



الإدارة العمومية الجديدة للمستشفيات ودورها في ارساء السلطة التشاركية

The role of the new public administration in establishing the participatory authority in hospitals

بقاش وليد^{*1}

المدرسة العليا للتجارة- الجزائر

تاريخ الاستلام : 2020/03/11 ؛ تاريخ المراجعة : 2021/04/30 ؛ تاريخ القبول : 2021/10/19

الملخص

في المؤسسات بصفة عامة عادة ما تكون هناك سلطتين سلطة استشارية تملك حق تقديم النصح، و تنفيذية تملك حق القيادة واتخاذ القرار فالثانية تلتزم بإنجاز أهداف المنظمة بينما الأولى تلتزم بتعزيز الوظيفة التنفيذية. هاته ازدواجية في السلطة تجعل المؤسسة تبدو وكأنها وحدتين منفصلتين وحدة تنفيذية، والأخرى استشارية، وتظهر هذه الازدواجية أكثر في المستشفيات من خلال بروز خاصية قوة العمل التي يمتاز بها الجهاز الطبي مما يخلق سلطة غير رسمية، تتجاوز كونها سلطة استشارية موازية بذلك السلطة التنفيذية، ولجعل الوحدتين المنفصلتين للمؤسسة الاستشارية والتنفيذية وحدة واحدة، جاء التسيير العمومي الجديد والذي يولي أهمية في تقليص ازدواجية السلطة وفرض السلطة التشاركية.

تهدف هذه الدراسة إلى تحديد دور التسيير العمومي الجديد في تقليص ازدواجية السلطة بالمستشفيات العمومية بالإضافة الى الطرق الجديدة في تسيير هذا النوع من المؤسسات الذي يتلاءم والاتجاهات الحديثة.

الكلمات المفتاحية: التسيير العمومي الجديد، ازدواجية السلطة، المؤسسات الاستشفائية العمومية.

تصنيف JEL : H83

ABSTRACT

In general, in the institutions, dual authority occurs between the advisory authority having the right to advise, the executive who has the right to command, and the decision; the second is committed to achieving the goals of the organization while the former is committed to strengthening the executive function.

This is the dual authority, which gives the institution the appearance of two separate units, an executive unit and another advisory body. This duplication is most evident in hospitals through the emergence of the characteristic work force of the medical apparatus, which creates an informal authority. In order to make the two separate units of the consultative and executive foundation a single unit, the new public administration, which attaches great importance to the reduction of the duplication of powers and the imposition of participatory power.

The purpose of this study is to define the role of the new public administration in reducing the duplication of powers in public hospitals, in addition to new ways of managing this type of institution, compatible with modern trends.

Key words: dual authority, New Public Management NPM, pulic hospitals

JEL Classification: H83

* بقاش وليد Oualidbakache@gmail.com

عرف التسيير العمومي الجديد New Public Management اهتماما كبيرا في السنوات الأخيرة من الدول المتقدمة والمتخلفة على السواء، بمفاد أن الدولة يجب عليها المحافظة على التوازن بين المؤسسات الخاصة والعمومية حتى تخلق نوع من الديناميكية في الاقتصاد هذا من جهة، وتفعيل دورها الاجتماعي ومسؤولياتها من جهة أخرى خاصة عندما يتعلق الأمر بالحكم الرشيد.

والمؤسسات الاستشفائية العمومية الجزائرية ليست بمنأى عن هذا الاهتمام خصوصا بعد اصلاح المنظومة الصحية لسنة 2007؛ إذ حاولت الأطراف المسؤولة تفعيل التسيير العمومي الجديد للحد من بعض الظواهر التي تعرقل التسيير الجيد والكفؤ. ومن بين هذه الظواهر الازدواجية السلطوية بين الجهاز الاداري والطبي داخل المستشفيات، خاصة وأن الاصلاحات ركزت على الجانب التنظيمي الذي من خلاله برزت عدة مؤشرات إيجابية لتطوير التسيير داخل المستشفيات، لكن هذا لم يمنع بقاء بعض الظواهر داخل التنظيمات الصحية التي من شأنها عرقلة التحسين المستمر داخل المستشفيات من بينها الازدواجية في السلطة.

فما هو دور التسيير العمومي الجديد في تقليص ازدواجية السلطة وإرساء السلطة التشاركية بالمؤسسات الاستشفائية العمومية الجزائرية؟

و من خلال السؤال الرئيسي يمكن طرح مجموعة من الأسئلة الفرعية كما يلي:

-كيف يساعد التسيير العمومي الجديد في ضبط الصلاحيات بما يحد من التداخل بين الجهاز الاداري والطبي في المؤسسات العمومية الاستشفائية؟

- هل تطبيق أدوات التسيير العمومي الجديد خاصة طرق التسيير الحديثة في المؤسسات العمومية الاستشفائية يضبط مجالات التخصص ويقلل الصدام في اتخاذ القرار بين الجهاز الاداري والطبي؟

- كيف يضبط مدراء المؤسسات الاستشفائية العمومية العلاقات و هل يشرك الجميع في اتخاذ القرار؟

للإجابة على هذه الأسئلة تم صياغة فرضيات ميدانية تخص الدراسة باستعمال المنهج التحليلي بالإضافة الى منهج المسح بالاستبانة ، حيث تم صياغتها كما يلي:

- يساعد التسيير العمومي الجديد في ضبط الصلاحيات بما يحد من التداخل القانوني بين الجهاز الاداري والطبي في المؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة (الجانب القانوني)

- تطبيق أدوات التسيير العمومي الجديد خاصة طرق التسيير الحديثة في المؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة يضبط مجالات التخصص ويقلل الصدام في اتخاذ القرار بين الجهاز الاداري والطبي

- أسلوب تسيير مدراء المؤسسات الاستشفائية العمومية محل الدراسة يضبط العلاقات ويشرك الجميع في اتخاذ القرار من خلال السلطة التشاركية.

وللإجابة على هذه الفرضيات تم تقسيم البحث إلى جانبين نظري وآخر عبارة عن دراسة ميدانية، والإطار النظري بدوره قسم إلى ثلاث محاور:

بداية التسيير العمومي الجديد (ماهيته، أسباب ظهوره، مبادئه)، السلطة ومستوياتها ثم أهمية السلطة التشاركية داخل المؤسسات الاستشفائية العمومية.

أما بخصوص الدراسة الميدانية؛ فقد تم دراسة تأثير التسيير العمومي الجديد في رفع مستوى الفعالية التسييرية لتقليص التداخل في الصلاحيات بين الطبيب والاداري، بما يحد من الازدواجية في السلطة من خلال دراسة أربع مؤسسات استشفائية عمومية بولاية المسيلة.

ركزت الدراسة على ثلاث متغيرات مهمة تتعلق بالازدواجية داخل المؤسسات عينة الدراسة من خلال ثلاث جوانب: الجانب القانوني، والجانب التسييري الاداري، والجانب الابداعي الخاص بمديري المؤسسات الاستشفائية العمومية خاصة في ظل الاستقلالية التي أعطاها لها القانون الجزائري، وقد رتببت عناصر الدراسة الميدانية كما يلي:

✓ المؤسسات الاستشفائية العمومية في النظام الصحي الجزائري.

✓ السلطة الطبية والادارية في القانون الجزائري.

✓ تقديم عينة ومنهجية الدراسة.

✓ نتائج الدراسة الميدانية والتعليق عليها.

-أهمية وأهداف الدراسة: تكمن أهمية الدراسة في معرفة تأثير التسيير العمومي الجديد ودوره في فرض التوازن في اتخاذ القرارات الادارية بما يضمن تحسين إدارة المستشفيات العمومية من خلال استعمال الأدوات الحديثة للتسيير واتخاذ القرار ، أيضا محاولة لمس التطور الحاصل في التسيير من خلال الميدان وكيفية اتخاذ القرار داخل ادارة المستشفيات محل الدراسة ، هدفا

للوصول إلى إبراز المشاكل الحقيقية التي تعاني منها المستشفيات الجزائرية رغم القوانين الموجودة ورغم الوسائل المستعملة والإمكانات المتاحة.

الإطار النظري للدراسة

1. التسيير العمومي الجديد وماهيته

إن ظهور التسيير العمومي الجديد (NPM) يعود إلى الأفكار الليبرالية التي تطورت خلال عقد السبعينات، عندما استقبلت الأزمة الاقتصادية في الدول الصناعية، ومن بين الأسباب الحقيقية للأزمة تدخل الدولة بشكل مفرط في الحياة الاقتصادية، ويأتي على رأس هذا الاتجاه كل من فون هايك (* Von Hayek)، ملتون فريدمان (Milton Fridmen) من مدرسة شيكاغو نهاية السبعينات¹ أما من الناحية العملية فقد تجسدت بعض مبادئ التسيير العمومي الجديد، على بعض مشاريع إصلاح التسيير العمومي، والإدارة في بعض الدول الانجلوسكسونية كبريطانيا ونيوزيلندا وهذا في بداية الثمانينات، ويعود مصطلح التسيير العمومي الجديد أو الإدارة العامة الجديدة إلى الباحث كريستوفر هود (christofer hood) سنة 1991 وابتداء من تلك الفترة تم تعميم التسمية على جل مشاريع إصلاح التسيير العمومي والإدارة والمرافق العامة في كل الدول، وتجسدت بعض التجارب التي يمكن الحديث عنها بداية من الألفية الثالثة. تلك التجارب قامت على تحسين مستوى الأداء في المؤسسات العمومية من خلال اصلاح أنماط التسيير فيها وكذلك ترشيد استغلال الموارد العمومية، فالتغيير الذي يحمله هذا الاتجاه الجديد في طبيته يقوم على محاكاة قواعد تسيير المؤسسات الاقتصادية الخاصة وآليات السوق.

غير أن الملاحظ في الواقع أن مفهوم التسيير العمومي الجديد ليس مذهب متناسق، بل كان منذ بدايته يحتوي أو يشمل عناصر متناقضة، وهذا ما برز من خلال الإصلاحات في الدول المتقدمة، حيث أخذ التسيير العمومي الجديد مضامين مختلفة حسب كل دولة ونمطها المناسب في التسيير، أما في الدول النامية حيث الكثير منها لا تتوفر على مرافق إدارية متينة وعريقة، فإن مفهوم التسيير العمومي الجديد يتطلب وجود طبقة من الأطارات بنسبة كافية لتقوم بهيكله وتسيير الإدارة.

2- مبادئ التسيير العمومي الجديد

التسيير العمومي الجديد ليس مذهباً متناسقاً، ولا ينعكس في الواقع بنفس الطريقة إلا أن هناك بعض المنظرين حاولوا حصر مبادئ أساسية فيه، منهم من اشترك في عدة مبادئ واختلف في أخرى ومنهم من ركز على مبدأ أو مبدئين وفصل فيهما، ومنهم من قدم نظرة شمولية ومستحدثة لما يجب أن يكون عليه التسيير العمومي الجديد، وفيما يلي تلخيص لأهم مساهمات هؤلاء الكتاب:

أسبورن وقيبلار (D.Osborne ; T.Geabler)ⁱⁱ يريان أن التسيير العمومي الجديد يقوم على التجديد في نشاط الدولة وذلك باضفاء طابع المقولة على القطاع الحكومي تحت مصطلح (Gouvernement ; entrepreneur) من بين أهم المبادئ التي يركزان عليها:

- مبدأ التنافسية على القطاع العام وهو ما يضيفي فعالية أكثر.

تدعيم رقابة التسيير .

- تقييم كفاءة الهيئات والوكالات بالتركيز على النتائج بدلا من الاهتمام بالموارد- الرقابة القبلية- ويبرران ذلك باعتماد فكرة أن " ما هو قابل للقياس يجب أن ينجح وفق ما هو مسطر"
- تغيير نظرة الإدارة للمرفق، إذ تصبح شبيهة بما يفكر الزبون في التنظيمات الهادفة للربح.
- سعي الحكومات لتعظيم ارباحها والبحث عن موارد جديدة بدل الاكتفاء بعملية تسيير انفاق الموارد
- اعتماد مبدأ المشاركة في التسيير والتخلي عن المركزية، وهذا النوع من التسيير له العديد من المزايا، ورغم ذلك يقر الباحثان بصعوبة التطبيق.

بوليتⁱⁱⁱ (Pollit) 1993-1995

بينما يركز pollit على مبادئ كلاسيكية مستوحاة من مبادئ التسيير كلامركزية السلطة، وتبني مصطلح عارض- زبون، وتحويل أنشطة الهيئات العمومية إلى هيئة حكومية من خلال العقود والصفقات إضافة إلى وضع مؤشرات الكفاءة. غير أن (P.Urio) 1998 قدم مجموعة من المبادئ على أساس توضيح أهمية وظيفة المسير في مجال التسيير العمومي الجديد ونستطيع تلخيص هذه المبادئ مع المبادئ التي قدمها varon فيما يلي:

تقوم الفعالية الاقتصادية على اعتماد ميكانيزم السوق التي تعتبر حسب اوريو Urio أفضل أسلوب لتعظيم الانتاج، الثروات والموارد. الفصل بين القرارات الاستراتيجية والتشغيلية وتدعيم الاتجاه نحو الخوصصة.

بينما (Giauque) يحدد 13 مبدأ أهمها التسيير بالتنبؤ بالمشاكل ومحاولة اتقانها، وليس التنظير من منظور معالجة المشاكل بعد حدوثها.

تفويض السلطة للمستويات اللامركزية وتشجيع التسيير بالمساهمة.

رفع مستوى الاستقلالية باللجوء إلى الأشكال التعاقدية وتخصيص ميزانية للشراكة والعقود.

3-السلطة ومستوياتها:

إن التنظيم لا يكتمل بمجرد تحديد الوحدات التنظيمية الضرورية وتوفير العوامل المادية المناسبة للبيئة، وتعيين الأفراد الأكفاء في كل وحدة تنظيمية، فهذه الوحدات التنظيمية ينبغي أيضا ربطها ببعضها البعض.

وتتحقق عملية الربط هذه بصورة رأسية أو أفقية بواسطة علاقات السلطة ويعد مفهوم السلطة واحدا من بين أهم المفاهيم الإدارية بالنسبة للإدارة،^v وقد قدمت مجموعة كبيرة من التعاريف من طرف أصحاب الفكر الإداري للسلطة نذكر من بينها

1-1- تعرف السلطة Authority على أنها: القوة القانونية أو الشرعية التي تمنح الحق للرؤساء في إصدار الأوامر للمرؤوسين، والحصول على امتثالهم للقرارات وتنفيذ الأعمال المكلفين بها".^{vi}

2-1- السلطة هي القوة أو الحق في التصرف أو إعطاء الأوامر، سواء كانت هذه الأوامر متعلقة بالقيام بعمل، أو الامتناع عنه".

3-1- عرفها شستر برنارد (chester bernard) بأنها: الصفة المميزة للأمر في التنظيم الرسمي بحكم قبولها، من أعضاء التنظيم لكي تحكم الأعمال التي يسهم بها".

4-1- وعرفها هيبيرت سايمون (H.simon) بقوله: أن السلطة هي قوة اتخاذ القرارات التي تحكم وتقود أعمال الآخرين".

5-1- بينما يرى كونتر conter أن السلطة هي الحق الذي بواسطته يتمكن المشرفون من الحصول على امتثال المرؤوسين للقرارات".

مستويات السلطة

تعرف السلطة بأنها حالة تأثير على أشخاص معينين لإنجاز ما هو مطلوب منهم وفق المعادلة التالية:

Autorité= ce qui est obtenu/ ce qui est demandé

السلطة= ما أنجز / ما هو مطلوب إنجازه (عمله).

إذن هناك هدف يجب على المكلف بالمهمة المطلوبة منه أو المتلقي للأمر أن ينجزه فهو إذن مسؤول، وهنا تختلف درجات أو مستويات السلطة، فقد ينجز الفرد ما طلب منه وقد لا ينجزه، وقد ينجزه بدون طلب، مما يدل على فهمه لمستواه في الهيكل التنظيمي، وتحمله لمسؤوليته الكاملة ضمن وظيفته، وقد يعارض ذلك وهنا يظهر ما يسمى بالصراع التنظيمي والجدول الآتي يوضح مستويات السلطة وفقا للمعادلة سابقة الذكر (رمز السلطة بـ A).

الجدول رقم (1) مستويات السلطة

Leadership	فائدة	ننجز أكثر المطلوب بدون انتظار أن يطلب ذلك	A > 1
accord	قبول	نجد العمل المطلوب منجز بالكامل	A = 1
Risistance	مقاومة للسلطة	نجد العمل المنجز أقل مما هو مطلوب	A < 1
ignoré	تجاهل للسلطة	لا ينجز العمل المطلوب	A = 0
Conflits	صراع على السلطة	نجد العمل المنجز عكس ما هم مطلوب	A < 0

Source :Danil feisthamel, pierre massot, **développer son autorité**, les édition transcontinental, version quebecoise, canada, 2011, p35.

نلاحظ من الجدول بأن المستوى الوسط أي المقاومة للسلطة هو الأكثر شيوعا بين المنظمات فنجد العمل المنجز دائما أقل مما هو مطلوب، وهذا ما يفسره وجود مقاومة دائمة لما هو مطلوب إنجازه^{vii}، ورغم ذلك نجد أن هناك مؤسسات مستقرة، بحيث هناك توافق بين المسؤول والمتلقي للأمر، وهذا المستوى من السلطة نجده في المؤسسات غير المعقدة سواء في الهيكل التنظيمي أو في حجم المؤسسة.

أما في حالة السلطة (A=0) فإن السلطة هنا تكون ضعيفة فقوة التحكم في المؤسسة ليست في يد السلطة الرسمية، رغم أنها تظهر شكليا كذلك، إذن فالأفراد غير قابلين للسلطة المفروضة عليهم لسبب أو لآخر.

وفي حالة مستوى السلطة (A<1) فإننا هنا في حالة صراع على السلطة وهنا تظهر الازدواجية فنجد المدير مثلا يطلب إنجاز عمل معين في حين السلطة المعارضة تطلب إنجاز عمل آخر مغاير لما هو مطلوب، وهذا ما نلاحظه في المستشفيات وفي الجامعات بدرجة أقل^{viii}.

4-السلطة التشاركية في المؤسسات الاستشفائية العمومية:

4-1 مفهوم السلطة التشاركية:

المشاركة هي تفاعل الفرد عقليا وانفعالياً مع الجماعة التي يعمل معها بما يمكنه من تعبئة جهوده وطاقاته لتحقيق أهدافها وتحمل مسؤوليته إزاءها بوعي وحماس ذاتي^{ix}

وفي تعريف آخر الإدارة التشاركية هي إشراك المرؤوسين في اتخاذ القرارات الإدارية فهي إذا علاقة متبادلة بين طرفين في المؤسسة هما الإدارة والعاملين، تهدف إلى زيادة الإنتاجية بشكل مستمر، عن طريق ضمان تأثير القوى العاملة على القرارات التي تتخذ فيها بما يؤدي إلى تحقيق التعاون بين العاملين من جهة والإدارة من جهة أخرى للتخفيف من حدة الصراع بينهما، ويؤكد ميلر ومونج (1986) أن المشاركة لها العديد من التصورات من التفويض إلى صنع القرار المشترك وتعرف على أنها صناعة قرار مشترك^x.

4-2 الهدف من السلطة التشاركية في المستشفى: تهدف إلى خلق نوع من المسؤولية لدى المرؤوسين ومحاولة مشاركتهم في اتخاذ القرارات فمدير المستشفى الديمقراطي التشاركي يشارك السلطة مع الجماعة ويأخذ رأيه في معظم قراراته، وهذه المشاركة من شأنها أن تقلص من الصراعات داخل المستشفى بما يضمن زيادة الولاء والالتزام ويرفع احساس الافراد بقيمتهم في المؤسسة^x.

يعتبر هذا الأسلوب أكثر الأساليب فعالية في التسيير الحديث للمستشفيات والذي غالبا ما يقيس جودة الخدمة والقرار من خلال اشراك جميع الفاعلين في اتخاذ القرار^{xiii}، والمدراء في المستقبل يجب أن يستعملوا هذا الأسلوب بشكل أوسع لسرعة التغيير في المؤسسات بصفة عامة والتدفق المستمر للمعلومات والأفكار الجديدة^{xiii}، وإذا ما نظرنا إلى المستشفى نجد أنه الأجدر والأولى بتطبيق السلطة التشاركية نظرا لتوزع السلطة سواء رسميا أو غير رسميا متوازنا أو غير متوازن بين الجهاز الفني والإداري،

فالجهاز الفني هو هيئة استشارية لكن على المستوى العملي نجد أنه يستعمل سلطته الفنية في التأثير على القرارات فاحتكار مجموعة من الخبراء و الفنيين للتقنية داخل المؤسسة، قد يكسبهم سلطة موازية للسلطة التنفيذية أو الإدارية، وهو نفس الشيء بالنسبة للأطباء الأخصائيين والأطباء العامين داخل المستشفى، فهم يتمتعون بسلطة فنية مهنية- خلافا للمدراء الذين يتمتعون بسلطة إدارية رسمية.

وتعرف السلطة المهنية على أنها: "جدارة أصحاب المهن الفنية العليا في الحكم على المسائل المتصلة بمهنتهم أو تحليلها"^{xiv}.

ومنها تستمد السلطة الطبية قوتها، فلا يستطيع المدير مهما كانت قدراته أن يتدخل في أمور فنية خاصة بالطبيب، وهنا يجد الطبيب نفسه لديه القوة في ممارسة سلطته على المرضى، بالإضافة إلى المصالح التقنية، ويتعداهم إلى المرضى... الخ.

فطبيعة التكوين وطبيعة الوظيفة التي يشغلونها، بفضل التأهيل والخبرة والكفاءة المعترف لهم بها، تجعلهم يتمتعون بالسلطة المهنية داخل المؤسسة، ويؤثرون بها على القرارات الإدارية^{xv}.

أما الجهاز الإداري بإدارته الطبية والإدارية فإنه دائما ما يهتم بالعملية الإدارية وهنا تقع عليه مسؤولية كبيرة خلافا للمؤسسات الأخرى التي تهتم بوظائف التوجيه والرقابة والتنظيم والتوظيف التي تتعداها إلى الجانب الإنساني والفني في المستشفى من خلال انجاز الأهداف، باستخدام الموارد البشرية والمادية والتكنولوجية المتاحة ، وهذه العملية يمكن النظر إليها كعلاقة بين المدخلات التي يتم تحويلها إلى مخرجات مرغوبة^{xvi}.

4-1 قراءة في السياسة الصحية بين 2010 و2018 والمساهمة في ارساء السلطة التشاركية من خلال القوانين المطروحة:

فيما يتعلق بالسياسة الصحية بداية من 2010 أين تم اقرار الإصلاحات على مستوى القطاع الصحي، والذي جعل المستشفيات بصفة عامة تعطى لها استقلالية ولو بشكل جزئي في التسيير خاصة من الجانب المالي، هذا ما جعل نوعية الخدمة تتحسن نوعا ما بالمقارنة مع الفترات السابقة، بالإضافة إلى فتح المجال للقطاع الخاص الذي أثر ايجابيا في نوعية الخدمة المقدمة على المستوى العمومي، لكن بقيت السياسة الصحية غير صارمة في التطبيق وهذا ما لوحظ من خلال التفاوت في نوعية الخدمة المقدمة على حسب المناطق^{xvii}، بالإضافة إلى سياسة مجانية العلاج التي كانت في جدال مستمر، خاصة أن الفئة التي من المفروض توجه إليها غير مستفيدة، وهو ما طرح التساؤل حول امكانية التخلي عن هاته السياسة أو تعديلها بما يتناسب مع الطبقات المختلفة للمجتمع وهو ما أثار نقاش الرأي العام الوطني سنة 2014 حول هذه النقطة، لكن لم يقدم البديل^{xviii}، خاصة أن قانون الصحة رقم 18-11 المؤرخ في 2 يوليو 2018 الصادر عن الجريدة الرسمية العدد 46 المتعلق بحقوق وواجبات المواطنين في مجال الصحة حسم الجدل في ذلك خاصة المادتين 13 و 21 منه، اللتان أكدتا على مجانية العلاج للجميع من دون تمييز^{xix}.

من خلال التدرج في اللامركزية في التسيير نلاحظ أن الاستقلالية للمستشفى ستأخذ وقتا، حتى تتجسد الاستقلالية في القطاع الصحي بداية من المديرية المسؤولة على المستوى المحلي والجهوي، حيث أنه وبداية من 2010 تم التركيز على الجانب البشري من خلال المخطط الخماسي للتنمية 2010-2014 من خلال تحسين وضعية العاملين في القطاع الصحي بالإضافة إلى تفعيل المعاهد الخاصة بالتكوين الشبه طبي بداية من 2011 بالإضافة إلى تركيز الدولة على التوعية والتحسيس من خلال الوسائل المتقدمة، والتركيز على الوقاية سيما قانون^{xx} 2018.

وتلخيصا للجانب القانوني في اطار السياسة الصحية لهاته الفترة فإن العلاقة الموجودة بين عدة متغيرات، ساهمت بطريقة غير مباشرة في تحسين العلاقات داخل المستشفى رغم عدم الالتزام الكامل والفوارق في تطبيق القانون، هذا ما جعل المستشفى يستقل نوعا ما بقراراته وترك المجال أمام المدراء لتطبيق طرقهم في التسيير من جانب اتخاذ القرار مما يؤدي في المستقبل إلى ارساء المشاركة بين مختلف العاملين في القرارات المهمة داخل المشافي العمومية.

الدراسة الميدانية: دور التسيير العمومي الجديد في تقليص ازدواجية السلطة في المؤسسات الاستشفائية العمومية بولاية المسيلة

1- المؤسسات الاستشفائية العمومية الجزائرية والعلاقة بين السلطات فيه:

يتعلق هذا المرفق بالمستشفيات المنحدرة من القطاعات الصحية، والتي أصبحت منذ 2002 مستقلة التسيير، فالمؤسسة العمومية الاستشفائية هي مؤسسة عمومية ذات طابع اداري تتمتع بالاستقلال المالي والشخصية المعنوية وتكون تحت وصاية الوالي، تتكون هذه المؤسسات من هيكل للتشخيص، العلاج، الاستشفاء وإعادة التأهيل الطبي وتغطي سكان بلدية واحدة أو مجموعة من البلديات، تتمثل مهامها في التكفل بصفة متكاملة بالحاجات الصحية للسكان، وبهذا تنو إلى المهام الآتية^{xxi}:

-ضمان تنظيم وبرنامج العلاج الشفائي والتشخيص وإعادة التأهيل الطبي والاستشفاء

-تطبيق البرامج الوطنية للصحة

-ضمان تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة وتجديد معارفهم ويمكن استخدام المؤسسة العمومية

الاستشفائية ميدانا للتكوين الطبي وشبه الطبي والتكوين في التسيير الاستشفائي على أساس اتفاقيات تبرم مع مؤسسات التكوين.

1-1 العلاقة بين السلطتين الطبية والادارية في القانون الجزائري

ساهم كل من المرسوم التنفيذي رقم 106-91^(xxii) والمرسوم التنفيذي رقم 108-91^(xxiii) بشكل كبير في توضيح العلاقة بين المسؤول الإداري والطبيب والفصل بين مهام كل منهما داخل المستشفى، مع تحديد الشروط القانونية والمؤهلات اللازمة لشغل كل مهمة، حتى لا تتداخل سلطة وعمل كل منهما مع الآخر.

1-1-1 مهام مديري الإدارة الصحية

حسب المادة 18 من المرسوم التنفيذي رقم 108-91، فإن مديري الإدارة الصحية مسؤولون عن تسيير المؤسسات الاستشفائية المتخصصة والقطاعات الصحية والمراكز الاستشفائية الجامعية، والهيكل الصحية الأخرى، وهم مكلفون بما يلي:

- ترجمة المبادئ الواردة في النصوص التشريعية والتنظيمية إلى تدابير تنفيذية، والسهر على احترام القواعد والإجراءات المعمول بها.

- دراسة القضايا العامة المتعلقة بتطبيق القوانين والتنظيمات الخاصة بقطاع الصحة، وإعداد التعليمات لتنفيذ التنظيم والسهر على تطبيقها.

- تصور كل مشروع دراسة أو أداة أو إجراء يرتبط بمجال نشاطهم وإنجازه.

- القيام بمهام استشارية أو مساعدة لدى الإدارة الصحية.

- دراسة كل ما من شأنه تحسين إدارة مؤسسات الصحة واقتراحه.

- القيام بمهام الخبرة والتفتيش والمراقبة لدى الهيكل والمؤسسات التابعة للإدارة الصحية.

وحسب المادة 28 من نفس المرسوم (108-91)، فإن هؤلاء مسؤولون عن المحافظة على النظام والانضباط ويمارسون السلطة السلمية على كافة المستخدمين الموضوعين تحت سلطتهم.

كذلك فقد أضاف المرسوم التنفيذي رقم 466-97^(xxiv) بعض المهام الأخرى الخاصة بمديري الإدارة الصحية وهذه المهام هي:

- أن المدير يمثل المؤسسة الصحية أمام العدالة في جميع أعمال الحياة المدنية.

- المدير هو الأمر بالصرف في ما يخص نفقات المؤسسة.

- المدير مكلف بتحضير الميزانية التقديرية وإعداد حسابات المؤسسة الصحية.

- المدير مكلف بوضع مشروع الهيكل التنظيمي والنظام الداخلي للمؤسسة الصحية.

- المدير مكلف بإبرام جميع العقود، الصفقات والاتفاقيات في إطار التنظيم المعمول به.

- يمكن للمدير تفويض إمضائه على مسؤوليته لصالح مساعديه.

إذن وكما نرى فإن جل المهام المرتبطة بمديري الإدارة الصحية هي مهام إدارية وقانونية بالدرجة الأولى وليست طبية، فهي ترتبط بالمؤهل العلمي أو التكويني الذي حصل عليه هؤلاء في مجال إدارة المؤسسات الصحية (راجع المواد 19، 20، 21، من المرسوم رقم 108-91)

1-1-2 مهام الممارسين الطبيين: الممارسون الطبيون العامون أو المتخصصون في الصحة العمومية، يمارسون مهامهم طبقا للمرسوم التنفيذي رقم 91-106، وبالتالي فهم ملزمون بما يلي:

- الاستعداد للعمل بصفة دائمة.
- القيام وبشكل إجباري بالمدائمة الطبية الفعلية المبرمجة داخل المصلحة أو المؤسسة الصحية.
- تسيير كل مصلحة طبية يكون تحت مسؤولية الإدارة التقنية لممارس طبي عام أو مختص في الصحة العمومية بصفته رئيس مصلحة.
- يخضع مستخدم كل مصلحة طبية لسلطة هذا الممارس الطبي العام أو المختص.

وقد تم تفصيل المهام الطبية المتعلقة بنشاط الممارسين الطبيين العامين أو المتخصصين داخل المستشفى في المواد (18، 19، 20، 21) من المرسوم التنفيذي رقم 91-106. وكما يتضح فإن مهام هؤلاء تنحصر أساسا في الرعاية الطبية و الصحية للمرضى الداخليين والخارجيين للمستشفى، حيث أن مهامهم ترتبط كذلك بالمؤهل العلمي أو التكوين الذي تحصل عليه هؤلاء (راجع المواد 22، 23، 24، 55، 56، 57) من المرسوم التنفيذي رقم 91-106.

إذن ومن خلال ما سبق فإننا نستنتج بأن السلطة الإدارية في المستشفى هي بيد مدير المستشفى، والذي يمكنه تفويضها إلى نوابه حسب نسق الهيكل التنظيمي للمستشفى، ووفق خطوات التفويض الإداري للسلطة. أما السلطة الطبية فهي بيد الممارسين الطبيين العامين أو المتخصصين، والتي اكتسبوها نتيجة مؤهلاتهم العلمية ودورهم الحيوي داخل المستشفى، والذي لا يمكن الاستغناء عنه^{xxv}

2- خصائص عينة الدراسة والاجراءات المنهجية

تتميز المؤسسات الاستشفائية محل الدراسة بهيكل تنظيم متشابهة تقريبا الذي يعتمد تنظيمه على المجلس الإداري والمصالح الاستشفائية.

لكن الفرق بين الهياكل التنظيمية للمؤسسات يتمثل في بعض المصالح الاستشفائية الموجودة في مستشفى وغير موجودة في آخر ولتبيين ذلك توضح الجدول المستشفيات ومصالحها وعدد الأسرة و المستخدمين حسب كل مستشفى مدروس وحسب المعلومات المعطاة لنا من مصالح الموارد البشرية لعينة المستشفيات

1-2- الاجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

تمس هذه الدراسة الميدانية المؤسسات العمومية الاستشفائية على مستوى الولاية من عينة تم اختيارها بطريقة المعاينة العشوائية البسيطة على الجهاز الإداري والجهاز الطبي داخل المستشفيات، تم استخدام طريقة الاستبيان المغلق كأداة منهجية لجمع البيانات حول 3 محاور لقياس مدى تطبيق أدوات التسيير العمومي الجديد ودوره في تقليص ازدواجية السلطة ، وقد تم صياغة الاستبيان خصيصا من أجل جمع البيانات التي تساعد على فحص الفرضيات الميدانية .

2-2- عرض مجتمع الدراسة

يتمثل مجتمع الدراسة في الجهاز الإداري والجهاز الطبي داخل المؤسسات العمومية الاستشفائية للصحة بولاية المسيلة، والتي تشمل المؤسسات الاستشفائية العمومية الكبرى.

الجدول رقم (2): بيانات حول مجتمع الدراسة

المؤسسة الصحية العمومية	الجهاز	عدد
المؤسسة الاستشفائية العمومية الزهراوي المسيلة	الجهاز الإداري	47
	الجهاز الطبي	98
	المجموع	145
المؤسسة الاستشفائية العمومية البشير رزيق بوسعادة	الجهاز الإداري	40
	الجهاز الطبي	88
	المجموع	128
	الجهاز الإداري	35

69	الجهاز الطبي	المؤسسة الاستشفائية العمومية سيدي عيسى
104	المجموع	
50	الجهاز الإداري	المؤسسة الاستشفائية العمومية عين الملح
30	الجهاز الطبي	
80	المجموع	

المصدر: المديرية الولائية للصحة والسكان لولاية المسيلة، بتصرف

2-3- توزيع الاستبيان على عينة الدراسة

لقد تم توزيع الاستبيانات على المؤسسات المذكورة أعلاه، بالتسليم المباشر إلى الموظفين الذين يشغلون مناصب إدارية والذين يشتغلون في السلك الطبي خاصة الأطباء، بمعدل 15 إلى 20 استبيان في كل مؤسسة، وقد كانت وظائف الأفراد الذين وجه لهم الاستبيان بين طبيب مختص وعام في الجهاز الطبي، مساعد المدير، كاتب إداريين، تقنيي الاعلام الآلي، مدراء الموارد البشرية، مدراء الصفقات والمتصرفين ما بين رئيسي وعادي في الجهاز الإداري والجدول الموالي يوضح خصائص عينة الدراسة.

الجدول رقم(3): نوع المؤسسات و عدد المشاركين

نوع المؤسسة	الاستبيانات الموزعة	الاستبيانات المسترجعة	نسبة الاسترجاع (%)
المؤسسة الاستشفائية العمومية بوسعادة	20	15	75%
المؤسسة الاستشفائية العمومية الزهراوي بالمسيلة	20	14	70%
المؤسسة العمومية الاستشفائية سيدي عيسى	18	14	70%
المؤسسة العمومية الاستشفائية عين الملح	15	09	60%
المجموع	73	52	71,23%

المصدر
ر: تم
إعداده
بعد
توزيع
وتجميع
ع
الاستب
بيانات.

ن
خلال

الجدول أعلاه يتضح أن عدد المشاركين هو 52 مشاركا من 4 مؤسسات عمومية استشفائية، مع نسبة استرجاع فاقت 71%.
تم استعمال الاختبارات الأولية المعروفة من صدق الاستبيان وثباته بواسطة معامل ألفا كرونباخ CRONBACH حيث كان الثبات 0,76 لكل المحاور ويراوح بين 0,67 و0,83 لكل محور، بالإضافة إلى استعمال اختبار الاتساق الداخلي حسب سبيرمان SPEARMAN بين الأسئلة.

3- اختبار الفرضيات ونتائج الدراسة

بعد دلالة الاختبارات الأولية تم تحليل فقرات محاور الدراسة، ثم دراسة العلاقات الارتباطية لاختبار صحة الفرضيات من عدمها والتي كانت كإجابات أولية على الأسئلة الفرعية التابعة للفرضيات المطروحة في هذه الدراسة، كما ندرس عدم وجود فروقات في الإجابات تبرر بالمعلومات الشخصية لأفراد العينة المدروسة.

3-1 حساب المتوسط المرجح وتحديد اتجاه آراء المشاركين

سيتم تحليل البيانات الاحصائية المجمع على مستوى إجمالي المؤسسات ثم على مستوى كل مؤسسة على انفراد، تم الحصول على جدول يبرز المتوسطات المرجحة والانحرافات المعيارية لإجابات العينة حول كل محور، ونقوم بتلخيص النتائج في الآتي:

الجدول رقم(4) المتوسطات المرجحة لإجابات العينة حسب الجوانب الثلاثة المدروسة

المحاور	وضوح القوانين	تطبيق أدوات التفسير الحديثة	العلاقات ودور المدير
عدد المشاركين	52	52	52

المتوسط المرجح	1,814	1,969	1,752
الانحراف المعياري	0,400	0,454	0,449
الاتجاه	غير موافق	غير موافق	غير موافق

المصدر: تم إعداده بالاعتماد على برنامج SPSS.V21 بتصريف

من خلال البيانات الإحصائية أعلاه يتضح عدم الموافقة حيال المكونات الثلاث: وضوح القوانين، تطبيق أدوات التسيير الحديثة والعلاقات ودور المدير في المؤسسات الاستشفائية المأخوذة في العينة المدروسة، وهذا ما يبرز الاختلاف الواضح بين الآراء، وهذا إذا أخذنا التحليل بإجمالي المؤسسات المدروسة أي دون التمييز بينها، لذلك سننتهج التحليل بالتمييز بين المؤسسات الاستشفائية حتى نعرف اتجاه كل مؤسسة والفروقات بينها.

3-2- إجراء اختبار تحليل التباين الأحادي (ANOVA) نستعمل هذا الاختبار الذي يساعدنا في معرفة صحة الفرضية الصفرية (H_0) القائلة بأنه لا يوجد فرق بين متوسطات إجابات العينة تبعا للمؤسسة الاستشفائية العمومية التي ينتمي إليها المشاركون، ضد الفرضية البديلة (H_1) القائلة بوجود فرق بين متوسطات إجابات العينة تبعا للمؤسسة الاستشفائية العمومية التي ينتمي إليها المشاركون، والجدول الموالي يوضح ذلك.

وباستعمال البرنامج الإحصائي SPSS نحصل على جدول تحليل التباين الأحادي (ANOVA) الذي نلخصه في الجدول الآتي:

الجدول رقم(5): تحليل التباين الأحادي (ANOVA)

المحاور	قيمة المعنوية	الملاحظة	القرار
وضوح القوانين	0.000	أقل من أو يساوي 0,05	نرفض H_0
تطبيق أدوات التسيير العمومي الجديد	0.945	أكبر من أو يساوي 0,05	نقبل H_0
العلاقات ودور المدير	0.000	أقل من أو يساوي 0,05	نرفض H_0

المصدر: تم إعداده بالاعتماد على برنامج SPSS.V21 بتصريف

من خلال نتائج الاختبار يتبين لنا أن:

1- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات إجابات المشاركين في المحور الأول تبعا للمؤسسة التي ينتمون إليها، أي أن آراء المشاركين حول وضوح القوانين تختلف حسب المؤسسة التي ينتمون إليها، ومنه فالآراء غير متقاربة بين المشاركين حسب هذا المحور في المستشفيات المدروسة وذلك لاختلاف توجهات أصحاب السلطة في تطبيق القوانين واللوائح.

2- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات إجابات المشاركين في المحور الثاني تبعا للمؤسسة التي ينتمون إليها، أي أن آراء المشاركين حول تطبيق أدوات التسيير الحديثة لا تختلف كثيرا حسب المؤسسة التي ينتمون إليها، ومنه فهناك تقارب في الإجابات في المؤسسات المدروسة.

3- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات إجابات المشاركين في المحور الثالث تبعا للمؤسسة التي ينتمون إليها، أي أن آراء المشاركين حول العلاقات ودور المدير تختلف حسب المؤسسة التي ينتمون إليها، ومنه مكوّن العلاقات غير متقارب نسبيا في المؤسسات المدروسة.

3-3 تحليل اتجاه آراء المشاركين حول محددات جوانب التسيير الحديثة المؤثرة في ازدواجية السلطة تبعا للمؤسسة الاستشفائية العمومية

الجدول رقم(6): جدول محددات جوانب التسيير الحديثة المؤثرة في الازدواجية

المحور العام	المحور الأول	المحور الثاني	المحور الثالث	المؤسسة
1,86	1,81	2,01	1,84	المتوسط المرجح
15	15	15	15	عدد المشاركين
,314	,398	,575	,534	الانحراف المعياري

1,66	1,65	1,93	1,52	المتوسط المرجح	المؤسسة الاستشفائية المسيلة
14	14	14	14	عدد المشاركين	
,162	,295	,379	,266	الانحراف المعياري	
1,59	1,54	1,92	1,44	المتوسط المرجح	المؤسسة الاستشفائية عين الملح
9	9	9	9	عدد المشاركين	
,137	,198	,511	,195	الانحراف المعياري	
2,07	2,16	2,00	2,09	المتوسط المرجح	المؤسسة الاستشفائية سيدي عيسى
14	14	14	14	عدد المشاركين	
,165	,372	,380	,366	الانحراف المعياري	
1,82	1,81	1,97	1,75	المتوسط المرجح	المجموع
52	52	52	52	عدد المشاركين	
,278	,400	,455	,449	الانحراف المعياري	

المصدر: تم إعداده بالاعتماد على نتائج برنامج SPSS.V21 بتصريف

يلخص الجدول السابق المستخرج من البرنامج SPSS المتوسطات المرجحة والانحرافات المعيارية لإجابات العينة للمكونات الثلاث للجوانب المقترحة عليها الدراسة لتحسين تسيير المستشفى من خلال تقليص الأزواجية

3-3-1 حسب وضوح القوانين

يوضح لنا الجدول أعلاه أن القوانين غالبا لا تطبق، وأنها إذا طبقت تكون غير مفهومة أو غير مناسبة للعمل داخل المؤسسة العمومية الاستشفائية، وهنا تتباين الأدوار ويصبح كل طرف يرى القانون بصفته عائقا وليس مرشدا وذلك من خلال المتوسط المرجح، غير أنه يتفاوت من مؤسسة إلى أخرى حيث يتراوح المتوسط المرجح من 1,65 إلى 2,07 وذلك بمستشفى سيدي عيسى بانحراف من 0,300 إلى 0,400 ، وهنا يمكن القول أن المشكل في الثقافة السائدة التي لا تتطلع على جميع القوانين أو لا تولي عناية بالقوانين أو الثغرات الموجودة إلا عندما يحدث المشكل، وهنا تتطبع الصورة التي ترى القانون اجراء روتيني لا نطبقه أو لا نستعمله إلا عند المحاسبة أو على الأوراق الرسمية فقط، بالرغم من وجود مؤسسات تسعى لتوضيح الصلاحيات بشكل مستمر وهذا مالمسناه ميدانيا بمستشفى سيدي عيسى وأكدته برنامج spss.

3-3-2 أدوات التسيير الحديثة

يلخص الجدول الموالي المستخرج من البرنامج SPSS المتوسطات المرجحة والانحرافات المعيارية لإجابات العينة حول مدى تطبيق أدوات التسيير الحديثة مقسمة حسب المؤسسة حيث تراوح المتوسط المرجح من 1,92 إلى 2,00 وهو متقارب جدا ، ويرجع ذلك أن مكون أدوات التسيير لا يختلف من مؤسسة إلى أخرى حسب إجابات المشاركين، فهناك نفس الأدوات والطرق المستعملة من تقنيات وبرامج وتكنولوجيا في كل المؤسسات غير أن الاختلاف النسبي يبقى في التطبيق وهذا مالمسناه من خلال التواجد الميداني حيث لوحظ أن هناك من يستعمل هاته التقنيات وهناك بعض المؤسسات تفقر إلى الكادر البشري المتخصص، وأخرى تفقر إلى التحديث المستمر بالإضافة إلى أنه كلما زاد كبر حجم المؤسسة الاستشفائية قل التحكم الجيد في أدوات التسيير، حيث من المفروض أن هاته الأدوات وجدت لتقليص الوقت والتكلفة والجهد في انتقال المعلومات وفي تفعيل التقنيات.

3-3-3 العلاقات ودور المدير

يوضح لنا الجدول والشكل البياني أدناه أن مكون العلاقات ودور المدير يختلف من مؤسسة إلى أخرى حسب إجابات المشاركين، فهناك علاقات مقبولة نسبيا في مستشفى بوسعادة، و اتجاه مرن في العلاقات في مستشفى سيدي عيسى وهنا يتبين دور المدير، بينما المؤسسات الاستشفائيتين الباقيتان المتمثلة في المسيلة وعين الملح لا توجد علاقات بين الجهاز الإداري والطبي تماما حيث تراوح المتوسط المرجح بين 1,44 و 1,52. ويمكن تفسير ذلك بأن شخصية المدير مهمة جدا في نسج العلاقات، داخل المؤسسات الاستشفائية، فالمدير الدكتاتوري في رأيه، والذي دائما يرجح رأيه لا يتوافق عليه الجميع، كذلك المتساهل والذي لا يكون صارما في بعض الأحيان لا يتوافق عليه البقية.

أما الملاحظة الميدانية فقد أكدت ذلك من خلال تلمسنا للصفات الموجودة في المدراء وكيفية معاملاتهم وعلاقتهم داخل المستشفى، والتي أكدت النتائج ومخرجات البرنامج الاحصائي spss .

النتائج

من خلال المكونات الثلاث تبين أن المكونات الثلاث التي اقتصر عليها البحث المساعدة على تطبيق التسيير العمومي الجديد في المستشفيات موجودة لكنها تحتاج إلى تفعيل الجيد فالجانب القانوني يحتاج إلى ضبط فيما يخص المؤسسات الاستشفائية العمومية وأخذ الخصوصية التي يتميز بها المستشفى فالبرغم من الجهود المبذولة من بعض المدراء لضبط الصلاحيات إلا أن القانون الجزائري يبقى غير فاصل في الصلاحيات بشكل يسمح بالتسيير الحسن وعدم التداخل بين الجهاز الفني والإداري وبما أن الجانب القانوني غير واضح والتسيير العمومي الجديد غير مفعّل فإننا نقبل الفرضية الأولى والثانية القائلتين

- يساعد التسيير العمومي الجديد في ضبط الصلاحيات بما يحد من التداخل القانوني بين الجهاز الإداري والطبي في المؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة (الجانب القانوني)

- تطبيق أدوات التسيير العمومي الجديد خاصة طرق التسيير الحديثة في المؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة يضبط مجالات التخصص ويقلل الصدام في اتخاذ القرار بين الجهاز الإداري والطبي.

أما الفرضية الثالثة فنرفضها بشكل جزئي حسب المؤسسة المدروسة والقائلة

- أسلوب تسيير مدراء المؤسسات الاستشفائية العمومية محل الدراسة يضبط العلاقات ويشرك الجميع في اتخاذ القرار من خلال السلطة التشاركية.

خاتمة

من خلال النتائج المتوصل إليها في الدراسة الميدانية تبين أنه يتم تنظيم الأنشطة الصحية وفقا للبرامج والتعليمات المرسله من طرف الهيئة الوصية بالإضافة إلى جدول الأعمال المسطر من طرف مديريةية الصحة والسكان على المستوى المحلي والمطبق على مستوى المصالح الداخلية، وذلك بالتنسيق مع مختلف رؤساء المصالح الاستشفائية، ويتجلى ذلك في تنظيم النشاط الصحي داخل المصالح الصحية الاستشفائية، وهذا ما نستشفه من خلال الهياكل التنظيمية للمستشفيات محل الدراسة، بحيث نلاحظ أنها تتشابه فيما يخص المجلس الإداري غير أنها تختلف فيما يخص المصالح الاستشفائية.

بالإضافة إلى أن الإصلاحات التي جاءت والتي من خلالها نلمس تسيير مستحدث للمصالح الاستشفائية محاولة لتطبيق التسيير العمومي الجديد أو بمعنى أصح لتجديد وتحديث التسيير العمومي غير كافية بالنظر إلى التكوين الناقص أو غير الكافي لحد الآن رغم ماتبذله الدولة من جهود خاصة المدرسة الوطنية لمناجمنت الصحة التي تخرج في كل سنة كفاءات في الإدارة الصحية.

إضافة إلى النقص في الكادر التقني المتخصص لتسيير أجهزة المستشفى المختلفة إضافة إلى العلاقات المشنجة داخل المستشفيات دائما بين الكادر الإداري والطبي يجعل الازدواجية في السلطة موجودة رغم الاختلاف بين مستشفى وآخر ، كل العوامل السابقة تجعل تسيير المستشفى مكلف من الناحية المادية ومجهد من الناحية المعنوية في الظروف الحالية وهذا ماتوصلت إليه الدراسة.

* منظر اقتصادي نمساوي ينتمي إلى مدرسة شيكاغو الليبرالية الجديدة، تحصل على جائزة نوبل للاقتصاد سنة 1974 (Von Hayek)

ⁱ F.X. MERRIEN : " La Nouvelle Gestion Publique, Concepts Mythique , Lien social et Politique", RIAC, N 41, printemps 1999.

ⁱⁱ Michel ST- GERMAIN : " Une conséquence de la nouvelle gestion publique : L'émergence d'une pensée comptable en éducation " , Origines et incidences des nouveaux rapports de force dans la gestion de l'éducation Education et francophonie , Vol XXIX, Canada 2001.

ⁱⁱⁱ C.POLLIT and G.BOUKAERT

^{iv} D.GIAUQUE : " La Bureaucratie Libérale : Nouvelle Gestion Publique et Régulation Organisationnelle" ed ,L'Harmattan , Paris , 2003.

^v الحاج عرابية، تأثير ازدواجية السلطة على أداء العاملين في المستشفى، أطروحة دكتوراه، جامعة بسكرة، تخصص تسيير المنظمات.

^{vi} قيس محمد العبيدي، عبد الغفار حنفي، أساسيات إدارة المنظمات، المكتب العربي الحديث، الإسكندرية، 1997.

^{vii} Danil fenthamel pierre massot, **développer son autorité**, Edition d'organisation, groupe eyrolles, paris, 2007.

^{viii} Danil fenthamel pierre massot, **opcit**, pp, 35-37.

^{ix} Somech, A. (2010). Participative decision making in schools: A mediating-moderating analytical framework for understanding school and teacher outcomes. Educational Administration Quarterly, 46 (2) 174-209,2016.

x

^{xi} فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، دار المسيرة، عمان، 2015، ص 275.

^{xii} Liu, C., Bartram, T., Casimir, G., & Leggat, S. G. The Link Between Participation in Management Decision-Making and Quality of Patient Care as Perceived by Chinese Doctors. Public Management Review, 17(10), 1425–1443 (2014).

^{xiii} Andersen, S. N., & Broberg, O. Participatory ergonomics simulation of hospital work systems: The influence of simulation media on simulation outcome. Applied Ergonomics, 51, 331–342. (2015) .

^{xiv} Bolman.I, **repensez les organisations**, ed, maxima, 1996.

^{xv} Dockes, pierre, pouvoir et autorité en économie, Economica, Paris, 1999.

^{xvi} الحاج عرابية، المرجع السابق.

^{xvii} بقاش وليد، بلواضح فاتح، خصائص تنظيم القطاع الصحي في الجزائر وأثره على جودة الخدمات الصحية، مجلة المشكاة في الاقتصاد والتنمية

والقانون، المجلد 05، العدد 09 ، 2019 .

^{xviii} بقاش وليد، بوعلام مسعودي، سياسة مجانية العلاج وأثرها على الانفاق الصحي بالجزائر، الملتقى الدولي حول سياسة التحكم في الانفاق الصحي

بالجزائر-الواقع والأفاق، جامعة المسيلة نوفمبر 2015، الجزائر.

^{xix} **الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية**، العدد 46 ، 29 يوليو 2018، القانون 18-11 المؤرخ في 02 يوليو 2018، يتعلق بالصحة.

^{xx} جفال عبد الحميد، سيدي دريس عمار، التنمية الصحية وعلاقتها بالتنمية البشرية، دار الأيام للنشر والتوزيع، عمان ، الاردن .

^{xxi} صبيعات ابراهيم، الرقابة الداخلية في المؤسسات الاستشفائية العمومية، مذكرة ماجستير، المدرسة العليا للتجارة، الجزائر.

^{xxii} **المرسوم التنفيذي رقم 91-106** والمتضمن القانون الأساسي الخاص بالممارسين الطبيين والمتخصصين في الصحة العمومية، الجريدة الرسمية

الجزائرية، العدد 22، 1991/04/27.

^{xxiii} **المرسوم التنفيذي رقم 91-108** والمتضمن القانون الأساسي الخاص بمديرية الإدارة الصحية، الجريدة الرسمية الجزائرية، العدد 22،

1991/04/27.

^{xxiv} **المرسوم التنفيذي رقم 97-466** المحدد لقواعد إنشاء القطاعات الصحية، تنظيمها وتسييرها، الجريدة الرسمية الجزائرية، 1997/12/02.

^{xxv} صلاح محمود ذياب، إدارة المستشفيات منظور شامل، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان، الاردن.

ملحق رقم 01: أهم الجداول المستخرجة من برنامج spss المستعملة في الحسابات

1- جداول التباين الأحادي :

المحور الثالث ANOVA à 1 facteur					
MEANAXE4					
	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	3,330	3	1,110	7,655	,000
Intra-groupes	6,960	48	,145		
Total	10,290	51			
المحور الثاني ANOVA à 1 facteur					
MEANAXE2					
	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	,082	3	,027	,125	,945
Intra-groupes	10,462	48	,218		
Total	10,544	51			
المحور الأول ANOVA à 1 facteur					
MEANAXE1					
	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	2,719	3	,906	7,980	,000
Intra-groupes	5,452	48	,114		
Total	8,172	51			

2-جدول المتوسطات والانحرافات

Tableau de bord

EPH		MEANAXE1	MEANAXE2	MEANAXE4	MEANAXE
EPHBOUSSAADA	Moyenne	1,81	2,01	1,84	1,86
	N	15	15	15	15
	Ecart-type	,398	,575	,534	,314
EPHMSILA	Moyenne	1,65	1,93	1,52	1,66
	N	14	14	14	14
	Ecart-type	,295	,379	,266	,162

EPHAINELMELH	Moyenne	1,54	1,92	1,44	1,59
	N	9	9	9	9
	Ecart-type	,198	,511	,195	,137
EPHSIDIAISSA	Moyenne	2,16	2,00	2,09	2,07
	N	14	14	14	14
	Ecart-type	,372	,380	,366	,165
Total	Moyenne	1,81	1,97	1,75	1,82
	N	52	52	52	52
	Ecart-type	,400	,455	,449	,278