

# مراقبة التسيير في المؤسسات الخدمية بين صعوبة التواجد وضرورة التطبيق حالة المستشفيات العمومية

د.مصطفى الباهي

جامعة مسيلة

كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير

[m.elbahi73@yahoo.fr](mailto:m.elbahi73@yahoo.fr)

أ.د.عبد الرزاق خليل

جامعة قلمة

كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير

[abzkhelil@gmail.com](mailto:abzkhelil@gmail.com)

الملتقى العلمي الوطني الأول لتنظيم قسم علوم التسيير كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير جامعة قلمة عنوان :

## الصحة وتحسين الخدمات الصحية في الجزائر بين إشكاليات التسيير ورهانات التمويل

2018 / 04 / 11 – 10

المحور الخامس عشر: مراقبة التسيير كآلية لحوكمة المؤسسات الاستشفائية – محاسبة التسيير الثالثي-

### ملخص:

تهدف هذه الورقة إلى تبين كيف تأثر خصائص المؤسسات الخدمية العمومية على أدوات مراقبة التسيير، من جهة أخرى نحاول إبراز كيف يقوم المسيرون بجعل الأدوات الحديثة لمراقبة التسيير تستجيب بشكل أفضل إلى متطلبات هذا النوع من المؤسسات

**الكلمات المفتاحية:** مراقبة التسيير، المستشفيات العمومية، المؤسسات الخدمية، أدوات مراقبة التسيير

### Résumé :

Nous avons tenté dans cette communication de montrer l'impact des spécificités des entrespris prestataire de service sur les outils de contrôle de gestion, d'un autre cote nous avons essaie mettre en exergue comment font les gestionnaire pour rendre les outils de contrôle de gestion en adéquation avec les nouvelle exigences de ce genre d'entreprise.

**Mots clés :** contrôle de gestion, hôpitaux publics, entreprise de service, outils de contrôle de gestion

### مقدمة

أدى تعدد واختلاف أنشطة العناية الصحية في المستشفيات وعدم وجود حدود لتقديم خدمات العناية للمريض، من جهة، والتضاؤل 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.

نتيجة لذلك أصبح من الضروري القيام بعملية اختيار ومفاضلة من قبل المسيرين للمستشفى فيما يخص الحصول على الموارد واستهلاكها. تأتي مراقبة التسيير في هذا الإطار لتحديد التقديرات التي تسمح باتخاذ أحسن القرارات والقيام بأفضل الاختيارات

يفيد نموذج مراقبة التسيير في المستشفيات في بلوغ احد أهم الأهداف المتمثل ليس فقط في حساب سعر التكلفة، ولو 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 والاستغلال الأحسن لوسائل الإنتاج، سعياً إلى الحصول على أكفأ و أحسن نسبة بين الجودة \ التكلفة

## 1 تنظيم سير عمل المستشفيات

### 1. 1 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 العملياتي 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 تركز على التمييز 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 أعمامهم، 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 الاستشفائي لا يمكن التنبؤ به و لا بالوسائل التي تدخل في تحقيقه، مما ينتج عنه صعوبة في تقديرها ( Moisson و Tonneau ، 1996 ، ص 125)، إن مركز العملياتي 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 و خطوات 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 التيسيرية، 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 آجال 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 حيث عرفت مؤسسات الصحة تحولات كبيرة في العقدين الأخيرين و التي أدت إلى الابتعاد عن المفهوم التقليدي للمستشفى، عندما كانت عبارة عن ملجأ للفقراء و البائسين و المرشدين و التطور نحو المستشفى المتخصص.

## 1 . 2 علاقة المستشفى بوزارة الصحة

كون المستشفيات العمومية مؤسسات تابعة لوزارة الصحة فان هذه الوضعية تجعل منها 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 اللوصاية 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 الجمهورية 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).

## 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 أخذاً بخاصية الأنشطة الصحية، و بدمج للشائبة 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 تقليدياً.

هناك سبب آخر يعمق من الهوة الموجودة بين مختلف الفئات المهنية داخل المستشفى و هو 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 جنباً إلى جنب داخل كل مؤسسة استشفائية. الخط الأول إداري لا يراعي الجانب القدسي للمهنة و يتمثل في غير المهنيين، الخط الثاني كرزماطي 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).

يؤدي 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.

## 2 تأثير خصائص الخدمات الاستشفائية على مراقبة التسيير

### 2.1 تأثير خصائص الخدمات على تحديد الأهداف و النتائج

#### أولاً : تحديد أهداف الأنشطة 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.

إن ما يمكن أن يعترى 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، ص 181). 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 تطرحها 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 شيوخ 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، ص 30). 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 الأنشطة الاستشفائية يجعل مؤسسات العناية الصحية و التي من أهمها المستشفيات تعاني من نفس الإشكال، فمن جهة ينظر إلى المستشفيات على أنها مؤسسات خدمية أي أنها تنتج خدمات و ليس سلعاً، 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، ص 79).

إن المتمعن في أنشطة العناية الصحية في المستشفيات، يجد أن هذه الخدمات تعاني من نفس الإشكاليين السابقين. حيث أن طبيعة أنشطة المشافي تجعل من مفهوم النتيجة، و حتى المنتج أمرا معقدا للغاية، إذ كثيرا ما يتم التساؤل عن المقصود بالمنتج 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، تضي عليه طابعا غير عملي بشكل كبير (Masse، 1994، ص 36). تبرز أهمية المشكلة السابقة الذكر في أنها تمس احد أهم الفرضيات و المبادئ التي بني عليها النموذج التقليدي لمراقبة التسيير و الذي يقضي بأن 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.

## 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 مثلا جيدا على ذلك، و كذلك العلاقات بين المصالح التشغيلية (العملية) 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 و آخرون، 2001، ص92 ).

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 و مداه.

### 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 استعجاله أو بدخول مبرمج، فإنه يتبع مسارا خاصا، تبعا لعدد من المتغيرات مثل نوع مرضه، درجة خطورته، عمر المريض، السوابق المرضية، الإجراءات المتوقعة ( التحليل، 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 و تحميل 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 ، و ما مدى مساهمته في النتيجة الإجمالية.

## 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 تزامن إنتاج الخدمة و استهلاكها.

لأن تقديم الخدمة يكون في الأغلب غير مادي، فهذا يعني أن نتائجها لا يمكن قياسها مباشرة، و في نفس الوقت الذي تنتهي فيه، 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 استعماله من موارد. بل إن السبب قد يرجع إلى عوامل أخرى، كتحسن دخول الأفراد، أو ظهور منتج 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).

## 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 1 : أنواع الخدمات و عناصر عدم تجانس

عناصر عدم تجانس الخدمات			أنواع نظم تقديم الخدمة
المهام: يؤديها أفراد المؤسسة؛ يؤديها الزبون	الموارد: تجهيزات؛ مقرات؛ أفراد، معلومات؛	الحوامل (دعائم): مادية؛ تصليحات؛ غير مادية؛ الاستشارة؛ إنسانية؛ الصحة	

لا	لا	نعم / لا	1 : نظام إنتاج تقني ( خدمات مصالح التصليح، مصالح الهاتف )
نعم	نعم / لا	نعم / لا	2 : نظام إنتاج من خلال العلاقات ( العلاج الجسدي، الحلاقة )
نعم	نعم / لا	نعم / لا	3 : نظام إنتاج تقني و ذو علاقات ( الفندقية، الإطعام، العلاج الاستشفائي، التعليم، نقل المسافرين)
نعم	نعم	نعم / لا	4 : نظام إنتاج يعتمد على مهارات الزبون ( الغسل الآلي للسيارات، البيع بالمراسلة )
نعم	نعم / لا	نعم / لا	5 : نظام إنتاج تفاعلي ( مكتب دراسات، استشارة في المنظمات)

المصدر: من إعداد الباحثين.

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 ).

## 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 المسألة 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 ( Coyaud و Cauvin ، 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 إلى الابتعاد عن طبيعتها، و ذلك يجعل المسؤولين في المستشفى يحدون 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 معاوني 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 المسؤولون عن مختلف أقسام الإنتاج في تحرر شبه تام من سلطة المدير العام ( Gauthier و آخرون، 1979 ، ص 26 ).

و لكي تتأقلم مراقبة التسيير مع الأنشطة الخدمية و خاصة المتعلقة بالمستشفى بكل ما تتصف به من اختلاف وتنوع، يجب على هذه الأخيرة أن تبدي مرونة و ليونة أكبر، إن على مستوى الشكل و إن على مستوى المهام والأهداف، و ذلك من خلال تأقلم أدواتها.

### 3 مراقبة التسيير في المؤسسات العمومية الاستشفائية

#### 3.1 صعوبة تأقلم النموذج التقليدي لمراقبة التسيير في المستشفيات

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 إمكانية 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 عليه 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. خاصة 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 الأجل.

أما على مستوى أنشطة العناية الصحية داخل المؤسسات الاستشفائية العمومية فإنها تطرح لمراقب التسيير مشاكل خاصة من جانبيين، 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 تعتبر مشكلة و عقبة أمام تأقلم مراقبة التسيير مع منظمات تقديم الخدمة كالمستشفيات العمومية مثلاً. 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 التحويل في هذه الفرضيات محل النقاش ( Alcuffe و Simon، 2010، ص 148 ).

### 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. وكنتيحة لذلك فإن مراقبة التسيير تتم من خلال مراقبة الموارد. ولأن الأنشطة و العمليات تعتبر ثابتة وجامدة فإن التابع في الموارد؛ المنتجات، أي( المدخلات و المخرجات ) فإنه يكون من الممكن النظر إليه ومراقبته 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 مثلاً، 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).

### 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 التعاقدية ( 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 اضطلاعهم بالمسؤوليات المخولة إليه و هذا من شأنه أن يمكن الجهة التي حولت 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 ( بوخمحم، 2000، ص 9).

إلى جانب أن التسيير أو القيادة التعاقدية من خلال الثنائية ( الأهداف . 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 ما بين 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 النمذجة.

### 3.4 التوافق و الترابط بين المدى القصير و الطويل الأجل

تقتضى فرضية تفصل 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 التبنّي

لأهداف المنظمة و القبول بها من قبل جميع أفراد التنظيم. وكنتيحة لذلك فان هذا يعني ضمينا 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 التركيز على مهامها الحالية اليومية، و هي مهام في أغلبها تشغيلية عملية، 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 الوزارة الوصية (Nobre، 1999، a، ص 16؛ 2001، b، ص 83).

#### 4 إرساء مراقبة التسيير في المؤسسات العمومية الاستشفائية

##### 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 التضائل 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، ص 31 ). 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 بالمرجات 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، ص 184).

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 آخر، ويمكن سرد بعض هذه العوامل كالتالي ( Tabachoury، 2009، ص 33 ):

- 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 لتمكين 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). و مثل ذلك ما تقوم به المستشفيات العمومية الجزائرية من محاولة تحديد للتكلفة المتوسطة ليوم إقامة في المستشفى و تكلفة التقدير الجزائي لكل نوع من الأمراض، وفقا لما جاء في المرسوم الوزاري المؤرخ في 7 جانفي 1995 المتعلق بتحديد طبيعة و مبالغ إيرادات أنشطة المؤسسات العمومية للصحة و كذلك مجموعة الاختصاصات المتجانسة *groupe de spécialités homogènes*، حيث تتمثل هذه الاختصاصات في : اختصاص طبي، جراحة، علم النفس، الاختصاصات المكلفة، الأمومة، ( *Médicales ; Chirurgicales ; Psychiatriques ; Spécialités coûteuses et Maternité* ).

#### 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 إنجاز 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 الإضافية 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، ص 187):

– 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 الوسيطة ) 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، ص 101 ).

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، 2008، ص 115 ). يمكن قياس جودة الخدمات الطبية و الصحية من خلال:

– دراسة و تحديد توقعات العملاء من المرضى و الجمهور المتعدد 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.

#### 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 ابتداءا.

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 يغطي 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:

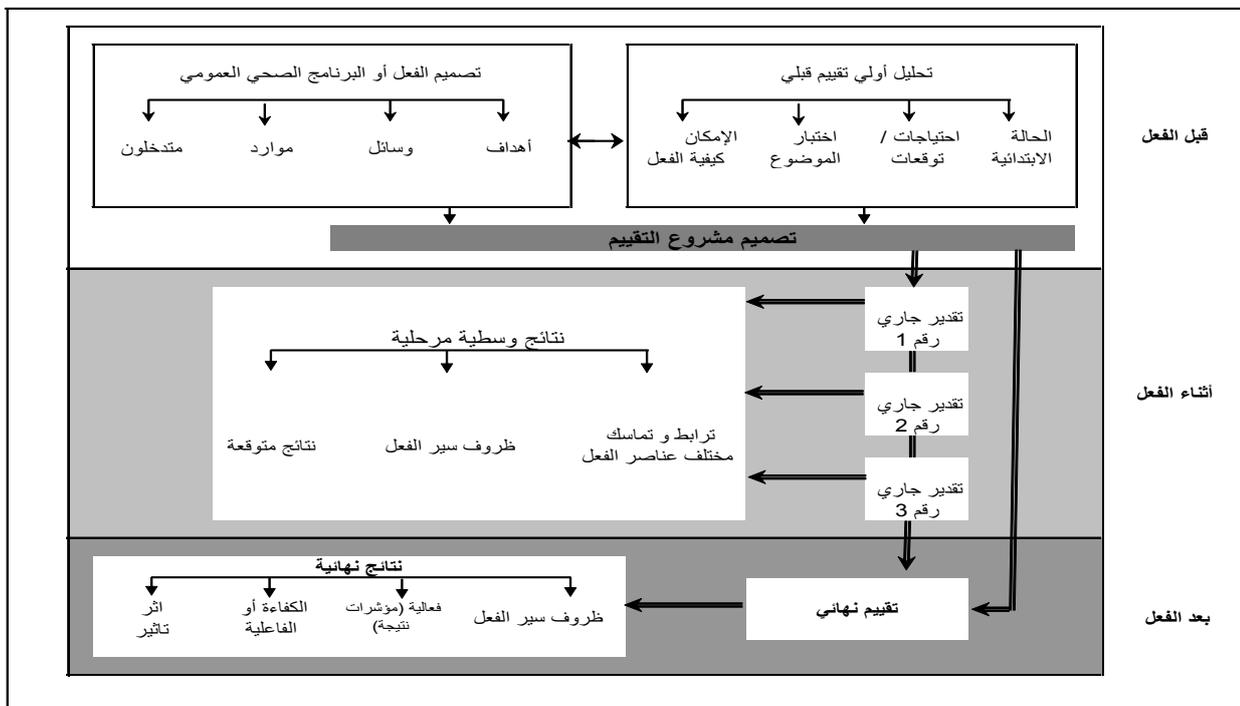
المرحلة الأولى: في أي إطار ظهر مشروع العمل؟ من هو الباعث ( المحرك ) للمشروع ؟ هل تم بحث و تحليل الجانب الأدبي ؟ ما هي الاحتياجات التي تم التعرف عليها ؟ هل توجد وسائل أخرى للتنفيذ ؟ ...

إذا اعتبرنا البرنامج الولائي للبحث المنهجي و المبكر على سرطان الثدي لدى السيدات بين 50 و 60 سنة فإنه 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 كفاءات 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 1 : 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 تجدها 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. و هي تتعلق باستغلال النتائج، و تفسيرها و استعمالها. حتى تكون هذه المرحلة الثالثة و الأخيرة للتقييم ذات معنى، يجب احترام الإجراءات المسجلة في دفتر الأعباء و جعل أهداف البرامج مترابط مع تلك المتعلقة بالتقييم القبلي و الوسيطي.

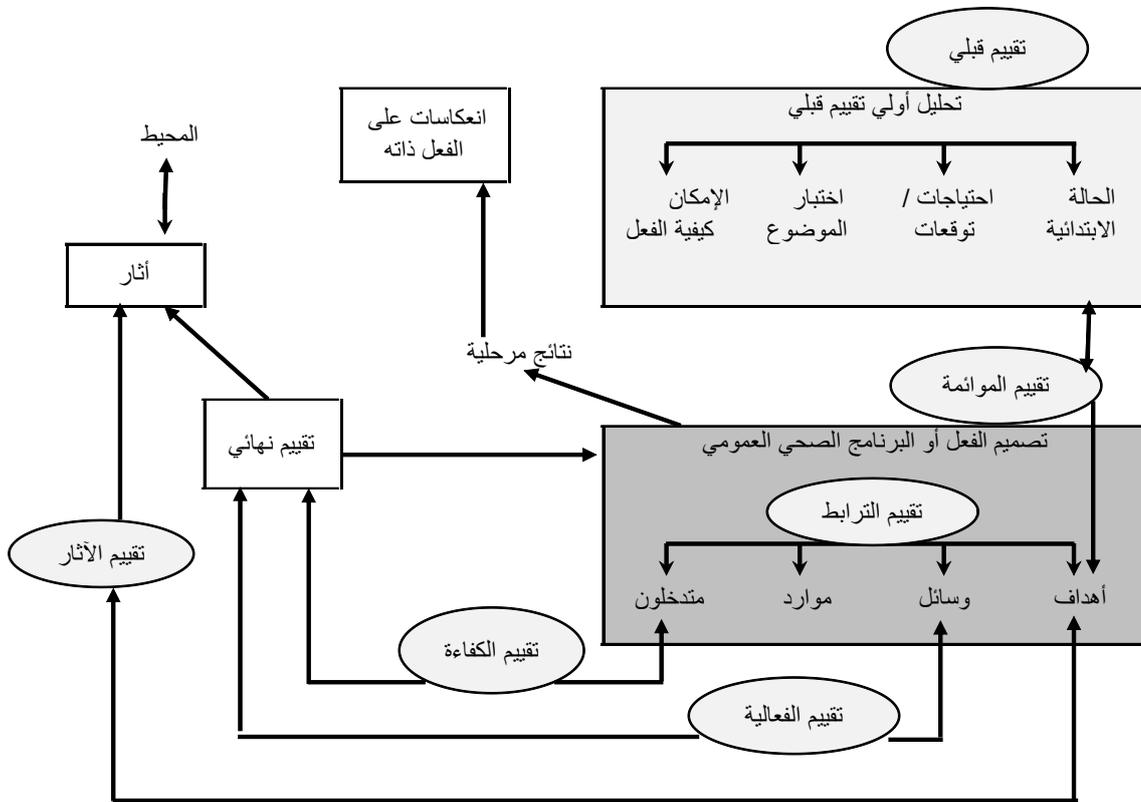
مسعى التقييم في الصحة العمومية كما قدمه Andem يجب أن يتم اعتباره و النظر إليه و هيكلته قبل الانطلاق في أي فعل.

### • 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 2 : 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 اللذان 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. في هذه الحالة نتحدث عن بحث تقييمي ( مثل : هل أن برنامج للكشف المنهجي المبكر لمرض كتكأثر الحديد في الدم في بلد ما، سيكون فاعلا ؟ ( كفوؤ ؟ ).

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 نخبرنا 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 البوئية بمقارنة الآثار المحققة مع الآثار المنتظرة ( المرتقبة ) من خلال استعمال صيغ تجريبية، و مراقبتها، و إجراءات التحقيق التي قد تكون تجريبية بحتة ، 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:

حتى تنجح الوزارة في عملية مراقبة و توجيه المستشفيات فانه يجب أن يكون هناك وسيط بينهما كما هو الحال في الدول المتطورة في هذا المجال، فمثلا نجد أن فرنسا قامت بتنصيب الوكالات الجمهورية 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 للموارد (Minvielle، 2006، ص 135).

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 الأنشطة عندما يتعلق الأمر بالتكفل بالمرضى حيث أن إجراءات و خطوات و مراحل التكفل تختلف من مريض إلى أخرى إن لم تكن متفردة ( وحيدة في الكثير من الأحيان )، مما يجعل مسار و سياق عملية التكفل يسير دون تنظيم مسبق و بدون تقدير تنبؤي، الأمر الذي 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.

كما تتأثر سلبا أدوات و أساليب 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 ( العلاجية ) 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 يجب على المؤسسات العمومية للصحة أن تطبقها. إضافة إلى ذلك يخلق التواجه و التماس بين المريض و من يقف في المقابل ( طبيب، ممرض،...) صعوبة في عملية تقييم الخدمة، مما ينجر عنه صعوبة تمثيل نشاط العناية الصحية و انعكاسها على أدوات مراقبة التسيير.

## قائمة المراجع

- اسطيفان رعد؛ صالح عبد الرزاق، بطرس ناصر،(1998)، "إدارة المستشفيات"، دار التقني للطباعة و النشر، بغداد.
- 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.

- 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.
- بوخمم جمال الدين،(2000)،"التصرف بالمستشفيات العمومية و اللامركزية"، بحث مقدم للملتقى،استقلالية المؤسسات الصحية التابعة لوزارة الصحة، 23 – 24 أكتوبر،تونس، غير منشور.
- جاد الرب سيد محمد،(2008)،"الاتجاهات الحديثة في إدارة المنظمات الصحية"، مطبعة العشري، القاهرة.
- Minvielle E.,(2006), New Public Management à la Française : 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.
- 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.
- Mintzberg H., (2004),Le management. Voyage au centre des organisations, éd d'organisation, Paris.
- Tonneau D., Moisdon J-C.,(1996), l'hospital public et sa tutelle: la concurrence sous administration, Revue Francaise de Gestion, N° 109, Juin-Juillet-Aout.
- Hemidy L., (1996), L'informatisation des hôpitaux et ses enjeux ,Revue Française de Gestion, juin-juillet-août.
- 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.
- Mintzberg H., (1982), Structure et dynamique des organisations, Paris – Montréal, éd d'Organisation, Agence d'Acr.
- 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.
- 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.
- Tabachoury P.,(2009), La fonction de contrôle de gestion à l'hôpital,Human & Health ;N°6 ,January. Accounting Organizational Society, Vol.20,N°3.
- Gauthier P.-H., Grenon A., Pinson G., Rameau E.,(1979),Le contrôle de gestion à l'hôpital, Dunod.

- 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.
- 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.
- 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.
- Bancel -Charensol L., Jougleux M.,(1998), De la valeur dans les services, Actes des 14eme journées nationales des IAE, Nantes, tome 1.
- Cauvin C., Coyaud C., (1990),Gestion hospitalière: Finance et contrôle de gestion, Economica.
- 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.
- Alcouffe, Simon (2010 ) "Les concepts de coûts et les paramètres de conception d'un système de coûts", Pearson Education France : 141-159, avril.
- Lorino P. (1997), Le déploiement de la valeur par les processus, Revue Française de Gestion, juin- juillet- août.
- Nobre Thierry,(1999 a)," Performance et pouvoir à l'hôpital "Politique et management public , Vol 13, n°3, septembre.
- 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.
- Bonafini P.,(2005), Le management des établissements hospitaliers :des illusions aux réalités, Trente ans de réformes de l'état, et après ?, Dunod.
- Arrêté interministériel du 07 janvier 1995, fixant la nature et le montant des ressources provenant des activités propres des établissements publics de santé.
- Blum-Boisgard C., J. Gaillot-Mangin, F. Chabaud, Y. atillon ,(1996), Évaluation en santé publique, actualité et dossier en santé publique n° 17.