة الأولى من الثورة الصناعية. ثم أخذت تنتشر و تتطور (Alazar & Sépari ،2006،ص 11).

إن استعراض هذه التواريخ ليس القصد منه تحديدها بدقة و ضبطها على المحور الزمني، بقدر ما أن الهدف هو وصف تلك المراحل و تبيين الظروف التي كانت سائدة حينها و كيف أنها أثرت بشكل مباشر على مراقبة التسيير، هذه التواريخ توضح ببساطة:

- إن التطورات و التحولات التي مست الصناعة بين الحربين، كانت سريعة بشكل خاص.
- إن الإبداع الذي جاء بعد الحرب العالمية الثانية كان من طرف باحثين في علوم التسيير، حيث حل عمل الأشخاص و الفرق المتخصصة محل العمل بالموهبة الحرفية.
- إن الإبداع في بداية القرن الماضي تمحور قبل كل شيء حول الأدوات المنظِمة للعمل و للإنتاج أو المتعلقة بنظم المعلومات، بعدها أخذت الأدبيات تنظر إلى المشاكل المتعلقة بالتصرفات و المواقف (السلوكيات). (Burlaud & Simons ،2006، ص 23).

أولا : من الحرفية إلى ظهور التسيير العلمي

إن تزايد و تطور الاحتياجات لحساب التكاليف و تحليلها يمكن شرحه من خلال التغيرات التنظيمية للإنتاج.أي الانتقال من نظام الإنتاج لدى الغير (بالخارج،الإنتاج عند العامل Putting-out) ،إلى الإنتاج المجمع في المصنع (بالداخل، تجميع الإنتاج في وحدة Factory).

(أ) نظام الإنتاج الخارجي Putting-out

يعتبر هذا النوع من نظم الإنتاج الأكثر شيوعا قبل الثورة الصناعية، أين يقوم المقاول بدور الوسيط فيتنقل و قد جلب معه العمل و المواد الأولية إلى ورشة الحرفي، حيث يملك هذا الأخير أدواته ليعمل بها، و ينجز منتوجا تاما، ليعود المقاول ليأخذه مقابل إعطاء أجرة للحرفي. في مثل هذا النوع من نظم الإنتاج فان المقاول لا يبحث عن معرفة التكلفة، لأن المعلومة المتعلقة بالقيمة المضافة يمكن له أن يعرفها من خلال مقارنة سعر التكلفة بسعر شراء المواد الأولية.

(ب) نظام الإنتاج المجمع في المصنع Factor

لقد أدت التكنولوجيا الجديدة للقرن الثامن عشر و التاسع عشر إلى إدخال العديد من التغيرات على الآلات و مصادر الطاقة، دافعة بذلك إلى تنظيم يتمركز فيه الإنتاج: تجميع الآلات في مصانع أين يأتي العمال ليشتغلوا فيها. بذلك لم يعد المقاول مجرد وسيط تجاري، بل أصبح أيضا مستثمرا ومبدعا. من ثم أصبح يسعى إلى قياس التكاليف ومراقبة العمل.(Alazar & Sépari ،2006،ص 13)

في تلك الأثناء أي ما بين 1853 – 1915 قام تايلور (Tylor) بإدخال مفهوم المعيار الذي نتج عنه فكرة قياس الفروق و التسيير بالاستثناء. حيث حلت الرقابة من خلال الأرقام محل الرقابة من خلال المشرفين. كما حاول تايلور التوفيق بين الأهداف الفردية للعمال والمصلحة الجماعية للمؤسسة من خلال نظام للعلاوات(Burlaud & Simons 2006، ص). ويتفق مع هذا التقسيم ما جاء به مؤلفان آخران (Alazar & Sépari ،2004،ص 18) حيث يريان أنه نحو 1915 و مع التنظيم العلمي للعمل الذي قال به تايلور(Taylor) أخذت المحاسبة تتحسن و تصبح أكثر دقة وتساعد على :

- تقسيم (تجزئة) الأنشطة؛
- حساب المعايير (تكلفة معيارية، تكاليف تقديرية)؛
- حساب الفروق (إنحرافات) مقارنة بالمعايير؛
- مراقبة النتائج؛
- مراقبة المسؤوليات.

كما أصبحت المحاسبة تستعمل للتنبؤ و التأكد من المحقق لكل المنظمات وليس للصناعية فقط، فأصبحت تعرف بالمحاسبة التحليلية للاستغلال.

في الوقت الحالي، يسمح مصطلح محاسبة التسيير بدمج كل الخطوات و الإجراءات و التقنيات التي تساعد المسيرين على معرفة التكاليف داخل المنظمة. (Alazar & Sépari ،2006،ص 13)

1903 : وجود نوع من التوقف و الصمت فيما يخص الحساب الاقتصادي في الولايات المتحدة الأمريكية.

1909: قام Louis Renault بتطبيق المبادئ التيلورية في أحد الورشات لصناعة الأدوات تضم 150 عاملا، لكنه ترك العمل بهذه المبادئ نحو عام 1912 بسبب ما ترتب عليها من ارتفاع في التكاليف العامة (أو التكاليف الهيكلية).

ثانيا : ظهور الهياكل الاندماجية الكبيرة

1910: ظهور منطق التفكير من خلال التكاليف المتغيرة، كالعادة كانت الولايات المتحدة الأمريكية هي السباقة.

1912: قام Du Pont بإدخال مفهوم العائد على الاستثمار و الذي يختصر في(ROI)، و الذي كان مستعملا في فرنسا لكن بشكل اقل تنسيقا و منهجية عند سانت غوبان.

1915: اقتراح Gantt لمعالجة التكاليف الهيكلية و الذي أصبح يعرف فيما بعد بالتحميل العقلاني للتكاليف الثابتة. كما أعاد Rimailho العمل عليه سنة 1928 . شكل هذا التقسيم محل اتفاق حيث يرى كل من (Alazar & Sépari) أنه بالرغم من أن مراقبة التسيير لم تعرف بعد بهذه التسمية إلا أنها ولدت على اثر التطور الذي حصل في الميدان التكنولوجي و الاقتصادي و مع تحاليل تايلور Taylor (1905) المتعلقة بمراقبة الإنتاجية، و أبحاث غانت Gantt (1915) حول الأعباء الهيكلية، و أبحاثه في جنرال متورز (1923)، وأيضا أبحاث سان غوبان Saint-Gobain (1935) التي تخص الهيكلة حسب الفروع. مما يؤكد أن أصول مراقبة التسيير كانت تخص بالأساس الأنشطة الإنتاجية، (Alazar & Sépari 2006،ص 13).

1920: قيام General Motors باعتماد تقسيم المؤسسة إلى فروع.

1921 نظرا لكون Du Pont كان مرتبط جدا بجنرال متورز، فقد اعتمد هو الأخر هيكلة المؤسسة إلى فروع، حيث أدت إلى ظهور مراكز الربحية. فقد أتى ذلك كإجابة مرضية لاحتياجات متعارضة و مترافقة في نفس الوقت، مثل الاستقلالية و التعاضد أو اللامركزية المترافقة مع المركزية. كما أدى إلى أن يكتشف إطارات تلك المؤسسات الضغوط الناتجة عن المفارقات في الأوامر مثل (أنا أأمركم أن تكونوا مستقلين و مسئولين).

1923: بدأت جنرال متورز (General Motors) بتقسيم الموازنات التجارية على أساس شهري، كما أدخلت الموازنات المرنة.

1924 – 1925: قامت جنرال متورز بتسريع صعود المعلومات(جدول الطلبيات والمخزونات تصعد كل عشرة أيام)، كما قامت بتحسين إجراءات التقدير (حيث أصبحت الفروق الشهرية أقل من 1 %).

كما يرجع (Gumb 2005، ص 54) سبب ذلك إلى السياسة الجذرية و الحاسمة للتخفيف من المخزونات، من خلال الاعتماد على الربط بين تقدير المبيعات و التموينات. حيث تضاعفت فترات دوران المخزون بين سنتي 1920 و 1922، من دورتين إلى أربع دورات في السنة. رغم أن الأمر في البداية كان عبارة عن ردة فعل اتجاه أزمة نقص المبيعات التي شهدتها سوق السيارات سنة 1920، ثم تطورت ردة الفعل هذه لتصبح بمثابة عملية احتياط و حذر، متمثلة في اعتماد تسيير تقديري لمواجه هذا النوع من الأزمات.

1932: تبني Alstom هيكلة الفروع

1935: Saint Gobain تفعل نفس الشيء

مع مرور الوقت حدثت تطورات تكنولوجية، و اقتصادية و اجتماعية، إلى جانب اكتساب الخبرات من طرف المنظمات، أدى إلى تحولات في : المحاسبة الصناعية، حيث أصبحت تعرف بالمحاسبة التحليلية بعدما غادرت الميدان الوحيد الصناعي ثم تحولت إلى محاسبة التسيير على اعتبار أنها تزود العديد من ميادين اتخاذ القرار. يضيف (Alazar & Sépari) تاريخيا مر تطبيق محاسبة التكاليف في المؤسسات الصناعية بعدة مراحل و ذلك تحت عدة مسميات، أول ما عرفت به المحاسبة هو تسميتها بالمحاسبة الصناعية و التي نشأت وانتشرت مع التطور الصناعي في الغرب على امتداد القرن التاسع عشر، وقد تمثلت في قياس التدفقات الداخلية للمنظمة أي تكاليف تحويل المواد الأولية على ماكنات (آلات) المصنع بالإضافة إلى تكاليف العمال. وكان يجب على المحاسبة حينها أن تسمح بقياس تكاليف إجراءات (سياقات) الإنتاج و بالتالي المنتجات المصنعة، والمساعدة على تحديد الأسعار لمواجهة المنافسين الصناعيين، (Alazar & Sépari 2006،ص 13).

تطورت مراقبة التسيير هي الأخرى، حيث أصبح بالإمكان تطبيقها على السواء ، على مؤسسات ذات درجة عالية من التعقيد، أو على منظمات لا تهدف إلى الربح، دون أن تكون مجرد حسابات تقديرية فقط.

ثالثا : النمو و الاستخدام التام

1954: ظهور هرم Maslow للحاجات و انتشاره.

1960: قيام Mc Gregor بنشر نظرية (نظرية Y).

1965: قيام Anthony من جامعة هارفارد، بتوضيح الروابط (العلاقة) بين مراقبة التسيير و الإستراتيجية.

رابعا : عولمة المنافسة و الأزمة

1980: بداية الأدبيات حول الجودة مستعيدة تناول التجارب اليابانية.

1983: قيام Michel Berry بالإشارة إلى القوة التكنولوجية الخفية، في مقابلة بين وسائل التسيير و الآلات.

1987: نشر أعمال Johnson و Kaplan المنتقدة لممارسات المؤسسات الأمريكية لمحاسبة التسيير و إعادة بناء النموذج المحاسبي على أساس تكاليف النشاط.

I .1 .2 تبلور مراقبة التسيير عبر مختلف المقاربات

إن وجود مراقبة التسيير لم يكن بمعزل عن التحولات و التطورات التي سبقت عملية التصنيع، حيث كان من الطبيعي ان تساير عملية المراقبة بصفة عامة مختلف المراحل التي مرت بها الثورة الصناعية، حيث ارتبطت كل من مراقبة الأنشطة و مراقبة التسيير التي تعتبر احد روافده، ارتبطت بنفس المراحل التي مرت بها عملية التصنيع في نهاية القرن التاسع عشر وخاصة في بداية القرن العشرين ، حيث كان لتنوع الأنشطة الإنتاجية و محاولة التحكم فيها اثر كبير في جعل مراقبة التسيير تتحمل مهمة المراقبة إن على مستوى الحجم الذي اخذ يكبر و يتوسع، و إن على مستوى المحتوى (المضمون) من خلال محاولات تناول العملية الإنتاجية بتحليل و تعمق اكبر.

كما يرى (Alazar & Sépari)، أن نمو حجم و حدات الإنتاج و تنوعها أدى إلى ظهور أول التطورات للأشكال الأولى لمراقبة التسيير على مستوى التحديات و على مستوى مجال التحليل، وعليه أصبح من الضروري تفويض المهام و المسؤوليات مع الاحتفاظ بممارسة الرقابة على المنفذين، (Alazar & Sépari ،2006، ص 15).

تمثلت أهم أشكال مراقبة التسيير في بداية ظهورها في محاولات حساب التكاليف و مقارنتها من خلال المحقق إلى المقدر ، مما يعني أن استخدام عملية التقدير كانت مستعملة

بشكل كبير و هكذا و بعد تحليل التكاليف، قامت المؤسسات بإيجاد و تطبيق الموازنات التقديرية و الفعلية، من أجل مراقبة ما تحقق و قياس الفروق (الانحرافات)، وهذا هو السبب في الخطأ الحاصل في اعتبار مراقبة التسيير كمرادف لمراقبة الموازنة و الخلط بينهما (Alazar & Sépari ،2006،ص 16).

بعدها، و مع التطورات التي عرفتها المنتجات و الخدمات في ظل ظروف النمو و الازدهار، سعى المسيرون من وراء تطبيق مراقبة التسيير إلى البحث عن مساعدة متخذي القرارات و إلى إيجاد سبل وطرق لمراقبة الفاعلين داخل الهيكل.

إلى غاية السبعينيات، قامت المؤسسات الفرنسية الكبيرة بإدخال مراقبة التسيير و التي كانت عبارة عن إعادة إنتاج (تقريبا) لنموذج المؤسسات الأمريكية أي اعتماد :

- إجراءات (سياقات) التخطيط، تسيير الموازنة، مراقبة الموازنة، التي تمتد من الأجل الطويل إلى الأجل القصير؛
- هيكل هرمي (تدرجي) مقسم عموديا إلى مراكز مسؤولية؛
- نظام قيادة بواسطة الثنائي (الزوج) الأهداف ـ الوسائل (بعبارة أخرى المعلومات عن النتائج مما يسمح بضبط الأفعال).

وهكذا، فمنذ بداية القرن الماضي، فان مراقبة التسيير تم تصميمها في إطار التسيير التيلوري المبني على أربعة مبادئ:

- الاستقرار في الوقت؛
- المعلومة الجيدة الدقيقة متوفرة لدى المسيرين؛
- البحث عن تخفيض التكاليف؛
- تكلفة الإنتاج هي السائدة (الأكبر) في التكلفة الإجمالية.

كانت مراقبة التسيير حينها عبارة عن نموذج لقياس و مراقبة الإنتاجية الصناعية و بصفة خاصة إنتاجية العمل المباشر.

ابتدءا من السبعينيات، أجبرت التقلبات و الاضطرابات الخارجية و الداخلية للمنظمات على إعادة النظر و بصفة عميقة في النموذج السالف الذكر من حيث الأهداف، الأدوات، و الاستخدامات.

كل نظم المعلومات المساعدة على تسيير الأداء يجب عليها أن تأخذ بعين الاعتبار: القيود و الفرص الموجودة في المحيط الاقتصادي، التوجهات الإستراتيجية للمؤسسات، القيود الهيكلية للمنظمات.

وعلية، فهناك العديد من الضغوطات والتحولات التي أدت إلى بروز مراقبة التسيير تمتاز بأهداف أكثر اتساعا و شمولا، و أساليب و طرق و أدوات أكثر تنوعا (Alazar & Sépari ، 2006،ص 14).

I .2 النموذج التقليدي لمراقبة التسيير مراحله و مهامه

تفتقر مراقبة التسيير لتعرف واحدا جامع مانع كما هو الشأن في بعض الاختصاصات في علم التسيير، بل على العكس من ذلك فقد شهدت مراقبة التسيير عدة تعاريف متنوعة و مختلفة مما انعكس على تصور و فهم المسيرين، لذا كان من المهم استعراض مختلف التعارف بشيء من التفصيل و التعمق لتوضيح مدي تباين مختلف وجهات النظر.

I .2 .1 تعريف مراقبة التسيير

أولا: تعريفات مراقبة التسيير

بالرغم من أن ظهور مراقبة التسيير يعود إلى بداية القرن الماضي، إلا أنه و لحد الآن لا يوجد تعريف جامع مانع يحضى بتأييد و موافقة كل الباحثين و المؤلفين و هذا الأمر جعل التطرق إلى موضوع تعريف مراقبة التسيير يتصف بنوع من الصعوبة، حيث نجد أن مفهوم مراقبة التسيير يتراوح بين درجتين من التصور، من أقصى العمومية إلى أضيق المعاني، فمن خلال الممارسات في المؤسسات و من خلال الطرح في مختلف المؤلفات والمقالات التي تغطي مفاهيم متنوعة. فأحيان عبارة مراقبة التسيير تحمل معنى واسع جدا بحيث يصعب التفريق بينها و بين عملية التسيير ككل، و بينها و بين المراقبة بصفة عامة، و أحيانا أخرى و على العكس من ذلك تأخذ هذه العبارة تفسيرا ضيقا جدا بحيث يمكن أن نتصور أن هذه الوظيفة تقتصر على تطبيق الأساليب و الأدوات فقط. إن هذا الاختلاف في التصور جعلنا نستعرض العديد من التعاريف المختلفة عبر الزمان و المكان، من أجل عقد مقارنة بين هذه التعارف من جهة و من جهة أخرى يستدعي تعريف مراقبة التسيير التفريق بين مراقبة التسيير و أنواع المراقبة الأخرى الموجودة على مستوى المنظمة.

يرجع الفضل إلى انتوني Anthony الذي كان أول من قدم تعريفا محددا لمراقبة التسيير، حيث يرى أن مراقبة التسيير هي ذلك " الإجراء (السياق) الذي من خلاله يضمن المدراء (المسيرون) أن الموارد قد تم الحصول عليها و استعمالها بفعالية و كفاءة (فاعلية)، من أجل تحقيق أهداف المنظمة " (Anthony، 1965، ص 17).

و معروف أن Anthony قد أعاد تعريف مراقب التسيير، وذلك بعد ما يزيد على عقد من الزمن، حيث تضمن هذا التعريف الجديد نظرة جديدة إلى مراقبة التسيير من حيث الربط بينها و بين الإستراتيجية، حيث أصبح هذا الربط يعتبر من بين الأسس و الفرضيات في النموذج التقليدي لمراقبة التسيير كما سنرى لاحقا. يقول معرفا مراقبة التسيير بأنها عبارة عن " الإجراءات (السياق) الذي يؤثر من خلاله المسيرون على العناصر (الأعضاء) الآخرين داخل التنظيم من أجل تنفيذ (تطبيق) إستراتيجية المنظمة "(Anthony، 1988 ، ص 34).

يعتبر تعريف Anthony من بين التعاريف الأكثر استعمالا، حيث يقسم المراقبة و التخطيط إلى ثلاثة أنواع وفق ثلاثة مستويات: مراقبة الإستراتيجية، مراقبة التسيير و مراقبة التنفيذ. تجدر الإشارة إلى أن مراقبة التسيير عند Anthony تأتي بعد الإستراتيجية إلى جانب التأكيد على مطابقة النتائج للأهداف أي الفعالية Efficacité ، و كذلك الجانب الاقتصادي في استعمال الوسائل أي الكفاءة (الفاعلية) Efficience.

حسب (المنيف)، يمكن تعريف مراقبة التسيير من خلال مفهوم الأداء الذي يعتبر محصلة تفاعل بين الفعالية والكفاءة، حيث يدل مفهوم كفاءة الأداء على " تنفيذ العمل المطلوب بأقل تكلفة و بأقصر وقت و بأقل جهد ممكن "، (المنيف، 1982، ص 198).

كما يعرف كل من (عساف و سلامة) مراقبة التسيير أو الرقابة الإدارية هي " قياس الأداء و تصحيحه من أجل التأكد من أن الأهداف قد تحققت و أن الخطط قد وضعت موضع التنفيذ بالطريق الصحيح "، (عساف و سلامة ،1987، ص 382).

أما (الحبيبي) فيعرف الرقابة بأنها " النشاط الذي تمارسه الإدارة في المنظمة للتأكد من أن العمل فيها يسير وفقا للسياسات و الخطط الموضوعة لتحقيق أهداف المنظمة و الكشف عن الانحرافات و العمل على إصلاحها "، (الحبيبي 1990، ص 231).

تعريفها (الصباب) " أنها مراجعة الأعمال للتأكد من مدى اتفاقها مع الخطة الموضوعة أو هي بعبارة أخرى وظيفة مهمتها التثبت من صحة الاتجاه نحو الهدف و تقويم هذا الاتجاه إذ انحرف عنه "، (الصباب، 1999، ص 125).

في حين يعريف Bouquin مراقبة التسيير وفق ثلاثة محاور (مجالات) للمراقبة و التقييم هي : الاقتصاد، الفعالية ، الكفاءة (الفاعلية). حيث يتمثل الاقتصاد (الوفرة) في الحصول على المواد الضرورية بالتكلفة المناسبة (العادلة)، أما الفعالية فهي تعني القدرة على بلوغ الأهداف المحددة، في حين تتمثل الكفاءة (الفاعلية) في القدرة على تحقيق الأهداف باستخدام الوسائل و استهلاك الموارد المحددة أو المقدرة سلفا. إن هذه النظرة لمراقبة التسيير المبنية على التدرج عبر المراحل و عبر الزمن أصبحت محل مراجعة وانتقاد شديدين (De la Villarmois، 1999، ص 13).

تعتبر هذه التعاريف لمراقبة التسيير " من الجيل الأول " إذا صح التعبير، حيث ركزت في جانب كبير منها على الموارد و طرق استعمالها، مما جعلها محل انتقاد، بحيث أن لا أحد من الباحثين أو المختصين بموضوع مراقبة التسيير إلا و له انتقاد أو تعقيب يصف فيه عدم تماشي و عدم ملائمة، هذه التعاريف مع المهام التي أصبحت تطلع بها مراقبة التسيير و التطورات و الاهتمامات و المقاربات الجديدة مثل المحاسبة على أساس التكلفة، و التسيير من خلال الأنشطة و من خلال السياقات ... الخ. و لذلك فان التعاريف الحديثة لمراقبة التسيير " أي الجيل الثاني " جاءت مركزة على هذا المعنى، فنجد مثلا :

تعريف سيمون (Simons) لمراقبة التسيير على أنها " مجموعة من الإجراءات و السياقات الرسمية مبنية على أساس المعلومات التي يستعملها المدراء (المسيرون)، من أجل الحفاظ و الإبقاء أو من أجل تغيير بعض التشَكُلات (Configurations) لأنشطة المنظمة " (Simons ،1995 ، ص 41). إن هذا التعريف يعتبر حوصلة لعدة دراسات ميدانية قام بها الباحث، حيث قام بتصنيف نظم مراقبة التسيير إلى نوعين، و أن هاذين النوعين موجودين في كل المنظمات الكبيرة و المعقدة و التي تكاد تكون نظم المراقبة فيها متشابهة ، غير أن الاختلاف يكمن في طريقة و كيفية استخدام هذه المنظمات لنظم مراقبة التسيير. و هو ما سنتطرق إليه بالشرح و التوضيح عند معالجة موضوع تطور نظم مراقبة التسيير(نظام مراقبة التسيير التفاعلي و نظام مراقبة التسيير التشخيصي).

أما تعريف بوخمخم جمال الدين، فقد عرف مراقبة التسيير باعتبارها " الإجراءات المطبقة و المعمول بها داخل أي وحدة أو كيان اقتصادي من أجل ضمان تعبئة بكفاءة و بشكل مستمر للطاقة و الموارد من أجل بلوغ الهدف الذي يصبو إليه الكيان "،(بوخمخم ،2000، ص 23). نلاحظ على هذا التعريف أنه يؤكد على الجانب الكمي و لو من المنظور الداخلي للمؤسسة، وهذا يعني أنه أهمل المعطيات الأخرى، كما أنه لم يأخذ بعين الاعتبار المحيط الذي يتواجد فيه الكيان.

أما Burlaud فقد حاول تناول تعريف موضوع مراقبة التسيير من عدة جوانب، حيث يقول بعد أن وصفها سابقا بأنها نظام لضبط (Régulation) التصرفات ثم وجد أن هذا التعريف غير كاف، لان تصرفاتنا يتم مراقبتها بمعنى التحكم فيها من خلال عدة وسائل.

فمثلا في حياته الأسرية فان الإنسان يمكن أن يستعمل بعض أدوات مراقبة التسيير كتقنية الموازنات أو المحاسبة و لكن القواعد المتعلقة باتخاذ القرار فإنها في مجملها أو على الأقل جزء منها يخضع إلى منطق آخر مغاير.

إن مراقبة التسيير هي مراقبة ذات غاية (Contrôle finalisé). هذا يعني أن السلطة التي أوجدتها يجب أن يكون لديها أهداف التي ينبغي أن تبلغها. أي أن تكون لديها رؤية للتطورات على المدى المتوسط و الطويل الأجل و إرادة للتغيير. باختصار فان مراقبة التسيير هي في خدمة الإستراتيجية.

مراقبة التسيير هي عبارة عن لغة تمارس سلطة على من يستعملها لأن " اللغة تتضمن في طياتها رؤية للعالم الذي يتبناه حتما الذين يتكلمون بها". تقوم مراقبة التسيير بتوحيد الانشغالات و التصرفات من خلال الكلمات التي تفرضها. حيث تزداد أهمية مجهود هذا التوحيد كلما زادت المجموعة أهمية ، و تنوعا (تنوع المهن و بالتالي الثقافات) و الاختلاف الجغرافي. (Burlaud 1995 ، ص 4).

يشير Hofstede في استعراضه لشروط مراقبة التسيير قائلا، مع أنها ليست الآلية الوحيدة لمراقبة التصرفات، لأنها في مجملها أو على الأقل في الجزء الموروث عن التيلورية، تفترض اجتماع الشروط الأربعة التالية (Hofstede 1981 ،ص 194):

- خاصية عدم غموض (وضوح) الأهداف؛
- إمكانية قياس النتائج؛
- إمكانية التنبؤ بآثار الأفعال التصحيحية؛
- تكرار النشاط أو على الأقل إمكانية استخلاص النتيجة من التجربة.

أما تعريف (Tannenbaun) الذي ذكره (Bouquin ،2004 ، ص 44) حيث كتب أن تاننبون عرف " المراقبة التنظيمية أنها تعود إلى كل الإجراءات و السياقات التي من خلالها يقوم شخص أو مجموعة من الأشخاص أو منظمة من الأشخاص بتحديد أو التأثير بطريقة مقصودة على ما يجب أن يقوم به أشخاص آخرون ". يرى تاننبون المراقبة كإجراء أو سياق ضروري

للإدارة يرتكز على علاقة بين شخصين (فردين) (أ) و (ب) أو (شخص و مجموعة) أين يجب على (ب) أن يقوم بالعمل حسب ما يريده (أ) . و بالتالي هناك عدة مراحل متوالية في علاقة المراقبة (Tannenbaun ،1964 ، ص 299):

- (أ). يبين و يوضح بشكل رسمي مقصده (أي ما يريده)؛
- (أ) يختار طريقة مناسبة للتأثير على (ب) للقيام بالنشاط المراد؛
- (أ) يبلغ (يعلم) بذلك (ب)؛
- انتقال المعلومات؛
- (ب) يتلقى الاتصال؛
- (ب) يفسر و يترجم محتوى الاتصال؛
- (ب) يقرر ما هو العمل الذي سيقوم به؛
- (ب) يتصرف ، يعمل؛
- (أ) يستعلم عن أفعال ،نشاط (ب)؛
- (أ) يقارن بين ما يريده (ما قصده) و بين فعل (نشاط) (ب).

إن هذا التصور الآلي لمراحل المراقبة يبين التأثر الكبير بإجراءات السبرنية (Cybernétique)، مقتصرا على تحديد العلاقات بين بعض الفاعلين و مهملا علاقتهم مع البيئة و المحيط.

لتعريف مراقبة التسيير قام جرفي (Gervais) باستعمال نفس الإطار التصوري الذي ارتكز عليه انتوني (Anthony)، حيث عرف مراقبة التسيير على أنها " نظام للتخطيط و المراقبة، والذي بدوره ما هو إلا جزء من نظام أعم و أشمل، و هو نظام الإعلام داخل المنظمة " إلى جانب ذلك فان المؤلف يقترح قائمة من ستة عناصر يتكون منها النظام (التخطيط، التنسيق، الاتصال، التقييم و اتخاذ القرار، التحفيز على العمل،معالجة المعلومات) (Gervais 1990 ، ص 3).

إضافة إلى التعريف السابق الوارد في الصحة 14 فان تعرف Bouquin لمراقبة التسيير جاء ليوضح أن مراقبة التسيير أصبحت تطلع بعدة مهام و ادوار التي لم تكن تقوم بها من خلال التعاريف الكلاسيكية. مراقبة التسيير بالنسبة لبوكين (Bouquin) عبارة عن " مجموعة من

الإجراءات (سياقات) التي تهدف إلى توجيه سلوكيات و تصرفات الفاعلين من أجل ربط الاستراتيجي بالتشغيلي، و ذلك من خلال نمذجة العلاقة بين مختلف أصناف (فئات) الموارد المجمعة و بين الغايات التي تسمح بتحقيقها "(Bouquin 1996 ، ص 18). من خلال التعريف يمكن أن نقف بسهولة على الأهداف التي أصبحت موكلة إلى مراقبة التسيير و التي يمكن إجمالها في ثلاث مهام، التي سنتطرق لها بنوع من التفصيل أثناء تناولنا موضوع مهام و أهداف مراقبة التسيير.

كما عرف (Lowe) كذكور عند (Bouquin 2005 ، ص 6) مراقبة التسيير من خلال تعريف نظام مراقبة التسيير بأنه " عبارة عن نظام للبحث و لتنظيم المعلومات، المحاسبة، و التغذية العكسية، و هو مصمم لضمان تأقلم المؤسسة مع التغيرات الهامة في البيئة (المحيط) و أن تكون تصرفات عمالها مقاسة (مقيمة) على مجموعة من معايير تعكس أهداف تشغيلية جزئية(متوافقة مع الأهداف العامة)، بحيث أن الفرق بين الاثنين يمكن شرحه و تصحيحه " (Lowe 1971 ، ص 5).

يعريف المخطط المحاسبي الفرنسي العام مراقبة التسيير بأنها " مجموعة التدابير المتخذة لتزويد المدراء (المسيرين) و مختلف المسؤولين بالمعطيات العددية بشكل دوري لتصف بذلك سير عمل المؤسسة. و مقارنة هذه المعطيات مع المعطيات السابقة كما تحث المسؤولين في الوقت المناسب على اتخاذ قرارات تصحيحية مناسبة"،(De La villarmois، 1999 ،ص121).

نلاحظ أن هذا التعريف أكد على الطابع الميكانيكي في تطبيق إجراءات الضبط، و بما أن هذا التعريف لم يتطرق إلى الأهداف فهذا يعني أنه يفترض بأنها محددة مسبقا و واضحة و نهائية. إلى جانب أن هذا التعريف قد أغفل موضوع الإستراتيجية و كذلك الطابع التأكيدي غير الاحتمالي.

هناك من المؤلفين (منصور 1999، ص 258) من ينظر إلى مفهوم مراقبة التسيير (الرقابة الإدارية) من خلال ثلاثة اتجاهات فكرية:

- يمثل الاتجاه الأول النظرة الكلاسيكية لمفهوم المراقبة من أنه عبارة عن عملية تفتيش، و تهديد لأفراد التنظيم ضد مرتكبي المخالفات؛
- بينما يمثل الاتجاه الثاني أصحاب الفكر السلوكي، حيث يرى هؤلاء أن المراقبة ما هي إلا القدرة على التأثير في سلوك الأفراد و الجماعات نحو تحقيق النتائج المرجوة؛

- أما الاتجاه الثالث فهو الاتجاه العملي، أو التطبيقي حيث يتم التركيز على النواحي التطبيقية للمراقبة من خلال:
  - الاهتمام بوضع المعايير؛
  - قياس الأداء؛
  - مقارنته بالمعايير؛
  - تصحيح الفرق بين النتائج الفعلية و الخطط الموضوعة.

ثانيا: التعريف الإجرائي

إن استعراض مختلف التعاريف السابقة سواء من الجيل الأول أو الثاني أظهرت أنها تركز على عنصر ما دون عنصر آخر مما أدى بنا إلى اعتماد تعريف إجرائي حولنا فيه الأخذ بعين الاعتبار كل العناصر التي يمكن أن تدخل ضمن التعرف، و التي تخدم موضوعنا، إن مراقبة التسيير عبارة عن **" مجموعة من الإجراءات والسياقات التي يعدها و يستعملها المسيرون اعتمادا على شبكة من المعلومات من أجل المشاركة في إعداد الأهداف الإستراتيجية للمؤسسة، ثم العمل على تجسيدها من خلال استعمال الموارد بفعالية و كفاءة في شكل خطط وموازنات تقديرية، منتهية بتحديد الانحرافات عن المقدر وتصحيحها من خلال الإجراءات والتوجيهات التصحيحية الضرورية ".**

I .2.2 مراحل النموذج التقليدي

نميز عادة بين ثلاث مراحل لمراقبة التسيير في النموذج الكلاسيكي متمثلة في ثلاثة نظم جزئية هي: مرحلة تحديد الغايات و الأهداف (تكون قبل الفعل)، ثم تليها مرحلة القيادة (تكون أثناء الفعل) و تنتهي عملية المراقبة بمرحلة التقييم (التي تكون بعد الفعل). إن هذا التقسيم الذي يرجع في أساسه إلى انتوني (Anthony) سنة 1965، يسمح بتحديد و بشكل واضح دور مراقبة التسيير ، حيث يؤكد ذلك (Bouquin) فيقول " تستند مراقبة التسيير في النموذج الكلاسيكي على قيادة في البداية و النهاية، أي على مستوى (الأهداف – الوسائل). و ذلك بفضل تفويض بالقيادة سمح به التحديد المسبق للأهداف المراد بلوغها و كذلك الوسائل المخصصة لهذا الغرض، و كذلك بفضل قياس النتائج المتحصل عليها في مواعيد محددة" (Bouquin ،2005، ص 62).

أولا : مراحل النموذج التقليدي لمراقبة التسيير حسب التسلسل الزمني

(أ) مرحلة تحديد الأهداف

تعتبر هذه المرحلة أولى مراحل مراقبة التسيير في الترتيب الزمني، و تتمثل في:

- تحديد أهداف المنظمة؛
- تحديد الموارد الضرورية لبلوغ تلك الأهداف؛
- تحديد السياسات التي ستطبق في الحصول على الموارد؛
- تحديد السياسات التي تبين كيفية استغلال الموارد، و كيفية التنازل عنها بين مختلف الوحدات.

تعتبر هذه المرحلة هي الأول – كما تم الإشارة إليه – في الترتيب، حيث أن هذا التقسيم لمراحل المراقبة يوصف بأنه ترتيب حسب الزمن، وهو يقترب كثيرا من ترتيب مراحل مراقبة التسيير تبعا لمن يقوم بها، تجدر الإشارة إلى أهمية التفريق بين الأهداف والغايات، فالأهداف هي ما تصبوا إليه المؤسسة كمقياس كيفي أساسا حتى تؤدي دورها وسياستها مثل تحقيق رقم أعمال بحجم مقبول (مرضٍ). أما الغايات فهي عادة محددة بأرقام وكمية، وتعبر عن الترجمة الواقعية للأهداف مثل تحقيق قيمة معينة من رقم الأعمال كزيادة 20 % مثلا. (دادي عدون، 2008 ، ص 321)

تعد مرحلة تحديد الأهداف مرحلة سابقة للفعل (النشاط) والتي تسمح بترجمة مهام وأهداف المنظمة إلى غايات رقمية (عددية) وذلك على مدى زمني محدد. وهو نفس ما ذهب إليه (Bouquin 2004) حيث يقول " يرافق هذا التحديد للأهداف تحديد و تعيين للوسائل اللازمة للنجاح، وكذلك يرافقها تحديد لأدوار مختلف المتدخلين، إلى جانب تحديد للمعايير والمقاييس التي ستستعمل في تقييم جودة النتائج المتحصل عليها " من المؤلفين من يستعمل عبارة الأهداف والتي تعتبر أشمل من الغايات للتعبير عن هذه المرحلة، وتعد هذه الخطوة في تحديد الغايات و الأهداف مهمة جدا و حساسة في نفس الوقت إذ أنها تُعِد و تُمهد لوظيفة مراقبة التسيير و بالتالي فهي ليست سابقة فقط بل وضرورية " . إذ أنه لا يمكن لمراقبة التسيير أن تجد مكانها إلا في منظمات ذات أهداف محددة، أي بعبارة أخرى في منظمات لها أهداف إستراتيجية يتم تفصيلها الى مخططات متعددة السنوات ثم يتم تفصيل هذه الأخيرة إلى أهداف التشغيلية " (Burlaud & Simons ، 2006).

(ب) مرحلة قيادة الفعل (الملاحة)

تأتي هذه المرحلة كخطوة منطقية لتقود نشاط المنظمة، هناك من المؤلفين من يشبه هذه المرحلة بعمل الملاحة حيث أن الربان يبحر بسفينته التي يقودها من ميناء إلى آخر. تتمثل هذه المرحلة في القيادة (Pilotage) " أي في تنظيم المتابعة لسير العمل، و القيام بالتنبؤ و مباشرة الأفعال التصحيحية استجابة لانحرافات التي قد تحدث، وذلك من أجل الوصول إلى الأهداف المحددة مسبقا. و هذا يتطلب أن تتوفر القدرة على الوقوف على المحقق (الداخلي و الخارجي)، و كذلك القدرة على التنبؤ بالمستقبل القريب من أجل تقييم حظوظ المنظمة في إمكانية احترام الأهداف المسطرة آنفا. و من أجل تحديد الإجراءات و الأفعال التصحيحية المناسبة، و كذلك من أجل تخصيص ادوار المتدخلين في تطبيق هذه الإجراءات و الأفعال " (Bouquin ،2005، ص 83).

(ج) مرحلة التقييم (القياس)

تبدأ هذه المرحلة بعد انتهاء الفعل (النشاط أو العمل) المخطط، و يتعلق الأمر هنا بقياس النتائج بهدف محاسبة المسئولين عن أهدافهم التسييرية، عادة يتم في هذه المرحلة قياس نتائج المنظمة و أدائها و تتوقف أهمية هذه المرحلة على قدرتها على استيعاب خاصية تعدد أبعاد الأداء.

تقوم الإدارة في نهاية الفترة المحددة بالحكم على النتائج المحققة، و هناك ثلاثة مجالات للتقييم (Bouquin 1986، 1994) و تتمثل في:

- الوفرة (الاقتصاد) و يقصد به الحصول على الموارد الضرورية بأقل تكلفة ممكنة (Economie). تعتبر اقتصادية كل عملية حصول على موارد التي تتوفر فيها التالي:
  - أقل تكلفة ممكنة؛
  - كمية و جودة مطابقتان للمعايير المحددة؛
  - في الوقت و المكان المناسبين؛
  - الوفرة أو الاقتصاد يمس اقتناء الموارد؛
  - أما الكفاءة (الفاعلية) فتخص تحويل هذه الموارد.
- الفعالية و المراد بها التمكن من تحقيق الأهداف المحددة (أي القدرة على بلوغ

الأهداف المقدرة) Efficacité.

- تدل الفعالية على الحد الذي بلغه تحقيق الهدف،
- لا علاقة للفعالية بالتكاليف.

– الكفاءة (الفاعلية) و هي تعظيم الكميات المتحصل عليها من المنتجات أو الخدمات من خلال كمية محددة من الموارد(Efficience)، مثل:

- المردودية : نسبة الأرباح على الأموال المستثمرة،
- الإنتاجية : نسبة حجم الإنتاج المتحصل عليه إلى الحجم المستهلك.

ثانيا : مراحل النموذج التقليدي لمراقبة التسيير حسب التسلسل الهرمي

هناك من المؤلفين من يضيف هذا النوع من التقسيم لنموذج المراقبة داخل التنظيم حيث يراعى في معيار التقسيم هذه المرة التسلسل الهرمي لمن يقوم بعملية المراقبة بدلا من التسلسل الزمني الذي سبق ذكره، إذ أن استعمال هذا المعيار في التقسيم يعني تتبع المراحل تبعا لمن يقوم بها (الشخص أو المسئول)، لقد أدى تقسيم الفعل على هذا الأساس إلى وجود ثلاث مراحل هي:

(أ) مرحلة تحديد الأهداف

و هي تتشابه إلى حد كبير مع المرحلة الأولى من التقسيم حسب التسلسل الزمني، فهي تتمثل في تحديد الأهداف و الوسائل و الأدوار كما قد سبق ذكره، و الجديد في هذه المرحلة أنها من اختصاص الإدارة العليا ولا يقوم بذلك من هم دون هذا المستوى رتبة. و هو ما يعرف بالترتيب الهرمي، حيث يؤكد نموذج (Sloan-Brown) أن هذه المرحلة هي من مهام و اختصاص الإدارة العامة بامتياز .

(ب) مرحلة مراقبة التسيير

يتم في هذه المرحلة القيام بنفس المهام و العمليات التي يتم القيام بها في نفس المرحلة من التقسيم الزمني غير أن الاختلاف يكمن في من يقوم بهذه الخطوة، حيث أن هذه الخطوة توكل إلى مراقبو التسيير، و الذين يؤدون أدوارا متعددة و مختلفة، و بصفة عامة يقصد بهم الإدارة الوسطى من مسيرين و إطارات الإدارة.

(ج) مرحلة المراقبة التشغيلية

و هي تخص المهام المتكررة و المبرمجة و تلك التي لا تعتبر جزء من عملية التسيير،

إن تنظيم تسيير هذه العمليات و المهام من قبل المراقبة التشغيلية (العملياتية)، من شانه أن يسمح بضمان أن هذه المهام سيتم انجازها بكفاءة و فعالية.

يوكل بهذا النوع من المهام إلى المراقبين التشغيليين لأن هذه المهام و العمليات مبنية على إجراءات و سياقات محددة و روتينية و كثيرا ما تكون أوتوماتيكية. مما يسمح بتعظيم الحاصل من هذه المهام و الأنشطة، تجدر الإشارة إلى أن كون الذين يقومون بهذا النوع من المراقبة هم المراقبون التشغيليون فإنهم يعتبرون الطرف النقيض من حيث من يقوم بالمراقبة مقارنة مع الإدارة العليا.(De la Villarmois ،1999، ص 12).

الشكل رقم 1 : العلاقة بين مختلف عناصر عملية التقييم.

	الإستراتيجية	التسيير	مهام متكررة روتينية
تحديد الأهداف	• اختيار العروض و الموارد • تنظيم سلسلة القيمة	• مهام سياقات و مراكز المسؤولية في سلسلة القيمة • خطة العمليات • الموازنات	• تحديد مهام الأفعال المتكررة في سلسلة القيمة • تنظيم هذه الأفعال
القيادة (الملاحة)	متابعة: • الفرضيات • التنفيذ	• المتابعة و التوقع • إجراءات تصحيحية	• متابعة بالاستثناء لسير العمليات
التقييم ألبعدي	تقييم : • مدي نجاح الاستراتيجي • مدي بقائها و دوامها	• قياس الأداء • الثواب أو العقاب	• تقرير دوري بالأحداث الطارئة
	مراقبة إستراتيجية	**مراقبة التسيير**	**مراقبة تشغيلية**

المصدر : Bouquin H. (2001), Contrôle de gestion, Presses Universitaires de France, Paris, France.

I .2. 3 دور و مهام مراقبة التسيير

أولا : أدوار مراقب التسيير

هناك العديد من الأدوار التي تسند إلى مراقب التسيير، و يتوقف ذلك على هيكل المنظمة و نوع نظام التسيير المتبع، إلى جانب موضوع المؤسسة. كما تجدر الإشارة إلى أن الأدوار التي يقوم بها مراقب التسيير قد تطورت منذ النظرة التقليدية لما كان موكلا إليه.

(أ) من المنظور التقليدي

يقوم مراقب التسيير في النظرة التقليدية، أي في بداية ظهور و انتشار النموذج التقليدي أين كانت العمليات بسيطة و المعلومات متوفرة و تخص عملية الإنتاج بشكل أساسي كما كان الحال في المؤسسات الصناعية حينها، حيث كان دور مراقبة التسيير يتمثل في ممارسة التحقيق (بمعنى التأكد، La vérification) و التدقيق المحاسبي (بمعنى La conformité) و كذلك الرقابة على التسيير، في هذه الحالة فان الأدوار الموكلة لمراقب التسيير هي كالتالي:

- بلورة و تصميم نظام المعلومات؛
- المساهمة في تصميم هيكل المؤسسة على أساس لامركزية فعلية للسلطة؛
- العمل على التشغيل الفعلي لنظام المعلومات؛
- القيام بالتحليل الاقتصادي بهدف تحسين مردودية المؤسسة؛
- ترجمة الاقتراحات المترتبة عن التحليل إلى أهداف، و ذلك بعد تبنيها من قبل الإدارة العامة.

و بعبارة أخرى فان هذه الأدوار تتجسد في:

- إنشاء خطط على المدى الطويل و كذلك الموازنات؛
- المساهمة في اختيار أساليب و طرق التنبؤ؛
- إنشاء و إيجاد التنسيق بين سياقات الموازنات؛
- العمل على أن تحترم الآجال؛
- تحليل النتائج؛
- اقتراح إجراءات تصحيحية.

(ب) من المنظور الحديث لمراقبة التسيير

أخذت أدوار مراقبة التسيير تتطور في المنظور المتجدد أي قيادة الأداء التنظيمي، فأصبحت ادوار مراقبة التسيير تتجه أكثر فأكثر إلى تقديم الاستشارة، فزيادة على المساهمة في التخطيط المالي، و تقييم النتائج، و إنتاج المعلومات المالية، و جمع المعلومات و تسجيل المعطيات، فإنه يرجع لمراقب التسيير أن يقدم الاستشارة و يطور الأدوات الجديدة للتسيير كالتالي:

- التسيير من خلال السياقات؛
- التسيير بواسطة الأنشطة؛
- الهندرة التنظيمية؛
- التعّلُم التنظيمي؛
- الجودة الشاملة،... الخ.

كما يسهر على التناسق و التناغم بين مختلف الطرق، فهو يضمن الأفعال التي تم الالتزام بها، ويقوم كذلك بالإشراف على الموازنات و تحليل و وصف الانسجام في الأرقام المقدمة، مع ضمان احترام التوجيهات المحددة. كما يقوم بتفسير كيفية تشكل النتيجة من خلال تحليل التكاليف، و كيفية تقلب الهامش. وهو يعتبر أيضا كمساعد طيار (copilote). فهو يقوم بإنشاء أدوات القيادة (الملاحة) التي تسمح للمسيرين التشغيليين من متابعة أنشطتهم و أدائهم.

ثانيا : مهام مراقبة التسيير

يمكن إجمال مهام مراقبة التسيير في :

(أ) المساعدة على القيادة الإستراتيجية و العملياتية، و على اتخاذ القرار، من خلال:

- تحديد الأهداف و مؤشرات الأداء للبرامج و ضمان إبرازها و إخراجها في شكلها العملياتي؛
- تنظيم الحوار التسييري حول البحث عن الأداء (الوسائل، الأهداف، النتائج) و المساهمة في سياقات إعداد الموازنات (في مختلف مراحلها: الإنشاء، التنفيذ، الموازنة و التقييم)؛

- إخراج تقارير التسيير و لوحات القيادة، من خلال المعطيات التي جمعها عن طريق نظام المعلومات من مختلف مصالح التسيير، من أجل المساعدة على اتخاذ القرار و المساهمة في كفاءة و فعالية سياقات التسيير.

(ب) ضمان تقييم وقياس الأنشطة، المنتجات، التكاليف و النتائج:

- تحديد مدونة المصطلحات (القوائم الاسمية) للأنشطة و للمنتجات؛
- قياس الأنشطة، المنتجات، التكاليف، و النتائج؛
- تحديد و تطبيق لطرق المقارنة بين الوحدات و كذلك طرق المعايرة؛
- تطوير أدوات التبرير (الدفاع عن) للبرامج و الأنشطة.

(ج) تنظيم و تنشيط وظيفة مراقبة التسيير:

- وضع هيكل للوظيفة، تحديد أدوات و إجراءات مراقبة التسيير، إلى جانب تزويدها بالوثائق اللازمة؛
- ضمان التحكم في دقة أنظمة المعلومات الضرورية لمراقبة التسيير(جمع المعلومات الأولية، التجميع من الوحدات، التحليل ...)؛
- إشاعة الممارسات الحسنة و جعلها متبادلة (اجتماعات، ملتقيات ...)؛
- تحديد مواصفات المنصب و المؤهلات المرجعية المرتبطة بمراقبة التسيير، قيادة التغيير حول تطبيق و تنفيذ هذه الوظيفة ؛
- تحديد احتياجات التكوين فيما يخص مراقبة التسيير و المصادقة على المحتوى البيداغوجي للتربصات المقترحة؛
- التحديد و التحديث المنتظم للوثائق المستعملة في مراقبة التسيير؛
- تنشيط الشبكات الداخلية لمراقبة التسيير(الإدارة المركزية، المصالح، التشغيلي)؛
- الإعلام و التبليغ حول مراقبة التسيير (من خلال نشر و بث المعلومات من و إلى مختلف المعنيين).

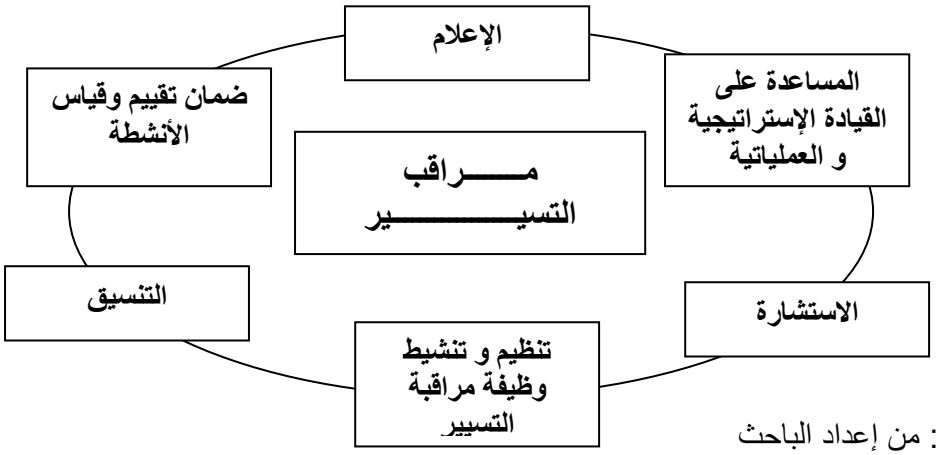
هناك من المؤلفين من يضيف إلى تلك المهام السالفة الذكر ثلاثة مهام أخرى، حيث تزيد هذه الأخيرة من نطاق تدخل مراقب التسيير سواء على المستوى الأفقي أو العمودي. كما نلاحظ

إن هذه الأدوار الثلاثة تعطي مراقبة التسيير مكانة تبتعد بها عن الجانب التشغيلي لتلتصق أكثر بمهام الإدارة العليا للمؤسسة. يمكن جمع هذه الأدوار فيما يلي:

- مراقب التسيير كمرشد (استشاري)؛
- مراقب التسيير يقوم بالإعلام و التبليغ؛
- مراقب التسيير يقوم بعملية التنسيق؛
- مراقب التسيير كمنشط.

بصفة عامة يمكن حصر مهام مراقبة التسيير فيما قد يقوم بها مراقب التسيير مجتمعة أو قد يسند إليه القيام بواحدة منها فقط و يتوقف ذلك على عدة عوامل (مثل هيكل المؤسسة وكذلك الحجم و موضوع النشاط...)، بالتالي فإنه يمكن جمع مهام مراقب التسيير في ما يلي:

الشكل رقم 2 : مهام مراقب التسيير



المصدر: من إعداد الباحث

إن تنوع الأدوار و المهام التي يقوم بها مراقب التسيير و على الرغم من أهميتها و دقتها و شموليتها في الكثير من الأحيان، إلا أنها لا تعني أن مراقب التسيير يمكنه القيام بعملية الإدارة، أي القيام بما يقوم به المدير (Le Manager)، فمراقب التسيير لا يقوم باتخاذ القرار بدلا عن المدير المعني. فعمل مراقب التسيير يتمثل ببساطة و بكل وضوح في مساعدة المدير في مهمته وذلك من خلال تصرف مراقب التسيير كمستشار (Conseiller)، يساعد المدير في:

- اتخاذ القرارات الصحيحة؛

- توجيه التصرفات (السلوكيات)؛
- وضع الإستراتيجية.

كما يرى بيرلون (Berland) أن مراقبة التسيير هي من مهام المدير و الذي يساعده في ذلك محترف في التسيير : أي مراقب تسيير. و عليه فان القيام بمراقبة التسيير هي فعل إداري و بالتالي يتنافس في ذلك مراقب التسيير مع كل الأجهزة الإدارية(Berland ،2009،ص 7).

ثالثا : علاقة مهام مراقب التسيير بهيكل المؤسسة

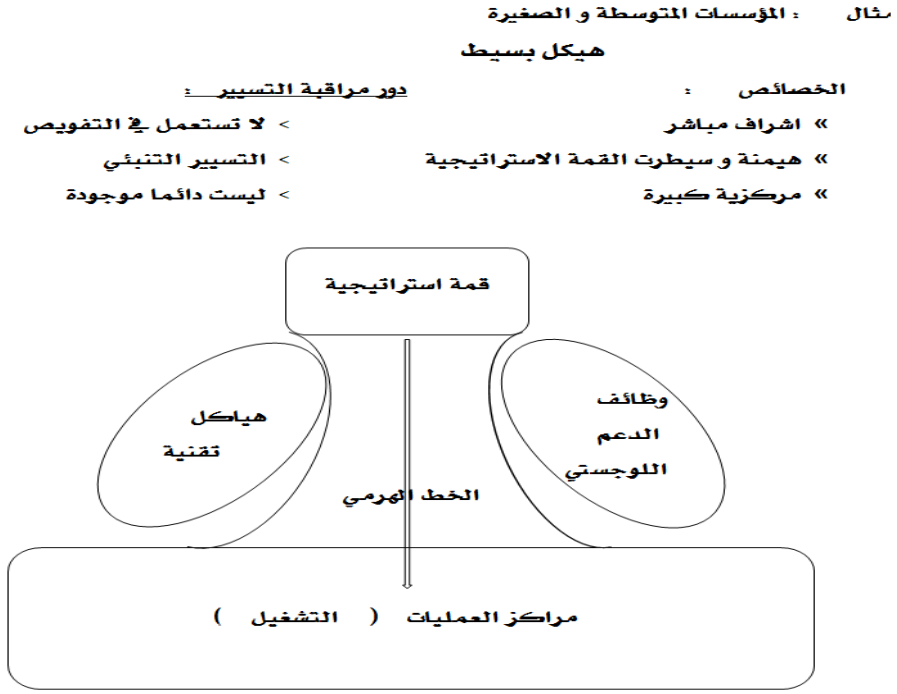
كما ذكرنا سابقا فإن الاختلاف في المهام التي يقوم بها مراقب التسيير تتباين من مؤسسة إلى أخرى. وهو ما يمكن الوقوف عليه من خلال تحليل (Mintzberg) سنة 1982 ، حيث ميّز بين خمسة مكونات لوصف المنظمة [...] وان مراقب التسيير ينتمي إلى الهياكل التقنية، حيث تناط به مهام معينة حسب كل تَشَكُل (configuration).

و عليه يمكن إظهار دور مراقب التسيير في كل حالة من حالات تَشَكُلاَت (Configurations) المنظمة، و استعراض ما يقوم به من مهام، حيث نجد أن هذه الأدوار تتوقف و بشكل أساسي على نوع التَشَكُل كما يتضح من الآتي :

(أ) بنية أو هيكل بسيط

في مثل هذا النوع من التَشَكُلاَت ، ليس لمراقب التسيير دور مهم جدا. حيث أن الإدارة ليست بحاجة إليه، سواء لمعرفة نتائج المنظمة أو لقيادتها. يُمَكِنُهُ الإشراف المباشر من معرفة كل شيء و عليه أن يتدبر أمره بمفرده. في أحسن الأحوال، يوكل لمراقب التسيير مهمة التنبؤ بالنشاط.

الشكل رقم : 3 الهيكل (البنية) البسيط



المصدر : Berland N. (2009), Mesurer et piloter la performance, e-book www.management.free.fr consulté le : 02/01/2012. p 26.

(ب) البيروقراطية الميكانيكية الآلية

في مثل هذا النوع من التَشَكُلاَت فان المؤسسة تنسق أنشطتها من خلال التنميط الشديد لطرق (لإجراءات) العمل مثل (خط تركيب السيارات، احترام معايير ISO ، التقيد الدقيق بكتاب الإجراءات، احترام و إتباع القواعد الإدارية)، و هو النموذج الأكثر شيوعا للمؤسسات أو الإدارات. و هي نابعة مباشرة من المؤسسات التايلورية و من البيروقراطية الويبرية، و على هذا الأساس فإن لمراقب التسيير مهمتان:

- توقع (تنبؤ) بما هو سهل من خلال ثبات سياقات العمل.
- فحص (التأكد من) المطابقة الاقتصادية لأفعال التشغيليين (العمليتية) من أجل ضبط النشاط.

هذا ما يعرف بمراقبة التسيير " التفحصية Vérification " .

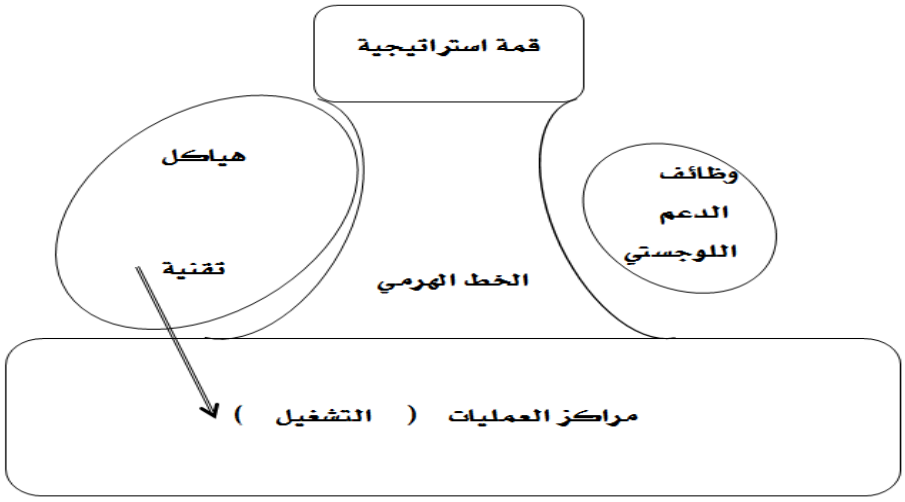
الشكل رقم 4 : هيكل البيروقراطية الميكانيكية الآلية

مثال: مؤسسات متوسطة ، ادارة

بيروقراطية ميكانيكية

الخصائص:
- » عمليات معيارية (قياسية)
- » هيمنة و سيطرت الهياكل التقنية
- » لا مركزية غير ضرورية

دور مراقبة التسيير :
- < تسيير تنبئي
- < التاكد من المطابقة
- < مهمشة و تكنوقراطية



المصدر : Berland N. (2009), Mesurer et piloter la performance, e-book www.management.free.fr consulté le : 02/01/2012. p 27.

(ج) بيروقراطية محترفة (مهنية)

لا تحظى مراقبة التسيير بالكثير من المشروعية في مثل هذا النوع من التَشَكُلاَت ، حيث أن جزء كبير من النشاط يقع خارج فهم و استيعاب المراقب، ما الذي يمكن أن يقوله مراقب التسيير لطبيب؟. إذ يمكن للمراقب أن يستخدمه (يمكنه ان يستخدم الطبيب) بشكل فعال لكنه يبقى دائما مرتبط بمهنة يصعب عليه استيعاب نشاطها (كالطب مثلا). في هذه الحالة مراقب التسيير مرتبط (متوقف) تماما بالنواة التشغيلية.

الشكل رقم 5 : هيكل بيروقراطية محترفة (مهنية)

مثال: جامعات ، مستشفيات

بيروقراطية مهنية

الخصائص:

» مؤهلات معيارية (قياسية)

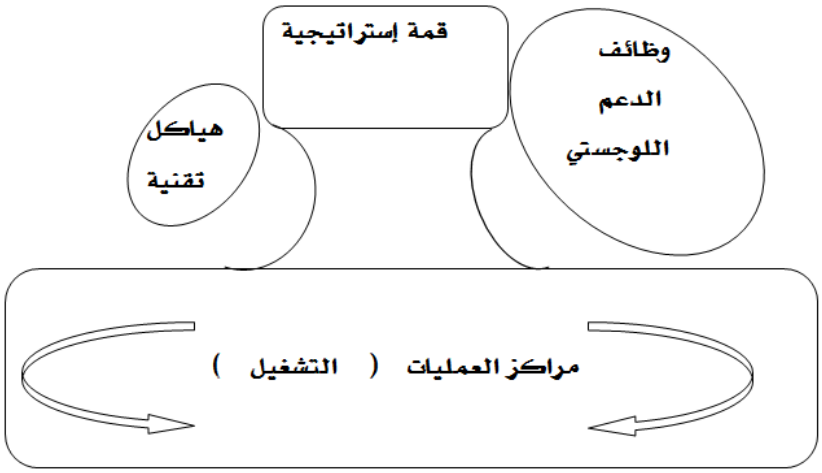
» هيمنة و سيطرت العملي (التشغيليين)

» لا مركزية قوية

دور مراقبة التسيير :

> دور محدود للتنشيط

> مشكل الشرعية

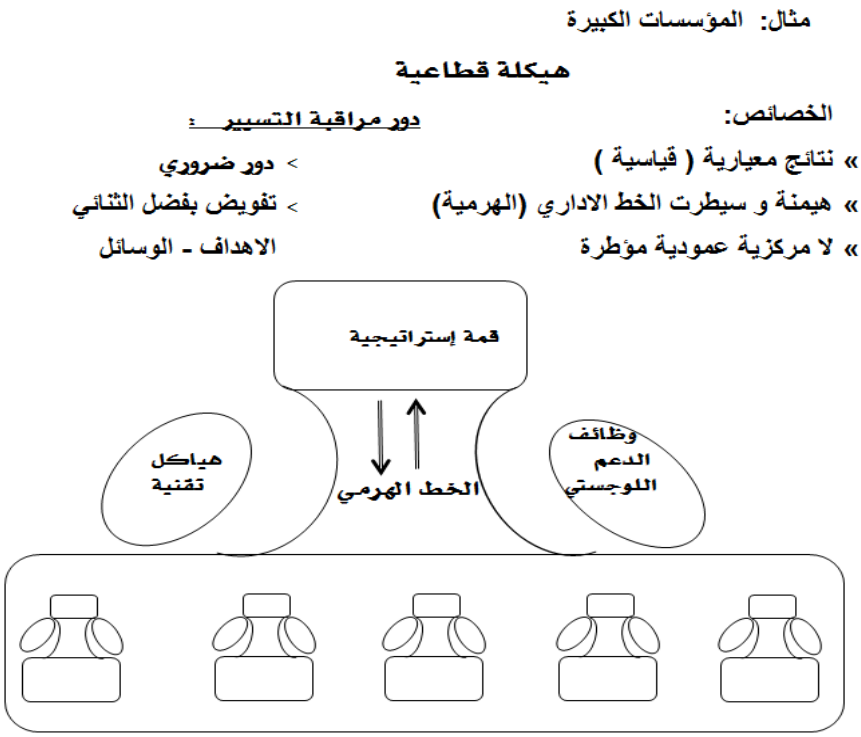


المصدر : Berland N. (2009), Mesurer et piloter la performance, e-book www.management.free.fr consulté le : 02/01/2012. p 28.

(د) بنية أو هيكل قطاعي (وحدات)

عادة تكون مراقبة التسيير فيها ذات طابع مالي و اقتصادي. أين يكلف المراقب بمساعدة وسط الهرم الإداري على التوقع (التنبؤ)، و تخصيص الموارد و مراقبة النتائج . يساعد في اختيار الزوج (المنتوج – السوق) ذو المنفعة لتطوير المؤسسة. هذا ما يعرف بمراقبة التسيير في المؤسسات العصرية الكبيرة.

الشكل رقم 6 : بنية أو هيكل قطاعي (وحدات)



المصدر : Berland N. (2009), Mesurer et piloter la performance, e-book www.management.free.fr consulté le : 02/01/2012. p 29.

(هـ) بنية أو هيكل مؤقت (غرضية)

تعتبر مراقبة التسيير بعدا مهما في مثل هذا النوع من المنظمات، حتى و إن كانت متوقفة بالنواة التشغيلية و بوظائف الدعم، على غرار تَشَكُّل البيروقراطية الاحترافية(المهنية).

تستخدم مراقبة التسيير في تتبع مردودية المشاريع الكبيرة. كما تتعرض لبعض الصعوبات بسبب تعقد العمليات و من إعادة التنظيم الملحة و المستمرة.

الشكل رقم 7 : بنية أو هيكل مؤقت (الغرضية)

مثال: المؤسسات التي عل شكل مشاريع ، المجالس

هيكلة غرضيه

الخصائص:

» نتائج معيارية (قياسية)

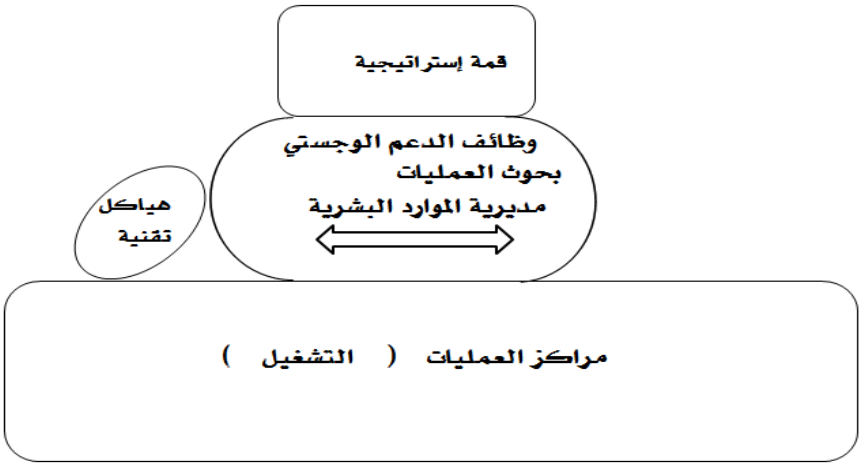
» هيمنة و سيطرت وظائف الدعم الوجستي

» لا مركزية على أساس المشاريع

دور مراقبة التسيير :

> دور مهم

> تفويض و متابعة المشاريع



المصدر : Berland N. (2009), Mesurer et piloter la performance, e-book www.management.free.fr consulté le : 02/01/2012. p 29.

I .3 ضرورة تجاوز النموذج التقليدي إلى أدوات و مهام جديدة

تواجه مراقبة التسيير عدة تحديات و صعوبات، مثلها في ذلك مثل أي تقنية أو طريقة من الطرق في التسيير. يعاني النموذج التقليدي لمراقبة التسيير عدة مشاكل على مستوى الأدوات و قبل ذلك على مستوى الأسس و الفرضيات التي بني عليها. ينتج على هذا كله ان أي تطوير لهذا النموذج يجب أن يراعي أسباب و مكمن العجز في نموذج مراقبة التسيير التقليدي و يأخذه بعين الاعتبار.

I .3 .1 الحدود التقنية لنموذج مراقبة التسيير

ينظر المؤلفون و الممارسون بصفة عامة، إلى مراقبة التسيير في الوقت الحاضر على أنها عبارة عن نظام يضبط التصرفات في المنظمات التي تمارس مختلف أنواع النشاطات الصناعية و التجارية و كذلك الخدمية. بالتالي فهي تتجاوز بشكل واسع مجال قدرات و إمكانيات مراقب التسيير، مما يترتب عليه إلزامية تدخل إدارة الموارد البشرية التي لها النسبة الكبرى من القيمة المضافة و التي تتمثل في تعبئة الإفراد من أجل تحقيق أهداف محددة.

كما تقترب مراقبة التسيير من الوظيفة التنظيمية حيث أنها تهتم بتقسيم المؤسسة ، و مثلها في ذلك مثل وظيفة الإدارة العامة عندما تباشر استراتيجياتها حيث أن كليهما تحتاج إلى معلومات خاصة لتلبي احتياجاتها، كما تفترض مراقبة التسيير التزاما قويا من قبل الإدارة العامة و تعاون كل مصالح المؤسسة.

تقوم مراقبة التسيير على نمذجة المؤسسة. في حين أن كل عملية نمذجة هي عبارة عن عملية اختزال للعديد من الجوانب و الأبعاد، زيادة على ذلك فان الأداة التي تستعمل في الملاحظة لا تكون دائما حيادية. ليس فقط لأنها لا تسمح باكتشاف كل أبعاد الواقع، بل لأنها تنتج شكلا من المعرفة، يؤدي إلى نوع معين من الأفعال (التصرفات). يجب على الفاعلين أن يأخذوا بعين الاعتبار للتحريفات المترتبة عن النموذج من أجل تصحيحها أو التخفيف من أثارها.

كما أن مراقبة التسيير غير قادرة على أن تقوم بتعبئة كل أشكال الموارد البشرية. ويرجع سبب ذلك لكون مراقبة التسيير ورثت بشكل واسع من محدودية النموذج المحاسبي الذي يوصف بذلك. فإذا كان يسمح بإظهار التغيرات على المدى الطويل (فيما يخص مستوى النشاط أو على مستوى تصميم المنتوج، مثلا) فإنه من جهة أخرى، غير قادر على إعطائنا أدنى فكرة على التغيرات الجذرية التي يمكن أن تحدث. إن هذا القيد لا يكون عائقا مهما خاصة عند القيام بالتقديرات على المدى القصير، لكنه يجعل من هذه الأداة غير ملائمة و أحيانا قاصرة على القيام

بالاستكمال الوضع على المدى الطويل الأجل، مما يستدعي اللجوء إلى التحليل الاستراتيجي. إن نموذج مراقبة التسيير التقليدي يفضل التعامل مع المعطيات الكمية، سواء كانت مادية أو مالية.

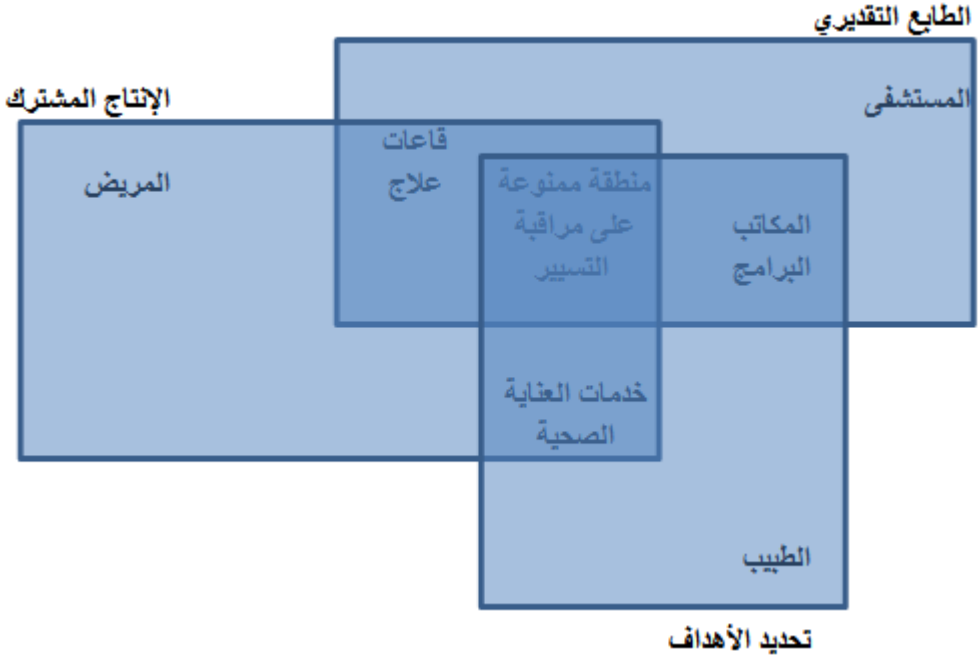
كون الأداء له عدة أبعاد – انظر الفصل الثامن - ، فان ذلك يجعل النموذج التقليدي لمراقبة التسيير يواجه صعوبات و ربما حتى إخفاقات فيما يخص تحديد مؤشر واحد (تركيبي) يكون جامع، بالرغم من أن مراقبة التسيير تستعمل العديد من المؤشرات في لوحات القيادة.

و ما يعتبر عملية سهلة بالنسبة لحساب المعدل العام لنقاط طالب ما، من خلال المعاملات الترجيحية، فإنه بالنسبة للمؤسسة يعتبر عملية بالغة الحساسية. فمثلا في حالة ما إذا أرادت المؤسسة أن توازن بين أداء تجاري سيء و أداء مالي جيد، فان التساؤل هو، على أي قاعدة يمكن التعويض بينهما؟، و يزداد أمر التعويض بينهما صعوبة خاصة من خلال محاولة الضبط السبرنية التي تتميز بخاصية عدم قابليتها للتكيف (عدم التأقلم)، حيث أن السبرنية بدلا من تقليل الفارق، فإنه يتوجب عليها أن تعمل دائما على تقوية الأداء الجيد. مما يجل عملية التأقلم مع التغيرات أمرا مستبعدا على فرضية السبرنية – انظر مبادئ السبرنية الصفحة 44 – .

كما أن مراقبة التسيير تستند على مسعى تكراري في شكل حلقة: تبدأ الحلقة من الإستراتيجية، التي تنطلق منها خطة متعددة السنوات (عادة في المدى المتوسط)، ثم يليها خطة سنوية في شكل موازنات. ثم يتم حساب الفروق من خلال مقارنة المحقق مع المقدر سابقا من أجل القيام بالتصحيحات الضرورية. إذا كل المراحل و الآليات تخضع و تنقاد إلى منطق و عقلانية اقتصادية.

يزداد عدم التأقلم حدة عند نعرف أنه لا يوجد منطق أو عقلانية واحدة في كل الأوقات، فهناك منطق و عقلانيات أخرى أو متعددة، أو اختيارات ضمنية غير صريحة، كما توجد أحيانا عدم القدرة على الاختيار، إلى جانب غموض في بعض مساحات الحرية. (Burlaud، 2005،ص 9)، بل إن عدم التأقلم قد يتطور و يصبح بمثابة عجز مطلق خاصة في الأنشطة الخدمية مثل أنشطة مؤسسات التعليم كالجامعات والمؤسسات العمومية للصحية كالمستشفيات، حيث يصبح مراقب التسيير غير قادر على أداء مهامه، كما قد يوضح ذلك الشكل التالي.

الشكل رقم 8 : منطقة الأنشطة الخدمية الممنوعة على مراقبة التسيير



المصدر: من إعداد الباحث

في بعض الأحيان ينقلب الشكل المنطقي حيث لا يصبح تحديد الوسائل بدلالة الأهداف، بل العكس، تصبحت الأهداف بدلالة الوسائل.

I .3. 2 الحدود المرتبطة بالفكر التنظيمي الكلاسيكي

يستند النموذج التقليدي لمراقبة التسيير على افتراض مفاده أنه يمكن عزل المكان و اللحظة التي يتخذ فيها القرار، كما أنه يمكن من جهة أخرى وصف التفكير الذي يمكننا من إيجاد علاقة موضوعية بين المعرفة و الفعل.

هذا النوع من الإصرار على إمكانية اتخاذ القرار الصائب من قبل مسيرين يعرفون ما الذي يريدونه بالضبط في الوقت وبالساعة، و الذين يمكنهم اتخاذ القرار في كل وقت و باختيار أحسن الحلول، و كذا إمكانية القيادة (الملاحة)، هذا الولع و الاعتداد بجانب التحكم و القيادة و اتخاذ القرار ليس خاص بمراقبة التسيير فقط، بل أنها صفة تتميز بها تقريبا معظم علوم التسيير. إن هؤلاء " أبطال العصر الحاضر " يتخذون القرارات دون أن يتم مناقشتهم، وبالتالي يتم تنفيذها حتما، لأن القائد (الربان) هو وحده المسئول، و عليه هو وحده من يقرر والآلة عليها أن تطيع و تنفذ. يعتبر هذا النوع من اتخاذ القرار و كيفية تنفيذه الوجه الظاهر لموضوع أخر و هو السلطة التي تمكن المسير من ممارسة مهامه و التي يجب أن تكون شرعية، بتعبير آخر يجب أن تندرج

في سياق القوى الجماعية التي يجب أن يحسن استعمالها. أي أن الأمر يتعلق بمصدر السلطة داخل المنظمات أو المؤسسات. في هذا السياق يتساءل (Burlaud) هل أن نمط القيادة في المنظمات الكبيرة هو من نوع قيادة " الأبطال " مثل (L. Renault، A. Citroen، M. Boussac، M. Dassault)، أو هو من النوع الثاني الذي ينبثق من إرادة القوى الجماعية التي تتجاوزهم، فالرؤية الأولى تعتبر الأكثر رواجا و شعبية لأنها الأكثر إثارة و الأكثر تناولا في الإعلام، في حين الرؤية الثانية أقل وصفا و تناولا لأنها الأكثر استخداما في التنفيذ. إن التساؤل حول هذه النقطة يعتبر أمرا مهما، و خاصة فيما يتعلق بموضوع مراقبة التسيير، لان نموذج هذه الأخيرة يأتي مختلفا في كل مرة و بالتوافق مع طبيعة السلطة الحقيقية في المنظمة (Burlaud، 1995،ص 9).

خلاصة الفصل

تعتبر المراحل التاريخية المختلفة التي مرت بها مراقبة التسيير بمثابة محطات هامة و فارقة في انتقالها من البيئة الصناعية الإنتاجية التي ولدت فيها إلى بيئة مختلفة تماما و هي بيئة المؤسسات الخدمية و العمومية.

لقد بينا أن من بين التعاريف الأكثر استعمالا يأتي تعريف Anthony في المقام الأول، غير أن لهذا المؤلف تعريفان يفصل بينهما فترة زمنية تزيد عن عشرة سنوات مما يعكس التطور الذي يمكن أن يحدث على مستوى المفاهيم، في العموم يقسم المراقبة إلى ثلاثة مراحل بثلاثة مستويات، في المقام الأول نجد المراقبة الإستراتيجية ثم تليها مراقبة التسيير في المقام الثاني و المقام الأخير نجد مراقبة التنفيذ. من الواضح أن مراقبة التسيير تحتل مكانا وسطا بين المراقبتين المذكورتين.

إلى جانب التأكيد على مطابقة النتائج للأهداف أي الفعالية Efficacité ، و كذلك الجانب الاقتصادي في استعمال الوسائل أي الكفاءة (الفاعلية) Efficience.

يؤكد مراقبو التسيير على أن عملية مراقبة التسيير تمر بثلاث مراحل أساسية متمثلة في ثلاثة نظم جزئية، تبدأ المرحلة الأولى قبل الفعل أين يتم تحديد الغايات و الأهداف، ثم تليها مرحلة القيادة تكون مساير للفعل أو النشاط و تنتهي عملية المراقبة بمرحلة التقييم والتي عادة ما تكون بعد الانتهاء من النشاط.

يقوم مراقب التسيير في النظرة التقليدية، أي في بداية ظهور وانتشار النموذج التقليدي بممارسة التحقيق و التأكد من الإجراءات ومطابقتها للمعايير المحددة مسبقا، إلى جانب التدقيق المالي و المحاسبي بمعناه الواسع. حيث كان هذا الدور منسجما مع احتياجات تلك الفترة، أين كانت المعلومات متوفرة وتخص عملية الإنتاج بشكل أساسي كما كان الحال في المؤسسات الصناعية حينها.

كما رأينا أن أدوار مراقبة التسيير أخذت تتطور في المنظور المتجدد أين أصبح مراقب التسيير يقوم بالإرشاد في قيادة الأداء التنظيمي، فأصبحت ادوار مراقبة التسيير تتجه أكثر فأكثر إلى تقديم الاستشارة، فزيادة على جمع المعلومات و تسجيل المعطيات و إنتاج المعلومات المالية و تقييم النتائج، فان مراقب التسيير يساهم في إعداد الإستراتيجية و اقتراح المساعدة على المشرفين التشغيليين و كذا التخطيط المالي، كما يعود مراقب التسيير تطور أدوات الجديدة للتسيير.

كما بينا فأن الاختلاف في المهام التي يقوم بها مراقب التسيير تتباين من مؤسسة إلى أخرى وباعتبار مراقب التسيير ينتمي إلى الهياكل التقنية، فن ما تناط به مهام و ادوار يتوقف على تَشَكُل (configuration) داخل المؤسسة.

كون الأداء له عدة أبعاد، فان ذلك يجعل النموذج التقليدي لمراقبة التسيير يعاني من عدة صعوبات و تحديات فيما يخص تحديد مؤشر واحد (تركيبي) يكون جامع، خاصة مع التوجهات الحديثة للمنظمة نحو الاهتمام بالمسؤولية الاجتماعية للمؤسسة و الاهتمام بالتنمية المستدامة.

وخلصنا إلى التنبيه على أن عدم تكيف مراقبة التسيير و عدم القدرة على مواكبة التوجهات الحديثة للمنظمة قد يتطور و يصبح بمثابة عجز مطلق خاصة في مجال الأنشطة الخدمية ناهيك عن هذا النوع من الأنشطة في المؤسسات العمومية كالمستشفيات والجامعات الإدارة المحلية كالولاية و البلدية.

الفصل II : فرضيات وأنواع نظم مراقبة التسيير

تمهيد

II .1 فرضيات نموذج مراقبة التسيير

II .1 .1 عوامل النجاح الأساسية

II .1 .2 السبرنية (Cybernétique)

II .1 .3 الربط بين الاستراتيجي و التشغيلي

II .1 .4 مراكز المسؤولية

II .1 .5 النموذج التعاقدي

II .2 أنواع نظم مراقبة التسيير

II .2 .1 نظام المراقبة من خلال السوق

II .2 .2 نظام المراقبة من خلال القوانين (القواعد)

II .2 .3 نظام المراقبة من خلال العصبة (الجماعة)

II .2 .4 نظام المراقبة من خلال الثقافة

II .2 .5 نظام المراقبة حسب التسلسل الهرمي

II .3 نحو نماذج لمراقبة التسيير أكثر توافق مع التطورات

II .3 .1 الاستعمال النظري و الواقعي لنظم مراقبة التسيير Macintosh

II .3 .2 التوجه نحو مراقبة التسيير الإستراتيجية إسهامات Simons

II .3 .3 التوافق بين نظم المراقبة و بين الروافع

خلاصة الفصل.

تمهيد

يقوم النموذج التقليدي لمراقبة التسيير على عدة فرضيات، حيث شكلت في بداية بروز هذا النموذج نقاط قوته، و التي أصبحت تمثل مؤخرا أحد أهم المآخذ و مواضع إعادة النظر.

أولها هي فرضية أن المنظمة تواجه عدة مشاكل على مستوى المحيط الذي تتواجد فيه، و كنتيجة لذلك فإنه يجب عليها إرجاع تلك المشاكل إلى عواملها الأساسية و خاصة عند القيام بالتحليل الاستراتيجي، أي التعرف على عوامل النجاح الأساسية، حيث يطلب من مراقب التسيير المساعدة في تحديدها. أين يتحتم على النموذج التقليدي لمراقبة التسيير أن يعمل وفق توجيهات هذه العوامل على نحو متواصل قصد تحسين الوضعية التنافسية للمنظمة، و ذلك من خلال التحكم فيها على نحو يومي، كما يؤثر على مستويات الأداء، و على هيكلها.

يفترض نموذج مراقبة التسيير أن المؤسسة عبارة عن نظام مؤلف من مجموعة أنظمة فرعية تقوم بدور منسجم وموحد، قصد تحقيق أهدافه. إن هذا الدور ينتج عن تفاعل الأنظمة الفرعية، وبتبادل خدماتها مع أنظمة أخرى. و كنتيجة حتمية لذلك تصبح عملية المراقبة عبارة عن مجموعة تصحيحات متتالية في شكل حلقات حيث تبدأ من وضع تقديرات أي أهداف، ثم مقارنة هذه التقديرات مع المحقق و من ثم اتخاذ إجراءات تعديليه وتصحيحية من أجل تطابق و توافق النشاط مع الأهداف.

ثالث هذه الفرضيات هي إمكانية قيام مراقب التسيير مهمة التأكد من التوافق بين المدى القصير الأجل و المدى الطويل الأجل. مما ينتج عنه ضمان نوع من التوافق بين الأهداف التشغيلية و الأهداف الإستراتيجية، مما يعني أن تصبح الأنشطة اليومية و التشغيلية همزة وصل بين المستوى العملياتي و المستويات العليا، أين تكون المهام والعمليات الجارية معبرة و مترجِمة و مفسِرة للأهداف البعيدة المدى أي الأهداف الإستراتيجية.

تقضي فرضية نموذج مراقبة التسيير التقليدي بتقسيم المؤسسة إلى مراكز مسؤولية حيث انه يمكن تقسيمها إلى عدد معين من الأقسام أو المراكز و ذلك قصد المساعدة في الرقابة على عملية تنفيذ الخطط و تحديد مساهمة كل مركز مسؤولية، إلى جانب تحديد مسؤولية كل مركز في تحقيق أهداف المؤسسة.

إلى جانب استعراض أعمال (Macintosh N.) المتمثلة في إدخال بعض التحسينات على التصنيف الذي قدمه (Ouchi) و ذلك من خلال التعمق بشكل كبير في كيفية استعمال أدوات المراقبة. كما استعرضنا أعمال (Simon R.) التي تندرج ضمن محاولات التجديد التي

عرفتها مراقبة التسيير في نهاية القرن الماضي، حيث انصبت جهود التجديد على عدة مواضيع منها: أدوات مراقبة التسيير، وعن البحث عن روابط أكثر قوة و واقعية بين مراقبة التسيير وإستراتيجية المنظمة. إلى جانب نظام المراقبة التشخيصية و المراقبة التفاعلية.

II .1 فرضيات نموذج مراقبة التسيير

بني النموذج التقليدي لمراقبة التسيير على جملة من الأسس والفرضيات التي كانت تعكس نوع الأنشطة السائدة وقتها و كيف أنها كانت في اغلبها أنشطة إنتاجية وصناعية، تمتاز بالوضوح و البساطة من ناحية المعلومات و طرق تجميعها و الحصول عليها، إضافة إلى علاقة المسيرين بالمؤسسة من حيث الملكية و طرق التسيير و الأهداف التي كانوا يريدون الوصول إليها.

II .1 .1 عوامل النجاح الأساسية

يعبر مصطلح عوامل النجاح الأساسية على الظروف الأساسية و الجوهرية الملازمة لنجاح إستراتيجية ما. و هي العناصر الضرورية التي يجب على المنظمة أخذها في الحسبان حتى تتمكن من تنفيذ مهامها، و تصل إلى تحقيق توجهاتها الإستراتيجية (رؤيتها)، و كذلك لتحقق أهدافها و غاياتها. بعبارة أخرى عوامل النجاح الأساسية يمكن أن تمثل المشاكل الأساسية التي يتوجب على المؤسسة حلها إذا أرادت أن تبقي متمتعة بميزتها التنافسية.

يعاب على الكثير من المؤسسات أن لها مهمة، و أنها في الوقت التي تمكنت فيه من تحديد توجهات إستراتيجية واضحة لتحقيق هذه المهمة (رؤية)، فإن القليل جدا من هذه المؤسسات استطاعت تحديد عوامل النجاح أساسية (بغية التحكم فيها و إدارتها). مما يجعل الكثير من هذه المؤسسات تصاب بقذى الإستراتيجية التشغيلية للسياقات الداخلية لهذه المؤسسات.

فمثلا بالنسبة إلى مؤسسة ما، تريد معرفة عوامل النجاح الأساسية، و كيف يمكن أن ترتبط بدورة حياة المنتوج على سبيل المثال:

- مرحلة إدخال المنتوج : فإن عوامل النجاح الأساسية تتمثل في التحكم في التكنولوجيا،
- مرحلة النمو : فإن عوامل النجاح الأساسية هي التحكم في البيع (الجانب التجاري)،
- مرحلة النضج : فإن عوامل النجاح الأساسية تصبح هي القدرة على الإنتاج بكميات كبيرة و تكاليف منخفضة،
- مرحلة الانحدار (الأفول) : عوامل النجاح الأساسية تتمثل في مدى استطاعة المؤسسة على تحقيق تكاليف أقل.

من هذا المثال السابق يمكن أن نستنتج أن عوامل النجاح الأساسية متعددة، و موجودة على عدة مستويات، إلى جانب أنه من الضروري التحكم فيها خاصة إذا أرادت مؤسسة ما أن تواجه

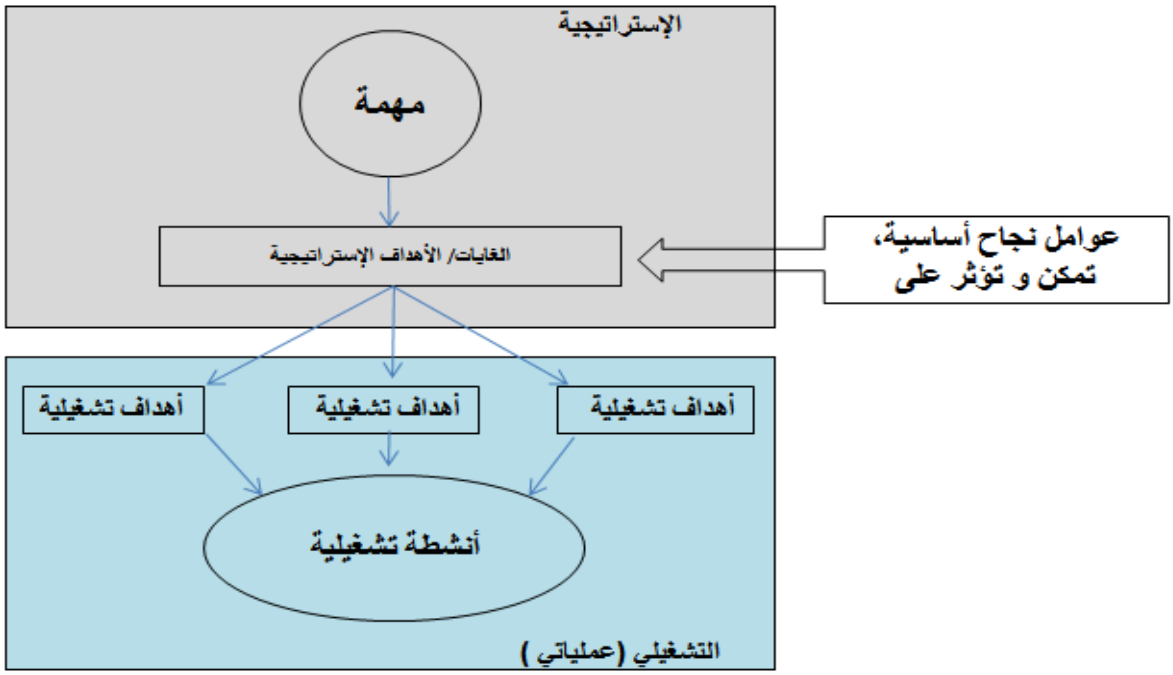
سوق ما. في المقابل فإن التحكم في عوامل النجاح الأساسية لا يضمن وحده النجاح للمؤسسة، حيث يجب أن يقترن بالحصول على عدة مزايا تنافسية أخرى.

يعتبر R. H. Daniel أول من استعمل هذا المصطلح سنة 1961 ، قام F. J. Rockart بتعميم و نشر هذه العبارة سنة 1981، بعد هذا التاريخ أصبح استعمال مفهوم العوامل النجاح الأساسية كثير التداول من قبل المسيرين في المؤسسات و ذلك ليساعدهم في وضع استراتيجياتهم و مشاريعهم.

حسب Daniel فإن التحدي الذي يواجه المدراء في المؤسسة يتمثل في تحديد عدد المعلومات التي يجب استعمالها في ممارسة تسيير أنشطة المؤسسة. لأجل ذلك فإنه من المهم أن يقوموا بانتقاء عدد من العوامل (من 3 إلى 6 عوامل) الأساسية (مفتاحية) التي توجه أنشطة المنظمة. و إذا لم تقم المؤسسة بأخذ هذه العوامل الأساسية بعين الاعتبار فإنه ا يمكن أن تصبح و ببساطة غير قادرة على المنافسة.

بصفة عامة تقوم الإدارة العامة بتحديد العوامل الأساسية للنجاح و التي يجب - كما قد سبق ذكره – على المنظمة أن تتحكم فيها، ثم يتم بعد ذلك ترجمة هذه العوامل الأساسية للنجاح إلى أهداف تشغيلية و إلى أنشطة يؤدي تحقيقها إلى بلوغ الأهداف.

الشكل رقم 9: مستوى و مدى تأثير العوامل الأساسية للنجاح في نشاط المنظمة



المصدر: Fabre P.,Sépari S.,Solle G.,Charrier H., (2008), Management et contrôle de gestion, Manuel et applications ,DSCG3,Edition Dunod,Paris,France, p 96

أما (Bouquin) فيرى أن إيجاد أداة التسيير يتطلب التعرف على الخصائص التي تنتج على الاختيارات الإستراتيجية للمؤسسة، و التي من ضمنها عوامل النجاح الأساسية و أيضا نمط التسيير. و ذلك في إشارة واضحة إلى علاقة هذه العوامل بإستراتيجية المنظمة، (Bouquin ،2001 ، ص 13).

من جهة أخرى فإن على المؤسسة اختيار القواعد التنظيمية (الهيكل، معايير تسيير الوحدات، مؤشرات الأداء) التي تسمح بإدارة هذه العوامل الأساسية للنجاح.

تتأثر طبيعة عوامل النجاح الأساسية بالصورة البصرية للأداة. حيث ينظر إليها (عوامل النجاح الأساسية) على أنها الورقة الرابحة التي تعول عليها المؤسسة للوصول إلى أهدافها في المدى الطويل و ذلك إما بمقاومة هذه العوامل و مواجهتها، أو بالتأثير عليها لصالحها (Bouquin 2001 ،ص 84).

يمكن النظر إليها (عوامل النجاح الأساسية) و دائما حسب راي بوكين(Bouquin)على ثلاثة مستويات :

أ. قبل الإستراتيجية، وذلك عند تقييم الوضعية التنافسية للمؤسسة؛

ب .بعد الإستراتيجية و التي تحدد ظروف نجاح المؤسسة؛

ج .انطلاقا من الأهداف على المدى الطويل، و التي تقيم درجة المنفذية بين الإستراتيجية و التسيير اليومي (الجاري) (Bouquin 2001 ،ص 86).

يتعين على مراقب التسيير أن يساعد في تحديد ماهية عناصر النجاح الأساسية و الميزة التي تمتلكها المؤسسة. حيث أن التحكم في هذين الأمرين على نحو يومي (جاري) هو الذي يسمح مستقبلا بتحسين الوضعية التنافسية للمنظمة. كما تؤثر على الأهداف المخططة لكل مركز مسؤولية، و على مستويات الأداء، و على هيكل التسيير و كذلك على توزيع المسؤولية ، كل ذلك حسب درجة التحكم في عوامل النجاح الأساسية.

كمثال على ذلك، لتكن حالة مؤسسة أين واحد من عوامل النجاح الأساسية يتمثل في التحكم في اليد العاملة. إن هذا الانشغال سيحدد في جزء ما المهمة التي ستناط بعدد من المصالح، مثل:

– مصلحة التكوين، من خلال أفعال نوعية، ستكلف هذه الأخيرة برفع مردودية جهد اليد العاملة؛

- على المستوى التشغيلي للإنتاج، فإن هذه المهمة تؤدي إلى تركيز اهتمام و انتباه المسئولين على عدد معين من العوامل، مثل معدل التغيب، معدل ساعات الإنتاج إلى الساعات المدفوعة، و إلى نسبة مردودية ساعات الإنتاج؛
- من جهة أخرى، فإن أهداف المراكز سيتم تحديدها تبعا للمستويات الحالية و المرجوة حسب المتغيرات المختلفة السالفة الذكر؛
- و كما هو الحال قي الكثير من الحالات، حيث يعتبر تحديد الأهداف و مستويات الأداء و الموازنات من بين الأدوار التي تسند إلى مراقب التسيير.

يجب ملاحظة أن الموازنة مصممة كوسيلة محاسبية و مالية، خاصة أن بسط (عَرْض) الإستراتيجية من خلال الأنشطة التشغيلية الجارية لا يتم بواسطة معطيات مالية فقط، و خاصة إذا أردنا أن نجعلها قريبة من الميدان و من الأنشطة و الاهتمامات التشغيلية.(Kaplan و Norton 2001 ، 1996 Senez).

حسب العديد من المؤلفين فإنه يستحيل تمثيل تعقيدات عوامل النجاح الأساسية من خلال بعض المؤشرات المالية التركيبية و التوليفية التي تتضمنها موازنة ما. و على هذا الأساس فإنه يتوجب إيجاد أدوات تضم مقاييس غير مالية تساعد و تثري المقاييس المالية و تكملها. (Berland, 2002; Bescos et al., 2004; Chauvot, 2001; Deschamps, 1997; Hope et Fraser, 2003; Marcino, 2000)

II .1 .2 السبرنية (Cybernétique)

تعرف مراقبة التسيير بأنها عبارة عن نظام يهدف لضبط التصرفات، و بالتالي يفترض ضمنيا نوعا معينا من تمثيل نشاط المؤسسة. يقصد بالسبرنية (Cybernétique)، تلك النظم ذاتية التحكم المعقدة، كما يقصد بالسبرنية تلك الآليات التي تتضمن زيادة على النظم الحركية، تدفقا للمعلومات، بحيث يتم نقل هذه المعلومات وبفضل عملية التغذية العكسية إلى العناصر الأولية لإجراء التصحيحات والتغييرات المناسبة التي تسمح بتحقيق أهداف النظام. إن هذا المبدأ هو نفسه الأساس (الآلية) الذي تعتمد عليه مراقبة التسيير و التي من خلالها تقوم بإجراء تعديلات متتالية في شكل حلقات حيث تبدأ بوضع تقديرات، ثم مقارنة هذه التقديرات مع المحقق و من ثم تقوم باتخاذ إجراءات تصحيحية من أجل تطابق و توافق الأفعال مع الأهداف.

إلى جانب ذلك فإن مراقبة التسيير تفترض وجود إمكانية أمام المسير ليختار من بين عدة أفعال تصحيحية، عادة يعبر عن هذا الخطوات في الأدبيات المتخصصة بعمل الربان

(Le pilote) الذي يحدد مسار معين (مثالي)، يقوم بتصحيح الانحرافات، و أحيانا يقوم بإعادة تحديد المسار حسب الظروف المحيطة.(.Burlaud 1995 ،ص 6).

إن هذا الافتراض يبين مدى تأثر نموذج مراقبة التسيير بنظرية السبرنية، حيث تعتبر النظرية الأكثر تأثيرا في نموذج مراقبة التسيير (Otley و آخرون،1995، ص 22)، إن أول ظهور لمفهوم السبرنية كان على يد Norbet Wiener حيث عبر عن ذلك النوع من الدراسات التي تغطي كل المجالات أين يمكن تطوير النظريات المتعلقة بعمل الآلات و الحيوانات و التي يكون هدفها آليات التحكم و تبادل المعلومات. بعدها بفترة قام مؤلفون آخرون بتوسيع مجال اهتمام السبرنية ليشمل الأسئلة المتعلقة بالضبط الذاتي، التطور و تعلم النظم.

بعدها تطورت نظرية السبرنية ليصبح هدفها هو تطوير مبادئ عامة تطبق على مجموعة عريضة و متنوعة من المواقف. الهدف من مسعى السبرنية الكلاسيكي هو تقليل الانحراف بين النتائج المحققة و النتائج المرجوة للسياق الذي تتم مراقبته. يعود التقليل من الانحرافات إلى الحلقة التكرارية التي تسمح بالتصحيح إلى السياق الأصلي و إلى الأفعال المكونة له.

إن الولع بهذه النظرية كان واضحا كما أكد ذلك Hofsted حين قال أن الاطلاع على حوالي 100 كتاب و مقالة تخص نظرية مراقبة التسيير المنشورة بين عامي 1900 و 1972 تعكس إلى أي مدى تأثرت بمفهوم السبرنية. يرى هذا النموذج في مراقبة التسيير بأنها عبارة عن مجموعة من العقد متصلة يبعضها البعض بشكل ميكانيكي و قابل للبسط (العرض) و النشر على كل مستويات التدرج الهرمي. يتطلب تطبيق المقاربة السبرنية توافر أربعة شروط ضرورية (Tocher، 1970، ص 115):

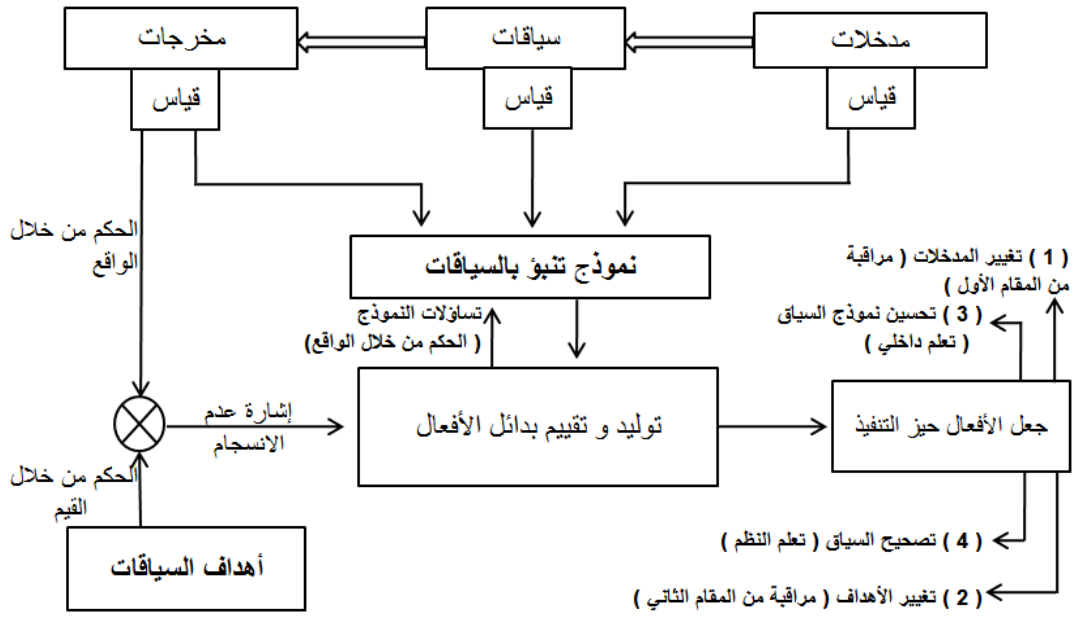
- وجود هدف للنظام المراد مراقبته؛
- إمكانية قياس النتائج حسب الأبعاد المحددة بالتوافق مع الأهداف؛
- وجود نموذج محدد و معروف سلفا للنموذج المراد مراقبته؛
- توفر الإمكانية للمراقب في أن يختار بين مختلف الأفعال، التي يمكن أن تتمثل في:
  - تغيير (تعديل) المدخلات، عندها نتحدث عن مراقبة من المقام الأول؛
  - تغيير الأهداف، مراقبة من المقام الثاني؛
  - التساؤل (إعادة النظر) في النموذج التنبؤي نتيجة للتجربة المتراكمة (تعلم داخلي)؛
  - أو تغيير طبيعة السياق (تصحيحه) تعلم تنظمي.

من المؤلفين من يضيف شرطا خامسا إضافة إلى وجود الأهداف، و إمكانية القياس، و وجود النموذج المسبق، و إمكانية الاختيار بين البدائل، يضيف(Bouquin، 2005 ،ص42)، أن الذي يتوجب عليه اتخاذ القرار التصحيحي أن يقوم بذلك فعلا (لأن في السيبرنية لا توجد إلا آلات).

إن اعتبار السيبرنية من افتراضات النموذج التقليدي لمراقبة التسيير يعد أكثر فرضيات النموذج تعارضا مع خصائص و مواصفات المؤسسات الخدمية و الإدارة العمومية، حيث أنه يصعب وربما يستحيل توفر هذه الشروط في المؤسسات الخدمية فضلا عن توافرها في المؤسسات العمومية للصحة ، و ذلك للصعوبة المزدوجة في هذا الإطار، حيث أن المستشفيات تقدم خدمات علاجية و طبية، و هو ما يمثل الصعوبة الأولى، إلى جانب أن المستشفيات هي مؤسسات منظمة في شكل إدارة عامة، أي أنها تتميز بنفس خصائص الإدارة العمومية من غموض في تحديد الأهداف و ازدواجيتها، و كذلك في صعوبة معرفة تأثير الإجراءات التصحيحية على النتيجة النهائية.

بصفة عامة يمكن النظر إلى السبرنية في هذا النموذج على كونها عبارة عن نظام تقني بسيط مبني على عملية الضبط من نوع (التجربة - الخطأ) من خلال تتابع في الأفعال و معالجة للمعلومات، حيث يمكن توضيح ذلك في الشكل التالي:

الشكل رقم 10: ترتيب العناصر الضرورية لسياق السبرنية



المصدر: KOMAREV I.(2007) La place des budgets dans le dispositif de contrôle de gestion : une approche contingente, Thèse de doctorat gestion Université Montesquieu - Bordeaux IV,p 36.

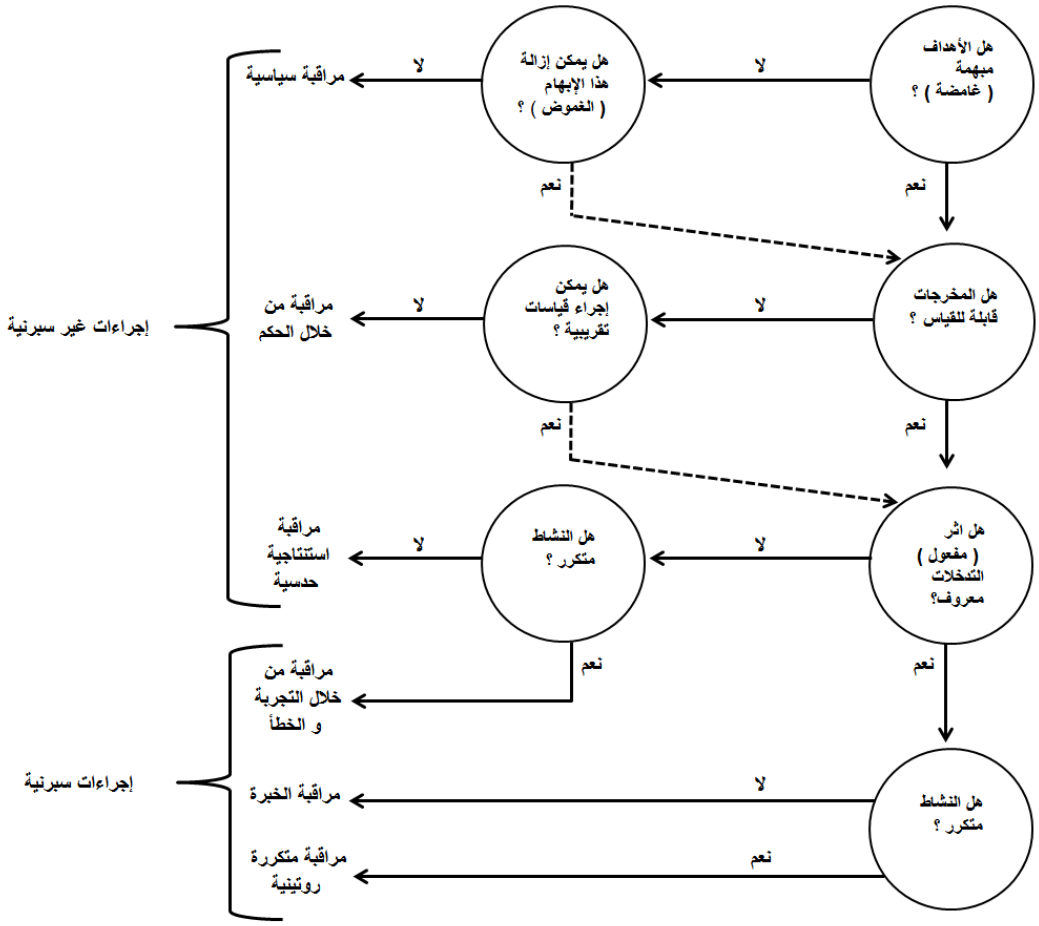
إن انتقال هذه النظرية من البيولوجية إلى علوم التسيير كان ممكنا بفضل أوجه الشبه الموجودة بين المجالين، حيث أن الكائن الحي هو مجموعة من الأجهزة التي يمكن اعتبارها على شكل وحدات تعمل منفصلة عند أخذ كل وحدة على حدا، كما أن لها حدودا مع وحدات أخرى ومع العالم الخارجي لمجموع وحداتها. يمكن من هذا المنطلق، تصور هذا الكائن على شكل نظام مؤلف من مجموعة أنظمة فرعية تقوم بدور منسجم وموحد، قصد أداء دور الكائن وذلك لتحقيق أهدافه. يتم هذا الدور بتفاعل الأنظمة الفرعية، وبتبادل خدماتها مع أنظمة أخرى. يستمر و يتواصل هذا التفرع والتقسيم إلى أن يصل إلى أبسط الخلايا المكونة له، إن طريقة التحليل هذه أنشأت ما يسمى بالنظم الكبيرة والمعقدة، التي تحتاج عند دراستها أو تحليلها إلى العلوم الدقيقة مثل الرياضيات (دادي عدون، ص80).

اعتمدت مراقبة التسيير على نظرية السبرنية إلى درجة أن هناك من المؤلفين من يعتبرها من أحد أهم الافتراضات التي بني عليها النموذج التقليدي، إن هذا الطرح جعل من النموذج التقليدي لمراقبة التسيير يكتفي بالعمليات الداخلية دون الأخذ بعين لاعتبار ما يجري في محيط المنظمة.

تجدر الإشارة إلى أنه في الوقت الذي انشغل فيه العديد من المؤلفين بفرضية السبرنية في مراقبة التسيير (Chiapello ، 1996 ؛ Bouquin و Pesqueux، 1999)، اهتم Hofstede بالتمييز بين سياقات السبرنية مثل المراقبة: الروتينية، الخَبِيْرَة، التجربة و الخطأ، و بين تلك غير السيبرنية مثل المراقبة : الحدسية (حدثية)، من خلال الحكم، السياسية .

كما يميز Hofstede بين الحالات التي تسود فيها الرشادة و العقلانية مثل حالة الربان الذي يستند على معلومات متاحة و متوفرة في النموذج السبرني للمراقبة ، وبين تلك الحالات و المواقف التي يكتنفها عدم التأكد في عدة مستويات: تارة على مستوى الأفعال التي يتوجب القيام بها (مراقبة حدثية)، أو على مستوى تقييم و قياس الأهداف (مراقبة من خلال الحكم)، أو عندما يسود عدم التأكد كل من اختيار الأفعال، و قياس الأهداف، و حتى الأهداف في حد ذاتها.كما هو موضح في الشكل الموالي.

الشكل رقم 11 : المراقبة السبرنية و غير السبرنية حسب Hofstede



المصدر : Geert Hofstede (1981), “Management Control of Public and Non-for-profit Activities”, in Accounting, Organizations and Society, Vol. 6, N° 3, pp.193-211 : p. 196).

إن المفاهيم الأساسية لمراقبة التسيير تجد لها أصولا في نظرية النظم (Fiol، 1999 ،ص 109) و بالضبط في نماذج السيبرنية التي تصف كيفيات عمل مراقبة لفعل ذي هدف (إن انتقال المعلومة الضرورية للمراقبة أو لتحقيق العمل يجب أن تكون حلقة مغلقة تسمح بتقييم أثار هذه الأفعال و التأقلم (التكيف) مع خط سير مستقبلي بفضل الخطوات الماضية

يعتمد نموذج السبرنية على التغذية العكسية حيث يستند على تفحص الأخطاء و الانحرافات. فمثلا نظام التدفئة يعتبر تمثيلا مناسبا " حيث أن الترموستا تكون مضبوطة على معيار مسبق تبعا لدرجة الحرارة المرغوبة في الحجرة. يحصل (الترمستا) على معلومة حول

درجة الحرارة الحقيقية. إذا كانت تختلف عن المعيار، فإنه يعطي الأمر لوحدة التدفئة أو تكييف الهواء بان تبدأ بالعمل"(Anthony، 1993،ص 75).

إن سياق نظام مراقبة التسيير يقترب إلى حد كبير من هذا المثال الأخير، خاصة إذا رجعنا إلى تلك الأعمال التي قام بها سيمون من خلال التلخيص الذي قام به كل من (Fiol و Sole)، حيث وصفا هذا السياق كالتالي " لمتابعة أهدافها تقوم المؤسسة بإنشاء إستراتيجية و بالتالي تحديد أهداف تنظيمية تكون قابلة للملاحظة و القياس و التحقيق، في أفق زمني محدد، ثم تقوم بإيجاد و تنفيذ إجراءات تخطيطية لتحقيق هذه الأهداف، في النهاية، تتزود بإجراءات تمكنها من الفحص و التأكد من أن الأهداف قد تحققت"، (Fiol و Sole 1999 ،ص 47)

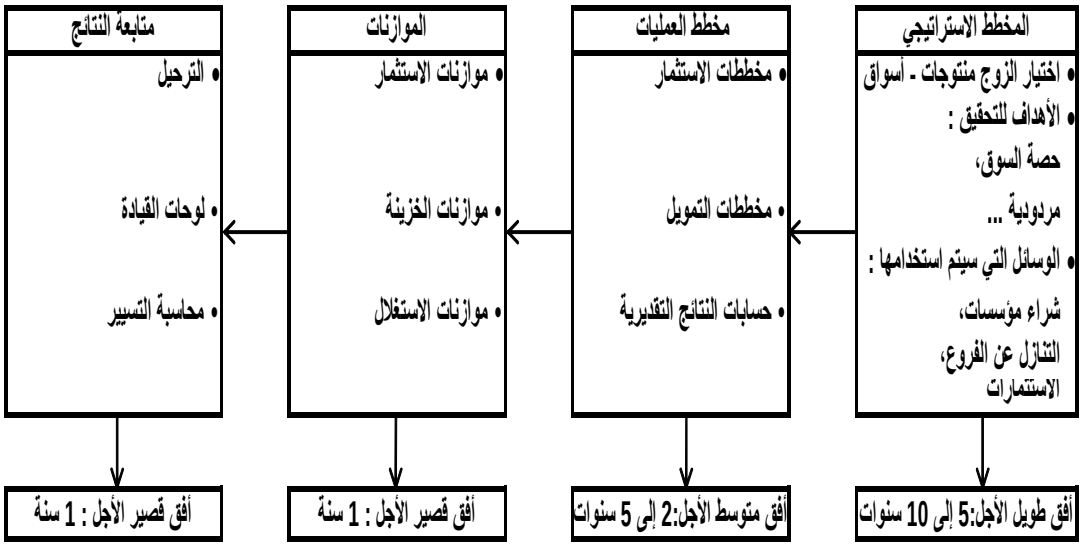
كما يؤكد (Bollecker) أن مراحل النموذج التقليدي لمراقبة التسيير من (مرحلة تحديد الأهداف و مرحلة القيادة (الملاحة)، إلى مرحلة التقييم ألبعدي) - انظر الفصل الأول، يؤكد أن العلاقة الحيوية بينها تحتوي على نفس المنطق السائد في نموذج السبرنية. كما أن إدراك نظم مراقبة التسيير كنظم سبرنية أصبح يمثل محل إجماع المؤلفين (Bollecker 2002،ص 8). و هو ما جزم به (Leclere) فيجزم بما لا يدع مجالا للشك بان عبارة مراقبة تصرح (و تدل على) بالطبيعة السيبرنية للمشكلة، لأن كل آلية مراقبة لا يمكن أن تكون إلا سبرنية، (Leclere 1986 ،ص 70).

II .1 .3 الربط بين الاستراتيجي و التشغيلي

تقتضى فرضية تمفصل مراقبة التسيير بين المدى القصير الأجل و المدى الطويل الأجل بضمان التوافق و التضافر بينهما، و أن كلا من الأجلين يصب و يتجه نحو نفس الهدف. ولا يتأتى ذلك إلا من خلال إيجاد نوع من التبني لأهداف المنظمة و القبول بها من قبل جميع أفراد التنظيم. وكنتيجة لذلك فإن هذا يعني ضمنيا توافق بين الأهداف التشغيلية اليومية و الأهداف الإستراتيجية طويلة الأجل. فتصبح الأنشطة اليومية مترجِمة و مفسِرة للأهداف الطويلة الأجل مع ضمان عدم وجود أي تعارض و تناقض بين الأنشطة اليومية و السياسات البعيدة الأجل التي تهدف المنظمة إلى تحقيقها.

عادة تسند إلى مراقب التسيير مهمة التأكد من التناسق و التوافق بين التوجهات الإستراتيجية الكبرى، و مخططات العمليات المتعددة السنوات و الاختيارات على مستوى الموازنات. وكما هو واضح من خلال الشكل أدناه، فإن التنسيق بين مختلف هذه الأدوات يعتبر حيويا ل أنه يأخذ بعين الاعتبار الأهداف الإستراتيجية أثناء التسيير التقديري.

الشكل رقم 12: تسلسل المخطط الإستراتيجي و مخطط العمليات و الموازنات



المصدر Fabre P.,Sépari S.,Solle G.,Charrier H., (2008), Management et contrôle de gestion Manuel et applications, DSCG3,Edition Dunod ,France ,p 210

التفكير الاستراتيجي يؤدي إلى تحديد ميادين الأنشطة الإستراتيجية التي تختارها المنظمة لتتطور فيها و إلى اختيار نوع الإستراتيجية الخاصة بكل ميدان.

كما يؤدي - التفكير الاستراتيجي - أيضا إلى تحديد عوامل النجاح الأساسية و عوامل الخطر التي تسمح للمنظمة بأن تكون قادرة على المنافسة و بالوصول إلى أهدافها، و أيضا إلى تحديد عناصر سلسلة القيمة الداخلية. إن هذا التحديد لمختلف العناصر يساعد في توضيح مساهمة مختلف الأنشطة أو السياقات في جعل الإستراتيجية حيز التنفيذ.

يبنى نظام مراقبة التسيير انطلاقا من تحليل عوامل النجاح الأساسية و المخاطر المشتركة مع النموذج الاقتصادي للمؤسسة. و بالضبط، فإن تعيين هذه العوامل و سلسلة القيمة يساعدان في تحديد كيفية اختيار الأهداف و معايير الأداء المسندة إلى الهيكل ألتسييري للمنظمة، و أيضا إلى مختلف مراكز المسؤولية، و إلى السياقات، و المشاريع، و حتى إلى الأنشطة. كما يؤدي هذا التحديد إلى توجيه الموارد التي تخصص إلى مختلف الكيانات ، و إلى اختيار أدوات التسيير المستعملة (نظام الموازنات، تحليل الفروقات، طرق حساب التكاليف، لوحة القيادة، المؤشرات، ... الخ)، و إلى نظم المعلومات الضرورية (Jougleux و آخرون، 2009 ،ص ص81 -82).

تماشيا مع هذه الفرضية فإن النموذج التقليدي لمراقبة التسيير يقضي بإمكانية نشر و بسط العوامل الأساسية للنجاح من خلال التدرج الزمني : طويل، متوسط و قصير الأجل. فمثلا في حالة إستراتيجية السيطرة من خلال التكاليف (مدى طويل الأجل)، فإن الاهتمام سينصب على التحكم في تكاليف النقل مثلا. إن هذا المتغير الأخير سيمثل عامل نجاح أساسي. على المدى المتوسط، فإن على المؤسسة أن تفصل في الاختيار بين أن تقوم هي بعملية النقل أو تسندها إلى طرف خارجي (مناول من الباطن)، أو أن تنظم شراكة إمداد (لوجستية) دائمة،... الخ. أما في أفق السنة فإن المشكل ينتقل نحو التسيير لحظيرة المركبات: عدد و خصائص المركبات، وتيرة الاستبدال، سياسة الصيانة،... الخ. وفي الأخير على مستوى يومي، يصبح المشكل متمثل في تعظيم عدد الدورات (الذهاب و الإياب). (Burlaud 1995،،ص 7).

تعتبر مراقبة التسيير عامل توفيق بين الخطط الإستراتيجية و الأفعال اليومية للمنظمة. من جهة، تقوم مراقبة التسيير بالمساهمة في نشر و بسط الإستراتيجية في كل المنظمة. وكنتيجة لذلك فإن نظام مراقبة التسيير يبنى (يتكون) انطلاقا من العوامل الأساسية للنجاح و العوامل الإستراتيجية للخطر. بالإضافة إلى ذلك فإن عرض و نشر المخطط الاستراتيجي في شكل مخططات عمليات و موازنات هو بمثابة عامل توافق و انسجام بين الإستراتيجية و التسيير الجاري (التشغيلي). و من جهة أخرى، تزود مراقبة التسيير الإدارة العامة بالمعلومات و التحاليل التي من ش أنها أن تعدل اتجاه إستراتيجية المنظمة. يمكن توضيح مختلف مراحل الانتقال من عوامل النجاح الأساسية إلى مراقبة التسيير من خلال خمس مراحل أساسية كما هو مبين في الجدول التالي (Jougleux و آخرون، 2009 ،ص81):

الجدول رقم 1 : الانتقال من عوامل النجاح الأساسية إلى مراقبة التسيير

المراحل	وصف المرحلة	مثال
1. عوامل النجاح الأساسية	تعيين عوامل النجاح الأساسية للمؤسسة لتكون قادرة على المنافسة في وجه القوى الخمسة في نموذج بورتر (الموردون، العملاء، المنافسون، الداخلون المحتملون، المنتجات البديلة) مع الأخذ بعين الاعتبار للوضع الاستراتيجي المحتفظ به	مؤسسة بيع سلع استهلاكية عبر الانترنت، عوامل النجاح الأساسية: - اتساع العرض المقترح؛ - أجال قصيرة للتسليم؛ - الأمان في التسديد و ارغونومية الموقع - سعر البيع
2. تحليل سلسلة القيمة	ما هي عناصر سلسلة القيمة المعنية مباشرة بعوامل النجاح هذه؟ ما هي الأنشطة و السياقات الحاسمة لتنافسية المؤسسة؟	أهمية الأنشطة و السياقات المتعلقة بـ: - الإمداد؛ - نظام المعلومات؛ - الوظيفة التجارية
3. تعيين الأفعال المراد القيام بها	ما هي الأفعال التي يجب على المؤسسة القيام بها لتحسين كفاءة و فعالية هذه الأنشطة و السياقات الإستراتيجية؟ و على أي أفق الزمني (قصير، متوسط، طويل الأجل)	احترام آجال التسليم السلع و تقليصها من خلال إعادة تنظيم للإمداد تحسين نظام المعلومات و موقع الانترنت تعيين توقعات الزبائن فيما يخص المنتجات المقترحة للبيع
4. تعيين مستويات/ كيانات التسيير المعنية	ما هي كيانات التسيير المعنية بهذه الأفعال؟ - مراكز مسؤولية ؟ - و / أو وظائف ؟ - و / أو سياقات ؟ - و / أو مشاريع ؟ ... الخ. ما هي أدوارهم ؟	وظيفة الإمداد ، مراكز التكلفة، تحسين سياق التسليم مجموعة تشكل مشروع تحسين موقع الانترنت القسم التجاري يحلل مشتريات و توقعات الزبائن و مرجعيات المنتجات
5. تحديد نظام مراقبة التسيير الذي سيعمل به	لكل كيان معني: - مهمات مختلف الفاعلين و المسئولين ؟ - أهداف و مؤشرات الأداء ؟ - ما هي الموارد ؟ - ما هي أداة التسيير المستعملة ؟ - ما هو نظام المعلومات ؟ - ما هو هيكل التسيير المستعمل؟	المؤشرات الرئيسية المحتفظ بها: - الإمداد: متوسط أجال التسليم، تكلفة التسليم، نسبة التسليم الذي لم يتم - موقع الانترنت: الأداء التقني(عول، سهولة الوصول، الأمان)، نسبة احتجاجات الزبائن، تكلفة تشغيل الموقع - المنتجات: تحليل رقم الأعمال لكل منتوج، هامش على تكلفة الشراء

المصدر: Jougleux M.,Livian Y-F., (2009),Management et contrôle de gestion. Manuel et applications ,DSCG3, Edition Sup'FOUCHER, pp 82 – 83.

كما تلعب الموازنات دورا أساسيا في مراقبة التسيير خاصة في عملية ربط الإستراتيجية بالأنشطة اليومية، ونظرا لأهميتها فإن الموازنات تعتبر شائعة الاستعمال في مختلف المنظمات سواء كانت تابعة للوحدات الاقتصادية أو الغير هادفة إلى تحقيق الربح و سواء تعلق الأمر بتلك التابعة للقطاع الخاص أو العمومي، حيث أن خصائصها الرئيسية هي التي سمحت لها بان تلعب هذا الدور من خلال نشر (بسط) و مراقبة الإستراتيجية.

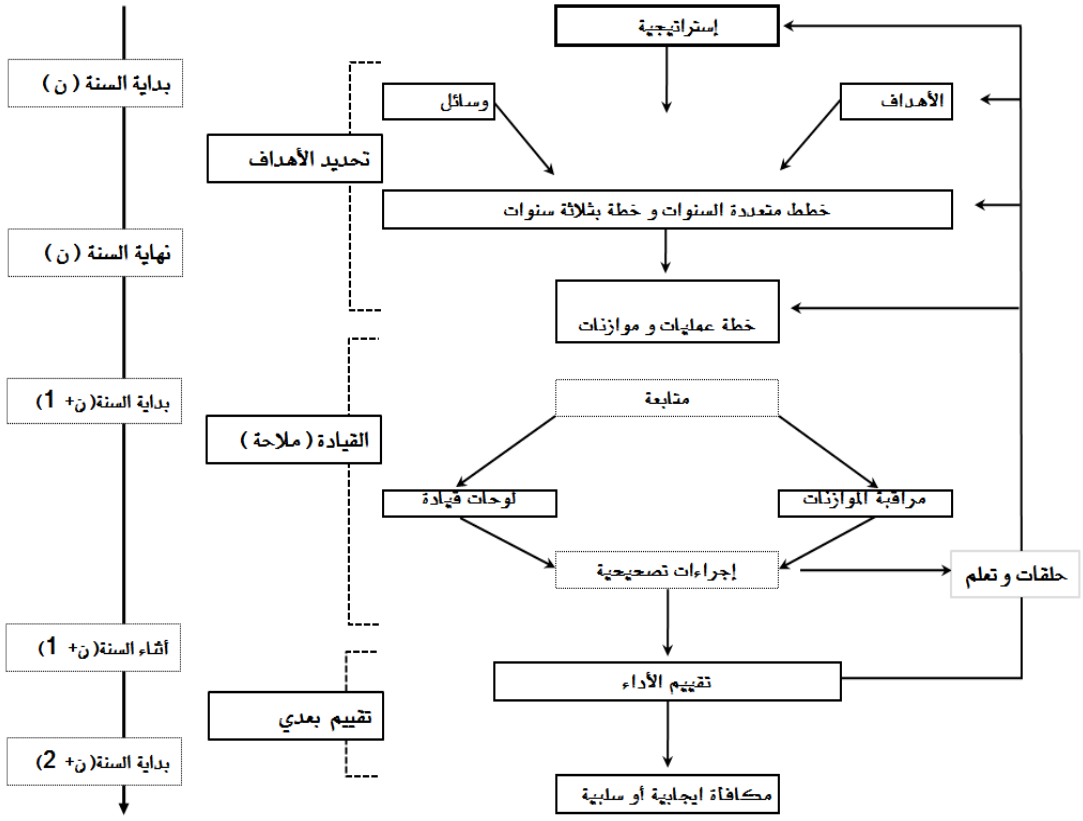
في المقاربة التقليدية للإستراتيجية، فإن التفكير الاستراتيجي ينتهي - كما سبق الإشارة إليه – بإنشاء خطة إستراتيجية على المدى الطويل الأجل، و التي يتم بسطها (عرضها) على شكل خطة عمليات، حيث تودي هذه الأخيرة إلى وضع توجهات الخطة الاستراتيجي حيز التطبيق على مستوى الوحدات الوظيفية للمؤسسة، و عادة تمتد خطة العمليات على مدة ثلاث سنوات. كما تقوم خطة العمليات بالتقييم (بالكميات) للأهداف الواجب بلوغها و الوسائل الضرورية و كذلك المسؤوليات وذلك بالنسبة لكل وحدة. كما يضبط فرضيات المحيط (الوسط، البيئة) التي بني عليها و كذلك الخطط البديلة في حالة وجود فروقات في الفرضيات.

في حين تمثل الموازنات بسط (عرض) على المدى القصير الأجل لأهداف خطة العمليات. و عادة ما تمتد على أفق سنة واحدة و التي يتم تجزئتها إلى فترات أقصر (شهر مثلا) من أجل المتابعة الجيدة. يتم تطبيق الموازنات على كل الوظائف، الوحدات و المصالح في المؤسسة.

تستند الموازنات على لامركزية المسؤوليات و على استقلالية القرار الممنوح للمسئولين. كما تسمح الموازنات بتخصيص وسائل و إلحاق أهداف لكل مسئول في شكل كمي (بالقيمة). و ذلك حسب نوع مركز المسؤولية، حيث يتم التعبير عن الأهداف من خلال عدة أشكال مختلفة : رقم الأعمال، حجم الإنتاج، الربح، معايير التكاليف، معايير مردودية رؤوس الأموال المستثمرة....

يكوِن نظام الموازنات (الموازنات و سياق مراقبة الموازنات) أداة مركزية لمراقبة التسيير، في خدمة بسط و ربط الإستراتيجية بمجموع المنظمة، وبمتابعة تطبيقها و في تقييم نتائجها. (Jougleux و آخرون ،2009 ،ص ص84 - 85). كما هو مبين من خلال الشكل التالي.

الشكل رقم 13 : دورة الربط بين الإستراتيجية والخطة والموازنات



المصدر : Bouquin 2004, Le contrôle de gestion : contrôle de l'entreprise et gouvernance ,PUF, 6 édition , p 84.

II .4. 1. مراكز المسؤولية

يقوم نموذج مراقبة التسيير التقليدي على فرضية أنه يمكن تقسيم المؤسسة إلى عدة أجزاء محددة في الزمان و المكان، و على هذا الأساس يعتبر مركز المسؤولية بمثابة وحدة تنظيمية تمارس من خلالها الرقابة، و قد تكون مراكز المسؤولية ممثلة في الشركة ككل أو في قسم أو في عملية معينة، و ربما فرد. مركز المسؤولية هو وحدة طبيعية مستقلة سواء كانت فنية أم إدارية ، وعادة يرأس الوحدة أحد العاملين وهو الذي يعتبر مسئولا عن أدائها.

و على هذا الأساس فإن المؤسسة يمكن تقسيمها إلى مراكز مسؤولية حيث يعين على رأس كل مركز مسؤولية شخصا يعتبر مسؤولا، يتمتع بتفويض للسلطة على قدر مسؤوليته حيث يجب أن يتوفر عنصرا السلطة و الالتزام بالمساءلة في تحديد مفهوم المسؤولية، (Vancil ،1979 ،ص 114) كما يتم تحديد هدف محدد لكل مركز ، ولأجل تحقيق هذا الهدف فإنه يتم تعيين

و تخصيص مجموعة من الموارد تسمح بتحقيق الأهداف المسطرة سلفا، كما يعني ذلك أنه تم تحديد لكل مركز مسؤولية معيار أو مؤشر لقياس النتائج المحققة أو لقياس أدائه.

ومن ثم تعتبر مراكز المسئولية الأساس الذي يعتمد عليه في الرقابة على تنفيذ الخطة، وتحديد المسئولية الملقاة على عاتق كل مركز مسئولية، وبالتالي يسهل تحديد المسئولية عن الانحرافات التي يتم اكتشافها.

كما تعتبر مراقبة التسيير أنه يمكن القيام بتخطيط عناصر التكاليف والإيرادات وتجميعها وتحليلها وربطها بمركز المسئولية، مع التفرقة بين التكاليف التي تخضع لسلطة وتحكم المسؤول عن مركز المسئولية، من تلك التي لا تخضع لرقابته ومسئوليته، بحيث يكون كل مستوى إداري مسئولاً فقط عن التكاليف التي تقع في نطاق تحكمه ورقابته. كما تعتبر أن نظام المعلومات المحاسبي يتوفر على البيانات الفعلية والتقديرية الخاصة بهذه المراكز، بشكل دقيق و أكيد، و أن تقديمها يكون في الوقت المناسب و بشكل واضح و مفهوم.

وكلما كبر حجم المشروع وتعقدت عملياته وتنوعت منتجاته واتسع نطاقه الجغرافي ، كلما زادت الحاجة إلى اللامركزية وتفويض السلطات للمستويات الإدارية وظهور العديد من مراكز المسؤولية. كما يتطلب إعداد مراكز مسؤولية الإلمام التام بإطار التخطيط بالمنظمة ومعرفة المعدلات التخطيطية الخاصة بكل من عناصر التكاليف والخدمات والإنتاج والإيرادات وغيرها. كما يوصي (Hax, Machluff، 1984 ص 58) بوضع الإستراتيجية حول المنظمة من خلال مراكز إستراتيجية و أن يتم بسطها على هيكل المؤسسة في شكل خطط عمليات و إجراءات لقيادة هذه الخطط.

عادة تقسم المؤسسة إلى أربعة مراكز مسؤولية هي (احمد حسن ظافر2002،ص274):

أولا: مركز التكلفة

وهي أقسام المؤسسة التي يكون فيها مدير المركز مسئولا عن حدوث التكاليف واستعمالها المناسب ويقسم إلي مركز تكلفة معيارية ومركز تكلفة استنسابية. وفي مركز التكلفة المعيارية تكون العلاقات بين المدخلات والمخرجات معروفة جيدا مثل الأقسام الصناعية والخدمية التي تنتج وفقا لتكلفة معيارية، أما مراكز التكلفة الاستنسابية فلا يوجد علاقة محددة تماما بين المدخلات والمخرجات. ويتم تقييم مراكز التكلفة بصفة أساسية وفق قدرتها على الرقابة على التكاليف وكمية وجودة الخدمات التي تقدمها. مراكز التكلفة تمثل أصغر وحدة نشاط تتخذ أساسا لتجميع عناصر التكاليف و لا تنتج إيرادا على نحو مباشر ومع ذلك يجب أن تجمع النظم

المحاسبية على نحو منفصل التكاليف التي تحدث لكل مركز تكلفة أو بمعنى أن للمركز تأثير في حدوث التكلفة وليس له تأثير على المبيعات. مراكز تكلفة لا تحقق أي إيراد (مثال : قسم الغزل ، قسم الصيانة)

ثانيا: مركز الإيراد :

وهو المركز المسئول عن توليد الإيرادات ويعتبر قسم المبيعات من الأمثلة الشائعة عليه وهدف مدير المركز تعظيم الإيراد في ظل بعض القيود المتعلقة بتكاليف عمليات المركز.

ثالثا: مركز الربح:

عبارة عن وحدة تنظيمية يرأسها مدير مسئول عن الإيرادات والتكاليف معا و تخضع الإيرادات والتكاليف لرقابته حيث يكون مدير المركز مسؤولا عن أرباح تلك الوحدة أو القسم أي مسئول عن إدارته مثال مدراء الفروع الذين يكونون مسئولين عن كافة التكاليف والإيرادات لفروعهم ويتم تقسيم مراكز الربحية أساسا وفقا لمقدرتها على تحقيق الإرباح وتقوم الشركات بناء على ذلك بإعداد قوائم دخل على أساس قائمة المسؤولية تظهر على نحو منفصل الإيراد والمصروفات لكل مركز ربحية داخل الشركة ، ويتم مقارنة هذه النتائج مع كل من أرقام الموازنة والأداء في الفترة السابقة والأكثر أهمية من ذلك مع المقدرة على الربحية لمراكز الربحية الأخرى ، وفي هذه الحالة قد يكون مركز الربحية طبيعيا ، أي يمثل وحدة إدارية مستقلة تبيع منتجاتها خارج المنشأة . وقد يكون مركز الربحية اصطناعيا أي يبيع منتجاته داخل المنشأة ويطلق على سعر البيع في هذه الحالة سعر التحويل . مركز الربحية قد تكون منتجاته سلع أو خدمات.

الجدير بالذكر أن تحديد ربحية مركز المسؤولية يشبه إلي حد كبير تحديد ربحية منظمة فردية، الفرق الوحيد هو إن هناك صعوبات في تخصيص التكاليف العامة على مراكز الربحية

رابعا: مركز الاستثمار :

ويتمثل في الوحدة التنظيمية المسئولة عن كل ما يتصل باستثمار معين ويكون مدير المركز مسئولا عن الإرباح الخاصة بمركزه بالإضافة إلى الاستثمارات بالأصول في المركز ويمتلك صلاحيات وأموال كبيرة تتيح له اتخاذ قرارات الموازنة الرأسمالية، وأن تفويض السلطات في مراكز الاستثمار أكثر تفويض ممنوح لمدراء المراكز مقارنة بمراكز التكلفة أو الإيراد أو الربح، ولهذا يحاسب مدير مركز الاستثمار عن التكاليف والإيرادات الخاصة بالمركز والاستخدام المربح للمال المستثمر به .

إن تقسيم المؤسسة إلى مراكز مسؤولية لا يقتصر على الوحدات الإنتاجية فقط، فالإدارة العمومية تقوم منذ زمن ليس بالقليل بإدخال هذا النوع من التقسيم في إدارتها قصد متابعة المحقق وذلك في إطار التسيير من خلال ربط الوسائل بالنتائج، فنجد مثلا مراكز المسؤولية في المؤسسات العمومية في الدول الأوروبية و كذلك في الولايات المتحدة الأمريكية تقوم بالتالي:

الجدول رقم 2 : مهام مراكز المسؤولية

أنواع المراكز	الأهداف	الوسائل	القيود / العيوب
مركز تكاليف تقديري	تحقيق أحسن الخدمات الممكنة، اكبر فعالية ممكنة	موازنة	صعوبة قياس الإنتاج و كنتيجة لذلك صعوبة قياس الفعالية
مركز تكاليف	تقديم الخدمات المطلوبة في ظروف مثلى من حيث التكلفة، الآجال و الجودة	موازنة تكاليف المواد أو اليد العاملة المباشرة	- تحديد معايير الجودة و الاستهلاك - لا تحكم في حجم الإنتاج
مركز رقم الأعمال	زيادة رقم الأعمال أو تعظيم المداخيل	موازنة المصاريف	- لا توجد حرية في تحديد أسعار للبيع - لا تحكم في مصاريف الإشهار و الترقية
مركز ربحية	تحقيق أحسن توليفة بين التكاليف/ رقم الأعمال من أجل الحصول على أعظم نتيجة	- تحديد أسعار البيع - إمكانية إحداث تكاليف	لا تحكم في الاستثمارات المحققة
مركز استثمار	تعظيم العائد على التثبيتات (الربح/ رؤوس الأموال المستثمرة)	- تحديد سعر البيع - إمكانية إحداث تكاليف - إمكانية تحقيق استثمارات	احترام نسبة المخاطرة المفروضة من قبل الإدارة العامة

المصدر Fabre P.,Sépari S.,Solle G.,Charrier H., (2008), Management et contrôle de gestion Manuel et applications, DSCG3,Edition Dunod ,France ,p 117

يعتمد نظام محاسبة المسؤولية على إيجاد علاقة مباشرة بين عناصر التكاليف والإيرادات وبين الأشخاص المسئولين عن إنشائها فهذه العلاقة المباشرة هي أساس الحكم والمساءلة الموضوعية . كما تساعد على تقييم الأداء الخاص بكل مستوى من المستويات الإدارية في الهيكل التنظيمي بصورة مستقلة ، وتقييم الأداء للوحدة الاقتصادية ككل. و هذا يعني أنه من جهة، يمكن الربط المباشر بين النظام المحاسبي والهيكل الإداري، و من جهة أخرى فإنه يمكن أيضا تبويب

وتجميع وتحليل عناصر التكاليف والإيرادات لكل مركز مسؤولية على حدا، و ذلك للرقابة على التنفيذ بالمقارنة بين المقدر والمنفذ.

II .1 .5 النموذج التعاقدي

يمكن النظر إلى كل المنظمات على أنها مكونة من مجموعة من العقود التي تحدد علاقات الفاعلين. من ضمن هذه العلاقات نجد ما يعرف " علاقة الوكالة " أي وجود الموكل أو الأصيل الذي يطلب فعل شيء ما من الوكيل أو (الموكل إليه) ، مثل أن يقوم المساهم أو مجموعة منهم بتحديد أهداف معينة لأحد المسيرين الذي يقبل المهمة من خلال عقد و عليه، فإن العقد يعتبر بمثابة مرجع كثير الاستعمال فيما يخص تسيير مراكز المسؤولية، سواء تعلق الأمر بعقود مثل عقد (أهداف \ وسائل) أو عقود (زبائن \ موردون) (Milgrom Roberts ، 1992،ص 72) .

يمكن تعرف نظرية الوكالة بأنها إطار فكري يستخدم كأداة بحث لتفسير ظاهرة العلاقات التعاقدية التي عرفت في ميادين كثيرة من ميادين العمل والفكر الإنساني. وتنشأ علاقة الوكالة عندما يفوض أو يوَكِل شخص معين (أو مجموعة من الأشخاص) يسمى الأصيل (Mandant أو Le principal) ، شخصاً آخر (أو مجموعة من الأشخاص) يسمى الوكيل (Mandataire أو L'agent)، للقيام بأداء خدمة أو مهمة محددة بالنيابة عن الأصيل. و إن من أهم ما تجيب عنه نظرية الوكالة هو: من يراقب المراقبين (المعنيين بوظيفة المراقبة) في المؤسسة الرأسمالية؟

يقوم النموذج التقليدي لمراقبة التسيير على فرضية التعاقدية و التي تعود أصولها إلى الثقافة التي نشأت فيها مراقبة التسيير لأول مرة. حيث أنه كان من بين الممارسات السائدة في المؤسسات الصناعية حينها ما كان يعرف بالتعاقد، أي التسيير من خلال عقد لبلوغ أهداف محددة مما يترتب عليه المسؤولية و المحاسبة للقائد وكل ذلك في إطار النظرة المالية التي كانت سائدة آنذاك.

و من مقتضيات الافتراض التعاقدي (التعهد) أن المسير للوحدات له الاستقلالية اللازمة و نوع من التحكم الكافي في سير الأنشطة التي يديرها و يشرف عليها، حيث أن الأشخاص المعينين لممارسة الصلاحيات المخولة لهم بالاعتماد على الموارد الموضوعة على ذمتهم مطالبون بتقديم حسابات عن كيفية اضطلاعهم بذلك و تحمل المسؤولية بشأن استعمالهم لتلك الموارد. وهكذا، فإنه على المتصرف مثله في ذلك مثل الوكيل إزاء الموكل أن يقوم بتقديم

حسابات عن أدائه لمهمته و بإبلاغ المعلومات عن كيفية اضطلاعه بالمسؤوليات الموكلة إليه و هذا من شأنه أن يمكن الجهة التي خولت السلطات و أعطت الصلاحيات و حشدت الوسائل لتحقيقها، من الحصول على المعلومات الضافية الكفيلة بتمكينها من تقدير مدى إيفاء الطرف المقابل بكافة التزاماته. و هذا هو نظام المساءلة الذي يعرف عادة بكونه واجب تحمل مسؤولية تنفيذ ما تم التعهد به(بوخمخم، 2000، ص 9).

وبرزت أهمية نظرية الوكالة في البحوث النظرية للمحاسبة الإدارية نظرا لاحتمالات التعارض بين الوكلاء و الاصلاء مما يؤدي إلى أن أصحاب رأس المال (الاصلاء) في حاجة إلى استعمال الوسائل التي تمكنهم من مراقبة ومتابعة مدى وفاء الإدارة بالتكليف المحدد في عقد الوكالة. وهذا أدى إلى المطالبة بالتدقيق الخارجي للتقارير المحاسبية الدورية، وتصميم نظام الحوافز الإدارية، إذ أنه يتم الربط بين مصالح الإدارة ومصالح المالكين وذلك عن طريق حساب مكافآت الإدارة على أساس الربح المحاسبي (الشيرازي 1990، ص ص 104-105) وتحديد معايير ومؤشرات لقياس الأداء بما يضمن للمالكين بأن الإدارة قد اتخذت الأفعال نيابة عنهم وبما يتفق مع مصالحهم والتي من الممكن أن يتخذوها بوصفهم متخذي قرار، ومن المعايير المستعملة نجد مثلا: معدل العائد على رأس المال المستثمر، والدخل المتبقي، والعائد على المبيعات، والقيمة الاقتصادية المضافة، وبطاقة الأداء المتوازن، فضلاً عن ذلك فإن الإدارة ينبغي أن تهتم بمصالح أصحاب رأس المال وبث الثقة لديهم من خلال اتخاذ بعض الإجراءات التي تعزز ثقتهم بالإدارة من خلال قيام الأخيرة بوضع الموازنات وتحديد الحدود العليا للإنفاق والتأمين على الممتلكات ووضع الإجراءات السليمة لنظم الرقابة الداخلية (الجبوري، 1999،ص 11).

كما أن مراقبة التسيير تعتبر أن شروط و مقومات تطبيق نظرية الوكالة متوفرة في المنظمة فيما يخص :

- عدم التساوق في المعلومات: حيث أن الملاك و أصحاب الأسهم أصحاب المصالح

في المنظمة، أصبحوا بعيدين عن العملية التسييرية فإن هذا الوضع الجديد أو هذه العلاقة أوجدت ما يعرف في نظرية الوكالة "بعدم تماثل المعلومات " أو كما تسمي أيضا عدم تساوق المعلومات، أي أن هناك في المنظمة من الفاعلين من يملك معلومات دون غيره، بمعنى أن المعلومات تكون بحوزة المدراء والمسيرين دون أن تمتلكها الأطراف الأخرى مثل الملاك و حاملوا الأسهم مثلا.

- عدم التأكد في تخصيص النتيجة: هناك حالة من عدم الوضوح و التأكد تسود بعض

الأنشطة، حيث يصعب التحديد الدقيق في تخصيص النتائج (النجاح أو الفشل) إلى عنصر معين أو شخص معين بذاته، وعادة يرجع السبب إلى أن المسيرين متضامنون فيما بينهم فيما يخص تحقيق النتيجة. فمثلا عند التحقيق الكلي أو الجزئي، و ربما الفشل في تحقيق الأهداف المحددة من قبل الملاك أو أصحاب المصالح، فإنه لا يمكن التأكد من أن النجاح أو الفشل الجزئي أو الكلي قد يعود سببه إلى تحديد الأهداف في حد ذاتها ، أم أن السبب يرجع إلى الاختيار الخاطئ للوسائل لتحقيقها.

– تباين و تفاوت الأدوار: يقوم الموكل بالطلب من الوكيل بان يقوم بعمله على النحو

الذي حدده له، غير أن المسير يتمتع بهامش من المناورة بالنسبة للموكل. و على هذا الأساس فإن الإداريين يمثلون أصحاب الأسهم، يقومون بتحديد الأهداف للمدراء الذين يملكون نوعا من هامش المناورة لتحقيق هذه الأهداف.

تمكن نظرية الوكالة من توضيح عدة نقاط من خلال عدة وظائف يستعان بها في اتخاذ القرار و المراقبة إلى جانب تحديد درجة و كمية المخاطر التي يتحملها أطراف عقد الوكالة و ذلك:

- اتخاذ القرار: يقوم الموكل بتحدد الأهداف، في حين يقوم الوكيل باتخاذ القرار بشان الأفعال التي يتوجب القيام بها قصد تحقيق ما حدده الموكل،
- المراقبة: تعني المراقبة في هذه الحالة أن الموكل يقوم بالموافقة و المصادقة على الاختيارات التي قام بها الوكيل، ثم يقوم بالمراقبة عليها مرة ثانية من خلال النتائج التي تحققت،
- المخاطر: توضح علاقة الموكل مع الوكيل، ما الذي يتوجب على كل طرف، كما هو مبين في النقطتين السابقتين، كما تبين درجة المخاطرة التي يتحملها كل طرف، حيث يخاطر الموكل برأس ماله بينما يخاطر الوكيل بجدارته و بكفاءته.

ينتج عن تطبق نظرية الوكالة عدة معايير تحدد و تؤطر الأفعال، و التي يمكن تقسيمها إلى ثلاثة أنواع:

1) . قواعد العمل:

– إيجاد نظام للمراقبة من خلال التسلسل الهرمي (تسلسل المراتب الإدارية)، بواسطة الرقابة المتبادلة، عن طريق مجلس الإدارة.

- إيجاد أدوات للتسيير (متابعة، محاسبة ... الخ).
- التنويع في المخاطر حتى لا تكون المنظمة عرضة للمخاطر، و كذلك العمل على زيادة قدرة المنظمة على مقاومة الأحداث المناوئة الخارجية من خلال الموارد الداخلية.

2) . تخفيض تكاليف الوكالة:

من بين اهتمامات نظرية الوكالة التقليل هن التكاليف، حيث يسعى كل طرف إلى تقليلها لتصبح في صالحه، و هي:

- تكاليف الرقابة، و ذلك من خلال أدوات للتسيير و للتنبؤ، حيث تسمح بقياس : تكاليف الطاقة المستهلكة، الوقت المستغرق، المهارات التي تتواجد أو التي يجب البحث عنها، استعمال التجهيزات،...الخ؛
- تكاليف التعهد والالتزام، يلتزم الموكل بتحديد أهدافه. كما يلتزم الوكيل بتحديد احتياجاته، و تعليل خططه (اختياراته)، و رفع تقارير المساءلة؛
- تكاليف متبقية، تتعلق هذه التكاليف بالمخاطر: المالية للمساهمين، المهنية للمدراء (خسارة المنصب)، السمعة للمدراء و المسيرين.

3) . الحث على احترام العقد:

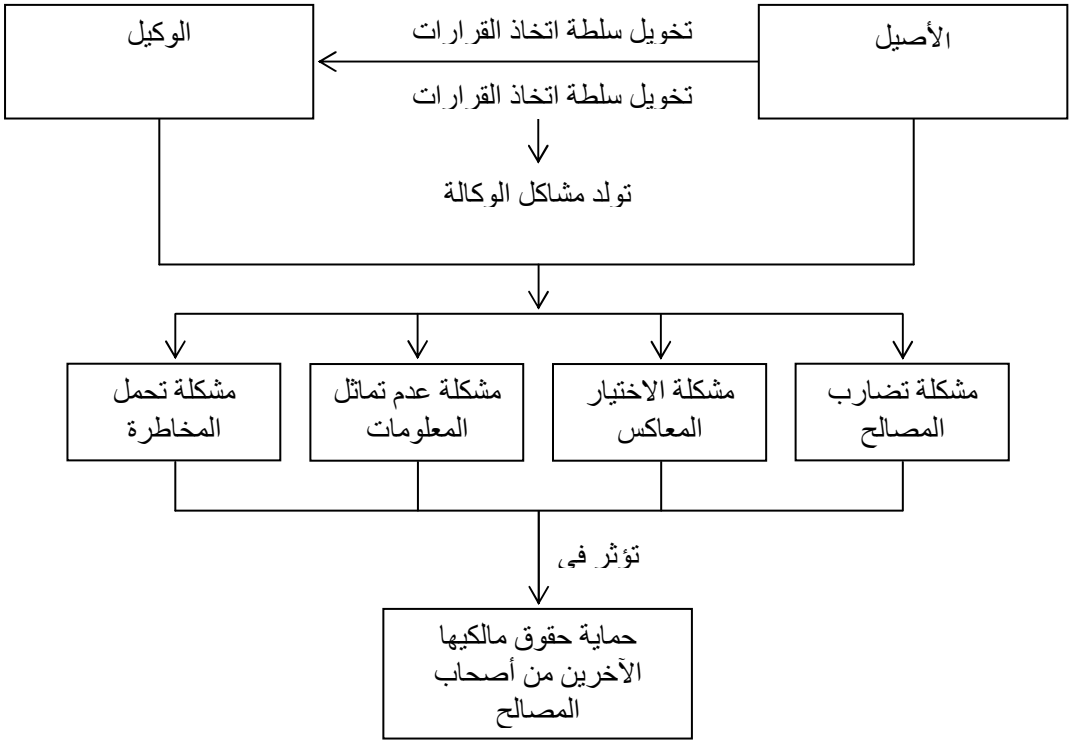
حتى يمكن تطبيق تلك الوظائف و تخفيض التكاليف لتصبح مقبولة من قبل الجميع فإن ذلك يتطلب:

- تبادل للمعلومات؛
- الاتفاق (التوافق) حول معايير تقييم النتائج؛
- تحديد أهداف مشتركة؛

يجب على عملية الحث هذه أن تسمح بالتالي:

- تقسيم أحسن للمخاطر؛
- توازن أحسن للمصالح بين مختلف الأطراف الفاعلة؛
- توازن الالتزامات والمراقبة.

الشكل رقم 14: مشاكل و حدود نظرية الوكالة



المصدر: مسير، رباب وهاب، دور المعلومات المحاسبية في تقويم الأداء الإستراتيجي في ظل مفاهيم نظرية الوكالة – دراسة ميدانية في عينة من الشركات الصناعية المساهمة المدرجة في سوق العراق للأوراق المالية، رسالة ماجستير في المحاسبة، كلية الإدارة والاقتصاد، غير منشورة، جامعة بغداد، 2009 ص 34 .

II .2 أنواع نظم مراقبة التسيير

عند التطرق إلى موضوع نظم المراقبة داخل المنظمة لابد أن يتم التطرق إلى أعمال كل من (Hofstede G.،1981) و إلى أعمال (Goold M. و Campbell A. 1987، 1993)، إضافة إلى ذلك فإن تلك التي قام بها (Ouchi W.،1979) تعتبر رائدة في هذا الموضوع، حيث يتم الرجوع إليها في كل مرة يتم تناول نظم المراقبة في المنظمة بالدراسة. كما سنتطرق إلى أعمال (Macintosh، 1994) التي جاءت لتسليط المزيد من الضوء على نظم المراقبة، و ننتهي في هذا الصدد باستعراض دراسات (Simons،1995) التي جاءت لتربط بين نظم المراقبة و الإستراتيجية.

صنف (Ouchi) نظم المراقبة داخل المنظمة اعتمادا على أعمال (Thompson J.،1967)، حيث كان يهد إلى وضع فرضيات تسمح بفهم أكبر لإشكالية المراقبة في المنظمة، محاولا الإجابة على عدد من الأسئلة مثل : ما هي الآليات (الميكانزمات) التي تسمح لمنظمة ما ببلوغ أهدافها؟، كيف يمكن تحسين هذه النظم؟، و ما هي حدود هذه النظم؟ (De Lavillarmois 1999، ص 24).

حيث قام بالربط بين أنواع من المراقبة و بعض المميزات التنظيمية الخاصة، مما جعل من هذا التصنيف ذو طابع احتمالي، إذ أنه يربط بين: المعرفة بسياق (إجراءات) عمليات الإنتاج من جهة، و المقدرة على قياس النتائج من جهة أخرى. لأجل ذلك يتم تحديد حالتين لكل معيار يتراوح بينهما (قوي و ضعيف) مما يسمح بتشكيل المصفوفة التالية:

الشكل رقم 15: العناصر التي تشرح استعمال نظم المراقبة من خلال التصرفات و من خلال النتائج

مدى المعرفة بسياق و إجراءات التحويل (الإنتاج)

القدرة على قياس و تقييم الإنتاج (النتائج)	تامة (مكتملة)	ضعيفة (غير مكتملة)
قوية	**مراقبة من خلال الإنتاج** أو من خلال التصرفات (سلوكيات) (برنامج ابولو)	**مراقبة من خلال الإنتاج** (محل عطور)
ضعيفة	**مراقبة من خلال التصرفات** (مصنع علب للمصبرات)	**مراقبة من خلال الجماعة** (مخبر بحوث)

المصدر: Ouchi W. G. (1979), "A conceptual framework for the design of organizational control mechanisms", Management Science, pp.833-848, p841.

إذا لمراقبة المنظمة ما، يكفي مراقبة العناصر التي تدل على النتائج أو على تصرفات العمال. فعندما يكون التحكم في التكنولوجيا كاملا و تاما، فإنه من الممكن المراقبة انطلاقا من التصرفات. أما إذا كانت هذه التصرفات مطابقة للتوصيات، فإن النتائج المتحصل عليها تكون مطابقة للذي تم تقديره. في حالة ما تم تخصيص قواعد للتصرفات و الإنتاج فإن ذلك يقود إلى تطبيق ما يسميه المؤلف آليات المراقبة البيروقراطية.

لمراقبة نشاط متجر ما، فإنه من المستحيل تصور وجود قواعد تضمن نجاح مؤكد للبائع. لكن في المقابل فإن متابعة الهوامش لكل بائع مثلا، أو دوران المخزون يسمح بمتابعة فعالة للنشاط، عندها يتعلق الأمر بمراقبة من خلال الإنتاج. و في نفس الوقت يمكن اعتبارها نظام مراقبة بيروقراطية أين يقوم المشرف عبر التسلسل الهرمي بمتابعة مختلف المؤشرات لكل بائع مستعملا في ذلك سلطته لتصحيح الفروق.

في حالة برنامج أبولو مثلا فإن الأمر يختلف نوعا ما، حيث أن النتائج يمكن قياسها (نجاح المهمة أو إخفاقها) و كذلك الحال بالنسبة للسياق (الإجراءات)، فهي معروفة و محددة بشكل مكتمل. و عليه، فإنه يمكن المراقبة بواسطة التصرفات أو النتائج. غير أن التكلفة الباهظة في حالة إخفاق البرنامج تميل نحو اختيار المراقبة من خلال التصرفات، مما يترتب عليه عدة قيود للمراقبين الذين يتابعون على الأرض العملية خطوة بخطوة.

مراقبة نشاط بحثي في مخبر ما لا يمكن إخضاعه لا إلى مراقبة من خلال النتائج و لا إلى مراقبة من خلال التصرفات، إذ أن مجموعة من القواعد توصل إلى منتوج جديد لا يمكن تحديدها بدقة و القياس من خلال النتائج يكون غير ملائم لأن النتائج النهائية لاكتشاف جديد لا يمكن استخلاصها إلا بعد عدة سنوات.

المراقبة من خلال الجماعة (المجموعة) ليست شكلا من أشكال المراقبة الذي يمكن وصفه بالعقلانية (الرشاد)، و لكنها مراقبة تستند على أعراف و تقاليد (rites ; coutumes). مثل هذا النوع من المراقبة يوصى به للمنظمات مثل المستشفيات و المدارس و البنوك (De Lavillarmois،1999، ص 125).

كما ميز(Ouchi) بين ثلاثة أنواع من النظم السائدة للمراقبة و هي : المراقبة من خلال آليات السوق، المراقبة من خلال الهياكل البيروقراطية، و المراقبة بواسطة الجماعة(المجموعة).

II .2 .1 نظام المراقبة من خلال السوق

المراقبة من خلال آليات السوق (Le marché): تعتبر المراقبة الأكثر تطورا و حيادية، و تتمثل في إدخال آليات السوق إلى داخل المؤسسة من خلال أيجاد مكان حقيقي للتبادل حيث يكون هناك التقاء بين العرض و الطلب سواء على العمل أو على أي مورد آخر، و ذلك بقصد تنظيم و ضبط التبادل الاقتصادي في إطار المنافسة. و قد قامت بذلك فعلا شركة جنرال متورز، حيث مولت الإدارة العامة مشاريع الوحدات ذات العائد المرتفع على الاستثمارات. يمكن لهذا النوع من المراقبة أن يمارس من خلال سوق خارجية عن المؤسسة، في حالة قيام المتعاملين أو الجماعات المحلية بالتعامل من خلال صفقات بينهم.

تظهر أهمية هذا النوع من نظم المراقبة في حالة الأهداف الإستراتيجية أو سياقات (إجراءات) إنتاج غير متحكم فيها. يعتبر هذا النوع من المراقبة فعال جدا في حالة اتصاف الأهداف التي تم تحديدها بالعقلانية، في هذه الحالة يغلب منطق المراقبة من خلال النتائج على حساب التقيد و الامتثال للقواعد المحدِدة للتصرفات. رغم التخفيف (التساهل) الظاهر في آليات القواعد الضابطة، فإن هذا لا يعني اختفاء هذه الأخيرة و لكن مجرد تغيير في طبيعتها.

تتم المراقبة من خلال آليات السوق بواسطة السعر، الذي يحتوي على كل المعلومات الضرورية لهذا الغرض، وبالتالي فإن السعر يعاقب الأعوان و المتعاملين أصحاب الفاعلية المتدنية و في ذات الوقت فإنه يكافئ و يجازي الذين لديهم فاعلية عالية. حيث أن لهؤلاء

الأعوان الاستقلالية في اتخاذ القرار، لكن قراراتهم و أفعالهم تكون محدودة بواسطة قواعد السوق و محكوم عليها في النهاية من خلال سعر السوق (Ouchi،1979،ص 835).

II .2 .2. نظام المراقبة من خلال القوانين (القواعد)

المراقبة من خلال القواعد (Règlement)، أو الهياكل البيروقراطية: هي مجموعة القواعد و الإجراءات الرسمية التي توضح و تبين ما الذي يجب فعله أو ما لا يجب فعله. أو كما عرفها (weber) بأنها المراقبة الشخصية عن قرب و قيادة الأعوان من طرف من هم أعلى منهم درجة. أما المعلومات الضرورية لاتخاذ القرار لم تعد موجودة ضمن السعر كما الحال في المراقبة من خلال السوق ولكن موجودة في المعايير و الضوابط التنظيمية الصريحة و المعلنة. يمكن تحديد هذه المعايير و الضوابط بشكل تحكيمي من طرف الهرم الإداري، الأمر الذي يشكل العائق الأساسي للمراقبة من خلال الهياكل البيروقراطية.

يستخدم نظام المراقبة البيروقراطية عندما تكون الأهداف الإستراتيجية واضحة و كذلك الوسائل لبلوغ الأهداف تكون متحكم فيها بشكل كاف، كما أسلفنا فإن تحديد و تخصيص قواعد لكل من السلوكيات و الإنتاج على السواء، يؤدي إلى وجود نظام مراقبة بيروقراطية، سواء كان قياس الأداء مكتملا أم غير مكتمل. يستدعي هذا النوع من المراقبة أن يكون المحيط قابل للتبوء و هذا يعني أن المسائل يمكن حلها لأنها تخص عادة مهام ليست معقدة، مثل تحديد المعايير فيما يخص التكاليف، رقم الأعمال ،المردودية،...الخ، و يتطلب في المقابل استعمال أداة رسمية للمراقبة مثل الموازنة، الهامش، دوران المخزون ...الخ.

II .3 .2. نظام المراقبة من خلال العصبة (الجماعة)

المراقبة من خلال العصبة (الجماعة ، Le clan): ويعرف أيضا تحت مسمى المراقبة من خلال التقاليد (Traditions) أو الطقوس (Rituels)، يتم اللجوء إلى مثل هذا النوع من المراقبة عندما يكون من غير الممكن إنشاء و تحديد قواعد للإنتاج، و في نفس الوقت يكون من غير الممكن الوقوف على النتائج النهائية لعملية أو نشاط معين. فمثلا مراقبة نشاط أو عمل وحدة معينة تقوم بالبحث العلمي لا يمكن ان يتم – كما سبق الإشارة إليه – من خلال نظام مراقبة بواسطة السوق و لا من خلال نظام المراقبة البيروقراطي، في هذه الحالة فإن نظام المراقبة عبر العصبة يكون الأنسب، حيث يرتكز هذا النظام على روابط اجتماعية قوية بين الأفراد، كما يتصف بان الفرد فيه يقوم بمراقبة ذاتية حسب درجة اندماجه الطوعية مع العصبة و مع مبادئ و قيم المنظمة. فمثلا المستشفيات تعتبر واحدة من المؤسسات التي يسود فيها هذا النوع من

المراقبة، لأن هذه الأخيرة تتم من خلال مجموعة مهنية معينة تضع نفسها فوق قواعد المنظمة مثل ما هو الحال بالنسبة للأطباء، حيث يؤمنون بقوانين أخلاقية و مهنية و قواعد للتصرفات الحسنة الخاصة بهم. و نفس نظام المراقبة ينطبق على الفرق البحثية حيث أن أعضاء هذه الفرق من الباحثين يكونون أكثر حساسية للاعتراف في الوسط المهني أكثر من الاعتراف و الثناء الذي يتلقونه من قبل مدراء المؤسسات و المخابر التي تشغلهم.

II .4. 2 نظام المراقبة من خلال الثقافة

كثيرا ما يتم المقابلة بين نظام المراقبة من خلال الثقافة و نظام المراقبة البيروقراطية التي تتميز بدرجة عالية من الرسمية و وضوح في القواعد. في حين أن المراقبة من خلال الثقافة ترتكز على مجموعة من القيم عادة ما تكون مشتركة بين أفراد المنظمة أو مجموعة جزئية من الأفراد الذين يتعارفون فيما بينهم من خلال مهنة، أو مصلحة، أو وظيفة. تتكون هذه القيم في جزء كبير منها من خلال ظهور و تكَوُنِ بشكل متدرج في داخل الجماعات، عاكسة بذلك تجربة الفريق الذي تكونت فيه، و في جزء أخر فإن هذه القيم يمكن العمل عليها لاحتوائها في نماذج. فمثلا نجد أن مختلف المشاريع في المؤسسة تبحث في تطوير بعض هذه القيم و جعلها صريحة كما تسعي إلى القضاء على أخرى (التي لا تخدم أهداف المنظمة)(.Burlaud 1995 ،ص 5).

في العموم يقصد بالثقافة داخل المنظمة ذلك الالتزام الطوعي، الذاتي من داخل الفرد نحو المعايير، القيم، الأهداف و طرق انجاز الأشياء داخل المنظمة (Baliga و Jaeger ،1985، ص 83). كما يمكن أن تحتوي الثقافة على مكونات أخرى مثل الخرافات، الرموز، الطقوس، الأبطال، الشبكة الثقافية أو التدرج الهرمي الخفي في المؤسسة، حيث يتم ترجمة ذلك في الواقع إلى التزامات اجتماعية، و إلى مصطلحات مشتركة و إلى شعور بالانتماء و التعرف على المكانة الشخصية (Bosche ،1984، ص 10) .

تساعد نظم المراقبة عبر الثقافة في تقليص الآجال التي يتطلبها تصحيح الإجراءات و ذلك من خلال تبني الأهداف ، الأدوار و الإجراءات. حيث أن الثقافة توفر الإطار أو الشكل الذي يتم من خلاله شرح و تطوير فلسفة و إيجاد قيم تناسب و تتماشى مع بيئة المنظمة (Lebas و Weigenstein ،1986،ص 88).

تقترب هذه النظرة كثيرة من تلك التي يراها (Bouquin 1994 ،ص ص 71 - 72) حيث أن الثقافة ليست بديلا و لكنها حقيقة دائمة (أي أن الثقافة لا يمكن تجاوزها أو تلافيها، بل يجب العمل بها في كل الأحوال).

تواجه المراقبة هن خلال الثقافة عدة انتقادات من بينها، أن الثقافة القوية، كثيرا ما تشكل عامل قوة يجعل المنظمة تقاوم بشدة تطورات و ديناميكية المحيط (Lemaitre 1984، Thévenet، 1984). لذلك فإنه من الضروري أن تكون ثقافة المؤسسة في حالة من الثوران و التحرك الدائم حتى تجنب المؤسسة الوقوع في الهاوية.

بسبب هذه الانتقادات فإن هناك من المؤلفين من يقر باعتبار الثقافة كوسيلة للمراقبة، لكن في المقابل هناك أيضا من يتساءل عن حقيقة وجود ما يسمى بالمراقبة من خلال الثقافة، فضلا على أن فعالية خطوات مبنية على الثقافة لابد أن ترتكز على عدد من الشروط (Hickson و آخرون 1969، ص 96 ، Woodward،1998،ص 73):

- اختيار أفراد ممتثلين أو من المتوقع منهم أن يمتثلوا لفلسفة المؤسسة؛
- و كذلك دوران عمل قليل؛
- حجم المؤسسة صغير؛
- إلى جانب نوع من التكنولوجيا.

II .5 .2 نظام المراقبة حسب التسلسل الهرمي

يقوم هذا النوع من نظم المراقبة على فكرة أساسية مفادها أنه يجب تقليص الاستقلالية الرسمية إلى أدنى حد لها في المنظمة من خلال قيادة مباشرة للفاعلين فيها. إن هذا النوع من نظم المراقبة من شأنه أن يخلق نوعا من الرضا عند التقيد و الالتزام بالتعليمات و التوجيهات الإدارية. حيث تعوض المراقبة عبر التسلسل الهرمي عدم التأكد الذي يواجهه رئيس (مدير) مؤسسة ما من تفاعلات في السوق، حيث تعوض عدم التأكد الموضوعي هذا، بحالة من التأكد و لو بشكل غير ذاتي، و ذلك حين يشعر المنفذ الذي قام بعمله بوجه يتطابق مع التعليمات و التوجيهات التي تأتيه من الإدارة العليا، فإنه بذلك يشعره بنوع من الثقة و التأكد (Landau و Chsholm، 1992 ،ص ص 26 – 27). كما يؤكد العديد من المؤلفين أن هذا النوع من نظم المراقبة لا يحتوي فقط على مساوئ بل إن محاسنه تفوق مساوئه بكثير.

يرى (.Burlaud،1995 ،ص 5)، إن مراقبة التسيير ليست البديل عن المراقبة من خلال التسلسل الهرمي، لكنها تأتي لتخفف من بعض خصائص هذا الأخير. حيث أنها تخفف من المراقبة القبلية و تسمح بتسريع سياقات (إجراءات) اتخاذ القرار و كذلك تحفيز و حث الأفراد و جعلهم أكثر تحملا للمسؤولية.

لا يوجد نظام مراقبة من خلال الهياكل البيروقراطية بشكل صرف، و لا نظام مراقبة عبر السوق بشكل صرف و لا يوجد نظام مراقبة من خلال العصبة بشكل صرف أيضا، زيادة على ذلك فإن كل نظم المراقبة هذه لا تتنافى فيما بينها بل يمكن أن تكون متكاملة فيما بينها، و يمكن أن تتواجد معا في منظمة واحدة بدرجات متفاوتة حسب من الأهمية وفق ما تراه المنظمة.

II .3 نحو نماذج لمراقبة التسيير أكثر توافق مع التطورات

نظرا للانتقادات والاستعمالات غير الصحيحة من حيث طرق تحديد الأهداف أو من حيث تخصيص الموارد وحتى من حيث طرق وأساليب تحديد النتيجة وتقييم الأداء، نظرا لكل هذا قام المختصون و الباحثون في هذا المجال بتحديد جملة من الاختبارات التي يمكن من خلالها تقديم إجابات و ثم استخدامات صحيحة لأدوات المراقبة، حيث تمثلت هذه الاختبارات في الأعمال البارزة لكل من مكنتوش وسيمون.

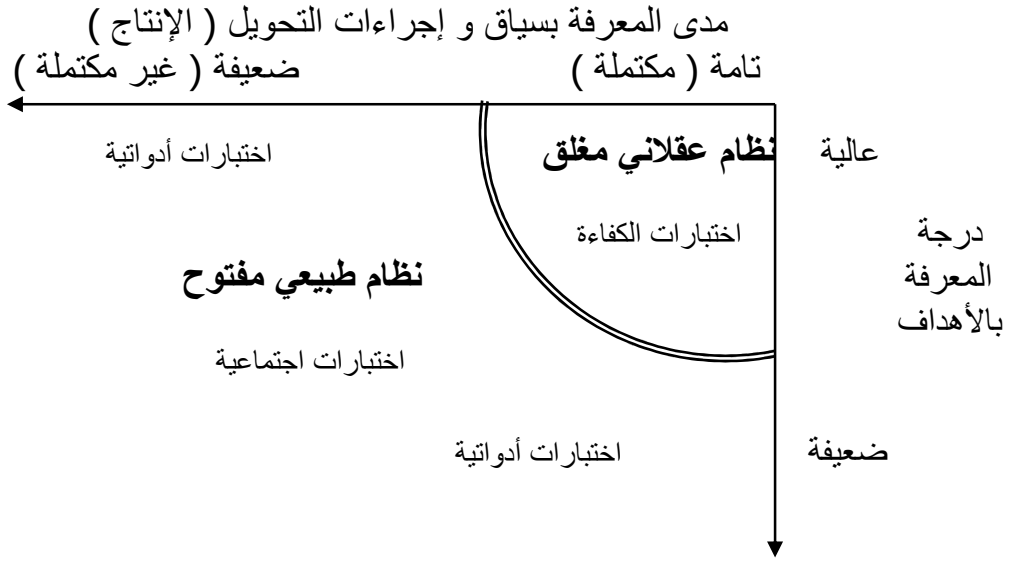
II .3 .1 الاستعمال النظري و الواقعي لنظم مراقبة التسيير حسب مكنتوش Macintosh

قام (Macintosh) بإدخال بعض التحسينات على التصنيف الذي أتى به (Ouchi)

و ذلك من خلال التعمق بشكل كبير في كيفية استعمال أدوات المراقبة، حيث وصف (Macintosh،1994،ص 152) طرق التقييم و كيفية المتابعة التي يمكن أن تستعمل في المنظمة. بعدها اقترح ماكنتوش نظم للمراقبة خاصة بكل وضعية ممكنة. ثم قام بمقارنة بين الاستعمال الأمثل لمحاسبة التسيير و الاستعمال الفعلي (الحقيقي).

حدد (Macintosh،1994،ص 185) ثلاثة أنواع من الاختبارات (أساليب للتقييم أو للقياس المحقق): اختبارات الكفاءة (الفاعلية) (efficience)، اختبارات أو قياسات من خلال الأدوات ، و اختبارات من خلال المجموعة (الفريق). ثم بين الحالات الممكنة التي يستعمل فيها كل نوع من هذه الاختبارات (القياسات)، و قد اعتمد هو الآخر، على نفس الأعمال السابقة المقدمة من قبل (Thompson J.،1967).

الشكل رقم 16: تصنيف طرق التقييم (القياس) و المتابعة



المصدر: Macintosh N. B. (1994), Management accounting and control systems, Wiley, p 125.

من خلال الشكل أعلاه :

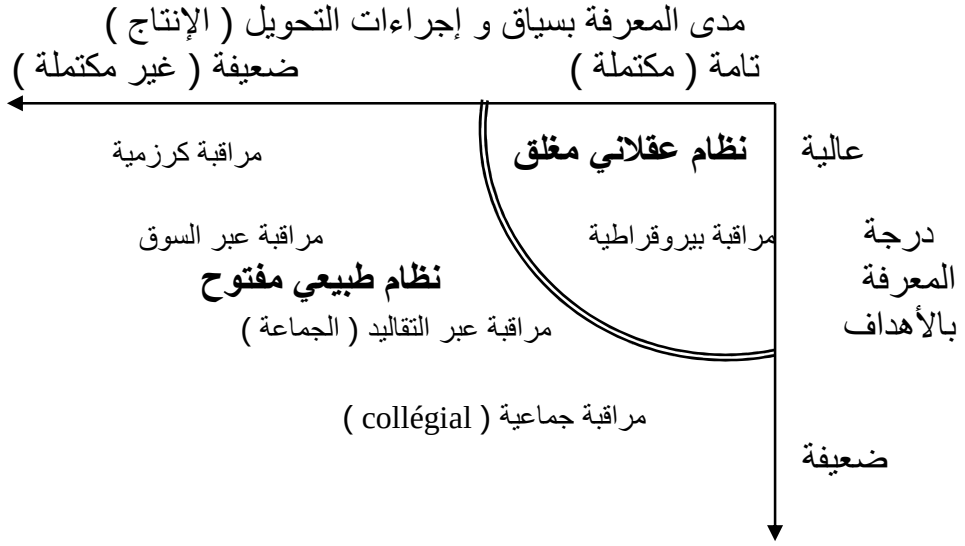
- يتم استعمال اختبار الفاعلية و التي يقصد بها النسبة بين المخرجات و المدخلات عندما تكون سياقات الإنتاج معروفة بشكل كامل و كذلك الأهداف واضحة حيث يتم استعمال الفاعلية كمؤشر و معنى ذلك أن الموارد المستعملة يجب أن تتقابل (تتماثل) مع مستوى الإنتاج المتحصل عليه (المحقق). نظام المراقبة الملائم هنا هو نظام المراقبة من خلال آليات البيروقراطية مستندا إلى المعايير السلوكية (التصرفات).

- يتم اللجوء إلى الاختبارات الأدواتية (Tests instrumentaux)، في حالة وجود نوع من عدم التأكد سواء على مستوى الأهداف أو على مستوى الوسائل المستعملة لتحقيق هذه الأهداف، في هذه الحالة يتم تحديد أهداف وسيطة (مرحلية) مثل : الهامش،احترام أهداف الموازنات...، أي تحديد أداة مناسبة، و قياسها بواسطة القياسات أو التقييم الأدواتي.

- أما في حالة عدم التحكم (التأكد من) في كل من سياقات الإنتاج و كذلك الأهداف، فإن قياس المحقق و الحكم عليه يتم من خلال آراء جماعية أو اعتقادات فريق أو مجموعة من الفرق الاجتماعية. و هو ما يعرف بالاختبارات الاجتماعية (Tests sociaux).

من المفيد أن نعرض مختلف الوسائل (الأدوات) و ما يمكن أن يقترن بها من فلسفات أو نظم للمراقبة التنظيمية، و ذلك من خلال مقارنة بين تصنيف أوشي لنظم المراقبة من خلال مصفوفته، وبين طرق القياس و التقييم لمكنتوش.

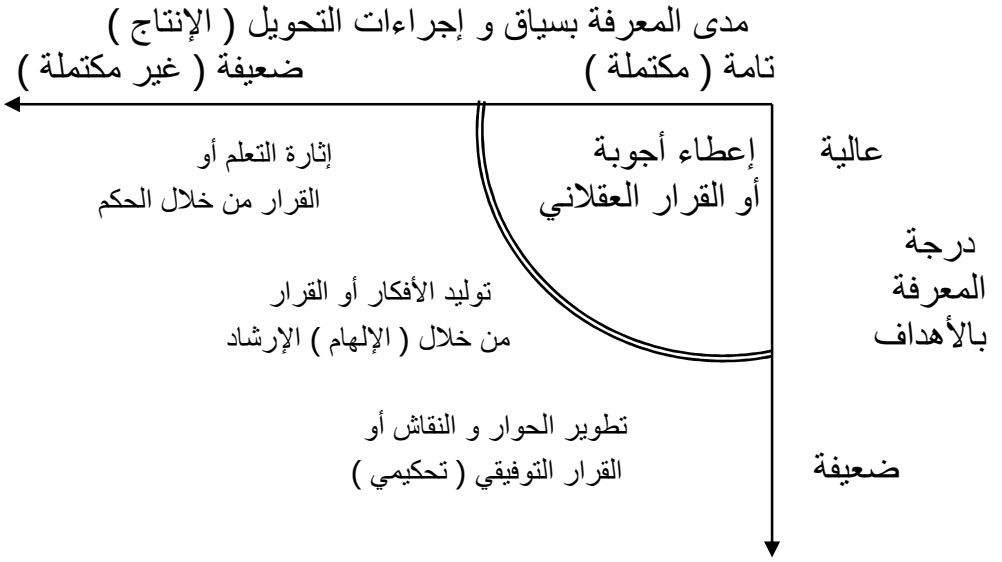
الشكل رقم 17: تصنيف نظم المراقبة التنظيمية



المصدر: Macintosh N. B. (1994), Management accounting and control systems, Wiley ,p 127.

في خطوة تالية قام مكنتوش بتوضيح الأهداف المنتظرة من محاسبة التسيير وأدوات المراقبة و الأدوار التي من المتوقع أن تلعبها على المستوى النظري، في كل حالة من الحالات المراقبة المذكورة آنفا. تعتبر الأدوار النظرية من الأهمية بمكان إلى درجة أن نظم المراقبة كثيرا ما اقتصرت عليها (De Lavillarmois 1999، ص 127).

الشكل رقم 18: الاستعمال النظري لنظم المحاسبة و المراقبة



المصدر: Macintosh N. B. (1994), Management accounting and control systems, Wiley, p 128.

- الحالة الأولى: عندما تكون كل من سياقات التحويل (عمليات الإنتاج) معروفة بشكل جيد و كامل، و الأهداف تكون معروفة و واضحة و محددة بدقة. في هذه الحالة فإن استعمال قواعد و طرق و أساليب معدة مسبقا يكون ممكن، و سينتج عنه اتخاذ قرارات في الوقت المناسب و في الآجال المناسبة (وقت قصير) و تكون قرارات حاسمة و بدون لبس أو غموض؛

- الحالة الثانية: عندما يكتنف الأهداف المراد تحقيقها بعض الغموض، في هذه الحالة فإن الدور المنتظر من نظم المراقبة و محاسبة التسيير هو ترقية الحوار و النقاشات.

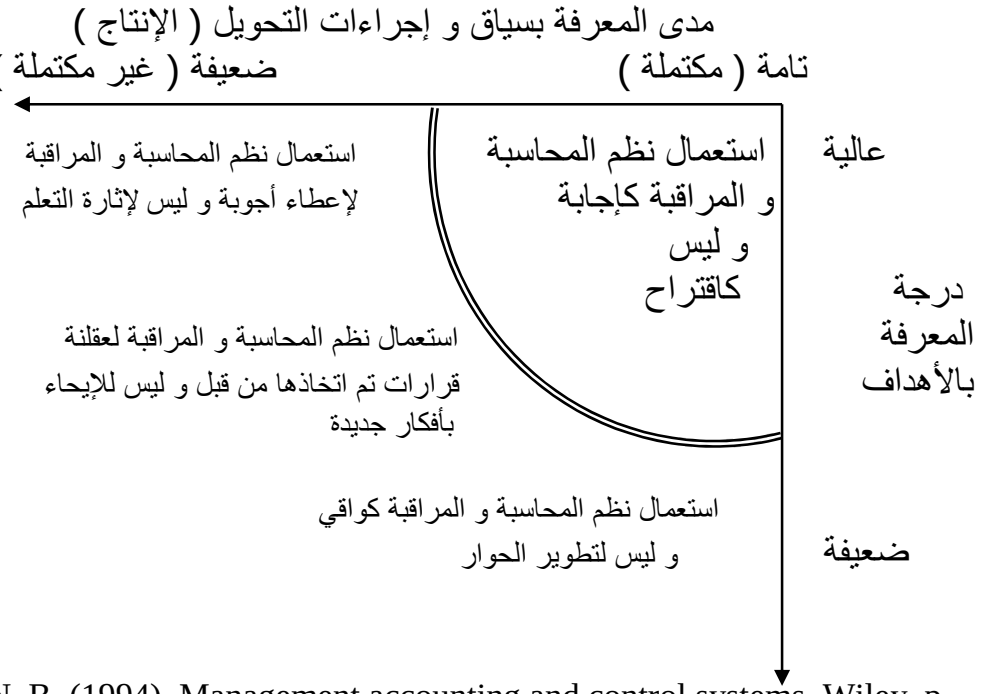
- الحالة الثالثة: عندما تكون المعرفة بإجراءات التحويل و الإنتاج ضعيفة، فإن نظم المحاسبة التسيير و المراقبة تقوم باقتراح مجموعة من الحلول، و تقديم بعض المعطيات أثناء عملية الإنتاج، كما تقوم بمساعدة المسيرين على التقييم الصحيح و الدقيق للبدائل المتاحة.

- الحالة الرابعة: عندما يكتنف الغموض كل من إجراءات التحويل و الإنتاج، و كذلك ضبابية في القدرة على تحديد الأهداف. فمن المنتظر أن تستعمل هذه النظم للمراقبة و لمحاسبة التسيير في توليد أفكار جديدة من خلال جلسات ما يعرف بالعصف الذهني مثلا أو من خلال طريقة السيناريوهات.

في شرح مطرد بين مكنتوش كيف أن الاستعمال النظري لنظم المراقبة و لمحاسبة التسيير قد تصاحبه عدة اختلالات أو انحرافات (إنزلاقات)، تتمثل في الفروق الموجودة بين الاستخدام

النظري المتوقع و بين الاستخدام الحقيقي. أو ما يعبر عنه بالاستعمال غير العقلاني لهذه النظم، مما يجعلها تبتعد عن الاستعمال الأمثل. يمكن تقديم هذه الفروقات من خلال الشكل التالي.

الشكل رقم 19: الاستعمال الحقيقي لنظم المحاسبة و المراقبة



المصدر: Macintosh N. B. (1994), Management accounting and control systems, Wiley, p 129.

إلى جانب ذلك فقد ميز مكنتوش بين نوعين آخرين من المراقبة و هما المراقبة الكرزمية (Charismatique) و المراقبة الجماعية (Collégial).

المراقبة الكرزمية

يظهر هذا النوع من المراقبة على مستوى المنظمات بمختلف أنواعها، و ذلك في حالة كون الأهداف واضحة و معروفة، لكن الوسط الذي تتواجد فيه يكون غير واضح و متقلب (متحرك) و متغير، أو في حالة كون الوسائل المستعملة للوصول إلى هذه الأهداف غير مؤكدة، مثل حالات الأزمات أين تكون الأسس و المرتكزات و الروتينية محل إعادة نظر (تساؤل ، و مراجعة، و شك). و كثيرا ما ينظر إلى المراقبة الكرزمية على أنها المقابل أو الطرح المخالف للمراقبة البيروقراطية.

في حالة عدم تطابق منطق عمل المؤسسة مع متطلبات التكيف مع المحيط. فإن دور الإدارة يتمثل في ترقية الحوار داخل المنظمة من أجل السماح بالخروج بأحسن التطلعات للمستقبل، ويجب أن يقتصر تدخل الإدارة في هذا الحوار على توجيه الجهود لبلوغ الأهداف، لأن هدفها (الإدارة) هو تحفيز الأفراد. إن ما تقوم به الإدارة في هذه الحالة يشبه إلى حد بعيد ما يقوم به القائد الكرزمي في جماعته، حيث أن القائد في مثل هذه الحالات ليس في حاجة إلى التأكد من أن المرؤوسين يتبعون تعليماته و توجهاته بدقة، لكن القائد الكرزمي يبين لهم ببساطة ما الذي يريده، و في بعض الأحيان كيف يمكن فعل (انجاز) ذلك مع العلم أن ما طلبه سوف ينجز (De Lavillarmois،1999، ص 130).

المراقبة الكرزمية ليست مخصصة لنشاط محدد بعينه. يفقد هذا النوع من المراقبة من زخمه و قوته عندما لا تتحقق الأهداف و خاصة بعد فترة طويلة. و بالتالي لا يمكن استخدامها بشكل دائم بل تستعمل لفترة قصيرة و محدودة أي في وقت التحولات (الأزمات)،و في المقابل إذا تحققت الأهداف فإن هذه المراقبة تعطي مجال إلى أيجاد روتين من النوع البيروقراطي، مما يعني أنه متى ما يتم التحكم في السياقات و الإجراءات، لابد من الرجوع إلى مراقبة كلاسيكية (كالمراقبة البيروقراطية أو المراقبة عبر السوق ...).

تجدر الإشارة إلى أن هذا النوع من المراقبة من النادر أن يستخدم من طرف المؤسسات الكبيرة لأن هذه الأخيرة تسعى إلى تحقيق أهداف واضحة و دقيقة، مثل تعظيم الأرباح و التي تستند إلى المراقبة من خلال السوق. كما أنه من المهم الإشارة إلى خطر الانحراف في استعمال المراقبة الكرزمية عن استخدامها الأمثل، و يعتبر استخداما خاطئ للمراقبة الكرزمية عندما يتم من خلال استخدامها كإجابة بدلا من استخدامها كمساعد على التعلم.

المراقبة الجماعية (الزمالة) (Collégiale)

لهذا النوع من المراقبة أهمية كبيرة عندما تكون الأهداف غير واضحة و مبهمة، في حين تكون الإجراءات و عمليات التحويل و كذا المعارف اللازمة لذلك معروفة و متحكم فيها. في المراقبة الجماعية فإن النظام يتم تسييره من قبل أشخاص تم اختيارهم من أجل فضلهم و كفاءتهم و مهاراتهم، الأمر الذي يعطي انطباعا بفكرة المجموعة النخبوية، حيث يقوم هؤلاء الأشخاص بالمداولة و المناقشة حول القيم الأساسية للمنظمة و حول التوافق الضروري لهذه الغايات و القيم، و حول الطرق و الوسائل التي تمكن من تحقيق ذلك. عادة ما يوصف هذا النوع من المراقبة بأنه غير ديمقراطي (أي نخبوي)، من الانتقادات التي توجه إلى هذا النوع من المراقبة أنه يمْكن للإدارة أن تستحوذ على قراراته و استخدامها لتمرير إرادتها و تثبيت اختياراتها، الأمر الذي

جعل من المراقبة الجماعية نظام عديم القيمة رغم انتشاره الواسع في العديد من المؤسسات (Errami، 2006،ص ص 3 – 4).

II .2 .3 التوجه نحو مراقبة التسيير الإستراتيجية، إسهامات سيمون Simons

تندرج اعمال (Simons) ضمن حركة التجديد التي عرفتها مراقبة التسيير في نهاية القرن الماضي، حيث انصبت جهود التجديد على موضوعين (ميدانين) هما: أدوات مراقبة التسيير، إلى جانب البحث عن روابط أكثر قوة و واقعية بين مراقبة التسيير و إستراتيجية المنظمة.

أولا: نظم المراقبة التشخيصية

في هذا الإطار اقترح سيمون مدَّ و بسط الإطار النظري لمراقبة التسيير ليأخذ بعين الاعتبار تأثير مراقبة التسيير على اقتراح، و إعداد، و تشكيل إستراتيجية المنظمة، (Simons 1995) . لتوضيح هذه العلاقة، يقترح سيمون تقسيم دور مراقبة التسيير إلى فئتين (نوعين) من النظم، تتعلق الفئة الأولى بالنظم التي تتم مراقبتها عن طريق التفويض من طرف الرؤساء إلى المسيرين، و الذي اسماه " المراقبة التشخيصية " أو المراقبة المبرمجة، كما ورد في المقالات التي نشرها (Simons ،1994، 1995، 1987، 1990، 1991) و هي تمثل نظام مراقبة التسيير المعروف و الذي تم تناوله بالبحث و الإثراء من قبل الكثير من الباحثين في الأدبيات التقليدية لمراقبة التسيير. وتتم المراقبة التشخيصية من خلال جملة من المؤشرات التي تعكس مختلف أبعاد أداء المؤسسة، أو بشكل عام تعكس المعلومات التي يحتاج إليها المسير، حيث أن الهدف هو أن يكون قياس الأداء شاملا و واسعا، و قد عرف سيمون المراقبة التشخيصية على أنها " نظم رسمية للمعلومات يستعملها المسيرون لمراقبة نتائج المنظمة و تصحيح الانحرافات بالنسبة لمعايير الأداء المحددة مسبقا " (Simons ،1995،ص 59).

هذا النوع من نظم المراقبة يتم القيام به عادة بشكل محوسب (يستعمل فيه الإعلام الآلي بشكل كبير)، بحيث يمنح المزيد من الوقت للمسير و المراقبين، لأن حجم المعلومات التي يتم معالجتها كبير جدا (Berland و آخرون، 2005،ص 5).

ثانيا: نظم المراقبة التفاعلية

أما الفئة الثانية فتضم كل النظم التي تتم المراقبة فيها عن كثب من طرف المدراء بأنفسهم، وهي ما يسميها سيمون " بالمراقبة التفاعلية "، و التي يرى أنها تمثل الدور الذي يجب أن تلعبه مراقبة التسيير في تشكيل إستراتيجية المنظمة. يتعلق الأمر بالنسبة للمسير في التفاعل القوي مع

معاونيه (المرؤوسين) من أجل معالجة أولويات إستراتيجية، و مشاركتهم شخصيا في اتخاذ قراراتهم. يعرف سيمون المراقبة التفاعلية ب أنها عبارة عن " نظم رسمية للمعلومات يستخدمها المسيرون من أجل المشاركة بشكل منتظم و شخصي في قرارات مرؤوسيهم (Simons، 1995، ص 95).

تصبح المعلومات الناتجة عن أداة التسيير بمثابة هاجس للمسيرين، حيث يستعملونها (المعلومات) للتساؤل حول عمل المنظمة التي يديرونها. لا يجب أن تكون هذه المعلومات ذات حجم كبير و ذلك حتى يمكن استيعابها من قبل المسير الذي يقوم بالاطلاع بعدة مهام أخرى (Berland, Essid، 2009، ص 8).

الجدول رقم 3: ميزات نظم المراقبة التشخيصية و التفاعلية عند Simons

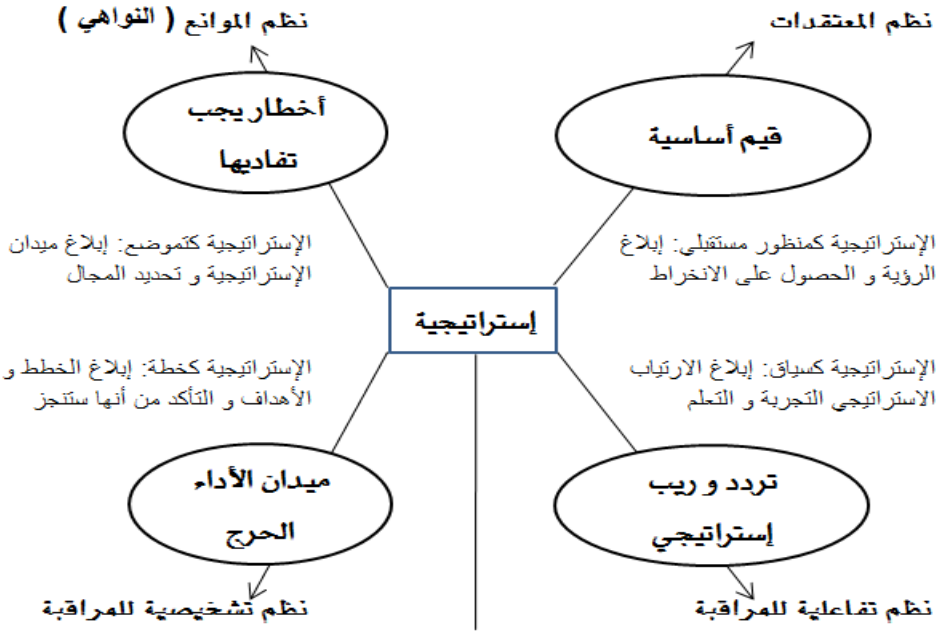
مراقبة	تشخيصية	تفاعلية
طبيعة الأنظمة	نظام التغذية المرتدة مستعمل في مراقبة المخرجات التنظيمية و تصحيح الانحرافات بالنسبة إلى معايير الأداء المحددة مسبقا	نظام مراقبة يستعمله المسيرون للاشتراك بشكل منتظم و شخصي في اتخاذ قرارات المعاونين
غاية الأنظمة	إعطاء التحفيز، الموارد، و المعلومات للتأكد من أن الاستراتيجيات المهمة و كذلك الأهداف سيتم الوصول إليها. يسمح بخلق ضغط (خطر أن يؤدي إلى العكس إذا كانت الأهداف صعبة الوصول)	يقوم بتوجيه الاهتمام التنظيمي نحو عدم التأكد الاستراتيجي و التسبب في ظهور مبادرات و استراتيجيات جديدة يثير على الحوار و التعلم
متغيرات أساسية	متغيرات الأداء الحرجة	عدم التأكد الاستراتيجي
هدف النظام	لا مفاجئة	أبحاث خلاقة، إبداعية
ضبط الاحتراس و الانتباه للمسيرين	تفويض الاحتراس و الانتباه للتابعين تقليل احتراس و انتباه المسيرين الحفاظ و الإبقاء على احتراس و انتباه دوري	تعظيم احتراس و انتباه المسيرين الحفاظ على احتراس و انتباه ثابت
التفكير	استنتاجي (تمليه الأداة أو الوثيقة)	استقرائي موجه بالحدس و الشعور ألسبقي)
تعقيد النظام	معقد	بسيط
فترة المرجعية	الماضي و الحاضر	الحاضر و المستقبل
الأهداف	محددة (مثبتة)	يعاد تقديرها باستمرار
التغذية المرتدة	سلبية	إيجابية
التعديل (تصحيح)	من خلال المدخلات أو السياقات	من خلال التعلم
الاتصال	القضاء على الحاجة إلى التكلم	إعطاء لغة مشتركة
دور التابعين	فاعلين رئيسيين تصميم و الحفاظ على النظام تفسير المعطيات، تحضير التقارير المتعلقة بالاستثناءات،التأكد من اكتمال النظام	مسهل (تيسيري) تحصيل المعطيات و جمعها، لتيسير السياق التفاعلي
دور القائمين على التشغيل (العمليات)	تحديد (تثبيت) الأهداف و التفاوض حولها بشكل دوري تلقي تقارير الانحرافات و متابعة الاستثناءات المهمة	اختيار النظام التفاعلي تنظيم اجتماعات متكررة مع المتعاونين لمناقشة المعطيات المحتواة في النظام الطلب منهم تزويد النظام بالمعلومات

المصدر: Simons R. (1995), Levers of control : how managers use innovative control systems to drive strategic renewal, Harvard Business School Press . p 124

ثالثا: الروافع الأربعة للمراقبة

لاحقا، وفي نظرة أكثر شمولية لسياق المراقبة و في إطار مفاهيمي موسع، اقترح سيمون محورين جديدين للمراقبة، جاءت هذه المحاور لتساند و تدعم تحقيق الإستراتيجية، المحوران الجديدان هما " المراقبة من خلال المعتقدات " ، و " المراقبة عبر الموانع " أو (النواهي، الحدود)، إلى جانب المراقبة التشخيصية و المراقبة التفاعلية.

الشكل رقم 20 : نظم المراقبة (الروافع الأربعة) في المؤسسة حسب Simons



المصدر: Simons R. (1995), Levers of control : how managers use innovative control systems to drive strategic renewal, Harvard Business School Press . p 7

حدد سيمون لكل رافعة من الروافع الأربع أهداف، و التي يمكن وصفها بشكل مختصر من خلال :

- نظم المعتقدات : تستعمل هذه النظم لتكون مصدر إيحاء وإلهام للحث على انخراط الأفراد في أهداف (غايات) المنظمة؛
- نظم الموانع (النواهي) : تستعمل لتحديد و تطويق مجال البحث عن فرص. أي تحديد مجالي التجريبي و التسابق (التنافس)،

- نظم المراقبة التشخيصي : يستعمل هذا النظام لتحفيز المتابعة و للمكافئة عند تحقيق الأهداف، تنسيق و قيادة تنفيذ الاستراتيجيات الراهنة؛
- نظم المراقبة التفاعلية: تستعمل هذه النظم لإثارة الاهتمام بالتعلم و التدريب التنظيمي، و إبراز أفكار جديدة، أي إثارة و توجيه البحث عن استراتيجيات مستقبلية.

II .3. 3 التوافق بين نظم المراقبة و الروافع

تتفاعل هذه النظم مع بعضها البعض و تتكامل فيما بينها، حيث أن نظم المعتقدات و نظم الموانع (النواهي) تحدد كل منها المجال الاستراتيجي. في حين تسعى نظم الموانع إلى التحذير من الخاطر و الدعوة إلى تجنبها، إن نظم المعتقدات تسعى إلى إبراز و إظهار القيم الأساسية التي تبرر و جود المنظمة. ولذا فإن كل الاستراتيجيات يكون لها نفس القيمة داخل هذه الحدود المرسومة من قبل النظامين. يأتي بعد ذلك ضرورة وجود نظام تشخيصي لتمكين تنفيذ هذه الاستراتيجيات و هذا النظام هو بالضبط ما يعرف بمراقبة التسيير في النظرية التقليدية.

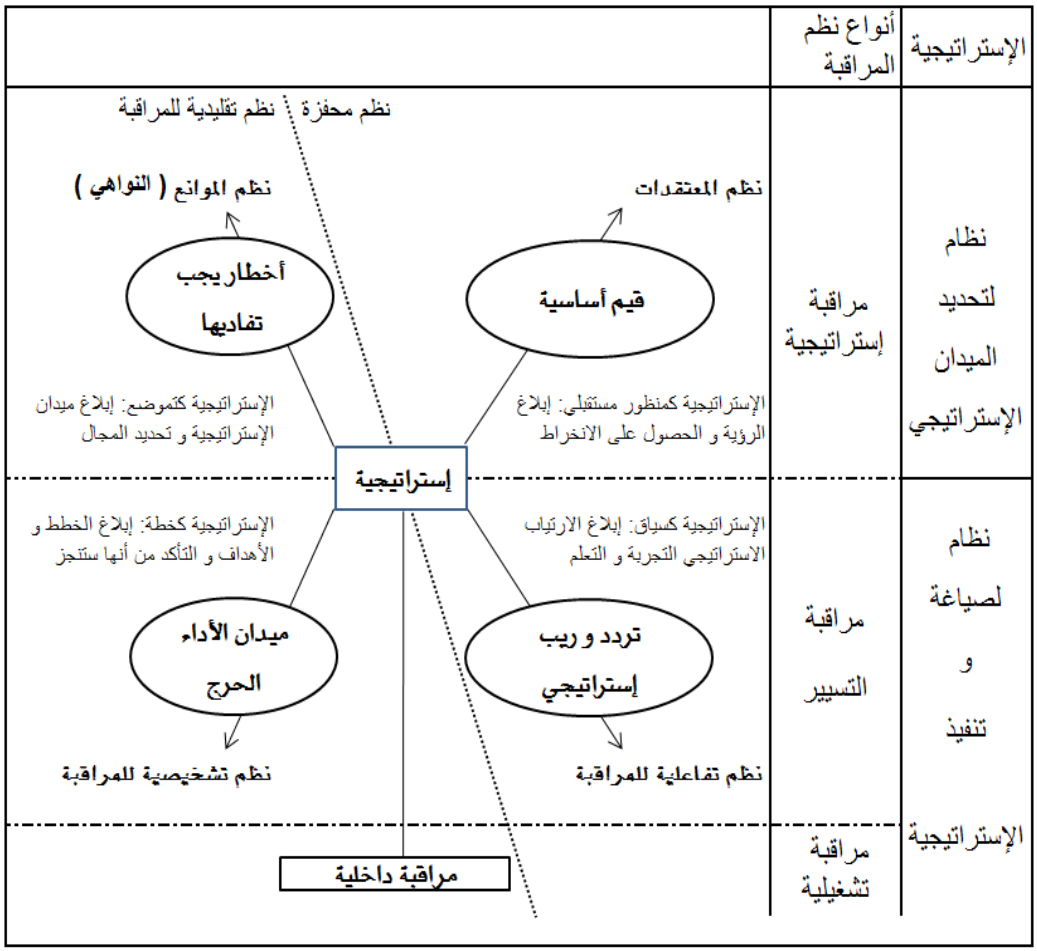
أما العنصر الرابع فهو الأهم و هو نظام المراقبة التفاعلي، حيث و في الوقت الذي يسعى فيه نظام المراقبة التقليدي للإجابة عن التساؤل التالي : كيف يمكن تحقيق الأهداف الإستراتيجية ؟ فإن نظام المراقبة التفاعلي يتساءل حول ما إذا كانت الإستراتيجية ملائمة للوضعية التنافسية الحالية و المستقبلية أو ما هي التغيرات و التحولات في الإستراتيجية التي تمكننا من مواجهة و مجابهة التغيرات على مستوى المحيط التنافسي؟.

تجدر الإشارة إلى أن نظم المراقبة منذ انتوني، كان هدفها الأهم (الأساسي) هو التأكد من تنفيذ الإستراتيجية، أما سيمون فقد قلب قليلا هذه العلاقة عندما قال أن نظم المراقبة يمكن استعمالها لتحديد الإستراتيجية، و تشكيلها (De Lavillarmois،1999، ص 144).

من هنا يتضح أن المراقبة التفاعلية تهتم بالاستراتيجيات الجديدة و بالتالي فإنه ا بحاجة إلى أدوات تتعدى مجرد الموازنة التي تقتصر على الوقوف و ملاحظة الفرق بين المحقق و المقدر، إن هذا النوع من الأدوات تم التخلي عنه ليحل محلها مفاهيم أخرى مثل تقاسم المعلومات و المعارف، التعلم التنظيمي و الفردي، المساعدة في تصور استراتيجيات جديدة.

كما سبق و أن اشرنا، فإن أعمال سيمون تعتبر رائدة في مجال المراقبة، حيث يقترح نظرة عامة و شاملة لنظم المراقبة، و بالتالي فهي ليست متعارضة مع التصنيف الذي جاء به أوشي، كما أنه يمكن أن نربط بين المستويات الثلاثة للمراقبة المحددة من طرف انتوني و تلك المقترحة من قبل سيمون، كما هو مبين في الشكل التالي:

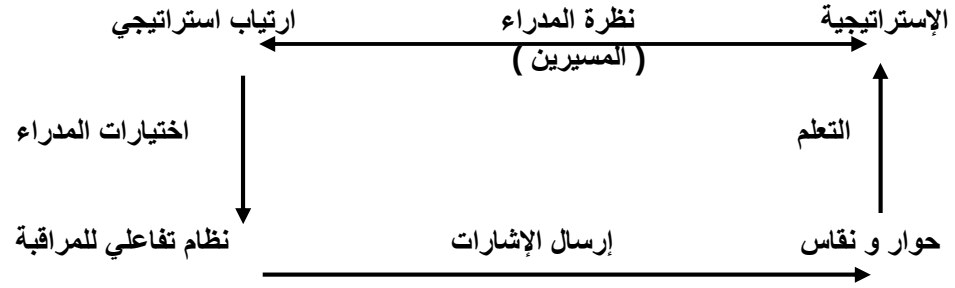
الشكل رقم 21 : نظم مراقبة إستراتيجية المؤسسة حسب Simons



المصدر: Simons R. (1995), Levers of control : how managers use innovative control systems to drive strategic, renewal, Harvard Business School Press. P 157.

إذا قام المدراء باستعمال الشكل التفاعلي كاختيار لنظم المراقبة فهم بذلك يعربون عن تفضيلهم للبحث عن حلول جديدة، و أيضا البحث عن المصداقية لقرارات مهمة و كذلك الإبقاء على مراقبة شاملة عبر كل المنظمة. مما يعني أن كل متخذي القرار في المستويات الوسطى مشاركون في الحوار، و بفضل هذا الحوار و النقاش و التعلم الذي يسمح به النظام التفاعلي، فإن استراتيجيات جديدة ستبرز. الأمر الذي يجعل الاهتمام ينصب على النظام التفاعلي، و باقي النظم يتم استعمالها لغرض التشخيص.

الشكل رقم 22 : نموذج لسياق العلاقة بين الإستراتيجية و النظام التفاعلي



المصدر: Simons R. (1991), Strategic orientation and top management attention to control systems, Strategic Management Journal, vol.12, pp.49-62.p 50.

إذا كانت لمنظمة ما العدد (ن) من نظم المراقبة (نظم: للتخطيط، لحساب التكلفة، لمتابعة الموارد البشرية ...)، فإن نظاما واحدا فقط سيستعمل بطريقة تفاعلية و أن (ن – 1) الباقية ستستخدم لغايات التشخيص. في الحالات الاستثنائية مثل حالات الأزمات يمكن استخدام عدة نظم مراقبة بطريقة تفاعلية كما يقول سيمون، مما قد يشكل خطرا على المدى المتوسط الأجل و ذلك من خلال شل الحوار و النقاش. (De Lavillarmois،1999، ص 145).

خلاصة الفصل

لقد رأينا أن نموذج مراقبة التسيير يرتكز على عدة فرضيات و التي من بينها عوامل النجاح الأساسية، حيث يمكن أن نستنتج أنها متعددة، و موجودة في عدة مستويات، إلى جانب أنه من الضروري التحكم فيها خاصة إذا أرادت مؤسسة ما أن تكون لها قدرة تنافسية. يتم بعد ذلك ترجمة هذه العوامل الأساسية للنجاح إلى أهداف تشغيلية و إلى أنشطة يؤدي تحقيقها إلى بلوغ الأهداف.

و كذلك اعتبار السيبرنية من افتراضات النموذج التقليدي لمراقبة التسيير فهو، بذلك يعد أكثر فرضيات النموذج تعارضا مع خصوصيات و مواصفات المؤسسات الخدمية و الإدارة العمومية.

كما تعتبر مراقبة التسيير أنه يمكن القيام تقدير التكاليف والإيرادات وتجميعها وتحليلها وربطها بمركز المسئولية، مما يعني ان ظهور مراكز المسؤولية من حيث الكثير او القلة مرتبط و لأساس بحجم المؤسسة و تعقيدات عملياتها وتنوع منتجاتها واتسع نطاقها الجغرافي، الامر الذي بدوره يستدعي الحاجة إلى اللامركزية ومزيد في تفويض السلطات للمستويات الإدارية الدنيا.

رأينا أيضا أن مراقب التسيير توكل إليه مهمة التوفيق والتناسق بين الخطة الإستراتيجية الكبرى، و مخططات العمليات المتعددة السنوات و بين هذه الأخيرة و الموازنات التقديرية على فترات قصيرة.

يقوم النموذج التقليدي لمراقبة التسيير على فرضية التعاقدية و التي ترجع أسسها إلى الثقافة التنظيمية التي ولدت فيها مراقبة التسيير لأول مرة. أين يقوم المسير بالتسيير من خلال اتفاق أو عقد يتم فيه تحديد الأهداف المراد تحقيقها، حيث يلتزم المسير بتنفيذ الاتفاق، مما يترتب عليه المسؤولية و المحاسبة للمسير، وكل ذلك في إطار النظرة المالية التي كانت سائدة حينها.

لتصنيف نظم مراقبة التسيير يتم الاعتماد على أمرين هما: المعرفة بسياق (إجراءات) عمليات الإنتاج من جهة، و المقدرة على قياس النتائج من جهة أخرى.مما ينتج عنه تصنيف لهذه النظم فنجد مثلا المراقبة من خلال التصرفات، مراقبة من خلال آليات البيروقراطية، مراقبة من خلال الإنتاج، مراقبة من خلال العصبة (الجماعة) و التي ليست شكلا من أشكال المراقبة الذي يمكن وصفه بالعقلانية ولكنها مراقبة تستند على أعراف و تقاليد، مراقبة من خلال آليات السوق.

إن الاطلاع على ثراء نظام مراقبة التسيير، من خلال النماذج التالية: السوق، القوانين، العصبة، الثقافة، التسلسل الهرمي. إلى جانب التطرق إلى مراقبة التسيير الإستراتيجية، التشخيصية والتفاعلية، و استعراض روافع المراقبة، الاستعمال النظري و التطبيقي لها، كل هذا يبين أهمية و كيفية ومدى عمق التعديلات التي تتطلبها عملية إدخال مراقبة التسيير إلي المؤسسات العمومية للصحية.

الفصل III : أدوات مراقبة التسيير قصور ذاتي أم رهانات قوية ؟

تمهيد

III .1 أدوات مراقبة التسيير

III .1 .1 أدوات التنبؤ و التعبير عن التقديري

III .1 .2 أدوات التقييم و قياس المحقق

III .2 قصور الأدوات التقليدية لمراقبة التسيير

III .2 .1 عدم القدرة على استيعاب تغيرات المحيط

III .2 .2 قصور في متابعة التحولات على مستوى المنظمة

III .2 .3 ضرورة تطوير الأدوات

III .3 أدوات حديثة لانشغالات جديدة.

III .3 .1 العوامل الباعثة على التحديث

III .3 .2 اهتمامات و انشغالات جديدة لأهداف جديدة

III .3 .3 كيف يمكن لمراقبة التسيير أن تتطور

خلاصة الفصل

خلاصة الباب الأول

تمهيد

تستعمل مراقبة التسيير أدوات للتنبؤ متمثلة في الخطة، والتي تكون في البداية إستراتيجية، ثم مخطط عمليات، إلى أن تنتهي بموازنة تقديرية. كما تستعمل، من جهة أخرى، أدوات قياس المحقق مثل لوحة القيادة، و طرق تحليل الفروقات.

استعراض الخطة باعتبارها، مسعى عقلي و منطقي. يعتمد على التنبؤ بعيدا عن التخمينات وتكهنات، حيث تعبر الخطة عن عملية تحاكي الواقع قدر المستطاع من خلال التحليل و التفكير في مختلف المعطيات و بناء للفرضيات، كما أن من مميزات التخطيط انه قابل التكييف و التعديل من وقت إلى أخر مما يجعل منها أداة مفيدة في عملية التسيير.

كذلك تعد الموازنة التقديرية من أهم الأدوات التي يستعملها مراقب التسيير باعتبارها ترجمة بالقيمة وبالكمية للأهداف المسطرة من قبل المؤسسة. عادة ما تمتد التقديرات على مدى سنة واحدة. كما تسمح الموازنات التقديرية بتقسيم مجرى الأنشطة إلى مراحل بينية أي مرحلية الأمر الذي يمكن من الوقوف على نتائج مرحلية و جزئية.

يتمثل الشق الثاني من أدوات مراقبة التسيير في تلك التي تهتم بتقييم المحقق، حيث يظهر دور ومكانة لوحة القيادة من حيث الوقوف على مدى تحقيق الأهداف على مستوى المؤسسة بمختلف وظائفها ومستوياتها التنظيمية . كما تبين قيمة الانحرافات الحاصلة بين المحقق والمسطر، كما توضح طبيعة الإجراءات التصحيحية التي يجب القيام بها لتصويب اتجاه أنشطة المؤسسة.

يعرف تحليل الانحرافات بأنه عبارة عن مراقبة و مقارنة بين ما هو متوقع إنجازه و ما تم فعلياً. وعلى إثر هذه المقارنة تحسب و تحلل الانحرافات و يتم البحث عن أسبابها بغية معرفة كيفية تأثيرها في السياقات، و ذلك من أجل تداركها إذا أمكن ذلك وتجنبها في المستقبل.

شهدت الفترة الأخيرة تزيدا ملحوظا في الأبحاث و الدراسات التي تعرضت لأدوات النموذج التقليدي لمراقبة التسيير بالنقد و التشكيك و التساؤل حول قدرة هذه الأدوات على متابعة التغيرات على مستوى المحيط الذي تتواجد فيه المنظمة، و عن قصورها في متابعة التحولات على مستوى المنظمة إلى جانب التأكيد على ضرورة أن تتطور هده الأدوات لتستجيب إلى الانشغالات الحديثة و التماشي مع التطور النوعي في أهداف المنظمة.

1. III أدوات مراقبة التسيير

تعتمد مراقبة التسيير على العديد من الأدوات، حيث تعكس واحدة منها مرحلة معينة من مراحل تطور النموذج التقليدي، و هي في ذات الوقت تظهر طرق التفكير و أساليب التسيير حينها. كما تأثرت هذه الأدوات بطبيعة العملية الإنتاجية من حيث كيفية تصميمها و كذا طريقة استعمالها من قبل المسيرين،

1. 1. III أدوات التنبؤ و التعبير عن التقديري

تقسم أدوات التنبؤ من حيث المدة إلى: الخطة التي تمتد من الأجل الطويل و تعرف بالخطة الإستراتيجية، و إلى الخطة على المدى المتوسط، أو ما يسمى بخطة العمليات، أما على المدى القصير الأجل فنجد الموازنة التي تمتد على مدى سنة عادة.

أولا: الخطة

تعتمد مراقبة التسيير على التخطيط بشكل كبير في إعداد مختلف أنواع الخطط، مما يستدعي الإمام مراقب التسيير بكلى الجانبين رغم التداخل الكبير بينها. قبل التطرق إلى التخطيط نعرج أولا على النوعين من الخطة التي يستعملهما مراقي التسيير(Alazar و Sépari ،2006، ص ص 283 – 284).

(أ) الخطة الإستراتيجية

تعتمد الخطة الإستراتيجية على النقاط المهمة الواردة في الإستراتيجية، مثل:

- أسواق \ منتجات \ تكنولوجيا للمؤسسة؛
- أهداف هذه الأخيرة: أهداف بالكمية، مثلا نسبة مئوية من حصة السوق...؛
- الوسائل لتحقيق الأهداف: نمو داخلي، خارجي، تفضيل بعض المناطق الجغرافية...

تقوم الإدارة العامة بإنشاء هذه الخطة بالاتفاق مع مسؤولي الوظائف الكبيرة في المؤسسة، كما تقوم الخطة الإستراتيجية بتسطير مختلف المراحل المرغوبة لمستقبل المؤسسة لخمس أو سبع سنوات قادمة.

(ب) خطة العمليات

يتم إنشاء خطة العمليات بالتفاهم أو باقتراح من مراكز المسؤولية. تمتد الخطة على أفق

سنتين أو ثلاث مجسدة بذلك إجراءات تطبيق الإستراتيجية. تستند هذه البرمجة بالنسبة لكل وظيفة على:

- تخطيط للأفعال؛
- تحديد للمسؤوليات؛
- تخصيص للموارد المالية، البشرية و \ او التقنية.

تمل خطة العمليات تصورا للمستقبل القريب للمؤسسة تحت عدة مظاهر موضحة مختلف أوجه المردودية و التمويل... لذلك يتم أحيانا تقسيم الخطة إلى خطة عمليات جزئية:

- خطة استثمارات؛
- خطة تمويل؛
- ووثائق شاملة للتقديرات؛
- خطة الموارد البشرية.

يعرف التخطيط على انه سياق منظم و متواصل لتحضير المستقبل و يتضمن تقدير لتطورات المستقبل، و قياس صحيح لإمكانية المؤسسة و تطور الأفعال، إلى جانب وضع الخيارات المتفق عليها حيز التطبيق و مراقبتها (Gervais 1990،ص 24).

(ج) خطوات الخطة :

تتداخل مراحل التخطيط و مراحل إعداد الخطة بشكل كبير، كما سبق الإشارة إلى ذلك، عموما تشتمل عملية التخطيط على عدد من الخطوات المنطقية هي:

- التحديد المسبق للأهداف المراد الوصول إليها؛
- وضع السياسيات والقواعد التي نسترشد بها في اختيارنا لأسلوب تحقيق الهدف؛
- وضع واختيار بديل من بين عدة بدائل متاحة لتنفيذ الهدف المطلوب، وتحديد الإمكانات اللازمة لتنفيذ هذا البديل؛
- تحديد الإمكانات المتاحة فعلاً؛
- تحديد كيفية توفير الإمكانات غير المتاحة.

لذلك فإن التخطيط يفترض التشخيص العام للمنظمة مع تمثيل لتطور المحيط، و تقدير نقاط القوة و الضعف لمواجهة ذلك التطور، يعدّ التخطيط الوظيفة الأولى من وظائف الإدارة، فهي

القاعدة التي تقوم عليها الوظائف الإدارية الأخرى. و التخطيط عملية مستمرة تتضمن تحديد طريقة سير الأمور للإجابة ، عن الأسئلة مثل ماذا يجب أن نفعل؟ ومن يقوم به؟ وأين؟ ومتى؟ وكيف؟. و ذلك، من خلال رسم صورة واضحة للمستقبل وتحديد الخطوات الفاعلة للوصول إلى هذه الصورة بواسطة التخطيط، كما يمكن التخطيط من تحديد الأنشطة التنظيمية اللازمة لتحقيق الأهداف. بصفة عامة يجيب المفهوم العام للتخطيط على جملة من الأسئلة مثل:

- ماذا نريد أن نفعل؟؛
- أين نحن من ذلك الهدف الآن؟؛
- ما هي العوامل التي ستساعدنا أو ستعيقنا عن تحقيق الهدف؟؛
- ما هي البدائل المتاحة لدينا لتحقيق الهدف؟ وما هو البديل الأفضل؟.

(د) مزايا الخطة :

باعتبار الخطة أداة من أدوات مراقبة التسيير و خاصة في الربط بين المدى الطويل الأجل و المدى القصير الأجل مرورا بالأجل المتوسط، فإن الخطة تنطوي أيضا على كثير من المزايا يمكن إيجازها فيما يلي:

- تساعد الخطة على تحديد الأهداف المراد الوصول إليها بحيث يمكن توضيحها للعاملين، مما يسهل تنفيذها؛
- تساعد الخطة على تحديد الإمكانات المادية والبشرية اللازمة لتنفيذ الأهداف؛
- تساعد الخطة في التنسيق بين جميع الأعمال على أسس من التعاون والانسجام بين الأفراد بعضهم البعض وبين الإدارات المختلفة، ما يحول دون حدوث التضارب أو التعارض عند القيام بتنفيذ هذه الأعمال؛
- تعتبر الخطة وسيلة فعالة في تحقيق الرقابة الداخلية والخارجية على مدى تنفيذ الأهداف؛
- تحقق الخطة الأمن النفسي للأفراد والجماعات، ففي ظل التخطيط يطمئن الجميع إلى أن الأمور التي تهمهم قد أخذت في الاعتبار؛
- تتناول الخطة محاولة توقع أحداث، مما يجعل الإدارة في موقف يسمح لها بتقدير ظروف في ذلك المستقبل وعدم ترك الأمور لمحض الصدفة؛
- تساعد الخطة على تحقيق الاستثمار الأفضل للموارد المادية والبشرية مما يؤدي إلى الاقتصاد في الوقت والتكاليف؛

- تساعد الخطة في تنمية مهارات وقدرات المديرين عن طريق ما يقومون به من وضع للخطط والبرامج.

عادة ما يكون التقدم من خلال الخطة، خطوة بخطوة مما يجعل منه عملية بطيئة، الأمر الذي يتطلب تحديد أهداف مرحلية أو أهداف اختراق من خلال خطط تبين مدى التقدم. إن الفاصل الزمني بين التخطيط و الأعمال و الأنشطة اليومية، يلعب دورا مهما في توحيد التصرفات والمواقف و في إيجاد نوع من التوافق. كما يجب على الخطة أن لا تغفل تسيير الأفراد (من حيث هي موارد بشرية) و الكفاءات و المهارات و المؤهلات إلى جانب تسيير الأصول المثبتة. تفقد الخطة من معناها ما لم يتم وضعها من خلال جهاز (آلية) حيز التنفيذ و خاصة بوجود ربان يقود الخطط،

يتميز التخطيط بأنه مسعى عقلي و منطقي. أي أن التنبؤ ليس عملا غيبيا و لا عملية تكهنات، بل إن التخطيط هو عبارة عن تحليل و تفكير من خلال التصور (المحاكاة) من خلال مختلف الفرضيات، بما أن الخطة لا تزيل حالة عدم التأكد بشكل كامل و لا تقصي المخاطر بصفة تامة، فإن ذلك يجعل الخطة تكييفية أي قابل للتعديل من فترة إلى أخرى. لذلك نجد أن العديد من المؤسسات تعتمد الخطة التي تمتد على خمس سنوات مثلا. يعتبر التخطيط كأداة لتغيير و تبديل المواضع بالنسبة للمنظمة، كما تعتبر الخطة بمثابة سياق للتعلم التنظيمي، من خلال تراكم التجارب في إطار الجماعة (الأفراد). يستوجب التخطيط القيام بالتفريق بين ما هو قابل للتنفيذ و بين ما هو غير قابل للتحقيق، و كذلك إظهار رؤية جماعية و مقابلتها مع الرؤى الأخرى.

كما تصلح الخطة كأساس للمراقبة على اعتبار أن الملاحظ سيتم مقارنته مع ما كان متوقع، إضافة إلى أن الخطة تسمح بالتحضر و التأهب للانقطاعات أو على الأقل تلك التي يمكن رؤيتها في المستقبل المنظور. للتخطيط تأثير مختلف على أفراد المنظمة، لأنهم يعيشونه، مرة كباعث على الطمأنينة لأن الجميع يعرف الوجهة التي قررت المؤسسة الذهاب إليها. و يعيشونه مرة ثانية كنوع من القلق الدائم لأن الأفراد يقضون الكثير من الوقت في التساؤل حول مواضيع لا يمكن الإجابة عليها بشكل نهائي (قاطع). إن هذا التأثير المزدوج يجعل من التخطيط عملية غنية وثرية.

كما أنه من مميزات الخطة أنها عبارة عن وثيقة تقوم بتحليل عوامل الخطر و الفرص، لكن الخطة يمكن أن تحتوي (تجمع) النقيضين، ثم تقوم باختزالها من خلال عرض مختلف السيناريوهات الممكنة (اللون الوردي للحالات المتفائلة، الأبيض للحالات المتوسطة، و اللون البني للحالات المتشائمة). يتم بالنسبة لكل حالة من الحالات الألوان السابقة المذكورة القيام

بتشخيص للقدرات و الإجابات التلقائية (العفوية) للمؤسسة. و في الأخير بمحاولة تعظيم الإجابات من خلال إثارة العديد من الأفعال في إطار أهداف تمثل إرادة جماعية واضحة.

ثانيا: الموازنة

يخلط البعض في لفظ الموازنة"Budget" والميزانية "Balance Sheet" وهو خطأ شائع ينشأ نتيجة للتقارب اللفظي بين المصطلحين في اللغة العربية فالموازنة عمل تقديري لأنشطة مستقبلية. أما الميزانية والتي تتبع عادة بكلمة عمومية او بلفظة ختامية او محاسبية فهي بيان فعلي حقيقي بالمركز المالي للمؤسسة في تاريخ معين.

يطلق على الموازنة عدة مسميات منها الموازنة التخطيطية، والموازنة التقديرية، الموازنة التنبؤية، والموازنة الرقابية، فكل صفة للموازنة في التسميات السابقة تشير إلى إحدى السمات (سالم عبد الله حلس، 2006،ص 14).

(أ) تعريف الموازنة

يمكن تعريف الموازنة على أنها خطة مالية كمية تغطي أوجه النشاط المختلفة للمؤسسة لفترة مالية مستقبلية. وينظر إلى الموازنة على أنها ترجمة كمية ومالية للأهداف التي تسعى إدارة المؤسسة للوصول إليها (أبو نصار، 2003، ص81)، أي أنها ترجمة مالية وكمية ونقدية للأهداف التي ترغب المؤسسة في تحقيقها خلال فترات مقبلة .

كما تعرف الموازنة كأداة رقابية فعالة للتأكد من حسن تنفيذ الخطط الموضوعة من قبل الإدارة. فالإدارة العليا تضع الأهداف الإستراتيجية للمؤسسة لتقوم الإدارة الوسطى بترجمة هذه الأهداف إلى وسائل وخطوات قابلة للتطبيق، ويأتي دور الإدارة الدنيا للقيام بعملية التنفيذ. فهي تعد تعبيرا رقميا عن خطط وبرامج المؤسسة بحيث تضمن تحقيق جميع العمليات والنتائج المتوقعة مستقبلاً. وتتمثل تلك الأهداف مثلا في: تحقيق عائد مناسب على رأس المال ، خفض التكاليف، تحقيق نسبة ربح معينة ، تقديم الخدمات بجودة مرتفعة وتحقيق كمية الإنتاج المناسبة إلى جانب رفع الكفاية الإنتاجية(السياغي ،2007 ،ص 3).

تعرف الموازنة أيضًا على أنها تعبير كمي عن الأهداف التي تسعى الإدارة إلى تحقيقها خلال فترة العمل المقبلة، وحتى تقوم الإدارة بواجباتها فإن عليها تنفيذ وظائفها المختلفة من تخطيط ورقابة وتنظيم وإشراف واتخاذ القرارات الإدارية بطريقة كفؤة.

ويمكن تعريف الموازنة على أنها خطة تعمل على برمجة الأنشطة الاقتصادية المتوقعة للمؤسسة خلال فترة (سنة قادمة) معبرًا عنها بكميات وقيم مالية بهدف ضمان تحقيق أهداف المؤسسة مع توضيح وسائل تحقيق ذلك (أبو نصار، 2003 ،ص 83).

يتحقق ذلك من خلال موازنات تقديرية تحدد مسبقًا أوجه النشاط المختلفة والأداء المطلوب من قبل الإدارات المختلفة في المؤسسة. ولضمان حسن التنفيذ ووصول المؤسسة لأهدافها المحددة فلابد من وجود وسائل رقابية وتقييم للأداء، وهذا ما يتم توفيره من خلال استخدام الموازنة كأداة للمقارنة بين النشاط المخطط له والأداء الفعلي ومحاولة تصحيح الانحراف الحاصل بينهما.

من التعريفات السابقة يتضح بأن الموازنة تقتصر على تخطيط الأنشطة الاقتصادية دون غيرها والتي تضم النشاط المالي والتشغيلي المتعلق بالأنشطة المختلفة للمؤسسة.

- بيانات الموازنة تقديرية ومحددة مسبقًا وتتعلق بفترة مستقبلية بناء على تنبؤات لما ستكون على ه الأمور في الفترة القادمة ومن ثم فهي ليست بيانات فعلية أو حقيقية.
- يجب التعبير عن الموازنة بقيم مالية وذلك بترجمة كافة الأنشطة والبيانات إلى أرقام ومن ثم التعبير عنها بوحدة النقود.
- تبنى الخطة المالية (الموازنة) بناء على أهداف المؤسسة. وفي حالة مؤسسات المجتمع المدني فإن الهدف ليس الربح وإنما تحقيق أقصى قدر ممكن من النمو والاستمرارية والتوسع والمسئولية الاجتماعية.

(ب) شروط الموازنة

للوصول إلى موازنة فعالة نستطيع من خلالها تحقيق تخطيط ورقابة جيدة لابد من توفر المتطلبات التالية:

– وجود هيكل تنظيمي في المؤسسة يحدد نطاق وصلاحيات كل إدارة في المؤسسة، ليتم من خلال ذلك تحديد مسئوليات كل إدارة في تنفيذ ما هو مطلوب منها في الموازنة والرقابة على حسن التنفيذ لاحقًا؛

– وجود نظام تكاليف معياري يحدد التكاليف المتوقعة لتنفيذ الأنشطة المختلفة في المستقبل، وهي التكاليف التي تستخدم للمقارنة مع الأداء الفعلي لتحقيق هدف الرقابة؛

– ضرورة معرفة الإدارات المختلفة في المؤسسة بالمسئوليات والواجبات الملقاة على عاتقها لضمان حسن تنفيذ الموازنة والوصول بالتالي إلى الأهداف التي تنشدها الإدارة العليا (سالم عبد الله حلس، 2006، ص 5).

(ج) تقسيمات الموازنة

يمكن تقسيم الموازنات داخل المنظمة إلى نوعين كبيرين هما الموازنات الجارية والموازنات الاستثمارية:

الموازنات التشغيلية (الجارية)

تتضمن موازنة البرامج وموازنة مراكز المسئولية حيث يكون الهدف الأساسي من موازنة البرامج إلى تخطيط ورقابة النشاط التشغيلي للمؤسسة الاقتصادية مثل: موازنة الإيرادات للخدمات، موازنة العمالة، موازنة مشتريات المواد الخام، موازنة مصروفات الصيانة والتشغيل، الموازنة النقدية. أما موازنة مراكز المسئولية تهدف إلى متابعة إعداد وتنفيذ موازنة البرامج على مستوى المدير المسئول.

الموازنات الاستثمارية

تهدف إلى تخطيط ورقابة المشروعات الاستثمارية التي تنتج عنها إضافة أصول ثابتة جديدة (أراضي ، مباني ، آلات ومعدات ، أثاث وتجهيزات، وسائل نقل) أو تطوير وإحلال الأصول القديمة بما يتمشى مع التطورات التكنولوجية المعاصرة. وتشمل تقديرات التكلفة كل من النفقات الاستثمارية ومصادر التمويل المتوقعة والبرنامج الزمني للتنفيذ (السياغي،2007 ، ص6)

(د) وظائف الموازنات

تؤدي الموازنات التخطيطية جملة من الوظائف باعتبارها أداة تسيير أو باعتبارها أداة لنشر المعلومات داخل المنظمة، وبصفة عامة يمكن وصف وظائف الموازنات التقديرية من

خلال جملة من الوظائف، كالتالي:

وظيفة التخطيط: إن التخطيط هو ما يفكر فيه معظم الأفراد عندما يذكر لفظ إعداد الموازنة، فهو يشمل كل مراحل إعداد الموازنة ابتداء من كونها مجرد أفكار، مبدئية، وحتى يتم اعتمادها من السلطات العليا وتقريرها، نظراً لأن الموازنة التخطيطية تمثل خطة كما وقيمة تتضمن الأهداف المختلفة للمنشأة، كما تحتوي على مجموعة الأنشطة اللازمة لتحقيق الأهداف، والمفاضلة بين البدائل المختلفة وتقييمها واختيار البديل أو مجموعة البدائل المناسبة إن إعداد الموازنة التخطيطية

يدعو الإدارة إلى التفكير في المستقبل ، ورسم خطة العمل حتى تواجهه وتخطط لما يلزم اتخاذه لتجنب العقبات أو الصعوبات التي تعوق تحقيق الأهداف. وكان معظم الوقت والجهد عند إعداد واستخدام الموازنة يبذل في مرحلة التخطيط، ذلك لأن التخطيط الجيد والمثالي يمكن من تحقيق رقابة جادة وفعالة لوظيفة ثانية للموازنة.

إن الموازنة التخطيطية تمكن المنشأة من تخطيط احتياجات الموارد حتى يمكن تحقيق الأهداف المطلوبة. لذلك فإن خلق عادة التخطيط لدى الإدارة يجعلها تنظر إلى المستقبل باستمرار مما يؤدي إلى تقليل عدد المفاجآت. ويرى هورنجون (Horngren) بأن التفكير المسبق يساعد الإدارة على تغيير الأحوال والظروف نحو الأفضل، فمثلا إذا توقعت الإدارة حدوث عجز في النقدية خلال فترة الموازنة فإنه يمكنها ترتيب التمويل قبل الحاجة إليه بفترة طويلة، وإذا كان ذلك ناتجًا عن توسعات رأسمالية فإن التخطيط يساعد الإدارة على جدولة هذه التوسعات ، لتخفيف الضغط على النقدية (Horngren، 2002، ص 31). كما قد تتضمن الموازنة التخطيطية للإيرادات مثلاً، هدفاً معيناً لإيرادات يُراد تحقيقها إلاّ أنه بدراسة الطاقة الإنتاجية المتاحة بالمنشأة قد يتضح تعذر تحقيق هذه الإيرادات ما لم تزداد تلك الطاقة، لذلك يجب على الإدارة التخطيط لزيادة الطاقة الإنتاجية وهذا يستلزم تدبير مصادر التمويل، وإذا ما تبين تعذر توفير مصادر التمويل اللازمة لتمويل الطاقة الإنتاجية الإضافية اللازمة فإنه يتعين على الإدارة أن تقوم بإعادة النظر في الهدف وتعديله ليتمشى مع الطاقة الإنتاجية المتاحة فقط (السياغي،2007 ، ص 7)

وظيفة التنسيق: تفيد الموازنات التخطيطية في تنسيق أوجه الأنشطة المختلفة بالمنشأة فهي أداة للتنسيق بين أنشطة الإيرادات والشراء والتمويل وغيرها من الأنشطة بما يؤدي إلى التناسق والتكامل والتوافق بين هذه الأنشطة وتفادي النظرة الجزئية للأمور، من حهة، و تساعد الموازنة على تسهيل وانسجام وترابط أداء الأقسام المختلفة، فمن خلال تحديد حجم النشاط المتوقع للفترة القادمة يستطيع كل قسم في المؤسسة تحديد المطلوب منه للوصول بالمؤسسة إلى الهدف المحدد بالموازنة، من جهة اخرى. فمثلاً قد يرغب مدير المشتريات والمخازن بالاحتفاظ بمستوى عالٍ من المخزون حتى يمكن تلبية طلبات الإدارات بسرعة إلاّ أن المدير المالي قد يعترض على ذلك بحجة أن وجود كميات كبيرة من المخزون يعني تجميد جزء من أموال المنشأة في صورة مخزون بالإضافة إلى تعرض المخزون للتلف نتيجة التخزين لفترات طويلة إن الموازنات التخطيطية أداة مساعدة للتنسيق في مثل هذه الحالات.

وظيفة تخصيص الموارد : حيث تتمتع كل مؤسسة مصادر تمويل وتشغيل محدودة، ومن خلال الموازنة تستطيع المؤسسة توزيع تلك المصادر على الأقسام والوحدات المختلفة حسب حاجة وأهمية الدور الذي يقوم به كل قسم وبشكل يضمن حسن سير أعمال المؤسسة وتحقيق أهدافها.

وظيفة الاتصال: تعد الموازنات التخطيطية أداة لتوصيل المعلومات الخاصة بالخطط والسياسات التي تمّ الاتفاق عليها للفترة المقبلة إلى المستويات الإدارية المختلفة بالمنشأة. من أمثلة المعلومات التي يتم توصيلها من خلال الموازنات التخطيطية حجم الإيرادات الواجب تحقيقها وكمية الإنتاج المستهدفة، وكمية المشتريات اللازمة، والحد الأقصى للمبالغ التي تنفق على العلاقات العامة خلال فترة الموازنة.

وظيفة الرقابة: الرقابة بالموازنة يقصد بها مقارنة نتائج الأداء الفعلي بالأداء المخطط والمستهدف طبقًا لما جاء في الموازنة من معايير أداء، تتم هذه المقارنة بإعداد ما يسمى بتقارير تقييم النشاط والتي يمكن من خلالها تحديد انحرافات التنفيذ عما هو مخطط ومستهدف، تمهيدًا لبحث أسباب هذه الانحرافات واتخاذ ما يلزم من إجراءات تصحيحية لرد التنفيذ الفعلي إلى ما هو مخطط ومستهدف، وبالتالي ضمان وتحقيق كفاءة وفعالية النشاط.

إن النتائج الفعليـة المحققة يتم قياسها في ضوء مستويات الأداء المستهدفة الواردة بالموازنات التخطيطية. ويتم تحديد الانحرافات بمقارنة النتائج الفعليـة مع التقديرات، وتحليل هذه الانحرافات إلى أسبابها وحسب مراكز المسئوليات وذلك حتى يمكن للإدارة اتخاذ الإجراءات العلاجية التي تكفل تفادي تكرار حدوث الانحرافات غير المرغوب فيها مستقبلاً ، وتشجيع انحرافات الكفاية والعمل على استثمار مسبباتها(السياغي،2007 ،ص 4).

وظيفة التحفيز: ينبه العديد من المختصين على خطورة وصعوبة استعمال الموازنات التخطيطية كأداة لتحفيز الأفراد خاصة المدراء و رؤساء الأقسام و المصالح، على الرغم من ذلك فانه يمكن أن تستخدم الموازنات التخطيطية كوسيلة لتحفيز الأفراد وحثهم على تحقيق أهداف المنشأة من خلال توجيههم لتحقيق الأهداف الرقمية التي تتضمنها تلك الموازنات على أن تكون تلك الأهداف طموحة وواقعية في آنٍ واحد.

وظيفة تقييم الأداء: تستخدم الموازنات لدى العديد من المؤسسات كأداة لتقييم أداء الأفراد في الأقسام المختلفة، وبالتالي تحديد الحوافز الواجب دفعها للعاملين. حيث أصبحت العديد من المؤسسات تستخدم الموازنة كأداة حفز للأفراد عن طريق تحديد العمل المطلوب إنجازه من كل موظف في المؤسسة، وبالتالي فإن ما يصرف من مكافآت للعاملين يتحدد بمقدار وصول هذا

الموظف إلى المطلوب منه في الموازنة (سالم عبد الله حلس، 2006، ص 8). يمكن استخدام مستويات الأداء الواردة بالموازنات التخطيطية كأساس لتقييم أداء المسئولين بالمنشأة طالما أن تلك المستويات معدة طبقاً لمعايير سليمة ومدروسة ، كما أن نظام الحوافز يمكن ربطه مع تحقيق الأهداف بالموازنات التخطيطية بحيث يمنح العاملين بالمنشأة مكافآت وحوافز إذا ما تحققت تلك الأهداف، كما قد يعاقب العاملين إذا لم تتحقق الأهداف نتيجة تقصيرهم أو إهمالهم (السياغي،2007 ،ص 10).

III .2. 1 أدوات التقييم و قياس المحقق

أدى تقسيم المؤسسة إلى مراكز مسؤولية حسب ما تقتضيه فرضيات النموذج التقليدي لمراقبة التسيير إلى تحديد مسئول على رأس كل مركز، مما جعل منه مطالبا برفع تقارير دورية إلى المستويات الأعلى في الهرم الإداري. أهمية التقارير أنها عبارة عن مجموعة من المؤشرات التركيبية التي يأتي البعض منها من عملية تحليل الفروقات، كما يأتي البعض الآخر منها من محاسبة التسيير. بصفة عامة تعكس هذه المؤشرات نظام قياس الإنتاجية و الكفاءة و الفعالية الإجمالية لمختلف العوامل.

أولا : لوحة القيادة و نظام التقارير

تجمع كل التعاريف الخاصة بلوحة القيادة على أنها عبارة عن مجموعة من المؤشرات وضعت بعناية قصد الكشف عن حالة تقدم الانجازات مقارنة مع ما تم تقديره. لوحة القيادة هي تركيبة رقمية للمعلومات الأساسية والضرورية التي يحتاجها المسيرون لتوجيه نشاط التجمع البشري المتواجد تحت سلطة معينة نحو الاستعمال الأمثل لوسائل الاستغلال المتاحة لهم (Sulzer،1993، ص 14). يظهر دور ومكانة لوحة القيادة على مستوى المؤسسة بمختلف وظائفها ومستوياتها التنظيمية كوسيلة تسمح بالوقوف على مدى تحقق الأهداف وطبيعة الإجراءات التصحيحية التي يتخذها المسير من خلال تحليله للانحرافات وترجمة مسبباتها.

كما تسمح لوحة القيادة بتتبع مصادر الخلل و التنبيه إليه في عدة مستويات من الهرم الإداري للمنظمة. من أهم الأدوار التي تقوم بها لوحة القيادة هي استعمالها كوسيلة لقياس الأداء و تمكين مختلف المسيرين من قيادته في إطار المسعى العام للمؤسسة. حيث انه يمكن اعتبارها كصورة مختصرة للهيكل التنظيمي للمؤسسة، بحيث تتواجد في كل المستويات التنظيمية وتحتوي على المعلومات الضرورية لمختلف العمليات التي يقوم بها كل مسؤول حسب تخصصه، ومنه تقديم

النتائج إلى المستويات العليا في شكل مؤشرات هامة تسمح له بالقيادة والتي من خلالها يقف على وضعية تقدم أشغال مخطط الأعمال المحدد على مستوى المؤسسة.

هناك من المؤلفين من يعتبر أن الهدف الرئيسي للوحة القيادة هو ضمان صعود المعلومات بشكل منتظم (عادة بشكل دوري) إلى مختلف مستويات الهرم الإداري. و عادة يتم التفريق بين أداتين يفترض أنهما تؤديان دورين مختلفين و هما لوحات القيادة أو ما يعرف (Tableaux de Bord)، و التقارير(Reporting)، عادة تحتوي التقارير على مؤشرات ذات صيغة مالية تأتي من الفروع و تذهب إلى الشركة الأم، في حين أن لوحة القيادة يمكن أن تكون داخلية لشركة ما (تأتي من مختلف الورشات نحو مدير المصنع ثم من مختلف المدراء تنتقل إلى الإدارة العامة). كما يمكنها أن تحتوي على مؤشرات كمية و مؤشرات مالية (Burlaud،2005،ص 94)

من أهم ما يميز لوحة القيادة هو الانتضام في الظهور و الشمولية في التعبير عن المحقق، حيث تقدم لوحة القيادة النتائج في شكل مادي (كميات) أو مالي (رقم أعمال) بالنسبة للأهداف المسطرة والتي تشكل قيمة مرجعية يتم على أساسها المقارنة واستخراج الانحراف.

تساعد لوحة القيادة في تنشيط الحوار بين مختلف الأطراف داخل المنظمة، و ذلك من خلال قيامها بدور مشجع على الحوار عبر اجتماع مختلف الجهات والهيئات التابعة للمؤسسة، بحيث يقدم كل مسير لوحة القيادة الخاصة بمصلحته، و يتم التعليق على النتائج وكذا شرح أسباب الانحرافات و التعرف على الإجراءات التصحيحية التي ستتخذ على مستوى كل مسير بما يتناسب و يتوافق معه، كما يمكن لكل مسؤول عن لوحة قيادة ما أن يطلب في حالة الاحتياج إلى وسائل إضافية ومن خلال الحوار بين مختلف الأجزاء المكونة للمؤسسة. تتدخل الإدارة العامة للتنسيق بين مختلف العمليات التصحيحية لتتمكن من تحقيق أمثلية شاملة وليس أمثلية جزئية على مستوى كل مصلحة، يمكن أن تتعارض أهداف مختلف المصالح بسبب النظرة الجزئية الموجبة، و قد ينتج عن ذلك حالة تكون النتيجة الكلية فيها سلبية وعليه فلوحة القيادة تعتبر وسيلة الحوار المفضلة داخل المؤسسة والدعامة الأساسية في تحليل النتائج (Leroy، 2001، ص 33).

يمكن ان نعرض باختصار المؤشرات التي قد تحتويها لوحة القيادة كالتالي:

مؤشرات كمية خاصة بالنشاط :

- الحجم (عدد السلع المباعة أو المصنوعة، حجم المخزون، ... الخ)؛
- نوعية (نسبة المعيب في التصنيع، السلع المعادة تحت الضمان، ... الخ)؛
- آجال (آجال تسليم البضائع، التصليح، التحصيل، ... الخ)؛

مؤشرات نوعية تدل على كيفية استهلاك و استعمال الوسائل:

- عدد ساعات العمل، الساعات المسددة، التغيب، ساعات التكوين، ... الخ،
- كمية المواد الأولية و الطاقة المستهلكة، الكيلومترات المقطوعة بالنسبة لتسليم البضائع،... الخ.

يمكن لهذه المؤشرات أن تركب فيما بينها أو تدمج في توليفة معينة لتكون مؤشرات تعبر عن حالات مركبة مثل مؤشر الإنتاجية من خلال (حجم الإنتاج \ عدد ساعات العمل)، أو مؤشر المردودية مثلا (كمية منتجة \ طاقة مستهلكة). و يمكن من جهة أخرى، أن تستعمل هذه المؤشرات بحيث تركز على المواقف و التصرفات من أجل التقليل من الآثار غير المرغوبة، كأن يتم بناء المؤشرات بحيث تحتوي على قيد مزدوج، أو على مفارقة، مثلا: إنتاج أعظم كمية مقابل اقل عدد من الإنتاج المعيب، أو تعظيم رقم الأعمال مع أقل ما يمكن من مخاطر عدم التسديد، ... الخ (Burlaud،2005،ص 61).

ثانيا : تحليل الفروقات (الانحرافات)

يتم تحليل الانحرافات عادة، أثناء أو إثر رفع التقارير عن تقدم الأشغال أو انتهاء نشاط أوبرنامج ما. وحتى يتم القيام بالتحليل المناسب يجب أن تعتمد الموازنة المخططة لهذا السياق (النشاط أو البرنامج أو الهدف)، مع اعتماده و مقارنته بما أنجز فعلياً ، وهو ما يعرف بالمحقق. ومن المهم أن تتضمن التقارير جداول تسهل عملية المقارنة وأن تتضمن أيضاً كل التفاصيل كما ورد في الموازنة ويجب أن ترفق مثل هذه الجداول بتفسيرات لهذه الفروقات و التي تكون في العموم مختصرة و مركزة حول هذه البنود. كما يجب أن تحلل وتوضح أسبابها سواء كانت فوارق إيجابية أم سلبية. وأية انحرافات تتجاوز نسبة معينة عادة ما تكون في حدود قيمة معينة سلفا(كأن تكون حوالي 5 %) و التي تكون قد حددت من طرف الإدارة العامة، يجب أن تكون محل اهتمام الإدارة والنظر فيها بجدية حتى تتجنب مثل هذه الانحرافات في المستقبل.

من الناحية التسييرية فإن وجود انحرافات يدل على نوع من عدم المعرفة بالمؤسسة من

ناحية الإمكانات (الموارد و الوسائل)، كما قد يدل على عدم إلمام بسياقات الإنتاج والعمل، من هذا المنطلق فإن الانحرافات الايجابية ورغم أنها محبذة ويمكن أن تعني حسن إدارة وضغط على التكاليف إلا أن كثرتها يمكن أن يعني أن معدلات الأداء التي تضعها الإدارة هي في الحقيقة أقل من الإمكانيات الموجودة فعلا. ويمكن أن ينجر عن ذلك عدم احتساب أثناء وضع هذه المعدلات، القيمة أو المقدرة الحقيقية للمنظمة من ناحية طاقة استيعابها (موظفين وتجهيزات)

وخبرة وما شابه ذلك. وبذلك تقلل من قدرتها على الإنجاز وتكون توقعاتها أقل بكثير مما يمكن أن تعطيه هذه المنظمة فعلياً.

إذا كان وجود انحرافات ايجابية قد يدل على عدم معرفة بقدرات المؤسسة مما جعل مراقب التسيير يعد و يقدر أهدافا أقل مما يمكن للمؤسسة أن تنجزه، ففي المقابل و في حالة وجود انحرافات سلبية و بشكل متكرر يمكن أن تعني أن معدلات الأداء التي وضعتها الإدارة غير مطابقة لما هو في الواقع، أي أن الأهداف تشكل مستوى عال لا يمكن للمؤسسة بلوغه بالإمكانيات الحالية. كاحتساب طاقة استيعاب وخبرة أكبر مما هي على ه. أو بسبب عدم اعتبار بعض الظروف المحيطة بالمنظمة والتي من المفروض توقُعُها. ولذا يجب أن تبحث المنظمة باستمرار عن أسباب هذه الانحرافات لتجنبها في المستقبل وللوصول إلى إدارة أفضل وأنجع.

من الناحية التطبيقية (على مستوي الحساب و التحليل)، فإننا نجد التكاليف التي تأتي من المحاسبة التحليلية يتم تقديمها كمؤشرات، و ذلك عبر المقارنة بين التكاليف في الميزانية المقدرة والتكاليف الحقيقية، ثم تحليلها من خلال انحراف على السعر، و انحراف على الكمية، وانحراف على النشاط، و انحراف على المردودية، ... الخ.

كما يتم انتهاج نفس العمليات لتحليل أي انحراف على رقم الأعمال مثلا، حيث يمكن شرحها من خلال انحراف على سعر البيع الوحدوي، و انحراف على الكميات المباعة، وانحراف على تركيبة مجموع المنتجات المباعة.

في الواقع و من الناحية العملية فإنه يتم الحساب عادة بالقيم المطلقة و كذلك بالنسب المئوية، ثم يتم الربط بين كل انحراف و المسئول عنه، فمثلا مديرية الموارد البشرية تعد مسئولة عن الفروق (الانحرافات) عن الأجور، أما رئيس الو رشات فيعتبر مسئولا عن عدد الساعات الإضافية، و يتم تحميل مدير المشتريات بالانحرافات على المواد الأولية، ...الخ (Burlaud وSimons،2006، ص 237).

III .2 قصور الأدوات التقليدية لمراقبة التسيير

تعتبر سنوات الثمانينات من أشد السنوات على مراقبة التسيير، حيث شهدت فيها اعنف الانتقادات. غير أن هذه الأخيرة قد بدأت في نهاية الستينيات مع بداية تطور مفهوم الميزانية على أساس صفري. في البداية كانت الانتقادات جزئية و تخص طرق و أساليب تطبيق المراقبة لا أكثر. هناك من المؤلفين من يقول أن مراقبة التسيير أصبحت موضع انتقاد تزامنا مع ظهور مؤلفات

مثل(Peters وWaterman سنة 1982)، (الهدف Cox و Goldratt سنة 1986)، (أهمية الخسارة Johnson و Kaplan سنة 1987)، (الاقتصادي و المسير Lorino سنة 1987). حيث أصبحت الانتقادات علنية و أكثر عمقا (انظر الجدول الموالي).

ذهب بعض المنتقدين مثل Peters و Waterman إلى حد القول أن مراقبة التسيير لا تستعمل في شيء، و قال البعض الآخر أنها عامل انحراف و انزلاق. هذه الانتقادات و غيرها جعلت ممارسي مراقبة التسيير و المنظرين يتفاعلون و يقومون بالرد، حيث شهدت سنوات التسعينيات و الألفين، جملة من المقترحات أدت إلى إثراء الموضوع بالرغم من أن هذه المقترحات لم تكن جديدة كلية لكنها ساهمت في إعادة النظر و التساؤل بعمق حول أسس مراقبة التسيير (Berland و Simons،2010،ص 3 – 4).

الجدول رقم 4 : أدوات مراقبة التسيير : بعض الفرضيات محل إعادة نظر(تساؤل)

وسيلة المراقبة (الأداة)	الفرضيات محل إعادة النظر (محل الانتقاد)	المؤلفون
لوحة القيادة	• أداة للمتابعة توجه عادة للإدارة العامة • رسوخ (تغلب) المؤشرات التشغيلية : ميراث ثقافة مهندسين فرنسيين	• Malo 1995
	• مبدأ (أم الأولاد) في لوحة القيادة : وجود عدد لوحات القيادة بنفس عدد المستويات في الهرم الإداري	• Mendoza و Zrihen (1999) (2001) Lorino;
	• نقص في الربط بين التشغيلي - المالية	• و Kaplan & Norton(1996) Mendoza & Zrihen (1999)
مراقبة الموازنات التقليدية	• انتقاد ضغوط الموازنة على كفاءة الأفراد	• Argyris (1953)
	• الموازنات مصدر توتر و اختلالات وظيفية	
	• فرضية الربط بين المدى القصير الأجل و الطويل الأجل	• Bouquin (1994)
	• تساعد أكثر الشكل المتعدد الفروع كثر من الشكل الشبكي	• Hope & Fraser (1997)
	• إجراءات الموازنات بطيئة جدا و معقدة جدا • تركز على الموارد أكثر مما تركز على احتياجات الزبون	• Jordan (1998)
	• تركز على الأقسام أكثر من التركيز على الترابط بينها • تتجه نحو الماضي بدلا من الاتجاه نحو المستقبل • رسمية • تبحث عن عدم الكفاءة بدلا من البحث عن الأسباب و الوسائل للتحسين • لا ترابط بين التكلفة - القيمة • لا علاقة بين الإستراتيجية - أفعال الأجراء • تقييم على أساس محاسبي لا على أساس جعل مخطط الأعمال حيز التنفيذ	Brimson & Antos (1999)
	• خطر الأنانية نتيجة التقسيم إلى مراكز مسؤولية • إمكانية تجاهل التضامن بين مختلف الأقسام	• Gervais (2000)
	• نقص في المعلومات	• Berland (2002a)

المصدر: Villeseque F.(2003), Transversalité et Système Budgétaires :un essai d'observation et d'analyse, Ecole Doctorale, Economie et gestion, thèse de doctorat, Université Montpellier II , non publiée ,p 20.

III .2. 1 عدم القدرة على استيعاب تغيرات المحيط

بين بعض المؤلفين (Johnson و Chandler)، أن مراقبة التسيير وجدت على اثر الصعوبات التي كانت تعاني منها المؤسسات فيما يخص المراقبة، و ذلك في مسيرة تطورها. كما يرى (Williamson, 1975) أن المؤسسات و قصد تقليل تكاليف المعاملات المرتبطة بإنتاج السلع و الخدمات، قامت بدمج أشكال مهيكلة و متطورة أكثر فأكثر أين تم تعويض آليات السوق بعملية تنسيق إدارية. الملاحظ أن مراقبة التسيير مازالت تحتفظ بآثار هذا التطور إلى حد اليوم.

فبعد إبعاد السوق و آلياته للتنسيق بين التعاملات، وجدت المؤسسات نفسها في مواجهة مشاكل غاية في التعقيد، نتيجة التزايد المهم في حجمها، يقول شندلر(Chandler) أنه للتغلب على هذه المشاكل طورت المؤسسات أدوات و أشكال لهياكلها تسهل عملية التنسيق، من هنا ظهرت مراقبة الموازنات، و لوحات القيادة، أسعار التنازل بين الوحدات، و الأشكال المتعددة الأبعاد، ... الخ (Chandler،1962، 1977،). لكننا منذ سنوات قليلة بدأنا نشهد تطورات معاكسة أين أخذت المؤسسات تتقوقع حول مهنتها الأساسية (قلب المهنة)، أي أن المؤسسات سواء الصناعية منها أو الخدمية تقوم بإعادة تنظيم نفسها لتتمركز و تتمحور حول سياقاتها الإنتاجية (Hammer ، 1999 ،ص 58 و Ostroff، 1999،ص 113). تتلخص هذه التطورات في التخلي عن بعض وظائف الدعم (تحضير الفواتير، تسيير الموارد البشرية، الإعلام الآلي...)، و إخراجها إلى متعهدين أو نوع معين من المناولين من الداخل. مما يعطي انطباعا أن السوق قد استعادت دورها كنمط للتنسيق أكثر فعالية من الهيكل الهرمي لتشغيل المؤسسات. إن هذا التحول من شأنه أن يؤثر على مراقبة التسيير على اعتبار أن الممارسات يجب أن يعاد توجيهها نحو التحكم في سلسلة القيمة، ليست الداخلية فقط، بل و الخارجية أيضا. بالتالي تصبح مراقبة علاقة الزبون- المورد هي الحدود الجديدة لمراقبة التسيير(Berland &Simon ،2010، ص 5).

تعددت الدراسات و الأبحاث التي أصبحت تتساءل حول قدرة مراقبة التسيير على متابعة التغيرات على مستوى المحيط الذي تتواجد فيه المنظمة، خاصة وأن الأبحاث الحديثة تركز على أسس النموذج التقليدي باعتبارها العائق أمام إيجاد تمثيلات ملائمة لقياس و قيادة الأداء.

تتعرض مراقبة التسيير إلى عدة انتقادات إن على مستوى الأسس التي بني عليها النموذج التقليدي، و إن على مستوى التطبيق. حيث يمكن ترجمة إعادة النظر هذه من خلال الانتقاد الموجه لمحاسبة التسيير التقليدية. هذه الأخيرة تستند على عدد من المسلمات التنظيمية مرتبطة في مجملها بالنموذج الهرمي الوظيفي (أي ساكن)، و على إمكانية توحيد و تسوية محاسبة التسيير(Bouquin،1994 ، ص 38 و Pesqueux و Martory 1995، ص 63). هذا النوع من المسلمات لم يعد محل اتفاق، بل بالعكس فهي اليوم موضع انتقاد بسبب عدم تجانس و عدم استقرار الأشكال التنظيمية، مما يؤثر على عمليتي القياس و المراقبة. حيث نجد أن فرضية تقسيم المؤسسة إلى مراكز مسؤولية، و كل قسم على حدا، مرتبط جدا بالتخصص في العمل، و الذي أصبح محل إعادة نظر من طرف المختصين. و يبين الجدول التالي بعض الإشكاليات المقترحة.

الجدول رقم 5 : بعض الإشكاليات في فرضيات نموذج مراقبة التسيير التقليدي

المؤلف	الفرضيات محل إعادة النظر (محل الانتقاد)	التعليق
Bouquin (1994)	• تقسيم المؤسسة إلى مراكز مسؤولية (بشكل منفرد) • فرضية الربط بين المدى القصير الأجل و الطويل الأجل • الفرضية الثقافية	• تؤدي إلى مراقبة ترتكز على استعمال سعر التحويل الداخلي • تفترض انسجام و تناسق كبيرين بين الإستراتيجية و الأعمال التشغيلية • تتجاهل العوامل الاحتمالية
Zarifian (1996a)	• فرضية مراكز المسؤولية : نحو مراقبة منفردة (متوحدة) • الاعتراف بطبقة واحد للمسؤولية • ضعيف انتشار مراقبة التسيير داخليا	• تقصي المراقبة من التفاعل و تصبح مراقبة للعناصر تتم بشكل منفرد • تتجاهل العرضية و تؤدي إلى قلة اعتراف ببعض المسؤوليات • نقص في اللامركزية و في امتلاك القيادة (pilotage)
Gervais (2000)	• ترتيب الأعباء غير المباشرة في مراكز رئيسية و ثانوية	• تفترض تفريقا واضحا بين الأنشطة التشغيلية و الوظيفية

المصدر: Villeseque F(2003), Transversalité et Système Budgétaires :Un essai d'observation et d'analyse, Ecole Doctorale : Economie et gestion, thèse de doctorat, Université Montpellier II ,non publiée,p 18.

وعليه فإذا أخذنا بعين الاعتبار المقاربة التقليدية لمراقبة التسيير، فإن فرضية التقسيم إلى مراكز مسؤولية تكون محل انتقاد عريض. لأن الحدود المذكورة سابقا لا تعود إلى التقسيم المعمول به فقط، بل و إلى النتائج المترتبة عنها. مثل المراقبة غير الشاملة و المركزة على بعض المهام، أو العمليات، أو المسئولين، أو التشغيليين. مثلها في ذلك مثل نظام الموازنات، حيث انه يعمل على نفس التقسيم مما يجعلنا نتساءل هل يمكن لنظام الموازنات أن يتأقلم، و يدمج جملة السياقات والتفاعلات المركزية في المنظمة؟(Villeseque،2003، ص 119).

نظرا لما يشهده الاقتصاد من نمو سريع و شامل فإن معظم المؤسسات توجهت نحوه، وقد أثر ذلك على الوظائف الإنتاجية من حيث أنها أصبحت تعتبر وظائف ثانوية، مما جعل هذه الشركات تقوم بترحيلها إلى بلدان اقل تطورا و ذات يد عاملة رخيصة، في ذات الوقت الذي احتفظت هي بالوظائف ذات القيمة المضافة العالية مثل (الأبحاث، التطوير، الإبداع، تسيير علاقات مع الزبائن،... الخ) و التي لم تكن مراقبة التسيير قد صممت لها في البداية. و كما سبق الإشارة إليه فإن مراقبة التسيير تطورت في إطار مؤسسات تيلورية أين كانت الهام موحدة (متماثلة) إلى حد كبير، و قابلة للتحليل. إن هذا التوجه الجديد جعل مراقبة التسيير تقف عاجزة أمام الأنشطة التقديرية (الاستنسابية)، التي ليس من السهل مطلقا أن توجد لها علاقة واضحة ودقيقة بين الوسائل المستعملة و النتائج المتحصل عليها، و حتى تلك التي يكون قياس الأداء فيها صعبا للغاية لأنها كثيرا ما تكون غير مادية، مما يدفع بمراقبة التسيير إلى الانعزال. تعتبر مراقبة التسيير في الوظائف مثل : البحث و التطوير، و مهام و أفعال التسويق، و التطوير في مجال الجودة، تعتبر بمثابة رهانات جديدة لها.

كما انه من المفيد ملاحظة أن هذه الرهانات الجديدة تطرح و بشدة في القطاعات التي تحاول مراقبة التسيير أن تفرض نفسها فيها مثل المجال العمومي، المستشفيات، و الجامعات، بصفة عامة كل القطاع الثالث (المنظمات غير الحكومية، الأنشطة الثقافية ... الخ). و عليه فإن جعل مراقبة التسيير حيز التطبيق لن يكون بالأمر السهل كما تبين ذلك الصعوبات التي يواجهها الفاعلون المكلفون بتطوير مراقبة التسيير (Berland و Simons 2010،ص 7).

III .2. 2 قصور في متابعة التحولات على مستوى المنظمة

رغم ما يتمتع به نظام الموازنات من أهمية على مستوى الوظائف التي يقدمها، و ما يتمتع به من مميزات، إلا أنه لم يمنع العديد من الباحثين و المؤلفين المختصين من المطالبة بإدخال العديد من التحسينات و المراجعات على مستوى التصميم و كذلك على مستوى و ضع هذه التقنية حيز التنفيذ. نجد جملة من الانتقادات مذكورة عند(Villeseque 2003، ص 55) حيث ينتقد كل من (Hope و Fraser 1997، 1999، 2001؛ Brimson و Antos 1999؛ Lorino 2001؛ Berland 2002) نظام الموازنات بشكل واضح وصريح. بل و تمتد هذه الانتقادات لتشمل الظروف التي تجعل من تطبيق نظام الموازنات أمرا احتماليا و خاضعة في تطبيقها إلى توفر عدة عوامل أو معلمات مثل هيكل المنظمة، درجة المركزية، المحيط، درجة عدم التأكد، أو الإستراتيجية.

أما افستد (Hofstede) فيذهب في انتقاد أدوات مراقبة التسيير إلى حد القول بان استعمال هذه الأدوات لا يصلح إلا في حالات خاصة، و أن التطورات الأخيرة قد جعلت من هذه الحالات، حالات نادرة جدا و ذلك إذا ما أخذت التطورات السريعة و الكبيرة للمنظمات بعين الاعتبار، ويضيف المؤلف نفسه أن المقاربة التقليدية لمراقبة التسيير أي المراقبة الروتينية تعتبر حالة خاصة جدا (Hofstede،1981،ص 197).

كما يؤكد كل من (Hope و Fraser 1997، 1999 ؛ Lorino 2001 ؛ Brimson وAntos 1999) على عدة نقاط تبين محدودية نظام الموازنات ملخصة في الجدول التالي:

الجدول رقم 6 : بعض الانتقادات لنظام الموازنات

المؤلفون	الانتقاد
Hope & Fraser (1997، 1999)	• تساعد أكثر الشكل المتعدد الفروع أكثر من الشكل الشبكي • تعتبر الموازنات بمثابة قيد و التزام بالنسبة للمشرفين على التشغيل • أما بالنسبة للإطارات الوسطى في عبارة عن جهاز top down • أما بالنسبة لإطارات التسيير فإنها مجرد تمرين للتدنية • يمكن أن تشكل عائق (كابح) للمبادرة و للتحسين المستمر
Brimson & Antos (16ص ، 1999)	• تركز على الموارد أكثر مما تركز على احتياجات الزبون • تركز على الأقسام أكثر من التركيز على الترابط بينها • التقديرات هي مجرد امتداد للماضي • تبحث عن عدم الكفاءة بدلا من البحث عن الأسباب و الوسائل للتحسين • لا تسمح بإجراء تحكيم بين التكلفة - القيمة • ينظر إليها كممارسة (عمل) رسمي يضيع من وقت التشغيليين • تقييم على أساس محاسبي لا على أساس جعل مخطط الأعمال حيز التنفيذ • لا يربط جيدا بين الإستراتيجية - أفعال الأجراء • يغلب قواعد مجموعة الموازنات • لا يعين تضييع الموارد • لا يراقب التكاليف في مرحلة النمو • يركز على مراكز التكاليف أكثر من التركيز على تحسين السياقات • لا ترتكز على التحسين المستمر • لا توفر حالة (وضعية) مالية للسياقات
Lorino (ص 181 ،2001)	• الصلابة المفروضة على إطار العمل، تضر بقابلية الاستجابة (ردة الفعل) • الاتجاه نحو إعادة إنتاج أشكال الأمس (نفسها، القديمة) • الانحرافات التكنوقراطية التي تؤدي إلى نوع من الصورية (الشكلية) • الانحرافات البيروقراطية تودي إلى إبطاء متزايد للسياقات • نقص في الربط بين قرارات المدى القصير و تطلعات طويلة الأجل • انعزال المؤسسة في مجال شديد الحراسة • رؤية ترتكز على تخصيص الموارد و المراقبة أكثر من الأفعال • فرض الأهداف نوعا ما بشكل تحكيمي و سلطوي بعيدا عن واقع نشاط المؤسسة

المصدر: Villeseque F(2003), Transversalité et Système Budgétaires :Un essai d'observation et d'analyse, Ecole Doctorale : Economie et gestion, thèse de doctorat, Université Montpellier II ,non publiée,p 18.

3. 2. III ضرورة تطوير الأدوات

هناك عدة مساهمات جاءت لتعزز هذا التطور و التجديد إن على مستوى الأدوات، و إن على مستوى التصورات، هناك جملة من الأدوات سنذكر منها:

طريقة التكلفة على أساس النشاط (activity based costing) و كذلك التسيير أو الإدارة على أساس النشاط، من خلال المبادئ التي بنيت عليها الطريقة نجد أنها أخذت بعين الاعتبار

النشاط كأحد العوامل المهمة لحساب التكلفة، كذلك فإن أسلوب تحديد التكلفة سمح بإعادة النظر في معنى التكلفة الملائمة للإنتاج و كيفية تكونها (تراكمها) و بالتالي تقديرها؛

القيمة الاقتصادية المضافة (l'economic value added) ينم الاهتمام بهذه الطريقة على اهتمام اكبر يدخل ضمن التفكير العام حول أهمية خلق القيمة مما جعل مراقبة التسيير تركز على أهداف لم تكن من اهتماماتها سابقا؛

بطاقة الأداء المتوازن (balanced scorecard) لقد جاءت بطاقة الأداء المتوازن لتوضح لمراقب التسيير أن لوحة القيادة السابقة كانت تقتصر على الجانب المالي في أغلب الأحيان في المؤسسات، بالرغم من أن العديد من المؤلفين لا يرى فيها أي جديد سوى أنها جعلت مراقبة التسيير كبعد من أبعاد التسيير الاستراتيجي، مما يجعل مراقبة التسيير تضمن نشر و بسط إستراتيجية المؤسسة على المدى القصير(Berland و Simons 2010،ص 4).

إن ضرورة تطوير أدوات مراقبة التسيير امتدت إلى عدة أدوات كما رأينا، غير أن هناك من المؤلفين من يطرح أسئلة تمس مراقبة التسيير في العمق، إذ انه أصبح من الأسئلة الوجيهة أن يتساءل المسيرون حول إمكانية التسيير بدون موازنات. نظرا لكل الانتقادات التي وجهت إلى نظام الموازنات، كما يظهر ذلك من خلال جملة من الصعوبات يعرضها (السياغي،2007)، على النحو التالي:

أولا : صعوبة التنبؤ في بعض الحالات

يعتمد إعداد الموازنة التخطيطية على " التنبؤ " بالأهداف والنتائج المتوقعة مستقبلاً، وعملية التنبؤ هذه ليست مهمة سهلة في كثير من الأحوال ولا يمكن أن تكون دقيقة بشكل كامل، ولكن يجب أن يتم ذلك وفقاً لكل ما هو متاح من بيانات ومعلومات متصلة بالأحداث الاقتصادية موضع التنبؤ.

وتبرز صعوبة التنبؤ والتقدير بصفة خاصة في حالة الموازنات التخطيطية لمنشأة جديدة تزاول النشاط لأول مرة ، وترجع الصعوبة إلى عدم وجود سجلات تاريخية فعلية تبين النفقات والإيرادات الفعلية التي حدثت في الماضي والتي كان يمكن الاسترشاد بها في التنبؤ بما يتوقع حدوثه مستقبلاً. إن نقص المعلومات التاريخية في هذه الحالة قد يحول دون عمل تنبؤ تفصيلي. وغالباً ما تلجأ الشركة الجديدة في هذه الحالة إلى عمل تنبؤاتها وتقديراتها بعد الاسترشاد بالشركات المماثلة القائمة وبعد الاسترشاد بخبرات المحاسبين المهنيين والجهات الاستشارية المختلفة على أن تكون تلك التقديرات متحفظة إلى حدٍ ما(السياغي،2007 ،ص6).

ثانيا : الجمود وعدم مراعاة المرونة

لا يحقق نِظـام الموازنات التخطيطية أهدافه المرجوة إذا لم تُـراعَ فيه اعتبارات المرونة والتي تقضي بالسماح " بمراجعة وتحديث " التقديرات، خاصة إذا حدثت وقائع جوهرية من شأنها جعل تلك التقديرات غير صالحة، عند قياس وتقييم الأداء. ولكن مراعاة المرونة في النظـام لا يجب أن تفسر بشكل واسع يسمح بإعادة النظر في التقديرات بشكل متكرر حتى لا تفقد الموازنات التخطيطية هيبتها ويقل دورها الرقابي. ومن هنا يجب مراجعة وتحديث التقديرات التي يجب أن تقتصر على الظروف التي يحدث فيها تغيير جوهري يجعل التقديرات الأصلية للموازنة غير صالحة للاستخدامات المختلفة التي أُعدت من أجلهـا.

ثالثا: سوء فهم الإدارة للموازنة التخطيطية ونقص الوعي الإداري

قد يكون هناك نقص وعي للإدارة بأهمية وفائدة الموازنات ، فالإدارة غير الرشيدة قد لا تولي لنظام الموازنات التخطيطية ما يستحقه من عناية عن طريق عدم الاستجابة لما يحتاجه إعداد وتنفيذ النظام إلى كوادر فنية وخبرات إدارية، كما أن الإدارة غير الواعية قد لا تحسن الاستفادة من مخرجات نظام الموازنات التخطيطية، فمثلاً قد لا تربط الإدارة بين نظام الموازنات التقديرية ونِظام الحوافز، الأمر الذي يقلل من فاعلية الجانب " التحفيزي " للموازنات التخطيطية، كما أن عدم الفهم السليم لنظام الموازنات التخطيطية من جانب الإدارة قد يؤثر على النظام ذاته ويضعف من تجاوب العاملين معه، فمثلاً قد تُعدِّل الإدارة في مستويات الأهداف الواردة بالموازنات التخطيطية من جانب واحد دون إخطار (أو مشاركة) العاملين الذين لهم ارتباط بذلك مما يجعل العاملين يشعرون أنهم حققوا أهدافاً لا وجود لها وأنهم فشلوا في تحقيق المستويات الجديدة وقد يؤثر ذلك على دافعيتهم لتحقيق الأهداف في الفترات المقبلة.

رابعا: عدم سلامة الهيكل التنظيمي للمنشأة

إن عدم وجود هيكل تنظيمي سليم في المنشأة قد يكون أحد معوقات الموازنات التخطيطية، فإذا كـانت الاختصاصات والمسئوليات غير محددة بوضوح فإن ذلك قد يؤدي إلى بعض الصعوبات في التقدير بالإضافة إلى تعذر المحاسبة عن نتائج تنفيذ الموازنات التخطيطية، ومن هنا تبرز ضرورة وحتمية وجود تنظيم إداري سليم في المنشأة حتى يمكن تطبيق " محاسبة المسئولية " جنباً إلى جنب مع الموازنات التخطيطية الأمر الذي يزيد من فعالية تلك الموازنات وخاصة من الناحية الرقابية.

خامسا : سوء فهم العاملين للموازنات التخطيطية

لا تقتصر معوقات الموازنات التخطيطية على المشكلات التي تنجم عن عدم وعي الإدارة وسوء فهمها بل يشمل أيضاً سوء فهم العاملين للموازنات في بعض الأحيان. فقد تعتقد لجنة الموازنة مثلاً أنها أكثر معرفةً وحرصاً على مصلحة المنشأة من الإدارات المختلفة القائمة بالتنفيذ ومن ثم ترفض (بدون دراسة) أية طلبات تَرِدْ من تلك الإدارات للحصول على مبالغ أو مواد إضافية ، وقد يؤدي ذلك الرفض إلى خفض الإنتاجية من جانب الإدارات القائمة بالتنفيذ وذلك لكي تثبت وجهة نظرها في طلب مبالغ ومواد إضافية كانت سليمة وأن وجهة النظر من إعداد الموازنة هي التي كانت خاطئة. ومن الأمثلة الأخرى لسوء فهم العاملين للموازنات التخطيطية ما قد يحدث من تحيّز في التقدير عند مشاركة العاملين في إعداد التقديرات ويتمثل ذلك التحيز عن طريق المبالغة في الاحتياجات و/أو تقليل القدرات والطاقات الأمر الذي يزيد من فرصة عدم تحقيق الأهداف(السياغي،2007 ، ص ص 8 – 9).

في الآونة الأخيرة أصبح للعولمة تأثير كبير على مراقبة التسيير حيث بعثت بها إلى مراتب متقدمة، كما زادت من أهميتها، إلى جانب الاهتمام الكبير من طرف المؤسسة بمحور التنمية المستدامة مما أكسب مراقبة التسيير عمقا و ميادين لم تكن تتواجد فيها قبل ذلك.(Berland و Simons 2010، ص 4).

3. III أدوات حديثة لانشغالات جديدة

شهدت المؤسسة عدة تحولات و تغييرات على المستوى الداخلي للمؤسسة و على مستوى المحيط الذي تتواجد فيه، حيث أثرت هذه التطورات على نظم وطرق التسيير بصفة عامة وعلى النموذج التقليدي لمراقبة التسيير بصفة خاصة. مما جعل المهتمين بها يولون اهتماما خاصا للعوامل الباعثة على التحديث والتجديد لتلك الأدوات، إضافة إلى إعادة النظر في الاهتمامات والانشغالات الحديثة لمراقبة التسيير حتى تتماشى معا. كما اخذ المختصون يتساءلون عن الطرق و الكيفيات التي يمكن من خلالها أن تتطور أدوات مراقبة التسيير.

1. 3. III العوامل الباعثة على التحديث

يحصي بعض من المؤلفين عدة عوامل أدت إلى تطوير و تحديث مراقبة التسيير، حيث يشير البعض إلى أن مراقبة التسيير قد استندت على تخصصين أديا بها إلى التحديث وهما سوسيولوجيا المنظمات و كذلك تطور الفكر حول هيكل المؤسسة و إستراتيجيتها.

أولا: بات من المؤكد لدى المسيرين أن للواقع تأثيرات لا يمكن الفرار منها، بل يجب العمل بالتوافق مع الواقع الذي تتواجد فيه المؤسسة، إن المدخل السوسيولوجي اثر و بشكل كبير على مراقبة التسيير و على علوم التسيير بصفة عامة. فمساهمة المقاربة السوسيولوجية بينت أن المنظمة من الداخل تتميز بتوازن معقد بين السلطة و ما يقابلها، و أن لكل واحد من الفاعلين إستراتيجيته الخاصة و أنهم يحسنون استعمال مناطق عدم التأكد لتهيئتها كمناطق للتحرك بحرية (Burlaud 2005،ص 56).

أما (Scheid) فقد بين أن تطبيق النظريات السيكولوجية للتصرفات و السلوكيات أثناء دراسة سياقات اتخاذ القرار، أدى إلى القول بأن القرارات المتخذة من طرف الفاعلين داخل المنظمة، كانت ذات منطقية محدودة. كانت هذه الأبحاث و الدراسات بمثابة مساهمات ثمينة في علوم التسيير، كما حاول مؤلفون آخرون التعمق في شرح السلوكيات الحقيقية التي تنتهجها المنظمات، مما دفع بهم إلى التوجه بعدة انتقادات للنظرية الاقتصادية الوحدوية، ليس للقول بأن النظرية قد تجاوزها الزمن، بل للتدليل على أنه ليس لنظرية الاقتصاد الجزئي القدرة على استيعاب كل الظواهر الملاحظة و عليه يجب أن تستكمل (Scheid،1991،ص 133). كما أشار كل من (Charraux و Pitol-Belin 1992، ص 264) إلى أهمية الأعمال التي قام بها (Richard Cyert و James March) من خلال النظرية السلوكية، حيث تنظر إلى المنظمة على أنها تحالف تفاعلي بين مختلف الأفراد لديهم أهداف متضاربة.

إن هذه الدراسات و غيرها، أكدت على إلزامية تطوير مراقبة التسيير، حيث شهدت هذه الأخيرة التوجه نحو الإدارة بالأهداف في نهاية الستينيات و بداية السبعينيات. كما أصبحت أكثر وعيا ببعض المفاهيم مثل التحفيز، الانخراط، الالتزام الشخصي، عادة تتواجد هذه المصطلحات في التوجهات الحديثة في التسيير من خلال المشاريع.

ثانيا: كما أن للمحيط الذي تتواجد فيه المنظمة دور حاسم في التأثير على صياغة سلوكيات وتصرفات الفاعلين فيها، فإن له تأثيرات على هيكل المنظمة و إستراتيجيتها.

معروف أن مراقبة التسيير وجدت أساسا في إطار تسود فيه النظرة التيلورية، التي كانت تفترض أن المنظمات على درجة كبيرة من الاستقرار، و توفر معلومات بشكل دقيق، إلى جانب وجود إستراتيجية واضحة تدور في معظمها حول تقليل (تدنية) التكاليف من خلال الإنتاجية مع مستوى ضعيف للتكاليف الغير مباشرة أو الهيكلية. إن التعقيدات المستمرة و المتزايدة لسياقات الإنتاج و التنوع في الاستراتيجيات أدت إلى ظهور تفاوت (هوة) بين النموذج التقليدي لمراقبة التسيير و الواقع المرئي.

لا يمكن للنموذج التقليدي لمراقبة التسيير أن يتجاهل ما توصل إليه بعض الباحثين فيما يخص توضيح العلاقة بين إستراتيجية المنظمة و هيكلها، حيث بين (Chandler) أن هيكل المؤسسة يقود (يحث) على تبني إستراتيجية معينة، كما انه في مقابل ذلك فإن بعض الاستراتيجيات تشجع على تطور هيكل المنظمة. هذه العلاقة بين الإستراتيجية و الهيكل تم نقلها إلى العلاقة بين الإستراتيجية و مراقبة التسيير، على اعتبار أن النموذج التقليدي يخدم الإستراتيجية (Chandler،1966، ص 192). هذا يعني أن مراقبة التسيير ستبعث برسائل و إشارات لتحث على التصرفات و المواقف المطلوبة لتطوير الإستراتيجية المختارة. لذلك مراقبة التسيير تصبح مجبرة على إرسال إشارات و لو خاطئة لكن مفيدة (عملية). إن هذا الوضع يقود إلى النقاش القديم حول العلاقة الديالكتكية بين المعرفة و الفعل، و بين المعرفة و السلطة. كما يقود موضوع السلطة إلى طرح السؤال حول مشكل مشروعية الرسائل: هل هذه الرسائل تكتسب مشروعيتها من كونها " صحيحة " (مشروعة من خلال نمط الإنتاج، من خلال التقنية التي تضمن الدقة) أم أنها مشروعة لأنها " نافعة " (مشروعة من خلال الغاية)؟.

إن هذه الأفكار حول إستراتيجية و هيكل المنظمات مكنت هذه الأخيرة من أن تعي و تأخذ بعين الاعتبار تحول (انتقال) مصدر ثرائها الذي أصبح يتواجد في الإبداع، أكثر مما يتواجد في الإنتاج و بالتالي القيام بعملية تأقلم (تعديل) لنظم مراقبة التسيير على هذا الأساس الجديد.

III .3 .2 اهتمامات و انشغالات جديدة لأهداف جديدة

أدت كثرة الانتقادات و حدتها إلى إعادة النظر في العديد من مقتضيات النموذج التقليدي لمراقبة التسيير، و خاصة بعض الفرضيات التي نالت الحظ الأوفر من الانتقادات ، فنجد مثلا أن هناك من الشروط (المقتضيات) التي يجب أن تلبيها حتى يكون نظام مراقبة التسيير ملائما. إن ترتيب هذه المستلزمات حسب الأهمية يعطي :

أ) . اتصاف الأهداف بعدم الغموض (أي أنها واضحة)؛

ب) . إمكانية قياس النتائج؛

ج) . إمكانية التنبؤ بآثار الأفعال التصحيحية ومعرفتها بدقة؛

د) . اتصاف الأنشطة بالتكرار (أي أنها نمطية و موحدة).

أما (Lorino) فينتقد فرضيتين تعتبران أساسيتان إما بشكل ضمني أو صريح لنظام مراقبة التسيير و هما: فرضية البساطة و الاستقرار (الثبات)، البساطة مبنية على فكرة أن الأداء الإجمالي ما هو إلا مجموع الأداءات الفرعية (المحلية)، وعليه فإن البساطة والاستقرار يؤديان إلى التأكد من انه متى تم إيجاد معيار (ضابط) معين، فانه يمكن أن يستعمل هذا المعيار كمرجع بشكل مستمر (أي في كل ما سيأتي)، إن من بين ما ينتج عن هذا الافتراض على مستوى المراقبة هو التسيير من خلال الموارد. على اعتبار أن الأنشطة ثابتة (جامدة)، فإن التسلسل في الموارد \ المنتجات (المدخلات \ المخرجات) يمكن النظر إليها - أي للأنشطة - على أنها مباشرة (Lorino،1995 ،ص 149).

إن الباعث على مثل هذه الانتقادات هو ما تمر به المنظمات من تعقيدات متزايدة على مستوى الأنشطة المرتبطة بعدم الاستقرار في آليات الأداء، حيث نجد العديد من المؤسسات الكبيرة و أيضا عدد لا بأس به من المؤسسات المتوسطة و الصغيرة يقدمون عددا كبيرا من براءات الاختراع كل سنة و التي تستنفذ منهم جزءا كبيرا من أنشطتهم. مضافا إليها كل الاختراعات غير المشمولة بالبراءات [...] مثل التصاميم، البرمجيات، الإجراءات، ... الخ. إن وظيفة إنتاج كل هذه الإبداعات يصعب التحكم فيها، حيث الآجال غير قابلة للتقدير (لا يمكن معرفتها مسبقا)، إلى جانب عدم المعرفة الدقيقة بسياقات الإنتاج (حيث يحتل التماثل و التناظر الوظيفي نفس الأهمية التي يحتلها التفكير المنطقي و ألاستنتاجي الاستنباطي)، إضافة إلى أن الوسائل المستعملة ليس لها علاقة واضحة و ثابتة بالإنتاج. (Burlaud 2005،ص 19)

مما يترتب عليه نظما اجتماعية قليلة التنبؤ إن لم تكن غير قابلة لذلك أصلا، و بالتالي فإنها تشكل صعوبة في عملية المراقبة بالمعنى التقليدي للكلمة. و بالتالي فإن التحكم في هذه الأنظمة يتطلب الانتقال من قضايا المراقبة إلى قضايا القيادة (pilotage) . كما هو مبين في الجدول التالي.

الجدول رقم 7 : مقارنة بين قضايا المراقبة و قضايا القيادة (pilotage)

من قضايا المراقبة	إلى قضايا القيادة
الموارد	أسلوب العمليات و الكفاية
تخصيص (تعيين)، المخالصة	التشخيص (التسوية)
القرارات	الأنشطة
توالي أحداث منفصلة	سير متواصل (متصل)
تناوب خطة \ مراقبة	تغير مستمر
تقسيم حسب التدرج الهرمي	تكامل

المصدر: Lorino P. (1995), Comptes et Récits de la Performance - Essai sur le pilotage de l'Entreprise, Les Editions d'Organisation. P 56.

الانتقال من المراقبة إلى القيادة يعني الانتقال من قضايا الموارد إلى قضايا الأنشطة، و من عملية التخصيص (تعيين) الموارد إلى تشخيص الأسباب، و من تتابع لأحداث منفصلة إلى الزمن (الوقت) المتصل، و من التحليل (التقسيم) التدريجي للهرم إلى التكامل (الانسجام) في شكل شبكة.

3. 3. III كيف يمكن لمراقبة التسيير أن تتطور؟

للأسف فإن أدوات التسيير التي تعتبر قليلة فيما يخص عملية قيادة (conduite) التغيير فإنها تحتوي على العديد من أدوات القيادة (pilotage). بعبارة أخرى فإن الأدوات التي تمكن المؤسسة من البقاء على نفس المسار عديدة و متوفرة، و على النقيض من ذلك فإن الأدوات التي تسمح بتغيير و تبديل مسار ما تعتبر نادرة جدا. من المؤكد أن هذا دور التحليل الاستراتيجي، لكن الواسطة لنقل التغيرات (الانعطافات) في الإستراتيجية على الميدان يكون من خلال العمل اليومي بواسطة مؤشرات التسيير أو لوحات القيادة التي تعمل بشكل غير مرْض. خلاصة ذلك أن الإبداع أصبح من أهم مصادر التقدم الاقتصادي، وكما يجب الاستثمار في ميدان الأبحاث و التطوير فإنه

يجب الاستثمار في هياكل تساعد و تشجع على ما يسمى بالذكاء التنظيمي. حيث أن هذا الأخير لا يختلط (لا يمتزج) مع ذكاء الأفراد داخل المنظمة وهو لا يمثل مجموع ذكائهم (Burlaud،2005،ص 102).

يواصل Burlaud ، في رسم صورة التغيرات في أنشطة المنظمة قائلا أن التحول أو الانتقال يتم من المؤسسة إلى المنظمة المعقدة. و انه يمكن الكشف عن هذا الانتقال من خلال التطور الحاصل على مستوى نمو حجم المؤسسات، تميز جل أو كل المهام بعدم التكرار، يد عاملة مؤهلة جدا، اغلب التكاليف هي غير مباشرة، وظيفة إنتاج رخوة و تعدد في الجمهور الذي لم يعد مجرد زبون. و لمواجهة هذه التغيرات، هناك حلان: مراقبة من نوع الصلب (Hard) أو مراقبة من نوع اللين (Soft)، في الوقت الذي يهتم النوع الأول من المراقبة بالتركيز على حساب المصاريف الإدارية و المصاريف العامة، فإن النوع الثاني من المراقبة يؤكد بالخصوص على دور التصرفات (السلوكيات، المواقف) لمختلف الفاعلين في النظام، و يوصي باستعمال غير مباشر للتكاليف. (Burlaud،1995،ص 18)

دائما و في نفس الاتجاه فإن (Mévellec) ينتقد النموذج التيلوري من خلال عقد مقارنة بين طريقة التكاليف الكلية و طريقة المحاسبة على أساس الأنشطة. حيث أن النموذج التقليدي لمراقبة التسيير يرتكز على فرضية مفادها أن السعر يتم تحديده من خلال السوق، و عليه فإن التحكم في التكاليف يسمح بزيادة المردودية. أما في الوقت الحاضر لم يعد المنتوج هو الذي يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار بل كل ما يتصل به (كل ما يستند عليه المنتوج)، إن هذه النقلة، تقضي بإعادة النظر في طريقة التكاليف الكلية و أنها بذلك تفقد من ملائمتها، لتصبح بذلك طريقة التسيير من خلال الأنشطة أكثر ملائمة لهذا الغرض. إضافة إلى ذلك فإن الفارق يزداد حدة بين طريقة التكاليف الكلية وطريقة المحاسبة على أساس الأنشطة إذا أخذنا بعين الاعتبار تقلص دورة حياة المنتوج (Mévellec،1995 ،ص 72).

يجب على هيكل المنظمة و مراقبة التسيير أن تشجعا على رسملة و تراكم المعرفة (know how) و ليس على فنائها. إذا كان هذا التعلم التنظيمي ضروري فإنه لا يتم دون مقاومة. تتمثل الطريق في التعلم التنظيمي من خلال البيروقراطية في إنشاء (تحرير) إجراءات تنظم انتقال ودوران المعلومات و كيفية حفظها. حيث تسمح بإشاعة المعرفة (know how). لكنها وبصعوبة بالغة تلعب دور المشجع لهذا التعلم التنظيمي. بل قد تصبح – الهياكل البيروقراطية – بمثابة معرقل، لأنها لا تحتوي على الليونة التي تسمح لها باستخلاص الدروس من خلال التجارب. و لا يتم اكتشاف الهوة و الفرق بين الإجراءات و الواقع إلا بعد حلول الأزمات التي

تؤدي إلى تفجير الوضع مما يستدعي مراجعة هذه الإجراءات. و على هذا الأساس فإن المنظمة تصبح منفعلة (تقوم بردة فعل) بدلا من أن تكون فاعلة.

و انطلاقا من ذلك تعتبر رسملة المعرفة شرطا لنشاط خلاق مستمر، و الذي يجب أن يمر من خلال طرق أخرى غير التدرج الهرمي. فالاهتمام بالهيكل من خلال التعبئة حول المشاريع يجب أن يسمح بالتبادل و بالتالي إشاعة الرسملة. إن الهدف من كل ذلك هو أن لا يؤثر كل من التفكير المنطقي المنتشر و الإصرار المفرط على الالتزام و التقيد، على الإبداع، فيجعله عقيما من خلال التفكيرالمنطقي الجامد و الإصرار الرسمي للإجراءات الإدارية (Burlaud،2005،ص93)

أما (Simons) فقد قام بمقارنة بين الأهداف الجديدة و تلك التي كانت تدور حولها نظم مراقبة التسيير، كما هو مبين في الجدول التالي:

الجدول رقم 8 : الأهداف الجديدة لنظم المراقبة

الأهداف (الاهتمامات)القديمة	الأهداف (الانشغالات) الجديدة
الإستراتيجية (قمة \ أسفل، top /down)	إستراتيجية تركز على المستهلك و السوق
التنميط (معايرة، موحدة)	مشخصنة
متابعة الخطط	سياقات للإبداع المستمر
التحكم في النشاط	تلبية (إرضاء) حاجات المستهلك
بدون مفاجآت (رتابة)	مشجع ، يمنح السلطة، مساعد على التمكين

المصدر: Simons R. (1995), Levers of control : how managers use innovative control systems to drive strategic renewal, Harvard Business School Press . p 139

أمام هذا النذر اليسير من الانتقادات، فانه يصعب تلخيصها في نقطة واحدة نظرا لتنوعها، غير أنه من الممكن ملاحظة أنها تصب كلها في نتيجة واحدة: إن المقاربة التقليدية لمراقبة التسيير تعتريها عدة حدود (نقاط ضعف) لكي تتمكن من معالجة منظمات في حالة من التحول (تَبَدُل). إن هذه الحدود دفعت بالبعض إلى القول انه من الأفضل التحدث عن المراقبة بصفة عامة بدلا من مراقبة التسيير التي قد تكون ضيقة و محصورة (مقيدة). و على صعيد آخر، فإن تطور مراقبة

التسيير نحو مفاهيم أكثر اتساعا و شمولية في عملية المراقبة، تستدعي التفكير في مختلف المهام التي يتوجب على مراقب التسيير أن يطلع بها. حيث أن الأبعاد الجديدة للمراقبة لم تعد تسمح بان يقتصر دور مراقبة التسيير على مجرد تنشيط التسيير من خلال النتائج، بل يجب عليها أيضا مراقبة العوامل التنافسية للمنظمة(De la Villarmois و Tondeur 1999، ص 6).

خلاصة الفصل

أوضحنا في نهاية هذا الفصل كيف تستعمل مراقبة التسيير ثلاثة أنواع من الأدوات في عملية التنبؤ و التي تقسم من حيث المدة إلى: الخطة التي تمتد من الأجل الطويل (خطة إستراتيجية)، إلى الخطة على المدى المتوسط (مخطط العمليات)، أما على المدى القصير الأجل فنجد الموازنة التقديرية التي تمتد على مدى سنة عادة.

كما بينا اهمية سنوات الثمانينات في عملية تطوير وانتقاد النوذج التقليدي لمراقبة، حيث شهدت فيها اعنف الانتقادات. كما اشرنا إلى أن التنقيح و التعديل قد بداء في تاريخ مبكر أي في نهاية الستينيات مع بداية تطور مفهوم الميزانية على أساس صفري. كما كان من المفيد معرفة إن الانتقادات في البداية كانت جزئية و تخص بعض طرق و أساليب تطبيق المراقبة لا أكثر. ثم أصبحت الانتقادات علنية و أكثر عمقا. حتى بلغت عند بعض المنتقدين إلى حد القول أن مراقبة التسيير لا تستعمل في شيء، و قال البعض الآخر أنها عامل انحراف و انزلاق في التسيير.

أدت هذه الانتقادات إلى بروز ردة فعل من قبل المنظرين والمهتمين، حيث شهدت سنوات التسعينيات والألفين، عدة تحسينات و تجديد إلى جانب بعض المقترحات التي أدت إلى إثراء الموضوع بالرغم من أن هذه المقترحات لم تكن جديدة كلية لكنها ساهمت الإجابة على بعض التساؤلات بعمق و موضوعية حول أسس و أدوات مراقبة التسيير.

خلاصة الباب الأول

تطرقنا في هذا الباب إلى بعض النقاط دون أخرى، و السبب يرجع إلى عاملين: أولهما تشعب وتفرع موضوع مراقبة التسيير، أما السبب الثاني فهو محاولة التقيد ببعض النقاط بما يخدم موضوعنا.

تبينا لنا من خلال الفصل الأول أن مراقبة التسيير لم توجد دفعة واحدة، بل أن وجودها مر بعدة مراحل واكبت ميلاد و نشوء مراقبة التسيير و كيفية تطورها عبر مختلف الأدوات والتقنيات، إضافة إلى التطرق لمراحل مراقبة التسيير، و كذا، لمهام و ادوار هذه الأخيرة من خلال النظرة التقليدية و النظرة الحديثة. إلى جانب علاقة مهام مراقب التسيير بهيكل المؤسسة. كما انتهينا بتبيين حتمية تجاوز النموذج التقليدي بسبب الحدود التقنية و بسبب الحدود الراجعة للفكر التنظيمي السائد حينها لنموذج مراقبة التسيير.

كما اتضح من خلال الفصل الثاني أن مختلف الفرضيات التي بني عليها النموذج التقليدي لمراقبة التسيير أصبحت محل انتقاد، حيث قمنا بوصفها و شرحها و التي تتكون من عوامل النجاح الأساسية؛ السبرنية؛ إمكانية الربط بين الاستراتيجي و التشغيلي؛ وجوب تقسيم المؤسسة إلى مراكز المسؤولية؛ النموذج التعاقدي. كما تطرقنا أيضا إلى أنواع نظم مراقبة التسيير مثل نظام المراقبة من خلال السوق، نظام المراقبة من خلال القوانين، نظام المراقبة من خلال الجماعة، نظام المراقبة حسب التسلسل الهرمي، نظام المراقبة من خلال الثقافة و التي أصبحت تتعرض لإعادة النظر.

أما الفصل الثالث فقد مكننا من الوقوف على أدوات مراقبة التسيير مثل الخطة على مختلف الفترات والموازنات و تحليل الفروقات ولوحات القيادة، كما سمح لنا بمعرفة أهم الانتقادات التي باتت تتعرض لها مختلف مبادئ و فرضيات النموذج التقليدي لمراقبة التسيير.

إن أهم ما يستدعي التركيز عليه في خلاصة هذا الباب هو تعدد و تنوع الانتقادات التي تستهدف فرضيات و أسس النموذج التقليدي لمراقبة التسيير و أيضا أدواته، وكذلك مدي عمقها. مما يعني أن مراقبة التسيير مطالبة بالتطور والتأقلم لتصبح قابلة للتطبيق في المؤسسات الخدمية العمومية مثل المستشفيات.

الباب الثاني: المستشفيات بين مبادئ الخدمة العمومية و المستلزمات الاقتصادية

الفصل IV : أنواع و وظائف المستشفيات العمومية

تمهيد

IV . 1 نشأة و تطور المستشفيات

IV . 2 البيئة المحيطة بالمستشفيات و هيكلها التنظيمي

IV . 3 أنواع المستشفيات و وظائفها

خلاصة الفصل

الفصل V : خصائص و مبادئ الخدمات الصحية العمومية و مميزاتها

تمهيد

V . 1 تعريف الخدمة و خصائصها

V . 2 مفهوم الخدمة العمومية و مبادئها

V . 3 خصائص و مميزات خدمات الصحة العمومية

خلاصة الفصل

الفصل VI : توجهات حديثة لإدارة المستشفيات العمومية في الجزائر

تمهيد

VI. 1 تصنيفات و مهام جديدة للمستشفيات العمومية في الجزائر

VI. 2 إصلاحات مختلفة في مجالات عديدة في المستشفيات العمومية

VI. 3 تكامل بين توجهات المستشفيات العمومية و هيكلها التنظيمي في الجزائر

خلاصة الفصل

خلاصة الباب الثاني

الفصل IV : أنواع و وظائف المستشفيات العمومية

تمهيد

IV . 1 نشأة و تطور المستشفيات

IV.1. 1 بداية ظهور المستشفيات و انتشارها

IV. 1. 2 مفهوم مؤسسات الصحة

IV. 1. 3 سمات المستشفيات الحديثة

IV . 2 البيئة المحيطة بالمستشفيات و هيكلها التنظيمي

IV. 2. 1 البيئة التنظيمية المحيطة بالمستشفى

IV. 2. 2 المستشفى كنظام مفتوح

IV. 2. 3 تنظيم المستشفى

IV . 3 أنواع المستشفيات و وظائفها

IV. 3. 1 أنواع المستشفيات

IV. 3. 2 وظائف المستشفيات

IV. 3. 3 مهام المستشفيات العمومية

خلاصة الفصل.

تمهيد

من المهم لمراقبة التسيير أن يطلع على مختلف المراحل التاريخية التي مرت بها المؤسسات العمومية للصحة، خاصة إذ كانت هذه التغيرات و التحولات تمس مختلف الجوانب من حيث الشكل و المضمون و الطرق المتبعة في التسيير منذ نشاءه المستشفيات إلى يومنا.

سنتطرق في هذا الفصل إلى البدايات البسيطة و المتواضعة جدا لوجود هذا النوع من التنظيم، وكيف أن وجود هذه المستشفيات كان ضروري، من حيث عدة اعتبارات كالطابع الإنساني و الاجتماعي بعيدا عن المعطيات و المتغيرات الاقتصادية و التجارية.و كذلك إظهار الصفات الرئيسية و الخصائص المميزة لكل نوع منها و ذلك عبر مختلف الفترات والمراحل التاريخية.

تبدو لفظة مستشفى كلمة واضحة، غير أن استعراض التعاريف لهذا المصطلح يبين نوعا من الاختلاف و تمايز في تعريف المستشفى. لذلك فقد عرضنا لمفهومه من خلال العديد من الدراسات و بحوث المنظمات و الجمعيات المتخصصة في هذا الشأن و كذلك الهيئات التي تهتم بتحديد مفهوم المستشفى.

حاولنا فهم عمل المستشفى من خلال المحيط الذي يتواجد فيه، و حتى نتمكن من ذلك كان لابد من تحليل مختلف العلاقات التي تربط المستشفى بباقي العناصر الأخرى.

كما يتبادل المستشفى عدة تدفقات مع البيئة الاجتماعية التي يتواجد فيها من خلال مجموعات مختلفة من الفاعلين، حيث يتأثر المستشفي بالطرق و الأساليب الحدية في الإدارة والتسيير، كما يؤثر بدوره في وسطه بطرق مباشرة و غير مباشرة.

قمنا في مستوى معين من هذا الفصل بعرض ما يميز مؤسسات الصحة بصفة عامة و المستشفيات العمومية على وجه الخصوص من ناحية البنية تنظيمية المميزة إلى جانب أنها تضم مجموعة متنوعة ومتداخلة من النظم، فالمستشفيات تقوم بمهامها من خلال التنسيق الكبير و الدقيق بين عدة نظم فرعية، مما يعني أن عملية تسيير هذا النوع من المؤسسات يحيل إلى التفكير في تسيير هذه النظم الفرعية إذ نجد نظام الخدمات الطبية، نظام الخدمات الطبية المعاونة، نظام الخدمات الفندقية، نظام الخدمات الإدارية.

كما سنبين في هذا الفصل إن استعمال مراقبة التسيير في المستشفيات العمومية يستلزم اعتماد ما هو قائم من تعديد للتصنيفات لهذه المستشفيات وذلك قصد تحديد مميزاتها وخصائصها وتسهيل التعرف عليها، وتختلف هذه التصنيفات وتتنوع باختلاف وتنوع المستشفيات ذاتها. وعلى

هذا الأساس تصنف المستشفيات إلى مستشفيات تبعا : لملكيتها، لمعيار التخصص، لمعيار نوعية الخدمة المقدمة، لمدى تقديم العملية التعليمية، لتحقيق الربح، لمتوسط فترة الإقامة للمريض، للموقع والسعة السريرية، لجودة خدمات الرعاية الصحية. وهناك من المؤلفين والباحثين من يضيف المستشفيات تبعا لجنس المريض، أو مستشفيات تبعا لعمر المريض، كما يوجد من يصنفها تبعا للنماذج الإدارية التي تديرها.

يهدف الفصل إلى تبيين أن المؤسسات العمومية للصحة تعتبر كالمؤسسات الخدمية العمومية الأخرى، من خلال توضيح أوجه الاختلاف و التشابه، في العديد من المظاهر و المستويات وذلك قصد إبراز أهم العقبات والصعوبات التي قد تعترض إدخال الطرق الحديثة للإدارة كمراقبة التسيير.

IV . 1 نشأة و تطور المستشفيات

تعد مؤسسات الصحة العمومية من المؤسسات التي تمارس الأساليب الإدارية الحديثة، كما أنها أصبحت تسعى إلى إدخال ثقافة النتائج مقارنة مع الوسائل التي تستعملها في أنشطتها، إلى جانب أن المستشفيات والعيادات الخاصة تعتبر مصدر ربح كبير لمالكيها، و هذا أمر معروف و ظاهر، غير أن ما يمكن أن يغيب على المسيرين في الوقت الحاضر هو أن الوضوح الحالي الذي تم وصفه لم يكن دائما كذلك، إن المستشفيات بالرغم من أنها مصادر للتكاليف و كذلك الأرباح إلا أنها تبقى محكومة بأصولها الاجتماعية و الثقافية و الدينية في بعض الأحيان، مما يعني أن استعراض نشاءه و تطور هذا النوع من المؤسسات يعتبر أمرا مهما و ضروري من اجل إرساء مراقبة التسيير داخلها.

IV. 1 . 1 بداية ظهور المستشفيات و انتشارها

مرت مؤسسات الصحة العمومية بالكثير من التغيرات و التحولات منذ أول ظهور لها سنة 1200 قبل الميلاد، وقد تمثلت هذه التغيرات في عدة تحسينات و تطورات مست عدة جوانب على مستوى الأفراد و التجهيزات حتى وصلت إلى الوجه الذي تعرف به الآن.

الهدف من هذه اللمحة التاريخية هو هدف مزدوج، أولا محاولة التعريف بالبدايات البسيطة و المتواضعة جدا لنشأة هذه " المؤسسات الصحية " ، و كيف أن هذه المستشفيات كانت ضرورية، الهدف الثاني هو الوقوف على مختلف الدوافع و الأفكار التي كانت تعتبر الباعث على إيجاد المستشفيات و القيام عليها، إلى جانب تبيين طرق تسيير و تنظيم هذه المؤسسات، و كذلك إظهار الصفات الرئيسية و الخصائص المميزة لكل نوع منها و ذلك عبر مختلف الفترات و المراحل التاريخية.

يكاد يتفق كل المؤلفين في مجال تاريخ نشأة و ظهور مؤسسات العناية الصحية و تطورها حول المراحل التي مرت بها هذه المؤسسات ، فمثلا يقسمها غنيم إلى (غنيم،2006 ،ص 14):

- المستشفيات في الحضارة القديمة؛
- المستشفيات في العصر الإسلامي؛
- المستشفيات في العصر الحديث.

وهناك من الباحثين من يقسم هذه المراحل إلى الحقب التالية (حرستاني،1990 ،ص 19 ؛ جلدة،2007 ،ص 17).

- المستشفيات في بعض الحضارات القديمة؛
- المستشفيات في مطلع الديانة المسيحية،
- المستشفيات عند العرب؛
- المستشفيات في بعض بلاد الغرب خلال عصر النهضة؛
- المستشفيات في بداية القرن الثامن عشر و حتى نهاية القرن العشرين.

أولا : نشأة المستشفيات في الحضارات القديمة

كما سبقت الإشارة إليه فإن نشأة و ظهور المستشفيات يعود إلى 1200 سنة قبل الميلاد كما دلت على ذلك مختلف الوثائق التاريخية. سنتطرق في هذه الفقرة إلى بدايات ظهور المستشفيات عند الحضارة الإغريقية، و الرومانية، و الفارسية و الهندية.

(أ) المستشفيات في الحضارة الإغريقية

اقترن ظهور مؤسسات الصحة و العناية بالمرضى لأول مرة بالمعابد الإغريقية، حيث شكلت هذه الأخيرة النواة التي قام عليها ما أصبح يعرف فيما بعد بالمستشفيات. يعتبر أبوقراط الطبيب الإغريقي الشهير (460 – 370) قبل الميلاد أول من وضع أساسيات معالجة المرضى في هذه المعابد، كما كان يعلم الراغبين في ممارسة مهنة الطب. استمر تطور الطب في الحضارة الإغريقية إلى حوالي 400 سنة قبل الميلاد حيث شهدت ظهور ما يعرف بمعابد آلهة الطب، حيث اعتبرت تلك المعابد أول أنواع أشكال المستشفيات و التي اعتبر كأساس لنشوء المعابد الاستشفائية عند اليونانيين و الرومان.

(ب) ظهور المستشفيات عند الرومان

كانت المعابد عند الرومان تأوي إليها المرضى و العباد على السواء، حيث كان يخصص أماكن ملحقة بالكنيسة المسيحية لإيواء و علاج و رعاية المرضى. و في حوالي (350 - 500) ميلادية زودت المدن التابعة للإمبراطورية الرومانية بمستشفى تابع للكنيسة يعمل فيه مجموعة من المتطوعين، حيث سادت فيه العاطفة و الرعاية الأبوية على حساب المعرفة العلمية.

(ج) المستشفيات في الحضارة الفارسية

عرفت المستشفيات في الحضارة الفارسية تحت مسمى بيمارستانات، و تتكون الكلمة الفارسية من جزئين حيث يقصد بكلمة "بيمار " أي مريض أو عليل، و يقصد بكلمة "ستان" دار، و بالتالي تعني الكلمتين دار المرضى (مخيمر و الطعامنة،2000 ،ص 4).

(د) المستشفيات في الهند

عرفت المستشفيات في الحضارة الهندية باسم السيكيستا أي معابد الشفاء، و ذلك في الفترة الممتدة بين (273 - 232) قبل الميلاد، كما اشتهر الأطباء الهندوس حينها بأنهم جراحون مهرة، و أنه م اكتشفوا أهمية النبض في تشخيص أمراض الإنسان، إلى جانب أنهم كانوا يستخدمون العقاقير في علاج المرضى (جلدة،2007 ،ص 18).

تجدر الإشارة إلى أن المستشفيات في الحضارات القديمة السالفة الذكر قد تميزت بعدة مميزات و سمات و خصائص تتمثل عادة في :

(أ) استخدام المستشفيات كمكان لإيواء المرضى و تقديم العلاج لهم، كما تم التركيز على صحة الفرد الشخصية و ذلك من حيث الاهتمام بنظافته و تغذيته؛

(ب) قيام الأطباء في هذه المستشفيات بتجبير الكسور، و وصف العقاقير الطبية، و إجراء العمليات الجراحية المناسبة للمرضى؛

(ج) تم استخدام المستشفيات كمراكز للتدريب؛

(د) تم دراسة و تحليل تأثير العوامل و المتغيرات البيئية على حالة المرضى، و في ضوء ذلك تم إعطاء عناية خاصة بنظافة البيئة الداخلية للمستشفى(غنيم،2006،ص ص 16 – 17).

ثانيا : المستشفيات إبان الديانة المسيحية

لم تختلف مهام المستشفيات في عهد المسيحية عنها في العصور القديمة ، فقد بقيت المستشفيات تستقبل المرضى و المسنين و تؤوي إليها المتشردين و المعوزين فيما عرف حينها ببيوت الكهنة، حيث اعتنى هؤلاء بالمرضى وقدموا لهم الغذاء و الرفق و السلوى ، ويبدو أن هذه الأماكن كانت تخضع إلى تقسيم و توزيع معين ، حيث أن بيوت الكهنة كانت تابعة في بعض الأحيان إلى الأديرة في المناطق النائية و الريفية و إلى الكاتدرائيات في المدن الكبيرة. لقد أولى الملوك المستشفيات اهتماما خاصة و ذلك في العهد المسيحي لما عرفوا أهميتها، فقد أمر الملك لويس السادس عشر بتاريخ 14 جوان 1662 بأن تستفيد كل مدينة كبيرة ببيت من بيوت الله

كناية عن المستشفيات وذلك حتى تستقبل الفقراء، العجزة، كبار السن، المتشردين والأيتام (Molinié،2005 ،ص 12). وقد كانت الدوافع الرئيسية لبناء هذه البيوت دوافع دينية وإنسانية والتي يمكن تلخيصها فيما يلي :

(أ) علاج المرضى و تقديم الخدمات لهم بغض النظر عن قدرتهم على الدفع؛

(ب) الاهتمام بالنواحي النفسية للمرضى و ليس فقط تقديم العلاج؛

(ج) اعتبار هذه البيوت أماكن لإيواء المرضى و المسنين و المحتاجين و تقديم الخدمات لهم.

ثالثا : المستشفيات عند العرب – المسلمين –

شهدت المستشفيات في الحضارة الإسلامية نقلة نوعية تعدت الحالة التي كانت عليها المستشفيات قبلها و ذلك على مستوى الوظائف و على مستوى التصميم العمراني، لقد شيد المسلمون المستشفيات في بغداد و دمشق و القاهرة و القيروان و قرطبة و غيرها من الأماكن و كانوا يختارون أنسب المواقع بعد الدراسة و البحث. فقد ذكر أن عضد الدولة قد استشار الرازي حتى يختار له مكانا لبناء مستشفى يحمل اسمه. فأشار عليه الرازي بأن يعلق في كل جانب من جوانب بغداد شقة لحم. فإذا ثبت أن الجهة التي علقت فيها شقة اللحم لم تفسد فيها الشقة، فإنه يتعين طبقا لمشورة الرازي أن يبنى المستشفى في المكان الذي علقت فيه (حرستاني،1990 ،ص 24). علما أن الأمراض المعدية كانت معروفة لدى المسلمين حيث كانت تمارس عملية الحجز على المجذومين حتى لا يختلطوا بالأصحاء، وكذلك إنشاء مستشفيات للمكفوفين.

من المرجح أن العرب كانوا أول من أنشأ المستشفى المتنقل أيام الخليفة المقتدر، حيث كانت هذه المستشفيات مجهزة بالأدوية و الأغذية و جميع ما يلزم المريض.هذا بالإضافة إلى الأطباء والصيادلة، و يرسل إلى الأنحاء النائية بصورة دورية أو عند حدوث الأوبئة كما يرسل إلى السجون. ثم اتسع نطاق المستشفيات الجوالة فكانت ترافق الخلفاء و الملوك في تنقلاتهم ، مثلما ترافق الجيوش (جلدة، 2007 ،ص 20).

لقد استخدم المسلمون في العصر العباسي العديد من أنواع المستشفيات، تم تصنيفها لمجموعات أساسية كما يلي:

(أ) المجموعة الأولى : مستشفيات ثابتة، مثل المستشفيات الكبيرة التي أقيمت على نهر دجلة، و مستشفيات المدارس الكبيرة مثل مستشفى المدرسة المستنصرية لعلاج العاملين و المدرسين و الطلاب. و عادة ما كانت تقسم هذه المستشفيات الكبيرة إلى قسمين منفصلين: قسم

للرجال و أخر للنساء، و كل قسم يضم عدة غرف و قاعات حيث يخصص البعض منها للأمراض الباطنية و البعض لأمراض العيون و الجراحة، و كان قسم الأمراض الباطنية ينقسم بدوره إلى غرف الحميات، حوادث الإسهال، كما لم تخلو المستشفيات من بعض الأقسام الخاصة للنقاهة،و تعتبر من المستشفيات الثابتة مستشفيات السجون لعلاج المساجين.

(ب) المجموعة الثانية : المستشفيات المتنقلة، كما أشرنا سابقا فإن المستشفيات المتنقلة كانت معروفة لدى المسلمين و خاصة مستشفى السبيل التي ترافق الحجاج، و المستشفى المحمول التي تنقل إلى المناطق النائية، إلى جانب مستشفى الجيش التي ترافق الجيوش.

(ج) المجموعة الثالثة : مستشفيات العزل حيث كان يتم حجز المرضى المصابين بالأمراض المعدية مخافة أن تنتقل العدوى من خلال اختلاط الأصحاء بالمصابين مثل دور المجذومين، و المجانين، إلى جانب مستشفيات خاصة بالمكفوفين (غنيم، 2006 ،ص 18)

أما من الناحية التنظيمية لمهنة الطب وممارستها فقد خطى المسلمون أشواطا كبيرة في عملية تنظيم المهنة، حيث كان يفرض على الأطباء و الصيادلة أن يجتازوا امتحانا خاصا قبل السماح لهم بمزاولة المهنة. و قد تميزت المستشفيات عند المسلمين بعدة صفات تلتقي مع الصفات التي نلاحظها في أيامنا كما يذكر ذلك حرستاني في المرجع السابق (حرستاني، 1990 ،ص 28) :

1. عدم السماح للمرضى المصابين بأمراض معدية من الاختلاط بالمرضى الآخرين؛
2. اختيار موقع بيئي مناسب لإقامة المستشفى من الناحية الصحية؛
3. وجود المستشفى المتنقل - الجوال- عندما تدعو الضرورة و إرساله إلى المناطق النائية عندما تدعو الحاجة بصفة دورية خاصة إذا كانت تلك المناطق تفتقر إلى الخدمات الصحية الأساسية؛
4. إنشاء المستشفيات العامة و المتخصصة؛
5. الاهتمام بنظافة بيئة المستشفى الداخلية؛
6. التركيز على جودة الرعاية المقدمة للمرضى من خلال القيام بعمليات تشخيص للمرض الذي يشكو منه المريض قبل وصف العلاج و معرفة الجوانب الضارة له؛
7. تنظيم مزاولة مهنة الطب و الصيدلة عن طريق الإجازة بواسطة الامتحان.

رابعا : المستشفيات في بعض بلاد الغرب خلال عصر النهضة

لقد شهدت المستشفيات عدة تحولات على مستوى إنشائها و إقامتها و على مستوى من يعمل بها، حيث لم يعد أمر بناء المستشفيات و دور العناية الصحية منوطا بالكنيسة بل أصبحت السلطات المحلية هي التي تقوم بذلك، حيث يشير (جلدة، 2007 ،ص 22) إن مهمة إنشاء المستشفيات و إدارتها و تشغيلها قد انتقلت من الكنيسة إلى السلطات البلدية. و إن بقي رجال الدين من الرهبان و الراهبات يواصلون تقديم خدماتهم الإنسانية.

إن هذا التحول أدي إلى عدة تغيرات أخرى نذكر منها التغيير على مستوى المفاهيم و الدوافع التي كانت تحكم و تسير المستشفيات و كذلك التغيير في نوعية العاملين فيه. حيث تم الانتقال من التركيز على مفاهيم الإيمان و الحب بالنسبة لرجال الدين في عملية جلب الشفاء للمريض إلى الانتقال إلى المهارات العلمية و الطبية و التركيز على الخصائص العلاجية للعقاقير و كذلك الاهتمام بالعلوم الطبية التجريبية.

تميزت هذه الفترة بتدخل الدولة في تنظيم القطاع الصحي و إنشاء ما يسمى بالمصحة أو المستشفى لتقديم الخدمة الصحية بهدف لا يرتبط بالربح إذ أن إنشاء المنظمات و المؤسسات الصحية كان بدافع الدور الاجتماعي للدولة.

كما يمكن القول إن وضع المستشفيات في عصر النهضة قد انتقل من مرحلة الاتجاه الديني إلى مرحلة الاتجاه العلمي، بغض النظر عن جودة الرعاية الطبية المقدمة (حرستاني، 1990 ،ص 28).

خامسا: المستشفيات في بداية القرن الثامن عشر و حتى نهاية القرن العشرين

يعتبر القرنان الماضيان من أهم الفترات التي كان لها بالغ الأثر على مؤسسات الرعاية الصحية، حيث استفادت هذه الأخيرة من التطورات الهائلة على عدة أصعدة. حيث شهد هذا العصر ظهور عدة اكتشافات و تطورات كبيرة و عميقة في كافة مجالات العلوم الطبية الأساسية كعلم التشريح ، و وظائف الجسم، و الفيزياء الحيوية، و غيرها من العلوم التي أصبح لها تأثير بالغ و حيوي في تعزيز مهنة الطب، و بالتالي في تحسين نوعية الخدمات التي تقدمها المستشفيات المعاصرة (غنيم، 2006 ،ص 18).

ولعله من المفيد التعرض و لو بإيجاز لأهم الأحداث التي كانت السبب في تقدم المستشفيات و تحسين عملية الرعاية الصحية :

- ظهور المخدر في العملية الجراحية، و تطور الجراحة؛

- إيجاد العلاقة السببية بين الجراثيم و بعض الأمراض المعدية، وبالتالي اكتشاف المطهرات واستعمالها في التنظيف و التعقيم و منع انتشار العدوى؛
- اكتشاف المضادات الحيوية كالبنسيلين سنة 1928 واستعماله في حالات الالتهابات المختلفة؛
- اكتشاف الأشعة السينية سنة 1895 و ما صاحب ذلك من استخدامات سهلت عمل الأطباء بشكل كبير في تشخيص الأمراض؛
- بعد 1910 أصبح لتدريس الطب مناهج وبرامج معتمدة على مستوى الجامعات في كندا والولايات المتحدة الأمريكية؛
- استفادة مهنة التمريض هي الأخرى من التطور الحاصل في مناهج التعليم والتقنيات المتوفرة في تطوير مهنة التمريض؛
- كما أدى نشوء النظم المختلفة في تمويل مصاريف العناية الطبية و الصحية مثل نظام التأمين و نظام المساعدات العامة للفقراء و نظام الخدمة الصحية الوطنية إلى إنشاء مستشفيات جديدة، و تعزيز المستشفيات القائمة و تقويتها. ونتيجة لهذه النظم المالية الجديدة، أصبحت الرعاية الصحية و الطبية متاحة لأغلب المواطنين و على اختلاف مستوياتهم الاجتماعية والاقتصادية.

IV. 1 . 2 مفهوم مؤسسات الصحة

أولا : مفهوم مؤسسات الصحة

تبدو لفظة مستشفى كلمة واضحة، غير أن استعراض التعاريف لهذا المصطلح يبين نوعا من الاختلاف و تمايز في تعريف المستشفى. و لذلك فقد اهتمت العديد من الدراسات والبحوث والمنظمات و الجمعيات و كذلك الهيئات بتحديد مفهوم المستشفى لما له من أهمية ووظيفة في المجتمع. وبطبيعة الحال فإنه لا يوجد إجماع أو اتفاق على تعريف جامع مانع وموحد للمستشفى. إذ نجد أن البعض ركز في تعريفه للمستشفى على الوظائف العلاجية والوظائف الأخرى، في حين ركز البعض الآخر على الخدمات دون غيرها، و هناك من ركز في تعريفه للمستشفى على الهياكل دون غيرها. إن هذا الاختلاف يثري ، ولاشك، مفهوم المستشفى، غير أنه وللوقوف على مفهوم المستشفى فإننا سنحاول ذلك من خلال استعراض مختلف التعاريفات.

- يعرف القاموس المورد المستشفى بأنه مأوى، و ملجأ خيري، محل لإصلاح بعض الأدوات.

– أما القاموس المنجد في مادة شفى يشفي شفاء فإن المستشفى هو المكان الذي يطلب فيه الشفاء، أي البرء من العلة.

– وهناك من يعرف المستشفى بأنه مكان لإيواء المرضى والمصابين حتى يتم شفاؤهم(زهير، 1988 ،ص 8).

– وهناك من يعرف المستشفى من خلال اللفظة ذاتها و ذلك بإرجاع الكلمة إلى معناها اللاتيني، حيث أن لفظة مستشفى تعني باللغة الانجليزية كما في اللغة الفرنسية الضيافة أو إكرام الضيف (Schulz و Johnson ،1976،ص 38).

– وقد أورد المؤلف جلدة عدة تعريفات منها أن المستشفى هو عبارة عن " المنشاة التي يتمثل نشاطها الرئيسي في أداء الخدمات العلاجية، و التي يتوفر لها مقومات هذه الخدمات كالأسرة، والحجرات المخصصة للفحص و التحليل و العلاج، و الأجهزة و التجهيزات و الأطباء... الخ"، كما ذكر أن هناك آخرون قاموا بتعريف المستشفى على أنه ا " إحدى أشكال المنظمات التي تهدف إلى إنتاج المزيد من الخدمات الصحية لأفراد المجتمع"(جلدة، 2007 ،ص ص 26 -27).

– كما ينظر إليه على أنه منظمة منتجة، حيث أنها تقدم ما يمكن أن يطلق عليه بالصيانة البشرية للموارد الإنسانية المتاحة و المتوقعة في المجتمع.

– أما الهيئة الأمريكية للمستشفيات فقد عرفت المستشفى على أنه " منشأة أو مؤسسة أو مكان يقدم من خلاله هيئة أو كادر طبي أو مهني خدمات (أو تسهيلات) دائمة و التي تتضمن أسِرة لإدخال المرضى، و خدمات طبية، و خدمات تمريضية متواصلة (تشخيصية و علاجية للمرضى). (بواعنة، 2004 ،ص 143).

– عرفت منظمة الصحة العالمية المستشفي على أنه " جزء أساسي من تنظيم اجتماعي وطبي تتلخص وظيفته في تقديم رعاية صحية متكاملة للسكان علاجية كانت أم وقائية، وتمتد خدمات عيادته الخارجية إلى الأسرة في بيئتها المنزلية، كما أنه أيضا مركز لتدريب العاملين الصحيين، وللقيام ببحوث اجتماعية حيوية" ونفس ما ذهب إليه المؤلف النجار مع بعض التغيير(النجار، 1981 ،ص ص 148 – 149).

– هناك من يرى "المستشفى كنظام مفتوح شامل يضم عدة أنظمة فرعية مثل النظام الطبي

والنظام التمريضي والنظام الإداري والنظام الاجتماعي، حيث يضم المستشفى فئات وطبقات مختلفة ومتباينة في خصائصها وتخصصاتها ومستوياتها العلمية والتعليمية والاقتصادية (ساعاتي، 1998 ،ص 34).

- يخلص المؤلف (جلدة) إلى تعريف المستشفى على أنه " نظام كلى يضم مجموعة من النظم الفرعية المتكاملة و المتمثلة في نظام الخدمات الطبية نظام الخدمات المعاونة، و نظام الخدمات الفندقية، و نظام الخدمات الإدارية و تتفاعل تلك النظم معا بهدف تحقيق أقصى رعاية ممكنة للمريض و المصاب و تدعيم الأنشطة التعليمية و التدريبية و البحثية للدارسين و العاملين في المجال الطبي" (جلدة، 2007 ،ص 27).
- دائما و في نفس النظرة للمستشفى كمنظمة يقول(جاد الرب) "المستشفى عبارة عن منظمة اجتماعية صحية تقوم بأداء مختلف الوظائف العلاجية و الوقائية و التدريبية و التعليمية، و أيضا الوظائف المهنية و التاهيلة بالإضافة إلى وظيفة البحث العلمي، بهدف المساهمة في تحقيق الأهداف العامة للتخطيط الصحي على المستوى القومي" (جاد الرب، 2008 ،ص 40).

بعد استعراض هذه المجموعة الواسعة من التعارف، التي نلاحظ أنها ركزت على بعض الجوانب دون أخرى و هو أمر طبيعي، وقصد تقديم تعرف يحاول أن يأخذ بأكبر عدد ممكن من الأوجه، فإننا اعتمدنا التعريف الإجرائي الذي يخدم موضوعنا بقدر الإمكان. " **المستشفى نظام مفتوح و جزء من نظام اجتماعي و طبي، يقوم بأداء مختلف الوظائف العلاجية و الوقائية و التدريبية و التعليمية و وظيفة البحث العلمي. تتفاعل مع نظام الخدمات الطبية و نظام الخدمات المعاونة و نظام الخدمات الفندقية و نظام الخدمات الإدارية. من خلال فئات و طبقات من الأفراد، مختلفة و متباينة في خصائصها و تخصصاتها و مستوياتها العلمية و التعليمية و الاقتصادية. بهدف تحقيق الأهداف العامة للتخطيط الصحي على المستوى الوطني.**"

IV. 1 . 3 سمات المستشفيات الحديثة

تتصف المستشفيات الحديثة بالتطور و التوسع لتتجاوب مع التحديات و الرهانات الحالية، حيث مرت المستشفيات في مسيرتها بعدة مراحل لتصل إلى مستواها الحالي و قد ساعدها على ذلك وجود عدة عوامل نورد بعض ما ذكر عند (اسطيفان و آخرون، 1998 ،ص 52):

- الحروب و الكوارث الطبيعية: ساعدت الحربين العالميتين ، إلى جانب الكوارث الطبيعية كالفيضانات و الزلازل و غيرها، في تطور المستشفيات و انتشارها و خاصة المنتقلة منها

إلى جانب مستشفيات الطوارئ و تلك التي يسهل حملها و نشرها و إعادة طيها بشكل سريع مثل الخيام الاستشفائية.

- الأدوية و العقاقير: يعتبر تطور المستشفيات من تطور الأدوية و العقاقير ، قديما و كما سبق الإشارة إليه لم تكن العقاقير معروفة بشكل جيد ، أما الآن فيتم استعمالها بقدر كبير من التحكم و المعرفة عن خصائصها، إلى جانب تطور طرق استخلاص الأمصال و اللقاحات منها.
- نسبة الأمراض و حجم المصابين: يتأثر تطور المستشفيات بنوع الأمراض التي تصيب الأفراد من جهة و بحجم و عدد الإصابات بتلك الأمراض. إن تنوع الأمراض و اختلافها من منطقة لأخرى و ظهور أمراض جديدة لم تكن معروفة و اختفاء أمراض في مناطق دون أخرى، فرض على المستشفيات أنوعا من المسايرة و التطور لمواجهة هذه الأمراض، و التي قد تنتقل بسبب العدوى من بلدان إلى أخرى خاصة مع سهولة و توفر وسائل النقل و المواصلات بشكل كبير و ممتد إلى كافة المعمورة.
- التشخيص : أدى تطور عملية التشخيص إلى تطور الأنشطة الاستشفائية كنتيجة لذلك، إذ أن التقنيات الحديثة و التصوير و القصطلة إلى جانب تقنيات التشخيص المبكر للإمراض الصامتة ، كلها أدت إلى ضرورة أن تتطور المستشفيات لتواكب هذه النقلة النوعية في التشخيص.
- المختبرات: شهدت المختبرات تقدما و تطورا في طرق و أساليب الفحوص المختبرية المتنوعة مع أجهزتها اللازمة إلى حد كبير، مما أدى بالنتيجة إلى تقليص مدة تشخيص الكثير من الأمراض و بالتالي إلى تقليص مدة البقاء في المستشفى.
- العلوم الطبية: إن التقدم الذي احرزته العلوم الطبية على العديد من الصعد أدى إلى تطور و تحسين نوعية الخدمات العلاجية و الوقائية في المستشفيات و المنظمات الصحية الأخرى. خاصة فيما يخص اكتشاف الآلات و التجهيزات و الوسائل التقنية و العلمية في كل مجال من مجالات العلاج.
- المجتمع : لقد برز دور المجتمع و تأثيره على تطوير المستشفيات منذ مطلع القرن العشرين، وقد وعت الجماهير وأدركت حاجتها و ذلك بسبب التقدم الحضاري و تعميم الثقافة في معظم أنحاء العالم، وقد أخذت تطالب أيضا بأفضل الخدمات الطبية و من نوعيات ممتازة، كالخدمات المريحة و الخاصة و التي تشعر بالاستقلالية و تضاهي الخدمة البيتية والعائلية.

من جهة أخرى نجد أن الوعي و الشعور الإنساني المتنامي لدى الأفراد و المجتمعات و المنظمات الاجتماعية يدفعهم و يحثهم على التطوع و العمل في المستشفيات من دون مقابل، بل إلى الهبة و التبرع بأموالهم وبسخاء أيضا.

هذه الأمور قد أدت إلى تزايد عدد المستشفيات يوما بعد يوم، وإلى تطوير خدماتها، لاسيما و أن الأفراد و العاملين في المستشفيات هم من أفراد المجتمع ويرتبطون به بشكل كبير.

- الاختصاصات المهنية: ليس هناك من ينكر دور المهنيين و الاختصاصيين الواضح في تطوير المستشفيات في جميع أقسامها و شعبها، و تطوير إدارتها و أقسامها الطبية والعلمية، فضلا عن التطوير في نوعية الخدمة.

كذلك فإن لدى منظمة الصحة العالمية خبراء و اختصاصيون في مختلف الشؤون الصحية، و هي مستعدة لتقديم العون المادي و المعنوي بخبرائها و مختصيها إلى أي دولة تطلب منها ذلك، و ذلك كجزء من واجباتها في خدمة الشعوب.

IV. 2 البيئة المحيطة بالمستشفيات و هيكلها التنظيمي

لا يمكن فهم مؤسسات الصحة العمومية دون فهم الوسط الذي تتواجد و تعمل فيه، خاصة وأن هذا النوع من المؤسسات يتصف بمميزات و خصائص إن على مستوى التنظيم الداخلي و إن على مستوى البيئة التنظيمية المحيطة بالمستشفى، و كذلك من حيث اعتبار المستشفي كنظام مفتوح في حالة تفاعل دائم مع بيئته.

IV. 2 . 1 البيئة التنظيمية المحيطة بالمستشفى

يمكن فهم عمل المستشفى من خلال المحيط الذي يتواجد فيه، و حتى نتمكن من ذلك لابد من تحليل مختلف العلاقات التي تربط المستشفى بباقي العناصر الأخرى أما عن اعتبار المستشفى كنظام و مكوناته فسنتطرق لها في المطلب التالي.

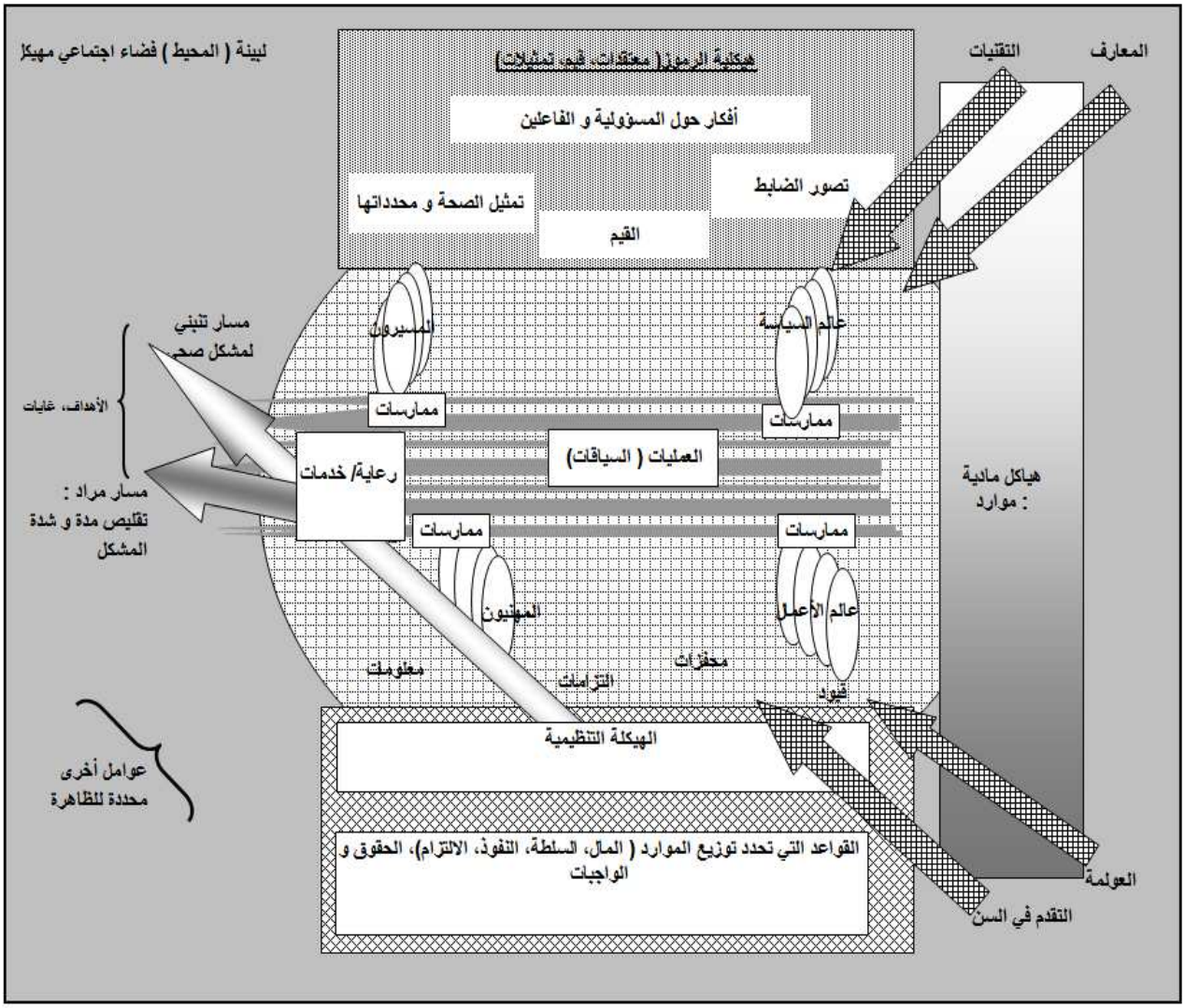
ينشط المستشفى في بيئته و يتفاعل معها من خلال عدة هياكل:

- هياكله الخاصة (المباني، هندسة معمارية، الأدوات التقنية، الميزانيات)؛
- هيكل تنظيمي (حوكمة)؛
- هيكلة رمزية خاصة (تمثيلات، قيم، معايير جماعية)

كما يتبادل المستشفى عدة تدفقات مع البيئة الإجتماعية التي تحتوي على أربع مجموعات كبيرة من الفاعلين (المهنيون، المسيرون، عالم الأعمال، عالم السياسة) التي تتفاعل فيما بينها، تتعاون أحيانا و تتنافس أحيانا أخرى من اجل الحصول عل السيطرة على الموارد، متأثرة في ذلك بتوجيهات أهداف النظام . إن نظام الخدمات الصحية مكون هو الآخر من عدة نظم فرعية كما سنتطرق إلى ذلك عند التحدث عن المستشفى كنظام. يبين الشكل التالي التمثيل العام لنظام المنظم للفعل ، و هو يسمح بتوضيح كيف تتفاعل العناصر الخمسة التي تميزه .

أولا: الهيكلية: تتكون من ثلاثة مكونات هي هيكلية الرموز، الهيكلية التنظيمية، و الهياكل المادية، ولكل هيكلية علاقتها الترابطية.

الشكل رقم 23 : المكونات المختلفة للبيئة المحيطة بالمستشفى



المصدر: Contandriopoulos A.-P.,Trottier L.H.,Champagne F., (2008)" L'amélioration de la performance :un enjeu central pour les CSSS, Info Lettre,Volume 5,Numéro2, Mai.p.22.

هيكلية الرموز: و هي عبارة عن مجموعة المعتقدات، و التمثيلات و القيم التي تسمح لمختلف الفاعلين من التواصل فيما بينهم لإعطاء معنى لأفعالهم.

الهيكلية التنظيمية: تتمثل في مجموعة القوانين، والقواعد، والاتفاقيات، وقواعد التسيير، التي تحدد الموارد (المال، السلطة، النفوذ، و الالتزامات) وكيفية توزيعها وتبادلها. وهي عبارة عن قواعد اللعبة بالنسبة للنظام المبني على الفعل.

هيكلية مادية: تبين حجم و تنظيم مختلف الموارد المجندة (موارد مالية، موارد بشرية، موارد ثابتة، موارد تقنية و موارد معلوماتية...).

إن التناغم الذي يوجد بين الهيكلية الرمزية و الهيكلية التنظيمية ينتج عن السياقات والإجراءات التي تؤسس (المؤسِسة) للقيم في الصياغات التنظيمية و تدعيم القيم التي سبق تأسيسها في إجراءات و عمليات المنظمة.

تقوم الإجراءات المؤسِسة بهيكلة المجال أو الفضاء الاجتماعي مع الأخذ بعين الاعتبار المميزات المادية التي تميز هذا المجال . إن المجال الاجتماعي المهيكل هو الحقل الذي تتفاعل فيه الأطراف الفاعلة ، و هو في نفس الوقت عبارة عن ميدان للقوة، التي يفرضها وجود أعوان ذووا التزامات ،و هو حقل للصراع يتواجه فيه الأعوان، بواسطة وسائل و من أجل غايات مختلفة وذلك حسب مواقعهم في هيكلية حقل القوة هذا، مساهمين بذلك في المحافظة أو في تحول هيكليته (Bourdieu، 1994،ص 55).

ثانيا : الفاعلون و الممارسات: حتى نتمكن من فهم ممارسات الفاعلين فإن يتوجب علينا معرفة من هم الفاعلون في المستشفى.

(أ) يمكن أن يكون الفاعلون أشخاصا أو جماعات منظمة من الأعوان (منظمات، مجموعة من الأفراد، نقابات، الخ).

(ب) يتميز الفاعلون بالتالي:

1 – قيمهم، معتقداتهم، معارفهم؛

2 – مشاريعهم، نواياهم؛

3 – الموارد التي لديهم أو تلك التي يتحكمون فيها – يراقبونها- ؛

4 – تجاوبهم واستعدادهم للعمل.

(ج) يتفاعل هؤلاء فيما بينهم في شكل تعاون أحيانا و يتنافسون أحيانا أخرى و ذلك لتحسين مواقعهم، من أجل الحصول على الموارد الحرجة للنظام المبني على الفعل أو من أجل مراقبة هذه الموارد و المتمثلة في (المال، السلطة، النفوذ، الالتزام حسب المعايير الاجتماعية).

(د) تتأثر ممارسات الفاعلين (المسيرين، الأطباء، الأفراد المعالجون، الأفراد الآخرون...) بهياكل النظام و هي في نفس الوقت تبنيها و تؤثر فيها.

(هـ) تنظم ممارسات الفاعلين الإجراءات و السياقات التي يتم من خلالها تعبئة موارد النظام و استعمالها من اجل إنتاج السلع و الخدمات لبلوغ الهدف أو الأهداف المنشودة.

(و) يعمل الفاعلون بشكل مترابط و متلاحم.

يتقاسم الفاعلون مجموعة من المعتقدات و القيم و المناهج التي تساعدهم في تفسير و تكوين التصور الجماعي - التحدث عن نظام للقيم و للتصور الجماعي و للتمثيل لا يعني وجود نظام موحد لمعتقدات و لقيم مشتركة لدى الجميع، لكنه يعني فقط أن التوترات، والمفاوضات التي هي موجودة حتما في أي مجتمع، و ذلك بين مختلف القيم، و مختلف المعتقدات و مختلف التمثيلات، أنه ا تتميز بنوع من الاستقرار أو الثبات – حيث يرجع الفضل إلى هذه النظم من التمثيلات في أن الفاعلين يتمكنون من فهم العالم الذي يتفاعلون، و يتواصلون و يتفقون فيه على فلسفة العمل و التدخل، و يعملون في جو من الثقة المتبادلة و فيه يتمكنون من تقييم عمل هؤلاء و هؤلاء.

ينقسم التصور الجماعي لدى الفاعلين و المتعلق بميدان الأنشطة الصحية إلى أربعة محاور :

- القيم؛
- تمثيلات الصحة و محددتها؛
- الشعور و الإحساس بالتوزيع الجيد للمسؤوليات بين الفاعلين؛
- تصور أو بناء (التنظيم و الضبط) النظام الصحي.

هناك أمر مهم فيما يخص الممارسات يجب فهمه و الوقوف عنده، و هو كيف أن الممارسات يمكن أن تكون مرتبطة بمجال النشاط و في نفس الوقت تتميز بالاستقلالية. مما يستوجب معرفة واضحة بمعنى الفاعل و الممارسات. يمكن تعريف الفاعل على أنه فرد (أو جماعة منظمة من الأفراد) و التي تتفاعل مع الآخرين في مجال أو فضاء مجتمعي منظم من أجل تقوية مكانتهم من خلال تعبئة استراتيجيات للتعاون و في نفس الوقت للمواجهة من أجل مراقبة الموارد المهمة للمنظمة.

يتميز كل فاعل بشكل تكراري ولا يقبل التفريق من خلال هذه الهيكلية الذهنية والمعرفية (رؤيته للعالم، معارفه، ومعتقداته، نواياه، ومشاريعه)؛ ومن خلال الموارد (الاقتصادية، الثقافية، الاجتماعية، البيولوجية) التي يمتلكها ويراقبها والتي تحدد موضعه في هذا الفضاء (الحقل). إن أي تغير في أحد المحاور الأربعة يؤدي إلى تحولات في المحاور الثلاثة الأخرى وإلى العلاقات التي تربط الفاعل مع محيطه و مع الفاعلين الآخرين. و بالتالي إذا استجدت معارف فهذا سيؤدى إلى تغيير إحساسه بالأشياء، ونفس الأمر إذا تغيرت التكنولوجيا أو إذا طبقت قوانين جديدة ، أو إذا تطورت مشاريعه ، أو إذا تغيرت معتقداته وقيمه، و أخيرا إذا وجدت

محفزات جديدة (اقتصادية، رمزية) أو إذا حدثت تغيرات في كيفيات التمويل، أو المكافآت ، فإن كل هذه التغيرات ستؤدي إلى تغير في الممارسات.

ثالثا : السياقات (الإجراءات ، العمليات): و يقصد بها مجموعة السياقات و العمليات التي يتم من خلالها و أثنائها تعبئة و استعمال الموارد من قبل الفاعلين من أجل إنتاج الخدمات و السلع اللازمة لبلوغ أهداف النظام المبني على الفعل.

رابعا : الأهداف (الغايات): و هي التحويل للمسار المرتقب لتطور ظاهرة أو عدة ظواهر (المتعلقة بالحالة الصحية)، و ذلك عبر الزمن من خلال التأثير على عدد معين من المحددات (و تعتبر أهداف خاصة بعملية التدخل) من أجل تصحيح مشكلة ما. إن غايات نظام الخدمات الصحية تتمثل في تقليص مدة و شدة المشاكل الصحية و المشاكل الاجتماعية للمواطنين، و في الاستجابة لتوقعاتهم و في تشجيع العدالة و المساواة.

خامسا : الوظائف: يتوجب على نظام الخدمات الصحية المبني على الفعل المستوحى من نظرية النظام الاجتماعي لـ Parsons (الذي سنتطرق إلية بالتفصيل عند تناول نماذج تقييم الأداء). إذ أنه حسب نظرية Parsons فإن أي نظام اجتماعي يحتوي على أربع وظائف أساسية و هي :

- توجيه النظام من خلال المهام؛
- الاتصال بالمحيط قصد الحصول على الموارد و تحويلها؛
- الإجراءات (السياقات) أو العمليات الداخلية للإنتاج؛
- الحفاظ و التمسك بالقيم و الضوابط التي ترافق و تؤثر في الوظائف الثلاث السابقة.

وعليه فإن نظام الخدمات الصحية المبني على الفعل عليه أن يتحمل هذه الوظائف حتى يضمن بقاءه و تطوره عبر الزمن، بتعبير آخر يجب علية أن يطلع بهذه الوظائف الأساسية كأي نظام حتى يكون ذو أداء متميز و جيد.حيث يقصد بكل وظيفة ما يلي:

– وظيفة بلوغ الأهداف : تهدف وظيفة بلوغ الأهداف في المستشفى العمومي إلى تحسين الحالة الصحية للأفراد و المواطنين (يمثل بعد الفعالية) في إطار اقتصادي للوسائل (يمثل بعد الكفاءة و الفاعلية) مع مراعاة إرضاء مختلف المجموعات .

– وظيفة التأقلم : أما وظيفة التأقلم فتتمثل في الحصول على الموارد لإبقاء و تطوير

نشاطاتها (المقدرة على الحصول على الموارد لتوجيهها إلى احتياجات المواطنين، وكذلك لجذب الزبائن) هذا في المدى القصير، أما في المدى الطويل فإن المؤسسة الصحية يجب أن تطور قدرتها على التحول قصد التأقلم مع التغيرات التكنولوجية، السياسية، الاجتماعية، للموطنين (أي القدرة على الإبداع و التحول).

– وظيفة الإنتاج : الوظيفة الثالثة هي وظيفة الإنتاج و تمس الجانب التقني في المنظمة، عادة تتمركز جل المؤشرات في هذا المستوى لقياس أداء منشأت العناية الصحية (حجم الخدمات المقدمة، التنسيق، الإنتاجية، الجودة).

– وظيفة الحفاظ على القيم : يمثل الحفاظ على القيم و المناخ التنظيمي بعدا مهما إذ أن أداء أي منظمة يتوقف على هذه الوظيفة، و يتبع بشكل أساسي القيم سواء أكانت مشتركة بين الفاعلين أم لا ، من قبل مختلف المجموعات العاملة داخل التنظيم. (Champagne F. وآخرون، 2005 ،ص ص 19 – 20).

IV. 2 . 2 المستشفى كنظام مفتوح

يعرف النظام على أنه مجموعة من الأجزاء أو العناصر أو الوحدات أو المكونات تتكامل معا و تتفاعل معا و تعتمد كل منها على الأخرى و تؤثر كل منها في الأخرى و تتأثر بها لتحقيق أهداف المنظمة. و يمكن اعتبار النظام بعدة معاني منها:

- النظام بمعنى جهاز: و هو مجموعة من الأشياء و الأجزاء تعمل معا ككل مثل :

الجهاز العصبي، الجهاز الهضمي، سكة الحديد، نظام التسجيل (شريط التسجيل و مضخم الصوت و السماعات) جميعها تعمل معا مجتمعة، و كذلك جهاز الرفع من حبال و بكرات؛

- النظام بمعنى أجسام: جسم الأشخاص و الحيوانات ككل، يشمل الأعضاء الداخلية و العمليات؛
- النظام بمعنى طريقة: وهي مجموعة من الأفكار و النظريات و المبادئ مثل طرقة فلسفية و الطريقة الديمقراطية للحكومة، و نقول مثلا(طريقة جيدة لتعليم اللغات...)؛
- نظام بمعنى ترتيب: و هي تشير إلى طريقة مرتبة لفعل الأشياء، مرتب يعني (تنظيم) دقيق فنقول مثلا ستجد ترتيب قليل في طريقة عمله، أو يجب إدخال بعض الترتيب إلى روتين مكاتبنا؛
- نظام بمعنى قانون: الطريقة التقليدية، الممارسات و القواعد الموجودة في مجتمع ما،

في معهد ما، في الأعمال فنقول مثلا (أنت لا تستطيع حذف القانون بمعنى أنه يجب عليك أن تمتثل له).

أولا : سمات المستشفى كنظام مفتوح

تتميز مؤسسات الصحة بصفة عامة و المستشفيات على وجه الخصوص ببنية تنظيمية تكاد تميزها عن باقي أنواع المنظمات الأخرى حيث تعتبر المستشفيات مجموعة متداخلة من النظم و المهام، فهي تضم عدة نظم فرعية تساعدها على الاستجابة لمتطلبات مهامها و وظائفها و مستلزمات التوسع و التطور التي تشهدها المستشفيات، و من هذه النظم الفرعية نجد نظام الخدمات الطبية، نظام الخدمات الطبية المعاونة، نظام الخدمات الفندقية، نظام الخدمات الإدارية. إلى جانب ما أصبحت تتميز به الهياكل التنظيمية من خصائص لا يمكن أن توجد إلا في المستشفيات، و سوف نتطرق إلى كل نقطة من هذه النقاط بشيء من التفصيل حتى تتضح الرؤية بالنسبة لمهام و وظائف المستشفى.

(أ) أنواع النظم الفرعية في المستشفيات

1) – نظام الخدمات الطبية: يقصد بالخدمات الطبية في المستشفى توفير و تقديم سبل و وسائل العلاج و إجراءات الجراحة اللازمة للمرضى و ذلك وفقا للأصول و القواعد الطبية الفنية، فضلا عن متابعة حالات المرضى و التنسيق بين كافة الأقسام المختلفة الأخرى (باطنه، حوادث، جراحة، مسالك، عظام، أطفال، ...الخ)، بغية تحقيق أفضل رعاية طبية ممكنة (غنيم، 2006 ،ص 25).بصفة عامة فإن نظام الخدمات الطبية من الأنظمة الرئيسة في المستشفى، حيث يقوم به فريق معين من الموظفين في المستشفى يملكون المؤهلات العلمية و الفنية للقيام بذلك ، و هم الأطباء. و علية فإن الخدمات الطبية تخص جميع الأعمال التي تدخل في العلاج الطبي و إجراء العمليات و تقديم الأدوية و صرفها و متابعة الحالات المرضية (المصري، 2006 ،ص 39).

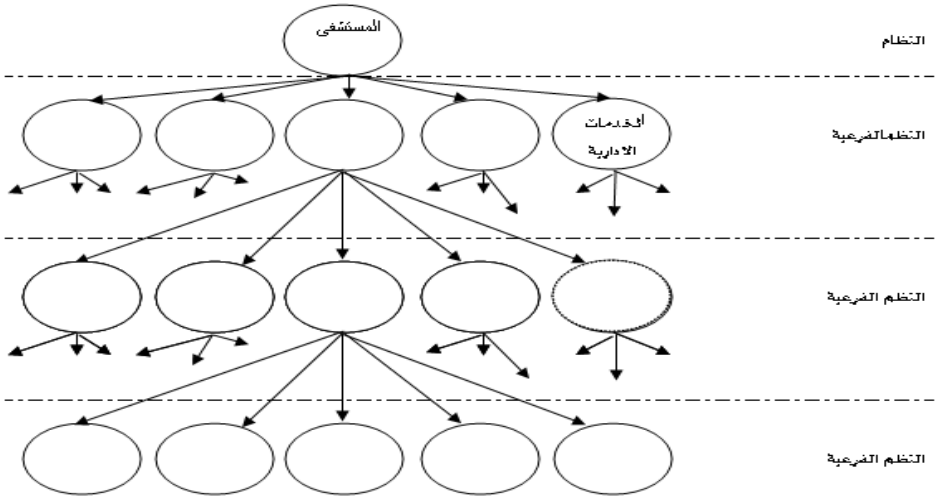
2) – نظام الخدمات الطبية المعاونة: يعتبر نظام الخدمات الطبية المعاونة من الأنظمة المهمة في المستشفى إذ بدونه لن يتمكن الفريق السالف الذكر من أداء مهامه على أحسن وجه، و تهتم إدارة المستشفى بهذا القسم حتى لا تتأثر باقي الأنظمة الأخرى باعتباره همزة وصل بين نظام الخدمات الطبية و النظم الأخرى ، و هو لا يقل أهمية عن النظام السابق الذكر إذ أنه يهتم بوضع خطط و برامج و كذلك القيام بأداء جميع الخدمات الطبية المعاونة في المستشفى مثل

التعقيم و التطهير و العزل و إجراء الأشعة و التحاليل الطبية و التخدير و جمع الدم وتجهيزه وتوفير احتياجات المستشفى من الأدوية وكافة المستلزمات الطبية (غنيم، 2006 ،ص 25).

3) – نظام الخدمات الفندقية: يختص هذا النظام باستقبال المرضى و توفير سبل الإقامة المريحة لهم، إذا هو عمل يتم منذ اللحظة الأولى لدخول المريض إلى المستشفى، حيث يتم إسكانه في القسم المخصص لعلاجه ، توفير مستلزمات الراحة، إلى جانب توفير الغذاء و تقديمه له بصورة مناسبة. و كذلك المحافظة على نظافة المكان و صيانة التجهيزات و الأجهزة و المستلزمات الطبية، تمتد عملية الخدمات الفندقية طوال أيام إقامة المريض المحددة من طرف الطبيب المعالج، يحضى فيها المريض بكامل الرعاية و العناية و المساعدة له و لمرافقيه في المستشفى إذا كان ذلك ممكنا.

4) – نظام الخدمات الإدارية: إن هذا النظام الفرعي هو أحد الأنظمة التي يحتوي عليها المستشفى، حيث يتولى نظام الخدمات الإدارية عمليات التخطيط و التنظيم و التوجيه و مراقبة تنفيذ كافة أعمال و شؤون الإدارة بالمستشفى (غنيم، 2006 ،ص 26).و يمكن تمثيل هذه النظم الفرعية في الشكل التالي:

الشكل رقم 24 : أنواع النظم الفرعية في المستشفى



المصدر:حرستاني حسان، (1990)،" إدارة المستشفيات"،معهد الإدارة العامة، الرياض، ص 34.

(ب) خصائص و سمات المستشفيات كنظام

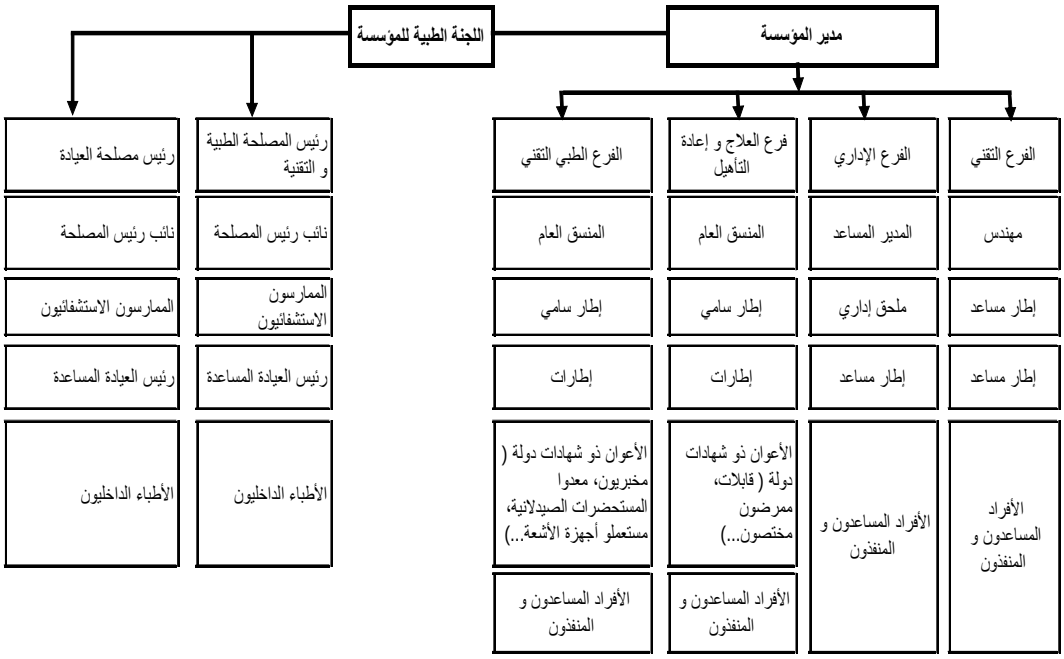
1) – النشاط الرئيسي للمستشفى يمتاز بأنه إنساني من جهة و دقيق من جهة ثانية: لان الأمر يتعلق بأغلى ما يملكه الإنسان ألا و هو الصحة، وعليه فإن العمل في المستشفى يجب أن يمتاز بالدقة الشديدة و الحذر اللازمين للحفاظ على صحة الفرد و المجتمع.

2) – تعدد و تعقد الوظائف: يقوم العاملون في المستشفى بعدد كبير من الوظائف على عدة مستويات و بأداء فني و تقني مختلف من مستوى لآخر، ليس هذا فحسب، بل إن هذه المستويات تتداخل فيما بينها و تلتقي في عدة نقاط تماس.

3) – تعدد الفئات العاملة داخل المستشفى: تعد المستشفيات من بين التنظيمات القليلة و النادرة التي تضم ضمن أفرادها تنوعا كبيرا فيما يخص القيام بالأنشطة، حيث توجد فئات عديدة من العاملين ، فمثلا نجد الأطباء و الممرضين و الممرضين المساعدين و عمال الأنشطة المساعدة إلى جانب الإدارة و ما يتفرع عنها من موظفين. يزداد الأمر تعقيدا إذا علمنا أنه من ضمن الإداريين من ينتمي إلى الفئة الأولى أي الأطباء، ناهيك عن أن لكل فرد من هذه الفئات المختلفة مهمة و وظيفة خاصة يؤديها .

4) – ازدواج خطوط السلطة في المستشفى: تعتبر هذه السمة كنتيجة للخاصيتين السابقتين، إذ أن تعدد فئات العاملين و اختلاف و تباين وظائفهم ، أدى إلى ازدواج خطوط السلطة، فمنها الخاص بالجهاز الإداري البيروقراطي أو ما يعرف بالسلطة الوظيفية الرسمية، و الخط الآخر يخص الجهاز الطبي المهني أو ما يسمى بخط السلطة المعرفية كما يمكن تبين ذلك من خلال الشكل التالي.

الشكل رقم 25 : هيكل تنظيمي يوضح ازدواج خطوط السلطة



المصدر: Holcman Robert,(2006), L'ordre sociologique élément structurant de l'organisation du travail, L'exemple des bureaucraties professionnelles : ordre soignant contre ordre dirigeant à l'hôpital, Thèse de doctorat de Sciences de gestion, Conservatoire national des arts et métiers, Paris, France.p310

5) – التنظيم الواسع والجيد: إن تعدد الفئات و تنوع الوظائف يؤدي أيضا إلى صعوبة تطبيق اللوائح و القوانين، لذلك يجب أن يسود أنشطة المستشفى تنظيم جيد يؤدي إلى التوفيق بين التداخل المتزايد بين الاختصاصات و الواجبات، و ذلك من خلال التوصيف الجيد والمتناهي قدر الإمكان لمختلف الوظائف و الأنشطة و من يجب أن ينفذها.

6) – المستشفى نظام إنساني فني مفتوح: تمثل هذه الصفات أهم خصائص النشاط ألاستشفائي حيث أن المدخلات إنسانية بشرية و كذلك المخرجات إلى جانب أن القائمين على النشاط أطراف بشرية أيضا. يترتب على هذه الخاصية صعوبة تقييم الأنشطة لمستشفى ما بالمقاييس العادية التي تستخدم في الوحدات الإنتاجية.

7) – استمرار تقديم خدمة الرعاية الصحية: حيث أن المستشفيات تتميز بتواصل استقبالها للوافدين على مدار الساعة و دون انقطاع ، حتى في عطل نهاية الأسبوع والأعياد والمواسم فإنه يوجد هناك دائما من يستقبل و يقدم الخدمة.

8) – صعوبة التنبؤ بالطلب: لأن المستشفى لا يمكنه التنبؤ بحالات المرض المتوقعة، فإنه يقع في صعوبة الوقوف على الحجم الحقيقي و الدقيق للنشاط الذي يتوجب عليه القيام به. و ربما يكون ذلك سببا و نتيجة لما ذكر في النقطة السابقة. إلى جانب أن هذه الخاصية تؤثر و بشكل كبير على تطبق مراقبة التسيير في المستشفيات كما سنتعرف على ذلك لاحقا.

ثانيا : مدخلات و مخرجات المستشفى كنظام مفتوح

باعتبار المستشفى كنظام مفتوح أي يتفاعل مع المحيط الذي يتواجد فيه فإن مدخلاته متعددة و متنوعة و التي يمكن إجمالها في الشكل الموالي.

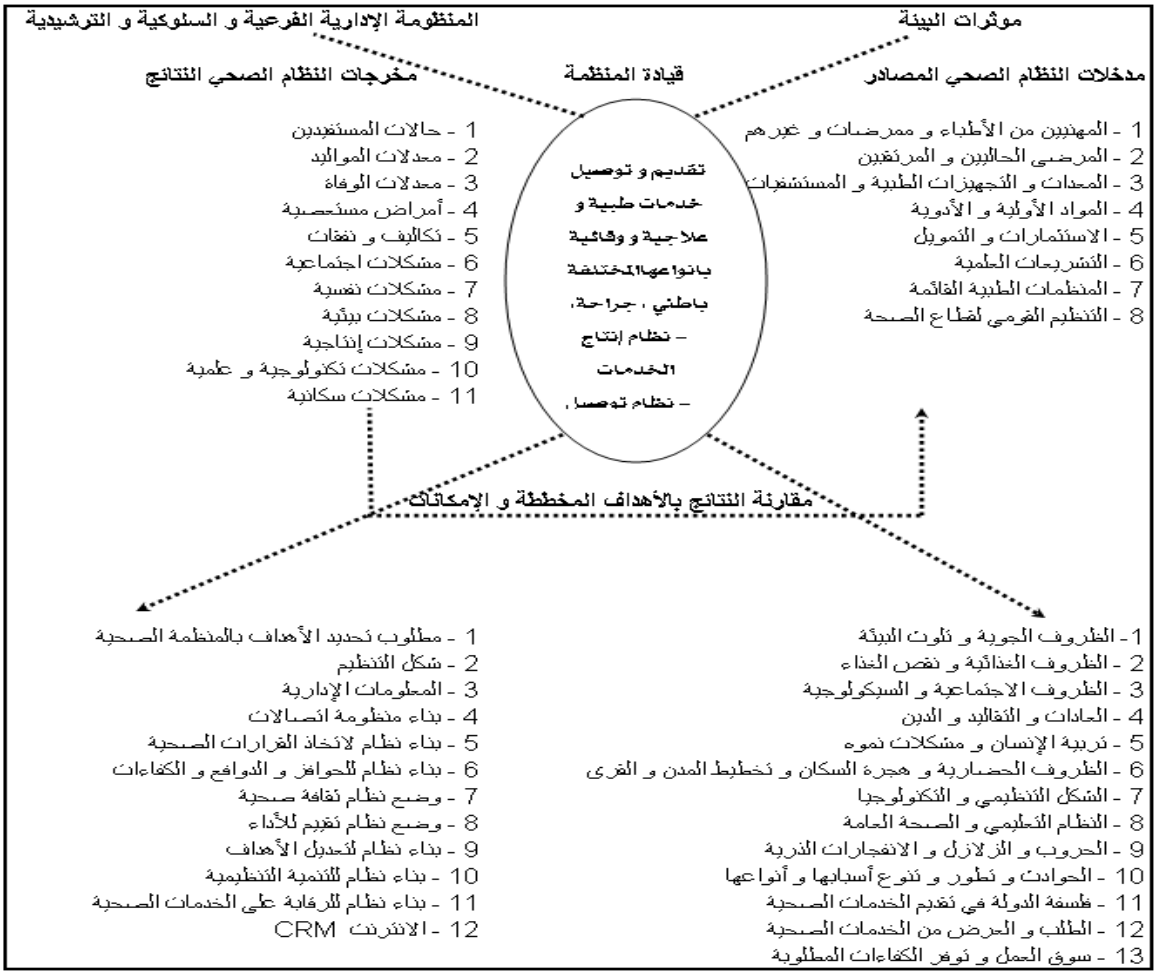
الشكل رقم 26 : مدخلات و مخرجات المستشفى كنظام مفتوح



المصدر: حرستاني حسان، (1990)،" إدارة المستشفيات"،معهد الإدارة العامة، الرياض، ص 55.

و ما يقال على المستشفى فإنه يمكن تعميمه على النظام الصحي بصفة عامة، باعتبار أن هذا الأخير يعكس كل أشكال العناية الصحية و العلاجية على مستوى كلي. كما هو مبين في الشكل التالي:

الشكل رقم 27 : النظام الصحي كنظام مفتوح



المصدر: النجار فريد راغب،(1981) "إدارة الأعمال في الأنظمة الصحية و الطبية"، دار النهضة العربية، القاهرة، ص 53.

IV. 2 . 3 تنظيم المستشفى

أولا : تعريف التنظيم و أنواعه

حسب التعريف الذي صاغه منتزبرغ فإن التنظيم هو عبارة عن " مجموعة أفراد يقومون بعمل جماعي و ذلك من أجل تحقيق عمل مشترك " أما تعريفه للهيكل فيقول أنه عبارة عن " الحاصل الكلي للوسائل المستخدمة لتقسيم العمل بين المهام المختلفة و بعد ذلك ضمان التنسيق الضروري بين هذه المها"(Mintzberg،1982، ص 18). يعتبر الهيكل التنظيمي العنصر الأكثر أهمية بالنسبة للتنظيم . يقصد بالهيكل التنظيمي ذلك الوصف لخطوط التسلسل الهرمي للإدارة وللعلاقات بين مختلف المصالح، حيث يعرف التنظيم بأنه عبارة عن إمداد المنشأة بكل ما يساعدها على تأدية وظائفها من المواد الأولية و رأس المال والأفراد، و تستلزم وظيفة التنظيم

من المدير إقامة علاقات بين الأفراد بعضهم ببعض و بين الأشياء بعضها ببعض . هناك من يعرف التنظيم بأنها العملية التي يتم بموجبها تحديد أداء الأعمال و تقسيمها، وتوضيح تفويض السلطة و المسؤوليات، و إنشاء العلاقات بين العاملين لتمكنهم من العمل معا بأقصى كفاءة ممكنة لانجاز الأهداف. و لا يخرج تعريف التنظيم عن فكرة تقسيم العمل إلى عناصر ومهام و وظائف وترتيبها في علاقات سليمة وإسنادها إلى أفراد بمسؤوليات وسلطات تسمح بتنفيذ سياسات المنظمة. و في تعريف آخر فإن التنظيم هو إقامة علاقات فعالة للسلطة بين العمل و الأشخاص وأماكن العمل بغرض تمكين المجموعة من العمل مع بعضها بكفاءة. أما هودجتس و كاسيو فيريان أنه عبارة عن " العملية التي يتم بموجبها توزيع الواجبات على العاملين و التنسيق بين مجهوداتهم بشكل يضمن تحقيق أقصى كفاية ممكنة لبلوغ الأهداف المحددة مسبقا"(الحرستاني، 1990، ص ص 94 – 95).

لقد تطور مفهوم التنظيم منذ أن أصبح موضوع الدراسة لما بات يعرف اليوم بالمنجمنت، وعليه فالتنظيم ليست مرادفة لكلمة "مؤسسة" ولا إلى كلمة "نظام" مع أنه يمكن أخذ الواحدة مكان الأخرى و ذلك عندما تأخذ أشكالا و توجهات معينة، فمثلا عندما يكون التنظيم ينتمي إلى القطاع الخاص فإنه يطلق عليه اسم " شركة" أو " شراكة " ، وعندما تنتمي إلى القطاع العام فإنه يطلق عليه اسم " مؤسسة " أو " وكالة " أو " مكتب " أو " إدارة ".

ومهما يكن شكله ، فإن التنظيم يعني بالضرورة وجود خمسة مفاهيم أساسية، والتي تكون الأساس لكل تحليل تنظيمي و هي:

(أ) هدف يراد تحقيقه و الذي يحدد سبب وجود التنظيم و الذي يترجم إلى مهمة؛

(ب) تقسيم للعمل الذي يحدد و ينظم إجراءات الإنتاج و يسمح بتقسيم المصالح و تطوير التخصص التي تركز على واحد أو أكثر من إجراءات الإنتاج؛

(ج) هيكلية للعلاقات الذي يتم تصميمه وفقا للمكونات و كذلك وفقا لتاثير المحيط و بحيث يمكن تحديد الأنشطة الضرورية لتحقيق الأهداف و التنسيق بين الوظائف. و عادة ما تترجم على المستوى الرسمي بهيكل تنظيمي أو تنظيم هيكلي؛

(د) قواعد للعمل (إجراءات). في هذه الحالة يصبح التنظيم عبارة عن وظيفة تتمثل في

" تجميع الأنشطة الضرورية لتحقيق الأهداف، و في إعطاء كل مجموعة نشاط التنسيق إن على المستوى الأفقي أو العمودي حيث يرى كونتز و أودونل بأن التنظيم في هذه الحالة هو " تجميع أوجه النشاطات الضرورية لإنجاز الأهداف العامة و الخطط في وحدات تنظيمية مناسبة،

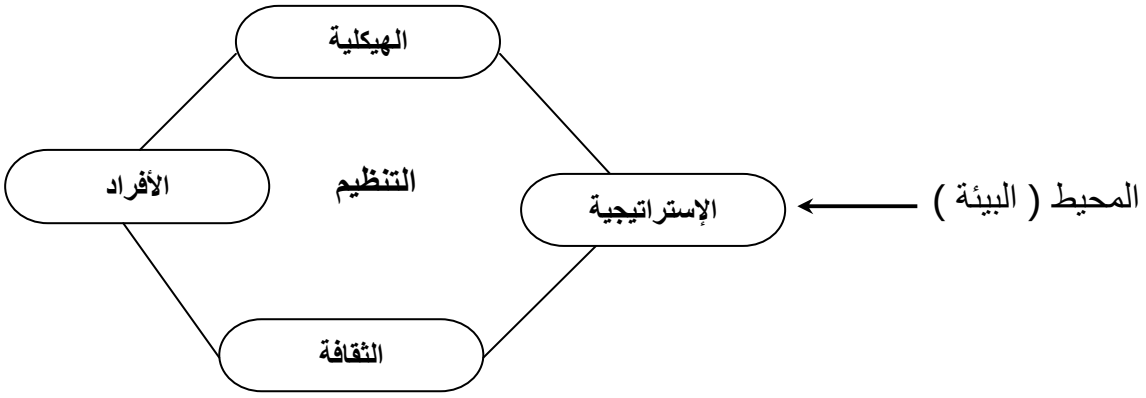
و ضمان تفويض السلطة لهذه الوحدات و التنسيق بينها"(Koontz و O'Donnell ،1980، ص195) و تترجم قواعد العمل هذه إلى ما يمكن أن نسميه القاعد الداخلية للعمل أو كتاب الإجراءات؛

(هـ) وسائل الرقابة و التي يمكن أن تكون ذات طبيعة إدارية مثل التسلسل الإداري أو ذات طبيعة اقتصادية كالعقود.

اقترن التنظيم بأربعة مكونات أساسية هي: الهيكلية، الإستراتيجية، الأفراد و كذلك الثقافة.

و بالتالي لم يعد ممكنا تخل دراسة أو تحليل للتنظيم دون الأخذ بعين الاعتبار للخصائص و للتطورات لهذه المكونات الأساسية مثل ما هو في الشكل التالي:

الشكل رقم 28 : الإطار الذي يتم فيه تحليل التنظيم



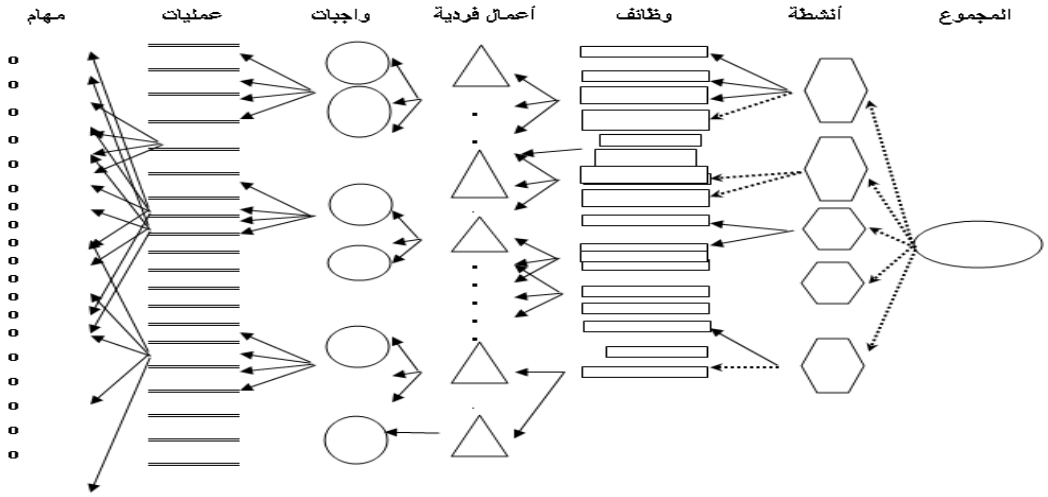
المصدر: Belghiti Alaoui A.,(2005), Principes généraux de Planification Stratégique à l'Hôpital, Rabat, Maroc, non publiée, P13.

ثانيا : أهداف التنظيم في المستشفى

من خلال ما سبق يمكن القول أن البناء التنظيمي للمستشفى هو مثله بالنسبة للمؤسسات الصناعية و التجارية، من حيث الهدف من استعماله، غير أنه يختلف عنه في عدة جوانب سوف نبينها لاحقا. يوضح البناء التنظيمي للمستشفى المستويات التنظيمية للجهازين الطبي والإداري و الوحدات التنظيمية المنضوية تحتها في مختلف المستويات. و عليه فإنه يمكن تفريع أهداف التنظيم في المستشفيات إلى عدة نقاط قابلة للزيادة و النقصان و تتمثل في :

(أ) تحديد الأعمال و الأنشطة المراد أداؤها لتحقيق الأهداف المسطرة للمستشفى، و من ثم تقسيم هذه الأعمال إلى أجزاء فرعية، ثم إعادة تجميعها وفقا لأسس معينة بحيث يمكن إسنادها إلى جماعات تنظيمية محددة؛

الشكل رقم 29: تحليل الأنشطة الصحية لإعداد الهيكل التنظيمي



المصدر: النجار، فريد راغب،(1981) "إدارة الأعمال في الأنظمة الصحية و الطبية"، دار النهضة العربية، القاهرة، ص 162.

(ب) إيجاد المراكز التنظيمية التي تتطلبها طبيعة العمل في المستشفيات، بحيث يمكن تحديد مهام و واجبات كل مركز من هذه المراكز بصورة واضحة و دقيقة؛

(ج) تحديد عدد و نوعية الأفراد الذين سيقومون بأداء الأعمال و الأنشطة، مع الأخذ بعين الاعتبار مهارات و قدرات و مؤهلات و خبرات و سلوك هذا الفرد؛

(د) التحديد الواضح و البين لمدى المسؤولية و ما يتبعها من السلطة للأفراد العاملين في المستشفى، و ذلك بالقدر الذي يسمح بإمكانية تحديد المسؤولية لما قد يحدث من قصور بسهولة و يسر أو لما قد يظهر من التزام و أداء الذي من شأنه تحقيق الأهداف؛

(هـ) تحديد الأدوات و الوسائل التي ستستخدم في القيام بالمهام التي قد تم تقسيمها، و تتمثل هذه الأدوات في الوسائل المادية و البيئية مثل المواد و الآلات و المكاتب و الاستمارات والنماذج؛

(و) توضيح الأساليب و الإجراءات التي سيتم على أساسها القيام بالمهام التي سبق ضبطها لمختلف الوحدات و المراكز في مختلف مستويات الهيكل التنظيمي للمستشفى. وغالبا ما تخص هذه الإجراءات المهام و الأعمال التنفيذية و النمطية مثل إجراءات السجلات الطبية، من حيث تريب نماذجها و تصنيفها و فهرستها و تركيزها و حفظها و استرجاعها؛

(ز) توضح العلاقات بين مختلف الفاعلين و المهام و الأدوات بحيث يمكن معرفة طبيعة العلاقة بين كل وحدة تنظيمية و أخرى، كما يمكن تحديد طبيعة العلاقة بين فرد و آخر و هي ما يعرف بعلاقة السلطة تلك العلاقة التي تؤثر على رضاء الأفراد و على مخرجات العمل.

(ح) التنسيق بين مختلف أنشطة الوحدات في المستشفى، من خلال تدعيم خطوط الاتصال فيما بينها، و التقيد بالطرق الموضوعة مسبقا للأساليب التي يجب إتباعها في عمليات التشاور سواء كانت شفوية أو كتابية بين الأطباء، و كذلك الاجتماعات التي تعقدها اللجان الطبية و شبه الطبية و الإدارية في المستشفى لدراسة موضوعات معينة و تقديم تقرير بنتائجها إلى الوحدات التنظيمية ذات العلاقة؛

(ط) كما يمكن التنظيم من تفادي التضارب و التناقض في الأوامر و التعليمات إلى جانب تفادي الاحتكاك بين العاملين في المستشفى نظرا لأنه يحدد لكل فرد في هذه المؤسسة واجباته وسلطته، و بذلك فالتنظيم يعمل على إيجاد التنسيق و التعاون و الانسجام بين مختلف الفاعلين في المستشفى؛

(ك) يعمل التنظيم على الاستخدام الأمثل للموارد المتاحة سواء كانت مادية أو بشرية من خلال تحقيق التنسيق و التكامل بينهما يدفع بالمستشفى إلى تحقيق أهدافه؛

(ل) يساعد لتنظيم على انتظام العمل و انسجامه بسهولة، كما يساعد على انجاز الأعمال بأسلوب يتفق مع السياسات المرسومة، الأمر الذي يمكن من تحقيق الأهداف المرجوة في أسرع وقت ممكن؛

(م) يعمل التنظيم على تعزيز قدرة المستشفى على مواجهة ما يطرأ من تغيرات، وذلك بتوفير ما يمكنه من مواجهة تلك التغيرات على مستوى أعماله و أنشطته أو على مستوى مهارات العاملين ، أو على مستوى العناصر البيئية التي تحيط بالمستشفى، بحيث يسمح بإمكانية تكيف المستشفى مع الظروف و المستجدات ومسايرة التقدم الطبي و العلمي و التقني؛

(ن) كلما كان التنظيم محكما و مستقرا أدى ذلك إلى استقرار حياة المستشفى الأمر الذي سينعكس على تطوره و بقائه (غنيم،2006 ص 103 – 104 ؛ جاد الرب،2008 ، ص ص 82 – 83 ؛ الحرستاني،1990 ، ص ص 95 – 96).

ثالثا : البناء التنظيمي للمستشفيات

يقصد بالبناء التنظيمي ذلك الهيكل الموضح لخطوط السلطة و المسؤولية داخل المستشفى إلى جانب التحديد الدقيق للمهام و الوظائف و إلى الترابط بينها، و كذلك إلى التنسيق في انجاز

الأعمال و طرق وصف و تحديد خطوات تنفيذ المهام الروتينية، إلى جانب قنوات الاتصال، كما يتضح من الهيكل التنظيمي إمكانية الرقابة و تحديد مستويات انجاز الأهداف. ونظرا لأهمية التنظيم فإنه من المفيد التعرف على مختلف العناصر التي تتحكم في اختيار البناء التنظيمي، و ذلك قبل التطرق إلى الهيكل التنظيمي للمستشفى(الحرستاني،1990، ص ص 98 – 99)

أ. عدد الأسرة في العيادة الداخلية و حجم الخدمة في العيادة الخارجية.

ب. نوع الخدمات الصحية التي تقدمها المنظمة (جراحة، أمراض نساء، عيون، باطنية،طب أطفال، الخ) وسواء كانت وقائية أو علاجية.

ج. المساحة المتاحة للمنظمة و التخطيط الداخلي و الهندسي، الموقع و مدى توفر مساحات للتوسع.

د. حجم الطلب على الخدمات و التوزيع الدمغرافي لسكان المنطقة التي تقع في دائرتها المنظمة الصحية، زيادة على ظروف البيئة من حيث الصحة العامة و تلوث الجو و المياه.

ه. حجم و تركيبة القوة العاملة و مستوى المهارة الصحية للأطباء و الممرضات و مدير المختبر و الأشعة و الوظائف المكملة الأخرى.

و. موجودات المستشفى الثابتة و تشتمل على الأراضي و المباني و التجهيزات الأساسية و السيارات و الأسرة، علاوة على الموجودات المتداولة و التي تتضمن حسابات المرضى و المخزون السلعي من أغذية و أدوية و بيضات و الإيرادات المتوفرة.

ز. حجم ميزانية المنظمة الصحية و مصادر تمويلها و مدى توفر الأموال و سرعة الحصول عليها و القدرة على التفاوض و نوعه و مع جهات التمويل (كالحكومة، و البنوك، و رجال العمال و المستثمرين و غيرها.

ح. الإيرادات الكلية و المصروفات التشغيلية الكلية في خلال فترة زمنية محددة.

ط. درجة الاعتماد على الأجهزة و المعدات الطبية الميكانيكية و الاتوماتكية و الذرية في تقديم الخدمات الصحية و فلسفة التشخيص، حيث يؤثر هذا على شكل و حجم المنظمة الصحية و نوع علاقات التنظيم. فإذا كان حجم القوة البشرية العاملة أكبر من حجم الاستثمارات في الأجهزة و المعدات تصبح المصحة كثيفة العمالة و العكس إذا كان الإنفاق الاستثماري في

المعدات و أجهزة المستشفى كبيرا نكون أمام كثافة رأس المال، كما توثر فلسفة التشخيص في التنظيم و حجمه.

ي. تأثير درجة التخصص في الوظائف الصحية في حجم المنظمة الصحية.

ك. تأثير درجة التفاعل مع العوامل البيئية للمستشفى على حجم العمل، فكلما زاد التفاعل زادت الوظائف الصحية المطلوبة، و قد يحتاج ذلك التعاون مع وزارات التربية و التعليم و الصناعة و وزارة العمل و نقابة الأطباء و الجمعيات الخيرية و ضرورة وجود وظائف و إدارات تنظيمية جديدة.

ل. يوثر حجم و جودة اللوائح التشريعية و الإجراءات التي تحكم تقديم الخدمات الطبية و الصحية على حجم الهيكل التنظيمي في المستشفى و السلوك التنظيمي و الوظائف الإدارية و الصحية المساعدة. (النجار،1981 ، ص ص 156 – 157).

رابعا : أنواع التنظيم بالمستشفيات

(أ) التنظيم الرسمي : يستمد هذا التنظيم وجوده من الهيكل التنظيمي الرسمي للمنظمة، كما أنه التنظيم الذي يتم في إطار القوانين و اللوائح التي تحكم عمل المنظمة. و التنظيم الذي ينم عن وعي و إدراك لتنسيق أعمال المستشفى حتى تتمكن من تحقيق أهدافها، و يتقسم إلى الأنواع الرئيسية التالية:

1) - التنظيم الراسي : وهناك عدة مسميات لهذا النوع من التنظيم منها التنظيم التنفيذي أو التنظيم المباشر كما يطلق عليه أحيانا التنظيم العسكري نظرا لاعتماده في المؤسسات العسكرية، و يسمى أيضا التنظيم الهرمي و يقصد به النوع التقليدي الذي تتدرج فيه السلطة من الأعلى إلى الأسفل بين المستويات الإدارية المختلفة و يمتلك هذا التنظيم العديد من المزايا منها أنه يساعد على تقديم فرصة ممتازة للتدريب على العمليات التشغيلية المباشرة، كما أنه يتسم بالتحديد الواضح لعلاقات السلطة، و فيه أيضا تحديد الواجبات بوضوح كما تتخذ القرارات فيه بسرعة (غنيم، 2006 ،ص 107).

2) - التنظيم الوظيفي: يعتمد هذا النوع من التنظيم على التخصص و تقسيم العمل و اللامركزية ، بحيث تتخصص كل وحدة إدارية في وظيفة معينة و محددة، بحيث تكون لكل قطاع في المستشفى استقلالية نسبية و يمكن أن يعرف بالتنظيم المؤسساتي بمعنى أن تكون هناك

أكثر من مؤسسة داخل المستشفى كمثال على ذلك القطاع الطبي في المستشفى و القطاع الإداري و المالي و غيرها.

3) - التنظيم الاستشاري: و يسمى أيضا بالتنظيم الرأسي الوظيفي أو الرأسي الاستشاري

و يعتمد على استقدام خبراء و مستشارين و متخصصين في مجالات محددة قصد الاستفادة من خبرتهم في المجالات التي تنقص المستشفى مثل الاستشارات المالية و القانونية و هندسة التكنولوجيا الطبية، حيث يقوم الخبراء بدراسة الموضوع ثم إعداد تقرير يحتوي على مقترحات ليعرض على الإدارة التي لها الحق في قبول أو رفض أو تعديل هذه المقترحات. هناك من المؤلفين من يرى أن هذا النوع من التنظيم يجمع بين مزايا النمطين السابق ذكرهما و يتلافى أهم عيوبهما (غنيم، 2006 ،ص 108).

4) - التنظيم على أساس المشروع: إن طبيعة العمل في المستشفيات تجعل مختلف الأطراف

المساهمة في عملية العناية ينتظمون و يعملون بأسلوب تنظيمي متميز للغاية بالمرضى الموجودين في المستشفى أو حتى المراجعين له، و هذا الأسلوب يقوم على تشكيل فرق المشروعات الخاصة بالعناية بهؤلاء المرضى، تحت توجيه و قيادة الأطباء المختصين ـ وتنسيق أمور العناية بهم ـ مع الفنيين ذوي العلاقة، كالممرضات و أخصائي التغذية و فني الأشعة و المختبر و غيرهم من الفنيين. و عندما يغادر هؤلاء المرضى المستشفى ينتهي عمل هذه الفرق، و يتم تشكيل فرق جديدة للمرضى الجدد بالمستشفى أما من المختصين والفنيين أو من آخرين جدد تبعا لأحوال هؤلاء المرضى الصحية، و في ضوء ما سبق تكون فرق المشروعات – الخاصة بالعناية بالمرضى – فرقا مؤقتة لتحقيق هدف العناية بالمرضى.

ومن أهم ما يميز هذا النوع من التنظيم عن التنظيمات الأخرى، الاعتماد الكلي على العلاقات الأفقية أو التنسيق الأفقي بين الأقسام الفنية أي بين المتخصصين و الفنيين، إذ إن الاتصالات بين أعضاء الفريق تتم بشكل أفقي، و ذلك على عكس الوضع في التنظيم البيروقراطي حيث تكون طبيعة الاتصالات راسية أو هرمية، من أسفل إلى أعلى و من أعلى إلى أسفل. كما أن هذا النوع من التنظيم يوفر مرونة و استجابة أكثر للأفكار المبدعة إذا ما قورن بالتنظيم الوظيفي (الحرستاني، 1990 ، ص ص 107 – 108)

(ب) التنظيم غير الرسمي : يقصد به أنماط السلوك الفعلي لمجموعة من مجموعات العمل داخل المستشفى، و لا يظهر هذا النوع من التنظيم في الهيكل التنظيمي للمستشفى، و كما لا تظهر الاتصالات غير الرسمية ، و يتميز هذا النوع من التنظيم بعدة مزايا منها:

– إن التنظيم غير الرسمي يقوي روابط الاتصال بين العاملين في المستشفى، حيث يدعم قنوات الاتصال بحيث تكون قنوات الاتصال غير الرسمي أكثر سرعة و أكثر فعالية في كثير من المواقف التنظيمية.

– كما يساعد التنظيم غير الرسمي على القضاء على نقاط الضعف الموجودة في التنظيم الرسمي، حيث يعمل على خلق التماسك بين أجزاء هذا التنظيم الرسمي.

– يعمل التنظيم غير الرسمي على الرفع من مستوى الإنتاجية عندما تكون أهداف التنظيم الرسمي و غير الرسمي متحدة و متقاطعة.

على الرغم من المزايا السابقة الذكر، فإن التنظيم غير الرسمي له بعض العيوب من أهمها زيادة الأوقات اللازمة لانجاز الأعمال بالمستشفى و ذلك لمرور عملية اتخاذ القرار من خلال العديد من القنوات غير الرسمية، كما يمكن أن يعمل التنظيم غير الرسمي في غير صالح المستشفى و ذلك من خلال قيام قادة التنظيم غير الرسمي بتحريض العمال على عدم العمل و التوقف على تقديم خدمات العناية الأمر الذي قد يعوق عمليات هذا المستشفى.

خامسا : خصائص التنظيم الإداري للمستشفى

البيروقراطية المهنية: إن هيكلية و وظائف المستشفى يمكن تشبيها بتلك الموجودة في البيروقراطية المهنية. اعتماد على مختلف المعايير التي قدمها منتز برغ المتمثلة في الهياكل التالية:

جدول رقم 9 : مكونات التنظيم حسب منتزبرغ

نوع المنظمة	تسمية أخرى	الجزء المهم في المنظمة
المقاولتية	هيكلية بسيطة	القمة الإستراتيجية
الميكانيكية	لبيروقراطية الميكانيكية	الهيكلية التقنية
الوحدات	على شكل وحدات	الخط الهرمي المتدرج
المهنية	البيروقراطية المهنية	مركز العملياتي
إبداعية	فرق عمل	وظيفة الإمداد

المصدر : Mintzberg H.,(1982), Structure et dynamique des organisations, Edition d'Organisation, Agence d'Acr, Paris, Montréal, P 269.

عادة ينظر إلى مؤسسات الصحة و خصوص المستشفيات على أنها تشكيلات هجينة مكونة من مختلف التشكيلات، و ذاك لإخلاف وجهات النظر للمنظمة ، و كذلك على مستوى الدقة التي توصف بها الوظائف من جهة، و أخذا بخاصية الأنشطة الصحية، و بدمج الثنائية (الإداري و الطبي) أي ازدواجية السلطة الذي يعقد من هيكل المستشفى من جهة أخرى، مما يجعل من الصعوبة بمكان تحديد و بشكل دقيق صورة الهيكل من ضمن تلك المعروفة تقليدا.

IV. 3 أنواع المستشفيات و وظائفها

يتوجب على المسير إذا أراد أن يطور طرق و أساليب التسيير داخل المؤسسات العمومية للصحة أن يعرف أنواع هذه المؤسسات و الوظائف الأساسية و الثانوية التي تقوم بها هذه المؤسسات، كما يتوجب على هذا المسير أيضا ان يكون على دراية واسعة بمختلف المهام الملقاة على عاتق المستشفيات، حيث أنها ليست مجر مؤسسات خدمية كباقي المؤسسات.

IV. 3 . 1 أنواع المستشفيات

يعتمد المختصون والباحثون في مجال مؤسسات الرعاية الصحة بصفة عامة والمستشفيات بوجه خاص على تصنيفات مختلفة لهذه المستشفيات و ذلك قصد تحديد مميزاتها و خصائصها و تسهيل التعرف عليها، و تختلف هذه التصنيفات و تتنوع باختلاف و تنوع المستشفيات ذاتها. و على هذا الأساس تصنف المستشفيات إلى:

مستشفيات تبعا لملكيتها؛

مستشفيات تبعا لمعيار التخصص؛

مستشفيات تبعا لمعيار نوعية الخدمة المقدمة؛

مستشفيات تبعا لمدى تقديم العملية التعليمية؛

مستشفيات تبعا لمدى تحقيق الربح؛

مستشفيات طبقا لمتوسط فترة الإقامة للمريض؛

مستشفيات طبقا للموقع و السعة السريرية؛

مستشفيات تبعا لجودة خدمات الرعاية الصحية.

وهناك من المؤلفين و الباحثين من يضيف بعض المعايير الأخرى ، وذلك قصد التدقيق و التمحيص ، حيث هناك من يصنف المستشفيات تبعا لجنس المريض، أو مستشفيات تبعا لعمر المريض، كما يوجد من يصنفها تبعا للنماذج الإدارية التي تديرها. سنحاول تقديم توضيحات مختصرة لكل معيار من هذه المعايير.

أولا : أنواع المستشفيات تبعا لملكيتها

تصنف المستشفيات تبعا لملكيتها إلى نوعين أساسيين و هما المستشفيات الحكومية، و المستشفيات الخاصة.

(أ) المستشفيات الحكومية: يقصد بالمستشفيات الحكومية تلك

المستشفيات التي تعود ملكيتها إلى الدولة حيث تتولى هذه الأخيرة أدارتها من خلال الهيئات العامة و الوزارات، و ذلك وفقا للنظم و اللوائح الحكومية التي تحكم سير و إجراءات العمل بهذه المستشفيات

و يتم إدارة هذا النوع من المستشفيات وفق مفاهيم الإدارة العامة، حيث لا تهدف إلى تحقيق الربح، و بالتالي يتم تطبيق جميع الأنظمة الحكومية من لوائح مالية و إدارية و إجرائية على أعمالها(غنيم، 2006 ،ص 31).و تنقسم المستشفيات الحكومية بدورها إلى:

1.) المستشفيات الحكومية العامة: يطلق على هذه المستشفيات عدة مسميات مثل

المستشفيات العامة، و المستشفيات المركزية، كما تعرف أيضا بأسماء بعض الأماكن أو الأفراد من أعضاء القيادات الإدارية أو بعض الأحداث و المناسبات الوطنية في الدولة.

و أيا كانت المسميات التي تطلق على هذه المستشفيات فإن أهم الخصائص المميزة لها تتلخص في أنه ا تكون مملوكة للدولة أو إحدى الهيئات أو المؤسسات الرسمية التي تقوم بتوفير متطلباتها و رعاية شؤونها و تنظيم العمل بها. كما يفترض في هذا النوع من المستشفيات تقديم خدماتها لجميع فئات المواطنين بالمجان أو مقابل رسوم رمزية تحددها اللوائح المنظمة لهذه المستشفيات ، حيث أن الهدف من إنشائها هو تقديم خدمة اجتماعية عامة لجميع أفراد المجتمع. كما تتميز هذه المستشفيات بأنها تضم بداخلها مختلف التخصصات و الأقسام العلاجية اللازمة لتشخيص و معالجة الحالات المرضية المختلفة، بمعنى أنه ا مستشفيات تحتوي على تخصصات متعددة و غالبا ما تتبع وزارات الصحة (مخيمر و الطعامنة، 2000 ،ص 9) .

2.) المستشفيات الحكومية لخدمة فئات خاصة: تعرف هذه المستشفيات أيضا باسم

المستشفيات الفئوية الخاصة ، و هي لا تختلف عن النوع الأول من المستشفيات من حيث الملكية و نوع و طرق إدارتها و تنوع الخدمات التشخيصية و العلاجية التي تقدمه، لكنها تختلف عن غيرها من المستشفيات الحكومية بإتباعها لوزارة معينة أو هيئة عامة أو مصلحة حكومية معينة، بحيث تقتصر في تقديم خدماتها على العاملين و أسرهم في هذه الجهات. و من أمثلة هذا النوع من المستشفيات في الدول العربية نجد مثلا المستشفيات العسكرية و مستشفيات الشرطة والمستشفيات التابعة لشركات و مؤسسات القطاع العام (عنيم، 2006 ،ص 32).

3.) المستشفيات الحكومية المتخصصة: لا تختلف هذه المستشفيات عن المستشفيات

الحكومية الأخرى من حيث ملكيتها للدولة و طريقة إدارتها، إلا أنها مستشفيات متخصصة في تشخيص و معالجة حالات مرضية معينة، و من أمثلتها مستشفيات العيون، و الأطفال و الصدر و الحميات و السرطان و غيرها من الحالات المرضية.(مخيمر و الطعامنة، 2000 ،ص 10).

4.) المستوصفات أو الوحدات العلاجية: و هي نوع من المستشفيات الصغيرة التي لا

تحتوي على غرف أو عنابر لإيواء المرضى، و تقتصر الخدمة فيها على الكشف الطبي و وصف العلاج للمريض و انصرافه أو تقوم بتوجيهه إلى المستشفيات الحكومية الكبيرة، وهي وحدات علاجية سريعة و محدودة الخدمات. غالبا يكون الكشف بالمجان أو مقابل رسوم زهيدة.

ينتشر هذا النوع في بعض دول شمال إفريقيا مثل الجزائر و تونس و المغرب، على اعتبار أن هذه المستوصفات أصلح للعمل في القرى و النجوع المتباعدة. و هي تتشابه مع المراكز العلاجية أو الوحدات العلاجية الريفية الموجودة في مصر (المصري،2006 ،ص29).

5.) المستشفيات الجامعية: المستشفيات الجامعية هي نوع من المستشفيات التي تلحق

بكليات الطب، و تعتبر من منشآت الجامعة. و يديرها أعضاء هيئة التدريس بكلية الطب. و هذا النوع من المستشفيات لديه نفس نمط المستشفيات العامة، وإن كانت بها بعض الأقسام التعليمية الواسعة نسبيا مثل المشرحة و قسم الحوادث، و قسم المخابر - المعامل – المختلفة. و تتميز هذه المستشفيات بالسمات التالية:

- وجود تخصصات عالية و دقيقة في مختلف فروع الطب؛
- القيام بالتعليم الطبي و التدريب سواء للطلاب أو الأطباء أو هيئة التمريض؛
- تعتبر مجالا خصبا لإجراء الأبحاث العلمية المتخصصة طبيا؛
- المحافظة على صحة البيئة و المجتمع المحلي من خلال التعاون المستمر مع نظام الإدارة المحلية، و بما يضمن تطور نظام العلاج الطبي، و أيضا زيادة توعية الجمهور في المجالات الطبية العامة (جاد الرب، 2008 ،ص 46).

(ب) المستشفيات الخاصة: و هي المستشفيات التي يملكها و يديرها الأفراد حيث تكون وسائل الخدمة الطبية من عيادات و أجهزة و معدات ملكا خاصا لأفراد أو هيئات أو جماعات خيرية أو دينية أو شركة خاصة أو لأطباء. و تخضع العلاقة بين المريض و الطبيب للمعاملة الحرة وفق قانون العرض و الطلب. أي أن هذه المستشفيات يتم إدارتها وفقا لأسلوب إدارة الأعمال بالقطاع الخاص، كما أن هذه المستشفيات تسعى في الغالب إلى تحقيق الأرباح (جاد الرب،2008 ،ص 48 ؛ غنيم، 2006 ،ص 34).

و يمكن تقسم المستشفيات الخاصة إلى عدة أنواع فنجد مثلا:

1.) مستشفيات بأسماء الأطباء: تحمل هذه المستشفيات أسماء أصحابها من أطباء، أو الأساتذة المشهورين في ميدان العلاج الطبي. و هذا النوع من المستشفيات يعمل على أساس السمعة و الخدمة الجيدة ، و مقابل أتعاب و مصاريف مرتفعة نسبيا، كما يتولى هؤلاء الأطباء و الأساتذة إدارتها و تقديم الخدمات في مجال تخصصهم.

2.) مستشفيات الجمعيات غير الحكومية: يقوم بإنشاء هذا النوع من المستشفيات الجمعيات الخيرية الأهلية غير الحكومية مثل الجمعيات الدينية و الخيرية و ذلك عن طريق الهبات و التبرعات و الهدايا التي تحصل عليها. و قد تأخذ هذه المستشفيات شكل المستشفى العام، أو المستشفى التخصصي، و ذلك من حيث الخدمات التشخيصية أو العلاجية التي تقدمها.

لا تسعى هذه المستشفيات إلى تحقيق الأرباح، و إنما تسعى إلى تقديم الخدمات الصحية بالمجان أو بأسعار زهيدة جدا (غنيم، 2006 ،ص 35).

3.) مستشفيات استثمارية: و هي المستشفيات التي يملكها و يديرها أفراد أو شركات خاصة بهدف تحقيق أرباح من الخدمات الطبية التي تقدمها للجمهور. و قد تقدم هذه المستشفيات خدمات في مجالات طبية محددة، و قد يتسع نشاطها ليشمل مختلف المجالات الطبية و الحالات المرضية المتنوعة أو معظمها طبقا لحجم المستشفى و نوعية التجهيزات و التخصصات التي يحتويها.

و غالبا ما تأخذ هذه الشركات شكل شركات مساهمة أو ذات مسئولية محددة، وقد يشارك فيها بعض الأطباء بحصص تأسيس جنبا إلى جنب مع غيرهم من المساهمين الذين لا صلة لهم بمهنة الطب كمستثمرين عاديين (مخيمر و الطعامنة، 2000 ،ص 11).

ثانيا : أنواع المستشفيات تبعا لمعيار التخصص

تبعا لهذا المعيار فإنه يتم تقسيم أنواع المستشفيات إلى مستشفيات عامة، وأخرى تخصصية.

(أ) المستشفيات العامة: و هي مستشفيات تحتوي على جميع الأقسام السريرية أي يعالج فيها جميع أنواع الأمراض الباطنية و فروعها الجراحية، و النسائية و غيرها، و ذلك باستثناء الحميات و الأمراض العفنية والتدرن الرئوي و التي تحتاج إلى مستشفيات خاصة بها لمنع العدوى.

و بمعنى آخر فإن هذا النوع من المستشفيات يجمع أكثر من قسم وتخصص ويخدم مناطق واسعة من السكان، و عادة ما يشرف على أكثر من مستشفى صغير، أو وحدة علاجية تابعة له، ولذلك يتولى إدارته عادة طبيب ، بدرجة وكيل وزارة أو مدير عام على الأقل (جلدة، 2007 ، ص 39).

(ب) مستشفيات متخصصة: المستشفيات التخصصية هي تلك المستشفيات التي تعمل في فرع واحد أو اثنين من التخصص الطبي، أي أنه ا تعالج أمراضا معينة ، و خاصة تلك التي تحتاج إلى رعاية و خدمة طبية مركزة، و عناية خاصة بالمرضى.

و تتنوع هذه المستشفيات إلى ما يلي : مستشفى أمراض القلي، مستشفى الأمراض الباطنية، مستشفى الأمراض المتوطنة، مستشفى الحميات، مستشفى الأمراض العصبية، مستشفى العلاج

الطبيعي، مستشفى أمراض الكلى و المسالك البولية، مستشفى أمراض النساء، مستشفى الأطفال، مستشفى العظام، مصلحة مدمني الخمور أو المخدرات (المصري، 2006 ،ص 33).

ثالثا : أنواع المستشفيات تبعا لمعيار الخدمة المقدمة

تصنف المستشفيات تبعا لهذا المعيار إلى(غنيم، 2006 ،ص 36 ؛ زهران، 2007 ، ص 115):

- مستشفيات تقدم الخدمات الطبية الأولية (رعاية أساسية)؛
- مستشفيات تقدم خدمات طبية ثانوية (رعاية ثانوية)؛
- مستشفيات تخصصية تقدم خدمات طبية عالية التخصص و المهارة، بعبارة أخرى (رعاية من الدرجة الثالثة).

رابعا : مستشفيات تبعا لمدي تقديم العملية التعليمية

تختلف أنواع المستشفيات أيضا وفقا لمدى توافر مقومات أداء العملية التعليمية و ذلك من حيث توافر إمكانية و وسائل التعليم الطبي، حيث يمكن تصنيف أنواع المستشفيات طبقا لهذا المعيار إلى (غنيم، 2006 ،ص 37):

(أ) مستشفيات تعليمية كاملة: و هي المستشفيات التي توافرت فيها كل إمكانيات و وسائل التعليم الطبي.

(ب) مستشفيات تعليمية جزئية : و هي تلك المستشفيات التي تتوافر فيها أجزاء من هذه الإمكانيات و الوسائل التعليمية.

(ج) مستشفيات غير تعليمية: و هي تلك المستشفيات التي لا تتوافر على أية إمكانيات أو موارد بشرية أو تجهيزات و وسائل للتعليم الطبي.

خامسا : مستشفيات تبعا لمدى تحقيق الربح

تبعا لهذا المعيار فإن المستشفيات تقسم إلى قسمين : (جلدة، 2007 ،ص 36 ؛ حرستاني، 1990 ،ص 45):

(أ) مستشفيات ذات طابع ربحي : و هي المستشفيات التي قد يمتلكها شخص أو شركة أو هيئة، بهدف تحقيق مكاسب ربحية من خلال الخدمات المقدمة.

(ب) مستشفيات ذات طابع غير ربحي : و هي المستشفيات التي تتوافر فيها نفس خصائص و مميزات المستشفيات ذات الطابع الربحي غير أن الهدف من إنشائها هو المساهمة في تقديم خدمة اجتماعية عامة لأفراد المجتمع. وعلى خلاف ما يعتقد البعض، فإن العلاج في هذه المستشفيات ليس مجانا، فالأموال المحصلة من المرضى تصرف على النفقات المتعلقة بتطوير خدمات المستشفى و تشغيله. و من أمثلة هذه المستشفيات : المستشفيات الدينية، والمستشفيات الجامعية.

سادسا : مستشفيات طبقا لمتوسط فترة الإقامة للمريض

تعتبر فترة إقامة المريض بالمستشفى الذي يتلقى فيه العلاج أحد المعايير المعتمدة في

تصنيف المستشفيات، وعلى هذا فإنها تصنف إلى قسمين هما(غنيم، 2006 ،ص 38 ؛ حرستاني، 1990 ،ص 46):

(أ) مستشفيات ذات عناية قصيرة (عناية حادة) : و هي المستشفيات التي يكون فيها

متوسط فترة الإقامة اقل من ثلاثين يوما (من سبعة إلى ثلاثين يوم)، و من أمثلة هذه المستشفيات نجد غالبية المستشفيات العامة، مستشفيات الولادة، مستشفيات الأطفال.

(ب) مستشفيات ذات عناية طويلة: و هي المستشفيات التي يكون فيها متوسط فترة

الإقامة أكثر من ثلاثين يوما. و من أمثلة هذه المستشفيات مستشفيات الصحة النفسية.

سابعا : مستشفيات طبقا للموقع و السعة السريرية

تقسم المستشفيات تبعا لمعيار الموقع و القدرة السريرية إلى ثلاثة أنواع هي :

(أ) المستشفيات المحلية الصغيرة : هي المستشفيات التي تخدم تجمعات سكانية قليلة.

و لا تتجاوز عادة سعة المستشفى السريرية 120 سرير، و هي في الغالب تكون مستشفيات عامة تقدم الخدمات لجماهير المنطقة التي تخدمها، و من أهم الخدمات التي تقدمه: خدمات الأمراض الباطنية، و خدمات الجراحة العامة، و خدمات رعاية الأمومة و الطفولة.

(ب) المستشفيات المركزية المتوسطة: هي المستشفيات التي تخدم تجمعات سكانية

متوسطة مثل ضواحي المدن أو المنطقة الصحية، و تتراوح سعتها السريرية بين 120 إلى 500 سرير، تعتبر مثل هذه المستشفيات المركزية بمثابة المستشفيات العامة أيضا نظرا لتوفر الإمكانيات المادية بها و التي تمكنها من مواجهة مختلف الحالات الطبية و الجراحية العامة.

(ج) مستشفيات المناطق أو المستشفيات الكبيرة: هي مستشفيات تتواجد في العاصمة و مراكز المدن الكبيرة، و تخدم منطقة صحية بأكملها، و تحتوي هذه المستشفيات عادة على خدمات تخصصية لا تستطيع توفيرها اغلب المستشفيات السابق ذكرها. و تبلغ السعة السريرية فيها أكثر من 1000 سرير غالبا.

تجدر الإشارة في هذا الصدد، إلى أن معيار كبر حجم المستشفى و صغره هي مسالة مرنة و ليس هناك حدود ثابتة للتمييز بين المستشفيات الصغيرة و الكبيرة، و هذا يرجع إلى النظام الصحي في البلد. (جلدة، 2007 ، ص ص 40 – 41).

ثامنا : مستشفيات تبعا لجودة خدمات الرعاية الصحية

يمكن تصنيف المستشفيات تبعا لجودة خدمات الرعاية الصحية المقدمة إلى (حرستاني، 1990 ،ص ص 46 – 47):

(أ) المستشفيات المعتمدة: و هي المستشفيات المعترف بجودة خدمات الرعاية الطبية التي تقدمها من قبل بعض الهيئات العلمية الاستشارية المتخصصة في هذا المجال. و يتم اعتماد المستشفى بعد امتثاله للضوابط و الشروط الموضوعة من قبل هذه الهيئات المتخصصة إذ أن الامتثال لهذه الضوابط و الشروط يكفل تقديم الخدمة الطبية بمستوى أفضل. و هناك العديد من هذه المستشفيات المعتمدة في الوطن العربي.

(ب) المستشفيات غير المعتمدة: و هي المستشفيات التي لا تمتثل للضوابط و الشروط الموضوعة من قبل هيئات الاعتماد المختصة بتقويم ممارسات المستشفى الطبية.

IV. 3 . 2 وظائف المستشفيات

يكاد يتفق المؤلفون حول الوظائف الأساسية التي تقوم بها مؤسسات الصحة العمومية على إطلاقها و المستشفيات على وجه التقييد، حيث تقدم المستشفيات الحديثة أربع وظائف تتمثل في

أولا : وظيفة الرعاية الصحية للمرضى

تعتبر الرعاية الصحية للمرضى من بين أهم وظائف المستشفيات المعاصرة، و يمكن تقسيم هذه الوظيفة إلى: (غنيم، 2006 ،ص ص 42 – 43) :

(أ) خدمات تشخيصية: و هي الخدمات التي يقدمها الطبيب و متمثلة في عملية التعرف على المرض و تتنوع خدمات التشخيص إلى عدة أنواع، فنجد مثلا:

1.) التشخيص السريري ، يتم ممارسة هذا النوع من التشخيص في مجالات مختلفة كالطب الباطني و الأنف و الأذن و الحنجرة و أمراض النساء و التوليد و الجراحة و أمراض العين.

2.) التشخيص الشعاعي، و يرتبط أساسا بعملية التصوير المختلفة و المنظار ألشعاعي و الموجات فوق الصوتية.

3.) التشخيص المخبري، يتم ذلك في مجالات إجراء فحوصات البول و البراز ، و الدم، و إفرازات المريض المختلفة الناتجة عن الجوانب الجرثومية و الطفيلية و الكيميائية.

4.) التشخيص النفسي، يتعلق بتشخيص و محاولة معرفة الأسباب الأساسية و الثانوية المسببة للاضطرابات النفسية عند المرضى.

5.) التشخيص التخطيطي، يعتمد فيه على تجهيزات ترسم مخططات كما هو الحال في مخططات الرأس و القلب و المخططات الأعضاء الأخرى.

(ب) الخدمات العلاجية : و هذه الوظيفة هي أساس وجود المستشفى، و هي تشمل كل ما يتعلق بالقيام بالرعاية الطبية للمرضى و المصابين، و سواء تم ذلك في الأقسام الداخلية أو في العيادات الخارجية. عادة تأتي بعد الخدمات التشخيصية، و يمكن تقسيم الخدمات العلاجية إلى :

1.) العلاج ألتأهيلي، كما هو الحال عند علاج أمراض النطق، أو علاج بعض الحالات التنفسية، و علاج حول العين. كما تخصص المستشفيات الكبيرة و خاصة العسكرية قسما خاصا لعلاج التشويه و العلاج الطبيعي، و ذلك لتدريب أصحاب هذه الحالات على مزاولة مهامهم الأصلية، أو تدريبهم على أعمال تتناسب و حياتهم الجديدة (جاد الرب، 2008 ،ص 44).

2.) العلاج الطبيعي، و يتمثل في التمرينات الرياضية و الحميات الساخنة و التدليك

- العلاج ألشعاعي، و ذلك كما هو الحال عند استخدام بعض المواد المشعة في علاج حالات الأمراض السرطانية؛
- العلاج بالتنفس الاصطناعي، يعرف هذا النوع من العلاج في حالات الإنعاش للمريض بالأكسجين، أو عند إنعاشهم تحت ظروف العمليات الجراحية؛
- العلاج الجراحي، يتمثل في القيام بالعمليات الجراحية المختلفة كالاستئصال، أو الزرع أو تركيب الأعضاء، أو زرعها.

(ج) الخدمات المساعدة: وهي النشاطات المتعلقة بتسهيل الخدمة الطبية للمستفيدين من المستشفى و العمل على تطويرها. و يمكن تقسيم هذه الخدمات إلى (حرستاني، 1990 ، ص ص 58 – 59):

1.) نشاطات ذات طبيعة خدمية ، و هي الخدمات التي تخدم المرضى و العاملين في المستشفى مثل :

- نشاطات الوحدات الإدارية : كشؤون الموظفين، و المحاسبة، و المشتريات...
- نشاطات خدمات التمريض: في الأقسام الداخلية، و العيادات الخارجية و الطوارئ...
- نشاطات الخدمات العامة: كالصيانة، و التنظيف و التدبير المنزلي، و المغسلة، و الاتصالات السلكية و اللاسلكية، و الأمن ...
- نشاطات خدمات شئون المرضى: كالتغذية، و السجلات الطبية، و استقبال المرضى، و المواعيد، و القبول ...
- نشاطات الخدمات الطبية المساعدة: كالأشعة، والمختبرات الإكلينيكية، والتعقيم المركزي للأدوات والمستلزمات الطبية، ووحدات تخطيط القلب والرأس، و الصيدلية، و التخدير...

2.) نشاطات ذات طبيعة استشارية: و هي النشاطات التي تخدم الإدارة العليا للمستشفى، و الأقسام الطبية، و الطبية المساعدة، و ذلك من خلال تقديم المشورة الفنية لهم ، والمساعدة في عملية اتخاذ القرارات من قبلهم. و من أمثلة هذه النشاطات :

- نشاطات وحدات التخطيط والميزانية والمتابعة، والتنظيم، ومركزية المعلومات، والعلاقات العامة؛
- نشاطات اللجان الطبية وشبه الطبية كلجنة جودة الرعاية الطبية، وعدوى المستشفيات، و العقاقير الطبية، و مراقبة استخدام خدمات المستشفى.

ثانيا : وظيفة وقاية المجتمع من الأمراض

لقد أصبح من أهم أنشطة المستشفيات في العصر الحديث القيام بدور الوقاية إلى جانب الأنشطة السالفة الذكر كالتشخيص و العلاج. و تتم هذه الوظيفة من خلال مساهمة المستشفى في الوقاية من الأمراض و منع انتشارها و توسع حدودها و التبليغ عن الحالات المعدية والتعاون

مع الهيئات العاملة في ميدان الطب و الصحة العامة في هذا الخصوص، كما يساهم المستشفى في تثقيف الجمهور و توعيته إعلاميا لاكتشاف الأمراض و طرق الوقاية منها (جاد الرب، 2008 ، ص 43).

ثالثا : الوظيفة التعليمية و التدريبية

تقوم المستشفيات الحديثة على اختلاف أنواعها و تخصصاتها بدور هام في عملية التعليم و التدريب الطبي و التمريض و في العلوم الطبية المساعدة. حيث أن المستشفيات أصبحت مركزا لتنمية معلومات عدد كبير من العاملين في المجالات الطبية و شبه الطبية، و تطوير مهاراتهم و قدراتهم، بالإضافة إلى زيادة فعالية الأدوار التي يقومون بهاا.

كما تعتبر المستشفيات الجامعية و التخصصية هي التي تتوفر على إمكانية التدريب والتعليم أكثر من غيرها من المستشفيات الأخرى، و ذلك راجع بالدرجة الأولى إلى إمكانيات هذه المستشفيات من الناحية المادية و البشرية و التجهيزات اللازمة لعملية التدريب و التعليم. غير أن هذا لا ينقص من أهمية المستشفيات الأخرى في قيامها بمهام التدريب و التعليم الطبي والتمريض و بخاصة في عملية تدريب الخريجين الجدد من الأطباء و الممرضات (جلدة، 2007 ،ص 33).

كما أن المستشفيات أصبحت مكان للتدرب على إدارة مؤسسات الرعاية الصحية، حيث أن المستشفى تعتبر منظمة معقدة التركيب و متعددة الأنشطة و متنوعة الفئات. لذلك يتم التدريب و التمرن على إدارتها ممن سيشغلون مناصب إدارية في المستشفيات في المستقبل.

رابعا : وظيفة إعداد البحوث و الدراسات

تعتبر المستشفيات مجالا خصبا لإجراء البحوث و الدراسات الطبية في مختلف المجالات الطبية و المرضية، حيث يجب إعطاء اهتمام أكبر للأبحاث التطبيقية أو الحقلية لما لها من أثر في حياة الناس (جاد الرب، 2008 ،ص 44). و ليتمكن المستشفى من أداء وظيفته هذه لابد أن تتوفر لديه الإمكانيات اللازمة مثل (جلدة، 2007 ،ص ص 33 – 34 ؛ حرستاني، 1990 ، ص ص 40 – 41).:

(أ) وجود سجلات طبية كاملة تامة و منظمة، و قد تكون في شكل بنك للمعلومات

أو قاعدة بيانات، لتمكن الباحثين من أطباء و غيرهم ، ممن يسمح لهم بالاطلاع على هذه المعلومات ، بالقيام بأبحاثهم على أحسن وجه، كما أن هذه المعلومات قد تساعد في عملية التطوير الذاتي لخدمات المستشفى الطبية من قبل بعض اللجان الفنية العاملة مثل لجان السيطرة على العدوى، و الجودة الطبية، و العقاقير الطبية و غيرها؛

(ب) وجود معامل و مختبرات و التجهيزات الطبية يساعد على إتاحة الفرصة للباحثين للقيام بالبحوث التطبيقية ، و الاختبارية؛

(ج) وجود هيئة طبية متخصصة في إجراء البحوث الطبية أو في الإشراف عليها و تحديد مسار الفائدة المتوقعة منها.

خامسا : الوظيفة الاجتماعية

يعتبر المرض كتحول و تغير في حالة المريض من وضع إلى وضع آخر مما يوثر علية على المستوى النفسي و الاجتماعي، و كذلك الشفاء حيث يعيده إلى الحالة التي كان عليها قبل المرض، مما يستوجب تقديم خدمات اجتماعية للمريض حتى يشفى على جميع المستويات، و من ثم تعرف الخدمة الاجتماعية الطبية بأنها العمليات المهنية التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي لدراسة استجابة المريض إزاء مشاكله المرضية، و تتضمن الوظيفة الاجتماعية تقديم مختلف الخدمات للمرضى داخل المستشفى و خارجه، مع توفير الفرص التي تسمح للمريض بالانتفاع بالخدمات الطبية بطريقة فعالة.

و الجانب الاجتماعي للمستشفى يتكامل مع الجوانب الأخرى، من حيث اعتبار المريض وحدة واحدة لا يتجزأ، و من ثم لا يقتصر الأمر على مجرد العلاج فقط، و لكن يمتد لفهم العوامل النفسية و المعنوية التي يعاني منها المريض سواء قبل المرض أو بعده، و أيضا يمتد لكي يشمل العوامل البيئية و الأسرية التي تحيط بالمريض، و ذلك لمساعدة المريض على الشفاء الكامل و بأقصى سرعة ممكنة (جاد الرب، 2008 ،ص 44).

IV. 3 . 3 مهام المستشفيات العمومية

تقوم مستشفيات القطاع العام بعدة مهام، حيث تعتبر خاصة بها، أي أن مؤسسات الرعاية الصحية الأخرى لا يمكنها القيام بها بالرغم من أنها تتعلق بالصحة و العلاج و يمكن إجمال مهام الخدمات العمومية الصحية فيما يلي (Molinie ،2005،ص 40):

- ضمان الفحوصات و التشخيصات، و كذلك معالجة و مراقبة ،المرضى، الجرحى، الحوامل مع الأخذ بعين الاعتبار للحالة النفسية للمرضى؛
- المشاركة في الأعمال المتعلقة بالصحة العمومية و التي من ضمنها التنسيق الاجتماعي الطبي إلى جانب المشاركة في الأعمال التربوية المتعلقة بالصحة و الوقاية؛

- المشاركة في تنفيذ و تطبيق الإجراءات التي يتم اتخاذها قصد الحذر و الحيطة الموجهة إلى ضمان الأمن الصحي، و تنظيم حملات ضد الأمراض المعدية؛
- القيام في داخل هذه الهيئات بالتفكير حول الأسئلة الأخلاقية المطروحة فيما يتعلق بالاستقبال و التكفل الطبي للمرضى؛
- إيجاد آليات و نظم تسمح بضمان جودة التعقيم للأدوات و التجهيزات الطبية و التي تستجيب إلى الشروط المحددة من قبل القوانين.

و الملاحظ أن هناك جملة من الخدمات العمومية الصحية تتوفر خاصة في الدول الأوربية و الدول التي تتمتع بخدمات عمومية متطورة، بل أن هذه الخدمات قد تمتد في بعض المستشفيات العمومية للصحة لتشمل بعض أو كل من المهام التالية :

- القيام بعملية التعليم الجامعي و ما بعد الجامعي و كذلك البحث العلمي فيما يتعلق بالطب و الصيدلة؛
- التكوين المتواصل للممارسين الاستشفائين و غير الاستشفائيين؛
- تكوين الأولي و المتواصل للقابلات و للأفراد شبه الطبيين و البحث في ميادين تخصصاتهم؛
- المشاركة في أنشطة الطب الوقائي و التربوي المتعلق بالصحة؛
- تقديم الإعانة الطبية الاستعجالية بالتعاون مع كل الشركاء المعنيين؛
- مكافحة التهميش و النبذ الاجتماعي، و ذلك بمشاركة كل الفاعلين وكذلك مع الجمعيات؛
- كما تقدم الخدمات العمومية الصحية الفحوصات و التشخيصات و كذلك تقديم العلاج للمسجونين إما في سجونهم أو في المستشفيات إذ اقتضى الأمر ذلك؛
- ونفس الخدمات العمومية الصحية يحضى بها الأجانب الموقوفون على الحدود أو في مناطق الانتظار.

خلاصة الفصل

لفهم كيفية عمل المؤسسات الصحية فإنه كان من الضروري التطرق إلى نشأة هذه المؤسسات و الرجوع إلى بداياتها كالمستشفيات في الحضارة الإغريقية، المستشفيات عند الرومان، و في الحضارة الفارسية، المستشفيات في الهند، المستشفيات إبان الديانة المسيحية، المستشفيات عند العرب المسلمين، و المستشفيات في بعض بلاد الغرب خلال عصر النهضة، إلى المستشفيات في بداية القرن الثامن عشر و حتى نهاية القرن العشرين.

إن التطرق إلى هذه اللمحة التاريخية لنشاءه وتطور مؤسسات الرعاية الصحية والمستشفيات كان لابد منها لتساعدنا فيما بعد في توضيح النقلة النوعية و الفكرية الفلسفية في مفهوم الصحة و العلاج، و كذلك في فهم البواعث الأولى ، و منابعها الدينية التي أشرفت على تقديم العناية الصحية في شكلها الأولي ، كل ذلك لمقارنته مع معطيات الحاضر، وكيف أن المستشفيات المعاصرة أصبحت تنظر إلى العملية العلاجية من منظور اقتصادي و مالي إلى جانب المحافظة على الوجه الإنساني.

كما تطرقنا إلى مختلف أنواع المستشفيات كالثابتة و المتنقلة و مستشفيات عزل و حجر المرضى، وحتى يمكن فهم عمل المستشفى من خلال المحيط الذي يتواجد فيه ثم تحليل مختلف العلاقات التي تربط المستشفى بباقي العناصر البيئة باعتبار المستشفى كنظام هادف و مفتوح. وكان لابد من التعرف على وظيفة الرعاية الصحية للمرضى التي تتكون من خدمات تشخيصية، خدمات علاجية، الخدمات المساعدة كما تقوم المستشفيات العمومية بالوظائف التالية وظيفة وقاية المجتمع من الأمراض، الوظيفة التعليمية و التدريبية، وظيفة إعداد البحوث والدراسات، والوظيفة الاجتماعية.

كان الهدف من استعراض مختلف المراحل التاريخية التي مرت بها المستشفيات العمومية، و كذا التطرق إلى مختلف أنواعها و الوظائف التي تقوم بها، هو معرفة مدى الاختلاف الموجود بين هذه المؤسسات العمومية للصحة و بين الأنواع الأخرى للمؤسسات سواء الإنتاجية منها أو الخدمية. وقد رأينا أن هذه الاختلافات ليست في الشكل فقط بل تمس أيضا المضمون و بشكل عميق. مما يستدعي عملا وجهدا كبيرين حتى تفي مراقبة التسيير بالغرض من وجودها في المستشفيات العمومية.

الفصل V : خصائص و مبادئ الخدمات الصحية العمومية و مميزاتها

تمهيد

V . 1 تعريف الخدمة و خصائصها

V . 1 . 1 تعريف الخدمة

V . 1 . 2 نظام إنتاج الخدمة

V . 1 . 3 خصائص الخدمة

V . 2 مفهوم الخدمة العمومية و مبادئها

V . 2 . 1 مفهوم الخدمة العمومية

V . 2 . 2 مبادئ الخدمة العمومية

V . 3 . خصائص و مميزات خدمات الصحة العمومية

V. 3 . 1 مميزات الخدمات العمومية

V. 3 . 2 خصائص خدمات الصحية العمومية

V. 3 . 3 مميزات مزيج الخدمات الصحية

خلاصة الفصل

تمهيد

يتفق الجميع أن النشاط و العمل في المستشفيات هو نشاط خدمي، و أنه إنساني بشري أي خدمة يقدمها بشر من جهة إلى بشر في الجهة المقابلة. و لفهم النشاط الاستشفائي لابد من فهم والتعرف على الخدمات و خصائصها، و قبل ذلك نقف على تعريفها و مفهومها.

سنتطرق في هذا الفصل إلى عدة مجالات تخص تعريف الخدمة و مفهومها إلى جانب كيفية إنتاج الخدمات من حيث هي عبارة عن التفاعل بين عدة عناصر أساسية وضرورية لإنتاجها ولتوزيعها، الزبون، الحوامل المادية و الأفراد الذين هم في تلامس تعد عناصر مهمة لا يمكن إغفالها من طرف مراقب التسيير،

يستعرض الفصل الخامس احد أهم العقبات التي تعترض إدخال مراقبة التسيير إلى المؤسسات الخدمية، حيث تعتبر الخصائص التي تتصف بها الخدمات دون المنتجات السلعية من اعقد ما يواجه مراقب التسيير. على المسير أن يعي جيدا العقبات التي قد تتسبب فيها الخواص التي تميز الخدمة مثل: الخدمات غير ملموسة، تداخل العميل في تقديم الخدمة، التلازم، ارتباط الخدمة بشخصية المستهلك، عدم قابلية الخدمة للتخزين، عدم تملك الخدمة، عدم استقرار الطلب، التباين في تقديم الخدمة، كما يتميز النشاط الخدمي بصعوبة قياس و تقييم المخرجات.

يهتم هذا الفصل بتوضيح الصعوبات الإضافية التي تضيفها خصائص الخدمات العمومية إلى الصعوبات التي تعود إلى الخدمات في حد ذاتها، حيث تزداد أنشطة المؤسسات الاستشفائية تعقيدا لأنها تنتمي إلى الخدمات العمومية، كون الخدمة عمومية فهذا يعني التقيد بعدد من المبادئ مثل مبدأ الاستمرارية ، و المساواة، التأقلم، و الأمن، كما أن ذلك يعني توفير السلع و الخدمات الأساسية للمستهلكين و المستعملين بشكل مناسب و مقبول من حيث السعر، و الجودة، و الأمن.

V . 1 تعريف الخدمة و خصائصها

تسيير الخدمة يبدأ من استيعاب تعريف الخدمة و خصائصها، إلى جانب الفهم الدقيق لنظم إنتاجها لان هذه الأخيرة يدخل في إنتاجها عدد كبير من العناصر في مستويات مختلفة و متعددة و في مراحل متباينة. إن الأخذ بكل هذه العوامل بعين الاعتبار يتطلب من وظيفة مراقبة التسيير أن تغير من طرقها التقليدية التي ورثتها عن المؤسسات الإنتاجية.

V . 1 . 1 تعريف الخدمة :

يتفق الجميع أن النشاط و العمل في المستشفيات هو نشاط خدمي، و انه إنساني بشري أي أنه خدمة يقدمها بشر من جهة إلى بشر في الجهة المقابلة. و لفهم النشاط ألاستشفائي لابد من فهم والتعرف على الخدمات و خصائصها، و قبل ذلك نقف على تعريفها و مفهومها

ينطلق الباحثون في تعريفهم للخدمة من عدة الزوايا و في اتجاهات محددة ، و التي قد تشترك رغم ذلك مع بعضها البعض في عدة معاني أو مفاهيم.

فنجد من المؤلفين من يركز على العنصر البشري في تعريف الخدمة ، فيعرفها على أنها " نشاط أو مجموعة من الأنشطة التي تؤدي إلى إشباع حاجة أو رغبة معينة للعميل، سواء قدمت بمقابل مبلغ معين مثل خدمات البنوك و الفنادق و المستشفيات الخاصة، أو قدمت مجانا مثل خدمات المدارس الحكومية أو مراكز الصحة الحكومية". يعد العنصر البشري من العناصر الهامة و المؤثرة في جودة الخدمة، حيث أن العامل الذي ينتج السلعة بالمصنع لا يقدمها للعميل ، بينما الموظف بالبنك أو العامل بالفندق أو الطبيب بالمستشفى هو الذي يتعامل مع طالب الخدمة ويقدمها له، وبالتالي فإن مستوى جودة الخدمة غالبا يتوقف على مستوى الكفاءة الفنية، والسلوكية لمقدمي الخدمات (جاد الرب، 2008، ص 23).

و هناك من يعرف الخدمة على أنها أي مساعدة من شأنها أن تسهل على المستهلك تحقيق أهدافه و سواء كانت تلك المساعدة كأنشطة، أو نتائج لها.

قد تعرق الخدمات استنادا إلى بعض خصائصها، حيث يعرفها دونالد كول (Donald Cowell) على أنها " تلك الوحدات المنفصلة كليا كما أنها تمثل أنشطة غير ملموسة لتحقيق الرضا و إشباع الحاجات للفرد. إلا أنه ليس بالضرورة أن يكون بيعها مستمرا أو استعمالها ناتج عن استخدام موجودات مادية (Mordem، 1994،ص 321). و يقترب من هذا التعريف، تعريف كتلر (Kotler)، حيث يركز في تعريفه على لا ملموسية الخدمة و أنها لا تتم بالضرورة بإنتاج مادي حيث قال عن الخدمة بأنها: " أي فعل أو أداء يمكن أن يحققه طرف ما إلى طرف آخر

يكون جوهره غير ملموس و لا ينتج عنه أي تملك و إنتاجه قد يكون مرتبط بإنتاج مادي أو قد لا يكون" (Kotler، 1996،ص 695). و هذا التعريف يوافقه ما جاء في مؤلف (Lancaster و Massing ، 1995، ص 206) من أن الخدمة هي "منتوج غير مادي يحتوي في مضمونه على عمل وأداء لا يمكن امتلاكه مادياً "

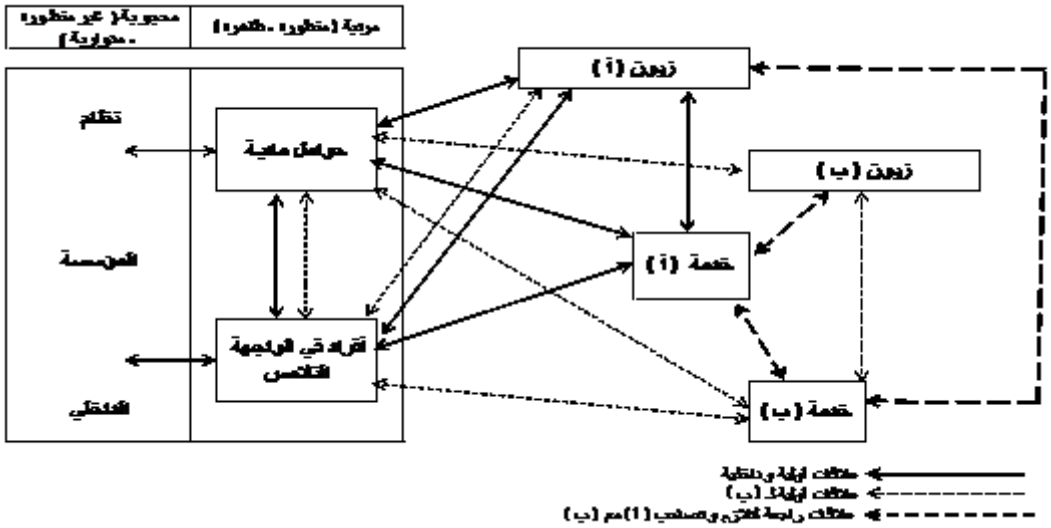
أما تعريف كل من (,Christopher و McDonald ، 1995، ص 282) فقد تضمن إشارة إلى ما يجب أن تتضمنه الخدمة الجيدة، حيث قالا أن الخدمة هي: " جميع النشاطات والعمليات التي تحقق الرضا و القبول لدى المستهلك مقابل ثمن و دون أن يتضمن تقديمه أي خطأ". و نلاحظ أن هذا التعريف قد أكد على مسالة النوعية في تقديم الخدمة و تزداد أهمية هذه الإشارة عندما يتعلق الأمر بتقديم الخدمات الصحية.

V . 1 . 2 نظام إنتاج الخدمة

تنتج الخدمة من التفاعل بين ثلاثة عناصر أساسية ضرورية لإنتاجها و لتوزيعها: الزبون، الحوامل المادية و الأفراد الذين هم في تلامس، حيث يلتقي هؤلاء الأفراد و الحوامل في الخلفية، التنسيق الداخلي لنظام المؤسسة و كذلك حضور الزبائن الآخرين. من المؤلفين من يضيف عنصر رابع و المتمثل في نمط (نسق) التنظيم الداخلي للمؤسسة.

بالنسبة للزبون، فإن نظام إنتاج الخدمة و توزيعها يظهر في جزئين: الجزء المرئي (الظاهر، منظور) لعين الزبائن، و جزء غير ظاهر (محجوب)، انظر الشكل التالي:

الشكل رقم 30 : نظام إنتاج الخدمة (*servuction*) حسب Eiglier et Langeard,



المصدر: Eiglier P. et Langeard E. (1987), Servuction. Le Marketing des services, McGraw Hill.p91.

قام Langeard et Eiglier بإيجاد مقاربة شاملة لنظام إنتاج الخدمة و سمياه (servuction)، الذي قد يناسبه مصطلح (نظام إنتاج الخدمة)، يعني هذا المصطلح الجديد " التنظيم المنهجي و المتسق لكل العناصر المادية و البشرية المتفاعلة و المتقابلة بين الزبون والمؤسسة و التي تعتبر ضرورية لانجاز و تقديم الخدمة التي لها خصائص تجارية ومستويات جودة محددة سلفا " (Langeard و Eiglier ، 1987، ص 102)

يتخذ نظام (إنتاج الخدمة) كمرجع له ستة عناصر التي تتفاعل فيما بينها: زبون، خدمة، حوامل مادية، أفراد ملامسون، نسق التنظيم الداخلي، زبائن آخرون.

- الزبون : يضع نموذج (إنتاج الخدمة) مشاركة (مساهمة) الزبون في سياق إيجاد الخدمة في مقام متقدم. فيما يتعلق بالخدمات، تعتبر العلاقة بين مقدم الخدمة و الزبون واحدة من عقد مشكلة الجودة. تكون مشاركة الزبون عبارة عن مجموع (محصلة) العمل الذي يقوم به من أجل تحقيق وإنجاز الخدمة، و يتعلق بالتفاعل (زبون - حوامل مادية) و (زبون - أفراد ملامسون).
- الخدمة : تمثل القصد و الهدف و النتيجة لنظام (إنتاج الخدمة). حيث أن الخدمة تنتج عن التنظيم المتناسق لمجموعة الخدمات الأولية و الأساسية التي تصممها و تقترحها المؤسسة، و تكون ملائمة لقسم أو مجموعة من الزبائن، و التي تنتهي بخدمة عامة بالنسبة للزبون. الخدمة الأولية يمكن أن تتكون من خدمة أساسية (قاعدية): التي يمكنها إشباع حاجة رئيسية للزبون، و خدمات محيطة تقع حول الخدمة الأساسية من أجل تسهيل الوصول إليها أو أن تضيف إليه قيمة ما. هذه المجموعة من الخدمات (الأساسية و الطرفية) تؤدي إلى خدمة إجمالية يحكم عليها و يقيمها الزبون. بعبارة

أخرى، فإنه عادة ما يتم التفريق في عملية تقديم الخدمة، بين الخدمات الأساسية (core service) و بين الخدمات الثانوية (peripheral services).

– الحوامل المادية : يقصد بها مجموعة العناصر المادية الضرورية لتحقيق الخدمة.

و يضم الأدوات اللازمة لإنتاج الخدمة و كذلك البيئة المساعدة في ذلك.

– الأفراد الملامسون: و يقصد بهم الأفراد المستخدمين من طرف مؤسسة الخدمات،

و الذين يستوجب منهم عملهم أن يكونوا في تماس و تلاقي مع الزبون.

– نسق التنظيم الداخلي : يكون غير مرئي بالنسبة للزبون و يضم مجموعة الوظائف

التقليدية للمؤسسة (المالية، التسويق، الأفراد،...)، كما يضم بعض الوظائف النوعية التي تعتبر ضرورية لتحقيق الخدمة.

– الزبائن الآخرين : يؤدي تواجد العديد من الزبائن الى نشوء علاقات بينهم في وحدة (إنتاج الخدمة).

V . 1 . 3 خصائص الخدمة

كثيرا ما يلجأ الباحثون إلى عقد مقارنات بين الخدمة و السلعة ، و ذلك قصد تحديد مميزات و خصائص كل منهما. و يتفقون كلهم على وجود فروق و واضحة بين كلا منهما من حيث الخصائص و المكونات و طرق القياس و الرقابة و غيرها، و فيما يلي استعراض لأهم الخواص التي تميز الخدمة و منها:

أولا : الخدمات غير ملموسة

هناك من يستعمل كلمة "اللاملموسية"، و يقصد بها أن الخدمة ليس لها كيان مادي ملموس، وحسب (Bateson، 1977 ،ص 214)، فان الخدمات غير ملموسة ماديا وذلك راجع إلى خاصية طبيعية فيها، زيادة على ذلك فإنه يصعب المسك بالخدمة، أو فهمها و عليه تكون الخدمة لاملموسة ذهنيا، و يضيف أن الخدمات عبارة عن فعل (تصرف) بالنسبة لمقدمها و هي عبارة عن تجربة بالنسبة للمستفيد. كما أن الخدمة تتميز بخصائص سيكولوجية مؤثرة مثل طبيعة و أسلوب تقديمها و الجو العام المحيط بمكان تقديم الخدمة.

لا ملموسية الخدمة ينتج عنها عدم إمكانية تخزينها من قبل مقدم الخدمة لتلبية التقلبات المحتملة في الطلب عليها مستقبلا. زيادة على ذلك، فهذه الخاصية تجعل من عملية تقييم الخدمة، أمرا صعب قبل الحصول عليها، و في بعض الأحيان حتى بعد استهلاكها. غير أن المحيط المباشر

لإنتاج الخدمة و كذلك العناصر اللازمة لتقديمها هي عناصر يمكن تخزينها. بصفة عامة فإن هذه الخاصية تؤكد على أنه من غير الممكن اختبارها، مشاهدتها، لمسها، سماعها، قبل أن تتم عملية الحصول عليها، و خاصة للمستهلك الذي لا يملك تجربة سابقة عن الخدمة المقصودة. وقصد توضيح خاصية اللاملموسية قام (Lovelock و Lepert ، 1999،ص 148) بتصنيف العناصر التي تتكون منها الخدمة، حسب درجة لاملموسيتها. يقوم هذا الترتيب على التفريق بين الخدمات التي المخصصة إلى الأشخاص و تلك المخصصة إلى الأشياء، مثل ما هو مبين في الجدول التالي:

الجدول رقم 10 : تصنيف الخدمات تبعا لعدم ملموسيتها

طبيعة النشاط الخدمي	المقصود بالخدمة	
	الأشخاص	الأشياء
الأنشطة (الأفعال) الملموسة	خدمات موجه لأجسام الأشخاص: الصحة، نقل الركاب، الإطعام،...	خدمات موجهة للتملك المادي: نقل البضائع، الصيانة، النظافة،...
الأنشطة (الأفعال) غير الملموسة	خدمات موجه نحو روح الأشخاص:التربية، الثقافة، الاتصالات،...	خدمات موجه نحو أصول غير مادية: البنوك، المصالح الحقوقية، المحاسبية...

المصدر: Lovelock C. et Lapert D. (1999), Marketing des Services, Stratégie, Outils, Management,Publi-Union.

في الأنشطة (الأفعال) الملموسة الموجهة للأشخاص تستلزم الحضور المادي للزبون طوال فترة تقديم الخدمة من أجل الإحساس المنفعة منها و حصوله على الشعور المرتقب من خلالها. أما عندما يكون توجيه هذه الأفعال إلى الأشياء المادية فإن ذلك لا يتطلب حضور الزبون في أثناء تقديمها. الأفعال غير الملموسة الموجهة نحو روح الأفراد تتطلب مشاركة الزبون خلال المخدومية، و عندما تكون الخدمة مقدمة عن بعد فإن الحوامل المادية تقل و تصبح محدودة. أما الأفعال غير الملموسة الموجهة نحو أصول غير مادية فهي من الناحية النظرية لا تتطلب أي علاقة آو رابط مباشر مع الزبون من بعد ان يقوم هذا الأخير بتقديم طلب تقديم الخدمة.

لا شك أن اللاملموسية تمثل في حقيقتها مشكلات كبيرة لإدارة العمليات و المنظمة. و هذا ما ينعكس بشكل خاص على معيارية تقديمها للمستهلكين و بالتالي صعوبة تقييم مخرجات العملية العلاجية باعتبارها تتصف باللاملموسية في جوانب كثيرة منها.

زيادة على ذلك فقد تم الاهتمام بتفصيلات و تقسيمات للماديات المشكلة للمنتج كما يلي :

(أ) سلع مادية بحتة لا تحتوي في مضمونها على أي جانب للخدمة مثل الملح و السكر،

(ب) سلع مادية تحتوي في مضمونها على خدمة كما هو الحال مثلا في السيارات الهجين. الذي يمثل حالة مشتركة و متساوية بين الخدمة و السلعة كما هو الحال مثل مطاعم الوجبات السريعة؛

(ج) خدمة تحتوي في مضمونها سلعة. مثل خدمات النقل الجوي التي تتضمن كجزء منها الطعام و الشراب و المجلات و بطاقات السفر و التي تشكل جزءا ماديا في الخدمة؛

(د) خدمة بحته. و هي لا تتضمن أي جانب مادي فيها كما هو الحال في الرعاية المنزلية للطفل (جليسة الأطفال)، الطب النفسي. (البكري، 2005 ،ص ص 22 – 23).

ثانيا : تداخل العميل في نظام الخدمة

تعتبر السمة المميزة للنظم الخدمية هي تفاعل و تداخل العميل في نظام تقديم الخدمة، وذلك عكس النظم الصناعية. إن إنتاج الخدمة يعني تفاعلا الذي قد يكون عميقا أو أقل عمقا بين مقدم الخدمة و الزبون. يمكن أن تكون منطقة التلامس أكثر أهمية (high contact services) أو أقل أهمية (low contact services) لكن التداخل يبقى فيما يعرف (المخدومية) – كما سبق توضيح ذلك أعلاه – . الإشراك التنظيمي للزبون يعتبر إذا عنصرا أساسيا من اجل نجاح تدخل العميل في سياق الإنتاج (Eiglier و Goudarzi ، 2006 ص 79) .بما أن الزبون يجب أن يكون حاضرا أثناء تقديم الخدمة ، فان نقاط (أماكن) تقديم الخدمة يجب أن تكون الجوار المباشر للزبائن المراد خدمتهم. مما يجعل من الخدمات في كثير من الأحيان تتعلق بالمكان الذي تقدم فيه. كما أن وجود العميل وسط نظام إنتاج الخدمة يمكن أن يؤثر في توقيت الطلب، و التحديد الدقيق لطبيعة الخدمة، و جودة الخدمة، وذلك لأنه أحد مدخلات العملية الخدمية (جاد الرب، 2008 ،ص 34).

تعتبر هذه الميزة من أبرز ما تتصف به خدمات الرعاية الصحية . و هي ميزة ملازمة لهذا النوع من الخدمات ، حيث لا يمكن تصور خدمة تشخيصية أو علاجية لمرض ما دون تداخل المريض "العميل" ناهيك عن غيابه.

ثالثا : التلازم :

تقترن الخدمة عموما بعملية الاستهلاك المباشر لها. أي أن الخدمة يتم استهلاكها في ذات الوقت الذي تنتج فيه، ذلك أن سياق إنتاج الخدمة يتزامن مع توزيعها و مع استهلاكها (Rathmell, 1974 ; Eiglier et Langeard, 1975 ; Bateson, 1977 ; Shostack, 1977 ; Kotler, 1982 ; Grönroos, 1984)

كما يعرف (Kotler، 1982، ص 111) التلازم على النحو التالي، لا يمكن فصل الخدمة عن الفعل الذي يخلقها، حيث أن إنتاجها و استهلاكها يتحقق بشكل آني أي متزامن. و هو ما يختلف عن المنتوج (سلعة) الموجود دون أن تكون هناك حاجة لاستهلاكه فورا. في حين أن المنتجات تمر بعدة مراحل من التصنيع و لا يتم استهلاكها إلا في المرحلة الأخيرة منه ، و أحيان يكون استهلاك السلعة بعد مرحلة التخزين.إن التزامن في إنتاج الخدمة، و استهلاكها و توزيعها ينتج عنه عدة نتائج.منها أن الخدمة كنتيجة، لا يمكن فصلها عن الطريقة (الكيفية) التي يتم تقديمها بها. كما يعتقد كل من (Schneider و Bowen ، 1995 ،ص152) أن الخدمات تعطي تجربة نفسية أكثر مما تمنح التملك المادي. لأنها أفعال و سياقات (سيرورات)، أكثر مما هي تخصيصات مادية، تحدد رضا الزبون. من المؤلفين(Tansik و Smith، 1991 ؛ Zahorik و Rust ، 1992؛ ubbert و اخرون، 1995) من يستخدم مفهوم (script) بمعني حالة تضم مختلف الأفعال التي تكون سياق تشكل الخدمة، و ترتيبها، و علاقاتها، الفاعلين الداخلين فيها.

رابعا : ارتباط الخدمة بشخصية المستهلك

نظرا لأن طالب الخدمة يعتبر أحد مدخلات نظام إنتاج الخدمة فان تفاعله مع النظام يؤثر على تفاعلات و انطباعات الطرفين (العميل – مقدم الخدمة) و هذا التأثير قد يكون إيجابيا في حالة و جود وعي مهني من قبل الطرفين، و بالتالي يمكن إنتاج و تقديم خدمة بمستوى كفاءة عالي، أما في حالة عدم توافر هذه المعنويات الايجابية فالأثر السلبي ينعكس كذلك على الطرفين و يقلل من مستوى جودة الخدمة (جاد الرب، 2008 ،ص 35).

خامسا : عدم قابليتها للتخزين

الخدمة لا تتجاوز زمنيا الطلب المتحقق عليها و خصوصا إذا ما كان الطلب متقلب

أو غير مستقر للخدمات التي يطلبها الأفراد. و ينطبق ذلك على حالة الغرف غير المشغولة في الفندق والمقاعد الشاغرة في الطائرة و الأسِرة غير المشغولة في المستشفى كلها تمثل خسائر خلال فترة عدم شغلها. لذلك يلاحظ بأن الطاقات المتاحة لإنتاج الخدمات تكون متغيرة و مرتبطة

إلى حد كبير بمستوى الطلب عليها، و ذلك قصد تجنب ضياع الطاقة الإنتاجية. هناك من الخدمات ما لا يطرح مثل هذا النوع من المشاكل ، أي أنه يمكن تخزين هذه الخدمات كالإرشادات الطبية التي يتم كتابتها للمستفيدين عند الطلب.(جاد الرب، 2008 ،ص 34 ؛البكري،2005 ،ص 24)

سادسا : عدم تملك الخدمة

يقصد من ذلك أن الاستفادة من الخدمة تكون في حدود ما يمكن للمستفيد الانتفاع بها دون

أن يكون له الحق في ادعاء تملك، فمثلا تمتع الزبون بخدمات الضيافة في الطائرة لا يسمح له بادعاء ملكيتها بما أنه يستعملها و لا يمكنه الادعاء أنه يملك حتى مجرد مقعدا فيها. و عليه الخدمة لا تمتلك لكن الاستفادة منها و التمتع بها يكون على قدر المقابل المدفوع لقاء تلقي الخدمة.

سابعا : عدم استقرار الطلب

يعتبر تحديد مستوى معين من الطلب على الخدمات من أصعب ما يواجه القائمين على إدارة المؤسسات الخدمية، حيث أن الطلب على الخدمات يتصف بالتذبذب و بعدم الثبات أو الاستقرار، و هذه الذبذبات قد تحصل في اليوم الواحد عند بعض مقدمي الخدمات مثل المطاعم، النقل ، أو قد تحصل في خلال الأسبوع مثل ما هو الحال في خدمات النقل و الفنادق والمستشفيات (جاد الرب، 2008 ،ص 35).

ثامنا : التباين

يواجه القائمون على تقديم الخدمة مثلهم مثل المسيرين في مجال تقديم الخدمات مشكلة في الحفاظ على مستوى واحد من المعيارية في تقديم الخدمات أي في المخرجات بحيث تكون الخدمة المقدمة لجميع المستهلكين هي نفسها. لأن الخدمات عموما، و حسب طبيعتها، فهي اقل نمطية من السلع المنتجة بالسلسلة.

وكذلك لأن الخدمات - كما سبق الإشارة إليه - عبارة عن سياق يمتد على جزء من الوقت قد يطول أو يقصر ، فهو بذلك عرضة للتغيرات تبعا لتصرفات (مواقف) الأفراد الذين هم في التلامس، أو للمتوقع (المرجو)، و لردة الفعل الناتجة عن الزبون، و للعوامل المرتبطة بالمحيط الذي تقدم فيه الخدمة. يرجع السبب في ذلك إلى تنوع مدخلات عملية إنتاج الخدمة مثل المواد، التوقيت، السرعة، الأدوات المستخدمة، و خاصة مقدم الخدمة، أن هذا العنصر الأخير يؤثر كثيرا في عملية إيجاد معيارية معينة لأداء الخدمة المقدمة.

إلى جانب ذلك فان عدم التجانس الحاصل قد يكون اختياري، فتنوع تقديم الخدمة و تكييفها لطلبات الزبون يمكن أن يعتبر كعامل أساسي للنجاح في صلب عمليات المؤسسة. عدم التجانس الملاصق لتقديم الخدمات يرجع بصفة طبيعية إلى كل ما ذكر حول الطابع الناشئ عن العلاقات في تقديم الخدمات، عموما الخدمة تكون موجهة إلى الأشخاص أكثر منها إلى الأشياء.

كما هو معروف لدى المختصين، يشكل الأفراد الملامسون الحلقة الأخيرة في سلسلة القيمة، و العنصر الحاسم في تقديم الخدمة التي تجند و تعبئ حجم معتبر من العوامل البشرية (أكثر منها في المؤسسات الصناعية أين يمثل الجانب التقني رأس المال المركزي). لأجل ذلك فإن تكوين ، و تنشيط و مراقبة الأفراد الملامسين تعتبر عناصر ذات أهمية بالغة لأداء الأنشطة الخدمية (Meyssonnier ، 2011 ، ص 7). إلى جانب ذلك فإن التغذية العكسية تعتبر من أهم الطرق المستعملة في استقصاء آراء المستهلكين و معرفة مقترحاتهم حول الخدمة المقدمة و ذلك قصد تحسينها. و تعتبر هذه الطريقة الأنسب لتقليص التباين (Kotler ،1994، ص 468).

تاسعا : صعوبة قياس و تقييم المخرجات

تعتبر هذه الصفة من اكبر ما يميز الخدمة عن السلعة ، حيث أنه يصعب تقييم الخدمة لما تحتوي عليه من ذاتية أن على مستوى الطلب أو على مستوى تقديم الخدمة، و صعوبة التقييم هذه لها عدة أوجه فهي تتمثل في:

(أ) صعوبة الرقابة على الجودة؛

(ب) صعوبة في تقييمها من قبل المستفيد (خاصة عند أول مرة – المبتدئين-)؛

(ج) اختلاف قنوات التوزيع و تعدد مواقع و اتساع الرقعة الجغرافية لتقديم الخدمة؛

(د) أهمية عامل الوقت؛

(هـ) اعتماد الخدمة على التناغم و الانسجام بين مقدم الخدمة و المنتفع بها، المريض ما لم يذكر كل البيانات المرضية المتعلقة به و ما لم يلتزم بتعليمات الطبيب فقد يتعثر شفاؤه.

كما يمكن عقد مقارنة في هذا الصدد بين الخدمة من جهة و السلعة من جهة ثانية فنجد مثلا:

جدول رقم 11 : اختلاف خصائص الخدمة عن السلعة

الخصائص	السلع	الخدمات
1. درجة الاتصال بالعميل	منخفضة	عالية
2. درجة النمطية في المخرجات	عالية	منخفضة
3. طبيعة المخرجات	ملموسة	غير ملموسة
4. درجة قياس الإنتاجية	سهلة	صعبة
5. حجم المخزون	كبير	ضئيل جدا
6. التقييم	سهل	صعب جدا
7. إمكانية تصحيح عيوب الجودة قبل التسليم	عالية	منخفضة

المصدر : جاد الرب، سيد محمد، 2008 "الاتجاهات الحديثة في إدارة المنظمات الصحية" ، مطبعة العشري، القاهرة، ص 33.

V . 2 مفهوم الخدمة العمومية و مبادئها

للخدمات مميزات و خصائص تجعل عملية تسييرها معقدة و صعبة، أما إذا تعلق الأمر بالأنشطة الخدمية العمومية فان الأمر يزداد تعقيدا و صعوبة نظرا لما الطابع العمومي من متطلبات يجب استيفاؤها بغض النظر عن الجانب الاقتصادي او التجاري للنشاط.

V . 2 . 1 مفهوم الخدمة العمومية

في محاولة لتعريف الخدمة العمومية يقول(Stoffaes ، 1995، ص 12) يمكن اعتبار أن الخدمة العمومية و من منظور تقليدي من خلال ثلاثة معايير: يتعلق الأمر بنشاط ذو مصلحة عامة، الخدمة العمومية منظمة من قبل شخص عمومي و مسيرة من طرف شخص عمومي أو خاص، على ان الخدمة العمومية تخضع إلى قواعد القانون العام (المشترك).

في حين يؤكد (Chevallier ، 1998 ،ص 27) أن الخدمة العمومية هي كل وظيفة يكون أداؤها مضمونا ومضبوطا ومراقبا من قبل الحاكمين، لأن تأدية هذه الوظيفة أمر ضروري لتحقيق وتنمية الترابط الاجتماعي. وهي ذات طبيعة لا تجعلها تتحقق كاملة إلا بفضل تدخل قوة الحاكمين.

"الدولة هي تنظيم اجتماعي مشكل أساسا من طرف مجموعة من المصالح العمومية". تعرض هذه المصالح على أساس مجموعة من التنظيمات مخصصة لإرضاء بعض الحاجات والمصالح الفردية والجماعية للأمة [....]، المصالح العمومية هي التنظيمات المشكلة لهيكلة الدولة (Bonnard، 1926 ، ص 15 و 51) مذكور عند (براينيس، 2007 ، ص 57).

كما في تعريف (Evelyne) يعتبر من الخدمة العمومية كل الأنشطة التي يجب أن يتم ضمانها و توزيعها و كذلك مراقبتها من قبل الحكومة، لان هذا الانجاز ضروري لتحقيق تنمية

الترابط الاجتماعي ، و أن لهذه الخدمات طبيعة بحيث لا يمكن انجازها إلا من خلال قوة الحكومة (Evelyne ، 1998، ص 35). و تجدر الملاحظة أن هذا التعريف يركز على الجانب الاديولوجي حيث يعتبر أن الخدمة العمومية تمثل الأساس و في نفس الوقت الحدود لسلطة الدولة - دور الدولة الحامية - أو القادرة، و كيف أن الدولة لا يمكن تبرير عملها إلا من خلال إرضاء الحاجات الجماعية للجمهور. كما يمكن أن ينظر للخدمة العمومية على أنها تعتبر سبب لشرعية عمل الدولة.

في حين جاء تركيز (Chevallier ،1998، ص 47) على خصائص الخدمة العمومية حيث يري بما أن الخدمة العمومية هي موجهة لإرضاء حاجات الجمهور، فان الخدمات العمومية يجب أن تعمل بشكل منتظم و باستمرار، بدون عوائق و بدون صدامات

و تعرف الخدمة العمومية على أنها مجموعة من القواعد الكلاسيكية المتعلقة مبدأ الاستمرارية ، و المساواة، التأقلم، و الأمن، في حين يركز آخرون و ذلك انطلاقا من مقاربة عملية على أن من أهداف أنشطة الخدمة العمومية هو توفير السلع و الخدمات الأساسية و جعلها في متناول المستهلكين و المواطنين و ذلك في ظروف مقبولة من حيث السعر، و الجودة، و الأمن (Bauby ، 2008، ص 3)

يقترح (Chevallier، 1998 ، ص 72) أن يتم التفريق بين ثلاثة طبقات من الخدمات العمومية حسب توقيت ظهورها أو القطاع الذي تنتمي إليه:

- الخدمات العمومية القديمة: يتعلق الأمر خصوصا بالخدمات العمومية الملكية (الحقوقية). حيث تمثل جزء من مؤسسة الدولة سواء لأنها تهدف إلى حماية الملكية المشتركة (دبلوماسية، الدفاع، الشرطة، العدل)، أو لأنها تعطي وسائل للدولة لممارسة مهامها (النقد، الضرائب).
- الخدمات العمومية الاقتصادية: يرتبط توسعها بالتطور الاجتماعي المحلي في بداية القرن العشرين و بتأميم المؤسسات التي تشكل شبكة لاسيما ابتداء من سنة 1930 (الإنتاج، والتوزيع، و الطاقة مثلا).
- الخدمات الاجتماعية : ظهر هذا النوع من الخدمات بين الحربين العالميتين مع إنشاء نظام الحماية الاجتماعية و الخدمات العمومية للصحة و السكن مثلا.

أما الخدمات الاجتماعية الثقافية: يعتبر تطورها حديثا نسبيا، و هي تختص بالمحافظة وحماية الميراث الثقافي (السجلات والوثائق، النصب والآثار التاريخية، المتاحف، المكتبات)،

تشجيع الآداب والفن (التكفل)، ومجالات أخرى مختلفة ومتنوعة (الإعلام، الشباب والرياضة، السياحة، الترفيه، الخ ...).

في الواقع، نلاحظ أن النموذج النظري للخدمات العمومية قد شجع على توسع حقل تدخل الدولة على النحو التالي:

أولا :مبررات تدخل الدولة

أ.) تستعمل الدولة بصفة كاملة الأسواق العمومية كوسيلة للتدخل.وهذا معناه أن الإدارة

هي التي تنتج منافع للمصلحة العامة وأنها ممثلة من طرف الخدمات العمومية، ولذلك فهي عندما تسعى لتفضيل الصالح العام فهي مدعوة لضمان حسن سير خدمات المصلحة العمومية. وإذا وجدت الإدارة نفسها مدعوة للتكفل بهذه النشاطات، فذلك راجع إلى اقتناعها بأن الأشخاص الخاصين هم غير قادرين على تأدية المهام الأساسية لمجموع المواطنين.

هذه المتطلبات التقنية، الاجتماعية والسياسية هي سر وجود الخدمة العمومية، وإن سلطات الدولة هي موضوعة لإشباع حاجات المواطنين عن طريق الخدمات العمومية.

ب.) لكي تصبح الخدمة، خدمة عمومية فذلك معناه أن هذه الخدمة تتمتع بمعيار ثنائي،

فهي من جهة "اقتصادية" (صناعية تجارية) أو "إدارية" ومن جهة أخرى مراقبة الدولة لها تجعلها "سياسية".

ج.) ما هو أساسي في المصلحة العمومية هو مفهوم الهدف. فأي نشاط لا يؤدي بمفهوم

الفائدة العمومية والمصلحة العامة هو بالضرورة غير صادر عن مصلحة عمومية. ولذلك فإنه عندما تفضل الخدمات العمومية الكبرى لصفتها التجارية والصناعية فإن الرأي العام يتهمها بالتخلي عن دورها كخدمة عمومية. فإذا تخصصت مثلا مصلحة عمومية ما فقط في العمليات المربحة والزبائن المربحين فإنها ستفقد بسرعة دورها كخدمة عمومية. لأن الهدف الأول والأساسي للنشاط العمومي هو إرضاء المصلحة العامة، وهذا ما يبرز في بعض الأحيان احتفاظ هذه المصالح العمومية ببعض النشاطات غير المربحة أيضا.

ثانيا دواعي تدخل القطاع العام

إذن الهدف الأساسي للخدمات العمومية ليس هو تعظيم الربح المادي، بل تعظيم الربح الاجتماعي. من أهم مبررات تكفل الدولة ببعض النشاطات الصناعية والتجارية في الجزائر هو

رغبتها في منع ملكية وتسيير الخدمات ذات "المصلحة العامة" من قبل مؤسسات خاصة هادفة إلى الربح.

كما أن هناك أسباب أخرى تتمثل في: الدفاع الوطني، مصلحة الدولة، مراقبة المؤسسات ذات الطابع الاحتكاري، تنمية الثقافة و التعليم، ...إلخ، يمكن تلخيص دواعي وأسباب تدخل القطاع العمومي في النقاط التالية:

- وضـع القطاعات ذات المردودية المتنامية في ثقة المؤسسات العمومية.
- الحـد أو التقليل من عملية الاحتكار للخواص.
- تنظيـم قطاع يكون من غير الكافي تدخل الخواص فيه.
- ضمـان الدفاع على قطاع وطني مهدد من طرف المنافسة الخارجية.
- ضمـان التطور والنمو المرغوب فيه للاستهلاكات الجماعية.
- ضمـان إنجاز مستوى ملائم لأداء التجهيزات الجماعية(براينيس، 2007 ، ص ص 51-52).

V . 2 . 2 مبادئ الخدمة العمومية

يرتكز مفهوم الخدمة العمومية على عدة مبادئ مبدأ الاستمرارية و مبدأ المساواة و مبدأ التكيف adaptabilité ، و يقصد بالمبدأ الأول أن الخدمة العمومية لا يمكن أن تنقطع بأي حال من الأحوال ، مع الأخذ بعين الاعتبار لحق الإضراب، أما المبدأ الثاني فيقصد منه أن كل المواطنين يجب أن يكون لهم الحق في الخدمة على قدر المساواة ، في حين يعني المبدأ الثالث أن الخدمة العمومية يجب أن يستفيد منها الجميع بدون أي نوع من التمييز،

إن هذه المبادئ تدعم المنطق القائل أن الخدمة العمومية تساهم في تطوير الديمقراطية، لأنها تنطوي على مفهوم المساواة في الوصول إلى الخيرات الجماعية العالمية مثل الماء، النقل الحضري و ما بين المدن، الكهرباء، الغاز، أو الهاتفية. إن هذا المفهوم أو التصور يزيد من أهمية الخدمة العمومية حيث أنه يمكن اعتبارها كأداة لتأييد العقد الاجتماعـــي و تدعيم الوفاق الاجتماعي (Rachline ،1996،ص 36). فيما يلي شرح لهذه المبادئ الأساسية لمفهوم الخدمة العمومية.

أولا : مبدأ المساواة

المساواة في الوصول ، ويمكن التعبير عنها بحق الوصول ، وهذا يعني إن المسئول عن الخدمة العمومية يكون مجبرا على تقديم الخدمة ، بالعمل على توصيلها لكل شخص يطلبها –

الخدمة العمومية – و ذلك بمجرد اجتماع عدد معين من الشروط التقنية أو المالية. و يشبه مبدأ المساواة في الوصول إلى الخدمة العمومية مبدأ المساواة أمام القانون المنصوص عنه في ميثاق حقوق الإنسان و المواطنة. و يعتبر مبدأ المساواة في الحصول على الخدمة العمومية من المبادئ التي يصعب حصرها ضمن المبادئ الثلاثة المذكورة. أي انه يعني أن "المستعملين " يجب معاملتهم بطريقة مماثلة عندما يتواجدون في أماكن و حالات متشابهة، و على العكس فإن الاختلاف في المعاملة يبرره (يفرضه، يقرره) الاختلاف في الأماكن و الحالات التي يتواجد فيها "المستعملون" . و كما ينطبق هذا المبدأ على الأفراد فانه ينطبق على جماعات المستعملين.

إن هذا المبدأ يشبه إلى حد كبير مبدأ العدالة الذي يمكن استعماله في مقابل ما يعرف égalitarisme (Stoffaes. ، 1995، ص 18).

و يرتبط هذا المبدأ بمبدأ آخر كبير و هو مبدأ الحيادية التي تمنع أن تقدم الخدمة العمومية بشكل مخالف أو مغاير تبعا لمعتقدات الأشخاص المقدمين للخدمة أو التمييز بين المستعملين على أساس عرقية أو دينية أو أي أساس آخر من حيث تقديم الخدمة للمستعملين.

ثانيا : مبدأ التكيف

وتعني أنه يجب على الخدمة العمومية أن تتأقلم مع الظروف و مع التطورات في الحاجات. ويقيم هذا المبدأ من زاويتين الكم و الكيف، و عادة يستعمل مبدأ التكيف أو التأقلم كمبرر لتطوير وتحديث الخدمة العمومية.

ثالثا : مبدأ الاستمرارية

يقصد بمبدأ الاستمرارية وجوب الاستجابة و بدون انقطاع لحاجيات المستعملين في حدود

احترام حق الإضراب. و هناك من المفكرين من يرفض فكرة وجود الإضراب في الخدمة العمومية على اعتبار أنهم يرون ان الخدمة العمومية لا يجب أن تنقطع بحال من الأحوال.

بصفة عامة يمكن إجمال ما يميز قطاع الخدمات العمومية بمجموعة من الخصائص، (Chevallier). من أهم هذه الخصائص نذكر:

1) إن الصفة المشتركة لكل هذه المؤسسات العمومية هي تمركزها في القطاعات القاعدية وكونها كلها قطاعات مهمة لأسباب سياسية اجتماعية واقتصادية وغيرها. وهذا ما يلغي الفكرة القائلة بأن القطاع العمومي هو "مستشفى" المؤسسات المريضة.

2) أغلب مؤسسات الخدمات العمومية موجودة في وضعية احتكارية للسوق، أي أنها متواجدة في سوق الاحتكار الكامل (عارض وحيد وطالبين متعددين) مثل احتكار الكهرباء والغاز في الجزائر من طرف سونلغاز واحتكار الشركة الوطنية للسكك الحديدية لأسباب جغرافية، واحتكار البريد و الاتصالات لخدمات البريد والاتصالات، رغم أن بعض المؤسسات العمومية الخدمية لم تعد في حالة احتكار تام، نجد مثلا مؤسسات تقديم العلاج، حيث أنها أصبحت في حالة منافسة غير أنها مازالت تحتفظ بطابعها العمومي كالمستشفيات العمومية مثلا. ولذلك فكامل زبائن هذه المؤسسات هي من النوع الخاضع (Captive).

3) أغلب مؤسسات الخدمات العمومية هي مؤسسات ضخمة وكبرى، من حيث معدل تشغيلها ورقم أعمالها ومعدل استثماراتها المحققة. ويكون ذلك خاصة إذا تعلق الأمر بالقطاعات القاعدية كالمستشفيات العمومية كالبريد و الاتصالات، الطاقة، النقل، ويمكن أن تصبح هذه المؤسسات دولية وخاصة في الإطار الأوروبي.

4) بالنظر إلى تميز هذه المؤسسات باحتكار التخصص بالإضافة إلى احتكار جغرافي، فإنها مؤسسات لا تمثل الأقليات لأنها تسعى لتمكين البيع لأوسع نطاق من الجمهور. ولذلك فالخدمات العمومية ليست متميزة بعلاقات مع زبائن النخبة.

إن من مميزاتها انسجامها في علاقات مع زبائن الكثرة، ولذلك فشكل هذه المؤسسات وأسلوب تنظيمها، ونوعية علاقاتها مع الجمهور، وأسلوب إنتاجها يجب أن يكون من نوع خاص.

5) ليس من أولويات أغلب مؤسسات الخدمات العمومية وحتى ذات الطابع الصناعي والتجاري ومن ضمنها المستشفيات البحث عن تحقيق الربح المادي بل تحقيق الربح الاجتماعي ولكن مع ذلك فإن عدم البحث المنهجي في هذه المؤسسات عن الربحية لا يعني منعها لأنه في أحيان كثيرة لا يتناقض الربح الاجتماعي مع الربح المادي.

6) يختلف سلوك منتجي المؤسسات العمومية للخدمات عن سلوك أي مسؤول في مؤسسة عادية، وذلك بالنظر إلى طبيعة الإنتاج العادي من جهة وإلى القيود والعراقيل التي تفرضها السلطات العمومية والتي يخضع لها هذا المنتج من جهة أخرى مما يقلل هامش تحركه ويحدد مبادراته في استخدام تقنيات التسويق.

7) تتميز المؤسسات العمومية للخدمات بمعيار "كثافة الرأسمال" وذلك بالنظر إلى انتمائها إلى قطاع الصناعات الثقيلة المتميزة بالرأسمال الكبير، وبالتجهيزات الضخمة وبالوحدات الإنتاجية المركزة والمكلفة، وبالاستثمارات الواسعة ذات المردودية الضعيفة على المدى القصير. وكمثال

على ذلك نذكر (مؤسسات السكك الحديدية، المستشفيات العمومية، البريد والاتصالات، النقل، الكهرباء ..) ولذلك فإن هذا القطاع هو بعيد كل البعد عن المؤسسات الخاصة التي ليس بإمكانها مسايرة مثل هذا الأسلوب.

8) للمؤسسات العمومية الخدمات لها مهمة أساسية تتمثل في إرضاء أسواقها بأقل تكلفة لها وللسلطات العمومية وبأحسن طريقة للمستهلك، وحتى في بعض الأحيان لما تطلب منها الدولة خدمات خاصة ربما مخالفة تماما لفائدتها الاقتصادية، فذلك لكون المزية التي تعود على الاقتصاد الوطني هي أكبر من الخسارة المسجلة لدى هذه المؤسسات.

9) للخدمات العمومية نظام خاص، فهي تخضع لمجموعة من القواعد الموضوعة لغرض المصلحة العامة. يمكن تلخيص أهم هذه المبادئ في ثلاث قواعد، كما يبق ذكره:

- مبدأ الاستمرارية (أي ضمان سير إنتاج الخدمات العمومية دون انقطاع).
- مبدأ الملائمة (والذي يعني تناسب إنتاج المصالح العمومية مع رغبات الجمهور).
- مبدأ المساواة (والذي يعني إلغاء الفروق والامتيازات للأشخاص أمام المصلحة العامة الموضوعة للجميع) (براينيس، 2007 ، ص 67).

V . 3 خصائص و مميزات الخدمات الصحية العمومية

تعد الخدمات الصحية العمومية من اعقد الأنشطة تسييرا، حيث أن هذا النوع من الأنشطة يضم كل العناصر و العوامل التي تجعل من مراقبة التسيير لهذه الأنشطة عملية معقدة و صعبة، إذ تتطلب عدة تعديلات و تحويرات حتى تتماشى مع الخدمات الصحية العمومية.

V . 3 . 1 مميزات الخدمات العمومية

تتميز الخدمة العمومية بعدة خصائص سنحاول التطرق إليها بشكل يسمح بإظهار الجانب النظري لهذه الخصائص، و كذلك إبراز الصعوبات التي تمثلها بالنسبة لعملية تقييم الأداء في قطاع الخدمات العمومية، تتمثل الخاصية الأولى في تشعب مهام الخدمة العمومية و خاصة على مستوى الأهداف، في حين تتمثل الخاصية الثانية في تعدد عملية التقييم، أما الخاصية الثالثة فهي تميز الخدمة العمومية بتعدد الوكلاء.

أولا : تعدد المهام و الأهداف

توصف الأهداف في النشاط العمومي بعدة صفات و مميزات كالتعقيد،

وتعدد أبعادها، وتتصف أحيانا بأنها غامضة ، وتزداد هذه الخصائص بروزا عند محاولة ترجيحها بمعياروموشرات أخرى مختلفة، إذ يصبح التداخل أكبر والتضارب بين الأهداف شديد التأثير على عملية التقييم(Bureau و Mougeot، 2007، ص 18).

تكمن الإشكالية بالنسبة للأنشطة المتعلقة بتقديم الخدمة في صعوبة تحديد هدف معين وفريد من وراء القيام بالنشاط الخدمي، حيث يتميز النشاط الخدمي باحتوائه على منطقة غير واضحة المعالم التي تسمح بإمكانية السعي إلى تحقيق عدة أهداف في آن واحدة. من بين الأمثلة الشائعة في هذه النقطة نجد مثلا:

– عملية التربية و التعليم حيث يراد من العملية التعليمية تحصيل المعارف و العلوم و التي يتم الوقوف على نتائجها – العملية التعليمية – من خلال إجراء اختبارات نمطية أو من خلال نتائج المسابقات، كما أن العملية التعليمية يراد و ينتظر منها أن تلقن و تعلم كيفية المواطنة و العيش المشترك في مجتمع، وكذلك يتوقع منها أن تقوم بتشجيع روح الابتكار و الفضول العلمي. وعليه فإن التقييم لا يكون بنفس الطريقة، بل يختلف باختلاف الهدف المرجو، أهو التحصيل أم كل ما سبق؟

– و مثل ذلك ما تقوم به مؤسسة الجامعة باعتبارها مؤسسة تقدم خدمة عمومية، فهي من جهة مخولة بتسليم الشهادات، إلى جانب القيام بالبحث العلمي، إضافة إلى أن الأساتذة فيها مكلفون بالمشاركة في إدارتها و تسييرها من جهة أخرى.

– إن تعدد أهداف النشاط العمومي و بالتالي تعدد طرق تقييمها و صعوبة الحكم عليها بالفشل أو النجاح ينطبق تماما على نشاط الشرطة إذ يمكن تقييمه من خلال مؤشرات ترتكز على عدد المخالفات الممنوحة، أو على أساس عدد النقاط المسحوبة من رخصة القيادة – وفقا لنظام قانون المرور الجديد- أو على أساس نسبة القضايا التي تم توصل إلى حلها، أو على أساس عدد الجنح المسجلة، كما يحتوي تقييم هذه الخدمات بعدا وقائي و الذي لا يمكن تقييمه على مدى قصير.

و ما ينطبق على مؤسسة تقدم أنشطة عمومية فانه ينطبق أيضا على مقدمو الخدمة العمومية فمثلا تحديد أهداف نشاط رئيس بلدية ما ، حيث أن رئيس البلدية و أثناء سعيه إلى خدمة مواطني وسكان البلدية من خلال الإشراف عليها و جلب الموارد لها و إنشاء البنية التحتية لها، في أثناء ذلك فانه يعمل على تحسين صورته تمهيدا لإعادة انتخابه في المرة المقبلة. إن هذا المثال يجعلنا نطرح عدة أسئلة من بينها: ما هو الحد الفاصل في أنشطة رئيس البلدية بين الهدف الأول والهدف الثاني؟

إن هاتين الخاصيتين، من التعقد في الخدمات العمومية و كذلك عدم الوضوح و الغموض في تحديد الأهداف الموجودتين و منتشرتين في كل مستويات الإدارة ، كما أن المؤشرات الملائمة لقياس الأداء عادة تكون غير دقيقة إن لم تكن مفقودة و كنتيجة لذلك يصبح تقييم إنتاج الأنشطة العمومية أكثر صعوبة، و بالتالي فان قياس إنتاج هذه الخدمات لا يكون إلا من خلال التكاليف التي أنفقت و ليس من خلال المخرجات أو المحصلة، و ذلك في ميادين عديدة. إضافة إلى أن الأنشطة العمومية تتأثر بعدة متغيرات خارجية التي من شانها تحرف و تنحاز بالتقييم. فمثلا قياس الحالة الصحية لمواطنين يكون غير دقيق إذ تم الاعتماد على مؤشرات توقعات الحياة أو نسبة الوفيات، التي تتوقف على جودة الخدمات الصحية و في نفس الوقت فهي تتوقف أيضا على نمط الحياة ، التغذية، و الوقاية و الظروف السكنية و المعيشية.

و نفس الشيء بالنسبة لقياس نشاط مخفر للشرطة أو مؤسسة للتربية و التعليم كالمدرسة فان عملية التقييم ستختلف بحسب إن كانت المؤسسة تتواجد في حي فقير و معدوم أو في حي راق وغني .

من جانب آخر فإن المؤسسات العمومية تتمتع بهامش ضئيل جدا من الاستقلالية على عكس الشركات الخاصة، حيث تعمل في إطار قيود الموازنات ذات المخصصات الثابتة، و عليه فان أداء العون أو المصلحة يكون محدود بهذه القيود، مما يفرض علينا أن نقوم بالتفريق بين الأداء في الإدارات العمومية و الأداء في المؤسسات الخاصة(Bureau و Mougeot، 2007، ص 28).

ثانيا: تعدد المهام و التقييم

إن تعدد الأبعاد في النشاط العمومي أدى إلى تعدد مهام النشاط اليومي لأعوان الدولة . فإن هناك من المهام ما يمكن قياسه (مثلا من خلال التكاليف على مستوى المدخلات، هناك مهام يمكن قياسها لكن بشكل غير دقيق و منها ما هو غير قابل للقياس مثل ما هو الحال في بعض الخصائص النوعية. مما أدى إلى وجود عدة تجاذبات بين هذه الأبعاد المختلفة. فمثلا تطبيق التسعيرة على أساس النشاط في المستشفى ينظر إليها على أنها عقد بسعر ثابت و الذي يتولد عنه تخفيض التكاليف. غير أن هذا التخفيض يمكن الحصول عليه من خلال القضاء على التبذير بكل أشكاله ومن خلال البحث عن الكفاءة في الإنتاج و كذلك من خلال تخفيض جودة العلاج المقدم أو من خلال اختيار المرضى، حيث يرفض المستشفى معالجة الحالات المكلفة جدا. و بما أن اختيار المرضى أو التقليل من جودة العلاج لا يمكن قياسهما بشكل دقيق، فإن ذلك قد يحث المستشفى على تركيز جهوده على تقليل التكاليف على حساب بذل مجهودات من أجل تحسين الجودة أو استقبال المرضى الأكثر خطورة (Holmstrom و Milgrom، 1991، ص 27).

إن عملية التقييم تصبح بمثابة مشكل حيث يرى كل من(Dohou و Berland ، 2003، ص 5). إن هناك عدد من الصعوبات يرتبط بعملية القياس ، من خلال السؤال التالي كيف يمكن قياس الكفاءة ؟ إن القياس أو التقييم يواجه عائقين هما: تحديد الأهداف أو الغايات ، و الثاني هو الحصول على إجماع حول هذه الأهداف . تحديد الأهداف في المنظمة ليس بالأمر السهل كما يبدو. ففي بعض الحالات نلاحظ تعدد في الأهداف ، و أحيانا تعارض بينها، و يسودها الغموض وتكون غير صريحة. يعود المؤلفان إلى ذكر المثال الذي سبق التطرق إليه و الخاص بأنشطة رئيس البلدية، حيث أن هذا الأخير يتمنى تحسين السكن الاجتماعي و ترقيته، فتح دور للحضانة جديدة، خلق مرافق جديدة للشباب و للأشخاص المتقدمين في السن، و في نفس الوقت يريد تخفيض الضرائب المحلية و إيجاد التوازن في ميزانية بلديته. إن ما يمكن ملاحظته ليس تعدد الأهداف فقط، بل اتصافها بنوع من التضاد فيما بينها. و من جهة أخرى هناك أهداف ضمنية تتميز بالأولوية بالنسبة للأهداف المعلنة، و هي إعادة انتخابه رئيس بلدية.

إن تعدد المهام يصعب إلى حد كبير عملية التقييم سواء تعلق الأمر بتقييم الإنتاجية أو الأداء، و هو ما أكد عليه الباحثان من خلال صعوبة قياس كفاءة مركز للأبحاث و كيف يتم قياس فعاليته ، هل من خلال عدد المنشورات التي تمت في المجلات العلمية ؟ أم من خلال الاستعمالات الحقيقية لنتائج هذه الأبحاث في الواقع. و عليه فإنه يمكن أن يوجد نوع من الغموض، غياب الإجماع أو حتى و جود تضاد و تضارب في تحديد أهداف المنظمة.

هذا يعني أن الاهتمام ببعد واحد و وضع المحفزات (محثات) القوية لهذا البعد من دون الأبعاد الأخرى للنشاط الخدمي (كالكفاءة في الإنتاج في هذه الحالة) سينتج عنه أثار غير مرضية على باقي الأنشطة المكملة والبديلة، خاصة إذ لم يكن بالوسع إيجاد محفزات لهذه الأنشطة المكملة.

إن هذه المشكلة موجودة في كل الوظائف العمومية . فمثلا قد يكون أسس الترقية بالنسبة لأساتذة الجامعة على أساس مضبوطة متمثلا في عدد المنشورات، إن هذا الأساس يمكن أن يحثهم على إهمال أنشطتهم التعليمية أو إلى عدم المشاركة في إدارة و تسيير جامعتهم.

تزداد صعوبة تقييم أداء الأنشطة المتعددة بزيادة عدم التماثل -لا تساوق - في المعلومات الذي يكاد يميز كل أنشطة القطاع العمومي، و ذلك عندما يكون هذا الأخير شبه محروم من المعلومات القادمة من الأسواق.

ثالثا: تعدد الموكلين (الأوصياء)

يغلب على نشاط القطاع العمومي تنظيمه في شكل شبكة من العلاقات من نوع الموكل

والوكيل و ذلك حسب ما يعرف بنظرية الوكالة، أين يكون الموكل هو المسئول عن تحديد المهام. إن هذا الشكل من العلاقات يؤدي بالأساس إلى وجود وكيل يتوقف نشاطه على عدة موكلين (Beesley و Gathak، 2003، ص 241 ؛ Dixit، 2002، ص 711). حيث نجد أن المؤسسات العمومية يجب أن ترد على الوزارة الوصية، و أيضا لوزارة المالية. و كمثال على هذا النوع من العلاقة و الذي يعبر عن نظرية الوكالة ، نجد أن الأستاذ في التعليم يعتبر مسئولا أمام الموكل، و المتمثل في المفتيشية الأكاديمية، و هو أيضا مطالب بالإجابة أمام أولياء التلاميذ. و مثل ذلك الطبيب في المستشفى فهو مرتبط بعلاقة بحيث تكون فيها مديرية المستشفى والمرضى بمثابة موكلين.

تزداد عملية تقييم الأداء صعوبة و ضبابية عندما يتوجب على مصلحة معينة أن تكون مسئولة أمام العديد من الوصايات و ذلك بخصوص عدة أهداف معقدة مثل: التحكم في المخاطر الصناعية و الصحية، و في نفس الوقت أن تتمتع بقدرة اقتصادية تنافسية (أي مميزات صناعية، اقتصادية و بيئية)، و قريب من ذلك مزاولة أنشطة جامعية و علمية ، إلى جانب التواجد والحضور في الخدمات الاستشفائية (أي الصحة والجامعة).

إن مثل هذا النوع من العلاقات و المتمثل في الوصاية بالنسبة للمؤسسات العمومية وبالنسبة للمنظمات التابعة للدولة يجسد بالفعل نوع الصعوبة التي تعترض عملية تقييم الأداء، وعادة ما يعتبر هذا التعدد في الوصاية بمثابة عائق كبير في وجه الحوكمة في مثل هذا النوع من المؤسسات، لكن إذا كانت هذه التعددية تعبر عن تعدد الأطراف المستفيدة فإن تجاوزها أو تفاديها يصبح أمرا غير ممكن. و بالتالي يصبح من الضروري البحث عن حل يسمح بتسيير أحسن لهذه الخاصية لأنه كما اشرنا لا يمكن عزلها (Bureau و Mougeot، 2007، ص 20).

و حتى تكون عملية التقييم ممكنة و بدرجة عالية من الدقة، فقد تبنت عدة منظمات ومؤسسات عمومية و العديد من المسيرين ما يعرف بإعادة تقييم السياسات العمومية. الذي يعتبر أحدث الطرق في محاولة إعطاء المؤسسات و المنظمات و كذلك الإدارة العمومية مفهوم الفعالية والفاعلية من خلال نشر ثقافة الأداء المتميز بواسطة ربط الخدمات العمومية بالأهداف و النتائج. فيما يلي محاولة لتوضيح فكرة إعادة تقييم السياسات العمومية، و ذلك من خلال الأسئلة التالية:

جدول رقم 12 : مفهوم إعادة تقييم السياسات العمومية

الأسئلة	الأسئلة الفرعية (قائمة غير حصرية)
ما الذي نقوم به؟	ما هي أهداف السياسة العمومية؟
	ما هي الخدمات التي تقدمها؟ ما الذي تضمنه؟ فيما تساهم؟ ما الذي تعالجه؟
	من هم المستفيدون المعنيون و ما هي خصائصهم
ما هي الاحتياجات و التوقعات الجماعية ؟	هل مازالت هذه السياسة تخدم المصلحة العامة؟
	هل ستجيب الخدمات إلى الاحتياجات؟
	ما هي التوقعات الجديدة؟
	ما هي عروض الخدمات الجديدة؟
	كيف يتم تطور المستفيدين؟ من هم المستفيدون الحقيقيون؟
	هل تظهر هذه السياسة اثأر ايجابية أم سلبية؟
هل يجب مواصلة العمل على نفس المنوال؟	هل يمكن ضمان السياسة بفعالية من طرف آخرين أو تحت أشكال أخرى؟
	هل على الدولة قيادة هذه السياسة؟ على أي مستوى؟
	ما هو مستوى التعاون مع الفاعلين الخواص أو العموميين؟
من يتوجب عليه أن يدفع؟	هل تمويل هذه السياسة من قبل الدولة هو مبرر؟
	من يجب أن يدفع؟
	ما هو التمويل المشترك الممكن؟
كيف يمكن العمل بشكل أحسن و بأقل تكلفة؟	ما هي التطورات التي تسمح بتعظيم وسائل هذه السياسة مع ضمان احترام الأهداف و تحسين إطار العمل للأعوان؟
	كيف يمكن تبسيط الهياكل و الإجراءات؟
	هل تكلفة سياسة التدخل مبررة بالنظر إلى التوقعات؟
	هل سياسة التدخل تغطي إجراءات تدخل متكررة؟
ما هي إمكانيات التحول؟	ما هي سيناريوهات التطور للحصول على سياسة أكثر فعالية و أقل تكلفة؟
	كيف يمكن ضمان التطبيق بفعالية أكبر

المصدر: Bertrand Arnauld & Bunetel Geoffroy,(2008), L'approche évaluative de la révision générale des politiques publiques (RGPP) Ernst & Young Secteur Public, Forum 3 : Comment l'évaluation contribue-t-elle à la modernisation de l'administration ? , Strasbourg, pp 3 – 4

V . 3 . 2 خصائص خدمات الصحة العمومية

رغم أن مبادئ الإدارة الأساسية في مجملها تنطبق إلى حد ما على جميع أنواع المؤسسات مهما كان نوع نشاطها، إلا أنه يبقى لكل مؤسسة خصوصياتها و التي تؤثر على شكل ومضمون أنشطتها. و مؤسسة المستشفى تختلف عن المؤسسات الأخرى من حيث خدماتها، فبالإضافة إلى الخصائص التي سبق تناولها ، و التي تخص النشاط الخدمي بصفة عامة فان خدمات الرعاية الصحية تتصف بخصائص تتعلق بها دون غيرها من باقي الأنشطة الخدمية الأخرى (زهران، 2007 ،ص ص 116 – 117؛ مدكور، 1998 ،ص ص 197 – 200):

(أ) تتميز خدمات المستشفيات بكونها عامة للجمهور، و سنتطرق إلى هذه الخاصية بنوع من التفصيل عند معاجلة مفهوم الخدمات الصحية العمومية، وكيف أن المستشفيات تقدم هذه الخدمات سعيا إلى تحقيق منفعة عامة لمختلف الجهات والأطراف المستفيدة.

(ب) هناك فرق واضح بين ما ينتجه المستشفى وبين ما تنتجه المؤسسات الصناعية، فالمستشفى تنتج خدمات مثل مؤسسات الخدمات الأخرى و ليس هناك وضع مفهوم و واضح للمخرجات، أي أنه لا يمكن تحديد ما ينتجه المستشفى إلا من خلال استخدام ما ينوب و يدل عنها مثل عدد المرضى الخارجين، عدد الداخلين في فترة زمنية معينة – عادة سنة - عدد الإجراءات المختلفة المنجزة، عدد الأشغال، معدل الوفايات ،...الخ.

(ج) زيادة في تعقيد الأمر بالنسبة لتحديد مخرجات المستشفى من العملية الإنتاجية من حيث اعتبارها منتجاته، فإن المستشفى لا تبيع الخدمة (المنتج الصحي) في حد ذاته ، و إنما يبيع الاستفادة أو الرضا الناتج عن أداء الخدمات المقدمة سواء خدمات تشخيصية أو علاجية أو جراحية .

(د) يقدم المستشفى خدمة شخصية خاصة لكل الحاجات الفردية للمريض، لذا فإن في اهتمامات المريض، المبدأ الإرشادي في المقام الأول في تقرير ما هي العناية التي يتم توسيعها في كل حالة، و يفترض أن تظهر منها القيم المهنية و الإنسانية و الاجتماعية، و ذلك رغم البرتوكولات الخاصة بالنشاطات و المعالجة غالبا ما تتم إنشاؤها لتأكيد مقاييس محددة للعناية، وأن هذه القوانين السارية تحتاج إلى تغيير و تعديل بمرور الزمن استنادا إلى الحالات الفردية السائدة وبذلك فليس هناك قانون سريع و حازم بما يتعين عمله متى و كيف باستثناء الخطوط العريضة التي يقوم بها المحترف بمستوى مشابه من المنافسة، و يتوقع فيه القيام بها بطريقة معقولة و بوضع مشابه.

كون الخدمات المقدمة من طرف المستشفى تتصف بالفردية فهذا ليس قاعدة تنطبق على كافة الخدمات الصحية حيث أن هناك خدمات ليست شخصية أي لا تقدم لشخص واحد و إنما تقدم لعدد من الأشخاص في آن واحد مثل حملات التوعية الصحية من مرض معين الموجهة لأفراد المجتمع في آن واحد.

(هـ) إن الخدمات الصحية تتطلب السرعة في الأداء لأنها غير قابلة للتأجيل أو ما يطلق عليه تزامن الإنتاج و الاستهلاك. وهذا يتطلب انتشار منافذ الخدمة في المناطق السكانية، واستقبال الحالات المختلفة في أي فترة زمنية.

(و) تعتبر هذه الخاصية ناتجة عن الميزة السابقة لها و هي أن المستشفيات تعمل دون انقطاع ، وهناك من يرى إن هذا يمثل عائقا خاص بالمستشفى و هو غير منطقي مقارنة بالكثير من الصناعات الأخرى، وذلك لأن عمليات المستشفى لا يمكن إغفالها بل يتم تأكيدها على مدى أربع وعشرين ساعة طوال كل أيام السنة، بغض النظر عن عدم توفر الأفراد أو إضراب المستخدمين أو الكوارث البيئية، أو الافتقار إلى الميزانية ، حيث لا يمكن إيقاف الإجراءات أو القيام بنصفها وحتى في حالة تغيير نوبة العمل فان هناك الكثير من العمل هو دو طبيعة مستعجلة و لا يمكن تأجيل الحالات الطارئة لأوقات أخرى أكثر ملائمة.

(ز) إن تقديم الخدمة الطبية يتطلب وجود علاقة دائمة و مستمرة و مباشرة بين الطبيب أو الممرض مع المريض ، لمعالجة حالته و تتبعها و الإشراف عليها على فترات زمنية مختلفة من حالة لأخرى.

(ح) تعمل المستشفيات ضمن إطار المعايير الأخلاقية المقبولة، فهناك التزام أخلاقي لتوسيع الرعاية الطارئة مهما كانت التكلفة بغض النظر عن قدرة المريض على الدفع، و إن الاستخدام الأمثل للإجراءات البديلة بجانب تحسين نوعية الحياة الثابتة لاستمرار المعالجة أو إيقافها هي الاهتمام اليومي للمحترفين، لا يمكن سحب العناية من مريض يستحقها إلى مريض آخر أكثر أهمية مؤكدة أو متوقعة، أما الخدمات الطارئة فلا يمكن إنكارها على المريض لأن مرضه المعدي أو المنتقل، فيه مخاطرة للعاملين المنخرطين فيه.

V. 3. 3 مميزات مزيج الخدمات الصحية

تختلف و تتباين الخدمات التي تقدمها المستشفيات تبعا لتباين و اختلاف أنواع المستشفيات فنجد مثلا أن ما تقدمه المستشفيات الجامعية قد يختلف عما تقدمه المستشفيات العمومية للضواحي عن ذلك الذي تقدمه المستشفيات الخاصة، كما يؤكد ذلك (البكري، 2005 ، ص 171) فما هو

حاصل في المستشفيات العامة غير مماثل للمستشفيات التخصصية. إذ يلاحظ مثلا بأن الخدمات الطبية في المستشفيات التعليمية يمكن أن تنحصر في ثلاثة خطوط للمنتجات هي التعليم ، البحث، العناية بالمرضى، من الأمثلة على ذلك نجد انه يتم في المستشفيات الجامعية التدريب ألسريري لمختلف الطلاب من كلية الطب و الصيدلة و طلبة التكوين شبه الطبي. كما يمكن للمستشفى الجامعي أن يكون بمثابة ميدان للأبحاث و الدراسات من قبل الأطباء و الباحثين، فضلا عن القيام بالعناية بالمرضى عن طريق الخدمات الطبية بأنواعها التشخيصية و العلاجية و التأهيلية .

أما فيما يتعلق بالخدمات التي قد تقدمها مستشفيات من نوع آخر كمستشفيات الرعاية المنزلية مثلا فإن الخدمات سوف تختلف بشكل كبير إذ تتمثل خطوطها في تقديم الرعاية التمريضية المنزلية، إلى جانب العلاج الطبي و الخدمات الاجتماعية الطبية.

يبين هذين المثالين مدى الاختلاف الحاصل في تقديم خدمات الرعاية الصحية من مؤسسة إلى أخرى، و من ثم فإنه يجب على المستشفيات أن تهتم بمزيج منتجاتها الخاص بها و تطوره. ويتميز هذا المزيج بعدة أبعاد أو خصائص منها (البكري ،2005 ، ص 172 – 173؛ ديوب وهنادي 2005 ص 117 ، مدكور 1998 ص 200).

(أ) الاتساع: أي عدد خطوط الخدمات التي تقدمها المستشفيات مثل "خدمات جراحية،

خدمات تمريضية...إلخ، أي هو عدد خطوط الخدمات الصحية المكونة لمزيج المنتجات التي تقدمها المستشفى، فيمكن أن تضم الخدمات الصحية عددا من الخطوط مثل خط الخدمة الباطنية، خط الخدمة الجراحية، خط الخدمة المختبرية، خط خدمة الأشعة. و بالإمكان أن يضيف المستشفى خطوطا جديدة تبعا لقدرتها المتاحة و إمكانياتها، و عندها نصبح نتحدث عن بعد آخر و هو إدخال (منتوج) جديد الذي يتعلق بدوره بعدة قرارات.

(ب) العمق: أي عدد الخدمات داخل خط الخدمات مثلاً مستشفى تقدم خدمات جراحية قد

يقدم جراحة القلب، جراحة بولية...إلخ. و تتصف عادة هذه الخدمات بالترابط و التكامل في ذات التخصص الطبي و العلاجي أو التشخيصي، و كون هذه الخدمات مرتبطة ببعضها ارتباطا وظيفيا فهي حتما تختلف عن تلك المقدمة في الخطوط الأخرى، فمثلا خط خدمة الأشعة الذي قد يتكون في عمقه من عدة خدمات مثل: الأشعة السينية، التصوير بالرنين المغناطيسي، الأمواج فوق الصوتية، التصوير الملون، التصوير ثلاثي الأبعاد. و كلما زاد عدد الخدمات في الخط الواحد دل ذلك على درجة التخصص و مستواه و عكس ذلك التنوع في تقديم الخدمة.

(ج) الاتساق: يبين الاتساق درجة الارتباط القائم بين خطوط الخدمة ، بالتالي فالاتساق

يعكس مدى الانسجام بينها. فمثلا يرى (البكري 2005 ص 173) أنه يمكن تصور الارتباط بين مختلف الخدمات ، فمثلا لأغراض معالجة أمراض الرئة أو القولون (خط خدمة (1) الباطنية) في الجدول التالي ، فإن الأمر يتطلب أخذ أشعة ملونة للمنطقة المعنية في (خط خدمة (4) الأشعة) ، و كذلك يتطلب الأمر الحصول على معلومات متعلقة بنتائج التحاليل الطبية (خط (3) المختبرات) و ذلك للمساعدة في اتخاذ القرار بالعلاج في قسم الباطنية. و كذلك الأمر بالنسبة لباقي الخدمات الطبية فيجب أن تضم جميع الأبعاد مثل ما هو موضح في الجدول التالي :

الجدول رقم 13 : مزيج المنتوج الصحي

الاتساع ←

خط خدمة (1) الباطنية	خط خدمة (2) الجراحية	خط خدمة (3) المختبرات	خط خدمة (4) الأشعة
- الرئة - الكلية - الكبد - البنكرياس - القولون ... الخ	- الطوارئ - القلب - الجملة العصبية - العظام - المسالك البولية ... الخ	- الدم - الإدرار - الطفيليات - الفيروسات - الهرمونات - الغدد الصماء ... الخ	- السينية - التصوير بالرنين - المغناطيسي - الأمواج فوق الصوتية - المفراس - التصوير الملون ... الخ

العمق ↕

← الاتساع

المصدر : البكري، ثامر ياسر، 2005 " تسويق الخدمات الصحية" ، دار اليازوري العلمية للنشر و التوزيع، عمان ، الطبعة العربية. ص 172.

خلاصة الفصل

تعتبر المستشفيات مؤسسات خدمية بامتياز، سواء تعلق الأمر بمؤسسات الصحة العمومية أو الخاصة منها. لأجل ذلك كان من المفيد التطرق إلى تعريف الخدمة و تبيين الاختلافات والتنوع في أشكال تقديم الخدمة من ناحية الشكل أو المضمون. إلى جانب التطرق إلى خصائص الخدمة التي تميز بعض الخدمات عن البعض الآخر.

كما تم تبيين كيف أن الخدمة تنتج من التفاعل بين العديد من العوامل الأساسية الضرورية لإنتاجها و لتوزيعها مما يعني انه لا ينبغي للمسير أن يغفل أي عامل أو خاصية مهما كان. إضافة إلى إبراز و توضيح خصائص الخدمات مما يخلق صعوبة في قياس و تقييم المخرجات فضلا عن الأداء.

كما تطرقنا إلى مميزات الخدمات العمومية من حيث تعدد المهام ولأهداف و كيف توصف الأهداف في النشاط العمومي بعدة صفات ومميزات كالتعقيد، وتعدد أبعادها، وتتصف أحيانا بأنها غامضة، كما بينا أن الخدمات العمومية تمتاز بتعدد الموكلين (الأوصياء).

الربط بين الخصائص المتعددة للخدمة و بين المميزات المتنوعة للخدمات العمومية كان لابد من التطرق إلى خصائص و مميزات الخدمات الصحية العمومية. و التي منها تميز خدمات المستشفيات بكونها عامة للجمهور، و نفس الوقت فان الخدمة المقدمة تكاد تكون فردية خاصة بكل مريض، إلى جانب أن الخدمات الصحية تتطلب السرعة في الأداء لأنها غير قابلة للتأجيل، إضافة إلى مبدأ الاستمرار مما يعني أن المستشفيات العمومية تعمل دون انقطاع، كما أن تقديم الخدمة الطبية يكون ضمن إطار المعايير الأخلاقية المقبولة فهناك التزام أخلاقي لتوسيع الرعاية الطارئة بغض النظر عن التكلفة.

إضافة إلى هذه الصعوبات هناك خصائص تزيد من حدة العقبات و المتمثلة في مزيج الخدمات الصحية الذي يتميز بالاتساع، أي عدد خطوط الخدمات التي تقدمها المستشفيات، وبالعمق، أي عدد الخدمات داخل خط الخدمات، و بالاتساق الذي يبين درجة الارتباط القائم بين خطوط الخدمة.

إن احتواء هذه الخصائص و المميزات يجعل من عملية إدارتها و مراقبة تسييرها و تقييم أدائها و قيادتها تتميز من الصعوبة بمكان.

الفصل VI : توجهات حديثة لإدارة المستشفيات العمومية في الجزائر

تمهيد

VI. 1 تصنيفات و مهام جديدة للمستشفيات العمومية في الجزائر

VI.1 .1 لمحة تاريخية عن المؤسسات العمومية للصحة في الجزائر

VI.1 .2 التقسيمات الجديدة للمستشفيات العمومية الجزائرية

VI.1 .3 مهام و واجبات حديثة للمؤسسات العمومية للصحة

VI. 2 إصلاحات مختلفة في مجالات عديدة في المستشفيات العمومية

VI.2 .1 مختلف الإصلاحات و التعديلات

VI.2 .2 النقلة النوعية في مالية و محاسبة المستشفيات العمومية

VI.2 .3 توجيه الوزارة الوصية للمؤسسات العمومية للصحة

VI. 3 تكامل بين توجهات المستشفيات العمومية و هيكلها التنظيمي في الجزائر

VI.3 .1 الهيكل التنظيمي لإدارة المستشفيات العمومية

VI.3 .2 مقارنة بين الهياكل التنظيمية للمؤسسات العمومية للصحة

VI.3 .3 تطور قطاع الصحة العمومية بالأرقام

خلاصة الفصل

خلاصة الباب الثاني

تمهيد

إن فهم المؤسسات العمومية للصحة في الجزائر يتطلب الرجوع إلى المحطات التاريخية التي مرت بها، انطلاقا من الاحتلال الفرنسي الذي كانت أهدافه واضحة فيما يخص الحالة الصحية للشعب الجزائري، مما اثر على للمستشفيات من عدة جوانب التي انعكست بدورها على طرق تسيير و إدارة المؤسسات العمومية للصحة بآثار سلبية امتدت إلى أيامنا هذه، حيث أنه عمل بكل جهده على إبقاء المستشفيات تحت إدارة بسيطة غير مهيكلة و ذلك عكس المستشفيات التي كانت تخدم الفرنسيين.

يهدف هذا الفصل إلى توضيح مختلف المجهودات التي بذلتها الدولة من اجل الاستجابة إلى الحاجة الملحة للمواطنين، ونظرا للوضعية التي ورثتها الجزائر حينها جعل الإصلاحات تأتي بشكل استعجالي و يمتاز بالصفة مؤقتة، ربما كانت هذه الخطوات مفيدة في وقتها لكنها أثرت بشكل كبير على إدارة المؤسسات العمومية للصحة لاحقا.

نستعرض في هذا الفصل أيضا مختلف الإجراءات و التعديلات وصولا إلى الإصلاحات الكبيرة التي تحولت على إثرها القطاعات الصحية إلى مؤسسات عمومية استشفائية ومؤسسات عمومية للصحة الجوارية، و تبيين ما مرت به مختلف المؤسسات الإستشفائية العمومية من إصلاحات وتعديلات على المستوى الهيكلي والبشري إلى جانب الإصلاحات فيما يخص المالية والمحاسبة. حيث تم إنشاء المديرية الفرعية لمراقبة التسيير وتكليفها بالسهر على تطبيق التشريعات والتنظيمات المتعلقة بالتسيير المالي، أين أسندت لها مهمة اقتراح المعايير لتقييم أداء المستشفيات إلى جانب ضمان مراقبة تنفيذ ميزانيات الهياكل الصحية و المؤسسات التابعة للوزارة، وكذلك تحديد الإجراءات الموجهة لتحسين طرق و كيفيات مراقبة التسيير المحاسبي للميزانيات، و كذا تحسين طرق المراقبة على استعمال الوسائل والإمكانيات المالية.

سنحاول في هذا الفصل أن نبين أن الصعوبات و التحديات التي ورثها قطاع الصحة كانت معتبرة و ذات ثقل كبير اثر و بشكل واضح على طرق و أساليب التسيير بشكل عميق إلى درجة أن أثاره ما تزال قائمة إلى اليوم، كما سنحاول إبراز أهم التعديلات و التحسينات التي تقوم بها الوزارة الوصية إن على المستوي الشكلي و إن على مستوى المضمون، قصد جعل هذا القطاع الحيوي يواكب الأساليب الحديثة في التسيير.

VI. 1 تصنيفات و مهام جديدة للمستشفيات العمومية في الجزائر

حتى نقف على حجم المجهودات والإصلاحات المعتبرة التي تبذلها وزارة الصحة منذ الاستقلال وإلى يومنا هذا فلابد أن نستعرض الموروث الثقيل من حقبة الاحتلال الفرنسي للجزائر فيما يخص أساليب إدارة و تسيير المستشفيات. أما على مستوى الأهداف فان الإصلاحات تطرقت إلى اهتمامات جديدة تخدم التوجهات الحديثة لتسيير و إدارة المؤسسات العمومية للصحة.

VI .1. 1 لمحة تاريخية عن المؤسسات العمومية للصحة في الجزائر

من المؤلفين و المختصين من يقسم المراحل التي مرت بها المستشفيات العمومية الجزائرية (و إن كانت لا تمثل محل إجماع)، إلى :

الفترة 1830 إلى 1962 : تميزت هذه الفترة ، كما هو معروف بوجود البلاد تحت الاحتلال الفرنسي الذي كانت أهدافه واضحة فيما يخص الحالة الصحية للشعب الجزائري، حيث عمل بكل جهده على إبقاء السكان الأصليين في حالة صحية مزرية على حساب المحتلين، مما جعل هذه الحقبة تتميز بعدم توازن شديد بين مختلف المناطق و بين مختلف الفئات السكانية، وتجلى ذلك في:

- تباين شديد في التوزيع، و تفاوت خارق؛
- خدمات صحية تتمثل جلها في الصحة العسكرية (موجهة إلى خدمة الجيش المستعمر و المدنيين المعمرين)؛
- مستشفيات متمركزة في المدن الكبيرة . تقدم خدمات يستفيد منها الأوربيين أساسا و قصرا.

الفترة 1962 إلى 1972 : بعد أن نالت الجزائر استقلالها وجدت نفسها أمام وضعية صعبة من حيث الاستجابة إلى احتياجات المواطنين فيما يتعلق بالخدمات الصحية، حيث تميزت هذه المرحلة بأمرين يمكن إجمالهما في :

- الرحيل و المغادرة الجماعية للأطباء الفرنسيين، حيث أصبح عددهم 630 طبيب من أصل 2500 طبيبا،
- النقص الصارخ في البنية التحتية للخدمات الصحية (المستشفيات و المصحات، ...) حيث أن أغلبها كان متواجدا في شمال البلاد.

كما يمكن تمييز هذه الفترة من خلال بعض المؤشرات و المتمثلة في:

- نسبة الوفيات عند الأطفال 180 \ 1000 في الوسط الحضري،
- العمر المتوقع 50 سنة،
- 1.2 إلى 1.6 طبيب لكل 10 000 ساكن،
- من 1 إلى 2 قاعة جراح أسنان لكل 100 000 ساكن،
- ما يقارب من 3 صيادلة لكل 100 000 ساكن.

كما عرفت هذه الفترة عدد من التصحيحات تمثلت في :

- العمل على تقليل التباين الذي كان سائدا إبان الاستعمار و ما بعده،
- قصد تغطية العجز الكبير قامت السلطات بتكثيف التكوين لأفراد السلك الطبي و شبه الطبي،
- تطوير البنية التحتية بما يغطي الحاجة الماسة.

الفترة 1973 إلى 1983 : تعتبر هذه الفترة من أهم المراحل في تاريخ المؤسسات الإستشفائية، حيث اهتمت السلطات بهذا المجال بالكثير من التدعيم، تميزت هذه الفترة بتحسين الوضعية الصحية، من أهم ما ميزها هو:

- سن القوانين الضامنة للصحة المجانية من خلال المرسوم رقم 74 -2 المؤرخ في 16 جانفي 1974 المتعلق بتنظيم مجانية الخدمات الصحية في القطاع الصحي،
- إصلاح برنامج الدراسات الطبية و الشهادات بما في ذلك المرسوم 71 – 215 المؤرخ في 25 أوت 1974 المتعلق بتنظيم كيفية الدراسات الطبية، و كذلك المرسوم رقم 71 – 275 المؤرخ في 3 ديسمبر 1971 و المتعلق بإنشاء شهادة الدراسات الطبية برتبة دكتور في العلوم الطبية.
- إنجاز و تجهيز هياكل جديدة كالمستشفيات، العيادات، قاعات العلاج.

الفترة 1983 إلى يومنا :

شهدت هذه الفترة العديد من التحولات و الإصلاحات إن على مستوى المؤسسات الإستشفائية من ناحية هياكلها التنظيمية أو من ناحية مهامها الجديدة، و إن على مستوى القوانين والتعليمات، التي تعكس التوجهات الحديثة للسياسة الصحية في الجزائر، الأمر الذي جعلنا نتطرق لها بالتفصيل في المباحث القادمة.

VI .1 .2 التقسيمات الجديدة للمستشفيات العمومية الجزائرية

نظرا للتزايد الديمغرافي الذي عرفته الجزائر في العشريتين الماضيتين، و كذلك زيادة الوعي بأهمية جودة الخدمات الصحية، إلى جانب تزايد الضغط الملحوظ في الآونة الأخيرة على

مؤسسات الصحة الإستشفائية، حيث أنها بدت غير قادرة على تلبية احتياجات الموطنين، رغم ما أولته الوزارة من اهتمام و ما تم تكريسه و تعبئته من الموارد لصالح المستشفى، فقد أدى إلى الإضرار بالنشاطات الوقائية والعلاجات القاعدية والذي نجم عنه سلبيات تتمثل فيما يلي:

- اتجاه المواطن بالدرجة الأولى للمستشفى العام الذي وجد نفسه يؤمن خدمات العيادة؛
- تركز الطلب على علاجات أكثر خصوصية مثل (الأورام، جراحة القلب والأوعية، طب العيون) في بعض المستشفيات؛
- اكتظاظ المستشفيات الجامعية والمتخصصة؛
- اللجوء إلى العلاج في الخارج بالرغم من أنه عرف تناقصا خلال السنوات الأخيرة (عدمان مريزق، و آخرون، 2010 ، ص 11).

و هو نفس ما يؤكده الباحثون المختصون من:

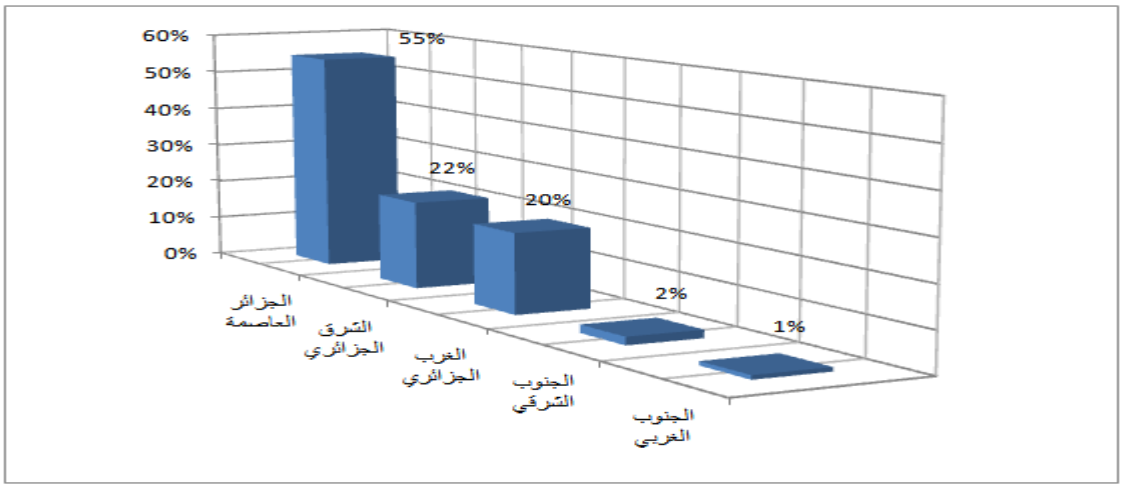
- عدم تأقلم مؤسسات العمومية للصحة في متابعة التطور في الطلب على العلاج؛
- حركة الممارسين و بالخصوص الأطباء المختصون، نحو القطاع الخاص؛
- على مستوى الأمراض، مقاومة بعض الأمراض المتنقلة و ظهور بعض لأمراض المعدية، زيادة منتظمة لبعض الأمراض المزمنة مثل شرايين القلب، السرطان، (*Saihi*، 2005، ص 242).

كما تميز الوضع بتباين و تفاوت كبير بين المناطق على مستويين هامين:

- على مستوى المؤسسات العمومية للصحة :

يتمثل عدم التوازن في توزيع المؤسسات العمومية للصحة بين مختلف جهات الوطن، حيث الجزائر العاصمة تستحوذ على نسبة **55%** من المؤسسات العمومية للصحة، والشرق على نسبة **22%**، والغرب على نسبة **20%**. في حين منطقتي الجنوب الشرقي والغربي تكاد تنعدم فيها المؤسسات العمومية للصحة حيث تغطي **2%** و**1%** على التوالي(عدمان مريزق وآخرون، 2010 ، ص 11).

شكل رقم 31 : توزيع مؤسسات العمومية للصحة عبر التراب الوطني



المصدر: من إعداد الباحث، قصد التوضيح

- على مستوى الموارد البشرية:

تشير الإحصائيات أن توزيع المهارات و الأطباء سواء العامون أو المختصون، يتميز بعدم التوازن و التباين الشديد من حيث التوزيع على التراب الوطني، حيث تتمركز الكفاءات و المهارات الطبية في غالبيتها العظمى في المناطق الشمالية للوطن خصوصا في وسط البلاد بما نسبته 55 % ، في حين أن باقي المناطق (وهي كبيرة وشاسعة) لا يتوجه لها إلا القليل و خاصة الجنوبية منها؛

و بغرض القضاء على هذه الاختلالات، قامت الوزارة الوصية بإدخال إصلاحات كبيرة نتج عنها تحولات مهمة على المؤسسات العمومية للصحة من خلال تقسيمها إلى مؤسسات عمومية استشفائية و مؤسسات الصحة الجوارية، إثر صدور المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 ، حيث أصبح عدد المؤسسات العمومية الإستشفائية 192 ومؤسسات عمومية للصحة الجوارية 271 مؤسسة (عدمان مريزق،و آخرون، 2010 ، ص 12).

- أما على مستوى طرق التسيير فإن الإصلاحات تمثلت في الخارطة الصحية الجديدة التي

تمثل المخطط العام لتوجيه النظام الوطني للصحة (حسب المادة 6 من القانون 85 – 05 المؤرخ في 16 فيفري 1985). يؤكد المتابعون لهذا الشأن أن الهدف من هذه الإصلاحات هو إعادة استرجاع الثقة المفقودة من طرف المواطنين في الهياكل خارج الإستشفائية و ذلك من خلال تغيير توجهاتها، و ضمان تكفل أفضل بالمرضى. حيث أصبحت مهامها تقديم خدمات الطب

العام، التوليد، علاج الأسنان و التمريض. في حين تهتم المؤسسة العمومية الإستشفائية (المستشفى) بالجانب العلاجي و العمل بالأشعة و المخبرية.

أولا : المؤسسة العمومية للصحة الجوارية

وتتكون المؤسسة العمومية للصحة الجوارية Etablissement public de santé de proximité من عيادات متعددة الخدمات وقاعات العلاج. و قصد إبراز أهمية الإصلاحات التي تجريها الوزارة على هياكلها و طرق عملها أهدافها، سيتم التعرض في هذا العنصر إلى كل من قاعة العلاج والعيادة المتعددة الخدمات من خلال تعريفها وتوضيح مهامها.

قاعة العلاج

تعتبر قاعة العلاج ، الوحدة الطبية الأكثر قربا من المواطن و تعتبر المقياس الأساسي للصحة العمومية أين يتم تقديم العلاج القاعدي (الأساسي)أو الأفعال الأولية. و على هذا الأساس فإن شبكة قاعات العلاج يجب أن تكثف من أجل إيجاد قاعة علاج في كل حي، في الوسط الحضري و في كل دشرة أو كل قصر في الوسط الريفي.

وعليه فإنه يجب السهر على:

1.) انجاز قاعات علاج عند الحاجة؛ علما أن انجاز هذه القاعات يخضع لمسؤولية المجلس الشعبي البلدي؛
2.) إعادة تأهيل قاعات العلاج المغلقة أو التي تم تركها. كما يجب السهر على إعادة النظر في أبعاد و سعة قاعات العلاج الموجودة و في تجهيزاتها للسماح لها بتأدية مهامها الجديدة على أحسن وجه،

ثانيا : العيادات متعددة الخدمات

ينص المرسوم الوزاري رقم 07 – 140 المؤرخ في 19 ماي 2007 على أن العيادة متعددة الخدمات تعتبر الوحدة الأساسية للعلاجات الجوارية، وهي مرتبطة إداريا بالمؤسسة العمومية للصحة الجوارية، ويمكن أن تكون في نفس الوقت المقر التقني الإداري لها.

تغطي هذه الوحدة الصحية في الوسط الحضري 25000 مواطنا، أما في الوسط الريفي و أخذا بعين الاعتبار لبعد المسافات، للاحتياجات المحددة للمواطنين، للقيود الاجتماعية و الاقتصادية، الظروف الجعرافية و تبايناتها، إلى جانب عزلة بعض المناطق، فان العيادة المتعددة الخدمات يمكن أن تغطي من 3000 إلى 4000 مواطنا.

3. 1. VI مهام و واجبات حديثة للمؤسسات العمومية للصحة

كما يعتبر الهدف الأول و الرئيس من هذه الإصلاحات هو تقريب الخدمات الصحية من المواطن إلى جانب:

- تحقيق أفضل تغطية للهياكل الإستشفائية في المناطق الداخلية والجنوبية للوطن.

- إيجاد أفضل الأماكن لوضع الهياكل الجديدة للعلاجات المتخصصة وذات المستوى العالي.

- تأطير الأطباء للطب العام والمتخصص.

و لبلوغ هذه الأهداف سعت الوزارة الوصية إلى اتخاذ عدة إجراءات تخص الهياكل من جهة و طرق استقبال المرضى و تحويلهم إلى الجهة الصحيحة ، و ذلك من خلال الأمور التالية:

- تقريب الهياكل خارج الإستشفائية التي تهتم بالوقاية والعلاج القاعدي من المواطن؛

- إحالة المريض من الهياكل خارج الإستشفائية إلى المستشفى يكون بقرار من الطبيب العام أو من الطبيب المختص؛

- الوصول إلى العلاجات المتخصصة والدقيقة يكون بقرار من الطبيب المسئول عن الهيكل الإستشفائي.

أولا : واجبات قاعات العلاج

التي تتحدد في :

- القيام باستشارات الطب العام من خلال تعيين طبيب عام أو احد أفراد السلك شبه الطبي؛
- ضمان وجود قاعة للعلاجات العامة لعلاج التجرثم (التعفن) و الضمادات؛
- ضمان الأنشطة الوقائية التالية من خلال:

أ.) متابعة البرامج الوطنية للصحة؛

ب.) متابعة الوظيفة الوقائية الخاصة بالأم والطفل مثل متابعة الأمهات الحوامل، التطعيم؛

ج.) مكافحة الأمراض المتنقلة وغير المتنقلة؛

د.) مراقبة نظافة الوسط؛

ه.) متابعة المكافحة ضد الأمراض المتنقلة و غير المتنقلة؛

و.) مراقبة وقاية الوسط.

لضمان دوام الطبيب و شبه الطبي، فإن المجلس الشعبي البلدي يجب أن يعي بأهمية توفير سكنين لكل من الطبي و شبه الطبي.

ثانيا : وظائف العيادات متعددة الخدمات

تعتبر العيادة متعددة الخدمات وحدة خارج الإستشفائية، فيجب عليها تنظيم وضمان الوظائف التالية:

- أنشطة الطب العام؛
- أنشطة علاج الأسنان؛
- الفحوص الطبية المتخصصة القاعدية و تضم:
  - الجراحة العامة؛
  - الطب الداخلي؛
  - التوليد؛
  - طب الأطفال.

كما يجب عليها تقديم استشارات مختصة أخرى بحسب ما تتوفر عليه من الممارسين المختصين في إطار علاقتها مع اقرب مؤسسات عمومية استشفائية. إلى جانب أنها تقدم العلاج شبه الطبي (حقن، التضميدات ...)، و تتكفل بالاستعجالات الطبية و الجراحية من خلال:

- ضمان المناوبة 24 / 24 سا؛
- تهيئة أسرة للفحوص (ملاحظات)، و حتى للاستشفاء (حيث تقرر ذلك الوزارة في حالة بعد المسافة و العزلة الجغرافية).

تقدم أيضا الأنشطة المتعلقة بالوقاية لاسيما :

- تطبيق و متابعة البرامج الوطنية و المحلية للصحة العمومية؛
- تطبيق ومتابعة الأنشطة المتعلقة بالأم والطفل (الحمل و الوضع و التطعيم)؛
- متابعة الأمراض المعدية وغير المعدية؛
- تطبيق و متابعة برامج مكافحة الأمراض المتنقلة و غير المتنقلة؛

ضمان الوظائف المساعدة على التشخيص مثل :

- مخبر للتحاليل الطبية لفحوصات؛
- الدم، الأمصال؛

- البيوكميائية، البكتيريا؛
- مركز للأشعة (للعظام؛ الرئة و الصدر)؛

تهدف العيادة متعددة الخدمات إلى :

- ترتيب خدمات تقديم العلاجات الأساسية؛
- رد الاعتبار للعيادة المتعددة الخدمات على أنها المقدم للعلاجات الأساسية؛
- تدعيم الأنشطة الوقائية؛
- إعادة التوازن للأنشطة الصحية من أجل تلبية احتياجات السكان؛
- تصحيح التفاوت و التباين لضمان الطب الجواري؛

جعل العيادة المتعددة الخدمات أكثر إنسانية من خلال :

- تحسين الاستقبال ونوعية العلاجات المقدمة؛
- شخصنه العلاقة بين الطبيب والمريض من أجل كسب ثقته؛
- و كذلك تحقيق مفهوم طبيب الأسرة؛

إن هذه الإصلاحات أدت إلى زيادة عدد العيادات متعددة الخدمات بـ **18** عيادة، لينتقل عددها من 1477 سنة 2007 إلى 1495 سنة 2008. أما فيما يخص قاعات العلاج فعددها بقي ثابتا **5117** (عدمان مريزق،و اخرون، 2010 ، ص 15).

VI. 2 إصلاحات مختلفة في مجالات عديدة في المستشفيات العمومية

إن ما تحاول الوزارة المعنية إدخاله من إصلاحات و تعديلات في المؤسسات العمومية للصحة تعتبر خطوات حقيقة و مهمة على سبيل التحسين، حيث أنها شملت عدة جوانب الهيكلية منها و العملياتية، و هي بذلك تمهد الطريق لإدخال أساليب حديث للتسيير و الإدارة تهتم بالنتائج و الأداء مقارنة مع الوسائل و الإمكانيات التي تستخدمها. تعتبر طرقتي حساب التكلفة المتوسطة ليوم إقامة في المستشفى والتقدير الجزافي لمصاريف التكفل بكل نوع من الأمراض، التي هي في طور الاختبار تعتبر كخطوة أولى في مسار تطبيق مراقبة التسيير في مثل هذا النوع من المؤسسات.

VI .2. 1 مختلف الإصلاحات و التعديلات

مرت مختلف المؤسسات الاستشفائة العمومية بعدة إصلاحات و تعديلات على المستوى استقبال المواطنين و الوقاية و الرفاهية الفندقية، و على مستوى المالي و المحاسبي. سنحاول في

هذه الفقرات أن نستعرض أهم الإصلاحات التي نضن أنها تخدم الموضوع الذي نحن بصدد دراسته.

أولا :على مستوى استقبال المواطنين

- إعادة تأهيل مكاتب الاستقبال و الإعلام؛
- إصدار دليل المريض أين يحدد فيه حقوقه و واجباته؛
- تركيب لافتات توضح و تسهل التحرك للأفراد داخل المستشفيات؛،
- إصلاح هياكل الاستقبال (ترميم المقرات، طلاء المباني، اختيار الأفراد للعمل في الاستقبال على أساس نوعية العلاقات الإنسانية...)؛
- توعية الأفراد بأهمية احترام المواطن المريض و الزوار على السواء.

ثانيا : على مستوى الوقاية

- تعيين لجنة للوقاية الإستشفائية؛
- المراقبة المستمرة لجودة الوجبات؛
- تطهير المراكز من الجراثيم و المكروبات، و من الحشرات، و من الجرذان،
- تركيب تجهيزات لصنع ماء الجافيل؛
- وضع مسارات خاصة بكل من الأغطية والملابس الملوثة و تلك غير الملوثة؛
- نزع الفضلات المنزلية؛
- حرق المخلفات الملوثة؛
- تركيب و توفير سلات من الورق؛
- تشذيب الأشجار و صيانة و الحفاظ على المساحات الخضراء.

ثالثا : الرفاهية الفندقية

- تجديد المواد و الأدوات المستعملة؛
- تحسين و مراقبة جودة الإطعام؛
- تركيب مقصورات هاتفية (بمساعدة إدارة البريد و الاتصالات)؛
- إعداد و توزيع استمارة أسئلة للمرضى لجمع أرائهم و تقيمهم للخدمات المقدمة لهم (بالتعاون مع مختلف جمعيات المرضى)؛
- البدء بالدراسات و الاستشارات من اجل البحث عن إمكانية المناولة من الداخل في مجال الإطعام، و الغسيل؛

– المراقبة الدورية لنظم التهوية و التدفئة.

نظرا الأثر الايجابي و النتائج المشجعة التي تم تسجيلها في عملية التطبيق لمختلف الأفعال المتعلقة بما ورد في المرسوم الوزاري رقم 07 – 140 المؤرخ في 19 ماي 2007 ، فان ذلك استوجب تعميمه على مجموع الهياكل الصحية للوطن.

إلى جانب أن التعليمة رقم 14 المؤرخة في 7 أكتوبر 2001 أن المؤسسات الصحية تمر بمراحل حاسمة، و أنها تعمل في محيط متطور و يجب أن تتأقلم مع متطلبات الناتجة عن تطبيق إصلاحات.

خاصة و أن المصالح الصحية المختلفة تستقبل جماهير ليست لهم نفس المتطلبات كما كانت مند عقد أو عقدين، إلى جانب تقديم خدمات علاجية تتوزع بشكل مختلف من حيث الكمية و الجودة. كل يوم تقدم خدمات للمواطنين عبر كامل التراب الوطني، وهذا يمثل نقطة قوة للنظام الصحي الوطني،غير أن النقائص تكمن في طريقة توزيعها و في كيفية تقييمها من قبل المستخدم. مما يستدعي بذل مجهودات جبارة موافقة لكل ذلك من طرف كل الفاعلين في القطاع الصحي.

وتتمثل هذه الإجراءات في تحسين الخدمات المقدمة للمواطنين، و التي تتعلق بالتحليل الدقيق لكل مسار المريض ابتداء من عملية الاستقبال على عتبة الهياكل الصحية إلى غاية خروجه من هذه الأخيرة. خصوصا فيما يتعلق بـ :

– الاستقبال بمجرد دخول المريض إلى المؤسسة، حيث يتم توجيهه، و مرافقته إن تطلب الأمر حتى إلى المصالح الطبية؛
– الإعلام و الإفادة على كل المستويات التي يرغب المرضى الاستعلام عنها، مدعمة بإشارات لهذا الغرض، بحيث تكون بسيطة، و تأخذ بعين الاعتبار الرسائل الموجهة للأشخاص الأميين؛
– تنظيم و احترام مواعيد الاستشارات أو القبول في المستشفى، حتى تسمح بالتقليل من توهان (شرود) المرضى؛
– تحسين مسار الاستشارات التي تندرج في إطار متابعة للمرضى؛
– تنظيم التحويلات و إخلاء المرضى في احترام الإجراءات المطلوبة من أجل سلامتهم؛
– التأكد من مسك سجل للشكاوى، و متابعته بشكل دوري،
– تحسين الوقاية في داخل و في محيط المؤسسات أو الهياكل،

– تسهيل حركة التدفقات على مستوى الاستعجالات من خلال تنظيم المساحات المخصصة للانتظار و التوجيه، من اجل الحد من حالة الإزدحامات مرورية داخل المؤسسات الصحية.

مما سبق نلاحظ أن الإصلاحات تكاد تكون متشابهة سواء تعلق الأمر بالمراكز الإستشفائية الجامعية الكبرى أو بالهياكل الإستشفائية الصغيرة، و ترتبط كلها بالجانب المادي.

VI .2. 2 النقلة النوعية في مالية و محاسبة المستشفيات العمومية

سنحاول في ما يأتي التطرق إلى الإصلاحات التي تتعلق بالشق المالي و المحاسبي و ما مدى الاهتمام بحساب التكاليف، و ذلك وفقا لما جاء في المرسوم الوزاري المؤرخ في 7 جانفي 1995 المتعلق بتحديد طبيعة و مبالغ إيرادات أنشطة المؤسسات العمومية للصحة.

أولا : على المستوى المالي

تطلب تجسيد الخريطة الصحية الجديدة غلافا ماليا معتبرا، وذلك من أجل القيام بكل العمليات المتعلقة بإعادة تنظيم الهياكل الصحية، ويمكن حصر هذه العمليات في الآتي:

– إتمام عمليات جرد أثاث وبنايات المؤسسات المعنية؛

– وضع مجموعة الدعائم المحاسبية و التسييرية؛

– تعيين محاسبين على مستوى المؤسسات الجديدة وذلك بالتعاون مع مصالح وزارة المالية؛

– إيجاد مكاتب الدخول.

– توزيع موظفي القطاع الصحي بين المؤسسات الإستشفائية العمومية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية.

– تكوين المدراء المنسقين من أجل تسليمهم وظائفهم.

وقصد إنجاح الإصلاحات الجديدة تم تخصيص غلاف مالي بمبلغ يزيد عن 164 مليون دينار (انظر الجدول أدناه)، في حين أن إجمالي ميزانية التسيير لسنة 2002 مثلا كانت تمثل 47.15 % أي أنها لم تبلغ النصف مما يبين أن الحكومة تتوجه فعلا إلى دعم الإصلاحات بشكل جدي و معتبر، كما يمكن الوقوف على هذا التطور في النفقات من خلال المقارنة بين سنتي 2002 و 2008 من خلال مختلف فقرات ميزانية التسيير، حيث تتمثل مختلف مصاريف المؤسسات العمومية للصحة في مصاريف الموظفين، التكوين، التغذية، الأدوية، الوقاية، الوسائل

الطبية، مصاريف صيانة البنية التحتية الصحية، مصاريف أخرى للتسيير، اجتماعية، البحث الطبي. والجدول الموالي يوضح الحصص المالية المخصصة لكل نوع من هذه المصارف.

الجدول 14 : توزيع ميزانية التسيير لسنتي 2002 و 2008 للمؤسسات العمومية للصحة

	سنة 2002		سنة 2008	
طبيعة المصارف	**المبلغ مليون دينار جزائري**	**%**	**المبلغ مليون دينار جزائري**	**%**
الموظفون	50 671 678	65.25	81 969 000	49.77
التكوين	1 647 348	2.12	4 000 000	2.43
التغذية	1 202 641	1.55	5 605 470	3.4
الأدوية	13 513 854	17.40	39 487 000	23.97
الوقاية	1 761 000	2.27	5 190 000	3.15
الوسائل الطبية	3 186 779	4.10	9 000 000	5.46
صيانةالبنيةالتحتية الصحية	1 491 000	1.92	7 000 000	4.25
مصاريف أخرى للتسيير	3 393 000	4.37	10 690 000	6.49
مصاريف اجتماعية	769 750	0.99	1 720 000	1.04
البحث الطبي	20 000	0.03	50 000	0.03
المجموع	77 657 050	100	164711470	100

المصدر :

Statistiques Sanitaires, année 2002, Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière, Direction de la Planification et de la Normalisation, novembre2003, la nouvelle carte sanitaire, 12/01/2008, p12

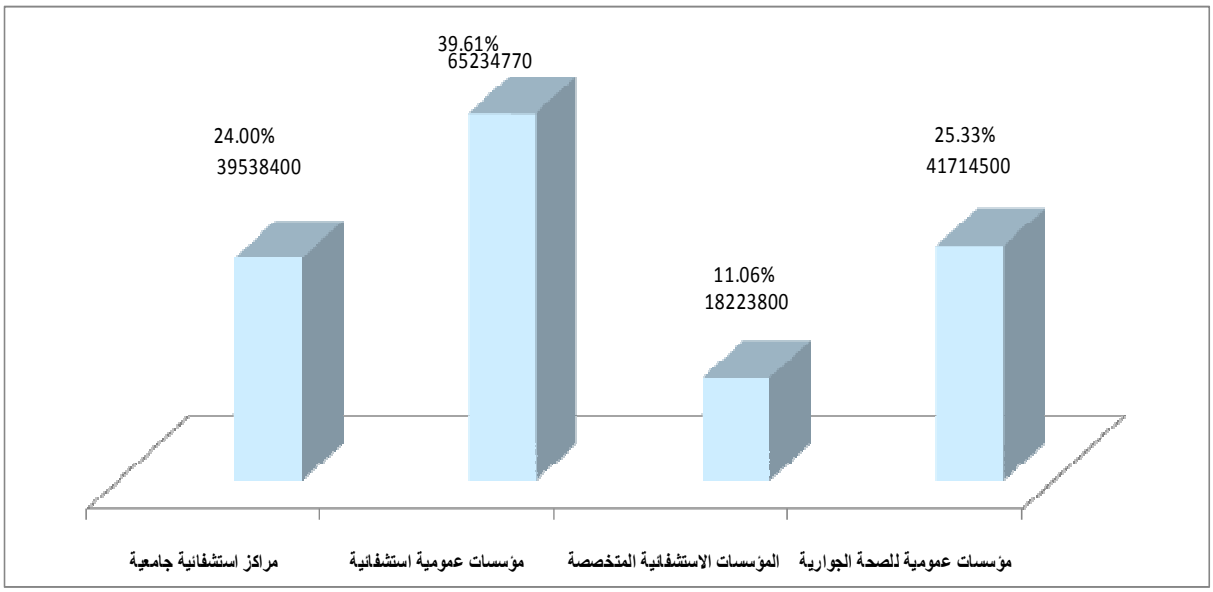
من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن اكبر نسبة تخص مبالغ مصاريف الموظفين، و ذلك بنسبة 49.77 % و هي نسبة كبيرة مما يدل على أهمية و حجم العنصر البشري في الميزانية، غير ان نسبة مصاريف الموظفين في سنة 2008 و على أهميتها فأنها اقل من نسبة سنة 2002 ، و التي بلغت 65.25 % . إن هذا التراجع النسبي يدل على أن المبالغ التي أصبحت تصرف على باقي بنود ميزانية التسيير هي آخذة في التزايد، تماشيا مع جملة الإصلاحات التي بدأت فيها الوزارة الوصية، فنجد مثلا اهتمام أكثر بما يصرف على التغذية و الأدوية حيث زادت نسبتهما من 1.55 % ، 17.40 % ، إلى 3.4 % ، 23.97 % ، على التوالي.

أما فيما يخص كل من مصاريف التكوين، الوقاية، الوسائل الطبية، مصاريف صيانة البنية التحتية الصحية، نجد أن نسبة مبالغ 2008 \ 2002 تقترب من ثلاثة أضعاف و قد تصل إلى خمسة أضعاف فيما يتعلق بمصاريف صيانة البنية التحتية للصحة مثلا.

على الرغم من أهمية البحث الطبي في المجتمع، من جهة، و في واقع المؤسسات الإستشفائية يصفه عامة، من جهة أخرى، فإن مصاريف هذا البند بقيت تراوح مكانها، و نفس الشيء يمكن ملاحظته على المصاريف الاجتماعية، حيث أنها بقيت تقريبا ثابتة، تتراوح عند 1 % و 0.03 % ، على التوالي.

أما فيما يخص أهمية المبالغ المخصصة لكل فئة من مختلف المؤسسات العمومية للصحة: مركز استشفائي جامعي، مؤسسة إستشفائية عمومية، مؤسسة إستشفائية متخصصة، مؤسسة عمومية للصحة الجوارية، من ميزانية التسيير لسنة 2008 .

الشكل رقم 32 : مبالغ ميزانية التسيير لسنة 2008 لمختلف المؤسسات العمومية للصحة.



المصدر: من إنشاء الباحث قصد التوضيح من خلال خارطة الصحة الجديدة، وزارة الصحة و الإسكان 12 / 01 / 2008 ، ص 13 .

من خلال الرسم البياني أعلاه يتبين أن المؤسسات العمومية الإستشفائية تتصدر باقي المؤسسات العمومية للصحة، بنسبة تقترب من الأربعين بالمئة، أي 39.61 % . ثم تليها المؤسسات العمومية للصحة الجوارية و مراكز الإستشفائية الجامعية، بنسبة 25.33 % ، و 24.00 % على التوالي.

إن هذا الترتيب للمؤسسات العمومية الإستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية، يبين أن القائمين على الصحة (الوزارة) تتجه إلى إعطاء الأولوية و الأهمية البالغة لهاتين المؤسستين المتولدتين حديثا عن المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتعلق بإنشاء وتنظيم وتسيير المؤسسة العمومية الإستشفائية والمؤسسة العمومية للصحة الجوارية، و الخارطة الصحية الجديدة. إن تدعيم هتين المؤسستين جاء ليحقق خطة الحد من التداخل بين تسيير المستشفيات والهياكل خارج الإستشفائية.

و تندرج هذه الخطة ضمن الإصلاحات التي أدخلتها الوصاية على المنظومة الصحية، إن على مستوي الهياكل ، و إن على مستوى الأفراد العاملين في القطاع، في سعي منها لإيجاد حل للتباين في توزيع و تخصيص الإمكانيات و الوسائل المادية من جهة و الموارد البشرية بمختلف فئاتها من جهة ثانية. سواء على مستوى المناطق الجغرافية للوطن أو على مستوى المؤسسات الإستشفائية وخارج الإستشفائية.

ثانيا : على مستوي المحاسبة التحليلية

تعتبر الإصلاحات على مستوى طرق حساب التكاليف نقلة نوعية لأنها أشركت المريض في تحمل جزء من مصارف العلاج و لو بشكل لا يعكس التكلفة الحقيقية التي يجب دفعها (المشاركة تعتبر رمزية، ربما لأن الأمر مازال في بدايته). تتمثل الإصلاحات فيما يلي:

(أ) مشاركة المرضى

1. **)** في مصاريف الإطعام و الفندقية في الوسط الإستشفائي حيث حدد مبلغ المشاركة بـ 100 دج ، مقابل كل يوم يقضى في المستشفى. و من المفروض أن يترجم هذا إلى تحسين ملحوظ في ظروف استقبال و إيواء و إطعام المرضى.
2. **)** في مصاريف الاستشارات الطبية :
   - 50 دج لاستشارات الأطباء العامون،
   - 100 دج لاستشارات الأطباء المختصون.

كما تنطبق هذه المشاركات في المصاريف على كل الاستشارات الخاصة بجراحة الأسنان على نفس النحو.

3. **)** فيما يخص الاستعجالات الطبية و الجراحية فان التكفل بالمرضى يكون بشكل نظامي و سريع، و لا يجب أن يؤخر الفحص الطبي للأفراد لأي سبب كان، خاصة و أنهم غالبا ما يكونون في حالة ضيق و شدة.

يجب البدء في إجراءات دفع مبالغ الاستشارات فورا (مباشرة)، بالنسبة للمرضى الذين ليسو محل قبول في المستشفى. كما أن المرضى الذين يتم نقلهم آو تحويلهم من هيكل طبي عمومي إلى هيكل آخر فإنهم لا يشاركون مرة جديد في مصاريف الاستشارات.

كما يبين المرسوم الوزاري رقم 50 المؤرخ في 26 جانفي 2002، و المتعلق بتحديد طبيعة و مبالغ الموارد الآتية من الأنشطة الخاصة بالمؤسسات العمومية للصحة. حيث تنص في المادة الثانية المصادر الإضافية التي تتكون منها الموارد الخاصة بالمؤسسات العمومية للصحة و هي:

(ب) مساهمة الضمان الاجتماعي، في إطار اتفاق التقليل من التحويل للخارج من اجل العلاج، و التكفل بالأمراض الثقيلة و المزمنة، و بإجراءات (سياقات) تحسين للخدمات المقدمة للمرضى المشتركين؛

(ج) علاوة على ذلك، يتم دفع اشتراك استثنائي، من قبل الضمان الاجتماعي، لميزانية المؤسسات العمومية للصحة قصد تحسين التغطية الصحية للذين يتوفرون على الضمان الاجتماعي؛

(د) مداخيل أنشطة طب العمل؛

(هـ) الدفع من طرف الضمان الاجتماعي الإقامة (القبول) في المستشفى، العلاج، الاستشارات و الفحوصات المكملة للمؤمن عليهم، على سبيل الضرر الجسماني؛

(و) الدفع، من العيادات الخاصة، لمصاريف الإقامة (القبول) في المستشفى، العلاج، الاستشارات و الفحوصات المكملة، المترتبة غلى تحويل مرضاهم إلى المؤسسات العمومية للصحة؛

(ز) الدفع، من المرضى الذين ليس لهم تأمين اجتماعي، و غير المعوزين و الأجانب الذين ليس لهم تأمين اجتماعي في الجزائر، لمصاريف الإقامة (القبول) في المستشفى، العلاج، الاستشارات و الفحوصات المكملة؛

(ح) مساهمة الذين لهم تأمين اجتماعي في المصاريف الفندقية و الاستشارة حسب ما ورد في الملحق في النقطة 1.1 من هذا المرسوم.

جدول رقم 15 : المبالغ المدفوعة من قبل المرضى لقاء تكاليف الفندقية و الاستشارات

طبيعة الخدمات	فئة المرضى المذكورين في المادة 2 في النقطة 3،4،5 من المرسوم	فئة المرضى المذكورين في المادة 2 في النقطة 6 من المرسوم	ملاحظات
استشارة طبيب عام، من ضمنها جراح أسنان	250 دج	50 دج	للاستشارة الواحدة
استشارة طبيب مختص، من ضمنها جراح أسنان	450 دج	100 دج	للاستشارة الواحدة
المشاركةفي المصاريف الفندقية	موافق لما جاء في الجدول الموالي	100 دج	لكل يوم في المستشفى

المصدر : وزارة الصحة، المرسوم الوزاري رقم 50 المؤرخ في 26 جانفي 2002، و المتعلق بتحديد طبيعة و مبالغ الموارد الآتية من الأنشطة الخاصة بالمؤسسات العمومية للصحة.

جدول رقم 16 : مبلغ الدفع و مساهمات المرضى في مصاريف الإقامة بالمستشفى عن كل يوم

التعيين	مستشفي الدائرة	مستشفى الولاية	مركز استشفائي جامعي ومؤسسةاستشفائية متخصصة
	فئة المرضى المذكورين في المادة 2 في النقطة 3،4،5،من المرسوم	فئة المرضى المذكورين في المادة 2 في النقطة 3،4،5،من المرسوم	فئة المرضى المذكورين في المادة 2 في النقطة 3،4،5،من المرسوم
طب عام، و طب مختص	3000 دج	3500 دج	4000 دج
جراحةعامة،ومختصة	3500 دج	4000 دج	5000 دج
علاج مكثف و إنعاش	4000 دج	5000 دج	6000 دج
لكل يوم إقامة في المستشفى للأمراض الثقيلة في المصالح عالية التخصص: (المستهلكات، الأعضاء الاصطناعية، اللوازم الخاصة تحسب على حدا)			9000 دج

المصدر : وزارة الصحة، المرسوم الوزاري رقم 50 المؤرخ في 26 جانفي 2002، و المتعلق بتحديد طبيعة و مبالغ الموارد الآتية من الأنشطة الخاصة بالمؤسسات العمومية للصحة.

جدول رقم 17 : مبلغ الدفع و مساهمات المرضى في مصاريف مختلف الفحوصات

طبيعة الخدمة	فئة المرضى المذكورين في المادة 2 في النقطة 3،4،5 من المرسوم	ملاحظات
فحص بدون أي تحضير	200 دج	لكل فلم صورة سلبية
فحوصات فئة " أ "	1500 دج	لكل فعل
فحوصات فئة " ب "	2500 دج	لكل فعل
تصوير الأوعية الدموية (حقن وريدي طرفي)	6000 دج	لكل فعل
تصوير الأوعية الدموية (حقن بمواد) زيادة 50 % في حالة التدخل	8000 دج	لكل فعل
تصوير بالذبذبات الصوتية (زيادة 50 % في حالة التدخل)	6000 دج	لكل فعل
التصوير بالسكانير (بزيادة 50 % في حالة التدخل)	4000 دج	لكل فعل
التصوير بالرنين المغنطيسي	7000 دج	لكل فعل

المصدر : وزارة الصحة، المرسوم الوزاري رقم 50 المؤرخ في 26 جانفي 2002، و المتعلق بتحديد طبيعة و مبالغ الموارد الآتية من الأنشطة الخاصة بالمؤسسات العمومية للصحة.

في إطار الإصلاحات التي تعمل على إدخالها وزارة الصحة و الإسكان، قامت هذه الأخيرة بتعيين مجموعة مشتركة بين الوزارات مكلفة بإيجاد آليات لتطبيق نظام التعاقد في العلاقة بين المؤسسات العمومية للصحة و أجهزة الضمان الاجتماعي. أين تم الاهتمام بصيغتين للدفع:

- التكلفة المتوسطة ليوم إقامة في المستشفى؛
- التقدير الجزافي لمصاريف التكفل بكل نوع من الأمراض.

قبل التطرق إلى كيفية الدفع و المبالغ المحددة ضمن التعاقد، نقوم بتوضيح ما يلي:

(أ) : التكلفة المتوسطة ليوم إقامة في المستشفى (يوم استشفائي)

تبعا لهذا الأسلوب من الدفع، فإن تحرير الفواتير يتم على أساس تكلفة متوسطة ليوم واحد يتم قضاءه في المستشفى (يوم استشفائي)، حسب نوع المؤسسة الطبية (مركز استشفائي جامعي، مؤسسة إستشفائية متخصصة ، قطاع صحي)، و حسب كل مجموعة اختصاصات متجانسة groupe de spécialités homogènes ، حيث تتمثل هذه الاختصاصات في : اختصاص طبي، جراحة، علم النفس، الاختصاصات المكلفة، الأمومة، (Médicales ; Chirurgicales ; Psychiatriques ; Spécialités coûteuses et Maternité ، (انظر أدناه مكونات كل مجموعة من الاختصاصات)، يتم حساب التكلفة المتوسطة لكل يوم إقامة في المستشفى (يوم استشفائي) انطلاقا من الدليل المنهجي المستعمل في حساب التكاليف من خلال طريقة الأقسام المتجانسة، على مستوى مؤسسات الصحة المطبقة منذ جانفي 2001.

تهدف هذه الطريقة إلى التعرف الجيد على كيفية توزيع المصاريف الحاصلة على مستوى مؤسسات الصحة، إلى جانب ما يمكن أن تقترحه المجموعة من تصحيحات أثناء عملية تحديد التكلفة المتوسطة لكل يوم استشفائي و كذلك المدة المتوسطة للإقامة في مرحلة المحاكاة. فيما يلي مكونات كل مجموعة متجانسة من التخصصات:

تضم كل مجموعة اختصاصات متجانسة (groupe de spécialités homogènes) عدد من الاختصاصات مثلا :

الجدول رقم 18 : مكونات التخصصات الطبية

التخصصات الطبية MEDICALES	
طب أمراض القلب و الأوعية الدموية	Cardiologie
طب الأمراض الجلدية	Dermatologie
طب أمراض السكر	Diabétologie
طب أمراض الغدد	Endocrinologie
طب أمراض الجهاز الهضمي و الأمعاء	Gastro-entérologie
طب أمراض الدم	Hématologie
طب الأمراض المعدية	Infectiologie
أمراض الطب الداخلي (الباطنية)	Médecine interne
طب أمراض الكلى	Néphrologie
طب أمراض الصدرية و السل	Pneumo-phtisiologie
طب أمراض الحساسية	Allergologie
الطب النووي	Médecine nucléaire
طب أمراض الأعصاب	Neurologie
طب إعادة التأهيل	Rééducation
طب الأطفال	Pédiatrie

المصدر: مجموعة مشتركة بين الوزارات مكلفة بإيجاد كيفية تطبيق آلية التعاقد، في 16 مارس 2002.

الجدول رقم 19 : مكونات التخصصات الجراحية

التخصصات الجراحية CHIRURGICALES	
الإنعاش و التخدير	Anesthésie-réanimation
جراحة عامة	Chirurgie générale
جراحة الأطفال	Chirurgie infantile
جراحة الفك و الوجه	Chirurgie maxillo-faciale
جراحة صدرية	Chirurgie thoracique
جراحة الأوعية	Chirurgie vasculaire
جراحة العيون	Ophtalmologie
جراحة الأنف و الأذن و الحنجرة	ORL
جراحة العظام و الرضوض	Orthopédie traumatologie
جراحة الأعصاب	Neuro-chirurgie
جراحة أمراض النساء و التوليد	Gynécologie-obstétrique
جراحة الكلى و المسالك البولية	Urologie

المصدر: مجموعة مشتركة بين الوزارات مكلفة بإيجاد كيفية تطبيق آلية التعاقد،16 مارس 2002.

الجدول رقم 20 : مكونات التخصصات الامومة

تخصصات الأمومة MATERNITE	
الأمومة	Maternité

المصدر: مجموعة مشتركة بين الوزارات مكلفة بإيجاد كيفية تطبيق آلية التعاقد، 16 مارس 2002.

الجدول رقم 21 : مكونات التخصصات المكلفة

التخصصات المكلفة COUTEUSES	
جراحة الأورام السرطانية	Oncologie chirurgicale
التكفل بالمواليد الجدد	Néonatologie
طب الأورام السرطانية	Oncologie médicale
الإنعاش الطبي	Réanimation médicale
العلاج بالأشعة	Radiothérapie
جراحة القلب	Chirurgie cardiaque
زراعة الأعضاء	Greffe

المصدر: مجموعة مشتركة بين الوزارات مكلفة بإيجاد كيفية تطبيق آلية التعاقد 16 مارس 2002.

الجدول رقم 22 : مكونات تخصصات طب الأمراض العقلية

تخصصات طب الأمراض العقلية PSYCHIATRIQUES	
طب الأمراض العقلية	Psychiatrie
طب الأمراض العقلية للأطفال	Pédo-psychiatrie

المصدر: مجموعة مشتركة بين الوزارات مكلفة بإيجاد كيفية تطبيق آلية التعاقد 16 مارس 2002.

الجدول رقم 23 : السعر (prix) المتوسط ليوم إقامة في المستشفى تبعا لمجموعة التخصصات المتجانسة

مجموعات التخصصات المتجانسة	مركز استشفائي جامعي	مؤسسة استشفائية متخصصة	قطاع صحي
التخصصات الطبية	6 000 دج	5 000 دج	4 000 دج
التخصصات الجراحية	8 000 دج	7 000 دج	6 000 دج
تخصصات الأمومة	7 000 دج	7 000 دج	7 000 دج
التخصصات المكلفة	2 000 دج	2 500 دج	2 000 دج
تخصصات الطب النفسي و العقلي	15 000 دج	15 000 دج	11 000 دج

المصدر: مجموعة مشتركة بين الوزارات مكلفة بإيجاد كيفية تطبيق آلية التعاقد 16 مارس 2002.

لإيجاد التقييم الدوري يجب أن تحديد و تضبط هتين المعلمتين من خلال مجموع المؤسسات العمومية للصحة، حيث أن هذين الأخيرين (أي التكلفة المتوسطة ليوم إقامة في المستشفى، التقدير الجزافي لمصاريف التكفل بكل نوع من الأمراض) يسمحان أيضا بتقييم أداء مؤسسات الصحة و بإيجاد مقارنات بين مختلف الهياكل من التوجه نحو الكفاءة و الفعالية. و ذلك حسب ما جاء في (تقرير أعمال المجموعة الوزارية المشتركة المكلفة بإيجاد طرق تطبيق التعاقدية في العلاقات بين مؤسسات الصحة، و منظمات الضمان الاجتماعي و المديريات العمل الاجتماعي للولاية. 16 ماس 2002).

(ب) : التقدير الجزافي لكل نوع من الأمراض

بالموازة مع ذلك انطلاقة الأعمال التمهيدية المتعلقة بالطريقة الثانية للدفع على أساس التقدير الجزافي (الحساب الجزافي) تبعا لكل نوع من الأمراض، التي تم البدء فيها خلال الثلاثي الأول لسنة 2003.

من المهم التأكيد على أن طريقة الدفع الثانية تعتبر أسلوبا يتطلب اللجوء الاستعانة بخبراء، الذين يتوجب عليهم التوصل إلى إيجاد توافق (أي الاتفاق حول مجموعة من الأفعال و الإجراءات و الأدوية) للتداوي و العلاج لكل نوع من الأمراض.

يستند هذا النوع من التمويل في الحساب على مرجعية طبية محل اتفاق و إجماع (أي بأسلوب توافقي و رضائي) مؤسس على معايير علمية و مهنية هادفة.

إذا ، يتم حساب التكلفة بالأسلوب الثاني أي الحساب التقديري (الحساب الجزافي)

بالاعتماد على الرسم التخطيطي التشخيصي و العلاجي المثبتين من طرف مجموعة الخبراء بالنسبة لكل نوع من الأمراض، ثم يضاف إليه التكلفة الجزافية للفندقة و الإطعام.

و بهدف الوقوف على مدى تقدم العمل في هذا الشأن (طريقتي الدفع)، فقد تم إعداد تقرير في

نهاية شهر ديسمبر 2002 ، جاء فيه ما يلي :

البدء في المرحلة الأولى من تطبيق الطرقتين، من خلال محاكاة لعملية تحرير الفواتير

على أساس التكلفة المتوسطة ليوم إقامة في المستشفى تبعا لنوع المؤسسة و تبعا لمجموعة التخصصات المتجانسة (الطبية و الجراحية و النفسانية و التخصصات المكلفة و الأمومة)، و ذلك في عشرة مؤسسات عمومية للصحة.

VI .2 .3 توجيه الوزارة الوصية للمؤسسات العمومية للصحة

بالنسبة للأنشطة الصحية في الجزائر، فالعلاقة بين وزارة الصحة و المؤسسات العمومية للصحة تعتبر علاقة وطيدة، حيث تتجلى بصمات الوزارة الوصية في كل الميادين، لوزير الصحة العديد من السلطات تخوله اتخاذ كل القرارات الخاصة بالقطاع، و قد جاء ذلك في المرسوم التنفيذي رقم 90 – 124 المؤرخ في 30 افريل 1990 المحدد لما أسند إليه من مهام، و كذلك ما جاء في المرسوم التنفيذي رقم 96- 66 المؤرخ في 27 جانفي 1996 المحدد لما يتعلق باختصاص وزير الصحة و الإسكان.

في إطار السياسة العامة للحكومة و برنامج العمل المقرر وفق ترتيبات الدستور، يقترح وزير الصحة و الإسكان عناصر السياسة الوطنية للصحة، كما يحدد الوزير إستراتيجية، و أهداف تطوير أنشطة القطاع، لاسيما فيما يتعلق بالدراسات العامة أو المتخصصة لتساند المعرفة والتحكم في قطاع الصحة،

و كذلك وقاية و حماية صحة المواطنين؛ من خلال تحديد الأولويات و وضع حيز التنفيذ للإستراتيجية المتعلقة بهم، خاصة فيما يتعلق بالنمو الديمغرافي و تخطيط الأسرة، و التنظيم الصحي، و ما يتعلق بإنشاء الخارطة الصحية، و العلاج الطبي في الهياكل الصحية، تحديد خصائص التكوين للأفراد الطبيين و شبه الطبيين، و كذا ممارسة للمهنة الطبية، تموين و توزيع الأدوية، و التجهيزات و المواد الطبية، و ظروف و كيفيات صناعة المنتجات الصيدلانية، الحماية الصحية في الوسط العمالي.

لضمان المهام المحددة أعلاه، فان وزير الصحة و السكان:

- يوجد، و يدرب و ينشئ و ينفذ الإجراءات التشريعية و القانونية التي تحكم الأنشطة المتعلقة بمجال اختصاصه و يسهر على تطبيقها؛
- ينشط و يدفع بالأنشطة المرتبطة بالوقاية و محاربة الأمراض الوبائية و المعدية و يقترح الإجراءات للتكفل من طرف الدولة؛
- يدرب و يطبق إجراءات محاربة الأضرار (الأذى) و التلوث اللذان

لهما تأثير على صحة السكان. كما تظهر علاقة الوزارة الوصية بمختلف المؤسسات العمومية للصحة من خلال ما يقوم به وزير الصحة و الإسكان من الإنشاء و السهر على تطبيق معايير تشغيل الهياكل المركزية و غير المركزية، و كذلك المؤسسات العمومية التابعة لوزارة الصحة و الإسكان. حيث يضمن تطورها (المادة 4 من المرسوم التنفيذي رقم 96- 66 المؤرخ في 27 جانفي 1996 ، المحدد لما يتعلق باختصاص وزير الصحة و الإسكان)

- كما تنص المادة 5 من المرسوم أعلاه أن وزير الصحة و الإسكان يسهر على

تطوير الموارد البشرية المؤهلة لاحتياجات الأنشطة التي تدخل تحت سلطته. كما يقوم بتدريب، و اقتراح و وضع حيز التنفيذ أفعال الدولة في هذا الشأن، خصوصا فيما يتعلق بالتكوين، التحسين و إعادة الرسكلة. كما ينظم المهن و يقوم بوضع الأنظمة في هذا الشأن؛

- يرجع لوزارة الصحة و الإسكان وضع نظام للمعلومات الخاص بالأنشطة الواقعة تحت إدارتها. حيث يقوم الوزير بإيجاد الأهداف و الاستراتيجيات، المتوافقة و المترابطة مع النظام الوطني للإعلام على كل الدرجات و المستويات؛

- يقوم وزير الصحة و الإسكان بإدخال و تطبيق نظام للمراقبة متعلق بالأنشطة التابعة لمجال اختصاصه، و ذلك من خلال تحديد الوسائل البشرية، بالتوافق و الترابط مع النظام الوطني للمراقبة على كل المستويات. كما يقوم بسن التعليمات التي تطبق على الأفراد العاملين في ميدان

الصحة. و يقوم بتقدير الاحتياجات من حيث الوسائل المادية و المالية و البشرية للقطاع و يتخذ الإجراءات المناسبة لتلبيتها (الاحتياجات) في إطار القوانين و التنظيمات السائدة.

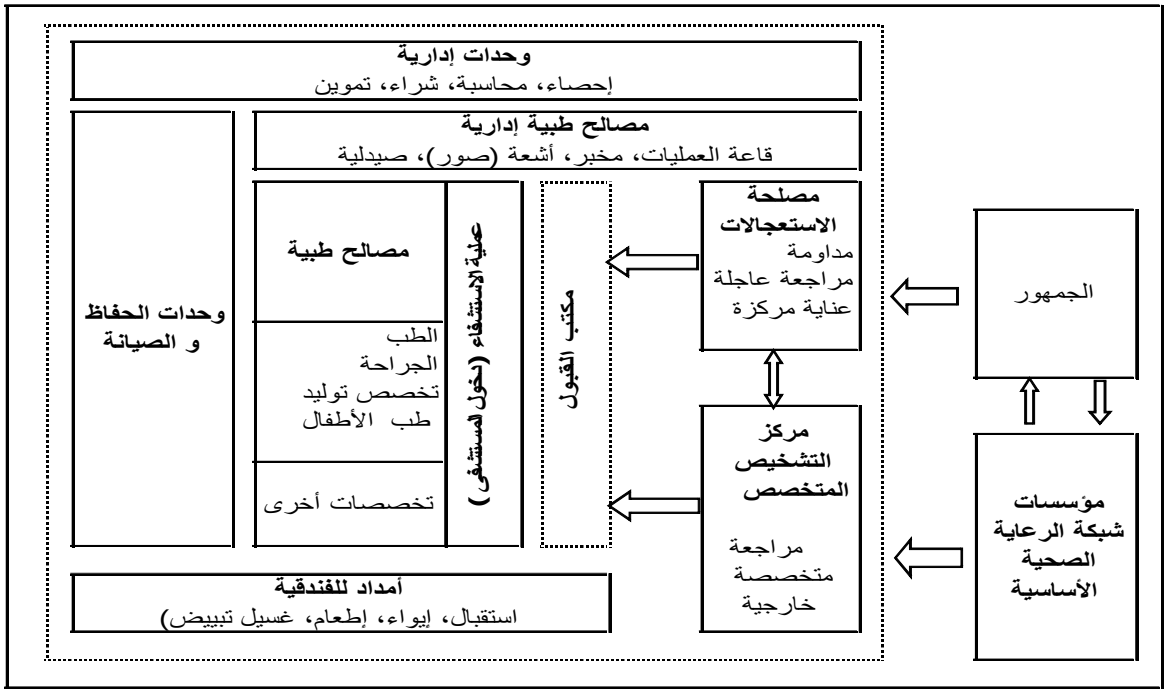
VI. 3 تكامل بين توجهات المستشفيات العمومية و هيكلها التنظيمي في الجزائر

أدت التقسيمات الجديدة للمؤسسات العمومية للصحة إلى إيجاد مؤسسات عمومية استشفائية ومؤسسات للصحة الجوارية، إن كل من هذه المؤسستين تمارس وظائف و مهام محددة، تستجيب إلى احتياجات الجمهور بشكل منظم و مضبوط، و حتى تتمكن هذه المؤسسات من تحقيق أهدافها و أداء مهامها فقد تم تزويدها بهياكل تنظيمية تستجيب لهذه الأدوار الجديدة.

VI .3. 1 الهيكل التنظيمي لإدارة المستشفيات العمومية

تعتبر المستشفيات حسب المنظمة العالمية للصحة، مؤسسات يتم فيها إيواء المرضى الذين يتلقون العلاجات الطبية و التمريض و ينتج عن ذلك أن تقوم المصالح الإستشفائية بإنتاج وإيجاد الخدمات التالية المتمثلة في الإيواء، إنتاج العلاجات الطبية، نقل المعرفة، و التعليم و البحث. و يمكن ملاحظة مختلف المهام في الرسم التوضيحي التالي.

الشكل رقم 33 : الهيكل التنظيمي لوظائف مستشفى عمومي



المصدر: Belghiti Alaoui, (2001), Principes généraux de planification stratégique à l'hôpital , Ministère de la Santé, Rabat, Novembre, 2001,p 52

إذا يضم المستشفى العديد من المصالح و يمكن أن تكون منظمة في مختلف الكيفيات مثلا:

- المصالح الإدارية؛
- مصالح الإمداد؛
- المصالح التقنية؛
- المصالح الطبية؛
- مصالح الاستشارات الخارجية.

قبل التطرق إلى الهيكل التنظيمي للمستشفى فانه من الجدير بالذكر الإشارة إلى خاصة مهمة في الهيكل التنظيمي للمستشفيات، إن هذه المؤسسات لها هيكل تنظيمي يمتاز بخصوصية أن الإدارة مقسمة إلى قسمين، قسم يدير شؤون المهنيين (الأطباء و شبه الطبي)، إلى جانب قسم يدير شؤون الإداريين و باقي المصالح غير الطبية (انظر الباب الثاني الفصل الأول).

VI.3. 2 مقارنة بين الهياكل التنظيمية للمؤسسات العمومية للصحة

فيما يخص الهيكل التنظيمي للمستشفى في الجزائر فإن المرسوم التنفذي 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 تنظم المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية حسب الهيكل التنظيمي أدناه، فنجد مثلا أن الهيكلين التنظيميان يكادان يتشابهان ، و هذا أمر طبيعي كون أن المؤسستين لهما نفس الهدف العام، أي تقديم الخدمات الإستشفائية للمستخدمين.

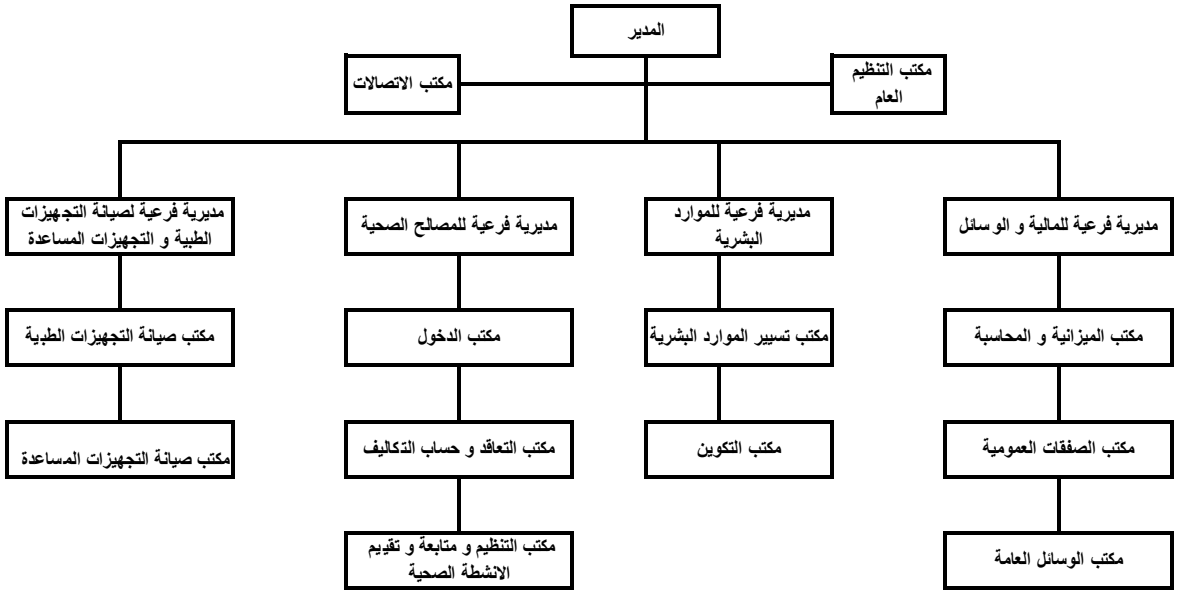
رغم هذا التشابه إلا أن هناك تعديلات جديدة على مستوى المديرية الفرعية للمصالح الصحية جعلت اختلافات جوهرية تفرق بين المؤسستين و هي تخص مكانة كلا من : مكتب الدخول في المؤسسات العمومية الاستشفائية و مكتب الوقاية في المؤسسات العمومية للصحة الجوارية. حيث نجد أن هذا الاختلاف ينبع من التوجه الجديدة لوزارة الصحة قي محاولة لتفعيل دور هذه المؤسسات العمومية و تقريبها من المواطن.

أولا: الهيكل التنظيمي للمؤسسات العمومية الإستشفائية

يتضح من خلال الهيكل التنظيمي الجديد للمؤسسات العمومية الإستشفائية أن الأولوية أعطيت لعملية الاستقبال (الدخول و القبول) لما لهذا الأمر من أهمية على مستوى تنظيم عمل المستشفيات العمومية، حيث أن المريض لا يتم قبوله إلا بعد أن يتم عرضه على مكتب الدخول الذي يحدد إن كانت حالته تستوجب ذلك. وهذا تماشيا مع محاولات إدخال الإصلاحات التي جاءت في المرسوم التنفيذي أعلاه، و الذي أكد على إعادة بعث و تأهيل مكتب الاستقبال

(الدخول) ليكون الواجهة الأولى التي تستقبل المرضى و المواطنين بأفضل ما يمكن، ضمن السياسات الصحية الجديدة التي تسعى وزارة الصحة و الإسكان إلى بلوغها من خلال الخارطة الجديدة للصحة، كما هو واضح من الشكل التالي:

الشكل رقم 34 : الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية الإستشفائية



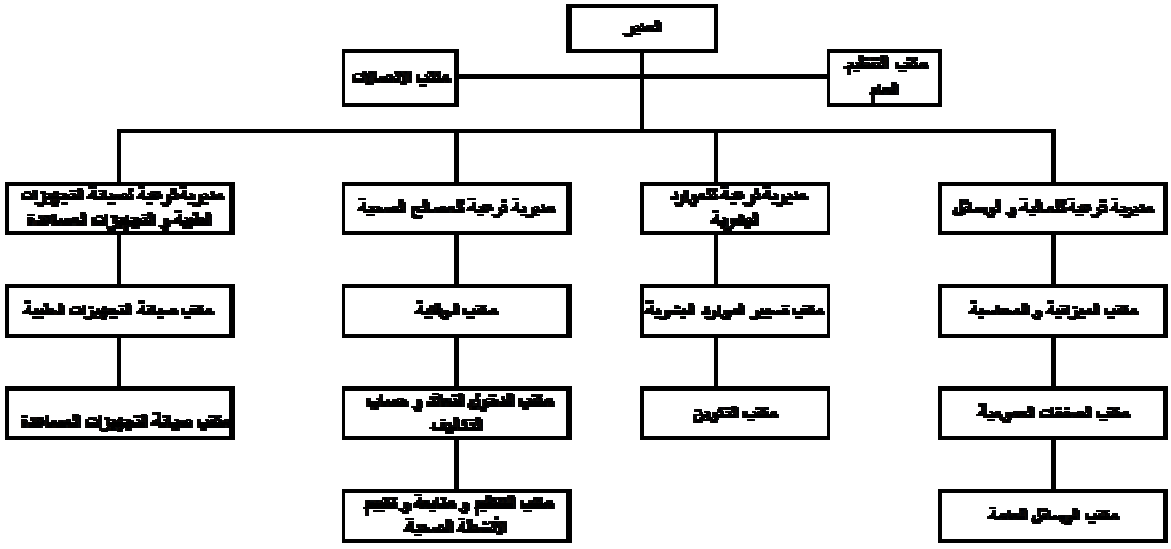
المصدر : من إعداد الباحث حسب ما جاء في المرسوم الوزاري

إن ما يمكن ملاحظته على المهام الجديدة للمؤسسات العمومية الإستشفائية غياب الوظيفة الوقائية، حيث أن التخلي عنها يجعل هذا النوع من المؤسسات تتفرغ للمهام الجديدة المتمثلة في توفير مستلزمات العمليات الطبية و العلاجية التخصصية و الثقيلة.

ثانيا: الهيكل التنظيمي للمؤسسات العمومية للصحة الجوارية

يبين الهيكل التنظيمي للمؤسسات العمومية للصحة الجوارية أن تصميمه اخذ بعين الاعتبار المهام الجديدة المتماشية مع الساسة الوطنية للصحة من حيث تقريب المؤسسات العمومية للصحة من المواطن، حيث يمكن ملاحظة انه تم ضم مكتب الدخول في مكتب واحد تحت مسمى مكتب الدخول و التعاقد و حساب التكاليف، كما هو موضح في الشكل التالي:

الشكل رقم 35 : الهيكل التنظيمي لمؤسسة عمومية للصحة الجوارية



المصدر: من إعداد الباحث حسب ما جاء في المرسوم الوزاري

كما يمكن ملاحظة ان مكتب الوقاية لم يتم دمجه في أي مكتب أخر، بل على العكس من ذلك فقد تم إخراجه بصفة تبرز دوره الذي يهدف إلى أن تطلع مؤسسات الصحة الجوارية من خلاله إلى تفعيل أنشطة الوقاية، (كما قد سبق الإشارة إليه).

حسب المادة 9 من المرسوم التنفيذي رقم 05 – 428 المؤرخ في 7 نوفمبر 2005 المتعلق بتنظيم الإدارة المركزية للوزارة الصحة، و الإسكان و إصلاح المستشفيات، فإن المديرية الفرعية لمراقبة التسيير تكلف بالآتي :

- السهر على تطبيق التشريعات و التنظيمات المتعلقة بالتسيير المالي؛
- ضمان مراقبة تنفيذ ميزانيات الهياكل الصحية و المؤسسات التابعة للوزارة المكلفة بالصحة؛
- اقتراح كل المعايير و الإجراءات الموجهة لتحسين طرق و كيفيات مراقبة التسيير المحاسبي للميزانيات؛

اقتراح كل المعايير التي من شانها تحسين الرشادة في استعمال الوسائل و الإمكانيات المالية.

كما تؤكد الوزارة الوصية على متابعة خطوات تطبيق هذه التدابير من خلال دورات تفتيش لكل ثلاثة أشهر، وهو أمر مهم من ناحية المراقبة، لكن برأينا ينقصها المعايير التي يجب أن تقيم مدى انجاز الأهداف.

3. 3.VI تطور قطاع الصحة العمومية بالأرقام

إن المتتبع لتطور البنية التحتية لمؤسسات الصحة على اختلاف أنواعها و مناطق تواجدها ، يمكنه و بسهولة أن يستنتج أن تحولات عميقة و متلاحقة حصلت من حيث الكم و الجودة، مما يعكس المجهودات المبذولة في مختلف المستويات. يمكن الوقوف على مختلف هذه النتائج من خلال بعض الأرقام التي توضح إمكانيات و قدرات القطاع الصحي، فنجد مثلا:

أولا :على مستوى الهياكل

- 512 عيادة متعددة الخدمات؛
- 1281 مركز صحي؛
- 4228 قاعة علاج؛
- 400 مركز أمومة، على مستوى المستشفيات الجامعية و القطاع الصحي و المستشفيات، بما مجموعه 4281 سرير؛
- 227 هيكل استشفائي،بما مجموعه 36037 سرير؛
- 32 مؤسسة استشفائية متخصصة؛
- 13 مركز استشفائي جامعي؛
- 185 قطاعي صحي؛
- 1051 صيدلية عمومية؛
- 5001 صيدلية خاصة.

ثانيا : على مستوى الموارد البشرية

- 16660 طبيب مختص (بما فيهم المقيمون)، منهم 5216 يعملون في القطاع الخاص؛
- 18630 طبيب عام، منهم 6185 يعملون في القطاع الخاص؛
- 8642 جراح أسنان، منهم 3747 يعملون في القطع الخاص؛
- 5182 صيدلي، منهم 4995 يعملون في القطاع الخاص.

و قد انعكست هذه المجهودات من حيث توفير الموارد اللازمة لتلبية احتياجات المواطنين من العناية الصحية على الوجه الذي يحمي صحتهم و نماءهم، حيث يمكن قياس ذلك من خلال ما يخدمه الطبيب الواحد من عدد محدد من المواطنين، أي ما يعرف بالكثافة الطبية، و نفس الشيء

بالنسبة للإطارات شبه الطبية، كما هو مبين من خلال معطيات وزارة الصحة (وزارة الصحة، 2002).

ثالثا : على المستوى الطبي

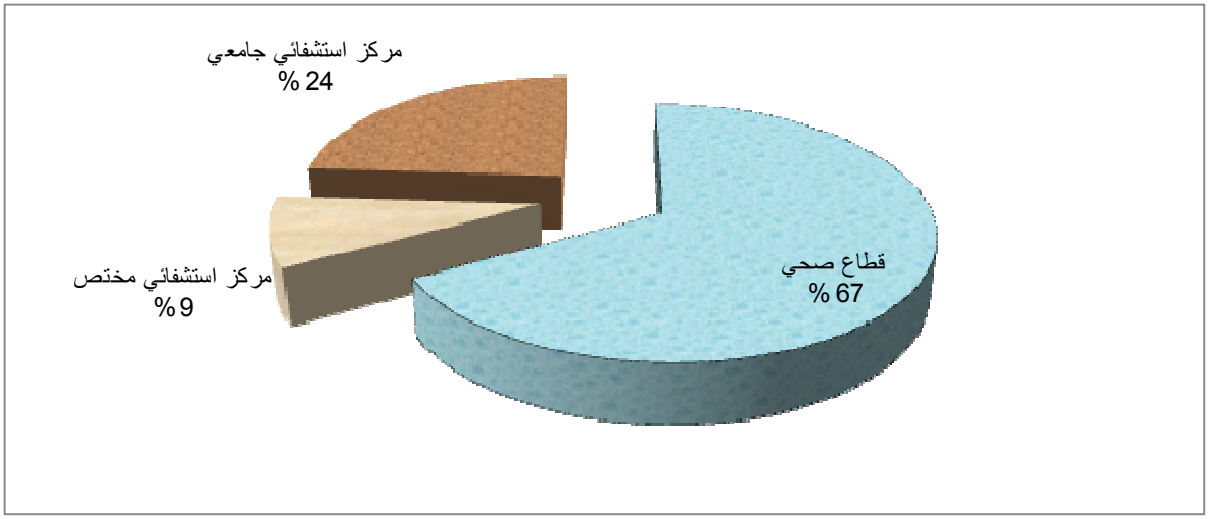
- 1 طبيب لكل 900 ساكن،
- 1 جراح أسنان لكل 3700 ساكن،
- 1 صيدلي لكل 6200 ساكن.

رابعا : على مستوى شبه الطبي (وزارة الصحة، 1998):

- 1 شهادة دولة (Diplômé d'Etat) لكل 673 ساكن،
- 1 إجازة (Breveté) لكل 990 ساكن،
- 1 مساعد شبه طبي لكل 2262 .

كما يمكن أن نلاحظ كل هذه التطورات بصفة شاملة من خلال الميزانية التشغيلية لسنة 2002 ، المقدرة ب 77.6 مليار دينار،(وزارة الصحة، 2002).

الشكل رقم 36 : الميزانية التشغيلية لسنة2002



المصدر : وزارة الصحة 2002.

خلاصة الفصل

تتطلب دراسة المؤسسات الإستشفائية العمومية و مؤسسات الصحة الجوارية الرجوع إلى الحقبة التي احتلت فيها الجزائر و التي تميزت بعدة اختلالات على عدة مستويات منها التباين الشديد في التوزيع، و تفاوت خارق في الخدمات صحية، و كذلك المستشفيات متمركزة في المدن الكبيرة حيث تقدم خدمات يستفيد منها الأوربيين أساسا و قصرا.

إن أهم و ابرز مظاهر الإصلاحات التي مست قطاع الصحة بصفة عامة هي تقسيم المستشفيات إلى مؤسسات عمومية استشفائية و مؤسسات الصحة الجوارية. و هي كما رأينا خطوة مهمة نحو تحديد المهام و الوظائف، إلى جانب تقليل و تخفيف العبء على المستشفيات الكبيرة و تركها تتفرغ إلى الاحتياجات الخطيرة و الثقيلة طبيا.

كما بينا تعدد أوجه و مجالات الإصلاحات فمثلا على مستوى استقبال المواطنين، أما على مستوى الوقاية فإن الإصلاحات شملت تعيين لجنة للوقاية الإستشفائية و المراقبة المستمرة لجودة الخدمات، وضع مسارات خاصة بكل من الأغطية والملابس الملوثة و غير الملوثة. أما على مستوى الرفاهية الفندقية فقد تمثلت الإصلاحات في تحسين و مراقبة جودة الإطعام،

أما الإصلاحات التي تتعلق بالشق المالي و المحاسبي و مدى الاهتمام بحساب التكاليف. وكذا تحديد طبيعة و إيرادات أنشطة المؤسسات العمومية للصحة. فنجد مثلا على المستوى المالي انه تم وضع مجموعة الدعائم المحاسبية والتسييرية، كما تم تعيين محاسبين على مستوى المؤسسات الجديدة وذلك بالتعاون مع مصالح وزارة المالية. أما على المستوى المحاسبة التحليلية فان حساب سعر التكلفة للإطعام و الفندقية و كذلك البدء في تطبيق مشاركة المرضى في مصاريف الإطعام و الفندقية في الوسط الاستشفائي و في مصاريف الاستشارات الطبية، وان كان غير متناسب مع المصارف الفعلية، إلا انه في بداية الطرق على الإصلاحات المرجوة.

إلى جانب ذلك يمكن الوقوف على أهم و ابرز الإصلاحات التي تعمل على إدخالها وزارة الصحة و الإسكان، وذلك من خلال الاهتمام بصيغتين للدفع هما، التكلفة المتوسطة ليوم إقامة في المستشفى والتقدير الجزافي لكل نوع من الأمراض. إن هذه التدابير تطبق حاليا في عشرة مؤسسات استشفائية على سبيل الاختبار و هي في انتظار تعميمها على كل المؤسسات العمومية للصحة في كامل التراب الوطني، إن هذا التعميم يجعل المستشفيات العمومية على أول الطرق لتطبيق مبادئ الفعالية والكفاءة و من ثمّ تقييم الأداء و قيادته.

خلاصة الباب الثاني

جاءت فصول الباب الثاني لتوضح خصائص و مميزات المؤسسات العمومية الإستشفائية من حيث الخدمات التي تقدمها و الطابع العمومي للخدمات الصحية. إلى جانب التطرق للمؤسسات العمومية في الجزائر بصفة عامة، من خلال مختلف الإصلاحات و التحسينات التي مست عدة مستويات.

استعرضنا في الفصل الرابع نشأة المستشفيات في الحضارات القديمة، مبينين أن الباعث في بداية العمل الاستشفائي كان باعثا دينيا بحتا، يتميز العاملون به بالعمل التطوعي. و كيف أن أنشطة المستشفيات تطورت و تعددت مرورا بمختلف العصور إلى أن وصلنا إلى المستشفيات في الوقت الحاضر، كما تطرقنا بالتفصيل إلى مختلف أنواعها و أشكالها و وظائفها. هذا يعني ان مراقب التسيير سيجد نفسه مضطرا إلى استيعاب كل هذه التفاعلات و التجاذبات بين ما هو اقتصادي واجتماعي، غير انه بالرغم من خصائص و تنوع المهام و تفردها أحيانا إلا أن المستشفيات من الناحية التسييرية تعتبر كباقي المؤسسات الأخرى التي يجب تسييرها بالطرق الحديثة.

تناول الفصل الخامس النشاط الخدمي من خلال التطرق إلى خصائص الخدمة و مميزاتها التي تبتعد بها عن السلع بفارق كبير، كما تم التطرق إلى مفهوم الخدمة العمومية، التي لها مميزات تجعل منها خدمة تتصف بالعديد من المقومات و الخصائص سواء من ناحية من يقوم بها أو من ناحية من يتلقاها فضلا عن الشروط التي يجب أن تتوفر في المؤسسات التي تقدم الخدمات العمومية. كنتيجة لذلك فان مراقبة التسيير لابد لها أن تأخذ بمستلزمات و متطلبات الأنشطة الخدمية و خصوصا العمومية منها مع مراعاة المحددات الاقتصادية و التجارية.

خصصنا الفصل السادس في هذا الباب إلى المؤسسات العمومية الإستشفائية و مؤسسات الصحة الجوارية. حيث تطرقنا إلى مختلف المراحل التي مرت بها هذه المؤسسات من فترة الاحتلال إلى أيامنا هذه مستعرضين مختلف المشاكل و الاختلالات و الاضطرابات. كما تم التطرق إلى مختلف الإصلاحات و التغييرات التي طبقتها الوزارة الوصية و من بينها إصلاحات على مستوى استقبال المواطنين، الوقاية، الرفاهية الفندقية، والتطبيقات المالية والمحاسبة التحليلية كالتكلفة المتوسطة ليوم إقامة في المستشفى والتقدير أو الحساب الجزافي لكل نوع من الأمراض.

إن ما يمكن استخلاصه من خلال ما تم تناوله في هذا الباب و الباب الذي قبله يمكننا من القول أن المؤسسات العمومية الإستشفائية تعتبر أرضية صعبة وكثيرة المتطلبات والشروط

والمستلزمات مما يعني انه أمام مراقب التسيير تحديات و رهانات كبيرة وحقيقة يجب مواجهتها في سبيل إدخال و إرساء مراقبة التسيير وطرق و أساليب قياس الأداء إلى هذه المؤسسات، وعلية فأن الاهتمام سينصب مستقبلا على توضيح الكيفيات والممارسات التي يمكن من خلالها إيجاد هذه التقنيات و الأساليب في الواقع.

الباب الثالث : متطلبات تطبيق مراقبة التسيير في المستشفيات العمومية

الفصل VII : الظروف المقيدة لتطبيق مراقبة التسيير في المستشفيات

تمهيد

VII. 1 الأطر و المحددات المتحكمة في سير عمل المستشفيات

VII. 2 تأثير خصائص الخدمات الاستشفائية على مراقبة التسيير

VII. 3 مراقبة التسيير في المؤسسات العمومية الإستشفائية

VII. 4 إرساء مراقبة التسيير في المؤسسات العمومية الإستشفائية

خلاصة الفصل

الفصل VIII : نماذج و مؤشرات قياس الأداء في المستشفيات

تمهيد

VIII .1 فيما يخص الأداء التنظيمي في المستشفيات

VIII.2 نماذج قياس الأداء التنظيمي في المستشفيات العمومية

VIII.3 مؤشرات قياس الأداء التنظيمي في المستشفيات العمومية

خلاصة الفصل

الفصل IX : واقع مراقبة التسيير في المستشفيات الجزائرية

تمهيد

IX .1 منهجية الدراسة الميدانية و أدواتها

IX.2 حقيقة تطبيق مراقبة التسيير في المستشفيات العمومية الجزائرية

IX.3 اختبار فرضيات الدراسة في المستشفيات العمومية الجزائرية

خلاصة الفصل

خلاصة الباب الثالث

الفصل VII: الظروف المقيدة لتطبيق مراقبة التسيير في المستشفيات

تمهيد

VII. 1 الأطر و المحددات المتحكمة في سير عمل المستشفيات

VII. 1. 1 علاقة المستشفى بوزارة الصحة

VII. 1. 2 تنظيم المستشفيات في شكل بيروقراطية محترفة

VII. 1. 3 علاقات متداخلة لإطراف ذات انتماءات مهنية مختلفة

VII. 2 تأثير خصائص الخدمات الاستشفائية على مراقبة التسيير

VII. 2. 1 تأثير خصائص الخدمات على تحديد الأهداف و النتائج

VII. 2. 2 تأثير الإنتاج المشترك على تحديد المسؤولية

VII. 2. 3 اثر الطابع التقريبي لتقديم و تقدير الخدمة

VII. 2. 4 الضبابية في تحديد إجراءات الإنتاج و التحويل

VII. 2. 5 صعوبة تمثيل النشاط و انعكاسها على أدوات مراقبة التسيير

VII. 3 مراقبة التسيير في المؤسسات العمومية الاستشفائية

VII. 3. 1 صعوبة تأقلم النموذج التقليدي لمراقبة التسيير في المستشفى

VII. 3. 2 تقسيم المستشفى إلى مراكز مسؤولية

VII. 3. 3 التعاقدية، التعهد (المسؤولية و المحاسبة)

VII. 3. 4 التوافق و الترابط بين المدى القصير و الطويل الأجل

VII. 4 إرساء مراقبة التسيير في المؤسسات العمومية الاستشفائية

VII. 4. 1 مراقبة التسيير من خلال التحكم في استهلاك الموارد

VII. 4. 2 مراقبة التسيير من خلال الوقوف على المحقق

VII. 4. 3 عملية تقييم أنشطة الصحة العمومية

خلاصة الفصل.

تمهيد

سنوضح في هذا الفصل ما يكتنف المؤسسات العمومية للصحة من ظروف معينة وخاصة، التي من شأنها تقييد تطبيق مراقبة التسيير فيها كالأطر و المحددات المتحكمة في سير عمل المستشفيات، من ضمن هذه الأطر نجد علاقة المستشفى بالوزارة الوصية، إن هذه الوضعية تجعل المستشفيات العمومية تتعرض إلى مراقبة خارجية شديدة من قبل الوزارة الوصية من خلال امتلاك هذه الخيرة للوسائل اللازمة التي تمكنها من التأثير على نظام سير وتشغيل المستشفى.

كما سنبين أيضا أن المستشفيات تشكل بيروقراطية احترافية والتي عادة ما تتميز بغياب في هيكلها التنظيمي لمصلحة الطرق التي يكون عادة هدفها تحديد المهام و ضبط معيارها. كما أن الهيكلية الخاصة للمستشفى تتميز بغياب التحديد المطلوب و الدقيق للعلاقة بين النشاط والموارد. و كنتيجة لذلك فإن النشاط ألاستشفائي لا يمكن التنبؤ به و لا بالوسائل التي تدخل في تحقيقه، مما ينتج عنه صعوبة في تقديره.

إلى جانب توضيح مفهومي العلاج و الشفاء اللذين يميزان منتجات المستشفيات، حيث يتميزان بالغموض والضبابية، إلى جانب طبيعة مخرجات المستشفيات التي لا يتم تحديدها بوحدات كمية معروفة بل يتم ذلك من بنود الميزانية التي صرفت في تلك المرحلة.

كذلك كون خدمات العناية الصحية من الأنشطة التي تتطلب مشاركة المريض في جميع مراحل العملية، ان هذا التفاعل بين المنتج و المستهلك للخدمة يعد أمرا جديدا لمراقب التسيير مما يعني انه مجبر على تطوير مفهوم جديد للمنتوج و المستهلك فيما يخصه.

كما سنتعرض لما يواجه مراقب التسيير من صعوبات في عملية تحديد و تحميل المسؤولية أثناء و بعد عملية إنتاج الخدمة (العلاج). وهو ما يسمى بالتحمل المشترك للمسؤولية، الناتج عن الإنتاج المشترك للخدمة، و التفرد في مسار العلاج لكل مريض، الذي بدوره يؤدي إلى صعوبة تقييم مساهمة كل متدخل في تكون النتيجة المتمثلة في العلاج و الشفاء. كنتيجة لذلك نجد صعوبة تقسيم المنظمة إلى مراكز مسؤولية.

إن ما تتصف به الأنشطة الخدمية الاستشفائية من خصائص و مميزات تجعل مراقبة التسيير تواجه عدة ضغوط مما يزيد من درجة صعوبة تطبيق خطوات و مراحل مراقبة للتسيير لدرجة أن المراقبة الاستباقية أو التنبؤية تكون مطلوبة بشكل كبير في هذه المرحل بالذات.

VII. 1 الأطر والمحددات المتحكمة في سير عمل المستشفيات

يعتبر من الضروري لمراقب التسيير أن يتعرف على المحددات المتحكمة في سير عمل المؤسسات العمومية للصحة خاصة إذا كان هدفه المعلن هو السعي لتطبيق تقنياته في مثل هذا النوع من المؤسسات، يمكنه ذلك من خلال معرفة علاقة المستشفى بالوزارة الوصية و كذلك من خلال إدراك أن المستشفيات منظمة في شكل بيروقراطية محترفة، كما لا يجب إغفال مختلف تصنيفات الأفراد الذين يتميزون بانتماءات مهنية متباينة.

VII. 1 . 1 علاقة المستشفى بوزارة الصحة

كون المستشفيات العمومية مؤسسات تابعة لوزارة الصحة -كما سبق الإشارة إليه في الفصول السابقة- فان هذه الوضعية تجعل المستشفيات العمومية تحت مراقبة خارجية شديدة من قبلها، حيث يفترض أن هذه الأخيرة تمتلك الوسائل اللازمة و التي تمكنها من التأثير على نظام سير و تشغيل المستشفى و كذلك فإن للوصاية أن توجه و تقود المستشفى على الأقل من الناحية النظرية. و حتى تنجح الوزارة في عملية مراقبة و توجيه المستشفيات فإنه يجب أن يكون هناك وسيط بينهما كما هو الحال في الدول المتطورة في هذا المجال، فمثلا نجد أن فرنسا قامت بتنصيب الوكالات الجهورية للمستشفيات باعتبارها الوسيط الوحيد بين الوزارة و المستشفيات و قد حددت لهذه الوكالات مهام معينة مثل التحكم في تكاليف التشغيل للنظام الصحي من خلال إعادة الهيكلة و توزيع الموارد(Minvielle، 2006، ص 133)، كما أن لهذه الوكالات الصلاحيات الكاملة مثلها مثل الوزارة الوصية(Molinié، 2005، ص 63).

VII.1 .2 تنظيم المستشفيات في شكل بيروقراطية محترفة

تعد البيروقراطية المحترفة احد أنواع البيروقراطية اللامركزية و تمتاز باستقرار عملها التشغيلي أو العملياتي و بالتالي تكون فيها التصرفات و المواقف محددة مسبقا و يمكن التنبؤ بها، أي أنها نمطية (George Emile Weil، 1990، ص 56). إن ما يميز التنظيم المبني على الاحترافية هو التطور الكبير في المركز ألعملياتي الذي يتميز بعمل مؤهل و موصوف، و نمطي و يتميز باستقلالية كبيرة. كما يرى (Mintzberg، 2004، ص 311) فإن التنظيم الاحترافي (البيروقراطية المحترفة)، ولتنسيق نشاطاتها، فإنها ترتكز على التنميط في المؤهلات التي هي بدورها تأتي من خلال التكوين. حيث تقوم بتشغيل مختصين قد تم تكوينهم أي – محترفين – و تعطي لهم حرية معتبرة فيما يخص مراقبة أعماهم، و لتوضيح ذلك يضرب المؤلف مثالا على البيروقراطية الاحترافية فيذكر : الجامعات و المستشفيات الكبيرة، شركات الخبرة للمحاسبة، منظمات العمل الاجتماعي، شركات الهندرة، الخ.

تعتبر المستشفيات إذا بيروقراطية احترافية و هي تتميز بغياب لمصلحة الطرق في هيكلها التنظيمي التي يكون عادة هدفها تحديد المهام و ضبط عيارها.

كما أن الهيكلية الخاصة للمستشفى تتميز بغياب التحديد للعلاقة بين النشاط و الموارد. و كنتيجة لذلك فإن النشاط ألاستشفائي لا يمكن التنبؤ به و لا بالوسائل التي تدخل في تحقيقه، مما ينتج عنه صعوبة في تقديرها (Tonneau و Moisdon ، 1996، ص 125)، إن مركز ألعملياتي في الأنشطة الإستشفائية يتكون أساسا من وحدات العلاج التي تعتبر قلب الأنشطة في المستشفى كما يصف ذلك (Hemidy، 1996، ص 131) إن قلب هذه الأنشطة الاستشفائية يتحقق في الوحدات العلاجية أي العيادات، لأنه يمثل المكان الرئيسي للتفاعل بين المستشفى و المريض فيما يخص: إنتاج العلاج، المعلومات، و التكاليف، و تقديم الخدمات. تزداد صعوبة تطبيق البيروقراطية عندما يتعلق الأمر بالتكفل بالمرضى حيث أن إجراءات وخطوات و مراحل التكفل تختلف من مريض إلى أخرى إن لم تكن متفردة (وحيدة في الكثير من الأحيان)، مما يجعل سياق عملية التكفل يسير دون تنظيم مسبق و بدون تقدير تنبؤي مما يؤدي إلى عشوائية كبيرة في مراحل و خطوات التكفل بالمريض. في هذه الحالة فإن هذا الاضطراب في خطة العمل يؤثر بشكل مباشر على عملية التسيير و منه على إجراءات و أدوات مراقبة التسيير، لأن قياس الأداء في هذه الحالة يكون من خلال القياس الروتيني لمدة الإقامة التي يتم اعتبارها كمؤشرات يتم اعتمادها في إجراءات العملية التسيرية، و كنتيجة لذلك يعتبر المستشفى ذو الأداء الجيد هو المستشفى الذي تتجه مدة الإقامة فيه إلى التضاؤل بالمتوسط.

يجب على المستشفى أن يهتم بكل السياقات لضمان السير الحسن للأنشطة في أجال مقبولة. إن ترشيد الأنشطة في المستشفى يعني التوفيق بين التفرد في مسار العناية بالنسبة لكل مريض و بين تقديم خدمات تشمل كل المواطنين (إنتاج بالجملة) بعبارة أخرى ترشيد نشاط العناية الصحية يعني التحكم في التفرد على مستويات إجمالية (Minvielle، 2006، ص 96).

تسمح محاولة استعراض مختلف التطورات و التحولات التي مرت بها مؤسسات العناية الصحية في العشرين سنة الأخيرة بالوقوف على عدة تحولات و التي أثرت بشكل مباشر على التنظيم الداخلي لهذه المؤسسات، من أبرز هذه المظاهر نجد التطور التكنولوجي، كيفية جديدة للتكفل بالمريض، ظهور تعبيرات جديدة للإحتياجات الصحية، مما يؤدي إلى تطور تعريف مهام المستشفى.

و أيضا التطور التكنولوجي عرفت مؤسسات الصحة تحولات كبيرة في العقدين الأخيرين و التي أدت إلى الابتعاد عن المفهوم التقليدي للمستشفي، عندما كانت عبارة عن ملجأ للفقراء

و البائسين و المشردين و المرضى ـ انظر الباب الثاني الفصل الأول ـ و التطور نحو المستشفى المتخصص.

VII. 1. 3 علاقات متداخلة لأطراف ذات انتماءات مهنية مختلفة

يظهر على الأفراد العاملين في المستشفيات التباين الواضح بين مختلف الفئات العاملة فيه، حيث تضم المؤسسات الاستشفائية أفراد مهنيين و آخرين غير مهنيين مما يشكل أول بواعث للاضطراب في العلاقات بين الأفراد، زيادة على ذلك فإن كل من الفئتين السابقتين مقسمة بدورها. فالمهنيون مقسمون إلى الأفراد الطبيون (الأطباء المختصون و العامون)، و شبه الطبيون. أما الفوج غير المهني فمقسم إلى أفراد الإدارة و الأفراد التقنيون.

ساعد الهيكل التنظيمي للمؤسسات الاستشفائية العمومية على ظهور شدة الاختلاف في الانتماء المهني بشكل كبير(Holcman ،2006،ص 191).كما أن هناك من الباحثين من ينظر إلى المستشفى من الناحية التنظيمية على أنها المثال النموذجي للبيروقراطية المهنية، بالمعنى الذي عرفها منتزبرغ (Mintzberg ،1982 ،ص 253) . وذلك بالاعتماد على مختلف المعايير التي قدمها منتزبرغ و المتمثلة في الأنواع المختلفة للتنظيم.

علما أن مؤسسات الصحة و خصوص المستشفيات ينظر إليها كتشكيلات هجينة مكونة من مختلف التشكيلات و ذلك باختلاف وجهات النظر للمنظمة و كذلك على مستوى الدقة التي تلاحظ بها الوظائف و عليه، و أخذا بخاصية الأنشطة الصحية، و بدمج للثنائية الممثلة للتدرج الهرمي الإداري و الطبي الذي يعقد من هيكل المستشفى و كنتيجة لذلك فإنه يصبح من الصعوبة بمكان تحديد و بشكل دقيق صورة الهيكل من ضمن تلك المعروفة تقليديا.

هناك سبب آخر يعمق من الهوة الموجودة بين مختلف الفئات المهنية داخل المستشفى وهو ما يعرف بازدواجية السلطة حيث أن المهنيين لا يتم توظيفهم و لا يتم تعيينهم و لا حتى تقييمهم من قبل مدير المؤسسة الاستشفائية، في حين أن الأفراد غير المهنيين يقعون تحت مسؤوليته مباشرة. هذا يعني أن هناك خطين للمسؤولية يتعايشان جنبا إلى جنب داخل كل مؤسسة استشفائية. الخط الأول إداري لا يراعي الجانب القدسي للمهنة و يتمثل في غير المهنيين، الخط الثاني كرزماتي و مهني و طبي. عند تلاقي هذين الخطين يكون الأفراد في منطقة تطابق للسلطتين و بالتالي هم واقعون تحت سلطتين مما يزيد من تعقد العلاقة بين العيادي – العلاجي- المهني من جهة ، و الإداري من جهة أخرى. أي وقوع الأفراد تحت تقابل التنظيم الرسمي و التنظيم غير الرسمي الوظيفي (Holcman، 2006، ص 88)

يودي تعايش هذين الخطين للسلطة إلى جعل تحديد سياقات و إجراءات عملية العناية الصحية (العلاجية) عملية معقدة و بالغة الصعوبة، مما ينعكس على صعوبة تمثيل النشاط العلاجي داخل المستشفى.

VII. 2 تأثير خصائص الخدمات الاستشفائية على مراقبة التسيير

كما سبق الإشارة إليه فان للأنشطة الخدمات الاستشفائية خصائص تأثر على مختلف فرضيات النموذج التقليدي لمراقبة التسيير، و ذلك من خلال إضفاء بعض الضبابية و بعض اللبس في كيفية تحديد الأهداف و النتائج و كذلك في تحديد المسؤولية، كما تمتد هذه الآثار إلى إجراءات تحديد الإنتاج و التحويل. و من أهم التأثيرات نجد صعوبة تمثيل النشاط الخدمي ألاستشفائي.

VII. 2. 1 تأثير خصائص الخدمات على تحديد الأهداف و النتائج

أولا : تحديد أهداف الأنشط الخدمية

تكمن الإشكالية بالنسبة للأنشطة المتعلقة بتقديم الخدمة في صعوبة تحديد هدف معين و فريد من وراء القيام بالنشاط الخدمي، حيث يتميز النشاط الخدمي باحتوائه على منطقة غير واضحة المعالم التي تسمح بإمكانية السعي إلى تحقيق عدة أهداف في مرة واحدة. من بين الأمثلة الشائعة في هذه النقطة نجد مثال تحديد أهداف نشاط رئيس البلدية مثلا (انظر الصفحة 182 – 183).

إن ما يمكن أن يعتري بعض الأنشطة الخدمية من غموض، و غياب الإجماع، و حتى الصراع في بعض الأحيان فيما يتعلق بتحديد الغاية منها، يؤثر وبشكل واضح وكبير على تحديد و ضبط أهداف بعض الأنشطة الخدمية (Löning وآخرون،2003،ص181). تطرح مشكلة تحديد الأهداف عدة أسئلة منها ما هي درجة الغموض والتناقض التي يمكن أن تكتنف أهداف الأنشطة الخدمية؟. ما هي التحديات التي يمكن أن تطرحا هذه الازدواجية في الأهداف (بين ما هو معلن و ما هو ضمني) بالنسبة إلى مراقبة التسيير؟

ثانيا : الوقوف على نتائج الأنشطة الخدمية

تطرح الأنشطة الخدمية إشكالية أخرى، و المتمثلة في صعوبة الوقوف على نتائج الخدمة المقدمة. تأتي هذه المشكلة كنتيجة للإشكالية التي سبقتها من شيوع إمكانية تنوع و تعدد الأهداف في الأنشطة الخدمية. إلى جانب كون الخدمة في الغالب تكون غير ملموسة، مما يعني أن نتائجها لا يمكن قياسها لحظة الانتهاء من تقديمها، هذا يعني أن تقدير النتيجة يتطلب فترة زمنية لا يمكن

تحديدها سلفا، كما يسمح طول الفترة التي يمكن أن تستغرقها عملية تقييم نتائج الخدمة بدخول تأثير عوامل أخرى مما يزيد في صعوبة تحديد النتيجة(Ducrocq وآخرون،2001،ص 91).

أما العامل الآخر فيتمثل في كون أن بعض الأنشطة الخدمية لا توجد لها حدود للخدمة، فمثلا أنشطة العناية الصحية التي تقدم إلى مريض ما، لا يمكن أن تتوقف عند حد معين، بل هناك دائما المزيد الذي يمكن فعله و تقديمه (Tabachoury،2009،ص30). لذلك يكون عدم تحديد الهدف مقصودا، حتى تكون حدود نهاية الخدمة من حيث إشباع حاجة الزبون غير معروفة. هذا الغموض من شأنه أن يخلق نوعا من التراضي و القبول و كذلك التوافق حول الهدف، كما يرى (Ducrocq وآخرون) " إن ضرورة إرضاء الزبون تدفع بمقدم الخدمة إلى عدم التحديد بدقة للغاية من الخدمة، بحيث تخلق الظروف الملائمة لإيجاد التوافق و التراضي إن هذا القدر من الضبابية، أو الجزء المسكوت عنه في تحديد الأهداف [...] يجعل من عملية قياس الأداء من الصعوبة بمكان".(Ducrocq وآخرون،2001،ص 93)

إن إسقاط خصائص و مميزات الخدمات المذكورة سابقا، على أنشطة يترك مؤسسات العناية الصحية و التي من أهمها المستشفيات يجعلها تعاني من نفس الإشكال، فمن جهة ينظر إلى المستشفيات على أنها مؤسسات خدمية أي أنها تنتج خدمات و ليس سلعا، و من جهة أخرى تتصرف المستشفيات بالنسبة للمرضى كصناعة تحويلية. حيث تقوم بتحويلهم من حالة صحية معينة عند دخولهم للمستشفى، إلى حالة صحية أخرى عند خروجهم منه (Gauthier و آخرون،1979،ص79).

إن المتمعن في أنشطة العناية الصحية في المستشفيات، يجد أن هذه الخدمات تعاني من نفس الإشكالين السابقين. حيث أن طبيعة أنشطة المشافي تجعل من مفهوم النتيجة، و حتى المنتوج أمرا معقدا للغاية، إذ كثيرا ما يتم التساؤل عن المقصود بالمنتوج في المستشفى؟ وكيف يمكن قياسه؟ وهل يتعلق الأمر بالمريض، عدد أيام الإقامة بالمستشفى، عدد العمليات،عدد ساعات الفحص؟ (Garrot،1995،ص 112). كما أن مفهومي العلاج و الشفاء اللذان يميزان منتجات المستشفيات، يلفهما بدورهما الغموض و الضبابية، إلى جانب طبيعة مخرجات المستشفيات التي يتم تحديدها اعتمادا على المهام الملقاة على عاتقه، تضفي عليه طابعا غير عملي بشكل كبير(Masse،1994،ص36). تبرز أهمية المشكلة السابقة الذكر في أنها تمس احد أهم الفرضيات و المبادئ التي بني عليها النموذج التقليدي لمراقبة التسيير. و الذي يقضي أن مراقبة التسيير تقوم على افتراض، أنه يمكن تحديد هدف أي نشاط، وبسهولة تامة، و أنه يمكن قياس

نتائج هذا النشاط، وكذلك الأداء دون عناء. وسوف نتطرق إلى هذا العنصر بمزيد من التفصيل عند التحدث عن تعقد أنشطة العناية الصحية.

VII. 2. 2 تأثير الإنتاج المشترك على تحديد المسؤولية

أولا : الإنتاج المشترك للخدمة

في الأنشطة الخدمية، كثيرا ما يشترك مقدم الخدمة و الزبون في إنتاجها معا. و هذا ما يعرف بالإنتاج المشترك للخدمة. تعتبر عملية التعليم مثالا جيدا على ذلك، و كذلك العلاقات بين المصالح التشغيلية (العملياتية) و المصالح الوظيفية (مثل مصالح الإعلام الآلي)، و علاقتها مع مصلحة أخرى مستعملة، يعملان معا على إيجاد تطبيقات جديدة (Löning و آخرون، 2003، ص181).

هناك من المختصين من يرى، أن الإنتاج المشترك للخدمة يمكن اعتباره بمثابة فرصة مهمة لتحسين الإنتاجية. و أن العميل أو الزبون يعمل دون أن يتلقى أي مقابل، ولكنه في نفس الوقت، واع بأهمية مشاركته و أنه لا يقدم على ذلك إلا بشرط أن يتم تعويضه (سعر بيع أقل ارتفاعا، خدمة أسرع ... الخ) (Ducrocq وآخرون،2001، ص 92).

تعد خدمات العناية الصحية من الأنشطة الداخلة تحت هذه الخاصية، إذ أن تقديم الخدمات يتطلب مشاركة المريض في جميع مراحل العملية، و في كثير من الأحيان، تتوقف أجزاء كبيرة من تقديم الخدمة على تعاون المريض، و مدى استعداده للتجاوب مع مقدم الخدمة (طبيبا كان أو ممرضا).

ثانيا : تعدد المتدخلين في الأنشطة الصحية :

إضافة إلى مشاركة المريض بشكل كبير و فعال في تقديم خدمات العناية الصحية، فإنها تتطلب أيضا تدخل العديد من المهارات، التي تستدعي العديد من التخصصات و التخصصات الدقيقة، فضلا عن الممرضين، و المعاونين. إن هذا التقسيم الطبي للخدمات يحتاج إلى تقسيم على مستوى مراقبة التسيير لتحتوي العملية، وتكون قادرة على تحليل و تسيير الأنشطة العلاجية بشكل يسمح بتحديد مسؤولية كل متدخل من المتدخلين في العملية كل حسب مستواه ومداه.

ثالثا : عدم نمطية الأنشطة الصحية :

هناك صعوبة أخرى تتميز بها أنشطة العناية الصحية، و هي عدم نمطية العملية العلاجية التي يخضع لها المريض، مما يصعب على مراقبة التسيير و إيجاد مراكز للمسؤولية، التي يجب

أن تقسم المؤسسات الاستشفائية على أساسها في عملية تحديد المسؤولية، و تفعيل مبدأ العقاب و الثواب. فعند دخول مريض إلى المستشفى، في حالة استعجاليه أو بدخول مبرمج، فإنه يتبع مسارا خاص، تبعا لعدد من المتغيرات مثل نوع مرضه، درجة خطورته، عمر المريض، السوابق المرضية، الإجراءات المتوقعة (التحاليل، الأشعة،...) و التعقيدات التي يمكن أن تحدث مستقبلا (Alvarez، 2000، ص5). إن التحمل المشترك للمسؤولية، الناتج عن الإنتاج المشترك للخدمة، و التفرد في مسار العلاج لكل مريض، يؤدي إلى صعوبة تحديد وتحميل كل فرد بالجزء الراجع إليه من المسؤولية، و بالتالي صعوبة تقييم مساهمته في تكون النتيجة (العلاج و الشفاء)، و هو عكس ما تقضي به واحدة من فرضيات النموذج التقليدي لمراقبة التسيير، المتمثلة في إمكانية تقسيم المنظمة إلى مراكز مسؤولية، و تحديد أداء كل مركز ، وما مدى مساهمته في النتيجة الإجمالية.

VII. 2. 3 أثر الطابع التقريبي لتقديم و تقدير الخدمة

يقصد بالطابع التقديري أو التقريبي في الأنشطة الخدمية، تلك الكيفية التي تقيم بها العلاقة بين الوسائل المستعملة و النتائج المحققة في إطار القيام بنشاط خدمي معين. حيث يسود عملية التقييم نوع من عدم الوضوح في العلاقة التي تربط بين الوسائل و النتائج. إن عدم الوضوح هذا يختلف من نشاط خدمي إلى آخر، و بالتالي فهو يؤثر بدرجات متفاوتة على تقييم تلك العلاقة، و في كل الأحوال، يترك للإدارة التقريب، و التقدير لهذا التأثير في العلاقة المذكورة سابقا. إن ما جعل الغموض يلف العلاقة بين الوسائل و النتائج، وكذا، عدم الوضوح في كيفية تأثيرهما في بعضهما البعض، هو ما يميز الأنشطة الخدمية من لا مادية الخدمة(خدمة غير ملموسة) و زامن إنتاج الخدمة و استهلاكها.

لأن تقديم الخدمة يكون في الأغلب غير مادي، فهذا يعني أن نتائجها لا يمكن قياسها مباشرة، و في نقس الوقت الذي تنتهي فية، كما رأينا سابقا. و كون الخدمة غير ملموسة، يطرح لمقدم الخدمة نوعا خاصا من الصعوبات و المشاكل. فمثلا تقييم الأنشطة الخدمية لمستشفى ما، من خلال محاولة تقييم تقديم خدمات العناية الصحية لمواطني مدينة ما مثلا، و ذلك بعد ما يقرر القائمون على المستشفى فتح قاعة فحص جديدة مزودة بتجهيزات متطورة جدا، وكذلك زيادة عدد ساعات الاستقبال في القاعة الجديدة. إن تقييم نتائج استعمال هذه الموارد لا يمكن أن يتم إلا بعد فترة زمنية معينة. و الصعوبة الثانية تتمثل في كون تحسن الحالة الصحية لهؤلاء المواطنين لا تعود بالضرورة إلى هذه الإجراءات و القرارات التي اتخذها المقررون في المستشفى. بعبارة أخرى، فإنه لا يمكن للمسيرين، في هذه الحالة الجزم بأن تحسن الحالة الصحية للمواطنين، يعود

سببه إلى ما اتخذوه من قرارات أو استعملوه من موارد. بل إن السبب قد يرجع إلى عوامل أخرى، كتحسن دخول الأفراد، أو ظهور منتوج جديد مغذي، أو حتى شيوع الأمن و الاستقرار.

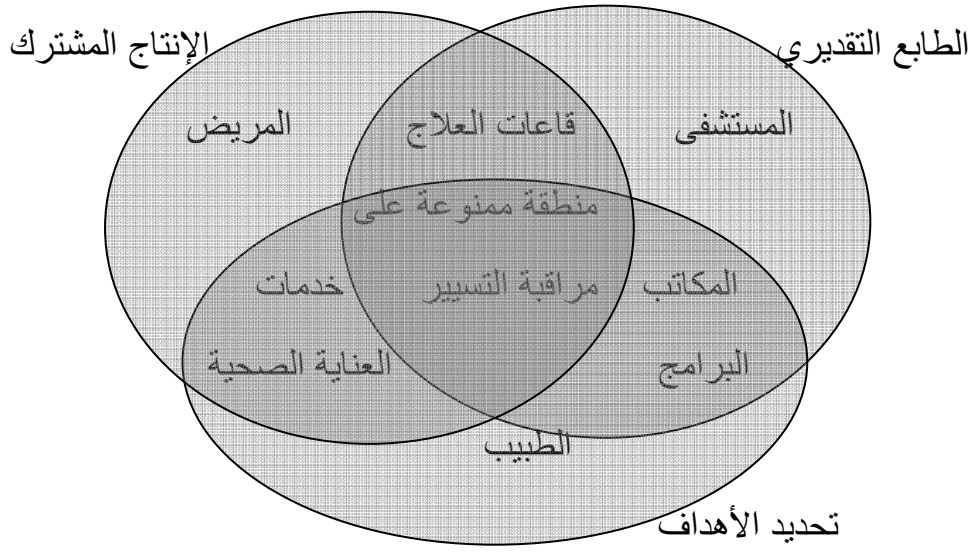
أما الأمر الثاني الذي يزيد من عدم وضوح العلاقة بين استخدام الموارد و تقييم النتائج المترتبة عنها يعود إلى كون الخدمة في الغالب تستهلك في نفس الوقت الذي تنتج فيه. مما يجعل من المراقبة البعدية (اللاحقة) عملية لا فائدة من ورائها. و في كثير من الأحيان ما يفضل المسيرون استعمال المراقبة التي تسمح باتخاذ قرارات و إجراءات استباقية فيما يخص تقييم الأداء (Ducrocq وآخرون،2001،ص91). تنعكس هاتين الخاصيتين لتقديم الأنشطة الخدمية على مراقب التسيير، في نقطتين مهمتين وهما:

أ.) تخصيص الموارد بشكل يزيد و يفوق على ما يحتاج إليه نشاط تقديم تلك الخدمة، دون أن يكون هناك ما يبرر هذه الزيادة (وقد يكون على حساب أنشطة خدمية أخرى تكون في أمس الحاجة إليها)؛

ب.) تخصيص موارد أقل مما يحتاج إليه نشاط تقديم خدمة معينة، و التي قد تكون إستراتيجية في المستقبل (Löning و آخرون،2003، ص182).

يمكن توضيح العلاقة بين مشكلة تحديد أهداف الأنشطة الخدمية و الوقوف على نتائجها، و الإنتاج المشترك للخدمة، و الطابع التقديري للخدمة، من خلال الشكل التالي:

شكل رقم 37 : تداخل مختلف مصادر الصعوبات



المصدر: من إعداد الباحث

يمكن تلخيص مصادر الصعوبات السابقة في الشكل أعلاه ، أين يبين تقاطع المجالات الثلاثة منطقة ممنوعة نظريا على مراقبة التسيير، و التي تمثل الأنشطة الخدمية التي لم تحدد لها أهداف، و التي لا يتحكم المسير في نتائجها، و لا يعرف العمل الذي يجب القيام به لبلوغ أهدافه (Löning وآخرون،2003،ص182).

VII. 2. 4 الضبابية في تحديد إجراءات الإنتاج و التحويل

أولا : التواجه و التماس

يعتبر التقاء مقدم الخدمة وجها لوجه مع الزبون أمرا كثير الحدوث في اغلب الأنشطة الخدمية، إلى درجة أن هناك من يعرف الأنشطة الخدمية من خلال هذه الميزة. تعرف الخدمات على أنها إجراءات للإنتاج لها نقطة التقاء (تماس) مادية بين الزبون و هذه الإجراءات، تسمى هذه النقطة التواجه أو الالتقاء (Löning وآخرون،2003، ص183).

إن كون مقدم الخدمة موجود أثناء أدائه لعمله وجها لوجه مع الزبون، يشكل مصدرا لعدم ثبات و تجانس تقديم الخدمة. و كما هو الأمر في حالة الإنتاج المشترك، فإن عدم التجانس قد يكون سببه أحد الطرفين في عملية التبادل للخدمة، فتغير الخدمة و تذبذبها من عملية لأخرى قد يكون سببه عدم قدرة الزبون على التعبير الجيد و الصحيح (الصريح) عن ما ينتظره من الخدمة، أو قد يكون السبب، سوء فهم من قبل مقدم الخدمة. اتصاف الخدمات بأنها تتم من خلال التواجه، يعني أن الزبون يكون مشاركا في النشاط الخدمي بعدة أشكال مختلفة، فهو تارة يكون بمثابة احد حوامل (الدعائم) الخدمة ، وتارة أخرى يمثل أحد الموارد المستعملة في تقديم الخدمة، أو يتم اعتباره كأحد العمال المؤقتين. وحسب كل من Bancel-Charensol و Jougleux فان مصادر الاختلاف في تقديم الخدمة يرجع إلى ثلاثة عوامل التالية:

أ.) الحوامل (الدعائم) التي تتم عليها عملية التحويل : قد تكون هذه الحوامل أو الدعائم مادية (التصليحات) ، أو غير مادية (الاستشارة، التعليم)، أو إنسانية (الخدمات الصحية، التعليم). و أنه من الممكن العمل على هذه الحوامل بشكل متزامن أو بشكل متتابع؛

ب.) موارد النظام : تتمثل عادة في التجهيزات، المقرات، الأفراد، المعلومات، الطرق المستعملة في إنتاج الخدمات. إلى جانب أن العميل يمكن اعتباره كمورد يتم تجنيده بغض النظر عن إمكانية كونه أحد الدعائم في العملية؛

ج.) المهام المنجزة : تضم إلى جانب المهام المنجزة من قبل أفراد المنظمة، تلك التي يمكن للزبون أن يقوم بانجازها على اعتباره عامل مؤقت في المؤسسة. تسمح هذه الخاصية الأخيرة

بالتمييز بين المهام المنجزة بحضور و مشاركة الزبون (front office)، من تلك التي تتم بدون حضور الزبون (back office) (Bancel-Charensol و Jougleux، 1998، ص ص 464-465).

كنتيجة لما سبق فقد استنتج هذان الباحثان، أن هناك عدة أنواع من الأنشطة لتقديم الخدمات، والتي قاما بجمعها في خمسة أنواع من نظم إنتاج الخدمات.التي يمكن تمثيلها كالتالي:

جدول رقم 24 : أنواع الخدمات و عناصر عدم التجانس

أنواع نظم تقديم الخدمة	عناصر عدم تجانس الخدمات		
	الحوامل(دعائم): مادية: تصليحات غيرمادية: الاستشارة إنسانية: الصحة	الموارد: تجهيزات؛ مقرات؛ أفراد، معلومات؛	المهام: يؤديها أفراد المؤسسة يؤديها الزبون
1 : نظام إنتاج تقني (خدمات مصالح التصليح، مصالح الهاتف)	نعم / لا	لا	لا
2 : نظام إنتاج من خلال العلاقات (العلاج الجسدي، الحلاقة)	نعم / لا	نعم / لا	نعم
3 : نظام إنتاج تقني و ذو علاقات (الفندقية،الإطعام،العلاج الاستشفائي،التعليم،نقل لمسافرين)	نعم / لا	نعم / لا	نعم
4 : نظام إنتاج يعتمد على مهارات الزبون (الغسل الآلي للسيارات، البيع بالمراسلة)	نعم / لا	نعم	نعم
5 : نظام إنتاج تفاعلي (مكتب دراسات، استشارة في المنظمات)	نعم / لا	نعم / لا	نعم

المصدر: من إعداد الباحث.

يخلق تلاقي الزبون مع مقدم الخدمة على صعيد واحد نوعا من الذهول و السطحية و التشتت في عملية تقييم الخدمة، فقد ينصرف الزبون إلى تقييم الخدمة على أساس عناصر أخرى غير تلك الداخلة في أصل الخدمة (اسطيفان، 1998،ص 6).

إن ما تضيفه هذه الخاصية من مميزات على أنشطة تقديم الخدمات كالتقاء ومشاركة الزبون في جل نظم إنتاج الخدمة كما هو واضح من خلال الخانة الأخيرة من الجدول أعلاه، يجعل من عملية مراقبة التسيير تزداد صعوبة، حيث أن المراقبة الاستباقية أو التنبؤية تكون مطلوبة بشكل كبير في هذه المرحلة بالذات (الباهي، 2011، ص 81) .

VII. 2. 5 صعوبة تمثيل النشاط و انعكاسها على أدوات مراقبة التسيير

تعتبر هذه النقطة من الأهمية بمكان لأنها تتعلق بصعوبة تمثيل العملية الإنتاجية للمستشفيات، حيث لا يمكن للمسير الوقوف على مسار محدد و معروف و عام لكل المرضى. وتزداد أهمية هذه المسالة من خلال انعكاسات ذلك التفرد و التميز بالنسبة لكل مسار و حسب كل مريض على أدوات مراقبة التسيير من محاسبة تحليلية و قياس للأداء و لوحة القيادة.

تتميز عملية العناية الصحية في المستشفى في كون أن لكل مريض مسار خاص به يكاد يكون وحيدا مما يجعل محاولة تنميط و توحيد مكونات العملية الإنتاجية في المستشفى أمرا صعبا جدا، و كلما نزلنا إلى مستوى أدق في تقسيم و تجزئة النشاط العلاجي كلما زادت درجة التفرد و بالتالي تزيد عملية تحديد مساهمة كل فرد تعقيدا و غموضا .(الباهي،2013، ص 6).

أدى هذا التعقيد و الغموض في تنميط الأنشطة الاستشفائية إلى تحولات كبيرة ومهمة على أدوات مراقبة التسيير، فقد أوجدت بعض الدول المتقدمة و المهتمة بهذا الموضوع كالولايات المتحدة الأمريكية و بريطانيا و كندا في نهاية 1970 خلايا لتحليل عملية التسيير، حيث كان الهدف هو مقارنة كل ما يمكن مقارنته ماديا و ذلك من أجل تسهيل قرارات التخطيط أو تخصيص الموارد و الموازنات (Cauvin و Coyaud ، 1990 ، ص 192). و كنتيجة لذلك فقد اهتمت المحاسبة التحليلية بتحديد سعر التكلفة لليوم الواحد داخل المستشفى بدلا من تحديد سعر التكلفة للمريض مثلا، مما أدى بنظام المحاسبة التحليلية للاستغلال إلى الابتعاد عن طبيعتها، و ذلك بجعل المسئولين في المستشفى يحددون سعر التكلفة المتوسطة لبعض التخصصات الكبيرة و ليس إلى محاولة معرفة التكلفة الخاصة بأنشطة كل وحدة علاجية (Gauthier و آخرون، 1979 ، ص 54). بل لقد تأثرت مراقبة التسيير في أحد أهم مواضيعها، فقد امتد تأثير الغموض

و الضبابية في تحديد العملية الإنتاجية في المستشفيات إلى إدخال نوع من الصعوبة في تحديد مفهوم الأداء التنظيمي و كيفية تقييمه و قياسه في الخدمات الصحية (الباهي،2009 ،ص 6).

يؤدي عدم إمكانية تحديد مساهمة كل فرد في العملية الإنتاجية في المستشفى، و كذلك ازدواجية خطوط السلطة في تسيير المستشفى إلى عدم إمكانية تطبيق أحد أهم مبادئ مراقبة التسيير وهو مبدأ الثواب و العقاب. حيث أن المدير العام لا يمكنه إطلاقا أن يكون ذا فعالية ما إذا ما اكتشف وقوع أخطاء على مستوى الأنشطة داخل المستشفى و المتعلقة بأحد معاونيه، لأن المعاونين الرئيسيين لا يتم تثبيتهم في مناصب عملهم و لا إقالتهم منها من طرف المدير. لأن المستشفى – كما سبق الإشارة إليه – هو المؤسسة الوحيدة التي يكون المسئولون عن مختلف أقسام الإنتاج في تحرر شبه تام من سلطة المدير العام(Gauthier و آخرون، 1975 ،ص 26).

و لكي تتأقلم مراقبة التسيير مع الأنشطة الخدمية و خاصة المتعلقة بالمستشفى بكل ما تتصف به من اختلاف و تنوع، يجب على هذه الأخيرة أن تبدي مرونة و ليونة أكبر، إنْ على مستوى الشكل و إنْ على مستوى المهام و الأهداف، و ذلك من خلال تأقلم أدواتها.

VII. 3 مراقبة التسيير في المؤسسات العمومية الاستشفائية

نعرض في هذه الفقرات لأهم التحديات و الصعوبات التي تعترض تطبيق مراقبة التسيير في المؤسسات العمومية الاستشفائية، تتمثل هذه التحديات في صعوبة تأقلم النموذج التقليدي إضافة إلى عدم قدرة تقسيم المستشفى إلى مراكز مسؤولية بالمعنى الذي يريده مراقب التسيير، كما أن الربط بين المدى القصير والمدى الطويل من خلال مخططات العمل و الموازنات التقديرية يعتبر تحد حقيقي يتوجب أخذه بالكثير من البحث و التطوير و التعديل.

VII. 3. 1 صعوبة تأقلم النموذج التقليدي لمراقبة التسيير في المستشفى

رأينا فيما سبق أن تقديم الخدمات يمكن وصفه بالطابع التقريبي في تقديم الخدمة من جهة و في عملية استهلاكها من جهة أخرى، إلى جانب عدم الإمكانية من التحقق من نتائجها، و كل ذلك يتوقف و بشكل قد يزيد أو ينقص على درجة اللامادية الموجودة في الخدمة. و يلعب مقدم الخدمة دورا مهما في تقديم الخدمة، خاصة إذا كان شخصا يجب علية الالتقاء و التواجه مع الزبون، و يزداد الأمر تعقيدا في حالة الخدمات التي يكون فيها الزبون مشاركا في الخدمة من حيث تعريف الخدمة و تحديد أهدافه (Alcouffe و آخرون، 2008 ، ص 294).

كما رأينا أيضا أن مصادر القيمة بالنسبة للخدمة المقدمة يمكن أن تتميز بالتنوع و الاختلاف و ذلك حسب خصائص الخدمة ذاتها. حيث في حالة إنتاج الخدمات التي يكون

الحامل للتحويل مادي و أين لا يكون للزبون أي تدخل كمورد في عملية إنتاج الخدمة فان رضا الزبون ينصب و ينصرف أساسا على أداء الخدمة من حيث الجودة و الآجال.

أما على مستوى أنشطة العناية الصحية داخل المؤسسات الاستشفائية العمومية فإنها تطرح لمراقب التسيير مشاكل خاصة من جانبين، النوع الأول من المشاكل و العقبات يتعلق بالمبادئ التي يقوم عليها النموذج التقليدي لمراقبة التسيير ذي الأصول الصناعية، في حين يتعلق الشق الثاني من الصعوبات بالأدوات التي يجب على مراقب التسيير أن يستعملها.

تعاني فرضيات النموذج التقليدي لمراقبة التسيير المبنية على منطق و معايير تعبر على البيئة التي انطلق منها هذا النموذج لمراقبة التسيير، أي المنطق الصناعي و بيئة الأعمال و المعايير المالية و المحاسبية كالمردودية و العائد على الاستثمار...، تعاني من نوع من عدم التأقلم و فقدان القدرة على التوافق مع خصوصيات المؤسسات الخدمية و خاصة مؤسسات العناية الصحية كالمستشفيات العمومية.

هناك ثلاث فرضيات تعتبر من أهم الأسس التي بني عليها النموذج التقليدي لمراقبة التسيير و التي تكون مشكلة و عقبة أمام تأقلم مراقبة التسيير مع منظمات تقديم الخدمة كالمستشفيات العمومية مثلا. حيث يرى الباحثون أن على مراقبة التسيير إذا أرادت أن تكون صالحة و منسجمة مع هذا النوع من المؤسسات فإنه يجب عليها أن تقوم بما يشبه عملية التحوير في هذه الفرضيات محل النقاش (Alcouffe ،2010 ،ص 148).

VII. 3. 2 تقسيم المستشفى إلى مراكز مسؤولية

يفترض النموذج التقليدي لمراقبة التسيير أنه من أجل التحكم و المراقبة التامة فإنه يمكن تقسيم أو تجزئة المنظمة إلى عدة وحدات منفصلة و واضحة الحدود فيما بينها و هي ما يعرف بأقسام أو مراكز المسؤولية. يستند إمكانية تقسيم المنظمة إلى عدة مراكز للمسؤولية منفصلة و معزولة عن بعضها البعض إلى افتراضين أساسيين هما: البساطة و الثبات.

و المقصود بالبساطة أنه يمكن النظر إلى العمليات و أنشطة المؤسسة في شكلها البسيط دون ترابط مع العمليات الأخرى، مما يسهل تحديد مواردها (أي للعملية) و مدخلاتها و بالتالي مخرجاتها. أما الثبات فالمقصود منه الاستقرار على مستوى العمليات و الإجراءات من حيث المعايير و من حيث القياس و التقييم. يرى (Lorino ، 1997، ص 95) أن افتراض البساطة كأساس لفكرة تقسيم المؤسسة إلى مراكز مسؤولية أدى إلى أن يتم اعتبار الأداء الإجمالي بمثابة مجموع الاداءات المحلية أو الجزئية لكل أقسام أو مراكز المسؤولية.

كما تعمل البساطة و الثبات على إيجاد قناعات ترى أن المعيار عندما يتم تحديده فإنه يبقى يستعمل كمرجع وبشكل دائم. وكنتيجة لذلك فإن مراقبة التسيير تتم من خلال مراقبة الموارد. ولأن الأنشطة و العمليات تعتبر ثابتة و جامدة فإن التتابع في الموارد ـ المنتجات، أي (المدخلات و المخرجات) فإنه يكون من الممكن النظر إليه و مراقبته بشكل مباشر.

لقد بات من الصعب على مراقبة التسيير العمل بنمذجة شاملة و كلية لمجموع المؤسسة وذلك أمام زيادة درجة تعقيد أنشطة المنظمات و عدم ثبات آليات الأداء إلى جانب زيادة التداخل و الترابط بين الوظائف كما هو الحال في المستشفيات مثلا، إن هذا الأمر يصعب من تطبيق مبدأ تقسيم المؤسسة إلى مراكز مسؤولية تعمل بشكل منعزل فيما بينها. يحتم هذا الوضع الجديد على مراقبة التسيير اعتماد تصميم معقد للمراقبة و للقيادة باعتبارها أرقى ما ترمي إليه هذه الأخيرة. و ذلك من خلال اعتماد و دمج نماذج متعددة الأشكال و الأبعاد و مختلفة المعايير في مراقبة التسيير(Alcouffe ، و آخرون،2008 ، ص 295).

VII. 3. 3 التعاقدية، التعهد (المسؤولية و المحاسبة)

يواجه النموذج التقليدي لمراقبة التسيير ثاني أهم صعوبة في التأقلم مع مؤسسات الخدمات و خاصة المستشفيات العمومية و المتمثلة في فرضية التعاقدية و التي تعود أصولها إلى الثقافة التي نشأت فيها مراقبة التسيير لأول مرة. حيث كان من بين الممارسات السائدة في المؤسسات الصناعية حينها ما كان يعرف بالتعاقد، أي التسيير من خلال عقد لبلوغ أهداف محددة مما يترتب عليه المسؤولية و المحاسبة للقائد وكل ذلك في إطار النظرة المالية التي كانت سائدة آنذاك.

و من مقتضيات الافتراض التعاقدي (التعهد) أن المسير للوحدات له الاستقلالية اللازمة و نوع من التحكم الكافي في سير الأنشطة التي يديرها و يشرف عليها، و ما يعرف بالتعامل من خلال نظرية الوكالة، حيث أن الأشخاص المعينين لممارسة الصلاحيات المخولة لهم بالاعتماد على الموارد الموضوعة على ذمتهم مطالبون بتقديم حسابات عن كيفية اضطلاعهم بذلك و تحمل المسؤولية في شأن استعمالهم لتلك الموارد. وهكذا، فإنه على المتصرف مثله في ذلك مثل الوكيل إزاء الموكل أن يقوم بتقديم حسابات عن أدائه لمهمته و بإبلاغ المعلومات عن كيفية اضطلاعه بالمسؤوليات الموكلة إليه و هذا من شأنه أن يمكن الجهة التي خولت السلطات و أعطت الصلاحيات و الوسائل المعدة لتحقيقها من الحصول على المعلومات الضافية الكفيلة بتمكينها من تقدير مدى إيفاء الطرف المقابل بكافة التزاماته. و هذا هو نظام المساءلة الذي يعرف عادة بكونه واجب تحمل مسؤولية و تنفيذ ما تم التعهد به (بوخمخم، 2000، ص 9).

إلى جانب أن التسيير أو القيادة التعاقدية من خلال الثنائية (الهداف ـ الوسائل)،تفترض من جهة أنه بالإمكان و بسهولة أحيانا تحديد أهداف تكون ذات نتائج فردية قابلة للتقييم أي أنه يمكن قياس مدى بلوغها و مقدار تحققها. و من جهة أخرى تفترض وجود علاقة سببية خطية يمكن قياسها هي أيضا من خلال قياس مابين استهلاك الموارد و بلوغ الأهداف (Alcouffe ، و آخرون،2008 ، ص 296).

بالرجوع إلى خصائص الأنشطة الخدمية و أنشطة العناية الصحية عموما و في المستشفيات تحديدا، فإن فرضية أو مبدأ التعاقدية لا يجد إمكانية لتطبيقه نظرا إلى طبيعة الأنشطة الخدمية ذاتها حيث كثيرا ما يصعب تحديد أهداف واضحة و محددة لتلك الأنشطة، هذا إذا لم تكن متضاربة، ناهيك على أن تكون أهداف تخص فردا واحدا يمكنه تحمل المسؤولية على تنفيذها و قيادتها. وهذا راجع إلى الأسباب التي سبق ذكرها من الإنتاج المشترك و بالتالي المسؤولية المشتركة إلى جانب طابعها التقريبي في تقدير العلاقة بين الوسائل و النتائج مما يصعب عملية جعل الأنشطة الخدمية تخضع إلى النمذجه.

VII. 3. 4 التوافق و الترابط بين المدى القصير و الطويل الأجل

تقتضى فرضية تمفصل مراقبة التسيير بين المدى القصير الأجل و المدى الطويل الأجل بضمان توافق و تضافر بينهما، و أن كلا من الأجلين يصب و يتجه نحو نفس الهدف. ولا يتأتى ذلك إلا من خلال إيجاد نوع من التبني لأهداف المنظمة و القبول بها من قبل جميع أفراد التنظيم. وكنتيجة لذلك فان هذا يعني ضمنيا توافق بين الأهداف التشغيلية اليومية و الأهداف الإستراتيجية طويلة الأجل. فتصبح الأنشطة اليومية مترجمة و مفسرة للأهداف الطويلة الأجل مع ضمان عدم وجود أي تعارض و تناقض بين الأنشطة اليومية و السياسات البعيدة الأجل، التي تهدف المنظمة إلى تحقيقها.

تعتبر محاولة تطبيق هذه الفرضية على الأنشطة الخدمية في المستشفيات العمومية مهمة صعبة، نظرا لما تختص به المستشفيات من التباين الواضح في الانتماء المهني لدى أفرادها، إلى جانب تغليب الطابع المهني الطبي على الجانب الإداري، و ذلك من خلال وجود جماعات عمل (أطباء) تتميز بشخصية مهنية كرزمية و مميزات تقنية تؤدي بها إلى التركز على مهامها الحالية اليومية، و هي مهام في أغلبها تشغيلية عملياتية، دون أن تركز على مدى توافقها و ترابطها مع الأهداف الإستراتيجية. علما أن هذه الأهداف الإستراتيجية هي عادة ما تكون من مهام المجموعة الثانية المقابلة لها مثل الإدارة و الوصاية (Nobre،1999 a، ص 16؛ 2001 b، ص 83).

VII. 4 إرساء مراقبة التسيير في المؤسسات العمومية الاستشفائية

إن إدخال مراقبة التسيير إلى المؤسسات العمومية للصحة يكون ممكنا من خلال المعرفة والتحكم في إجراءات وسياقات استهلاك الموارد، كذلك فان إمكانية تطبيق تقنيات مراقبة التسيير يكون ممكن من خلال إمكانية الوقوف على المحقق من عمليات الإنتاج والتحويل، بالإضافة إلى عملية تقييم أنشطة الصحة العمومية تصبح ممكنة لكن يعد عدة تعديلات و تحويرات عميقة.

VII. 4. 1 مراقبة التسيير من خلال التحكم في استهلاك الموارد

أدى تعدد و اختلاف أنشطة العناية الصحية في المستشفيات و عدم وجود حدود لتقديم خدمات العناية للمريض، من جهة، و التضاؤل المتزايد و المستمر في الإمكانيات المادية و المالية في مقابل زيادة الطلب على أنشطة العناية الصحية من طرف أفراد المجتمع إلى إدخال طرق جديدة في التسيير كانت في السابق يقتصر استخدامها على مؤسسات القطاع الإنتاجي فقط.

نتيجة لذلك أصبح من الضروري القيام بعملية اختيار و مفاضلة من قبل المسيرين للمستشفى فيما يخص الحصول على الموارد و استهلاكها. تأتي مراقبة التسيير في هذا الإطار لتحديد التقديرات التي تسمح باتخاذ أحسن القرارات و القيام بأفضل الاختيارات (Tabachoury ،2009، ص31). و حتى تتمكن مراقبة التسيير من المساعدة في إيجاد التقديرات الصحيحة قامت بإدخال عدة طرق لتوفير المعلومات بشكل كاف حول:

- الوسائل و الموارد المستهلكة من طرف كل نشاط. عادة ما تكون هذه المعلومات متوفرة و متواجدة على مستوى الموازنات أو نظم محاسبة التسيير؛
- قياس ما يعرف بالمخرجات أو المحقق، أي إنتاج المصلحة في شكلها المادي و الحالي و التي يتم قياسها عند باب المصلحة. من خلال عدد أيام التكوين ، عدد التدخلات الطبية، عدد العوامل، والتي تعد كلها قياس للمخرجات؛
- الأثر، أي معرفة إلى أي حد يمكن للعمل أو الخدمة المقدمة أن تساهم في تحقيق الهدف و في إرضاء الزبون (المريض) (Löning وآخرون، 2003، ص184).

تفيد نظم المعلومات هذه مراقبة التسيير في المستشفيات في بلوغ احد أهم الأهداف المتمثل ليس فقط في حساب سعر التكلفة، و لو انه على المستشفى أن يكون على علم بتكلفة الخدمة التي يقدمها، بل إن تحديد سعر التكلفة يجعل المسيرين قادرين على التحكم في تخفيض هذه التكلفة من خلال تنظيم أكثر فعالية و الاستغلال الأحسن لوسائل الإنتاج، سعيا إلى الحصول على أكفأ و أحسن نسبة بين الجودة \ التكلفة. كما يجب على مراقب التسيير أن يأخذ في الحسبان جميع

العناصر التي يمكن أن تدخل في حساب سعر التكلفة لنفس وحدة العمل و هي كثيرة و تختلف من مستشفى إلى أخر، ويمكن سرد ببعض هذه العوامل كالتالي (Tabachoury،2009، ص33):

- المنطقة الجغرافية التي يتواجد فيها المستشفى و بالتالي تكلفة اليد العاملة و التكاليف الأخرى؛
- عدد وحدات العمل المنتجة، فكلما باع المستشفى خدماته كلما تمكن من تغطية تكاليفه الثابتة و بالتالي تخفيض تكلفة وحدة العمل؛
- مستوى الاعتمادية و مستوى الجودة في خدمات العناية الصحية و العلاجية المتبع؛
- مستوى المديونية الناتج عن العجز المالي و تأثيرات الأعباء المالية؛
- نوعية المرضى الذين يتم معالجتهم حسب صندوق الضمان الاجتماعي و حسب تصنيف المرضى؛
- نمط التسيير المتبع و التقييم الدوري للأداء و لإجراءات العمل.

لقد حدث فعلا تطور و تأقلم في مراقبة التسيير في المؤسسات الخدمية بما في ذلك المستشفيات العمومية، و ذلك من خلال تطوير أدواتها المختلفة لتتمكن من تقييم الموارد المستهلكة. فهي إلى جانب استخدامها للأدوات المعروفة على مستوى المؤسسات الصناعية كطريقة الأقسام المتجانسة، و طريقة التكلفة المعيارية، فان مراقبة التسيير اعتمدت و تبنت عدة طرق منها طريقة التكلفة على أساس النشاط و كذلك طريقة حساب التكلفة لمجموعة متجانسة من المرضى (GHM) (Bonafini ،2005، ص 63). - انظر التكلفة المتوسطة ليوم إقامة في المستشفى و تكلفة التقدير الجزافي لكل نوع من الأمراض.

VII. 4. 2 مراقبة التسيير من خلال الوقوف على المحقق

يتفق الباحثون و المختصون في أن الوقوف على المحقق من نتائج الأنشطة في مجال المؤسسات الخدمية يختلف عن تقييم المحقق في المؤسسات الإنتاجية. فبقدر ما يسهل تقييم النتائج و الانجازات في العمليات الإنتاجية و ذلك من خلال الوحدات المنتجة، فان الأمر ينقلب و ينعكس إلى صعوبة و تحدي حقيقي من أجل القيام بتقييم مخرجات أنشطة العناية الصحية، إن التزام المسيرين دوريا بواجب تقديم النتائج المحققة يدفعهم إلى تقدير انجاز أنشطتهم بما يمكنهم من تقديم المعلومات الضرورية إلى الجهات التي يعود إليها تقويم أعمالهم. كما أن تقدير النتائج يجب ألا يقف عند حد احتساب التكاليف الفعلية أو مجرد وصف للأساليب المتبعة أو بيان الأعمال

المنجزة بل يجب أن يتجاوز ذلك ليشمل إعطاء المعلومات الضافية عن الأثر الحاسم و التحسن النوعي الذي أسفر عنه تطبيق البرنامج أو النشاط (بوخمخم، 2000، ص 11).

كما أنه يتعين على مراقبي التسيير أن يضعوا آليات و أساليب تمكنهم من متابعة برامجهم و تقييمها حتى يكونوا قادرين على تقديم المعلومات التي تستجيب لمقتضيات تقييم مخرجات نشاط العناية الصحية. إن السبيل في ذلك هو من خلال تقييم جودة الخدمة انطلاقا من أربعة مستويات تخص نظم المعلومات التي تستخدمها مراقبة التسيير في التقييم و تحسين جودة الخدمات و هي كالتالي(Löning وآخرون، 2003، ص187):

- المستوى الأول: قياس الجودة المشاهدة أي تلك الجودة التي تم الحصول عليها وهي التي يتم أخذ رأي الزبون (المريض) بشأنها؛
- المستوى الثاني : قياس جودة الخدمة المقدمة لأنه في حالة تدهور الجودة المتحصل عليها فانه يمكن معرفة ما إذا كان الأمر يتعلق بمشكلة في تلقي الخدمة، أو أن الأمر يتعلق فعلا بتدهور في تقديم الخدمة؛
- المستوى الثالث : قياس يخص جودة الإجراءات (العمليات الوسيطية) التي تنتج عنها الخدمة النهائية، حيث يجب التوفر على معلومات تخص كلا من التجهيزات، الأفراد العاملين، إجراءات العمل (خصوصا احترام الآجال)؛
- المستوى الرابع : قياس المدخلات سواء تعلق الأمر بالزبائن (المرضى)، المعلومات، المواد الأولية، أو خدمات أخرى.

إلى جانب ذلك فإنه يتم مقارنة رضا الزبون (المريض) و مستوى التكلفة، حيث تظهر هذه المقارنة و التقريب بينهما في ربط مبلغ من الموارد بمستوى معين من المحقق، فمثلا في المستشفى يمكننا أن نتساءل عن وجود ترابط بين نسبة الرضا العام للمرضى في ما يتعلق بالوجبات و التكاليف لهذه الوجبات. هل أن نسبة عدم الرضا تكون أكبر عندما تكون التكلفة أقل؟ (Ducrocq وآخرون،2001،ص101).

وكثيرا ما تستعمل الاستقصاءات كوسيلة تعكس آراء المرضى و توقعاتهم و حكمهم على جودة الخدمات الصحية المقدمة لهم و كذلك للتعرف على مدى إدراكهم للخدمات و اتجاهاتهم و مدى مطابقتها لاحتياجاتهم و توقعاتهم(جاد الرب،2007 ،ص115). يمكن قياس جودة الخدمات الطبية و الصحية من خلال:

- دراسة و تحديد توقعات العملاء من المرضى و الجمهور المتردد و المجتمع المحلي من المنظمة الصحية؛
- وضع مواصفات محددة و معلنة و مدروسة على كل مستوى من مستويات المنظمة الصحية و ذلك كأداة رئيسية لتصميم الخدمات التي تتمشى مع توقعات المرضى و المترددين على المستشفى؛
- تقييم الأداء الفعلي أولا بأول للتعرف على مدى مقابلة الخدمة لتطلعات و توقعات المرضى و جمهور المستشفى.

VII. 4. 3 عملية تقييم أنشطة الصحة العمومية:

ترتبط عملية التقييم بالفعل أو الحركة، و هذا الارتباط يزداد وثوقا و عمقا في عملية التقييم في ميدان الصحة العمومية. فإذا اعتبرنا أن أعمال (أفعال) الصحة العمومية كتسلسل منطقي لعمليات تقوم بها من أجل الحفاظ على صحة المواطنين أو من أجل تحسينها ، فإن جودة هذه الأفعال أو تلك البرامج المسطرة تستند على الوضوح في تصورها و تصميمها، و على حسن التنظيم في تحضيرها و على كيفية القيام بها و سيرها و على الملائمة في النتائج المتحصل عليها. في هذه الظروف، فإن أهمية إتباع مساقات يتم إنشاؤها على شكل إجراءات بطريقة منهجية تفرض نفسها ابتداء.

تعتبر عملية تقييم الصحة العمومية، طريقة علمية لا يمكن تجاوزها متى ما انطلقنا في البحث عن معرفة الأجوبة عن الأسئلة : لماذا؟ كيف؟ ما هي نتائج القرارات في هذا الميدان؟. يعتبر العديد من المختصين أن إيجاد إطار (أسلوب أو طريقة) موحد للتقييم يعتبر من الصعوبة بمكان ، لان الأفعال فيما يخص الصحة، تختلف حسب الموضوع الذي تنشده (مواطنين مستهدفين) مختلفون و استعمال استراتيجيات متنوعة (الكشف المبكر على الأنواع المختلفة للسرطان بشكل جماعي، الوقاية من الحوادث لدى الأطفال، العناية في المنزل للأشخاص المسنين ...). بعد ما يتم قبول برنامج الصحة العمومية فإن دور عملية التقييم تطرح الأسئلة التقليدية لمعرفة :

- متى يتم التقييم ؟ ؛
- ما الذي يتم تقييمه ؟ ؛
- لماذا يتم التقييم ؟ ؛

- كيف يتم التقييم ؟ .

و ذلك من اجل إعداد مسعى التقييم.

نظرا لأنه لا يمكنه أن يغطى حقل كل الإجراءات المعقدة و المتداخلة لأفعال الصحة العمومية ولا تقييمه، قام Andem بإنشاء (بناء) قائمة من الإرشادات المنهجية، ليستخدمها المطورون المحتملون لتطوير أفعال (أعمال) الصحة العمومية، حيث يمكن إتباع هذه الإرشادات مهما كان الموضوع المختار، سواء لمتابعة السير و التنفيذ لآلية التشغيل و لتقييمه.

من خلال هذه الطريقة، فان عملية التقييم يتم تقسيمها إلى عمليات أولية للتقييم ثم يعاد تركيبها في ثلاث مراحل كبيرة و ضرورية. في كل مرحلة منها تمثل مجموعة من الأسئلة التي يتوجب على القائمين أن يجيبوا عليها. يمكن التعرف على بعض هذه الأسئلة لتجسيد هذه المرامي:

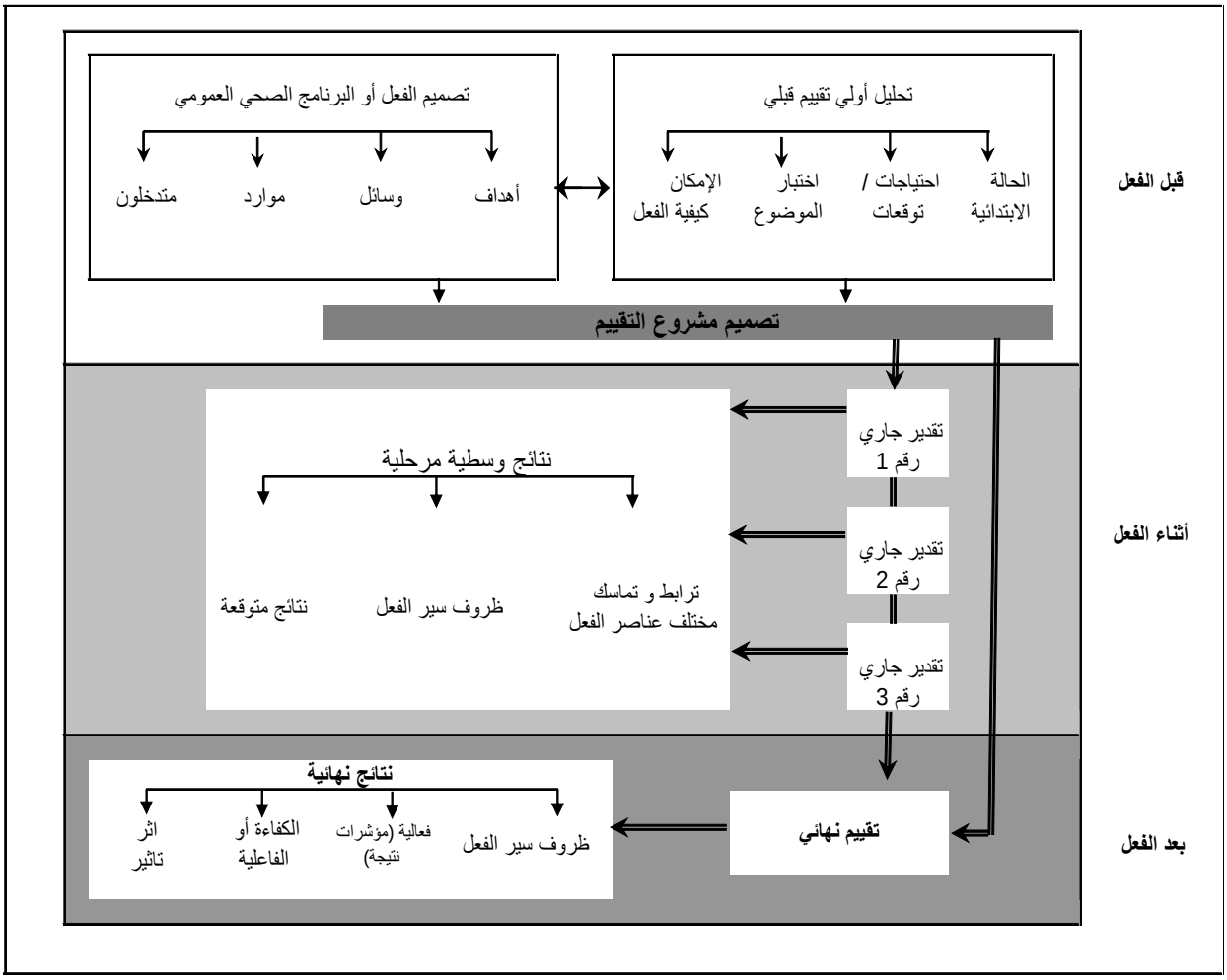
المرحلة الأولى: في أي إطار ظهر مشروع العمل؟ من هو الباعث (المحرك) للمشروع ؟ هل تم بحث و تحليل الجانب الأدبي ؟ ما هي الاحتياجات التي تم التعرف عليها ؟ هل توجد وسائل أخرى للتنفيذ ؟ ...

إذا اعتبرنا البرنامج الولائي للبحث المنهجي و المبكر على سرطان الثدي لدى السيدات بين 50 و 60 سنة فأنه من الضروري و من السهل أيضا أن يتم الإجابة على هذه الأسئلة قبل البدء في تنفيذ المشروع.

- **متى يتم التقييم ؟**

يطلق على المرحلة الأول من بين المراحل الثلاث الكبرى اسم التقييم القبلي أو التحليل الأولي، و هو حاسم بالنسبة للمنظمة و لانسجام البرنامج أو الأفعال. فهي تنظم و تضبط الاختيار، تضمن سلامة أسس المشروع و تضع شروط أشكال و كيفيات القرار، و المتابعة، و بتحقيق مجموع الأنشطة المزمع القيام بها. هذه الطرق التمهيدية تميز و تحدد أصالة مسعى التقييم في الصحة العمومية كما هو مبين في الشكل التالي:

الشكل رقم 38 : نموذج للتقييم مرتبط بالأفعال (الأعمال)



المصدر: Andem.(1996), Évaluation d'une action de santé publique, actualité et dossier en santé publique n° 17. Paris ,p 48 .

المرحلة الثانية تتمثل في التجميع المحتمل للقياس، أثناء الفعل، من اجل القيام بالتصحيحات. و يطلق عليها اسم التقييم أثناء الفعل أو التقييم (الجاري)، تقييم ملازم أو تقييم وسيطي. ويمكن تجددها بعدد المرات التي يمكن أن تكون فيها ضرورية. هذه المرحلة رغم كل هذا توصف بأنها ليست ضرورية ولا إجبارية. غير أنها تشجع و تحث بقوه على المتابعة و المراقبة على أفعال البرنامج.

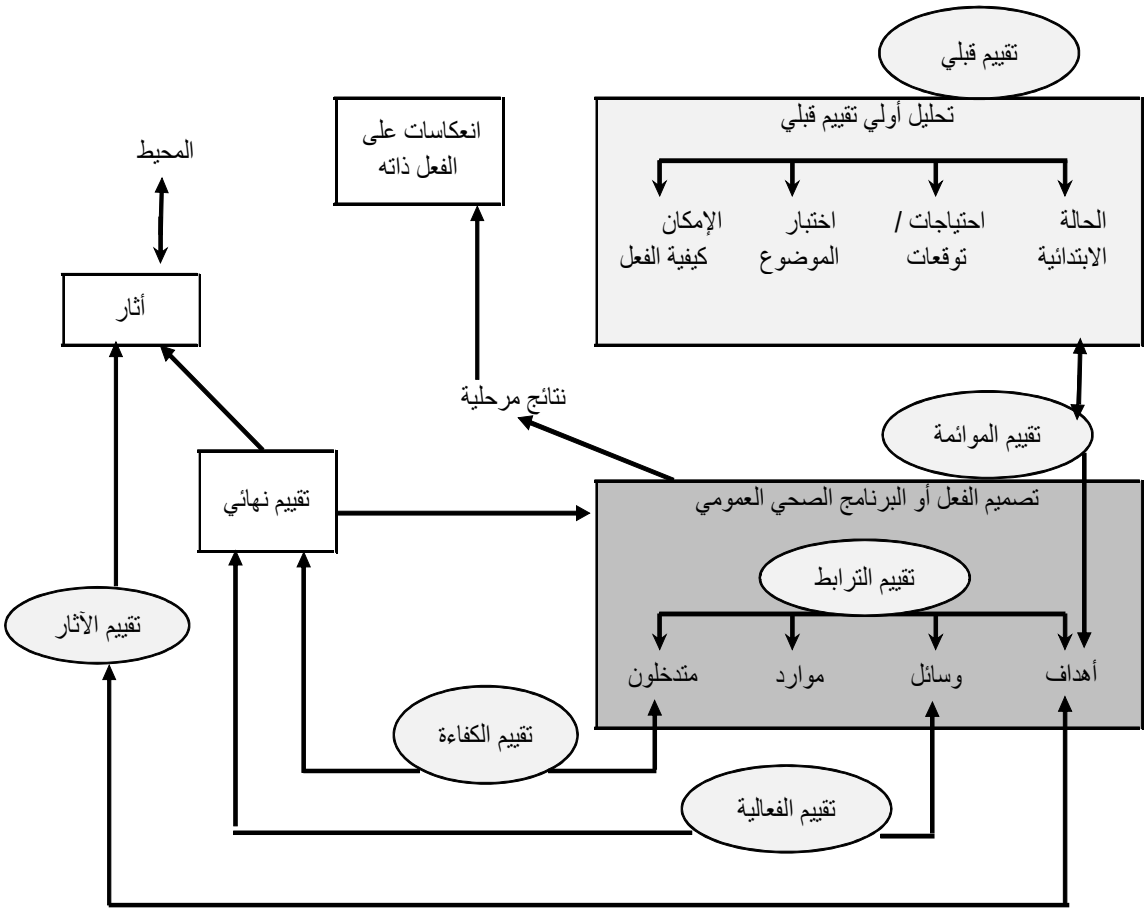
المرحلة الثالثة تمثل التقييم النهائي. وهي تتعلق باستغلال النتائج، و تفسيرها واستعمالها. حتى تكون هذه المرحلة الثالثة و الأخيرة للتقييم ذات معنى، يجب احترام الإجراءات المسجلة في دفتر الأعباء و جعل أهداف البرامج تترابط مع تلك المتعلقة بالتقييم القبلي و الوسيطي.

مسعى التقييم في الصحة العمومية كما قدمه Andem يجب أن يتم اعتباره و النظر إليه و هيكلته قبل الانطلاق في أي فعل.

- **ما الذي يتم تقييمه ؟**

تتوقف مهام مسعى التقييم على الأهداف المراد متابعتها و خصائص الفعل الذي يراد القيام به. حيث يتم إسناد مهام مختلفة لهذا المسعى، كما هو مبين في الشك التالي:

الشكل رقم 39 : الأهداف و مستويات التقييم



المصدر: 49Andem.(1996), Évaluation d'une action de santé publique, actualité et dossier en santé publique n° 17. Paris ,p.

من خلال الشكل أعلاه يمكن ملاحظة أن هناك العديد من المستويات التي يمكن أن نقوم بعملية التقييم انطلاقا منها، و ذلك يتوقف على المراد من التقييم:

- تقييم ملائمة الفعل، أي بعبارة أخرى الرابط بين الاحتياجات التي تم تحديدها و الأهداف المزمع الوصول إليها؛

- تقييم الترابط المنطقي، أي الرابط بين مختلف مكونات البرنامج الموضوع حيز التنفيذ؛
- تقييم فعالية، أي العلاقة بين الأهداف المراد تحقيقها و النتائج المتحصل عليها (حيث يتم مثلا دراسة عدد و خطورة الحوادث لدى الأطفال في برنامج الوقاية من الحوادث المنزلية أو معلومات و دراية الأطفال و مواقفهم أو مواقف أوليائهم من خلال الأهداف المراد تحقيقها و المؤشرات المختارة؛
- تقييم الكفاءة، أي العلاقة بين الموارد المعبئة (المخصصة) و النتائج المتحصل عليها؛
- تقييم اثر الفعل، أي النتيجة و التأثيرات الأخرى الملاحظة على المجتمع المستهدف : تلك التي يتم ملاحظتها على الفاعلين أو على المحيط (حيث يجب دراسة مثلا في إطار برنامج الكشف المبكر و المنهجي على سرطان، الآثار على المحترفين غير المعنيين مباشرة بهذا البرنامج، و كذلك الآثار المحتملة على السكان الذين لا يدخلون فعليا في السكان المستهدفين).

– **لماذا يتم التقييم ؟**

تعرف عملية التقييم بصفة عامة كسياق (سيرورة) للملاحظة و المقارنة. بعبارة أخرى، المقارنة تنشأ دائما بين المعطيات المجمعة من خلال تقنيات الأسئلة أو من خلال الملاحظة و مجموعة من المعايير، قواعد أو معالم، تسمى نظام المراجع. في غياب الوسائل للمقارنة، فان المسعى يتقلص إلى أن يصبح مجرد عملية متابعة أو عرض (Monitorage)، بدون تقييم حقيقي.

تبعا للأهداف التي يراد بلوغها، يتم في المرحلة الأولية ، إما تحديد ما إذا كنا نريد تقييم المسار، أو الآثار النوعية للفعل، أو بصفة عامة طبيعة و درجة الأثر. من المناسب هنا القيام بإيضاح مهم حول المعنى المزدوج لكلمة تقييم المستخدمة في الصحة العمومية. يتم استعمال هذا المصطلح للإشارة إلى نوعين من الأفعال اللذاين يجيبان على هدفين مختلفين.

بالنسبة للمصطلح الأول يجب أن يثبت الكفاءة المفترضة، من خلال استخدام طرق للمقارنة من نوع (قبل \ بعد)، (هنا \ هناك) أو تحليلية، في المرحلة التجريبية، لبعض استراتيجيات التدخل قبل نشرها و / أو تعميمها. قي هذه الحالة نتحدث عن بحث تقييمي (مثل : هل أن برنامج للكشف المنهجي المبكر لمرض كتكاثر الحديد في الدم في بلد ما، سيكون فاعلا ؟ (كفؤ ؟).

بالنسبة للمصطلح الثاني، فإنه في حالة العمل الروتيني، يكون الأداء المعلن من خلال تطبيق استراتيجيات التدخل. يتم في هذه الحالة نعت الأهداف بأنها أهداف عملية

(Pragmatique) لان النتائج المجمعة خلال هذه الأنشطة التقليدية، يمكن أن تبرر إدخال تعديلات بعدية في خط مسارها. في هذه الحالة يعتبر التقييم ديناميكي (مثلا البرهنة على الملائمة لمثل برنامج للكشف المبكر و المنهجي عن سرطان الثدي في شطر معين من السن قد تم إثباتها علميا، في ظروف تجريبية معينة و بلد معين، السؤال، ماذا عن هذا البرنامج الذي يتم تنظيمه بشكل روتيني في إحدى ولايات بلد ما ؟).

- **كيف يتم التقييم ؟**

الهدف من أي عملية تقييم هو إصدار حكم ما على نشاط معين، أو على مورد، أو على نتيجة. وعليه فان البحث و الاختيار للمعايير التي ستستخدم في هذا الحكم له اثر حاسم، إن المعايير التي يتم اختيارها يجب أن تكون تصف بشكل صادق، للخصائص المدروسة، كما يجب أن تتعلق بالحالة الصحية، و بالمعرفة و مواقف السكان المعنيين أو بالمكونات النوعية للبرنامج. إن التغيرات على هذه الخصائص سيتم قياسها، في الواقع، من خلال معطيات حقيقية و ملموسة تسمى مؤشرات و التي تخبرنا عن معايير الحكم الموافقة لذلك.

يزداد موضوع تقييم الصحة العمومية شمولية و اتساعا عندما نعلم أن العديد من الميادين كعلم الأوبئة، و العلوم الاجتماعية، و العلوم الاقتصادية بما في ذلك تقنيات المحاسبة و التسيير، التي ساهمت دائما في معرفة العلاقات بين الصحة و محيطها، زيادة على الطابع الجماعي لعمليات الصحة العمومية الذي يضعها دوما في هذا أو ذاك من هذه الميادين.

– حيث تقوم الدراسات الوبائية بمقارنة الآثار المحققة مع الآثار المنتظرة (المرتقبة)

من خلال استعمال صيغ تجريبية، و مراقبتها،و إجراءات التحقيق التي قد تكون تجريبية بحته ، أو تحقيقات عبر الملاحظة (قبل \ بعد) ، (هنا \ هناك)؛

– يسمح التحليل الاقتصادي بتحديد مردودية و كفاءة الأفعال أو المنطق المتبع في

إنتاجيتها من خلال إجراء تحاليل (تكاليف \ كفاءة) ، (تكلفة \ منفعة) ، (تكلفة \ ربح)؛

– أما العلوم الاجتماعية، فتحاول اكتشاف و فحص فرضيات حول الأسباب الضمنية

للنتائج الغير منتظرة، من خلال تجميع الآراء و وجهات النظر، و دراسة المواقف...

عادة ما يتم في مثل هذه الأعمال إنشاء لوحات قيادة النشاط، و كذلك استعمال رسومات تخطيطية لتنظيم المراحل و الأحداث من نوع مخطط الشبكات (P E R T)، أو خوارزميات لاتخاذ القرار. إن أهمية و منفعة الأفعال و البرامج في الصحة العمومية، هي قياس النتائج

و الآثار الناتجة، سواء كانت هذه الأخيرة منتظرة أو غير منتظرة (طارئة)، و تفسيرها و استنتاج التوصيات و الاقتراحات.

إن التطبيق الكلي أو الجزئي لهذه الاقتراحات و التوصيات، يمكن و حسب الحالات الممكنة أن يكون محل إعادة تقييم، مما يمكن من تقييم النتائج مرة ثانية، الأمر الذي يساعد على تحسين و تطوير و صقل الأفعال و البرامج على المدى الطويل. لعملية التقييم مساهمة كبيرة في المساعدة على اتخاذ القرار من اجل، الشروع أو متابعة أو تغيير أو تحليل أفعال الصحة العمومية. (Blum- Boisgard و آخرون 1996 ، ص 22).

خلاصة الفصل

نخلص من هذا الفصل إلى تبيين أن العلاقة بين المستشفى و الوزارة هي علاقة قوية لدرجة أن المستشفيات تبدو مقيدة في حركاتها توجهاتها سواء تعلق الأمر بالخطط الإستراتيجية أو على مستوى خطط العمليات. ربما يجب أن يكون هناك وسيط بينهما مثل تنصيب وكالات جهورية للمستشفيات حيث يتم تحديد مهام معينة لهذه الوكالات مثل التحكم في تكاليف التشغيل للمستشفيات من خلال إعادة الهيكلة و توزيع للموارد.

كما خلصنا إلى أن صعوبة تقييم الأنشطة من قبل مراقب التسيير تزداد عندما يتعلق الأمر بالتكفل بالمرضى حيث أن إجراءات وخطوات ومراحل التكفل تختلف من مريض إلى آخر، مما يجعل مسار وسياق عملية التكفل يسير دون تنظيم مسبق وبدون تقدير تنبؤي، ليؤدي إلى عشوائية كبيرة في مراحل و خطوات النشاط الاستشفائي. هذا الاضطراب في مسار العمل يوثر بشكل مباشر على عملية التسيير و منه على إجراءات و أدوات مراقبة التسيير.

كما تتأثر سالبا أدوات وأساليب مراقبة التسيير بالمحددات الأخرى التي تحكم عمل و أنشطة المؤسسات العمومية للصحة مثل ازدواجية السلطة حيث أن تعايش هذين الخطين للسلطة يؤدي إلى جعل تحديد سياقات و إجراءات عملية العناية الصحية عملية معقدة و بالغة الصعوبة، مما ينعكس على صعوبة تمثيل النشاط العلاجي داخل المستشفى.

تؤثر خصائص خدمات العناية الصحية على مراقبة التسيير على عدة مستويات و بمختلف الطرق و الجوانب، منها ما يؤثر على تحديد الأهداف و النتائج. كما أن الإنتاج المشترك للخدمة يؤثر على تحديد المسؤولية من خلال تعدد المتدخلين في الأنشطة الصحية و عدم نمطية الأنشطة الصحية. إلى جانب وضوح تأثير الطابع التقريبي لتقديم و تقدير الخدمة، كما أن للضبابية في تحديد إجراءات الإنتاج و التحويل بالنسبة لأنشطة العناية الصحية دور كبير في التأثير على نظم مراقبة التسيير التي تريد المؤسسات العمومية للصحة أن تطبقها. إضافة إلى ذلك يخلق التواجه والتماس بين المريض و من يقف في المقابل لتقديم الخدمة صعوبة في عملية تقييم الخدمة، مما ينجر عنه صعوبة تمثيل نشاط العناية الصحية و انعكاسها على أدوات مراقبة التسيير.

الفصل VIII: نماذج و مؤشرات قياس الأداء في المستشفيات

تمهيد

VIII .1 فيما يخص الأداء التنظيمي في المستشفيات

1.1.VIII مفهوم الأداء التنظيمي

2.1.VIII مظاهر الأداء التنظيمي

VIII.2 نماذج قياس الأداء التنظيمي في المستشفيات العمومية

1.2.VIII اختلاف في التعريف و اتفاق حول المضمون

2.2.VIII النماذج أحادية البعد

3.2.VIII النماذج متعددة الأبعاد

VIII.3 مؤشرات قياس الأداء في المستشفيات العمومية

1.3.VIII ماهية مؤشرات قياس الأداء

2.3.VIII الخصائص الرئيسة لمؤشرات قياس الأداء

3.3.VIII أنواع المؤشرات

خلاصة الفصل

تمهيد

المؤسسات العمومية الاستشفائية واحدة من المنشآت الخدمية التي تجري عليها التغيرات و التحولات مما دفعها إلى التوجه لمعرفة إنتاجيتها و قياس فعاليتها و بلوغ أعلى مستويات ممكنة من الأداء التنظيمي، الشيء الذي أدى بالباحثين إلى تطوير عدة نماذج لقياس الأداء التنظيمي للمستشفيات.

نحاول في هذا الفصل إظهار ما يتصف به مفهوم وتعريف الأداء من تنوع حيث تعددت التعريفات من قبل الباحثين و المختصين إلى درجة انه لا يوجد تعريف واحد يتفق علية الجميع، إن غياب الاتفاق حول مفهوم هذا الأخير أدى ببعض الباحثين إلى حد القول أن الأداء التنظيمي ليس له تعريف بل هو عبارة عن تركيب أو بناء مفاهيمي لعدة تصورات.

سيتطرق هذا الفصل إلى محاولة استعراض مكونات الأداء من خلال عرض مفصل للعناصر الداخلة في هذا المصطلح من خلال نظرة تحليلية، أين سنستعرض مفهومين أساسيين وهما الفعالية و الكفاءة (الفاعلية)، حيث يقصد بالفعالية النسبة بين النتائج المتحصل عليها والأهداف المحددة مسبقا. أما الكفاءة (الفاعلية) فيقصد بها النسبة بين الوسائل المستخدمة نسبة إلى النتائج المحققة. كما يضاف إليهما عنصر ثالث و هو الملائمة و هي قياس نسبة توافق الوسائل التي تمتلكها المؤسسة و الأهداف المحددة والمزمع تحقيقها.

كما سنتطرق إلى مختلف نماذج قياس الأداء التي يقسمها الباحثون إلى نوعين أساسيين من النماذج هما : النماذج أحادية البعد مثل نماذج الأهداف، نماذج الموارد، نماذج العلاقات الإنسانية، نماذج الإجراءات أو العمليات الداخلية، نموذج الشرعية الاجتماعية. كما توجد نماذج أحادية البعد غير أنها نماذج معتمدة على الميدان مثل نموذج صفر خطأ، النموذج المعياري، النموذج المقارن للأداء. أما النماذج المتعددة الأبعاد فنجد من ضمنها، نموذج سانسوليو (Sainsaulieu)، نموذج دونابيديان (Donabedian)، نموذج التقييم الإجمالي و المتكامل لأداء نظم الصحة.

كما يعنى هذا الفصل بالتعريف بشيء من التفصيل لمؤشرات قياس الأداء حيث يتم اعتبارها كتمثيل رقمي لظاهرة ما نريد وضعها تحت الرقابة. كما سنبين كيف أنها متنوعة ومتعددة حيث نجد منها، مؤشرات المحيط (البيئة)، مؤشرات الوسائل، مؤشرات النشاط، مؤشرات النتيجة النهائية، مؤشرات جودة الخدمات المقدمة، مؤشرات الكفاءة (الفاعلية)، مؤشرات الفعالية. كما حاولنا تقديم هذه المؤشرات في شكل عملي يسمح باستعمالها بطريقة سهلة تمكن مستعمل المؤشرات من استخدامها بطريقة بسيطة نظرا لتقديمها من خلال تحديد شكل

المؤشر ومن يستعمله و الشخص المسؤول عنه ودورة إنتاج المؤشر ومصدر المعلومات ومحتواه وكيفية حسابه والقيمة المستهدفة والفترة الزمنية له وكيفية عرضه أي شكله و صورته.

VIII .1 فيما يخص الأداء التنظيمي في المستشفيات

يأخذ تقييم الأداء أهمية كبيرة في النموذج التقليدي لمراقبة التسيير، بل إن أهميته تعاظمت إلى حد أن تقييم الأداء لم يعد مقتصرا على المؤسسات الخاصة فقط، بل أصبح محل اهتمام المؤسسات العمومية أيضا. إذا كان الجميع متفقون حول أهميته فإنهم ابعد ما يكون على الاتفاق حول مفهومه وتعريفه.

VIII .1 .1 مفهوم الأداء التنظيمي

أولا: تحديد المفهوم

يحتل الأداء التنظيمي مكانا محوريا و مهما في بحوث تسيير المنظمات، ومصطلح الأداء دائم الحضور في أذهان المدراء و المسيرين و حتى العمال، وقد انصب اهتمام العديد من الباحثين على هذا الموضوع قصد معرفة أي من العناصر أو المكونات التي لها تأثير على الأداء التنظيمي، تقليديا تكون الإجابة من خلال مؤشرات لنتائج مالية أو تجارية، أي الجانب الاقتصادي، هذه الإجابة و إن كانت صحيحة إلا أنها لا تمثل سوى جانب أو زاوية معينة من الأداء الإجمالي للمنظمة،.

إن الأوضاع و المعطيات و المتغيرات التي تميز محيط المؤسسة في الوقت الراهن و المتمثلة في قلة و ندرة الموارد و زيادة حدة المنافسة إلى جانب تنوع و اختلاف رغبات و احتياجات المستهلكين، و الضغوط القانونية و الإدارية و متطلبات الأطراف المستفيدة من المنظمة، أدى كل هذا إلى سعي المنظمات إلى الرفع من كفاءتها و الزيادة من إنتاجيتها و إلى تعظيم مردوديتها. إن هذا التوجه نحو بلوغ الأداء و الكفاءة في ظل الظروف السالفة الذكر للمحيط أدى إلى عدة تغيرات و تعديلات على طرق قياس الأداء إذ أصبح هذا الأخير يقاس من خلال عدة جوانب أو متغيرات. و لا فرق بين خضوع المؤسسات الإنتاجية و الخدمية إلى هذه الظروف و الضغوط إلا فيما هو عائد إلى طبيعتها، و المؤسسات الاستشفائية واحدة من المنشآت الخدمية التي يجري عليها من التغير و التحول مما دفعها إلى التوجه لمعرفة إنتاجيتها و قياس فعاليتها و بلوغ أعلى مستويات ممكنة من الأداء التنظيمي، الشيء الذي أدى بالباحثين إلى تطوير عدة نماذج لقياس الأداء التنظيمي للمستشفيات. لكن قبل ذلك لابد من الوقوف على مفهوم الأداء و تعريفه.

الأداء كلمة كثيرة الاستعمال في حقل التسيير. و قد حظي هذا المصطلح باهتمام كبير من قبل العديد من الباحثين وكانت هناك محاولات عديدة و متكررة لتعريفه و خاصة في الثمانينات

من القرن الماضي من قبل الكثير من الباحثين والمهتمين منهم على سبيل المثال Bouquin,1986 ; Bescos et al.1993 ; Bourguignon, 1995 ; Lebas ; 1995 ; Bessire, 1999 ...) لكن الأمر الذي يلفت الاهتمام هو أن هذا المصطلح لم يحضى بإجماع حول عطاء تعريف جامع له من قبل الباحثين و المختصين. كنتيجة لذلك اعتبر بعض الباحثين Quinn و Rohrbough أن الأداء التنظيمي ليس له تعريف بل هو عبارة عن تركيب أو بناء (Construit) لعدة مفاهيم. (De La Villarmois ، 2000 ، 75). كما يؤكد ضياف محجوب على أن بقاء المشكل يعود إلى عدة صعوبات يواجهها الباحثون حيث يصف ذلك بقوله ما تزال إشكالية تعريف و تقييم الأداء قائمة في مجال التسيير.حتى وإن كانت التطلعات الواردة في هذا الميدان تبدو واعدة، إن الملاحظ في ممارسات وحدات البحث تسمح بالتعرف على بعض الصعوبات. ويبدو أنها ناتجة عن تعقيدات تقنية (صعوبة الفهم و التحكم في الخصائص الديناميكية، و تعدد الأشكال، السياقية للأداء) و عن تعقيدات اجتماعية (صعوبة إيجاد إجماع حول تعريف الأداء، أبعاده، قياسه و تقييمه و تفسيره) (Dhiaf،2007 ، ص 13). إن استعمال كلمة الأداء بشكل واسع دون أن يكون هناك تعريف محدد له يدل على تعدد معاني مصطلح الأداء (Bourguignon ، 1995، ص 26) و صعوبة تحديد معنى و مدلول قائم حتى في الاستعمال اليومي للكلمة حيث تدل كلمة الأداء في اللغة الجارية على أربعة مدلولات:

- نتائج الفعل: يدل الأداء في هذه الحالة على النتيجة التي يتم قياسها بواسطة مؤشرات و مقارنتها إلى مرجع قد يكون من داخل المنشاة أو من خارجها؛
- النجاح: يدل الأداء على نتيجة ايجابية و هذا النجاح قد يكون فردي أو على مستوى المؤسسة؛
- الفعل أو التصرف: يدل الأداء هنا و في نفس الوقت على النتائج من جهة و الأفعال أو التصرفات التي بذلت لتحقيق هذه النتائج من جهة أخرى أي أن الأداء يدل هنا على الإجراءات (العمليات، السياق)؛
- القدرة و المهارة: يدل الأداء على القدرة الكامنة.

فمثلا كلمة أداء تعني في نفس الوقت النتائج المتحصل عليها لحصان في السباق و كذلك النجاح في السباق. الأداء يدل أيضا على المآثر و النتائج الرياضية لبطل رياضي. وقد تطور معناه أثناء القرن العشرين. و أصبح يدل بشكل رقمي على إمكانيات آلة ما و كذلك مردوديتها (Bourguignon ، 1995، 28)

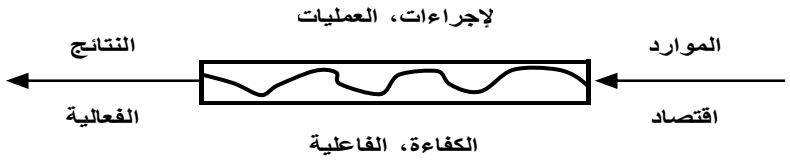
ثانيا : تعريف الأداء

إن هذا الغموض و الضبابية التي تميز مصطلح الأداء لم يمنع الباحثين من إعطاء بعض التعريفات منها:

تعريف Albanes حيث يرى أن الأداء هو سبب و غاية وجود مناصب التسيير (في المؤسسة)، و أن الأداء يربط بين الكفاءة و الفعالية. و يعرف Chandler الأداء بأنه اشتراك الفعالية الوظيفية مع الفعالية الإستراتيجية، حيث تتمثل الفعالية الوظيفية في تحسين المنتجات، المشتريات، إجراءات أو سياقات الإنتاج، وظيفة التسويق و العلاقات الإنسانية في داخل المؤسسة. أما الفعالية الإستراتيجية فتتمثل في التقدم على المنافسين و ذلك بالتواجد في سوق تكون في حالة نمو أو بالانسحاب من سوق تكون في حالة زوال (Chandler ، 1992، ص 21).

أما Bouquin فقد عرف الأداء من خلال إشكالية عامة كما هو مبين في الشكل التالي :

الشكل رقم 40 : إشكالية الأداء حسب Bouquin



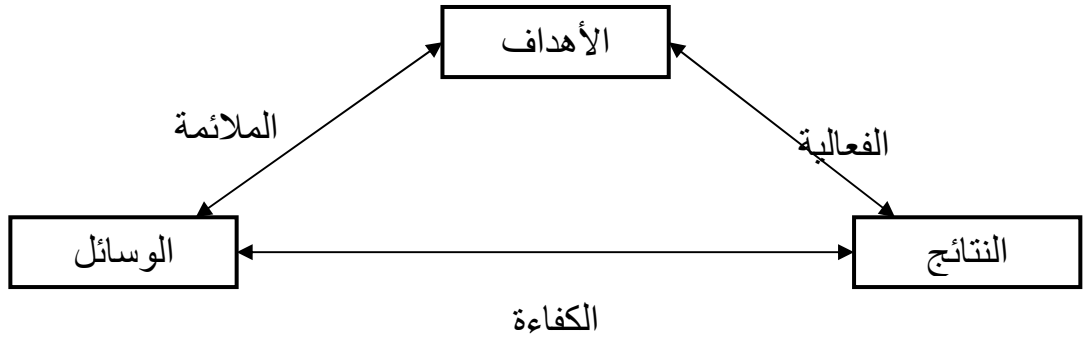
المصدر: Bouquin H., Le contrôle de gestion, Presses Universitaires de France, Collection Gestion, 6ème édition, Paris, 2004.p 71.

حسب هذا المؤلف فإن كلمة اقتصاد تتمثل في توفير الموارد بأقل تكلفة، أما الكفاءة أو الفاعلية فتتمثل في تعظيم الكميات المتحصل عليها من المنتجات أو الخدمات انطلاقا من كمية معينة من الموارد : المردودية (نسبة الأرباح إلى الأموال المستثمرة) و الإنتاجية (نسبة الحجم المتحصل عليه إلى الحجم المستهلك) هذان مثالان للكفاءة أو الفاعلية. في حين أن الفعالية تتمثل في تحقيق الأهداف أو الغايات المبتغاة.(Bouquin، 2004، ص 71)

تبين هذه التعاريف أن الأداء يربط بين مفهومين أساسيين و هما الكفاءة (الفاعلية) و الفعالية، حيث يقصد بالفعالية بصفة عامة النسبة بين النتائج المتحصل عليها و الأهداف المحددة مسبقا. أما الكفاءة (الفاعلية) فيقصد بها النسبة بين الوسائل و الجهد المبذولين نسبة إلى النتائج المحققة. هناك من الباحثين من يضيف عنصرا ثالثا و هو الملائمة أو الموائمة، حيث يرى Bouquin أن تعريف الأداء يتم من خلال المكونين السابقين (الفعالية و الكفاءة)، إضافة إلى

محور ثالث و يقصد به قياس نسبة توافق الوسائل التي بحوزة المنشاة و الأهداف المسطرة والمراد بلوغها. كما هو مبين في الشكل التالي.

الشكل رقم 41 : مثلث مراقبة التسيير و الأداء



المصدر: Bouquin H., Le contrôle de gestion, Presses Universitaires de France, Collection Gestion, 6ème édition, Paris, 2004. P 85

هناك تعريفات أخرى تربط بين عدة متغيرات مثل النتائج و الجهد و السلوك، فتعريف الأداء بأنه القدرة على الحصول على أفضل و أحسن النتائج، مع بذل أقل جهد من خلال التصرف بدراية و معرفة لبلوغ الأهداف المرجوة (Ben rejeb، 2003، ص 126).

VIII .1 .2 مظاهر الأداء التنظيمي

قبل التطرق إلى تطبيقات المؤشرات هناك ضرورة لتوضيح الفرق بين النتيجة (Résultat) و المحقق (Réalisation) من جهة، و بين الفعالية (Efficacité) و الكفاءة (Efficience) من جهة ثانية.

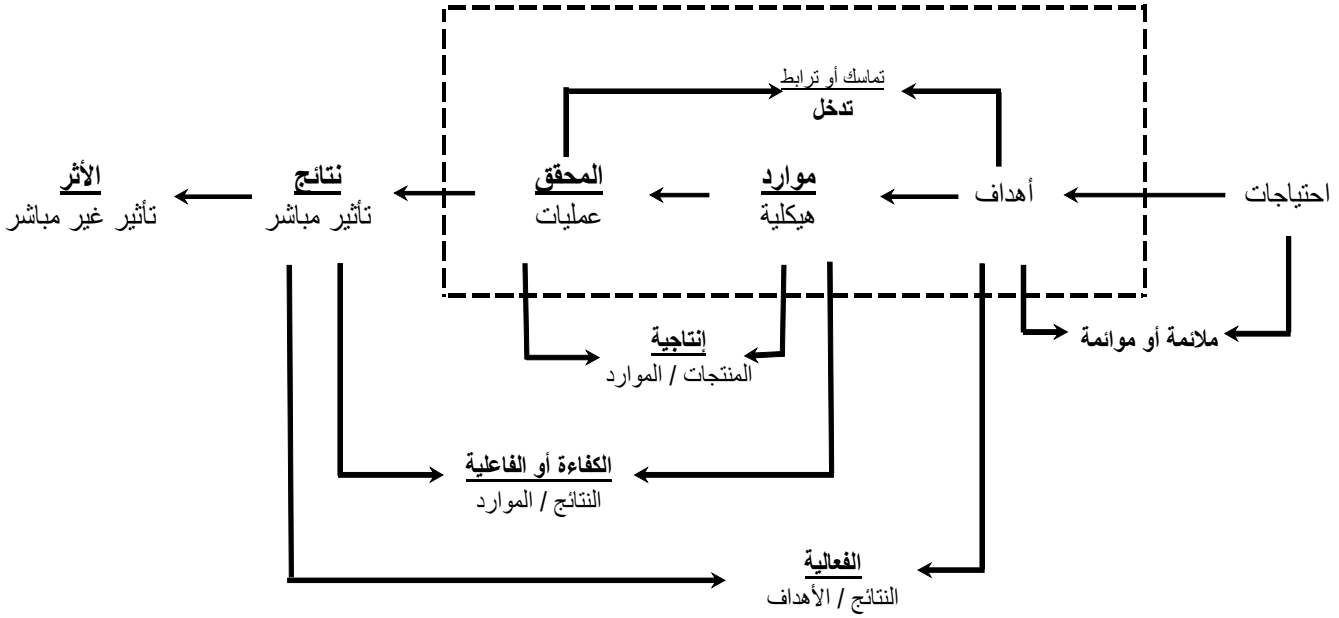
إن الاستعمال المتكرر والمتزايد لبعض المصطلحات في غير المكان و الموضع المخصص لها، أدى إلى وجود وانتشار نوع من التقريب والخلط في مدلول المصطلح حيث أن الكلمة (المصطلح) أصبح يدل على مفهومين مختلفين و في بعض الأحيان يتم التعبير عن فكرة واحدة من خلال مصطلحين مختلفين، مما يدخل بعض الغموض و المزيد من سوء الفهم.

فمثلا نجد في الحالة الأولى عبارة النتيجة (Résultat)، و التي تدل في الاستعمال العام تارة على نتائج الفعل (إنتاج، أو أثر على الوسط)، كما تدل تارة أخرى على القيمة التي يأخذها المؤشر بالنسبة للغرض (المرمى) الذي قد تم تحديده أي المحقق. و تارة ثالثة يقصد

بالنتيجة بكل بساطة الأداء من خلال عبارة الموازنات بالنتائج.

أما في الحالة الثانية فنجد فكرة الاستعمال الأمثل للوسائل بالنسبة للمحقق الحاصل، و المعبر عنه تارة بالكفاءة و تارة أخرى بالفعالية في التسيير، في حين أن علوم التسيير قد فرقت بين المصطلحين، و لأهمية هذين المفهومين فإننا نتناولهما بشئ من التفصيل و التدقيق نظرا لارتباطهما بمفهوم الأداء.

الشكل رقم 42 : العلاقة بين مختلف مكونات الأداء



من إعاد الباحث بتصرف

تشير الكفاءة (Efficience) إلى الطريقة الاقتصادية التي يتم بها انجاز العمليات المتعلقة بالأهداف وعادة يعبر عنها من خلال النسبة بين المخرجات والمدخلات، بعبارة أخرى تعكس الكفاءة الفاعلية في استخدام الوسائل لبلوغ الأهداف المحددة، أي مدى الاقتصاد أثناء السعي لبلوغ الهدف، و ذلك على مستوى كل الموارد، و بالتالي فان الكفاءة تشير إلى فعل " الأشياء بطريقة صحيحة "، أي أنها تهتم بالكيفية أي بالطريقة التي يتم الاستعانة بها لتحقيق الأهداف المسطرة، ويعبر عن الكفاءة من خلال المعادلة التالية:

$$\text{الكفاءة} = \frac{\text{المحقق}}{\text{الوسائل المستخدمة}} \quad \frac{\text{المخرجات}}{\text{المدخلات}}$$

أما الفعالية (Efficacité) فتعبر عن قدرة المنظمة على تحقيق أهدافها، حيث تقيس الفعالية المدى في تحقيق الأهداف أي درجة بلوغ الأهداف المحددة سلفا. وكثيرا ما تستعمل هذه

العبارة لقياس العلاقة بين الأهداف المسطرة و النتائج المحققة، ومفهوم الفعالية مبني أساسا على فكرة " فعل الأشياء الصحيحة " التي تتطلب أن تكون الأهداف واضحة، موضوعية، و عادلة. تحسب الفعالية من خلال العلاقة التالية:

$$\text{الفعالية} = \frac{\text{الأهداف المحققة}}{\text{الأهداف المحددة}} \quad \frac{\text{المخرجات}}{\text{المخرجات المخططة}}$$

عادة ما يتم التفريق بين الكفاءة (الفاعلية) و بين الفعالية من خلال عقد مقارنة لتوضيح الكيفية و المدى الذي تنجز بهما الأهداف المسطرة .

الجدول رقم 25 : يوضح الفرق بين الكفء و الفعال

الكفء	الفعال
هو الذي :	هو الذي :
يعمل الأشياء بطريقة صحيحة؛	يفكر ويعمل الأشياء الصحيحة؛
يحل المشاكل التي تعترض طريقه؛	يبتكر بدائل خلاقة لحل المشاكل؛
يحافظ على الموارد و الأدوات؛	يستخدم الموارد المتاحة بأقصى مثالية؛
يتبع النظام و المنهج الموضوع؛	يحصل على النتائج؛
يعمل على تقليل التكاليف.	يعمل على زيادة الإرباح.

المصدر: Andem.(1996), Évaluation d'une action de santé publique, actualité et dossier en santé publique n° 17. Paris ,p 21 .

هذا يعني أن المنظمة يمكن الحكم عليها من عدة أوجه، ذلك أن الكفاءة والفعالية ليستا متلازمتين بالضرورة، بالرغم من أن المصطلحين مجتمعان يعبران عن الأداء التنظيمي الجيد للمؤسسة، و مع ذلك نجد أن المنظمة قد تكون و في نفس الوقت في إحدى الحالات التالية:

كفئة و فعالة؛

كفئة و غير فعالة؛

غير كفئة و فعالة؛

غير كفئة و غير فعالة.

يمكن تلخيص الحالات التي تتفاعل فيها الكفاءة مع الفعالية في شكل جدول كالتالي:

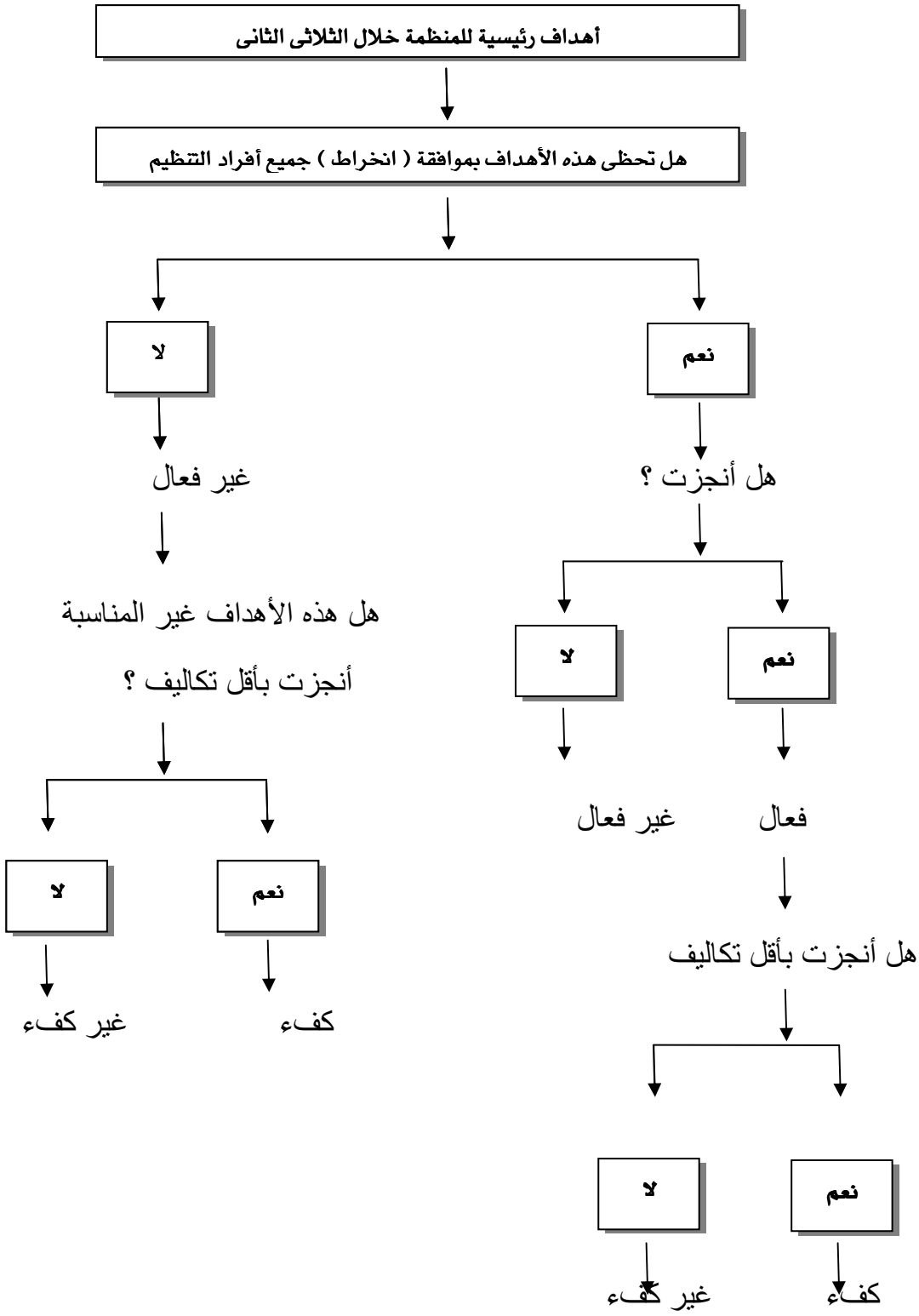
الجدول رقم26 : نقاط الالتقاء بين المصطلحي الكفاءة و الفعالية

		كفاءة	
		منخفضة	مرتفعة
فعالية	منخفضة	سوء استخدام الموارد مع عدم انجاز الأهداف،(غير كفئة و غير فعالة)	استخدام الموارد بشكل اقتصادي لكن دون تحقيق الأهداف،(كفئة و غير فعالة)
	مرتفعة	استخدام مفرط للموارد مع تحقيق الأهداف، (غير كفئة و فعالة)	استخدام الموارد بشكل معياري و تحقيق للأهداف،(كفئة و فعالة)

المصدر : Andem.(1996), Évaluation d'une action de santé publique, actualité et dossier en santé publique n° 17. Paris ,p 18.

بالرغم من تلازمهما فإن الفرق بين الكفاءة و الفعالية كبير كما هو مبين في الشكل التالي:

الشكل رقم 43 : الخطوات متبعة في الحكم على الكفاءة و الفعالية



المصدر: Contandriopoulos A.-P.,(2008), La gouvernance dans le domaine de la santé : une régulation orientée par la performance Santé publique,2, N° 20, p 196.

VIII .2 نماذج قياس الأداء التنظيمي في المستشفيات العمومية

اتسمت محاولات الباحثين بتحديد نموذج لقياس الأداء التنظيمي بنفس الصعوبة و التداخل وعدم وضوح الرؤية التي اكتنفت تعريف الأداء. و ذلك من خلال السعي إلى التعرف على مجموعة المتغيرات الداخلة في مجال الأداء قصد الحصول على مكوناته ثم الانتهاء إلى نموذج يقيس هذا الأداء من خلال مؤشرات و معايير معبرة عنه. إن ما نراه اليوم من نماذج نظرية وتلك التي نتجت عن الدراسات الميدانية، سواء تعلق الأمر بأحادية البعد أو تلك التي تتكون من عدة أبعاد. لم تكن في بداياتها على النحو التي هي عليه الآن، بل مرت بعدة دراسات وأبحاث وتجارب من قبل الباحثين في هذا الخصوص، للتعرف على المتغيرات الداخلة في تكوين الأداء،

VIII .2 .1 اختلاف في التعريف و اتفاق حول المضمون

نماذج الأداء : تعتبر محاولة Campbell الأساس الذي استندت عليه معظم الأعمال اللاحقة. أين قام Campbell بإحصاء 30 معيار مختلفا، والتي قد يكون كمية و/أو كيفية. لكن العديد من الباحثين يرى أن المعايير كما قدمها كامبل فيها كثير من التداخل و التشابك الأمر الذي دفع العديد منهم إلى محاولة تقليصها وجمعها في عدد معين من المحاور أو الأبعاد، من بين هذه الإعمال نجد ما قدمه Scott، Seashore، Quinn & Cameron, Steers, Rohrbough, Norton & Fessman, Kaplan & Welge. نتج عن هذه الأعمال كما ذكرنا نوعان من النماذج، الأولى أحادية البعد و أخرى متعددة الأبعاد.

تعتبر محاولة Campbell من بين هذه المساعي أين قام بإحصاء 30 معيار مختلفا كما هو مبين في الجدول التالي:

الجدول رقم : 27 : المعايير المختلفة للأداء حسب Campbell

الفعالية	أهلية القيادة	الأخلاق
الكفاءة	الإعلام و الاتصال في التسيير	الصراع / التوافق
الجودة	التقييم الخارجي	تخطيط و إنشاء المشاريع
النمو	مشاركة و تأثير المساهمين	توجيه أهداف التنظيم إلى الداخل
دوران العمل	تحقيق الذات	قدرة التواصل في التسيير
التحفيز	الإنتاجية	الاستعداد
الرقابة	الربح	استغلال المحيط
المرونة	الحوادث	الاستقرار
الاتفاق حول الأهداف	التغيب	قيم الموارد البشرية
الترابط بين الدور و المعيار	الرضا في العمل	أهمية التكوين

المصدر: Campbell J. P. (1977), "On the Nature of Organizational ffectiveness" in P. S. Goodman et J.M. Pennings,New Perspectives on Organizational Effectiveness, Jossey-Bass.p 111

هذه القائمة ليست حصرية بالطبع و الملاحظ أيضا أن المعايير غير متجانسة بشكل كبير، حيث أنها تضم معايير اجتماعية و إنسانية إلى جانب معايير مرتبطة بجوانب مالية و اقتصادية، ومجموعة ثالثة تجمع كل من الإنتاج، الإستراتيجية، المحيط ...الخ(Dhiaf، 2007، ص 75).

دائما وفي نفس المسعى و قصد التعرف على مكونات الأداء و تدعيما لنموذج كامبل وبهدف إظهار أهمية المعيار الاجتماعي و الإنساني قام Welge و Fessmann بتحليل 48 بحثا من ضمنها 26 بحث تجريبي ميداني، 18 بحث نظري و 4 بحوث اعتمدت على المعلومات الثانوية و قد خلصا إلى تحديد قائمة تحتوي على 22 معيار من ضمنها 12 تتعلق بالعوامل الاجتماعية و الإنسانية، و 7 معايير تتعلق بالناحية اقتصادية(Dhiaf،2007 ،ص58)

يرى العديد من الباحثين أن المعايير كما قدمها كامبل فيها كثير من التداخل و التشابك الأمر الذي دفع العديد منهم إلى محاولة تقليصها و جمعها في عدد معين من المحاور أو النماذج ، من بين هذه الأعمال نجد ما قدمه Scott, Seashore, Cameron, Steers, Quinn Rohrbough, Welge Fessman, Kaplan Norton.

أمام هذا العدد الكبير من المعايير قام Scott بتقليص و تلخيص عدد المؤشرات في ثلاثة نماذج أساسية وهي: النموذج العقلاني؛ النموذج الطبيعي و النموذج النظمي. حيث يركز النموذج العقلاني على عدد الوحدات المنتجة في فترة معينة (الإنتاجية) وعلى عدد وحدات عوامل الإنتاج (الكفاءة). في حين النموذج الطبيعي لا يهتم بوظيفة الإنتاج فقط بل يهتم أيضا بالأنشطة المساندة و الداعمة وهو ما يبرر الاهتمام بالتنسيق وكذلك بالروح المعنوية للعمال.تجدر الإشارة هنا إلى التعارض أو التقابل بين المقاربة الميكانيكية للنموذج العقلاني و المقاربة العضوية للنموذج الطبيعي. في حين يهتم نموذج النظم بالحصول على الموارد و التأقلم.

يميز Seashore بدوره بين ثلاثة نماذج. أما نموذجه للأهداف فهو يشبه كثيرا النموذج العقلاني لـ Scott. ويضم نموذجه الطبيعي كل من النموذج الطبيعي و نموذج النظم لـ Scott. و النموذج الثالث المسمى نموذج إجراءات القرار و حسب هذا النموذج فان المنظمة الفعالة هي التي تمتلك إجراءات تسمح بجمع، تخزين، استرجاع، تخصيص، التعامل و تدمير المعلومة بشكل امثل. (De La Villarmois، 2000 ، 55).

أما Cameron فقد حدد أربع مقاربات و هي: الأهداف، الموارد، الإجراءات أو العمليات الداخلية و رضا الفاعلين في المنظمة. هناك دراسة تفيد أن كمرون حدد خمس مناطق أثناء دراسته للفعالية التنظيمية و هي :

الفاعلين الاستراتجيين: يضم كل الأفراد، المجموعات و التنظيمات التي يمكن أن يكون لها تأثير واضح على بقاء المنظمة؛

الموارد: يقصد منها الموارد البشرية، المادية و المالية؛

الأفراد: أهمية الأفراد داخل التنظيم و فعاليتهم؛

الهيكل: كل الوسائل المستعملة من اجل تحويل الموارد إلى نتائج؛

الزبائن: زبائن المؤسسة (Dhiaf،2007 ، ص 85).

يأتي نموذج Pascal Athos كنتيجة لبحث قام به الباحثان حيث تمثل في دراسة طرق التسيير لدى أكبر الشركات الأمريكية و اليابانية و خلصا إلى أن الأداء لهذه المؤسسات يعتمد على العوامل التالية:

- الإستراتيجية (طرق تخصيص الموارد حسب الزمن، لأجل بلوغ الأهداف المسطرة)؛
- الهيكل (طريقة تنظيم المؤسسة)؛

- النظام؛
- أعضاء الإدارة (الإفراد)؛
- الأسلوب (تصرفات و سلوكيات المدير و معاونيه)؛
- الإلمام بطرق العمل (العلم بالعمل).

في الأخير يشير الباحثان إلى أن هناك اختلاف بين الأهمية التي توليها الشركات الأمريكية لهذه العناصر و تلك التي توليها الشركات اليابانية (Ben rejeb، 2003، ص 169)

في حين اقترح Steers نظرة متعددة الأبعاد و التي تربط بين ثلاثة مفاهيم هي: تعظيم الأهداف، المقاربة النظمية و أهمية العمال.وكان الإطار الذي تم تحليله يتكون من 29 عامل (معيار) و التي تم تجميعها في أربع مجموعات (Dhiaf،2007 ، ص 88).

- خصائص المنظمة؛ - خصائص المحيط الداخلي و الخارجي؛
- خصائص العمال؛ - السياسات و ممارسات التسيير؛

الجدول رقم 28 : الأبعاد المختلفة للأداء التنظيمي حسب Steers

خصائص المنظمة		خصائص المحيط	
الهيكل:	**التكنولوجيا**	**الخارجي**	**الداخلي**
اللامركزية	العمليات	التعقيد	و يركز عاى:
التخصص	المواد	الاستقرار	المحقق
الرؤية	المعرفة	عدم التأكد	العمال
وحدة التحكم			المكافآت / العقوبات
حجم المنظمة			الأمان / المخاطر
حجم الوحدة			الانفتاح / الدفاع
خصائص العمال		**السياسات و ممارسات التسيير**	
الارتباط	**الأداء**	تحديد الأهداف الإستراتيجية	
الانجذاب	التحفيز	الحصول على الموارد و استعمالها	
الاستقرار	الأهداف	خلق محيط مساعد على الأداء	
الالتزام	الاحتياجات	عمليات الاتصال	
	التأهيل	القيادة و اتخاذ القرار	
	وضوح الأدوار	التأقلم و الإبداع التنظيمي	

المصدر: Dhiaf M. M.,(2007)," proposition d'un modèle de mesure de l'impact du total quality management sur la performance globale : cas des entreprises tunisiennes de textile habillement, l'école nationale supérieure d'arts et métiers, juillet .p 75.

اعتمدت أعمال Quinn و Rohrbough على المعايير الثلاثين التي وردت في قائمة كامبل المذكورة أعلاه وذلك كمحاولة تقليص وتجميع المعايير، في البداية قام سبعة من الخبراء بمعالجتها (قائمة كامبل). كان في كل مرة يتم الاتفاق من طرف ستة خبراء من أصل الخبراء السبعة على استبعاد معيار معين فإنه يتم استبعاده من التحليل. وكنتيجة لذلك تم الاحتفاظ بـ 17

معيار فقط.تم بعدها مقارنة الأزواج اثنين اثنين أي 136 زوج و في كل مرة كان يجب إعطاء قيمة في سلم من سبع درجات قصد الحكم على درجة التشابه. شارك في عملية التنقيط 45 باحث وسمح ذلك من تحديد ثلاثة أبعاد للأداء التنظيمي هي: الأهداف الداخلية/الخارجية، المرونة/المراقبة و الوسائل/النتائج.وتسمح هذه الإبعاد الثلاثة بتحديد 8 حالات هي:

الشكل رقم 44 : الإبعاد المختلفة للأداء التنظيمي حسب Quinn و Rohrbough



المصدر : De la Villarmois O.,(2000), le concept de performance et sa mesure : un état de l'art", actes du xivème congrès national des iae, vol.2, pp.199-216.p203.

الملاحظ أن هذا الترتيب للإبعاد متوافق مع مختلف النماذج السابقة للأداء أو الفعالية التنظيمية. كذلك فإن هذا البحث قد سمح بوصف بشكل كامل مختلف النماذج لدرجة أنه يعتبر كمرجع يستعمل لتعريف الأداء. إن هذا العمل أنجزه أكاديميون حيث يعكس وجهة نظر الباحثين في المخبر و من خلال المؤلفات أي الجانب النظري. و من المهم مقارنة هذه الدراسة النظرية بالواقع التنظيمي أي مفهوم الممارسين و رجال الميدان و ذلك من خلال الأعمال التي قدمها Morin و آخرون.. (De La Villarmois ، 2000 ، ص 76)

قدم Morin و آخرون دراسة ميدانية تولد عنها نموذج لا يختلف عن النماذج السابقة. وأكدت الدراسة على الطبيعة المتشعبة و المتداخلة و المتضادة أحيانا لمفهوم الأداء التنظيمي. و أوضحوا أن تقييم الأداء يختلف باختلاف الإطار النظري الذي يتم من خلاله التقييم و القياس،

حيث تقوم بعض المجموعات الضاغطة بالتأثير على تقييم الأداء التنظيمي. وقد حدد Morin و آخرون في هذا الصدد أربعة تيارات فكرية كبيرة هي :

- النظريات الكلاسيكية البيروقراطية التي تفضل المعايير الاقتصادية؛
- مدرسة العلاقات الإنسانية و التي تطرح بالتحديد مشكلة دمج و تكامل الأهداف الفردية مع الأهداف التنظيمية؛
- مقاربة النظم والتي تعرف المنظمة كنظام و الذي غايته البقاء؛
- المقاربة السياسية للمنظمة والتي تهتم أساسا برضا مختلف المجموعات الخارجية مثل أصحاب الأموال، الموردون، الزبائن، المجتمع و التنظيمات الضابطة الأخرى.

يضم كل واحد من هذه التيارات الفكرية عدة معايير للفعالية التنظيمية تتميز بأنها نظرية و جزئية و قد جاءت دراسة Morin و آخرون لتمحص هذه المعايير و النماذج النظرية و مقابلتها مع ما يراه الممارسون و رجال الميدان حول الأداء التنظيمي كما قد سبق الإشارة إليه. (De La Villarmois ، 2000 ، 83).

الشكل رقم 45 : نموذج الأداء Morin, Savoie, Beaudin (1994)

متغيرات الموارد البشرية	الكفاءة الاقتصادية
تعبئة العمال: درجة اهتمام العمال بالعمل في المؤسسة و الاستعداد لبذل الجهد لتحقيق الأهداف **مناخ العمل:** درجة التقييم الايجابي من طرف العمال للعمل و التجارب في **مردودية الأفراد:** درجة الأداء للعمال و/أو درجة تقدير القيمة الاقتصادية **مهارة العمال:** درجة تطوير العمال لمهاراتهم التي تم اكتسابها أو اكتساب مهارات جديدة	**الإنتاجية:** كمية و /أو جودة السلع و الخدمات المقدمة من المنظمة نسبة إلى كمية المواد المستعملة في الإنتاج لمرحلة إنتاج معينة **اقتصاد الموارد:** درجة تخفيض كمية الموارد المستعملة مع ضمان السير
شرعية المنظمة	**بقاء المنظمة**
احترام القوانين: درجة احترام العمال للقوانين و القواعد التي تحكم أنشطتها **المسؤولية الاجتماعية:** درجة التزام المنظمة بمسؤولياتها الاقتصادية في إطار قوانين، معايير و قيم المجتمع وكذا الاهتمام بالمشاعر الإنسانية **المسؤولية البيئية:** درجة مسؤولية المنظمة على البيئة	**جودة المنتجات و الخدمات:** درجة قدرة المنظمة على التأقلم مع اشتراطات الوسط، و بالتحديد درجة استجابة المنتجات/الخدمات إلى احتياجات الزبائن **التنافسية:** درجة مقارنة بعض المؤشرات الاقتصادية سلبا أو إيجابا مع مؤشرات الصناعة أو المنافسين **إرضاء الأطراف المستفيدة (زبائن،موردون،مساهمون،أصحاب الأموال):** درجة إرضاء المنظمة لمختلف الأطراف الذين يشاركون بشكل مباشر في وضعيتها المالية

المجال أو الميدان السياسي
إرضاء التحالف المسيطر و السائد
إرضاء المكونات حسب سلطتهم النسبية تقليل الأضرار الملائمة و التوافق التنظيمي

المصدر: Errami Y.,(2006)," les systèmes de contrôle traditionnels et modernes articulation et modes d'existence dans les entreprises françaises",CERMAT – IAE de Tour, 2006.p7.

ويجب ملاحظة وجود تداخل بين الإبعاد. مثلا المردودية تدخل في كل من بعد الفعالية الاقتصادية و أيضا بعد بقاء المنظمة (Errami، 2006 ، ص 7).

هناك نموذج Frioui حسب هذا النموذج فانه يتم تقييم الأداء على أساس ثلاثة محاور هي: النتائج المحققة: هناك نتائج ملموسة ونتائج غير ملموسة. النتائج الملموسة (رقم الأعمال، الربح، المردودية، الإنتاجية، الحصة في السوق ...). النتائج غير الملموسة (رضا الأطراف المستفيدة، الجودة، التألق، الصيت و الشهرة ...).

الجهد المبذول لتحقيق النتائج: (الظاهر و المرئي، المستتر و الخفي، الفردي، الجماعي، المستمر و المتواصل، المؤقت ...).

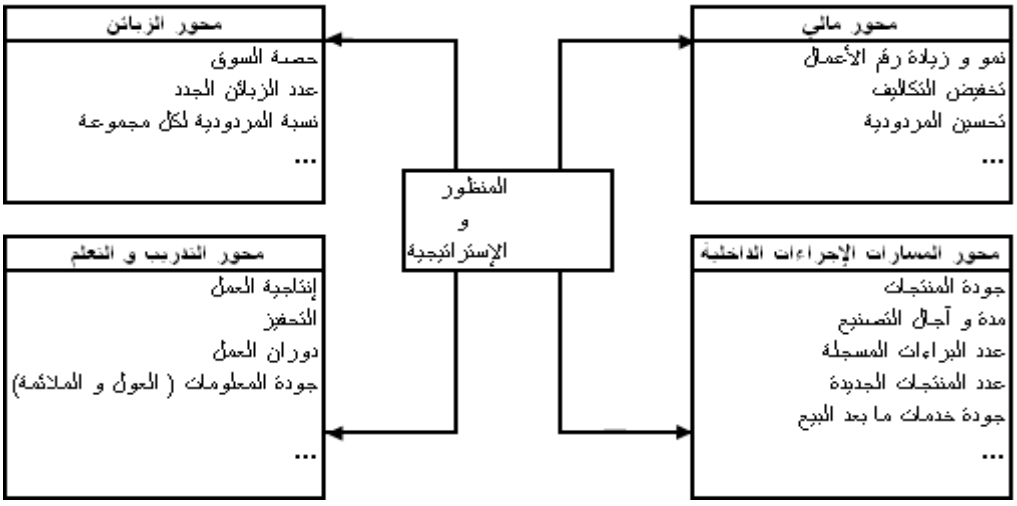
السلوكيات و التصرفات المعتمدة: (مثابرة و سريعة، مهملة و لا مبالية، لا مقاومة و غير ممانعة، نشيطة، انتهازية، تأخذ بالعادات و العرف ...).

و على هذا الأساس يعتبر الأداء هو القدرة على الحصول على أفضل النتائج وذلك ببذل اقل جهد و باعتماد التصرفات و السلوكيات المناسبة و الملائمة(Ben rejeb، 2003، ص 172)

إن البحث عن نموذج لقياس الأداء التنظيمي يضم كل جوانب و أبعاد الأداء دفع Robert Kaplan, David Norton إلى تطوير بطاقة الأداء المتوازن باستنادها على نقد أدوات القيادة التقليدية التي ترتكز كثيرا على المؤشرات المالية، وذلك بحثا عن تطوير اختيار مؤشرات أكثر ملائمة لإستراتيجية المؤسسة. هذه المنهجية تهدف أساسا إلى إنشاء أداة تستخدمها الإدارة العليا لقيادة المؤسسة. علما أن هذه الأداة لم تطور إلى مستويات أدنى من المسؤولية. تمتاز هذه المنهجية بكونها مهيكلة جدا في اختيارها للمؤشرات(فرنسواز جيرو وآخرون، 2007، ص 258).

يضم نموذج Robert Kaplan, David Norton أربعة محاور يضم كل محور مجموعة من المؤشرات، كما هو مبين في الشكل التالي (Errami، 2006 ، ص 11).

الشكل رقم 46 : نموذج بطاقة الأداء المتوازن



المصدر: Errami Y.,(2006)," les systèmes de contrôle traditionnels et modernes articulation et modes d'existence dans les entreprises françaises",CERMAT – IAE de Tour, 2006.p8.

VIII .2 .2 النماذج أحادية البعد

تعد نماذج قياس الأداء التنظيمي في مؤسسات العناية الصحية أحد اهتمامات أدبيات أبحاث الأداء و مكوناته، و هي تضم عدد كبير من الدراسات التي يجمع الباحثون على أنه يمكن تقسيمها في ضوء المعيار الأساسي لتقييم الأداء إلى قسمين: قسم للنماذج أحادية البعد (نماذج تستند إلى تصورات و تمثيلات مفاهيمية)، و قسم للنماذج متعددة الأبعاد(نماذج تعتمد الرؤية الميدانية).

أولا : النماذج النظرية

(أ) نماذج الأهداف

في مثل هذا النوع من النماذج تعتبر المنشاة ذات أداء عندما تحقق أهدافها، حيث توصف هذه الأهداف بالراشدة و العقلانية.يغلب عادة استعمال هذا النوع من النماذج من طرف الممارسين (الميدانيين). (Sicotte و آخرون، 1998، ص 93). وتدعم هذه النماذج التحليل الاقتصادي الذي يأخذ بالثنائي (التكلفة – الفعالية). تمثل هذه النماذج النظرة الأدواتية و الوظيفية للمنظمة التي كانت وما زالت النظرة السائدة.

حسب هذا النوع من النماذج فان المنظمة وجدت لتحقق جملة من الأهداف الخاصة.حيث يمثل الإنتاج المحدد الأساسي للأهداف، فمثلا في حالة المستشفيات فإن الهدف أي الإنتاج هو العناية.و من هذا المعنى وصفت الأهداف بالعقلانية و الرشاد. تتمثل هذه الأهداف في الحصول

على (أكبر إنتاج بأقل تكلفة) و يعني قياس الأداء في هذه الحالة تقييم الاعتبارات و الحدود التي تم فيها تحقيق الأهداف و هذا يعتمد على القياس التجريبي للعلاقة بين (الوسائل – الأهداف). فمثلا قياس أداء احد البائعين يجب أن يكون من خلال تحقيق الكفاءة والإنتاجية.وبشكل عملي يترجم الأداء إلى المبيعات أو إلى الربح المتولد نسبة إلى الإمكانيات والمنافسة الموجودة والمنطقة الجغرافية المحددة للبائع.

الأداء في مثل هذا النوع من النماذج يعني الكفاءة الاقتصادية أي تحليل (التكليف – الفاعلية)، بعبارة أخرى المزج بين الكفاءة الفنية و الكفاءة الحجمية، حيث يرى ايفانس و آخرون ،إن الكفاءة الفنية هي بشكل أساسي القدرة التكنولوجية على الإنتاج في مثالنا على المستشفيات فإن هذا يعني إنتاج العلاج (برنامج صحي) و ذلك بأقل تكلفة ممكنة، وتتمثل الكفاءة الحجمية في أحسن اختيار و تخصيص للموارد في ظل القيود المفروضة. و تهدف الكفاءة الحجمية إلى التحقق من أنه لا يوجد أي برنامج آخر قد حقق نتائج أفضل بنفس تلك الموارد.

طرق القياس : تعتبر المنظمة ذات أداء إذا كانت ذات كفاءة.و الكفاءة تقاس هنا بطريقتين هما :

- الوصول إلى أعظم نقطة أو الذروة في منحنى بريتو؛
- المقارنة إلى معيار محدد ،إن المعيار قد يكون متوسط بالنسبة للمنشات المماثلة و عادة يكون ذلك من خلال استعمال التحليل المغلف للبيانات (DEA) ، وذلك لنتمكن من المقارنة بين المنشآت. وكنتيجة لذلك فإنه يمكن تحديد الكفاءة بطريقة مطلقة من خلال البحث عن أعظم نقطة في منحنى بريتو ، أو بطريقة نسبية من خلال المقارنة للمتوسط أو إلى مجموعة منشات.

أدوات القياس : توجد ثلاثة أنواع من الأدوات لقياس الكفاءة في مثل هذا النوع من النماذج و هي:

- النسب كل نسبة تقتصر على مدخل واحد و مخرج واحد؛
- تحليل الانحدار؛
- طريقة تحليل مغلف البيانات.

الفائدة من النموذج: إن تطبيق هدا النموذج في المؤسسات يعني أن الأداء يتم قياسه من خلال مخرجات الإنتاج ، و المدخلات يتم قياسها من خلال المواد الأولية و ساعات العمل و هو

نفس الشيء تقريبا في حالة المستشفيات مثلا فإنه يتم الاعتماد على مخرجين في تقييم الأداء هما (عدد الأيام المحقق، أو عدد المرضى المعالجين).

في حين تحدد المدخلات الراجعة إلى عملية الإنتاج في المستشفى حسب النموذج الأهداف بمدخلين هما(التجهيزات و وقت العمل الكامل للمعالجين والممارسين الآخرين و عدد الأسِرة). و هناك من يضيف مبلغ المشتريات كمدخل إضافي.

حدود النموذج : يعتمد نموذج الأهداف العقلانية على معطيات كمية أي كل مكوناته قابلة للقياس مما يجعل منه نموذج عملي، ومؤشرات القياس هي مؤشرات كمية و تستعمل الأدوات الرياضية و الإحصائية.

تكمن حدود هذا النموذج في أنه لا يأخذ بعين الاعتبار الجودة و خاصة في حالة تقديم العلاج و الرعاية الصحية (Ben rejeb، 2003 ، ص 175).

(ب) نماذج الموارد: في مثل هذا النوع من النماذج يعرف الأداء بأنه قدرة المنظمة على الحصول على الموارد اللازمة لتعمل على أحسن وجه، و هي نفس الموارد الضرورية لبقائها. في نماذج الموارد يعتبر معيار أو مقياس الأداء هو إمكانيات المنظمة بعبارة أخرى مجموعة الموارد المتحصل عليها (التي تملكها المنظمة)، وكنتيجة لذلك فإن أداء المنشاة يقيم ليس على أساس ما قامت به و أنجزته بل على ما تقدر المنشأة أن تقوم به و تنجزه. إن المنظمة ذات الأداء هي المنظمة التي تتمكن من رفع و زيادة مواردها، و كلما كانت مواردها كبيرة و مهمة كلما اعتبرت المنظمة ذات أداء(Sicotte و آخرون، 1998 ص 42 ؛ Champagne،2003، ص 118).

طرق القياس: يمكن تقسيم الموارد إلى نوعين موارد ملموسة و موارد غير ملموسة.

- الموارد الملموسة وتضم التجهيزات و المعدات التكنولوجية الحديثة و الآلات،وعادة ما تعكس هذه التجهيزات في حالة المستشفيات احدث و أخر ما توصلت إليه التكنولوجيا من طرق العلاج و كذلك احدث أنواع الأسرة للمرضى؛
- الموارد غير الملموسة و تتمثل في المهارات و الكفاءات الداخلية، يتم قياس الموارد غير الملموسة من خلال معايير خاصة بالمهنة ذاتها؛

بالنسبة للمنشأة فإن هذا النوع من النماذج يقود إلى هدفين أساسيين:

- زيادة الموارد الملموسة وغير الملموسة يحسن من جودة الأنشطة. بالمقارنة مع المستشفى فإن ذلك يعني تحسينا لجودة التكفل بالمرضى؛
- زيادة الموارد تضمن بقاء المنظمة و ذلك من خلال ما تمنحه للمنظمة من تأثير في القطاع الإنتاجي أو من خلال المردودية المالية التي تسمح هذه الموارد بتوليدها.

أدوات القياس و المؤشرات: في مثل هذا النوع من النماذج فإنه يتم تقييم الأداء من خلال عدة مؤشرات منها:

- مؤشرات مالية (الهامش الإجمالي للاستغلال x 100 / رقم الأعمال = نسبة الهامش الجمالي و تعني ربحية المؤسسة. (الهامش الإجمالي للاستغلال / رأس المال المستغل = المردودية الإجمالية لرأس المال المستغل و يعني استعمال الأصول للمؤسسة؛
- مؤشر أداء السوق ويساوي حصة السوق / حصة السوق للمنافس الرئيسي؛
- مؤشر مستوى الإمكانيات فمثلا في حالة المنشأة الصحية فإن المؤشر هو التجهيزات و كذلك الموارد البشرية مثلا وجود جهاز مسح و تواجد طبيب ممارس ذو شهرة عالمية و كذلك نوعية و جودة التجهيزات و معامل التقادم التكنولوجي للتجهيزات. أما بالنسبة للمنظمات الغير هادفة إلى تحقيق ربح نجد مؤشرات الأداء تدل على الأداء الاقتصادي للمنظمة في هذه الحالة فان الموارد تعتبر كرافعة للأداء الاقتصادي و ليس كمعيار للأداء نفسه؛
- مؤشر الجذب يعكس هذا المؤشر شهرة وصيت المنشأة (من خلال معرفة المناطق الجغرافية للمرضى و الفئة الاجتماعية و المهنية للمرضى).

الفائدة من النموذج: من أهم المبادئ التي تدعم هذا النوع من النماذج هو أن الموارد تطلب و تستدعي الموارد (موارد أخرى)، و إذا كانت المؤسسة في حالة منافسة فإن الأمر الفاصل والحاسم هو أن تكون بحوزة المؤسسة موارد لا تستطيع المؤسسات المنافسة الحصول عليها.

أما الموارد غير المادية فينظر إليها على أنها عوامل أساسية ومهمة للأداء، تركز البحوث في هذا الجانب على رسملة المعرفة، المهارات و الكفاءات. و المبدأ الذي تستند إليه مفاده أن الموارد غير المادية أو غير الملموسة التي هي بحوزة العاملين و الفاعلين في المنظمة هي التي تحدث الفرق في الأداء.

يستعمل هذا النموذج عدة مؤشرات منها:

- نفقات الأبحاث و التطوير التي تمثل إمكانات الإبداع و التطوير؛
- مؤشر حساب تحويل الموارد: لا تشرح الأدبيات كثيرا هذا المؤشر ،غير أن الموارد غير القابلة للتحويل (غير قابلة للنقل) تعتبر من موضع اهتمام خاص ، لأنه على أساسها تكون الميزة التنافسية للمؤسسة.و على هذا الأساس فإن الموارد الغير قابلة للنقل أو التحويل يجب أن تكون محل تمويل منتظم و اهتمام دائم.

حدود النموذج: نموذج الموارد لا يهدف إلى تحقيق المزيد من الموارد فقط بل عادة ما تكون له عدة أهداف أخرى و عليه فان أبعاد الأداء تكون متعددة مثل البحث عن النفوذ والسلطة، البحث عن تحسين جودة العرض، البحث عن تحسين المردودية.

تجدر الملاحظة أن نموذج الموارد قد يعاني من بعض عدم التوازن، إذ أن المنطق الأساسي كما اشرنا سابقا هو (المزيد من الموارد دائما)، هذا المنطق لا يستجيب للأهداف العناية الصحية في حالة المستشفى مثلا. حيث أن الرهان في الوقت الحاضر للمستشفيات هو أن تقوم بأعمال اقل حتى تتمكن من القيام بذلك بشكل أفضل و أحسن. وربما التخلي عن بعض الأنشطة من اجل الانجاز الجيد لتلك الأنشطة التي تم الاحتفاظ بها و ذلك حسب ما بحوزة المستشفى من المهارات أي من موارد(Teil، 2002 ، ص 261)

(ج) نماذج العلاقات الإنسانية: في مثل هذا النوع من النماذج ينظر للمنظمة على أنها حلبة سياسية أين تتواجد فيها العديد من الأطراف المستفيدة و المتحالفين الذين يدخلون في تفاعلات و تعاملات، يتم التركيز من خلال ذلك على إرضاء الأطراف المستفيدة و كذلك على الأنشطة التي تقوم بها المنظمة للمحافظة على بقائها. في هده الحالة يعرف الأداء بأنه القدرة على إرضاء الأطراف المستفيدة. (Sicotte و آخرون، 1998، ص 54 ؛ Champagne، 2003 ، 148).

إن ظهور هذا النوع من النماذج كان نتيجة كون المنظمات تواجه عجزا في التعامل و التحكم في الإبعاد البسيكولوجية و السوسيولوجية و السياسية و التي هي موجودة في كل نظام اجتماعي تقني مفتوح، و في التعامل و التفاعل على الدوام مع المحيط.

الأسس : في مثل هذه النماذج يعرف الأداء على أنه الوضع الصحي الداخلي للتنظيم متمثلا في عدة أبعاد مثل القيم الاجتماعية، مناخ العمل، التماسك، الصراعات، التطور البشري، البقاء. وكون المنظمة تتواجد في بيئتها و لأنها نظاما اجتماعيا مفتوحا فهذا يوجب عليها الإيفاء بكل متطلبات الرفاهية الاجتماعية على غرار كل النظم الاجتماعية الأخرى.

الأدوات و المؤشرات : مؤشرات الأداء في مثل هذا النوع من النماذج مبنية على المؤشرات التي تمثل المناخ الاجتماعي للمنظمة، تبحث هذه المؤشرات على إظهار رضا كل طرف من الأطراف المستفيدة. عادة ما نجد مؤشرات مثل نسبة الإضرابات، معدل التغيب، نسبة حوادث العمل، نسبة دوران العمل. إلى جانب ذلك نجد مؤشرات أخرى تعكس مدي رضا العمال و الذي يتم تقييمه و قياسه بواسطة قوائم الأسئلة (استبيان). إلى جانب مؤشرات تقيس مدى الاندماج و الاشتراك في القيم بين الأطراف المستفيدة.

حدود النموذج : ظهرت هذه النماذج كردة فعل للنظرة الاقتصادية للمنظمة و وصفت بأنها نماذج ما بعد التيلورية. غير أن تطبيق هذه النماذج تعرض لعدة انتقادات حيث أن المناخ الاجتماعي في التنظيم لم يعد غاية في حد ذاته بل أصبح وسيلة لتحسين الأداء الاقتصادي. إن التقنيات التي استعملت لتحسين المناخ الاجتماعي تنتقد على أنها تقنيات استعملت لإقناع العمال بزيادة إنتاجية العمل. أما بخصوص تحديد الأهداف فهذا النموذج يعاني من الجمع بين الوضع الصحي الداخلي (المناخ الاجتماعي) و الفعالية، حيث أنه لا وجود لعلاقة بينهما واضحة بشكل صريح و معروف، وهذه العلاقة المتداخلة انعكست على نوعية الأدوات المستعملة (Ben rejeb، 2003 ، ص 195).

(د) نماذج الإجراءات أو العمليات الداخلية: في مثل هذا النوع من النماذج تعتبر المنظمة ذات أداء إذا كانت إجراءات و عمليات الإنتاج لديها تقوم على الاحترام و التقيد بمعايير محددة مسبقا. هنا ليست الموارد (كما في النموذج الذي سبق ذكره) هي التي يهتم بها في المقام الأول بل الطريقة التي استعملت بها لتحقيق النشاط. أي أنه يتم التأكد من أن الوسائل قد تم استعمالها و توظيفها بحيث تزيد من إمكانية الحصول على نتائج جيدة. بعبارة أخرى إذا كانت الوسائل منسجمة مع المعايير المحددة، فإن التغير في النتائج ليس له مصدر آخر سوى الخصائص الذاتية و اللصيقة بكل شخص. على هذا الأساس فإن هذا النموذج هو السائد في المستشفيات لتقييم الأداء.

أسس و طرق القياس: يستند هذا النموذج إلى مفهوم إجراءات أو عمليات الإنتاج، حيث تعرف عمليات الإنتاج بأنها مجموعة من الوسائل و الأنشطة المترابطة و التي تحول عناصر المدخلات إلى مخرجات.و هذه الوسائل يمكن أن تضم الأفراد، الأموال، التركيبات، التجهيزات، التقنيات، الطرق و الأساليب. وعادة ما تأخذ العمليات كمرادف للإجراءات. هناك العديد من النماذج التي تقوم على تقييم الأداء من خلال إجراءات أو عمليات الإنتاج ومن ضمنها نوعان : نماذج تقوم على دراسة إجراءات الإنتاج و أخرى تدرس إجراءات اتخاذ القرار في المنظمة.

من أمثلة النوع الأول الذي يقوم على إجراءات أو عمليات الإنتاج المحددة مسبقا و عادة ما تكون مكتوبة أي ما الذي يجب فعله و من يقوم بالعمل وكيف و متى يتم الفعل وما هي الوسائل و التجهيزات و الوثائق التي يجب أن تستعمل و كيف يتم التحكم في ذلك و تقييده. فتقييم الجودة ISO 9000 مثلا يدخل ضمن هذا النموذج. من أهم مبادئ هذا النموذج أنه إذا كانت درجة الملائمة و التوافق بين التحضيرات و الإعدادات المسبقة ملائمة و مرضية فإن المنتجات و الخدمات تكون بدورها جيدة. في مثال المستشفيات فإن خير مثال على ذلك عملية الاعتماد المستشفيات وذلك حسب الإجراءات المحددة مسبقا في كتاب الاعتماد.

أما النوع الثاني من النماذج فهو يخص إجراءات اتخاذ القرار في عملية الإنتاج وهو أقل اعتمادا على المعايير المكتوبة، بل يعتمد أكثر على إجراءات اتخاذ القرار و على التنسيق و التعاون كمتغير جوهري في تسيير التعقيد و عدم التأكد، وعليه فإن المنظمة ذات الأداء الجيد هي التي تشتغل أو تعمل بدون تصادم أو توتر يذكر.

الأدوات و المؤشرات: تعكس مؤشرات الأداء في مثل هذه النماذج مدى الالتزام و الاحترام و التطابق بين الأنشطة و المعايير الإنتاجية، مثلا في حالة إجراءات عملية الاعتماد لمؤسسة العناية الصحية فإنه قد تم تحديد جدول يضم كل الإجراءات التي يجب احترامها و بدقة لكل ما جاء جدول المعايير.

أما فيما يخص النماذج التي تعتمد على إجراءات اتخاذ القرار فان المؤشرات تعتمد على تقييم التنسيق الداخلي من طرف المحترفين المهنيين. مثل درجة انتشار المعلومات، الرقابة و المتابعة للأنشطة الداخلية، و يتم مقارنة ذلك مع صحة القرارات المتخذة.

حدود النموذج : يتم اعتماد هذا النوع من النماذج في حالة عدم تساوق أو عدم تماثل في انتشار المعلومات، عندها يتم تقييم إجراءات الإنتاج لتمكن من تقييم النشاط نفسه. و نكون عندها أمام ما يعرف بالأداء هو الفعل أو التصرف. أما نموذج تحليل إجراءات اتخاذ القرار فإنه يعاني من التخصص في المهن مما يؤدي إلى تعدد المتدخلين في إجراءات اتخاذ القرار الأمر الذي يزيد من مشكلة التنسيق و التعاون في اتخاذ القرار إلى جانب مشكلة المسؤولية المرجعية في القرار (Teil، 2002، ص 215).

إن الأمر المشترك بين كل هذه النماذج و كما قد سبق ذكره هو أن كل منها تناول بعدا واحدا من أبعاد الأداء التنظيمي واهتم بقياسه، و تجدر الإشارة إلى أن هذه النماذج لقياس الأداء

التنظيمي لا تقتصر حصرا على منشآت العناية الصحية بل يمكن تطبيقها على أي منظمة تتوفر فيها أوصاف معينة. يمكن تلخيص النماذج سالفة الذكر في جدول كالتالي:

الجدول رقم 29 : مختلف النماذج متعددة الجوانب

أنواع النماذج	نموذج الأهداف العقلانية	نموذج الموارد	نموذج العلاقات الإنسانية	نموذج الإجراءات (العمليات) الداخلية
أهم المؤلفين	Price(1972);Sherman(1984) ;Magnussen(1996);Charnes ,Cooper(1978);Shortell et al(1994)	Moisdon et Tonneau ;Durand(999);Grant(1991); Barney(1995);Cohen et Levinthal(1990)	Bettignes(1975);Bennis (1966)	Pascal(2000);Diridoll ou(1997);David(1998) ;Allison(1971)
الإبعاد الأساسية للأداء	تحقيق الأهداف المحددة بعبارة الكفاءة الإنتاجية	تنظيم الموارد التي بحوزة المنشأة	إرضاء الأطراف المستفيدة	إجراءات إنتاج حسنة
معايير الأداء	الفعالية و الكفاءة الإنتاجية الذروة عند بريو	التجهيزات و المهارات التي بحوزة المنشأة	المناخ الاجتماعي	إجراءات سلة لاتخاذ القرار
الأدوات	النسب،الانحدار، طريقة تحليل مغلف البيانات	ميزانية المهارات، النسب	الحوار و الاستجواب	جدول لتحليل الإجراءات، الحوار، الاستقصاء
مؤشرات الأداء	عدد الأيام و الدخول، الفترة المتوسطة للإقامة ، محسوبة إلى عدد الأسرة و إلى عدد الدخول لوقت كامل	نسبة التجهيز و معامل التقادم،الحصة السوقية	نسبة دوران العمال ، التوظيف،مؤشرات الرضا	وجود إجراءات رسمية تحترم الإجراءات المعيارية،
الرافعة	التأثير على جودة المدخلات و المخرجات	الإستراتيجية ،السياسة،التفاوض،التعلم و التدريب التنظيمي	البحث عن توافق بين وظائف المنشأة و قيم الأطراف المستفيدة، التشاور، المشاركة في القرار	تأطير إجراءات الإنتاج و القرار، تحديد ادوار و مهام كل واحد
الأهمية	التقدير سهل و عملي	تغيير مبل المنشآت إلى الاستزادة دوما من الموارد	هذا البعد مهم و يجب الأخذ به في تنظيم المستشفى	تشكل إجراءات اتخاذ القرار رهانا كبيرا للمنشأة الصحية
حدود النموذج	الحصول على نتائج مختلفة باختلاف الطرق المستعملة	منطق المزيد دوما	ليساهم النشاط في المستشفى في أداء النظام فانه يخلق قيود للأطراف المستفيدة،قيود لا يمكن تلافيها	تعريف المعياري الذي يصلب التصرفات

المصدر Teil Alice, (2002),"Défi de la performance et vision partagée des acteurs, application à la gestion hospitalière", Thèse à l'Université Jean Moulin, Lyon 3.p 229.

(هـ) نموذج الشرعية (المشروعية) الاجتماعية: يندرج هذا النموذج ضمن الرؤية البيئية لعمل المنظمات، حيث تعتبر المنظمة بأنها ذات كفاءة عندما تتمكن من البقاء و المحافظة على نفسها مع جعل السياقات و النتائج تتوافق مع القيم الاجتماعية، المعايير و الأهداف.
و تصبح إذا السمعة (الشهرة)، المكانة (المقام)،الصورة (الانطباع) من مؤشرات قياس الأداء (Champagne و آخرون، 2005، ص 241).

ثانيا : نماذج معتمدة على الميدان

تصنف نماذج الأداء التنظيمي المذكورة أعلاه بأنها تستند إلى تصورات وتمثيلات مفاهيمية للأداء، أي أن القاسم المشترك بينها هي القاعدة النظرية و الإطار الأكاديمي الذي تندرج ضمنه. في المقابل قام عدد آخر من الباحثين و المؤلفين بالتوجه إلى طرق قياس الأداء من خلال نماذج

يمكن وصفها (بالمنهجية)، أي تلك التي تعتمد الأبحاث الميدانية لتتبين رؤية و تصور الممارسين للأداء. من بين هذه النماذج نذكر:

(أ) نموذج صفر خطأ والذي يقدر أن المنظمة تعتبر ذات أداء جيد إذا لم ترتكب أي خطأ، أو إذا لم يكن هناك أثار لعدم الكفاءة. (Champagne و آخرون، 2005، ص 244). فبدلا من أن يقوم بتعريف ما هو الأداء، فإن هذا النموذج يقوم بتقييم الأداء من خلال تحديد أوقات و فترات انعدام الأداء.

(ب) هناك نموذج منهجي آخر و هو النموذج المقارن للأداء. حسب هذا النموذج فإنه يتم الحكم على المنظمة بأنها ذات أداء جيد من خلال مقارنتها بمنظمات شبيهة. عادة يتم اختيار معيار قياس الأداء تبعا للمعطيات المتوفرة بالنسبة لمختلف المنظمات المراد مقارنتها.

(ج) يصنف النموذج المعياري لنظم الأفعال العقلانية على أنه من بين النماذج التجريبية (المنهجية) الأكثر شهرة لتقييم أداء منظمات الخدمة الصحية. حيث عرضه Donabedian سنة 1966 و الذي استوحاه من نظرية الفعل في علم الاجتماع Weber ، Parsons، Simon ... و يقترح النموذج أن تقييم جودة العناية الصحية و بشكل أعم الأداء لا يكون من خلال النتائج فقط، لكن أيضا من خلال السياقات و الهيكل(Champagne و آخرون، 2005، ص 245).

VIII .2 .3 النماذج متعددة الأبعاد

إن هذا التقسيم و الترتيب لنماذج المنظمات و لمفاهيم الأداء المنبثقة عنها لا يُمثل كل الغنى الأدبي لنظرية المنظمات و خاصة المقاربات الحديثة جدا مثل مدرسة النقد و ما بعد الحداثة Clegg و آخرون 1996 و النماذج ذات النظرة التكاملية Seashor، 1983 وMentzberg، 1982 و Parsons، 1977 و Sicotte، و آخرون 2007. (Guisset، وآخرون، 2002 ص 3). و هو نفس ما ذهب إليه العديد من المؤلفين في البحث عن نماذج تكون أكثر تمثيلا لكل الأبعاد التي قد يحتوي عليها الأداء، Kaplan و Norton 1996، Morin و آخرون 1994 ، Burgess و Wilson 1996، Goes و Zhan 1995 ، Magnussen 1996 ، Qzcan و آخرون 1992 ، Sexton و آخرون 1989 .(Teil 2002 ص 233). إلى جانب ما قام به Sicotte و آخرون 1998 من إنشاء نموذج ذو نظرة شاملة و تكاملية.

أولا : النماذج الشاملة:

نتطرق إلى المجموعة الثانية من نماذج تقييم و قياس الأداء التنظيمي والتي أكدت على أن قياس و تقييم الأداء لا يكون من خلال جانب أو بعد واحد وإنما يقاس الأداء من عدة جوانب أي

بشكل إجمالي و متكامل.

(أ) نموذج سانسوليو (Sainsaulieu **):** هو عبارة عن دراسة قدمها سان سوليو وآخرون حول أبعاد تقييم الأداء التنظيمي وذلك من خلال دراسة عدة منظمات، و قد خلص الباحثون إلى تحديد أربعة أبعاد يمكن أن يدرس الأداء التنظيمي من خلالها:

- الأداء الاقتصادي؛ - الأداء التجاري؛ - الأداء الإنتاج؛ - الأداء الاجتماعي.

وذلك من خلال تحديد عدد معين من المؤشرات لكل واحد من الأبعاد الأربعة كما هو مبين في الجدول التالي:

الجدول رقم 30 : الإبعاد و مؤشراتها في نموذج Sainsaulieu

الأداء الاقتصادي	الأداء التجاري	الأداء الإنتاج	الأداء الاجتماعي
الربحية	رقم الأعمال	معدل استعمال أدوات الإنتاج	معدل الإضرابات
المردودية	حجم المبيعات	إنتاجية العمل	المناخ الاجتماعي
القدرة للتمويل الذاتي	الحصة السوقية	الجودة	التغيب
احترام الموازنات		احترام الآجال	نسبة دوران العمال
		نسبة تعطل الآلات	حوادث العمل

المصدر: Teil Alice, (2002),"Défi de la performance et vision partagée des acteurs, application à la gestion hospitalière", Thèse à l'Université Jean Moulin, Lyon 3.p 216.

جاءت استنتاجات سانسوليو وآخرون كالأتي :

- لا يوجد أي معيار عالمي للأداء؛
- لا يوجد معيار خارجي للحكم على مستوى أداء المنظمة ، و عليه فالتقييم يكون نسبي يخص المؤسسة و الوسط المرجعي أي المراد الاحتكام إليه؛
- الأداء متعدد الإبعاد و مركب و لا يمكن اختصاره في معيار أو بعد واحد؛
- الأداء اقرب إلى سياق مجدول عبر الزمن منه إلى حالة أو وضع جامد؛
- يجب التمييز و التفريق بين الأداء الفردي و الأداء الإجمالي(Teil، 2002، ص 235).

(ب) نموذج دونابيديان (Donabedian **):** يتمثل في تقديم مفهوم جديد لقياس جودة الخدمات الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية، و الذي مفاده أن معيار قياس جودة العلاج

والعناية الصحية لا يتوقف على التكفل بالمريض على المستوى الطبي فقط بل يدخل في قياس الجودة كل من الهيكل و كذلك الإجراءات (العمليات)، و على هذا الأساس يعتبر دونابيديان من المهتمين بالأداء الإجمالي على الرغم من أن أعماله تتمحور حول الجودة في العناية الصحية. و يعتبر ما قدمه هذا الأخير من أهم المساهمات في البرهنة على أنه يمكن تعريف و تحديد أبعاد جودة العلاج من خلال:

- الجودة التقنية: و التي تهتم بتطبيق العلوم الطبية و التكنولوجية على نحو يعظم العوائد بدون الزيادة في المخاطر؛
- جودة العلاقات بين الأفراد: وذلك من خلال التقاء القيم و الضوابط (المعايير) المتعارف عليها و المحددة من طرف المجتمع؛

وقد وجد الباحث أن معايير الجودة في العلاج متعددة و مختلفة باختلاف الموقع الذي يحتله الفرد في نظام العلاج، فمثلا بالنسبة للمريض فمعيار الجودة في العلاج يتمثل في :

- مواقف وتصرفات الممارس : إعطاء المعلومات، أخذ التدابير الوقائية، الدقة، متابعة العلاج، احترام الذات و عزة النفس؛
- توافر و إتاحة: المستشفى، العلاج، الممارسين، تسهيل المهام الإدارية؛
- الاستمرارية و الراحة: استمرار العلاج، استمرار الممارسين، راحة و رفاهية الخدمة؛
- التسهيل و الإمكان: تكاليف العلاج، التكفل بالاستعجالات، نظام الدفع، تسهيل الفحوصات؛

أما بالنسبة للممارسين (الأطباء و الممرضون...) فمعيار جودة العلاج و التكفل بالمريض يتمثل في:

- تسيير العلاقات بين الأفراد: المسؤولية المهنية، هيئة و تصرفات المسؤولين، الدعم البسيكولوجي، تعلم وثقافة المريض؛
- التسهيل و الاستمرارية و التنسيق: توافر الممارسين، طلب الفريق الطبي، طلب الموارد المشتركة، النظر في المشاكل، النظر في العلاج، المتابعة؛
- الجانب التقني: معايير التقييم الخاصة و الراجعة لكل تخصص.

يرى دونابيديان أنه لا يمكن قياس جودة العلاج بشكل مباشر بل يمكن استخدام معايير تدل على هذه الجودة، وعليه تم تقسيم هذه المعايير إلى ثلاثة محاور هي :

- الهيكل: للهيكل أهمية كبيرة في التأثير على جودة العناية الصحية و ذلك من خلال زيادة احتمالات رفع و تحسين الأداء، نجد هنا مفهوم المورد الكامن الذي سبق الإشارة إليه في نموذج الموارد؛
- النتائج: تعرف النتائج على أنها التغير في الحالة الصحية للفرد الحاضرة و المستقبلية، هذا التغير في الحالة الصحية يسمح بقياس و تقييم جودة العلاج و الرعاية، فمثلا إذا كان التغير إيجابي للمريض نستطيع إذا استنتاج أن هناك نوع من الجودة الصحية؛
- الإجراءات (العمليات): يقصد بها الممارسات المهنية للأطباء و الممرضين فقط و لا يدخل ضمنها الإجراءات التنظيمية.

كنتيجة لذلك فإن تقييم جودة العناية الصحية يتم من خلال تقييم ثلاثة أبعاد في التنظيم: الهيكل، الإجراءات و النتائج. توصل دونابيديان للقول بأنه لا توجد ضوابط و لا معايير شاملة و موحدة عالميا لقياس الأداء، إنما يجب القبول باختلاف المعايير التي تقيس و تقيم الأداء، حيث أن المعايير المحددة لا تبقى صالحة إلا لفترة معينة في موضع معين. و أشار الباحث أيضا إلى أهمية و وجوب التفريق و التمييز بين الأداء الإجمالي والأداء المحلي(Teil، 2002، ص243)

ثانيا : نموذج التقييم الإجمالي و المتكامل لأداء نظم الصحة

يؤكد أصحاب هذا النموذج (Sicotte و آخرون، 2007، ص 56) أن الأداء الإجمالي في المؤسسات العمومية للعناية الصحية لا يقتصر فقط على تحقيق الأهداف بأقل تكلفة بل أصبح الأداء التنظيمي يضم عدد كبير من الخصائص و المتغيرات كما سبق الإشارة لذلك.

سنتطرق إلى هذا النموذج بالتفصيل و إلى الدوافع و الأسباب الباعثة عليه، إلى جانب المقاربة التنظيمية (الأسس النظرية التي يستند عليها). يمكن ملاحظة أن هذا النموذج يقدم نظرة شاملة و متكاملة لقياس الأداء في نظم الصحة، وذلك من خلال السماح بتمثيل النماذج أحادية الجانب (الأربعة الرئيسية) من جهة، و من جهة أخرى فإن النموذج الإجمالي و المتكامل يهتم بالتوازنات و العلاقات بين هذه النماذج الأربعة من خلال دراسة الشدة و التوتر الديناميكي بينها.

ثالثا : منطلقات النموذج الإجمالي المتكامل لقياس الأداء

قام عدد من الباحثين من الفوج المتعدد التخصصات في الصحة بجامعة منتريال بإنشاء نموذج لقياس الأداء بشكل شامل و متكامل و قد بدأت أبحاث هذا الفوج منذ ما يزيد عن عشر سنوات، منطلقين من الملاحظات التالية (Contandriopoulos و آخرون، 2008، ص 25):

(أ) وجود عدة نماذج لقياس الأداء، Price 1972، Bennis 1966، Yuchtman و Seashore 1967، Quinn و Rohrbaugh 1983 . حيث يعكس كل واحد منها إدراكا و فهما خاصا لكيفية عمل المنظمات و تفضيل بعض المعايير لتقييم الأداء تبعا للمنطق التصوري للنموذج المتبع. إن استعمال هذه النماذج لتقييم الأداء في المنظمات قد يؤدي إلى تجزئة و تقسيم الأداء و إلى عدم اكتمال صورته؛

(ب) يمكن لمنظمة ما أن تكون ذات أداء جيد حسب نموذج معين، لكنها ليست كذلك حسب نموذج آخر. قياس الأداء إذا هو نتيجة لعملية اختيار بين الوظائف التي تقوم بها المنظمة، مثال النموذج العقلاني الذي يفضل تحقيق الأهداف، بالتالي هو يعتبر المنظمة ذات الأداء الجيد هي تلك التي تمكنت من تحقيق أهداف خاصة. أما من وجهة نظر نموذج حيازة الموارد فإنه يقيس الأداء من خلال قدرتها على الإبداع و التحول من أجل التكيف مع تطورات المحيط. إن هذه المقارنة بين هذين النموذجين تبين أن المنظمة لا يمكنها بأي حال من الأحوال، أن تكون ذات أداء جيد تبعا للنموذجين معا. مما يدلل على أن للأداء أوجه متناقضة ولو على مستوى ظاهري؛

(ج) تعكس نماذج تقييم الأداء المذكورة سابقا مختلف القيم، المسؤوليات و التفضيلات للفاعلين داخل التنظيم. و عليه فإنه من المهم الإحاطة بكل النماذج و القيم التي تدعمها من أجل الربط بينها في نموذج متكامل يمكن من إعطاء صورة شاملة و عامة عن الأداء الكلي للمنظمات.

رابعا: تقديم النموذج الإجمالي المتكامل

يستند نموذج التقييم الإجمالي و المتكامل لأداء نظم الصحة، Modèle d'Evaluation Globale et Intégrée de la Performance des Systemes de Santé و الذي يعرف بمختصر (EGIPSS) الذي طوره فريق البحث المتعدد التخصصات في الصحة على أعمال كل من Cameron 1980، Quinn و Rorhbaugh 1983، النظرية الاجتماعية للفعل الاجتماعي (الفعل المنظم) لصاحبها Parsons 1951، 1977. يتكون نظام الفعل الاجتماعي عند Parsons من محورين (« داخلي – خارجي » و « غاية – وسيلة ») و من أربعة أصناف من الوظائف (التكيف مع المحيط، تحقيق الأهداف، الإنتاج، الثقافة و القيم). (guisset ص7). ينظر النموذج الإجمالي و المتكامل لتقييم الأداء إلى مؤسسات الصحة كأنظمة اجتماعية تقوم بتأدية أربعة وظائف أساسية من اجل المحافظة على بقائها و تطورها، أي حتى تكون ذات أداء جيد على الدوام. تتمثل هذه المهام في الوظائف الكبيرة التي حددتها نظرية Parsons. و التي يمكن شرحها كالتالي.(Champagne و آخرون ، 2005 ، ص 204)

- توجيه النظام من خلال المهام؛
- الاتصال بالمحيط قصد الحصول على الموارد و تحويلها؛
- الإجراءات (السياقات) أو العمليات الداخلية للإنتاج؛
- الحفاظ و التمسك بالقيم و الضوابط التي ترافق و تؤثر في الوظائف الثلاث السابقة.

لقد استفاد Sicotte و آخرون من هذا التقسيم للوظائف الذي قدمه Parsons ، حيث يرى الباحثون أن مؤسسات العناية الصحية تتوفر فيها الوظائف الأربع السالفة الذكر، فمثلا :

(أ) وظيفة بلوغ الأهداف

تحقيق الأهداف: تبين قدرة المنظمة على تحقيق أهدافها (مهامها). تتمثل هذه الوظيفة في ميدان الصحة في قياس القيمة المضافة على الصحة الناتجة عن التدخلات المأخوذة بعين الاعتبار (نظام الصحة، المؤسسات،البرامج العيادية)، ترتبط أيضا بتحسين و المحافظة على الحالة الصحية للسكان. .(Champagne وآخرون 2005، ص 219) أما بالنسبة لمؤسسة عمومية للصحة، فإنه إلى جانب تحسين الحالة الصحية للأفراد و المجتمع، يجب عليها أن تكون ذات كفاءة و فعالية، و عدالة و قادرة على إرضاء مختلف المجموعات ذات المصالح. يتم تقييم هذه الوظيفة من خلال عدة مؤشرات منها تقليص مدة المشاكل الصحية و شدتها و نتائجها و أثارها (الكفاءة و الفعالية)؛ ترقية الصحة و الوقاية من الأمراض؛ إرضاء السكان و المواطنين و كمؤشر رابع العدالة بالنسبة لنتائج الصحية(Contandriopoulos و آخرون، 2008،ص 75).

(ب) وظيفة التأقلم

حيازة الموارد و التكيف: تمثل قدرة المنظمة على حيازة و مراقبة الموارد التي تحتاجها. يمكن النظر إليها في المدى القصير على أنها القدرة على الحصول على الموارد المالية و البشرية و في الحفاظ و الاستمرار في أنشطتها (القدرة على الحصول على الموارد، التوجه نحو احتياجات السكان، القدرة على جذب الزبائن،الأهلية لتعبئة المجتمع). أما في المدى البعيد فيجب على مؤسسات الصحة أن تطور أهليتها للتحول من اجل التكيف مع التغيرات و التحولات التكنولوجية، السكانية، السياسية، و الاجتماعية (الأهلية للإبداع و التحول) . (Sicotte و آخرون، 2007، ص 58). يتوقف الأداء فيما يتعلق بالتكيف على حدة و دقة متخذي القرار و العياديين في اغتنام الفرص التي تظهر في المحيط العلمي، التقني،العيادي، السياسي، و الاجتماعي بهدف تحسين الرفاهية الصحية للسكان. عادة ما تبرز قدرة التكيف للمنظمات على

مستوى الحوكمة و على مستوى الإستراتيجية المتبعة.(Champagne وآخرون 2005، ص 222).

(ج) وظيفة الإنتاج

تظهر هذه الوظيفة من خلال التكامل بين السياقات (العمليات) الداخلية للإنتاج و التي تتمثل في الخدمات الفردية و التدخلات الجماعية، تعتبر هذه الوظيفة النواة التقنية للمنظمة الصحية، حيث نجد في هذا المستوى أغلب المؤشرات التي تستعمل عادة في قياس أدائها مثل حجم العناية المقدمة، حجم الخدمات و الأنشطة، الوتيرة، الجودة، توسيع إجراءات الإنتاج (الإنتاجية)، و يعني الإنتاج أيضا التنسيق، الاستمرارية في الخدمات، التعاون بين الوسط العيادي و الإداري. إلى جانب ترقية برامج الوقاية الصحية و الإشراف و المراقبة و الكشف عن الأمراض، و تقوية الحصانة و المناعة و تحسين وسط الحياة للمواطنين (Contandriopoulos و آخرون، 2008، ص 141).

(د) وظيفة الحفاظ على القيم و المناخ التنظيمي :

الحفاظ على القيم و خلق المعايير داخل المنظمة: إن ذلك من شأنه أن يسهل و يساعد في تحقيق الوظائف الثلاث السابقة. فالقيم تنتج المعنى، التماسك أو الغموض التنظيمي. تسمح القيم بإعطاء التوجيه و تبرير الاختيارات و مساندة مشاريع التطور و دعم مختلف المطالب إزاء تقديم العلاج و الخدمات. هناك ثلاث قيم كبيرة تقوم بتوجه نظام الصحة و المصالح الاجتماعية و هي: العدالة، الحرية و الفاعلية. نجد أن العدالة تقوم بالتنسيق بين مفهوم المساواة و التضامن من خلال إعطائها بعد معياري، لضمان التوزيع العادل للحق الأساسي في الصحة بين الأفراد و الجماعات، أو الكيانات الجغرافية.أما الحرية فتردنا إلى ثلاثة مفاهيم وهي ذاتية (القدرة على الاختيار بحرية دون الإضرار بالآخرين)؛ استقلالية الفعل (امتلاك الموارد لتنفيذ الاختيارات) و نزاهة و كرامة الشخص. أما القيمة الثالثة فهي الفاعلية، التي تربط بين النتائج و الوسائل المعبئة لتحقيقها. تطبق هذه القيمة عندما يراد الاستغلال الأحسن للموارد العمومية من أجل تعظيم انتفاع جماعي أو عند إعداد التقارير عن القرارات المتخذة (Contandriopoulos وآخرون، 2008، ص 141؛ Sicotte و آخرون، 2007، ص 58).

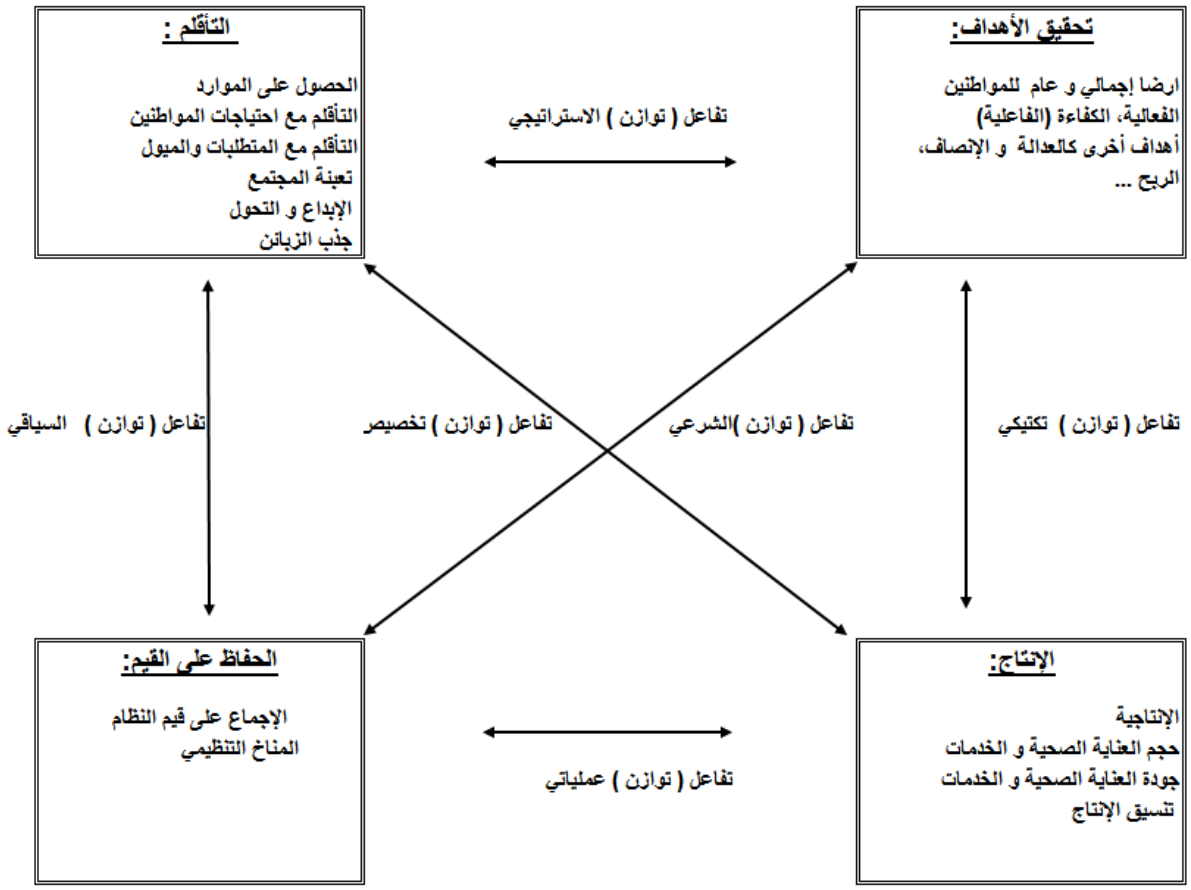
الجدول رقم 31 : أبعاد نموذج الأداء الإجمالي و المتكامل Sicotte و آخرون

الوظيفة في النموذج المتكامل	بعد مكون للأداء	تعريفه
تحقيق الأهداف	إرضا إجمالي و عام للمواطنين	مستوى تقدير و تقييم المواطنين للنظام
	الفعالية	نتائج الصحة التي تعزى لخدمات النظام
	الكفاءة (الفاعلية)	نتائج الصحة بدلالة المبالغ المستثمرة
	العدالة، الإنصاف	المسؤولية الجماعية للتضامن من اجل التوزيع العادل(حسب الاحتياج) لخدمات الصحة بين المجموعات و المناطق ...
الإنتاج	الإنتاجية	تعظيم الإنتاج بدلالة الموارد
	الجودة	مجموع ما تشتمل عليه الإجراءات المساعدة للحصول على أفضل النتائج كما هو محدد بالنسبة للمعارف، للتكنولوجيا، للتوقعات و المعايير الاجتماعية. وعلية فان الجودة تعرف من خلال توافق إجراءات العناية مع المعايير المهنية
	حجم العناية الصحية و الخدمات	
	تنسيق الإنتاج	مجموع الترتيبات الرسمية التي تسمح بالتعديل المنطقي لأجزاء من الكل من اجل غاية محددة
التأقلم	الحصول على الموارد	
	التأقلم مع احتياجات المواطنين	إلى أي مدى يمكن للموارد و الهياكل أن تستجيب إلى احتياجات المواطنين
	التأقلم مع المتطلبات و الميول	التأقلم مع المحيط، و القوى الخارجية المأثرة على النظام(تقنيات جديدة، العولمة، الشيخوخة)
	تعبئة المجتمع	مدى و أهمية الرأسمال الاجتماعي الذي يتمتع به النظام حيث يعكس الدعم و المساندة
	الإبداع و التحول	قدرة النظام على الإبداع و الابتكار و التحول
	جذب الزبائن	القدرة على البقاء حاضرا في السوق (الوضع التنافسي الملائم)
الحفاظ على القيم	الإجماع على قيمة النظام - احترام كرامة و عزة النفس - الأمان - الخدمة العمومية - الصحة	الإجماع على أمثلية طرق التعامل. نظام مشترك من المراجع للعاملين يمكنهم من التعاون لتحقيق المشروع الجماعي الذي التزموا به بطريقة فاعلية
	المناخ التنظيمي	مجموعة من المتغيرات التنظيمية التي تصف المحتوى التنظيمي لأفعال و تصرفات الأفراد. تضم هذه المتغيرات التنظيمية الممارسات بين الأشخاص (المناخ الاجتماعي) و المقاصد الشخصية الناجمة عن السياق التنظيمي المنطقي،

المصدر :Champagne, F., A.-P. Contandriopoulos, Touché J. P., Béland F.,Nguyen H.,(2005), "Un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé : le modèle EGIPSS" (Évaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de santé), R05-05, Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS), Université de Montréal .pp 23-24.

وعلى هذا فإن المنظمة ذات الأداء هي المنظمة التي تستطيع الحفاظ على التوازن الديناميكي الناتج عن التفاعلات، التحركات، التبادلات و التوازنات المستمرة بين الوظائف الأربع، و يتم التوازن من خلال ملائمة و توافق كل من هذه الوظائف مع مهام المنظمة و كذلك بتفاعل كل هذه الوظائف مع بعضها. (Sicotte و آخرون ، 2007 ، ص21). كما هو مبين في الشكل التالي.

الشكل رقم 47 : نموذج الأداء الإجمالي و المتكامل Sicotte و آخرون



المصدر: Champagne, F., A.-P. Contandriopoulos, Touché J. P., Béland F.,Nguyen H.,(2005), "Un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé : le modèle EGIPSS" (Évaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de santé), R05-05, Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS), Université de Montréal .p 22.

VIII .3 مؤشرات قياس الأداء في المستشفيات العمومية

تعد المؤشرات احد أهم الوسائل لتتبع وقياس الظاهرة محل المراقبة، لقد فهم المسيرون ذلك بشكل أصبح المسيرون يعتمدون فيه على المؤشرات لدرجة أن عملية التسيير صارت عبارة عن مجموعة من المؤشرات التي يكفي تتبع تغيراتها حتى يتم بلوغ الأهداف. لذلك فمن المهم معرفة أنواعها و خصائصها، إلى جانب المعرفة الدقيقة بوظائفها.

VIII .3 .1 ماهية مؤشرات قياس الأداء

تؤكد أغلب الأعمال في الأدبيات المتعلقة ببناء نظم قياس الأداء على عدد معين من التوجيهات الضرورية لاختيار المؤشرات أو للقياس المستعملة. حيث تبين دراسة لمختلف أعمال كل من(Globerson، 1985؛ Maskell، 1989؛ Keegan، و آخرون، 1989؛ Fitzeral، و آخرون، 1991؛ Kaplan و Norton ، 1996؛ De Toni و آخرون، 1997؛ Neely، 1999) أنها مهيكلة حول مجموعة من التوجيهات لغرض توضيح بناء و تطوير مساق قياس الأداء. بين (De Toni وآخرون ،1997، ص 117) إن تصميم نظام قياس الأداء يحتاج إلى إعداد دقيق، زيادة على ما يجب أن تتحلى به الإدارة من مواظبة و مثابرة. كما أن لخصوصيات المنظمة من نظام للمعتقدات و قيم، و أهلية و جدارة (مهارات) و السياقات المفتاحية أثر هام و حاسم في تطوير مؤشرات قياس الأداء.

من أجل بناء مجموعة مؤشرات قياس الأداء، قام (Keegan، و آخرون، 1989، ص 45) بتحديد ثلاث مراحل رئيسية:

- المرحلة الأولى تتعلق بتحديد الأهداف الإستراتيجية للمنظمة و ترجمتها إلى أهداف فرعية و منها إلى خطوات تسيير؛
- المرحلة الثانية تشتمل على بناء مجموعة مناسبة من المؤشرات لقياس الأداء و ذلك من خلال تصميم مصفوفة لقياس الأداء؛
- المرحلة الثالثة تؤكد على إدماج مؤشرات قياس الأداء في ممارسات تسيير للمؤسسة، و هذا من خلال سياق الموازنات.

لم يتفق المهتمون بموضوع تصميم و بناء مؤشرات قياس الأداء حول أهمية و عدد المراحل التي يجب المرور بها، فنجد مثلا كل من (Wisner و Fawcett، 1991، ص 7) يقترحان نظام قياس الأداء بشيء من التفصيل. حيث يحتوي السياق المقترح على تسع مراحل و يشبه إلى حد ما الخطوات التي قدمها (Keegan و آخرون، 1989، ص 47) على اعتبار أنه

يفترض أن مؤشرات قياس الأداء يجب أن تضبط و تتكيف مع إستراتيجية المؤسسة. و بالتالي يكون لهذا السياق الأفضلية في جعل نظام قياس الأداء في حد ذاته خاضع للتعديل و التحديث بشكل دوري.

من جهته يقترح (Globerson 1985 ، 1985، ص 641) عددا من الصفات مثل : يجب أن يتم اختيار مؤشرات قياس الأداء من زاوية تحقيق (الوصول إلى) أهداف المؤسسة؛ على مؤشرات قياس الأداء أن تسمح بالمقارنة بين المنظمات المماثلة؛ أن يتم اختيار مؤشرات قياس الأداء عن طريق الحوار بين الأشخاص المعنيين مثل الزبائن، العمال، متخذو القرار.

أما (Maskell، 1989، ص 39) فيقترح سبعة مبادئ لتصميم نظام لقياس الأداء، حيث يؤكد من ضمنها على المؤشرات يجب أن ترتبط بشكل مباشر بإستراتيجية المؤسسة، كما يجب اعتماد قياسات غير مالية و أن تكون هذه القياسات بسيطة و سهلة الاستعمال.

أولا : تعريف المؤشرات

يمكن تعريف المؤشر على أنه عبارة عن معطيات كمية تسمح بتخصيص وضعية ما في حالة تطور، أو فعل ما أو نتيجة فعل ما، بحيث يمكننا من التقييم و المقارنة بالحالة الأصلية في تواريخ مختلفة. كما يمكن أن يكون شكلا من أشكال أما الإشارة و الدلالة و أما يعبر عن إدراك و الفهم.

يعرف المؤشر أيضا بأنه تمثيل رقمي (عددي) لظاهرة ما نريد وضعها تحت الرقابة. بشكل أدق فإن المؤشر عبارة عن معطيات (عدد، تسعير cotation ، تقييم ...) تسمح بإعطاء وجهة بالنسبة للهدف في وضعية معينة. و كذلك إضفاء المقروئية على الخصائص القابلة للتفسير.

يمكن تعريف مؤشرات قياس الأداء بأنها عبارة عن معايير محددة وقابلة للقياس، تقيم أداء المنظمة في مجالات محددة ومعروفة، وهي تزود المسيرين في مختلف مستوياتهم بأداة لقياس مدى النجاح الذي تم تحقيقه في أهدافه وغاياته.

المؤشر هو بالضرورة كمي: أما بطبيعة الحال لأنه يقيس معطيات قابلة للقياس مباشرة، وأما يقيس معطيات نوعية من خلال العثور على المعطيات في سلم للقيم.

إن الهدف الأساسي من المؤشر هو توضيح و تحديد الأهداف، تقييم التوجهات الحالية والمستقبلية فيما يخص الأهداف و القيم، تقييم عبر الزمن التغيرات، الظروف الخاصة، و تحديد أثر البرامج و نقل الرسائل. من مميزات المؤشر أنه يحمل معنى يتجاوز المعطيات الكمية المقدمة فمثلا درجة الحرارة 39° تعني بان الشخص مريض.

إذ تمكن مؤشرات قياس الأداء في المنظمة معرفة الحالة الصحية لمختلف حالات النشاط في المؤسسة، ويمكن عن طريقها قياس مستوى تحقيق الأهداف والغايات المراد بلوغها، كما تكشف مؤشرات الأداء المشكلات الهامة في إدارة المنظمة .

إذاً فأهمية مؤشرات الأداء لا تخفى على الأخص وهو يمثل الأداة التي يحكم من خلالها على نجاح وفشل المؤسسة في الوصول إلى أهدافها .

ثانيا : وظائف المؤشرات

المؤشر عبارة عن حامل للمعلومات موجهة إلى هدف و يجب أن يلبي وظيفتين جوهريتان: الأولى تخص معالجة المعلومة، و الثانية تتعلق بإيصال المعلومة.

المزية: المزية الأساسية للمؤشر هي قدرته على الإجابة بالدقة الممكنة على ظاهرة ما في الغالب معقدة.

إذا اختيار مؤشرات خاصة يتوقف على ما ننوي قياسه من جهة، و على من يجب تقديم نتيجة المؤشر أمامه من جهة ثانية. يجب على المؤشرات أن تسمح بالتالي :

- تحديد أهداف تترجم بصفة مشتركة بين الإدارة و المسيرين؛
- قياس المحقق بالنسبة إلى القيم المستهدفة؛
- فهم و تحليل ما تحقق؛
- توجيه القرارات من أجل تحسين الأداء؛
- التشجيع و المساعدة على إيجاد حوار تسيير بين مختلف مستويات الهرمية.

تندرج المؤشرات ضمن منطق تسييري من خلال عملية تقييم الأداء. يهدف هذا المسعى إلى توجيه عمل (أفعال) الإدارة إلى الأداء. و هي تحث أيضا على تطبيق و تفعيل الوسائل من اجل مقارنة الاداءات من منظور تحليلي مقارن (Benchmarking).

VIII .3 .2 الخصائص الرئيسة لمؤشرات قياس الأداء

إن الخصائص الرئيسية التي يجب أن تتوفر في المؤشر هي أن يكون ملائم، خاص، صحيح، صادق، دقيق، قابل للقياس، قابل للمقارنة (في الزمان و المكان)، سهل الاستعمال.

يجب على المؤشرات أن تكون متأقلمة مع طبيعة وتنظيم الهيكل أو المصلحة. وذلك بدلالة الشيء الذي نريد رفع التقرير عنه (الإخبار عنه). و عليه يجب اختيار مؤشرات خاصة، بحيث تسمح هذه الأخيرة بـ :

- تحديد غرض (مرمى) يترجم الأهداف التي سبق تعيينها بصفة مشتركة بين كل من الإدارة و المسيرين؛
- قياس المحقق بالنسبة إلى الغرض (المرمي)؛
- فهم و تحليل هذا المحقق؛
- توجيه قرارات المسيرين بهدف تحسين الأداء؛

تغذية الحوار بين مختلف مستويات التسيير على طول المراتب الإدارية.

أما الخصائص التي يجب أن تتوفر في مؤشرات قياس الأداء نذكر منها، على سبيل المثال ما يلي:

- العلاقة : المؤشرات المراد استعمالها و كذلك جمعها لا بد وأن تكون ذات علاقة واضحة و منطقية بما يراد قياسه ، كأن تكون ذات علاقة بأهداف المنظمة بمختلف مستوياتها:

- الأهداف الإستراتيجية؛
- الأهداف المرحلية أو متوسطة الأجل؛
- الأهداف التشغيلية (العملياتية).

كما أن الأهداف قد تخص المنظمات الصناعية أو الخدمية. إن التحديد الدقيق للأهداف و ما الذي يريد مراقب التسيير قياسه أمر مهم جدا في بناء مؤشرات قياس الأداء للمنظمة، خاصة إذا علمنا أن كل مستوى من مستويات الأهداف المذكورة أعلاه يتطلب تدفقات من المعلومات تختلف من حيث النوع و الكمية و الدقة.

- الوضوح : ينبغي أن يتصف شكل وطرق حساب و كيفية عرض نتائج عملية القياس بالوضوح و الجلاء، أي أن تعريف مؤشر قياس الأداء يجب أن يكون بشكل واضح وصريح لأن ذلك من شأنه أن ينعكس على الفهم و الصورة التي يؤديها المؤشر على من يستعمله، كما يفيد وضوح المؤشر في مدى توافق المؤشر وما يراد قياسه ووجود عدالة في المقارنة. إن الغموض في تعريف المؤشر قد يؤدي إلى سوء الفهم أو الحيرة والارتباك. كما أن الوضوح في تعريفه يساعد جامعي البيانات على جمعها .

- سهولة الفهم والاستخدام : قد تستخدم بعض المؤشرات مصطلحات تقنية ، غير أن ذلك لا يمنع من وصف المؤشر بدقة ووضوح بحيث يسهل فهمه واستخدامه . وبالأخص إذا كان يراد عرض هذا المؤشر على الجمهور (في حالة الإعداد للوحة قيادة لتوضيح علاقة المنظمة بالبيئة، أو للإجابة على أسئلة السلطات المحلية فيما يخص التنمية المستدامة،... الخ). فلا ينبغي استخدام مصطلحات إدارية معقدة أو مفاهيم مجردة .

- المصداقية : درجة التوافق بين المقياس وبين العملية أو المنتج أو السياق المراد دراسته، دقة المؤشر، خلوه من الأخطاء و الغموض، وهل يقيس بالفعل ما أريد له قياسه .

- الثبات : يقصد به ثبات المؤشر ومدى الاعتماد على النتائج التي يعطيها، بمعنى آخر : إذا تم قياس المؤشر لعدة مرات هل تظهر نفس النتائج، خاصة في ظل نفس الظروف، مع ملاحظة انه يجب التفريق بين الثبات المقصود و التطورات و التغيرات الناتجة عن تغير في معطيات العملية آو المساق المراد قياسه أي (حساسية المؤشر) .

- التوقيت : إن أهم ما يجب أن يحافظ عليه مراقب التسيير هو مواعيد صدور المعلومات التي تستخدم في عملية حساب المؤشرات بأنواعها. كما أن مراقب التسيير يمكنه أن يقدم معلومات يمكن وصفها بالتقريبية لكن لا يمكنه بأي حال أن يقدمها متأخرة. بمعنى أن هناك من المعلومات التي يجب توفرها في الوقت المناسب لصناع القرار لكي يتم اتخاذه، ولذلك فإن تأخير أي مؤشر عن وقته قد يجعل فائدته محدودة. إن جميع المؤشرات التي لها علاقة مباشرة أو غير مباشرة بالموازنات ينبغي توفيرها للمخططين وصناع القرار في الوقت المناسب .

- الأهداف المرجعية للأداء : كما سبق الإشارة إليه فإن المؤشر يمكن أن يأخذ قيما ثلاث:

- أما قيمة أعلى من المحدد (القيمة المرجعية)؛

- أو قيمة مساوية لما هو محدد؛

- و الحالة الثالثة يأخذ فيها المؤشر قيمة أدنى من تلك المحددة.

بمعنى أن يكون لكل مؤشر قياس أداء مستهدف (قيمة مرجعية و التي ما تمثل في العادة الأهداف المراد تحقيقها)، يقاس في ضوءه المؤشر، وهذا يمكن من النظر لنزعة المؤشر واتجاهه بمرور الوقت ومدى بعده أو اقترابه من المستهدفات المحددة سلفاً .

- الانتفاع مقابل الكلفة: بمعنى عدم وجود كلفة عالية في جمع البيانات في ظل منفعة منخفضة أو حتى معدومة.

فوائد مؤشرات الأداء :

- تعمل على الوقوف على مدى تحقق الأهداف المرسومة (التركيز على الإستراتيجية كمدخل للإصلاح) وتساعد على تركيز العمل والأداء؛

- تفيد في القيام بأعمال محاسبية؛

- تسمح بمزيد من تفويض الصلاحيات، وتساعد على الابتكار والتجديد؛

- تحفز المسئولين والعاملين في المؤسسة على الاهتمام بالمستهدفات على حساب المصالح الشخصية؛

- تحدد متى يقوم المسئولون بالتدخل في العمل وتصحيح مساره؛

- ربط مؤشرات الأداء بتوجهات وتطلعات المنظمة.

سنستعرض هنا بإيجاز عملية ربط بين مختلف المؤشرات و توجهات وتطلعات المؤسسات الخدمية.

أ) - الرؤية:

تتضمن عبارات الرؤية المستقبل الذي يرغب النظام في الوصول إليه في مدة زمنية معينة. وبالتالي فينبغي أن تتسق جميع المؤشرات التي يتم قياسها مع الرؤية، لأن تحقيق جميع هذه المؤشرات دليل على بلوغ الرؤية.

ب) - الأهداف العامة والخاصة :

ويكمن التحدي هنا في قدرة المؤسسة الاستشفائية على تعريف وتحديد الأهداف التي ينبغي الوصول إليها لتحقيق تلك الرؤية . ذلك أن تعريف هذه الأهداف هو أمر حاسم تجاه بلوغ رؤية المؤسسة العمومية للصحة ، وهذا يتطلب عقد جلسات حوارية ونقاش عميق بين الأفراد والوحدات داخل المؤسسة الاستشفائية، وذلك لتحرير جوانب الاتفاق والخلاف ، والوصول بالتالي إلى رؤية واحدة مشتركة. وتكمن أهمية وضع الأهداف في أن المؤشرات أو مقاييس الأداء ستبنى وفقاً لتلك الأهداف ، وبالتالي الحكم على مدى تحقيق المؤسسة الاستشفائية لأهدافها ورؤيتها.

وضع مؤشرات الأداء لقياس مستوى تحقيق الأهداف :

ينبغي تحديد ووضع مؤشرات (العلاج و الاستطباب و العناية الصحية ...) بعناية كبيرة،

وذلك لأهميتها في الحكم على مدى تحقق الأهداف ، وفي هذا السياق يجدر القول بأن جميع الأهداف يمكن وضع مؤشرات لقياسها سواءً كانت كمية أو نوعية ، كما لا ينبغي أن تتعدد المؤشرات التي تقيس الهدف الواحد إلى درجة يصعب معها معرفة مدى تحقيق الاهداف، كما لا يجب أن يتقلص العدد إلى مؤشر واحد قد لا يعكس الحالة الواقعة فعلا بما لا يسمح بالحكم على مدى تحقق الهدف.

ج) - وضع خطة العمل لتحقيق الأهداف :

ويتم هنا وضع خطة العمل بجميع تفاصيلها متضمنة المشاريع والبرامج وتحديد المسؤليات وتخصيص الموارد ووضع إجراءات العمل. وفي هذه المرحلة يتم العمل الحقيقي لمحاولة الوصول إلى المستهدف الذي تم وضعه في مرحلة مؤشرات الأداء .

وباختصار، فإن مرحلة وضع المؤشرات للنشاط الاستشفائي في المراحل السابقة ، لها أهمية كبرى حيث يتم من خلالها معرفة ما يجب تحقيقه لبلوغ الأهداف ، كما يمكن من خلالها وفي نهاية كل سنة من سنوات الخطة الحكم على تحقق الأهداف ، والحكم على مدى مناسبة البرامج واتساقها مع ما يراد تحقيقه . وبالتالي تتم مراجعة الإستراتيجية من خلال مراقبة الأداء

VIII .3 .3 أنواع المؤشرات

يمكن للمؤشرات أن تكون من أصناف مختلفة، نجد على سبيل المثال:

مؤشرات للسياق: مثل عدد المراقبات التي تمت؛

مؤشرات للنتيجة: مثل كشف المعطيات المجمعة و التي عادة ما تكون عبارة عن نسب؛

مؤشرات المقارنة: التي تهدف إلى المقارنة بين الحالات و الوضعيات؛

مؤشرات الرضا: تقيس هذه المؤشرات نسبة رضا الزبائن مثلا.

يمكن للمؤشرات أن تكون كمية أو نوعية، أو مؤشرات لقياس التقدم أو للمتابعة.

- مؤشرات كمية، يسمح هذا النوع من المؤشرات بإيجاد معطيات كمية و تعميم نتائج العينات على المجتمع المدروس. جمع للمعلومات مهيكل و تحليل المعطيات يكون إحصائيا.

- مؤشرات نوعية تسمح بالحصول على فهم نوعي للأسباب الغير ظاهرة و للبواعث (الحوافز). جمع المعلومات غير مهيكل و التحليل غير إحصائي.

- مؤشرات التقدم تسمح بتحديد موقع النتيجة بالنسبة للأهداف.

- مؤشرات المتابعة تسمح بملاحظة تطور النتائج.

يأخذ المؤشر مهما كان، قيمتين مميزتين :

قيمة مستهدفة، التي تترجم الهدف الذي تم تحديده مسبقا؛

قيمة (في نهاية الدورة)، التي تترجم مستوى تحقيق الهدف المسطر.

(أ) مؤشرات المحيط (البيئة)

هي عبارة عن مؤشرات تهدف إلى وصف الإطار الذي تقدم في وسطه الخدمات، سواء على المستوى المحلي أو على المستوى الإجمالي؛ كما يطلق على هذا النوع منها اسم مؤشرات الوضعية (المنزلة أو المكان) مثل (مؤشرات الميدان، مؤشرات الوسط). و التي تقيس الخصائص الجغرافية للإقليم، أو الكثافة أو الخصائص السوسيولوجية للمواطنين، أو عدد البلديات أو عدد التلاميذ. يجب التفريق بين هذه المؤشرات و مؤشرات النتيجة النهائية التي تختلف عنها. فيما يلي قائمة بأهم المؤشرات التي تعكس هذا النوع من المؤشرات:

جدول رقم 32 : مؤشر قياس الحالة العامة للإدارة المحلية

مؤشر قياس : الحالة العامة للإدارة المحلية	
تعريف المؤشر و خصائصه	
الهدف	يهدف هذا المؤشر إلى قياس: • مدى التزام الحكومة بالجانب الصحي للسكان و النهوض بمستويات الرعاية الصحية، • مدى الاهتمام بالتوعية الصحية في وسائل الإعلام (المكتوبة و المسموعة و المرئية و مواقع الانترانت،...)، • عدد المؤتمرات و الندوات و الملتقيات الخاصة الرعاية الصحية، • مدى وجود علاقات تنظيمية تساعد على كل ما سبق،
الشكل	نسب مئوية (%) و/ أو أعداد مختلفة
المستعمل (المستفيد منه)	الوزارة الوصية، مصالح مديرية الصحة (بالولاية)، إدارة المستشفى،.. .
الشخص المسئول عنه*	الوزارة الوصية، مديرية الصحة العمومية بالولاية، مدراء المؤسسات الاستشفائية.
دورة إنتاج المؤشر	كل سنة.
مصدر المعلومات	وزارة الصحة، مختلف الوزارات مديرية الصحة، مؤسسات الصحة العمومية، مختلف مصادر المعلومات

	المحلية.
محتواه و حسابه	• مدى الالتزام السياسي من جانب الحكومة بالجوانب الصحية مع الاهتمام بوضع استراتيجيات عامة للنهوض بالصحة في جميع مستوياتها. • درجة العدالة في توزيع الموارد بين مختلف قطاعات الدولة أو داخل القطاع الصحي، سواء بين مكوناته و على مستوى المحافظات. • مدى المشاركة الشعبية و المحلية في توفير المستلزمات الصحية و في التعاون مع المنظمات الصحية. • مدى التزام الأفراد بالإرشادات الطبية العلاجية و الوقائية في مختلف المجالات. • حجم البرنامج الإعلامي التثقيفي في مجال الخدمات الصحية مثل: o عدد الساعات التي يبثها الإرسال التلفزيوني أو الإذاعي عن الوعي الصحي أسبوعيا. o المساحات المخصصة على صفحات الجرائد و المجلات للإرشاد الصحي و الطبي. o عدد المؤتمرات و الندوات الصحية التثقيفية مقارنة بعدد المؤتمرات و الندوات الصحية العلمية. • حجم القوى العاملة في قطاع الخدمات الصحية المدربة تدريبا فنيا و إداريا مناسبا مقارنة بحجم القوى العاملة في قطاعات الخدمات المتنوعة • مدى وجود إطار تنظيمي ملائم، تتم من خلاله العملية الإدارية المتكاملة من تخطيط و تنظيم و رقابة و تقييم للأداء و تصحيح للانحرافات.
المقدر (القيمة المستهدفة)	تحديد قيمة معينة يسعى المسئولون إلى الوصول إليه
المقارنة الزمنية	مع السنة السابقة و مع متوسط ثلاث او خمس سنوات سابقة
تقديمه (شكله، صورته)	تمثيلات مختلفة: منحنيات، أشكال، نسب، أرقام ...

المصدر: من إعداد الباحث، بالاعتماد على جاد الرب، سيد محمد، 2008 ،الاتجاهات الحديثة في إدارة المنظمات الصحية، مطبعة العشري، القاهرة.

*يمكن أن يكون المسئول عن المؤشر عدة أشخاص أو إدارات في عدة مستويات و بالتالي يتم تحديد المسئولية بالتشاور و التوافق بين مختلف هذه الأطراف.

جدول رقم 33 : مؤشر قياس الحالة العامة للجانب الاقتصادي إجمالا

مؤشر قياس : الحالة العامة للجانب الاقتصادي إجمالا	
تعريف المؤشر و خصائصه	
الهدف	يهدف هذا المؤشر إلى قياس: • نسبة الإنفاق الحكومي على الرعاية الصحية، • نسبة إنفاق القطاع الخاص فيما يتعلق بالرعاية الصحية، • نسبة الإنفاق على الدواء و التجهيزات الطبية، • نصيب الفرد من الإنفاق على الأدوية،
الشكل	نسب مئوية (%) و/ أو أعداد مختلفة
المستعمل (المستفيد منه)	الوزارة الوصية، مصالح مديرية الصحة (بالولاية)، إدارة المستشفى،.. .
الشخص المسئول عنه	الوزارة الوصية، مديرية الصحة العمومية بالولاية، مدراء المؤسسات الاستشفائية.
دورة إنتاج المؤشر	كل سنة.
مصدر المعلومات	وزارة الصحة، الاقتصاد، مديرية الصحة، مؤسسات الصحة العمومية، مختلف مصادر المعلومات المحلية.
محتواه و حسابه	• نسبة ميزانية وزارة الصحة إلى إجمالي ميزانية الدولة. • الإنفاق الصحي كنسبة مئوية من الناتج القومي الإجمالي. • نسبة إنفاق القطاع الصحي الخاص إلى أحجام إنفاق القطاع الصحي. • نسبة الإنفاق الدوائي \ الناتج القومي. • نسبة النفاق الدوائي \ الإنفاق الصحي. • متوسط نصيب الفرد من الخدمات الصحية سواء على المستوى القومي و المحافظات. • متوسط نصيب الفرد من الدواء سنويا. • متوسط نصيب الفرد من الدخل القومي سنويا. • معدلات اقتصاديات المرض. • معدل تكلفة السرير. • إجمالي الإنفاق الحكومي كنسبة مئوية من الناتج القومي الإجمالي.
المقدر (القيمة المستهدفة)	تحديد قيمة معينة يسعى المسئولون إلى الوصول إليه
المقارنة الزمنية	مع السنة السابقة و مع متوسط ثلاث او خمس سنوات سابقة
تقديمه (شكله، صورته)	تمثيلات مختلفة: منحنيات، أشكال، نسب، أرقام ...

المصدر: من إعداد الباحث، بالاعتماد على جاد الرب، سيد محمد،2008 مرجع سابق

جدول رقم 34 : مؤشر قياس الحالة الاجتماعية السائدة

مؤشر قياس : الحالة الاجتماعية السائدة	
تعريف المؤشر و خصائصه	
الهدف	يهدف هذا المؤشر إلى قياس: • مدى انتشار التعليم و أهمية المجهودات للقضاء على الأمية، • مدى تمتع السكان في المدن بالمرافق الضرورية للحياة (كالكهرباء، المياه الصالحة للشرب، و تركيبات الصرف الصحي،...) • معدل السعرات الحرارية للفرد، • نسبة القوى العاملة إلى مجموع السكان، • الحالة الصحية و الاجتماعية للطفل.
الشكل	نسب مئوية (%) و/ أو أعداد مختلفة
المستعمل (المستفيد منه)	الوزارة الوصية، مصالح مديرية الصحة (بالولاية)، إدارة المستشفى،.. .
الشخص المسئول عنه*	الوزارة الوصية، مديرية الصحة العمومية بالولاية، مدراء المؤسسات الاستشفائية.
دورة إنتاج المؤشر	كل سنة.
مصدر المعلومات	وزارة الصحة، مختلف الوزارات، مديرية الصحة، مؤسسات الصحة العمومية، مختلف مصادر المعلومات المحلية.
محتواه و حسابه	• نسبة الأمية في البلد. • سكان الحضر كنسبة مئوية من إجمالي السكان. • نسبة السكان المزودة بالكهرباء. • نسبة السكان التي يتوفر لها الإمداد الكافي من المياه النقية. • نسبة السكان التي يتوافر لها مرافق الصرف الصحي الملائمة. • عدد الأشخاص بالنسبة للحجرة الواحدة (مدى ملائمة الإسكان). • النسبة المئوية للسكان في سن العمل. • معدل التعليم بين الكبار. • متوسط نصيب الفرد من السعرات الحرارية. • النسبة المئوية من السكان في سن العمل و التي تعمل في ظروف صحية مواتية. الحالة الغذائية للأطفال والتطور النفسي و الاجتماعي لهم.
المقدر (القيمة المستهدفة)	تحديد قيمة معينة يسعى المسئولون إلى الوصول إليه
المقارنة الزمنية	مع السنة السابقة و مع متوسط ثلاث او خمس سنوات سابقة
تقديمه (شكله، صورته)	تمثيلات مختلفة: منحنيات، أشكال، نسب، أرقام ...

المصدر: من إعداد الباحث، بالاعتماد على جاد الرب، سيد محمد،2008 مرجع سابق

جدول رقم 35 : مؤشر قياس : معطيات الحيوية

مؤشر قياس : معطيات الحيوية:	
تعريف المؤشر و خصائصه	
الهدف	يهدف هذا المؤشر إلى قياس: • معدلات نمو السكان، • معدلات متوسط توقع العمر • معدلات وفيات الرضع، • معدلات وفيات الأطفال، • معدلات أوزان الأطفال في مختلف مراحل نموهم، • نسبة المتزوجات.
الشكل	نسب مئوية (%) و/ أو أعداد مختلفة
المستعمل (المستفيد منه)	الوزارة الوصية، مصالح مديرية الصحة (بالولاية)، إدارة المستشفى،.. .
الشخص المسئول عنه*	الوزارة الوصية، مديرية الصحة العمومية بالولاية، مدراء المؤسسات الاستشفائية.
دورة إنتاج المؤشر	كل سنة.
مصدر المعلومات	وزارة الصحة، مديرية الصحة، مؤسسات الصحة العمومية، مختلف مصادر المعلومات المحلية.
محتواه و حسابه	• معدل النمو السكاني في البلد. • متوسط العمر المتوقع عند الميلاد. • معدل وفيات الأطفال الرضع حتى سن سنة واحدة. • معدل وفيات الأطفال الرضع من سن واحد إلى أربع سنوات. • متوسط الأطفال الذين يقل وزنهم عن 2500 غرام عند الميلاد من بين كل 1000 مولود حي. • معدل وفيات الأمومة. • النسبة المئوية للنساء المتزوجات في سن الحمل اللائي يستخدمن وسائل منع الحمل.
المقدر (القيمة المستهدفة)	تحديد قيمة معينة يسعى المسئولون إلى الوصول إليه
المقارنة الزمنية	مع السنة السابقة و مع متوسط ثلاث او خمس سنوات سابقة
تقديمه (شكله، صورته)	تمثيلات مختلفة: منحنيات، أشكال، نسب، أرقام ...

المصدر: من إعداد الباحث، بالاعتماد على جاد الرب، سيد محمد،2008 مرجع سابق

يدخل تحت مؤشرات المحيط نوع آخر من المؤشرات الذي يترجم توقعات المستخدمين لمصلحة ما، حيث يعرف بمؤشرات التفضيل، و التي غالبا ما يتم بناؤها على أساس التحقيقات (الاستقصاءات) الخارجية. تعتبر هذه المؤشرات ضرورية و أساسية في عملية قياس رضا

المستخدمين و ذلك كعنصر لتقييم الأداء بالنسبة لمؤسسات عمومية تجعل المستخدم في قلب عملياتها.

(ب) مؤشرات الوسائل

يهدف هذا النوع من المؤشرات إلى وصف الحجم (الوحدات العينية، المادية) أو التكلفة المتوسطة المستعملة (عامل، استخلاف، تقديم خدمات، قروض، محلات، حجم ساعي، الخ...) لهذه المؤشرات استعمالات ضرورية و جوهرية خاصة في الإجراءات التشغيلية (العملياتية) في المؤسسات الخدمية، و من أجل تمكين إجراء المقارنات فإن ترجمة هذه المؤشرات إلى وحدات نقدية تعد ضرورية، يمكن تمثيل هذا النوع من المؤشرات كما يلي:

جدول رقم 36: مؤشر قياس كفاية و كفاءة الآلات و المعدات الطبية و التجهيزات الأخرى

مؤشر قياس : كفاية و كفاءة الآلات و المعدات الطبية و التجهيزات الأخرى	
تعريف المؤشر و خصائصه	
الهدف	يهدف هذا المؤشر إلى قياس: • مدى كفاية و كفاءة التجهيزات الطبية المتوفرة بالمستشفيات ، • الطاقة الإنتاجية القصوى للجهاز أو المعدات، • الطاقة المتاحة للاستخدام و درجة استغلالها في المستشفى ، • درجة مهارة و كفاءة الأطباء و الفنيين على استخدام التجهيزات الحديثة ، • عدد سيارات الاسعاف و درجة حداثتها،
الشكل	وصف محدد، مجال معين، نسبة مئوية ، عدد واضح
المستعمل (المستفيد منه)	إدارة المستشفى، مصالح مديرية الصحة (بالولاية)، الوزارة الوصية، .. ،.
الشخص المسئول عنه	مدراء المؤسسات الاستشفائية.
دورة إنتاج المؤشر	كل ستة أشهر، أو كل سنة،
مصدر المعلومات	الإدارة و مختلف الأقسام و المصالح على مستوى المستشفيات.
محتواه و حسابه	• درجة الحداثة و التطور للتجهيزات المتاحة. • مدى كفاية و كفاءة التجهيزات المتاحة. • الميزانية المخصصة للإنفاق الاستثماري، للتجديد و الإحلال. • الطاقة الإنتاجية القصوى للجهاز أو المعدات (مثلا

	يمكن القول بان جهاز الأشعة يمكنه تصوير 100 فيلم كحد أقصى يوميا). • الطاقة المتاحة للاستخدام (ففي المثال السابق و لظروف معينة يمكن القول بان الجهاز الحالي يجب ان يستخدم بنسبة 80 % من طاقته القصوى اى 80 فيلم \ يوم). • الطاقة المستغلة (في المثال السابق يكون الطلب اليومي مثلا 50 فيلم \ يوم) و من ثم يجب ان يتم التخطيط و التوسع في العمل الطبي لاستغلال الطاقة المتاحة 80 % و أيضا الطاقة القصوى 100 % . • هل هناك تعاقد بين المستشفى و بين المورد على تطبيق سياسة الإحلال (إحلال الآلات القديمة بالآلات الحديثة لدجى المورد). • حجم العمليات الجراحية و الأشعة و التحليل التي يتم عملها خارج المستشفى لعدم وجود التجهيزات الخاصة بها في المستشفى. • كفاءة نظم صيانة هذه التجهيزات. • درجة مهارة و كفاءة الأطباء و الفنيين على استخدام التجهيزات الحديثة سواء المتاحة او غير المتاحة لدى المستشفى حاليا. • عدد سيارات الإسعاف السريع داخل المستشفى و مدى كفاية هذا العدد لمتطلبات العملاء.
المقدر (القيمة المستهدفة)	تحديد عدد، مجال عددي، نسبة مئوية، وصف دقيق او اشارات ☺ ، . يسعى المسئولون إلى الوصول إليه
المقارنة الزمنية	متناسب مع فترات القياس
تقديمه (شكله، صورته)	تمثيلات مختلفة: منحنيات، أشكال، نسب، أرقام ...

المصدر: من إعداد الباحث، بالاعتماد على جاد الرب، سيد محمد،2008 مرجع سابق.

جدول رقم 37: مؤشر مؤشر قياس كفاية و كفاءة المباني، الآلات، المعدات، التجهيزات الأخرى

مؤشر قياس : كفاية و كفاءة المباني، الآلات، المعدات، التجهيزات الأخرى:	
تعريف المؤشر و خصائصه	
الهدف	يهدف هذا المؤشر إلى قياس: • نسبة مساحة المباني \ المساحة الكلية ، • نسبة حجم المساحة الخظراء داخل المستشفى، • المساحة المربعة للغرفة الواحدة و عدد الأسِرة،
الشكل	وصف محدد، مجال معين، نسبة مئوية ، عدد واضح
المستعمل (المستفيد منه)	إدارة المستشفى، مصالح مديرية الصحة (بالولاية)، الوزارة الوصية، .. ،.

الشخص المسئول عنه	مدراء المؤسسات الاستشفائية.
دورة إنتاج المؤشر	كل ستة أشهر، أو كل سنة،
مصدر المعلومات	الإدارة و مختلف الأقسام و المصالح على مستوى المستشفيات.
محتواه و حسابه	• المساحة الكلية للمستشفى. • مساحة المباني \ المساحة الكلية. • حجم المساحة الخضراء داخل المستشفى. • متانة الأساسات و الحوائط و الأعمدة الخراسانية و مقاومتها للزلزال و الهزات الأرضية. • التصميم الداخلي للمبنى من حيث: o كفاءة المبنى الإداري. o موقع العيادة الخارجية. o موقع عنابر المرضى. o موقع مخازنالمهمات والأدوية والتغذية. o موقع المطابخ و ورش الصيانة. o موقع السيارات. • مدى وجود التهوية الطبيعية في المباني و الغرف و المساقط المختلفة. • سهولة المرور بين الحجرات و الممرات الداخلية. • المساحة المربعة للغرفة الواحدة و عدد الأسِرة في كل غرفة و نسبة المساحة التي يشغلها السرير الواحد. • مدى توافر استراحات خاصة بهيئة التمريض و الأطباء و الزوار. • مدى استخدام التكنولوجيا الحديثة في نقل المرضى و تنقل الزوار (المصاعد و الناقلات المتحركة للمرضى و الأغذية و غيرها). • مدى قابلية المباني للتوسع الراسي (إضافة ادوار أخرى). • مدى قابلية المباني للتوسع الأفقي (بناء أجنحة و مباني أخرى). • سهولة استخدام أدوات الحريق و الحماية.
المقدر (القيمة المستهدفة)	تحديد عدد، مجال عددي، نسبة مئوية، وصف دقيق او اشارات ☺ ، . يسعى المسئولون إلى الوصول إليه
المقارنة الزمنية	متناسب مع فترات القياس
تقديمه (شكله، صورته)	تمثيلات مختلفة: منحنيات، أشكال، نسب، أرقام ...

المصدر: من إعداد الباحث، بالاعتماد على جاد الرب، سيد محمد،2008 مرجع سابق.

(ج) مؤشرات النشاط (الإنتاج) :

تستعمل هذه المؤشرات في قياس النتيجة المباشرة لسياقات الإنتاج الخدمي ، و الذي يسمى أيضا النتيجة الوسطية بالنسبة للنتيجة النهائية. يتم في هذا الشأن تمييز بين مؤشرات النتيجة (عدد ساعات التدريس ألمؤداه، مثلا في مجال التعليم) و بين مؤشرات الإنتاج (عدد الشهادات التي تم تخريج من النظام التعليمي)، و عادة ما يعبر عنه باللغة الأجنبية (Output).

(د) مؤشرات النتيجة النهائية : يحاول هذا النوع من المؤشرات الإجابة على أسئلة مثل: هل نحن نقترب من الوضعيات التي كنا نريد بلوغها أم لا، (و لماذا)؟ ما هي الفائدة النهائية لعمل أو فعل الدولةّ ؟ يتعلق الأمر بإدراك النتائج النهائية للأفعال على المحيط الاقتصادي و الاجتماعي إن قياس الفائدة (المكسب أو الربح) يمكن من توضيح قيمة السياسة المنتهجة. حيث إن المقصود في هذه الحالة هو مقارنة وضعية المؤسسة مع الأهداف التي سبق تحديدها في هذا الصدد، و الذي يسمح بتقييم النتيجة النهائية. تبحث مقاربة الأداء هذه عن الإجابة على تساؤلات المواطن و المشرع من خلال إفادته حول كفاءة و قدرة السياسات العمومية على بلوغ الغايات (التي كانت صريحة عند تحديدها حسب ما يتوافق مع مسعى الأداء). يعيب العديد من الممارسين على مؤشرات النشاط أو الإنتاج (الخاصة بالنتيجة الوسيطية) بأنها غير كافية لمعرفة ما إذا كانت المصلحة أو القسم تعمل بشكل جيد (أفضل)، حيث لا يكفي أن تعمل المصلحة كثيرا بل يجب أن تعمل و تعود بالفائدة و النفع. هذا ما يعرف الأثر (Impact أو Outcome). يقصد بمؤشرات الأثر تلك التي تبين الوضعية الخاصة بالمتغير في وقت ظهورها في لوحة القيادة (loning و آخرون ، 2008 ، ص 149). كما يوجد مؤشرات للفعل، الجهد أو مؤشرات التقدم و التي تضمن تطبيق خطط العمليات. حيث أن مؤشرات الفعل يجب أن تجيب على التساؤل التالي (هل قمنا بشيء ما ؟). في حين أن مؤشرات الأثر تخبرنا عن نتائج خطط العمليات (هل تم الاستفادة مما قمنا به في شيء ما ؟).لتوضيح ذلك نجد مثلا:

- متغيرات الفعل : تكوين أفراد على البيع السلعي
  - مؤشرات الجهد :
    - نسبة الأفراد الذين اجروا التكوين في تاريخ معين؛
    - صرف و استنفاذ ميزانية التكوين؛
  - مؤشرات الأثر :
    - عدد البائعين الذين حققوا عملية بيع سلعي من قبل؛

- متغيرات الفعل : السعي للحصول على زبائن جدد.
  - متغيرات الجهد :
    - عدد الزبائن الجدد المرتقب.
  - متغيرات الأثر:
    - عدد الزبائن الجدد الذين قدموا طلبيات؛
    - عدد الزبائن الجدد للإثني عشرة شهر الأخيرة الذين أعادوا الطلبيات من جديد؛
    - قيمة المبيعات المحققة مع الزبائن لأقل من سنة.

نميز إذا بين الخصائص الراجعة للوسط التي تنتج أساسا من نشاط المصلحة أو القسم من خلال مؤشرات الأثر (indicateurs d'impact)، من تلك الخصائص التي لا تراجع إلا بشكل جزئي الى نشاط المصلحة أو القسم من خلال مؤشرات التأثير (indicateurs d'effet). يمكن أن تكون مؤشرات النتيجة النهائية عبارة عن : مستوى الغنى، مستوى المعرفة عند التلاميذ، نسبة البطالة ... فمثلا عدد الموتى على الطريق لا يرجع سببه كلية إلى عدم صيانة الطريق بل يدخل في ذلك عدم تواجد أفراد الشرطة و تربية و وعي السائقين و كذلك ما يتم تناوله من كحول ومخدرات ...

إن هذين النوعين من المؤشرات يختلفان حسب مستعملهما، فنجد تارة أن ما هو مؤشر أثر في مصلحة أو مديرية ما يصبح مؤشر تأثير في مصلحة أخرى أو مديرية ما.

(هـ) مؤشرات جودة الخدمات المقدمة :

مهما كانت درجة القرب و التجاور بين مقدم الخدمة والمستخدم (سواء تعلق الأمر بزبون داخلي أو خارجي)، فإن الجودة يجب أن تكون هداف في حد ذاتها. تقاس الجودة من زاوية المستخدم في إطار احترام إجراءات محددة مسبقا، مما ينجر عنه وجود نوعان من المؤشرات، النوع الأول يخص رضا المستخدمين و النوع الثاني يتعلق بجودة السياقات (السيرورات) في الوقت الذي تعتبر فيه المؤشرات الثانية وسيطية فإن المؤشرات من النوع الأول هي عظمى و مثلى. يمكن لهذه المؤشرات أن تكون فترات الانتظار، وقت الإجابة على طلب ما، نسبة الأخطاء في تقديم الخدمة، مستوى رضا المستخدم في خدمة ما... الخ.

جدول رقم 38 : مؤشر قياس الجودة

مؤشر قياس : الجودة	
تعريف المؤشر و خصائصه	
الهدف	يهدف هذا المؤشر إلى قياس: • مدى توافر الخدمة الطبية و سرعة الحصول عليها، • مدى الثقة و المصداقية في التعامل مع المراجعين، • مدى توافر مفاهيم الجودة و مدى التعامل بمعايير الجودة من مختلف الأطراف، • نسبة التذمر و الاستياء من قبل المواطنين المستفيدين من الخدمات الطبية، • مدى وجود إستراتيجية واضحة ومعلنة بين مختلف المواطنين.
الشكل	وصف محدد، مجال معين، نسبة مئوية ، عدد واضح
المستعمل (المستفيد منه)	إدارة المستشفى، مصالح مديرية الصحة (بالولاية)، الوزارة الوصية، .. ،.
الشخص المسئول عنه	مدراء المؤسسات الاستشفائية.
دورة إنتاج المؤشر	كل ستة أشهر، أو كل سنة،
مصدر المعلومات	الإدارة و مختلف الأقسام و المصالح على مستوى المستشفيات.
محتواه و حسابه	• مدى توافر الخدمة و سرعة الحصول عليها. • درجة الثقة في الخدمات المقدمة و درجة إدراك العميل للخدمة الصحية المقدمة له. • طبيعة التعامل مع العميل و مراعاة الجوانب الإنسانية. • المصداقية في التعامل مع المرض حسب الحالات المختلفة. • مدى توافر عامل الأمن و الضمان و السلامة المصاحبة للخدمة الطبية و التمريضية. • مدى توافر البيئة المناسبة لأداء الخدمة الصحية (نظم و إمكانيات العمل المادية و البشرية). • طبيعة نظم المتابعة و الإشراف على الأداء الطبي خاصة و الإداري عامة. • كيفية إدراك الأخطار ما أمكن. • مدى شيوع المفاهيم الحديثة للجودة الشاملة في إطار التنظيم الفني و الإداري في المستشفى مثل: o ماهية الجودة الشاملة في أذهان الأفراد. o ماهية ضمان أو تأكيد الجودة. o هل هناك ما يسمى بفريق العمل. o هل هناك ما يسمى بحلقات الجودة.

	o هل هناك ما يسمى بفريق حل المشاكل. o هل هناك برنامج مستمر لتحسين جودة الخدمات الصحية و الإدارية في المستشفى • هل هذا البرنامج معلن و ما هو حجم تعاون الأفراد و تأييدهم لذلك. • هل تساهم المستشفى في حماية البيئة من التلوث. • هل هناك حالات تضمر أو شكاوى من سوء خدمات المستشفى أو أسعار العلاج بها. • هل هناك حالات طارئة رفضت المستشفى استقبالها لأسباب مادية. • هل هناك رسالة إستراتيجية معلنة لدى المستشفى. • هل هذه الرسالة قابلة للتطبيق. • هل تعكس هذه الرسالة أهداف و استراتيجيات العمل بالمستشفى. • ما هي درجة رضا العاملين بالمستشفى عن هذه الرسالة.
المقدر (القيمة المستهدفة)	تحديد عدد، مجال عددي، نسبة مئوية، وصف دقيق او اشارات ☺ ، . يسعى المسئولون إلى الوصول إليه
المقارنة الزمنية	متناسب مع فترات القياس
تقديمه (شكله، صورته)	تمثيلات مختلفة: منحنيات، أشكال، نسب، أرقام ...

المصدر: من إعداد الباحث، بالاعتماد على جاد الرب، سيد محمد،2008 مرجع سابق.

(و) مؤشرات الكفاءة (الفاعلية)

تعرف أيضا بالإنتاجية (هل نتقدم نحو تعظيم استعمال الوسائل ؟)، حيث أن الهم الأكبر يكمن في حسن استعمال الوسائل (من حيث العتاد، أو القروض، و خصوصا الأفراد) المعبئة في مقابل ما تم تحقيقه. في الغالب تكون هذه المؤشرات عبارة عن نسب تقترب من مؤشرات الوسائل و مؤشرات النتيجة. من بين هذه المؤشرات يمكن أن نجد ما يتعلق بالتكلفة الوحدوية، مؤشرات الإستعمال الفعلي (نسبة عدد الأطباء الناشطين الممارسين لمهامهم و ليس الذين يؤدون مهام إدارية).

جدول رقم 39: مؤشر قياس كفاءة الخدمات الصحية

مؤشر قياس : كفاءة الخدمات الصحية	
تعريف المؤشر و خصائصه	
الهدف	يهدف هذا المؤشر إلى قياس: • مدى الإصابة مرض معين ، • معدلات سرعة انتشاره او انحصاره،

	• معدلات دوران الأسرة، • معدلات صور الأشعة و العمليات الجراحية في فترة زمنية معينة، • معدلات الوفيات حسب كل مرض، • معدلات الأطباء إلى العمليات الناجحة أو التي لم تنجح، • معدلات الأطفال الذين تم تلقيحهم إما إلى مجموع أطفال منطقة ما أو إلى المتمدرسين.
الشكل	نسب مئوية (%) و/ أو أعداد مختلفة
المستعمل (المستفيد منه)	الوزارة الوصية، مصالح مديرية الصحة (بالولاية)، إدارة المستشفى،.. .
الشخص المسئول عنه	الوزارة الوصية، مديرية الصحة العمومية بالولاية، مدراء المؤسسات الاستشفائية.
دورة إنتاج المؤشر	كل سنة.
مصدر المعلومات	وزارة الصحة، مديرية الصحة، مؤسسات الصحة العمومية.
محتواه و حسابه	• متوسط الإصابة بمرض معين لكل ألف من السكان. • نسبة انتشار أو انحصار مرض معين لكل ألف من السكان. • نسبة عدد المرضى لكل ألف من السكان. • متوسط مدة إقامة المريض بالوحدة الصحية. • نسبة شغل الأسرة. • معدل دوران السرير (دورة السرير). • معدل صور الأشعة \ سرير سنويا. • معدل عملية \ سرير سنويا. • عدد العمليات الناجحة \ إجمالي عدد العمليات سنويا أو شهريا أو على مستوى الأقسام. • نسبة عدد الأطباء \ عدد العمليات الناجحة. • نسبة الوفيات حسب كل مرض أو نسبة وفيات مرضى الدخول أو الخروج. • نسبة العجز الناتج عن مرض معين أو إصابة معينة. • نسبة الأطفال و تلاميذ المدارس الذين تم تحصينهم \ إجمالي الأطفال و التلاميذ المفروض تحصينهم سنويا. • درجة الرضا لدى الجمهور المتردد على المستشفيات و الوحدات الصحية.
المقدر (القيمة المستهدفة)	تحديد عدد معين، نسبة مئوية، يسعى المسئول إلى الوصول إليه
المقارنة الزمنية	مع السنة السابقة و مع متوسط ثلاث سنوات سابقة
تقديمه (شكله، صورته)	تمثيلات مختلفة: منحنيات، أشكال، نسب، أرقام،...

المصدر: من إعداد الباحث، بالاعتماد على جاد الرب، سيد محمد،2008 مرجع سابق.

(ز) مؤشرات الفعالية

يرى الممارسون أن هذه المؤشرات تقترب كثيرا من مفهوم الأداء. عادة ما تصنف هذه المؤشرات مع نفس المؤشرات الأخرى السابقة الذكر. غير أن طبيعتها عادة ما تعتبر مغايرة، أهم ما يميز هذا النوع من المؤشرات بأنها تخص القيادة (pilotage). على اعتبار أن الفعالية موجودة في صميم مثلث التسيير هذه المؤشرات تقيس نسبة تحقق الأهداف (فهي بذلك تمثل نسبة بطبيعتها). بهذا المعنى فإنه يمكننا قياس الفعالية فيما يتعلق بالجودة، في ذات الوقت الذي نقيس فيه الكفاءة أو الأثر أو أي شيء يمكن أن نحدد له أهدافا.

جدول رقم 40: مؤشر قياس فعالية الخدمات الصحية

مؤشر قياس : فعالية الخدمات الصحية	
تعريف المؤشر و خصائصه	
الهدف	يهدف هذا المؤشر إلى قياس: • مدى تغطية الوحدات الصحية لاحتياجات السكان من الرعاية الصحية، • معدلات الممرضين إلى عدد السكان، • معدلات الأطباء إلى عدد الأسِرة، • معدلات الممرضين إلى عدد الأسِرة،
الشكل	نسب مئوية (%) و/ أو أعداد مختلفة
المستعمل	الوزارة الوصية، مصالح مديرية الصحة (بالولاية)، إدارة المستشفى،.. .
الشخص المسئول عنه	الوزارة الوصية، مديرية الصحة العمومية بالولاية، مدراء المؤسسات الاستشفائية.
دورة إنتاج المؤشر	كل سنة.
مصدر المعلومات	وزارة الصحة، مديرية الصحة، مؤسسات الصحة العمومية.
محتواه و حسابه	• عدد السكان الذين تخدمهم المستشفى \ عدد الوحدات الصحية بالألف. • معدل ما يخدمه الطبيب من السكان بالألف. • معدل ما تخدمه الممرضة من السكان بالألف. • معدل الأسِرة لكل ألف من السكان. • نسبة الأطباء \ الأسِرة. • نسبة الممرضات \ الأسِرة. • نسبة الأطباء \ المرضى. • نسبة الممرضات \ مرضى الأقسام الداخلية. • النسبة بين عدد الممرضات خريجات المعاهد التمريضية \ خريجات المدارس التمريضية. • عدد الأطباء \ عدد العمليات الجراحية.

المقدر (القيمة المستهدفة)	تحديد عدد معين، نسبة مئوية، يسعى المسئول إلى الوصول إليه
المقارنة الزمنية	مع السنة السابقة و مع متوسط ثلاث سنوات سابقة
تقديمه (شكله، صورته)	تمثيلات مختلفة: منحنيات، أشكال، نسب، أرقام،...

المصدر: من إعداد الباحث، بالاعتماد على جاد الرب، سيد محمد،2008 مرجع سابق.

خلاصة الفصل

قياس و تقييم الأداء يعتبر من صلب مراقبة التسيير مما يعني أن المسير يجب أن يكون ملما بمكوناته، التي يتفق جميع المؤلفين أن الأداء يقاس من خلال درجة تحقيق الأهداف أي مدى انجازها و عادة يعبر عنها بمصطلح الفعالية، في حين يعبر المكون الثاني عن الموارد التي استخدمت لتحقيق الأهداف أي معرفة كيفية استعمال الموارد و هو ما يعرف بالكفاءة، كما يعبر المكون الثالث عن التوافق و الملائمة بين الوسائل المحشودة لتحقيق الأهداف و بين الأهداف ذاتها.

كما قد رأينا وجود عدة نماذج لقياس الأداء، يعكس كل واحد منها إدراكا و فهما خاصا لكيفية عمل المنظمات و تفضيل بعض المعايير لتقييم الأداء تبعا للمنطق التصوري للنموذج المتبع. إن استعمال هذه النماذج لتقييم الأداء في المنظمات قد يؤدي إلى تجزئة و تقسيم الأداء وإلى عدم اكتمال صورته.

كما أن المنظمة لا يمكنها بأي حال من الأحوال، أن تكون ذات أداء جيد تبعا للنموذجين معا. مما يدلل على أن للأداء أوجه متناقضة ولو على مستوى ظاهري.

تعكس نماذج تقييم الأداء المذكورة سابقا مختلف القيم، المسؤوليات و التفضيلات للفاعلين داخل التنظيم. و عليه فإنه من المهم الإحاطة بكل النماذج و القيم التي تدعمها من أجل الربط بينها في نموذج متكامل يمكن من إعطاء صورة شاملة و عامة عن الأداء الكلي للمنظمات.

كما عرضنا أهم أنواع المؤشرات من تقديم عدة مؤشرات في جدول واحد تجمع بينهم روابط فنية معينة، و قصد تسهيل استعمال هذه المؤشرات فقد تم ترتيبها و تصنيفها وتحديد شكل المؤشر والهدف من إعداده و كيفية قراءته و من المسؤول عنه.

الفصل IX: واقع مراقبة التسيير في المستشفيات الجزائرية

تمهيد

IX .1 منهجية الدراسة الميدانية و أدواتها

1. 1.IX مجتمع الدراسة و عينتها
2. 1.IX محددات الدراسة
3. 1.IX أداة جمع البيانات
4. 1.IX تحليل صدق و ثبات الاستبيان
5. 1.IX معالجة و تحليل الدراسة الميدانية

2.IX حقيقة تطبيق مراقبة التسيير في المستشفيات العمومية الجزائرية

1. 2.IX محور محاسبة التكاليف
2. 2.IX محور الموازنات
3. 2.IX محور لوحة القيادة
4. 2.IX محور مكانة مراقبة التسيير

3.IX اختبار فرضيات الدراسة في المستشفيات العمومية الجزائرية

1. 3.IX فرضيات الدراسة
1. 3.IX مناقشة نتائج الدراسة

خلاصة الفصل

خلاصة الباب الثالث

تمهيد

عملنا قدر الإمكان على أن تكون الدراسة الميدانية معبرة عن محتوى الشقين، أي الشق الخاص بمراقبة التسيير و تطبيقاتها في الواقع و الشق الخاص باختبار الفرضيات. من خلال ما يراه الإفراد العاملون في المؤسسات العمومية للصحية بأنواعها، فقد شملت الدراسة مختلف الانتماءات المهنية للعاملين في المؤسسات الاستشفائية و مؤسسات الصحة الجوارية، ممثلة في الأطباء والممرضين والإداريين. حيث وجهت لهم أسئلة قصد معرفة تصوراتهم لهذه المفاهيم و كيف يتم التعامل معها في مؤسساتهم، إلى جانب التطبيقات التي يلمسونها في واقع هذه المؤسسات.

تهدف الدراسة الميدانية إلى معرفة واقع تطبيق مراقبة التسيير و كذا التقنيات والأدوات التي تستعملها المؤسسات العمومية للصحة حيث ركزت الدراسة الميدانية على جملة من المرامي في مسعى استكشافي، من أجل الوقوف على الواقع من خلال عملية مسح للأدوات والطرق والوسائل التي تستعمل في مراقبة التسيير. ومعرفة كيفية تخطيط أهداف هذه المؤسسات والطرق المتبعة في تحقيقها. إلى جانب أساليب وأسس تخصيص الموارد من اجل بلوغ الأهداف المحددة. ثم مدى الاهتمام بقياس الكفاءة في استعمال الموارد و الفعالية في بلوغ الأهداف. ومدى تطبيق مختلف التقنيات كمحاسبة التكاليف والموازنات التقديرية ولوحة القيادة.

كما تهدف هذه الدراسة الميدانية إلى معرفة الطرق المعمول بها في عملية قياس وتقييم الأداء التنظيمي لأنشطة العناية الصحية في المؤسسات الاستشفائية العمومية في الجزائر من خلال عينة مكونة من ثمانية مؤسسات عمومية استشفائية و مؤسسات للصحة الجوارية موزعة على خمس ولايات. حيث اهتمت الدراسة بالتعرف على نماذج قياس الأداء وعلى عدد وأنواع المؤشرات التي تستعمل في قياس الأداء التنظيمي لهذه المؤسسات و كيف يتم تقييم أداء الأنشطة الصحية.

IX .1 منهجية الدراسة الميدانية و أدواتها

في بداية هذا الفصل نستعرض مكونات مجتمع الدراسة و الخصائص التي تميز العينة المدروسة، إضافة إلى الأدوات التي استعملت في جمع البيانات الأولية إلى جانب تحليل صدق الاستبيان و ثباته، كما تم خلال هذا الفصل معالجة و تحليل معطيات وبيانات الدراسة.

IX .1 .1 مجتمع الدراسة و عينتها

يتكون مجتمع الدراسة من مختلف العاملين في المؤسسات العمومية الاستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية في بعض ولايات الوطن. تجدر الإشارة إلى أن نسبة التجاوب مع عملية الاستقصاء قد تباينت بين مختلف فئات العاملين في المستشفيات، و قد أمكن ملاحظة ذلك من خلال عدد الاستمارات الموزعة وعدد المسترجع منها والمقبولة، فقد تم توزيع 1200 استمارة، لم يسترجع منها إلا 571 استمارة، المقبول منها هو 319 استمارة، أي ما نسبته 26.58 % من أصل الاستمارات الموزعة. كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول رقم 41 : توزيع أفراد عينة الدراسة حسب المناطق و الانتماءات المهنية

	مؤسسات عمومية استشفائية			مؤسسات صحة جوارية		
	أطباء	ممرضون	إداريون	أطباء	ممرضون	إداريون
ولاية الاغواط بلدية الاغواط	6	11	6	-	-	-
ولاية الجلفة بلدية الجلفة	8	13	7	6	13	9
ولاية مسيلة بلدية مسيلة بلدية بوسعادة بلدية عين الملح بلدية جبل أمساعد	15 14 6 -	26 23 10 -	14 9 7 -	7 6 6 3	12 6 8 4	5 7 8 3
ولاية برج بوعريريج بلدية برج بوعريريج	3	7	6	-	-	-
ولاية الوادي بلدية الوادي	6	12	7	-	-	-
المجموع	58	102	56	28	43	32

المصدر: من إعداد الباحث، بناء على الاستمارات المسترجعة

حتى تكون الدراسة الميدانية معبرة قدر الإمكان عن محتوى الشقين. من حيث ما يراه الإفراد العاملون في المؤسسات العمومية للصحية بأنواعها، فقد شملت الدراسة مختلف الانتماءات المهنية للعاملين في المؤسسات الاستشفائية و مؤسسات الصحة الجوارية، ممثلة في الأطباء والممرضين والإداريين. حيث وجهت لهم أسئلة متعلقة بمفهوم الأداء التنظيمي قصد معرفة

تصوراتهم لهذا المفهوم، و كيف يتم التعامل معه في مؤسساتهم، إلى جانب التطبيقات التي يلمسونها في واقع هذه المؤسسات. استغرقت الدراسة الميدانية من شهر جوان 2009 إلى شهر جانفي 2011 ، حيث تم تقسيم و توزيع الاستمارة على عدة فترات و مراحل نظرا للعدد الضئيل الذي تحصلنا عليه في بداية الدراسة الميدانية، وذلك بالرغم من كثرة القيود، مع ذلك فقد تم توزيع الاستمارات من قبل الباحث، قصد التأكيد على أهمية الإجابة على الاستمارة.

IX .1 .2 محددات الدراسة

- شملت الدراسة الميدانية شقين، حيث تمثل الشق الأول في الوقوف على حقيقة تطبيق مراقبة التسيير في المؤسسات العمومية الاستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية، و ذلك من خلال دراسة أربعة محاور، أين تم الربط بين هذه الأخيرة و بين الخصائص التي تم التطرق إليها في المباحث السابقة على النحو التالي :

– الربط بين المحور الأول محاسبة التكاليف و خاصية تأثير الإنتاج المشترك على تحديد المسؤولية؛

– الربط بين المحور الثاني الموازنات التقديرية و خاصية الضبابية في تحديد إجراءات الإنتاج و التحويل؛

– الربط بين المحور الثالث لوحة القيادة و خاصية أثر الطابع التقريبي لتقييم الخدمة؛

– في الأخير الربط بين محور مكانة مراقبة التسيير في المستشفيات و تأثير خصائص الخدمات على تحديد الأهداف و النتائج.

- في حين جاء الشق الثاني من البحث الميداني في شكل دراسة لاختبار فرضيات البحث من خلال آراء و تصورات مختلف الفاعلين بالمستشفيات العمومية، من خلال تقسيم الاستمارة إلى أربعة أبعاد (محاور) أساسية التي تمثل المتغيرات التابعة كالتالي:

  – بعد وجود و تطبيق مراقبة التسيير

    - من خلال المتغيرات المستقلة التالية:

      - التحديد الواضح للأهداف؛
      - التحديد الواضح للسلطات و المسؤوليات؛
      - إيجاد الملائمة بين الأهداف المقدرة و الوسائل اللازمة لتحقيقها.

  – بعد تأثير خصائص الخدمات الصحية على مراقبة التسيير

- من خلال المتغيرات المستقلة التالية:
  - إيجاد مسار موحد و نمطي لتقديم الخدمات الاستشفائية؛
  - التحديد الواضح للعلاقة بين النشاط الاستشفائي و استهلاك الموارد؛
  - إيجاد مراكز المسؤولية بالرغم من عدم نمطية الخدمات الاستشفائية؛

– بعد التعديلات التي يجب إدخالها على مراقبة التسيير التقليدية

- من خلال المتغيرات المستقلة التالية:
  - وجود رؤية إستراتيجية واضحة لرسالة المستشفى؛
  - تحديد آليات و طرق الحصول على الموارد بشكل اقتصادي؛
  - حساب سعر التكلفة ليوم إقامة المريض في المستشفى؛
  - تقييم مخرجات الأنشطة الاستشفائية من ناحية الكفاءة و الفعالية.

– بعد نوعية و حداثة مؤشرات قياس الأداء في المستشفى

- من خلال المتغيرات المستقلة التالية:
  - التحكم في التكاليف ؛
  - البيئة التنظيمية؛
  - مؤشرات العلاقات العامة.

شملت الدراسة عدد محدودا من المؤسسات العمومية للصحة، حيث كان لدرجة القبول و التجاوب التي لمسنها من المؤسسات الممثلة لعينة الدراسة دور حاسم في اختيارنا، إلى جانب عدة أسباب أخرى مثل تخوف بعض المسؤولين من الموضوع، إضافة إلى قول بعضهم أن الموضوع تقني جدا.

IX .1 .3 أداة جمع البيانات

قام الباحث بإعداد استمارة للأسئلة للشق الأول مكونة من أربعة محاور كما سبق الإشارة

إلى ذلك، و التي يرى الباحث إن وجود هذه المكونات في الواقع يدل على وجود مراقبة التسيير ولو في شكلها البسيط المتعارف عليه (أنظر الملحق رقم 1).

كما اشتملت الاستمارة في شقها الثاني على 51 متغير (عبارة) قد استعملنا مقياس ليكرت لربط العبارات من خلال مقياس مكون من ستة قيم (درجات) تراوحت بين رقم(1)،

و يعبر على عبارة " لا أوافق بشدة "، على كل متغير أو عبارة، و الرقم(6) و يعبر على عبارة " موافق تماما " ، قيمة وسط سلم الدرجات الرقم (3.5)، (أنظر الملحق رقم 2).

1	2	3	4	5	6
لا أوافق بشدة	لا أوافق	نوعا ما لا أوافق	نوعا ما موافق	موافق	موافق تماما

كما ضم الاستبيان جزء يخص المعلومات الخاصة بأفراد عينة الدراسة، حيث تمثلت في:

- **العمر :** و هو على أربعة مستويات: أقل من 20 سنة، من 21 إلى 30 سنة، 31 إلى 40 سنة، من 41 سنة فما فوق.
- **الأقدمية:** و هي أربعة مستويات: أقل من 5 سنوات، من 6 سنوات الى 10 سنوات، من 11 إلى 20 سنة، من 21 سنة فما فوق.
- **الوظيفة:** و هي على ثمانية مستويات: طبيب مختص، طبيب عام ، جراح أسنان، صيدلي، ممرض، إدارة، تسيير، إمداد(مخبر، أشعة).
- **الجنس.**

IX .1 .4 تحليل صدق و ثبات الاستبيان

أولا : صدق الاستبيان

قمنا بعرض الاستبيان بعد الانتهاء من إعداده المبدئي على ثمنيه عشر محكما: عشرة من أعضاء الهيئة التدريسية بالجامعة، و ثلاثة من الباحثين المتخصصين في مجال المؤسسات العمومية للصحة، إلى جانب عرضه على خمسة من الأطباء يشغلون مناصب مدراء مؤسسات للصحة الجوارية، بهدف التعرف على آرائهم المتعلقة بملائمة الاستبيان من الناحية العلمية لقياس متغيرات البحث، وكذلك التعرف على وجهات نظرهم المتعلقة بدرجة وضوح صياغة أسئلة الاستبيان، وبالتالي تم إعادة تصميم الاستبيان في ضوء ملاحظات المحكمين.

ثانيا : تحليل الثبات:

قمنا بإجراء اختبار الثبات للمقياس الذي يتضمنه الاستبيان من خلال توجيهه إلى أعضاء الهيئة الطبية، و كذلك إلى أعضاء الإدارة، و ذلك بعد إعادة تصميم الاستبيان، بطريقة إعادة

الاختبار لتحديد ثبات المقاييس السابقة، وتم تطبيق الاختبار على عينة مكونة من 31 مستجوبا، 19 يمثلون الهيئة الطبية، و 12 يمثلون الإدارة، وذلك بفارق زمني بين الإجراءين مدته ثلاثة أسابيع، باستخدام معامل ارتباط Pearson.

الجدول رقم 42 : اختبار ثبات المقياس لمجموعة السلك الطبي

		A1	A2
A1	Pearson Correlation	1.000	.953 **
	Sig. (2-tailed)	.	.000
	N	19	19
A2	Pearson Correlation	.953 **	1.000
	Sig. (2-tailed)	.000	.
	N	19	19

**. Correlation is significant at the 0.01 level

يتضح من الجدول (42) أن الارتباط معنوي عند مستوى دلالة 0.01 وأن علاقة الارتباط هي علاقة قوية جداً، وبالتالي فإن صدق المقياس على مستوى المجموعة الأولى يتصف بدرجة مرتفعة جداً من الثبات.

كما تحصلنا على نفس النتيجة بالنسبة لاختبار الثبات الخاص بالمجموعة الثانية، و هو مبين في الجدول رقم (43):

الجدول رقم 43 : اختبار ثبات المقياس لمجموعة السلك الإداري

		B1	B2
B1	Pearson Correlation	1.000	.972 **
	Sig. (2-tailed)	.	.000
	N	12	12
B2	Pearson Correlation	.972 **	1.000
	Sig. (2-tailed)	.000	.
	N	12	12

**. Correlation is significant at the 0.01 level

يتضح من الجدول (43) أن الارتباط معنوي عند مستوى دلالة 0.01 وأن علاقة الارتباط هي علاقة قوية جداً، وبالتالي فإن المقياس بالنسبة لمجموعة السلك الإداري تبين هي الأخرى بأنه يتصف بدرجة مرتفعة جداً من الثبات.

كما أن اختبار درجة الاتساق الداخلي للتأكد من ثبات استبيان الدراسة، وذلك من خلال استخدام معامل الاتساق الداخلي (α) وفقاً لمعادلة (كرونباخ ألفا)، وذلك لجميع محاور الاستبيان أعطى النتائج التالية.

الجدول رقم 44 : اختبار درجة الثبات كرونباخ **ألفا**

Cronbach's Alpha	N of Items
.721	12
.812	11
.741	12
.635	16

أما بالنسبة للاستبيان ككل فان قيمته ألفا بلغت 85.43 % وهي نسبة جيدة كونها أعلى من النسبة المقبولة 60% وهذا يدل على توفر درجة كبيرة من الثبات في الإجابات.

IX .1. 5 معالجة و تحليل الدراسة الميدانية

أولا : أدوات التحليل الإحصائي

بعد الانتهاء من جمع البيانات و تفريغها، قمنا بمعالجتها تماشيا مع الغرض من البحث و قد تم استعمال:

- الأسلوب الإحصائي الوصفي :
  أ. حساب التكرارات؛
  ب. المتوسطات؛
  ج. الانحرافات المعيارية؛
  د. الخطاء المعياري للمتوسطات؛
  ه. النسب المئوية.
- الأسلوب الإحصائي الاستدلالي: إجراء مقارنة بين آراء الموظفين في السلك الطبي وفي السلك الإداري في كلٍ المستشفيات المتواجدة في مختلف الولايات المدروسة، من خلال.
  أ. اختبار معامل الثبات معامل ارتباط Pearson؛
  ب. معامل كرونباخ ألفا (Cronbach Alpha) حيث استخدم هذا المعامل للتحقق من الثبات
  ج. اختبار **t** لعينة واحدة (one-sample t test).

و قد قمنا بتنفيذ العمليات الإحصائية باستخدام برنامج جملة الحزم للمعطيات الاجتماعية (SPSS نسخة 13.0). و برنامج Excel.

فيما يلي عرض النتائج التي تم الحصول عليها باستخدام أداة الدراسة بعد إجراء المعالجات الإحصائية.

ثانيا : المعالجة الإحصائية :

لقد تم استخدام أساليب الإحصاء الوصفي (التكرارات والنسب المئوية) لوصف خصائص عينة الدراسة من حيث العوامل الديمغرافية والوظيفية (الجنس، العمر، المؤهل العلمي، الخبرة العملية).ولقد تم استخراج التكرارات والنسب المئوية لهذه العوامل والتي يمكن توضيحها بالجدول التالي :

الجدول رقم 45: توزيع العينة حسب العمر

العمر	العدد	النسبة %
اقل من 20 سنة	63	% 19.75
21- 30 سنة	96	% 30.09
31- 40 سنة	74	% 23.20
41 سنة فما فوق	86	% 26.96
الإجمالي	**319**	**100.0**

يلاحظ من الجدول إن أغلبية الموظفين في الإدارة و مختلف الأقسام والمصالح الطبية بالمستشفى هم ضمن المجموعة التي تقل أعمارهم على 30 سنة، حيث بلغت نسبتهم (30.09 %). تليها الفئة العمرية 31-40 سنة، حيث بلغت نسبتهم (23.20 %) تليها الفئة العمرية 41 سنة فما فوق حيث بلغت نسبتهم (26.96 %). أما الفئة الأقل تمثيلا في العينة هي الفئة العمرية اقل من 20 سنة حيث بلغت نسبتهم (19.75 %). من خلال الجدول يمكن ملاحظة أن أفراد العينة الذين تزيد أعمارهم عن 30 سنة نسبتهم (50.16 %) هذا يدل على أن نصف المستجوبين من الموظفين في الإدارة و مختلف الأقسام والمصالح الطبية بمختلف انتماءاتهم المهنية هم أصحاب الفئة العمرية الذين يملكون المعرفة الجيدة بأنشطة المؤسسات العمومية للصحة. كما يسمح هذا التوزيع للعينة، بأن يكون رأي النصف الأخر بمثابة كتلة للتوازن من حيث قلة معرفتهم بالمؤسسات الاستشفائية العمومية.

الجدول رقم 46 : توزيع العينة حسب سنوات الأقدمية

سنوات الاقدمية	العدد	النسبة %
أقل من 5 سنوات	71	% 22.26
من 6 - 10 سنوات	107	% 33.54
من 11- 20 سنة	54	% 16.93
من 21 سنة فما فوق	87	% 27.27
الإجمالي	**319**	**100.0**

يلاحظ من الجدول والذي يبين عدد سنوات الأقدمية للموظفين في الإدارة ومختلف الأقسام والمصالح الطبية بمختلف انتماءاتهم المهنية، أن الفئة من(6 – 10)سنة جاءت في المرتبة الأولى بنسبة(33.54 %)وفئة(من 21 سنة فما فوق)بنسبة(27.27 %)والفئة(اقل من 5 سنوات) بنسبة (22.26 %)، في حين أن الفئة الأقل تمثيلا هي فئة (11 – 20 سنة) بنسبة (16.93 %). نلاحظ من الجدول أن أفراد العينة المستجوبة الذين تزيد سنوات الخبرة لديهم عن 5 سنوات تبلغ (77.74 %)، وهذا يدل على أن الموظفين في الإدارة ومختلف الأقسام والمصالح الطبية بمختلف انتماءاتهم المهنية لديهم خبرة عملية كافية لإعطاء الإجابات نوعا من المصداقية.

الجدول رقم 47 : توزيع أفراد العينة حسب الوظيفة

الوظيفة	العدد	النسبة %
طبيب مختص	11	% 3.45
طبيب عام	36	% 11.29
جراح أسنان	14	% 4.39
صيدلي	5	% 1.57
ممرض	121	% 37.93
إداري	87	% 27.27
مسير	30	% 9.40
إمداد(مخبر، أشعة)	15	% 4.70
الإجمالي	**319**	**100.0**

يلاحظ من الجدول أن عدد الأطباء المختصين هو (11) طبيبا، يمثلون ما نسبته (3.45 %)، وعدد الأطباء العامون (36) لديهم نسبة (11.29 %)، كما مثل جراحو الأسنان

(14) جراحا ما نسبته (4.39 %)،ومثل (5) صيادلة ما نسبته (1.57 %)،وبلغ عدد الممرضين (121) بنسبة (37.93 %)،مثل ما عدده (87) إداريا ما نسبته(27.27 %)،في حين مثل (30) مسير بنسبة (9.40 %)، و(15) موظف إمداد (مخبر، أشعة ...) بنسبة (4.70 %). من خلال الجدول يمكن تبين أن عدد أفراد العينة الطبيين و شبه الطبيين وأفراد الدعم لهم نسبة (63.33 %). وهذا يوضح لنا التمثيل المتوقعبين المهنيين والإدارة بصفة عامة في المؤسسات الاستشفائية.

الجدول رقم 48 : توزيع أفراد العينة حسب الجنس

الجنس	العدد	النسبة %
ذكر	217	68 %
أنثى	102	32 %
الإجمالي	**319**	**100.0**

يلاحظ من الجدول أن عدد الموظفين الذكور يفوق عدد الموظفات الإناث وهذا يعكس لنا تركيبة أفراد العينة المدروسة للموظفين في الإدارة و مختلف الأقسام و المصالح الطبية بمختلف انتماءاتهم المهنية في المستشفيات العمومية محل البحث، حيث بلغت نسبة الذكور (68 %) في حين بلغت نسبة الإناث(32 %).

IX .2 حقيقة تطبيق مراقبة التسيير في المستشفيات العمومية الجزائرية

قمنا باستعمال الأسلوب الوصفي في تحليل المعطيات التي جمعناها و ذلك تماشيا مع الغرض من البحث باعتباره دراسة ميدانية استكشافية، حيث كان الهدف الأول هو استكشاف الواقع حول وجود مراقبة التسيير في المستشفيات. حيث تناولنا أربعة محاور أساسية أين تم تحديد المتغير التابع و المتغير المستقل في كل محور.

IX .2 .1 محور محاسبة التكاليف.

تعتبر عملية حساب التكاليف أحد أهم أهداف مراقبة التسيير، لذلك قمنا بالتركيز عليه في المحور الأول من هذه الدراسة المسحية حيث تساءلنا على و جود حساب سعر التكلفة، و من ثم عن المصالح التي يتم فيها حساب التكاليف، وحاولنا في سؤال ثالث معرفة الطرق و الأساليب المستعملة لهذا الغرض.

أ) حساب سعر التكلفة

كما هو واضح من السؤال فإننا قصدنا معرفة إن كان هناك من يقوم بعملية حساب سعر التكلفة بأي شكل من الأشكال، لذلك كانت صيغة السؤال عامة. من خلال الإجابات نلاحظ أن هناك 59.87 % من أفراد العينة قد أجابوا بـ (لا)، أي انتفاء وجود أي عملية حساب لسعر التكلفة. أما إذا اعتبرنا نسبة من كانت إجاباتهم (بدون إجابة)، فان ذلك يعني أن ما نسبته 95 % لا يعرفون أي شيء بأي شكل من الأشكال عن حساب سعر التكلفة في المستشفيات العمومية سواء الاستشفائية منها أو الجوارية.

الجدول رقم 49 : سؤال عن حساب سعر التكلفة

هل تقومون بحساب سعر التكلفة ؟					
نعم		لا		بدون إجابة	
العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة
16	%5	191	% 59.87	112	% 53.13

غير أن بعض المستشفيات تقوم بما يشبه تجميع للتكاليف في جداول تحاكي محاسبة التكاليف، كما وضح لنا ذلك بعضهم أثناء المقابلات التي تمت مع مختلف أفراد الإدارة و الملاحظ أن الذين يقومون بحساب هذه التكاليف هم ممن لا علاقة لهم بالموضوع مثل المهندسين في الإعلام الآلي و لعل هذا ما يفسر وجود نسبة 5 % .

ب) مستويات تحديد التكلفة

جاءت إجابة أفراد العينة بعبارة (بدون إجابة) بنسبة 94.98 % ، وهي نسبة تقترب من نسبة 95 % المستنتجة في السؤال السابق. من إجابات هذا السؤال و الذي قبله فانه يمكن استنتاج أن عملية حساب سعر التكلفة غير موجودة، إلا من بعض المحاولات.

الجدول رقم 50 : سؤال عن مستويات تحديد التكلفة

على أي مستوى يتم تحديد التكلفة ؟							
المصالح		الوظائف		مراكز المسؤولية		بدون إجابة	
العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة
10	% 3.13	6	% 1.88	0	% 0	303	% 94.98

ج) طرق معالجة التكاليف

بالرغم من الاستنتاج الجزئي الذي تم التوصل إليه كنتيجة لتحليل السؤالين الأول و الثاني، إلا أن تحليل إجابات هذا السؤال خلق نوعا من الصعوبة من حيث أن 11.28 % أجابوا أن طرق معالجة التكاليف هي بواسطة المحاسبة التحليلية، تدل هذه النسبة أن أصحابها ربما قصدوا الإجابة المنطقية أكثر من كونها الأسلوب أو الأداة التي يتم استخدامها في المستشفيات العمومية، أما النسبة الثانية 88.72 % فتصب في نفس معني الإجابات السابقة.

الجدول رقم 51 : سؤال عن طرق معالجة التكاليف

ما هي طرق معالجة التكاليف ؟							
محاسبة تحليلية		محاسبة التسيير		محاسبة على أساس النشاط		بدون إجابة	
العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة
36	% 11.28	0	% 0	0	% 0	283	% 88.72

د) السؤال المفتوح

للإجابة على هذا السؤال المفتوح قام أفراد العينة بإعطاء عبارات عديدة و مختلفة مثل : العلاج المجاني، المستشفيات العمومية مجانية، العلاج المجاني توفره الدولة، حق العلاج للجميع، حق للمواطن، المستشفيات للفقراء، ... لتسهيل تحليل هذا السؤال فقد تم معالجته و ذلك بتصنيف و تبويب الإجابات حول المعنى المشترك و الأقرب لها، علما أن الإجابات على هذا السؤال وصلت إلى 281 إجابة فقط.

الجدول رقم 52 : سؤال مفتوح حول المحور الأول

إذا كانت الإجابة كلها بالنفي برأيكم لماذا ؟		
1) مجانبة العلاج، المستشفيات مؤسسات عمومية	107	% 38.1
2) لا فائدة من ذلك ، ليست مهمة	31	% 11.03
3) أمر يخص الوزارة الوصية	89	% 31.67
4) بدون إجابة	54	% 19.2

مثلت العبارات التي تفيد معنى مجانية العلاج و ملكية مؤسسات الصحة العمومية إلى الدولة ما نسبته 38.1 % ، و هذا قد يشرح فهم و وعي هؤلاء بأهمية حساب التكاليف و أنها ربما تتناقض مع مفهوم مجانية العلاج. تأتي النسبة الأخرى لتأيد نفس المعنى لكن من وجهة نظر أخرى، حيث يرى ما نسبته 31.67 % أن إدخال إجراءات و أساليب للتسيير مثل حساب التكلفة، هو من مهام الوزارة الوصية.

لعل هناك نوعا من الغموض في نسبة إجابات هذا السؤال هي نسبة من يرون أن لا فائدة و لا طائل من وراء إدخال و استعمال مثل هذه الأساليب للتسيير في المستشفيات، حيث سجلت نسبة 11.03 % و هي اصغر نسبة، إن انخفاض هذه النسبة يدل على أن أفراد العينة المستجوبة واعون بأهمية أن تقوم مؤسسات الصحة العمومية بحساب التكاليف، لكنهم على ما يبدو مختلفون في مفهومها و في من يتوجب عليه أن يقوم بذلك.

IX .2 .2 محور الموازنات

تعتبر الموازنات التقديرية أحد أهم الأدوات التي يستعملها مراقب التسيير كما هو معروف. وقصد إجراء مسح لأنواع الموازنات الموجودة في المستشفيات فقد خصصنا لهذا الغرض المحور الثاني من الاستمارة. كما حاولنا معرفة مختلف المستويات التي تتواجد فيها الموازنات، إلى جانب ذلك استفسرنا عن المسئول عن الموازنات. و قد جاءت الإجابة كالتالي.

أ) أنواع الموازنات

من خلال تحليل الإجابات نجد أن أفراد العينة المدروسة انقسموا إلى قسمين تقريبا، حيث أجاب 50.78 % منهم بعبارة (بدون إجابة)، و هي العبارة التي يجيب بها أفراد العينة عندما لا يفهمون المعنى من السؤال أو عندما لا تكون لديهم فكرة ، هذا ما تم ملاحظته أثناء اللقاءات التي أجريت مع بعض أفراد العينة من مختلف انتماءاتهم المهنية. أما النصف الثاني فيمثل ما نسبته 46.4 % فقد أجابوا باقتراحين آخرين كبديلين عن الموازنات التقديرية و الموازنات الحقيقية،

وهما: ميزانية التجهيز و ميزانية التشغيل و كثيرا ما كتبت الإجابة باللغة الفرنسية من طرف أفراد العينة.

الجدول رقم 53 : سؤال عن أنواع الموازنات

ما هي أنواع الموازنات لديكم ؟							
تقديرية		حقيقية		بدون إجابة		أخرى	
العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة
0	% 0	9	% 2.82	162	% 50.78	148	% 46.4

تجدر الإشارة هنا إلى اللبس و الغموض اللذين قد يكونا قد اعتريا مصطلح الموازنة، فيبدو أن من أجابوا باقتراحي ميزانية التجهيز و ميزانية التشغيل أنهم لم يقصدوا الموازنات التقديرية كأداة لمراقبة التسيير. وهذا يسمح لنا باستنتاج انتفاء وجود الأداة الثانية من أدوات مراقبة التسيير في المستشفيات.

ب) مستويات تواجد الموازنات

نلاحظ من خلال النسب الواردة في الجدول التالي أن ما نسبته 61.13 % كان ردهم (بدون إجابة) و هي نسبة تذهب في نفس المعنى الذي سبق الإشارة إليه من عدم فهم أو معرفة وربما حتى السماع بمثل هذا المصطلح - الموازنات التقديرية - في مثل هذا النوع من المؤسسات – المستشفيات - . أما الذين أجابوا بأن الموازنات تتواجد على مستوى المصالح وهم بنسبة 33.54 % ، و كذلك الذين قالوا أن الموازنات هي موجودة على مستوى الوظائف و ذلك بنسبة 4.7 % فهم على ما يبدو يقصدون الميزانيتين المعروفتين أي التجهيز و التشغيل.

الجدول رقم 54 : سؤال عن مستوى تواجد الموازنات

على أي مستوى توجد الموازنات ؟							
المصالح		الوظائف		مراكز المسؤولية		بدون إجابة	
العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة
107	% 33.54	15	% 4.7	2	% 0.63	195	% 61.13

ج) المسئول عن الموازنات

القصد من هذا السؤال هو محاولة معرفة شكل وظيفة مراقبة التسيير داخل المستشفى من خلال معرفة التقسيمات المتبعة في تحديد المسئول عن إعداد الموازنات.

الجدول رقم 55 : سؤال عن المسئول عن إعداد الموازنات

من المسئول عن إعداد الموازنات ؟							
المصالح		الإدارة		الوزارة		بدون إجابة	
العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة
0	% 0	20	% 6.27	213	% 66.8	86	% 26.93

أجاب 213 فردا من العينة المدروسة أي ما نسبته 66.8 % أن الوزارة هي المسئولة عن إعداد الموازنات، يبدو أن اللبس و الغموض حول مصطلح الموازنة قد لعبا دورا في تحديد الإجابة. أما نسبة من أجابوا بعبارة (بدون إجابة) فقد كانت منطقية و هي 26.93 % ، و نلاحظ من خلال انخفاض هذه النسبة عن النسبة لنفس العبارة أي (بدون إجابة) في السؤال السابق تأكيدا على الاستنتاج بأن الميزانية هي الموازنة.

د) كيفية الإعداد و المتابعة للموازنات

جاءت الإجابة على هذين السؤالين متشابهة من حيث العبارة التي استعملت في الإجابة و هي عبارة (بدون إجابة)، و مختلفة في عدد من اجبوا على السؤالين.

الجدول رقم 56 : سؤال عن كيفية إعداد و متابعة الموازنات

كيف يتم إعداد الموازنات ؟		كيف يتم متابعة الموازنات ؟	
بدون إجابة		بدون إجابة	
العدد	النسبة	العدد	النسبة
266	% 100	278	% 100

إن نوع الإجابة على هذين السؤالين كما هو مبين في الجدول يبعث على التردد حيال تفسير النتائج. فإلى جانب المعنى الذي تدل علية العبارة التي استخدمها أفراد العينة في الإجابة و الذي اشرنا إليه سابقا و الذي نؤكد عليه هنا أيضا، فإننا نضيف عليه تفسيرا آخر و هو أن المستجوبين قد فهموا أن السؤالين تقنيين (أي يتعلقان بالطرق التقنية).

هـ) السؤال المفتوح

تعكس الإجابات المختلفة و التي تم ترتيبها في شكل إجابات رئيسية أن أغلب أفراد العينة يرون أن الموازنات (الميزانيات) هي من اختصاص و مهام الوزارة الوصية، و ذلك بنسبة 62.07 % . إلى جانب التأكيد على الخلط الذي حصل في التفريق بين المصطلحين كما تدل على ذلك نسبة 31.66 % .

الجدول رقم 57 : سؤال مفتوح حول المحور الثاني

إذا كانت الإجابة كلها بالنفي برأيكم لماذا ؟		
1) الموازنات هي نفسها ميزانية التجهيز و ميزانية التشغيل	101	% 31.66
2) صعبة التطبيق، لا يمكن تطبيقها	20	% 6.26
3) أمر يخص الوزارة، الوصاية	198	% 62.07

IX .3. 2 محور لوحة القيادة

خصصنا هذا المحور للوقوف على حقيقة وجود لوحة القيادة، باعتبارها وسيلة فعالة في متابعة و قيادة تحقيق الأهداف. كما حاولنا أيضا معرفة مستويات تواجد لوحة القيادة. وقد تم التركيز في هذا المحور على محتوى لوحة القيادة و نوع المعطيات الموجودة فيها، وحرصنا على معرفة الدورة (المدة المستغرقة) التي تستعمل في جمعها و نشرها.

أ) وجود لوحة القيادة

إن عدم وجود لوحة قيادة تم تأكيده بنسبة 59.87 % ، و يزداد الأمر وضوحا حول عدم وجود لوحة للقيادة عند جمع النسبتين اللتين تمثلان الإجابة بِـ (لا) و الإجابة بعبارة (بدون إجابة) لتصل بذلك درجة عدم المعرفة بلوحة القيادة إلى نسبة 94.98 % .

الجدول رقم 58 : سؤال عن وجود لوحة القيادة

هل لديكم لوحة قيادة ؟					
نعم		**لا**		**بدون إجابة**	
العدد	**النسبة**	**العدد**	**النسبة**	**العدد**	**النسبة**
16	% 5.01	191	% 59.87	112	% 35.11

تجدر الإشارة أنه أثناء مقابلتنا لبعض رؤساء المصالح و بعض الإداريين و المسيرين فقد شرح لنا بعضهم أنهم يقومون بإعداد بعض الجداول و بعض النسب في أوقات و مناسبات قليلة و معروفة كعدد اللقاحات أثناء حملات التلقيح و التطعيم ضد بعض الأمراض، و كذلك إعداد بعض النسب التي تعكس عدد لدغات العقارب وغيرها. وربما هذا ما يفسر وجود نسبة 5.01 % ممن يعتبره بعضهم بمثابة لوحة قيادة. كما هو واضح فان ما يقصده هؤلاء يختلف تماما عن لوحة القيادة. حيث أن أول و أهم مكون لها غير متوفر و هو الجانب المقدر.

ب) مستوى تواجد لوحة القيادة

لم يختلف الذين أجابوا على هذا السؤال بشكل كبير فيما بينهم، حيث أنهم أجابوا بنسبة

93.73 % على أنهم (بدون إجابة). مما يسمح باستنتاج أن مستويات تواجد لوحة القيادة غير موجودة و بالتالي فان هذا يعتبر نتيجة منطقية لاستنتاج السؤال السابق.

الجدول رقم 59 : سؤال عن مستوى تواجد لوحة القيادة

على أي مستوى توجد لوحة القيادة ؟									
المصالح العيادية		المصالح الطبية و التقنية		المصالح الإدارية		مصالح الإمداد		بدون إجابة	
العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة
11	% 3.44	9	% 2.83	0	% 0	0	% 0	299	% 93.73

كما أن نسبة من أجابوا أن لوحة القيادة متوفرة على مستوى المصالح العيادية وهم بنسبة 3.44 % ، و كذلك الذين قالوا أن لوحة القيادة متوفرة على مستوى المصالح التقنية و الطبية و هم بنسبة 2.83 % فهم ربما ممن تم الإشارة إليهم من الذين يقومون بإعداد بعض الجداول و النسب التي تمثل ما يشبه لوحة القيادة في رأيهم.

ج) محتوى لوحة القيادة و نوع المعطيات و الدورية المتبعة في جمع لوحة القيادة كما هو مبين في الجدول أدناه فان الإجابة على الأسئلة الثلاثة و المتعلقة بمحتوى لوحة القيادة مثله مثل الإجابة على كل من نوعية المعلومات التي تحتوي عليها هذه اللوحة و كذلك المدة و الدورة التي تتبعها لوحة القيادة، إذ جاءت كل الإجابات باستعمال عبارة (بدون إجابة) مما يعني انه ليست لهؤلاء أي فكرة عن هذه الأسئلة، و هو ما يمكن اعتباره كتأييد لما تم استنتاجه سابقا من عدم استعمال للوحة القيادة في المستشفيات العمومية بالطريقة العلمية الواجب إتباعها.

الجدول رقم 60 : سؤال عن محتوى لوحة القيادة و نوع المعطيات و الدورية جمع لوحة القيادة

ما هو محتوى لوحة القيادة ؟		ما نوع معطيات لوحة القيادة لديكم ؟		ما هي الدورية التبعة في لوحة القيادة ؟	
بدون إجابة		بدون إجابة		بدون إجابة	
العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة
269	% 100	283	% 100	294	% 100

إن نوع الإجابة على الأسئلة الثلاثة هذه كما هو مبين في الجدول يجعلنا نتردد حيال تفسير النتائج. فإلى جانب المعنى الذي تدل علية العبارة التي استخدمها أفراد العينة في الإجابة و الذي

اشرنا إليه سابقا، و الذي نؤكد عليه هنا أيضا، فإننا نبقي على احتمال أن أفراد المجموعة قد فهموا أن الأسئلة تقنية و أنها لا تخصهم.

د) السؤال المفتوح

تبين إجابات السؤال المفتوح أن لوحة القيادة أداة غير معروفة بالنسبة إلى أفراد العينة و ذلك بنسبة 65.20 % . كما أن هناك نسبة 30.73 % من المستجوبين يرون أن لوحة القيادة هي من مهام الوزارة الوصية.

الجدول رقم 61 : سؤال مفتوح حول المحور الثالث

إذا كانت الإجابة كلها بالنفي برأيكم لماذا ؟		
1) لوحة القيادة غير معروفة	208	% 65.20
2) صعبة التطبيق، لا يمكن تطبيقها، معقدة	13	% 4.07
3) أمر يخص الوزارة الوصية	98	% 30.73

IX .2 .4 محور مكانة مراقبة التسيير

للوقوف على واقع وجود مراقبة التسيير في المؤسسات العمومية الاستشفائية و الجوارية فقد تناولنا في المحور الرابع من استمارة الأسئلة نقطتين ، حيث تطرقت الأولى إلى معرفة من يقوم بمراقبة التسيير داخل المستشفيات، في حين يدور التساؤل الثاني حول من يشارك في تحديد أهداف المستشفى.

أ) وظيفة مراقبة التسيير

قصدنا من هذا السؤال استيضاح حول من يقوم بمراقبة التسيير بشكل عام في المؤسسات العمومية الاستشفائية و الجوارية. الملفت في إجابات أفراد العينة أنها تجمع كلها على انه ليس مراقب التسيير هو من يقوم بذلك. تجدر الإشارة أن العديد من أفراد العينة المدروسة طلبوا شرحا لمعنى مراقبة التسيير و المهام و الدور الذي يقوم به وذلك أثناء العديد من المقابلات التي جمعتنا بهم ، و بالرغم من ذلك جاءت إجابتهم بنسبة 93.10 % بعبارة (بدون إجابة).

الجدول رقم 62 : سؤال عن من يقوم بوظيفة مراقبة التسيير

من يقوم بمراقبة التسيير لديكم ؟							
الإدارة العليا		الإطارات العليا		مراقب التسيير		بدون إجابة	
العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة
14	% 4.39	8	% 2.51	0	% 0	297	% 93.10

ب) المشاركة في تحديد الأهداف

أجاب ما نسبته 2.82 % بأن المصالح الإدارية هي التي تشارك في تحديد أهداف المؤسسة. وقد جاءت الردود على هذا السؤال بعبارة (بدون إجابة) بنسبة 97.18 % و هي نسبة كبيرة جدا.

الجدول رقم 63 : سؤال عن المشاركة في تحديد الأهداف

من يشارك في تحديد أهداف مؤسستكم ؟							
المصالح الطبية		المصالح الإدارة		مراقب التسيير		بدون إجابة	
العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة
0	%0	9	% 2.82	0	% 0	310	% 97.18

لا يمكن فهم هذه النسبة الكبيرة إلا من خلال أخذها مع الإجابات التي ذكرها الذين أجابوا على الجزء الثاني من السؤال أي عبارة (آخرون اذكرهم)، فقد أجاب 153 أن الذي يحدد و يشارك في تحديد الأهداف هي مديرية الصحة على مستوى الولايات، في حين أجاب 142 منهم قائلا أن الأهداف تحدد كذلك على مستوى الوزارة الوصية. من بين المجيبين على السؤال (آخرون اذكرهم) من أعطى إجابة تضم العبارتين معا أي على مستوى كل من، مديرية الصحة بالولايات و الوزارة الوصية.

IX .3 اختبار فرضيات الدراسة في المستشفيات العمومية الجزائرية

بعد الانتهاء من معالجة البيانات الخاصة بتحليل واقع وجود مراقبة التسيير في المستشفيات محل الدراسة، قمنا باختبار فرضيات الدراسة من خلال المعالجة الإحصائية باستخدام برنامج جملة الحزم للمعطيات الاجتماعية

IX .3 .1 فرضيات الدراسة

استهدفت الدراسة الحالية اختبار مجموعة من الفرضيات على النحو التالي :

الفرضية الأولى: تخص حقيقة وجود مراقبة التسيير وكيفية تطبيقها في المؤسسات العمومية للصحة سواء الاستشفائية منها أو الجوارية، من خلال التساؤل حول الفرق بين **مراقبة التسيير الموجودة في المستشفيات و بين المراقبة التي يجب أن تكون.**

H_0 : لا توجد فروق جوهرية بين واقع **مراقبة التسيير** السائد حالياً في **المستشفيات العمومية** وبين **مراقبة التسيير** الواجب توافرها لزيادة **كفاءة و فعالية المستشفيات العمومية** في الجزائر.

الفرضية الثانية: تتعلق بكيفية و مدى تأثير خصائص الخدمات الصحية في المستشفيات العمومية على المبادئ و الأسس التي بني عليها النموذج التقليدي لمراقبة التسيير،علما أن هذه المبادئ ترجع إلى أصول مالية محاسبية لمؤسسات صناعية.

H_0 : لا توجد فروق جوهرية بين **تأثير خصائص الخدمات الصحية في مستشفيات العمومية على مبادئ و فرضيات مراقبة التسيير التقليدية و** بين تأثير الإجراءات الأخرى لإنتاج الخدمة.

الفرضية الثالثة: تخص التعديلات و التغييرات التي يجب أن تمس طرق و سياقات مراقبة التسيير حتى تصبح هذه الأخيرة قادرة على استيعاب إجراءات الأنشطة الاستشفائية في مؤسسات الصحة العمومية، و حتى تصبح هذه الإجراءات و الأنشطة ذات كفاءة و فعالية

H_0 : لا توجد فروق جوهرية بين **التعديلات التي يجب إدخالها على مراقبة التسيير التقليدية** و بين السياقات الحالية **لمراقبة التسيير** لأنشطة المستشفيات **العمومية** في الجزائر.

الفرضية الرابعة: تتعلق بالاختلاف بين أنواع المؤشرات قياس الأداء في المؤسسات الخدمية و خاصة المستشفيات و بين أنواع المؤشرات التي تستعمل عادة من طرف مراقبة التسيير في قياس الأداء في باقي الأنشطة الأخرى.

H_0 : لا توجد فروق جوهرية بين **مؤشرات قياس أداء الخدمات في المستشفيات العمومية** و بين المؤشرات الحالية لقياس الأداء في **المستشفيات العمومية** الجزائرية.

الفرضية الأولى: لا توجد فروق جوهرية بين واقع **مراقبة التسيير** السائدة حالياً في **المستشفيات العمومية** وبين **مراقبة التسيير** الواجب توافرها لزيادة **كفاءة و فعالية المستشفيات العمومية** الجزائرية.

الجدول رقم 64 : اختبار الفرضية الأولى

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
H1	319	1.3914	.7598	3.291E-02

One-Sample Test

	Test Value = 3.5					
					95% Confidence Interval of the Difference	
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Lower	Upper
H1	-63.997	318	.000	-2.1201	-2.1894	-2.1054

يتضح من الجدول (64) أن متوسط إجابات العاملين بالمؤسسات العمومية الاستشفائية عن مراقبة التسيير المطبقة عندهم يساوي 1.3914 درجة وهو أقل من المتوسط المقبول(Test Value) الذي يساوي 3.5 درجة، ويتضح من الجدول أن احتمال t المحسوب Sig (2-tailed) يساوي 0.000 وهو أقل من مستوى المعنوية المستخدم (0.05) وعلى هذا الأساس نرفض فرضية العدم، ونقبل الفرضية البديلة المصاغة على النحو الآتي:

توجد فروق جوهرية بين واقع **مراقبة التسيير** السائدة حالياً في **المستشفيات العمومية** وبين **مراقبة التسيير** الواجب توافرها لزيادة **كفاءة و فعالية المستشفيات العمومية** الجزائرية.

ويوضح الجدول (65) متوسطات الدرجات المتعلقة بمتغيرات الفرضية الأولى، و الذي يظهر قيم متوسط الدرجات لكل متغير، وحيث أنها بقيت دون المتوسط المقبول، بالرغم من التفاوت بين قيم المتغيرات.

الجدول رقم 65 : متوسطات الدرجات المتعلقة بمتغيرات الفرضية الأولى

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
العبارة 1	319	1.9121	1.2112	5.264E-02
العبارة 2	319	1.9210	1.2845	4.994E-02
العبارة 3	319	1.8976	.8741	3.264E-02
العبارة 4	319	1.5124	.5166	1.898E-02
العبارة 5	319	1.3167	.4997	1.321E-02
العبارة 6	319	1.1812	.6312	2.872E-02
العبارة 7	319	1.120	1.1945	2.693E-02
العبارة 8	319	1.1785	1.8675	5.631E-02
العبارة 9	319	1.4142	1.9412	4.123E-02
العبارة 10	319	1.117	.8483	2.888E-02
العبارة 11	319	1.1435	.7128	4.121E-02
العبارة 12	319	1.142	.6324	2.997E-02

تسمح مراقبة التسيير السائدة حالياً في المستشفيات العمومية بـما يلي:

- العبارة 1 : التحديد واضح للأهداف الصحية و الإدارية؛
- العبارة 2 : جعل الأهداف قابلة للقياس الكمي؛
- العبارة 3 : جعل درجة تحديد الإجراءات المناسبة للعمل أو الأعمال التي تتم حسب مراحل الأداء ممكنة؛
- العبارة 4 : التحديد الدقيق و الواضح للعمال و الأنشطة المطلوبة لتحقيق الأهداف المخططة؛
- العبارة 5 : التحديد الواضح للسلطات و المسئوليات؛
- العبارة 6 : الالتزام التام بمبدأ وحدة مصدر الأمر و التسلسل الإداري؛
- العبارة 7 : الالتزام الكلي بمبدأ تفويض السلطة؛
- العبارة 8 : تحديد إجراءات استهلاك الموارد و صرف الأدوية في سياقات واضحة ودقيقة؛
- العبارة 9 : أن تتم المتابعة و المراقبة بصفة دورية؛
- العبارة 10 : تمكين مختلف الفاعلين في مستشفاكم من تقييم النشاط الخدمات الصحية؛

- العبارة 11 : إمكانية الوقوف على النتائج و الآثار المتولدة عن الإجراءات التصحيحية المقترحة؛
- العبارة 12 : إيجاد الملائمة بين الأهداف المقدرة و الوسائل اللازمة لتحقيقها.

الجدول رقم 66: اختبار معنوية الفروق المتعلقة بمتغيرات الفرضية الأولى

One-Sample Test

	Test Value = 3.5					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
العبارة 1	-30.111	318	.000	-1.6323	-1.6710	-1.4721
العبارة 2	-28.321	318	.000	-1.5952	-1.6891	-1.4333
العبارة 3	-68.562	318	.000	-1.5233	-1.6999	-2.1304
العبارة 4	-65.941	318	.000	-2.2252	-2.4235	-2.1302
العبارة 5	-97.682	318	.000	-2.232	-2.3251	-2.2102
العبارة 6	-112.41	318	.000	-2.3033	-2.8228	-2.2902
العبارة 7	-81.122	318	.000	-2.1812	-2.5954	-2.1302
العبارة 8	-78.357	318	.000	-2.1794	-2.3312	-2. 1269
العبارة 9	-75.565	318	.000	-2.3854	-2.5128	-2.2202
العبارة 10	-66.142	318	.000	-2.4562	-2.5621	-2.3788
العبارة 11	-87.511	318	.000	-2.3691	-2.3895	-2.2911
العبارة 12	-61.852.	318	.000	-2.4723	-2.6123	-2.3256

كما يتضح من الجدول (66) الذي يبين اختبار معنوية الفروق المتعلقة بمتغيرات الفرضية الأولى أن جميع هذه الفروق جوهرية لأن احتمال الاختبار المحسوب أقل من مستوى المعنوية المستخدم (0.05)، و ما يمكن استنتاجه من خلال قيم الجدولين السابقين هو أن المتغيرات الاثني عشرة التي تم الاستفسار عنها غير متوفرة بالمستشفيات العمومية موضع الدراسة.

الفرضية الثانية: لا توجد فروق جوهرية بين **تأثير خصائص الخدمات الصحية في مستشفيات العمومية على مبادئ و فرضيات مراقبة التسيير التقليدية و** بين تأثير الإجراءات الأخرى لإنتاج الخدمة.

الجدول رقم 67: اختبار الفرضية الثانية

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
H2	319	1.7312	1.0289	8.615E-02

One-Sample Test

	Test Value = 3.5					
					95% Confidence Interval of the Difference	
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Lower	Upper
H2	-20.798	318	.000	-1.7687	-1.8992	-1.6111

يتضح من الجدول (67) أن متوسط إجابات مختلف العاملين بالمؤسسات العمومية الاستشفائية عن **تأثير خصائص الخدمات الصحية في مستشفيات القطاع العام على مبادئ و فرضيات مراقبة التسيير التقليدية** يساوي 1.7312 درجة وهو أقل من المتوسط المقبول الذي يساوي 3.5 درجة، ويتضح من الجدول أن احتمال t المحسوب Sig (2-tailed) يساوي 0.000 وهو أقل من مستوى المعنوية المستخدم (0.05) وعلى هذا الأساس نرفض فرضية العدم، ونقبل الفرضية البديلة المصاغة على النحو الآتي:

توجد فروق جوهرية بين **تأثير خصائص الخدمات الصحية في مستشفيات العمومية على مبادئ و فرضيات مراقبة التسيير التقليدية و** بين تأثير إجراءات الأخرى لإنتاج الخدمة.

ويوضح الجدول (68) متوسطات الدرجات المتعلقة بمتغيرات الفرضية الثانية، حيث يمكن ملاحظة انخفاض متوسطات متغيرات الفرضية الثانية عن متوسط المقياس المستخدم (3.5) بدرجات متفاوتة.

الجدول رقم 68: متوسطات الدرجات المتعلقة بمتغيرات الفرضية الثانية

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
العبارة 13	319	1.7112	1.0112	9.062E-02
العبارة 14	319	1.6987	1.3145	9.092E-02
العبارة 15	319	1.7280	.8741	6.112E-02
العبارة 16	319	1.5124	.5166	0.2134
العبارة 17	319	2.4567	.4997	0.1075
العبارة 18	319	2.1812	.6312	9.157E-02
العبارة 19	319	1.7521	1.5241	9.814E-02
العبارة 20	319	1.8725	1.4358	0.1454
العبارة 21	319	1.4142	1.2951	9.936E-02
العبارة 22	319	1.2117	.8483	4.361E-02
العبارة 23	319	1.1325	.7128	3.962E-02

تؤثر خصائص الخدمات الصحية في المستشفيات العمومية على مبادئ مراقبة التسيير الحالية من خلال:

- العبارة 13 : جعل طرق تقييم نتائج العملية العلاجية ممكن و بسهولة؛
- العبارة 14 : إيجاد مسار موحد و نمطي لتقديم خدمات العلاج و العناية الصحية؛
- العبارة 15 : التحديد واضح ومعروف مسبقا للعلاقة بين النشاط ألاستشفائي و الموارد اللازمة لذلك؛
- العبارة 16 : تمكين القائمين على النشاط ألاستشفائي بالتنبؤ به من خلال الوسائل التي تدخل في تحقيقه؛
- العبارة 17 : تمكين مختلف الفاعلين في المستشفيات القيام بتقدير حجم نشاطاتهم بالكمية و القيمة؛
- العبارة 18 : أن لا يشكل الاختلاف في الانتماء المهني بين المهنيين وغير المهنيين أي باعث على الاضطراب في تفويض السلطة؛
- العبارة 19 : قياس نتائج الأنشطة الصحية لحظة الانتهاء من تقديمها بالرغم من كونه في الغالب غير ملموسة؛
- العبارة 20 : تقييم تأثير مشاركة المريض في جميع مراحل العملية العلاجية على المنتوج النهائي؛

- العبارة 21 : تقييم نتائج النشاط الاستشفائي بالرغم من عدم وجود حدود لبعض أنشطة العناية الصحية؛
- العبارة 22 : تحديد المسئولية في أنشطة العناية الصحية بالرغم من تدخل العديد من المهارات، و التخصصات و التخصصات الدقيقة، فضلا عن الممرضين، و المعاونين؛
- العبارة 23 : إيجاد مراكز المسئولية بالرغم من عدم نمطية العملية العلاجية التي يخضع لها المرض.

الجدول رقم 69: اختبار معنوية الفروق المتعلقة بمتغيرات الفرضية الثانية

One-Sample Test

	Test Value = 3.5					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
العبارة 13	-20.162	318	.000	-1.9012	-2.1045	-1.6542
العبارة 14	-19.510	318	.000	-1.8487	-2.0016	-1.5986
العبارة 15	-18.981	318	.000	-1.7856	-1.9536	-1.4102
العبارة 16	-32.811	318	.000	-2.0137	-2.1349	-1.8952
العبارة 17	-31.996	318	.000	-2.2101	-2.4522	-2.1102
العبارة 18	-7.546	318	.000	-1.0298	-1.3241	-.7655
العبارة 19	-17.312	318	.000	-1.6989	-1.9423	-1.4521
العبارة 20	-16.016	318	.000	-1.6918	-1.9652	-1.5225
العبارة 21	-17.301	318	.000	-1.8567	-2.1021	-1.7852
العبارة 22	-54.123	318	.000	-2.3699	-2.4564	-2.1248
العبارة 23	-54.217	318	.000	-2.7001	-2.8125	-2.3521

كما هو مبين من الجدول (69) المتعلق باختبار معنوية الفروق المتعلقة بمتغيرات الفرضية الثانية، فقد وجدنا أن جميع هذه الفروق جوهرية لأن احتمال الاختبار المحسوب أقل من مستوى المعنوية المستخدم (0.05)، مما يسمح لنا باستنتاج أن خصائص إجراءات و سياقات النشاط العلاجي في المستشفيات العمومية تؤثر على مبادئ مراقبة التسيير لكننا لم نلمس ذلك في المستشفيات محل البحث.

الفرضية الثالثة: لا توجد فروق جوهرية بين **التعديلات والتغييرات التي يجب إدخالها على مراقبة التسيير التقليدية** و بين السياقات الحالية **لمراقبة التسيير** في الأنشطة الاستشفائية للمؤسسات **العمومية للصحة** في الجزائر.

الجدول رقم 70: اختبار الفرضية الثالثة

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
H3	319	1.3112	.7598	3.301E-02

One-Sample Test

	Test Value = 3.5					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
H3	-64.101	318	.000	-2.1321	-2.1967	-2.1012

يتضح من الجدول (70) أن متوسط إجابات العاملين بالمؤسسات العمومية للصحة عن **التعديلات والتغيرات التي يجب إدخالها على مراقبة التسيير التقليدية** يساوي 1.3112 درجة وهو أقل من المتوسط المقبول الذي يساوي 3.5 درجة، ويتضح من الجدول أن احتمال t المحسوب Sig (2-tailed) يساوي 0.000 وهو أقل من مستوى المعنوية المستخدم (0.05) وعلى هذا الأساس نرفض فرضية العدم، ونقبل الفرضية البديلة المصاغة على النحو الآتي:

توجد فروق جوهرية بين **التعديلات والتغييرات التي يجب إدخالها على مراقبة التسيير التقليدية** و بين السياقات الحالية **لمراقبة التسيير** في الأنشطة الاستشفائية للمؤسسات **العمومية للصحة** في الجزائر.

الجدول رقم 71: متوسطات الدرجات المتعلقة بمتغيرات الفرضية الثالثة

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
العبارة 24	319	1.8991	1.1959	5.191E-02
العبارة 25	319	1.9157	1.1995	4.889E-02
العبارة 26	319	1.9806	.8974	3.151E-02
العبارة 27	319	1.4987	.4985	1.986E-02
العبارة 28	319	1.3211	.5114	1.341E-02
العبارة 29	319	1.2013	.6298	2.912E-02
العبارة 30	319	1.5149	1.2123	2.572E-02
العبارة 31	319	1.2489	1.9212	5.711E-02
العبارة 32	319	1.4546	1.8999	4.243E-02
العبارة 33	319	1.1231	.9227	2.918E-02
العبارة 34	319	1.1852	.7235	4.233E-02
العبارة 35	319	1.1742	.6541	2.852E-02

التعديلات على مراقبة التسيير المعمول بها حاليا تسمح بِـ :

- العبارة 24 : بلورة رؤية إستراتيجية لرسالة المستشفى على المدى الطويل؛
- العبارة 25 : تحديد مخططات عمليات للربط بين الأنشطة الإستراتيجية و الأنشطة التشغيلية؛
- العبارة 26 : تحديد أهداف واضحة لأنشطة العناية الصحية؛
- العبارة 27 : تحديد الوسائل الملائمة لتحقيق الأهداف المحددة سلفا؛
- العبارة 28 : تحديد آليات و طرق الحصول على الموارد بشكل اقتصادي؛
- العبارة 29 : ضمان استعمال الموارد بكفاءة من طرف الأفراد العاملين بالمستشفى؛
- العبارة 30 : تنميط عملية إنتاج العناية الصحية و العلاجية؛
- العبارة 31 : الربط بين الوسائل و النتائج (الإنتاجية)؛
- العبارة 32 : طرق حساب سعر التكلفة للمريض؛
- العبارة 33 : تقييم مخرجات أنشطة المؤسسات الاستشفائية من ناحية الكفاءة و الفعالية؛
- العبارة 34 : تحديد مفهوم المنتوج في المستشفى؛
- العبارة 35 : أخذ متطلبات الخدمة العمومية في الحسبان.

الجدول رقم 72 : اختبار معنوية الفروق المتعلقة بمتغيرات الفرضية الثالثة

One-Sample Test

	Test Value = 3.5					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
العبارة 24	-29.859	318	.000	-1.5422	-1.5682	-1.5172
العبارة 25	-29.122	318	.000	-1.6213	-1.6145	-1.5543
العبارة 26	-67.997	318	.000	-1.4986	-1.5869	-2.1241
العبارة 27	-66.012	318	.000	-2.3124	-2.3785	-2.1445
العبارة 28	-98.256	318	.000	-2.1987	-2.2548	-2.1111
العبارة 29	-113.11	318	.000	-2.2951	-2.7888	-2.0122
العبارة 30	-80.999	318	.000	-2.2452	-2.6023	-2.1239
العبارة 31	-77.869	318	.000	-2.274	-2.3895	-2. 1367
العبارة 32	-76.101	318	.000	-2.288	-2.4896	-2.201
العبارة 33	-65.211	318	.000	-2.5452	-2.5772	-2.3269
العبارة 34	-88.365	318	.000	-2.491	-2.695	-2.1914
العبارة 35	-87.82	318	.000	-2.5108	-2.7423	-2.2017

يتضح من الجدول (72) الخاص باختبار معنوية الفروق المتعلقة بمتغيرات الفرضية الثالثة انخفاض المتوسطات التي حصلت عليها متغيرات هذه الفرضية عن متوسط المقياس المستخدم (3.5) بدرجات متفاوتة، كما يتضح أن جميع هذه الفروق جوهرية لأن احتمال الاختبار المحسوب أقل من مستوى المعنوية المستخدم (0.05)، مما يسمح بالاستنتاج بعدم ملائمة أو عدم القيام بالتعديلات التي يجب إدخالها على الطرق و الأساليب مراقبة التسيير الحالية على مستوى المستشفيات العمومية محل البحث.

الفرضية الرابعة: لا توجد فروق جوهرية بين **مؤشرات قياس أداء الخدمات في المستشفيات العمومية وبين المؤشرات الحالية لقياس الأداء في المستشفيات العمومية الجزائرية.**

الجدول رقم 73 : اختبار الفرضية الرابعة

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
H4	319	1.4897	1.1012	4.124E-02

One-Sample Test

	Test Value = 3.5					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
H4	-62.788	318	.000	-2.7531	-2.8124	-2.3251

يتضح من الجدول (73) أن متوسط إجابات العاملين بالمؤسسات العمومية الاستشفائية عن **مؤشرات قياس أداء الخدمة في مستشفيات القطاع العام** يساوي 1.4897 درجة وهو أقل من المتوسط المقبول(Test Value) الذي يساوي 3.5 درجة، ويتضح من الجدول أن احتمال t المحسوب Sig (2-tailed) يساوي 0.000 وهو أقل من مستوى المعنوية المستخدم (0.05) وعلى هذا الأساس نرفض فرضية العدم، ونقبل الفرضية البديلة المصاغة على النحو الآتي:

توجد فروق جوهرية بين **مؤشرات قياس أداء الخدمات في المستشفيات العمومية** و بين المؤشرات الحالية لقياس الأداء في **المستشفيات العمومية** الجزائرية.

الجدول رقم 74 : متوسطات الدرجات المتعلقة بمتغيرات الفرضية الرابعة

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mea
العبارة 36	319	1.8998	1.3011	5.124E-02
العبارة 37	319	1.8789	1.3307	4.924E-02
العبارة 38	319	1.8142	.9185	4.824E-02
العبارة 39	319	1.6147	.4959	3.224E-02
العبارة 40	319	1.3215	1.2647	2.127E-02
العبارة 41	319	1.2456	1.5089	1.345E-02
العبارة 42	319	1.2132	1.9839	2.755E-02
العبارة 43	319	1.2145	1.0325	2.671E-02
العبارة 44	319	1.5121	1.7876	4.545E-02
العبارة 45	319	1.1254	1.9337	5.611E-02
العبارة 46	319	1.124	.8541	4.111E-02
العبارة 47	319	1.487	.7792	3.544E-02
العبارة 48	319	1.2546	1.9592	2.951E-02
العبارة 49	319	1.3215	.9818	4.221E-02
العبارة 50	319	1.584	1.9368	3.897E-02
العبارة 51	319	1.987	1.9247	3.001E-02

تسمح مؤشرات قياس الأداء السائدة حالياً في المستشفيات العمومية بـِ :

- العبارة 36 : التحديد الدقيق لنسبة الإنفاق الدوائي إلى الإنفاق الصحي؛
- العبارة 37 : حساب متوسط نصيب الفرد من الخدمات الصحية سواء على المستوى المستشفى و الولاية و الوطن؛
- العبارة 38 : حساب معدل تكلفة السرير؛
- العبارة 39 : بمعرفة المستشفى ذو النسبة المئوية الضعيفة للمرضى الذين حدثت لهم تعقيدات؛
- العبارة 40 : معرفة مدى مراعاة النظام الرقابي للجوانب النفسية و السلوكية للعاملين في المستشفى؛
- العبارة 41 : معرفة المستشفى الذي يجري اتصالات مع مؤسسات أخرى لضمان المتابعة و حسن الاطلاع؛
- العبارة 42 : تحديد وقت الانتظار الأقصر بالنسبة للجراحة المبرمجة؛

- العبارة 43 : تبيين كفاءة و مهارة القائمين بالتنبؤ في النشاط الاستشفائي؛
- العبارة 44 : إظهار كفاءة نظم الاتصال السائدة؛
- العبارة 45 : إبراز كفاءة نظم اتخاذ القرارات؛
- العبارة 46 : تحديد مدى كفاءة الهيكل التنظيمي؛
- العبارة 47 : معرفة مدى أهمية الشكاوى من طرف العمال و الموظفين أو من طرف المستعملين للمؤسسات الاستشفائية؛
- العبارة 48 : تبيين مدي القدرة على تحقيق معدلات الأداء المطلوبة في الوقت المطلوب؛
- العبارة 49 : إظهار قدرة القائد أو الرئيس على التصرف في المواقف الحرجة بأقل قدر ممكن من الخسائر؛
- العبارة 50 : حجم و طبيعة و نوع التنظيمات غير الرسمية، الشللية (clan)، و التكتلات غير الرسمية؛
- العبارة 51 : تحديد المستشفى الذي يقدم عناية (العلاج) ممتازة من الناحية التقنية.

الجدول رقم 75 : اختبار معنوية الفروق المتعلقة بمتغيرات الفرضية الرابعة

One-Sample Test

	Test Value = 3.5					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
العبارة 36	-29.989	318	.000	-1.9421	-2.1060	-1.1380
العبارة 37	-29.512	318	.000	-1.4373	-1.6221	-1.3221
العبارة 38	-28.212	318	.000	-1.5783	-1.9361	-1.2397
العبارة39	-67.942	318	.000	-2.5392	-2.7543	-2.2676
العبارة40	-65.237	318	.000	-2.5304	-2.7833	-2.3073
العبارة 41	-96.967	318	.000	-2.0292	-2.8290	-1.5368
العبارة 42	-111.59	318	.000	-2.7397	-2.9535	-2.4504
العبارة 43	-110.32	318	.000	-2.1944	-2.4955	-1.9434
العبارة 44	-83.290	318	.000	-2.1309	-2.3392	-1.9987
العبارة 45	-80.382	318	.000	-2.0752	-2.6945	-1.6125
العبارة 46	-79.960	318	.000	-2.7257	-2.9583	-2.3968
العبارة 47	-67.456	318	.000	-2.4201	-2.7460	-2.1380
العبارة 48	-63.986	318	.000	-2.3730	-2.6215	-2.0131
العبارة 49	-85.212	318	.000	-2.5737	-2.7361	-2.1717
العبارة 50	-86.925	318	.000	-2.7392	-2.9543	-2.3916
العبارة51	-59.237	318	.000	-2.5310	-2.7833	-2.1073

يتضح من الجدول (75) المتعلق باختبار معنوية الفروق المتعلقة بمتغيرات الفرضية **الرابعة** انخفاض المتوسطات التي حصلت عليها متغيرات الفرضية الرابعة عن متوسط المقياس المستخدم (3.5) بدرجات متفاوتة، كما يتضح أن جميع هذه الفروق جوهرية لأن احتمال الاختبار المحسوب أقل من مستوى المعنوية المستخدم (0.05)، مما يعني أن المؤشرات المطبقة حاليا لا تمكن من تقييم أداء الخدمات الاستشفائية بالشكل و المضمون المطلوبين في المستشفيات العمومية محل البحث.

IX .3 .2 مناقشة نتائج الدراسة

بينت نتائج الدراسة ما يلي:

1. يمكن ملاحظة فارق بين إجراءات مراقبة التسيير السائدة حالياً في المستشفيات العمومية الجزائرية محل البحث والإجراءات الواجب توافرها لزيادة **كفاءة و فعالية المستشفيات العمومية** من حيث:

- انخفاض قدرة الأدوات على تحديد الأهداف الصحية و الإدارية بشكل واضح، العجز في جعل الأهداف قابلة للقياس الكمي وكذلك وانخفاض مدى ملائمة إجراءات مراقبة التسيير الحالية على تحديد إجراءات استهلاك الموارد و صرف الأدوية في سياقات واضحة ودقيقة، وكذلك تدني درجة تمكين مختلف الفاعلين في المستشفيات محل الدراسة من تقييم نشاط الخدمات الصحية، أو أن تتم المتابعة و المراقبة بصفة دورية، أو حتى إمكانية الوقوف على نتائج و الآثار المتولدة عن الإجراءات التصحيحية المقترحة؛
- كما اتضح أن إجراءات مراقبة التسيير السائدة في مؤسسات الصحة العمومية التي تم دراستها أبعد ما يكون على أن تسمح بالتحديد الواضح للسلطات و المسئوليات، أو الالتزام التام بمبدأ وحدة مصدر الأمر و التسلسل الإداري، وكذلك لا تسمح بالالتزام الكلي بمبدأ تفويض السلطة؛
- كما تعاني إجراءات مراقبة التسيير المعمول بها من عجز في إيجاد الملائمة بين الأهداف المقدرة و الوسائل اللازمة لتحقيقها، أو التحديد الدقيق و الواضح للعمال والأنشطة المطلوبة لتحقيق الأهداف المخططة، وكذلك لا تسمح بتحديد الإجراءات المناسبة للعمل أو الأعمال التي تتم حسب مراحل الأداء ممكنة.

2. أفضت اختبارات الفرضية الثانية إلى وجود **تأثير واضح لخصائص الخدمات الصحية** في المستشفيات العمومية على **مبادئ مراقبة التسيير المطبقة حاليا في المؤسسات العمومية للصحة** محل الدراسة، حيث يمكن أن يتضح ذلك من خلال المتغيرات التي تناولتها الفرضية الثانية على النحو التالي:

- جعل طرق تقييم نتائج العملية العلاجية صعبة و معقدة، كذلك تظهر تأثيرات هذه الخصائص إلى درجة إحداث عجز شبه تام على إيجاد مسار موحد و نمطي لتقديم خدمات العلاج و العناية الصحية في المؤسسات العمومية للصحة محل الدراسة. كما أدت هذه

التأثيرات إلى تدني القدرة على التحديد واضح ومعروف مسبقا للعلاقة بين النشاط ألاستشفائي و الموارد اللازمة لذلك؛

- كما يتجلى هذا التأثير لخصائص الأنشطة الاستشفائية في العجز الكبير لعدم تمكين القائمين على النشاط ألإستشفائي بالتنبؤ به من خلال الوسائل التي تدخل في تحقيقه. مما ينتج عنه عدم قدرة مختلف الفاعلين في المستشفيات على القيام بتقدير حجم نشاطاتهم بالكمية و القيمة؛

- كما تمتد تأثيرات هذه الخصائص إلى جعل تأثير الاختلاف في الانتماء المهني بين المهنيين وغير المهنيين و اعتباره باعث على الاضطراب في تفويض السلطة. و كذلك عدم إمكانية تحديد المسئولية في أنشطة العناية الصحية كنتيجة لتدخل العديد من المهارات، و التخصصات و التخصصات الدقيقة، فضلا عن الممرضين، و المعاونين. كما يمتد هذا التأثير إلى إضعاف إمكانيات إيجاد مراكز المسئولية التي هي أهم مرتكزات محاسبة المسؤولية، و هي نتيجة واضحة و تتابع منطقي لتأثير عدم نمطية العملية العلاجية التي يخضع لها المريض؛

- كذلك يظهر تأثير هذه الخصائص على عدم القدرة على تقييم تأثير مشاركة المريض في جميع مراحل العملية العلاجية على (العلاج) باعتباره المنتوج النهائي. و على تقييم نتائج النشاط الإستشفائي كنتيجة لعدم وجود حدود لبعض أنشطة العناية الصحية.

3. من خلال اختبار الفرضية الثالثة يظهر أنه توجد فروق جوهرية بين **التعديلات التي يجب إدخالها على مراقبة التسيير التقليدية** و بين السياقات الحالية **لمراقبة التسيير** في الأنشطة الاستشفائية للمؤسسات **العمومية للصحة** في الجزائر، يمكن تبيين ذلك من خلال:

- التعديلات التي تسود حاليا لا تسمح ببلورة رؤية إستراتيجية لرسالة المستشفى على المدى الطويل. كما أن هده التعديلات الإصلاحات لا تساعد كثيرا على تحديد مخططات عمليات في المدى متوسط الأجل للربط بين الأنشطة الإستراتيجية و الأنشطة التشغيلية على المدى القصير الأجل؛

- عدم القدرة على تحديد الوسائل الملائمة لتحقيق الأهداف المحددة سلفا، مما يعني أن مراقبة التسيير تفتقد بذلك لأحد أهم المكونات و هو الملائمة بين الأهداف و الوسائل. مما ينجر عنه غياب تحديد آليات و طرق الحصول على الموارد بشكل اقتصادي، مما ينتج عنه غموض في تحديد أهداف واضحة لأنشطة العناية الصحية؛

- كما أن هذه التعديلات لم تسمح بتنميط عملية إنتاج العناية الصحية و العلاجية. ولا بالربط بين الوسائل و النتائج (الإنتاجية). مما أدى إلى عدم إمكانية ضمان استعمال الموارد بكفاءة من طرف الأفراد العاملين بالمستشفيات العمومية محل الدراسة؛
- و نفس الشيء يمكن ملاحظته فيما يخص غياب تقييم مخرجات أنشطة المؤسسات العمومية الاستشفائية من ناحية الكفاءة و الفعالية. و كذلك التذبذب في تحديد مفهوم المنتوج في المستشفى من جهة، و من جهة أخرى، عدم إمكانية الأخذ بعين الاعتبار لمتطلبات الخدمة العمومية في المستشفيات محل الدراسة قد نتج عنه عدم إمكانية تطبيق طرق حساب سعر التكلفة للمريض.

4. إن ما يمكن استنتاجه من تناول الفرضية الرابعة هو أن مؤشرات قياس الأداء في المؤسسات العمومية للصحة لا تعكس بالشكل المطلوب كمية و نوعية النشاط ألاستشفائي الذي يتم القيام به، أي أن هناك فروق جوهرية بين **مؤشرات قياس أداء الخدمة في المستشفيات العمومية** و بين المؤشرات الحالية لقياس الأداء في **المستشفيات العمومية** الجزائرية. يتضح ذلك من مناقشة مختلف متغيرات هذه الفرضية على النحو التالي:

- غياب كبير في المستشفيات العمومية محل البحث للمؤشرات التي تهتم بالجانب المالي و المحاسبي من خلال حساب معدل تكلفة السرير. و انعدام مؤشرات حساب متوسط نصيب الفرد من الخدمات الصحية سواء على مستوى المستشفى و الولاية و الوطن، و كنتيجة لذلك غياب التحديد الدقيق لنسبة الإنفاق الدوائي إلى الإنفاق الصحي؛
- نقص كبير في المؤشرات التي تعتني بصلب النشاط الاستشفائي من خلال مؤشرات تقيس المستشفى ذو النسبة المئوية الضعيفة للمرضى الذين حدثت لهم تعقيدات. إلى جانب انعدام كامل لكل المؤشرات التي تسمح بمعرفة المستشفى الذي يجري اتصالات مع مؤسسات أخرى لضمان المتابعة و حسن الاطلاع. فضلا عن المؤشرات التي تهتم بتحديد وقت الانتظار الأقصر بالنسبة للجراحة المبرمجة. و تلك التي تهتم بتحديد المستشفى الذي يقدم عناية (العلاج) ممتازة من الناحية التقنية؛
- تعاني المستشفيات محل البحث من نقص كبير في المؤشرات التي تهتم بتبيين كفاءة و مهارة القائمين بالتنبؤ في النشاط الاستشفائي. و كذلك فقدان المؤشرات التي تمكن من إظهار كفاءة نظم الاتصال السائدة. فضلا عن المؤشرات التي تهتم بإبراز كفاءة نظم اتخاذ

القرارات و تحديد مدى كفاءة الهيكل التنظيمي. و نفس الشيء بالنسبة لمؤشرات التي تبين مدي القدرة على تحقيق معدلات الأداء المطلوبة في الوقت المطلوب؛

- تعاني المستشفيات العمومية التي تمت دراستها من غياب تام فيما يخص نوعا معينا من المؤشرات و هي تلك المتعلقة بمعرفة مدى مراعاة النظام الرقابي للجوانب النفسية و السلوكية للعاملين في المستشفى. إلى جانب انعدام كل المؤشرات التي تعتني بمعرفة مدى أهمية الشكاوى من طرف العمال و الموظفين أو من طرف المستعملين للمؤسسات الإستشفائية؛
- كما تم استنتاج غياب واضح المؤشرات التي تبين حجم و طبيعة و نوع التنظيمات غير الرسمية، الشللية (clan)، و التكتلات غير الرسمية. فضلا عن تلك المؤشرات التي تمكن من إظهار قدرة القائد أو الرئيس على التصرف في المواقف الحرجة بأقل قدر ممكن من الخسائر.

خلاصة الفصل

من خلال الدراسة الميدانية في مختلف المستشفيات العمومية تم الوقوف على واقع تطبيق أدوات و أساليب مراقبة التسيير، إن ما يمكن استخلاصه في هذا الصدد يوضح مدى انعدام الرؤية الواضحة لمستقبل مراقبة التسيير في أن تصبح أداة مهمة و حاضرة في مثل هذه المؤسسات العمومية للصحة.

تبينا لنا من هذه الدراسة الميدانية أن طرق وأساليب تحديد الأهداف التشغيلية و المتوسطة الأجل لا تتبع ما يفترض أن يكون، حيث أن التطبيق الحديث لأساليب مراقبة التسيير يتطلب وجود خطوات و إجراءات واضحة ومعروفة لدى من يقومون بهذه العملية.

كما اتضح لنا أن أساليب و طرق تخصيص الموارد في سبيل بلوغ الأهداف المحددة لم تكن متماشية مع مراقبة التسيير، حيث أن الطرق المستعملة تشبه عمليات تسيير يومي دون أن تستند إلى خطط واضحة تمكن من تخصيص الموارد لكل مصلحة على حدا.

أما على مستوى مؤشرات قياس الأداء و كيفية تقييمه، فان ما توصلنا إليه يختلف كثيرا عما كان مفترض أن يتم إتباعه، إذ اقتصرت المؤشرات القليلة المستعملة من قبل هذه المؤسسات العمومية للصحة على إعطاء معلومات مشوشة و عير منسقة على بعض الحالات المرضية في أوقات غير منتظمة كعدد الإصابات بلدغات العقارب، أو عدد اللقاحات المقدمة مثلا. إضافة إلى غياب الاستفادة من هذه الأرقام.

الأمر الذي نتج عنه غياب شبه التام لعملية تقييم الأداء لأنشطة المستشفيات العمومية ناهيك عن قيادته في ظل ما أصبح يعرف بالتسيير العمومي الجديد (The new public management)، حيث أن المستشفيات العمومية لم تعد تقتصر على قياس الأداء فقط، بل أصبحت تتحكم فية و تقوم بقيادته في توجهات مستقبلية.

خلاصة الباب الثالث

كخلاصة نشير إلى صعوبة تمثيل العملية الإنتاجية للمستشفيات، حيث انه لا يمكن للمسير الوقوف على مسار محدد و معروف و عام لكل المرضى. وتزداد أهمية هذه المسالة من خلال انعكاسات ذلك التفرد والتميز بالنسبة لكل مسار وحسب كل مريض على أدوات مراقبة التسيير من محاسبة تحليلية و قياس للأداء و لوحة القيادة.

أما على مستوى أنشطة العناية الصحية داخل المؤسسات الاستشفائية العمومية فإنها تطرح لمراقب التسيير مشاكل خاصة من جانبين، النوع الأول من المشاكل والعقبات يتعلق بالمبادئ التي يقوم عليها النموذج التقليدي لمراقبة التسيير ذي الأصول الصناعية، في حين يتعلق الشق الثاني من الصعوبات بالأدوات التي يجب على مراقب التسيير أن يستعملها.

كما هو الحال في المستشفيات مثلا، إن هذا الأمر يصعب من تطبيق مبدءا تقسيم المؤسسة إلى مراكز مسؤولية تعمل بشكل منعزل فيما بينها. يحتم هذا الوضع الجديد على مراقبة التسيير اعتماد تصميم معقد للمراقبة و للقيادة باعتبارها أرقى ما ترمي إليه هذه الأخيرة. وذلك من خلال اعتماد و دمج نماذج متعددة الأشكال والأبعاد ومختلفة المعايير في مراقبة التسيير.

بالرجوع إلى خصائص الأنشطة الخدمية وأنشطة العناية الصحية عموما وفي المستشفيات تحديدا، فان فرضية أو مبدءا التعاقدية لا يجد إمكانية لتطبيقه نظرا إلى طبيعة الأنشطة الخدمية ذاتها حيث انه كثيرا ما يصعب تحديد أهداف واضحة و محددة لتلك الأنشطة، هذا إذا لم تكن متضاربة، ناهيك على أن تكون أهداف تخص فردا واحدا يمكنه تحمل المسؤولية على تنفيذها و قيادتها. وهذا راجع إلى الأسباب التي سبق ذكرها من الإنتاج المشترك وبالتالي المسؤولية المشتركة إلى جانب طابعها التقريبي في تقدير العلاقة بين الوسائل والنتائج مما يصعب عملية جعل الأنشطة الخدمية تخضع إلى النمذجه.

حتى تتمكن مراقبة التسيير من المساعدة في إيجاد التقديرات الصحيحة قامت بإدخال عدة طرق لتوفير المعلومات بشكل كاف حول:

- الوسائل والموارد المستهلكة من طرف كل نشاط. عادة ما تكون هذه المعلومات متوفرة و متواجدة على مستوى الموازنات أو نظم محاسبة التسيير.
- قياس ما يعرف بالمخرجات أو المحقق، أي إنتاج المصلحة في شكلها المادي و الحالي و التي يتم قياسها عند باب المصلحة. من خلال عدد أيام التكوين، عدد التدخلات الطبية، عدد العوامل، والتي تعد كلها قياس للمخرجات.

الأثر، أي معرفة إلى أي حد يمكن للعمل أو الخدمة المقدمة أن تساهم ي انجاز الهدف وفي إرضاء الزبون (المريض).

الخاتمة

إن البواعث على تناول هذا الموضوع بالدراسة متعددة و متنوعة، غير أننا سعينا إلى تحقيق هدفين رئيسيين هما: البحث في مختلف التعديلات المطلوبة لممارسة مراقبة التسيير في المستشفيات العمومية الجزائرية ، و كذلك استكشاف المؤشرات المستعملة في قياس أداء أنشطة هذه المستشفيات.

وعلى هذا الأساس، و تحقيقا للهدف الأول قمنا بمحاولة التعرف على متطلبات و مقومات إدخال مراقبة التسيير إلى المستشفيات العمومية في الجزائر الذي من شانه أن يؤدي إلى عدة تعديلات و تطورات على مستوى طرق و أنماط التسيير و ذاك من خلال : قيادة النشاط، وهيكلة نظام التسيير حتى يتم التركيز على الأهداف، و إقناع و إشراك المنفذين في إستراتيجية المستشفى، تنبيه و مرافقة المسيرين في اتخاذ قراراتهم لتحسين أداء أنشطتهم في إطار الأداء الكلي. و حتى تتمكن مراقبة التسيير من المساعدة على تحسين إدارة و تسيير المؤسسات العمومية للصحة فإنها مطالبة بالتأقلم والتجدد لتتكيف و تتماشى مع بيئة الخدمات الاستشفائية.

لأجل ذلك قمنا بتبيين البداية المتواضعة لمراقبة التسيير كمجرد تقنية بسيطة، تقتصر في مجملها على حساب بعض التكاليف في بعض المستويات المحدودة من العملية الإنتاجية. وكذلك توضيح مفهوم مراقبة التسيير الذي أصبح يتراوح بين درجتين من التصور، من أقصى العمومية إلى أضيق المعاني، بحيث يمكن أن نتصور أن هذه الوظيفة تقتصر على تطبيق الأساليب و الأدوات فقط. وكان يجب توضيح فرضيات النموذج التقليدي لمراقبة التسيير مثل تحديد ماهية عناصر النجاح الأساسية. حيث أن التحكم فيها على نحو يومي (جاري) هو الذي يسمح مستقبلا بتحسين الوضعية التنافسية للمنظمة؛ كما يفترض مبدأ السبرنية أي انه يمكن تصور المؤسسة كنظام مؤلف من مجموعة أنظمة فرعية تقوم بدور منسجم وموحد، قصد تحقيق أهدافه؛ كما يفترض أن تسند إلى مراقب التسيير مهمة التأكد من التوافق و التضافر بين المدى القصير الأجل و المدى الطويل الأجل؛ يقوم نموذج مراقبة التسيير التقليدي على فرضية انه يمكن تقسيم المؤسسة إلى عدة أجزاء محددة في الزمان و المكان، تسمى مركز المسؤولية.

و كذلك الاطلاع على غنى و ثراء نظم مرتقبة التسيير، من خلال نموذج السوق، القوانين، الجماعة، الثقافة، التسلسل الهرمي. إلى جانب التطرق إلى مراقبة التسيير، الإستراتيجية، التشخيصية و التفاعلية، روافع المراقبة، الاستعمال النظري و التطبيقي لها.

كما تم الإشارة إلى الدراسات و الأبحاث التي أصبحت تتساءل حول قدرة مراقبة التسيير على متابعة التغيرات على مستوى المحيط الذي تتواجد فيه المنظمة، خاصة وان الأبحاث الحديثة

تركز على أسس النموذج التقليدي باعتبارها العائق أمام إيجاد تمثيلات ملائمة لقياس و قيادة الأداء

إلى جانب ذلك، تمثل الهدف الثاني من هذه الدراسة في السعي إلى استكشاف قائمة المؤشرات المعمول بها في قياس و تقييم الأداء في المستشفيات العمومية في الجزائر، لان المستشفيات و بالرغم من الطابع الاجتماعي الذي تطلع به في حياة المواطنين، إلا أنها و كباقي المؤسسات العمومية الخدمية أصبحت مطالبة بتقديم حسابات للجهة الوصية فيما يتعلق بكيفية إدارة مثل هذه المؤسسات. إن ما أصبح يعرف بالتسيير العمومي الجديد يفرض على هذا النوع من المؤسسات أن تتعامل بمفاهيم و طرق و أساليب كانت في السابق يقتصر تطبيقها على المؤسسات الإنتاجية ، و ربما الخاصة منها فقط، حيث تتمثل هذه المفاهيم في الربط بين النتائج و الوسائل من ناحية الكفاءة، و كذلك الربط بين النتائج و الأهداف من خلال الفعالية، إلى جانب طرق حساب تكاليف وحدات النشاط الخدمي الاستشفائي.

نتائج اختبار الفرضيات

تمثلت الإشكالية الرئيسية في البحث عن كيفية تطبيق مراقبة التسيير في مؤسسات عمومية خدمية كالمستشفيات و ذلك من خلال التساؤل الرئيسي **" كيف يمكن لمراقبة التسيير التي وجدت و تطورت في المؤسسات الصناعية (الإنتاجية) أن تطبق في المؤسسات العمومية للصحة، و ذلك من خلال مؤشرات قياس أداء المستشفيات العمومية الجزائرية؟ "**.

للإجابة على هذه الإشكالية قمنا باختبار مجموعة من الفرضيات عبر المعلومات المجمعة عن طريق استبانه و مجموعة من المقابلات.

إن مجموعة الفرضيات التي طرحت في بداية البحث كانت على النحو التالي:

الفرضية الأولى: H_0 : لا توجد فروق جوهرية بين واقع **مراقبة التسيير** السائد حالياً في **المستشفيات العمومية** وبين **مراقبة التسيير** الواجب توافرها لزيادة **كفاءة و فعالية المستشفيات العمومية** في الجزائر.

الفرضية الثانية: H_0 : لا توجد فروق جوهرية بين **تأثير خصائص الخدمات الصحية في مستشفيات العمومية الجزائرية على مبادئ و فرضيات مراقبة التسيير التقليدية و** بين تأثير الإجراءات الأخرى لإنتاج الخدمة.

الفرضية الثالثة: H_0 : لا توجد فروق جوهرية بين **التعديلات التي يجب إدخالها على مراقبة التسيير التقليدية** و بين السياقات الحالية **لمراقبة التسيير** لأنشطة المستشفيات العمومية في الجزائر.

الفرضية الرابعة: H_0 : لا توجد فروق جوهرية بين **مؤشرات قياس أداء الخدمات في المستشفيات العمومية** و بين المؤشرات الحالية لقياس الأداء في **المستشفيات العمومية** الجزائرية.

تم من خلال الدراسة الميدانية نفي الفرضيات العدمية باستعمال مجموعة من الاختبارات كاختبار الصدق و الثبات و اختبار **t** لعينة واحدة (one-sample t test).

كما تم التوصل إلى عدة نتائج من الدراسة الميدانية في شقيها كما يلي:

1. تعتبر عملية حساب التكاليف احد أهم أهداف مراقبة التسيير، لذلك قمنا بالتركيز عليه في المحور الأول لعرف إن كان هناك من يقوم بعملية حساب سعر التكلفة بأي شكل من الأشكال. من خلال الإجابات نلاحظ أن هناك 59.87 % من أفراد العينة قد أجابوا بـ (لا)، أي انتفاء وجود أي عملية حساب لسعر التكلفة. أما إذا اعتبرنا نسبة من كانت إجاباتهم (بدون إجابة)، فان ذلك يعني أن ما نسبته 95 % لا يعرفون أي شيء بأي شكل من الأشكال عن حساب سعر التكلفة في المستشفيات العمومية سواء الاستشفائية منها و الجوارية. غير أن بعض المستشفيات محل البحث تقوم بما يشبه تجميعا للتكاليف في جداول تحاكي محاسبة التكاليف.

2. تمثلت إجابة أفراد العينة على السؤال المفتوح المتعلق **بالمحور الأول الخاص بمحاسبة التكاليف**، بعبارات عديدة و مختلفة مثل : العلاج المجاني، المستشفيات العمومية مجانية، العلاج المجاني توفره الدولة، حق العلاج للجميع، حق للمواطن، المستشفيات للفقراء، ... (انظر الجدول رقم 51)، مثلت العبارات التي تفيد معنى مجانية العلاج و ملكية مؤسسات الصحة العمومية إلى الدولة ما نسبته 38.1 % ، تأتي النسبة الأخرى لتأيد نفس المعنى لكن من وجهة نظر أخرى، حيث يرى ما نسبته 31.67 % أن إدخال إجراءات و أساليب التسيير مثل حساب التكلفة، هو من مهام الوزارة الوصية. سجلت أصغر نسبة و هي 11.03 % لمن يرون أن لا فائدة و لا طائل من وراء إدخال و استعمال مثل هذه الأساليب للتسيير في المستشفيات. إن انخفاض هذه النسبة يدل على أن أفراد العينة المستجوبة واعون بأهمية حساب التكاليف، لكنهم على ما يبدو مختلفون في مفهومه و في من يتوجب عليه أن يقوم بذلك.

3. أجاب ما نسبته 46.4 % على سؤال حول الموازنات التقديرية و الموازنات الحقيقية،

و هما: ميزانية التجهيز و ميزانية التشغيل. في حين 50.78 % منهم كانوا بدون إجابة، يبدو أن من أجابوا باقتراحي ميزانية التجهيز و ميزانية التشغيل لم يقصدون الموازنات كأداة لمراقبة التسيير. وهذا يسمح لنا باستنتاج انتفاء وجود الأداة الثانية من أدوات مراقبة التسيير في المستشفيات.

4. إن عدم وجود لوحة قيادة تم تأكيده بنسبة 59.87 % ، و يزداد الأمر وضوحا حول عدم وجود لوحة للقيادة عند جمع النسبتين اللتين تمثلان الإجابة بِـ (لا) و الإجابة بعبارة (بدون إجابة) لتصل بذلك درجة عدم المعرفة بلوحة القيادة إلى نسبة 94.98 %. تجدر الإشارة أنه أثناء مقابلتنا لبعض رؤساء المصالح و بعض الإداريين و المسيرين فقد شرح لنا بعضهم أنهم يقومون بإعداد بعض الجداول و بعض النسب في أوقات و مناسبات قليلة و معروفة كعدد اللقاحات أثناء حملات التلقيح و التطعيم ضد بعض الأمراض، و كذلك إعداد بعض النسب التي تعكس عدد لدغات العقارب وغيرها.

5. الهدف من هذا السؤال هو الاستيضاح حول من يقوم بمراقبة التسيير بشكل عام في المستشفيات العمومية الاستشفائية و الجوارية محل البحث. الملفت في إجابات أفراد العينة أنها تجمع كلها على أنه ليس مراقب التسيير من يقوم بذلك. تجدر الإشارة أن العديد من أفراد العينة المدروسة طلبوا شرحا لمعنى مراقبة التسيير و المهام و الدور الذي يفترض أن يقوم بها وذلك أثناء العديد من المقابلات التي جمعتنا بهم ، و بالرغم من ذلك جاءت إجابتهم بنسبة 93.10 % بعبارة (بدون إجابة).

6. توجد فروق جوهرية بين واقع **مراقبة التسيير** السائد حالياً في **المستشفيات العمومية** وبين **مراقبة التسيير** الواجب توافرها لزيادة **كفاءة و فعالية المستشفيات العمومية** الجزائرية محل البحث. يظهر ذلك من خلال العجز في جعل الأهداف قابلة للقياس الكمي، وانخفاض مدى ملائمة إجراءات مراقبة التسيير الحالية لتحديد إجراءات استهلاك الموارد في سياقات واضحة ودقيقة، وكذلك تدني درجة إمكانية الوقوف على نتائج و الآثار المتولدة عن الإجراءات التصحيحية المقترحة.

7. كما اتضح أن إجراءات مراقبة التسيير السائدة في مؤسسات الصحة العمومية التي تم دراستها أبعد ما يكون على أن تسمح بالتحديد الواضح للسلطات و المسئوليات، أو الالتزام التام بمبدأ وحدة مصدر الأمر و التسلسل الإداري، وعدم الالتزام الكلي بمبدأ تفويض السلطة.

8. وجود **تأثير واضح لخصائص الخدمات الصحية** في المستشفيات العمومية على **مبادئ مراقبة التسيير المطبقة حاليا في المؤسسات العمومية للصحة** محل الدراسة.

9. تقييم نتائج العملية العلاجية صعبة و معقدة، العجز شبه تام على إيجاد مسار موحد و نمطي لتقديم خدمات العلاج و العناية الصحية في المؤسسات العمومية للصحة. مما نتج عنه تدني القدرة على التحديد واضح ومعروف مسبقا للعلاقة بين النشاط ألاستشفائي و الموارد اللازمة لذلك.

10. توجد فروق جوهرية بين التعديلات والتغيرات التي يجب إدخالها على مراقبة التسيير التقليدية و بين السياقات الحالية لمراقبة التسيير في الأنشطة الاستشفائية للمؤسسات العمومية للصحة في الجزائر.

11. عدم القدرة على تحديد الوسائل الملائمة لتحقيق الأهداف المحددة سلفا، مما يعني أن مراقبة التسيير تفتقد لأحد أهم المكونات و هو الملائمة بين الأهداف و الوسائل. و تفتقد إلى الربط بين الوسائل و النتائج (الإنتاجية). و تفتقد أيضا إلى غياب تقييم مخرجات أنشطة المؤسسات العمومية الاستشفائية من ناحية الكفاءة و الفعالية. و كذلك التذبذب في تحديد مفهوم المنتوج في المستشفى من جهة، و من جهة أخرى، عدم إمكانية الأخذ بعين الاعتبار لمتطلبات الخدمة العمومية في المستشفيات محل الدراسة قد نتج عنه عدم إمكانية تطبيق طرق حساب سعر التكلفة المريض.

12. هناك فروق جوهرية بين مؤشرات قياس أداء الخدمة في مستشفيات القطاع العام و بين المؤشرات الحالية لقياس الأداء في المستشفيات العمومية في الجزائرية.

13. تعاني المستشفيات محل البحث من نقص كبير في المؤشرات التي تهتم بتبيين كفاءة و مهارة القائمين بالتنبؤ بالنشاط الاستشفائي. و كذلك فقدان المؤشرات التي تمكن من إظهار كفاءة نظم الاتصال السائدة. فضلا عن المؤشرات التي تهتم بإبراز كفاءة نظم اتخاذ القرارات و تحديد مدى كفاءة الهيكل التنظيمي. و نفس الشيء بالنسبة للمؤشرات التي تبين مدى القدرة على تحقيق معدلات الأداء المطلوبة في الوقت المطلوب.

توصيات الدراسة

1. البدا و بأقصى سرعة في استحداث وظيفة مراقبة التسيير على مستوى المؤسسات العمومية الاستشفائية بنوعيها، لما لهذه الوظيفة من أهمية، حيث تسمح بتحديد الأهداف لكل نشاط، وبتخصيص الوسائل الضرورية لتحقيقها، إضافة إلى تقييم أدائها و قيادته.
2. التأكيد على أهمية التسيير الذي يستند على النتائج بالنسبة للمستشفيات العمومية الجزائرية، لان ذلك سيلزم هذه المستشفيات على التخطيط، و التنفيذ، و المتابعة، و المراقبة و تعديل أنشطتها.
3. تعزيز التوجه نحو التخطيط الاستراتيجي، لان وجود الروية الإستراتيجية تعتبر الخطوة الأولى نحو ثقافة النتائج.
4. تطبيق نظام محاسبة التكاليف لأنشطة المستشفيات العمومية يعكس بدقة التكاليف الداخلة فعلا في هذه الأنشطة، مع مراعاة أن الأنشطة الاستشفائية ليست مجرد أنشطة تجارية عادية. بل تستجيب إلى حاجات حيوية.
5. إيجاد نظام موازنات تقديرية مضبوط لضمان تجديد و تحديث تجهيزات المستشفيات العمومية ذات المميزات الخاصة باستمرار، وذلك لضمان بقاء و استمرار المصالح المختلفة فيها.
6. تعزيز قدرة المستشفيات العمومية على تنسيق أنشطة الفاعلين، من أجل تحديد أهداف مشتركة و التي يمكن تحقيقها، من خلال التزام واضح و أكيد من طرف إدارة تتأقلم و تتفهم ذلك.
7. ضرورة أن تمنح المؤسسات العمومية للصحة المزيد من الحرية في اتخاذ بعض المواقف و القرارات و لكي تتمكن من أن تنظم نفسها بنفسها.
8. تقاسم المسؤولية ضمن إطار قانوني يكون واضح و محدد، أي بدون تداخل لضمان تحديد نتائج كل مسئول من خلال ما حدد له من مسؤولية. مع مراعاة أن يكون هذا التحديد فيه نوعا من المرونة التي لا تخل بالمبدأ العام للتقسيم.
9. العمل على إيجاد توازن حقيقي بين المسؤولية التي توكل إلى الأفراد و بين السلطة التي يجب أن تواكب و بالقدر الكافي المسؤولية الممنوحة، أي ضرورة جعل مبدأ تفويض السلطة أمرا واقعا و ملموس.

10. ضرورة إيجاد نظام تقييم و نظام تحفيز للأفراد يكون مبني على قواعد و أسس معروفة و مكتوبة، و لما لا يكون قد شارك الأفراد المعنيين به في إعدادها و إرسائها.

11. وجوب تقسيم المؤسسات العمومية للصحة إلى مراكز مسؤولية، حسب ما يراه مراقب التسيير، لما لذلك من أهمية سواء على مستوى تخصيص الموارد، أو فيما يتعلق بتحديد المسؤولية أو تقييم الأداء لكل مسئول.

12. العمل على إدخال لوحات القيادة، ليس على مستوى المديريات فحسب بل على مستوى الأقسام و المصالح. لما لهذه الأداة من أهمية في إرساء مراقبة التسيير.

13. إنشاء ما يشبه الوكالة الوطنية للمؤسسات العمومية للصحة تكون مزودة بالإمكانيات و المهارات الضرورية من أجل تقديم المساعدة لكل المؤسسات الصحية فيما يتعلق بالمسائل التنظيمية، سياسات التسعير، و كيفية التحكم في التكاليف، و كذلك لتسمح للسلطات العمومية بحسن توزيع الموارد لصالح سياسة وطنية للصحة.

14. إيجاد عدد من المؤشرات التي تسمح بتقييم الأداء التنظيمي للمؤسسات العمومية للصحة، و ذلك من خلال تقسيم هذه المؤشرات إلى مجموعات متجانسة تقيم نشاط معين أو عملية أو وظيفة معينة كما هو مبين في الملحق رقم (2).

15. ضرورة إيجاد دورات تكوينية و تدريبية للمسئولين و لمدراء المؤسسات العمومية الاستشفائية من أجل أن يتمكنوا من التقييم المستمر للأداء التنظيمي لأنشطتهم، الأمر الذي يساعد على توفير و تعدد الأبحاث في هذا الشأن.

16. تبني مخطط محاسبي للمستشفيات العمومية يفي بحاجيات المحاسبة التحليلية، إصدار دليل الإجراءات للأنشطة الاستشفائية لكل نوع من أنواع الخدمات، تكوين أفراد الإدارة العامة و مديرية الإدارة و المالية على التسيير المالي. تطوير برامج و تطبيقات في الإعلام الآلي لهذا الغرض.

آفاق البحث

إن تطبيق مراقبة التسيير و طرق قياس الأداء و تقييمه ثم قيادته في المؤسسات العمومية للصحة تعد من المواضيع الحديثة في بلادنا، الأمر الذي جعلنا نفتقد إلى معالم واضحة ننطلق منها في البحث. مما جعلنا نتوسع في جوانب و نقلل من تناول جوانب أخرى.

إلا أننا حاولنا في هذه الدراسة تبيين مدى تطبيق مراقبة التسيير و سعينا من خلالها إلى التعرف على واقع التقنيات و الطرق المطبقة في المؤسسات العمومية للصحة، و كذلك محاولة استكشاف أنواع المؤشرات المستعملة في عملية قياس و تقييم الأداء في مثل هذا النوع من المؤسسات. تبين لنا أن الموضوع متفرع و متشعب مما يفتح المجال واسعا أمام المزيد من الدراسات و الأبحاث التي نرى أنها سوف تتعدد في الأعوام المقبلة خاصة أن المستشفيات العمومية الجزائرية تتجه نحو إدخال مفاهيم و طرق التسيير التي تستجيب إلى متطلبات الكفاءة و الفعالية و الأداء الجيد، مما يعني أن هناك عدة مواضيع يجب أن تولى بالعناية مستقبلا مثل الاعتمادية في المستشفيات، و نظم الاتصال إلى جانب نظم التحفيز و الإدارة بالمشاركة للأفراد، إضافة إلى تطبيق نظم الجودة الشاملة في المستشفيات العمومية الجزائرية.

المراجع

المراجع :

المراجع باللغة العربية :

1 – الكتب:

- أبو نصار محمد ،(2003)، " المحاسبة الإدارية "، الطبعة الأولى، دار وائل للنشر،عمان، الأردن.
- احمد حسن ظافر،(2002)،" المحاسبة الإدارية"، الطبعة الأولى، دار وائل للنشر والتوزيع، الأردن.
- اسطيفان رعد؛ صالح عبد الرزاق، بطرس ناصر،(1998)،"إدارة المستشفيات"،دار التقني للطباعة و النشر، بغداد.
- البكري ثامر ياسر،(2005)، " تسويق الخدمات الصحية"، دار اليازوري العلمية للنشر و التوزيع، الطبعة العربية، عمان.
- الحبيبي علي،(1990)،"الإدارة العامة" ، مكتبة عين شمس،القاهرة.
- السياغي حمود محمد،(2007)،" إعداد الموازنات التقديرية"، دورة تدريبية، لبرنامج نسيج لتنمية قدرات المنظمات غير الحكومية الشابة بالتعاون مع مؤسسة تنمية القيادات الشابة/ مركز تطوير الشباب اقتصادياً 3 – 11 نوفمبر 2007م، مؤسسة تنمية القيادات الشابة، اليمن.
- الشيرازي عباس مهدي،(1990)،"نظرية المحاسبة"، ذات السلاسل للطباعة والنشر، الكويت.
- الصباب احمد، (1999)، مبادئ الإدارة، مطابع دار عكاظ، جدة.
- المصري احمد محمد،(2006)" إدارة المستشفيات،سلسلة إدارة المنشات المتخصصة"، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية.
- المنيف إبراهيم،(1982)،" الإدارة العامة: المفاهيم و الأسس و المهام"، دار العلوم، الرياض.
- النجار فريد راغب،(1981)،"إدارة الأعمال في الأنظمة الصحية و الطبية"، دار النهضة العربية، القاهرة.
- بواعنة عبد المهدي،(2004)،"إدارة الخدمات و المستشفيات الصحية"، دار الحامد، عمان.
- جاد الرب سيد محمد،(1997)،"إدارة المنظمات الصحية و الطبية منهج متكامل في إطار المفاهيم الإدارية الحديثة"، دار النهضة العربية، القاهرة.
- جاد الرب سيد محمد،(2008)،"الاتجاهات الحديثة في إدارة المنظمات الصحية"، مطبعة العشري، القاهرة.
- جلدة سليم بطرس،(2007)،" إدارة المستشفيات و المراكز الصحية"، الطبعة الأولى، دار الشروق للنشرو التوزيع،عمان.
- حرستاني حسان،(1990)،" إدارة المستشفيات"، معهد الإدارة العامة، الرياض.
- زهران مضر،(2007)،"إدارة المستشفيات و الرعاية الصحية"، دار زهران للنشرو التوزيع، عمان.
- زهير حنفي علي،(1988)،"المستحدث في الإدارة العليا للمستشفيات"،مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.
- ساعاتي عبد الإله،(1998)،" مبادئ إدارة المستشفيات"، دار الفكر العربي، القاهرة.
- عساف محمود و عبد المنعم سلامة، (1987)،" أصول الإدارة و التنظيم"، مكتبة عين شمس،القاهرة.

المراجع :

- غنيم احمد محمد،(2006)،" إدارة المستشفيات رؤية معاصرة"، الطبعة الأولى، المكتبة العصرية للنشرو التوزيع، المنصورة.
- مدكور فوزي،(1998)،"تسويق الخدمات الصحية"، إتيراك للتوزيع والنشر، عمان.
- مخيمر عبدالعزيز، الطعامنة محمد،(1999)،" الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات،المفاهيم والتطبيقات، دار زهران للنشرو التوزيع، عمان.
- منصور على محمد،(1999)،"مبادئ الإدارة أسس و مفاهيم"، مجموعة النيل، القاهرة.

2 – المقالات:

- الباهي مصطفى و لقليطي لخضر،(2013)،" وجود و تطبيق أدوات مراقبة التسيير في المستشفيات العمومية الجزائرية "، ملتقى وطني، واقع تقنيات مراقبة التسيير في المؤسسات الجزائرية: تحليل الموجود من اجل استشراف الإبداعات المستقبلية، كلية العلوم الاقتصاد، جامعة مسيلة، من 13 – 14 ماي.
- الباهي مصطفى،(2009)،"قياس الأداء التنظيمي في المؤسسات الخدمية الأبعاد و المؤشرات حالة المستشفيات"، ملتقى دولي، أداء و فعالية المنظمة في ظل التنمية المستدامة، منشورات مخبر السياسات و الاستراتيجيات الاقتصادية في الجزائر، جامعة مسيلة،الجزء الأول، من 10-11 نوفمبر،ص ص390-399.
- الباهي مصطفى،(2011)،" مراقبة التسيير في المستشفيات: دراسة استكشافية لمدى وجود و تطبيق مراقبة التسيير في المستشفيات العمومية الجزائرية"،مجلة، دراسات، العدد الاقتصادي،جامعة عمار ثليجي،الاغواط، العدد 16 -أ- ديسمبر،ص ص69-113.
- بوخمخم جمال الدين،(2000)،"التصرف بالمستشفيات العمومية و اللامركزية"، بحث مقدم لملتقى،استقلالية المؤسسات الصحية التابعة لوزارة الصحة، 23 – 24 أكتوبر،تونس، غير منشور
- حلس سالم عبدالله ،(2006)،"دور الموازنة كأداة للتخطيط والرقابة في مؤسسات المجتمع المدني الفلسطينية"، مجلة الجامعة الإسلامية (سلسلة الدراسات الإنسانية) المجلد الرابع عشر، العدد الأول، يناير،ص ص131 – 154.
- ديوب محمد عباس و هنادي رمضان عطية،(2005)،" إدارة تسويق الخدمات الطبّية بالتطبيق على مشفى الأسد الجامعي باللاذقية و مشفى الباسل بطرطوس"، مجلة جامعة تشرين للدراسات و البحوث العلمية، سلسلة العلوم الاقتصاد والقانونية، المجلد 27، العدد2 .
- عبد المحسن نعساني ،(2005)،" مؤشرات قياس الأداء بالمستشفيات، ورقة عمل مقدمة لمؤتمر الاتجاهات الحديثة في أدارة المستشفيات الخاصة و الحكومية في الوطن العربي، القاهرة،12-13 مارس.مصر.
- حنان سلمان العبد،(2006)،" تقويم الأداء الاستراتيجي للمستشفيات العراقية باستعمال بطاقة الدرجات المتوازنة"، ورقة عمل، كلية العلوم الاقتصادية، جامعة بغداد.
- عدمان مريزق،عدمان محمد،(2010)،"التغيير التنظيمي في المؤسسات الصحية - المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالجزائر نموذجا-"، ملتقي وطني بعنوان " التغيير التنظيمي في المؤسسة الجزائرية"، الجزائر، غير منشورة.

3 – الرسائل و المذكرات :

- الجبوري، نصيف جاسم محمد، "مفاهيم نظرية الوكالة وانعكاساتها على نظم قياس الأداء والحوافز في بعض الشركات المساهمة العراقية"، أطروحة دكتوراه غير منشورة في فلسفة المحاسبة، كلية الإدارة والاقتصاد، جامعة بغداد، 1999.
- براينيس عبد القادر،(2007)،"التسويق في مؤسسات الخدمات العمومية: دراسة على قطاع البريد و الاتصالات في الجزائر"، رسالة دكتوراه في العلوم الاقتصادية، جامعة الجزائر، غير منشورة.
- دادي عدون ناصر،"دور الموارد البشرية و الاتصال في التخطيط الاستراتيجي بالمؤسسة الصناعية العمومية في ظل اقتصاد السوق – حالة الجزائر- رسالة دكتورة دولة " جامعة الجزائر،غير منشورة.
- مسير رباب وهاب،(2009)،"دور المعلومات المحاسبية في تقويم الأداء الاستراتيجي في ظل مفاهيم نظرية الوكالة – دراسة ميدانية في عينة من الشركات الصناعية المساهمة المدرجة في سوق العراق للأوراق المالية"، رسالة ماجستير في المحاسبة، كلية الإدارة والاقتصاد، جامعة بغداد.

المراجع باللغة الأجنبية :

1 – الكتب :

- Anthony, R.N. (1965). Planning and Control Systems: a Framework for Analysis. Boston, MA: Graduate School of Business Administration, Harvard University.
- Anthony R. N. [1988], The Management Control Function, Boston, Mass., Harvard Business School Print.
- Alazard C.,Sépari S., (2004),Contrôle de gestion, Manuel et applications , DECF7, 6 éd, Dunod, Paris,.
- Bateson J. (1977),Do we need Service Marketing, in Marketing Services: New insights edited by P. Eiglier,E. Langeard, C. Lovelock and J. Bateson, Cambridge ; M.S.I.
- Bennis, W. G.,(1966),Toward a Truly Scientific Management: The Concept of Organization Health in Changing Organizations, New York, McGraw Hill.
- Berland N. (2002), Le contrôle budgétaire, Repères, La Découverte
- Berland N.,Simon F.X.,(2010),Le contrôle de gestion en mouvement État de l’art et meilleures pratiques , éd, organisation, paris.
- Bescos P., Dobler P., Mendoza C., Naulleau G. (1993), Contrôle de gestion et management, 2ème édition.
- Bouquin H. (1994), Les fondements du contrôle de gestion, Que sais-je? n° 2892, Puf.

المراجع :

- Bouquin H. (1997), La comptabilité de gestion, Que sais-je?, Puf.
- Bouquin H. (2000), Comptabilité de gestion, Economica.
- Bouquin H. (2001), Le contrôle de gestion, 5e édition, Puf.
- Bouquin H., (2005), Le contrôle de gestion, Presses Universitaires de France, Collection Gestion, 6ème édition, Paris,.
- Bourdieu P.,(1994) , Raisons pratiques, Edition de Minuit, Paris.
- Brimson J.A, Antos J.(1999), Driving value using Activity-based-budgeting, John Wiley& sons, Inc.
- Burlaud, A. & Simon, C.J. (2006), Le contrôle de gestion, Editions La Découverte, collection Repères.
- Cameron K. S. et Whetten D. A. (1983), Some Conclusions about Organizational. Effectiveness, New York academics Press.
- Cauvin C., Coyaud C., (1990),Gestion hospitalière: Finance et contrôle de gestion, Economica.
- Chandler A. (1966), Strategy and structure. Anchor books,.
- Chandler A. (1992), Organisation et performance des entreprises, T1, Editions de l'organisation, Paris.
- Chevallier Jacques, (1998), Le service public, presse universitaire de France, quatrième édition corrigée, Collection" Que sais je ?".
- Christopher M.,& McDonald L.,(1995),Marketing an introduction, Ltd , 1st Ed, Macillaw Press.
- Eiglier P. et Langeard E. (1987), Servuction. Le Marketing des services, McGraw Hill.
- Fayol, H. (1916) ; Administration industrielle et générale, Dunod, Paris, 1999 pour la première éd.
- Fiol M, Sole A. (1999), La double nature du contrôle de gestion, in Collins L., Questions de contrôle,PUF.
- Fiol M. (1999), Le contrôle de gestion est-il un mode de convergence des buts ? , in Collins L.,Questions de contrôle, PUF.
- Fitzgerald, L., Johnston, R., Brignall, S., Silvestro, R. and Voss, C. (1991),Performance Measurement, in Service Business, CIMA, London.
- Gauthier P.-H., Grenon A., Pinson G., Rameau E.,(1979),Le contrôle de gestion à l'hôpital, Dunod.
- Gervais M.(1990),Contrôle de gestion et planification de l'entreprise, Economica,.
- Jordan H.(1998),Planification et contrôle de gestion en France en 1998, Groupe HEC.
- Khemakhem A. (1976), La Dynamique du Contrôle de GestionI, Les Edition Dunod

المراجع :

- Kaplan R.S. et Norton.P. (2001),The strategy focused organisation. How balanced scorecard companies thrive in the new business environment, Harvard Business School Press, USA.
- Kaplan, R.S. et Norton,D.P.(1996),The Balanced Scorecard: ranslating Strategy into Action, Boston, MA: Harvard Business School Press.
- Koontz & O'Donnell (1980); Management: Principes et méthodes de gestion. Mc Graw-Hill Editeurs.
- Kotler P. (1982), Marketing for non Profit Organizations, 2nd Ed., Englewood Cliffs : Prentice-Hall.
- Kotler P., (1994), Marketing Management, Prentice,Hall,8th Ed.
- Kotler P., Armstrong G., (1996) , Principles of Marketing, Prentice – Hall, 7th Ed.
- Lancaster G., & Massing H., L.,(1995) ,Essentials of Marketing, 2nd Ed. Mc Grow Hill.
- Leroy Y, M.(2001), le tableau de bord, éd, organisation, paris.
- Löning H., Malleret V., Méric J., Pesqueux Y., Chiapello E., Michel D., Solé A. (2003), Le contrôle de gestion : organisation et mise en œuvre, Dunod, 2ème Ed, Paris.
- Lorino .P. (1996), Le pilotage de l'entreprise: de la mesure à l'interprétation, in Cohérence, Pertinence et évaluation, Ecosip, coordonné par P.Cohendet, J.H. Jacot.
- Lorino P. (1991), Le contrôle de gestion stratégique : la gestion par les activités", Dunod.
- Lorino P. (1995), Comptes et Récits de la Performance - Essai sur le pilotage de l'Entreprise, Les éd, d'Organisation.
- Lorino P. (2001)," Méthodes et pratiques de la performance", éd d'organisation.
- Lovelock C. et Lapert D. (1999), Marketing des Services, Stratégie, Outils, Management ,Publi-Union.
- Machluff H., (1984), Stratégie Management, Prentice Hall .
- Macintosh N. B. (1994), Management accounting and control systems, Wiley.
- Malo J.L. (2000),Tableaux de bord, in Encyclopédie de Comptabilité , Contrôle de Gestion et Audit, Economica, pp. 1133-1144.
- Milgrom R.,(1992), Economies Organization and Management, Hall,.
- Mintzberg H., (1982), Structure et dynamique des organisations, Paris – Montréal, éd d'Organisation, Agence d'Acr.
- Mintzberg H., (2004),Le management. Voyage au centre des organisations, éd d'organisation, Paris.

المراجع :

- Mordern A.R.,(1994),Element of Marketing, OP publication LTD, 3rd Ed, London.
- Ostroff G.,(1999), The Horizontal Organization, Oxford University Press, .
- Ouchi W.,(1982), Théorie Z, Inter éditions, 1982
- Parsons T., (1977), Social System and the Evolution of Action Theory, Free Press.
- Pesqueux Y., Martory B., (1995), La nouvelle comptabilité des coûts, Gestion Puf.
- Pisier E.,(1986) , Le service public dans la théorie de l'Etat de Léon Duguit, Libraire Générale de droit et de jurisprudence, Collection Bibliothèque de Philosophie du Droit, Paris.
- Rachline François,(1996), Service public, économie de marché , Presses de Science Politiques, La bibliothèque du citoyen.
- Rathmell J. (1974), Marketing in the Service Sector, Cambridge, Winthrop Publishers Inc.
- Sasser W. E., Olsen R. P., Wickoff D. D. (1978), Management of Service Operations, Allyn and Bacon Inc.
- Scgeid J.C.,(1991), Les grands auteurs en organisation, Dunod,
- Schneider B. et Bowen D. (1995),Winning the service game, Harvard Business Edition.
- Schulz S., Johnson, (1976), Management of Hospitals, Mc Graw Hill Book, U.S.A.
- Simons R. (1995), Levers of control : how managers use innovative control systems to drive drive strategic renewal, Harvard Business School Press.
- Stoffaes Christian, (1995), Le service public, question d'avenir, Rapport, Commission Générale du Plan, éd Odile Jacob.
- Sulzer J. R.,(1993), Comment construire le tableau de bord - Les objectifs et les méthodes d'élaboration , Collection, dunod entreprise, Editeur Bordas.
- Thompson J. D. (1967), Organizations in Action, McGraw-Hill.
- Vancil B.(1979), Decentralization: Managerial Ambiguity by Design, Irwin.
- Woodward J. (1998), Management and technology, HMSO, London. P. Lorino, Economica.

2 – المقالات :

- Alcouffe S., Berland N., Levant Y. (2008), Succès et échec d'un outil de gestion. Le cas de la naissance des budgets et de la gestion sans budget, Revue Française de Gestion, Volume 34, n°188-189, p.291-306.
- Alcouffe, Simon (2010) "Les concepts de coûts et les paramètres de conception d'un système de coûts", Pearson Education France : 141-159, avril.
- Alvarez F.,(2000), Le contrôle de gestion en milieu hospitalier : une réponse à l'émergence de risques organisationnels, CREFIGE, Université Paris-Dauphine.
- Andem R.,(1996), Évaluation d'une action de santé publique, actualité et dossier en santé publique n° 17. Paris.
- Baliga B. R., Jaeger A. M. (1985), Control systems and strategic adaptation:lessons from the Japanese experience, Strategic Management Journal, Vol.6, n°2, pp.115-134.
- Bancel -Charensol L., Jougleux M.,(1998), De la valeur dans les services, Actes des 14eme journées nationales des IAE, Nantes, tome 1,p. 459-474.
- Bauby P.,(2008), Les modèles de service public Quels modèles de service public dans les pays de l'OCDE ?, Les services publics Cahiers français n° 339.
- Beesley T.,Gathak M., (2003), Incentives, Choice and Accountability in the Provision of Public Services, Oxford Review of Economic Policy, n° 19 -2, pp. 235-249.
- Belghiti A., (2005), Principes généraux de planification stratégique à l'hôpital, Ministère de la Santé, Rabat.
- Berland N. (2002), Comment peut-on gérer sans budget? Actes de conférence: Sciences de Gestion et Pratiques Managériales, Paris, XVIèmes journées des IAE, édité par le Réseau des IAE, Economica, pp. 411-421.
- Berland N. , Ponssard J.-P., Saulpic O., (2005), Une typologie des systèmes de contrôle inspirée du cadre théorique de Simons, Centre National de la recherche Scientifique, Cahier n° 024.
- Berland N., Essid M., , (2009), RSE, Système de Contrôle et Pilotage de la Performance Globale, La place de la dimension européenne dans la Comptabilité Contrôle Audit, Strasbourg, France.
- Bertrand A. & Bunetel G., (2008), L'approche évaluative de la révision générale des politiques publiques (RGPP) Ernst & Young Secteur

Public, Forum 3 : Comment l'évaluation contribue-t-elle à la modernisation de l'administration ? , Strasbourg.

- Bescos P.L., Cauvin E., Langevin P. et Mendoza C. (2004), Critiques du budget: une approche contingente, Comptabilité, Contrôle, Audit, Vol. 10, N° 1, juin, pp.165-185.
- Bessire D. (1999), Définir la performance, Comptabilité-Contrôle-Audit, septembre, pp. 127-150.
- Blum-Boisgard C., J. Gaillot-Mangin, F. Chabaud, Y. atillon ,(1996), Évaluation en santé publique, actualité et dossier en santé publique n° 17,pp18 – 22.
- Bollecker M., (2000), Suivi des Relations en Contole de Gestion et Apprentissage Organitationnel, Cahier de recherche n° 2000-02, GREFIGE – Université Nancy 2.
- Bonafini P.,(2002), Réseaux de soins : réforme ou révolution, Revue Politiques et Management Public, n°2 vol. 20, juin, pp. 1-22.
- Bonafini P.,(2005), Le management des établissements hospitaliers :des illusions aux réalités, in : Trente ans de réformes de l'état, et après ? La casse F., Verrier P.E. dir., Dunod, pp. 149- 161.
- Bonafini P.,C. Renault,(2004), Le management des hôpitaux français : palliatif ou curatif ? , Revue Management International, vol.9 n°1, pp. 1-11.
- Bonnet M., (2007), L'hôpital et son gouvernail, Sève ,1, N° 14, pp. 111-116.
- Bosche M. (1984), Corporate culture, la culture sans histoire, Revue Française de Gestion, septembre-octobre, pp.29-39.
- Bourguignon A.,(1995), Peut-on définir la performance ?, Revue Française de Comptabilité, n° 269, juillet -août, pp. 61-66.
- Bourguignon A. (1995), Peut-on définir la performance ?, Revue Française de Comptabilité , juillet- août, pp. 61-66.
- Bouttes H.,(1994), Les relations contractuelles dans l'entreprise, analyse théorique, application à la distribution d'électricité", Communication au colloque, Economie des coûts de transaction, mai, Paris.
- Bureau D., Mougeot M., (2007), Mesure de la performance et incitations dans la gestion publique, in Performance, incitations et gestion publique, Rapport du CAE, n° 66, La Documentation française.
- Burgess J.F.,Wilson P. W.,(1996),Hospital Ownership and Technical Inefficiency, Management Science,vol.32, n° 1, pp. 87-112.
- Burlaud A.,(1995), Contrôle de Gestion:le développement de l'intelligence organisationnelle, Leçon inaugurale du mercredi 28 juin,

sous la présidence de Monsieur Louis Schweitzer Président-Directeur Général de Renault.

- Champagne, F.,A.-P. Contandriopoulos,Touché J. P., Béland F.,Nguyen H.,(2005), Un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé : le modèle EGIPSS, (Évaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de santé), R05-05, Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS), Université de Montréal.
- CharreauxG.&Pitol-Belin J.P.,(1992),Les théories des organisations, in Encyclopédie du management,Vuibert, tome 2.
- Chauvot M. (2001), Les entreprises testent la gestion sans budget, Option Finance, N° 650, 9 juillet.
- Contandriopoulos A.-P.,(2008), La gouvernance dans le domaine de la santé: une régulation orientée par la performance Santé publique,2, N° 20, pp. 191-199.
- Contandriopoulos A.-P.,Trottier L.H.,Champagne F., (2008), L'amélioration de la performance:un enjeu central pour les CSSS, Info Lettre,Volume 5,Numéro2, Mai.
- De la Villarmois O., Tondeur H. (1999), Une Analyse des Finalités des Systèmes de Contrôle, Manuscrit auteur, publié dans 20éme Congres de L'AFC, France
- De la Villarmois O.,(2000), le concept de performance et sa mesure : un état de l'art, actes du xivème congrès national des iae, vol.2, pp.199-216.
- De la Villarmois O.,(2003),le concept de performance et sa mesure : un état de l'art, actes du xivème congrès national des iae, vol.2, pp.199-216.
- De Toni, A., Nassimbeni, G. and Tonchia, S.(1997), An integrated production performance measurement system, Industrial Management & Data Systems 97/5, pp.180–186.
- Demeestere A., (1996),Le rôle des contrats internes en matière de coordination, réflexions à partir d'un cas, document de recherche CERESSEC juin.
- Deschamps P. (1997), Le budget, piège à cadres, L'Expansion, Vol 558, du 9 au 22 octobre, pp. 153-155.
- Dixit A.,(2002), Incentives and Organization in the Public Sector: An Interpretative Review, Journal of Human Resources, n° 37 -4, pp. 696-727.
- Dohou A., Berland N.,(2003), Mesure de la Performance Globale des entreprises. 23ème congrès de l'Association Française de Comptabilité (AFC), Toulouse 16-17 mai.

المراجع :

- Mintzberg H. (1982), Structure et dynamique des organisations, Les Editions
- Ducrocq C., Gervais M., Herriau C. (2001),Le suivi de la qualité et des coûts dans les entreprises de services :une enquête sur les outils employés par les départements de contrôle de gestion, Finance Contrôle Stratégie,vol. 4, n° 3, septembre, pp.89-121.
- Eiglier P., Langeard E. (1975), Une approche nouvelle du Marketing des services, Revue Française de Gestion, 2, novembre, pp. 97-114.
- Errami Y.,(2006), les systèmes de contrôle traditionnels et modernes articulation et modes d'existence dans les entreprises françaises, CERMAT – IAE de Tour.
- Globerson, S. (1985), Issues in developing a performance criteria system for an organization, International Journal of Production Research, Vol. 23 No. 4, pp. 639-646.
- Goes J. B., Zhan C., (1995), The Effects of Hospital-Physisian Integration Strategies on Hospital Financial Performance, Health services Research, vol.30, n° 4, pp. 507-530.
- Goold M., Campbell A. (1987), Managing diversity: strategy and control in diversified british companies, Long Range Planning, Vol.20, n°5, pp.42-52.
- Goold M., Campbell A., Luchs K. (1993), Strategies and Styles Revisited :'Strategic Control' - is it Tenable?, Long Range Planning, Vol.26, n°6,pp.54-61.
- Goudarzi, K., Eiglier, P. (2006). La socialisation organisationnelle du client dans les entreprises de service : concept et dimensions, Recherche et Applications en Marketing, 21,3, pp. 65-90.
- Grönroos C. (1984), A Service Quality Model and its Marketing Implications, European Journal of Marketing, 18, 4, pp.37-44.
- Gueye M., Kopp J.,(2009), Le contrat de performance hospitalière : l'expérience sénégalaise, Santé publique. Volume 21, pp. 77-87.
- Hammer S., (1999), How process enterprises really work, Harvard Business Review, nov-dec.
- Hemidy L., (1996), L'informatisation des hôpitaux et ses enjeux ,Revue Française de Gestion, juin-juillet-août, pp. 125-136.
- Hickson D.J., Pugh D.H., Pheysey D.C.(1969), Operations technology and organisation structure: an empirical reappraisal, Administrative Science Quaterly, Vol.14, n°1.
- Hofstede G. (1998), Identifying organizational subcultures: an empirical approach, Journal of Management studies, Vol.35, n°1, janvier, pp.1-12.

المراجع :

- Hofstede G., (1981), Management Control of Public and Non-for-profit Activities, in Accounting, Organizations and Society, Vol. 6, N° 3, pp.193-211.
- Holmstrom B., Milgrom P.,(1991), Multi-Task Principal-Agent Analysis: Incentives Contracts, Asset Ownership and Job Design, Journal of Law, Economics and Organization, n° 7,pp 24-52.
- Hope J., Fraser R. (1997), Beyond budgeting…breaking the barrier to the 'third wave', Management Accounting, December, Vol.75, Issue 11.
- Hope J., Fraser R. (2003), Who Needs Budgets?, Harvard Business Review, Vol 81,N° 2, February, pp. 108-115.
- Hubbert A., Schorn A., Brown S.,(1995), Service expectations: The customer versus the provider, International Journal of Service Industry Management, 16, 1, pp. 6-21.
- Isabelle J.,Per Mathis K., Young-Sook N., Price R.,(2003), Améliorer le rapport Coût-Efficacité des dépenses publiques : l'expérience des pays de l'OCDE, Revue économique de l'OCDE, n° 37, /2.
- Jensen M.C., Meckling W.H.,(1998), Divisional Performance Measurement, Harvard Colloquium on Field Studies in Accounting, June 18-20, in M.C. Jensen, Foundations of Organizational Strategy, Harvard University Press, pp. 345-361.
- Keegan, D.P., Eiler, R.G. and Jones, C.R. (1989), Are your performance measures obsolete? ,Management Accounting, June, pp. 45-50.
- Landau M. et Chisholm D., (1992), Success oriented vs. failure avoidance management in public administration : a reconsideration. Colloque de la revue Politique et Management Public, Mars. Paris.
- Lebas M. (1995), Oui, il faut définir la performance, Revue Française de Comptabilité, juillet- août, pp.66-71.
- Lebas M., Weigenstein J.,(1986), Management control : the roles of rules, markets and culture, Journal of Management Studies, mai.
- Leclere D. (1986), Les fondements cybernétiques du contrôle de gestion, 7° Congrès de l'AFC, Poitiers, pp. 69-82.
- Lemaitre N. (1984), La culture d'entreprise, facteur de performance, Revue Française de Gestion, septembre-octobre.
- Lorino P. (1995), Le déploiement de la valeur par les processus, Revue Française de Gestion, juin- juillet- août.
- Lorino P., Tarondeau J.C.,(1998), De la stratégie aux processus stratégiques, Revue Française de Gestion, janvier- février.
- Magnussen J.,(1996), Efficiency Measurement and the Operationalization of Hospital Production, Health services Research,vol.31, n° 1,April, pp.21-37.

المراجع :

- Marcino G.R. (2000), Obliterate Traditional Budgeting, Financial Executive, Vol. 16,N° 6, Nov/Dec, pp. 12-31.
- Maskell, B. (1989), ``Performance measures for world class manufacturing'', Management Accounting, May, pp. 32-3.
- Masse M. C.,(1996), Le contrôle de gestion dans un hôpital public : un modèle de transactions diagonales, Comptabilité Contrôle Audit, Tome 2, Volume 1, mars, pp. 21-43.
- Mendoza C., Zrihen R.,(1999), Le tableau de bord : en V.O. ou en version américaine ?, Revue Française de Comptabilité, n°309, mars.
- Meyssonnier F.,(2011), Le contrôle de gestion des services : specifites, outils, enjeux, 3ème journee d'etude en contrôle de gestion de Nantes, 4 février 2011 – IEMN-IAE – Université de Nantes.
- Minvielle E.,(2006), New Public Management à la Françoise : the Case of Regional Hospital Agencies, Public Administration Review ,septembre october
- Molinié E. M.,(2005), l'hôpital public en France: bilan et perspectives, Etude du Conseil économique et social au nom de la section des affaires sociales, France.
- Nakhla S.,(1994), Contrats internes, coordinations et pilotage économique de projet, Cahier de recherche n°8, Ecole des Mines de Paris, CGS, septembre.
- Neely A., Richards H., Mills J., Platts K. ET Bourne M. (1999) Designing performance measures: a structured approach, international Joumal of Operations et Production Management vol. N° 11, pp. 1131-1152.
- Nobre Thierry,(1999 a)," Performance et pouvoir à l'hôpital "Politique et management public , Vol 13, n°3, septembre.
- Nobre Thierry,(1999 b)," Valeur et pouvoir à l'hôpital ", Revue des soins infirmiers, Masson, n°639, Octobre.
- Nobre Thierry,(2001a), Méthodes et outils du contrôle de gestion dans les PME,Finance Contrôle Stratégie,Volume 4, N° 2, juin, p. 119 - 148.
- Nobre Thierry,(2001b), Management hospitalier : du contrôle externe au pilotage, apport et adaptabilité du Tableau de Bord Prospectif ,Comptabilité,Contrôle,Audit. Tome 7,Volume 2
- Nobre Thierry,(2002), Le tableau de bord prospectif à l'hôpital, Revue de gestion hospitalière, Mars .
- Nobre Thierry,(2006), L'introduction de nouveaux outils de contrôle de gestion dans les services cliniques : le cas de l'expérimentation de l'ABC dans un service de pédiatrie, Journal d'économie médicale, mai-juillet,Vol. 24 – N° 3-4, p. 145-156.

المراجع :

- Otley D.T. et Pierce B.J. (1995), The Control Problem in Public Accounting Firms: An Empirical Study of the Impact of Leadership Style, Accounting, Organizations and Society, Vol. 20, N° 5, July, pp. 405-420.
- Ouchi W. G. (1979), A conceptual framework for the design of organizational control mechanisms, Management Science, pp.833-848.
- Ozcan Y. A., Luke R.D., Haksever C.,(1992), Ownership and Organizational Performance : A comparison of Technical Efficiency across Hospital types, Medical Care , n°30,pp. 781-794.
- Panel P.,(2007), L'hôpital public. ses contradictions, ses mutations, Études 4, Tome 407, pp. 319-330.
- Pouvourville G.,(2009), Les hôpitaux français face au paiement prospectif au cas. La mise en œuvre de la tarification à l'activité, Revue économique 2, Volume 60, pp. 457-470.
- Price, J. L. (1972), The study of organizational effectiveness, Sociological Quarterly, vol. 13, pp. 3-15.
- Quinn, R.E., J. Rohrbaugh (1983), A Spacial Model of Effectiveness Criteria:Towards a Competing Values Approach to Organizational Analysis, Management Science, vol. 29, n° 3, pp. 363-377.
- Rathmell J.(1966),What is meant by Services?, Journal of Marketing, 30, 4, 33.
- Regan W. (1963), The Service Revolution, Journal of Marketing, 27, 3.
- Saihi A.,(2006), Le système de santé publique en Algérie Analyse et perspectives, gestionshospitalières, Avril, pp. 241- 244.
- Senez P. (1996), D'un contrôle de gestion budgétaire à un contrôle de gestion stratégique. L'exemple de La Poste. 1e partie: le système de gestion actuel, Revue Française de Comptabilité, N° 280, Juillet-Août, pp. 75-78.
- Sexton T. R., Leiken A.M., Nolan A. H.,(1989), Evaluating Managerial Efficiency of Beterans Administration Medical Centers using Data Envelopment Analysis, Medical Care , n° 22,pp. 922-938.
- Shostack L. (1977), Breaking Free from Product Marketing, Journal of Marketing, 41, April,pp. 73-80.
- Sicotte C., Champagne F., Contandriopoulos A-P., Barnsley, Belande, Leggat, Denis, Bilodeau, Langley, Brémond , Baker,(1998), A conceptual framework analysis of health care organizations, performance", Health services management research, n°11.
- Sicotte C.,(2007), Comment donner du sens à un système de santé complexe? Reddition de comptes et systèmes d'information, Le système sociosanitaire au Québec, M.-J. Fleury, M. Tremblay, H.

Nguyen and L. Bordeleau, Montréal, Les Éditions de la Chenelière inc. Gaëtan Morin éditeur, pp. 301-315.

- Simons R. (1990), The role of management control systems in creating competitive advantage : new perspectives, Accounting, Organizations and Society, Vol.15, n°1/2, pp.127-143
- Simons R. (1987), Accounting control systems and business strategy: an empirical analysis, Accounting,Organizations and Society, vol.12, pp. 357-374.
- Simons R. (1991), Strategic orientation and top management attention to control systems, Strategic Management Journal, vol.12, pp.49-62.
- Simons R.,(1994), How new top managers use control systems as levers of strategic renewal, Strategic Management Journal, vol.15,pp 169-189.
- Steers R.M.,(1977), Problems in the Measurement of Organizational Effectiveness », administrative Science Quarterly, vol. 20, pp. 546- 558.
- Tabachoury P.,(2009), La fonction de contrôle de gestion à l'hôpital,Human & Health ;N°6 ,January. Accounting Organizational Society, Vol.20,N°3,pp.93-109.
- Tansik D., Smith W.,(1991),Dimensions of job scripting in services organizations, International Journal of Service Industry Management, 2, 1, pp.35-49.
- Thévenet M., (1984), La culture d'entreprise en neuf questions, Revue Française de Gestion, Septembre-Octobre. pp.7-20.
- Tocher K.,(1970), Control, Organizational Research Quarterly, June, pp. 159-180.
- Tonneau D., Moisdon J-C.,(1996), l'hopital public et sa tutelle: la concurrence sous administration, Revue Francaise de Gestion, N° 109, Juin-Juillet-Aout.
- Vincent G.,(2005), Les réformes hospitalières, Revue française d'administration publique /1, N°113, pp. 49-63.
- Wisner, J.D., Fawcett, S.E. (1991), Link firm strategy to operating decisions through performance measurement, Production and Inventory Management Journal, Third Quarter, pp. 5-11.
- Yuchtman, E., Seashore S. E.,(1967), A System Resource Approach to Organization Effectiveness, American Sociological Review vol. 32, pp. 891-903.
- Zahorik A., Rust R., (1992), Modeling the Impact of Service Quality on Profitability: A Review, Advances in Service Marketing and Management, 1, pp 247-276.
- Zeithaml V., Parasumaran A., Berry L.L. (1985), Problems and Strategies in Service Marketing, Journal of Marketing, 49,pp 33-46.

3 – الرسائل و المذكرات :

- Ben rejeb W.,(2003), gouvernance et performance dans les établissements de soins en Tunisie, Mémoire, diplôme des études approfondies en management, faculté des sciences économiques et de gestion de Tunis, juillet 2003. non publiée
- De la villarmois O., (1999), Le contrôle du réseau bancaire : exploration de la faisabilité et de la pertinence d'une démarche de comparaison des unités opérationnelles, Thèse Doctorat Université des science et technologies de Lille, janvier. non publiée
- Dhiaf M. M.,(2007), proposition d'un modèle de mesure de l'impact du total quality management sur la performance globale : cas des entreprises tunisiennes de textile habillement, l'école nationale supérieure d'arts et métiers, juillet . non publiée.
- Garrot T.,(1995)," Le management des activités en milieu hospitalier", Thèse de Doctorat en Sciences de Gestion,IAE, Université de Nice Sophia-Antipolis. non publiée.
- George Emile Weil,(1990), L'hôpital au service du malade transfert des concepts, des méthodes, des outils de la gestion de la production, thèse de doctorat, université scientifique technologique et médicale, Grenoble. non publiée
- Gumb B.,(2005), Des mythes fondateurs du contrôle de gestion et leurs prolongement: le cas de l'informatique décisionnelle, these doctorat en Science de gestion, Université Robert Schuman Strasbourg, non publiée.
- Holcman R.,(2006), L'ordre sociologique élément structurant de l'organisation du travail, L'exemple des bureaucraties professionnelles : ordre soignant contre ordre dirigeant à l'hôpital, Thèse de doctorat de Sciences de gestion, Conservatoire national des arts et métiers, France. non publiée
- Komarev I.(2007), La Place des Budgets dans le Dispositif de Contrôle de gestion: Une Approche Contingente, Thèse de Doctorat en Gestion Université Montesquieu Bordeausx IV. non publiée
- Teil Alice, (2002), Défi de la performance et vision partagée des acteurs, application à la gestion hospitalière, Thèse de Doctorat en Gestion à l'Université Jean Moulin, Lyon 3. non publiée
- Villeseque F.,(2007), Transversalité et Système Budgétaires. Un essai d'observation et d'analyse, Ecole Doctorale : Economie et Gestion ,thèse de doctorat, Université Monpellier II. non publiée

4 – مواقع الانترنت

- Berland N. (2009), Mesurer et piloter la performance, e-book, www.management.free.fr. consulté le : 02/01/2012

5 – القوانتن

- Décret n° 71-215 du 25 août 1974, modifié, portant organisation du régime des études médicales ;
- Décret n° 71-275 du 3 décembre 1971 portant création du diplôme d'études médicales spéciales ;
- Décret n° 74-200 du 1er octobre 1974 portant création du diplôme de docteur en sciences médicales ;
- Arrêté interministériel du 07 janvier 1995, fixant la nature et le montant des ressources provenant des activités propres des établissements publics de santé.
- Décret exécutif n° 07-140 du 19 MAI 2007.
- Circulaire n° 004 /MSP/CAB DU 03 août 1994 relative à la réhabilitation du service public dans les établissements du secteur de la santé.
- Instruction n° 14 du 07 Octobre 2001 relative à l'amélioration des prestations offertes aux citoyens.
- Arrêté interministériel n° 50 du 26 janvier 2002, fixant la nature et le montant des ressources provenant des activités propres des établissements publics de santé.
- Décret exécutif n° 96-66 du 27 janvier 1996 fixant les attributions du ministre de la santé et de la population .

الملاحق

ملحق رقم 1 : الشق الأول من استمارة أسئلة مراقبة التسيير

نمـوذج للاسـتمارة المسـتعملة فـي الدراسـة الميدانيـة:

نرجو منكم قراءة الأسئلة بعناية تم و ضع علامة (X) أمام الإجابة التي ترونها مناسبة

محاسـبة التكـاليف

هل تقومون بحساب سعر التكلفة ؟ نعم ☐ لا ☐ بدون إجابة ☐

على أي مستوى يتم تحديد التكاليف ؟ المصالح ☐ الوظائف ☐ المرضى ☐ بدون إجابة ☐

أخرى اذكرها :.....

ما هي طرق معالجة التكاليف ؟ محاسبة تحليلية ☐ محاسبة تسيير ☐ محاسبة على أساس النشاط ☐ بدون إجابة ☐

أخرى اذكرها :.....

إذا كانت الإجابة كلها بالنفي برأيكم لماذا ؟ .....

الموازنات

ما هي أنواع الموازنات لديكم ؟ تقديرية ☐ حقيقية ☐ بدون إجابة ☐ أخرى اذكرها

على أي مستوى توجد الموازنات ؟ المصالح ☐ الوظائف ☐ مراكز المسؤولية ☐ بدون إجابة ☐

أخرى اذكرها.....

كيف يتم إعداد الموازنات ؟ بالتشاور ☐ بشكل فردي ☐ بالقوانين ☐ بدون إجابة ☐

أخرى اذكرها.....

من المسئول عن إعداد الموازنات ؟ المصالح ☐ الإدارة ☐ الوزارة ☐ بدون إجابة ☐

كيف يتم متابعة الموازنات ؟ سنويا ☐ سداسيا ☐ فصليا ☐ شهرية ☐ بدون إجابة ☐

أخرى اذكرها.....

إذا كانت الإجابة كلها بالنفي برأيكم لماذا ؟ .....

لوحـة القيـادة

هل لديكم لوحة قيادة ؟ نعم ☐ لا ☐ بدون إجابة ☐

على أي مستوى من المصالح توجد لوحة القيادة ؟ المصالح العيادية ☐ الطبية-التقنية ☐ الإمداد ☐ الإدارية ☐ بدون إجابة ☐

هل تحتوي لوحة القيادة على معطيات لحساب التكاليف ؟ نعم ☐ لا ☐ بدون إجابة ☐

ما هو محتوى لوحة القيادة لديكم ؟ موازنات ☐ مصروفات ☐ مقبوضات ☐ بدون إجابة ☐

ما نوع معطيات لوحة القيادة لديكم ؟ حقيقية ☐ تقديرية ☐ بدون إجابة ☐

أخرى اذكرها.....

ما هي الدورة المتبعة في لوحة القيادة ؟ سنوية ☐ سداسية ☐ فصلية ☐ شهرية ☐ بدون إجابة ☐

أخرى اذكرها.....

إذا كانت الإجابة كلها بالنفي برأيكم لماذا ؟ .....

وظيفـة مراقبـة التسـيير

من يقوم بمراقبة التسيير لديكم ؟ الإدارة العليا ☐ الإطارات العليا ☐ مراقب تسيير ☐ بدون إجابة ☐

أخرون اذكرهم .....

من يشارك في تحديد أهداف مؤسستكم ؟ رؤساء المصالح الطبية ☐ رؤساء المصالح الإدارية ☐ مراقب تسيير ☐ بدون إجابة ☐

أخرون اذكرهم.....

ملحق رقم 2 : الشق الثاني من استمارة أسئلة مفهوم الأداء في المستشفيات

نرجو منكم قراءة المقترحات بعناية و وضع العلامة (O) على الرقم الذي يوافقك، و شكرا

لحسن التعرف عليكم

ما هي وظيفتك (طبيب مختص،طبيب،ممرض،.....) ؟ : .....

كم عدد سنوات الاقدمية لديك ؟ : .....سنة

ما هو عمرك؟:.....سنة.

ما هو جنسك ؟ ذكر ☐ أنثى ☐

تسمح مراقبة التسيير السائدة حالياً في المستشفيات العمومية بـ ...

		لا أوافق بشدة					موافق تماما
1	... التحديد واضح للأهداف الصحية و الإدارية.	1	2	3	4	5	6
2	... جعل الأهداف قابلة للقياس الكمي.	1	2	3	4	5	6
3	... جعل درجة تحديد الإجراءات المناسبة للعمل أو الأعمال التي تتم حسب مراحل الأداء ممكنة.	1	2	3	4	5	6
4	... التحديد الدقيق و الواضح للعمال و الأنشطة المطلوبة لتحقيق الأهداف المخططة.	1	2	3	4	5	6
5	... التحديد الواضح للسلطات و المسئوليات.	1	2	3	4	5	6
6	... الالتزام التام بمبدأ وحدة مصدر الأمر و التسلسل الإداري.	1	2	3	4	5	6
7	... الالتزام الكلي بمبدأ تفويض السلطة.	1	2	3	4	5	6
8	... تحديد إجراءات استهلاك الموارد و صرف الأدوية في سياقات واضحة ودقيقة.	1	2	3	4	5	6
9	... أن تتم المتابعة و المراقبة بصفة دورية .	1	2	3	4	5	6
10	... تمكين مختلف الفاعلين في مستشفاكم من تقييم الخدمات الصحية.	1	2	3	4	5	6
11	... إمكانية الوقوف على نتائج و أثار المتولدة عن الإجراءات التصحيحية المقترحة.	1	2	3	4	5	6
12	... إيجاد الملائمة بين الأهداف المقدرة و الوسائل اللازمة لتحقيقها.	1	2	3	4	5	6
	تؤثر خصائص الخدمات الصحية في الستشفيات العمومية على مبادئ مراقبة التسيير الحالية من خلال:						
13	... جعل طرق تقييم نتائج العملية العلاجية ممكن و بسهولة.	1	2	3	4	5	6
14	... إيجاد مسار موحد و نمطي لتقديم خدمات العلاج و العناية الصحية	1	2	3	4	5	6
15	... التحديد واضح ومعروف مسبقا للعلاقة بين النشاط ألاستشفائي و الموارد اللازمة لذلك.	1	2	3	4	5	6
16	... تمكين القائمين على النشاط ألاستشفائي بالتنبؤ به من خلال الوسائل التي تدخل في تحقيقه.	1	2	3	4	5	6
17	... تمكين مختلف الفاعلين في المستشفيات القيام بتقدير حجم نشاطاتهم بالكمية و القيمة.	1	2	3	4	5	6
18	... أن لا يشكل الاختلاف في الانتماء المهني بين المهنيين وغير المهنيين أي باعث على الاضطراب في تفويض السلطة.	1	2	3	4	5	6
19	... قياس نتائج الأنشطة الصحية لحظة الانتهاء من تقديمها بالرغم من كونها في الغالب غير ملموسة، .	1	2	3	4	5	6
20	... تقييم تأثير مشاركة المريض في جميع مراحل العملية العلاجية على المنتوج النهائي.	1	2	3	4	5	6
21	... تقييم نتائج النشاط الاستشفائي بالرغم من عدم وجود حدود لبعض أنشطة العناية الصحية.	1	2	3	4	5	6

تابع **ملحق رقم (2) الشق الثاني من استمارة أسئلة مفهوم الأداء في المستشفيات**

22	... تحديد المسئولية في أنشطة العناية الصحية بالرغم من تدخل العديد من المهارات، و التخصصات و التخصصات الدقيقة، فضلا عن الممرضين، و المعاونين.	6 5 4 3 2 1
23	... إيجاد مراكز المسئولية بالرغم من عدم نمطية العملية العلاجية التي يخضع لها المرض.	6 5 4 3 2 1

التعديلات على مراقبة التسيير المعمول بها حاليا تسمح بِـ :

24	... بلورة رؤية إستراتيجية لرسالة المستشفى على المدى الطويل.	6 5 4 3 2 1
25	تحديد مخططات عمليات للربط بين الأنشطة الاستراتيجية والأنشطة التشغيلية.	6 5 4 3 2 1
26	... تحديد أهداف واضحة لأنشطة العناية الصحية.	6 5 4 3 2 1
27	... تحديد الوسائل الملائمة لتحقيق الأهداف المحددة سلفا.	6 5 4 3 2 1
28	... تحديد آليات و طرق الحصول على الموارد بشكل اقتصادي.	6 5 4 3 2 1
29	... ضمان استعمال الموارد بكفاءة من طرف الأفراد العاملين بالمستشفى.	6 5 4 3 2 1
30	... تنميط عملية إنتاج العناية الصحية و العلاجية.	6 5 4 3 2 1
31	... الربط بين الوسائل و النتائج	6 5 4 3 2 1
32	... طرق حساب سعر التكلفة للمريض	6 5 4 3 2 1
33	... تقييم مخرجات أنشطة المؤسسات الاستشفائية من ناحية الكفاءة و الفعالية	
34	... تحديد مفهوم المنتوج في المستشفى	6 5 4 3 2 1
35	... أخذ متطلبات الخدمة العمومية في الحسبان	6 5 4 3 2 1

تسمح مؤشرات قياس الأداء السائدة حالياً في المستشفيات العمومية بِـ ...

36	... **التحديد الدقيق لنسبة الإنفاق الدوائي إلى الإنفاق الصحي.**	6 5 4 3 2 1
37	... حساب متوسط نصيب الفرد من الخدمات الصحية سواء على المستوى الوطن و الولايات.	6 5 4 3 2 1
38	... حساب معدل تكلفة السرير.	6 5 4 3 2 1
39	... بمعرفة المستشفى ذو النسبة المئوية الضعيفة للمرضى الذين حدثت لهم تعقيدات.	6 5 4 3 2 1
40	... معرفة مدى مراعاة النظام الرقابي للجوانب النفسية و السلوكية للعاملين في المستشفى.	6 5 4 3 2 1
41	... معرفة المستشفى الذي يجري اتصالات مع مؤسسات أخرى لضمان المتابعة و حسن الاطلاع.	6 5 4 3 2 1
42	... تحديد وقت الانتظار الأقصر بالنسبة للجراحة المبرمجة.	6 5 4 3 2 1
43	... تبيين كفاءة و مهارة القائمين بالتنبؤ	6 5 4 3 2 1
44	... اضهار كفاءة نظم الاتصال السائدة.	6 5 4 3 2 1
45	... إبراز كفاءة نظم اتخاذ القرارات	6 5 4 3 2 1
46	... تحديد مدى كفاءة الهيكل التنظيمي	6 5 4 3 2 1
47	... معرفة مدى أهمية الشكاوى من طرف العمال و الموظفين أو من طرف المستعملين للمؤسسات الاستشفائية	6 5 4 3 2 1
48	... تبيين مدي القدرة على تحقيق معدلات الأداء المطلوبة في الوقت المطلوب	6 5 4 3 2 1
49	... إظهار قدرة القائد أو الرئيس على التصرف في المواقف الحرجة بأقل قدر ممكن من الخسائر	6 5 4 3 2 1
50	... حجم و طبيعة و نوع التنظيمات غير الرسمية،الشللية (clan)، و التكتلات غير الرسمية	
51	... تحديد المستشفى الذي يقدم عناية (العلاج) ممتازة من الناحية التقنية.	6 5 4 3 2 1

ملحق رقم 3 : مجموعات مؤشرات قياس الاداء في المستشفيات العمومية

لاعداد قوائم المؤشرات تم الاعتماد بشكل أساسي على جاد الرب سيد محمد، 2008 ،"الاتجاهات الحديثة في إدارة المنظمات الصحية" ، مطبعة العشري، القاهرة. لإعداد جداول المؤشرات

أولا : مجموعة المؤشرات العامة:

أ) مؤشرات عامة على المستوى السياسي و الشعبي و الإداري؛

ب) مؤشرات اقتصادية؛

ج) مؤشرات اجتماعية؛

د) مؤشرات حيوية؛

هـ) مؤشرات لقياس كفاية الخدمات الصحية؛

و) مؤشرات لقياس كفاءة الخدمات الصحية.

ثانيا : المؤشرات التي تعكس كفاءة مختلف الوظائف الإدارية:

أ) كفاءة نظم و عمليات التخطيط؛

ب) مؤشرات كفاءة التنظيم؛

ج) مؤشرات كفاءة وضيفة التوجيه و القيادة الإدارية؛

د) كفاءة نظم الرقابة و تقييم الأداء.

ثالثا : مؤشرات قياس كفاءة الأنشطة الوظيفية:

أ) كفاءة نظم الاتصال المستخدمة في المستشفى؛

ب) كفاءة و فاعلية نظم العلاقات الإنسانية؛

ج) نظم دعم اتخاذ القرار؛

د) كفاءة النشاط التسويقي؛

هـ) الجودة؛

و) كفاءة الإدارة المالية و الجوانب الأخرى المرتبطة بها؛

ز) كفاءة نظم الشراء؛

ح) كفاءة نظم التخزين؛

ط) كفاية و كفاءة الآلات و المعدات الطبية و التجهيزات الأخرى؛

ط) كفاءة نظم الصيانة؛

ك) كفاية و كفاءة المباني، الآلات، المعدات، التجهيزات الأخرى؛

ل) كفاءة نظم السكرتارية و الإدارة المكتبية و التسجيل الطبي؛

م) كفاية و كفاءة نظم التثقيف الصحي و العلاقات العامة؛

ن) مؤشرات قياس إنتاجية الموارد البشرية.

الملاحق

أولا : مجموعة المؤشرات العامة:

أ) مؤشرات عامة على المستوى السياسي و الشعبي و الإداري:

مؤشر قياس : الحالة العامة على المستوى السياسي و الإدارة المحلية:	
تعريف المؤشر و خصائصه	
الهدف	يهدف هذا المؤشر إلى قياس: • مدى التزام الحكومة بالجانب الصحي للسكان و النهوض بمستويات الرعاية الصحية، • مدى الاهتمام بالتوعية الصحية في وسائل الإعلام (المكتوبة و المسموعة و المرئية و مواقع الانترانت،...)، • عدد المؤتمرات و الندوات و الملتقيات الخاصة الرعاية الصحية، • مدى وجود علاقات تنظيمية تساعد على كل ما سبق،
الشكل	نسب مئوية (%) و/ أو أعداد مختلفة
المستعمل (المستفيد منه)	الوزارة الوصية، مصالح مديرية الصحة (بالولاية)، إدارة المستشفى،.. .
الشخص المسئول عنه*	الوزارة الوصية، مديرية الصحة العمومية بالولاية، مدراء المؤسسات الاستشفائية.
دورة إنتاج المؤشر	كل سنة.
مصدر المعلومات	وزارة الصحة، مختلف الوزارات مديرية الصحة، مؤسسات الصحة العمومية، مختلف مصادر المعلومات المحلية.
محتواه و حسابه	• مدى الالتزام السياسي من جانب الحكومة بالجوانب الصحية مع الاهتمام بوضع استراتيجيات عامة للنهوض بالصحة في جميع مستوياتها. • درجة العدالة في توزيع الموارد بين مختلف قطاعات الدولة أو داخل القطاع الصحي، سواء بين مكوناته و على مستوى المحافظات. • مدى المشاركة الشعبية و المحلية في توفير المستلزمات الصحية و في التعاون مع المنظمات الصحية. • مدى التزام الأفراد بالإرشادات الطبية العلاجية و الوقائية في مختلف المجالات. • حجم البرنامج الإعلامي التثقيفي في مجال الخدمات الصحية مثل: o عدد الساعات التي يبثها الإرسال التلفزيوني أو الإذاعي عن الوعي الصحي أسبوعيا. o المساحات المخصصة على صفحات الجرائد و المجلات للإرشاد الصحي و الطبي. o عدد المؤتمرات و الندوات الصحية التثقيفية مقارنة بعدد المؤتمرات و الندوات الصحية العلمية. • حجم القوى العاملة في قطاع الخدمات الصحية المدربة تدريبا فنيا و إداريا مناسبا مقارنة بحجم القوى العاملة في قطاعات الخدمات المتنوعة • مدى وجود إطار تنظيمي ملائم، تتم من خلاله العملية الإدارية

	المتكاملة من تخطيط و تنظيم و رقابة و تقييم للأداء و تصحيح للانحرافات.
المقدر (القيمة المستهدفة)	تحديد قيمة معينة يسعى المسئولون إلى الوصول إليه
المقارنة الزمنية	مع السنة السابقة و مع متوسط ثلاث او خمس سنوات سابقة
تقديمه (شكله، صورته)	تمثيلات مختلفة: منحنيات، أشكال، نسب، أرقام ...

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على المرجع المذكور في الصفحة 391.

ب) مؤشرات اقتصادية:

مؤشر قياس : الحالة العامة للجانب الاقتصادي إجمالا	
تعريف المؤشر و خصائصه	
الهدف	يهدف هذا المؤشر إلى قياس: • نسبة الإنفاق الحكومي على الرعاية الصحية، • نسبة إنفاق القطاع الخاص فيما يتعلق بالرعاية الصحية، • نسبة الإنفاق على الدواء و التجهيزات الطبية، • نصيب الفرد من الإنفاق على الأدوية،
الشكل	نسب مئوية (%) و/ أو أعداد مختلفة
المستعمل (المستفيد منه)	الوزارة الوصية، مصالح مديرية الصحة (بالولاية)، إدارة المستشفى،.. .
الشخص المسئول عنه	الوزارة الوصية، مديرية الصحة العمومية بالولاية، مدراء المؤسسات الاستشفائية.
دورة إنتاج المؤشر	كل سنة.
مصدر المعلومات	وزارة الصحة، الاقتصاد، مديرية الصحة، مؤسسات الصحة العمومية، مختلف مصادر المعلومات المحلية.
محتواه و حسابه	• نسبة ميزانية وزارة الصحة إلى إجمالي ميزانية الدولة. • الإنفاق الصحي كنسبة مئوية من الناتج القومي الإجمالي. • نسبة إنفاق القطاع الصحي الخاص إلى أحجام إنفاق القطاع الصحي. • نسبة الإنفاق الدوائي \ الناتج القومي. • نسبة النفاق الدوائي \ الإنفاق الصحي. • متوسط نصيب الفرد من الخدمات الصحية سواء على المستوى القومي و المحافظات. • متوسط نصيب الفرد من الدواء سنويا. • متوسط نصيب الفرد من الدخل القومي سنويا. • معدلات اقتصاديات المرض. • معدل تكلفة السرير. • إجمالي الإنفاق الحكومي كنسبة مئوية من الناتج القومي الإجمالي.
المقدر (القيمة المستهدفة)	تحديد قيمة معينة يسعى المسئولون إلى الوصول إليه
المقارنة الزمنية	مع السنة السابقة و مع متوسط ثلاث او خمس سنوات سابقة
تقديمه (شكله، صورته)	تمثيلات مختلفة: منحنيات، أشكال، نسب، أرقام ...

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على المرجع المذكور في الصفحة 391.

ج) مؤشرات اجتماعية:

مؤشر قياس : الحالة الاجتماعية السائدة:	
تعريف المؤشر و خصائصه	
الهدف	يهدف هذا المؤشر إلى قياس: • مدى انتشار التعليم و أهمية المجهودات للقضاء على الأمية، • مدى تمتع السكان في المدن بالمرافق الضرورية للحياة (كالكهرباء، المياه الصالحة للشرب،و تركيبات الصرف الصحي،...) • معدل السعرات الحرارية للفرد، • نسبة القوى العاملة إلى مجموع السكان، • الحالة الصحية و الاجتماعية للطفل.
الشكل	نسب مئوية (%) و/ أو أعداد مختلفة
المستعمل (المستفيد منه)	الوزارة الوصية، مصالح مديرية الصحة (بالولاية)، إدارة المستشفى،.. .
الشخص المسئول عنه*	الوزارة الوصية، مديرية الصحة العمومية بالولاية، مدراء المؤسسات الاستشفائية.
دورة إنتاج المؤشر	كل سنة.
مصدر المعلومات	وزارة الصحة، مختلف الوزارات، مديرية الصحة، مؤسسات الصحة العمومية، مختلف مصادر المعلومات المحلية.
محتواه و حسابه	• نسبة الأمية في البلد. • سكان الحضر كنسبة مئوية من إجمالي السكان. • نسبة السكان المزودة بالكهرباء. • نسبة السكان التي يتوفر لها الإمداد الكافي من المياه النقية. • نسبة السكان التي يتوافر لها مرافق الصرف الصحي الملائمة. • عدد الأشخاص بالنسبة للحجرة الواحدة (مدى ملائمة الإسكان). • النسبة المئوية للسكان في سن العمل. • معدل التعليم بين الكبار. • متوسط نصيب الفرد من السعرات الحرارية. • النسبة المئوية من السكان في سن العمل و التي تعمل في ظروف صحية مواتية. • الحالة الغذائية للأطفال و التطور النفسي و الاجتماعي لهم.
المقدر (القيمة المستهدفة)	تحديد قيمة معينة يسعى المسئولون إلى الوصول إليه
المقارنة الزمنية	مع السنة السابقة و مع متوسط ثلاث او خمس سنوات سابقة
تقديمه (شكله، صورته)	تمثيلات مختلفة: منحنيات، أشكال، نسب، أرقام ...

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على المرجع المذكور في الصفحة 391.

د) مؤشرات حيوية:

مؤشر قياس : معطيات الحيوية:	
تعريف المؤشر و خصائصه	
الهدف	يهدف هذا المؤشر إلى قياس: • معدلات نمو السكان، • معدلات متوسط توقع العمر • معدلات وفيات الرضع، • معدلات وفيات الأطفال، • معدلات أوزان الأطفال في مختلف مراحل نموهم، • نسبة المتزوجات.
الشكل	نسب مئوية (%) و/ أو أعداد مختلفة
المستعمل (المستفيد منه)	الوزارة الوصية، مصالح مديرية الصحة (بالولاية)، إدارة المستشفى،.. .
الشخص المسئول عنه*	الوزارة الوصية، مديرية الصحة العمومية بالولاية، مدراء المؤسسات الاستشفائية.
دورة إنتاج المؤشر	كل سنة.
مصدر المعلومات	وزارة الصحة، مديرية الصحة، مؤسسات الصحة العمومية، مختلف مصادر المعلومات المحلية.
محتواه و حسابه	• معدل النمو السكاني في البلد. • متوسط العمر المتوقع عند الميلاد. • معدل وفيات الأطفال الرضع حتى سن سنة واحدة. • معدل وفيات الأطفال الرضع من سن واحد إلى أربع سنوات. • متوسط الأطفال الذين يقل وزنهم عن 2500 غرام عند الميلاد من بين كل 1000 مولود حي. • معدل وفيات الأمومة. • النسبة المئوية للنساء المتزوجات في سن الحمل اللائي يستخدمن وسائل منع الحمل.
المقدر (القيمة المستهدفة)	تحديد قيمة معينة يسعى المسئولون إلى الوصول إليه
المقارنة الزمنية	مع السنة السابقة و مع متوسط ثلاث او خمس سنوات سابقة
تقديمه (شكله، صورته)	تمثيلات مختلفة: منحنيات، أشكال، نسب، أرقام ...

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على المرجع المذكور في الصفحة 391.

هـ) مؤشرات لقياس فعالية (كفاية) الخدمات الصحية:

مؤشر قياس : فعالية كفاية الخدمات الصحية :	
تعريف المؤشر و خصائصه	
الهدف	يهدف هذا المؤشر إلى قياس:

	• مدى تغطية الوحدات الصحية لاحتياجات السكان من الرعاية الصحية، • معدلات الممرضين إلى عدد السكان، • معدلات الأطباء إلى عدد الأسِرة، • معدلات الممرضين إلى عدد الأسِرة،
الشكل	نسب مئوية (%) و/ أو أعداد مختلفة
المستعمل	الوزارة الوصية، مصالح مديرية الصحة (بالولاية)، إدارة المستشفى،.. .
الشخص المسئول عنه	الوزارة الوصية، مديرية الصحة العمومية بالولاية، مدراء المؤسسات الاستشفائية.
دورة إنتاج المؤشر	كل سنة.
مصدر المعلومات	وزارة الصحة، مديرية الصحة، مؤسسات الصحة العمومية.
محتواه و حسابه	• عدد السكان الذين تخدمهم المستشفى \ عدد الوحدات الصحية بالألف. • معدل ما يخدمه الطبيب من السكان بالألف. • معدل ما تخدمه الممرضة من السكان بالألف. • معدل الأسِرة لكل ألف من السكان. • نسبة الأطباء \ الأسِرة. • نسبة الممرضات \ الأسِرة. • نسبة الأطباء \ المرضى. • نسبة الممرضات \ مرضى الأقسام الداخلية. • النسبة بين عدد الممرضات خريجات المعاهد التمريضية \ خريجات المدارس التمريضية. • عدد الأطباء \ عدد العمليات الجراحية.
المقدر (القيمة المستهدفة)	تحديد عدد معين، نسبة مئوية، يسعى المسئول إلى الوصول إليه
المقارنة الزمنية	مع السنة السابقة و مع متوسط ثلاث سنوات سابقة
تقديمه (شكله، صورته)	تمثيلات مختلفة: منحنيات، أشكال، نسب، أرقام،...

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على المرجع المذكور في الصفحة 391.

و) مؤشرات لقياس كفاءة الخدمات الصحية:

مؤشر قياس : كفاءة الخدمات الصحية:	
تعريف المؤشر و خصائصه	
الهدف	يهدف هذا المؤشر إلى قياس: • مدى الإصابة مرض معين ، • معدلات سرعة انتشاره او انحصاره، • معدلات دوران الأسرة، • معدلات صور الأشعة و العمليات الجراحية في فترة زمنية معينة، • معدلات الوفيات حسب كل مرض،

	• معدلات الأطباء إلى العمليات الناجحة أو التي لم تنجح، • معدلات الأطفال الذين تم تلقيحهم إما إلى مجموع أطفال منطقة ما أو إلى المتمدرسين.
الشكل	نسب مئوية (%) و/ أو أعداد مختلفة
المستعمل (المستفيد منه)	الوزارة الوصية، مصالح مديرية الصحة (بالولاية)، إدارة المستشفى،.. .
الشخص المسئول عنه	الوزارة الوصية، مديرية الصحة العمومية بالولاية، مدراء المؤسسات الاستشفائية.
دورة إنتاج المؤشر	كل سنة.
مصدر المعلومات	وزارة الصحة، مديرية الصحة، مؤسسات الصحة العمومية.
محتواه و حسابه	• متوسط الإصابة بمرض معين لكل ألف من السكان. • نسبة انتشار أو انحصار مرض معين لكل ألف من السكان. • نسبة عدد المرضى لكل ألف من السكان. • متوسط مدة إقامة المريض بالوحدة الصحية. • نسبة شغل الأسرة. • معدل دوران السرير (دورة السرير). • معدل صور الأشعة \ سرير سنويا. • معدل عملية \ سرير سنويا. • عدد العمليات الناجحة \ إجمالي عدد العمليات سنويا أو شهريا أو على مستوى الأقسام. • نسبة عدد الأطباء \ عدد العمليات الناجحة. • نسبة الوفيات حسب كل مرض أو نسبة وفيات مرضى الدخول أو الخروج. • نسبة العجز الناتج عن مرض معين أو إصابة معينة. • نسبة الأطفال و تلاميذ المدارس الذين تم تحصينهم \ إجمالي الأطفال و التلاميذ المفروض تحصينهم سنويا. • درجة الرضا لدى الجمهور المتردد على المستشفيات و الوحدات الصحية.
المقدر (القيمة المستهدفة)	تحديد عدد معين، نسبة مئوية، يسعى المسئول إلى الوصول إليه
المقارنة الزمنية	مع السنة السابقة و مع متوسط ثلاث سنوات سابقة
تقديمه (شكله، صورته)	تمثيلات مختلفة: منحنيات، أشكال، نسب، أرقام،...

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على المرجع المذكور في الصفحة 391.

ثانيا: المؤشرات التي تعكس كفاءة مختلف الوظائف الإدارية:

أ) كفاءة نظم و عمليات التخطيط:

مؤشر قياس : كفاءة نظم و عمليات التخطيط:	
تعريف المؤشر و خصائصه	
الهدف	يهدف هذا المؤشر إلى قياس: • مدى وضوح أهداف مؤسسات الرعاية الصحية في أذهان

	الإداريين و المنفذين على السواء ، • مدى واقعية الأهداف و قابليتها للتحقيق و القياس، • مدى انسجام أهداف المؤسسات الاستشفائية مع الخطة العامة للوطن ومع العاملين بها و مدى التكامل بينها، • مدى كفاءة نظم المعلومات و الاتصال و اتخاذ القرار، • مدى استقرار الخطة و مدى مرونتها عند الضرورة،
الشكل	نسبة مئوية (%)، أو قيمة ما
المستعمل (المستفيد منه)	إدارة المستشفى ، مصالح مديرية الصحة (بالولاية)، الوزارة الوصية ،.. ‘.
الشخص المسئول عنه	مدراء، رؤساء الأقسام، المصالح بالمؤسسات الاستشفائية
دورة إنتاج المؤشر	كل ستة أشهر، كل سنة،
مصدر المعلومات	مختلف الأقسام و المصالح على مستوى المستشفيات، مديرية الصحة، الوزارة الوصية،
محتواه و حسابه	• التحديد الواضح للأهداف الصحية و الإدارية. • مدى وضوح الأهداف في أذهان المنفذين. • قابلية الأهداف للقياس الكمي. • واقعية الأهداف من خلال مشاركة المنفذين في وضعها. • مدى انسجام أهداف المستشفى مع أهداف العاملين فيها. • مدى انسجام أهداف المستشفى مع أهداف المتعاملين معها. • مدى التكامل بين الأهداف و بعضها البعض. • معيار دقة تحديد الأهداف بالاعتماد على: o التنبؤ الصحيح. o كفاءة و مهارة القائمين بالتنبؤ و وضع الأهداف. o كفاءة نظم المعلومات الطبية و الإدارية المتاحة. o كفاءة نظم الاتصال السائدة. o كفاءة نظم اتخاذ القرارات السائدة. • مرونة الخطة (مدى قابليتها للتغيير إذا كان ذلك ضروريا). • استقرار الخطة (عدم تغيير الخطة ما لم يكن هناك حاجة لذالك). • مدى وضوح السياسات العامة للمستشفى. • درجة تحديد الإجراءات المناسبة للعمل أو الأعمال التي تتم حسب مراحل الأداء. • مدى مساهمة الأهداف الخاصة بالمستشفى في تحقيق الأهداف العامة على مستوى: o البيئي الذي تعمل فيه المستشفى. o الصحي على مستوى الوزارة. o القومي لتحقيق خطط التنمية الشاملة. o الإنساني و الاجتماعي لتحسين جودة الحياة. • القدر المتاح لمجلس إدارة المستشفى في التخطيط و وضع الأهداف و ذلك في حالة المستشفيات العمومية.
المقدر (القيمة المستهدفة)	تحديد عدد معين، نسبة مئوية، مجال محدد، يسعى المسئولون إلى تحقيقه، الوصول إليه.
المقارنة الزمنية	مع الثلاثي آو السداسي أو السنة السابقة و مع متوسط ثلاث سنوات سابقة

تقديمه (شكله، صورته)	تمثيلات مختلفة: منحنيات، أشكال، نسب، أعداد،...

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على المرجع المذكور في الصفحة 391.

ب) مؤشرات كفاءة التنظيم:

مؤشر قياس : كفاءة التنظيم :	
تعريف المؤشر و خصائصه	
الهدف	يهدف هذا المؤشر إلى قياس: • مدى وضوح مناصب العمل و التوصيف الجيد للمنصب، • مدى التحديد الواضح للسلطات و المسئوليات و مدى الانسجام بينها، • مدى كفاءة الهيكل التنظيمي و قابليته للتطور و التاقلم مع المستجدات، • مدى الالتزام بمبدأ تفويض السلطة • مدى الجهد المبذول في التقليل من التعارض و التدخل بين مختلف التخصصات و الوظائف، • مدى أهمية الشكاوى من طرف العمال و الموظفين او من طرف المستعملين للمؤسسات الاستشفائية، • مدى الصراعات في المنظمة،
الشكل	نسبة مئوية (%)، أو قيمة ما
المستعمل (المستفيد منه)	إدارة المستشفى ، مصالح مديرية الصحة (بالولاية)، الوزارة الوصية ،.. ،.
الشخص المسئول عنه	مدراء، رؤساء الأقسام، المصالح بالمؤسسات الاستشفائية
دورة إنتاج المؤشر	كل ستة أشهر، كل سنة،
مصدر المعلومات	مختلف الأقسام و المصالح على مستوى المستشفيات، مديرية الصحة، الوزارة الوصية،
محتواه و حسابه	• درجة التحديد الدقيق و الواضح للعمال و الأنشطة المطلوبة لتحقيق الأهداف المخططة. • هل هناك توصيف و تحليل جيد للوظائف؟. • هل تم تطبيق مبدأ وضع الفرد المناسب في المكان المناسب (التخصص). • مدى قابلية الوظيفة للترقي، بمعنى هل الوظيفة تتيح لشاغلها بالترقي إلى مواقع أفضل. • درجة التحديد الواضح للسلطات و المسئوليات. • درجة التنسيق و التكامل بين الوظائف و الإدارات. • توضيح طبيعة و نوع العلاقات التنظيمية: o من أعلى إلى أسفل. o من أسفل إلى أعلى. o أفقيا. • دقة و كفاءة الهيكل التنظيمي للمستشفى.

	• مدى قابلية الهيكل التنظيمي للتطوير و العديل و التغيير (إعادة تصميم الهيكل التنظيمي). • مدى الالتزام بمبدأ وحدة مصدر الأمر و التسلسل الإداري. • مدى الالتزام بمبدأ تفويض السلطة. • التحديد الواضح لنطاق الإشراف (التمكن). • درجة التوازن و العدالة التنظيمية (الأجور و المرتبات مع الأعباء أو في توزيع المهام طبقا للتخصصات) • درجة التضارب أو الازدواج في الاختصاصات. • حجم شكاوي الموظفين من تدخل الآخرين في إعمالهم . • درجة أو حجم شكاوي العملاء من عدم معرف المسئول عن شيء ما. • طول الوقت اللازم لانجاز العمل. • حجم و طبيعة الدورة المستندية أو الإجراءات (معيار بساطة الإجراءات). • درجة الصراعات السائدة في المستشفى: o بين الفئات و بعضها البعض. o بين الإداريين و الاستشاريين. • كفاءة البناء التنظيمي و فاعليته في تحقيق الأهداف
المقدر (القيمة المستهدفة)	تحديد عدد معين، نسبة مئوية، مجال محدد، يسعى المسئولون إلى تحقيقه، الوصول إليه.
المقارنة الزمنية	مع الثلاثي آو السداسي أو السنة السابقة و مع متوسط ثلاث سنوات سابقة
تقديمه (شكله، صورته)	تمثيلات مختلفة: منحنيات، أشكال، نسب، أعداد،...

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على المرجع المذكور في الصفحة 391.

ج) مؤشرات كفاءة وضيفة التوجيه و القيادة الإدارية:

مؤشر قياس : كفاءة وضيفة التوجيه و القيادة الإدارية:	
تعريف المؤشر و خصائصه	
الهدف	يهدف هذا المؤشر إلى قياس: • مدى توافر العلاقات الإنسانية داخل التنظيم بين الرؤساء و المرؤوسين ، • مدي الاهتمام و العمل بنظم التدريب و التحفيز، • مدى توفر الخصائص اللازمة للقائد (قدرة على تحمل المسئولية و حماية الأعضاء العاملين معه، القدرة على تحقيق معدلات الأداء المطلوبة، القدرة على حسن التصرف في المواقف الحرجة، • مدى استخدام المسيرين للمفاهيم الإدارية المتقدمة مثل (الإدارة بالنظم، الإدارة بالأهداف، الإدارة بالاستثناء، الإدارة الموقفية، الإدارة السلوكية...) •
الشكل	نسبة مئوية (%)، أو قيمة ما

المستعمل (المستفيد منه)	إدارة المستشفى ، مصالح مديرية الصحة (بالولاية)، الوزارة الوصية ،.. ،.
الشخص المسئول عنه	مدراء، رؤساء الأقسام، المصالح بالمؤسسات الاستشفائية
دورة إنتاج المؤشر	كل ستة أشهر، كل سنة،
مصدر المعلومات	مختلف الأقسام و المصالح على مستوى المستشفيات، مديرية الصحة، الوزارة الوصية،
محتواه و حسابه	• مدى توافر الجوانب الإنسانية في التعامل بين الرؤساء و المرؤوسين. • جميع مؤشرات العلاقات الإنسانية. • هل تقوم المستشفى بدراسات حول مشكلة الدوافع و الاتجاهات و الميول و غيرها. • نظم التحفيز و غيرها (نظم الأفراد). • التدريب أثناء الوظيفة. • درجة تماسك أعضاء كل قسم آو إدارة. • قدرة القائد على التوفيق بين متطلبات العمل و متطلبات أعضاء فريق العمل. • العلاقة السائدة بين جماعات العمل في المستشفى. • قدرة القائد على بناء جو من الثقة المتبادلة و الانسجام الفعال بينه و بين أعضاء المجموعة. • قدرة القائد على تحمل المسئولية و حماية أعضاء الجماعة العاملين معه. • عدد المرات التي يلقي فيها القائد باللوم على مرؤوسيه عند حدوث أخطاء في إدارته أو جماعته. • مدي القدرة على تحقيق معدلات الأداء المطلوبة في الوقت المطلوب و بالجودة المطلوبة و في حدود التكاليف المقررة. • علاقة قائد الجماعة (الإدارة، القسم، الوحدة الإدارية) بالإدارة العليا في المنظمة. • قدرة القائد أو الرئيس على التصرف في المواقف الحرجة بأقل قدر ممكن من الخسائر. • درجة استخدام القائد للمفاهيم الإدارية المتقدمة مثل: o الإدارة بالنظم. o الإدارة بالأهداف. o الإدارة بالاستثناء. o الإدارة الموقفية. o الإدارة السلوكية. • قدرة القائد على إثارة اهتمام و جذب انتباه أعضاء الجماعة لتحقيق الأداء المطلوب. • حجم و طبيعة و نوع التنظيمات غير الرسمية (الشللية (clan)، و التكتلات غير الرسمية). • حجم الإشاعات المغرضة و الكاذبة السائدة في المستشفى. • الوقت الذي يقضيه الطبيب في المستشفى بالمقارنة مع الوقت الذي يقضيه في عيادته الخاصة (مدى الالتزام بمواعيد و حجم العمل

	المقرر رسميا). • حالات التأخر و الانصراف المبكر من المستشفى. • معيار القدوة.
المقدر (القيمة المستهدفة)	تحديد عدد معين، نسبة مئوية، مجال محدد، يسعى المسئولون إلى تحقيقه، الوصول إليه.
المقارنة الزمنية	مع الثلاثي آو السداسي أو السنة السابقة و مع متوسط ثلاث سنوات سابقة
تقديمه (شكله، صورته)	تمثيلات مختلفة: منحنيات، أشكال، نسب، أعداد،...

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على المرجع المذكور في الصفحة 391.

د) كفاءة نظم الرقابة و تقييم الأداء:

مؤشر قياس : كفاءة نظم الرقابة و تقييم الأداء:	
تعريف المؤشر و خصائصه	
الهدف	يهدف هذا المؤشر إلى قياس: • مدى التحديد الدقيق لمعايير الأداء، • مدى مشاركة مختلف أفراد المنظمة في عملية إعداد و اختيار المعايير، • مدى وضوح المعايير، • مدى وضوح آليات العمل بالمعايير و طرق استعملها و تفسيرها، • مدى معرفة المسئولين بالإجراءات التي تتخذ في حالة وجود انحرافات، • نسبة الشكاوى المقدمة لأسباب (فشل في أداء المهام، أخطأ مهنية، عدم رضا المرضى...)
الشكل	نسبة مئوية (%)، أو قيمة ما
المستعمل (المستفيد منه)	إدارة المستشفى ، مصالح مديرية الصحة (بالولاية)، الوزارة الوصية ،.. ‘.
الشخص المسئول عنه	مدراء، رؤساء الأقسام، المصالح بالمؤسسات الاستشفائية
دورة إنتاج المؤشر	كل ستة أشهر، كل سنة،
مصدر المعلومات	مختلف الأقسام و المصالح على مستوى المستشفيات، مديرية الصحة، الوزارة الوصية،
محتواه و حسابه	• هل هناك معايير محددة للأداء مثل: o انجاز ثلاثة عمليات جراحية متوسط \ للطبيب \ يوم. o إجراء 20 فلم أشعة \ يوم \ لوحدة الأشعة. o إجراء 25 تحليل متنوع \ يوم \ لوحدة التحاليل. • هل هذه المعايير دقيقة و تعكس الأهداف المخططة • هل روعي عند إعداد هذه المعايير أن يشترك المرؤوسين في وضعها. • هل هذه المعايير معلنة و معروفة. • ما هو نظام تقييم الأداء المتبع؟ آو كيف يتم قياس الأداء؟ • ما هو التصرف عند وجود انحرافات غير مرغوب فيها؟ هل يتم

	تصحيحها؟. • هل يتم إتباع الأسس العلمية عند تقييم أداء العاملين؟ o الالتزام بنماذج محددة. o الموضوعية و عدم التحيز في التقييم. o إبلاغ الموظف بنتيجة تقييمه (مقابلة ما بعد تقييم الأداء). • هل يتم تطبيق مفاهيم الجودة الشاملة. • هل يتم تصحيح الأداء أولا بأول. • درجة الرعب و الخوف المسيطرة على الموظفين و العاملين أثناء الفحص و المتابعة على أدائهم. • هل روعيا أن يكون النظام الرقابي اقتصاديا غير مكلف في إطار إمكانيات المستشفى. • هل تتم المتابعة بصفة دورية او بعد نهاية كل عمل. • كيف تتم محاسبة المرؤوسين على أخطائهم. o التوجيه و التصحيح o باللوم و التوبيخ o الجزاءات. o الفصل المؤقت – الدائم. • هل هناك وحدة داخل المستشفى لقياس اتجاهات و أراء الأفراد عن نظم العمل و نظم الرقابة التي تطبقها المستشفى من خلال أجهزة العلاقات العامة. • مدى مراعاة النظام الرقابي للجوانب النفسية و السلوكية للعاملين في المستشفى. • من يتابع المريض في الفحص و التشخيص والعلاج و ما بعد العلاج. • هل هناك ملفات للمرضى للمتابعة. • عدد حالات الوفاة نتيجة للإجراءات الطبية الخاطئة في المستشفى في سنة معينة. • عدد حالات الفشل في إجراء العمليات الجراحية في سنة معينة بالنسبة لطبيب متخصص معين. • حجم و عدد المشاغبات و القلاقل التي يحدثها أهل المريض عند إحساسهم بان مريضهم في خطاء أو إهمال داخل المستشفى. • عدد الشكاوي التي يبرق بها آهل المريض للمسئولين الصحيين عند إهمال المستشفى.
المقدر (القيمة المستهدفة)	تحديد عدد معين، نسبة مئوية، مجال محدد، يسعى المسئولون إلى تحقيقه، الوصول إليه.
المقارنة الزمنية	مع الثلاثي آو السداسي أو السنة السابقة و مع متوسط ثلاث سنوات سابقة
تقديمه (شكله، صورته)	تمثيلات مختلفة: منحنيات، أشكال، نسب، أعداد،...

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على المرجع المذكور في الصفحة 391.

ثالثا : مؤشرات قياس كفاءة الأنشطة الوظيفية:

أ) كفاءة نظم الاتصال المستخدمة في المستشفى:

مؤشر قياس : كفاءة نظم الاتصال المستخدمة في المستشفى:	
تعريف المؤشر و خصائصه	
الهدف	يهدف هذا المؤشر إلى قياس: • مدى استعمال الاتصال الكتابي، الشفاهي،... • مدى وضوح الرسائل، • مدى فعالية قنوات الاتصال.
الشكل	وصف محدد، مجال معين، نسبة مئوية ، عدد واضح
المستعمل (المستفيد منه)	إدارة المستشفى، مصالح مديرية الصحة (بالولاية)، الوزارة الوصية، .. ،.
الشخص المسئول عنه	مدراء المؤسسات الاستشفائية.
دورة إنتاج المؤشر	كل ستة أشهر، أو كل سنة،
مصدر المعلومات	الإدارة و مختلف الأقسام و المصالح على مستوى المستشفيات.
محتواه و حسابه	• نوع الاتصال السائد: o من أعلى إلى أسفل فقط، يعكس الأسلوب الاستبدادي في الأداء. o من أسفل إلى أعلى،يعكس الأسلوب الديمقراطي في الأداء. o الأفقي،يعكس التعاون المتبادل بين الادارات. o الشبكي،يعكس الشرعة و ايضا يعكس التداخل و الازدواج في خطوط و مسالك الاتصال. o الاتصال المكتوب، شيوع الاتصال المكتوب في جميع الحالات يعكس بيروقراطية الأداء و فقد الثقة بين الرئيس و المرؤوسين. o الاتصال الشفهي، انتشاره يؤكد على الثقة و روح التعاون المتبادل و القرب من المرؤوسين. • كفاءة مسالك و قنوات الاتصال المستخدمة سواء داخل المستشفى أو بين المستشفى و البيئة الخارجية: o التلفون. o البريد. o التلغراف. o الفاكس. o اللاسلكي. o الانترنت و الاتصال عن بعد. • وضوح الرسائل و المكاتبات و فهمها لدى مستقبلها. • عدد الحالات التي فقد فيها المستندات أثناء تدفقها داخل المستشفى أو خارجها. • عدد الحالات التي تأخر فيها تنفيذ التعليمات او التوجيهات نتيجة لسوء فهمها. • الارتباك و التضارب عند تفسير القواعد و القوانين و اللوائح

	المنظمة للعمل. • الوقت الذي يستهلكه المريض منذ وصوله الى المستشفى حتى حصوله على العلاج من الطبيب المختص. • سهولة الوصول إلى مريض معين ا والى مكتب معين داخل المستشفى. • ب) كفاءة و فاعلية نظم العلاقات الإنسانية: • طبيعة و نوع العلاقة بين الزملاء. • طبيعة و نوع العلاقة بين الرؤساء و المرؤوسين. • طبيعة و نوع العلاقة بين مختلف الفئات المهنية العاملة في المستشفى. • حجم و نوع و أسباب الصراعات التنظيمية و الوظيفية. • حجم و نوع و أسباب الضغوط التنظيمية و الوظيفية. • سرعة وصول المرؤوس إلى الرئيس و التحدث معه. • عدد الندوات المفتوحة و المناقشات المتبادلة بين الرؤساء و المرؤوسين. • درجة تطبيق سياسة الباب المفتوح في المستشفى عند التعامل بين الإدارة العليا و باقي الفئات و الجمهور. • عدد الشكاوي و التظلمات من سوء معاملة المشرفين و رؤساء الأقسام لمرؤوسيهم. • حجم الجزاءات الموقعة على العملاء و الموظفين. • حجم و عدد التحقيقات التي يجريها قسم الشؤون الداخلية. • عدد حالات الفصل في السنة. • نسبة التغيب (الغياب بدون عذر). • معدل دوران العمل. • معدلات الإصابة بالحوادث و الأمراض المهنية (العدوى من بعض الأمراض، سوء استخدام التجهيزات، انخفاض كفاءة مرافق البنية الأساسية). • كفاءة نظم حل المشكلات. • مدى مشاركة المرؤوسين و زملاء العمل في وضع الخطط و تحديد الأهداف و وضع السياسات و غيرها. • درجة الاعتماد على بناء الفريق في انجاز المهام و الأعمال من خلال الجماعات و ليس الأفراد.
المقدر (القيمة المستهدفة)	تحديد عدد، مجال عددي، نسبة مئوية، وصف دقيق او اشارات ☺ ، . يسعى المسئولون إلى الوصول إليه
المقارنة الزمنية	متناسب مع فترات القياس
تقديمه (شكله، صورته)	تمثيلات مختلفة: منحنيات، أشكال، نسب، أرقام ...

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على المرجع المذكور في الصفحة 391.

ب) كفاءة و فاعلية نظم العلاقات الإنسانية:

مؤشر قياس : كفاءة و فاعلية نظم العلاقات الإنسانية في المستشفى:	
تعريف المؤشر و خصائصه	
الهدف	يهدف هذا المؤشر إلى قياس: • معرفة طبيعة و نوع العلاقات بين الأفراد • معرفة حجم الصراعات و اسبابها، • عدد الشكاوى و طرق حلها، • نسب التغيب و معدل دوران العمل.
الشكل	وصف محدد، مجال معين، نسبة مئوية ، عدد واضح
المستعمل (المستفيد منه)	إدارة المستشفى، مصالح مديرية الصحة (بالولاية)، الوزارة الوصية، .. ،.
الشخص المسئول عنه	مدراء المؤسسات الاستشفائية.
دورة إنتاج المؤشر	كل ستة أشهر، أو كل سنة،
مصدر المعلومات	الإدارة و مختلف الأقسام و المصالح على مستوى المستشفيات.
محتواه و حسابه	• طبيعة و نوع العلاقة بين الزملاء. • طبيعة و نوع العلاقة بين الرؤساء و المرؤوسين. • طبيعة و نوع العلاقة بين مختلف الفئات المهنية العاملة في المستشفى. • حجم و نوع و أسباب الصراعات التنظيمية و الوظيفية. • حجم و نوع و أسباب الضغوط التنظيمية و الوظيفية. • سرعة وصول المرؤوس إلى الرئيس و التحدث معه. • عدد الندوات المفتوحة و المناقشات المتبادلة بين الرؤساء و المرؤوسين. • درجة تطبيق سياسة الباب المفتوح في المستشفى عند التعامل بين الإدارة العليا و باقي الفئات و الجمهور. • عدد الشكاوي و التظلمات من سوء معاملة المشرفين و رؤساء الأقسام لمرؤوسيهم. • حجم الجزاءات الموقعة على العملاء و الموظفين. • حجم و عدد التحقيقات التي يجريها قسم الشؤون الداخلية. • عدد حالات الفصل في السنة. • نسبة التغيب (الغياب بدون عذر). • معدل دوران العمل. • معدلات الإصابة بالحوادث و الأمراض المهنية (العدوى من بعض الأمراض، سوء استخدام التجهيزات، انخفاض كفاءة مرافق البنية الأساسية). • كفاءة نظم حل المشكلات. • مدى مشاركة المرؤوسين و زملاء العمل في وضع الخطط و تحديد الأهداف و وضع السياسات و غيرها.

	• درجة الاعتماد على بناء الفريق في انجاز المهام و الأعمال من خلال الجماعات و ليس الأفراد.
المقدر (القيمة المستهدفة)	تحديد عدد، مجال عددي، نسبة مئوية، وصف دقيق او اشارات ☺ ، . يسعى المسئولون إلى الوصول إليه
المقارنة الزمنية	متناسب مع فترات القياس
تقديمه (شكله، صورته)	تمثيلات مختلفة: منحنيات، أشكال، نسب، أرقام ...

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على المرجع المذكور في الصفحة 391.

ج) نظم دعم اتخاذ القرار :

مؤشر قياس : كفاءة نظم دعم اتخاذ القرار:	
تعريف المؤشر و خصائصه	
الهدف	يهدف هذا المؤشر إلى قياس: • مدى توافر المعلومات من خلال (قنوات جمعها و توزيعها، و تواصها مع الجهات المعنية)، • نسبة المجلات و الدوريات التي يشترك فيها المستشفى، • نسبة القرارت التي اتخذت و لم تنفذ نسبة (الى مصلحة معينة او قسم معين او جهة معينة)،
الشكل	وصف محدد، مجال معين، نسبة مئوية ، عدد واضح
المستعمل (المستفيد منه)	إدارة المستشفى، مصالح مديرية الصحة (بالولاية)، الوزارة الوصية، .. ،.
الشخص المسئول عنه	مدراء المؤسسات الاستشفائية.
دورة إنتاج المؤشر	كل ستة أشهر، أو كل سنة،
مصدر المعلومات	الإدارة و مختلف الأقسام و المصالح على مستوى المستشفيات.
محتواه و حسابه	• هل هناك نظام فعال للمعلومات الطبية و أخر للإدارة في المستشفى. • ما هي حجم وحدة الحاسب الآلي و ما هي درجة حداثتها و ما هي كفاءة تشغيلها و الاستفادة منها. • هل توجد شبكة للمعلومات تربط المستشفى بالجهات الآتية: o المستشفيات الأخرى محليا و دوليا. o مديريات الشؤون الصحية. o وزارة الصحة. o المحافظات او الأقاليم المعنية. o الأجهزة المركزية مثل الجهاز المركزي للتعبئة العامة و الإحصاء. o كليات الطب المحلية و مراكز الأبحاث.

	• عدد المؤتمرات المحلية و العالمية الطبية و الإدارية التي تمثل فيها المستشفى. • عدد الدوريات و الكتيبات التي تشترك فيها المستشفى. • ما هي القرارات الفعالة التي اتخذها مجلس إدارة المستشفى. • ما هو عدد القرارات التي اتخذت و لم تنفذ. • ما هو عدد حالات التظلم من قرار معين. • ما هي سرعة تطبيق و تنفيذ القرار. • ما هي تأثيرات القرار المختلفة على : • صانع القرار. • الإنتاجية. • الروح المعنوية. • العلاقات الوظيفية • العملاء.
المقدر (القيمة المستهدفة)	تحديد عدد، مجال عددي، نسبة مئوية، وصف دقيق او اشارات ☺ ، . يسعى المسئولون إلى الوصول إليه
المقارنة الزمنية	متناسب مع فترات القياس
تقديمه (شكله، صورته)	تمثيلات مختلفة: منحنيات، أشكال، نسب، أرقام ...

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على المرجع المذكور في الصفحة 391.

د) كفاءة النشاط التسويقي:

مؤشر قياس : كفاءة النشاط التسويقي:	
تعريف المؤشر و خصائصه	
الهدف	يهدف هذا المؤشر إلى قياس: • مدى انسجام و توافق المنتج الصحي مع حاجات و متطلبات المرضى، • كفاءة الخدمات الصحية المعاونة في المستشفى (الخدمات الفندقية ، التمريضية ، السياحية)، • كيفية و طرق حساب التكاليف للخدمات الطبية و العلاجية، • كيفية تسعير الخدمات الطبية،
الشكل	وصف محدد، مجال معين، نسبة مئوية ، عدد واضح
المستعمل (المستفيد منه)	إدارة المستشفى، مصالح مديرية الصحة (بالولاية)، الوزارة الوصية، .. ،.
الشخص المسئول عنه	مدراء المؤسسات الاستشفائية.
دورة إنتاج المؤشر	كل ستة أشهر، أو كل سنة،
مصدر المعلومات	الإدارة و مختلف الأقسام و المصالح على مستوى المستشفيات.
محتواه و حسابه	• معدل نمو و تطور النصيب السوقي من العملاء مقارنا بمعدل نمو

	السوق في هذا المجال. • مدى انسجام و توافق المنتج الصحي مع حاجات و متطلبات المرضى و الجمهور المتردد من خلال: o حجم تدفق العملاء على المستشفى. o الاستقصاءات و استطلاع الآراء. o الملاحظات و المقابلات الشخصية. o زيادة سمعة المستشفى في المجتمع المحلي و العالمي • درجة تنوع أو تركز المنتج الصحي: o منتج واحد (مستشفى تخصصي). o منتجات منفردة (مستشفيات عامة). • حجم و كفاءة الخدمات الصحية المعاونة التي تقدمها المستشفى (الخدمات الفندقية ، التمريضية ، السياحية). • حجم و نوعية و كفاءة الخدمات الصحية المقدمة للمريض بعد خروجه من المستشفى المتابعة إلى حين الشفاء التام. • هناك معايير متفق عليها دوليا أو محليا أو حتى على مستوى المستشفى لأداء الخدمات الصحية مثل : o إجراءات الدخول و إجراءات الخروج. o إجراءات التشخيص و الفحص و التحليل. o إجراءات العلاج و إجراءات صرف الأدوية. o إجراءات الإسعافات الداخلية و الخارجية. o الوقت المخصص لتنفيذ اي من الإجراءات السابقة. • ما هو النطاق الجغرافي الذي تخدمه المستشفى سواء على المستوى المحلي او الدولي. • هل طاقة المستشفى تتناسب مع حمولتها (الطلب عليها). • ما هو نظام التسعير المتبع في المستشفى و هل الأسعار المحددة للكشف و العلاج و مختلف ألوان الخدمات الصحية التي تقدمها المستشفى متوافقة مع الأسعار التنافسية السائدة في المستشفيات المماثلة. • ما هي تكاليف أداء الخدمات الصحية و ما هو هامش الربح المحدد و هل يمكن ترشيد هذه التكاليف و تخفيضها.
المقدر (القيمة المستهدفة)	تحديد عدد، مجال عددي، نسبة مئوية، وصف دقيق او اشارات ☺ ،  . يسعى المسئولون إلى الوصول إليه
المقارنة الزمنية	متناسب مع فترات القياس
تقديمه (شكله، صورته)	تمثيلات مختلفة: منحنيات، أشكال، نسب، أرقام ...

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على المرجع المذكور في الصفحة 391.

هـ) الجودة:

مؤشر قياس : الجودة:	
تعريف المؤشر و خصائصه	
الهدف	يهدف هذا المؤشر إلى قياس: • مدى توافر الخدمة الطبية و سرعة الحصول عليها، • مدى الثقة و المصداقية في التعامل مع المراجعين، • مدى توافر مفاهيم الجودة و مدى التعامل بمعايير الجودة من مختلف الأطراف، • نسبة التذمر و الاستياء من قبل المواطنين المستفيدين من الخدمات الطبية، • مدى وجود استراتيجية و اضحة وعلنة بين مختلف المواطنين.
الشكل	وصف محدد، مجال معين، نسبة مئوية ، عدد واضح
المستعمل (المستفيد منه)	إدارة المستشفى، مصالح مديرية الصحة (بالولاية)، الوزارة الوصية، .. ،.
الشخص المسئول عنه	مدراء المؤسسات الاستشفائية.
دورة إنتاج المؤشر	كل ستة أشهر، أو كل سنة،
مصدر المعلومات	الإدارة و مختلف الأقسام و المصالح على مستوى المستشفيات.
محتواه و حسابه	• مدى توافر الخدمة و سرعة الحصول عليها. • درجة الثقة في الخدمات المقدمة و درجة إدراك العميل للخدمة الصحية المقدمة له. • طبيعة التعامل مع العميل و مراعاة الجوانب الإنسانية. • المصداقية في التعامل مع المرض حسب الحالات المختلفة. • مدى توافر عامل الأمن و الضمان و السلامة المصاحبة للخدمة الطبية و التمريضية. • مدى توافر البيئة المناسبة لأداء الخدمة الصحية (نظم و إمكانيات العمل المادية و البشرية). • طبيعة نظم المتابعة و الإشراف على الأداء الطبي خاصة و الإداري عامة. • كيفية إدراك الأخطار ما أمكن. • مدى شيوع المفاهيم الحديثة للجودة الشاملة في إطار التنظيم الفني و الإداري في المستشفى مثل: o ماهية الجودة الشاملة في أذهان الأفراد. o ماهية ضمان أو تأكيد الجودة. o هل هناك ما يسمى بفريق العمل. o هل هناك ما يسمى بحلقات الجودة. o هل هناك ما يسمى بفريق حل المشاكل.

	o هل هناك برنامج مستمر لتحسين جودة الخدمات الصحية و الادارية في المستشفى • هل هذا البرنامج معلن و ما هو حجم تعاون الافراد و تاييدهم لذلك. • هل تساهم المستشفى في حماية البيئة من التلوث. • هل هناك حالات تضمر او شكاوى من سوء خدمات المستشفى او اسعار العلاج بها. • هل هناك حالات طارئة رفضت المستشفى استقبالها لاسباب مادية. • هل هناك رسالة إستراتيجية معلنة لدى المستشفى. • هل هذه الرسالة قابلة للتطبيق. • هل تعكس هذه الرسالة أهداف و استراتيجيات العمل بالمستشفى. • ما هي درجة رضا العاملين بالمستشفى عن هذه الرسالة.
المقدر (القيمة المستهدفة)	تحديد عدد، مجال عددي، نسبة مئوية، وصف دقيق او اشارات ☺ ، . يسعى المسئولون إلى الوصول إليه
المقارنة الزمنية	متناسب مع فترات القياس
تقديمه (شكله، صورته)	تمثيلات مختلفة: منحنيات، أشكال، نسب، أرقام ...

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على المرجع المذكور في الصفحة 391.

و) كفاءة الإدارة المالية و الجوانب الأخرى المرتبطة بها:

مؤشر قياس : كفاءة الإدارة المالية و الجوانب الأخرى المرتبطة بها:	
تعريف المؤشر و خصائصه	
الهدف	يهدف هذا المؤشر إلى قياس: • مدى اهمية اجر الفرد في المستشفى و في المستشفيات المماثلة، • حجم المكافئات و الحوافز المادية ، • مدى الأرباح المحتجزة او المخصصات أو الودائع البنكية أو السندات او الاسهم في الشركات الاستثمارية ، • نسبة او معدل العائد على الاستثمار • نصيب السهم من الإرباح الموزعة سنويا، • توازن الهياكل التمويلية و الرأسمالية في المستشفى، • معدلات دوران المخزون من الأدوية و المستلزمات الطبية،
الشكل	وصف محدد، مجال معين، نسبة مئوية ، عدد واضح
المستعمل (المستفيد منه)	إدارة المستشفى، مصالح مديرية الصحة (بالولاية)، الوزارة الوصية، .. ،.
الشخص المسئول عنه	مدراء المؤسسات الاستشفائية.
دورة إنتاج المؤشر	كل ستة أشهر، أو كل سنة،
مصدر المعلومات	الإدارة و مختلف الأقسام و المصالح على مستوى المستشفيات.
محتواه و حسابه	• إجمالي اجر الفرد (طبيب، فني، إداري، عامل) في المستشفى

	شهريا او سنويا مقارنا بإجمالي اجر الفرد في المستشفيات المماثلة. • حجم المكافئات و الحوافز المادية مقاسه بالأجر بالمستشفيات الأخرى. • الفائض النقدي لدى المستشفى (في شكل أرباح محتجزة لو مخصصات أو ودائع بنكية أو سندات ا واسهم في شركات استثمارية). • نصيب السهم من الإرباح الموزعة سنويا مقارنا بنصيب السهم في المستشفيات المماثلة. • تكلفة رأس المال. • معدل العائد على الاستثمار مقارنا بأسعار الفائدة السائدة. • القيمة السوقية للسهم. • حجم السيولة النقدية المتاحة في المستشفى و معدلات السيولة. • توازن الهياكل التمويلية و الرأسمالية في المستشفى. • عدالة توزيع الوفرات المادية المتاحة. • مدى رضا العمالة عن الإيرادات المالية التي يحصلون عليها من المستشفى. • معدلات الربحية و نسب توزيع الإرباح. • معدلات دوران المخزون من الأدوية و المستلزمات الطبية.
المقدر (القيمة المستهدفة)	تحديد عدد، مجال عددي، نسبة مئوية، وصف دقيق او اشارات ☺ ، . يسعى المسئولون إلى الوصول إليه
المقارنة الزمنية	متناسب مع فترات القياس
تقديمه (شكله، صورته)	تمثيلات مختلفة: منحنيات، أشكال، نسب، أرقام ...

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على المرجع المذكور في الصفحة 391.

ز) كفاءة نظم الشراء:

مؤشر قياس : نظم الشراء :	
تعريف المؤشر و خصائصه	
الهدف	يهدف هذا المؤشر إلى قياس: • مدى اهمية الموقع التنظيمي لإدارة المشتريات في الهيكل التنظيمي للمستشفى ، • الصدق في التعامل مع الموردين مع المستشفى ، • دفع الفواتير و الشيكات المستحقة للموردين في مواعيدها، • حجم و نوعية الموردين الذين تتعامل معهم المستشفى، • القدرة على التفاوض، • كفاءة نظم الفحص المتبعة عند وصول الاحتياجات من الموردين.
الشكل	وصف محدد، مجال معين، نسبة مئوية ، عدد واضح
المستعمل (المستفيد منه)	إدارة المستشفى، مصالح مديرية الصحة (بالولاية)، الوزارة الوصية، .. ،.

الشخص المسئول عنه	مدراء المؤسسات الاستشفائية.
دورة إنتاج المؤشر	كل ستة أشهر، أو كل سنة،
مصدر المعلومات	الإدارة و مختلف الأقسام و المصالح على مستوى المستشفيات.
محتواه و حسابه	• الموقع التنظيمي لإدارة المشتريات في الهيكل التنظيمي للمستشفى. • مدى إتباع قواعد التنظيم الجيد في بناء الهيكل التنظيمي لإدارة المشتريات. • مدى كفاية و كفاءة العناصر البشرية العاملة في مجال الشراء. • أخلاقيات رجال الشراء: o الالتزام بالشراء من المورد المناسب. o عدم الحصول على رشاوى أو هدايا من الموردين o الصدق في التعامل مع الموردين مع المستشفى. • القدرة على التفاوض o عدد مرات التفاوض الناجحة \ إجمالي مرات التفاوض. o الوقت المستغرق في عملية التفاوض. o تدعيم العلاقة بين المستشفى و بين الموردين من خلال التفاوض الفعال. • حجم و نوعية الموردين الذين تتعامل معهم المستشفى. • مدى التزام \ عدم التزام المورد بالتوريد: o في المواعيد المناسبة. o بالجودة المناسبة (طبقا للمواصفات المحددة). o بالسعر المناسب (في إطار الأسعار التنافسية). o بالكمية المناسبة (طبقا لاحتياجات المستشفى). • مركز \ سمعة المستشفى لدى الموردين من حيث: o حجم احتياجاتها. o الالتزام بشروط التعاقد. o دفع الفواتير و الشيكات المستحقة للموردين في مواعيدها. • مدى إتباع طرق و إجراءات الشراء التي تحددها اللوائح و القوانين: o المناقصة (المحلية، العامة، الدولية). o الممارسة o الشراء المباشر. • كفاءة نظم الفحص المتبعة عند وصول الاحتياجات من الموردين: o فحص كلي. o فحص جزئي. o عدم الفحص. • حجم أو عدد أو نسبة الوحدات المعيبة بالنسبة لحجم كل صفقة (الأدوية، الأغذية، المستلزمات الطبية، التجهيزات، الوقود، قطع الغيار، التجهيزات الأخرى).
المقدر (القيمة المستهدفة)	تحديد عدد، مجال عددي، نسبة مئوية، وصف دقيق او اشارات ☺ ، . يسعى المسئولون إلى الوصول إليه
المقارنة الزمنية	متناسب مع فترات القياس
تقديمه (شكله، صورته)	تمثيلات مختلفة: منحنيات، أشكال، نسب، أرقام ...

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على المرجع المذكور في الصفحة 391.

ح) كفاءة نظم التخزين:

مؤشر قياس : نظم التخزين:	
تعريف المؤشر و خصائصه	
الهدف	يهدف هذا المؤشر إلى قياس: • مدى كفاءة العناصر البشرية العاملة في إدارة المخازن ، • الموقع التنظيمي لإدارة المخازن في الهيكل التنظيمي للمستشفى ، • درجة مناسبة موقع و مساحة المخزن لحجم و نوع الأعمال الطبية في المستشفى ، • كفاءة و فاعلية نظم الترتيب و التصنيف عند رص و تستيف ، • كفاءة الدورة المستندية المخزنية ، • كفاءة نظم الجرد، • كفاءة نظم الرقابية على المخزون.
الشكل	وصف محدد، مجال معين، نسبة مئوية ، عدد واضح
المستعمل (المستفيد منه)	إدارة المستشفى، مصالح مديرية الصحة (بالولاية)، الوزارة الوصية، .. ،.
الشخص المسئول عنه	مدراء المؤسسات الاستشفائية.
دورة إنتاج المؤشر	كل ستة أشهر، أو كل سنة،
مصدر المعلومات	الإدارة و مختلف الأقسام و المصالح على مستوى المستشفيات.
محتواه و حسابه	• الموقع التنظيمي لإدارة المخازن في الهيكل التنظيمي للمستشفى. • مدى إتباع القواعد التنظيمية عند بناء و تصميم الهيكل التنظيمي لإدارة المخازن. • كفاءة العناصر البشرية العاملة في إدارة المخازن من حيث: o المؤهلات. o الخبرات. o التدريب. o الفهم لأهمية الوظيفة. o الأمانة و القدرة لتحمل المسئولية. • درجة مناسبة موقع و مساحة المخزن لحجم و نوع الأعمال الطبية في المستشفى. • مناسبة التجهيزات و المعدات المستخدمة في المناولة و الحفظ داخل المخزن. • كفاءة و فاعلية نظم الترتيب و التصنيف عند رص و تستيف و الأشياء داخل المخازن. • سرعة الحصول على الحاجة المطلوبة من المخازن. • حجم التالف \ الفاقد في المخزون. • حجم السرقات المخزنية (كل شهر \ سنة). • كفاءة نظم الجرد (الفرق بين الجرد الفعلي و الجرد الدفتري).

	• عدد مرات توقف الأداء لعدم وجود الصنف بالمخزن. • كفاءة الدورة المستندية المخزنية. (من ناحية الإضافة و الصرف و المتابعة و الترصيد و غيرها). • كفاءة نظم الرقابية على المخزون و من خلال: o التحديد الواضح لحد الأمان. o التحديد الواضح لنقطة اعادة الطلب. o التحديد الواضح للكمية الاقتصادية. o التحديد الواضح لمستويات المخزون. • الطرق المتبعة في التصرفات في المخزون الراكد \ التالف \ غير المطابق للمواصفات \ الكهنة \ الاشياء المستهلكة.
المقدر (القيمة المستهدفة)	تحديد عدد، مجال عددي، نسبة مئوية، وصف دقيق او اشارات ☺ ، . يسعى المسئولون إلى الوصول إليه
المقارنة الزمنية	متناسب مع فترات القياس
تقديمه (شكله، صورته)	تمثيلات مختلفة: منحنيات، أشكال، نسب، أرقام ...

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على المرجع المذكور في الصفحة 391.

ط) كفاية و كفاءة الآلات و المعدات الطبية و التجهيزات الأخرى:

مؤشر قياس : كفاية و كفاءة الآلات و المعدات الطبية و التجهيزات الأخرى:	
تعريف المؤشر و خصائصه	
الهدف	يهدف هذا المؤشر إلى قياس: • مدى كفاية و كفاءة التجهيزات الطبية المتوفرة بالمستشفيات ، • الطاقة الإنتاجية القصوى للجهاز أو المعدات، • الطاقة المتاحة للاستخدام و درجة استغلالها في المستشفى ، • درجة مهارة و كفاءة الأطباء و الفنيين على استخدام التجهيزات الحديثة ، • عدد سيارات الاسعاف و درجة حداثتها،
الشكل	وصف محدد، مجال معين، نسبة مئوية ، عدد واضح
المستعمل (المستفيد منه)	إدارة المستشفى، مصالح مديرية الصحة (بالولاية)، الوزارة الوصية، .،.
الشخص المسئول عنه	مدراء المؤسسات الاستشفائية.
دورة إنتاج المؤشر	كل ستة أشهر، أو كل سنة،
مصدر المعلومات	الإدارة و مختلف الأقسام و المصالح على مستوى المستشفيات.
محتواه و حسابه	• درجة الحداثة و التطور للتجهيزات المتاحة. • مدى كفاية و كفاءة التجهيزات المتاحة. • الميزانية المخصصة للانفاق الاستثماري للتجديد و الاحلال. • الطاقة الانتاجية القصوى للجهاز او المعدات (مثلا يمكن القول بان جهاز الاشعة يمكنه تصوير 100 فيلم كحد اقصى يوميا). • الطاقة المتاحة للاستخدام (ففي المثال السابق و لظروف معينة

	يمكن القول بان الجهاز الحالي يجب ان يستخدم بنسبة 80 % من طاقته القصوى اى 80 فيلم \ يوم). • الطاقة المستغلة (في المثال السابق يكون الطلب اليومي مثلا 50 فيلم \ يوم) و من ثم يجب ان يتم التخطيط و التوسع في العمل الطبي لاستغلال الطاقة المتاحة 80 % و أيضا الطاقة القصوى 100 % . • هل هناك تعاقد بين المستشفى و بين المورد على تطبيق سياسة الإحلال (إحلال الآلات القديمة بالآلات الحديثة لدجى المورد). • حجم العمليات الجراحية و الأشعة و التحليل التي يتم عملها خارج المستشفى لعدم وجود التجهيزات الخاصة بها في المستشفى. • كفاءة نظم صيانة هذه التجهيزات. • درجة مهارة و كفاءة الأطباء و الفنيين على استخدام التجهيزات الحديثة سواء المتاحة او غير المتاحة لدى المستشفى حاليا. • عدد سيارات الإسعاف السريع داخل المستشفى و مدى كفاية هذا العدد لمتطلبات العملاء.
المقدر (القيمة المستهدفة)	تحديد عدد، مجال عددي، نسبة مئوية، وصف دقيق او اشارات ☺ ، . يسعى المسئولون إلى الوصول إليه
المقارنة الزمنية	متناسب مع فترات القياس
تقديمه (شكله، صورته)	تمثيلات مختلفة: منحنيات، أشكال، نسب، أرقام ...

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على المرجع المذكور في الصفحة 391.

ي) كفاءة نظم الصيانة:

مؤشر قياس : كفاءة نظم الصيانة:	
تعريف المؤشر و خصائصه	
الهدف	يهدف هذا المؤشر إلى قياس: • درجة توافر آلات و معدات الصيانة ، • نظم الصيانة المتبعة، • حجم الأعطال التي تتم في التجهيزات و المعدات الطبية و الفنية، • البرامج التدريبية للعاملين في مجال الصيانة،
الشكل	وصف محدد، مجال معين، نسبة مئوية ، عدد واضح
المستعمل (المستفيد منه)	إدارة المستشفى، مصالح مديرية الصحة (بالولاية)، الوزارة الوصية، .،.
الشخص المسئول عنه	مدراء المؤسسات الاستشفائية.
دورة إنتاج المؤشر	كل ستة أشهر، أو كل سنة،
مصدر المعلومات	الإدارة و مختلف الأقسام و المصالح على مستوى المستشفيات.
محتواه و حسابه	• حجم و نوع العاملين في مجال الصيانة و مهاراتهم الفنية. • مدى وضوح المهام المرتبطة بنظم الصيانة لدى العاملين في هذا النشاط. • درجة توافر آلات و معدات الصيانة (تكامل ورشة الصيانة) داخل

	المستشفى. • نظم الصيانة المتبعة من حيث التوقيت: o برامج الصيانة الدورية (الوقائية). o برامج الصيانة الطارئة (العلاجية). • مدى الاستعانة بالاخصائين خارج المستشفى في مجالات الصيانة. • حجم الأعطال الفنية في التجهيزات الناتجة عن قصور برامج الصيانة. • حجم الأعطال الفنية في التجهيزات الناتجة عن سوء الاستخدام. • حجم الأعطال الفنية في التجهيزات الناتجة عن المناولة و الحفظ و الخطاء. • حجم المعدات و التجهيزات الصالحة للتشغيل و الاستخدام الى الحجم الكلي. • اقتصاديات نظام الصيانة. • قدرة العاملين في مجال الصيانة على إجراء الإصلاحات المطلوبة في التجهيزات و المعدات الطبية الحديثة. • كفاءة نظم الصيانة المرتبطة بالمباني و المرافق الأساسية. • حجم الميزانية المخصصة للصيانة. • البرامج التدريبية للعاملين في مجال الصيانة سواء على المستوى المحلي أو العالمي. • حجم الأعطال التي تتم في التجهيزات و المعدات الطبية و الفنية أثناء التشغيل.. • قيمة الفاقد في الوقت و التكلفة و العائد نتيجة تعطل الآلات و المعدات و التجهيزات و الناتج عن قصور نظم الصيانة.
المقدر (القيمة المستهدفة)	تحديد عدد، مجال عددي، نسبة مئوية، وصف دقيق او اشارات ☺ ،  . يسعى المسئولون إلى الوصول إليه
المقارنة الزمنية	متناسب مع فترات القياس
تقديمه (شكله، صورته)	تمثيلات مختلفة: منحنيات، أشكال، نسب، أرقام ...

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على المرجع المذكور في الصفحة 391.

ك) كفاية و كفاءة المباني، الآلات، المعدات، التجهيزات الأخرى:

مؤشر قياس : كفاية و كفاءة المباني، الآلات، المعدات، التجهيزات الأخرى:	
تعريف المؤشر و خصائصه	
الهدف	يهدف هذا المؤشر إلى قياس: • نسبة مساحة المباني \ المساحة الكلية ، • نسبة حجم المساحة الخظراء داخل المستشفى، • المساحة المربعة للغرفة الواحدة و عدد الأسِرة،
الشكل	وصف محدد، مجال معين، نسبة مئوية ، عدد واضح
المستعمل (المستفيد منه)	إدارة المستشفى، مصالح مديرية الصحة (بالولاية)، الوزارة الوصية، .،
الشخص المسئول عنه	مدراء المؤسسات الاستشفائية.

دورة إنتاج المؤشر	كل ستة أشهر، أو كل سنة،
مصدر المعلومات	الإدارة و مختلف الأقسام و المصالح على مستوى المستشفيات.
محتواه و حسابه	• المساحة الكلية للمستشفى. • مساحة المباني \ المساحة الكلية. • حجم المساحة الخضراء داخل المستشفى. • متانة الأساسات و الحوائط و الأعمدة الخراسانية و مقاومتها للزلزال و الهزات الأرضية. • التصميم الداخلي للمبنى من حيث: o كفاءة المبنى الإداري. o موقع العيادة الخارجية. o موقع عنابر المرضى. o موقع مخازن المهمات و الأدوية و التغذية. o موقع المطابخ و ورش الصيانة. o موقع السيارات. • مدى وجود التهوية الطبيعية في المباني و الغرف و المساقط المختلفة. • سهولة المرور بين الحجرات و الممرات الداخلية. • المساحة المربعة للغرفة الواحدة و عدد الأسِرة في كل غرفة و نسبة المساحة التي يشغلها السرير الواحد. • مدى توافر استراحات خاصة بهيئة التمريض و الأطباء و الزوار. • مدى استخدام التكنولوجيا الحديثة في نقل المرضى و تنقل الزوار (المصاعد و الناقلات المتحركة للمرضى و الأغذية و غيرها). • مدى قابلية المباني للتوسع الراسي (إضافة ادوار أخرى). • مدى قابلية المباني للتوسع الأفقي (بناء أجنحة و مباني أخرى). • سهولة استخدام أدوات الحريق و الحماية.
المقدر (القيمة المستهدفة)	تحديد عدد، مجال عددي، نسبة مئوية، وصف دقيق او اشارات ☺ ، . يسعى المسئولون إلى الوصول إليه
المقارنة الزمنية	متناسب مع فترات القياس
تقديمه (شكله، صورته)	تمثيلات مختلفة: منحنيات، أشكال، نسب، أرقام ...

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على المرجع المذكور في الصفحة 391.

ل) كفاءة نظم السكرتارية و الإدارة المكتبية و التسجيل الطبي:

مؤشر قياس : كفاءة نظم السكرتارية و الإدارة المكتبية و التسجيل الطبي:	
تعريف المؤشر و خصائصه	
الهدف	يهدف هذا المؤشر إلى قياس: • مدى فهم السكرتارية لطبيعة العمل الطبي ، • حجم الأعمال المكتبية داخل المستشفى، • درجة الاستفادة من الملفات و المستندات في اتخاذ القرارات الإدارية ،

	• عدد السجلات و النماذج الطبية المستخدمة، • كفاءة النماذج و الإحصاءات و المراسلات الصادرة من المستشفى،
الشكل	وصف محدد، مجال معين، نسبة مئوية ، عدد واضح
المستعمل (المستفيد منه)	إدارة المستشفى، مصالح مديرية الصحة (بالولاية)، الوزارة الوصية، .،.
الشخص المسئول عنه	مدراء المؤسسات الاستشفائية.
دورة إنتاج المؤشر	كل ستة أشهر، أو كل سنة،
مصدر المعلومات	الإدارة و مختلف الأقسام و المصالح على مستوى المستشفيات.
محتواه و حسابه	• مدى كفاية العاملين في المجالات السابقة لأعباء و متطلبات العمل المكتبي. • مدى كفاءة العاملين في هذه المجالات من حيث: o المؤهلات. o الخبرات. o برامج التدريب الموجهة لهم . • مدى فهم السكرتارية لطبيعة العمل الطبي و ذلك من خلال: o إدراك السكرتارية لأهمية و قدسية هذا العمل. o فن التعامل مع المرضى و الجمهور و العاملين في هذا المجال. o فهم السكرتارية للجوانب الطبية و الإدارية المختلفة للمستشفى. o درجة إلمام السكرتارية بالمعلومات عن المؤسسات الطبية الأخرى و مواقعها و أحجامها و مراكزها التنافسية. • مدى توافر مهارة التحدث و الكتابة و الاتصال لدى السكرتارية. • مدى توافر مهارة تنظيم و إدارة الوقت لدى السكرتارية. • توافر المظهر العام و السلوك الطيب لدى السكرتارية. • درجة الالتزام بالجوانب الأخلاقية عند التعامل مع الزوار و غيرهم. • مدى فهم السكرتارية للمدير الذي تعمل معه مثل: o متى يكون مبسوطا و متى يكون متضايقا. o متى يكون التحدث معه. o الوقت المناسب له لاستقبال الزوار. o الوقت المناسب لعرض المكاتبات عليه. o من يرغب في مقابلته و من لا يرغب في مقابلته. • القدرة على التذكر و الذكاء و سرعة التصرف.

	• مهارة تنظيم المكتب و تنسيقه و تجميله. • حجم الأعمال المكتبية في المستشفى. • سرعة تدفق الدورة المستندية بين الأقسام و الإدارات. • كفاءة نظم البريد الوارد و الصادر. • نظم حفظ المستندات و الملفات و المكاتبات و غيرها. • درجة الاعتماد على حفظ و استرجاع و تحليل البيانات الكترونيا بالاعتماد على نظم الحاسب الآلي. • السرعة في استخراج ملف أو مذكرة أو تقرير. • نسبة أو حجم الفاقد أو التالف في المستندات. • مدى وجود نظام مناسب لملفات المرضى و بطاقات المتابعة. • درجة الاستفادة من الملفات و المستندات في اتخاذ القرارات الإدارية و الطبية. • كفاءة نظم الفهرسة و التبويب و التصنيف للملفات و المستندات الموجودة. • كفاءة العاملين في مجال التسجيل الطبي. • مستواهم التاهيلي و التعليمي (المدرسي، المعهدي، الجامعي). • مهارات التنظيم و الكتابة ووضوح الخط و التنسيق. • عدد السجلات و النماذج الطبية المستخدمة مثل: o سجل إجراءات دخول المرضى. o سجل إجراءات خروج المرضى. o سجل إجراءات خروج المريض التوفي. o سجل متابعة المريض. o سجلات و نماذج العمليات الجراحية. • مدى التكامل بين المستندات الطبية المستخدمة و عدم تكرارها أو تداخلها بلا مبرر. • مدي وضوح العلاقة بين السكرتارية و الإدارة المكتبية و التسجيل

	الطبي و نظم الاتصال و المعلومات و اتخاذ القرارات الطبية و الإدارية في المستشفى. • كفاءة النماذج و الإحصاءات و المراسلات الصادرة من المستشفى للجهات الخارجية (المحافظة، مديرية الشؤون الصحية، وزارة الصحة، الهيئات المحلية، الجهاز المركزي للإحصاء).
المقدر (القيمة المستهدفة)	تحديد عدد، مجال عددي، نسبة مئوية، وصف دقيق او اشارات ☺ ،  . يسعى المسئولون إلى الوصول إليه
المقارنة الزمنية	متناسب مع فترات القياس
تقديمه (شكله، صورته)	تمثيلات مختلفة: منحنيات، أشكال، نسب، أرقام ...

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على المرجع المذكور في الصفحة 391.

م) كفاية و كفاءة نظم التثقيف الصحي و العلاقات العامة:

مؤشر قياس : كفاية و كفاءة نظم التثقيف الصحي و العلاقات العامة:	
تعريف المؤشر و خصائصه	
الهدف	يهدف هذا المؤشر إلى قياس: • أهمية و دور العلاقات العامة بالنسبة للإدارة العليا في المستشفى • نسبة و عدد البرامج الإعلامية لتحسين الصحة أو الوقاية التي ساهمت فيها المستشفى ، • الميزانية المخصصة للتثقيف الصحي و الإعلامي قي المستشفى،
الشكل	وصف محدد، مجال معين، نسبة مئوية ، عدد واضح
المستعمل (المستفيد منه)	إدارة المستشفى، مصالح مديرية الصحة (بالولاية)، الوزارة الوصية، .،.
الشخص المسئول عنه	مدراء المؤسسات الاستشفائية.
دورة إنتاج المؤشر	كل ستة أشهر، أو كل سنة،
مصدر المعلومات	الإدارة و مختلف الأقسام و المصالح على مستوى المستشفيات.
محتواه و حسابه	• درجة كفاءة و مهارة العاملين من خلال تقييم الأداء. • مدى اعتراف الإدارة العليا في المستشفى بأهمية و دور العلاقات العامة. • عدد الأفراد المؤهلين بمؤهلات تعليمية تتناسب مع وظائفهم في هذا النشاط. • حجم الميزانية المخصصة للعلاقات العامة. • مدى مساهمة نشاط العلاقات العامة في تحمل المستشفى لمسؤولياتها الاجتماعية و الأخلاقية في المجتمع المحلي. • دور العلاقات العامة في المساهمة في حل مشكلات العاملين بالمستشفى. • دور العلاقات العامة في المساهمة في تحليل اتجاهات و آراء و مشكلات المرضى المقيمين و المترددين على المستشفى.

	• عدد البحوث التي تجربها إدارة العلاقات العامة سنويا. • عدد المشكلات التي ساهمت في حلها. • دور العلاقات العامة في تحسين الصورة الذهنية للمستشفى في المجتمع المحلي. • نطاق المشاركة الشعبية و حجم الجهود الذاتية من المجتمع المحلي للمستشفى من خلال نشاط العلاقات العامة. • عدد و كفاءة العاملين في مجال التثقيف الصحي. • عدد الكتيبات و النشرات و الملصقات التي تقوم بتنفيذها إدارة العلاقات العامة و مدى فلائمتها لمتطلبات العمل الطبي و الإداري. • الميزانية المخصصة للتثقيف الصحي و الإعلامي. • عدد البرامج الإعلامية لتحسين الصحة أو الوقاية من الأمراض التي ساهمت فيها المستشفى. • حجم أو المساحة المخصصة للإعلام الصحي في أجهزة الإعلام المحلي. • نوع و طبيعة العلاقة بين النشاط الإعلامي في المستشفى و الأنشطة الإعلامية المحلية الأخرى.
المقدر (القيمة المستهدفة)	تحديد عدد، مجال عددي، نسبة مئوية، وصف دقيق او اشارات ☺ ، . يسعى المسئولون إلى الوصول إليه
المقارنة الزمنية	متناسب مع فترات القياس
تقديمه (شكله، صورته)	تمثيلات مختلفة: منحنيات، أشكال، نسب، أرقام ...

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على المرجع المذكور في الصفحة 391.

ن) مؤشرات قياس إنتاجية الموارد البشرية:

مؤشر قياس : إنتاجية الموارد البشرية:	
تعريف المؤشر و خصائصه	
الهدف	يهدف هذا المؤشر إلى قياس: • كمية إنتاج العامل، • القيمة المضافة للعمل، • إنتاجية العمل، • نسبة الأجور إلى قيمة المواد المستخدمة،...
الشكل	وصف محدد، مجال معين، نسبة مئوية ، عدد واضح
المستعمل (المستفيد منه)	إدارة المستشفى، مصالح مديرية الصحة (بالولاية)، الوزارة الوصية، .. ،.
الشخص المسئول عنه	مدراء المؤسسات الاستشفائية.
دورة إنتاج المؤشر	كل ستة أشهر، أو كل سنة،
مصدر المعلومات	الإدارة و مختلف الأقسام و المصالح على مستوى المستشفيات.
محتواه و حسابه	• إنتاجية العمل = كمية الإنتاج \ كمية العمل. • كمية إنتاج العامل في الساعة = حجم الإنتاج في فترة معينة \ عدد

	ساعات العمل. • قيمة إنتاج العامل في الساعة = قيمة الإنتاج الكلي في فترة معينة \ عدد ساعات العمل. • القيمة المضافة للعمل = قيمة لنتاج المنظمة – التكاليف الكلية عدى الأجور المدفوعة للعاملين. • إنتاجية العمل = القيمة المضافة \ عدد ساعات العمل. • نصيب الوحدة من الاستثمارات الثابتة = الاستثمارات الثابتة \ عدد الوحدات المنتجة. • نصيب ساعة العمل من الاستثمارات = الاستثمارات الثابتة \ عدد ساعات العمل. • نصيب ساعة العمل من القوى المحركة = كمية القوى المحركة المستخدمة \ عدد ساعات العمل. • نسبة الأجور إلى قيمة المواد المستخدمة = قيمة المواد الخام المستخدمة في فترة معينة \ الأجور خلال الفترة. • معدل تعدد الغياب = عدد مرات الغياب في فترة معينة \ متوسط عدد العاملين في نفس الفترة. • معدل تعدد الغياب = (عدد العاملين الذين تغيبوا مرة او أكثر × متوسط عدد مرات الغياب للعاملين) \ متوسط عدد العاملين بالإدارة. • معدل شدة الغياب = عدد الأيام المفقودة بسبب الغياب في فترة معينة \ عدد مرات الغياب في هذه الفترة. • معدل شدة الغياب = [(ساعات العمل المفقودة + الفقد نتيجة الإيقاف) \ (مجموع ساعات العمل العادية + مجموع ساعات العمل الإضافية)] × 100. • معدل دوران العمل (الانفصال) = [عدد العاملين الذين يتركون العمل \ متوسط عدد العاملين] × 100. • معدل دوران العمل (الانضمام) = [عدد حالات إحلال العاملين \ متوسط عدد العاملين] × 100. • معدل دوران العمل = [(عدد حالات الإحلال – العاملين الذين لا يمكن تجنب تركهم العمل) \ متوسط عدد العاملين] × 100. • عدد الوحدات المنتجة \ ساعة (عامل إنتاج). • عدد الوحدات المباعة \ شهر \ يوم \ سنة (رجل البيع). • حجم المبيعات \ شهر (رجل البيع). • عدد الوحدات التالفة \ غير المطابقة للمواصفات \ الشهر \ اليوم. • حجم الأرباح التي يحققها العامل (رجل البيع) \ الشهر \ اليوم. • حجم الجزاءات التي وقعت على العامل خلال فترة معينة (سنة). • حجم الشكاوي المقدمة ضده العامل من العملاء \ زملائه \ رؤسائه \ مرؤوسيه. • درجة الانضباط و الالتزام الإداري (الحضور، الانصراف من العمل). • سرعة تنفيذ التعليمات و التوجيهات و الأوامر الإدارية. • كفاءة تنفيذ التعليمات و التوجيهات و الأوامر الإدارية.

	• عدد المرات التي تم التحقيق معه في الشؤون القانونية سواء أدين أم لم يدان. • عدد المرات التي تم التحقيق معه في الشؤون القانونية و أدين فيها. • حجم مخالفات العامل خارج بيئة العمل (المرور، الخلاقات مع الغير، التجارة غير المشروعة، الأفعال المخلة بالآداب و الأخلاق، الديون للغير أو المؤسسات التمويلية كالبنوك، التحقيق معه في الجهات الرقابية الخارجية). • احترام و تقدير الرؤساء و زملاء العمل. • العلاقات الإنسانية مع المرؤوسين. • رأي رؤسائه و مرؤوسيه و زملائه فيه. • التدرج الطبيعي في السلم الوظيفي و المسار المهني. • عدد الشكاوي أو التظلمات المقدمة ضده سواء من زملائه أو مرؤوسيه أو رؤسائه. • معدل دوران العامل داخل البيئة الداخلية للمنظمة (درجة استقرار العامل في وظيفته). • معدل دوران العامل بين مختلف المنظمات. • درجة سعيه و التزامه بحضور الدورات التدريبية اللازمة. • قدرته في الحصول على المعلومات و المعارف التي تنمي مهراته. • التطوير الذاتي لدى الموظف و أيضا التقييم الذاتي لأدائه. • تعاونه مع الغير من حيث نشر ما لديه من معلومات و معارف تفيد زملائه. • مهاراته الإبداعية و الابتكارية و يمكن قياسها من خلال: o حجم الاقتراحات التي يقدمها لتحسين الأداء. o حجم الاقتراحات التي يقدمها لحل المشكلات. o مشاركته في فرق العمل و حلقات الجودة. o الأفكار الابتكارية و الإبداعية التي قدمها و طبقت فعلا و لها ثمار مالية و إنتاجية مناسبة. • صفاته القيادية و الإدارية في بيئة عمله. • قدراته على تأدية مهام غير مهام وظيفته الأصلية. • درجة استجابته و تكيفه مع التغيير و التطوير. • حجم مشكلاته العائلية و الأسرية و الشخصية. • معاملاته المهنية مع زملائه في تبادل و تكامل المستندات و الأداء بصفة عامة. • معاملاته الأخلاقية مع زملائه و زميلاته في بيئة العمل (مثل سداد ما يقترضه من الغير). • تحرشه بالعملاء للحصول على مقابل مادي أو غير مادي غير مشروع (رشوة، واسطة، أي مزايا أخرى). • مهاراته التفاوضية مع الآخرين خاصة في مجال الشراء و البيع. • مهاراته في حسم الأمور و اتخاذ القرارات. • السمات الشخصية و السلوكية الأخرى مثل: o المظهر العام.

	o أدب الحوار و طريقة الكلام. o مهارة الاتصال و الاستماع. o قدرته على تحمل المسئولية و عدم الهروب منها او القاء أخطائه على الظروف و الغير. o الذكاء و المبادأة و سرعة التصرف و سرعة الفهم و غيرها. o القدرة على التعامل مع المواقف الصعبة و المفاجئة.
المقدر (القيمة المستهدفة)	تحديد عدد، مجال عددي، نسبة مئوية، وصف دقيق او اشارات ☺ ،  . يسعى المسئولون إلى الوصول إليه
المقارنة الزمنية	متناسب مع فترات القياس
تقديمه (شكله، صورته)	تمثيلات مختلفة: منحنيات، أشكال، نسب، أرقام ...

المصدر: من إعداد الباحث بالاعتماد على المرجع المذكور في الصفحة 391.