

دور مراقبة التسيير في نشوء حوكمة جديدة بالمؤسسات الصحية العمومية في الجزائر

The role of management control in the emergence of new governance in public health institutions in Algeria

بوشلاغم عميروش وشرفي منصف وغلاب نعيمة

كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير

جامعة قسنطينة 2 - عبد الحميد مهري

Résumé

ملخص

L'objectif de cette étude est de mettre en évidence le rôle de contrôle de gestion dans l'émergence d'une nouvelle gouvernance des établissements de santé publique en Algérie, afin de s'adapter avec les nouvelles étapes de sa conduite en prenant en compte la nature et les spécificités de l'activité de ces établissements publique qui rendent l'opération d'appliquer le contrôle de gestion dans le secteur public une sorte de couverture d'un ensemble des obstacles. dont on doit la prendre en considération, finalement on a atteint un certain nombre des résultats et des propositions relatives à la gestion des établissements de santé publique à travers l'application des nouveaux outils pour rationaliser et d'introduire des nouveaux concepts pour contrôler et réglementer les établissements de santé publique.

تهدف هذه الورقة البحثية، إلى إبراز دور مراقبة التسيير في نشوء حوكمة جديدة بالمؤسسات الصحية العمومية في الجزائر وهذا لضرورة التكيف مع المراحل الجديدة في تسييرها، آخذين بعين الاعتبار خصوصيات وطبيعة نشاط هذه المؤسسات العمومية التي تجعل من عملية تطبيق مراقبة التسيير بفلسفتها وأدواتها في القطاع العام عملية تحوطها جملة من المكابح والعوائق، مما يستلزم أخذها في الحسبان. وقد توصلنا إلى تحقيق عدد من النتائج والمقترحات المرتبطة بتسيير المؤسسات الصحية العمومية عن طريق ضرورة تطبيق أدوات ترشيد جديدة وإدخال مفاهيم جديدة لضبط وتنظيم المؤسسات الصحية العمومية.

الكلمات المفتاحية: مراقبة التسيير، الحوكمة

الاستشفائية، تطوير، المؤسسات الصحية، القطاع العام.

Mots clés : Contrôle de gestion, gouvernance hospitalière, développement, Etablissements de santé, Secteur public.

أصبحت المستشفيات العمومية في الجزائر خلال السنوات الأخيرة موضوع نقاش حاد وعلى مستوى مركزي من خلال البرنامج الوزاري لإصلاح المستشفيات. والذي ينص في توجيهاته على ضرورة إدخال أدوات ومفاهيم جديدة لتنظيم المستشفيات، ووضع نموذج جديد للحكومة يتميز باستقلالية أكبر في التسيير مع إنشاء هياكل تسيير تعتمد على مبدأ تحمل المسؤولية وإرداد التقارير وإدخال أدوات حديثة في التسيير، تعتمد على تسيير تعاقدية مبني على أساس الأهداف، ما يؤدي إلى انفتاح المستشفى نحو التقنية والتكنولوجيا، وخضوع الأطباء إلى قيود اقتصادية وإدماجهم في التسيير. لتشهد المستشفيات تحولات عميقة، حيث تُطبَّق عليها أدوات ترشيد جديدة بهدف جعل من تخصيص الموارد أكثر مطابقة للنشاط المحقق فعليًا من طرف المستشفى. وعلى هذا النحو تشكل مراقبة التسيير فرصة للتكيف ونشوء حوكمة استشفائية جديدة، وهو ما سنبينه في هذه الورقة البحثية. محاولين الإجابة على التساؤل التالي:

هل لمراقبة التسيير دور في نشوء حوكمة جديدة بالمؤسسات الصحية العمومية في الجزائر؟

إن التحولات التي ذكرناها أعلاه ستحوّل المستشفى من مؤسسة منغلقة من نوع بيروقراطي مهني تتأثر أساسًا بالسلك الطبي إلى مؤسسة منفتحة على محيطها. أين تبرز فيها الوظيفة التسييرية بشكل ملفت للإنتباه. ونهدف من خلال هذه الورقة البحثية إلى إبراز وتحليل خصوصية المؤسسات الصحية العمومية في الجزائر والتحويلات العميقة التي تشهدها، والتي تزامنت مع برنامج إصلاحات الوزارة الوصية التي تريد من خلاله تطبيق أدوات ترشيد جديدة وإدخال مفاهيم جديدة لضبط وتنظيم المؤسسات الصحية العمومية والمساهمة في نشوء حوكمة جديدة. وذلك بالاعتماد على المنهج الوصفي الذي يعتمد على وصف المفاهيم الواردة في الدراسة وصفا علميا دقيقا، من أجل تحديد ملامحها وصفاتها تمهيدا لتحليلها. وعلى هذا الأساس قمنا بتقسيم الورقة البحثية إلى المباحث التالية:

المبحث الأول: خصوصية المؤسسات الصحية في الجزائر.

المبحث الثاني: مرحلة جديدة في تسيير المؤسسات الصحية العمومية وضرورة التكيف مع الطرق الجديدة في تسييرها.

المبحث الثالث: نحو نشوء حوكمة جديدة بالمؤسسات الصحية العمومية.

المبحث الأول: خصوصية المؤسسات الصحية في الجزائر

للمستشفيات في الجزائر عدة ميزات هيكلية وأيضاً قيود تقنية تجعل من أرضيتها غير ملائمة لممارسة مراقبة التسيير ولعل هذا ما يفسر جزئياً بطء ظهورها في بيئة المستشفى وهو ما سنوضحه فيما يلي:

1.1. إشكالية تسيير المستشفيات العمومية في الجزائر

يعاني قطاع المستشفيات في الجزائر جملة من العوائق التنظيمية والهيكلية، نحاول من خلال هذا العنصر إبراز أهمها:¹

1.1.1. خصوصية المحيط: يهدف النظام الاستشفائي كمجموعة من الأطراف إلى

الاستجابة للأهداف العامة للسياسة الصحية الوطنية، وذلك من خلال اعتماد أفضل استراتيجية لتلبية أو تحقيق هذه الأهداف، والتي يمكن تلخيصها فيما يلي:²

- ضمان المساواة في الاستفادة من الخدمات الصحية؛
- تمكين جميع المواطنين الحصول على العلاج الوقائي والرعاية العلاجية الضرورية؛
- تحقيق الاستقرار في النظام الصحي وتحسين أدائه.

تكمّن أفضل استراتيجية للاستجابة إلى الأهداف سالفة الذكر في وضع خريطة صحية متجانسة تمكن من تحقيق التنسيق الجيد لأعمال المستشفيات من خلال تقييم معمق للاحتياجات والموارد المتوفرة، ممّا يسمح بتحديد مختلف التجهيزات اللازمة للمستشفيات واليد العاملة الضرورية لكل منطقة.³

تجدر الإشارة إلى أنّ مساهمة المستشفيات في التعليم العالي، الوظائف العلاجية والوقائية والتدريبية والعلمية والوظائف المهنية والتأهيلية بالإضافة إلى وظيفة البحث العلمي، كل ذلك يشكل عائقاً أو قيوداً بالنسبة للخدمة الصحية العمومية بالنظر إلى المحيط الذي تنشط فيه من أجل تحقيق الأهداف العامة للتخطيط الصحي على المستوى الوطني.

يتميز المحيط الذي تنشط فيه المؤسسات الصحية العمومية بالتبعية المطلقة للسلطة السياسية والمجسدة في الوزارة الوصية، هذه التبعية يمكن اعتبارها طبيعية ولكنها في الواقع تؤدي إلى بعض الظواهر التي تخلق صعوبات في التسيير أو المناجحات العمومي.⁴

ولعلّ أهم الظواهر المعيقة للتسيير في محيط المستشفيات في الجزائر هو عدم دقة أهداف الصحة بشكل عام وعدم قابليتها للتطبيق العملي في بعض الأحيان، بل أبعد من ذلك ففي أغلب الأحيان لا توجد أصلاً سياسة للأهداف الاستراتيجية، وكذلك قد تتميز الأهداف القابلة للقياس بالضخامة وفي البعض الآخر لا تعكس إلا جزءاً من طموحات السكان.

في ظل عدم وضوح الأهداف، يكون من الصعب جداً تحديد ما هي السياسة التي يجب على المسيرين المحليين إتباعها (الإجراءات)، ومنه صعوبة تقييم النتائج المحققة من طرف المسؤولين. تؤدي تبعية المؤسسات الصحية العمومية إلى السلطة السياسية ممثلة في الوزارة الوصية إلى غموض في التسيير العمومي.⁵

يرى P.Gibert أن التبعية تعيق استمرارية التسيير، عندما يتم الشروع في تطبيق برنامج إصلاحات ثم يتغير الوزير وتأتي بعده إصلاحات أخرى، يكون الوقت غير كفيل بإتمامها أو انتظار آثارها. تخلق التبعية بشكل عام حالة عدم اليقين وتركيز اهتمام السلطات العمومية أكثر نحو القضايا التي تثير الجدل لدى الرأي العام، أكثر من اهتمامها بالقضايا أو المسائل المتعلقة بكيفية تسيير المؤسسات الصحية العمومية. وعلى سبيل المثال تلوث البيئة، ظهور أمراض عديدة وخطيرة... وليس من الغريب عندما نجد مسيري هذه المؤسسات يستعدون لحماية أنشطتهم.⁶

هذه التبعية ستكون لها انعكاسات على التسيير العمومي الذي يمكن وصفه، أنه يبحث أكثر عن الحلول السطحية أو المقبولة أكثر من بحثه عن الحلول الجذرية مع تفضيله العمل على المدى القصير أكثر منه على المدى المتوسط.⁷

المؤسسات الصحية العمومية في الجزائر لا تبحث في أهدافها عن تحقيق الربح وإنما تبحث في تحقيق المنفعة العامة من خلال تجسيد إجبارية الخدمة العمومية قبل كل شيء، مع الإشارة أن مصادر تمويلها أساساً تأتي من الدولة وليس من عملية التبادل في سوق السلع والخدمات التي تنتجها. إن المؤسسات الصحية العمومية في الجزائر مطالبة بضرورة الاعتماد على معايير الجودة والتقنيات العالية التي تتوافق مع الطلب الاجتماعي، فطبيعة السلطة التي تميز المؤسسات الصحية العمومية تتجسد في شكل تحالفات أفراد: المسيرين، السلطات المحلية، السلطات المركزية، الأجهزة الاستشارية، الأطباء.

يمكن القول أن المؤسسات الصحية العمومية في الجزائر لها أهداف مؤسسية أو خارجية تحددها الوصاية وإدارة مؤسسية تقدم بصياغة وتحقيق هذه الأهداف وهي أهداف

متعددة وموجهة نحو توفير السلع والخدمات وتلبية الاحتياجات خارج السوق بدلاً من تحقيق الأرباح.⁸

2.1.1. خصوصية هيكل السلطة: الميزة الأساسية للمؤسسات الصحية العمومية هو

وجود ثنائية السلطة تتصارع من أجل قيادة المستشفيات، لدينا من جهة الإدارة بوزنها، بقوانين اشتغالها المنسقة، بسلطتها الهرمية، بمعايير تسييرها. ومن جهة أخرى الجهاز الطبي بأخلاقياته المهنية، بسلطته الخاصة التي تستند على العلاقة: معلم - تلميذ، بسلوكياته الليبرالية في الصميم، باستقلاليته، المعايير الصحية التي يفرضها... الخ⁹. إذن يمكن القول أن المستشفيات تشكل حقل اجتماعي يشجع في خلق مناطق سلطة في المنظمة ومستويات هرمية موازية. كما أن الجهاز الطبي جد متعلق باستقلاليته (على الأقل في مجال خبرته) وهو المجال الذي لا تستطيع الإدارة مراقبته بشكل جيد.¹⁰

أضف إلى ذلك أن الوسط الاستشفائي يمتاز بوجود أشكال مراقبة تقليدية منها المراقبة بواسطة الثقافة، مراقبة المستويات الهرمية العليا، المراقبة بواسطة القوانين والإجراءات والتي أسست إلى حدّ هذه الساعة تنظيم المهام والأشغال الموكلة للمستشفى.

مجموعة العناصر هذه تفسر إلى حدّ ما تردد مهني الصحة في قبول شكل أو طرق جديدة للمراقبة يفرضها المسيرون وفهمها كوسيلة تستخدمها الإدارة للتدخل في الممارسات المهنية من خلال مراقبة النتائج. نجاح زرع مراقبة التسيير تتوقف على ضرورة البحث عن الوسائل التي تنفّذ بها هذه العراقيل أو العوائق الاجتماعية الثقافية يجعل مراقبة التسيير أكثر تفاعلية والسماح باعتماد الأدوات من طرف الفاعلين.¹¹

3.1.1. غموض في قياس النشاط: ناتج النشاطات الصحية يصعب كثيراً تحديده لأنه

غير ملموس وغير قابل للبيع في السوق، ولذلك فالإنتاج بطيء يصعب كثيراً قياسه كمياً، وعلاوة على ذلك فإنه من الصعب تقييم أو تمييز المخرجات وبالتالي مقارنتها مع التكاليف المتحملة، ممّا يجعل من الصعب قياس الفعالية. وبناء على ذلك فإنّ التكاليف في كثير من الأحيان تكون لها ميزة تقديرية، مؤشرات النشاط متوفرة ولكن تكتنفها بعض النقائص.¹²

إذن صعوبة قياس النشاطات يشكل عائق آخر في وضع أو تنفيذ للممارسات التقليدية لمراقبة التسيير، إن معرفة التكاليف باستخدام الطرق المشتقة من المحاسبة الصناعية (تفضل التكاليف الكاملة) تطبق بصعوبات كبيرة على نشاط الخدمات. بالفعل خلال السنوات الأخيرة، التكاليف غير مباشرة أصبحت هي الغالبة وأصبح من الصعوبة بما كان ربط أو تحميل المصاريف على الأقسام المتجانسة.

بالمستشفى هناك العديد من أنواع المصاريف لا يمكن تحميلها مباشرة على المنتجات منها الخدمات المقدمة للمرضى (الإقامة، المعاینات، حصص، مصاريف هياكل، المصاريف الإدارية والتدعيمية أو اللوجستية، مصاريف الجهاز الطبي والشبه طبي...) والتي لا يمكن ربطها مع الخدمة المقدمة. وفي هذه الظروف يكون من الصعب جداً وضع محاسبة تحليلية استشفائية متناسقة. فبعض الأدوات مثل طريقة ABC أو ما يعرف المحاسبة بالأنشطة (Activity Based costing) يمكن أن تمثل بدائل جديرة بالاهتمام.¹³

إضافة إلى ذلك وعكس النشاطات الصناعية، المستشفيات لا تتوفر على عمليات منمطة ما عدا بعض النشاطات مثل: التنظيف، الإطعام، أو مصالح التعقيم المركزية، الممارسات الطبية تختلف بشكل محسوس من ممارس لآخر ونفس الملاحظة فيما يخص بعض طرق التكفل، وهذا ما يزيد من تعقد عملية وضع محاسبة تحليلية.¹⁴

4.1.1. عوائق تسييرية (محدودية ميكانيزمات التحفيز): إن من شروط اشتغال عملية

مراقبة التسيير ضرورة وجود نظام تحفيزي للمسؤولين العمليين. في حين لا توجد دوافع قوية من زاوية (المكافأة/العقوبة) في ظل وجود وهيمنة النموذج التقليدي في تسيير المؤسسات الصحية العمومية. وحتى ميكانيزمات التحفيز الفردي تصطدم أمام قوانين الوظيف العمومي التي تمنع أي ترخيص في مسائل التعويضات والترقية. فمن وجهة نظر جماعية هناك أشكال تحفيز يمكن إدراجها ولكن بhamش مناورة محدودة من الناحية المالية، ومن الرهانات التي تواجهنا في وضع مراقبة التسيير بالمؤسسات الصحية العمومية هي إيجاد والبحث عن نظام تحفيزي وتنشيطي فعال يسمح بإشراك الفاعلين في مراقبة التسييرية.¹⁵

5.1.1. كوايح تقنية: كما هو معروف فإن عملية مراقبة التسيير لا بد أن تستند إلى

نظام معلومات فعال، والواقع يشير على تأخر المستشفيات في هذا الميدان بالذات. فعدم تكيف

نظم المعلومات في المستشفى كانت له تداعيات مهمة في القدرة على وضع أدوات مراقبة التسيير. من جهة أخرى نلاحظ أن نظم المعلومات في المستشفى تنتج المعلومات بصعوبة كبيرة، وفي غالب الأحيان نجد هذه النظم غير مندججة، المعطيات متبعثرة وغير مستغلة بشكل كاف، هناك تباعد بين لحظة إنتاج المعلومة واستغلالها. بشكل عام فإن نظم المعلومات في المستشفى تهدف إلى إنتاج معلومات موثوقة، شاملة Exhaustive، مشتركة.»

6.1.1. نظام تمويلي غير محفز في تطوير أو ظهور مراقبة التسيير: إن التمويل في الجزائر

يخضع إلى الإرادة السياسية التي تقضي بمجانبة العلاج، وهو ربما ما يتناقض مع نهج مراقبة التسيير. بالرغم من اعتماد النهج التعاقدي في تمويل الصحة في الجزائر سُبُساعد على ضرورة إدخال مقارنة تسييرية رشيدة مبنية على حجم النشاط الفعلي للمؤسسات الصحية وهذا بهدف تحسين أداء المنظومة الصحية التي تواجهها عدة تحديات. إن النظام التمويلي في الجزائر مبني على منطق الوسائل أكثر منه عن منطق النتائج وهو ما يعيق ظهور أو بروز مراقبة التسيير. ولعل إدخال النهج التعاقدي سيساعد في تدليل هذا العائق. أضف إلى ذلك أن الانقسام بين إنتاج المستشفيات وطرق تمويلها سيدخل سلسلة من النتائج الأساسية على تسيير المؤسسات الصحية العمومية، خاصة في حالة زيادة الطلب واستقرار مصادر التمويل.¹⁶

7.1.1. محدودية المحاسبة التحليلية المعتمدة على الأقسام المتجانسة: هناك مجموعة

من الانتقادات الموجهة فيما يخص تطبيق المحاسبة التحليلية على مستوى المؤسسات الصحية العمومية نذكر من أهمها:

- الثقل التقني الذي ميز وضع وتطبيق هذه المحاسبة على مستوى المستشفيات العمومية؛
- اختيار وحدات القياس لا تخضع إلى الموضوعية دائماً؛
- أدوات المحاسبة التحليلية موجهة أساساً على معرفة التكاليف، مُتناسية نوعية الفاعلين وليست موجهة بالقدر الكافي نحو المعلومات الطبية، أي غير مرتبطة بالمنظمة، بأشكال التكفل الطبي والممارسات الطبية. أي بعبارة أخرى لم تستطع المحاسبة التحليلية إدماج المعلومات الطبية مع معلومات التسيير؛
- صعوبة تطبيقها على مستوى المصالح العلاجية وهي القلب النابض للنشاط الاستشفائي بسبب صعوبة تنميط المهام على مستوى هذه المصالح، عكس المصالح التدعيمية والفنية كالإطعام، التنظيف، مخابر.

8.1.1. تسيير تقليدي للمستشفيات العمومية (إداري وبيروقراطي): يخضع تسيير

المستشفيات إلى قواعد غير مرنة، المستشفيات تعتبر مؤسسات ذات طابع إداري (E. P. A) وهي تشبه الإدارات التقليدية، تطبق الإجراءات التقليدية للمحاسبة العمومية وتطبق على عمالها قانون الوظيف العمومي، ومسيرة بشكل مركزي Hospitalo centrisme من طرف الوصاية. من خلال المتابعة والمراقبة التي تخضع إليها من طرف هذه الأخيرة، والتي تتلخص في كيفية استخدام الموارد المخصصة في الموازنة وليس في تحقيق الأهداف.

2.1. تطوير محاور لتحسين تسيير المستشفيات

يتطلب تطوير محاور التدخل لتحسين تسيير المستشفيات ما يلي: ¹⁷

❖ **تطوير التخطيط الاستراتيجي:** بغرض تكييف أحسن بين العرض وطلب العلاج، مما يستوجب إعداد خريطة جهوية لتنظيم العلاج والصحة بالتعاون مع القطاع الخاص حسب نموذج النظام الصحي المندمج وفتح العلاج، بهذا فإنّ مخطط تطوير المستشفى يحاول تكييف العلاج الاستشفائي مع احتياجات السكان آخذاً بعين الاعتبار الشكل البوئاني والمرضى، إضافة إلى ذلك يجب على المستشفيات إعداد مشروع المؤسسة الذي يحدد المخطط الاستراتيجي للتطوير خلال فترة معينة لإصلاح المستشفيات ويستدعي الأمر ب:

- دعم استقلالية المستشفى مع إنشاء هياكل تسيير تعتمد على مبدأ تحمل المسؤولية وإعداد التقارير؛
- إدخال أدوات حديثة في التسيير كالمحاسبة التحليلية، مراقبة التسيير، نظام معلومات مندمج، وفوترة ملائمة؛
- تحسين جودة الخدمات والعلاج التي تتطلب وضع ميكانيزمات مراقبة الجودة وتقويم أداء المصالح، وكذلك وضع نظام اعتماد الجودة المرتكز على ترقية التنافسية في البلدان المتخلفة، ولتحسين صورة المستشفى العمومي يتطلب مجهودات صرف كبيرة تتعلق بتحسين ظروف الاستقبال كالإقامة للمرضى وتحسين بعض المصالح التقنية كالإطعام، والتنظيف... الخ بالاعتماد على المقاوله من الباطن مع القطاع الخاص كخيار استراتيجي.

❖ **وضع استراتيجية بناء وفاعلة في تسيير الموارد البشرية:** إذ تشكل الموارد البشرية العنصر الأساسي في تحقيق أهداف المنظمة في إطار استراتيجية تطوير الأساليب الجديدة لطرق تسيير الموارد البشرية ومن الضروري جداً الحصول على مخطط عمل يهدف إلى:

- تطوير الكفاءات في تسيير المستشفيات والعلاج وتحسين جودتها وذلك باستخدام أدوات جديدة في التسيير؛
- تحسين استخدام الرأسمال البشري من خلال تقويم الإنتاجية ووصف مناصب العمل؛
- وضع علاوات المردودية، كعلاوة المداومة وإجراءات تحفيزية أخرى؛
- مراجعة القوانين الأساسية لعمّال الصحة.

❖ **وضع برنامج لإعادة تأهيل المستشفيات العمومية:** بعض الهياكل الاستشفائية قديمة ولا تستجيب في غالب الأحيان للمعايير الجديدة، بالإضافة إلى غياب الاستراتيجية في مجال الصيانة وتعرض التجهيزات إلى الأعطاب المتكررة، كل هذا يتطلب تأهيلاً للمستشفيات العمومية وإعداد الإطار المرجعي للمخطط الرئيسية كخريطة ومخطط عصرنة التجهيزات واستراتيجية في ميدان الصيانة، وهذا التأهيل أصبح أكثر من ضروري ونحن على أبواب الألفية الثالثة.

المبحث الثاني: مرحلة جديدة في تسيير المؤسسات الصحية العمومية وضرورة التكيف مع الطرق الجديدة في تسييرها

تشهد المستشفيات تحولات عميقة، حيث تُطبّق عليها أدوات ترشيد جديدة بهدف جعل من تخصيص الموارد أكثر مطابقة للنشاط المحقق فعلياً من طرف المستشفى. فالخصوصيات التي ذكرناها ستحول المستشفى من مؤسسة منغلقة من نوع بيروقراطي مهني تتأثر أساساً بالسلك الطبي إلى مؤسسة منفتحة على محيطها. أين تبرز فيها الوظيفة التسييرية بشكل ملفت للانتباه. وعلى هذا النحو تشكل مراقبة التسيير فرصة للتكيف ونشوء إدارة أعمال استشفائية جديدة وهو ما نبينه فيما يلي:

1.2. النهج التعاقدية

إن تطوير النهج التعاقدية الداخلي يعزز إدخال مراقبة التسيير بالمؤسسات الصحية العمومية، وهو شرط ضروري لعصرنة المستشفيات وتنفيذ طرق تسيير ذات نوعية وتساهمية، وفي هذا الإطار تشكل مراقبة التسيير فرصة من ذهب للمسيرين لأنه أداة ضرورية تسهل عملية النهج التعاقدية. فالعقد يحدد الأهداف، إستراتيجية العمل (مخطط عمل) ويُسَخِّرُ الإمكانيات الملائمة ولكن لا يضمن تحقيق لنتائج الموافقة للأهداف. يجب أن نكملة بواسطة مراقبة التسيير التي تسمح بمواجهة الصعوبات التي نصطدم بها أثناء تنفيذ هذا العقد. إن مراقبة التسيير ضرورية لأية عملية تعاقدية وذلك لسببين:¹⁸

❖ يُعزِّزُ دور الإدارة المركزية من خلال:

- وضع مؤشرات تقويم ذات صلة بالأهداف التي يجب تحقيقها والموارد التي يجب تسخيرها كما هو منصوص عليه في العقد؛
- ضمان متابعة منتظمة لتنفيذ العقد بفضل المعلومات المنتظمة التي تأتي من المصالح اللامركزية أو المؤسسات الصحية العمومية.

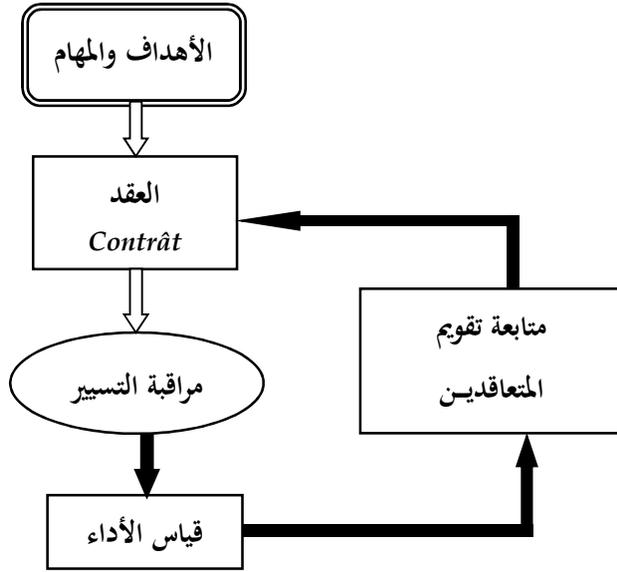
❖ يساعد المصالح اللامركزية أو المؤسسات الصحية العمومية في تحمل مسؤوليتها من خلال:

- اقتراح متابعة للأشياء المهمة، مع ترك هامش مناورة فيما يخص طرق تنفيذ الموارد المخصصة لكل هدف (رافعة الفاعلية)؛
- المساعدة في وضع نظام فعال للقيادة.

في هذا المنظور، تستخدم مراقبة التسيير نظم قيادة الأداء (الإعداد والمتابعة لعملية لوحات القيادة) وتحليل التكاليف، التي تشكل دعائم إدارة النهج التعاقدية. نظم المراقبة هذه تفترض تحديد:

- ✓ أهداف العقد التي توضح كيفية تنظيم أنشطة المتعاقدين.
- ✓ أدوات القياس ومراقبة الانحرافات التي تسمح بتعيين موقع النشاطات من الأهداف المرغوبة.
- ✓ طرق تصور وتنفيذ التصحيحات والتعديلات الضرورية لمعالجة الوضعية عندما تكون الانحرافات مقارنة مع الأهداف كبيرة. والشكل البياني التالي يوضح ذلك:

شكل رقم (1): علاقة مراقبة التسيير بالنهج التعاقدية



Source : Guide Méthodologique sur la Contractualisation, dans le Cadre du Contrôle de Gestion Délégation Interministérielle à la Réforme de l'Etat, France, sans Année, p79.

يُلاحظ من الشكل أعلاه الدور المحوري الذي تلعبه مراقبة التسيير في عملية النهج التعاقدية. إنّ الحوكمة الجديدة تجسد مفهوم التعاقد الداخلي، وإنشاء الأقطاب (الوكالات الجهوية للصحة). يجب أن يكون مصحوبًا بعقد مضمي مع الإدارة. هذا العقد تحدد فيه أهداف القطب وكذلك مساحة التفويض التي يتمتع بها. اتخاذ القرار يكون على نطاق أوسع لا مركزي، مما يخلف مسافة أو تباعد مع المسؤولين الإداريين الذين عليهم ممارسة مراقبة على تسيير هذه الأقطاب من خلال أدوات الإبلاغ، وعليه تكون مكونات مراقبة التسيير مجتمعة وتصبح من مبادئ التنظيم التي تفرض على المؤسسات الصحية العمومية.¹⁹

إضافة إلى ذلك فإنّ من نتائج الحوكمة الجديدة، تشجيع بنشر ثقافة التسيير لدى الوسط الطبي لتكوّن لغة مشتركة بين الجهاز الإداري والجهاز الطبي. وثقافة التسيير هذه يمكن تطويرها على مستويين:²⁰

✓ على مستوى الأقطاب: مسؤولي الأقطاب عليهم بالمشاركة أكثر في التسيير.

✓ **على مستوى المجالس التنفيذية:** الجمع بالمساواة بين المسؤولين الإداريين والأطباء هؤلاء يجب ربطهم على نحو أوثق بالقرارات الاستراتيجية، وضرورة إشراكهم في تحليل النتائج.

وبصفة عامة، يمكن تحديد غايات ومبادئ النهج التعاقدية في إطار مراقبة التسيير على

النحو التالي:²¹

- **النهج التعاقدية يعطى رؤية واضحة للعمل العمومي:** لمواجهة الانتقادات بعدم شفافية الإدارة، فإن إقامة التعاقد يمكن هذه الأخيرة من تحسين شفائيتها من خلال الإعلان المباشر للتعاقد، متابعته وتنفيذه، أو بالمزيد من المعلومات الموثوقة. إشراك مراقبة التسيير مع التعاقد. يلعب دوراً أساسياً في هذا الإطار، تحسين الشفافية تعطي للمسيرين صورة حسنة لدى الرأي العام، العمال والمصدقية لعمل الإدارة.

- **النهج التعاقدية يفضل ويجذب منطق النتائج عن منطق الوسائل:** إن إقامة التعاقد يسمح بإعطاء كل الأولوية لتحقيق النتائج المرغوبة، في حالة ما إذا كانت النتائج التي نريد تحقيقها غير محددة أو واضحة، فإن تحضير العقد يتطلب وضع الإيضاحات الضرورية. كما يسمح التعاقد بتسليط الضوء على الوسائل الضرورية لتحقيق النتائج عن طريق تهيئة الظروف للحوار بين الإدارة المركزية التي تمتلك رؤية الاستراتيجية اللازمة ومصالح الوحدات المعنية التي تعرف كيف تستخدم الوسائل التقنية.

- **النهج التعاقدية يعتمد على مبدأ تحمل المسؤولية الفاعلين:** الفاعلون يشعرون بقدر أكبر من المسؤولية، إذا كانوا يعرفون بالضبط الأهداف من خلال معرفتهم لهامش المناورة والاستقلالية التي يتمتعون بها، دون إغفال واجب تقديم الحسابات.

- **النهج التعاقدية هو فعل تسيير:** إبرام عقود عمل من أعمال الإدارة التساهمية التي تمكن الموقعين عليه من تحمل مسؤولياتهم وتشرك المستويات التنفيذية في اتخاذ القرارات.

2.2. مساهمة الجودة

إدراج أهداف جودة العلاج فضلاً عن الالتزام بمتابعة النشاطات وضمن أحسن استخدام للموارد البشرية، المادية والمالية. إن أسلوب الجودة ستتكفل بتأطيره الوكالة الوطنية لتطوير التقييم والاعتماد في الصحة²² ANDEAS على مستوى المؤسسات الصحية العمومية من خلال إرساء

أجهزة داخلية لتحسين الجودة. ونعتقد أن مجموعة الإجراءات هذه مرتبطة بعملية مراقبة التسيير لأنها تحت المؤسسات الصحية العمومية أن تعمل لتحقيق الأداء تحت عطاء جودة الممارسات والإجراءات.

- المؤسسات الصحية العمومية مطالبة بتقويم هذه الممارسات والإجراءات وفقاً لمعايير محددة من طرف الوكالة الوطنية لتطوير التقويم والاعتماد في الصحة.
- إضافة إلى ذلك، عدم الجودة لها تكاليف إضافية وتساهم في الأداء المالي للمؤسسات. مثلاً: سوء معالجة ملفات المرضى قد يؤدي إلى عدم التنسيق بين المتدخلين، ممّا يمدد في مهلة التكفل بالمريض وارتفاع الفترة المتوسطة للإقامة (D.M.S)²³ أو تكون مصدر خطأ. نفس الملاحظة يمكن كذلك إدراجها فيما يخص موثوقية دائرة الدواء. فهي تؤمن الوصف الطبي (إذن نتفادى الأخطاء) وتساهم في ترشيد استهلاك الدواء.
- المساهمة الجوهرية لأسلوب الجودة. تكمن في إكمال التحليل الاقتصادي بالتكاليف من خلال إدخال معايير تقييم التشغيل الفعلي للمؤسسات، ممّا يسمح بتحليل العلب السوداء.²⁴

3.2. تفويض التسيير (أساس مراقبة التسيير)

لا يمكن أن تكون مراقبة التسيير بدون تفويض التسيير، فالعلاقة بينهما علاقة تكافؤ بالفعل إنَّ وجود مراقبة التسيير مرتبط ارتباطاً وثيقاً بتفويض التسيير للوحدات التي تتمتع بنوع من الاستقلالية، لأنَّ من مبادئ مراقبة التسيير متابعة نتائج الأعمال التي تَبْعُدُ عن السلطة المركزية. هذا التفويض يمكن أن يكون عن طريق النهج التعاقدية الداخلي أو عن طريق التخصص في المهام الطبية أو نسبة طبية داخل المستشفى.²⁵

المبحث الثالث: نحو نشوء حوكمة جديدة بالمؤسسات الصحية العمومية

من بين الأهداف الجوهرية لإصلاح المستشفيات إدخال إجراءات جديدة لضبط وتنظيم المستشفى التي أصبحت تشكل حجر الزاوية لبرنامج الإصلاحات والتي تهدف في مجال تسيير المستشفيات إلى وضع نموذج لحكومة جديدة يتميز بما يلي:

1.3. مميزات النموذج الجديد

من بين الأهداف الجوهرية لإصلاح المستشفيات إدخال إجراءات جديدة لضبط وتنظيم المستشفى التي أصبحت تشكل حجر الزاوية لبرنامج الإصلاحات والتي تهدف في مجال تسيير المستشفيات إلى وضع نموذج يتميز بما يلي:

- استقلالية أكبر في التسيير؛
- تسيير تعاقدى مبني على أساس الأهداف، تعاقد في الأهداف بين الوزارة الوصية والمستشفى (مشروع المؤسسة) من جهة وبين المستشفى والمصالح (مشروع المصلحة) من جهة أخرى؛
- المستشفى ينشط في شبكة علاج؛
- انفتاح المستشفى نحو التقنية والتكنولوجيا؛
- تطوير كبير للمعلومات الطبية وإدماجها مع معلومات التسيير؛
- تدني التكنولوجيا المستخدمة بسرعة سواء مكلفة وسريعة التدني سواء خفيفة ومتنقلة.
- خضوع الأطباء إلى قيود اقتصادية وإدماجهم في التسيير.

بروز النموذج الجديد سيؤدي إلى القطيعة مع النموذج القديم والتميز بنظامه البيروقراطي وإجراءاته العملية الإدارية الثقيلة وغير المرنة بفعل غياب كلي للأهداف على المدى القصير، المتوسط والطويل، وكذلك بنظرته الضيقة لمفهوم الإدارة والتي تنحصر بحسب رأينا في تطبيق النصوص والقوانين. هذا التغيير في النموذج سيخص العناصر التالية:

- الثقافة داخل المستشفى؛
- هيكل المستشفى؛
- سلوكيات الفاعلين؛
- الاستراتيجيات التي يجب تطويرها.

أشرنا فيما سبق إلى ملامح الأزمة العميقة التي شهدتها المستشفيات العمومية خلال السنوات الأخيرة. والتي أدت إلى اختلالات هيكلية للمنظومة الصحية. تفرض هذه الاختلالات القطيعة مع سلوكيات الانغلاق القديمة، والتكيف مع التغيرات التي جاء بها مشروع الإصلاح.

إذن تشهد المستشفيات تحولات عميقة، حيث تطبق عليها أدوات ترشيد جديدة قصد جعل من تخصيص الموارد أكثر مطابقة للنشاط المحقق فعليًا من طرف المستشفى، إعادة تنظيم المصالح وجعلها أكثر استقلالية، تطيب نظام المعلومات.

كما يجب على المستشفيات إعادة رسم التسيير في إطار محدودية التمويل، وإعادة تحديد توجهاتها أخذًا بعين الاعتبار التطور التكنولوجي ومنافسة فاعلي قطاعات العلاج الأخرى. قبل التطرق إلى خصائص النموذج الجديد للمستشفيات نذكر قبل هذا بأسس النموذج القديم للمستشفى والمصاغ من طرف علماء الاجتماع في سنوات السبعينيات وهو ما يعرف باسم النموذج البيروقراطي المهني.

2.3. النموذج البيروقراطي المهني لـ Mintzberg

يعتمد هذا النموذج على اعتبار أو تمثيل المستشفى كمنظمة يتدخل فيها عنصرين فاعلين أساسيين هما: السلك الطبي وإدارة المستشفى. إنّ النموذج البيروقراطي جد مكيف لفهم وإدراك اشتغال وديناميكية المستشفى في سنوات السبعينيات من القرن الماضي. وفيما يلي نذكر بأهم خصائص هذا النظام:²⁶

♦ **على المستوى المالي:** إن اعتماد نظام التمويل على ما يسمى التسعير اليومي للاستشفاء يعطي هامش مناورة إضافي للمستشفيات لأنّ فترة سعر يومي إضافي يمكن المستشفى من الحصول على تمويل إضافي. هذه الوضعية غير مقلقة لا تحفز على تحسين الفاعلية ولا التكفل بالمرضى، ولا بتجانس مشاريع المستشفى، ولا التنسيق مع هياكل العلاج الأخرى.

♦ **على المستوى التنظيمي:** وجود مصالح طبية من الحجم الكبير ومستقلة نسبيًا عن بعضها البعض يعطي وضعية تمييزية وتفضيلية لرؤساء المصالح الاستشفائية كما أنّ التخصص على مستوى المصالح محدود جدًا.

♦ **فيما يتعلق بتشكيلة الطاقم الطبي:** النشاط التكميلي يساهم في ظهور الاستراتيجيات الفردية وعلى حساب استراتيجيات تعزيز المؤسسة الاستشفائية نفسها.

♦ **على مستوى المكانة الاجتماعية للطبيب:** إلى زمن غير بعيد كانت مهنة الطب مثمّنة (ظروف الممارسة، الدخل)، ولكن تحت عوامل معينة (التكوين المكثف للأطباء الديموغرافيا الطبية، التحكم في تكاليف الصحة). فقدت هذه المهنة المكانة المرموقة التي كانت تحظى بها. بعض الاقتصاديين وعلماء علم اجتماع المنظمات الذين حلّلوا كيفية ومنطق اشتغال

المستشفيات خلال هذه الفترة اعتبروا المستشفى ووصفوه بورشة الطبيب. يستخدم الموارد (التجهيزات، العمال) المتاحة بالمستشفى لتحقيق أهداف ربما ليست بالضرورة متوافقة مع المؤسسة الاستشفائية.

إلى غاية بداية السبعينات من الألفية الماضية، لم يحتل البعد التسييري انشغال واهتمام المؤسسة الاستشفائية تاركا المنطق أو البعد المهني يفرض نفسه بشكل مؤثر لا جدال فيه. لكن مع بداية الأزمة، تغيرت المعطيات جذريًا. فالتحولات الهيكلية التي أشرفت على تطور المستشفى فرضت نفسها وهي على أربعة أنواع نذكرها فيما يلي: ²⁷

3.3. التحولات الهيكلية

تتمثل هذه التحولات الهيكلية في العناصر التالية:

أولاً: الضغوط أو القيود الاقتصادية وظهور أشكال جديدة من الضبط أو التنظيم: شهدت الجزائر بداية من سنة 1974 تطبيق إجراءات جديدة في التمويل تمثلت في اعتماد طريقة الموازنة أو الميزانية العامة التي عوضت الطريقة القديمة في التمويل والمعروفة باسم التسعير اليومي للاستشفاء مع العلم أن تمويل الصحة يخضع إلى الإرادة السياسية التي تقضي بمجانبة العلاج. كما أن اعتماد النهج التعاقدية في تمويل الصحة في الجزائر سيساعد على ضرورة إدخال مقاربة تسييرية رشيدة مبنية على حجم النشاط الحقيقي للمؤسسات الصحية وهذا بهدف تحسين أداء النظام الصحي الذي تواجهه عدة تحديات.

ثانيًا: دعم سلطات المسيرين: يعطي النموذج البيروقراطي المهني للأطباء مساحة أكبر لممارسة سلطاتهم داخل المستشفى مقارنة مع مسيري المؤسسات الاستشفائية الذين تنحصر أدوارهم في تلبية طلبات الأطباء مع احترام المبادئ الجيدة في التسيير. لكن هذه المقاربة لا تتطابق مع السياق الحالي الذي يحث ويساعد على تطوير وتدعيم سلطات المسيرين من خلال إرساء أنماط جديدة في التمويل (النهج التعاقدية) التي تدعم وتعزز الوظيفة التسييرية، حيث توضع المسير أو المدير في وضعية تشبه أكثر كمدير مؤسسة عنه كمسير عادي.

ثالثًا: التطور التكنولوجي: استخدام التجهيزات المتطورة ستساعد على تغيير سير العمل الداخلي والخارجي للمستشفى. إنَّ التكنولوجيا ستساهم في انفتاح المستشفى على العالم الخارجي (المستشفى المرجعي).

رابعاً: تحولات في الطاقم الطبي: اعتماد نظام العمل بما يسمى النشاط التكميلي ساعد كثيراً في هجرة الأطباء الأخصائيين نحو القطاع الخاص، وأدى إلى تقليص ساعات العمل بالهيكل الاستشفائي ابتداء من منتصف النهار

4.3. من نموذج استشفائي إلى آخر

والجدول التالي يوضح أهمية الأبعاد الأربعة في تمييز أي منظمة وهي: الثقافة، الهيكل السلوكيات والاستراتيجيات:

جدول رقم (1) المستشفى (من نموذج إلى آخر)

النموذج القديم	النموذج الجديد	
المستشفى، عنصر من نظام علاج هرمي المستشفى، ورشات طبية متقابلة المستشفيات قائمة على أساس طبي واجتماعي طبيب مسؤول على مصلحة مدير، مسير بيروقراطي تسيير روتيني للإجراءات	مستشفى، فاعل Acteur في شبكة علاج مستشفى، مؤسسة لإنتاج مندمج Intégrée مستشفيات قائمة على التقنية Vacation Technique طبيب: مسؤول على دائرة متخصصة مدير، رئيس مؤسسة تسيير تعاقدي مبني على الأهداف	الثقافة
هندسة منغلقة: (هياكل في شكل أجنحة) Pavillonnaire مصالح من الحجم الكبير، قليلة التخصص تشمل أنشطة متنوعة السلك الطبي قليل التعداد: مزدوج الصفة عمومي / خاص (العمل الجزئي) تكنولوجيا موحدة، بسيطة ومستقرة كل مصلحة لديها تكنولوجياها الملائمة تمويل بَعْدِي à posteriori غياب إنتاج المعلومات الطبية	هندسة مندمجة ومتكاملة Architecture Intégrée مصالح من الحجم الصغير وجد متخصصة السلك الطبي قليل التعداد: متفرغ نهائياً للقطاع العمومي تكنولوجيا تتدن بسرعة، سواء مكلفة ومتخصصة، قليلة. Invasive ومتنقلة Mobile نفس التكنولوجيا المستخدمة بين المصالح تمويل عام وتوقعي Financement Global et Prospectif	الهياكل

<p>تطوير كبير للمعلومات الطبية ومنتججة مع معلومات التسيير</p>		
<p>تقليص كبير في عدد المصالح، التنسيق الداخلي القوي الخدمات الاستشفائية منسقة ومبرججة في شكل إقامة قصيرة الأجل، جزء منها يتم خارج المستشفى أطباء متخصصون يعملون بشكل ترايطي Interdépendance الأطباء يخضعون للقيود الاقتصادية ومنتججون في عملية التسيير تتم مراقبة النشاط الطبي والتخطيط بناء على المعطيات الطبية نسبة إلى عدد السكان المغطى من طرف النظام الصحي المحلي</p>	<p>استقلالية المصالح الخدمات الاستشفائية تقدم بمناسبة الإقامة الطويلة الأجل Longs Séjours أطباء متعددي التخصصات ينشطون بشكل مستقل الأطباء يجهلون الاعتبارات المالية والإدارية تتم مراقبة النشاط الطبي والتخطيط بناء على المعطيات الكمية نسبة إلى حجم النشاط</p>	<p>السلوكيات</p>
<p>إتقان استراتيجيات التحكم في المحيط استراتيجية تقوم على النتائج تطوير الولادة وتسيير الاستعجالات هي الوسائل التي تدعم الوضعية المحلية للمستشفى Position Locale (مستشفى مرجعي)</p>	<p>استراتيجية مركزة نحو الذات Auto Centrée استراتيجية قائمة على الوسائل الولادة والتكفل بالاستعجالات هي الوظائف التي تضيف الشرعية على المستشفى</p>	<p>الاستراتيجيات</p>

Source : Contandrio Poulos. A.P. Souteyrandy, L'Hôpital en Mutation d'un Modèle à l'Autre. In l'Hôpital Stratège, John Libley, Paris, 1996, p 12.

إنّ التحولات الهيكلية المذكورة سابقاً أثرت على سير العمل بالمستشفى على مستوى التنظيم، انفتاح المستشفى على العالم الخارجي، الحصول على الموارد المالية، البشرية والتقنية، تنظيم إنتاج النشاط الطبي. من مؤسسة منغلقة من نوع بيروقراطي مهني تتأثر أساساً بالسلك الطبي إلى مؤسسة منفتحة على العالم الخارجي أكثر استقلالية ومنتججة في شبكة علاج تبرز فيها الوظيفة التسييرية بشكل ملفت للانتباه مبنية على العناصر التالية: الثقافة، الهيكل، السلوكيات والاستراتيجيات والموضحة في الجدول أعلاه.

خاتمة

تطرقنا في هذه الورقة البحثية إلى إبراز دور مراقبة التسيير في إنشاء حوكمة جديدة في المؤسسات الصحية العمومية في الجزائر آخذين بعين الاعتبار خصوصية هذه المؤسسات، التي تجعل من عملية تطبيق مراقبة التسيير بفلسفتها وأدواتها إلى القطاع العام عملية تحوطها جملة من المكابح والعوائق مما يستلزم أخذها في الحسبان. وقد ركزنا على العوامل التالية:

- خصوصية النشاطات الصحية: إنتاج الخدمات؛
- عوائق مرتبطة بالخدمة العمومية؛
- مكابح خاصة ومرتبطة بالمحيط الاستشفائي؛
- نظام التمويل غير محفز؛
- عوائق تسييرية: محدودية آليات التحفيز؛
- عوائق تقنية: غياب نظام المعلومات؛
- محدودية المحاسبة التحليلية: إنتاج المعلومات التسييرية فقط؛
- التسيير التقليدي الإداري والبيروقراطي وافتقاره من المؤشرات؛
- غياب مفهوم الأهداف، الاستراتيجية، التقييم، النتائج؛
- الهشاشة المؤسساتية وضعف التنسيق على المستوى المحلي والمركزي.

كما أشرنا في هذا الورقة البحثية إلى التحولات العميقة التي تشهدها المؤسسات الصحية العمومية في الجزائر من خلال برنامج إصلاحات الوزارة الوصية التي تريد تطبيق أدوات ترشيد جديدة وإدخال مفاهيم جديدة لضبط وتنظيم المؤسسات الصحية العمومية والتي ستحوها من مؤسسات منغلقة من نوع بيروقراطي مهني تتأثر أساساً بالسلك الطبي إلى مؤسسات مفتوحة على محيطها أين تبرز الوظيفة التسييرية بشكل ملفت للانتباه، وعلى هذا النحو تشكل فرصة ساحمة لمراقبة التسيير. ونشوء إدارة أعمال جديدة ونمط جديد للحوكمة. ومن بين هذه الأدوات والمفاهيم الجديدة:

- النهج التعاقدية (الحوكمة الجديدة)؛
- الجودة؛
- تفويض التسيير؛
- الانتقال من منطق الوسائل إلى منطق النتائج.

¹ القطاع الاستشفائي الخاص خارج مجال دراستنا

² Ministère de la Santé et de la Population : **Développement du Système National de Santé (Stratégie et Perspective)**, Alger, 2001, p 4.

³ Ducrocq Charles : **La Perception du Contrôle de Gestion par les Responsables des Services Hospitaliers au Travers du Tableau de Bord**, Institut d'Administration des Entreprises de Lille, Cahier de Recherche, 1984, pp 6-7.

⁴ Gibert Patrick : **Le Contrôle de Gestion dans les Organisations Publiques**, édition d'Organisation, Paris, 1980, p 22.

⁵ Ibid, p 23.

⁶ Idem.

⁷ Idem.

⁸ Fouquet Christian : **Réalités et Perspectives du Contrôle de Gestion dans les Organismes à but non Lucratif du Secteur de la Santé**, Thèse de Doctorat 3ème Cycle, Université Paris, IX Dauphine ,1984 ,p 15.

⁹ Ducrocq Charles, op.cit, p 10.

¹⁰ Cindy Pages : **Contrôle de Gestion et Pratiques Managériales à l'Hôpital**, Ecole Nationale de Santé Publique, Revues, France, 2006, p 25.

¹¹ Idem.

¹² Ducrocq Charles : op.cit, p 11.

¹³ Cindy Pages, op.cit, p 23.

¹⁴ Idem.

¹⁵ Cindy Pages, op.cit, p 23.

¹⁶ Gibert Patrick, op.cit, p 20.

¹⁷ Kaid Tlilane Nouara : **Quelle Réforme Hospitalière pour les Pays en Développement**, 1^{er} Colloque International d'Economie de la Santé, Bejaia, 2006, p 9.

¹⁸ **Guide Méthodologique sur la Contractualisation, dans le Cadre du Contrôle de Gestion Délégation Interministérielle à la Réforme de l'Etat,** France, sans Année, pp 77-79.

¹⁹ Cindy Pages, op.cit, p 29.

²⁰ Idem.

²¹ Guide Méthodologique sur la Contractualisation, op.cit, pp 15-18.

²² Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation et l'Accréditation en Santé.

²³ D. M. S : durée moyenne de séjour

²⁴ Cindy Pages, op.cit, p 30.

²⁵ Idem.

²⁶ Andre Pierre Contan Driopoulos, Yves Souteyrand : **L'hôpital en Mutation d'un Modèle l'autre, In l'hôpital Stratege,** John Libley, Paris, 1996, pp 3-18.

²⁷ نقول عن تغيير ما بأنه هيكلي إذا شكل اتحاد حول عنصر استراتيجي في تطوير المستشفى وشارك في سيرورته وترك أثرا من خلال القطيعة مع نمط تنظيمه القديم.