

جامعة 08 ماي قالمة

كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير

قسم علوم التسيير

الملتقى الوطني الأول حول: التسيير الصحي

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

"المستشفى نموذجا"

استمارة المشاركة:

الاسم واللقب للباحث: عبد المنعم بن فرحات

الوظيفة: أستاذ محاضر -ب-

-إطار سابق بقطاع الصحة-

مؤسسة الارتباط: جامعة محمد خيضر بسكرة

الدرجة العلمية: دكتور

البريد الإلكتروني: a.mounaim3@yahoo.fr

رقم وعنوان المحور المستهدف:

المحور 02

- أزمة تسيير المؤسسات الصحية -

عنوان المداخلة:

المقاربات التسييرية للمؤسسات العمومية للصحة في

الجزائر

- تشخيص لواقع منظومة ورصد لعوامل النجاح والفشل -

الملخص:

عرفت المنظومة الصحية الجزائرية ولا تزال عدة تحولات في مجال التسيير والتنظيم فمن منظومة قائمة على القطاع الصحي كوحدة جيوصحية استراتيجية منذ الثمانينات إلى تعديل هيكلية من خلال المرسوم التنفيذي 07-140 المنشئ لخارطة جديدة تقوم على مؤسسات عمومية للصحة: استشفائية وأخرى جوارية. هذا الشكل التسييري الجديد الذي لم يستمر لأكثر من ستة سنوات حتى أصبح محل نقاش في نهاية 2013 بغرض التحول نحو نمط جديد تضمنه المشروع القبلي للوزارة الوصية يقوم على الدائرة الصحية. هذه التحولات في أنماط التسيير المعتمدة للمنظومة الصحية العمومية في الجزائر، كانت لها مسببات ودوافع وترافقها في كل مرحلة مجموعة من الأهداف والتحديات.

هذه الورقة تبحث في التحولات التسييرية التي عرفها قطاع الصحة العمومي في الجزائر وأبرز الدوافع، الأهداف والتحديات التي صاحبها وأهمية المقاربة التعاقدية كأسلوب تسييري حديث وعوامل نجاحه.

الكلمات المفتاحية: القطاع الصحي، المؤسسة العمومية للصحة، المقاربات التسييرية، التسيير التعاقدية

Le résumé :

Le système de santé algérien a connu –et encore- plusieurs changements managériaux et organisationnels. Après l'adoption du secteur sanitaire comme une unité géo-sanitaire stratégique dès les années 80, on a eu un changement structurel avec le décret exécutif 07-140 portant la création d'une nouvelle carte sanitaire basée sur des établissements publics de santé hospitaliers et de proximité.

Ce mode de gestion et d'organisation et après moins de six ans a été l'objet d'une discussion à la fin de l'année 2013, pour y aller vers un autre mode appelé la circonscription sanitaire qui est déterminé dans l'avant-projet du ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière.

Pour chaque phase, on trouve des causes, des objectifs et des enjeux liés par ces changements en modes de gestion du système de santé.

Cet article vise à explorer les changements managériaux connus par le secteur public de santé en Algérie et les différentes causes, objectifs et les enjeux qui les accompagnaient et l'importance de l'approche contractuelle et ses facteurs de réussite comme un nouveau mode de gestion.

Les mots clés : le secteur sanitaire, l'établissement public de santé, les approches managériales, la gestion contractuelle.

مقدمة:

دور قطاع الصحة كرافد للحياة الاقتصادية وأهمية مؤشراتته في تحديد مستوى الرفاه للمجتمعات، كان دافعا نحو اعتماد عدة مقاربات حسب الدول في إدارة المؤسسات القائمة به. وذلك بغرض تحقيق أعلى مستوى من الكفاءة والنجاعة الخدمية والاقتصادية في آن واحد.

ومن خلال التجارب المتعددة في بلدان مختلفة، وإن تنوعت واختلفت تفصيلات أنماط تسييرها لقطاع الصحة بشكل عام؛ إلا أنه يمكن إدراجها إجمالاً ضمن نمطي الإدارة التقليدية والتسيير العمومي الحديث، ويمكن أن نمايز بينها من خلال معيارين رئيسين هما:

- مقدار التفويض وما يترتب عليه من اتجاه نحو المركزية أو اللامركزية وإقامة العلاقات العقدية الخارجية،
- مقدار مشاركة الفاعلين في إدارة المرفق الصحي العام وما يترتب عليه من اعتماد الأساليب التعاقدية عن غيرها وكيفية إدارة الإمكانيات المتاحة لتحقيق الأهداف والنتائج المرجوة.

وفي هذا السياق فالمنظومة الصحية الجزائرية عرفت عدة تطورات على فترات زمنية مختلفة على الصعيد الهيكلي وآليات الإدارة والتسيير.

فقد كان البناء الإستراتيجي الذي تقوم عليه المنظومة الصحية الوطنية يتمثل في القطاع الصحي والذي شهد نقلتين أساسيتين في إدارته، ليعرف فيما بعد تغييراً بالغائه وإحلال هياكل وتنظيم جديدين يتم تنفيذ السياسة الوطنية للصحة من خلالهما.

هذه البدائل الجديدة بدورها وخلال فترة سيرة كانت محل نقاش واقتراح بمراجعة هيكلتها من جديد وفقاً للمتطلبات الصحية الجديدة وسعياً لتحقيق الكفاءة الخدمية والاقتصادية للمنظومة الصحية.

ومن الملاحظ أن المؤسسة الصحية العمومية في الجزائر خلال هذه التطورات التنظيمية كان النمط التسييري المهمين عليها هو النمط التقليدي المتسم بالمركزية الفعلية من حيث التصور والتخطيط وتوجيه أدوات السياسة الصحية على المستوى المحلي وإن تمتعت تلك المؤسسات بصفة الشخصية المعنوية والاستقلال المالي والإداري ومجلس إدارة تداولي من الناحية القانونية، إلا أن الممارسة العملية تبرز ضعف استقلالية المشروع الصحي المحلي عن الذي يتم تسطيره مركزياً.

واتجاه الوصاية حديثاً إلى محاولة استجلاب مفاهيم التسيير العمومي الحديث من خلال تفويض المرفق العام والاعتماد على التعاقد في أداء الخدمات قد تكون له انعكاسات إيجابية كما قد تكون له انعكاسات سلبية على نوعية الخدمة المقدمة والتي وإن تحسنت بالمفهوم المادي من حيث التأطير وتوفير الهياكل والمعدات، إلا أنها ما تزال دون الرضائية الكافية من المجتمع.

وبغرض تشخيص واقع وأهداف ومقاربات تسيير المؤسسات العمومية للصحة في الجزائر وأهمية المقاربة التعاقدية كأسلوب إداري حديث وعوامل نجاحه، فقد تم تقسيم هذه الورقة إلى النقاط التالية:

أولاً- واقع تسيير القطاعات الصحية بالجزائر

ثانيا- الأهداف الاستراتيجية للخارطة الصحية 2007 بالجزائر

ثالثا- المقاربات التسييرية للمؤسسات العمومية للصحة بالجزائر

رابعا- أهمية التسيير التعاقدى لقطاع الصحة في الجزائر

أولاً- واقع تسيير القطاعات الصحية:

القطاع الصحي الذي ارتكزت عليه المنظومة الصحية الجزائرية لتحقيق أهدافها، و الذي استمر إلى غاية 2007/12/31 ليعاد ترتيبه و هيكلته من جديد، عرف واقعا معينا من التسيير خلال الفترة الماضية، تبرز أهم سماتها في ما يلي:

➤ في الجانب المالي: هيمنة الإنفاق على الهياكل بدل التخصصات العلاجية، وهيمنة منطوق الموارد والإنفاق بدل النتائج.

➤ في جانب الموارد البشرية: بروز مفهوم إدارة المستخدمين على إدارة الموارد البشرية والقيم السلبية في استقطاب الكفاءات.

1- في الجانب المالي: ما ميز السياسة المالية لمرحلة القطاع الصحي عموما هو: هيمنة الإنفاق على الهياكل بدل التخصصات العلاجية من جهة وهيمنة منطوق الموارد و الإنفاق بدل النتائج من جهة أخرى.

1-1) هيمنة الإنفاق على الهياكل بدل التخصصات العلاجية¹: الملاحظ أن هناك فارقا مهما بين الموارد المخصصة و التدخلات الصحية المراد تحقيقها. فالموارد المخصصة لا تأخذ بعين الاعتبار طلبات المرتفقين؛ فكثيرة هي الهياكل التي تنجز مستوى ضعيفا من النشاطات الصحية، لكنها تستهلك الميزانية المخصصة لها بالكامل. على سبيل المثال: نجد عددا معتبرا من مراكز التوليد الريفية، التي تنجز عددا ضئيلا جدا من الولادات، بالموازاة مع تكلفة هياكلها (التكاليف الثابتة)، التي كان من الممكن تحقيق الربح منها في حالة تهيئتها على أساس النشاط.

فالمستشفى إذن ينفق كامل ميزانيته، لكن بخدمات صحية حقيقية جد ضعيفة، فهو يستقبل المرضى فعلا لكنه يقوم بعملية الانتقاء فقط مما يستلزم مكثه بالمستشفى لمدة أطول إلى حين تحويله إلى هيئات استشفائية أخرى متخصصة متمركزة عادة بالمدن الكبرى كالجائر، قسنطينة و وهران.

نلمح كذلك أن إجراءات التخطيط المركزي وجهت وزارة الصحة إلى ضبط المستخدمين في سنوات الثمانينات إضافة إلى ضبط الهياكل، بمعنى أنه يتم تحديد عدد قياسي من المستخدمين لكل هيكل صحي، مما أوجدنا في أوضاع مغلوبة. فمثلا، عيادة طبية حدد لها كقياس ثابت 06 أطباء فإذا ما انخفضت نشاطاتها، ظلت مستمرة بذات العدد من الأطباء رغم أنهم لا يشتغلون، مما يعني تكلفة زائدة.

كما أن الإجراءات المحاسبية لم تفرق بوضوح بين النشاطات الوقائية والعلاجية؛ بما يدفع مسيري القطاعات إلى توجيه الأهم من النفقات نحو الهياكل الاستشفائية؛ أي أعمال العلاج وإهمال الهياكل غير الاستشفائية والتي تقوم بدور الوقاية.

1-2) هيمنة منطوق الموارد و الإنفاق بدل النتائج²: أسلوب الميزانية الشاملة، الذي حل مع نظام الجراف بعد إقرار الطب المجاني، نحا بمسؤولي القطاعات إلى اللامسؤولية في التسيير و انتقل بذلك مسؤول القطاع من مسير إلى مجرد منفق للميزانية حددت وفصلت سلفا من طرف المصالح المركزية، فعلى سبيل المثال نجد قطاعا صحيا من الدرجة (أ) له مستشفيان بطاقة استيعاب تصل إلى أكثر من 500 سرير، و عددا غير هين من المجمعات و المراكز الصحية ذات البعد

الوقائي والعلاج القاعدي، يعطى ميزانية تفوق بقليل جدا قطاعا آخر من الدرجة (ج) يشغل مستشفى أوليا بطاقة استيعاب لا تفوق 60 سريرا، كما أن حجم نشاطاته الوقائية أقل بكثير من سالفه بالنظر إلى عدد النسب المغطاة.

و من ناحية ثانية يمكن ملاحظة أن الذي يتحدد أولا في حقيقة الأمر هو كمية الموارد الممكن تحصيلها، بما يعني أن الموارد هي التي تحدد حجم الإنفاق و ليس مستوى النشاط؛ فالإدارة محكومة بالزامين: أولهما أن تصرف كل الاعتمادات الممنوحة حتى تحقق السمة المثلى بحسب مفاهيم الإنفاق العام، وثانيهما أن لا تتجاوز في صرفها الاعتمادات الممنوحة وإن كان النشاط وحجمه يستوجب ذلك وإن حدث فلا بد من تبرير مقنع جدا.

2- في جانب الموارد البشرية: تميز تسيير الموارد البشرية بالقطاعات الصحية بعدة ميزات، تتشابه إلى حد كبير مع واقع إدارة الموارد البشرية في المؤسسات و الهياكل العمومية الجزائرية، و يمكن إجمال ذلك في النقطتين التاليتين:

➤ سيطرة مفهوم إدارة المستخدمين على إدارة الموارد البشرية.

➤ القيم السلبية في استقطاب المورد البشري.

2-1) سيطرة مفهوم إدارة المستخدمين بدل إدارة الموارد البشرية: في بدايات القرن العشرين تبلورت إدارة الموارد البشرية فيما يعرف بقسم إدارة الأفراد أو إدارة المستخدمين، والذي يتمثل دوره الرئيسي في تصميم سجلات العاملين والاحتفاظ بها، ليتطور العمل فيما بعد إلى إجراء اختبارات التوظيف، التفاوض بشأن عقود العمل، إجراء البحوث والدراسات الخاصة باتجاه العاملين ... الخ³.

والملاحظ للأعمال الممارسة من قبل مكتب تسيير الموارد البشرية و المنازعات بالقطاع الصحي - كما هو الأمر في معظم الإدارات العمومية - لا تعدو عن كونها أعمال روتينية، إجرائية بحتة ك: تصنيف السجلات، تسجيل الغيابات، ... الخ. وذلك كله في ظل غياب شبه تام لدراسات حول درجة الرضا الوظيفي، راحة الموظف في أداء أعماله ... الخ.

هذه الجمودية في إجراءات الوظيفة العمومية تعرقل تحديد الأهداف والاستراتيجيات، مواءمة التشغيل، تقييم العاملين وإدماجهم في إطار جامع، لتحقيق هدف مشترك وهو الانتقال من ثقافة مبنية على مجرد ضمان المرفق العام إلى ثقافة الالتزام بإنتاج خدمات المرفق العام بالجودة المطلوبة⁴.

2-2) القيم السلبية في استقطاب الموارد البشرية: (استقطاب الموارد البشرية يعني العملية التي يمكن بها جذب طالبي العمل للتقدم للمنظمة لشغل الوظائف الشاغرة)⁵، وعملية جلب واستقطاب الموارد البشرية داخل المؤسسات الصحية أصبح خاضعا في حالات عديدة إلى مجموعة من القيم السلبية غير المرتبطة بالمعايير الموضوعية.

وتبرز هذه القيم السلبية في عدة صور وأشكال أهمها قيم النسق القرابي (العشائري)، فالمنظمة الصحية تقوم على مجموعة من العاملين يرتبطون بمجموعة من الروابط المختلفة كالرابطة الدموية المتمثلة في رابطة القرابة وروابط تنشأ نتيجة الصداقة ونتيجة للاشتراك المهني، التي تعمل على إبراز الجماعات والتكتلات في العمل ذات مصالح وأهداف مشتركة خاصة في المؤسسات الصحية وغيرها ما أثر ذلك على المردودية وعلى أداء الأفراد من خلال عملية التقييم⁶.

ثانيا- الأهداف الإستراتيجية للخارطة الصحية لسنة 2007 بالجزائر:

خلال شهر مايو من سنة 2007، صدر مرسوم تنفيذي رقم 140/07 غير معالم الخارطة الصحية في الجزائر بالكامل، فبعد أن كانت قائمة على القطاع الصحي أصبحت ابتداء من أول يناير (جانفي) 2008، - بمثل ما نصت عليه المادة 34 من المرسوم المذكور آنفا- قائمة على نوعين من المؤسسات: مؤسسات عمومية استشفائية وأخرى متخصصة ومؤسسات عمومية للصحة الجوارية. كما تضمن المرسوم التنفيذي أعلاه إعادة هيكلة إدارية و تنظيمية لهذه المؤسسات.

ويمكن إجمال الأهداف المرجوة من هذا التغيير في: التحكم في التسيير وتدنية التكاليف من جهة ومن جهة أخرى تمتين النشاط الوقائي وجودة العمل العلاجي.

1- التحكم في التسيير و تدنية التكاليف:

فاتساع الرقعة الجغرافية والمسؤولية العمومية للقطاعات الصحية السابقة، أفرز عدة معطيات ميدانية متمثلة في:

✓ تعدد الهياكل الواقعة تحت مسؤولية مدير القطاع الصحي وبتنوع وظائفها من استشفائية ووقائية وعلاجات قاعدية.

✓ كثافة المستخدمين العاملين في القطاع الواحد.

وهو ما أدى و بشكل ظاهر إلى خلل في تسيير القطاعات الصحية وارتفاع حجم تكاليف نشاطها من دون أن تبلور في نتائج يتلمسها الزبون (أو المواطن)، وفي هذا السياق فقد كان تفكيك القطاعات الصحية إلى مؤسسات عمومية استشفائية وأخرى للصحة الجوارية وحتى إنشاء مؤسسات استشفائية متخصصة جديدة تصب في اتجاه تسهيل عملية القيادة وكذا التوجيه والرقابة لهذه المؤسسات؛ أي بمعنى آخر التحكم أكثر في التسيير وفق القواعد والمناهج العلمية بما يتيح قدرة أكثر على تجسيد الأهداف الصحية المطلوبة من جهة، ومن جهة أخرى فإن صغر حجم المؤسسة سيمكن بالضرورة من توزيع التكاليف المالية بطريقة أكثر عقلانية ورشادا من ذي قبل، بسبب القدرة على معرفة الاحتياجات الكلية والجزئية للمنشأة بشكل أدق من السابق، ما يؤدي بالضرورة إلى تدنية التكاليف.

2- تمتين النشاط الوقائي وجودة العمل العلاجي: بينت مؤشرات التغطية الصحية والتوزيع الجغرافي مدى أهمية العمل الذي ينبغي القيام به من أجل تقليص الفجوة بين ولايات الوطن بالرغم من التقدم المعترف المحقق في السنوات الأخيرة.

وإزاء هذه الإحصائيات كان هناك توجه نحو إعادة تشكيل وهيكله الخارطة الصحية، لأجل فصل الجانب العلاجي عن الجانب الوقائي، بغرض توزيع المهام و الأدوار الصحية بين هياكل تختص أساسا بالعمل العلاجي، وهياكل تختص بالنشاط الوقائي.

ويهدف ترتيب العلاج المقترح إلى تقريب هياكل الوقاية والعلاج القاعدي من السكان بشكل أكبر وإلى تغطية أفضل من حيث الهياكل القاعدية بداخل البلاد وجنوبها وإلى عقلنة إنشاء هياكل جديدة خاصة بالعلاج المتخصص الرفيع المستوى⁷.

وذلك هروبا من تبعات الميزانية الشاملة للقطاعات الصحية سابقا؛ أين كانت توجه أغلب الاستخدامات المالية في الواقع لصالح الهياكل الاستشفائية عوضا عن الهياكل القاعدية ذات البعد الوقائي. وهو ما أبرز لناظر الحال واقعا صعبا لهذه الهياكل من أجل استيعاب النشاطات الوقائية المختلفة.

ثالثا-المقاربة التسييرية للمؤسسة العمومية الصحية الجزائرية:

من المهم الإشارة إلى أن الثقافة التسييرية للمرفق الصحي العام في الجزائر، هي ثقافة موروثية عن العهد الإستعماري.

ورغم بعض التعديلات الهيكلية التي عرفتها المنظومة الصحية تماشيا مع التوجهات الإيديولوجية للسياسة الاجتماعية والاقتصادية للبلاد في كل فترة من الفترات التي أعقبت الاستقلال إلا أن الملاحظ هو استمرار ذات المنطق التسييري المرتكز على العملية الإدارية الإجرائية بمعناها القانوني حتى عصرنا الراهن.

وفي هذا السياق يعتبر (Domin Jean-Paul)⁸ أن منطق إدارة المستشفى هو منطق إداري بيروقراطي، بحيث يعود في أساسه إلى النمط التسييري للمستشفى عقب الثورة الفرنسية من خلال قانون 07 أكتوبر 1796، حيث عهد تسيير المؤسسة الاستشفائية للجنة إدارية (commission administrative) مكونة من 05 مواطنين يقيمون في البلدية المقر، برئاسة رئيس البلدية ويعينون أمينا يدير المستشفى بشكل فعلي، ليغير هذا الأمين فيما بعد ويصبح بصفة المدير ويتمتع بسلطة محاسبية وهرمية.

هذا المنطق البيروقراطي استمر رغم التعديلات التي مست تنظيم مجلس الإدارة—بعد الجمهورية الخامسة سنة 1958- الذي حل محل اللجنة الإدارية، ليعرف تقلص دور مجلس الإدارة الديمقراطي الذي لا يتداول سوى في التوجيهات الكبرى للمؤسسة.

هذه المقاربة البيروقراطية برزت في قطاع الصحة العمومي في الجزائر من خلال نموذجين أساسيين:

- النموذج التنظيمي للمرسوم التنفيذي 242/81،
- النموذج التمثيلي في مجلس الإدارة

وستتطرق إضافة لذلك وبإيجاز لنموذج المشروع القبلي للمقاطعة الصحية وأهم المهام المراد منها.

1- النموذج التنظيمي للمرسوم التنفيذي 242/81:

النموذج التنظيمي الذي أتى به المرسوم التنفيذي 242/81 والمتعلق بكيفية إنشاء وتنظيم القطاعات الصحية⁹؛ تمثل في أن الذي يسير القطاع الصحي في تلك الفترة هو مجلس المديرية الذي يرأسه المدير بنفسه.

هذا التوجه التنظيمي يعكس بالضرورة السلطة المتزايدة والمركزة في شخص المدير. هذا الأخير يقوم في حقيقة الأمر بدور المنفذ والموجه لتعليمات الوصاية المركزية الممثلة في وزارة الصحة والسكان. حيث أن هذه الأخيرة تقوم بمهام التصور والتخطيط ورسم السياسات للمناطق المحلية وتوكل إدارتها وتسييرها العملي لمدير القطاع الصحي المطالب بتقديم تقارير دورية وسنوية عن النشاطات المنجزة.

هذا النمط في الإدارة والتسيير القائم على البيروقراطية التقليدية؛ أين يقل فيه الدور التمثيلي للشركاء الاجتماعيين والاقتصاديين في مقابل السلطة المركزية للمدير، عرف تحولاً رئيسياً من خلال تعديل المرسوم 242/81 المتعلق بكيفية إنشاء وتنظيم القطاعات الصحية بالمرسوم التنفيذي 466/97 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997¹⁰ الذي جعل من تسيير القطاع الصحي موكلاً إلى مجلس الإدارة.

2- النموذج التمثيلي في مجلس الإدارة:

من خلال التعديلات التي أتى بها المرسوم التنفيذي 466/97 أصبح تسيير القطاع الصحي من صلاحية مجلس الإدارة الذي يكون فيعه المدير كاتباً لجلساته ومنفذاً لتوصياته.

هذا النموذج في إدارة المرفق الصحي العام، استمر مع التغيير الهيكلي الذي عرفته الخارطة الصحية في الجزائر في سنة 2007.

حيث أن المرسوم التنفيذي 140-07 وفي أثناء تعريفه للمؤسسة الصحية استشفائية كانت أو للصحة الجوارية ذكر في المادة العاشرة (10) منه، المتعلقة بأحكام التنظيم والتسيير ما يلي: «يسير كل مؤسسة عمومية استشفائية ومؤسسة عمومية للصحة الجوارية مجلس إدارة ويديرها مدير، وتزودان بهيئة استشارية تدعى المجلس الطبي»¹¹.

ففي نص هذه المادة حدد القانون الآليات القانونية لتسيير المؤسسات الصحية متمثلة أساساً في:

✓ مجلس الإدارة كهيئة تسيير تداولية و تقريرية.

✓ الإدارة العليا وعلى رأسها المدير كهيئة تسيير تنفيذية.

3- نموذج المشروع القبلي للمقاطعة الصحية:

بعد أقل من ستة سنوات عن تطبيق المرسوم التنفيذي 140-07 السابق ذكره، ظهرت خلال هذه الفترة بعض الاختلالات في التسيير وإدارة الشأن الصحي بشكل عام، أبرزه النقد المتتابع من كثير من الشركاء الاجتماعيين حول آليات تسيير هذه الهيئات العمومية وكذا قدرته على تحقيق الأهداف الصحية المطلوبة مثل تعريف الاحتياجات الصحية للمواطن، تقريب الخدمة، تحقيق الجودة... الخ.

وعلى إثر ذلك وبالتشاور مع الشركاء الاجتماعيين ومهنيي الصحة، تقدمت وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات في نهاية سنة 2013، بمشروع جديد يتعلق بإعادة تنظيم الهياكل الصحية في الجزائر، وطرحته للإثراء والمناقشة بغرض إعداد المشروع النهائي للمرسوم التنفيذي المحدد لهذه الهيكلة الجديدة.

هذا المشروع الجديد تضمنته المراسلة الصادرة من طرف الأمانة العامة لوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات إلى مختلف مديريات الصحة والسكان بالولايات تحت رقم 1043 ل3 ديسمبر سنة 2013.¹²

نص المشروع الجديد على أن الهيئة المناط بها تقديم خدمة الصحة العمومية وتنفيذ برامجها على المستوى المحلي، تتمثل في المقاطعة الصحية (La circonscription sanitaire).

تكون كل مقاطعة صحية منظمة وفق مجموعة من الوحدات الصحية. وتتمثل أهم مهامها في التالي:

- **تحديد الاحتياجات الصحية** للحوض السكاني المطلوب تغطيته،
- تلبية الاحتياجات الصحية للسكان بشكل متكامل، **مدمج**، هرمي ومستمر.
- تنفيذ البرامج الوطنية والجهوية للصحة،
- إعداد وتنفيذ البرامج المحلية للصحة بعد المصادقة عليها من طرف مدير الصحة والسكان للولاية،
- السهر على متابعة ومراقبة أنشطة الوحدات للدائرة الصحية،
- الالتزام بعقود أهداف و تحديد المسؤولية للنشاطات عن طريق الأنشطة والموارد وذلك مع المدير المكلف بالصحة من جهة والمصالح الطبية والتقنوبية من جهة أخرى،
- التقييم الدوري للنشاطات الصحية الخاصة بوحدة الدائرة الصحية وبلوغ الأهداف المسطرة في العقود سالفه الذكر،
- الالتزام بعقود التعاون بين القطاع شبه العمومي والخاص،
- يمكن أن تضمن - حسب الحاجة- نشاطات العلاج ذات المستوى العالي، للتعليم الجامعي والبحث العلمي.

4- المقاربات التسييرية المحدثة:

في السنوات الأخيرة عرفت المؤسسات الصحية العمومية بعض التوجيهات من قبل الإدارة الوصائية، في محاولة لتحسين أساليب وأدوات تسييرها، ركزت في معظمها على إرساء مفهوم التسيير التشاركي (la gestion participative) كنمط يمكن من تحقيق فريق العمل، الشعور بالمسؤولية، الولاء للمؤسسة والعمل على تحسين الخدمة الصحية.

وفي هذا السياق برز التوجه نحو تبني مقاربة عقدية في تسيير المرفق الصحي العمومي من خلال:

- مراجعة نمط التمويل وإخضاعه لعلاقة عقدية،
- الاجتهاد في اعتماد مشروع المؤسسة كصيغة عقدية بين الفاعلين في تقديم الخدمة الصحية.

4-1- مراجعة نمط التمويل وإخضاعه لعلاقة عقدية: سياسة التمويل الحالية للنشاطات التي تؤديها المرافق الصحية العمومية تعتمد على نظام الجزاف. هذا النظام تعرض لمجموعة من الانتقادات من أنه لا يحقق العدالة في توزيع الأعباء التمويلية على المستفيدين من الخدمة من جهة ولا يمكن من تحقيق الرشد الاقتصادي في قطاع الصحة العمومي من جهة أخرى. كما أنه لا يحفز تحسين وتطوير الخدمة المقدمة، لضعف التنافسية مع القطاع الخاص ومؤسسات القطاع العام فيما بينها.

وكبديل عن ذلك تم اقتراح نمط جديد في التمويل يقوم على "أساس العلاقات التعاقدية التي تربط الضمان الاجتماعي بوزارة الصحة والسكان"¹³، فالدولة تتمثل وظيفتها في هذا الجانب بالخصوص في تغطية نفقات الوقاية والتكوين والبحث الطبي والخدمات الصحية المقدمة للمحرومين غير المؤمنين اجتماعيا¹⁴، بينما هيئات الضمان الاجتماعي تدفع مساهمة لتمويل ميزانيات المؤسسات الصحية العمومية بتقدير فعلي لا جزافي وتخضع الأموال الموجهة

لتمويل برامج علاج نوعية لفائدة المؤمنين لتقييم دوري تقوم به المصالح المختصة لدى الوزارتين المكلفتين بالصحة والضمان الاجتماعي¹⁵.

وتتمثل الأهداف الرئيسية للنمط التعاقدى فيما يلي:

أ- الترشيد والتحكم في النفقات: فالنمط التعاقدى يفرض على المؤسسات الصحية الاستشفائية على وجه الخصوص نوعا من الصرامة في النفقات على أنشطتها الصحية المختلفة وأن تكون بفعالية أكبر؛ أي تحقيق أحسن أداء بأقل تكاليف وذلك من خلال:

- إعطاء الأهمية الاستخدمية لمحاسبة التكاليف واستغلالها في هندسة النفقات الصحية وليس كوثيقة إجرائية إدارية كما هو حاصل حاليا،
- إعادة تنظيم المصالح الصحية والداعمة الأخرى على أساس النشاط وليس بطريقة معيارية تقليدية، وهو ما يترتب عليه حتما إعادة توزيع الأسرة وتوجيه الموارد البشرية حسب حجم النشاط بالمصالح ومراجعة نمط تسيير الصيدلية...

ب- تحسين نوعية الخدمة الصحية: فالمؤسسة الصحية العمومية في مثل هذا النمط من التمويل تكون محل منافسة مع غيرها من مؤسسات القطاع العام والخاص كذلك، ما يستلزم منها تحسين أداء خدماتها الاستشفائية بما يجعلها نقطة جذب لطالبي الخدمة في هذا الجانب وهو ما سيعزز بالضرورة تحسين المؤشرات الصحية الكمية والكيفية على حد سواء.

ومن جهة أخرى فإن مساهمات الدولة -دون فئة المحرومين في الجانب الاستشفائي- ستكون موجهة بالكامل للتكفل بالبرامج الوقائية ومهام المنفعة الصحية العامة، ما يسهم في تحسين هذا الجانب وإعطائه العناية الخاصة به.

ج- إرساء التسيير التشاركي للمؤسسة الصحية: تأثير النمط التعاقدى على مصادر التمويل وطريقة الإنفاق سيفرض حتما على المؤسسة الصحية أن تراجع نمط تسييرها بالانتقال من نمط توجيهي إجرائي إلى نمط تفاوضي يعزز من مفهوم التسيير التشاركي بين مختلف الفاعلين فيها.

هذا التسيير التشاركي يمكن تصوره من خلال عدة آليات منها:

- التسيير بالأقطاب وجعل مؤشرات وسيلة في تحديد الأغلفة المالية وتوزيع المخصصات المادية والبشرية من جهة وفي نظام المكافأة والمجازاة من جهة أخرى،
- اعتماد الإدارة بالأهداف والنتائج والتوجه نحو وضع علاقات عقدية مع الإدارة والمصالح والعاملين.

4-2- مشروع المؤسسة: من خلال قراءات سابقة لواقع إدارة وتسيير المؤسسات الصحية العمومية في الجزائر، كان الاتجاه نحو تحسين أنماط التسيير وفق صيغة عقدية من خلال عدة أدوات، أهمها مشروع المؤسسة وعقد الأهداف.

ففي هذا السياق قد استفادت المنظومة الصحية من برنامج بالتعاون مع الإتحاد الأوروبي¹⁶ يسعى للاستفادة من تجارب البلدان الأخرى في مجال الإدارة والتسيير؛ حيث كان التركيز منصبا على تطوير أدوات القيادة كمشروع المؤسسة، حيث أبرز أن الدافع لاعتماده هو الميزات الخاصة به، فهو يمكن من "تحديد نظرة استراتيجية ووضوحا في القرارات

المتخذة وسرعة رد الفعل، علاوة على أنه يحقق التفويض والمسؤولية وتقاسم الأدوار ضمن مشروع واحد وتحفيز العاملين فيه" وفي ذلك فهو وثيقة مرجعية تعرف المؤسسة وما تود أن تؤول إليه خلال سنوات لاحقة، كما أنه وسيلة اتصال محددة لاستراتيجية التكوين والأنشطة الصحية والمالية.

رابعاً- أهمية التسيير التعاقدى لقطاع الصحة بالجزائر:

تطور تسيير المرافق العمومية من نمط الإدارة الفيربية القائمة على المركزية واحترام القواعد والإجراءات والاهتمام بالوسائل إلى نمط حديث يقوم على اللامركزية وتفويض الصلاحيات واعتماد التعاقد كأداة لتحقيق الأهداف والنتائج¹⁷، ومعيار التمييز الأساسي في ذلك هو مقدار التفويض في الصلاحيات وإسناد المهام؛ كما أنه حتى من الناحية القانونية أصبح معروفاً أن المرفق العام يأخذ أسلوبين في التسيير هما الإدارة المباشرة والتدبير المفوض.

وقد تنامي هذا الاتجاه أيضاً في المرفق الصحي العام؛ حيث أن ارتفاع تكاليف الإنفاق والمنافسة الجدية التي بدأ يفرضها القطاع الخاص على القطاع العام في مجال الصحة دفع بضرورة إيجاد توفيقات معينة بين الإدارة المباشرة والتقليدية المرتكزة على المنطق البيروقراطي للمرفق الصحي العام من جهة وإمكانية الاستفادة مما تتيحه أساليب التسيير في القطاع الخاص من جهة أخرى¹⁸، بما يحقق النوعية الخدمية المطلوبة في ميدان المنافسة مع القطاع الخاص وكذا الاستمرار في الالتزام بأهداف الصحة العمومية ووظائف المرفق العام التي تأسس لأجلها.

وفي الفقرات التالية سنتطرق إلى:

- أهمية التفويض في إدارة الخدمة الصحية،
- أهمية الإدارة المركزية في التحكيم خاصة،
- أهمية التسيير التشاركي والمقاربة بالأهداف والنتائج

1-أهمية التفويض: اللامركزية أضحت في عديد البلدان من الإصلاحات الأساسية للمنظومات الصحية بشكل عام. وقد كان ذلك وفق مسار مرحلي للتحويل من المركزية المطلقة إلى لامركزية مقيدة بالأهداف الوطنية ومستجيبة للحاجيات الصحية المحلية.

والاتجاه نحو اللامركزية وإعطاء أهمية أكبر لدور المجموعات المحلية القطاعية وغير القطاعية في إدارة الشأن الصحي، تبرره من جهة العيوب أو العوائق التي تميز التسيير المركزي الذي يفرز عادة:

- فعالية محدودة في التسيير،
- بطئاً في التحول الإبداعي،
- استجابة غير متوائمة مع الاحتياجات الصحية المحلية.

وفي مقابل ذلك، فإن نقل الصلاحيات والمسؤوليات من المستوى الوطني إلى مستوى الجهات، يعتقد أن له عدة إيجابيات، فهو:

➤ يحفز الأخذ بعين الاعتبار الخصائص المحلية واستجابة أفضل للاحتياجات الصحية وما يستتبعه في المقابل من إمكانيات العرض الخدمي،

فجودة التشخيص والعلاج والتكفل، تفترض الحظوظ المتوافرة لأي ذي حاجة صحية في الوصول إلى الهياكل الصحية والحصول على مستوى متكافئ من الخدمات أينما كان موقع سكنه الجغرافي.

فالمطلوب هنا العمل على تسيير الملاءمة بين الإمكانيات المادية والبشرية وتحقيق الجوارية الجغرافية الدائمة أو الظرفية بالنسبة للمريض.

وإذا قبلنا بأن الهدف الأساسي هو التكفل بالمريض، فإن تعريف الحاجات الصحية حسب الأحواض السكانية - سواء تعلق الموضوع بالوضع الوبائية أو الصعوبات العلاجية ونمط التكفل - يصبح الطريقة الأكثر موضوعية، وهو ما يجعل من الاتجاه نحو لا مركزية إدارة الشأن الصحي أو على الأقل بمفهوم التخطيط ذا أهمية كبيرة. وهو ما يعكس توجه أفراد العينة نحو إعطاء موافقة عالية لتفويض المجموعات المحلية في المجال الصحي.

وفي ذات السياق فإن توصيف هذه الحاجات على المستوى المحلي، يسمح بتحديد ضرورات السرعة في التكفل بالمرضى ومستوى توزيع الكفاءات الطبية وغير الطبية وكذا الهياكل التقنية.

➤ عملية نقل السلطة من الإدارة المركزية إلى مستوى الجهة، يسهل ويحفز في نفس الوقت المواطنة الصحية من خلال العلاقة السلسلة التي ستكون بين هياكل القطاع الصحي العام ومختلف الشركاء والمجموعات المحلية ويعزز في نفس الوقت المشاركة والإبداعية في صناعة السياسات الصحية المحلية،

حيث أن التدبير المفوض ونقل بعض السلطة والمسؤولية من الإدارة المركزية إلى المحلية سوف:

➤ يعزز المسؤولية المحلية في جعل المؤسسة أكثر استقطابا لطالبي الخدمة،

➤ يعزز المسؤولية المحلية في الاستجابة للاحتياجات الصحية،

➤ يساهم في تحقيق الرضا عن الخدمة من خلال إشراك فواعل المجتمع المحلي في إدارة الأهداف الصحية،

➤ يعزز المسؤولية المحلية في الحفاظ على الوسائل المادية المختلفة بالمؤسسة.

كما أنه من المهم في هذا السياق تخفيف أعباء الإدارة المباشرة للقطاع الصحي العام عن طريق تفويض تسيير بعض الخدمات من خلال آليات التعاقد الخارجي في إطار المناولة أو صور التعاون المختلفة، من خلال:

➤ تنمية مهارات العاملين مع مؤسسات أخرى، والتي قد تكون إما مؤسسات وظيفتها تكوينية أساسا أو

مؤسسات أخرى عاملة في الميدان الصحي وتوفر بيئة مناسبة لتبادل الخبرات والمعارف أو مجالا للتكوين المرافق.

➤ التعاون لأداء بعض الخدمات الصحية مع هيئات خارجية، سواء كانت مؤسسات صحية عمومية أو خاصة أو حتى مؤسسات جمعوية أو ذات تنظيم يعنى في جانب منه بالمجال الصحي،

➤ إسناد بعض الخدمات اللوجيستية إلى هيئات خارجية،

والسبب في ذلك هو الإيجابيات المحتملة لهذا النمط في التسيير، إذ يحقق:

✓ تقليص تكاليف التسيير المباشر للأنشطة المرتبطة بإدارة:

○ المورد البشري وما يتعلق بتسيير حياته المهنية من توظيف وترقية وأعباء اجتماعية مختلفة،

○ مشكلات التخزين والنقل والوقت المستهلك،

○ التجهيزات وصيانة العتاد،

○ الإطعام وبعض شؤون الفندق الصحية كالنظافة والبياضات مثلا،

○ شؤون الوقاية والأمن الخارجي،

✓ تمكن المؤسسة الصحية من تقاسم أعباء التسيير مع طرف خارجي وتحميله جزءا من المسؤولية

المرتبطة بأداء هذه الأنشطة مع استمرارها في عملية المراقبة والمتابعة المستمرة لمدى جودة القيام

بتلك النشاطات وتحمل مسؤوليتها الرقابية في ذلك.

✓ السماح للمؤسسة الصحية بتوفير مجهوداتها وإمكاناتها المادية والبشرية للقيام بأنشطتها

الصحية المباشرة بنوعها الوقائية والعلاجية،

✓ استغلال أطر خارجية لتحسين المهارات والكفاءات البشرية العاملة بالقطاع،

غير أن الأخذ بالتفويض في إدارة الشأن الصحي يتطلب التقليل من الأدوات والإجراءات البيروقراطية التي يعتقد أنها

تؤثر سلبا على نوعية الخدمة المقدمة ويعضد ذلك أن الخارطة الصحية لسنة 2007 لم تحقق ما كان منتظرا من تسهيل

الحصول على الخدمة العلاجية الاستشفائية بسبب زيادة المسارات الإدارية بين المؤسسات المحدثه بما يعيق مبدأ التدرج في

العلاج وسهولة الوصول إلى مقدم الخدمة الصحية.

2- أهمية المشاركة واعتماد إدارة الأهداف والنتائج: النمط السائد حاليا في إدارة المؤسسة تقل فيه الأدوار التشاركية

للعاملين في مجال التسيير واصطبغ الإدارة الصحية بمنطق المقاربة بالأدوات على حساب النتائج، أين تنفرد إدارة المؤسسة

غالبا بتحديد الأهداف والوسائل ولا توفر فرصا كثيرة للمشاركة بالاقترحات والأفكار من جهة ومن جهة أخرى فهي

تهتم غالبا بتوفير الوسائل فقط وتراعي احترام الإجراءات على حساب النتائج.

هذا النمط في التسيير الحالي لم يراعي الاحتياجات الطبيعية وأدوات الضبط العادلة للعامل الأساس في تحقيق

أبعاد الجودة الخدمية والمتمثل في المورد البشري؛ إذ أنه:

- يقوض من الإبداعية وروح المبادرة،

- لا يحقق عامل الانتماء والولاء للمؤسسة،

- لا يحقق الدافعية الكافية لتحسين الأداء،

- لا يحقق الانخراط في أهداف المؤسسة،

ومن هذا المنطلق يمكن تفسير الأثر الإيجابي لنمط التسيير التشاركي والإدارة بالأهداف والنتائج على أبعاد جودة الخدمة الصحية؛ حيث:

- أن قيام الإدارة بالإصغاء وإشراك العاملين في تحديد الأهداف والوسائل وعدم انفرادها بذلك، سوف يحقق:

- ✓ وضع أهداف موضوعية متناسبة والإمكانيات التي تحوزها المؤسسة،
- ✓ إجماعاً من قبل الفاعلين على الأهداف الموضوعية وقياسات النتائج المنتظرة ومعايير التقييم المعتمدة في ذلك،
- ✓ المسؤولية الفردية والجماعية عن النتائج في إطار عقد علائقي،
- ✓ المهام والإجراءات الضرورية لتحقيق هذه الأهداف،
- ✓ تشخيص موضوعي للإمكانيات المادية والبشرية للمؤسسة والاحتياجات الضرورية لتجسيد الأهداف المتفق عليها،
- ✓ توضيح المهام المرتبطة بكل الفاعلين من مصالح إدارية ومصالح طبية وتقنية،
- ✓ تفعيل دور الجهات الأخرى غير القطاعية وتحسيسها بمسئولياتها في المجال الصحي، سواء كانت هذه الجهات إدارات عمومية أو جماعات محلية أو أفراد منتظمين في حركات جمعوية أو غيرها من الأطر التنظيمية الأخرى.

- كما أن اعتماد المكافأة بالنتائج:

- ✓ سوف يعزز الاعتبارية للعمل وحسن الأداء من قبل العاملين،
- ✓ يجسد المفهوم الحديث للتسيير العمومي الذي يقوم على مقارنة بالنتائج عوضاً عن المفهوم التقليدي الذي يقوم على مقارنة بالوسائل،
- ✓ يكرس العمل نحو جعل المؤسسة الصحية العمومية أكثر جذبا للخدمات، إذا ما أخذنا بعين الاعتبار المحيط التنافسي الذي ستفرضه عليها عناصر القطاع الخاص في هذا السياق مؤسسات كانت أو أفراد، وهو ما يفرض بالضرورة تحسين مستوى الخدمات المقدمة والسعي نحو الالتزام بمعايير الجودة.

وما يشار إليه هنا هو أن مبدأ المكافأة عن النتائج قد يكون عن الأداء الفردي أو الجماعي في صورة تعويض مردودية عن النشاط أو من حيث الأغلفة المالية التي يمكن منحها للمؤسسة ككل.

ومن جهة أخرى يمكن أن يكون هذا المبدأ أساساً في تهيئة المصالح المختلفة على أساس النشاط وليس على أساس معياري ثابت.

ومما يشار إليه هنا هو أنه رغم الأهمية التي يعتقدتها الباحثة للتسيير التشاركي وإدارة الأهداف والنتائج في تقديم خدمة صحية تراعي معايير الجودة، فإن ذلك يثير في ذات الوقت تساؤلاً آخر حول الآليات التي تمكن من اتباع المسارات السليمة لاستخدام بعض الأدوات التسييرية التي تحقق هذا النمط من التسيير والمقصود في ذلك بشكل خاص هو مشروع

المؤسسة الذي أكد عليه نص مشروع قانون الصحة الجديد، إذ في الواقع فإن جميع المؤسسات الصحية العمومية ملزمة بإعداده وفقا لنموذج وزارى، غير أنه عمليا ورغم هذا الالتزام الإجرائى، إلا أنه لا يحقق مفهوم التشاركية ولا يؤسس لمبدأ إدارة الأهداف والنتائج والسبب في ذلك أن التعامل معه يتم على اعتباره وثيقة إدارية إجبارية لا على أساس أنه عقد تفاوضى بين مجموعة من الشركاء.

3- دور المصالح المركزية في تحقيق العدالة الصحية: فدور المصالح المركزية يبقى مهما في تحقيق التجانس وتكافؤ الفرص بين مختلف المناطق الجغرافية، وعدالة توزيع الإمكانيات المادية والبشرية والمالية، كما أنه وفي ظل نمط التسيير الحالي كانت المؤسسات الصحية العمومية تتوفر غالبا على معظم التخصصات الصحية المطلوبة.

فالاتجاه المطلق للتفويض بمفهومه الإقليمي تترتب عليه عادة مجموعة من المشكلات تبرز أساسا في:

- تجزئة في الخدمات،

- خطر الاستغلال السياسى للمجموعات النافذة لمصالحها الذاتية،

- إضعاف وتهميش لدور القطاع الصحى العام في مقابل نفوذ القطاع الخاص،

- وجود خطر كبير على عدالة توزيع الإمكانيات بين المناطق المختلفة.

وأمام هذه العيوب المصاحبة للتفويض الإقليمي، يبرز دور المصالح المركزية من خلال الوزارة المكلفة بالصحة في القيام بالتحكيم بين المؤسسات المتواجدة في مختلف مناطق الوطن.

فالتباين في الكفاءات والإمكانيات الاقتصادية للمناطق المختلفة، قد يخلق اختلالا وعدم توازن في عرض الخدمات الصحية ونوعيتها مع وجود الحاجة إليها في نفس الوقت. وأمام ذلك فإن أغلب المستجوبين يعتقدون أن الإدارة المركزية ملزمة بالقيام بوظائفها الاجتماعية والتنموية وتصحيح الانحرافات والاختلالات التي قد يفرزها التفويض الإقليمي.

خاتمة:

ما تضمنه المشروع القبلي للمقاطعة الصحية كمنط تنظيمي وإداري جديد لقطاع الصحة العمومي بالجزائر والأدوات التسييرية التي يحاول اعتمادها مستقبلا، تقوم أساسا وفق مقارنة التسيير التشاركي والإدارة بالأهداف والنتائج وكذا دراسات الجودة ما يحقق نظريا تحديدا سليما للاحتياجات الصحية ومتطلبات تلبيتها، كما أنه من المفترض أن يعزز إحساس المواطن بمشاركته في تقييم الخدمة الصحية.

غير أنه وحرصا على عدم إفراغ المصطلحات التسييرية من محتواها وأن لا تكون ممارسات نمطية ترهن للروتين ولا تلبى الغرض المطلوب منها، فإنه في اعتقادنا أن تحقيق أهداف المنظومة الصحية يتجاوز العملية التسييرية الرسمية - وإن كانت ذات أهمية- إلى ضرورة بناء ثقافة تسييرية وتنظيمية تقوم على :

- إشراك المواطن في عملية التقييم الدوري عن طريق تفعيل دوره الرقابي والتداولي ضمن مجلس الإدارة كهيئة قيادية داخل المؤسسة الصحية من خلال ممثلية في المجالس المحلية وكذا المنتفعين.
- تحقيق معادلة المرفق العام لصحي القائمة على الاستمرارية، العدالة والحيادية وكذا مبدأ تدرج العلاج المنصوص في التشريعات الصحية المختلفة، من خلال إيجاد آلية للتنسيق بين مختلف المؤسسات في مجال التسيير الجزئي أو الاستفادة من الإمكانيات المادية من خلال أسلوب التعضيد (la mutualisation des moyens)
- الحرص والاعتناء بالأساليب التسييرية المحدثه من مشروع المؤسسة وأدوات التسيير بالنتائج،
- تفعيل اعتماد عقد الأهداف من خلال دفتر الشروط بين المسير ومجلس الإدارة وجعله أداة أساسية في التقييم ومنح الراتب والتعويضات المالية المختلفة،
- الإشراف الفعلي والعملي للمهنيين داخل المؤسسة، خاصة الأطباء وشبه الطبيين منهم لتحقيق الولاء للمؤسسة ما يرفع من مردوديتهم العملية وسعيهم نحو تقديم صورة فضلى لمؤسستهم،

¹ (Larbi) LAMRI, réforme hospitalière : les cinq plaies du système de gestion, communication, 2002

² (Larbi) LAMRI, réforme hospitalière : les cinq plaies du système de gestion, communication, 2002

³ (محمد مرسي) جمال، الإدارة الاستراتيجية للموارد البشرية، ص 26.

⁴ (RAHMANI) Ahmed, la gestion du potentiel humain dans la conduite du changement vers une organisation favorisant une GRH moderne et dynamique, article publié, Revu IDARA, ENA N° 25, année 2003, page 199-201.

⁵ (السناوني) صلاح، إدارة الأفراد و العلاقات الإنسانية، بيروت، دار النهضة العربية للطباعة و النشر، سنة 1970، ص 62.

⁶ (عوماري) محمد، علاقة بعض القيم السلبية بتقييم أداء الأفراد - دراسة ميدانية تحليلية في منظمة الصحة بسكرة - ، مذكرة ما بعد التدرج المتخصص في تسيير الموارد البشرية، المدرسة الوطنية للصحة العمومية، سنة 2002، ص 39.

⁷ تقرير مقدم لرئيس الجمهورية في إطار متابعة أعمال أعضاء الحكومة، ضمن جلسة مخصصة لقطاع الصحة بتاريخ 17 أكتوبر سنة 2006.

⁸ (Domin) Jean-Paul, Les dispositifs de gestion dans les réformes hospitalières : l'impossible passage de l'hôpital bureaucratique à l'hôpital-entreprise (1980-2009), Journées d'Histoire de la Comptabilité et du Management, Dec 2009, France

⁹ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية، العدد رقم 36، الصادر في 09 ذي القعدة عام 1401هـ، الموافق لـ 08 سبتمبر سنة

1981، المرسوم التنفيذي رقم 81-242 المؤرخ في 06 ذي القعدة عام 1401 هـ، الموافق لـ 05 سبتمبر سنة 1981، المتضمن إنشاء القطاعات الصحية وتنظيمها

¹⁰ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية، العدد رقم 81، الصادر في 10 شعبان عام 1418هـ، الموافق لـ 10 ديسمبر سنة 1997، المرسوم التنفيذي رقم 97-466 المؤرخ في 02 شعبان عام 1418 هـ، الموافق لـ 02 ديسمبر سنة 1997، يحدد قواعد إنشاء القطاعات الصحية وتنظيمها وسيرها

- ¹¹ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية، العدد 33، الصادر في 03 جمادى الأولى عام 1428هـ، الموافق لـ 20 مايو سنة 2007، المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 02 جمادى الأولى عام 1428 هـ، الموافق لـ 19 مايو سنة 2007، المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها المعدل والمتمم، المادة 10
- ¹² المراسلة الصادرة من طرف الأمانة العامة لوزارة الصحة والسكان وإصلاح المتشفيات إلى مختلف مديريات الصحة والسكان بالولايات تحت رقم 1043 لـ 03 ديسمبر سنة 2013، المتضمنة المشروع القبلي للدائرة الصحية.
- ¹³ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية عدد 87، الأمر رقم 94-03 مؤرخ في 27 رجب عام 1415هـ الموافق لـ 31 ديسمبر سنة 1994 المتضمن قانون المالية لسنة 1995، المادة 136.
- ¹⁴ المادة 132 من الأمر رقم 94-03 المتضمن قانون المالية لسنة 1995.
- ¹⁵ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية عدد 20، المرسوم التنفيذي رقم 04-101 مؤرخ في 11 صفر عام 1425هـ الموافق لـ 01 أبريل سنة 1994 يحدد كفاءات دفع مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي لتمويل ميزانيات المؤسسات الصحية العمومية، المادة 06
- ¹⁶ (BOUADI) Sonia, **le projet d'établissement hospitalier : un nouveau instrument au service du management hospitalier**, cas EPH Ain Elhammam, mémoire de magistère en sciences économiques, université Moulod MAMMERI, Tizi-ouzou , 2015-2016, p129
- ¹⁷ (عشور) طارق، **مقاربة التسيير العمومي الجديد كآلية لتدعيم وتعزيز تنافسية وكفاءة المنظمات الحكومية**، مجلة أداء المؤسسات الجزائرية، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، العدد 01/2011-2012،
- ¹⁸ (C.J.L) Murray et J.Frenck, **un cadre pour l'évaluation de la performance des systèmes de santé**, bulletin de l'organisation mondiale de la santé, article N03, p 162.