

تحسين أداء المؤسسات الإستشفائية في الجزائر
بين الرقابة الخارجية و مراقبة التسيير

Improving the performance of hospital establishments in
Algeria between external control and management control

¹ عبد الوهاب محمد علي

طالب دكتوراه / جامعة مصطفى اسطمبولي معسكر

aliabdelouahab8@gmail.com

² يقور احمد

أستاذ تعليم عالي / جامعة مصطفى اسطمبولي معسكر

ahmyekkour@yahoo.fr

فُدم للنشر في: 2023.09.17 , فُبل للنشر في: 15-12-2023 , نشر في: 2023-12-26

الملخص:

تقف المؤسسات الاستشفائية - التي تشكل الاطار الرئيسي للنظام الصحي في الجزائر - عاجزة امام الطلب المتزايد على الخدمات الصحية في ظل سعي الدولة الى الارتقاء بمستوى هذه الخدمات مقابل محدودية الموارد المالية المتاحة لديها تحدف هذه الدراسة لإبراز دور الرقابة الخارجية في تحسين اداء هذه المؤسسات من خلال محاولة تكييف الادوات الخاصة بهذه الرقابة باعتبارها عملا الزاميا بالنسبة لمسيرى المؤسسات الاستشفائية ، مع ادوات مراقبة التسيير التي تبقى رغم اهميتها اختيارية في ظل انعدام الاطار القانوني الذي ينظمها ويسيرها.

و قد توصلت الدراسة الى انه بإمكان المسيرين استغلال نتائج الرقابة الخارجية المتمثلة في برامج و وثائق محاسبة التكاليف و كذا الرقابة على الميزانية كقاعدة للممارسة الفعلية لمهمتهم الرئيسية و المتمثلة في قيادة المؤسسة والتحول التدريجي من النهج البيروقراطي المبني على فكرة التسيير بالوسائل الى مقارنة مبنية على اساس التسيير بالأهداف.

الكلمات المفتاحية: المؤسسة الاستشفائية، الرقابة الخارجية، مراقبة التسيير، تحسين الاداء .

تصنيف M41, L25 ,L31:JEL

Abstract :

Hospital establishments - which constitute the main backbone of the Algerian health system - are unable to meet the demand for health services, given the state's desire to improve the level of these services and in the face of a limited situation. financial resources.

¹ المؤلف المراسل

This study aims to highlight the role of external control in improving the performance of these establishments by trying to adapt the tools and means of such control - as compulsory work -, with tools of management control that, while important, remain optional in the absence of a legal framework that regulates them.

The study revealed that managers could exploit the results of external control (cost accounting documents and budgetary control) as a basis for the effective exercise of their main mission, which is steering the establishment. Not more than 10lines

Keywords: Hospital establishment, External control, Management control, Performance improvement.

Jel Classification Codes : M41, L25 ,L31

مقدمة:

يمثل قطاع الصحة أحد المحاور التي تركز عليها كل الدول في سبيل تحقيق التنمية، و هذا من خلال الاهتمام الكبير الذي توليه هذه الدول للقطاع بشقيه العام و الخاص ، و تمر المؤسسات الاستشفائية في الجزائر باعتبارها هيئات معقدة التنظيم بمرحلة مفصلية في اثبات وجودها، حيث أن جل الفاعلين في المنظومة الصحية لا ينظرون بعين الرضا إلى أداء هذه المؤسسات. من حيث قلة الكفاءات و قدم التجهيزات و نقص الميزانيات المخصصة و الحبابة، بالإضافة إلى تميز هذه المؤسسات بالتسيير اللاعقلاني لمواردها ، و عدم صحة و دقة المعلومات الموجهة إلى الوصاية ... و هي الوضعية التي يمكن تفسيرها باستحالة ممارسة الرقابة المباشرة من طرف الهيئات المركزية (الوزارة) في ظل هذا الغموض تمتع المؤسسات بالاستقلالية الإدارية (القانونية) و المالية ، الأمر الذي أدى بالوصاية إلى القيام بالرقابة عن طريق أدوات ووسائل أعدت حسب خصوصية و طبيعة المهام الموكلة لهذه المؤسسات، و كذا الأهداف التي تسعى إلى تحقيقها، و هي الطريقة التي تقود المسيرين و لو بطريقة غير مباشرة إلى الاعتماد على أنظمة مراقبة التسيير كوسيلة مساعدة على اتخاذ القرارات و كذلك تصحيح الانحرافات -في حالة وجودها - و في الوقت المناسب . بناء على ذلك ، يمكن طرح الاشكالية التالية:

-كيف تؤثر الرقابة الخارجية للهيئات الوصية على تطبيق نظام لمراقبة التسيير في المؤسسات العمومية الاستشفائية في الجزائر؟

للإجابة على الاشكالية حاولنا تقسيم البحث إلى العناصر التالية:

أولاً: واقع مراقبة التسيير في المؤسسات الاستشفائية

ثانياً: مفهوم الاداء و صعوبة قياسه بالنسبة للمؤسسات الاستشفائية

ثالثاً: العلاقة بين مراقبة التسيير و تحسين الاداء

1- واقع مراقبة التسيير في المؤسسات الاستشفائية:

مع نهاية القرن العشرين، انصبحت الجهود العلمية و التقنية على محاولة الرفع من معدل العمر المتوقع في كل العالم. أفريقيا، و على الرغم من التقدم المحرز في هذا المجال، إلا أننا نسجل العديد من المخاوف و التحفظات بشأن قدرة دول القارة -على اختلاف ثقافتها و أنظمتها - على تفعيل المنظومة الصحية، وهي المنظومة التي يمكن الحكم على فعاليتها من خلال أداء المستشفيات التي تتمثل مهمتها الرئيسية في تقديم خدمات صحية ذات نوعية مع الأخذ بعين الاعتبار أن هذه المهام تعتبر إنسانية بالدرجة الأولى.

بالنسبة ل: Porter ، فإن المستشفى عبارة عن مجموعة من الوظائف الخاصة التي تجتمع من خلالها مختلف كفاءات متخصصة من اجل تقديم خدمة صحية في اطار الخدمة العمومية. بالنسبة لهذه الكفاءات، فإنه و بعيداً عن الفكر الاقتصادي و الربحي (الذي يأتي في الدرجة الثانية) تعتبر المحافظة على حياة الانسان أهم اهدافها .

إضافة الى ذلك، يعتبر المستشفى : "منظمة ديناميكية تتميز بالهوية الجماعية، و تتمتع باستقلالية أكبر مقارنة مع المنظمات العمومية الأخرى .³ وهي الميزة (الاستقلالية) التي تجعل من تسيير المستشفى أقرب إلى تسيير المؤسسات الخاصة منه إلى التسيير العمومي، بالإضافة الى كونها تمهد الطريق إلى تفعيل نمط التسيير بالأهداف و النتائج .

في الوقت الحاضر، ينصب اهتمام المستشفيات على أمرين أساسيين: من جهة، تحسين نوعية الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين و من جهة أخرى التحكم في التكاليف و محاولة تقليلها لذا فإن كفاءة هذه المستشفيات مرتبطة أساسا بفعالية نوعية الخدمة بالإضافة إلى الاستغلال الأمثل للموارد المتاحة ، حيث ان هذه المؤسسات الإستشفائية باعتبارها مؤسسات عمومية ذات طابع إداري و ان كانت غير ملزمة بمتطلبات وقواعد القطاع الخاص مثل البحث عن الأرباح أو العائد على رأسمال المال المستثمر (لأن هذه الخدمات تعتبر أولا و قبل كل شيء استثمارا إنسانيا)، إلا أنه لا يجب إعفاء هذه المؤسسات بصفة مطلقة من محاولة تحقيق الكفاءة و الفعالية (و هما الميزتان المطلوب اخذهما بعين الاعتبار في جميع المنظمات التي تعمل بموارد محدودة)، وهنا وجب الإشارة الى انفراد هذه المستشفيات بخاصية التركيز على الاداء الاجتماعي أكثر من اهتمامها بالأداء المالي و هو الامر الذي لن يتأتى إلا من خلال اعتماد نظام إداري ثابت و فعال بالمؤسسة مبني على وظيفة مراقبة التسيير، يتوقف نجاح أو فعالية هذه الوظيفة (مراقبة التسيير) على خصوصية البلد المطبق فيه و كذا البنية الاقتصادية للمنظمة. ففي فرنسا، و منذ 1990، أطلقت السلطات نموذجا جديدا لتسيير المؤسسات و الهيئات العمومية يركز على التسيير بمنطق الأهداف و النتائج بدلا من التسيير التقليدي الذي يتبنى طريقة الوسائل، Le Management (par objectifs)، و تطبيق نظام التعاقد (La contractualisation) في تسيير المؤسسات الإستشفائية.⁴

2-1: النظام التمويلي الصحي في الجزائر : مع بداية الألفية شرعت الدولة في تبني استراتيجيات جديدة في مجال التسيير العمومي في محاولة منها لعصرنة جميع القطاعات التي لها علاقة مباشرة مع تحسين ظروف حياة الساكنة ، و هو الأمر الذي أدى بالحكومات المتعاقبة الى وضع حيز التنفيذ نظام تسيير خاص بالمنظمات و المؤسسات العمومية من اجل الارتقاء بمهذ المؤسسات في مجال التسيير و بالتالي تحسين الأداء و هو ما تجسد من خلال عملية خوصصة العديد من المؤسسات العمومية، و اتخاذ مجموعة من الإصلاحات الاقتصادية (اشراك المراقب المالي في الرقابة على النفقات العمومية، التحيين الدوري لقانون الصفقات العمومية ...) وكذا الإصلاحات الاجتماعية (تعديل قانون الوظيفة العمومية سنة 2006 ، تعزيز دور النقابات كشريك اجتماعي ...) .

من الناحية الاجتماعية ، فإن الصحة تمثل أحد أهم الرهانات بالنسبة لصناع القرار في الجزائر ، حيث استفاد القطاع سنة 2023 من مبلغ 616 مليار دينار جزائري، مقابل 540 مليار دينار جزائري سنة 2022 (أي بزيادة قدرها 14 %) وهي الاعتمادات التي ستوجه للتكفل بالأثر المالي الناجم عن ادماج المستفيدين من جهاز المساعدة على الادمج المهني و الاجتماعي لحاملي الشهادات، وكذلك النفقات الناجمة عن استحداث 10 ولايات جديدة ، إضافة الى تخصيص مبلغ 75 مليار دج لعملية تطهير ديون المؤسسات الصحية اتجاه الصيدلية المركزية للمستشفيات (PCH) ، و مبلغ 06 مليار دج لديون المؤسسات اتجاه معهد باستور .

الجدول 1 : تطور ميزانية التسيير لقطاع الصحة خلال الفترة : 2015-2022

| السنة | ميزانية الدولة | ميزانية التسيير لقطاع الصحة | النسبة |
|-------|-----------------------|-----------------------------|--------|
| 2015 | 4 972 278 494 000 د ج | 381 972 062 000 د ج | 7.68% |
| 2016 | 4 807 332 000 000 د ج | 379 407 269 000 د ج | 7.89% |
| 2017 | 4 591 841 961 000 د ج | 389 073 747 000 د ج | 8.47% |
| 2018 | 4 584 462 233 000 د ج | 392 163 373 000 د ج | 8.55% |

³ Kitous ,B.)1994(,Soigner l'hôpital ,management pour une autonomie quotidienne ,Paris , Erés

⁴ Hélène Loning et autres(2013) ,le contrôle de gestion organisation et mise en œuvre ,Edition dunond ,2ème édition ,Paris,.

| | | | |
|-------|---------------------|-----------------------|------|
| 8.05% | 398 970 409 000 د ج | 4 954 476 536 000 د ج | 2019 |
| 8.34% | 408 282 838 000 د ج | 4 893 439 095 000 د ج | 2020 |
| 7.72% | 410 672 176 000 د ج | 5 314 506 529 000 د ج | 2021 |
| 6.96% | 439 422 008 000 د ج | 6 311 532 437 000 د ج | 2022 |

المصدر: قوانين المالية الجزائرية للفترة ما بين 2022-2015

3-1: نقائص التسيير المالي للمؤسسات الصحية في الجزائر:

شهدت ميزانيات قطاع الصحة ما يمكن اعتباره جمودا ابتداء من سنة 2013 (تبعات تراجع أسعار النفط)، حيث لجأت الحكومة إلى إتباع سياسة التقشف بالنسبة لبعض القطاعات من خلال تقليص ميزانيات بعض القطاعات (الثقافة، السياحة....) وتثبيت ميزانيات قطاعات أخرى مثل قطاع الصحة، وهو الأمر الذي انعكس بالسلب على أداء المؤسسات الصحية، التي عرفت ارتفاعا كبيرا في التكاليف (وهذا لعدة أسباب أهمها الاختيار المتواصل لقيمة الدينار الجزائري، بالإضافة إلى تزايد عدد المرضى على المستوى الوطني خاصة الأمراض التي تتميز بارتفاع تكاليفها الاستشفائية مثل أمراض السرطان)، مقابل استقرار في الميزانيات المخصصة لهذه المؤسسات خلال السنوات الأخيرة بل وتقليصها بالنسبة لبعض المؤسسات الصحية بالشكل الذي أدى إلى حدوث اختلال في التسيير و بالتالي عدم الشعور بالرضا من قبل اصحاب المصالح في هذه المؤسسات (العمال، المرضى، الشركاء الاجتماعيين...)، وهو ما شكل عبئا اضافيا لمسيري هذه المؤسسات التي تعاني في الاصل من عدة مشاكل و نقائص و التي يمكن تلخيصها في :

- ✓ محدودية المسير في اتخاذ القرار و بالتالي عرقلة السير الحسن و الفعال لنشاط المؤسسة بسبب خضوع المؤسسات الصحية إلى قواعد المحاسبة العمومية.
- ✓ البطء الكبير في تنفيذ العمليات المالية بسبب القيود و الاجراءات الرقابية (رقابة لجنة الصفقات، الرقابة الميزانية، رقابة المحاسب العمومي.....)
- ✓ عجز مصادر التمويل الحالية (التي تعتمد بشكل شبه كلي على الدولة) في تغطية النفقات الصحية المتزايدة لعدة اسباب من اهمها التقدم العلمي في المجال الطبي و الذي يؤدي الى ارتفاع تكاليف اقتناء التجهيزات و المواد الطبية، وكذلك ارتفاع حاجيات الساكنة في مجال الصحة بسبب النمو الديموغرافي و التحول الوباي.
- ✓ نقص التكوين و انعدام الكفاءة للعديد من المسيرين يتسبب في صرف نفقات بطريقة غير عقلانية غياب الاستقلالية المالية للمؤسسات الصحية، بسبب التدخل المباشر للرعاية من خلال مجموعة من الاجراءات الرقابية خاصة الرقابة القبلية لمصالح الرقابة المالية و الميزانيةية يحد و ينقص من نسبة الاستقلالية المالية لهذه المؤسسات .

4-1: مراقبة التسيير في المؤسسات الاستشفائية:

تبين مختلف الدراسات حول النظام الصحي الجزائري أن المواطن لا يستفيد من هذه الخدمات بالطريقة المناسبة، وهو الامر الذي يدفع بالعالية للتوجه نحو القطاع الخاص، فيما يتجه البقية - التي لا تملك الإمكانيات - إلى ما يعرف بالطب البديل (الطرق التقليدية)، مع كل المخاطر التي قد تنجر عن ذلك، وهي الوضعية التي يمكن تلخيصها في 04 أسباب رئيسية:

- ✓ عدم المساواة في الاستفادة من الخدمات الصحية بين المواطنين
- ✓ سياسات التكوين الخاصة بمهنيي الصحة التي لا تتماشى مع احتياجات القطاع، و لم تساهل في التطور الحاصل في مختلف الماور المرتبطة بالتسيير خاصة فيما يتعلق بأنظمة المعلومات و الاتصال و كذلك التسيير المحاسبي و المالي.
- ✓ نوعية الخدمات المقدمة للسكان متوسطة إن لم تكن ضعيفة.

✓ ضعف الخريطة الصحية المبنية عن اصلاحات سنة 2007 و التي نتج عنها تفكيك القطاعات الصحية الى مؤسسات عمومية استشفائية و مؤسسات عمومية للصحة الجوارية مع عدم ضمان التكوين الجيد للإطارات المسيرة، و هو ما يحاول قانون الصحة الجديد تداركه من خلال خريطة صحية جديدة حيث تنص المادة 298 منه :تتمثل مختلف المؤسسات العمومية للصحة لا سيما فيما يأتي:

- ❖ المركز الاستشفائي الجامعي (CHU)
- ❖ المؤسسة الاستشفائية المتخصصة (EHS)
- ❖ المقاطعة الصحية
- ❖ مؤسسة الاعانة الطبية المستعجلة (SAMU)

إلا أن الأمر الملفت للانتباه، هو أن مختلف الفاعلين والمسيرين في قطاع الصحة لا يولون اي أهمية لفكرة مراقبة التسيير بالمؤسسات الاستشفائية، و هذا راجع للفهم الخاطئ أو لنقل القديم الذي يحصر نظام مراقبة التسيير في المنظمات الربحية، لذلك فإنه بالنسبة لهذه الأطراف فإن بعث نظام لمراقبة التسيير في هذه المؤسسات (التي تعتمد بشكل شبه كلي على أموال الدولة) يعتبر أمرا عديم الجدوى، فمراقبة التسيير كما عرفها "Anthony" تطبق في جميع المنظمات (ربحية و غير ربحية) و تعرف على أنها: "سيرورة عمليات يقوم المسؤولون من خلالها بالتأثير على الافراد في المؤسسة بغرض تنفيذ الاستراتيجية المحددة "

2 : مفهوم الاداء و صعوبة قياسه بالنسبة للمؤسسات الاستشفائية:

1-2: مفهوم قياس الأداء: هو مرحلة من مراحل العملية الإدارية، يتم من خلالها مقارنة الأداء الفعلي باستخدام مؤشرات محددة و ذلك من اجل الوقوف على النقص او القصور في الأداء و بالتالي اتخاذ القرارات اللازمة او المناسبة لتصحيح هذا القصور ،غالبا ما تستخدم المقارنة بين ما هو قائم او متحقق فعلا و بين ما هو مستهدف خلال فترة زمنية معينة في العادة تكون سنة .(العامري، 2007، ص602)

بالنسبة للمؤسسات الاستشفائية فالأداء هو: إيجاد مقياس يمكن من خلاله معرفة مدى تحقيق المؤسسة للاهداف التي أقيمت من اجلها ، ومقارنة تلك الأهداف بالنتائج المحققة ، و معرفة و تحديد مقدار الانحرافات عن الخطة ، مع تحديد اسباب تلك الانحرافات و طرق معالجتها .(المحياوي ،358،2006)، ويرتبط مفهوم قياس الأداء في المؤسسات العمومية الإستشفائية بشكل جذري بمدى قدرة هذه المؤسسات على تحقيق أهداف الوصاية (في وزارة الصحة و السكان) و المتمثلة في تحسين البرامج و الخدمات الصحية المقدمة في حدود ما هو متاح من موارد ، لذا يمكن القول ان قياس الاداء هو فحص منتظم لمجريات الاداء في المؤسسة بغرض تحديد مواطن القوة و الضعف، و تجنب القصور في حالة وجود انحرافات .

2-2: أهمية قياس الأداء: تتمثل أهمية قياس الأداء في المؤسسات الإستشفائية في (المحياوي ،306،2006-307):

- ✓ الدور الاجتماعي الذي تلعبه المؤسسات العمومية الاستشفائية في العلاج و الوقاية خاصة في الدول النامية .
- ✓ اهمية وحيوية الادوار المتعددة التي تقوم بها هذه المؤسسات (العلاج،الوقاية، التكوين ...)
- ✓ صعوبة اعتماد مقاييس كمية مناسبة لقياس اداء الانشطة الطبية ادت الى تعميق الدراسات و الأبحاث العلمية في مجال قياس الاداء في هذه المؤسسات .
- ✓ الاهتمام بالبيئة المحيطة بالمؤسسة و تحديد المشاكل الصحية التي تعاني منها مثل:الأمراض المتنقلة، التلوث...

✓ يعمل قياس الاداء على تحسين الاداء الاداري و الصحي في المؤسسات الصحية و جعلها نظاما دينامكيا يتفاعل مع المؤثرات الداخلية والخارجية .

✓ ضعف الموارد و عدم كفايتها لمتطلبات و حاجيات السكان ، يؤدي الى الاهتمام بفاعلية و كفاءة هذه الموارد و استعمالها باحسن طريقة ممكنة، مثل:الاهتمام و التركيز على الطب الوقائي بدل من صرف مبالغ اكبر للعلاج في المستقبل .

✓ استخدام نتائج القياس في اعادة تقييم برامج ادارة الموارد البشرية ، وخاصة فيما يتعلق ببرامج الاختيار ،التعيين ،الترقية و التكوين

✓ يعمل نظام قياس الاداء على احداث التوازن الداخلي و الخارجي للمؤسسة الاستشفائية

3-2: اهداف قياس الاداء: تكمن أهمية قياس الأداء في المقولة الشهيرة : " ما لا يمكن قياسه لا يمكن إدارته" فالمؤسسة التي لا تعلم وضعيتها الحالية من حيث واقع العمليات لا يمكنها معرفة مستقبلها، و بالتالي لا يمكنها تحقيق أهدافها، فالغرض من تقييم البرامج الصحية هو تحسين الاداء الصحي و توجيه الموارد المادية و البشرية بما يحقق الجودة الصحية المطلوبة و زيادة فعالية الخدمات الصحية المتنوعة بالإضافة الى :

✓ المساهمة في تنمية المؤسسة من خلال الحفاظ على مستويات تشغيلية مرضية .

✓ تحفيز المستخدمين على تحقيق الاهداف المسطرة .

✓ توجيه المسيرين الى الاهتمام بمراكز المسؤولية الاكثر مردودية ،و الكشف عن مراكز المسؤولية التي تعاني من وجود انحرافات .

✓ وضع المقترحات المناسبة لتحسين الأداء و الإرتقاء به من خلال تشخيص النقاط الايجابية والسلبية في مختلف أنشطة المؤسسة .

4-2: معوقات و صعوبة قياس الاداء في المستشفيات :

✓ تتميز الأنشطة الصحية بصعوبة تحديد النتائج وهذا لكونها غير ملموسة و غير قابلة للبيع ،اضافة الى ذلك فانه من الصعب تقييم او تمييز المخرجات و مقارنتها مع التكاليف المحتملة ،مما يصعب من عملية قياس الفعالية الخاصة بالمؤسسة⁽⁵⁾ .

✓ قصور طريقة الاقسام المتجانسة (المعمول بها حاليا في المؤسسات الصحية الجزائرية) في جانب تحميل التكاليف ،حيث ان بعض الاعباء لا يمكن تحميلها مباشرة على المنتجات المقدمة للمرضى (الكهرباء ، الوقود والزيت ،الصيانة ...)

✓ تتميز التكاليف الاستشفائية بارتفاع التكاليف الغير مباشرة وهو ما يؤدي الى صعوبة تحميل هذه التكاليف على مراكز المسؤولية

6

✓ عكس الأنشطة الصناعية ،لا تتوفر المؤسسات الاستشفائية على عمليات منمطة (نموزجية) حيث تختلف الممارسات الطبية و كذلك طرق التكفل من ممارس الى اخر وهو ما يزيد من تعقيد عملية تقييم الاداء.

✓ تتميز مخرجات النظام في المستشفيات بكونها خدمة معينة في زمن معين بكيفية معينة ،وهو ما ينتج عنه صعوبة في تحويل هذه الخدمة الى مقاييس مالية او احصائية او كمية .

✓ عدم تجانس وحدات المنتج النهائي للخدمة الصحية ،اي ان المنتج النهائي للخدمة غير نمطي و هو ما يؤدي الى صعوبة اجراء مقارنات بين فترات زمنية مختلفة

⁵ Charles Ducrocq.(1984).La Perception du Contrôle de Gestion par les Responsables des Services Hospitaliers au Travers du Tableau de Bord .Institut d'Administration des Entreprises de Lille ,Cahier de Recherche p06

⁶ Cindy Pages(2006) , Contrôle de Gestion et Pratiques Managériales a l'Hôpital , Ecole Nationale de Sante Publique, Revues, France, p08 .

- ✓ لا يمكن للمريض رؤية او لمس هذه الخدمة اثناء استهلاكها مثل المنتجات الأخرى، و عليه يجد المريض صعوبة في تقييم الخدمة الصحية المقدمة .
- ✓ صعوبة قياس كفاءة الهيئات الطبية .
- ✓ استغراق وقت طويل بين تنفيذ البرامج الطبية وتقييم نتائجها، حيث يتزامن تنفيذ البرامج الصحية مع حدوث الكثير من المتغيرات الغير متوقعة (جائحة كورونا) مما صعب من عملية تقييم الاداء .
- ✓ التطور التقني و المتزايد في الاجهزة و المعدات الطبية .
- ✓ زيادة الطلب على مختلف انواع الخدمات الصحية خاصة الحديثة منها، نتيجة لظهور فكرة التخصصات الدقيقة في الطب.
- ✓ ارتفاع درجة الوعي لدى المتفاعلين من الخدمة و اهتمامهم المتزايد بالجودة .
- ✓ ارتفاع في نسبة الاخطاء الطبية و هو ما ادى الى زيادة الشكاوي القانونية المرفوعة ضد المؤسسات الإستشفائية .
- ✓ انعدام النظام الاداري الفعال و انعدام التنسيق بين مختلف الاقسام .
- ✓ غياب المعايير الموضوعية لتقييم كفاءة وفعالية الأداء الإداري و الإكلينيكي (الطبي) .

5-2: مؤشرات قياس الاداء في المؤسسات الاستشفائية:

تحتاج المؤسسات الاستشفائية العمومية الى مؤشرات خاصة من اجل قياس مستوى الاداء المحقق، شريطة ان تتميز هذه المؤشرات بالدقة و الوضوح . و تنقسم هذه المؤشرات الى ثلاث مجموعات رئيسية تتفرع منها مجموعة من المقاييس:

- أ- مؤشرات تقييم الاداء الخاصة بالتغطية الصحية : تضم المؤشرات التالية:
- ✓ عدد الاسرة / الطبيب : نصيب الطبيب الواحد من الاسرة المكلف بها في المؤسسة ، و اي زيادة عن المستوى المحدد عالميا (04) اسرة لكل طبيب) تؤدي الى تدني الخدمات الصحية المقدمة و العكس صحيح .
 - ✓ عدد الاسرة / الممرض : نصيب الممرض من الاسرة بالمؤسسة و العدد المعمول به هو (02) سريران لكل ممرض
 - ✓ عدد الاسرة / الصيدلي : العدد مقبول هو (100) سرير لكل صيدلي .
 - ✓ عدد الاسرة / اخصائي التغذية : لضمان خدمة في المستوى ،فانه يجب توفير اخصائي تغذية واحد لكل (100) سرير .
 - ✓ عدد الاسرة / المخبري : نصيب اخصائي التحاليل المخبرية هو (100) سرير .
 - ✓ عدد الاسرة / موظفي الخدمة الاجتماعية : تحرص المؤسسة التي تبحث عن تحقيق الاداء المطلوب على توفير اخصائي واحد في الخدمة الاجتماعية لكل (75) سرير .
 - ✓ عدد الاسرة / الموظفين :تضم فئة الموظفين جميع الافراد العاملين غي انجاز المهام الادارية في المؤسسة ، و يفترض ان يساوي عدد الموظفين عدد الاسرة ،فالمؤسسة التي تضم (200) سريرا يجب ان تتوفر على (200) موظفا ، و اي خلل او نقصان ينعكس سلبا على اداء المؤسسة .

ب-المؤشرات الخاصة بأنشطة المؤسسة الاستشفائية :

- ✓ متوسط فترة الإقامة (Durée Moyenne de Séjour) : يقصد بهذا المقياس عدد ايام مكوث المرضى بالمؤسسة ، و يدل انخفاض هذا المؤشر على الاداء الجيد للمؤسسة ، ويتم قياسه عن طريق المعادلة الآتية :

$$\text{متوسط فترة الإقامة} = \frac{\text{اجمالي عدد ايام المرضى خلال سنة معينة}}{\text{اجمالي عدد المرضى خلال نفس السنة}} \times 100^*$$

✓ **معدل اشغال السرير : (Taux d'Occupation)** : يدل هذا المقياس على الاستغلال الفعلي للأسرة المتوفرة

بالمؤسسة ، ويقاس من خلال المعادلة :

اجمالي عدد ايام المرضى

$$\text{معدل شغل السرير} = \frac{\text{اجمالي عدد ايام المرضى}}{100^*}$$

عدد الاسرة *365

✓ **معدل دوران السرير : (Taux de Rotation)** : يوضح هذا المؤشر عدد المرضى الذين شغلوا سريرا واحدا خلال فترة

زمنية معينة (غالبا ما تكون سنة) و يتم قياسه وفق الاتي :

عدد حالات الخروج في السنة

$$\text{معدل دوران السرير} = \frac{\text{عدد حالات الخروج في السنة}}{100^*}$$

عدد الاسرة في نفس السنة

✓ **معدل تكلفة المريض (Taux du Cout d'Hospitalisation)**: يعد هذا المعيار احد المؤشرات المالية التي

تساعد على معرفة مدى ايجابية اداء المؤسسات الاستشفائية ، إذ يدل ارتفاع هذه التكاليف على تدني أداء المؤسسة و

العكس صحيح ، و يحسب وفق الطريقة الآتية:

مجموع النفقات في المؤسسة خلال فترة معينة

$$\text{معدل تكلفة المريض} = \frac{\text{مجموع النفقات في المؤسسة خلال فترة معينة}}{100^*}$$

اجمالي عدد ايام مكوث المرضى خلال نفس الفترة

ج- مؤشرات الاداء الخاصة بنتائج الانشطة :

✓ **معدل الوفيات العام (Taux de Mortalité Générale)**: يعبر هذا المؤشر عن نسبة المرضى المتوفين بالمؤسسة و

لأسباب مختلفة، ويدل ارتفاعه على تدني اداء المؤسسة ويحسب وفق المعادلة التالية :

اجمالي عدد الوفيات في المؤسسة خلال فترة معينة

$$\text{معدل الوفيات العام} = \frac{\text{اجمالي عدد الوفيات في المؤسسة خلال فترة معينة}}{100^*}$$

اجمالي عدد المرضى خلال نفس الفترة

✓ **معدل الاصابات نتيجة التلوث و التسمم (Taux d'infection du a la pollution et l'intoxication)**

تعهد المؤسسة الاستشفائية مكانا للعلاج ، و اي قصور في الجانب الوقائي (عدم اتخاذ التدابير الوقائية

او قلة الاجهزة الطبية التي تحد من حالات التلوث) يمكن ان يتسبب في الاصابة بأمراض مختلفة (امراض معدية ،امراض منتقلة

،حالات التسمم ،...) للوفادين وكذلك لمستخدمي المؤسسة (خاصة بالنسبة لمصالح الاشعة و مصالح العلاج الكيميائي و

مصالح الاستعجالات)، و يتم حسابه عن طريق المعادلة الاتية :

عدد حالات التلوث خلال فترة معينة

$$\text{معدل الاصابات من التلوث} = \frac{\text{عدد حالات التلوث خلال فترة معينة}}{100^*}$$

اجمالي عدد المرضى خلال نفس الفترة

و تجدر الاشارة الى ان منظمة الصحة العالمية قامت باعتماد معايير يمكن الاعتماد عليها في تشخيص الانحرافات ، كما هو موضح في الجدول

التالي :

الجدول 2 . معايير الأداء و مؤشرات قياسها

| مؤشر القياس | المعايير |
|-------------|---|
| 04 أسرة | عدد الأسرة / طبيب |
| 02 سريرين | عدد الأسرة / ممرض |
| 100 سرير | صيدلي واحد |
| 100 سرير | اخصائي واحد للتغذية () |
| 100 سرير | مخبري التحاليل الطبية (Laborantin) |
| 75 سرير | موظف خاص بنظام المعلومة الطبية (Secrétaire Médical) |
| 75 سرير | موظف خاص بالخدمة الاجتماعية (Assistant Social) |
| 01 سرير | موظف |
| 3% | معدل الوفيات العام |
| 1/5000 | معدل الوفيات نتيجة التخدير |
| 1% | معدل الوفيات بعد العملية |
| 0.25% | معدل وفيات الامهات |
| 1% | معدل وفيات الاطفال بعد الولادة |
| 1% | معدل التلوث |
| 1% | معدل التلوث بعد العملية |
| 25% | معدل التشريح |
| 4% | معدل العمليات القيصرية |
| 07 أيام | متوسط فترة الإقامة |
| 80% | معدل اشغال السرير |
| 65 | معدل دوران السرير |
| 15 مريض | مريض العيادة الخارجية / طبيب |

المصدر: حسام عبد الكريم محمود عاشور، 2015، ص 37

3 - العلاقة بين مراقبة التسيير و تحسين الأداء:

1-3: الدراسات السابقة: في محاولة لدراسة العلاقة بين نظام مراقبة التسيير و تحسين الأداء، قام العديد من المفكرين بأبحاث و دراسات

نظرية و تطبيقية حول هذه العلاقة و التي نذكر منها :

أ-دراسة (Cappelletti et Khouatra) (2008): قدم الباحثان دراسة حول مساهمة نظام مراقبة التسيير في تحسين أداء

مؤسسات صغيرة الحجم، و تمثلت الفكرة في محاولة وضع حيز الخدمة نظام لمراقبة التسيير في 350 ديوان توثيق office de

(notaire) بفرنسا لفترة 06 سنوات، و قد ركزت الدراسة على (05) متغيرات هي :

✓ الكفاءات (Compétences de l'intervenant) .

✓ حجم المؤسسة (La Taille de l'entreprise).

✓ مساهمة مسير المؤسسة (Implication du dirigeant de l'entreprise) .

✓ كفاءة مسير المؤسسة في مجال مراقبة التسيير (Compétences du dirigeant en contrôle de gestion)

✓ كفاءة الطاقم المسير للمؤسسة في مجال مراقبة التسيير.

(Compétences de l'encadrement de l'entreprise en contrôle de gestion)

و تجدر الاشارة الى ان هذا النوع من المنظمات لم تكن تولي أهمية لنظام مراقبة التسيير، في حين بينت النتائج أن إدخال هذا النظام يعتبر عاملاً مهماً لتحسين الأداء الاجتماعي وكذا الاقتصادي في المؤسسات صغيرة الحجم.

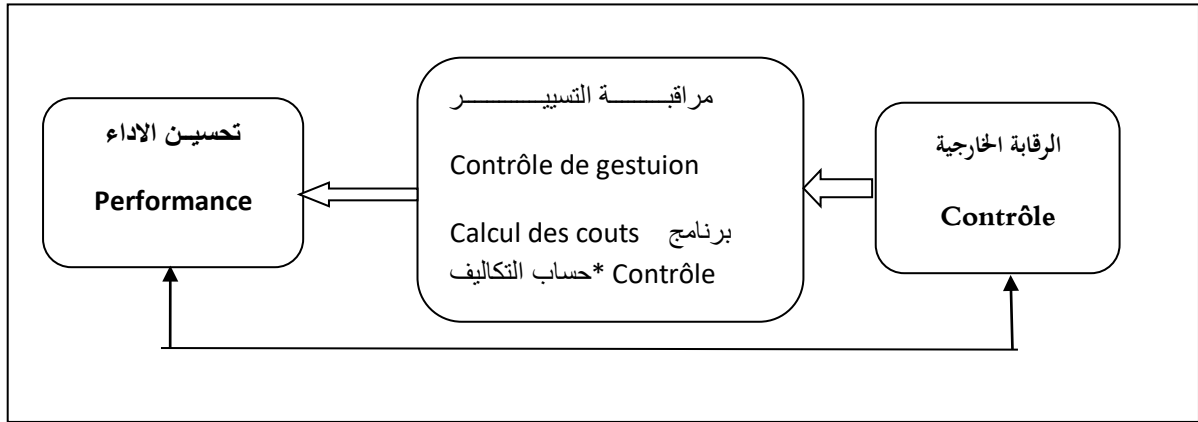
ب- دراسة **Dreveton 2011**: قام الباحث بدراسة وضع نظام لمراقبة التسيير في مؤسسة عمومية فرنسية

(وكالة البيئة و ترشيد الطاقة) (L'agence de l'Environnement et de la Maitrise de l'Energie) و قد ركز دراسته على تطبيق المحاسبة التحليلية في المؤسسة ، و بصفة خاصة على نظام حساب التكاليف. هذه الدراسة كانت على شكل دراسة حالة و التي تركز على مقارنة اجتماعية -تقنية (Une approche sociotechnique) من خلال معرفة رأي مختلف الفاعلين في المؤسسة محل الدراسة (وهي مؤسسة ذات طابع عمومي) حول موضوع انشاء نظام لحساب التكاليف بالمؤسسة ، و خلصت الدراسة إلى أن انشاء هذا النظام يساهم في تحسين أداء المؤسسة شريطة توفر إرادة حقيقية لإنجاح هذه العملية ، و كذا تحفيز مختلف الأطراف الفاعلة في المؤسسة.

3-2 :دراسة العلاقة بين الرقابة الخارجية و مراقبة التسيير :

نحاول في هذه الدراسة تكييف ادوات و وسائل مراقبة التسيير و جعلها متجانسة و متوافقة مع البيات الرقابة الخارجية في المؤسسات الاستشفائية ، مع الاخذ بعين الاعتبار خصوصية نشاط هذه المؤسسات و المحيط الذي تنشط فيه و هذا وفق الشكل التالي:

الشكل 1 . أهمية الرقابة الخارجية و مراقبة التسيير



غياب المعلومات حول النتائج المحققة، عدم تفصيل العمليات المحاسبية، خاصة فيما يخص طبيعة الأعباء، اعدم حساب لمحاسبة العمومية للاهتلاكات .، انعدام نظام تحفيز الناشطين أو معاقبة المتخاذلين داخل المؤسسة، المركزية في التسيير، و هو ما يجعل النتائج غير مؤثرة.. و بالعودة الى برنامج حساب التكاليف، فهو برنامج تم تطبيقه ابتداءاً من سنة 2002 من طرف وزارة الصحة و السكان على المؤسسات الإستشفائية و الذي تزامن مع سعي السلطات إلى إصلاح هذه المؤسسات ، و الذي يتبنى طريقة الأقسام المتجانسة التي تهدف إلى تحديد سعر تكلفة إجمالي لكل قسم استشفائي.

الأقسام المتجانسة: المقصود بالقسم المتجانس ، قسم له نشاط متجانس، ينتج نفس وحدة القياس و له مسؤول خاص به وينقسم إلى نوعين:

- أقسام رئيسية: هي أقسام ينتج عن نشاطها مخرجات تسمى وحدات القياس ، هذه الوحدات يتم تحديد تكلفتها من خلال (يوم إستشفائي ، عملية جراحية ،...)
- أقسام فرعية: هي أقسام لا ينتج عن نشاطها وحدات قياس مباشرة، بل أن دورها يتمثل في أداء خدمات للأقسام الرئيسية:

الجدول 3 . الأقسام المتجانسة للمؤسسات الاستشفائية

| القسم | المصلحة | الخدمات المقدمة | وحدة العمل |
|--------------|-------------------------------|-----------------|--|
| أقسام رئيسية | الطب الداخلي، امراض القلب، .. | العلاج | يوم استشفائي (Journée d'hospitalisation) |
| | امراض الكلى | تصفية الكلى | حصة (Séance) |
| | غرفة العمليات | عمليات جراحية | K |
| أقسام فرعية | جراحة الاسنان | فحص، خلع، .. | D |
| | مخبر التحاليل الطبية | مختلف التحاليل | B |
| | قسم الاشعة | مختلف الاشعة | R |

المصدر: البرنامج التكويني لتسيير الهيكل الصحية: ورشة الميزانية و برنامج حساب التكاليف ، المدرسة الوطنية للصحة العمومية بالمرسى، الجزائر، 1998

ب- مميزات طريقة الأقسام المتجانسة: تتميز طريقة الأقسام المتجانسة في تحديد تكلفة وحدة قياس الأقسام الرئيسية و تحديد تكلفة وحدة قياس الأقسام الفرعية. و المساعدة على تحضير الميزانية التقديرية. و تحديد المسؤوليات بالنسبة لرؤساء الأقسام.

ج- مراحل تطبيق طريقة الأقسام المتجانسة:

❖ المرحلة الأولى: تقسيم المؤسسة الاستشفائية إلى أقسام متجانسة :

يتم تقسيم المؤسسة الى أقسام رئيسية و أقسام فرعية مع الأخذ بعين الاعتبار الهيكل التنظيمي، الوظائف و خصوصية النشاط الممارس و هذا وفق الشروط التالية:

- وجود مقر خاص بالقسم الاستشفائي ، توفر جهاز طبي دائم خاص بالقسم الاستشفائي ، تسجيل الأعباء المباشرة (الأجور، الأدوية...) على عاتق القسم المعني .

❖ المرحلة الثانية: إعداد الوثائق المحاسبية

في هذه المرحلة يتم الإعتماد على الوثائق المحاسبية و الاحصائية التالية:

- الاستهلاكات و الاعباء : تتمثل في:
 - ✓ مصاريف العمال: يتم تسجيل أجور العمال الدائمين و المتعاقدين ثم توزيعها على مختلف الأقسام .
 - ✓ الصيدلية: يتم تسجيل الأدوية التي استفادت منها مختلف الاقسام عن طريق برنامج محصص (EPIPHARM) .
 - ✓ لوازم مختلفة : تتمثل في اللوازم المستهلكة من قبل الاقسام مثل : أوراق و لوازم مكتبية ، مواد التنظيف الألبسة...)
 - ✓ مصاريف المواد الغذائية تتمثل في مختلف المواد الغذائية (اللحوم ، الخضر و الفواكه...) التي تم استهلاكها من أجل إعداد الوجبات الغذائية.
 - ✓ مصاريف الصيانة: و هي عملية صيانة الخاصة بالسير الحسن للمؤسسة و يمكن تقسيمها إلى: صيانة المباني و صيانة المعدات الطبية
 - ✓ المصاريف الملحقة : تتمثل في المصاريف الخاصة باقتناء البنزين ، الماء الكهرباء الغاز...
 - ✓ أعباء عامة أخرى : تتمثل في مصاريف التنقلات ، التكوين ، التأمين على المسؤولية المدنية...)
 - وثائق احصائية متعلقة بنشاط الأقسام الطبية: (عدد المرضى، عدد الأيام الإستشفائية...) و يكون مصدرها مكتب القبول للمؤسسة كما يوضحه الجدول التالي:

الجدول 4 . أنشطة الأقسام الطبية

| القسم | عدد الأسرة | عدد المرضى | عدد الايام الاستشفائية | معدل المكوث | نسبة شغل الأسرة |
|-------------------------------|------------|------------|------------------------|-------------|-----------------|
| الطب الداخلي | xx | Xx | Xx | xx | xx |
| أمراض القلب | xx | Xx | Xx | xx | xx |
| العلاج المكثف | xx | Xx | Xx | xx | xx |
| الامراض الصدرية | xx | Xx | Xx | xx | xx |
| امراض الكلى | xx | xx | Xx | xx | xx |
| الامراض المعدية | xx | xx | Xx | xx | xx |
| طب الاورام | xx | xx | Xx | xx | xx |
| امراض الدم | xx | xx | Xx | xx | xx |
| امراض الانف ، الاذن ، الحنجرة | xx | xx | Xx | xx | xx |
| طب العيون | xx | xx | Xx | xx | xx |
| المجموع | xx | xx | Xx | xx | xx |

المصدر: البرنامج التكويني لتسيير الهيكل الصحية: ورشة الميزانية و برنامج حساب التكاليف ، المدرسة الوطنية للصحة العمومية بالمرسى، الجزائر، 1998

- ❖ **المرحلة الثالثة:** التوزيع الأولي للأعباء: هي عملية تتم في نهاية كل ثلاثي وكذلك العملية الختامية في نهاية الدورة المحاسبية (31 مارس N+1) و تتمثل في توزيع الأعباء على الأقسام التي استفادت منها .
- ❖ **المرحلة الرابعة:** التوزيع الثانوي للأعباء: و هي عملية تتم على مرحلتين: تتمثل الأولى في توزيع أعباء الأقسام الفرعية (المطعم، التنظيف، المغسلة....) على الأقسام الطبية الرئيسية و الفرعية (الطب العام، الجراحة، المخبر....)، و في مرحلة ثانية يتم اضافة الأعباء المباشرة للأقسام الطبية (الأجور، الأدوية،....) للحصول على تكلفة وحدة العمل ، ومن خلال ما سبق ، فإنه يمكن القول ان الطريقة المعتمدة من قبل الوزارة لتحديد التكاليف الاستشفائية تشوبها العديد من النقائص ، مثل اهمال التنسيق بين مختلف الاقسام و انعدام المراقبة الفعلية للنتائج ...
- على المستوى الداخلي:** و تلخص في استعمال نتائج الدورة من أجل تحديد التقديرات (الميزانية، التكاليف، حجم النشاط ...) ، تقدير الموارد اللازمة لتسيير الأقسام الإستشفائية بطريقة فعالة و كفؤة ، استعمال مؤشرات خاصة بقياس حجم النشاط لغرض المقارنة مع المؤسسات الأخرى لاسيما الرائدة منها . ، اتخاذ القرارات الخاصة بمستقبل المؤسسة و الأقسام الاستشفائية مثل توسيع نشاط قسم ما او خفضه ، زيادة عدد المستخدمين أو تحويلهم إلى أقسام أخرى ،..... و قياس فعالية النشاط بالأقسام و حصر المسؤوليات في حالة الاخفاق في تحقيق الاهداف المسطرة.
- **على المستوى الخارجي:** يتم استعمال برنامج حساب التكاليف كقاعدة معلومات من اجل تحقيق : اداة للمفاوضات مع الجهات الممولة لنشاطها في اطار النهج التعاقدية (هيئات الضمان الاجتماعي ، شركات التأمين) و تحديد الموارد اللازمة لتمويل النشاط الاستشفائي و التخطيط لاستثمارات في المؤسسات الصحية و التجهيزات الاستشفائية ..
- 3-2-2- المراقبة الميزانية (le Contrôle Budgétaire) :** هي عملية تتم بعد الانتهاء من صرف النفقات لصالح الأطراف المستفيدة منها و تتمثل في قيام مدير المؤسسة الاستشفائية (الأمر بالصرف) بإعداد تقارير حول العمليات المالية المنجزة خلال فترة معينة (عادة ما تكون بموجب إرسالية من وزارة الصحة) ، و يتم التأشير على هذه التقارير من طرف المحاسب العمومي الخاص بالمؤسسة الاستشفائية ، و من ثم يتم إرسالها إلى مديرية الصحة و السكان و التي بدورها تقوم بتحويلها إلى وزارة الصحة.

أ- أنواع التقارير المالية:

✓ **التقارير الشهرية:** هي عبارة عن كشف مالي (وضعية مالية) تعد على مستوى المؤسسة - غالباً ما تكون في نهاية الشهر - و تتمثل في قيمة النفقات حيث يتم إمضاء هذه الوضعية المالية من قبل مدير المؤسسة و يؤشر عليها من قبل المحاسب العمومي و تكون الاعتمادات المفتوحة وفق مدونة الميزانية (العنوان، الباب، المادة) -Credits Ouvert-، عمليات التحويل المالية - - Transfert Budgétaire، الالتزامات المصرح بها، مؤشرة من طرف المراقب المالي و منفذة من المحاسب العمومي - Engagement -، مبالغ الحوالات المدفوعة و المنفذة من قبل المحاسب العمومي -Palements-، المبلغ المتبقي من الاعتماد المفتوح لكل مادة - Solde

❖ التقارير السنوية :

✓ **الوضعية المالية السنوية (Situation Financière Annuelle):** و هي تمثل الوضعية المالية للمؤسسة خلال سنة مالية (1-1 ن-31-3 ن-1)، و لها نفس مكونات الوضعية المالية الشهرية من حيث الاعتمادات الممنوحة، الالتزام، الدفع، الباقي و نسبة استهلاك الاعتمادات .

✓ الحساب الإداري

(Compte Administratif): هو عبارة عن كشف مالي يعد على مستوى المؤسسة الاستشفائية عند نهاية السنة

المالية و يتضمن بالإضافة إلى النفقات التي تم صرفها، الإيرادات المحصلة، و يتم بموجبه تحديد النتيجة النهائية للسنة المقتلة.

✓ يعتبر هذا الحساب أداة فعالة

للمراقبة على الأموال العمومية، و يعتبر مرآة عاكسة للتسيير بالمؤسسة حيث أنه يعبر عن نتيجة السنة المالية سواء أكانت عجز (سوء التسيير) أو فائض (تبرئة الذمة)، كما أنه يعتبر من الأدوات التي تساعد على تحقيق الشفافية في الرقابة على المال العام.

3-2-3- النهج التعاقدية:

في سياق سعيها المستمر لعصرنة المؤسسات الاستشفائية، قامت الوصاية ممثلة في وزارة الصحة و السكان و بالتنسيق مع قطاعات وزارية أخرى في عقد يتم إبرامه بين الجهات المعنية (الوزارة و إدارة المؤسسة الاستشفائية)، تحدد بموجبه الأهداف، استراتيجية العمل و الوسائل اللازمة لتحقيق هذه الأهداف .

أ- **أهداف النهج التعاقدية:** يتعين على المسيرين الاستعانة بأنظمة تسيير تواكب هذه التحولات لمواجهة العراقيل التي تنشأ أثناء تنفيذ العقد، و الذي يهدف بالدرجة الأولى إلى:

❖ تعزيز دور الإدارة المركزية :و

هذا من خلال :

وضع مؤشرات لتقييم الأداء تكون مرتبطة بالأهداف المسطرة و كذا الموارد المسخرة كما تنص عليه بنود العقد.

ضمان متابعة دورية لتنفيذ العقد و هذا عن طريق المعلومات و التقارير الدورية و التي يكون مصدرها المؤسسات الاستشفائية.

* **تعزيز دور المؤسسات الصحية في تحمل مسؤولياتها:** من خلال:

- حرية اتخاذ القرار فيما يخص طرق تنفيذ الميزانيات.

- مساعدة المؤسسة في وضع نظام فعال من أجل القيادة و التسيير.

و لضمان فعالية هذا النظام فإنه يجب تحديد :

أهداف العقد : حيث يتم وضح كيفية تنظيم نشاط المتعاقدين.

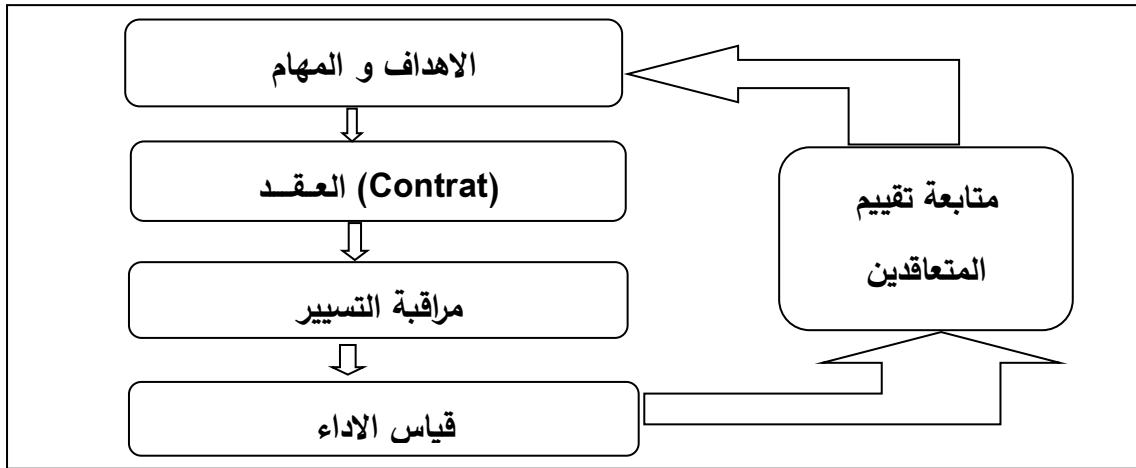
* أدوات القياس و مراقبة الانحرافات :تسمح بالإطلاع على النتائج المحققة خلال فترات مختلفة أثناء تنفيذ العقد و مقارنتها مع الأهداف المسطرة .
الحلول المقترحة لتصحيح الانحرافات في حالة حدوثها.

ب- مزايا النهج التعاقدى :

النهج التعاقدى وسيلة جيدة لتحسين شفافية المؤسسة الاستشفائية بالمابعة و التنفيذ و كذلك الإفصاح عن المعلومات ،و التركيز على منطق النتائج بدلا من منطق الوسائل:بعكس ما هو سائد في أغلب المؤسسات الاستشفائية حيث نجد أن النتائج غير محددة ،

ت-

الشكل رقم 03 .علاقة رقابة لتسيير بالنهج التعاقدى



الذي يتم إبرامه بين السلطات المركزية و الإدارة يتم بموجبه تحديد الأهداف، عن طريق قياس أداء الأنشطة دوريا و مقارنتها مع الأهداف المسطرة، واقتراح التصحيحات اللازمة لها و في التوقيت المناسب (Cindy Pages ,2006,p25).

الخاتمة :

تطرقنا في هذه الورقة الى ابراز دور مراقبة التسيير كعامل مهم لترشيد النفقات العمومية التي تشهد تزايدا سنويا ، و في نفس الوقت تحسين اداء المؤسسات الاستشفائية الذي و رغم الجهود المبذولة من قبل الدولة فانه لا يرقى الى المستوى المطلوب و يبقى بعيدا عن تطلعات المواطنين ،و هذا من خلال محاولة تكييف ادوات المراقبة الخارجية المستعملة حاليا في هذه المؤسسات (مثلة في برنامج حساب التكاليف، الرقابة على الميزانية و النهج التعاقدى)مع طرق و أدوات مراقبة التسيير، حيث خلصت الدراسة الى انه يمكن لمسؤولي المؤسسات الاستشفائية استغلال نتائج و مخرجات ادوات المراقبة الخارجية التي تعتبر الزامية ، وتكييفها بطريقة تجعلها نقطة انطلاق لوظيفة مراقبة التسيير بالشكل الذي يجعل منها وسيلة لقيادة المؤسسة و بالتالي تحويلها من مؤسسة منغلقة من نوع بيروقراطي يؤثر فيها العنصر الطبي بشكل رئيسي الى مؤسسة متفتحة على محيطها و تبرز فيها بشكل خاص الوظيفة التسييرية .

كما بينت الدراسة ان تطبيق نظام لمراقبة التسيير في المؤسسات الاستشفائية في ظل محيط يتميز بالتعقيد يتطلب توفر شروط و عوامل مثل :

-المرونة : عن طريق وضع نظام معلومات متجانس و مرن بالشكل الذي يسمح للمستخدمين في جميع المستويات للتأكد من ان النتائج مطابقة للتوقعات .

-الشمول :الالمام و التحكم في كل الجوانب المتعلقة بالأنشطة التسييرية للمؤسسة .

التسلسل الزمني :يتطلب تطبيق نظام مراقبة التسيير مروره بمجموعة من المراحل التي تستند على مفاهيم و خطوات محددة بدقة لتجنب تردد مستخدمي الصحة على مختلف مستوياتهم في قبول طرق التسيير الجديدة المفوضة عليهم .

اخيرا يمكن القول ان المؤسسات العمومية الاستشفائية ملزمة بتبني انظمة تسيير جديدة من خلال الاعتماد على ادوات و وسائل تراعي طبيعة و خصوصية هذه المؤسسات مع التركيز على عنصرين اساسين هما : التحكم في النفقات و استفادة طالب الخدمة الصحية بأحسن طريقة ممكنة .

قائمة المراجع :

- 1-Kitous ,B.(1994),Soigner l'hôpital ,management pour une autonomie quotidienne ,Paris , Erés .
- 2-Anthony ,R ,N,(1965).Management Planning and Control Systems : A Framework for Analysis .Harvard Business School Press ; l'association francophone de comptabilité ,Lille,12-13 Mai , 16p
- 3-Charles Ducrocq.(1984).La Perception du Contrôle de Gestion par les Responsables des Services Hospitaliers au Travers du Tableau de Bord .Institut d'Administration des Entreprises de Lille ,Cahier de Recherche .
- 4-Cindy Pages(2006) , Contrôle de Gestion et Pratiques Managériales a l'Hôpital , Ecole Nationale de Sante Publique, Revues, France,
- 5-Hélène Loning et autres(2013) ,le contrôle de gestion organisation et mise en œuvre ,Edition dunond ,2ème édition ,Paris,.

6-مشاريع قوانين المالية للجمهورية الجزائرية من سنة 2015-2022

7-الامر رقم 95.20 المؤرخ في 19 صفر 1416 الموافق ل 17 جويلية 1995 المعدل و المتمم بالامر 10-02 المؤرخ في 16 رمضان 1431 الموافق ل 26 اوت 2010 و المتعلق بمجلس المحاسبة.

8- صالح العامري (2007) ،الادارة و الاعمال ،دار وائل للنشر و التوزيع ، الاردن

9- قاسم المحياوي (2006) ،ادارة الجودة في الخدمات : مفاهيم عمليات و تطبيقات ،دار الشروق للنشر و التوزيع،عمان ، الاردن .

10-ميساء ابو حضير (2016) ،تقييم جودة اداء المؤسسات الصحية الحكومية حسب معايير منظمة الصحة العالمية -دراسة حالة الولادة بمجمع الشفاء الطبي ،رسالة ماجستير ، الجامعة الاسلامية ،غزة ،فلسطين .

11-زهران كريمة(2010) ، التنمية المستدامة من خلال برنامج الانعاش الاقتصادي 2001-2009،مجلة ابحاث اقتصادية و ادارية ،كلية العلوم الاقتصادية ، التجارية و علوم التسيير ،جامعة محمد خيضر بسكرة ، العدد 7 .

12-مخلوي عبد السلام ،العرايبي مصطفى (2013) ،برنامج الانعاش الاقتصادي الجزائري 2001-2014 ، الحلقة المفقودة من وجهة نظر الاقتصاد الاسلامي ،مؤتمر الاقتصاد الدولي ، جامعة بشار.

13-بوشلاغم عميروش و شرقي منصف و غلاب نعيمة (2017)،دور مراقبة التسيير في نشوء حوكمة جديدة بالمؤسسات الصحية العمومية في الجزائر ،مجلة دراسات اقتصادية ،العدد 4 ، المجلد 1 ، .

14-حسام عبد الكريم محمود عاشور(2015) ،استخدام ابعاد بطاقة الاداء المتوازن (BSC) كاداة لقياس اداء المستشفيات الحكومية الفلسطينية في قطاع غزة ،رسالة ماجستير ،البرنامج المشترك بين ا카데미ة الادارة و السياسة للدراسات العليا و جامعة الاقصى ،غزة ،فلسطين .