

## واقع تطبيق مراقبة التسيير في المؤسسات العمومية للصحة مسعى استكشافي لعينة من مستشفيات ولاية مسيلة.

The reality of applying management control in public health institutions is an exploratory endeavor for a sample of hospitals the mandate of M'sila

D/ Mustapha Elbahi<sup>1</sup> د. مصطفى الباهي<sup>1</sup>

جامعة محمد بوضياف - المسيلة

mustapha.elbahi@univ-msila.dz

تاريخ النشر: 2020/04/03

تاريخ القبول: 2020/03/11

تاريخ الاستلام: 2019/10/16

**ملخص:** يهدف هذا البحث إلى معرفة واقع تطبيق مراقبة التسيير وكذا التقنيات والأدوات التي تستعملها المؤسسات العمومية للصحة، ومعرفة كيفية تخطيط أهداف هذه المؤسسات والعمليات المتبعة في تحقيقها. إلى جانب أساليب وأسس تخصيص الموارد من أجل بلوغ الأهداف المحددة. ثم الوقوف على مدى الاهتمام بقياس الكفاءة في استعمال الموارد والفعالية في بلوغ لأهداف.. إن أهم الاستنتاجات هي: انعدام الرؤية الواضحة لمستقبل مراقبة التسيير في أن تصبح أداة مهمة وحاضرة في المستشفيات. أن طرق وأساليب تحديد الأهداف التشغيلية والمتوسطة الأجل لا تتبع خطوات وإجراءات واضحة ومعروفة لدى من يقومون بهذه العملية. كما اتضح لنا أن أساليب وطرق تخصيص الموارد في سبيل بلوغ الأهداف المحددة لم تكن متماشية مع مراقبة التسيير. أما على مستوى مؤشرات قياس الأداء وكيفية استخدامها، فقد اقتصرت المؤشرات القليلة المستعملة من قبل هذه المؤسسات العمومية للصحة على إعطاء معلومات مشوشة وغير منسقة. الكلمات المفتاحية: مراقبة التسيير، الأداء، المستشفيات، الخدمة العمومي. **تصنيف JEL: G38, I15, I18**

**Résumé:** Cette étude vise à connaître la réalité de l'application du contrôle de gestion ainsi, que les techniques et les outils utilisés par les établissements de santé publique. Ainsi que, la planification des objectifs de ces établissements et les processus suivis pour les atteindre. En plus des méthodes et des bases de l'allocation des ressources pour atteindre les objectifs fixés. Aussi, L'intérêt porté à mesurer l'efficacité et l'efficience des ressources. Les conclusions les plus importantes sont les suivantes: L'absence d'une vision claire de l'avenir du contrôle de gestion pour devenir un outil important et présent dans les hôpitaux. Les moyens de définir les objectifs opérationnels et à moyen terme ne suivent pas des étapes et des procédures claires connues des personnes impliquées dans le processus. Il était également clair pour nous que les méthodes et les moyens d'allouer des ressources à la réalisation d'objectifs spécifiques n'étaient pas conformes au contrôle de gestion. En ce qui concerne les indicateurs de performance et leur utilisation, les rares indicateurs utilisés par ces institutions de santé publique se sont limités à fournir des informations confuses et non coordonnées.

**Mots-clés :** contrôle de gestion, performance, hôpitaux, service public.

**Code de classification JEL :** G38, I15, I18

**Summary:** his study aims to know the reality of the application of management control as well as the techniques and tools used by public health establishments. As well as, the planning of the objectives of these establishments and the processes followed to reach them. In addition to the methods and bases for allocating resources to achieve the objectives set. Also, the interest in measuring the effectiveness and efficiency of resources. The most important conclusions are as follows: The absence of a clear vision of the future of management control to become an important and present tool in hospitals. The means of defining operational and medium-term objectives do not follow clear steps and procedures known to those involved in the process. It was also clear to us that the methods and means of allocating resources to the achievement of specific objectives were not in accordance with management control. With regard to performance indicators and their use, the rare indicators used by these public health institutions have been limited to providing confused and uncoordinated information.

**Keywords:** management control, performance, hospitals, public service.

**JEL classification code:** G38, I15, I18

<sup>1</sup> المؤلف المرسل: الباهي مصطفى: mustapha.elbahi@univ-msila.dz

## أولاً. تمهيد وطرح الاشكالية

إن التزايد على طلب الخدمات الصحية العمومية من حيث الكم والجودة أصبح بمثابة تحد كبير يواجه إدارة المستشفيات العمومية، الى جانب الندرة في الموارد من ناحية المعدات والإطارات الطبية المؤهلة. كما أدى تعدد واختلاف أنشطة العناية الصحية في المستشفيات وعدم وجود حدود لتقديم خدمات العناية للمريض، والتضائل المتزايد والمستمر في الإمكانيات المادية والمالية 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.

- **إشكالية البحث:** تتمحور مشكلة البحث حول استطلاع حقيقة وجود مراقبة التسيير في بيئة المؤسسات العمومية للصحة خصوصا المستشفيات العمومية. التي تتميز بتنظيم وتشريع يجعلها من المؤسسات الأكثر تفردا من ناحية التسيير. فضلا عن خصوصية في تقدير الأهداف وتنفيذها. من هنا جاءت الإشكالية: ما هو واقع تطبيق مراقبة التسيير في المؤسسات العمومية للصحة.
- **أهمية البحث:** يستمد البحث أهميته من دراسة أساليب تقدير الأهداف وأساليب تنفيذها في المستشفيات العمومية والطرق التي يمكن ان تساعده في بلوغ اهداف هذه المؤسسات على غرار مراقبة التسيير، الى جانب ابراز أهمية استخدام أساليب حديثة في التسيير لتزيد من كفاءة وفعالية أداء عملية العناية بالصحة.
- **هدف البحث:** يهدف البحث الى الوقوف على واقع وجود مراقبة التسيير داخل المستشفيات العمومية من خلال مسعى استكشافي، قصد تحديد وتقييم الموجود منها والتنويه بأهميته، كما يهدف البحث أيضا الى اقتراح ما يمكن ان يحسن من عملية التسيير.
- **فرضيات البحث:** يستند البحث إلى فرضيتين أساسيتين مفادهما:
  - الفرضية الأولى: تخص حقيقة وجود مراقبة التسيير وكيفية تطبيقها في المؤسسات العمومية للصحة سواء الاستشفائية منها أو الجوارية، لا توجد فروق جوهرية بين واقع مراقبة التسيير السائد حالياً في المستشفيات العمومية وبين مراقبة التسيير الواجب توافرها لزيادة كفاءة وفعالية المستشفيات العمومية.
  - الفرضية الثانية: تخص التعديلات والتغييرات التي يجب أن تمس طرق وسياقات مراقبة التسيير حتى تصبح هذه الأخيرة قادرة على استيعاب إجراءات الأنشطة وتصبح ذات كفاءة وفعالية. لا توجد فروق جوهرية بين التعديلات التي يجب إدخالها على مراقبة التسيير التقليدية وبين السياقات الحالية لمراقبة التسيير لأنشطة المستشفيات العمومية.
- **منهجية البحث:** استخدم في البحث منهجين مناسبين للغرض من هما: المنهج الاستقرائي الذي يستند إلى مشاهدة الأوضاع في المستشفيات العمومية ودراستها وتحليلها عن طريق استبيان، إلى جانب المنهج الاستنباطي، لاستنباط النتائج والحلول الممكنة.
- **مجتمع وعينة البحث:** يتمثل مجتمع البحث في عدد من المستشفيات العمومية لولاية مسيلة، أما عينة البحث فتتمثل في مستشفين عموميين وثلاثة مستشفيات جوارية.

## ثانياً: أنواع مؤسسات الخدمات الصحية في ولاية المسيلة

تنقسم المؤسسات الصحية لعدة أنواع مختلفة، كما يمكن تصنيفها حسب المستوى أو حسب طبيعة الخدمة التي تقدمها، تسعى ولاية المسيلة لإنشاء عدة مؤسسات صحية جديدة وتحتوي عدة مؤسسات الخدمات الصحية يمكن عرضها في التالي:

## 1- أنواع المؤسسات الصحية حسب المستوى:

يتم تقديم الخدمات الصحية لكل أطراف المجتمع بشكل متساوي ومتوازن، لذلك وجب توزيع المؤسسات الصحية على جميع أرجاء البلاد لضمان توفير خدمات الصحية اللازمة. حيث توجد مؤسسات تشخيص أولية تتولى تحديد نوع المرض ومعالجة الحالات البسيطة، وأخرى مؤسسات متكاملة تتوفر فيها كل متطلبات التشخيص والعلاج وأخرى متوسطة بين النوعين. (Alvarez F, 2000, p45)

1.1. المؤسسات الصحية الأولية: ويشمل هذا النوع من المؤسسات الصحية جميع المراكز والوحدات الصحية التي تنتشر على نطاق واسع في كل انحاء الدولة أو الإقليم أو المدينة، وهذا بهدف تقديم الخدمات الصحية لجميع السكان كون صعوبة أو تميز، وتكون مزودة بمختبرات ولكن غير مجهزة بأسرة، وتمثل الخدمات التي تقدمها على نطاق واسع في: (Bonafini P, 2005, p105)

- تنفيذ عمليات التطعيم المستمرة، وخاصة للأطفال؛
- إجراء الإسعافات الأولية للمصابين في الحوادث، وفي الحالات المستعصية يتم إرسال المريض إلى المستشفيات الرئيسية؛
- معالجة الأمراض البسيطة، وإحالة الحالات الخطيرة إلى المستشفيات الرئيسية؛
- إجراء العمليات الصغرى التي لا تحتاج إلى تقنيات متطورة وخبرة في العمل.

في الغالب لا تتوفر في هذه المؤسسات الصحية جميع التخصصات الطبية وتعاني من نقص في الأطباء، وهي اقل تكلفة من الأنواع الأخرى إلا أنها تقدم خدمات لعدد كبير من السكان، حيث تخدم أعداد من السكان تصل إلى أكثر من 50 ألف نسمة. وتنتشر تلك المراكز في المناطق الحضرية والريفية، وقد تكون متخصصة في بعض الأحيان مثل مراكز الرعاية الصحية للأمراض المزمنة، مراكز الرعاية الصحية للأمومة والطفولة، أو الصحة المدرسية أو صحة المجتمع.

2.1. المؤسسات الصحية المتوسطة: يضم هذا النوع من المستشفيات الصغيرة والتي تكون أكثر سعة من النوع السابق، حيث تتوفر فيها عدد محدود من الأسرة ومختبرات وصالة للعمليات وعيادات وتخصصات طبية، وينتشر هذا النوع من المؤسسات في المدن التي يقل عدد سكانها عن 100 ألف نسمة.

3.1. المؤسسات الصحية الرئيسية: ويشمل هذا النوع من المؤسسات المستشفيات الرئيسية العامة والتخصصية والتي تخدم كل سكان الإقليم أو الدولة، حيث تتوفر فيها كل التخصصات الدقيقة، وهي على نوعين مستشفيات عامة لكل الأمراض، حيث تضم عيادات متخصصة بكل نوع من الأمراض مثل عيادة القلب، عيادة العيون وعيادة الأنف والأذن والحنجرة، وغيرها من التخصصات، أو تكون على شكل مستشفيات تخصصية، مثل مستشفى العيون، و مستشفى الأمراض الصدرية، أو مستشفى أمراض القلب، وغيرها من المستشفيات، وهذا النوع يعد أكثر كفاءة من العامة باعتباره يركز على نوع معين من المرض ويتم توفير كل ما تعلق به.

## 2- أنواع المؤسسات الصحية حسب نوع الخدمة:

1.2. المستشفيات: تعد المستشفيات من المؤسسات الصحية التي تتوفر فيها كل أنواع العلاج، وتتوفر فيها صلات للعمليات ومختبرات تحليل، وتضم عدد من الأطباء الاختصاص، وتكون على أنواع صغيرة وكبيرة، تخصصية وعامة، وترتكز في المدن الكبيرة والمتوسطة. (Garrot T, 1995, p86)

2.2. المراكز الصحية: تمثل المراكز الصحية أكثر انتشارا، حيث توجد في المناطق الريفية والمناطق النائية وتوجد في المدن، حيث تنتشر في أرجاءها لتقدم الخدمات العلاجية الأولية، وتحال الحالات الصعبة إلى المستشفيات، ولا تتوفر فيها أسرة وصالة للعمليات، وربما تتوفر في بعضها مختبرات، كما يقل فيها الأطباء الاختصاص، ويكون نطاق الخدمات التي تقدمها واسع جدا.

3.2. مراكز الرعاية الصحية: وتسمى في بعض الدول صحة المجتمع، ويقتصر دور تلك المؤسسات على توفير اللقاحات الدورية لبعض الأمراض المزمنة، ومتابعة الشؤون الصحية في المدينة ومتابعة شروط الصحة في المطاعم والمخابز وغيرها، وتاريخ نفاذ صلاحية المنتجات الغذائية، ومتابعة الأضرار الناتجة عن التدخين أو المخدرات أو الكحول، وعقد ندوات وإصدار نشرات بهذا الخصوص.

4.2. مراكز الأمومة والطفولة: تقتصر مهمة تلك المراكز الصحية على رعاية شريحة واسعة من المجتمع المتمثلة بالأمهات والأطفال، حيث يتم توفير اللقاحات والأدوية المتعلقة بالطفل والأم، ويتم متابعة شئونهم بشكل مستمر.

5.2. صحة البيئة: إن هذا النوع من الخدمات الصحية حديث جدا ويوجد في الدول المتقدمة الصناعية وعدد من الدول النامية، حيث تقتصر مهمته على متابعة نظافة المدينة وتلوث المياه والهواء والتربة، أو مراقبة الإشعاعات النووية الصادرة من الطبيعة أو من مواقع المفاعلات النووية، أو الناتجة عن استخدام أسلحة معينة، أو من النفايات النووية.

6.2. الصحة المدرسية: يمثل طلبة المدارس شريحة كبيرة من المجتمع لذلك تم إنشاء مؤسسة خاصة بهم تعمل على توفير الخدمات الصحية الأولية من لقاحات ضد الأمراض المتوطنة أو التي تنتشر في الدولة، والقيام بإجراء فحوصات دورية لهم وزيارة المدارس والاطلاع على طبيعة الأبنية والخدمات ومدى تطابقها مع الشروط الصحية. (Holcman R, 2002, p223)

7.2. المؤسسات الطبية العسكرية: تقتصر تلك الخدمات التي تقدمها هذه المؤسسات على القوات المسلحة، تقدم العلاج في الأوقات الاعتيادية، وإسعاف ومعالجة الجرحى أوقات الحروب ومتابعة شؤون المعاقين بسبب الحروب أو الأحداث العسكرية.

8.2. الحجر الصحي: تستخدم هذه المراكز لعزل المصابين بالأمراض المعدية حفاظا على صحة الآخرين، وكثيرا ما تقام تلك المحاجر عند مداخل الحدود بين البلدان الأخرى، خشية انتشار أو انتقال بعض الأمراض من دولة إلى أخرى، كما تستخدم تلك المحاجر في عزل المصابين داخل البلد. (Nobre Thierry, 2002, p334)

9.2. المصححات العقلية: يوجد في كل دول العالم مصحات خاصة بالمصابين بالأمراض العقلية، حيث تأخذ تلك المؤسسات على عاتقها توفير العلاجات اللازمة لهؤلاء وتوفير الرعاية الكاملة لهم.

### 3- علاقة أدوات مراقبة التسيير بالأنظمة الصحية المطبقة في مؤسسات الخدمات الصحية:

تختلف الأنظمة الصحية من بلد إلى آخر وهذا حسب طبيعة الوضع السياسي، والاقتصادي والاجتماعي للبلد ومن تلك الأنظمة ما يلي:

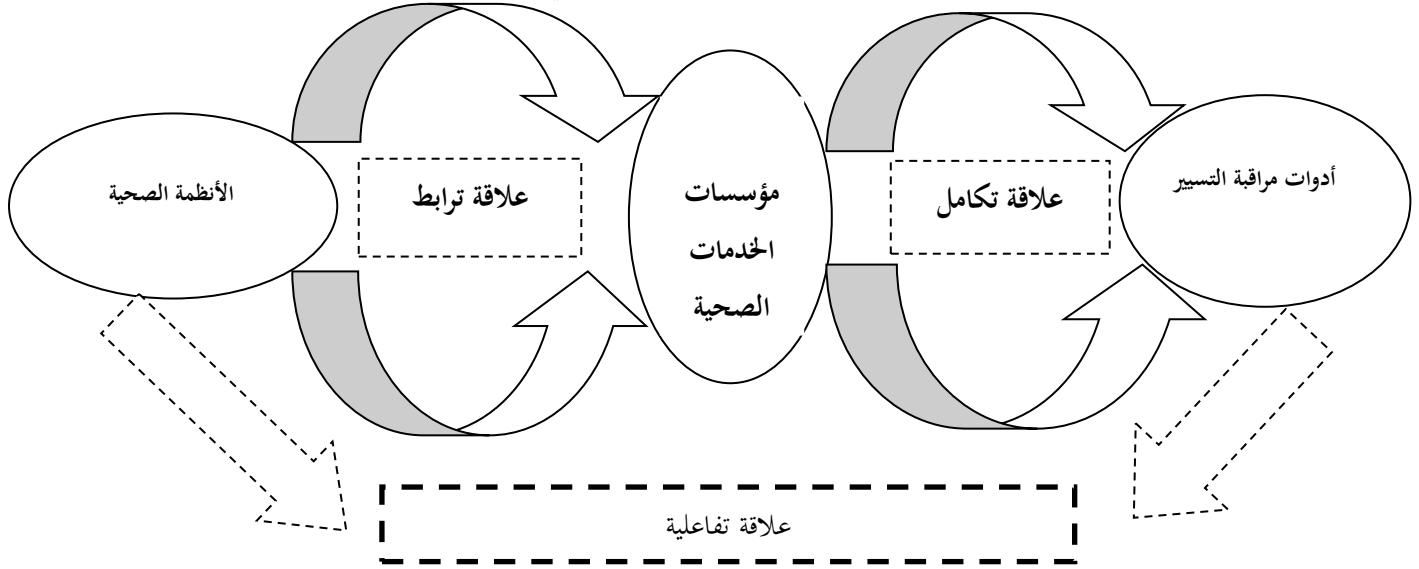
1-3 النظام الصحي الحر: يستخدم هذا النوع من الأنظمة في الدول التي تترك مسؤولية تقديم الخدمات الصحية إلى القطاع الخاص، وهنا يتحول من خدمة عامة لكل مواطن دون تمييز إلى خدمات تجارية، هذا النظام يعمل به عديد قليل من الدول المتقدمة صناعيا. (سيد محمد، 2008، ص 87)

2-3 نظام التأمين الصحي: تعتمد آلية هذا النظام على أساس أن يدفع الشخص مبلغ معين من دخله إلى الدولة أو المؤسسات الصحية، على إن يحصل على الخدمات الصحية مجانا، عند مرضه أو إصابته، وهذا النظام متداول في العديد من دول العالم.

3-3 نظام التأمين الصحي: في هذا النظام الدولة تملك كل المؤسسات الصحية وتقدم الخدمات الصحية لجميع سكان مجانا، حيث يتم توفيرها بشكل متساوي للجميع ودون تمييز.

4-3 النظام المختلط: يسود هذا النظام المختلط في عدد كبير من دول العالم، حيث تعمل الدولة على توفير الخدمات الصحية مجاناً لكل شخص، وفي نفس الوقت تسمح للراغبين في إنشاء مؤسسات صحية خاصة من ممارسة عملهم، حيث تخضع المؤسسات الخاصة إلى الرقابة الصحية العامة وذلك للحفاظ على صحة وأرواح الناس. (Nobre Thierry, 2001, p227)، ويمكن تبيان علاقة هذه الأنظمة أعلاه مع أدوات مراقبة التسيير المطبقة في المؤسسات الصحية في الشكل التالي:

الشكل رقم: (1) العلاقة بين المؤسسات الصحية والأنظمة الصحية في ظل تطبيق أدوات مراقبة التسيير



المصدر: من اعداد الباحث اعتمادا على

Bonafini P.,(2005 a), " 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. 140- 141.

من الشكل أعلاه يتضح أن كل من الأنظمة الصحية وأدوات مراقبة التسيير خاصة الحديثة منها، يسعيان إلى تحقيق كفاءة وأداء في نشاط المؤسسات الصحية، فالأنظمة الصحية ترتبط بالمؤسسات الصحية من خلال العمل على تنظيم وتقسيم النشاط الصحي كل حسب مميزاته وأهدافه، ثم تأتي أدوات مراقبة التسيير التي تعمل على التنبؤ بالنشاط المستقبلي للمؤسسات الصحية - الموازنات التقديرية مثلا - والحرص على الرقابة وتحقيق الأهداف المسطرة عن طريق تطبيق باقي أدوات مراقبة التسيير (بطاقة الأداء المتوازن، لوحات القيادة...).

### ثالثا: ضرورة تطبيق أدوات مراقبة التسيير في المؤسسات العمومية الصحية

تعتبر أدوات مراقبة التسيير من أهم الآليات المستعملة لرفع كفاءة ولقياس الأداء ثم الرقابة الاستراتيجية، ويبنى على جمع المعلومات التي تمثل الأداء الفعلي للنشاط أو الأفراد، هناك عدة أدوات وأساليب تمكننا من جمع المعلومات بفعالية واستخدامها في تقييم الأداء والرفع من مردودية المؤسسات يمكننا تقسيمها إلى:

#### 1. أدوات مراقبة التسيير المالية التقليدية

هناك العديد من مقاييس الأداء المالية التي تستخدمها الكثير من منظمات الأعمال في التعبير عن أهدافها ونتائجها المالية مثل العائد على الاستثمار (ROI)، وربحية السهم العادي (EPS)، والعائد على حقوق الملكية (ROE)، والعائد على الأصول

(ROA)، والعائد على المبيعات (ROS)، إلا أن هذه المقاييس المحاسبية للأداء قد تعرضت لأوجه النقد بسبب ارتكازها على قيم محاسبية تاريخية. (ALAZARD, 2010, p34)

إن استخدام هذه الأساليب التقليدية في تقييم الأداء في ظل بيئة المنافسة الشديدة المعاصرة تتجاهل قضايا كثيرة منها رقابة الجودة، حيث إن تجاهلها يؤدي إلى انخفاض مستوى جودة المنتج أو الخدمة، وعدم تسليم المنتج أو أداء الخدمة في الموعد المحدد مما يؤدي إلى عدم رضا العملاء، بالإضافة إلى أن تقييم الأداء يكون في نهاية الفترة، وهذا يعني أن المنظمة ستتحمل أعباء إضافية ممثلة في الإنتاج الرديء سواء في السلع أو الخدمات، وفي نفس الوقت ستبقى أسباب الخطأ والعيوب في الإنتاج غير معروفة بسبب التقييم نهاية الفترة. (ELHAMMA, 2012, p11)

## 2. أدوات مراقبة التسيير غير المالية

من أجل التحسين المستمر في أداء منظمات الأعمال الحديثة، برزت أهمية قياس وتقييم الأداء التنظيمي لتوضيح الجوانب التي تحتاج إلى التغيير والتطوير والتحديث المستمر. ولذلك فقد أصبح من الضروري تطوير مقاييس جديدة للأداء تقوم على تحقيق الأهداف التشغيلية الجديدة للمنظمات مثل: ارتفاع مستوى الجودة، وزيادة المرونة والابتكارات، وتحسين أداء التسليم، وتقصير زمن الإنتاج، وسرعة الاستجابة لطلبات العملاء، وتخفيض مستويات المخزون. ومن أهم مقاييس الأداء غير المالية ما يلي: مقاييس الجودة؛ مقاييس الإنتاج في الوقت المحدد؛ مقاييس أداء التسليم؛ مقاييس البحوث والتطوير؛ مقاييس التكلفة. (LONING. H, 2013, p79)

## 3. أدوات مراقبة التسيير الشاملة لتقييم الأداء

تعد بطاقة الأداء المتوازن (BSC) Balanced scorecard والتي ترجمت بدورها إلى اللغة الفرنسية بجدول القيادة المستقبلية Tableau de bord prospectif وتعني ترجمة النوايا والميولات واستراتيجية المنظمة في صورة مجموعة كاملة وشاملة لكل مؤشرات الأداء. عرف (Kaplan and Norton) بطاقة الأداء المتوازن على أنه نظام شامل لقياس الأداء من منظور استراتيجي، يتم بموجبه ترجمة استراتيجية تنظيم الأعمال إلى أهداف استراتيجية (Strategic Objectives) ومقاييس (Measures) وقيم مستهدفة (Targets) وخطوات إجرائية تمهيدية واضحة (Initiatives) (Kaplan, 1996: p07). كما تُعرف بأنها مفهوم يساعد على ترجمة الاستراتيجية إلى عمل فعلي، وهي تبدأ من رؤيا المنظمة واستراتيجيتها ومن تحديد العوامل الحرجة للنجاح وتنظيم المقاييس التي تساعد على وضع الأهداف وقياس الأداء في المجالات الحرجة بالنسبة للاستراتيجيات. وتم استخدامها في أكثر من عشرين شركة يابانية في النقاط الخمس التالية: (Fabre, 2007, p107)

- تحقيق التوازن بين الأهداف الإدارية قصيرة ومتوسطة وطويلة الأجل داخل مختلف مقاييس الأداء؛
- تقوية أهمية تكوين مؤشرات وصفية غير مالية بجانب المؤشرات غير المالية؛
- إزالة الغموض عن طريق الاحتفاظ بالمؤشرات الكمية؛
- نشر التعلم التنظيمي من خلال دورة متكررة لمراجعة النظرية؛
- توفير خطة اتصال استراتيجية تربط الإدارة العليا للمنظمة بالأفراد العاملين فيها.

أما عن الأداة الأخرى التي تعطي نظرة شاملة لأداء المؤسسة فتتمثل في لوحة القيادة وهي مجموعة مهمة من المؤشرات الإعلامية التي تسمح بالحصول على نظرة شاملة للمجموعة كلها، والتي تكشف الاختلافات الحاصلة، والتي تسمح كذلك باتخاذ

القرارات التوجيهية في التسيير، وهذا لبلوغ الأهداف المسطرة ضمن استراتيجية المؤسسة ولوحة القيادة المستخدمة لتقييم الأداء تشبه تماما لوحة القيادة الموجودة في كل من الطائرة أو السيارة ويستخدمها الطيارون وسائقي السيارات لمعرفة المؤشرات الدالة على مستوى الأداء الذي يتم به تنفيذ عملية قيادة الطائرة أو السيارة مثل السرعة التي يسرون بها والمسافة التي قطعوها ومقدار الوقود المستهلك والغير مستهلك، وغير ذلك من المعلومات الهامة اللازمة لضمان نجاح وتحقيق الهدف وهو الوصول إلى المكان المراد بلوغه.

#### 4. ملائمة أدوات مراقبة التسيير للعمليات العناية الصحية

تمتاز خدمات العناية الصحية التي يتلافها المرضى في مؤسسات الصحة بنوع من التعقيد والصعوبة، خاصة بالنسبة للمسير الذي يريد الإحاطة بالخدمة من جميع جوانبها قصد محاولة تسييرها. وسرعا ما يكتشف هذا الأخير أن هذه الخدمة هي من عقد العمليات أو الخدمات، وتأتي صعوبة ذلك عموما من وجود سببين رئيسيين هما: (جلدة سليم، 2007، 25)

- السبب الأول يتمثل في أن أنشطة تقديم خدمات العناية الصحية، وبالذات الخدمات العلاجية، تتطلب مهارات وكفاءات متعددة والتي بدورها تقتضي تخصصات عديدة، إلى جانب تخصصات أدق.

- السبب الثاني لتعقد النشاط العلاجي يعود إلى أن المريض عند دخوله إلى المستشفى بطريقة استعجاليه أو حتى من خلال دخول مبرمج، فإن هذا المريض سيتبع مسار خاص يتوقف على عدد معين من المتغيرات، - كما قد سبق الإشارة إليه عند شرح فكرة الإنتاج المشترك - إضافة إلى التعقيدات في حالته الصحية التي يمكن أن تحصل له مستقبلا. وكنتيجة لذلك فإنه لا توجد إجراءات أو سياقات نمطية لعملية إنتاج العلاج والتي تأخذ في الاعتبار كل الحالات وتنطوي على كل الحوادث، الأمر الذي يجعل المسير يقتصر في التفكير على الاحتمالات المماثلة والمتقابلة بدلالة هذه التغيرات ذاتها. مما ينجم عنه فشل كل محاولات إعطاء شكل ثابت ومعين أي معياري لهذه الإجراءات أمرا غير ممكن، وفي أحسن الأحوال تكون عبارة عن عملية تقديرية ممتاز بالتقريبية جدا. (الباهي مصطفى، 2009، ص390)

إن تقديم الخدمات يمكن وصفه بالطابع التقريبي في تقديم الخدمة من جهة وفي عملية استهلاكها من جهة أخرى، إلى جانب عدم الإمكانية من التحقق من نتائجها، وكل ذلك يتوقف وبشكل قد يزيد أو ينقص على درجة اللامادية الموجودة في الخدمة. ويلعب مقدم الخدمة دورا مهما في تقديم الخدمة، خاصة إذا كان شخصا يجب عليه الالتقاء والتواجه مع الزبون، ويزداد الأمر تعقيدا في حالة الخدمات التي يكون فيها الزبون مشاركا في الخدمة من حيث تعريف الخدمة وتحديد أهدافه. (Alcouffe وآخرون، 2008a، ص293)

رأينا أيضا أن مصادر القيمة بالنسبة للخدمة يمكن أن تتميز بالتنوع والاختلاف وذلك حسب خصائص الخدمة ذاتها. حيث انه في حالة إنتاج الخدمات التي يكون الحامل للتحويل مادي وأين لا يكون للزبون أي تدخل كمورد في عملية إنتاج الخدمة فإن رضا الزبون ينصب وينصرف أساسا على أداء الخدمة من حيث الجودة والأجال. (Alvarez، 2000، ص7).

تجدد بنا الإشارة إلى صعوبة تأقلم النموذج التقليدي لمراقبة التسيير في تسيير المستشفيات، وهذا تعاني فرضيات النموذج التقليدي لمراقبة التسيير المبنية على منطق ومعايير تعبر على البيئة التي انطلق منها هذا النموذج لمراقبة التسيير، أي المنطق الصناعي وبيئة الأعمال والمعايير المالية والمردودية، تعاني من نوع من عدم التأقلم وفقدان القدرة على التوافق مع خصوصيات المؤسسات الخدمية وخاصة مؤسسات العناية الصحية كالمستشفيات العمومية. (زهران، 2007، ص57).

## رابعاً: تحليل نتائج الدراسة الميدانية

### 1. أداة جمع البيانات

قام الباحث بإعداد استمارة للأسئلة اشتملت على 15 متغير (عبارة) قد استعملنا مقياس ليكرت لربط العبارات من خلال مقياس مكون من ستة قيم (درجات) تراوحت بين رقم (1)، ويعبر على عبارة "لا أوافق بشدة"، على كل متغير أو عبارة، والرقيم (6) ويعبر على عبارة "موافق تماما"، قيمة وسط سلم الدرجات الرقيم (3.5). كما ضم الاستبيان جزء يخص المعلومات الخاصة بأفراد عينة البحث، حيث تمثلت في:

- الأقدمية: وهي 4 مستويات: أقل من 5 سنوات، من 6 سنوات الى 10 سنوات، من 11 إلى 20 سنة، من 21 سنة فما فوق.
- الوظيفة: وهي على ثمانية مستويات: طبيب مختص، طبيب عام، جراح أسنان، صيدلي، ممرض، إدارة، تسيير، إمداد (مخبر، أشعة).

تم توزيع 120 استمارة، لم يسترجع منها إلا 49 استمارة مقبولة. أي ما نسبته 40.83%.

### 2. تحليل صدق وثبات الاستبيان

اختبار درجة الاتساق الداخلي للتأكد من ثبات استبيان البحث، وذلك من خلال استخدام معامل الاتساق الداخلي ( $\alpha$ ) وفقاً لمعادلة (كرونباخ ألفا)، وذلك لجميع محاور الاستبيان أعطى النتائج التالية.

الجدول 1: اختبار درجة الثبات كرونباخ ألفا

Cronbach's Alpha	N of Items
.721	8
.812	7

المصدر: مخرجات spss، بعد معالجة المعطيات.

أما بالنسبة للاستبيان ككل فإن قيمته ألفا بلغت 85.43% وهي نسبة جيدة كونها أعلى من النسبة المقبولة 60% وهذا يدل على توفر درجة كبيرة من الثبات في الإجابات.

### 3. معالجة وتحليل المعطيات الميدانية

الجدول 2: توزيع العينة حسب سنوات الأقدمية

سنوات الاقدمية	العدد	النسبة %
أقل من 5 سنوات	12	23.52 %
من 6-10 سنوات	17	33.33 %
من 11-20 سنة	8	15.68 %
من 21 سنة فما فوق	14	27.45 %
الإجمالي	51	100.0

المصدر: من إعداد الباحث، بناء على الاستمارات المسترجعة.

نلاحظ من الجدول أن أفراد العينة المستجوبة الذين تزيد سنوات الخبرة لديهم عن 5 سنوات تبلغ (76.46%)، وهذا يدل على أن الموظفين في الإدارة ومختلف الأقسام والمصالح الطبية بمختلف انتماءاتهم المهنية لديهم خبرة عملية كافية لإعطاء الإجابات نوعاً من المصادقية.

الجدول 3: توزيع أفراد العينة حسب الوظيفة

الوظيفة	العدد	النسبة %
طبيب مختص	2	3.92 %
طبيب عام	6	11.16 %
جراح أسنان	2	3.92 %
صيدلي	1	1.96 %
ممرض	19	37.25 %
إداري	14	27.45 %
مسير	5	9.80 %
إمداد (مخبر، أشعة)	2	3.92 %
الإجمالي	51	100.0 %

المصدر: من إعداد الباحث، بناء على الاستمارات المسترجعة.

من خلال الجدول يمكن تبين أن عدد أفراد العينة الطبيين وشبه الطبيين وأفراد الدعم لهم نسبة (62.75%)، وهذا يوضح لنا التمثيل المتوقع - المعروف - بين المهنيين والإدارة بصفة عامة في المؤسسات الاستشفائية.

#### 4. اختبار فرضيات البحث

استهدف البحث اختبار فرضيتين أساسيتين على النحو التالي:

الفرضية الأولى: لا توجد فروق جوهرية بين واقع مراقبة التسيير السائدة حالياً في المستشفيات العمومية وبين مراقبة التسيير الواجب توافرها لزيادة كفاءة وفعالية المستشفيات العمومية الجزائرية.

الجدول 4: اختبار الفرضية الأولى

#### One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
H1	51	1.3914	.7598	3.291E-02

#### One-Sample Test

	Test Value = 3.5					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
H1	-63.997	50	.000	-2.1201	-2.1894	-2.1054

المصدر: مخرجات SPSS، بعد معالجة المعطيات.

يتضح من الجدول أعلاه 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 (2-tailed) SIG يساوي 0.000 وهو أقل من مستوى المعنوية المستخدم (0.05) وعلى هذا الأساس نقبل الفرضية:

توجد فروق جوهرية بين واقع مراقبة التسيير السائدة حالياً في المستشفيات العمومية وبين مراقبة التسيير الواجب توافرها لزيادة كفاءة وفعالية المستشفيات العمومية الجزائرية.

يوضح الجدول ادناه متوسطات الدرجات المتعلقة بمتغيرات الفرضية الأولى، والذي يظهر قيم متوسط الدرجات لكل متغير، وحيث أنها بقيت دون المتوسط المقبول، بالرغم من التفاوت بين قيم المتغيرات.

الجدول 5: متوسطات الدرجات المتعلقة بمتغيرات الفرضية الأولى

#### One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
1.المسألة	51	1.9121	1.2112	5.264E-02
2.المسألة	51	1.9210	1.2845	4.994E-02
3.المسألة	51	1.8976	.8741	3.264E-02
4.المسألة	51	1.5124	.5166	1.898E-02
5.المسألة	51	1.3167	.4997	1.321E-02
6.المسألة	51	1.1812	.6312	2.872E-02
7.المسألة	51	1.120	1.1945	2.693E-02
8.العامة	51	1.1785	1.8675	5.631E-02

المصدر: مخرجات SPSS، بعد معالجة المعطيات.

تسمح مراقبة التسيير السائدة حالياً في المستشفيات العمومية بما يلي:

- العبارة 1: التحديد واضح للأهداف الصحية والإدارية؛
- العبارة 2: جعل الأهداف قابلة للقياس الكمي؛
- العبارة 3: التحديد الواضح للسلطات والمسئوليات؛
- العبارة 4: الالتزام التام بمبدأ وحدة مصدر الأمر والتسلسل الإداري؛
- العبارة 5: الالتزام الكلي بمبدأ تفويض السلطة؛
- العبارة 6: تحديد إجراءات استهلاك الموارد وصرف الأدوية في سياقات واضحة ودقيقة؛
- العبارة 7: إمكانية الوقوف على النتائج والآثار المتولدة عن الإجراءات التصحيحية المقترحة؛
- العبارة 8: إيجاد الملائمة بين الأهداف المقدره والوسائل اللازمة لتحقيقها.

## الجدول 6: 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	50	.000	-1.6323	-1.6710	-1.4721
العبارة 2	-28.321	50	.000	-1.5952	-1.6891	-1.4333
العبارة 3	-68.562	50	.000	-1.5233	-1.6999	-2.1304
العبارة 4	-65.941	50	.000	-2.2252	-2.4235	-2.1302
العبارة 5	-97.682	50	.000	-2.232	-2.3251	-2.2102
العبارة 6	-112.41	50	.000	-2.3033	-2.8228	-2.2902
العبارة 7	-81.122	50	.000	-2.1812	-2.5954	-2.1302
العبارة 8	-78.357	50	.000	-2.1794	-2.3312	-2.1269

المصدر: مخرجات SPSS، بعد معالجة المعطيات.

كما يتضح من الجدول أعلاه 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)، وما يمكن استنتاجه من خلال قيم الجدولين السابقين هو أن المتغيرات الثمانية التي تم الاستفسار عنها غير متوفرة بالمستشفيات العمومية محل البحث. الفرضية الثانية: لا توجد فروق جوهرية بين التعديلات التي يجب إدخالها على مراقبة التسيير التقليدية وبين السياقات الحالية لمراقبة التسيير في أنشطة المستشفيات العمومية.

## الجدول 7: اختبار الفرضية الثالثة

## One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
H3	51	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	50	.000	-2.1321	-2.1967	-2.1012

المصدر: مخرجات SPSS، بعد معالجة المعطيات.

يتضح من الجدول أعلاه 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 (2-tailed) SIG يساوي 0.000 وهو أقل من مستوى المعنوية المستخدم (0.05) وعلى هذا الأساس نقبل الفرضية المصاغة على النحو الآتي:

توجد فروق جوهرية بين التعديلات والتغييرات التي يجب إدخالها على مراقبة التسيير التقليدية وبين السياقات الحالية لمراقبة التسيير في الأنشطة الاستشفائية للمؤسسات العمومية للصحة في الجزائر.

الجدول 8: متوسطات الدرجات المتعلقة بمتغيرات الفرضية الثالثة

#### One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
العبارة 9	51	1.8991	1.1959	5.191E-02
العبارة 10	51	1.9157	1.1995	4.889E-02
العبارة 11	51	1.9806	.8974	3.151E-02
العبارة 12	51	1.4987	.4985	1.986E-02
العبارة 13	51	1.3211	.5114	1.341E-02
العبارة 14	51	1.2013	.6298	2.912E-02
العبارة 15	51	1.5149	1.2123	2.572E-02

المصدر: مخرجات SPSS، بعد معالجة المعطيات.

التعديلات على مراقبة التسيير المعمول بها حاليا تسمح بـ:

- العبارة 9: تحديد مخططات عمليات للربط بين الأنشطة الاستراتيجية والأنشطة التشغيلية؛
- العبارة 10: تحديد الوسائل الملائمة لتحقيق الأهداف المحددة سلفا؛
- العبارة 11: تنميط عملية إنتاج العناية الصحية والعلاجية؛
- العبارة 12: الربط بين الوسائل والنتائج (الإنتاجية)؛
- العبارة 13: تقييم مخرجات أنشطة المؤسسات الاستشفائية من ناحية الكفاءة والفعالية؛
- العبارة 14: تحديد مفهوم المنتج في المستشفى؛
- العبارة 15: أخذ متطلبات الخدمة العمومية في الحسبان.

## الجدول 9: اختبار معنوية الفروق المتعلقة بمتغيرات الفرضية الثالثة

## One-Sample Test

	Test Value =					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
9 العا	-29.859	50	.000	-1.5422	-1.5682	-1.5172
10 العا	-29.122	50	.000	-1.6213	-1.6145	-1.5543
11 العا	-67.997	50	.000	-1.4986	-1.5869	-2.1241
12 العا	-66.012	50	.000	-2.3124	-2.3785	-2.1445
13 العا	-98.256	50	.000	-2.1987	-2.2548	-2.1111
14 العا	-113.11	50	.000	-2.2951	-2.7888	-2.0122
15 العا	-80.999	50	.000	-2.2452	-2.6023	-2.1239

المصدر: مخرجات SPSS، بعد معالجة المعطيات.

يتضح من الجدول أعلاه الخاص باختبار معنوية الفروق المتعلقة بمتغيرات الفرضية الثانية 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 والأساليب مراقبة التسيير الحالية على مستوى المستشفيات العمومية محل البحث.

## 5. مناقشة نتائج البحث

بينت نتائج البحث ما يلي:

1.5. من خلال الفرضية الأولى يمكن ملاحظة فارق بين إجراءات مراقبة التسيير السائدة حالياً في المستشفيات العمومية الجزائرية محل البحث والإجراءات الواجب توافرها لزيادة كفاءة وفعالية المستشفيات العمومية من حيث:

- تسعى مؤسسات العمومية للصحة محل الدراسة في ولاية المسيلة الى تقديم خدمات من خلال توفير الرعاية الصحية إلى كل أفراد المجتمع، ولكن عند القيام المؤسسة الاستشفائية بنشاطها تنتج عنها نفايات طبية غير الخطرة بالإضافة إلى بعض النفايات التي تشكل خطراً على صحة الافراد والمجتمع، ومن خلال دراستنا الميدانية للمؤسسة الصحية في كيفية إدارتها للنفايات الطبية، اتضح لنا أن المؤسسة تسعى جاهدة لضمان سلامة المجتمع والبيئة من خلال تطبيق بعض أدوات مراقبة التسيير (الموازنات التقديرية)، بالإضافة الى الحفاظ على البيئة الأمر الذي يزيد من كفاءة وفعالية المستشفيات العمومية.

- اتضح المؤسسات الصحية محل الدراسة تسعى لإنشاء مكاتب أو مصالح مركزية خاصة بدراسة مدى رضا الزبائن (المرضى) على الخدمات المقدمة ومقارنتها بواقعها خلال السنوات السابقة عن طريق ترشيد النفقات وتوفير التجهيزات

والأدوات الطبية في الوقت المناسب دون انقطاع وذلك بالتركيز على الاستخدام الامثل سلاسل التوريد التي تعتبر من أهم الآليات وأدوات مراقبة التسيير الساعية رفع الكفاءة في المؤسسة الصحية.

تجدد الإشارة هنا إلا أن إجراءات مراقبة التسيير المعمول بها تعاني من عجز في إيجاد الملائمة بين الأهداف المقدره والوسائل اللازمة لتحقيقها، أو التحديد الدقيق والواضح للعمال والأنشطة المطلوبة لتحقيق الأهداف المخططة، وكذلك لا تسمح بتحديد الإجراءات المناسبة للعمل أو الأعمال التي تتم حسب مراحل الأداء ممكنة؛

كما اتضح أن هناك إمكانية تحديد المسؤولية في أنشطة العناية الصحية كنتيجة لتدخل العديد من المهارات، والتخصصات الدقيقة، فضلا عن الممرضين، والمعاونين، كما يمتد هذا التأثير إلى إضعاف إمكانيات إيجاد مراكز المسؤولية التي هي أهم مرتكزات محاسبة المسؤولية، وهي نتيجة واضحة وتتابع منطقي لتأثير عدم نمطية العملية العلاجية التي يخضع لها المريض، ويتجلى هذا التأثير لخصائص الأنشطة الاستشفائية في العجز الكبير لعدم تمكين القائمين على النشاط الاستشفائي بالتنبؤ به من خلال الوسائل التي تدخل في تحقيقه.

2.5. من خلال اختبار الفرضية الثانية يظهر أنه توجد فروق جوهرية بين التعديلات التي يجب إدخالها على مراقبة التسيير التقليدية وبين السياقات الحالية لمراقبة التسيير في الأنشطة الاستشفائية للمؤسسات العمومية للصحة في الجزائر، يمكن تبين ذلك من خلال:

التعديلات والإصلاحات التي تقوم بها الحكومة الجزائرية بشكل دوري يجب أن تكون تصاعديا لامركزية وليست تنازلية مركزية، أين أن هذه الأخيرة الصادرة عن الوزارة الوصية تكون عامة تتعلق بالشق التمويلي والشق التنظيمي للمورد البشري، وهي لا تكفي للنهوض بالقطاع وبالمؤسسات الصحية، فجب أن تكون الإصلاحات والتعديلات عميقة تعتم بآليات مراقبة التسيير وكيفية تفعيلها داخل المؤسسة أولا، ثم داخل الولاية (المسيلة) ثم في كل الوطن، فالتطبيق الفعال لمراقبة التسيير داخل المؤسسة ينير طريق الوزارة الوصية ويجنبها الكثير من السلبيات الظاهرة للمواطن في هذا القطاع.

كما أن هذه التعديلات لم تسمح بتنميط عملية إنتاج العناية الصحية والعلاجية. ولا بالربط بين الوسائل النتائج (الإنتاجية)، مما أدى إلى عدم إمكانية ضمان استعمال الموارد بكفاءة من طرف الأفراد العاملين بالمستشفيات العمومية محل الدراسة؛ نفس الشيء يمكن ملاحظته فيما يخص غياب تقييم مخرجات أنشطة المؤسسات العمومية الاستشفائية من ناحية الكفاءة والفعالية. وكذلك التذبذب في تحديد مفهوم المنتج في المستشفى من جهة، ومن جهة أخرى، عدم إمكانية الأخذ بعين الاعتبار لمتطلبات الخدمة العمومية في المستشفيات محل البحث قد نتج عنه عدم إمكانية تطبيق طرق حساب سعر التكلفة للمريض.

لا تزال المستشفيات محل الدراسة لا تعطي أهمية بالغة للبحث والتطوير في مجال مراقبة التسيير، وذلك عن طريق غياب الحساب 203 (مصاريف البحث والتطوير) في ميزانيتها السنوية لثلاث سنوات الأخيرة، الأمر الذي يدل على غياب نظرة مستقبلية استشرافية مبنية على التنبؤ المستقبلي الدقيق لواقع نشاطها من كافة النواحي الجوهرية.

غياب كبير في المستشفيات العمومية محل البحث للمؤشرات التي تهتم بالجانب المالي والمحاسبي من خلال حساب معدل تكلفة السرير. وانعدام مؤشرات حساب متوسط نصيب الفرد من الخدمات الصحية سواء على مستوى المستشفى والولاية والوطن، وكنتيجة لذلك غياب التحديد الدقيق لنسبة الإنفاق الدوائي إلى الإنفاق الصحي؛ كما تم استنتاج غياب واضح المؤشرات التي تبين حجم وطبيعة ونوع التنظيمات غير الرسمية والتكتلات غير الرسمية. فضلا عن تلك المؤشرات التي تمكن من إظهار قدرة القائد أو الرئيس على التصرف في المواقف الحرجة بأقل قدر ممكن من الخسائر.

## خامساً: الخلاصة

من خلال هذه الدراسة بشقها النظري والميداني، تم الوقوف على واقع تطبيق أدوات مراقبة التسيير خاصة الحديثة منها في المؤسسات العمومية الاستشفائية العاملة في ولاية المسيلة، حيث تبين بشكل عام أن هناك رؤية غير واضحة لمستقبل مراقبة التسيير ومدى تطبيق أدواتها في قطاع الصحة بشكل عام وفي المؤسسات محل الدراسة بشكل خاص، كما اتضح أن آليات تحقيق الأهداف غير متمشية مع مبادئ مراقبة التسيير، وأن الطرق المستعملة تشبه عمليات تسيير يومي دون أن تستند إلى خطط واضحة تمكن من تخصيص الموارد لكل مصلحة على حدا.

أدوات مراقبة التسيير الشاملة (لوحات القيادة وبطاقة الأداء المتوازن) هي إحدى الأساليب الحديثة والشاملة والفعالة لقياس الأداء تسمح للمسيرين بإشراك الأهداف الاستراتيجية طويلة الأجل مع قياسات ذات الأجل القصير، هذه الأدوات غير مستعملة في المؤسسات الصحية محل الدراسة، الأمر الذي ينعكس بالسلب على أداءها. حتى أن بطاقة الأداء المتوازن المتكونة من أربعة أبعاد (البعد المالي، بعد العملاء، بعد العمليات الداخلية، بعد التعلم والنمو) لا تحظى بالاهتمام الكافي من طرف الطاقم الإداري لجل المؤسسات محل الدراسة.

أما على مستوى مؤشرات قياس الأداء وكيفية تقييمه، فإن 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 وغير 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 فيه وتقوم بقيادته في توجهات مستقبلية.

## المراجع:

- ALAZARD Claude et Sabine SEPARI, (2010), contrôle de gestion : manuel et applications, 2eme édition, Paris, France, Editions Dunod.
- Alcouffe S., Berland N., Levant Y. (2008 a), "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.
- Alvarez F.,(2000)," Le contrôle de gestion en milieu hospitalier : une réponse à l'émergence de risques organisationnels, CREFIGE, Université Paris-Dauphine.
- Bonafini P.,(2005 a)," 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.
- ELHAMMA Azzouz et Fatma BEN SLAMA, (2012), le Contrôle de gestion en tant que mécanisme de gouvernance des entreprises, et la rentabilité : cas des sociétés marocaines, Université de Ouargla, Algérie, Revue du chercheur, n° 11.
- Fabre Pascal et autres, (2007), Management et contrôle de gestion : manuel et applications, France, Dunod, Paris.

- Garrot T.,(1995)," Le management des activités en milieu hospitalier", Thèse de Doctorat en Sciences de Gestion,IAE, Université de Nice Sophia-Antipolis.
- Holcman R., (2002),"Quelle spécificité de l'organisation du travail dans les services de soins ? ",Gestions hospitalières, n° 421, décembre.
- LONING. H & autres, (2013), Contrôle de Gestion : Des Outils de Gestion aux Pratiques Organisationnelles, 4ème, Paris, France, Edition Dunod.
- Nobre Thierry,(2001)," 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.
- الباهي مصطفى، (2009)، "قياس الاداء التنظيمي في المؤسسات الخدمية، الأبعاد والمؤشرات"، بحث مقدم للملتقى أداء وفعالية المنظمة في ظل التنمية المستدامة، 10 – 11 نوفمبر مسيلة، الجزائر.
- جلدة سليم بطرس، (2007) "إدارة المستشفيات والمراكز الصحية"، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان. الطبعة الأولى.
- زهران مضر، (2007)، "إدارة المستشفيات والرعاية الصحية"، دار زهران للنشر و التوزيع ، عمان.
- سيد محمد جاد الرب (أ)، (2008)، "الاتجاهات الحديثة في إدارة المنظمات الصحية"، مطبعة العشرى، القاهرة.