



جامعة الجزائر 3 إبراهيم سلطان شيبوط
كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير
قسم علوم التسيير



الموضوع:

مساهمة وظيفة مراقبة التسيير في تحسين جودة الخدمات الصحية
باستخدام بطاقة الأداء المتوازن
دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي" بسور
الغزلان - ولاية البويرة-

أطروحة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة دكتوراه الطور الثالث في علوم التسيير
تخصص: إدارة أعمال

تحت إشراف الأستاذ:
أ-جنادي كريم

من إعداد الطالبة:
خلادي مريم

الصفة	مؤسسة الانتماء	الرتبة العلمية	اسم ولقب الأستاذ (ة)
رئيسا	جامعة الجزائر 3	أستاذة التعليم العالي	ضحاك نجية
مقررا	جامعة الجزائر 3	أستاذ التعليم العالي	جنادي كريم
عضوا	جامعة الجزائر 3	أستاذ التعليم العالي	صافي عبد القادر
عضوا	جامعة الجزائر 3	أستاذ محاضر -أ-	بن معزوز كمال
عضوا	المدرسة العليا للتجارة	أستاذ محاضر -أ-	جمعي محمد
عضوا	جامعة سوق اهراس	أستاذ التعليم العالي	رحالية بلال

إهداء إهداء

إلى من تعلمتُ منهما حبَّ الله، وحبَّ الآخرين، والإحسان إليهم...

إلى من علّمني حبَّ العلم، والإصرار على التحصيل المعرفي، والنضال من أجل بلوغ

المراتب العليا...

أمي وأبي، أطال الله في عمرهما.

إلى إخوتي الأعزاء... حبًا.

إلى كل من علّمني حرفًا... احترامًا.

إلى جميع أصدقائي وزملائي... تقديرًا.

إلى كل من يسعى إلى طلب العلم والمعرفة... تحية وإجلالًا.

مريم



شكر وتقدير

﴿وَإِذْ تَأَذَّنَ رَبُّكُمْ لَئِنْ شَكَرْتُمْ لَأَزِيدَنَّكُمْ﴾

الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات، والصلاة والسلام على سيدنا محمد، خير خلق الله، وعلى آله وصحبه أجمعين.

أتوجه بالشكر وعظيم الامتنان إلى أستاذي المشرف، الأستاذ: **جنادي كريم**، لما بذله من جهد وتوجيه، ولما خصني به من وقته ومنايته العلمية،

فقد كانت ملاحظاته النيرة وتوجيهاته السديدة خير معين في إخراج هذا العمل إلى النور.

ولا يفوتني أن أذكر عن بالغ تقديري وامتناني للأستاذ: **علي زيان**، لما أبداه من دعم وتشجيع، وما قدّمه من ملاحظات بناءة طيلة فترة إعداد هذا البحث.

كما أخص بالشكر والتقدير الأستاذ: **برار علي**، أستاذ بالمدرسة الوطنية للمناجمت وإدارة الصحة، والأستاذ: **عبدان مريزق**، أستاذ بالمدرسة العليا للتجارة، والسيد **حسني رمزي**، إطار في الصحة على ما قدّموه من توجيهات علمية قيّمة، أسهمت في إثراء مضمون هذا العمل.

الشكر موصول إلى كافة العاملين بالمؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة يحيوي بسور الغزلان، على تعاونهم وتسهيلهم لمهمة جمع البيانات على رأسهم السيد **المدبر**، وكذلك أوجه جزيل الشكر إلى العاملين بمديرية الصحة ووزارة الصحة، على مساعدتهم في بناء الجانب التطبيقي لهذا البحث.

وأخيراً، إلى كل من ترك بصمة، كانت ظاهرة أو خفية،

في إنجاز هذا العمل، أقول:

جزاكم الله خير الجزاء، وبارك في علمكم وعملكم.

مريم

ملخص:

تهدف هذه الدراسة إلى تسليط الضوء على دور وظيفة مراقبة التسيير كآلية لتحسين جودة الخدمات داخل المؤسسات العمومية للصحة في الجزائر، وذلك في ظل التحولات التي فرضها تيار المناجمت العمومي الجديد، الذي يسعى إلى استلها آليات وتقنيات التسيير المعتمدة في القطاع الخاص وتكييفها مع خصوصيات القطاع العام. وقد تناولت الدراسة الإطار النظري لمراقبة التسيير باعتبارها وظيفة رقابية تهدف إلى ضمان تحقيق الأهداف بفعالية وكفاءة ضمن الموارد المتاحة، مع التركيز على خصوصيات القطاع الصحي وما يواجهه من صعوبات تنظيمية وهيكلية، مثل تعدد الفاعلين، ازدواجية السلطة، وغياب التكامل بين الأدوات الرقابية المعتمدة.

كما ناقشت الدراسة واقع تطبيق مراقبة التسيير في المؤسسات الصحية الجزائرية، من خلال عرض وتحليل أهم التحديات المرتبطة بها، خاصة فيما يتعلق بقياس الأداء وجودة الخدمات المقدمة للمواطنين، وخلصت إلى أن الأساليب التقليدية المعتمدة في هذا المجال غير كافية لتحقيق تحسين حقيقي وفعال، كما أظهرت وجود فجوة في التصورات بين مقدمي الخدمات والمستفيدين منها، تعكس خللاً في آليات التواصل والتنظيم الداخلي.

وانطلاقاً من هذه الإشكاليات، اقترحت الدراسة إدماج بطاقة الأداء المتوازن كأداة رقابية واستراتيجية حديثة قادرة على تجاوز النظرة المالية الضيقة للأداء، من خلال اعتماد مقارنة متعددة الأبعاد تشمل الزبائن (المرضى)، العمليات الداخلية، التعلم والنمو، والبعد المالي بوصفه قيداً لا هدفاً، بالإضافة إلى البعد البيئي والاجتماعي، وقد تم التأكيد على ضرورة تكييف هذه الأداة مع خصوصيات المؤسسات العمومية غير الهادفة للربح، خصوصاً في القطاع الصحي، لضمان فعاليتها ونجاحها.

وقد بيّنت النتائج المتوصل إليها، من خلال الدراسة الميدانية، أن إدراج بطاقة الأداء المتوازن من شأنه أن يساهم في تطوير نظام مراقبة التسيير، وتحقيق جودة أفضل في الخدمات الصحية، عبر توفير معطيات دقيقة تساعد على اتخاذ قرارات أكثر فعالية واستجابة لتطلعات المرضى، في إطار من الشفافية والتكامل الاستراتيجي.

الكلمات المفتاحية: المناجمت العمومي الجديد، مراقبة التسيير، بطاقة الأداء المتوازن، جودة الخدمات الصحية، المؤسسات العمومية للصحة، تقييم الأداء، أدوات الرقابة الحديثة.

Abstract:

This study aims to highlight the role of **management control** as a mechanism for improving service quality within public health institutions in Algeria, in light of the transformations imposed by the **New Public Management (NPM)** approach. NPM seeks to draw inspiration from management tools and techniques used in the private sector and adapt them to the specificities of the public sector. The study explores the theoretical framework of management control as a monitoring function that ensures the achievement of goals efficiently and effectively within available resources, with a particular focus on the unique characteristics of the healthcare sector and the organizational and structural challenges it faces, such as the multiplicity of actors, dual lines of authority, and the lack of integration among existing control tools.

The study also discusses the current state of management control practices in Algerian health institutions by presenting and analyzing the key challenges involved—especially those related to performance measurement and the quality of services provided to citizens. It concludes that the traditional methods currently in use are insufficient to achieve meaningful and effective improvement. Moreover, it reveals a perception gap between service providers and beneficiaries, reflecting a breakdown in internal communication and organizational coherence.

In response to these issues, the study proposes the integration of the **Balanced Scorecard (BSC)** as a modern strategic and control tool capable of transcending the narrow financial perspective of performance. This is achieved through a multidimensional approach that includes customers (patients), internal processes, learning and growth, and the financial dimension—not as a goal but as a constraint—along with environmental and social considerations. The study emphasizes the need to adapt this tool to the specific characteristics of non-profit public institutions, particularly in the healthcare sector, to ensure its effectiveness and relevance.

The findings of the field study indicate that incorporating the Balanced Scorecard can contribute to the development of a more effective management control system and improve the quality of healthcare services. This can be accomplished by providing accurate data that supports more effective decision-making aligned with patients' expectations, within a framework of transparency and strategic coherence.

Keywords: New Public Management, Management Control, Balanced Scorecard, Quality of Healthcare Services, Public Health Institutions, Performance Evaluation, Modern Control Tools.

1. فهرس المحتويات	
المحتويات	الصفحة
اهداء شكر وتقدير ملخص فهرس المحتويات قائمة الجداول قائمة الأشكال قائمة الملاحق قائمة المختصرات	I- XI
مقدمة	أ - س
الفصل الأول: مدخل إلى مراقبة التسيير في المؤسسات العمومية للصحة	
تمهيد	02
المبحث الأول: الإطار النظري والمفاهيمي للمناجنت العمومي الجديد	03
المطلب الأول: نشأة ومفهوم المناجنت العمومي الجديد	03
المطلب الثاني: مبادئ المناجنت العمومي الجديد	08
المطلب الثالث: وظائف المناجنت العمومي الجديد	11
المطلب الرابع: نماذج المناجنت العمومي الجديد	13
المبحث الثاني: المناجنت العمومي الجديد في القطاع الصحي بالجزائر (المناجنت الاستشفائي)	16
المطلب الأول: تنظيم وتسيير المؤسسات العمومية للصحة في الجزائر	16
المطلب الثاني: النهج التعاقدي كآلية لتحديث التسيير في المؤسسات العمومية للصحة	30
المطلب الثالث: استراتيجية إصلاح المنظومة الصحية الجزائرية	36
المبحث الثالث: ماهية مراقبة التسيير في القطاع العمومي	46
المطلب الأول: مفهوم مراقبة التسيير	46
المطلب الثاني: أهمية مراقبة التسيير ومهامها	50
المطلب الثالث: مكانة عملية مراقبة التسيير في المؤسسة ومراحلها	51
المطلب الرابع: تطبيق مراقبة التسيير في الإدارات العمومية	55
المبحث الرابع: متطلبات تطبيق مراقبة التسيير في المؤسسات العمومية للصحة	61
المطلب الأول: خصوصيات التسيير في المؤسسات العمومية للصحة	61
المطلب الثاني: إرساء مراقبة التسيير في المؤسسات العمومية للصحة	64

69	المطلب الثالث: تحديات مراقبة التسيير في المؤسسات العمومية للصحة
72	خلاصة
الفصل الثاني: بطاقة الأداء المتوازن: من مؤسسات القطاع الخاص إلى مؤسسات القطاع العمومي	
74	تمهيد
75	المبحث الأول: مدخل إلى بطاقة الأداء المتوازن
75	المطلب الأول: ظهور بطاقة الأداء المتوازن وتطورها
79	المطلب الثاني: مفهوم بطاقة الأداء المتوازن
82	المطلب الثالث: أهمية بطاقة الأداء المتوازن وأهدافها
84	المبحث الثاني: بطاقة الأداء المتوازن: خصائص وأبعاد تفاعلية متعددة
84	المطلب الأول: خصائص بطاقة الأداء المتوازن الجيدة ومتطلبات نجاحها
87	المطلب الثاني: استخدامات بطاقة الأداء المتوازن
88	المطلب الثالث: محاور بطاقة الأداء المتوازن
101	المطلب الرابع: الخطوات التفصيلية لتنفيذ بطاقة الأداء المتوازن
110	المبحث الثالث: بطاقة الأداء المتوازن المستدامة (SBSC)
110	المطلب الأول: مفهوم بطاقة الأداء المتوازن المستدامة
113	المطلب الثاني: دمج مؤشرات البعد الاجتماعي والبيئي في بطاقة الأداء المتوازن
115	المطلب الثالث: تصميم وتطبيق بطاقة الأداء المتوازن المستدامة
118	المبحث الرابع: بطاقة الأداء المتوازن في القطاع العمومي: المؤسسات الصحية نموذجاً
118	المطلب الأول: إدخال بطاقة الأداء المتوازن إلى المؤسسات العمومية
122	المطلب الثاني: مقارنة بطاقة الأداء في القطاع العمومي (نموذج pss)
127	المطلب الثالث: بطاقة الأداء المتوازن الصحية
135	خلاصة
الفصل الثالث: مقارنة نظرية لجودة الخدمات الصحية وعلاقتها بوظيفة مراقبة التسيير	
137	تمهيد
138	المبحث الأول: الجودة الخدمية وعناصرها
138	المطلب الأول: الدلالات اللغوية والاصطلاحية لمفهوم الجودة
141	المطلب الثاني: المداخل والأبعاد الأساسية لتعريف الجودة
144	المطلب الثالث: محددات الجودة في قطاع الخدمات وعناصرها
147	المبحث الثاني: أساسيات حول الخدمات الصحية
147	المطلب الأول: مفهوم الخدمة وخصائصها

151	المطلب الثاني: مفهوم الخدمات الصحية وخصائصها
156	المطلب الثالث: أنواع الخدمات الصحية
161	المطلب الرابع: مبادئ ومعايير تقديم الخدمات الصحية
165	المبحث الثالث: الجودة في سياق الخدمات الصحية
165	المطلب الأول: مفهوم جودة الخدمات الصحية
170	المطلب الثاني: أهمية جودة الخدمات الصحية وأهدافها
172	المطلب الثالث: مداخل جودة الخدمات الصحية ونماذج قياسها
179	المطلب الرابع: أبعاد جودة الخدمات الصحية
183	المبحث الرابع: تحقيق جودة الخدمات الصحية من خلال وظيفة مراقبة التسيير
183	المطلب الأول: منهج إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات العمومية الصحية وعلاقته بوظيفة مراقبة التسيير
195	المطلب الثاني: تأثير خصائص جودة الخدمات الصحية على وظيفة مراقبة التسيير
202	المطلب الثالث: مساهمة أدوات مراقبة التسيير الحديثة في تحسين جودة الخدمات الصحية
207	خلاصة
الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي" بسور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية	
209	تمهيد
210	المبحث الأول: تقديم عام للمؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة يحياوي بسور الغزلان ولاية البويرة
210	المطلب الأول: التعريف بالمؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي" بسور الغزلان
211	المطلب الثاني: التنظيم الداخلي للمؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي" بسور الغزلان
213	المطلب الثالث: تنظيم وتسيير المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي" بسور الغزلان
215	المطلب الرابع: معايير تصنيف المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي" بسور الغزلان.
216	المبحث الثاني: واقع وظيفة مراقبة التسيير ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي" بسور الغزلان ولاية البويرة
216	المطلب الأول: الفاعلون في عملية مراقبة التسيير: الأساس العملي لتوظيف الأدوات وتحقيق جودة الخدمة الصحية
221	المطلب الثاني: أدوات مراقبة التسيير المستعملة في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي" بسور الغزلان
245	المطلب الثالث: مستوى جودة الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي" بسور الغزلان
262	المطلب الرابع: تقييم فعالية أدوات مراقبة التسيير المطبقة في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي" بسور الغزلان في تحسين جودة الخدمات الصحية
297	المبحث الثالث: محاولة بناء نموذج مقترح لبطاقة الأداء المتوازن قصد تحسين جودة الخدمات الصحية في

	المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي" بسور الغزلان - ولاية البويرة
298	المطلب الأول: التوجه الاستراتيجي والتنظيمي للمؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي" بسور الغزلان
324	المطلب الثاني: الخريطة الاستراتيجية للمؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي" بسور الغزلان
329	المطلب الثالث: المؤشرات المقترحة لتقييم الأداء في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي" بسور الغزلان
338	المطلب الرابع: بطاقة الأداء المتوازن المقترحة حسب كل منظور للمؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي" بسور الغزلان
345	خلاصة
347	خاتمة
354	قائمة المراجع
	الملاحق

2. قائمة الجداول:

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
01	مقارنة بين النموذج التقليدي والنموذج الحديث في المناجنت العمومي	06
02	المكونات العقائدية للمناجنت العمومي الجديد	08
03	المؤسسات العمومية للصحة في الجزائر	30
04	أهم بنود فعالية وعدم فعالية النظام الصحي	44
05	أهم مراحل تطور مفهوم مراقبة التسيير	47
06	تحديد المحاور الاستراتيجية للمحور المالي	91
07	الأهداف الاستراتيجية لمحركات الأداء الخمسة	106
08	مؤشرات البعد الاجتماعي والبيئي	113
09	المؤشرات القائمة على معايير الاستدامة في إطار بطاقة الأداء المتوازن	116
10	مقارنة بين القطاعين العمومي والخاص من حيث محاور بطاقة الأداء المتوازن	121
11	مؤشرات بطاقة الأداء المتوازن الصحي	132
12	مداخل قياس جودة الخدمات الصحية	174
13	مبادئ ديمنج ال14 لإدارة الجودة الشاملة	194
14	أنواع الخدمات وعناصر عدم التجانس	200
15	جدول تلخيصي لأهم الاجتماعات التي كانت لنا فرصة حضورها أثناء فترة التبرص على مستوى المؤسسة محل الدراسة ومديرية الصحة والسكان	244

247	توزيع أداة الدراسة	16
250	اختبار ثبات استبيان الدراسة لكل من مقدمي ومتلقي الخدمة الصحية.	17
250	خصائص المتغيرات العامة لعينة الدراسة لكل من مقدمي ومتلقي الخدمة الصحية.	18
253	معاملات الارتباط بين العبارات وأبعاد الاستبيان لكل من مقدمي ومتلقي الخدمة الصحية	19
254	اختبار مستوى الاعتمادية في المؤسسة العمومية الاستشفائية محل الدراسة لكل من مقدمي ومتلقي الخدمة	20
256	اختبار مستوى الضمان في المؤسسة العمومية الاستشفائية محل الدراسة لكل من مقدمي ومتلقي الخدمة	21
257	اختبار مستوى الملموسية في المؤسسة العمومية الاستشفائية محل الدراسة لكل من مقدمي ومتلقي الخدمة	22
258	اختبار مستوى التعاطف في المؤسسة العمومية الاستشفائية محل الدراسة لكل من مقدمي ومتلقي الخدمة	23
259	اختبار مستوى الاستجابة في المؤسسة العمومية الاستشفائية محل الدراسة لكل من مقدمي ومتلقي الخدمة	24
260	اختبار مستوى جودة الخدمات الصحية في المؤسسة محل الدراسة لكل من مقدمي ومتلقي الخدمة	25
265	برنامج المقابلات المنجزة خلال الدراسة الميدانية	26
269	الملف التعريفي للأشخاص المشاركين في المقابلة	27
299	تطور عدد المستخدمين بالمؤسسة العمومية الاستشفائية الاخوة يحياوي خلال الفترة 2020-2024	28
301	مصادر التمويل للمؤسسة العمومية الاستشفائية "الاخوة يحياوي" خلال الفترة 2020-2024	29
303	احصائيات حول الميزانية العامة للمؤسسة العمومية الاستشفائية "الاخوة يحياوي" خلال الفترة 2020-2024	30
305	تطور نفقات التسيير للمؤسسة العمومية الاستشفائية "الاخوة يحياوي" حسب الأبواب خلال الفترة 2020-2024	31
307	حصيلة نشاطات المؤسسة العمومية الاستشفائية "الاخوة يحياوي" خلال الفترة 2020-2024	32
323	الأهداف الاستراتيجية للمؤسسة العمومية الاستشفائية "الاخوة يحياوي" وفق المحاور الخمسة لبطاقة الأداء المتوازن	33
334	المؤشرات المقترحة وفق الأبعاد الخمسة للمؤسسة محل الدراسة	34
339	بطاقة الأداء المتوازن المقترحة للمؤسسة العمومية الاستشفائية "الاخوة يحياوي"	35

3. قائمة الأشكال:

الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
س	نموذج الدراسة	01
11	وظائف المناجنت العمومي الجديد	02
21	تنظيم المؤسسات العمومية للصحة في الجزائر	03
31	منطق النهج التعاقدي في الجزائر	04
48	مثلث مراقبة التسيير	05
51	الارتباط المباشر لمراقبة التسيير بالإدارة العامة	06
52	ارتباط مراقبة التسيير بالإدارة المالية	07
53	المواقع الأخرى لمراقبة التسيير	08
56	مربع مراقبة التسيير في الإدارات العمومية	09
60	تعارض تشكيل الموازنات	10
67	نموذج للتقييم مرتبط بالأفعال (الأعمال)	11
68	أهداف ومستويات التقييم	12
78	التطور التاريخي لبطاقة الأداء المتوازن	13
89	محاور بطاقة الأداء المتوازن والعلاقة بينها	14
93	مكونات القيمة من وجهة نظر العملاء	15
94	سلسلة القيمة لمنظور العمليات الداخلية للمؤسسة	16
97	مؤشرات مهارات الأفراد	17
100	سلسلة السببية	18
102	خطوات تطبيق بطاقة الأداء المتوازن	19
103	مراحل تحديد الرؤية التنظيمية	20
116	نموذج بطاقة الأداء المتوازن المستدام	21
117	خطوات تصميم بطاقة الأداء المتوازن المستدام	22
123	مقاربة بطاقة الأداء العمومي	23
125	عناصر مقاربة بطاقة الأداء العمومي PSS	24
133	بطاقة الأداء المتوازن الصحية	25
144	متطلبات العملاء	26

160	تصنيف الخدمات الصحية	27
164	مبادئ ومعايير تقديم الخدمات الصحية	28
169	العناصر المشاركة في جودة الخدمة الصحية	29
177	نموذج الفجوة SERVQUAL المعدل	30
193	عجلة الجودة PDCA	31
203	نموذج تكاملي لجودة الخدمات الصحية	32
218	الأطراف الفاعلة في عملية الرقابة على التسيير في المؤسسات العمومية للصحة بما فيها المؤسسة محل الدراسة	33
222	أدوات مراقبة التسيير المطبقة في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الآخوة يحياوي" بسور الغزلان	34
234	أسس الملف الطبي الإلكتروني	35
268	نموذج دليل المقابلة لدراسة أدوات الرقابة وتحسين جودة الخدمات الصحية	36
275	انتقال المعلومات الناتجة عن أدوات الرقابة المستخدمة في المؤسسة محل الدراسة	37
289	مراحل انتقال المعلومة في ظل غياب آلية التغذية العكسية	38
299	توزيع المستخدمين حسب الفئات خلال الفترة 2020-2024	39
301	مصادر التمويل للمؤسسة العمومية الاستشفائية "الآخوة يحياوي" خلال الفترة 2020-2024	40
304	إحصائيات حول الميزانية العامة للمؤسسة العمومية الاستشفائية "الآخوة يحياوي" خلال الفترة 2020-2024	41
305	تطور نفقات التسيير للمؤسسة العمومية الاستشفائية "الآخوة يحياوي" حسب الأبواب خلال الفترة 2020-2024	42
312	مركزات التحليل الاستراتيجي SWOT للمؤسسات العمومية للصحة	43
313	التحليل الاستراتيجي SWOT للمؤسسة العمومية الاستشفائية "الآخوة يحياوي" بسور الغزلان	44
317	النموذج العام المقترح لبطاقة الأداء المتوازن للمؤسسة العمومية الاستشفائية "الآخوة يحياوي"	45
325	علاقات سبب-نتيجة للمؤسسة العمومية الاستشفائية "الآخوة يحياوي"	46
327	الخريطة الاستراتيجية للمؤسسة العمومية الاستشفائية "الآخوة يحياوي"	47

4. قائمة الملاحق:

رقم الملاحق	عنوان الملاحق
01	الهيكل التنظيمي لوزارة الصحة في الجزائر
02	الهيكل التنظيمي لمديرية الصحة والسكان لولاية البويرة
03	الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية الاستشفائية "الاخوة يحياوي" بسور الغزلان
04	معايير تصنيف المؤسسات العمومية الاستشفائية وكذا موقع المؤسسة العمومية الاستشفائية "الاخوة يحياوي" بسور الغزلان من التصنيف
05	توزيع الأسرة حسب المصالح الصحية للمؤسسة العمومية الاستشفائية "الاخوة يحياوي" بسور الغزلان
06	مختلف المصالح والوحدات على مستوى المؤسسة العمومية الاستشفائية "الاخوة يحياوي" بسور الغزلان
07	الموارد البشرية للمؤسسة العمومية الاستشفائية "الاخوة يحياوي" حسب الرتب والأسلاك
08	القائمة الكاملة للأقسام الرئيسية في أداة "حساب التكاليف" للمؤسسة محل الدراسة
09	القائمة الكاملة للأقسام المساعدة في أداة "حساب التكاليف" للمؤسسة محل الدراسة
10	مخطط العمل السنوي للمؤسسة العمومية الاستشفائية "الاخوة يحياوي" بسور الغزلان
11	الحساب الإداري للمؤسسة العمومية الاستشفائية "الاخوة يحياوي" بسور الغزلان
12	واجهة برنامج RH SANTE على مستوى المؤسسة محل الدراسة
13	الأرضيات والتطبيقات على مستوى المؤسسة العمومية الاستشفائية "الاخوة يحياوي" بسور الغزلان
14	التقرير السنوي الوطني لوزارة الصحة "الصحة بالأرقام santé en chiffres"
15	موافقة مدير المؤسسة العمومية الاستشفائية الاخوة يحياوي" على توزيع استمارات الاستبيان وإجراء المقابلة
16	قائمة الأساتذة المحكمين لاستمارة الاستبيان من وجهة نظر مقدم الخدمة الصحية
17	قائمة الأساتذة المحكمين لاستمارة الاستبيان من وجهة نظر متلقي الخدمة الصحية
18	نموذج الاستبيان النهائي من وجهة نظر مقدم الخدمة الصحية
19	نموذج الاستبيان النهائي من وجهة نظر متلقي الخدمة الصحية
20	دليل المقابلة المعتمد لدراسة أدوات الرقابة المعتمدة في المؤسسة محل الدراسة
21	قائمة الأساتذة المحكمين لدليل المقابلة المعتمد في الدراسة
22	موافقة مدير الصحة والسكان لولاية البويرة على إجراء المقابلة
23	موافقة وزارة الصحة على إجراء المقابلة
24	مدونة ميزانية المؤسسة محل الدراسة حسب الأبواب
25	تصنيف نفايات النشاطات العلاجية في أكياس حسب الألوان
26	مصفوفة المبادرات

5. قائمة المختصرات:

شرحها	الكلمة المختصرة
Direction de la Santé et de la Population	DSP
Établissements Publics à caractère Administratif	EPA
Établissements Publics de Santé	EPS
Centre Hospitalo-Universitaire	CHU
Établissements Hospitaliers Spécialisés	EHS
Établissements Publics Hospitaliers	EPH
Établissements Publics de Santé de Proximité	EPSP
Établissements Hospitaliers d'Ophtalmologie	EHO
Établissements Hospitaliers	EH
Établissement Hospitalier Universitaire	EHU
Balanced Scorecard	BSC
Sustainability Balanced Scorecard	SBSC
Public Sector Scorecard	PSS
International Standardisation Organisation	ISO
Plan – Do – Check – Act	PDCA
Sous-Direction des Finances et des Moyens	DFM
Sous- Direction des Ressources Humaines	DRH
Sous- Direction des Services de Santé	DSS
Sous- Direction des de la maintenance du matériel médical et des moyens	SDMM
Service Epidémiologie de Médecine Préventive	SEMEP
Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats	SWOT
Déchets des Activités de Soins à Risque Infectieux	DASRI
Volume	Vol .
Numéro	N°.
Page	P.
صفحة	ص

مقدمة

- ✓ الإطار العام للدراسة؛
- ✓ إشكالية الدراسة وفرضياتها؛
- ✓ أهمية الدراسة وأهدافها؛
- ✓ حدود الدراسة ومبرراتها؛
- ✓ أسباب اختيار الموضوع؛
- ✓ الدراسات السابقة؛
- ✓ هيكل الدراسة.

أولاً: الإطار العام للدراسة

في إطار تحسين أداء المؤسسات العمومية ظهرت العديد من المداخل التي تركز على تطوير أدوات التسيير والتخلص من تلك الممارسات التقليدية القائمة على البيروقراطية واستبدالها بممارسات تسييرية تتماشى مع التغيرات البيئية، وذلك بالدمج بين المنطق القانوني الذي يركز على قاعدة صلبة ومنطق المناجمت الذي يتميز بالاستباق والتكيف المستمر مع التغيرات التي تشهدها البيئة، وهو ما يتجسد في الاصلاحات القائمة على مقارنة المناجمت العمومي الجديد التي مست كل القطاعات بما فيها قطاع الصحة.

يشكل إصلاح الإدارة العمومية، وخاصة في قطاع الصحة، أحد التحديات الجوهرية التي تتطلب معالجة متعددة الأبعاد من خلال ورشات إصلاحية متكاملة، لكل منها أهداف محددة وآليات تنفيذ مناسبة، حيث تعد مسألة تبني أساليب الإدارة الحديثة كالإدارة بالأهداف أو الإدارة بالنتائج من بين أولويات هذه الإصلاحات، لما توفره من أدوات لقياس أداء المؤسسات العمومية، وتمكينها من تقييم مدى تحقق الأهداف المسطرة ومدى استجابتها لتطلعات المستخدمين، وعلى رأسهم المرضى.

وتزداد الحاجة إلى إصلاحات فعالة في المؤسسات الصحية بالنظر إلى حجم وتعقيد المتغيرات المؤثرة في بيئتها، سواء كانت داخلية أو خارجية، كارتفاع عدد المرضى وتنوع حاجاتهم، تطور الأمراض، التغيرات التشريعية، والضغط الاجتماعي، إضافة إلى التطور المستمر في العلوم والتكنولوجيا الطبية، كل هذه العوامل تفرض على هذه المؤسسات البحث عن أساليب تسيير فعالة تمكنها من تحقيق أهدافها بأقل التكاليف وبأقصى قدر من الفعالية، وفي هذا السياق تبرز وظيفة مراقبة التسيير كإحدى الركائز الأساسية في تجسيد مبادئ المناجمت العمومي الجديد، باعتبارها أداة استراتيجية تساهم في تحسين الأداء وتعزيز المساءلة والشفافية، بالإضافة إلى ضبط مسارات اتخاذ القرار داخل المؤسسات العمومية للصحة، وهذا بالاعتماد على مجموعة من الأدوات المهمة في قيادة المؤسسة والتحكم في التسيير أهمها بطاقة الأداء المتوازن.

تُعد بطاقة الأداء المتوازن (BSC) من بين الأدوات الحديثة التي أثبتت فعاليتها في مراقبة وتحسين الأداء، حيث تسمح بتقييم شامل ومتكامل لأنشطة المؤسسة عبر أبعاد متعددة تتجاوز البعد المالي لتشمل أبعاداً أخرى ذات طابع استراتيجي. وعلى الرغم من أن هذه الأداة وُضعت أساساً لخدمة المؤسسات الربحية، إلا أنها عرفت منذ سنة 1996 اهتماماً متزايداً من قبل المؤسسات غير الربحية، وخاصة بعد سنة 2000 التي شهدت موجة من

الإصلاحات في القطاع العمومي، كان هدفها الأساسي تحسين الأداء وحل المشكلات البنوية التي تعاني منها هذه المؤسسات.

ورغم صعوبة تطبيق بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسات الصحية بسبب تعدد الوحدات واختلاف رؤاها، إلا أن الباحثين كابلان ونورتن (Kaplan & Norton) وغيرهم بينوا إمكانية تكييفها مع خصوصيات هذا القطاع، وقد قدّموا في هذا السياق نماذج تطبيقية ناجحة في مؤسسات صحية أمريكية، مشيرين إلى ضرورة إدخال تعديلات على هيكل البطاقة، لا سيما من حيث إعادة ترتيب المحاور، بوضع محور "الربائ" في قمة النموذج بدل "المالي"، نظرًا لكون الغاية الأساسية للمؤسسات العمومية للصحة ليست تحقيق الأرباح بل تقديم خدمة ذات جودة عالية لفئة مستهدفة من المجتمع (المرضى).

وتكمن فعالية بطاقة الأداء المتوازن في كونها تتيح ترجمة رؤية المؤسسة واستراتيجيتها إلى مؤشرات كمية ملموسة، موزعة على محاور شاملة تشمل الأداء المالي، رضا المرضى، كفاءة العمليات الداخلية، التعلم والنمو، بالإضافة إلى الأبعاد البيئية والاجتماعية عند الاقتضاء. وتسمح هذه المقاربة بتوفير أدوات دقيقة تساعد متخذي القرار في تحديد نقاط القوة والضعف واتخاذ الإجراءات التصحيحية في الوقت المناسب، مما يساهم في تحسين جودة الخدمات الصحية وضمان الاستجابة لمستوى تطلعات المرضى والمجتمع.

وقد أصبحت جودة الخدمات الصحية في مقدمة اهتمامات الفرد والمجتمع على حد سواء، نظرًا لما تمثله من أهمية بالغة في حياة الإنسان، خاصة في ظل التزايد المستمر والمتنوع للأمراض العضوية والنفسية، وما يرافقها من تعقيدات صحية تستدعي رعاية دقيقة ومتكاملة، فالمرضى المعاصر لم يعد يكتفي بالحصول على الخدمة، بل أصبح يطالب بمستوى معين من التميز والإتقان، ما يجعل المؤسسات الصحية مطالبة بمضاعفة جهودها لضمان جودة في الخدمات المقدمة، والبحث عن إمكانية تحقيق نتائج إيجابية ملموسة لتطبيق إدارة الجودة الشاملة مماثلة لتلك التي حققتها القطاعات الأخرى.

وانطلاقًا من هذه الأرضية النظرية، يسعى هذا البحث إلى إدخال بطاقة الأداء المتوازن إلى إحدى المؤسسات العمومية الجزائرية ألا وهي المؤسسات العمومية للصحة، من خلال اختبار مدى توافقها مع خصوصيات هذا القطاع الحيوي، وإثبات إمكانية تطبيقها كأداة فعالة لتحسين الأداء وجودة الخدمات. وسيتم ذلك عبر اقتراح نموذج عملي ملائم يعكس الواقع التنظيمي والتشغيلي للمؤسسات العمومية للصحة، ويأخذ بعين

الاعتبار التحديات المحلية وطبيعة الخدمات المقدمة، بما يسمح بتفعيل دور مراقبة التسيير في تحقيق الأهداف الاستراتيجية وتحسين مستوى الخدمات الصحية المقدمة.

ثانيا: إشكالية الدراسة وفرضياتها

في ظل هذا السياق المتشابك بين متطلبات تحسين جودة الخدمات الصحية وتحديات التسيير الفعال، تظهر الحاجة إلى أدوات رقابية وتسييرية قادرة على الموازنة بين الأداء والنتائج، وتوفير مؤشرات دقيقة تساعد في توجيه القرارات وتحقيق الأهداف الاستراتيجية للمؤسسة الصحية، ومن بين هذه الأدوات، تبرز بطاقة الأداء المتوازن كآلية حديثة يمكن أن تساهم في تحسين جودة الخدمة الصحية، إذا ما أحسن تكييفها مع خصوصيات هذا القطاع، وعليه تتضح لنا معالم إشكالية هذه الدراسة التي يمكن صياغتها على النحو التالي:

- كيف تساهم وظيفة مراقبة التسيير في تحسين جودة الخدمات الصحية باستخدام بطاقة الأداء المتوازن في

المؤسسات العمومية للصحة في الجزائر؟

وكتبسيط لإشكالية الدراسة نطرح الأسئلة الفرعية التالية:

- ما المقصود بوظيفة مراقبة التسيير ؟ وماذا نعني بجودة الخدمات الصحية؟
- ما مدى فعالية أدوات مراقبة التسيير المعتمدة حالياً في المؤسسات العمومية للصحة؟
- ما طبيعة العلاقة بين وظيفة مراقبة التسيير وجودة الخدمات الصحية المقدمة؟
- ما مستوى جودة الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية للصحة محل الدراسة من منظور كل من مقدم ومتلقي الخدمة؟
- كيف يمكن تكييف بطاقة الأداء المتوازن مع خصوصيات المؤسسات الصحية العمومية؟
- ماهي منهجية التصميم الملائمة لإعداد بطاقة أداء متوازن للمؤسسة العمومية الاستشفائية "الاخوة يحياوي" بسور الغزلان ولاية البويرة ؟ وما هي التحديات التي تواجه التصميم الناجح لهذه البطاقة؟.

وكإجابة مؤقتة للأسئلة المطروحة نضع الفرضيات التالية:

- تعبر وظيفة مراقبة التسيير عن نظام متابعة وتحليل الأداء المؤسسي بهدف تحقيق الأهداف بفعالية.
- تشير جودة الخدمات الصحية إلى قدرة المؤسسة على تقديم خدمات تلبي احتياجات وتوقعات المرضى بأعلى مستوى من الفعالية.
- أدوات مراقبة التسيير المعتمدة حالياً في المؤسسات العمومية للصحة غير كافية لتحقيق متابعة فعالة وشاملة

لأداء المؤسسة.

- هناك علاقة إيجابية بين فعالية وظيفة مراقبة التسيير وجودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات العمومية للصحة.
- مستوى جودة الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية محل الدراسة يُقَيَّم بشكل متماثل من طرف مقدمي الخدمة ومتلقيها.
- تصميم بطاقة أداء متوازنة للمؤسسة العمومية للصحة محل الدراسة يتطلب ضرورة تكييفها مع الخصائص التنظيمية والاستراتيجية للمؤسسة .
- يمكن إعداد بطاقة أداء متوازن ملائمة للمؤسسة الاستشفائية محل الدراسة من خلال اعتماد منهجية تصميم تراعي خصوصيات المؤسسة (كمؤسسة غير ربحية) وتتكيف مع بنيتها التنظيمية، وذلك رغم وجود بعض التحديات التقنية والبشرية والمؤسسية التي قد تعيق تطبيقها الفعلي.

ثالثا: أهمية الدراسة وأهدافها

تكمن أهمية هذا البحث في كونه يسعى إلى دراسة وتحليل واقع الأداء في المؤسسات العمومية للصحة، من خلال التعمق في فهم بيئة العمل، طبيعة التنظيم الداخلي، وكذا أدوات مراقبة التسيير المعتمدة حاليًا في قيادة وتحسين الأداء. كما تتجلى أهمية الدراسة في سعيها إلى اقتراح نموذج تطبيقي لبطاقة الأداء المتوازن مصمم خصيصًا ليعكس رسالة وأهداف المؤسسة الصحية محل الدراسة، بما يتلاءم مع خصوصياتها واحتياجاته؛ حيث يمثل هذا النموذج أداة مرجعية يمكن أن يعتمد عليها المسؤولون لمتابعة الأداء بصفة مستمرة، واتخاذ قرارات تصحيحية فعالة في الوقت المناسب، مما يساهم بشكل مباشر في تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة، كما أن النتائج المتوصل إليها من خلال هذا النموذج قابلة للاستفادة منها في تقديم مقترحات لتعميمه على المؤسسات العمومية للصحة بشكل عام، ما يمنح هذه الدراسة بعدًا عمليًا يتجاوز حدود المؤسسة محل الدراسة.

ومن خلال ذلك تأتي هذه الدراسة لتحقيق الأهداف التالية:

- تحديد المفاهيم النظرية الأساسية المرتبطة بوظيفة مراقبة التسيير وجودة الخدمات الصحية، من خلال تناول الإطار النظري الذي يوضح العلاقة بينهما في سياق المؤسسات العمومية للصحة؛
- تحليل واقع أدوات مراقبة التسيير المعتمدة حاليًا في المؤسسات العمومية للصحة، ومدى فعاليتها في تحسين جودة الخدمات المقدمة

والكشف عن أوجه التكامل أو القصور في الممارسات الحالية؛

➤ تكيف بطاقة الأداء المتوازن كأداة من الأدوات الحديثة لمراقبة التسيير مع خصوصيات واحتياجات المؤسسات العمومية الصحية، لما تتميز به هذه البطاقة من مرونة وامكانية استخدامها لقياس وتحسن الأداء في كافة القطاعات؛

➤ تصميم نموذج تطبيقي لبطاقة الأداء المتوازن خاص بالمؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي" بسور الغزلان، يتضمن مؤشرات دقيقة تساعد على مراقبة الأداء وتحسينه باستمرار.

رابعاً: حدود الدراسة ومبرراتها

إن السعي نحو الإحاطة بإشكالية الدراسة والتحديد الدقيق لمجالها يقودها إلى توضيح الحدود التالية:

- **الحدود الموضوعية:** يتمثل الموضوع في مدى مساهمة وظيفة مراقبة التسيير في تحسين جودة الخدمات الصحية باستخدام بطاقة الأداء المتوازن، وتم اختيار هذا الموضوع نظراً لما تمثله مراقبة التسيير من أداة فعالة لضبط الأداء، خاصة في ظل حاجة المؤسسات العمومية للصحة إلى أدوات حديثة تعزز من جودة خدماتها، وتسمح بتوجيه الجهود نحو تحقيق نتائج ملموسة تنعكس إيجاباً على رضا المرضى والمجتمع، حيث تعكس مراقبة التسيير وبطاقة الأداء المتوازن مزيجاً من الرقابة الاستراتيجية والقياس الكمي، وهي أدوات قلما يتم تطبيقها بفعالية في القطاع الصحي العمومي الجزائري.
- **الحدود المكانية:** ويتعلق الأمر بإجراء دراسة ميدانية على مستوى المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي" بسور الغزلان، ولاية البويرة، باعتبارها مؤسسة نموذجية تمثل نمط المؤسسات العمومية للصحة ذات الطابع الإداري والمحلي، حيث تم اختيار هذه المؤسسة نظراً لتوفر إمكانية الوصول إلى المعطيات والمصادر البشرية (مدراء، أطباء، شبه طبيون، إداريون، تقنيون، مرضى...)، وكذلك لأنها تواجه تحديات واقعية في مراقبة الأداء وتحسين جودة الخدمات، مما يسمح بقياس مدى قابلية تطبيق بطاقة الأداء المتوازن فعلياً.
- **الحدود الزمانية:** تم تطبيق الدراسة في الفترة الممتدة من سنة 2020 إلى سنة 2024، وهي الفترة التي تم خلالها جمع المعطيات، وتحليل البيانات المتعلقة بأداء المؤسسة محل الدراسة، وتمثل هذه الفترة مرحلة حاسمة في مسار المؤسسة، حيث شهدت عدة تغيرات تنظيمية وتديرية، إلى جانب توسعات على مستوى المصالح نتيجة تداعيات وباء كورونا، الذي فرض تحديات غير مسبقة على تسيير الموارد وتقديم الخدمات الصحية، مما زاد من أهمية دراسة وتحليل الأداء وممارسات مراقبة التسيير خلال هذه المرحلة. كما تجدر الإشارة إلى أن كل المعطيات الميدانية التي تم تحليلها تغطي الفترة المالية الممتدة إلى غاية نهاية سنة 2024، مع الأخذ بعين الاعتبار أن السنة المالية المدروسة كانت تمتد فعلياً إلى غاية 31 مارس 2025، أي ما يعادل 15 شهراً. أما المقابلات الميدانية التي تم الاعتماد عليها في جمع المعطيات النوعية، فقد تم إجراؤها خلال سنة 2025، لكنها

كانت مرتبطة حصريًا بتحليل معطيات وأداء المؤسسة خلال الفترة 2020-2024.

- **الحدود المنهجية:** نظرًا لطبيعة موضوع الدراسة الذي يهدف إلى استكشاف مدى مساهمة وظيفة مراقبة التسيير في تحسين جودة الخدمات الصحية باستخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسات العمومية للصحة، فقد تم اعتماد المنهج الوصفي التحليلي باعتباره الأنسب لتحقيق هذا الغرض، يتيح هذا المنهج وصف واقع مراقبة التسيير كما هو مطبق فعليًا في المؤسسة محل الدراسة، مع تحليل أدواته وأساليبه، وكذا تقييم مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة. يسمح هذا المنهج بتجاوز مجرد عرض البيانات إلى تحليلها وفهم العلاقات القائمة بين المتغيرات، لا سيما العلاقة بين أدوات مراقبة التسيير والتحسينات الممكنة في جودة الخدمات الصحية. وقد تم دعم الدراسة من خلال استخدام أدوات نوعية مثل المقابلات والملاحظات الميدانية، إلى جانب أدوات كمية تمثلت في الاستبيانات وتحليل البيانات باستخدام برنامجي **SPSS** و **Excel**، كما تم الاستناد إلى نموذج **Kaplan** و **Norton** في تصميم بطاقة الأداء المتوازن بما يتلاءم مع خصوصيات المؤسسات العمومية للصحة. يسمح هذا التوجه المنهجي بدمج التحليل الكمي والنوعي لتقديم رؤية متكاملة وعميقة حول كيفية توظيف أدوات مراقبة التسيير لتدعيم الأداء وتحقيق جودة مستدامة في الخدمات الصحية.

خامسا: أسباب اختيار الموضوع

تم اختيار هذا الموضوع بناء على عدة اعتبارات ذاتية وأخرى موضوعية نلخصها فيما يلي:

- ✓ تزايد الاهتمام بأدوات مراقبة التسيير الحديثة والمعاصرة، نظرا لوجود بيئة قانونية وتشريعية مساعدة منحت المسيرين مرونة أكبر حيث تعتبر حافز لإدخال طرق حديثة لمراقبة التسيير من بينها بطاقة الأداء المتوازن؛
- ✓ قلة الدراسات التي تناولت وظيفة مراقبة التسيير في ارتباطها المباشر بجودة الخدمات الصحية، خاصة من زاوية الأدوات الحديثة المعتمدة في هذا المجال؛
- ✓ اختيار الموضوع كونه يدخل ضمن مجال تكوين الطالبة الأكاديمي في الدكتوراه المتمثل في "المناجمت" من جهة، وضمن المسار المهني من جهة أخرى باعتبار الطالبة إطار في الصحة وتعمل في مؤسسة عمومية استشفائية، ما يمنحها فرصة للاطلاع المباشر على واقع الممارسة، وتحديد مكامن القوة والقصور في أدوات التسيير المعتمدة؛

- ✓ الحاجة إلى تطوير أدوات الرقابة الاستراتيجية بما يتماشى مع متطلبات الأداء الفعال وتحسين الخدمات الصحية، خاصة بعد التحديات الكبرى التي عرفها القطاع خلال السنوات الأخيرة (مثل أزمة كورونا).

سادسا: الدراسات السابقة

تتميز هذه الدراسة عن الدراسات السابقة في أنها تعد من المحاولات القليلة، إن لم تكن الأولى -على حد علم الطالبة- التي جمعت بين تحليل وظيفة مراقبة التسيير في المؤسسات العمومية للصحة في الجزائر، ومحاولة توظيف بطاقة الأداء المتوازن كأداة حديثة من أدوات مراقبة التسيير لتحسين جودة الخدمات الصحية، لذلك كان من الضروري الرجوع إلى دراسات سابقة عالجت هذه المحاور كل من زاويته الخاصة وذلك للاستفادة من نتائجها وتحديد الفجوات المعرفية التي تسعى هذه الأطروحة إلى معالجتها، نذكر أهمها كما يلي:

- دراسة ل: لشهب صفاء، بعنوان مراقبة التسيير في القطاع العمومي ودورها في تحسين فعالية التسيير وجودة الخدمات بالقطاع الصحي في الجزائر (2015)، هدفت هذه الدراسة إلى تحليل كيف يمكن لنظام مراقبة التسيير أن يساعد على تحسين فعالية التسيير وجودة الخدمات المقدمة في القطاع العمومي، مع التركيز على القطاع الصحي الجزائري، حيث سعت الدراسة إلى توضيح الأثر غير المباشر لهذا النظام على جودة الخدمات الصحية، وتحديد العناصر التي تؤثر على فعاليته، بهدف تمكين المسيرين والمسؤولين في هذا القطاع من تطويره لتحسين النظام ككل، تُعد هذه الدراسة من الأعمال القليلة التي ركزت على العلاقة بين مراقبة التسيير وجودة الخدمات الصحية في الجزائر، إلا أنها ركزت على التحليل المفاهيمي العام دون التطرق إلى أدوات رقابية حديثة أو تقديم نموذج تطبيقي محدد، وهو ما يميز دراستنا التي تنتقل من التحليل المفاهيمي العام إلى التطبيق العملي الدقيق من خلال تصميم نموذج بطاقة أداء متوازن في مؤسسة صحية جزائرية، مع التركيز على البعد الاستراتيجي الذي يربط وظيفة الرقابة بجودة الخدمات الصحية.

- دراسة ل: مصطفى الباهي، بعنوان مراقبة التسيير في المستشفيات: دراسة استكشافية لمؤشرات قياس الأداء في المستشفيات العمومية الجزائرية (2014)، هدفت إلى تسليط الضوء على واقع وظيفة مراقبة التسيير في المستشفيات العمومية من خلال التركيز على مؤشرات قياس الأداء كآلية رقابية، وقد أظهرت النتائج أن استخدام هذه المؤشرات لا يزال محدودًا من حيث التنوع والدقة، مع غياب منظور شامل لربطها بالأهداف الإستراتيجية للمؤسسة الصحية، إضافة إلى ضعف التكامل بين مختلف مستويات التسيير في تحليل البيانات واتخاذ القرار، كما أوصت الدراسة بضرورة تفعيل ثقافة التقييم داخل المؤسسات الصحية، وتطوير نظام معلوماتي داعم للمراقبة الداخلية والرقابة على الأداء، وتكمن أهمية هذه الدراسة في كونها من أوائل الدراسات التي تناولت مؤشرات الأداء من خلال أدوات النموذج التقليدي لمراقبة التسيير في قطاع الصحة

العمومي بالجزائر، غير أنها لم تتطرق إلى الأدوات الحديثة لمراقبة التسيير مثل بطاقة الأداء المتوازن، وهو ما تسعى دراستنا إلى معالجته من خلال تقديم مقارنة تدمج هذه الأداة الحديثة في إطار رقابي يساهم في تحسين جودة الخدمات الصحية، مع تحليل الجوانب المنهجية والعملية لتطبيقها داخل مؤسسة صحية جزائرية.

- **دراسة ل: وفاء رايس، بعنوان مساهمة في تحسين أداء المؤسسات الاقتصادية الجزائرية من خلال بطاقة الأداء المتوازن دراسة حالة مؤسسة سوناطراك مديرية الصيانة لولاية الأغواط (2016)**، هدفت هذه الدراسة إلى توضيح دور بطاقة الأداء المتوازن كأداة حديثة في قياس وتحسين أداء المؤسسات الاقتصادية، من خلال تحليل كيفية تصميمها وتكييفها مع خصوصيات مؤسسة سوناطراك التي تعتمد أساساً في تقييم أدائها على جداول القيادة، وبالتالي لديها توجه استراتيجي نحو تبني مفهوم البطاقة، وقد بينت الدراسة أهمية المؤشرات غير المالية في دعم الأداء الاستراتيجي، وأكدت على ضرورة توافر شروط تنظيمية وتقنية لضمان نجاح التطبيق. وتكمن أهمية هذه الدراسة بالنسبة للبحث الحالي في أنها توفر أساساً نظرياً ومنهجياً يمكن الاستفادة منه في تصميم بطاقة الأداء المتوازن، رغم اختلاف طبيعة المؤسسة، حيث تركز الدراسة الحالية على قطاع غير ربحي (المؤسسات العمومية للصحة)، وتسعى إلى تكييف البطاقة مع أهداف اجتماعية وإنسانية بدلاً من الأهداف الربحية.

- **دراسة ل: ساهي هباش، بعنوان مساهمة في تحسين وظيفة مراقبة التسيير في البنوك الجزائرية باستخدام بطاقة الأداء المتوازن (2017)**، هدفت الدراسة إلى تحسين وظيفة المراقبة داخل البنوك من خلال دمج بطاقة الأداء المتوازن كأداة حديثة، مع التركيز على تصميم وتطوير نموذج بمؤشرات ملائمة لطبيعة وخصوصيات هذه المؤسسات، وقد أظهرت نتائج الدراسة إمكانية تكييف البطاقة مع المؤسسات المالية، شريطة توفر الرؤية الاستراتيجية والبيئة التنظيمية الداعمة، حيث تبرز أهمية هذه الدراسة في ربطها بين وظيفة المراقبة وأداة قياس متطورة، ما يعزز الإطار المفاهيمي للدراسة الحالية، غير أن التمايز يكمن في أن هذه الدراسة ركزت على قطاع البنوك كمؤسسات مالية ربحية، بينما تناولت دراستنا قطاع الصحة كمؤسسة عمومية خدمية غير ربحية، وتسعى إلى اقتراح تصميم ميداني للبطاقة يراعي خصوصيات الخدمات الصحية وجودتها.

- **دراسة ل: عدنان مريزق، بعنوان واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة (2008)**، هدفت هذه الدراسة إلى تشخيص مستوى واقع جودة الخدمات المقدمة في مجموعة من المؤسسات الصحية العمومية بالجزائر العاصمة، بالاعتماد على آراء المرضى، الطاقم الطبي وشبه الطبي، وتحليل أبعاد الجودة الأكثر تأثيراً في رضا المتفاعلين. وقد توصلت الدراسة إلى وجود

تفاوت واضح في مستويات الجودة، خاصة من حيث رضا المريض عن الخدمات المقدمة له، مع تسجيل اختلافات في التسيير ونقص في الموارد التنظيمية والبشرية (ظروف عمل، تكوين، تأطير، ...) ورغم أن هذه الدراسة لم تتطرق إلى وظيفة مراقبة التسيير أو استخدام أدوات تحليل الأداء، إلا أنها توفر أساسًا ميدانيًا مهمًا لفهم واقع جودة الخدمات الصحية في الجزائر، مما يجعلها مكملة للدراسة الحالية التي تسعى إلى ربط هذا الواقع بوظيفة مراقبة التسيير باستخدام بطاقة الأداء المتوازن كأداة للتقييم والتحسين.

— دراسة ل: نوال براهيم، بعنوان قياس الأداء المؤسسي بالمستشفيات العامة كمدخل لتحسين جودة الخدمات الصحية دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية بشير بن ناصر -بسكرة-(2017)، هدفت هذه الدراسة إلى إبراز أهمية قياس الأداء كأداة استراتيجية لتحسين جودة الخدمات الصحية، من خلال تحليل المؤشرات المعتمدة في التقييم المؤسسي بالمستشفيات العامة، وخلصت إلى أن الأداء المؤسسي لا يُقاس بشكل شامل في العديد من المؤسسات، وأن غياب مؤشرات دقيقة ومتكاملة يؤثر سلبًا على جودة الخدمات المقدمة. وتُعد هذه الدراسة ذات أهمية خاصة بالنسبة للبحث الحالي، لكونها تؤكد على الصلة الوثيقة بين الأداء المؤسسي وجودة الخدمة، لكنها لم تعتمد على أداة منهجية واضحة، كما أنها ركزت على التقييم دون الربط المباشر بوظيفة مراقبة التسيير، وهو ما تسعى هذه الدراسة إلى معالجته من خلال بناء نموذج متكامل يجمع بين مراقبة الأداء، أدوات القياس، وتحسين الجودة باستخدام بطاقة الأداء المتوازن.

— دراسة ل: محمود بولصباغ، بعنوان تقييم جودة الخدمات الصحية في الجزائر، من وجهة نظر المرضى: دراسة ميدانية ببعض المراكز الاستشفائية بالشرق (2015)، هدفت هذه الدراسة إلى معرفة واقع جودة الخدمات الصحية في الجزائر من خلال قياس درجة رضا المرضى عن الخدمات الصحية المقدمة، بالاعتماد على مجموعة من المؤشرات المرتبطة بأبعاد الجودة (الاعتمادية الملموسية، الاستجابة، الأمان، والتعاطف)، وقد أظهرت النتائج وجود تباين في مستويات رضا المرضى، مع تأكيدهم على أهمية الاستقبال، الاهتمام، والسرعة في التدخل كعناصر أساسية لتقييم الخدمة الصحية، وتنسجم هذه الدراسة مع محور الجودة في الدراسة الحالية، إذ تُعزز الفهم الميداني لانتظارات المرضى، لكنها لم تربط بين تقييم الجودة ووظيفة مراقبة التسيير، كما لم تعتمد على نموذج تنظيمي واضح لتحسين الأداء، وهو ما تُحاول هذه الدراسة تجاوزه من خلال استخدام بطاقة الأداء المتوازن كأداة رقابية لتحسين جودة الخدمات الصحية بشكل منهجي ومتكامل.

— دراسة ل: زان مريم، الجودة في الخدمات الصحية دراسة مقارنة بين المؤسسات الاستشفائية العمومية

والخاصة في الجزائر، (2017)، هدفت هذه الدراسة إلى تحليل أبعاد الجودة الصحية من زاوية المقارنة بين الخدمات التي يقدمها كل من القطاعين العمومي والخاص، من خلال التركيز على مستوى رضا المرضى استنادا إلى أبعاد الجودة الخمسة، وقد خلصت إلى أن المؤسسات الخاصة تتفوق نسبيا في بعض الأبعاد كالتعامل والاهتمام بالمريض، بينما تعاني المؤسسات العمومية من اختلالات تنظيمية وبنوية تؤثر على جودة الخدمات المقدمة، وتكمن أهمية هذه الدراسة في تقديمها قراءة ميدانية ثرية حول واقع الجودة في بيئتين مختلفتين داخل المنظومة الصحية الجزائرية، إلا أن الدراسة لم تتناول وظيفة مراقبة التسيير أو استخدام أدوات تقييم الأداء الحديثة، وهو ما يميز الدراسة الحالية التي تسعى إلى ربط مفهوم الجودة بالأداء والرقابة الاستراتيجية في مؤسسة عمومية استشفائية.

- دراسة ل: سهام شعبان ومجيد شعباني، وبطاقة الأداء المتوازن كأهم أداة حديثة لتفعيل الحوكمة الصحية في المؤسسات الصحية دراسة حالة، هذه الدراسة هي عبارة عن مقال نُشر في مجلة دراسات وأبحاث سنة 2020، ركز على توضيح دور بطاقة الأداء المتوازن في تعزيز مبادئ الحوكمة الصحية، من خلال دعم الشفافية، المساءلة، وتحسين الأداء في المؤسسات الصحية العمومية، وتوصل إلى أن استخدام البطاقة يساهم في ترسيخ ثقافة النتائج والتخطيط الاستراتيجي، ويُساعد في توجيه الأداء نحو الأهداف العامة للمؤسسة، وقد خلص إلى اقتراح نموذج لبطاقة الأداء المتوازن الصحية مكون من المحاور الخمسة يساعد على توفير معلومات عن الأداء، من خلال ترجمة استراتيجية المؤسسة إلى مؤشرات قابلة للقياس. تكمن في دعم الطرح النظري لدراستنا، حيث تُظهر كيف يمكن لأداة مثل بطاقة الأداء المتوازن أن تخدم أغراضاً رقابية وتسييرية متعددة في مؤسسات صحية، غير أن هذا المقال ركز على الحوكمة كمجال تطبيق، بينما تسعى الدراسة الحالية إلى دمج البطاقة في وظيفة مراقبة التسيير وربطها مباشرة بتحسين جودة الخدمات الصحية، ضمن نموذج تطبيقي واقعي لمؤسسة استشفائية عمومية جزائرية.

- دراسة ل: حمود محمد الطاهر، بعنوان إشكالية ضمان جودة الخدمات الصحية في الجزائر (2019)، هدفت إلى تحديد طبيعة الظروف، الوسائل والآليات المناسبة لضمان جودة الخدمات الصحية في الجزائر، مع تسليط الضوء على التحديات التي تعيق ذلك. استخدمت الدراسة منهج وصفي تحليلي لتقييم أداء هذه المؤسسات، مستندة إلى مؤشرات قياس الأداء والجودة، وقد أظهرت النتائج أن مجال الصحة يتأثر بطريقة مباشرة بمختلف الظروف والتحويلات السياسية، الاقتصادية، الاجتماعية، الثقافية، التكنولوجية، العلمية والعملية في مختلف الميادين، كما توصلت إلى أن مفهوم إدارة الجودة الشاملة والتحسين المستمر مازالا

بعيدين عن التطبيق لارتباطهما بالطابع الإداري غير المرن، وأوصت الدراسة بضرورة إعطاء طابع أكثر مرونة للإدارات الصحية في تسيير مواردها، بالإضافة إلى ضرورة تطوير نظام معلوماتي دقيق وموثوق حول كافة نشاطات المؤسسة، وتعزيز ثقافة الجودة داخل المؤسسات الصحية بمساعدة آليات خارجية مستقلة، تكمن أهمية هذه الدراسة في تسليط الضوء على العقبات التي تحول دون تحقيق جودة الخدمات الصحية، مما يبرز الحاجة إلى تطوير أدوات رقابية فعالة مثل بطاقة الأداء المتوازن، وهو ما تسعى دراستنا إلى معالجته من خلال تقديم مقارنة تدمج هذه الأداة الحديثة في إطار رقابي يساهم في تحسين جودة الخدمات الصحية.

- دراسة ل: برباش نور الدين وبوصلاح النذير، بعنوان بطاقة الأداء المتوازن كأداة لمراقبة التسيير الحديثة ودورها في تحسين الأداء الوظيفي بالمؤسسات الرياضية (دراسة ميدانية بمؤسسة الشباب والرياضة بولاية المسيلة)، هذه الدراسة هي عبارة عن مقال منشور في مجلة الابداع الرياضي سنة 2020، حيث اتجهت الدراسة إلى تحديد دور أبعاد بطاقة الأداء المتوازن والمتمثلة في البعد المالي، الزبائن، العمليات الداخلية، وبعد التعلم والنمو في تحسين الأداء الوظيفي بالمؤسسات الرياضية، وأظهرت النتائج أن بطاقة الأداء المتوازن وسيلة فعالة لتحسين الأداء المالي وغير المالي، توفير الموارد المالية لتحقيق أهداف المؤسسة الرياضية يساعد في تحسين الأداء الوظيفي، كما أثبتت الدراسة وجود علاقة قوية بين التطوير والتدريب المستمر للموظفين وأثره على تحسين الأداء الوظيفي بالمؤسسة الرياضية، ومع أن الدراسة لم تتناول القطاع الصحي، إلا أن نتائجها تؤكد على قوة العلاقة بين أبعاد البطاقة والتحسين الوظيفي والتنظيمي، وهو ما يُعزز من مشروعية اعتماد البطاقة في المؤسسات الصحية أيضاً، كما هو الحال في الدراسة الحالية التي تسعى إلى تكييف البطاقة مع متطلبات جودة الخدمات الصحية ومراقبة التسيير في مؤسسة عمومية استشفائية.

- ومن بين أبرز النماذج التطبيقية الأجنبية التي وظّفت بطاقة الأداء المتوازن في القطاع الصحي، تبرز دراستان عرضهما Kaplan و Norton في كتابهما (2001) **The Strategy-Focused Organization**، واللذان تمثلان مرجعاً أساسياً لفهم فعالية البطاقة في المؤسسات الصحية غير الربحية، تتعلق الحالة الأولى بمستشفى Duke للأطفال بولاية كارولينا الشمالية، الذي عرف تحولاً نوعياً من العجز المالي وانخفاض رضا المرضى إلى تحقيق نتائج مالية إيجابية ورفع في مؤشرات الجودة، من خلال تطبيق متكامل لبطاقة الأداء المتوازن ركز على محاور: الرؤية، التواصل، مؤشرات الأداء، والتحفيز. أما الحالة الثانية فتتعلق بمركز Montefiore الطبي في نيويورك، حيث تم تكييف البطاقة لتشمل مهام متعددة تشمل التعليم الطبي والبحث، إلى جانب الرعاية الصحية، مما مكن المؤسسة من تحسين أدائها الاستراتيجي وتعزيز التنسيق بين وحداتها. وتُبرز هاتان الدراستان

الإمكانات العالية لبطاقة الأداء المتوازن في تحسين الأداء العام للمؤسسات الصحية، بشرط تكييف النموذج مع خصوصيات كل مؤسسة، وهي الفرضية التي تنطلق منها الدراسة الحالية في سعيها لبناء نموذج مخصص لمؤسسة صحية عمومية جزائرية.

وعليه ومن خلال عرض الدراسات السابقة، يتبين أن أغلبها تناولت جودة الخدمات الصحية أو مراقبة التسيير كل على حدة، أو ركزت على استخدام بطاقة الأداء المتوازن في قطاعات أخرى كالمؤسسات الاقتصادية أو الرياضية أو المالية، كما ركزت بعض الدراسات على التقييم من منظور المرضى أو على مقارنة بين القطاعين العمومي والخاص، دون التطرق إلى دمج وظيفة مراقبة التسيير مع بطاقة الأداء المتوازن في سياق المؤسسات العمومية للصحة. وهنا تبرز خصوصية الدراسة الحالية، حيث تسعى إلى الجمع بين مراقبة التسيير وتحسين جودة الخدمات الصحية باستخدام بطاقة الأداء المتوازن، من خلال تصميم نموذج تطبيقي فعلي يتماشى مع خصوصيات مؤسسة استشفائية عمومية جزائرية، وهو ما يمثل إضافة علمية ومنهجية مقارنة بالدراسات السابقة.

سابعاً: هيكل الدراسة

من أجل معالجة حيثيات الموضوع، وبغرض الإجابة على إشكالية البحث واختبار الفرضيات المتبناة، تم تقسيم الدراسة إلى أربعة فصول كما يلي:

- **الفصل الأول:** والمعنون بمدخل إلى مراقبة التسيير في المؤسسات العمومية للصحة، من خلال هذا الفصل سنقوم بتحليل الأسس النظرية التي يتركز عليها مفهوم المناجنت العمومي الجديد، حيث نبدأ هذا التحليل بالتعرض لكل من نشأة ومفهوم المناجنت العمومي الجديد، مبادئه، وظائفه، وكذا نماذجه، وهذا في إطار المبحث الأول. الحديث عن المناجنت العمومي الجديد يقودنا إلى الحديث عن المناجنت الاستشفائي وذلك بالتطرق إلى تنظيم وتسيير المؤسسات العمومية للصحة، وأهم آليات تحديث التسيير في المؤسسات العمومية للصحة، بالإضافة إلى استراتيجية إصلاح المنظومة الصحية وكذا نتائج إصلاح هذه الأخيرة، وهذا في إطار المبحث الثاني. ثم نتطرق بعد ذلك إلى مراقبة التسيير في القطاع العمومي من خلال الحديث عن مفهومها، أهميتها، مكانة ومراحل وظيفة مراقبة التسيير في المنظمات، بالإضافة إلى تطبيقها في الإدارات العمومية، وهذا في إطار المبحث الثالث، أما المبحث الرابع فنخصصه لمتطلبات تطبيق مراقبة التسيير في المؤسسات العمومية للصحة من خلال الحديث عن خصوصيات التسيير في المؤسسات العمومية للصحة، البحث عن كيفية إرساء مراقبة التسيير في المستشفيات، وكذا أهم التحديات التي تواجه ذلك.

- **الفصل الثاني والمعنون ب:** بطاقة الأداء المتوازن: من مؤسسات القطاع الخاص إلى مؤسسات القطاع العمومي
فقد تضمن هو الآخر أربع مباحث تخصص للحديث عن كل ما يتعلق بطاقة الأداء المتوازن كأداة حديثة لمراقبة التسيير، حيث تكون البداية بالتطرق في المبحث الأول إلى مدخل لبطاقة الأداء المتوازن الذي يضم التأصيل النظري من مفهوم بطاقة الأداء المتوازن وتطورها التاريخي، وكذا أهميتها وأهدافها. وفي المبحث الثاني سيتم الحديث عن خصائص بطاقة الأداء المتوازن، استخداماتها، محاورها وأبعادها وكذا الخطوات التفصيلية لتنفيذ البطاقة في المؤسسات العمومية، ثم نتعرض في المبحث الثالث لبطاقة الأداء المتوازن المستدام من خلال التطرق إلى مفهومها، دمج مؤشرات البعد الاجتماعي والبيئي في بطاقة الأداء المتوازن وذلك كون المؤسسات العمومية للصحة تسعى لتكون مؤسسة مواطنة ذات مسؤولية اجتماعية من خلال حماية المجتمع والبيئة من المخاطر الناتجة عن نشاطاتها لا سيما طريقة معالجة نفاياتها، ثم نتطرق إلى كيفية تصميم وتطبيق بطاقة الأداء المتوازن المستدام، ثم الحديث عن إدخال هذه البطاقة في المؤسسات العمومية عامة والصحة خاصة من خلال التركيز على مقارنة بطاقة الأداء في القطاع العمومي 'نموذج pss' وكذا بطاقة الأداء المتوازن الصحية، وهذا في إطار المبحث الرابع المعنون بطاقة الأداء المتوازن في القطاع العمومي : المؤسسات الصحية نموذجاً.

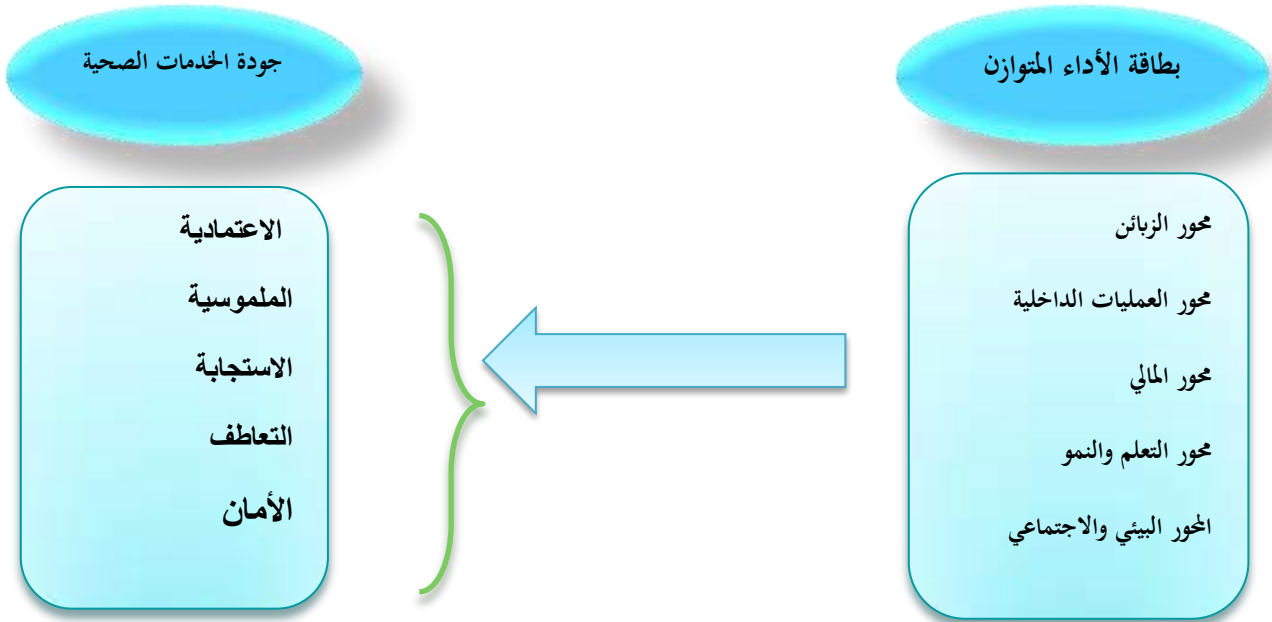
- **الفصل الثالث: المعنون بمقاربة نظرية لجودة الخدمات الصحية وعلاقتها بوظيفة مراقبة التسيير** يضم هو الآخر أربع مباحث، الأول يتعلق بالجودة الخدمية، دلالاتها اللغوية والاصطلاحية، عناصرها، وكذا محدداتها في قطاع الخدمات العمومي، ثم يأتي المبحث الثاني المتعلق بأساسيات حول الخدمات الصحية يضم كل من مفهوم الخدمات الصحية، خصائصها، أنواعها وكذا معايير أدائها ومبادئ تقديمها، الحديث عن الجودة ثم الخدمة الصحية يقودنا إلى الحديث عن جودة الخدمات الصحية وهذا في إطار المبحث الثالث المعنون بالجودة في سياق الخدمات الصحية، والذي نتطرق فيه إلى جودة الخدمات الصحية من ناحية المفهوم، الأهمية والأهداف، الأبعاد وكذا مداخل ونماذج قياس جودة الخدمات الصحية. وفي آخر هذا الفصل نخصص مبحث للربط بين المتغيرين من خلال تفسير العلاقة النظرية بينهما، وهذا بالتركيز على الدور الذي تلعبه وظيفة مراقبة التسيير في تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة. نتطرق فيه بداية إلى منهج إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات العمومية للصحة وعلاقته بوظيفة مراقبة التسيير ثم تأثير خصائص جودة الخدمات الصحية على وظيفة مراقبة التسيير، لنختم الربط بالمطلب الثالث المعنون بمساهمة أدوات مراقبة التسيير الحديثة في تحسين جودة الخدمات الصحية.

- **أما الفصل الرابع والأخير** معنون ب: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية للصحة محل

الدراسة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية، حيث سيخصص هذا الفصل للدراسة الميدانية لمؤسسة عمومية للصحة ممثلة في "المؤسسة العمومية الاستشفائية" الإخوة يحياوي" بسور الغزلان ولاية البويرة، سنحاول من خلاله اسقاط الدراسة النظرية المدروسة في الفصول الثلاث السابقة على الواقع وذلك في أربع مباحث رئيسية، يتضمن الأول تقديم عام للمؤسسة محل الدراسة من خلال التركيز على تنظيمه وتسييره، الوظائف التي يقوم بها، معايير تصنيفه، بالإضافة إلى هيكله التنظيمي ونظامه الداخلي، أما المبحث الثاني فقد خصص للتعرف على واقع مراقبة التسيير في المؤسسة محل الدراسة من خلال تسليط الضوء على أدوات مراقبة التسيير المستعملة حالياً سواء كانت حديثة أو تقليدية، يتناول هذا المبحث واقع وظيفة مراقبة التسيير في المؤسسة العمومية الاستشفائية" الإخوة يحياوي" بسور الغزلان، ويهدف إلى تحليل مدى فعالية هذه الوظيفة في تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة. في المطلب الأول، يتم عرض وتحليل الأدوات الرقابية المعتمدة داخل المؤسسة، سواء كانت تقليدية أو حديثة، وكيفية استخدامها من قبل المسيرين في تسيير النشاطات الصحية. أما المطلب الثاني، فيركز على قياس مستوى جودة الخدمات الصحية، وذلك من منظورين: منظور مقدمي الخدمة (الطاقم الطبي وشبه الطبي والإداري) ومتلقيها (المرضى)، قصد الوقوف على الفجوة بين الأداء المتوقع والمتحقق، ويخصص المطلب الثالث لتقييم فعالية أدوات مراقبة التسيير المعتمدة داخل المؤسسة، ومدى مساهمتها الفعلية في تحسين جودة الخدمة الصحية، بالاعتماد على المعطيات الميدانية وآراء الفاعلين داخل المؤسسة. في حين خلص المبحث الرابع إلى محاولة بناء وتصميم نموذج مقترح لبطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية" الإخوة يحياوي" بسور الغزلان - ولاية البويرة، كأداة استراتيجية تهدف إلى تحسين جودة الخدمات الصحية. يبدأ المطلب الأول بعرض التوجه الاستراتيجي والتنظيمي للمؤسسة، من خلال تحديد رؤيتها، مهامها، وأهدافها الاستراتيجية، إلى جانب تحليل بيئتها الداخلية والخارجية باستخدام أدوات تحليل مناسبة. ثم يُخصص المطلب الثاني لبناء الخريطة الاستراتيجية التي تُظهر العلاقات السببية بين الأهداف الاستراتيجية في مختلف المحاور، وتبرز كيفية تحقيق التكامل بين أبعاد الأداء، أما المطلب الثالث، فيقترح مجموعة من المؤشرات النوعية والكمية لتقييم الأداء حسب كل منظور من مناظير بطاقة الأداء المتوازن (المالي، العملاء، العمليات الداخلية، التعلم والنمو، البعد الاجتماعي)، بناءً على خصوصيات القطاع الصحي وواقع المؤسسة محل الدراسة. وفي المطلب الرابع، يتم تجسيد التصور الكامل للبطاقة من خلال تقديم بطاقة أداء متوازن مقترحة تجمع المؤشرات المحددة، بحيث تمثل أداة مرجعية للمسيرين تساهم في توجيه الأداء، اتخاذ القرارات، ومتابعة جودة الخدمات الصحية بشكل منسق واستراتيجي.

وبالنظر إلى عنوان الدراسة الذي يشير إلى مدى مساهمة وظيفة مراقبة التسيير في تحسين جودة الخدمات الصحية باستخدام بطاقة الأداء المتوازن باعتبارها أداة من الأدوات الحديثة لمراقبة التسيير، ووفق هذه المتغيرات نقترح أن يكون نموذج الدراسة كما يلي:

الشكل رقم(01): نموذج الدراسة



المصدر: من إعداد الطالبة

يبرز الشكل أعلاه نموذج الدراسة، حيث يعرض العلاقة بين بطاقة الأداء المتوازن بمحاورها الخمسة (الزبائن، العمليات الداخلية، المالي، التعلم والنمو، البيئي والاجتماعي) وبين أبعاد جودة الخدمات الصحية (الاعتمادية، الملموسية، الاستجابة، التعاطف، والأمان)، حيث يشير إلى أن تطبيق بطاقة الأداء المتوازن بشكل فعال ينعكس إيجابياً على جميع أبعاد الجودة الصحية، مما يجعلها أداة استراتيجية لتقييم الأداء والتحسين المستمر في المؤسسات الصحية العمومية.

الفصل الأول:

مدخل إلى مراقبة التسيير في المؤسسات العمومية للصحة

✓ الإطار النظري والمفاهيمي للمناجمت العمومي الجديد؛

✓ المناجمت العمومي الجديد في القطاع الصحي بالجزائر(المناجمت

الاستشفائي)؛

✓ ماهية مراقبة التسيير في القطاع العمومي؛

✓ متطلبات تطبيق مراقبة التسيير في المؤسسات العمومية للصحة.

تمهيد:

إصلاح الإدارة العمومية والصحية منها على وجه التحديد يجب أن يمر بعدة ورشات لكل منها أهدافه ووسائله، ونجد من بين أولويات برامج الإصلاح تبني أسلوب الإدارة بالأهداف أو الإدارة بالنتائج للتمكن من قياس أداء هذه المؤسسات لمعرفة مدى وصولها لأهدافها وقدرتها على تلبية رغبات زبائنها (المرضى). ولتحقيق ذلك وجب إلحاق الاستراتيجية العامة بوظيفة هدفها الأساسي هو التركيز على حسن تنفيذ الاستراتيجية، ترجمتها العملية والسعي إلى تقريب النتائج الفعلية من النتائج المنتظرة وهو مسعى وظيفية مراقبة التسيير.

تقوم مراقبة التسيير على فكرة أساسية هي أن تحكم المسؤولين بأدائهم التسييري مرتبط من جهة بإشراكهم في صياغة أهدافهم وامدادهم بالوسائل الضرورية لتجسيدها، ومن جهة أخرى في تمكينهم من الوقوف على نتائج أعمالهم ومناقشة كيفية توجيهها نحو الاتجاه المطلوب، يسهر لأجل ذلك مراقب التسيير على تصميم وإعداد مجموعة من الأدوات خاصيتها الأساسية أنها مولدة للمعلومات الضرورية وفق شرطي الدقة والسرعة للتمكن من المراقبة واتخاذ القرارات في الوقت المناسب.

تنقسم هذه الأدوات إذا ما ارتبطت زمنيا بالأداء إلى أدوات سابقة أو أمامية كالموازنات وأدوات خلفية أو لاحقة للأداء كتحليل الانحرافات ولوحات القيادة، أما إذا ما أخذنا بعين الاعتبار حداثة هذه الوسائل فإننا سنقسمها إلى وسائل تقليدية ترتبط بالتصور التقني لمراقبة التسيير ووسائل حديثة ترتبط بالرؤية التسييرية له.

فمراقبة التسيير وفقا للمقاربة التقليدية هي عبارة عن سيورة بين أيدي المسيرين تضمن الاستعمال الأمثل لتحقيق الأهداف (الفعالية والفاعلية)، مستعملة في ذلك وسائل مست بالدرجة الأولى الجانب المالي للمؤسسة، وبالرغم من نجاحها في المؤسسات لا سيما المؤسسات غير الهادفة للربح، إلا أنه ومع بداية الثمانينيات لا حظ الباحثون أن هذه الوسائل التقليدية لمراقبة التسيير لم تعد قادرة على مواكبة التغيرات والمستجدات المتسارعة والمستمرة في بيئة الأعمال، حيث وُجّهت لها العديد من الانتقادات كتهميشها للعنصر الأساسي الذي يعتبر السبب الرئيسي لوجود المؤسسات أيا كانت طبيعتها، والذي يساهم أيضا في تحقيق وزيادة رقم أعمالها وهو "الزبون"، الأمر الذي أدى إلى ظهور اتجاهات حديثة في مفاهيم وممارسات وظيفية مراقبة التسيير شاملة لكل جوانب المؤسسة، تركز في مفهومها على التأثير على سلوك العمال وتحفيزهم لتحقيق الأهداف، كما تسعى لتوفير المعلومة الملائمة للإدارة مع التركيز على أهمية إدارة التكلفة، وهذا من خلال مجموعة من الوسائل والأدوات تساعد على التخطيط الجيد وتخفيض التكاليف مع المحافظة على مستوى الجودة والمراقبة الملائمة تتمثل في كل من محاسبة التكاليف عن طريق الأنشطة، التكلفة المستهدفة والقياس المقارن، الموازنة ذات الأساس الصفري، وكذا بطاقة الأداء المتوازن. إلا أنه وفي دراستنا هذه سنركز على أداة من أدوات المقاربة الحديثة لمراقبة التسيير والمتمثلة في بطاقة الأداء المتوازن **BSC** ومدى مساهمتها أيضا في تحسين جودة الخدمات الصحية والتي سنتعرض إليها بنوع من التفصيل في الفصول اللاحقة.

المبحث الأول: الإطار النظري والمفاهيمي للمناجنت العمومي الجديد

من أجل ترشيد نفقات الإدارة العمومية وتخفيض تكاليفها، ولتحقيق استجابة أفضل لمتطلبات المواطنين وتطلعاتهم تم اقتراح تطبيق المناجنت في القطاع العمومي الإداري من خلال نقل الأدوات والوسائل المطبقة في القطاع الاقتصادي الخاص إلى الإدارة العمومية، فظهر ما يعرف بالمناجنت العمومي الجديد¹، هذا الأسلوب الجديد في إدارة المؤسسات العمومية ذات الطابع الإداري ولد العديد من المفاهيم التي لم يكن لها وجود في القطاع العمومي الإداري من قبل، كالفعالية، الفاعلية، الأداء، الحوكمة، ...

المطلب الأول: نشأة ومفهوم المناجنت العمومي الجديد

اهتم العديد من العلماء في مجال المناجنت العمومي بتحديد مفهومه وبيان خصائصه، ولكن حتى الآن لم يتم الاتفاق على تعريف واحد، نتيجة تباين الخلفيات العلمية ووجهات النظر في دراسة هذا الموضوع واتساع اهتماماته ليشمل جميع أنشطة الدولة إضافة لاشتراكه وتداخله مع العديد من العلوم.

أولاً: نشأة المناجنت العمومي الجديد

لقد تزايدت مشاريع الإصلاح في سنوات السبعينات والثمانينات من القرن العشرين، وذلك بعد الأزمة البترولية والأزمة المالية التي واجهت العديد من دول العالم، وقد كان أول ظهور للمناجنت العمومي الجديد في الولايات المتحدة الأمريكية التي كانت سياستها العمومية تعاني من مشاكل بسبب نمط التسيير فيها، والمبني على منطق الوسائل وغياب الرقابة وعدم الاهتمام بالنتائج، مما تسبب لها في عجز مالي كبير، ونظراً لكون الولايات المتحدة الأمريكية تمتلك تياراً ليبرالياً قوياً استنكر الوضع الذي آلت إليه ودعا إلى ضرورة التغيير، وذلك من خلال إدخال المناجنت على السياسات العمومية لتنتقل بعد ذلك موجة الإصلاحات إلى الدول الأخرى التي تعاني من نفس المشاكل، هذه الإصلاحات سعت إلى البحث عن فعالية أكبر للمورد العمومي الذي سجل مشاكل ونقائص في مجال تقديم الخدمات العمومية التي تميزت بالضعف في الأداء وغياب الفعالية في التقديم كاستجابة أفضل لمتطلبات المواطنين، وفي سبيل تصحيح الأوضاع تم التفكير في استخدام نفس الأدوات المطبقة في القطاع الخاص مع تطبيقها بشكل تدريجي في القطاع العمومي، ومن هنا ظهر ما يعرف بالمناجنت العمومي الجديد².

¹ في هذا السياق تبنت الجزائر إصلاحات قائمة على مبادئ المناجنت العمومي الجديد، تمثلت أساساً في مشروع القانون العضوي 18/15 المتعلق بقوانين المالية، إذ يقوم على مبادئ حديثة منها: التركيز على النتائج بدل الوسائل، تحسين شفافية المالية العمومية، تعزيز المحاسبة على الأداء، وترسيخ منطق التعاقد والرقابة المبنية على مؤشرات النتائج، وهو ما يعكس انتقالاً تدريجياً نحو إدارة عمومية تستلهم آليات التسيير الخاص مع الحفاظ على المبادئ الأساسية للخدمة العمومية.

² FAVOREU.C, « réfaction sur les fondements de la stratégie et du management stratégique en milieux public », internent (www.strategie-aims.com/monrael/favoreu.pdf), consulté le /28/04/2023, à 16h 43.

وعليه ومن خلال ما سبق يمكن القول أن البداية النظرية للمناجنت العمومي تعود إلى الأفكار الليبرالية التي تطورت خلال عقد السبعينات عندما استفحلت الازمة الاقتصادية في الدول الصناعية، حيث شدد هذا الاتجاه على أن أحد الأسباب الرئيسية للأزمة هو تدخل الدولة في الحياة الاقتصادية بشكل مفرط، ويأتي على رأس هذا الاتجاه الاقتصادي الليبراليين ومن أشهرهم **Von Hayek** و **Milton Friedman** من مدرسة شيكاغو، ومن الناحية الميدانية فقد تجسدت بعض مبادئ المناجنت العمومي على بعض مشاريع الإصلاح المتعلقة بالإدارة العمومية في الولايات المتحدة الأمريكية والدول الأنجلو سكسونية كبريطانيا ونيوزيلندا، وذلك في بداية الثمانينات، أما مصطلح **المناجنت العمومي الجديد** فيعود إلى الباحث **Christopher Hood 1990**، وابتداء من تلك الفترة تم تعميم التسمية السابقة الذكر على كل المشاريع في الدول الغربية ودول آسيا وأمريكا اللاتينية، وأصبح المناجنت العمومي الجديد هو المرجعية

لكل الحكومات المركزية والهيئات المحلية عندما يتعلق الأمر بإدخال تغييرات على مرافق الدولة أو اصلاحها، وفي بداية الألفية الثالثة أصبح من الممكن الحديث عن تجارب يمكن تقييمها والاستفادة منها في إطار القيام بإصلاحات إدارية، وهذا ما جعلنا نستدل ببعض تجارب الدول الأعضاء في منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية باعتبارها الرائدة في هذا المجال¹.

ثانيا: مفهوم المناجنت العمومي الجديد

إن عدم فعالية التسيير العمومي والأخذ بالاعتبار لمقتضيات جديدة، أدت إلى تحديد مفهوم جديد للتسيير العمومي مناقض لمبادئ ومناهج التسيير التقليدي، وفيما يلي أهم التعريفات التي أعطيت للمناجنت العمومي الجديد:

✓ يعرف المعجم السويسري للسياسة الاجتماعية **Dictionnaire suisse de politique sociale** التسيير العمومي الجديد بأنه:

" اتجاه عام لتسيير المنظمات العمومية تعود أولى معالم ظهوره إلى بداية التسعينات في الدول الانجلوسكسونية، وانتشر لاحقا في معظم دول منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية ، وعلى عكس التسيير العمومي التقليدي الذي يستمد مبادئه من العلوم الإدارية والقانونية فإن أفكار ومعالم التسيير العمومي الجديد مستوحاة من العلوم الاقتصادية ومن سياسات التسيير في القطاع الخاص، ومن أهم أسباب ظهور هذا النوع الرغبة في تحسين معالجة

¹ MERRIEN F.X « la nouvelle gestion publique, concepts mythique, lien social et politique », RIAC, N41, printemps 1999, p 94-97.

الاختلافات التي ميزت التسيير العمومي التقليدي، والتي من بينها البيروقراطية وكذا محاولة الارتقاء بالإدارة العامة إلى مستوى الكفاءة والفعالية"¹.

➤ تعريف **François Xavier Merrien**: "إدخال إلى الإدارة العامة قيم وأنماط تسيير عمل المؤسسة الخاصة وإدخال تقنيات مستوحاة من السوق"².

➤ تعريف **Gibert**: "المناجنت العمومي الجديد هو التوجه بالإدارات العمومية نحو إدارة الأعمال"³.

➤ "المناجنت العمومي الجديد هو مجموع الأساليب والتقنيات الرامية إلى تطوير عملية قيادة القرار العمومي، وتحسين مستوى الأداء في المنظمات العمومية الإدارية، والمساهمة في عصرنتها وإعادة الشرعية لها بعد عشرات السنوات من تراجع فعاليتها"⁴.

➤ أما **pollitt.C** فيعرف المناجنت العمومي الجديد على أنه "عبارة عن أيديولوجية، أو مجموعة من المقاربات الإدارية الخاصة، فهو كوعاء فكر إداري أو كنظام فكر أيديولوجي أساسه الأفكار المتولدة في القطاع الخاص، والتي تستهدف إصلاح القطاع العام"، كما قدم الكلمات الدالة للتسيير العمومي الجديد منها: ميكانيزم السوق، اللامركزية، تحسين النوعية والجودة"⁵.

➤ **H.George Frederickson**: يلخص المناجنت العمومي الجديد ويقول "إن الأساس والمنطق التقليدي للمناجنت العمومي هو التركيز الدائم والمستمر على الأساليب الإدارية الأكثر فاعلية واقتصادا، أما المناجنت العمومي الجديد فإنه يهتم إلى جانب ذلك بالعدالة الاجتماعية"⁶.

ومن خلال التعاريف السابقة يمكن استخلاص أن المناجنت العمومي الجديد هو نمط حديث لإدارة المنظمات العمومية ذات الطابع الإداري، يقوم على تبني مبادئ وقواعد المناجنت المعتمد في المؤسسات الاقتصادية الخاصة مستنداً في ذلك إلى منطق السوق، وذلك من أجل تحقيق مستويات أعلى من الفعالية والفاعلية في الخدمات العمومية المقدمة خاصة في ظل التحولات المتسارعة والمستمرة. والجدول التالي يوضح أهم نقاط المقارنة بين نموذجي المناجنت التقليدي والحديث:

¹ Dictionnaire suisse de politique sociale, sur le site : (<http://www.socialinfo.ch/cgi-bin/dicoposso/alpha.cfm>), consulté le 28/04/2023 à 17h37.

بارك نعيمة، تنمية الموارد البشرية وأهميتها في تحسين الانتاجية وتحقيق الميزة التنافسية، مجلة اقتصاديات شمال إفريقيا، العدد السابع، جامعة الشلف، ص275.

³ سلوى تيشات، المناجنت العمومي الجديد كمدخل لإصلاح الإدارة العمومية، دراسة حالة بعض دول منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية، المجلة الجزائرية للتنمية الاقتصادية، المجلد 01، العدد 05، 2018، الصفحات (29-42)، ص31.

⁴ المرجع نفسه، ص 32.

⁵ بارك نعيمة، مرجع سبق ذكره، ص275.

⁶ سلوى تيشات، آفاق الوظيفة العمومية الجزائرية في ظل تطبيق المناجنت العمومي الجديد بالنظر إلى بعض التجارب الأجنبية، أطروحة دكتوراه، تخصص تسيير المنظمات، قسم علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد بوقرة بومرداس، 2014-2015، ص 128-129.

الجدول رقم (01): مقارنة بين النموذج التقليدي والنموذج الحديث في المناجنت العمومي

المتغيرات	الإدارة التقليدية (الفيرية)	المناجنت العمومي الجديد
الأهداف	احترام القواعد والاجراءات	تحقيق النتائج ورضا العملاء
التنظيم	المركزية في التسيير، تنظيم وظيفي هرمي	اللامركزية، الحوكمة، تفويض الصلاحيات، بنية شبكية
تقاسم المسؤولية بين السياسيين والإداريين	يشوبها التداخل وعدم الوضوح	يتسم بالوضوح وعدم التداخل
تنفيذ المهام	التقسيم، التجزئة والتخصص	يتسم بالاستقلالية
التوظيف	المسابقات	التعاقد
الترقية	عن طريق الاقدمية (لا يوجد تفضيل)	على أساس الجدارة والأداء
الرقابة	تتم عن طريق مؤشرات المتابعة	تتم عن طريق تحديد مسبق لمؤشرات الأداء
نموذج الميزانية	تركز على الوسائل	تركز على الأهداف

Source : ANNE. A et LODOVIC. B, « le management public : avantage et limites » RECEMAP (revue d'enseignants chercheurs et experts en management public), France, 2007, p03.

من خلال الجدول تتضح لنا معالم التفريق بين المنهجين، فالمناجنت العمومي الجديد يقوم على مجموعة من القواعد المستمدة غالبيتها من ممارسات التسيير في القطاع الخاص، خاصة ما تعلق منها بالأهداف، الترقية ورسم الميزانية، إذ يمكن القول من خلال ذلك أن المناجنت العمومي الجديد يمثل في مضمونه تجاوزا لخصائص النظام البيروقراطي التقليدي التي يتم استبدالها بآليات السوق كأساس لتسيير منظمات الخدمة العامة، حيث تؤكد معظم الأدبيات التي تناولت هذا المفهوم المتبنى في تجارب بعض الدول أنه يقوم على تحسين مستوى الأداء في المنظمات العمومية من خلال إصلاح أنماط التسيير فيها، وكذلك ترشيد استغلال الموارد البشرية، فالتغيير الذي يحمله هذا الاتجاه الجديد في طياته يقوم على محاكاة قواعد تسيير المنظمات الاقتصادية الخاصة وآليات السوق.

كما يتضح لنا جليا اختلاف في مهام المسير في التسيير التقليدي للمؤسسات العمومية مع مهامه في المناجنت العمومي الجديد، بحيث يميل المسير البيروقراطي لتخطيط العمل وبرمجة السلوكيات المنتظرة وكذا إلى تقسيم العمل وتوزيع المهام، في حين يسعى المسير في ظل المناجنت العمومي الجديد إلى إعطاء معنى للعمل مع تجسيد السلوكيات المنتظرة، وتحديد المهام وتوزيع المسؤوليات، من جهة أخرى يميل المسير التقليدي للقيادة من خلال احترام القواعد، وسلطة السلم الإداري، و مراقبة مدى الالتزام بها، وتشجيع الطاعة والامتثال للأوامر، أما المسير في ظل المناجنت الجديد فيعمل على التنشيط والتحفيز بواسطة الأهداف والقيم، مراقبة مدى تحقيق

الأهداف المسطرة، وتشجيع المبادرة والتجديد؛ من زاوية أخرى نجد أن المسير التقليدي يهتم بالتركيز والتخصص و التفويض على أساس مدى الاستقامة، أما المسير الحديث فيؤمن بضرورة تفويض المسؤوليات، وبأن التفويض يتم على أساس تقييم الأداء والجهد المبذول؛ وبصفة عامة المسير التقليدي يهدف لتأمين استقرار المنظمة أما المسير الحديث فيحرص على قيادة التغيير في المنظمة¹.

ثالثا: خصائص المناجنت العمومي الجديد

- المناجنت العمومي الجديد يتميز بعدة خصائص لخصتها منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية OCDE في أحد تقاريرها حول الموضوع، حيث ترى أن التسيير العمومي الجديد يتمتع بمجموعة من الخصائص هي كالآتي:²
- التركيز على النتائج من حيث الفعالية والكفاءة وجودة الخدمات؛
 - استبدال الهياكل التنظيمية الهرمية و المركزية الشديدة ببيئات تسييرية تعتمد على اللامركزية بحيث تكون عملية اتخاذ القرار فيما يخص الموارد وتقديم الخدمات أقرب إلى نقطة التسليم أو تقديم الخدمة؛
 - المرونة لاستكشاف البدائل وتوجيه الأحكام العامة والقواعد التي قد تعطي عوائد أكبر لنتائج السياسة الفعالة؛
 - زيادة التركيز على الكفاءة في الخدمات المقدمة من قبل القطاع العام؛ والتي تنطوي على وضع الأهداف الإنتاجية، وخلق بيئة تنافسية داخل وبين مؤسسات القطاع العام؛
 - تعزيز القدرات الاستراتيجية، فالتسيير العمومي الجديد يعمل على:
 - التقليص من البيروقراطية وتحجيم دورها، مقابل زيادة الاعتماد على القطاع الخاص؛
 - تقديم الخدمات من خلال التعاقد الخارجي والاستعانة بالمصادر الخارجية؛
 - التأكيد على الشراكة بين القطاعين العام والخاص، المنافسة والاعتماد على قوى السوق، وخلق بيئة؛
 - استخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصالات الحديثة (TIC).
- وهناك إجماع عند معظم الكتاب على أن النموذج الجديد للمناجنت العمومي يضمن تقسيم المنظمات البيروقراطية الكبيرة إلى منظمات صغيرة مندجة / مركبة، التركيز على المخرجات بدلا من المدخلات، انتقال السلطة (اتخاذ القرار) إلى نقطة تقديم الخدمة، المرونة، الاستجابة للعملاء وإدخال المنافسة للخدمة العمومية، وكذا تعزيز الشفافية والمساءلة.

¹ عقون سعاد، مقدار وهيبة، تفعيل المناجنت العمومي الجديد في المؤسسات الاستشفائية من خلال مشروع المؤسسة، دراسة حالة المؤسسة

العمومية الاستشفائية بدلس، مجلة اقتصاديات شمال إفريقيا، المجلد 18، العدد 28، 2022، الصفحات (517-538)، ص ص 521-522.

² بوطالب أوسامة، متطلبات تبني التسيير العمومي الجديد من أجل تفعيل التنمية في الجزائر، المجلة الجزائرية للأبحاث الاقتصادية والمالية، المجلد 5، العدد 2، 2022، الصفحات (91-70)، ص ص 80-81.

المطلب الثاني: مبادئ المناجنت العمومي الجديد

هناك العديد من الاختلافات والغموض في التعريفات حول ماهية العناصر الرئيسية للمناجنت العمومي الجديد، غير أن أغلب الدراسات خلّصت إلى أنه عبارة عن ظاهرة ذات مستويين:

- المستوى الأعلى، الذي يعتبر المناجنت العمومي نظرية أو عقيدة تسمح بتحسين أداء القطاع العمومي عن طريق استيراد المفاهيم، التقنيات والقيم من مؤسسات القطاع الخاص.
 - المستوى الأدنى، يُعبر عن المناجنت العمومي بمجموعة من المفاهيم والممارسات المحددة بما في ذلك:¹
 - زيادة التركيز على الأداء من خلال قياس المخرجات؛
 - الاعتماد على اللامركزية في التسيير وتبني أشكال تنظيمية أقل تعقيدا وأكثر تخصيصا؛
 - إدراج آليات السوق بما في ذلك المناقصات التنافسية وربط الأجور بالأداء؛
 - التركيز على العملاء من خلال تطبيق تقنيات عامة لتحسين الجودة مثل إدارة الجودة الشاملة.
- وقد تطرق Hood بشكل تفصيلي للمناجنت العمومي الجديد، باعتباره مصطلح جماعي لأدوات تنظيمية مختلفة، تهدف إلى تقليل الاختلافات بين القطاعين العمومي والخاص، من خلال تحديد سبع مكونات أساسية للمناجنت العمومي الجديد، نلخصها في الجدول كما يلي:

الجدول رقم (02): المكونات العقائدية للمناجنت العمومي الجديد

الرقم	عقيدة	المعنى	مبرر نموذجي
1	"الإدارة المهنية العملية" في القطاع العمومي.	أنشطة واضحة، الرقابة التقديرية للمنظمات من أشخاص محددين في الأعلى، "الحرية في الإدارة".	تتطلب المساءلة التنازل الواضح عن المسؤولية عن العمل وليس نشر السلطة.
2	معايير ومقاييس واضحة للأداء.	تحديد الأهداف ومؤشرات النجاح ويفضل التعبير عنها كميا.	تتطلب المساءلة بيان واضح للأهداف ونظرة جادة.
3	مزيد من التركيز على ضوابط الانتاج.	توزيع الحوافز والمكافآت المرتبطة بالأداء، مع تراجع إدارة شؤون الموظفين على المستوى المركزي.	تحتاج إلى التأكيد على النتائج بدلا من الاجراءات.
4	الانتقال إلى مؤسسات أكثر تخصصا واستقلالية.	تجزئة الوحدات الضخمة إلى وحدات منتجة، تعمل على أساس الميزانيات "سطر واحد" واللامركزية الإدارية.	انشاء وحدات للإنتاج، يمكن التحكم فيها متخصصة ومستقلة مع الاهتمام بمقاييس الكفاءة واستخدام التعاقد أو

¹ Pollitt Ch , Bouckaert .G « **Public Management Reform , THIRD EDITION** » , Oxford University Press is a department of the University of Oxford. New York, 2011, p10.

			ترتيبات الامتياز داخل وخارج القطاع العمومي.
5	التحول إلى تعزيز المنافسة في القطاع العمومي.	الانتقال إلى العقود محددة المدة وإجراءات المناقصة العامة.	التنافس كمفتاح لتخفيض التكاليف ومعيار أفضل.
6	الاعتماد على أساليب إدارة القطاع الخاص والابتعاد عن روح القطاع العمومي.	الابتعاد عن "أخلاقيات الخدمة العامة" على النمط العسكري، وزيادة المرونة في التوظيف والمكافآت.	الحاجة إلى استخدام أدوات القطاع الخاص "التي أثبتت نجاعتها" في تسيير القطاع العمومي.
7	التأكيد على قدر أكبر من الانضباط والحرص في استخدام الموارد.	تخفيض التكاليف المباشرة، زيادة الانضباط في العمل، مقاومة مطالب النقابات.	الحاجة إلى التحقق من متطلبات القطاع العمومي من الموارد وتحقيق فكرة "القيام بالمزيد من العمل مع الأقل من التكاليف".

Source : Hood Christopher, «A public management for all seasons ? », Royal institute of public administration, British, 1991, P4-5.

ويسعى Hood1991 من خلال طرح هذه المبادئ إلى توحيد الأفكار الخاصة بتسيير القطاع العمومي والخاص، عن طريق الحد من البيروقراطية الإدارية بهدف تحقيق الكفاءة على مستوى القطاع العمومي، وذلك بالاعتماد على آليات السوق التنافسية بين مؤسسات القطاع العمومي والخاص¹، عن طريق ممارسة التسيير الذي يعتمد على العناصر السالفة الذكر، والتي نعرضها بنوع من التفصيل كما يلي:

أولاً: الادارة المهنية العملية في القطاع العام

يؤكد Hood على ضرورة استخدام "الادارة العملية" والحرية في الإدارة، حيث يجب أن يتمتع المسيرون في المؤسسات العمومية بالاستقلالية للتحكم أكثر فيها، كما يجب أن يكونوا هم المسؤولين عن مدى جودة إدارتها، كما أكد على دور مهارات الإدارة المهنية العملية في رقابة الأنشطة الخاصة بالمؤسسات العمومية².

ثانياً: تبني معايير ومقاييس واضحة للأداء

يتم ذلك من خلال التركيز على ثقافة الأداء وتحقيق النتائج واستخدام مؤشرات الأداء الكمية والنوعية، بهدف الاستغلال الأمثل للموارد المتاحة من جهة، وتعزيز نظام الرقابة والمساءلة من جهة أخرى، والغرض من هذا المبدأ هو الإبلاغ عن مخرجات المؤسسات العمومية، واستخدام البيانات لمكافأة أو معاقبة المسؤولين عن النتائج

¹ Ángel,E, , Cardona. M, « The New Public Management in Sabaneta, Antioquia », Journal of Political Science, N° 4, 2014, les pages 180-194, p186.

² Constantinou, M, « new public management in cyprus: introduction, adoption and implementation of npm, the relationship between the public and private sector » Thesis of Doctorate. the faculty of Social Sciences. University of Leicester. England,2015 , p35-36.

الحققة، ويمكن ملاحظة فعالية مبادئ وأساليب التنظيم القائمة على تحسين الأداء بشكل واضح في نجاح المؤسسات التي تطبقها من خلال غزو أسواق جديدة وزيادة الربحية¹.

ثالثا: مزيد من التركيز على ضوابط الانتاج

يرتكز المناجمنت العمومي الجديد على خفض التكاليف كأولوية، بهدف تحسين فعالية المؤسسات العمومية من خلال رفع الإنتاجية بأقل قدر من الموارد، وذلك استجابة لضغط الطلب المتزايد على جودة الخدمات في ظل محدودية الإيرادات.

رابعا: الانتقال إلى مؤسسات أكثر تخصصا واستقلالية

يتجسد هذا التوجه في تبني اللامركزية، من خلال تفويض السلطات الإدارية والتخطيطية للوحدات المحلية، ما يمنحها مرونة أكبر وسرعة في اتخاذ القرار وتقديم خدمات تتلاءم مع خصوصيات كل منطقة.

خامسا: التحول إلى تعزيز المنافسة في القطاع العمومي

من خلال ادخال آليات السوق لخلق نوع من المنافسة في القطاع العمومي، سواء بين مؤسسات هذا الأخير أو بين مؤسسات القطاع العمومي والقطاع الخاص، وذلك بهدف تقديم نط أكثر تنافسية على مستوى القطاع العمومي وانشاء "الأسواق الداخلية" بالإضافة إلى تخفيف الاحتكار غير الكفاء².

سادسا: الاعتماد على أساليب إدارة القطاع الخاص والابتعاد عن روح القطاع العمومي

حيث يتم التركيز على ممارسات آليات الإدارة المعتمدة على مستوى مؤسسات القطاع الخاص، مثل محاولة تحقيق الاحترافية في مجال تسيير الموارد البشرية، والتركيز على طرائق تخصيص الوسائل والامكانيات للرفع من كفاءة العاملين في القطاع العمومي، بالاعتماد على الحوافز والمكافآت، وكذا التدريب والتطوير المستمر، بهدف جذب الموارد البشرية ذات الكفاءة العالية والحفاظ عليها³.

حيث يتصف المناجمنت العمومي بأنه لا يميز بين القطاعين العمومي والخاص عندما يتعلق الأمر بكيفية إدارة مؤسسات القطاع العمومي، من خلال فصل النشاط التجاري عن النشاط غير التجاري، والتأكيد على التقارير المالية والمساءلة، مع إعطاء الأولوية للقيم الاقتصادية⁴.

¹ Barouch, G, « *Booster la performance de son entreprise: La Boîte à outils de votre succès* », Afnor éditions, France, 2010, p15.

² تيشات سلوى، المناجمنت العمومي الجديد كمدخل لإصلاح الإدارة العمومية، دراسة حالة بعض دول منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية، مرجع سبق ذكره، ص32.

³ المرجع نفسه، ص36.

⁴ Wiki S. P, « *new public management and services of general economic interest: an impact on union law?* » Thesis of Doctorate Thesis, Faculty of Law and economics, University of Helsink, Finland, 2014, p03.

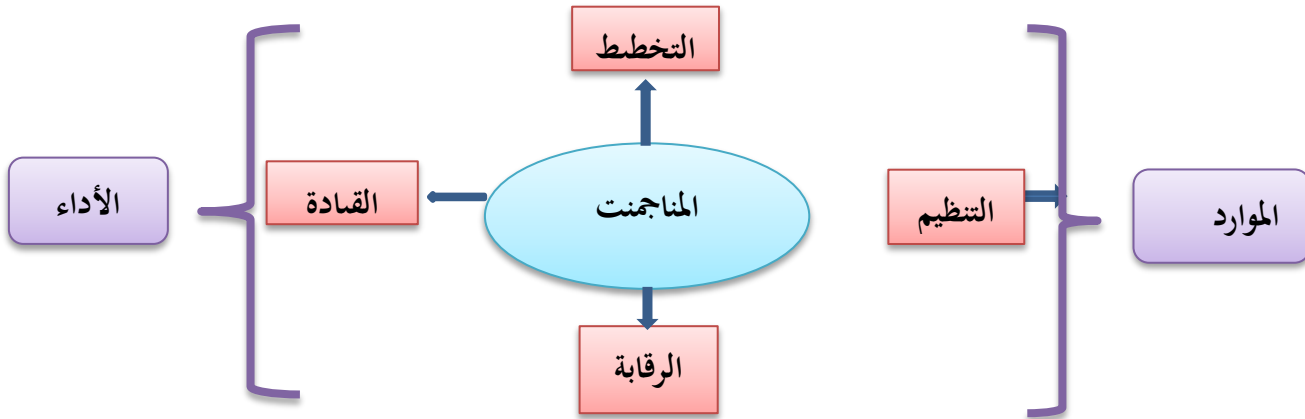
سابعاً: التأكيد على قدر أكبر من الانضباط والحرص في استخدام الموارد

من خلال التركيز على تقليص حجم المؤسسات العمومية، وهذا يعني تقليل عدد موظفي القطاع العمومي لتوفير التكاليف. ومن خلال استعراض المكونات العقائدية لـ Hood نستخلص أن المناجمت العمومي ما هو إلا فلسفة قائمة على جملة المبادئ التي من شأنها تقريب الممارسات الإدارية في القطاع العمومي من تلك المعتمدة في القطاع الخاص، خاصة ما تعلق منها بتحسين الأداء.

المطلب الثالث: وظائف المناجمت العمومي الجديد

يهدف المناجمت العمومي الجديد إلى تحقيق أهداف المؤسسات العمومية بفعالية وفاعلية وذلك من خلال الوظائف الموضحة في الشكل التالي:

الشكل رقم (02): وظائف المناجمت العمومي الجديد



المصدر: من اعداد الطالبة بالاعتماد على: مريزق عدمان، التسيير العمومي بين الاتجاهات الكلاسيكية والاتجاهات الحديثة، جسر للنشر والتوزيع، 2015، الجزائر.

من خلال الشكل أعلاه نلاحظ أن المناجمت العمومي الجديد مهمته الأساسية هي الاستخدام الأمثل للموارد المادية، المالية والبشرية المتاحة في المؤسسة العمومية، بالشكل الذي يسمح بتحقيق الكفاءة والفعالية المطلوبة في الأداء، وهذا بالاعتماد على الوظائف الإدارية التي نشرحها كما يلي:

أولاً: التخطيط

يعتبر التخطيط من أهم الوظائف الإدارية للمنظمات مهما كانت طبيعتها عمومية أم خاصة، حيث أن التخطيط يسبق أي وظيفة إذ يمكن من خلاله أن نحدد بنية الوظائف الإدارية الأخرى، ويعرف التخطيط على أنه عملية التنبؤ بالمستقبل والاستعداد له عن طريق اعداد خطة بالاعتماد على معلومات حديثة، دقيقة وكافية، مع ضرورة تحديد الأهداف بوضوح (وفق خصائص الهدف smart) والعمل على الاستخدام الرشيد للموارد المتاحة¹،

¹ أبو النصر، مدحت مُجد، مقومات التخطيط والتفكير الاستراتيجي المتميز، المجموعة العربية للتدريب والنشر، 2009، مصر، ص 34.

في حين يعرف التخطيط في المنظمات العمومية بأنه عملية تحديد مختلف أهداف الدولة أو المنظمة العمومية ذات الصبغة الادارية مع تحديد الوسائل اللازمة والمتاحة لتطبيقها خلال فترة زمنية معينة¹.

ثانيا: التنظيم

تتمثل عملية التنظيم في تجميع وتقسيم أعمال ونشاطات المؤسسة في شكل وحدات إدارية والتنسيق فيما بينها طبقا لمبادئ وأسس معينة، وتحديد المسؤوليات والسلطات بطريقة عقلانية ووظيفية بين الأقسام من أجل إيجاد هيكل تنظيمي يمتاز بالفعالية والكفاءة، ما يساهم في تأدية أنشطة المؤسسة بالسرعة والدقة المطلوبة²، في حين أن التنظيم في المؤسسات العمومية يساهم في مختلف حلقات الربط بين وظائف الإدارة العمومية من تخطيط وتوجيه ورقابة، ويعرف على أنه "العملية التي يتم من خلالها تحديد وتجميع أوجه النشاطات والأعمال الضرورية لتحقيق أهداف المنظمة العمومية ووضعها في هيكل يتم شغله بواسطة الأفراد المؤهلين مع تزويدهم بمختلف الموارد والاحتياجات التي تمكنهم من أداء عملهم بكفاءة وفعالية"³.

ثالثا: القيادة

تعتبر القيادة من أهم الأدوات الاستراتيجية الفعالة التي تساهم في نجاح واستمرار المؤسسة، من خلال القائد الذي يمثل تلك الشخصية القوية والكاريزما الفعالة والقدرة على التأثير في الرؤوسين وتوجيههم واقناعهم وبث روح الحماس فيهم لإنجاز الأعمال المكلفين بها، وبالتالي تحقيق الأهداف بكفاءة وفعالية⁴. أما القيادة في المؤسسات العمومية فهي مرتبطة أساسا بالتحويلات التي عرفتها هذه المؤسسات والتي رافقتها جملة من التغيرات في مختلف الميادين والعلاقات الإدارية والاجتماعية خاصة العلاقات بين الإطارات المسيرة التي تشرف على العملية الإدارية بحد ذاتها بهدف تحقيق أحسن أداء للخدمة العمومية والقضاء على السلوكيات السلبية على غرار البيروقراطية والفساد المالي.

رابعا: الرقابة

هي عبارة عن مجموعة من العمليات التي يتم تصميمها لتعطي تأكيدا معقولا بخصوص تحقيق المؤسسة للأهداف المسطرة من حيث مدى كفاءتها ومدى الاعتماد على التقارير المالية، وكذا مدى الالتزام بالقوانين

¹ مريزق عدنان، التسيير العمومي بين الاتجاهات الكلاسيكية والاتجاهات الحديثة، جسور للنشر والتوزيع، 2015، الجزائر، ص 59.

² صدام عمار، واقع تسيير الموارد البشرية بالاتحاديات الرياضية في الجزائر ومدى استجابتها لمعايير الجودة الشاملة، أطروحة دكتوراه، معهد التربية البدنية والرياضية، جامعة الجزائر، الجزائر، 2015، 03، ص 51.

³ بن بوريش رضا، آليات تمويل الجماعات المحلية في ظل التسيير العمومي الحالي وضرورات التحديث، دراسة حالة عينة من البلديات 2015-

2019، أطروحة دكتوراه، تخصص ميزانية، قسم علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر، الجزائر، 03، ص 06/2021.

⁴ ضريفي نوال، مرجع سبق ذكره، ص 32 (بتصرف).

والأنظمة المعمول بها. فللرقابة أهمية كبيرة في تدعيم التنظيم والحفاظ على معنويات العاملين، بالإضافة إلى زيادة الانضباط داخل المنظمة والمساهمة في التنفيذ الصحيح لمختلف الخطط والسياسات.¹

وبالتالي ومن خلال دراستنا لهذه الوظائف نستنتج أن المؤسسات العمومية بتطبيقها الفعلي لوظائف المناجمت العمومي الجديد القائمة بداية على التخطيط من خلال تحديد احتياجات العملاء وتلبية رغباتهم، ثم التنظيم القائم على توزيع المسؤوليات بشكل متوازن مع الصلاحيات، إضافة إلى القيادة القائمة على العمل كفريق واحد يسعى لتحقيق هدف مشترك بإشراف قائد قادر على التأثير في الفريق وتوجيهه نحو تحقيق الأهداف المرجوة على أكمل وجه، وصولاً إلى الرقابة الفعلية للتأكد من أن الأمور تسير وفقاً لما تم التخطيط له مسبقاً، هو ما سيؤدي بلا شك إلى تعزيز قدرات المؤسسات العمومية من الناحية التنظيمية والإدارية، ومنه تحسين جودة منتجاتها وخدماتها وزيادة رضى عملاءها، وهو ما يقوم عليه المناجمت العمومي الجديد.

وسنركز في دراستنا هذه ضمن هذا الفصل على الوظيفة الأخيرة للمناجمت العمومي الجديد المتمثلة في الرقابة، حيث تعتبر وظيفة الرقابة في عملية التسيير مهمة خاصة في نقل المعلومات إلى الوصاية، إذ تشكل رقابة التسيير واجهة بين المؤسسات ووصايتها.

المطلب الرابع: نماذج المناجمت العمومي الجديد

للتسيير العمومي الجديد عدة نماذج متشابهة إلى حد ما في المبادئ لكنها تختلف من حيث طريقة تطبيقها، وذلك حسب المناخ العام والامكانيات ومدى استجابة الأطراف الفاعلة في التطبيق مع محتوى وأبعاد النموذج المطبق، ومن أهم نماذج تطبيق المناجمت العمومي الجديد والتي يشترك في تحديدها كل من: J.MONKS, D.GIQUAUE, FERLIE ET ALL, I.BOLGIANI وغيرهم ما يلي:

أولاً: نموذج الكفاءة

يرى J.MONKS أن هذا النموذج يهدف إلى رفع كفاءة المنظمات العمومية وتقليص جميع أنواع التكاليف المرتبطة بالقطاع العمومي، كما يمكن للمنظمة في هذا النموذج أن تهتم بالسياسات التالية:²

- محاولة الانفتاح عن المنافسة؛
- قياس الأداء باستعمال قائمة مؤشرات تسمح بمراقبه؛
- اعتماد الميزانيات الكلية بدلا من الميزانيات التفصيلية وذلك تحت مبدأ الأخذ بالنتائج بدلا من الاهتمام بالموارد؛

¹ زدام عمار، مرجع سبق ذكره، ص 53.

² MONKS.J, « la nouvelle gestion publique » boîte à outils ou changement paradigmatique ? in hufty M ,(eds : la pensée comptable, Etat, Néolibéralisme, nouvelle gestion publique, presses universitaires de France, paris,1998, p,p 39-40.

- تقليص حجم الادارة... إلخ.

كما يرى D.GIQUAUE نقلا عن FERLIE ET ALL أن هذا النموذج قد يكون هو الأصل من حيث الظهور، إذ يعود إلى بداية الثمانينات حيث كانت بعض الدول الانجلو سكسونية قد بادرت إلى إصلاح مرافقها الإدارية لرفع كفاءتها انطلاقا من المقارنة مع منظمات القطاع الخاص، ففي هذا النموذج تحتل المفاهيم ذات الطابع الاقتصادي البحت مكانة كبيرة كما الحال بالنسبة للمنافسة والأداء الكفاء في الوظيفة الانتاجية، وتماشيا مع ذلك تم اعتماد أدوات تسيير مأخوذة من القطاع الخاص، كما يدرج أصحاب هذا النموذج ضرورة لجوء الدولة إلى إبرام عقود لتقديم الخدمات تتم بين السلطات العمومية والمصالح الإدارية، يتم بموجبها الاتفاق على ميزانية معينة لتمويل نشاط الإدارة المعنية مقابل مهام محددة تنجزها هذه الأخيرة، وعادة ما تصاحب هذه العقود مخططات تفصيلية تتضمن الأهداف والنتائج الواجب بلوغها مما يسمح بقياس مستوى الأداء في هذه الإدارات.¹

ثانيا: نموذج اللامركزية والمرونة التنظيمية

يرى I.BOLGIANI أن هذا النموذج يهدف إلى الفصل بين مراحل وأوجه التسيير الاستراتيجي عن تلك المتعلقة بالتسيير العملي، كم يقوم كذلك على إعادة توزيع الكفاءات والمهارات التي يجب أن تعطى لها صلاحيات اتخاذ القرارات في مختلف المستويات الأقرب من العملاء في المنظمة.²

ووفقا ل FERLIE يتميز هذا النموذج بالصعوبة مقارنة بالنماذج الأخرى من حيث الاجراءات التي يعتمد عليها والتي قد تتواجد في غيره من النماذج، وعموما الفكرة الأساسية في هذا النموذج هي اعتماد نسبة عالية من اللامركزية في هيكلة وتسيير المنظمة العمومية بغرض تقليص حجم الأجهزة البيروقراطية لتدعيم الرقابة لاسيما المالية منها.

وبالنسبة ل J.MONKS فإن نموذج اللامركزية والمرونة التنظيمية يقوم على أدوات سياسات واقتراحات أخرى هي:³

- إبرام عقود أو اتفاقيات تقديم بين الدولة والأعوان أو الوكالات.
- تقليص عدد درجات سلم السلطة.
- تفويض السلطات بصورة مباشرة إلى المصالح المعنية والمتعاقد معها لتقديم الخدمة كل هذا يمنح المنظمات والمرافق الإدارية لامركزية العمليات التسييرية ويضفي عليها أكثر مرونة.

¹ GIQUAUE .D, « la bureaucratie libérale : nouvelle gestion publique et régulation organisationnelle » Ed, Le harmattan, paris, 2003, p67.

² Reinhard B, et al , « focus on Access, primary care, Health care organization Brookings Inst press », california university, USA, 2005,p68.

³ MONKS. J, op, cit, p p 42-43.

إلا أن هذه اللامركزية يجب أن تدعم بمراقبة فعالة لضمان الفعالية في التسيير.

ثالثا: نموذج النوعية والتوجه لتقديم خدمة أفضل للعملاء

إن خصوصيات هذا النموذج ترتبط بالمجهودات التي يجب أن تبذل من أجل رفع مستوى اشباع العملاء عن طريق اعتماد أنماط الإيزو، أو الدراسات الهادفة إلى قياس وتحليل مستويات الاشباع للتمكن من التعرف عليها وإدخال التعديلات الضرورية للرفع منها. حيث يستهدف هذا النموذج تقريب الإدارة من المستعملين والعملاء من خلال الاهتمام برأيهم حول الخدمات الإدارية المقدمة، وذلك عبر دراسة وقياس درجات الاشباع ودراسة السوق أو عن طريق تطوير مقاربات النوعية باعتماد مقاييس الإيزو.¹

حيث ينصب الاهتمام على نوعية مخرجات المنظمة التي يجب أن توضع في أولويات أهدافها ذوق المواطن/الزبون، وهو ما يتمثل بصورة أو بأخرى في دمج مجموعة من الأفكار المستوحاة من القطاع الخاص، إذ يتعلق الأمر بدعم القطاع العام في أداء مهامه باعتماد طرق التسيير المستعملة في القطاع الخاص، لتتمثل نقاط التركيز في هذا النموذج في كون أن تقديم الخدمة مع الأخذ بعين الاعتبار رغبات العملاء هي مبدأ النجاح بغرض بلوغ الامتياز في القطاع العام.²

رابعا: نموذج البحث عن الامتياز (العمل في إطار تنافسي)

يفترض هذا النموذج أن درجة التأثير المنتظرة أكبر منها في النماذج السابقة، إذ يتعلق الأمر بتغيير ثقافة المنظمات العمومية بما يسمح لها ببناء قدرة على تطوير نظام التسيير والأداء فيها بصورة مستمرة تجعلها قادرة على منافسة المنظمات الخاصة في مجال تقديم الخدمات³، فالنموذج يؤكد أكثر على لامركزية القرارات والمسؤوليات وتغيير هرم السلطة التدريجية والاهتمام بالأداء وتطويره بالاعتماد على دورات تكوينية وتعليمية للعمال ودفعهم إلى تبني روح الانتماء ومسؤولية القيادة.⁴

هذا النموذج يأخذ من أدوات القطاع الخاص من أجل رفع الكفاءة التنظيمية للمنظمات، حيث يكون لآلية السوق الدور الأساسي في دراسة العمليات والمبادئ المتعلقة بتقديم الخدمة وتسييرها في المنظمات العمومية، من خلال العمل على تخفيض التكاليف والرفع من مستوى تحقيق الأهداف ومحاولة العمل في إطار تنافسي. وعليه بات من الضروري إسقاط هذه المفاهيم العامة على أحد أهم القطاعات الحيوية، وهو القطاع الصحي، الذي يُعد ميداناً خصباً لتجسيد التحولات في أنماط وممارسات التسيير العمومي، وهو ما سنراه في المبحث الموالي.

¹ LAURENCE. J, et al , « **public management organisation , governance and performance** », cambridge university press, new york, USA,2011,p243.

² EMERY, Y and MARTIN .N, « **le service public en marche vers le XXI siècle , in Actes du colloque sur l'administration dans tous ses état : réalisations et conséquences** », lausanne,11/02/2019 Ed, presse polytechniques et universitaires romands, Lausanne, suisse,2019,p p3-9

³ Ibid, p14.

⁴ GIQUAUE. D, op, cit, p p68-69.

المبحث الثاني: المناجنت العمومي الجديد في القطاع الصحي بالجزائر (المناجنت الاستشفائي)

كما رأينا سابقا فالمناجنت العمومي الجديد يعد من أكثر الوسائل التي ساعدت المؤسسات العمومية على تحقيق الجودة في الخدمات المقدمة، بالإضافة إلى التحكم أكثر في التكاليف وترشيد القرارات وهذا من خلال استعمال تقنيات وأدوات نشأت في القطاع الخاص المتميز بيئة أعمال ذات منافسة كبيرة، وباعتبار أن المؤسسة العمومية الصحية هي إحدى أهم هذه المؤسسات، فإن تطبيقها لآليات ومبادئ هذا التيار الجديد له أهمية كبيرة، ولأجل ذلك تتجه المؤسسات العمومية الصحية إلى الاهتمام بالجانب المناجيري بمكوناته (تخطيط، تنظيم، قيادة ورقابة) بغية تحسين فعالية أدائها، ومن ثم تحقيق هدفها الأساسي المتمثل في الارتقاء بجودة خدماتها من خلال توفير الرعاية الجيدة للمريض، وهذا في إطار ما يسمى بالمناجنت الاستشفائي.

ولتحقيق ذلك تسعى الجزائر إلى تحسين أوضاع هذا القطاع من خلال إجراءات إصلاحية عبر فترات زمنية متفاوتة، هدفت هذه الإصلاحات في مجملها إلى تحسين جودة الخدمات الصحية لتحقيق مستوى رضا مقبول ومستوى صحي ملائم للمريض.

ومن خلال هذا المبحث سنتطرق إلى أهم التطورات التاريخية التي شهدتها النظام الصحي الجزائري، وكذا مختلف المؤسسات المكونة له ومن ثم نعرض على مختلف الإصلاحات ونتائجها التي باشرتها الدولة الجزائرية في سبيل تحديث وعصرنة تسيير المؤسسات العمومية الصحية بالجزائر.

المطلب الأول: تنظيم وتسيير المؤسسات العمومية للصحة في الجزائر

نستهل هذا المطلب بأهم المراحل والتطورات التاريخية التي مر بها النظام الصحي بالجزائر منذ الاستقلال إلى غاية يومنا هذا، ثم نستعرض بعدها مختلف المؤسسات المكونة له.

أولا: التطور التاريخي للنظام الصحي الجزائري

نقسمها إلى خمسة مراحل أساسية كما يلي:

الفترة الأولى (من 1963 إلى 1973): بعد الاستقلال، بلغ عدد الأطباء في الجزائر 5000 طبيب (5% منهم جزائريين) من أجل تغطية الحاجات الصحية للسكان الذين بلغ عددهم 10.5 مليون نسمة، تميزت المؤشرات الصحية في هذه الفترة بتراجع عدد العاملين في القطاع حيث انخفض عدد الأطباء من 2500 طبيب منهم 285 جزائري إلى 600 طبيب، أي بمعدل طبيب واحد لكل 100000 ساكن، متمركزين في المناطق الكبرى من الوطن، إضافة إلى طاقم تمريضي لا يتعدى 138 ممرض، حيث الأغلبية منهم غير مؤهلين وبدون شهادات، وانعدام التجربة للطاقم الإداري المسير، ومن بين المؤشرات الصحية كذلك ارتفاع معدل وفاة الأطفال بحيث تجاوز العدد (180 طفل لكل 1000)، وتوقع حياة لا يصل إلى 50 سنة بسبب انتشار الأمراض المتنقلة، هذه الأسباب وغيرها ساهمت في عدد الوفيات والإعاقات، ولمواجهة هذه الوضعية، وفي ظل الموارد المحدودة ركزت وزارة الصحة

على هدفين أساسيين وهما: تخفيض اللامساواة في مجال توزيع الطاقم الطبي (العام والخاص) لتسهيل الحصول على العلاج، مكافحة الأمراض خاصة المتنقلة منها، ومحاولة التقليل من مستوى الوفيات.¹

كما تميزت هذه الفترة بوضع العديد من برامج الصحة الموجة لحماية طبقة السكان المحرومين وضمان الوقاية من الأمراض المستعصية (السل و الملاريا) إضافة إلى فرض التطعيم الإجباري لكل الأطفال، وكان في هذه الفترة أيضا كل من الإنتاج الصيدلاني، الاستيراد والتوزيع بالجملة مضموناً من طرف الصيدلية المركزية الجزائرية على الخصوص (PCA).²

سعت السياسة الصحية في هذه الفترة إلى انتهاج المشروع الاشتراكي الذي يدعو إلى أن النظام الصحي خدمة عمومية، ومحاولة تكثيف الجهود لبناء المستشفيات وزيادة تكوين الأطباء، والاستقلال الذاتي النسبي الذي يتمتع به الممارسين في مجال الرعاية الصحية.

وقد كانت المراكز والمستوصفات الصحية تسيير من قبل البلديات، حيث ألحقت بالمستشفيات بين عامي 1967-1968.

كما كانت مراكز النظافة المدرسية تسيير من قبل وزارة التعليم وكان بإمكان الأطباء الخواص استعمال المؤسسات العمومية للصحة وذلك في إطار التعاقد، وهذا الخليط من الأنظمة يتم التنسيق له من طرف مديرية الصحة.³

الفترة الثانية (من 1974 إلى 1989): تميزت هذه الفترة ببعض الأمور الهامة نذكر منها:⁴

- تقرير مجانية العلاج في الهياكل الصحية العمومية انطلاقاً من جانفي 1974 ، من أجل تجسيد شعار الصحة لجميع المواطنين مهما كان دخلهم ووضعيتهم الاجتماعية .
- إصلاح النظام التربوي وبالخصوص الدراسات الطبية، من أجل تحسين جودة التعليم وتدعيم التأطير مما سمح بوجود عدد كبير من الممارسين الطبيين في كل التخصصات.
- إنشاء القطاع الصحي الذي اعتبر مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالاستقلال المالي والشخصية المعنوية وتتكون
- من مجموع الهياكل الصحية العمومية الخاصة بالوقاية والتشخيص والعلاج والاستشفاء، وإعادة التكييف الطبي، والتي تغطي حاجات مجموعة من السكان لبلدية ما والتابعة للوزارة المكلفة بالصحة.
- وقد سجل خلال هذه الفترة ما يلي:

¹ عدنان مريزق، واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية: دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة، أطروحة دكتوراه، علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر، الجزائر، 2008/2007، ص 115.

² Chaouch .M, « Développement du système National de Santé: Stratégies et perspectives le gestionnaire », verve élaborée par l'école nationale de la santé publique n°5, Juin 2001, PP4-5.

³ حوالم رحيمة، تطبيق إدارة الجودة الشاملة: دراسة تحليلية لمواقف الأطباء والمرضى في المستشفى الجامعي بتلمسان، أطروحة دكتوراه ، قسم علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة أبو بكر بلقايد تلمسان، الجزائر، 2010-2009، ص 133.

⁴ Saihi. A, « Le système de santé publique en Algérie », Revue « gestions hospitalières » La revue des décideurs hospitaliers, N°455, Avril 2006, PP241-242.

- إنجاز عدد كبير من الهياكل الصحية، خاصة المستشفيات العامة والهياكل الأخرى (العيادات المتعددة الخدمات والمراكز الصحية، والمراكز الاستشفائية الجامعية)، من أجل زيادة التغطية الصحية في مختلف ربوع الوطن.
- تطور عدد المستخدمين في قطاع الصحة من 57872 عام 1973 إلى 124728 عام 1987، وهذا بفضل الاستثمارات الضخمة التي قامت بها الدولة.
- ارتفع عدد الأسرة من 42450 سرير سنة 1973 إلى 62500 سرير سنة 1987، وارتفع عدد المراكز الصحية من 558 سنة 1974 إلى 1147 سنة 1986 .
- أما على مستوى المؤشرات الصحية، فسجل تراجع لمعدلات وفيات الرضع، وانخفاض حدة الأمراض المعدية، كما ارتفع أمل الحياة من 51 سنة 1965 إلى 65 سنة 1987 .
- وبالنسبة للجانب التشغيلي، أصبحت الدولة تتحمل كل نفقات الصحة من خلال صناديق الضمان الاجتماعي، حيث ساعد ارتفاع سعر النفط في هذه الفترة على ذلك، وكان تمويل هذه الخدمات كالتالي¹:
 - 60% نسبة تمويل الدولة من مجموع النفقات؛
 - 30% نسبة تمويل الضمان الاجتماعي؛
 - 10% نسبة تمويل السكان والأسر.
- بالإضافة إلى ذلك القيام بمجموعة من النشاطات التي تهدف إلى التحكم في الخصوبة وتدعيم الانتقال الديمغرافي. وتتهم الدولة بالأفراد المعوزين عن طريق الإعانة الطبية المجانية. وما يمكن عرضه كانتقاد لهذه الفترة، هو عدم ترتيب الأولويات حسب أهميتها، بحيث كان الهدف الرئيسي هو تلبية الطلب قدر الإمكان.
- الفترة الثالثة (من 1990 إلى 2006):** تميزت هذه الفترة بتراكم المشاكل وبالضبط مع نهاية الثمانينات، والتي استدعت إعادة هيكلة النظام الصحي تدريجياً، وذلك رغم إدخال مسار التكييف مع التطور الاجتماعي والاقتصادي للوطن، ومن أهم مميزات هذه الفترة ما يلي²:
 - مشروع الجهوية الصحية لتجسيد القطاعية اللامركزية، وتحقيق تنمية اجتماعية وصحية عادلة ومتوازنة.
 - على المستوى المؤسسي، تركزت الجهوية على المجلس الجهوي للصحة (هيئة تنسيق)، وعلى المرصد الجهوي للصحة وما يعاب على هذه الهيئة أن الجهوية الصحية لم تتمكن من الاستجابة للمهام التي أسندت إليها، نظراً لأن إطارها القانوني والتنظيمي حد من صلاحياتها في بعض التوجيهات .
 - إنشاء ووضع حيز التطبيق هياكل الدعم لنشاط وزارة الصحة والتي تمثلت فيما يلي¹:

عباد ليلي، هلاي أحمد، قراءة في إصلاحات المنظومة الصحية في الجزائر، مجلة البديل الاقتصادي، المجلد 3 العدد 5، 2016، الصفحات (152-173)¹، ص 155-156.

² M. Chaouch, *Op. Cit*, P6 .

المخبر الوطني لمراقبة المنتجات (LNCPP): مكلف بالمراقبة القبلية لكل دواء قبل إدخاله إلى السوق؛
* الصيدلانية

الصيدلية المركزية (PCH): مكلف بضمان تموين الهياكل الصحية العمومية بالمنتجات الصيدلانية (1994)؛
* للمستشفيات

*الوكالة الوطنية للدم (ANS): مكلفة بوضع السياسة الوطنية للدم (1995)؛

*الوكالة الوطنية للتوثيق الصحي (ANDS): مكلفة بتطوير التوثيق والمعلومة والاتصال؛

*المركز الوطني لليقظة (CNPM): وكلف بمراقبة الآثار المرتبة عن استهلاك الأدوية واستعمال المعدات الطبية الصيدلانية وبقطة العتاد.

- صدور المرسوم التنفيذي رقم 97-465 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997 الذي يحدد قواعد إنشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة وتنظيمها وسيرها، وكذا المرسوم التنفيذي رقم 97-467 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997 والذي يحدد القواعد الخاصة بإنشاء المراكز الاستشفائية الجامعية وتنظيمها وسيرها.
- صدور المرسوم الرئاسي رقم 03-270 المؤرخ في 13 أوت 2003 المتضمن إنشاء المؤسسة الاستشفائية الجامعية لوهراڤ وتنظيمها وسيرها هي مؤسسة عمومية ذات طابع خاص تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، وتوضع تحت الوصاية الإدارية للوزير المكلف بالصحة وتحت وصاية وزير التعليم العالي والبحث العلمي من الناحية البيداغوجية.
- صدور عدة مراسيم تنفيذية متعلقة بإنشاء المؤسسات الاستشفائية وهي عبارة عن مؤسسات عمومية ذات طابع خاص تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، وتوضع تحت وصاية الوزير المكلف بالصحة تضمن تغطية الاحتياجات الصحية لسكان الولاية وكذا سكان الولايات المجاورة تتمثل في كل من: (المرسوم التنفيذي رقم 05-495 المؤرخ في 30 نوفمبر 2006، المتضمن إنشاء المؤسسة الاستشفائية عين تموشنت - المرسوم التنفيذي رقم 06-143 المؤرخ في 26 أبريل 2006، المتضمن إنشاء المؤسسة الاستشفائية بسكيكدة - المرسوم التنفيذي رقم 06-384 المؤرخ في 28 أكتوبر 2006، المتضمن إنشاء المؤسسة الاستشفائية عين الترك ولاية وهران - المرسوم التنفيذي رقم 06-422 المؤرخ في 22 نوفمبر 2006، المتضمن إنشاء المؤسسة الاستشفائية عين آزال ولاية سطيف).

وبهذا أصبحت المؤسسات العمومية للصحة في الجزائر تنقسم إلى المؤسسات الاستشفائية والمؤسسات الاستشفائية الجامعية (أول نوفمبر بوهراڤ)، المراكز الاستشفائية الجامعية، القطاعات الصحية والمؤسسات

¹عدمان مريزق، واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية: دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة، مرجع سبق ذكره، ص120.

الاستشفائية المتخصصة،(ستعرض إليها لاحقا بنوع من التفصيل). بالإضافة إلى تغيير اسم الوزارة المسؤولة عن الخدمات الصحية بالجزائر بداية من جوان 2002 إلى اسم: "وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات".

الفترة الرابعة (من 2007 إلى 2018): تميزت هذه المرحلة بصدر المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتضمن انشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيورها، والذي تضمن تغيير تقسيم القطاعات الصحية إلى :مؤسسات عمومية استشفائية، مؤسسات عمومية للصحة الجوارية، وقد ألغيت المراكز الصحية لتتحول إلى عيادات متعددة الخدمات، أو إلى قاعات للعلاج حسب وضعيتها المادية، وهذا بغية تقريب الخدمات الصحية للمواطن أو المريض، كما شهدت هذه المرحلة صدور المرسوم التنفيذي رقم 07-209 المؤرخ في 01 جويلية 2007، المتضمن انشاء المؤسسة الاستشفائية ديدوش مراد ولاية قسنطينة، الصادرة بتاريخ 08 جويلية 2007، وكذا المرسوم التنفيذي رقم 12-281 المؤرخ في 09 يوليو 2012 المتضمن انشاء المؤسسات الاستشفائية لطب العيون وتنظيمها وسيورها، الصادرة بتاريخ 15 يوليو 2012. (ستعرض إليها لاحقا بنوع من التفصيل).

الفترة الخامسة (من 2018 إلى يومنا هذا): تميزت هذه الفترة بصدر القانون رقم 18-11 المتعلق بالصحة والذي تضمن عدة مستجدات في القطاع أهمها:¹

- مستجدات متعلقة بحماية صحة المرأة وهو ما يتعلق أساسا بكل من المساعدة الطبية على الانجاب والاجهاض المبرر، حيث أباح -بشروط- المساعدة الطبية على الانجاب واعتبرها نشاط طبي يسمح بالإنجاب خارج المسار الطبيعي في حالة العقم المؤكد طبيا. كما رخص المشرع وفق هذا القانون عملية الاجهاض الطبي المبرر حيث أضاف إلى ضرورة انقاذ حياة الأم الحفاظ على توازنها الفيزيولوجي والعقلي المهدد بالخطر.
- مستجدات متعلقة بالأساليب العلاجية حيث خص قانون الصحة الجديد الوسائل العلاجية بنصوص تشريعية مستقلة وبشيء من التوسع، ويتعلق الأمر بالتجارب العيادية (الطبية)، ونص خاص للعلاج بالخلايا الجذعية.
- تضمن القانون العودة إلى نظام المقاطعات الصحية وهذا بإلغاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية، وبذلك فالمؤسسات العمومية للصحة -وفق هذا القانون- تتكون من المركز الاستشفائي الجامعي، المؤسسة الاستشفائية المتخصصة، المقاطعة الصحية، ومؤسسة الاعانة الطبية

¹ مخلوف هشام، قراءة في القانون رقم 18-11 المتعلق بالصحة بين المستجدات والنقائص، حوليات جامعة الجزائر 1، المجلد 35، العدد 1، 2021، الصفحات (66-82)، ص ص 68، 70.

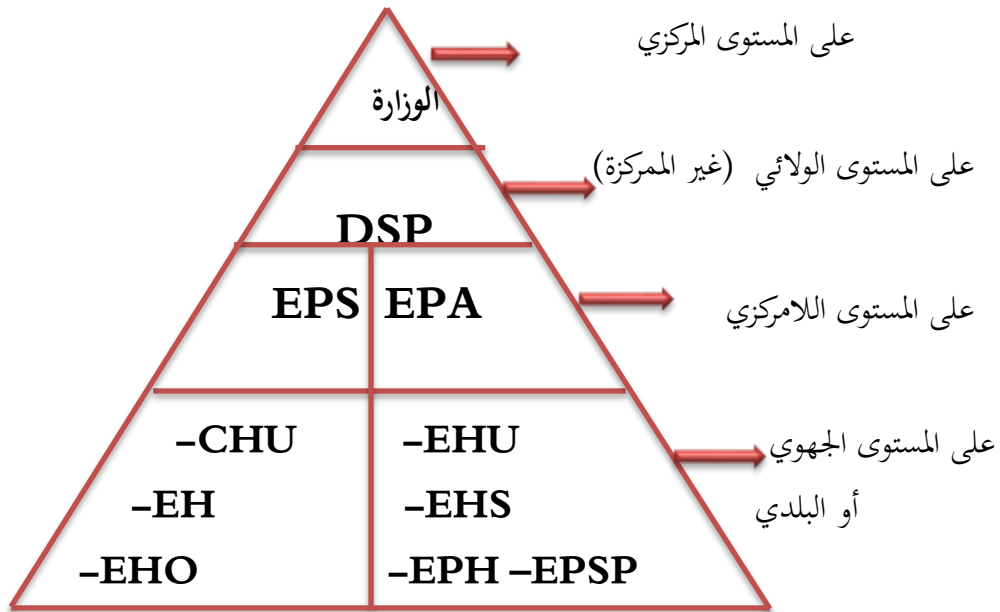
المستعجلة في انتظار صدور النصوص التنظيمية التي تحدد كفاءات انشاء هذه المؤسسات ومهامها وتنظيمها وسيرها وكذا معايير تصنيفها.

- كما تضمن هذا القانون توفير وضمان العلاج للأشخاص الأجانب، وهو ما أكدته ضمينا نص المادة 300، حيث صدر في هذا الإطار المرسوم التنفيذي رقم 23-100 المؤرخ في 05 مارس 2023 يحدد كفاءات تسديد مبلغ الخدمات العلاجية من طرف الأشخاص الأجانب على مستوى الهياكل والمؤسسات العمومية للصحة، وبالرجوع إلى القرار الوزاري رقم 04 المؤرخ في 13 جويلية 2023 الذي يحدد مبالغ تسديد الخدمات العلاجية من طرف الأشخاص الأجانب على مستوى الهياكل والمؤسسات العمومية للصحة، نجد أن المبالغ المحددة لكل نوع من العلاجات الطبية المختلفة هي مبالغ رمزية مقارنة بنوعية العلاجات المقدمة، وهذا تجسيدا لمبدأ مجانية العلاج وضمان الجودة في العلاجات المقدمة.¹

ثانيا: التقسيم الهيكلي للنظام الصحي الجزائري

تتمتع المؤسسات العمومية الصحية في الجزائر بضوابط وقواعد معينة وفق أسس تشريعية وقانونية، حيث تعتبر وزارة الصحة المسؤول الأول عن تقديم الرعاية الصحية، الوقاية ومكافحة الأمراض المعدية والوبائية وتوفير الدواء، ورفع المستوى الصحي للمواطنين الجزائريين والأجانب وكذا القضاء على مشاكلهم الصحية، تليها المستشفيات الجامعية والجهوية ثم القطاعات الصحية والوحدات القاعدية التابعة لها، والشكل التالي يوضح هرمية المؤسسات العمومية الصحية في الجزائر:

الشكل رقم (03): تنظيم المؤسسات العمومية للصحة في الجزائر



المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على الموقع الرسمي لوزارة الصحة، <https://formation.sante.gov.dz>

¹ الجريدة الرسمية العدد 46، القانون رقم 11/18 المؤرخ في 02 يوليو 2018 يتعلق بالصحة، الصادرة بتاريخ 29 يوليو 2018، المادة 300.

أولاً: على المستوى المركزي: تشتمل الإدارة المركزية في وزارة الصحة تحت سلطة الوزير على ما يلي:

1- الوزير: يقترح وزير الصحة في حدود صلاحياته في إطار السياسة العامة للحكومة وبرنامج عملها عناصر السياسة الوطنية في مجال الصحة ويتولى متابعة ومراقبة تنظيمها طبقاً للقوانين والتنظيمات المعمول بها، حيث يعرض أعماله على الوزير الأول والحكومة ومجلس الوزراء، كما يكلف بمجموعة من الصلاحيات منها ما يلي:¹

- المبادرة بالدراسات الاستشرافية والتفكير التي من شأنها تحديد اختيارات الحكومة في مجال الصحة والسكان واصلاح المستشفيات ؛

- اعداد التدابير والمقاييس الضرورية لممارسة النشاطات وسير هياكل قطاع الصحة وتنفيذها؛
- العمل على تدعيم المنظومة الوطنية للصحة؛
- العمل على ترقية العلاقات بين الهيئات المكلفة بالبحث العلمي وقطاع الصحة؛
- اعداد الاستراتيجية والسياسة الوطنية وتنفيذها وتقييمها في مجال حماية الصحة وترقيتها؛
- تنظيم الوقاية وحفظ صحة السكان ومكافحة الأمراض؛
- تنظيم العلاج الطبي في هياكل الصحة؛
- اعداد السياسة الوطنية للمنتجات الصيدلانية والمستلزمات الطبية والتجهيزات الصحية المستعملة في الطب البشري؛

- السهر على الحماية الصحية في الأوساط الخاصة؛
- المبادرة بتدابير مكافحة الأضرار والتلوث التي تؤثر على صحة السكان وتنفيذها؛
- القيام بالتحاليل وكل الدراسات الاستشرافية في مجال الديمغرافية؛
- تحديد الأولويات في مجال التحكم في النمو الديمغرافي والتخطيط العائلي؛
- السهر على تنفيذ مسعى الجودة في العلاجات في الوسط الاستشفائي؛
- اعداد التدابير الموجهة لضمان ترقية العلاج ذي المستوى العالي في المنظومة الصحية الوطنية.

2- الأمانة العامة: يساعد الأمين العام مديراً 02 دراسات ويلحق به مكتب البريد والاتصال والمكتب الوزاري للأمن الداخلي في المؤسسة، حيث تكلف الأمانة العامة بالتنسيق بين الهياكل الوزارية والمصالح التابعة لها وتقييمها وتوجيهها.²

3- ديوان الوزير: يساعده 08 مكلفين بالدراسات والتلخيص يتولون القيام بجميع أشغال الدراسات والأبحاث المرتبطة باختصاصاتهم في مجال الصحة وتحضيرهم لمشاركة الوزير في أعمال الحكومة وفي نشاطاته في مجال العلاقات العامة والعلاقات الخارجية وتنظيمها.³

¹ محمد ولد قادة، دليل التسيير الاستشفائي، 2017، ص ص 11، 12.

² المرجع نفسه، ص 14.

³ المرجع نفسه، ص 14.

4- المفتشية العامة: يشرف عليها ستة (06) مفتشين يقومون بالمهام التالية:¹

- الوقاية من كل أنواع التقصير وتسيير المصالح العمومية وسيرها؛
- توجيه المسيرين وإرشادهم لتمكينهم من القيام بصلاحياتهم أحسن قيام مع مراعاة القوانين التنظيمات المعمول بها؛
- العمل على الاستعمال المحكم للوسائل والموارد؛
- ضمان مطلب الصرامة في تنظيم العمل.

5- المديريات المركزية: يتضمن الهيكل التنظيمي لوزارة الصحة 10 مديريات لكل منها اختصاص معين تتمثل في كل من: المديرية العامة للوقاية والترقية، المديرية العامة لمصالح الصحة واصلاح المستشفيات، المديرية العامة للصيدلة والتجهيزات الصحية، مديرية السكان، مديرية الدراسات والتخطيط، مديرية التنظيم والمنازعات والتعاون، مديرية الموارد البشرية، مديرية التكوين، مديرية المالية والوسائل، ومديرية المنظومات الإعلامية والإعلام الآلي.²

والملاحق رقم(01) يوضح الهيكل التنظيمي لوزارة الصحة في الجزائر.

ثانيا: على المستوى الولائي (غير الممركزة): تتمثل في مديرية الصحة والسكان حيث:

1- مديرية الصحة والسكان (DSP): توجد على مستوى كل ولاية من ولايات القطر الوطني مديرية للصحة والسكان تتكون من ثلاثة إلى ستة مصالح، ويمكن لكل مصلحة حسب أهمية المهام التي تضطلع بها أن تضم من مكاتب إلى ثلاث مكاتب.³ تقوم على وجه الخصوص بالمهام التالية:⁴

- السهر على تطبيق التشريع والتنظيم في جميع المجالات المتصلة بأنشط الصحة والسكان؛
- تنشيط وتنسق وتقوم بتنفيذ البرامج الوطنية والمحلية للصحة في مجال الوقاية العامة وحماية الأمومة والطفولة، وكذا في مجال التحكم في النمو الديمغرافي والتخطيط العائلي وترقية الصحة التناسلية؛
- تسهر على احترام السلم التسلسلي للعلاج بتطوير كل النشاطات التي تهدف إلى ترقية العلاج القاعدي؛
- تسهر على التوزيع المتوازن للموارد المادية والبشرية والمالية دون المساس بالصلاحيات المخولة قانونا لمديري الصحة الجهويين ورؤساء مؤسسات الصحة؛

¹ الجريدة الرسمية العدد 26، المرسوم التنفيذي رقم 90-188، المؤرخ في 23 جوان 1990 يحدد هيكل الادارة المركزية وأجهزتها في الوزارات، الصادرة بتاريخ 27 جوان 1990، المادة 17.

² محمد ولد قادة، مرجع سبق ذكره، ص 14.

³ الجريدة الرسمية العدد 47، المرسوم التنفيذي رقم 97-261 مؤرخ في 14 يوليو 1997 الذي يحدد القواعد الخاصة بتنظيم مديريات الصحة والسكان الولائية وسيرها، الصادرة بتاريخ 16 يوليو 1997، المادة 03.

⁴ المرجع نفسه، المادة 08.

- تشجيع وتطوير كل أنشطة الاتصال الاجتماعي لاسيما التربية الصحية بالاتصال مع الشركاء والجمعيات المهنية؛
 - تسهر على وضع جهاز يختص بجمع المعلومات الصحية والوبائية والديمقراطية واستغلالها وتحليلها وتبليغها؛
 - تتولى تأطير هياكل الصحة ومؤسساتها العمومية والخاصة وتفتيشها؛
 - تطور كل عمل يهدف إلى الوقاية من ادمان المخدرات ومكافحتها خصوصا في اتجاه الشباب؛
 - تعد التراخيص المتعلقة بممارسة المهن الصحية وضمان مراقبتها، كما تعد المخططات الاستعجالية بالاتصال مع السلطات المعنية والمشاركة في تنظيم الاسعافات وتنسيقها في حالة حدوث الكوارث مهما كانت طبيعتها؛
 - تتابع وتقوم تنفيذ البرامج المقررة في ميدان التكوين وتحسين مستوى مستخدمي الصحة، كما تشرف وتسهر على السير الحسن للمسابقات والامتحانات المهنية؛
 - تدرس برامج الاستثمار وتتابعها في إطار التنظيمات والاجراءات المعمول بها؛
 - تسهر على وضع الاجراءات المتعلقة بحفظ المنشآت وتجهيزات الصحة وصيانتها حيز التنفيذ.
- وطبقا للقرار الوزاري المشترك المؤرخ في 12 ماي 1998 يتضمن المخطط التنظيمي لمديرية الصحة والسكان في الولاية، كان الهيكل التنظيمي الخاص بمديرية الصحة والسكان على الشكل الموضح في (الملحق رقم 02).

ثالثا: على المستوى اللامركزي: تنقسم المؤسسات العمومية للصحة إلى صنفين يختلفان في الطابع التسييري لهما تتمثل في كل من مؤسسات عمومية ذات إداري، ومؤسسات عمومية ذات طابع خاص، منها ما تضمن تغطية مجموعة من الولايات (جهوية) ومنها ما تتواجد على مستوى كل دائرة أو بلدية كما يلي:

1. **المراكز الاستشفائية الجامعية (CHU):** هي مؤسسات عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، ويتم إنشائها بموجب مرسوم تنفيذي بناء على اقتراح مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والوزير المكلف بالتعليم العالي والبحث العلمي، بحيث يمارس الوزير المكلف بالصحة الوصاية الإدارية على المركز الاستشفائي الجامعي، ويمارس الوزير المكلف بالتعليم العالي الوصاية البيداغوجية، ويتكفل المركز الاستشفائي الجامعي بمهام التشخيص والكشف والعلاج والوقاية والتكوين والدراسة

- والبحث وذلك بالتعاون مع مؤسسة التعليم والتكوين العالي في علوم الطب المعنية، بمعنى أنه يشرف على ثلاث ميادين أساسية هي: الميدان الصحي، الميدان التكويني، وميدان الدراسة والبحث.¹
- ويتضمن المركز الاستشفائي الجامعي مجموعة من المصالح والوحدات والعيادات هي كالاتي:²
- **الوحدة:** وتتكون من الهياكل العلاجية ذات الاسعافات الأولية ومجموعة من الأسرة الاستشفائية وجملة من الأجهزة الطبية التقنية؛
 - **المصلحة:** وتتضمن وحدتين أو أكثر وهدفها ضمان الأنشطة التعليمية أو الاضافية للوحدة؛
 - **عيادة متعددة الخدمات:** وتعمل على ضمان الأنشطة التكميلية للمصلحة من خلال مجموعة من الوحدات.

ويدير المركز الاستشفائي الجامعي مجلس إداري يسيره مدير عام ويزود بجهاز استشاري يسمى "المجلس العلمي"، وتساعد المدير العام للمركز الاستشفائي الجامعي لجنة استشارية في فترة بين دورات المجلس العلمي.³ كما أنها تخضع للرقابة القبلية والبعدية من طرف الأجهزة المؤهلة طبقا للقوانين والتنظيمات المعمول بها.

2. المؤسسات الاستشفائية المتخصصة (EHS): هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي وتوضع تحت وصاية والي الولاية الموجود بها مقر المؤسسة، تخضع لقواعد المرسوم التنفيذي رقم 97-465 المؤرخ في 02 ديسمبر سنة 1997 الذي يحدد قواعد إنشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة وتنظيمها وسيرها المتمم بموجب المرسوم التنفيذي رقم 14-142 المؤرخ في 20 أبريل 2014، الذي يتم قائمة المؤسسات الاستشفائية المتخصصة. تتكون هذه المؤسسات من هيكل واحد أو عدة هياكل متخصصة للتكفل ب: إما مرض معين، أو مرض أصاب جهازا أو جهازا عضويا معينا، أو مجموعة ذات عمر معين. وفي هذا الصدد تقوم بالتكفل في مجال نشاطها بالمهام التالية:⁴

- تنفيذ نشاطات الوقاية والتشخيص والعلاج وإعادة التكييف الطبي والاستشفاء؛
- تطبيق البرامج الوطنية والجهوية والمحلية للصحة؛
- المساهمة في إعادة تأهيل مستخدمين مصالح الصحة وتحسين مستواهم؛

¹ الجريدة الرسمية العدد 81، المرسوم التنفيذي رقم 97-467 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997 والذي يحدد القواعد الخاصة بإنشاء المراكز الاستشفائية الجامعية وتنظيمها وسيرها، الصادرة بتاريخ 10 ديسمبر 1997، المواد 02، 03، 04.

² المرجع نفسه، المادة 11.

³ المرجع نفسه، المادة 12.

⁴ الجريدة الرسمية العدد 81، المرسوم التنفيذي رقم 97-465 المؤرخ في 02 ديسمبر سنة 1997 الذي يحدد قواعد إنشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة وتنظيمها وسيرها. الصادرة بتاريخ 10 ديسمبر 1997، المواد 02، 03، 05، 06 و 07.

- ويمكن استخدام المؤسسة الاستشفائية المتخصصة كميدان للتكوين الطبي وشبه الطبي والتسيير الاستشفائي على أساس اتفاقيات توقع مع مؤسسة التكوين، كما يمكن اعتمادها أو جزء من هيكلها بقرار وزاري مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والوزير المكلف بالتعليم العالي لضمان نشاطات استشفائية جامعية.

إداريا تسيير المؤسسة الاستشفائية المتخصصة بمجلس إدارة يديرها المدير وتزود بهيئة استشارية تدعى المجلس الطبي¹. كما أنها تخضع للرقابة القبلية والبعدية من طرف الأجهزة المؤهلة طبقا للقوانين والتنظيمات المعمول بها.

3. المؤسسات العمومية الاستشفائية (EPH): نظرا للتقسيم الإداري الجديد المتعلق بإصلاح المستشفيات تم تقسيم القطاع الصحي إلى مؤسستين عموميتين وذلك بمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها، بعد إلغاء أحكام المرسوم التنفيذي 97-466 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997 الذي يحدد قواعد إنشاء القطاعات الصحية وتنظيمها وسيرها، ومن ثمة تغيرت التسمية من قطاع صحي إلى مؤسسة عمومية استشفائية، وهي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي وتوضع تحت وصاية الوالي².

تقوم المؤسسة العمومية الاستشفائية بتنفيذ البرامج الوطنية للصحة والسكان إلى جانب مهام أخرى، يمكن حصرها فيما يلي³:

- ضمان تنظيم وبرمجة العلاج الشفائي والتشخيص وإعادة التأهيل الطبي والاستشفاء؛
- تطبيق البرامج الوطنية للصحة؛
- ضمان حفظ الصحة والنقاوة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية؛
- ضمان تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة وتحديد معارفهم؛
- كما يمكن استخدام المؤسسة العمومية الاستشفائية كميدان للتكوين الطبي وشبه الطبي، والتكوين في التسيير الاستشفائي على أساس اتفاقيات تبرم مع مؤسسات التكوين، وهذا ليس إلزاما وإنما بمحض إرادة المؤسسة.

إداريا تسيير المؤسسات العمومية الاستشفائية بمجلس إدارة يديرها المدير وتزود بهيئة استشارية تدعى المجلس الطبي⁴. كما أنها تخضع للرقابة القبلية والبعدية من طرف الأجهزة المؤهلة طبقا للقوانين والتنظيمات المعمول بها.

¹ المرجع نفسه، المادة 09.

² الجريدة الرسمية العدد 33 المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها، الصادرة بتاريخ 20 ماي 2007، المادة 02.

³ المرجع نفسه، المادة 04 و 05.

⁴ المرجع نفسه، المادة 10.

4. المؤسسة العمومية للصحة الجوارية (EPSP): هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، وتوضع تحت وصاية الوالي تم إنشاؤها بموجب المرسوم التنفيذي رقم 140 - 07 سالف الذكر، وتتكون من مصالح التشخيص والعلاج والوقاية وتعمل على التكفل الطبي والتغطية الصحية على مستوى البلدية¹. تتمثل مهامها في التكفل بصفة متكاملة فيما يلي:²

- الوقاية والعلاج القاعدي؛
 - تشخيص المرض؛ العلاج الجوّاري؛
 - الفحوصات الخاصة بالطب العام والطب المتخصص القاعدي؛
 - الأنشطة المرتبطة بالصحة الانجابية والتخطيط العائلي؛ تنفيذ البرامج الوطنية للصحة والسكان؛
 - وتكلف على وجه الخصوص بالمساهمة في ترقية وحماية البيئة في المجالات المرتبطة بحفظ الصحة والنقاوة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية والصحة المدرسية، بالإضافة إلى المساهمة في تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة وتحديد معارفهم؛
 - ويمكن استخدام المؤسسة العمومية للصحة الجوارية ميدانا للتكوين الطبي وشبه الطبي والتكوين في التسيير الاستشفائي على أساس اتفاقيات تبرم مع مؤسسات التكوين.
- أما إداريا فتسير المؤسسات العمومية للصحة الجوارية بنفس طريقة تسيير المؤسسات العمومية الاستشفائية، كما أنها تخضع أيضا للرقابة القبلية والبعدية من طرف الأجهزة المؤهلة قانونا.
- إلا أنه وحسب نص المادة 298 من القانون رقم 18-11 المتضمن قانون الصحة، فمن المقرر العودة إلى نظام المقاطعات الصحية وهذا بإلغاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية، في انتظار صدور النصوص التنظيمية³.

5. المؤسسة الاستشفائية الجامعية أول نوفمبر بوهرا (EHU): هي مؤسسة عمومية ذات طابع خاص تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، وتوضع تحت الوصاية الإدارية للوزير المكلف بالصحة وتحت وصاية وزير التعليم العالي والبحث العلمي من الناحية البيداغوجية، حيث تتعلق هذه الأخيرة بتنظيم النشاطات البيداغوجية والعلمية وكذا تحديد شروط التحاق الطلبة وتوجيههم، بالإضافة إلى الموافقة على مداورات مجلس الإدارة فيما يخص المسائل المتعلقة بالتكوين العالي و البحث العلمي في العلوم الطبية.⁴

¹ المرجع نفسه، المادة 06 و 07.

² المرجع نفسه، المادة 08 و 09.

³ القانون رقم 18/11 المؤرخ في 02 يوليو 2018 يتعلق بالصحة، مرجع سبق ذكره، المادة 298.

⁴ الجريدة الرسمية العدد 48، المرسوم الرئاسي رقم 03-270 المؤرخ في 13 أوت 2003 المتضمن إنشاء المؤسسة الاستشفائية الجامعية لوهران وتنظيمها وسيرها، الصادرة بتاريخ 13 أوت 2003، المادة 02 و 03.

المؤسسة الاستشفائية الجامعية أداة لتنفيذ السياسة الوطنية للصحة في ميدان العلاج ذي المستوى العالي والسياسة الوطنية للتكوين العالي والبحث العلمي، وبذلك فهي تشرف على مهام عديدة ومتنوعة في كل من ميدان الصحة كضمان الأنشطة ذات المستوى العالي في التشخيص والكشف والعلاج والوقاية وكل النشاطات التي تساهم في حماية الصحة وترقيتها، وفي ميدان التكوين العالي كضمان تكوين التدرج وما بعد التدرج في العلوم الطبية والمشاركة في إعداد وتطبيق البرامج المتصلة به بالتعاون مع مؤسسات التكوين العالي في العلوم الطبية، مع المبادرة بكل عمل يساهم في تحسين مستوى المستخدمين وتحديد معارفهم، كذلك في ميدان البحث من خلال القيام بكل أشغال البحث في علوم الصحة وفي كل الميادين ذات العلاقة بمهامها، بالإضافة إلى تنظيم تظاهرات تقنية وعلمية قصد ترقية نشاطات العلاج والتكوين العالي والبحث في العلوم الطبية... إلخ.¹

وإداريا يسير المؤسسة الاستشفائية الجامعية أول نوفمبر بوهراڤ مجلس إدارة ويديرها مدير عام يساعده في ممارسة سلطاته مجلس علمي²، كما تخضع للرقابة البعدية من طرف الأجهزة المؤهلة قانونا³، أما هيكلها التنظيمي فقد تمت الموافقة عليه من طرف المجلس الإداري للمؤسسة بعد اقتراح المدير العام.

6. **المؤسسات الاستشفائية (EH):** هي مؤسسات عمومية ذات طابع خاص تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، وتوضع تحت وصاية الوزير المكلف بالصحة،⁴ تخضع لأحكام المراسيم التنفيذية الخاصة بكل مؤسسة على حدة، وتوجد خمس مؤسسات من هذا النوع في كل من الولايات التالية: عين تموشنت (240 سرير)⁵، سكيكدة (240 سرير)⁶، وهران (240 سرير)⁷، سطيف (140 سرير)⁸ وقسنطينة (240 سرير)⁹.

¹ المرجع نفسه، المادة 04.

² المرجع نفسه، المادة 07.

³ المرجع نفسه، المادة 27.

⁴ محمد ولد قادة، سلسلة التسيير الاستشفائي، 2022، ص 62.

⁵ الجريدة الرسمية العدد 78، المرسوم التنفيذي رقم 05-495 المؤرخ في 30 نوفمبر 2006، المتضمن انشاء المؤسسة الاستشفائية عين تموشنت، الصادرة بتاريخ 04 ديسمبر 2006.

⁶ الجريدة الرسمية العدد 27، المرسوم التنفيذي رقم 06-143 المؤرخ في 26 أبريل 2006، المتضمن انشاء المؤسسة الاستشفائية بسكيكدة، الصادرة بتاريخ 26 أبريل 2006.

⁷ الجريدة الرسمية العدد 70، المرسوم التنفيذي رقم 06-384 المؤرخ في 28 أكتوبر 2006، المتضمن انشاء المؤسسة الاستشفائية عين الترك ولاية وهران، الصادرة بتاريخ 05 نوفمبر 2006.

⁸ الجريدة الرسمية العدد 75، المرسوم التنفيذي رقم 06-422 المؤرخ في 22 نوفمبر 2006، المتضمن انشاء المؤسسة الاستشفائية عين آزال ولاية ولاية سطيف، الصادرة بتاريخ 26 نوفمبر 2006.

⁹ الجريدة الرسمية العدد 44، المرسوم التنفيذي رقم 07-209 المؤرخ في 01 جويلية 2007، المتضمن انشاء المؤسسة الاستشفائية ديدوش مراد ولاية قسنطينة، الصادرة بتاريخ 08 جويلية 2007.

حيث تتولى القيام بالمهام التالية:¹

- تتكفل بتغطية الاحتياجات الصحية لسكان الولاية وكذا سكان الولايات المجاورة؛
 - ضمان نشاطات في ميادين التشخيص والعلاج والوقاية وإعادة التأهيل الطبي والاستشفاء وكل نشاط يساهم في حماية الصحة وترقيتها؛
 - تطبيق برامج الصحة الوطنية والجهوية والمحلية؛
 - الاستشفاء والاستعجالات الطبية الجراحية إلى جانب نشاطات تساهم في حماية الصحة؛
 - المساهمة في حماية المحيط وترقيته في الميادين التابعة للوقاية والنظافة الصحية ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية؛
 - المشاركة في تطوير كل الأعمال والمناهج والطرق والأدوات التي ترمي إلى ترقية تسيير عصري وفعال لمواردها البشرية والمالية والمادية؛
 - ضمان النشاطات المرتبطة بالصحة الانجابية والتخطيط العائلي؛
 - اقتراح الأعمال المتعلقة بتحسين مستوى المستخدمين وتحديد معارفهم مع اعداد معايير التجهيز الصحي والعلمي والبيداغوجي للهياكل الصحية؛
 - تطوير أقطاب امتياز في هذه الميادين.
- وإداريا يسيّر المؤسسات الاستشفائية مجلس إدارة ويديرها مدير عام يساعده في ممارسة سلطاته مجلس طبي². كما كما أنها تخضع للرقابة البعدية من طرف الأجهزة المؤهلة طبقا للقوانين والتنظيمات المعمول بها³.
- 7. المؤسسات الاستشفائية لطب العيون (EHO):** هي مؤسسات عمومية ذات طابع خاص تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، وتوضع تحت وصاية الوزير المكلف بالصحة⁴، تم انشاؤها في إطار شراكة الصداقة في مجال الصحة بين الجزائر وكوبا توجد أربعة منها في كل من ولاية الجلفة، ورقلة، بشار، والوادي. تتمثل مهامها فيما يلي:⁵
- التكفل بأمراض العيون في إطار السياسة الوطنية للصحة؛
 - تبرم عقود أهداف مع السلطات الصحية وسلطات التكوين المعنية؛

الجريدة الرسمية العدد 27، المرسوم التنفيذي رقم 06-143 المؤرخ في 26 أفريل 2006، المتضمن انشاء المؤسسة الاستشفائية بسكيكدة، مرجع سبق ذكره، المادة 03.

² الجريدة الرسمية العدد 75، المرسوم التنفيذي رقم 06-422 المؤرخ في 22 نوفمبر 2006، المتضمن انشاء المؤسسة الاستشفائية عين آزال ولاية سطيف، مرجع سبق ذكره، المادة 07.

³ المرجع نفسه، المادة 27.

⁴ الجريدة الرسمية العدد 41، المرسوم التنفيذي رقم 12-281 المؤرخ في 09 يوليو 2012 المتضمن انشاء المؤسسات الاستشفائية لطب العيون وتنظيمها وسيرها، الصادرة بتاريخ 15 يوليو 2012، المادة 02.

⁵ المرجع نفسه، المواد 03، 04، 05، 06.

- اعداد وتنفيذ مشروع نوعية ومشروع مؤسسة الذي يحدد الأهداف العامة السنوية والمتعددة السنوات واستراتيجيات تطوير نشاطاتها، في ميادين العلاج، التكوين، البحث، المسعى الاجتماعي، الاتصال الداخلي والخارجي وتسيير منظومة الاعلام، مع ضرورة أن يكون المشروعان في إطار سياسات الصحة والتكوين المقررة؛
- تستخدم كميدان للتكوين الطبي والشبه طبي والتسيير الاستشفائي على أساس اتفاقيات مشتركة. وإداريا تسيير المؤسسات الاستشفائية لطب العيون بنفس طريقة تسيير المؤسسات الاستشفائية أما هيكلها التنظيمي فلحد الآن لم يتم الافصاح عنه. والجدول التالي يلخص المؤسسات العمومية الصحية التي تم التطرق إليها من حيث النوع والتعداد كما يلي:

الجدول رقم(03): المؤسسات العمومية للصحة في الجزائر

المؤسسات العمومية للصحة في الجزائر			
العدد	ذات طابع خاص	العدد	ذات طابع إداري
01	المؤسسة الاستشفائية الجامعية أول نوفمبر بوهراڤ EHU	16	المراكز الاستشفائية الجامعية CHU
05	المؤسسات الاستشفائية EH	95	المؤسسات الاستشفائية المتخصصة EHS
04	المؤسسات الاستشفائية لطب العيون EHO	201	المؤسسات العمومية الاستشفائية EPH
		273	المؤسسات العمومية للصحة الجوارية EPSP

المصدر: من إعداد الطالبة، بالاعتماد على الموقع الرسمي لوزارة الصحة، <https://formation.sante.gov.dz>

من خلال الجدول نلاحظ أن المؤسسات العمومية للصحة ذات الطابع الإداري أكبر بكثير من المؤسسات ذات الطابع الخاص، والفرق الأساسي بينها يكمن في أن الأولى تخضع للرقابة القبلية والبعدية من طرف الأجهزة المؤهلة طبقا للقوانين والتنظيمات المعمول بها، إلى جانب خضوعها لنظام المحاسبة العمومية، أما المؤسسات ذات الطابع الخاص فهي تخضع للرقابة البعدية من طرف محافظ الحسابات إضافة إلى خضوعها لنظام المحاسبة المالية.

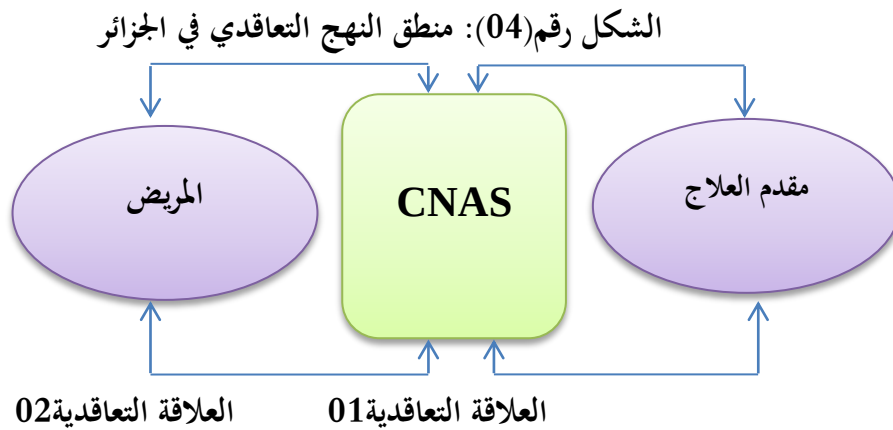
المطلب الثاني: النهج التعاقدي كآلية لتحديث التسيير في المؤسسات العمومية للصحة

في إطار تحسين الوضع في المؤسسات العمومية للصحة لاسيما علاقة المؤسسات الصحية بالمواطن، وهذا من خلال تقديم خدمات صحية ذات جودة ترقى إلى المستوى المطلوب، بادرت الوزارة الوصية بإعداد جملة من البرامج الإصلاحية وذلك باعتماد أساليب أكثر فعالية في التسيير، من خلال تجسيد النهج التعاقدي كأفضل نظام للتسيير والتحكم الدائم في تكاليف النفقات الصحية، والذي حقق نجاحا باهرا في العديد من دول العالم.

أولا: مفهوم النهج التعاقدي: يعرف وفق عدة جوانب كما يلي:¹

¹ أمال بعبط، إيمان بن قصير، التعاقد كآلية لترشيد النفقات الصحية في الجزائر، مداخلة في ملتقى دولي بجامعة المسيلة حول سياسات التحكم في الإنفاق الصحي يومي 24/25 نوفمبر، 2015، ص10.

- **قانونيا:** العقد هو التزام يلزم بموجبه شخص أو عدة أشخاص آخرين بمنع أو فعل أو عدم فعل شيء ما، ويشترط هذا العقد بمفهوم النهج التعاقدي شروطا لصحته تتمثل فيما يلي:
 - أطراف العقد: تتمثل في كل من الطبيب (أو المرفق الصحي) والمريض، الممول الأول بصفته منتج للخدمة الصحية والثاني بصفته مستهلك للخدمة الصحية، أما الطرف الثالث فيتمثل في الدولة وصندوق التأمينات الاجتماعية.
 - محل العقد: يتعلق بالمجهود المبذول من طرف الطبيب أو المرفق الصحي.
 - مبدأ الرضائية: أي رضی المستهلك، الطبيب المعالج أو المرفق الصحي، ورضی ممولى العملية الانتاجية.
 - السبب: أي سبب التعاقد بهدف خلق شفافية في العلاقة بين ممولى قطاع الصحة ومنتجي الخدمات.
- **اقتصاديا:** هو العقد الذي يربط بين المنظومة الصحية والضمان الاجتماعي للدولة، فهو عقد وكالة غير تام، والهدف منه هو الشراء أو البيع، والذي يحتاج إلى تدخل أطراف قانونية لمواجهة الاتفاق المعنوي وكذا توافق المعلومات.
- **وفق النهج التعاقدي:** التعاقد يعني إبرام المؤسسة الصحية عقد مع ممولها بأداء خدمة أو بذل عناية مقابل تعويض مالي يساوي في مجموعه التكاليف المستعملة لتقديم الخدمة في إطار الأصول التعارف عليها. وعليه فالتعاقد هو سمة التسيير الحديث المبني على الشفافية، العقلانية والرشادة والشكل التالي يوضح منطق النهج التعاقدي في الجزائر:



Source : GUETTAF .L, FOU DI .B, « la coordination des acteurs (public-privé) dans les systèmes de santé Algérien et Marocain », revue des sciences humaines, université Mohamed Khaider- Biskra, N° 23, novembre 2011, p 35.

ثانيا: أهداف النهج التعاقدي

في إطار عصرنه وتحديث الهياكل الصحية والتي من شأنها الارتقاء بالمؤسسات الصحية التي كانت قد شهدت عدة اضطرابات في التسيير منذ تأسيس مجانية العلاج، تم التفكير في تطبيق النهج التعاقدية كآلية حديثة تساهم في تحسين جودة ونوعية الخدمات الصحية المقدمة وهذا من خلال ما يلي:¹

- **التحكم في النفقات:** أي تحقيق الأهداف المسطرة بأقل تكلفة ممكنة، وذلك من خلال تشخيص التكاليف الحقيقية، وكذا التسيير العقلاني للموارد البشرية من خلال تحديد مهام كل وظيفة بالتفصيل كأساس للتقييم واعداد سياسة تكوين وإعادة الرسكلة، بالإضافة إلى عقلانية الانفاق وهذا بالاستغلال الأمثل للموارد المتاحة بالتعاقد مثلاً مع جهات خارجية في مجالات مختلفة كالحراسة التنظيف، الإطعام... إلخ، والتي من شأنها زيادة رضى المريض، كذلك من خلال التحكم في بعض المؤشرات الصحية أهمها نسبة الاستشفاء والتي ارتفاعها يؤدي إلى الزيادة في حجم الانفاق لذلك فإن التحكم فيها يسمح بتخفيض تكلفتها.
- **تحسين نوعية العلاج:** وذلك من خلال الاهتمام بسلوكيات المعاملة وحسن الاستقبال والتوجيه، بالإضافة إلى تعزيز سبل الاتصال مع المرضى وتقديم التوضيحات اللازمة عن وضعيتهم الصحية لكسب ثقتهم، وكذلك التركيز على تحقيق درجات عالية من الجودة بأقل تكلفة ممكنة من أجل تحقيق النجاعة في الأداء، وكذا إعادة ربط العلاقة مع المحيط والمجتمع لتبيان أهمية الدور الذي تلعبه الهياكل الصحية.
- **تحقيق الشفافية في علاقة المؤسسة مع مموليها:** وذلك من خلال وضوح العلاقة بين مقدمي الخدمة الصحية ومموليها عمومية كانت أو خاصة، فالتعاقد يسمح للدولة بتحديث النظام الصحي ويقضي على كل الحواجز بين القطاع العام والخاص وهذا بإدماج القطاع الخاص في الميدان الصحي.
- **احترام مبدأ تدرج العلاج:** يقصد به هرمية مجموع الهياكل الصحية على كل مستويات الصحة الوطنية حسب درجة التعقيد وتخفيض العلاج، انطلاقاً من الهياكل الصحية القاعدية إلى غاية الوصول إلى الهياكل الاستشفائية الثقيلة.

ثالثاً: أنواع النهج التعاقدية

يوجد نوعين من النهج التعاقدية وفق المنظمة العالمية للصحة هما داخلي وخارجي كما يلي:

1. **النهج التعاقدية الداخلي:** يتعلق التعاقد الداخلي بالتنظيم الداخلي للمؤسسة الصحية، وذلك من خلال استعداد الفاعلين الطبيين وكذا إدارة المستشفى بقبول تغيير في نماذجهم الرشيدة، والذي يتعلق بتوزيع المسؤوليات والسلطات إضافة إلى استخدام كل الوسائل الحديثة من أجل تحقيق أداء جيد وتحكم أفضل في التكاليف²، ومن أهم وسائله نجد "مشروع المؤسسة"، حيث ظهرت فكرة مشروع المؤسسة كآلية تستجيب

¹ يوسف بوكديون، أثر ترشيد التسيير على جودة الخدمة الصحية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية الجزائرية، أطروحة دكتوراه، تخصص إدارة أعمال، قسم العلوم التجارية، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر، الجزائر 03، 2016-2017، ص 301، (بتصرف).

² بن البار سعد، فيجل عبد الحميد، ضرورة اعتماد النمط التعاقدية كأسلوب جديد للتحكم في ترايد النفقات الصحية: تطوره وعقباته في التجربة الجزائرية، مداخلة في ملتقى دولي حول سياسات التحكم في الإنفاق الصحي، جامعة المسيلة، يومي 24/25 نوفمبر 2015، ص 5.

لضرورة العصرية، وذلك لكونها تمكن المؤسسة الصحية الانتقال من تسيير إداري إلى منطق تسيير يقوم على تحديد الأهداف وكذلك يستجيب لضرورة تعبئة الموارد البشرية حول تلك الأهداف، وما يساعد على ذلك هو تمتع المؤسسات العمومية الصحية بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي.

وكتعريف لمشروع المؤسسة يمكن القول بأنه "عبارة عن فعل إداري مشترك يؤكد على خصوصيات المؤسسة، وهويتها التي يتم تجسيدها في الميثاق الذي يمثل المرجع الأساسي الدائم للعمليات المتخذة، وهو يجمع بين ثقافات الفاعلين في المؤسسة"¹.

يتكون مشروع المؤسسة الصحية من مجموعة مشاريع أساسية متكاملة فيما بينها، تسمح بالتقاء كل الأطراف المتدخلة في العملية الصحية داخل المؤسسة وخارجها، وهي كالاتي²:

➤ **المشروع الطبي:** يتمثل في تشخيص الإمكانيات والقدرات الطبية، وأشكال التنظيم التي تعرضها المؤسسة الصحية للتسيير في إطار متكامل ومعروف، للاستجابة للمهام الصحية المسندة إليها في إطار استعجالي على المدى القصير بالنسبة للعلاجات المتواصلة، وعلى المدى الطويل بالنسبة للعلاجات التي لها علاقة بالاستشفاء، ومنه يتبين لنا أن المشروع الطبي يعتبر بمثابة العمود الفقري لمشروع المؤسسة وأساسي لإعداد المشروعات الأخرى.

➤ **المشروع شبه الطبي:** كما يعرف باسم مشروع المصلحة لأنه عبارة عن برنامج يتم إعداده من طرف رئيس المصلحة بالمشاركة مع مساعديه للتعريف بنظرتهم المستقبلية للمصلحة.

➤ **المشروع الاجتماعي:** هو مشروع يتم إعداده من طرف مديرية تسيير الموارد البشرية، إذ يعبر عن التفكير الاستراتيجي الذي يستهدف استكمال ومتابعة التغيرات التي يقوم بها مشروع المؤسسة لتسهيل عملية تكيف المستخدمين، واختيار الكفاءات تبعا للأهداف المسطرة.

ومنه يمكن القول أن مشروع المؤسسة يهدف لكسب الرهانات المطروحة التي توضع من أجل تحقيق الأهداف التالية³:

- تعبئة الهياكل الصحية حتى تنخرط في مشروع مؤسسة صحة الغد؛
- التميز في نوعية الخدمات الصحية المقدمة كما ونوعا، وبالتالي الوصول بها لمميزات الجودة؛
- ترقية المناخ الصحي؛
- تدعيم اللامركزية؛

¹ Lefèvre .P, « *Guide de formation du directeur d'établissement social et médico-social* », Paris, Dunod, 1999, p. 151.

² قبة فاطمة، تحديث تسيير المؤسسات العمومية الاستشفائية وعلاقته بجودة الخدمات الصحية، دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية ببوفاريك، أطروحة دكتوراه، تخصص إدارة أعمال، قسم علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة البليدة 2، الجزائر، 2015/2016، ص 236.

³ المرجع نفسه، ص 237.

- تميز البرامج الصحية بالمرونة في التنفيذ.

ومن خلال ذلك نتوصل إلى وضع مشروع صحي شامل يعمل على التنسيق بين التسيير الداخلي والخارجي للمؤسسة الصحية، كما يعبر عن آلية جديدة تجعل المؤسسة تتقاسم مستقبلها ومصيرها مع مستخدميها وتنمي روح انتمائهم لمجموعة تحمل نفس القيم.

وباعتبار أن مشروع المؤسسة عبارة عن خطة عمل تساهم جميع الأطراف المعنية في بلورته، وبما أنه يمثل المسار الشامل للمؤسسة الاستشفائية، فلا بد أن يتميز بجملة من الخصائص أهمها: أن يكون وثيقة مكتوبة مرجعية، وسيلة بعث حيوية داخل المؤسسة بحيث يتولى التنسيق بين المستويات الطبية المختلفة وتعريفها بالوسائل التي يجب استخدامها لتحقيق الأهداف المسطرة، فضاء للمشاركة من خلال ارساء روح التضامن والمسؤولية لتحقيق المصلحة العامة، أن يكون المشروع بمثابة رسالة للمحيط الخارجي، وأن يكون أيضا مشروع تعبئة وتجنيد¹.

2. النهج التعاقدي الخارجي: هو عبارة عن أسلوب تسيير قائم على نظام تقديم الخدمة والمخالصة، وهذا الأسلوب من شأنه أن يكون كبديل لأسلوب المساهمة السنوية أي إمكانية زيادة التمويل تكون مرتبطة بحجم النشاط، هذا من شأنه إحداث جو تنافسي يصب في صالح النوعية والتكلفة وسهولة الحصول عليها. كما يتم التعاقد بمساهمة هيئات الضمان الاجتماعي في ميزانيات المؤسسات العمومية للصحة، هذا التعاقد هو المحور الأساسي في إصلاح المستشفيات الذي يجب أن يطبق على أساس علاقة تعاقدية، بالإضافة إلى تكفل الدولة بالعلاج المقدم إلى المعوزين عن طريق هيئات النشاط الاجتماعي، كما تتكفل أيضا بنفقات الوقاية، التكوين والبحث العلمي.

وبالنسبة للأطراف المتدخلة في التعاقد الخارجي فتتمثل في كل من المؤسسة الصحية، الضمان الاجتماعي، والنشاط الاجتماعي حيث:²

- **المؤسسة الصحية:** يركز تطبيق سياسة التعاقد على مستوى المؤسسة الصحية على مهام مكتب الدخول الذي يتكفل إداريا بالمستفيد (المريض) بداية من دخوله إلى المستشفى وتسجيله وتكوين ملفه الطبي إلى حين خروجه وتحرير فاتورة علاجه طيلة مدة استشفائه.

- **الضمان الاجتماعي:** مصلحة المستشفيات على مستوى هيئات الضمان الاجتماعي هي المتعامل الرئيسي مع المؤسسات الصحية التي تمنح شهادة التكفل للمؤمنين اجتماعيا وذويهم بقرار الاستشفاء الاستعجالي حتى ولو كانوا تابعين لوكالة خارج الولاية، مع مراقبة فواتير العلاج المقدمة لمجموع المتكفل بهم من قبل المراقبة الطبية لمصالح هيئات الضمان الاجتماعي.

¹ المرجع نفسه، ص ص 238، 239، 240 (بتصرف).

² المرجع نفسه، ص ص 250، 251، (بتصرف).

- النشاط الاجتماعي: تمثل المتحدث الرسمي من المؤسسات الصحية بشأن تحديد المعوزين غير المؤمن لهم اجتماعيا وذويهم بمنحهم بطاقات تسمح لهم بالعلاج في هياكل الصحة العمومية، مع مساعدة مصالح الجماعات المحلية بواسطة البلديات للتعريف بالفئات المحرومة، في حالة الاستعجال فإن التكفل يجب أن يقدم من أقرب هيئة نشاط اجتماعي التابعة للولاية مهما كان مكان إقامة المستفيد المعوز.

رابعا: الشروط الأساسية لنجاح النهج التعاقدية

لإنجاح العلاقة بين المؤسسة الصحية ومموليها وبالتالي دفع النظام الصحي إلى تحسين نوعية وجودة الخدمات الصحية، يستلزم انشاء مؤسستين هامتين هما:¹

- الوكالة الجهوية الاستشفائية (ARH): يسيروها مجلس إدارة متكون من ممثل الإدارة الوصية، ممثل الجماعات المحلية والتي تتواجد بها القطاعات الصحية مثل صندوق التأمينات الاجتماعية الجهوية، ممثل مستخدمي الصحة.
- الوكالة الوطنية للاعتماد والتقييم الصحي (ANAES): تنصيب الوكالة ضرورة يمكن بفضلها التحكم في النفقات العلاجية ومن أهم مهامها ما يلي:
 - مراقبة وتقييم الخدمة الصحية وكذا مراقبة تدرج العلاج؛
 - توجد معايير القبول على مستوى المصالح الاستشفائية؛
 - تحديد مدة الإقامة وفقا لمجموعات متجانسة من المرضى (GHM) ؛
 - إعداد مجموعات وبائية متجانسة لتحديد تكاليف علاجها؛
 - وضع مؤشرات توفيقية بين الهياكل وأيضا وضع سياق الإنتاج.

خامسا: تحديات النهج التعاقدية

- يواجه النهج التعاقدية العديد من التحديات والصعوبات التي تحد من تطبيقه على أرض الواقع والاستفادة منه لكل من المؤسسات العمومية الصحية والمرضى على حد سواء، ندرجها على النحو التالي:²
- نقص الاعتمادات ذات الطابع الوقائي، فبالرغم من اختلاف القطاعات الصحية وتركيز نشاطاتها على الوقاية إلا أن ميزانية هذه الأخيرة لا تلي الحاجات المفروض تغطيتها؛
 - غياب الوثائق المحاسبية، فعدم وجود حساب التسيير المادي والصيدلاني يقلل من العقلانية ويتعارض مع إجبارية تعميم طريقة الكلفة على مستوى مراكز المسؤولية؛
 - غياب برامج النشاط، والذي يتم التداول عليه في اجتماع المجلس الإداري، حيث يعتبر وثيقة أساسية وهامة في تسيير الموارد المادية والمالية معا؛

¹ يوسف بوكدر، مرجع سبق ذكره، ص 303.

² عدنان مريزق، واقع جودة الخدمات الصحية في مؤسسات الصحة العمومية، دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة، مرجع سبق ذكره، ص 190.

- غياب التجسيد الفعلي لمشروع المؤسسة الذي يشخص حالة هذه الأخيرة مع آفاقها المستقبلية خاصة فيما يخص التمويل؛
- نوعية الاستقبال وظروف الإقامة التي يعاني منها المستفيد (المريض) أثناء وجوده في المصالح الصحية العمومية، زيادة على النقص الفادح في أساليب الاتصال مع مستخدمي الصحة؛
- قدم الهياكل الصحية والعتاد سواء الطبي أو غيره المستعمل في القطاع الصحي العام، مما يدفع جميع محترفي الصحة لرفع مخاوفهم بسبب المخاطر التي تحيط بهم؛
- ثقل الاجراءات التنظيمية في تسيير المرافق الصحية؛
- ضعف صيانة التجهيزات الطبية والتجهيزات المرافقة المكتسبة، إضافة إلى العوائق المالية لاسترداد المواد الاستهلاكية الطبية؛
- قلة نسبة التصريح لصندوق الضمان الاجتماعي للعمال غير الأجراء والتي تصل إلى % 02 فقط، وهذا ما يؤثر على العجز المالي للصندوق وبالتالي مشاكل التكفل الصحي؛
- غياب الهياكل الاستشفائية مما يحتم على مصالح الضمان الاجتماعي توجيه المستفيدين إلى عيادات خاصة متواجدة بنفس الإقليم لتغطية النقص الموجود؛
- تأخر وكالات الضمان الاجتماعي في إقامة مصالح "المستشفيات-عيادات" خاصة تلك المستقبلية لأعداد كبيرة من المستفيدين؛
- قيود تمويل نظام الضمان الاجتماعي، فالارتفاع المعتبر لنفقات الضمان الاجتماعي أمر مثير للانشغال خصوصا في ظل تدهور الأوضاع الاقتصادية وسوق العمل، والذي يؤثر سلبا على تطور نظام الضمان الاجتماعي الممول أساسا من خلال الاشتراكات الاجتماعية.

المطلب الثالث: استراتيجية إصلاح المنظومة الصحية الجزائرية

سعى من الحكومة الجزائرية لتطبيق مبادئ المناجنت العمومي الجديد في سبيل تطوير وإصلاح المنظومة الصحية الجزائرية والارتقاء بجودة الخدمات الصحية إلى المستوى المطلوب، خاصة في ظل ارتفاع مستوى الطلب على الخدمات الصحية، فقد باشرت الحكومة مجموعة من المجهودات والوسائل لضمان التسيير الحسن على مستوى المؤسسات العمومية للصحة باعتبارها العمود الفقري للمنظومة الصحية الجزائرية والمسؤول الأول عن مختلف المؤشرات الصحية في البلاد، يأتي هذا بعد المشاكل الكثيرة ونقاط الضعف التي عانى منها القطاع، والتي أثرت على فعالية تسييره سواء تعلق الأمر بطريقة التسيير أو تنظيم المستشفيات أو التمويل أو التكوين أو نظام المعلومات أو جودة الخدمات الصحية المقدمة.

أولا: مشروع الإصلاح

يعتبر القطاع الصحي النواة الأساسية للمنظومة الصحية، وتعتبر المؤسسات الاستشفائية حجر الزاوية في هذا القطاع، حيث تتوفر على القسم الأكبر من الإمكانيات المادية والبشرية، وهذا ما جاء به التقرير التمهيدي

للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات والذي تم إنشاؤه خلال الملتقى الوطني الذي جرت فعالياته يومي 15 و 16 أوت من عام 2002، إذ تم اعتماد المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات في بداية الملتقى، وقد تم اعتماد مكتب المجلس وتحديد مهامه في نفس اليوم من خلال المداخلة التي تقدم بها السيد وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات آنذاك.

بداية الإصلاح كانت من تغيير اسم وزارة الصحة والسكان إلى وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، وحسب ما ورد في التقرير التمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات مجموعة من الأهداف يسعى المجلس لتحقيقها تمثلت فيما يلي:¹

- احصاء عروض العلاج والاستشفاء وتكييفها مع الحاجات الصحية للمواطن بالاعتماد على نظام إعلامي فعال؛
 - ضمان الموارد المالية اللازمة للسير الحسن للمؤسسات الصحية؛
 - التأكيد على حقوق وواجبات المستعملين وحماية المستفيدين على وجه الخصوص؛
 - إعادة التأكيد على الالتزامات التعاقدية لكل المتدخلين في صحة المواطن؛
 - توفير الإمكانيات الضرورية لمحترفي الصحة، مهما كانت مسؤولياتهم، وذلك قصد الاستجابة بفعالية أكثر للحاجات الصحية والاجتماعية؛
 - تحسين فعالية النفقات التي تخصصها الجماعة في أي شكل كان للمؤسسات الصحية.
- وقد ركز المجلس من خلال مشروع الإصلاح في دراسته للمشاكل التي يُعاني منها القطاع على مجموعة من الملفات تمحورت فيما يلي:²

1. ملف الحاجيات الصحية والطلب على الخدمة الصحية: حدد هذا الملف كمف ذو أولوية في المعالجة خلال دورات المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات والتي كانت يومي 15 و 16 أوت 2002 ويوم 1 أكتوبر 2002 ، وقد تمحور الملف حول طرق التنسيق بين النظام الوطني للصحة والمنظومة الاستشفائية، وذلك من خلال عدم عزل المؤسسات الاستشفائية عن المجتمع وعن الإطار الوبائي، المالي والتنظيمي، كما تطرق بالتفصيل إلى أهم المفاهيم المتعلقة بالطلب على الصحة بأنواعها، والطلب على الصحة في الجزائر، إضافة إلى الطلب على الصحة في المستقبل، ومن بين ما تم التطرق إليه أيضا في هذا الملف التسلسل في الهياكل الصحية وعرض الخدمة الصحية، ومختلف المؤشرات الصحية، أما في الجانب التنظيمي فقد ركز على تحسين نظام المعلومات الاستشفائي كآلية تساعد على حسن تسيير المرفق الصحي العمومي.

¹ www.santé.dz/reforme-hospitalière/rapport-session-sommaire-2, vu le 12/05/2023 à 22h :39min.

² Les 6 dossiers de la réforme hospitalière, www.santé.dz/reforme.hospitalière/dossier-1-6 vu le 12/05/2023 à 23h50.

2. ملف اصلاح الهياكل الاستشفائية: تمحور هذا الملف حول إصلاح الهياكل الصحية والاستشفائية، وذلك بإدراج جملة من الأهداف تمثلت فيما يلي:

- تعزيز رقابة الدولة على مؤسسات العلاج العمومية والخاصة؛
- الحرص على تنظيم محكم للمؤسسات العمومية والخاصة على حد سواء، من خلال إدخال أدوات التخطيط والضبط المالي مع إشراك المواطن في عملية التنظيم؛
- التكامل بين القطاع العمومي والخاص؛
- المساهمة الفعالة للمرضى والجمعيات من خلال الإدلاء بآرائهم حول توزيع شبكة العلاج، وجودة الخدمة الصحية؛
- استعجال وضع دعامة إعلامية التي تعد الركيزة الأساسية لنجاح أي عمل إصلاحي.

3. ملف الموارد البشرية: اهتم هذا الملف بعنصر أساسي في النظام الصحي وهو المستخدمين، وذلك من خلال السهر على مراجعة أحوالهم الشخصية، شروط وظروف عملهم، علاواتهم وأجورهم، ترقية في المسار المهني وتكوينهم، حيث أن التكوين يعد ضرورة ملحة بالنسبة لكل فئات المستخدمين الطبيين، شبه الطبيين المسيرين والتقنيين، وهذا بالاشتراك مع قطاعات أخرى كالتعليم العالي والتكوين المهني على وجه الخصوص.

4. ملف التمويل: من بين اهتمامات هذا الملف دراسة طرق توسيع موارد تمويل المؤسسات الاستشفائية، وضرورة إعادة النظر في التنظيم من ناحية التسيير المالي، بالإضافة إلى السهر على تكييف القوانين الأساسية التي تسيّر المؤسسات الصحية حالياً مع التعديلات الجارية خاصة في مجال التمويل القائم على التعاقد في النشاطات، وحول الشروط الواجبة لتخصيص الميزانيات والفوترة بطريقة تسعى لتحقيق المساواة في الحصول على العلاج بالنسبة لكل المرضى. كما أشار هذا الملف إلى جملة من التدابير المستعجلة والتي تمثلت في:

- تكوين مجموعات عمل متعددة الاختصاصات، صحة ضمان اجتماعي مكلفة بالمراجعة والتحديث التقني والمالي؛

- تكوين فريق عمل مكلف بإعداد مخطط محاسبي وطني خاص بالقطاع الاستشفائي؛

- تكوين فريق عمل مكلف بإعداد نموذج إجراءات تسيير الوسائل الضرورية لتحسين تسيير المؤسسات الاستشفائية؛

- فتح حساب خاص لدى قابض المؤسسة الاستشفائية من طرف الضمان الاجتماعي يتم استعماله في حالة التكفل بالأمراض المستعصية والتي تتطلب أموال كبيرة.

5. ملف الموارد المادية: ارتكز هذا الملف على ضرورة إدماج الوسائل المادية الضرورية لتنظيم العلاج، الذي يستدعي توازناً بين الوسائل ومستوى النشاط وبين تسلسل العلاج وتقييم الوسائل، والهدف من ذلك هو

إعطاء كل الوسائل الضرورية لشبكة العلاج شرط أن تكون موزعة بعقلانية، وتشكل كل من الجوانب المرتبطة بالصيانة، المعايير التقنية، الأمن والنوعية والتكوين عناصر مكملة لهذا الملف.

6. ملف اشتراك القطاعات: نظرا لارتباط نشاطات وزارة الصحة إلى حد بعيد بنشاطات العديد من القطاعات الأخرى كقطاع المالية، العمل والحماية الاجتماعية، الضمان الاجتماعي، التضامن، التعليم العالي، التكوين المهني، الجماعات المحلية والبيئية، الصناعة والفلاحة، لذلك يجب ضمان الانسجام بين الصحة والسياسات العمومية الأخرى من خلال ادراج كل الأنشطة القطاعية ذات الصلة بالصحة ضمن الاستراتيجية العامة للوزارة.

ثانيا: مقترحات إصلاح المنظومة الصحية

بعد دراسة جميع الملفات التي تم عرضها من طرف الفرق المختصة ضمن المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات، تم في الأخير الخروج بجملة من المقترحات كحلول لمعالجة المشاكل المطروحة واصلاح المؤسسات الاستشفائية تمثلت فيما يلي:¹

1. حلول المشاكل المتعلقة بالتمويل:

- إعطاء بعد واقعي من خلال تحسين مدونة الأعمال الطبية والتسعير؛
- ضرورة اخضاع المؤسسات الصحية لمراقبة بعدية من طرف هيئات مؤهلة طبقا للقوانين والتنظيمات المعمول بها؛
- إعداد مخطط محاسبي وطني خاص بالمؤسسات الاستشفائية؛
- تحرير المبادرات التي تعتمد على مصادر خاصة في مجال المهام التي يؤديها المستشفى؛
- ضبط فئات المعوزين من خلال تحديد وزارة الصحة لطريقة التكفل المالي بهذه الفئات والتي تكون على عاتق وزارة التضامن؛
- فتح المجال أمام المؤسسات الاستشفائية لإبرام العقود وعروض الخدمات مع مختلف المؤسسات الوطنية والدولية؛
- إدراج الإيرادات في الميزانية؛
- الإعفاء من الرسوم الجمركية المفروضة على التجهيزات والوسائل الطبية؛
- الانتقال من منظومة ميزتها تمويل الهياكل إلى منظومة تستهدف تحويل النشاطات؛
- رفع الديون عن المؤسسات الاستشفائية؛
- احترام التسلسل السلمي وشبكات العلاج بصفتها المتحكم في التكاليف؛

¹ وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات، تقرير تهيدي، الأولويات والأنشطة المستعجلة، الجزائر، 2003 ، ص 10-17، (بتصرف)

- البحث عن مصادر جديدة لتمويل النظام الصحي الجزائري، من خلال استرجاع جزء من الضرائب على التبغ والتلوث، وإدراج مساهمة التأمينات الاقتصادية.
- 2. **الحلول المتعلقة بالموارد المادية والبشرية:** توصل المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات نتيجتين أساسيتين هما رداءة وهشاشة أنماط التنظيم الحالي للمؤسسات الاستشفائية، بالإضافة إلى قدم وانتهاء صلاحية التجهيزات والأدوات الحالية، وعلى ضوء ذلك تم اقتراح الحلول التالية:
 - مراجعة القوانين الأساسية للمستخدمين، من أجل تحسين شروط الممارسة في المسار المهني، وإدراج نظام تعويض محفز؛
 - توحيد الوسائل المادية والموارد البشرية، وكذلك وضع خريطة لتوزيع هذه الموارد؛
 - جعل صيدليات المستشفيات هياكل مستقلة، مع إدراج قانون يحكم سيرها وينظمها؛
 - تعديل مسار الصيدلية المركزية للمستشفيات وعودتها إلى مهمتها الأساسية كمضبط وليس كمحتكر لسوق الأدوية؛
 - إعطاء استقلالية أكبر في تسيير المؤسسات الاستشفائية؛
 - إنشاء مديرية مستقلة على مستوى الوزارة مكلفة بالصيانة؛
 - مراجعة الهياكل التنظيمية والإدارية للمؤسسات الصحية.
- 3. **الحلول المتعلقة بالتكوين:** يعتبر التكوين من أولويات المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات وقد اقترح الحلول التالية:
 - إعادة النظر في تعداد الفئات الطبية المتزايدة وإعادة تحديد مواصفات التكوين؛
 - وضع قنوات للمرور عبر التكوين الأكاديمي لتمكين تحرك المستخدمين وتسيير المهن مع الاعتراف بالكفاءات؛
 - وضع مخطط إعادة إدماج مهنيي الصحة المكونين أو الممارسين بالخارج بالتعاون مع وزارة التعليم العالي والبحث العلمي؛
 - إعادة تنظيم هياكل ومهام مؤسسات التكوين التابعة للقطاع حسب حاجيات هذا الأخير؛
 - إدخال تربصات تكوينية جديدة عند نهاية التعليم في الميدان خارج المراكز الاستشفائية الجامعية؛
 - إنشاء لجنة وزارية مشتركة بين وزارة الصحة ووزارة التعليم العالي والبحث العلمي تخول لها سلطة اتخاذ القرار؛
 - فتح ملحقات مدارس التكوين الشبه طبي على مستوى المؤسسات الصحية حسب الحاجات في إطار إعادة تأهيل المستخدمين وتحسين مستواهم.
- 4. **استحداث القطاع الخاص كحل من الحلول:** تخلق المؤسسات الاستشفائية الخاصة نوعا من العدالة والمساواة في الحصول على الخدمة للأفراد القادرين على الدفع، ولا يمكن إنكار الهدف التجاري الذي

أوجدت من أجله، كما أنه من شأنها فك الحناق على المؤسسات الاستشفائية العمومية وتركها للأشخاص غير القادرين على الدفع، على أن تنشط هذه المؤسسات في إطار القانون تحت ترخيص من الوزارة الوصية حسب المادة 256 من مشروع القانون التمهيدي لإصلاح المستشفيات والتي مفادها: "تخضع جميع الأنشطة الطبية والتقنية ذات الصلة بالصحة والممارسة للحساب الخاص إلى ترخيص من طرف المصالح المختصة بوزارة الصحة"¹.

5. الحلول المتعلقة بتسيير المؤسسات الاستشفائية: وهذا باقتراح ما يلي:

- إعداد القوانين الأساسية الخاصة بالمؤسسات الصحية العمومية، وترخيص إنشاء المؤسسات الاستشفائية الخاصة؛

- الزام المؤسسات بالتكفل بالنشاط الاستعجالي عند غياب الهياكل والتخصصات؛

- التفكير في طريقة تمويل القطاع الخاص وهذا مع الشريك (التأمينات الاجتماعية)، والذي من

خلاله يمكن للمواطنين الحصول على الخدمات الصحية حتى لا تقع على عاتقهم كل التكاليف؛

- دعم القطاع الخاص وتشجيعه على الشفافية والعقلانية في تقدير تكاليف العلاج.

ثالثا: أهم نتائج الإصلاح: تطبيقا لمشروع اصلاح المنظومة الصحية في الجزائر رفع القائمون على قطاع

الصحة تحديات إصلاحية عديدة، شملت مجالات التسيير والعلاج والدواء، وساعد ذلك على تلاشي وباء كورونا مطلع سنة 2022 الذي جمد مختلف الأنشطة لسنوات، ومن أبرز التحديات المرفوعة، تحقيق إصلاحات شاملة ومعقدة في القطاع الذي غرق في مشاكل عديدة أساسها سوء التسيير نعرض أهمها كما يلي:²

1. **تلاشي فيروس كورونا وعودة الحياة الطبيعية:** حيث شهد عام 2022 انفراجا في الأزمة الصحية، عقب تلاشي فيروس كورونا، وهو ما أذن بعودة الحياة الطبيعية في المجتمع الجزائري واستئناف القطاع الصحي لنشاطاته العادية التي تسمح له بتطبيق الاستراتيجية الوطنية للنهوض به.

2. **رسم خارطة طريق القطاع من خلال الجلسات الوطنية للصحة:** عرفت بداية سنة 2022 انعقاد الجلسات الوطنية للصحة التي كانت بمثابة التشخيص الحقيقي للقطاع وانطلاقة لتجديد المنظومة الصحية، من خلال التركيز على تحسين الظروف المهنية والمادية لمنتسبي قطاع الصحة في الجزائر، وكذا العمل على إيصال الطلب إلى أقصى نقطة في البلاد.

3. **عصرنة القطاع من خلال الرقمنة:** شكّلت الرقمنة تحديا حقيقيا لعصرنة القطاع الصحي وتسهيل الإجراءات للمهنيين والمرضى بما يضمن التوجه نحو "المستشفى الرقمي" وكانت البداية بصدر المرسوم التنفيذي رقم 22-

¹ وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات، تقرير تمهيدي، الأولويات والأنشطة المستعجلة، مرجع سبق ذكره، ص 41.

كريمة خلاص، 2022 عام الإصلاحات الصحية في الجزائر، تقرير على جريدة الشروق الجزائرية، صادر بتاريخ 20 ماي 2023، متاح على الموقع <https://www.echoroukonline.com/2022> (بتصرف).² الإلكتروني التالي:

251 المؤرخ في 30 جوان 2022 يتعلق بالوكالة الوطنية للرقمنة في الصحة، وتتمثل المهمة الرئيسية للوكالة في وضع نظام وطني للإعلام الصحي يضمن رقمنة النشاطات الطبية ويشجع تقاسم وتبادل وأمن وسرية المعطيات الصحية بين مهنيي الصحة وهيكل ومؤسسات الصحة والمستعملين ضمن احترام السر الطبي والمهني.

4. مشروع المستشفى الجزائري القطري الألماني: شكّل الإعلان عن مشروع المستشفى الجزائري القطري الألماني أحد أكبر الانجازات المعلن عنها خلال عام 2022، في إطار استراتيجية الإصلاح، الهدف من إنشاء هذا الصرح الطبي هو التكفل بمعظم الحالات المرضية والعمليات الجراحية، خاصة المستعصية منها، التي كانت تتطلب التحويل إلى الخارج، ومن المنتظر أن يوفر هذا المستشفى الذي يستوفي المعايير الدولية في مجال الهندسة الاستشفائية والمناجنت 400 سرير، إضافة إلى تدشين عشرات المرافق الصحية من قاعات علاج وعيادات متعددة الخدمات، أغلبها في الولايات النائية والمناطق المعزولة.

5. لأول مرة قانون أساسي لأعوان النظافة الاستشفائية والأمن: تشكّل القوانين الأساسية الالتزام الأكبر لوزارة الصحة، ويجري حاليا العمل على وضع اللّمسات الأخيرة للقوانين الأساسية لمستخدمي الصحة بالتنسيق مع الشريك الاجتماعي، ولأول مرة أعلنت وزارة الصحة عن قانون أساسي للنظافة الاستشفائية، وتم تحيين اللجان الخاصة بالنظافة ومباشرة الحملات التحسيسية من أجل تحسين المحيط الاستشفائي، وسيساهم القانون الأساسي الخاص بالمكلفين بالنظافة الاستشفائية الجاري إعداده حاليا فور دخوله حيز التطبيق في إعطاء دفع في مجال الحماية من الأمراض التي لها علاقة بالعلاج، كما سيتمكن من إدراج رتب جديدة في النظافة الاستشفائية، كما تقرر أيضا توحيد استعمال الأسرة والأفرشة والأغطية بلون واحد مع إبراز عبارة "مستشفيات الجزائر".

6. انتعاش الإنتاج الصيدلاني وتدشين وحدات إنتاجية عديدة: عرف الإنتاج الصيدلاني المحلي حركة أكبر، حيث رفع المصنعون المحليون من قدرات الإنتاج إلى مستويات تتماشى والاحتياجات الوطنية، بل وتفوقها أحيانا وهو ما سمح بتحقيق استثمارات عديدة، حيث انتقلت الصناعة الوطنية إلى منتجات كانت تكلف الخزينة العمومية عملة صعبة كبيرة، وهذا من خلال انشاء مصانع وشركات جزائرية كبيرة في مجال إنتاج الأدوية المضادة للسرطان وإعادة بعث أخرى ظلت تراوح مكانها لسنوات، كما تم التمهيد لانطلاق إنتاج وطني في مجال لقاح الأطفال والأنسولين بإعادة مكانة مجمع "صيدال" العمومي.

7. رفع القيود عن الاستثمار في مجال الصناعة الصيدلانية: اعتمدت وزارة الصناعة الصيدلانية استراتيجية جديدة من أجل ضمان سيادة صيدلانية وأمن صحي وطني والمساهمة في التنمية الاقتصادية الوطنية، من خلال ترقية الاستثمار الإنتاجي الذي يحرز فيه القطاع تقدما معتبرا، ولأجل ذلك تم رفع العديد من القيود الإجرائية والإدارية لتذليل الصعوبات التي أخرت انطلاق مئات المشاريع، ومن بين أهم الإجراءات إلغاء

شهادة التكافؤ الحيوي في ملفات تسجيل الأدوية على مستوى الوكالة الوطنية للمواد الصيدلانية الذي يندرج ضمن التسهيلات التي توليها السلطات العليا للصناعة الصيدلانية الوطنية من أجل الارتقاء بالصناعة الصيدلانية إلى جانب تمديد آجال الاعتماد للمؤسسات الصيدلانية إلى 6 أشهر وإمكانية الانتقال بعد ذلك إلى 5 سنوات إعادة تكييف بعض القواعد المتعلقة بعمليات التسجيل والمصادقة على الأدوية والمستلزمات الطبية، وكذا تمديد فترة التراخيص المؤقتة التي كانت مدتها 6 أشهر ورفعها إلى سنة كاملة مع إعادة النظر في بعض شروط الاعتماد وإعادة صياغة تعريف جديد للمؤسسة الصيدلانية للإنتاج، وكذا مراجعة كفاءات المصادقة على المستلزمات الطبية مع تمديد الفترة الانتقالية لتسوية ملفات المصادقة على المستلزمات الطبية المطروحة في السوق. وهو ما سمح بعودة الصناعة الصيدلانية الجزائرية بقوة في المعارض الدولية لاسيما معرض دكار المنظم شهر ماي 2022 ومعرض كوت ديفوار ديسمبر 2022، وكانت هذه المعارض فرصة للجزائر من أجل تكثيف مشاركة وتأكيد حضورها القوي بمنتجاتها الصيدلانية المختلفة بهدف اقتحام السوق الإفريقية.

8. **تقليص فاتورة الواردات والمراهنة على الصادرات:** تراهن وزارة الصناعة الصيدلانية على جلب الاستثمارات الأجنبية المباشرة للشركات متعددة الجنسيات الراغبة في إعادة تموقع وحداتها الإنتاجية لصناعة أدوية موجهة للتصدير نحو الأسواق العالمية وعملت لأجل ذلك على تطبيق قواعد الممارسات الحسنة التي تم صدورها والتي توفر بيئة ملائمة للاستثمار الأجنبي وتعزيز خيارات الجزائر في مشاريع التموقع، مع تكييف الإطار التشريعي والتنظيمي المرتبط بالتصدير، وستتيح هذه الإجراءات فرصة للارتقاء بالمنتج الوطني نحو التصدير بعد ضمان الاكتفاء الوطني وتلبية الاحتياجات الداخلية، وبالتالي خفض فاتورة واردات الدواء التي تستنزف سنويا العملة الصعبة.

9. **النظام التعاقدي.. ركيزة الإصلاحات:** يعدّ النظام التعاقدي خيارا استراتيجيا لإصلاح المنظومة الصحية وتحسين أدائها، وركيزة أساسية في مسار الإصلاح، فهو يسمح بتحديد أدوار وصلاحيات مختلف الفاعلين والمتدخلين في قطاع الصحة بالتقييم المنهجي للأنشطة والتكاليف وتحسين تنظيم وتسيير المؤسسات الصحية وكذا ترشيد النفقات حفاظا على مجانية العلاج.

10. **تحسين الوضعية المهنية لعمال الصحة:** في هذا السياق صدر المرسوم التنفيذي رقم 423-24 المؤرخ في 28 ديسمبر 2024، والذي يتضمن القانون الأساسي الخاص بالموظفات المنتميات لسلوك القابلات في الصحة العمومية، كما استفادت أسلاك أخرى، مثل الممارسين الطبيين العاميين والمتخصصين، وشبه الطبيين، والنفسانيين، والبيولوجيين، من مراجعة قوانينهم الأساسية، مما أدى إلى تحسينات في التصنيف والترقية واستحداث مناصب عليا جديدة.

رابعا: **تقييم عام لأداء المنظومة الصحية بعد الإصلاح :** حققت برامج الإصلاحات نتائج إيجابية إلى حد ما تعد كمكاسب للنظام الصحي الجزائري وكنقاط قوة في مجال الرعاية الصحية كما ونوعا، تحول على إثرها

اسم الوزارة من وزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات إلى وزارة الصحة، ولكن التحسن في بعض المؤشرات الصحية لا يعكس المستوى الصحي الحقيقي، الأمر الذي يستوجب إعادة النظر في النقائص والمشاكل التي أثرت سلبا على مسار تطور النظام الصحي وأضعفت فعاليته وكفاءته، حيث يمكن أن نستعين بالجدول التالي لمعرفة أهم بنود فعالية وعدم فعالية النظام الصحي:

الجدول رقم(04): أهم بنود فعالية وعدم فعالية النظام الصحي

بنود فعالية النظام الصحي	بنود عدم فعالية النظام الصحي
تحسن في مؤشرات الحالة الصحية	الأداء المنخفض للخدمات الصحية الأساسية
انخفاض في معدلات الوفيات والإصابة بالأمراض	تباين مستوى الأداء في الخدمات الصحية تبعا للمنطقة
وجود بنية تحتية صحية	وجود أمراض متعلقة بالفقر
التغطية الكاملة لخدمات الصحة العامة	تدهور الخدمات الصحية
ارتفاع معدل استخدام التطعيم	تكدر اليد العاملة الطبية في مناطق دون الأخرى
نظام متعدد للخدمات الصحية	انخفاض مستوى الحالة الصحية للأمهات والأطفال
التحسن في بعض مؤشرات نظام توصيل الخدمات الصحية	انخفاض الأجور الفعلية

المصدر: جمعية التنمية الصحية والبيئية، تقرير حول برنامج السياسات والنظم الصحية: الحالة الصحية والخدمات الصحية في مصر - دراسة تحليلية للوضع الراهن والرؤى المستقبلية، القاهرة، 2005، ص 106.

انطلاقا من بنود النظام الصحي المدونة في الجدول أعلاه يمكننا معرفة مدى تحقق الأهداف المسطرة ومدى فعالية ونجاح استراتيجية اصلاح المنظومة الصحية أو إخفاقها:¹

1. **تحسن المؤشرات الصحية:** عرفت المؤشرات الصحية تحسنا ملحوظا خصوصا في الآونة الأخيرة، كإنخفاض في معدلات الوفيات سواء تعلق الأمر بالرضع أو الأطفال الأقل من خمسة سنوات أو الأمهات وارتفاع مؤشر أمل الحياة عند الولادة ويعود ذلك إلى تطبيق جملة من البرامج الصحية المتعلقة بمكافحة الأمراض الخطيرة والمعدية، كالتوسع في عمليات التطعيم والتلقيح ضد الأمراض الفتاكة كالسل والكزاز والسعال الديكي وشلل الأطفال وجذري وغيرها، بالإضافة إلى البرامج الموجهة لصحة الأم وطفلها، لكن ما يمكن الإشارة إليه هو أنه وبالرغم من الإنجازات ونتائج المحققة في مختلف المجالات فإن هذه المؤشرات لا تعكس حقيقة وحجم الإمكانيات المالية والبشرية التي سخرتها الجهات الوصية في هذا المجال، وهذا ما يبرز حجم التحدي المنتظر

¹ كرمين سميرة، تقييم فعالية نتائج السياسة الصحية في الجزائر: دراسة تحليلية، مجلة البحوث والدراسات التجارية، المجلد 05، العدد 02، 2021، (الصفحات 61-79)، ص ص 75، 77، 76.

من طرف الدولة للوصول إلى مؤشرات صحية ذات المستوى المطلوب خصوصا إذا ما تم مقارنتها بالدول المتطورة.

2. **تحسن مؤشرات نظام توصيل الخدمات الصحية:** حيث ارتفع عدد ممارسي الصحة، ليسجل سنة 2017 طبيب واحد لكل 529 ساكن، وطبيب أسنان لكل 2925 ساكن، وصيدي لكل 3382 ساكن، وما يمكن الإشارة إليه في هذا الصدد هو نقص الأطباء المتخصصون، وذلك راجع إلى ضعف مستوى الأجور وكذا أساليب التحفيز على مستوى القطاع العام، مما أدى إلى استقالة أغلبهم ولجؤهم إلى العمل في العيادات الخاصة، ظهر هذا النقص خاصة بعد الجائحة التي عرفها العالم مؤخرا حيث تم الاستنجاد بالأطباء المتقاعدين لسد العجز في المستشفيات العمومية والمراكز الصحية لتقديم الدعم.
3. **وجود بنية تحتية صحية كاملة:** شهدت المنشآت القاعدية الصحية في بلادنا نموا متزايدا في الفترة الأخيرة، خاصة في إطار إصلاحات عام 2007 التي أقرت إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وذلك لتقريب الخدمات الصحية للمواطن، وتحسين أساليب التسيير ونوعية الخدمات على مستوى الهياكل العمومية، لكن ما يمكن الإشارة إليه هو رغم الجهود المبذولة من طرف الدولة لتوسع في البنى التحتية الصحية، إلا أن هناك تفاوت كبير في توزيعها على مختلف المناطق الوطن، إذ يبقى التحيز واضح على المناطق الحضرية دون الريفية، والمناطق الشمالية دون الداخلية والجنوبية، وهذا ما يمثل تحديا أمام السياسة الصحية لإيجاد حلول بديلة لهذا المشكل.
4. **التغطية الشاملة للخدمات الصحية العامة:** بالنسبة لتغطية الخدمات الصحية العامة نلاحظ أن هناك نقص كبير في الخدمات الصحية المقدمة من طرف القطاع العام، إذ أن في أغلب الأحيان يتجه المواطنون إلى القطاع الخاص لتلبية حاجاتهم الصحية، ويعود السبب إلى الظروف السيئة لاستقبال وإقامة المرضى وقلة النظافة والتأخر في تقديم الخدمة لندرة الأدوية والتعطل الدائم للتجهيزات الطبية وأحيانا عدم استعمالها لعدم توفر المورد البشري المؤهل وأجهزة (السكانير) أحسن مثال عن ذلك، بالرغم من ارتفاع حجم المخصصات المالية لاقتناء التجهيزات الطبية والذي بلغ 2076 مليون في سنة 2015، بعدما كان 1900 مليون سنة 2005 وبهذا يمكن لهذه التجهيزات أن تغطي الطلب المتزايد على الخدمات الصحية، إلا أنه وبسبب عدم وجود مختصين لاستعمال هذه الوسائل اهتلكت دون استغلالها، وهذا راجع إلى عدم اشتراط الصيانة عند اقتناء الأجهزة من الخارج، لكن بداية من سنة 2014 تم عقد مجلس وزاري نص على ضرورة اشتراط الصيانة في العقود، إلا أنه تم تهميش هذا الجانب فيما بعد، ويرجع المختصون في مجال الصحة إلى مركزية شراء الأجهزة الطبية، وأن الوزارة تحتفظ بصفقات الشراء على مستوى ضيق دون فتح المجال للشركات الخاصة من خلال المناقصة.

5. تباين مستوى الأداء في الخدمات الصحية تبعا للمنطقة: تكدس اليد العاملة المؤهلة في المناطق الحضرية الكبرى مما يجعل الخدمات الصحية تتوزع توزيعا غير عادلا بالنسبة لمناطق الوطن، ويعود السبب إلى تقييد الإنفاق الصحي للمناطق الكبرى دون المناطق الجنوبية والداخلية.

6. استمرار وجود الأمراض المتعلقة بالفقر: تراجع نسبة الإصابة بالأمراض المعدية والخطيرة في الآونة الأخيرة، لكن قابلها ارتفاع في الأمراض المزمنة، التي باتت السبب الرئيسي في ارتفاع عدد الوفيات ويعود ذلك إلى التشخيص المتأخر وارتفاع تكاليف العلاج والتكفل غير اللائق بالمرضى.

وعليه يتضح أن الإصلاحات التي عرفها القطاع، رغم ما حققته من نتائج إيجابية، لا تزال تواجه تحديات كبيرة على مستوى فعالية الأداء وتسيير الموارد، وهو ما يفرض ضرورة اعتماد آليات حديثة لضمان استمرارية التحسين والتصحيح، ومن بين أهم هذه الآليات تبرز مراقبة التسيير كوظيفة أساسية تسمح بتشخيص مواطن القوة والخلل، وتدعم اتخاذ القرار على أسس موضوعية وفعالة، وهو ما سنتطرق إليه في المبحث الموالي من خلال دراسة هذه الوظيفة من حيث مفهوما، أهميتها، ومجالات تطبيقها في المؤسسات العمومية.

المبحث الثالث: ماهية مراقبة التسيير في القطاع العمومي

أصبح نظام مراقبة التسيير يحتل الصدارة بين نظم المؤسسات الحديثة، ويفرض نفسه على كل مؤسسة تسعى لتحقيق النجاح، وهذا لمساهمته الفعالة في إكسابها السرعة للاستجابة للمستجدات واتخاذ القرارات الأكثر ملائمة، تنفيذ الاستراتيجيات وتنسيق الأداء في مختلف المستويات، تصحيح الأخطاء والانحرافات ومراجعة الخطط المتوسطة وطويلة الأجل عند الضرورة، إلا أنه في المؤسسات ذات الطابع العمومي عامة والمؤسسات الصحية خاصة، فإن الأمر يتطلب الجهد والنفس الطويل في آن واحد، فهو يسجل في السياق طويل المدى، حيث يتطلب التصميم المحكم، الدمج الملائم والمتابعة المستمرة.

المطلب الأول: مفهوم مراقبة التسيير

بدأت التطورات الأولية في ميدان مراقبة التسيير في مرحلة الثورة الصناعية مع نهاية القرن التاسع عشر وبداية القرن العشرين، وتزامنت مع كبر حجم وحدات الانتاج وتنوعها، فأصبح من الضروري تحديد المهام والمسؤوليات ووضع مراقبة على المنفذين، وإن كانت مبادئ وطرق التسيير قد ظهرت ما بين 1850 و 1910 في USA وأوروبا، فإن تطبيقها بدأ تدريجيا مع تطور احتياجات المؤسسة أين وجد المسيريون أنفسهم في حاجة إلى مراقبة التسيير للمساعدة على اتخاذ القرارات، وإلى غاية بداية السبعينات من القرن الماضي، قامت المؤسسات الفرنسية الكبرى التي طبقت نظام مراقبة التسيير باتباع نموذج المؤسسات الصناعية الأمريكية الذي تميز بأنه:¹

- مسار للتخطيط ولتسيير الموازنات ومراقبتها؛
- بنية سلمية مجزأة عموديا إلى مراكز مسؤولية؛
- نظام قيادة يعتمد على المزدوجة (أهداف-وسائل).

¹ Alazard. C, Sépari .S, « *Contrôle de gestion* », 5e Edition, Dunod, Paris, 2001, P14.

بعد ذلك أجبرت التحولات الداخلية والخارجية المؤسسات على إعادة النظر بصورة عميقة في هذا النموذج من حيث أهدافه، وسائله واستعمالاته، وفيما يلي عرض ملخص عن أهم المراحل التي مر بها مفهوم مراقبة التسيير:

الجدول رقم(05): أهم مراحل تطور مفهوم مراقبة التسيير

تصور المؤسسة	تصور مراقبة التسيير
المقاربة الكلاسيكية	تميزت مراقبة التسيير في المقاربة الكلاسيكية بأنها قياسات كمية للفروقات وبين التوقعات والانجازات الفعلية بهدف مجازاة المنفذين.
مدرسة العلاقات الانسانية	مراقبة التسيير وفق مدرسة العلاقات الانسانية هي وسيلة لتحفيز أفراد المؤسسة.
المقاربة النظامية	تبدو مراقبة التسيير وفق هذه المقاربة كنظام جزئي يسمح بتنظيم التغذية العكسية اللازمة.

المصدر: لشهب صفاء، مراقبة التسيير في القطاع العمومي دورها في تحسين فعالية التسيير وجودة الخدمات بالقطاع الصحي في الجزائر، أطروحة دكتوراه، تخصص إدارة أعمال، قسم علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر 03، الجزائر، 2014/2015، ص 57.

إن الحديث عن مفهوم مراقبة التسيير يفرض علينا توضيح المعنى المقصود من وراء مصطلح مراقبة التسيير، والذي يعني التحكم في التسيير وليس الرقابة القانونية، فكلمة مراقبة التسيير هي الترجمة الفرنسية **control de gestion** تعني التحقيق والتدقيق في مدى احترام المعايير، أما في المشرق العربي فيطلق عليها اسم الرقابة الادارية أو المحاسبة الادارية **management control** والتي يتعدى معناها التحقيق والفحص، حيث تعني القيادة والتحكم في التسيير ووضع الأمور تحت السيطرة.

وقد تعددت وتعطرت تعاريف مراقبة التسيير إلا أنها تتفق في مجملها على أنها عملية تضمن بلوغ الأهداف أو الاستراتيجيات المحددة للمؤسسة، وقد حاول العديد من المؤلفين إعطاؤها تعريفات أهمها:

- **R N. Anthony 1965** : هي العملية التي من خلالها يتحصل المديرين على ضمان أن الحصول على الموارد واستخدامها يتم بكفاءة وفعالية لتحقيق أهداف المنظمة.¹
- **R N. Anthony 1988**: مراقبة التسيير هي العملية التي يؤثر من خلالها المسيرين على الأعضاء الآخرين للمنظمة لتنفيذ استراتيجيات المؤسسة.²

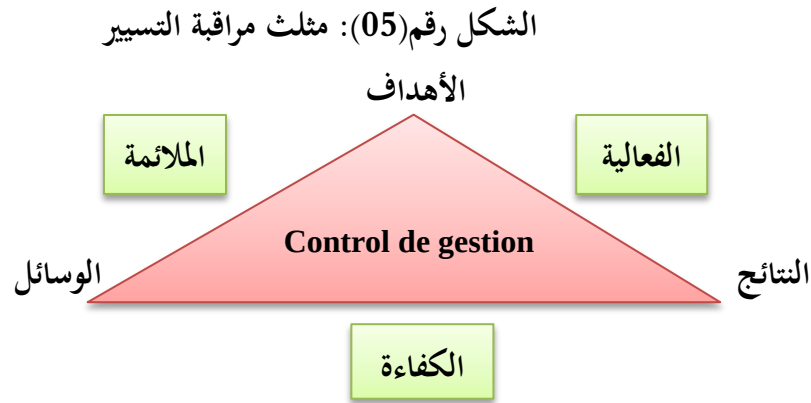
¹ Nicolas B, « *mesurer et piloter la performance* », e-book, 2009, www.management.free.fr.p:15.

² Anthony R.N, « *The management control function* », The Harvard Business Press, 1988 (Traduction Française : La fonction contrôle de gestion, Publi-Union 1993, p10.

- R. Simon 1995: العمليات والإجراءات المبنية على أساس المعلومات التي يستعملها المسيرون للحفاظ أو تعديل بعض أشكال أنشطة المنظمة.¹
- H. Fayol: التحقق من أن كل شيء قد تم طبقا للخطة التي اختيرت والأوامر والمبادئ التي أعطيت بقصد اكتشاف الأخطاء والانحرافات حتى يتم تصحيحها وتجنب الوقوع فيها مرة أخرى.²

من خلال التعاريف السابقة، يمكن استخلاص تعريف شامل لمراقبة التسيير باعتبارها نظامًا يتيح للمسيرين ومتخذي القرار التأثير في سلوك الأفراد، بهدف تحقيق الأهداف المسطرة مسبقًا بكفاءة وفعالية، مع ضمان توافق هذه الأهداف مع الموارد المتوفرة داخل المنظمة، وبالتالي الخروج من الجانب التقني لمراقبة التسيير والتوجه نحو المناجمنت أو الجانب التسييري.

هذا التعريف يقودنا إلى الحديث عن مثلث نظام مراقبة التسيير الذي يقوم على ثلاث محاور رئيسية تمثل جوهر عمله ومحددات الأداء الناجع الذي يصبو إليه هذا النظام داخل المؤسسة، وتتمثل في كل من الأهداف، الوسائل والناتج بما تحتويه من علاقات وتداخلات فيما بينها كما يوضحها الشكل التالي:



Source : Hélène. L, et autres, « *Contrôle de gestion : des outils de gestion aux pratiques organisationnelles* », 4eme édition, Dunod, Paris, 2013, p0 7.

من خلال الشكل نلاحظ أن هناك ثلاثة محاور أساسية لمراقبة التسيير تتمثل في كل من³:

¹ Nicolas B et autres, « *une typologie des systèmes de contrôle inspirée du cadre théorique de Simons* », septembre 2005, cahier n 2005-112, école polytechnique, laboratoire d'Econométrie, Paris, p 02.

² نوال براهيم، قياس الأداء المؤسسي بالمستشفيات العامة كمدخل لتحسين جودة الخدمات الصحية دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية بشير بن ناصر -بسكرة-، أطروحة دكتوراه، تخصص علوم التسيير، قسم علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد خيضر، بسكرة، الجزائر، 2016/2017، ص25 (بتصرف).

³ عقون سعاد، مساهمة نظام مراقبة التسيير في عصنة التسيير العمومي دراسة حالة الجماعات المحلية في الجزائر -البلديات-، أطروحة دكتوراه، تخصص علوم التسيير، قسم علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر 3، الجزائر، 2014-2015، ص ص 94، 95.

- **الأهداف:** تبدأ مراقبة التسيير بتحديد أهداف سنوية منبثقة من الغايات طويلة المدى للمؤسسة، تُحدد بطريقة كمية وزمنية، وتُراعي تجانسها وعدم تعارضها، مع وضوح في المسؤوليات وطرق القيا؛
 - **الوسائل:** تشمل الموارد الضرورية لتحقيق الأهداف (بشرية، مادية، مالية، معلوماتية...)، خلال فترة زمنية محددة، مع التركيز على تحديد المتاح منها، وتقدير كلفة توفيرها مقارنة بالعائد المتوقع، وكيفية تخصيصها واستخدامها؛
 - **النتائج:** تُقاس من خلال مؤشرات موثوقة تعكس مدى تحقيق الأهداف باستعمال الوسائل المتاحة، حيث تراعي في ذلك العناصر التالية: دقة نظام القياس، مصداقية البيانات التي تم جمعها، استمرارية استخدام المؤشرات لفترة معينة للمحافظة على دقة النتائج، الفهم المشترك أو المتفق عليه بخصوص المصطلحات المستخدمة، مع الاعتماد على مؤشرات نوعية أيضا.
- حيث تتفاعل وتتداخل هذه المحاور الثلاث كما يلي:¹
- **محور الأهداف/الوسائل:** يستوجب هذا المحور توافقاً متزامناً بين تحديد الأهداف وتقدير الوسائل لبلوغها، فمن جهة تُعد الوسائل محدداً واقعياً لصياغة الأهداف، ومن جهة أخرى تقسيم الأهداف إلى مستويات جزئية يتطلب التفكير في توزيع الموارد. وتتمثل الإشكالية هنا في مدى توافق الأهداف مع الوسائل المتوفرة على المدى القصير، ومدى كفاية الوسائل لتنفيذ الخيارات الاستراتيجية على المدى الطويل؛
 - **محور النتائج/الأهداف:** بمقارنة النتائج الفعلية بالأهداف المسطرة، يتم تقييم فعالية الأداء ومدى تحقيق الأهداف المخططة؛
 - **محور الوسائل/النتائج:** بعد التنفيذ، يُطرح تساؤل حول مدى فاعلية استخدام الوسائل المتاحة، أي ما إذا كانت النتائج المتحققة قد أُنجزت بأقل تكلفة ممكنة، وهو ما يُعبر عن كفاءة وفعالية الأداء.
- وهناك العديد من الخصائص لوظيفية لمراقبة التسيير تساهم في تسهيل العمل وكذا توحيد الرؤى بين المسيرين، تتمثل فيما يلي:²
- أنها عملية مستمرة باستمرار المنظمة في أداء نشاطها؛
 - تُعد وظيفة وليست سلطة، أي أنها تتابع سير الأنشطة وفق المخطط وتحدد الانحرافات لتصحيحها، دون أن تمتلك صلاحيات المساءلة أو العقاب؛
 - تُمارس على جميع مستويات الإدارة ضمن حدود الخاصية السابقة؛
 - تسعى مراقبة التسيير إلى قياس أداء المنظمة وفقاً لمؤشرات مالية، و غير مالية محددة مسبقاً، مع رصد الأخطاء واقتراح الوسائل اللازمة لتصحيحها؛

¹ المرجع نفسه، ص ص 95، 96.

² قريشي مُجد الصغير، واقع مراقبة التسيير في المؤسسات الصغيرة المتوسطة دراسة حالة مجموعة من مؤسسات الجنوب الشرقي الجزائري خلال 2011-2012، أطروحة دكتوراه، قسم علوم التسيير، جامعة ورقلة، الجزائر، 2013، ص ص 49-50.

- تتيح متابعة تنفيذ التعليمات وتقييم مدى تحقيق الأهداف المحددة سلفاً وفقاً للنصوص التنظيمية المعمول بها.

المطلب الثاني: أهمية مراقبة التسيير ومهامها

تشكل أهمية مراقبة التسيير الأساس الذي تنبني عليه مهامها، إذ أن الوعي بدورها في تحسين الأداء وترشيد الموارد هو ما يحدد طبيعة المهام المنوطة بها.

أولاً: أهمية مراقبة التسيير

تتجلى أهمية مراقبة التسيير مع تطور المؤسسات الاقتصادية، ففي الوقت الذي كانت فيه المؤسسات الفردية تُدار مباشرة من أصحابها دون حاجة إلى نظام رقابي، أصبحت الحاجة ملحة اليوم إلى تسيير علمي وعملي سليم نتيجة اتساع حجم المؤسسات وتعقيد بيئتها وذلك من خلال تحقيق ما يلي¹:

- تقسيم المؤسسة إلى مراكز مسؤولية واضحة؛
- تحديد اختصاصات كل وحدة وسلطات أو مسؤوليات مختلف المستويات الإدارية؛
- وضع القواعد التنظيمية التي تحكم تنفيذ العمليات المختلفة بسلاسة ضمن نظام رقابي دقيق؛
- تسجيل مجمل المؤشرات المالية التي تمكن من قياس أداء كل مستوى؛
- تزويد الإدارة بالبيانات اللازمة لاتخاذ القرارات ورسم السياسات، كذلك فقد تأكد أن وجود نظام رقابة متكامل ضرورة تفرضها مبادئ الإدارة الحديثة لضمان الفعالية وتعزيز القدرة التنافسية.

ثانياً: مهام وظيفة مراقبة التسيير

من خلال التعاريف السابقة، يمكننا استخلاص العديد من المهام والوظائف لمراقبة التسيير، تتمثل فيما يلي²:

- **التخطيط الدائم طويل الأجل:** تساهم مراقبة التسيير في إعداد الخطط الاستراتيجية من خلال تزويد الإدارة بتقارير دقيقة حول التوقعات المستقبلية، ما يساعد على اختيار البدائل الأنسب لتحقيق الأهداف كتعظيم الأرباح وزيادة قيمة المؤسسة؛
- **تنظيم، توجيه وتوزيع الموارد:** نظراً لمحدودية الموارد في أي مؤسسة، تساعد مراقبة التسيير في تنظيم وتوجيه الأنشطة وتوزيع الموارد بكفاءة وفعالية، استناداً إلى معلومات دقيقة تدعم اتخاذ قرارات سليمة أثناء تنفيذ الخطط؛
- **تقييم الأداء وتصحيح الانحرافات:** تتابع مدى تنفيذ الخطط وتقيم الفروقات بين النتائج المحققة والمستهدفة، مع البحث عن أسباب الانحرافات والمتسببين فيها واتخاذ التدابير التصحيحية المناسبة؛
- **تحفيز الأفراد وتنشيط المؤسسة:** تعزز مراقبة التسيير الأداء الفردي من خلال التقييم الموضوعي، وتحفيز العاملين عبر المكافآت أو العقوبات، مما يرفع من مستوى الالتزام والثقة داخل المؤسسة؛

¹ توفيق مجّد عبد المحسن، تقييم الأداء مداخل جديدة لعالم جديد، دار النهضة العربية، القاهرة، 1977، ص 137.

² أحمد حسن ظاهر، المحاسبة الإدارية، دار وائل للطباعة والنشر، الأردن، 2000، ص 9-10.

- نقل المعلومات المناسبة في الوقت المناسب: تضمن مراقبة التسيير إيصال المعلومات الدقيقة، خاصة تلك المتعلقة بالوضعية التنافسية، إلى الجهات المعنية في الوقت الملائم لدعم القرارات الاستراتيجية؛
- الربط بين الواقع والخطط الاستراتيجية: تعمل على تقليص الفجوة بين ما هو كائن وما يجب أن يكون من خلال التقييم المستمر والمقارنات المرجعية؛
- إعداد مؤشرات قياس متطورة: يتولى القائمون على مراقبة التسيير تطوير مؤشرات جديدة لقياس تأثير القرارات على الأداء المالي والتنافسي، وحتى تقييم أثر الجوانب النوعية كالمكافآت على خلق القيمة؛
- تعظيم الأثر الرجعي للمعلومات (التغذية العكسية): تُمكن من تعديل الأهداف والوسائل بناءً على التحولات الداخلية والخارجية، عبر أربع حلقات أساسية: التخطيط، القياس، الرقابة، النمذجة (إعادة النظر في الأهداف).

المطلب الثالث: مكانة عملية مراقبة التسيير في المؤسسة ومراحلها

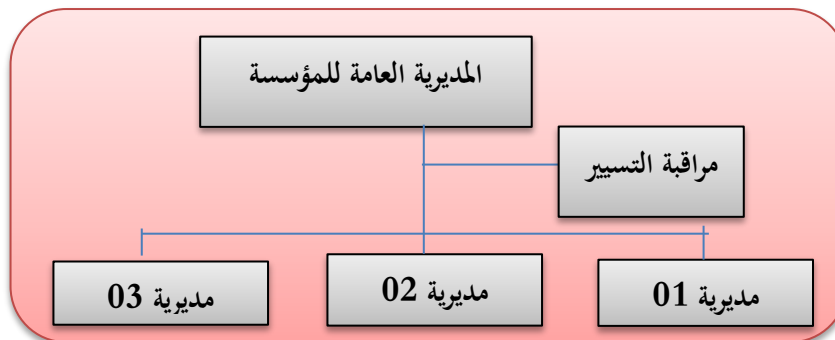
من أجل تحقيق متابعة لنشاط المؤسسة وبلوغ الأهداف المنشودة، يتطلب الأمر نظام فعال لمراقبة التسيير يساعد على التحكم في قيادة وتسيير المؤسسة، وهذا لن يتحقق بالشكل المطلوب ما لم تكن مراقبة التسيير تغطي بمكانة مناسبة في الهيكل التنظيمي.

أولاً: مكانة مراقبة التسيير في المؤسسة وفقاً لاتصالها الهرمي

يُعد الموقع التنظيمي لوظيفة مراقبة التسيير من العوامل الحاسمة في مدى فعاليتها، خاصة من حيث ارتباطها ببقية الوظائف والإدارة العليا والتي قد تكون:

1. تابعة مراقبة التسيير للمديرية العامة: وفقاً للنموذج الحديث فإن مراقبة التسيير في هذه الحالة من أفضل الوضعيات بسبب ارتباطها المباشر بالإدارة العامة، ما يضمن تلقي التعليمات والتوجيهات بشكل فوري؛ بالإضافة إلى مساهمتها الفعالة في صياغة وتنفيذ الاستراتيجية، من خلال تحويلها إلى عمليات ملموسة، وبالتالي لعب دور المستشار الداخلي والمدرّب على حسن تنفيذ العمليات، وتحقيق الاتساق بين الأهداف والوسائل، يتضح هذا الموقع وفقاً لما سبق شرحه من خلال الشكل التالي:

الشكل رقم(06): الارتباط المباشر لمراقبة التسيير بالإدارة العامة

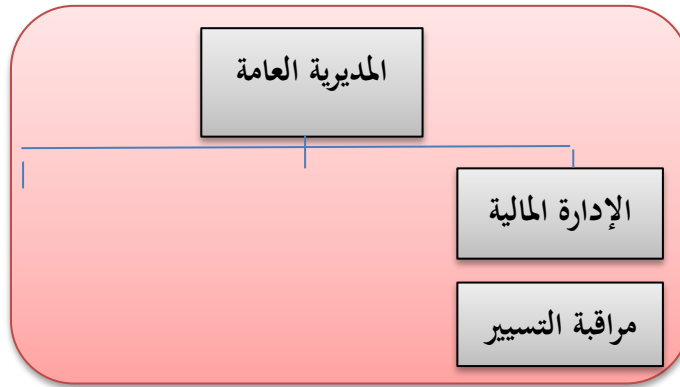


Source : ROUACH .M, NAULLEAU. G, « *Le Contrôle de Gestion Bancaire et Financier* », 4eme édition, Revue Banque édition, Paris, France, 2002, p 69.

يتبين من خلال الشكل أعلاه أن مراقبة التسيير تابعة بشكل مباشر للمديرية العامة، وهو موقع يمنحها العديد من المزايا:

- استقلالية قوية تسمح لها بالتدخل المباشر، مع اكتسابها في كثير من الأحيان شرعية كسلطة غير رسمية؛
 - تعتبر مراقبة التسيير كهمزة وصل بين الإدارة العامة وباقي الوظائف الأخرى سواء في الاتصال النازل أو الصاعد؛
 - القرب من مركز اتخاذ القرار والمشاركة في صياغة الاستراتيجية وتوجيهها وتقديم التوصيات.
2. **تابعية مراقبة التسيير للإدارة المالية :** وفقا للنموذج التقليدي، تُسند مسؤولية وظيفة مراقبة التسيير إلى الإدارة المالية، ما يجعلها قريبة من مصادر المعلومات المالية والمحاسبية للمؤسسة. ويُعد هذا الموقع مناسباً من حيث التواصل مع الإدارة التشغيلية، إلا أن عيبه هو أنه يحد من دور مراقبة التسيير في الرقابة الاستراتيجية وصنع القرار، حيث تصبح مساهمتها غالباً تقنية وإجرائية، تتركز على تتبع الميزانية وتنفيذها، بدل المساهمة الفعلية في توجيه المؤسسة، وهو ما يقلل من فاعليتها كموجه استراتيجي ويجعلها تؤدي دوراً ميكانيكياً أكثر منه تحليلياً أو استشارياً. والشكل التالي يوضح تبعية مراقبة التسيير للإدارة المالية للمؤسسة.

الشكل رقم (07): ارتباط مراقبة التسيير بالإدارة المالية



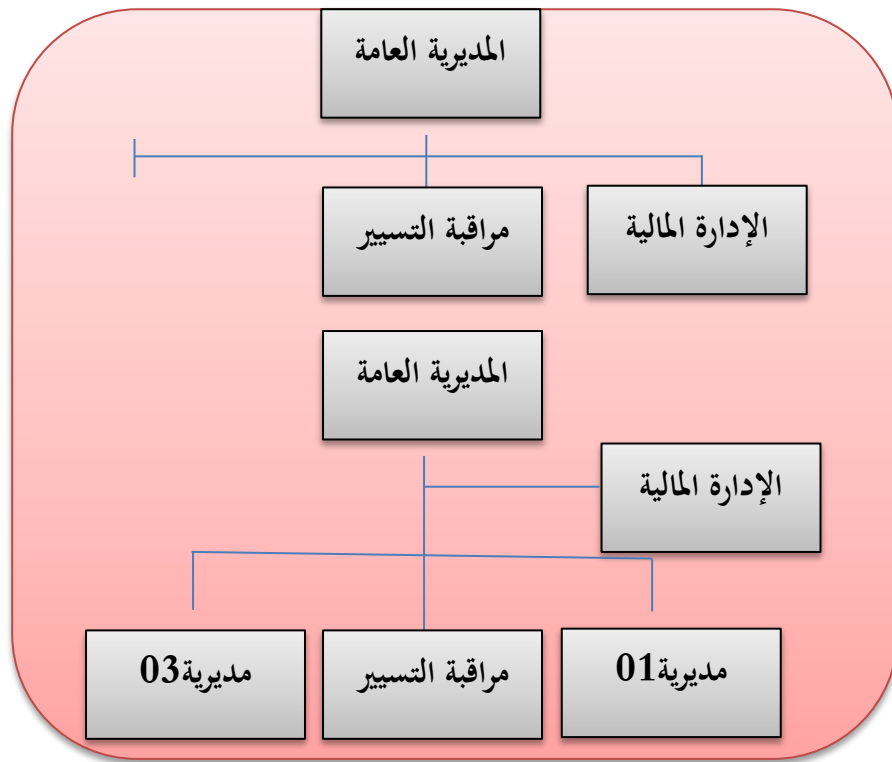
Source : JOUVEN .S , et autres, « *Le contrôle de gestion contribue-t-il à améliorer le management de l'entreprise ?* », 2002, p. 11. Consulté le 11/06/2023 à 15 h59 sur le site : <http://www.erh.org/documents/management>

حسب ما هو موضح في الشكل السابق فإن موقع مراقبة التسيير بهذا الشكل يسمح بزيادة اتصالها واستفادتها من مصادر المعلومات المالية والمحاسبية، ولكن من جهة أخرى فإن هذا الموقع له سلبيات منها ما يلي:

- وجود المدير المالي كحلقة وسيطة بين مراقبة التسيير والمدير العام، الأمر الذي يعيق الاتصال المباشر وتدفق المعلومات، وبالتالي يقلل من شفافية التقارير؛
- اعتماد مراقبة التسيير على الإدارة المالية في الحصول على البيانات يجعلها تعتمد أساسًا على معلومات ذات طابع مالي واقتصادي، في حين أنها قد تحتاج في بعض الحالات إلى معلومات نوعية أو تشغيلية لا تتوفر بالضرورة ضمن المعطيات المحاسبية.

3. مواقع أخرى لمراقبة التسيير: يمكن توضيح ذلك من خلال الحالتين المبينتين في الشكل الموالي:

الشكل رقم(08): المواقع الأخرى لمراقبة التسيير



Source : ROUACH.M, NAULLEAU. G, op cit, p70.

يوضح الشكل أن بعض المؤسسات تختار وضع وظيفة مراقبة التسيير في موقع مواز للمديرين التنفيذيين الرئيسيين، مما يمنحها استقلالية نسبية ويُسهم في تسهيل الاتصال داخل المؤسسة، حيث ترتبط في هذه الحالة مراقبة التسيير ارتباط وثيق مع المحاسبة العامة أو المالية، لكن دون أن تكون تابعة لها مباشرة، بل يكون لها أيضًا ارتباط مباشر بالإدارة العامة، ما يُمثل حلاً وسطًا بين التبعية الكاملة للمدير العام أو للإدارة المالية، وتُظهر هذه الوضعية مرونة أكبر، حيث تبقى وظيفة مراقبة التسيير قريبة من مصادر المعلومات المحاسبية والمالية، وفي الوقت نفسه تحتفظ بإمكانية تحليل وتفسير تلك المعلومات بشكل مستقل وفعال. ومع ذلك، فإن اختصار العلاقة على

المحاسبة العامة فقط قد يؤدي إلى تضيق نظرة مراقبة التسيير، في حين أنها تحتاج إلى معلومات أوسع من مصادر متعددة كالتدقيق الداخلي، ونظم المعلومات، والتنظيم، من أجل أداء وظيفتها التحليلية والتقييمية بشكل شامل.

ثانيا: مراحل عملية مراقبة التسيير

تُعد عملية مراقبة التسيير **Le processus de contrôle de gestion** سلسلة مترابطة من الأنشطة تهدف إلى ضمان الاستخدام الفعال والفعلي للموارد بغرض تحقيق الأهداف المحددة. وتتميز هذه العملية بثلاث مكونات رئيسية:¹

- تأكيدها على الطابع التفاعلي والمستمر، ما يعني أن مراقبة التسيير ليست نشاطاً منعزلاً بل تُمارس ضمن سيورة منتظمة؛
- تركيزها على الأهداف، مما يُبرز غايتها النهائية في دعم تحقيق النتائج المرجوة؛
- إبراز بعدها التحفيزي، من خلال ارتباطها بدوافع المسؤولين، ما يعكس أهمية التقارب بين أهداف المؤسسة والأهداف الفردية للفاعلين.

وبالتالي فمراقبة التسيير ينبغي أن تمارس على ثلاث مراحل رئيسية: قبل الفعل (مرحلة التحضير)، أثناء الفعل (مرحلة القيادة والتنفيذ) وبعد الفعل (مرحلة التحليل والتقييم). في هذا الإطار اعتبر كل من **LANGEVIN.P** et **G.NARO 2003** أن نظام المراقبة هو أولاً قبل كل شيء عملية تهدف إلى قياس الأداء، تقييمه ثم مكافأته، ووفقاً لـ **OUCHI** فإن القدرة على المراقبة تستوجب القدرة على القياس، ويُستند في ذلك إلى عنصرين أساسيين: السلوك والمخرجات الناتجة عن هذا السلوك، مما يؤدي إلى نمطين من المراقبة: مراقبة السلوك ومراقبة النتائج.²

تساعد عملية مراقبة التسيير على إضفاء الطابع الرسمي على سير النشاط داخل المؤسسة بالإصرار على تنظيم لحظات مخصصة للتفكير والتنبؤ، تتيح اختيار أفضل لخطط العمل، ووفقاً لما أشار إليه كل من **FJ.MORALES 2011**، **MA.LORANI**، **PH.ZAOUAKI**، **R.GIRAYD**، **O.SAULPIC**، فإن مقارنة مراقبة التسيير هي مقارنة لإدارة الأداء وهو جزء من الإدراك التدريجي بمرور الوقت نضعه على التوالي قبل التنفيذ (أي مرحلة التخطيط) وبعده (أي في مرحلة المتابعة وتحليل النتائج)، والواقع أن مراقبة التسيير عملية مستمرة تواكب النشاط في جميع مراحلها، مما يمكن من قياس الأداء بشكل فوري، ويُعزز قدرة المؤسسة على القيادة الرشيدة، واستخدام مواردها بكفاءة وفعالية لتوجيه استراتيجياتها وأهدافها بشكل أفضل.³

¹ Lonig. H et autres, « **Le contrôle de gestion : organisation, outils et pratiques** », 3^e édition, Paris, Dunod, 2008, p. 02.

² **LANGEVIN P.** et **G. NARO**, « **Contrôle et comportements : une revue de la littérature Anglo-Saxonne** », Congrès AFC-CCA, 2003, cité par Kh. AHSINA, « **Systèmes de contrôle de gestion et performance : essai de modélisation** », Revue la Recherche Maroc, N° 09/2011, p. 02.

³ **SAULPIC .O** et autres, « **Les Fondamentaux du Contrôle de Gestion** », Pearson Education France, 2011, p. 02.

وقد أوضح كل من J.SCHMIDT, MICHEL.D, J.L.ARDOIN, 1985، أن عملية مراقبة التسيير تمر بثلاث مراحل:¹

- **التخطيط:** يتم تحديد الأهداف الاستراتيجية بعيدة المدى ومن ثم ترجمتها إلى خطط تنفيذية من خلال سياسات مختلفة تشمل (التسويق، الاستثمار، إدارة الموارد البشرية، والإدارة المالية)؛
- إدخال في الميزانية BUDGETISATION:** تتناول هذه المرحلة تحديد خطط العمل على المدى المتوسط مع تنسيقها والموافقة عليها وفقاً للقيود المفروضة وخطط العمل المقررة للسنة المقبلة. وتهدف هذه الخطوة إلى تحويل التوجهات الاستراتيجية إلى أهداف قابلة للتنفيذ ضمن ميزانية واضحة؛
- **التنفيذ ومراقبة الانجازات:** تعنى هذه المرحلة بتنفيذ خطط العمل المقررة، وترجمتها إلى أنشطة ملموسة تسعى لتحقيق الأهداف المنتظرة، كما يتم قياس النتائج الجزئية المتحققة، وتفسير مستويات الأداء، واقتراح الإجراءات التصحيحية عند الحاجة لضمان التقارب بين المخطط والمنجز.

وحتى تكون عملية مراقبة التسيير مجدية وذات فعالية، فإنه من الضروري الإعداد والتهيئة المسبقة للأجواء التنظيمية داخل المؤسسة، بما يسمح بتقبل التغييرات اللازمة في أساليب التسيير. فالتكيف مع التحولات الداخلية والخارجية، والتوافق مع متطلبات المرحلة الحالية واستشراف التوجهات المستقبلية، كلها عوامل أساسية لضمان تحقيق أهداف المؤسسة بكفاءة واستمرارية.²

المطلب الرابع: تطبيق مراقبة التسيير في الإدارات العمومية

تختلف الإدارات العمومية عن بعضها حسب الطبيعة ونوعية الأنشطة التي تقوم بها، وذلك رغم كونها تقدم خدمات غير ربحية وتفتقر إلى عنصر التنافس فيما بينها. ومن أبرز خصائص هذه الإدارات أن العديد منها يؤدي أدواراً مكملية لبعضها البعض، مما يُجتم على القائمين عليها ضرورة التنسيق المحكم لضمان حسن الأداء وفعالية التسيير. كما أن بعض الإدارات العمومية تتميز بتعدد وتنوع المهام، على غرار الإدارات المعنية بالميزانية، والتي تضطلع بإعداد الميزانية العامة، متابعة تنفيذها، الحرص على احترام القوانين والإجراءات المرتبطة بها، والسعي لتحقيق الأهداف المرسومة. كما تختلف أيضاً العلاقة بين المصالح المركزية والمصالح المحلية غير المركزية، حيث نجد أن بعض القطاعات تعرف تركيزاً كبيراً في السلطة كمصالح الضرائب، في حين تحظى إدارات أخرى بطابع غير متمركز، مثل تلك المعنية بتسيير ومتابعة المشاريع المحلية، بالإضافة إلى اختلاف في كيفية تنفيذ السياسات العمومية، ففي بعض الحالات تُسند لإدارة واحدة مهمة تنفيذ سياسة معينة، بينما في حالات أخرى يتم تنفيذها من طرف عدة

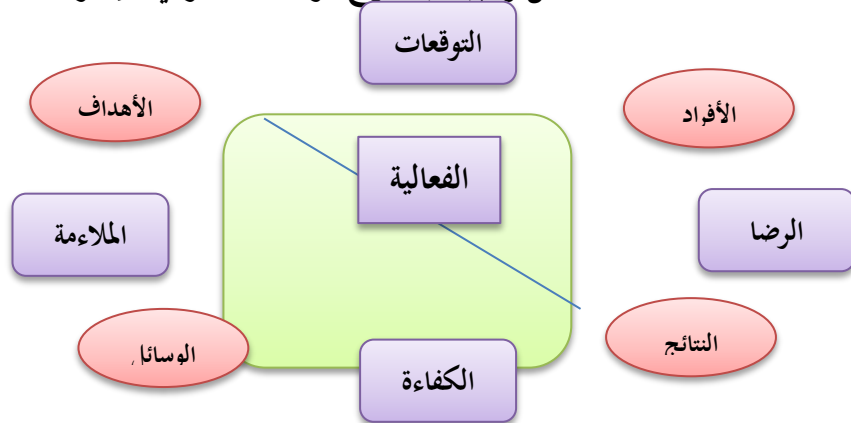
¹ ARDOIN .J-L et autres, « **Le Contrôle de Gestion** », Publi-Union, paris, 2000, pp. 5-7.

² خالص صائي صالح، رقابة تسيير المؤسسة في ظل اقتصاد السوق، الطبعة الثانية، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2010، ص ص 265-266.

إدارات مشتركة، مما يستدعي ضرورة التنسيق، الانسجام، والتعاون الفعال بينها، مع احترام متبادل لضمان التكامل في الأداء.

وبما أن مثلث مراقبة التسيير الذي تطرقنا إليه سابقا لا يفي بتغطية كل أبعاد الإدارة العمومية، فإنه من الواجب إدماج بعد رابع يتمثل في "الأفراد" حيث يصبح لدينا مربع مراقبة التسيير في الإدارات العمومية كما يوضحه الشكل الموالي:

الشكل رقم (09): مربع مراقبة التسيير في الإدارات العمومية



Source : Driss HARRIZI, Noureddine DAFI , « Vers une nouvelle culture managériale: Méthodologie : de mise en place d'un système de contrôle de gestion dans un établissement Public – Cas d'une académie régionale d'éducation et de formation », Science Lib Editions Mersenne : Vol. 5 , N °130105, 2013, p15.

ومن خلال الشكل السابق، يتضح إدراج مفهومين جديدين هما الرضا والتوقعات، فالرضا يُشير إلى العلاقة بين النتائج المحققة ومدى تلبية احتياجات الأفراد، بينما تعكس التوقعات مدى توافق أهداف الإدارات العمومية مع تطلعات المواطنين وتوقعاتهم منها.

وفي هذا السياق تنقسم أدوات مراقبة التسيير إلى وسائل كلاسيكية ترتبط بالتصور التقني لمراقبة التسيير ووسائل حديثة ترتبط بالرؤية التسييرية له كما يلي:

أولاً: الأدوات الكلاسيكية لمراقبة التسيير: وتتمثل في:

1. المحاسبة العامة، والمحاسبة التحليلية: حيث:

- المحاسبة العامة (المحاسبة المالية): هي ذلك العلم الذي يضمن دراسة المبادئ والأسس والمفاهيم التي تستند إليها معالجة العمليات ذات القيم المالية في السجلات المحاسبية، وذلك بتدوينها وتصنيفها واستخراج النتائج مع ما يؤيدها من تفسير،¹ كما أنها عبارة عن نظام معلومات يستفيد منه نظام مراقبة التسيير إلا أنها تحد من فعاليته نظراً لغياب الطابع التحليلي الذي يمكن من تحديد الانحرافات والوقوف على أسبابها وبالتالي اتخاذ الإجراءات التصحيحية المناسبة هذا من جهة، ومن جهة أخرى الطابع التقديري لها.

¹ محمد بوتين، مبادئ المحاسبة العامة، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1989، ص 19.

■ **المحاسبة التحليلية (المحاسبة الإدارية أو محاسبة التكاليف):** تعتبر المحاسبة التحليلية تقنية معالجة للمعلومات المتحصل عليها من المحاسبة العامة بالإضافة إلى مصادر أخرى وتحليلها، من أجل الوصول إلى نتائج يتخذ على ضوئها مسيرو المؤسسة القرارات المتعلقة بنشاطها، وهي تسمح بدراسة ومراقبة المردودية وتحديد فعالية تنظيم المؤسسة، كما أنها تسمح بمراقبة المسؤوليات سواء على مستوى التنفيذ أو مستوى الإدارة، وهي بهذا أداة ضرورية لتسيير المؤسسات،¹ تركز المحاسبة التحليلية العمومية على نفس مبادئ المحاسبة التحليلية العادية، إلا أن كفاءات تطبيقها مرتبطة بالاحتياجات والقيود الخاصة بالجماعات العمومية، وبما أن هذه الأخيرة متنوعة فهذا الأمر يجعل الكفاءات تتباين من جماعة عمومية إلى أخرى، وباعتبار أن المحاسبة التحليلية طريقة لمعالجة المعطيات فهي تهدف أساساً إلى معرفة التكاليف المتعلقة بمختلف الوظائف التي تقوم بها المؤسسة من جهة، وإعداد تقديرات الأعباء والنتائج (تكاليف معيارية، موازنات..) والوقوف على الانحرافات (مراقبة التسيير) من جهة أخرى.² أما على مستوى المؤسسات العمومية للصحة فقد أدرجت المحاسبة التحليلية بموجب مرسوم رئاسي في إطار إصلاحات 2001، حيث تسمح بتحديد تكلفة يوم استشفائي للمريض منذ دخوله إلى غاية خروجه في شكل فاتورة نهائية.

2. نظام الموازنات: تُعد الموازنات التقديرية من العناصر الجوهرية في منظومة رقابة التسيير، وهي تمثل التصور المالي لخطة العمل المعدة لتحقيق غاية معينة من حيث الكمية والإطار الزمني،³ وتدخل هذه الأداة ضمن آليات التسيير الاستشاري للمؤسسة، حيث تنبثق من التوجهات الاستراتيجية العامة التي تُترجم إلى أهداف متوسطة المدى ضمن الخطة التشغيلية، والتي تُشكل بدورها الأساس الذي تُبنى عليه الموازنات قصيرة الأجل. ويحكم إعداد نظام الموازنات مجموعة من المبادئ والمقومات الأساسية لضمان فعاليته تتمثل في كل من : مبدأ ربط التقديرات بمراكز المسؤولية، مبدأ الشمولية في التغطية، مبدأ الاعتماد على معطيات تنبؤية، مبدأ التوزيع الزمني الدقيق، مبدأ المشاركة، مبدأ الواقعية والمرونة، ومبدأ التعبير المالي الواضح. أما عن أهداف نظام الموازنات فتتمثل أساساً في: تعزيز وظيفة التخطيط، تفعيل آليات الرقابة وتقييم الأداء، التنسيق والاتصال، كما يعتبر وسيلة للتفويض الإداري ودعمه لتحفيز وتحملهم المسؤولية.⁴

3. لوحة القيادة العملية: تُعد لوحة القيادة العملية أو التشغيلية وثيقة مركزة تتضمن عدداً محدوداً من المؤشرات المصممة خصيصاً لتوجيه تسيير وحدة معينة، حيث تستند إلى العناصر الأساسية المؤثرة في الأداء الفعال. ويقوم إعدادها على مبدأ الربط السببي بين جودة الأداء من جهة، والعوامل المؤثرة فيه من جهة أخرى، مما يسمح باستنتاج مؤشرات قيادة ذات دلالة. وتنقسم هذه المؤشرات إلى عدة أصناف رئيسية: مؤشرات البيئة التي تهدف إلى الوصف الكمي للسياق العام الذي تؤدي فيه الخدمة العمومية، ومؤشرات الوسائل التي تُعنى

¹ ناصر دادي عدون، تقنيات مراقبة التسيير: المحاسبة التحليلية، دار المحمدية العامة، الجزائر، 2000، ص 15.

² Le Duff .R et Papillon j-c, « **gestion publique** », Vuibert, Paris, 1988, P60.

³ Schmidt .J et autres, « **Le contrôle de gestion** », Publi union, Paris, 1986,P50.

⁴ عقون سعاد، مرجع سبق ذكره، ص ص 110-111-112، (بتصرف).

بقياس حجم الموارد البشرية والمادية المستعملة والمجبر عنها غالباً بوحدة مالية لمقارنتها بالمقدرات المتوقعة، إضافة إلى مؤشرات النشاط التي تُقاس نتائج العمليات والخدمات المنجزة سواء على شكل أنشطة أو إنتاج فعلي، ومؤشرات الأداء التي تقيّم نتائج الخدمة العمومية من حيث الأثر على الأفراد، جودة الخدمة، وكفاءتها أي مدى العلاقة بين الموارد المستخدمة والنتائج المحققة، وأخيراً مؤشرات الفعالية التي تبين مدى تحقيق الأهداف المحددة من قبل السياسات العمومية والبرامج الحكومية. وتؤدي لوحة القيادة التشغيلية عدة وظائف هامة، منها كونها أداة للتحكم الفوري في الأداء، ووسيلة للتشخيص والتقييم، كما تساهم في دعم الاتصال الداخلي والحوار التسييري، وتعزز التنسيق وتراكم الخبرات داخل المؤسسة.

ثانياً: الأدوات الحديثة لمراقبة التسيير: وتتمثل فيما يلي:

1. **محاسبة التكاليف عن طريق الأنشطة ABC:** يُعد نظام محاسبة التكاليف على أساس الأنشطة (ABC) من الأنظمة المتقدمة التي تهدف إلى توفير دقة أعلى في تحديد بيانات التكلفة من خلال تحليل تفصيلي للأنشطة الداخلية وتجميع التكاليف المرتبطة بها ومتابعتها، حيث تقوم فلسفة هذا النظام على اعتبار الأنشطة محوراً أساسياً في احتساب التكاليف، انطلاقاً من الفرضية القائلة إن الأنشطة هي التي تستهلك الموارد، بينما المنتجات بدورها تستهلك هذه الأنشطة. ومنه فإن النظام لا يُجمل التكاليف مباشرة على المنتجات، بل يتم أولاً ربط كل نوع من التكاليف بنشاط معين، ثم تُوزّع تلك التكاليف على المنتجات بناءً على مدى استهلاكها لكل نشاط. هذه المقاربة تسمح بفهم أدق لمسببات التكلفة، وتوفر أدوات أكثر دقة وفعالية في دعم قرارات التسيير والتسعير.¹
2. **الموازنة ذات الأساس الصفري BBZ:** هي منهج تحليلي لتقويم البرامج والمشاريع والخيارات المختلفة وتهدف إلى تحديد مستوى الأداء، يقتضي هذا النهج إعادة تقييم شاملة لكافة البرامج والمشاريع، سواء كانت جديدة أو قائمة، دون الاعتماد على الإنفاق السابق كأساس للبناء عليه. بخلاف الموازنات التقليدية التي تركز على تعديل النفقات الجارية حسب التطورات، فإن هذا النظام ينطلق من نقطة الصفر، أي من دون افتراض استمرار أي نشاط تلقائياً، بل يُطرح تساؤل جوهري حول مبررات وجود كل نشاط، وأهدافه، وإمكانية استمراره، والمستوى المناسب لأدائه، والموارد المالية المطلوبة لذلك. بعبارة أخرى، يعتمد هذا النظام على تحديد الطريقة التي ينبغي أن نبدأ بها كل نشاط، ويستلزم ذلك سلسلة من القرارات التي تُتخذ على مستوى كل وحدة تنظيمية داخل الجهاز الإداري للدولة.²

عبد الباسط أحمد رضوان، اتجاهات معاصرة في الموازنات العامة، مجلة جامعة الملك عبد العزيز: الاقتصاد والإدارة، المجلد 14، العدد 1، 2000، ص 142¹.

عقون سعاد، مرجع سبق ذكره، ص 129.²

3. التكلفة المستهدفة والمقارنة المرجعية: حيث: ¹

■ **التكلفة المستهدفة Target Costing:** تعرف التكلفة المستهدفة بأنها أسلوب يركز على تحديد سعر البيع انطلاقاً من معطيات السوق، ثم يُستخدم هذا السعر كمرجعية لتوجيه جهود تخفيض التكاليف، مع تركيز خاص على مرحلة التخطيط والتصميم في دورة حياة المنتج. يقوم هذا النهج على الربط بين ثلاثة عناصر رئيسية: سعر السوق المتوقع، هامش الربح المطلوب، والتكلفة المستهدفة. وقد جاء الاهتمام بهذه الطريقة كرد فعل على أوجه القصور في الأسلوب التقليدي لتحديد سعر البيع، والذي يعتمد أولاً على حساب تكلفة الإنتاج ثم يُضاف إليها هامش الربح، ما قد يؤدي إلى تجاوز سعر السوق وفقدان القدرة التنافسية، أما في نظام التكلفة المستهدفة، فيتم أولاً دراسة سعر السوق، ثم يُحدد هامش الربح المرغوب فيه، ليُستخلص من ذلك "التكلفة المسموح بها"، أي أقصى تكلفة يمكن قبولها لتحقيق الربح في ظل السعر السائد، هذا التوجه يجعل من مرحلة التصميم نقطة حاسمة في التحكم في التكاليف، حيث تُبذل الجهود لتطوير المنتج بما يتماشى مع التكلفة المسموح بها، دون المساس بجودته أو قيمته السوقية.

■ **المقارنة المرجعية Benchmarking:** تُعد المقارنة المرجعية من الأدوات الفعالة التي ظهرت في إطار السعي لتحسين أداء المؤسسات، بما في ذلك الإدارات العمومية، من خلال قياس وتقييم أدائها مقارنة بجهات أخرى بهدف تحديد نقاط الضعف ومعالجتها، وصولاً إلى تحسين جودة الخدمات العامة. وتُستخدم هذه الأداة بشكل واسع في تحديث الخدمات وتطوير العمليات المرتبطة بها، سواء على المستوى المركزي أو اللامركزي، في مختلف القطاعات ذات الطابع الإداري. وتعتمد المقارنة المرجعية على منهج يتيح للمؤسسة تحقيق أهدافها بكفاءة، من خلال مقارنة أدائها مع مؤسسات تقدم خدمات مماثلة أو تنشط في نفس المجال، حيث تقوم العملية على تقييم عنصر معين أو مجموعة من العناصر داخل المؤسسة، ثم البحث عن نموذج مرجعي يُعد مثلاً يُحتذى به من حيث الكفاءة، سواء داخل المؤسسة ذاتها أو في مؤسسات أخرى، مع تحديد أسباب الفجوة في الأداء، بعدها تُجرى التعديلات اللازمة على العمليات المعنية، ويتم تبني الأساليب الجديدة مع مراعاة ملاءمتها للبيئة الداخلية للمؤسسة.

4. بطاقة الأداء المتوازن Balanced scorecard: تعتبر بطاقة الأداء المتوازن من أبرز الوسائل الحديثة

لمراقبة التسيير، حيث حافظت على المؤشرات المالية الكلاسيكية مع إضافة مؤشرات ترتبط بمحددات الأداء المستقبلي، وتم تطوير نموذج خاص لتكييف هذه البطاقة مع خصوصيات الإدارات العمومية من طرف **Mullin** يعرف بنموذج **PSS***، كما تم إثراؤه لاحقاً بإضافة بعد خامس يعكس الجوانب البيئية والاجتماعية. ونظراً لكون هذه البطاقة تمثل جزءاً أساسياً لموضوع بحثنا، سيتم التطرق إليها بنوع من التفصيل في الفصل الموالي.

¹ المرجع نفسه، ص ص ص 135، 136، 142، 143.

وتواجه عملية مراقبة التسيير أثناء تطبيقها العملي العديد من الصعوبات التي لا يمكن التغاضي عنها تتمثل فيما يلي:¹

- **مشكل كفاءات مراقبي التسيير:** يتطلب تنفيذ هذه العملية توفر كفاءات بشرية متميزة تجمع بين المعارف التقنية والقدرة على الحوار، التلخيص والتنسيق، وتعد هذه الصعوبة من المحاور الأساسية في نماذج تقييم الأداء، لما لها من تأثير مباشر على فعالية نظام الرقابة؛
- **اختيار المعلومات الملائمة:** غالباً ما يؤدي البحث عن المعلومات الدقيقة والكاملة إلى زيادة آجال الحصول عليها، وهذا ما يؤدي إلى تخفيض القدرة على رد الفعل السريع والمناسب للمسؤول، لذلك عمل مراقبة التسيير على البحث عن المعلومات الملائمة يزيد من مخاطر عدم فعاليتها؛
- **صعوبة اختيار المعلومات الملائمة:** البحث عن معلومات دقيقة وشاملة غالباً ما يتسبب في تأخير الحصول عليها، وهو ما يضعف قدرة المسؤول على اتخاذ قرارات سريعة وفعالة. لهذا فإن سعي مراقبة التسيير نحو المعلومات الأنسب قد يزيد من احتمال ضعف الجدوى العملية للمعلومات المقدمة؛
- **ترجمة تقلبات الأداء:** تكمن الصعوبة في تحديد الانحرافات التي تستدعي تدخل نظام المراقبة، وهذه الصعوبة ترجع إلى عدم الوضوح في العلاقة بين الأهداف المنتظرة والأداء المحقق، بالإضافة إلى صعوبة التمييز بين الانحرافات العادية وتلك ذات الدلالة ولمعالجة هذه الإشكالية، من الضروري التركيز على الانحرافات الجوهرية المرتبطة بالأهداف الأساسية والتي تستدعي تدخلاً تصحيحياً فعالاً؛
- **تعارض في تشكيل الموازنات:** يتمثل هذا التعارض في الفجوة بين الوظائف المنوطة بالموازنات (كالتحفيز والتخطيط والتقييم) وبين طريقة إعدادها الفعلية، بالنسبة لـ **L.B.Fraser** و **E. Barret** يظهر هذا التعارض بوضوح خصوصاً بين هدي التخطيط والتحفيز من جهة، وبين التحفيز والتقييم من جهة أخرى، وهو ما سنوضحه من خلال الشكل التالي:

الشكل رقم (10): تعارض تشكيل الموازنات

نوع النزاع	طبيعة الهدف	وظيفة
تخطيط - تحفيز	دقيق وقابل للإنجاز	تخطيط
تحفيز - تقييم	مستهدف بلوغه لكن قابل للإنجاز بصعوبة	تحفيز
	دقيق بكفاية من أجل ترجمة الأداء	تقييم

Lauzel. P, Teller .R « *contrôle de gestion et budgets* », 4 éditions, Sirey, Paris, 1986, p101.

Source :

¹ Lauzel ,P, Teller R , « *contrôle de gestion et budgets* », 4 éditions, Paris, 1986, p100-102.

ويمكن تخفيض هذه النزاعات عن طريق تفاوض دقيق للهدف وتكييف هيكل ملائم للموازنات (من حيث مرونتها).

- **ربحية نظام مراقبة التسيير:** لكل نظام رقابي تكاليف معينة، وفي المقابل يُتَظَر منه تحقيق مجموعة من المكاسب، من بين المكاسب المتوقعة من مراقبة التسيير نذكر: الكشف عن أخطاء التسيير، الإسهام في تحسين فعالية اتخاذ القرار، ورفع مستوى تحقيق الأهداف المحددة... إلخ، غير أن ما يميز هذه المكاسب هو كونها غالباً غير قابلة للقياس الكمي الدقيق، كما أنها مستقلة عن بعضها البعض، لهذا السبب، يُعتبر نموذج التقييم الوظيفي وسيلة مساعدة تسمح بتقريب تكلفة وظائف الدعم المختلفة، وذلك من خلال ربطها بحجم ونوعية الخدمات التي تقدمها.¹

من خلال تناولنا لمفهوم مراقبة التسيير في القطاع العمومي، تبيّن أن هذه العملية لم تعد تقتصر على دورها التقليدي في الرقابة والمحاسبة، بل أصبحت أداة استراتيجية تهدف إلى تحسين الأداء وتحقيق الفعالية والفاعلية في تسيير الموارد العمومية، كما أن نجاح هذه الممارسة يتطلب إدماجها ضمن الهيكلية التنظيمية للمؤسسة، مع تحديد المهام والأهداف بدقة إلى جانب مرافقتها بآليات قياس وتقييم واضحة المعالم، غير أن تطبيق مراقبة التسيير في الإدارات العمومية يظل مرهوناً بمدى ملائمة السياق المؤسساتي والتنظيمي، وهو ما يدفعنا إلى التساؤل عن مدى قابلية هذا النموذج للتطبيق الفعلي داخل قطاع حساس ومعقد كقطاع الصحة، وما يفرضه ذلك من متطلبات وتهيئة خاصة، وهو ما سنتناوله في المبحث الموالي من خلال التركيز على المؤسسات العمومية للصحة كميدان للتطبيق.

المبحث الرابع: متطلبات تطبيق مراقبة التسيير في المؤسسات العمومية للصحة

تحتل مراقبة التسيير مكانة هامة داخل المؤسسات لما تضيفه عمليات الرقابة الفعالة على المؤسسات من خصائص ومميزات، وذلك من خلال قدرة هذا النظام على ترشيد المؤسسة في كشف الانحرافات ومعرفة أسبابها واقتراح الحلول الممكنة لذلك، إلا أن ذلك يختلف حسب طبيعة قطاع المؤسسات، حيث نجد عدة اختلافات بين تطبيق مراقبة التسيير في المؤسسات العمومية للصحة، وتطبيقها في باقي مؤسسات القطاع العمومي.

المطلب الأول: خصوصيات التسيير في المؤسسات العمومية للصحة

تعتبر المؤسسات العمومية للصحة مؤسسات تابعة لوزارة الصحة، وهذه الوضعية تجعلها تحت مراقبة خارجية شديدة، حيث يفترض أن هذه الأخيرة تمتلك الوسائل اللازمة والتي تمكنها من التأثير على نظام سير

¹ Selmer ,C, « la Boite à outils du contrôle de gestion », Dunod , Paris , 2013, p 21.

وتشغيل المؤسسات العمومية للصحة، وكذلك فإن للوصاية أن توجهها وتقودها على الأقل من الناحية النظرية، وحتى تنجح الوزارة في عملية مراقبة وتوجيه المؤسسات العمومية للصحة فإنه يجب أن يكون هناك وسيط بينهما كما هو الحال في الدول المتطورة في هذا المجال، من خلال تنصيب وكالات تقوم بمهام معينة مثل التحكم في تكاليف التشغيل للنظام الصحي، من خلال إعادة الهيكلة وتوزيع الموارد، كما أن لهذه الوكالات الصلاحيات الكاملة مثلها مثل وزارة الصحة.¹

يعتبر هذا النوع من المؤسسات بيروقراطية احترافية والتي عادة ما تتميز بغياب في هيكلها التنظيمي لمصلحة الطرق التي يكون هدفها تحديد المهام وضبط معيارها، كما أن الهيكلة الخاصة بها تتميز بغياب التحديد المطلوب والدقيق للعلاقة بين النشاط والموارد، وكنيجة لذلك فإن النشاط الاستشفائي لا يمكن التنبؤ به ولا بالوسائل التي تدخل في تحقيقه، مما ينتج عنه صعوبة في تقديره.²

يتألف مركز العمليات في المؤسسات الاستشفائية بشكل رئيسي من الوحدات العلاجية، التي تُعد بمثابة القلب النابض لنشاطات المؤسسة الصحية، إذ تُجسد الموقع الأساسي للتفاعل بين المستشفى والمريض. ففي هذه الوحدات يتم إنتاج الرعاية، وتبادل المعلومات، وتكبد التكاليف، وتقديم مختلف الخدمات الصحية. غير أن التحدي الحقيقي يظهر عند محاولة تطبيق النمط البيروقراطي في إدارة عملية التكفل بالمرضى، بالنظر إلى أن مسار الرعاية يختلف باختلاف الحالة الصحية لكل مريض، مما يجعل من الصعب اعتماد إجراءات موحدة أو تنظيم مسبق لهذه العملية. هذا التباين في السياقات يؤدي إلى حالة من العشوائية في مراحل التكفل، والتي بدورها تنعكس سلبيًا على أدوات وإجراءات مراقبة التسيير، بالنظر إلى الصعوبة في توحيد معايير الأداء. وعليه، غالبًا ما يُعتمد في هذه الحالات على مؤشرات روتينية مثل مدة الإقامة كمقياس للأداء، إذ يُنظر إلى تقليص هذه المدة كمؤشر على كفاءة المؤسسة، بحيث يُعتبر المستشفى عالي الأداء هو الذي يتمكن من خفض متوسط الإقامة مع الحفاظ على جودة الرعاية.³

يجب على المستشفى أن يراعي جميع السياقات المختلفة لضمان السير الحسن للأنشطة في أطر زمنية مناسبة، إن ترشيد الأنشطة في المستشفى يعني التوفيق بين التفرد في مسار العناية بالنسبة لكل مريض وبين تقديم

¹ Minvielle. E, « *New Public Management à la Française : the Case of Regional Hospital Agencies* », *Public Administration Review* Septembre-octobre, 2006, p133.

² Tonneau. D, Moisdon J-C, « *L'hôpital public et sa tutelle: la concurrence sous administration* », *Revue Française de Gestion*, N° 109, Juin-Juillet-Aout 1996, p125.

³ Hemidy .L, « *L'informatisation des hôpitaux et ses enjeux* », *Revue Française de Gestion*, juin-juillet-août 2000, p 131.

خدمات صحية تلبي احتياجات كل المواطنين (انتاج خدمات بالجملة)، بعبارة أخرى ترشيد نشاط العناية الصحية يتطلب التحكم في التفرد على مستويات إجمالية.¹

شهدت المؤسسات الصحية في الثلاثين سنة الأخيرة تحولات كبيرة أثرت على تنظيمها الداخلي، مثل التطور التكنولوجي وأساليب جديدة للتكفل بالمريض وظهور احتياجات صحية جديدة الأمر الذي أدى إلى أصناف وطبيعة المؤسسات العمومية للصحة.

وبالنسبة للعاملين المسيرين لهذا النوع من المؤسسات هناك فئتين، الأولى أفراد مهنيون مقسمون بدورهم إلى الأفراد الطبيين (مختصون وعامون) وشبه الطبيين بمختلف أصنافهم، وأفراد آخرين غير مهنيون مقسمون إلى إداريون وتقنيون، وهو ما يشكل أولى بواعث الاضطراب في العلاقات بينهما.

ساعد الهيكل التنظيمي للمؤسسات العمومية للصحة على ظهور شدة الاختلاف في الانتماء المهني بشكل كبير، وهناك من الباحثين من ينظر لها من الناحية التنظيمية على أنها المثال النموذجي للبيروقراطية المهنية بالمعنى الذي عرفها "منتزيرغ"، وذلك بالاعتماد على مختلف المعايير التي قدمها والمتمثلة في الأنواع المختلفة للتنظيم.² كما يصعب أيضا تحديد وبشكل دقيق صورة الهيكل الخاص بها والذي يعتبر الأكثر تعقيدا مقارنة بباقي مؤسسات القطاع العمومي نظرا لاختلاف تشكيلتها وخصوصية أنشطتها وكذا ازدواجية التدرج الهرمي الإداري والطبي. هذا الأخير يترتب عنه ما يعرف بازدواجية السلطة، الأمر الذي يزيد من عمق الفجوة الموجودة بين مختلف الفئات المهنية داخل المستشفى، حيث أن المهنيين لا يتم متابعتهم وتقييمهم من طرف مدير المستشفى، في حين أن غير المهنيين يقعون تحت مسؤوليته مباشرة، هذا يعني أن هناك خطين للمسؤولية يتعايشان جنبا إلى جنب داخل كل مؤسسة عمومية صحية، الخط الأول إداري لا يراعي الجانب القدسي للمهنة ويتمثل في غير المهنيين، والثاني كرزماطي مهني طبي، عند تلاقي هذين الخطين يكون الأفراد في منطقة تطابق للسلطتين، وبالتالي هم واقعون تحت سلطتين مما يزيد من تعقيد العلاقة بين العلاجي من جهة والإداري من جهة أخرى، أي وقوع الأفراد تحت تقابل التنظيم الرسمي والتنظيم غير الرسمي الوظيفي، حيث يؤدي تعايش هذين الخطين للسلطة إلى جعل تحديد سياقات واجراءات تقديم الخدمة الصحية عملية معقدة وبالغة الصعوبة ما ينعكس على صعوبة تمثيل النشاط العلاجي بشكل جيد داخل المستشفى.³

¹ Minvielle .E, op, cit, p96.

² Mintzberg .H, « *Structure et dynamique des organisations* », Paris – Montréal, Éditions d'Organisation / Agence d'Arc, 1982, p 253.

³ Holcman. R, « *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

المطلب الثاني: إرساء مراقبة التسيير في المؤسسات العمومية للصحة

كما سبق وأن ذكرنا فإن تطبيق تقنيات مراقبة التسيير في المؤسسات العمومية للصحة يختلف عن باقي المؤسسات العمومية، نظرا لخصوصية المؤسسات الصحية من ناحية التسيير وكذا نوع وحساسية الخدمة المقدمة من طرفها، لذلك فإن الأمر يتطلب التدقيق والتمحيص في عدة عوامل نعرضها بالتفصيل في هذا المطلب.

أولاً: مراقبة التسيير من خلال التحكم في استهلاك الموارد

أدى تعدد واختلاف أنشطة الخدمات الصحية في المستشفيات وعدم وجود حدود لتقديمها للمريض، وكذا التضائل المتزايد والمستمر في الامكانيات المادية والمالية في مقابل زيادة الطلب على هذه الخدمات من طرف أفراد المجتمع إلى إدخال طرق جديدة في التسيير كانت في السابق يقتصر استخدامها على مؤسسات القطاع الانتاجي فقط، نتيجة لذلك أصبح من الضروري على المسيرين القيام باختيار ومفاضلة للمستشفى فيما يخص الحصول على الموارد واستهلاكها، تأتي مراقبة التسيير في هذا الإطار لتحديد التقديرات التي تسمح باتخاذ قرارات مناسبة واختيارات صائبة، وذلك من خلال إدخال عدة طرق لتوفير المعلومات بشكل كاف حول:¹

- الموارد المستهلكة من طرف كل نشاط،² هذه غالباً ما تكون موثقة ضمن الموازنات أو أنظمة محاسبة التسيير؛
 - قياس ما يعرف بالمرجات الفعلية، أي إنتاج المصلحة في شكلها الملموس والراهن، والتي يتم قياسها مباشرة عند مستوى الوحدة من خلال مؤشرات مثل عدد أيام التكوين، عدد التدخلات الطبية أو عدد الأعوان، باعتبارها تحليلات عملية للنتائج المحققة؛
 - الأثر المحقق، أي معرفة مدى مساهمة الخدمة المقدمة في تحقيق الهدف المنشود وفي إرضاء الزبون (المريض).
- تتيح هذه المعطيات لمراقبة التسيير داخل المستشفيات بلوغ هدف استراتيجي يتمثل في تحديد تكلفة الخدمة بدقة، ما يمكن الميسرين من التحكم في خفض التكاليف عبر تحسين تنظيم الموارد وتوظيف وسائل الإنتاج بكفاءة أكبر، بهدف الوصول إلى أفضل توازن ممكن بين الجودة والتكلفة، وفي هذا الإطار يتعين على مراقب التسيير أن يأخذ في الحسبان كافة المتغيرات التي قد تؤثر على حساب تكلفة وحدة العمل، والتي تختلف باختلاف خصوصيات كل مؤسسة استشفائية، فيما يلي بعضها:³
- الموقع الجغرافي للمستشفى، بما يحمله من أثر على تكاليف اليد العاملة وغيرها من النفقات؛

doctorat de Sciences de gestion, Conservatoire national des arts et métiers, France, non publiée, 2006, p88.

¹Tabachoury .P, « La fonction de contrôle de gestion à l'hôpital, Human & Health » ;N°6 ,January. Accounting Organizational Society, Vol.20, N°3,les pages(93-109),2009,p31.

² Löning. H et Autres, « Le contrôle de gestion : organisation et mise en œuvre », Dunod, 2ème Ed, Paris, 2003, p184.

³ Tabachoury P, op, cit, p33.

- حجم النشاط أو عدد وحدات العمل المنتجة، حيث إن زيادة حجم الخدمات المقدمة يسمح بتوزيع التكاليف الثابتة على عدد أكبر من الوحدات، مما يسهم في تقليل تكلفة الوحدة الواحدة؛
- درجة الاعتمادية ومستوى الجودة في تقديم خدمات الرعاية؛
- الوضعية المالية للمؤسسة، بما في ذلك مستويات المديونية وكذا تأثيرات الأعباء المالية؛
- طبيعة المرضى المستفيدين من الخدمات، حسب تصنيفات صناديق الضمان الاجتماعي وأنواع العلاجات المقدمة؛
- نموذج التسيير المعتمد وآليات التقييم الدوري لأداء المصالح والإجراءات المعمول بها.

وفي هذا السياق شهدت وظيفة مراقبة التسيير تطوراً ملحوظاً وتأقلم تدريجي مع طبيعة المؤسسات الخدمية، بما في ذلك المؤسسات العمومية للصحة، من خلال تحديث أدواتها وتوسيع نطاق تطبيقها لتشمل تقييم استهلاك الموارد بشكل أكثر دقة وملاءمة. وإلى جانب اعتمادها على بعض الآليات المستعملة تقليدياً في القطاع الصناعي، على غرار طريقة الأقسام المتجانسة والتكلفة المعيارية، اتجهت مراقبة التسيير إلى تبني مقاربات متقدمة مثل محاسبة التكاليف على أساس النشاط (ABC)، بالإضافة إلى تقنية حساب تكلفة مجموعات متجانسة من المرضى، والتي تستند إلى تحديد التكلفة المتوسطة ليوم إقامة داخل المستشفى، وكذا التقدير الجزائي لتكاليف معالجة كل نوع من الأمراض.¹

ثانياً: مراقبة التسيير من خلال الوقوف على النتائج المحققة

يتفق الباحثون والمختصون في أن الوقوف على النتائج المحققة من أنشطة المؤسسات الخدمية يختلف عن تلك المحققة في المؤسسات الانتاجية، فتقييمها في هذه الأخيرة يعد سهلاً مقارنة بتقييم مخرجات أنشطة العناية الصحية إذ يعد تحدي حقيقي بالنسبة للمسيرين، فالتزام المسيرين دورياً بواجب تقديم النتائج المحققة يدفعهم إلى تقدير انجاز أنشطتهم بما يمكنهم من تقديم المعلومات الضرورية إلى الجهات المخولة للتقييم، كما أن تقدير النتائج يجب ألا يقف عن 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 والتحسين النوعي الذي أسفر عنه تطبيق البرنامج أو النشاط.²

¹Bonafini .P, Renault .C, « Le management des hôpitaux français : palliatif ou curatif ? », Revue Management International, vol.9 N°1, les pages (1-11), 2005, p63.

²بوخمخ جمال الدين، التصرف بالمستشفيات العمومية واللامركزية، مداخلة مقدمة ضمن ملتقى بعنوان "استقلالية المؤسسات الصحية التابعة لوزارة الصحة"، يومي 23 و24 أكتوبر بتونس، 2000، ص11.

كما أنه يتعين على مراقبي التسيير وضع آليات وأساليب فعالة تمكنهم من متابعة وتقييم البرامج المنفذة، ما يساعد على تقديم معلومات ملائمة تخدم عملية تقييم نتائج النشاط الصحي، من خلال التركيز على جودة الخدمة عبر أربعة مستويات متكاملة تعتمد على نظم المعلومات المستعملة في مراقبة التسيير وهي كالتالي:¹

- **المستوى الأول:** يتناول تقييم الجودة المحققة من وجهة نظر المستفيد؛
- **المستوى الثاني:** يركز على تقييم جودة الخدمة أثناء تقديمها، بما يسمح بتحديد ما إذا كان تراجع الجودة ناتجاً عن خلل في عملية التقديم أم في مرحلة الاستفادة؛
- **المستوى الثالث:** يهتم بجودة العمليات الوسيطة المؤدية إلى الخدمة النهائية، ويتطلب توفر معلومات دقيقة عن التجهيزات، وكفاءة العاملين، ومدى احترام الإجراءات والآجال؛
- **المستوى الرابع:** قياس المدخلات سواء تعلق الأمر بالزبائن (المرضى)، المعلومات، المواد الأدوية أو خدمات أخرى.

إلى جانب ذلك فإنه يتم مقارنة رضا الزبون (المرضى) بمستوى التكلفة، كأداة لربط الموارد المحققة بمستوى الخدمة المقدمة، فمثلاً في المستشفى يمكننا أن نتساءل عن العلاقة بين انخفاض تكلفة الوجبات ونسبة عدم رضا المرضى عنها، هل أن نسبة عدم الرضا تكون أكبر عندما تكون التكلفة أقل؟²

وكثيراً ما تستعمل الاستقصاء كوسيلة تعكس آراء المرضى وتوقعاتهم بشأن جودة الخدمات الصحية، و يمكن قياس جودة الخدمات الصحية من خلال:³

- تحديد توقعات المرضى والمجتمع المحلي من المؤسسات الصحية؛
- وضع معايير دقيقة ومعلنة لتصميم الخدمات وفق تلك التوقعات؛
- تقييم الأداء الفعلي لمعرفة مدى تطابقه مع تطلعات المرضى.

ثالثاً: عملية تقييم أنشطة الصحة العمومية

تمثل عملية تقييم أنشطة الصحة العمومية أداة علمية أساسية لفهم الإشكاليات المرتبطة بهذا المجال، والإجابة عن تساؤلات محورية من قبيل: لماذا نقيّم؟ كيف نقيّم؟ وما نتائج القرارات المتخذة؟ ويرى العديد من المختصين أن توحيد إطار مرجعي للتقييم أمر بالغ الصعوبة، بالنظر إلى تعدد وتنوع الأفعال والتدخلات في قطاع الصحة، والتي تختلف باختلاف الأهداف والاستراتيجيات المعتمدة، وعند المصادقة على برنامج في مجال الصحة

¹ Löning.H et Autres, *op, cit*, p187.

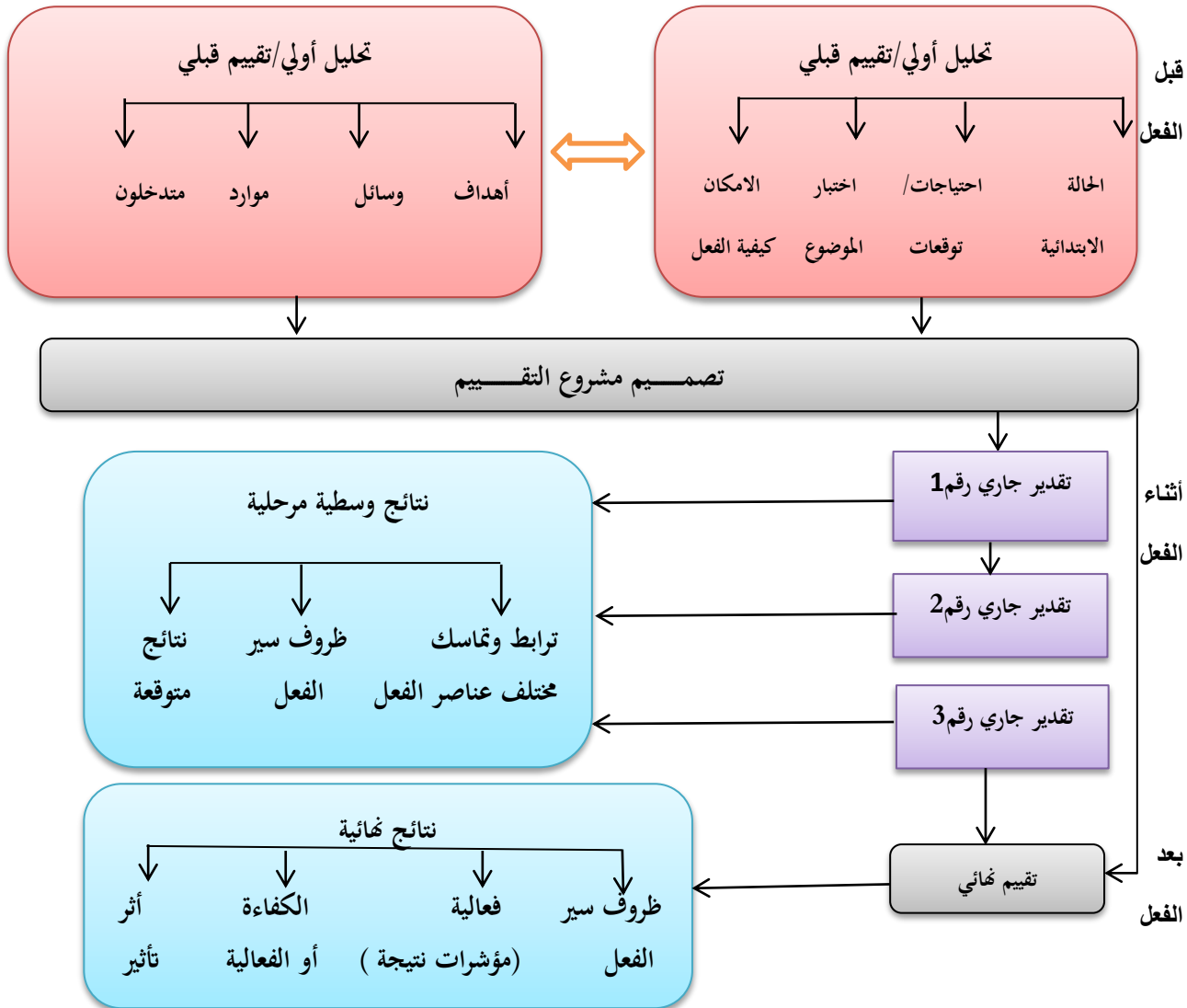
² Ducrocq .C et Autres, « *Le suivi de la qualité et des coûts dans les entreprises de services : une enquête sur les outils employés par les départements de contrôle de gestion, Finance Contrôle Stratégie* », vol. 4, N° 3, septembre, les pages (89-121), 2001,p 101.

³ جاب الرب، إدارة المنظمات الصحية والطبية: منهج متكامل في إطار المفاهيم الإدارية الحديثة، دار النهضة العربية، القاهرة، 2007، ص115.

العمومية، تصبح عملية التقييم ضرورية، ويُفترض أن تُبنى وفق تساؤلات منهجية لمعرفة: - متى يتم التقييم؟ - ما الذي يتم تقيمه؟ - لماذا يتم التقييم؟ - كيف يتم التقييم؟ كما يلي:¹

1. متى يتم التقييم؟: تمر عملية تقييم أنشطة الصحة العمومية بثلاث مراحل رئيسية، أولها ما يُعرف بالتقييم القبلي أو التحليل الأولي، والذي يمثل خطوة ضرورية لضمان انسجام البرنامج أو التدخلات، تسهم هذه المرحلة في تنظيم وضبط الاختيارات الاستراتيجية، كما تتيح التأكد من سلامة الأسس التي يقوم عليها المشروع، وتوفر الشروط الضرورية لاتخاذ قرارات فعالة ولضمان المتابعة المستمرة. هذه الطرق التمهيديّة تحدد أصالة مسعى التقييم في الصحة العمومية كما يوضحه الشكل التالي:

الشكل رقم(11): نموذج للتقييم مرتبط بالأفعال (الأعمال)



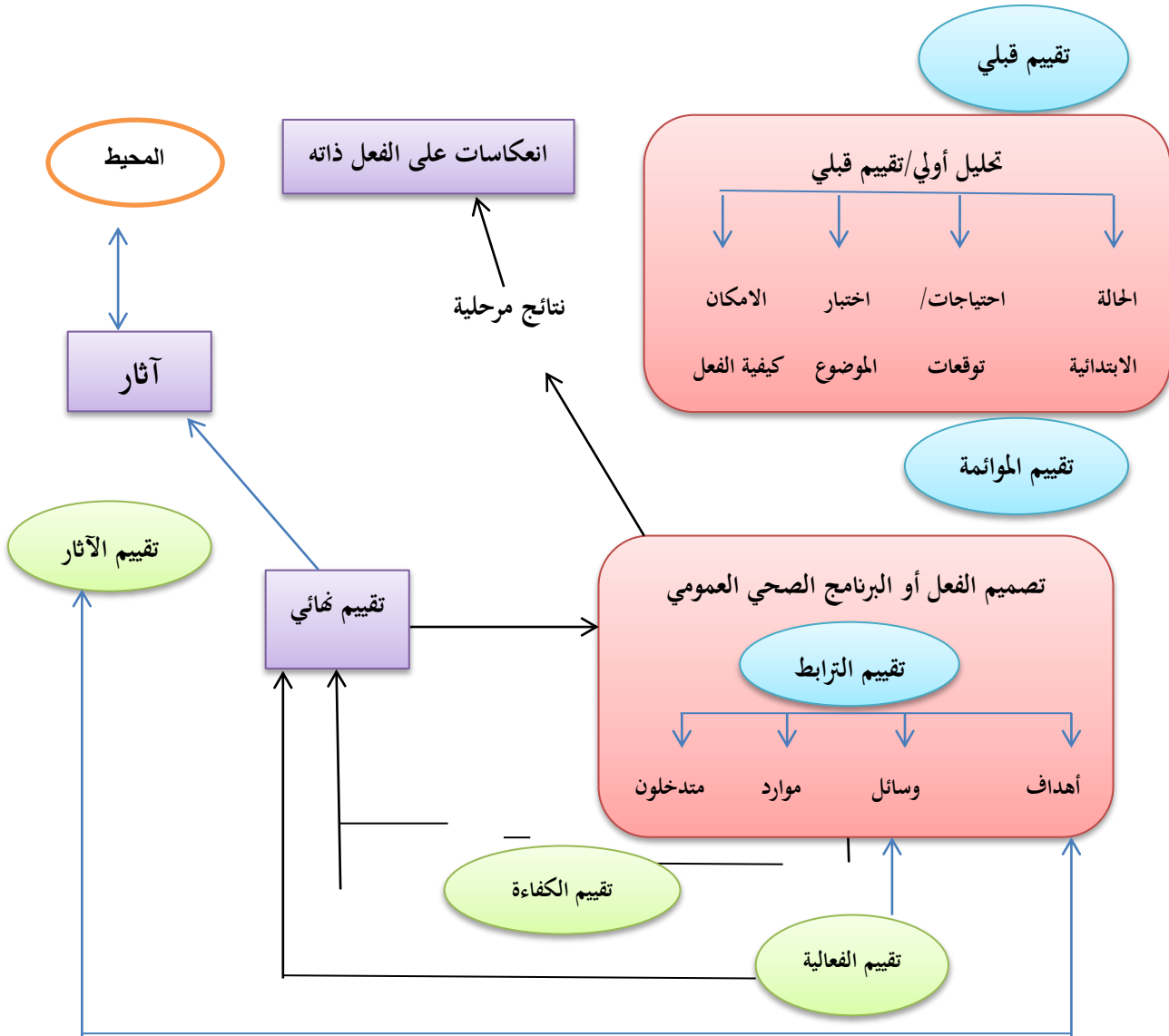
¹ مصطفى الباهي، مراقبة التسيير في المستشفيات، دراسة استكشافية لمؤشرات قياس الأداء في المستشفيات العمومية الجزائرية، أطروحة دكتوراه، تخصص علوم التسيير، قسم علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة عمار ثلجي الأغواط، الجزائر، 2013-2014، ص 253-258 (بتصرف).

Source : Andem, « Évaluation d'une action de santé publique », actualité et dossier en santé publique N° 17, Paris, 1996, p 48 .

أما المرحلة الثانية فتتمثل في التجميع المحتمل للقياس أثناء الفعل من أجل القيام بالتصحيحات، ويطلق عليها اسم التقييم أثناء الفعل أو التقييم الآني، هذه المرحلة لا تعد ضرورية غير أنها تشجع على المتابعة والمراقبة على أفعال البرنامج. في حين تتمثل المرحلة الثالثة في التقييم النهائي، وهي تتعلق باستغلال النتائج وتفسيرها، ولزيادة فعالية هذه المرحلة يجب احترام الاجراءات المسجلة في دفتر الأعباء، وجعل أهداف البرامج تتربط مع تلك المتعلقة بالتقييم القبلي والآني.

2. ما الذي يتم تقييمه؟: تتوقف مهام مسعى التقييم على الأهداف المراد متابعتها وخصائص الفعل المراد القيام به، حيث يتم اسناد مهام مختلفة لهذا المسعى، تختلف باختلاف الغايات المرجوة ونوع الأنشطة أو البرامج المعنية، كما يوضحها الشكل التالي:

الشكل رقم(12): أهداف ومستويات التقييم



Source : Andem, op. cit, p 49.

من خلال الشكل نلاحظ أن عملية التقييم يمكن أن تتم انطلاقاً من عدة مستويات مختلفة وذلك حسب الهدف من التقييم والذي قد يكون:

- تقدير مدى ملائمة التدخل، من خلال الربط بين الاحتياجات المحددة مسبقاً والأهداف المسطرة؛
- تحليل الاتساق الداخلي للبرنامج، عبر تقييم الانسجام المنطقي بين مكوناته المختلفة أثناء التنفيذ؛
- تقييم الفعالية، من خلال مقارنة الأهداف المتوقعة بالنتائج المحققة المتحصل عليها؛
- تقدير الكفاءة، أي مدى التوازن بين الموارد المخصصة والنتائج المتحصّل عليها؛
- تقييم أثر الفعل أي النتيجة والتأثيرات الأخرى الملاحظة على المجتمع المستهدف.

3. لماذا يتم التقييم؟: الهدف من عملية التقييم هو اصدار حكم ما على نشاط معين أو مورد أو نتيجة، ويزداد موضوع تقييم الصحة العمومية شمولية واتساعاً خاصة في ظل مساهمة العديد من الميادين كعلم الأوبئة والعلوم الاجتماعية والعلوم الاقتصادية بما في ذلك تقنيات المحاسبة والتسيير، في معرفة العلاقة بين الصحة ومحيطها، زيادة على الطابع الجماعي لعمليات الصحة العمومية الذي يضعها دوماً في إحدى هذه الميادين من خلال:
- تقوم الدراسات الوبائية بمقارنة النتائج المحققة مع النتائج المتوقعة من خلال استعمال نماذج تجريبية ومراقبتها واجراءات تحقق تعتمد على الملاحظة مثل التصميمات "قبل/بعد" أو "هنا/هناك"، مما يساعد في قياس فعالية التدخلات الصحية بشكل علمي؛
 - يسمح التحليل الاقتصادي بتحديد الكفاءة والمردودية من خلال أدوات تقييم مثل تحليل "التكلفة/الفعالية" "التكلفة/المنفعة"، و"التكلفة/العائد"، ما يسمح باتخاذ قرارات رشيدة حول تخصيص الموارد؛
 - أما المقاربة السوسيولوجية فتسعى إلى تفسير النتائج غير المتوقعة عبر تحليل الأبعاد الاجتماعية، من خلال جمع آراء المعنيين وفهم المواقف والسلوكيات، وطرح فرضيات حول الأسباب الكامنة وراء تلك النتائج.

في سياق تقييم أفعال الصحة العمومية، غالباً ما يتم اعتماد أدوات تنظيمية وتقنية مثل لوحات قيادة النشاط، والرسومات التخطيطية التي تمثل المراحل والأحداث، على غرار مخططات الشبكات أو خوارزميات اتخاذ القرار، وذلك بهدف توضيح المسار المنطقي للتدخلات.

ترتكز فعالية التقييم على قياس النتائج والآثار، سواء كانت متوقعة أو طارئة، ثم تحليلها وتفسيرها من أجل صياغة توصيات عملية، ويمكن أن تخضع هذه التوصيات بدورها إلى إعادة تقييم لاحق، مما يساهم في تحسين جودة البرامج وتكييفها مع السياقات الجديدة، إن عملية التقييم تلعب دوراً محورياً في دعم صناع القرار لاتخاذ خطوات مناسبة، سواء تعلق الأمر بالشروع في برنامج معين، أو تعديله، أو إيقافه، أو حتى تعزيز فعاليته مستقبلاً.

4. كيف يتم التقييم؟: تُعرّف عملية التقييم عموماً على أنها سلسلة من عمليات الملاحظة والمقارنة، تُبنى تباعاً للأهداف المرجوة. ففي البداية، يجب تحديد ما إذا كان الهدف هو تقييم مسار تنفيذ الفعل أو قياس نتائجه النوعية، أو بشكل أشمل، طبيعة ومدى تأثيره، وهنا لا بد من توضيح المعنى المزدوج لمصطلح "التقييم" كما يُستخدم في ميدان الصحة العمومية؛ حيث يُشير إلى نوعين مختلفين من العمليات، لكل منهما أهداف متميزة:

- النوع الأول يُعنى بإثبات فعالية الفعل المفترض، ويتم ذلك باستخدام أدوات مقارنة مثل: "قبل/بعد"، أو "هنا/هناك"، أو التحليل السببي. ويُستخدم هذا النوع من التقييم غالباً في المرحلة التجريبية لبعض الاستراتيجيات الصحية قبل تعميمها، كما هو الحال عند التساؤل حول مدى فاعلية برنامج للكشف المبكر عن مرض ما، مثل فرط الحديد في الدم، في سياق وطني معين.
- أما النوع الثاني فيُستخدم في إطار الممارسات الروتينية، حيث يُقاس الأداء من خلال تطبيق الاستراتيجيات المعتمدة، في هذه الحالة، يُنظر إلى الأهداف بوصفها أهدافاً عملية (براغماتية)، وتُعد النتائج المحصلة أداة لتعديل المسارات التنفيذية لاحقاً، هذا النوع من التقييم يُوصف بالديناميكي، على غرار تقييم مدى ملاءمة برنامج الكشف المبكر عن سرطان الثدي لفئة عمرية معينة، والذي قد أثبتت فاعليته علمياً في سياق تجريبي معين، لكن يظل السؤال قائماً حول مدى فاعليته عند تطبيقه بصورة اعتيادية في ولاية محددة من بلد ما.

المطلب الثالث: تحديات مراقبة التسيير في المؤسسات العمومية للصحة

تواجه المؤسسات العمومية للصحة العديد من التحديات والصعوبات في تطبيقها لتقنيات مراقبة التسيير تتمثل أبرزها فيما يلي:

أولاً: صعوبة تأقلم النموذج التقليدي لمراقبة التسيير مع خصوصيات المؤسسات العمومية للصحة

تتسم الخدمات الصحية بطابع تقريبي سواء في تقديمها أو في طريقة استهلاكها، مع صعوبة التحقق من نتائجها، وهو ما يرتبط بدرجة اللامادية التي تميز هذه الخدمات، كما أن لمقدم الخدمة دوراً محورياً في تقديمها، خاصة عندما يتطلب الأمر التفاعل المباشر مع المستفيد، ويزداد تعقيد الأمر عندما يكون الزبون المريض (طرفاً مشاركاً في إنتاج الخدمة).¹

تختلف وتتعدد مصادر الخدمات المقدمة تبعاً لطبيعة الخدمة نفسها، فعندما تكون الخدمة ذات طابع مادي ويغيب تدخل الزبون في إنتاجها، فإن رضا هذا الأخير يتركز بالدرجة الأولى على جودة الأداء واحترام آجال التنفيذ.

أما على مستوى أنشطة العناية الصحية في المؤسسات العمومية للصحة فإنها تطرح لمراقب التسيير مشاكل خاصة من جانبين، النوع الأول يتعلق بالمبادئ التي يقوم عليها النموذج التقليدي لمراقبة التسيير ذي الأصول الصناعية، في حين يتعلق النوع الثاني من الصعوبات بالأدوات التي يجب على مراقب التسيير أن يستعملها.

تعاني فرضيات النموذج التقليدي المبنية على منطق ومعايير تعبر على البيئة التي انطلق منها هذا النموذج، أي المنطق الصناعي وبيئة الأعمال والمعايير المالية والمحاسبية كالمردودية والعائد على الاستثمار...، تعاني من عدم التأقلم مع خصوصيات المؤسسات الخدمية العمومية وخاصة الصحية منها، وهناك ثلاث فرضيات تعتبر من أهم الأسس التي بني

¹ Alcouffe .S et Autres, « 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 », Vol.34, N°188-189, les pages (291-306), 2008, p294.

عليها النموذج التقليدي لمراقبة التسيير والتي تشكل عقبة أمام تأقلم مراقبة التسيير مع مؤسسات تقديم الخدمة كالمؤسسات الصحية مثلاً، حيث يرى الباحثون أنه على مراقبة التسيير إذا أرادت أن تنسجم مع هذا النوع من المؤسسات فإنه يجب عليها أن تقوم بعملية التحويل لهذه الفرضيات.¹

وتتمثل أبرز هذه الفرضيات في ثلاث نقاط أساسية تُعد عائقاً أمام التأقلم مع واقع المؤسسات الصحية:

- أولاً: افتراض إمكانية فصل الإنتاج عن الاستهلاك، وهو أمر غير ممكن في الخدمات الصحية التي يتم فيها تقديم الخدمة واستهلاكها في الوقت نفسه؛
- ثانياً، افتراض قابلية قياس الأداء بناءً على نتائج مادية مالية، في حين أن جودة الخدمة الصحية تقاس غالباً بمؤشرات نوعية يصعب تقديرها مادياً؛
- ثالثاً، الانطلاق من أهداف اقتصادية بحتة تركز على الربحية، بينما تسعى المؤسسات الصحية إلى تحقيق منفعة اجتماعية عامة.

لذلك أصبح من الضروري لمراقبة التسيير في المؤسسات الصحية أن تعتمد مقاربات أكثر مرونة، تراعي طبيعة الخدمة، وتدمج البعد الاجتماعي والإنساني ضمن أدوات التقييم، مع تطوير مؤشرات نوعية في عملية التقييم والمتابعة.

ثانياً: تقسيم المؤسسة الصحية إلى مراكز مسؤولية

يفترض النموذج التقليدي لمراقبة التسيير إمكانية تقسيم المؤسسة الصحية إلى وحدات منفصلة واضحة تُعرف بمراكز المسؤولية، استناداً إلى فرضيتين رئيسيتين هما البساطة والثبات، حيث تعني البساطة النظر إلى أنشطة المؤسسة بشكل مستقل عن بعضها، مما يسهل تحديد الموارد والمدخلات والمخرجات لكل وحدة على حدة، أما الثبات فيرتبط بالاستقرار في العمليات والإجراءات من حيث المعايير وآليات القياس والتقييم، بحيث يُعتبر الأداء الكلي للمؤسسة مجموع أداء مراكز المسؤولية المختلفة. وبفضل هاتين الخاصيتين، يُنظر إلى المعيار المحدد كمصدر مرجعي ثابت يُستخدم باستمرار في مراقبة الموارد، حيث تُعتبر الأنشطة ثابتة ومنظمة مما يتيح متابعة تتابع المدخلات والمخرجات بصورة مباشرة.²

لقد بات من الصعب تطبيق هذا النموذج الشامل بسبب تعقيد أنشطة المؤسسات الصحية وتداخل الوظائف، مما يحد من إمكانية فصل مراكز المسؤولية عن بعضها، لذلك أصبحت مراقبة التسيير تحتاج إلى اعتماد تصاميم أكثر تعقيداً ومتعددة الأبعاد، تجمع بين نماذج متنوعة ومعايير مختلفة لتحقيق قيادة ورقابة أكثر فعالية تتناسب مع طبيعة المؤسسات الصحية المعاصرة.³

¹ Alcouffe. S, « Les concepts de coûts et les paramètres de conception d'un système de coûts », Pearson Education France , les pages 141-159, avril 2010, p 148.

² مصطفى الباهي، مرجع سبق ذكره، ص 247.

³ Alcouffe. S, et Autres, op, cit , p295.

ثالثا: التعاقدية، التعهد (المسؤولية والمحاسبة)

ثاني التحديات التي يواجهها النموذج التقليدي لمراقبة التسيير تتعلق بمفهوم التعاقدية، الذي يصعب تطبيقه في مؤسسات الخدمات العمومية، خاصة الصحية منها، ينبع هذا المفهوم من الثقافة التي نشأت فيها مراقبة التسيير، حيث كان التسيير يعتمد على عقد يحدد أهدافاً واضحة، مما يستوجب مسؤولية ومحاسبة القائد في إطار رؤية مالية تقليدية.

يفترض هذا النموذج أن المسؤول عن إدارة الوحدة يتمتع بالاستقلالية والتحكم الكافي في سير العمليات التي يشرف عليها، وهو ما يتماشى مع نظرية الوكالة. فالمسير ملزم بتقديم تقارير مفصلة عن كيفية استخدام الموارد المخصصة له وتحمل المسؤولية تجاهها، مما يضمن للجهة المخولة بالصلاحيات القدرة على تقييم مدى الالتزام بتنفيذ الأهداف المتفق عليها، وبذلك يقوم نظام التعاقدية على مبدأ المساءلة، حيث يتحمل المسير مسؤولية تنفيذ ما تعهد به ويجب عليه تقديم حساب واضح عن أداء مهامه، مما يعزز الشفافية ويؤمن متابعة دقيقة لأداء المؤسسة.¹

إلى جانب التسيير التعاقدية القائم على ثنائية الهدف والوسائل، يفترض هذا النموذج إمكانية تحديد أهداف فردية قابلة للقياس، إضافة إلى وجود علاقة سببية خطية بين استهلاك الموارد وتحقيق تلك الأهداف.

وبالرجوع إلى خصائص الخدمات الصحية بشكل عام، وخاصة في المستشفيات، فإنه يصعب تطبيق هذه الفرضية يعود ذلك إلى تعقيد الأنشطة الخدمية، التي غالباً ما تتصف بالإنتاج المشترك والمسؤولية المشتركة، بالإضافة إلى عدم وضوح العلاقة بين الوسائل والنتائج، مما يجعل من الصعب نمذجة هذه الأنشطة وفقاً لمبادئ التعاقدية.²

رابعا: التوافق والترابط بين المدى القصير وطويل الأجل

تقوم فرضية التوافق بين المدى القصير والمدى الطويل في مراقبة التسيير على ضرورة تحقيق انسجام بين الأهداف التشغيلية اليومية والتوجهات الاستراتيجية بعيدة المدى، بحيث تصب جميع الجهود في اتجاه هدف موحد للمؤسسة، ويتطلب ذلك تبنياً جماعياً للأهداف من قبل جميع أفراد المنظمة، مما يضمن ترجمة الأنشطة اليومية إلى خطوات عملية نحو تحقيق الرؤية العامة، دون تناقض أو تعارض مع السياسات الاستراتيجية.

غير أن تطبيق هذا المبدأ في المؤسسات الصحية العمومية يواجه صعوبات جوهرية، تعود أساساً إلى التباين المهني داخل المستشفيات، حيث يطغى الطابع الطبي المهني على الدور الإداري. فغالباً ما تركز فرق العمل الطبية، ذات الشخصية المهنية المستقلة والمميزة تقنياً، على المهام اليومية التشغيلية دون اعتبار مدى انسجامها مع الأهداف بعيدة المدى، التي تشكل في العادة مجال اهتمام الإدارات والجهات الوصية، هذا الانفصال في الاهتمامات يعوق تحقيق ترابط فعال بين المدى القصير والطويل داخل المؤسسة الصحية.³

¹ بوخمخ، مرجع سبق ذكره، ص 09.

² Alcouffe. S, et Autres, *op, cit*, p 296.

³ مصطفى الباهي، مرجع سبق ذكره، ص 249.

خلاصة :

يُعدّ المناجنت العمومي الجديد من أبرز المقاربات الحديثة لإصلاح الإدارة العمومية، حيث يدعو إلى تكييف أدوات التسيير المعتمدة في القطاع الخاص وتطبيقها في القطاع العام بما يتلاءم مع خصوصياته، مع التركيز على آليات السوق، والاهتمام برأي المواطن، واعتماد اللامركزية والمنافسة لتحسين فعالية الأداء، خاصة في المؤسسات الصحية. ورغم صعوبة تطبيقه نظراً لخصوصيات القطاع العمومي، فقد أثبت نجاحه في العديد من التجارب الدولية من خلال تحسين أداء الإدارة وجودة الخدمات المقدمة.

مراقبة التسيير وباعتبارها نظام يتشكل من مختلف الأبعاد، تسعى إلى متابعة تحقيق أهداف المؤسسات العمومية بكفاءة وفعالية في إطار مواردها وامكانياتها، وبذلك فقد باتت ضرورة حتمية نظراً لنقص الفعالية في الأداء العمومي ورداءة جودة الخدمات المقدمة.

إن تقييم الأنشطة في المؤسسات العمومية للصحة من قبل مراقب التسيير يزداد صعوبة كلما تعلق الأمر بالتكفل بالمرضى، حيث أن إجراءات وخطوات ومراحل التكفل تختلف من مريض إلى آخر، مما يجعل مسار وسياق عملية التكفل يسير دون تنظيم مسبق وبدون تقدير تنبؤي، ليؤدي إلى عشوائية كبيرة في مراحل وخطوات النشاط الاستشفائي، هذا الاضطراب في مسار العمل يؤثر بشكل مباشر على عملية التسيير ومنه على إجراءات وأدوات مراقبة التسيير، كما تتأثر سلباً أدوات مراقبة التسيير بالمحددات الأخرى التي تحكم عمل وأنشطة المؤسسات العمومية للصحة مثل ازدواجية السلطة حيث أن تعايش هذين الخططين للسلطة يؤدي إلى جعل تحديد سياقات وإجراءات عملية العناية الصحية عملية معقدة وبالغة الصعوبة، مما ينعكس على صعوبة تمثيل النشاط العلاجي داخل المستشفى، علاوة على العديد من الصعوبات والتحديات التي تواجه المستشفيات في تطبيقها لتقنيات مراقبة التسيير على غرار صعوبة تأقلم النموذج التقليدي لمراقبة التسيير في المؤسسات العمومية للصحة، تقسيم المؤسسة الصحية إلى مراكز مسؤولية، التعاقدية، وكذا التوافق والترابط بين المدى قصير وطويل الأجل.

لأجل ذلك وضعت الوزارة الوصية مجموعة من الإصلاحات القائمة على المناجنت العمومي الجديد، ساهمت بإضفاء الطابع الكمي على مختلف العمليات والاهتمام بعملية تقييم النتائج المحققة، كما يعتبر تحسين الأداء الهدف العام الذي تسعى إليه هذه الإصلاحات، حيث يضمن قياسه إمكانية تحليله ومن ثم إتخاذ الإجراءات التصحيحية المناسبة.

لذلك كان من المستوجب البحث عن أدوات حديثة في إطار مراقبة التسيير بإمكانها مساعدة إدارة المؤسسات الصحية على فهم أكثر للعملية التسييرية، دون إهمال للمتغيرات التي لها تأثير مباشر وغير مباشر على أدائها، ولعل من أهم هذه الأدوات نجد بطاقة الأداء المتوازن كأداة معاصرة تتجاوز المنظور التقليدي، وتتيح مقارنة شاملة ومتعددة الأبعاد لتحقيق التوافق بين الأداء، الجودة، والاستراتيجية غير أن إدخالها إلى المؤسسات العمومية غير الهادفة للربح قد يُعتبر أمراً صعباً كونها تتجه نحو الربح وليس النجاح المالي، وهو ما سيكون مجال حديثنا في الفصل الموالي.

الفصل الثاني:

بطاقة الأداء المتوازن: من مؤسسات القطاع الخاص إلى مؤسسات القطاع العمومي

- ✓ مدخل إلى بطاقة الأداء المتوازن؛
- ✓ بطاقة الأداء المتوازن: خصائص وأبعاد تفاعلية متعددة؛
- ✓ بطاقة الأداء المتوازن المستدام (SBSC)؛
- ✓ بطاقة الأداء المتوازن في القطاع العمومي: المؤسسات الصحية نموذجا.

تمهيد:

تواجه بيئة عمل القطاع العمومي في الوقت الراهن تغيرات متسارعة تتصف بالتعقيد نتيجة التطورات العلمية والتكنولوجية في شتى المجالات، التي أدت إلى تطور احتياجات وتطلعات العملاء إلى الحصول على خدمات متنوعة ذات جودة وبتكلفة منخفضة، هذه التغيرات والتطورات المتسارعة أدت أيضا إلى تغير شروط وطبيعة الأداء فأصبح يتوقف تحقيقه على كمية ونوع المعلومات التي تحتاج إليها المؤسسات في قياس وتقييم أدائها والذي يعد عنصرا أساسيا في العملية الإدارية، كما أدت إلى تغيير نظرتها التقليدية من استخدام أدوات ومقاييس مالية بحتة غير قادرة على التكيف مع التغيرات الجديدة للبيئة إلى استخدام العديد من الأدوات الحديثة التي تسعى إلى معالجة تلك النقائص وحل المشاكل التي تعترض التنفيذ الناجح للاستراتيجية، وبالتالي رفع مستوى الأداء وفعاليتها في هذا القطاع، ومن بين أهم هذه الأدوات بطاقة الأداء المتوازن.

تعتبر بطاقة الأداء المتوازن من أهم الأدوات الحديثة في مجال مراقبة التسيير، والتي تعد بمثابة استدراك إداري كامل ورؤية استراتيجية لتحقيق درجة التحسين في جودة المنتجات والخدمات المقدمة للعملاء فضلا عن التحسين المستمر للعمليات من خلال قاعدة القياس والتقييم، متجاوزة بذلك النظرة التقليدية للأداء التي تعتمد على المؤشرات المالية في تحقيق مصالح المساهمين، إلى التعامل مع المؤشرات غير المالية التي تحقق مصالح أصحاب المصلحة (موظفين، زبائن، مساهمين، مواطنين..).

ولقد تم تطوير بطاقة الأداء المتوازن بعد أن كانت تضم أربع أبعاد رئيسية ممثلة في: البعد المالي، بعد الزبائن، بعد العمليات الداخلية، وبعد النمو والتعلم، بإضافة بعد خامس وهو البعد البيئي والاجتماعي الذي يعكس سلوك المؤسسة البيئي أثناء ممارستها لأنشطتها، وسلوكها اتجاه المجتمع الذي تنشط فيه من خلال احترامها لعاداته وتقاليده ومدى مساهمتها في إحداث التنمية الاجتماعية، وهذا من أجل إعطاء صورة شاملة واضحة ومفصلة عن أداء المؤسسة وتشخيص نواحي القصور في أنشطتها والعمل على معالجتها، لتلبي حاجة وتطلعات المؤسسات العمومية.

وبذلك تصبح بطاقة الأداء المتوازن قابلة للتطبيق في أي نوع من أنواع المؤسسات وبمختلف أحجامها وأشكالها وفق ما أكدته *R.kaplan* و *D.norton*، إذ من الممكن اعتمادها في المستشفيات والمؤسسات العمومية الصحية بصفة عامة باعتبارها تجمع بين الأبعاد المالية وغير المالية لتقييم أداء هذه المؤسسات، غير أن نجاح ذلك يتطلب إجراء بعض التعديلات بما يتوافق مع متطلبات وخصائص هذه المؤسسات.

إدخال بطاقة الأداء المتوازن إلى المؤسسات العمومية بمختلف أنواعها وأصنافها نقصد به من الناحية النظرية نقل أداة تسييرية من سياق تنظيمي إلى آخر، ومن أجل بناء تصور واضح عن ذلك سنقوم في هذا الفصل بتوضيح كيفية إدخال بطاقة الأداء المتوازن إلى المؤسسات العمومية لا سيما المؤسسات الصحية، لكن قبل ذلك لا بد من تقديم البطاقة بشكل عام ومن ثم الحديث عن نقلها إلى المؤسسات العمومية.

المبحث الأول: مدخل لبطاقة الأداء المتوازن

تعد بطاقة الأداء المتوازن إحدى أبرز الأدوات الإدارية الحديثة التي تساهم بفعالية في تحديد الاتجاه الاستراتيجي للمؤسسة أيا كانت طبيعة نشاطها، كما تساعد في تقييم مستوى التقدم نحو تحقيق الأهداف من خلال تقديم رؤية واضحة عن الوضع الحالي والمستقبلي للمؤسسة، ومن أجل عرض الإطار التصميمي لبطاقة الأداء المتوازن من الضروري أولاً فهم هذه المقاربة وذلك بالرجوع إلى أصول إنشائها وتطورها، ومن ثم توضيح مفهومها وأهميتها.

المطلب الأول: ظهور بطاقة الأداء المتوازن وتطورها

أولاً: ظهور بطاقة الأداء المتوازن

في مطلع الثمانينيات عرفت المقاييس المالية انتقادات واسعة، وذلك بسبب اعتماد المديرين على المعلومات المالية فقط، مما أدى إلى تركيزهم على تحسين النتائج المالية قصيرة الأجل، ولو كان ذلك على حساب الأهداف متوسطة وطويلة الأمد للمؤسسة.

وفي سنة 1983 كتب Kaplan حول كيفية قيام المؤسسات بقياس أدائها، مشيراً إلى وجود أبعاد مهمة وأساسية لم يتم أخذها بعين الاعتبار في عملية قياس الأداء، أهمها المقاييس غير المالية، التي تلعب دوراً جوهرياً في التقييم الشامل للأداء.

وفي عام 1986 قدم كل من Glenn Felix and James Riggs مصفوفة للأداء تتضمن مجموعة المقاييس التي تعكس توازن الأداء في المؤسسة، وتعتبر هذه المقاييس من الأولويات الأساسية في قياس الأداء.

ترجع فكرة بطاقة الأداء المتوازن إلى عام 1987 عندما طُرحت لأول مرة في كتاب Johnson and Kaplan بعنوان "Relevant". وقد جاء هذا التوجه استجابة مباشرة للانتقادات الموجهة إلى نظم الموازنة التقليدية وأساليب تقييم الأداء، حيث دعا الكتاب إلى ضرورة تطوير منهجية الموازنة من خلال تبني مبدأ الإدارة على أساس التكلفة. ومن بين أبرز الانتقادات التي عالجها هذا المدخل هو محدودية نظم المحاسبة التقليدية التي تقتصر على تقديم معلومات مالية ذات طابع تاريخي، ما لا يساعد الإدارة في اتخاذ قرارات استراتيجية فعّالة، وقد دعا مدخل بطاقة الأداء المتوازن إلى توسيع نطاق تقييم الأداء ليشمل عناصر غير مالية تُستخدم في قياس الأنشطة، ما يوفر رؤية أكثر توازناً وشمولاً.¹

وكان أول ظهور لبطاقة الأداء المتوازن عام 1990، على يد الباحثان Robert Kaplan² أستاذ المحاسبة بجامعة هارفرد، وDavid Norton³ مستشار في ولاية بوسطن، وذلك بعد دراسة أجريها استمرت لمدة عام كامل

¹ عبد الرحيم محمد، مدخل قياس الأداء المتوازن: المحاور والمميزات، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، 2008، ص 520-521.

² Robert Kaplan : وُلد سنة 1940، وهو بروفيسور في جامعة هارفرد، ويُعد من أبرز المتخصصين في مجالات المحاسبة والإدارة الاستراتيجية. ساهم بشكل كبير في تطوير بطاقة الأداء المتوازن بالتعاون مع ديفيد نورتون.

³ David Norton : وُلد سنة 1941 وهو يعمل حالياً ككاتب ومحاضر ذائع الصيت في جميع أنحاء العالم، حيث ألف العديد من الكتب والمقالات حول استراتيجيات عمل الإدارة، احتل المرتبة الثانية عشر في قائمة الخمسين مفكر الأكثر نفوذاً في العالم سنة 2008.

على اثنتي عشرة مؤسسة في كل من كندا والولايات المتحدة الأمريكية بهدف تقييم أدائها، وأثناء الدراسة، لاحظ الباحثان أن الاعتماد المفرط على المؤشرات المالية لم يعد كافياً ولا فعالاً بالنسبة للمؤسسات الحديثة، بل أصبح يشكل عائقاً أمام قدرتها على خلق القيمة، وبعد دراسة ومناقشة مجموعة من البدائل الممكنة، توصلا إلى تصميم أداة جديدة لتقييم الأداء أطلقا عليها اسم **بطاقة الأداء المتوازن**، والتي تمثل نقلة نوعية في منهجيات القياس والتقييم الإداري.¹

ثانياً: تطور بطاقة الأداء المتوازن

تطورت بطاقة الأداء المتوازن عبر ثلاثة أجيال رئيسية، يُمثّل كل منها مرحلة جديدة في فهم واستخدام هذه الأداة حيث:²

❖ **الجيل الأول:** في هذا الجيل، تم تقديم بطاقة الأداء المتوازن كمصفوفة تحتوي على أربعة منظورات رئيسية لقياس الأداء، وقد شكّل هذا تطوراً مهماً، إذ أُضيفت مؤشرات غير مالية إلى جانب المؤشرات المالية التقليدية وهي: العملاء، العمليات الداخلية، التعلم والنمو، مما مكّن من تقييم أكثر شمولاً لأداء المؤسسات، وقد مثّل هذا التوجه تحولاً في التفكير الإداري، حيث لم يعد التركيز محصوراً في النتائج المالية، بل امتد ليشمل الجوانب التي تسهم في تحقيق تلك النتائج.

وكان من أبرز ما تميّز به هذا الجيل هو ربط رؤية وأهداف المنظمة بهذه المنظورات الأربعة، بهدف اختيار مؤشرات أداء تعكس توازناً حقيقياً في القياس عبر مختلف المستويات داخل المؤسسة. كما ساهم هذا الربط في تعزيز مواءمة التوجهات الاستراتيجية مع الأنشطة اليومية، ما أتاح للمؤسسات بناء علاقات سبب ونتيجة بين الأهداف والمؤشرات، وبالتالي تسهيل عملية التخطيط والتنفيذ الاستراتيجي بطريقة مترابطة ومنهجية.

❖ **الجيل الثاني:** جاء الجيل الثاني نتيجة للتحديات والصعوبات التي ظهرت خلال تطبيق الجيل الأول من بطاقة الأداء المتوازن في عدد من المؤسسات، فقد تبين أن هناك بعض أوجه القصور التي حدّت من فعالية الجيل الأول، ومن أبرز هذه الإشكاليات:

➤ غموض وتعقيد التعريف الأولي للبطاقة، حيث كان واسعاً ويحمل تصورات متباينة، وهو ما أربك المؤسسات عند التطبيق؛

¹ Raul R. Niven, « *Balanced Scorecard : step-by-for government and Nonprofit Agencies* », John Wiley & son, Canada, 2003, p14.

² Kaplan, R. S, & Norton, D. P, « *The Strategy-Focused Organization: How Balanced Scorecard Companies Thrive in the New Business Environment* », Harvard Business School Press, 2001, P98.

الفصل الثاني بطاقة الأداء المتوازن: من مؤسسات القطاع الخاص إلى مؤسسات القطاع العمومي

➤ صعوبة اختيار القياسات المناسبة لكل منظور من منظورات البطاقة، وكذلك صعوبة تحديد مجموعة المؤشرات التي تندرج بدقة تحت كل منظور.

وللتغلب على هذه الإشكالات، تم اعتماد منهجية في اختيار القياسات، من خلال طرح مجموعة من الأسئلة التوجيهية لكل منظور، على النحو التالي:

- لتحقيق النجاح المالي، كيف يجب أن نظهر أمام المساهمين (المنظور المالي)؟
 - لتحقيق رؤيتنا، كيف يجب أن نظهر أمام عملائنا (منظور العملاء)؟
 - لإرضاء المساهمين والعملاء، ما هي العمليات الداخلية التي يجب أن نتميز بها (منظور العمليات الداخلية)؟
 - لتحقيق رؤيتنا، كيف يمكننا المحافظة على قدرتنا على التعلم والتطور والتحسين (منظور التعلم والنمو)؟
- بعد ذلك تم تطوير علاقات السبب والنتيجة بين المنظورات الأربعة، لتشكّل تسلسلاً إيجابياً ومتربطاً يُظهر كيف يساهم كل منظور في تحقيق الآخر، مما يعزز الأداء الشمولي للمنظمة. وبذلك تحوّلت بطاقة الأداء المتوازن من مجرد أداة ونظام لقياس الأداء إلى أداة متكاملة للإدارة الاستراتيجية، تُستخدم في ربط الأهداف طويلة الأجل للمؤسسة بأنشطتها اليومية قصيرة الأجل، هذا التحول منح البطاقة وظيفة مركزية في عمليات التخطيط والتنفيذ والرقابة داخل المؤسسات، وبالتالي أصبحت إحدى أهم الأدوات الأساسية في الإدارة الحديثة.

❖ **الجيل الثالث:** يمثل الجيل الثالث تطوراً نوعياً في تطبيق بطاقة الأداء المتوازن، حيث تم تعزيز دقة وفعالية خصائص وآليات الجيل الثاني، مع منحه صيغة عملية أكثر ارتباطاً بالجوانب الاستراتيجية للأداء، وقد جاء هذا التطور استجابة لقضايا مرتبطة بوضع المستهدفات ومدى موثوقية الأهداف الاستراتيجية المعتمدة داخل المؤسسات، وفيما يلي المكونات الرئيسية للجيل الثالث من بطاقة الأداء المتوازن:

➤ **بيان الاتجاه Direction Statement:** وهو العنصر الذي يوضح التوجه العام للمؤسسة، وشمولية القرارات وتنظيم الأنشطة، بما يساعد على تحديد المسار الذي يحقق رؤية ورسالة المؤسسة؛

➤ **الأهداف الاستراتيجية Strategic Objectives:** تُستخدم هذه الأهداف لتوضيح كيفية ترجمة الاتجاه العام للمؤسسة إلى رؤية استراتيجية شاملة، حيث وتُبنى هذه الأهداف في إطار منهجي مترابط، يعتمد على علاقات (سبب ونتيجة) واضحة ومنطقية، تضمن تحقيق الاتساق في تنفيذ الخطط وتحقيق النتائج المرجوة.

➤ **نموذج الربط الاستراتيجي والمنظورات Strategic Linkage Model:** يبين هذا النموذج أن عملية تحديد الأهداف الاستراتيجية تتم بشكل مستقل بين المنظورات الأربعة للبطاقة، ويتم هنا الفصل بين نوعين من المنظورات، الأول يتمثل في المنظور الداخلي للبطاقة ويشمل منظور العمليات الداخلية ومنظور التعلم

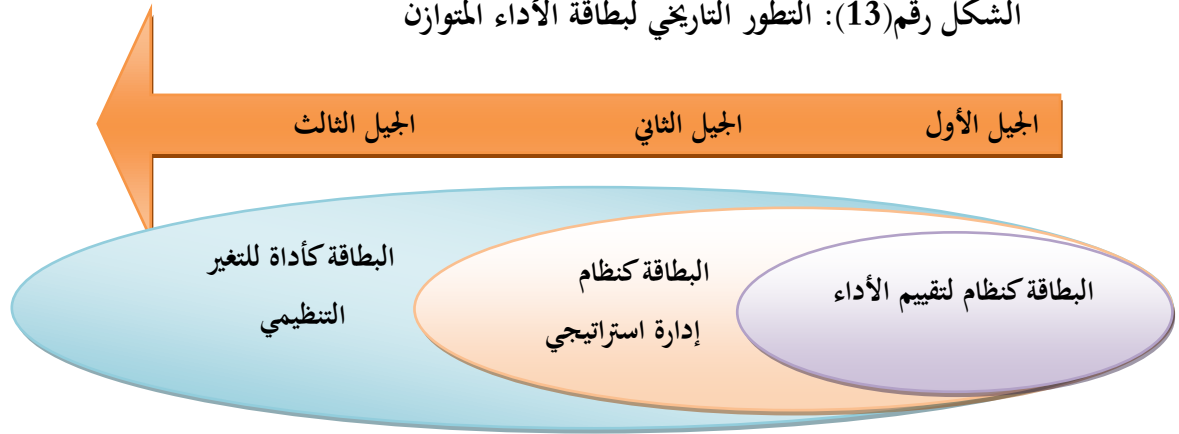
الفصل الثاني بطاقة الأداء المتوازن: من مؤسسات القطاع الخاص إلى مؤسسات القطاع العمومي

والنمو، ويركز على بناء القدرات الداخلية للمؤسسة، أما الثاني فيتمثل في المنظور الخارجي للبطاقة ويتضمن كل من منظور العملاء، والمنظور المالي، حيث يركز على نتائج الأداء في البيئة الخارجية وسوق العمل.

➤ **المقاييس والمبادرات Measures and Initiatives** : بعد الاتفاق على الأهداف الاستراتيجية وتحديد مؤشرات الأداء الملائمة لها، يتم وضع المبادرات العملية التي تدعم تحقيق هذه الأهداف، كما تمكن هذه المقاييس الإدارة العليا من فحص ومراقبة تطور المؤسسة اتجاه تحقيق الأهداف، وضمان اتساق الأداء مع الأهداف المحددة.

وبذلك يكون الجيل الثالث من بطاقة الأداء المتوازن قد انتقل بالأداة من إطار نظري وتحليلي إلى نظام إداري تطبيقي واستراتيجي متكامل، يربط بين الرؤية بعيدة المدى والعمل اليومي بطريقة عملية وقابلة للقياس، والشكل التالي يختصر هذه الأجيال كما يلي:

الشكل رقم(13): التطور التاريخي لبطاقة الأداء المتوازن



العناصر الرئيسية المكونة:

- مقاييس الأداء.
- التعلم التنظيمي في نهاية المدة
- خطوات خاصة بالتغيير
- تفصيل الاستراتيجية
- تحديد وحل مشاكل التشغيل
- الخطة الاستراتيجية
- أربعة منظورات
- التغذية العكسية لخطة الفترة القادمة
- نموذج وانسياب
- استراتيجية
- أهداف استراتيجية، مؤشرات أداء
- بناء المعرفة التنظيمية
- دمج الموازنة وخطة
- الموارد البشرية
- مؤشرات التوجيه، مؤشرات الأداء المفتاحية KPI
- دورة إدارة النموذج الخاص
- التغيير في المناخ
- التنظيمي
- المكافآت المرتبطة بالأداء
- بالشركة PDCA

Source: Morisawa T, « **Building Performance Measurement Systems with the Balanced Scorecard Approach** », Nomura Research Institute papers, N°45, April, 2002, P4.

المطلب الثاني: مفهوم بطاقة الأداء المتوازن

تعتبر بطاقة الأداء المتوازن أحد أبرز الاتجاهات الإدارية الحديثة التي سعت إلى إيجاد الربط بشكل فعال بين قياس وتقييم الأداء من جهة وبين الخطط والأهداف الاستراتيجية للمؤسسة من جهة أخرى، حيث تقوم هذه الأداة بترجمة رؤية واستراتيجية المؤسسة إلى مجموعة من المؤشرات تمثل جوانب مالية وغير مالية، والتي تعطي نظرة شاملة وسريعة عن مستويات الأداء في مختلف الوحدات والأنشطة داخل المؤسسة، من هذا المنطلق حظيت البطاقة باهتمام واسع من قبل الباحثين، حيث تناولتها العديد من الدراسات، وقدّمت لها تعاريف متعددة نعرض أبرزها فيما يلي:

أولاً: لغويا

مصطلح بطاقة الأداء المتوازن **balanced scorecard** أو اختصاراً **BSC**¹ يتكون من شقين، الأول "balanced" والذي يترجم بالفرنسية "équilibrée" ويعني "متوازن" بالعربية، ويعبر عن التوازن بين المؤشرات المالية وغير المالية، وكذلك بين الأهداف قصيرة وطويلة المدى، والشق الثاني "score card" يعني حرفياً "بطاقة نقاط"، ومن الأفضل ترجمة العبارة إلى "بطاقة الأداء المتوازن"، فمصطلح بطاقة النقاط لا يعكس بدقة حقيقة ماهية بطاقة الأداء المتوازن، ذلك لأنها تعبّر عن جوهر هذا المفهوم، الذي لا يقتصر على كونه مجرد لوحة تسجيل أو أداة للمراقبة، بل يُعد نظاماً إدارياً متكاملًا يُستخدم في رصد وتوجيه وتنفيذ الاستراتيجية داخل المؤسسة، من خلال تتبع مؤشرات الأداء عبر أبعاد متعددة ومتكاملة.²

وقد أطلق مبتكرو هذا المفهوم على بطاقة الأداء المتوازن إسم "جدول القيادة المستقبلي"، تعبيراً عن وظيفتها الأساسية كأداة لإدارة ومراقبة الأداء بشكل استراتيجي، تظهر في شكل مجموعة من المؤشرات المرتبطة مباشرة باستراتيجية المؤسسة، وتعطي لمستخدميها فرصة التحكم في مختلف محددات الأداء، من خلال تتبع وتحليل العوامل الرئيسية للنجاح، ويتم تقسيمها باستخدام متغيرات العمل والنتائج، سواء كانت مالية أو غير مالية، كمية أو نوعية، مع التركيز على كل من المدى القصير لمتابعة النتائج الفورية، والمدى الطويل لضمان الاستدامة والتحسين المستمر، كما يجب أن تكون هذه المؤشرات مفهومة ومتاحة لجميع العاملين في المؤسسة، وهذا من أجل ضمان المشاركة الجماعية في تحقيق الأهداف الاستراتيجية، وتعزيز ثقافة الأداء والتحسين المستمر على جميع المستويات التنظيمية.³

¹ **BSC** هي اختصار لـ **balanced scorecard** ، وبما أنها تقود ترجمة رؤية المؤسسة إلى عمليات فعلية فهناك من يترجمها إلى لوحة القيادة الاستراتيجية **tableau de bord prospectif** ، إلا أننا في دراستنا هذه نستخدم مصطلح بطاقة الأداء المتوازن حتى نحافظ على كل خصائص المصطلح دون التفرقة بين المصطلحين.

² Fernandez. A, Nodezway , « la balance scorecard et tableau de bord de pilotage une mise au point s'impose », vol. 02 N°02, 2013, p09, date de visite 22/06/2022, site internet : www.piloter.org.

³ Aurore G-S, Gabrielle G, Élise P, « Contrôle de gestion : le Balanced Scorecard est-il une nouveauté ? », DESS CGS, année universitaire 2002/2003, pp. 4-5. Consulté le 22/06/2022 sur : <http://ddata.over-blog.com/xxxxxyy0/32/13/25/bsc.pdf>.

ثانيا: اصطلاحا

عرفها **R.kaplan** و **D.norton** على أنها "نظام يقدم مجموعة مترابطة من الأفكار و المبادئ وخارطة مسار شمولي للمؤسسات لتتبع ترجمة رؤيتها الاستراتيجية ضمن مجموعة مترابطة من مقاييس الأداء، حيث تساهم هذه المقاييس في رسم الاستراتيجية، و تسهيل ربطها بالأعمال من خلال مبادرات عملية، كما تساعد في التنسيق بين الأداء الفردي والتنظيمي لتحقيق أهداف المؤسسة".¹

يعكس هذا التعريف شمولية بطاقة الأداء المتوازن، فهي لا تقتصر على كونها أداة لقياس الأداء فقط، بل تمتد لتكون أداة لتنفيذ الاستراتيجية، وبالتالي تحويل الرؤية إلى واقع عملي قابل للقياس، مما يعزز الربط بين التخطيط والتنفيذ والتقييم، ويضمن انسجام الجهود على جميع المستويات داخل المؤسسة.

ويعرفها روبينسون **Robinson** : "بأنها نموذج يقدم أساليب متنوعة لإدارة المؤسسة بهدف تحقيق عوائد مرضية من خلال اتخاذ القرارات الاستراتيجية، مع مراعاة تأثير هذه القرارات على الأبعاد الأربعة الأساسية (المحور المالي، الزبائن، العمليات والمراحل الداخلية وتعلم الأفراد وتطويرهم) "، ويؤكد روبينسون أن تحليل الأداء وقياسه للمحاور المذكورة يعتمد على تحليل وتشخيص مؤشرات مالية وغير مالية تشمل أهداف قصيرة وطويلة الأجل.²

يوضح تعريف روبينسون الجانب العملي والتكامل في بطاقة الأداء المتوازن، من خلال ربطه بين التشخيص الاستراتيجي واتخاذ القرار، مع التركيز على التوازن بين النتائج المالية وغير المالية، الأمر الذي يجعلها أداة فعالة لضمان استدامة الأداء وتحقيق التطوير المستمر.

وعرفها سانجر « **sanger** » على أنها "مجموعة من المقاييس المالية وغير المالية (التشغيلية) التي تقدم للمديرين في المستوى الإداري الأول (الإدارة العليا) صورة واضحة وشاملة عن أداء المؤسسة".³

يركز هذا التعريف على وظيفة البطاقة كمصدر للمعلومات، مما يساعد الإدارة العليا في متابعة الأداء بدقة واتخاذ قرارات مبنية على بيانات متوازنة، تغطي الجوانب المالية والتشغيلية في آن واحد.

أما **Horngren** فيعرف بطاقة الأداء المتوازن "بأنها وسيلة لتحويل رسالة المؤسسة واستراتيجيتها إلى مقاييس أداء، حيث أن أساس بطاقة الأداء المتوازن يبنى على تحديد مؤشرات لكل محور من المحاور ويتم من خلالها قياس الأداء الفعلي ومقارنته بالأداء المخطط".⁴

¹ Kaplan, R. S, & Norton, D. P, « *The Balanced Scorecard: Translating Strategy Into Action* », hardcover-september1, 1996, p 19.

² إبراهيم الخلوف الملكاوي، إدارة الأداء باستخدام بطاقة الأداء المتوازن، دار الوراق للنشر والتوزيع، الأردن، 2009، ص 73.

³ Sanger. M, « *Supporting the balanced scorecard* », Work Study, Vol. 47 No. 6,1998 P

⁴ محفوظ أحمد، جودة تطبيق نظام قياس الأداء المتوازن وأثره على الالتزام المؤسسي للعاملين في شركات الالهيوم، المجلة الأردنية للعلوم التطبيقية، المجلد 11، العدد2، 2008، ص5.

الفصل الثاني بطاقة الأداء المتوازن: من مؤسسات القطاع الخاص إلى مؤسسات القطاع العمومي

يُبرز هذا التعريف دور البطاقة كأداة ترجمة استراتيجية، تُحول الأهداف إلى مقاييس قابلة للتقييم، مما يُسهم في مراقبة الانحرافات وتحسين الأداء التنظيمي باستمرار.

كما أضاف كل من *R.kaplan* و *D.norton* على أنها " نظام يزود المؤسسة بمقاييس و أهداف استراتيجية تمكن الإدارة من إدارة كل جوانب الأداء فيها، مع تحقيق توازن بين المقاييس المالية وغير المالية، باعتبارها محركات للأداء المستقبلي للمؤسسة، و تقيس أداء المؤسسة عبر أربعة منظورات مترابطة مستمدة من رؤية المؤسسة استراتيجيتها وأهدافها".¹

يُبرز هذا التعريف الطابع والاستراتيجي للبطاقة، حيث تمثل أداة لربط الرؤية والأهداف بالمؤشرات العملية، مع مراعاة التوازن والتكامل بين ما هو مالي وما هو غير مالي، لضمان توجيه الأداء نحو تحقيق القيمة المستدامة على المدى البعيد.

كما عرفها منصور الغالي وصبحي إدريس على أنها " إطار عام يشمل جوانب متعددة، حيث يمكن اعتبارها نظام لقياس الأداء ونظام للإدارة الاستراتيجية، وكذا وسيلة اتصال وتواصل بين القيادة والإدارة".² يميز هذا التعريف البطاقة باعتبارها أداة اتصال إداري فعالة، تعزز التنسيق بين مختلف مستويات الإدارة، وتدمج بين الوظيفة القياسية (القياس والتقييم) والوظيفة الإستراتيجية (التخطيط والتنفيذ).

كما تعرف بطاقة الأداء المتوازن على أنها: "أول عمل نظامي يهدف إلى تصميم آلية لتقييم الأداء يركز على ترجمة استراتيجية المؤسسة إلى أهداف واضحة ومعايير مستهدفة، بالإضافة إلى مبادرات للتحسين المستمر، تعمل على توحيد جميع المقاييس التي تستخدمها المؤسسة".³

وقد عرفت على أنها: "نظام إداري يساعد المؤسسة على ترجمة رؤيتها واستراتيجيتها إلى مجموعة مترابطة من الأهداف والقياسات الاستراتيجية".⁴

يوضح هذين التعريفين الدور المحوري لبطاقة الأداء المتوازن كنظام متكامل ليس فقط لقياس الأداء، بل كأداة إدارية استراتيجية تعزز الوضوح والتناغم بين الأهداف والرؤية، وتدعم جهود التطوير والتحسين المستمر داخل المؤسسة.

¹ Kaplan, R. S, & Norton, D. P , « *Measuring the strategic Reading of Intangible Assets* », *Harvard Business Review*, 2004, p.52.

² وائل مجّد صبحي إدريس، طاهر محسن منصور الغالي، سلسلة إدارة الأداء الاستراتيجي: أساسيات الأداء وبطاقة التقييم المتوازن، دار وائل للنشر، الطبعة الأولى، عمان، 2005، ص151.

³ أحمد فواز الملكاوي، قياس مدى فاعلية بطاقة الأداء المتوازن لإدارة الأداء الإستراتيجي في المؤسسات العامة الأردنية، مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية، المجلد 21، العدد 84، كلية بغداد، العراق، 2015، ص66.

⁴ نعمة عباس الخفاجي، احسان مجّد ياغي، استخدام بطاقة الأداء المتوازن في قياس أداء المصارف التجارية (منظور متعدد الأبعاد)، دار الأيام للنشر والتوزيع، الأردن، 2015، ص43.

كما تعتبر بطاقة الأداء المتوازن على أنها : " تترجم المهمة الاستراتيجية إلى أهداف ومقاييس ويتم تنظيمها في أربع منظورات مختلفة هي: المالي، العملاء، العمليات الداخلية، التعلم والنمو".¹

مما تم ذكره فإنه يمكننا أن نقول أن بطاقة الأداء المتوازن هي نظام إداري حديث يأخذ بعين الاعتبار الأطراف الداخلية و الخارجية للمؤسسة عبر أربع محاور رئيسية، فهي تعمل على تسهيل وربط استراتيجية المؤسسة مع مختلف مستوياتها وترجمتها إلى أهداف واضحة، كما تعد أيضا نظام قياس كونها تسمح بمتابعة نسبة الإنجازات المحققة مقارنة بما هو مستهدف بطريقة شاملة ومتوازنة كونها تعتمد على مؤشرات وقياسات حسب حاجتها وطبيعة عملها، هذه المؤشرات تغطي الجوانب المالية وغير المالية داخل المؤسسة.

نشير إلى أن عملية وضع تعريف لبطاقة الأداء المتوازن عرف تطورا لسببين رئيسيين، يتمثل الأول في تطور بطاقة الأداء المتوازن في حد ذاتها، بحيث انتقلت من نظام لتقييم الأداء إلى نظام لإدارة التغيير الاستراتيجي في المؤسسة، أما السبب الثاني فيرجع لوجهة نظر الباحثين والمسيرين للبطاقة، فالبعض يعتبرها نظام لتقييم الأداء، بينما يعتبر آخرون أنها أكثر من ذلك، أي أنها نظام إدارة استراتيجي شامل، كما يمكن اعتبارها كذلك نظاما لنشر ومشاركة الاستراتيجية مع جميع مستويات وأنشطة المؤسسة.

المطلب الثالث: أهمية بطاقة الأداء المتوازن وأهدافها

أورد الباحثون العديد من المنافع المتزايدة لاستخدام بطاقة الأداء المتوازن، حيث أن هذه المنافع تمتد لتشمل مختلف جوانب الإدارة والتسيير نعرضها في هذا المطلب على النحو التالي:

أولاً: أهمية بطاقة الأداء المتوازن

تتمثل أهمية بطاقة الأداء المتوازن فيما يلي:²

➤ تعد البطاقة بمثابة الحجر الأساسي والمحوري للنجاح الحالي والمستقبلي للمؤسسة على عكس المقاييس المالية التقليدية التي تعرض النتائج التي حدثت في الماضي دون الإشارة إلى كيفية الاستفادة منها في تحسين الأداء مستقبلاً؛

➤ تسد الفجوة في أنظمة الإدارة التقليدية، من خلال ربط الأهداف الاستراتيجية بعيدة المدى بالأنشطة قصيرة المدى للمؤسسة؛

¹ Ricardo C. G, Joyce Liddle, « The balanced Scorecard as a performance Management toll for third sector organization: The cas of the Arthur banardes foundation », Brazil, Brazilian Administration Review, V16, N°0 4, artor oct/des 2009, P356.

² أحمد هاني محمد النعيمي، آمال سرحان سليمان، إمكانية إقامة بطاقة الأداء المتوازن، مجلة تكريت للعلوم الإدارية والاقتصادية، المجلد6، العدد19، جامعة تكريت، العراق، 2010، ص 118.

- تساهم في تحديد المجالات الاستراتيجية الجديدة التي يجب على المؤسسة التركيز عليها لتلبية توقعات المستهلك وتحقيق أهدافها؛
- توضح الرؤية الاستراتيجية وتضع تسلسلا للأهداف وتوفير التغذية العكسية المرتدة اللازمة لتحسين الأداء. كما تتجلى أهمية بطاقة الأداء المتوازن في:¹
- تعزيز الوعي والإدراك لمفاهيم الإدارة الاستراتيجية بين جميع الأفراد داخل المؤسسة؛
- تقييم الاستراتيجيات المؤسسية ضمن إطار عمل منظم ومحدد؛
- نشر الوعي بين المدراء بأهمية تقييم الأداء خاصة غير المالي، وتشجيعهم على استخدام أدوات متنوعة لقياس الأداء؛
- دمج مختلف البرامج المؤسسية مثل الجودة وإعادة الهندسة وكذا مبادرة خدمة العملاء ضمن رؤية استراتيجية موحدة؛
- تفعيل أساليب القياس الاستراتيجي في مختلف المستويات التنظيمية لتحقيق الأداء الأمثل. وكذلك فإن بطاقة الأداء المتوازن تساعد على:²
- تصميم استراتيجيات واضحة وقابلة للقياس ضمن إطار منضبط؛
- تثقيف الإدارة بأهمية الاعتماد على مؤشرات الأداء غير المالية، إلى جانب المؤشرات المالية التقليدية، لتحقيق نظرة شاملة ومتوازنة للأداء المؤسسي.

ثانيا: أهداف بطاقة الأداء المتوازن

تهدف بطاقة الأداء المتوازن إلى ما يلي:³

- ✓ صياغة وتحديث استراتيجية المؤسسة بشكل منتظم بما يضمن مواكبة التغيرات البيئية والتنافسية؛
- ✓ ترجمة الرؤية إلى استراتيجية واضحة ومفهومة يمكن تنفيذها على أرض الواقع؛
- ✓ تحقيق الاتساق بين الأهداف والمقاييس، من خلال ربط الأهداف الاستراتيجية بالقيم المستهدفة والميزانية السنوية، مما يؤدي إلى مواءمة الموارد والمبادرات مع الاستراتيجية العامة؛
- ✓ تخطيط الأهداف ومواءمتها مع المعايير الاستراتيجية، وربطها بالأهداف الفرعية للوحدات المختلفة؛
- ✓ إنشاء نظام منتظم للتغذية العكسية لتحسين القرارات وتعزيز الفعالية التنظيمية؛

¹ عبد الرحيم علام، عمرو صدوقي، مقدمة لمدخل قائمة الإنجاز المتوازنة، مداخلة مقدمة في ملتقى تقييم الأداء المؤسسي في الوحدات الحكومية المنعقد في القاهرة، فيفري 2007، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، مصر، 2007، ص 330.

² عبد الرحيم علام، عمرو صدق، مقدمة لمدخل قائمة الإنجاز المتوازنة، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، مصر، 2008، ص 63.

³ Broccardo. L, « The Balance Scorecard Implementation in the Italian Health Care System: Some Evidences from Literature and a Case Study Analysis », Journal of Health Management, vol. 17, N° 01, 2015, pp. 25-41, p p 14-15.

الفصل الثاني بطاقة الأداء المتوازن: من مؤسسات القطاع الخاص إلى مؤسسات القطاع العمومي

✓ تحسين الأداء عبر مراجعات دورية وتغذية راجعة تساهم في تطوير الاستراتيجية وتعلم المؤسسة على جميع المستويات؛

✓ نشر الاستراتيجية من أعلى الهرم التنظيمي إلى أسفله، عبر تحويلها إلى أداة تواصل داخلية تجعلها مفهومة ومشتركة بين جميع العاملين؛

✓ كما تعد البطاقة نظام إدارة للأداء على مستوى المؤسسة، وليس فقط كأداة لقياس إنتاجية الأفراد؛

✓ كما تعد أيضا طريقة لتحقيق التوازن بين المقاييس المالية وغير المالية، دون إلغاء دور مؤشرات الأداء التقليدية؛

✓ ادخال الاستدامة في العمليات التشغيلية، بما يعزز من استمرارية المؤسسة وقدرتها على التكيف والنمو.

وبما أن الفهم النظري لأي أداة إدارية لا يكتمل إلا بإدراك كيفية تفعيلها عملياً، فإن التطرق إلى الجوانب المفاهيمية لبطاقة الأداء المتوازن يقودنا بشكل طبيعي إلى ضرورة التوقف عند خصائصها وأبعادها واستخداماتها، لفهم طبيعتها بشكل أعمق وتجسيدها في الواقع المؤسسي.

المبحث الثاني: بطاقة الأداء المتوازن: خصائص وأبعاد تفاعلية متعددة

في هذا المبحث سوف نتطرق إلى كل من الخصائص التي تميز بطاقة الأداء المتوازن، متطلبات نجاحها في المؤسسات العمومية غير الهادفة للربح، بالإضافة إلى استخداماتها، كما سنعرض المحاور والأبعاد التي تحتويها البطاقة، وكذا بطاقة الأداء المتوازن الصحية.

المطلب الأول: خصائص بطاقة الأداء المتوازن الجيدة ومتطلبات نجاحها

في هذا المطلب سنتطرق إلى كل من الخصائص التي تميز بطاقة الأداء المتوازن حتى تكون بطاقة جيدة، وكذا المتطلبات الواجب أخذها بعير الاعتبار من أجل تطبيق ناجح وفعال في المؤسسات.

أولاً: خصائص بطاقة الأداء المتوازن

يرى كل من نورتن وكابلان أن بطاقة الأداء المتوازن تختلف على الأنظمة الأخرى، وبالتالي فهي تتصف بالخصائص التالية:

1. **خاصية التوازن:** يرى كابلان ونورتن أن أبرز ما يميز بطاقة الأداء المتوازن هو قدرتها على تحقيق التوازن داخل المؤسسة، حيث تُعالج مختلف الجوانب بوصفها منظومة مترابطة تعمل معاً لتحقيق الأداء المطلوب، ويتجلى هذا التوازن فيما يلي:¹

¹ Kaplan, R. S, & Norton, D. P, « **Linking the Balanced Scorecard to Strategy** », California Management Review, Vol. 39, N°. 01, Fall 1996, PP 55- 56.

- التوازن بين المنظورات الأربعة لتقييم الأداء، حيث يُمنح كل جانب نفس الأهمية؛
- التوازن بين تقييم الأداء الحالي للمؤسسة والتوقعات المستقبلية؛
- التوازن بين المؤشرات المالية وغير المالية، وكذا بين الاستراتيجية والتشغيلية، طويلة الأجل وقصيرة الأجل، الداخلية والخارجية، مؤشرات الكفاءة والفعالية؛
- الربط بين الأهداف الاستراتيجية العامة وخطط العمل القصيرة الأجل والأنشطة اليومية؛
- إبراز العلاقة السببية بين خطط العمل ونتائجها على مستوى كل منظور من المنظورات الأربعة؛
- التوازن بين مؤشرات النتائج ومؤشرات الأسباب التي تقود إليها.

2. **خاصية تعدد المنظورات والمستويات:** إن اعتماد النموذج على أربعة منظورات متفاعلة فيما بينها وهي المنظور المالي، منظور العملاء منظور العمليات الداخلية ومنظور التعلم والنمو، كان بهدف تغطية مختلف الجوانب الحيوية داخل المؤسسة الأمر الذي أضفى عليه طابع من الشمول والتكامل في تقييم الأداء، كما أن تخصيص بطاقات أداء لمراكز المسؤولية والأنشطة المختلفة داخل المؤسسة يعزز من هذا الطابع الشمولي، ويوسّع نطاق التطبيق ليشمل جميع المستويات التنظيمية.¹

3. **خاصية العلاقة السببية بين المنظورات والمؤشرات:** قام الباحثان بتأسيس هذه البطاقة على مبدأ وجود علاقة سببية بين المنظورات الأربعة، حيث يؤثر كل منظور في المنظور الذي يليه. تبدأ هذه السلسلة من منظور التعلم والنمو، الذي تنعكس مؤشرات وأهدافه على تحسين كفاءة وفعالية العمليات الداخلية، وتؤدي فعالية هذه العمليات إلى تحسين مستوى تلبية احتياجات العملاء، مما يزيد من رضاهم وولائهم، وفي نهاية السلسلة، تظهر نتائج هذه التفاعلات في الأداء المالي للمؤسسة، الذي يمثل الحصيلة النهائية للجهود المبذولة في باقي المنظورات.²

4. **خاصية التعلم من خلال حلقة الإدارة المزدوجة Double-Loop Management:** لضمان قدرة المؤسسة على التكيف مع التغيرات البيئية، يجب تحقيق انسجام بين نظام الرقابة الإدارية ونظام التعلم الاستراتيجي. ويتم ذلك من خلال وجود حلقتين للتغذية العكسية: حيث توفر الحلقة الأولى بيانات شاملة عن الأداء الاستراتيجي للمؤسسة ككل، بينما تركز الحلقة الثانية على مراجعة الإجراءات الدورية للتحقق من مدى التزام تنفيذ الاستراتيجية بالمسار المخطط له سابقاً.³ هذا التكامل يتيح للمؤسسة التعلم والتعديل المستمر وفقاً للتغيرات الداخلية والخارجية.

¹ سامي هباش، مساهمة في تحسين وظيفة مراقبة التسيير في البنوك الجزائرية باستخدام بطاقة الأداء المتوازن، أطروحة دكتوراه، تخصص علوم التسيير، قسم علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد بوضياف، المسيلة، الجزائر، 2016/2017، ص 96.

² Schmeisser. W, et al, « **Controlling and Berlin Balanced Scorecard Approach** », Oldenburg Verlag, Munchen, 2001, PP 73-76.

³ Kaplan.R, Norton D, « **Double-Loop Management: Making Strategy a Continuous Process** », Harvard Business School Publishing Vol 2, Nov 2000, PP 1,4.

تُعد خاصية استغلال المعلومات الناتجة عن التغذية الراجعة أو العكسية عاملاً أساسياً في تحويل الاستراتيجية إلى عملية مستمرة، بما يمنح المؤسسة القدرة المستمرة على تعديل استراتيجيتها أو تعديل الوسائل والأدوات المستخدمة في تنفيذها، مما يمكنها من التطور نحو نموذج المؤسسة المتعلمة.¹

ثانياً: متطلبات نجاح بطاقة الأداء المتوازن

حسب "وايدمان" و"هندريش" فإن نجاح بطاقة الأداء المتوازن يتطلب التركيز على ما يلي:²

- العمل على تشكيل إدارة قوية تتولى المسؤوليات الجوهرية في تنفيذ وتطوير البطاقة؛
- تبسيط الرؤية والاستراتيجية إلى أقصى حد ممكن، بما يضمن فهمها وإبصارها بوضوح إلى جميع العاملين داخل المؤسسة؛
- ضرورة الربط المحكم بين الرؤية والاستراتيجية ونتائج الأداء، من خلال تحديد عناصر الأداء الجوهرية؛
- نشر الوعي الكامل بالبطاقة على جميع المستويات الإدارية؛
- تحديد مؤشرات الأداء الرئيسية ذات المدى القصير والطويل لضمان تحقيق التوازن والاستمرارية؛
- إنشاء أنظمة معلومات فعالة مدعومة بتقنيات تكنولوجيا المعلومات والاتصال الحديثة؛
- الالتزام بالتقييم المستمر والتحديث الدوري للبطاقة لضمان فعاليتها ومواكبتها للتغيرات بشكل مستمر؛
- الإيمان بالدور الذي يمكن أن تلعبه بطاقة الأداء المتوازن كأداة استراتيجية لمواجهة التغيرات والتحولات المستجدة والسريعة التي تحدث في البيئة الخارجية.

كما أن نجاح بطاقة الأداء المتوازن يعتمد على توفر ثلاث أبعاد رئيسية تتمثل في:³

1. **الأفراد:** يعتبر الأفراد عنصر أساسي في عملية التغيير، ويقع على عاتقهم قبول التغيير وتبني أساليب الإدارة الجديدة؛
2. **العمليات:** حيث يجب تحديثها باستمرار لتواكب المتغيرات والمستجدات وتزيد من استجابة المؤسسة للظروف الجديدة؛
3. **التكنولوجيا:** وهي المحرك الأساسي لعملية تحسين الأداء وتطويره.

¹ Bassani. G et al, « *The dynamic use of a balanced scorecard in an Italian public hospital* », *International Journal of Health Planning and Management*, Vol. 37, N°0 3, May 2022, pp. 1781–1798, p1793.

² أحمد يوسف دودين، بطاقة الأداء المتوازن ومقومات استخدامها، دار الأمين، الأردن، 2010، ص 69.

³ وائل صبحي إدريس، عبد الرحمن الغالي، سلسلة إدارة الأداء الاستراتيجي: توجيه الأداء الاستراتيجي الرصف والمخاذاة، دار وائل للنشر، الأردن، 2009، ص 84.

المطلب الثاني: استخدامات بطاقة الأداء المتوازن

إن اعتماد بطاقة الأداء المتوازن يساعد المؤسسات على تحديد خطط العمل بوضوح ومتابعة تنفيذها بشكل فعال، فهي تُستخدم كنظام إداري استراتيجي لمراقبة وتوجيه الاستراتيجية على المدى البعيد، من خلال التركيز على العمليات الإدارية المهمة. ويبدأ ذلك بـ:

أولاً: توضيح وترجمة الرؤية والاستراتيجية

تساعد البطاقة المؤسسات على تحويل رؤيتها وبرامجها إلى أهداف واضحة ومحددة، تشمل السوق المستهدف، وشريحة العملاء الذين ستقوم المؤسسات بخدومتهم، إضافة إلى تحديد مؤشرات وأهداف دقيقة لكل من: العمليات الداخلية، التعلم والنمو، العملاء، والجوانب المالية، حيث تحدد في كل جانب ما المطلوب عمله على وجه التحديد.¹

ثانياً: توصيل وربط الأهداف الاستراتيجية بالقياسات المطبقة

بعد إعداد بطاقة الأداء المتوازن على مستوى المؤسسة، تقوم كل وحدة تنظيمية بتحديد مقاييس أداء خاصة بها، ضمن خطة تهدف إلى توصيل الاستراتيجية العامة للمؤسسة إلى مختلف الوحدات، وتحقيق التناسق بين أهداف كل وحدة وأهداف المؤسسة ككل.

حيث توضح هذه المقاييس المختارة ما يجب على كل وحدة تحقيقه لتنفيذ استراتيجيتها، بما يسهم في دعم وتحقيق الأهداف الاستراتيجية العامة للمؤسسة.²

ثالثاً: تخطيط الأعمال

تُسهّم عملية تخطيط الأعمال في مساعدة المؤسسات على تحقيق التكامل والتنسيق بين الخطط التشغيلية والخطط المالية. حيث تقوم أغلب المؤسسات اليوم بتنفيذ مجموعة متنوعة من البرامج التي تتنافس جميعها على الموارد المحدودة المتاحة. وبسبب هذا التنافس، يواجه المدراء صعوبة في تحقيق التنسيق والتكامل بين هذه البرامج للوصول إلى أهدافهم الاستراتيجية المنتظرة، مما قد يؤدي إلى تكرار الفشل في تحقيق نتائج البرامج. في المقابل عندما يعتمد المدراء على الأهداف الطموحة المستمدة من مقاييس بطاقة الأداء المتوازن كأساس لتوزيع الموارد

¹ نعمة عباس الخفاجي، احسان مُجد غي، استخدام بطاقة الأداء المتوازن في قياس أداء المصارف التجارية (منظور متعدد الأبعاد)، دار الأيام للنشر

والتوزيع، عمان، الأردن، 2015، ص 51 .

² علاء مُجد، ملو العين، استخدام القياس المتوازن للأداء لتقييم خدمات القطاع المصرفي السعودي في ظل حوكمة الأداء الاستراتيجي بالتطبيق على البنوك التجارية السعودية، مجلة جامعة للعلوم الانسانية والاجتماعية، المجلد 12، العدد 1، جامعة الشارقة، الامارات العربية المتحدة، ص310.

وتحديد الأولويات، يتمكنون من تنسيق المبادرات بشكل أفضل، مما يدفعهم نحو تحقيق أهدافهم الاستراتيجية طويلة الأمد.¹

رابعاً: التغذية العكسية والتعليم

تساعد عملية التغذية العكسية على تحقيق التعلم الاستراتيجي داخل المؤسسة، حيث تتركز على تقييم مدى تنفيذ المؤسسة أو أقسامها أو العاملين بها للأهداف المالية المخططة. ويتم مراجعة الاستراتيجية في ضوء الأداء الحالي، مما يتيح للمؤسسة فرصة لتقييم مدى نجاحها وتحقيقها للأهداف. وبالتالي يساعد نموذج القياس المتوازن لأداء المؤسسات في تعديل الاستراتيجية بما يتلاءم مع الظروف المتغيرة، مما يعزز من قدرة المؤسسة على التكيف وتحقيق الأداء المستدام.²

المطلب الثالث: محاور بطاقة الأداء المتوازن

تتضمن بطاقة الأداء المتوازن التي طرحها كل من نورتون وكابلان، أربعة محاور متكاملة ومتراصة فيما بينها، صممت لتتلاءم مع عدد كبير من المؤسسات على اختلاف طبيعة نشاطاتها، وهذا لا يعني أن هذه الأربعة محاور نهائية أو حصرية، بحيث يمكن لبعض المؤسسات إضافة محاور جديدة تماشى مع متطلباتها ونشاطها، وكل محور من هذه المحاور يتكون من أربعة عناصر أساسية تتمثل فيما يلي:³

➤ **الأهداف:** تمثل الغايات التي تسعى المؤسسة إلى تحقيقها ضمن كل محور، وتُعد متساوية في أهميتها الاستراتيجية، حيث يجب أن تكون هذه الأهداف واضحة، قابلة للقياس، واقعية، قابلة للتحقيق، ومحددة زمنياً، مثل: "رفع مستوى رضا المرضى"؛

➤ **المؤشرات أو المقاييس:** هي أدوات قياس تُستخدم لمتابعة مدى التقدم نحو تحقيق الهدف، من خلال مقارنة الأداء الحالي بقيمة مرجعية محددة مسبقاً، مثل: "مؤشر رضا العملاء"؛

➤ **المعيار أو المستهدفات:** تمثل القيم أو الأرقام التي تسعى المؤسسة إلى بلوغها، وهي بمثابة النقطة المرجعية التي يتم من خلالها تقييم مدى الانحراف عن الأهداف المحددة؛

➤ **المبادرات:** وهي البرامج أو الأنشطة التي يجب تنفيذها لتحقيق الأهداف المحددة.

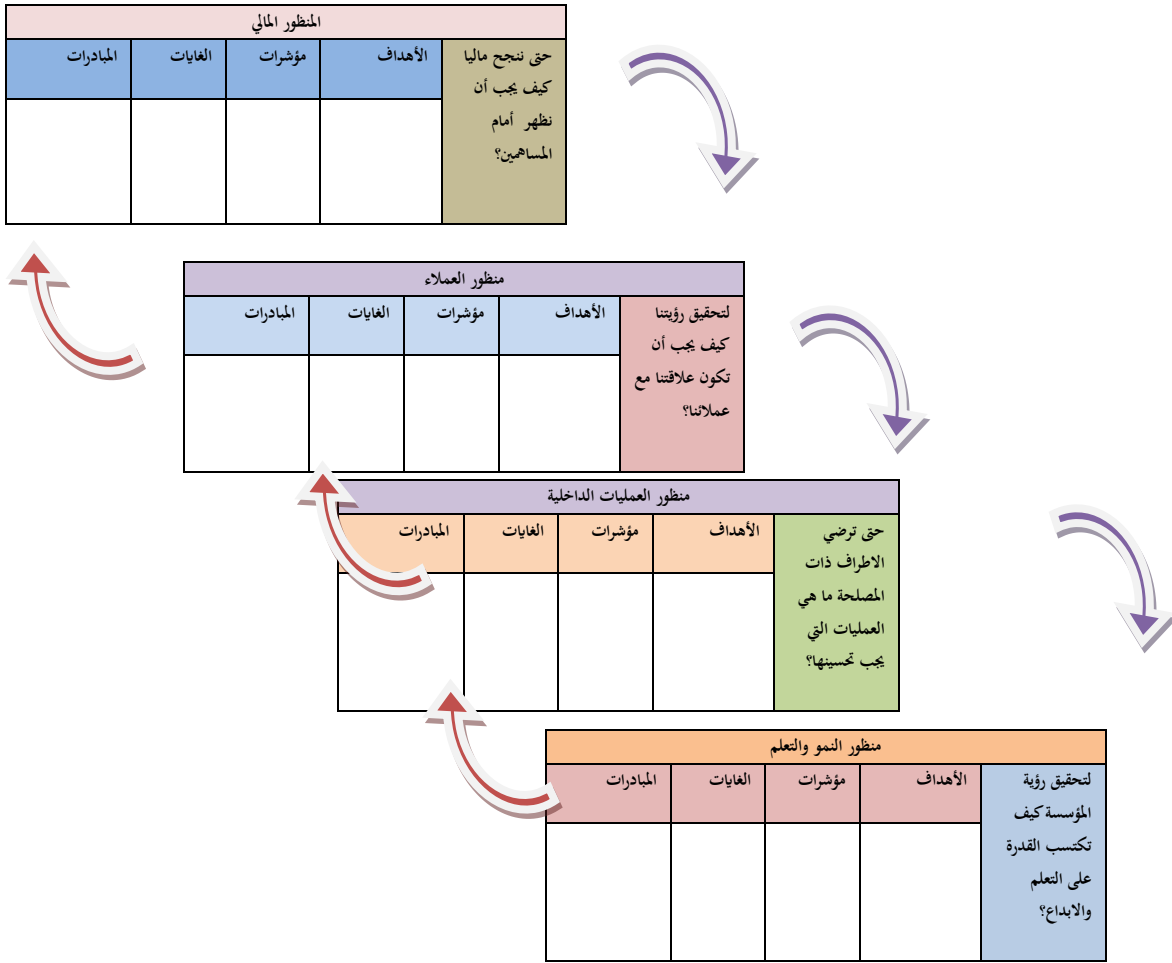
والشكل التالي يوضح المحاور الأربعة لبطاقة الأداء المتوازن:

¹ Kaplan, R. S, & Norton, D. P, « Using the Balanced Scorecard as a Strategic Management System », Harvard Business Review, January – February, 1996, PP 76 ,77 .

² الواحد عبد الله، دمج مؤشرات الأداء البيئي في بطاقة الأداء المتوازن لتحقيق المسؤوليات الاجتماعية للمؤسسات، أطروحة دكتوراه غير منشورة، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر 3، الجزائر، 2015، ص ص 98، 99.

³ عبد الحميد عبد الفتاح المغربي، رمضان فهيم غريبة، التخطيط الاستراتيجي بقياس الأداء المتوازن، المكتبة العصرية، مصر، 2006، ص 211-213.

الشكل رقم(14): محاور بطاقة الأداء المتوازن والعلاقة بينها



Source : kaplan R, Norton. D, « the strategy focused organization », traduit de l'Américain par Eileen tyack-Lignot, Ed d'organisation, paris, 2003,p83

أولاً: المحور المالي

يُعد المحور المالي أحد المحاور الأساسية في بطاقة الأداء المتوازن، ويُستخدم لتقييم الأداء الاستراتيجي من الناحية المالية. يركّز هذا المحور على مدى مساهمة الاستراتيجية وطرق تنفيذها في تحسين الوضع المالي للمؤسسة وتحقيق الأهداف طويلة المدى. ويُعتبر بمثابة النتيجة النهائية لأنشطة المؤسسة المختلفة، حيث يُعبر عن مدى رضا المساهمين من خلال زيادة قيمة استثماراتهم وتحقيق أرباح مستدامة.

وقد أوضح كابلان ونورتون أن هذا المحور يُجيب عن السؤال "كيف يجب أن نبدو أمام مساهميننا لكي نحقق رضاهم؟"، كما يشير إلى ما إذا كانت الاستراتيجية المتبعة وتنفيذها يساهمان فعلاً في تحسين الأداء المالي النهائي للمؤسسة.¹

¹ Kaplan, R. S. « Conceptual Foundations of the Balanced Scorecard » (Working Paper N°. 10-074), Harvard Business School, Harvard University, 2010, pp. 11–16.

وتلعب المؤشرات المالية دوراً مزدوجاً فهي تقوم من جهة بتحديد مستوى الأداء المالي المتوقع من تنفيذ الاستراتيجية المختارة، ومن جهة أخرى تعمل على ملائمة الأهداف مع الغايات، وهذا من خلال تحقيق الانسجام بين مؤشرات هذا المحور و تلك الخاصة بباقي محاور البطاقة، ومن المهم أن تكون أهداف ومؤشرات المحاور الأخرى مرتبطة بشكل مباشر بتحقيق هدف أو أكثر من الأهداف المالية، باعتبار المحور المالي هو المقياس النهائي لنجاح المؤسسة.¹

تمثل مؤشرات المحور المالي الأهداف قصيرة الأجل للمؤسسة، حيث يتم تقييم الأداء من خلال مقارنته بنتائج فترات سابقة أو بأداء مؤسسات منافسة، بالاعتماد على التحليل المالي والنسب المالية، سواء استُند إلى القوائم المالية أو إلى القيمة السوقية لأسهم المؤسسة. وتعكس هذه المؤشرات مدى التزام الفاعلين داخل المؤسسة بتنفيذ الاستراتيجية عبر الأهداف ومقاييس الأداء المحددة.

ورغم الانتقاد الكبير الموجه للمؤشرات المالية من طرف العديد من الباحثين²، إلا أنها تعد من أهم الأدوات التي تقدم تقييماً دقيقاً لمدى تحقيق المؤسسة لأهدافها، كما تمثل النتيجة النهائية لتحسين أداء المحاور الأخرى في بطاقة الأداء المتوازن، بل وتُعد الهدف الأساسي الذي يدفع المؤسسات إلى تبني آليات وتقنيات التسيير الحديثة.

وتختلف المؤشرات المالية المعتمدة بحسب المرحلة التي تمر بها المؤسسة، حيث حدد كل من "كابلان" و"نورتن" ثلاث مراحل أساسية:

بالنسبة لمرحلة النمو، تركز على زيادة الحصة السوقية والمبيعات، مع المحافظة على مستوى مناسب من الإنفاق على تطوير المنتجات وتدريب الموارد البشرية.

أما في مرحلة الاستقرار فإن التركيز يكون على المؤشرات التقليدية مثل العائد على رأس المال، الدخل التشغيلي، وكذا مؤشرات التدفقات النقدية المخصومة إضافة إلى مؤشرات القيمة الاقتصادية المضافة، في حين أنه في مرحلة الحصاد يتوجه التركيز على مؤشرات أخرى، مثل تلك المتعلقة بربحية العملاء وخطوط الإنتاج، بالإضافة إلى فترة مؤشرات مثل فترة استرداد الاستثمارات.³

¹ وائل مُجّد صبحي إدريس، طاهر محسن منصور الغالي، مرجع سابق، ص 571.

² من بين أبرز الانتقادات الموجهة للمحور المالي في بطاقة الأداء المتوازن، ما أشار إليه كل من **Eric Flamholtz** الذي انتقد غياب الأدلة التجريبية الكافية التي تبرر اعتماد المنظورات الأربعة وفعالية المؤشرات المالية ضمنها، و **Hanne Nørreklit** التي اعتبرت أن المفاهيم المعتمدة تفتقر إلى الصلاحية البنوية وأن العلاقة السببية بين المؤشرات غير دقيقة أو واضحة بما يكفي. كما اعتبر **Marshall Meyer** أن الربط بين المؤشرات غالباً ما يكون سطحيًا ويفتقر إلى الموضوعية، في حين تساءل **Michael Jensen** عن مدى قدرة هذه البطاقة فعلياً على تعظيم قيمة المساهمين، محذراً من الميل المفرط نحو الجانب المالي على حساب الأبعاد الأخرى.

³ سامي هباش، مرجع سبق ذكره ص 103.

الفصل الثاني بطاقة الأداء المتوازن: من مؤشرات القطاع الخاص إلى مؤشرات القطاع العمومي

وأشار الباحثان إلى إمكانية استخدام هذه المؤشرات مع مختلف الاستراتيجيات وفي جميع مراحل نمو المؤسسة، كما يمكن أن تختلف المؤشرات باختلاف الاستراتيجية المتبعة من طرف كل وحدة نشاط، ويوضح الجدول التالي مختلف المؤشرات المالية المستخدمة في كل مرحلة من مراحل تطور المؤسسة:

الجدول رقم(06): تحديد المحاور الاستراتيجية للمحور المالي

المحاور الاستراتيجية			المرحلة	
استغلال الأصول	تخفيض التكاليف/ تحسين الانتاجية	نمو الإيرادات ومزيج الخدمات		
- نسبة رأس المال إلى المبيعات. - نسبة تكلفة أنشطة البحث والتطوير إلى المبيعات.	الإيرادات/الموظفين	- معدل نمو المبيعات في القطاع. - نسبة الإيرادات من المنتجات والخدمات الجديدة والعلاء الجدد.	النمو	استراتيجية وحدة النشاط
			الاستقرار	
			الحصاد	
- معدلات رأس المال العامل(دورة رأس المال العامل). - معدلات العائد على رأس المال المستثمر بالنسبة لفئات الأصول. - معدلات استغلال الأصول.	- التكلفة مقارنة بالمنافسين. - معدلات تخفيض التكاليف. - نسبة التكاليف غير المباشرة من المبيعات	- الحصة من العملاء المستهدفين والأرباح المستهدفة. - مبيعات القطاع. - نسبة الإيرادات من التطبيقات الجديدة للمنتوج. - ربحية العملاء وخطوط الانتاج.		
- فترات الاستيراد - دورة التشغيل	تكلفة الوحدة (بالنسبة لكل وحدة مخرجة، لكل صفقة)	- ربحية العملاء وخطوط الانتاج. - نسبة العملاء غير المرشحين.		

Source: Kaplan R. S, & Norton D. P « *The Balanced Scorecard: Translating Strategy into Action* », Boston: Harvard Business School Press, 1996, p 52.

وبناءً على ما سبق يتضح أن البعد المالي يحتل أهمية كبيرة في نظام بطاقة الأداء المتوازن، حيث تمثل الأهداف والمؤشرات المالية نقطة الارتكاز بالنسبة للأهداف والمؤشرات في الأبعاد الأخرى للبطاقة، لذلك يؤكد الباحثان نورتن وكابلان في النهاية على ضرورة تحسين الأداء المالي كهدف أساسي.¹

ثانياً: محور العملاء

يعتبر محور العملاء في بطاقة الأداء المتوازن الركيزة الأساسية لنجاح المؤسسة في صياغة وتنفيذ استراتيجياتها المختلفة لسببين رئيسيين يرتبط السبب الأول بالأداء المالي للمؤسسة والمتعلق بتحقيق الأهداف المالية، أين يعتمد بشكل مباشر على تحقيق أهداف محور العملاء، أما السبب الثاني فيتمثل في أن نتائج كل من محور العمليات

¹ سامي هباش، مرجع سبق ذكره، ص105.

الفصل الثاني بطاقة الأداء المتوازن: من مؤسسات القطاع الخاص إلى مؤسسات القطاع العمومي

الداخلية ومحور التعلم والنمو، تتجسد من خلال خلق وتقديم قيمة للعملاء على المدى القصير والطويل، وأخذاً بهذا الاعتبار أدمجت البطاقة هذا المحور ضمن محاورها الأربع بل اعتبرته المحور الأساسي الذي تدور حوله باقي المحاور، ويمكن صياغته في السؤال التالي: كيف ينظر إلينا عملاؤنا؟.

إن مؤشرات محور العملاء ما هي إلا ترجمة لمؤشرات المحور المالي، حيث تسعى المؤسسات من خلالها إلى تحقيق أعلى مستويات رضا العملاء و التي عادة ما تظهر في المحافظة على عملائها الحاليين واكتساب عملاء جدد، و زيادة الحصة السوقية، ويحتوي هذا المحور على المؤشرات المتعلقة بالعملاء المستهدفين، مثل مؤشرات رضا العملاء، مؤشرات الاحتفاظ بالعملاء، مؤشرات اكتساب عملاء جدد، مؤشرات ربحية العميل، و مؤشرات القيمة من وجهة نظر العميل، وكذا مؤشرات الحصة السوقية للمؤسسة.

في هذا المحور تحدد المؤسسات قطاع السوق التي ستنافس فيه، والذي يعتبر المصدر الرئيسي للإيرادات اللازمة لتحقيق أهداف المحور المالي، كما يسمح هذا المحور التعرف على الطرق التي تمكن المؤسسة من خلق قيمة حقيقية لعملائها، وهو أمر لا يتحقق إلا من خلال النظر إلى الأداء بعيون العملاء، ومن ثم يوجه هذا المحور كل من العمليات الداخلية ومحور التعلم والنمو نحو تحقيق رضا العملاء، من خلال تمكين المؤسسة من تقديم منتجات وخدمات ذات جودة عالية، ونوعية ممتازة، وبأسعار تنافسية، مع مراعاة التغيرات المستمرة في أذواق العملاء.

تُظهر مؤشرات رضا العملاء مدى قدرة المؤسسة على تحقيق مستوى عالٍ من الرضى لدى العملاء، مما يعزز تكرار شرائهم لمنتجات المؤسسة، أما مؤشرات الاحتفاظ بالعملاء فتعكس مدى ولاء العملاء الحاليين، ويُقاس ذلك من خلال نمو مؤشر المبيعات لديهم. وتشير مؤشرات اكتساب العملاء الجدد إلى قدرة المؤسسة على جذب المزيد من العملاء، ويُعتمد في ذلك على مؤشر العملاء الجدد أو قيمة مبيعاتهم الإجمالية، أما بالنسبة لمؤشر ربحية العميل، فهو يُعد من المؤشرات المهمة التي تقارن بين تكلفة جذب العملاء والعائد الناتج من مشترياتهم، مما يساعد في اتخاذ قرار الاحتفاظ بالعملاء أو الاستغناء عنهم، فيما توضح مؤشرات الحصة السوقية قدرة المؤسسة على دخول الأسواق المستهدفة والوصول إلى العملاء المرغوب فيهم¹.

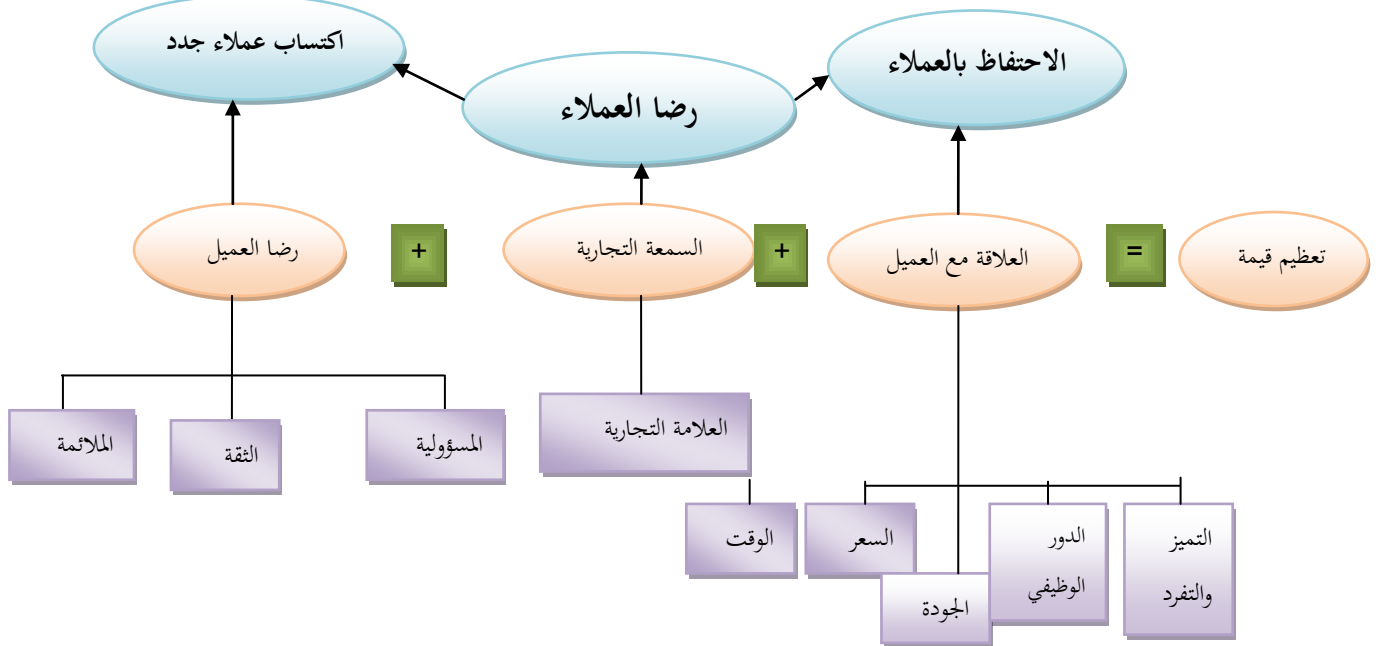
وقد أوضح نورتن وكابلان أن محركات القيمة من وجهة نظر العملاء يمكن تصنيفها إلى ثلاث مجموعات رئيسية: الأولى تتعلق بخصائص المنتج أو الخدمة، حيث تُبرز الوظائف الأساسية للمنتج من حيث الجودة، التميز، الوقت والتكلفة، المجموعة الثانية تركز على العلاقة مع العملاء، وتُعنى بقدرة المؤسسة على تلبية احتياجات العملاء في الوقت المناسب بجودة وسعر ملائمين، أما المجموعة الثالثة، فتختص بسمعة المؤسسة وشهرتها، والتي تعكس قدرتها على تعريف عملائها بنفسها وإظهار تفوقها وتميزها عن المنافسين².

والشكل التالي يوضح مقياس القيمة من منظور العملاء:

¹ أحمد يوسف دودين، بطاقة الأداء المتوازن ومعوقات استخدامها في منظمات الأعمال، دار جليس الزمان، عمان، 2010، ص ص 46-48.

² سامي هباش، مرجع سبق ذكره، ص 105.

الشكل رقم (15): مكونات القيمة من وجهة نظر العملاء



Source : Kaplan, R. S., & Norton, D. P., « **Linking the Balanced Scorecard to Strategy** », California Management Review, Vol. 39, N°0 1, Fall, pp. 53–79. 1996, p. 61.

و يحتوي هذا المنظور على عدة مؤشرات نذكر منها ما يلي:¹

- رضا العملاء؛
- ولاء العملاء؛
- الحصة السوقية؛
- شكاوى العملاء؛
- وقت الاستجابة لطلبات العملاء؛
- معدل الاحتفاظ بالعملاء؛
- معدل جذب عملاء جدد؛
- حجم المبيعات ؛
- نسبة الإيرادات من العملاء الجدد.

ثالثا: محور العمليات الداخلية

يركز هذا المحور على المؤشرات التي تحدد العمليات الداخلية التي تؤثر بشكل كبير في تحقيق رضا العملاء من خلال تقديم التميز وخلق القيمة التي تلي توقعاتهم بكفاءة وفعالية من جهة، ومن جهة أخرى تساهم في تحقيق رضا المساهمين من خلال تحقيق نتائج مالية متميزة. وتُعد طريقة تحليل سلسلة القيمة التي اقترحها "بورتر" الوسيلة

¹Parmenter D, « **Key Performance Indicators (KPI): Developing, Implementing, and Using winnig KPI's** », 1nd edition , Wiley & Sons, Inc. New jersey ,2010, PP 2-5.

الفصل الثاني بطاقة الأداء المتوازن: من مؤسسته القطاع الخاص إلى مؤسسته القطاع العمومي

المثلى لتحديد أهم الأنشطة التي تسهم في خلق هذه القيمة. ويمكن تلخيص جوهر هذا المحور بالسؤال التالي: ما هي العمليات التشغيلية التي يجب أن تتفوق فيها لإرضاء كل من المساهمين والعملاء؟¹

وعلى عكس المدخل التقليدي الذي يركز على تطوير العمليات التشغيلية الداخلية الحالية من خلال دمج مقاييس الجودة

والوقت، فإن بطاقة الأداء المتوازن لها منطلقان:²

➤ يتمثل الأول في كونها تهدف إلى تحديد مجال جديد من العمليات يتيح للمؤسسة التميز عن منافسيها،

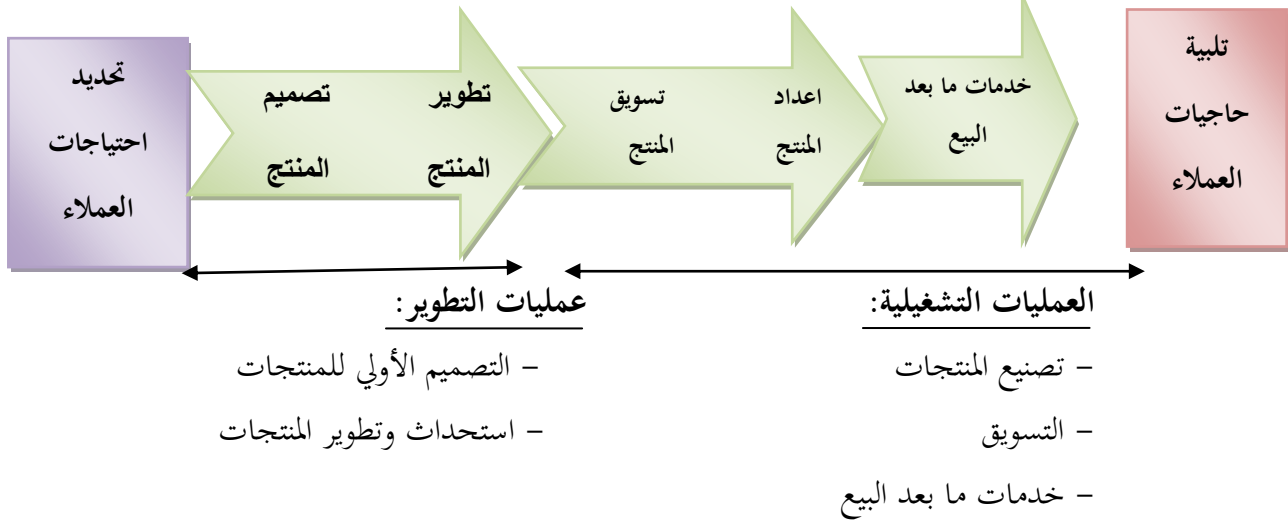
وتحقيق الأهداف المتعلقة بالعملاء بالإضافة إلى الأهداف المالية؛

➤ أما المنطلق الثاني فيتمثل في ضرورة الاعتماد على الابتكار والإبداع في العمليات التشغيلية الداخلية

للدخول في مجالات ومنتجات جديدة تلبى احتياجات العملاء المتغيرة وتساعد في جذب عملاء جدد، على عكس النهج التقليدي الذي يركز على العمليات والعملاء الحاليين فقط.

و يحدد الشكل رقم سلسلة القيمة لمنظور العمليات الداخلية للمؤسسة كما يلي:

الشكل رقم(16): سلسلة القيمة لمنظور العمليات الداخلية للمؤسسة



Source : Kaplan, R. S., & Norton, D. P., « The Balanced Scorecard: Translating Strategy Into Action » ,Op.Cit ,p27.

قسم كابلان واتكنسون سلسلة القيمة لمنظور العمليات الداخلية إلى ثلاثة مراحل أساسية، مرحلة البحث والتطوير، مرحلة الانتاج والتسويق، ومرحلة خدمات ما بعد البيع حيث:³

¹ Amer F, et al « The deployment of balanced scorecard in health care organizations: Is it beneficial? » A systematic review. BMC Health Services Research, 22, Article 65, pp(1-14),2022, p12.

² سامي هباش، مرجع سبق ذكره، ص. 107.

³ المرجع نفسه، ص 108.

المرحلة الأولى: وهي مرحلة البحث والتطوير، يتم فيها إجراء دراسات السوق وتحديد قطاعات العملاء المستهدفة، إضافة إلى تحديد خطط الانتاج ونوعية المعدات والفترة اللازمة للإنتاج، وتعتبر هذه المرحلة القاعدة المركزية للمراحل الأخرى؛

المرحلة الثانية: وهي مرحلة العمليات التشغيلية أو مرحلة الانتاج و التسويق، وتشمل تحديد أسلوب الانتاج وطبيعة الخدمة المقدمة للعميل وتصنيع المنتجات أو تقديم الخدمات، كما يتم تحديد التكاليف الخاصة بكل منتج أو خدمة؛

المرحلة الثالثة: وهي مرحلة خدمات ما بعد البيع، والتي تعتبر المرحلة الأخيرة من دورة حياة المنتج، حيث تحدد طبيعة ونوعية الخدمات المقدمة للعملاء بعد البيع، كما يتم خلالها تحديد الفترة الزمنية لتقديم الخدمات، بالإضافة إلى برامج توضيح كيفية استخدام المنتج، وحل مشاكل العملاء المتعلقة بالمنتجات المعيبة.

يوضح الشكل السابق أن تحقيق أهداف محور العملاء، سواء تعلق الأمر برضا العملاء أو ولائهم أو كسب عملاء جدد، يتشكل من خلال المراحل الثلاث لسلسلة القيمة، الأمر يفرض على المسيرين إيلاء أهمية خاصة لكل مرحلة من هذه المراحل، من خلال تحديد المؤشرات الخاصة بكل واحدة منها، حتى يتسنى بناء تصور شامل ودقيق حول مدى التقدم المحقق في بلوغ أهداف هذا المحور.

يُجسّد هذا المحور سعي المسيرين الدائم نحو تحديد العمليات الداخلية التي يتعين على المؤسسة أن تحقق فيها تميز وتفوق على منافسيها، وذلك إما من خلال تحليل العمليات القائمة للكشف عن مواطن القصور والعمل على معالجتها أو استبدالها بعمليات جديدة، أو من خلال البحث عن أساليب أكثر كفاءة وفعالية في تنفيذ وتنسيق تلك العمليات، إلى جانب تبني التكنولوجيات الحديثة وإدماجها في مختلف مراحل العمل لتحسين الأداء وتعزيز القيمة المضافة.¹

إن عمليات التغيير والتطوير عادة ما تواجهها بعض المشاكل التي يجب أخذها بعين الاعتبار، إذ لا بد أن تسبقها مراحل عديدة، مثل القيام بدراسات الجدوى الخاصة بكل مرحلة من المراحل الثلاثة السابقة الذكر، كما يتطلب الأمر تهيئة مناخ تنظيمي مناسب، يساعد على استيعاب أهداف التغيير وتأمين الدعم اللازم لتنفيذه. ويُعد التدرج في تطبيق التغيير من أهم العوامل التي تقلل من مخاطر الفشل أو التسرع، حيث يُسهم في تعزيز فهم شامل لأبعاده المختلفة، ويضمن في الوقت ذاته استمرارية النشاط المؤسسي عبر ترسيخ التواصل الداخلي وتفاذي الانقطاعات.

¹ BUTLER J, ENDERSON. H, AIBORN. C « Sustainability and the Balanced Scorecard: Integrating Green Measures into Business Reporting », MANAGEMENT ACCOUNTING QUARTERLY, VOL 12, NO 2, WINTER 2011, P 04.

لنظور العمليات الداخلية عدة مؤشرات نذكر منها معدل تسليم المنتجات في الوقت المحدد، نسبة إجمالي المصاريف الإدارية إلى إجمالي الإيرادات، معدل الوقت اللازم لتطوير منتج جديد، تكلفة المنتج، معدل إيرادات المنتجات الجديدة، ومعدل المنتجات المعيبة. وهي جميعها مؤشرات تعكس مدى كفاءة العمليات الداخلية وقدرة المؤسسة على تحقيق أهدافها التشغيلية والاستراتيجية.

رابعاً: محور التعلم والنمو

يُعد دمج محور التعلم والنمو ضمن نظام تقييم الأداء الاستراتيجي أحد أهم الإضافات الأساسية لبطاقة الأداء المتوازن، إذ يعكس هذا المحور التوجه الحديث للمؤسسات نحو إعطاء أهمية متزايدة لرأس المال الفكري والمعرفي وتطوير الكفاءات البشرية، انطلاقاً من كون الأداء التنظيمي في جوهره هو محصلة لأداء الأفراد داخل المؤسسة، إضافة إلى ذلك فالتحول نحو تبني التقنيات الحديثة في شتى المجالات والانتقال إلى مصاف المؤسسات المتعلمة، وما صاحبه من تغير في تطلعات العمال والموظفين المتزايدة في بيئة العمل الحديثة، أوجب ضرورة ادماج هذا المورد الهام كمنظور أساسي لتحقيق التميز والتفوق، فالمؤسسات الناجحة اليوم هي تلك التي تستثمر بذكاء في تطوير مهارات وقدرات أفرادها، وتخلق بيئة عمل تشجع على الابتكار، التعلم المستمر، والجاهزية للتغيير، مما يجعل هذا المحور عاملاً حاسماً في ضمان استمرارية الأداء المتميز وتحقيق الأهداف الاستراتيجية¹.

ويُعد منظور التعلم والنمو في بطاقة الأداء المتوازن حجر الأساس الذي بُني عليه القدرة الاستراتيجية للمؤسسة على المدى الطويل، إذ يحدد هذا المحور الأهداف والمؤشرات المرتبطة بالنمو والتعلم التنظيمي، والتي تُعتبر ضرورية لتحقيق أهداف المحاور الثلاثة الأخرى، فهو يُمكن المؤسسات من تحديد المهارات، القدرات، والبنى التحتية التي يجب تنميتها من أجل تعظيم قيمة المساهمين، وتحقيق رضا العملاء بشكل مستدام، ويتضمن هذا المحور ثلاثة جوانب مهمة هي:²

➤ **مهارات الأفراد:** على الرغم من الطفرة التكنولوجية واتساع رقعة الاعتماد على الأتمتة، إلا أن التكنولوجيا وحدها لا تكفي لنجاح المؤسسة، فالعامل البشري يظل المحرك الرئيسي لكل تحول ناجح، وبالتالي أصبح يُنظر إليه على أنه أصل استراتيجي يجب الاستثمار فيه من خلال التدريب، التعليم المستمر، وتطوير القدرات؛ ولم تعد الوظائف تقتصر على أداء المهام الروتينية، بل أصبح يُنتظر من الموظفين التفاعل بذكاء مع

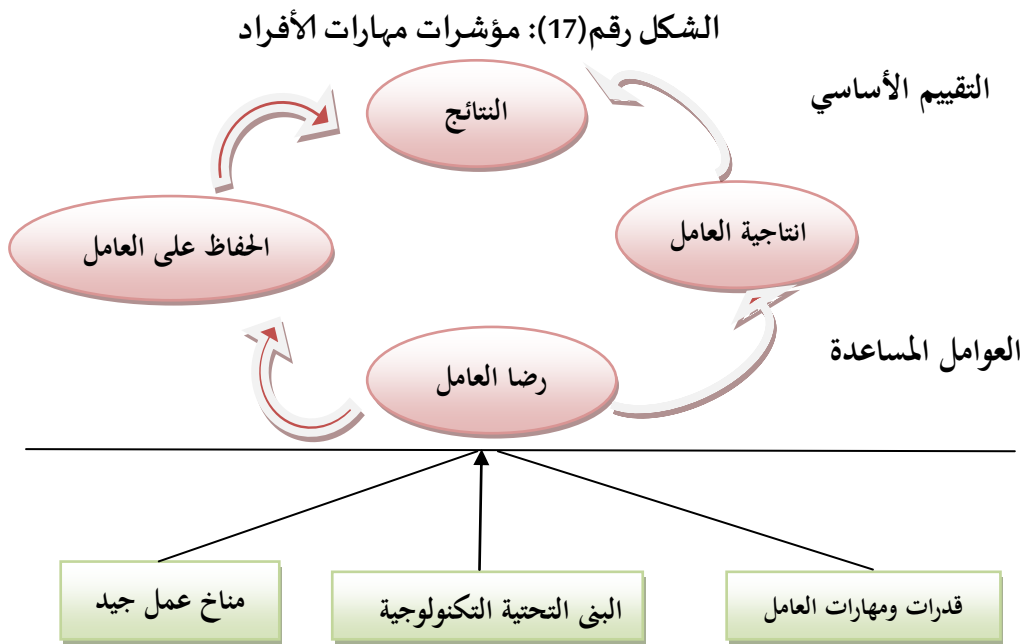
¹ Sims, R, « *Organizational Success through Effective Human Resources Management* », California: Greenwood Publishing Group, 2020 pp 02–03.

² سامي هباش، مرجع سبق ذكره، ص ص 110، 112، 111.

الفصل الثاني بطاقة الأداء المتوازن: من مؤسسات القطاع الخاص إلى مؤسسات القطاع العمومي

التغيرات، والتنبؤ باحتياجات العملاء، والمساهمة في صياغة الحلول الإبداعية، ما يجعلهم عاملاً فاعلاً في بناء ميزة تنافسية حقيقية.

وقد أكد كل من كابلان ونورتن على وجود ثلاثة مؤشرات رئيسية في جانب مهارات الأفراد ضمن محور التعلم والنمو هي: رضا العامل، إنتاجية العامل والاحتفاظ بالعامل، أين يشكل رضا العامل القاعدة الأساسية التي تبنى عليها كل من الإنتاجية والاحتفاظ، حيث أن العامل الراضي أكثر قدرة على العطاء، وأقل ميلاً للبحث عن فرص خارجية، مما يساهم في تحقيق الاستقرار والكفاءة داخل المؤسسة ويمثل الشكل التالي هذا المفهوم:



Source : Kaplan, R. S, & Norton, D. P, « The Balanced Scorecard: Translating Strategy Into Action », Op.Cit ,p129.

تتضمن مؤشرات رضا العامل عدة جوانب، من أبرزها: عدد ساعات العمل، مدى مشاركة العامل في اتخاذ القرار، التقدير الذي يتلقاه عند أدائه لعمل جيد، مدى توفر المعلومات التي تمكنه من أداء مهامه بكفاءة، وكذا الرضا العام عن المؤسسة، والذي يمكن قياسه من خلال مؤشرات مثل معدلات التأخر والغياب، أما مؤشرات الاحتفاظ بالعمال فتقاس عادة بمعدل دوران العمال، في حين تشمل مؤشرات إنتاجية العامل مؤشرات مثل: إيراد العامل الواحد، الذي يعكس قيمة المخرجات المحققة من كل عامل، القيمة المضافة للعامل، وجودة بيئة العمل.

➤ **أنظمة المعلومات:** ترتبط كفاءة أداء العامل بشكل وثيق بحجم وجودة المعلومات المتاحة له، والتي تمكنه ليس فقط من تلبية حاجات العملاء الحالية، بل أيضاً من التنبؤ بها وتقديم حلول مسبقة لها. كما تتيح هذه الأنظمة تقييم ربحية كل عميل وتحديد حجم الجهد المخصص له، وتساهم في تحسين العمليات باستخدام

أدوات مثل إدارة الجودة الشاملة وإعادة هندسة العمليات. من المؤشرات الدالة على كفاءة أنظمة المعلومات نذكر: معدل تغطية المعلومات الاستراتيجية، مستوى الاتصالات الداخلية، وتكرار العمليات الدورية، إضافة إلى تكلفة معلومات التغذية الراجعة لكل عميل، ومعدل حصول العامل على معلومات خاصة العملاء.

➤ **الإجراءات التنظيمية:** رغم أهمية كفاءة الأفراد وجودة المعلومات، فإن فعاليتهم تبقى محدودة بدون وجود نظام تحفيزي عادل وفعال، يربط بين الأداء والمكافأة، ويمنح العاملين القدر الكافي من المسؤولية والصلاحيات لاتخاذ القرارات والمبادرات التي تسهم في تطوير كفاءاتهم وقدراتهم. لذلك يُعد هذا الجانب أحد المحاور الأساسية في بُعد التعلم والنمو، ويتضمن مفاهيم مثل التحفيز، التمكين، والمحاذاة التنظيمية (الرصف الاستراتيجي)¹.

تعتبر أنظمة التحفيز الفعالة أساس تحسين رضا العاملين داخل المؤسسة لما توفر لهم من حوافز معنوية ومادية، تدفعهم لبذل المزيد من الجهد لتحقيق أهداف المؤسسة، وتزداد فعالية هذه الأنظمة عندما يُشرك العاملون في وضع أطرها العامة، الأمر الذي يعزز شعورهم بأهميتهم كمورد استراتيجي تعتمد عليه المؤسسة في إنجاح سياساتها وتحقيق رؤيتها.

أما التمكين، فهو يمثل توسيعاً لدور العاملين في المستويات التنظيمية الدنيا من خلال منحهم صلاحيات ومسؤوليات أوسع، مدعومة بالتدريب والثقة والدعم النفسي. فالتمكين يسهم في استغلال الطاقات الكامنة لدى الأفراد، ويُخرج أفضل ما لديهم. من هذا المنطلق، لا ينبغي النظر إلى القوانين والإجراءات الصارمة على أنها غايات في ذاتها، بل يجب التعامل معها كأدوات مرنة قابلة للتكيف، هدفها الأساسي هو تحقيق غايات المؤسسة، إن الإفراط في التقيد بهذه الإجراءات قد يؤدي إلى تثبيط المبادرات الفردية، وبث الشك والخوف في نفوس العاملين من تحمل المسؤوليات، ما يؤثر سلباً على كفاءة الأداء. وبالعكس فإن وجود توافق استراتيجي بين العاملين والمسيرين حول الأهداف والوسائل، من شأنه أن ينسق الجهود الجماعية ويوجهها نحو تحقيق الأهداف المشتركة، بما يحقق التكامل بين مصالح المؤسسة ومصالح الأفراد.

¹ الرصف الاستراتيجي: (Strategic Alignment) يشير إلى مدى توافق ومواءمة جميع أنشطة وموارد المؤسسة - بما في ذلك الأفراد، العمليات، الهياكل التنظيمية، والتقنيات - مع الرؤية والأهداف الاستراتيجية للمؤسسة، ويهدف الرصف الاستراتيجي إلى ضمان أن كل جزء من أجزاء المنظمة، سواء على المستوى الفردي أو الجماعي، يساهم بشكل فعال في تحقيق الأهداف العامة للمؤسسة، وضمن بطاقة الأداء المتوازن، يُعد الرصف من العوامل الحاسمة لربط الأهداف الفردية بالأهداف الاستراتيجية.

من بين المؤشرات الأكثر استخداما في هذا المكون نجد معدل الاقتراحات المقبولة لكل عامل، كمؤشر مزدوج على مدى مساهمة العاملين في التحسين المستمر، وكفاءة الاتصال الداخلي، معدل التحسينات التي تم تحقيقها في العمليات الحرجة، معدل تحقيق الأهداف الفردية للعاملين، فرص الترقيات الداخلية كمؤشر على وجود مسار مهني واضح ومحقق داخل المؤسسة.

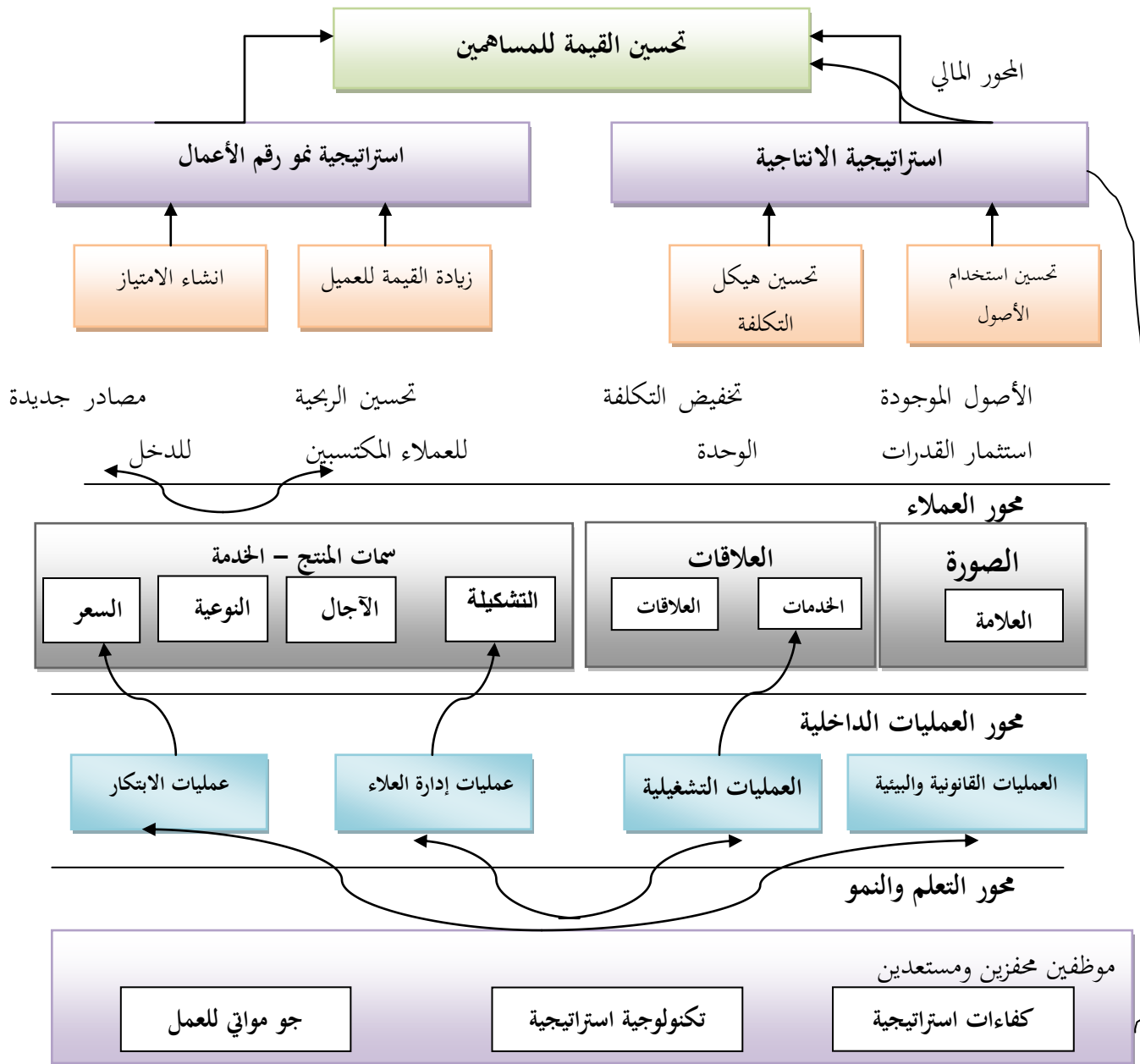
خامسا: سلسلة السببية التي تربط بين المحاور الأربعة

لقد قمنا بتقديم المحاور الأربعة لبطاقة الأداء المتوازن، ومع ذلك فإن البطاقة ليست مجموعة من المؤشرات التي يتم توزيعها وفقا لهذه المحاور فحسب، بل هناك ترابط بين المحاور الأربعة ضمن سلسلة من العلاقات السببية المنطقية، فمحور التعلم والنمو يمثل الأساس الذي يُمكن المؤسسة من تطوير إمكانياتها البشرية، ونظمها المعلوماتية، وبيئتها التنظيمية. وهذا التطوير يدعم تحسين محور العمليات الداخلية، من حيث الكفاءة والفعالية وجودة الأداء، وتحسين العمليات، تتمكن المؤسسة من خلق وتقديم قيمة مضافة للعملاء، ما يؤدي إلى تعزيز رضاهم وولائهم، وبالتالي تحسين مؤشرات محور العملاء. وفي النهاية فإن التحسن في رضا العملاء وزيادة الحصة السوقية يؤدي إلى تحقيق نتائج مالية أفضل، وهي جوهر أهداف المحور المالي.

هذا الترابط السببي بين المحاور هو ما يمنح بطاقة الأداء المتوازن قوتها كأداة استراتيجية، تسير من القاعدة (التعلم والنمو) نحو القمة (النتائج المالية)، من خلال منطق متكامل يربط بين الأداء التشغيلي والأداء المالي.

والشكل التالي يوضح هذه العلاقة:

الشكل رقم (18): سلسلة السببية



المراجع: هديل عائشة، أثر الأدوات الحديثة لمراقبة التسيير على قياس وقادة أداء الموارد البشرية حالة المؤسسات العمومية للقطاع الصناعي في الجزائر، أطروحة دكتوراه، فرع سبر الآراء والتحقيقات الاقتصادية، قسم العلوم الاقتصادية، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر، 03، الجزائر، 2018/2017، ص 71.

الفكرة التي تنبثق من سلسلة السببية هذه هي أن الأداء المالي مشروط بالقيمة التي يراها العملاء، والتي يتم ضمانها من خلال العمليات ووظائف الدعم من وسائل الإعلام والموظفين ونظم المعلومات هي الضامنة، وبالتالي فإن الفلسفة الأساسية لهذه السلسلة السببية هي أولوية الممول على جميع وجهات النظر الأخرى، والأهم من ذلك

هو المؤشرات المالية ويتعين على المؤسسة بأكملها أن تتكيف وفقا لذلك مع علاقاتها مع العملاء، وعملياتها الداخلية وإدارة شؤون الموظفين.¹

المطلب الرابع: الخطوات التفصيلية لتنفيذ بطاقة الأداء المتوازن

تبدأ عملية بناء بطاقة الأداء المتوازن من المستويات العليا إلى الدنيا، انطلاقا من استراتيجية المؤسسة التي تترجم إلى أهداف ومقاييس أداء ملموسة تعبر عن توازن بين مختلف المحاور، وقد تنوعت آراء الباحثين والممارسين حول الخطوات الواجب اتباعها لتصميم وتطبيق بطاقة الأداء المتوازن، مع التأكيد على أن ترتيب هذه الخطوات والمدة الزمنية اللازمة لكل منها يجب أن يُكيف حسب طبيعة وخصائص كل مؤسسة على حدة.²

وبذلك فإن تصميم بطاقة الأداء المتوازن يختلف من مؤسسة لأخرى، حسب طبيعة نشاطها، وفلسفتها الإدارية، وتفكيرها الاستراتيجي. ففي حين تفضل بعض المؤسسات إسناد مهمة إعداد النموذج الأولي للبطاقة إلى عدد محدود من الأفراد لهم إطلاع واسع بالوضع الاستراتيجي الراهن للمؤسسة، تميل مؤسسات أخرى إلى إشراك عدد أكبر من الفاعلين، يمثلون مختلف المستويات التنظيمية، من أجل ضمان تبني أوسع وتحقيق فهم أعمق لأهداف ومقاييس الأداء المعتمدة.³

وفيما يخص عدد الخطوات الأساسية لتصميم بطاقة الأداء المتوازن فقد أكد كل من نورتن وكابلان على أنه مهما اختلفت هذه الأخيرة من مؤسسة لأخرى، فلا بد أن تتضمن أربع خطوات يعتبرها ضرورية بالنسبة لجميع المؤسسات، وهي تحديد رؤية واستراتيجية المؤسسة، ثم الأهداف، يليها وضع المؤشرات الملائمة وفي الأخير التنفيذ، أما فيما يتعلق بالمدة الزمنية اللازمة لتطبيق البطاقة فيرى كل من M.Nair et P.Niven أنها تتراوح عادة ما بين 16 إلى 20 أسبوعا، وذلك حسب طبيعة المؤسسة ومدى جاهزيتها التنظيمية.⁴

والشكل التالي يوضح الخطوات التفصيلية اللازمة لتنفيذ بطاقة الأداء المتوازن:

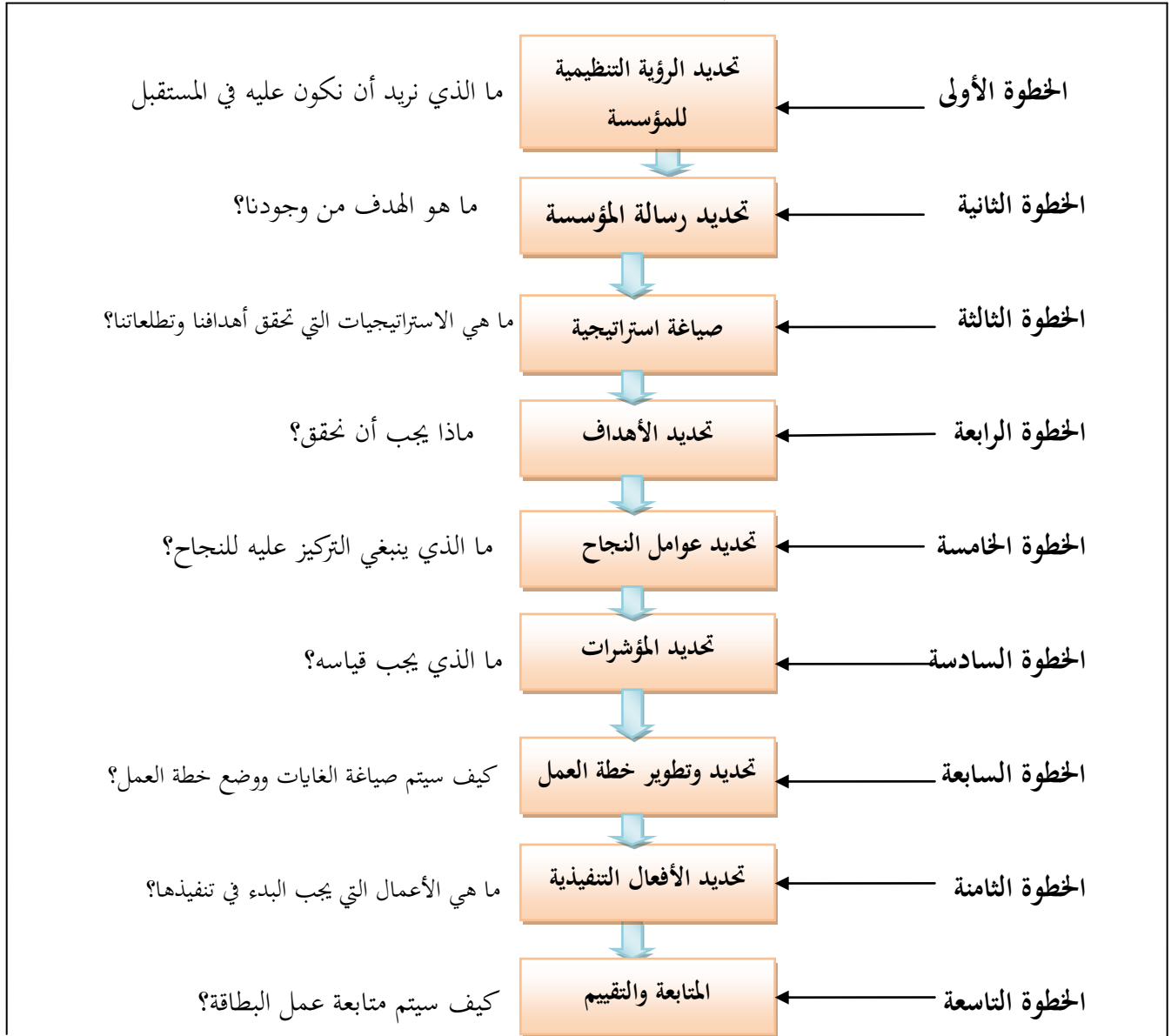
¹ هديل عائشة، أثر الأدوات الحديثة لمراقبة التسيير على قياس وقيادة أداء الموارد البشرية حالة المؤسسات العمومية للقطاع الصناعي في الجزائر، أطروحة دكتوراه، فرع سبر الآراء والتحقيقات الاقتصادية، قسم العلوم الاقتصادية، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر 03، الجزائر، 2017/2018، ص70.

² عبد الفتاح المغربي، الإدارة الاستراتيجية بقياس الاداء المتوازن، المكتبة العصرية للنشر والتوزيع، المكتبة العصرية للنشر والتوزيع، المنصورة، 2006، ص303.

³ Kaplan, R. S., & Norton, D. P., « Putting the Balanced Scorecard to Work », Harvard Business Review, 71(5), pp. 134–147, 1999, p09.

⁴ Raul R. Niven, OP.CIT, P70.

الشكل رقم (19): خطوات تطبيق بطاقة الأداء المتوازن



المصدر: سعد صادق بحيري، إدارة توازن الأداء، الدار الجامعية، الاسكندرية، 2003، ص243.

من خلال الشكل السابق يتبين لنا أن عملية تصميم وتنفيذ بطاقة الأداء المتوازن يمر بتسع خطوات أساسية نفصلها كما يلي:

الخطوة الأولى: تحديد الرؤية التنظيمية للمؤسسة

تُعد عملية تحديد الرؤية المستقبلية الخطوة الأولى والأساسية في تصميم بطاقة الأداء المتوازن، إذ توضح ما تطمح المؤسسة إلى أن تكون عليه في المستقبل. فهي تقدم تصورًا واضحًا وشاملاً عن الوضع المنشود، وتُعد بمثابة

الفصل الثاني بطاقة الأداء المتوازن: من مؤسسات القطاع الخاص إلى مؤسسات القطاع العمومي

الأساس المرجعي لصياغة الاستراتيجية ووضع الأهداف التفصيلية، وفي هذا الإطار يرى P.Niven أن الرؤية هي عبارة عن تصور حول المستقبل يوضح ما تطمح المؤسسة أن تكون عليه".¹

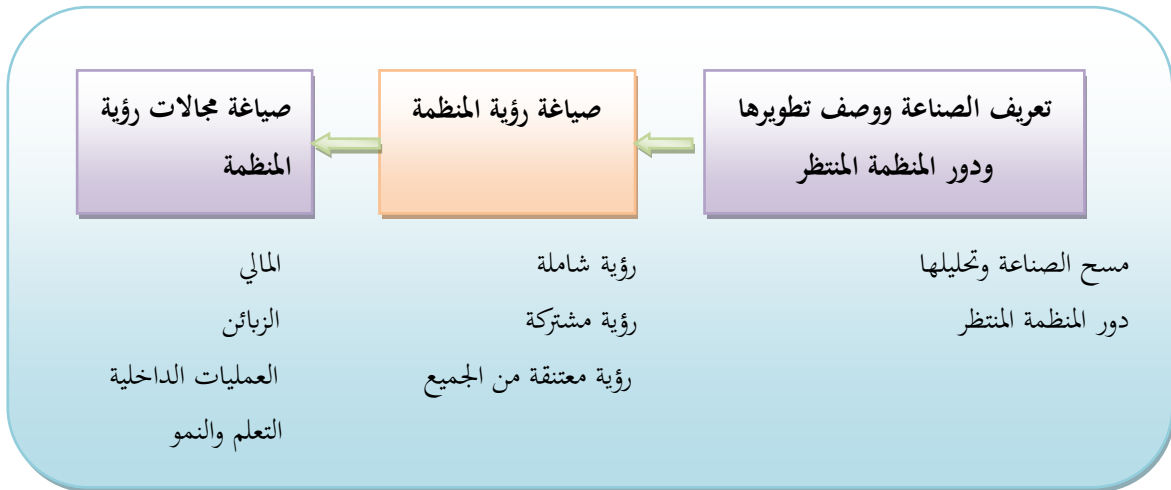
إن صياغة وتطوير رؤية المؤسسة يعد مجهود جماعي يؤطره فريق من الإدارة العليا، ويشارك فيه عدد من فرق العمل المختارة بعناية، استناداً إلى الكفاءة والخبرة. وبشكل عام فإن هذه العملية تستخدم عدة أساليب من أبرزها عقد مقابلات مع أكبر عدد ممكن من الأفراد داخل المؤسسة، إلى جانب إشراك خبراء ومختصين لديهم تجارب وخبرات سابقة في هذا المجال، وذلك لضمان بناء رؤية دقيقة وموضوعية تعبر عن واقع المؤسسة وتوجهاتها المستقبلية.²

وتتم عملية صياغة رؤية المؤسسة بمجموعة من الخطوات المتتالية التي تشمل:³

- تحليل البيئة الداخلية والخارجية للمؤسسة؛
- تحليل قدرات وإمكانيات المديرين؛
- تحديد القيم الادارية (الإبداع، النزاهة، المسؤولية الاجتماعية...)
- المتابعة والفحص المستمر.

والشكل التالي يوضح مراحل تحديد الرؤية التنظيمية للمؤسسة:

الشكل رقم(20): مراحل تحديد الرؤية التنظيمية



المصدر: عبد الحميد عبد الفتاح المغربي، قياس الأداء المتوازن المدخل المعاصر لقياس الاداء الاستراتيجي، المكتبة العصرية، مصر، 2015، ص 19.

¹ Ibid.P102.

² عبد الحميد عبد الفتاح المغربي، مرجع سبق ذكره، ص 307.

³ خالد محمد بني حمدان، وائل محمد صبحي إدريس، الاستراتيجية والتخطيط الاستراتيجي، دار البازوري للنشر والتوزيع، عمان، 2007، ص 127.

الخطوة الثانية: تحديد رسالة المؤسسة

تمثل رسالة المؤسسة التعبير الصريح عن الغرض الرئيسي من وجودها، فهي توضح سبب إنشائها والخصائص التي تميزها عن غيرها من المؤسسات المماثلة، وتُعرف الرسالة بأنها الصياغة اللفظية التي تعكس التوجهات الأساسية للمؤسسة، سواء أكانت مكتوبة بشكل رسمي أو ضمنية، وهي تجسد التطلعات والقيم التي تسعى المؤسسة إلى تحقيقها في الأمد الطويل¹.

ولا ينبغي النظر إلى رسالة المؤسسة على أنها مجرد نص مكتوب، بل هي إحساس عميق بالهوية المؤسسية والتزام جماعي من كافة العاملين والمتعاملين مع المؤسسة تجاه الهدف الذي أنشئت من أجله. وعندما تتحول هذه الرسالة إلى وعي جماعي ومسؤولية مشتركة، تصبح نقطة الارتكاز التي تُوجّه نحوها كافة الجهود التنظيمية لتحقيق غايات المؤسسة وتلبية الحاجات التي وُجدت من أجلها².

يعد صياغة رسالة واضحة أمراً جوهرياً بالنسبة لجميع المؤسسات على اختلاف أنواعها وأحجامها، حيث تتجلى أهميتها في:

- تنمية التوافق والإجماع الداخلي حول الغايات الأساسية للمؤسسة؛
- توفير مرجعية واضحة تسهل التعامل مع الجهات الداخلية والخارجية؛
- بث الشعور بالالتزام والوضوح لدى العاملين بشأن نوايا الإدارة العليا واتجاهاتها.

كما قد يختلف بيان الرسالة من حيث الطول، الشكل أو الخصوصية وذلك حسب طبيعة نشاط المؤسسة أو حجمها، لذلك يشير F.David أن الرسالة الفعالة لا بد أن تشمل تسعة عناصر أساسية يتم تحديدها بدقة لتسهيل صياغة رسالة واضحة، وتتمثل هذه العناصر في: عملاء المؤسسة، السلع والخدمات المقدمة، الأسواق المستهدفة، التكنولوجيا المستخدمة، أهداف البقاء والنمو، فلسفة المؤسسة، المفهوم الذاتي للمؤسسة، السمعة والصورة العامة والموارد البشرية داخل المؤسسة³.

وبالتالي، فإن رسالة المؤسسة ليست مجرد بيان توجيهي، بل تُعتبر أداة تنفيذية استراتيجية، وجزءاً حيوياً من هوية المؤسسة، كما أن تحديد الرسالة يمثل الركيزة والمنطلق الأساسي في بناء بطاقة الأداء المتوازن، التي تُعد في جوهرها أداة لترجمة هذه الرسالة إلى أهداف ومؤشرات ملموسة تقود إلى تحقيق رؤيتها المستقبلية.

الخطوة الثالثة: صياغة استراتيجية المؤسسة

تعد البطاقة أداة فعالة لترجمة رؤية واستراتيجية المؤسسة إلى مجموعة من الأهداف والمؤشرات المحددة، وذلك في إطار تقييم الأداء الاستراتيجي، الأمر الذي يجعل الاستراتيجية عنصراً جوهرياً في تصميم وتفعيل هذه البطاقة.

¹ المرجع نفسه، ص 128.

² طاهر محمد منصور الغالي، وائل محمد صبحي إدريس، المنظور الاستراتيجي لبطاقة الأداء المتوازن، دار وائل للنشر، عمان، 2009، ص 63.

³ David, F. R. « *Strategic Management: Concepts and Cases* » (13th ed), New Jersey: Prentice Hall, 2009, p 135.

يرى **A.Chandler** أن الاستراتيجية عبارة عن "تحديد الأهداف طويلة المدى للمؤسسة، وانتهاج السياسات الضرورية وتخصيص الموارد اللازمة لتحقيق تلك الأهداف"¹، كما يعرفها **M.Porter** على أنها عملية تكوين وضع تنفرد به المؤسسة عن طريق تصميم مجموعة من الأنشطة المتنوعة التي تخلق من خلالها قيمة مضافة للزبائن.²

إن عملية صياغة وتطوير الاستراتيجية تتطلب جهدا كبيرا من الإدارة العليا، حيث يستوجب توازنات دقيقة بين المتغيرات البيئية الداخلية والخارجية، وهو ما يجعلها عملية معقدة تتطلب كفاءات فكرية وتحليلية عالية، فضلاً عن القدرة على الربط بين الجانبين النظري والتطبيقي.³

ومن ثم فإن الغرض من هذه الخطوة يتمثل في ترجمة الرؤية إلى صورة ملموسة، تسمح بتحقيق التوازن العام بين المجالات الاستراتيجية المختلفة، ولضمان نجاح هذه الخطوة يجب أن تعقد ندوة مشتركة يتم فيها طرح ومناقشة التساؤلات التالية: من نحن؟ أين نحن الآن؟ وإلى أين نود الذهاب؟⁴

ولتحقيق مواءمة فعّالة بين بطاقة الأداء المتوازن والتوجه الاستراتيجي للمؤسسة، يُقترح ربط الخريطة الاستراتيجية بالمحاور الأربعة للبطاقة على أساس فلسفة رؤية المؤسسة. ويتم ذلك من خلال صياغة مجموعة من الاستراتيجيات تبدأ من الاستراتيجية المالية، التي تهدف إلى تعظيم قيمة المساهمين، وصولاً إلى استراتيجية التعلم والنمو، التي تركز على تنمية قدرات الموظفين وتعزيز كفاءاتهم.⁵

الخطوة الرابعة: تحديد الأهداف الاستراتيجية

انطلاقاً من الاستراتيجيات التي تم تحديدها مسبقاً، تقوم المؤسسة بصياغة مجموعة من الأهداف الاستراتيجية، ضمن كل بعد من أبعاد بطاقة الأداء المتوازن، على أن تكون الأهداف محددة، واقعية، مترابطة، وقابلة للقياس، بحيث تترجم الرؤية إلى مستويات أداء واضحة تسعى المؤسسة إلى تحقيقها على المدى المتوسط والطويل.

¹ Guerra.F, « *Pilotage stratégique de l'entreprise* », Bruxelles : De Boeck, 2007, p 72.

² porter .M, « *what is strategy ?* », harvard business review, 1996, p64.

³ عبد الحميد عبد الفتاح المغربي، مرجع سبق ذكره، ص 314.

⁴ عبد الحميد عبد الفتاح المغربي، قياس الأداء المتوازن المدخل المعاصر لقياس الاداء الاستراتيجي المكتبة العصرية، مصر، 2015، ص 22.

⁵ حساني ريم، مساهمة بطاقة الاداء المتوازن في إتخاذ القرارات الاستراتيجية في المؤسسات الاقتصادية، دراسة حالة المؤسسة الوطنية للملاحة الجوية، أطروحة دكتوراه تخصص إدارة أعمال، قسم علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة البليدة 2، الجزائر، 2021-2022، ص 70.

الفصل الثاني بطاقة الأداء المتوازن: من مؤسسات القطاع الخاص إلى مؤسسات القطاع العمومي

وتشير التجارب العملية للعديد من المؤسسات إلى الأهمية الكبيرة التي تحظى بها الأهداف، حيث تعد من أولويات العمل الاستراتيجي، إذ تمثل حلقة الوصل بين الرؤية والواقع التنفيذي، كما يساهم تحديد الأهداف بشكل دقيق في توجيه جهود العاملين، وضبط الموارد، وتعزيز الفعالية التنظيمية.

وتبرز أهمية بطاقة الأداء المتوازن في هذه المرحلة من خلال مساهمتها في تركيز الأهداف وتوضيحها، ثم ربطها بمؤشرات أداء ملائمة تتيح إمكانية المتابعة والتقييم المستمر، كما تسعى البطاقة إلى تحقيق توازن بين الأهداف على مختلف المحاور، بما يضمن توافقها مع جميع أصحاب المصالح¹ (Stakeholders)².

والجدول التالي يوضح الأهداف الاستراتيجية وفقا لمحركات الأداء الخمسة كما يلي:

الجدول رقم (07): الأهداف الاستراتيجية لمحركات الأداء الخمسة

الأهداف الاستراتيجية	محرك الأداء
■ تنمية وتحسين العائد ■ تخفيض التكاليف وتحسين الانتاجية ■ زيادة الاستثمار واستغلال الأصول	الجنب المالي (وجهة نظر المساهمين)
■ رضا الزبائن ■ الحصة من السوق ■ الزبائن الجدد	جنب السوق (وجهة نظر الزبائن)
■ تحسين طرق الأداء والتشغيل ■ تبسيط وتنميط أجزاء المنتج ■ ابتكار طرق جديدة	جنب التشغيل الداخلي (وجهة النظر الداخلية)
■ التطور التقني في مجال الانتاج ■ البحوث والتطوير في مجال المنتجات ■ تطور نظم المعلومات والأساليب الادارية	جنب التطوير والابتكار والتحسين المستمر (التعلم والنمو)

¹ عبد الفتاح المغربي، الإدارة الاستراتيجية بقياس الاداء المتوازن، مرجع سبق ذكره، ص 87.

² أصحاب المصالح (Stakeholders): يُقصد بأصحاب المصالح جميع الأفراد أو الجماعات أو الكيانات التي لها مصلحة مباشرة أو غير مباشرة في أنشطة المؤسسة ونتائجها، سواء كانت هذه المصلحة مالية، اجتماعية، قانونية، أو بيئية. وهم يؤثرون ويتأثرون بدرجة كبيرة بالقرارات التي تتخذها المؤسسة، ويُعد إشراكهم وفهم احتياجاتهم وتوقعاتهم من الأمور الجوهرية لضمان استدامة المؤسسة ونجاحها الاستراتيجي، كما يصنف أصحاب المصالح إلى فئتين رئيسيتين: أصحاب المصالح الداخليين: مثل الموظفين، والإدارة، والمساهمين، الذين يرتبطون بشكل مباشر بالبنية الداخلية للمؤسسة، وأصحاب المصالح الخارجيين: مثل العملاء، الموردين، الحكومة، المجتمع المدني، وسائل الإعلام، الهيئات التنظيمية، والمنافسين.

▪ تطور الأداء البيئي ▪ تطور الأداء الاجتماعي	جانب الأداء المجتمعي (وجهة نظر المجتمع)

المصدر: حساني ريم، مساهمة بطاقة الأداء المتوازن في اتخاذ القرارات الاستراتيجية في المؤسسات الاقتصادية، دراسة حالة المؤسسة الوطنية للملاحة الجوية، أطروحة دكتوراه، تخصص إدارة أعمال، قسم علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة البليدة 2، الجزائر، 2021-2022، ص 71.

يوضح الجدول أعلاه شمولية الأهداف الاستراتيجية وتوزعها على محركات أداء مترابطة، مما يؤكد أن تحسين الأداء المالي يرتبط بتحسين العمليات الداخلية، ورضا الزبائن، ودعم التعلم والابتكار، إلى جانب مراعاة المسؤولية الاجتماعية، وهو ما يعكس منطق بطاقة الأداء المتوازن في تحقيق التوازن بين مختلف أبعاد الأداء.

الخطوة الخامسة: تحديد العوامل الحرجة للنجاح

تشكل هذه الخطوة انتقالاً عملياً من مستوى صياغة الاستراتيجيات إلى مستوى تحديد ما هو ضروري لتحقيق النجاح الاستراتيجي، ويُقصد بالعوامل الحرجة للنجاح تلك العناصر الجوهرية التي تُعد أساسية لتحقيق رؤية المؤسسة وإنجاح أهدافها الاستراتيجية، فهي تجيب عن التساؤل المحوري: "ما الذي يجب تغييره أو تحقيقه لضمان بلوغ الرؤية المستقبلية؟"¹

تُعد هذه العوامل بمثابة محاور التغيير التي يجب أن تركز عليها المؤسسة ضمن مختلف أبعاد بطاقة الأداء المتوازن، كما تُوفر إطاراً منهجياً يساعد على تحديد مؤشرات الأداء الاستراتيجية المرتبطة فعلاً بتحقيق النتائج المستهدفة.

يتطلب تحديد عوامل النجاح الحرجة مراعاة مجموعة من المعايير، لذلك يفترض أن تكون هذه العوامل:²

- قليلة العدد نسبياً (لا يتجاوز عددها خمسة عوامل أساسية)؛
- أن تكون مرتبطة بشكل مباشر بتحقيق الأهداف الاستراتيجية والرؤية العامة للمؤسسة؛
- أن تكون ممكنة التحقيق وقابلة للقياس أو المتابعة؛
- يجب أن تشمل جميع الجوانب الجوهرية للمؤسسة؛
- أن تكون ناتجة عن تحليل موضوعي لمجموعة من المؤثرات مثل: نقاط القوة والضعف، حاجات السوق، الوضع التنافسي، والفرص/التحديات.

تجدر الإشارة إلى أن هذه العملية لا تقتصر على قرارات فردية يتخذها المدير العام، بل هي جهد جماعي يعتمد على استخدام أدوات تحليلية واستراتيجية كـ **SWOT** أو تحليل **PESTEL**، ويفضل إشراك أصحاب الخبرة والمختصين لضمان دقة النتائج واتساقها مع الواقع التنظيمي.

¹ Iribarne, P « *Les tableaux de bord de performance* » Paris : Dunod, 2003, p 57.

² *Ibid*, p58.

الخطوة السادسة: تحديد المؤشرات

بعد الانتهاء من تحديد عوامل النجاح الحرجة، تأتي خطوة ترجمتها إلى مؤشرات كمية يمكن من خلالها تتبع الأداء وقياس مدى التقدم نحو تحقيق الأهداف الاستراتيجية. ويُقصد بالمؤشر هنا ذلك المقياس الذي يعبر بدقة عن تغير أو تطور في أي عامل من عوامل النجاح، ويعكس مدى فعالية المؤسسة في تنفيذ استراتيجياتها. وحتى تكون هذه المؤشرات فعالة، يجب أن تُشتق مباشرة من الأهداف الاستراتيجية لكل بعد من أبعاد بطاقة الأداء المتوازن، حيث يتم التعبير عن كل هدف استراتيجي بمؤشر أو مجموعة من المؤشرات الكمية التي تسمح بتقييم الأداء بصورة موضوعية.¹

وقد أكد كل من كابلان ونورتن على أهمية وحساسية هذه الخطوة، نظرا للصعوبات التي تواجهها المؤسسة في عملية اختيار المؤشرات، أهمها إيجاد العلاقة السببية الواضحة بين المؤشرات من جهة، وتحقيق التوازن بين الأداء قصير الأجل والأهداف طويلة المدى من جهة أخرى، كما ينبغي ألا تؤدي المؤشرات إلى تركيز مفرط على جوانب معينة من الأداء على حساب الرؤية الشاملة للمؤسسة، بل يجب أن تكون منسجمة مع استراتيجيتها الكلية وتدعم توجهها العام.²

الخطوة السابعة: تحديد وتطوير خطط العمل

في هذه المرحلة، يتم تحديد هدف أو مجموعة أهداف بالنسبة لكل مؤشر مستخدم ضمن بطاقة الأداء المتوازن، حيث يعطي الهدف معنى لنتائج القياس من خلال توفير معيار مرجعي للمقارنة. وتحتاج المؤسسة إلى تحديد أهداف قصيرة وطويلة المدى على حد سواء، مما يمكنها من مراقبة التقدم المحرز واتخاذ الإجراءات التصحيحية في الوقت المناسب، ويُشترط أن تكون هذه الأهداف متسقة ومنسجمة مع رؤية المؤسسة واستراتيجيتها، لضمان التكامل وعدم التناقض بين التوجهات العامة للمؤسسة وما تسعى إلى تحقيقه من خلال مؤشرات الأداء.³

وبناء على هذه الأهداف تقوم إدارة المؤسسة بإعداد خطط العمل المتضمنة بيان دقيق للأنشطة والأعمال الواجب تنفيذها والمسؤولين عنها، والموارد اللازمة، إضافة إلى الجدول الزمني للتنفيذ ومواعيد تقديم التقارير المرحلية والنهائية. وتعد هذه الخطط بمثابة أدوات عملية لترجمة الأهداف الاستراتيجية إلى أنشطة تنفيذية ملموسة.

وبالنظر إلى أهمية هذه الخطط ودورها المحوري في ضمان استمرارية المؤسسة وبقاءها وتحقيق نتائجها المرجوة، فإنه يفضل في كثير من الأحيان أن تتفق الفرق المكلفة بإعداد نظام بطاقة الأداء المتوازن على قائمة أولويات

¹ Ouedraogo. W, « la conception d'un tableau de bord prospectif à la direction financière de SAF », mémoire de fin d'étude, centre africain d'étude de gestion, 2005, p 27.

² Kaplan, R. S, & Norton, D. P, « putting the balanced scorecard to work », Op, Cit, p09.

³ أحمد يوسف دودين، بطاقة الأداء المتوازن ومعوقات استخدامها في منظمات الاعمال، مرجع سبق ذكره، ص 66.

وجداول زمني دقيق تفاديا لحدوث مشكلات غير متوقعة أثناء التنفيذ، حيث تعد هذه القائمة المرتبطة بالمؤشرات والأهداف واحدة من المستندات الرقابية للإدارة العليا.¹

الخطوة الثامنة: تحديد الأفعال التنفيذية

في هذه المرحلة، تنتقل المؤسسة من مرحلة التخطيط إلى مرحلة التنفيذ العملي، حيث يتم تحديد الأنشطة والإجراءات التنفيذية اللازمة لتفعيل خطة بطاقة الأداء المتوازن، وتهدف هذه الخطوة إلى تحويل الأهداف والمقاييس الاستراتيجية إلى واقع ملموس، من خلال تحديد الأفعال الفعلية الواجب القيام بها على مستوى مختلف وحدات وأقسام المؤسسة.

ويُرافق تنفيذ هذه الأفعال تخصيص واضح للموارد البشرية والمالية والمادية، وتحديد دقيق للمسؤوليات، إلى جانب دعم البرامج والمبادرات ذات الصلة، بما يضمن انسجام التنفيذ مع التوجهات الاستراتيجية للمؤسسة. كما يتم تشكيل فريق عمل مخصص يُشرف على تطبيق بطاقة الأداء المتوازن، ويقوم بربط المؤشرات الاستراتيجية بقواعد البيانات وأنظمة المعلومات، لضمان تدفق المعلومات اللازمة لمتابعة الأداء وتقييم النتائج، ومن الجوانب الأساسية في هذه المرحلة، تعريف العاملين بمحتوى بطاقة الأداء المتوازن ودورهم في تنفيذها، وهو ما يتطلب جهودًا في مجال الاتصال الداخلي والتكوين، بما يضمن انخراط كافة مستويات المؤسسة في العملية، ويعزز ثقافة الأداء والتقييم المستمر.²

الخطوة التاسعة: متابعة وتقييم بطاقة الأداء المتوازن

لضمان فعالية تطبيق بطاقة الأداء المتوازن لا بد من متابعتها بشكل مستمر، حيث ينبغي مراقبة مدى انسجام الأداء مع الأهداف المحددة، والتأكد من تحقيق البطاقة لوظيفتها كأداة ديناميكية لدعم القرار الاستراتيجي.

ولأجل ذلك يُنصح ببناء نظام متابعة يعتمد على برامج يومية تربط البطاقة بالعمليات التشغيلية للمؤسسة، ويتم ذلك عبر تقارير دورية تصدر عن مختلف المصالح والأقسام، توضح مستوى التقدم المحرز والتحديات القائمة، كما ينبغي أن تتضمن خطة التنفيذ آليات واضحة لحفظ التوازن بين مؤشرات الأداء، سواء كانت قصيرة أو طويلة المدى، مع ضرورة إعادة تقييم المؤشرات المعتمدة بانتظام، واستبدالها عند الحاجة بمؤشرات أكثر ملاءمة وفعالية تعكس المستجدات والتغيرات في بيئة العمل.³

¹ مرد كواشي، إشكالية تقوم الأداء الشامل في المؤسسة: دراسة حالة المؤسسات العمومية للاسمنت في الجزائر، أطروحة دكتوراه، قسم علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة قسنطينة 2، الجزائر، 2011، ص 230.

² برياش نور الدين وبوصلاح النذير، بعنوان بطاقة الأداء المتوازن كأداة لمراقبة التسيير الحديثة ودورها في تحسين الأداء الوظيفي بالمؤسسات الرياضية (دراسة ميدانية بمؤسسة الشباب والرياضة بولاية المسيلة)، مجلة الابداع الرياضي، المجلد 13، العدد 2، 2022، الصفحات 388-408، ص 400، (بتصرف).

³ المرجع نفسه، ص 96.

ويُشير كل من كابلان ونورتن إلى أهمية مراجعة ومتابعة عمل بطاقة الأداء المتوازن بصفة شهرية أو فصلية من خلال إعداد تقارير متابعة مخصصة تُعرض على الإدارة العليا، من أجل مناقشتها مع مديري الوحدات والأقسام المختلفة، بما يسمح بإجراء التعديلات اللازمة وتوجيه الجهود نحو تحقيق الأهداف الاستراتيجية للمؤسسة بكفاءة ومرونة.¹

وعليه يمكننا القول أن هذه الأداة ساهمت بشكل فعال في تحسين الأداء التنظيمي من خلال الربط بين الرؤية والاستراتيجية والمؤشرات التشغيلية، غير أن التحولات المتسارعة في البيئة الاقتصادية والاجتماعية، وتزايد الاهتمام بقضايا التنمية المستدامة، فرضت الحاجة إلى تطوير هذا النموذج التقليدي، فقد أصبح من الضروري توسيع نطاق بطاقة الأداء المتوازن لتشمل الأبعاد البيئية والاجتماعية إلى جانب البعد الاقتصادي، بما ينسجم مع توجهات المسؤولية الاجتماعية ويعزز من استدامة الأداء على المدى الطويل. ومن هنا ظهرت بطاقة الأداء المتوازن المستدام كامتداد طبيعي لتطور الفكر الإداري، حيث تجمع بين المنظور المالي والاهتمامات البيئية والاجتماعية في إطار متكامل يدعم تحقيق أهداف المؤسسة دون المساس بحقوق الأجيال القادمة.

المبحث الثالث: بطاقة الأداء المتوازن المستدامة (SBSC)

في إطار قيام المؤسسة بنشاطها مع الأخذ بعين الاعتبار جميع متغيرات المحيط الخارجي، وسعيها منها لتبني مبادئ المسؤولية الاجتماعية، تظهر جليا أهمية البعد البيئي والاجتماعي ضمن مفهوم التنمية المستدامة، لذلك نجد أن المؤسسات الناجحة تعمل على دمج أبعاد التنمية المستدامة ضمن استراتيجيتها، إضافة إلى أنها تولي أهمية كبيرة للأدوات التي تحقق تقييما جيدا لهذه الأبعاد، ونظرا لكون بطاقة الأداء المتوازن أداة تعمل على ترجمة وتنفيذ الاستراتيجيات، تظهر ضرورة إدخال البعد البيئي والاجتماعي ضمن البطاقة لتفعيل دورها كأداة لتقييم الأداء الشامل تحت اسم بطاقة الأداء المتوازن المستدامة.

المطلب الأول: مفهوم بطاقة الأداء المتوازن المستدامة

لقد أثبتت العديد من الدراسات والأبحاث فعالية بطاقة الأداء المتوازن في دمج الأبعاد البيئية والاجتماعية ضمن نظم إدارة المؤسسات، في هذا الإطار قام مجموعة من الباحثين بجامعة **ST Gallen و luneburg** الألمانييتين بإجراء دراسة تناولت إمكانية دمج كل من البعدين البيئي والاجتماعي في بطاقة الأداء المتوازن، بهدف تفعيل وتعزيز دور المؤسسات في تحقيق التنمية المستدامة، نتجت عنها تطوير نموذج جديد يعرف ببطاقة الأداء المتوازن المستدامة **sustainability balanced scorecard (SBSC)**² والذي يمثل تطورا نوعيا في أدوات قياس وتقييم الأداء المؤسسي من خلال توسيع نطاقها ليشمل الأبعاد غير المالية.

¹ Kaplan, R. S, & Norton, D. P, « *putting the balanced scorecard to work* », Op, Cit, p10.

² Chai. N, « *sustainability performance Evaluation system in government* », springer science, London, 2009, p 24.

وعرف (frank figge) وزملاؤه¹ بطاقة الأداء المتوازن المستدامة بأنها: "عملية التكامل بين المجالات البيئية، الاجتماعية، والاقتصادية لتوفير إمكانات كفاءة لتحقيق إدارة مستدامة"²، ذلك أن المؤسسات الاقتصادية والعمومية تشكل جزءاً مهماً من المجتمع الذي تعمل فيه مما يحتم عليها الإسهام في تحقيق رفاهية ذلك المجتمع كشرط لضمان استمرارية نجاحها، بالرغم من كونها لا تمثل الجهة الوحيدة المسؤولة عن التنمية المستدامة، إلا أن من واجبها إعطاء الأولوية لمتابعة مسؤولياتها الاجتماعية والبيئية، وذلك من خلال توفير منتجات وخدمات ذات جودة عالية بأسعار معقولة، إلى جانب الالتزام بحماية البيئة، والمحافظة على صحة المواطنين والعاملين فيها من خلال الحد من التلوث والمخاطر البيئية. كما يُعد تحسين أداء العاملين والاستجابة لاحتياجاتهم أحد المحاور الأساسية لتحقيق هذا التوازن، بما يعزز من مساهمة المؤسسة في تلبية متطلبات المجتمع المحلي ودعم أهداف التنمية المستدامة.³

ويقصد بمفهوم الاستدامة تلك الاستراتيجيات التنموية التي تراعي متطلبات وتطلعات الأجيال الحالية دون المساس بقدرة الأجيال المستقبلية على تلبية احتياجاتها، ويهدف هذا التوجه إلى تحقيق توازن بين المصالح الاقتصادية، الاجتماعية والبيئية، بما يخدم كافة الأطراف ذات الصلة على المدى البعيد.

تقوم بطاقة الأداء المتوازن المستدامة على دمج الأهداف البيئية والاجتماعية ضمن الإطار العام للبطاقة، وذلك من خلال ربطها بسلاسل سببية ومنطقية تعكس العلاقة بين مختلف الأبعاد، مع تحديد مؤشرات أداء ملائمة وقابلة للقياس، ويتم استخدامها طبقاً لعدة أنواع من استراتيجيات المؤسسة الخاصة بالاستدامة، يمكن تصنيفها إلى ثلاثة أنواع رئيسية تتمثل في:⁴

¹ قدم كل من Frank Figge وTobias Hahn وStefan Schaltegger وMarcus Wagner هذا التعريف في إطار دراستهم المشتركة التي نُشرت في مجلة *Business Strategy and the Environment* سنة 2002، حيث سعوا من خلالها إلى ربط أدوات الإدارة الاستراتيجية، وبالأخص بطاقة الأداء المتوازن، بمفاهيم ومبادئ التنمية المستدامة، وذلك عبر إدماج البعدين البيئي والاجتماعي في صلب تقييم الأداء المؤسسي.

² Figge, F, et al, « The Sustainability Balanced Scorecard- Linking Sustainability Management to Business Strategy », *Business Strategy and the Environment*, No 11(5), 2002, 269–284, p272.

³ لطرش وليد، دور بطاقة الأداء المتوازن في قياس وتقييم الأداء الاستراتيجي (دراسة حالة قطاع خدمات الهاتف النقال في الجزائر)، أطروحة دكتوراه، قسم العلوم التجارية، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد بوضياف، المسيلة، الجزائر، 2017/2018 ص 65.

⁴ نادية راضي عبد الحليم، دمج مؤشرات الأداء البيئي في بطاقة الأداء المتوازن لتفعيل دور منظمات الأعمال في التنمية المستدامة، مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية، (عدد خاص)، المجلد 21، العدد 2، كلية التجارة، جامعة الأزهر، مصر، ديسمبر 2005، ص 26.

- الاستراتيجية النظيفة: وتهدف إلى التكيف مع المتطلبات البيئية للأسواق القائمة والدفاع عنها.
 - الاستراتيجية الكفؤة: تركز على التمايز البيئي بهدف تحقيق ميزة تنافسية وزيادة العائدات من المنتجات والخدمات المستدامة.
 - الاستراتيجية المتقدمة: تسعى إلى إحداث تحول هيكلي في البيئة المؤسسية، بما يمنح المؤسسات الريادية أفضلية تنافسية من خلال تطوير الأسواق البيئية واستباق التغيرات.
- تختلف بطاقة الأداء المتوازن المستدامة مقارنة بطاقة الأداء المتوازن التقليدية في إدماجها إضافة للأبعاد الأربعة الأصلية البعدين البيئي والاجتماعي، كما تعتبر أداة استراتيجية فعالة تربط بين التوجه الاستراتيجي للمؤسسة والتنمية المستدامة، بشكل يساعدها على خلق قيمة مستدامة طويلة الأمد تُراعي مصالح مختلف أصحاب المصلحة.¹
- كما وتوجد العديد من النقاط الأساسية التي توضح المقارنة بين بطاقة الأداء المتوازن المستدامة وبطاقة الأداء المتوازن التقليدية تتمثل في كل من:²
- تساعد بطاقة الأداء المتوازن المستدامة على تحديد الأهداف الاستراتيجية (البيئية أو الاجتماعية) في مختلف مستويات المؤسسة، وهو ما تفتقره البطاقة التقليدية التي تركز بالدرجة الأولى على الأبعاد الاقتصادية فقط؛
 - توفر بطاقة الأداء المتوازن المستدامة إمكانية إظهار العلاقات السببية بالتفصيل بين الجوانب النوعية (مثل الأداء البيئي أو المسؤولية الاجتماعية) وبين الأداء المالي، بينما تتجاهل البطاقة التقليدية ذلك؛
 - تساهم البطاقة المستدامة في تعزيز الشفافية للقيمة المضافة المحتملة، سواء الاقتصادية أو البيئية أو الاجتماعية، مما يسهل عملية تنفيذ الاستراتيجية، بينما تفتقر البطاقة التقليدية إلى هذه الشفافية؛
 - توفر بطاقة الأداء المتوازن المستدامة إطارا مرجعيا يعبر عنه بخريطة استراتيجية توضح كيف تنشأ العلاقات السببية بين الأبعاد الاقتصادية والبيئية والاجتماعية.

¹ Chai. N, *op cit*, p 24.

² غنجاتي ابتسام، أثر التغير الاستراتيجي على أداء المؤسسة الاقتصادية من منظور بطاقة الأداء المتوازن، دراسة حالة مجمع عمر بن عمر، أطروحة دكتوراه، تخصص تسيير المنظمات، قسم علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة باجي مختار عنابة، الجزائر، 2020/2019، ص 65.

المطلب الثاني: دمج مؤشرات البعد الاجتماعي والبيئي في بطاقة الأداء المتوازن

من أهم الانتقادات التي وجهت إلى نموذج بطاقة الأداء المتوازن هي إغفاله للجوانب الاجتماعية والبيئية المرتبطة بالأداء، حيث اقتصر تركيزه على الأبعاد الاقتصادية البحتة، ونتيجة لذلك قام عدد من الباحثين بإدخال تعديلات على هذا النموذج، حيث أنه بالإضافة إلى الأبعاد الأربعة التي اقترحها (Kaplan & Norton) تم إضافة بعد خامس يُعنى بالمسؤولية الاجتماعية والبيئية وأصبح النموذج يسمى بطاقة الأداء المتوازن المستدامة *Substainability Balanced Scorecard (SBSC)*، حيث جمع بين الأبعاد التقليدية والبعد البيئي والاجتماعي لضمان مواءمته لمتطلبات التنمية المستدامة.

يعد البعدين البيئي والاجتماعي من الدعائم الجوهرية لإرساء قواعد التنمية المستدامة من قبل المؤسسات، حيث يرتبط كل بعد منها بمجموعة من المؤشرات التي يتعين على المؤسسة احترامها والالتزام بها، ويعرف بأنه مجموعة من المبادرات التي تقوم بها المؤسسة اتجاه المجتمع، والتي تشمل تقديم خدمات في مجال الرعاية الاجتماعية ومجالات الصحة، التعليم وتحسين البنى التحتية، حيث أن التطور الذي شهدته بيئة الأعمال أصبح جزءا لا يتجزأ من المجتمع الذي تنشط فيه هذه المؤسسات، مما جعلها تضع ضمن رؤيتها الاستراتيجية سؤالا جوهريا وهو: "كيف يمكننا خدمة المجتمع والمساهمة في تنميته؟"¹. والجدول التالي يوضح أهم مؤشرات البعد الاجتماعي والبيئي:

الجدول رقم (08): مؤشرات البعد الاجتماعي والبيئي

المنظور	الأهداف الاستراتيجية	مؤشرات الأداء
البيئي والاجتماعي	تطوير الأداء البيئي	- عدد أيام التكوين المخصصة لعمالها والهادفة إلى احترام البيئة. - معدل الانبعاثات الغازية التي لديها تأثير على طبقة الأوزون. - حجم الفضلات والمهملات الناتجة عن العملية الاجتماعية - حصة الفضلات التي يتم تدويرها نسبة إلى إجمالي الفضلات - عدد أيام التكوين لفائدة العمال في مجال احترام وحماية البيئة - حصة استهلاك المؤسسة من الماء - حصة استهلاك المؤسسة من الكهرباء - حصة استهلاك المؤسسة من الغاز
	تطوير الأداء الاجتماعي	- حجم الميزانية المخصصة للنشاطات الاجتماعية والخيرية والانسانية لصالح المجتمع المحلي - عدد أيام العمليات التطوعية - عدد العمليات التي قامت بها المؤسسة والتي تهدف إلى القضاء على كل أشكال المنافسة غير النزيهة

¹ المرجع نفسه، ص 66.

قيمة الاستثمارات الموجهة للمجتمع المحلي		
حجم الميزانية المخصصة للمساهمة في البرامج الثقافية والتعليمية والمهنية.		

المصدر: غجاني ابتسام، أثر التغير الاستراتيجي على أداء المؤسسة الاقتصادية من منظور بطاقة الأداء المتوازن، دراسة حالة مجمع عمر بن عمر، أطروحة دكتوراه، تخصص تسيير المنظمات، قسم علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة باجي مختار عنابة، الجزائر، 2020/2019، ص 67.

ومن جهة أخرى أثار موضوع تحويل بطاقة الأداء المتوازن BSC إلى بطاقة الأداء المتوازن المستدامة SBSC جدلا واسعا في الوسط المهني والأكاديمي، حيث تباينت الآراء حول الطريقة المثلى التي يتم من خلالها دمج البعدين البيئي والاجتماعي في النموذج التقليدي إلا أن Frank Figge et al رأوا أن هناك ثلاث طرق رئيسية يمكن من خلالها دمج المسائل البيئية والاجتماعية في البطاقة وهي:¹

- دمج المؤشرات البيئية والاجتماعية ضمن الأبعاد الأربعة للبطاقة؛
- إضافة بعد خامس يُعنى بالأمور البيئية والاجتماعية؛
- تصميم بطاقة خاصة تعالج الأداء البيئي والأداء الاجتماعي بشكل منفصل عن البطاقة التقليدية.

ويمكن من خلال هذه الطرق الثلاث استنتاج خمس صيغ رئيسية لدمج البعد البيئي والاجتماعي في بطاقة الأداء المتوازن، تختلف فيما بينها من حيث درجة التكامل ومدى شمولية الاستدامة في نموذج الأداء هي كما يلي:²

1. بطاقة الأداء المتوازن المستدامة الجزئية *partial SBSC*: تعتمد هذه الصيغة على إدماج مؤشر واحد أو

اثنين من مؤشرات الاستدامة في بعض الأبعاد المختارة بدقة من البطاقة التقليدية، والتي تتأثر بدرجة أكبر بالجوانب البيئية أو الاجتماعية، ويُعتبر هذا النموذج خطوة مبدئية نحو دمج الاستدامة في نظام الأداء، إلا أن تأثيره يبقى محدودًا من الناحية العملية.

2. بطاقة الأداء المتوازن المستدامة العرضية *Transversal SBSC*: يتم من خلالها دمج المؤشرات البيئية

والاجتماعية في الأبعاد الأربعة للبطاقة، مع التركيز على الجوانب ذات القدرة على توليد القيمة المستدامة في المستقبل، وذلك بالاعتماد على المؤشرات البيئية كعوامل قيادية مستقبلية.

3. بطاقة الأداء المتوازن المستدامة ذات البعد المضاف *Additive SBSC*: يتم فيها إضافة بعد خامس

مستقل يتعلق بالاستدامة البيئية والاجتماعية إلى الأبعاد الأربعة الأصلية للبطاقة، ويعتبر هذا النموذج ملائما بشكل خاص للمؤسسات التي تواجه تحديات كبيرة تتعلق بالاستدامة، حيث يُمكنه أن يطور من فاعلية المؤسسة في هذا المجال.

4. بطاقة الأداء المتوازن المستدامة الكلية *Total SBSC*: وفيها يتم الربط بين البعد المستدام الخامس وباقي

المؤشرات المستقبلية الخاصة بالأبعاد الأربعة الأخرى، الأمر الذي يسمح بإنشاء علاقات سببية واضحة

¹ Figge, F, et al, *op. cit*, p. 273.

² نادية راضي عبد الحليم، مرجع سبق ذكره، ص22.

ومتكاملة مع الحفاظ على خصوصية كل بُعد. ويهدف هذا النموذج إلى الترويج لفكرة الاستدامة في جميع أنشطة وأهداف المؤسسة.

5. بطاقة الأداء المتوازن المستدامة المشاركة *Shared services SBSC*: وتعرف أيضا "بطاقة الأداء الخاصة

بالخدمات المستدامة"، وتعني استخدام المؤسسة لبطاقة الأداء المتوازن المستدام في بعض أجزاءها، لا سيما تلك المسؤولة بشكل مباشر عن القضايا البيئية أو الاجتماعية، وهي ملائمة عندما لا يكون بالإمكان تطبيق بطاقة الأداء المستدامة على مستوى المؤسسة بالكامل.

وتقوم جميع هذه الصيغ على مبدأ أساسي، وهو تحديد الأهداف البيئية والاجتماعية وربطها بسلاسل سببية واضحة، مع تعيين مؤشرات الأداء الحالية والمستقبلية لتلك الأبعاد، بما يضمن دعم استراتيجية المؤسسة نحو التنمية المستدامة.

المطلب الثالث: تصميم وتطبيق بطاقة الأداء المتوازن المستدامة

لقد أثبت الواقع العملي أن تصميم وتطبيق بطاقة الأداء المتوازن المستدامة تعد عملية معقدة تتطلب درجة كبيرة من الدقة، الصبر والمثابرة، لذلك يرى العديد من الباحثين أنه قبل البدء في تصميم بطاقة الأداء المتوازن المستدامة لا بد من فهم مجموعة من المتطلبات والشروط الأساسية لنجاح العملية، والتي تتمثل في:¹

- لا بد أن تساهم عملية تصميم بطاقة الأداء المتوازن في دمج الأبعاد البيئية والاجتماعية في نظام إدارة المؤسسة، وذلك تماشيا مع أهميتها الاستراتيجية، وهنا يبرز التساؤل حول ما إذا كان إدراج هذا البعد الإضافي يُعد فعلاً ضرورياً؟

- أن يحتوي نظام القياس على أهداف بيئية واجتماعية واضحة، مفهومة، مرنة وسهلة التوصيل لجميع المعنيين؛
- يجب على بطاقة الأداء المتوازن المستدامة أن تعكس استراتيجية المؤسسة وتستجيب لمتطلباتها البيئية بدقة، حيث لا يُمكن تصميمها بشكل عام، بل يجب أن تراعي أهداف خصوصيات وحاجيات كل مؤسسة، مع الأخذ بعين الاعتبار اختلاف الظروف البيئية الداخلية والخارجية التي تؤثر على نشاطها؛

- كما يجب أن تغطي البطاقة الأبعاد الثلاثة الجوهرية للاستدامة: الاقتصادي، الاجتماعي والبيئي، ونبرز أهم هذه المؤشرات في الجدول التالي:²

¹ Ibid, p 276.

² نادية راضي عبد الحليم، مرجع سبق ذكره، ص25

الفصل الثاني بطاقة الأداء المتوازن: من مؤسسات القطاع الخاص إلى مؤسسات القطاع العمومي

الجدول رقم(09) : المؤشرات القائمة على معايير الاستدامة في إطار بطاقة الأداء المتوازن

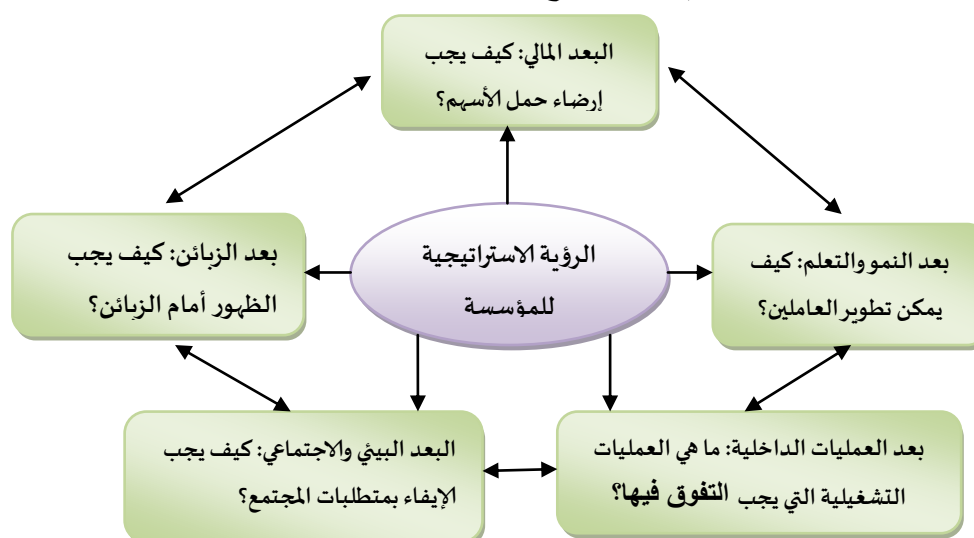
المنظور المالي	منظور العمليات الداخلية	منظور العملاء	منظور التعلم والنمو
الحكم الرشيد	الصحة والسلامة	عمل الخير	رؤية وسياسات الاستدامة
إدارة المخاطر	منع التلوث	التشاور	الاستدامة في الاستراتيجية
توزيع الأرباح	استدامة الموارد	العلاقات مع العملاء	تقييم الاستدامة
الضرائب والإعانات	الأمن للعمال	رضى العملاء	الابتكار

source : <http://cleanerproduction.com/pubs/Hammer.doc>.

من خلال الجدول نلاحظ أن المؤشرات متنوعة بين اقتصادية اجتماعية وبيئية، وأن كل بعد له المؤشرات الخاصة به، حيث تُوضع هذه الأخيرة مع الأخذ بعين الاعتبار مصالح كل الأطراف التي لها صلة بالمؤسسة.

والشكل التالي يوضح النموذج الجديد لبطاقة الأداء المتوازن بعد إضافة البعد الخامس:

الشكل رقم(21): نموذج بطاقة الأداء المتوازن المستدام

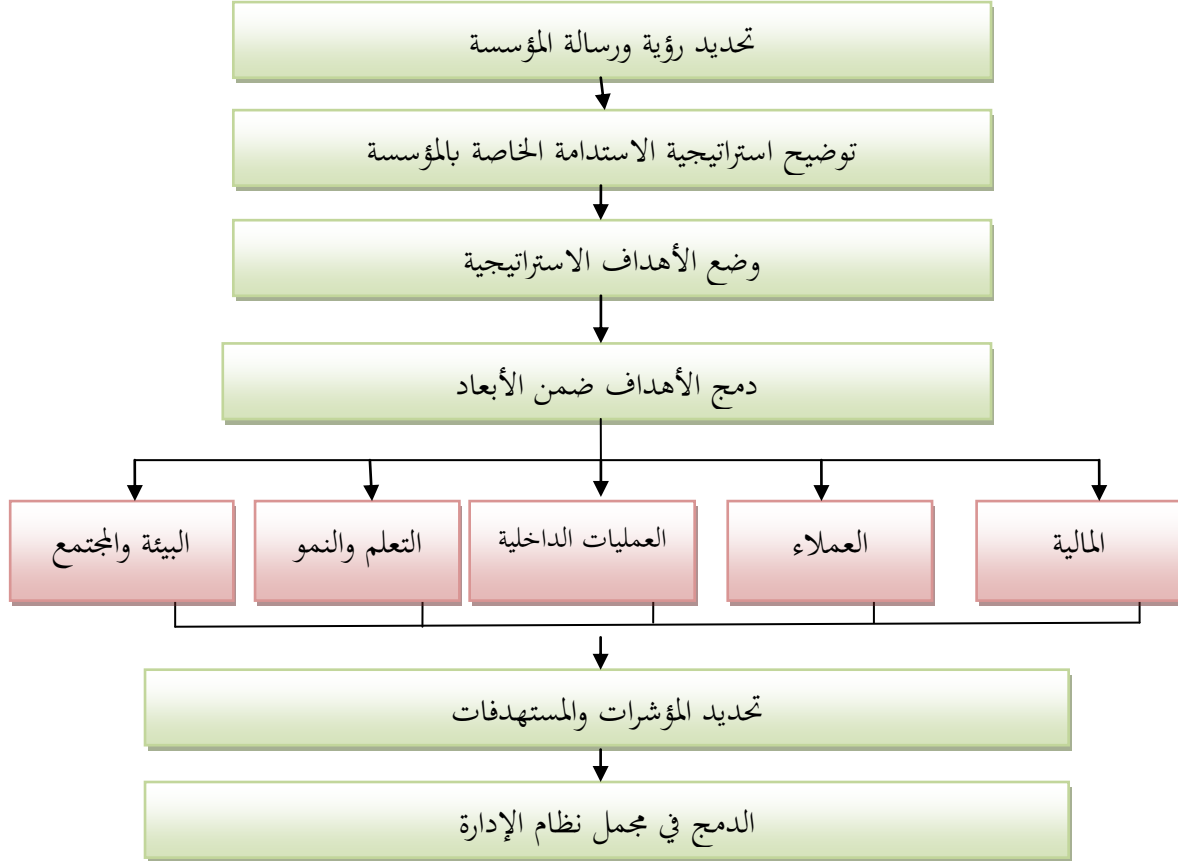


المصدر: نائر صبري الغبان، نادية شاكر حسين، التكامل بين تقنيتي بطاقة العلامات المتوازنة والمقارنة المرجعية لأغراض تقييم الأداء الاستراتيجي في الوحدات الاقتصادية، مجلة كلية بغداد للعلوم الاقتصادية الجامعة، العدد22، العراق، 2009، الصفحات(299-338) ص311.

من خلال الشكل نلاحظ أن بطاقة الأداء المتوازن المستدامة قد ضمت الأبعاد الثلاثة للأداء وهي: البعد الاقتصادي، الاجتماعي، والبيئي وهو ما يطلق عليه بالأداء الشامل أو الكامل للمؤسسة.

وانطلاقاً من ذلك فإن تصميم بطاقة الأداء المتوازن المستدام يتم عبر ستة خطوات رئيسية ، كما يوضحها الشكل التالي:

الشكل رقم(22): خطوات تصميم بطاقة الأداء المتوازن المستدام



Source : Bieker. Th, « *Sustainability management with the balanced scorecard* », International Summer Academy on Technology Studies, sur: http://sustyworks.in3online.com/downloads/Bieker_SA03.pdf, consulté le : 16/02/2023,13h42.

يتضح من خلال الشكل أن تحديد الرؤية وصياغة استراتيجية الاستدامة في عملية تصميم بطاقة الأداء المتوازن المستدامة، تعد البداية الحقيقية ونقطة الانطلاق التي على أساسها تبنى بقية الخطوات، من تحديد الأهداف، وضع المؤشرات والمستهدفات ضمن كل بعد من أبعاد البطاقة، ومنه يمكننا القول أن بطاقة الأداء المتوازن المستدامة تعتبر أداة فعالة تساعد المؤسسة على ترجمة رؤيتها واستراتيجيتها المستدامة إلى أفعال قابلة للتنفيذ، كما تعتبر أداة مهمة تدمج الجوانب البيئية والاجتماعية في نظام إدارة المؤسسة، ويؤكد العديد من الباحثين والأكاديميين أن هذه المقاربة تعد في غاية الأهمية نظراً لما توفره من توضيح دقيق وفهم عميق لكيفية مساهمة الأصول غير الملموسة في تحقيق التنمية المستدامة للمؤسسات.

هذا التطور في أدوات التسيير الحديثة على رأسها بطاقة الأداء المتوازن التي توسع استخدامها في مختلف القطاعات، يجعل من الضروري البحث في مدى ملائمتها وتوافقها مع خصوصيات القطاع العمومي. وانطلاقاً من ذلك، يكتسي البحث في هذا الجانب أهمية خاصة، لاسيما عند إسقاط المفهوم على مؤسسات تُعتبر من أكثر المرافق العمومية التي تشهد تعقيدات وتحديات كبيرة ألا وهي المؤسسات الصحية.

المبحث الرابع: بطاقة الأداء المتوازن في القطاع العمومي: المؤسسات الصحية نموذجاً

على الرغم من أن بطاقة الأداء المتوازن صممت في البداية للمؤسسات الاقتصادية الهادفة للربح أين حققت نجاحاً كبيراً حيث أصبحت نظاماً للمناجمت والقيادة الاستراتيجية بامتياز، إلا أنه وفي سنة 1996م بدأ الاهتمام بهذه البطاقة من طرف المؤسسات العمومية غير الهادفة للربح¹، وتزايد الاهتمام بشدة حيث أصبحت اللوحة مطلوبة جداً من طرف هذه المؤسسات في سنة 2000م، أين انطلقت جملة من الإصلاحات والتحديثات من أجل تحسين أدائها من خلال تبنيها لمبادئ المناجمت العمومي الجديد.

وباعتبار أن المؤسسات العمومية للصحة من أهم مؤسسات القطاع العمومي نظراً لخصوصيتها، فهي تحتاج أيضاً لوسائل فعالة تساهم في قياس أداءها ومن ثم وضع استراتيجيات ضرورية لتطويره، وإيجاد رؤى مستقبلية للارتقاء به وهو ما يؤدي إلى تحقيق هدفها الأساسي المتمثل في رضا المريض من خلال تقديم خدمات صحية ذات جودة، وهو ما يتجسد في بطاقة الأداء المتوازن، لما تتميز به من مرونة وإمكانية استخدامها كأداة لقياس وتحسين الأداء في كافة القطاعات.

المطلب الأول: إدخال بطاقة الأداء المتوازن إلى المؤسسات العمومية

تشارك المؤسسات العمومية والخاصة بإنتاج قيمة مضافة لأصحاب المصلحة من خلال تعبئة الموارد واستغلال القدرات، إلا أنهما تختلفان من حيث طبيعة تلك القيمة، نوعية الموارد، القدرات المعتمدة، بيئة العمل لكل منها والآثار الناتجة عن تنفيذ استراتيجيتها، ففي الوقت الذي تسعى المؤسسات الخاصة إلى تعظيم الأرباح، نجد المؤسسات العمومية تهتم بتلبية احتياجات المجتمع وتحسين الخدمات المقدمة، ومع ذلك تواجه هذه الأخيرة

¹ تختلف المؤسسات العمومية عن المؤسسات الخاصة وإن كان لها نفس المخرجات وهو تحقيق رضا الزبون، إلا أنها تختلف من حيث الهدف الاستراتيجي، فالأولى تسعى لتحقيق قيمة للخدمات بفعالية والثانية هدفها تنافسي بحت، ومن الناحية المالية فالمؤسسات العمومية تسعى لتحسين الانتاجية والكفاءة، في حين تسعى المؤسسات الخاصة إلى تعظيم الربح، كما تختلف من حيث أصحاب المصلحة ففي الأولى نجد دافعوا الضرائب، المستفيدون من الخدمة، المشرعون والمنظمون للخدمة، أما في المؤسسات الخاصة فنجد المساهمون، الزبائن والمديرون.

الفصل الثاني بطاقة الأداء المتوازن: من مؤسسات القطاع الخاص إلى مؤسسات القطاع العمومي

تحديات عديدة على غرار محدودية المرونة في التفاعل مع المتغيرات البيئية، وذلك نظرا لارتباطاتها بالمبادئ القانونية وقيود الموازنة، إلا أن هذا لا يعفيها من مسؤولية تحسين أدائها وتعزيز كفاءتها في تسيير الموارد وتحقيق الأهداف العمومية.¹

إن إدخال بطاقة الأداء المتوازن إلى المؤسسات العمومية بمختلف أنواعها وأصنافها نقصد به من الناحية النظرية نقل أداة تسييرية من سياق تنظيمي في مؤسسات القطاع الخاص إلى آخر في مؤسسات القطاع العمومي، وهذا بفضل ظاهرة عالمية للمناجنت العمومي الجديد الذي يمثل مجموعة من الأفكار والممارسات المستمدة من القطاع الخاص.

تبني المؤسسات العمومية الاصلاحات القائمة على المناجنت العمومي الجديد يجعلها تتوجه نحو الزبون وتقييم النتائج وبالتالي انتقال التسيير من منطق الوسائل والإجراءات إلى منطق النتائج، وهذا ما يستدعي ضرورة تقييم الأداء، وتعتبر بطاقة الأداء المتوازن إحدى أهم المقاربات التي تناسب احتياجات المؤسسات العمومية في تحقيق أهدافها والتي أثبتت إدارتها للأداء.²

بعدما أثبتت بطاقة الأداء المتوازن نجاعتها في بيئة المؤسسات الخاصة، امتد ذلك إلى توسيع نطاق هذه المقاربة بنقلها إلى قطاع المؤسسات العمومية بمختلف أنواعها وأصنافها، سواء كانت مؤسسات اقتصادية أو إدارية، وفي مجالاتها المتعددة كالمستشفيات، الجامعات، أو الإدارات المحلية وغيرها، وتكمن أهمية هذه البطاقة في قدرتها على تقديم نموذج متعدد الأبعاد يتماشى مع مختلف أصحاب المصالح، كما تركز المقاربة على مؤشرات الأداء الرئيسية التي تعمل على توجيه الاهتمام الإداري نحو النتائج، من خلال ربط هذه المؤشرات والنتائج المرجوة بعلاقات سببية واضحة، وهو ما يساهم في تعزيز الترابط بين الأهداف الاستراتيجية للبطاقة وآليات التسيير المؤسسة العمومية.³

تعتبر بطاقة الأداء المتوازن أداة مرنة تحافظ على خصوصيات المؤسسات العمومية، وتحترم مبادئ المناجنت العمومي الجديد القائم على ثقافة النتائج، فهي لا تقتصر على كونها أداة لقياس الأداء فحسب، بل تدعم دعم التسيير الاستراتيجي وتعزز عملية التواصل داخل المؤسسة، ويمكن لبطاقة الأداء المتوازن أن توفر لمحة شاملة عن

¹ Nilsson, K, « *Expectations from Administrative Reforms: An Attempt to Implement the Balanced Scorecard in a Public Sector Organization* », *International Journal of Public Administration*, N°33, 2010, pp: 822-831.

² Modell, S, « *Performance measurement myths in the public sector: A research note* », *Financial Accountability & Management*, Vol.21, N°1, 2004, pp: 39-55.

³ Kaplan, R. S, & Norton, D. P, « *The Strategy Focused Organization: How Balanced Scorecard Companies Thrive in The New Business Environment* », *Harvard Business School Press*, 2001, pp: 09, 17.

وضع المؤسسة، مما يساهم في تحسين أساليب الإدارة وتوجيه الجهود نحو الأهداف الاستراتيجية، كما تُمكن من تعزيز التفاعل والتكامل بين مختلف الوحدات التنظيمية، وتحفيز كافة الأطراف ذات المصلحة على المساهمة في تحسين الأداء، إلى جانب الدعم في نشر وتقييم الاستراتيجية في جميع المستويات، مما يخلق نوعًا من التآزر مع النماذج الأخرى.¹

تتوافق بطاقة الأداء المتوازن مع الأهداف التي تسعى إليها المؤسسات العمومية غير الربحية، باعتبارها تعرض الأداء في مؤشرات مالية وأخرى غير مالية من جهة، ومن جهة أخرى باعتبار أن هذه البطاقة تسعى لتحقيق التوافق بين اهتمامات مختلف أصحاب المصالح (الزبائن، المساهمين والعمال)، وهذا ما يتلاءم مع طبيعة القطاع العمومي التي يعرف بتعدد المستفيدين من الخدمة العمومية، واختلاف توقعاتهم، وبالتالي تجاوز النظرة التقليدية التي تحكم على نجاح المؤسسات العمومية من خلال قدرتها على ضبط الإنفاق والالتزام بالميزانيات فقط، ليمنح رؤية أشمل وأكثر واقعية حول جودة الأداء وفعالية الخدمة.²

يُعد إدخال بطاقة الأداء المتوازن إلى المؤسسات العمومية لا سيما الخدمية منها غير الهادفة للربح كالمؤسسات الصحية، خطوة مهمة تساهم في تغيير معايير تقييم الأداء من الاهتمام بمراقبة التكاليف فقط إلى التركيز أيضا على فاعلية وفعالية تقديم الخدمات، حيث تساعد القياسات الكمية للاستراتيجية على تقليص مستويات الغموض حول الأهداف، تركيز الاهتمام على تحقيق الرسالة، وتحسين سبل تنفيذها، كما تقدم البطاقة مؤشرات ملموسة للمؤسسة تساعد في تقييم مدى تحقيق أهدافها من حيث تحسين الجودة، تحقيق التعلم التنظيمي وتعزيز ثقة الجهات الممولة والمساهمة في توفير الموارد.³

يعتبر تطبيق بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسات العمومية غير الهادفة للربح أصعب من تطبيقها في المؤسسات الخاصة، وذلك بسبب تعقد أنشطتها وعلاقتها المختلفة والمتغيرة مع البيئة من جهة، ومن جهة أخرى توجهها الاجتماعي واعتمادها في التمويل على الدولة، كما أن تعدد الزبائن والمستفيدين من الخدمة العمومية أدى إلى صعوبة تحديد تعريف للزبون الذي يعتبر رضاه أسمى أهداف المؤسسات العمومية وأهم سبب لوجودها.

¹ نجمة شريف، محاولة تصميم بطاقة أداء متوازنة لمؤسسات التعليم العالي الجزائرية، دراسة حالة جامعة آكلي محمد أولحاج بالبويرة، أطروحة دكتوراه، تخصص تسيير عمومي، قسم علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر 03، الجزائر، 2018/2017، ص 75.

² المرجع نفسه، الصفحة نفسها.

³ Rabbani. F, et al, « *Designing a balanced scorecard for a tertiary care hospital in Pakistan: A modified Delphi group exercise* », international journal of health planning and management, N°25,2010, pp: 74–90.

الفصل الثاني بطاقة الأداء المتوازن: من مؤسسات القطاع الخاص إلى مؤسسات القطاع العمومي

بالرغم من أن بطاقة الأداء المتوازن يمكن تطبيقها في جميع أنواع المؤسسات سواء في القطاع العمومي أو الخاص، إلا أن توجه المؤسسات العمومية غير هادفة للربح نحو الخدمة والمعرفة يجعل نتائجها غير ملموسة ويصعب تطبيقها، كما يعتبر كل من ضعف الاهتمام بالبطاقة من طرف المسؤولين، غياب الرؤية وغموض الأهداف وبالتالي اختيار عشوائي لمؤشرات الأداء الرئيسية، ضعف نظم المعلومات وغياب نظام الحوافز، وكذا غياب الشفافية وتعدد أصحاب المصالح أسبابا رئيسية لفشل تطبيق مقارنة بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسات العمومية إذا ما قورن تطبيقها بالمؤسسات الخاصة.

إن النجاح الفعلي لإدخال بطاقة الأداء المتوازن إلى المؤسسات العمومية يتطلب جملة من الشروط الأساسية، أولها ضرورة التزام الإدارة العليا بوضوح للرؤية والنتائج المرجوة، كما يعتبر إشراك العاملين في جميع المستويات عند تحديد الأهداف، نشر ثقافة الامتياز في الأداء عناصر جوهرية لنجاح هذه المقاربة، إلى جانب التدريب والتعلم والاقتران بالتجارب الناجحة لتطبيق هذه المقاربة في مؤسسات عمومية مشابهة (عن طريق القياس المقارن)، ويشترط أيضا أن تكون هذه البطاقة بسيطة من حيث المفهوم، سهلة الاستخدام، مرتبطة بنظام الحوافز مع توفير الموارد اللازمة لتنفيذها بفعالية، بالإضافة إلى ضرورة تعديل البطاقة بما يتلاءم مع احتياجات كل مؤسسة، مع توفير فرص التعلم المناسبة سواء قبل أو أثناء مرحلة التنفيذ.¹

وبناء على ما سبق، فإن القيمة الحقيقية لمقاربة بطاقة الأداء المتوازن لا تكمن في الأداة ذاتها، بل في منهجية تصميمها وتنفيذها الأمر الذي يفرض على القائمين على تطويرها الأخذ بعين الاعتبار الخصوصيات التنظيمية والبيئية لكل مؤسسة، مع مراعاة مبادئ التصميم والتنفيذ، كما يجب إدراك أنه لا توجد حلول نمطية تناسب كل المؤسسات، فقد بينت الدراسات وجود تباين بين أهمية المحاور الأربعة لبطاقة الأداء المتوازن في المؤسسات الخاصة عن العمومية، وهذا ما يلخصه الجدول التالي:

الجدول رقم (10): مقارنة بين القطاعين العمومي والخاص من حيث محاور بطاقة الأداء المتوازن

المحور	القطاع الخاص	القطاع العمومي
الزبائن	المصدر الرئيسي لتحقيق هدف المؤسسة (مدخلات) يحتل المرتبة الثانية في هيكل بطاقة الأداء المتوازن.	تركز الإدارات العمومية على هذا المحور (يحتل المرتبة الأولى في هيكل بطاقة الأداء المتوازن).
المالي	الهدف الرئيسي (الربح، النمو، زيادة الحصة السوقية)، تعظيم القيمة للمساهمين. يحتل المرتبة الأولى في هيكل بطاقة الأداء المتوازن.	وسيلة لتحقيق الهدف الرئيسي (تخفيض التكلفة، الفاعلية) يمثل الميزانية التي تعمل ضمنها المؤسسة وتوفر الموارد التي تحتاجها، يحتل المرتبة السفلى في بطاقة الأداء المتوازن.

¹ نجمة شريف، مرجع سبق ذكره، ص 76.

الفصل الثاني بطاقة الأداء المتوازن: من مؤسسات القطاع الخاص إلى مؤسسات القطاع العمومي

العمليات الداخلية	زيادة القيمة للزبائن مع تحسين الهدف المالي (المدخلات)	ينشئ قيمة للزبائن وارضائهم يركز على الكفاءة التشغيلية من خلال وصف السيوررات الاستراتيجية.
التعلم والنمو	يحدد التحسين في السيوررات، إنشاء القيمة والأداء المالي	يحدد التحسين في السيوررات، الاستخدام الفعال للموارد المالية وزيادة رضا الزبائن.

Source : Mendes. P, et al, « The balanced scorecard as an integrated model applied to the Portuguese public service : a case study in the waste sector », Journal of Cleaner Production 24,2012, pp20-29.

من خلال الجدول نلاحظ أن المؤسسات العمومية لا سيما الخدمية غير الهادفة للربح تختلف عن المؤسسات الخاصة من حيث الهدف الاستراتيجي، وهو ما يفسر تغير ترتيب المحاور عند كل منها، حيث في المؤسسات العمومية نجد أن رضى الزبون وتلبية حاجيات المواطن المستفيد من الخدمة العمومية هدفا أساسيا تسعى لتحقيقه بالاعتماد على المحور المالي، في حين يعتبر هذا الأخير الهدف الأسمى للمؤسسات الخاصة والتي تسعى إلى تعظيمه قدر المستطاع.

المطلب الثاني: مقارنة بطاقة الأداء في القطاع العمومي (نموذج PSS)

تسعى أغلب المؤسسات العمومية غير الهادفة للربح إلى تحسين نتائجها بالنسبة لمستخدمي الخدمة وجميع أصحاب المصلحة، وذلك دون زيادة التكاليف الإجمالية، من خلال وضع تدابير فعالة لتحسين جودة الخدمات المقدمة وضمن استمراريته.

عند التعمق في دراسة مقارنة بطاقة الأداء المتوازن يتضح أن كل محور من محاورها يجسد النتائج المتوقعة من قبل أصحاب المصلحة (الزبائن، الموردين، المساهمين،...)، غير أن هذه المقاربة، ورغم تركيزها على ضمان التنسيق بين مختلف أبعاد الأداء، تتجاهل بعض الجوانب التبادلية في البيئة المحيطة، والتي تشكل الإطار الحيوي لتفاعل جميع الأطراف الفاعلة في سبيل تحقيق الأهداف الاستراتيجية للمؤسسة.¹

يثير تكييف بطاقة الأداء المتوازن مع مؤسسات القطاع العمومي إشكالية رئيسية تتعلق بطبيعة وتوقعات أصحاب المصلحة من الخدمة العمومية، بالإضافة إلى طبيعة العلاقة التي تربطهم بالإدارة، حيث بين *M.Moullin* سنة 2001 أهمية اعتماد مقارنة أصحاب المصلحة لصياغة نموذج بطاقة الأداء المتوازن الملائم للقطاع العمومي، حيث عرض نموذج بطاقة الأداء العمومي (PSS)²، كبديل لنموذج (*D.norton* و *R.kaplan*)

¹ Atkinson A.A, Waterhouse J.H. and Wells R.B, « A stakeholder approach to strategic performance measurement », MIT Sloan Management Review, Vol.38, N°.3, spring 1997, pp: 25-37.

² عرض نموذج لبطاقة الأداء المتوازن ملائم للمؤسسات العمومية يتكون من أربعة محاور كل محور يؤدي إلى تحقيق الهدف الأسمى للمؤسسة الممثل في الرسالة، فكرته الأساسية هي عكس المحور المالي مع المحور الزبائن من خلال إعادة ترتيب محور الزبائن ووضعه في قمة البطاقة، في حين وضع المحور المالي أسفل البطاقة باعتباره لا يمثل المؤشرات الأساسية لرسالة المؤسسات العمومية غير الهادفة للربح، تم انتقاده بسبب اقتصره على أربع محاور فقط دون الأخذ بعين الاعتبار الأطراف والمصالح الأخرى التي لها علاقة بالمؤسسات العمومية.

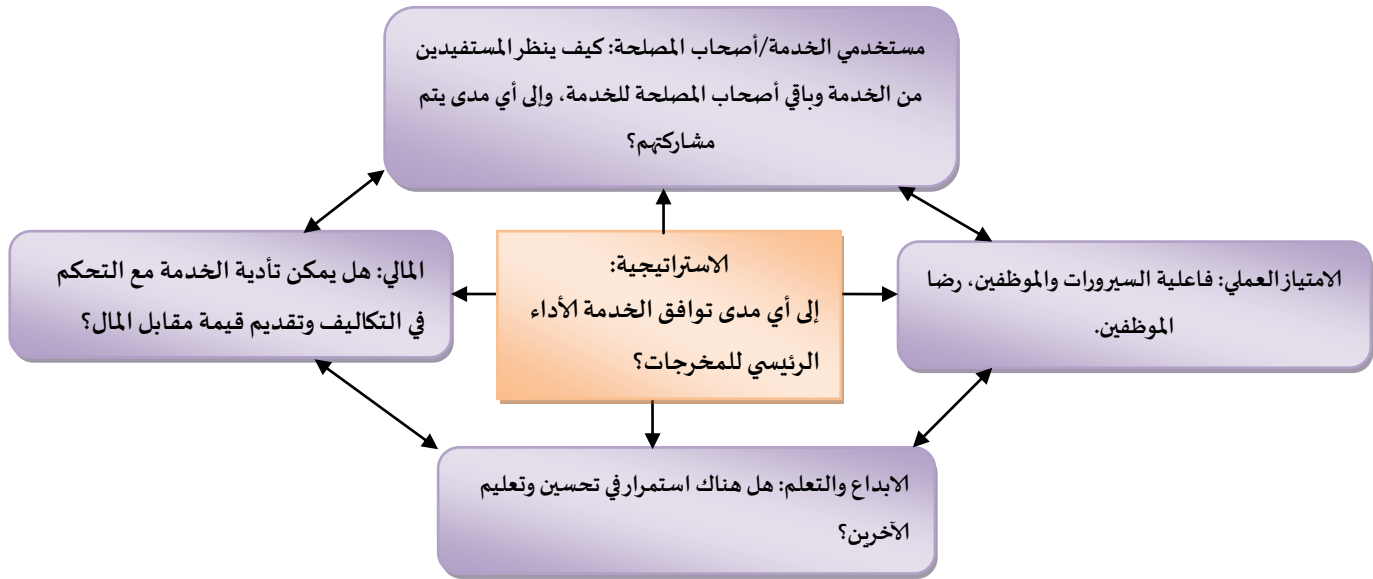
الفصل الثاني بطاقة الأداء المتوازن: من مؤسسات القطاع الخاص إلى مؤسسات القطاع العمومي

التقليدي على أنه يقدم بعدا جديدا للأداء يدمج التوقعات المنتظرة من مختلف أصحاب المصلحة، من خلال دراسة العلاقة بين المستفيدين وأصحاب المصلحة التي تترجم إلى أهداف ومؤشرات توزع على محاور بطاقة الأداء العمومي *PSS*، وعليه يصبح تقييم الخدمة يتم من خلال قياس الرضا لدى المستخدمين.¹

تركز مقارنة أصحاب المصلحة على دراسة العلاقات المتبادلة بين المؤسسة والمجموعات أو الأفراد الذين يؤثرون في أهدافها ويتأثرون بها؛ حيث تسمح هذه المقاربة بفهم وجهات نظر الفاعلين وكيفية تلبية توقعاتهم من خلال تلبية مطالبهم الخاصة، كما توفر العروض الأساسية لتحليل أنظمة العلاقات مع المؤسسة، متجاوزة بذلك النموذج التقليدي الذي كان يُنظر فيه إلى المؤسسة كـ"صندوق أسود"، حيث يُعتبر التخطيط الاستراتيجي عملية تفاوضية تتضمن صياغة عقود صريحة وضمنية مع أصحاب المصلحة، تقوم على توقع مساهمة كل مجموعة في تحقيق الأهداف الأساسية، مقابل تعاون المؤسسة معهم.²

تتكون مقارنة بطاقة الأداء العمومي *PSS* من خمس محاور بدلا من أربعة، حيث يعبر المحور الخامس عن الاستراتيجية ودرجة تحقيق النتائج، وهو ما يعكس تقدم المؤسسة من حيث الفعالية والأداء الخارجي، حيث لخص *M. Moullin* المحاور الخمس لهذه المقاربة في مخطط يوضحه الشكل الموالي:

الشكل رقم (23): مقارنة بطاقة الأداء العمومي



Source : Moullin. M, « The design of an alternative Balanced Scorecard framework for public and voluntary Organisations », Perspectives on Performance, Vol. 5(1), 2006, pp 10-12.

¹ Carassus. D, et autres, « La caractérisation et la définition de la performance publique : une application aux collectivités locales », Gestion et management public, Vol. 2, N°3, 2014, pp:23-44, p 29.

² نجمة شريف، مرجع سبق ذكره، ص 83.

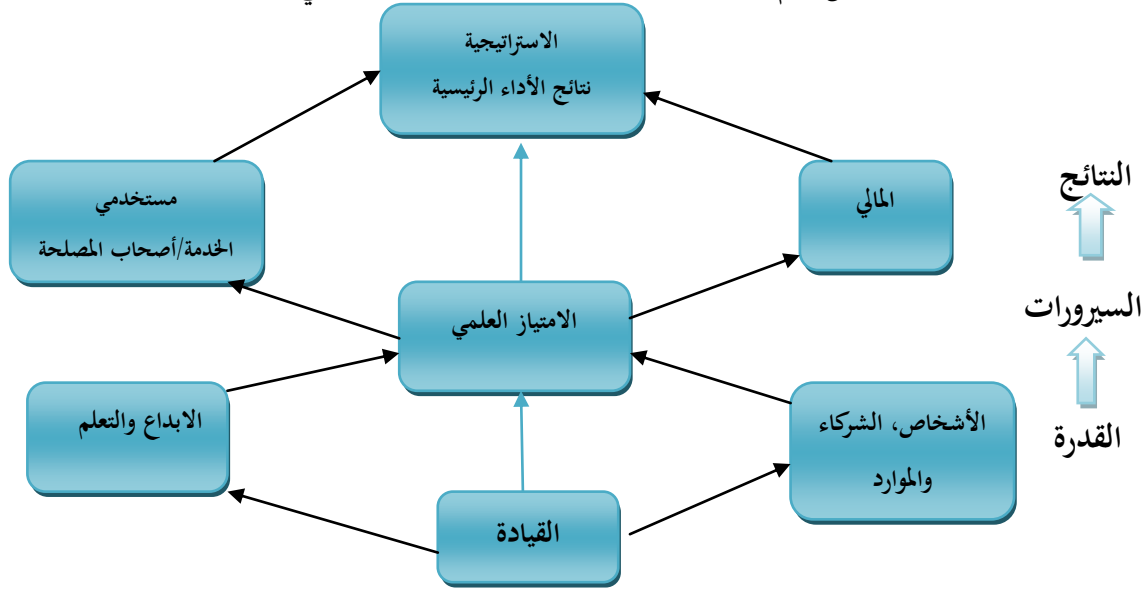
من خلال الشكل نلاحظ أن محور الزبائن في النموذج التقليدي يُستبدل بمحور (مستخدمين *usagers* / أصحاب *parties prenante*) في نموذج بطاقة الأداء العمومي، وذلك من أجل توسيع مفهوم الزبائن ليشمل مختلف الفئات ذات العلاقة تتمثل في كل من : مستهلك *consommateur*، مواطن *citoyen*، مساهم *contribuable*، حيث يدمج المستخدمين ضمن أصحاب المصلحة كفاعلين أساسيين في عملية إعداد الأهداف، بهدف تحقيق التوافق والانسجام بين الاستراتيجية، العمليات الداخلية وقياس الأداء مع توقعات واحتياجات المستخدمين المباشرين وباقي أصحاب المصلحة، يساهم هذا التوجه نحو الزبون في تغيير طريقة عمل المؤسسات العمومية باعتباره عنصرا أساسيا لإطلاق وتوجيه العمليات الداخلية لهذا يوضع في أعلى قمة هرم النموذج.

أما المحور المالي فيركز على قياس التكاليف وقيمة الخدمة المقدمة، بينما يهتم محور الامتياز العملي بقياس نسبة الفاعلية ورضا العاملين، من جانب آخر استبدل *M.Moullin* محور التعلم والتطوير بمحور الابداع والتعلم، باعتبار أن مصطلح التطوير قد يكون سلبي ويفسر فقط بزيادة عدد المستخدمين وبالتالي حجم العمل، وهو ما لا يعكس بالضرورة تحسين الأداء أو تحقيق الابتكار.

توفر هذه المقاربة إطار شامل لقياس وتحسين أداء المؤسسات العمومي، من خلال تكييف بطاقة الأداء المتوازن بما يتماشى مع الخصوصيات الثقافية والقيم الأساسية لهذا القطاع، حيث تهتم بإدارة وقياس الأداء من خلال التركيز على النتائج المحققة لفائدة مستخدمي الخدمة وأصحاب المصلحة بدلاً من التركيز على حجم أو طبيعة الأنشطة المنجزة بحد ذاتها، كما تُولي هذه المقاربة أهمية خاصة لسيرورات تقديم النتائج، من خلال تقييم مدى فعالية العمليات المتبعة، وقدرة المؤسسة على دعم الأفراد وتحسين الأداء الداخلي لتحقيق النتائج المنتظرة بكفاءة¹، ويُوضّح الشكل الموالي العلاقة التفاعلية بين هذه العناصر، وكيفية ترجمتها إلى أهداف ومؤشرات أداء على مستوى المؤسسة.

¹ Moullin Max, « Using the Public Sector Scorecard to measure and improve healthcare services », Nursing Management, Vol 16, N°.5, September 2009, pp: 26-31, p30.

الشكل رقم (24): عناصر مقارنة بطاقة الأداء العمومي PSS



Source : Moullin, M. and Soady, J, « **Outcomes, processes and capability: using the public sector scorecard in public health** », Proceedings of the European Operations Management Association Annual Conference. June 2008.

من خلال الشكل نلاحظ أن عناصر مقارنة بطاقة الأداء العمومي تتمحور حول نتائج الأداء الرئيسية التي تسعى المؤسسة إلى تحقيقها، والتي تعبر عن توقعات مستخدمي الخدمة وأصحاب المصلحة، بالإضافة إلى الأبعاد المالية كضمان استمرارية التمويل، ولتحقيق هذه النتائج تستعين المؤسسة بمجموعة من العمليات الداخلية لضمان الامتياز العملي الذي يتطلب في حد ذاته توافر دعائم أساسية تشمل الموارد الكافية، الثقافة التنظيمية القائمة على الابداع والتعلم، وهذا استنادا إلى قيادة فعالة وداعمة، وأكد **M.Moullin** أن بطاقة الأداء العمومي **PSS** هي إطار مرن يمكن تكييف محاوره وعناصره وفق خصوصيات واحتياجات كل مؤسسة شريطة معالجة الجوانب الثلاثة: النتائج، السيورات والقدرة.¹

وعلى خلاف مقارنة **R.kaplan** و **D.norton** التي تنطلق من التساؤل حول رسالة المؤسسة، فقد أكد **M.Moullin** على ضرورة إشراك مستخدمي الخدمة في مسار إعداد بطاقة الأداء العمومي، مقترحا الاهتمام أولا بتحديد أصحاب المصلحة وتوقعاتهم، من خلال إنشاء آلية مخصصة لجمع المعلومات حول تجاربهم وخبراتهم عبر مختلف الأقسام والوظائف، مما يسمح ببناء استراتيجية تستجيب فعليًا لاحتياجاتهم، وقد كما لخص مراحل إعداد بطاقة الأداء العمومي **PSS** في النقاط التالية:

- تنظيم لقاءات ومقابلات مع أصحاب المصلحة الرئيسيين لتحديد توقعاتهم وآراءهم حول رسالة المؤسسة وتحديثها؛

¹ Moullin, M, « **Improving public and third sector performance with the Public Sector Scorecard** », Paper presented to the Performance Measurement Association Symposium, Loch Lomond, Oct 2013.

الفصل الثاني بطاقة الأداء المتوازن: من مؤسسات القطاع الخاص إلى مؤسسات القطاع العمومي

- تشكيل فريق مرجعي متعدد الأطراف يضم ممثلين عن الأعوان، المستخدمين وباقي أصحاب المصلحة وكذا المدراء التنفيذيين، على أن يُعَبَّرَ المسؤول الأعلى في المؤسسة عن دعمه الواضح للمشروع، ويشارك بشكل فعال في كل مراحل الإعداد والتنفيذ، كما يُوصى أيضا بمرافقة الفريق بخبير خارجي لضمان جودة التوجيه والمرافقة التقنية؛
 - تحدد الأهداف الأساسية انطلاقاً من الاستراتيجية العامة للمؤسسة، بالإضافة إلى تحديد المخاطر المرتبطة بكل من المحاور الخمسة وتشمل هذه المرحلة رسم خريطة استراتيجية توضح العلاقة السببية بين العمليات الداخلية والنتائج المتوقعة، مع التركيز على السيوروات الأساسية التي تُعد بمثابة حلقة الوصل بين الجهد والنتيجة؛
 - اختيار مؤشرات دقيقة مناسبة لكل هدف، مع التأكيد على ضرورة وجود روابط بين المؤشرات المختارة والاستراتيجية، كما اقترح *M.moullin* استخدام مؤشرات وسيطة تساعد في تتبع التقدم المرحلي، خاصة وأن الفارق الزمني بين تنفيذ الاستراتيجية وظهور النتائج قد يكون كبيراً؛
 - اختبار مدى ملائمة المؤشرات واتساق خريطة الأهداف على أساس النتائج المحققة، مما يساعد على التعديل المبكر عند الضرورة؛
 - في بعض الحالات، من الأفضل تطوير نسخ فرعية من بطاقة الأداء تتناسب مع خصوصيات الأقسام داخل المؤسسة، ما يعزز مشاركة الأعوان في الاستراتيجية ويقوي دورهم في تحقيق الأهداف، مع ضرورة التنسيق الدقيق بين الأقسام لضمان الاتساق والتناغم مع الاستراتيجية العامة؛
 - الاعتماد على نظام مراجعة دورية يساعد على تحليل المعلومات والبيانات المرتبطة بتنفيذ الاستراتيجية والمؤشرات المختارة، ما يُمكن المؤسسة من القيام بتعديلات تدريجية وتحسين مستمر في الأداء.
- أكد *M.moullin* أنه على الرغم من تزايد اعتماد بطاقة الأداء المتوازن في مؤسسات القطاع العمومي، إلا أنها لاتزال تعاني من بعض التحديات في تنفيذها، فقد أظهرت الكثير من الدراسات أن عملية النقل من السياق الخاص إلى السياق العمومي ليست بالبسيطة، بل تتطلب الأخذ بعين الاعتبار السياق التنظيمي والقطاعي الذي يميز المؤسسات العمومية¹.
- بالرغم من الأهمية الكبيرة التي تكتسيها مقارنة أصحاب المصلحة لإعداد بطاقة أداء متوازن في تلبية توقعات المستفيدين من العمل العمومي، إلا أنها لم تتمكن من تقديم نموذج مرجعي موحد ملائم لكل الحالات، ففي دراسة لـ *manel benzerafa* عام 2007 أظهرت أن نماذج *PSS* المدروسة لا تتوافق دائماً مع النموذج الذي اقترحه *M.moullin*.

¹ Greatbanks. R. and Tapp. D, « *The impact of balanced scorecards in a public sector environment: empirical evidence from Dunedin City Council* », New Zealand, International Journal of Operations & Production Management. Vol. 27, N°. 8, 2007, pp:846-873,p851.

ترتكز مقاربة *M.moullin* على المنهج التشاركي من خلال اشراك مختلف أصحاب المصلحة في إعداد *PSS* بهدف تخفيض مخاطر مقاومة الاستراتيجية المتبناة عند التنفيذ، إلا أن هذه المقاربة صعبة التنفيذ في الواقع لأن الأسلوب الاستشاري ليس من تقاليد الإدارات العمومية، كما ركز *M.moullin* على ضرورة إعادة النظر في رسالة المؤسسات العمومية التي تحدد وفق توقعات واقتراحات أصحاب المصلحة، في حين أن الرسالة في السياق الإداري تُعد مؤسسة قانونياً منذ الإنشاء ولا تتأثر مباشرة بتحديد أصحاب المصلحة، بل يقتصر دور هذا التحليل على تحديد أولويات الفئات المستفيدة ضمن الإطار القانوني القائم، بهدف تحقيق رضاها دون تجاوز الحدود التي ترسمها المهام الرسمية للمؤسسة، كما أن *M.moullin* لم يوضح بدقة المنهجية الواجب اتباعها لصياغة هذه التوقعات.

وعليه فإنه لا يوجد نموذج عام، شامل وموحد لبطاقة الأداء المتوازن في المؤسسات العمومية، فهو يختلف باختلاف الاستراتيجية المتبعة، وباختلاف البيئة التي تعمل فيها هذه المؤسسات والتي تتميز بدرجة عالية من عدم التأكد، حيث تستعمل مؤشرات الأداء غير المالية أكثر من المؤسسات التي تنشط في بيئة ثابتة وقليلة التعقيد، وهذا ما يؤكد عدم وجود نموذج موحد يحدد المؤشرات الواجب تقديرها وتقييمها، وإنما يكفي بتقديم أبعاد كلية ممثلة في محاور بطاقة الأداء المتوازن، ومنه فإن التصميم السليم لهذه المقاربة يتطلب ضرورة تكييفها مع الاحتياجات المحددة لكل مؤسسة والتي تختلف حسب نوعها وطبيعتها نشاطها كالمؤسسات الصحية مثلاً التي تعتبر إحدى أهم المؤسسات العمومية نظراً لتمييزها بنوع من الخصوصية.

المطلب الثالث: بطاقة الأداء المتوازن الصحية

تُعد بطاقة الأداء المتوازن إطاراً مرناً لإدارة الاستراتيجية يمكن تكييفه وتطبيقه على مختلف أنواع المؤسسات، بغض النظر عن طبيعتها أو حجمها وفق ما أكدته *R.kaplan* و *D.norton*، وانطلاقاً من ذلك فمن الممكن استخدامها في المستشفيات والمؤسسات العمومية للصحة بصفة عامة، خاصةً وأنها تدمج بين المؤشرات المالية وغير المالية في تقييم الأداء، غير أن التطبيق الفعّال لهذه المقاربة داخل المؤسسات العمومية للصحة يتطلب ضرورة تكييفها وتعديلها بما يتماشى مع خصوصيات ومتطلبات القطاع الصحي.

فالتغيرات المتسارعة في البيئة الصحية تفرض على هذه المؤسسات مراجعة طرق إدارتها، وتوجيه جهودها نحو ربط الأهداف الاستراتيجية بسيرورات تنظيمية فعّالة. ويستلزم هذا التحول اعتماد أدوات قياس تعكس مستوى المساءلة، وتُترجم رؤية المؤسسة إلى نتائج ملموسة تُقاس على المدى القريب والبعيد، مع مراعاة تخصيص الموارد المالية بشكل متناغم مع الأهداف المحددة، لهذا اقترح *R.kaplan* و *D.norton* ادماج بطاقة الأداء المتوازن ضمن نظام تسيير المؤسسات العمومية للصحة ليس فقط كأداة لقياس الأداء، بل كنظام متكامل لتوجيه الاستراتيجية وتعزيز فاعليتها.

تواجه المؤسسات العمومية للصحة تحديًا كبيرًا في سعيها نحو الحفاظ على التميز في تقديم خدماتها، ما يتطلب تبني أنظمة قياس وتقييم أداء شاملة ومتعددة الأبعاد (مالية وغير مالية)، تزود متخذي القرار بالمعلومات اللازمة لإدارة مختلف الأنشطة والعمليات، وبما أن طبيعة هذه المؤسسات العمومية لا تسعى إلى تحقيق الربح، فإن ذلك يُجتم عليها اعتماد مقاربات خاصة بتقييم الأداء تتماشى مع مهامها ووظائفها الفريدة، خاصة وأنها تقدم خدمات غير مادية تتميز بالحساسية كونها تتعلق بصحة وسلامة الإنسان، وهو ما يشكل صعوبة وتعقيد في عملية قياس الأداء، ذلك أن مخرجات هذه الخدمات تتميز بالتعدد وعدم التجانس، وبالتالي من الصعب إخضاعها لمعايير كمية أو مالية تقليدية.

تبني بطاقة الأداء المتوازن كمقاربة لقياس الأداء في المؤسسات العمومية للصحة يعود إلى نجاح تطبيقها المؤكد في مختلف أشكال المؤسسات، فالغاية من قياس أداء هذه المؤسسات يكمن في كشف الانحرافات بين النتائج المنتظرة والمحقة فعليًا، تجمع هذه المقاربة بين الأبعاد المالية وغير المالية للأداء، حيث تشمل الزبائن، العمليات الداخلية، التعلم والنمو، بحيث تتوافق هذه الأبعاد مع بشكل كبير مع اهتمامات المؤسسات الصحية، وهو ما يجعل منها أداة محفزة لتحقيق الأهداف الاستراتيجية المرجوة، كما تهتم إلى جانب الأداء المالي، بالأداء غير المالي من خلال التركيز على مؤشرات نوعية ترتبط مباشرة بالخدمات المقدمة على غرار مستوى رضا المرضى، معدلات إشغال الأسرة، نسب التحويل إلى مؤسسات صحية أخرى، معدلات الوفيات، نسب العدوى والتلوث الاستشفائي... وغيرها.

تعتبر بطاقة الأداء المتوازن كنظام للمناجنت الاستراتيجية تساعد المؤسسات الصحية على ترجمة رسالتها واستراتيجياتها العامة إلى مجموعة من مؤشرات الأداء القابلة للقياس والتقييم، وهو ما يساهم في تحقيق الرصف الاستراتيجي وكذا الانسجام والتناغم الداخلي، بالإضافة إلى توجيه الجهود نحو تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة، كما تسمح البطاقة بمتابعة تنفيذ الاستراتيجية ومراقبة الأداء بشكل ديناميكي، الأمر الذي يعزز قدرة المؤسسة على التكيف مع التحديات المتغيرة والاستجابة لمتطلبات المستفيدين من خدماتها.

غير أن تطبيق بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسات الصحية يطرح إشكالية جوهرية، تتمثل في تعدد الوحدات التنظيمية داخل المؤسسة والتي تعمل وفق رؤى وتوجهات خاصة بكل وحدة، هذا التعدد يقف عائقًا أمام تنفيذ البطاقة، ويحول دون تحقيق التناغم الاستراتيجي المطلوب، لذلك وكشرط مسبق لنجاح استعمال البطاقة هو صياغة رؤية موحدة وشاملة للمؤسسة مع ضرورة التنسيق المحكم بين مختلف الوحدات لضمان التناسق والانسجام بين الأهداف، المؤشرات، والنتائج على مستوى المؤسسة ككل.

لقد أقر العديد من الباحثين بصعوبة تطبيق بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسات الصحية غير أن **R.kaplan** و **D.norton** إلى جانب مؤلفين آخرين، نادوا بإمكانية ضرورة استعمالها في مثل هذه المؤسسات، وقد دعما

هذه الرؤية من خلال تقديم نموذجين ناجحين لتطبيق البطاقة في المؤسسات الصحية في الفصل الخامس من كتابهما بعنوان "كيفية استعمال بطاقة الأداء المتوازن" الأول كان في مستشفى الأطفال *Duke* في ولاية *carolin* *du nord* والمثال الثاني في مستشفى *Montefiore* في *New York*، وقد أكدا في هذا السياق أن نجاح تطبيق بطاقة الأداء المتوازن يحتاج إلى تعديلات هيكلية على النموذج المقترح للمؤسسات الاقتصادية، وذلك لكي تتلاءم مع الطبيعة الإنسانية والاجتماعية للمؤسسات الصحية، ومن أبرز هذه التعديلات ما يمس المحور المالي الذي لا يمثل هدفاً استراتيجياً بحد ذاته في المؤسسات الصحية غير الربحية، بل يُعد وسيلة لضمان الاستمرارية وتحقيق الخدمة، في المقابل، يُقترح وضع محور الزبائن أو المستفيدين من الخدمة على قمة البطاقة، لكون تقديم خدمة صحية عالية الجودة وموجهة نحو فئة محددة من المستفيدين هو الهدف الأساسي لهذه المؤسسات. وبالتالي فالقياسات المالية ليست مؤشر مناسباً أو دقيقاً للحكم على مدى تحقق رسالة المؤسسة الصحية.¹

الغاية في سياق هذه المؤسسات يجب أن توضع على رأس بطاقة الأداء المتوازن باعتبارها تمثل التوجه الاستراتيجي بعيد المدى وتحدد الهدف الأسمى الذي تسعى المؤسسة إلى تحقيقه، في حين تعمل بقية المحاور والأهداف التشغيلية ضمن البطاقة على دعم هذه الغاية وخدمتها، مما يُمكن من تحقيق انسجام عمودي بين مختلف مستويات الأهداف الاستراتيجية والتشغيلية.²

عملية اختيار محاور بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسات الصحية ينبغي أن يتم وفق معايير البساطة، المنهجية، والملاءمة لطبيعة الخدمات المقدمة، بحيث تسمح هذه المحاور بفهم واضح لأداء المؤسسة، مراقبته، وتوصيله بفعالية إلى جميع مستويات الفاعلين داخل المؤسسة. فبطاقة الأداء المتوازن لا تُعد فقط أداة للقياس، بل تُستخدم كذلك كوسيلة فعالة لتوصيل الاستراتيجية وترجمتها إلى أفعال ملموسة في جميع مستويات المؤسسة، ووفقاً لـ *R.kaplan* و *D.norton* فإن المحاور الملائمة للمؤسسات الصحية عند تطبيق البطاقة تتمثل فيما يلي:

1. **محور الزبائن (المرضى):** تظهر أهمية هذا المحور في سعي المؤسسات العمومية الصحية لإرضاء زبائنها والمتمثلون في المرضى المستفيدين من الخدمة الصحية المقدمة، وبذلك يعتبر المريض محور العملية الصحية، لذا يجب التركيز عليه من خلال تقديم خدمات صحية ترقى إلى مستوى تطلعاته.

يعتبر تحقيق رضا المريض من الأهداف النهائية التي تسعى إليها هذه المؤسسات، لذلك نجده يترتب في أعلى البطاقة على اعتبار أن الهدف الاستراتيجي لهذه المؤسسات ليس تحقيق الأرباح بقدر ما هو تقديم خدمة ذات جودة لفئة محددة من المستفيدين، حيث يتم من خلال هذا المحور الإجابة عن كيفية تحقيق رضا المريض عن مختلف الخدمات الصحية المقدمة في المستشفى، وذلك لاحتوائه على مجموعة متكاملة من المؤشرات أهمها درجة

¹ Kaplan, R. S, & Norton, D. P, « comment utiliser le tableau de bord », Ed organisation, paris, 2001, p 163.

² Ibid, p143-144.

رضا المرضى عن نوعية الخدمات التي تقاس باستطلاع آرائهم، مدة الانتظار قبل وأثناء العلاج، مستوى النظافة والراحة في المرافق الصحية... إلخ.

2. **محور العمليات الداخلية:** يظهر الاهتمام بالعمليات الداخلية في المؤسسات العمومية الصحية من خلال الكيفية التي تعمل بها، وذلك بتحديد السيورورات التشغيلية الأساسية التي تعتمد عليها لتحقيق أهدافها الاستراتيجية وتلبية متطلبات زبائنها (المرضى)، مع ضمان الفعالية والكفاءة في تقديم الخدمة، كما يهتم هذا المحور بقياس الأداء المستقبلي اعتمادا على العنصر البشري المتمثل في الأطباء، شبه الطبيين، والإداريين، ومدى انخراطهم في تحسين نوعية الخدمات، فالتحسين المستمر للعمل الداخلي يُعد شرطاً أساسياً للارتقاء بمستوى الخدمة الصحية.

ويمكن قياس هذا المحور من خلال مجموعة من المؤشرات الكمية والنوعية أبرزها معدل شغل الأسرة حيث يشير هذا المؤشر إلى الاستغلال الفعلي للأسرة الموجودة في المستشفى وهو مؤشر على كفاءة إدارة الموارد المتاحة، مؤشر نسبة التوجه للمستشفيات الأخرى، الذي يعكس مدى توفر التخصصات والكفاءات داخل المؤسسة، للمريض إما يتم علاجه على مستوى مصالح المستشفى الداخلية أو يتم تحويله إلى مستشفى آخر وهذا في حال غياب التخصصات اللازمة، مؤشر نسبة الوفيات يُقارن بالمعايير الوطنية أو الدولية، حيث كلما انخفض هذا المعدل، دلّ ذلك على فعالية التدخلات الطبية وجودتها على مستوى المؤسسة.

3. **المحور المالي:** بالنظر إلى خصوصية المؤسسات العمومية الصحية فإن اهتمامها بالجانب المالي يعتبر ضعيف باعتبارها لا تهدف لتحقيق الربح، وإنما تقديم خدمات صحية ذات جودة ضمن إمكانيات مالية محدودة، مع ضمان الاستخدام الرشيد للموارد، خاصة وأن الحكومة هي المصدر الأساسي للتمويل، وبهذا يصبح المحور المالي عاملاً مساعداً تسييره بفعالية يؤثر بالإيجاب على المحاور الأخرى، فهو يعتبر مدخلا *input* وليس مخرجا *output*.

يهدف هذا المحور إلى دراسة مدى كفاءة الجانب المالي من خلال تحديد نقاط القوة المالية والقصور الناتجة عن استخدام السياسات المالية المعتمدة، كما يركز على مدى استخدام الموارد المالية والامكانيات المتاحة بفعالية، بالشكل الذي يؤدي إلى التحسن المستمر في الخدمات الصحية المقدمة، وهذا من خلال مجموعة من المؤشرات أهمها متوسط فترة الإقامة، حيث يؤثر هذا المؤشر بصفة مباشرة على التكاليف الاستشفائية، فكلما طالت فترة الإقامة ارتفعت التكاليف والعكس صحيح، مؤشر نسبة استهلاك الاعتمادات المالية الممنوحة للمؤسسة في الميزانية الخاصة بها، حيث يعتبر الالتزام بالتخصيصات المالية من الأمور المهمة في تسيير الجانب المالي في المؤسسات العمومية الصحية، وكلما قاربت النسبة الـ 100% كلما دل ذلك على فعالية التخطيط المالية وحسن تسيير الموارد... إلخ.

تُساهم هذه المؤشرات في تعزيز الشفافية المالية داخل المؤسسات الصحية، وتُساعد متخذي القرار على ضبط التكاليف، وتحقيق توزيع أفضل للموارد بما يضمن استمرارية تقديم الخدمة وتحقيق العدالة في التوزيع، وبالتالي تطبيق هذه المؤسسات لبطاقة الأداء المتوازن الصحية وفق هذا المحور، يساعدها في تحقيق الرشادة المالية والحد من الانحرافات في الإنفاق العمومي، بما يضمن استدامة الأنشطة الصحية وتحسين صورة المؤسسة لدى الشركاء والمستفيدين على حد سواء.

4. **محور التعلم والنمو:** يعتبر هذا المحور القاعدة الأساسية التي تركز عليها جميع المحاور السابقة في البطاقة، فهو يهتم بالبنية التحتية اللازمة لضمان استدامة الأداء والتطور التنظيمي، حيث يحدد الكيفية التي تمكن المؤسسات العمومية الصحية من تطوير قدراتها وحجز مكانة متقدمة بين المستشفيات المحلية والعالمية، من خلال تطوير الموارد البشرية والكوادر المؤهلة الموجودة بها، من أطباء، شبه الطبيين وإداريين، وهذا بتحديد القدرات والمهارات الأساسية الواجب تنميتها لتحقيق الأهداف الاستراتيجية وسد الفجوات بين الكفاءات الحالية وتلك المطلوبة لتنفيذ الاستراتيجية، بالإضافة إلى الحصول على التكنولوجيا وتوفير مناخ وظيفي محفز للعاملين يضمن ولاء الموظفين واستقرارهم الوظيفي، ويعزز من روح المبادرة والإبداع لديهم.

يضمن هذا المحور للمؤسسات العمومية للصحة القدرة على رصد النتائج التي ترغب بتحقيقها من الاستثمار في التكوين وتعليم موظفيها لتجديد معارفهم وزيادة مؤهلاتهم، باعتبار أن التكوين استثمار، فلا بد من وجود عائد لهذا الاستثمار، والذي يعبر عنه من خلال مجموعة من المؤشرات أهمها: معدل دوران العمال حيث يعتبر من مؤشرات المناخ الوظيفي يساعد على معرفة درجة حفاظ المستشفى على الكفاءات الموجودة لديه، متوسط عدد التكوينات، الدورات والمؤتمرات والذي يُستخدم لقياس مدى انخراط المؤسسة في تطوير مهارات موظفيها ومواكبة المستجدات الطبية والتقنية، مؤشر نسبة مصاريف التكوين حيث يفيد هذا المؤشر في معرفة نسبة النفقات التي يخصصها المستشفى من ميزانيته السنوية لمجال التكوين وتطوير كفاءاته، درجة الرضا الوظيفي للمستخدمين... إلخ.

5. **محور إدارة المخاطر الصحية البيئية (محور بيئي واجتماعي):** في ظل التحولات المتسارعة في بيئة الأعمال، أصبحت المؤسسات العمومية للصحة مطالبة ليس فقط بتحقيق الكفاءة والفعالية في تقديم الخدمات الصحية، بل أيضًا بتحمل مسؤولياتها البيئية والاجتماعية بما يعزز مبادئ التنمية المستدامة، انطلاقًا من ذلك ظهرت الحاجة إلى إضافة محور خامس إلى بطاقة الأداء المتوازن التقليدية، يُعنى بـ الاستدامة الصحية والبيئية والاجتماعية، حيث يركز هذا المحور كيفية تسيير المؤسسة الصحية للمخاطر الناتجة عن نشاطها، والتي تُعدّ مخاطر من الدرجة الأولى لما لها من تأثير مباشر على صحة الإنسان

الفصل الثاني بطاقة الأداء المتوازن: من مؤسسات القطاع الخاص إلى مؤسسات القطاع العمومي

وسلامة البيئة المحيطة. لذا فالمؤسسة الصحية من خلال هذا المحور تراعي مصالح المجتمع والبيئة التي تنشط فيها، من خلال التزامها بمسؤوليتها الاجتماعية والبيئية ومستوى تجسيدها لصورة المؤسسة المواطنة. وعليه تعد بطاقة الأداء المتوازن الصحية أداة إدارية شاملة تعمل على دمج كافة الأطراف ذات المصالح في المؤسسة الصحية وضمان مستوى تواصل جيد بينهم مع التزام المؤسسة بمسؤولياتها تجاههم، لذلك توجد مجموعة من المؤشرات التي تقيم أداء المؤسسة العمومية الصحية في المجال البيئي والاجتماعي أهمها مؤشر حجم النفقات المخصصة للأنشطة الاجتماعية والانسانية لصالح المجتمع المحلي، الذي يقيس مدى مساهمة المؤسسة في دعم المجتمع المحلي خارج إطار الخدمة الصحية التقليدية، معدل استهلاك الكهرباء، الغاز والماء، حيث يعكس كفاءة المؤسسة في استخدام الموارد، معدل طرح النفايات الاستشفائية، معدل انبعاث الغاز الناجمة عن عمل المؤسسة الصحية حيث يساعد في تقييم الأثر البيئي الناتج عن نشاط المؤسسة، مؤشر نسبة التلوث الاستشفائي كمؤشر على نوعية البيئة الداخلية للمؤسسة ومدى فعالية الإجراءات الوقائية المعتمدة...إلخ.

تساهم المحاور الخمسة وفق المنطق الهرمي في قياس أداء المؤسسات العمومية للصحة من جانب المدخلات، العمليات والمخرجات، حيث لكل محور مجموعة من المؤشرات لقياسه، في هذا الإطار قدم *R.kaplan* و *D.norton* نموذج لبطاقة الأداء المتوازن خاص بالمؤسسات العمومية للصحة يجمع فيه بين الأهداف والمؤشرات الملائمة لكل محور نعرضها في الجدول التالي:

الجدول رقم(11): مؤشرات بطاقة الأداء المتوازن الصحي

المؤشرات	الأهداف الاستراتيجية	المحور
درجة رضا العميل (المريض)	تحسين رضا المريض. تحسين صورة المؤسسة. ضمان تغطية كافة احتياجات الشريحة السكانية المستهدفة	الزبائن (المرضى)
متوسط فترة الإقامة. معدل استهلاك الاعتمادات.	عقلنة التكاليف الاستشفائية. الالتزام بالتخصيصات المالية.	المالي
معدل استغلال الأسرة. نسبة التوجه للمستشفيات الأخرى. نسبة الوفيات.	تخفيض وقت الانتظار في الاستعجالات. الرفع من جودة الخدمات الصحية. تحسين الإنتاجية.	العمليات الداخلية
نسبة مصاريف التكوين. معدل دوران العاملين. عدد التكوينات . المؤتمرات والدورات.	تطوير كفاءات العاملين. الحفاظ على الكفاءات. تحسين المناخ الوظيفي	التعلم والنمو

الفصل الثاني بطاقة الأداء المتوازن: من مؤسسات القطاع الخاص إلى مؤسسات القطاع العمومي

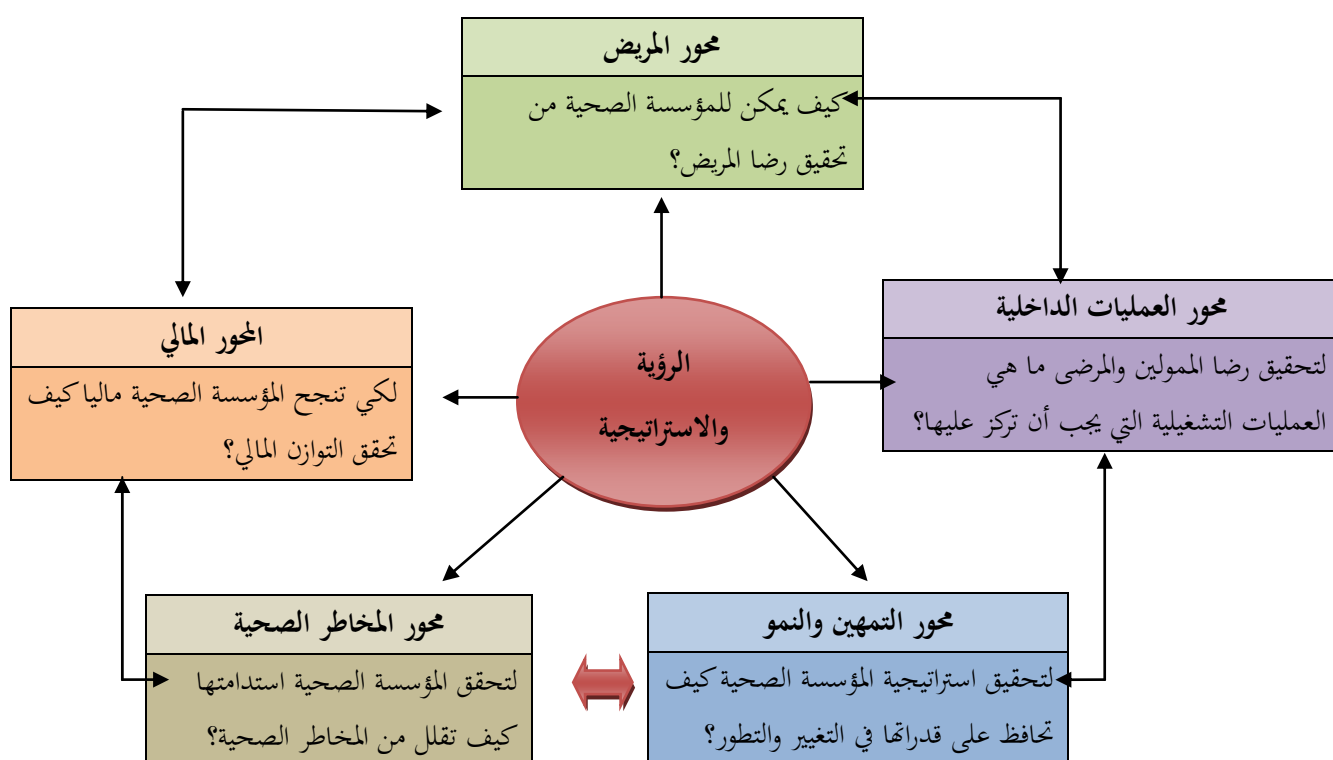
درجة الرضا الوظيفي		
نسبة التلوث الاستشفائي	الإسهام في تنمية صحية مستدامة للمجتمع المحلي.	البيئي والاجتماعي
نسبة انبعاث الغازات.	حماية البيئة من التلوث الاستشفائي.	
معدل طرح النفايات الاستشفائية.	الاستغلال الأمثل للموارد الطبيعية.	

المصدر: سهام شعبان، مجيد شعباني، بطاقة الأداء المتوازن كأداة حديثة لتفعيل الحوكمة الصحية في المؤسسات الصحية، دراسة حالة، دراسات وأبحاث المجلة العربية للأبحاث والدراسات في العلوم الانسانية والاجتماعية، المجلد 12، العدد 04، 2020، الصفحات (436-450)، ص ص 448، 449.

يوضح الجدول أعلاه ترجمة الأهداف الاستراتيجية للمؤسسات العمومية للصحة إلى مؤشرات أداء قابلة للقياس عبر محاور بطاقة الأداء المتوازن، بما يسمح بمتابعة شاملة ومتوازنة لمختلف جوانب الأداء كما يعكس ترابط هذه المحاور في دعم جودة الخدمات الصحية.

وبذلك تصبح بطاقة الأداء المتوازن الصحية بالنموذج الموضح في الشكل التالي:

الشكل رقم (25): بطاقة الأداء المتوازن الصحية



المصدر: سهام شعبان، مجيد شعباني، بطاقة الأداء المتوازن كأداة حديثة لتفعيل الحوكمة الصحية في المؤسسات الصحية، دراسة حالة، دراسات وأبحاث المجلة العربية للأبحاث والدراسات في العلوم الانسانية والاجتماعية، المجلد 12، العدد 04، 2020، الصفحات (436-450)، ص ص 448.

من خلال الجدول والشكل أعلاه يمكننا القول أن بطاقة الأداء المتوازن الصحية، تسمح للمؤسسات العمومية الصحية بتقييم أدائها من كل الأبعاد بربط عدة مؤشرات مالية وغير مالية، وهو ما يعكس مستوى نجاحها وقدرتها على التكيف مع التغيرات البيئية، من خلال تقديم فحص دقيق للواقع بتحديد نقاط القوة لتعزيزها والحفاظ عليها ونقاط الضعف لمعالجتها، كما تعمل على مساعدة الإداريين ومتخذي القرار على قيامهم بتقييم مدى التقدم الذي تحرزه المؤسسة في تنفيذ استراتيجياتها وأهدافها في مختلف المجالات الهامة التي تشكل نشاط المؤسسة الصحية، ومعرفة اتجاهات التغيير المحتملة لكي تتمكن من القيام بخطوات استباقية لعلاج كل الانحرافات الناجمة عن القصور في الأداء أو تعديل الاستراتيجية حسب التغيرات الجديدة إن وجدت، الأمر الذي يؤدي بشكل من الأشكال إلى تحقيق جودة في الخدمات الصحية المقدمة.

ورغم أن هذا العرض النظري اعتمد الترتيب الكلاسيكي لمحاور بطاقة الأداء المتوازن الصحية، كما جاء في النماذج المعتمدة في الأدبيات بدءاً بمحور الزبائن ثم العمليات، فالمالي، فالتعلم والنمو، وأخيراً المحور البيئي والاجتماعي إلا أنه في الجزء التطبيقي من هذه الدراسة، سيتم تعديل ترتيب المحاور بما يتماشى مع خصوصيات المؤسسة محل الدراسة وأولوياتها الاستراتيجية والتنظيمية، مع الحفاظ على شمولية الأبعاد الخمسة المعتمدة. هذا التعديل لا يمس بصحة النموذج بل يعبر عن مرونة بطاقة الأداء المتوازن وإمكانية تكيفها بحسب السياق الميداني، وهو ما يشجع عليه رواد هذا النموذج في تطبيقاته المختلفة.

خلاصة:

يعتبر أداء الإدارات العمومية الجزائرية من بين أهم المفاهيم التي يسعى صناع القرار إلى تحديدها؛ وذلك على اعتبار أن الأداء هو تعبير عن نتائج ممارسة الإدارة العمومية لمختلف الأنشطة المنوطة بها، ومدى تحقيقها لمختلف الأهداف المسطرة، كما أن الإصلاحات الحديثة القائمة على مبادئ المناجمنت العمومي الجديد، والمتثلة أساسا في مشروع القانون العضوي المتعلق بقوانين المالية، وضعت الأداء ضمن الأولويات التي تستلزم عملية القياس والتحليل، ومن هنا تم اقتراح العديد من المقاربات لقياس أداء الإدارات العمومية، أين تعتبر بطاقة الأداء المتوازن إحدى أهم هذه الأدوات.

بطاقة الأداء المتوازن هي أداة من الأدوات الاستراتيجية الحديثة لمراقبة التسيير، حيث تعتبر نظام قياس أداء متوازن ومتكامل وأداة لترجمة الاستراتيجيات إلى أهداف تشغيلية ومؤشرات عملية تحقق رؤية المؤسسة، كما أنها تجاوزت النظرة التقليدية للأداء والتي تركز على المؤشرات المالية التي تحقق مصالح المستخدمين، وبدأت في التعامل مع المؤشرات غير المالية التي تحقق مصالح كافة الأطراف ذوي العلاقة بالمؤسسة، موظفين كانوا أم عملاء، مواطنين،... إلخ. وقد تم تطوير البطاقة بشكل واضح خلال السنوات السابقة وهذا بإدراكها لأهمية البعد الاستراتيجي للإدارة البيئية والمسؤولية الاجتماعية.

بالرغم من انتشار استخدام بطاقة الأداء المتوازن في مختلف المؤسسات العمومية، إلا أن الكثير من الدراسات أثبتت أن عملية النقل ليست بالبسيطة من منطلق أن تعظيم المكاسب المالية ليس بالضرورة الهدف الذي تسعى إليه هذه المؤسسات وإنما تمثل قيدا لها، ولهذا أكد الباحثين على ضرورة إدخال بعض التعديلات على النموذج الأصلي حتى يتلاءم مع خصائص هذه المؤسسات، وذلك بعكس المحور المالي مع محور الزبائن، بإعادة ترتيب محور الزبائن ووضعه في قمة البطاقة، والمحور المالي أسفل البطاقة باعتباره قيدا لرسالة المؤسسات العمومية غير الهادفة للربح مع الحفاظ على نفس منهجية التصميم والتنفيذ.

بطاقة الأداء المتوازن وباعتبارها أداة من الأدوات التسييرية الرقابية الحديثة تساهم وبشكل فعال في تحسين العملية التسييرية لإدارة المؤسسات العمومية، فقد تم استخدامها في العديد من القطاعات العمومية، على غرار مؤسسات القطاع الصحي، وذلك من خلال تكييفها مع خصوصيات ومميزات هذا القطاع، حيث تقوم على نشر وتوضيح رسالة واستراتيجية المؤسسة الصحية ومختلف أهدافها الاستراتيجية، من خلال تبسيطها وتقسيمها على عدة محاور شاملة لنشاط المؤسسة والأطراف الفاعلة فيها، ومن ثم ترجمة هذه الأهداف إلى مجموعة من المؤشرات والمقاييس تساعد متخذي القرار في الحصول على المعلومات اللازمة لاتخاذ قرارات مناسبة تتعلق أساسا بتحسين جودة ما تقدمه من خدمات صحية ترقى لمستوى تطلعات المرضى، وهذا ما سنفصل فيه في الفصل الثالث من هذه الدراسة.

الفصل الثالث:

مقاربة نظرية لجودة الخدمات الصحية وعلاقتها بوظيفة مراقبة التشغيل

✓ الجودة الخدمية وعناصرها؛

✓ أساسيات حول الخدمات الصحية؛

✓ الجودة في سياق الخدمات الصحية؛

✓ تحقيق جودة الخدمات الصحية من خلال وظيفة مراقبة التشغيل.

تمهيد:

عرف فكر الجودة تطوراً ملحوظاً عبر الزمن، حيث بدأ بفكرة بسيطة تركز على المنتج النهائي وطرق منع تسليم الوحدات المعيبة إلى العملاء، ثم تحول الاهتمام إلى مراقبة العمليات الإنتاجية ذاتها بهدف الوقاية من الأخطاء قبل وقوعها، ومع مرور الوقت، أصبحت الجودة تُعتمد كمنهج إداري شامل، بل كفلسفة تنظم عمل المؤسسات الحديثة.

ورغم أن التركيز على الجودة كان في البداية موجّهاً نحو القطاع الصناعي، فإن التوسع المتسارع لقطاع الخدمات وارتفاع مكانته في اقتصاد الدول، إضافة إلى دوره المتزايد في تحقيق التنمية الاقتصادية والاجتماعية، جعل من الجودة مسألة أساسية في المؤسسات الخدمية. ويظهر هذا بشكل أوضح في المؤسسات الصحية، نظراً لحساسية الخدمات التي تقدمها، ما أدى إلى تكثيف الجهود لضمان تحقيق جودة عالية في مخرجات هذا النوع من المؤسسات.

حيث أصبحت الخدمات الصحية اليوم في مقدمة أولويات الفرد والمجتمع يريدها بمستوى عال من التميز والالتقان باعتباره بحاجة مستمرة لها، ويرجع هذا الاهتمام بالدرجة الأولى لعدة عوامل ترتبط أساساً بكثرة وتنوع وغموض الأمراض العضوية والنفسية التي يشهدها العصر الحديث، الأمر الذي يفرض على المؤسسات والهيئات الصحية مسؤولية التركيز على تحسين نوعية وجودة الخدمات المقدمة والبحث عن سبل تطبيق إدارة الجودة الشاملة بشكل فعال، سعياً لتحقيق نتائج إيجابية ماثلة لتلك التي حققتها قطاعات أخرى في هذا المجال.

نظراً لتعدد وتنوع العوامل المؤثرة في نشاط المؤسسات الصحية لا سيما الخارجية منها (المرضى، القوانين والنصوص التشريعية، الجمعيات، تنوع وتزايد الأمراض، التطور التكنولوجي والعلمي... إلخ)، أصبح من الضروري الاهتمام بتطوير وترقية الأداء للرفع من كفاءة وفعالية الخدمات المقدمة، وأمام هذا الوضع فالمؤسسات العمومية الصحية مطالبة بإيجاد تلك الأساليب الإدارية التي تساعد على تحقيق أهدافها بأقل التكاليف وبأفضل الوسائل الممكنة، أين تعتبر وظيفة مراقبة التسيير - كما رأينا في الفصل الأول - من أدوات التسيير الفعالة في إدارة المؤسسات، حيث تسمح للمسيرين بالتعرف على وضعية المؤسسة بدقة للوقوف على الأخطاء والانحرافات الناتجة على التنفيذ ومنه المساعدة على اتخاذ القرارات اللازمة في الأوقات المناسبة قبل تفاقم المشكلات، وهذا بالاعتماد على مجموعة من الأدوات المهمة في قيادة المؤسسة والتحكم في التسيير أهمها بطاقة الأداء المتوازن، حيث تعتبر من أهم المداخل الأساسية التي يمكن الاعتماد عليها في تحسين الخدمة الصحية والرفع من جودتها، وهو ما سنوضحه في هذا الفصل، وقبل ذلك ارتأينا تقديم تصور مفاهيمي عن موضوع الجودة في مجال الخدمات الصحية.

المبحث الأول: الجودة الخدمية وعناصرها

بداية وقبل التطرق إلى الجودة في مجال الخدمات الصحية لا بد أولاً من فهم الجودة في قطاع الخدمات بصفة عامة، وإن كان تحديد مفهوم جودة الخدمة تحديداً دقيقاً في حد ذاته أمراً على قدر من الصعوبة مقارنة بالسلع، فإن الأمر يبدو أكثر صعوبة وتعقيداً بالنسبة للخدمات الصحية نظراً لتمييزها بنوع من الخصوصية كونها تتصل مباشرة بصحة وسلامة العنصر البشري التي تعكس في الأخير صحة المجتمع ككل.

المطلب الأول: الدلالات اللغوية والاصطلاحية لمفهوم الجودة

للجودة معانٍ وأشكال متعددة، ولفهم معانيها وجوهرها لا بد من التعرف أولاً على ماهيتها والإحاطة بأبعادها من النواحي التالية:

أولاً: الجودة بمعناها العام والشائع

يرى غالبية الناس أن الجودة تعني ببساطة "النوعية الجيدة"، فهي تعني لديهم بالكيف أكثر من الكم، وبالنسبة للبعض، تُفهم الجودة على أنها تعبير عن الدقة، والإتقان، والاكتمال، بينما ينظر آخرون إليها كمرادف للتمييز والتفوق¹ (*Degree of supertative*). وغالباً ما تُربط الجودة بمستوى من الرفاهية والامتياز، ما يجعلها حكراً على من يمتلكون القدرة المالية، وكأنها خدمة أو منتج موجه فقط لمن يستطيع الدفع.²

ثانياً: الجودة من الناحية اللغوية

يرجع أصل مصطلح الجودة (*Quality*)، إلى الكلمة اللاتينية (*Qualitas*) التي يقصد بها طبيعة الشخص أو الشيء ومدى صلاحيته.³ وأُستخدِمت كلمة الجودة للدلالة على مفاهيم مثل التكوين والاتقان، وغالباً ما تستخدم لوصف أشياء تتصف بالخصوصية.

وفي اللغة العربية تعبر الجودة عن درجة التفوق التي يمتلكها شيء ما، أو مستوى الامتياز المتعلق بنوعية معينة من المنتجات أو الخدمات، ولفظ "الجيد" في اللغة هو نقيض "الردي".⁴

كذلك الجودة من الناحية اللغوية ترتبط بمفهوم الاتقان والاحلاص والتفاني في العمل، كما وردت في القرآن الكريم بهذا المعنى في قوله تعالى: ⁵ "... الَّذِي خَلَقَ الْمَوْتَ وَالْحَيَاةَ لِيَبْلُوَكُمْ أَيُّكُمْ أَحْسَنُ عَمَلًا ..." وفي قوله أيضاً "...

¹ رعد عبد الله الطائي، عيسى قدامة، إدارة الجودة الشاملة، دار البازوري للنشر والتوزيع، عمان، 2008، ص 29.

² محمد العزاوي، إدارة الجودة الشاملة، دار البازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، 2005، ص 13.

³ مأمون الدرادكة، طارق الشبلي، الجودة في المنظمات الحديثة، دار الصفاء للنشر، عمان، 2002، ص 15.

⁴ يوسف حجيم الطائي و آخرون، إدارة الجودة الشاملة في التعليم الجامعي، دار الوارث للنشر والتوزيع، عمان، 2008، ص 25.

⁵ القرآن الكريم، سورة الملك، الآية 02، سورة السجدة، الآية 07، سورة النمل، الآية 88 (على الترتيب).

الَّذِي أَحْسَنَ كُلَّ شَيْءٍ خَلَقَهُ... "وفي قوله أيضا" ...صُنِعَ اللَّهُ الَّذِي أَتَقَنَ كُلَّ شَيْءٍ إِنَّهُ خَيْرٌ مِمَّا تَفْعَلُونَ"، والاتقان يعني إتيان العمل على أكمل وجه وبدون قصور فيه.

أما السنة النبوية الشريفة فهي غنية بالعديد من الأحاديث التي تجسد هذا المفهوم، حيث ارتبطت بمعنى الاحسان في قول النبي ﷺ: "إن الله كتب الإحسان في كل شيء" وفي قوله أيضا: "إن الله يحب إذا عمل أحدكم عملا أن يتقنه".¹

وبالتالي فالجودة بمفهومها العميق، ليست مجرد مطلب دنيوي، بل هي جزء من القيم الإسلامية التي تدعو إلى الإحسان والاتقان في كل ما يقوم به الإنسان.

ثالثا: الجودة من الناحية الاصطلاحية

تناول العديد من المفكرين مفهوم الجودة من زوايا متعددة، كل حسب رؤيته الخاصة كما يلي:²

- أرماند فيجنباوم **Armand Feigenbaum 1956** : يعرف الجودة بأنها تعبر عن الرضى التام للزبون.
- فيليب كروسبي **Philip Crosby 1979**: الجودة تعني المطابقة مع المتطلبات ويقاس مستواها بمدى خلوه من العيوب.
- إدوارد ديمينغ **Edwards Deming 1986**: الجودة درجة متوقعة من الاتساق والثقة تناسب السوق بتكلفة منخفضة.
- جوزيف جوران **Josef Juran 1989**: الجودة تظهر في مدى ملاءمة المنتج وفقا لما يراه المستهلك نفسه.
- جوزيف جابلونسكي **Josef Jablonski** : الجودة هي تلك الخصائص المميزة لمنتج أو خدمة ما والتي تحدد قيمتها في نظر المستفيد منها.³

أما المنظمة العالمية للتقييس **ISO**⁴ فقد عرفت الجودة بأنها "مجموعة الخصائص والمواصفات التي يتمتع بها منتج أو خدمة والتي تجعله ملبيا لاحتياجات معلنة أو متوقعة"¹، في حين عرفت الجمعية الأمريكية لضبط الجودة

¹ جلال الدين السيوطي، الجامع الصغير في أحاديث البشير النذير (الجزء الأول)، دار الكتب العلمية، مصر، دت، ص25.

² نزار عبد المجيد البرواري وحسن عبد الله باشوية، إدارة الجودة مدخل للتميز والريادة، الوراق للنشر والتوزيع، عمان، 2011، ص138.

³ محمود بولصباغ، تقييم جودة الخدمات الصحية في الجزائر "من وجهة نظر المرضى: دراسة ميدانية ببعض المراكز الاستشفائية الجامعية بالشرق"، أطروحة دكتوراه، تخصص تسويق، قسم العلوم التجارية، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر 03، الجزائر، 2014-2015، ص13.

⁴ اختصار لـ **International Standardisation Organisation**، وتسمى أيضا منظمة المقاييس العالمية أو المنظمة العالمية للمعايرة، وهي منظمة غير حكومية تأسست بعد الحرب العالمية الثانية في لندن عام 1946 وباشرت عملها في 23 فبراير 1947، وتضم في عضويتها أجهزة المواصفات والتقييس في العالم، و تضطلع بوضع الأسس والمعايير اللازمة لمنح شهادات الجودة وتشجيع تجارة السلع والخدمات على المستوى العالمي، وتغطي أنشطتها كافة المواصفات في المجالات الانتاجية والخدمية باستثناء المواصفات الكهربائية والالكترونية والهندسية التي تختص بها اللجنة الدولية للإلكترونيات (IEC)، وما ينبغي معرفته أن هذه المنظمة تُنشئ المواصفات ولا تمنح الشهادات التي تبقى من اختصاص جهات أخرى معتمدة.

على أنها " مجموعة الصفات والخصائص المتعلقة بالمنتج والتي تحدد قدرته على إرضاء احتياجات المستهلك، سواء كانت محددة بشكل صريح أو ضمنية" وتشير الحاجات الضمنية إلى التوقعات غير المعلنة لكنها تساهم في تحقيق رضا المستهلك"².

وعليه يمكننا القول أن الجودة مفهوم نسبي يُنظر إليه من زوايا متعددة بتعدد الاهتمامات، والحقيقة أن الجودة هي كل ما سبق ذكره وأن التعاريف المختلفة تتناول أبعاد مختلفة من نفس الظاهرة حيث:³

- **المنتج:** ينظر للجودة على أنها المطابقة مع المواصفات المحددة سلفاً للمنتج أو الخدمة، مع ضرورة خلوها من العيوب من البداية، والجودة هنا جودة داخلية لأنها تركز على عمليات الإنتاج نفسها؛
 - **الزبون (المستخدم/المستفيد):** يرى أن الجودة تعني قدرة المنتج على تلبية الحاجيات الظاهرة أو المحتملة، مع احترام شروط الأمان اللازمة، والجودة هنا جودة خارجية لأنها تُقاس من منظور المستفيد؛
 - **المجتمع:** الجودة في نظر المجتمع تعني تحقيق الرفاهية، السعادة والعدالة من خلال توفير منتجات خالية من العيوب ولا تلحق ضرراً بالمستفيد والمجتمع والجودة هنا أيضاً جودة خارجية؛
 - **بالنسبة للنخبة من المهتمين:** الجودة تعني التميز، أي بلوغ مستويات تفوق المعايير المعتادة.
- ويعتبر الزبون أو المستفيد المحور الجوهري في جميع أنشطة الجودة، فتحقيق رغبات المستفيدين تعتبر الأولوية القصوى لتلبية احتياجاته وتحقيق رضاه، فجوهر جهود الجودة يتركز على التطوير والتحسين المستمر، وهو ما لا يمكن تحقيقه دون التواصل المباشر مع المستفيدين لفهم متطلباتهم ورغباتهم وتوقعاتهم عن قرب.

¹ Salkhaper. I, *Formez Et Motivez A La Qualité De A à Z*. Paris : meka, 2000, p2

² السمراي مهدي، إدارة الجودة الشاملة في القطاعين الانتاجي والخدمي، دار جرير، الأردن، 2007، ص 28.

³ نزار عبد المجيد البرواري ولحسن عبد الله باشيو، مرجع سبق ذكره، ص 141، 142.

المطلب الثاني: المداخل والأبعاد الأساسية لتعريف الجودة

تعدد واختلاف تعاريف الجودة يدل على أن هذا المفهوم لا يمكن حصره في بعد واحد، خاصة وأنه ثمة جدل قائم بين الباحثين حول ما إذا كانت مفهوما موضوعيا يوجد في المنتج نفسه بغض النظر عن كيفية إدراكه من طرف العميل، أو أنها مفهوم شخصي يتحدد من خلال إدراك الفرد لكيفية تلبية المنتج حاجاته، لذلك قدم ديفيد جارفين *David Garvin 1991*، خمسة مداخل رئيسية تعكس وجهات النظر المختلفة لتعاريف الجودة هي كما يلي:¹

أولاً: المدخل المبني على أساس المنتج: يركز هذا المدخل على مجموعة من الخصائص أو السمات القابلة للقياس، والتي تُستخدم لتحديد مستوى الجودة، فهو يتعامل مع الجودة باعتبارها متغيراً يمكن قياسه بدقة، ويرى أنه على المؤسسة تحديد أهداف واضحة تتعلق بتصميم الجودة، إلى جانب تقدير التكاليف المرتبطة بتحقيق مستوى معين منها، ويتوافق هذا المدخل بدرجة كبيرة مع تعريف "جابلونسكي".

ثانياً: المدخل المبني على أساس المستفيد/المستخدم: وفقاً لهذا المدخل فإن الجودة ترتبط برضى العميل عن المنتج أو الخدمة، ومدى توافقه مع احتياجاته وتوقعاته، هذا التوجه يعتمد على رجال التسويق الذين يؤكدون على أن الجودة تتحدد من منظور العميل، ما يستدعي التركيز على ما يريده ويتطلع إليه، حيث يتوافق هذا المدخل مع تعاريف كل من "جوران" و "فيجينوم"، كما يعتبر من أكثر المداخل اعتماداً في وقتنا الحالي.

ثالثاً: المدخل المبني على أساس التصنيع: يتم تعريف الجودة من خلال هذا المدخل على أساس الالتزام الصارم بمدى مطابقة السلع أو الخدمات للمعايير والمواصفات المحددة مسبقاً، وهو ما يتفق مع فلسفة الجودة في اليابان من خلال مبدأ العيوب الصفوية ومطابقة المنتج للمواصفات المطلوبة دون أي خلل الذي جاء به "كروسي".

رابعاً: المدخل القائم على أساس القيمة: تعريف الجودة وفق هذا المدخل مرتبط بالتكاليف، حيث تعرف الجودة حسبها بأنها درجة من التفوق بأقل الأسعار الممكنة، وكذلك مدى مراقبة الانحرافات بأقل التكاليف، فالجودة يُعبر عنها بدرجة التمايز بالسعر المقبول وتحقيق السيطرة على متغيراتها بالتكلفة المقبولة، حيث يقوم على مدى إدراك المستهلك لقيمة المنتج من خلال مقارنته لخصائص هذا الأخير بسعره، وهو ما يتوافق إلى حد كبير مع تعريف "إدوارد ديمينغ"، الذي ربط الجودة بالكفاءة في تحقيق التميز بتكلفة منخفضة.

خامساً: مدخل التفوق أو التسامي: يرى هذا المدخل أن الجودة هي عبارة عن مجموعة من المعايير التي تعكس الأداء الممتاز، حيث يربط مفهوم الجودة بالتنافسية في السوق، بمعنى أن يكون مستوى السلعة أو الخدمة

¹ زان مريم، الجودة في الخدمات الصحية "دراسة مقارنة بين المؤسسات الاستشفائية العمومية والخاصة في الجزائر"، أطروحة دكتوراه، تخصص إدارة الموارد البشرية، قسم التنظيم السياسي والإداري، كلية العلوم السياسية، جامعة الجزائر 03، الجزائر، 2016-2017، ص ص 110، 111.

المقدمة من طرف المؤسسة أعلى من المستويات التي تقدمها مؤسسات مماثلة وبتكاليف أقل، مما يعزز مكانة المؤسسة ويضمن رضا المستفيدين.

بالرغم من هذه الاختلافات في النظر إلى الجودة إلا أنها تتفق في أربع عناصر هي كما يلي:¹

- **الجودة هي درجة التفضيل:** ينظر كثير من الناس إلى الجودة على أنها مرادفة للتفوق والتميز، ولهذا تُربط غالبًا بالعلامات الراقية مثل سيارة "مرسيدس" أو ساعة "رولكس"، ما يجعل الجودة في هذا السياق مقترنة بمستوى الرفاهية، وتبدو متاحة في الغالب للقادرين على الدفع.
- **الجودة هي المطابقة للاستخدام:** تعني أن المنتج أو الخدمة يجب أن تكون مصممة ومنفذة بشكل يضمن الكفاءة والأمان، سواء للعاملين أثناء الإنتاج أو للمستخدم النهائي. كما يُؤخذ في الحسبان مشاركة العميل في تحديد مواصفات الجودة التي يتوقعها من السلع أو الخدمات المقدمة له.
- **الجودة هي المطابقة مع المتطلبات:** وفقا لهذا المنظور تتحقق الجودة عندما يُلبى المنتج أو الخدمة جميع المتطلبات المحددة مسبقًا من قبل العميل، سواء وردت ضمن عقد الشراء، أو في مواصفات تقنية معلنة، أو حتى ضمن تشريعات قانونية، وفي نظام إدارة الجودة داخل المؤسسات، يتم توثيق هذه المتطلبات ضمن وثائق رسمية، وإذا نصّ العقد على الالتزام بها، فإن تلك الوثائق تصبح بمثابة المتطلبات الرسمية للعميل.
- **الجودة هي التركيز على العميل:** أصبحت توقعات واحتياجات المستهلكين أكثر تنوعًا ودقة، وقد أدى ذلك إلى تطور مفهوم الجودة ليُعرّف على أنه: مجموعة متكاملة من الخصائص التي تمتلكها السلع أو الخدمات، والتي تؤثر بشكل مباشر في قدرتها على تلبية رغبات واحتياجات العميل. وبالتالي، أصبح إرضاء العميل وتوقعاته في صميم مفهوم الجودة الحديثة.

وعليه ومن خلال ما سبق عرضه نستنتج أن تعدد واختلاف المداخل المستعملة في تحديد مفهوم للجودة، يدل على أنه من الصعب إعطاء تعريف شامل وجامع للجودة نظرا لتعدد مضامينها وأشكالها وزوايا النظر إليها، كما أن ربط الجودة بالخصائص الفنية البحتة للمنتج يعد تعريفا ضيقا وتقليديا، فقد يكون المنتج مطابقا للمواصفات الفنية لكنه لا يُرضي العميل من ناحية أخرى كطريقة تقديمه وزمن الحصول عليه وغيرها.

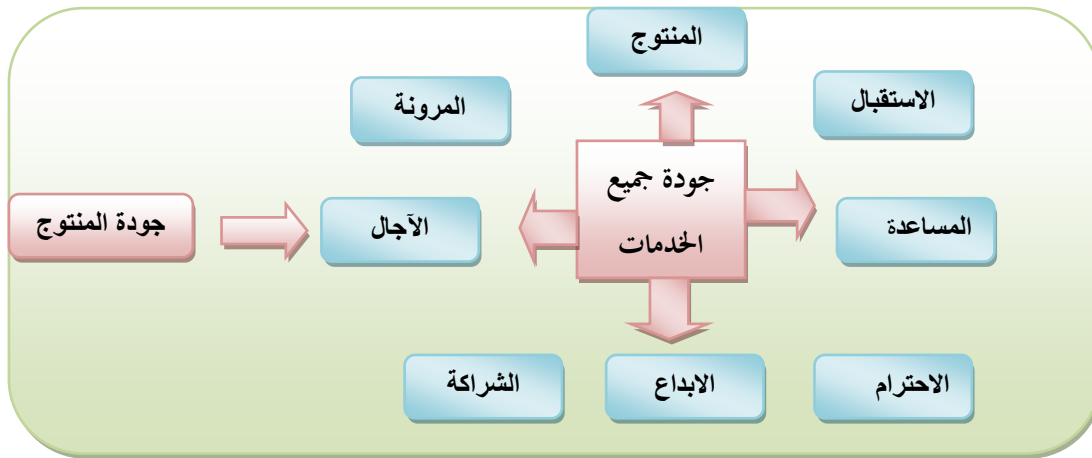
وعليه يمكننا القول أن الجودة تتميز بالعديد من الخصائص والمميزات المترابطة فيما بينها تُكوّن مجتمعة مُنتج (سلعة أو خدمة) ذو جودة، ومن أبرز هذه الخصائص ما يلي:²

¹ محمود بولصباغ، مرجع سبق ذكره، ص 15.

الطبيعي خصر مصباح اسماعيل، إدارة وصناعة الجودة: مفاهيم إدارية وتقنية وتجارية في الجودة، دار الحامد للنشر والتوزيع، الأردن، 2011، ص 122².

- أداء المنتج :يُقاس من خلال وظائفه الأساسية مثل السرعة، الكفاءة، والاستهلاك، على سبيل المثال، في صناعة السيارات يُعدّ مدى سرعة السيارة، كمية استهلاك الوقود، وطول عمرها مؤشرات رئيسية على جودة أدائها؛
 - الخصائص الثانوية :وهي الجوانب الإضافية التي تعزز من قيمة المنتج، مثل تقديم وجبات مجانية أثناء الرحلات الجوية، والتي لا تُعد من صميم الخدمة الأساسية لكنها ترفع من مستوى رضا الزبون؛
 - الملاءمة والمطابقة للمعايير :يُعتبر المنتج عالي الجودة عندما يتوافق بدقة مع المواصفات والمقاييس المحددة سلفاً، ما يضمن اتساق الجودة والاعتماد عليها؛
 - ديمومة الأداء :تشير إلى الفترة التي يستطيع فيها المنتج العمل بفعالية دون أعطال، ما يعكس مستوى متانته وكفاءته على المدى الطويل؛
 - الشكل والتغليف والجمالية :تشكّل الجوانب الجمالية من تغليف وتصميم عام عاملاً مهماً في تعزيز جودة المنتج، خاصة في ما يتعلق بالانطباع الأولي للمستهلك؛
 - الاعتمادية :تعني الثقة في المنتج من حيث أدائه المتسق، وقلة الأعطال، واستعداده للعمل عند الحاجة، مما يعزز الشعور بالأمان لدى المستخدم؛
 - الصلاحية الزمنية :تتعلق بعمر المنتج أو المدة التي يمكن استخدامه خلالها بفعالية قبل أن يفقد خصائصه أو يصبح غير صالح للاستعمال؛
 - الخصائص الخاصة :تشمل عناصر مثل الأمان، سهولة الاستخدام، أو استخدام تكنولوجيا متطورة، وكلها عوامل تزيد من قيمة المنتج وجودته؛
 - التوافق :يقصد به مدى توافق المنتج مع توقعات ورغبات المستهلك، ومدى نجاحه في تحقيق الأداء المطلوب من أول استخدام، ما ينعكس إيجاباً على العملية التسويقية؛
 - خدمات ما بعد البيع :تشمل كافة الخدمات المقدمة بعد عملية الشراء، مثل الاستجابة لشكاوى العملاء، والتأكد من رضاهم، وهي من أهم العوامل التي تكمل تجربة الجودة وتدعم ولاء الزبائن.
- وبذلك فالجودة لم تعد محصورة في العرض الرئيسي للمؤسسة وإنما توسعت لتشمل كل ما من شأنه أن يساهم في تلبية توقعات ومتطلبات العميل كما يوضحها الشكل التالي:

الشكل رقم (26): متطلبات العملاء



Source : krebs, G et Mougin, Y, les nouvelles pratiques de l'audit qualité interne, AFNOR, paris, 2003, p06.

من خلال الشكل يتضح لنا أن مفهوم الجودة يرتبط من جهة بعدة عناصر التي تسهم في تحقيق رضا لدى العميل، كالا احترام في التعامل وحسن الاستقبال، طريقة تقديم المنتج في حد ذاته وسرعة الحصول عليه وغيرها من العمليات المصاحبة للمنتج الرئيسي، ومن جهة أخرى فإن الجودة ليست مفهومًا ثابتًا، بل تختلف زوايا النظر إليها بحسب الأطراف المعنية بها. فكل طرف، سواء كان مستهلكًا، منتجًا، أو مؤسسة خدمية عامة أو خاصة، وكيف هذا المفهوم بما يتماشى مع اهتماماته واحتياجاته الخاصة.

المطلب الثالث: محددات الجودة في قطاع الخدمات وعناصرها

يعد تحديد مفهوم دقيق لجودة الخدمة أمراً معقداً مقارنة بجودة السلع وهذا بسبب الخصائص العامة التي تميز الخدمات، إلا أن العديد من الباحثين قدموا تعريفات مختلفة لهذا المفهوم، حيث يرى مورسون *Morison* أن جودة الخدمات هي تحقيق ما يريده العميل بشكل صحيح دون نقائص وعيوب من المحاولة الأولى¹، بينما يرى كل من "ستوارت و والش" *Stewart et Walsh 1989*، أن جودة الخدمات ينبغي أن تعكس ما إذا كان مستواها يلبي حاجيات المستخدمين لها، ودرجة الاشباع والرضى المحقق، بالإضافة الى مدى تحقيق الهدف الذي وجدت من أجله². كما قدم *Parasuraman, Berry et Zeithaml 1985* تعريفاً أكثر شمولية لجودة الخدمة بأنها "درجة واتجاه الفجوة بين إدراك الزبون وتوقعاته نحو الخدمة المقدمة"، وكلما كانت هذه الفجوة ضئيلة، دلّ ذلك على ارتفاع جودة الخدمة ورضا الزبائن³. في حين يعرفها *Christian Grönroos* سنة 1984 بأنها "نتيجة تقييم

¹ فاتن أحمد أبو بكر، مضر بنت محمد الزومان، معوقات ومقومات تطبيق إدارة الجودة الكلية في الأجهزة الحكومية بالمملكة العربية السعودية: بحث تطبيقي على مدينة الرياض، الرياض: معهد الإدارة العامة، 2007، ص 35.

² قاسم نايف علوان الحياوي، إدارة الجودة في الخدمات، عمان، دار الشروق، 2006، ص 91.

³ مراد إسماعيل، عبود عبد العزيز، قياس مستوى جودة الخدمات الهاتفية النقالة بنموذج « SERVPERF » مجلة البشائر الاقتصادية، المجلد 3، العدد 1، 2017، الصفحات 1-15، ص 4.

يقارن فيها العميل توقعاته بالخدمة التي حصل عليها فعليا".¹

من خلال هذه التعاريف السابقة نستنتج أن الجودة تركز أساسا على العلاقة بين المزايا المحققة فعلا من استعمال الخدمة والفوائد المتوقعة منها، كما أن المستفيد الفعلي من الخدمة هو الذي يحكم على جودة هذه الخدمة، وهذا من خلال مقارنته بين توقعاته وبين الأداء الفعلي للخدمة التي يحصل عليها.

ولضمان جودة الخدمة في الجهاز الإداري العمومي، وضع برنامج تطوير الإدارة الحكومية الأمريكية جملة من المعايير التي تساهم في تحسين جودة الخدمة كما يلي:

- تحديد هوية العميل الذي يتلقى الخدمة داخل المؤسسات الحكومية؛
- وضع معايير واضحة لجودة الخدمة وقياس مدى تحققها؛
- مقارنة الأداء بمعايير الخدمة لدى المؤسسات الرائدة في نفس المجال؛
- تسهيل عملية دخول المعلومات المتعلقة بالخدمات وأنظمة الشكاوي ووضع الوسائل اللازمة لبحثها والقيام بعمليات المراجعة الدورية والتحسين.

نلاحظ أن معظم تعاريف جودة الخدمة تركز على عنصر مهم وهو العميل أو المستفيد من الخدمة، حيث تتحدد بناء على رضاه ودرجة توافقها مع توقعاته من خلال الاستخدام الأمثل للموارد المتاحة داخل المؤسسة الخدمية، وبذلك أصبحت جودة الخدمة تعتبر مقياس لمدى تطابق الأداء الفعلي مع توقعات العملاء، يمكن التعبير عن ذلك بالمعادلة التالية:

$$\text{جودة الخدمة} = \text{الأداء الفعلي} - \text{توقعات العميل لمستوى الأداء}$$

حيث كلما اقترب الأداء الفعلي من توقعات العميل أو تجاوزها، ارتفعت جودة الخدمة وازداد رضا المستفيد.

وبالاعتماد على هذه المعادلة يمكن تصوّر ثلاث مستويات للخدمة هي:²

- **الخدمة المتميزة:** وهي التي يتجاوز فيها الأداء الفعلي توقعات العميل قبل الحصول على الخدمة؛
- **الخدمة العادية:** وهي تلك الخدمة التي تتحقق عندما يتساوى إدراك العميل لأداء الخدمة مع توقعاته المسبقة عنها؛
- **الخدمة الرديئة:** هي تلك الخدمة التي يكون فيها الأداء الفعلي أدنى من مستوى توقعات العميل.

¹ المرجع نفسه، الصفحة نفسها.

² قاسم نايف علوان المحياوي، مرجع سبق ذكره، ص ص 90-91.

وفي إطار تحديد أبعاد جودة الخدمة، قام بها الباحثان "سوان" و"كومب" *Swan et Comb* بدراسة حددا من خلالها بعدين رئيسين لجودة الخدمة:¹

- **الجودة المادية الملموسة:** تعبر عن القيمة أو المنفعة الفعلية التي يتحصل عليها العميل أثناء طلبه للخدمة؛
- **الجودة التفاعلية:** تمثل عملية الخدمة ذاتها، وتشمل سهولة الوصول إلى مكان تقديمها، مظهر وسلوك مقدمي الخدمة وطريقة تعاملهم مع العملاء.

ويشير الباحثان إلى أن الجودة المادية أكثر قابلية للقياس الموضوعي مقارنة بالجودة التفاعلية التي يصعب ضبطها نظراً لطبيعتها المرتبطة بتجربة العميل وتفاعله مع مقدم الخدمة، كما توصل الباحثان "لهتين" و "لهتين"² *Lehtinen et Lehtinen 1991* في هذا المجال إلى أن بعدي الجودة الملموسة والجودة التفاعلية ضروريان لتقييم مستوى جودة الخدمة، إلا أنهما غير كافيان لوجود عامل آخر يؤثر في هذا التقييم، وهو ما يشكل بعداً ثالثاً يتمثل فيما يُسمى بجودة المؤسسة المقدمة للخدمة، والذي اعتبره الباحثان أكثر أهمية وتأثير من البعدين السابقين في الحكم على مستوى جودة الخدمة، كما يرى الباحثان أنه ينبغي التمييز بين جودة العمليات التي يقيمها العملاء أثناء تأدية الخدمة، وجودة المخرجات التي يتم تقييمها بعد الأداء الفعلي للخدمة.³

تتوقف جودة الخدمات على أربع محددات رئيسية تدعم نجاحها في تحقيق الغرض المقصود منها، هي كما يلي:⁴

- **جودة التصميم:** تعتمد المؤسسة الخدمية في تصميم خدماتها على تصوراتها لاحتياجات العملاء الحالية والمستقبلية، وتسعى لتجسيد هذه الاحتياجات في شكل خصائص قابلة للقياس والتقييم، في حين يقيس العميل جودة التصميم استناداً إلى مدى تطابق سمات الخدمة مع توقعاته، ولتحقيق هذا التطابق من الضروري أن تقوم المؤسسة بتحديد تلك الاحتياجات بدقة، وترجمتها إلى مواصفات واضحة، مع الالتزام الصارم بها عند تقديم الخدمة؛

- **جودة التطابق:** تشير إلى مدى اتساق الخدمة مع المعايير التي تم وضعها مسبقاً، وتُعد مؤشراً على قدرة المؤسسة على ضبط عملية تقديم الخدمة بشكل موحد ومنظم، ويتأثر هذا النوع من الجودة بمجموعة من العوامل، من بينها مهارات الموظفين، ودرجة تدريبهم، ونظام التحفيز المعتمد، إلى جانب إجراءات التقييم والمتابعة؛

¹ زان مريم، مرجع سبق ذكره، ص 115.

² الباحثان "لهتين" و"لهتين" (*Uolevi Lehtinen & Jarmo Lehtinen*)، هما شخصان من نفس العائلة (أب وابنه)، وقد تعاونوا في العمل البحثي الذي نشر سنة 1991 حول أبعاد جودة الخدمات.

³ المرجع نفسه، ص 116.

⁴ يسع الضاوية، أثر الأنماط القيادية في تحسين جودة الخدمات الصحية في ظل مدخل إدارة التغيير -دراسة تطبيقية على المؤسسات الاستشفائية لولاية المدية-، أطروحة دكتوراه، تخصص إدارة أعمال وتسويق، قسم علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة المدية، الجزائر، 2020-2021، ص ص 82، 83.

- العوامل المرتبطة بالزمن: تُعد مسألة التوقيت عنصر مهم في جودة الخدمة، إذ يفقد العميل الرضا إذا لم يحصل على الخدمة في الوقت الذي يحتاجها فيه، وعليه فإن قدرة المؤسسة الخدمية على التحكم فترات الانتظار وتقليصها، تؤثر على تقييم العملاء للجودة المقدمة؛
- خدمات ما بعد البيع: تؤدي مثل هذه الخدمات إلى المحافظة على أداء الخدمة كما هو متوقع من خلال تقديم المساندة اللازمة بعد الحصول على الخدمة.

هذا الاهتمام المتزايد بمفهوم الجودة وتعدد أبعاده، يقودنا إلى تسليط الضوء على أحد المجالات الحيوية التي أصبحت الجودة فيها ضرورة حتمية، في هذا الإطار تُعد الخدمات الصحية من أبرز المجالات التي يُقاس فيها أثر الجودة بشكل مباشر على صحة الإنسان، وهو ما يفرض معايير وممارسات خاصة تتجاوز تلك المعتمدة في باقي القطاعات.

المبحث الثاني: أساسيات حول الخدمات الصحية

شهدت الخدمات باعتبارها منتجات غير ملموسة تطوراً كبيراً جعلها أكثر حضوراً في مختلف المجالات الاقتصادية، بل وامتد تواجدتها إلى تجارة الجملة وتجارة التجزئة، النقل، الاتصالات، السياحة، التعليم، وغيرها من القطاعات الأخرى لا سيما قطاع الصحة، حيث تعد الخدمات الصحية من أهم الخدمات العمومية على الإطلاق كونها تتميز بتعلق مباشرة بحياة الإنسان وهنا تزداد الحاجة إلى تطويرها والاهتمام بها باعتبارها لا تقبل الخطأ بل تتطلب الدقة والتركيز عند تقديمها.

المطلب الأول: مفهوم الخدمة وخصائصها

نقدم في هذا المطلب الخدمة بمفهومها العام بالإضافة إلى تخصيص ذلك في المؤسسات العمومية، ومن ثم استخلاص أهم الخصائص المميزة للخدمة.

أولاً: مفهوم الخدمة

يعود أصل كلمة خدمة (service) إلى الكلمة اللاتينية (servus) وتعني العبد أو الأمة (slave)، حيث ارتبطت الخدمة بالعمل البسيط الذي ينجزه عمال غير المهرة، إلا أن التطورات التكنولوجية التي شهدتها الصناعة في القرن التاسع عشر خفضت من اليد العاملة المطلوبة في إنتاج السلع، في المقابل حسنت من مستوى المعيشة، وكنيجة لذلك ازداد الطلب على الخدمات، خاصة في النصف الثاني من القرن العشرين، حيث شهدت الدول الصناعية نمواً ملحوظاً في هذا القطاع، مدفوعاً بتوفر يد عاملة مؤهلة وتطورات سريعة في مجال تكنولوجيا المعلومات والاتصالات، وقد أدى هذا التحول إلى بروز ما يسمى اليوم بـ"اقتصاد المعلومة" أو "اقتصاد الخدمة"، الذي يُعد الامتداد الطبيعي للاقتصاد الصناعي، والذي بدوره جاء بعد الاقتصاد الزراعي المهيمن خلال منتصف

القرن التاسع عشر، وتجدد الإشارة إلى أنه، وحتى فترات قريبة، لم تكن الخدمات تؤخذ بعين الاعتبار ضمن القيمة الاقتصادية المضافة، إذ لم تكن معايير قياس أنشطة الخدمات مدرجة ضمن عملية احتساب الناتج القومي الإجمالي للدولة.¹

على الرغم من تداول مصطلح "الخدمة" منذ فترة طويلة، إلا أن تحديد مفهوم دقيق له يعتبر صعبا مقارنة بمفهوم السلع، حيث تنوعت تعاريف الخدمة وفق أساليب مختلفة دون التوصل إلى مفهوم موحد وشامل، لذلك يمكن تقديم العديد من التعاريف للخدمة كل منها يُعطي اتجاهها معينا يختلف باختلاف وجهات نظر الكثير من الباحثين والكتاب، حيث:

يرى Lovelock أن الخدمة تمثل "منفعة يمكن إدراكها بالحواس، تكون قائمة بحد ذاتها، أو مرتبطة بعنصر مادي ملموس قابلة للتبادل دون أن يترتب عليها ملكية، وهي في الغالب غير ملموسة"²، كما يرى أن مفهوم الخدمات يعبر عن الأنشطة والجهود البشرية أو الآلية التي تقدمها المؤسسة الخدمية، بهدف إحداث منافع وقيم مرغوبة للعملاء، تساهم في إشباع حاجياتهم ورغباتهم.³

يشير هذا التعريف إلى عدم ملموسية الخدمة، بالإضافة إلى إمكانية تبادلها وارتباطها بإنتاج مادي، كما أن شراء الخدمة لا ينتج عنه انتقال ملكية وحيازتها وإنما تضمن عملية انتاجها الحصول على منافع وفوائد للمستفيد.

ويرى Christian Grönroos سنة 2000 أن الخدمات هي عبارة عن "عمليات تتكون من مجموعة أنشطة تحدث من خلال التفاعل بين الزبون، ومقدم الخدمة، سواء تمثل ذلك في الأفراد، أو السلع، أو المواد المادية الأخرى، أو الأنظمة، أو البنى التحتية المستخدمة، كما قد تشمل هذه التفاعلات زبائن آخرين، وتتمحور جميعها حول هدف أساسي يتمثل في حل مشكلات العميل وتلبية احتياجاته.⁴

يُبرز هذا التعريف الأبعاد التفاعلية للخدمة، من خلال التأكيد على أهمية التفاعل والاتصال مع العميل، سواء على المستوى الفردي أو الجماعي، ضمن إطار تنظيمي رسمي أو غير رسمي، كما يشدد على البعد الجوهري للخدمة، والمتمثل في كونها وسيلة لحل مشكلات العملاء.

¹ Mark M. Davis and Janelle H, *Managing Services: Using Technology to Create Value*, International Edition, New York, McGraw-Hill Companies, 2003, p. 12.

² الحاج مكي، مولود حواس، أثر أبعاد جودة الخدمات الصحية على ولاء المرضى (دراسة حالة عيادة أمينة بولاية البليدة، الجزائر)، مجلة التنظيم والعمل، المجلد 10، العدد 03، 2021، (الصفحات 209-226)، ص 211.

³ Lovelock. C, Wirtz. J, *Services Marketing (People, Technology, Strategy)*, Fifth Edition, Pearson Prentice Hall, 2004, 21.

⁴ Grönroos. C, *Adopting a Service Logic for Marketing*, Marketing Theory, Vol.6, N °3, 2006 (pages 317-333), p323.

ويرى **kotler Armstrong** أن "الخدمة تعبر عن إما نشاط أو انجاز أو منفعة يقدمها طرف لآخر، تكون في شكل غير ملموس ولا ينتج عنها ملكية، كما أن انتاجها وتقديمها قد يرتبط بمنتج مادي في بعض الأحيان ولا يرتبط في أحيان أخرى".¹ كما يرى أن الخدمة لا تُرى ولا تُسمع ولا يمكن الشعور بها قبل استعمالها، ولا يمكن فصلها عن مقدميها سواء كانوا أناسا أو آلات.²

ويرى **Stanton** سنة 1997 أنها "تمثل مجموعة من النشاطات غير المحسوسة تحقق منفعة للمستفيد منها، دون أن تكون بالضرورة مرتبطة ببيع سلعة أو منتج مادي آخر"، وبالتالي فإن تقديمها قد يتم دون الحاجة إلى عنصر مادي ملموس.³

يشير هذين التعريفين إلى الجانب غير الملموس في الخدمات باعتبار خاصية الملموسية هي معيار التفريق بين السلعة والخدمة، كما يشير إلى عدم ضرورة ارتباطها بخدمة أو سلعة مادية أخرى سواء عند انتاجها أو تقديمها، أي أن الخدمة تتألف من جوهر تدعمه خدمات تكميلية.

أما الجمعية الأمريكية للتسويق **AMA** فقد عرفت الخدمة بأنها "منتجات غير ملموسة يتم تبادلها مباشرة من المنتج إلى المستهلك، لا يمكن نقلها أو تخزينها، وفي غالب الأحيان تفنى بسرعة، ويصعب تحديدها بدقة كونها تظهر نفس الوقت الذي تُستهلك فيه، وتتكون من عناصر غير ملموسة مترابطة، تتضمن مشاركة الزبون بطريقة أساسية، دون أن يترتب عليها نقل ملكية أو الحصول على صفة قانونية".⁴

يشير التعريف إلى مميزات جديدة للخدمات مثل الفناء، ملازمة انتاجها لاستهلاكها وكذا مشاركة الزبون. من خلال التعاريف السابقة، يمكن القول أنّ الخدمة هي عبارة عن منتجات غير ملموسة قد تكون في شكل فعل أو أداء تقدم من طرف لطرف آخر لا ينتج عنها نقل للملكية، ولا يمكن تخزينها كما هو الحال بالنسبة السلع، أي أن وقت استهلاكها هو نفسه وقت إنتاجها، الأمر الذي يعقد من تقييم جودتها، كما تساهم بدرجة كبيرة في تحقيق قيمة مضافة للاقتصاد.

ثانيا: مفهوم الخدمة العمومية

تهدف المرافق العمومية إلى اشباع حاجيات ورغبات المواطنين، من خلال تقديم خدمات عمومية ذات نوعية جيدة وبصور متعددة، ترقى إلى مستوى تطلعاتهم.

¹ Kotler. P, et autres, « **marketing management** », 12eme édition, édition spéciale, publié par Pearson éducation, paris, France, 2006, p462.

² كوتلر فيلب، آرميسترونج جاري، أساسيات التسويق، ترجمة سرور علي إبراهيم سرور، دار المريخ للنشر، السعودية، 2007، ص502.

³ فيغران رشيد، الهواري جمال، خدمات ما بعد البيع وأثرها على رضى الزبون -دراسة مؤسسة براندت **Brandt**، مجلة التنظيم والعمل، المجلد08، العدد04، 2020، (الصفحات 43-62)، ص46.

⁴ شادي محمود الطريفي، نظام موسى سويدان وباسم حسن الفقير، تسويق الخدمات، دار الحامد للنشر والتوزيع، الأردن، 2018، ص12.

تعرف الخدمة العمومية بأنها "كل نشاط يخضع للتنظيم والمراقبة والاشراف من طرف السلطات الحكومية، بالنظر إلى أهميته في تحقيق التماسك الاجتماعي وتلبية احتياجات المجتمع، بحيث لا يمكن ضمان استمراره وفعاليته دون تدخل مباشر من الدولة"¹

والخدمة العمومية تعبر أيضا عن "الحاجات الأساسية لحفظ حياة الانسان ورفاهيته والتي تُقدم لغالبية الشعب، ويجب أن يُبنى تنظيمها وتوفرها على أساس تحقيق المصلحة العامة، بما يساهم في رفع مستوى معيشة المواطنين وتحقيق العدالة الاجتماعية".²

وتعرف الخدمة العمومية أيضا على أنها "تشمل كافة الخدمات المقدمة في شكل جماعي، وإجباري من طرف الدولة (في شكل مرفق عمومي)، ووفق مبدأ المساواة الذي ينص عليه القانون، كما تتميز هذه الخدمات بكونها تُستغل خارج منطق السوق، بحيث تتحمل الدولة مسؤولية توفيرها، تنظيمها، تمويلها ومراقبتها بما يضمن استفادة جميع المواطنين منها".³

وتعرف كذلك الخدمة العمومية على أنها "تلك العلاقة التي تربط بين الإدارة العامة والمواطنين على مستوى تلبية حاجياتهم واشباع رغباتهم المختلفة من خلال تدخل الجهات الإدارية والمنظمات العامة".⁴ وتعرف كذلك بأنها "كل نشاط يؤديه شخص من أشخاص القانون العام بغرض تحقيق المصلحة العامة".⁵ ومن خلال مجمل هذه التعاريف، يتضح أن مفهوم الخدمة العمومية يتمحور حول عنصرين أساسيين، الأول تحقيق المصلحة العامة من خلال تلبية حاجات جميع المواطنين بشكل متساوٍ وعادل؛ والثاني يتمثل في الدور الحوري الذي تضطلع به الهيئة العمومية، وفي مقدمتها الدولة، في ضمان تقديم هذه الخدمات وتنظيمها.

ثالثا: خصائص الخدمة

من التعاريف السابقة الذكر يمكن استخلاص جملة الخصائص الأساسية التي تميز الخدمات عن السلع، حيث تتمثل في:⁶

¹ Valérie. B, et autres « *Service public local et développement durable* », *Revue d'économie régionale et urbaine*, N° 2 (avril 2003), pp. 317-338, p 319.

² عمار بوحوش، نظريات الإدارة الحديثة في القرن الواحد والعشرين، دار الغرب الإسلامي، لبنان، 2006، ص 189.

³ ونوغي نبيل، نحو عصنة وتجويد خدمات المرفق العام في الجزائر: دراسة الآليات والتحديات، مجلة البحوث القانونية والاقتصادية، المجلد 05، العدد 02، 2022، (الصفحات 122-139)، ص 124.

⁴ المرجع نفسه، ص 125.

⁵ المرجع نفسه، ص 124.

⁶ عدنان مريزق، واقع جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية العمومية -دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة، مرجع سبق ذكره، ص 38.

- الطبيعة غير الملموسة: تعتبر الخدمة منتج غير مادي لا يمكن رؤيته أو لمسه قبل الحصول عليه، إذ يعتمد الحكم عليها على التجربة الفعلية عند استلامها، كما هو الحال في خدمات النقل أو التعليم؛
- التلازم بين الإنتاج والاستهلاك: تتميز الخدمات بكونها تُنتج وتُستهلك في نفس الوقت، ولا يمكن فصلها عن مقدمها الأمر الذي يفرض حتمية تواجد المستفيد في موقع تقديم الخدمة؛¹
- التباين في الأداء: حيث يصعب توحيد الخدمات وتقديمها بجودة متطابقة دائماً، فهي متغيرة ومتنوعة تتأثر بعوامل متعددة، من بينها طبيعة الطلب الفردي، ظروف تقديم الخدمة، ومهارات القائمين عليها، مما يؤدي إلى تفاوت في النتائج؛
- عدم القابلية للتخزين: بحكم طبيعتها غير الملموسة، لا يمكن تخزين الخدمات لاستخدامها لاحقاً، مما يُعقد من عملية التخطيط والإدارة، خاصة في ظل تذبذب مستويات الطلب على مدى الزمن؛
- عدم الملكية: عند الحصول على خدمة لا تنتقل ملكيتها من البائع إلى المستفيد، بل يحصل هذا الأخير فقط على حق الانتفاع بها خلال فترة زمنية محددة، فهو يشتري فقط المنفعة من الخدمة؛ ولا ليس الخدمة ذاتها.
- مشاركة المستفيد في الإنتاج: غالباً ما يكون للمستفيد من الخدمة دور فعال في عملية تقديم الخدمة، حيث يُعدّ أحد عناصرها الأساسية، ويتم التفاعل بينه وبين مقدم الخدمة بما يساهم في تحديد جودة النتيجة النهائية.

المطلب الثاني: مفهوم الخدمات الصحية وخصائصها

تعد الخدمة الصحية من أهم الخدمات التي أصبح الإنسان بحاجة ملحة إليها كونها ترتبط مباشرة بحياته وصحته، كما تعتبر من المطالب الجوهرية التي تسعى المجتمعات الانسانية إلى تحقيقها على اختلاف أنظمتها السياسية والاقتصادية، وذلك بتوفير مختلف الامكانيات المالية والبشرية اللازمة للارتقاء بمستوى أداء الخدمة الصحية.

أولاً: مفهوم الخدمات الصحية

مفهوم الخدمة الصحية بشكل عام يندرج ضمن الإطار العام للخدمة باعتبار أن الخدمات متقاربة من حيث الخصائص والمضمون، لكن قبل تناول هذا المفهوم ينبغي بداية التمييز بين مفهومين جوهريين هما الرعاية الصحية والخدمات الصحية أو (الرعاية الطبية)، لما لهما من خصوصيات مختلفة.

فالرعاية الصحية تشير إلى مجموع الاجراءات الوقائية ونوعية الخدمات التي تقدمها المؤسسات الصحية لجميع أفراد المجتمع بهدف رفع المستوى الصحي للمجتمع مع التركيز على منع حدوث الأمراض وانتشارها، مثل

¹ هاني حامد الضمور، "تسويق الخدمات"، دار وائل للنشر عمان الأردن، الطبعة الثانية، 2005، ص 23.

الاهتمام بصحة البيئة من خلال توفير مياه شرب نقية، مسكن وغذاء صحي ومعالجة النفايات، وإلى جانب حملات التحسيس والتطعيم ضد الأمراض المعدية والخطيرة مثل الكوليرا، شلل الأطفال... إلخ، وذلك بتوفير الأدوية والأمصال واللقاحات اللازمة، حملات تنظيم الأسرة (أسرة صغيرة = حياة أفضل)، رعاية الأمومة والطفولة، رعاية المسنين من خلال تجهيز مؤسسات خاصة لهذا الغرض، ويمكن أن يلعب الاعلام دورا فاعلا في هذا الشأن، من خلال نشر الوعي الصحي والثقافة الطبية بين أفراد المجتمع.¹

والرعاية الصحية بالمعنى العام تعني كافة الإجراءات والأنشطة والأساليب التي تقدمها المؤسسة الصحية وجميع الهيئات والمنظمات المساندة لها، سواء من خلال تقديم المعرفة أو المشورة أو الخدمات العملية، وتُقدّم الرعاية الصحية لأفراد المجتمع بجميع فئاته العمرية، النوعية، البيئية والطبقية بهدف تفادي انتشار الأمراض وكذا تعزيز بيئة صحية نظيفة وآمنة، بما يسهم في الارتقاء بالمستوى الصحي العام إلى أعلى الدرجات على المستويين الفردي والجماعي.²

أما الخدمات الصحية (الرعاية الطبية) فيقصد بها نوعية التدخلات الطبية التي تقدمها المؤسسات الصحية كخدمات التشخيص والعلاج والتأهيل الاجتماعي والنفسي، عن طريق الأقسام العلاجية المتخصصة، إلى جانب الوحدات الطبية الداعمة لها، وما يرتبط بها من خدمات طبية متخصصة مكملتها كالفحوص المخبرية والتحاليل الطبية، خدمات الطوارئ، العيادات الخارجية، الأشعة، الاسعاف، التمريض، الخدمات الصيدلانية والغذائية وغيرها، وتحظى الخدمات الصحية أو الرعاية الطبية باهتمام متزايد من كافة أنواع المؤسسات الصحية عمومية كانت أو خاصة، وهذا في إطار تحسين الجودة الخدمات المقدمة.³

وتعرف الخدمات الصحية بأنها "مزيج متكامل من العناصر الملموسة وغير الملموسة الذي يقدم للمستفيد بالشكل الذي يحقق له درجة من الاشباع والرضا".⁴

وتعرف أيضا بأنها "عبارة عن جميع الخدمات التي يقدمها القطاع الصحي في الدولة تشمل الخدمات العلاجية الموجهة للفرد، وكذا الخدمات الوقائية الموجهة للمجتمع والبيئة، إلى جانب الأنشطة الإنتاجية مثل إنتاج

¹ محمود بولصباغ، مرجع سبق ذكره، ص 61.

² سمور وآخرون، علم الاجتماع الطبي، مكتبة العالم العربي للنشر والتوزيع، الأردن، 2010، ص 111.

³ مكرم عبد المسيح باسيلي، محاسبة المنشآت الفندقية (الفنادق-المستشفيات) رؤية معاصرة، المكتبة العصرية، مصر، 2006، ص 152.

⁴ طفياني بوفاتح كلتومة، بوفاتح ثورية، الخدمات الصحية والانفاق على الصحة في الجزائر بين الفترة 1962 و 2020، مجلة البشائر الاقتصادية، المجلد التاسع، العدد 01، 2023، (الصفحات 357-374)، ص 361.

الأدوية والمستحضرات الطبية والأجهزة التعويضية وغيرها بهدف الارتقاء بالمستوى الصحي للمواطنين وتوفير العلاج والوقاية من الأمراض المعدية".¹

وتشير أيضا إلى الخدمات العلاجية أو الاستشفائية أو التشخيصية التي يقدمها أحد أعضاء الفريق الطبي لفرد أو مجموعة من الأفراد، كقيام طبيب بعلاج مريض في عيادته الخاصة أو في العيادات الخارجية للمستشفيات العمومية، أو تقديم العناية التمريضية من طرف الممرض، أو إجراء التحاليل التشخيصية في المختبر لفائدة شخص أو عدة أشخاص، ومع ذلك، فإن الرعاية الطبية لا تقتصر على الجانب العلاجي فقط، بل قد تمتد لتشمل الرعاية الصحية الوقائية، فمثلاً يمكن للطبيب أثناء علاج المريض أن يقدم له توجيهات وتوضيحات حول طبيعة مرض معين، وطرق انتقاله، وسبل الوقاية منه، مما يساهم في تجنب الإصابة به مستقبلاً، وبذلك يقوم الطبيب بدور مزدوج يجمع بين الرعاية الصحية والرعاية الطبية.² والجدير بالإملاء هنا أن مصطلح الرعاية الطبية والرعاية الصحية يشملان ضمناً مفهوم رعاية المريض، كهدف رئيسي في تقديم الخدمات الصحية.

وتُعرف الخدمات الصحية أيضاً على أنها: "مجموعة من المنتجات الملموسة وغير الملموسة التي تُقدّمها المستشفيات، المراكز الصحية، العيادات، وسائر الجهات ذات الصلة، بهدف الحفاظ على السلامة الجسدية والعقلية للإنسان".³

كما يمكن النظر إلى الخدمة الصحية على أنها "مختلف النشاطات التي تُقدّم للمنتفعين، والتي تهدف إلى إشباع حاجاتهم ورغباتهم الصحية، دون شرط ارتباطها ببيع سلعة أو خدمة أخرى".⁴

وبصيغة أخرى تعرف الخدمات الصحية بأنها مجموعة من المنافع الطبية والعلاجية التي يحصل عليها المستفيد مقابل دفع ثمن محدد، وباستخدام سلع وأدوات مساعدة، دون أن تحول ملكية هذه السلع إلى المستفيد من الخدمة، فعلى سبيل المثال إجراء عملية جراحية أو الإقامة داخل المستشفى بهدف تلقي العلاج والرعاية الصحية الضرورية للشفاء من مرضه، تستلزم دفع ثمن الخدمة، دون أن تمنح للمريض عند مغادرته ملكية أدوات الجراحة أو السرير أو أي من الوسائل المستخدمة خلال تقديم الخدمة.⁵

¹ عدنان مريزق، واقع جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية العمومية -دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة، مرجع سبق ذكره، ص38.

² عبد المجيد الشاعر وآخرون، الرعاية الصحية الأولية، دار اليازوري، عمان الأردن، 2000، ص11.

³ Choi. K, et al « Service Quality Dimensions and Patient Satisfaction Relationships in South Korean: Comparisons Across Gender, Age, and Types of Service », Journal of Services Marketing, Vol .19, N° 03 (143 - 149), 2005p142.

⁴ فوزي شعبان مذكور، تسويق الخدمات الصحية، إيتراك للنشر والتوزيع، مصر، 1998، ص97.

⁵ محمد فيصل مايدة، ابراهيم لكموتة، تقييم جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الاستشفائية بالجزائر من وجهة نظر الموظفين (الطاقم الطبي والإداريين) دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية بن عمر الجيلاني بالوادي، مجلة الاقتصاد والتنمية المستدامة، المجلد05، العدد01، 2022، (الصفحات 1327-1353)، ص 1330.

- وبالتالي ما يمكننا ملاحظته أنه لا يوجد اجماع بين المختصين في هذا المجال على تعريف موحد للخدمات الصحية، ويعود هذا التباين إلى عدة أسباب أهمها:¹
- الطبيعة الخاصة التي تميز الخدمات الصحية عن غيرها من الخدمات العامة، حيث تُقدّم ضمن بيئة مهنية دقيقة وتحت ضوابط تنظيمية وممارسات صارمة تتلاءم مع خصوصية القطاع الصحي؛
 - تنوع وتعدد المؤسسات والهيئات التي تُقدّم هذا النوع من الخدمات، الأمر الذي يزيد من صعوبة بلورة تعريف شامل يُرضي كافة التوجهات؛
 - إضافة إلى أن أي تعريف يجب أن يعكس الأنشطة المتعددة والوظائف التي تقوم بها المؤسسات الصحية، وهذا بدوره سيخرج تعريف الخدمة الصحية عن الهدف المقصود من وراءه، نظرا للنطاق الواسع والعدد الكبير من الخدمات التي تقدمها المؤسسات الصحية.

ومن خلال التعاريف السابقة يمكننا تقديم تعريف شامل للخدمات الصحية على أنها مجموع الخدمات التي تقدم للمريض منذ دخوله إلى المؤسسة الصحية إلى غاية خروجه منها، وتشمل هذه الخدمات أوجه مختلفة ومتنوعة منها الاستقبال، الوقاية، النقل الصحي، الكشف والعلاج وتقديم الدواء والغذاء، المعاملة الجيدة، إجراء تحاليل طبية وأشعة، تحويل إلى مستشفيات أخرى إذا تطلب الأمر، وغيرها من أجل تحسين حالته الصحية.

ثانيا: خصائص الخدمات الصحية

تتميز الخدمات الصحية بمجموعة من الخصائص زيادة على ما تتميز به الخدمات عموما، نلخصها فيما يلي:

1. **الخدمات الصحية غير قابلة للتأجيل:** تتطلب الخدمات الصحية في غالبيتها السرعة في تقديمها، إذ أن تأخر علاج مرض معين فور ظهور أعراضه قد يؤدي إلى تفاقم الحالة الصحية للمريض، ويترتب على هذه الخاصية بعدين مهمين يتعلقان بتحقيق حماية المستفيد يتمثلان في كل من البعد الزمني والمكاني حيث:²
 - **البعد المكاني:** يقضي بضرورة انتشار مراكز تقديم الخدمات الصحية في الأماكن المختلفة التي يتواجد فيها السكان، بما يضمن التغطية الشاملة للمناطق الجغرافية المختلفة، وسهولة الوصول إلى الخدمات الصحية لجميع فئات المجتمع؛
 - **البعد الزمني:** يقضي بضرورة تقديم الخدمات الصحية في الوقت المناسب (فور الحاجة إليها)، سواء كانت خدمات علاجية أو وقائية فتأجيلها يترتب عليه أضرار بالغة للمستفيدين.

¹ محمود بولصباغ، مرجع سبق ذكره، ص 62.

² Berhanu . E, « *Healthcare service quality measurement models: A review* », Journal of Health Research, vol .35, N°0 2, 2021, pp 106–117, p111.

2. صعوبة تحديد جودة الخدمة وقياسها وتقييمها: يرجع إلى طبيعة الخدمة المقدمة وارتباطها الوثيق بحياة الإنسان حيث:¹

- **صعوبة تحديد جودة الخدمة الصحية:** تعود إلى الطابع غير الملموس للخدمات الصحية، لذا يصعب تحديد جودتها بشكل دقيق، ولمواجهة هذه المشاكل ينبغي على المؤسسات الصحية الاهتمام أكثر بمرحلة تخطيط الخدمات، مع تحقيق التناسق في الأداء الإداري والتشغيلي، وهو ما يعزز ثقة المستفيدين ويبني سمعة طيبة تشجع المؤسسة على الاستمرار والنمو.
- **صعوبة قياس جودة الخدمة:** قد يكون من الممكن للمؤسسة الصحية قياس الموارد المادية المستخدمة، كعدد الأسرّة وعدد الأطباء، ولكنه من الصعب قياس جودة الخدمة المقدمة بطريقة القياس المباشر، إذ أن قياسها يعتمد غالبًا على مؤشرات غير مباشرة كالتحولات الاجتماعية والاقتصادية للمجتمع، والمستوى الصحي للمواطنين.

- **صعوبة تقييم جودة الخدمة:** نظرًا لعدم ملموسية الخدمات الصحية، فإن تقييم جودتها يصبح تحديًا كبيرًا، وقد اعتادت المؤسسات الصحية في تقييم خدماتها على ثلاثة عناصر رئيسية، تتمثل في كل من تقييم الكفاءة من خلال تقييم كفاءة الامكانيات سواء كانت بشرية كالأطباء، الممرضين، أو مادية كالأسرّة والتجهيزات، بالإضافة إلى تقييم الفعالية من خلال قياس نتائج ما تم تقديمه ومقارنته بما كان متوقعًا تقديمه خلال فترة زمنية محددة، أما تقييم التكلفة فيتم من خلال تقييم ما تم إنفاقه على الخدمة.

3. **الاستمرارية:** بما أن خدمات المؤسسات الصحية تتميز بسرعة الأداء وتتطلب جودة عالية، فهي تحتاج أيضًا إلى الديمومة والاستمرارية، حيث يتباين مفهوم هذه الأخيرة حسب وجهة نظر المستفيد من الخدمة الصحية:²

- **من منظور المريض:** تعني الخدمة الصحية بالعناية بالشخص ككل وليس بأجزاء أو أعضاء معينة من الجسم، فالمريض هو محور إدارة الخدمات الصحية، وهذا يتحقق من خلال استمرارية العلاقة بين طالب الخدمة ومقدمها الذي يوجه المريض إلى حيثما تتطلب حالته من متابعة ورعاية أفضل.
- **من وجهة نظر المجتمع:** تعني وجود علاقات تعاون وتنسيق مستمر ومثمر بين المؤسسات الصحية ومقدمي الخدمة، وأن تدرك الإدارة أن الخدمة الصحية الجيدة تتطلب الأخذ بعين الاعتبار مشاعر وأحاسيس المريض، إلى جانب احتياجاته المادية والمعنوية، كما أن الخدمة الصحية لا تتضمن التعامل مع حالة المريض فقط بل تتجاوز ذلك لتشمل أشياء أخرى كالتوعية الصحية والتأهيل.

¹ بلعرج عفاف، دور سياسات التسويق الصحي في تحسين جودة الخدمات الصحية، دراسة ميدانية على عينة من المرضى المعالجين في المصحات الخاصة لولاية عنابة، أطروحة دكتوراه، تخصص مالية، محاسبة والتسويق في المؤسسات، قسم المالية، كلية العلوم الاقتصادية، وعلوم التسيير، جامعة باجي مختار عنابة، الجزائر، 2015-2016، ص 24.

² زكي خليل مساعد، تسويق الخدمات الصحية، دار حامد للنشر، الأردن، 1998، ص 30، 31.

ونظرا لكون الخدمة الصحية مرتبطة بحياة الانسان فلا بد أن تتميز بدرجة عالية من الجودة، فإذا لا يمكن اعتماد نفس المعايير والمفاهيم المطبقة على الخدمات الأخرى، لأن ذلك يتعارض مع الرسالة الانسانية للمؤسسات الصحية، كما تجدر الإشارة أيضا إلى أن الخدمات الصحية تخضع لرقابة صارمة، فهي محددة ومضبوطة بالقوانين والأنظمة الحكومية التي تخضع لها المؤسسات الصحية العمومية والخاصة فيما يتعلق بتنظيم منهجية تقديم الخدمات الطبية.¹

المطلب الثالث: أنواع الخدمات الصحية

تسعى المؤسسات الصحية من خلال رسالتها إلى تقديم خدمات علاجية ووقائية، بهدف الحفاظ على صحة الفرد والمجتمع وتحقيق مستوى صحي أفضل، ولأجل ذلك لا بد من توفر ركيزتين أساسيتين، الركيزة الأولى هي ما يطلق عليه "بالكفاية الكمية" والتي تعني توفر الخدمات الصحية بحجم كافٍ من حيث الموارد البشرية والهيكل الصحية، وأن تُقدّم في جميع الأوقات بشكل عادل ومتساو بين مختلف المناطق الجغرافية، مع وجوب وضع النظم المالية والإدارية التي تسمح بتوفير الخدمات الصحية ووسائل التثقيف الصحي بشكل مناسب، أما الركيزة الثانية فتسمى "الكفاية النوعية" وتتعلق بتوفير الوسائل والمعدات المناسبة للتشخيص والعلاج وبشكل كافٍ وملائم، إلى جانب وضع برامج التكوين والتدريب لمختلف موظفي قطاع الصحة، وتحسين مستواهم باستمرار، وإطلاعهم الدائم على مختلف الاكتشافات العلمية والطبية والتكنولوجية الحديثة التي تسهم في رفع مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة.² وينتج عن هاتين الركيزتين عدة أنواع من الخدمات الصحية وفق تصنيفات مختلفة نعرض أهمها كما يلي:

1. أنواع الخدمات الصحية حسب غالبية النظم الصحية العالمية: تصنف الخدمات الصحية وفق معظم

النظم الصحية العالمية إلى أربعة أشكال، تتمثل فيما يلي:³

- خدمات صحية علاجية "آنية": ترتبط بجميع الخدمات الطبية التي تُقدّم للفرد بعد حدوث المرض في كافة التخصصات، وذلك بإلحاقه بإحدى المؤسسات العلاجية والتكفل به من جميع النواحي (تشخيص، أشعة، تحاليل، أغذية، أدوية، إيواء...).

¹ مكيد علي، بن عبادة فريدة، واقع اعتماد نظام جودة الخدمات الصحية في المستشفيات العمومية، المجلة الجزائرية للاقتصاد والمالية، العدد 02، المجلد 03، الجزائر، 2016 (الصفحات 07-31)، ص ص 11، 12 (بتصرف).

² حجو يوسف، دور الإدارة بالأهداف في تحسين جودة الخدمات الصحية -دراسة حالة-، أطروحة دكتوراه، تخصص تسويق الخدمات، قسم العلوم التجارية، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة حسنية بن بوعلي الشلف، الجزائر، 2021-2022، ص ص 63، 64.

³ عبادة أمينة، تطوير نموذج قياس خاص بجودة الخدمات الصحية دراسة عينة من المؤسسات الصحية العامة والخاصة بالجزائر العاصمة، أطروحة دكتوراه، تخصص تسويق، قسم العلوم التجارية، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة البليدة 02، الجزائر، 2021-2022، ص ص 74، 75.

- خدمات صحية وقائية "قبلية": هي تلك الخدمات التي تقدم للحفاظ على صحة الفرد والمجتمع والوقاية من الأمراض والأوبئة، وكذا الحماية من التدهور الصحي الناتج عن سلوكيات الأفراد غير الصحية؛
- خدمات صحية تأهيلية "بعدية": تشمل متابعة وتأهيل المرضى المعاقين أو المصابين جراء الحوادث؛
- خدمات الارتقاء بصحة الأفراد "توعوية": تقوم هذه الخدمات على توعية الأفراد بتبني أنماط صحية من خلال التركيز على أهمية الغذاء الصحي والمتوازن للفرد، الرياضة، الراحة والنظافة الشخصية، فضلا عن سلوكيات صحية سليمة كالإقلاع عن التدخين وتعاطي المخدرات.

2. أنواع الخدمات الصحية حسب طبيعتها: تقسم الخدمات الصحية حسب الطبيعة إلى:¹

- الفحوصات والاستشارات: تمثل واجهة المؤسسة الصحية حيث تشكل نقطة الالتقاء والتفاعل بين طالب الخدمة وعارضها على غرار خدمات التحاليل المخبرية والبيولوجية، خدمات التصوير بالأشعة؛
- الخدمات السريرية: تشمل تأمين إقامة ملائمة للمرضى، وبيئة عمل مناسبة للأطقم المعنية (الأطباء وشبه الطبيين)، وغير المعنية (عمال الصيانة، عمال النظافة، أعوان الأمن... إلخ)؛
- الخدمات الإدارية: تشمل مختلف الوظائف الإدارية للمؤسسة الصحية أو ما يعرف بالمناجمت الاستشفائي (التخطيط، التنظيم، القيادة، الرقابة)، والتي تتجسد في كل من تسيير الميزانية والمحاسبة، التسيير المادي وتسيير المخزونات، إدارة نظم المعلومات الصحية، تسيير الموارد البشرية، التكوين، التدريب وتحسين المستوى وتحديد المعارف، الخدمات التسويقية والإعلامية، تسيير الملفات الطبية والأرشيف، تسيير المنتجات الصيدلانية، وضع نظام لوحة القيادة ومشاريع المؤسسة، إعداد وتصميم بطاقة الأداء المتوازن الخاصة بالمستشفى، وضع ومتابعة نظام التحفيز ونظام الجودة الشاملة... إلخ؛
- خدمات الامداد: وتسمى كذلك بالخدمات اللوجيستكية تشمل كل الخدمات المدعمة للأنشطة التي تقوم بها المؤسسة الصحية على غرار الخدمات الفندقية (استقبال وتوجيه، إ طعام، إيواء، تنظيف، بياضة...، تسيير النفايات العلاجية، تسيير وصيانة التجهيزات الطبية والتجهيزات المرافقة (أجهزة التبريد، مولدات الكهرباء، أجهزة السكائير... إلخ)، تسيير حظيرة السيارات من اسعاف وسيارات نفعية، التزويد بالغازات الطبية وغيرها، تتولى القيام بهذه الخدمات إما المؤسسة بحد ذاتها من خلال تخصيص قسم أو وحدة داخل المؤسسة أو توكل لطرف خارجي يسمى (متعامل اقتصادي)؛
- الخدمات التقنية: تضم الوسائل التكنولوجية والتقنية التي تدعم جميع الخدمات السابقة.

¹ Faridah. Dj, et autres, *L'Hôpital Innovateur : de l'Innovation Médicale à l'Innovation de Service*, Paris, Masson, 2004p 62-64.

3. أنواع الخدمات الصحية حسب تخصصها: تتمثل فيما يلي:

- خدمات طبية مرتبطة بصحة الفرد: وتشمل الخدمات المتعلقة بالفحص والتشخيص والعلاج، تُؤدَّى في مختلف الأقسام والمصالح مثل (قسم الأمراض الداخلية، قسم الأمراض النسائية والتوليد، قسم الأطفال وحديثي الولادة، وحدة الاستعجالات الطبية والجراحية، قسم الجراحة العامة، مصلحة الأشعة، المخبر،... إلخ.¹
- خدمات طبية مساعدة: تشمل كل ما يتعلق بالرعاية السريرية داخل المؤسسة الصحية، والتي تضم خدمات التمريض التي يقوم بها الأعوان شبه الطبيين من تضميد، حقن... إلخ، والخدمات الصيدلانية المتعلقة بتوفير الأدوية ومختلف المواد الصيدلانية التي يحتاجها المريض؛²
- خدمات الرعاية الصحية: تهدف إلى تعزيز وتشجيع المستوى الصحي للأفراد والمجتمع ككل، حيث تختلف عن خدمات المعالجة الصحية من حيث زمن الحدوث، تعتبر الأولى سابقة للثانية، حيث تتميز بأنها لا تقدم أثناء حدوث المرض وإنما تسعى إلى عدم حدوثه أصلاً وذلك من خلال التوعية الوقائية؛³
- الخدمات الصحية البيئية: تعبر عن خدمات وقائية ترتبط بصحة المجتمع والبيئة ومواجهة التدهور الصحي الناتج عن سلوكيات الأفراد والمؤسسات، وتشمل خدمات متعددة على سبيل المثال التلقيح ضد الأمراض المعدية والأوبئة، رعاية الأمومة والطفولة، مكافحة الحشرات والحيوانات الناقلة للأمراض، الرقابة الصحية على المحلات التجارية، الرقابة البيئية على وحدات الانتاج الصناعي والزراعي... إلخ.⁴
- 4. أنواع الخدمات الصحية حسب درجة أهمية حضور المستفيد: تقسم الخدمات الصحية وفق هذا التصنيف إلى:⁵
- الخدمات الصحية المباشرة: وهي التي تستلزم الحضور الجسدي للمستفيد من الخدمة حيث يتفاعل مباشرة مع مقدم الخدمة مثل التدخلات الجراحية أو التصوير بالأشعة الطبية... إلخ؛

¹ إيد عبد الفتاح النور، بن عبد الله الصغير، قضايا وتطبيقات تسويقية معاصرة، دار صفاء للنشر والتوزيع، الأردن، 2014، ص ص (بتصرف) 176، 177.

² سمير حسين الوادي، مصطفى سعيد الشيخ، تسويق الخدمات الصحية (منظور متكامل)، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، الأردن، 2016 ص ص 74، 75 (بتصرف).

³ فريد كورتل، مرجع سبق ذكره، ص 319 (بتصرف).

⁴ عفاف بلعرج، مرجع سبق ذكره، ص 26 (بتصرف).

⁵ عبادة أمينة، مرجع سبق ذكره، ص 78.

- الخدمات الصحية غير المباشرة (عن بعد): تشير إلى الخدمات التي تُقدّم من خلال تقنيات وتكنولوجيا الاتصال الحديثة دون الحاجة إلى الحضور الفعلي للمريض، حيث تُنقل المعلومات الطبية عبر وسائط رقمية صوتية ومرئية كوسائل التواصل الاجتماعي بمختلف أنواعها، وتُستخدم هذه الخدمات في مجالات مثل الاستشارات الطبية، التشخيص الأولي، إرسال نتائج التحاليل، التوعية الصحية، والإرشادات الوقائية، مما يتيح للمستخدمين التفاعل مع مقدمي الرعاية الصحية عن بُعد بطريقة مرنة وسريعة.

5. أنواع الخدمات الصحية حسب الجهات المقدمة للخدمة: تقسم الخدمات الصحية وفق هذا

التصنيف إلى:¹

- خدمات القطاع العام: هي خدمات مجانية تُقدّم لكل المواطنين دون تمييز، تشرف عليها للدولة ممثلة في وزارة الصحة التي تضم مختلف المؤسسات الصحية العمومية على غرار المراكز الاستشفائية الجامعية، المؤسسات الاستشفائية الجامعية، المؤسسات الاستشفائية المتخصصة، المؤسسات العمومية الاستشفائية، المؤسسات الاستشفائية، والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية، بالإضافة إلى الوحدات الصحية الموجودة في الجامعات والمعاهد والمراكز الوطنية.

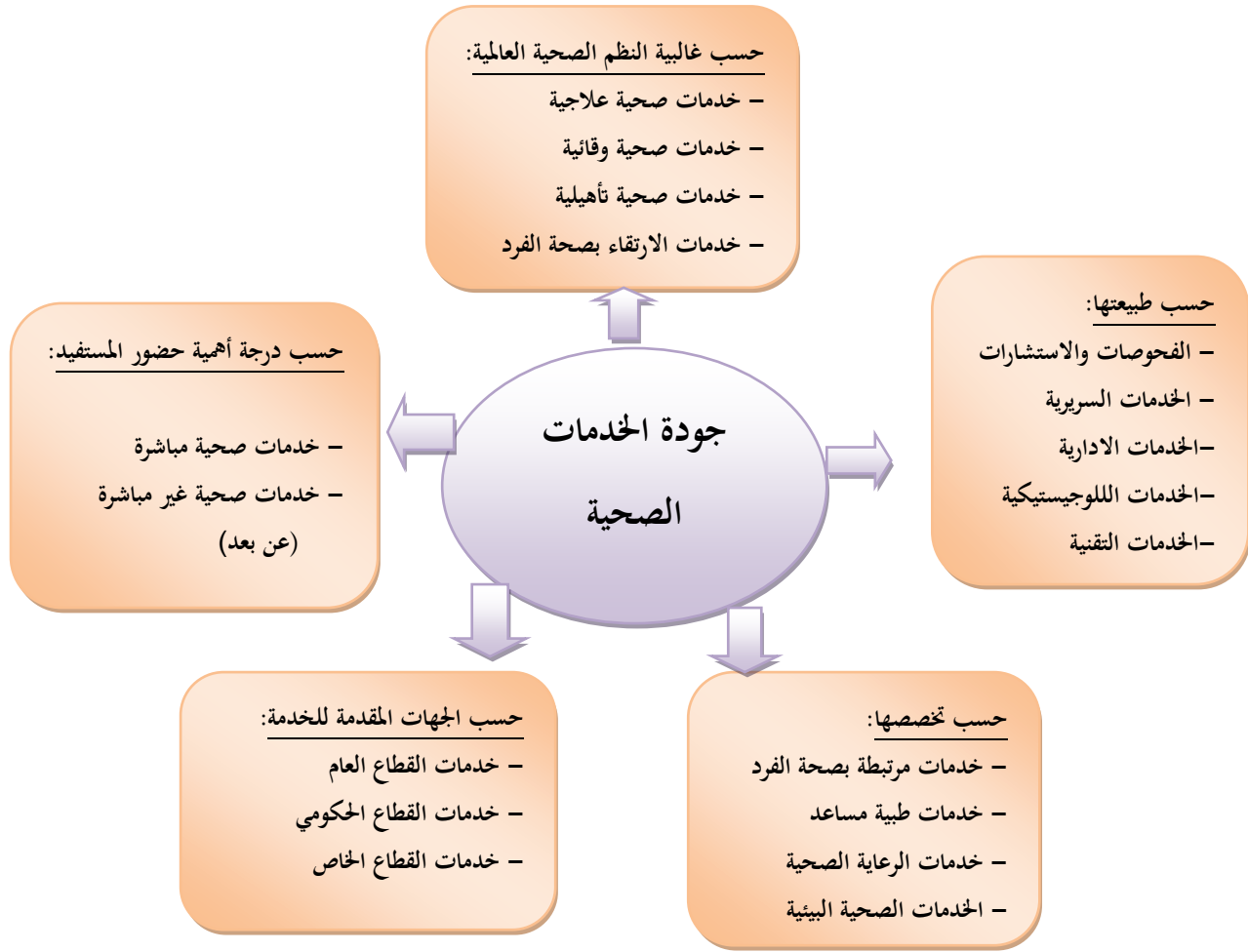
- خدمات القطاع الحكومي: تُقدّم من قبل مؤسسات صحية تابعة لقطاعات وزارية أخرى، لفائدة الموظفين العاملين فيها وأسرهم كالمستشفيات التابعة لوزارة الدفاع الوطني (المستشفى المركزي العسكري ووحداته الجهوية)، كذلك التابعة للأمن الوطني (المستشفى المركزي للأمن الوطني)، إضافة إلى إمكانية استفادة موظفي هذه القطاعات من خدمات باقي المؤسسات التابعة لوزارة الصحة.

- خدمات القطاع الخاص: تقدمها مصحات وعيادات استشفائية ومراكز خاصة تشمل عمليات جراحية، تحاليل طبية، تصوير بالأشعة، خدمات التشخيص والعلاج... إلخ، وهي خدمات غير مجانية تسعى من خلال ذلك إلى تحقيق ربح اقتصادي في إطار المنافسة داخل السوق الصحي.

والشكل الموالي يلخص هذه الأنواع كما يلي:

¹ عفاف بلعج ، مرجع سبق ذكره، ص 28.

الشكل رقم (27): تصنيف الخدمات الصحية



المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على التصنيفات السابقة.

من خلال الشكل أعلاه نلاحظ أن المؤسسات الصحية تتولى القيام بالعديد من الخدمات الصحية، تنطوي تحت كل نوع منها مجموعة كبيرة من الخدمات ترتبط بمقدميها ونوعية كفاءاتهم وتخصصاتهم ومستوى تأهيلهم، واتجاهات تقديمها والفئة المستهدفة لتلقيها فمثلا الخدمات العلاجية والوقائية يقدمها الأطباء والمرضى لعملائهم المرضى، والخدمات الإدارية يقدمها موظفي الإدارة الصحية لعملائهم الداخليين (جميع موظفي المؤسسة) وعملائهم الخارجيين (موردين أو متعاملين اقتصاديين... إلخ)، والخدمات اللوجيستكية يقدمها التقنيين والعمال المهنيين للعملاء الداخليين (الإدارة ومختلف المصالح الاستشفائية والعلاجية) وللعلماء الخارجيين (خدمات الاستقبال، الفندقية والإطعام للمرضى...).

المطلب الرابع: مبادئ ومعايير تقديم الخدمات الصحية

يستند تقديم الخدمة الصحية إلى مجموعة من المبادئ التي تشكل في ذات الوقت معايير أساسية للحكم على جودتها وأدائها داخل المنظومة الصحية، فهذه المبادئ لا تُعد فقط توجهات نظرية، بل تُستخدم كأدوات عملية لقياس كفاءة وفعالية الخدمات المقدمة، نعرضها كما يلي:

1. **التكلفة:** الخدمات الصحية لها خصوصية تميزها عن باقي الصناعات الخدمية، الأمر الذي أدى إلى صعوبة إدارتها والتخطيط والرقابة على التكاليف الخاصة بها، وهو ما فرض مبدأ الدفع مقابل الحصول عليها إما بصورة مباشرة أو غير مباشرة، لذلك يجب على المديرين والأطباء الاهتمام أكثر بتحديد هذه التكلفة وتجنب الهدر، والتخلص من الأنشطة غير المجدية، مع تحديد الحدود الدنيا التي يجب أن لا تنزل عندها الخدمات الصحية بغض النظر عن التكاليف اللازمة لتقديمها¹.

2. **الفعالية:** عملية تمويل الخدمات الصحية من مختلف مصادرها تتطلب إدارة فعالة، تضمن الاستخدام الأمثل للموارد المتاحة، حيث يتحقق ذلك من خلال تبني العديد من الإجراءات منها:

- تعزيز مبدأ اللامركزية في إدارة المؤسسات الصحية المختلفة؛
- رفع كفاءة الإنفاق وإمكانية مكافأة مقدمي الخدمة وتحفيزهم بناء على النتائج المحققة؛
- وضع معايير دقيقة لقياس الجودة وتقييم الأداء، مع تطوير البحث العلمي في هذا المجال؛
- تشجيع الشراكة بين القطاعين العام والخاص في تمويل وتقديم الخدمات المطلوبة بما يتماشى مع السياسة العامة للدولة.

3. **الكفاءة:** يعتبر مفهوم الكفاءة أشمل وأدق من مفهوم التكلفة، وذلك لأن قياس الكفاءة يتطلب مقياساً دقيقاً للمنافع الفعلية التي تقدمها الخدمات الصحية، حيث تراعي هذه الأخيرة تحقيق الكفاءة الاقتصادية والفنية معاً، وفيما يلي أهم أشكال الكفاءة التي يمكن تطبيقها داخل المؤسسة الصحية والتي تعد من أهم نتائج تطبيق الجودة :

- **الكفاءة التقنية:** تهتم بتحقيق أفضل مردود أو عائد مقارنة مع الموارد المتاحة المستخدمة؛
- **الكفاءة المنشودة أو المستهدفة :** وتعني استخدام معظم الموارد المتاحة في المجالات ذات الأولوية؛
- **الكفاءة التسويقية :** تشير إلى تقديم أجود الخدمات الطبية المقدمة للمرضى من وجهة نظر المستفيد.

¹ طلعت الدمرداش ابراهيم، اقتصاديات الخدمة الصحية ، مكتبة القدس، الطبعة الثانية، مصر، 2006، ص 31-36 (بتصرف).

4. **العدالة:** يختلف مفهوم العدالة عن المساواة في تقديم الخدمات الصحية، فالمساواة تعني الحصول على نصيب متساو من سلعة أو خدمة، في حين هناك ثلاثة طرق لتعريف العدالة في مجال الخدمات الصحية هي كما يلي:

- تحقيق تساوي في النتائج الصحية المحققة بين مختلف فئات السكان؛
- تحقيق تساوي وتكافؤ في استخدام الخدمات الصحية؛
- تحقيق تساوي في الوصول إلى الخدمات الصحية.

وبالتالي فإن تقديم العلاج يجب أن يستند إلى معيار الحاجة إليه، وليس إلى القدرة على الدفع أو توافر الموارد المالية للحصول عليه، ما يجعل العدالة أحد الأهداف الأساسية لأي نظام صحي يسعى إلى ضمان الإنصاف في المجتمع.

5. **الأمان الصحي:** لا يقتصر معيار الأمان الصحي على مجرد شعور الفرد بتوافر خدمات صحية كفؤة وفعالة، بل يتجاوز ذلك ليشمل الشعور بالاطمئنان المالي تجاه تكاليف الرعاية الصحية، ويُعد هذا المعيار أحد الركائز الأساسية في بناء أنظمة صحية عادلة ومستدامة، حيث يضمن للفرد التغطية الصحية اللازمة في جميع مراحل حياته، سواء استدعت الحاجة إلى الرعاية الصحية أم لا، ويكتسب هذا المعيار أهمية خاصة في مواجهة الحالات غير المتوقعة، كالحوادث الطارئة أو الإصابة بأمراض خطيرة أو مزمنة، والتي قد تُحمل الفرد أعباء مالية تفوق قدرته على الدفع.

6. **التوافر:** يشير إلى مدى وجود أو غياب الخدمات الصحية المطلوبة من طرف المواطنين، ويجب على الدولة أن توفر القدر الكافي من المرافق الصحية والخدمات والبرامج ذات الصلة بالصحة العامة، ويختلف الطابع المحدد لهذه المرافق والخدمات وفقا لعوامل عديدة، من بينها المستوى الإنمائي للدولة ومدى قدرتها على توفير المقومات الأساسية للصحة مثل المياه الصالحة للشرب والتغذية الجيدة وبناء الهياكل الصحية، وكوادر الصحة بمختلف فئاتهم (أطباء وممرضين، إداريين...)، إلى جانب الأدوية الأساسية والتجهيزات الطبية اللازمة لتسيير هذه الهياكل¹.

7. **الإتاحة:** تعني سهولة وصول المستفيدين إلى الخدمات الصحية المطلوبة عند الحاجة إليها في فترة زمنية ومكانية ملائمة دون عوائق جغرافية أو مالية أو ثقافية، وهذه السهولة تتأثر بخصائص نظام تقديم الخدمات الصحية من حيث توافرها، تنظيمها وطرق تمويلها وكذا الخصائص الديمغرافية للسكان ومستويات الدخل لديهم... إلخ. حيث نجد أربعة عوامل متداخلة تتيح للجميع إمكانية الوصول إلى المرافق الصحية وسهولة الانتفاع من خدماتها، تتمثل في²:

¹ زان مريم، مرجع سبق ذكره، ص 81.

² المرجع نفسه، ص ص 82، 83.

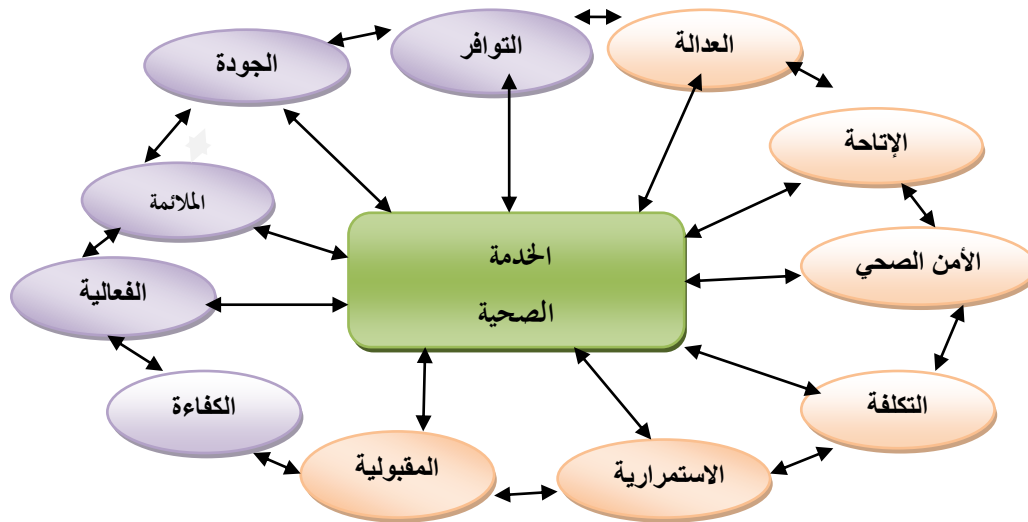
- الوصول الجغرافي: يُقاس بسهولة الوصول إلى المؤسسة الصحية من حيث المسافة، الوقت، وتوفر وسائل النقل، ويُفترض أن تُغطّي الخدمات الصحية جميع المواطنين بشكل عادل وشامل؛
 - الوصول المادي: يتعلق بالقدرة على تحمل تكاليف الرعاية الصحية، ما يستوجب من السياسات الصحية تقليل الأعباء المالية خاصة على ذوي الدخل المحدود؛
 - الوصول المؤسسي: يشير إلى كفاءة المؤسسات الصحية في استقبال المرضى وتنظيم الخدمات، مثل نظام المواعيد، مدة الانتظار، وتوفير المعلومات اللازمة وطريقة تقديم الخدمة؛
 - الوصول اللغوي: يتضمن استخدام لغة واضحة ومفهومة بين مقدم الخدمة والمريض لضمان التواصل الفعّال.
8. **الاستمرارية:** وتعني تقديم الخدمة الصحية بشكل دائم ومنتظم دون انقطاع، باعتبارها تلبي حاجات ضرورية تتعلق بصحة الإنسان، وإذا تحدثنا عن الخدمة الصحية كخدمة عمومية يصبح مبدأ الاستمرارية مسؤولية الدولة في حد ذاتها، فالسلطات الإدارية مطالبة باتخاذ الاجراءات اللازمة لضمان الاستمرار في تقديم العمومية دون توقف.¹
9. **المقبولية:** تعني أن الخدمات الصحية المقدمة يجب أن تغطي بقبول كل من المرضى، ذويهم، مقدمي الخدمة أنفسهم إلى جانب أفراد المجتمع بشكل عام، فهي تقدم لإشباع الرغبات والاستجابة لتطلعات المجتمع، بما يضمن احترام الخصوصية والثقافة المحلية، ويستند إلى القيم الأخلاقية والمعايير المهنية المعمول بها.²
10. **الملاءمة:** وتعني توافق نوع وطريقة الخدمة الصحية مع الغرض الذي تُقدم من أجله، من خلال التوافق والانسجام مع احتياجات المريض وظروفه، وذلك بمرونة تتيح تطوير الخدمات استجابة لتغير الحاجات والظروف.
11. **الجودة:** يجب أن تكون المرافق والخدمات الصحية التي تقدمها ملائمة علميا وطبيا وذات مستوى ونوعية جيدة ترقى إلى مستوى تطلعات الأفراد والمجتمع.

والشكل التالي يلخص هذه المبادئ كما يلي:

¹ Berhanu . E, Op, Cit, p111.

² زان مريم، مرجع سبق ذكره، ص 83.

الشكل رقم (28): مبادئ ومعايير تقديم الخدمات الصحية



المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على المبادئ أعلاه.

يعكس الشكل السابق منظومة مترابطة من المعايير الأساسية التي يجب توفرها في الخدمة الصحية، والتي تنقسم إلى معايير تتعلق بالمستفيد، مثل العدالة، الملاءمة، والمقبولية، ومعايير تتعلق بالمؤسسة ومقدم الخدمة، كال كفاءة، الفعالية، والتكلفة. كما يُظهر الشكل علاقات تأثير متبادلة بين هذه العناصر، حيث تؤثر الكفاءة والفعالية في ملاءمة الخدمة، وتنعكس الملاءمة والإتاحة والعدالة على مقبولية الخدمة، كما أن كل هذه العناصر مجتمعة تؤثر على مستوى جودة الخدمة الصحية من وجهة نظر المستفيد منها (المريض).

وعليه وباعتبار أن الخدمات الصحية هي من أهم القطاعات وأكثرها حساسية نظراً لارتباطها المباشر بأغلى ما يملكه الإنسان على الإطلاق وهي صحته، فإن الأمر يستدعي تقديم هذه الخدمات وفق مبادئ واضحة واستناداً إلى معايير دقيقة تضمن فعاليتها وعدالتها واستمراريتها، غير أن توفر هذه المعايير لوحدها لا تكفي لضمان أداء مثالي، بل تظهر الحاجة إلى تبني مفهوم الجودة كمنهج شامل يُعنى بتحسين مستوى الخدمة الصحية المقدمة بمختلف أبعادها، وبالتالي فإن الانتقال إلى الحديث عن الجودة في الخدمات الصحية يُمثل امتداداً طبيعياً لتكريس الأداء الفعال وضمان تحقيق الأهداف الصحية المنشودة.

المبحث الثالث: الجودة في سياق الخدمات الصحية

يعتبر متلقي الخدمات الصحية العنصر الأكثر تقييماً للجودة المقدمة، لذلك كان لزاماً على المؤسسات الصحية الاهتمام أكثر بالمريض والتركيز عليه، من خلال تكريس الجهود وتخصيص الامكانيات من أجل تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية، حيث تحظى هذه الأخيرة باهتمام كبير من طرف الباحثين نظراً لخصوصيتها وارتباطها بحياة الأفراد، ولأجل ذلك ظهرت الحاجة إلى تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية بالإضافة إلى أساليب رقابية فعالة تساهم في اكتشاف مشاكل الجودة وحلها.

المطلب الأول: مفهوم جودة الخدمات الصحية

يرى الباحثون أنه ثمة صعوبة في تحديد مفهوم دقيق لجودة الخدمة الصحية وهذا راجع من جهة لطبيعته كمصطلح يتطور من خلال دلالاته وترجمته العملية، ومن جهة أخرى إلى تأثره بعوامل عدة مثل الثقافة والقيم والتوجهات السياسية والاقتصادية في كل بلد أو مجتمع. وقبل التطرق إلى مختلف التعاريف التي قدمها الباحثون لجودة الخدمات الصحية، نرى أنه من المهم التطرق أولاً وباختصار لأبرز المحطات التاريخية لمفهوم جودة الخدمات الصحية .

والحديث عن تطور جودة الرعاية الصحية يقودنا بالضرورة إلى مساهمات الباحث أفيديس دونابيديان **Avedis Donabedian** حول أسس تقييم الجودة، حيث قام سنة 1966 بتقديم نموذج خاص به لقياس الجودة الصحية قائم على "نظرية النظم البسيطة"، الذي يعتبر أن الرعاية الصحية هي عبارة عن نظام متكامل له عناصر ومقومات متداخلة، وقد اعتمد دونابيديان في وصفه لجودة الرعاية الصحية بأنها نظام ذو ثلاث مكونات أساسية هي: البنية **structure**، التي تشمل الموارد والإمكانيات المتوفرة، العملية **process**، وهي ما يتم تنفيذه من إجراءات داخل النظام الصحي، والنتيجة **outcome**، وهي ما تحقق فعلياً وقد تطور التركيز في تقييم الجودة تدريجياً، فبعد أن كان الاهتمام منصباً على النتائج، تحول لاحقاً نحو العمليات ثم إلى بنية النظام الصحي ذاته.¹ وفي سنة 1910 شكّل تقرير أبراهام فلكسنر نقطة تحول حاسمة في تاريخ التعليم الطبي بالولايات المتحدة وكندا،

¹ اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط، جدول الأعمال المبدئي، ضمان الجودة وتحسينها في النظم الصحية ولاسيما في الرعاية الصحية الأولية مسئولية مشتركة، النظم الصحية والجودة، جمهورية مصر العربية، 01-04 أكتوبر 2000، ص12، متاح على الموقع الإلكتروني التالي:

<http://208.48.48.190/rc47/anpa11bo1.htm>

حيث كشف عن ضرورة إعادة تنظيم هذا القطاع، ما أدى إلى إصلاحات جذرية طالت المناهج ومؤسسات التكوين الطبي.¹

وبحلول عام 1915 قامت الكلية الأمريكية للجراحين بتطوير برنامج خاص يهدف إلى تحديد معايير دقيقة لأداء المنشآت الصحية، وكان من بين أهداف هذا البرنامج هو وضع طريقة رسمية لاعتماد المستشفيات والتحقق من جودة الخدمة الصحية المقدمة فيها، وقد ارتكز البرنامج على خمسة نقاط رئيسية تتمثل في التأكيد على أهمية كل من تنظيم الهيكل البشري، الاجتماعات الشهرية لمتابعة الأداء، التدقيق في السجلات الطبية لضمان دقة التوثيق، الإشراف الفعال والكفاء، وكذا التأكيد على أهمية اعتماد الأطباء وإجازتهم المهنية للقيام بممارسة مهنة الطب.²

وأعقبت هذه المرحلة إنشاء "اللجنة الأمريكية المشتركة لاعتماد المستشفيات" والتي أصبحت تُعرف لاحقاً باسم "اللجنة المشتركة لاعتماد مؤسسات الرعاية الصحية"، وقد ساهم مفهوم "الاعتماد" **Accreditation** والاشهاد **Certification** في تطور عملية الجودة الصحية، حيث استمر التركيز على العناصر البنوية وعلى المعايير المرتبطة بالبنية، وتم إنشاء العديد من المؤسسات المهنية لتوجيه الممارسات في نطاق عملها من خلال اتخاذ معايير معينة وبعض الدلائل الإرشادية لمراقبة الامتثال لتلك المعايير، غير أنه لم يتم حتى السبعينات من القرن الماضي، تحويل الاهتمام من المعايير المتعلقة بالبنية إلى المعايير المتعلقة بالعملية، واعتمدت بعض الدلائل الإرشادية لتقنين هذا التوجه، كما طلبت الحكومة الأمريكية من القطاع الخاص المساعدة على إقامة منظمات للمراجعة، تتولى تطوير ومراقبة معايير تقديم الرعاية، وقد استمر هذا التركيز على جودة العمليات طوال السبعينيات وامتد جزء كبير منه خلال الثمانينيات، لاحقاً بدأت الأنظار تتجه مجدداً إلى جودة النتائج والمخرجات، خصوصاً مع بروز مفاهيم جديدة مثل التحسين المستمر، والجودة الشاملة، وتحسين الأداء، والتي عززت فكرة أن التقييم الحقيقي للجودة لا يكتمل إلا بالنظر إلى الأثر الفعلي للخدمة على صحة المرضى.³

¹ لوآن آدى، تشارلز بيجلي، دافيد ليرسون، كارل سيلتر، ترجمة عبد المحسن بن صالح الحيدر، **تقويم نظام الرعاية الطبية الفعالية والكفاءة والإنصاف**، معهد الإدارة العامة، المملكة العربية السعودية، 2000، ص 27.

² خالد بن سعد عبد العزيز بن سعيد، **إدارة الجودة الشاملة: تطبيقات على القطاع الصحي**، مكتبة الملك فهد الوطنية، دار العبيكان للنشر والتوزيع، المملكة العربية السعودية، 2000، ص 15.

³ اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط، مرجع سبق ذكره، ص 14.

بالرغم من الاهتمام الكبير الذي يحظى به موضوع الجودة في سياق الخدمات الصحية¹، إلا أنه من الصعب إيجاد تعريف دقيق يتفق عليه الجميع، ويعود ذلك إلى تعدد وتباين وجهات النظر التي تخضع لرأي كل جهة حسب طبيعة تدخلها في موضوع الصحة، وحسب مواقعهم وأدوارهم وأهدافهم في المؤسسات الصحية. وفيما يلي مجموعة من التعاريف التي تعكس هذه الرؤى المختلفة:

- حسب دونابيديان ² Avedis Donabedian: الجودة تعني "تطبيق العلوم والتقنيات الطبية لتحقيق أقصى استفادة للصحة العامة دون زيادة التعرض للمخاطر، وعليه فإن درجة الجودة تحدد بمدى أفضل موازنة بين المخاطر والفوائد".³

يشير دونابيديان في تعريفه إلى أن جودة الخدمة الصحية تركز على محورين أساسيين، المحور الفني الذي يتضمن دقة تطبيق العلوم والتقنيات الصحيحة في التشخيص والعلاج، والمحور الإنساني الذي يتضمن تلبية الاحتياجات الإنسانية والاجتماعية للمريض كالتعاطف والاحترام وتقديم المعلومات اللازمة له، ويمثل هذا الأخير الوسيلة التي يتم من خلالها تحقيق الجودة الفنية والتقنية للخدمة، وبالتالي فهو على درجة عالية من الأهمية لا تقل عن أهمية الجانب الفني.

- منظمة الصحة العالمية: تعرف الجودة على أنها "المسعى الذي يسمح بضمان تناسق عمليات التشخيص والعلاج لكل مريض للوصول إلى أفضل النتائج الصحية تماشياً مع العلوم الطبية الحديثة بأقل تكلفة وبأقل مخاطر، وعلاقات جيدة تكسب رضا المريض داخل المؤسسة الصحية".⁴

¹ تشير إلى أنه في دراستنا هذه نتم بمجودة الخدمة الصحية (رعاية طبية) وليس جودة الرعاية الصحية ونقصد بمجودة الخدمات الصحية أو الرعاية الطبية كل الخدمات التي تقدم للمريض طيلة فترة تواجده في المستشفى بداية من استقباله على مستوى مكتب الدخول إلى غاية خروجه منه وهي عبارة عن سيورة تشمل مختلف الخدمات المتعلقة بالتشخيص والعلاج والتأهيل الاجتماعي والنفس على مستوى الأقسام العلاجية المتخصصة والأقسام الطبية الداعمة لها خلال مدة استشفاءه، أما جودة الرعاية الصحية فهي عبارة عن إجراءات وقائية تهدف إلى رفع المستوى الصحي للمجتمع تهم بكل من صحة البيئة، حملات التحسيس والتطعيم، حملات تنظيم الأسرة، رعاية الأم والطفل ورعاية المسنين وغيرها، وهو ما سيتجسد في الاستبيان المتعلق بفئتي المقدم والمتلقي للخدمة الصحية ضمن هذه الدراسة.

² Avedis Donabedian: هو طبيب وباحث في مجال الخدمات الصحية في جامعة ميشيغان، من مواليد 1919 طور النموذج الأصلي لتقييم جودة الخدمات الصحية في عام 1966 حيث بالرغم من تواجده أطر أخرى لخدمات صحية ذات نوعية جيدة، بما في ذلك إطار جودة الرعاية الذي أوصت به منظمة الصحة العالمية ومبادرة باماكو، لا يزال "نموذج دونابيديان" هو النموذج السائد لتقييم نوعية الخدمات الصحية، توفي سنة 2000.

³ عبد العزيز بن حبيب الله تبار: جودة الرعاية الصحية: الأسس النظرية والتطبيق العملي، مكتبة الملك نهد الوصفية للنشر، الرياض، 1425هـ ص40.

⁴ Senez. B et Autres, *Qualité des Soins, Paris : ANAES, 1999, p10.*

يشير هذا التعريف إلى العناصر المهمة التي يركز عليها تعريف الجودة وهي التنسيق، الكفاءة والفعالية في الأداء، الحداثة، التحكم في التكاليف، التقليل من المخاطر وبناء علاقات جيدة مع المرضى، مما يعكس أن الجودة في الخدمات الصحية مفهوم شامل متعدد الأبعاد، يهدف إلى توفير رعاية صحية ذات جودة عالية تلبي احتياجات المرضى وتحقق رضاهم.

- **المعهد الطبي الأمريكي:** يعرف جودة الخدمات الصحية على أنها "مستوى تقديم الرعاية من طرف المؤسسات الاستشفائية من أجل الرفع من النتائج المحتملة المنتظرة من طرف الفرد والمجتمع، ومواءمة هذه النتائج مع الإمكانيات والمعرفة الحديثة".¹

يشير هذا التعريف إلى أهمية توفير خدمات صحية ذات جودة عالية وملائمة لاحتياجات وتوقعات المرضى ومتطلبات العلم والتكنولوجيا الحديثة، مما يساهم في تحسين صحة الفرد والمجتمع.

- **أما الهيئة المشتركة لاعتماد المنظمات الصحية فتعرفها بأنها:** "درجة الالتزام بالمعايير الحالية والمتفق عليها للمساعدة في تحديد مستوى جيد من الممارسة، ومعرفة النتائج المتوقعة لخدمة أو إجراء أو تشخيص مشكلة طبية معينة".²

يشير هذا التعريف إلى أهمية اعتماد المعايير، الضوابط والممارسات المهنية في تحسين جودة الخدمات الصحية وضمان تقديم رعاية آمنة وفعالة للمرضى.

- **أما مجلس المنطقة الغربية للخدمات الصحية والاجتماعية في المملكة المتحدة فيرى أن جودة الخدمات الصحية** "هي تحقيق الحد الأقصى من النتائج الإيجابية سواء تعلقت بمستوى الرعاية السريرية المقدمة أو بتحقيق درجة عالية من رضا المستفيد عن الخدمة المقدمة".

يشير هذا التعريف إلى أن تحقيق النتائج الإيجابية ورضا المستفيد يعتبران كمؤشرين رئيسيين لجودة الخدمات الصحية، ويعكس التزام المؤسسات الصحية بتحسين تجربة المرضى وتحقيق أفضل النتائج الممكنة لصحتهم.

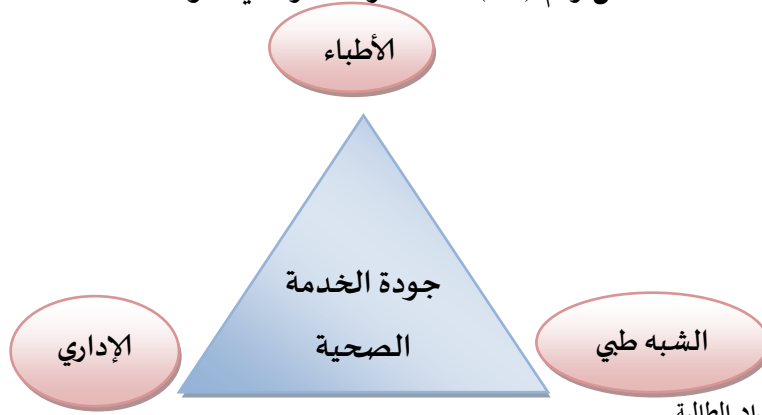
أما نحن فنرى أن مفهوم جودة الخدمات الصحية يظهر في السعي إلى تحقيق مستوى عالي من الأداء في الخدمة المقدمة للمريض بطريقة تعكس توقعاته وتطلعاته، وذلك من خلال التركيز على جوانب عديدة ومتنوعة منها جودة الرعاية السريرية، التواصل مع الطاقم الطبي وشبه الطبي، الوقت اللازم للمراجعات، وأي تسهيلات أخرى تساهم في تحسين تجربة المريض وتحقيق رضاه، وهذا كون المريض طرف أساسي في تقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة له باعتباره متلقيها.

وتختلف الجودة في مفهومها باختلاف موقع الفرد من النظام الصحي كما يوضحه الشكل التالي:

¹ خالد بن سعد عبد العزيز بن سعيد، مرجع سبق ذكره، ص 44.

² محيىر عبد العزيز والطعامنة محمد، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات، المنظمة العربية للتنمية الإدارية القاهرة، مصر، 2008، ص 187.

الشكل رقم (29): العناصر المشاركة في جودة الخدمة الصحية



المصدر: من إعداد الطالبة.

حيث:¹

- **الجودة من المنظور المهني الطبي (الأطباء وشبه الطبيين):** هي تقديم خدمات صحية عالية المستوى تستند إلى أحدث التطورات العلمية والمهنية، ويرتكز هذا المفهوم على ثلاث دعائم رئيسية: أخلاقيات المهنة الصحية، كفاءة الخبرات وتنوعها، وجودة الخدمة المقدمة، كما أن أي انتقاد لمستوى الجودة غالباً ما يكون مرتبطاً بضعف الكفاءة، ضعف التواصل المهني مع بعضهم البعض وكذا التواصل مع المريض والطاقم الإداري، أو غياب الالتزام بالمعايير الأخلاقية والمهنية.
- **الجودة من منظور المستفيد أو المريض:** تعكس الجودة من منظور المريض التركيز على تجربة الحصول على الخدمة ونتائجها الفعلية، إذ لا يُقاس نجاح النظام الصحي فقط بالتنظيمات أو المعايير المهنية، بل بمدى تلبية احتياجات وتطلعات المرضى. ويُعد رضا المريض هو المعيار الأوضح لتقييم الجودة، حيث تُعرّف جودة الخدمة الصحية هنا بأنها "الدرجة التي يدركها المريض في مستوى الخدمة المقدمة له مقارنة بتوقعاته".²
- **الجودة الصحية من الناحية الإدارية:** تعكس الجودة الصحية من هذا المنظور القدرة على استغلال الموارد المتاحة بكفاءة، وتوفير الخدمة المناسبة في الوقت المناسب وبتكلفة مقبولة، دون التأثير على مستوى جودة الأداء. ويتطلب ذلك تنظيمًا إداريًا فعالاً، وتنسيقاً داخلياً وخارجياً مع الأطراف ذات الصلة، لضمان تقديم خدمة صحية ذات جودة واستدامة.

¹ إياد عبد الفتاح النور، تقييم رضا المشتري السعودي عن الخدمات التي تقدمها المستوصفات الأهلية العاملة في مدينة الخرج السعودية، المجلة العربية الإدارة، المجلد 33 العدد الأول، يونيو 2013، ص 144.

² ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري العلمية، الأردن، 2007، ص 168.

المطلب الثاني: أهمية جودة الخدمات الصحية وأهدافها

لجودة الخدمات الصحية أهمية وأهداف كبيرة في تحسين حياة الأفراد وتعزيز صحتهم بشكل عام، نعرضها أهمها في هذا المطلب.

أولاً: أهمية جودة الخدمات الصحية

تظهر أهمية جودة الخدمات الصحية في جوانب كثيرة ومناحي متعددة، يمكن الإشارة إلى بعض منها فيما يلي:¹

➤ تمكن المؤسسة الصحية من فهم احتياجات المستفيدين، ومعرفة رغباتهم وتطلعاتهم، والعمل على إشباعها وتحقيق رضاهم، مما ينعكس إيجاباً على تحسين سمعة المؤسسة الصحية وزيادة الثقة بها، وبالتالي زيادة الإقبال على خدماتها؛

➤ لجودة الخدمات الصحية دوراً كبيراً في تقليل حوادث الأخطاء الطبية وما ينتج عنها من خسائر، سواء كانت مادية أو معنوية، مما يعزز سلامة المرضى وثقتهم في النظام الصحي؛

➤ القدرة في التوصل إلى طريقة مثلى لمعالجة المشاكل، وتحقيق آثارها قبل استفحالها من خلال التركيز على المشاكل التي لها تأثير مباشر على مستوى الخدمات وتحد من فاعليتها، وبالتالي تحقيق تحسين ملحوظ في فعالية الخدمات المقدمة وتحسين سمعتها وزيادة الإقبال عليها؛

➤ التمكن من إيجاد أنسب السبل للتعامل مع المشكلات قبل تفاقمها، من خلال التركيز على المشاكل التي تؤثر بشكل مباشر على جودة الخدمات وتحد من فعاليتها، مما يساهم في تحقيق تحسين الأداء العام، وفعالية الخدمات المقدمة؛

➤ مستوى جودة الخدمات الصحية يلعب دور كبير في تحديد مدى رضا المستفيدين، والعمل على تطوير هذه الخدمات يعزز ثقة الأفراد في النظام الصحي ويشجعهم على الاستفادة من خدماته بشكل أكبر.

➤ لجودة الخدمات الصحية دور جوهري في تعزيز التحسين المستمر على مختلف جوانب النظام الصحي، مما يساهم في تحسين الخدمة الصحية وتحقيق أفضل النتائج للمرضى؛

¹ أبوروف عمر آدم علي، أثر تطبيق مفاهيم الجودة على كفاءة الخدمات الصحية بولاية الخرطوم من خلال خدمات التخلص من النفايات الطبية، أطروحة دكتوراه، تخصص فلسفة إدارة الجودة والامتنياز، كلية الدراسات العليا والبحث العلمي، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، السودان، 2016، ص ص 138، 139.

➤ تسهم برامج الجودة في دعم العاملين في المؤسسات الصحية على اختلاف مستوياتهم، من خلال تعزيز قدراتهم، وتشجيعهم على الإبداع، وتأدية مهامهم بكفاءة، مما ينعكس إيجاباً على إنتاجيتهم، ويدفعهم لتقديم أقصى ما لديهم من مهارات وإمكانات؛

➤ الالتزام بجودة الخدمات الصحية والتحسين المستمر يؤدي إلى تقليل التكاليف من خلال تخفيض مدة إقامة المستفيدين في المؤسسة الصحية.

ومن خلال ما سبق عرضه نستنتج أن تحقيق الجودة في الخدمات الصحية أمراً ضرورياً وحتمياً، وذلك لخصوصية قطاع الصحة على باقي القطاعات كونه يهتم بصحة الإنسان، التي تحتاج إلى خدمات خالية من الأخطاء والعيوب، وهذا من خلال تحقيق الدقة في العلاج والتشخيص لأن الخطأ في الخدمة الصحية قد يسبب خطر على صحة الإنسان ومنه خطر على التنمية.

ثانياً: أهداف جودة الخدمات الصحية

تعتبر الجودة من الأساليب التي يساعد المؤسسة الصحية على معرفة درجة إتقان العمل المؤدى من مختلف جوانبه، ومن ثم اتخاذ الاجراءات والتدابير اللازمة من أجل النهوض به على نحو مستمر، وذلك في إطار تحقيق الأهداف التالية:¹

- ضمان الصحة الجسدية، العقلية والنفسية للمستفيدين من الخدمات المقدمة؛
- تقديم خدمة صحية ذات جودة متميزة من شأنها بناء علاقات قوية مع المستفيد أو المريض وتحقيق رضاه، وبالتالي تعزيز انتمائه وولائه للمؤسسة الصحية، والذي يصبح فيما بعد وسيلة إعلامية فاعلة للمؤسسة؛
- توفير علاج فعال ورعاية ملائمة للعديد من الحالات المرضية؛
- تعزيز قدرة المؤسسات الصحية على تحقيق أهدافها وأداء مهامها بكفاءة وفعالية؛
- تحلي العاملين في المؤسسات الصحية بالسلوكيات الإيجابية عند التعامل مع المرضى، يسهم في احترام كرامة المرضى وتعزيز مشاركتهم في خطط الرعاية الطبية، الأمر الذي يضمن تحقيق الجودة في الخدمات الصحية المقدمة؛²

➤ الارتقاء بجودة الخدمات الصحية يسهم بشكل فعال في رفع كفاءة الأداء، تحسين الإنتاجية، إلى جانب تحقيق أهداف الخدمة الصحية بطريقة أكثر فاعلية للمستفيدين من هذه الخدمات؛

¹ ألاء حسين الجيجلي، أكرم أحمد الطويل، إمكانية إقامة أبعاد جودة الخدمات الصحية: دراسة في مجموعة مختارة من المستشفيات في محافظة نينوى، المجلة العراقية للعلوم الإدارية، المجلد 10، العدد 2، 2019، الصفحات 115-140، ص 07.

² الأحمد طلال بن عابد، إدارة الرعاية الصحية، مكتبة الملك فهد الوطنية، الرياض، 2004، ص 128.

- زيادة الطلب على مختلف أنواع الخدمات الصحية الحديثة، يرافقه اهتمام متزايد بالاستجابة لاحتياجات العملاء وتطلعاتهم، بما يضمن تلبية توقعاتهم وتحقيق رضاهم.¹
- تمكين المؤسسات الصحية من الاستخدام الأمثل للموارد والإمكانيات المستهدفة.

ومن خلال ذلك يمكن القول أن وضع أهداف واضحة لتحسين الجودة في المؤسسة الصحية يعزز فهم الجهود المبذولة واتخاذ خطوات فعالة نحو التحسين المستمر، وبذلك يمكن للمؤسسات الصحية رفع مستوى جودة الخدمات التي تقدمها بشكل يلي توقعات المرضى والمجتمع ككل على نحو أفضل.

المطلب الثالث: مداخل جودة الخدمات الصحية ونماذج قياسها

لقد أصبح قياس جودة الخدمات الصحية ضرورة ملحة بالنسبة للمؤسسة الصحية لمعرفة مستوى أدائها وتحقيق تميز في الخدمات المقدمة ترقى إلى مستوى تطلعات المريض، وعند اختيار القياسات يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار الغرض من القياس وأنواع القياسات وطبيعة المتغيرات التي سوف نقيسها.

أولاً: مداخل قياس جودة الخدمات الصحية

هناك ثلاث مداخل لقياس جودة الخدمة قدمها Gronroos وقد أقر Donabedian بإمكانية استخدامها في مجال الخدمات الصحية، تتمثل هذه المداخل فيما يلي:

- **المقاييس الهيكلية (قياسات البنية):** تُعنى هذه المقاييس بالعناصر المرتبطة بالبنية التحتية للخدمات الصحية، وتشمل الموارد البشرية، والتجهيزات، والتنظيم الإداري، بالإضافة إلى الموارد المتاحة لتقديم الرعاية. فهي تقيس جودة الخدمة من خلال ما توفره المؤسسة من إمكانيات مادية، وبشرية، وتنظيمية لتقديم الخدمة الصحية. وهنا فرضيتين لاستخدام هذا المدخل كمؤشر للجودة وهي²:
- أن تقديم خدمة صحية متميزة يتطلب توافر طاقم مؤهل ذو مستوى عالٍ، مع تجهيزات حديثة، وهيكل تنظيمي فعال، وموارد مالية كافية؛

¹ Jacquerye. A, « *La qualité des soins infirmiers : implantation, évaluation, accréditation* », Paris, Éditions Maloine, 1999, p 147.

² فوزي شعبان مذكور، مدى إدراك وتطبيق مديرية المستشفيات العامة المصرية لطرق إدارة جودة رعاية المريض، المجلة العلمية للاقتصاد والتجارة، مجلة ربع سنوية تصدرها كلية التجارة، جامعة عين شمس، العدد الثالث، 1997، ص 233.

- أنه يكون بالإمكان تحديد مدى "جودة" الخدمة من خلال تقييم هذه العناصر الهيكلية، على اعتبار أن وجودها مؤشر على تقديم خدمات عالية الجودة.

وتعد هذه غير مباشرة لقياس الأداء الفعلي، حيث إن توفر بيئة مناسبة ومقومات تنظيمية قوية لا يعني بالضرورة أن الخدمات المقدمة ترتقي فعليًا إلى المستوى المطلوب، ذلك أن العلاقة بين هذه العناصر والجودة قد تختلف في تأثيرها، ولا يمكن اعتبارها كافية لوحدها للحكم على جودة الأداء.

➤ **مقاييس الإجراءات (العمليات):** تتولى هذه المقاييس تقييم مدى كفاءة المؤسسة الصحية في تحويل المدخلات إلى مخرجات، من خلال تنظيم العمليات، ضبط تسلسلها الزمني، وتحديد الوقت اللازم لتنفيذها¹، وتعتمد هذه المقاييس على وضع معايير واضحة للرعاية المقبولة التي تحقق رضا المستفيدين، مثل قياس جودة رعاية الحوامل أو مدة انتظار المرضى للحصول على الخدمة. ورغم أهمية ذلك مراقبة الأداء التشغيلي، إلا أنه لا يُعد كافيًا لتقييم جودة الخدمات الصحية بشكل شامل، حيث أن تنفيذ الإجراءات بكفاءة لا يعني بالضرورة أن النتائج النهائية مرضية، الأمر الذي يستدعي ربط هذه المقاييس بنتائج ملموسة تُظهر الأثر الفعلي للخدمة على صحة المريض وجودة التجربة.

➤ **مقاييس النواتج:** يعكس هذا المدخل التغيرات الفعلية التي تطرأ على الحالة الصحية للمريض كنتيجة مباشرة للرعاية المقدمة، فهو يقيس النتائج النهائية للخدمة بعد تأثير كل من الهيكل والإجراءات المتبعة، ومن أهم المؤشرات التي يتم استخدامها في ذلك ما يلي²:

- الحالة الصحية العامة: يعبر عنها بمجموعة من المؤشرات كمعدلات الوفيات أو متوسط مدة الإقامة في المستشفى وغيرها؛
- مقياس القيمة: يُعد من الأدوات الحديثة في تقييم الخدمات الصحية، ويستند إلى العلاقة بين الفائدة والتكلفة، فكلما زادت الفوائد التي يحصل عليها المريض مقابل ما يقدمه من تغطية أو تكلفة، زادت القيمة المدركة، لذلك تسعى المؤسسات الصحية إلى تعظيم المنافع المقدمة بشكل يقلل من التكاليف المدركة للمريض³.
- مقياس رضا المريض (الزبون): يسمح هذا المؤشر بقياس قدرة المؤسسة الصحية على تلبية توقعات واحتياجات المريض، يشمل مختلف جوانب الخدمة الصحية كسرعة وسهولة الحصول على الخدمة، وضوح المعلومات التي يقدمها الطاقم الطبي والشبه طبي عن الحالة الصحية وغيرها⁴؛

¹ عطا الله علي الزبون، خالد بني حمدان، إدارة الجودة الشاملة مفاهيم وتطبيقات، دار البازوري، الأردن، 2015، ص 54.

² فوزي شعبان مذكور، مرجع سبق ذكره، ص 234.

³ خامت سعدية، الرضا الوظيفي وأثره على جودة الخدمات الصحية- دراسة مقارنة بين المؤسسات الصحية العمومية والخاصة بالجزائر، أطروحة دكتوراه، تخصص إدارة تسويقية، قسم العلوم التجارية، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة البويرة، الجزائر، 2019-2020، ص 30.

⁴ المرجع نفسه، الصفحة نفسها.

- مؤشرات النواتج لأمراض محددة: تتعلق هذه المقاييس بمعدلات الوفاة المرتبطة بأمراض معينة، أو بوجود أعراض متكررة، أو ظهور سلوكيات صحية سلبية مرتبطة بمرض معين، ورغم أن هذه المؤشرات تُعد دقيقة في تقييم جودة الرعاية، إلا أن عملية قياسها معقدة، نظراً لتداخل عوامل خارجية قد تكون اجتماعية ونفسية ومادية في هذه النواتج.

الجدير بالإيماء هنا أن الاهتمام بقياس النتائج دون النظر في الإجراءات لا يحقق التحسين المستمر للجودة، ولذا يجب اعتماد مجموعة متنوعة من المؤشرات التي تشمل النتائج، والعمليات، والبنية التنظيمية، وذلك بما يتناسب مع الهدف من عملية القياس. فبينما تُستخدم مؤشرات النتائج لتقييم الأداء، تُعتمد مؤشرات العمليات والبنية لتحسين سير العمل وضبط العمليات الداخلية.

كما أن نجاح هذا التوجه مرهون بتوفر نظام فعال ومتكامل لإدارة المعلومات داخل المؤسسات الصحية تظهر فعاليته في جمع وتحليل وتوزيع المعلومات مع الأطراف المعنية في الوقت المناسب وبالطريقة الملائمة، ومن ثم اتخاذ القرارات المناسبة وتحقيق التحسين المستمر.

وفيما يلي جدول يوضح مجالات قياس جودة الخدمات الصحية ومصادر بياناتها وفق هذه المداخل:

الجدول رقم(12): مداخل قياس جودة الخدمات الصحية

مدخل القياس	مجالات القياس	مصادر البيانات
الهيكل	البنية التحتية للمؤسسة الصحية مقدمو الخدمات الأدوية الإدارة	السجلات التنظيمية الاستطلاعات بالمؤسسة حسابات الصحة
العمليات	الجودة الفنية (الرعاية الفنية) تجربة الزبون (المريض)	السجلات الطبية الملاحظة المباشرة استطلاع الزبائن (المرضى)
النتيجة	رضا الزبون (المريض) النتائج الصحية	متابعة حالة المريض الصحية الاستطلاعات الاحصاءات على مستوى المؤسسة الصحية

المصدر: خامت سعدية، الرضا الوظيفي وأثره على جودة الخدمات الصحية- دراسة مقارنة بين المؤسسات الصحية العمومية والخاصة بالجزائر، أطروحة دكتوراه، تخصص إدارة تسويقية، قسم العلوم التجارية، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة البويرة، الجزائر، 2019-2020، ص31.

يشير الجدول أعلاه إلى تكامل مداخل قياس جودة الخدمات الصحية من خلال الجمع بين عناصر الهيكل والعمليات والنتائج، مع تحديد مصادر البيانات الملائمة لكل منها. ويُسهم هذا التكامل في بناء تقييم شامل ودقيق لمستوى جودة الأداء داخل المؤسسة الصحية.

ثانياً: نماذج قياس جودة الخدمات الصحية

إن ارتباط الخدمة بالجودة يتطلب اعتماد مجموعة من المقاييس المتكاملة والمتزايدة فيما بينها، بهدف قياس مستوى الرضا لدى الزبائن أو المرضى، وهو ما دفع الباحثين إلى تطوير نماذج متنوعة حققت نجاحاً في تقييم جودة الخدمات لا سيما الخدمات الصحية، مع التركيز على أهم الأبعاد الواجب توفرها ووفقاً لعدد من المواصفات، نقدم فيما يلي النموذجين الأكثر شهرة ونجاحاً في مجال قياس الخدمات الصحية هما: (نموذج الفجوة SERVQUAL ونموذج الاتجاه SERVPERE)¹ حيث:

النموذج الأول: نموذج الفجوة SERVQUAL

يعد نموذج servQual أحد المرتكزات الأساسية التي قامت عليها نظرية الفجوات التي وضعها كل من (berry,&zeithamal,parasuraman) سنة 1985، في تفسيرهم للعمليات النفسية التي يقوم من خلالها الزبون بتقييم جودة الخدمات، يقوم هذا النموذج على اعتبار أن جودة الخدمة تقاس من خلال الفجوة بين توقعات الزبون وإدراكاته لها، وفي سنة 1994 قام كل من (Taylor, cronin) بتجريبه في ميدان الخدمات الصحية، وقد أثبت فاعليته وملاءمته لقياس جودة هذا النوع من الخدمات، وأصبح صالحاً للاستخدام على عدد من الخدمات بما فيها الخدمات الصحية، رغم وجود بعض المنتقدين والمشكلين في ذلك الذين دعوا إلى ضرورة إسقاط بعض الأبعاد غير الملائمة، وإدراج أخرى تتناسب مع خصوصية الخدمات الصحية، ويقوم هذا النموذج على خمسة فجوات تتمثل في:²

- الفجوة الأولى (فجوة المعلومات): تنشأ عن الاختلاف بين ما تتوقعه الإدارة العليا وما يتوقعه الزبائن (المرضى)؛

¹ رغم تعدد مداخل قياس وتقييم جودة الخدمات، إلا أن هناك اتفاقاً عاماً بين الباحثين في هذا المجال على أنه يوجد نموذجان رئيسيان لقياس جودة الخدمات ينسب أولهما إلى باراسيرامان وآخرون وهو الذي يستند على توقعات الزبائن لمستوى الخدمة وإدراكاتهم لمستوى أداء الخدمة المقدمة بالفعل، ومن ثم تحديد الفجوة أو التطابق بين هذه التوقعات والإدراكات وذلك باستخدام الأبعاد الخمس الممثلة لمظاهر جودة الخدمات RATER، وأطلق على هذا النموذج في قياس جودة الخدمات اسم مقياس الفجوة أو مقياس SERVQUAL، أما النموذج الثاني فقد توصل إليه كل من كرونا وتيلور وأطلق عليه نموذج الاتجاه أو الأداء الفعلي للخدمة SERVPERF ويعتبر نموذجاً معدل من سابقه، ويركز على قياس الأداء الفعلي للخدمة المقدمة للزبون على اعتبار أن جودة الخدمة يتم التعبير عنها كنوع من الاتجاهات.

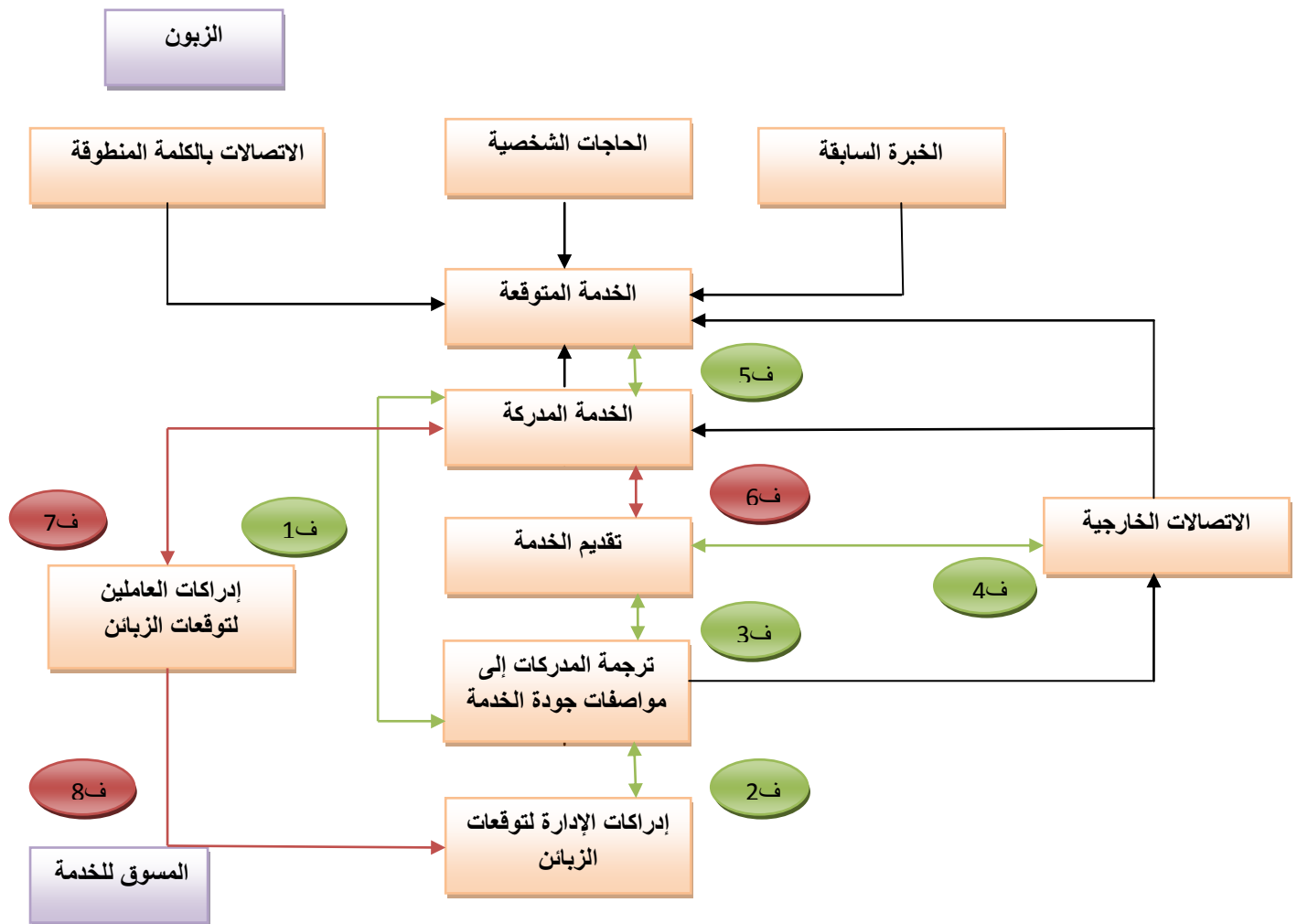
² عطا الله علي الزبون، خالد بن حمدان، مرجع سبق ذكره، ص 55.

- الفجوة الثانية (فجوة السياسات): ناتجة عن الاختلاف بين المعايير والسياسات المعتمدة من الإدارة العليا، وبين ما يتوقعه الزبون من مستويات في الخدمة، مما يُوجد فجوة فهم بين ما هو مطلوب من الزبون وما هو مقدم فعلا من الإدارة؛
 - الفجوة الثالثة (فجوة التنفيذ أو التسليم): تحدث عندما لا يتم تنفيذ الخدمة وفقاً للمعايير المعتمدة، وقد يكون السبب ضعف تدريب مقدمي الخدمة، أو نقص الدافعية، أو محدودية الإمكانيات، مما يؤثر على جودة الأداء الفعلي؛
 - الفجوة الرابعة (فجوة الاتصال): تتمثل في الفرق بين ما تحدف إليه المؤسسة من خلال رسائلها الاعلانية والترويجية وبين فهم الزبون لها، ويرجع ذلك إلى سوء صياغة الرسائل، أو ضعف وسائل نقلها، أو تأويلها بشكل خاطئ من قبل المستفيدين.
 - الفجوة الخامسة (الجودة المدركة): وهي من أهم الفجوات إذ تمثل الفرق بين ما توقعه الزبون وما أدركه بعد تلقي الخدمة وتنتج عادة عن وجود واحدة أو أكثر من الفجوات السابقة، مما يؤدي إلى انخفاض الرضا العام عن الخدمة المقدمة.
- وفي سنة 2002 تم تعديل النموذج بإضافة ثلاث فجوات هي كالتالي: ¹
- الفجوة السادسة (فجوة التصورات): هي فجوة بين الخدمة المدركة من طرف الزبون والخدمة المقدمة له فعلياً؛
 - الفجوة السابعة (فجوة تفاعل بين مقدم الخدمة والمستفيد): هي فجوة بين إدراكات الزبائن وتوقعات العاملين بشأن إدراكات الزبائن (المرضى)؛
 - الفجوة الثامنة (فجوة تفاعل بين مقدم الخدمة والإدارة بخصوص توقعات الزبائن): هي فجوة بين ادراكات العاملين لتوقعات الزبائن وإدراكات الإدارة لتلك التوقعات.

والشكل التالي يوضح النموذج متضمنا جميع الفجوات:

¹ خامت سعدية، مرجع سبق ذكره، ص 34.

الشكل رقم (30): نموذج الفجوة SERVQUAL المعدل



Source : Parasuraman. A, et al, « **A conceptual model of service quality and its implications for future research** », *Journal of Marketing*, vol .49 N°4, pp 41–50, 1985, p46.

من خلال النموذج الموضح في الشكل أعلاه يتضح أنه عبارة عن سلسلة من المقاييس المتكاملة والمتراصة التي تهدف إلى فهم توقعات الزبون وما يدركه فعليا من أداء الخدمة المقدمة له، وأن هذا المقياس المتعدد الأبعاد يقوم على تحديد الفجوة بين التوقعات والانطباعات الواقعية، وبالتالي لا يمكن تحليل وتسويق الخدمة الصحية دون الأخذ بعين الاعتبار عنصر الجودة فيها وهو ما جعل هذا النموذج يحظى بقبول واسع النطاق كمؤشر موثوق لقياس جودة الخدمة، وقد حظي باهتمام خاص من الباحثين والمختصين، لا سيما في ميدان تقييم جودة الرعاية الصحية.

وعليه فإن تقديم خدمات صحية عالية الجودة يستلزم بالضرورة فهم الفجوات والاحتياجات من وجهة نظر
فئتي مقدمي الخدمة والمرضى على حد سواء، وذلك من خلال تحسين آليات العمل والتواصل داخل المؤسسة،

ويكمن جوهر هذا التوجه في القدرة على تحديد الفجوات بدقة في جودة الخدمة، والعمل على تقليصها ومعالجتها باستمرار، مما يساعد على تلبية توقعات المرضى بشكل أفضل وتعزيز رضاهم وثقتهم في النظام الصحي.

ولقياس مستوى جودة الخدمة بناءً على هذا النموذج، يتم الاعتماد مجموعة من الأبعاد المحددة لجودة الخدمة، وذلك وفق المعادلة التالية:¹

$$SQ = \sum_{j=1}^k (P_{ij} - E_{ij})$$

حيث:

SQ: جودة الخدمة؛

K: عدد الأبعاد؛

P: إدراك الفرد (i) فيما يتعلق ببعد الجودة (j) ؛

E: توقعات الفرد (i) فيما يتعلق ببعد الجودة (j) .

حيث يتم تحديد جودة الخدمة من خلال حساب الفرق بين التوقعات والادراكات لكل بعد من أبعاد الجودة، وقد تم انتقاد هذا النموذج لوجود دراسات واجهت توقعات عالية جدا من طرف الزبائن في بعض أنواع الخدمات.²

النموذج الثاني: نموذج الاتجاه SERVPERF

يسمى أيضا بنموذج الأداء، وجاء بعد انتقاد نموذج الفجوة واعتباره غير ملائم لبعض أنواع الخدمات، حيث اقترح كل من **Gronin** و **Taylor** سنة 1992 نموذجا بديلا مبني على أسس النموذج السابق، غير أنه اعتبر جودة الخدمة مفهوما اتجاهيا مرتبطا بإدراك الزبون للأداء الفعلي للخدمة المقدمة، دون المقارنة بين التوقعات والانطباعات، كما هو الحال في نموذج الفجوة ويُعرّف الاتجاه وفق هذا المفهوم على أنه تقييم الأداء على أساس مجموعة من الأبعاد المرتبطة بالخدمة المقدمة، وعلى هذا الأساس رفض هذا النموذج فكرة الفجوة في قياس جودة الخدمة.³

¹ Sanjay. K, Garima. G, « *measuring service quality : serviqual vs serveperf scales* », *vikalpa*, vol29, N°2, 2004, p28.

² Fogarty, G et al, « *Measuring Service Quality with SERVPERF* », *Journal of Outcome Measurement*, vol.0 4 N° 02, 2000, p4.

³ فتيحة بوحرد، إدارة الجودة الشاملة في منظمات الأعمال: النظرية والتطبيق، دار المسيرة، الأردن، 2015، ص 290.

وقد تبين فيما بعد أن مقياس SERVPERF ملائم لعدد من الخدمات بما فيها الخدمات الصحية وأنه أكثر دقة من المقياس السابق، إلا أنه يعتمد في عمليات القياس على نفس الأبعاد الخمسة لمقياس الفجوة لجودة الخدمة، كما أثبتت الدراسات أنه أفضل من SERVQUAL في شرح رضا الزبون (المريض).¹

وقد تم تطبيق مقياس الاتجاه في قطاع الخدمات الصحية، حيث أظهرت الدراسات أن الأداء الفعلي المدرك من طرف الزبون (المريض) يعد المؤشر الأنسب لقياس جودة الخدمة، بالاعتماد على نفس الأبعاد الخمسة المعتمدة في النموذج السابق مع تكيفها بما يتلاءم وطبيعة الخدمات الصحية. وخصوصياتها.

تُقاس جودة الخدمة وفق نموذج الاتجاه SERVPERF بعد استقصاء آراء الزبائن حول الخدمة المدركة بالنسبة لهم، استنادا للأبعاد الخمسة المحددة لجودة الخدمة وفق المعادلة التالية²:

$$SQ = \sum_{j=1}^k P_{ij}$$

حيث:

SQ: جودة الخدمة؛

K: عدد الأبعاد؛

P: ادراكات الفرد (i) فيما يتعلق ببعد الجودة (j).

المطلب الرابع: أبعاد جودة الخدمات الصحية

يعد الهدف النهائي من تقديم الخدمات الصحية هو ضمان الصحة الجسدية والنفسية للمريض، وبما أن المريض يمثل عنصرا مهما في تحقيق الصحة النفسية، فإن بلوغ أعلى معدلات الرضا لديه يعتبر أحد الأبعاد الأساسية لجودة الخدمات الصحية، ورغم ذلك فإن هذا ليس هو العنصر الوحيد في جودة الخدمات الصحية بل هناك أبعاد أخرى يجب أخذها في الحسبان عند قياس وتقييم مدى فعالية الخدمات التي تقدمها المؤسسات الصحية.

في سنة 1985 قدّم Parasuraman وزملاؤه اعتمادا على نموذج الفجوة SERVQUAL مجموعة من عشرة أبعاد لقياس جودة الخدمات الصحية تتمثل في كل من الوصول، الاتصال، المهارة، اللطف، المصدقية،

¹ Talib. F et al, « service quality in healthcare establishments », behavioural and health care research, vol5, N°1, 2015,p16.

² Dyah R et al, « assessing service quality : A combination of servperf and Importance performance analysis », the 3ed international conference on industrial engineering application, EDP science, indonesia, 2016, p2.

الثقة، الاستجابة، الأمان، الملموسية وفهم الزبون (المريض)،¹ ليتم اختصارها سنة 1988 في خمسة أبعاد رئيسية يطلق عليها RATER كما يلي:

أولاً: بعد الاعتمادية Reliability

تعبر الاعتمادية عن مدى ثقة المريض في المؤسسة الصحية ودرجة اعتماده عليها في الحصول على الخدمات الصحية التي يتوقعها ويحتاجها، ويعكس هذا العنصر مدى قدرة المؤسسة الصحية على الوفاء بتقديم الخدمات الطبية في المواعيد المحددة للمريض، بدرجة عالية من الدقة والكفاءة، مع سهولة وسرعة إجراءات الحصول على تلك الخدمات، وتتلخص هذه المجموعة في العناصر الخمسة التالية:²

- الالتزام بتقديم الخدمة الصحية في الوقت المحدد دون تأخير؛
- الحرص المخلص على حل مشكلات المريض بفعالية؛
- أداء الخدمة بدقة وبدون أخطاء في التشخيص والعلاج؛
- توفر الخدمة بشكل متكامل مع توافر جميع التخصصات اللازمة؛
- الثقة في الأطباء والفنيين من حيث كفاءتهم وسمعتهم؛
- الاحتفاظ بالسجلات والملفات الطبية بشكل منظم ودقيق.

ثانياً: بعد الضمان Assurance

يشير بعد الضمان إلى التعبير عن درجة الشعور بالأمان والثقة تجاه الخدمة الصحية المقدمة³ وكأنه دائماً تحت مظلة من الرعاية الصحية والاهتمام، هذا الشعور بالأمان يتعلق بثقة المرضى في مؤهلات وقدرات العاملين بالمستشفى، مثل الأطباء والمرضى والإداريين، بالإضافة إلى تقليل المخاطر مثل الإصابة بالعدوى أو المضاعفات الجانبية. ومن بين معايير جودة الخدمة الصحية وفق هذا البعد ما يلي:⁴

- مكانة المستشفى وسمعته الجيدة بين المؤسسات الصحية الأخرى؛
- خبرة ومهارة الأطباء والمرضى وتميزهم في أداء عملهم؛

¹ Parasuraman. A, et al, « A conceptual model of service quality and its implications for future research », Journal of Marketing, vol .49 , N°4, pp 41–50, 1985, p46.

² مريزق عدنان، واقع جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية العمومية -دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة ، مرجع سبق ذكره، ص123.

³ هاني حامد الضمور، تسويق الخدمات، دار وائل للنشر، الأردن، 2002، ص365.

⁴ نور الدين حاروش، الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة، دار الثقافة للنشر والتوزيع، الأردن، 2012، ص175

- الصفات الإنسانية والشخصية الجيدة لدى جميع العاملين؛
- توفير بيئة آمنة أثناء تقديم الخدمات، خاصةً من حيث الوقاية من المخاطر الطبية؛
- المحافظة على سرية معلومات المرضى وخصوصياتهم؛
- دعم وتأيد الإدارة للعاملين لأداء وظائفهم بكفاءة.

ثالثاً: بعد الملموسية Tangibility

تشمل الجوانب المتعلقة بعد الملموسية في الخدمة الصحية عدة عناصر مهمة أشار إليها كل من "بريتنر" و "زايتمل" « Britner » و « Zeithmal » ، تسهم في جعل تجربة المرضى والمراجعين أكثر راحة وإيجابية، وتحسينها يعتبر من الجوانب الأساسية لتحسين الجودة وزيادة رضا المرضى والمستفيدين عن الخدمات المقدمة، وفيما يلي أهم هذه العناصر:¹

- المباني وثقافة المعلومات والاتصالات المستخدمة داخل المؤسسة؛
- التسهيلات الداخلية والتجهيزات اللازمة لتقديم الخدمة بشكل فعال؛
- مظهر العاملين وترتيب وتنظيم الأماكن داخل المستشفى؛
- مواقع انتظار واستقبال المرضى والمرافقين ومدى ملاءمتها وراحتها.

رابعاً: بعد التعاطف Empathy

يتم التركيز في هذا البعد على الرعاية الشخصية والتواصل الإنساني بين مقدمي الخدمة الصحية والمرضى، حيث يكون الاهتمام بالتفاصيل الصغيرة والتعامل بلطف هو الأساس لتحسين تجربة المريض. ومن معايير الجودة في هذا البعد ما يلي:²

- الاهتمام والرعاية الشخصية المخلصة لكل مريض؛
- التواصل الفعال والاستماع الجيد لشكاوى المرضى وانشغالهم؛
- تلبية احتياجات المرضى بروح من الود واللطف؛

¹ الجزائري وآخرون، قياس وتقييم جودة الخدمات الصحية، دراسة تطبيقية في مستشفى الفيحاء العام، البصرة، مجلة ودراسات إدارية، جامعة البصرة، المجلد الرابع، العدد 07، 2011، ص 21.

² أكرم أحمد الطويل وآخرون، إمكانية إقامة أبعاد جودة الخدمات الصحية: دراسة في مجموعة مختارة من المستشفيات في محافظة نينوى، مجلة تكريت للعلوم الإدارية والاقتصادية، المجلد 06، العدد 19، 2010، ص 18.

- تعزيز العلاقة الانسانية بين مقدمي الخدمة ومتلقيها (المرضى).

خامسا: بعد الاستجابة Responsiveness

يشير هذا البعد إلى قدرة المؤسسة على التعامل الفعال مع متطلبات المرضى وتلبية احتياجاتهم المستعجلة، والاستجابة لشكاويهم والتعامل معها بكفاءة عالية، وذلك من خلال المرونة في إجراءات تقديم الخدمة، فالاستجابة في الخدمة الصحية تعني مدى قدرة ورغبة واستعداد مقدم الخدمة لتقديم الخدمة لطالبيها في أي وقت وبشكل فوري، ومن معايير هذا البعد ما يلي:¹

- تقديم خدمات علاجية فورية دون تأخير؛
- الاستجابة السريعة للنداءات الطارئة مهما كانت درجة الانشغال؛
- توفير الخدمة على مدار الساعة دون انقطاع؛
- إخبار المريض بالضبط عن مواعيد تقديم الخدمة والانتهاء منها.

بتحليل بسيط لهذه الأبعاد نستنتج أن جودة الخدمات الصحية تتكون من جوانب فنية وإنسانية، الجوانب الفنية تتعلق بتطبيق العلم والتقنية الطبية الحديثة بشكل صحيح، مثل استخدام التشخيص بالصور الطبية المتقدمة أو إجراء العمليات الجراحية بأفضل الطرق والممارسات. أما في الجوانب الانسانية، فتتعلق بكيفية معاملة المرضى، وتوفير الدعم العاطفي والتواصل الفعال، بالإضافة إلى تلبية الاحتياجات الشخصية والثقافية للمرضى.

وبالتالي فإن إدارة الجانب الإنساني بشكل جيد يمكن أن يؤدي إلى تحسين تجربة المريض وزيادة مستوى الرضا لديه، مما قد يؤدي في النهاية إلى تحسين النتائج الصحية. وعلى الجانب الفني، يمكن أن تضمن الاستراتيجيات المناسبة والتدريب المستمر للكوادر الطبية تقديم الخدمات الصحية بأعلى مستويات الجودة والأمان.

وعليه نتوصل إلى أن جودة الخدمات الصحية لا تقتصر على تقديم الرعاية فقط، بل هي نتيجة متكاملة لإدارة دقيقة وفعالة لكل عمليات المؤسسة، وهنا تظهر أهمية وظيفة مراقبة التسيير كركيزة أساسية لضمان تطبيق معايير الجودة بدقة، ورصد الأداء بشكل مستمر، وتصحيح المسارات عند الحاجة. فمراقبة التسيير هي الأداة الحيوية التي تترجم رؤية الجودة إلى واقع عملي ملموس، وتحقق التوازن بين الأهداف التقنية والإنسانية لضمان تقديم خدمة صحية متميزة ومستمرة تواكب تحديات العصر وتستجيب لتطلعات المرضى.

¹ نور الدين حاروش، مرجع سبق ذكره، ص 176.

المبحث الرابع: تحقيق جودة الخدمات الصحية من خلال وظيفة مراقبة التسيير

تعتبر التغيرات المتزايدة كل من تكلفة الرعاية الصحية والتقنيات الطبية، الضغوط الخارجية من جهات التمويل والترخيص والاعتماد، تحديات كبيرة تواجه المؤسسات الصحية إلى جانب التغير الملحوظ في سلوك المستفيدين من الخدمات الصحية، وفي ظل تلك التحديات ظهرت الحاجة الملحة لتبني مبادئ إدارة الجودة الشاملة كمنهج إداري في المؤسسات العمومية للصحة بعد النجاح الذي حققته في القطاعات الأخرى، ومع ظهور مشاكل الجودة في الخدمات الصحية برزت الحاجة لأساليب الرقابة وتحليل أسباب هذه المشاكل، حيث تلعب وظيفة مراقبة التسيير دورًا حيويًا في هذا السياق، من خلال ضمان تنفيذ المنهج بشكل فعال، وهذا بالتركيز على وسائل رقابية حديثة للتسيير تساهم في تقييم وقياس الأداء والرقابة عليه من أجل ضمان عملية التحسين المستمر، وبالتالي القدرة على مواكبة التغيرات البيئية، أهمها بطاقة الأداء المتوازن التي برزت أهميتها في الآونة الأخيرة كأداة حديثة لمراقبة التسيير إذ تعد من أدوات التخطيط الاستراتيجي والرقابة الاستراتيجية، وبأنها نظام لقياس وتقييم الأداء وتوفير معلومات تساعد المسيرين في المؤسسات الصحية على اتخاذ قرارات تساهم تحسين جودة وكفاءة الخدمات المقدمة.

المطلب الأول: منهج إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات العمومية الصحية وعلاقته بوظيفة مراقبة التسيير

تعد الجودة في المؤسسات العمومية الصحية من مجالات البحث المهمة سواء بالنسبة للممارسين أو الباحثين، ونظرا لخصوصية خدماتها وارتباطها بحياة الإنسان ظهرت الحاجة إلى أهمية تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية.

أولاً: مفهوم إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات العمومية للصحة

تعود نشأة إدارة الجودة الشاملة إلى بداية القرن الماضي في الولايات المتحدة الأمريكية تزامنا مع دراسات الزمن والحركة التي نادى بها تايلور سنة 1911، إلا أنها ازدهرت في اليابان بعد نهاية الحرب العالمية الثانية، حيث انهار اقتصادها، وقد استقبلت حينها عدد من الباحثين والمفكرين منهم جوران وإدوارد ديمينج اللذان دعا اليابان لتبني مفهوم إدارة الجودة الشاملة¹، وقد لقي هذا المفهوم اهتماما متزايدا في السنوات الأخيرة من القرن العشرين وبداية القرن الواحد والعشرين من قبل المؤسسات الساعية نحو التميز وتحقيق رضا الزبون على رأسها المؤسسات الصحية، فقد أثبتت الدراسات أن أغلب مشاكل الجودة التي تواجهها هذه المؤسسات هي نتيجة للنظم بشكل عام وليس لأخطاء مقدمي الخدمات الصحية من إداريين وأطباء وشبه طبيين²، وعلى هذا الأساس تظهر أهمية إدارة الجودة الشاملة كأسلوب إداري حديث للمؤسسات الصحية للاستفادة من مختلف الموارد.

¹ عبد الله حسين مسلم، إدارة الجودة الشاملة: معايير الإيزو، دار معتر، الأردن، 2015، ص 16.

² Al-Ali, A- M, « Developing a Total Quality Management Framework for Healthcare Organizations », Proceedings of the International Conference on Industrial Engineering and Operations Management, 7–9 janvier 2014, Indonésie, p. 891.

- وقبل الخوض في مضمون إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات العمومية للصحة لا بد من الإشارة أولاً إلى تعريف هذا المفهوم بصفة عامة، حيث تعددت التعاريف نذكر منها ما يلي:
- **تعريف منظمة الجودة البريطانية:** "إدارة الجودة الشاملة هي فلسفة الإدارة وممارسات المؤسسة، التي تهدف إلى استخدام الموارد البشرية، والمادية المتاحة، بشكل أكثر فعالية لإنجاز أهداف المؤسسة".¹
 - **عرفها معهد المقاييس البريطانية:** "على أنها فلسفة إدارية تشمل جميع نشاطات المؤسسة التي يتم من خلالها تحقيق احتياجات وتوقعات العملاء، فضلاً عن تحقيق أهداف المؤسسة بأقل كلفة ممكنة من خلال الاستخدام السليم لطاقت جميع العاملين فيها من أجل تحقيق التحسين المستمر في أداء المؤسسة".²
 - **وتعرف أيضاً على أنها:** مدخل فكري وثقافي وإداري وتنظيمي جديد تعتمد عليه الإدارة لتحقيق التكامل والتنسيق بين جهود جميع العاملين في أقسام المؤسسة المختلفة، ومشاركتهم في عملية التحسين المستمر للمخرجات التي تقدمها المؤسسة لتلبية حاجات ورغبات العملاء، وكسب رضاهم للوصول إلى الأهداف التي تصبو إليها إدارة المؤسسة في البقاء والنمو في البيئة الخارجية المحيطة بها، وتغطي عملياتها جميع الأقسام العلمية والإدارية والفنية والإنتاجية في المؤسسة، فضلاً عن الأهداف الاستراتيجية لها وشعارها الجودة مسؤولية الجميع.³
 - **وتعرف أيضاً على أنها** "أسلوب منهجي يعتمد على العمل الجماعي ومشاركة العاملين في التحسين المستمر للعمليات المختلفة للمؤسسة، والاستغلال الأمثل لكل الموارد المتاحة لتحقيق رضا الزبون".⁴
 - **أما إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات العمومية للصحة فتعني:** "صفة الرعاية التي يُتوقع من خلالها الارتقاء بمستويات تحسين حالة المريض الصحية بعد أن يؤخذ في الحسبان التوازن بين المكاسب والخسائر التي تصاحب عملية الرعاية الصحية في جميع أجزائها".⁵
 - **وتعرف أيضاً على أنها** "تعظيم رضا المرضى مع الأخذ بالاعتبار الأرباح والخسائر التي يمكن أن تواجهها المؤسسة الصحية"، حيث ركز هذا التعريف على رضا المريض كأساس لإدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، ليتم تطويره فيما بعد **وتعرف على أنها** "استراتيجية شاملة للتغيير التنظيمي وتمكين العاملين، تعلم

¹ سيد أحمد حاج عيسى، أثر التدريب على تحسين الجودة الشاملة الصحية في المؤسسات العمومية الاستشفائية الجزائرية، أطروحة دكتوراه، قسم العلوم التجارية، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر 3، الجزائر، 2011-2012، ص 98.

² أكرم احمد الطويل وآخرون، إمكانية تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية-دراسة استطلاعية لآراء المدراء في مستشفى ابن الأثير التعليمي في الموصل مجلة تنمية الراقدين، جامعة الموصل، العراق، العدد 100، المجلد 32، 2010، ص 237.

³ المرجع نفسه، ص 238.

⁴ فتيحة بوحرو، مرجع سبق ذكره، ص 67.

ديمنغ وروربرت هاغستروم، ترجمة: هند رشدي، إدارة الجودة الشاملة-أسس ومبادئ وتطبيقات-، دار كنوز للنشر والتوزيع، مصر، 2009،

ص 145.⁵

واستخدام أساليب الجودة بهدف تقليل التكاليف وتلبية حاجات الزبائن (المرضى) وغيرهم¹. حيث أضاف هذا التعريف حاجات الزبائن الآخرين من غير المرضى، الذين يقصد بهم مرافقيهم، إضافة إلى الزبائن الداخليين للمؤسسة الصحية.

- وتعرف إدارة الجودة الشاملة في مجال الخدمات الصحية بأنها "خلق وتطوير قاعدة من القيم والمعتقدات التي تجعل كل موظف يعلم أن الجودة في خدمة المستفيد هي الهدف الأساسي للوحدة الصحية، وأن طريق العمل الجماعي وفرق العمل هي الأسلوب الأمثل لإحداث التغيير المطلوب في المستشفى"².
- وهناك من يستعمل مفهوم التحسين المستمر ويعتبره مرادفا لإدارة الجودة الشاملة، حيث تعرف هنا بأنها: "إطار تلتزم من خلاله المؤسسة الصحية والعاملون فيها بمراقبة وتقييم جميع جوانب نشاط هذه المؤسسات (المدخلات العمليات إلى جانب المخرجات) لتحسينها بشكل مستمر"³.

من خلال التعاريف السابقة نستنتج أن تعاريف إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية تشير إلى عناصر مهمة تتمثل في كل من الكفاءة، الفعالية والفاعلية في إدارة واستخدام موارد المؤسسة، الرضا لدى الزبائن والمستفيدين، الشمولية من خلال التوسع في نوعية الخدمات التي يتوقعها الزبون أو المستفيد من الخدمة من أبسط تدخلات الرعاية الطبية إلى كافة الجوانب الخاصة بالخدمات الصحية (الاستقبال، الفندقية، النظافة الاستشفائية، الاطعام... إلخ)، أما التكاملية فيقصد بها أن كل مؤسسة كنظام مكونة من نظم فرعية متكاملة يعتمد بعضها على البعض الآخر. ولكل نظام فرعي برامجه الخاصة، المكملة لبعضها البعض حيث لا تستطيع القيام بوظائفها دون طلب المساعدة من النظم الفرعية الأخرى.

وبناء على ذلك يمكن القول أن إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية تمثل نهجاً شاملاً ومتكاملاً لتحسين الخدمات الصحية وضمان جودتها، تتضمن هذه العملية مجموعة من الأنشطة والممارسات التي تعمل ضمن نظام متكامل للاستغلال الأمثل لموارد المؤسسة، تهدف إلى تحسين كافة جوانب تقديم الخدمات الصحية، ومن ثم تحسين أدائها وخدماتها بشكل مستمر وتلبية توقعات المرضى والمستفيدين بشكل أفضل.

¹ Balasubramania. M, « Total Quality Management [TQM] in the Healthcare Industry – Challenges, Barriers and Implementation Developing a Framework for TQM Implementation in a Healthcare Setup », Science Journal of Public Health, vol. 04, N° 04, juillet 2016, p 271–278, p272.

² يسع الضاوية، مرجع سبق ذكره، ص105.

³ المرجع نفسه، الصفحة نفسها.

ثانيا: أهمية إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات العمومية للصحة

توجد الكثير من المزايا التي تعود على المؤسسات العمومية للصحة نتيجة تبنيها لمبادئ إدارة الجودة الشاملة، والتي تصب كلها في مساعدة المسيرين على تحسين أداء هذه المؤسسات وتحسين جودة وكفاءة الخدمات الصحية المقدمة، وتحقيق أفضل النتائج للمرضى والمجتمع بشكل عام، وذلك من خلال:¹

- **تبسيط الإجراءات** تبسيط إجراءات العمل من خلال اختصارها، حذف تكرار العمليات وتجنب القرارات المتسرة عند التشخيص، لربح الوقت والجهد واستغلال الموارد المتاحة، ما يسهل الحصول على الخدمة في المكان والزمان المناسبين؛²

- **تحسين الإجراءات**: يهدف تحسين الإجراءات إلى تحليل العمليات الحالية وتحديد الفرص لتحسينها بغية تحقيق أفضل مستوى من الجودة والكفاءة. يشمل ذلك إدخال التحسينات في الإجراءات الخاصة بالعمليات الطبية والجراحية لتحسين تجربة المرضى وتقليل المخاطر والآلام على سبيل المثال، يمكن تحسين الإجراءات الطبية عن طريق تطوير تقنيات جديدة لتقليل الألم، مثل تقنيات الوخز بأقل آلام أو استخدام تقنيات تخدير متطورة. كما يمكن تحسين عمليات الجراحة من خلال تحسين تنظيم العمليات وتطبيق إجراءات آمنة وفعالة للمريض؛

- **كفاءة التشغيل**: تعتبر من المزايا الرئيسية لتطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، من خلال تحسين جودة العمليات وإدارتها بشكل فعال، ويمكن تحقيق العديد من المزايا التي تسهم في زيادة كفاءة التشغيل، من بينها:

✓ **الحد من الهدر في العمليات**: بتحسين جودة العمليات وإزالة العوائق والتحسينات المستمرة، يمكن خفض الهدر والفاقد في الإنتاج والعمليات بشكل كبير، وبالتالي تقليل التكاليف وزيادة الكفاءة؛

✓ **زيادة مهارة العاملين**: من خلال توجيه الجهود نحو التدريب والتطوير المستمر للموظفين، يتم تعزيز مستوى مهاراتهم وكفاءتهم في أداء مهامهم بشكل أفضل، مما يساهم في تحسين كفاءة التشغيل بشكل عام؛

✓ **اتخاذ القرارات الصائبة**: بفضل النظام الشامل لإدارة الجودة، يتم توفير بيانات دقيقة وموثوقة لاتخاذ القرارات الصائبة في الوقت المناسب، مما يساهم في تحسين كفاءة العمليات والاستجابة السريعة للتحديات والفرص؛

¹ عدنان مريزق، واقع جودة الخدمات الصحية في المؤسسات الصحية العمومية -دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة، مرجع سبق ذكره، ص 60-62 (بتصرف).

² حمود محمد الطاهر، إشكالية ضمان جودة الخدمات الصحية في الجزائر، أطروحة دكتوراه، تخصص صحة وحماية اجتماعية، قسم علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة عبد الحميد مهري قسنطينة 2، الجزائر، 2018-2019، ص 84.

- ✓ **تحسين تنظيم العمليات:** من خلال تطبيق مفاهيم إدارة الجودة الشاملة، يتم تنظيم وترتيب العمليات بشكل جيد، وبالتالي زيادة فعالية الإنتاج وتفاذي التأخر في تقديم الخدمات الصحية.
- **القضاء على اختلافات الممارسة الاكلينيكية (العيادية):** تُعد تفاوتات الممارسة الإكلينيكية من أبرز التحديات في المؤسسات الصحية، لما تسببه من تأثير على جودة وكفاءة الرعاية. ويساعد تطبيق إدارة الجودة الشاملة في توحيد أساليب العمل الطبية استنادًا إلى الأدلة العلمية المثبتة، وبالتالي الحد من هذه الاختلافات؛
- **الحد من تكرار العمليات:** يساهم تطبيق إدارة الجودة الشاملة في تحديد أنسب أساليب العمل، مما يقلل من تكرار العمليات غير الضرورية داخل المؤسسة، ويحدّ من آثارها السلبية على الجودة والكفاءة، الإنتاجية، ورضا المستفيدين، حيث يُعد ذلك عنصرًا محوريًا في تحسين الأداء المؤسسي وتحقيق الأهداف بفعالية أكبر؛
- **الوصول إلى أهداف المنظومة الصحية:** تُعتبر إدارة الجودة الشاملة وسيلة فعالة لبلوغ أهداف النظام الصحي، من خلال تحسين المؤشرات الصحية وتعزيز التوازن والجودة والسلامة، كما تدعم الاستدامة عبر الاستخدام الأمثل للموارد، مع مراعاة الأبعاد الاجتماعية والاقتصادية والثقافية، مما يعزز العدالة في الحصول على الخدمات الصحية.¹

ثالثا: مبادئ إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات العمومية للصحة

- تطبيق مفهوم إدارة الجودة الشاملة في المؤسسة الصحية يتطلب الاستعداد الجيد والتخطيط الشامل لتحقيق النجاح والاستفادة القصوى من هذا البرنامج. ولتحقيق ذلك يتعين على الإدارة والفريق القيادي في المؤسسة تبني مجموعة من المبادئ والخطوات التي تساعد على تعزيز فهم وتقبل العاملين لفكرة إدارة الجودة الشاملة وتحقيق نتائج إيجابية، وفيما يلي بعض المبادئ التي يجب أخذها بعين الاعتبار أثناء تطبيق إدارة الجودة الشاملة:²
- **التحسين المستمر:** يشجع هذا المبدأ على التفكير بشكل دائم في كيفية تحسين العمليات وتطويرها، وتعد عملية التحسين المستمر مسؤولية كل فرد في المؤسسة، من خلال القيام بتحليل الطرق والإجراءات لتحسينها، والتقليل والحد من الانحرافات السلبية وتقديم الحلول الإيجابية الكفيلة بالتغلب على هذه الانحرافات؛
 - **القيادة الإدارية:** تعتبر القيادة الإدارية ركيزة أساسية في نجاح المؤسسات، حيث تمكنها من التكيف مع التغيرات الخارجية، وإدارة بيئتها الداخلية بفعالية عبر توجيه سلوك العاملين نحو الأهداف المشتركة، وترتبط كفاءة المؤسسة بقدرة القائد على التأثير، كما أن تحقيق الأهداف يتطلب تفاعلاً متبادلاً بين القائد والمجموعة، فلا يُمكن لأي طرف أن ينجح دون الآخر؛

¹ حمود محمد الطاهر، مرجع سبق ذكره، ص 86.

² يسع الضاوية، مرجع سبق ذكره، ص 109-113 (بتصرف).

- **التركيز على العميل:** من خلال التركيز على أهمية فهم وتلبية احتياجات العملاء (المرضى) وتوقعاتهم بشكل مستمر، ويعد هذا العنصر من أهم المتطلبات الرئيسية لإدارة الجودة الشاملة، باعتبار العميل هو سبب وجود أي مؤسسة سواء كانت انتاجية أو خدمية والتي تسعى من خلال عملياتها إلى تقديم منتجاتها أو خدماتها حسب احتياجاته ورغباته؛
- **اتخاذ القرارات المستنيرة:** يعزز هذا المبدأ استخدام أنظمة لتحليل البيانات والمعلومات المتعلقة بأداء المؤسسة الصحية وجودة الخدمات المقدمة في عملية اتخاذ القرارات، لضمان تحسين الأداء وتحقيق النتائج المرجوة؛
- **توفير الموارد:** يجب توفير الموارد اللازمة، سواء كانت مالية أو بشرية أو تقنية، لدعم تنفيذ برنامج إدارة الجودة الشاملة بنجاح؛
- **التوجيه والتدريب المستمرين للعاملين:** يجب توجيه وتدريب جميع العاملين في المؤسسة على مفاهيم إدارة الجودة الشاملة وكيفية تطبيقها في أعمالهم اليومية بشكل مستمر من خلال اقتناء كل ما هو حديث في مجال التدريب وتقنياته، وبالتالي فإن اختيار المستشفى لأسلوب إدارة الجودة الشاملة يحولها إلى مؤسسة تعليمية تقدم خدمات عالية الجودة وفي وقت أقل؛
- **الالتزام بالشفافية والاتصال الفعال:** يجب تشجيع الشفافية وتوفير قنوات اتصال فعالة بين الإدارة والعاملين لتبادل المعلومات والتوجيهات بشأن تطبيق إدارة الجودة الشاملة؛
- **المشاركة:** من خلال مشاركة جميع أفراد المؤسسة في تحقيق أهداف الجودة وتحسين العمليات، وبالتالي تحقيق تفاعل وتعاون أكبر بين الأقسام والمستويات المختلفة، مما يساهم في تحسين الأداء الشامل للمؤسسة وتحقيق الأهداف بفعالية أكبر؛
- **العلاقات المؤسسية المنتجة:** يقوم هذا المبدأ على بناء علاقات تعاونية وفعالة مع الشركاء والموردين لتحقيق أهداف الجودة المشتركة؛
- **المسؤولية الاجتماعية:** تُجسد المسؤولية الاجتماعية التزام المؤسسة بتحقيق الجودة مع مراعاة الأثر البيئي والمجتمعي لأنشطتها، لا سيما فيما يخص إدارة النفايات الطبية، ويتطلب ذلك اتخاذ خطوات للحد من الأضرار البيئية، والمساهمة في تحسين جودة الحياة والتنمية المستدامة، من خلال تقليل استهلاك الموارد والتلوث، بما يضمن تحقيق جودة شاملة تعود بالنفع على المجتمع والبيئة؛
- **التوجيه الإداري والرؤية الاستراتيجية:** يجب أن يتم توجيه المؤسسة بشكل فعال من قبل القيادة العليا، وتحديد الرؤية والأهداف الاستراتيجية التي تدعم تطبيق إدارة الجودة الشاملة؛
- **تقييم ومراقبة الأداء:** يجب تطبيق أنظمة لتقييم ومراقبة أداء المؤسسة الصحية ومدى تحقيق أهداف إدارة الجودة الشاملة، من خلال توفير نظام مبني على أساليب إحصائية حديثة ومناسبة قادرة على القياس بشكل دقيق، وتحديد الانحرافات السلبية في الأداء ثم العمل على علاجها بشكل فوري؛

- **التغذية العكسية:** هذا المبدأ يسمح للمبادئ السابقة أن تحقق النتائج المطلوبة منها من خلال توجيه وتعديل العمليات والأنشطة استناداً إلى ردود الفعل المستمرة والتحليلات، حيث تلعب الاتصالات في هذا الإطار دوراً حاسماً باعتبارها وسيلة لجمع التغذية العكسية من العملاء الداخليين والخارجين، وبذلك يمكن للمؤسسة الصحية تحديد نقاط القوة والضعف في عملياتها وتحسينها بشكل مستمر، مما يسهم في زيادة فرص النجاح والابتكار وتحقيق أهداف الجودة بكفاءة وفعالية.

رابعاً: تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات العمومية للصحة:

تتلخص عملية التحول إلى إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية في التطبيق الفعلي لثلاث مراحل أساسية هي كما يلي:

المرحلة الأولى: الإعداد والتهيئة لبرنامج الجودة الشاملة

تبدأ أولى مراحل تطبيق إدارة الجودة الشاملة بالإعداد والتهيئة، حيث يُشكّل فريق متعدد التخصصات يضم ممثلين عن الإدارة العليا ورؤساء الأقسام الطبية والإدارية، بالتعاون مع مستشارين مختصين. يتولى هذا الفريق دراسة الوضع الحالي للمؤسسة الصحية وتحليل مشكلاته وفرص تحسينه. ورغم عدم وجود نموذج موحد لتنفيذ هذه المرحلة، فإن هدفها الأساسي هو تحديد توجهات الجودة الشاملة بما يتوافق مع رؤية المؤسسة، مع جمع البيانات اللازمة لصياغة السياسات والخطط التي تدعم تحقيق الأهداف المنشودة.¹

وبالتالي هذه المرحلة هي مرحلة التهيئة التنظيمية تتطلب المشاركة الفعالة لجميع الأطقم الإدارية، الطبية وشبه الطبية، وبذلك تكون المؤسسة جاهزة للانتقال إلى المراحل التالية في تطبيق إدارة الجودة الشاملة بنجاح.

المرحلة الثانية: نشر ثقافة الجودة الشاملة

وذلك من خلال التركيز على ترسيخ ثقافة إدارة الجودة الشاملة داخل المؤسسة الصحية، نظراً لما تحتاجه من مبادئ ومهارات خاصة، ويُنفذ ذلك من خلال تنظيم دورات تدريبية ولقاءات لفائدة المديرين وصناع القرار لتعريفهم بالمفهوم وفوائده في مجال الرعاية الصحية، تلي ذلك حوارات بين الإدارة والموظفين لمواءمة مفاهيم الجودة مع خصوصيات المؤسسة من حيث الموارد والثقافة والبنية القائمة. كما تشمل هذه المرحلة أنشطة توعوية تستهدف جميع العاملين لتحفيزهم على تبني الجودة في ممارساتهم اليومية، مع جمع الملاحظات لتطوير البرامج

¹ عبد العزيز مخيمر، نَجْد الطعمنة، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات (المفاهيم والتطبيقات)، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، جمهورية مصر العربية، 2003، ص200.

التدريبية، وفي هذا الإطار تُعد وسائل الإعلام شريكاً مهماً في نشر الوعي بأهمية جودة الرعاية ودور إدارة الجودة الشاملة في تعزيزها¹.

من خلال ذلك يمكن للمؤسسة الصحية بناء ونشر ثقافة تنظيمية تركز على الجودة الشاملة وتحقيق تحسين مستمر في جودة الخدمات التي تقدمها.

المرحلة الثالثة: تكوين فريق عمل الجودة

تختلف التسميات التي تطلق على الفريق المشرف على مشروع الجودة، حيث يمكن تسميته بأي تسمية تعبر عن دوره في تحقيق الجودة الشاملة، مثل "فريق الجودة" أو "مجلس الجودة" أو "إدارة الجودة"، حسب الاختيار والهيكل التنظيمي للمؤسسة يتولى هذا الفريق مجموعة من المهام الرئيسية لضمان تنفيذ ومتابعة برنامج الجودة الشاملة بشكل فعال تتمثل فيما يلي:²

➤ وضع سياسة الجودة: يجب أن تكون سياسة الجودة مكتوبة وواضحة لجميع العاملين في المؤسسة، تحدد التزام المؤسسة بتحقيق الجودة وتوجهاتها الرئيسية، في هذا الصدد ينبغي أن تشمل السياسة الاعتبارات التالية:

- أداء العمل بالطريقة السليمة من المرة الأولى بدون أخطاء؛
- مشاركة جميع العاملين في تحليل الأخطاء والمشاكل، واتخاذ الإجراءات اللازمة لمنع حدوثها مستقبلاً؛
- التركيز على ضرورة تفهم احتياجات المرضى الظاهرة والخفية والعمل على تلبيتها بأعلى مستويات الكفاءة والاحترافية بغية تحسين تجربتهم وتحقيق رضاهم؛
- التركيز على نظم وإجراءات وأساليب العمل والنتائج المتحققة في آن واحد؛
- تطوير فكرة الولاء والانتماء للمستشفى وأهدافها من خلال تحسين بيئة العمل وتعزيز روح الفريق؛
- التركيز على فهم وتلبية احتياجات وتوقعات العملاء الداخليين (الموظفين) والعملاء الخارجيين (المرضى والمراجعين) مع تحقيق التوازن بين الجودة والكفاءة.

➤ تكوين حلقات الجودة: تعتبر حلقات الجودة وسيلة فعالة لنشر ثقافة الجودة وتطبيق مبادئها في مختلف أقسام المؤسسة الصحية، يجب أن تكون هذه الحلقات متعددة التخصصات وملزمة بتحقيق أهداف الجودة المحددة؛

¹ اللجنة الاقليمية لشرق المتوسط، مرجع سبق ذكره، ص15.

² يسع الضاوية، مرجع سبق ذكره، ص108.

- التخطيط لأنشطة الجودة: يجب أن يتم وضع خطة متكاملة لأنشطة الجودة، تشمل تحديد الأهداف والسياسات والإجراءات اللازمة لتحقيق الجودة الشاملة في المؤسسة الصحي؛
 - تطبيق خطة الجودة ومتابعتها: يتولى فريق الجودة مسؤولية تطبيق خطة الجودة ومتابعتها بشكل دوري، بما في ذلك تقديم التقارير وتقييم أداء الجودة وتحديث الخطة وفق الاحتياجات.
- وبالتالي فإن تبني هذه الاعتبارات في سياسة الجودة، يساعد على التزام جميع العاملين في المؤسسة الصحية بتحقيق تحسين مستمر في جودة الخدمات الصحية التي تقدمها، وفي أدائها بشكل عام.

معرفة المعوقات والتحديات التي تؤثر على جهود إدارة الجودة الشاملة وتحديد أسبابها يعتبر خطوة مهمة لتحقيق التحسين المستمر في المؤسسة الصحية، قد تكون هذه المعوقات إما إنسانية، ثقافية، فنية، أو تنظيمية نذكر منها ما يلي:¹

- وجود مشاكل واختلافات بين السلك الطبي والإداري وعدم وجود رؤية مشتركة بين الطرفين؛
- الارتفاع الحاد لتكلفة الخدمات الصحية وعدم وجود دعم واضح من قبل الإدارة العليا لجهود الجودة؛
- عدم وجود نظام معلومات بالمؤسسة العمومية الصحية، مما يعيق مشاركة المعلومات واستخدامها؛
- ضعف نظام فعال للاتصالات والتغذية العكسية في المؤسسة العمومية الصحية؛
- عدم وجود الانسجام والتناغم سواء بين أعضاء فريق العمل أو بين فرق العمل مع بعضها؛
- الأسلوب التقليدي في الإدارة الذي يظهر في المؤسسات الصحية العمومية، إضافة إلى طبيعة العلاقة فيها بين الأطباء والإدارة العليا، حيث يتميز القطاع العام بمرونة أقل في تخصيص الموارد المالية وإدارة الموارد البشرية؛
- ضعف التزام الإدارة العليا بأنظمة إدارة الجودة الشاملة (القيم، الرؤية، السياسات والخطط)، مع غياب معايير وأبعاد جودة الخدمات الصحية وأساليب قياسها؛
- عدم ملائمة الثقافة السائدة في المؤسسات الصحية مع متطلبات تطبيق إدارة الجودة الشاملة، من خلال تفضيل الاعتماد على التقاليد والممارسات التقليدية بدلاً من تبني الابداع والتغيير، بالإضافة إلى عدم وجود دعم وتشجيع للابتكار وتجريب الأفكار الجديدة؛
- عدم وجود دورات تدريبية وتطوير مهني لجميع العاملين في كل المستويات الإدارية للتدريب على مفاهيم الجودة؛

¹ فائن أحمد أبو بكر، موسى بنت الزومان، معوقات ومقومات تطبيق إدارة الجودة الكلية في الأجهزة الحكومية بالمملكة العربية السعودية، بحث تطبيقي على مدينة الرياض، معهد الإدارة العامة، الرياض، 2007، ص 17.

- نقص الموارد المالية المتاحة للمؤسسات العمومية للصحة، مما يعيق تجهيزها بالشكل المناسب؛
- نقص مشاركة الأطباء في جهود إدارة الجودة الشاملة، ويعود السبب إلى وجود قناعة لديهم بأن عملهم ذو جودة عالية، وبأن إدارة الجودة الشاملة هي بالدرجة الأولى آلية لضبط التكلفة، إلا أن أغلب الدراسات تؤكد أن أي مبادرة لتطبيق مفهوم التحسين المستمر في المؤسسات الصحية دون مشاركة الأطباء تزيد من التكلفة الإجمالية لعملية التغيير، ولا تحقق الأهداف المرجوة منها.

من خلال ما سبق نستنتج أن مجمل هذه المعوقات تنبع من الثقافة التقليدية السائدة التي تميز الهياكل التنظيمية الهرمية التي تقوم على السلطوية والبيروقراطية، مما يحُدُّ من نجاحات تطبيق مبادئ وممارسات إدارة الجودة الشاملة، ومن خلال تحديد هذه المعوقات وتشخيص أسبابها، يمكن للمؤسسة الصحية اتخاذ الخطوات اللازمة للتعامل معها، تشمل هذه الخطوات توفير التوجيه والدعم اللازم من الإدارة العليا، تعزيز ثقافة الجودة، توفير التقنيات والأدوات المناسبة، تحسين التنظيم وتخصيص الموارد بشكل فعال، الأمر الذي يؤدي إلى تحسين جهود إدارة الجودة الشاملة، ومن ثم تحسين جودة الخدمات المقدمة.

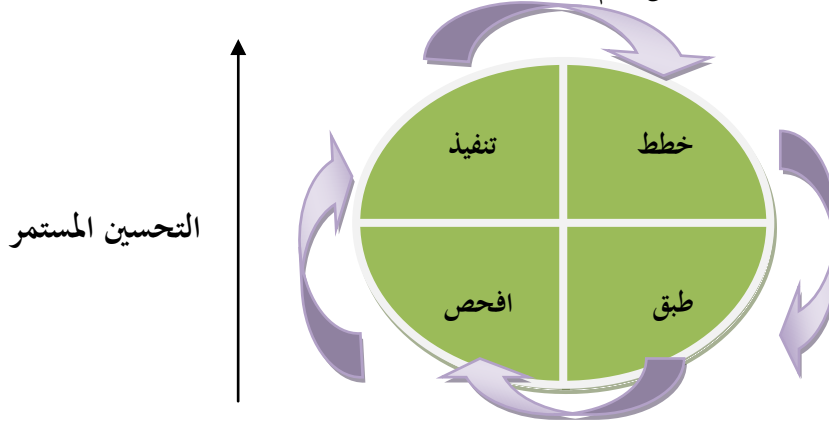
سادسا: عجلة الجودة لديمنج PDCA

عجلة الجودة أو عجلة ديمينج أو كما تُسمى أيضاً بعجلة **pdca**، تم تطويرها في عام 1947 من قبل ويليام إدواردز ديمينج¹ **William Edwards Deming** تتألف من أربع مراحل وهي (خطط **plan** - اعمل **Do** - افحص **check** - نفذ **Act**)، والتي تستخدم لتحسين العمليات والخدمات والمنتجات بطريقة منظمة ومنهجية، كما تعتبر إحدى أدوات تحقيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات وإحدى المفاهيم الأساسية في التحسين المستمر²، كما يوضحها الشكل الآتي:

¹ **وليام إدواردز ديمينج**: هو إحصائي ومهندس كهربائي وأستاذ أعمال أمريكي يعتبر الأب الروحي للجودة، وكان مستشاراً للعديد من الشركات الناجحة، بما في ذلك شركة جنرال إلكتريك الأمريكية وشركة تويوتا اليابانية، يعتبر ديمينج أحد أسباب نجاح وتفوق اليابان في مجال الجودة، ولقد لعب دوراً مهماً في الانتعاش الاقتصادي في اليابان واكتسب سمعة طيبة في زيادة الإنتاجية وخفض النفقات في شركات التصنيع في جميع أنحاء اليابان؛ وأدت تجاربه إلى تصميم **system of profound knowledge** « نظام المعرفة العميق » وإنشاء قائمة تضم 14 مبدأ أساسياً لإدارة الجودة الشاملة.

² Boulesnane. F, « **Quality problem solving with PDCA cycle** », *Journal of Excellence for Economics and Management Research*, Vol 05, N° 02 (2021) PP (249- 268), p253.

الشكل رقم (31): عجلة الجودة PDCA



المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على: Mitonneau. H, *ISO 9000 version 2000*, Ed Dunod, 2eme édition, Paris 2001, P98.

من خلال الشكل أعلاه نلاحظ أن عجلة ديمنج ترتبط بشكل مباشر بوظيفة مراقبة التسيير، تتجسد هذه العلاقة من خلال استخدام دورة PDCA كأداة لتحسين الجودة ومراقبتها وتحقيق الكفاءة والفعالية في العمليات والخدمات، كما يلي:

➤ **التخطيط:** هو المرحلة الأولى من مراحل تطبيق منهج عجلة ديمنج للجودة الشاملة، يتم التركيز في هذه المرحلة على ثلاث نقاط أساسية هي على التوالي (تحديد أهداف الجودة، تحديد المعايير والإجراءات اللازمة لتحقيق الأهداف وضمان الجودة، وضع خطط لمراقبة وقياس الأداء بشكل دوري)؛

➤ **التطبيق:** يتم في هذه المرحلة تنفيذ الخطط المطلوبة لضمان الجودة وتطبيق الإجراءات والعمليات المحددة في المرحلة السابقة، وهذا من خلال القيام بإجراء دراسة للمنتج أو الخدمة على مستوى صغير ومحدد، واختبار نتائج تطبيق الأهداف التي وضعت في المرحلة الأولى مع تسجيل النتائج وإنشاء تقارير رسمية خلال بداية دورة ديمنج؛

➤ **التحقق:** تسمى أيضا "الفحص" تتضمن هذه المرحلة عملية الرقابة من خلال مراقبة وقياس الأداء الفعلي مقابل المعايير المحددة، جمع وتحليل البيانات لتقديم تقييم دقيق لأداء العمليات ومقارنة النتائج بين المرحلتين الأولى والثانية لتطبيق الدورة، ومن ثم تحديد أي انحرافات عن المعايير ومعرفة أسبابها؛

➤ **التنفيذ:** بناءً على النتائج التي تم الحصول عليها في المرحلة السابقة من عجلة ديمنج، يتم البدء بتنفيذ الإجراءات الأفضل من بين الإجراءات المقترحة ومراقبة آثارها على الجودة، مع إمكانية تعديل الخطط والعمليات وفقا للتحسينات المطلوبة، وذلك من أجل الحصول على نتائج ذات جودة عالية.

وقد قدم ديمينج في هذا الإطار 14 مبدأً أساسياً يجب على الإدارة اتباعها لتحسين فعاليتها، حيث قسمها إلى نقاط يجب اتباعها والتقييد بها مقابل نقاط ينبغي التخلي عنها، وقد عرض هذه المبادئ لأول مرة في كتابه المعنون بـ: "للخروج من الأزمة" نوضحها في الجدول الآتي:

الجدول رقم (13): مبادئ ديمينج الـ 14 لإدارة الجودة الشاملة

نقاط يجب التخلي عنها	نقاط يجب التقييد بها
8. التوقف عن الاعتماد على أساليب التفتيش	1. تبني فلسفة جديدة للتطوير والتحسين المستمر
9. التوقف عن ممارسة الأعمال واختيار الموردين بناء على السعر فقط لأن السعر ليس له معنى دون جودة	2. إيجاد الاستقرار الهادف إلى تطوير المنتجات من خلال الابداع والبحث
10. إبعاد الخوف عن المرؤوسين والعاملين	3. التركيز على دور القيادة في عملية التحسين والتطوير وتعميم الممارسات الحديثة
11. كسر الحواجز والعوائق التنظيمية بين مختلف الأقسام	4. التحسين المستمر لكل العمليات والأنشطة
12. التخلي عن الشعارات والوعظ والتهافتات والتحذيرات الموجهة للعاملين	5. التدريب المستمر على الوظيفة باستخدام الطرق الحديثة
13. إزالة العوائق التي تحول دون فخر الموظفين واعتزازهم بعملهم	6. التعليم المستمر والتطوير الذاتي
14. استبعاد معايير العمل التي تستخدم نظام الحصص العددية، وإيجاد نظام إشراف مشجع لمساعدة الآخرين وتحسين طريقتهم في الأداء.	7. جعل التحول إلى إدارة الجودة الشاملة مهمة الجميع

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على: عبد الرحمن توفيق، المناهج التدريبية المتكاملة: منهج الجودة الشاملة، مركز الخبرات المهنية للإدارة، مصر، الطبعة الثالثة، 2004، ص 04.

من خلال الجدول نستنتج أن فلسفة عجلة ديمينج تتمحور في مراحل إدارة الجودة الشاملة PDCA حول التركيز على جودة العمل بشكل كامل في المؤسسة وتحسين أداء الموظفين وليس فقط على جودة المنتجات.

سابعاً: علاقة إدارة الجودة الشاملة بوظيفة مراقبة التسيير

يعتبر منهج إدارة الجودة الشاملة (TQM) في المؤسسات الصحية أساسياً في تحسين الجودة وزيادة كفاءة الخدمات الصحية المقدمة، في هذا السياق تلعب وظيفة مراقبة التسيير دوراً حيوياً، حيث تساهم في ضمان تنفيذ المنهج بشكل فعال، كما تعتبر التغيرات المتزايدة في تكلفة الخدمة الصحية والتقنيات الطبية والضغوط الخارجية من جهات التمويل والترخيص والاعتماد تحديات كبيرة تواجه المؤسسات الصحية، هناك حاجة ملحة لتبني إدارة الجودة الشاملة كمنهج إداري يتيح التعامل مع هذه التحديات بفعالية وفاعلية، وعليه فإن مراقبة التسيير تعزز من تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة من خلال ما يلي:

➤ **تقييم الأداء:** من خلال تطبيق أدوات مثل بطاقة الأداء المتوازن، يمكن لوظيفة مراقبة التسيير قياس أداء المؤسسة الصحية على مختلف الجوانب المهمة مثل الجودة، الكفاءة، والرضا العام للمرضى والمستفيدين من الخدمات الصحية؛

➤ **المراقبة:** تقوم وظيفة مراقبة التسيير بضمان التزام المؤسسة بمعايير الجودة والسلامة، وتحديد مختلف نقاط الضعف أو المشكلات التي تحتاج إلى تصحيح؛

➤ **تحليل البيانات:** يمكن لمراقبة التسيير استخدام البيانات والمعلومات المتاحة لتحليل الأداء وتحديد الاتجاهات والمشكلات النموذجية التي تحتاج إلى اهتمام؛

➤ **تعزيز التحسين المستمر:** يتيح تقييم أداء المؤسسة وتحليل البيانات لوظيفة مراقبة التسيير تحديد فرص التحسين المستمر وتنفيذ الإجراءات اللازمة لتحقيقها.

وعليه فالأمر يستلزم تعاون الأشخاص العاملون في مجال الخدمات الصحية بما في ذلك مراقبي التسيير، معاً لتحسين الجودة وكفاءة الخدمات الصحية المقدمة، وتحقيق أفضل النتائج للمستفيدين من الخدمات الصحية والمجتمع بشكل عام.

المطلب الثاني: تأثير خصائص جودة الخدمات الصحية على وظيفة مراقبة التسيير

تؤثر أنشطة الخدمات الصحية على مختلف الفرضيات الخاصة بالنموذج التقليدي لمراقبة التسيير، وذلك من خلال إضفاء الضبابية وبعض اللبس في كيفية تحديد الأهداف والنتائج وكذلك في تحديد المسؤولية، كما تمتد هذه الآثار إلى إجراءات تحديد الانتاج والتحويل، ومن أهم التأثيرات نجد صعوبة تمثيل النشاط الخدمي الاستشفائي.

أولاً: تأثير خصائص الخدمات الصحية على تحديد الأهداف والنتائج

تلعب خصائص الخدمات الصحية دوراً حاسماً في عملية تحديد الأهداف والنتائج للمؤسسات الصحية، حيث تساعد على اختيار الأهداف والتركيز على النتائج المرجوة التي تخدم الاحتياجات والمتطلبات الفعلية للمستفيدين من الخدمات الصحية.

- **تحديد أهداف الأنشطة الخدمية:** تتمثل الإشكالية في الأنشطة الخدمية في صعوبة وضع هدف دقيق وواضح لها، نظراً لطبيعتها التي تتسم بالغموض وإمكانية السعي لتحقيق أهداف متعددة في آن واحد.

يشكل الغموض وغياب التوافق، بل وأحياناً وجود تضارب بشأن الغايات من بعض الأنشطة الخدمية، عائقاً حقيقياً أمام تحديد أهدافها بدقة، وتثير هذه الإشكالية تساؤلات عدة، من بينها: إلى أي مدى يمكن أن

تكون أهداف هذه الأنشطة غامضة أو متناقضة؟ وكيف تؤثر هذه الازدواجية، بين ما هو معلن وما هو ضمني، على فعالية الرقابة في عملية التسيير؟

- **الوقوف على نتائج الأنشطة الخدمية:** تُعد صعوبة قياس نتائج الأنشطة الخدمية إحدى الإشكاليات البارزة، وهي ترتبط أساسًا بتعدد أهداف هذه الأنشطة وغموضها، إلى جانب الطابع غير الملموس للخدمة، فنتائج الخدمة لا تكون فورية أو قابلة للتقييم بمجرد تقديمها، بل تحتاج إلى فترة زمنية يصعب تحديدها مسبقًا. وخلال هذه الفترة، قد تتداخل عوامل خارجية أخرى تؤثر على النتيجة النهائية، مما يزيد من تعقيد عملية التقييم¹

العامل الآخر يكمن في أن بعض الأنشطة الخدمية، كالرعاية الصحية مثلاً، تفتقر إلى حدود واضحة للخدمة المقدمة. فعند التعامل مع حالة مرضية، لا يمكن رسم خط نهائي لما يجب تقديمه، إذ يبقى دائماً المجال مفتوحاً لتقديم المزيد، لذلك قد يكون غياب الهدف المحدد أمراً مقصوداً، بحيث تظل نهاية الخدمة غير واضحة من حيث إشباع حاجة المستفيد. هذا الغموض قد يُساهم في خلق حالة من التفاهم والرضا المتبادل بشأن الهدف.

إن إسقاط خصائص ومميزات الخدمات المذكورة سابقاً، على الأنشطة الاستشفائية يجعل مؤسسات العناية الصحية والتي من أهمها المستشفيات تعاني من نفس التحديات، فهي من جهة تُصنف كمؤسسات خدمية تقدم خدمات صحية لا منتجات، ومن جهة أخرى، تُشبه في تعاملها مع المرضى المؤسسات التحويلية، حيث تقوم بتحويلهم من حالة صحية معينة عند دخولهم للمستشفى، إلى حالة صحية أخرى عند خروجهم منه².

من يتأمل طبيعة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الصحية يلاحظ أنها تواجه نفس التعقيدات السابقة، خاصة فيما يتعلق بتحديد النتيجة أو المنتج النهائي، فالمفاهيم المرتبطة بالمنتج في المستشفى تظل غامضة فيما إذا كان يمثل حالة المريض؟ عدد أيام الإقامة؟ عدد وطبيعة العمليات المنجزة؟ أم عدد ساعات الفحص؟ كذلك، يحيط الغموض بمفهومي العلاج والشفاء، اللذين يُعتبران من أبرز مخرجات المستشفى، وما يعقد المهمة أيضاً أن حقيقة هذه المخرجات تُحدد بناءً على مهام المؤسسة، مما يُكسبها طابعاً غير عملي، وتكمن خطورة هذه الإشكالية في أنها تمس أحد الأسس التي يستند إليها النموذج التقليدي لمراقبة التسيير، والذي يفترض إمكانية تحديد أهداف الأنشطة وقياس نتائجها وأدائها بدقة وسهولة دون عناء. وسوف نتطرق إلى هذا العنصر بمزيد من التفصيل عند التحدث عن تعقد أنشطة العناية الصحية³.

¹ Ducrocq C, Gervais M, Herriau C. « 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. 04, N° 03, septembre, 2001, p91.

² Gauthier P-H et Autres, « Le contrôle de gestion à l'hôpital », Dunod, France, 2000, p79.

³ مصطفى الباهي، ناصري سمية، مراقبة التسيير في المؤسسات الخدمية بين صعوبة التواجد وضرورة التطبيق حالة المستشفيات العمومية، مداخلة في إطار ملتقى علمي وطني بعنوان: - مراقبة التسيير كآلية لحوكمة المؤسسات وتفعيل الإبداع - كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة البليدة 2 الجزائر يوم 2017/04/25، ص 05.

ثانيا: تأثير الإنتاج المشترك على تحديد المسؤولية

تأثير الإنتاج المشترك على تحديد المسؤولية يمكن أن يكون معقدًا، خاصة في سياق الخدمات الصحية حيث يشترك عدة أفراد وأقسام في تقديم الرعاية للمرضى.

- **الإنتاج المشترك للخدمة:** في الكثير من الأنشطة الخدمية، يتعاون مقدم الخدمة والزبون في إنتاج الخدمة معًا، وهو ما يُعرف بالإنتاج المشترك، حيث يُعد قطاع التعليم مثالًا واضحًا على هذا التفاعل، أين يكون المتعلم جزءًا فاعلًا في العملية. وينطبق الأمر أيضًا على العلاقة بين الأقسام التشغيلية والأقسام الوظيفية، مثل قسم تقنية المعلومات، عند تعاونهم مع مستخدمين داخليين لتطوير تطبيقات جديدة تلبي احتياجات معينة.¹

يرى بعض المختصين أن الإنتاج المشترك للخدمة يُعد فرصة حقيقية لتحسين الإنتاجية، حيث يساهم الزبون في العملية دون الحصول على مقابل مباشر، لكنه في نفس الوقت يدرك أهمية دوره، ولا يشارك فيه إلا إذا شعر بوجود نوع من التعويض، كالحصول على خدمة أسرع أو سعر أقل.²

تعد خدمات العناية الصحية من الأنشطة الداخلة تحت هذه الخاصية، إذ أن تقديم الخدمات يتطلب مشاركة المريض في جميع مراحل العملية، وفي كثير من الأحيان تتوقف أجزاء كبيرة من تقديم الخدمة على تعاون المريض، ومدى استعداده للتجاوب مع مقدم الخدمة (طبيبًا كان أو ممرضًا).

- **تعدد المتدخلين في الأنشطة الصحية:** تتميز الأنشطة الصحية بتعدد المتدخلين، إذ لا يقتصر الأمر على الدور الفعال الذي يلعبه المريض، بل يتطلب أيضًا تدخل مجموعة من الكفاءات المتخصصة، إلى جانب الممرضين والمساعدين، ويستدعي هذا التنوع في التخصصات تقسيمًا دقيقًا على مستوى مراقبة التسيير، لضمان تحليل الأنشطة العلاجية بشكل يسمح بتحديد مسؤوليات كل طرف مشارك وفقًا لدوره ومستوى تدخله.

- **عدم نمطية الأنشطة الصحية:** تواجه أنشطة الرعاية الصحية تحديًا إضافيًا يتمثل في غياب النمطية في المسار العلاجي، مما يصعب على نظام مراقبة التسيير تحديد مراكز المسؤولية التي يفترض أن تُبنى عليها عملية المحاسبة وتفعيل مبدأ الثواب والعقاب، فكل مريض يتبع مسارًا علاجيًا خاصًا، يختلف بحسب نوع المرض، درجة خطورته، عمره، تاريخه الصحي، والفحوصات أو الإجراءات الطبية المحتملة، إلى جانب التعقيدات التي قد تطرأ أثناء العلاج. هذا التفاوت، إلى جانب الطابع التشاركي في تقديم الخدمة، يجعل من الصعب تحميل كل متدخل مسؤوليته بدقة أو تقييم مساهمته في النتائج النهائية، مثل التعافي أو تحسن الحالة الصحية. وهو ما

¹ Löning H, et Autres, **OP cit**, p 181.

² Ducrocq C, Gervais M, Herriau C, **OP cit**, p92.

يتعارض مع إحدى الفرضيات الأساسية للنموذج التقليدي لمراقبة التسيير، التي تفترض إمكانية تقسيم المؤسسة إلى مراكز واضحة للمسؤولية يمكن قياس أدائها بشكل مستقل.¹

ثالثاً: أثر الطابع التقريبي لتقديم وتقديم الخدمة

يشير الطابع التقديري أو التقريبي في الأنشطة الخدمية إلى الطريقة التي تُقِيم بها العلاقة بين الموارد المستخدمة والنتائج المحققة أثناء تنفيذ نشاط خدمي معين، غالباً ما يكتسي هذه العلاقة درجة من عدم الوضوح، تختلف حدتها بين نشاط وآخر، مما يجعل الإدارة تعتمد على التقدير والتقريب في تقييم أثر الموارد على النتائج.

يرجع هذا الغموض أساساً إلى طبيعة الأنشطة الخدمية التي تتميز بعدم ملموسيتها، حيث يتم إنتاج الخدمة واستهلاكها في الوقت نفسه، ما يصعب قياس النتائج بشكل مباشر وفوري، فعلى سبيل المثال، عند تقييم خدمات العناية الصحية في مستشفى قام بفتح قاعة فحص جديدة مجهزة بأحدث التجهيزات وزيادة ساعات العمل، لا يمكن قياس أثر هذه الخطوات إلا بعد مرور فترة زمنية معينة. كما أن تحسن الحالة الصحية للسكان قد لا يعود فقط إلى هذه الإجراءات، بل قد يتأثر بعوامل أخرى مثل تحسن الوضع الاقتصادي، أو توفر منتجات غذائية جديدة، أو حتى الاستقرار الاجتماعي.

لهذا السبب يواجه مديرو المؤسسات الصحية تحديات في تحديد مدى تأثير قراراتهم ومواردهم على النتائج الصحية، مما يستدعي اعتماد أساليب تقييم مرنة تعتمد على التقدير وليس الحسم المطلق.²

أما الأمر الثاني الذي يزيد من عدم وضوح العلاقة بين استخدام الموارد وتقييم النتائج المترتبة عنها يعود إلى كون الخدمة في الغالب تُستهلك في نفس الوقت الذي تنتج فيه، مما يجعل من المراقبة البعدية (اللاحقة) عملية لا فائدة منها، وفي كثير من الأحيان ما يفضل المسيرين استعمال المراقبة التي تسمح باتخاذ قرارات وإجراءات استباقية فيما يخص تقييم الأداء.³ تنعكس هاتين الخاصيتين لتقديم الأنشطة الخدمية على مراقب التسيير في نقطتين مهمتين وهما:⁴

- تخصيص موارد تتجاوز حاجات النشاط الخدمي دون مبرر واضح، مما قد يؤثر سلباً على أنشطة أخرى أكثر حاجة لهذه الموارد؛
- تخصيص موارد أقل من المطلوب لنشاط خدمي معين، رغم أنه قد يكون ذو أهمية استراتيجية مستقبلاً.

¹ مصطفى الباهي، ناصري سمية، مرجع سبق ذكره، ص 06.

² المرجع نفسه، ص ص 06، 07.

³ Ducrocq C, Gervais M, Herriau C, *OP cit*, p91.

⁴ Löning H, et Autres, *OP cit*, p 182.

رابعاً: الغموض في تحديد إجراءات الإنتاج والتحويل

من أبرز سمات العديد من الأنشطة الخدمية وجود تماس مباشر بين مقدم الخدمة والمستفيد منها، حيث يتم التفاعل وجهًا لوجه بشكل متكرر. وتعتبر هذه السمة أحد أبرز مكونات تعريف الخدمة، إذ تُعرّف بأنها سلسلة من الإجراءات الإنتاجية التي تتضمن نقطة التقاء مادية بين الزبون ومقدم الخدمة، تُعرف عادة بنقطة "التواجه" أو "الاحتكاك المباشر".¹

إن وجود مقدم الخدمة في مواجهة مباشرة مع الزبون أثناء تقديم الخدمة يُعد أحد الأسباب الرئيسية لعدم استقرار وتجانس جودة الأداء. وكما هو الحال في الإنتاج المشترك، فإن هذا التفاوت قد ينشأ من أحد طرفي العلاقة الخدمية. فقد يختلف مستوى الخدمة من حالة إلى أخرى بسبب صعوبة الزبون في التعبير الواضح عن توقعاته، أو نتيجة لسوء الفهم من قبل مقدم الخدمة.

وتعني خاصية "التواجه" أن الزبون ليس مجرد متلقٍ سلبي، بل هو عنصر نشط في العملية، تتنوع أدواره بين كونه أحد الوسائط التي تمر عبرها الخدمة، أو مورداً يُعتمد عليه، وأحياناً يُنظر إليه كعامل مؤقت يشارك في تنفيذ الخدمة.

وحسب كل من Bancel-Charensol و Jouglaux فإن هذا التباين في تقديم الخدمة يعود إلى ثلاثة عوامل هي كما يلي:²

- الدعائم التي تُجرى عليها عملية التحويل: تشير إلى العناصر التي تُطبق عليها الخدمة، وقد تكون مادية مثل أعمال الصيانة، أو غير مادية مثل الاستشارات والتعليم، أو بشرية كما هو الحال في الخدمات الصحية والتعليمية، ويمكن تنفيذ عمليات التحويل على هذه الدعائم إما بالتزامن أو بشكل متسلسل؛
- الموارد المستخدمة في النظام: تضم مختلف المكونات التي تساهم في إنتاج الخدمة، مثل المعدات، المباني، الكوادر البشرية، البيانات، الإجراءات والأساليب المتبعة، ويُعد الزبون نفسه من الموارد التي يمكن الاستفادة منها في بعض الحالات، حتى وإن كان يمثل في الوقت ذاته جزءاً من الدعامة؛
- المهام المنجزة: لا تقتصر على المهام التي ينجزها موظفو المؤسسة فقط، بل تشمل أيضاً ما يمكن أن ينجزه الزبون عند مشاركته بصفته عاملاً مؤقتاً ضمن النظام. وهذا التمييز يسمح بالفصل بين المهام التي تتطلب حضور الزبون وتفاعله، وتلك التي يمكن تنفيذها من دون مشاركته المباشرة.

¹ Ibid, p 183.

² Bancel Charensol. L, Jouglaux M, « De la valeur dans les services », Actes des 14eme journées nationales des IAE, Nantes, tome 1, France, 1998, p p 464, 465.

كنتيجة لما سبق فقد استنتج الباحثان Bancel-Charensol و Jougleux ، أن هناك عدة أنواع من الأنشطة لتقديم الخدمات، تختلف باختلاف طبيعتها وآلية تنفيذها والتي تم بتصنيفها ضمن خمسة أنواع من نظم إنتاج الخدمات كما يلي:

جدول رقم(14): أنواع الخدمات وعناصر عدم التجانس

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 وذو علاقات (الفندق، 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: مصطفى الباهي، ناصري سمية، مراقبة التسيير في المؤسسات الخدمية بين صعوبة التواجد وضرورة التطبيق حالة المستشفيات العمومية، مداخلة ضمن ملتقى علمي وطني بعنوان: مراقبة التسيير كآلية لحوكمة المؤسسات وتفعيل الإبداع، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة البلدية 2 الجزائر 2017/04/25، ص 08.

يؤدي التفاعل المباشر بين الزبون ومقدم الخدمة إلى خلق حالة من التشتت والسطحية في تقييم جودة الخدمة، إذ قد يُركّز الزبون في حكمه على جوانب ثانوية لا ترتبط أساسا بجوهر الخدمة المقدمة. وتُعقد هذه الخاصية من تقديم الخدمات، وخاصة ما يرتبط بحضور ومشاركة الزبون في جميع أنماط نظم إنتاج الخدمة كما أُشير إليه في الخانة الأخيرة من الجدول أعلاه مهمة مراقبة التسيير، حيث يصبح من الضروري في هذه المرحلة الاعتماد على أساليب رقابية استباقية أكثر دقة ومرونة لمواكبة هذا التعقيد.

خامسا: صعوبة تمثيل النشاط وانعكاسها على أدوات مراقبة التسيير

تتبع أهمية هذه الإشكالية من صعوبة تقديم تمثيل دقيق وموحد للعملية الإنتاجية داخل المؤسسات الصحية، إذ من النادر أن يسلك جميع المرضى مسارًا علاجيًا واحدًا أو نمطيًا، فلكل حالة صحية خصوصيتها، ما يجعل من غير الممكن وضع تصور شامل أو نموذج موحد لتلك المسارات، ويُفضي هذا الاختلاف إلى تعقيد كبير عند استخدام أدوات مراقبة التسيير، سواء تعلق الأمر بالمحاسبة التحليلية، أو بقياس الأداء، أو حتى باستخدام لوحات القيادة، حيث تصبح هذه الأدوات أقل قدرة على الإحاطة بجميع أوجه النشاط بطريقة دقيقة وشاملة.

تتسم رعاية المرضى داخل المستشفى بخصوصية عالية، إذ إن كل مريض يمرّ بمسار علاجي يكاد يكون فريدًا من نوعه، الأمر الذي يجعل من الصعب توحيد أو تنميط العملية الإنتاجية للخدمة الصحية. وكلما تعمقنا أكثر في تحليل تفاصيل هذا النشاط العلاجي وقمنا بتفكيكه إلى مكوناته الدقيقة، ازدادت درجة التمايز بين الحالات، وهو ما يُعقد أكثر إمكانية تحديد مساهمة كل فاعل على حدة في العملية، ويزيد من الغموض المرتبط بتقييم الأدوار والنتائج.

أدى هذا التعقيد والغموض في تنميط الأنشطة الاستشفائية إلى تغيرات جوهرية على أدوات مراقبة التسيير، فقد أوجدت بعض الدول المتقدمة والمهتمة بهذا الموضوع كالولايات المتحدة الأمريكية وبريطانيا وكندا في نهاية 1970 وحدات متخصصة لتحليل عملية التسيير في القطاع الصحي، بهدف الوصول إلى مقارنات كمية ودقيقة تساعد في اتخاذ قرارات أكثر فاعلية فيما يخص التخطيط، توزيع الموارد، وإعداد الميزانيات.¹ ونتيجة لذلك، تحوّلت أنظمة المحاسبة التحليلية من تركيزها الأساسي على حساب تكلفة علاج كل مريض، إلى احتساب تكلفة متوسطة لليوم الواحد داخل المستشفى. هذا التحول أدى إلى تراجع في دقة النظام، حيث باتت التقديرات تشمل تخصصات عامة كأقسام كاملة، بدلاً من الغوص في تفاصيل التكاليف الدقيقة لوحداث علاجية بعينها.² وامتد هذا الأثر إلى قلب عمليات مراقبة التسيير، حيث بات من الصعب وضع تعريف دقيق وشامل لمفهوم الأداء التنظيمي داخل المستشفيات، ناهيك عن التحديات المتعلقة بتقييمه وقياسه، في ظل الغموض المتزايد حول آليات العملية الإنتاجية في الخدمات الصحية.

¹ Cauvin C, Coyaud C, « *Gestion hospitalière: Finance et contrôle de gestion* », Economica-Gestion, France, 1999, p92.

² Gauthier P-H et Autres, *OP cit*, p54.

إن صعوبة تحديد مساهمة كل فرد في العملية الإنتاجية داخل المستشفى، إلى جانب وجود ازدواجية في خطوط السلطة، يشكل عائقاً حقيقياً أمام تطبيق أحد المبادئ الجوهرية في نظام مراقبة التسيير، وهو مبدأ الثواب والعقاب، ففي ظل هذا الواقع، يفقد المدير العام جزءاً كبيراً من فعاليته، خصوصاً عندما يكتشف وجود خلل أو تقصير في أداء بعض الأنشطة، السبب يعود إلى أن أبرز معاونيه لا يخضعون فعلياً لسلطته المباشرة؛ فاختيارهم أو إنهاء مهامهم لا يكون من صلاحياته، والواقع أن المؤسسات الصحية تمثل حالة استثنائية مقارنة بباقي المؤسسات، حيث يتمتع مسؤولو أقسام ووحدات الإنتاج فيها بقدر كبير من الاستقلالية عن سلطة المدير العام، ما يجعل مساءلتهم وتقييم أدائهم عملية معقدة وغير فعالة في كثير من الأحيان¹.

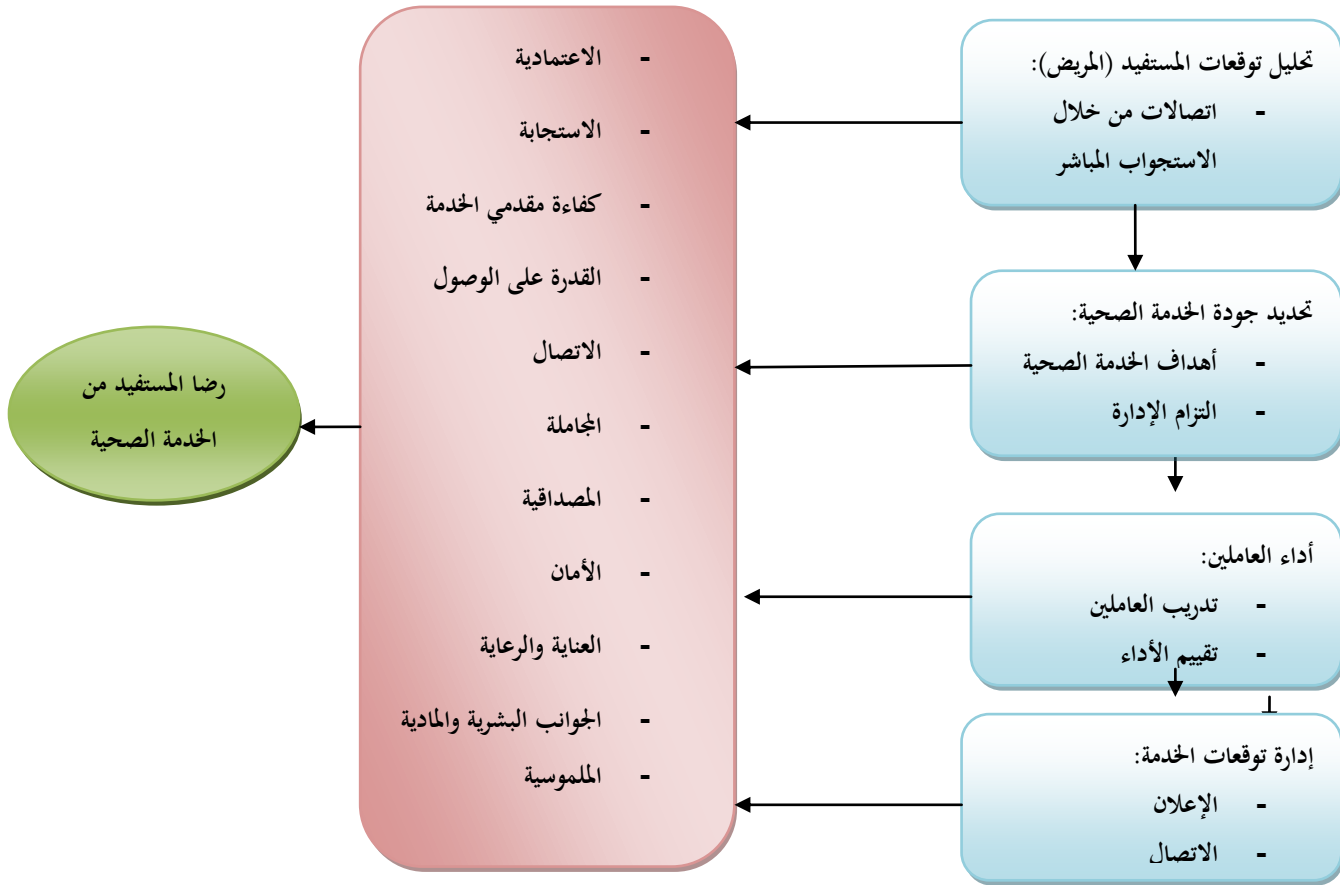
لكي تتكيف مراقبة التسيير مع طبيعة الأنشطة الخدمية في المستشفيات، التي تتميز بالتنوع والاختلاف، يجب أن تكون أكثر مرونة وليونة، سواء في الشكل أو في المهام والأهداف، وذلك من خلال تعديل وتكييف أدواتها بما يتناسب مع هذه الخصائص.

المطلب الثالث: مساهمة أدوات مراقبة التسيير الحديثة في تحسين جودة الخدمات الصحية

لتحسين جودة الخدمات الصحية، يجب على المؤسسات الصحية وضع نموذج شامل يهدف إلى تحقيق الأهداف المحددة لها، يعكس هذا النموذج رؤية شاملة ومتكاملة توضح مختلف العوامل المؤثرة على ما تقدمه من خدمات، وكذا يعكس ما يلزم لبلوغ تلك الجودة المتوقعة، حتى تضمن تلبية احتياجات وتوقعات المرضى والمستفيدين والشكل التالي يوضح هذا النموذج:

¹ في المؤسسات العمومية للصحة، تنقسم السلطة بين الجانب الإداري والجانب الطبي، حيث يتمتع الأطباء لاسيما المتخصصين باستقلالية مهنية تتيح لهم اتخاذ قرارات تخصيصية دون تدخل مباشر من الإدارة، هذا التقاطع في السلطات يخلق ازدواجية في خطوط السلطة، مما يجعل من الصعب على المدير العام التحكم الكامل في جميع الأنشطة داخل المستشفى، وهو ما يعيق تطبيق مبدأ الثواب والعقاب بفعالية، ويجعل من الصعب تحميل الأفراد المسؤولية بشكل واضح، مما يؤثر على فعالية إدارة المستشفى ومراقبة أدائها.

الشكل رقم (32): نموذج تكاملي لجودة الخدمات الصحية



المصدر: ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري للنشر والتوزيع، الأردن، 2007، ص 203.

لضمان جودة في الخدمات الصحية واستمراريتها يتطلب الأمر القيام بعملية التحسين والتجديد بصفة مستمرة، وفق دورة حياة معينة، تبدأ بمرحلة الانطلاق وتنتهي بمرحلة التدهور، وعليه تلجأ العديد من المؤسسات الصحية لا سيما العمومية منها إلى استخدام مجموعة من الأدوات للحفاظ على قيمة جودة خدماتها، في هذا الإطار يظهر الدور الذي تلعبه وظيفة مراقبة التسيير من خلال مجموعة من الأدوات الحديثة التي تساهم بشكل فعال في تحسين جودة الخدمة الصحية كما يلي:

أولاً: بطاقة الأداء المتوازن BSC

تُعد بطاقة الأداء المتوازن أداة فعالة في قياس ومراقبة أداء المؤسسات الصحية، إذ تساهم في تحقيق الأهداف الاستراتيجية وتحسين جودة الخدمات المقدمة للمرضى.¹

¹ مروة أحمد محمد أحمد عبد الله، أثر تطبيق بطاقات الأداء المتوازن المستدامة على التحسين المستمر للخدمات الصحية -دراسة تطبيقية-، المجلد الحادي عشر، العدد الرابع، 2020، (الصفحات 1227-1261) ص 1253.

هذه البطاقة-كما رأينا في الفصل السابق- لا تقتصر على الجانب المالي فقط، بل تركز على الأداء الشامل للمؤسسة من خلال مجموعة من المؤشرات المرتبة ضمن نظام مراقبة يتابعه فريق عمل متخصص، بهدف دعم اتخاذ القرار، وتنسيق الجهود، وتعزيز الرقابة على العمليات، كما تُعد وسيلة تواصل فعالة بين مراقبي التسيير والإدارة، حيث تبرز النقاط الحرجة وتسلط الضوء على الانحرافات وأسبابها، بما يساعد في تصحيح الانحرافات وتحسين الأداء بشكل مستمر.¹

وبذلك تلعب البطاقة دور في تحسين جودة الخدمات الصحية من خلال ما يلي:

- **البعد المالي:** يتضمن هذا البعد قياس الأداء المالي للمؤسسة الصحية، مثل الإيرادات، التكاليف، والأرباح، يمكن لهذا الجانب أن يشمل أيضاً تكاليف الجودة والموارد المالية المخصصة لتحسين الخدمات الصحية؛
 - **بعد العملاء:** يركز هذا البعد على تقييم رضا وتجربة المرضى والمستفيدين من الخدمات الصحية، بما في ذلك مستوى الرعاية، الوقت اللازم لتلقي الخدمة، توفر المعلومات، وتفاعل المريض مع الفريق الطبي؛
 - **بعد العمليات الداخلية:** يتعلق هذا البعد بعمليات المؤسسة الصحية نفسها، مثل الإجراءات الطبية، الموارد البشرية، التكنولوجيا المستخدمة، وفعالية العمليات الداخلية؛
 - **بعد النمو والتعلم:** يركز هذا البعد على قدرة المؤسسة الصحية على التعلم والتطور المستمر، مما يتضمن تطوير مهارات الموظفين، وتبني التكنولوجيا الجديدة، وتحسين العمليات الداخلية.
- وبتسليط الضوء على النموذج التكاملي لجودة الخدمة الصحية الموضح أعلاه، فإن بطاقة الأداء المتوازن هي الأداة الأفضل لتحقيق هذا النموذج في كل مرحلة من مراحله، ابتداء من تحليل توقعات الزبون إلى غاية تحقيق رضاه، خاصة فيما يتعلق بتقييم أداء العاملين وتدريبهم، حيث تساعد المؤسسات الصحية على تحقيق التوازن بين مختلف العوامل الرئيسية التي تؤثر على جودة الخدمات المقدمة، وبالتالي تحسين تجربة المرضى وتحقيق أهداف الجودة والاستدامة في الخدمات الصحية.

ثانياً: طريقة التكلفة على أساس الأنشطة ABC

هي أحد التطورات الحديثة في أساليب وطرق محاسبة التكاليف ظهرت استجابة للاحتياجات المتزايدة والمتغيرة، حيث تقوم هذه الطريقة على مبدأ أن الأنشطة تستهلك الموارد، وأن المنتجات هي التي تستهلك الأنشطة، وبالتالي يجب نسب التكاليف المختلفة إلى أنشطة معينة، ثم تحميل هذه الأنشطة على المنتجات بقدر استهلاك كل منتج من هذه الأنشطة، يوفر هذا النظام أداة دقيقة لتحليل وتخطيط التكاليف من خلال التركيز على النشاط كوحدة تحليل، مما يمكن المؤسسة من تحديد الأنشطة ذات القيمة المضافة والعمل على تحسينها،

¹ بوخاف ورده، مساهمة نظام مراقبة التسيير في تحسين جودة الخدمات الصحية، مداخلة مقدمة ضمن الملتقى الوطني الأول حول التسيير الصحي وتحسين الخدمات الصحية في الجزائر بين اشكاليات التسيير ورهانات التمويل -المستشفيات نموذجاً-، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، قسم علوم التسيير، جامعة 08 ماي 1945 قالمة، يومي 10-11 أفريل 2018، (الصفحات من 1-18)، ص13.

سمحت هذه الطريقة بالإجابة على العديد من اهتمامات مراقبي التسيير سواء في مجال التكلفة أو في مجال الأداء على اعتبار أنها تقوم أساساً على:¹

- التعريف بالأنشطة؛
- تقييم الموارد المستهلكة لكل نشاط؛
- تحديد موجّهات التكلفة؛
- تخصيص تكلفة الأنشطة لموضوع التكاليف.

وتعد هذه الأداة من الأدوات التي تتسم بسهولة استخدامها وكذا مرونتها كما وتحقق نتائج جدّ فعالة، حيث أنه بالنظر للنموذج الموضح أعلاه يتبين أنه يتضمن أنشطة متلاحقة ومرتبطة ببعضها البعض، وهنا يبرز دور طريقة التكلفة على أساس الأنشطة ABC في تحقيق هذا النموذج من خلال تحقيق التوازن في التكاليف من جهة، والتخطيط لها ليتم وضع الموارد المالية اللازمة من جهة أخرى، وبالتالي الوصول لتحسين جودة الخدمة الصحية بأقل التكاليف.

ثالثاً: الموازنة ذات الأساس الصفري BBZ

تعتبر الموازنة ذات الأساس الصفري BBZ نهجاً حديثاً في إدارة الموارد المالية، يهدف إلى تحديد الاحتياجات الفعلية للموارد لتحقيق الأهداف المحددة، بدلاً من الاعتماد على النسب المثوية المبنية على الأداء السابق، يتطلب هذا النهج إعادة التقييم الدوري والتحليل العميق للمتطلبات والأولويات.

وفي سياق الخدمات الصحية، يمكن استخدام مفهوم BBZ كأداة فعالة لمراقبة التسيير وتحسين جودة الخدمات، إذ يساهم في تحقيق العديد من الفوائد بما في ذلك:

- **تحديد الاحتياجات الفعلية:** بدلاً من الاعتماد على التقديرات أو الميزانيات السابقة، يساعد BBZ في تحديد الاحتياجات الفعلية للموارد لتلبية معايير الجودة المحددة في الخدمات الصحية؛
- **تحسين الكفاءة:** يسهل نهج BBZ تحسين استخدام الموارد المالية والبشرية، حيث يتم توجيه الاستثمارات نحو المجالات التي توفر أقصى قيمة مضافة لتحسين الجودة وتلبية الاحتياجات الفعلية للمرضى؛
- **مراقبة الأداء الحالي:** يوفر BBZ إطاراً لمراقبة الأداء الحالي بشكل دوري، مما يتيح فرصة للتحليل والتكيف السريع في حالة وجود أي انحرافات عن الأهداف المحددة لجودة الخدمات الصحية؛
- **تعزيز التوازن بين الكفاءة والجودة:** يساعد في تعزيز التوازن بين تحقيق أهداف الكفاءة المالية وتحسين جودة الخدمات الصحية، مما يؤدي إلى تحسين تجربة المرضى وتحقيق النتائج الصحية المرجوة.

¹ محمد خليل وآخرون، مراقبة التسيير في المؤسسة، شبكة الأبحاث الاقتصادية، www.rr4ee.net، ص 17.

وعليه يعتبر استخدام مفهوم الموازنة ذات الأساس الصفري في إطار النموذج التكاملي لجودة الخدمات الصحية خطوة مهمة نحو تحسين فعالية وكفاءة تقديم الخدمة الصحية وتلبية احتياجات المرضى بشكل أفضل.

رابعاً: التكلفة المستهدفة Target Costing

تُعد التكلفة المستهدفة من الأدوات الحديثة والفعالة في إدارة الموارد المالية ومراقبة التسيير، وتهدف بشكل رئيسي إلى تحديد سقف التكلفة الذي يجب ألا تتجاوزه المؤسسة إذا أرادت تحقيق أهدافها الربحية أو التشغيلية المحددة سلفاً، وفي إطار النموذج التكاملي لجودة الخدمات الصحية، يمكن استخدام التكلفة المستهدفة كأداة لمراقبة التسيير بعدة طرق:

- **ضمان الكفاءة المالية:** تحديد التكلفة المستهدفة يمكن أن يساعد في ضمان استخدام الموارد المالية بكفاءة، مما يساهم في تقديم الخدمات الصحية بجودة عالية دون تضخم في التكاليف؛
 - **توجيه الاستثمارات:** من خلال تحديد التكلفة المستهدفة للخدمات الصحية، يمكن للمؤسسات توجيه استثماراتها نحو المجالات التي يمكن أن تحقق أقصى قيمة مضافة وتحسين الجودة؛
 - **مقارنة الأداء:** يمكن استخدام التكلفة المستهدفة كمؤشر لمقارنة الأداء المالي بين الفترات المختلفة، مما يساعد في تحديد التحسينات أو الانحرافات واتخاذ الإجراءات اللازمة.
- استخدام التكلفة المستهدفة كأداة حديثة لمراقبة التسيير في إطار النموذج التكاملي لجودة الخدمات الصحية، يساهم في تعزيز إدارة الموارد وتحسين جودة الخدمات وتحقيق أهداف المؤسسة بشكل أكثر فعالية وفعالية.

خامساً: المقارنة المرجعية Benchmarking

تعتمد هذه الأداة على مقارنة أداء المؤسسة بمعايير أو مؤشرات أداء مستمدة من أفضل الممارسات أو النتائج المثلى، وفيما يلي بعض النقاط التي توضح كيفية استخدام المقارنة المرجعية كأداة لمراقبة التسيير من شأنها تحقيق جودة في الخدمات المقدمة:

- **تحديد الأداء الأمثل:** يتيح استخدام المقارنة المرجعية للمؤسسات الصحية تحديد المعايير الأمثل للأداء في مجالات مختلفة، مما يمكنها من وضع أهداف واقعية وقابلة للقياس لتحسين الجودة؛
 - **تحديد نقاط القوة والضعف:** من خلال مقارنة أداء المنظمة بالمعايير المرجعية، يمكن تحديد نقاط القوة التي يجب الاحتفاظ بها وتحسينها، بالإضافة إلى تحديد الضعف التي يجب التركيز عليها لتحقيق تحسينات؛
 - **تعزيز التعلم المؤسسي:** من خلال استخدام المقارنة المرجعية، يمكن للمنظمات الصحية تعزيز عمليات التعلم المؤسسي، حيث يتم تحليل أدائها ومقارنته بأفضل الممارسات لاكتساب المعرفة والخبرات الجديدة.
- باستخدام المقارنة المرجعية كأداة في إطار النموذج التكاملي لجودة الخدمات الصحية، يمكن للمؤسسات الصحية تعزيز فعالية عملياتها وتحسين جودة الخدمات المقدمة، مما يساهم في تحقيق رضا المستفيدين.

خلاصة:

شهدت السنوات الأخيرة تحولا كبيرا في مجال الصحة باعتباره قطاعا حساسا لارتباطه بحياة الانسان، ونظرا لأهمية الخدمات التي يقدمها هذا القطاع، فالمؤسسات الصحية مطالبة بالارتقاء بمستوى خدماتها المقدمة للمرضى، وإن كان ذلك ليس بالأمر الهين لأنها تعد عملية في غاية التعقيد، وهي تختلف من حيث المفهوم من وجهة نظر كل من المريض، الطبيب، الإداري والمجتمع ككل، كما تحظى باهتمام وتركيز كل منهم، وتطبق الجودة في مجال الخدمات الصحية في كل من التشخيص، العلاج، الفندقية الاستشفائية، وفي العلاقة مع المريض، وهي ضرورية للمؤسسة الصحية لأسباب قد يكون أهمها ضمان الصحة البدنية والنفسية للمستفيدين وتحسين معنويات العاملين، كما تقوم المؤسسات الصحية بتقييم أنشطة الجودة لخدماتها من خلال مجموعة من المعايير كانت محل اختلاف الباحثين إلا أن غالبية الباحثين تعتمد على خمسة أبعاد أساسية هي الاعتمادية، الضمان، الملموسية، التعاطف والاستجابة، وهذا إن دل على شيء يدل على أن الجودة في المؤسسات الصحية يجب أن تكون شاملة، والتحول إلى الجودة الشاملة يتطلب مراحل متعددة لعل أهمها الأعداد والتهيئة وزيادة درجة الوعي لدى كافة فئات العاملين مع تكوين فريق عمل الجودة، لذلك تسعى المؤسسات الصحية دوماً للتحسين المستمر في خدماتها لتحقيق التميز مع المريض، من خلال القيام بالرقابة وتقوم الاختلالات باتباع أساليب مختلفة.

وأمام هذا الوضع فالمؤسسات العمومية للصحة مطالبة بإيجاد تلك الأساليب الإدارية الرقابية التي تساعد في التحكم في عملية التسيير ومراقبة جودة الخدمة المقدمة بأقل التكاليف وأنجع الوسائل، وفي هذا المجال تعد وظيفة مراقبة التسيير من الوظائف التي تحتل الصدارة بين وظائف المؤسسة الحديثة، بل وأصبحت من أدوات التسيير الفعالة في المؤسسات حالياً، فهي تسمح للمسيرين بالتعرف على وضعية المؤسسة بدقة للوقوف على الأخطاء والانحرافات الناتجة عن أدائهم، وبالتالي تساعد في عملية اتخاذ القرارات اللازمة.

تعتمد وظيفة مراقبة التسيير على مجموعة من الأدوات الحديثة التي تعتبر مهمة لقيادة المؤسسة والتحكم في عملية التسيير أهمها بطاقة الأداء المتوازن التي برزت أهميتها في الآونة الأخيرة، والتي تعد من أدوات التخطيط الاستراتيجي والرقابة الاستراتيجية، تستطيع المؤسسة من خلالها تحديد رؤيتها واستراتيجيتها وترجمتها إلى أهداف بما يساهم في تحقيق التحسين المستمر لكافة أنشطتها وعملياتها، على أن يكون المنطق هو التزام القيادة بذلك وانتشار ثقافة الجودة ومشاركة جميع العاملين.

تختلف بطاقة الأداء المتوازن باختلاف الاستراتيجية المتبعة ومميزات البيئة التي تعمل فيها، وهذا ما يؤكد عدم وجود نموذج شامل وعالمي يحدد المؤشرات الواجب تقديرها وتقييمها، وإنما يكفي بتقديم أبعاد كلية ممثلة في محاور بطاقة الأداء المتوازن، وعليه فإن تصميم هذه البطاقة في المؤسسات العمومية يكون بنفس طريقة التصميم في المؤسسات الخاصة مع مراعاة ضرورة تكييفها مع خصائص واحتياجات كل مؤسسة، وهو ما سنفصله في الفصل الموالي والأخير من هذه الدراسة الذي يعرض السيرورات الأساسية لإعداد البطاقة بإسقاطها مباشرة على إحدى أهم المؤسسات العمومية في الجزائر ألا وهي مؤسسات القطاع الصحي.

الفصل الرابع:

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في
المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي" بسور
الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات
الصحية

- ✓ تقديم عام للمؤسسة العمومية الاستشفائية الاخوة يحياوي بسور الغزلان ولاية البويرة؛
- ✓ واقع وظيفة مراقبة التسيير ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الاخوة يحياوي" بسور الغزلان ولاية البويرة؛
- ✓ محاولة بناء نموذج مقترح لبطاقة الأداء المتوازن قصد تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي" بسور الغزلان - ولاية البويرة.

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي" بمستشفى الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

تمهيد:

تبنت العديد من المؤسسات بمختلف أحجامها وأشكالها بطاقة الأداء المتوازن وقامت بتكييفها بما يتماشى مع رؤيتها، رسالتها واستراتيجيتها، ورغم إقرار العديد من الباحثين بصعوبة استعمال بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسات الصحية غير أن D.norton و R.kaplan وعدة مؤلفين آخرين نادوا بإمكانية ضرورة استعمالها في مثل هذه المؤسسات، باعتبارها تجمع بين الأبعاد المالية وغير المالية لتقييم أداء هذه المؤسسات، مشيرين إلى أن نجاح تطبيق هذه المقاربة في المؤسسات العمومية الصحية يتطلب ضرورة تكييفها وتعديلها بما يتوافق مع متطلبات وخصائص هذه المؤسسات، ولعل أبرز هذه التعديلات ما يمس المحور المالي المتموقع أعلى البطاقة، في حين أن النجاح المالي ليس هدفا أساسيا لمعظم هذه المؤسسات، وبالتالي يمكن تعديل هيكله اللوحة بوضع محور الزبائن أعلى اللوحة، فالهدف الاستراتيجي لهذه المؤسسات ليس تحقيق أرباح بقدر ما هو تقديم خدمة ذات جودة.

يضم هذا الفصل في ثناياه إسقاط ما تم دراسته وتحليله في الجزء النظري من الدراسة على إحدى المؤسسات العمومية للصحة في الجزائر المتمثلة في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي بمستشفى الغزلان" ولاية البويرة، حيث سنقوم بداية بتقديم عام للمؤسسة محل الدراسة، ومن ثم تسليط الضوء على واقع وظيفة مراقبة التسيير من خلال عرض مختلف الأدوات المستعملة في المؤسسة، وتتبع مسارها مع الهيئات الوصية، كما سنسلط الضوء أيضا على مستوى جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر كل من مقدم الخدمة (الطاقم الإداري، الطبي وشبه الطبي، وآخرون)، وكذا متلقي الخدمة (المريض) ثم نقيم مدى فعالية هذه الأدوات ومساهمتها في تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة بذات المؤسسة، وبناء على ذلك سنحاول تصميم نموذج بطاقة أداء متوازن للمؤسسة محل الدراسة انطلاقا من معرفة توجهاتها الاستراتيجية بجمع معلومات قصد تشخيص خصائصها التنظيمية والاستراتيجية، ومن ثم نتجه إلى عرض مؤشرات مقترحة مناسبة لتقييم أداء المؤسسة، لنختم بعرض البطاقة المقترحة حسب كل منظور، تنفيذها يساهم في تحقق جودة في الخدمة الصحية المقدمة، حيث يتم في كل مرحلة من هذه المراحل مناقشة النتائج المتوصل إليها مع مدير المستشفى ومدراء الفرعين.

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي" بصور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

المبحث الأول: تقديم عام للمؤسسة العمومية الاستشفائية الاخوة يحياوي بسور الغزلان ولاية البويرة

المؤسسة العمومية الاستشفائية بسور الغزلان باعتبارها مؤسسة ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي موضوعة تحت وصاية الوالي، تهدف إلى تطبيق برنامج المنظومة الصحية، وذلك من خلال استمرارها بتقديم خدماتها للصالح العام وتحقيق المنفعة العامة، وكل هذا عن طريق التسيير الإداري الجيد والتنسيق بين مختلف مصالحها ووحداتها، بالاعتماد على موارد بشرية كفؤة.

كما تعتمد على خريطة صحية وفقا للمرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوية وتنظيمها وتسييرها، حيث منحها المشرع الجزائري الاستقلالية التامة والفصل بين المستشفيات في تسييرها من أجل تحقيق هدفها المتمثل في توفير المناخ المناسب لعلاج المريض من جهة، وضمان التسيير الحسن والفعال للموارد البشرية والمالية من جهة أخرى.

المطلب الأول: التعريف بالمؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي" بسور الغزلان

يقع مستشفى "الإخوة يحياوي" على بعد 125 كم جنوب العاصمة و 32 كم جنوب عاصمة الولاية على الجانب الغربي لمدينة سور الغزلان، تقدر مساحة المستشفى ب 13840م²، مصممة بسعة 309 أسرة فنية و 272 سريرا منظما. بني المستشفى في عهد الاستعمار سنة 1853 بطابع عسكري ثم تم التنازل عنه للسلطة المدنية سنة 1936 وأصبح كملحق لمستشفى للأمراض العقلية للبلدية، حتى تحصل على استقلاليته سنة 1942.¹

ونظرا للتقسيم الإداري الجديد المتعلق بإصلاح المستشفيات تم تقسيم القطاع الصحي بسور الغزلان إلى مؤسستين عموميتين وذلك بمقتضى المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوية وتنظيمها وتسييرها، بعد إلغاء أحكام المرسوم التنفيذي 97-466 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997 الذي يحدد قواعد إنشاء القطاعات الصحية وتنظيمها وتسييرها، ومن ثمة تغيرت التسمية من قطاع صحي إلى مؤسسة عمومية استشفائية تحت اسم "الإخوة يحياوي"، وبذلك فهي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي وتوضع تحت وصاية الوالي.² وتتكون المؤسسة من هياكل التشخيص، العلاج، الاستشفاء وإعادة التأهيل الطبي، كما يغطي المستشفى عدة بلديات.

¹ وثائق من المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي" بسور الغزلان ولاية البويرة.

² الجريدة الرسمية العدد 33، المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوية وتنظيمها وتسييرها، مرجع سبق ذكره، المادة 02.

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي" بصور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

وتتمثل مهام المؤسسة العمومية الاستشفائية فيما يلي:

- تنظيم وتوزيع الإسعافات وبرمجتها؛
- تطبيق النشاطات المتعلقة بالوقاية التشخيص وإعادة التكيف الطبي والاستشفائي؛
- المساهمة في إعادة تأهيل مستخدمي المصالح الصحية وتحسين مستواهم.

المطلب الثاني: التنظيم الداخلي للمؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي" بـ صور الغزلان

يمكن التطرق إلى التنظيم الداخلي للمؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي" بـ صور الغزلان استنادا لنص المادة 22 من نفس المرسوم، والتي تحيلنا إلى نص المادة 01 من القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 20 ديسمبر 2009 الذي يحدد التنظيم الداخلي للمؤسسات العمومية الاستشفائية، وعليه فإن التنظيم الداخلي للمؤسسات العمومية الاستشفائية الموضوعية تحت سلطة المدير الذي يلحق به مكتب التنظيم العام ومكتب الاتصال تشمل على كل من المديرية الفرعية للمصالح الصحية، المديرية الفرعية للموارد البشرية، المديرية الفرعية للمالية والوسائل، المديرية الفرعية لصيانة التجهيزات الطبية والتجهيزات المرافقة¹. حيث:

أولا: المديرية الفرعية للمصالح الصحية

تتم هذه المديرية بكل ما يتعلق بالنشاطات والأعمال الصحية وتتكون من المكاتب التالية:²

- **مكتب تنظيم النشاطات الصحية ومتابعتها وتقييمها:** يتكفل بمتابعة النشاطات الصحية من خلال جمع الإحصائيات والتأكد من صحتها وإرسال التقارير والمعلومات إلى مديرية الصحة والسهر على تطبيق كافة التعليمات، كما يسهر على التنسيق بين كافة المصالح الصحية وتنظيم طريقة العمل.
- **مكتب التعاقد وحساب التكاليف:** من مهام هذا المكتب القيام بحساب التكلفة الفصلية لكل مصلحة على حدا وذلك اعتمادا على جميع البيانات المتعلقة بالمصاريف التي يتم توزيعها على المصالح بالنسبة إلى حجم النشاط المعبر عنه بوحدات القياس لكل مصلحة.
- **مكتب القبول:** يتولى مكتب الدخول تسيير الشؤون الإدارية للمرضى من خلال التكفل بإجراءات المريض من يوم دخوله إلى المستشفى إلى غاية مغادرته من استقبال وتوجيه المرضى وغيرها، كما يقوم بكافة التسجيلات سواء تلك المتعلقة بالمرضى أو الخاصة بالحالة المدنية.

¹ القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 20 ديسمبر 2009 الذي يحدد التنظيم الداخلي للمؤسسات العمومية الاستشفائية، المادة 02.

² المرجع نفسه، المادة 03.

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيى" بصور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

ثانيا: المديرية الفرعية للموارد البشرية

تقوم هذي المديرية بنشاطات تسير الموارد البشرية حيث تضم المكاتب التالية:¹

- **مكتب تسير الموارد البشرية والمنازعات:** يتكفل هذا المكتب بنشاطات تسير الحياة المهنية للموظفين و متابعة القضايا التي تكون المؤسسة طرفا فيها، كما يقوم ببعض النشاطات الهامة مثل تخطيط الموارد البشرية و اجتماع اللجنة متساوية الأعضاء.
 - **مكتب التكوين:** يتكفل هذا المكتب بتسيير وتنظيم كافة الدورات التكوينية المبرمجة من طرف المؤسسة سواء داخل أو خارج الوطن والسهر على السير الحسن لها.
- وهنا تجدر الإشارة إلى أنه وجدنا مكتب تسيير المستخدمين ومكتب الأجور في المؤسسة محل الدراسة، دون وجوده في الهيكل التنظيمي للمؤسسة وهو تابع لكل من المديرية الفرعية للموارد البشرية من حيث المقررات والمديرية الفرعية للمالية والوسائل من خلال متابعة تنفيذ العنوان الأول من الميزانية الخاص بتسيير المستخدمين مع الهيئات المختصة (المراقب الميزانياتي وأمين الخزينة).

ثالثا: المديرية الفرعية للمالية والوسائل

تتولى هذه المديرية اعداد وتنفيذ ومتابعة الميزانية الخاصة بالمستشفى، تضم ثلاث مكاتب كما يلي:²

- **مكتب الميزانية والمحاسبة:** من نشاطات هذا المكتب إعداد و تنفيذ الميزانية استلام الفواتير و إعداد حوالات الدفع التسجيل في سجل النفقات.
- **مكتب الصفقات العمومية:** يتم فيه إبرام الصفقات من خلال الإشهار على المناقصة و إعداد دفتر الشروط.
- **مكتب الوسائل العامة والهيكل:** يتم فيه الإشراف على مخزون المؤسسة من خلال بطاقة المخزون وإعداد بطاقات الجرد.

رابعا: المديرية الفرعية لصيانة التجهيزات الطبية والتجهيزات المرافقة

تتولى هذه المديرية الإشراف على استلام التجهيزات الطبية والتجهيزات المرافقة، الإمضاء على محاضر الاستلام، الإشراف على التشغيل الأولي لها، إبرام اتفاقيات الصيانة وتدوين التدخلات التي تنفذها المصلحة على التجهيزات الطبية والمرافقة وتكوين ملف لكل جهاز طبي، وكذا متابعة كل العمليات المتعلقة بإلغاء استعمال العتاد والتجهيزات وهذا بالتنسيق مع مفتشيه أملاك الدولة، تضم هذه المديرية مكاتبين:³

¹المرجع نفسه، المادة 04.

²المرجع نفسه، المادة 05.

³المرجع نفسه، المادة 06.

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي"

بصور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

● مكتب صيانة التجهيزات الطبية؛

● مكتب صيانة التجهيزات المرافقة.

ومن خلال ذلك كان الهيكل التنظيمي الخاص بالمؤسسة محل الدراسة على الشكل الموضح في (الملحق رقم 03).

المطلب الثالث : تنظيم وتسيير المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي" بسور الغزلان

المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي" بسور الغزلان وعلى غرار المؤسسات الأخرى، واستنادا إلى ما ورد في نص المادة 10 من المرسوم التنفيذي رقم 07-140، تسيير بمجلس إدارة يديرها المدير وتزود بهيئة استشارية تدعى المجلس الطبي، وفيما يلي شرح لهذه العناصر:

أولا: مجلس الإدارة: يضم مجلس الإدارة كل من:¹

ممثل عن الوالي رئيسا، ممثل عن إدارة المالية، ممثل عن التأمينات الإقتصادية، ممثل عن هيئات الضمان الاجتماعي، ممثل عن المجلس الشعبي الولائي، ممثل عن المجلس الشعبي البلدي مقر المؤسسة، ممثل عن المستخدمين الطبيين ينتخبه نظراءه، ممثل عن المستخدمين شبه الطبيين ينتخبه نظراءه، ممثل عن جمعيات مرتفقي الصحة، ممثل عن العمال ينتخب في جمعية عامة، ورئيس المجلس الطبي.

ويعين أعضاء مجلس الإدارة لعهد ثلاث سنوات قابلة للتجديد بقرار من الوالي بناء على اقتراح من السلطات والهيئات التابعة لها، وفي حالة انقطاع أحد الأعضاء يعين عضو جديد حسب نفس الأشكال لخلافته إلى غاية انتهاء العهد، كما أن هذا المجلس بإمكانه الاستعانة بأي شخص من شأنه مساعدته في أشغاله، ويجتمع مجلس الإدارة في دورتين، دورة عادية وتكون مرة واحدة كل ستة أشهر و دورة غير عادية تأتي بناء على استدعاء من رئيسه أو بطلب من ثلثي أعضائه، وتحرر مداوات هذا المجلس في محاضر يوقعها الرئيس وأمين الجلسة وتفيد في سجل خاص يرقمه ويؤشر عليه الرئيس.²

ثانيا: المدير: يعتبر مدير المؤسسة العمومية الاستشفائية المسؤول الأول عن المؤسسة وتسييرها، يعين بقرار من الوزير المكلف بالصحة، وتنتهي مهامه حسب الأشكال نفسها³، وتتمثل مهامه فيما يلي:⁴

¹ الجريدة الرسمية العدد 33، المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيورها، مرجع سبق ذكره، المادة 11.

² المرجع نفسه، المواد 12 و 13 و 15 على الترتيب.

³ المرجع نفسه، المادة 19.

⁴ المرجع نفسه، المادة 20.

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيى"

بمور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

- ❖ يمثل المؤسسة أمام العدالة وفي جميع أعمال الحياة المدنية؛
- ❖ هو الأمر بالصرف في المؤسسة؛
- ❖ يحضر مشاريع الميزانيات التقديرية ويعد حسابات المؤسسة؛
- ❖ يعد مشروع التنظيم الداخلي والنظام الداخلي للمؤسسة؛
- ❖ ينفذ مداولات مجلس الإدارة؛
- ❖ يعد التقرير السنوي عن النشاط ويرسله إلى السلطة الوصية بعد موافقة مجلس الإدارة عليه؛
- ❖ يبرم كل العقود والصفقات والاتفاقيات في إطار التنظيم المعمول به؛
- ❖ يمارس السلطة السلمية على المستخدمين الخاضعين لسلطته؛
- ❖ يعين جميع مستخدمي المؤسسة باستثناء المستخدمين الذين تقرر طريقة أخرى لتعيينهم؛
- ❖ يمكنه تفويض إمضائه تحت مسؤوليته لمساعديه الأقربين.

ثالثا: المجلس الطبي: يضم المجلس الطبي كل من:¹

مسؤولو المصالح الطبية، الصيدلي المسؤول عن الصيدلية، جراح أسنان، شبه طبي ينتخبه نظراؤه من أعلى رتبة في سلك شبه الطبيين، ممثل عن المستخدمين الاستشفائيين الجامعيين عند الاقتضاء، وينتخب المجلس الطبي من بين أعضائه رئيسا ونائب رئيس لمدة ثلاث سنوات قابلة للتجديد.

ويجتمع المجلس الطبي بناء على استدعاء من رئيسه في دورة عادية مرة كل شهرين، ويمكنه الاجتماع في دورة غير عادية بطلب إما من رئيسه أو من أغلبية أعضائه، وإما من مدير المؤسسة العمومية.²

أما فيما يخص المهام التي يكلف بها المجلس الطبي فقد وردت في ذات المرسوم كما يلي:³

- التنظيم والعلاقات الوظيفية بين المصالح الطبية؛
- مشاريع البرامج المتعلقة بالتجهيزات الطبية وبناء المصالح الطبية وإعادة تهيئتها؛
- برامج الصحة والسكان؛
- برامج التظاهرات العلمية والتقنية؛
- إنشاء هياكل طبية أو إلغاؤها؛

¹المرجع نفسه، المادة 25.

²المرجع نفسه، المادة 26.

³المرجع نفسه، المادة 24.

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي"

بصور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

- يقترح المجلس الطبي كل التدابير التي من شأنها تحسين تنظيم المؤسسة وسيورها لاسيما مصالح العلاج والوقاية؛
- يمكن لمدير المؤسسة العمومية الاستشفائية إخطار المجلس الطبي بشأن كل مسألة ذات طابع طبي أو علمي أو تكويني.

المطلب الرابع: معايير تصنيف المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي" بـ صور الغزلان

بناء على ما أفادنا به المدير الفرعي للموارد البشرية بالمؤسسة محل الدراسة واستنادا إلى القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 15 جانفي 2012 والذي يحدد معايير تصنيف المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية، تصنف هذه المؤسسات في الفئات "أ"، "ب"، "ج"، "د" وتتمثل معايير التصنيف في: عدد السكان، عدد البلديات، عدد الأسرة، عدد المصالح، الطابع الجامعي وكذا مقر الولاية، وكل معيار يقابله عدد نقاط (الملحق رقم 04)، وحسب عدد النقاط المتحصل عليها يمكننا تصنيف هذه المؤسسات كالاتي:¹

- ❖ يساوي أو أقل من 20 نقطة في الفئة "ج".
- ❖ أكثر من 20 نقطة وأقل من أو يساوي 30 نقطة في الفئة "ب".
- ❖ أكثر من 30 في الفئة "أ".

من خلال دراستنا للمعايير المنصوص عليها في القرار الوزاري المشترك سالف الذكر ارتأينا تصنيف المؤسسة محل الدراسة في الصنف "ب" موضحة في نفس الملحق وذلك للأسباب الآتية:

فيما يخص المعيار الأول والمتمثل في عدد السكان تغطي المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي" بـ صور الغزلان ما يقارب 148905 نسمة ما يقابله 04 نقاط، أما فيما يخص عدد البلديات فهذه المؤسسة تغطي 10 بلديات أي ما يقابل 03 نقاط، بالنسبة لعدد الأسرة تجدر الإشارة إلى أن المؤسسة تحتوي على 309 سرير منظمين وموزعين على حسب المصالح المتواجدة بها (الملحق رقم 05)، وبالتالي تحصلت على 13 نقاط، وفيما يخص عدد المصالح فهي تتوفر على 12 مصلحة²، ما يعادل ثلاث 03، أما بالنسبة لمعيار الطابع الجامعي ومقر الولاية لم تتحصل المؤسسة محل الدراسة على نقاط لعدم توفرها على ذلك. وبجمع النقاط تحصلت المؤسسة على 23 نقطة وبما أنها أقل من 20 فهي تصنف في الفئة "ب".

¹ القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 15 جانفي 2012 والذي يحدد معايير تصنيف المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتصنيفها المادة 02.

² القرار رقم 2605 المؤرخ في 02 ديسمبر 2007 المتضمن إنشاء المصالح والوحدات المكونة لها على مستوى المؤسسة العمومية الاستشفائية بـ صور الغزلان.

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الأخوة يحياوي" بصور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

كما تتوفر المؤسسة محل الدراسة على عدة مصالح إدارية وأخرى استشفائية مع مركز لغسيل الكلى يحتوي على 20 مولدا ومنصة تقنية (الملحق رقم 06).

كما تحتوي المؤسسة على طاقم بشري يصل إلى 693 موظف، موزعة على مختلف الأسلاك والرتب كما يوضحها (الملحق رقم 07).

المبحث الثاني: واقع وظيفة مراقبة التسيير ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الأخوة يحياوي" بـ صور الغزلان ولاية البويرة

يشكل تحسين جودة الخدمات الصحية أحد التحديات الأساسية التي تواجه القطاع الصحي في الجزائر، حيث يتطلب تحقيق ذلك إدارة فعالة للموارد وتقييماً مستمراً للأداء. في هذا السياق، تعتبر وظيفة مراقبة التسيير من الوظائف الأساسية التي يتوقف عليها نجاح عملية التسيير، خاصة في ظل التطورات البيئية الحالية، فوجود وظيفة مراقبة التسيير في المؤسسات العمومية للصحة عموماً والمؤسسة محل الدراسة خصوصاً يساعدها في التحكم في التسيير واتخاذ القرار، وهذه الأخيرة تعد من أهم الوظائف في تسيير المؤسسات العصرية من خلال وضع الأهداف المرجوة والوسائل اللازمة لتحقيقها، ثم قيادة الإجراءات والانجازات، وأخيراً تقييم النتائج واكتشاف الانحرافات وتحليلها ومن ثم اتخاذ الإجراءات التصحيحية.

المطلب الأول: الفاعلون في عملية مراقبة التسيير: الأساس العملي لتوظيف الأدوات وتحقيق جودة الخدمة الصحية

لم تكن مراقبة التسيير جزءاً من منظومة التسيير الصحي في الجزائر منذ الاستقلال، بل كانت المؤسسات الصحية تعمل وفق نموذج إداري تقليدي يركز بشكل أساسي على الجوانب المالية والتقنية دون اعتماد آليات حديثة للمراقبة والتقييم، حيث كانت الأولوية تُعطى للإدارة التشغيلية المباشرة، مثل توفير التجهيزات الطبية، تسيير الموارد البشرية، وضمان سير الخدمات العلاجية، دون اعتماد منهجيات رقابية حديثة تقيس مدى تحقيق الأهداف الاستراتيجية أو مدى كفاءة استخدام الموارد. لكن ومع بداية الألفية الجديدة، فرضت التحديات الصحية والاقتصادية الحاجة إلى إدخال آليات أكثر تطوراً لمراقبة التسيير وتحسين الأداء ونتيجة لذلك، بدأت بعض

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيى" بصور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

المؤسسات الصحية، بمبادرات فردية وغير رسمية، في تبني مقاربات مستوحاة من الممارسات الدولية، على غرار تحليل مؤشرات الأداء الرئيسية (KPI) لمتابعة مدى تحقيق الأهداف التشغيلية.

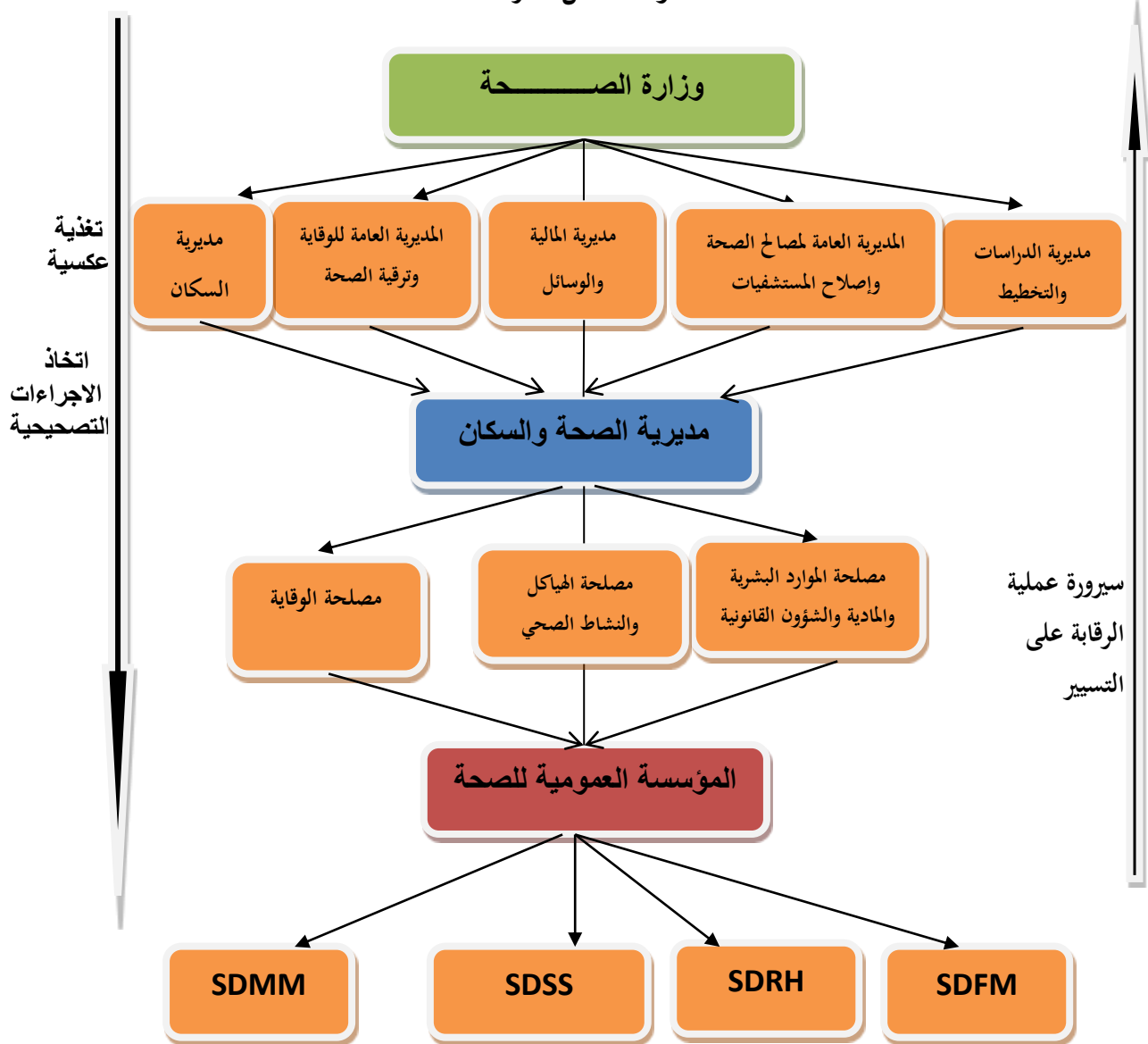
والجدير بالإشارة في هذا الشأن أنه رغم هذه الجهود ورغم الدور المحوري الذي يمكن أن تؤديه مراقبة التسيير في تحسين الخدمات الصحية وتحقيق الأهداف بكفاءة وفعالية، إلا أنها لا تزال غائبة عن الإطار القانوني الرسمي، إذ لا يوجد نص قانوني أو تنظيم هيكلي يفرض وجودها كمصلحة مستقلة داخل المؤسسات الصحية أو المنظومة بشكل عام¹، بل يتم تنفيذها بشكل غير رسمي أو ضمن مهام متفرقة لمديريات مختلفة. هذا الفراغ القانوني والتنظيمي أدى إلى اختلاف وتفاوت في ممارسات مراقبة التسيير بين المؤسسات، مما أثر على فعالية عمليات المتابعة والتقييم نتيجة غياب آليات إلزامية لذلك، مما يؤدي إلى ضعف الرقابة على جودة الخدمات المقدمة.

تتداخل عدة جهات في تنفيذ عمليات مراقبة التسيير في المؤسسات الصحية، رغم غياب إطار قانوني واضح لها، حيث تلعب كل جهة دورًا محددًا في متابعة الأداء وضمان جودة الخدمات الصحية. يمكن تصنيف هذه الجهات إلى ثلاث مستويات رئيسية كما يوضحها الشكل التالي:

¹ كانت وظيفة مراقبة التسيير تحظى سابقًا بهيكل رسمي على مستوى وزارة الصحة، حيث وجدت مديرية فرعية خاصة بمراقبة التسيير تُعنى بمتابعة الأداء وتحليل البيانات لضمان كفاءة تسيير المؤسسات الصحية. إلا أن هذه المديرية تم حذفها بموجب قانون الصحة الجديد الذي أعاد هيكلة الوزارة، مما أدى إلى إلغاء هذا الجهاز الرقابي كمصلحة مستقلة. وأصبح مقتصرًا فقط على مكتب ضمن المديرية الفرعية للمالية والوسائل، ورغم ذلك، لا تزال بعض مهام مراقبة التسيير تُمارس من خلال أدوات وآليات أخرى داخل المؤسسات الصحية، لكنها لم تعد تتمتع بإطار تنظيمي واضح أو دور مؤسسي محدد كما كان في السابق، مما يؤثر على فعالية المتابعة والتقييم المستمر لجودة الخدمات الصحية.

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيى" بسور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

الشكل رقم (33): الأطراف الفاعلة في عملية الرقابة على التسيير في المؤسسات العمومية للصحة بما فيها المؤسسة محل الدراسة



المصدر: من إعداد الطالبة استناداً إلى تتبع مسار أدوات الرقابة في المؤسسة محل الدراسة خلال الدراسة الميدانية.

يُبرز الشكل أعلاه العلاقة التدرجية بين مختلف الأطراف الفاعلة في عملية مراقبة التسيير في المؤسسات الصحية، حيث تبدأ الرقابة من المستوى العملي في قاعدة الهيكل التنظيمي لتتصعد تدريجياً نحو المستويات العليا، أين يتم اتخاذ الإجراءات التصحيحية المناسبة لضمان تحقيق الأهداف الاستراتيجية للمؤسسة وتحسين جودة الخدمات الصحية، وذلك كما يلي:

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيى"

بمور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

1. على مستوى المؤسسة العمومية للصحة المعنية (المستوى التشغيلي أو العملياتي): تبدأ عملية الرقابة

من داخل المؤسسة عبر المدير العام ومدراءه الفرعيين حيث:

- المدير العام للمؤسسة، الذي يشرف على تنفيذ استراتيجيات التسيير وضمان تحقيق الأهداف المسطرة.
- المدراء الفرعيون، كلٌ حسب اختصاصه، حيث يتابع المدير الفرعي للمالية والوسائل تسيير الميزانية والمشتريات والامدادات، بينما يهتم المدير الفرعي للنشاطات الصحية بجودة الخدمات المقدمة وضمان تنظيم مختلف نشاطات العلاج والاستشفاء، والمدير الفرعي للموارد البشرية بتسيير الطاقم الطبي والإداري، وأخيراً المدير الفرعي لصيانة التجهيزات الطبية والتجهيزات المرافقة بضمان جاهزية المعدات والبنية التحتية.

2. على مستوى مديرية الصحة والسكان بالولاية (المستوى التكتيكي): تتولى مهام الاشراف والتنسيق

بين المستويين من خلال:

- مصلحة الموارد البشرية والمادية والشؤون القانونية: وهي مسؤولة عن متابعة تسيير الموارد البشرية والمادية وضمان الامتثال للقوانين والتنظيمات، كما تتولى هذه المصلحة متابعة الجوانب المالية والإدارية المتعلقة بمراقبة التسيير، وذلك من خلال مكتب الميزانية والمراقبة التابع لها الذي يشرف على متابعة النشاطات المالية للمؤسسة.
- مصلحة الهياكل والنشاط الصحي: تختص هذه المصلحة بالإشراف على الأنشطة الصحية والتأكد من حسن سيرها وفقاً للمعايير المعتمدة وضمان تكييفها مع الاحتياجات الصحية للمجتمع.
- مصلحة الوقاية: تتولى متابعة وتنفيذ البرامج الوقائية والتنسيق مع المؤسسات الصحية لضمان التكامل في تقديم الخدمات.

3. على مستوى وزارة الصحة (المستوى الاستراتيجي): تقوم بعملية التدقيق النهائي والموافقة على القرارات

الاستراتيجية والتصحيحية بناءً على التقارير الواردة من المستويات الأدنى من خلال:¹

- المديرية العامة للوقاية وترقية الصحة: تتكفل المديرية العامة للوقاية وترقية الصحة، تحت سلطة وزير الصحة، بإعداد السياسة الوطنية للوقاية وترقية الصحة وتنفيذها، مع السهر على تنظيم ومتابعة برامج الوقاية

¹ الجريدة الرسمية العدد 63، المرسوم التنفيذي رقم 11 - 380 مؤرخ في 11 نوفمبر 2011 يتضمن تنظيم الإدارة المركزية في وزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات، الصادرة بتاريخ 23 نوفمبر 2011، المواد 02، 03، 05، 06، 10 و 11 على التوالي.

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيوي"

بمور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

من الأمراض المعدية وغير المعدية، بما في ذلك أنشطة التلقيح ومكافحة الأوبئة. كما تضطلع بجمع وتحليل المعطيات الوبائية لضمان المراقبة المستمرة للوضع الصحي للسكان، وتنظيم حملات الإعلام والتحسيس لترقية السلوكيات الصحية الإيجابية. وتسهر المديرية كذلك على إعداد ومراجعة النصوص التشريعية والتنظيمية المرتبطة بالصحة العامة، وعلى تشجيع البحث العلمي في مجالات الوقاية وترقية الصحة بالتعاون مع الهيئات الوطنية والدولية المختصة. كما تضطلع بمهام متابعة وتقييم برامج الوقاية على المستوى الوطني، مع ضمان التنسيق بين مختلف الفاعلين في هذا المجال تحقيقاً للنجاعة والفعالية.

- **المديرية العامة لمصالح الصحة وإصلاح المستشفيات:** تسهر المديرية العامة لمصالح الصحة وإصلاح المستشفيات على إعداد وتنفيذ السياسة الوطنية في مجال تنظيم وتسيير الهياكل الصحية، بما في ذلك المستشفيات والمؤسسات الصحية الأخرى، وتعمل على تطوير برامج تحسين جودة الخدمات الصحية، وضمان التوزيع العادل للموارد البشرية والمادية عبر مختلف المناطق، كما تشرف على تحديث وتطوير البنية التحتية الصحية، وتنسيق الجهود بين مختلف الفاعلين في القطاع الصحي لضمان تقديم خدمات صحية فعالة ومتكاملة.

- **مديرية السكان:** تُعنى مديرية السكان بإعداد وتنفيذ السياسة الوطنية للسكان، بما في ذلك تنظيم ومتابعة برامج الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة، كما تسهر على جمع وتحليل المعطيات الديموغرافية لتوجيه السياسات الصحية، وتعمل على تعزيز التوعية والتثقيف في مجالات الصحة الإنجابية، بالإضافة إلى ذلك، تتولى المديرية إعداد وتحيين التشريعات والتنظيمات المتعلقة بالسكان، وتنسق مع الهيئات الوطنية والدولية في هذا المجال.

- **مديرية الدراسات والتخطيط:** تُعنى المديرية العامة للدراسات والتخطيط بإعداد الدراسات الاستراتيجية المتعلقة بتطوير القطاع الصحي، وتخطيط البرامج والمشاريع الصحية على المدى القصير والمتوسط والبعيد، كما تسهر على جمع وتحليل البيانات الإحصائية الصحية لتوجيه السياسات والبرامج، وتقوم بمهام الاستشراف لتحديد التوجهات المستقبلية في مجال الصحة. بالإضافة إلى ذلك، تتولى إعداد ومتابعة تنفيذ المخططات الوطنية للصحة، وتنسيق الجهود مع الهيئات الوطنية والدولية في مجالات الدراسات والتخطيط والإحصاء والاستشراف.

- **المديرية العامة للمالية والوسائل:** تُعنى هذه المديرية بإعداد ومتابعة تنفيذ الميزانية السنوية للوزارة، وضمان التسيير المالي والإداري الفعال لمختلف الهياكل التابعة لها. كما تسهر على توفير الوسائل المادية واللوجستية الضرورية لضمان سير الخدمات الصحية، وتعمل على تطوير نظم المعلومات الإدارية والمالية، بالإضافة إلى متابعة تنفيذ الصفقات العمومية وضمان احترام الإجراءات القانونية والتنظيمية ذات الصلة.

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيوي"

بمور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

- **المفتشية العامة:** تُعنى المفتشية العامة بمراقبة وتقييم أداء الهياكل والمؤسسات التابعة لقطاع الصحة، سواء العمومية منها أو الخاصة، من خلال تنفيذ برامج تفتيش دورية ومهام رقابية خاصة، كما تسهر على ضمان الامتثال للتشريعات والتنظيمات المعمول بها في القطاع الصحي، وتقتراح التدابير التصحيحية اللازمة لتحسين جودة الخدمات الصحية. بالإضافة إلى ذلك، تُنسق المفتشية العامة مع **المفتشيات الجهوية¹** لضمان فعالية عمليات التفتيش والمراقبة على المستوى الوطني.

هذا التداخل بين مختلف المستويات، رغم أهميته في متابعة الأداء، يظل مفتقراً إلى التنسيق المنهجي بسبب غياب إطار قانوني واضح وهيكل إداري رسمي ينظم وظيفة مراقبة التسيير، مما يؤدي إلى تفاوت في تطبيق أدوات المراقبة بين المؤسسات الصحية، ومع ذلك فإن هذا لا يعني عدم وجود آليات وأدوات لمراقبة التسيير، حيث تعتمد المؤسسات العمومية للصحة بما فيها المؤسسة محل الدراسة على مزيج من الأدوات التقليدية والحديثة لمتابعة الأداء وضمان جودة الخدمات، سنعرضها بنوع من التفصيل في هذا المبحث من خلال دراسة الموجود ثم ندرس ونحلل علاقة كل منها بجودة الخدمات الصحية المقدمة.

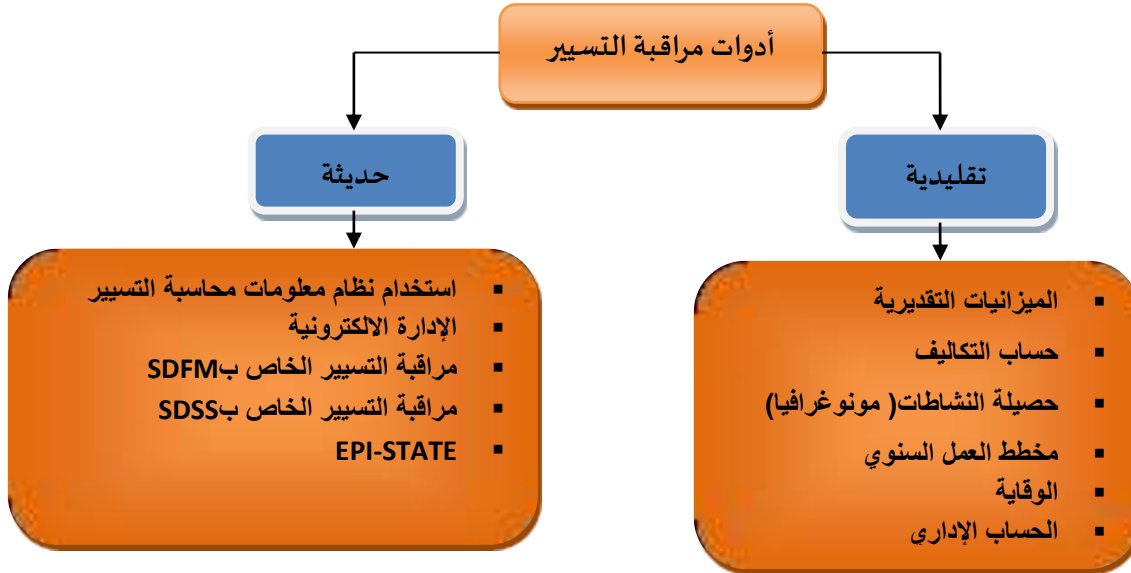
المطلب الثاني: أدوات مراقبة التسيير المستعملة في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيوي" بمور الغزلان

تعتبر أدوات مراقبة التسيير ضرورية لبناء نظام مراقبة يتميز بالكفاءة والفعالية، حيث تختلف طبيعة هذه الأدوات من مؤسسة إلى أخرى بحسب خصوصياتها، إلا أننا نجد أنها موحدة في مؤسسات قطاع الصحة، ما يعكس توجهاً نحو توحيد المقاييس والآليات الرقابية لضمان انسجام الأداء داخل هذا القطاع الحيوي. وعلى الرغم من هذا التوحيد، تختلف هذه الأدوات من حيث طبيعة المعايير المعتمدة وما تقيسه فعلياً، إلا أنها جميعاً تسعى إلى تحقيق هدف مشترك يتمثل في رصد الانحرافات عن الأهداف المسطرة واتخاذ الإجراءات التصحيحية المناسبة. ولتحقيق ذلك تستعين المؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة يحيوي بمزيج من الآليات التقليدية والحديثة لمراقبة التسيير (تم تحديدها في حدود إمكانيات الباحثة المتاحة) نوضحها في الشكل التالي:

¹ تضم المفتشية العامة لوزارة الصحة على المستوى الوطني تسع مفتشيات جهوية (الجزائر، قسنطينة، وهران، المدية، سطيف، تيارت، بشار، ورقلة، تمنراست)، مكلفة بمراقبة المؤسسات والهياكل الصحية ضمن نطاقها الإقليمي، مع السهر على التنسيق مع المفتشية العامة لضمان تنفيذ السياسة الوطنية للتفتيش والمراقبة. وتخضع هذه المفتشيات للأحكام المنصوص عليها في المرسوم التنفيذي رقم 23-216 المؤرخ في 7 جوان 2023، الذي يعدل ويتمم المرسوم التنفيذي رقم 96-68 المؤرخ في 27 جانفي 1996، المتعلق بإنشاء المفتشية العامة لوزارة الصحة وتحديد مهامها وتنظيمها وسير عملها، بالإضافة إلى القرار المؤرخ في 17 جويلية 2023 الذي يحدد مقر والاختصاص الإقليمي للمفتشيات الجهوية للصحة.

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الأخوة يحياوي" بسور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

الشكل رقم(34): أدوات مراقبة التسيير المطبقة في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الأخوة يحياوي" بسور الغزلان



المصدر: من إعداد الطالبة استنادًا إلى المعطيات الميدانية المتحصل عليها من المؤسسة محل الدراسة.

وفيما يلي شرح لهذه الأدوات وتتبع مسارها على مستوى الهيئات الوصية المتمثلة في كل من مديرية الصحة والسكان على مستوى الولاية ووزارة الصحة وكذا المعهد الوطني للصحة العمومية:

أولاً: الأدوات التقليدية لمراقبة التسيير المطبقة في المؤسسة محل الدراسة

تستخدم المؤسسة محل الدراسة مجموعة من الأدوات التقليدية لمراقبة التسيير من أجل التحكم في تقديم الخدمة الصحية بكفاءة وفعالية، ومن بينها نجد:

1. **الميزانيات التقديرية:** هي خطة تتناول كل صور العمليات المستقبلية لفترة محددة، أو بعبارة أخرى هي التعبير عن الأهداف والسياسات والخطط والنتائج، وذلك بهدف استغلال الموارد المتاحة بكفاءة وفعالية خلال فترة محددة في المستقبل. بالنسبة للمؤسسة محل الدراسة فهي تعتمد على الموازنات التقديرية كأداة لمراقبة التسيير، حيث يتم إعداد ميزانية تقديرية شاملة بناء على الوضعية المالية لـ 3 سنوات السابقة، تتضمن تقديراً لاحتياجات المستشفى للسنة المالية القادمة، تسجل هذه التوقعات في جدول تلخيصي يضم نفقات المؤسسة دون إيراداتها، ترسل بعد ذلك في شكل مشروع إلى مديرية الصحة والسكان التي ترسلها بدورها إلى وزارة الصحة (المديرية العامة للمالية والوسائل مكتب الميزانية والمحاسبة)، أين تقوم هذه الأخيرة بتجميع كل مشاريع الميزانية لمختلف المؤسسات الصحية تحت وصايتها وترسلها إلى وزارة المالية، التي تسجلها ضمن ميزانية الدولة ومن ثم تحولها إلى البرلمان من أجل المناقشة والتصويت، وبعد صدور ميزانية وزارة الصحة في

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيى"

بصور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

قانون المالية للسنة الجديدة، تقوم بتوزيع وإرسال الميزانيات إلى كل مديريات الصحة والسكان عبر الوطن التي تقوم بتوزيعها على مختلف المؤسسات الصحية الموضوعة تحت وصايتها، وذلك من خلال مقرر تبليغ إعانة الدولة يتضمن الحصة الممنوحة للمؤسسة موزعة على الأبواب دون المواد، بناء على ذلك تقوم المؤسسة بإعداد مشروع الميزانية من خلال تقسيم هذه الاعتمادات على المواد حسب برنامج العمل المسطر، بعد ذلك تعرض على مجلس الإدارة للمداولة من أجل مناقشتها والمصادقة عليها، ترسل بعدها مرفقة بمحاضر اجتماع مجلس الإدارة، مقرر التبليغ وكذا مشروع القرار الوزاري المشترك (بين المراقب الميزانياتي ومدير الصحة والسكان) إلى المراقب الميزانياتي المختص، الذي يقوم بالإمضاء على القرار الوزاري المشترك وتسجيله وكذا ختم جميع صفحات الميزانية، ومن ثم ترسل إلى مدير الصحة والسكان الذي يقوم بنفس الشيء، لتصبح بعدها قابلة للتنفيذ¹، عن طريق تحصيل الإيرادات وصرف النفقات في إطار القانون رقم 07-23 المؤرخ في 21 يونيو سنة 2023 المتعلق بالمحاسبة العمومية والتسيير المالي².

2. حساب التكاليف³ Calcule des Coûts: تعتبر أداة "حساب التكاليف" من الأساليب المهمة لمراقبة التسيير، حيث تُستخدم في المؤسسات الصحية لتحديد تكلفة الخدمات المقدمة مثل يوم الاستشفاء أو الاستشارة الطبية. ورغم غياب محاسبة تحليلية تقليدية في المؤسسات الصحية بسبب الإطار القانوني وعدم توفر نظام محاسبي موحد، إلا أنه يتم اعتماد طريقة الأقسام المتجانسة، والتي تقوم على تقسيم المؤسسة إلى "مراكز تحليل التكاليف" تتبع نوع وحدة العمل المنتجة.

¹ في هذا الإطار تقوم المؤسسة بإعداد سبع نسخ أصلية من الميزانية النهائية، حيث يتم إرسال نسختين إلى المراقب الميزانياتي المختص، الذي يوجه إحداها إلى المديرية الجهوية للميزانية ويحتفظ بالأخرى لمتابعة تنفيذها في إطار الرقابة القبلية للنفقات. كما تُرسل نسختين إلى مديرية الصحة، التي تقوم بإحالة واحدة إلى وزارة الصحة والاحتفاظ بالأخرى لمتابعة وتقييم تنفيذ الميزانية. وتُخصص نسخة لأمين خزانة ما بين البلديات لضمان متابعة عمليات الدفع، في حين تبقى النسختين المتبقيتين على مستوى المؤسسة حيث تُحفظ إحداها في مكتب الميزانية والمحاسبة، والأخرى في مكتب الصفقات لضمان المتابعة الداخلية للميزانية.

² تم تشخيص أداة الميزانيات التقديرية استنادًا إلى المعطيات المستخلصة من المقابلات التي أجريت مع مسؤولين يمثلون المستويات التنظيمية الثلاثة، بدءًا من مدير المؤسسة محل الدراسة (المقابلة رقم 16/01، بتاريخ 13 جانفي 2025)، مرورًا برئيسة مكتب الميزانية والمراقبة بمديرية الصحة لولاية البويرة (المقابلة رقم 16/06، بتاريخ 16 فيفري 2025)، وصولًا إلى مسؤول بمديرية المالية والوسائل بوزارة الصحة (المقابلة رقم 10/16، بتاريخ 23 مارس 2025)، كما تم دعم هذه المعطيات بوثائق داخلية صادرة عن المؤسسة محل الدراسة ممثلة في ميزانية، محاضر ومقررات لسنة 2024.

³ تم تشخيص أداة حساب التكاليف بناءً على المعطيات المستخلصة من المقابلات التي أجريت مع كل من المدير الفرعي للمصالح الصحية بالمؤسسة محل الدراسة (المقابلة رقم 16/04، بتاريخ 02 فيفري 2025)، رئيسة مكتب الميزانية والمراقبة بمديرية الصحة والسكان لولاية البويرة (المقابلة رقم 16/06، بتاريخ 16 فيفري 2025)، ومسؤول بمديرية المالية والوسائل بوزارة الصحة (المقابلة رقم 10/16، بتاريخ 23 مارس 2025)، وهذا بالاستناد إلى وثائق من المؤسسة محل الدراسة ممثلة في حساب التكاليف للثلاثي الأخير لسنة 2024.

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيى"

بمور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

تنقسم الأقسام المتجانسة إلى فئتين: الأقسام الرئيسية ، والأقسام المساعدة حيث يخضع كل قسم لإشراف مسؤول ويُعرّف على أنه "مركز مسؤولية"، حيث:

- **الأقسام الرئيسية:** هي تلك التي تساهم مباشرة في إنتاج "وحدة العمل" التي تحسب على أساسها التكلفة، مثل: يوم الاستشفاء، جلسة غسيل الكلى، إلخ، على سبيل المثال، فإن خدمات الاستشفاء، وخدمات طب الأسنان، وخدمات غسيل الكلى تُعتبر أقسامًا رئيسية. (توجد القائمة الكاملة للأقسام الرئيسية في الملحق رقم 08).

- **الأقسام المساعدة:** هي مراكز نشاط لا تنتج بشكل مباشر وحدات العمل التي يتم حساب تكلفتها، لكنها تقدم خدمات لصالح الأقسام الرئيسية على سبيل المثال: الخدمات الإدارية، المختبرات، غرف العمليات، المطبخ، الصيدلية، إلخ. (توجد القائمة الكاملة للأقسام المساعدة في الملحق رقم 09).

- **التكاليف المباشرة:** هي التكاليف الخاصة بالأقسام الرئيسية والمساعدة، والتي يتم تخصيصها لكل قسم بدون الحاجة إلى "مفتاح توزيع" مثال: الرواتب، الأدوية، اللوازم المختلفة.

- **التكاليف غير المباشرة:** هي التكاليف التي لا يمكن تخصيصها للأقسام المساعدة إلا باستخدام مفاتيح التوزيع، وتنقسم إلى: التكاليف المشتركة وهي تكاليف غير مباشرة و تكاليف الأقسام المساعدة وهي تكاليف غير مباشرة يتم توزيعها على الأقسام الرئيسية في مرحلة "التوزيع الثانوي" باستخدام مفاتيح التوزيع.

- **التكاليف المشتركة:** هي التكاليف التي لا يمكن تحديد حصتها لكل خدمة بدقة (مثل: الماء، الكهرباء، الغاز، الهاتف، التأمين ضد الحرائق، إلخ)، يتم توزيع هذا النوع من التكاليف باستخدام مفاتيح التوزيع.

- **تخصيص التكاليف:** يتم تخصيص التكاليف لتحديد التكلفة الكاملة لكل خدمة، ويتم ذلك عبر مرحلتين متتاليتين :

التوزيع الأولي: (Répartition primaire) يتمثل في تخصيص التكاليف المباشرة وغير المباشرة المشتركة للأقسام الرئيسية والمساعدة. يتم هذا التوزيع باستخدام "جدول مزدوج المدخلات" الذي يحتوي على عدد من الصفوف يمثل التكاليف وعدد من الأعمدة يمثل الأقسام.

والتوزيع الثانوي: (Répartition secondaire) يتمثل في توزيع مجموع تكاليف كل قسم مساعد بين مختلف الأقسام الرئيسية باستخدام مفاتيح التوزيع المناسبة.

من خلال مجموع التكاليف المباشرة وغير المباشرة المحسوبة لكل قسم رئيسي، يمكن تحديد: تكلفة يوم الاستشفاء أو تكلفة الاستشارة عن طريق قسمة التكلفة الإجمالية للخدمة على عدد أيام الاستشفاء أو عدد الاستشارات المنجزة، متوسط تكلفة إقامة المريض عبر ضرب تكلفة يوم الاستشفاء في مدة الإقامة، تُوفر هذه الطريقة مزايا

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيوي"

بمور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

إضافية لأنها، تُسهّل إعداد التوقعات المالية، تسمح بوضع ميزانيات لكل خدمة، تتيح مراقبة الأداء وتُعزز مسؤولية رؤساء الأقسام تجاه النتائج المحققة.

يتم تنفيذ نظام حساب التكاليف باستخدام طريقة الأقسام المتجانسة بعدة مراحل متتالية انطلاقاً من تقسيم المؤسسة إلى أقسام متجانسة (رئيسية ومساعدة)؛ تصميم وسائل جمع المعلومات وفقاً لهذا التقسيم؛ ثم جمع البيانات من خلال مل الجداول الخاصة بـ **canervas A** و **canervas B** شهرياً مع إعداد ملخص في نهاية كل فصل؛ ثم إجراء التوزيع الأولي للتكاليف؛ وأخيراً إجراء التوزيع الثانوي للتكاليف، حيث تتضمن هذه الجداول ما يلي:

- أولاً: بالنسبة لـ **canervas A** الخاصة بالتكاليف: تنقسم التكاليف إلى ستة فئات هي: نفقات المستخدمين (الجدول A1)، نفقات التغذية (الجدول A2)، عدد الوجبات المستهلكة لكل قسم (الجدول A3)، نفقات التغذية لكل قسم (الجدول A4)، نفقات الصيدلية (الجدول A5) حالة الاستهلاك (الجدول A6)، المستلزمات المختلفة (الجدول A7)، الصيانة والإصلاحات (الجدول A8)، التكاليف المشتركة (الجدول A9).
- ثانياً: بالنسبة لـ **canervas B** الخاصة بالنشاطات: تشير هذه الجداول من **B1** إلى **B10** إلى نشاط الخدمات الطبية والوحدات التقنية، وهي بيانات تُستخدم لاحقاً لحساب التكلفة لكل إجراء طبي وتقني يتم تنفيذه حيث: الجدول **B1** يتعلق بنشاط خدمات الاستشفاء والاستشارة، يشكل خلاصة للإحصاءات الشهرية التي تقدمها له خدمات الاستشفاء والاستشارة، ثم الجداول **B2**، **B3**، **B4**: حيث تمثل النشاط في بعض الأقسام الرئيسية ذات الطبيعة الخاصة مثل غسيل الكلى (**Hémodialyse**)، الإسعاف الطبي (**SAMU**)، العلاج... إلخ، الجداول **B5**، **B6**، **B7**، **B8**، **B9**: تمثل نشاط المختبر، الأشعة، غرف العمليات، قسم طب الأسنان، وعمليات الفحص الوظيفي، الجدول **B10**: نشاط المنصة التقنية والذي يعد خلاصة للجداول من **B5** إلى **B9** التي تشمل أنشطة المختبر، الأشعة، غرف العمليات... إلخ.

- ثالثاً: بالنسبة لـ **canervas C** الخاصة بالتوزيع الأولي والثانوي للتكاليف: حيث يتعلق الأول بتوزيع التكاليف في نهاية كل فصل من خلال تحليل شهري مع حوصلة في نهاية كل سنة، هذا التحليل السنوي يأخذ بعين الاعتبار مجمل السنة التي تنتهي في 31 ديسمبر دون الفترة التكميلية (الجدول **C1**)، أما التوزيع الثاني فيتعلق بملاء الجدول **C2** من خلال توزيع إجمالي تكاليف كل الأقسام المساعدة على جميع الأقسام الرئيسية، باستخدام مفاتيح التوزيع الواردة في الجدول **C4** يتطلب هذا مسبقاً حساب تكلفة وحدات العمل لكل قسم مساعد ذي طابع طبي، ويتم ذلك بقسمة التكلفة الإجمالية للقسم المساعد على عدد وحدات العمل المنجزة. أما الجدول **C3** فيمثل خلاصة التوزيعين الأولي والثانوي حيث يستعرض البيانات الواردة في

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيى"

بصور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

الجدولين C1 و C2، ويمكن استخدامه كأداة متابعة من قبل المدير، فهو يتيح تتبع تطور النفقات حسب الفئات المختلفة، بالإضافة إلى تكلفة وحدات العمل لكل تخصص.

يتم تدوين هذه الجداول في البرنامج الخاص بحساب التكاليف على مستوى مكتب حساب التكاليف والتعاقد، بناء على المعلومات الواردة من كل مصلحة، حيث يتم في البداية ملؤها شهريا ثم التدقيق في الحوصلة الفصلية، لترسل بعد ذلك في شكل نسخ ورقية وإلكترونية رفقة جدول ارسال إلى المدير الفرعي للمصالح الصحية الذي بدوره يحوله إلى مدير المؤسسة للإمضاء، ثم ترسل إلى مديرية الصحة والسكان تحديدا مصلحة الموارد البشرية والمادية والشؤون القانونية مكتب الميزانية والمراقبة عن طريق البريد المحمول، التي تقوم بناء على ذلك بإعداد حصىلة ولائية شاملة لكل المؤسسات العمومية للصحة تحت وصايتها مؤشر عليها من طرف مدير الصحة والسكان، ترسل فصليا إلى المديرية العامة للمالية والوسائل على مستوى الوزارة في شكل نسخة إلكترونية فقط مرفقة برد على مراسلة الوزارة، كما تُرسل أيضا عبر البريد الإلكتروني الخاص بها، ومنه إلى وزارة الصحة، تحديدا مديرية المالية والوسائل التي توجهه مباشرة للأرشيف دون تحليل أو استغلال.

3. حصىلة النشاطات¹ Bilan d'Activités: تمثل حصىلة النشاطات جداول تلخص الأنشطة المختلفة للمؤسسة في تقارير تتوزع على فترات زمنية يومية، أسبوعية، شهرية، نصف شهرية، فصلية، سداسية، وسنوية، على مستوى المصالح الصحية. تتضمن هذه التقارير بيانات دقيقة عن: عدد المرضى الداخليين والخارجيين، عدد حراس المرضى، عدد المواليد الجدد، عدد الوفيات، معدل استغلال الأسرة، معدل دوران الأسرة، المدة المتوسطة للمكوث، النسبة المئوية للوفيات في كل مصلحة، عدد الأيام الاستشفائية في كل مصلحة، عدد ومعدل تحويلات المرضى (المستقبلين والموجهين)، تقسيم المواليد حسب الجنس، مكان الإقامة (داخل الولاية أو خارجها)، أسباب الوفيات، بيانات المتوفين (العناوين، الجنس، مدة الإقامة بالمستشفى، نوع المرض الذي أدخلوا المستشفى بسببه)، الأعمال الطبية والتقنية المنفذة، وفحوصات وعلاجات المرضى الخارجيين. تعد هذه الحصىلة بالاعتماد على برنامج **patient** ويتم التأكد من مطابقتها للسجلات يتم تجميع هذه التقارير من قبل المكتب، وتنظيمها حسب الموضوع، لتقدم بعد ذلك إلى المدير الفرعي للمصالح

¹ تم تشخيص أداة حصىلة النشاطات بناءً على المعطيات المستخلصة من المقابلات التي أُجريت مع كل من المدير الفرعي للمصالح الصحية بالمؤسسة محل الدراسة (المقابلة رقم 16/04، بتاريخ 02 فيفري 2025)، رئيس مصلحة الهياكل والنشاط الصحي بمديرية الصحة والسكان لولاية البويرة (المقابلة رقم 07/16، بتاريخ 03 مارس 2025)، ومسؤول على مستوى المديرية العامة لمصالح الصحة وإصلاح المستشفيات بوزارة الصحة (المقابلة رقم 11/16، بتاريخ 24 مارس 2025)، مع الاستعانة بوثائق من المؤسسة ممثلة في حصىلة النشاطات الشهرية، الفصلية، السداسية والسنوية لسنة 2024.

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيوي"

بصور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

الصحية، تمضي من طرف المدير وترسل إلى مديرية الصحة والسكان¹ تحديدا مصلحة الهياكل والنشاط الصحية مكتب تنظيم الهياكل العمومية والخاصة للصحة وتقييمها² الذي يتولى عملية المتابعة والرقابة، من خلال مقارنة النتائج بين الأشهر، كما يقوم بالتدقيق في عدد العمليات الجراحية التي قام بها كل طبيب مقارنة بالمجموع، ونسب التحويلات خارج الولاية، وفي حالة وجود تفاوت ملحوظ يتم رفعها إلى مدير الصحة والسكان من أجل مناقشتها واتخاذ الاجراءات التصحيحية في اجتماعات مع مدراء المؤسسات تحت الوصاية، أو من خلال تنظيم زيارات تفتيشية مفاجئة، بالإضافة إلى تنظيم جداول المناوبة للأطباء المختصين على مستوى الولاية بالتنسيق مع المدراء الفرعيين للمصالح الصحية على مستوى المؤسسات العمومية للصحة، وهذا لضمان تغطية صحية شاملة خلال الشهر خاصة بالنسبة للتخصصات الحساسة على غرار جراحة الأطفال، التخدير والانعاش وأمراض النساء والتوليد.

الجدير بالإيماءة في هذا الشأن أن هذه التقارير المفصلة تخضع للرقابة من طرف مديرية الصحة والسكان بالولاية مباشرة دون وزارة الصحة وذلك من أجل اتخاذ الاجراءات التصحيحية في الوقت المناسب نظرا لارتباطها بالمشاكل اليومية والروتينية، إلا أنه وعلى أساس هذه النشاطات يتم إعداد حوصلة شاملة تسمى بمنوغرافيا (la) Monographie حيث يتم اعدادها فصليا، سداسيا وسنوياً من طرف المديرية الفرعية للمصالح الصحية بالمؤسسة تتضمن بيانات حول ما يلي:

¹ تخضع كافة المؤسسات العمومية للصحة لعملية المتابعة والرقابة من طرف مديرية الصحة والسكان، حيث تقضى التعليم رقم 02 الصادرة بتاريخ 18 فيفري 1999 من طرف وزارة الصحة والمتعلقة بمتابعة نشاطات المؤسسات الصحية، بضرورة اطلاع المديرية الوزارية دورياً من خلال حوصلة ولائية، وهذا باعتبار مديرية الصحة همزة وصل بين المؤسسات العمومية للصحة ووزارة الصحة.

² يقوم مكتب تنظيم الهياكل العمومية والخاصة للصحة وتقييمها، بمهمة متابعة وتقييم نشاط مختلف المؤسسات العمومية الصحية (EPH-EPSP-EHS) الموزعة على مستوى الولاية بما فيها المؤسسة محل الدراسة بناء على التقارير الواردة إليه والمتعلقة أساساً بالنشاطات التالية: نشاط الفحوصات الطبية، نشاطات مصلحة الاستعجال، نشاطات مصلحة التوليد، التحويلات خارج الولاية، جداول مناوبة الأطباء الأخصائيين مرفقة بجدول حضورهم حسب المدة المحددة في الجدول وكذا المدراء وجدول مناوبة مكتب SEMEP وكذا الدراسات.

كما يقوم المكتب بأعمال أخرى في إطار المتابعة والتقييم تتمثل فيما يلي:

- القيام بالاستعلام أو إرسال استفسارات وكذا حملات التفتيش للهياكل الصحية عمومية كانت أو خاصة وهذا كلما استدعت الضرورة إلى ذلك تطبيقاً للمرسوم التنفيذي رقم 10-77 المؤرخ في 18-02-2010 يتضمن القانون الأساسي الخاص بالموظفين المنتمين لأسلاك الممارسين الطبيين المفتشين في الصحة العمومية فيما يخص مدى احترام شروط النظافة الاستشفائية مثلاً، مع تسليط العقوبات المناسبة في حالة مخالفة المقاييس والتنظيم المعمول به.
- متابعة عملية إنشاء الهياكل الصحية العامة وتجهيزها.
- العمل على إعداد ومتابعة برنامج جمع الدم.

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيوي"

بمور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

- الخدمات والنشاطات: يتضمن جدول يلخص القدرات التنظيمية للمصالح الصحية وحجم النشاط الاستشفائي المنجز بها، مثل عدد المصالح، عدد الأسرة التقنية والمنظمة، عدد حالات الاستشفاء، عدد التحويلات والوفيات...إلخ.
- توزيع الموارد البشرية: تحتوي على قائمة المصالح الصحية، مع تصنيف الموظفين حسب تخصصاتهم حيث تشمل الفئات الطبية مثل الأطباء الأخصائيين، بالإضافة إلى فئة شبه الطبيين بمختلف التخصصات (ISP، ISSP، IDE، IB، SF)، إضافة إلى اختصاصات أخرى مثل العلاج الطبيعي، تقني الأشعة...إلخ.
- نشاطات مكتب الدخول: جدول يشمل إحصائيات حول أنشطة مكتب الدخول، حيث يتضمن قائمة المصالح الصحية، مع مجموعة من المؤشرات الأساسية المتعلقة بالاستشفاء مثل الأسرة التقنية والمنظمة، عدد حالات القبول، وعدد أيام الاستشفاء، كما يحتوي على مؤشرات الأداء مثل متوسط مدة الإقامة (DMS)، معدل الإشغال، ومعدل الدوران.
- نشاطات مصلحة الاستعجالات: يُظهر الجدول أنشطة مصلحة الاستعجالات، حيث يتضمن بيانات عن عدد الاستشارات الطبية والاستشارات الجراحية، إلى جانب عدد المرضى الذين تم إجلاؤهم، والمرضى المستقبّلين عبر الإجلاء، وعدد الوفيات.
- نشاطات مصلحة تصفية الدم: يعرض الجدول أنشطة مصلحة تصفية الدم، حيث يتضمن بيانات حول تاريخ افتتاح الخدمة في كل مؤسسة استشفائية، وعدد المولدات العاملة، وعدد المرضى المستفيدين من جلسات تصفية الدم، بالإضافة إلى العدد الإجمالي للجلسات المنفذة.
- نشاطات مركز نقل الدم: جدول يشمل بيانات حول تاريخ افتتاح المركز، عدد التحاليل المصلية (sérologie) التي أجريت، عدد قوارير الدم التي تم جمعها من المتبرعين، عدد القوارير التي تم استخدامها للمرضى، الأمر الذي يساعد في تقييم مدى توفر الدم في المؤسسة، ومدى الاستجابة لحالات الطوارئ وضمان تزويد المرضى بالدم عند الحاجة.
- نشاطات قسم العمليات: يشمل الجدول بيانات حول عدد قاعات العمليات المتوفرة في المستشفى، عدد العمليات الباردة (intervention à froid) العمليات الجراحية المجدولة مسبقًا، عدد العمليات الساخنة (intervention à chaud) العمليات الجراحية الطارئة، عدد عمليات الولادة القيصرية، عدد حالات الوفاة المسجلة أثناء أو بعد العمليات عدد العمليات الجراحية الصغرى، حيث يساعد هذا الجدول في تقييم نشاط غرف العمليات ومدى جاهزية المستشفى للتعامل مع الحالات الجراحية المختلفة، سواء الطارئة أو المخطط لها.
- أنشطة الاستكشافات الوظيفية: تشمل بيانات حول أنشطة المختبر والأشعة، حيث يشمل قسم المختبر: تحاليل الكيمياء الحيوية Biochim، تحاليل أمراض الدم Hémato التحاليل السيروولوجية Sérologie تحاليل

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الأخوة يحيوي"

بمور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

البكتيريا **Bactériologie** تحاليل الطفيليات **Parasitologie** تحاليل التشريح المرضي **Anatomie pathologique** ، بينما يتضمن قسم الأشعة كل من الأشعة السينية **Radiographie** التصوير بالموجات فوق الصوتية **Échographie** تخطيط القلب **ECG** التصوير المقطعي **Scanner** تصوير الثدي بالأشعة **Mammographie** وهو ما يساعد في تتبع مدى توفر الخدمات المخبرية والإشعاعية التي يقدمها المستشفى.

- **اللجان والخلايا التنظيمية:** يقدم الجدول لمحة عن اللجان والخلايا التنظيمية داخل المستشفى، والتي تشمل لجان العناية الأساسية، التقييم، مشروع المؤسسة، الأدوية، الطوارئ، مكافحة العدوى الاستشفائية، النظافة والسلامة، بالإضافة إلى خلية الأزمات، مما يعكس الهيكلية الإدارية والتنظيمية لهذه المؤسسة لضمان جودة الخدمات والتقليل من المخاطر.

- **مؤشرات الصحة:** وتتضمن الكثافة السكانية التي يغطيها المستشفى، إجمالي الولادات، الولادات المنزلية، وعدد الوفيات بين الرضع والأمهات، كما يشمل معدلات الوفيات بمختلف فئاتها، نسب الولادات، ومؤشرات توفر الطاقم الطبي، مثل الأطباء المتخصصين، العاميين، أطباء الأسنان، والطاقم شبه الطبي، مما يعكس مستوى الخدمات الصحية المقدمة في المنطقة.

بعد إعداد هذه الحصيلة يتم إمضاؤها من طرف المدير وترسل في شكل نسخ ورقية إلى مديرية الصحة والسكان مصلحة الهياكل والنشاط الصحي مكتب تنظيم الهياكل العمومية والخاصة للصحة وتقييمها، أين تقوم بناء على ذلك بإعداد حوصلة ولائية شاملة تُمضى من طرف مدير الصحة والسكان وترسل عبر البريد المحمول فصوليا وسداسيا وسنويا إلى وزارة الصحة تحديدا مديرية المتابعة والتخطيط، وهناك حصيلة خاصة بمصلحة تصفية الدم مفصلة تتم عبر الموقع الإلكتروني **sis.dz** ويتم تعبئة الجداول **canevas** بناء على الحصيلة المفصلة من طرف المؤسسات تحت الوصاية في نفس الموقع، ترسل مباشرة إلى الوزارة بمجرد تفعيل الحوصلة الولائية، أين يتم إعداد حوصلة وطنية تتضمن كل المؤشرات المذكورة مرتبة حسب طبيعة المؤسسة **EPH**، **CHU**، إلخ، ثم حسب الولاية ثم حصيلة وطنية شاملة، وتبقى على مستوى المديرية لتقديمها في حال طلبها.

4. **مخطط العمل السنوي¹:** يُعد هذا المخطط أداة استراتيجية لمراقبة التسيير، تُعرف أيضًا بـ **لوحة القيادة**، حيث توفر نظرة شاملة ودقيقة على الأداء العام للمؤسسة من خلال مجموعة من المؤشرات الأساسية، يعمل

¹ تم تشخيص أداة مخطط العمل السنوي بناءً على المعطيات المستخلصة من المقابلات التي أُجريت مع كل من مدير المؤسسة محل الدراسة (المقابلة رقم 16/01، بتاريخ 15 جانفي 2025)، رئيسة مكتب الميزانية والمراقبة بمديرية الصحة والسكان لولاية البويرة (المقابلة رقم 16/06، بتاريخ 23 فيفري 2025)، ومسؤول بمديرية المالية والوسائل بوزارة الصحة (المقابلة رقم 10/16، بتاريخ 20 مارس 2025)، مع الاستعانة بوثائق من المؤسسة ممثلة في مخطط عمل المؤسسة لسنة 2025.

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيى"

بصور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

المخطط كإطار منهجي لمتابعة تنفيذ العمليات والبرامج الصحية، مما يسمح بتحديد الأهداف السنوية، وتوزيع الموارد المالية والبشرية بكفاءة، وضمان التحكم في الإنفاق العمومي، كما يُعد وسيلة تقييم شاملة تتيح تحليل الأداء المالي والإداري والطبي، مما يساهم في تحسين كفاءة التسيير واتخاذ القرارات التصحيحية عند الحاجة. بالإضافة إلى ذلك يعزز المخطط مبدأ الشفافية والمساءلة، عبر تتبع تنفيذ البرامج الصحية والميزانيات المخصصة لها، كما يدعم التنسيق بين مختلف المصالح داخل المؤسسة لضمان تكامل الجهود وتحقيق الأهداف الاستراتيجية للمؤسسة في إطار عقد النجاعة والأداء¹، ويمكن اعتباره أداة رقابة والتزام في نفس الوقت تسمح بتقييم الأداء ومعرفة مدى تحقق الأهداف في إطار ميزانية البرامج ضمن القانون العضوي 15/18، يكون على الشكل الموضح في (الملحق رقم 10).

يتم اعداده على مستوى المديرية الفرعية للمالية والوسائل بالمؤسسة تحت إشراف المدير يتضمن مجموع الأهداف التي سطرها المؤسسة وتسعى إلى تحقيقها خلال السنة، وبناء على ذلك يتم وضع الاحتياجات المالية للمؤسسة المقابلة لكل عملية مع التبريرات اللازمة، يمضي من طرف المدير ويرسل إلى مديرية الصحة والسكان تحديدا مصلحة الموارد البشرية والمادية والشؤون القانونية مكتب الميزانية والمراقبة عن طريق البريد المحمول، التي تقوم بناء على ذلك بإعداد حصيلة ولائمة شاملة لكل المؤسسات العمومية للصحة تحت وصايتها مؤشر عليها من طرف مدير الصحة والسكان، ترسل في نهاية كل سنة تحضيراً لميزانية السنة الجديدة إلى مديرية المالية والوسائل على مستوى الوزارة، وهذا في شكل نسخ ورقية وإلكترونية، أين تقوم بإعداد مذكرة توضيحية لتقديرات المؤسسات العمومية للصحة تكون بناء على احتياجات كل المؤسسات مقسمة حسب العنوانين الأول والثاني وحسب جميع الأبواب، حيث يتضمن كل باب الاعتمادات الممنوحة في السنة الماضية، الاعتمادات المطلوبة للسنة القادمة، الفارق بين الاعتمادين والنسبة مع توضيح التبريرات اللازمة تحت كل باب. ترفق هذه المذكرة مع كل من مدونة الميزانية الخاصة بالمؤسسات العمومية للصحة، مجموعة من الملاحق يقدر عددها بتسعة صادرة عن المديرية العامة للميزانية يتم ملؤها وإمضاءها، الحوصلة الولائية لمخطط العمل السنوي لكل ولاية على حدة، وضعية المناصب المالية والمناصب الشاغرة الخاصة بالمؤسسات العمومية للصحة وقائمة المؤسسات العمومية للصحة المستحدثة بعنوان السنة $n+1$. ترسل حسب الموعد في إطار جلسات الحوكمة على مستوى مصالح المديرية العامة للميزانية

¹ في إطار ميزانية البرامج، تم العمل بعقد النجاعة والأداء، وهو مشابه لمخطط العمل السنوي، يتضمن هذا العقد تحديد الأهداف التي يجب تحقيقها خلال ثلاث سنوات، مقابل الاعتمادات المالية اللازمة لذلك، حيث يتم في نهاية كل سنة تقييم مدى تحقيق الأهداف المحددة من خلال عقد تقييم الأداء، الذي يوضح الأهداف المنجزة وغير المنجزة، مع تقديم التبريرات اللازمة لذلك، ثم يتم مناقشة هذه التقييمات والمصادقة عليها من قبل مجلس الإدارة، ليتم إرسالها إلى مديرية الصحة والسكان ومن ثم إلى وزارة الصحة. تؤخذ نتائج هذا التقييم بعين الاعتبار في دراسة الاحتياجات المالية للسنة الموالية، لكن وبناءً على تعليمات من وزارة المالية، تم تأجيل العمل بعقد النجاعة والأداء، مما جعل المؤسسات العمومية للصحة حالياً تقتصر في تحديد احتياجاتها على مخطط العمل السنوي.

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الأخوة يحيى"

بمور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

بوزارة المالية، أين يتم مناقشة الاحتياجات المالية للمؤسسات العمومية للصحة في إطار التحضير لمشروع قانون المالية للسنة $n+1$ ، بناء على ذلك يتم إرسال التبليغ الأولي للإعتمادات المالية ومناصب الشغل الخاصة بقطاع الصحة حسب كل برنامج، وبعد المصادقة على قانون المالية وصدوره في الجريدة الرسمية يتم التبليغ النهائي والذي يكون بمثابة الضوء الأخضر بالنسبة للمؤسسات العمومية للصحة من أجل إعداد مشروع ميزانيتهم.

5. **الحساب الإداري¹ Compte Administratif**: يعتبر الحساب الإداري كأداة للرقابة البعدية على إيرادات ونفقات المؤسسات العمومية للصحة من طرف مجلس المحاسبة، حيث يتم إعداداته بناء على الوضعية المالية للمؤسسة موقوفة إلى غاية $n-1/03/31$ وممضاة من طرف أمين الخزينة المختص، بالإضافة إلى آخر ميزانية معدلة لذات السنة، يتضمن كل من: إيرادات ونفقات السنة المنصرمة مقفلة لغاية 31 مارس من السنة الجارية n ، يتم المصادقة عليه من طرف مجلس الإدارة، يمضى من طرف مدير المؤسسة ويودع على مستوى مجلس المحاسبة في آجال من 01 إلى 30 جوان للسنة n وهذا حسب المادة 02 من المرسوم التنفيذي رقم 96-56 المؤرخ في 22 جانفي 1996 يحدد انتقاليا الأحكام المتعلقة بتقديم الحسابات إلى مجلس المحاسبة²، كما يتم إرسال نسخة من الحساب الإداري إلى مديرية الصحة والسكان، مرفقةً بجدول إرسال يثبت إيداعه لدى مجلس المحاسبة "Accusé de Réception". (انظر الملحق رقم 11).

6. **الوقاية³**: في إطار تنفيذ البرامج الوطنية الخاصة بالوقاية، تقوم مصلحة SEMEP⁴ على مستوى المؤسسات العمومية الاستشفائية بإعداد تقارير دورية، حول بعض البرامج (لأن أغلب البرامج هي من اختصاص المؤسسات العمومية للصحة الجوارية) محددة على سبيل الحصر في سبعة برامج هي: برنامج متابعة الأمراض

¹ تم تشخيص أداة الحساب الإداري بناءً على المعطيات المستخلصة من المقابلة التي أجريت مع مدير المؤسسة محل الدراسة (المقابلة رقم 16/01، بتاريخ 16 جانفي 2025)، مع الاستعانة بوثائق من المؤسسة ممثلة في الحساب الإداري للسنة المالية 2024.

² يقوم مجلس المحاسبة بمقارنة الحساب الإداري الذي تَعَدّه المؤسسة مع حساب التسيير الذي ينجزه أمين الخزينة المختص، حيث يُشترط أن تتطابق جميع الأرقام، المبالغ، والعمليات المالية بين الحسابين. في حال وجود أي فروقات أو عدم تطابق، تخضع المؤسسة للمساءلة من قِبل المجلس، مما قد يؤدي إلى اتخاذ إجراءات تصحيحية أو رقابية لضمان الشفافية والمطابقة.

³ تم تشخيص أداة الوقاية بناءً على المعطيات المستخلصة من المقابلات التي أجريت مع كل من المدير الفرعي للمصالح الصحية بالمؤسسة محل الدراسة (المقابلة رقم 16/04، بتاريخ 06 فيفري 2025)، رئيس مصلحة الوقاية بمديرية الصحة والسكان لولاية البويرة (المقابلة رقم 08/16، بتاريخ 09 و06 مارس 2025)، المدير العام للوقاية وترقية الصحة بوزارة الصحة (المقابلة رقم 14/16، بتاريخ 13 أبريل 2025)، المديرية العامة للسكان بوزارة الصحة (المقابلة رقم 16/12، بتاريخ 25 مارس 2025)، والمديرية العامة لمصالح الصحة وإصلاح المستشفيات بوزارة الصحة (المقابلة رقم 11/16، بتاريخ 25 مارس 2025) وممثل المعهد الوطني للصحة العمومية (المقابلة رقم 15/16، بتاريخ 20 أبريل 2025).

⁴ كلمة SEMEP هي اختصار ل: Service épidémiologie de médecine préventive، مصلحة علم الأوبئة والطب الوقائي، حيث تقوم هذه المصلحة داخل المؤسسة العمومية الإستشفائية بالمهام التالية:

- الإشراف على نظافة المستشفى من خلال القيام بجولة تفقدية مرتين في الأسبوع.
- التصريح بالعدوى فور اكتشافها من أجل إتخاذ التدابير اللازمة للحفاظ على المريض والمجتمع من خطر انتقال العدوى أو تفشي ظاهرة الوباء .
- الإشراف على برنامج التلقيح بوحدة حديثي الولادة المتواجد بمصلحة الولادة تحت إشراف ممرضين.
- متابعة مركز التخطيط العائلي والإشراف عليه.
- التوعية والتحسيس بالأيام العالمية والوطنية لمختلف الأمراض من خلال إعداد مطويات وتوزيعها داخل المستشفى بالإضافة إلى الإعلان لعامة الناس.

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيى"

بمور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

إجبارية التصريح MDO، برنامج النظافة الاستشفائية PHH، برنامج مكافحة وفيات حديثي الولادة، برنامج الموسع للتلقيح PEV، البرنامج الوطني لمكافحة التهاب الكبد الفيروسي B و C، وبرنامج PFA، وبرنامج مكافحة الأمراض المكتسبة في الوسط الاستشفائي PLCIN، تُعد هذه التقارير في شكل حصيلة تحتوي على البيانات والإحصائيات الخاصة بكل برنامج، حيث يتم إرسالها إلى الجهات المختصة وفقاً لنوع التقرير:

• التقارير الموجهة إلى مديرية الصحة والسكان (مصلحة الوقاية): تُرسل مباشرة لمتابعة الحالة الوبائية واتخاذ الإجراءات اللازمة.

• التقارير الموجهة إلى المؤسسات العمومية للصحة الجوارية (مصلحة علم الأوبئة والطب الوقائي)

: تُرسل للتحقيق في الحالات الوبائية المكتشفة، ليتم لاحقاً إرسال تقرير مفصل مرفق بالنتائج والحالات المسجلة إلى مديرية الصحة والسكان تحديداً مصلحة الوقاية¹ التي تقوم بإعداد حوصلة ولائية تُمضي من طرف رئيس مصلحة الوقاية وكذا مدير الصحة والسكان مع اقتراح الحلول والتدابير اللازمة في هذا الشأن، لترسل بعد ذلك بصفة استعجالية إلى الأمانة العامة على مستوى الولاية نظراً للصلاحيات الواسعة للوالي في التدخل واتخاذ القرارات والاستراتيجيات المناسبة للحد من هذه الحالات، من خلال عقد اجتماعات مع الهيئات ذات الصلة على غرار البلديات، الدوائر، مديرية التربية، مديرية التجارة، الحماية المدنية، الدرك الوطني، الشرطة، وكذا مديرية الشؤون الدينية والأوقاف وغيرها، كل فيما يخصه، كما يتم إرسال هذه الحوصلة شهرياً، فصلياً، سداسياً وسنوياً (باستثناء بعض الحالات كالأوبئة فيتم التصريح يومياً فور حدوثها)، إلى كل من المعهد الوطني للصحة العمومية، ووزارة الصحة تحديداً المديرية العامة للوقاية، المديرية العامة للسكان، وكذا المديرية العامة للهياكل والنشاط الصحي حسب البرنامج، أين يتم إعداد حوصلة وطنية شاملة، تتضمن تحليلاً معمقاً للحالة الوبائية والمشكلات الصحية على المستوى الوطني تُرفع هذه الحوصلة إلى وزير الصحة، الذي يتخذ ما يلزم من قرارات وإجراءات تصحيحية، سواء من خلال إصدار توجيهات جديدة، أو تعزيز البرامج الصحية الوطنية، أو التنسيق مع الجهات المختصة وتطوير استراتيجيات فعالة للحد من المخاطر الصحية وضمان استجابة فعالة وسريعة للمشكلات الصحية المكتشفة.

¹ يتمثل دور مصلحة الوقاية على مستوى مديرية الصحة والسكان في السهر على تنفيذ البرامج الوطنية للصحة والمحددة إجمالاً بـ 28 برنامج منها: البرنامج الوطني الموسع للتلقيح؛ البرنامج الوطني لحماية الأمومة والطفولة والمعطيات حول الولادات؛ البرنامج الوطني لمكافحة الكزاز المولدي؛ البرنامج الوطني لتقييم نقص التغذية؛ البرنامج الوطني للكشف عن سرطان عنق الرحم؛ البرنامج الوطني لنشاطات التنظيم الأسري؛ البرنامج الوطني ما حول الولادات؛... إلخ.

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيوي" بمستشفى الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

ثانيا: الأدوات الحديثة لمراقبة التسيير المطبقة في المؤسسة محل الدراسة

يعتمد مستشفى سور الغزلان على مجموعة من الآليات الحديثة لمراقبة التسيير من أجل التحكم في عملية الرقابة والحصول على معلومات حديثة ومتنوعة حول أدائها، كما تسمح بإدماج المعلومات المالية والنوعية في آن واحد، من بين هذه الأدوات نجد:

1. استخدام نظام معلومات محاسبة التسيير¹: هو نظام معلوماتي لمحاسبة التسيير يساعد في عملية تسيير المؤسسات العمومية للصحة بصفة جيدة، كما يساعد على عملية اتخاذ القرار، تم فرضه من طرف وزارة الصحة بموجب المرسوم التنفيذي رقم 14-106 المؤرخ في 12 مارس 2014 يتضمن وضع النظام المعلوماتي لمحاسبة التسيير في المؤسسات العمومية للصحة، وكذا قرار وزاري مشترك مؤرخ في 30 أكتوبر 2014، يسمح هذا النظام بمراقبة آنية للعمل ومراقبة النفقات في الوقت الذي تدفع فيه والإيرادات في الوقت الذي تحصل فيه، يقدم مؤشرات حول التسيير تخص عناصر مالية وغير مالية، كما أنشأت الوزارة لجنة تكلف بمراقبة ومتابعة الاستغلال الفعلي للنظام، والسهر على تجنب المعطيات المعالجة بما يسمح بتعزيز المعطيات على مستوى الهياكل المعنية المكلفة بالصحة ومقارنة النتائج المحصل عليها على المستوى الجهوي والوطني، كما ألزمت الوزارة هذه المؤسسات بإرسال تقارير شهرية تخص نتائج مصادق عليها إلى الوزارة قصد استغلالها المحتمل، ويرتكز النظام على تسيير آني للمؤسسة وتداول المعلومة، يتضمن ثلاث وظائف محاسبية هي المحاسبة العمومية، محاسبة الموازنة والمحاسبة التحليلية.

2. الإدارة الإلكترونية: في إطار رقمنة قطاع الصحة وقصد تسهيل عملية التسيير تطبق المؤسسة محل الدراسة الإدارة الإلكترونية، عبر استخدام مجموعة من البرامج والأرضيات والتطبيقات الإلكترونية تمثلت فيما يلي:

➤ الملف الطبي الإلكتروني: من أجل تطبيق التعليمات الوزارية رقم 206 المؤرخة في 17/12/2017 المتعلقة بمشروع نشر الملف الطبي الإلكتروني، سهرت المؤسسة محل الدراسة على توفير جميع اللوازم المادية المتعلقة بهذا البرنامج بما فيها أجهزة الحاسوب، اللوحات الإلكترونية والتقنية، تثبيت شبكات الانترنت، طابعات، الخادم الرئيسي لتخزين المعلومات، وبناء على التعليمات رقم 245 المؤرخة في 21/01/2019 المتعلقة بالتكوين في الملف الطبي الإلكتروني، وفرت المؤسسة محل الدراسة دورات تكوينية مكثفة لكل من الممارسين الأخصائيين، الشبه طبيين، أعوان مكتب الدخول وكذا مهندسي الاعلام الآلي حيث جرت عملية التكوين في ظروف جد مناسبة، حيث كانت البداية في سنة 2018 ثم توفقت بسبب جائحة

¹ تم تشخيص أداة نظام معلومات محاسبة التسيير بناءً على المعطيات المستخلصة من المقابلة التي أجريت مع مدير المؤسسة محل الدراسة (المقابلة رقم 16/01، بتاريخ 15 جانفي 2025).

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيى"

بمور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

كورونا لتستأنف المؤسسة العمل بالملف الطبي الإلكتروني في أواخر 2022 على مستوى مصلحة الاستعجالات الطبية بالنسبة للفحص، والمصالح الصحية بالنسبة للاستشفاء.¹

ويقصد بالملف الطبي الإلكتروني سجل طبي في صيغة رقمية يحتوي على جميع المعلومات الشخصية والإدارية للمريض ومعلومات التشخيص والسوابق المرضية والمؤشرات الحيوية والاجراءات العلاجية المتخذة والموافقات على هذه الاجراءات وبيانات المختبر وصور الأشعة، حيث يقوم على توفر الأسس التالية:

الشكل رقم (35): أسس الملف الطبي الإلكتروني



المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على وثائق من المؤسسة.

➤ **البرامج:** يوجد بالمؤسسة محل الدراسة العديد من البرامج سواء على مستوى الادارة أو المصالح الصحية تتمثل فيما يلي:

- **برنامج EpiPharm:** هو عبارة عن برنامج يساعد على تسيير الصيدلية، حيث تسجل فيه كل العمليات المنجزة على مستوى الصيدلية، فيما يتعلق بإدخال وإخراج الأدوية إلى مختلف المصالح، كما يقوم بإعداد الطلبات التي تكون مرقمة ترقيم تسلسلي، يتولى أيضا عملية التوزيع إلى مختلف المصالح والمؤسسات العمومية الأخرى كما يقوم بعملية الجرد، يقوم بتنبيه كذلك الصيدلي بمخزون الأمان وكذا قائمة الأدوية المنتهية الصلاحية من أجل أخذ الاحتياطات، حيث يشير إلى ذلك قبل بلوغ التاريخ المحدد، يعتمد عليه أيضا في إعداد التقارير المتعلقة باستقبال الأدوية وخروجها، استهلاك كل مصلحة وكذا الاستهلاك العام.²
- **برنامج RH SANTE:** هو برنامج نظام معلومات الموارد البشرية (أرضية وطنية)، يهتم بتسيير الحياة المهنية للموظف في قطاع الصحة، من التعيين إلى التقاعد، يتضمن المعلومات الشخصية والمهنية لكل موظف محدثة، يخضع لرقابة مباشرة من طرف مدير الموارد البشرية على مستوى وزارة الصحة، حاليا هو قيد التطوير من أجل إيداع العطل (والملاحق رقم 12) يوضح واجهة البرنامج.³

¹ وثائق من مكتب الدخول بالمؤسسة العمومية الاستشفائية محل الدراسة.

² وثائق من مصلحة الصيدلة بالمؤسسة العمومية الاستشفائية محل الدراسة.

³ تم تشخيص برنامج RH SANTE بناءً على المعطيات المستخلصة من المقابلة التي أجريت مع المدير الفرعي للموارد البشرية بالمؤسسة محل الدراسة (المقابلة رقم 16/03، بتاريخ 20 جانفي 2025).

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيى"

بمور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

- برنامج **PATIENT**: هو برنامج لتسيير ملفات المرضى، يقوم بإدخال معطيات عن المريض ومرافقه، وكذا تسجيل مختلف تحركاته من دخول وخروج، كما يقوم بإعداد الفاتورة الخاصة بالمريض تتضمن العلاجات والأدوية المقدمة من طرف الممرض والطبيب.¹
 - برنامج **الراتب الشهري**: هو برنامج على مستوى مصلحة الأجور، يهتم بتسيير الراتب الشهري ومختلف المنح والعلاوات للموظفين.²
 - برنامج **GMAO**: هو عبارة عن برنامج تابع للمديرية الفرعية لصيانة التجهيزات الطبية والتجهيزات المرافقة لتسيير مختلف التجهيزات الموجودة على مستوى المؤسسة، حيث مباشرة بعد شراء الجهاز ودخوله إلى المؤسسة يتم تسجيله في سجل خاص يسمى سجل الجرد بمكتب الجرد وإعطائه رقم تعريفى منفرد خاص به، وهذا بعد ما يتم تسجيله في بطاقة الجرد الممضية من طرف رئيس المصلحة، ومن ثم تسجيله في البرنامج المعلوماتي (GMAO)، وهو عبارة عن لوحة قيادة تمكن المسؤول من متابعة حركة وحالة جميع التجهيزات بشكل يساعده في التسيير السليم والفعال لهذه المديرية.³
 - برنامج **محاسبة التسيير الثلاثي (triple comptabilité hospitalière)**: هو عبارة عن أداة تير كأداة لتطبيق نظام معلومات محاسبة التسيير يقوم بمختلف العمليات (مختلف التسجيلات، متابعة المخزون، محاسبة التكاليف....) مما يسمح بترقية قاعدة بيانات المؤسسة، أصبح هذا البرنامج حيز التنفيذ في المستشفى محل الدراسة بدء من 1 جانفي 2014 بناء على التعليمات الوزارية رقم 8 مؤرخة في 17 أكتوبر 2013، وكذا القرار الوزاري المشترك مؤرخ في 30 أكتوبر 2014، يحدد كفاءات تطبيق النظام المعلوماتي لمحاسبة التسيير في المؤسسات العمومية للصحة.⁴ وتجر الإشارة إلى أن هذا البرنامج غير مفعّل لدى غالبية المؤسسات العمومية للصحة منذ حوالي سنة 2017، وذلك لصعوبة استعماله كونه يتطلب مهارات بشرية عالية وتجهيزات مادية متطورة، وإلى حد الآن لم تصدر نصوص تطبيقية أو تنظيمية تفيد بإلغائه أو تلزم المؤسسات بتطبيقه.
- **البوابة الالكترونية للصفقات العمومية**: تتكفل بنشر كل ما يتعلق بطلبات العروض الخاصة بالمؤسسات العمومية تطبيقاً لمبدأ الشفافية وحرية الوصول للطلبات العمومية.⁵

¹ وثائق من مكتب الدخول بالمؤسسة العمومية الاستشفائية محل الدراسة.

² وثائق من مكتب الأجور بالمؤسسة العمومية الاستشفائية محل الدراسة.

³ تم تشخيص أداة برنامج **GMAO** بناءً على المعطيات المستخلصة من المقابلة التي أجريت مع المدير الفرعي للتجهيزات الطبية والتجهيزات المرافقة بالمؤسسة محل الدراسة (المقابلة رقم 16/05، بتاريخ 09 فيفري 2025)

⁴ وثائق من المديرية الفرعية للمالية والوسائل بالمؤسسة العمومية الاستشفائية محل الدراسة.

⁵ وثائق من المديرية الفرعية للمالية والوسائل بالمؤسسة العمومية الاستشفائية محل الدراسة.

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيى"

بمور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

➤ **الأرضيات والتطبيقات¹:** تتوفر المؤسسة محل الدراسة على العديد من الأرضيات الرقمية في إطار عملية التسيير (الإدارة والمصالح) قد تكون مركزية على مستوى وزارة الصحة أو يتم شراؤها من المتعاملين الاقتصاديين (الملحق رقم 13).

3. **مراقبة التسيير Control de gestion الخاصة بالعمليات المالية²:** هي عبارة عن آلية للرقابة على تسيير العمليات المالية للمؤسسات العمومية للصحة بموجب المراسلة رقم 401 الصادرة عن وزارة الصحة بتاريخ 2024/05/19، تكون في شكل جداول مكملة لبعضها البعض تدون في الأرضية الرقمية الخاصة بمراقبة الميزانية، حيث تقدم تفاصيل دقيقة حول مختلف جوانب النفقات والديون، مما يساهم في تحليل وتقييم إدارة الميزانية للمؤسسة بما فيها نسبة الاستهلاك السنوي ومعرفة العجز المسجل، وفيما يلي شرح لهذه الجداول:

■ **الجدول الأول:** يتضمن الوضعية المالية حسب كل باب إلى غاية 03/31 من السنة الحالية يتعلق بنفقات المستخدمين ونفقات التسيير، يشمل الاعتمادات المفتوحة، ونسبة استهلاك هذه الاعتمادات، وكذا التحويلات التي تمت على مستوى هذه الاعتمادات، الالتزامات وهي مجمل النفقات التي تم الالتزام بها لدى المراقب المالي، عمليات التصفية، الأمر بالدفع، وكذا الدفع على مستوى أمين الخزينة، بالإضافة إلى الرصيد الباقي منها ونسب استهلاك الميزانية في كل باب، وبذلك يمكن معرفة وضعية تسيير الميزانية ومدى تغطيتها للنفقات.

■ **الجدول الثاني:** يتضمن الوضعية المالية حسب كل مادة إلى غاية 03/31 من السنة الحالية يتعلق بنفقات المستخدمين ونفقات التسيير، يشمل نفس المعلومات الموجودة في الجدول الأول مع التفصيل في كل مادة.

■ **الجدول الثالث:** يتعلق بالوضعية المالية حسب الموردون إلى غاية 03/31 من السنة الحالية، يتضمن استهلاك السنة n-1، الدفع خلال السنة n-1، وكذا الديون غير المدفوعة خلال نفس السنة.

■ **الجدول الرابع:** يتعلق بوضعية تسديد الديون حسب كل باب يتضمن ديون السنوات السابقة، الديون التي تم تسويتها عن طريق حكم قضائي، وكذا تبرير سبب عدم تسديد الديون المتبقية.

■ **الجدول الخامس:** يتعلق بوضعية الديون حسب كل باب يتضمن ديون السنوات السابقة مع التبرير.

■ **الجدول السادس:** يتعلق بوضعية الديون حسب الموردين يتضمن ديون السنوات السابقة مع التبرير.

¹ وثائق من المؤسسة محل الدراسة.

² تم تشخيص أداة مراقبة التسيير الخاصة بالعمليات المالية بناءً على المعطيات المستخلصة من المقابلات التي أجريت مع كل من مدير المؤسسة محل الدراسة (المقابلة رقم 16/01، بتاريخ 16 جانفي 2025)، والمديرة الفرعية للمالية والوسائل بالمؤسسة محل الدراسة (المقابلة رقم 16/02، بتاريخ 19 جانفي 2025)، ورئيسة مكتب الميزانية والمراقبة بمديرية الصحة والسكان لولاية البويرة (المقابلة رقم 16/06، بتاريخ 23 فيفري 2025)، ورئيس مكتب مراقبة التسيير بمديرية المالية والوسائل بوزارة الصحة (المقابلة رقم 13/16، بتاريخ 2025/03/27)، مع الاستعانة بوثائق تتمثل في كل من وثيقة مراقبة التسيير الخاصة بالمؤسسة، الحوصلة الولائية والحوصلة الوطنية.

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيى"

بصور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

- **الجدول السابع:** يتعلق بوضعية الديون المتنازع عليها الخاصة بنفقات المستخدمين ونفقات التسيير، يتضمن اسم المتعامل المدين والذي قد يكون مؤسسات تابعة لهيئات عمومية مثل الصيدلية المركزية للمستشفيات وشركة توزيع الكهرباء والغاز... إلخ، أو مؤسسات خاصة تتعامل مع المستشفى في إطار عقد محدد المدة، قيمة ديون السنة الحالية والسنوات السابقة، وكذا نسبة الديون التي تم تسديدها، بالإضافة تبريرات عدم تسديد الديون، ويتم مقارنتها بالمبالغ المتبقية في الوضعية المالية المدرجة في الجدول الأول.
- **الجدول الثامن:** يتعلق بوضعية الأحكام القضائية (الاقطاعات الاجبارية) يتضمن طبعة النفقة، اسم المورد المعني، التاريخ، قيمة الاقطاعات في السنوات السابقة مع رقم قرار الحكم القضائي، وهي النفقات التي تتكفل بها الخزينة العمومية لتنفيذ أحكام قضائية حائزة لقوة الشيء المقضي به المتضمنة تسوية الديون والتعويضات المتعلقة بها.
- **الجدول التاسع:** يتعلق بوضعية تسديد أخطر منحة كوفيد-19، يتضمن عدد الموظفين موزعين حسب الأسلاك (الأطباء، الشبه الطبيين والإداريين)، والمبلغ الاجمالي المتوقع دفعه.
- **الجدول العاشر:** هو عبارة عن حوصلة (Réchappe) لجميع الجداول السابقة بالترتيب.

بعد تدوين هذه الجداول في الأرضية الرقمية شهر أفريل من كل سنة أي بعد نهاية الفترة التكميلية وإتمام عمليات الدفع (03/31)، يتم طبعها وإرسالها في شكل نسخ ورقية وإلكترونية مدعمة بالمحاضر اللازمة¹ وممضاة من طرف مدير المؤسسة وأمين الخزينة (بالنسبة للوضعية المالية حسب الأبواب والمواد) إلى مديرية الصحة والسكان تحديدا مصلحة الموارد البشرية والمادية والشؤون القانونية مكتب الميزانية والمراقبة، التي تقوم بناء على ذلك بإعداد حصيلة ولائية شاملة لكل المؤسسات العمومية للصحة تحت وصايتها مؤشر عليها من طرف مدير الصحة والسكان، ترسل في شكل نسخ ورقية وإلكترونية حسب البرنامج المسطر لولاية البويرة إلى المديرية العامة للمالية والوسائل على مستوى الوزارة تحديدا مكتب مراقبة التسيير، أين يتم عقد اجتماع بين المكلف بمراقبة التسيير على مستوى الوزارة والمكلف بالميزانية والمراقبة على مستوى مديرية الصحة والسكان للولاية، حيث يكون هذا الأخير مرفق بحصيلته الولائية، أما مدراء المؤسسات العمومية للصحة، فيدخل كل منهم الاجتماع بشكل فردي، مصطحبًا معه الحصيلة الخاصة بمؤسسته، ويكون مكتب مراقبة التسيير قد قام بمراجعة الأرضية وسجل التحفظات

¹ تُرفق مع وثيقة مراقبة التسيير الخاصة بالمؤسسة محاضر رسمية تُثبت الديون المستحقة على المؤسسة، تمضي من طرف كل من الأمر بالصرف والجهة الدائنة. وتحتوي هذه المحاضر على المبلغ الاجمالي المستحق، بالإضافة إلى التزام صريح من المؤسسة بتسديد الدين في أجل محدد، وتجدر الإشارة إلى أن هذه الجهات الدائنة هي في الغالب مؤسسات عمومية تابعة للدولة، مثل الصيدلية المركزية للمستشفيات، معهد باستور، مؤسسة سونلغاز، الجزائرية للمياه، وغيرها من الهيئات المزودة بالخدمات أو اللوازم.

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الأخوة يحيى"

بمور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

الموجودة وذلك لمناقشتها أثناء الاجتماع وطلب التبريرات اللازمة. بعد رفع التحفظات¹ من طرف المؤسسات بإشراف مديرية الصحة والسكان على مستوى كل ولاية، يقوم المكتب بإعداد حوصلة وطنية تشمل المجموع لكل مؤسسة على حدة يليه المجموع الولائي ثم المجموع الوطني، بناء على ذلك يتم إعداد ملخص وطني شامل ومفصل يسمى (bilan financier de l'exercice n-1) يتضمن سبعة عناصر أساسية هي على الترتيب:

- الوضعية المالية العامة (Situation financière globale): تحدد الميزانية الإجمالية المخصصة للمؤسسات العمومية للصحة للسنة n-1 تُذكر قيمة الاستهلاك السنوي للاعتمادات، وكذلك الاعتمادات الملغاة بسبب عدم الاستعمال، إضافة إلى مجموع الديون؛
- توزيع الاعتمادات الإجمالية حسب طبيعة النفقات (Répartition des crédits par nature de dépense): تعرض الجدول توزيع الاعتمادات بين الاعتمادات الممنوحة، الاعتمادات المستهلكة، الاعتمادات الملغاة بسبب عدم الاستعمال، إضافة إلى حساب نسبة الاستهلاك؛
- هيكل الديون حسب طبيعة النفقات: (Structure des dettes par nature) ويضم تصنيف الديون إلى: نفقات المستخدمين ونفقات التسيير يتم تحديد الديون القديمة (2022 وما قبل) والجديدة للسنة n-1 وإجمالي الديون؛
- الديون الإجمالية حسب الأبواب: (Dette par chapitre) تقسيم الديون حسب الأبواب (Chapitre 13)، Chapitre 14، وغيرها مع تحديد الموردين الأساسيين (مثل PCH و IPA) وقيمة الديون حسب السنوات ونسبتها؛
- وضعية الديون الإجمالية حسب المورد: (Situation des dettes par fournisseur) تحديد الموردين PCH، IPA، IMC، ... ذكر الديون السابقة لسنة 2022، ديون السنة n-1، المبلغ الإجمالي ونسبة كل مورد من مجموع الديون؛
- الديون الإجمالية المتنازع عليها: (Dette en litige) توضيح الديون محل نزاع قانوني أو إداري حيث تخص فقط نفقات التسيير (Fonctionnement)، مع تحديد القيمة والنسبة؛
- الخلاصة: (Conclusion) مخصصة لاستخلاص النتائج العامة من البيانات السابقة عادةً ما تحتوي على توصيات أو ملاحظات تتعلق بالوضعية المالية للمؤسسة.

¹ غالباً ما تكون هذه التحفظات حول الفرق بين نسبة الاعتمادات الممنوحة، نسبة الاعتمادات المستهلكة، والنسبة المتبقية والتي يتم اعتبارها كخطأ في التسيير **faute d'emploi**، بالإضافة إلى نسبة الديون والتي غالباً ما يتم تبريرها بندرة بعض المواد الطبية في السوق الوطني وكذا إجراءات مع المراقب الميزانياتي.

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيوي"

بصور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

حيث يرسل إلى مدير المالية والوسائل بالوزارة مرفق بتقرير مفصل بناء على النسب والمؤشرات المتوفرة حول أغلب المشاكل والعوائق التي واجهت المؤسسات العمومية للصحة خلال السنة، ومنه إلى المفتشية العامة بالوزارة في حال طلبه أو إلى الأمين العام بالوزارة الذي يحوله إلى وزير الصحة من أجل اتخاذ القرارات التصحيحية اللازمة.

4. مراقبة التسيير **Control de gestion** الخاصة بالنشاطات الصحية¹: هي عبارة عن آلية للرقابة على تسيير النشاطات الصحية للمؤسسات العمومية للصحة، تكون في شكل جداول مكملة لبعضها البعض تدون في ملف EXEL مرسل من طرف الوزارة حسب الولاية، تقدم تفاصيل دقيقة حول مختلف النشاطات، والتي تتعلق أساساً ب:

- الجداول من 01 إلى 05: هي عبارة عن جداول منظمة ضمن إطار مراقبة التسيير للنشاطات الصحية داخل المؤسسة، توضح مختلف المؤشرات المتعلقة بالنشاطات الطبية، الجراحية، أقسام التوليد وأمراض النساء، وتصفية الدم خلال السنة، حيث يتم تقديم المعلومات وفق تصنيف منهجي يشمل توزيع الأسرة، عدد المرضى، أيام الاستشفاء، نسب الاستغلال، إضافة إلى بعض المؤشرات الخاصة بكفاءة الاستغلال مثل مدة الإقامة ومتوسط الدوران. كما تحتوي الجداول على بيانات تتعلق بالعمليات الجراحية وتصنيفاتها، مما يساهم في تحليل الأداء وتحديد مدى كفاءة الخدمات الصحية المقدمة.
- الجدول رقم 06 نشاط العلاج الكيميائي والعلاج الإشعاعي: يعرض هذا الجدول عدد المرضى الذين تلقوا العلاج الكيميائي وعدد الجلسات التي خضعوا لها، بالإضافة إلى التكلفة الإجمالية للجلسات. وبالمثل، يتناول القسم الخاص بالعلاج الإشعاعي نفس المؤشرات، ما يسمح بمراقبة هذه العلاجات الخاصة بمرضى السرطان.
- الجدول رقم 07 نشاط الاستشارات الطبية: يتضمن هذا الجدول تصنيف الاستشارات حسب نوعها (متخصصة، عامة، استعجالات طبية، استعجالات جراحية)، مما يساعد على قياس معدل الإقبال على مختلف الخدمات الطبية وتحليل توزيع النشاطات الاستشفائية.
- الجدول رقم 08 نشاط المنصة التقنية: يعرض هذا الجدول بيانات حول عدد الفحوصات التي أجريت باستخدام تقنيات التصوير الطبي، مثل السكاير، التصوير بالرنين المغناطيسي (IRM)، الإيكوغرافيا، التصوير الإشعاعي التقليدي، والتصوير الشعاعي للثدي (ماموغرافيا)، بالإضافة إلى عدد التحاليل المخبرية. هذا يساعد في تقييم مدى استغلال التجهيزات الطبية وكفاءتها في المؤسسة.

¹ تم تشخيص أداة مراقبة التسيير الخاصة بالنشاطات الصحية بناءً على المعطيات المستخلصة من المقابلات التي أجريت مع المدير الفرعي للمصالح الصحية بالمؤسسة محل الدراسة (المقابلة رقم 16/04، بتاريخ 06 فيفري 2025)، ورئيس مصلحة الهياكل والنشاط الصحي بمديرية الصحة والسكان لولاية البويرة (المقابلة رقم 07/16، بتاريخ 03 مارس 2025)، ومسؤول على مستوى المديرية العامة لمصالح الصحة وإصلاح المستشفيات بوزارة الصحة (المقابلة رقم 11/16، بتاريخ 25 مارس 2025)، مع الاستعانة بوثائق من المؤسسة ممثلة في نموذج لمراقبة التسيير الخاصة بالنشاطات الصحية لسنة 2024، بالإضافة إلى الحوصلة الولائية على مستوى مديرية الصحة.

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيى"

بمور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

- **الجدول رقم 09 التكفل بالأمراض النادرة:** يعرض الجدول بيانات حول نشاط التكفل بالأمراض النادرة خلال السنة في المؤسسة يحتوي على قائمة للأمراض النادرة التي يتم التعامل معها، مثل الروماتيزم الصدفي، التصلب الجلدي (Sclérodémie) ، التيروسينيميا الوراثية، ونقص العامل السابع (Facteur VII) ، إلى جانب البيانات المتعلقة بعدد المرضى المتكفل بهم، وتكلفة العلاج لكل مرض، والمجموع الإجمالي. يُستخدم هذا الجدول لقياس مستوى التكفل بهذه الفئة من الأمراض، حيث يسمح بتقييم مدى انتشارها، تحليل تكلفة علاجها، وتحديد الاحتياجات المالية واللوجستية لضمان توفير الرعاية اللازمة.
 - **الجدول رقم 10 المخزون الدوائي:** يوضح قيمة الأدوية المتوفرة في المؤسسة موقوفة إلى غاية 12/31 من السنة n-1 يتضمن الجدول بيانات تخص ميزانية التسيير (اعتمادات الباب 13)، الأدوية المشتراة على حساب الصيدلية المركزية للمستشفيات PCH ، وإجمالي المبلغ، إلى جانب تصنيف الأدوية إلى أدوية الأورام oncologie، أدوية الأمراض orpholines، أدوية ومضاد مواد كاشفة أخرى، أدوية ومواد تصفية الدم. كما يتم التمييز بين الأدوية الصالحة (Valide) والمنتھية الصلاحية (Périmé) يستخدم هذا الجدول في إطار مراقبة التسيير الصيدلاني لتحديد مدى توفر الأدوية، تقييم استهلاكها، وتجنب الهدر من خلال متابعة الأدوية المنتھية الصلاحية، مما يساهم في تحسين إدارة الموارد الصحية وضمان توفر الأدوية للمرضى.
 - **الجدول رقم 11 مخزون اللقاحات:** يوضح الجدول مخزون اللقاحات المتوفر لدى المؤسسة مع تفاصيل حول الميزانية (اعتمادات الباب 14)، اللقاحات المشتراة على حساب معهد باستور الجزائر IPA كمية اللقاحات الصالحة والمنتھية الصلاحية، ونسبة اللقاحات إلى الاعتمادات المفتوحة.
- بعد تدوين هذه الجداول في الملف EXEL، الخاص بها ترسل في شكل نسخ ورقية وإلكترونية ممضاة من طرف مدير المؤسسة إلى مديرية الصحة والسكان تحديدا مصلحة الهياكل والنشاط الصحي (مكتب تنظيم الهياكل العمومية والخاصة للصحة وتقييمها)، الذي يقوم بمراجعتها والتدقيق فيها بناء على البيانات المتوفرة لديه، ثم يقوم بإعداد حصيلة ولائية شاملة لكل المؤسسات العمومية للصحة تحت الوصاية (une réchappe) تمضى من طرف مدير الصحة والسكان، وترسل في صيغة PDF و EXEL عبر البريد الإلكتروني إلى وزارة الصحة تحديدا مديرية المالية والوسائل مكتب مراقبة التسيير الذي يقوم بإعداد بطاقة تحليلية للسنة n-1 خاصة بكل من المؤسسات العمومية الاستشفائية، المراكز الاستشفائية الجامعية، المؤسسات الاستشفائية، والمؤسسات الاستشفائية المتخصصة، تتضمن كل من المونوغرافيا، النشاطات الطبية، النشاطات الجراحية، نشاطات أمراض النساء والتوليد، نشاطات تصفية الدم، نشاط العلاج الكيميائي والعلاج الإشعاعي، نشاطات الفحوصات، نشاطات المنصة التقنية، نشاطات التكفل بالأمراض النادرة، ونشاطات المخابر والأشعة، كما يتم إعداد حوصلة وطنية تضم كل

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيوي"

بمور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

الولايات تتعلق بالمخزون الدوائي موقوفة إلى غاية 12/31 من السنة n-1 وأخرى متعلقة باللقاحات، تبقى هذه الحصائل والبطاقة التحليلية على مستوى المكتب موجهة للأرشيف حتى تكون جاهزة في حال طلبها.

5. EPI-STATE¹: هو عبارة عن آلية للرقابة على التسيير الإداري والتشغيلي للمؤسسات العمومية للصحة تشترك في إعداداته المديرية الفرعية الأربعة، يتكون من مجموعة من جداول مكتملة لبعضها البعض تدون في برنامج خاص يسمى **EPISTATE**، يهدف إلى توفير تفاصيل دقيقة التي تساهم بشكل كبير في تحليل وتقييم الوضعية العامة للمؤسسة من خلال تجميع المعلومات حول الموارد البشرية والمادية وكذا مختلف النشاطات التي تقوم بها المؤسسات، وفيما يلي شرح لهذه الجداول:

أولاً: بالنسبة للجداول الخاصة بالمديرية الفرعية للموارد البشرية

هناك ثمانية جداول تُعنى بها المديرية الفرعية للموارد البشرية نعرضها هي: جدول خاص بتعداد الممارسين العاميين، جدول خاص بتعداد الممارسين الأخصائيين، جدول خاص بتعداد الأطباء المقيمين²، جدول خاص بتعداد الموظفين شبه الطبيين، جدول خاص بتعداد الموظفين الإداريين: جدول خاص بتعداد الموظفين غير الموجودين في مناصبهم، جدول خاص بحركة التوظيف والمغادرة، جدول خاص بتوزيع الموظفين حسب الجنس.

ثانياً: بالنسبة للجداول الخاصة بالمديرية الفرعية للمصالح الصحية

هناك سبعة جداول تُعنى بها المديرية الفرعية للمصالح الصحية تتعلق بمختلف النشاطات التي تتم على مستوى المصالح الصحية وهي: جدول خاص بأنشطة المختبرات، جدول خاص بأنشطة مصلحة الأشعة والاستكشاف الوظيفي، جدول خاص بأنشطة المصالح الاستشفائية، جدول خاص بأنشطة المصالح الاستشفائية المختصة بالجراحة، جدول خاص بأنشطة مركز تصفية الدم، جدول خاص بأنشطة مصلحة الاستعجالات الطبية والجراحية، جدول خاص بأنشطة مصلحة طب النساء والتوليد، جدول خاص بنشاطات علاج مرضى السرطان **(Activité de cancérologie)³.**

¹ تم تشخيص أداة **EPI-STATE** بناءً على المعطيات المستخلصة من المقابلات التي أُجريت مع كل من المدير الفرعي للمصالح الصحية (المقابلة رقم 16/04، بتاريخ 06 فيفري 2025)، المديرية الفرعية للمالية والوسائل (المقابلة رقم 16/02، بتاريخ 19 جانفي 2025)، المدير الفرعي للموارد البشرية (المقابلة رقم 16/03، بتاريخ 22 جانفي 2025)، المدير الفرعي للتجهيزات الطبية والتجهيزات المرافقة (المقابلة رقم 16/05، بتاريخ 10 فيفري 2025)، رئيس مصلحة الهياكل والنشاط الصحي بمديرية الصحة والسكان لولاية البويرة (المقابلة رقم 07/16، بتاريخ 03 مارس 2025)، ومديرية الدراسات والتخطيط بوزارة الصحة (المقابلة رقم 09/16، بتاريخ 18 مارس 2025)، مع الاستعانة بوثائق ممثلة في كل من، **EPI-STATE** الخاص بالمؤسسة، الحوصلة الولائية والحوصلة الوطنية (وثيقة الصحة بالأرقام).

² تشير إلى أن المؤسسة محل الدراسة كونها مؤسسة عمومية استشفائية لا تحتوي على فئة الأطباء المقيمين، وبالتالي يتم إدراج أصفار في هذا الجدول لغياب هذا الصنف من الأطباء ضمن تركيبة الموارد البشرية للمؤسسة.

³ تجدر الإشارة إلى أن هذا الجدول غير مدمج ضمن الأرضية الرقمية الخاصة بـ **EPISTATE**، وبذلك يتم التعامل معه بشكل منفصل، كما أن المؤسسة محل الدراسة لا تحتوي على نشاطات لعلاج مرضى السرطان وبالتالي عدم توفر البيانات (**Néant**).

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الأخوة يحيى" بسور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

ثالثا: بالنسبة للجداول الخاصة بالمديرية الفرعية للمالية والوسائل

هي عبارة عن جدول واحد خاص بحالة السيارات التابعة للمؤسسة، والتي تسير من طرف المديرية الفرعية للمالية والوسائل، حيث يتم تصنيفها إلى ثلاث فئات رئيسية: سيارات الإسعاف، المركبات، والشاحنات.

رابعا: بالنسبة للجداول الخاصة بالمديرية الفرعية للتجهيزات الطبية والتجهيزات المرافقة

هي عبارة عن جدول يمثل حصيلة شاملة لحالة التجهيزات الطبية والتجهيزات المرافقة لها في مختلف الأقسام والمصالح الصحية خلال السنة، يتضمن تصنيفًا دقيقًا للأجهزة وفقًا لفتاتها واستخداماتها المختلفة.

هناك أيضا جدول خاص بحالة التجهيزات الثقيلة¹: يتضمن حصيلة شاملة حول حالة التجهيزات الثقيلة على مستوى المؤسسة وذلك من خلال تحديد اسم المؤسسة، قائمة المعدات المصنفة كتجهيزات ثقيلة وهي محددة على سبيل الحصر تشمل:

التصوير بالرنين المغناطيسي (IRM) الماسح الضوئي (Scanner) ماسح التحفيز (Scanner) (stimulateur) المسرع الخطي (Accélérateur linéaire) كاميرا غاما (Gamme caméra) قاعة القسطرة القلبية (Salle de cathétérisme cardiaque) قاعة تصوير الأوعية الدموية (Salle d'angiographie) جهاز التصوير الشعاعي للثدي (Mammographie) والمختبر (Laboratoire) كما يتضمن عدد كل نوع، الحالة يعمل (Marche)، معطل (En panne) بالإضافة إلى تاريخ الاقتناء (Date d'acquisition).

بعد تدوين هذه المعلومات في الأرضية الرقمية الخاصة بها، بناء على المعلومات الواردة من كل مديرية فرعية (كل حسب اختصاصها) وبإشراف المدير الفرعي للموارد البشرية كونه مسؤول عن هذه الأرضية، يتم طبعها في شكل نسخ ورقية لتمرير من طرف مدير المؤسسة، بعدها ترسل نسختين أصليتين مرفقتين بنسخة إلكترونية CD إلى مديرية الصحة تحديدا مصلحة الهياكل والنشاط الصحي (مكتب تنظيم الهياكل العمومية والخاصة للصحة وتقييمها)، الذي يقوم بمراجعتها والتدقيق فيها بناء على حصيلة نشاطات سنوية موقوفة إلى غاية 12/31 من السنة n-1، مع التركيز على حصيلة الوفيات، أمراض السرطان، حوادث المرور والمواليد الجدد المتوفين، ثم يقوم بإعداد حصيلة ولائية شاملة لكل المؤسسات العمومية للصحة تحت الوصاية une réchappe مرفقة بنسخة إلكترونية، رد على المراسلة، و جدول إرسال ترسلها عن طريق مكلف ومفوض من مدير الصحة والسكان إلى وزارة الصحة تحديدا مديرية الدراسات والتخطيط وفق البرنامج المسطر لكل ولاية، حيث تقوم هذه الأخيرة بإعداد

¹ تجدر الإشارة إلى أن هذا الجدول غير مدمج ضمن الأرضية الرقمية الخاصة بـ EPISTATE، وبذلك يتم التعامل معه بشكل منفصل من خلال إرسال بياناته بشكل مستقل عن الجداول الأخرى.

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيوي"

بصور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

حوصلة وطنية في شكل تقرير سنوي يحمل عنوان "الصحة بالأرقام للسنة المعنية *santé en chiffres*" (انظر الملحق رقم 14)، يكون في جزأين يتضمن الجزء الأول منه مجموعة واسعة من الإحصائيات والتحليلات المعمقة المتعلقة بالقطاع الصحي في الجزائر، يحتوي على قائمة بالمؤشرات والنسب المستخدمة في المجال الصحي، مثل معدل الإشغال، ومتوسط مدة الإقامة في المستشفى، ومعامل الدوران، ومعدلات الوفيات المختلفة بما في ذلك معدل وفيات الأمهات وحديثي الولادة. تُعرّف كل نسبة بمعادلة توضح كيفية حسابها باستخدام عدد الأسرة، وعدد أيام الاستشفاء، والوفيات، والمواليد الأحياء بالإضافة إلى قائمة بالاختصارات الطبية والإدارية الشائعة في المؤسسات الصحية مثل *CHU* المركز الاستشفائي الجامعي، *EHU* المؤسسة الاستشفائية الجامعية، و *DSP* مديرية الصحة والسكان، بالإضافة إلى اختصارات أخرى متعلقة بالمعدات الطبية مثل *EEG* تخطيط كهربية الدماغ و *ECG* تخطيط كهربية القلب، ويشمل بيانات حول عدد السكان في كل ولاية، الهياكل الصحية المشغولة على مستوى الوطن وكذا التي هي في طور الإنجاز موزعة على مختلف الولايات، حالة التجهيزات الطبية الموجودة على مستوى كل مؤسسة عمومية للصحة، حالة السيارات على مستوى كل مؤسسة، الموارد البشرية بالتفصيل حسب مختلف الأسلاك في كل مؤسسة عمومية للصحة حسب الجنس والولاية، أما الجزء الثاني منه فهو تكملة للجزء الأول يتناول تكملة توزيع الموارد البشرية في مختلف المؤسسات العمومية للصحة عبر الوطن، بالإضافة إلى تفاصيل دقيقة حول أنشطة هذه المؤسسات في مختلف المصالح مثل الاستشفاء، الاستعجالات، الاستشارات الطبية، المختبرات، الأشعة، العمليات الجراحية، وطب الأسنان، إلى جانب خدمات أخرى مثل تصوير الأشعة الوظيفي والغسيل الكلوي... إلخ، مصنفة حسب الفئات العمرية والجنس، مع حساب مختلف المؤشرات الصحية على غرار معدل استغلال الأسرة، المدة المتوسطة للمكوث، معدل الدوران وغيرها.

يرسل هذا التقرير المفصل في نهاية كل سنة إلى مجلس المحاسبة للتدقيق فيه، كما يتم توزيعه إلى مديريات الصحة والسكان عبر الوطن، حيث يمكن اعتباره أداة تخطيطية مهمة لتقييم أداء المؤسسات العمومية للصحة تُتخذ على أساسه قرارات استراتيجية لتحسين السياسة الصحية في الجزائر.

في إطار فترة التربص وخلال تواجدنا بكل من المؤسسة محل الدراسة، وكذا مديرية الصحة والسكان بالولاية، أتيت لنا فرصة وشرف حضور العديد من الاجتماعات ذات الصلة المباشرة بأدوات الرقابة المدروسة، بدعوة من مدير المؤسسة وكذا مدير الصحة والسكان، حيث أتاح هذا الحضور الميداني الاطلاع عن كثب على كيفية سير الاجتماعات الرسمية، وطبيعة المواضيع التي تُطرح، والجهات الفاعلة المشاركة في صنع القرار على المستويين المحلي والولائي، كما هو موضح في الجدول التالي:

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيى"

بصور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

الجدول رقم(15): جدول تلخيصي لأهم الاجتماعات التي كانت لنا فرصة حضورها أثناء فترة التبرص

على مستوى المؤسسة محل الدراسة ومديرية الصحة والسكان

جدول الأعمال	المكان	المدة	التاريخ	أعضاء الاجتماع
اجتماع مجلس الإدارة للمصادقة على: الميزانية الأولية لسنة 2025 مخطط عمل المؤسسة لسنة 2025.	قاعة الاجتماعات بالمؤسسة الدراسة	01 ساعة و 35 دقيقة	07 ديسمبر 2024	مثلة والي ولاية البويرة، ممثل المجلس الشعبي الولائي، مدير المؤسسة، ممثل الإدارة المالية، ممثل المجلس الشعبي البلدي، رئيس المجلس الطبي، ممثل المستخدمين الشبه طبيين، ممثل العمال، ممثل المستخدمين الطبيين، ممثل جمعية المنتفعين، ممثل هيئة الضمان الاجتماعي، ممثل التأمينات الاقتصادية.
اجتماع مجلس الإدارة للمصادقة على: الحساب الإداري لسنة 2024 التحويل في الاعتمادات بين الأبواب والمواد	قاعة الاجتماعات بالمؤسسة الدراسة	01 ساعة	04 ماي 2025	مثلة والي ولاية البويرة، ممثل المجلس الشعبي الولائي، مدير المؤسسة، ممثل الإدارة المالية، ممثل المجلس الشعبي البلدي، رئيس المجلس الطبي، ممثل المستخدمين الشبه طبيين، ممثل العمال، ممثل المستخدمين الطبيين، ممثل جمعية المنتفعين، ممثل هيئة الضمان الاجتماعي، ممثل التأمينات الاقتصادية
اجتماع لمناقشة العجز المالي المسجل في العنوان الأول والثاني الخاص بالمؤسسات العمومية للصحة بولاية البويرة	قاعة الاجتماعات بمديرية الصحة والسكان بولاية البويرة	01 ساعة و 25 دقيقة	25 أبريل 2024	مدير الصحة والسكان، ممثل وزارة الصحة، رئيس مصلحة الموارد البشرية، أعضاء مكتب الميزانية والمراقبة، مدراء المؤسسات العمومية للصحة تحت الوصاية.
اجتماع لجنة الصفقات الولائية لدراسة مشروع دفتر الشروط المتعلق بتزويد المؤسسة بالأدوية والمواد الصيدلانية المرتبطة بميزانية التسيير لسنة 02/2024	قاعة الاجتماعات بمديرية الصحة والسكان بولاية البويرة	01 ساعة و 50 دقيقة	16 ديسمبر 2023	ممثل وزارة المالية (المراقب الميزانياتي)، ممثل عن بلدية سور الغزلان (الأمين العام)، مدير المصلحة المتعاقدة، رئيسة مكتب الصفقات بالمصلحة المتعاقدة، كاتبة الجلسة، برئاسة السيد مدير الصحة والسكان.
اجتماع حول: تنظيم المصالح الصحية خلال شهر رمضان، تنظيم الختان الجماعي	قاعة الاجتماعات بمديرية الصحة والسكان بولاية البويرة	02 ساعة	25 فيفري 2025	مدير الصحة والسكان، مدراء المؤسسات العمومية للصحة تحت الوصاية، رئيس مصلحة الهياكل والنشاط الصحي، ممارس طبي مفتش منسق للصحة العمومية.
اجتماع تقييم نشاطات سنة 2024	قاعة الاجتماعات بمديرية الصحة والسكان بولاية البويرة	01 ساعة	19 جانفي 2025	مدير الصحة والسكان، مدراء المؤسسات العمومية للصحة تحت الوصاية، رئيس مصلحة الهياكل والنشاط الصحي، ممارس طبي مفتش منسق للصحة العمومية.

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي"

بصور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

اجتماع تقييم حصيلة البرنامج الوطني لمكافحة الأمراض المكتسبة في الوسط الاستشفائي « clin »	قاعة الاجتماعات بمديرية الصحة والسكان بويرة البويرة	01 ساعة	20 مارس 2025	رؤساء مصلحة SEMEP بالمؤسسات العمومية للصحة، رئيس مصلحة الوقاية، ممارس طبي مفتش منسق للصحة العمومية.

المصدر: من إعداد الطالبة استنادًا إلى الملاحظة المباشرة ومحاضر الاجتماعات.

وعليه ومن خلال دراستنا لأدوات الرقابة على مستوى المؤسسة محل الدراسة ومن خلال وصف مسارها على المستويات الأخرى، تبين أن الرقابة على نشاطات المؤسسات العمومية للصحة تتم بشكل عمودي من خلال ثلاث مستويات رئيسية هي: المؤسسة محل الدراسة، مديرية الصحة والسكان، ووزارة الصحة، إلى جانب المعهد الوطني للصحة العمومية بالنسبة للمهام الوقائية، كما تُمارس الرقابة أيضًا بشكل أفقي من طرف مصالح الولاية، لاسيما من خلال إرسال تقارير دورية حول التسيير الصحي للولاية ومتابعة مشاريع التجهيزات خارج الميزانية، إضافة إلى ذلك، تخضع هذه المؤسسات لمراقبة مالية من طرف مجلس المحاسبة عبر دراسة ومصادقة الحسابات الإدارية.

غير أنه وفي دراستنا هذه سنركز فقط على الرقابة العمودية باعتبارها المسار الأساسي لمراقبة نشاطات المؤسسة العمومية الاستشفائية محل الدراسة.

المطلب الثالث: مستوى جودة الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي" بسور الغزلان

لضمان تحقيق أهداف أي مؤسسة صحية، يُعدّ تقييم جودة الخدمات الصحية مؤشراً أساسياً لمدى كفاءة وفعالية الأداء، فبعد استعراض أدوات مراقبة التسيير المستخدمة في المؤسسة محل الدراسة وتحليل آليات تطبيقها، يصبح من الضروري التطرق إلى مستوى جودة الخدمات الصحية باعتباره مخرجاً عملياً يعكس مدى نجاعة هذه الأدوات، ويُفترض أن تسهم أدوات الرقابة المدروسة والمعتمدة حالياً في تحسين جودة الخدمات عبر كشف مواطن القوة والضعف ومعالجة الاختلالات، غير أن الواقع الميداني قد يُظهر فجوة بين الأهداف النظرية وتطبيقها العملي، مما يستدعي تحليل مستوى جودة الخدمات الصحية في المؤسسة للتأكد من مدى فاعلية هذه الأدوات في الرفع من الأداء وتحقيق رضا المرضى.

في هذا المطلب سنقوم بقياس مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسة محل الدراسة من منظور مزدوج (مقدم/متلقي) حيث تم اختيار فئة المرضى لتقييم جودة الخدمات الصحية المقدمة لهم باعتبارهم المستفيدين المباشرين، مما يساعد في قياس مدى رضاهم عن الخدمات المقدمة. في المقابل، تم إشراك فئة (الأطباء، شبه الأطباء، الإداريين وآخرون)، لقياس الجودة من منظورهم كمقدمي الخدمة، مما يساعد في التعرف على التحديات التشغيلية، مستوى توفر الموارد، ومدى كفاءة الأداء داخل المؤسسة. هذا التقييم المزدوج يتيح فهما أكثر عمقاً

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الأخوة يحيى" بمور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

لمستوى الخدمات الصحية، ويضمن تحسينها بشكل مستدام من خلال الجمع بين تطلعات المرضى والقدرات الفعلية لمقدمي الخدمة.

أولاً: منهجية الدراسة

تعرفنا سابقاً على الأبعاد الأساسية المكونة لجودة الخدمات الصحية وتم حصرها في خمسة أبعاد تشمل الاعتمادية، الضمان، الملموسية، التعاطف والاستجابة، وفيما يلي سنقوم بمحاولة قياس مستوى جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر كل من الطاقم المقدم للخدمة الصحية وكذا المستفيدين من الخدمة المتواجدين على مستوى المؤسسة محل الدراسة، بالاعتماد على استبيانين منفصلين تم تصميمهما خصيصاً ليتناسب كل منهما مع خصوصية كل فئة، بهدف جمع البيانات اللازمة وتحليلها وفقاً للأبعاد المعتمدة، كما تم أخذ موافقة مدير المؤسسة محل الدراسة لتوزيعهما (الملحق رقم 15).

1. مجتمع وعينة الدراسة

يُعد تحديد العينة من الخطوات الأساسية في أي بحث ميداني، حيث تمثل جزءاً من مجتمع الدراسة تعكس خصائصه وسماته بشكل يسمح بالتعميم الإحصائي للنتائج، وفي هذه الدراسة تم تحديد مجتمع وعينة البحث ضمن فئتين رئيسيتين:

➤ بالنسبة لفئة مقدمي الخدمة الصحية: يتمثل مجتمع الدراسة في جميع الموظفين العاملين بالمؤسسة العمومية الاستشفائية محل الدراسة، ويبلغ عددهم الإجمالي 693 موظفاً، وقد تم تحديد حجم العينة لهذه الفئة بـ 247 موظفاً، وفق القانون الإحصائي التالي¹:

$$n = \frac{Z\alpha/2 \cdot N \cdot P(1 - P)}{\alpha^2 \cdot (N - 1) \cdot (Z\alpha/2)^2 \cdot P(1 - P)}$$

حيث:

n: حجم العينة المطلوبة؛

N: حجم مجتمع الدراسة (693)؛

2αZ: القيمة الجدولية للتوزيع الطبيعي عند مستوى الثقة المطلوب (عادة 1.99 عند مستوى دلالة 5%) ؛

P: التقدير المسبق لنسبة السمة قيد الدراسة (غالباً ما تُؤخذ 0.5 لضمان أقصى حجم للعينة)؛

α : هامش الخطأ المقبول (عادة 5% أو 0.05).

¹ Cochran, W. G. *Sampling Techniques* (3rd ed.). New York: John Wiley & Sons. (1977).

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيوي" بمور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

➤ بالنسبة لفئة متلقي الخدمة الصحية: يتكون مجتمع دراستنا من جميع المرضى المتواجدين على مستوى المؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة يحيوي للفترة الممتدة من 15 أكتوبر 2024 إلى 31 ديسمبر 2024 وهذا في جميع المصالح الاستشفائية، والبالغ عددهم الإجمالي خلال هذه الفترة حوالي 700 مريض حسب إحصائيات المؤسسة، وقد تم تحديد حجم العينة لهذه الفئة بـ 250 مريضا اعتمادا على المعادلة السابقة.

في البداية تم توزيع استمارات استبيان على أفراد العينة، تلتها عملية جمع الاستمارات المسترجعة، ليتم بعد ذلك فرز الاستمارات وتحديد المفقودة منها والمستبعدة (يتم إلغاء الاستمارة في حالة عدم توفرها على المصادقية)، أما الاستمارات المستوفية للشروط، فقد اعتُمدت كعينة صالحة للدراسة والتحليل، والجدول التالي يوضح تفاصيل العينتين:

الجدول رقم(16): توزيع أداة الدراسة

متلقو الخدمة الصحية					مقدمو الخدمة الصحية					عدد الاستبيانات
النهائي	المستبعد	المفقود	العائد	التوزيع	النهائي	المستبعد	المفقود	العائد	التوزيع	
229	04	05	238	250	247	01	03	247	251	المجموع
91.6%	%1.6	%2.0	%95.2	%100	98.4%	%0.4	1.2%	%98.4	%100	النسب المتوقعة

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على الاستبيانيين.

تم اختيار أفراد العينة في كل فئة بطريقة عشوائية، وتم توزيع الاستبيانات بشكل مباشر مع تقديم توضيحات عند الحاجة بخصوص هدف الدراسة وطريقة الإجابة، وقد تم الإشراف شخصيًا على كل مريض أثناء تعبئة استمارة الاستبيان، مع مراعاة الحالة الصحية لبعض المرضى وتقديم المساعدة اللازمة لهم لضمان راحتهم ودقة إجاباتهم.

2. إشكاليات وفرضيات الدراسة: استنادًا إلى أهداف هذا المطلب، والمثلة أساسا في قياس جودة الخدمات الصحية من وجهة نظر مقدميها ومتلقيها، تم صياغة مجموعة من الأسئلة والفرضيات الجزئية حسب كل وجهة نظر كما يلي:

- بالنسبة لفئة مقدمي الخدمة الصحية: تم صياغة الإشكالية الرئيسية، الأسئلة الفرعية والفرضيات كما يلي:
- الإشكالية الرئيسية: هل يوجد مستوى مرتفع لجودة الخدمات الصحية في المؤسسة محل الدراسة من وجهة نظر مقدمي الخدمة عند مستوى دلالة (0.05)?

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الأخوة يحيى" بمور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

وكتبسيط لهذه الإشكالية نطرح الأسئلة الفرعية التالية:

- هل يوجد مستوى مرتفع للاعتمادية في المؤسسة محل الدراسة من وجهة نظر مقدمي الخدمة عند مستوى دلالة (0.05)؟
- هل يوجد مستوى مرتفع للضمان في المؤسسة محل الدراسة من وجهة نظر مقدمي الخدمة عند مستوى دلالة (0.05)؟
- هل يوجد مستوى مرتفع للملموسية في المؤسسة محل الدراسة من وجهة نظر مقدمي الخدمة عند مستوى دلالة (0.05)؟
- هل يوجد مستوى مرتفع للتعاطف في المؤسسة محل الدراسة من وجهة نظر مقدمي الخدمة عند مستوى دلالة (0.05)؟
- هل يوجد مستوى مرتفع للاستجابة في المؤسسة محل الدراسة من وجهة نظر مقدمي الخدمة عند مستوى دلالة (0.05)؟

وانطلاقا من الإشكالية المطروحة يمكن صياغة الفرضيات التالية:

- الفرضية الرئيسية: يوجد مستوى مرتفع لجودة الخدمات الصحية في المؤسسة محل الدراسة من وجهة نظر مقدمي الخدمة عند مستوى دلالة (0.05).
 - الفرضية الفرعية الأولى: يوجد مستوى مرتفع للاعتمادية في المؤسسة محل الدراسة من وجهة نظر مقدمي الخدمة عند مستوى دلالة (0.05).
 - الفرضية الفرعية الثانية: يوجد مستوى مرتفع للضمان في المؤسسة محل الدراسة من وجهة نظر مقدمي الخدمة عند مستوى دلالة (0.05).
 - الفرضية الفرعية الثالثة: يوجد مستوى مرتفع للملموسية في المؤسسة محل الدراسة من وجهة نظر مقدمي الخدمة عند مستوى دلالة (0.05).
 - الفرضية الفرعية الرابعة: يوجد مستوى مرتفع للتعاطف في المؤسسة محل الدراسة من وجهة نظر مقدمي الخدمة عند مستوى دلالة (0.05).
 - الفرضية الفرعية الخامسة: يوجد مستوى مرتفع للاستجابة في المؤسسة محل الدراسة من وجهة نظر مقدمي الخدمة عند مستوى دلالة (0.05).
- بالنسبة لفئة متلقي الخدمة الصحية: تم صياغة الإشكالية الرئيسية، الأسئلة الفرعية والفرضيات كما يلي:
- الإشكالية الرئيسية: هل يوجد مستوى مرتفع لجودة الخدمات الصحية في المؤسسة محل الدراسة من وجهة نظر متلقي الخدمة عند مستوى دلالة (0.05)؟

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيى" بمور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

وكتبسيط لهذه الإشكالية نطرح الأسئلة الفرعية التالية:

- هل يوجد مستوى مرتفع للاعتمادية في المؤسسة محل الدراسة من وجهة نظر متلقي الخدمة عند مستوى دلالة (0.05)؟
- هل يوجد مستوى مرتفع للضمان في المؤسسة محل الدراسة من وجهة نظر متلقي الخدمة عند مستوى دلالة (0.05)؟
- هل يوجد مستوى مرتفع للملموسية في المؤسسة محل الدراسة من وجهة نظر متلقي الخدمة عند مستوى دلالة (0.05)؟
- هل يوجد مستوى مرتفع للتعاطف في المؤسسة محل الدراسة من وجهة نظر متلقي الخدمة عند مستوى دلالة (0.05)؟
- هل يوجد مستوى مرتفع للاستجابة في المؤسسة محل الدراسة من وجهة نظر متلقي الخدمة عند مستوى دلالة (0.05)؟

وانطلاقاً من الإشكالية المطروحة يمكن صياغة الفرضيات التالية:

- الفرضية الرئيسية: يوجد مستوى مرتفع لجودة الخدمات الصحية في المؤسسة محل الدراسة من وجهة نظر متلقي الخدمة عند مستوى دلالة (0.05).
- الفرضية الفرعية الأولى: يوجد مستوى مرتفع للاعتمادية في المؤسسة محل الدراسة من وجهة نظر متلقي الخدمة عند مستوى دلالة (0.05).
- الفرضية الفرعية الثانية: يوجد مستوى مرتفع للضمان في المؤسسة محل الدراسة من وجهة نظر متلقي الخدمة عند مستوى دلالة (0.05).
- الفرضية الفرعية الثالثة: يوجد مستوى مرتفع للملموسية في المؤسسة محل الدراسة من وجهة نظر متلقي الخدمة عند مستوى دلالة (0.05).
- الفرضية الفرعية الرابعة: يوجد مستوى مرتفع للتعاطف في المؤسسة محل الدراسة من وجهة نظر متلقي الخدمة عند مستوى دلالة (0.05).
- الفرضية الفرعية الخامسة: يوجد مستوى مرتفع للاستجابة في المؤسسة محل الدراسة من وجهة نظر متلقي الخدمة عند مستوى دلالة (0.05).

3. ثبات الاستبيان: بعد الانتهاء من إعداد الاستبيان تم عرض الاستمارتين على مجموعة من الأساتذة من أجل التحكيم (أنظر إلى الملحقين رقم 16 و17)، وبعد الموافقة عليه تم وضعه في شكله النهائي (انظر الملحقين رقم 18 و19)، وللتأكد من صدقه ودرجة ثباته قمنا بإجراء دراسة على عينة استطلاعية مكونة

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيى"

بصور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

من 10 أفراد من الطاقم الطبي وشبه الطبي و10 من المرضى في المؤسسة محل الدراسة، وقد اعتمدت الدراسة على معامل (Cronbach's Alpha) للتأكد من ثبات الاستبيان، يوضحه الجدول الآتي:

الجدول رقم(17): اختبار ثبات استبيان الدراسة لكل من مقدمي ومتلقي الخدمة الصحية.

مقدمو الخدمة الصحية						
البيان	الاعتمادية	الضمان	الملموسية	التعاطف	الاستجابة	الاستبيان
عدد العبارات	04	04	04	05	04	21
معامل الثبات	0,745	0,759	0,721	0,728	0,707	0,896
متلقو الخدمة الصحية						
البيان	الاعتمادية	الضمان	الملموسية	التعاطف	الاستجابة	الاستبيان
عدد العبارات	04	04	04	05	04	21
معامل الثبات	0,769	0,726	0,802	0,896	0,745	0,933

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات البرنامج الإحصائي (Spss).

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن قيم معامل ثبات جميع العبارات التي تقيس الأبعاد والاستبيان بالنسبة للفتتين في مستوى أكبر من 70% ما يشير إلى أن العبارات المكونة لكل بُعد من أبعاد الاستبيان تتسم بالتجانس الداخلي، أي أنها تقيس نفس المفهوم أو البعد بدقة.

4. **خصائص العينة:** فيما يلي سنعرض الخصائص العامة لعينة الدراسة، والتي تشمل كلاً من فئة مقدمي الخدمة الصحية وفئة متلقي الخدمة الصحية، وذلك بهدف فهم التركيبة الديموغرافية والمهنية لكل فئة، والتي قد تؤثر على إدراكهم لجودة الخدمات الصحية، بالنسبة لفئة مقدمي الخدمة فقد تم التركيز على المتغيرات المهنية الأساسية، ممثلة في كل من الوظيفة وعدد سنوات الخبرة المهنية، أما بالنسبة لفئة متلقي الخدمة الصحية، فقد تم التركيز على مجموعة من المتغيرات الشخصية ممثلة في كل من الجنس، العمر، المستوى التعليمي، والتأمين بالإضافة إلى متغيرات الإقامة الاستشفائية ممثلة في كل من سبب الدخول إلى المستشفى، عدد مرات الدخول وكذا مدة المكوث فيه.

الجدول رقم(18): خصائص المتغيرات العامة لعينة الدراسة لكل من مقدمي ومتلقي الخدمة الصحية

مقدمو الخدمة الصحية				متلقو الخدمة الصحية			
المتغيرات المهنية	الفئات	التكرار	النسبة %	المتغيرات الشخصية	الفئات	التكرار	النسبة %
الوظيفة	طبيب	58	23.5	الجنس	ذكر	96	41.9
	شبه طبي	106	42.9		أنثى	133	58.1
	إداري	64	25.9	المجموع		229	100

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الأخوة يحيوي"

بصور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

12.2	28	أقل من 20 سنة	العمر	7.7	19	أخرى	
38	87	من 21 إلى 40 سنة		100	247	المجموع	
29.3	67	من 41 إلى 60 سنة		28.7	71	أقل من 05 سنوات	سنوات الخبرة
20.5	47	أكثر من 60 سنة		25.5	63	من 05 إلى 10سنوات	
100	229	المجموع		45.7	113	أكثر من 10 سنوات	
14.4	33	غير متعلم	المستوى التعليمي	%100	247	المجموع	
17.5	40	أقل من ثانوي					
27.1	62	ثانوي					
41	94	جامعي					
100	229	المجموع					
48.5	111	نعم	التأمين				
51.5	118	لا					
100	229	المجموع					
النسبة	التكرار	الفئات	متغيرات الإقامة				
41.9	96	إجراء عملية جراحية	سبب الدخول إلى المستشفى				
58.1	133	تلقي علاج					
100	229	المجموع					
27.1	62	مرة واحدة	عدد مرات الدخول لنفس المستشفى				
72.9	167	عدة مرات					
100	229	المجموع					
27.9	64	أقل من 05 أيام	مدة المكوث في المستشفى				
47.6	109	من 5 إلى 10 أيام					
24.4	56	أكثر من 10 أيام					
100	229	المجموع					

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات البرنامج الإحصائي (Spss).

من خلال الجدول أعلاه الذي يوضح خصائص المتغيرات المهنية لمقدمي الخدمة والمتغيرات الشخصية والإقامة الاستشفائية لمتلقي الخدمة نلاحظ ما يلي:

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيى"

بصور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

- بالنسبة لفئة مقدمي الخدمة نلاحظ في متغير الوظيفة أن النسبة الأكبر من المشاركين ينتمون إلى فئة شبه الطبي (42.9%)، تليها فئة الأطباء (23.5%)، ثم الإداريين (25.9%)، وأخيراً وظائف أخرى بنسبة ضعيفة (7.7%)، كما نلاحظ في متغير سنوات الخبرة أن الغالبية لديهم خبرة تفوق 10 سنوات (45.7%)، في حين تمثل الفئة الأقل خبرة (أقل من 5 سنوات) نسبة 28.7%.

ومن هذه المعطيات نستنتج أن أغلبية مقدمي الخدمة ينتمون إلى الفئة شبه الطبية، ما يعكس الثقل الكبير لهذه الفئة في أداء الخدمات الصحية اليومية، كما أن نسبة عالية منهم يمتلكون خبرة طويلة تفوق 10 سنوات، وهو مؤشر إيجابي على الاستقرار المهني وتراكم الخبرة داخل المؤسسة، مما يُفترض أن يُساهم في تحسين جودة الخدمة الصحية المقدمة.

- أما بالنسبة لفئة متلقي الخدمة فنلاحظ في متغير الجنس إتجاه العينة نحو الغلبة النسوية بنسبة 58.1%، مقابل 41.9% للذكور، كما نلاحظ في متغير العمر ارتكاز معظم المشاركين في الفئة العمرية من 21 إلى 40 سنة (38%)، تليها فئة من 41 إلى 60 سنة (29.3%)، ثم فئة أكثر من 60 سنة (20.5%)، وأخيراً من هم دون 20 سنة (12.2%)، ونلاحظ أيضاً في متغير المستوى التعليمي أن الغالبية هم من ذوي المستوى الجامعي (41%)، تليهم فئة الثانوي (27.1%)، ثم أقل من ثانوي (17.5%)، وأخيراً غير المتعلمين (14.4%)، أما بالنسبة لمتغير التأمين الصحي فنلاحظ أن أكثر من نصف العينة غير مؤمنة صحياً (51.5%)، مقابل 48.5% لديهم تأمين، وبالنسبة لمتغير سبب الدخول إلى المستشفى نرى أن الغالبية دخلوا من أجل تلقي علاج (58.1%)، والباقي لإجراء عمليات جراحية (41.9%)، وفيما يخص عدد مرات الدخول نلاحظ أن ما نسبته 72.9% دخلوا المستشفى عدة مرات، مقابل 27.1% فقط كانت هذه زيارتهم الأولى. بالنسبة لمدة المكوث النسبة الأكبر مكثت من 5 إلى 10 أيام (47.6%)، تليها أقل من 5 أيام (27.9%)، ثم أكثر من 10 أيام (24.4%).

وعليه نستنتج أن هذه العينة تعكس تنوعاً ديموغرافياً وتعليمياً مهماً، مع تمثيل قوي لفئة الشابة والمتعلمة، ارتفاع نسبة المرضى غير المؤمنين صحياً مؤشر على ضعف التغطية الصحية أو ضعف الوعي بها، كما أن تكرار الدخول لنفس المستشفى ومدة المكوث فيه تشير إلى الحاجة العلاجية المتكررة لبعض الحالات أو إلى سهولة الولوج للمؤسسة مقارنة بمؤسسات صحية أخرى (غياب بدائل أحسن)، وهو ما يعكس ضغطاً على المؤسسة من حيث الموارد والخدمات.

5. الاتساق الداخلي للاستبيان: لتحديد درجة الارتباط بين العبارات والأبعاد التي تنتمي إليها في الاستبيان، اعتمدت الدراسة على معامل بيرسون (Pearson) كما هو مبين في الجدول الآتي:

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيى"

بصور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

الجدول رقم(19): معاملات الارتباط بين العبارات وأبعاد الاستبيان لكل من مقدمي ومتلقي الخدمة الصحية

مقدمو الخدمة الصحية			متلقي الخدمة الصحية		
الأبعاد	الارتباط	الدلالة	الأبعاد	الارتباط	الدلالة
بعد الاعتمادية			بعد الاعتمادية		
العبارة 1	0,819**	0,000	العبارة 1	0,861**	0,000
العبارة 2	0,734**	0,000	العبارة 2	0,778**	0,000
العبارة 3	0,792**	0,000	العبارة 3	0,579**	0,000
العبارة 4	0,669**	0,000	العبارة 4	0,846**	0,000
بعد الضمان			بعد الضمان		
العبارة 5	0,838**	0,000	العبارة 5	0,781**	0,000
العبارة 6	0,715**	0,000	العبارة 6	0,795**	0,000
العبارة 7	0,784**	0,000	العبارة 7	0,666**	0,000
العبارة 8	0,704**	0,000	العبارة 8	0,743**	0,000
بعد الملموسية			بعد الملموسية		
العبارة 9	0,807**	0,000	العبارة 9	0,741**	0,000
العبارة 10	0,591**	0,000	العبارة 10	0,849**	0,000
العبارة 11	0,793**	0,000	العبارة 11	0,854**	0,000
العبارة 12	0,747**	0,000	العبارة 12	0,768**	0,000
بعد التعاطف			بعد التعاطف		
العبارة 13	0,790**	0,000	العبارة 13	0,779**	0,000
العبارة 14	0,780**	0,000	العبارة 14	0,828**	0,000
العبارة 15	0,746**	0,000	العبارة 15	0,817**	0,000
العبارة 16	0,811**	0,000	العبارة 16	0,912**	0,000
العبارة 17	0,723**	0,000	العبارة 17	0,873**	0,000
بعد الاستجابة			بعد الاستجابة		
العبارة 18	0,744**	0,000	العبارة 18	0,852**	0,000
العبارة 19	0,821**	0,000	العبارة 19	0,898**	0,000
العبارة 20	0,806**	0,000	العبارة 20	0,862**	0,000
العبارة 21	0,550**	0,000	العبارة 21	0,262**	0,000

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات البرنامج الإحصائي (Spss).

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن قيمة معامل الارتباط "بيرسون" بين الأبعاد والعبارات التي تنتمي إليها بالنسبة لفئة مقدمي الخدمة محصورة بين (0.838) و (0.550)، أما بالنسبة لفئة متلقي الخدمة فهي محصورة بين (0.912) و (0.262)، وجميع هذه القيم دالة عند مستوى معنوية 0.05 و 0.01 ما يدل على وجود اتساق

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الأخوة يحيى"

بمور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

داخلي بين الأبعاد والعبارات التي تنتمي إليها في كلى الفئتين، وهو ما يشير إلى أن الاستبيان كان ملائماً ومفهوماً للفئة المستجوبة من خلال وضوح العبارات وانسجامها مع محاور الاستبيان.

ثانياً: اختبار صحة الفرضيات

سنقوم فيما يلي اختبار الفرضيات السابقة للفئتين بالاعتماد على مخرجات البرنامج الإحصائي (Spss) كما يلي:

1. اختبار الفرضية الفرعية الأولى: اعتمدت الطالبة في التحقق من هذه الفرضية على القيمة المفترضة $(10)^1$ لتحديد الفروق الإحصائية بين متوسطات آراء المستجوبين لدى الفئتين في المؤسسة محل الدراسة، بقبول إما الفرض العدمي أو البديل الذي تم صياغتهم كما يلي:

➤ بالنسبة لمقدمي الخدمة الصحية: نفترض ما يلي:

- الفرضية الصفرية (H_0): يوجد مستوى منخفض للاعتمادية في المؤسسة محل الدراسة من وجهة نظر مقدمي الخدمة عند مستوى دلالة (0.05).

- الفرضية البديلة (H_1): يوجد مستوى مرتفع للاعتمادية في المؤسسة محل الدراسة من وجهة نظر مقدمي الخدمة عند مستوى دلالة (0.05).

➤ بالنسبة لمتلقي الخدمة الصحية: نفترض ما يلي:

- الفرضية الصفرية (H_0): يوجد مستوى منخفض للاعتمادية في المؤسسة محل الدراسة من وجهة نظر متلقي الخدمة عند مستوى دلالة (0.05).

- الفرضية البديلة (H_1): يوجد مستوى مرتفع للاعتمادية في المؤسسة محل الدراسة من وجهة نظر متلقي الخدمة عند مستوى دلالة (0.05).

بعد اختبار الفرضية، عن طريق برنامج spss توصلنا إلى النتائج المبينة في الجدول الآتي:

الجدول رقم (20): اختبار مستوى الاعتمادية في المؤسسة العمومية الاستشفائية محل الدراسة لكل من مقدمي ومتلقي

الخدمة

بعد الاعتمادية	البيان	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	T المحسوبة	درجة الحرية	درجة معنوية	الدلالة
	مقدمي الخدمة	13.62	3.027	18.791	246	0.000	دال
	متلقي الخدمة	9.20	3.28	3.10-	228	0.002	دال

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات البرنامج الإحصائي (Spss).

¹ وهي تمثل متوسط الاستبيان $10 = 2/20 = 5 * 4$

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيى"

بمور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

يتضح من خلال النتائج المعروضة في الجدول أعلاه أن بعد الاعتمادية لفئة مقدمي الخدمة بلغ درجة معنوية (0,000) عند درجة حرية (246) كما بلغت قيمة T المحسوبة (18.791) وهي أكبر من قيمة T الجدولية (1.990) عند مستوى دلالة (0.05) ما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات آراء مقدمي الخدمة والقيمة المفترضة (10)، بما أن المتوسط الحسابي لهذا البعد بلغ (13,62) ومنه يمكن رفض الفرضية العدمية وقبول الفرضية البديلة التي تنص على وجود مستوى مرتفع للاعتمادية عند مستوى دلالة (0.05) لدى مقدمي الخدمة في المؤسسة محل الدراسة.

كما يتضح من خلال نفس الجدول أن بعد الاعتمادية لفئة متلقي الخدمة بلغ درجة معنوية (0,002) عند درجة حرية (228) كما بلغت قيمة T المحسوبة (-3.10) وهي أصغر من قيمة T الجدولية (1.990) عند مستوى دلالة (0.05) ما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية (في الاتجاه السلبي) بين متوسطات آراء متلقي الخدمة والقيمة المفترضة (10)، وبما أن المتوسط الحسابي لهذا البعد بلغ (9.20) أي أقل من القيمة المرجعية، فإنه يمكن رفض الفرضية البديلة وقبول الفرضية العدمية التي تنص على وجود مستوى منخفض للاعتمادية عند مستوى دلالة (0.05) لدى متلقي الخدمة في المؤسسة محل الدراسة.

2. اختبار الفرضية الفرعية الثانية: اعتمدت الطالبة في التحقق من هذه الفرضية على القيمة المفترضة (10)

لتحديد الفروق الإحصائية بين متوسطات آراء المستجوبين لدى الفئتين في المؤسسة محل الدراسة، بقبول إما الفرض العدمي أو البديل الذي تم صياغتهم كما يلي:

➤ بالنسبة لمقدمي الخدمة الصحية: نفترض ما يلي:

- الفرضية الصفرية (H_0): يوجد مستوى منخفض للضمان في المؤسسة محل الدراسة من وجهة نظر مقدمي الخدمة عند مستوى دلالة (0.05).

- الفرضية البديلة (H_1): يوجد مستوى مرتفع للضمان في المؤسسة محل الدراسة من وجهة نظر مقدمي الخدمة عند مستوى دلالة (0.05).

➤ بالنسبة لمتلقي الخدمة الصحية: نفترض ما يلي:

- الفرضية الصفرية (H_0): يوجد مستوى منخفض للضمان في المؤسسة محل الدراسة من وجهة نظر متلقي الخدمة عند مستوى دلالة (0.05).

- الفرضية البديلة (H_1): يوجد مستوى مرتفع للضمان في المؤسسة محل الدراسة من وجهة نظر متلقي الخدمة عند مستوى دلالة (0.05).

بعد اختبار الفرضية، عن طريق برنامج **spss** توصلنا إلى النتائج المبينة في الجدول الآتي:

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيوي"

بمور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

الجدول رقم (21): اختبار مستوى الضمان في المؤسسة العمومية الاستشفائية محل الدراسة لكل من مقدمي ومتلقي الخدمة

البيان	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	T المحسوبة	درجة الحرية	درجة معنوية	الدلالة
بعد الضمان	مقدمي الخدمة	14.55	3.015	23.716	246	0.000
متلقي الخدمة	9.15	3.54	-3.70	228	0.000	دال

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات البرنامج الإحصائي (Spss).

يتضح من خلال النتائج المعروضة في الجدول أعلاه أن بعد الضمان لفئة مقدمي الخدمة بلغ درجة معنوية (0,000) عند درجة حرية (246) كما بلغت قيمة T المحسوبة (23.716) وهي أكبر من قيمة T الجدولية (1.990) عند مستوى دلالة (0.05) ما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات آراء مقدمي الخدمة والقيمة المفترضة (10)، بما أن المتوسط الحسابي لهذا البعد بلغ (14.55) ومنه يمكن رفض الفرضية العدمية وقبول الفرضية البديلة التي تنص على وجود مستوى مرتفع للضمان عند مستوى دلالة (0.05) لدى مقدمي الخدمة في المؤسسة محل الدراسة.

كما يتضح من خلال نفس الجدول أن بعد الضمان لفئة متلقي الخدمة بلغ درجة معنوية (0,000) عند درجة حرية (228) كما بلغت قيمة T المحسوبة (-3.70) وهي أصغر من قيمة T الجدولية (1.990) عند مستوى دلالة (0.05) ما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات آراء متلقي الخدمة والقيمة المفترضة (10)، بما أن المتوسط الحسابي لهذا البعد بلغ (9.15)، فإنه يمكن رفض الفرضية البديلة وقبول الفرضية العدمية التي تنص على وجود مستوى منخفض للبعد الضمان عند مستوى دلالة (0.05) لدى متلقي الخدمة في المؤسسة محل الدراسة.

3. اختبار الفرضية الفرعية الثالثة: اعتمدت الطالبة في التحقق من هذه الفرضية على القيمة المفترضة (10)

لتحديد الفروق الإحصائية بين متوسطات آراء المستجوبين لدى الفئتين في المؤسسة محل الدراسة، بقبول إما الفرض العدمي أو البديل الذي تم صياغتهم كما يلي:

➤ بالنسبة لمقدمي الخدمة الصحية: نفترض ما يلي:

- الفرضية الصفرية (H_0): يوجد مستوى منخفض للملموسية في المؤسسة محل الدراسة من وجهة نظر مقدمي الخدمة عند مستوى دلالة (0.05).

- الفرضية البديلة (H_1): يوجد مستوى مرتفع للملموسية في المؤسسة محل الدراسة من وجهة نظر مقدمي الخدمة عند مستوى دلالة (0.05).

➤ بالنسبة لمتلقي الخدمة الصحية: نفترض ما يلي:

- الفرضية الصفرية (H_0): يوجد مستوى منخفض للملموسية في المؤسسة محل الدراسة من وجهة نظر متلقي الخدمة عند مستوى دلالة (0.05).

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيى"

بمور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

- الفرضية البديلة (H1): يوجد مستوى مرتفع للملموسية في المؤسسة محل الدراسة من وجهة نظر متلقي الخدمة عند مستوى دلالة (0.05).

بعد اختبار الفرضية عن طريق برنامج spss توصلنا إلى النتائج المبينة في الجدول الآتي:

الجدول رقم (22): اختبار مستوى الملموسية في المؤسسة العمومية الاستشفائية محل الدراسة لكل من مقدمي ومتلقي

الخدمة

البيان	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	T المحسوبة	درجة الحرية	درجة معنوية	الدلالة
مقدمي الخدمة	13.53	3.019	18.373	246	0.000	دال
متلقي الخدمة	9.40	3.12	-4.30	228	0.000	دال

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات البرنامج الإحصائي (Spss).

يتضح من خلال النتائج المعروضة في الجدول أعلاه أن بعد الملموسية لفئة مقدمي الخدمة بلغ درجة معنوية (0,000) عند درجة حرية (246) كما بلغت قيمة T المحسوبة (18.373) وهي أكبر من قيمة T الجدولية (1.990) عند مستوى دلالة (0.05) ما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات آراء مقدمي الخدمة والقيمة المفترضة (10)، بما أن المتوسط الحسابي لهذا البعد بلغ (13.53) ومنه يمكن رفض الفرضية العدمية وقبول الفرضية البديلة التي تنص على وجود مستوى مرتفع للملموسية عند مستوى دلالة (0.05) لدى مقدمي الخدمة في المؤسسة محل الدراسة.

كما يتضح من خلال نفس الجدول أن بعد الملموسية لفئة متلقي الخدمة بلغ درجة معنوية (0,000) عند درجة حرية (228) كما بلغت قيمة T المحسوبة (-4.30) وهي أصغر من قيمة T الجدولية (1.990) عند مستوى دلالة (0.05) ما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات آراء متلقي الخدمة والقيمة المفترضة (10)، وبما أن المتوسط الحسابي لهذا البعد بلغ (9.40)، فإن ذلك يسمح برفض الفرضية البديلة وقبول الفرضية العدمية التي تنص على وجود مستوى منخفض لبعد الملموسية عند مستوى دلالة (0.05) لدى متلقي الخدمة في المؤسسة محل الدراسة.

4. اختبار الفرضية الفرعية الرابعة: اعتمدت الطالبة في التحقق من هذه الفرضية على القيمة المفترضة

(12.5)¹ لتحديد الفروق الإحصائية بين متوسطات آراء المستجوبين لدى الفئتين في المؤسسة محل

الدراسة، بقبول إما الفرض العدمي أو البديل الذي تم صياغتهم كما يلي:

➤ بالنسبة لمقدمي الخدمة الصحية: نفترض ما يلي:

- الفرضية الصفرية (H0): يوجد مستوى منخفض للتعاطف في المؤسسة محل الدراسة من وجهة نظر مقدمي الخدمة عند مستوى دلالة (0.05).

¹ وهي تمثل متوسط الاستبيان $12.5 = 2/25 = 5 * 5$

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيى"

بصور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

- الفرضية البديلة (H1): يوجد مستوى مرتفع للتعاطف في المؤسسة محل الدراسة من وجهة نظر مقدمي الخدمة عند مستوى دلالة (0.05).
- بالنسبة لمتلقي الخدمة الصحية: نفترض ما يلي:
- الفرضية الصفرية (H0): يوجد مستوى منخفض للتعاطف في المؤسسة محل الدراسة من وجهة نظر متلقي الخدمة عند مستوى دلالة (0.05).
- الفرضية البديلة (H1): يوجد مستوى مرتفع للتعاطف في المؤسسة محل الدراسة من وجهة نظر متلقي الخدمة عند مستوى دلالة (0.05).

بعد اختبار الفرضية عن طريق برنامج **spss** توصلنا إلى النتائج المبينة في الجدول الآتي:

الجدول رقم (23): اختبار مستوى التعاطف في المؤسسة العمومية الاستشفائية محل الدراسة لكل من مقدمي ومتلقي الخدمة

البيان	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	T المحسوبة	درجة الحرية	درجة معنوية	الدلالة
بعد التعاطف						
مقدمي الخدمة	17.35	3.60	21.162	246	0.000	دال
متلقي الخدمة	11.50	4.76	-2.18	228	0.030	دال

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات البرنامج الإحصائي (Spss).

يتضح من خلال النتائج المعروضة في الجدول أعلاه أن بعد التعاطف لفئة مقدمي الخدمة بلغ درجة معنوية (0,000) عند درجة حرية (246) كما بلغت قيمة T المحسوبة (21.162) وهي أكبر من قيمة T الجدولية (1.990) عند مستوى دلالة (0.05) ما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات آراء مقدمي الخدمة والقيمة المفترضة (12.5)، بما أن المتوسط الحسابي لهذا البعد بلغ (17.35) ومنه يمكن رفض الفرضية العدمية وقبول الفرضية البديلة التي تنص على وجود مستوى مرتفع للتعاطف عند مستوى دلالة (0.05) لدى مقدمي الخدمة في المؤسسة محل الدراسة.

كما يتضح من خلال نفس الجدول أن بعد التعاطف لفئة متلقي الخدمة بلغ درجة معنوية (0,030) عند درجة حرية (228) كما بلغت قيمة T المحسوبة (-2.18) وهي أصغر من قيمة T الجدولية (1.990) عند مستوى دلالة (0.05) ما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات آراء متلقي الخدمة والقيمة المفترضة (12.5)، وبما أن المتوسط الحسابي لهذا البعد بلغ (11.50)، فإنه يمكن رفض الفرضية البديلة وقبول الفرضية العدمية التي تنص على وجود مستوى منخفض للتعاطف عند مستوى دلالة (0.05) لدى متلقي الخدمة في المؤسسة محل الدراسة.

5. اختبار الفرضية الفرعية الخامسة: اعتمدت الطالبة في التحقق من هذه الفرضية على القيمة المفترضة

(10) لتحديد الفروق الإحصائية بين متوسطات آراء المستجوبين لدى الفئتين في المؤسسة محل الدراسة،

بقبول إما الفرض العدمي أو البديل الذي تم صياغتهم كما يلي:

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيى" بمور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

➤ بالنسبة لمقدمي الخدمة الصحية: نفترض ما يلي:

- الفرضية الصفرية (H_0): يوجد مستوى منخفض للاستجابة في المؤسسة محل الدراسة من وجهة نظر مقدمي الخدمة عند مستوى دلالة (0.05).

- الفرضية البديلة (H_1): يوجد مستوى مرتفع للاستجابة في المؤسسة محل الدراسة من وجهة نظر مقدمي الخدمة عند مستوى دلالة (0.05).

➤ بالنسبة لمتلقي الخدمة الصحية: نفترض ما يلي:

- الفرضية الصفرية (H_0): يوجد مستوى منخفض للاستجابة في المؤسسة محل الدراسة من وجهة نظر متلقي الخدمة عند مستوى دلالة (0.05).

- الفرضية البديلة (H_1): يوجد مستوى مرتفع للاستجابة في المؤسسة محل الدراسة من وجهة نظر متلقي الخدمة عند مستوى دلالة (0.05).

بعد اختبار الفرضية عن طريق برنامج **spss** توصلنا إلى النتائج المبينة في الجدول الآتي:

الجدول رقم (24): اختبار مستوى الاستجابة في المؤسسة العمومية الاستشفائية محل الدراسة لكل من مقدمي ومتلقي الخدمة

الخدمة

البيان	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	T المحسوبة	درجة الحرية	درجة معنوية	الدلالة
مقدمي الخدمة	13.20	2.65	19.024	246	0.000	دال
متلقي الخدمة	8.93	2.90	-5.56	228	0.000	دال

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات البرنامج الإحصائي (Spss).

يتضح من خلال النتائج المعروضة في الجدول أعلاه أن بعد الاستجابة لفئة مقدمي الخدمة بلغ درجة معنوية (0,000) عند درجة حرية (246) كما بلغت قيمة T المحسوبة (19.024) وهي أكبر من قيمة T الجدولية (1.990) عند مستوى دلالة (0.05) ما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات آراء مقدمي الخدمة والقيمة المفترضة (10)، بما أن المتوسط الحسابي لهذا البعد بلغ (13.20) ومنه يمكن رفض الفرضية العدمية وقبول الفرضية البديلة التي تنص على وجود مستوى مرتفع للاستجابة عند مستوى دلالة (0.05) لدى مقدمي الخدمة في المؤسسة محل الدراسة.

كما يتضح من خلال نفس الجدول أن بعد الاستجابة لفئة متلقي الخدمة بلغ درجة معنوية (0,000) عند درجة حرية (228) كما بلغت قيمة T المحسوبة (-5.56) وهي أصغر من قيمة T الجدولية (1.990) عند مستوى دلالة (0.05) ما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات آراء متلقي الخدمة والقيمة المفترضة (10)، وبما أن المتوسط الحسابي لهذا البعد بلغ (8.93)، فإن ذلك يسمح برفض الفرضية البديلة وقبول الفرضية العدمية، والتي تنص على وجود مستوى منخفض من الاستجابة عند مستوى دلالة (0.05) في نظر متلقي الخدمة في المؤسسة محل الدراسة.

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الأخوة يحيى"

بصور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

6. اختبار الفرضية الرئيسية: اعتمدت الطالبة في التحقق من هذه الفرضية على القيمة المفترضة (52.5)¹

لتحديد الفروق الإحصائية بين متوسطات آراء المستجوبين لدى الفئتين في المؤسسة محل الدراسة، بقبول

إما الفرض العدمي أو البديل الذي تم صياغتهم كما يلي:

➤ بالنسبة لمقدمي الخدمة الصحية: نفترض ما يلي:

- الفرضية الصفرية (H0): يوجد مستوى منخفض لجودة الخدمات الصحية في المؤسسة محل الدراسة

من وجهة نظر مقدمي الخدمة عند مستوى دلالة (0.05).

- الفرضية البديلة (H1): يوجد مستوى مرتفع لجودة الخدمات الصحية في المؤسسة محل الدراسة من

وجهة نظر مقدمي الخدمة عند مستوى دلالة (0.05).

➤ بالنسبة لمتلقي الخدمة الصحية: نفترض ما يلي:

- الفرضية الصفرية (H0): يوجد مستوى منخفض لجودة الخدمات الصحية في المؤسسة محل الدراسة من

وجهة نظر متلقي الخدمة عند مستوى دلالة (0.05).

- الفرضية البديلة (H1): يوجد مستوى مرتفع لجودة الخدمات الصحية في المؤسسة محل الدراسة من

وجهة نظر متلقي الخدمة عند مستوى دلالة (0.05).

بعد اختبار الفرضية عن طريق برنامج **spss** توصلنا إلى النتائج المبينة في الجدول الآتي:

الجدول رقم (25): اختبار مستوى جودة الخدمات الصحية في المؤسسة محل الدراسة لكل من مقدمي و متلقي الخدمة

البيان	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	T المحسوبة	درجة الحرية	درجة معنوية	الدلالة
مستوى جودة الخدمات الصحية	72.26	11.63	26.703	246	0.000	دال
متلقي الخدمة	49.30	14.76	-2.55	228	0.011	دال

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات البرنامج الإحصائي (Spss).

يتضح من خلال النتائج المعروضة في الجدول أعلاه أن بعد مستوى جودة الخدمات الصحية لفئة مقدمي

الخدمة بلغ درجة معنوية (0,000) عند درجة حرية (246) كما بلغت قيمة T المحسوبة (26.703) وهي أكبر

من قيمة T الجدولية (1.990) عند مستوى دلالة (0.05) ما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين

متوسطات آراء مقدمي الخدمة والقيمة المفترضة (52.5)، بما أن المتوسط الحسابي لهذا البعد بلغ (72.26) ومنه

يمكن رفض الفرضية العدمية وقبول الفرضية البديلة التي تنص على وجود مستوى مرتفع لجودة الخدمات الصحية

عند مستوى دلالة (0.05) لدى مقدمي الخدمة في المؤسسة محل الدراسة.

¹ وهي تمثل متوسط الاستبيان $52.5 = 2/105 = 5 \times 21$

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيوي"

بصور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

كما يتضح من خلال نفس الجدول أن محور جودة الخدمات الصحية لفئة متلقي الخدمة بلغ درجة معنوية (0,011) عند درجة حرية (228) كما بلغت قيمة T المحسوبة (-2.55) وهي أصغر من قيمة T الجدولية (1.990) عند مستوى دلالة (0.05) ما يدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتوسط الفعلي والقيمة المفترضة (52.5)، وبما أن المتوسط الحسابي لهذا المحور بلغ (49.30)، أي أقل من القيمة المرجعية، فإنه يمكن رفض الفرضية البديلة وقبول الفرضية العدمية التي تنص على أن مستوى جودة الخدمات الصحية منخفض عند مستوى دلالة (0.05) من وجهة نظر متلقي الخدمة في المؤسسة محل الدراسة.

ثالثاً: نتائج تحليل الاستبيان

من خلال نتائج اختبار الفرضيات السابقة، نتوصل إلى وجود تباين واضح في تقييم مستوى جودة الخدمات الصحية بين مقدمي الخدمة والمستفيدين منها في المؤسسة محل الدراسة، حيث أشارت نتائج الدراسة الكمية إلى أن فئة مقدمي الخدمة أظهرت تقييم مرتفع لجميع أبعاد جودة الخدمات الصحية، وهو ما يدل على رضا عام عن مستوى الأداء في المؤسسة محل الدراسة، غير أن التحليل النوعي للإجابات المفتوحة يبرز أن هذا الرضا لا يخلو من بعض التحفظات والعراقل المهنية التي تؤثر على جودة العمل، فقد أشار العديد من مقدمي الخدمة إلى وجود عراقيل تنظيمية وبشرية تحول دون تقديم خدمة صحية بجودة عالية، من بينها:

- نقص الطواقم الطبية المتخصصة وشبه الطبية في بعض المصالح مقارنة بعدد المرضى أدى ضغط كبير خاصة في أقسام الاستعجال، وهذا في ظل عدم وجود نقاط مناوبة تابعة للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية بسور الغزلان؛
- ضعف التغطية الأمنية داخل المؤسسة، خاصة في ظل صعوبة التعامل مع بعض المرضى ومرافقيهم، نتيجة لقلّة وعيهم وسلوكياتهم غير المنضبطة؛
- طول الإجراءات الإدارية في استغلال العتاد الطبي خاصة سيارات الإسعاف؛
- ضعف التنسيق بين المدراء ورؤساء الأقسام والعمال لحل المشاكل القائمة ومعالجة النقائص؛
- ضعف الرقابة على تنظيم مواعيد الزيارات، مع انتشار مظاهر الوساطة في التعامل مع المرضى؛
- غياب التحفيز والتكوين المستمر لجميع الطواقم.

أما فيما يخص مقترحات تحسين جودة الخدمات الصحية، فقد ركزت إجاباتهم على :

- ضرورة تدعيم الموارد البشرية وتحسين ظروف العمل، توفير تجهيزات حديثة ومتخصصة، مراجعة آليات التسيير الداخلي لتقليص البيروقراطية، وخلق قنوات للتواصل الفعال بين الإدارة والعمال.
- في حين أظهرت النتائج الكمية أن تقييم متلقي الخدمة لأبعاد جودة الخدمات الصحية كان عمومًا دون المستوى المطلوب، ما يعكس وجود مستوى منخفض من الرضا لديهم، وقد دعمت النتائج النوعية المستخلصة

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الأخوة يحيى"

بسرور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

من الإجابات المفتوحة هذا التوجه، حيث عبّر عدد كبير من المستجوبين عن تجارب سلبية أو غير مُرضية أثناء تلقيهم للعلاج والرعاية الصحية، تمحورت معظم هذه العراقيل حول:

- الوساطة والمحسوبة في التعامل مع المرضى ونقص في توجيههم ومرافقتهم داخل المستشفى؛
 - ضعف النظافة الاستشفائية في بعض الأقسام خاصة القديمة منها؛
 - طول مدة الانتظار خاصة عند الفحص بسبب الضغط الكبير على المؤسسة؛
 - نقص الامكانيات في بعض التخصصات، لاسيما في خدمات الأشعة والتحليل، حيث يطلب من المرضى في معظم الحالات التوجه الى العيادات الخاصة لإجرائها؛
 - قلة الاهتمام والتواصل من طرف بعض العاملين خاصة في فئة الأطباء.
- أما عن الاقتراحات لتحسين جودة الخدمات الصحية، فقد ركزت أغلب الإجابات على:
- توفير عدد أكبر من الأطباء والممرضين وفرض رقابة صارمة في تعاملهم مع المرضى وتدريبهم على مهارات التواصل؛
 - الرفع من مستوى النظافة والاهتمام بالجانب الانساني والمعنوي للمريض؛
 - تحسين البنية التحتية وتسهيل الوصول إلى الخدمات.

هذا التباين يعكس فجوة بين تصور مقدمي الخدمة وواقع تجربة المرضى، ويبرز الحاجة إلى مراجعة شاملة للسياسات والإجراءات المتبعة داخل المؤسسة بهدف تحسين التواصل مع المرضى، وتعزيز الاستجابة الفعالة لاحتياجاتهم، وضمان تقديم خدمات صحية تلي توقعاتهم الحقيقية. ومن ثم، تؤكد هذه النتائج أهمية تبني مقاربات تشاركية تعتمد على رأي جميع الأطراف لتحسين جودة الخدمات الصحية بشكل متكامل وفعال.

المطلب الرابع: تقييم فعالية أدوات مراقبة التسيير المطبقة في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الأخوة

يحيى" بسرور الغزلان في تحسين جودة الخدمات الصحية

بعد عرض أدوات الرقابة المعتمدة في المؤسسة (ضمن المطلب الأول من هذا المبحث) ووصفها وصفا شاملا مع تتبع مسار استعمالها عبر المستويات التنظيمية المختلفة (التشغيلي، التكتيكي، الاستراتيجي)، سنقوم في هذا المطلب، بتحليل وتقييم فعالية هذه الأدوات في تحسين أداء وجودة الخدمات المقدمة داخل المؤسسة.

من خلال الفحص الدقيق والمعمق، سنسعى إلى كشف أوجه القصور وتحديد الاختلالات والنقائص في هذه الآليات، مع التأكيد على أنها لا تؤدي دورها بالشكل المطلوب في تعزيز الجودة، والدليل على ذلك هو انخفاض مستوى الجودة الملحوظ في المؤسسة من وجهة نظر المريض والذي توصلت إليه نتائج الدراسة في المطلب السابق، مما يشير إلى وجود فجوات في آليات الرقابة الحالية التي تتطلب تحسيناً وتطويراً لضمان تحقيق الأهداف

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيى"

بمور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

المرجوة ورفع مستوى الأداء والجودة، سنستند في ذلك على مخرجات المقابلات التي أجريت مع مجموعة من الفاعلين والمتدخلين في عملية الرقابة على التسيير.

أولاً: منهجية المقابلات: فيما يلي عرضاً مفصلاً لمنهجية جمع البيانات وتحليلها، من خلال المقابلات شبه الموجهة التي تم إجراؤها مع مسؤولي مختلف المستويات في القطاع الصحي.

1. منهجية جمع البيانات: الطريقة النوعية

في إطار تحليل فعالية أدوات مراقبة التسيير، تم اعتماد المنهج النوعي، وذلك باستخدام تقنية المقابلة شبه الموجهة¹ كأداة رئيسية لجمع البيانات، أجريت هذه المقابلات مع المسؤولين المعنيين بتطبيق وتتبع أدوات الرقابة على مختلف المستويات التالية:

- المستوى التشغيلي: يتعلق بإنتاج المعلومة على مستوى المؤسسة العمومية الاستشفائية محل الدراسة؛
- المستوى التكتيكي: يخص انتقال المعلومة على مستوى مديرية الصحة والسكان؛
- المستوى الاستراتيجي: يتمثل في استغلال المعلومة في اتخاذ القرار على مستوى الوزارة.

2. أهداف المقابلات: هدفت هذه المقابلات إلى الحصول على معلومات دقيقة تساعد في:

- تحليل وتقييم فعالية أدوات الرقابة المعتمدة حالياً؛
- تحليل العلاقة بين هذه الأدوات وتحسين جودة الخدمات الصحية؛
- الكشف عن النقائص، التحديات، والفجوات التي تحول دون تحقيق الأهداف المنتظرة بالشكل المطلوب؛
- معرفة مدى تقبل واستعداد المسؤولين لفكرة تبني نموذج بطاقة الأداء المتوازن كأداة بديلة أو مكملية تغطي النقائص الموجودة وضمان جودة أفضل في الخدمات المقدمة.

3. طبيعة المقابلات وتنظيمها: تم اختيار أسلوب المقابلات الفردية شبه الموجهة، حيث تم إجراء معظمها

وجهاً لوجه، بينما تم اللجوء إلى بعض المقابلات الهاتفية لأسباب تتعلق بضيق الوقت أو ظروف العمل.

ومن أجل ضمان فاعلية هذه المقابلات، تم إعداد دليل مقابلة موضح في (الملحق رقم 20)، خضع للتحكيم من طرف قائمة الأساتذة الموضحة في (الملحق رقم 21) يحتوي على مجموعة من الأسئلة المفتوحة تتيح للمستجوبين التعبير عن آرائهم بحرية ومرونة، مما يساعد في تأكيد أو نفي بعض الحقائق المتوصل إليها، تمحورت هذه الأسئلة حول ما يلي:

- أسئلة للتعريف بالمسؤولين المشاركين في المقابلة؛
- أسئلة حول المهام والواجبات اليومية لكل مسؤول؛

¹ المقابلة شبه الموجهة هي المقابلة التي يتم فيها إعداد دليل مقابلة مسبق يحتوي على مجموعة من الأسئلة المفتوحة، لكنها لا تُطرح بالضرورة بنفس الترتيب أو الصيغة، وتترك حرية التعبير للمبحوث لتقديم تفاصيل ومعلومات أوسع.

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيى"

بمور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

➤ أسئلة حول فعالية أدوات الرقابة الحالية؛

➤ أسئلة حول العلاقة بين أدوات الرقابة الحالية وجودة الخدمات الصحية؛

➤ أسئلة حول أهم الاختلالات والنقائص المسجلة في أدوات الرقابة المطبقة حاليًا؛

➤ أسئلة حول البديل المقترح ومتطلبات تطبيقه.

4. النهج المعتمد في تنفيذ المقابلات: نظرًا لتوفر مكاتب خاصة بكل مسؤول فقد تم إجراء المقابلات

داخل مكاتبهم وأحيانًا في قاعات الاجتماعات، حيث قمنا بوضع جدول زمني، وأبلغنا المعنيين مسبقًا بمواعيد المقابلات لتسهيل التحضير وضمان سلاسة الحوار. وكان الهدف من ذلك هو اكتشاف مهامهم ومسؤولياتهم، لا سيما نوعية المعلومات والتقارير التي يعتمدون عليها في أداء عملهم:

✓ المعلومات المدخلة (Inputs): وهي البيانات والمصادر التي يعتمد عليها المسؤول في أداء مهامه.

✓ المخرجات (Outputs): وهي التقارير أو الوثائق التي يتم إعدادها على مستوى كل مصلحة.

ورغم التحضير الجيد إلا أن هذا النهج لم يُحترم بالكامل بسبب ضغط العمل والانقطاعات غير المتوقعة التي تقاطع تدفق الأفكار أثناء المقابلات، أما بالنسبة لمدة المقابلات، فقد تم تحديدها مسبقًا بساعة واحدة لكل مقابلة لكن، وبسبب الجداول الزمنية المزدحمة لبعض المسؤولين، اضطررنا إلى تقليص مدة بعض المقابلات وتقسيمها على فترات مختلفة، مع التركيز على المحاور الأساسية التي تدعم أهداف الدراسة.

5. اختيار المسؤولين المشاركين في المقابلات: تم اختيار المشاركين في المقابلات بناءً على علاقتهم المباشرة

بأهداف دراستنا، أي المسؤولين والمكلفين بتطبيق ومتابعة أدوات الرقابة على التسيير المستخدمة في المؤسسة محل الدراسة، وهذا على مستوى المؤسسة وكذا الهيئات الوصية حسب المسار المتبع في دراستها، حيث يمثل هؤلاء الفاعلين الأساسيين في مراحل إنتاج، نقل، واستغلال المعلومة الرقابية.

كنا على دراية بمدى أهمية هذا الاختيار، حيث إن مدى دقة وملاءمة المعلومات التي تم جمعها تعتمد بشكل كبير على الأشخاص الذين تمت مقابلتهم.

6. خطة المقابلات: تم إعداد برنامج زمني ومكاني لإجراء المقابلات، وذلك عقب الحصول على الموافقات

الرسمية اللازمة، والمتمثلة في: موافقة مدير المؤسسة محل الدراسة (الملحق رقم 15) لإجراء المقابلات مع الإطارات المعنية على مستوى المؤسسة، وموافقة مدير الصحة والسكان لولاية البويرة (الملحق رقم 22) لإجراء المقابلات مع الإطارات التابعة للمديرية، بالإضافة إلى موافقة وزارة الصحة (الملحق رقم 23) لإجراء المقابلات مع المسؤولين والمدراء المركزيين، حيث يوضح الجدول أدناه تفاصيل أكثر عن البرنامج الزمني والمكاني المعتمد لتنفيذ المقابلات:

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيى"

بصور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

الجدول رقم(26): برنامج المقابلات المنجزة خلال الدراسة الميدانية

المشارك	رقم المقابلة	التاريخ	المدة	المكان	طريقة إجراء المقابلة
مدير المؤسسة محل الدراسة	16/01	2025/01/13	50 دقيقة	مكتب المدير	وجها لوجه
		2025/01/15	01 ساعة	مكتب المدير	
		2025/01/16	45 دقيقة	مكتب المدير	
المديرة الفرعية للمالية والوسائل بالمؤسسة محل الدراسة	16/02	2025/01/14	25 دقيقة	مكتب المديرة الفرعية DFM	وجها لوجه
		2025/01/19	20 دقيقة	/	مكالمة هاتفية
المدير الفرعي للموارد البشرية بالمؤسسة محل الدراسة	16/03	2025/01/20	01 ساعة	مكتب المدير الفرعي DRH	وجها لوجه
		2025/01/22	50 دقيقة	مكتب المدير الفرعي DRH	
		2025/01/23	01 ساعة	قاعة الاجتماعات بالمؤسسة	
		2025/01/26	35 دقيقة	قاعة الاجتماعات بالمؤسسة	
المدير الفرعي للمصالح الصحية بالمؤسسة محل الدراسة	16/04	2025/02/02	01 ساعة	مكتب المدير الفرعي DSS	وجها لوجه
		2025/02/06	45 دقيقة	مكتب المدير الفرعي DSS	
المدير الفرعي للتجهيزات الطبية والتجهيزات المرافقة بالمؤسسة محل الدراسة	16/05	2025/02/09	30 دقيقة	مكتب المدير الفرعي DMM	وجها لوجه
		2025/02/10	20 دقيقة	مكتب المدير الفرعي DMM	
		2025/02/11	35 دقيقة	مكتب المدير الفرعي DMM	
رئيسة مكتب الميزانية والمراقبة بمديرية الصحة والسكان	06/16	2025/02/16	43 دقيقة	مكتب رئيس المصلحة	وجها لوجه
		2025/02/23	25 دقيقة	/	مكالمة هاتفية
رئيس مصلحة الهياكل والنشاط الصحي بمديرية الصحة والسكان لولاية البويرة	07/16	2025/03/02	40 دقيقة	قاعة الاجتماعات بالمديرية	وجها لوجه
		2025/03/03	40 دقيقة	مكتب رئيس المصلحة	
رئيس مصلحة الوقاية بمديرية الصحة والسكان لولاية البويرة	08/16	2025/03/05	01 ساعة	مكتب رئيس المصلحة	وجها لوجه
		2025/03/06	55 دقيقة	مكتب رئيس المصلحة	
		2025/03/09	01 ساعة	مكتب رئيس المصلحة	
مديرة الدراسات والتخطيط بوزارة الصحة	09/16	2025/03/10	30 دقيقة	/	مكالمة هاتفية
		2025/03/18	35 دقيقة	مكتب المديرة العامة DGEP	وجها لوجه

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيى"

بصور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

	مكتب المديرية العامة DGEP	40 دقيقة	2025/03/19		
	مكتب المديرية العامة DGEP	15 دقيقة	2025/03/20		
مسؤول على مستوى مديرية المالية والوسائل بوزارة الصحة	مكتب المديرية العامة DFM مكتب المديرية العامة DFM	15 دقيقة 30 دقيقة	2025/03/20 2025/03/23	10/16	وجها لوجه
مسؤول على مستوى المديرية العامة لمصالح الصحة وإصلاح المستشفيات	مكتب المديرية العامة DGSS مكتب المديرية العامة DGSS	30 دقيقة 20 دقيقة	2025/03/24 2025/03/25	11/16	وجها لوجه
مسؤول على مستوى مديرية السكان بوزارة الصحة	مكتب المديرية العامة DGP	20 دقيقة	25/03/2025	12/16	وجها لوجه
رئيس مكتب مراقبة التسيير بمديرية المالية والوسائل بوزارة الصحة	مكتب مراقبة التسيير بالوزارة	01 ساعة	27/03/2025	13/16	وجها لوجه
المدير العام للوقاية وترقية الصحة بوزارة الصحة	مكتب المدير العام للوقاية	30 دقيقة	2025/04/13	14/16	وجها لوجه
مسؤول على مستوى المعهد الوطني للصحة العمومية	مكتب المدير العام	20 دقيقة	2025/04/20	15/16	وجها لوجه
مسؤول على مستوى المفتشية العامة لوزارة الصحة	مكتب المفتش العام	50 دقيقة	2025/05/04	16/16	وجها لوجه
	/	35 دقيقة	2025/05/11		مكالمة هاتفية

المصدر: من إعداد الطالبة استنادًا إلى برنامج المقابلات المنجزة خلال الدراسة الميدانية.

من خلال الجدول أعلاه، نلاحظ أن بعض المقابلات قد تمت عبر عدة جلسات مع نفس المشاركين، وذلك لأسباب مختلفة، منها انشغال بعض المشاركين مما حال دون استكمال المقابلة في جلسة واحدة، بالإضافة إلى الرغبة في تعميق الفهم وضمان الحصول على معطيات أكثر دقة وتفصيلاً. وقد تم في هذا الإطار المزج بين اللقاءات الحضورية والمكالمات الهاتفية حسب ظروف كل مشارك، مما ساهم في إثراء البيانات المستخلصة وجعلها أكثر تنوعاً وجودة.

7. أخلاقيات المقابلات: حرصنا أثناء إجراء المقابلات، سواء في المكاتب أو قاعات الاجتماعات المختلفة،

على الالتزام بجملة من الضوابط الأخلاقية، تمثلت فيما يلي:

- تقديم توضيح مسبق للمشاركين حول أهداف الدراسة قبل الشروع في طرح الأسئلة؛

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الأخوة يحيى"

بمور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

- طلب الإذن لتسجيل بعض المقابلات صوتياً عند الحاجة؛
- احترام سرية هوية المشاركين في المقابلة والحفاظ على خصوصيتهم؛
- الاحتفاظ بالملاحظات والتسجيلات وبعض الوثائق المصورة ضمن نطاق فريق البحث فقط؛
- ضمان حق المشاركين في الامتناع عن الإجابة عن أي سؤال لا يرغبون فيه أو الانسحاب من المقابلة في أي وقت؛
- الحرص على عدم التأثير في إجابات المشاركين أو توجيهها بشكل غير مباشر، مع مراعاة الحياد رغم انتمائي إلى نفس القطاع؛
- تقديم الشكر والتقدير للمشاركين بعد انتهاء كل مقابلة تقديراً لتعاونهم ومساهمتهم القيمة.

ثانياً: تحليل بيانات المقابلات

تهدف هذه المرحلة إلى عرض نتائج البحث الميداني وتقديم التحليلات والتفسيرات اللازمة، سنبداً أولاً بالتعريف بالمسؤولين المشاركين في المقابلة، من حيث مواقعهم الوظيفية، أدوارهم داخل المؤسسة، ومستوى اطلاعهم على أدوات الرقابة المعتمدة، حيث يهدف هذا التعريف إلى وضع نتائج التحليل في سياقها الصحيح وربط الآراء المعبر عنها بخلفيات أصحابها. بعد ذلك، سنتقل إلى تشخيص أدوات الرقابة المعتمدة حالياً وتحليل وتقييم فعاليتها، مع التركيز على مدى كفاءتها واستجابتها لمتطلبات النظام الصحي وتحقيق الأهداف المرسومة، ثم سنقوم بتحليل العلاقة بين هذه الأدوات وجودة الخدمات الصحية، من أجل الوقوف على مدى مساهمتها الفعلية في تحسين الأداء داخل المؤسسات الصحية. كما سنعمل على الكشف عن النقائص، التحديات، والفجوات التي تحول دون تحقيق الأهداف المنتظرة بالشكل المطلوب، بالاستناد إلى المعطيات الميدانية وآراء الفاعلين المعنيين. وأخيراً، سنتناول مدى تقبل واستعداد المسؤولين لتبني نموذج بطاقة الأداء المتوازن، كأداة بديلة أو مكملية للأدوات الحالية ومدى قدرة هذا النموذج على تدارك النقائص المسجلة وتعزيز جودة الخدمات المقدمة، والشكل التالي يوضح هذه المراحل:

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيى" بمور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

الشكل رقم (36): نموذج دليل المقابلة لدراسة أدوات الرقابة وتحسين جودة الخدمات الصحية



المصدر: من إعداد الطالبة.

يوضح الشكل أعلاه البنية المنهجية لدليل المقابلة المعتمد في هذه الدراسة، والذي بُني وفق خمسة محاور رئيسة تُغطي مختلف جوانب البحث، وتعكس تسلسلاً منطقيًا متدرجًا، ينطلق من فهم السياق الشخصي والمهني للمشارك والذي يُعد تمهيدًا أساسيًا لفهم خلفية المشارك وسياقه الوظيفي، مما يُسهم في تفسير وتحليل الإجابات اللاحقة بشكل أعمق، ويمر عبر تشخيص الأدوات الحالية وهو ما يعطي نظرة على الوضع الراهن للممارسات الرقابية، يتبع ذلك ربطًا تحليلي بين هذه الأدوات وجودة الخدمات الصحية، من خلال محاولة فهم مدى تأثير الأدوات المستعملة على المخرجات المرجوة أو الأهداف المنتظرة، ثم الوقوف عند الاختلالات والعوائق التي تحد من فعالية تلك الأدوات، ليختتم بمقترحات موجهة نحو المستقبل، من خلال تبني نموذج بطاقة الأداء المتوازن كخيار عملي لمعالجة الإشكالات المطروحة.

وقد أتاح استخدام المقابلة شبه الموجهة مرونة أكبر في التفاعل مع المشاركين، مما ساهم في الحصول على إجابات دقيقة ومفصلة، فيما يلي سنقوم بتحليل هذه البيانات استنادًا إلى المحاور الخمسة الموضحة في النموذج أعلاه:

1. الملف التعريفي للمشاركين في المقابلات (القسم الأول من دليل المقابلة): بلغ عدد الأشخاص الذين تمت مقابلتهم 16 شخص من المسؤولين على عملية الرقابة على التسيير في المؤسسات العمومية الاستشفائية موزعين على المستويات الثلاث: (التشغيلي على مستوى المؤسسة، التكتيكي على مستوى مديرية الصحة والسكان، والاستراتيجي على مستوى وزارة الصحة) ورغم سعيها لاستهداف عدد أكبر من المشاركين، حالت

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيى"

بصور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

الالتزامات المهنية والانفعالات الإدارية لبعض المسؤولين دون ذلك، مما جعلنا نكتفي بهذا العدد، ومع ذلك حرصنا على تمثيل جميع المصالح المعنية من كل مستوى لضمان شمولية العينة.

تجدر الإشارة إلى أن اختيار هؤلاء المشاركين لم يكن اعتباطيًا، بل تم بناءً على علاقتهم المباشرة بأدوات الرقابة المدروسة في المطلب الأول من هذا المبحث، حيث أن كل واحد منهم يُعتبر مسؤولاً بشكل مباشر عن أداة واحدة على الأقل من أدوات الرقابة، أو يشترك مع غيره في تسييرها أو تطبيقها.

وقد تمت مراعاة هذا التنوع في الاختصاصات أثناء إجراء المقابلات، إذ كانت إجابات كل مشارك تركز على طبيعة الأداة أو الأدوات التي يشرف عليها أو يتعامل معها فعليًا، بناءً على ذلك تم إدراج الملف التعريفي للمشاركين في الجدول التالي، والذي يوضح مناصبهم، سنوات خبرتهم، وأبرز المهام المرتبطة بكل منهم:

الجدول رقم (27): الملف التعريفي للأشخاص المشاركين في المقابلة

المشارك في المقابلة	الخبرة	المهام الرئيسية
مدير المؤسسة العمومية الاستشفائية محل الدراسة	08 سنوات	- المسؤول الأول عن المؤسسة يتولى المهام المحددة على سبيل الحصر في المادة 20 من المرسوم التنفيذي 07-140 سالف الذكر.
المديرة الفرعية للمالية والوسائل بالمؤسسة محل الدراسة	10 سنوات	- إعداد ومتابعة تنفيذ ميزانية المؤسسة؛ - تسيير الصفقات العمومية، المشتريات، والإمدادات؛ - متابعة المحاسبة المالية ومسك الوثائق المحاسبية الرسمية؛ - الإشراف على تسيير الوسائل العامة (نقل، إطعام، أمن داخلي، .. إلخ).
المدير الفرعي للمصالح الصحية بالمؤسسة محل الدراسة	06 سنوات	- متابعة جودة الخدمات الصحية المقدمة للمرضى؛ - السهر على تنسيق النشاطات الطبية وشبه الطبية؛ - مراقبة احترام المعايير الطبية والبروتوكولات العلاجية؛ - تقييم الأداء المهني للمصالح العلاجية.
المدير الفرعي للموارد البشرية بالمؤسسة محل الدراسة	14 سنوات	- تسيير المسار المهني للطواقم الطبي، شبه الطبي، والإداري؛ - الإشراف على عمليات التوظيف، التكوين، والتقييم؛ - متابعة المسار الإداري للموظفين: الترقية، التأديب، الانتقال؛ - تنظيم عمليات التكوين المستمر والتأهيل المهني.
المدير الفرعي لصيانة التجهيزات الطبية والتجهيزات المرافقة بالمؤسسة محل الدراسة	05 سنوات	- متابعة اقتناء وتركيب التجهيزات الجديدة؛ - متابعة حالة تشغيل المعدات الطبية والهيكل التقنية؛ - إعداد برامج الصيانة الدورية والاستعجالية؛ - متابعة ومراقبة صيانة التجهيزات الطبية والتجهيزات المرافقة، ومتابعة إجراءات إحالة المعدات والتجهيزات إلى القوام وبيعها بالمزاد العلني؛
رئيسة مكتب الميزانية والمراقبة	18 سنة	- ممارسة رقابة الوصاية على المؤسسات الصحية في مجال تسيير الموارد المالية والوسائل العامة؛

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيى"

بمور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

بمديرية الصحة والسكان لولاية البويرة		- دراسة مشاريع ميزانيات المؤسسات العمومية للصحة تحت وصايتها قبل المصادقة عليها؛ - إعداد الحوصلة الولائية للتسيير المالي للمؤسسات تحت الوصاية ورفعها بصفة دورية إلى الوزارة؛ - التحقق من مطابقة الاعتمادات المالية لمخطط العمل السنوي المسطر من طرف المؤسسات تحت الوصاية؛ - مراقبة التوازن المالي للمؤسسات العمومية الصحية، من حيث الإيرادات والنفقات؛ - متابعة تنفيذ الميزانيات السنوية للمؤسسات وضمان احترامها للقوانين والتنظيمات المالية المعمول بها؛ - مراقبة التسيير المالي والحاسبي للمؤسسات الصحية عبر الاطلاع على التقارير الدورية، وضعية الالتزام، والوضعية المالية؛
رئيس مصلحة الهياكل والنشاط الصحي بمديرية الصحة والسكان لولاية البويرة	05 سنوات	- المساهمة في إعداد تقارير دورية وحوصلة ولائية عن وضعية الهياكل الصحية والنشاط الصحي بالولاية، ورفعها إلى وزارة الصحة، - إعداد مخططات تطوير الهياكل الصحية (مستشفيات، عيادات متعددة الخدمات، قاعات علاج...) على مستوى الولاية، وفقاً لاحتياجات السكان والمعايير الوطنية، - مراقبة ومتابعة سير النشاطات الصحية الطبية، شبه الطبية، العلاجية، الوقائية والاستعجالية بالمؤسسات العمومية والخاصة؛ - ضمان التنسيق بين مختلف المؤسسات الصحية تحت الوصاية لضمان التكامل في تقديم الخدمات الصحية للسكان؛ - متابعة برامج تحسين الخدمات الصحية، بما في ذلك ترقية التغطية الصحية والتكفل بمناطق الظل والاحتياجات الخاصة؛ - اقتراح إعادة تنظيم الهياكل حسب تطور الخريطة الصحية للولاية.
رئيس مصلحة الوقاية بمديرية الصحة والسكان لولاية البويرة	35 سنة	- السهر على تنفيذ برامج الوقاية الوطنية على مستوى الولاية، لا سيما برامج مكافحة الأمراض المعدية وغير المعدية، وبرامج التلقيح الإجباري... إلخ؛ - الوقاية العامة والحماية من الأمراض المتنقلة وغير المتنقلة؛ - الحماية الصحية في الأوساط الخاصة؛ - المساعدة التقنية للجماعات الإقليمية في مجال النظافة ومكافحة الأوبئة؛ - السهر على تطبيق التعليمات الوطنية المرتبطة بالوقاية الصحية ومكافحة الأوبئة؛ - تنسيق حملات التحسيس الصحية في مجالات الوقاية من الأمراض، التلقيح، النظافة العمومية، صحة الأم والطفل، الصحة المدرسية؛ - إعداد التقارير الدورية عن الوضعية الصحية والوبائية بالولاية ورفعها إلى الوزارة الوصية؛ - الإشراف على اللجان التقنية المختصة (لجان مكافحة الأمراض المعدية، اللجان الصحية الولائية، إلخ)؛ - المساهمة في إعداد المخططات الاستعجالية للتصدي للأوبئة والكوارث الصحية (كخطط مكافحة الكوليرا، الإنفلونزا، كورونا....).
مديرة الدراسات والتخطيط بوزارة الصحة	07 سنوات	- المبادرة بالدراسات والتحقيقات والأبحاث في مجال التخطيط والاستثمار الخاص بقطاع الصحة وإعدادها وتنفيذها وتقييمها؛ - المساهمة في إعداد المؤشرات التي تسمح بتحديد الاحتياجات الصحية وتخطيط الوسائل اللازمة للنشاطات قصد تلبيتها بالتعاون مع الهياكل المعنية؛ - إعداد وتحيين المخططات التوجيهية للقطاع؛

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيى"

بصور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

— ضمان متابعة تنفيذ مشاريع الاستثمارات العمومية المسجلة لصالح قطاع الصحة.		
— تقييم الاحتياجات من اعتمادات تسيير الإدارة المركزية والمصالح غير المركزية التابعة للقطاع؛ — تنفيذ ميزانية التسيير والتجهيز للإدارة المركزية للوزارة المكلفة بالصحة؛ — إجراء تقييم للتسيير المالي والمحاسبي وتحليل المعلومة المالية؛ — القيام بمراقبة التسيير المالي ومحاسبة المؤسسات العمومية للصحة واقتراح كل التدابير الهادفة إلى تحسين فاعلية ونجاعة تسييرها؛ — ضمان متابعة التعاقد والتدابير المتخذة في إطار إصلاح المستشفيات؛ — اقتراح كل التدابير التي من شأنها ضمان صيانة ممتلكات الإدارة المركزية؛ — القيام بجرد الممتلكات المنقولة والعقارية للإدارة المركزية؛ — تسيير الوسائل العامة للوزارة.	04 سنة	مسؤول على مستوى مديرية المالية والوسائل بوزارة الصحة
— تحديد الأهداف والاستراتيجيات الخاصة بالسكان؛ — العمل على إدراج المتغيرة الديمغرافية في الاستراتيجيات والبرامج القطاعية للتنمية الاقتصادية والاجتماعية؛ — تنسيق المخططات القطاعية والنشاطات المنجزة في هذا المجال ومتابعتها وتقييمها؛ — المساهمة في تحسين معرفة واقع الديناميكية الديمغرافية ومحدداتها؛ — المبادرة بالدراسات والتحليل والأبحاث المتعلقة بالسكان وتشجيعها قصد متابعة وتقييم أفضل للأهداف المحددة في هذا المجال؛ — تصور ومتابعة وتقييم البرامج الرامية إلى تحسين الحصول على خدمات نوعية للعلاجات في مجال الصحة الإنجابية والتنظيم العائلي على المستوى الوطني والمحلي.	05 سنوات	مسؤول على مستوى مديرية السكان بوزارة الصحة
— إعداد واقتراح وتنفيذ مخطط عام للتنظيم الصحي يشمل جميع هياكل الصحة؛ — إعداد واقتراح البرامج النوعية للعلاج قصد ضمان تغطية صحية متوازنة وكاملة عبر كل مراحل الحياة؛ — إعداد المخططات النوعية لتنفيذ كل النشاطات الرامية إلى ترقية التسيير في مجال علاج الأشخاص المسنين والاستعجالات الطبية والجراحية وتطوير علاج ذو مستوى عالي؛ — المساهمة في إعداد الخريطة الوطنية للصحة وتقييمها والتكفل بمتابعة برنامج تواجد هياكل الصحة العمومية والخاصة؛ — السهر على مراقبة ممارسة مهن الصحة وهياكل الصحة العمومية والخاصة؛ — تنفيذ مخططات وترتيبات لتنظيم الاسعافات والاستعجالات في حالة حدوث الكوارث؛ — وضع معايير خاصة بعمليتي اعتماد هياكل العلاج وتأهيل مصالح الصحة؛ — تقييم الأنشطة المنجزة وإعداد حصائل عنها.	07 سنوات	مسؤول على مستوى المديرية العامة لمصالح الصحة وإصلاح المستشفيات

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيوي"

بصور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

رئيس مكتب مراقبة التسيير بمديرية المالية والوسائل بوزارة الصحة	04 سنوات	- متابعة تنفيذ الميزانيات الفرعية الخاصة بمصالح وهيكل وزارة الصحة؛ - التأكد من مدى احترام الهياكل الصحية للأحكام القانونية والتنظيمية الخاصة بالتسيير المالي والمحاسبي، - مراقبة الالتزامات والنفقات العمومية والتأكد من مطابقتها للاعتمادات المخصصة؛ - تحليل مؤشرات الأداء المالي لمختلف المؤسسات تحت وصاية الوزارة (مؤسسات استشفائية، مراكز الصحة الجوارية، معاهد التكوين... إلخ)؛ - المساهمة في إعداد تقارير المراقبة الدورية حول سير التسيير المالي للمؤسسات العمومية التابعة للقطاع؛ - تقديم الاقتراحات اللازمة لتحسين أنظمة الرقابة الداخلية والتسيير المالي بالمؤسسات الصحية؛ - المشاركة في تقييم مدى فعالية استعمال الموارد المالية المرصودة للبرامج والمشاريع الصحية؛ - تنسيق العمل مع المفتشية العامة للصحة والمصالح المالية الأخرى من أجل تدعيم شفافية التسيير ومكافحة أي خلل أو سوء تسيير مالي.
المدير العام للوقاية وترقية الصحة بوزارة الصحة	08 سنوات	- إعداد السياسة الوطنية لترقية الصحة والسكان وتحسينها والحفاظ عليها وتنفيذ ذلك بالتعاون مع الهياكل المعنية؛ - ضمان المراقبة الوبائية للسكان والاستعداد لمواجهة الأخطار المرتبطة بالأمراض البارزة والأمراض المتجددة والقيام بالمراقبة الصحية على الحدود في إطار اليقظة والانداز الصحيين؛ - المبادرة بسياسات ومخططات استراتيجية وبرامج مكافحة في ميادين الأمراض المتنقلة المنتشرة والأمراض غير المتنقلة والصحة البيئية والصحة في الأوساط الخاصة والقيام بتنفيذها والإشراف عليها؛ - المشاركة في مراقبة تطبيق التشريع والتنظيم في مجال حفظ الصحة فيما يتعلق بالمياه والأغذية والنفايات الاستشفائية؛ - تفعيل التربية الصحية والتحميس عن طريق إقامة نشاطات تهدف لتقليص عوامل الأخطار وترقية أنماط معيشية سليمة وسلوكات صحية ملائمة؛ - تقييم الأنشطة المنجزة وإعداد حصائل عنها.
مسؤول على مستوى المعهد الوطني للصحة العمومية	10 سنوات	- القيام بالدراسات والبحوث العلمية في مجالات الصحة العمومية، الأوبئة، الأمراض المزمنة والمعدية، وصحة البيئة؛ - جمع، معالجة، تحليل ونشر المعطيات الوبائية والإحصائية المتعلقة بالحالة الصحية للسكان؛ - دعم السلطات العمومية بآراء علمية وتوصيات تقنية لتوجيه السياسات الوطنية للصحة العمومية؛ - تطوير برامج التكوين والتكوين المستمر لفائدة مستخدمي قطاع الصحة، خاصة في مجالات علم الأوبئة، الإحصاء الحيوي، ومراقبة الأمراض؛ - المشاركة في إعداد المخططات الوطنية للوقاية من الأمراض ومكافحة الأوبئة والأمراض المتنقلة؛ - تنمية التعاون العلمي والتقني مع المؤسسات الوطنية والدولية العاملة في مجال الصحة العمومية؛ - تنظيم أيام دراسية، ملتقيات، وندوات علمية في مجالات تخصصه لدعم نشر المعرفة الصحية والبحث العلمي؛ - تقييم الوضعية الصحية الوطنية بشكل دوري، والمساهمة في إعداد التقارير الوطنية حول الصحة العمومية؛ - إعداد نشرات ومجلات علمية متخصصة في الصحة العمومية بهدف تعميم نتائج البحوث والمراقبة الوبائية.
مسؤول على مستوى المفتشية العامة لوزارة الصحة	14 سنوات	- السهر على مراقبة مدى تنفيذ السياسة الوطنية للصحة على جميع المستويات (مركزي، جهوي، محلي)؛ - القيام بمهام التفتيش والمراقبة والتدقيق الإداري، المالي، والتقني على مستوى المصالح المركزية والهياكل الصحية

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيى"

بمور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

العمومية والخاصة؛		
- تقييم أداء المؤسسات والهياكل الصحية، وضمان مدى مطابقتها للمعايير القانونية والتنظيمية المعمول بها؛		
- التحقيق في الشكاوى والتبليغات المتعلقة بسوء التسيير أو الإهمال أو التجاوزات المهنية داخل القطاع؛		
- تقديم تقارير دورية إلى وزير الصحة تتضمن نتائج التفتيش والرقابة، مرفقة بالاقترحات والتوصيات اللازمة لتحسين الأداء؛		
- السهر على احترام المعايير الأخلاقية والمهنية داخل الهياكل الصحية؛		
- تنسيق أعمال المفتشيات الجهوية التابعة للمفتشية العامة للصحة، وضمان الانسجام في تطبيق سياسات الرقابة؛		
- متابعة تنفيذ برامج التصحيح أو التحسين التي تفتريها المفتشية العامة بناءً على نتائج عمليات التفتيش؛		
- تمثيل وزارة الصحة لدى الهيئات الوطنية أو الدولية في مجال التفتيش والمراقبة، عند الاقتضاء؛		
- المساهمة في إعداد الاستراتيجية الوطنية للتفتيش ومكافحة الممارسات غير القانونية أو غير الأخلاقية في القطاع الصحي.		

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على مخرجات المقابلات.

من خلال الجدول نلاحظ أن تنوع وظائف المشاركين تعكس ارتباطهم بأدوات الرقابة على التسيير الحالية، كما نلاحظ أن أغلب المشاركين يمتلكون خبرة مهنية طويلة (تتراوح بين 4 و 35 سنة)، ما يعكس ويعزز مصداقية آرائهم، في حين المهام التي يقوم بها كل مشارك تعكس دوره في سياق العمل اليومي، خاصة فيما يتعلق بإنتاج أو نقل أو استغلال المعلومات الرقابية.

يتضح من خلال المقابلات أيضا أن طبيعة المهام تختلف بحسب المستوى (تشغيلي، تكتيكي، استراتيجي)، حيث يركز المستوى التشغيلي على الجوانب التنفيذية، بينما ينصب تركيز المستويين التكتيكي والاستراتيجي على الرقابة، التقييم، التنسيق واتخاذ القرار.

هذا التنوع في المستويات التنظيمية، وتفاوت سنوات الخبرة، وتباين المهام المنوطة بكل فاعل، يتيح لنا فهماً أكثر دقة لكيفية إدراك واستخدام أدوات الرقابة على التسيير داخل المؤسسة، من خلال معرفة ما إذا كانت هذه الأدوات تمارس فعلاً وتؤدي الدور المنتظر منها في تحسين الأداء وضمان المتابعة الفعالة، وهو ما سنكتشفه من خلال تحليل مضمون إجابات المشاركين حول فعالية هذه الأدوات ومآلات استخدامها داخل مختلف المصالح والمستويات.

2. تحليل وتقييم فعالية أدوات الرقابة المعتمدة حالياً (القسم الثاني من دليل المقابلة): يركز هذا التحليل على الإجابات المقدمة ضمن القسم الثاني من دليل المقابلة، والتي تسمح لنا بفهم أعمق لكيفية استخدام هذه الأدوات ميدانياً، وتحديد ما إذا كانت تعكس الواقع فعلياً وتُستغل بطريقة فعالة لتحسين الأداء الصحي، نحذف من خلال هذا التحليل إلى تقييم واقعي لهذه الأدوات من حيث التطبيق والجدوى، وذلك من منظور المستخدمين المباشرين لها، سواء على مستوى المؤسسة أو على مستوى مديرية الصحة والوزارة:

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيى"

بمور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

- تحليل السؤال الأول: "ما هي أدوات مراقبة التسيير التي تعتمدون عليها حاليًا في متابعة وتقييم الأداء داخل مؤسستكم؟"

كما ذكرنا في المطلب الأول من هذا المبحث، يرى غالبية المشاركين أن المؤسسة محل الدراسة تعتمد على مزيج من أدوات الرقابة، التي تنوعت بين تقليدية وهي تلك التي تم استخدامها في السنوات السابقة على غرار الموازنات التقديرية، حصيلة النشاطات، حساب التكاليف، مخطط العمل السنوي، الحساب الإداري ونشاطات الوقاية، تُعد أساسية في تنظيم وتخطيط الموارد، لكنها قد تواجه تحديات في التأقلم مع متطلبات العمل الحديثة أو في تقديم رؤى آنية حول الأداء، أما الأدوات الحديثة فقد اقتصر على نظام معلومات محاسبة التسيير، الإدارة الإلكترونية، مراقبة التسيير الخاصة بالنشاطات الصحية، مراقبة التسيير الخاصة بالعمليات المالية بالإضافة إلى EPI-STATE حيث توفر معلومات دقيقة في الوقت الحقيقي، مما يسهل متابعة الأداء واتخاذ القرارات بسرعة وفعالية.

هذا التنوع بين الأدوات التقليدية والحديثة يشير إلى أن المؤسسة قد تتبع نهجًا متعدد الأبعاد في مراقبة الأداء، كما أن استخدام الأدوات الحديثة جنبًا إلى جنب مع الأدوات التقليدية يمكن أن يعزز فعالية الرقابة، بشرط أن يكون هناك تنسيق وتكامل بين الأدوات في مختلف المستويات التنظيمية. ولكن في حال كان هناك نقص في التنسيق بين هذه الأدوات، فقد يؤدي ذلك إلى صعوبة في استخدام البيانات التي توفرها كل أداة على حدة، مما يقلل من فاعلية نظام الرقابة ككل.

- تحليل السؤال الثاني: ما دوركم الشخصي في عملية إنتاج، معالجة، أو استغلال هذه الأدوات؟

من خلال إجابات المشاركين، يظهر أن هناك تقسيمًا واضحًا في عملية إنتاج، معالجة، واستغلال معلومات هذه الأدوات حيث يتضح أن المستوى الأول المتعلق بالعملية التشغيلية (على مستوى المؤسسة) يتركز على إنتاج البيانات باستخدام الأدوات المتاحة، يتم ذلك من خلال جمع البيانات الأولية باستخدام تقنيات وأدوات معينة، مما يعكس الدور الأساسي للأدوات في توجيه عملية جمع البيانات بشكل دقيق وفعال.

ليتم بعد ذلك في المستوى الثاني، الذي يتواجد على مستوى مديرية الصحة أو ما يعرف بالمستوى التكتيكي، معالجة هذه البيانات وتحليلها، حيث يتحمل هذا المستوى مسؤولية فحص البيانات المجمعة وتفسيرها بهدف استخلاص النتائج والتوجهات المهمة، كما يتم تحضير البيانات المتوفرة بشكل منظم ليتم إرسالها في شكل معلومات إلى المستوى الأعلى، وهو المستوى الاستراتيجي الممثل في الوزارة، ليستخدم في عملية اتخاذ القرارات. على المستوى الاستراتيجي، يفترض استغلال هذه المعلومات في اتخاذ قرارات هامة تؤثر في مجالات متعددة داخل المؤسسة. بما أن البيانات قد تم معالجتها بشكل دقيق في المستويات السابقة، فإن هذه المرحلة تركز على توظيف هذه البيانات المعالجة لمواجهة التحديات الاستراتيجية واتخاذ قرارات تدعم أهداف المؤسسة في المستقبل.

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي"

بصور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

مقتطفات من مقابلات مع بعض المشاركين:

"نقوم يوميًا بجمع البيانات من خلال الرد على المراسلات التي ترد إلينا من مديرية الصحة، حيث نقوم بتعبئة الجداول حسب نشاطات المؤسسة، بعض هذه الجداول نملؤها باستخدام برنامج *Excel* ثم نقوم بطباعتها، إيمضائها وإرسالها، بينما يتم تعبئة البعض الآخر مباشرة على الأراضية الرقمية، نرسل هذه المعطيات بشكل دوري إلى المديرية، ودورنا يتمثل في توفير المعلومة الخام بدقة، وبالسعة المطلوبة، كلما طُلب منا ذلك".

مشارك من المؤسسة العمومية الاستشفائية محل الدراسة

"نقوم بتحليل البيانات التي تصلنا من مختلف المؤسسات العمومية للصحة التابعة لنا، ونعمل على تدقيقها ومراجعتها للتأكد من صحتها بعد ذلك، نُعد حصائل ولائية مفصلة وشاملة نرسلها إلى وزارة الصحة، بهدف تقديم صورة دقيقة عن الوضع الصحي على مستوى ولايتنا".

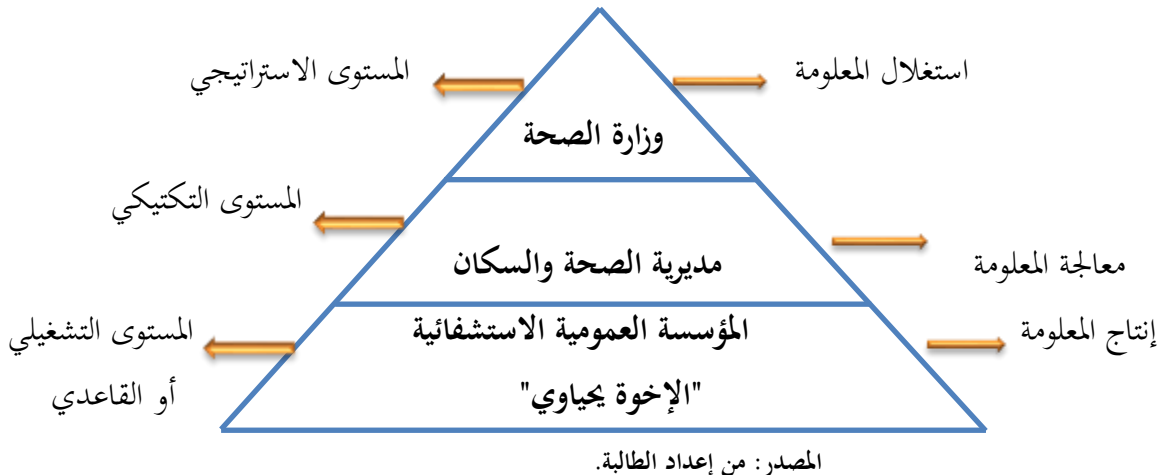
مشارك من مديرية الصحة والسكان بالولاية

"نقوم بإعداد حصائل وطنية ندقق ونحلل الأسباب وراء المشاكل الموجودة، ثم نعد تقارير تحتوي على وصف دقيق للوضع مع اقتراح بعض الحلول، بعد ذلك، نرسل هذه التقارير إلى الأمين العام للوزارة، الذي يقوم بدوره بإرسالها إلى الوزير، وإذا استدعى الأمر يعقد الوزير اجتماعات مع المعنيين لمناقشة الوضع واتخاذ القرار المناسب، نحن نولي اهتمامًا كبيرًا بالمعلومات التي ترد إلينا من المديريات، ونتواصل معهم لتصحيح أي أخطاء قد تظهر".

مشارك من وزارة الصحة

وعليه نستنتج أن المؤسسة تعتمد، من الناحية النظرية، على هيكلية متدرجة في استخدام أدوات الرقابة، حيث يتم تقسيم الأدوار بين مختلف المستويات: الإنتاج (المؤسسة)، المعالجة (مديرية الصحة)، والاستغلال (الوزارة). ويبدو هذا التصور منسجمًا مع مبادئ التنظيم الإداري الرشيد، إذ يعكس تنسيقًا وتنظيمًا وظيفيًا في توزيع الأدوار، غير أن فعالية هذا النموذج تبقى مرتبطة بمدى تطبيقه في الواقع، وهو ما سيتم التطرق إليه لاحقًا ضمن التحليل الشامل، نوضح هذا المسار النظري في الشكل التالي:

الشكل رقم(37): انتقال المعلومات الناتجة عن أدوات الرقابة المستخدمة في المؤسسة محل الدراسة



الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الأخوة يحيى"

بمور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

يوضح هذا الشكل التصور النظري المتبع في انتقال المعلومات الناتجة عن أدوات الرقابة عبر المستويات التنظيمية الثلاثة، غير أن هذا التسلسل سيُظهر لاحقاً بعض الإشكالات عند تحليل مدى تطبيقه فعلياً في الواقع العملي داخل المؤسسة.

- تحليل السؤال الثالث: كيف تقيّمون فعالية أدوات مراقبة التسيير المعتمدة حالياً في مؤسستكم؟ وهل ترون أنها تعكس فعلياً مستوى الأداء الحقيقي، أم أن هناك فجوة بين ما يتم قياسه وما يحدث فعلياً على أرض الواقع؟

تُظهر إجابات المشاركين أن هناك إدراكاً متفاوتاً لفعالية أدوات مراقبة التسيير الحالية داخل المؤسسة، إذ عبّر البعض عن رضا نسبي حول قدرة بعض الأدوات على تنظيم العمل وتقديم صورة أولية عن الأداء، خصوصاً فيما يتعلق بالأدوات الرقمية الحديثة مثل نظام معلومات محاسبة التسيير أو EPI-STATE، وكذا مختلف مظاهر الإدارة الإلكترونية الموجودة في المؤسسة، والتي تتيح الوصول السريع إلى البيانات ومؤشرات النشاط.

لكن في المقابل، أعرب العديد من المشاركين، خاصة من المستويين التشغيلي والتكتيكي، عن وجود فجوة واضحة بين ما تقيسه هذه الأدوات وبين ما يحدث فعلياً داخل المؤسسة، حيث أشاروا إلى أن بعض المؤشرات المعتمدة لا تعكس بدقة تعقيدات الواقع الميداني، إذ أكد عدد معتبر من المشاركين أن الأدوات المستعملة - على الرغم من دورها الأساسي في المتابعة الإدارية والتنظيمية - تبقى قاصرة عن تقديم صورة حقيقية وشاملة عن جودة الأداء الفعلي وذلك بسبب تركيزها المفرط على الجوانب الكمية، وهو ما يؤدي أحياناً إلى اتخاذ قرارات مبنية على معطيات غير مكتملة.

وقد تمحور تقييم المشاركين لفعالية هذه الأدوات حول بعدين رئيسيين: البعد الكمي والبعد النوعي، حيث نجد أن الجانب الكمي حاضر بقوة من خلال أدوات مثل حصائل النشاطات أو ما يسمى "بمؤنوغرافيا"، الحساب الإداري، حساب التكاليف، وغيرها، التي ترصد عدد العمليات، عدد الفحوصات، نسب الإنجاز، نسب التكفل وغيرها، إلا أن الجانب النوعي المرتبط برضا المرضى، فعالية العلاج، جودة التفاعل أو حتى ظروف العمل، يبقى ضعيف التمثيل أو معيئاً تماماً عن أغلب الأدوات المستعملة.

وقد أوضح بعض المشاركين أن تقييم الفعالية يظل محدوداً في غياب أدوات رقابة تفاعلية تتيح التغذية الراجعة الآنية، كما أن بعض الأدوات تُستعمل بشكل شكلي، دون أن تترجم فعلياً إلى تحليلات استراتيجية أو تدخلات واقعية، كما تم تسجيل تباين في استخدام الأدوات بين المصالح المختلفة، مما يعيق بناء رؤية موحدة وشاملة حول الأداء العام للمؤسسة.

مقتطفات من مقابلات مع بعض المشاركين:

"معظم المؤشرات التي تُطالب بتقديمها تركز على الأرقام فقط: عدد الفحوصات، عدد العمليات، نسب الوفيات، نسب الإشغال... لكن لا أحد يسأل عن ظروف العمل، أو عن وقت انتظار المريض، أو حتى عن رضاه، لا توجد أدوات تقيس ما إذا

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيى"

بصور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

خرج المريض مرتاحاً أو تلقى العلاج المناسب. هذا يجعل المؤشرات غير كافية لتعكس الواقع الذي نعيشه فعلياً داخل المؤسسة وبشكل حقيقي".

مشارك من المؤسسة العمومية الاستشفائية محل الدراسة

"نقوم بتعبئة الجداول كما هو مطلوب ونرسلها في الآجال، لكن نادراً ما يتم الرجوع إلينا لمناقشة النتائج أو تفسير الأرقام العملية تبدو إدارية فقط، شكلية أكثر منها تقييم فعلي. رغم الضغط الكبير الذي نعيشه يومياً، تبقى هذه المؤشرات غير قادرة على عكس الجهود أو التحديات الحقيقية".

مشارك من المؤسسة العمومية الاستشفائية محل الدراسة

"نستند إلى البيانات التي تصلنا من المؤسسات لتحليل الوضع الصحي، لكن في كثير من الأحيان نلاحظ أن الأرقام لا تعكس الواقع كما هو، فهناك فجوة بين ما تظهره الجداول وبين ما يحدث فعلياً في الميدان. كما أن ليس كل المصالح تطبق نفس الأدوات بنفس الطريقة، وبعض المسؤولين لا يعتمدون عليها أصلاً، وهذا يُصعّب توحيد الرؤية حول الأداء العام".

مشارك من مديرية الصحة والسكان بالولاية

"Lorsqu'on rédige les rapports et analyse les indicateurs, on remarque que certains outils affichent des taux de réalisation élevés. Cependant, en approfondissant l'enquête, on découvre que la qualité ou l'impact réel sont absents, ce qui met en évidence les limites de certains outils de contrôle."

مشارك من وزارة الصحة

وعليه، يمكن القول إن فعالية أدوات مراقبة التسيير تظل جزئية وغير متوازنة، حيث تؤدي وظيفتها في جمع البيانات بشكل أولي، لكنها لا ترتقي دوماً إلى مستوى الأداة التي تعكس الأداء الحقيقي وتساعد في اتخاذ قرارات دقيقة. ويُرجع المشاركون هذا القصور إلى نقص في التنسيق بين المستويات التنظيمية، محدودية التكوين على استخدام الأدوات، وتفاوت نضج الثقافة التسييرية، فضلاً عن غياب التطبيق الفعلي الصارم لهذه الأدوات، وضعف الرقابة على تنفيذها، وانعدام آليات التغذية الراجعة¹ التي تضمن التقييم المستمر والتعديل حسب الحاجة، الأمر الذي يجعل من عملية جمع البيانات أحادية الاتجاه، أي أن المؤسسات تُرسل المعلومات، لكن لا يصلها أي تغذية راجعة حول جودة هذه البيانات أو كيفية تحسينها، ولا تعرف إن كانت استُعملت فعلاً أم لا.

¹ المقصود بآليات التغذية الراجعة (Feedback) في سياق أدوات مراقبة التسيير هو وجود نظام أو إجراءات تسمح بالعودة إلى مصدر المعلومة بعد تحليلها، لمناقشتها، تصحيحها، أو تحسينها، وذلك بهدف تطوير الأداء بشكل مستمر. وتشمل هذه الآليات مثلاً: ملاحظات رسمية أو تقارير تحليلية تُرسل من المستوى الأعلى (كمديرية الصحة والسكان أو الوزارة) إلى المؤسسة بعد دراسة البيانات، اجتماعات دورية لمناقشة نتائج الأداء وتقديم توصيات بناءً على المؤشرات المسجلة، تقييمات ميدانية تعتمد على نتائج الأدوات المعبأة للتأكد من صحتها ومطابقتها للواقع، مراجعة وتحديث الأدوات بناءً على ملاحظات المستخدمين في الميدان.... وغيرها.

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيوي"

بمور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

هذا الواقع يجعل من أدوات الرقابة مجرد واجهات إدارية في بعض الحالات، بدل أن تكون أدوات استراتيجية فاعلة في تحسين الأداء.

في ضوء ما سبق، تتضح حدود فعالية أدوات الرقابة على التسيير، حيث يتجلى طابعها التقني والإجرائي على حساب بعدها التسييري والتحليلي، ما يجعلها عاجزة عن لعب دور محوري في توجيه القرار أو تصحيح المسار، لكن إذا كانت هذه الأدوات لا تُستخدم بكفاءة داخل المؤسسة، فكيف يمكنها التأثير فعليًا على جودة الخدمات الصحية المقدمة؟

هذا التساؤل يقودنا إلى القسم الثالث من دليل المقابلة، حيث نحاول استكشاف العلاقة الفعلية بين أدوات الرقابة وجودة الخدمة، وذلك من خلال الوقوف على فجوات التقييم، وكيف تُترجم (أو لا تُترجم) المعلومات المجمعة إلى تحسينات ملموسة في الأداء والرعاية الصحية.

3. العلاقة بين أدوات الرقابة وجودة الخدمة الصحية: فجوات التقييم وانعكاساتها (القسم الثالث من دليل

المقابلة): يركز هذا التحليل على إجابات المشاركين ضمن القسم الثالث من دليل المقابلة، ويهدف إلى استكشاف العلاقة القائمة بين أدوات مراقبة التسيير المعتمدة حاليًا في المؤسسة ومستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة. من خلال هذا المحور، نسعى إلى فهم ما إذا كانت هذه الأدوات تسهم فعليًا في تحسين جودة الخدمات من منظور شامل، يأخذ بعين الاعتبار تقييمات مقدمي الخدمة الصحية من جهة، وآراء وتوقعات المرضى من جهة أخرى، مع محاولة تفسير التباين المحتمل بين نظرة مقدمي الخدمة ومتلقيها.

- تحليل السؤال الأول: برأيكم، ما تفسير هذا التباين بين نظرة مقدمي الخدمة ونظرة المرضى لجودة الخدمات الصحية؟

توضيح: قبل طرحنا لهذا السؤال كنا قد قدمنا ملاحظة للمشاركين مفادها: "في الجزء السابق من هذه الدراسة، قمنا بقياس جودة الخدمات الصحية من منظور كل من مقدمي ومتلقي الخدمة. وقد أظهرت نتائج الاستبيان، بعد التحليل باستخدام برنامج SPSS، أن مستوى الجودة كان مرتفعًا من منظور مقدمي الخدمة، بينما لم يُسجل نفس المستوى من منظور متلقيها، حيث عبّر المرضى عن عدم شعورهم بوجود جودة ملموسة في الخدمات المقدمة".

أظهرت إجابات المشاركين أن هذا التباين يُعزى إلى عوامل متعددة تتعلق باختلاف المعايير المرجعية لكل طرف، وتفاوت التوقعات، فضلاً عن محدودية أدوات الرقابة المعتمدة في التقاط الجوانب النوعية المرتبطة بتجربة المريض. فمن جهة يرى عدد من المشاركين، خاصة من المستويين الاستراتيجي والتكتيكي، أن مقدمي الخدمة يقيمون الجودة من منطلق الإجراءات المنجزة وعدد الفحوصات والعمليات ونسب الإنجاز، وهي مؤشرات كمية يتم استخدامها في تقارير الأداء ومراقبة التسيير. هذا ما يمنحهم انطباعًا إيجابيًا عن مستوى الجودة، بحكم ارتباط تقييمهم بمعايير مهنية داخلية، لكن من جهة أخرى، يرى أغلب المشاركين أن المرضى يُقيمون الجودة من منظور

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الأخوة يحيى"

بصور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

تجريبي وإنساني، يعتمد على مدة الانتظار، أسلوب التعامل، وضوح المعلومات الطبية، ومدى شعورهم بالاطمئنان أثناء العلاج، وهي عناصر غالبًا ما تكون مغيبة عن أدوات القياس المعتمدة.

وقد أشار بعض المشاركين إلى أن هذا التباين قد يعود أيضًا إلى ضعف تواصل المؤسسة مع المرضى وعدم إشراكهم في تقييم الخدمة، مما يزيد من الفجوة في الإدراك، ويؤدي إلى غياب آليات حقيقية لرصد رضاهم أو تضمينه في مؤشرات الأداء، كما أن الضغط الكبير على الطاقم الطبي، ونقص الموارد، قد يجعل مقدمي الخدمة يرون في "القيام بالحد الأدنى في ظروف صعبة" إنجازًا، بينما يظل المرضى غير راضين بسبب تأثر الخدمة المقدمة.

مقتطفات من مقابلات مع بعض المشاركين:

"المريض لا يهتم بعدد الحالات التي نستقبلها ونعالجها يوميًا أو بحجم الضغط الذي نواجهه، هو يريد فقط أن يُعالج بسرعة ويتلقى معاملة جيدة، وهذا من حقه طبعًا. لكن في الواقع لا يدرك كثير من المرضى، خصوصًا في مصالح الاستعجالات وأقسام الولادة، طبيعة الصعوبات التي نواجهها، وهو ما يؤدي أحيانًا إلى سوء تفاهم، ونسجل في هذا السياق العديد من الشجارات والتقارير المرتبطة بعدم الرضا".

مشارك من المؤسسة العمومية الاستشفائية محل الدراسة

"نحن نحكم على الخدمة من خلال الأرقام والتقارير الطبية، لكن هذه الأدوات لا تُظهر ما إذا كان المريض قد استوعب حالته

بشكل كافٍ وخرج من المؤسسة بشعور بالطمأنينة، فثمة بُعد إنساني في تجربة المريض غالبًا ما يُهمل في التقييمات الحالية"

مشارك من مديرية الصحة والسكان بالولاية.

"الأدوات الحالية لا تشمل مؤشرات لقياس رضا المريض بشكل منهجي، لهذا قد يظن البعض أن الأمور تسير جيدًا، في حين أن

تجربة المرضى قد تكشف عن واقع مختلف تمامًا".

مشارك من وزارة الصحة

وعليه وبما أن التباين في تقييم جودة الخدمات بين مقدميها ومتلقيها يعكس اختلافًا في المرجعيات والمعايير المعتمدة، فإن غياب أدوات رقابية تلتقط البعد الإنساني لتجربة المريض يزيد من اتساع هذه الفجوة، وانطلاقًا من هذا المعطى يصبح من الضروري البحث عن مدى حضور صوت المريض ضمن المنظومة الرقابية، ومدى قدرة هذه الأدوات على ترجمة ملاحظاته وتقييماته إلى مؤشرات فعلية تُؤخذ بعين الاعتبار في التسيير.

تحليل السؤال الثاني: هل ترى أن أدوات الرقابة الحالية تأخذ بعين الاعتبار آراء المرضى ورضاهم؟ وهل توجد

آليات فعلية تربط بين نتائج هذه الأدوات ومؤشرات رضا المرضى أو شكاواهم؟ وضح ذلك من خلال

تجربتهم.

أظهرت إجابات غالبية المشاركين أن معظم أدوات الرقابة المعتمدة حاليًا لا تدمج بشكل منهجي ومستمر مؤشرات مرتبطة برضا المرضى، مما يخلق فجوة بين التقييم الإداري للخدمة والتجربة الفعلية للمريض. وقد عبّر العديد من المشاركين عن غياب أدوات فعالة لقياس رضا المرضى أو تتبع شكاواهم بطريقة تحليلية ومنظمة، باستثناء بعض الشكاوى أو الملاحظات على مستوى المصالح الصحية في سجلات خاصة بالشكاوى، إلى جانب

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيى"

بصور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

وجود جمعيات تمثل المرضى كعضو في مجلس إدارة المؤسسة، إلا أن كلا المصدرين لا يُستثمران كقنوات رقابية فعلية تُترجم إلى مؤشرات واضحة أو تدخلات عملية.

وتبرز هذه المفارقة بشكل أوضح في أن المعطيات المتوفرة (سجل الشكاوى وتمثيل المرضى عبر الجمعيات) تبقى حبيسة التوثيق أو التداول المحدود داخل الاجتماعات، دون أن تتحول إلى أدوات قياس ممنهجة تُدمج ضمن نظام التسيير وتحسين الأداء، مما يُفقد فعاليتها كآليات لربط أداء المؤسسة بانشغالات المستفيدين منها. وقد أشار بعض المشاركين إلى أن مفاهيم الجودة ورضا المرضى لا تزال تُعتبر ثانوية أو شكلية في بعض المصالح، خاصة في أقسام الاستعجالات، حيث يُسجل ضغط كبير ونقص في الموارد، ما يؤدي إلى طول فترة انتظار المرضى وتزايد النزاعات والمشادات، كما أن غياب التكوين في ثقافة الجودة وحقوق المرضى يفاقم من هذا الوضع.

مقتطفات من مقابلات مع بعض المشاركين:

"لدينا بعض المصالح تعاني من مشاكل كثيرة والناس تشتكي باستمرار، لكن نادراً ما يُطلب منا رأي المرضى أو يُوزَّع استبيان مثلاً، نحن نُسجل الشكاوى في دفتر، ولا أحد يراجعها بجدية أو يطلب تحليلها إلا إذا حدثت مشكلة كبيرة".

مشارك من المؤسسة العمومية الاستشفائية محل الدراسة

"ليس لدينا نظام يربط بين ما يُكتب في سجل الشكاوى وبين القرارات التي تُتخذ. هذه المعلومات تضيع، ولا تؤثر فعلياً على تحسين الخدمة".

مشارك من مديرية الصحة والسكان بالولاية

"لا يوجد نظام وطني واضح لقياس رضا المرضى بطريقة موحدة، وكل مؤسسة تعمل بطريقة، بعض المؤسسات تُرسل أرقاماً عامة، لكنها لا تعكس ما يشعر به المواطن فعلاً نحتاج إلى إدماج هذا الجانب ضمن أدوات الرقابة بطريقة علمية، وليس فقط كشكاوى تُحفظ في الأرشيف".

مشارك من وزارة الصحة

وعليه نستنتج أن آراء المرضى لا يتم أخذها بعين الاعتبار بصفة فعلية ضمن أدوات الرقابة الحالية، ورغم وجود ما يُعرف بـ "سجل الشكاوى"، ووجود تمثيل جمعي للمرضى، إلا أنهما يُستعملان غالباً كإجراء شكلي لا يُترجم إلى تدخلات ملموسة أو إجراءات تحسين، لا توجد استبيانات دورية موجهة للمرضى، ولا منظومة منتظمة لقياس رضاهم، ما يعني أن أصواتهم غائبة تماماً عن عملية التقييم وصنع القرار، هذا الغياب يُضعف من دور الرقابة كوسيلة لتحسين جودة الخدمات الصحية، ويعزز الانطباع بأن الأدوات الحالية تُخدم الجوانب الإدارية فقط دون التفاعل مع تجارب المستفيدين من الخدمة الصحية.

- تحليل السؤال الثالث: هل توجد مؤشرات مهمة في تقييم جودة الخدمات يصعب قياسها أو تُهمَل ضمن

النظام الحالي؟ كيف ذلك؟ وهل لكم أن تقدموا أمثلة توضيحية؟

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيى"

بمور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

كشفت إجابات المشاركين أن النظام الرقابي الحالي في المؤسسات الصحية يُعطي الأولوية للمؤشرات الكمية على حساب المؤشرات النوعية أو الكيفية، حيث تُعتمد مقاييس مثل عدد الفحوصات، عدد العمليات الجراحية، متوسط مدة المكوث، معدل الدوران، نسبة شغل الأسرة، وتكلفة كل قسم... إلخ، في حين يتم إغفال العديد من المؤشرات غير الملموسة التي تُعد ضرورية لفهم جودة الخدمة الصحية من منظور شامل.

وقد أجمع المشاركون، خاصة من المستويين التشغيلي والتكتيكي، على أن هناك صعوبات كبيرة في قياس الجوانب المرتبطة بالتواصل مع المرضى، درجة التفاهم بين الطاقم المقدم للخدمة والمستفيدين، جودة التفاعل الإنساني، الإحساس بالأمان، ورضا المرضى عن المعاملة، الاستقبال، والشرح والتوجيه، وغيرها من المعايير التي لا تترجم في شكل أرقام، حيث أشار بعضهم إلى أن هذه الجوانب، رغم أهميتها، تُحمل ضمن النظام الرقابي لأنها لا تدخل ضمن النماذج التقليدية للتقييم، كما لا توجد أدوات فعالة لقياسها.

وفي هذا السياق، اعتبر بعض المشاركين أن غياب مؤشرات نوعية دقيقة يُفقد أدوات الرقابة فعاليتها، ويجعل التقييم منقوصاً وغير معبر عن الواقع، خصوصاً أن بعض هذه المؤشرات تتطلب تقنيات معقدة أو دراسات ميدانية دورية يصعب تنفيذها في ظل الضغط وغياب التكوين. كما أشار آخرون إلى أن بعض المؤشرات المهمة - كمدى التزام الفريق بالبروتوكولات العلاجية، أو فعالية التكفل على المدى الطويل - نادراً ما يتم تتبعها بسبب غياب ميكانيزمات المتابعة بعد خروج المريض أو انتهاء التدخل العلاجي.

مقتطفات من مقابلات مع بعض المشاركين:

"نُرسل أرقام الفحوصات والعمليات والنشاطات وغيرها، لكن لا أحد يسأل هل المريض فهم حالته؟ هل كان مرتاح في التواصل معنا؟ هذه أمور لا تُقاس، رغم أنها مهمة".

مشارك من المؤسسة العمومية الاستشفائية محل الدراسة.

"في تقاريرنا، نركز على النشاطات المنجزة، عدد الحالات والموارد المستعملة، لكن لا نملك أدوات تقيس مثلاً مدى التزام الأطباء بالبروتوكول، أو مدى رضى المريض والطبيب، أو بمدى فعالية المتابعة بعد الخروج من المستشفى، وهذا يجعل تقييم الأداء ناقصاً من جانب النوعية".

مشارك من مديرية الصحة والسكان بالولاية

"غالباً ما تُحمل المؤشرات المتعلقة بجودة العلاقة بين المريض والطبيب، أو بمدى فعالية المتابعة بعد الخروج من المستشفى، وهذا يجعل تقييم الأداء ناقصاً من جانب النوعية".

مشارك من وزارة الصحة

وعليه يتبين من خلال التحليل أن النظام الحالي لتقييم الجودة يُهمل أو يعجز عن قياس عدد من المؤشرات الجوهرية، خاصة النوعية منها، مما يؤدي إلى رؤية غير مكتملة للأداء الفعلي للمؤسسة، ويقلل من قدرة أدوات الرقابة على توجيه قرارات دقيقة وشاملة، وبالتالي وجود فجوة بين مخرجات هذه الأدوات وتحسين الأداء في المؤسسة بصفة عامة.

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيى"

بمور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

- تحليل السؤال الرابع: من واقع تجربتكم، هل تؤثر المعلومات الناتجة عن هذه الأدوات فعلاً في تحسين بيئة العمل، سيرورة العلاج، الوقاية... إلخ؟ كيف ذلك؟

من خلال إجابات المشاركين، يتّضح أن تأثير المعلومات الناتجة عن أدوات الرقابة على تحسين بيئة العمل أو مسار العلاج لا يزال محدوداً وغير ممنهج، حيث أشار العديد من المشاركين إلى أن البيانات المجمعة من خلال هذه الأدوات تُستخدم غالباً لأغراض إدارية أو لرفع تقارير دورية روتينية، دون أن تُفَعَّل فعلياً في إطار ديناميكي للتطوير والتحسين.

ويبرز من تحليل الردود أن هناك ضعفاً في آليات الربط بين ما تنتجه أدوات الرقابة من معلومات، وبين التعديلات العملية التي يمكن إجراؤها داخل المصالح الصحية، سواء على مستوى تحسين ظروف العمل، تطوير بروتوكولات العلاج، تعزيز جهود الوقاية، تقليص أوقات الانتظار وتعزيز التواصل مع المرضى، تعزيز سلامة المرضى والحد من الأخطاء الطبية... وغيرها.

عبر بعض المشاركين عن غياب المردودية العملية للمؤشرات، وصرحوا بأن التغذية الراجعة (feedback) شبه منعدمة، وأن نفس المشاكل تتكرر رغم توفر الأرقام والحصائل، ما يوحي بأن استخدام البيانات لا يتعدى كونه إجراءً إدارياً، كما أشاروا إلى أن الكثير من المعلومات لا تصل أصلاً إلى مستوى اتخاذ القرار أو تُهمَّش في ظل غياب ثقافة التقييم المستمر.

في المقابل، عبر عدد قليل من المشاركين عن المستوى الاستراتيجي عن وجود محاولات لتحسين استغلال البيانات عبر برامج جديدة أو إدخال نظم معلوماتية، لكنهم اعترفوا بأن أثرها لا يزال محدوداً بسبب ضعف التنسيق والتكوين.

مقتطفات من مقابلات مع بعض المشاركين:

"نرسل البيانات بشكل دوري، لكن لا نشعر أن هناك تغيير حقيقي يحصل على الأرض، نفس المشاكل، نفس الضغط، وكأن الأرقام لا تُستعمل في أي شيء ملموس".

مشارك من المؤسسة العمومية الاستشفائية محل الدراسة.

"المؤشرات التي نرفعها قد تكون دقيقة من الناحية العددية، لكن لا تُستخدم لاتخاذ قرارات تُحسن من ظروف العمل أو الوقاية، وكأن الهدف فقط هو ملء الجداول وإرسالها".

مشارك من مديرية الصحة والسكان بالولاية.

"Oui, il y a des efforts pour introduire de nouveaux systèmes d'information et lier les données à l'amélioration, mais la difficulté réside dans l'absence d'une culture d'évaluation et de suivi. Souvent, ces informations restent enfermées dans les rapports."

مشارك من وزارة الصحة.

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيى"

بمور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

وعليه، فإن فعالية المعلومات الناتجة عن أدوات الرقابة في تحسين مختلف جوانب الرعاية الصحية تبقى رهينة بمدى توفر الإرادة التنظيمية، والتنسيق بين المستويات، واستثمار المعلومات بطريقة استراتيجية وليس فقط إدارية، غير أن هذا التوظيف الاستراتيجي يصطدم في الواقع بمجموعة من النقائص والاختلالات التي تعاني منها أدوات الرقابة ذاتها، سواء من حيث تصميمها أو تطبيقها أو حتى مستوى قبولها وتبنيها داخل المؤسسة، وهو ما يثير تساؤلات أعمق حول سلامة البنية الرقابية ذاتها، ما يدفعنا في القسم الموالي إلى الغوص في مكامن الخلل التي برزت من خلال شهادات المشاركين وفحص الوثائق الرقابية المعتمدة ميدانياً.

4. أدوات الرقابة الحالية: نقائص واختلالات (القسم الرابع من دليل المقابلة): يُركّز هذا القسم على النقائص والاختلالات التي تعيق فعالية أدوات الرقابة المعتمدة حالياً في المؤسسة، وذلك بالاعتماد على إجابات المشاركين وكذا تحليل ميداني معمق للأدوات المدروسة سابقاً، حيث نسعى من خلال هذه المرحلة إلى كشف نقاط الضعف وتحديد الثغرات المرتبطة بالاستعمال العملي لهذه الأدوات، وتحديد مدى فعاليتها في دعم التسيير الصحي، من خلال الوقوف على ما يعيق توظيفها الأمثل، وما يُفرغها من مضمونها الرقابي الحقيقي.

- تحليل السؤال الأول: في رأيكم، ما هي أبرز النقائص أو الاختلالات التي لاحظتموها في أدوات الرقابة الحالية؟ وكيف يمكن لهذه النقائص أن تؤثر على استخدامها بشكل فعال في تحقيق أهدافها؟

" توضيح: طرحنا هذا السؤال على كل مشارك وفقاً لمجال اختصاصه ومسؤوليته، حيث استُعرضت معه الأداة التي يُعنى بها في عمله اليومي أو التي تندرج ضمن صلاحياته التنظيمية".

استناداً إلى ملاحظات المشاركين، وتحليلنا لمحتوى المقابلات، إضافةً إلى تفحصنا لنسخ من بعض هذه الأدوات، قمنا بتحديد النقائص والمعوقات الخاصة بكل أداة كما يلي:

- بالنسبة للميزانيات التقديرية: أظهر التحليل الميداني أن الميزانية التقديرية، التي يُفترض أن تمثل أداة استراتيجية لتخطيط الموارد وضبط الأولويات، لا تُستغل في معظم الحالات على هذا النحو، بل يتم إعدادها سنوياً بطريقة نمطية وتكرارية، دون الاستناد إلى تحليل معمق للأنشطة المنجزة أو تقييم واقعي للاحتياجات الفعلية للمؤسسة الصحية، هذا القصور يُفقد الميزانية دورها الأساسي كأداة استشراف وتوجيه فعلي للقرار، ويجعلها مجرد وثيقة إدارية تُعدّ بغرض الامتثال الشكلي لا غير. كما سُجّل تباين بين الإطار التنظيمي الحالي المعتمد في إعداد هذه الميزانية، والذي تطور في ظل اعتماد ميزانية البرامج، وبين النصوص القانونية التي ما زالت تحكم تسيير المؤسسات الصحية (مثل المرسوم التنفيذي رقم 07-140)، والتي لم يتم تحيينها لتتوافق مع التحولات الجديدة في منطق التخطيط والتمويل، هذا التناقض بين النص والممارسة يعمّق من الإشكالات التطبيقية، ويخلق نوعاً من الإرباك في آليات التنفيذ والمتابعة.

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيوي"

بمور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

- بالنسبة لمخطط العمل السنوي: ورغم كونه يُعتبر نظرياً أداة محورية لمراقبة التسيير وركيزة لعقود النجاعة والأداء، إلا أن الممارسات الميدانية أظهرت عدة اختلالات تُفرغه من محتواه الحقيقي، فقد تبين من خلال المعاينة أن إعداد هذا المخطط يتم غالباً بشكل شكلي، دون إشراك فعلي للفاعلين الميدانيين أو استناد إلى تقييم واقعي للأنشطة. كما يتم التركيز على الجوانب الشكلية المرتبطة بإرساله في الآجال المحددة، بدل استغلاله كأداة لتحسين الأداء أو اتخاذ قرارات مبنية على معطيات دقيقة إضافة إلى ذلك، يُلاحظ ضعف التنسيق بين المصالح المختلفة أثناء بلورته، وغياب آليات فعلية لمتابعة مدى احترام ما جاء فيه من التزامات وأهداف، مما يجعله في كثير من الأحيان مجرد وثيقة إدارية لا تنعكس مضامينها على التسيير الفعلي ولا تُستثمر في توجيه القرار الصحي.
- بالنسبة لمراقبة التسيير الخاصة بالنشاطات الصحية: رغم الطابع المنهجي والدقيق الذي تتميز به الجداول المستخدمة ضمن مراقبة التسيير الخاصة بالنشاطات الصحية، إلا أن الأداة تشكو من عدة نقائص تحد من فعاليتها كوسيلة رقابية استراتيجية. أولاً، يلاحظ وجود تفاوت واضح بين حجم المعلومات المطلوبة وطبيعة الاستغلال الفعلي لها، إذ يتم التركيز أكثر على تجميع المعطيات وإرسالها في الآجال المحددة، دون أن يقابل ذلك تحليل معمق لها على مستوى المؤسسة أو حتى مديرية الصحة والسكان، مما يحوّل الأداة إلى مجرد تمرين بيروقراطي بدل أن تكون آلية توجيه وتحسين للأداء.
- ثانياً، من خلال الاطلاع على محتوى الجداول، نلاحظ تكراراً للمعطيات في بعض الأقسام، إضافة إلى اعتماد مؤشرات كمية بحتة (مثل عدد المرضى، الجلسات، الفحوصات...) دون ربط فعلي بجودة الخدمة المقدمة أو مستوى رضا المرضى، وبالتالي تبقى الرقابة المنجزة ذات بُعد وصفي أكثر من كونها تحليلية أو توجيهية. وأخيراً، تفتقر هذه الأداة إلى الربط الفعلي بين المعلومات المجمعة والقرارات المتخذة على المستوى المحلي أو المركزي، إذ نادراً ما يتم توظيفها لتقييم الأثر أو اقتراح سيناريوهات بديلة للتسيير، ما يُضعف من مردوديتها كأداة رقابة فعالة داخل المؤسسات العمومية للصحة.
- بالنسبة لمراقبة التسيير الخاص بالعمليات المالية: في سياق تحليل هذه الأداة، تبرز عدة ملاحظات نقدية تستدعي التوقف عندها، فعلى الرغم من الطابع التفصيلي والدقيق للجدول التي تُدرج في الأرضية الرقمية، إلا أن الاستخدام الفعلي لهذه الآلية يشهد عدة اختلالات تحد من نجاعتها كأداة رقابية ذات أثر نوعي أهمها:
- أولاً، هناك خلط واضح في التسمية بين "مراقبة التسيير للنشاطات المالية" و"مراقبة التسيير للنشاطات الصحية"، رغم اختلاف مجاليهما، كما أن المكتب المختص على مستوى الوزارة يُدعى "مكتب مراقبة التسيير"، دون توضيح إن كان المعني هو الجانب المالي أو الصحي، ما يُحدث لبساً حتى على مستوى الفاعلين المحليين.

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيى"

بمور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

ثانيًا، تُمارس هذه الأداة ضمن مسار هرمي غير متكامل، حيث يجري التنسيق مباشرة بين المؤسسات العمومية للصحة ومديرية المالية والوسائل بالوزارة، دون المرور الفعلي عبر مديريات الصحة الولائية، التي تكتفي غالبًا بإرسال نسخ للإعلام فقط، ما يُضعف من دورها الرقابي ويكرّس مركزية القرار.

أما الأهم، فهو منطق التقييم نفسه، الذي يُركّز على نسبة صرف الاعتمادات دون النظر في مدى فعالية هذا الصرف أو ارتباطه بحاجات واقعية، ففي الاجتماعات التي تُعقد على مستوى الوزارة، يُحاسب المديرون على ما لم يتم صرفه من الميزانية، ويُنظر إلى عدم صرفها كـ"خطأ في التسيير (faute d'emploi)"، بينما لا يُطرح السؤال الجوهرى: أين صُرفت هذه الأموال؟ وهل تحقق من خلالها أثر إيجابي؟ وهو ما يُحوّل المدير من "مُسيّر" إلى "مُنْفِق (dépensier)"، حيث يُكافأ على سرعة الصرف وليس على نجاعة التسيير أو أثره على الخدمة الصحية. وبالتالي هذا التوجه، الذي يغلب عليه الطابع المحاسبي أكثر من التسييري، يُفقد الأداة وظيفتها الرقابية الحقيقية، ويُحوّلها إلى ممارسة إدارية شكلية تنشغل بالإجراءات أكثر من الانشغال بالنتائج والتحسينات الفعلية.

• بالنسبة لحساب التكاليف: رغم اعتماد المؤسسات الصحية على طريقة "الأقسام المتجانسة" كإطار منهجي لتنظيم حساب التكاليف، إلا أن التطبيق العملي لهذه الأداة يكشف عن جملة من النقائص والاختلالات تحد من فعاليتها كأداة رقابة وتوجيه. أولاً، تفتقر الأداة إلى مرجعية محاسبية دقيقة بسبب غياب خطة محاسبة تحليلية قطاعية قابلة للتطبيق، مما يجعلها قائمة على توزيع تقريبي للتكاليف بدلاً من احتساب فعلي لها. كما أن اعتماد أسعار مرجعية ثابتة منذ عام 1987 يجعل مخرجات الأداة غير محدثة ولا تعكس الواقع الاقتصادي، وهو ما يفقدها مصداقيتها كمرتكز لتخصيص الموارد. إضافة إلى ذلك، تُنتج هذه الحسابات في معزل عن آليات اتخاذ القرار، حيث لا يتم توظيفها فعليًا من طرف الوزارة، بل تُرسل إلى الأرشيف دون تحليل أو تتبع، مما يكرّس طابعها الشكلي، إضافة إلى وجود تناقض في الجهة المكلفة بحساب التكاليف: على مستوى المؤسسة تتبع للمديرية الفرعية للمصالح الصحية، وعلى مستوى المديرية تُسند إلى مصلحة الموارد البشرية والمادية والشؤون القانونية مكتب الميزانية والمراقبة (رغم أنها تقنية وصحية بالدرجة الأولى)، ما يعكس خللاً في وضوح الصلاحيات. من جهة أخرى، يطرح غياب أدوات معلوماتية موحدة وصعوبات تعبئة الجداول الشهرية والفصلية تحديات إضافية على مستوى جمع البيانات ومعالجتها، ما يؤدي إلى إدخالات بشرية تفتقر غالبًا إلى الدقة والضبط. أما من حيث القيمة المضافة الاقتصادية، فإن التكلفة النهائية التي تُحسب لكل خدمة لا يُؤخذ بها فعليًا في تحديد التسعير أو التمويل، ولا يتحملها المريض بالنظر إلى مبدأ مجانية العلاج، مما يعمّق الهوة بين النتائج المحاسبية ومجال الاستفادة منها في اتخاذ القرار.

كل هذه العوامل تجعل من أداة حساب التكاليف ممارسة تقنية شكلية أكثر من كونها آلية رقابة فعالة على الأداء المالي أو الكفاءة الاقتصادية للمؤسسة الصحية.

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيى"

بمور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

• بالنسبة لخصيلة النشاطات Bilan d'Activité: بالرغم من أهمية هذه الأداة في رصد وتتبع أداء المؤسسة الصحية بشكل دوري، إلا أنها تعاني من عدة نقائص تحدّ من فعاليتها كأداة رقابية فعّالة، فالطابع الكمي الغالب على هذه الخصيلة يجعلها تركز على الجوانب الإحصائية كعدد المرضى أو العمليات دون التطرق إلى الأبعاد النوعية للخدمة كمدى رضا المرضى أو جودة الخدمة المقدمة، مما يُضعف من قدرتها على تقييم الأداء بشكل شامل، كما أن الطابع الورقي المعتمد في إرسال هذه التقارير رغم وجود نظام معلوماتي إلكتروني يزيد من الأعباء الإدارية، ويجعل المعالجة والمتابعة بطيئة، خصوصاً في ظل تعدد الجداول والوثائق المطلوبة. أضف إلى ذلك أن بعض المؤشرات تُجمع فصلياً أو سداسياً، ما يؤدي إلى تأخر التدخل في حالات الخلل المستمر. من جهة أخرى، فإن ضعف التفاعل الفوري من طرف الجهات العليا، خاصة الوزارة، مع النتائج المرفوعة، يقلّل من وقع الأداة في توجيه السياسات الصحية، في ظل غياب تغذية راجعة واضحة للمؤسسات المعنية. والأهم من ذلك أن الأداة، رغم غنى معطياتها، لا يتم استغلالها بفعالية كافية من طرف المسؤولين المحليين، إذ تظل حبيسة الإرسال الإداري بدل أن تكون أداة استباقية لتحسين التسيير واتخاذ القرار على مستوى كل مصلحة.

• بالنسبة للحساب الإداري Compte Administratif: رغم أن الحساب الإداري يُعد وثيقة رسمية توضح مدى تنفيذ الميزانية على مستوى المؤسسة الصحية، إلا أن وظيفته الرقابية تبقى محدودة بفعل طابعه المحاسبي البحت، إذ يُعنى أساساً بإثبات الفروقات بين التقديرات والتنفيذ دون أن يتضمن تحليلاً تفسيريّاً لأسباب الانحرافات أو آليات تداركها، كما أن دوره غالباً ما يكون شكلياً، يُنجز بغرض الإرسال الإداري فقط، دون أن يُستثمر فعلياً كأداة لدعم القرار أو تحسين الأداء المالي للمؤسسة. علاوة على ذلك، فإن تأخر إعدادها أحياناً إلى ما بعد نهاية السنة المالية يُفقد الفعالية الآنية اللازمة في توجيه الإنفاق أو تصحيح المسارات المالية خلال السنة الجارية.

• بالنسبة للوقاية: رغم أهمية المهام الوقائية التي تقوم بها مصلحة الوقاية (SEMEP) على مستوى المؤسسات العمومية الاستشفائية في إطار البرامج الوطنية، إلا أن هذه الأداة تواجه عدة اختلالات تعيق فعاليتها الميدانية. أولى هذه الإشكاليات تتمثل في ضعف الإمكانيات اللوجستية، إذ تعاني فرق الوقاية من نقص حاد في وسائل التنقل، وهو ما يعرقل التدخل السريع في الحالات المستعجلة، مثل الأوبئة أو حوادث التسمم الجماعي، كما أن الميزانية المخصصة للوقاية تبقى هامشية، حيث لا تتجاوز 1% من إجمالي ميزانية المؤسسة، ما يعكس غياب تصور استراتيجي لجعل الوقاية محوراً في تحسين الصحة العامة. من جهة أخرى، يلاحظ قصور كبير في تكوين وإشراك المسؤولين الإداريين في هذا المجال، إذ غالباً ما تُسند مهام التسيير والمتابعة لأشخاص يفتقرون للتكوين المتخصص في الوقاية، مما يؤثر سلباً على جودة تطبيق البرامج وعلى دقة التقييم. كما يُسجل غياب شبه كلي لهؤلاء المسؤولين في عمليات تقييم فعالية البرامج الوطنية، وهو ما يُفرض الأداة

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيوي"

بمور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

من بعدها التحسيني. أخيراً، فإن التركيز المفرط من طرف الوزارة على التقارير الورقية والأرقام الإحصائية دون ربطها بالواقع الفعلي للمؤسسات، يحول دون وجود تغذية راجعة فعالة، فالمعطيات تُرسل بانتظام لكنها تُكدّس دون تحليل معمق، ولا يُلمس أثر مباشر لها على مستوى اتخاذ القرارات أو تحسين الممارسات الميدانية، مما يُفقد أداة الوقاية دورها الحقيقي كآلية رقابة استباقية.

- بالنسبة لنظام معلومات محاسبة التسيير: رغم الطابع العصري لهذه الأداة وارتكازها على التشريعات الرسمية، إلا أن فعالية تطبيقها في المؤسسات العمومية للصحة لا تزال محدودة، فقد كشفت التجربة الميدانية أن البرنامج، ورغم دخوله حيز التنفيذ منذ سنة 2014، يعاني من توقف شبه تام منذ سنة 2017 في غالبية المؤسسات، بسبب تعقيد التقني واعتماده على مهارات بشرية متخصصة وتجهيزات غير متوفرة في معظم المؤسسات، كما أن غياب نصوص تنظيمية إضافية أو مرافقة تقنية فعالة من الوزارة ساهم في تعطيل تفعيله واستدامته، ما جعله مجرد إجراء شكلي دون أثر حقيقي في تحسين رقابة التسيير المالي، فبدل أن يكون وسيلة لتعزيز الشفافية والفعالية، أصبح عبئاً تقنياً وإدارياً على الفاعلين في الميدان.

- بالنسبة للإدارة الإلكترونية: تمثل الإدارة الإلكترونية خطوة واحدة في تحديث تسيير المؤسسات الصحية، إلا أن فعاليتها العملية لا تزال محدودة ومتفاوتة بين البرامج، حيث سُجل بطء في التعميم وضعف في التكامل بين مختلف التطبيقات، فالملف الطبي الإلكتروني، على سبيل المثال، ورغم الجهود المبذولة في التكوين والتجهيز، عرف انقطاعات طويلة (توقف بين 2018 و2022)، ما أثر على استمرارية المشروع، أما باقي البرامج، مثل EpiPharm ، RH Santé ، PATIENT ، GMAO فهي تعمل بشكل منفصل دون منظومة موحدة، مما يعقد عمليات الربط والتحليل الشامل للبيانات، كما أن عدم جاهزية البنية التحتية الرقمية، خاصة في ما يتعلق بسرعة الإنترنت والأمان السيبراني، يقف عائقاً أمام استغلال هذه الأدوات بفعالية، إضافة إلى نقص التأطير البشري المتخصص في الإعلام الآلي، وهو ما يحد من الاستفادة الكاملة من إمكانيات الرقمنة.

- بالنسبة ل: EPI-STATE: رغم الأهمية الكبيرة التي يتمتع بها نظام EPISTATE كأداة رقابة شاملة على التسيير الإداري والتشغيلي للمؤسسات العمومية للصحة، إلا أن استخدامه يواجه عدة نقائص تحدّ من فعاليته، أولاً، يتم إرسال البيانات في شكل قرص مضغوط (CD) ، ما يمنع الوزارة الوصية من التعديل أو التفاعل مع المحتوى بطريقة مباشرة وآنية، وهو ما يُضعف من طابع الرقابة التفاعلية ويحول دون تطوير قاعدة بيانات ديناميكية، ثانياً، وعلى الرغم من تنوع الجداول ودقتها، فإن النظام لا يغطي جميع الجوانب الحيوية للمؤسسة، مما يترك فراغات في التحليل الشامل للأداء. ومن أبرز الأمثلة على ذلك، غياب الجدولين المتعلقين بنشاطات علاج مرضى السرطان والتجهيزات الثقيلة، حيث يتم إرسالهما بشكل مستقل، بالرغم من كونهما تابعين لنفس الأداة، هذا التشتت في القنوات يُضعف من التكامل ويُعيق الرؤية الكلية التي يفترض أن يوفرها

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيى"

بمور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

EPISTATE، كما يُصعب الربط التحليلي بين الموارد والأنشطة المعقدة داخل المؤسسة، ما يستدعي مراجعة جوهرية لطريقة الإرسال والتجميع وضمان شمولية المحتوى وتكامله داخل منظومة واحدة موحدة ومرنة. وعليه وبناءً على تتبع مسار أدوات الرقابة على التسيير في المؤسسة محل الدراسة، وتحليل المقابلات الميدانية والوثائق المعتمدة، نستنتج أن نظام المعلومات الرقابي في المؤسسات الصحية يمر بثلاث مراحل مترابطة هي: إنتاج المعلومة على المستوى القاعدي أو التشغيلي (المؤسسة العمومية للصحة محل الدراسة)، انتقالها عبر المستوى التكتيكي (مديرية الصحة والسكان)، ثم استغلالها على المستوى الاستراتيجي (وزارة الصحة) في اتخاذ القرار، غير أن التحليل الميداني أظهر وجود اختلالات عميقة في كل مرحلة من هذه المراحل لا ترتبط فقط بالبنية التنظيمية أو ضعف التنسيق، بل تشمل أيضاً تباينات في تفسير المؤشرات واستخدامها بين مختلف المصالح والمستويات.

- تحليل السؤال الثاني: هل لاحظتم وجود اختلافات أو تباينات في تفسير أو استخدام نفس المؤشرات بين مختلف المصالح أو المستويات التنظيمية؟ وما أثر ذلك على توحيد الرؤية التسييرية؟

يتضح من خلال التحليل الشامل لمضامين المقابلات وجود اختلافات ملحوظة في تفسير واستخدام نفس المؤشرات بين مختلف المصالح داخل المؤسسة والمستويين التكتيكي والاستراتيجي، فقد لاحظنا من خلال تصريحات المشاركين ومن خلال الاطلاع على نماذج من الأدوات الرقابية المستعملة، أن الفهم المشترك لمعاني المؤشرات وآليات توظيفها يفتقر إلى التجانس، مما يؤدي إلى ممارسات متفاوتة في تطبيق نفس المؤشرات حسب المستوى التنظيمي المعني.

فعلى مستوى إنتاج المعلومة داخل المؤسسة الصحية، تبرز بوضوح تكرارات بالجملة للمعطيات والجداول وتناقضات عديدة بين الأدوات المعتمدة، حيث يُلاحظ أن نفس البيانات والمؤشرات في نفس المؤسسة تختلف من أداة لأخرى، مثلاً لا يتطابق عدد التجهيزات الطبية المسجل في برنامج **GMO** مع ذلك المدرج في قسم التجهيزات ضمن **EPISTATE**، كما يختلف تعداد الموارد البشرية بين **RH Santé** و **EPISTATE**، الأمر نفسه بالنسبة للوضع المالية أو وضعية الديون، حيث تختلف المعطيات بين الحساب الإداري و **Contrôle de gestion** المتعلق بالنشاطات المالية، هذا التناقض يفقد المعلومة مصداقيتها ويجعل العديد منها خاطئة أو غير مستغلة رغم وفرتها، يُعزى ذلك إلى غياب التنسيق بين المديريات التقنية المعنية، حيث تعمل كل واحدة بمعزل عن الأخرى دون مرجعية موحدة.

أما على مستوى انتقال المعلومة نحو مديرية الصحة والسكان، فيُسجل أن العملية لا تتعدى مجرد حوصلة ولائية عامة، غالباً ما تُقدم في شكل تقارير ورقية أو على أقراص مضغوطة (**CD**)، مما يجعل تحديثها أو تعديلها

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيوي"

بصور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

عملية بطيئة وغير عملية، كما أن هذه التقارير لا تُرفق بتحليل معمق أو معالجة نوعية للمعلومات، وهو ما يُفقد دورها في دعم القرار على مستوى الجهات الوصية.

وفيما يخص استغلال المعلومة على المستوى المركزي (الوزارة)، فإن معظم الحصائل المرفوعة لا تخضع لتحليل جدي أو استغلال فعلي، وتُعامل غالباً كإجراءات شكلية دون أن تترجم إلى قرارات تصحيحية أو تحسينات في الأداء الصحي (عدم وجود تغذية عكسية)، هذا يدلّ على غياب منظومة وطنية فعالة لتوحيد المؤشرات، وتحليل المعلومات في سياق رقابي فعال.

مقتطفات من مقابلات مع بعض المشاركين:

"بعض المؤشرات نضطر نكيفها حسب ما نراه مناسباً، لأن ما يأتينا من الأعلى لا يعكس تماماً الواقع اليومي للعمل الميداني".

مشارك من المؤسسة العمومية الاستشفائية محل الدراسة

"أحياناً يصلنا نفس المؤشر بتفسيرات مختلفة من مصلحة لأخرى، وهذا يربك عملية المتابعة"

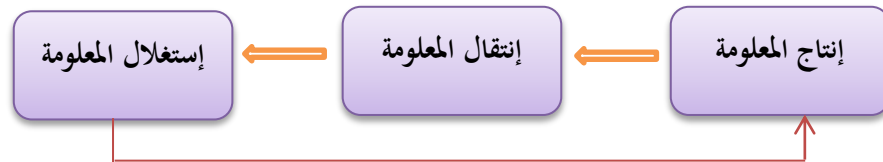
مشارك من مديرية الصحة والسكان

« Le système d'aide à la décision et le système de contrôle ne jouent pas pleinement leur rôle dans la prise de décision pertinente, notamment en ce qui concerne l'amélioration de la qualité perçue par les patients. »

مشارك من وزارة الصحة

هذا الاختلاف بين الفهم والتطبيق لا يُعدّ مجرد ملاحظات سطحية، بل يمثل نمط ممنهج يُضعف فعالية أدوات الرقابة ويؤربك آلية اتخاذ القرار، ولتوضيح الصورة أكثر، يمكن تلخيص مسار انتقال المعلومة، بما يحمله من اختلالات وغياب لآليات التغذية الراجعة، في الشكل التالي:

الشكل رقم(38): مراحل انتقال المعلومة في ظل غياب آلية التغذية العكسية



لا توجد تغذية عكسية

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على تحليل مخرجات المقابلات.

رغم أن الهيكل التنظيمي لنظام المعلومات يُفترض أن يتوزع على ثلاث مراحل متكاملة: إنتاج المعلومة على مستوى المؤسسة، معالجتها على مستوى مديرية الصحة، ثم استغلالها على مستوى الوزارة، إلا أن الواقع يكشف عن اختلال في هذا المسار. فالانتقال موجود من الناحية الشكلية، لكن ما يُفتقد فعلياً هو وجود تغذية راجعة حقيقية تضمن تفعيل المعلومات المنتجة. بمعنى آخر، تُرسل البيانات من القاعدة إلى القمة، لكنها لا تعود في

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيى"

بمور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

شكل توجيهات أو قرارات تصحيحية تُسهم في تحسين الأداء المحلي، وهو ما يجعل عملية إنتاج المعلومة تدور في حلقة مغلقة دون أثر ملموس على تطوير التسيير.

هذا التباين يرجع في جزء كبير منه إلى محدودية التوثيق والتفسير الرسمي للمؤشرات، إضافة إلى غياب آليات فعالة لتنسيق العمل الرقابي بين المستويات المختلفة، كما تبين أن لكل مصلحة أولوياتها الخاصة التي تؤثر على كيفية تعاملها مع المؤشرات، وهو ما يخلق فجوات في الفهم والاستخدام، هذه الفروقات تؤثر سلباً على فعالية نظام الرقابة ككل، وتؤدي أحياناً إلى قرارات غير متسقة أو صعوبات في تقييم الأداء بناءً على معايير موحدة.

وإذا كانت التباينات في تفسير المؤشرات تُضعف توحيد الرؤية التسييرية، فإن التحدي الأكبر يكمن في كيفية تفاعل الجهات الوصية مع هذه المعطيات، خصوصاً حين تكشف أدوات الرقابة عن مؤشرات أداء سلبية، ما يطرح تساؤلات حول وجود إجراءات تصحيحية فعلية أو غيابها.

- تحليل السؤال الثالث: عندما تكشف أدوات الرقابة عن نتائج سلبية، كيف تتعامل الجهات الوصية؟ وهل توجد إجراءات تصحيحية فعلية تُتخذ بناءً على هذه النتائج؟

في سياق منظومة الرقابة على التسيير، لا يقتصر دور الأدوات الرقابية على جمع البيانات وتشخيص الوضع، بل يتعداه إلى تفعيل مسارات التقييم والتصحيح، غير أن فعالية هذه الأدوات تظل مرهونة بمدى قدرة الجهات الوصية على الاستجابة للنتائج المستخلصة، خصوصاً حين تكشف عن اختلالات أو مؤشرات أداء سلبية.

حيث تبين من خلال أقوال المشاركين وتحليل الوثائق الرقابية أن تعامل الجهات الوصية مع النتائج السلبية التي تكشفها أدوات الرقابة لا يرقى إلى مستوى الممارسة التصحيحية الفعلية، إذ لا توجد آليات منتظمة لاتخاذ قرارات تصحيحية تستند بشكل مباشر إلى مؤشرات الأداء الضعيف أو التوصيات الناتجة عن أدوات الرقابة. ففي كثير من الحالات، تُعامل النتائج السلبية على أنها معطيات شكلية تُدوّن في تقارير دون أن تترتب عليها إجراءات ملموسة. يُلاحظ مثلاً في تقارير مراقبة التسيير الخاصة بالعمليات المالية، أن التحفظات لا تركز على تحليل الأسباب الجذرية لسوء الأداء أو على اقتراح حلول بنوية، بل تقتصر غالباً على ملاحظات تقنية تتعلق بعدم صرف الاعتمادات، أو تسجيل فائض غير مبرر، أو وجود تناقضات رقمية في الوضعيات المالية، كذلك في حال تسجيل تحفظات كبيرة، فإن الردود عليها غالباً ما تكون إدارية الطابع، تُرفع تقنياً دون أن تُترجم إلى تغييرات فعلية في الممارسات أو إعادة توجيه للسياسات.

كما أشار بعض المشاركين إلى أن القرارات المتخذة على مستوى الجهات الوصية لا تستند دوماً إلى النتائج الرقابية، بل كثيراً ما تُبنى على اعتبارات أخرى، كالضغوط الزمنية، أو التوجيهات العامة، أو حتى تقييمات غير مبنية على بيانات دقيقة. ونتيجة لذلك، يبقى النظام الرقابي في شكله الحالي أداة لرصد المعطيات أكثر منه أداة لتوجيه الفعل التسييري أو تحفيز التصحيح الهيكلي.

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيى"

بمور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

مقتطفات من مقابلات مع بعض المشاركين:

"عندما تُكتشف أخطاء كبيرة أو تناقضات صارخة، يتم التركيز على تبرير الأرقام أو تصحيحها إداريًا، لكن لا أحد يسأل لماذا حدث ذلك أصلاً".

مشارك من المؤسسة العمومية الاستشفائية محل الدراسة

"صحيح نرسل تقارير النشاط والملاحظات، لكن نادرًا ما نُستشار في الإجراءات التي تُتخذ بعدها، ولا نرى أثرًا واضحًا لها في الواقع".

مشارك من مديرية الصحة والسكان

« Le véritable problème ne réside pas uniquement dans la disponibilité de l'information, mais dans sa fiabilité, la coordination entre les services, la manière dont elle est traitée, et surtout dans la capacité à prendre des décisions stratégiques efficaces basées sur ces données — ce qui fait actuellement défaut dans le secteur de la santé. »

مشارك من وزارة الصحة

وعليه، فإن غياب الاستجابة الفعلية للنتائج السلبية، وعدم تفعيل آليات تصحيحية بناءً على أدوات الرقابة، يطرح إشكالاً بنيويًا في منظومة التسيير، حيث تُسجّل الملاحظات دون أن تُحوّل إلى قرارات ذات أثر ملموس، هذا القصور لا يُضعف فقط وظيفة الرقابة، بل يحد من إمكانية تحسين الأداء على أسس موضوعية، ويدفع إلى إعادة النظر في الأدوات المعتمدة ونجاعته، ومن هنا تبرز الحاجة إلى نماذج رقابية جديدة، قادرة على الربط بين الأهداف الاستراتيجية والنتائج التشغيلية، وتوفير رؤية شمولية ومحفزة للتغيير.

في هذا السياق، نقترح في القسم الموالي من المقابلة أداة حديثة من أدوات الرقابة على التسيير تكون كبديل محتمل للأدوات الحالية، ونسعى إلى معرفة آراء المشاركين حول مدى قابليته لتجاوز أوجه القصور المذكورة وآفاق تطبيقه في المؤسسة محل الدراسة.

5. بطاقة الأداء المتوازن: البديل المقترح وآفاق التطبيق (القسم الخامس من دليل المقابلة)

توضيح: "قبل طرح الأسئلة، يتم تقديم شرح مبسط حول النموذج المقترح لبطاقة الأداء المتوازن، باعتبارها أداة تدمج بين خمسة محاور رئيسية (المريض - العمليات الداخلية - التعلم والنمو - المالي - البيئي والاجتماعي)، وتهدف إلى الربط بين الأداء الاستراتيجي والنتائج الفعلية".

- تحليل السؤال الأول: هل تعتقدون أن نموذج بطاقة الأداء المتوازن يمكن أن يساهم في تجاوز الصعوبات والمشاكل التي تواجهونها مع الأدوات الحالية؟

بعد عرض مختلف النقائص التي تعاني منها أدوات الرقابة الحالية، سواء على مستوى محدودية المؤشرات، أو ضعف التفاعل مع نتائج الرقابة، أو غياب آليات الربط بين التقييم والتصحيح، يهدف هذا السؤال إلى استكشاف مدى استعداد المشاركين للنظر في بدائل منهجية جديدة، وتحديدًا نموذج بطاقة الأداء المتوازن كخيار واعد لمعالجة تلك الاختلالات.

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيى"

بصور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

وقد أجمعت آراء المشاركين، خاصة من المستويين التكتيكي والاستراتيجي، على أن هذا النموذج يمكن أن يشكل نقلة نوعية في نظام الرقابة، نظرًا لقدرته على الربط بين الجوانب الكمية والنوعية، وتوسيع مجال التقييم ليشمل أبعادًا استراتيجية تُحملها الأدوات الحالية، فبخلاف الأدوات التقليدية التي تركز غالبًا على المؤشرات المالية والإدارية، يسمح نموذج بطاقة الأداء المتوازن بتغطية محاور إضافية على غرار رضا المرضى، العمليات الداخلية، التعلم والنمو، والبعد البيئي والاجتماعي، مما يمنح المؤسسة رؤية شمولية ومتوازنة عن أدائها.

كما أشار عدد من المشاركين إلى أن هذا النموذج يوفر فرصة حقيقية لإعادة ضبط العلاقة بين مختلف مستويات التسيير، من خلال اعتماد مؤشرات موحدة وواضحة تتيح تنسيق الجهود ومتابعة الإنجاز بطريقة أكثر تكاملًا، إضافة إلى ذلك، فإن دمج مؤشرات مرتبطة بتجربة المريض وتحسين بيئة العمل من شأنه أن يعالج أحد أوجه القصور المزمنة في النظام الحالي، والمتمثلة في إقصاء البعد الإنساني من أدوات الرقابة.

مقتطفات من مقابلات مع بعض المشاركين:

لو كانت لدينا أداة تأخذ بعين الاعتبار المحيط الداخلي ورضا المستخدمين في نفس الوقت، لكان من الأسهل تحديد الأولويات وتصحيح المسار عند الحاجة".

مشارك من المؤسسة العمومية الاستشفائية محل الدراسة

"فكرة إدراج محاور مثل رضا المرضى والتعلم والتطوير داخل نظام الرقابة هي خطوة ضرورية، نحن بحاجة إلى شيء يربط ما نقوم به يوميًا بالرؤية العامة للمؤسسة، وهذا ما يبدو أن بطاقة الأداء المتوازن تقدمه".

مشارك من مديرية الصحة والسكان بالولاية

"نواجه صعوبة في ربط الأداء الاستراتيجي بالواقع الميداني، خاصة أن أدوات الرقابة الحالية تبقى تقنية وضيقة النطاق، النموذج المقترح يبدو أكثر توازنًا، ويمكن أن يساعد في ملء هذه الفجوة فهو يشجع على التفكير في الأداء من زوايا متعددة، وليس فقط من خلال الأرقام، من الجيد أن نُقيّم على أساس القيمة المقدمة للمرضى وليس فقط عدد العمليات أو المصاريف".

مشارك من وزارة الصحة

وعليه يُمكن اعتبار بطاقة الأداء المتوازن بمثابة إطار عملي لإعادة هيكلة النظام الرقابي على أسس أكثر فعالية وشفافية، شرط تكييفه مع خصوصيات القطاع الصحي، ومن هذا المنطلق تبرز أهمية البحث في مدى قدرته على تعزيز التكامل بين الأهداف الاستراتيجية للمؤسسة وتحقيق رضا المرضى وجودة الرعاية الصحية.

- تحليل السؤال الثاني: برأيكم، هل يمكن لهذا النموذج أن يساعد فعلاً في الربط بين الأهداف الاستراتيجية للمؤسسة ورضا المرضى وجودة الخدمات؟ كيف ذلك؟

يركز هذا السؤال على الوظيفة التكاملية لنموذج بطاقة الأداء المتوازن، ومدى قدرته على سد الفجوة القائمة بين التخطيط الاستراتيجي ومخرجات الأداء الملموسة، لا سيما تلك التي تتعلق بتجربة المريض وجودة الخدمات الصحية، وقد أجمعت معظم آراء المشاركين، خاصة على المستوى التكتيكي والاستراتيجي، على أن هذا

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الأخوة يحيى"

بصور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

النموذج، إذا تم تبنيه بشكل سليم، يمكن أن يمثل نقلة نوعية في منطق التسيير الصحي، من خلال إدراج محاور تُعد حتى الآن مهمشة في أدوات الرقابة التقليدية، كرضا المرضى والتعلم التنظيمي والبعد الاجتماعي.

وفي ظل الانتقادات الموجهة للأدوات الحالية - والتي تركز بشكل مفرط على المؤشرات الكمية والإدارية - بدا أن إدراج محاور نوعية ضمن بطاقة الأداء المتوازن (مثل المريض، العمليات الداخلية، البيئة الاجتماعية، التطوير المهني) يمكن أن يخلق ديناميكية جديدة تربط بين ما هو استراتيجي وما هو ميداني، وتوفر مؤشرات أكثر توازناً لقياس الأداء الحقيقي للمؤسسة.

كما أشار بعض المشاركين إلى أن البطاقة تُلزم مختلف الفاعلين بضبط أهداف واضحة ومترابطة، مما يعزز من التنسيق بين المستويات التنظيمية، ويوفر لغة مشتركة لتقييم التقدم المحقق. وهذا من شأنه أن يعزز الاستجابة لاحتياجات المرضى، ويدفع نحو جعل جودة الخدمة ورضا المستفيدين مؤشرات محورية وليست ثانوية.

في ضوء ذلك، تُعتبر بطاقة الأداء المتوازن آلية واعدة لإعادة تشكيل ثقافة التقييم والرقابة، حيث تُتيح للمؤسسة أن تتحول من منطق الاستجابة الإدارية إلى منطق القيمة المضافة للمريض والمجتمع، مما يجعلها أداة استراتيجية بحق، وليست فقط تقنية للتتبع أو التبرير وهو ما يمكن اعتباره "مدخل للحوكمة الحقيقية في الصحة"، ومع ذلك لا يخلو الأمر من التحفظات، حيث أشار البعض إلى ضرورة توفر شروط أساسية لتحقيق هذا الربط، من بينها رقمنة النظام الرقابي، تكوين الطواقم في مفاهيم التقييم المتوازن، وتعزيز ثقافة تستند إلى المساءلة والتحسين المستمر، بدلاً من التركيز على الجوانب الشكلية أو التقارير الورقية.

مقتطفات من مقابلات مع بعض المشاركين:

« Ce modèle peut changer notre manière de travailler si on l'applique sérieusement. Il oblige à réfléchir à l'impact de nos décisions sur le patient, pas seulement sur les chiffres, les budgets ou même les activités »

مشارك من المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة

« A notre niveau, nous avons du mal à traduire les objectifs stratégiques en actions quotidiennes, et chaque service fonctionne selon ses propres priorités. Le modèle du Balanced Scorecard pourrait aider à unifier la vision et obliger chaque service à réfléchir à ses résultats dans un cadre commun liant qualité, satisfaction des patients et efficacité opérationnelle. »

مشارك من مديرية الصحة بالولاية

« Il nous faut des outils d'évaluation qui nous sortent de la logique des chiffres bruts pour entrer dans celle de l'impact réel sur la qualité des soins et la satisfaction du patient. Le modèle du Balanced Scorecard semble mieux correspondre à cette vision, mais sa réussite dépendra de l'instauration d'une véritable culture de reddition de comptes et d'un environnement numérique permettant un suivi régulier et efficace des indicateurs qualitatifs ».

مشارك من وزارة الصحة

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيى"

بمور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

في ضوء ما سبق، ورغم القناعة بجدوى النموذج المقترح ودوره في تعزيز فعالية الرقابة وجودة الخدمات، إلا أن تفعيله على أرض الواقع يظل مشروطاً بتجاوز عدد من العوائق العملية المحتملة التي قد تعيق تطبيق بطاقة الأداء المتوازن في السياق الحالي.

- تحليل السؤال الثالث: ما التحديات المحتملة التي تتوقعونها عند محاولة تطبيق هذا النموذج في مؤسساتكم؟

يعالج هذا السؤال العوائق المحتملة أمام تطبيق بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسات العمومية للصحة، من خلال استقراء آراء المشاركين حول البيئة التنظيمية والإدارية التي سٌحتضن فيها الأداة الجديدة، وقد أجمعت غالبية المشاركين، من مختلف المستويات، على أن التحدي لا يكمن فقط في النموذج ذاته، بل في مدى جهوزية المؤسسة لتبنيه فعلياً، وهو ما يتطلب جملة من الشروط البنيوية والثقافية.

أولى التحديات التي طُرحت تُمثِّل في غياب ثقافة الأداء التشاركي والتقييم الشامل، حيث أشار كثير من المشاركين إلى أن ممارسات التسيير الحالية لا تزال تركز على الجانب الإداري والمحاسبي أكثر من تركيزها على تحقيق القيمة المضافة للمريض أو المؤسسة، كما أن الطواقم الطبية والإدارية وفق بعض التصريحات، "غير معتادة على العمل وفق مؤشرات متكاملة ومتراصة"، مما يجعل الانتقال إلى نموذج متوازن يتطلب إعادة تأهيل ذهني وسلوكي. ثانياً، أبرز المشاركون ضعف الرقمنة وضعف التنسيق بين الأنظمة المعلوماتية، حيث لا تزال المعلومات مشتتة بين أقسام متعددة، ودون بنية موحدة تسمح بمتابعة المؤشرات بشكل آني ومنظم، واعتبر البعض أن تطبيق بطاقة الأداء المتوازن في ظل هذه الفجوات التقنية سيكون شكلياً فقط، ما لم تُعتمد سياسة واضحة للرقمنة والتكامل المعلوماتي.

ثالثاً، تم التطرق إلى نقص التكوين والتأهيل حول مفاهيم بطاقة الأداء المتوازن، حيث أكد عدد من المشاركين أنهم لم يتلقوا أي تدريب سابق حول هذه الأداة، وأن إدماجها يتطلب أولاً إعداداً بشرياً يتم من خلال ورشات تكوينية، ومرافقة في صياغة المؤشرات، وضبط آليات المتابعة.

رابعاً، أُثير تحدٍ يتعلق بالمقاومة المحتملة للتغيير، خصوصاً لدى بعض الفاعلين ممن اعتادوا على أنماط تسيير تقليدية، حيث يرى البعض أن أي محاولة لإدخال أدوات جديدة قد تُواجه بالتحفظ أو التهميش، خاصة إذا لم تكن هناك إرادة واضحة من القيادة العليا لدعم الانتقال نحو منطق تسييري جديد.

وأخيراً، أشار بعض المشاركين إلى أن من بين التحديات الأساسية التي قد تعيق التطبيق الفعلي لبطاقة الأداء المتوازن، هو غياب الاستقلالية المؤسسية وضعف الدعم المركزي، حيث تعتمد المؤسسات الصحية بشكل كبير على توجيهات الوزارة الوصية في تبني الأدوات الجديدة، وقد عبّر بعضهم عن تخوفهم من أن غياب رؤية استراتيجية واضحة على المستوى المركزي، أو تأخر صدور تعليمات رسمية تدمج البطاقة ضمن منظومة الرقابة المعتمدة، قد يُعيق إطلاقها فعلياً وبالتالي نجاحها.

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيى"

بصور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

مقتطفات من مقابلات مع بعض المشاركين:

« Tant qu'il n'y a pas une impulsion claire du ministère, on ne pourra pas avancer dans ce genre de projets, surtout avec les charges actuelles, Il faut d'abord avoir une base de données fiable et des systèmes interconnectés, sinon on va se retrouver avec une carte d'indicateurs difficilement exploitables. »

مشارك من المؤسسة العمومية الاستشفائية

« Même si le modèle est pertinent, il y a un vrai besoin de formation, surtout pour comprendre comment relier les axes entre eux et comment fixer les bons indicateurs. »

مشارك من مديرية الصحة والسكان

« Le modèle de BSC peut constituer un levier important pour relier les orientations stratégiques aux réalités du terrain. Mais pour que cela fonctionne, il faut un engagement clair de toutes les parties, y compris à notre niveau, pour instaurer une culture de suivi, de transparence et de responsabilisation. »

مشارك من وزارة الصحة

وعليه يمكن القول أن تطبيق نموذج بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسات العمومية للصحة لا يقتصر فقط على مواجهة تحديات تقنية أو تنظيمية، بل يتطلب أيضاً تحولاً ثقافياً حقيقياً في طريقة التفكير والتقييم. لذا، ليس كافياً توفير الأداة نفسها، بل يجب تهيئة بيئة داعمة تضم الإرادة والقدرات البشرية المؤهلة، إضافة إلى البنى التحتية المعلوماتية اللازمة.

ورغم صعوبة هذه التحديات، فإنها لا تمنع إمكانية النجاح في تطبيق النموذج، لكنها تستدعي النظر في استعداد هذه المؤسسات فعلياً لتبني هذا النموذج، فضلاً عن تحديد المتطلبات الأساسية لضمان تطبيقه بنجاح.

- تحليل السؤال الرابع: في حال أثبت هذا النموذج فعاليته، ما مدى استعدادكم لتبنيه في مؤسستكم؟ وما المتطلبات أو الشروط التي ترونها ضرورية لضمان تطبيقه بنجاح (مثل تكوين، رقمنة، دعم من الوزارة...)?

لقد أظهرت نتائج المقابلات أن هناك توافقاً عاماً على أهمية تطبيق هذا النموذج كأداة استراتيجية لتحسين الأداء وجودة الخدمات الصحية، لكن في الوقت نفسه أشار المشاركون إلى أن تطبيقه يتطلب عدة شروط مسبقة لضمان نجاحه.

أولاً، من أبرز الشروط التي أشار إليها المشاركون في مختلف المستويات هي ضرورة التكوين المتخصص للمسؤولين والطاقم الإداري والفني حول كيفية استخدام هذا النموذج، مع التأكيد على أهمية تزويدهم بالمعرفة اللازمة لتطبيق المفاهيم المتوازنة التي تشمل الجوانب المالية، الاجتماعية، البيئية، ورضا المرضى، حيث أن وجود كوادر مؤهلة وقادرة على فهم واستيعاب آليات هذا النموذج يعد من أساسيات نجاحه.

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي"

بصور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

ثانيًا، تعد الرقمنة من المتطلبات الأساسية التي أشار إليها المشاركون، حيث تتيح التقنيات الحديثة إمكانية جمع البيانات وتحليلها بشكل فعال، كما أن الرقمنة تضمن شفافية أكبر في التعامل مع المعلومات، وتساعد في رصد وتحليل الأداء بشكل مستمر، مما يسهل من عمليات اتخاذ القرارات وتصحيح المسارات في الوقت المناسب. ثالثًا، من العوامل الهامة أيضًا الدعم المؤسسي من الوزارة الوصية، فبدون دعم كامل من الجهات العليا على مستوى السياسة والتخطيط، لن تكون هناك إمكانية حقيقية لتطبيق النموذج على نطاق واسع، يتطلب ذلك ضمان الالتزام بتوفير الموارد اللازمة، مثل الميزانيات المخصصة للتكوين، تطوير البنية التحتية المعلوماتية، تسهيل التنسيق بين مختلف الوحدات الإدارية، وإصدار تعليمات تنفيذية واضحة تدمج البطاقة ضمن أدوات الرقابة المعتمدة رسميًا.

أخيرًا، أشار بعض المشاركين إلى أهمية تعزيز ثقافة التحسين المستمر داخل المؤسسات العمومية للصحة، وهو ما يتطلب تبني منهجية شاملة تستند إلى التقييم الدوري والمراجعة المستمرة للنتائج، بحيث لا تقتصر الإجراءات على تصحيح المشاكل بعد وقوعها، بل تتضمن أيضًا الوقاية والتخطيط المستقبلي.

مقتطفات من مقابلات مع بعض المشاركين:

"حتى لو كانت لدينا الإرادة لتطبيق نموذج جديد مثل بطاقة الأداء المتوازن، فإن الأمر يتوقف في النهاية على توجيهات الوزارة، بدون تعليمات واضحة ودعم فعلي، من الصعب أن ننتقل في شيء بهذا الحجم".

مشارك من المؤسسة العمومية الاستشفائية محل الدراسة

" نحتاج إلى تكوين حقيقي وليس مجرد عرض عام، لأن مؤشرات الأداء في هذا النموذج تختلف جذريًا عن ما نستخدمه حاليًا"

مشارك من مديرية الصحة والسكان بالولاية

« Nous sommes tout à fait favorables à l'introduction du modèle de la BSC dans les établissements publics de santé. C'est un outil qui permettrait de structurer les démarches de suivi autour d'objectifs clairs et intégrés. Mais sa réussite dépend de plusieurs facteurs : la formation des équipes, la disponibilité de systèmes d'information fiables, et surtout une volonté collective de sortir de la logique administrative pour aller vers une culture de performance orientée vers le patient. »

مشارك من وزارة الصحة

وبناءً على هذه المعطيات، يمكن القول إن تطبيق نموذج بطاقة الأداء المتوازن يتطلب بيئة عمل داعمة من حيث التكوين، والتكنولوجيا، والتعاون المؤسسي، وهو ما يستدعي جهودًا كبيرة في التخطيط والتحضير لضمان فعاليته في المؤسسات الصحية.

في ضوء ما تم رصده من خلال المقابلات الميدانية، يتبين أن أدوات الرقابة المعتمدة حاليًا في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي" تواجه صعوبات متعددة في تحقيق أهدافها، سواء من حيث محدودية المؤشرات المستخدمة، أو غياب التكامل بين مختلف المستويات التنظيمية، أو حتى ضعف التفاعل مع متغيرات

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي"

بصور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

الجودة ورضا المرضى، وعلى الرغم من الجهود المبذولة لتحديث بعض الممارسات الرقابية، إلا أن الطابع التقليدي والإجرائي ما يزال يطغى على منطق التسيير، مما يحدّ من فاعلية القرارات المتخذة ويضعف الأثر العملي للرقابة في تحسين الأداء.

وعليه، فإن السياق الراهن يُبرز الحاجة إلى نموذج أكثر شمولاً وتكاملاً، قادر على ربط الأهداف الاستراتيجية للمؤسسة بنتائجها الميدانية، ويأخذ في الاعتبار الأبعاد النوعية والإنسانية للخدمة الصحية. في هذا الإطار تبرز بطاقة الأداء المتوازن كخيار واعد، يُمكن أن يشكل نقطة تحوّل في المنظومة الرقابية إذا ما تم تكييفها مع خصوصيات الواقع المحلي. ومن هنا تنطلق محاولتنا في المبحث التالي لتصميم نموذج مقترح لبطاقة الأداء المتوازن، يتماشى مع التوجهات الاستراتيجية والتنظيمية للمؤسسة، ويعكس بواقعية الأهداف الصحية المنشودة.

المبحث الثالث: محاولة بناء نموذج مقترح لبطاقة الأداء المتوازن قصد تحسين جودة الخدمات الصحية في

المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي" بسور الغزلان - ولاية البويرة

في ظل التحديات التي تواجهها المؤسسة العمومية الاستشفائية "الأخوة يحياوي" بسور الغزلان في تحقيق جودة الخدمات الصحية المرجوة، يظهر أن الأدوات الحالية لمراقبة التسيير، سواء التقليدية أو الحديثة قد لا تكون كافية أو فعّالة بما فيه الكفاية، لذلك يُعتبر التوجه نحو تبني نموذج بطاقة الأداء المتوازن (Balanced Scorecard) خطوة استراتيجية لتحسين الأداء وجودة الخدمات، تُعد بطاقة الأداء المتوازن أداة حديثة في مجال مراقبة التسيير، تهدف إلى قياس وتقييم أداء المؤسسات من خلال منظور شامل يتضمن عدة أبعاد مترابطة.

هناك اختلافات حول السيرورات اللازمة لتصميم بطاقة الأداء المتوازن، ويعود ذلك إلى خصائص وظروف كل مؤسسة على حدة، حيث تساعد البنية المرنة لبطاقة الأداء المتوازن على تكييفها مع احتياجات كل مؤسسة، وبالتالي تصبح للمؤسسة كامل الحرية في تدعيم هذا التصميم بمعطيات أخرى حسب حاجتها لها، شرط ألا يكون مفصلاً إلى حد المبالغة فيه، أو مختصر إلى حد الإخلال بالمعلومات.

في هذا المبحث سنتطرق إلى محاولة تصميم نموذج لبطاقة الأداء المتوازن كبديل للأدوات الحالية لمراقبة التسيير في المؤسسة محل الدراسة، من خلال التعرف على التوجه الاستراتيجي والتنظيمي للمستشفى، وذلك كونهما يتضمنان محفزات تشجع المستشفى على تبني هذه المقاربة، ثم نشق الأهداف الاستراتيجية للمستشفى من خلال المهام والرسالة الموكلة له المحددة من طرف الوزارة الوصية، ولغرض ترجمة هذه الأهداف إلى نتائج ملموسة نضع مجموعة من المؤشرات لتظهر في الأخير ملامح بطاقة الأداء المتوازن المقترحة في المستشفى محل الدراسة.

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي"

بصور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

المطلب الأول: التوجه التنظيمي والاستراتيجي للمؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي" بسور

الغزلان ولاية البويرة

إدخال بطاقة الأداء المتوازن إلى أي مؤسسة لأول مرة كمشروع يتطلب معرفة وفهم التوجه الاستراتيجي لهذه المؤسسة، بالإضافة إلى التوجه التنظيمي والبيئة التي تعمل فيها، تطرقنا سابقا - في المبحث الأول من هذا الفصل - إلى تقديم عام للمستشفى محل الدراسة، وتكملة لذلك نهدف في هذا المطلب إلى التعرف على مختلف الخصائص التنظيمية والاستراتيجية للمستشفى، الأمر الذي يسمح بتحديد الإطار العام للبطاقة، تم الاعتماد في ذلك على الوثائق والسجلات الداخلية للمستشفى، بالإضافة إلى إجراء سلسلة من المقابلات المباشرة مع المدير العام للمستشفى ومدراءه الفرعيين.

أولا: التوجه التنظيمي للمؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي" بسور الغزلان ولاية البويرة

بما أننا تطرقنا في المبحث الأول من هذا الفصل إلى كل من تنظيم وتسيير المؤسسة محل الدراسة وكذا التفصيل في هيكلها التنظيمي، نركز فيما يلي على مواردها البشرية والمالية وكذا مختلف النشاطات التي تقوم بها خلال الفترة من 2020 إلى 2024.

1. الموارد البشرية في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي" بسور الغزلان ولاية البويرة: تحتوي

المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي" بسور الغزلان على إمكانيات بشرية معتبرة، تتوزع بين مختلف فئات المستخدمين المتواجدين بالهيكل التنظيمية الإدارية والتقنية وبمختلف المصالح الإستشفائية، وقد شهد حجم الموارد البشرية المساهمة في تنفيذ مهام ووظائف المستشفى تطور خلال السنوات الأخيرة، إذ كان عدد مجموع المستخدمين المتواجدين بالمستشفى سنة 2020 ما يعادل 583 مستخدم، حيث زاد العدد بنسبة 04.29% خلال سنة 2021 ليصل المجموع إلى 608 مستخدم، وفي سنة 2022 بلغ العدد 657 مستخدم أي بنسبة زيادة تقدر بـ 08.06%، وفي سنة 2023 بلغ العدد 676 بنسبة زيادة قدرت بـ 02.89%، لتصل إلى 693 مستخدم أي بنسبة زيادة قدرها 02.51%، وهذا حسب القائمة الاسمية للمستخدمين الموقوفة بتاريخ 2024/12/31.

وتتشكل فئات المستخدمين المكونين للموارد البشرية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية محل الدراسة من: المستخدمين الطبيين، المستخدمين شبه الطبيين، المستخدمين الإداريين، العمال المهنيين، والعمال المتعاقدين، وقد تطورت فئات الموارد بالمؤسسة العمومية الاستشفائية خلال الفترة 2020-2024 بأعداد ونسب يوضحها الجدول التالي:

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي"

بمور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

الجدول رقم(28): تطور عدد المستخدمين بالمؤسسة العمومية الاستشفائية الاخوة يحياوي للفترة 2020-

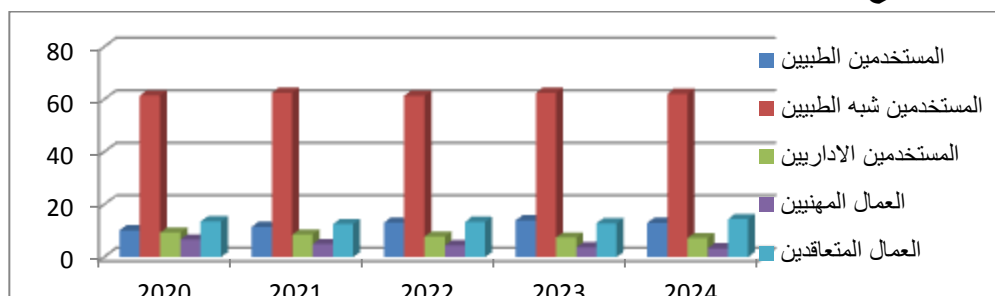
2024

2024		2023		2022		2021		2020		فئة المستخدمين
النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	
12.99%	90	13.61%	92	13.09%	86	11.51%	70	10.12%	59	المستخدمين الطبيين
62.05%	430	62.43%	422	61.34%	403	62.5%	380	61.41%	358	المستخدمين شبه الطبيين
7.22%	50	7.40%	50	7.76%	51	8.55%	52	9.26%	54	المستخدمين الإداريين
3.32%	23	3.70%	25	4.41%	29	4.93%	30	6.66%	33	العمال المهنيين
14.43%	100	12.87%	87	13.39%	88	12.5%	76	13.55%	79	العمال المتعاقدين
100%	693	100%	676	100%	657	100%	608	100%	583	المجموع

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على القوائم الاسمية للموظفين بالمؤسسة محل الدراسة موقوفة الى غاية 12/31 للفترة 2020-2024.

ولتوضيح هذه المعطيات بشكل أفضل نستعين بالشكل التالي:

الشكل رقم(39): توزيع المستخدمين حسب الفئات خلال الفترة 2020-2024



المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على معطيات الجدول السابق.

يتبين لنا من خلال الجدول والشكل السابقين أن فئة المستخدمين شبه الطبيين تمثل أعلى نسبة بين نسب فئات المستخدمين في المؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة يحياوي بمتوسط زيادة قُدّر ب: % 61.95 خلال السنوات 2020-2024، حيث ارتفع العدد من 358 سنة 2020 إلى 430 سنة 2024 وهذا نتيجة لسياسة التوظيف التي اتبعتها المؤسسة لفائدة منتوج التكوين والتي تعمل على سد النقص الموجود على مستوى هذه الفئة بالنسبة للمصالح الاستشفائية من أجل الرفع من مستوى جودة الخدمة الصحية من جهة، ومواجهة الطلب المتزايد على المؤسسة خلال الأزمة الصحية التي عاشتها المؤسسة على غرار العالم والمتمثلة في جائحة كوفيد-19 من جهة أخرى. أما بالنسبة لفئة المستخدمين الطبيين (عامون وأخصائيون) فقد شهدت هي الأخرى تطور خلال هذه السنوات من 59 طبيب في سنة 2020 إلى 90 طبيب في سنة 2024، بمتوسط زيادة قدره %12.26،

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي"

بصور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

وهذا راجع لفتح مناصب مالية لتوظيف الأطباء نظرا لحاجة المؤسسة خاصة في فترة أزمة كورونا، حيث نلاحظ أن نسبة الزيادة الأكبر كانت في السنوات 2020، 2021، 2022 أين تفاقمت الأزمة وتضاعف عدد المصابين.

أما بالنسبة لفئة المستخدمين الإداريين فنلاحظ تناقص بنسب ضعيفة خلال هذه السنوات حيث بلغ العدد 54 خلال سنة 2020 استمر في التناقص إلى أن بلغ 50 مستخدم في سنة 2024 بنسبة انخفاض قدرت ب 8.03%، وهذا راجع إلى اكتفاء المؤسسة بالعدد المتوفر لهذه الفئة دون الحاجة إلى فتح مناصب للتوظيف. الأمر نفسه بالنسبة لفئة العمال المهنيين حيث نلاحظ تناقص في العدد بوتيرة منخفضة خلال نفس الفترة قدرت ب 04.60%، وهذا راجع إلى كون هذه الفئة آيلة إلى الزوال (توظيف ما قبل سنة 2008) وبالتالي لا يمكن التوظيف فيها، ولتغطية هذا النقص لجأت المؤسسة إلى إبرام اتفاقيات خاصة بالنظافة مع مؤسسات خاصة، في حين أن فئة العمال المتعاقدين ارتفع عددها من 79 سنة 2020 إلى 100 عامل متعاقد سنة 2024 وبمتوسط زيادة قُدر ب 13.35%.

وعليه وبالرغم من الارتفاع الملحوظ في العدد الإجمالي للمستخدمين في المؤسسة محل الدراسة والذي ارتفع من 583 مستخدم سنة 2020 إلى 693 مستخدم سنة 2024، إلا أن المؤسسة تعاني من بعض المشاكل وأحيانا عجز وذلك بسبب توافد كبير للمرضى خاصة على خدمات الأشعة، التحاليل الطبية وكذا الفحص المتخصص في ظل عدم وجود نقاط مناوبة للعيادات المتعددة الخدمات التابعة للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية بسور الغزلان، زيادة على ذلك نلاحظ نقص كبير في الاختصاصات الطبية المطلوبة لا سيما الأشعة، التخدير والانعاش وكذا اختصاص أمراض النساء والتوليد، وكذا الاختصاصات شبه الطبية على غرار محضر في الصيدلة، ممرض في قسم العمليات (لا تتوفر المؤسسة على هذين التخصصين) وكذا مساعد طبي للصحة العمومية (تمتلك المؤسسة 08 فقط)، حيث يعتبر هذا الأخير من أكثر التخصصات المطلوبة خاصة في ظل الرقمنة (التكفل بالملف الطبي)، كما تعاني المؤسسة من مشكل التآنيث في فئة المستخدمين شبه الطبيين والتي تؤدي إلى مشاكل خاصة على مستوى أقسام الرجال.

2. حجم الموارد المالية في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي" بسور الغزلان ولاية البويرة: من أجل أداء المهام المتعددة وتلبية حاجيات المرضى والموظفين، يتم تخصيص موارد مالية ممنوحة لفائدة المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي"، تصرف على نفقات المستخدمين ونفقات التسيير مصادرها موضحة كما يلي:

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الآخوة يحياوي"
بمور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

الجدول رقم (29): مصادر التمويل للمؤسسة العمومية الاستشفائية "الآخوة يحياوي" خلال الفترة

2024-2020

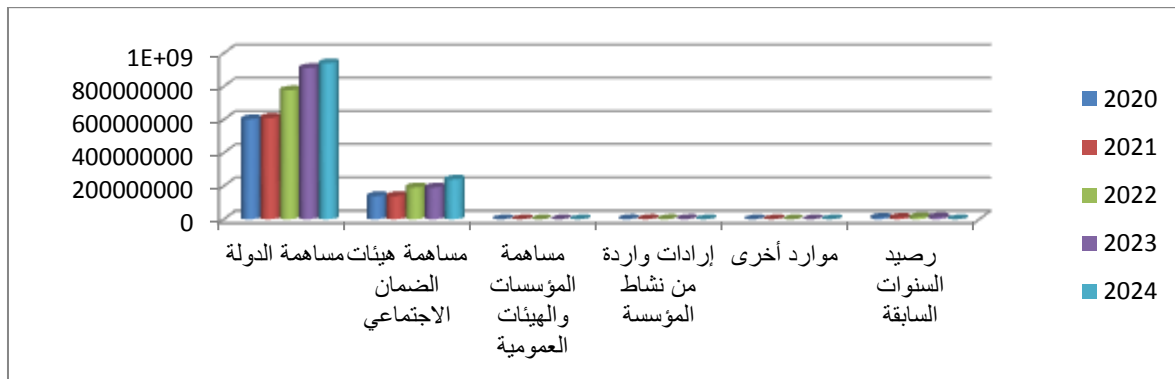
الباب	مصادر التمويل	2020	2021	2022	2023	2024
الباب 1	مساهمة الدولة	602 689 000.00	697 581 000.00	776 544 000.00	911 218 000.00	939 444 000.00
الباب 2	مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي	140 000 000.00	140 000 000.00	191 600 000.00	191 600 000.00	240 000 000.00
الباب 3	مساهمة المؤسسات والهيئات العمومية	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
الباب 4	إيرادات واردة من نشاط المؤسسة	1 500 000.00	1 500 000.00	1 670 000.00	1 670 000.00	1 062 608.48
الباب 5	موارد أخرى	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
الباب 6	رصيد السنوات السابقة	30 000 000.00	10 000 000.00	13 000 000.00	13 000 000.00	0.00
	المجموع	774 189 000.00	849 081 000.00	982 814 000.00	1 117 488 000.00	1 180 506 608.48

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على ميزانيات المؤسسة العمومية الاستشفائية محل الدراسة للفترة 2024-2020

ولتوضيح هذه المعطيات بشكل أفضل نستعين بالشكل التالي:

الشكل رقم (40): مصادر التمويل للمؤسسة العمومية الاستشفائية "الآخوة يحياوي" خلال الفترة 2020-

2024



المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على معطيات الجدول السابق

يتبين لنا من خلال الجدول والشكل السابقين أن مصادر الموارد المالية للمؤسسة العمومية الاستشفائية محل

الدراسة تتمثل فيما يلي:

- **مساهمة الدولة** والتي تمثل ما نسبته 80.10% من إجمالي الإيرادات خلال الخمس سنوات الأخيرة، وبذلك فهي الحصة الأكبر من تمويل المؤسسة، نلاحظ أن هذه المساهمة تتزايد سنوياً، حيث ارتفعت من

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيوي"

بمور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

602689000 دج في 2020 إلى 939444000 دج في 2024، ما يمثل زيادة بنسبة 55.9%، الأمر الذي يعكس التزام الدولة بدعم المؤسسة لتلبية الاحتياجات الصحية، وضمان استمرار العمليات والخدمات خاصة لمواجهة التحديات كجائحة كورونا من جهة، ومن جهة أخرى يبرز أيضاً قلة التنوع المالي، مما قد يمثل تهديداً في حال تقليص الميزانية العامة أو تغيير السياسات المالية.

- **مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي** وتمثل ما نسبته 18.42% من إجمالي الإيرادات وبذلك فهي ثاني أكبر مصدر للتمويل، حيث يتبين لنا أن هذه المساهمة بقيت ثابتة عند 140000000 دج بين سنتي 2020 و2021، لكنها شهدت زيادة كبيرة في 2022 لتصل إلى 240000000 دج في 2024، بنسبة زيادة قدرها 71.4 %، حيث يعكس ذلك دور هيئات الضمان الاجتماعي في دعم الخدمات الصحية وضمان استدامتها، إلا أن هذه النسبة تبقى متواضعة بالمقارنة مع مساهمة الدولة، وبالتالي تشير إلى الحاجة لمزيد من التعاون والتوسع في برامج الضمان.

- **إيرادات واردة من نشاط المؤسسة** بنسبة 0.13% وهي نسبة ضئيلة جداً، حيث نلاحظ أنها بقيت ثابتة عند 1500000 دج في سنتي 2020 و2021، وزادت قليلاً في 2022 لتصل إلى 1670000 دج، ثم انخفضت مرة أخرى في سنة 2024 إلى 1 062 608.48 دج¹ يشير ذلك إلى ضعف استغلال موارد المؤسسة لتوليد إيرادات ذاتية، وهو ما يظهر قصوراً في استراتيجيات تحقيق الإيرادات الذاتية الأمر الذي نفسه بغياب الخدمات المدفوعة نظراً لمجانيتها العلاج.

- **رصيد السنوات السابقة** بنسبة 1.35% وهي أيضاً نسبة ضئيلة من إجمالي الإيرادات، حيث نلاحظ هذا الرصيد انخفض من 300000000 دج في 2020 إلى 0 دج في 2024 مما يشير إلى استنزاف الفوائض السابقة دون إيجاد بدائل تمويلية لتغطية النفقات، وهو ما يعكس التحدي المتمثل في التخطيط المالي طويل الأجل وضمان الاستدامة المالية.

- **أما بالنسبة لمساهمة المؤسسات والهيئات العمومية** وكذا المصادر الأخرى فنلاحظ انعدام ذلك في تمويل المؤسسة محل الدراسة طيلة الخمس سنوات الأخيرة، الأمر الذي يعكس ضعف التنوع في مصادر التمويل واعتماد المؤسسة بشكل شبه كامل على مساهمة الدولة والضمان الاجتماعي، وبذلك يمثل تحدياً كبيراً للمؤسسة ويبرز الحاجة الماسة لتطوير شراكات وتمويلات إضافية.

¹ هذا المبلغ تم تحصيله لدى مصالح الخزينة العمومية لكنه لم يستغل حيث ظهر في الحساب الإداري كخطأ في التسيير وهو ما يفسر اختلاف المبلغ الخاص بالإيرادات العامة لسنة 2024 في الجدولين رقم 29 و30.

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الأخوة يحياوي" بمور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

ومن خلال ما سبق يمكننا القول أن الاعتماد بشكل كبير على مساهمة الدولة يمثل دعامة أساسية لاستمرارية الخدمات، لكنه يعرض المؤسسة لمخاطر في حالة أي تغييرات في السياسات المالية، لذلك يعد التنويع في مصادر التمويل لا سيما الإيرادات الذاتية (من خلال تحسين كفاءة العمليات واستحداث خدمات مدفوعة تلبي احتياجات المرضى دون التأثير على مجانية العلاج) ضرورة استراتيجية لضمان الاستدامة المالية وفعالية استغلال الإمكانيات المتاحة، بالإضافة إلى تعزيز الشراكات مع هيئات الضمان الاجتماعي وزيادة التعاون لتوسيع التغطية وزيادة المساهمات.

ومن أجل تحصيل هذه الموارد يحضر مدير المستشفى بالتنسيق مع المدير الفرعي للمالية والوسائل وبناء على الاحتياجات

مشروع ميزانية يعرضه على مجلس الإدارة للمصادقة على اعتماده، وبعدها توزع الميزانية الممنوحة والمحصلة من الموارد المالية المختلفة على نفقات التسيير ونفقات المستخدمين للقيام بالمهام المختلفة، والجدول الموالي يوضح تطور الميزانية العامة الممنوحة للمؤسسة بعنوانيها الأول والثاني وكذا نسبة الانفاق خلال الفترة 2020-2024:

الجدول رقم(30): احصائيات حول الميزانية العامة للمؤسسة العمومية الاستشفائية "الأخوة يحياوي" خلال الفترة 2020-2024

السنة المالية	2020	2021	2022	2023	2024
الميزانية العامة	774 189 000.00	849 081 000.00	982 814 000.00	1 117 488 000.00	1 179 444 000.00
الإيرادات (recettes)					
ب: د ج	762 962 725.81	834 714 618.69	945 748 834.01	1 067 262 096.55	1 097 086 829.00
النفقات (dépenses)					
نسبة الانفاق ¹	%98.55	% 98.31	%96.23	%95.51	93.01%
العنوان الأول	598 821 000.00	638 863 000.00	773 944 000.00	861 072 000.00	923 250 000.00
الإيرادات (recettes)					
ب: د ج	589 430 331.71	632 341 819.07	747 680 427.18	820 852 123.68	843 631 520.48
النفقات (dépenses)					
نسبة الانفاق	%98.43	%98.98	%96.61	%95.33	%91.38

¹ نسبة الانفاق = (نفقات السنة/إيرادات السنة)*100

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي"

بصور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

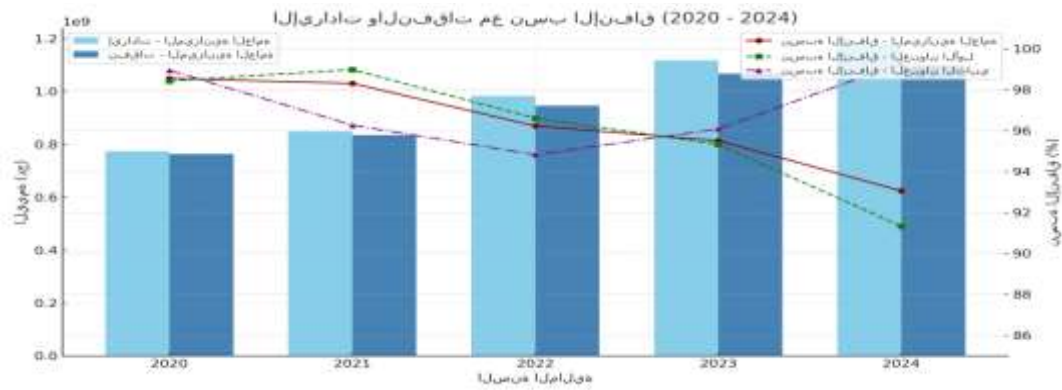
العنوان	الإيرادات (recettes)	2020-2024	2020-2024	2020-2024	2020-2024
الثاني	النفقات (dépenses)	256 194 000.00	256 416 000.00	208 870 000.00	210 218 000.00
ب: د ج		253 455 308.52	246 409 972.87	198 068 406.83	202 372 799.62
	نسبة الانفاق	98.93%	96.08%	94.83%	96.27%

المصدر: من اعداد الطلبة بالاعتماد على الحسابات الإدارية للمؤسسة محل الدراسة خلال الفترة 2020-2024

ولتوضيح هذه المعطيات بشكل أفضل نستعين بالشكل التالي:

الشكل رقم (41): احصائيات حول الميزانية العامة للمؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي" خلال الفترة

2024-2020



المصدر: من إعداد الطلبة بالاعتماد على معطيات الجدول السابق

من خلال الجدول والشكل السابقين يتبين لنا تطور الإيرادات والنفقات ونسب الإنفاق للمؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي" بين عامي 2020 و 2024، مما يعكس الجهود المبذولة في تعزيز مصادر التمويل وتحسين إدارة الموارد المالية. أما النفقات، فقد ارتفعت هي الأخرى، لكن بنسبة أقل من الإيرادات، مما أدى إلى انخفاض تدريجي في نسبة الإنفاق العام من 98.55% في عام 2020 إلى 93.01% في عام 2024 كما نلاحظ أن الميزانية المخصصة للعنوان الأول المرتبطة بنفقات المستخدمين تمثل نسبة معتبرة من الميزانية العامة مقارنة بالميزانية المخصصة للتسيير، وهذا راجع إلى الارتفاع المتزايد لعدد المستخدمين في جميع الفئات خلال السنوات الخمس الأخيرة (أشرنا إليها سابقا)، نتيجة لزيادة عدد المرضى وارتفاع الطلب على الخدمات الصحية، ورغم زيادة المخصصات المالية للمؤسسة من سنة إلى أخرى، إلا أن تأثيرها الفعلي يتأثر بعوامل عدة، مثل التضخم وارتفاع التكاليف، الأسعار، الأجور وغيرها. وقد رافق ذلك التوسع في البنية التحتية للمؤسسة، لاسيما بناء مصالح جديدة مثل مركز الأشعة، وترميم المصالح القديمة، إلى جانب فتح تخصصات جديدة لتلبية احتياجات المرضى، كما يفسر انخفاض نسبة الانفاق في العنوان الثاني بالاستقرار النسبي في استخدام الموارد المخصصة لهذا العنوان،

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الاخوة يحياوي" بمدرسة الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

كما قد يدل على توجه نحو تحسين الكفاءة المالية. حيث تتوزع هذه النفقات على مختلف الخدمات العلاجية والتكوينية التي تقدمها المؤسسة العمومية الاستشفائية محل الدراسة حسب الأولوية كما يوضحها الجدول التالي:

الجدول رقم(31): تطور نفقات التسيير للمؤسسة العمومية الاستشفائية "الاخوة يحياوي" حسب الأبواب خلال الفترة

2024-2020

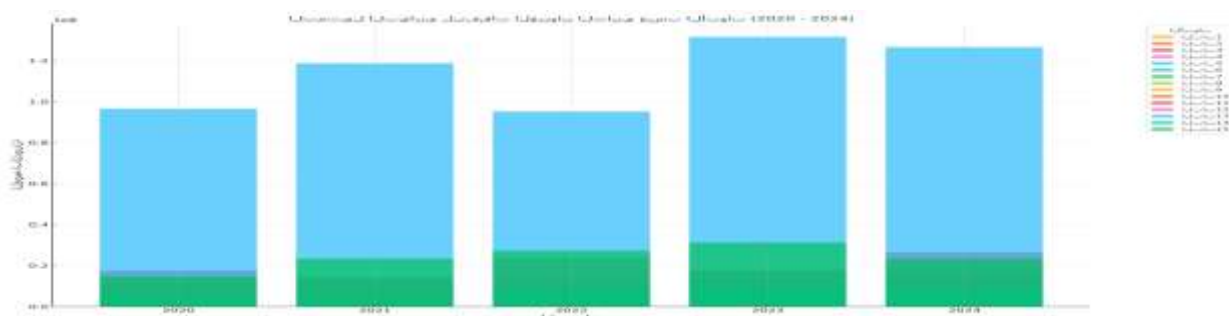
2024	2023	2022	2021	2020	السنوات	
2 677 190.00	1 572 463.50	1 344 669.38	1 401 500.00	1 657 111.63	الباب 1	نفقات العنوان الثاني
0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	الباب 2	
16 000 646.00	8 208 893.00	7 059 060.00	3 212 603.21	3 511 331.58	الباب 3	
10 217 172.00	9 112 237.24	6 606 710.00	5 980 803.23	5 982 754.76	الباب 4	
1 418 000.00	699 986.56	0.00	0.00	770 750.00	الباب 5	
12 145 760.85	10 565 973.37	9 945 382.57	10 828 048.16	10 851 945.88	الباب 6	
9 523 282.72	7 521 026.33	4 559 255.91	5 981 937.01	5 153 234.55	الباب 7	
16 281 520.32	17 390 933.12	13 057 017.75	12 928 070.43	11 617 114.31	الباب 8	
1 027 500.00	756 700.00	1 993 000.00	376 000.00	510 000.00	الباب 9	
0	0.00	0.00	0.00	0.00	الباب 10	
26 468 480.40	17 558 050.54	23 530 025.00	14 302 579.84	17 463 867.74	الباب 11	
109 497.61	342 808.53	239 047.08	312 711.75	217 051.95	الباب 12	
126 592 129.95	131 598 993.25	95 230 739.31	118 761 732.99	96 574 425.79	الباب 13	
7 640 651.80	9 874 858.90	7 258 908.62	4 923 100.06	4 585 255.26	الباب 14	
23 353 476.87	31 207 048.53	27 244 591.21	23 363 712.94	14 637 550.65	الباب 15	
253 455 308.52	246 409 972.87	198 068 406.83	202 372 799.62	173 532 394.10	المجموع	

المصدر: من إعداد الطلبة بالاعتماد على الوضعيات المالية للمؤسسة العمومية الاستشفائية محل الدراسة خلال الفترة 2024-2020

ولتوضيح هذه المعطيات بشكل أفضل نستعين بالشكل التالي:

الشكل رقم(42): تطور نفقات التسيير للمؤسسة العمومية الاستشفائية "الاخوة يحياوي" حسب الأبواب خلال الفترة

2024-2020



المصدر: من إعداد الطلبة بالاعتماد على معطيات الجدول السابق.

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي"

بمور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

يعرض الجدول والشكل أعلاه تفاصيل نفقات العنوان الثاني للمؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي" حسب الأبواب المختلفة على مدار خمس سنوات، وهو ما يعكس الجهود المبذولة في توزيع الميزانية وتحقيق التوازن بين مختلف المجالات، حيث يتبين لنا أن إجمالي النفقات شهدت زيادة كبيرة، إذ ارتفعت من 173.53 مليون دينار سنة 2020 إلى 253.46 مليون دينار سنة 2024، أي بزيادة تقدر بـ 79.92 مليون دينار، مما يعكس توجهًا نحو تعزيز الخدمات وتوسيع نطاق التغطية.

كما يتبين لنا ارتفاع ملحوظ في النفقات سنة 2022 وهو راجع إلى الاستجابة لحاجات طارئة متعلقة أساسًا بجائحة كورونا وارتفاع عدد المصابين. أما في سنتي 2023 و 2024 فنلاحظ ارتفاعًا استثنائيًا مقارنة بالسنوات الأولى، وهو ما يمكن تفسيره بإجراءات توسعية وتكاليف استثنائية شهدتها المستشفى على غرار توسعة مصلحة الاستعجالات وكذا مصلحة الأم والطفل.

كما نلاحظ من خلال الجدول أن ثقل توزيع النفقات لهذه المؤسسة يتمثل في الأبواب 11، 13، و 15 ما يعكس الأولويات الصحية للمؤسسة، فقد حاز الباب 13 (الأدوية والمواد الصيدلانية) على الحصة الأكبر، خاصة في عامي 2023 و 2024 (131.60 مليون و 126.595 مليون دينار على التوالي)، ما يعكس التركيز على تحسين الخدمات العلاجية، أما الباب 11 المتعلق بالتغذية والاطعام فقد شهد نموًا تدريجيًا ليصل إلى 26.47 مليون دينار في 2024، مما يشير إلى زيادة الاحتياجات اللوجستية المرتبطة بارتفاع عدد المرضى، في حين شهد الباب 15 (اقتناء وصيانة العتاد الطبي وملحقاته والأدوات الطبية) ارتفاع نفقاته بشكل كبير في السنوات الأخيرة لتصل إلى 23.35 مليون دينار في 2024، مما يعكس توجهًا نحو تعزيز البنية التحتية الطبية، ويرجع ثقل نفقات هذه الأبواب مقارنة مع النفقات الأخرى إلى كونها ذات صلة مباشرة بالخدمات العلاجية التي تقدمها المؤسسة، حيث ركزت على تلبية الاحتياجات الأساسية للخدمات الصحية.

في حين تبقى نفقات الأبواب الأخرى منخفضة إلى معدومة على غرار الباب 12 المتعلق بالإيجار الذي يظهر بمساهمة متواضعة خاصة سنة 2024 (109,497.61 دج فقط)، وتنعدم النفقات عند المصاريف القضائية أو تلك المتعلقة بالمؤتمرات والتظاهرات.

3. حصيلة نشاطات المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي" خلال الفترة 2020-2024

تقوم المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي" بتوظيف جميع مواردها سواء كانت المادية منها أو البشرية من أجل تقديم خدمات صحية بصورة مستمرة سعيًا وراء إرضاء كل من يقصدها، تتمثل في مختلف المهام المرتبطة بمبادئ العلاج التشخيص، الاستشفاء، الإستعجالات الطبية والجراحية والوقاية، حيث تطورت حصيلة نشاط خدماتها المقدمة لتلبية حاجيات صحة السكان الذين يتزايد عددهم سنويًا، والجدول التالي يوضح هذه الأنشطة خلال الفترة 2020-2024:

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي" بمور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

الجدول رقم(32): حصيلة نشاطات المؤسسة العمومية الاستشفائية "الاخوة يحياوي" خلال

الفترة 2020-2024

السنوات	2020	2021	2022	2023	2024
النشاطات					
عدد المرضى الداخليين	9688	11261	13011	10667	1069
عدد الأيام الاستشفائية	21075	28694	30830	30437	31793
عدد العمليات الجراحية	1230	1882	3209	3145	2598
معدل استغلال الأسرة TO	21.23	28.90	31.05	34.89	36.45
المدة المتوسطة للمكوث DMS	02.2	02.5	02.37	02.85	03.16
معدل دوران الأسرة TR	35.54	41.40	47.83	44.63	42.13
عدد التحويلات	372	427	367	395	415
عدد الفحوصات (عامة + متخصصة)	18256	22513	25888	21639	23348
معدل الوفيات	02.04	03.43	02.01	02.51	02.78

المصدر: من إعداد الطلبة بالاعتماد على حصائل النشاطات السنوية للمؤسسة العمومية الاستشفائية محل الدراسة خلال الفترة 2020-2024.

من خلال الجدول أعلاه يتبين لنا أن عدد المرضى الطالبين لخدمات المؤسسة العمومية الاستشفائية محل الدراسة في تزايد مستمر خلال السنوات 2020 إلى 2022 تزامنا والأزمة الصحية كورونا حيث بلغ ذروته المقدرة ب: 13011 نهاية سنة 2022 لينخفض العدد تدريجيا إلى أن يصل إلى 1069 في سنة 2024، وهذا الانخفاض راجع إلى تغير في السياسات الإدارية والاستشفائية، كما نلاحظ أن عدد الأيام الاستشفائية في اتجاه تصاعدي مع زيادة من 21075 يومًا في 2020 إلى 31793 يومًا في 2024، وهو ما يعكس زيادة القدرة الاستيعابية للمستشفى نتيجة الحالات المزمنة مع الحاجة إلى رعاية طويلة، كما قد يرتبط أحيانًا بتعقيد الحالات الطبية، وزيادة الأمراض المرتبطة بجائحة كورونا.

بالنسبة للعمليات الجراحية نلاحظ أن العدد بلغ 1230 عملية فقط سنة 2020 وهو عدد منخفض جدًا بسبب تأجيل العمليات غير الطارئة خلال الجائحة. ثم تضاعف العدد تقريبًا مع استئناف العمليات ليصل إلى 1882 عملية في سنة 2021، ليرتفع العدد مرة أخرى إلى 3209 عملية في سنة 2022 ما يعكس تراكم الطلب، وفي سنتي 2023 و 2024 نلاحظ انخفاض تدريجي (3145 إلى 2598)، قد يكون مرتبطًا بتحسين الوضع الصحي العام أو استقرار الخدمات.

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيى" بمور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

وبالنسبة لمعدل استغلال الأسرة **TO** نلاحظ أنه ارتفع من 21.23% في 2020 إلى 36.45% في 2024 يشير هذا إلى تحسن في إدارة الموارد وزيادة كفاءة الاستفادة من الأسرة، وتوسع النشاط الاستشفائي من جهة، كما يعكس أيضا عودة الخدمات الصحية إلى مستويات قريبة من الوضع الطبيعي مع زيادة الطلب من جهة أخرى.

وبالنسبة للمدة المتوسطة للمكوث فقد شهدت ارتفاعاً تدريجياً من 2.2 يوماً في 2020 إلى 3.16 يوماً في 2024 ، قد تعود النسبة الأولى باعتبارها أدنى مستوى بسبب خروج سريع للمرضى لتقليل خطر العدوى أثناء الجائحة، في حين يعكس معدل 3.16 يوم زيادة في الحالات المعقدة التي تتطلب رعاية أطول.

بالنسبة لمعدل دوران الأسرة **TR** شهد ارتفاعاً من 35.54 في 2020 إلى 47.83 في 2022، قبل أن يتراجع قليلاً إلى 44.63 و 42.13 خلال سنتي 2023 و 2024 على التوالي، الأمر الذي يعكس الضغط على الموارد الصحية وإعادة تفعيل الأنشطة الصحية بشكل أكبر بعد الجائحة.

بالنسبة لعدد التحويلات نلاحظ تذبذباً طفيفاً، حيث تراوح بين 367 و 427 تحويلاً خلال السنوات 2020-2024، يُمكن أن يكون ذلك مؤشراً على زيادة الحالات المعقدة التي تتطلب تحويلاً إلى مراكز أكثر تخصصاً.

وبالنسبة لعدد الفحوصات الطبية العامة والمتخصصة نلاحظ ارتفاع العدد من 18256 فحص في 2020 إلى 25888 فحص سنة 2022، ثم انخفض قليلاً سنتي 2023 و 2024 الأمر الذي يعكس استئناف الأنشطة الطبية الشاملة بعد انحسار الجائحة.

أما بالنسبة لمعدل الوفيات فقد تراوح بين 2.01% و 3.43%، مع اتجاه عام للاستقرار حول 2.5%، حيث بلغ ذروته في سنة 2021 بنسبة 3.43% يُعزى إلى تأثيرات موجة الجائحة. ليعود الاستقرار النسبي في السنوات اللاحقة 2022-2024، ما يعكس فعالية إدارة الحالات الحرجة وتحسن الرعاية الصحية.

وعليه يمكننا القول أن تأثير جائحة كورونا كان واضحاً في انخفاض النشاطات خلال سنتي 2020 و 2021 أين اشتدت الأزمة بشكل أكبر، وذلك بشكل خاص في العمليات الجراحية والمرضى الوافدين للمستشفى، ليستأنف العمل بشكل كامل في سنة 2022 مع زيادة الضغط، في حين يعود الاستقرار خلال سنتي 2023 و 2024 مع تحسن مؤشرات الأداء.

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيى"

بصور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

من خلال تحليل المعطيات والاحصائيات الخاصة بالمؤسسة العمومية الاستشفائية محل الدراسة في إطار التشخيص التنظيمي، تبين أنها تكتفي ببعض المؤشرات المالية والصحية البسيطة، ففي الجانب المالي تعرض هذه المؤشرات في شكل نسب وأرقام يتم حسابها انطلاقاً من الحساب الإداري والميزانية التسييرية للمؤسسة وكذا الوضعية المالية الخاصة بكل من الدفع والالتزام تبين نسب التقدم في استهلاك المخصصات المالية¹، أما في جانب النشاطات الصحية فهي تقدم في شكل احصائيات مرفقة

بتقارير دورية حول مختلف الأنشطة التي يقوم بها المستشفى والتي تتعلق أساساً بخدمات العلاج والاستشفاء كعدد التدخلات الجراحية، معدل الأيام الاستشفائية، معدل استغلال الأسرة، نسبة المكوث في المستشفى، معدل الوفيات في السنة، وغيرها من المؤشرات التقليدية التي لا يمكن أن تعكس الوضع الحالي للمستشفى بشكل دقيق، ورغم أهمية هذه المؤشرات إلا أنها غير كافية باعتبارها تهتم بتقديم معلومات موسعة غير مركزة، لا تعكس عوامل النجاح الرئيسية، كما أنها تفتقر للقدرة التنبؤية ولا تهتم بالجوانب غير الملموسة كرأس المال الفكري.

بالإضافة إلى ما سبق تبين من خلال المقابلة مع مدير المؤسسة ومدراء الفرعيين أن مساءلة المؤسسة تتم وفق وجهتين، ففي الوجهة الأولى يتم تقديم حوصلة حول السنة المالية المنتهية الممثلة بالحساب الإداري **compte Administratif**²، الذي يمثل الاعتمادات الممنوحة مع تبرير كل الاستهلاكات، يرسل إلى مجلس المحاسبة شهر جوان من كل سنة أين يتم مقارنته بحساب التسيير المعد من طرف أمين الخزانة الذي أشرف على تنفيذ الميزانية، وهو بذلك يصف مدى توافق الموارد المالية العامة المستهلكة مع مخطط عمل المؤسسة، ويتم اعداده من طرف المديرية الفرعية للمالية والوسائل تحديداً مكتب الميزانية والمحاسبة تحت إشراف مدير المؤسسة، أما الوجهة الثانية فتتمثل في إحصائيات وتقارير دورية (كل شهر، كل ثلاث أشهر، وكل سنة) تتعلق بمختلف النشاطات الصحية (التشغيلية) ترسل إلى مديرية الصحة بصفة إما يومية، أسبوعية، شهرية، فصلية، سداسية، أو سنوية، حسب نوع النشاط.

كما تبين أيضاً من خلال المقابلات مع المسؤولين في المؤسسة، أن الرقابة الداخلية للمؤسسة معمول بها من الناحية التطبيقية في اجتماعات مجلس الإدارة والمجلس الطبي أي في الجانب التسييري، حيث تكتفي المؤسسة

¹ تُعرض هذه المؤشرات في تقرير مجلس الإدارة للسنة المالية، حيث يتم تقديم مبالغ الاعتماد المالي المخصص لكل باب ونسبة الاعتماد المستهلك منه. وتشمل هذه الميزانية قسمين رئيسيين: يُعنى القسم الأول بتغطية أجور وعلاوات المستخدمين، مستحقات المناوبة، ومختلف المنح. أما القسم الثاني، فيتكفل بتسديد نفقات التسيير، بما في ذلك الأدوية والمواد الطبية المستخدمة في الأنشطة العلاجية، المعدات والأدوات الطبية، التكوين، الوقاية، النظافة الاستشفائية، نفقات الأشغال والصيانة، مصاريف المهام والتنقلات، بالإضافة إلى نفقات تسيير الحضيرة (انظر الملحق رقم 24).

² يعكس الحساب الإداري نتائج السنة المالية، حيث يوضح جميع المصاريف الفعلية التي تم إنفاقها والإيرادات المحققة خلال السنة المالية، بالإضافة إلى تسجيل كافة الأرصدة المتعلقة بنفقات المستخدمين ونفقات التسيير.

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي"

بصور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

بمراقبة إجراءات الصفقات العمومية ومدى توافقها مع القانون رقم 15-247 المؤرخ في 16 سبتمبر 2015 يتضمن تنظيم الصفقات العمومية وتفويضات المرفق العام، والقانون رقم 23-12 المؤرخ في 05 أوت 2023 يحدد القواعد العامة للصفقات العمومية، بالإضافة إلى إعداد الحساب الإداري.

بالإضافة إلى ما سبق تتم عملية التخطيط في المؤسسة بشكل تقليدي بالاعتماد على الميزانية، وهذا ما يجعلها تنظر إلى الوراء، بحيث يتطلب إعداد ميزانية السنة الحالية التركيز على الأداء الماضي بالاعتماد على مشروع الميزانية الذي أقره مجلس الإدارة في السنة الماضية ومستخرج الاعتمادات المالية المتحصل عليها من الوزارة الوصية للسنة الحالية، ويتم تخصيص هذه الاعتمادات وإعداد ميزانية السنة الحالية باجتماع مدير المؤسسة ومدراءه الفرعيين، وبالتالي فإن الخطط الإدارية للمؤسسة تركز بشكل أولي على العمليات المالية، الميزانيات، تخصيصات الموارد البشرية، والنشاطات الصحية، وتحقيق الأداء في المؤسسة العمومية الاستشفائية يعبر عنه "بالبقاء ضمن الميزانية" بمعنى لا يجب أن يزيد الإنفاق على الميزانية المخصصة، وما هو ملاحظ أن هذه القياسات المالية لا تعطي صورة واضحة عن كفاءة وحسن أداء الممارسات الصحية، كما أنها لا تأخذ بعين الاعتبار أبعاد أخرى للأداء جد مهمة كالوقت، جودة الخدمة الصحية، المرضى وباقي أصحاب المصلحة.

تتمثل مهام المؤسسة العمومية الاستشفائية محل الدراسة في تنفيذ البرامج الوطنية للصحة والسكان إلى جانب مهام أخرى حددتها على سبيل الحصر المادة 03 من المرسوم التنفيذي رقم 07-140، (أشرنا إليها في الفصل الأول من هذه الدراسة)، تتمثل في مهام العلاج، الاستشفاء والوقاية.

من هنا فإن للمؤسسة العمومية الاستشفائية رسالة تقوم بها وأهداف تسعى لتحقيقها، وللتأكد من تحقيق أهدافها والقيام بمهامها تظهر أهمية قياس وتقييم أدائها، للوقوف على واقع أنجازاتها وتحديد الانحرافات والجوانب التي تحتاج إلى التغيير والتطوير عن طريق تشخيص المشاكل واقتراح الحلول واتخاذ الإجراءات التصحيحية الملائمة. وفي هذا السياق يُعد تصميم بطاقة أداء متوازن خطوة أساسية لتحقيق هذا الهدف، إذ تبدأ العملية بتحديد التوجهات الاستراتيجية الكبرى للمستشفى (الرسالة، الرؤية، الأهداف الاستراتيجية)، يلي ذلك تحديد المؤشرات المناسبة لكل محور من المحاور الخمسة.

ثانيا: التوجه الاستراتيجي للمؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي" بسور الغزلان ولاية البويرة

ترتكز الفكرة الأساسية لبطاقة الأداء المتوازن على ترجمة استراتيجية المؤسسة إلى أهداف استراتيجية ومؤشرات من خلال محاورها الأربعة، لهذا أكد الباحثان Norton D.P و Kaplan R.S على ضرورة تحديد الاتجاه الإستراتيجي قبل البدء في تصميم بطاقة أداء متوازن، حيث تنطلق هذه العملية بتحديد رسالة المؤسسة

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيوي"

بصور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

كأول عنصر، وفي إطار هذه الرسالة يتم تحديد لائحة القيم الأساسية التي تعمل عليها، ومن ثم رؤية المؤسسة وأخيرا تشتق الغايات والأهداف الاستراتيجية، غير أن هذا المسار يختلف عندما نتحدث عن المؤسسات العمومية غير الهادفة للربح، خاصة المؤسسات الصحية منها كونها تابعة مباشرة للوزارة الوصية، أي أن تحديد رسالة هذه المؤسسات واستراتيجياتها يتم على مستوى وزارة الصحة.

تعتمد وزارة الصحة على الاستراتيجية التوسعية التي تركز على زيادة عدد المرافق الصحية (مستشفيات عامة ومتخصصة)، وتقديم خدمات صحية ذات جودة للمواطنين، حيث بحلول سبتمبر 2021، بلغ عدد المؤسسات الاستشفائية في الجزائر أكثر من 361 مؤسسة، بما في ذلك 14 مستشفى جامعياً وأكثر من 8070 عيادة متعددة الخدمات، إضافة إلى مراكز متخصصة مثل تصفية الكلى ومكافحة السرطان. هذه الزيادة تعكس الجهود الحكومية الرامية إلى تحسين الوصول إلى الخدمات الصحية وتطوير نظام صحي يتسم بالكفاءة والاستدامة¹.

التحليل الاستراتيجي للمؤسسات الصحية يتم في إطار إعداد مشروع المؤسسة الذي يعتمد على مقارنة استشرافية تقيم بتحليل الوضع القائم والتطورات المستقبلية الحاصلة في بيئة المؤسسات الصحية الداخلية والخارجية، وهو يشكل على هذا الأساس أداة استراتيجية لرسم مستقبل المؤسسة في شكل مخططات عمل، يساهم في إعدادها وصياغة بنودها فرق عمل متعددة التخصصات (الأطباء، الشبه الطبي، الإداريين)، حيث يساعد ذلك على خلق التجانس والترابط بين مختلف مكونات المشروع، الذي يتم إعداده وفق رزنامة محددة تساعد على متابعة وتقويم مختلف مراحل المشروع والتأكد من الالتزام في تجسيده.

يرتكز تحليل وتشخيص البيئة الداخلية للمؤسسة العمومية للصحة على نقاط القوة والضعف في المجالات التالية: الموارد، المهارات، الممارسات، الوضعية المالية، النموذج التنظيمي والمكايح أو القيود، من خلال التركيز على تسيير الموارد البشرية، التسيير المالي، التسيير المادي، تسيير نظام المعلومات، وبطبيعة الحال التركيز على التنظيم الطبي والتمريضي (شبه الطبي) للمؤسسة.

في حين يركز تحليل وتشخيص البيئة الخارجية على الفرص والتهديدات المرتبطة بالبيئة في المجالات التالية: العوامل الوبائية، تطلعات المستهلكين، التغيرات في توجهات السياسة الصحية، الطرق الجديدة في التمويل، كما يتناول دور ومكانة المؤسسة في إقليمها الصحي، بالإضافة إلى دراسة وفحص طبيعة ونوعية العلاقات التي تربط بين مختلف مكونات المنظومة الصحية (التواصل مع السكان، العادات الاجتماعية والثقافية، طبيعة المستشفيات المحلية...).

¹ كلمة وزير الصحة السيد عبد الحق سايحي، بمناسبة افتتاح فعاليات اليوم العالمي للصحة المنظمة بالعاصمة يوم الخميس 2023/04/13.

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي"

بصور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

وقد اخترنا التشخيص الاستراتيجي SWOT¹ لتقييم الوضع الراهن للمؤسسات العمومية للصحة ووضعها في المسار الصحيح، حيث يقوم في هذا المجال على النقاط التي يوضحها الشكل التالي:

الشكل رقم (43): مرتكزات التحليل الاستراتيجي SWOT للمؤسسات العمومية للصحة

نقاط الضعف: تشير إلى العوامل الداخلية السلبية التي تؤثر على الأداء وتشمل: • التمويل غير الكافي: نقص الموارد المالية. • البيروقراطية: تعقيد العمليات الإدارية. • النقص في المعدات أو الكوادر: عدم كفاية الأجهزة الطبية أو نقص الموظفين. • عدم رضا المرضى: بسبب أوقات الانتظار الطويلة أو جودة الخدمة.	نقاط القوة: تشير إلى العوامل الداخلية الإيجابية التي تميز المؤسسة وتشمل: • البنية التحتية: وجود تجهيزات طبية متقدمة. • الكفاءات البشرية: توفر أطباء وممرضين مؤهلين وذوي خبرة. • التكلفة المنخفضة للمرضى: تقديم خدمات صحية بأسعار مدعومة. • الشمولية: تقديم رعاية صحية شاملة ومتكاملة.
التحديات: تشير إلى العوامل الخارجية التي يمكن أن تعيق تحقيق أهداف المؤسسة وتشمل: • المنافسة من القطاع الخاص: الذي قد يقدم خدمات أسرع أو أكثر جودة. • الأوبئة أو الكوارث: التي تسبب ضغطاً كبيراً على الموارد. • التغيرات التشريعية: مثل تخفيض الدعم الحكومي. • الهجرة الطبية: هجرة الكفاءات إلى الخارج بحثاً عن فرص أفضل.	الفرص: تشير إلى العوامل الخارجية التي يمكن أن تستفيد منها المؤسسة لتطوير أداؤها وتشمل: • التعاون مع مؤسسات تعليمية وبخية: لتحسين المهارات والتدريب. • استخدام التكنولوجيا: مثل أنظمة إدارة المعلومات الصحية لتحسين الكفاءة. • زيادة وعي المجتمع: بضرورة الرعاية الصحية الوقائية. • الدعم الحكومي والدولي: الحصول على تمويل أو شراكات.

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على السياسات الصحية المعلنة من طرف وزارة الصحة.

بناءً على ذلك ومن أجل تحديد الوضعية الحالية للمؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي"، قمنا بإجراء تشخيص لبيئة عملها الداخلية والخارجية، وهذا لتحديد نقاط القوة والضعف التي تمتلكها، والفرص

¹ SWOT : هي بمثابة أداة استراتيجية لتقييم البيئة المتغيرة والاستجابة بشكل استباقي، من خلال تحليل نقاط القوة والضعف ضمن البيئة الداخلية للمؤسسة والفرص والتحديات المحتملة ضمن بيئتها الخارجية، وذلك بهدف وضع خطط استراتيجية فعالة.

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي"

بصور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

والتهديدات التي تواجهها، الأمر الذي سيساعدنا على تصميم بطاقة أداء متوازن ملائمة لها، كما يوضحه الشكل التالي:

الشكل رقم(44): التحليل الاستراتيجي SWOT للمؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي" بسور الغزلان

نقاط القوة:	نقاط الضعف:
- موقع جغرافي مهم: يقع في مدينة محورية، مما يسمح بتقديم الخدمات الصحية لعدد كبير من السكان من عدة ولايات مجاورة دوائر وبلديات. - طاقة استيعابية كبيرة: سعة تصل إلى 309 أسرة تقنية و272 سريرًا منظمًا، وهي ميزة مهمة لخدمة المنطقة. - تاريخ طويل في الخدمة الصحية: خبرة عريقة منذ تأسيسه عام 1853، مما يعكس قدرته على التكيف مع التغيرات. - الاستقلال المالي والإداري: يوفر بعض المرونة في تسيير الموارد وتحديد الأولويات. - تنوع في الخدمات الصحية: تغطي أنشطة التشخيص والعلاج وإعادة التأهيل الطبي. - البنية التحتية: بسعة 309 أسرة موزعة على 12 مصلحة، ووجود مركز لغسيل الكلى مجهز بـ 20 مولدًا. - الطابع الإقليمي: يغطي المستشفى أربع ولايات مجاورة ودائرتين و 10 بلديات، ما يجعله محورًا صحيًا أساسيًا للمنطقة. - طاقم بشري متنوع: 693 موظفين موزعين على مختلف الأسلاك، ما يتيح تنوعًا في الخدمات.	- قدم البنية التحتية: بما أنه بُني منذ الحقبة الاستعمارية، مما قد يؤدي إلى تدهوره وارتفاع تكاليف الصيانة. - التخصصات المحدودة: نقص في التخصصات الطبية المتقدمة على غرار التخدير والانعاش، أمراض النساء والتوليد، جراحة الأعصاب، أمراض القلب، جراحة الأطفال... إلخ. - الإدارة البيروقراطية والتبعية الإدارية: وجود نظام إداري قد يحد من الاستقلالية الكاملة في بعض القرارات الاستراتيجية وسرعتها. - النقص في الكوادر الصحية: مثل الأطباء المتخصصين والممرضين، مما يؤدي إلى ضغط على الموظفين الحاليين. - نقص الطابع الجامعي: عدم توفر خدمات تعليمية أو تدريبية طبية متقدمة داخل المستشفى. - ضغط الخدمات: تغطية حوالي 148,905 نسمة قد تسبب ضغطًا على الموارد والخدمات وزيادة أوقات الانتظار. - ارتفاع نسبة التأنيث: نسبة كبيرة من الموظفين خاصة في الطاقم الطبي وشبه الطبي هم من فئة الإناث ما يؤدي إلى خلق مشاكل في التسيير لاسيما في المصالح والأقسام الرجالية. - قيود قانونية: خضوع المؤسسة للرقابة من طرف هيئات تشاركية مثل المراقب الميزانياتي، أمين الخزينة ومفتشية الوظيف العمومي، والتي قد تعرقل وتطيل الإجراءات.
الفرص:	التهديدات:
- التوسع في التعاون مع المؤسسات الصحية: مثل الجامعات الطبية والمستشفيات الكبرى لتحسين التدريب والتوظيف. - الدعم الحكومي: إمكانية الحصول على تمويل إضافي لتحديث البنية التحتية وتوسيع الخدمات. - استخدام التكنولوجيا الطبية: إدخال أنظمة إلكترونية لإدارة المستشفى والملفات الطبية لتحسين الكفاءة (PAM).	- مجانة العلاج: مجانية العلاج تُشكل تهديدًا للمستشفى من خلال زيادة الضغط على الموارد المالية والبنية التحتية بسبب ارتفاع الطلب على الخدمات، ما قد يؤثر على جودة الخدمة. كما أنها تُضعف الاستدامة المالية للمؤسسة في ظل الاعتماد الكلي على التخصيصات الحكومية. - هذا التحدي يُعزز المنافسة مع القطاع الخاص الذي يُقدم خدمات أسرع وأكفأ للمرضى المقتردين.

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي"

بصور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

■ الهجرة المهنية (الطبية): احتمالية انتقال الكفاءات الطبية إلى مستشفيات أو دول أخرى بحثًا عن فرص أفضل، وهذا بمجرد انتهاء فترة الخدمة المدنية المحددة قانونًا. ■ التغيرات التشريعية: أي تغييرات في سياسات التمويل أو الإدارة قد تؤثر سلبًا على أدائه. ■ زيادة الطلب: النمو السكاني، انتشار الأوبئة أو الحوادث الكبرى قد تسبب ضغطًا غير مسبوق على الموارد. ■ المنافسة مع القطاع الخاص: المستشفيات الخاصة قد تستقطب المرضى ذوي القدرة المالية الذين يبحثون عن خدمات أسرع، وهذا بعد أن تتكفل المؤسسة بنقله بإمكانياتها المادية والبشرية من أجل إجراء فحوصات أو أشعة وتحاليل طبية لا توجد في المستشفى، بالإضافة إلى إمكانية استقطاب الكوادر الطبية وشبه الطبية. ■ تحديات الميزانية: اعتماد المستشفى بشكل كبير على الدعم الحكومي دون مصادر دخل إضافية، تؤثر على كفاءة العمليات والخدمات.	■ برامج الدعم الوطني والدولي للتطوير الصحي: يمكن الاستفادة من برامج وزارة الصحة أو منظمات دولية لتحديث المعدات أو تحسين البنية التحتية. ■ زيادة الطلب على خدمات متخصصة: مثل توسيع مركز غسيل الكلى ليصبح مركزًا إقليميًا مرجعيًا. ■ التوسع في الخدمات الوقائية: تكفل المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بسور الغزلان بتنظيم حملات وقائية لسكان البلديات العشرة التي يغطيها المستشفى لتخفيف الضغط على قسم الاستشفاء. ■ التعاون مع الجامعات والمراكز الاستشفائية الجامعية: إدخال برامج تدريبية أو بحثية، مما يرفع مستوى التصنيف على المدى البعيد.

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على الوثائق الرسمية للمؤسسة ونتائج التحليل الميداني للبيئة الداخلية والخارجية.

بينت نتائج التحليل الاستراتيجي SWOT للمؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي" بسور الغزلان، ضرورة تبني استراتيجية لتحسين أدائها من خلال تعزيز نقاط قوتها، معالجة نقاط ضعفها، استغلال الفرص المتاحة، ومواجهة التهديدات المحتملة حيث:

1. تعزيز نقاط القوة: يتم من خلال ما يلي:

- تحسين البنية التحتية من خلال إعادة تهيئة المباني القديمة بتبني برامج صيانة دورية وتحديد المعدات القديمة(قيد التنفيذ كاستراتيجية استعجالية في نهاية سنة 2025)؛
- تحسين سمعة المستشفى عبر تطوير الخدمات الأساسية وإطلاق حملات توعية بالمستشفى وخدمات (استغلال الصفحة الرسمية للمؤسسة عبر منصة فايسبوك)؛
- تطوير الخدمات المتخصصة من خلال زيادة الاستثمار في المرافق المتاحة مثل مركز غسيل الكلى ومركز التصوير الطبي لجذب المزيد من المرضى.

2. معالجة نقاط الضعف: من خلال التركيز على ما يلي:

- زيادة التوظيف وجذب الكفاءات الطبية عبر تحسين ظروف العمل؛

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيوي"

بمور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

- توسيع التخصصات من خلال استحداث أقسام جديدة وفقاً لحاجات السكان، مثل أمراض القلب أو الأورام، جراحة الأعصاب... إلخ؛

- تسهيل الإدارة (المرونة) من خلال التنسيق مع السلطات لتسريع اتخاذ القرارات وتحسين الأداء؛

- طلب تمويل إضافي من وزارة الصحة أو المنظمات الدولية لتحديث المعدات والوسائل المختلفة؛

- تقليل الضغط على الموارد عبر تحسين إدارة الموارد البشرية، مثل جدولة المناوبات بشكل أفضل.

3. استغلال الفرص: وذلك من خلال الاهتمام بما يلي:

- بناء شراكات التعاون مع الجامعات والمؤسسات الاستشفائية الأخرى لتطوير قدرات المستشفى وإعطائها طابع أكاديمي تدريجياً؛

- التوسع في تطبيق نظام إلكتروني لإدارة البيانات والخدمات الصحية لتقليل الأخطاء والضغط مع زيادة الكفاءة والرقابة ومتابعة أحسن للمريض وبالتالي تحقيق جودة في الخدمات المقدمة؛

- تنويع مصادر التمويل من خلال البحث عن شراكات مع القطاع الخاص في مجالات مختلفة، أو للحصول على دعم حكومي إضافي؛

- تنظيم حملات توعية للتقليل من الحالات الطارئة من خلال الوقاية، بالتنسيق مع المؤسسة العمومية للصحة الجوارية.

4. مواجهة التهديدات: مواجهة تهديدات البيئة الخارجية يكون من خلال تبني ما يلي:

- استراتيجية الاحتفاظ بالكفاءات: تتم من خلال تحسين ظروف العمل للأطباء والمرضى وتحفيزهم مادياً ومعنوياً لتقليل هجرتهم؛

- التخطيط للطوارئ بإنشاء خطط استجابة فعالة للتعامل مع الزيادة المحتملة في أعداد المرضى نتيجة الكوارث الصحية أو الأوبئة؛

- زيادة الطاقة الاستيعابية تدريجياً لتلبية الطلب المتزايد على الخدمات الصحية؛

- الترويج للخدمات (عبر الصفحة الرسمية للمستشفى) لتعزيز صورة المستشفى من أجل جذب المزيد من الدعم المجتمعي والتمويل الحكومي.

وعليه تقوم رسالة المؤسسة العمومية الاستشفائية محل الدراسة على تقديم خدمات صحية شاملة وعالية الجودة للمجتمع المحلي، مع التركيز على الوقاية، التشخيص، العلاج، وإعادة التأهيل، في بيئة تتسم بالكفاءة والإنسانية، مع تعزيز العدالة الصحية وضمان وصول الخدمات إلى كل من يقصدها، وعلى ضوء هذه الرسالة والتشخيص الاستراتيجي SWOT، يتضح بأن التوجه الاستراتيجي للمؤسسة العمومية الاستشفائية يركز على تحقيق رضا المريض من خلال تحسين الأداء الداخلي، وتقديم خدمات صحية ذات جودة عالية.

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي"

بصور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

إذا كانت الرسالة تعبر عن سبب وجود المؤسسة وتصف حاضرها (من نحن وماذا نعمل؟) فإن الرؤية هي بمثابة تصور المشهد المستقبلي للمؤسسة (إلى أين نحن ذاهبون وكيف سنكون في المستقبل؟)، حيث تعبر الرؤية عن طموحات المؤسسة في المستقبل.

في هذا الإطار تسعى وزارة الصحة إلى تحقيق رؤية مستقبلية، تتجه نحو تحقيق نظام صحي شامل ومتكامل يعتمد على الابتكار، الكفاءة، والعدالة، يكون قادرًا على مواجهة التحديات الصحية الوطنية والدولية، مع ضمان حياة صحية لكل الجزائريين، ومن خلال تحليل السياسات الصحية المعلنة من طرف الوزارة الوصية، يتضح بأنها تركز في رؤيتها على المجالات والنشاطات التالية:

- تعزيز الوقاية والصحة العامة من خلال تكثيف حملات التوعية الصحية للوقاية من الأمراض؛
 - تطوير البنية التحتية الصحية من خلال بناء وتجهيز المرافق الصحية وتوزيع الخدمات بشكل عادل؛
 - تحسين جودة الرعاية الصحية من خلال تطوير الكفاءات البشرية وإدخال معايير الجودة؛
 - تعزيز الابتكار والتكنولوجيا الصحية، وهذا من خلال رقمنة القطاع الصحي وتشجيع البحث العلمي؛
 - تحقيق التغطية الصحية الشاملة، من خلال توسيع نظام التأمين الصحي وتكامل الرعاية الصحية؛
 - تحقيق الاستدامة المالية والتشغيلية، من خلال إصلاح التمويل الصحي وإدارة الكوارث الصحية؛
 - تعزيز العدالة الصحية وتوزيع الخدمات بشكل عادل؛
 - التعاون الدولي والاقليمي لدعم النظام الصحي من خلال ابرام شراكات دولية والاستفادة من خبراتها.
- أما الأنشطة العملية لتحقيق الرؤية فتتمثل في:
- تنفيذ مشاريع نموذجية كمستشفيات رقمية بالكامل؛
 - زيادة عدد وحدات الطوارئ والعناية المركزة؛
 - إطلاق منصات رقمية للصحة مثل تطبيقات لحجز المواعيد والاستشارات عن بُعد؛
 - توسيع برامج مكافحة الأمراض المزمنة من خلال عيادات متنقلة ومراكز صحية متخصصة.
- وعليه يمكن القول أن هذه الرؤية تتماشى مع رسالة المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي" والمؤسسات العمومية الصحية الأخرى، حيث يُتوقع أن تتكامل جهود المستشفيات العمومية مع التوجهات الوطنية لتوفير خدمات صحية متميزة ومستدامة.

تتلخص الأهداف الاستراتيجية عموماً للمؤسسة محل الدراسة في تحقيق مجموعة من الغايات والأهداف التي تتماشى مع دورها كمؤسسة عمومية استشفائية، وتهدف إلى تقديم خدمات صحية شاملة وفعالة تتماشى مع التوجهات العامة للوزارة الوصية يمكن تحديد هذه الأهداف الاستراتيجية كما يلي:

- تحسين جودة الخدمات الصحية؛
- تعزيز الوقاية والرعاية الصحية الأولية؛

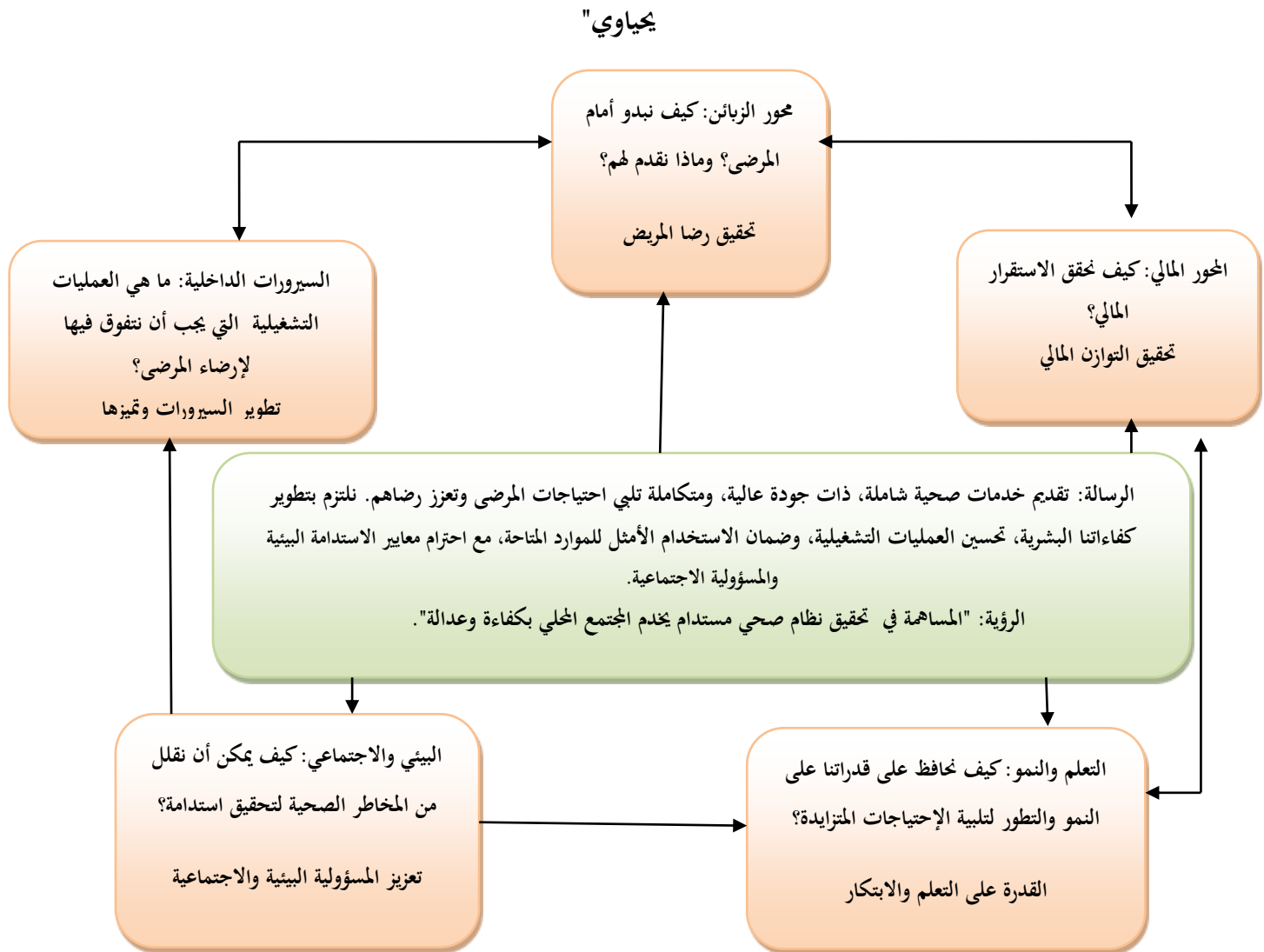
الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي"

بصور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

- زيادة الكفاءة التشغيلية والإدارية؛
- توسيع التغطية الصحية؛
- تعزيز النمو والتعلم؛
- دعم الاستدامة البيئية والمسؤولية الاجتماعية؛
- تعزيز الشراكات والتعاون.

تم الاعتماد في تصميم بطاقة الأداء المتوازن المقترحة للمؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي"، على نموذج Kaplan R S الخاص بالمؤسسات غير الهادفة للربح، بأبعاده الأربعة التقليدية مع إضافة البعد الخامس نظرا لملائمتها لخصائص المؤسسة من خلال التركيز على رضا المريض وفق ما يوضحه الشكل التالي:

الشكل رقم (45): النموذج العام المقترح لبطاقة الأداء المتوازن للمؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي"



المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على نموذج R.S Kaplan الخاص بالمؤسسات غير الربحية.

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيوي"

بصور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

وبما أن النموذج الذي نحن بصدد اقتراحه للمؤسسة العمومية الاستشفائية محل الدراسة يتكون من المحاور الأساسية الأربعة المتمثلة في: محور الزبون (المريض)، محور العمليات الداخلية، المحور المالي، محور التعلم والنمو، مع إضافة المحور الخامس المتمثل في المحور البيئي والاجتماعي نظرا لأهميته في مثل هذه المؤسسات، لما لها من نفايات استشفائية تشكل خطر على صحة الانسان والبيئة بصفة عامة، وعليه فإن تحديد الأهداف الاستراتيجية للمؤسسة محل الدراسة على وجه الخصوص يكون وفق كل محور من هذه المحاور حيث سنحاول صياغة ثلاثة أهداف استراتيجية لكل محور نناقشها كما يلي:

أولاً: محور الزبون (المريض)

كل المؤسسات العمومية للصحة بصفة عامة بما فيها المؤسسة العمومية الاستشفائية محل الدراسة، تعتبر المريض محوراً أساسياً والجوهري الذي وجدت لأجله، على اعتبار أنه المستفيد الأول من الخدمات الصحية المقدمة، وبالتالي من الضروري تحديد ومعرفة احتياجاته وتوقعاته ومحاولة تلبيتها.

قصد الإجابة على تساؤل رسالتنا "كيف يجب علينا أن ننظر إلى زبائننا (مرضانا)؟"، تم تقسيم توقعات المرضى إلى ثلاث توجهات أساسية (استخلصناها من المقابلات والتوجهات الاستراتيجية للمؤسسة العمومية الاستشفائية محل الدراسة)، يتعلق التوجه الأول بتحسين رضا المريض باعتباره المستفيد الأساسي من خدمات المستشفى، أما التوجه الثاني فيتعلق بتحسين صورة المؤسسة، في حين يتعلق التوجه الثالث بضمان تغطية كافة احتياجات الشريحة السكانية المستهدفة¹.

ثانياً: محور السيوروات الداخلية

تساهم السيوروات المصممة بشكل جيد في إرضاء الزبائن على المدى الطويل، لهذا السبب يأتي هذا المحور مباشرة بعد محور الزبائن، ويهدف معرفة عوامل النجاح الأساسية في هذا المحور والإجابة على التساؤل لإرضاء زبائننا ما هي السيوروات التي يجب أن تتفوق فيها؟، من المهم تحديد الأنشطة والعمليات التي يتفوق فيها

¹ يتوافق هذا التوجه مع تصريحات وزير الصحة السيد "عبد الحق سايجي" خلال مداخلتته في جنيف، حول تعزيز التغطية الصحية عبر البلاد من خلال إنشاء منشآت جديدة وضمان عدالة توزيع الخدمات الصحية واستفادة جميع المواطنين منها، مع التركيز على ضرورة الارتقاء بجودة الخدمات المقدمة، تشمل الاستراتيجية أيضاً تحسين التكفل بمرضى السرطان عبر مراكز متخصصة محلية، وتعزيز التحول الرقمي لتسهيل إدارة الخدمات الصحية والملفات الطبية، كما شدد على أهمية تحسين العلاقة بين المؤسسات الصحية والمجتمع لبناء الثقة وتعزيز صورة القطاع الصحي ككل، مع السعي لتحقيق الشفافية والحوكمة الرشيدة في إدارة القطاع (كلمة وزير الصحة خلال ترأسه أشغال الدورة العادية الـ 59 لمجلس وزراء الصحة العرب، المنعقدة على هامش أشغال الجمعية العالمية الـ 76 للصحة، يوم الأحد 2023/05/21 بجنيف).

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيوي"

بمور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

المستشفى لتحقيق رسالته، ولقد تم اعتبار ثلاث عوامل أساسية للنجاح تتمثل أساسا في: تخفيض وقت الانتظار في الاستعجال، الرفع من جودة الخدمات الصحية، وتحسين الانتاجية¹.

ثالثا: المحور المالي

بما أن المؤسسة العمومية الاستشفائية محل الدراسة غير هادفة للربح، فإن هذا المحور يكون بمثابة قيدا لنجاحها، وهذا يعني أنه جزء من الاستراتيجية وليس هدفا نهائيا، وبالتالي ينبغي على المؤسسة الالتزام بالتخصيصات المالية الممنوحة في الميزانية من خلال تشديد الرقابة على النفقات وعقلنة التكاليف الاستشفائية، مع محاولة تنوع مصادر التمويل **لزيادة إيرادات الميزانية**² خاصة وأن مصدر التمويل الأساسي لهذه المؤسسة على غرار باقي المؤسسات العمومية للصحة هو الدولة، بالإضافة إلى بعض الإيرادات التي تحصل عليها من خلال نشاطاتها والتي تتمثل أساسا في كل من:

- المبالغ المحصل عليها من نشاطات المؤسسة وهي تلك المتعلقة بما يدفعه المريض مقابل فحص عام أو متخصص، أشعة أو تحاليل والمقدرة ب 50 دج، وكذلك التي يدفعها في حالة الاستشفاء ليوم واحد أو لعدة أيام والمقدرة ب 100 دج لليوم الواحد، بالإضافة إلى المبالغ التي يدفعها المواطنون الأجانب³؛
- الاقتطاعات من الأجور والرواتب نتيجة غياب الموظفين وهذا بالاعتماد على القائمة الاسمية للعمال المتغيين بدون مبرر؛
- التعويضات التي يدفعها الأطباء المتوقفين عن العمل قبل انقضاء فترة الخدمة المدنية بحيث لا تمنح لهم شهادة توقيف الراتب إلا بعد التعويض؛
- المبالغ المالية المتحصل عليها نتيجة بيع العتاد الذي ألغي استعماله (la reforme) وهذا من خلال الصك الذي يأتي من مديرية أملاك الدولة؛

¹ يتماشى هذا التوجه مع تصريح وزير الصحة السيد "عبد الحق سايحي"، حيث أكد على أهمية ترتيب الأولويات في القطاع الصحي لتطوير أداء المستشفيات وتوفير الإمكانيات المادية والبشرية الضرورية، بما في ذلك تحسين استخدام الموارد المخصصة للقطاع، وضمان استدامة تمويل المشاريع الحيوية، كما تم التركيز على ترشيد النفقات ورفع كفاءة الخدمات من خلال تخصيص موازنات غير مسبقة، مع الإشارة إلى ضرورة تجهيز المستشفيات بالأجهزة المتطورة لتلبية الاحتياجات المتزايدة. (كلمة وزير الصحة أمام لجنة المالية والميزانية للمجلس الشعبي الوطني، في إطار سلسلة اجتماعاتها لدراسة الميزانيات القطاعية المدرجة في مشروع قانون المالية لسنة 2023 يوم الأحد 2022/11/06 بالجزائر العاصمة).

² يتماشى هذا التوجه مع تصريح وزير الصحة السيد "عبد الحق سايحي"، حيث أكد على أهمية ترتيب الأولويات في القطاع الصحي لتطوير أداء المستشفيات وتوفير الإمكانيات المادية والبشرية الضرورية، بما في ذلك تحسين استخدام الموارد المخصصة للقطاع، وضمان استدامة تمويل المشاريع الحيوية، كما تم التركيز على ترشيد النفقات ورفع كفاءة الخدمات من خلال تخصيص موازنات غير مسبقة، مع الإشارة إلى ضرورة تجهيز المستشفيات بالأجهزة المتطورة لتلبية الاحتياجات المتزايدة. (كلمة وزير الصحة أمام لجنة المالية والميزانية للمجلس الشعبي الوطني، في إطار سلسلة اجتماعاتها لدراسة الميزانيات القطاعية المدرجة في مشروع قانون المالية لسنة 2023 يوم الأحد 2022/11/06 بالجزائر العاصمة).

³ يحددها بالتفصيل القرار رقم 04 المؤرخ في 13 جويلية 2023 الذي يحدد مبالغ تسديد الخدمات العلاجية من طرف الأشخاص الأجانب على مستوى الهياكل والمؤسسات العمومية للصحة.

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيى"

بمور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

- حقوق سحب دفاتر الشروط للصفقات والاستشارات التي يدفعها المتعاملين والمقدرة بمبلغ 5000 دج للدفتر الواحد بالنسبة للمؤسسة محل الدراسة؛
- المبالغ التي تدفعها المؤسسات العمومية الاستشفائية الأخرى في إطار إتفاقية لحرق النفايات الطبية في مرمدة المؤسسة¹؛
- عائدات حرق النفايات على مستوى المرمدة وهذا من خلال إبرام اتفاقيات مع مؤسسات صحية عمومية أو خاصة.

رابعا: محور التعلم والنمو

يمثل هذا المحور جزء مهم في تنفيذ رسالة المؤسسة العمومية الاستشفائية، حيث أن تحقيق فعالية السيرورات الداخلية يتطلب إدخال تحسينات مستمرة، فاهتمام المؤسسة بالرفع من قدرات البحث والتطوير وتوفير تكنولوجيا داعمة يمكنها من تحسين أدائها، كما أن تطوير كفاءة الأطقم الطبية وشبه الطبية وتوفير مناخ عمل مناسب لهم يمكنها من الحفاظ عليهم وتعزيز الرضا الوظيفي لديهم والارتقاء بجودة الخدمات الصحية، مما يدعم تحقيق التوجه الاستراتيجي للمستشفى على المدى الطويل.²

خامسا: المحور البيئي والاجتماعي.

في إطار تعزيز المسؤولية الاجتماعية والاستدامة البيئية، تهدف المؤسسة محل الدراسة إلى الإسهام في تنمية صحية مستدامة للمجتمع المحلي من خلال تقديم خدمات صحية متكاملة وبرامج توعوية تساهم في تحسين صحة السكان. كما يسعى المستشفى إلى حماية البيئة من التلوث الاستشفائي عبر تبني نظم إدارة فعالة للنفايات الطبية وتقليل المخاطر البيئية الناجمة عن أنشطته الاستشفائية، وذلك في ضوء ما تنص عليه الأحكام التنظيمية والتشريعية

¹ تحتوي المؤسسة محل الدراسة على مرمدة وهي عبارة عن أداة لحرق النفايات الطبية الخاصة بالمستشفى ومعالجتها بطريقة آمنة وفعالة لتقليل تأثيرها البيئي والصحي. هذه المخارق تعمل على حرق المخلفات الطبية بطرق تلتزم بالمعايير البيئية، مما يقلل من خطر التلوث الناجم عن النفايات المعدية أو الخطرة، وبالتالي لا تحتاج المؤسسة إلى عقد اتفاقيات مع مؤسسات خاصة مختصة في هذا المجال، كما أنها تقوم بإبرام اتفاقيات حرق نفايات طبية للعيادات الخاصة بقيمة 30 دج للكلغ الواحد، كما تستعمل أيضا في حرق المخدرات بإشراف وكيل الجمهورية.

² يتماشى هذا التوجه مع تصريحات السيد الوزير الذي أكد على أهمية الاستثمار في تطوير الكفاءات البشرية والبحث العلمي، مشدداً على ضرورة تعزيز البحث والتطوير في المؤسسات الصحية بالتنسيق مع وزارة التعليم العالي والبحث العلمي وإطلاق مبادرات علمية مثل الأبحاث المتعلقة بالأمراض التنفسية، كما ركز على تحسين الظروف الوظيفية للعاملين في القطاع الصحي لضمان استدامة الجودة وتعزيز الرضا الوظيفي، كما أشار إلى ضرورة تحديث وتطوير أنظمة المعلومات في قطاع الصحة. (كلمة السيد وزير الصحة خلال إشرافه على افتتاح أشغال المؤتمر الوطني الثاني للجمعية الجزائرية للأمراض التنفسية، يوم الجمعة 2024/11/08 بالجزائر العاصمة).

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيى" بمستشفى الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

ذات الصلة، حيث تصنف نفايات النشاطات العلاجية في أربع أصناف بأكياس ذات ألوان مختلفة DASRI موضحة في (الملحق رقم 25) على النحو التالي:¹

- 1- **النفايات المعدية:** يرمز لها DAS أو PTC وتمثل في خيط الجراحة، الحقن، الإبر، المشارط، المقص (المقص العادي وليس مقص الجراحة) الشفرات، **les Ampoules** المستعملة والمكسورة، الزجاج المحتوي على الدم أو السوائل البيولوجية، كمادات، ضمادات، قفازات، نفايات الجبس. حيث تجمع في أوعية صلبة مقاومة للخرق وفي أكياس بلاستيكية سمكها 0.1 ملم مزودة بنظام إغلاق تمنع التسرب ذات لون أصفر توجه إلى الترميد.
- 2- **النفايات المتكونة من الأعضاء الجسدية:** هي عبارة عن نفايات تتكون من الأعضاء الجسدية غالبا ما تكون ناتجة عن عمليات جراحية أو عمليات ولادة ومختلف نشاطات العلاج، توضع في أكياس ذات لون أخضر تستعمل مرة واحدة، ويتم معالجتها عن طريق إضافة مواد كيميائية لإزالة العدوى والتخلص من مخاطرها، بعدها تخزن عن طريق التجميد و لمدة أقصاها أربعة أسابيع، بعدها تنقل وتفرغ المغلفات إلى أدنى حد مع توخي الحذر واستعمال مختلف وسائل الحماية المطلوبة لهذا الغرض بهدف تجنب كل خطر عدوى محتمل، لتوجه إلى الترميد.
- 3- **النفايات السامة:** هي عبارة عن بقايا ونفايات خطيرة تتمثل غالبا في المواد والأدوية المنتهية الصلاحية، أفلام الأشعة، المواد المستعملة في مصالح الأشعة، كواشف المخابر، مواد الترخيص المستعملة في طب الأسنان، الأدوية والمواد المستعملة في علاج السرطان، أجهزة قياس الضغط المحتوية على الزئبق قوارير المضادات الحيوية والمواد الكيميائية، ومختلف النفايات التي تحتوي على تركيزات عالية من المعادن الثقيلة والأحماض والزيوت والمذيبات... وغيرها تجمع هذه النفايات في أكياس بلاستيكية ذات لون أحمر تستعمل مرة واحدة تكون مقاومة وصلبة تمنع تسرب غاز الكلور تملئ إلى الثلثين وتغلق بإحكام لتوضع في حاويات صلبة مزودة بغطاء ومن ثم مباشرة إلى الترميد.

¹ الجريدة الرسمية ، العدد 78، المرسوم التنفيذي رقم 03-478 المؤرخ في 09 ديسمبر 2003 المتعلق بتحديد كفايات تسيير النشاطات العلاجية، الصادرة بتاريخ 14 ديسمبر 2003، المواد من 05 إلى 12 وكذا التعليمات الوزارية رقم 04 المؤرخة في 12 ماي 2013 المتعلقة بتسيير نفايات نشاطات العلاج.

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستهلاكية "الإخوة يحيوي"

بمور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

4- النفايات المنزلية: هي عبارة عن نفايات عادية ناتجة عن الاستعمال اليومي كمواد التغليف، الورق، الكرتون، مناديل التنظيف، أوعية المطهرات نفايات المطابخ، زجاج بلاستيكي.. توضع في أكياس ذات لون أسود وتحرق في المزبلة العمومية.

ويتم تجميع هذه النفايات في محلات مخصصة داخل المؤسسة، تراعي شروط التهوية والنظافة والسلامة، وتُفرغ بانتظام خلال 24 ساعة بالنسبة للمؤسسات التي تمتلك مرقد، أو خلال 48 ساعة كحد أقصى للمؤسسات الأخرى.

وبالإضافة إلى إدارة النفايات، تسعى المؤسسة إلى ضمان الاستغلال الأمثل للموارد الطبيعية من خلال اعتماد تقنيات صديقة للبيئة وترشيد استهلاك المياه والطاقة.¹

يتكامل هذا البعد مع الأبعاد الأخرى لبطاقة الأداء المتوازن؛ حيث تساهم حماية البيئة وتنمية المجتمع المحلي في تعزيز رضا المرضى (محور العملاء)، وتنعكس كفاءة إدارة الموارد البيئية على تحسين الإنتاجية وتقليل التكاليف (المحور المالي). كما أن تبني ممارسات بيئية مستدامة يعزز العمليات الداخلية، ويدعم ثقافة الابتكار والنمو المستدام من خلال تشجيع الأبحاث والمبادرات الخضراء (محور التعلم والنمو).

والجدول التالي يلخص ترتيب هذه الأهداف وفق المحاور الخمسة لبطاقة الأداء المتوازن:

¹ يتماشى التوجه الاستراتيجي للمحور البيئي والاجتماعي، مع جهود وزارة الصحة التي تعمل على دمج الصحة والبيئة لتحقيق تنمية مستدامة، يُبرز التزام الحكومة بتقليل التلوث، الاستخدام العقلاني للموارد، وضمان بيئة صحية سليمة كجزء من استراتيجية التنمية المستدامة حتى عام 2030، والتي تجمع بين القطاعين الصحي والبيئي لضمان إطار معيشي متوازن يحترم حقوق الأجيال الحالية والمستقبلية، حيث تم التأكيد على أهمية التعاون بين وزارة البيئة ووزارة الصحة من خلال تنفيذ استراتيجيات مشتركة تهدف إلى تقليل التلوث البيئي المرتبط بالأنشطة الصحية، مع ضمان استدامة النظام البيئي وصحة المواطنين، كما تعمل الجزائر على تحقيق التوازن بين التنمية المستدامة وحماية البيئة من خلال عدة مشاريع ومبادرات مشتركة بين القطاعات (تقرير مشترك لوزارة البيئة والطاقة المتجددة مع وزارة الصحة في إطار المشاركة في الاجتماع المشترك الثالث على مستوى الخبراء لمتابعة تنفيذ الاستراتيجية العربية للصحة والبيئة 2017-2030 المنعقد في الفترة الممتدة بين 6 و7 ديسمبر 2022 بمقر الجامعة العربية- نشر التقرير يوم الأحد 2023/01/08).

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي"
بمور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

الجدول رقم (33): الأهداف الاستراتيجية للمؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي" وفق المحاور الخمسة لبطاقة الأداء المتوازن

المحور	التركيز	الأهداف الاستراتيجية
الزبائن	المرضى	-تحسين رضا المرضى من خلال جودة الخدمات -تعزيز صورة المستشفى لدى المجتمع المحلي -ضمان تغطية صحية شاملة
العمليات الداخلية	تحسين الكفاءة التشغيلية	-تقليل وقت الانتظار في مصلحة الاسترجالات -رفع جودة الخدمات الصحية -تحسين الإنتاجية عبر إدارة الموارد
النمو والتعلم	تطوير الموارد البشرية والابتكار	-تطوير الكفاءات البشرية والحفاظ عليها -تحسين المناخ الوظيفي -تعزيز قدرات البحث والتطوير
البيئي والاجتماعي	المسؤولية البيئية وتنمية المجتمع المحلي	-الإسهام في تنمية صحية مستدامة -حماية البيئة من التلوث الاستشفائي -الاستغلال الأمثل للموارد الطبيعية
المالي	الاستدامة المالية	-عقلنة التكاليف وضبط النفقات -الالتزام بالتخصيصات المالية -تنويع مصادر التمويل

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على نتائج التحليل التنظيمي والاستراتيجي للمؤسسة محل الدراسة.

يشير الجدول إلى أن أهداف المحاور الخمسة مترابطة بشكل يعزز التوجه الاستراتيجي للمستشفى، حيث يدعم كل محور الآخر لتحقيق التوازن بين رضا المرضى، كفاءة العمليات، استدامة الموارد، تطوير الكفاءات، والمسؤولية تجاه المجتمع والبيئة. هذا التكامل بين المحاور يعكس أهمية ربط الأهداف الاستراتيجية ضمن إطار منهجي شامل، وهو ما يتطلب إعداد خارطة استراتيجية واضحة، حيث تعد هذه الأخيرة أداة فعالة لتوضيح العلاقات السببية بين المحاور المختلفة وكيفية تفاعلها لتحقيق رؤية ورسالة المستشفى، بناءً على ذلك سيتم في المطلب الثاني تقديم الخارطة الاستراتيجية للمؤسسة محل الدراسة، التي تسمح بتجسيد المرور من الاستراتيجية إلى خلق القيمة، مع توضيح أبعادها ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية وضمان استدامتها.

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيوي" بصور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

المطلب الثاني: الخريطة الاستراتيجية للمؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيوي" بـ صور الغزلان

ولاية البويرة

بعد تحديد التوجه الاستراتيجي للمؤسسة بما في ذلك الأهداف الاستراتيجية، يأتي الدور على تطوير رؤية شاملة ومترابطة للأهداف والخطط التي تدعم تحقيق هذه الأهداف، في هذا السياق تعتبر الخارطة الاستراتيجية أداة فعالة لربط الأبعاد المختلفة للبطاقة وإبراز العلاقة السببية بينها، مما يساعد على توجيه الجهود نحو تحقيق رؤية المؤسسة وتحسين أدائها بشكل متكامل.

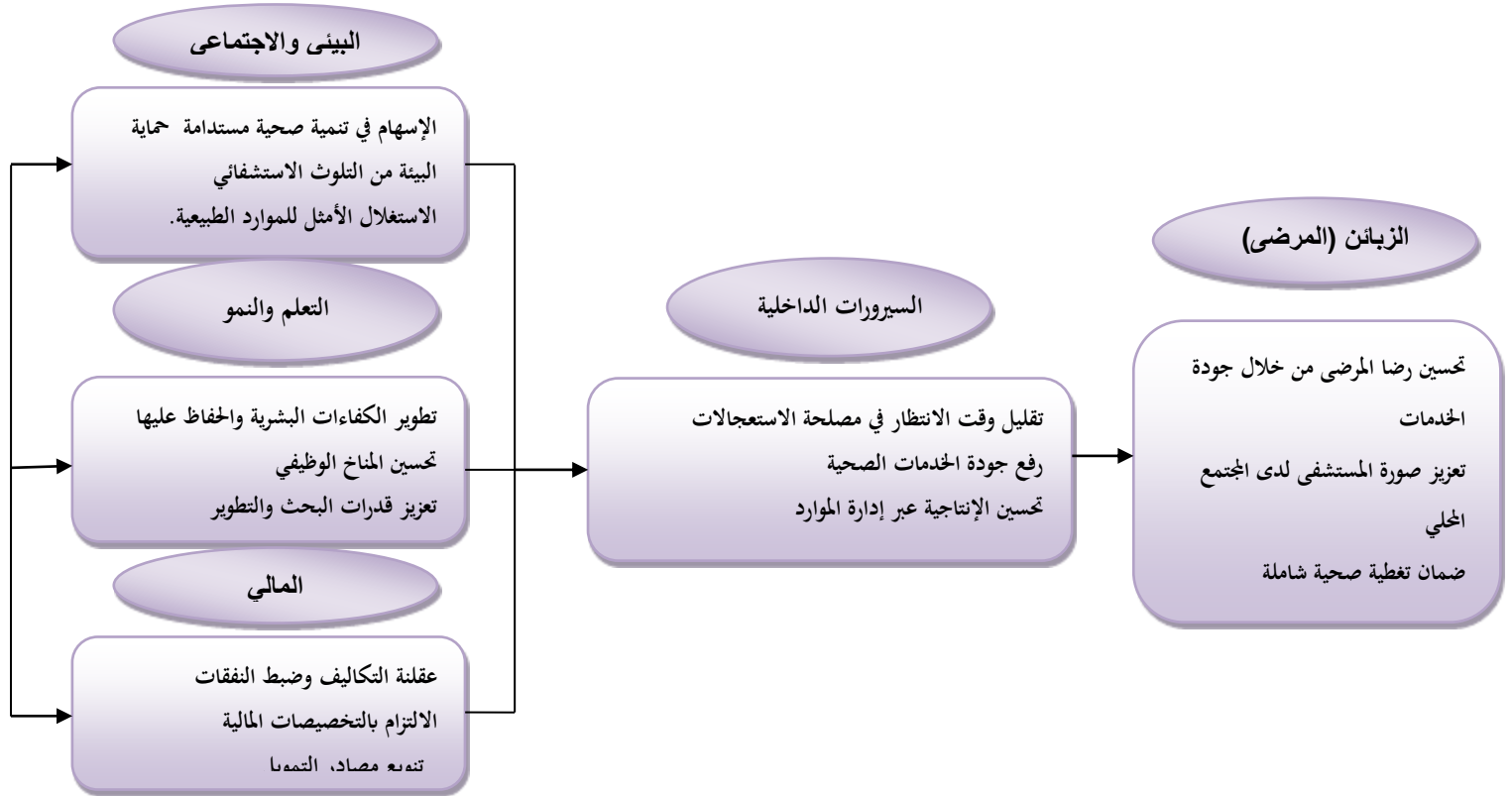
بما أن المؤسسة محل الدراسة هي مؤسسة عمومية استشفائية، فإن إعداد الخريطة الاستراتيجية ينطلق من تحديد الرسالة والأهداف الاستراتيجية (تم التطرق إليها سابقاً)، تليها عملية تحديد التسلسل الهرمي للمحاور الخمسة للبطاقة، وبما أن رسالة المؤسسة تتمحور حول تقديم خدمات صحية شاملة ومتكاملة ذات جودة عالية تلبي احتياجات المرضى وتعزز رضاهم، فإن الزبون الأساسي لهذه المؤسسة هو المريض، لذلك تركز على تحقيق رضاه من خلال تقديم خدمات صحية ذات جودة.

من هذا المنطلق فإن التسلسل الهرمي للمحاور الخمسة للبطاقة يأخذ شكلاً مختلفاً عن النموذج الأصلي الخاص بالمؤسسات غير الهادفة للربح، حيث يضع هذا النموذج محور الزبائن (المريض) في أعلى مستوى من الخريطة الاستراتيجية، نظراً لأن الهدف الأساسي للمستشفى هو إرضاء المريض، وليس تحقيق الربح، يلي ذلك محور العمليات الداخلية، الذي يركز على تحسين العمليات وتطويرها لضمان تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية، بعد ذلك يأتي محور التعلم والنمو، حيث أن الاستثمار في تنمية الكفاءات البشرية وتعزيز البحث والتطوير يدعم فعالية العمليات الداخلية وجودة الخدمات، في حين يوضع المحور المالي أسفل الخريطة الاستراتيجية كدعم للمحاور الأخرى، حيث يُعتبر قيداً وليس هدفاً رئيسياً، نظراً لأن المستشفى يعتمد في تمويله على الإعانات والمساهمات الحكومية كمصدر أساسي، بالإضافة إلى بعض الإيرادات الخاصة بأنشطته. يتم تخصيص هذه الموارد المالية وفق مشروع الميزانية لضمان استدامة العمليات وتحقيق الأهداف الاستراتيجية، ثم في الأخير يأتي المحور البيئي والاجتماعي، الذي يُظهر التزام المستشفى بالمسؤولية تجاه البيئة والمجتمع، يساهم هذا المحور في ضمان استدامة الموارد وحماية البيئة من التلوث الاستشفائي، مع تعزيز الصحة العامة والوعي البيئي، وبذلك يظهر البعد

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيوي" بمور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

البيئي والاجتماعي كعنصر مكمل لتحقيق جودة الخدمات الصحية واستدامتها، وتوضيحا لذلك يبين الشكل الموالي العلاقات السببية بين المحاور الخمسة للبطاقة في المؤسسة محل الدراسة:

الشكل رقم(46): علاقات (سبب-نتيجة) للمؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيوي"



المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على جدول الأهداف الاستراتيجية.

تحليل العلاقة السببية بين المحاور الخمسة في بطاقة الأداء المتوازن المبينة في الشكل أعلاه، يبين لنا أن هذه المحاور تؤثر على بعضها البعض بطريقة مترابطة لتحقيق الأهداف الاستراتيجية للمؤسسة، يبدأ المحور المالي الذي يُعتبر القاعدة الأساسية، بتوفير الموارد اللازمة لدعم الأنشطة المختلفة، تُستخدم هذه الموارد لتطوير الكفاءات البشرية والبنية التحتية في إطار محور التعلم والنمو، مما يُحسن أداء العمليات الداخلية، هذه الأخيرة تضمن تقديم خدمات صحية عالية الجودة وتقلل من أوقات الانتظار والأخطاء الطبية، وهو ما يعزز رضا المرضى وصورته الإيجابية عن المؤسسة ضمن محور الزبائن، من جهة أخرى يُضيف المحور البيئي والاجتماعي بعداً مستداماً للعلاقة بين المحاور، حيث يساهم الالتزام بالمسؤولية الاجتماعية والبيئية في تحسين صورة المؤسسة بين المجتمع وزيادة الثقة بها. هذه العلاقة السببية تعمل بشكل دائري، حيث يؤدي تحقيق رضا المرضى وتعزيز صورة المؤسسة إلى زيادة

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي"

بصور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

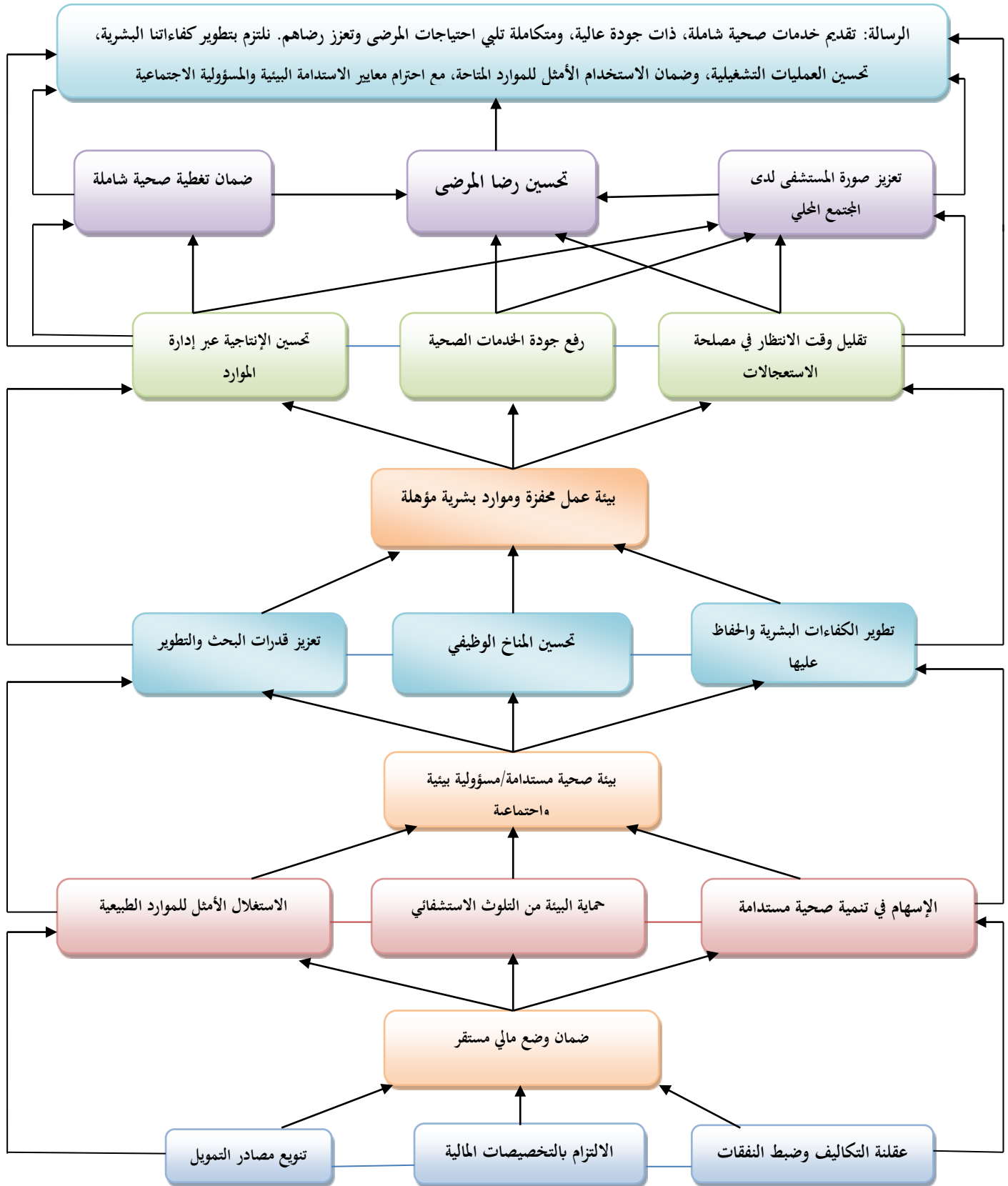
الدعم الحكومي والمجتمعي، مما يوفر المزيد من الموارد المالية التي تُغذي الدورة من جديد. هذا التفاعل المتكامل يضمن استدامة المؤسسة وتحقيق رؤيتها ورسالتها بشكل فعال.

بناءً على ما سبق، يمكن رسم الخريطة الاستراتيجية للمؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي"، والتي تحتوي على خمسة محاور الزبائن، السيورورات الداخلية، التعلم والنمو، البيئي والاجتماعي، حيث يحتوي كل محور على ثلاث أهداف استراتيجية مرتبطة ببعضها البعض في إطار علاقات سببية توضح كيفية تأثير كل محور على الآخر، وتبسيطاً من الباحثة، تم الربط بين الأهداف الاستراتيجية لكل محور بشكل يعبر عن التأثيرات من شكل سبب-نتيجة، مع الحفاظ على التسلسل الهرمي الذي يعكس أولوية المحاور، حيث تمت مناقشة هذه الخريطة مع مدير المستشفى ومدراء الأقسام، مما أسفر عن التوصل إلى الشكل النهائي الموضح أدناه، والذي يمثل رؤية متكاملة لدور المحاور في تحقيق أهداف المؤسسة:

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الأخوة يحياوي"

بصور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

الشكل رقم (47): الخريطة الاستراتيجية للمؤسسة العمومية الاستشفائية "الأخوة يحياوي"



المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على جدول الأهداف الاستراتيجية وعلى علاقات (سبب-نتيجة) للمؤسسة محل الدراسة.

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الأخوة يحياوي"

بمور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

يبين الشكل السابق وصف لرسالة المؤسسة العمومية الاستشفائية "الأخوة يحياوي"، وترجمتها إلى أهداف وفق سلسلة من علاقات سبب-نتيجة، التي تظهر الاهتمامات التسييرية والموارد التي ينبغي على المستشفى التركيز عليها من أجل الحفاظ على المسار الصحيح لتحقيق رسالته، وفيما يلي قراءة الخريطة الاستراتيجية من الأسفل إلى الأعلى مع تحليل العلاقات الواردة فيها:

✓ يوفر المحور المالي الموارد المالية اللازمة لدعم الأنشطة المختلفة داخل المستشفى، كما أن تنوع مصادر التمويل وعقلنة التكاليف يساعدان في تمويل خطط تطوير الكفاءات البشرية وتحسين العمليات الداخلية، بالإضافة إلى ذلك يعزز الالتزام بالتخصيصات المالية استدامة الأنشطة الصحية ويساهم في تحقيق الأهداف البيئية والاجتماعية؛

✓ يتولى المحور البيئي والاجتماعي إدماج المسؤولية البيئية والاجتماعية في عمليات المستشفى لضمان استدامة الخدمات وتحسين صورة المؤسسة، والالتزام بالممارسات البيئية والاجتماعية يُعزز رضا المرضى ويزيد من ثقة المجتمع في المستشفى، كما أن وتوفير بيئة صحية مستدامة يُسهم في تحقيق الأهداف طويلة الأمد المتعلقة بالصحة العامة؛

✓ يركز دور التعلم والنمو على الاستثمار في تطوير الكفاءات البشرية وتحسين المناخ الوظيفي كخطوة أساسية لرفع كفاءة العمليات الداخلية، كما أن الإنفاق على التدريب وتحسين بيئة العمل يعزز قدرات العاملين، مما يؤدي إلى تقديم خدمات صحية أكثر فعالية وكفاءة، كما يدعم هذا المحور المستشفى لتحقيق أهداف المحاور الأعلى من خلال توفير بيئة عمل محفزة وموارد بشرية مؤهلة؛

✓ يتمثل دور محور العمليات الداخلية في تحسين العمليات الصحية والإدارية لضمان تقديم خدمات ذات جودة وتقليل الأخطاء، العمليات الداخلية الفعالة مثل تقليل وقت الانتظار، إدارة العدوى، تسهم مباشرة في تحقيق رضا المرضى، كما أن تحسين الإنتاجية والجودة يدعم الصورة الإيجابية للمستشفى في المجتمع؛

✓ يعتبر محور الزبون الهدف النهائي الذي تركز عليه كافة الجهود، حيث يسعى المستشفى إلى تحقيق رضا المرضى من خلال تحسين جودة الخدمات وتعزيز الثقة، نجاح العمليات الداخلية والكفاءات البشرية ينعكس مباشرة على رضا المرضى، كما أن الالتزام البيئي والاجتماعي يُظهر اهتمام المؤسسة بمسؤوليتها تجاه المرضى والمجتمع، مما يُعزز الثقة المتبادلة.

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي"

بصور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

ولضمان تحقيق هذه الأهداف على أرض الواقع، يصبح من الضروري اعتماد نظام تقييم أداء شامل يركز على قياس نجاح المؤسسة من عدة زوايا. في هذا السياق، يأتي المطلب الثالث الذي يركز على المقترحة لتقييم الأداء في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي" بسور الغزلان، استنادًا إلى الأبعاد الخمسة الرئيسية لبطاقة الأداء المتوازن.

المطلب الثالث: المؤشرات المقترحة لتقييم الأداء في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي" بسور الغزلان ولاية البويرة

في إطار بناء نموذج بطاقة الأداء المتوازن للمؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي"، وبعد تحديد توجهها التنظيمي والاستراتيجي يصبح من الضروري قياس مدى تحقيق هذا التوجه من خلال نظام متكامل لتقييم الأداء. يعتمد هذا التقييم على اقتراح مجموعة من المؤشرات التي تغطي مختلف أبعاد الأداء، بهدف تقييم مدى تحقيق الأهداف الاستراتيجية وضمان استدامة الخدمات الصحية وجودتها، هذه المؤشرات لا تقيس فقط الأداء المالي للمؤسسة، بل تمتد إلى قياس رضا العملاء (المرضى)، كفاءة العمليات الداخلية، واستدامة النمو المهني والتعلم، كما يُضاف منظور البيئة والمسؤولية الاجتماعية الذي يعكس التزام المستشفى تجاه المجتمع والبيئة المحيطة. أولاً: المؤشرات المقترحة لتقييم الأداء من منظور العملاء (المرضى) للمؤسسة العمومية الاستشفائية

"الإخوة يحياوي" بسور الغزلان

يعتبر هذا المحور أساسي في بطاقة الأداء المتوازن للمؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي"، وذلك لأن الهدف الاستراتيجي لهذه المؤسسة هو تحقيق رضا لدى المريض باعتباره المتلقي للخدمات الصحية التي تقدمها المؤسسة، وعليه فإن المؤشرات التي تسمح بقياس أداء هذا المحور وتتوافق مع أهدافه الاستراتيجية هي كما يلي:

1. مؤشر درجة رضا المرضى: هو عبارة عن أداة لتقييم مستوى رضا المرضى عن الخدمات الصحية المقدمة، يتم قياسه من خلال استبيانات تُطرح بشكل دوري على عينة من المرضى، بهدف تحديد نقاط القوة والضعف في الخدمات.

2. معدل الشكاوى والاقتراحات: يعبر عن عدد الشكاوى أو الاقتراحات التي يتلقاها المستشفى من المرضى لكل 100 مريض، مما يتيح متابعة جودة الخدمة والعمل على تحسينها بناءً على ملاحظات المرضى.

3. مؤشر نسبة تغطية الاحتياجات الصحية: يقيس مدى قدرة المستشفى على تلبية الاحتياجات الصحية للسكان المستهدفين، من خلال مقارنة عدد المرضى المستفيدين من الخدمات مع إجمالي الطلب على هذه الخدمات.

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيى"

بصور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

4. معدل التوصيات الإيجابية: يعبر عن مدى رضا المرضى بشكل عام من خلال قياس نسبة المرضى الذين ينصحون الآخرين بالاستفادة من خدمات المستشفى، وهو مؤشر هام لتحسين صورة المستشفى وثقة المجتمع فيه.

ثانيا: المؤشرات المقترحة لتقييم الأداء من منظور العمليات الداخلية للمؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيى" بسور الغزلان

تركز مؤشرات أداء محور العمليات الداخلية على ما يجب أن تتفوق فيه المؤسسة العمومية الاستشفائية محل الدراسة في ظل الامكانيات والموارد المتاحة، حيث تقيس مدى قدرتها على تقديم خدمات صحية تلي احتياجات المرضى بجودة عالية من خلال تحقيق الامتياز العملي القائم على التحسين المستمر للأنشطة المرتبطة بالتشخيص والعلاج وضمان تحقيق نتائج مستدامة تخدم المريض والمجتمع ومن بين هذه المؤشرات نقترح ما يلي:

1. **معدل استخدام الأسرة:** هذا المؤشر يقيس نسبة الأسرة المشغولة مقارنة بإجمالي الأسرة المتوفرة في المستشفى خلال فترة زمنية محددة، يعكس كفاءة إدارة الأسرة وقدرة المستشفى على تلبية الطلبات الصحية، حيث إذا كان المعدل مرتفعاً جداً، فقد يشير إلى ضغط على الموارد، وإذا كان منخفضاً، فقد يشير إلى عدم استغلال الموارد بشكل كافٍ.

2. **مؤشر متوسط وقت الانتظار:** يعبر عن متوسط الزمن الذي ينتظره المرضى للحصول على الخدمات الصحية، مثل الاستشارات الطبية أو الإجراءات العلاجية، يعتبر مؤشراً أساسياً لقياس كفاءة العمليات الداخلية ورضا المرضى، حيث أن تقليل هذا الوقت دون التأثير على جودة الخدمة يعكس كفاءة النظام الصحي في المستشفى.

3. **معدل الأخطاء الطبية:** يقيس عدد الأخطاء الطبية التي تم الإبلاغ عنها بالنسبة لكل 1000 مريض. ويشمل الأخطاء المرتبطة بالتشخيص، العلاج، أو الإجراءات الطبية، حيث أن انخفاض هذا المعدل يشير إلى جودة الرعاية الصحية والتزام المستشفى بالبروتوكولات العلاجية.

4. **معدل مكافحة العدوى داخل المستشفى:** يقيس نسبة حالات العدوى المكتسبة داخل المستشفى إلى إجمالي المرضى، ويعتبر مؤشراً حيوياً لجودة التعقيم، النظافة، وإجراءات مكافحة العدوى، حيث أن انخفاض هذا المعدل يعكس نجاح المستشفى في حماية المرضى من العدوى الثانوية.

5. **عدد المرضى لكل موظف صحي:** يعبر عن الإنتاجية والكفاءة التشغيلية للمستشفى من خلال قياس عدد المرضى الذين يتم خدمتهم بواسطة كل موظف صحي خلال فترة معينة، حيث أن ارتفاع هذا المعدل قد يشير إلى كفاءة أو ضغط عمل على الموظفين، حسب الموارد المتاحة وجودة الخدمة المقدمة.

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيوي"

بصور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

6. نسبة التوجه للمستشفيات الأخرى: يعبر عن نسبة المرضى الذين يختارون التوجه إلى مستشفيات أخرى لتلقي الخدمات الصحية، مقارنة بإجمالي المرضى الذين يتلقون الخدمات في المستشفى، حيث أن ارتفاع هذه النسبة قد يشير إلى عدم رضا المرضى أو نقص في الخدمات المتوفرة.

7. نسبة الوفيات: تقيس نسبة المرضى الذين يتوفون داخل المستشفى إلى إجمالي المرضى الذين تم علاجهم. ويُعتبر مؤشرًا حساسًا لجودة الرعاية الصحية وكفاءة العمليات الطبية، حيث أن ارتفاع هذه النسبة قد يشير إلى قصور في جودة الرعاية أو وصول المرضى في حالات حرجية جدًا.

ثالثًا: المؤشرات المقترحة لتقييم الأداء من منظور التعلم والنمو للمؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيوي" بسور الغزلان

يعكس هذا المحور التوجهات الاستراتيجية الهادفة إلى جذب موظفين محفزين وذوي كفاءات عالية، من خلال الاستثمار في التكوين المستمر والتطوير الدائم للكفاءات الإدارية والطبية وشبه الطبية، بالإضافة إلى تحسين بيئة العمل واعتماد التقنيات التكنولوجية الحديثة المناسبة، وتتجسد مؤشرات هذا المحور في الآتي:

1. نسبة مصاريف التكوين: هذا المؤشر يعكس النسبة المئوية من الميزانية المخصصة لتدريب وتطوير الموظفين، مقارنةً بالميزانية الإجمالية للمؤسسة، يعبر عن مدى التزام المستشفى بتطوير كفاءات موظفيها، وكلما زادت نسبة مصاريف التكوين، كان ذلك دليلًا على اهتمام المؤسسة بتعزيز مهارات موظفيها وتحسين أدائهم.

2. معدل دوران العاملين: يقيس هذا المؤشر نسبة الموظفين الذين يغادرون المستشفى (سواء بالاستقالة أو التقاعد أو الانتقال إلى وظائف أخرى) مقارنةً بالعدد الإجمالي للموظفين يعتبر معدل الدوران مرتفعًا إذا كانت هناك مشاكل في الاحتفاظ بالموظفين، مما قد يعكس مشكلات في بيئة العمل أو في استراتيجيات التوظيف، أما المعدل المنخفض فيشير إلى استقرار المؤسسة.

3. مؤشر رضا الموظفين: هذا المؤشر يقيس درجة رضا الموظفين عن بيئة العمل وظروفهم المهنية، ويمكن قياسه عبر استبيانات موجهة للموظفين حول جوانب متعددة من العمل مثل الأجور، ظروف العمل، الفرص التعليمية وغيرها.

4. النسبة المخصصة من الميزانية للبحث والتطوير: يقيس هذا المؤشر النسبة المئوية من الميزانية المخصصة لأبحاث ودراسات تطويرية أو برامج بحثية مقارنةً بالميزانية الإجمالية للمستشفى، يعكس هذا المؤشر التزام المستشفى بتعزيز الابتكار والتطور العلمي في القطاع الصحي، وكذا الاستثمار في البحث والتطوير، كما يساهم في تحسين الخدمات الطبية والتقنيات المستخدمة، وبالتالي يمكن أن يؤدي إلى تقديم رعاية صحية أكثر فعالية.

رابعاً: المؤشرات المقترحة لتقييم الأداء من المنظور البيئي والاجتماعي للمؤسسة العمومية الاستشفائية

"الإخوة يحياوي" بـ صور الغزلان

يعكس هذا المحور كفاءة وفعالية المؤسسة في تسيير أدائها البيئي والاجتماعي، وذلك كونها تتعامل مع قضايا مهمة تتعلق بتأثيراتها على البيئة والمجتمع المحلي، وبالتالي يمكن تحديد المؤشرات المناسبة لتقييم الأداء من هذا المنظور على النحو التالي:

1. نسبة التلوث الاستشفائي: يقيس هذا المؤشر مدى تأثير العمليات الاستشفائية على البيئة من حيث تلوث

الهواء والماء والتربة، يشمل التلوث الناتج عن النفايات الطبية، المواد الكيميائية، والمخلفات الأخرى التي يمكن أن تضر بالبيئة، يساعد هذا المؤشر في تقييم مدى قدرة المستشفى على تقليل التلوث الناتج عن نشاطاته، مما يعكس التزامه بالمعايير البيئية والصحية، تقليل التلوث الاستشفائي يساهم في الحفاظ على البيئة وصحة المجتمع، حيث يتم قياس كمية النفايات الطبية والتلوث الناتج عنها، سواء كانت ملوثة للهواء أو الماء أو التربة، كما يتم تقييم مستوى التلوث الناتج عن أنشطة المستشفى مقارنة بالحدود المسموح بها وفقاً للمعايير البيئية المحلية والدولية، كنسبة التلوث الناتج عن انبعاثات الغازات أو تسرب المواد الكيميائية، كما يمكن قياس تلوث الهواء داخل المستشفى أو خارجها.

2. نسبة انبعاث الغازات: يقيس هذا المؤشر كمية الغازات الملوثة (مثل ثاني أكسيد الكربون، وأكسيد

النيتروجين، وأكسيد الكبريت) التي يتم إطلاقها من المستشفى أثناء عمله، هذه الغازات يمكن أن تأتي من مصادر مثل الأجهزة الطبية، سيارات الإسعاف، نظم التدفئة، والإضاءة، ويساعد في قياس مدى تأثير المستشفى على تغير المناخ من خلال انبعاثات غازات التدفئة، تعتبر تقليل انبعاثات الغازات جزءاً من الالتزام البيئي المستدام، حيث يتم قياس كمية الغازات الملوثة المنبعثة من مصادر مختلفة داخل المستشفى، مثل المولدات الكهربائية أو نظم التدفئة، وتُقارن النتائج مع المعدلات القياسية أو الأهداف البيئية العالمية لتقليل انبعاثات الغازات كمثال: يمكن قياس كمية ثاني أكسيد الكربون المنبعث من المركبات أو الأجهزة الطبية في المستشفى خلال فترة معينة.

3. معدل طرح النفايات الاستشفائية: يقيس هذا المؤشر الكمية الإجمالية للنفايات الاستشفائية التي يتم

إنتاجها والتخلص منها من قبل المستشفى خلال فترة معينة، يشمل ذلك النفايات الطبية (مثل الحقن، الأدوات الجراحية، والمواد البيولوجية) والنفايات العامة (مثل الورق، البلاستيك) يساعد هذا المؤشر في قياس فاعلية إدارة النفايات داخل المستشفى وتحديد طرق التخلص منها بشكل آمن وفعال، كما يساهم في تحسين ممارسات إعادة التدوير وتقليل النفايات الضارة، حيث يتم قياس كمية النفايات التي يتم التخلص منها عبر

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيوي"

بصور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

عمليات الحرق، المعالجة، أو إعادة التدوير ويُقيّم مدى التزام المستشفى بتوجيه النفايات إلى قنوات التخلص البيئي الصحيح وفقاً للمعايير الصحية والبيئية، مثل قياس كمية النفايات الطبية التي يتم حرقها أو معالجتها بشكل آمن، مقارنة مع إجمالي النفايات المنتجة.

4. نسبة البرامج التوعوية البيئية والصحية: قياس عدد الأنشطة والبرامج التوعوية التي يتم تنظيمها للمرضى والمجتمع المحلي بشأن الصحة العامة، الوقاية من الأمراض، والتوعية البيئية.

5. نسبة استهلاك الطاقة المتجددة: قياس النسبة المئوية للطاقة التي يتم توفيرها من مصادر متجددة (مثل الطاقة الشمسية أو الرياح) مقارنة بالاستثمارات التقليدية في الطاقة.

6. مؤشر كفاءة استهلاك المياه: قياس كمية المياه المستهلكة مقارنة بعدد المرضى أو الإجراءات الطبية، مما يعكس جهود المستشفى في تقليل استهلاك المياه.

خامساً: المؤشرات المقترحة لتقييم الأداء المالي للمؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيوي" بسور الغزلان

نظراً لأن هذا المحور ليس رئيسياً كونه يعتمد على تمويل الدولة، إلا أن حسن تسييره ضروري بالنسبة للمؤسسة محل الدراسة. تُظهر المؤشرات المالية مدى كفاءة استغلال المؤسسة لمواردها المالية والتزامها بالتخصيصات الممنوحة، لا سيما وأن مصدر تمويلها الأساسي هو الدولة. يتم قياس أداء هذا المحور من خلال مجموعة من المؤشرات التي تتماشى مع الأهداف الاستراتيجية المحددة سابقاً، وهي كما يلي:

1. متوسط فترة الإقامة: يقيس متوسط عدد الأيام التي يقضيها المرضى في المستشفى لكل إقامة، يعتبر مؤشر مدى كفاءة العمليات الاستشفائية وجودة الخدمات المقدمة، كما أن تقليل فترة الإقامة دون التأثير على جودة العلاج يساهم في تحسين إدارة التكاليف وزيادة القدرة الاستيعابية، حيث أن فترات إقامة طويلة قد تشير إلى مشكلات في العلاج أو التأخر في التشخيص، بينما الفترات القصيرة جداً قد تعكس خروجاً مبكراً للمرضى قبل استكمال الرعاية اللازمة.

2. نسبة استهلاك الاعتمادات المالية: يقيس نسبة النفقات الفعلية إلى إجمالي الاعتمادات المالية المخصصة في الميزانية، ويظهر هذا المؤشر مدى كفاءة المؤسسة في استخدام الموارد المالية المتاحة، كما يساعد في تحديد الفجوات بين التخطيط المالي والتنفيذ العملي، حيث أن نسبة أقل من 100% قد تشير إلى ضعف في تنفيذ البرامج أو في استغلال الموارد، بينما نسبة أكبر قد تدل على تجاوزات في الإنفاق.

3. معدل الإيرادات الذاتية إلى إجمالي التمويل: يقيس نسبة الإيرادات التي تحققها المؤسسة من مصادرها الذاتية (مثل رسوم الخدمات، عائدات الأنشطة الإضافية) إلى إجمالي التمويل الذي تحصل عليه (بما في ذلك التمويل الحكومي)، يعتبر مؤشر على مدى اعتماد المؤسسة على التمويل الذاتي مقابل التمويل الحكومي، كما

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيى"

بصور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

يعكس قدرة المؤسسة على تنويع مصادر دخلها وتحقيق استدامة مالية، حيث أن معدل أعلى يدل على قدرة المؤسسة على توليد دخل مستقل، مما يقلل من اعتمادها على التمويل الخارجي.

والجدول التالي يلخص هذه المؤشرات وفقا لأهدافها الاستراتيجية حيث:

الجدول رقم (34): المؤشرات المقترحة وفق الأبعاد الخمسة للمؤسسة محل الدراسة

الأهداف الاستراتيجية	المؤشرات	تفسيرها	المعادلة
محور الزبائن (المرضى)			
تحسين رضا المرضى من خلال جودة الخدمات	مؤشر درجة رضا المرضى معدل الشكاوى والاقتراحات	يقيس مستوى رضا المرضى عن الخدمات المقدمة في المستشفى، من خلال استبيان يقيس عدد الشكاوى والاقتراحات التي يقدمها المرضى مقارنة بعدد المرضى الكلي.	عدد الردود الإيجابية في الاستبيان/إجمالي الردود $100 \times$ عدد الشكاوى أو الاقتراحات/إجمالي عدد المرضى $100 \times$
تعزيز صورة المستشفى لدى المجتمع المحلي	معدل التوصيات الإيجابية	قياس نسبة المرضى الذين ينصحون الآخرين بالاستفادة من خدمات المستشفى (من خلال استبيان)	عدد المرضى الذين يوصون بالمستشفى/ إجمالي عدد المرضى المشاركين في الاستبيان $100 \times$
ضمان تغطية صحية شاملة	مؤشر نسبة تغطية الاحتياجات الصحية	يقيس مدى قدرة المستشفى على تغطية الاحتياجات الصحية للسكان المستهدفين من خلال مقارنة عدد المرضى المستفيدين من الخدمات مع إجمالي الطلب على هذه الخدمات	عدد الخدمات الصحية المقدمة/عدد الطلبات الصحية الكلية $100 \times$
محور العمليات الداخلية			
تقليل وقت الانتظار في مصلحة الاستعجالات	معدل استخدام الأسرة مؤشر متوسط وقت الانتظار	نسبة الأسرة المشغولة مقارنة بإجمالي الأسرة المتوفرة في المستشفى خلال فترة زمنية محددة. يقيس متوسط الزمن الذي ينتظره المرضى للحصول على الخدمات الصحية المطلوبة.	عدد أيام إشغال الأسرة/(عدد الأسرة المتاحة $\times$ عدد أيام الفترة) $100 \times$ إجمالي أوقات الانتظار لجميع المرضى/ إجمالي عدد المرضى
رفع جودة الخدمات الصحية	معدل الأخطاء الطبية معدل مكافحة العدوى داخل المستشفى نسبة التوجه للمستشفيات الأخرى	عدد الأخطاء الطبية التي حدثت بالنسبة لعدد المرضى الذين تلقوا الخدمات الصحية. يقيس نسبة حالات العدوى المكتسبة داخل المستشفى مقارنة بإجمالي المرضى. يقيس نسبة المرضى الذين يتم تحويلهم إلى مستشفيات أخرى بسبب نقص الإمكانيات أو الخدمات المطلوبة مقارنة بإجمالي المرضى	عدد الأخطاء الطبية/إجمالي عدد المرضى الذين تلقوا الرعاية $100 \times$ عدد حالات العدوى المكتسبة داخل المستشفى/إجمالي عدد المرضى $100 \times$ عدد المرضى المحولين إلى مستشفيات أخرى / إجمالي عدد المرضى $100 \times$
تحسين الإنتاجية عبر إدارة الموارد	عدد المرضى لكل موظف صحي نسبة الوفيات	يقيس متوسط عدد المرضى الذين يخدمهم كل موظف صحي خلال فترة معينة. يقيس نسبة المرضى الذين يتوفون داخل المستشفى مقارنة بإجمالي المرضى الذين تم	إجمالي عدد المرضى / إجمالي عدد الموظفين الصحيين $100 \times$ عدد الوفيات / إجمالي عدد المرضى $100 \times$

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الأخوة يحيى"

بصور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

	علاجهم.		
محور التعلم والنمو			
تطوير الكفاءات البشرية والحفاظ عليها	نسبة مصاريف التكوين	النسبة المئوية من الميزانية المخصصة لتدريب وتطوير الموظفين، مقارنةً بالميزانية الإجمالية.	مصاريف التكوين/إجمالي الميزانية×100
	معدل دوران العاملين	نسبة الموظفين الذين يغادرون المستشفى مقارنةً بالعدد الإجمالي للموظفين	عدد العاملين الذين غادروا / إجمالي عدد الموظفين ×100
تحسين المناخ الوظيفي	مؤشر رضا الموظفين	يقيس مستوى رضا الموظفين عن بيئة العمل والخدمات المقدمة لهم في المستشفى.	تصميم استبيان موجه لفئة الموظفين
تعزيز قدرات البحث والتطوير	النسبة المخصصة من الميزانية للبحث والتطوير	النسبة المئوية من الميزانية المخصصة لأبحاث ودراسات تطويرية أو برامج بحثية مقارنة بالميزانية الإجمالية للمستشفى	مصاريف البحث والتطوير / إجمالي الميزانية×100
المحور البيئي والاجتماعي			
الإسهام في تنمية صحية مستدامة	نسبة البرامج التوعوية البيئية والصحية	يقيس نسبة الأنشطة والبرامج التوعوية التي يتم تنظيمها للمرضى والمجتمع المحلي مقارنة بمخططاتها السنوية	عدد البرامج المنفذة/إجمالي البرامج المخطط لها×100
حماية البيئة من التلوث الاستشفائي	معدل طرح النفايات الاستشفائية	الكمية الإجمالية للنفايات الاستشفائية التي يتم إنتاجها والتخلص منها من قبل المستشفى خلال فترة معينة.	إجمالي النفايات (كلغ) / إجمالي عدد المرضى
	نسبة انبعاث الغازات	كمية الغازات الملوثة التي يتم إطلاقها من المستشفى أثناء عمله	يتم جمع كمية الغازات المنبعثة في فترة معينة. / الناتج الإجمالي أو الطاقة المستخدمة.
	نسبة التلوث الاستشفائي	مدى تأثير العمليات الاستشفائية على البيئة من حيث تلوث الهواء والماء والترية	النفايات غير المعالجة/إجمالي النفايات الناتجة×100
الاستغلال الأمثل للموارد الطبيعية.	نسبة استهلاك الطاقة المتجددة	يقيس نسبة الطاقة المتجددة المستخدمة مقارنة بالطاقة الإجمالية.	استهلاك الطاقة المتجددة/إجمالي استهلاك الطاقة×100
	مؤشر كفاءة استهلاك المياه	كمية المياه المستهلكة مقارنة بعدد المرضى أو الإجراءات الطبية	كمية المياه المستهلكة / عدد المرضى أو الخدمات المقدمة
المحور المالي			
عقلنة التكاليف وضبط النفقات	متوسط فترة الإقامة	متوسط عدد الأيام التي يقضيها المرضى في المستشفى لكل إقامة.	إجمالي عدد أيام إقامة المرضى / إجمالي عدد المرضى الذين غادروا المستشفى
الالتزام بالتخصيصات المالية	نسبة استهلاك الاعتمادات المالية	نسبة النفقات الفعلية إلى إجمالي الاعتمادات المالية المخصصة في الميزانية خلال السنة.	المبالغ التي تم إنفاقها خلال السنة / إجمالي الاعتمادات المالية المخصصة خلال السنة×100
تنويع مصادر التمويل	معدل الإيرادات الذاتية إلى إجمالي التمويل	نسبة الإيرادات التي تحققها المؤسسة من مصادرها الذاتية إلى إجمالي التمويل الذي تحصلت عليه.	الإيرادات الذاتية / إجمالي التمويل×100

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على نتائج التحليل الميداني للدراسة.

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيى"

بمور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

لتحقيق رغبة المسؤولين في المؤسسة العمومية الاستشفائية في تقييم مدى تحقيق الأهداف المحددة، وللوقوف على تأثير المؤشرات المختارة على أداء المؤسسة، سواء بالإيجاب أو السلب، تبرز أهمية تحديد قيمة مستهدفة لكل مؤشر. فالقيم المستهدفة (Targets) تمثل مستويات الأداء الكمية التي تسعى المؤسسة إلى الوصول إليها، كما أنها تتيح إمكانية قياس الانحرافات عن الهدف المراد تحقيقه، سواء كانت سلبية أو إيجابية، وعليه يُعتبر تحقيق هذه المستهدفات دليلاً على نجاح المستشفى في تنفيذ استراتيجيته بفعالية.

يتطلب التحديد الناجح للمستهدفات العمل كفريق يركز على جمع البيانات وإجراء الدراسات الميدانية، مع مراعاة أن تكون المستهدفات واقعية وقابلة للتحقيق، حيث أن الإفراط في وضع المستهدفات وغموضها قد يؤدي إلى ضعف التزام العاملين بتطبيقها، لذلك من الضروري توفير مصادر دقيقة وواضحة للمعلومات، تكون متاحة لفريق العمل المكلف بإعداد بطاقة الأداء المتوازن والعاملين، مما يتيح سهولة تحديث هذه المستهدفات عند الحاجة، بما يضمن استمرارية تحقيق الأداء المرجو.

من بين الأمثلة التي يمكن عرضها حول المستهدفات نجد نسبة التغطية الصحية، حيث تسهر وزارة الصحة على تحقيق تغطية صحية شاملة بنسبة 100% للسكان في المناطق الحضرية والريفية، كذلك تقليل متوسط وقت الانتظار في أقسام الطوارئ إلى أقل من 20 دقيقة في المستشفيات الكبرى، بالإضافة إلى ذلك نجد القيمة المستهدفة لمؤشر نسبة استهلاك الاعتمادات المالية وهي 100% بما يضمن استخدام الموارد بكفاءة.

بعد تحديد المستهدفات للمؤشرات المختارة، يتولى فريق العمل وضع المبادرات (Initiatives) اللازمة لتحقيق هذه المستهدفات المتفق عليها، تمثل هذه المبادرات مجموعة الأنشطة والإجراءات الداعمة لعملية التنفيذ على المستويات التشغيلية، حيث يتم تحويلها إلى خطة تنفيذية تتضمن البرامج الرئيسية التي يجب تنفيذها لتحقيق الأهداف المحددة، بمعنى آخر تظهر هذه المبادرات ضمن مصفوفة تُعرف بـ "مصفوفة المبادرات"، والتي تتضمن الأنشطة والمبادرات الملائمة لتحقيق الأهداف الاستراتيجية بشكل فعال، يوضحها (الملحق رقم 26).

تحديد المبادرات على مستوى المؤسسة العمومية الاستشفائية محل الدراسة يتطلب بالدرجة الأولى انسجاماً تاماً مع الأهداف الاستراتيجية المحددة، بحيث يكون لها دور كبير وواضح في تحقيق تلك الأهداف، كما يجب أن تكون هذه المبادرات قابلة للتنفيذ من حيث التمويل وتوافر الموارد اللازمة، بالإضافة إلى إمكانية قياسها خلال المراحل المختلفة لإنجاز الأهداف، وعلى سبيل المثال من المبادرات التي يمكن اقتراحها للمستشفى محل الدراسة لتحسين أداء محور العمليات الداخلية وتحقيق أهدافه الاستراتيجية نجد تطوير نظام رقمي لإدارة الاستعجالات بهدف تقليل وقت الانتظار وتحسين كفاءة العمليات، إطلاق برامج لمراقبة جودة الخدمات الصحية تشمل تقييم دوري للأداء وتحليل الشكاوى والملاحظات، وكمثال آخر بالنسبة لمحور النمو والتعلم من المبادرات التي يمكن

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي"

بصور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

اقتراحها إطلاق برنامج تدريبي مستمر لفئة الأطباء، شبه الطبيين والاداريين، تحفيز البحث العلمي لحل مشكلات في المجال الصحي، الاستثمار في التكنولوجيا الحديثة وغيرها، وكمثال عن المبادرات الممكنة اقتراحها للمحور البيئي والاجتماعي نجد إنشاء نظام متكامل لجمع وفرز ومعالجة النفايات الطبية بطرق آمنة وصديقة للبيئة، التحول إلى الطاقة المتجددة من خلال تركيب أنظمة طاقة شمسية أو طاقة بديلة، مكافحة التلوث الناتج عن انبعاث الغازات الضارة من مرمددة النفايات، تنظيم حملات التوعية البيئية للموظفين والمرضى حول أهمية حماية البيئة وتقليل التلوث الناجم عن الأنشطة الصحية... إلخ.

في النهاية وبتحديد المؤشرات المناسبة للأهداف الاستراتيجية لكل محور، وتوضيح المستهدفات والمبادرات المرتبطة بها، نكون قد أتمنا تصميم النسخة الأولية المقترحة لبطاقة الأداء المتوازن الخاصة بالمؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي" ولضمان فعالية هذه البطاقة ودقتها، يوصي الخبراء (R. Kaplan et D.Norton 1998) بعقد مقابلات مع المدير والمدراء الفرعيين للمستشفى، وتنظيم ورشات تنفيذية بمشاركة فرق عمل متخصصة¹، بهدف جمع آرائهم واقتراحاتهم والمساهمة في اعتماد النسخة النهائية للبطاقة المقترحة.

بما أن الهدف الرئيسي لهذه الدراسة يتمثل في تصميم نموذج مقترح لبطاقة الأداء المتوازن للمؤسسة العمومية الاستشفائية محل الدراسة، وبما أنها لا تمتلك البطاقة حالياً، فإن تشكيل ورشات تنفيذية وفرق عمل لتأكيد النسخة الأولية يعد أمراً صعب التحقيق، لذلك اكتفت الباحثة بتأكيد النسخة الأولية من خلال إجراء مقابلات مع المسؤولين، كما اكتفت بتقديم نسخة مقترحة تتضمن الأهداف الاستراتيجية والمؤشرات المناسبة لكل محور من المحاور الخمسة، دون التطرق إلى المستهدفات والمبادرات، وذلك نظراً للمتطلبات والشروط الضرورية لتحديد بدقة. وبناءً على تحليل المعطيات السابقة، نقدم في المطلب الموالي النسخة المقترحة لبطاقة الأداء المتوازن الخاصة بالمؤسسة العمومية الاستشفائية محل الدراسة.

¹ تتطلب هذه العملية عقد ورشتين تنفيذيتين، حيث تشارك في الورشة الأولى الإدارة العليا ومرووسوها المباشرين، إلى جانب أكبر عدد ممكن من أعضاء الإدارة الوسطى، حيث تهدف هذه الورشة إلى مناقشة النموذج المقترح للبطاقة، وتشكيل فرق عمل تتولى مراجعة المؤشرات المقترحة والروابط السببية، تنتهي بإعداد صياغة واضحة ومتفق عليها للأهداف والمؤشرات. أما الورشة الثانية، فتركز على وضع اللمسات الأخيرة للنموذج المقترح، من خلال تحديد المعدلات المستهدفة لكل مؤشر بدقة وتشخيص برامج العمل (المبادرات) اللازمة لتحقيق هذه المستهدفات. وتشمل هذه البرامج تطوير نظام معلومات شامل وخطة اتصال فعالة تهدف إلى توعية جميع العاملين بفلسفة وأهداف البطاقة لضمان نجاح تنفيذها.

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي" بمور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

المطلب الرابع: بطاقة الأداء المتوازن المقترحة حسب كل منظور للمؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي"

بعد تحديد الأهداف الاستراتيجية للمؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي" ووضع المؤشرات المناسبة لقياس مدى تحقيقها، يصبح من الضروري تقديم إطار شامل لإدارة الأداء يدمج بين مختلف العناصر الاستراتيجية، هذا الإطار يتجسد من خلال إعداد بطاقة الأداء المتوازن التي تجمع بين مختلف المحاور وتتيح تحقيق التوازن بين الأهداف الاستراتيجية، المؤشرات، المستهدفات، والمبادرات.

تمثل بطاقة الأداء المتوازن أداة فعالة لترجمة الأهداف الاستراتيجية إلى خطط قابلة للتنفيذ، كما تتيح للمؤسسة متابعة أداءها في تحقيق رؤيتها ورسالتها، الأمر الذي يؤدي بشكل مباشر إلى تحقيق جودة في الخدمات الصحية من خلال تحسين رضا المرضى، تعزيز الكفاءة التشغيلية، تطوير الكفاءات البشرية، وضمان الالتزام بالممارسات البيئية والاجتماعية المسؤولة. وفي هذا السياق، سيتم في هذا المطلب تقديم النموذج المقترح لبطاقة الأداء المتوازن للمؤسسة محل الدراسة، بحيث يتم عرضها وفق الأبعاد الخمسة: منظور الزبائن، منظور العمليات الداخلية، المنظور المالي، منظور النمو والتعلم، والمنظور البيئي والاجتماعي، كما سنوضح مساهمة كل محور في تحقيق جودة الخدمات الصحية وضمان استدامتها.

الجدول رقم(35): بطاقة الأداء المتوازن المقترحة للمؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي"

المحور	الأهداف الاستراتيجية	المؤشرات	المستهدفات	المبادرات
العملاء (المرضى)	تحسين رضا المرضى من خلال جودة الخدمات	مؤشر درجة رضا المرضى معدل الشكاوى والاقتراحات		
	تعزيز صورة المستشفى لدى المجتمع المحلي	معدل التوصيات الإيجابية		
	ضمان تغطية صحية شاملة	مؤشر نسبة تغطية الاحتياجات الصحية		
العمليات الداخلية	تقليل وقت الانتظار في مصلحة الاستعجالات	معدل استخدام الأسرة مؤشر متوسط وقت الانتظار		
	رفع جودة الخدمات الصحية	معدل الأخطاء الطبية معدل مكافحة العدوى داخل المستشفى		

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيى"

بمور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

		نسبة التوجه للمستشفيات الأخرى		
		عدد المرضى لكل موظف صحي نسبة الوفيات	تحسين الإنتاجية عبر إدارة الموارد	
		نسبة مصاريف التكوين معدل دوران العاملين	تطوير الكفاءات البشرية والحفاظ عليها	التعلم والنمو
		مؤشر رضا الموظفين	تحسين المناخ الوظيفي	
		النسبة المخصصة من الميزانية للبحث والتطوير	تعزيز قدرات البحث والتطوير	
		نسبة البرامج التوعوية البيئية والصحية	الإسهام في تنمية صحية مستدامة	البيئي والاجتماعي
		معدل طرح النفايات الاستشفائية نسبة انبعاث الغازات نسبة التلوث الاستشفائي	حماية البيئة من التلوث الاستشفائي	
		نسبة استهلاك الطاقة المتجددة مؤشر كفاءة استهلاك المياه	الاستغلال الأمثل للموارد الطبيعية.	
		متوسط فترة الإقامة	عقلنة التكاليف وضبط النفقات	المالي
		نسبة استهلاك الاعتمادات المالية	الالتزام بالتخصيصات المالية	
		معدل الإيرادات الذاتية إلى إجمالي التمويل	تنويع مصادر التمويل	

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على جدول الأهداف الاستراتيجية وجدول المؤشرات المقترحة للمؤسسة محل الدراسة.

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيى"

بمور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

إذن تضم بطاقة الأداء المتوازن المقترحة للمؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيى"، المحاور الخمسة المقترحة من طرف R. Kaplan et D.Norton المتمثلة في محور الزبائن أو المرضى، العمليات الداخلية، النمو والتعلم، المحور البيئي والاجتماعي، والمحور المالي، وهذا لملائمتها لخصائص المؤسسة وطبيعة نشاطها، كل محور له ثلاث أهداف رئيسية بمجموع 15 هدف استراتيجي، بالإضافة إلى 24 مؤشر أداء أساسي، حيث يحتوي كل هدف من مؤشر إلى ثلاث مؤشرات لقياسه.

وعليه تمثل بطاقة الأداء المتوازن المقترحة للمؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيى" إطاراً شاملاً لتحسين الأداء المؤسسي وضمان جودة الخدمات الصحية، فهي توازن بين تحقيق رضا المرضى، تحسين العمليات الداخلية، تعزيز الاستدامة المالية، الاستثمار في تطوير الكفاءات البشرية، والحفاظ على البيئة، كما تقدم مؤشرات واضحة وقابلة للقياس لكل هدف استراتيجي، مما يُسهل متابعة الأداء وتصحيح الانحرافات، تُترجم الأهداف إلى خطط عمل عملية عبر المبادرات المقترحة، مما يعزز من فعالية التطبيق، ومع ملاءمتها لخصوصيات المؤسسة واحتياجاتها المحلية، فإن البطاقة تسهم بشكل مباشر في تحسين جودة الخدمات الصحية وذلك كما يلي:

- بالنسبة لمحور العملاء (المرضى): يمثل منظور العملاء (المرضى) أحد المحاور الرئيسية في بطاقة الأداء المتوازن للمؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيى"، حيث يعكس مدى اهتمام المؤسسة بتلبية احتياجات المرضى وتحقيق رضاهم، يهدف هذا المنظور إلى تحويل الأهداف الاستراتيجية المرتبطة بالمرضى إلى مؤشرات أداء محددة ومستهدفات واضحة، تساعد على قياس فعالية أداء المؤسسة وتحسينه، مما يعزز الثقة في المؤسسة الصحية ويحسن صورتها العامة، قياس رضا المرضى ومتابعة الشكاوى، يساهم في تحديد مجالات التحسين وتعزيز تجربة المرضى الصحية، كما أن تحقيق تغطية صحية شاملة يعكس قدرة المستشفى على تقديم خدمات صحية متوازنة لجميع الفئات، مما يؤدي إلى تحسين مستوى الرعاية الصحية المقدمة، تعزيز صورة المستشفى عبر معدل التوصيات الإيجابية يشجع المزيد من المرضى على الاستفادة من خدماتها، ما يرفع مستوى المنافسة ويحافظ على جودة الأداء.

- بالنسبة لمحور العمليات الداخلية: يركز محور العمليات الداخلية على تحسين الكفاءة التشغيلية والإنتاجية داخل المستشفى، مما يؤثر بشكل مباشر على تحسين جودة الخدمات الصحية، تقليل وقت الانتظار في مصلحة الاستعجالات يساهم في تقليل الإجهاد على المرضى وتسريع عملية الرعاية، بينما تحسين استخدام الأسرة والمعدات يساهم في زيادة القدرة الاستيعابية للمستشفى، من خلال تقليل الأخطاء الطبية وتفعيل إجراءات مكافحة العدوى، يتم تعزيز سلامة المرضى وجودة الرعاية، كما أن تحسين الإنتاجية عبر إدارة الموارد بشكل فعال، مثل تخصيص عدد المرضى لكل موظف صحي، يساعد في تقديم خدمات رعاية صحية أسرع وأكثر دقة.

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيى"

بمور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

- بالنسبة لمحور التعلم والنمو: يساهم محور التعلم والنمو في تحسين جودة الخدمات الصحية بشكل أساسي من خلال تطوير وتوسيع المهارات والكفاءات البشرية في المستشفى، تدريب الموظفين الطبيين، شبه الطبيين والإداريين يساهم في تعزيز قدرتهم على التعامل مع التحديات الصحية بشكل أكثر فاعلية، مما ينعكس مباشرة على جودة الخدمات الصحية التي يتلقاها المريض. بالإضافة إلى ذلك، يعتبر تحسين المناخ الوظيفي عاملاً مهماً في زيادة رضا الموظفين وتحفيزهم على الأداء الأفضل، مما يؤدي إلى تقديم خدمات صحية عالية الجودة وبتفاني أكبر من قبل العاملين في المستشفى، استقرار القوى العاملة وتقليل معدل دوران العاملين يوفر بيئة طبية مستدامة وموارد بشرية مؤهلة، في حين أن البحث والتطوير، يساهم تعزيز هذه القدرات في الابتكار المستمر لتحسين العلاجات، تطبيق أحدث التقنيات الطبية، واكتشاف حلول جديدة لمشاكل صحية معقدة، من خلال زيادة الاستثمارات في البحث والتطوير، يمكن للمستشفى تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة وتقديم رعاية طبية متطورة تلبي احتياجات المرضى وتواكب التطورات العالمية في المجال الصحي.
- بالنسبة للمحور البيئي والاجتماعي: يساهم المحور البيئي والاجتماعي بشكل كبير في تحسين جودة الخدمات الصحية من خلال ضمان بيئة صحية وآمنة لكل من المرضى والعاملين في المستشفى، تحسين إدارة النفايات الطبية والحفاظ على البيئة يقلل من المخاطر الصحية المرتبطة بالتلوث، مما يساهم في تعزيز صحة المرضى وتقليل فرص العدوى أو الأمراض الناجمة عن التلوث، بالإضافة إلى ذلك، تطبيق استراتيجيات استدامة مثل استخدام الطاقة المتجددة وترشيد استهلاك المياه لا يقتصر فقط على الحفاظ على الموارد الطبيعية، بل يساهم أيضاً في تحسين بيئة العمل والرعاية الصحية، بيئة المستشفى التي تراعي المعايير البيئية تساهم في تقديم رعاية صحية أفضل للمرضى من خلال تقليل الآثار السلبية التي قد تنتج عن التلوث البيئي، كما أن زيادة البرامج التوعوية البيئية والصحية تساهم في رفع الوعي المجتمعي حول أهمية الحفاظ على الصحة العامة، وتوجيه المرضى والعاملين نحو سلوكيات صحية وسليمة. وبذلك يُعتبر المحور البيئي والاجتماعي جزءاً لا يتجزأ من الاستراتيجية الشاملة لتحسين جودة الخدمات الصحية المستدامة.
- بالنسبة للمحور المالي: يعتبر هذا المحور من العوامل الرئيسية التي تؤثر على تحسين جودة الخدمات الصحية من خلال تعزيز الكفاءة المالية وتحقيق التوازن بين جودة الخدمات وكفاءة التكلفة، عقلنة التكاليف وضبط النفقات يساعد المستشفى على تقديم خدمات عالية الجودة دون التأثير على الاستدامة المالية، حيث أن استغلال الموارد المالية بشكل فعال يعني توفير المزيد من الموارد لتحسين الخدمات الصحية، كما أن الالتزام بالتخصيصات المالية يعزز القدرة على تخصيص الميزانية بشكل مناسب لكل جانب من جوانب العمليات الصحية، مثل توفير الأدوية، التجهيزات، واحتياجات الطاقم الطبي. بالإضافة إلى ذلك، تنوع مصادر التمويل يساهم في ضمان استمرارية تقديم الخدمات الصحية عالية الجودة حتى في حالات الأزمات المالية، مما

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيى"

بصور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

يوفر الاستقرار المالي الذي يدعم جودة الرعاية الطبية والقدرة على الابتكار والتطوير في مختلف المجالات الصحية

وعليه فإن التركيز على تحسين الجانب المالي يساهم بشكل مباشر في تمويل وتطوير النظام الصحي، مما ينعكس إيجابياً على تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة للمرضى.

من الواضح أن تطبيق بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسات العمومية للصحة يواجه تحديات خاصة بها، فقد بينت دراسة الحالة (المؤسسة العمومية الاستشفائية) بعض التحديات التي تتعلق بتصميم البطاقة، نناقش أهمها فيما يلي:

- تصميم بطاقة الأداء المتوازن وتكييفها بما يتناسب مع طبيعة المؤسسات العمومية الصحية يُعد تحدياً كبيراً، وكان تطوير نموذج ملائم لهذه المؤسسات أحد أبرز الصعوبات التي واجهت هذا المشروع، لذلك كان من الضروري إشراك مسؤولي المستشفى بشكل دوري لضمان انسجام النتائج المحققة مع احتياجات المؤسسة وأهدافها؛
- يشكل غياب وضوح الرؤية تحدياً رئيسياً في المؤسسات العمومية للصحة عامةً، والمؤسسة العمومية الاستشفائية بشكل خاص، فقد أدى هذا العائق إلى تعقيد عملية رسم الخريطة الاستراتيجية، وجعل تحديد الأهداف الاستراتيجية والمستهدفات والمبادرات المطلوبة لتحقيقها أمراً أكثر صعوبة؛
- يعد عائق المناجمت من أبرز التحديات التي تواجه تطبيق بطاقة الأداء المتوازن، حيث تحتاج هذه الأداة الاستراتيجية إلى دعم مستمر من المستوى الاستراتيجي لتحقيق التغيير الثقافي المطلوب، وبالتالي ضمان التزام العاملين بها وتنفيذها بفعالية، إلا أن ما لوحظ في المؤسسة هو غياب الإرادة القيادية والالتزام الفعلي من جانب الإدارة العليا، ما أثر سلباً على إشرافها وتنفيذ المشروع بشكل ناجح.
- عائق الأشخاص يتمثل في صعوبة توجيه سلوك جميع العاملين في المؤسسة نحو هدف مشترك، خاصة في ظل اختلاف ثقافتهم وآرائهم. هذه الاختلافات قد تؤدي إلى مقاومة التغيير وعدم الالتزام بتطبيق بطاقة الأداء المتوازن، مما يعرقل تحقيق الأهداف المرجوة ويؤثر على فعالية تنفيذها؛
- يُعد غياب الثقافة التنظيمية أحد أبرز التحديات التي تواجه تطبيق بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيى"، حيث غالباً ما يكون لدى الموظفين تصور محدود أو خاطئ حول هذه الأداة الاستراتيجية، مما يؤدي إلى ضعف التفاعل معها، يمكن أن يظهر ذلك في مقاومة التغيير بسبب التعود على

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيوي"

بمور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

أنماط إدارية تقليدية، وعدم إدراك أهمية البطاقة في تحسين الأداء المؤسسي. كما أن غياب برامج تدريبية لتعريف الموظفين بآليات البطاقة ومزاياها يؤدي إلى فجوة معرفية، إضافة إلى ضعف قنوات الاتصال بين الإدارة والموظفين بشأن الأهداف الاستراتيجية وآليات تحقيقها. هذا التحدي قد يؤدي إلى انخفاض جودة التنفيذ، وضعف الالتزام بالمبادرات، وإهدار الموارد. وللتغلب عليه، تحتاج المؤسسة إلى تعزيز ثقافة التعاون من خلال ورش عمل توعوية، والتزام القيادة العليا، وتوفير حوافز تشجع الموظفين على المشاركة الفعالة.

- يُعتبر غياب نظام معلوماتي متكامل تحديًا كبيرًا أمام تطبيق بطاقة الأداء المتوازن، حيث يؤدي افتقار المؤسسة إلى قاعدة بيانات موحدة ودقيقة إلى صعوبة جمع وتحليل المؤشرات بشكل فعال. هذا النقص يُعيق تتبع الأداء، وتحديد الانحرافات عن المستهدفات، واتخاذ القرارات المبنية على بيانات دقيقة. كما أن تشتت البيانات بين أنظمة غير مترابطة يزيد من الجهد المبذول للحصول على معلومات موثوقة ويُبطئ عملية تحسين الأداء. للتغلب على هذا التحدي، تحتاج المؤسسة إلى تطوير نظام معلوماتي متكامل يدعم إدارة المؤشرات، ويُوفر معلومات دقيقة وحديثة تدعم تحقيق الأهداف الاستراتيجية.

- **قلة الكفاءات المؤهلة:** يمثل نقص التدريب والخبرة في استخدام بطاقة الأداء المتوازن وتحليل البيانات عائقًا أمام تطبيقها بشكل فعال، حيث يحتاج الموظفون إلى تأهيل مستمر لاكتساب المهارات اللازمة لتنفيذ البطاقة وتحقيق أهدافها.

- **التحديات البيروقراطية:** تؤدي الإجراءات الإدارية الطويلة والمعقدة إلى تأخير تنفيذ الخطط المتعلقة بالبطاقة، مما يُعيق المؤسسة عن تحقيق أهدافها في الوقت المحدد ويُضعف الحماس تجاه التغيير.

- **التنسيق بين الأقسام:** غياب التعاون بين الأقسام المختلفة يُعيق تحقيق التوازن بين محاور البطاقة، حيث يتطلب نجاحها عملاً جماعيًا لضمان تكامل الجهود وتنغم العمليات عبر المؤسسة.

يبدأ نجاح تنفيذ بطاقة الأداء المتوازن بالاعتراف بأنها مشروع للتغيير وليس مجرد أداة للقياس. يتطلب هذا حشد الجميع لدفع مسار التغيير ومتابعته، مما يستدعي دعم واهتمام الإدارة العليا منذ مرحلة الإعداد وحتى التنفيذ. يعزز هذا الدعم ثقة العاملين ويسهم في التغلب على التحديات التي قد تواجه التطبيق، من خلال صياغة رؤية واضحة تركز على التوجهات المستقبلية، وتوجيه الثقافة التنظيمية نحو تقبل التغيير. حتى يتمكن العاملون من إدراك أهمية البطاقة واستيعاب أهدافها ومؤشراتهما. كما تلعب مشاركة الموظفين في إعداد البطاقة وتدريبهم على

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيى" بمور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

تنفيذها دورًا هامًا في تسهيل تطبيقها، بينما يساهم ربط نتائج البطاقة بنظام الحوافز والمكافآت في تحفيز العاملين على النجاح والالتزام بها.

بالإضافة إلى ذلك، تتطلب بطاقة الأداء المتوازن نتائج محدثة ومتجددة بشكل مستمر، مما يستدعي تبني أنظمة معلومات متطورة قادرة على توفير المعلومات في الوقت المناسب، وذلك باستخدام الحلول المعلوماتية الخاصة بالبطاقة مثل برامج الحماية، قواعد البيانات، وشبكات الإنترنت الداخلية... وغيرها، تعتبر بطاقة الأداء المتوازن وسيلة لربط مؤشرات الأداء باستراتيجية المستشفى، لذا فإنه إذا لم تواكبها نصوص تنظيمية تحفز على تنفيذها، فإنها قد تفشل في تحقيق أهدافها، حيث أشار Kaplan و Norton إلى أن فشل بعض التطبيقات للبطاقة يعود إلى اعتماد المؤسسات عليها فقط لتشخيص وضعيتها دون الاستفادة من فوائد التعلم والابتكار التي توفرها هذه الأنظمة التفاعلية.

توفير التمويل الكافي يُعتبر عنصرًا أساسيًا لتنفيذ المبادرات والمشروعات المرتبطة بطاقة الأداء المتوازن، حيث يساهم في دعم الأهداف الاستراتيجية وتحسين جودة الخدمات، كما أن المرونة في التنفيذ تلعب دورًا مهمًا من خلال الاستعداد لتعديل الأهداف والمؤشرات بما يتناسب مع التغيرات الداخلية والخارجية، مما يضمن استمرار فعالية البطاقة وتوافقها مع احتياجات المؤسسة، بالإضافة إلى ذلك، يساهم التواصل الفعال في تعزيز وضوح الرؤية والاتجاه بين جميع العاملين، مما يشجع على التعاون ويعزز الالتزام بالأهداف المشتركة، وأخيرًا، تُعد متابعة وتقييم الأداء بشكل دوري أمرًا حيويًا لتحديد نقاط القوة والضعف، مما يمكن الإدارة من اتخاذ الإجراءات التصحيحية اللازمة لتحسين الأداء بشكل مستمر.

الفصل الرابع: استخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيى"

بصور الغزلان ولاية البويرة ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية

خلاصة:

أظهرت الدراسة الميدانية أن وظيفة مراقبة التسيير داخل المؤسسة محل الدراسة لا تزال تمارس بأساليب تقليدية، من خلال اعتماد مجموعة من الأدوات الرقابية التي تفتقر إلى التكامل والفعالية الكافية لتحقيق الأهداف المرتبطة بجودة الخدمات. وقد تم تحليل هذه الأدوات عبر تتبع مسارها التنظيمي بداية من المستوى القاعدي ممثل في المؤسسة محل الدراسة إلى المستوى التكتيكي ممثل في مديرية الصحة بالولاية وصولاً إلى المستوى الاستراتيجي ممثل في الوزارة الوصية (وزارة الصحة)، مما سمح بكشف محدودية الأثر الرقابي وضعف آليات التغذية الراجعة، كما بيّن قياس مستوى الجودة من وجهة نظر مختلف الفاعلين (مقدمي الخدمة والمستفيدين منها) وجود فجوة واضحة، حيث يرى مقدمي الخدمة أن مستوى الجودة مرتفع، في حين يرى المتلقون بأنه ضعيف، ما يعكس خللاً في التواصل التنظيمي وفجوة في الاستجابة لتوقعات المستفيدين.

وقد خلص تحليل فعالية الأدوات الحالية إلى أنها لا تحقق الأهداف المنتظرة منها، وأنها تفتقر إلى الشمولية والدقة في رصد الأداء الفعلي، مما أدى إلى بروز نقائص واختلالات ترتبط بعدم رضا المرضى وانخفاض جودة الخدمة المقدمة. وانطلاقاً من هذه النتائج، تم اقتراح نموذج بطاقة الأداء المتوازن كبديل حديث أو مكمل للأدوات التقليدية، بالاستناد إلى مقابلات نوعية مع مسؤولي الرقابة على مختلف المستويات التنظيمية، بهدف توفير أداة رقابية أكثر فاعلية وارتباطاً بالأداء الحقيقي، وتساهم في تحقيق الجودة وتحسين مستوى الخدمات الصحية المقدمة.

خاتمة

✓ نتائج الدراسة؛

✓ الاقتراحات؛

✓ آفاق الدراسة.

أظهرت الدراسة أن نجاح أي مقارنة لتحسين أداء المؤسسات العمومية للصحة يظل مرهوناً بإعادة النظر في أساليب التسيير المعتمدة، بما يتماشى مع متطلبات المناجنت العمومي الجديد، فقد كشف تحليل واقع مراقبة التسيير في هذا السياق عن فجوة واضحة بين التصورات النظرية التي تدعو إلى اعتماد أدوات عقلانية لضبط الأداء واتخاذ القرار، وبين الواقع العملي الذي لا يزال محكوم بتقاليد إدارية نمطية ومقاومة للتغيير. وفي هذا الإطار، تُعدّ مراقبة التسيير إحدى الركائز الجوهرية للمقاربات الحديثة في المناجنت العمومي الجديد، باعتبارها آلية متعددة الأبعاد تسعى إلى تتبع مدى تحقيق الأهداف بكفاءة وفعالية، في حدود الإمكانيات المتاحة. وقد باتت هذه الأداة ضرورة حتمية في ظل ضعف الأداء ورياءة جودة الخدمات المقدمة، ما يفرض إرساء نظم رقابة أكثر مرونة وفعالية لتعزيز نجاعة المؤسسة العمومية للصحة وتلبية تطلعات وتوقعات المرتفقين، دون إهمال للمتغيرات التي لها تأثير مباشر وغير مباشر على أدائها.

في هذا السياق، تعد بطاقة الأداء المتوازن إحدى أهم أدوات المناجنت الحديثة التي شهدت نجاحاً واسعاً في مؤسسات القطاع الخاص بمختلف أشكالها وأحجامها، بفضل قدرتها على ترجمة الرؤية الإستراتيجية إلى مؤشرات ملموسة ومتوازنة تُغطي مختلف أبعاد الأداء، وقد دفعت فعالية هذه الأداة العديد من المؤسسات العمومية، بما فيها المؤسسات الصحية، إلى تبنيها في إطار مساعيها لمواكبة مبادئ المناجنت العمومي الجديد، القائم على التسيير بالنتائج وتعزيز ثقافة الأداء. وتُعد بطاقة الأداء المتوازن مقارنة معاصرة تتجاوز الرؤية التقليدية المحدودة للأداء، من خلال إدماج أبعاد متعددة تشمل الجوانب المالية وغير المالية، بما يضمن توازناً بين فعالية الأداء وتحقيق الجودة والرؤية الاستراتيجية، غير أن التحدي الأكبر يكمن في مدى قدرة المؤسسات العمومية للصحة على تكييف هذه الأداة مع خصوصيتها وطبيعتها الخدمية، التي لا تركز على الربح المالي، بل على تلبية حاجات المواطنين وتحقيق المنفعة العامة، مما يستدعي إعادة النظر في ممارسات التسيير الحالية وتوفير شروط نجاح هذا الانتقال نحو منطق النتائج.

تعتبر جودة الخدمات الصحية ركيزة أساسية في تحقيق الأداء الفعّال للمؤسسات الصحية، وهي ترتبط بشكل وثيق بوظيفة مراقبة التسيير التي تعمل على متابعة وضبط العمليات لضمان تحقيق الأهداف المرجوة، وقد أبرزت المقاربة النظرية أن تطبيق مبادئ إدارة الجودة الشاملة يشكل إطاراً متكاملًا لتعزيز ثقافة الجودة داخل المؤسسات، من خلال إشراك جميع المستويات التنظيمية في عملية التحسين المستمر، وتركيز الجهود على تلبية حاجات المرضى والمستفيدين. ومع ذلك، تبين أن العلاقة بين مراقبة التسيير وجودة الخدمات لا تزال غير متينة في العديد من المؤسسات العمومية، نتيجة لضعف التجهيزات المؤسسية وعدم توفر آليات فعالة للمتابعة والتقييم، مما يستدعي تطوير نظم مراقبة التسيير لتكون أكثر تكاملاً وشمولية في دعم تحسين جودة الخدمات الصحية.

على هذا الأساس، ظهرت الحاجة إلى تطوير نظم مراقبة التسيير داخل المؤسسات العمومية للصحة، لتجاوز القصور في المتابعة والتقييم، وتعزز التكامل بين مختلف أبعاد الأداء والجودة. ولهذا السبب سعينا من خلال هذه الدراسة إلى محاولة تصميم نموذج خاص لبطاقة الأداء المتوازن يتناسب مع خصوصيات المؤسسة الصحية محل الدراسة، ويهدف إلى توفير أداة فعّالة تُمكن من رصد الأداء بدقة، وتحسين جودة الخدمات من خلال مؤشرات متوازنة تغطي الجوانب المالية، الزبائن، العمليات الداخلية، التعلم والنمو، وكذا الجوانب البيئية والاجتماعية. ويشكل هذا النموذج محاولة جادة لإرساء ثقافة الأداء المبني على المعطيات والنتائج، بما يساهم في تطوير المناهج الصحية وتحقيق أهداف المؤسسة بفعالية أكبر.

سعت هذه الدراسة، عبر فصولها الأربعة، إلى معالجة الإشكالية المطروحة والتي مفادها "كيف تساهم وظيفة مراقبة التسيير في تحسين جودة الخدمات الصحية باستخدام بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسات العمومية للصحة؟". في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الآخوة يحياوي" بسور الغزلان ولاية البويرة؟"، وفيما يلي حصيلة لأهم النتائج المتوصل إليها، بما يعكس مدى ارتباطها بالإشكالية المطروحة، ومدى تحقق الفرضيات المبدئية، انطلاقاً من المعالجة النظرية والتحليل الميداني، بالإضافة إلى مجموعة من الاقتراحات والآفاق المستقبلية للدراسة.

أولاً: نتائج الدراسة

أسفرت هذه الدراسة، من خلال المعالجة النظرية والتحقيق الميداني، عن جملة من النتائج المهمة التي تسمح بتقديم إجابات علمية للإشكالية المطروحة وتقييم الفرضيات المقترحة، وتتمثل أبرز النتائج فيما يلي:

1. بينت الدراسة النظرية أن وظيفة مراقبة التسيير تُعد من المقاربات الأساسية، التي تهدف إلى تحسين الأداء وجودة الخدمات في المؤسسات العمومية، لاسيما الصحية منها، كما تبين أن اعتماد بطاقة الأداء المتوازن كأداة رقابية استراتيجية يوفر مقارنة شاملة متعددة الأبعاد، تتماشى مع توجهات التسيير نحو منطق النتائج، وقد كان هذا الإطار النظري الأساس الذي انطلقت منه الدراسة التطبيقية.
2. أظهرت الدراسة الميدانية أن وظيفة مراقبة التسيير غير مهيكلة ضمن تنظيم رسمي واضح في كل من المؤسسة محل الدراسة ومديرية الصحة الولائية، إذ لا تظهر كوظيفة مستقلة ضمن الهيكل التنظيمي لهما، في حين أنها موجودة فقط على مستوى الوزارة، ولكن في شكل مكتب تابع لمديرية المالية والوسائل، وليس كوحدة رقابة مستقلة. هذا الوضع الهيكلي ينعكس سلباً على فعالية هذه الوظيفة، إذ يحد من استقلاليتها وقدرتها على ممارسة الرقابة الموضوعية، ويُضعف دورها في توجيه وتحسين الأداء بشكل استراتيجي على مختلف المستويات التنظيمية، وبالتالي فإن الموقع التنظيمي لوظيفة مراقبة التسيير يؤثر سلباً على فعاليتها.

3. وظيفة مراقبة التسيير تمثل أحد الأسس الجوهرية للمناجنت العمومي الحديث، لما توفره من أدوات وآليات تسمح بمتابعة الأداء وتقييم مدى تحقق الأهداف الاستراتيجية والتشغيلية بكفاءة من خلال استخدام مؤشرات كمية ونوعية، غير أن فعاليتها مرتبطة بمدى تكامل الأدوات وتكيفها مع خصوصيات كل مؤسسة، وهو ما يثبت صحة الفرضية الأولى.
4. جودة الخدمات الصحية لا تقتصر على الكفاءة التقنية فقط، بل تشمل أيضا قدرة المؤسسة على تلبية تطلعات المرضى وتحقيق رضاهم، وهو ما تم تأكيده من خلال تقييم متلقي الخدمة، الذين أظهروا تراجعا في مستوى الرضا رغم الجهود المبذولة من قبل المؤسسة، مما يشير إلى ضرورة وجود أدوات قياس شاملة تأخذ بعين الاعتبار البعدين الفني والإنساني، وهو ما يثبت صحة الفرضية الثانية.
5. أدوات مراقبة التسيير المعتمدة حاليا في المؤسسة محل الدراسة تعاني من قصور واضح من عدة جوانب، بدءا من محدودية المؤشرات المعتمدة التي تركز على الجوانب الكمية والإدارية وتُهمَل البعد النوعي المتعلق برضا المستفيدين، مروراً بضعف البعد التحليلي والتسييري للأدوات حيث تتسم بطابع إجرائي وتقني أكثر من كونها أدوات تحليلية تسييرية، وانتهاءً باختلالات تنظيمية وهيكلية في مسار نقل المعلومة الرقابية بين المستويات الثلاث (التشغيلي، التكتيكي، الاستراتيجي)، إذ يفتقر نظام المعلومات إلى تغذية راجعة فعالة، وتغلب عليه التباينات في تفسير المؤشرات وسوء التنسيق بين مختلف المصالح والمستويات، ما يعيق استخدامه في اتخاذ القرار وتصحيح الانحرافات، ويؤثر سلباً على فعالية النظام الرقابي وتحقيق النتائج المنتظرة، وهو ما يدعم الفرضية الثالثة.
6. بيّنت نتائج الدراسة أنه كلما كانت أدوات الرقابة فعّالة، كلما ساهمت في تحسين الأداء وجودة الخدمات الصحية المقدمة، وأن الضعف المسجل في بعض جوانب الأداء راجع إلى ضعف أدوات المتابعة والتقييم، ما يدل على أن العلاقة بين تفعيل وظيفة مراقبة التسيير وجودة الخدمات هي علاقة إيجابية ذات تأثير متبادل، وهو ما يؤكد صحة الفرضية الرابعة.
7. أظهرت نتائج الاستبيانات وجود تباين ملحوظ في تقييم جودة الخدمات الصحية، حيث يرى مقدمو الخدمة أن الجودة في مستوى مرتفع، بينما عبّر متلقوها عن مستوى منخفض من الرضا، ما يؤكد وجود فجوة في التصورات والانطباعات بين الطرفين لواقع الأداء داخل المؤسسة، نتيجة غياب مقارنة تقييم موحدة وموضوعية تشمل جميع المعنيين بالخدمة الصحية، وهو ما يفنّد الفرضية الخامسة ويؤكد عدم صحتها ميدانياً.
8. إدماج بطاقة الأداء المتوازن يُعد خياراً عملياً لتجاوز نواقص النظام الرقابي التقليدي، خاصة إذا ما تم تكييفها مع خصوصيات البيئة التنظيمية والاستراتيجية للمؤسسة العمومية للصحة، نظراً لما توفره من مقارنة متعددة

المؤشرات مالية وغير مالية (زبائن، عمليات داخلية، تعلم ونمو، بيئية واجتماعية)، وترتكز عملية التكييف أساسا على إعادة ترتيب المحور المالي والزبائن، حيث يوضع محور الزبائن أو المرضى أعلى البطاقة، في حين يوضع المحور المالي أسفل البطاقة كقيود لهذه المؤسسات، وهو ما يثبت صحة الفرضية السادسة.

9. مكن تصميم بطاقة أداء متوازن خاصة بالمؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي" بسور الغزلان من اقتراح نموذج رقابي حديث يستجيب لحاجات المؤسسة وخصوصياتها الاستراتيجية، يمكن اعتماده كبديل أو مكمل للأدوات المعتمدة حاليًا، لما يوفره من معلومات دقيقة تساعد في تعزيز نقاط القوة ومعالجة نقاط الضعف، ما يجعله أداة فعالة لاتخاذ القرارات الملائمة، غير أن نجاح تفعيله يبقى رهينًا بتوفير إطار تنظيمي وتشريعي واضح، وتجاوز تحديات تنظيمية وبشرية قائمة. وهو ما يثبت الفرضية الأخيرة المتعلقة بإمكانية تصميم بطاقة أداء متوازن مكيفة مع خصوصيات المؤسسة محل الدراسة، رغم التحديات المحيطة بتطبيقها.

ثانيا: الاقتراحات

في ضوء ما توصلت إليه الدراسة من نتائج يمكننا تقديم جملة من الاقتراحات كما يلي:

1. لا تزال فكرة اعتماد أدوات المناجنت العمومي الجديد في المؤسسات العمومية للصحة في الجزائر حديثة النشأة، ما يستدعي ضرورة تكثيف جهود التحسيس والتوعية بأهميتها ودورها في تحسين الأداء، فنجاح إدماج هذه الأدوات يرتبط أساسًا بمدى فاعلية مختلف الفاعلين داخل المؤسسة وعلى جميع المستويات التنظيمية بجدواها وفعالية تطبيقها.
2. إدراج وظيفة مراقبة التسيير كوحدة تنظيمية مستقلة في الهيكل الرسمي لكل من المؤسسات العمومية للصحة ومديريات الصحة، مع إعادة هيكلتها على المستوى الوزاري لتكون منفصلة عن المديريات المركزية، قد تكون تابعة للمفتشية العامة للوزارة على أن تُعزز بموارد بشرية مؤهلة وآليات متابعة واضحة، لضمان الاستقلالية الوظيفية والموضوعية في تقييم الأداء من جهة، ومن جهة أخرى زيادة فعالية الرقابة الاستراتيجية في القطاع الصحي العمومي بما يعزز جودة الخدمات الصحية.
3. مراجعة الأدوات الرقابية المعتمدة حاليًا من حيث مضمونها وطرق استخدامها، والانتقال بها من أدوات ذات طابع تقني وإجرائي إلى أدوات تحليلية تسييرية تساهم في دعم القرار وتوجيهه، مع توسيع نظام المؤشرات ليشمل مؤشرات نوعية إلى جانب المؤشرات الكمية، خاصة تلك المرتبطة برضا المستفيدين من الخدمة الصحية، ما يسمح بتقليص الفجوة بين التقييم الرقابي والتجربة الفعلية للمرضى.

4. تفعيل آليات حقيقية للتغذية الراجعة لضمان فعالية نظام المعلومات الرقابي، حيث لا يكفي انتقال المعلومة من القاعدة إلى القمة، بل يجب أن تُرافق بقرارات وتوجيهات تعود إلى القاعدة بغرض التحسين، وذلك من خلال تطوير آليات واضحة ودورية للتغذية الراجعة، إلى جانب وضع إطار مرجعي موحد لمعالجة وتفسير المؤشرات الرقابية بين مختلف المستويات، بما يضمن التنسيق ويدعم الاتساق في الفهم والتطبيق.
5. الاهتمام أكثر بقياس جودة الخدمات الصحية من منظور متلقي الخدمة، وذلك من خلال إدراج مؤشرات نوعية تُعبّر عن مستوى رضا المرضى، وتفعيل آليات الاستماع لانشغالاتهم واقتراحاتهم بشكل دوري، ما يسمح بتصحيح الانحرافات ومواءمة الخدمات مع توقعات واحتياجات المواطنين، وبالتالي تعزيز ثقتهم في المؤسسة الصحية.
6. توصي الدراسة باعتماد بطاقة الأداء المتوازن كنموذج رقابي حديث وبديل يساعد على تدارك النقائص المسجلة في الأدوات الحالية، لما له من قدرة على توفير نظرة شاملة ومتوازنة حول الأداء، شريطة تكييف هذا النموذج مع خصوصيات المؤسسات العمومية للصحة وإدماجه ضمن إطار قانوني وتنظيمي واضح، كما يُقترح مرافقة تبني البطاقة بإجراءات داعمة تشمل تأهيل الموارد البشرية، تعزيز الثقافة التسييرية، وتوفير الإمكانيات المادية والتقنية اللازمة لتفعيل النموذج على أرض الواقع.
7. يُعد نجاح تصميم وتطبيق بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسات العمومية للصحة مرهوناً بدعم الإدارة العليا واقتناعها بالدور الاستراتيجي لهذه الأداة في تحسين جودة الخدمات الصحية، ومن أجل ضمان انخراط جميع الموظفين على مختلف المستويات التنظيمية في عملية التصميم والتنفيذ، لا بد من العمل على نشر ثقافة مراقبة التسيير وربطها بمفاهيم الجودة الشاملة، حيث يُوصى في هذا الإطار بتنظيم ندوات، ورشات عمل، وبرامج تكوينية متخصصة تهدف إلى توعية المستخدمين بأن بطاقة الأداء المتوازن ليست مجرد أداة لقياس الأداء، بل وسيلة فعالة لإحداث التغيير وتعزيز الفعالية وتحسين نوعية الخدمة الصحية المقدمة.
8. بما أن الدراسة التطبيقية انحصرت في مؤسسة عمومية صحية واحدة من بين 595 مؤسسة، فإن تعميم بطاقة الأداء المتوازن المقترحة يظل محدوداً في نطاقه، ما يستدعي اعتماد مقاربة مركزية من قبل وزارة الصحة، باعتبارها الهيئة الوصية. نقترح أن تتولى الوزارة تصميمًا أوليًا موحدًا لبطاقة الأداء المتوازن يأخذ بعين الاعتبار الأهداف الاستراتيجية الوطنية، على أن يتم إسقاطه تدريجيًا على مديريات الصحة ثم على المؤسسات العمومية للصحة، هذا التوجه يسمح بتوحيد أدوات مراقبة التسيير، وتوفير قاعدة بيانات قابلة للمقارنة، وضمان تكامل الجهود نحو تحسين جودة الخدمات الصحية في إطار منظومة وطنية منسقة وفعالة.

ثالثا: آفاق الدراسة

رغم معالجتنا للعديد من الجوانب المتعلقة بوظيفة مراقبة التسيير وتصميم بطاقة الأداء المتوازن، إلا أن هناك زوايا لم نوفها حقها من التحليل في هذه الدراسة، وبالتالي تبقى هذه الدراسة مفتوحة على آفاق مستقبلية متعددة قد تشكّل امتداداً مستقبلياً للبحث أو مداخل أخرى لتحسين جودة الخدمات في المؤسسات العمومية للصحة، نذكر منها ما يلي:

- دراسة العلاقة بين الثقافة التنظيمية وممارسات مراقبة التسيير، حيث أن نجاح وظيفة الرقابة لا يعتمد فقط على الأدوات والمنهجيات، بل يتأثر بشكل كبير بقيم المؤسسة وثقافتها الإدارية، وهي زاوية لم تُعالج بشكل مباشر في الدراسة الحالية.
- دور الرقمنة في تفعيل وظيفة مراقبة التسيير، حيث أننا لم تتناول الدراسة بُعد التحوّل الرقمي وتطبيقاته (مثل الذكاء الاصطناعي، نظم المعلومات الذكية، مؤشرات الأداء الرقمية... إلخ) في تعزيز فعالية الرقابة على التسيير وتحسين الجودة.
- قياس أثر تطبيق بطاقة الأداء المتوازن بعد فترة من تنفيذها، بما أن الدراسة اقتصر على تصميم بطاقة فقط دون تطبيقها الفعلي، فإن دراسات لاحقة يمكن أن تقيّم الأثر الحقيقي لتطبيق البطاقة على تحسين جودة الخدمات الصحية في عينة من المؤسسات العمومية للصحة.
- إجراء دراسات مقارنة لتطبيق بطاقة الأداء المتوازن بين مؤسسات صحية متعددة قد تكون عمومية أو خاصة، بما أن الدراسة ركزت على مؤسسة واحدة، فإن المجال يبقى مفتوحاً لمقارنة الأثر بين مؤسسات مختلفة من حيث الحجم، الطبيعة، أو حتى الموقع الجغرافي، كما قد تكون المقارنة مع مؤسسات دولية نجحت في هذا المجال وتحليل فرص تكييف هذه التجارب الدولية مع خصوصيات النظام الصحي الجزائري.
- استثمار نتائج هذه الدراسة في برامج التكوين والتدريب الموجهة لمسؤولي المؤسسات العمومية للصحة، لا سيما فيما يتعلق بفهم أدوات المراقبة الحديثة وآليات استخدامها في دعم القرار وتحقيق فعالية الأداء.

قائمة المراجع

✓ الكتب؛

✓ الأطروحات؛

✓ المقالات؛

✓ المداخلات؛

✓ النصوص القانونية والتنظيمية؛

✓ التقارير؛

✓ الوثائق الرسمية والإدارية للمؤسسة العمومية الاستشفائية "الآخوة يآياوي"

بسر الغزلان؛

✓ مواقع الانترنت.

أولاً: الكتب

1. الكتب باللغة العربية:

- القرآن الكريم.
- السنة النبوية الشريفة.
- إبراهيم الخلفو الملكاوي، إدارة الأداء باستخدام بطاقة الأداء المتوازن، دار الوراق للنشر والتوزيع، الأردن، 2009.
- أبو النصر، مدحت محمد، مقومات التخطيط والتفكير الاستراتيجي المتميز، المجموعة العربية للتدريب والنشر، مصر، 2009.
- أحمد حسن ظاهر، المحاسبة الإدارية، دار وائل للطباعة والنشر، الأردن، 2000.
- أحمد يوسف دودين، بطاقة الأداء المتوازن و مقومات استخدامها في منظمات الأعمال، دار جليس الزمان، الأردن، 2010 .
- أحمد يوسف دودين، بطاقة الأداء المتوازن ومقومات استخدامها، دار الأمين، الأردن، 2010.
- الأحمدى طلال بن عابد، إدارة الرعاية الصحية، مكتبة الملك فهد الوطنية، الرياض، 2004.
- إياد عبد الفتاح النصور، بن عبد الله الصغير، قضايا وتطبيقات تسويقية معاصرة، دار صفاء للنشر والتوزيع، الأردن، 2014.
- توفيق محمد عبد المحسن، تقييم الأداء مداخل جديدة لعالم جديد، دار النهضة العربية، القاهرة، 1977.
- ثامر ياسر البكري، تسويق الخدمات الصحية، دار اليازوري للنشر والتوزيع، الأردن، 2007.
- جاب الرب، إدارة المنظمات الصحية والطبية: منهج متكامل في إطار المفاهيم الإدارية الحديثة، دار النهضة العربية، القاهرة، 2007.
- جلال الدين السيوطي، الجامع الصغير في أحاديث البشير النذير (الجزء الأول)، دار الكتب العلمية، بيروت، الطبعة السادسة، 2012.
- خالد بن سعد عبد العزيز بن سعيد، إدارة الجودة الشاملة: تطبيقات على القطاع الصحي، مكتبة الملك فهد الوطنية، دار العبيكان للنشر والتوزيع، المملكة العربية السعودية، 2000.
- خالد محمد بني حمدان، وائل محمد صبحي إدريس، الاستراتيجية والتخطيط الاستراتيجي، دار اليازوري للنشر والتوزيع، الأردن، 2007.
- خالص صافي صالح، رقابة تسيير المؤسسة في ظل اقتصاد السوق، الطبعة الثانية، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2010.
- دمنغ وروبرت هاغستروم، ترجمة: هند رشدي، إدارة الجودة الشاملة-أسس ومبادئ وتطبيقات-، دار كنوز للنشر والتوزيع، مصر، 2009.
- رعد عبد الله الطائي، عيسى قداد، إدارة الجودة الشاملة، دار اليازوري للنشر والتوزيع، الأردن، 2008.
- زكي خليل مساعد، تسويق الخدمات الصحية، دار حامد للنشر، الأردن، 1998.
- سعد صادق بحيري، إدارة توازن الأداء، الدار الجامعية، الاسكندرية، 2003.
- السمرائي مهدي، إدارة الجودة الشاملة في القطاعين الانتاجي والخدمي، دار جرير، الأردن، 2007.
- سمور وآخرون، علم الاجتماع الطبي، مكتبة العالم العربي للنشر والتوزيع، الأردن، 2010.
- سمير حسين الوادي، مصطفى سعيد الشيخ، تسويق الخدمات الصحية (منظور متكامل)، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، الأردن، 2016.
- شادي محمود الطريفي، نظام موسى سويدان وباسم حسن الفقير، تسويق الخدمات، دار الحامد للنشر والتوزيع، الأردن، 2018.
- طاهر محمد منصور الغالي، وائل محمد صبحي إدريس، المنظور الاستراتيجي لبطاقة الأداء المتوازن، دار وائل للنشر، الاردن، 2009.
- طلعت الدمرداش ابراهيم، اقتصاديات الخدمة الصحية، مكتبة القدس، الطبعة الثانية، مصر، 2006.
- الطيطي خصر مصباح اسماعيل، إدارة وصناعة الجودة: مفاهيم إدارية وتقنية وتجارية في الجودة، دار الحامد للنشر والتوزيع، الأردن، 2011.
- عبد الحميد عبد الفتاح المغربي، رمضان فهيم غربية، التخطيط الاستراتيجي بقياس الأداء المتوازن، المكتبة العصرية، مصر، 2006.
- عبد الحميد عبد الفتاح المغربي، قياس الأداء المتوازن المدخل المعاصر لقياس الاداء الاستراتيجي، المكتبة العصرية، مصر، 2015.

- عبد الرحمان توفيق، **المناهج التدريبية المتكاملة: منهج الجودة الشاملة**، مركز الخبرات المهنية للإدارة، مصر، الطبعة الثالثة، 2004.
- عبد الرحيم علام، عمرو صدق، **مقدمة لمدخل قائمة الإنجاز المتوازنة**، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، مصر، 2008.
- عبد الرحيم نجم، **مدخل قياس الأداء المتوازن: المحاور والمميزات**، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، 2008.
- عبد العزيز بن حبيب الله تياز: **جودة الرعاية الصحية: الأسس النظرية والتطبيق العملي**، مكتبة الملك نحد الوصفية للنشر، الرياض، 1425هـ.
- عبد العزيز مخيمر، نجم الطعمانة، **الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات (المفاهيم والتطبيقات)**، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، مصر، 2003.
- عبد الفتاح المغربي، **الإدارة الاستراتيجية بقياس الاداء المتوازن**، المكتبة العصرية للنشر والتوزيع، المنصورة، 2006.
- عبد الله حسين مسلم، **إدارة الجودة الشاملة: معايير الإيزو**، دار معتر، الأردن، 2015 .
- عبد المجيد الشاعر وآخرون، **الرعاية الصحية الأولية**، دار البازوري، الأردن، 2000 .
- عطا الله علي الزبون، خالد بني حمدان، **إدارة الجودة الشاملة مفاهيم وتطبيقات**، دار البازوري، الأردن، 2015.
- عمار بوحوش، **نظريات الإدارة الحديثة في القرن الواحد والعشرين**، دار الغرب الإسلامي، لبنان، 2006.
- فاتن أحمد أبو بكر، مضر بنت نجم الزومان، **معوقات ومقومات تطبيق إدارة الجودة الكلية في الأجهزة الحكومية بالمملكة العربية السعودية: بحث تطبيقي على مدينة الرياض**، الرياض: معهد الإدارة العامة، 2007.
- فاتن أحمد أبو بكر، موسى بنت الزومان، **معوقات ومقومات تطبيق إدارة الجودة الكلية في الأجهزة الحكومية بالمملكة العربية السعودية: بحث تطبيقي على مدينة الرياض**، معهد الإدارة العامة، الرياض، 2007.
- فنيحة بوحرد، **إدارة الجودة الشاملة في منظمات الأعمال: النظرية والتطبيق**، دار المسيرة، الأردن، 2015.
- فوزي شعبان مذكور، **تسويق الخدمات الصحية**، إيتراك للنشر والتوزيع، مصر، 1998.
- قاسم نايف علوان الحياوي، **إدارة الجودة في الخدمات**، الأردن، دار الشروق، 2006.
- كوتلر فيلب، آرميسترونج جاري، **أساسيات التسويق**، ترجمة سرور علي ابراهيم سرور، دار المريخ للنشر، السعودية، 2007.
- لوآن آدى، تشارلز بيجلي، دافيد ليرسون، كارل سيلتر، ترجمة عبد المحسن بن صالح الحيدر، **تقويم نظام الرعاية الطبية الفعالية والكفاءة والإنصاف**، معهد الإدارة العامة، المملكة العربية السعودية، 2002.
- مأمون الدرادكة، طارق الشبلي، **الجودة في المنظمات الحديثة**، دار الصفاء للنشر، عمان، 2002 .
- نجم العزاوي، **إدارة الجودة الشاملة**، دار البازوري العلمية للنشر و التوزيع، الأردن، 2005 .
- نجم بوتين، **مبادئ المحاسبة العامة**، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1989 .
- نجم ولد قادة، **دليل التسيير الاستشفائي**، 2017.
- نجم ولد قادة، **سلسلة التسيير الاستشفائي**، 2022.
- مخيمر عبد العزيز والطعمانة نجم، **الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات**، المنظمة العربية للتنمية الإدارية القاهرة، مصر، 2008.
- مريزق عدنان، **التسيير العمومي بين الاتجاهات الكلاسيكية والاتجاهات الحديثة**، جصور للنشر والتوزيع، 2015، الجزائر.
- مكرم عبد المسيح باسيلي، **محاسبة المنشآت الفندقية (الفنادق-المستشفيات) رؤية معاصرة**، المكتبة العصرية، مصر، 2006.
- ناصر دادي عدون، **تقنيات مراقبة التسيير: المحاسبة التحليلية**، دار المحمدية العامة، الجزائر، 2000.
- نزار عبد المجيد البرواري وحسن عبد الله باشيو، **إدارة الجودة مدخل للتميز والريادة**، الوراق للنشر والتوزيع، عمان، 2011.
- نعمة عباس الخفاجي، احسان نجم ياغي، **استخدام بطاقة الأداء المتوازن في قياس أداء المصارف التجارية (منظور متعدد الأبعاد)**، دار الأيام للنشر والتوزيع، الأردن، 2015.
- نور الدين حاروش، **الإدارة الصحية وفق نظام الجودة الشاملة**، دار الثقافة للنشر والتوزيع، الأردن، 2012.
- هاني حامد الضمور، **"تسويق الخدمات"**، دار وائل للنشر، الأردن، الطبعة الثانية، 2005 .
- هاني حامد الضمور، **تسويق الخدمات**، دار وائل للنشر، الأردن، 2002.

- وائل صبحي إدريس، عبد الرحمان الغالي، سلسلة إدارة الأداء الاستراتيجي: توجيه الأداء الاستراتيجي الرصف والمحاذاة، دار وائل للنشر، الأردن، 2009.
- وائل محمد صبحي إدريس، طاهر محسن منصور الغالي، سلسلة إدارة الأداء الاستراتيجي: أساسيات الأداء وبطاقة التقييم المتوازن، دار وائل للنشر، الأردن، 2005.
- يوسف حجيم الطائي وآخرون، إدارة الجودة الشاملة في التعليم الجامعي، دار الوارث للنشر والتوزيع، الأردن، 2008.

2. الكتب باللغات الأجنبية:

- Alazard. C, Sépari S, « **Contrôle de gestion** », 5e Edition, Dunod, Paris, 2001.
- Alcouffe. S, « **Les concepts de coûts et les paramètres de conception d'un système de coûts** », Pearson Education France, les pages 141-159, avril 2010.
- Anthony R.N, « **The management control function** », The Harvard Business Press, 1988, Traduction Française : La fonction contrôle de gestion, Publi-Union 1993.
- ARDOIN .J-L, et autres, « **Le Contrôle de Gestion** », Publi-Union, paris, 2000.
- BUSSE. R, et al, « **focus on Access, primary care, Health care organization Brookings Inst press** », california universty, USA, 2005.
- Cochran, W. G. **Sampling Techniques (3rd ed.)**. New York: John Wiley & Sons. (1977).
- Chai. N, « **sustainability performance Evaluation system in government** », springer science, london, 2009.
- David, F. R. « **Strategic Management: Concepts and Cases** », 13th ed, New Jersey: Prentice Hall, 2009.
- Faridah, Dj, et al, « **L'Hôpital Innovateur : de l'Innovation Médicale à l'Innovation de Service** », Paris, Masson, 2004.
- Gauthier P-H et al, « **Le contrôle de gestion à l'hôpital** », Dunod, France, 2000.
- Gilles .B, « **Booster la performance de son entreprise: La Boîte à outils de votre succès** », Afnor éditions, 2010, France.
- GIQUAUE .D, « **la bureaucratie libérale : nouvelle gestion publique et régulation organisationnelle** » Ed, Le harmattan, paris, 2003.
- Guerra.F, « **Pilotage stratégique de l'entreprise** », Bruxelles : De Boeck, 2007.
- Hélène .L, et autres, « **Contrôle de gestion : des outils de gestion aux pratiques organisationnelles** », 4eme édition, Dunod, Paris, 2013.
- Iribarne, P « **Les tableaux de bord de performance** » Paris : Dunod, 2003.
- Jacquerye. A, « **La qualité des soins infirmiers : implantation, évaluation, accréditation** », Paris, Éditions Maloine, 1999, p 147.
- Kaplan R. S, & Norton D. P « **The Balanced Scorecard: Translating Strategy into Action** », Boston: Harvard Business School Press, 1996.
- Kaplan, R. S, & Norton, D. P, « **The Strategy Focused Organization: How Balanced Scorecard Companies Thrive in The New Business Environment** », Harvard Business School Press, 2001.
- Kaplan, R. S, & Norton, D. P, « **comment utiliser le tableau de bord** », Ed organisation, paris, 2001.
- Kaplan, R. S, & Norton, D. P, « **The Strategy-Focused Organization: How Balanced Scorecard Companies Thrive in the New Business Environment** », Harvard Business School Press, 2001, P98.
- Kaplan, R. S, & Norton, D. P, « **the strategy focused organization** », traduit de l'Américain par Eileen tyack-Lignot, Ed d'organisation, paris, 2003.

- Kotler. P, et al, « **marketing management** », 12eme édition, édition spéciale, publié par Pearson éducation, paris, France, 2006, p462.
- Krebs. G et Mougin. Y, « **les nouvelles pratiques de l'audit qualité interne** »,AFNOR, paris, 2003.
- LAURENCE. J, et al « **public management** »organisation, governance and performance », cambridge university press, new york, USA,2011.
- Lauzel. P et Teller. R, « **Contrôle de gestion et budgets** », 4^e édition, Sirey, Paris, 1986.
- Le Duff R et Papillon j-c, « **gestion publique** », Vuibert, Paris, 1988.
- Lefèvre .P, « **Guide de formation du directeur d'établissement social et médico-social** », Paris, Dunod, 1999.
- Lonig. H et autres, « **Le contrôle de gestion : organisation, outils et pratiques** », 3^e édition, Paris, Dunod, 2008.
- Lovelock, C. Wirtz, J, « **Services Marketing People, Technology ,Strategy** », Fifth Edition , Pearson Prentice Hall,2004.
- Mark M. D, Janelle H, « **Managing Services: using Technology To create Value** », International Edition, New York, McGraw-Hill Companies, 2003.
- Mintzberg, H, « **Structure et dynamique des organisations** », Paris – Montréal, éd d'Organisation, Agence d'Acr ,1982.
- Mitonneau. H, **ISO 9000 version 2000**, Ed Dunod, 2eme édition, Paris 2001.
- Nicolas. B, « **mesurer et piloter la performance** », e-book, 2009, www.management.free.fr.
- Parmenter .D, « **Key Performance Indicators (KPI): Developing, Implementing, and Using winnig KPI's** », 1nd edition ,Wiley & Sons, Inc.New jersey ,2010.
- Pollitt. Ch, Bouckaert. G, « **Public Management Reform. THIRD EDITION** », OxfordUniversity Press is a department of the University of Oxford, New York,2011.
- Raul. R, Niven, « **Balanced Scorcard step-by-for government and Nonprofit Agencies** », John wiley & son, Canada,2003.
- ROUACH .M, NAULLEAU .G, « **Le Contrôle de Gestion Bancaire et Financier** »,4eme édition, Revue Banque édition, Paris, France, 2002.
- Salkhaper. I, « **Formez Et Motivez A La Qualité De A à Z** », Paris : meka, 2000.
- SAULPIC. O, et autres, « **Les Fondamentaux du Contrôle de Gestion** », Pearson Education France, 2011.
- Schmidt. J et autres, « **Le contrôle de gestion** », Publi union, Paris, 1986.
- Selmer. C, « **la Boite à outils du contrôle de gestion** » , Dunod , Paris , 2013.
- Senez. B, et al, « **Qualité des Soins** », Paris : ANAES, 1999.
- Sims. R, « **Organizational Success through Effective Human Resources Management** », California: Greenwood Publishing Group,2020 pp 02–03.
- W.Schmeisser et al, « **Controlling and Berlin Balanced Scorecard Approach** », Oldenburg Velag, Munchen, 2001.

ثانيا: الأطروحات

1. الأطروحات باللغة العربية:

- ✓ أبوروف عمر آدم علي، أثر تطبيق مفاهيم الجودة على كفاءة الخدمات الصحية بولاية الخرطوم من خلال خدمات التخلص من النفايات الطبية، أطروحة دكتوراه، تخصص فلسفة إدارة الجودة والامتياز، كلية الدراسات العليا والبحث العلمي، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، السودان، 2016.
- ✓ بلعج عفاف، دور سياسات التسويق الصحي في تحسين جودة الخدمات الصحية، دراسة ميدانية على عينة من المرضى المعالجين في المصحات الخاصة لولاية عنابة، أطروحة دكتوراه، تخصص مالية، محاسبة والتسويق في المؤسسات، قسم المالية، كلية العلوم الاقتصادية، وعلوم التسيير، جامعة باجي مختار عنابة، الجزائر، 2015-2016.
- ✓ بن بوريش رضا، آليات تمويل الجماعات المحلية في ظل التسيير العمومي الحالي وضرورات التحديث، دراسة حالة عينة من البلديات 2015-2019، أطروحة دكتوراه، تخصص ميزانية، قسم علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر، الجزائر، 2020/2021.
- ✓ حجوج يوسف، دور الإدارة بالأهداف في تحسين جودة الخدمات الصحية -دراسة حالة-، أطروحة دكتوراه، تخصص تسويق الخدمات، قسم العلوم التجارية، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة حسنية بن بوعلي الشلف، الجزائر، 2021-2022.
- ✓ حساني رم، مساهمة بطاقة الأداء المتوازن في اتخاذ القرارات الاستراتيجية في المؤسسات الاقتصادية، دراسة حالة المؤسسة الوطنية للملاحة الجوية، أطروحة دكتوراه تخصص إدارة أعمال، قسم علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة البليدة 2، الجزائر، 2021-2022.
- ✓ حمود محمد الطاهر، إشكالية ضمان جودة الخدمات الصحية في الجزائر، أطروحة دكتوراه، تخصص صحة وحماية اجتماعية، قسم علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة عبد الحميد مهري قسنطينة 2، الجزائر، 2018-2019.
- ✓ حوالف رحيمة، تطبيق إدارة الجودة الشاملة: دراسة تحليلية لمواقف الأطباء والمرضى في المستشفى الجامعي بتلمسان، أطروحة دكتوراه، قسم علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة أبو بكر بلقايد تلمسان، الجزائر، 2009-2010.
- ✓ خامت سعدي، الرضا الوظيفي وأثره على جودة الخدمات الصحية -دراسة مقارنة بين المؤسسات الصحية العمومية والخاصة بالجزائر، أطروحة دكتوراه، تخصص إدارة تسويقية، قسم العلوم التجارية، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة البويرة، الجزائر، 2019-2020.
- ✓ زان مريم، الجودة في الخدمات الصحية "دراسة مقارنة بين المؤسسات الاستشفائية العمومية والخاصة في الجزائر"، أطروحة دكتوراه، تخصص إدارة الموارد البشرية، قسم التنظيم السياسي والإداري، كلية العلوم السياسية، جامعة الجزائر 3، الجزائر، 2016-2017.
- ✓ سامي هباش، مساهمة في تحسين وظيفة مراقبة التسيير في البنوك الجزائرية باستخدام بطاقة الأداء المتوازن، أطروحة دكتوراه، تخصص علوم التسيير، قسم علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد بوضياف، المسيلة، الجزائر، 2016/2017.
- ✓ سلوى تيشات، آفاق الوظيفة العمومية الجزائرية في ظل تطبيق المناجمت العمومي الجديد بالنظر إلى بعض التجارب الأجنبية، أطروحة دكتوراه، تخصص تسيير المنظمات، قسم علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد بوقرة بومرداس، 2015-2014.
- ✓ سيد أحمد حاج عيسى، أثر التدريب على تحسين الجودة الشاملة الصحية في المؤسسات العمومية الاستشفائية الجزائرية، أطروحة دكتوراه، قسم العلوم التجارية، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر 3، الجزائر، 2011-2012.
- ✓ صدام عمار، واقع تسيير الموارد البشرية بالاتحاديات الرياضية في الجزائر ومدى استجابتها لمعايير الجودة الشاملة، أطروحة دكتوراه، معهد التربية البدنية والرياضية، جامعة الجزائر 3، 2015.

- ✓ عبادة أمينة، تطوير نموذج قياس خاص بجودة الخدمات الصحية دراسة عينة من المؤسسات الصحية العامة والخاصة بالجزائر العاصمة، أطروحة دكتوراه، تخصص تسويق، قسم العلوم التجارية، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة البليدة 02، الجزائر، 2021-2022.
- ✓ عدنان مريزق، واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية: دراسة حالة المؤسسات الصحية بالجزائر العاصمة، أطروحة دكتوراه، علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر، الجزائر، 2008/2007.
- ✓ عقون سعاد، مساهمة نظام مراقبة التسيير في عصنة التسيير العمومي دراسة حالة الجماعات المحلية في الجزائر -البلديات-، أطروحة دكتوراه، تخصص علوم التسيير، قسم علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر 3، الجزائر، 2015-2014.
- ✓ غجاتي ابتسام، أثر التغير الاستراتيجي على أداء المؤسسة الاقتصادية من منظور بطاقة الأداء المتوازن، دراسة حالة مجمع عمر بن عمر، أطروحة دكتوراه، تخصص تسيير المنظمات، قسم علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة باجي مختار عنابة، الجزائر، 2020/2019.
- ✓ قبة فاطمة، تحديث تسيير المؤسسات العمومية الاستشفائية وعلاقته بجودة الخدمات الصحية، دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية بوفاريك، أطروحة دكتوراه، تخصص إدارة أعمال، قسم علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة البليدة 2، الجزائر، 2016/2015.
- ✓ قريشي محمد الصغير، واقع مراقبة التسيير في المؤسسات الصغيرة المتوسطة دراسة حالة مجموعة من مؤسسات الجنوب الشرقي الجزائري خلال 2011-2012، أطروحة دكتوراه، قسم علوم التسيير، جامعة ورقلة، الجزائر، 2013.
- ✓ لشهب صفاء، مراقبة التسيير في القطاع العمومي دورها في تحسين فعالية التسيير وجود الخدمات بالقطاع الصحي في الجزائر، أطروحة دكتوراه، تخصص إدارة أعمال، قسم علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر 03، الجزائر، 2015/2014.
- ✓ لطرش وليد، دور بطاقة الأداء المتوازن في قياس وتقييم الأداء الاستراتيجي (دراسة حالة قطاع خدمات الهاتف النقال في الجزائر)، أطروحة دكتوراه، قسم العلوم التجارية، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد بوضياف، المسيلة، الجزائر، 2018/2017.
- ✓ محمود بولصباح، تقييم جودة الخدمات الصحية في الجزائر "من وجهة نظر المرضى: دراسة ميدانية ببعض المراكز الاستشفائية الجامعية بالشرق"، أطروحة دكتوراه، تخصص تسويق، قسم العلوم التجارية، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر 03، الجزائر، 2015-2014.
- ✓ مرد كواشي، إشكالية تقويم الأداء الشامل في المؤسسة: دراسة حالة المؤسسات العمومية للاستثمار في الجزائر، أطروحة دكتوراه، قسم علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة قسنطينة 2، الجزائر، 2011.
- ✓ مصطفى الباهي، مراقبة التسيير في المستشفيات، دراسة استكشافية لمؤشرات قياس الأداء في المستشفيات العمومية الجزائرية، أطروحة دكتوراه، تخصص علوم التسيير، قسم علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة عمار ثلجي الأغواط، الجزائر، 2014-2013.
- ✓ نجمة شريف، محاولة تصميم بطاقة أداء متوازنة لمؤسسات التعليم العالي الجزائرية، دراسة حالة جامعة آكلي محمد أولحاج بالبويرة، أطروحة دكتوراه، تخصص تسيير عمومي، قسم علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر 03، الجزائر، 2018/2017.
- ✓ نوال براهيم، قياس الأداء المؤسسي بالمستشفيات العامة كمدخل لتحسين جودة الخدمات الصحية دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية بشير بن ناصر -بسكرة- أطروحة دكتوراه، تخصص علوم التسيير، قسم علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد خيضر، بسكرة، الجزائر، 2017/2016.

- ✓ هديل عائشة، أثر الأدوات الحديثة لمراقبة التسيير على قياس وقيادة أداء الموارد البشرية حالة المؤسسات العمومية للقطاع الصناعي في الجزائر، أطروحة دكتوراه، فرع سبر الآراء والتحقيقات الاقتصادية، قسم العلوم الاقتصادية، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر 03، الجزائر، 2017/2018.
- ✓ الواحد عبد الله، دمج مؤشرات الأداء البيئي في بطاقة الأداء المتوازن لتحقيق المسؤوليات الاجتماعية للمؤسسات، أطروحة دكتوراه غير منشورة، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر 3، الجزائر، 2015.
- ✓ يسبع الضاوية، أثر الأنماط القيادية في تحسين جودة الخدمات الصحية في ظل مدخل إدارة التغيير -دراسة تطبيقية على المؤسسات الاستشفائية لولاية المدية-، أطروحة دكتوراه، تخصص إدارة أعمال وتسويق، قسم علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة المدية، الجزائر، 2020-2021.
- ✓ يوسف بوكديرون، أثر ترشيد التسيير على جودة الخدمة الصحية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية الجزائرية، أطروحة دكتوراه، تخصص إدارة أعمال، قسم العلوم التجارية، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر، الجزائر 03، 2016-2017.

2. الأطروحات باللغات الأجنبية:

- Aurore Gombaud-Saintonge et al, « **contrôle de gestion : le balance scorecard est-il une nouveauté ?** », année 2002/2003, DESS CGS, p p 4-5, date de visite 22/06/2022, site internet. <http://ddata,over-bog.com/xxxxxyy0/32/13/25/bsc.pdf>.
- Constantinou. M, « **new public management in cyprus: introduction, adoption and implementation of npm, the relationship between the public and private sector** », Thesis of Doctorate, the faculty of Social Sciences, University of Leicester, England, 2015.
- Holcman. R, « **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, 2006.
- Ouedraogo. W, « **la conception d'un tableau de bord prospectif à la direction financière de SAF** » mémoire de fin d'étude, centre africain d'étude de gestion, 2005.
- Wiki .S.P, « **new public management and services of general economic interest: an impact on union law?** », Thesis of Doctorate, Faculty of Law and economics, University of Helsinki, Finland, 2014.

ثالثا: المقالات

1. المقالات باللغة العربية:

- أحمد فوز المكاوي، قياس مدى فاعلية بطاقة الأداء المتوازن لإدارة الأداء الاستراتيجي في المؤسسات العامة الأردنية، مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية، المجلد 21، العدد 84، كلية بغداد، العراق، 2015، الصفحات (60-85).
- أحمد هاني محمد النعيمي، آمال سرحان سليمان، إمكانية إقامة بطاقة الأداء المتوازن، مجلة تكريت للعلوم الإدارية والاقتصادية، المجلد 6، العدد 19، جامعة تكريت، العراق، 2010، الصفحات (115-133).
- أكرم أحمد الطويل وآخرون، إمكانية إقامة أبعاد جودة الخدمات الصحية: دراسة في مجموعة مختارة من المستشفيات في محافظة نينوى، مجلة تكريت للعلوم الإدارية والاقتصادية، المجلد 06، العدد 19، 2010، الصفحات (09-38).

- أكرم احمد الطويل وآخرون، امكانية تطبيق ادارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية-دراسة استطلاعية لآراء المدراء في مستشفى ابن الأثير التعليمي في الموصل مجلة تنمية الراقيدين، جامعة الموصل، العراق، العدد 100، المجلد 32، 2010، (الصفحات 231-253).
- ألاء حسين الجيجلي، أكرم أحمد الطويل، إمكانية إقامة أبعاد جودة الخدمات الصحية: دراسة في مجموعة مختارة من المستشفيات في محافظة نينوى، المجلة العراقية للعلوم الإدارية، المجلد 10، العدد 2، 2019، الصفحات (115-140).
- لياد عبد الفتاح النصور، تقييم رضا المشتري السعودي عن الخدمات التي تقدمها المستوصفات الأهلية العاملة في مدينة الخرج السعودية، المجلة العربية الإدارة، المجلد 33 العدد الأول، يونيو 2013، الصفحات (135-162).
- باريك نعيمة، تنمية الموارد البشرية وأهميتها في تحسين الانتاجية وتحقيق الميزة التنافسية، مجلة اقتصاديات شمال إفريقيا، العدد السابع، جامعة الشلف، 2009، (الصفحات 273-288).
- برياش نور الدين وبوصلاح النذير، بعنوان بطاقة الأداء المتوازن كأداة لمراقبة التسيير الحديثة ودورها في تحسين الأداء الوظيفي بالمؤسسات الرياضية (دراسة ميدانية بمؤسسة الشباب والرياضة بولاية المسيلة)، مجلة الابداع الرياضي، المجلد 13، العدد 02، 2022، الصفحات (388-408).
- بوطالب أوسامة، متطلبات تبني التسيير العمومي الجديد من أجل تفعيل التنمية في الجزائر، المجلة الجزائرية للأبحاث الاقتصادية والمالية، المجلد 5، العدد 2، 2022، الصفحات (70-91).
- نادر صبري الغبان، نادية شاكور حسين، التكامل بين تقنيتي بطاقة العلامات المتوازنة والمقارنة المرجعية لأغراض تقييم الأداء الاستراتيجي في الوحدات الاقتصادية، مجلة كلية بغداد للعلوم الاقتصادية الجامعة، العدد 22، العراق، 2009، الصفحات (299-338).
- الجزائري وآخرون، قياس وتقييم جودة الخدمات الصحية، دراسة تطبيقية في مستشفى الفيحاء العام، البصرة، مجلة دراسات إدارية، جامعة البصرة، المجلد الرابع، العدد 07، 2011، الصفحات (01-58).
- الحاج مكي، مولود حواس، أثر أبعاد جودة الخدمات الصحية على ولاء المرضى (دراسة حالة عيادة أمينة بولاية البليدة، الجزائر)، مجلة التنظيم والعمل، المجلد 10، العدد 03، 2021، الصفحات (209-226).
- سلوى تيشات، المناجحت العمومي الجديد كمدخل لإصلاح الإدارة العمومية، دراسة حالة بعض دول منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية، المجلة الجزائرية للتنمية الاقتصادية، المجلد 01، العدد 05، 2018، الصفحات (29-42).
- سهام شعبان، مجيد شعباني، بطاقة الأداء المتوازن كأداة حديثة لتنفيذ الحوكمة الصحية في المؤسسات الصحية، دراسة حالة، دراسات وأبحاث المجلة العربية للأبحاث والدراسات في العلوم الانسانية والاجتماعية، المجلد 12، العدد 04، 2020، الصفحات (436-450).
- طفياني بوفاتح كلتومة، بوفاتح ثورية، الخدمات الصحية والانفاق على الصحة في الجزائر بين الفترة 1962 و 2020، مجلة البشائر الاقتصادية، المجلد التاسع، العدد 01، 2023، (الصفحات 357-374).
- عبد الباسط أحمد رضوان، اتجاهات معاصرة في الموازنات العامة، مجلة جامعة الملك عبد العزيز: الاقتصاد والادارة، المجلد 14، العدد 1، 2000، (الصفحات من 121-147).
- عقون سعاد، مقداد وهيب، تفعيل المناجحت العمومي الجديد في المؤسسات الاستشفائية من خلال مشروع المؤسسة، دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية بدلس، مجلة اقتصاديات شمال إفريقيا، المجلد 18، العدد 28، 2022، الصفحات (517-538).
- علاء محمد، ملو العين، استخدام القياس المتوازن للأداء لتقييم خدمات القطاع المصرفي السعودي في ظل حوكمة الأداء الاستراتيجي بالتطبيق على البنوك التجارية السعودية، مجلة جامعة للعلوم الانسانية والاجتماعية، المجلد 12، العدد 1، جامعة الشارقة، الامارات العربية المتحدة، 2015، الصفحات (270-310).

- عياد ليلي، هلاي أحمد، قراءة في إصلاحات المنظومة الصحية في الجزائر، مجلة البديل الاقتصادي، المجلد 3 العدد 5، 2016، الصفحات (152-173).
- فوزي شعبان مذكور، مدى إدراك وتطبيق مديرية المستشفيات العامة المصرية لطرق إدارة جودة رعاية المريض، المجلة العلمية للاقتصاد والتجارة، مجلة ربع سنوية تصدرها كلية التجارة، جامعة عين شمس، العدد الثالث 1997، (الصفحات 629-681).
- فيغران رشيد، الهواري جمال، خدمات ما بعد البيع وأثرها على رضى الزبون -دراسة مؤسسة براندت **Brandt**، مجلة التنظيم والعمل، المجلد 08، العدد 04، 2020، الصفحات (43-62).
- كرمين سميرة، تقييم فعالية نتائج السياسة الصحية في الجزائر: دراسة تحليلية، مجلة البحوث والدراسات التجارية، المجلد 05، العدد 02، 2021، (الصفحات من 61-79).
- محفوظ أحمد، جودة تطبيق نظام قياس الأداء المتوازن وأثره على الالتزام المؤسسي للعاملين في شركات الامنيوم، المجلة الأردنية للعلوم التطبيقية، المجلد 11، العدد 2، 2008، الصفحات (273-292).
- محمد فيصل مايدة، ابراهيم لكمنونة، تقييم جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الاستشفائية بالجزائر من وجهة نظر الموظفين (الطاقم الطبي والإداريين) دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية بن عمر الجيلاني بالوادي، مجلة الاقتصاد والتنمية المستدامة، المجلد 05، العدد 01، 2022، الصفحات (1327-1353).
- مخلوف هشام، قراءة في القانون رقم 18-11 المتعلق بالصحة بين المستجدات والنقائص، حوليات جامعة الجزائر 1، المجلد 35، العدد 1، 2021، الصفحات (66-82).
- مراد إسماعيل، عبدو عبد العزيز، قياس مستوى جودة الخدمات الهاتفية النقالة بنموذج « **SERVPERF** » مجلة البشائر الاقتصادية، المجلد 3، العدد 1، 2017، (الصفحات 1-15).
- مروة أحمد محمد أحمد عبد الله، أثر تطبيق بطاقات الأداء المتوازن المستدامة على التحسين المستمر للخدمات الصحية -دراسة تطبيقية-، المجلد الحادي عشر، العدد الرابع، 2020، (الصفحات 1227-1261).
- مكيد علي، بن عيادة فريدة، واقع اعتماد نظام جودة الخدمات الصحية في المستشفيات العمومية، المجلة الجزائرية للاقتصاد والمالية، العدد 02، المجلد 03، الجزائر، 2016 (الصفحات 07-31).
- نادية راضي عبد الحليم، دمج مؤشرات الأداء البيئي في بطاقة الأداء المتوازن لتفعيل دور منظمات الأعمال في التنمية المستدامة، مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية، (عدد خاص)، المجلد 21، العدد 2، كلية التجارة، جامعة الأزهر، مصر، ديسمبر 2005، الصفحات (01-34).
- ونوغي نبيل، نحو عصنة وتجويد خدمات المرفق العام في الجزائر: دراسة الآليات والتحديات، مجلة البحوث القانونية والاقتصادية، المجلد 05، العدد 02، 2022، الصفحات (122-139).

2. المقالات باللغات الأجنبية:

- Alcouffe. S, et Autres, « 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* », Vol. 34, N°188-189, les pages (291-306), 2008.
- AMAR. A, et BERTHIER. L, « le management public : avantage et limites » *RECEMAP (revue d'enseignants chercheurs et experts en management public)*, France, 2007.
- Amer, F, et al, « The deployment of balanced scorecard in health care organizations: Is it beneficial? » A systematic review, *BMC Health Services Research*, 22, Article 65, pp(1-14), 2022.

- Ángel,E, Muñoz. C, « **The New Public Management in Sabaneta, Antioquia** », Journal of Political Science. Numéro 4, les pages 180-194, Netherlands, 2014.
- Atkinson A.A, et al, « **A stakeholder approach to strategic performance measurement** », MIT Sloan Management Review, Vol.38, N°.03, spring 1997.
- Balasubramania. M, « **Total Quality Management [TQM] in the Healthcare Industry – Challenges, Barriers and Implementation Developing a Framework for TQM Implementation in a Healthcare Setup** », Science Journal of Public Health, vol. 04, N° 04, juillet 2016, p 271–278.
- Berhanu. E, « **Healthcare service quality measurement models: A review** », Journal of Health Research, vol .35, N°0 2, 2021, pp 106–117.
- Bonafini P, Renault. C, « **Le management des hôpitaux français : palliatif ou curatif ?** », Revue Management International, vol.09 N°01, les pages (1-11), 2005.
- Boulesnane. F, « **Quality problem solving with PDCA cycle** », Journal of Excellence for Economics and Management Research, Vol. 05, N° 02 (2021) P(249- 268).
- Broccardo. L, « **The Balance Scorecard Implementation in the Italian Health Care System: Some Evidences from Literature and a Case Study Analysis** », Journal of Health Management, vol. 17, N° 01, 2015, pp. 25–41.
- Carassus D, et al, « **La caractérisation et la définition de la performance publique : une application aux collectivités locales** », Gestion et management public, Vol. 02, N°.03, 2014/1.
- Carassus. D, et autres, « **La caractérisation et la définition de la performance publique : une application aux collectivités locales** », Gestion et management public, Vol. 02, N°03, 2014, pp:23-44.
- Choi. K, et al « **Service Quality Dimensions and Patient Satisfaction Relationships in South Korean: Comparisons Across Gender, Age, and Types of Service** », Journal of Services Marketing, Vol. 19, N° 03 (143 -149), 2005,p 142.
- Corêa. R Gomes, Liddle. L, « **The balanced Scorcard as a performance Management toll for third sector organization: The cas of the Arthur banardes foundation** », Brazil, Brazilian Administration Review, V.16, N°0 4, artor oct/des 2009.
- Driss. H, DAFI. N, « **Vers une nouvelle culture managériale: Méthodologie : de mise en place d'un système de contrôle de gestion dans un établissement Public – C, as d'une académie régionale d'éducation et de formation** », Science Lib Editions Mersenne : Vol.05, N °130105, 2013.
- Ducrocq C et Autres, « **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. 04, N° 03, septembre, les pages (89-121), 2001.
- Ducrocq C, Gervais M, Herriau C, « **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. 04, N° 03, septembre (2001).
- Figge. F, et al, « **The Sustainability Balanced Scorecard- Linking Sustainability Management to Business Strategy** », Business Strategy and the Environment, N°11(5), 2002,(269–284).
- Fogarty, G et al, « **Measuring Service Quality with SERVPERF** », Journal of Outcome Measurement, vol. 04 N° 02, 2000.
- Gaia B et al, « **The dynamic use of a balanced scorecard in an Italian public hospital** », International Journal of Health Planning and Management, Vol. 37, N°. 03, May 2022, pp. 1781–1798, p1793.
- Greatbanks, R. and Tapp, D. « **The impact of balanced scorecards in a public sector environment: empirical evidence from Dunedin City Council** », New Zealand, International Journal of Operations & Production Management. Vol. 27, N°0 8, 2007.

- Grönroos. C « **Adopting a Service Logic for Marketing** », Marketing Theory, Vol.06, N°03, 2006(pages 317-333).
- GUETTAF. L, FOUDI. B, « **la coordination des acteurs (public-privé) dans les systèmes de santé Algérien et Marocain** », revue des sciences humaines, université Mohamed Khaider- Biskra, N° 23, novembre 2011.
- Hemidy L, « **L'informatisation des hôpitaux et ses enjeux** » , Revue Française de Gestion, juin-juillet-août, 1996.
- Hood christopher, « **A public management for all seasons ?** », Royal institute of public administration, British, 1991.
- Kaplan, R. S, & Norton, D. P « **Linking the Balanced Scorecard to Strategy** », California Management Review, Vol. 39, N°01, Fall, pp. 53–79. 1996.
- Kaplan, R. S, & Norton, D. P, « **Double-Loop Management: Making Strategy a Continuous Process** », Harvard Business School Publishing ,Vol.02,Nov 2000.
- Kaplan, R. S, & Norton, D. P, « **Linking the Balanced Scorecard to Strategy** », California Management Review, Vol. 39, N°01, Fall 1996.
- Kaplan, R. S, & Norton, D. P, « **Measuring the strategic Reading of Intangible Assets** », Harvard Business Review,2004.
- Kaplan, R. S, & Norton, D. P, « **Putting the Balanced Scorecard to Work** », Harvard Business Review, 71(5), pp. 134–147, 1999.
- Kaplan, R. S, & Norton, D. P, « **Using the Balanced Dcorecard as a Stratiegic Management System** », Harvard Business Review, January – February, 1996.
- Kent. N, « **Expectations from Administrative Reforms: An Attempt to Implement the Balanced Scorecard in a Public Sector Organization** », International Journal of Public Administration, N°33, 2010.
- M. Sanger, « **Supporting the balanced scorecard, Work Study** », Vol. 47 N°0 6, 1998 .
- Mendes .P, et al, « **The balanced scorecard as an integrated model applied to the Portuguese public service : a case study in the waste sector** », Journal of Cleaner Production 24 ,2012.
- Minvielle, E. « **New public management à la Française: The case of regional hospital agencies** », Public Administration Review, 66(5),2006 pages(753–763).
- Modell, S, « **Performance measurement myths in the public sector: a research note** », Financial Accountability & Management, Vol. 21, N°0 1, 2004.
- Moullin. M, « **The design of an alternative Balanced Scorecard framework for public and voluntary organisations** », Perspectives on Performance, Volume 5(1), 2006.
- Moullin. M, « **Using the Public Sector Scorecard to measure and improve healthcare services** » Nursing Management, Vol. 16, N°05, September 2009.
- Parasuraman et al, « **A conceptual model of service quality and its implications for future research** », journal of marketing, vol49, 1985.
- Parasuraman. A, et al, « **A conceptual model of service quality and its implications for future research** », Journal of Marketing, vol 49 N°04 , pp 41–50, 1985, p46.
- Porter. M, « **what is strategy ?** », harvard business review,1996.
- Rabbani. F, et al, « **Designing a balanced scorecard for a tertiary care hospital in Pakistan: A modified Delphi group exercise** », international journal of health planning and management, N° 25,2010, pp: 74–90.
- Raiborn, C. Butler, J. B. Henderson, S. C, « **Sustainability and the Balanced Scorecard: Integrating Green Measures into Business Reporting** », MANAGEMENT ACCOUNTING QUARTERLY, WINTER 2011, VOL. 12, N°02, 2011.
- Saïhi. A, « **Le système de santé publique en Algérie** », Revue "gestions hospitalières" La revue des décideurs hospitaliers, n°455, Avril 2006.

- Sanjay. K, Garima. G, « **measuring service quality : serviquial vs serveperf scales** », vikalpa, vol.29, N°2, 2004.
- Talib. F, et al, « **service quality in healthcare establishments** », behavioural and health care research, vol.05, N°01, 2015.
- Tonneau D, Moisdon J-C, « **l'hôpital public et sa tutelle: la concurrence sous administration** », Revue Française de Gestion, N° 109, Juin-Juillet-Aout, 1996.
- Valérie. B, et autres « **Service public local et développement durable** », Revue d'économie régionale et urbaine, N° 02 (avril 2003), pp 317-338, p 319.

رابعاً: المداخلات

1. المداخلات باللغة العربية:

- آمال بعبط، إيمان بن قصير، **التعاقد كآلية لترشيد النفقات الصحية في الجزائر**، مداخلات في ملتقى دولي بجامعة المسيلة حول سياسات التحكم في الإنفاق الصحي يومي 24/25 نوفمبر، 2015.
- بن البار سعد، فيجل عبد الحميد، **ضرورة اعتماد النمط التعاقد كأسلوب جديد للتحكم في تزايد النفقات الصحية: تطوره وعقباته في التجربة الجزائرية**، مداخلات في ملتقى دولي حول سياسات التحكم في الإنفاق الصحي، جامعة المسيلة، يومي 24/25 نوفمبر 2015.
- بوخمخ جمال الدين، **التصرف بالمستشفيات العمومية واللامركزية**، مداخلات مقدمة ضمن ملتقى بعنوان "استقلالية المؤسسات الصحية التابعة لوزارة الصحة"، يومي 23 و24 أكتوبر بتونس، 2000.
- بوخناف وردة، **مساهمة نظام مراقبة التسيير في تحسين جودة الخدمات الصحية**، مداخلات مقدمة ضمن الملتقى الوطني الأول حول التسيير الصحي وتحسين الخدمات الصحية في الجزائر بين أشكاليات التسيير ورهانات التمويل - المستشفيات نموذجاً -، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، قسم علوم التسيير، جامعة 08 ماي 1945 قلمة، يومي 10-11 أبريل 2018، (الصفحات من 1-18).
- عبد الرحيم علام، عمرو صدوقي، **مقدمة لمدخل قائمة الإنجاز المتوازنة**، مداخلات مقدمة في ملتقى تقييم الأداء المؤسسي في الوحدات الحكومية المنعقد في القاهرة، فيفري 2007، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، مصر، 2007.
- مصطفى الباهي، ناصري سمية، **مراقبة التسيير في المؤسسات الخدمية بين صعوبة التواجد وضرورة التطبيق حالة المستشفيات العمومية**، مداخلات في إطار ملتقى علمي وطني بعنوان: - مراقبة التسيير كآلية لحكومة المؤسسات وتنشيط الإبداع - كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة البليدة 2 الجزائر يوم 25/04/2017.

2. المداخلات باللغات الأجنبية:

- Al-Ali, Abdulsattar Mohamed, « **Developing a Total Quality Management Framework for Healthcare Organizations** », Proceedings of the International Conference on Industrial Engineering and Operations Management, 7-9 janvier 2014, Indonésie, p 891.
- Bancel -Charensol L, Jougleux M, « **De la valeur dans les services** », Actes des 14eme journées nationales des IAE, Nantes, tome 1, France, 1998.
- Dyah. R et al, « **assessing service quality : A combination of servperf and Importance performance analysis** », the 3ed international conference on industrial engineering application, EDP science, indonesia, 2016.
- EMERY. Y, and MARTIN, N « **le service public en marche vers le XXI siècle** », in Actes du colloque sur l'administration dans tous ses état : réalisations et conséquences, Lausanne, 11/02/2019 Ed, presse polytechniques et universitaires romands, Lausanne, suisse, 2000.
- Kaplan, R. S, « **Conceptual Foundations of the Balanced Scorecard** » Working Paper N° 10-074, Harvard Business School, Harvard University, 2010.
- LANGEVIN. P. et NARO. G, « **Contrôle et comportements : une revue de la littérature Anglo-Saxonne** », Congrès AFC-CCA, 2003, cité par Kh. AHSINA, « Systèmes de

contrôle de gestion et performance : essai de modélisation », Revue la Recherche Maroc, N° 09/2011.

- MERRIEN F.X , « la nouvelle gestion publique, concepts mythique, lien social et politique », RIAC, N41, printemps 1999.
- MONKS.J « la nouvelle gestion publique boîte à outils ou changement paradigmatique ? », in hufty M , Edition, la pensée comptable ; Etat, Néolibéralisme, nouvelle gestion publique, presses universitaires de France, paris, 1998.
- Morisawa. T, « Building Performance Measurement Systems with the Balanced Scorecard Approach » Nomura Research Institute papers, N° 45, April, 2002.
- Moullin, M. « Improving public and third sector performance with the Public Sector Scorecard », Paper presented to the Performance Measurement Association Symposium, Loch Lomond, Oct 2013.
- Moullin, M. and Soady, J, « Outcomes, processes and capability: Using the Public Sector Scorecard in public health », Proceedings of the European Operations Management Association (EurOMA) Annual Conference, June 2008.

خامسا: النصوص القانونية والتنظيمية

1. القوانين:

- الجريدة الرسمية العدد 46، القانون رقم 11/18 المؤرخ في 02 يوليو 2018 يتعلق بالصحة، الصادرة بتاريخ 29 يوليو 2018.
- الجريدة الرسمية العدد 53، القانون العضوي رقم 15/18 مؤرخ في 02 سبتمبر 2018 المتعلق بقوانين المالية، الصادرة بتاريخ

02 سبتمبر 2018.

2. المراسيم:

- الجريدة الرسمية العدد 48، المرسوم الرئاسي رقم 03-270 المؤرخ في 13 أوت 2003 المتضمن إنشاء المؤسسة الاستشفائية الجامعية لوهران وتنظيمها وسيرها ، الصادرة بتاريخ 13 أوت 2003.
- الجريدة الرسمية العدد 26، المرسوم التنفيذي رقم 90-188، المؤرخ في 23 جوان 1990 يحدد هياكل الادارة المركزية وأجهزتها في الوزارات، الصادرة بتاريخ 27 جوان 1990.
- الجريدة الرسمية العدد 47 ، المرسوم التنفيذي رقم 97-261 مؤرخ في 14 يوليو 1997 الذي يحدد القواعد الخاصة بتنظيم مديريات الصحة والسكان الولائية وسيرها، الصادرة بتاريخ 16 يوليو 1997.
- الجريدة الرسمية العدد 81، المرسوم التنفيذي رقم 97-467 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997 والذي يحدد القواعد الخاصة بإنشاء المراكز الاستشفائية الجامعية وتنظيمها وسيرها، الصادرة بتاريخ 10 ديسمبر 1997.
- الجريدة الرسمية العدد 81، المرسوم التنفيذي رقم 97-465 المؤرخ في 02 ديسمبر سنة 1997 الذي يحدد قواعد إنشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة وتنظيمها وسيرها. الصادرة بتاريخ 10 ديسمبر 1997.
- الجريدة الرسمية العدد 33 المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها، الصادرة بتاريخ 20 ماي 2007.
- الجريدة الرسمية العدد 78، المرسوم التنفيذي رقم 05-495 المؤرخ في 30 نوفمبر 2006، المتضمن انشاء المؤسسة الاستشفائية عين تموشنت، الصادرة بتاريخ 04 ديسمبر 2006.
- الجريدة الرسمية العدد 27، المرسوم التنفيذي رقم 06-143 المؤرخ في 26 أفريل 2006، المتضمن انشاء المؤسسة الاستشفائية بسكيكدة، الصادرة بتاريخ 26 أفريل 2006.

- الجريدة الرسمية ، العدد:78، المرسوم التنفيذي رقم 03-478 المؤرخ في 09 ديسمبر 2003 المتعلق بتحديد كفاءات تسيير النشاطات العلاجية، الصادرة بتاريخ 14 ديسمبر 2003.
- الجريدة الرسمية العدد:70، المرسوم التنفيذي رقم 06-384 المؤرخ في 28 أكتوبر 2006، المتضمن انشاء المؤسسة الاستشفائية عين الترك ولاية وهران، الصادرة بتاريخ 05 نوفمبر 2006.
- الجريدة الرسمية العدد:75، المرسوم التنفيذي رقم 06-422 المؤرخ في 22 نوفمبر 2006، المتضمن انشاء المؤسسة الاستشفائية عين آزال ولاية سطيف، الصادرة بتاريخ 26 نوفمبر 2006.
- الجريدة الرسمية العدد:44، المرسوم التنفيذي رقم 07-209 المؤرخ في 01 جويلية 2007، المتضمن انشاء المؤسسة الاستشفائية ديدوش مراد ولاية قسنطينة، الصادرة بتاريخ 08 جويلية 2007.
- الجريدة الرسمية العدد:41، المرسوم التنفيذي رقم 12-281 المؤرخ في 09 يوليو 2012 المتضمن انشاء المؤسسات الاستشفائية لطب العيون وتنظيمها وسيرها، الصادرة بتاريخ 15 يوليو 2012.
- الجريدة الرسمية العدد 63، المرسوم تنفيذي رقم 11 - 380 مؤرخ في 11 نوفمبر 2011 يتضمن تنظيم الإدارة المركزية في وزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات، الصادرة بتاريخ 23 نوفمبر 2011.

3. القرارات الوزارية:

- القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 20 ديسمبر 2009 الذي يحدد التنظيم الداخلي للمؤسسات العمومية الاستشفائية.
- القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 15 جانفي 2012 والذي يحدد معايير تصنيف المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتصنيفها.
- القرار رقم 2605 المؤرخ في 02 ديسمبر 2007 المتضمن إنشاء المصالح والوحدات المكونة لها على مستوى المؤسسة العمومية الاستشفائية بسور الغزلان.

4. التعليمات:

- التعليمات الوزارية رقم 04 المؤرخة في 12 ماي 2013 المتعلقة بتسيير نفايات نشاطات العلاج.

سادسا: التقارير

1. التقارير باللغة العربية:

- جمعية التنمية الصحية والبيئية، تقرير حول برنامج السياسات والنظم الصحية: الحالة الصحية والخدمات الصحية في مصر - دراسة تحليلية للوضع الراهن والرؤى المستقبلية، القاهرة، 2005.
- كريمة خلاص، 2022 عام الاصلاحات الصحية في الجزائر، تقرير على جريدة الشروق الجزائرية، صادر بتاريخ 20 ماي 2023، متاح على الموقع الالكتروني التالي <https://www.echoroukonline.com/2022>
- وزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات، المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات، تقرير تمهيدي، الأولويات والأنشطة المستعجلة،

الجزائر، 2003

2. التقارير باللغات الأجنبية:

- Andem, « *Évaluation d'une action de santé publique* », actualité et dossier en santé publique n° 17, Paris, 1996 .

- Chaouch. M, « **Développement du système National de Santé: Stratégies et perspectives "le gestionnaire"** », verve élaborée par l'école nationale de la santé publique n°5, Juin 2001.
- Nicolas Berland et autres, « **une typologie des systèmes de contrôle inspirée du cadre théorique de Simons** », septembre 2005, cahier n 2005-112, école polytechnique, laboratoire d'Econométrie, Paris.
-

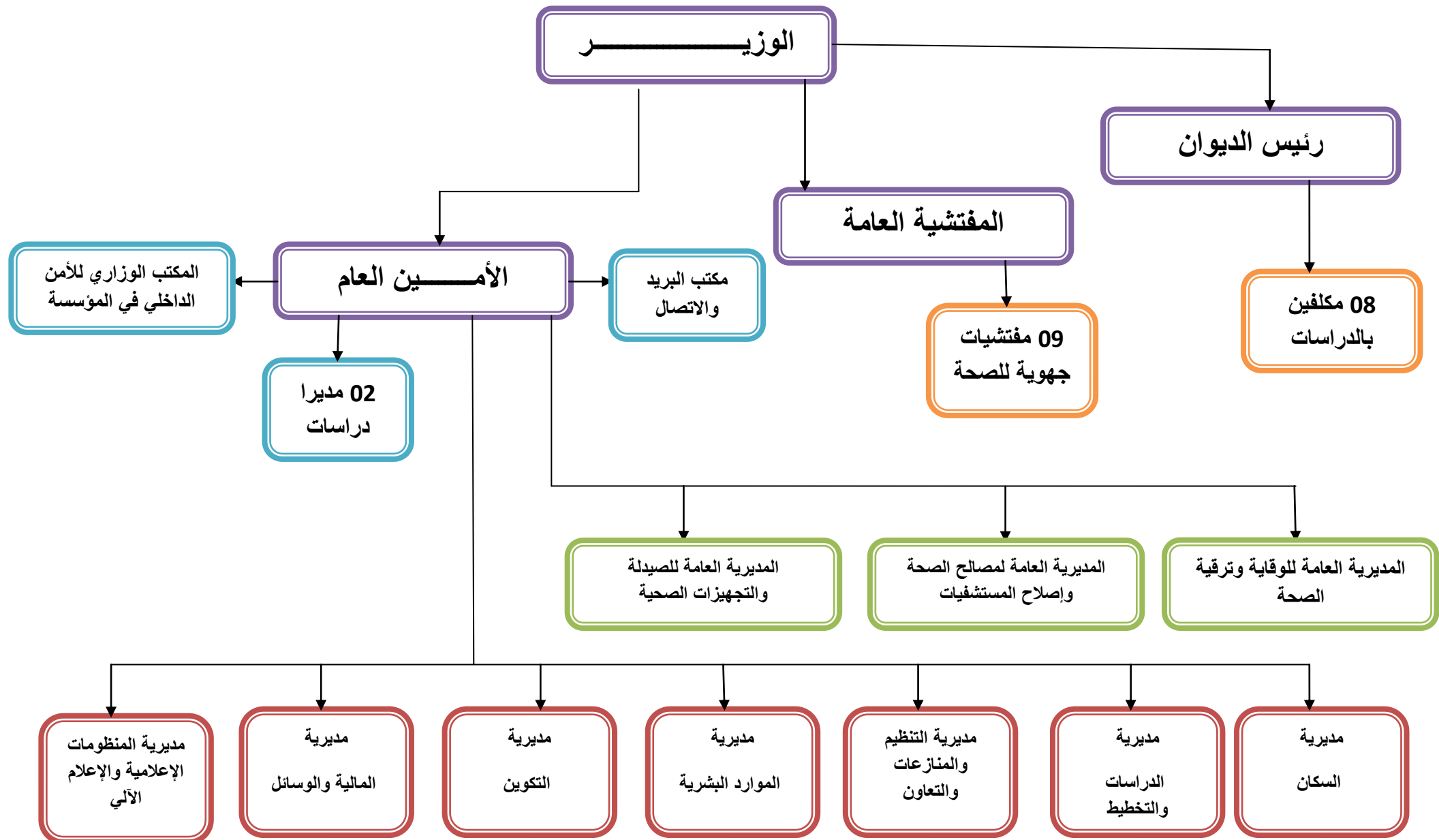
سابعا: الوثائق الرسمية والإدارية للمؤسسة العمومية الاستشفائية "الآخوة يحياوي" بسور الغزلان

- القوائم الاسمية للموظفين بالمؤسسة محل الدراسة موقوفة الى غاية 12/31 خلال الفترة 2020-2024.
- ميزانيات المؤسسة العمومية الاستشفائية محل الدراسة للفترة 2020-2024.
- الوضعيات المالية للمؤسسة العمومية الاستشفائية محل الدراسة خلال الفترة 2020-2024.
- محاضر ومقررات مجلس الإدارة للمؤسسة العمومية الاستشفائية محل الدراسة لسنة المالية 2024.
- حساب التكاليف الثلاثي الأخير للمؤسسة العمومية الاستشفائية محل الدراسة لسنة 2024.
- مخطط العمل للمؤسسة العمومية الاستشفائية محل الدراسة لسنة 2025.
- الحساب الإداري للمؤسسة محل الدراسة للفترة 2020-2024.
- حصيلة النشاطات الشهرية، الفصلية، السداسية والسنواتية للمؤسسة العمومية الاستشفائية محل الدراسة لسنة 2024.
- وثيقة مراقبة التسيير الخاصة بالمؤسسة، الحوصلة الولائية والحوصلة الوطنية، للسنة المالية 2024
- وثيقة مراقبة التسيير الخاصة بالنشاطات الصحية على مستوى المؤسسة ، الحوصلة الولائية على مستوى مديرية الصحة. لسنة 2024،
- وثيقة EPI-STATE الخاص بالمؤسسة، الحوصلة الولائية والحوصلة الوطنية (وثيقة الصحة بالأرقام).

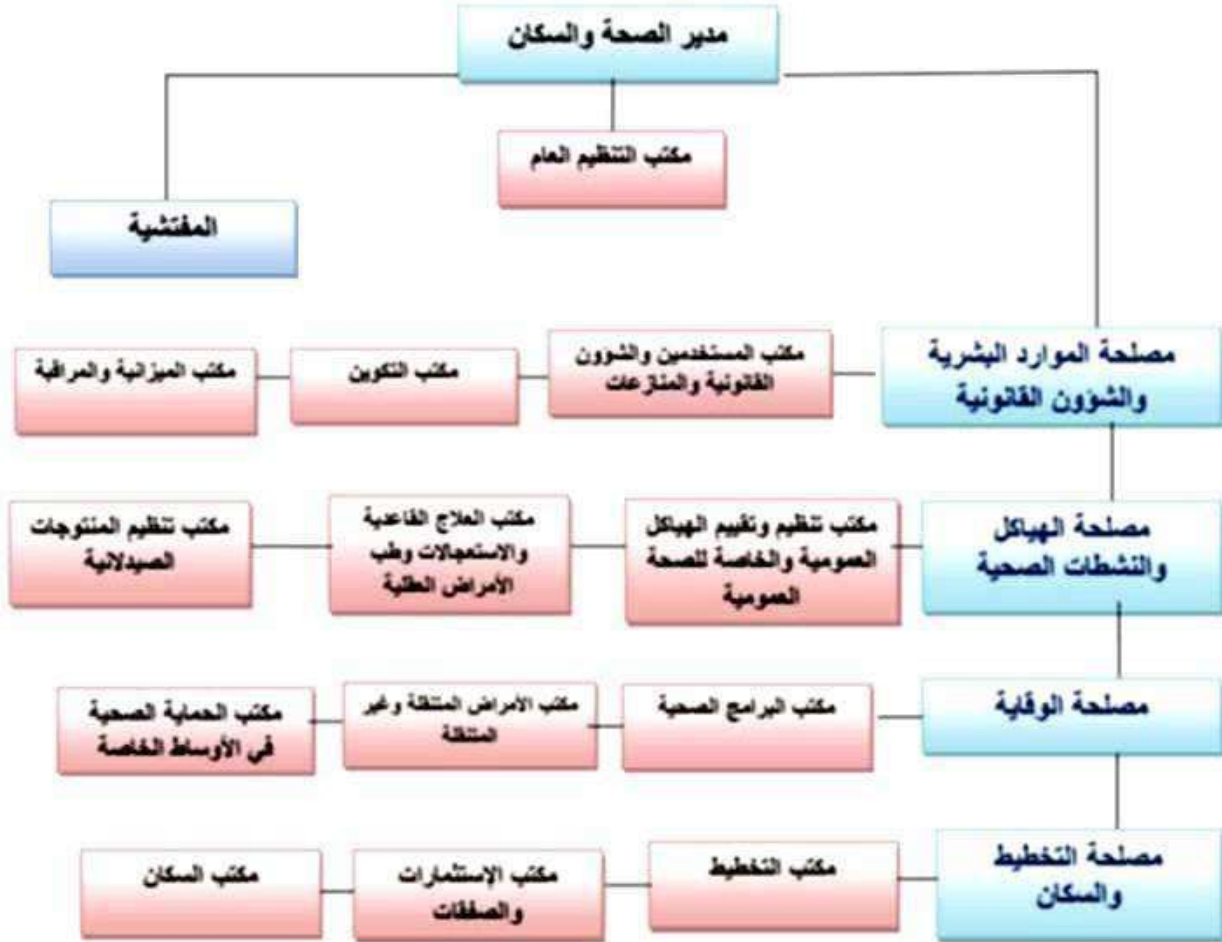
ثامنا: مواقع الانترنت

- <http://www.socialinfo.ch/cgi-bin/dicoposso/alpha.cfm>
- <https://formation.sante.gov.dz/>
- www.santé.dz/reforme-hospitalière/
- www.santé.dz/reforme.hospitalière/dossier-1-6
- <http://www.erh.org/documents/management>.
- <http://cleanerproduction.com/pubs/Hammer.doc>.
- http://sustyworks.in3online.com/downloads/Bieker_SA03.pdf
- www.piloter.org
- <http://208.48.48.190/rc47/anpa11bo1.htm>.
- www.rr4ee.net
- <https://www.strategie-aims.com/conferences/3-xviiieme-conference-de-l-aims/communications/282-vers-un-pilotage-des-alliances-strategiques-par-des-methodes-perceptives-de-la-valeur-linfluence-de-la-performance-percue-sur-la-propension-des-managers-a-nouer-et-maintenir-des-alliances/download>

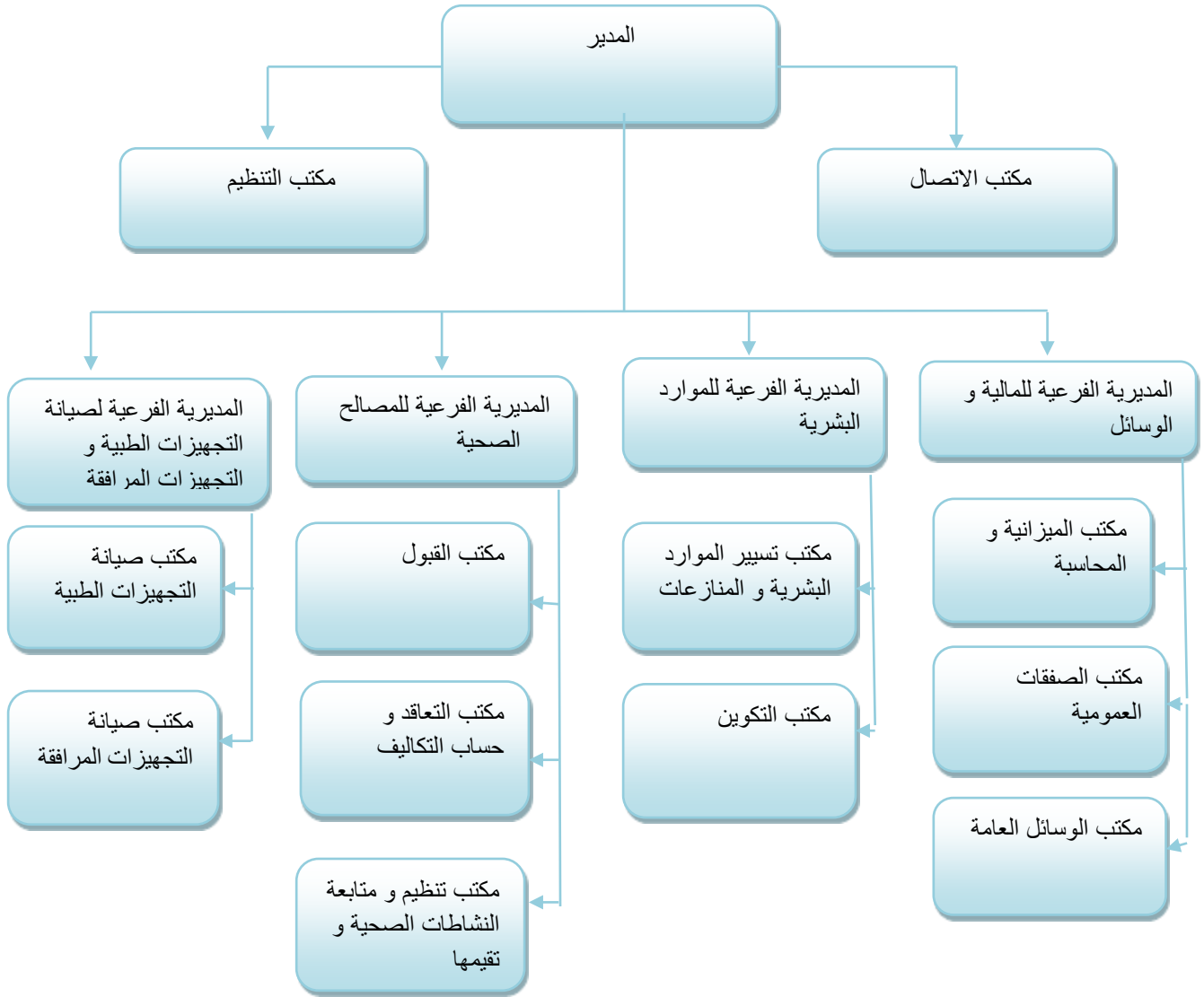
الملاحق



المخطط التنظيمي لمديريات الصحة والسكان لولايات الشلف وأم البواقي وبجاية
وبسكرة والبويرة وتبسة والجللفة وقالمة والمسيلة وورقلة والطارف وتيبازة وميلة
وعين الدفلة وغرداية



الملحق رقم (03): الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي" بسور الغزلان



الملحق رقم (04): معايير تصنيف المؤسسات العمومية الاستشفائية وكذا موقع المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيوي" بسور الغزلان من التصنيف

عدد النقاط	المعايير
2 3 4 5 6 7	عدد السكان 148905 { 100.000-9000 140.000-100.001 170.000-140.001 220.000-170.001 290.000-220.001 290.001- فما فوق }
2 3 4	عدد البلديات 10 { 7-1 10-8 11- فما فوق }
4 7 9 11 13	عدد الأسرة 309 { 120-1 180-121 240-181 300-241 301- فما فوق }
2 3 4	عدد المصالح 12 { 9-5 13-10 14- فما فوق }
4	الطابع الجامعي 00 { }
10	مقر الولاية 00 { }

الملحق رقم (05): توزيع الأسرة حسب المصالح الصحية للمؤسسة العمومية الاستشفائية "الاخوة يحيى" بسور الغزلان

القسم	أسرة تقنية	أسرة منظمة
الجراحة العامة	60	40
طب العظام	20	20
الطب الباطني	40	40
أمراض النساء والتوليد	60	55
طب الأطفال	32	32
التهاب الرئوي	32	32
الطب النفسي	45	45
الاستعدادات الطبية الجراحية	20	08
مجموع	309	272

الملحق رقم (06): مختلف المصالح والوحدات على مستوى المؤسسة العمومية الاستشفائية "الاخوة يحيى" بسور الغزلان

المصالح	عدد الأسرة	الوحدات
1- جراحة العامة	60	04- 1- جراحة عامة 2- جراحة المسالك البولية 3- طب أمراض العيون 4- طب أمراض الأذن، الأنف، والحنجرة
2- علم الأوبئة		02- 1- المعلومات الصحية 2- أنشطة الاستشفائية
3- طب أمراض النساء والتوليد	60	02- 1- أمراض النساء 2- أمراض التوليد
4- الأشعة المركزية		02- 1- الأشعة 2- التصوير بالمسحوق
5- المختبر المركزي		02- 1- علم الأحياء المجهرية 2- الكيمياء الحيوية
6- الطب الداخلي	40	04- 1- الطب الداخلي 2- طب أمراض القلب 3- طب أمراض الجهاز الهضمي 4- طب أمراض الكلى
7- جراحة العظام والعضلات	20	02- 1- استشفاء الرجال 2- استشفاء النساء
8- طب الأطفال	32	02- 1- طب الأطفال 2- طب حديثي الولادة
9- الصيدية		02- 1- الصيدية 2- توزيع المواد الصيدلانية
10- طب أمراض الرئة والصدر	32	02- 1- استشفاء الرجال 2- استشفاء النساء
11- طب الأمراض العقلية	45	02- 1- استشفاء الرجال 2- استشفاء النساء 3- مستودعات الأمراض العقلية
12- الاستعدادات الطبية الجراحية	20	02- 1- الاستعدادات الطبية 2- الاستعدادات الجراحية

الملحق رقم (07): الموارد البشرية للمؤسسة العمومية الاستشفائية "الآخوة يحياوي" حسب الرتب والأسلاك

السلوك	المجموع	الرتبة	المجموع
الممارسين الطبيين المتخصصين	49	ممارس متخصص رئيس في الصحة العمومية	3
		ممارس متخصص رئيسي في الصحة العمومية	10
		ممارس متخصص مساعد في الصحة العمومية	36
الممارسين الطبيين العامين	41	طبيب عام رئيس في الصحة العمومية	3
		طبيب عام رئيسي في الصحة العمومية	6
		طبيب عام في الصحة العمومية	28
		صيدلي عام رئيسي في الصحة العمومية	1
		صيدلي عام في الصحة العمومية	3
		نفساني عيادي رئيسي للصحة العمومية	2
النفسانيين العياديين	3	نفساني عيادي للصحة العمومية	1
		بيولوجي رئيس في الصحة العمومية	1
البيولوجيون في الصحة العمومية	6	بيولوجي في الصحة العمومية الدرجة 2	4
		ملحق بالمخبر في الصحة العمومية	3
		عون طبي في التخدير والإنعاش للصحة العمومية	30
الأعوان الطبيون في التخدير والإنعاش	38	عون طبي في التخدير و الإنعاش رئيسي	8
		مساعد التمريض رئيسي للصحة العمومية	47
مساعدا التمريض	99	مساعد التمريض للصحة العمومية	52
		عون رعاية الأطفال للصحة العمومية	13
أعوان رعاية الأطفال للصحة العمومية	13	ممرض ممتاز للصحة العمومية	64
		ممرض متخصص للصحة العمومية	51
		ممرض للصحة العمومية	75
		بصاراتي نظاراتي حاصل على شهادة دولة	1
		مختص في العلاج الطبيعي والفيزيائي للصحة العمومية	2
المختصين في العلاج الطبيعي والفيزيائي	2	مشغل أجهزة التصوير الطبي ممتاز للصحة العمومية	3
		مشغل أجهزة التطوير الطبي مختص	3
		مشغل أجهزة التصوير الطبي للصحة العمومية	7
		مخبري ممتاز للصحة العمومية	5
المخبرين للصحة العمومية	17	مخبري متخصص للصحة العمومية	8
		مخبري للصحة العمومية	4
		محضر للصيدلة في الصحة العمومية	1
المختصين في حفظ الصحة	1	مختص في حفظ الصحة العمومية	1
		مساعد اجتماعي رئيسي للصحة العمومية	2
المساعدين الاجتماعيين	3	مساعد اجتماعي للصحة العمومية	1
		مساعد طبي رئيسي للصحة العمومية	4
المساعدين الطبيين	8	مساعد طبي للصحة العمومية	4
		قابلة رئيسية	15
القابات	34	قابلة متخصصة في الصحة العمومية	1
		قابلة في الصحة العمومية	18

3	رئيس متصرفي مصالح الصحة	6	متصرفي المصالح
3	متصرف رئيسي لمصالح الصحة		
2	متصرف مستشار	2	المتصرفون المستشارون
6	متصرف رئيسي	10	المتصرفين
2	متصرف محلل		
1	متصرف		
1	مساعد متصرف		
1	ملحق للإدارة	6	أعوان الإدارة
4	عون إدارة رئيسي		
1	عون إدارة		
1	كاتب مديرية	5	الكتاب
4	كاتب		
1	محاسب إداري رئيسي	2	محاسبي الإدارة
1	محاسب إداري		
1	مهندس دولة في الإعلام الآلي	8	المهندسين في الإعلام الآلي
1	مساعد مهندس مستوى 2 في الاعلام الآلي		
6	مساعد مهندس مستوى 1		
4	تقني سامي في الاعلام الآلي	6	التقنيين
2	تقني في الاعلام الآلي		
1	مهندس معماري	1	المهندسين
1	وثائقي أمين محفوظات رئيسي	1	الوثائقيين أمناء المحفوظات
1	مساعد وثائقي أمين المحفوظات	1	مساعدي الوثائقيين أمناء المحفوظات
1	مهندس معماري رئيسي	1	المهندسين في السكن والعمران
15	عامل مهني خارج الصنف	24	العمال المهنيين
5	عامل مهني الصنف 1		
3	سائق الصنف 1		
1	عامل مهني من المستوى 4 بالتوقيت الجزئي		
1	عامل مهني من المستوى 3 بالتوقيت الكامل	62	الاعوان المتعاقدين
61	عامل مهني من المستوى 1 بالتوقيت الكامل		
2	سائق سيارة من المستوى 2	11	سائقي السيارات
9	سائق سيارة من المستوى 1		
5	عون وقاية من المستوى 1	12	أعوان الوقاية و الحراس
7	حارس		
14	عون الخدمة من المستوى 1	14	أعوان الخدمات
693	المجموع	693	المجموع

TABLEAU N° 01 : SECTIONS PRINCIPALES

SECTIONS PRINCIPALES	UNITE D'ŒUVRE	OBSERVATIONS
Sces dotés de lits d'hospitalisation	La journée d'hospitalisation	Tous les services dotés de lits d'hospitalisation
L'hôpital du jour	La journée d'hospitalisation "jour"	
La consultation externe	La consultation	Quand le même service abrite plusieurs consult. spécialisées le coût recherché est le coût moyen d'une consultation quelle que soit la spécialité.
Pavillon des Urgences	Le Package	* Le Package est l'ensemble des prestations dont bénéficie un malade lors d'un même passage (consult, radio, suture, réa respiratoire, maintien en observation, ...). * le nombre de packages est égal au nombre de malades portés sur le registre du P.U.
Hémodialyse	La séance	L'unité d'œuvre n'est pas la journée d'hospit. même si ce service est doté de lits.
Stomatologie	Le (D)	A chaque type de soins dentaires (extraction, plombage, ...) est attribué un nombre de D (voir codification des actes)
Médecine du travail	La consultation	Ne concerne que les établissements conventionnés qui prennent en charge le personnel d'autres organismes. Le médecin du personnel est une section auxiliaire à part (voir tableau 02)
Médecine légale	La consultation	Les autres activités de ce service (autopsies, etc.) sont secondaires par rapport aux consultations.
S. A. M. U	Le Package	Le Package est l'ensemble des prestations dont bénéficie un malade lors d'une même sortie de l'équipe (soins à domicile, évaluation médicalisée, secours sur les lieux de l'accident,...)

TABLEAU N° 02 : SECTIONS AUXILIAIRES

SECTIONS AUXILIAIRES A CARACTERE MEDICAL	UNITE D'ŒUVRE
Blocs opératoires	Le K
Imagerie (radiologie, échographie, angiographie, scanner,...)	Le_R
Laboratoires (labo central, biochimie, microbio, anapath, C.T.5)	Le B
Exploration fonctionnelle (endoscopie, fibroscopie, E.E.G, écho-doppler, épreuve d'effort, cathétérisme, etc.)	L'examen
Service d'épidémiologie et de médecine préventive (SEMEP)	Néant
Ergothérapie	La séance
Rééducation fonctionnelle (non dotée de lits d'hospitalisation)	La séance

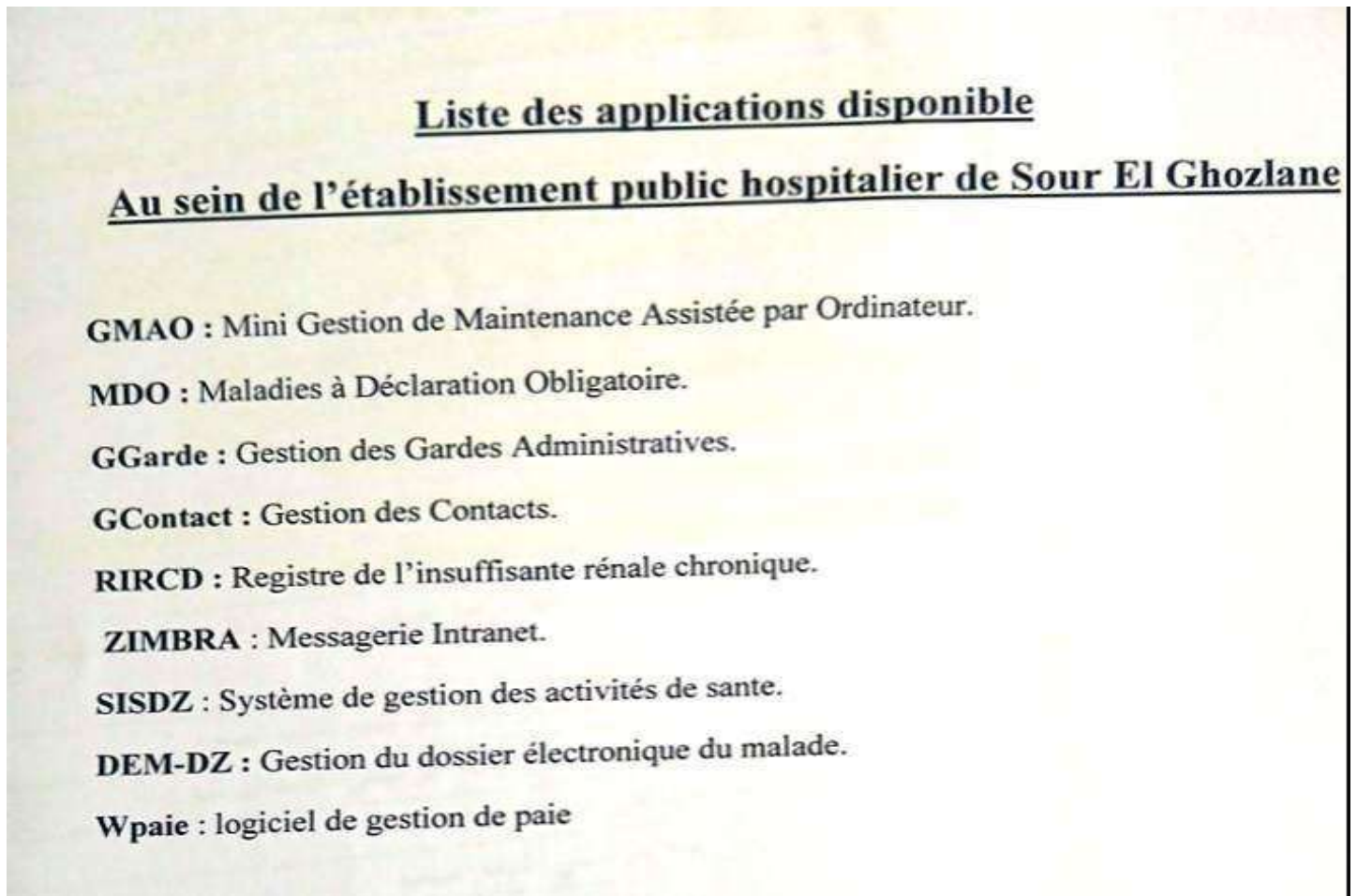
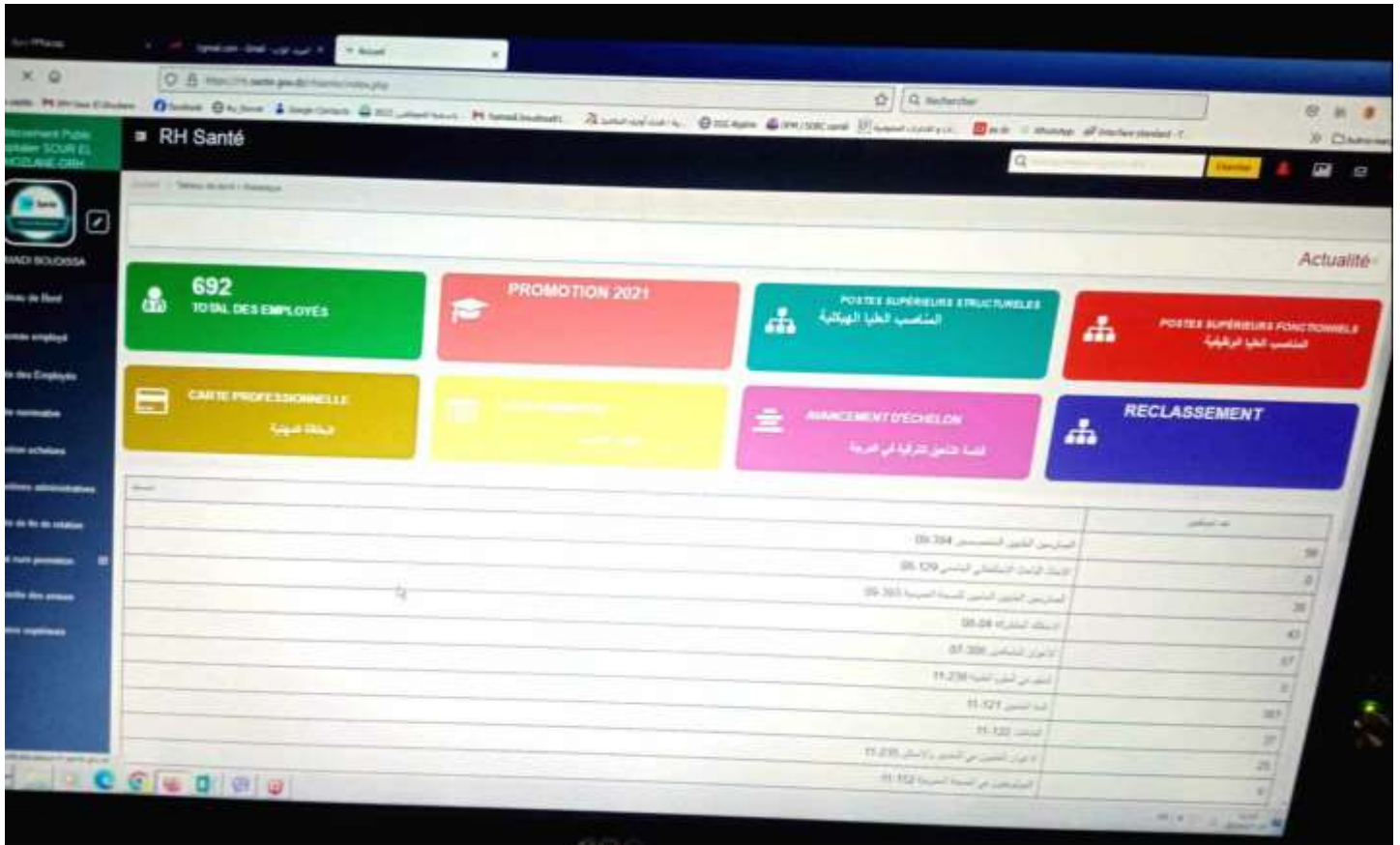
SECTIONS AUXILIAIRES A CARACTERE GENERAL	OBSERVATIONS
1 - Administration : - Direction Générale - D.A.P.M - Economat (services administratifs) - D.I.E (services administratifs) - Personnel (Solde, Finance) - Bureau des entrées - Surveillance Standard - Bibliothèque, Ecole paramédicale (non dotée de budget autonome)	■ Les services administratifs, les services économiques et techniques et les services à caractère social ont été regroupés en trois sections auxiliaires. ■ Pour ce qui est des services suivants : pharmacie, magasins, cuisine, lingerie et buanderie, les charges qui doivent leur être imputées sont leurs charges de fonctionnement propres. - Quant- aux matières qu'ils distribuent aux autres services (repas, linge, médicaments, fournitures diverses) celles-ci sont affectées à chaque section d'analyse grâce aux états de consommation. ■ La pharmacie a été classée dans la section Auxiliaire "services économiques" parce qu'elle a une activité de gestion des stocks et non une activité de soins.
2 - Services Economiques - Pharmacie - Magasins - parc- auto - lingerie - Buanderie - Cuisine- Dépense - ateliers d'entretien - maintenance biomédicale - hygiène	
3 - Services sociaux (services fonctionnant dans l'intérêt du Personnel) - Médecin du Personnel - Bureau Assistantes sociales - Chambre de garde - Coopérative - Crèche - Internat - Poyer, cafétéria - Locaux syndicaux - Logements d'astreinte	

الملحق رقم (10): مخطط العمل السنوي للمؤسسة العمومية الاستشفائية "الاخوة بجاوي" بسور الغزلان

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE MINISTRE DE LA SANTE LA DIRECTION DE LA SANTE DE LA WILAYA DE BOUIRA ETABLISSEMENT PUBLIC HOSPITALIER DE SOIR EL GHOUZLAN PLAN D'ACTION 2023			
I- MAINTENANCE ET REPARATION DES INFRASTRUCTURES			
N°	PROJET	évaluation financière préliminaire	MOTIF
01	Fourniture et pose et mis à niveau la peinture extérieure et intérieure de l'ensemble des blocs	12 000 000 DA	nécessité Améliorer l'état du service, afin d'éviter toute dégradation éventuelle et l'application des règles d'hygiène hospitalière
02	Achèvement de centre d'imagerie : scanner, radio numérique, échographie et la mammographie	8 500 000 DA	nécessité
03	Réalisation service rééducation motrice	1 500 000 DA	Urgence Pour la bonne prise en charge des malades
04	Fourniture et pose de panneaux de signalisation et tableau d'affichage électronique et restauration de la stèle (fontaine)	3 000 000 DA	absolue Les panneaux existants dégradés Faciliter l'orientation des usagers et visiteurs

الملحق رقم (11): الحساب الإداري للمؤسسة العمومية الاستشفائية "الاخوة بجاوي" بسور الغزلان

N° d'ordre = 1586	
COMPTE ADMINISTRATIF	
Gestion : Bensoudi Wafi	
Préparé par Monsieur : Cherqui Djamel	
Pour l'année 2023	
(1) Bilan, Budget, Prévisionnel ou Actuel	





سور الغزلان في: 05/01/2015

الآنسة: خلادي مريم
الصفة: طالبة دكتوراه بجامعة الجزائر 3
البريد الإلكتروني: khelladi.mer@gmail.com
رقم الهاتف: 87

إلى السيد مدير المؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة يحيى - سور الغزلان.

الموضوع: طلب الموافقة على توزيع استبيانات وإجراء مقابلات في إطار بحث علمي

يشرفني أن أقدم إلى سيادتكم المحترمة بطلبي هذا، راجية منكم الموافقة على القيام بجمع بيانات ميدانية لفائدة بحث علمي أكاديمي في إطار إعداد أطروحة الدكتوراه، وذلك على مستوى مؤسساتكم المحترمة، ويتمثل مضمون هذا العمل في توزيع استمارات استبيان على:

مقدمي الخدمة: من موظفين وأعاون بالمؤسسة.

متلقي الخدمة: من المرضى المتواجدين بالمؤسسة.

كما أرجو منكم التكرم بالموافقة على إجراء مقابلات مع مسؤولي المؤسسة، وذلك لتدعيم الدراسة بجانب نوعي وتحليلي، وتشمل المقابلات كل من:

السيد مدير المؤسسة

السيد المدير الفرعي للموارد البشرية (DRH)

السيد المدير الفرعي للمصالح الصحية (DSS)

السيد المدير الفرعي للمالية والوسائل (DFM)

السيد المدير الفرعي لصيانة التجهيزات الطبية والتجهيزات المرافقة (DMM)

وأؤكد لسيادتكم أن كافة المعطيات التي سيتم جمعها ستستخدم لأغراض علمية بحتة، مع ضمان احترام السرية المهنية والأخلاقيات البحثية.

المرفقات:

1. نسخة من استبيان مقدمي الخدمة
2. نسخة من استبيان متلقي الخدمة
3. دليل المقابلة المعتمد

وفي انتظار موافقتكم الكريمة، تقبلوا مني فائق عبارات الاحترام والتقدير

رأى بالموافقة
مصادق
خلادي مريم

امضاء المعنية

الملحق رقم (16): قائمة الأساتذة المحكمين لاستمارة الاستبيان من وجهة نظر مقدم الخدمة الصحية

الاسم الكامل	الرتبة الوظيفية	جامعة الانتماء
جنادي كريم	أستاذ	جامعة الجزائر 3.
زروت رضا	أستاذ محاضر -أ-	جامعة لويسي علي -البليدة-2-
أوعيل ميلود	أستاذ	جامعة آكلي محمد أوالحاج -البويرة-
عراي محفوظ	أستاذ محاضر -أ-	جامعة آكلي محمد أوالحاج -البويرة-
عدمان مريزق	أستاذ	المدرسة العليا للتجارة
رحالية بلال	أستاذ	جامعة محمد الشريف مساعدي -سوق اهراس-

الملحق رقم (17): قائمة الأساتذة المحكمين لاستمارة الاستبيان من وجهة نظر متلقي الخدمة الصحية

الاسم الكامل	الرتبة الوظيفية	جامعة الانتماء
جنادي كريم	أستاذ	جامعة الجزائر 3.
أوعيل ميلود	أستاذ	جامعة آكلي محمد أوالحاج -البويرة-
عراي محفوظ	أستاذ محاضر -أ-	جامعة آكلي محمد أوالحاج -البويرة-
عدمان مريزق	أستاذ	المدرسة العليا للتجارة
رحالية بلال	أستاذ	جامعة محمد الشريف مساعدي -سوق اهراس-



جامعة الجزائر 3
كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير
قسم علوم التسيير
تخصص: إدارة أعمال



استبيان تقييم جودة الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيى" من منظور مقدم الخدمة الصحية

السادة/السيدات مقدمي/مقدمات الخدمة الصحية المحترمين،

تحية طيبة وبعد،

تقوم الباحثة بإجراء دراسة ميدانية حول: مساهمة وظيفة مراقبة التسيير في تحسين جودة الخدمات الصحية باستخدام بطاقة الأداء المتوازن دراسة حالة: المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيى" بسور الغزلان - ولاية البويرة - تحضيراً لنيل شهادة الدكتوراه في إدارة الأعمال، بجامعة الجزائر 3.

ونظراً لأهمية رأيكم في هذا المجال، أرجو منكم التلطف بالإجابة على أسئلة هذا الاستبيان بدقة، حيث أن صحة النتائج تعتمد بدرجة كبيرة على صحة إجاباتكم، علماً أن إجاباتكم ستعامل بسرية تامة ولن تستعمل إلا لأغراض علمية بحتة. تشكركم الباحثة مقدماً على تعاونكم معها، مثمناً اهتمامكم واستعدادكم لدعم البحث العلمي.

الطالبة: خلادي مريم
تحت إشراف الأستاذ: جنادي كريم

ملاحظة: عند الإجابة على أسئلة الاستبيان يرجى وضع العلامة (X) في الخانة المناسبة

الجزء الأول: بيانات عامة

1. الوظيفة:

- ☐ - طبيب
- ☐ - شبه طبي
- ☐ - إداري
- ☐ - أخرى:

2. عدد سنوات الخبرة:

- ☐ - أقل من 5 سنوات
- ☐ - من 05 إلى 10 سنوات
- ☐ - أكثر من 10 سنوات

الجزء الثاني: تقييم جودة الخدمات الصحية، ويشمل العناصر الآتية:

رقم العبرة	المحاور الأساسية لجودة الخدمات الصحية	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
المحور الأول: الاعتمادية / دقة إنجاز الخدمة الصحية وكفاءة تقديمها						
01	تلتزم المؤسسة بتوفير بيئة عمل تمكّنكم من تقديم الخدمات الصحية في المواعيد المحددة.					
02	توفر المؤسسة الإجراءات والموارد التي تساعدكم على تقديم الرعاية الصحية بشكل صحيح من المرة الأولى، مما يقلل من الأخطاء الطبية.					
03	تدعم المؤسسة جهودكم في الاستجابة السريعة وحل المشكلات الصحية التي يواجهها المرضى بكفاءة.					
04	تضمن المؤسسة وجود التخصصات المختلفة التي تسهّل عليكم تقديم الرعاية الشاملة والمتكاملة للمرضى					
المحور الثاني: الضمان / التأكيد والأمان وتعزيز الثقة والمصداقية في تقديم الخدمات الصحية						
05	تحرص المؤسسة على توفير بيئة عمل آمنة وداعمة تُمكنكم من أداء مهامكم بثقة واطمئنان.					
06	تلتزم المؤسسة بتوثيق وحفظ سجلات المرضى بدقة، مع ضمان سرية المعلومات الطبية وعدم انتهاك خصوصيتها.					
07	توفر المؤسسة فريق عمل مؤهل وذو خبرة، مما يساعدكم على تقديم خدمات صحية بمعايير عالية الجودة.					
08	تسعى المؤسسة إلى تعزيز سمعتها من خلال دعمكم في تقديم خدمات صحية موثوقة تلبي احتياجات المرضى بكفاءة واحترافية.					
المحور الثالث: الملموسية / توفر العناصر المادية والتجهيزات الداعمة لتقديم الخدمة الصحية						
09	توفر لكم المؤسسة معدات وأجهزة طبية متطورة تُمكنكم من تقديم الخدمة الصحية بجودة عالية.					
10	تحرص المؤسسة على تهيئة بيئة عمل نظيفة ومنظمة تضمن لكم أداء مهامكم بكفاءة وراحة.					
11	توفر المؤسسة مرافق وتجهيزات ملائمة، مثل صالات المرضى، قاعات الانتظار، سيارات الإسعاف، وكراسي وأسرّة، لدعمكم في تقديم الخدمة الصحية.					
12	ينسجم المظهر الخارجي للمؤسسة مع طبيعة الخدمات المقدمة.					
المحور الرابع: التعاطف / الجوانب السلوكية والإنسانية في تقديم الخدمات الصحية						
13	تحرص المؤسسة على تمكينكم من تقديم المعلومات اللازمة للمرضى حول الإجراءات المتبعة أثناء فترة علاجهم لضمان وضوح المسار العلاجي.					
14	تلتزم المؤسسة بتزويدكم بالوسائل اللازمة لشرح الحالة الصحية للمرضى بطريقة دقيقة ومبسطة.					
15	تدعم المؤسسة ممارسات تعزز تفهمكم لظروف المرضى واحتياجاتهم، وتشجع على تقديم الرعاية بتعاطف وإنسانية.					

16	تضع المؤسسة مصلحة المرضى في مقدمة أولوياتها، وتوفر لكم الدعم اللازم لتحقيق ذلك.				
17	تعزز المؤسسة بيئة عمل قائمة على الاحترام واللباقة في التعامل مع المرضى، مما يساعدكم على تقديم خدمة ذات جودة إنسانية عالية.				
المحور الخامس: الاستجابة / سرعة تقديم الخدمة ومستوى المساعدة لمتلقي الخدمة الصحية					
18	توفر المؤسسة بيئة عمل تُمكنكم من الاستجابة الفورية لاحتياجات المرضى ومساعدتهم بفعالية				
19	تحرص المؤسسة على تمكينكم من تقديم المعلومات الكاملة والدقيقة للمرضى حول نوع وتوقيت الخدمات الصحية المقدمة لهم				
20	تدعم المؤسسة سرعة التفاعل مع المشكلات والاستفسارات الطبية لضمان رضا المرضى واستمرارية الرعاية				
21	تشجع المؤسسة آليات قياس رضا المرضى وتمكينكم من جمع آرائهم حول جودة الخدمات المقدمة عند مغادرتهم.				
الجزء الثالث: الأسئلة المفتوحة					
1.	ما هي العراقيل التي تواجهكم، والتي تحول دون القيام بعمل ذو جودة؟				
2.	ماذا تقترح لتحسين مستوى جودة الخدمات الصحية التي يقدمها المستشفى؟				
3.	برأيك، ما هي الجوانب التي تحتاج المؤسسة إلى التركيز عليها لتحقيق رضا أكبر لمقدمي الخدمات الصحية؟				



جامعة الجزائر 3

كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير

قسم علوم التسيير

تخصص: إدارة أعمال



استبيان تقييم جودة الخدمات الصحية في المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيوي" من منظور متلقي الخدمة الصحية

السيد (ة) المستفيد(ة) من الخدمة الصحية:

تحية طيبة وبعد،

تقوم الباحثة بإجراء دراسة ميدانية حول: مساهمة وظيفة مراقبة التسيير في تحسين جودة الخدمات الصحية باستخدام بطاقة الأداء المتوازن دراسة حالة: المؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحيوي" بسور الغزلان - ولاية البويرة - تحضيراً لنيل شهادة الدكتوراه في إدارة الأعمال، بجامعة الجزائر 3.

ونظراً لأهمية رأيكم في هذا المجال، أرجو منكم التلطف بالإجابة على أسئلة هذا الاستبيان بدقة، حيث أن صحة النتائج تعتمد بدرجة كبيرة على صحة إجابتكم، علماً أن إجابتكم ستعامل بسرية تامة ولن تستعمل إلا لأغراض علمية بحتة. تشكركم الباحثة مقدماً على تعاونكم معها، مثمناً اهتمامكم واستعدادكم لدعم البحث العلمي مع تمنياتها لكم بالشفاء ودوام الصحة والعافية.

تحت إشراف الأستاذ: جنادي كريم

الطالبة: خلادي مريم

ملاحظة: عند الإجابة على أسئلة الاستبيان يرجى وضع العلامة (x) في الخانة المناسبة

الجزء الأول: بيانات عامة

1- الجنس: ذكر ☐ أنثى ☐

2- العمر:

- أقل من 20 سنة ☐

- من 21-40 سنة ☐

- من 41-60 سنة ☐

- أكثر من 60 سنة ☐

3- المستوى التعليمي: غير متعلم ☐ ثانوي ☐ أقل من ثانوي ☐ جامعي ☐

4- سبب الدخول إلى المؤسسة الاستشفائية: إجراء عملية جراحية ☐ تلقي علاج ☐

5- عدد مرات الدخول لنفس المؤسسة الاستشفائية: مرة واحدة ☐ أكثر من مرة ☐

6- مدة المكوث في المؤسسة:

- أقل من 05 أيام ☐

- من 05 - 10 أيام ☐

- أكثر من 10 أيام ☐

7- هل لديك تأمين صحي: نعم ☐ لا ☐

الجزء الثاني: جودة الخدمات الصحية: ويشمل المحاور الآتية:

رقم العبارة	المحاور الأساسية لجودة الخدمات الصحية	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
المحور الأول: الاعتمادية/ درجة الاعتماد على مقدم الخدمة ودقة إنجازها (الجدارة)						
01	تلتزم المؤسسة بتقديم الخدمة الصحية في المواعيد المحددة .					
02	تحرص المؤسسة على تقديم خدمات صحية بطريقة صحيحة من أول مرة (عدم وجود أخطاء)					
03	تُظهر المؤسسة اهتمام عالي بحل المشكلات التي يعاني منها المرضى					
04	تتوفر المؤسسة على التخصصات المختلفة					
المحور الثاني: الضمان/ التأكيد والأمان وقدرة مقدمي الخدمة الصحية على استلزام الثقة والمصداقية						
05	يشعر المرضى بالأمان عند التعامل مع عمال المؤسسة (أطباء، ممرضين، إداريين)					
06	تحتفظ المؤسسة بسجلات دقيقة وموثقة عن كل مريض وتحافظ على سرية المعلومات الخاصة بهم					
07	تتوفر المؤسسة على موارد بشرية ذات خبرات ومؤهلات عالية تضمن تحقيق جودة الخدمات الصحية.					
08	تمتاز المؤسسة بسمعة جيدة في أوساط المرضى					
المحور الثالث: الملموسية/ العناصر المادية للخدمة الصحية والتسهيلات الداعمة						
09	تتوفر لدى المؤسسة معدات وأجهزة طبية تقنية متطورة تستخدم حالياً					
10	يبدو العاملون في المؤسسة على درجة عالية من النظافة وحسن المظهر					
11	تتوفر لدى المؤسسة مرافق مادية جذابة وتسهيلات ملائمة مثل (صالات المرضى، قاعات الانتظار، سيارات الإسعاف، كراسي، أسرة... إلخ)					
12	المظهر الخارجي للمؤسسة يتلاءم مع نوع الخدمة المقدمة					
المحور الرابع: التعاطف/ الخصائص السلوكية والتنظيمية لمقدمي الخدمة الصحية (الاتصالات والجوانب الإنسانية في تقديم الخدمة)						
13	تقدم للمريض المعلومات اللازمة عن الإجراءات المتبعة أثناء فترة العلاج					
14	توفر للمريض المعلومات الوافية عن حالته الصحية					
15	يتفهم العاملون ظروف واحتياجات المرضى ويتعاطفون معه					
16	مصلحة المريض في مقدمة الاهتمامات					
17	يتعامل العاملون في المؤسسة مع المرضى بلباقة واحترام					
المحور الخامس: الاستجابة/ سرعة الإنجاز ومستوى المساعدة المقدمة للمستفيدين من الخدمة الصحية						
18	هناك استعداد دائم لدى العاملين بالمؤسسة للمساعدة والاستجابة الفورية لطلبات المرضى واحتياجاتهم					
19	يحرص الطاقم العامل بالمؤسسة على إعلام المرضى بكل ما يتعلق بنوع وتوقيت الخدمات الصحية المقدمة لهم					

					تستجيب المؤسسة الصحية بسرعة لمشاكل واستفسارات المرضى	20
					يهتم الطاقم العامل بالمؤسسة بمعرفة رأي المرضى عند مغادرتهم .	21
الجزء الثالث: الأسئلة المفتوحة						
1. ما هي العراقيل أو المشاكل التي تواجهها أثناء تلقيك للخدمات الصحية في المستشفى؟						
.....						
.....						
.....						
2. ماذا تقترح لتحسين مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة لك، سواء من حيث الرعاية أو الخدمات المساندة؟						
.....						
.....						
.....						
3. برأيك، ما هي الجوانب التي يحتاج المستشفى إلى التركيز عليها لضمان رضا أكبر لك كمتلقي للخدمة؟						
.....						
.....						
.....						



جامعة الجزائر 3

كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير

قسم علوم التسيير

تخصص: إدارة أعمال



دليل المقابلة مع المسؤولين على أدوات الرقابة المستعملة في المؤسسة العمومية لاستشفائية الأخوة يحياوي بسور الغزلان ولاية البويرة

مرحبًا، وشكرًا جزيلًا على تخصيص وقتكم الثمين للمشاركة في هذه المقابلة. تسعى الباحثة في إطار التحضير لنيل شهادة الدكتوراه في إدارة الأعمال بجامعة الجزائر 3، إلى دراسة وتحليل أدوات مراقبة التسيير ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية "الإخوة يحياوي" بسور الغزلان ولاية البويرة.

تهدف هذه المقابلة إلى استعراض وفهم ممارسات مراقبة التسيير الحالية، تسليط الضوء على التحديات والفرص، واستطلاع آرائكم ومقترحاتكم القيمة، لما لديكم من خبرة ومعرفة تؤهلكم لتقديم رؤى مهمة. نود أن نؤكد أن إجاباتكم ستُعامل بسرية تامة ولن تُستخدم إلا لأغراض علمية بحثية.

تشرف الباحثة بالتعاون معكم وتتمن دعمكم الكريم للبحث العلمي الذي يعد جزءًا أساسيًا في تحقيق أهداف هذه الدراسة، متطلعة إلى مساهمتكم في تقديم رؤى تساهم في تحسين جودة الخدمات الصحية.

محريات المقابلة: تستهدف المقابلة مجموعة من المسؤولين والمكلفين بمتابعة وتطبيق آليات الرقابة الموجودة في المؤسسة كأطراف متداخلة في مسار وظيفة مراقبة التسيير، حيث ستطرح أسئلة مختلفة بغرض تقييم فعالية هذه الأدوات في تحسين جودة الخدمات الصحية، مع ربطها بالمستويات التنظيمية الثلاث (التشغيلي، التكتيكي، الاستراتيجي)، وقد تم تصميم الأسئلة للكشف عن النقائص، التحديات، والفجوات التي تحول دون تحقيق الأهداف المنتظرة، ومدى استعداد المسؤولين لتبني نموذج بطاقة الأداء المتوازن كأداة بديلة أو مكملة تغطي النقائص الموجودة وبالتالي تحقيق جودة في الخدمات المقدمة:

القسم الأول: المعلومات العامة: تعريف المشاركين وسياق المقابلة

-الوظيفة / المنصب:

-المصلحة / الهيئة:

-المستوى التنظيمي :

☐ تشغيلي (المؤسسة) ☐ تكتيكي (مديرية الصحة والسكان) ☐ استراتيجي (وزارة الصحة)

-الخبرة المهنية:

-المهام والمسؤوليات المرتبطة بالوظيفة:

-تاريخ المقابلة: مدة المقابلة:

القسم الثاني: أدوات الرقابة: واقع وفعالية

1. ما هي أدوات مراقبة التسيير التي تعتمدون عليها حالياً في متابعة وتقييم الأداء داخل مؤسساتكم؟
2. ما دوركم الشخصي في عملية إنتاج، معالجة، أو استغلال هذه الأدوات؟
3. كيف تقيمون فعالية أدوات مراقبة التسيير المعتمدة حالياً في مؤسساتكم؟ وهل ترون أنها تعكس فعلياً مستوى الأداء الحقيقي، أم أن هناك فجوة بين ما يتم قياسه وما يحدث فعلياً على أرض الواقع؟

القسم الثالث: العلاقة بين أدوات الرقابة وجودة الخدمة الصحية: فجوات التقييم وانعكاساتها

- ملاحظة للمقابل: "في الجزء السابق من هذه الدراسة، قمنا بقياس جودة الخدمات الصحية من منظور كل من مقدمي ومتلقي الخدمة. وقد أظهرت نتائج الاستبيان، بعد التحليل باستخدام برنامج SPSS، أن مستوى الجودة كان مرتفعاً من منظور مقدمي الخدمة، بينما لم يُسجل نفس المستوى من منظور متلقيها، حيث عبّر المرضى عن عدم شعورهم بوجود جودة ملموسة في الخدمات المقدّمة".
1. برأيكم، ما تفسير هذا التباين بين نظرة مقدمي الخدمة ونظرة المرضى لجودة الخدمات الصحية؟
 2. هل ترى أن أدوات الرقابة الحالية تأخذ بعين الاعتبار آراء المرضى ورضاهم؟ وهل توجد آليات فعلية تربط بين نتائج هذه الأدوات ومؤشرات رضا المرضى أو شكواهم؟ وضح ذلك من خلال تجربتكم.
 3. هل توجد مؤشرات مهمة في تقييم جودة الخدمات يصعب قياسها أو تُحمل ضمن النظام الحالي؟ كيف ذلك؟ وهل لكم أن تقدموا أمثلة توضيحية؟
 4. من واقع تجربتكم، هل تؤثر المعلومات الناتجة عن هذه الأدوات فعلاً في تحسين بيئة العمل، سيرورة العلاج، الوقاية، إلخ؟ كيف ذلك؟

القسم الرابع: أدوات الرقابة الحالية : نقائص واختلالات

1. في رأيكم، ما هي أبرز النقائص أو الاختلالات التي لاحظتموها في أدوات الرقابة الحالية؟ وكيف يمكن لهذه النقائص أن تؤثر على استخدامها بشكل فعال في تحقيق أهدافها؟
2. هل لاحظتم وجود اختلافات أو تباينات في تفسير أو استخدام نفس المؤشرات بين مختلف المصالح أو المستويات التنظيمية؟ وما أثر ذلك على توحيد الرؤية التسييرية؟
3. عندما تكشف أدوات الرقابة عن نتائج سلبية، كيف تتعامل الجهات الوصية؟ وهل توجد إجراءات تصحيحية فعلية تُتخذ بناءً على هذه النتائج؟

القسم الخامس: بطاقة الأداء المتوازن: البديل المقترح وأفاق التطبيق

- "قبل طرح الأسئلة، يتم تقديم شرح مبسط حول النموذج المقترح لبطاقة الأداء المتوازن، باعتبارها أداة تدمج بين خمسة محاور رئيسية (المريض – العمليات الداخلية – التعلم والنمو – المالي – البيئي والاجتماعي)، وتهدف إلى الربط بين الأداء الاستراتيجي والنتائج الفعلية".
1. هل تعتقدون أن نموذج بطاقة الأداء المتوازن يمكن أن يساهم في تجاوز الصعوبات والمشاكل التي تواجهونها مع الأدوات الحالية؟
 2. برأيكم، هل يمكن لهذا النموذج أن يساعد فعلاً في الربط بين الأهداف الاستراتيجية للمؤسسة ورضا المرضى وجودة الخدمات؟ كيف ذلك؟
 3. ما التحديات المحتملة التي تتوقعونها عند محاولة تطبيق هذا النموذج في مؤسساتكم؟
 4. في حال أثبت هذا النموذج فعاليته، ما مدى استعدادكم لتبنيه في مؤسساتكم؟ وما المتطلبات أو الشروط التي ترونها ضرورية لضمان تطبيقه بنجاح (مثل تكوين، رقمنة، دعم من الوزارة...)?

الاسم الكامل	الرتبة الوظيفية	جامعة الانتماء
جنادي كريم	أستاذ التعليم العالي	جامعة الجزائر 3
أوعيل ميلود	أستاذ التعليم العالي	جامعة آكلي منحد أو الحاج - البويرة -
جميل أحمد	أستاذ التعليم العالي	جامعة آكلي منحد أو الحاج - البويرة -
عدمان مريزق	أستاذ التعليم العالي	المدرسة العليا للتجارة
برار علي	أستاذ	المدرسة الوطنية للمناجمت وإدارة الصحة

الملحق رقم (22): موافقة مدير الصحة والسكان لولاية البويرة على إجراء المقابلة

عينة لاسم : 25/08/09

الأستاذ : جنادي كريم
 - الصحة : طالبة دكتوراه
 - رقم الهاتف : 065. 44. 44

إلى السيد : مدير الصحة والسكان لولاية
 البويرة

الموضوع : طلب الموافقة على إجراء مقابلة .

في إطار البحث الذي أقم به بعنوان " مساهمة وظيفة مراقبة
 التسيير في تحسين جودة الخدمات الصحية باستخدام بطاقة الأداء
 المتوازن . دراسة حالة المؤسسة الصحية الاستشفائية الإيواء حيادي
 ليسور الجزائر ، يشرفني أن أقدم إليكم سيادتكم الخيرية بطلب الموافقة
 على إجراء مقابلة مع كل من رئيس مصلحة الإياكل والنشاط الصحي
 رئيس مكتب الميراثية والمراقبة - ورئيس مصلحة الوقاية ليدبرتيكم
 أؤكد لكم أن جميع المعلومات التي سوف يكون بها تستخدم للأغراض
 البحث الأكاديمية فقط مع ضمان السرية التامة .

و في انتظار ردكم الكريم تقبلوا مني خائق عبارات الاحترام
 والتقدير

إمضاء الباحث

رئيس المراقبة

عن الوزير بالتفويض
 مدير الصحة والسكان
 أعضاء المصالح
 الملاحظات :
 2 - دليل المقابلة

أشرف في 17. 03. 2025

الآنسة : طلادي مريم
الصفة : حامية دكتوراه
الوظيفة : APS5

رقم الهاتف : 7

إلى السيد : رئيس الديوان لوزارة الصحة

الموضوع : طلب الحصول على معلومات في إطار البحث العلمي

أخي العظيم الشرف أن أقدم إلى سيادتكم المحترمة بطلب هذا المختل
في السجل لي بالحصول على معلومات في إطار البحث من أجل استكمال دليل شهادة
الدكتوراه في المناجحت بجماعة الجزائر 33 حول موقع مراقبة التفسير دوره
تحسين جودة الخدمات الصحية حيث أتلي بصفة واقعية نموذج أداة جديدة
مراقبة التفسير تساهم بتحسين الجودة .
وأصليكم عائدا أنني موفقة في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية
بولاية البويرة بصفة متفرغ رئيسي لمصالح الصحة (الدقة 09) من
المدرسة الوطنية للمناجحت ووزارة الصحة .
وفي الأخير وفي انتظار ردكم تقيلا متي سيدي فائق عبارات
الاحترام والتقدير

وزارة الصحة
مكتب التفتيش
بولاية البويرة

الملحق رقم (24): مدونة ميزانية المؤسسة محل الدراسة حسب الأبواب

الفرع الأول: الإيرادات		الفرع الثاني: النفقات	
العنوان الأول: الإيرادات		العنوان الأول: نفقات المستخدمين	
الأبواب	العناوين	الأبواب	العناوين
الباب 1	مساهمة الدولة	الباب 1	مرتبات نشاط المستخدمين والمرسمين والمتربين والمتعاونين.
الباب 2	مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي	الباب 2	التعويضات والمنح المختلفة.
الباب 3	مساهمة الهيئات والمؤسسات العمومية	الباب 3	مرتبات نشاط المقيمين، الداخليين والخارجيين.
الباب 4	إيرادات متحصل عليها من نشاط المؤسسة	الباب 4	مرتبات المستخدمين المتعاقدين.
الباب 5	إيرادات أخرى	الباب 5	الأعباء الاجتماعية للمستخدمين المرسمين والمتربين والمتعاونين
الباب 6	أرصدة السنوات المالية السابقة	الباب 6	الأعباء الاجتماعية للمقيمين الداخليين والخارجيين.
		الباب 7	الأعباء الاجتماعية للمستخدمين المتعاقدين.
		الباب 8	معاش الخدمة والأضرار الجسدية وريوع حوادث العمل.
		الباب 9	المساهمات في الخدمات الاجتماعية.
		مجموع العنوان الأول	
		العنوان الثاني: نفقات التسيير	
		الأبواب	العناوين
		الباب 1	تسديد المصاريف
		الباب 2	المصاريف القضائية والتعويضات المستحقة على عاتق الدولة
		الباب 3	العتاد والأثاث
		الباب 4	اللوازم
		الباب 5	ألبسة
		الباب 6	التكاليف الملحققة
		الباب 7	حاضرة السيارات
		الباب 8	صيانة وتصليح المنشآت القاعدية
		الباب 9	مصاريف التكوين وتحسين المستوى وتجديد المعلومات وتربص المستخدمين
		الباب 10	مصاريف مرتبطة بالمؤتمرات والملتقيات والتظاهرات العلمية الأخرى
		الباب 11	التغذية ومصاريف الإطعام
		الباب 12	الإيجار
		الباب 13	الأدوية المواد الصيدلانية، مواد أخرى موجهة إلى الطب الإنساني والأجهزة الطبية.
		الباب 14	نفقات النشاطات الفرعية للوقاية
		الباب 15	اقتناء وصيانة العتاد الطبي وملحقاته والأدوات الطبية
		الباب 16	تسديد المصاريف الاستشفائية والكشف لدى المؤسسات العسكرية والهيئات العمومية بعنوان المرضى المحولين الذين لا يعانون من أمراض تحكمها إتفاقية خاصة.
		الباب 17	نفقات البحث الطبي.
مجموع العنوان الأول		مجموع العنوان الثاني	
مجموع الفرع الأول		مجموع الفرع الثاني	

WILAYA DE BOUJIRA
E.P.H. D'AIN-BESSEM
SERVICE DE PREVENTION (SEMEP)

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTERE DE LA SANTE, DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

Protocole de Tri et Conditionnement

Des Déchets des Activités de Soins à Risque Infectieux (DASRI)

En application de l'instruction ministérielle n°04 du 12 Mai 2013

Relative à la gestion de la filière d'élimination des déchets d'activités de soins à risque infectieux

TYPE DE DECHETS	DESIGNATION	EMBALLAGES	Obs
Les différents DASRI	1/. <u>Les Déchets d'activités de soins (DAS)</u> : Compresse, Pansements, Bandes, Coton, Mèches, Drains, Sondes, Poches, Tubulures, Moyens de protection (gants, bavoirs, calots, masques, lunettes, sur-chaussures), Verres ayant contenu du sang et/ou des liquides biologiques.	Doivent être placés dans des sachets plastiques d'une épaisseur minimale 0,1 mm à usage unique, de COULEUR JAUNE , résistants et solides et ne dégageant pas de chlore lors de l'incinération	 Incinération
	2/. <u>Objets Piquants, Tranchants et Coupants (PTC)</u> : Aiguilles, Bistouris, Ciseaux, Rasoirs, Lames, Lamelles, Pincettes, Seringues, Trocarts, Ampoules cassées.	Doivent, avant leur pré collecte dans des sachets de COULEUR JAUNE prévus à cet effet, être mis, dès leur utilisation, dans des Conteneurs rigides et résistants à la perforation, munis d'un système de fermeture et ne dégageant pas de chlore lors de l'incinération (SEAU EN PLASTIQUE JAUNE)	 Incinération
	Pièces anatomiques humaines identifiables	Doivent être placés dans des sachets de COULEUR VERTE à usage unique et qui devront suivre la filière d'élimination telle que définie par l'arrêté interministériel n°35 du 04 juin 2012.	 Incinération
	Déchets anatomiques	Doivent être placés dans des sachets plastiques, à usage unique, de COULEUR ROUGE , résistants et solides et ne dégageant pas de chlore lors de l'incinération.	 Incinération
	Déchets à risque chimique et biologique	Doivent être placés dans des sacs de plastique de COULEUR NOIRE	 Décharge

Fait à Ain-Bessem, le
Le Directeur,

المبادرات بطاقة الأداء المتوازن			
المسؤول	المبادرات	الأهداف الاستراتيجية	المحور
			الزبائن
			العمليات الداخلية
			التعلم والنمو
			البيئي والاجتماعي
			المالي