



الموضوع

أثر منح الاستقلالية للمؤسسات العمومية الاستشفائية في رفع النفقات الصحية
دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد زيوشي طولقة

تخصص: اقتصاد وتسيير مؤسسة
مذكورة مقدمة كجزء من متطلبات نيل شهادة الماستر في العلوم الاقتصادية

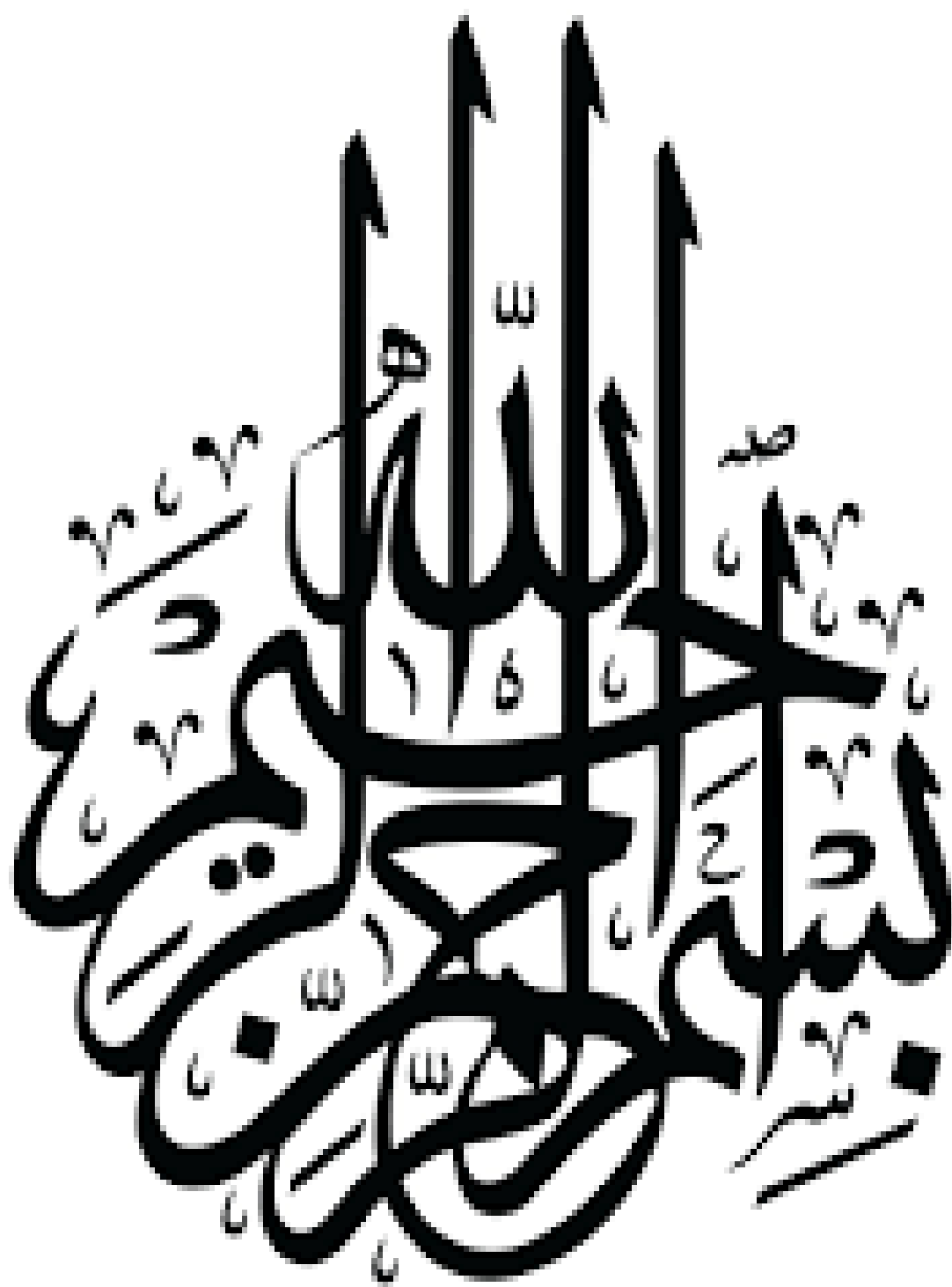
الأستاذ المشرف:

د/ العلواني عديلة

إعداد الطالبة:

بن عطية حورية.

السنة الجامعية: 2018-2019



الشكر

أشكر الله سبحانه وتعالى على أن يسر لي أمري في القيام بهذا العمل، وأحمده على توفيقه.

كما أتقدم بخالص تشكراتي إلى الأستاذة الفاضلة " العلواني
عديلة" التي أمانتني في إنجاز هذه المذكرة ولم تبخل
بنصائحها وتوجيهاتها القيمة فجزاها الله كل الخير على ما
قدمته.

كما لا أنسى أن أتقدم بالشكر لكل من ساعدني في إنجاز هذه
المذكرة من قريب أو بعيد.

الملخص

إن ارتفاع النفقات الصحية تعد من أهم المشاكل التي يواجهها القطاع الصحي الجزائري، وقد كان هذا الارتفاع ملحوظا وبشكل كبير في العقد الأخير، وعليه حاولنا في بحثنا هذا دراسة أثر الإصلاحات التي مست هذا القطاع في نفس الفترة (بالضبط الإصلاحات التي تم بموجبها منح الاستقلالية للمؤسسات العمومية الاستشفائية) في رفع النفقات الصحية، وقد قمنا بدراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد زيوشي طولقة، لمعرفة هذا الأثر وذلك عن طريق دراسة وتحليل لميزانيات المؤسسة، ودراسة لتطور نفقات المؤسسة في الفترة (2009-2018).

الكلمات المفتاحية: النفقات الصحية، القطاع الصحي، المؤسسات العمومية الاستشفائية.

Abstract

The increase in health expenditure is one of the most important problems faced by the Algerian health sector. This increase has been noticeable in the last decade. In this study, we have examined the impact of the repairs that have taken place in this sector during the same period (Exactly the repairs that under which independence was granted to public hospitals) in raising the health expenditure, and we have studied the state of the public hospital "hospital Mohammed Ziushi Tulka", to find out this impact, and through the study and the analysis of the budgets of the institution, and a study of the evolution of the expenses of the institution at the period (2009-2018).

Key words: Health expenditure, health sector, public hospitals

فهرس المحتويات

الصفحة	العنوان
I	البسمة
II	الشكر
III	الملخص
IV	فهرس المحتويات
VII	قائمة الجداول
VIII	قائمة الأشكال
أ	مقدمة
1	الفصل الأول: عموميات حول اقتصاد الصحة
2	تمهيد
3	I- اقتصاد الصحة
3	I-1 ماهية اقتصاد الصحة
6	I-2 أسباب ظهور اقتصاد الصحة وخصوميته
9	I-3 النظام الصحي
13	II الخدمات والمؤسسات الصحية
13	II-1 ماهية الخدمات الصحية
17	II-2 المؤسسات الصحية
21	II-3 مصادر تمويل الخدمات الصحية
23	III النفقات الصحية
23	III-1 ماهية النفقات العمومية
24	III-2 ماهية النفقات الصحية
28	خلاصة الفصل
29	الفصل الثاني: ارتفاع النفقات الصحية في المنظومة الصحية الجزائرية
30	تمهيد
31	I التطور التاريخي للمنظومة الصحية الجزائرية
31	I-1 النظام الصحي 1962-1974 بروز ونشأة النظام الصحي الجزائري

32	I-2 النظام الصحي 1974-2007 بداية الاصلاحات
36	I-3 النظام الصحي بعد 2007 منح الاستقلالية للمؤسسات الاستشفائية
39	II ارتفاع النفقات الصحية بعد منح الاستقلالية للمؤسسات الاستشفائية
39	II-1 ارتفاع النفقات الصحية الاجمالية
42	II-2 ارتفاع النفقات الصحية للفرد
45	II-3 أسباب ارتفاع النفقات الصحية في الجزائر
47	III مشروع المقاطعات الصحية
47	III-1 تقديم عام لمشروع المقاطعات الصحية
53	III-2 تقييم مشروع المقاطعات الصحية 2013
55	خلاصة الفصل
56	الفصل الثالث: دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية
57	تمهيد
58	I-1 تقديم عام للمؤسسة الاستشفائية زيوشي محمد (طولقة)
58	I-1 نشأة بالمؤسسة
58	I-2 الخدمات التي تقدمها المؤسسة محل الدراسة
59	I-3 الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية الاستشفائية زيوشي محمد
61	I-4- الامكانيات المادية والبشرية للمؤسسة العمومية الاستشفائية محمد زيوشي-طولقة
63	II-ميزانية التسيير للمؤسسة العمومية الاستشفائية زيوشي محمد طولقة
63	II-1-الفرع الاول الايرادات
64	II-2-الفرع الثاني النفقات
71	II-3-كيفية توزيع وتعديل توزيع الايرادات والنفقات والمناصب المالية
74	III-عرض ميزانيات المؤسسة العمومية الاستشفائية زيوشي محمد طولقة (2009-2018)
74	III-1-عرض ميزانيات المؤسسة العمومية الاستشفائية زيوشي محمد طولقة في الفترة 2009_2013.

84	III-2- عرض ميزانيات المؤسسة العمومية الاستشفائية زيوشي محمد طولقة في الفترة 2014-2018
88	III-3- مقارنة بين نتائج الفترتين (2009-2013 و 2013- 2018)
89	خلاصة الفصل
90	خاتمة
93	قائمة المراجع

قائمة الجداول

رقم الصفحة	العنوان	رقم الجدول
34	الهيئات الممولة للنفقات الصحية	الجدول رقم(01)
39	نسبة الانفاق الاجمالي على الصحة إلى إجمالي الناتج المحلي	الجدول رقم(02)
40	نسبة الانفاق على الصحة في القطاع العام على الناتج المحلي	الجدول رقم(03)
41	نسبة الانفاق على الصحة في القطاع الخاص على الناتج المحلي	الجدول رقم(04)
43	قيمة النفقات الصحية لكل فرد بالدولار الأمريكي	الجدول رقم(05)
43	نسبة الانفاق الشخصي الوطني على الصحة من الانفاق الصحي العام	الجدول رقم(06)
61	منشآت المؤسسة	الجدول رقم(07)
61	الموارد البشرية بالمؤسسة	الجدول رقم(08)
75	ايرادات المؤسسة لسنة 2009	الجدول رقم(09)
76	نفقات المؤسسة لسنة 2009	الجدول رقم(10)
76	ايرادات المؤسسة لسنة 2010	الجدول رقم(11)
77	نفقات المؤسسة لسنة 2010	الجدول رقم(12)
79	ايرادات المؤسسة لسنة 2011	الجدول رقم(13)
79	نفقات المؤسسة لسنة 2011	الجدول رقم(14)
79	ايرادات المؤسسة لسنة 2012	الجدول رقم(15)
80	نفقات المؤسسة لسنة 2012	الجدول رقم(16)
81	ايرادات المؤسسة لسنة 2013	الجدول رقم(17)
82	نفقات المؤسسة لسنة 2013	الجدول رقم(18)
83	قيمة نفقات المؤسسة بالدينار الجزائري(2009-2013)	الجدول رقم(19)
84	ايرادات المؤسسة لسنة 2014	الجدول رقم(20)
85	نفقات المؤسسة لسنة 2013	الجدول رقم(21)
87	قيمة نفقات المؤسسة بالدينار الجزائري(2014-2018)	الجدول رقم(22)

قائمة الأشكال

رقم الصفحة	العنوان	رقم الشكل
40	نسبة الانفاق الاجمالي على الصحة إلى إجمالي الناتج المحلي	الشكل رقم(01)
41	نسبة الانفاق على الصحة في القطاع العام على الناتج المحلي	الشكل رقم(02)
42	نسبة الانفاق على الصحة في القطاع الخاص على الناتج المحلي	الشكل رقم(03)
43	قيمة النفقات الصحية لكل فرد بالدولار الأمريكي	الشكل رقم(04)
44	نسبة الانفاق الشخصي الوطني على الصحة من الانفاق الصحي العام	الشكل رقم(05)
59	الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية الاستشفائية زيوشي محمد طولقة	الشكل رقم(06)
84	نفقات المؤسسة محل الدراسة بالدينار الجزائري(2009-2013)	الشكل رقم(07)
87	نفقات المؤسسة محل الدراسة بالدينار الجزائري(2014-2018)	الشكل رقم(08)

مقدمة

لقد شهدت الآونة الأخيرة اتساع دور الدولة وتدخلها في الحياة الاقتصادية والاجتماعية وذلك من خلال الانفاق على القطاعات التابعة لها، حيث تسعى من وراء ذلك لتحقيق أهدافها المسطرة، وتعد الصحة من أهم القطاعات التي حظيت باهتمام أغلب الدول في أنحاء العالم بعد القطاع العسكري وذلك نظرا لأهميتها ودورها في تحقيق التنمية الاقتصادية والاجتماعية.

حيث يهدف الإنفاق على القطاع الصحي إلى تحقيق هدف أساسي وهو الوقاية من المرض أولاً، والشفاء من المرض إذا أصاب الفرد، هذا الهدف يضمن المحافظة على رأس المال البشري ومن ثم زيادة إنتاجية الفرد وبالتالي زيادة الناتج المحلي الإجمالي، لذا فإن الاهتمام بالإنفاق على الرعاية الصحية ليس مرجعه الدافع الإنساني فقط وإنما الدافع الاقتصادي أيضاً.

ويختلف حجم الانفاق الصحي من بلد لآخر كما تختلف أنظمة الرعاية الصحية بينها وتتباين نتائج الانفاق الصحي للحكومات على الحالة الصحية العامة، حيث تعد الجزائر من الدول التي شهد الانفاق على القطاع الصحي فيها ارتفاعاً كبيراً، حيث أن الارتفاع المذهل في تكاليف القطاع الصحي جعل السلطات وجميع الفاعلين بالقطاع تتساءل عن هذا المشكل وعن السياسة الواجب إتباعها لتسويته و لذا فقد أصبح ينظر إلى الصحة كمصدر للنفقات الباهظة والتبذير بدلاً من كونها منفذ لدفع وتيرة النمو، وقد كان هذا الارتفاع مواكبا للإصلاحات التي شهدتها المنظومة الصحية الوطنية حيث انتقلت من النظام المركزي إلى اللامركزي وأصبحت المراكز والمؤسسات العمومية الصحية والمستشفيات تتمتع بالاستقلالية الادارية والمالية، وهذا ما يدفعنا إلى طرح الاشكال التالي: بما أن النفقات الصحية في الجزائر عرفت تطوراً ملحوظاً فما هو أثر منح الاستقلالية للمؤسسات الاستشفائية في رفع هذه النفقات؟

الأسئلة الفرعية:

- ما هي أسباب ارتفاع النفقات الصحية؟

- هل منح الاستقلالية للمؤسسات الاستشفائية سيؤدي إلى رفع النفقات الصحية؟

- هل منح الاستقلالية للمؤسسات العمومية الاستشفائية أدى إلى رفع النفقات في المؤسسة الاستشفائية محمد زيوشي طولقة؟

_ هل كانت المنظومة الصحية الجزائرية تعاني من ارتفاع للنفقات الصحية قبل منح الاستقلالية للمؤسسات العمومية الاستشفائية؟

-الفرضيات

-نعم يؤدي منح الاستقلالية للمؤسسات الاستشفائية إلى رفع النفقات الصحية.

- لا لم يؤدي منح الاستقلالية للمؤسسات العمومية الاستشفائية إلى رفع النفقات الصحية في مستشفى محمد زيوشي طولقة.

هيكل الدراسة:

من أجل الدراسة الشاملة لهذا الموضوع والاجابة عن الاسئلة المطروحة قسمنا هذا البحث إلى ثلاث فصول الفصل الأول تطرقنا فيه إلى كل من اقتصاد الصحة والمؤسسات والخدمات الصحية وأخيرا النفقات الصحية أما الفصل الثاني فتم فيه التركيز على كل من الاصلاحات التي مر بها النظام الصحي الجزائري وارتفاع النفقات الصحية بعد منح الاستقلالية للمؤسسات الاستشفائية ثم مشروع المقاطعات الصحية، وأخيرا الفصل الثالث الذي كان عبارة عن دراسة حالة للمؤسسة الاستشفائية

التعريف بمتغيرات الدراسة:

المتغير المستقل: التكاليف الصحية

المتغير التابع: استقلالية المستشفيات

أسباب اختيار الموضوع:

-نقص الدراسات التي تناولت موضوع الانفاق على المجال الصحي؛

- الرغبة في معرفة مدى نجاعة الإصلاحات التي تقوم بها الوزارة الوصية على القطاع الصحي؛

-أهمية هذا الموضوع في الاقتصاد الوطني باعتبار أن هذا القطاع هو الأكثر استهلاكاً للموارد المالية والأكثر تأثيراً على التنمية الوطنية.

الدراسات السابقة:

دراسة بعنوان "تقييم مدى فعالية الانفاق العام على مستوى القطاع الصحي الجزائري" لعلي دحمان محمد-أطروحة دكتوراه- نُوقشت في الموسم الدراسي 2016-2017، وظهرت نتائج الدراسة أن النمو الملاحظ لنفقات الصحة لا يترجم بالضرورة الرغبة في تحسين الخدمات الصحية بقدر ما يبين الازدياد الناجمة عن سياسة مجانية العلاج، ومن جهة أخرى بينت الدراسة على أنه بالرغم من سيطرة الانفاق الصحي العمومي على مجموع النفقات الصحية، إلا أنه في تناقص مقابل الارتفاع في مساهمة القطاع الخاص في عملية تمويل الخدمات الصحية وهذا يدل على الانخفاض التدريجي في مسؤولية السلطات العمومية في مجال تلبية الاحتياجات الصحية للجزائريين.

أهمية الموضوع:

- أهمية القطاع الصحي والخدمات الصحية سواء للدولة أو الافراد وذلك لما للخدمات الصحية من انعكاسات على الجانب الجسماني والعقلاني من جهة والتنمية الاقتصادية والاجتماعية من جهة أخرى.

-ارتفاع نسبة الانفاق العمومي على قطاع الصحة بالنسبة للإنفاق العمومي الاجمالي

-يوضح أثر منح الاستقلالية للمؤسسات الصحية على رفع النفقات الصحية.

أهداف البحث: يهدف هذا البحث الى:

-التوصل إلى بعض الاقتراحات التي يمكن أن تساهم في تنمية وترشيد الانفاق على القطاع الصحي

-التعرف على أهم نتائج الاصلاحات التي شهدتها القطاع الصحي في الجزائر

-محاولة معرفة الخلل والنقائص الموجودة في النظام الصحي الجزائري

-تحديد إطار الدراسة:

-تسعى هذه الدراسة لإبراز مختلف المفاهيم ذات العلاقة بالمنظومة الصحية والقطاع الصحي واقتصاد الصحة بالإضافة إلى التطرق إلى مشكلة ارتفاع النفقات الصحية

-كما تركز على النظام الصحي الجزائري من فترة الاستقلال إلى يومنا هذا

منهج الدراسة:

بالنظر إلى موضوع الدراسة فقد اعتمدنا على تطبيق المنهج الوصفي التحليلي، وصفي من خلال إظهار الإطار النظري لاقتصاد الصحة وماهية النظام الصحي والخدمات والمؤسسات الصحية... الخ، ثم يكون تحليليا عند الحديث عن جانب التمويل والانفاق على القطاع الصحي وتطور النفقات الصحية الوطنية، كما استخدمنا منهج دراسة حالة من خلال دراسة حالة للمؤسسة الصحية العمومية الاستشفائية "محمد زيوشي" طولقة.

الفصل الأول

تمهيد

تعتبر الصحة من الضروريات والاحتياجات الأولية التي تسعى كل المجتمعات البشرية إلى تحقيقها، حيث تقع مسؤولية تحقيقها على الحكومات والدول، ومن أبرز المشاكل والعقبات التي تواجهها هذه الأخيرة للحفاض على الصحة مشكل ارتفاع النفقات الصحية، ولمعالجة هذه المشكلة وكل المشاكل التي تربط الاقتصاد بالصحة.

ظهر فرع جديد من فروع الاقتصاد، يدعى باقتصاد الصحة يبحث في كيفية تطبيق أدوات علم الاقتصاد على القضايا الصحية، وتوضيح جوانبها المختلفة، ومنه سنحاول في هذا الفصل التطرق إلى اقتصاد الصحة بالإضافة إلى الخدمات والمؤسسات الصحية ثم النفقات الصحية.

I_ اقتصاد الصحة

إن تطبيق المبادئ الاقتصادية على الصحة ليس بالأمر السهل باعتبار أن الصحة لها خصائص تميزها عن غيرها من السلع فهي حق مكفول للجميع بغض النظر عن قدراتهم على الدفع، إن علم الاقتصاد يهتم أساسا بتخصيص الموارد الاقتصادية النادرة بين عدة استخدامات متنوعة ومتنافس عليها، وتعاني الخدمات الصحية من ندرة الموارد المتخصص لها بينما تزداد الحاجة إليها مع مرور الزمن، وبسبب خصوصية هذه الخدمات تطور مؤخرا فرعا اقتصاديا خاص بها سمي "اقتصاد الصحة" وذلك لتحليل القضايا الصحية وتقييم سياستها وتشريعاتها وأنظمتها من حيث تأثير كل منها على عرض وطلب الخدمات الصحية.

I-1 ماهية اقتصاد الصحة

يعتبر اقتصاد الصحة من المصطلحات الاقتصادية والمواضيع حديثة النشأة، حيث لم يتم التطرق إليها إلا في منتصف القرن العشرين وذلك بعد ظهور بعض الاشكاليات عند محاولة الدمج بين الصحة والاقتصاد وتطبيق المناهج والقوانين الاقتصادية في القطاع الصحي وذلك لكون لكل منهما مميزات وخصائص وأهم من ذلك غايات يصبو إليها تتعارض أو لا تحقق غايات الطرف الاخر.

I-1-1 نشأة اقتصاد الصحة¹

ظهر اقتصاد الصحة في نهاية الخمسينات في الولايات المتحدة الأمريكية وبريطانيا وبداية السبعينات في فرنسا والنقطة الموحدة بين مختلف البحوث تتمثل في اختيار قطاع الصحة كمجال للتطبيق وذلك للتوصل إلى التحليل الاقتصادي والتطور النظري، خلال عشرية الثمانينات أعطيت أهمية لاقتصاد الصحة لأسباب تطبيقية تخص متطلبات تسيير قطاع الصحة والهيئات المقدمة للعلاج.

إن فلسفة اقتصاد الصحة تجمع بين مفهومين متباعين وهما الاقتصاد والطب، التفكير الاقتصادي يعتمد على قيود الموارد الإجمالية المتاحة، ويتخذ الاقتصادي صفة التقني الذي عليه تخصيص الموارد بطريقة عقلانية، أما الطبيب فليست له قيود في مجال نشاطه إذ يتجاوز فكرة محدودية الأموال فبالنسبة له "الصحة ليس له ثمن".

¹ علي دحمان محمد، تقييم مدى فعالية الإنفاق العام على مستوى قطاع الصحي بالجزائر، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية، جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان، 2016/2017، ص ص 22_23.

على الرغم من أن اقتصاد الصحة من العلوم حديثة النشأة، إذ ظهر في النصف الثاني من القرن العشرين كفرع مستقل بذاته ليتطور بعد ذلك في الربع الأخير من هذا القرن، إلا أن ذلك لم يأتي صدفة بل إن علاقة علم الاقتصاد بالصحة ليست بالشيء الجديد وإنما هي قديمة سبقت القرن العشرين، وقد تبلورت هذه العلاقة من خلال انفصال فرع اقتصاد الصحة كفرع مستقل بذاته مما أدى إلى ظهور ملامح التقارب بين العلوم الطبية والعلوم الاقتصادية، والدليل على ذلك أن أوائل المفكرين الذين أرسو علم الاقتصاد كانوا أطباء أيضاً ومنهم F_Quesney الفيزوقراطي الذي كان اقتصادي وطبيب في نفس الوقت.

I-1-2 تعريف اقتصاد الصحة: لتحديد مفهوم أو تعريف لاقتصاد الصحة أولاً يجب تعريف كل من الاقتصاد والصحة كل على حدا ثم بعد ذلك تعريف اقتصاد الصحة.

I-1-2-1 تعريف الاقتصاد: لقد اختلف الباحثين والمفكرين الاقتصاديين في تعريف الاقتصاد وذلك باختلاف الموضوعات المدروسة والتخصصات والتوجهات، ومن التعاريف المذكورة ما يلي:

التعريف الأول: الاقتصاد هو ذلك العلم الذي يدرس سلوك الإنسان المتعلق باستعمالات الموارد الاقتصادية النادرة نسبياً، وذات الاستعمالات المتعددة من أجل إشباع الحاجات والرغبات الإنسانية المتزايدة، يوماً بعد يوم، وعلى مر الزمن.¹

التعريف الثاني: عرفه ادم سميث في كتابه الشهير ثروة الأمم بأنه "العلم الذي يدرس الكيفية التي تمكن الأمة من الحصول على الثروة ووسائل تنميتها".²

التعريف الثالث: عرفه (Lionel Robbins) بأنه "دراسة سلوك الإنسان كحلقة اتصال بين الأهداف والحاجات المتعددة من جهة والوسائل النادرة ذات الاستعمالات المتعددة من جهة أخرى".³

ومما سبق يمكن القول إن الاقتصاد هو العلم الذي يهتم بدراسة نشاط الإنسان في سعيه المستمر لإشباع حاجاته المتعددة والمتزايدة باستخدام موارده المتاحة والمحدودة.

¹ مهند أحمد حلوش، اقتصاديات الصحة، دار رؤى للنشر والتوزيع، الأردن، 2004، ص 22.

² شطيبي حنان، محاضرات في مقياس مدخل للاقتصاد، كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر 3 2017_2018، ص 4

³ سعد بنحمدان الليحياني، مبادئ الاقتصاد الإسلامي، 2006، ص 4.

I-1-2-2-1-2 تعريف الصحة: بالرغم من أنه يمكن بيع وشراء الخدمات الصحية، إلا أن الصحة ليست كذلك فلا يمكن الاتجار بالصحة ويصعب تعريف الصحة إذ أن التمتع بحالة الصحة الجيدة لا يعني مجرد الحياة ومن التعاريف المتعددة والمختلفة للصحة نذكر ما يلي:

التعريف الأول: عرفت المنظمة العالمية للصحة (OMC) في المادة الأولى من ميثاقها على أنها: "حالة من اكتمال السلامة بدنيا وعقليا لا مجرد الخلو من المرض أو العجز".¹

التعريف الثاني: يعرف العالم نيورمان الصحة بأنها "حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم وأن حالة التوازن هذه تنتج عن تكيف الجسم مع العوامل الضارة التي يتعرض لها".²

التعريف الثالث: عرفها Alfred Marshall في كتابه "مبادئ الاقتصاد" سنة 1977 بأنها القوة الجسدية والقوة العقلية والقوة المعنوية أو النفسية للفرد".³

ومما سبق ذكره يمكن أن نستنتج أن الصحة هي الحالة المثالية لتركيب الإنسان الجسماني والعقلي والنفسي والاجتماعي، بحيث يكون فيها خاليا من أي إعاقة أو مرض أو ضرر مهما كان نوعه، والصحة لا تقتصر على كون الجسم خاليا من الأمراض وإنما تشتمل على قيام الجسم بوظائفه المختلفة على أحسن صورة دون أي قصور أو تكاسل في أي عضو أو جزء من أجزائه.

I-1-2-3-1-2 تعريف اقتصاد الصحة: اختلف تعاريف اقتصاد الصحة وتعدد وذلك باختلاف الباحثين والاقتصاديين الذين تطرقوا إلى تحديد مفهوم لهذا المصطلح ومن هذه التعاريف نذكر:

التعريف الأول: عرفة الاقتصاديان "P.BONAMOUR ET F.GOYOT" في كتابهما "Economie médicale" والذي كتب من طرف اقتصادي وطبيب بأنه "فرع من المعرفة يهدف إلى عقلنه النشاط الطبي والذي يدرس الحالة المثلى لتوزيع الموارد المتاحة لضمان أحسن علاج وأحسن حالة صحية للسكان، تحت قيود الموارد المتاحة".⁴

¹ (علي دحمان محمد، مرجع سابق، ص 4.

² (رحيمة ميلود حواف، تطبيق إدارة الجودة الشاملة دراسة تحليلية لمواقف الأطباء والمرضى، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، مصر، 2016، ص 23.

³ (حدادة نجاة، تحديات الإمداد في المؤسسة الصحية، مذكرة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية، جامعة أبي بكر بلقايد تلمسان، 2011_2012، ص 25.

⁴ (نصر الدين عيساوي، مراقبة التكاليف في مؤسسة استشفائية، دراسة حالة مستشفى البير بقسنطينة، جامعة الإخوة منتوري، قسنطينة، 2004_2015، ص ص 15_16.

التعريف الثاني: كما عرف على أنه "العلم الذي يهتم بالحصول واستخدام الوسائل الوقائية والعلاجية، حيث يعتبر إنتاج منفعة المتمثل في حالة الصحة الجيدة بعد الوقاية والعلاج هم المخرجات، وأن الوسائل المستخدمة لذلك من تشغيل المستشفيات وإنتاج الأدوية هم عوامل الإنتاج مدخلات."¹

ومن التعاريف السابقة يمكننا تعريف اقتصاد الصحة على أنه أحد فروع الاقتصاد يبحث عن الطريقة المثلى لتحقيق حالة صحية جيدة وسليمة باستغلال الموارد المادية والمالية المتاحة.

I-2 أسباب ظهور اقتصاد الصحة وخصائصه

إن لاقتصاد الصحة خصائص تميزه عن غير من فروع الاقتصاد، كما أن ظهور هذا الفرع من العلوم الاقتصادية يعود إلى العديد من الأسباب، حيث سنحاول ذكر بعض من أسباب ظهوره، وخصائصه.

I-2-1 أسباب ظهور اقتصاد الصحة: هناك عدة أسباب عجلت بظهور اقتصاد الصحة منها ما هو اقتصادي ومنها ما هو اجتماعي لكن ما يهمنا وحسب موضوع البحث الأسباب الاقتصادية والتي من بينها:²

- **الثقل الاقتصادي للنفقات الصحية:** الترابط بين الصحة والاقتصاد يبرز بشكل كبير في ظل الأزمات التي واجهت المجتمعات البشرية وبالخصوص بعد الحرب العالمية الثانية، وذلك نتيجة بروز الثقل الاقتصادي الذي أصبح يشكله الإنفاق الصحي، ومن ثم أصبح البحث منصبا في طريقة تسيير جيدة أكثر عقلانية للموارد والوسائل المقدمة للقطاع الصحي وكذا معرفة الطريقة المثلى للإنفاق.

إذن أمام الظروف الصحية المزرية وتنامي متواصل للإنفاق الصحي نجد أن رجل الاقتصاد مضطر إلى إدخال اعتبارات اقتصادية في القرارات الطبية وذلك بهدف إنقاذ أكبر عدد ممكن من أفراد المجتمع وبأقل تكلفة آخذا بعين الاعتبار حجم الموارد المتوفرة.

- **البحث عن أكبر مردودية في المجال الصحي:** تزايد النفقات الصحية تزامن مع الرفاهية الاقتصادية التي سادت الدول المصنعة خلال الثلاثين سنة التي تلت نهاية الحرب العالمية الثانية إذ أصبح من الضروري تطبيق تقنيات التعبير في الميدان الصحي وذلك تزامن مع الركود الاقتصادي ومحدودية الموارد المالية التي تلت مرحلة التسيير

¹ العلواني عديلة، أسس اقتصاد الصحة، الجزء الأول، دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر، 2014، ص 16.

² علي دحمان محمد، مرجع سابق، ص 26.

المالي هذا من جهة ومن جهة أخرى عقله النفقات لغرض إشباع أكبر عدد من الأفراد المجتمع تحت قيد الموارد المالية.

I - 2-2 خصوصيات اقتصاد الصحة: تتمثل خصوصيات اقتصاد الصحة فيما يلي:¹

- **تدخل الدولة:** بعد الأزمة الاقتصادية لسنة 1929، تبين أن تدخل الدولة ضروري لتنظيم الحياة الاقتصادية في الدول ذات الاقتصاد الليبرالي، لكن تدخل الدولة في ميدان الصحة لا يقتصر في التعديل أو التوجيه فقط بل يتعدى ذلك، أين تصبح الدولة المسؤول الأول على هذا القطاع، يبدأ تدخل الدولة في ميدان الصحة من خلال الشهادات الممنوحة للمتخرجين والتي تسمح لهم بممارسة النشاط الطبي بمختلف اختصاصاته، في بعض الدول المتقدمة كالولايات المتحدة الأمريكية فإن الشهادة الممنوحة للمتخرج من المعهد الطبي لا تكفي لوحدها لتوظيفه وعلى المتخرج أن يتحصل على شهادة إثبات الذات والتي تمنح من طرف الخواص بعد مرحلة ميدانية تجريبية، بالإضافة إلى الشروط التي تضعها الدولة للدخول إلى ميدان الصحة وعند التوظيف تتدخل الدولة في ميدان التأمينات والمساعدات الاجتماعية للطبقات الفقيرة، العجزة قدام المحاربين، أصحاب الأمراض المزمنة ... هذا ما نجده حتى في الدول ذات النهج الليبرالي كالولايات المتحدة الأمريكية.

تدخل الدولة في الميدان الصحي يمس أيضا التدريس الطبي و البحث العلمي ففي الولايات المتحدة الأمريكية تأتي الصحة في المرتبة الثانية بعد الميدان العسكري فيما يخص ميزانية البحث، اهتمامها بالجانب الصحي تجلى في الاكتشافات الجديدة في ميدان الوراثة و معالجة الأمراض التي كانت مستعصية في وقت ما كسرطان الثدي مثلا تتدخل الدولة أيضا في مجال الإعفاءات الضريبية للاشتراكات الخاصة بالتأمينات على المرض الممنوحة من طرف أرباب العمل، هدف تدخل الدولة في ميدان الصحة يجعل منها منظم لهذا الميدان ويسهر على السير الحسن له.

- **عدم اليقين:** عدم يقين المستهلك يبدأ من جهله لحالته الصحية انطلاقا من غياب أعراض المرض، حيث أنه يحكم بأنه بصحة جيدة بمجرد غياب أعراض المرض المحسوسة، فهناك أمراض لا تظهر أعراضها خارجيا إلا إذا تستقل في جسم الإنسان شيئا فشيئا، إذا فالحواس ليست معيار دقيق لتحديد الحالة الصحية للفرد، عند إحساس الفرد بأعراض المرض يتوجه إلى الطبيب، هذا الأخير الذي يحاول تشخيص حالته الصحية وإعطاءه العلاج اللازم للشفاء، وبمجرد رؤية الطبيب للمريض، تذهب مخاوف هذا الأخير هذا راجع إلى المعلومات التي تحصل عليها

¹ (نصر الدين عيسوي، مرجع سابق، ص_ص 34_36

المريض من طبيبه حول حالته الصحية، تكون هذه المعلومات صحيحة دائما إذا كان الطب علم دقيق و العلاجات مضمونة النتائج، و هذا ما يمثل الجانب الموضوعي لليقين من عدمه.

هناك جانب ذاتي يمس أخلاقيات المهنة للطبيب، هنا نطرح السؤال التالي: من الذي يضمن ممارسة الطبيب لمهنته على أكمل وجه؟ بما أن الطبيب بشر، والبشر معرض للخطأ فلا شيء يمنع الطبيب من أن تتكون له مطامع مالية مثلا، أو بناء سمعته بغض النظر عن الوسائل المستعلة في ذلك، إن عدم اليقين يصبح في بعض الأحيان سلوك عادي تحركه تقديرات شخصية، مثلا عدم قبول الواحد منا رأي طبيب واحد وتوجهه إلى طبيب ثاني ثم ثالث، وفي نفس الوقت ليس للمريض أي اختصاص للحكم على كفاءة أي طبيب قد يصبح عدم اليقين في بعض الأحيان في محله من ناحية أن كشف الطبيب الأول على المريض وتشخيص مرضه ثم بتغيير الطبيب - على الرغم من بقاء المريض على حاله - يتغير معه تشخيص المرض، بما أن المرض يمتد وفق مدة زمنية غير محددة مسبقا، غالبا ما تكون مدة مكوث المريض في المستشفى المسجلة من طرف الطبيب في بدايتها غير التي تسجل في ملفه الاستشفائي عند الخروج.

عدم اليقين في ميدان الصحة يمتد أيضا إلى مجال التأمين على الأمراض، فالتأمين على الأشخاص مبني على الاحتمالات، وعند الحديث على الاحتمال فالخطر وارد بالنسبة للمؤمن أو المؤمن عليه، فهناك حالات يطلب فيها المؤمن أموال ضخمة على المؤمن عليه، بالمقابل النفقات العلاجية تكون قليلة خلال تلك الفترة والعكس صحيح ما يمكن قوله في هذا العنصر أن ميدان الصحة يسوده عدم اليقين لأنه ميدان موضوعه الإنسان.

- **المؤثرات الخارجية:** نسمي المؤثرات خارجية كل العوامل الإيجابية (منفعة)، والعوامل السلبية (تكلفة) التي يتلقاها شخص من شخص آخر، دون وجود مقابل لهذا التأثير أو نية مباشرة لتلقيه من الشخص الثاني أحسن مثال على المؤثرات الخارجية هي النشاطات الوقائية التي يتلقاها مجموعة من الأشخاص فقط والتي يستفيد منها المجتمع ككل فالمصاب بمرض معدي لا يهدد حياته هو فحسب، بل وحياة المجتمع كله فبمجرد معالجة هذا الشخص بعينه يستفيد كل المجتمع من ذلك بصفة غير مباشرة على شكل وقائي هذا فيما يتعلق بالمؤثرات الخارجية الايجابية، فيما يخص المؤثرات الخارجية السلبية، فهناك مثلا بعض العلاجات التي تتخذ حياة بعض الأشخاص في المرحلة الأولى، وفي مرحلة موائية تصبح أمراض أكثر خطورة من المرحلة السابقة، هناك الكثير من المرضى الذين يتناولون مجموعة كبيرة من المضادات الحيوية هذه الأخيرة - وعلى المدى الطويل - ستؤثر على تركيبة البكتيرية المكشوف عليها في المرحلة الأولى في المرحلة الموائية تصبح هذه المضادات غير فعالة أمام البكتريا المتحولة، بانتقال هذه البكتريا إلى

أشخاص آخرين فستؤثر عليهم، لمعالجة هؤلاء الأشخاص قد يتطلب ذلك إيجاد مضاد حيوي جديد يقاوم تركيبة البكتريا المتحولة.

- لا تماثل المعرفة: امتلاك الطبيب للمعلومة في ميدان الصحة، يمكنه من ممارسة نفوذه في اختصاصه وهذا النفوذ يصبح في بعض الحالات سلبيًا تبعًا لشخصية الممارس، فبمجرد اهتمام الطبيب بالريح مثلاً يدفعه لتغليب مريضه كوصف علاج يجعل المريض في صلة دائمة بعيادة الطبيب، السبب في حالة استغلال الطبيب لمريضه هو جهل المريض لعلته أو جهل العلاجات المتوفرة لمعالجتها، ففي الوقت الحالي تتوفر "شبكة الانترنت" والتي تزود كل فضولي أو غير مختص بمعلومات كافية تمده بفكرة عامة حول مراده امتلاك بعض المعلومات من طرف المريض تمكنه من مناقشة طبيبه حول الحلول المقترحة و تحصينها له في حالة وجود نية لاستغلاله.

I-3- النظام الصحي: يهدف النظام الصحي إلى تلبية الاحتياجات الصحية وتوفير الرعاية الصحية الجيدة

للسكان، حيث سيتم في هذا الجزء تحديد تعريف لهذا النظام وذكر مكوناته.

I-3-1 تعريف النظام الصحي: لتحديد أو إيضاح تعريف النظام الصحي يجب أولاً وقبل هذا إيضاح معنى ومفهوم النظام بصفة عامة (تعريفه).

I-3-1-1 تعريف النظام: توجد عدة تعاريف من بينها:

التعريف الأول: يعرف النظام على أنه عبارة عن كيان عام تتداخل عناصره ومكوناته على نحو يجعله يتفاعل ويتبلور في النهاية في صورة أو أخرى، وأي نظرية تحاول أن تتعرف على الكيفية التي تتربط بها هذه المكونات وتتفاعل يطلق عليها نظرية النظم.¹

التعريف الثاني: النظام هو تواجد عدة قوى أو تأثيرات تتفاعل مع بعضها البعض مما يؤدي إلى حصول تغيرات وتطورات ترمي للوصول إلى الأهداف المرجوة.²

¹ محمد حمد القطاطشة، النظام الاقتصادي السياسي الدولي، دار وائل للنشر، الأردن، 2013، ص 15.

² مجموعة من المختصين في علم الإدارة، الإدارة الصحية، منظمة الصحة العالمية، أكاديمية انترناشيونال، 2007، ص 34.

التعريف الثالث: كما عرف النظام بأنه مجموعة من العناصر المترابطة والمتفاعلة والمتكاملة التي تهدف لتحقيق هدف واحد ويجب أن تكون هذه العناصر كلا واحداً، وأن العلاقة بين عناصره هي الرابطة التي تربطها معاً لتحقيق هدف مشترك وللنظام مدخلات وعمليات ومخرجات وتغذية عكسية¹.

ومنه يمكن تعريف النظام على أنه " هو عبارة عن مجموعة من العناصر المترابطة والمتفاعلة مع بعضها البعض وتسعى جميعها لتحقيق هدف المنظمة".

I-3-1-2 تعريف النظام الصحي: من بين التعاريف المختلفة للنظام الصحي نذكر ما يلي:

التعريف الأول: النظام الصحي هو عبارة عن مجموعة من المنظمات والمؤسسات والموارد البشرية والمالية والأنشطة الوظيفية المترابطة والمتفاعلة والرامية أساساً إلى تحسين الصحة العامة.²

التعريف الثاني: لقد عرفت منظمة الصحة العالمية في تقريرها لعام 2000 الأنظمة الصحية "تشمل على كل المنظمات والمؤسسات والموارد التي تركز لإنتاج الأفعال الصحية أي كل الجهود التي تبذل بهدف تحسين الصحة سواء تعلقت هذه الجهود بالعاية الصحية للأفراد أو بتقديم الخدمات الصحية العامة"³

التعريف الثالث: النظام الصحي "عبارة عن أسلوب عمل وطريقة وإجراءات تسعى لتحقيق الأهداف الصحية في دولة أو مؤسسة أو دائرة ما.⁴

وبذلك يمكننا القول بأن النظام الصحي هو مجموعة أساليب العمل والإجراءات وكذا السياسات واللوائح والمؤسسات والمنظمات التي تسعى لتحقيق الأهداف الصحية.

I-3-2 مكونات النظام الصحي: تختلف الأنظمة الصحية من بلد إلى آخر ولكنها عامة ما تضم السبعة مكونات

التالية:⁵

- **الهيكل التنظيمي:** ويتمثل في خريطة مفصلة وشاملة للنظام بكل ما تحويه من مركزية ولا مركزية الخدمات وكذلك اتخاذ القرارات بما في ذلك المستويات الثلاث للرعاية:

• الرعاية الأولية؛

¹ عاطف جابر طه، نظم المعلومات للموارد البشرية، الدار الأكاديمية للعلوم، مصر، 2014، ص 4.

² عامر بن عياد بن مناحي العتيبي، إدارة المستشفيات والمرافق الصحية المبادئ الأساسية، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، مصر، 2016، ص 43.

³ رحيمة ميلود حواف، مرجع سابق، ص 27.

⁴ صلاح محمود ذياب، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، الطبعة الأولى، الأردن، 2009، ص 52.

⁵ بحدادة نجا، مرجع سابق، ص ص 36_37.

- الرعاية الثانوية؛
- الرعاية الثالثة أو التخصصية.

- تقديم الخدمات: تختلف الخدمات نسبة لما يلي:

- مقدمي الخدمات الخواص (الهادفين للريح أم لا) مقارنة مع مقدمي الخدمات الذين ينتمون إلى القطاع العام؛
- مدى أهمية ونطاق الطب التقليدي أو الرعاية غير الرسمية؛
- درجة إشباع توقعات الجمهور من احترام، اختيار، جودة، وإشراك المجتمع المحل.

- الموارد البشرية: وفقا لمنظمة الصحة العالمية فإن الموارد البشرية في مجال الصحة تشمل جميع الأشخاص الذين يشتركون في تعزيز وحماية وتحسين صحة السكان، ويتعلق الأمر بالعاملين في المجال الطبي سواء في المنظمات العمومية أو الخاصة، وهذا إلى جانب العمال الموكلة إليهم المهام الإدارية واللوجسيكية، ويجب أن يعتمد نظام الرعاية الصحية على عدد كافي من العاملين الصحيين، والذين يجب أن يتواجدوا في المكان والوقت المناسبين والذين لديهم المعارف والمهارات لتعزيز الصحة والوقاية من الأمراض.

- التمويين وأنظمة التأمين: ويتعلق الأمر هنا بمستوى الإنفاق الحكومي لنظام الرعاية الصحية، وكذا مصادر التمويل الخارجي، بما في ذلك الجهات المانحة، فضلا عن قضايا مثل رسوم الاستخدام وخطط التأمين الصحي.

- أنظمة المعلومات حول الصحة: من الضروري أن يكون هناك نظم فعالة وموثوقة هنا لجمع وتحليل البيانات فاتخاذ القرار يستمد من هذه الأنظمة، وتتمثل المعطيات الصحية في إحصائيات الحالة المدنية (ولادات ووفيات) سجلات المرضى، وبيانات حول مكافحة الأمراض. الخ.

- شراء، إمداد، أنظمة التمويين: اذ يجب أن يسهل الحصول على الأدوية، المستلزمات والمعدات الأساسية وهذا يتطلب سياسات وتنبؤات مناسبة، أنظمة شراء وتوزيع فعالة، هذا إلى جانب تخزين سليم للمخزون وغيرها.

- أبحاث حول الأنظمة الصحية: يجب أن تعتمد البلدان على أبحاث تحدد من خلالها نقاط القوة والضعف في أنظمتها الصحية وتصحيحها، إذ تزود هذه الأبحاث صانعي القرار، ومديري الخدمات الصحية بالمعلومات التي يحتاجونها لضمان أن تساهم استراتيجياتهم وبرامجهم وخدماتهم في إزالة الحواجز وفي نهاية المطاف تحسين النتائج الصحية.

كما يمكن أن يتم استنتاج مكونات النظام الصحي بناء على فروعها والتي عن طريقها يتم تحديد مكوناته والتي هي:¹

- نظام إنتاج الخدمات الصحية: يتكون من المنظمات والأنشطة التي تقوم على إنتاج وتقديم خدمات الرعاية الصحية والطبية للأفراد والجماعات والمجتمع ككل وتشمل خدمات الصحة العامة والشخصية.
- نظام صيانة النظام الصحي: وهو العمل على استمرار وتمويل النظام الصحي والقيام بمهام إعداد وتعليم وتدريب وتأهيل العاملين فيه للقيام بالأدوار المختلفة لهم ومكافأتهم على ما يقومون به من جهد.
- نظام تكييف الخدمات الصحية: يتكون من المنظمات والأنشطة التي تقوم على رصد ومتابعة التغيير الحاصل في النظام الاجتماعي الكلي كالتغيير في أنماط انتشار المرض وتكنولوجيا العلاج وطرق تمويل وإنتاج الخدمات الصحية وتقديمها وفق متغيرات.
- نظام إدارة الخدمات الصحية: يتكون من العمليات والأنشطة التي تقوم بمهام تنسيق وضبط وتوجيه أنشطة المنظمات التي تنطوي تحت الأنظمة الفرعية الثلاث سابقة الذكر.

¹ (عمار بن عياد بن مناحي العتيبي، مرجع سابق، ص 44).

II الخدمات والمؤسسات الصحية

تعتبر المؤسسة الخدمية من أهم المؤسسات في وقتنا الحالي فقد أصبحت تحتل مكانة كبيرة في حياتنا اليومية وتعتبر المؤسسات الصحية أهمها لأنها تقدم أنواع عديدة من الخدمات الصحية الضرورية والمتعلقة بسلامة وصحة الأفراد ومن خلال هذا الجزء سنحاول التعرف على بعض الجوانب المهمة والمتعلقة بالخدمات الصحية والمؤسسات الصحية.

II - 1 ماهية الخدمات الصحية: لمحاولة الإلمام بماهية الخدمات الصحية سيتم تعريف الخدمات الصحية وذكر كل من أنواعها وخصائصها.

II-1-1 تعريف الخدمات الصحية: قبل تعريف الخدمات الصحية يجب علينا أولاً تعريف الخدمات بصفة عامة.

II-1-1-1 تعريف الخدمة: وردت عدة تعاريف للخدمة ومن بينها:

التعريف الأول: فقد عرفها P Kotler على أنها "نشاط أو منفعة يمكن تقديمها لطرف آخر وهي أساساً غير ملموسة ولا يمكن نقل ملكيتها، وإنتاجها يمكن أن يرتبط أحياناً بسلعة".¹

التعريف الثاني: كما عرفها ستانتون "الخدمة هي النشاطات غير المحسوسة والتي تحقق منفعة للزبون أو المستفيد والتي ليست بالضرورة مرتبطة ببيع سلع أو خدمة أخرى أي أن إنتاج خدمة معينة أو تقديمها لا يتطلب تقديم سلعة مادية".²

التعريف الثالث: "الخدمات تتضمن كل الأنشطة الاقتصادية التي مخرجاتها ليست منتجات مادية، وبشكل عام تستهلك عند إنتاجها وتقدم قيمة مضافة".³

ومنه يمكننا تعريف الخدمة على أنها نشاط غير ملموس يهدف إلى تحقيق منفعة أو فائدة للزبون، بحيث يمكنه الحصول على المنفعة دون الحصول على ملكية الخدمة.

¹ مصطفى يوسف، إدارة المستشفيات، دار ومكتبة الحامد للنشر والتوزيع، عمان، 2016، ص 229.

² فريد كورتل، تسويق الخدمات، دار كنوز المعرفة العلمية للنشر والتوزيع، عمان، 2008، ص 64.

³ هني حامد الضمور، تسويق الخدمات، الطبعة الرابعة، دار وائل للنشر، الأردن، 2008، ص 20.

II-1-1-2 تعريف الخدمات الصحية: تعرف الخدمة الصحية على أنها:

التعريف الأول: الخدمة الصحية هي "العلاج المقدم للمريض سواء كان تشخيصاً أو إرشادياً أو تدخلاً طبياً ينتج عنه رضا أو قبول وانتفاع من قبل المرضى وبما يؤول لأن يكون بحالة صحية أفضل".¹

التعريف الثاني: كما يمكن تعريفها على أنها: "هي مجموعة من العناصر المترابطة التي تساهم بتحقيق الصحة والمؤسسات التعليمية وأماكن العمل والمحلات العامة والتجمعات وكذلك في البيئة العمرانية والنفسية والاجتماعية وقطاع الصحة والقطاعات المرتبطة به".²

التعريف الثالث: الخدمات الصحية هي: "الخدمة التي ينتجها القطاع الصحي ويطلبها المرضى في سوق الخدمات الصحية، وهي نوعان خدمة صحية علاجية تهدف إلى تحسين الصحة بعد الإصابة بالمرض وخدمة صحية وقائية تهدف إلى الوقاية من الإصابة بالأمراض".³

ومن التعاريف السابقة يمكننا تعريف الخدمات الصحية على أنها الخدمات التشخيصية والعلاجية والتأهيلية والاجتماعية والنفسية التي تقدمها المؤسسات الصحية والتي تهدف لتحقيق السلامة والصحة.

II-1-2 خصائص وأنواع الخدمات الصحية: تعددت الخصائص التي تميز الخدمات الصحية عن غيرها من الخدمات بالإضافة إلى الخصائص التي تشترك بينها وبين باقي الخدمات، كما توجد أنواع أساسية لهذه الخدمات حيث سيتم في هذا الجزء التطرق إلى كل من خصائص الخدمات الصحية وأنواعها.

II-1-2-1 خصائص الخدمات الصحية: إن خصائص الخدمات الصحية لا تبتعد كثيراً عن خصائص الخدمات بصفة عامة، وتتمثل خصائص الخدمات في الآتي:⁴

- **اللاملموسية:** يقصد بها عدم القدرة على لمس الخدمة أو تجربتها، وهذا ما يدفع إلى صعوبة تصورها ذهنياً، كما يؤدي في الغالب إلى المعرفة غير الدقيقة للنتيجة مسبقاً ولهذا يعد قرار شراء الخدمة أصعب من قرار شراء السلعة

¹ صفاء محمد هادي الجزائري، قياس وتقييم جودة الخدمات الصحية، دراسة تطبيقية في مستشفى الفيحاء، البصرة، ص 12.

² سعيدة رحمانية، وضعية الصحة والخدمات الصحية في الجزائر، الباحث الاجتماعي، العدد 11، مارس 2015، ص 216.

³ صفاء أحمد باسلامة ونشوى مصطفى علي، تطور القطاع الصحي وأثره على النمو الاقتصادي في المملكة العربية السعودية، ص 5.

⁴ ميساء فتحي عيد أبو حصيرة، تقييم جودة المؤسسات الصحية الحكومية حسب معايير منظمة الصحة العالمية، دراسة حالة مستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي، مذكرة ماجستير إدارة أعمال، الجامعة الإسلامية غزة، 2016، ص 55-56.

ولتلافي هذه الصعوبة يجب البحث عن علاجات أو مؤشرات تدل على جودة الخدمة المقدمة، مثل: مكان أدائها ومقدمها، والأجهزة المقدمة؛

- **التلازمية أو عدم الانفصال:** التلازمية مفهوم يتكون من بعدين: البعد الأول هو التلازمية بين الإنتاج والاستهلاك فنجد السلعة المادية تنتج وتخزن ثم تباع وتستهلك، لكن الخدمات تباع أولاً ثم تنتج ثم تستهلك في الوقت نفسه، أما البعد الثاني للتلازمية فهو أن المستفيد لا يمكن فصله أغلب الحالات في أثناء تقديم الخدمة؛

- **عدم التجانس في تقديم الخدمة:** تتميز الخدمات بالتباين، لاعتمادها على كفاءة مقدمها ومهارته، وكذا مكان تقديمها وزمانها، كما أن مقدم الخدمة يقدم خدماته بطرق مختلفة اعتماداً على ظروف معينة، وبذلك تتباين الخدمة المقدمة من الشخص نفسه أحياناً، مما يؤدي إلى صعوبة تمييز الخدمة؛

- **عدم تملك الخدمة:** أي أن الخدمة لا تملك أو تنتقل ملكيتها من البائع إلى العميل عند الاتفاق عليها، فالمستفيد من الخدمة يستهلك المنفعة دون إمكانية تملك الخدمة؛

- **الاستمرارية:** من جهة نظر المريض، تعني أن إجراءات الخدمة الصحية هي العناية بالشخص ككل وليس كأجزاء جسم وأعضائه فالمريض هو محور إدارة الخدمات الصحية وهذا يتحقق من خلال استمرارية العلاقة بين طالبي الخدمة ومقدميها، الذين يرشدون مرضاهم ويوجهونهم إلى حيثما تتطلب حالاتهم متابعة رعاية أفضل.

كما يمكن أن تتجسد الخصائص المميزة للخدمة الصحية المقدمة إلى خصوصية تلك الخدمة، وبالتالي انعكاس ذلك على الأسلوب والعمل الإداري الذي يمكن أن تقدم به إلى الجمهور حيث يمكن ذكر بعض من هذه الخصائص فيما يلي:¹

- تتميز الخدمات الصحية بكونها عامة للجمهور، وتسعى من تقديمها إلى تحقيق منفعة عامة ولمختلف الجهات والأطراف المستفيدة منها سواء كانوا أفراد أو منظمات أو هيئات أخرى؛

- الخدمة الصحية المقدمة تتميز بكونها على درجة عالية من الجودة لأنها مرتبطة بحياة الإنسان وشفائه وليس بأي شيء مادي آخر يمكن تعويضه أو إعادة شراؤه لذلك فإن معيارية الأداء للخدمة الصحية تكون عالية وتخضع إلى رقابة إدارية وطبية واضحة؛

¹ (ثامر ياسر البكري، مرجع سابق، ص ص 59_60.

- تؤثر القوانين والأنظمة الحكومية على عمل المؤسسات الصحية عامة والمستشفيات بخاصة، وذلك فيما يتعلق بتحديد منهج عملها والخدمات الطبية التي تقدمها والكيفية التي يتم بها ذلك؛
- في منظمات الأعمال عموماً تكون قوة اتخاذ القرار بيد شخص واحد أو مجموعة أشخاص يمثلون قمة الإدارة بينما في المنظمة الصحية تكون قوة القرار موزعة بين مجموعتين إلى حد ما وهما الإدارة ومجموعة الأطباء؛
- معظم المبالغ التي تتفق من إدارات المستشفيات وبخاصة ذات العلاقة بالخدمة الصحية المقدمة للمواطنين يتم تحويلها من طرف ثالث (الدولة، شركات التأمين، مؤسسات خيرية... الخ). وبالتالي فإن ما يدفعه المريض لا يساوي حقيقة المنافع الطبية التي حصل عليها، وإنما أكثر من ذلك، لذلك فإن هذا الأمر جعل المرضى أق حساسية تجاه الأسعار لما هو عليه في الخدمات الأخرى وسعيهم للحصول على نوعية عالية من الخدمات الصحية وربما أكثر مما تستدعي حاجتهم لها؛
- وجوب الاتصال المباشر بين المستشفى والمستفيد من الخدمة الصحية، إذ أن الخدمة الصحية لا يمكن تقديمها في الغالب إلا بحضور المريض نفسه للفحص والتشخيص والعلاج وإجراء التحاليل... الخ؛
- نظراً لكون الخدمة الصحية مرتبطة بالإنسان وهو أعلى شيء، فإنه يكون من الصعوبة في الكثير من الأحيان على إدارات المستشفيات أن تعتمد على المعايير نفسها والمفاهيم الاقتصادية التي تطبق في خدمات أخرى على عملها.

II-1-2-2 أنواع (تقسيمات) الخدمات الصحية: يمكن تقسيم الخدمات الصحية إلى نوعين هما:¹

- _ **الخدمات الصحية العلاجية:** تشمل على الخدمات الصحية المرتبطة بصحة الفرد بصورة مباشرة، والتي تشمل خدمات التشخيص وخدمات العلاج، سواء تم ذلك العلاج الدوائي المباشر داخل المنزل أو تم من خلال خدمات صحية مساندة تحتاج رعاية سريرية داخل المراكز الصحية، أو تم ذلك بالتدخل الجراحي التقليدي أو المعاصر ويهدف هذا النوع من الخدمات إلى تخليص الفرد من مرض أصابه أو تخفيف معانات الفرد من آلام المرض.
- _ **الخدمات الصحية الوقائية:** وهي الخدمات الصحية المرتبطة بصحة المجتمع أو ما يمكن أن نطلق عليه بالخدمات الصحية البيئية حيث ترتبط تلك الخدمات بالحماية من الأمراض المعدية والأوبئة والحماية من التدهور الصحي الناتج عن سلوك الأفراد والمشروعات التي تمارس أنشطة ملوثة للبيئة، ويرتبط هذا النوع من الخدمات

¹ (فريد كورتل ودرمان سليمان صادق ونجاة العامري، تسويق الخدمات، دار كنوز المعرفة العلمية للنشر والتوزيع، عمان، ص ص 85_86.

الصحية بصحة الفرد بصورة غير مباشرة، هذه الخدمات هي خدمات صحية مانعة، تهدف إلى وقاية الفرد من التعرض للمرض، وهي تشمل خدمات التطعيم من الأمراض الوبائية، وخدمات رعاية الأمومة والطفولة وخدمات الرقابة الصحية على متاجر تقديم الغذاء ووحدات الإنتاج الصناعي والزراعي، إضافة إلى خدمات الإعلام ونشر الوعي الصحي.

II-2 المؤسسات الصحية: هناك عدة مؤسسات خدمية لا يمكن للأفراد والمجتمعات التخلي عنها وعن خدماتها وذلك لأهميتها والدور الذي تؤديه هذه المؤسسات في المجتمع ومن أبرز هذه المؤسسات إن لم نقل أهمها المؤسسات الصحية.

II-2-1 التطور التاريخي للمؤسسات الصحية: إن المؤسسات الصحية لم تصل إلى هذا المستوى من التقدم إلا نتيجة للتطورات التاريخية التي طرأت عليها على مر العصور، بدءاً من الحضارات القديمة ووصولاً إلى العصر الحديث.

II-2-1-1 المؤسسات الصحية في الحضارات القديمة:¹

تعددت الأبحاث والدراسات التاريخية التي بينت أن فكرة تكوين مؤسسات صحية فكرة قديمة تطورت على مر العصور حيث ذكرت الجودة في المجال الطبي قبل ما يقارب 1200 عام قبل الميلاد في المعابد الإغريقية ويعد أبقراط أول من وضع أساسيات معالجة المرضى في هذه المعابد.

واستخدم الفراعنة قبل حوالي 600 قبل الميلاد المعابد لإيواء المرضى وعلاجهم، وسميت بمعابد الشفاء، وفي القرن الخامس قبل الميلاد احتوت كتب "توت" في الحضارة المصرية القديمة على بعض معايير الممارسات الطبية، حيث عد أي انحراف عن هذه المعايير جريمة تستوجب العقاب.

وأنشأ الفارسيون مستشفيات في المدن الرئيسية أطلق عليها اسم "بمارستانات" وهي كلمة فارسية تعني دار المرضى. أما قبل 400 عام قبل الميلاد فقد وضع أرسطو قانوناً يؤكد أنه لا يسمح للأطباء بتغيير طريقتهم الاعتيادية في العلاج إلا في الظروف القصوى، أما فيما يخص عصر الإغريق فقد طلب أبقراط (أبو الطب) من تلاميذه أن يقسموا على أن يقدموا لمرضاهم أفضل ما يمكن تقديمه من رعاية، وقد أدت هذه الخلفية التاريخية إلى تأسيس وترسيخ قيم وتقاليد ممارسات مهنة الطب منذ عصور ما قبل الميلاد وحتى عصرنا الحاضر.

¹ (ميساء فتحي عيد أبو حصيرة، مرجع سابق، ص ص 50_51.

أما الحضارة الهندية (من 273 إلى 232 قبل الميلاد) فقد شهدت بناء مستشفيات عرفت باسم "سكيستا" قيل إنها كانت على درجة عالية من النظافة.

وقد خصص الرومان (خلال الفترة 350 إلى 500م) أماكن بالكنائس المسيحية لإيواء المرضى وعلاجهم كما أنشؤوا مستشفيات صغيرة لعلاج الجنود.

II-2-1-2 المؤسسات الصحية في العصر الإسلامي:

في الحضارة العربية الإسلامية أقيمت مؤسسات استشفائي على يد أطباء طبقت شهرتم الأفاق، كالرازي وابن سينا وتم تنظيم عملية تقديم الخدمات الصحية حول المستشفيات الخيرية التي كانت تعرف بالبيمارستان والتي تقام في المدن الرئيسية وتستخدم لمعالجة المرضى ولتدريب الأطباء في وقت واحد، وقد أسهم الإسلام بقسط وافر في تطوير الطب والعلوم الأخرى في أوروبا إبان انتشاره في الأندلس وأجزاء أخرى من القارة الأوروبية، وكان لمدارس بغداد في العصر العباسي، ومدرسة القيروان التي أنشئت بعد انتشار الإسلام في إفريقيا، تأثير بالغ في مجالات الطب والصيدلة و الجراحة، وكان لأطباء المسلمين العظام من أمثال ابن النفيس، وأبي القاسم الزهراوي أثرهم الحاسم في تطور النظم الصحية، في جميع أنحاء شرق الأبيض المتوسط بما فيها بعض البلدان الأوروبية، وكذلك فقد أكد الإسلام على تعزيز الصحة ووقايتها، فأسهم بذلك في توسيع دائرة التدخلات الطبية، إلى ما هو أبعد من الرعاية العلاجية التي كانت تقدم في البيمارستان، وأنشأت المصحات في بعض الضواحي لمعالجة المرضى بأمراض معينة كالجدام والجرب. الخ.¹

II-2-1-3 المؤسسات الصحية في العصر الحديث:

يمثل العصر الحديث ثورة هائلة بالنسبة للمؤسسات الصحية وأعمالها، فقد حملت الثورة الصناعية الكثير من التغيرات الاجتماعية التي أثرت بدورها على الخدمات الصحية وبالتالي تأسيس مستشفيات جديدة، وفي أعقاب الحربين العالميتين الأولى والثانية، وبعد بناء صرح اقتصادي وصناعي ضخم، ظهرت المؤسسات الصحية بكثرة لخدمة ما يتعرض له العمال من حوادث في العمل والتنقل، وخدمة لأمراض تلوث الجو وأمراض البيئة الصناعية بشكل عام، وقد زاد عدد وحجم هذه المؤسسات، وظهرت الحاجة الماسة إلى إدارة تلك المؤسسات بكفاءة وفعالية. أما في وقتنا الحاضر فقد اتخذت المؤسسة الصحية بمفهومها المعاصر أشكالاً متعددة وأطلق عليها مسميات متنوعة، وأصبح ينظر إليها على أنها نظام مفتوح لاعتمادها على أفراد المجتمع وتأثرها بالبيئة، وأهم ما يميزها

¹ بلقاسم صبري، الدور الاستراتيجي لوزارة الصحة في تطوير النظم الصحية وتحسين أدائها، مؤتمر الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات الخاصة والحكومية في الوطن العربي، القاهرة، 12_14 مارس 2002، ص 11.

التركيز على العيادات الخارجية وتقديم الخدمات الصحية في منازل المرضى، التركيز على استخدام التقنيات الطبية الحديثة بشكل واسع والاعتماد على معايير الجودة.¹

II-2-2 تعريف المؤسسات الصحية: هناك عدة تعاريف للمؤسسة الصحية منها:

التعريف الأول: "المؤسسة الصحية هي جزء متكامل من النظام الصحي وظيفتها توفير العناية الصحية الكاملة لجميع أفراد المجتمع، سواء كانت علاجية أو وقائية، كما أنها مركز لتدريب العاملين في الحقل الطبي والصحي وكذا مركز الأبحاث الطبية والاجتماعية".²

التعريف الثاني: "كل مؤسسة تقدم الرعاية الطبية بشكل مباشر مثل المستشفيات والمراكز الصحية والعيادات والمراكز التخصصية، أو بشكل غير مباشر مثل المختبرات والادارات الصحية ذات الخدمات السائدة والصيانة الطبية".³

التعريف الثالث: كما عرفت المنظمة الصحية العالمية OMC هي ذلك الجزء المتكامل من التنظيم الاجتماعي والصحي الذي يعمل على توفير الرعاية الصحية الكاملة بشقيها العلاجي والوقائي للمواطنين ويصل بخدماته الخارجية إلى الاسرة في بيئتها المنزلية، وهي أيضا مركز لتدريب العاملين في الخدمة الصحية"⁴

ومما سبق يمكننا تعريف المؤسسة الصحية على أنها كل مؤسسة تقدم خدمات متعلقة بالجانب الصحي بطريقة مباشرة أو غير مباشرة.

II-2-3 أهداف وخصائص المؤسسات الصحية: تعددت الخصائص التي تميز المؤسسات الصحية عن غيرها من المؤسسات، كما أنه توجد عدة أهداف أساسية لهذه المؤسسات، حيث سيتم في هذا الجزء التطرق إلى أهداف هذه المؤسسات وخصائصها.

II-2-3-1 أهداف المؤسسات الصحي: هناك العديد من الأهداف للمؤسسة الصحية تختلف باختلاف القطاع الذي تتبع إليه تلك المؤسسة، (قطاع خاص أو قطاع عام) وحتى ضمن القطاع الواحد تختلف باختلاف نوعية

¹ (ثامر ياسر البكري، ادارة المستشفيات، مرجع سابق، ص21.

² (دريدي أحلام، دور استخدام نماذج صفوف الانتظار في تحسين جودة الخدمات الصحية، مذكرة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية، وعلوم التسيير، جامعة محمد خيضر، بسكرة، 2013_2014، ص 5.

³ (بن فرحات عبد النعم، انعكاس أنماط تسيير المؤسسة العمومية للصحة بالجزائر على نوعية الخدمة، دراسة حالة عينة من المؤسسات العمومية للصحة، مذكرة دكتوراه، جامعة محمد خيضر بسكرة، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، 2017-2018، ص29.

⁴ (نجاة صغيرو، تقييم جودة الخدمات الصحية دراسة ميدانية، مذكرة ماجستير، جامعة الجاج لخضر باتنة، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، 2011-2012، ص 4.

الخدمة المقدمة وتختلف الأهداف باختلاف العديد من العوامل وبغض النظر عن هذه الاختلافات فإن الأهداف العامة للمؤسسة الصحية هي:¹

- توفير أقصى ما يمكن من الخدمات الطبية، والتمريضية للمصابين من أجل شفائهم؛
- تدريب وتعليم العاملين في المجالات الطبية والتمريضية والمهن الطبية المساندة؛
- توفي أقصى ما يمكن من الخدمات الطبية وخدمات الرعاية الأولية؛
- إجراء البحوث والدراسات الحيوية بمختلف جوانب الصحة؛
- أهداف أخرى خاصة بالمؤسسة الصحية تتسم بالخصوصية.

II-2-3-2 خصائص المؤسسات الصحية: هناك عدة خصائص تميز المؤسسة الصحية عن غيرها من المؤسسات الأخرى، منها:²

- **تعدد أسعار الخدمة الواحدة:** ففي الوقت الذي تقدم فيه خدمة معينة مجاناً لفئة من المرضى، فإن نفس الخدمة قد تقدم بمقابل رمزي لفئة أخرى، أو بمقابل يزيد عنها لفئة أخرى، كم قد تختلف طرق تحصيل الخدمات التي تقدم بمقابل فقد تحصل قيمتها نقداً أو بالأجل، أو وفقاً لتعاقدات بين المؤسسة الصحية وجهات عمل معينة.
- **وجود خطوط للسلطة:** الأول هو خط السلطة الرسمية الوظيفية ممثلاً بالجهاز الإداري، أما الثاني فهو خط سلطة المعرفة الذي يتميز به أفراد الجهاز الطبي بسبب طبيعة تخصصهم الوظيفي الدقيق، الأمر الذي يؤدي في بعض الأحيان إلى صراع على النفوذ، أما النوع الآخر من السلطة هو السلطة النقابية التي لها ثقل تمثيلي مما يسمح أن يكون لها موقع تفاوضي قوي.
- **تدار الكثير من المؤسسات الصحية بأسلوب الإدارة بالأزمات بدلاً من أسلوب الإدارة بالأهداف:** وذلك لأن متطلبات العمل في غالبيتها ذات طبيعة طارئة غير قابلة للتأجيل.
- **تتعامل المؤسسات الصحية في صراع مع مشكلة الحياة والموت:** وهذا ما يجعل العاملين بها تحت ضغط بصفة مستمرة، كما أن العمل بها يتطلب درجة عالية من التخصص وقليلًا ما يتحمل الخطأ.

¹ صلاح محمود ذياب، مرجع سابق، ص 34_35.

² دريدي أحلام، مرجع سابق، ص 6.

- اعتماد نشاط المؤسسة الصحية أساساً على كفاءة ومهارة العنصر البشري: حيث تبرز أهمية الكفاءة ومهارة العنصر البشري في تميز المؤسسة الصحية، عن أخرى، من خلال المعاملة الحسنة، الاستقبال الجيد والكفاءة العلاجية والتمريضية.

- اعتبار المؤسسة الصحية بمثابة نظام لا يمكن مكنة نشاطاته أو توحيدها: وهذا راجع لاختلاف احتياجات المرضى ومتطلباتهم الصحية.

II-3 مصادر تمويل الخدمات الصحية: تختلف مصادر تمويل الخدمات الصحية من منظومة صحية إلى أخرى قد تكون هذه المصادر متعددة في بعض الأحيان كما قد تكون منفردة في البعض الآخر وهذا حسب السياسة التمويلية المنتهجة من طرف المنظومة الصحية، وكنتيجة مباشرة لارتفاع تكاليف الخدمات الصحية تحاول معظم دول العالم والحكومات خفض وترشيد الانفاق، أو محاولة استنباط مصادر جديدة لتمويل الرعاية الصحية وبصفة عامة يمكن ذكر بعض مصادر التمويل كما يلي:¹

- **التمويل الحكومي المباشر:** يعتبر التمويل الحكومي مصدر هام من مصادر التمويل الصحي، وهو المصدر الأكثر انتشاراً في دول العالم الثالث، ويعتمد التمويل الحكومي أساساً على الضرائب وغيرها من إيرادات الدولة.

- **الشركات والمؤسسات:** مع بداية القرن العشرين وخاصة في نهاية العشرينيات منه، وحين تفاقمت الأزمة الاقتصادية العالمية التي أدت إلى افتقار العديد من الأسر والأفراد، ومع بروز الحركات العمالية والنقابات بدأت الشركات والمؤسسات الكبرى الخاصة والحكومية تؤمن بعض أو كافة الخدمات الصحية لعمالها وموظفيها كجزء من ميزات العمل في هذه الشركات والمؤسسات، وكعلاوة غير نقدية للعاملين فيها، وقد ساعد نظام الضرائب في معظم الدول المتقدمة على تشجيع هذا الاتجاه حينذاك، إذ كانت التكاليف الصحية تحسب من الانفاق وبالتالي تخفض نسبة الضريبة التي تقوم الشركة بتسديدها على ربحها ومدخولها الصافي، دون أن يتحمل العامل أي ضريبة على دخله.

- **رسوم المنتفعين بالخدمات الصحية:** وهي المبالغ التي يدفعها مباشرة المنتفعون من الخدمة، وهذه الرسوم قد تكون كاملة إذا تم دفعها للقطاع الصحي الخاص، أو قد تكون جزئية أو منخفضة تفرضها الحكومة على المنتفعين من خدمات المنظمات والمستشفيات الحكومية لتغطية جزء من هذه التكلفة.

¹ (مجموعة من المختصين في علم الإدارة، الإدارة الصحية، أكاديميا إنترناشيونال، بيروت، 2007، ص ص 173-177).

- **الجمعيات الخيرية والأهلية:** تلعب المساعدات الخيرية دورا هاما في تمويل الخدمات الصحية عن طريق الدعم المالي أو الهبات للخدمات الاستشفائية وخاصة للفقراء والمعوزين.

- **التمويل من قبل المجتمعات المحلية:** ان المبادرات الحديثة في ميدان الرعاية الصحية الأولية في البلدان النامية والمتقدمة على السواء تؤكد على أهمية اشراك المجتمع في الخدمات الصحية ورفع المستوى الصحي بشكل عام.

- **التأمين الصحي:** بدأ العمل بنظم التأمين الصحي في أواخر العشرينيات من القرن العشرين، وكانت بدايتها نتيجة للركود الاقتصادي العالمي ما جعل الكثير من الأفراد عاجزين عن تسديد نفقات العلاج والاستشفاء، وزاد الاقبال على نظام التأمين الصحي بعد انتهاء الحرب العالمية الثانية، وبعد إعلان معظم الدول المتقدمة أن الرعاية الصحية حق من حقوق الإنسان لا بد لكل فرد أن يحصل عليها مهما اختلف وضعه الاقتصادي، والتأمين الصحي ليس تأميناً ضد المرض ولكنه تأمين ضد تكلفة الخدمة الطبية، أي أن الفرد يدفع مقدما وبطريقة منتظمة مبلغا محددًا من المال لا يشكل في حد ذاته عبئا اقتصاديا، وهذا المبلغ المحدد هو ما يطلق عليه لفظ "قسط التأمين" توضع حصيلة هذه الاقساط جميعا في صندوق خاص تدفع منه نفقات العلاج حسب الأسس والنظم التي تحددها اتفاقيات التأمين، ولذلك كثيرا ما يطلق على نظم التأمين الصحي " برامج الدفع المسبق "

- **التعاون الخارجي:** يتم التمويل الخارجي في الغالب عن طريق اتفاقيات ثنائية أو عن طريق المؤسسات التنموية والمنظمات متعددة الأطراف والمصارف والهيئات غير الحكومية ويمر التعاون المالي عموما عبر هيئة مركزية في البلد المتلقي مثل وزارة الصحة أو المالية أو هيئة التخطيط المركزي التي تتولى تنسيق التعاون الخارجي.

III النفقات الصحية

لكي تحقق الدولة أهداف المجتمع واشباع حاجياته العامة فإنها تلجأ للإنفاق العام والذي يعتبر الأداة المالية الرئيسية للدولة، فأول عمل تقوم به الدولة هو تحديد نفقاتها العامة، بعد ذلك تقوم بتحديد مجموع إيراداتها فالإنفاق العام يعكس فعالية الحكومة ومدى تأثيرها على النشاط الاقتصادي، حيث سنحاول في هذا الجزء التعرف على ماهية النفقات العامة عموماً ثم النفقات الصحية خصوصاً.

III-1-1 ماهية النفقات العمومية: تعتبر لنفقات العمومية من أهم أدوات السياسة المالية للدول التي عن طريقها تحقق أهدافها المسطرة.

III-1-1-1 تعريف الانفاق العمومي: هناك العديد من التعاريف للإنفاق العمومي نذكر منها:

التعريف الأول: "هو كم قابل للتقويم النقدي، يأمر بإنفاقه شخص من أشخاص القانون العام اشباعاً لحاجة عامة".¹

التعريف الثاني: "هي مبالغ نقدية أقرت من قبل السلطة التشريعية ليقوم شخص عام بإنفاقها في توفير سلع وخدمات عامة، وتحقيق الأهداف الاقتصادية والاجتماعية للدولة".²

التعريف الثالث: "هي مبلغ نقدي يخرج من الذمة المالية للدولة أو أحد تنظيماتها بقصد اشباع حاجة عامة"³ ومما سبق يمكننا تعريف النفقات العمومية على أنها عبارة عن مبالغ نقدية يتم انفاقها بناء على قواعد وقوانين تشريعية بأمر من شخص من أشخاص القانون العام بقصد اشباع حاجة عامة.

III-1-2 أركان النفقات العمومية: يمكن تحديد الأركان التي تستند عليها النفقات العمومية فيما يلي:

III-1-2-1 شكل النفقات العمومية: يطلق أساتذة الفكر المالي التقليدي، والحديث الصفة النقدية على النفقة العامة، على اعتبار أن الاقتصاديات الحديثة هي اقتصاديات نقدية وليست عينية، بمعنى أن جميع المعاملات

¹ (زكاي محمد، دراسة العلاقة بين النفقات العمومية والنمو الاقتصادي في الجزائر خلال الفترة 1970_2012، جامعة امحمد بوقرة بومرداس كلية العلوم الاقتصادية التجارية وعلوم التسيير، مذكرة ماجستير، 2013_2014، ص 3.

² (دغمان زوبير، مطبوعة محاضرات في مقياس المالية العامة، جامعة محمد الشريف مساعدي، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، 2016_2017، ص 28.

³ (على سيف على المزروعى، أثر الانفاق العام في الناتج المحلي الاجمالي دراسة تطبيقية على دولة الامارات العربية المتحدة خلال السنوات من 1990-2009، مجلة جامعة دمشق للعلوم الاقتصادية والقانونية، -المجلد 28-العدد الأول، 2012، ص 615.

والمبادلات والصفقات التي تجريها الدولة في إشباعها لحاجاتها العامة إنما تعتمد على استخدام النقد لا العين وبعبارة أخرى تجري العمليات الاتفاقية الحكومية بالنقد، وعلى اعتبار أن المالية الحديثة هي مالية نقدية، تتسم بالطابع النقدي لا طباع المقايضة، أو التبادل العيني.¹

III_1-2-2 **الهيئة القائمة بها:** يعتبر توفر ركن الهيئة العامة المصدرة للنفقات ضروريا حتى تتعدت هذه الأخيرة بوصف العمومية، ولتحديد مصدر الإنفاق استند الفكر الاقتصادي إلى معيارين هما:²

- **المعيار القانوني:** يركز هذا المعيار على الطبيعة القانونية للشخص القائم بالإنفاق، إذ تعتبر النفقة عامة إذا صدرت من شخص معنوي عام كالهيئات المحلية والوطنية الدولة والمؤسسات العامة.

- **المعيار الوظيفي:** يستند هذا المعيار على الطبيعة الوظيفية للشخص القائم بالإنفاق إذ تعتبر النفقة عامة إذا قامت بها الدولة بموجب سلطتها الامرة وسيادتها.

III_1-2-3 **تحقيق المنفعة العامة:** يجب أن يؤدي الإنفاق العام إلى تحقيق منفعة عامة، أي أنه من الضروري أن تستخدم النفقة العامة من أجل اشباع حاجة عامة.³

III_2 **ماهية النفقات الصحية:** لمحاولة الالمام بماهية النفقات الصحية سنتطرق إلى النقاط التالي:

III_2-1 **تعريف النفقات الصحية:** توجد العديد من التعاريف للنفقات الصحية منها:

التعريف الأول: "النفقات الصحية هي المبالغ التي ينفقها الأفراد أو الجماعات أو الأمم أو المؤسسات الخاصة أو العامة للحصول على رعاية صحية كاملة أو مكوناتها المختلفة، قد تكون أولا تكون هذه المبالغ مكافئة للتكاليف الفعلية (تكاليف الرعاية الصحية) وقد يم أولا يتم تقاسمها بين المريض وشركات التأمين وأرباب العمل"⁴.

التعريف الثاني: النفقات الصحية هي النفقات التي تتم على السلع والخدمات الصحية بما في ذلك الاستثمارات في المعدات والمرافق.⁵

¹ (دغمان الزوبير، مرجع سابق، ص 28.

² (زكاي محمد، مرجع سابق، ص 5.

³ (بن نوار بومدين، النفقات العامة على التعليم، دراسة حالة قطاع التربية الوطنية بالجزائر، 1980-2008، مذكرة ماجستير، جامعة أبو بكر بلقايد

تلمسان، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، 2010-2011، ص 19.

⁴ www definitions net

⁵ p1, Health expenditure Australia.

III-2-2 أسباب ارتفاع النفقات الصحية: ان ارتفاع النفقات الصحية يرجع للعديد من الأسباب والتي من بينها:¹

- زيادة الطلب على الخدمة الصحية؛
- اتجاه المؤسسات الصحية الاستشفائية الخاصة على فتح العديد من التخصصات والاقسام لاستكمال الخدمات المقدمة للمرضى وهذا يؤدي إلى ارتفاع تكلفة الخدمات، مما يتطلب أن يعمل المستشفى بأقصى طاقة للوصول إلى نقطة التعادل؛
- زيادة التطور التكنولوجي المتسارع في مجالات الطب والذي يفرض على المستشفى اقتناء أحدث الأجهزة والمعدات الطبية، ويترتب عليه استثمار مبالغ كبيرة بسبب ارتفاع أسعارها، وتكون النتيجة هي أن هذه الأصول لا تهتك بالكامل بسبب ظهور ما هو أحدث منها في وقت قريب؛
- وجود عرض جديد يتماشى مع التطور السريع والمتلاحق في الأحداث التقنية الطبيعية، أدى إلى ظهور كفاءات بشرية وموارد وأجهزة واختراعات حديثة ومتطورة خلقت طلب إضافي جديد يسمى " بالطلب الناتج"؛
- اكتشاف أنواع جديدة من الأدوية وطرق العلاج من الأمراض لم يكن من الممكن علاجها من قبل؛
- ارتفاع معدلات التضخم العام في أسعار مستلزمات الانتاج؛
- التوسعات الكبيرة في المستشفيات؛
- زيادة في معدلات الأعمار للنساء والرجال على حد سواء؛
- ارتفاع التكلفة ومدة الاستشفاء؛
- التكوين والتدريب للكادر البشري وما يتطلبه من تكاليف ضخمة.

¹ (العواني عديلة، أثر تأخر تجسيد النمط التعاقدى في الجزائر على رفع النفقات الصحية، مجلة الحقوق والعلوم الانسانية-العدد الاقتصادى-33(1) جامعة زياني عاشور، الجلفة، ص ص 99-100.

III-2-3 اثار النفقات الصحية على النشاط الاقتصادي: تعتبر الكثير من الدول النفقات الصحية عبء يزيد من نفقاتها الاجتماعية، إلا أن جزء معتبر من هذه النفقات يؤدي إلى نتائج ايجابية للتنمية، وذلك من خلال:¹

III-2-3-1 نفقات الصحة كاستثمار على الانسان: يعد البحث الاقتصادي الخاص بالاستثمار على الانسان قديم العهد، حيث أنه يجب إدراج التربية الصحية والتكوين المهني كعوامل نوعية تؤثر على المردودية الفعلية للعمل وهذا ما يجعلنا نميز بين الاستثمار المادي والاستثمار البشري حيث ان البشر هم الذين يكونون قوة الدول.

كما اقترح " S. j. Muskin " و "B.A.Weibrod" تقييم الاستثمار الصحي من خلال النفقات التي خصصت لصحة الأفراد الذين يكونون اليد العاملة ويرون أن نفقات التكوين والصحة هي الوسائل الاساسية التي بواسطتها تزداد وتتطور موارد العمل، حيث أن زيادة أمل الحياة بفض الصحة الجيدة يخفض من معدل انحطاط الاستثمار المحقق وعليه تزداد المردودية، وزيادة الانتاجية الراجعة إلى أفضل تكوين تزيد من مردودية الاستثمار الصحي الذي يحافظ على حياة الأفراد.

III-2-3-2 الصحة كاستهلاك: إذا كان الطلب على الصحة استهلاك تصبح الخدمات الصحية منتج يعرض للبيع في السوق، ومسألة السعر تنظم وفق قانون العرض والطلب، ويكون الممارسين هم العارضين لها أما الطلب فيكون من طرف المرضى.

ونسجل ثلاث أنواع من الحاجة إلى الخدمات الصحية، حاجة مطلقة وهي صادرة عن طبع الانسان للحفاظ عن نفسه وحاجة تقنية نظرية وهي متصلة بالتقنيات الموجودة، وحاجة شعورية متصلة بالمرض الذي يشعر به الانسان ويختلف عن الطلب الاقتصادي، حيث يحدد الطلب على الصحة نسبة الوفيات ومدخول الطبقات المهنية وحالة التطور الاقتصادي والثقافي.

III-2-3-3 على مستوى قوة العمل: للنفقات اثار على الحجم والنوعية البشرية، فهي تسمح بزيادة عدد العمال عن طريق تغيير معدلات الوفيات، وما يمكن الاشارة اليه عند ملاحظتنا انخفاض الوفيات خلال تطبيق برنامج صحي ما، أن عدد الوفيات محصور بين عمري 15 و 44 سنة، أي الفئة المنتجة والتي خصص لها نفقات من قبل، تعد خسارة اقتصادية فيما يخص الانتاج، لأن التقييم يكون على اساس الانتاجية التي كان من الممكن أن يقدمها هؤلاء بقية حياتهم، أيضا لا ننسى التكلفة الاجتماعية، أي أن هذا الانسان قبل ان يصبح مؤهلا للعمل قد

¹ (العلواني عديلة، تأثير طرق تمويل قطاع الصحة العمومي على أداء الخدمات في الجزائر، دراسة حالة القطاع الصحي بسكرة، مذكرة ماجستير، جامعة محمد خيضر بسكرة، كلية الحقوق والعلوم الاقتصادية، 2003-2004. ص ص 6-7.

كلف مجتمعه، بالإضافة إلى التأثير الذي يحدثه التغيير في معدل الولادات بالزيادة بسبب مكافحة بعض الامراض وانخفاض الحوادث التي تطرا عند الولادة، فكل هذه العوامل تؤدي إلى انخفاض الخسائر الاقتصادية التي قد يتسبب فيها النقص في العمال المتمثلة في انخفاض القدرة الانتاجية.

خلاصة الفصل:

أن ظهور اقتصاد الصحة ساهم بشكل كبير في تطبيق المبادئ والقوانين الاقتصادية في المجال الصحي مما أدى إلى مواجهة المشاكل الاقتصادية التي تواجه القطاع والتي كان من أهمها ارتفاع النفقات الصحية حيث وعن طريق اقتصاد الصحة يمكن دراسة هذه المشكلة وتحديد أسبابها ونتائجها على الدول ولكن يبقى للمجال الصحي خصوصيته ومميزات التي تمنع تطبيق المبادئ الاقتصادية بشكل كلي عليه.

الفصل الثاني

تمهيد

شهدت المنظومة الصحية الوطنية العديد من الاصلاحات والتطورات والتغيرات منذ الاستقلال إلى وقتنا الحالي حيث أولت الدولة لهذا القطاع اهتماما كبيرا نظرا للدور المهم الذي يحتله، وقد عانى القطاع الصحي من العديد من المشاكل التي تسعى الدولة لحلها والتغلب عليها والتي نجد من بينها ارتفاع النفقات الصحية حيث كان ارتفاع النفقات الصحية مواكبا للإصلاحات التي مرت بها المنظومة الصحية الجزائرية خاصة الاصلاحات التي جاء بها المرسوم التنفيذي رقم 07_140 المؤرخ في 02 جمادى الأولى لسنة 1428 والموافق ل19 ماي 2007، والذي تم بموجبه منح الاستقلالية للمؤسسات الاستشفائية، وعليه سيتم في هذا الفصل التطرق للاصلاحات التي مرت بها المنظومة الصحية الوطنية، وارتفاع النفقات الصحية بعد منح الاستقلالية للمؤسسات الوطنية، ثم مشروع المقاطعات الصحية الذي يلغي منح الاستقلالية للمؤسسات الاستشفائية.

I التطور التاريخي للمنظومة الصحية الجزائرية

لا شك أن الجزائر عملت منذ الاستقلال على وضع مبادئ أساسية تقوم عليها السياسة الصحية، سعيا منها لتجسيد حق المواطن في العلاج، كما نصت عليه المواثيق والدساتير، والذي اعتبر مكسبا ثوريا، هذه المبادئ عرفت نجاحات وبعض الاختلالات عبر المراحل المختلفة التي مرت بها البلاد، وكانت وضعية الصحة العمومية للجزائر قبل الاستقلال متردية حيث كان الشعب الجزائري يعاني الفقر والحرمان ومختلف الأمراض الوبائية، وهذه الأمراض التي كانت ناتجة عن الظروف المعيشية السيئة لأغلبية الجزائريين من جهة وغياب التغطية الصحية من جهة أخرى أما بعد الاستقلال فيمكن تقسيم الفترة التي مرت بها المنظومة الصحية بالجزائر إلى ثلاث مراحل أساسية وهي:

I-1 النظام الصحي 1962-1974 بروز ونشأة النظام الصحي الجزائري

عملت الجزائر منذ الاستقلال على إعادة تنظيم القطاع الصحي الموروث عن الاستعمار والذي كان يميزه الفقر المدقع وارتفاع في مستوى وفيات الأطفال، خاصة وفيات الأطفال الرضع ومن ثم يمكن القول بأن النظام الصحي آنذاك لم يكن يلبي سوى احتياجات نسبة قليلة من السكان المتمركزين في المدن وبعض الأرياف¹

ويمكن إبراز خصائص النظام الصحي في هذه الفترة فيما يلي:²

- قلة العمال في السلك الطبي والشبه الطبي، فمغادرة الأطباء الفرنسيين للجزائر ترك فراغا محسوسا بالقطاع خاصة أمام نقص التأطير لدى الأطباء الجزائريين؛
- التوزيع غير العادل لعمال القطاع الصحي مما أدى إلى استدعاء التعاونية الأجنبية الطبية للتكفل بمتطلبات العلاج في المجتمع؛
- قلة الهياكل الصحية حيث تموضعت اغلبية المستشفيات والصيدليات، وكذا العيادات في شمال البلاد؛
- أما فيما يخص الجانب التنظيمي فقد وجدت الجزائر نفسها تسير في نظام متشعب حيث كانت المساعدات الطبية الجانية تحت الوصاية المحلية أما الوقاية المدرسية فقد كانت تحت وصاية التربية الوطنية.

¹ (علي دحمان محمد، مرجع سابق، ص ص 108-109.

² (علي دحمان محمد، تقييم نفقات الصحة والتعليم دراسة حالة لولاية وهران، مذكرة ماجستير، منشورة، كلية العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان، 2010، 2011، ص ص 32-33.

I-2 النظام الصحي 1974-2007 بداية الإصلاحات

لقد سجل في هذه المرحلة على مستوى السياسة الصحية ثلاثة قرارات رئيسية:¹

- قرار تأسيس الطب المجاني في جانفي 1974 وهو أهم قرار اتخذته السلطات في سبيل التكفل بالطبقات الفقيرة من السكان بسبب الضغط الاجتماعي من جهة وعودة الامراض والأوبئة من جهة أخرى؛

- اصلاح المنظومة التربوية وبالتحديد الدراسات الطبية من خلال تحسين نوعية التعليم والتكوين، مما يسمح بزيادة عد الممارسين الطبيين في كل التخصصات الطبية،

- تأسيس ما يسمى بالقطاع الصحي، لتنظيم النظام الوطني للصحة وذلك بتوحيد كل وحدات العلاج الأولية المسيرة من طرف البلديات أو القطاع الشبه الطبي.

حيث كان ظهور القطاع الصحي كهيئة عمومية من خلال المرسوم رقم 81-243 المؤرخ في 5 سبتمبر 1981 والمتعلق بكيفية إنشاء وتنظيم المقاطعات الصحية، والذي حددت المادة الثانية منه مجموع الهياكل التابعة للقطاع الصحي " تحول إلى مؤسسة عمومية ذات طابع إداري، تسمى القطاع الصحي مجموع هياكل الوقاية والتشخيص والعلاج والاستشفاء، وإعادة تقويم الأعضاء طبيا الواقعة في الدائرة الواحدة المعدة لمستشفيات وعيادات متعددة الاختصاصات والمراكز الصحية وقاعات الفحص والعلاج وعيادات التوليد ومراكز المراقبة الصحية على الحدود وكل هيكل صحي تابع لوزارة الصحة".

ويستثنى من ذلك الهياكل الصحية التابعة للضمان الاجتماعي والهياكل الصحية التابعة للمؤسسات الوطنية والمحلية التعاقدية والمصالح والمؤسسات الأخرى الغير تابعة لوزارة الصحة والسكان ولأجل تكييف الوسائل مع الاحتياجات الصحية يمكن إنشاء أكثر من قطاع صحي في الدائرة الواحدة.

ومن أبرز السمات التسيير للمقاطعات الصحية نجد:

- **هيمنة منطوق الموارد والانفاق بدل النتائج:** حيث أن الذي يتحدد أولا في الحقيقة هو كمية الموارد الممكن تحصيلها، بما يعني أن الموارد هي التي تحدد حجم الانفاق وليس مستوى النشاط، كما أن مسؤول القطاع الصحي هو مجرد منفق للميزانية التي حددت وفصلت من طرف المصالح المركزية.

¹ (خروبي بزاره عمر، اصلاح المنظومة الصحية في الجزائر (1999_2009) _ دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة خليف بالشلف مذكرة ماجستير منشورة، كلية العلوم السياسية والاعلام جامعة الجزائر 3، 2010-2011، ص 41.

• هيمنة الانفاق على الهياكل بدل التخصصات العلاجية: يمكن ملاحظة أن الهياكل كانت تتجزأ مستوى ضعيفا من النشاطات الصحية، لكنها تستهلك الميزانية المخصصة لها بالكامل، فالمستشفى ينفق كامل ميزانيته، لكن بخدمات صحية حقيقية جد ضعيفة، كما أن اجراءات التخطيط المركزي وجهت الصحة إلى ضبط المستخدمين سنوات الثمانينات إضافة إلى ضبط الهياكل، بمعنى أنه يتم تحديد عدد قياسي من المستخدمين لكل هيكل صحي، فمثلا عيادة صحية لها كقياس ثابت 06 أطباء فإذا ما انخفضت نشاطاتها ظلت مستمرة بذات العدد من الاكباء رغم أنهم لا يشتغلون، مما يعني تكلفة زائدة.¹

كما أدخل انخفاض سعر البترول البلاد سنة 1986 في أزمة اقتصادية حادة، فظهر عيب الأسلوب التنموي المتبع أزمة تراكم انتاجي نتيجة اعتماد الاقتصاد الوطني على قطاع المحروقات، الشيء الذي غير بعمق الشروط الداخلية والخارجية لعمل الاقتصاد الوطني مما انعكس على شروط تمويل وإعادة انتاج وتسيير النظام الصحي الوطني.²

وقد عرف قطاع الصحة نقص في المصادر الضرورية لمواجهة الطلب الكبير على العلاج، حيث أن المصدران الرئيسيان في تمويل هذا الأخير وهما الدولة والضمان الاجتماعي يمنحان مساهمتها بصورة جزافية، وهذا ما جعل أي اختلال يؤثر على كافة القطاع بصورة عامة، وعرف الضمان عجزا إبتداء من 1888 بعدما كانت مساهمته لفترة طويلة تمول مجانية العلاج وهذا للأسباب التالية:

_الأزمة البترولية سنة 1986؛

_تأخر نمو التشغيل وارتفاع البطالة؛

_الاستمرار في تدعيم النفقات الصحية وخاصة نفقات التقاعد؛

_تشييد الاستثمارات الاجتماعية للصحة العمومية؛

_العلاج في الخارج لغير المؤمنين.

وفيما يلي تطور مساهمة الدولة والضمان الاجتماعي في تلك الفترة:

¹ (بن فرحات عبد المنعم، مرجع سابق، ص ص 98_100

² (بلعربي عبد الكريم وعرباوي خديجة، أزمة التسيير في المؤسسات الصحية الجزائرية، مجلة الحقيقة، المجلد 17، العدد2، 2018، ص 101.

الجدول رقم 01: الهيئات الممولة للنفقات الصحية

البيان	1974	1987
الدولة	75%	34%
الضمان الاجتماعي	23,5%	64,2%

الملاحظ هنا أن مجانية العلاج أصبحت ممولة وبنسبة كبيرة من طرف الضمان الاجتماعي، وهذا ما أثر سلبا على وضعيته المالية الخاصة خاصة بعد انخفاض أسعار البترول وعجزه عن تمويل مجانية العلاج.

ونظرا للسلبيات التي عرفها نظام الصحة وغياب نظام محاسبي دقيق للنشاط اليومي للمؤسسات الصحية وانعدام الفوترة على الخدمات المقدمة أصبح واضحا أن هذا التمويل محدود الفعالية مما أثر على أداء المؤسسات الصحية بشكل كبير وخفض من مصداقيتها بالرغم من الأموال الضخمة المخصصة لها وانطلاقا من هذه الاعتبارات تم الشروع في تطبيق النمط التعاقدية من خلال ما يلي:

بموجب قانون المالية لعام 1992 في المادة 175 إتجه المشرع لأول مرة لتطبيق مجانية العلاج إلى اقتراح نظام تمويل جديد مبني على أساس علاقات تعاقدية أشار إليها الفقرة التالية" يتم تطبيق هذا التمويل على أساس علاقات تعاقدية تربط بين الضمان الاجتماعي ووزارة الصحة وتحدد كفاءات التنظيم".

كما ورد في المادة 132 من قانون المالية لسنة 1995 في الفقرات 2,3,4 ما يلي" يتم تطبيق هذا التمويل على اساس علاقات تعاقدية تربط بين الضمان الاجتماعي ووزارة الصحة والسكان، وهذا حسب الكفاءات المحددة في التنظيم وتخص هذه المساهمة لتغطية الأعباء الصحية لصالح المؤمنين وذوي حقوقهم بحيث:

- يتكفل الضمان الاجتماعي بتغطية النفقات الخاصة بالمؤمنين وذوي حقوقهم؛
- تتكفل ميزانية الدولة بتغطية نفقات الوقاية والتكوين والبحث الطبي والخدمات الصحية المقدمة للمحرومين غير المؤمن لهم اجتماعيا؛
- دور النمط التعاقدية في التحكم في النفقات الصحية: أن النمط التعاقدية كأسلوب جديد لتمويل الصحة يساعد على التحكم في النفقات الصحية مع ضمان جودة الخدمات المقدمة وبأقل الوسائل الممكنة وهذا من خلال ثلاث ديناميكيات أساسية:

- **الدقة في التمويل:** بحث يتم التمويل على أساس النشاطات وليس الهياكل، وذلك باعتماد بيانات دقيقة توضح كل الخدمات المقدمة مع تكاليفها؛
 - **امكانية وضع نسب ومعدلات للنفقات:** من أجل مقارنة هذه المعدلات على المستوى المحلي والوطني والدولي؛
 - **حرية المبادرة والمنافسة:** وهذا من شأنه دفع الهيئات العمومية إلى التفكير في كيفية تحسن نوعية خدماتها.¹
- ان النمط التعاقدى يضع كل شريك كمثل مستقل عن الأطراف الأخرى ويجمع بينهم بعلاقة تحدد التزامات كل طرف منهم بالنسبة للآخر ومن أبرز خصائصه ما يلي:²
- إن النمط التعاقدى ليس خوصصة ولا تخلي عن التزام من طرف الدولة، بل هو أداة في خدمة أنظمة الصحة، ويرجع للدولة تأمين أن تكون هذه الأداة مستخدمة بطريقة فعالة ومناسبة من خلال احتفاظ الدولة بالغطاء الصحي دون تحمل جميع أعباء التمويل والتسيير للكيانات الصحية؛
 - هذا الشكل من التنظيم يدور في إطار الإصلاحات التي تسعى لها العديد من الدول من أجل تحقيق الصالح العام، وهذا ما أشارت إلى المنظمة العالمية للصحة لسنة 2000 من أجل نظام صحة أحسن أداء، الذي أكد بأن على الدولة أن تأخذ الدور المنوط لها، ومن هذا المنطلق فإنه يجب تنظيم النمط التعاقدى بشكل يساهم في تحقيق الصالح العام، وتحسين أداء أنظمة الصحة من خلال أدوات الرقابة والتحفيز التي لها كهدف أساسي تأمين أداء جيد لأنظمة الصحة بعرض علاجات فعالة ومتوازنة؛
 - أن التقييم المستمر في كل مرحلة يشكل عاملا رئيسيا في العملية التعاقدية، وليس المقصود هنا فقط التقييم الداخلي الذي يقاد من طرف ممثلين ملتزمين في العلاقات التعاقدية، وإنما يجب أن ينتج أيضا عن تقييمات خارجية تمكن من تتبع آثار هذه السياسة التعاقدية على أداء أنظمة الصحة×
 - أن الدولة يجب أن تكون الضامن الأساسي لهذا الالتزام السياسي الوطني للصحة بين أطراف الممثلين للنمط التعاقدى، كما أنها تحتفظ في نفس الوقت بحق التدخل في الحالات الضرورية؛
 - النمط التعاقدى لا يعد وصفة سحرية للخروج من المشكلات أنظمة الصحة، ولكن يجب الأخذ في الحسبان أن التحضير لهذا المشروع يأخذ وقتا كبيرا، وهذا من الأفضل منذ البداية المراحل الأولى لتطبيق النمط التعاقدى من أجل عدم تشبيك الأمور والاضرار بهذه المراحل.

¹ (العلواني عديلة، أثر تأخر تجسيد النمط التعاقدى في الجزائر على رفع النفقات الصحية، مرجع سابق، ص ص 101، 102.

² (العلواني عديلة، أنماط التعاقد في الأنظمة الصحية، مرجع سابق، ص ص 17-18.

ولتطبيق النمط التعاقدى في القطاع الصحي الجزائري يجب توفر العديد من الشروط والتي من بينها:¹

- الفصل بين سلطات التمويل وسلطات تقديم الخدمات: رغم أن هاتين الوظيفتين قد يكونان مترابطتين في علاقات أخرى، إلا أن هذا الفصل يعد شرطا ضروريا لتتصيب نمط تعاقدى قائم على استراتيجية شراء الخدمات من المؤسسات الصحية لضمان رقابة صناديق التأمين على أداء هذه المؤسسات والوقوف على حالات التبذير التي تقوم بها هذه الأخيرة، لذلك ولضمان هذا الشرط في النمط التعاقدى لا يجب إلحاق الضمان الاجتماعى وهياكل بوزارة الصحة لأن هذا من شأنه القضاء على الهدف الرئيسى من العملية وهو الرقابة على المؤسسات الصحية من حيث أدائها للخدمات من جهة، وإشكال الانفاق في المنظومة الصحية الوطنية التي تأثرت بمجانية العلاج وسوء التسيير والتبذير الذي رافقته من جهة أخرى.

- منح استقلالية قانونية للمؤسسات الصحية: إن الفصل بين سلطات التمويل وتقديم الخدمات سوف يؤسس لمنافسة بين مقدمي الخدمات التابعين للقطاع الخاص والعام، وبين المؤسسات داخل نفس القطاع لهذا يجب أن يتوفر لدى المؤسسات الصحية في القطاعين درجة من الاستقلالية القانونية، التي تمكنها من عقد اتفاقيات تعاقدية مع الممولين دون الحاجة للجوء إلى السلطات المركزية لعقد هذه العلاقة، ومنه فالاستقلالية القانونية تعد شرط رئيسى لعقد علاقات تعاقدية بين هيئات التمويل، ومنه محاولة كل مؤسسة من هذه المؤسسات لتحسين خدماتها بالقدر الذي يمكنها من ضمان مكان رئيسى في سوق تقديم الخدمات الصحية وتقديم خدمات أحسن للمواطن.

I-3 النظام الصحي بعد 2007 منح الاستقلالية للمؤسسات الاستشفائية

في هذه المرحلة تم منح الاستقلالية للمؤسسات الصحية من خلال قانون إصلاح المنظومة الصحية لسنة 2007 وذلك بموجب المرسوم التنفيذي رقم 140_07 المؤرخ في 02 جمادى الأولى لسنة 1428 والموافق ل 19 ماي 2007، فإنه تم انشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية كما يلي:²

- المؤسسات الاستشفائية العمومية: تعد مؤسسات ذات طابع إدارى تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالى وتوضع تحت وصاية الوالى، وهي تتكون من هياكل التشخيص والعلاج والاستشفاء وإعادة التأهيل الطبي وتغطي حاجة سكان بلدية واحدة أو عدة بلديات وتوكل إليها المهام التالية:

¹ (العلوانى عديلة، تفعيل النمط التعاقدى في نظام الصحة الجزائرى، مرجع سابق، ص 60.

² (العلوانى عديلة، أثر تأخر تجسيد النمط التعاقدى في الجزائر على رفع النفقات الصحية، مرجع سابق، ص ص 102_103.

- التكفل بالحاجات الصحية للسكان وضمان نشاطات العلاج والتشخيص والاستشفاء والاستعجالات الطبية الجراحية؛
- ضمان تقديم وبرمجة وتوزيع العلاج الاستشفائي والتشخيص وإعادة التأهيل الطبي والاستشفاء؛
- تطبيق البرامج الوطنية للصحة؛
- ضمان حفظ الصحة والنقاوة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية؛
- ضمان تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة وتحديد معارفهم.

-المؤسسات العمومية للصحة الجوارية: وهي مؤسسة إدارية تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي تتكون من مجموعة من العيادات متعددة الخدمات وقاعات العلاج، وتحدد المشتملات المادية لها والحيز الجغرافي بقرار من الوزير المكلف بالصحة، تتمثل مهامها فيما يلي:

- الوقاية والعلاج القاعدي؛
 - تشخيص المرض والعلاج الجوارية؛
 - الفحوص الخاصة بالطب العام والطب المتخصص القاعدي؛
 - الانشطة المرتبطة بالصحة الانجابية والتخطيط العائلي؛
 - تنفيذ البرامج الوطنية للصحة والسكان؛
 - كما تكلف بحماية البيئة خصوصا في مجالات المرتبطة بحفظ الصحة ونقاوة مكافحة الآفات.
- ميزانية المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية بقيت بنفس النصوص الواردة عن ميزانية القطاعات الصحية، حيث يتمثل جانب الايرادات في:¹

- إعانات الدولة؛
- إعانات الجماعات المحلية؛
- الايرادات الناتجة عن التعاقد مع هيئات الضمان الاجتماعي فيما يخص العلاج المقدم للمؤمن لهم اجتماعيا وذوي حقوقهم والتعاضديات والمؤسسات ومؤسسات التكوين؛
- المخصصات الاستثنائية؛
- الهبات والوصايا؛
- الايرادات المختلفة؛

¹ (بن فرحات عبد المنعم، مرجع سابق، ص 108.

- الموارد الأخرى المرتبطة بنشاط المؤسسة؛
- تعويضات التأمينات الاقتصادية عن الأضرار الجسدية.

أما باب النفقات فتمثل في:

- نفقات التسيير؛
 - نفقات التجهيز؛
 - كل النفقات الأخرى الضرورية لتحقيق أهدافها.
- والفارق هنا لا تحدده مصطلحات النصوص وإنما طبيعة السياسات التمويلية المعتمدة للصحة العمومية بين نظام الجراف والنمط التعاقدية

II ارتفاع النفقات الصحية بعد منح الاستقلالية للمؤسسات الاستشفائية

شهد القطاع الصحي في الجزائر ارتفاعا كبيرا في النفقات المخصص له خاصة في العقد الأخير حيث كان هذا الارتفاع مواكبا للإصلاحات التي شهدها هذا القطاع أي بعد منح الاستقلالية للمؤسسات الاستشفائية سنة 2007 حيث سنحاول في هذا الجزء التطرق ارتفاع النفقات الصحية الاجمالية وارتفاع النفقات الصحية الفردية قبل سنة 2007 وبعدها (2000-2015) لمعرفة مدى مساهمة وتأثير منح الاستقلالية للمؤسسات الاستشفائية في رفع النفقات الصحية، بالإضافة إلى التطرق أسباب ارتفاع النفقات الصحية في الجزائر.

II-1 ارتفاع النفقات الصحية الاجمالية: يشمل الإنفاق الاجمالي على الصحة مجموع الإنفاق الإجمالي الحكومي والخاص على الصحة، ويمكن توضيح ارتفاع الانفاق الجمالي على الصحة وذلك بمقارنته بإجمالي الناتج المحلي فيما يلي:

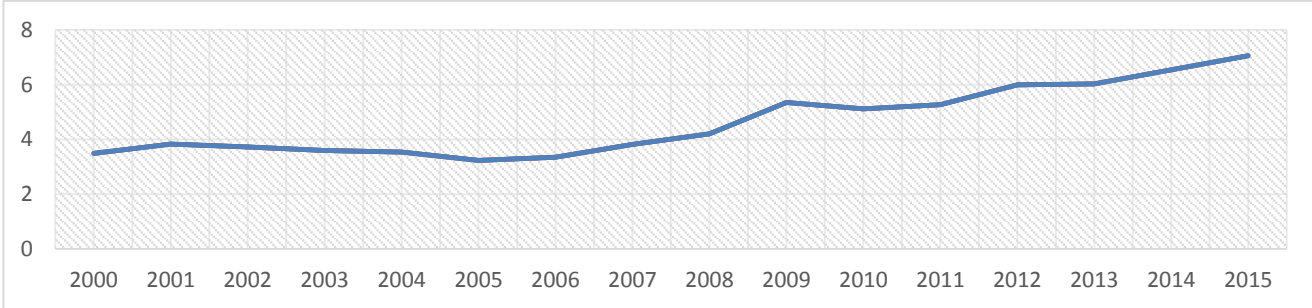
الجدول رقم 02: نسبة الانفاق الاجمالي على الصحة إلى إجمالي الناتج المحلي

السنة	النسبة %	السنة	النسبة %
2000	3,489	2008	4,202
2001	3,838	2009	5,359
2002	3,73	2010	5,117
2003	3,601	2011	5,268
2004	3,544	2012	6,001
2005	3,235	2013	6,035
2006	3,355	2014	6,542
2007	3,821	2015	7,057

المصدر: <https://donnees.banquemondiale.or>

تمثل بيانات الجدول السابق في الشكل التالي:

الشكل رقم 01: نسبة الانفاق الاجمالي على الصحة إلى إجمالي الناتج المحلي



من اعداد الطلبة انطلاقا من الجدول السابق

من خلال المنحنى نلاحظ أن هناك استقرار نسبي في الانفاق الاجمالي من سنة 2000 إلى غاية 2007 حيث كانت نسبة الانفاق تتراوح من 3,489 إلى 3,821 ليرتفع بعد ذلك سنة 2008 من نسبة 4,202 إلى 7,057 سنة 2015 وهذا الارتفاع راجع إلى منح الاستقلالية للمؤسسات الاستشفائية.

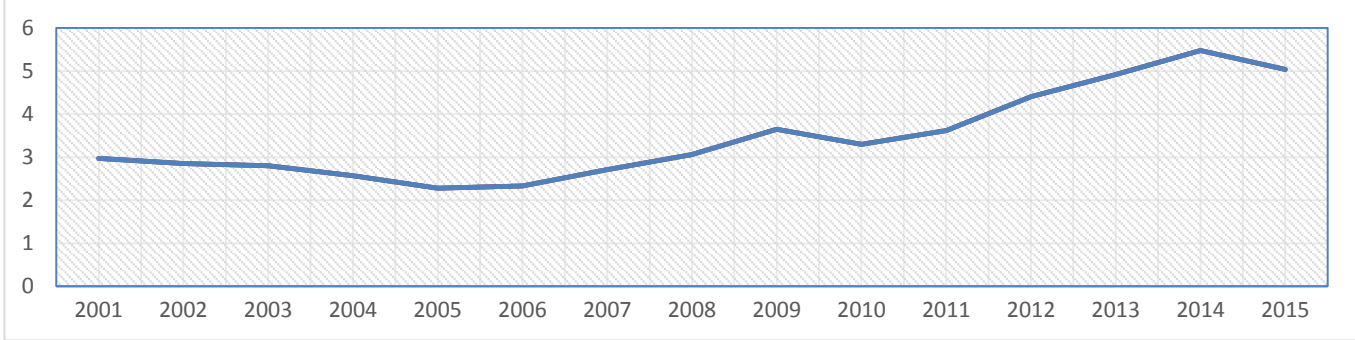
II-1-1 ارتفاع النفقات الصحية في القطاع العام: تشكل النفقات الصحية العمومية النسبة الكبرى من النفقات الصحية الاجمالية، وبمقارنتها بإجمالي الناتج المحلي يظهر لنا الجدول التالي:

الجدول رقم 03: نسبة الانفاق في القطاع العام على الصحة إلى إجمالي الناتج المحلي

السنة	النسبة %	السنة	النسبة %
2000	2,56	2008	3,06
2001	2,97	2009	3,65
2002	2,85	2010	3,30
2003	2,80	2011	3,62
2004	2,57	2012	4,41
2005	2,28	2013	4,92
2006	2,33	2014	5,48
2007	2,71	2015	5,04

نختصر الجدول السابق في الشكل البياني التالي:

الشكل رقم 02: نسبة الانفاق على الصحة في القطاع العام على الناتج المحلي



من اعداد الطالبية انطلاقا من الجدول السابق

من خلال المنحنى نلاحظ أن هناك ارتفاع طفيف في نسبة الانفاق في القطاع العام على الصحة إلى إجمالي الناتج المحلي من سنة 2000 إلى سنة 2003 بين كل سنة والسنة التي تليها، ليليه بعد ذلك انخفاض بنسب ضعيفة من سنة 2003 إلى سنة 2006، ثم بعد ذلك وابتداءا من سنة 2007 إلى غاية 2015 نلاحظ ارتفاع وقيم معتبرا في نسبة الانفاق في القطاع العام على الصحة إلى إجمالي الناتج المحلي بين كل سنة والسنة التي تليها.

II-1-2 ارتفاع النفقات الصحية في القطاع الخاص: تشكل النفقات الصحية التابعة للقطاع الخاص النسبة الضعيفة من النفقات الصحية الإجمالية، وذلك لتغطية القطاع العام لغالبية هذه النفقات، ولتوضيح ذلك نستعرض نسبة الانفاق في القطاع الخاص على الناتج المحلي عبر الجدول التالي:

الجدول رقم 04: نسبة الانفاق على قطاع الصحة في القطاع الخاص على الناتج المحلي

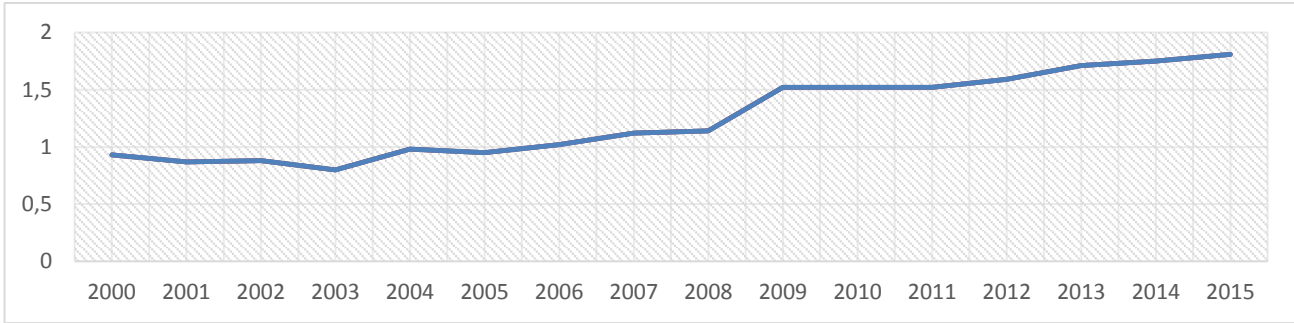
السنة	النسبة %	السنة	النسبة %
2000	0,93	2008	1,14
2001	0,87	2009	1,52
2002	0,88	2010	1,52
2003	0,80	2011	1,52

1,59	2012	0,98	2004
1,71	2013	0,95	2005
1,75	2014	1,02	2006
1,81	2015	1,12	2007

المصدر: <https://donnees.banquemondiale.or>

نوضح معطيات الجدول في الشكل البياني التالي:

الشكل رقم 03: نسبة الانفاق في القطاع الخاص على الناتج المحلي



من اعداد الطالبة انطلاقا من الجدول السابق

من خلال المنحنى نلاحظ ان نسبة الانفاق في القطاع الخاص على الناتج المحلي طوال فترة الدراسة (2000-2015) تتزايد بمعدل ضعيف وبسيط، فأقل نسبة للإنفاق كانت سنة 2003 بنسبة (0,8) وأعلى نسبة كانت سنة 20015 بنسبة (0,81)، مما يؤكد أن مساهمة القطاع الخاص في النفقات الصحية الاجمالية هي مساهمة بسيطة وارتفاعها كان بوتيرة ضعيفة نوعا ما.

II-2 ارتفاع النفقات الصحية للفرد: النفقات الصحية للفرد هي ما يتم انفاقه على صحة الفرد الواحد خلال فترة زمنية معينة، ولتوضيح ارتفاع هذا النوع من النفقات نقوم بعرض الجدولين التاليين:

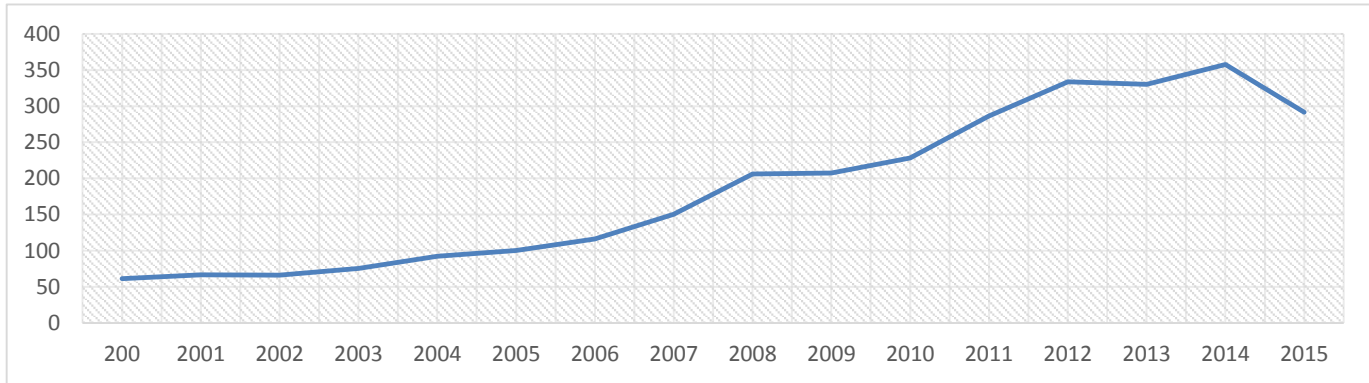
الجدول رقم 05: قيمة النفقات الصحية لكل فرد بالدولار الأمريكي

السنة	القيمة	السنة	القيمة
2000	61,303	2008	206,113
2001	66,505	2009	207,346
2002	66,173	2010	228,4
2003	75,418	2011	286,152
2004	92,115	2012	333,937
2005	100,294	2013	330,223
2006	116,241	2014	357,899
2007	150,38	2015	291,636

المصدر: <https://donnees.banquemondiale.org>

لتوضيح معطيات الجدول نستعين بالشكل البياني التالي:

الشكل رقم 04: النفقات الصحية للفرد بالدولار الأمريكي



من اعداد الطالبية انطلاقا من الجدول السابق

من خلال المنحنى نلاحظ أن قيمة النفقات الشخصية تتزايد بقيم تقل عن 17 دولار بين السنة والسنة التي تليها وهذا في الفترة الممتدة من 2000 إلى 2006 أما في الفترة الممتدة من 2007 إلى 2014 فإن النفقات الصحية

تتزايد بمعدلات مرتفعة تتجاوز 50 دولار في معظم الحالات بين السنة والسنة التي تليها، أما سنة 2015 فقد انخفض بقيمة تتجاوز 50 دولار.

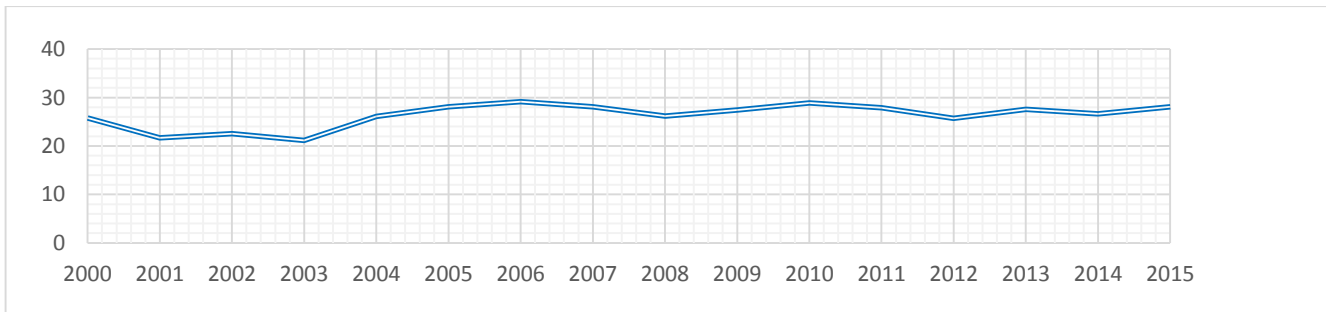
الجدول رقم 06: نسبة الانفاق الشخصي الوطني على الصحة من الانفاق الصحي العام

السنة	نسبة الانفاق الشخصي %	السنة	نسبة الانفاق الشخصي %
2000	25,795	2008	26,147
2001	21,669	2009	27,45
2002	22,525	2010	28,882
2003	21,149	2011	27,873
2004	26,094	2012	25,716
2005	28,094	2013	27,562
2006	29,121	2014	26,659
2007	28,089	2015	28,099

المصدر: <https://donnees.banquemondiale.or>

نختصر الجدول السابق في الشكل البياني التالي:

الشكل رقم 05: نسبة الانفاق الشخصي من الانفاق الصحي الاجمالي



من اعداد الطالبة انطلاقا من الشكل السابق

من خلال المنحنى يتبين لنا أن نسبة الانفاق الشخصي الصحي من نسبة الانفاق الصحي الاجمالي في فترة الدراسة تتزايد أو تتناقص بين السنة والسنة التي تليها بنسب بسيطة حيث تراوحت طيلة الفترة المدروسة والمقدرة ب 15 سنة من 21 إلى 28 بالمئة.

II-3 أسباب ارتفاع النفقات الصحية في الجزائر: يرجع ارتفاع النفقات الصحية في الجزائر إلى عدو عوامل نذكر منها:¹

II-3-1 تكاليف التحول: التعاقد ليس اختيار مجاني وانما يجر دائما إلى تكاليف بالنسبة للممثلين المعنيين في جميع مراحل التعاقد وأيضا أثناء مرحلة التحضير للعقد، فالمتعاقدين المستقبليين يجب أن يمضوا الكثير من الوقت في الاجتماع والبحث عن معلومات من أجل تحليل وضعيتهم، وعلى شركائهم تكوين ملفات تجر إلى تكاليف مباشرة وتكاليف غير مباشرة، وعند إمضاء العقد فإن فترة الاستعمال تتطلب أيضا تكاليف حيث يجب مراقبة الالتزامات بالنسبة للمتعاقدين الاخرين واصلاح النزاعات عندما تحدث وكذا تحضير التقارير.

II-3-2 التكاليف الناتجة عن منح الاستقلالية لهيئات عرض العلاج: حيث ساهم منح الاستقلالية لهذه الهيئات في رفع النفقات الصحية للأسباب التالية:

- عدم القدرة على تحويل الفائض في الموارد البشرية والمادية من مؤسسة لأخرى نتيجة الاستقلالية المالية والمعنوية لكل هيئة صحية أدى إلى وجود فائض في مؤسسات وعجز في مؤسسات أخرى؛

- رغبة كل مدير في الاستفادة من فتح جميع التخصصات الطبية والجراحية في وحدته أدى إلى عجز في الكادر البشري وزيادة في النفقات؛

- توجه المواطن إلى المؤسسات الاستشفائية مباشرة بدل التدرج في العلاج والتوجه نحو المؤسسات الجوارية للصحة أدى إلى ارتفاع التكاليف فيها؛

- تأخر تطبيق العلاقات التعاقدية بين المؤسسات الاستشفائية والضمان الاجتماعي الى غاية اليوم أدى الى تحمل الدولة للنفقات الصحية بنسبة تفوق 80% بدل هيئات الضمان الاجتماعي.

II-3-3 عدم توفر ادارة سياسية فعلية: لقد سخرت الجزائر في مجال الصحة العمومية موارد كثيرة لقطاع الصحة، ومع هذا لم تتمكن من تحقيق النتائج المنتظرة والمسطرة للتحكم في النفقات المتزايدة، حيث لجأ المشرع

¹ (العلواني عديلة، أثر تأخر تجسيد النط التعاقد في الجزائر على رفع النفقات الصحية، مرجع سابق، ص ص 102-104.

ولأول مرة منذ تطبيق مجانية العلاج إلى اقتراح نظام تمويل مبنى على أساس علاقات تعاقدية تربط الضمان الاجتماعي مع وزارة الصحة إلا أن هذا القانون لم يجسد إلا في بعض المؤسسات الصحية كتجارب؛

II-3-4 تكاليف حشد القدرات المادية والبشرية: ان تنصيب النمط التعاقدى بين هياكل الضمان الاجتماعي ووزارة الصحة يتطلب تنصيب مجموعة من المصالح سواء داخل المؤسسات الصحية الاستشفائية أو الجوارية أو داخل وكالات ومراكز الدفع لدى الضمان الاجتماعي لضمان متابعة العملية ومسايرها أثناء عملية تطبيق النمط التعاقدى في كل من صناديق الضمان الاجتماعي أو المؤسسات الصحية.

III مشروع المقاطعات الصحية

رغم كل الإصلاحات والتعديلات التي شهدتها المنظومة الصحية الوطنية إلا أنها بقيت تعاني من اختلالات ونقائص وقد كان للجانب التسييري النصيب الأكبر من هذه الاختلالات، وهذا ما دفع بوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات إلى تقديم مشروع جديد يتعلق بإعادة تنظيم الهياكل الصحية، حيث صدر هذا المشروع في ديسمبر 2013، تحت اسم مشروع إعادة تنظيم هياكل الصحة على المستوى المحلي ضمن مقاطعات صحية (مشروع المقاطعات الصحية).

III-1 تقديم عام لمشروع المقاطعات الصحية: يمكننا تقديم مشروع المقاطعات الصحية من خلال عرضنا للنقاط التالي:

III-1-1 تعريف المقاطعات الصحية: يمكن تعريف المقاطعة الصحية على أنها:

التعريف الأول: هي منظمة ادارية وصحية تضم هياكل الصحة، الوقاية، التشخيص، الرعاية، العلاج وإعادة التأهيل وأي هيكله لها علاقة بوزارة الصحة، تلبى الاحتياجات الصحية لمجموعة من السكان داخل مجال جيو-صحي يقابل دائرة أو أكثر.¹

التعريف الثاني: المقاطعة الصحية هي هيئة عمومية ذات طابع إداري، تصنف حسب فئتين: فئة مقر الولاية، فئة مقر الدائرة.²

III-1-2 المؤسسات الصحية الغير خاضعة لمشروع المقاطعات الصحية: تتمثل المؤسسات الصحية التي لا تنتمي إلا المقاطعات الصحية فيما يلي:³

-معاهد الرعاية والبحث؛

-المؤسسات الاستشفائية الجامعية؛

-المراكز الاستشفائية الجامعية؛

¹ المادة 02 من مشروع المرسوم التنفيذي المتضمن إنشاء وتنظيم وتسيير المقاطعات الصحية.

² بن فرحات عبد المنعم، مرجع سابق، ص109.

³ المادة 03 من مشروع المرسوم التنفيذي المتضمن إنشاء وتنظيم وتسيير المقاطعات الصحية.

-المؤسسات الاستشفائية الخاصة التي تغطي مجموعة من السكان في عدة دوائر أو ولايات.

هذه الهياكل تعمل على ضمان نشاطات التي لا تستطيع المقاطعات الصحية ضمانها، خاصة العناية على أعلى مستوى.

III-1-3 مهام المقاطعات الصحية: من بين المهام التي تقوم المقاطعات الصحة ما يلي: ¹

III-1-3-1 المهام العامة المقاطعات الصحية: تتمثل المهام العامة في:

- تحديد الاحتياجات الصحية لسكان المنطقة المغطاة؛
- تلبية الاحتياجات الصحية للسكان بشكل كامل، مدمج، هرمي دائم؛
- تنفيذ البرامج الوطنية والمحلية للصحة؛
- المشاركة وتنفيذ البرامج المحلية للصحة، بعد الموافقة عليها وتفعيلها من طرف المدير المسؤول عن الصحة للولاية.

III-1-3-2 مهام المقاطعات الصحية الخاصة بالحماية والوقاية الصحية: تنحصر فيما يلي:

- ضمان المراقبة الصحية والقيام بالإحصاءات الصحية؛
- ضمان بشكل عام الحماية والوقاية وتعزيز الصحي؛
- توطيد التعزيز الصحي عن قرب عن طريق الرعاية المنزلية، والطواقم المتنقلة؛
- تعزيز الأنشطة الصحية في أوساط محددة؛

III-1-3-3 مهام المقاطعات الصحية الخاصة بالتشخيص والرعاية:

- المشاركة في وضع المخطط الاقليمي لتنظيم الرعاية؛
- تطوير وتنفيذ مخطط تنظيم أنشطة التشخيص والرعاية عن طريق وضع شبكات وظيفية وفروع للرعاية؛
- تلبية احتياجات رعاية الطوارئ عن طريق تنظيم خدمة دائمة لرعاية الطوارئ، موزعة بين وحدات المقاطعة؛
- ربط أنشطة الرعاية بين وحدات المقاطعة الصحية؛

¹ (المادة 09 من مشروع المرسوم التنفيذي المتضمن إنشاء وتنظيم وتسيير المقاطعات الصحية.

III-1-4-1 تسيير المقاطعة الصحية: يتم تسيير المقاطعة الصحية عن طريق العديد من الاجهزة نذكر منها:

III-1-4-1 مجلس التوجيه: المقاطعة الصحية تدار عن طريق مجلس توجيه يقوده مدير عام على مستوى مقر

الولاية أو المقاطعة الادارية ومدير على مستوى الدائرة، ولكل مقاطعة صحية مجلس علمي.¹

هو هيئة تداول للمقاطعة الصحية يتكون من:²

- الرئيس (الوالي أو ممثله)
- عضو من المجلس الشعبي الولائي معين من طرف الرئيس؛
- عضو من المجلس الشعبي البلدي، لمقر المقاطعة الصحية؛
- رئيس المجلس العلمي؛
- ممثل وزارة المالية؛
- ممثل التأمينات الاقتصادية؛
- ممثل وكالات الأمن الاجتماعي؛
- رؤساء المجالس الطبية لوحدات المقاطعة الصحية؛
- ممثل هيئة المستخدمين لكل وحدة، منتخب من الجمعية العامة؛
- ممثل عن الجمعيات (معين من طرف الوالي) الناشطة في المجال الصحي لإقليم المقاطعة الصحي.

المدير العام أو مدير المقاطعة الصحية يشارك في المجلس التوجيهي كاستشاري مع ضمان أمانة المجلس.

يتداول مجلس التوجيه في النقاط التالية:³

- الحصيلة الاجتماعية للموارد البشرية؛
- جدول تعداد المستخدمين والمخطط السنوي للتوظيف والتكوين؛
- البرامج السنوية لصيانة المباني والتجهيزات؛
- الاجراءات الخاصة بترقية وتطوير أنشطة الصحة والبحوث التطبيقية؛
- الأسيلة المتعلقة بسير وتنظيم المصالح، وكذا التنظيم الداخلي للمؤسسة؛

¹ المادة 10 من مشروع المرسوم التنفيذي المتضمن إنشاء وتنظيم وتسيير المقاطعات الصحية.

² المادة 11 من مشروع المرسوم التنفيذي المتضمن إنشاء وتنظيم وتسيير المقاطعات الصحية.

³ بن فرحات عبد المنعم، مرجع سابق، ص 112

- مشاريع الاستثمار ضمن حدود القيود التي تفرضها القوانين والأنظمة؛
- الاكتساب والتخلي عن الأملاك المنقولة وعقود الايجار؛
- قبول ورفض الهبات؛
- تسوية النزاعات؛
- التقرير السنوي للنشاط المعد والمقدم من طرف المدير العام أو مدير المقاطعة الصحية؛
- مشروع المؤسسة وعقد الأهداف وتحديد المسؤولية للنشاطات والموارد؛
- مخطط وضع قيد العمل البرامج الوطنية للصحة العمومية؛
- حصيلة الأعمال المنجزة في النشاط الوقائي؛ العلاجات القاعدية والعلاجات الطبية؛
- جميع الأسئلة المرتبطة بالتنسيق بين وحدات المقاطعة الصحية؛
- دراسة مختلف اقتراحات الشراكة العمومية (العمومية-العمومية أو العمومية -الشبه عمومية أو العمومية-الخاصة)؛
- المخطط السنوي لدعم وتعزيز الاستجابات وكذا المناوبة.

يجتمع المجلس بشكل عادي مرتين في السنة، ويمكن أن يجتمع بشكل غير عادي بطلب من رئيسه كلما كان ذلك ضروري، كما لا تكون مداورات المجلس التوجيه صحيحة إلا بحضور أغلبية الأعضاء ومع ذلك

إذا لم يبلغ النصاب القانوني يستدعى مرة أخرى في الأيام الثمانية القادمة، ومنه يمكن لأعضائه المداورات مهما كان عدد الحضور. تؤخذ القرارات لأغلبية الأعضاء الحاضرة وفي حالة التساوي يتم اختيار قرار المجموعة التي توافق قرار الرئيس.¹

III-1-4-2 الإدارة: تتكون الإدارة في المقاطعات الصحية من:

III-1-4-1-2 المدير العام: المدير العام أو مدير المقاطعة الصحية يضمن إدارة مجموعة الوحدات المكونة للمقاطعة الصحية، ويمارس صلاحياته وفق الأنظمة المعمول بها، وذلك بمساعدة مجلس مشترك بين قطاعات الصحة العمومية، حيث هذا الأخير يساعده في أعماله عن طريق وفد وقاية والمراقبة الصحية على مستوى المقاطعات الصحية، تركيبة هذا المجلس ومهامه وطرق عمله مثبت بمرسوم وزاري مشترك.²

¹ (المادة 13 و14 من مشروع المرسوم التنفيذي المتضمن إنشاء وتنظيم وتسيير المقاطعات الصحية.

² (المادة 16 و17 من مشروع المرسوم التنفيذي المتضمن إنشاء وتنظيم وتسيير المقاطعات الصحية.

مهام المدير العام للمقاطعة الصحية: تتمثل مهام المدير العام للمقاطعة الصحية في:¹

- إعداد الميزانية المؤقتة مع ضمان التنفيذ؛
- تمثيل المقاطعة الصحية أو في العدالة أو أي جهة في الحياة المدنية؛
- ضمان السلطة الهرمية لموظفين في المقاطعة الصحية؛
- تنفيذ عقد الأهداف والمسائلة للأنشطة والموارد؛
- إنشاء مشروع المؤسسة و ضمان تنفيذه بعد المصادقة عليه من مجلس التوجيه؛
- تنسيق أنشطة الوحدات المكونة للمقاطعة الصحية؛
- ضمان التوازن للميزانية وتخفيض نفقات التسيير؛
- تطوير كل الأنشطة، مع التشاور مع المجلس العلمي للمقاطعة لتطوير أداء المؤسسة؛
- ضمان الوسائل لضمان أفضل تكفل بالمريض.

III-1-4-2-2 المجلس الإداري: هو عبارة عن هيئة تنفيذية تساعد مدير المقاطعة الصحية في انجاز مهامه

وتعمل على ضمانات تنفيذ وتطبيق كل القرارات الداخلة في حيز أنشطة المقاطعات الصحية.

يتكون مجلس الإدارة على مستوى مقر الولاية من:

- أمين عام؛
- مديري الوحدات الصحية؛
- مديرين؛
- أطباء منسقين.

أما على مستوى مقر الولاية فيتكون من:

- نواب مديرين؛
- مديري الوحدات الصحية؛
- أطباء منسقين.

¹ (المادة 20 من مشروع المرسوم التنفيذي المتضمن إنشاء وتنظيم وتسيير المقاطعات الصحية.

مهام هذا المجلس فتمثل في:

- وضع حيز التنفيذ بشكل منسق إجراءات التنظيم والتوظيف؛
- متابعة تنفيذ هذه الاجراءات بالتنسيق مع المناطق الصحية القريبة؛
- تنسيق الأنشطة بين مختلف وحداتها؛
- تنسيق البرامج الوطنية والمحلية للوقاية؛
- يجتمع بشكل إجباري في الشهر، كما يمكن أن يجتمع بطلب من المدير العام أو مدير المقاطعة الصحية في كل مرة إذا كان ذلك ضروري.

III-1-4-3 الوحدات الصحية: تتكون المقاطعة الصحية من ثلاث وحدات صحية هي:¹

III-1-4-1-1 الوحدة الصحية الجوارية: وهي تضم مجموعة من الناطق الصحية الجوارية التي تعرف على أنها وحدة جيو-صحية تضم بلدية واحدة أو عدة بلديات، وتشمل مجموع الهياكل الصحية القاعدية المجمعة في عيادة متعددة الخدمات والتي تعتبر المقر التقني إداري للمنطقة الصحية التي يسيرها طبيب منسق.

III-1-4-1-2 وحدة العلاجات الاستشفائية وتسمى بالمستشفى العام: وهو منظم عن طريق مصالح متخصصة طبية، جراحية وطبية-تقنية، وتعمل هذه المصالح على ضمان عمليات نشاطات التشخيص، العلاجات الأولية الثانوية والثالثية، وكذا العلاجات الاستعجالية.

III-1-4-1-3 وحدة العلاجات الاستشفائية المتخصصة وتسمى المستشفى المتخصص: وهو منظم عن طريق مصالح طبية و/او جراحية متخصصة وطبية-تقنية. وتعمل هذه على ضمان عمليات نشاطات التشخيص، العلاجات الأولية، الثانوية والثالثية وكذا العلاجات الاستعجالية لمرض محدد.

III-1-4-4 اللجان التقنية: كل وحدة من الوحدات الصحية تكون مرفقة باللجان التقنية التالية:²

- لجنة الرعاية الطبية، الاستعجالات وجودة الرعاية؛
- اللجنة التقنية للنظافة والأمن؛
- اللجنة التقنية لعقار (الدواء)؛

¹ بن فرحات عبد المنعم، مرجع سابق، ص ص 114-115.

² المادة 43 من مشروع المرسوم التنفيذي المتضمن إنشاء وتنظيم وتسيير المقاطعات الصحية.

- اللجنة التقنية للرعاية الوقائية.

III-1-5 اعداد وتنفيذ ومراقبة الميزانية: تمثلت الاجراءات الاضافية التي أتى بها هذا المشروع عن المرسوم سابقه والساري مفعوله في:¹

-أن المدير العام أو مدير المقاطعة الصحية يكون امر بالصرف بالنسبة للمؤسسة، فيما يكون مديرو الوحدات أمرين بالصرف ثانويين؛

-أنه إضافة إلى إجراء المحاسبة العمومية، يمكن مسك محاسبة وفقا لقاعدة القيد المزدوج؛

-أن الحساب الاداري يقدم مرفقا بتقرير تقييمي حول عقد الأهداف وتحديد المسؤولية للنشاطات والموارد ويعد من طرف الامر بالصرف ويطلع عليه من طرف المجلس التوجيهي، ليخضع لمصادقة الوالي الذي يقدم نسخ من للوزارة المكلفة بالصحة.

III-2- تقييم مشروع المقاطعات الصحية 2013

إن السبب الرئيسي للعودة للمقاطعات الصحية هو عدم تحقيق المرسوم الذي جاء قبله والذي تم بموجبه منح الاستقلالية للمؤسسات الاستشفائية للأهداف المسطرة له، لكن ذلك لا يمنع أن لهذا المشروع سلبيات، كما له ايجابيات أيضا، وهذا ما سنتطرق له في هذا الجزء.

III-2-1 ايجابيات مشروع المقاطعات الصحية: تتمثل ايجابيات مشروع المقاطعات الصحية 2013 في:

-التقليل من التبذير في الوسائل المادية وذلك من خلال امكانية نقلها وتحويلها بين المراكز والهيكل التابعة لنفس المقاطعة؛

-يكون للمقاطعة الواحدة بكامل هيكلها ومصالحها ميزانية واحدة وبالتالي التحكم وضبط التكاليف؛

-تحويل المستخدمين من اجل تغطية العجز في بعض المصالح او المراكز الصحية؛

-تتخصص مهام المسؤولين في الوحدات الاستشفائية والعلاجية في المريض لا غير؛

¹ (بن فرحات، مرجع سابق، ص 117.

-القضاء على المحسوبة والتعسفية من طرف المسؤولين في الوحدات الصحية سواء الاستشفائية أو العلاجية (مؤسسات الصحة الجوارية سابقا) لأن المدراء لم تعد لهم سلطة التوظيف، ولا التحويل، ولا التوقيف؛

-إعادة التسلسل الهرمي للعلاج القاعدي؛

-خلق تكامل بين الوحدات العلاجية والوحدات الاستشفائية؛

-تسمح المقاطعة الصحية التي تعد فضاء محدد بتخطيط الخدمات الصحية بصفة مندمجة وعلى أساس شبكات للتكفل تنطلق من الخدمات القاعدية إلى أرقى الخدمات الاستشفائية؛

-التحكم الجيد في خارطة توزيع الطاقم الطبي وشبه الطبي على المستشفيات أو مؤسسات الصحة الجوارية داخل المقاطعة الصحية.

III-2-2-2-سلبيات مشروع المقاطعات الصحية: رغم أنه لهذا المشروع أو للخارطة الصحية الجديدة العديد من الايجابيات التي لا يمكننا إنكارها إلا أن له بعض العيوب والسلبيات التي يجب أن يتم تداركها والتي منها:

-الغاء المنافسة بين الوحدات الصحية؛

-تحكم الجماعات المحلية في المقاطعات الصحية؛

-تقديم المسؤولين عن الوحدات الصحية لمردودية أقل والتقليل من سعيهم للنهوض بهذه الوحدات الصحية وذلك لتقييد صلاحياتهم وسلطاتهم.

خلاصة الفصل

ان الاصلاحات الصحية التي مرت بها المنظومة الوطنية تؤكد على دور الدولة وسعيها للنهوض بالقطاع الصحي لكن قد تتسبب هذه الاصلاحات في ظهور مشاكل جديدة، أو تفاقم مشاكل كانت موجودة مسبقا إذ لم يتم دراسة هذه الاصلاحات دراسة جيدة، وهذا ما حدث بالفعل مع اصلاحات 2007، والتي تم بموجبها منح الاستقلالية للمؤسسات الاستشفائية، والتي أدت إلى رفع النفقات الصحية أكثر مما كانت عليه مسبقا وهذا ما أكدته النتائج والاحصائية التي تم عرضها في هذا الفصل، أما بالنسبة لمشروع المقاطعات الصحية فلا يمكننا الحكم عليه لأنه لا يزال لم يطبق فعليا في غالبية مناطق الوطن رغم أن له حوالي 6 سنوات من تاريخ صدوره.

الفصل الثالث

تمهيد

بعد التطرق إلى الجانب النظري لهذا البحث في الفصلين الأولين، سنحاول من خلال هذا الفصل تناول الجانب التطبيقي لهذا الموضوع، حيث وقع اختيارنا على المؤسسة العمومية الاستشفائية زيوشي محمد طولقة، وذلك للتأكد من أثر منح الاستقلالية للمؤسسات الاستشفائية في رفع النفقات الصحية، وهذا من خلال عرضنا لمجموعة من البيانات والمعطيات (ميزانيات، تطور النفقات) ودراستها وتحليلها.

تمهيد

بعد التطرق إلى الجانب النظري لهذا البحث في الفصلين الأولين، سنحاول من خلال هذا الفصل تناول الجانب التطبيقي لهذا الموضوع، حيث وقع اختيارنا على المؤسسة العمومية الاستشفائية زيوشي محمد طولقة، وذلك للتأكد من أثر منح الاستقلالية للمؤسسات الاستشفائية في رفع النفقات الصحية، وهذا من خلال عرضنا لمجموعة من البيانات والمعطيات (ميزانيات، تطور النفقات) ودراستها وتحليلها.

I-تقديم عام للمؤسسة الاستشفائية زيوشي محمد (طولقة)

تعتبر المؤسسة العمومية الاستشفائية زيوشي محمد طولقة من أهم المؤسسات الاستشفائية في ولاية بسكرة، حيث تقع بدائرة طولقة بالجنوب الشرقي للبلاد، وهي دائرة تتكون من إحدى عشر بلدية، بمساحة إجمالية تقدر ب 3454 كلم مربع، يقطنها حوالي 213578 نسمة، أي بكثافة سكانية تقدر ب 61.83 نسمة في الكلم الواحد، يحدها شمالا دائرة بريكة، ومن الجنوب دائرة المغير، ومن الجنوب الغربي دائرة أولاد جلال، والجنوب الشرقي دائرة سيدي عقبة.

I-1 نشأة المؤسسة: تم انشاء المؤسسة الصحية زيوشي محمد لدائرة طولقة بمقتضى القرار الوزاري رقم 14 المؤرخ في 29-12-1980 والذي مر بثلاث مراحل:

-**المرحلة الأولى 1983 إلى غاية 1885:** تم انشاء المجمع الصحي والذي يعتبر من أقدم المراكز الاستشفائية في بلدية طولقة.

-**المرحلة الثانية من 1990 إلى غاية 1991:** تم انجاز مركز الاستعجالات الطبية.

-**المرحلة الثالثة من 1998 إلى غاية سنة 2000:** تم انجاز اخر الأجزاء وهو المستشفى الجديد الذي قام بتدشينه السيد رئيس الجمهورية في 08 جوان 2001، وفي محاولة لتحسين مستوى اداء الخدمات الصحية على مستوى التراب الوطني قامت الدولة بخطوة لتقسيم القطاعات الصحية إلى (استشفائية، جوارية متخصصة)، وهذا بعد المصادقة على المرسوم التنفيذي رقم 140/07 المؤرخة في 19/05/2007 والمتضمن انشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والعمومية للصحة الجوارية.

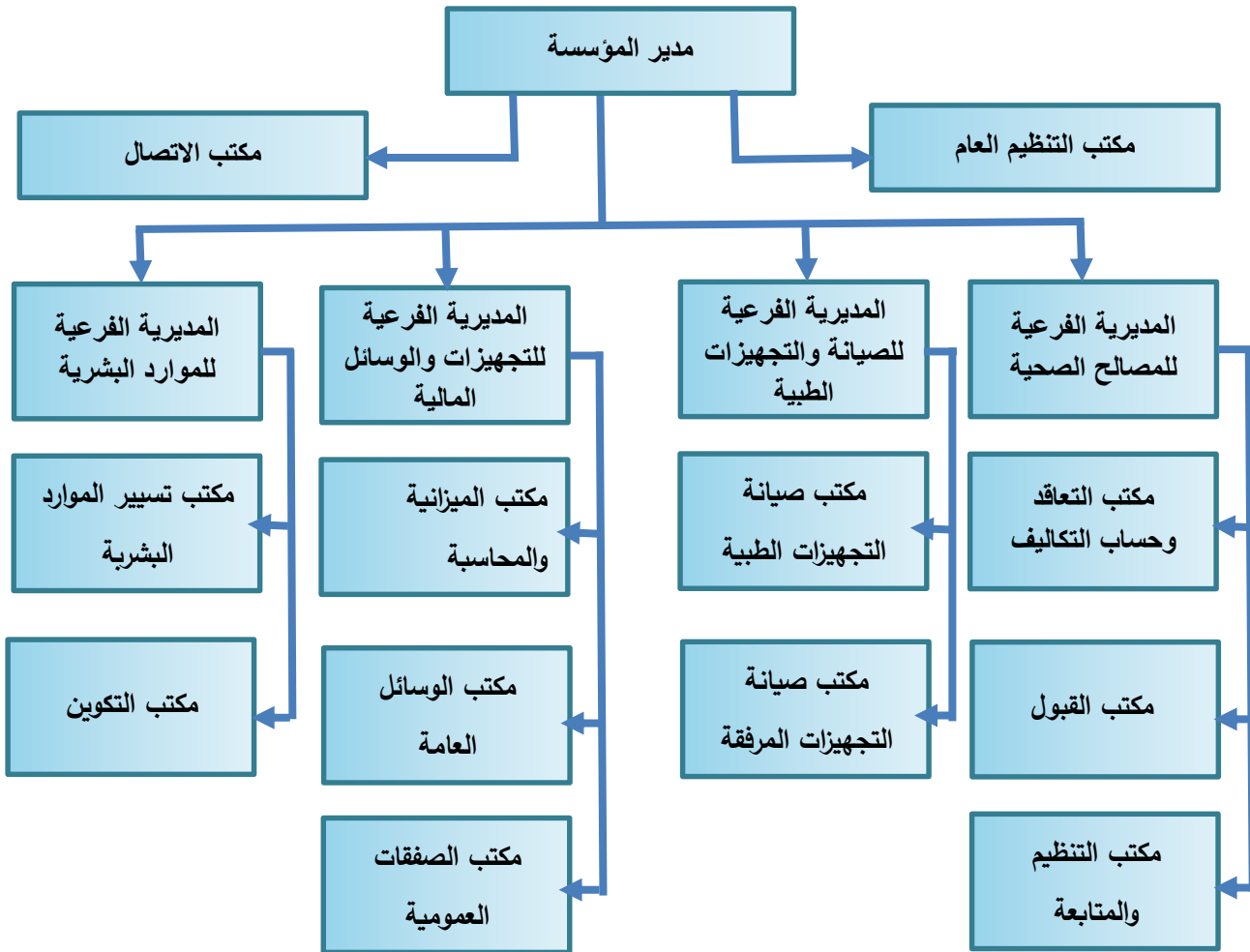
I-2 الخدمات التي تقدمها المؤسسة محل الدراسة: من بين أهم الخدمات التي تقدمها نذكر ما يلي:

- ضمان تنظيم وبرمجة توزيع العلاج الشفائي والتشخيص وعادة التأهيل الطبي والاستشفاء؛
- التكفل بصفة كاملة ومتسلسلة بالحاجات الصحية للسكان؛
- تنظيم مصلحة للعلاجات الاستعجالية؛
- تقديم نشاطات الصحة؛
- جمع المعلومات وتكوين إحصائيات صحية؛
- يمكن استخدام المؤسسة الاستشفائية ميدانا للتكوين الطبي والشبه طبي والتكوين في التسيير الاستشفائي على أساس اتفاقيات تبرم مع مؤسسات التكوين؛

- التكوين المتواصل؛
- تحديد الحاجيات الصحية للسكان؛
- ضمان تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحو تجديد معارفهم؛
- ضمان حفظ الصحة والنقاوة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية.

I-3 الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية الاستشفائية زيوشي محمد: الهيكل التنظيمي هو الشكل الذي وضح كيفية تقسيم وتوزيع المسؤوليات والمهام داخل المؤسسة، حيث تقسم المؤسسة إلى مصالح وفروع من خلال الهياكل التنظيمية، وفيما يلي توضيح للهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية الاستشفائية زيوشي محمد طولقة:

الشكل رقم 06: الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية الاستشفائية زيوشي محمد طولقة



المصدر: من وثائق المؤسسة

- مدير المؤسسة: وهو المشرف العام على التسيير والتوجيه والمراقبة داخل المؤسسة، وهو الممثل المسؤول على مستوى مديرية الصحة، وتخول إليها جميع الصلاحيات في اتخاذ القرارات واعطاء الأوامر.

-المديرية الفرعية للمصالح الصحية: وهي المسؤول الأول والأخير عن جميع المصالح الصحية أمام مدير المستشفى، ويتفرع عن هذه المصلحة ما يلي:

- مكتب التعاقد وحساب التكاليف؛
- مكتب القبول؛
- مكتب التنظيم والمتابعة

-المديرية الفرعية للصيانة والتجهيزات الطبية: وهي المسؤولة على مصلحة الجرد، الصيانة، وتعتبر الممثل الوحيد أمام مدير المؤسسة، في كيفية وطريقة تسيير التجهيزات، ويتفرع عن هذه المصلحة ما يلي:

- مكتب صيانة التجهيزات الطبية؛
- مكتب صيانة التجهيزات المرفقة.

-المديرية الفرعية للتجهيزات والوسائل المالية: وهي المسؤولة على جميع المصالح الاقتصادية بما فيها المخازن العامة، مخازن المواد الغذائية، مصلحة الأمن والوقاية، مصلحة المحاسبة، وتعتبر الممثل الوحيد أمام مدير المؤسسة في كيفية وطريقة تسيير المعاملات المحاسبية، ويتفرع عن هذه المصلحة ما يلي:

- مكتب الميزانية والمحاسبة؛
- مكتب الصفقات العمومية؛
- مكتب الوسائل العامة.

-المديرية الفرعية للموارد البشرية: وهي التي تشرف على العمال بجميع فئاتهم، خلال المهام التي تقوم بها يوميا والتي منها ترقيات، الأجور، الخصم، التعيينات، المنح، التعويضات، تنظيم أوقات العمل، ويتفرع عن هذه المصلحة ما يلي:

- مكتب تسيير الموارد البشرية؛
- مكتب التكوين.

I-4- الامكانيات المادية والبشرية للمؤسسة العمومية الاستشفائية محمد زيوشي-طولقة: تتوفر المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد زيوشي بطولقة، على هياكل وتجهيزات هامة، وطاقم من العاملين الطبيين الاداريين والمهنيين المحترفين، وهو ما ساعدها على تقديم خدمات صحية جيدة لسكان المنطقة وضواحيها، ويشمل هذه الامكانيات ما يلي:

- المنشآت في المؤسسة: يمكن توضيح المنشآت التي تمتلكها المؤسسة من خلال الجدول التالي:

الجدول رقم 07: منشآت المؤسسة

عدد الاسرة	عدد الغرف الجراحية	عدد قاعات الجراحة	عدد الوحدات	عدد المصالح	المؤسسة العمومية الاستشفائية
140	01	02	19	05	طولقة

المصدر: من وثائق المؤسسة

من خلال الجدول يتضح أن المؤسسة تتوفر على تجهيزات بسيطة وضعيفة مقارنة مع التغطية السكانية لها.

- الموارد البشرية للمؤسسة: تتوفر المؤسسة العمومية الاستشفائية زيوشي محمد بطولقة، على كادر طبي وشبه طبي، بالإضافة إلى عمال إداريين ومهنيين، كم هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم 08: الموارد البشرية بالمؤسسة

العدد	التخصص
170	المهنيون
39	الاداريون
04	لأطباء جراحة عامة
03	أطباء عظام
01	أطباء أمراض الدم
03	أطباء الأشعة
02	طب الأطفال
01	طب داخلي
149	شهادة دولة

15	ممرض مؤهل
49	ممرض مساعد
15	عون تخدير
30	قابلات
01	علم النفس

المصدر: من وثائق المؤسسة

من خلال الجدول نلاحظ أن هناك نقص وضعف في عدد الأطباء، ويقابل هذا النقص تضخم في عدد العمال غير الطبيين، أما عدد العمال الشبه طبيين فهو متوسط.

II-ميزانية التسيير للمؤسسة العمومية الاستشفائية زيوشي محمد طولقة

تقسم ميزانية التسيير للمؤسسة العمومية الاستشفائية زيوشي محمد طولقة إلى فرعين، الفرع الأول يتمثل في الإيرادات ويقسم إلى أبواب والفرع الثاني النفقات وتشمل عناوين وكل عنوان يقسم إلى أبواب،

II-1-الفرع الاول الإيرادات: يضم فرع الإيرادات ست أبواب متمثل فيما يلي:¹

-الباب الأول مساهمة الدولة؛

-الباب الثاني مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي وتضم كل من:

- مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي؛
- مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي من أجل تغطية المؤمنين اجتماعيا وذوي الحقوق؛
- مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي بعنوان الخدمات الخاضعة للاتفاقيات؛

-الباب الثالث مساهمة المؤسسات والهيئات العمومية وتتمثل في:

- مساهمة المؤسسات والهيئات العمومية؛
- مساهمة هيئات التكوين والتعليم العالي؛
- مساهمة هيئات التضامن الوطني؛

-الباب الرابع إيرادات متحصل عليها من نشاط المؤسسة وتحتوي كل من:

- مساهمات المرضى في مصاريف الاستشفاء، الفحص والاستشارة؛
- مساهمات المستخدمين والطلبة المتربصين في نفقات التغذية؛
- إيرادات متحصل عليها من حرق النفايات،
- إيرادات متحصل عليها في إطار الاتفاقيات (اتفاقيات مبرمة في إطار طب العمل، اتفاقيات مبرمة في إطار نشاطات العلاج)
- إيرادات أخرى.

¹ (قرار وزاري مشترك مؤرخ في 2013، متعلق بمدونة ميزانية المراكز الاستشفائية الجامعية، المؤسسات الاستشفائية المتخصصة، المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية.

-الباب الخامس ايرادات أخرى وتضم كل من:

- مساهمات المنظمات الدولية؛
- قروض، اعانات وهبات؛
- مساهمات المؤسسات الاقتصادية.

- الباب السادس ارصدة السنوات السابقة.

II-2- الفرع الثاني النفقات: وتضم عنوانين وهما:

II-2-1-العنوان الأول نفقات المستخدمين: وتضم تسع أبواب¹

-الباب الأول مرتبات نشاط المستخدمين المرسمين والمتربصين والمتعاونين وتضم كل من:

- مرتبات نشاط المستخدمين المرسمين والمتربصين؛
- مرتبات نشاط المستخدمين والمتعاونين؛
- الزيادة الاستدلالية لشاغلي المناصب العليا.

-الباب الثاني التعويضات والمنح المختلفة وتضم أكثر من 37 عنصر من بينها:

- التعويض عن المناوبة؛
- التعويض عن خطر العدوى؛
- تعويض التوثيق؛
- التعويض الاجمالي الخاص؛
- تعويض التأهيل؛
- تعويض التأطير؛
- علاوة المردودية؛
- تعويض الخدمات الادارية المشتركة؛
- تعويض الضرر؛

¹ نفس المرجع السابق.

- التعويض الجزافي عن الخدمة.

-الباب الثالث مرتبات نشاط المستخدمين الداخليين والخارجيين، ويضم كل من:

- مرتبات نشاط المستخدمين؛
- مرتبات النشاط الداخلي والخارجي،
- تعويض الرعاية؛
- تعويض خطر العدوى؛
- قسط تحسين الاداء .

-الباب الرابع مرتبات نشاط المستخدمين المتعاقدين، ويشمل ما يلي:

- مرتبات نشاط المستخدمين المتعاقدين بدوام كامل؛
- مرتبات نشاط المستخدمين المتعاقدين بدوام جزئي؛
- تعويضات ومنح مختلفة للمستخدمين المتعاقدين بدوام كلي؛
- تعويضات ومنح مختلفة للمستخدمين المتعاقدين بدوام جزري .

-الباب الخامس الأعباء الاجتماعية للمستخدمين المرسمين والمترسين والمتعاونين ويحوي ما يلي:

- خدمات أسرية؛
- الضمان الاجتماعي؛
- التأمين عن البطالة؛
- التقاعد المبكر .

-الباب السادس الاعباء الاجتماعية للمقيمين، الداخليين والخارجيين ويشمل ما يلي:

- خدمات أسرية؛
- الضمان الاجتماعي؛
- التأمين عن البطالة؛
- التقاعد المبكر .

-الباب السابع الاعباء الاجتماعية للمستخدمين المتعاقدين ويحوي كل من:

- خدمات أسرية؛
- الضمان الاجتماعي؛
- التأمين عن البطالة؛
- التقاعد المبكر.

-الباب الثامن معاش الخدمة والاضرار الجسدية وريوع حوادث العمل ويضم كل من:

- معاش الخدمة؛
- معاش التقاعد؛
- اقساد حوادث العمل.

-الباب التاسع المساهمات في الخدمة الاجتماعية ويضم ما يلي:

- المشاركة في لجان الأعمال الاجتماعية؛
- المساهمة في تمويل السكنات الاجتماعية؛
- الساهمة في التقاعد.

II-2-2-العنوان الثاني نفقات التسيير: وتضم سبعة عشر باب متمثل فيما يلي: ¹

-الباب الاول تسديد المصاريف ويشمل ما يلي:

- مصاريف المهام والتنقل داخل التراب الوطني؛
- مصاريف المهام والتنقل إلى الخارج؛
- مصاريف الدراسة، الخبرة، الترجمة، المحامين والمحضرين القضائيين؛
- مصاريف النقل لمستخدمي المناوبة؛
- مصاريف النقل، العبور وجمركة العتاد؛
- مصاريف الاستقبال؛

¹ (من وثائق المؤسسة

- مصاريف المراقبة الطبية والفحص؛
- مصاريف الدفن؛
- مصاريف نقل ومعالجة النفايات؛
- مصاريف النقل بمناسبة قضاء عطلة في عمالات الشمال.

-الباب الثاني المصاريف القضائية والتعويضات المستحقة على عاتق الدولة، وتشمل التالي:

- مصاريف قضائية وتعويضات مستحقة على عاتق الدولة.

-الباب الثالث العتاد والأثاث، ويضم التالي:

- اقتناء عتاد وأثاث المكتب؛
- صيانة عتاد وأثاث المكتب؛
- اقتناء أجهزة الاعلام الالي؛
- صيانة واصلاح أجهزة الإعلام الالي؛
- خدمات الاعلام الالي؛
- اقتناء واصلاح عتاد الوقاية والأمن؛
- اقتناء عتاد ولواحق المطبخ، تجهيزات جماعية للاستغلال والدعم؛
- صيانة وإصلاح عتاد المطبخ، تجهيزات جماعية للاستغلال والدعم؛
- اقتناء وتركيب عتاد ولواحق الهاتف والربط؛
- اقتناء العتاد السمعي البصري؛
- صيانة وإصلاح العتاد السمعي البصري.

-الباب الرابع اللوازم، ويضم ما يلي:

- أوراق؛
- لوازم المكتب؛
- مستهلكات الاعلام الالي؛
- مواد التنظيف؛
- اقتناء واصلاح البياضة ومستلزمات الأسرة؛

- مصاريف إعداد المطبوعات ومختلف الوثائق.

-الباب الخامس ألبسة وتضم:

- ألبسة.

-الباب السادس التكاليف الملحقة وتشمل ما يلي:

- الماء والغاز، الكهرباء، الوقود والطاقة الشمسية؛
- مصاريف البريد والمواصلات؛
- التوثيق والاشتراك في المجالات؛
- مصاريف الاعلان في الصحف؛
- مصاريف التأمين؛
- تسديد مصاريف الاستهلاك المنزلي للكهرباء والغاز.

-الباب السابع حضيرة السيارات وتضم التالي:

- اقتناء وتجديد السيارات؛
- الوقود والزيوت؛
- صيانة واصلاح السيارات وشراء قطع الغيار؛
- عجلات؛
- مصاريف الترقيم والتعريف؛
- تأمين السيارات؛
- مصاريف اقتناء قسيمة السيارات؛
- مصاريف المراقبة التقنية للسيارات.

-الباب الثامن صيانة وتصلح المنشآت القاعدية وتضم التالي:

- صيانة، اعادة تأهيل وتهيئة المنشآت القاعدية؛
- مواد البناء، الترصيص الخردوات، كهرباء، التدفئة والتكييف؛
- صيانة المساحات الخضراء، المسالك والفضاءات المشتركة.

-الباب التاسع مصاريف التكوين وتحسين المستوى وتجديد المعلومات وتربص المستخدمين ويحوي ما يلي:

- مصاريف التبرص القصير المدة بالخارج؛
- مصاريف التكوين وتحسين الاداء واعادة التأهيل للمستخدمين؛
- مصاريف تنظيم الامتحانات والمسابقات المهنية.

-الباب العاشر مصاريف مرتبطة بالمؤتمرات والملتقيات والتظاهرات العلمية الأخرى ويضم التالي:

- مصاريف التنقل والاقامة بمناسبة المؤتمرات والملتقيات والتوأمة والتظاهرات العلمية؛
- مصاريف مرتبطة بالتكفل بالوفود الاجنبية في إطار الشراكة والتبادلات العلمية.

-الباب الحادي عشر التغذية ومصاريف الاطعام ويشمل ما يلي:

- تغذية؛
- مصاريف الاطعام؛

-الباب الثاني عشر الايجار ويضم ما يلي:

- ايجار السكنات الوظيفية؛
- ايجار المحلات ذات الاستعمال الاداري؛
- ايجار المحلات المخصصة للممارسين المختصين في إطار الخدمة المدنية.

-الباب الثالث عشر الأدوية، المواد الصيدلانية ومواد أخرى موجهة إلى الطب الإنساني والأجهزة الطبية ويشمل

التالي:

- الأدوية؛
- المفاعلات ومواد المخابر؛
- الأفلام ومواد التصوير الطبي؛
- ضمادات؛
- غازات طبية وأخرى؛
- أدوات؛

- مستهلكات غير منسوجة؛
- أجهزة طبية وبرامج موجهة لتشخيص الأمراض والوقاية والعلاج؛
- مواد ومستهلكات خاصة بطب الأسنان؛
- مواد أخرى موجهة للطب الإنساني.

-الباب الرابع عشرة نفقات النشاطات النوعية، ويضم التالي:

- الحقن، الأمصال، المفاعلات وأوساط مغذية؛
- أدوية ومواد أخرى ذات الاستعمال الوقائي؛
- عتاد ومواد النظافة الاستشفائية؛
- مواد الوقاية؛
- دفاتر الصحة ومطبوعات أخرى؛
- حليب طبي ومواد غذائية لحماية الأم والطفل؛
- مواد ضرورية لتسيير نفايات أنشطة العلاج ذات المخاطر المعدية؛
- خدمات في إطار تسيير نفايات أنشطة العلاج ذات المخاطر المعدية.

-الباب الخامس عشر اقتناء وصيانة العتاد الطبي وملحقاته والأدوات الطبية ويشمل ما يلي:

- اقتناء عتاد طبي؛
- اقتناء وسائل طبية؛
- اقتناء ملحقات طبية وجراحية؛
- منقولات طبية؛
- عتاد العلاج المهني، إعادة تكييف، إعادة ادماج المرضى والفحوصات النفسية؛
- مصاريف الصيانة واصلاح العتاد الطبي بما فيها قطع الغيار.

-الباب السادس عشر تسديد المصاريف الاستشفائية والكشف لدى المستشفيات العسكرية والهيئات العمومية بعنوان

المرضى المحولين الذين لا يعانون من أمراض تحكمها اتفاقيات خاصة، ويضم التالي:

- تعويض المصاريف الاستشفائية والكشف لدى المستشفيات العسكرية بعنوان المرضى المحولين الذين لا يعانون من أمراض تحكمها اتفاقيات خاصة؛

- تعويض مصاريف الكشف مع الهيئات العمومية.

- الباب السابع عشر نفقات البحث الطبي، ويحوي ما يلي:

- استشارة وأتعاب الخبراء والمشاركين في البحث الطبي؛
- خدمات مرتبطة بالبحث الطبي؛
- شراء وصيانة العتاد، المنقولات، المواد العلمية والمواد والأدوية، مواد أخرى مخبرية واستهلاكية؛
- تنقلات ومهمات في إطار البحث العلمي.

II-3-3-كيفية توزيع وتعديل توزيع الإيرادات والنفقات والمناصب المالية: يخضع توزيع وتعديل توزيع الإيرادات والنفقات والناصب المالية للتشريع، حيث تتم هذه العمليات وفق مراسيم وقوانين تحددها السلطات المختصة وسنحاول توضيح عمليتي التوزيع وتعديل التوزيع فيما يلي:¹

II-3-3-1-كيفية توزيع الإيرادات والنفقات والمناصب المالية: يمكن توضيح كيف يتم توزيع الإيرادات والنفقات والمناصب المالية عن طريق توضيح دور بعض المسؤولين في القطاع الصحي والمالي والمتمثلين فيما يلي:

دور المدير الولائي المكلف بالصحة: عند صدور القرار الوزاري المشترك المتضمن توزيع الإيرادات والنفقات والمناصب المالية للمراكز الاستشفائية الجامعية، المؤسسات الاستشفائية المتخصصة، المؤسسات العمومية الاستشفائية، والمؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية يقوم المدير الولائي المكلف بالصحة بالتشاور مع مدراء المؤسسات العمومية للصحة على مستوى الولاية، ثم بالتوزيع المفصل للإيرادات والنفقات والمناصب المالية.

يجسد هذا التوزيع بإعداد مشروع مقرر يتضمن توزيع الإيرادات والنفقات والمناصب المالية وفقا للنموذج الملحق بهذه التعليمات مرفقة ببطاقة الالتزام قصد إخضاعه لتأشيرة المراقب المالي لدى الولاية.

دور المراقب المالي لدى الولاية: يقوم المراقب المالي بتأشير مشروع المقرر المذكور أعلاه، بعد التحقق من مطابقته مع القوانين والتنظيمات المعمول بهما في حدود الاعتمادات والمناصب المالية المحددة في القرار الوزاري المشترك المتضمن توزيع الإيرادات والنفقات والمناصب المالية.

¹ (التعليمات الوزارية المشتركة رقم 07 المؤرخة في 13 ماي 2015 المتعلقة بكيفية توزيع وتعديل توزيع الإيرادات والنفقات والمناصب المالية للمؤسسات العمومية للصحة.

_ دور مدير المؤسسة العمومية للصحة: عند استلام المقرر المتضمن توزيع الإيرادات والنفقات والمناصب المالية يقوم مدير المؤسسة المعني بتوزيع الاعتمادات والمناصب المالية طبقاً لمدونة الميزانية المعمول بها.

يودع مشروع الميزانية لدى مجلس الإدارة قصد الدراسة، ابداء الرأي والمداولة وبعدها للمصادقة من طرف:

- الوزير المكلف بالصحة بالنسبة لميزانيات المراكز الاستشفائية الجامعية؛
- الوالي بالنسبة لميزانيات المؤسسات الاستشفائية المتخصصة، المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية؛

ترسل نسخة من ميزانية كل مؤسسة التي يم المصادقة عليها إلى وزير المالية ووزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات.

_ دور المراقب المالي لدى المؤسسة: بعد المصادقة على الميزانية، يبلغ مدير المؤسسة نسخة من الميزانية ومقرر توزيع الإيرادات والنفقات والمناصب المالية المؤشرة إلى المراقب المالي لدى المؤسسة مرفقة ببطاقات الالتزام المتعلقة بالتكفل بالميزانية طبقاً للتنظيم المعمول به.

II-3-1-كيفية تعديل توزيع الإيرادات والنفقات والمناصب المالية: يمكن أن يتم تعديل توزيع الإيرادات والنفقات والمناصب المالية، في ظل احترام التشريع والتنظيم المعمول بهما، لاسيما أحكام المواد 33 و34 من القانون رقم 17/84 المؤرخ في 07 جويلية سنة 1984، المعدل والمتمم، المتعلق بقوانين المالية، وذلك في حدود الاعتمادات والمناصب المالية المفتوحة كما يلي:

-بالنسبة للاعتمادات الموجهة للمؤسسات العمومية للصحة التابعة لولايات مختلفة: بموجب قرار وزاري مشترك بين الوزير المكلف بالمالية والوزير المكلف بالصحة؛

_ بالنسبة للاعتمادات الموجهة للمؤسسات العمومية للصحة لنفس الولاية: بموجب قرار من الوزير المكلف بالصحة؛

-بالنسبة للاعتمادات العنوان الثاني لفائدة العنوان الأول والتي تخص نفس الولاية: بموجب قرار من الوزير المكلف بالصحة؛

_بالنسبة للاعتمادات من باب إلى باب في نفس العنوان والتي تخص نفس المؤسسة: بموجب قرار من المدير الولائي للصحة؛

-بالنسبة للاعتمادات من مادة إلى مادة في نفس الباب: بموجب قرار من مدير المؤسسة العمومية للصحة.

ترسل نسخ من القرارات والمقررات سالفه الذكر إلى المراقبين الماليين المعنيين قصد التكفل بها، ويتم تعديل توزيع الاعتمادات والمناصب المالية بنفس الكيفيات والأشكال والاجراءات التي يتم بها توزيع الايرادات والنفقات والمناصب المالية، ويجدر التذكير بموجب مراعات توازن ميزانية المؤسسة العمومية للصحة عند إجراء عمليات تعديل توزيع الايرادات والنفقات والمناصب المالية.

III- عرض ميزانيات المؤسسة العمومية الاستشفائية زيوشي محمد طولقة (2009-2018).

سيتم عرض ميزانيات المؤسسة محل الدراسة في الفترة المذكورة بعد تقسيمها على فترتين وذلك لاختلاف شكل الميزانيات أو تقسيماتها في كل فترة بعد التعديل الذي صدر سنة 2013.

III-1- عرض ميزانيات المؤسسة العمومية الاستشفائية زيوشي محمد طولقة بعد منح الاستقلالية في الفترة 2009_2013.

خلال هذه الفترة لم تكن الميزانية مقسمة بالطريقة الموضحة مسبقا بل كانت كما يلي:¹

-الفرع الاول الايرادات ويشمل:

- العنوان الاول مساهمة الدولة يضم باب وحيد؛
- العنوان الثاني الهيئات الأخرى يضم باب وحيد؛
- العنوان الثالث ايرادات وارده من صندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية بعنوان الخدمات الخاضعة للاتفاقيات، ويشمل بابين؛
- العنوان الرابع موارد أخرى يضم بابين.

-الفرع الثاني النفقات ويشمل:

- العنوان الأول نفقات الموظفين ويضم ست أبواب؛
- العنوان الثاني نفقات التكوين ويضم تسعة أبواب؛
- العنوان الثالث التغذية ويضم بابين؛
- العنوان الرابع الادوية والمواد الاخرى ذات الاستعمال الطبي ويضم ثلاث أبواب؛
- العنوان الخامس نفقات الأعمال الوقائية النوعية ويضم أربع أبواب؛
- العنوان السادس العتاد والأدوات الطبية ويضم بابين؛
- العنوان السابع صيانة الهياكل الصحة ويضم ثلاثة أبواب؛
- العنوان الثامن نفقات نفقات أخرى للتسيير ويضم ثمان أبواب؛
- العنوان التاسع الخدمات الاجتماعية ويضم باب وحيد؛

¹ (من وثائق المؤسسة

- العنوان العاشر نفقات البحث الطبي ويضم سبع أبواب.

III-1-1-ميزانية المؤسسة سنة 2009: وتضم فرعين

-الفرع الأول الإيرادات: ويمكن توضيحه من خلال الجدول التالي:

الجدول رقم 09: إيرادات المؤسسة لسنة 2009

نوعية الإيرادات	الإيرادات الموجب تغطيتها	الإيرادات المحققة
العنوان الأول مساهمة الدولة	303950000,00	303950000,00
الباب الوحيد مساهمة الدولة	303950000,00	303950000,00
العنوان الثاني الهيئات الأخرى	50000000,00	50000000,00
الباب الوحيد مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي	50000000,00	50000000,00
العنوان الثالث إيرادات واردة من صندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية بعنوان الخدمات الخاضعة لاتفاقيات	0,00	0,00
الباب الأول تسديد الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية بعنوان الخدمات الخاضعة لاتفاقيات	0,00	0,00
الباب الثاني إيرادات واردة من الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعلاجات المتخصصة ذات المستوى العالي	0,00	0,00
العنوان الرابع مواد أخرى	2200000,00	2999323,71
الباب الأول إيرادات مختلفة	2200000,00	2999323,71
الباب الثاني حاصل السنوات المالية السابقة	0,00	0,00
المجموع العام لكل الإيرادات	356150000,71	356949323,71

المصدر: من وثائق المؤسسة

من خلال الجدول نلاحظ أن جميع أبواب الإيرادات تتساوى فيها الإيرادات الموجب تحقيقها مع الإيرادات المحققة باستثناء حالة الباب الأول (إيرادات مختلفة) من العنوان الرابع (مواد أخرى)، الذي تفوق فيه الإيرادات المحققة الإيرادات الموجب تغطيتها، ومنه يمكننا القول بأن مصادر تمويل المؤسسة محل الدراسة توفر للمؤسسة الإيرادات الضرورية التي تحتاجها لمزاولة نشاطها مع وجود فائض بسيط

-الفرع الثاني النفقات: ويتمثل في الجدول التالي الجدول التالي:

الجدول رقم 10: نفقات المؤسسة لسنة 2009

نوعية المصاريف	الاعتمادات المفتوحة	المبالغ المسددة إلى 31:12:2009	المبالغ المسددة إلى 31:03:2010	المبلغ المسدد الاجمالي إلى 31:03:2010	المبلغ الملغى
مصاريف الموظفين	200000000,00	169305995,17	9708054,00	179014049,17	20985950,83
مصاريف التكوين	1650000,00	11530,00	1635942,13	1647472,13	2527,87
مصاريف التغذية	16000000,00	15303817,65	682376,10	15986193,75	13806,25
الأدوية والمواد الأخرى	75000000,00	47351984,25	27166228,22	74518212,47	481787,53
مصاريف الاعمال الوقائية	10000000,00	7526010,64	2448143,99	9974154,63	25845,37
العتاد والأدوية الطبية	18000000,00	11558035,43	6439938,25	17997974,24	2025,76
صيانة الهياكل الصحية	10000000,00	9963163,35	0,00	9963163,35	36836,65
مصاريف أخرى لتسيير	22500000,00	173080041,00	5116505,07	22496546,07	3453,93
الخدمات الاجتماعية	3000000,00	3000000,00	0,00	3000000,00	0,00
مصاريف البحث الطبي	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
المجموع	356150000,00	281400577,49	53197188,32	334597765,81	21552234,19

المصدر: من وثائق المؤسسة

من الجدول يتبين لنا أن الاعتمادات المفتوحة تفوق المبالغ المسددة في جميع العناوين باستثناء الخدمات الاجتماعية التي يتساوى فيها الاعتماد المفتوح والمبلغ المسدد، ومصاريف البحث العلمي الذي تنعدم فيه كل القيم، ويعود سبب وجود هذه المبالغ التي لم يتم استغلالها إلى سوء التسيير وعدم الاستغلال الأمثل لاعتمادات المفتوحة لأن المبالغ الملغاة تسحب من المؤسسة ولا يمكنها الاستفادة منها كما ستتسبب في جعل الاعتمادات المفتوحة للسنة المقبلة بمبالغ أقل.

III-1-2-تحليل الميزانية لسنة 2010 وتضم فرعين

-الفرع الأول الإيرادات: يوضحه الجدول التالي:

الجدول رقم 11: نفقات المؤسسة لسنة 2010

نوعية الإيرادات	الإيرادات الموجب تغطيتها	الإيرادات المحققة
العنوان الأول مساهمة الدولة	343760000,00	343760000,00
الباب الوحيد مساهمة الدولة	343760000,00	343760000,00
العنوان الثاني الهيئات الأخرى	50000000,00	50000000,00
الباب الوحيد مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي	50000000,00	50000000,00

0,00	0,00	العنوان الثالث ايرادات واردة من صندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية بعنوان الخدمات الخاضعة لاتفاقيات
0,00	0,00	الباب الاول تسديد الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية بعنوان الخدمات الخاضعة لاتفاقيات
0,00	0,00	الباب الثاني ايرادات واردة من الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعلاجات المتخصصة ذات المستوى العالي
2999323,71	2200000,00	العنوان الرابع مواد أخرى
2999323,71	2200000,00	الباب الأول ايرادات مختلفة
0,00	0,00	الباب الثاني حاصل السنوات المالية السابقة
396759323,71	395960000,00	المجموع العام لكل الايرادات

المصدر: من وثائق المؤسسة

من خلال الجدول نلاحظ أن جميع أبواب الايرادات تتساوى فيها الايرادات الموجب تحقيقها مع الايرادات المحققة باستثناء حالة الباب الأول (ايرادات مختلفة) من العنوان الرابع (مواد أخرى)، الذي تفوق فيه الايرادات المحققة الايرادات الموجب تغطيتها، ومنه يمكننا القول بأن مصادر تمويل المؤسسة محل الدراسة توفر للمؤسسة الايرادات الضرورية التي تحتاجها لمزاولة نشاطها مع وجود فائض بسيط

-الفرع الثاني النفقات: ويتمثل في الجدول التالي الجدول التالي:

الجدول رقم 12: نفقات المؤسسة لسنة 2010

نوعية المصاريف	الاعتمادات المفتوحة	المبالغ المسددة إلى 31:12:2010	المبالغ المسددة إلى 31:03:2011	المبلغ المسدد الاجمالي إلى 31:03:2011	المبلغ الملقى
مصاريف الموظفين	230000000,00	196944662,91	0,00	196944662,91	33055337,09
مصاريف التكوين	910000,00	858303,00	0,00	858303,00	36697,00
مصاريف التغذية	16000000,00	15993567,45	0,00	15993567,45	6432,55
الأدوية والمواد الأخرى	75000000,00	74982277,03	0,00	74982277,03	17722,97
مصاريف الاعمال الوقائية	11750000,00	11725968,09	0,00	11725968,09	24031,91
العتاد والأدوية الطبية	21000000,00	20825846,31	0,00	20825846,31	174153,69
صيانة الهياكل الصحية	31000000,00	12958558,04	0,00	12958558,04	41441,96
مصاريف أخرى لتسيير	24000000,00	23989412,12	0,00	23989412,12	10587,88
الخدمات الاجتماعية	4300000,00	4300000,00	0,00	4300000,00	0,00
مصاريف البحث الطبي	0,00	00,0	0,00	00,0	0,00
المجموع	395960000,00	362578594,95	0,00	362578594,95	33336405,05

المصدر: من وثائق المؤسسة

من الجدول يتبين لنا أنه تم تسديد جميع المبالغ قبل 2010/12/31، أن الاعتمادات المفتوحة تفوق المبالغ المسددة في جميع العناوين باستثناء الخدمات الاجتماعية التي يتساوى فيه الاعتماد المفتوح والمبلغ المسدد، ومصاريف البحث العلمي الذي تنعدم فيه كل القيم، ويعود سبب وجود هذه المبالغ التي لم يتم استغلالها إلى سوء التسيير وعدم الاستغلال الأمثل لاعتمادات المفتوحة لأن المبالغ الملغاة تسحب من المؤسسة ولا يمكنها الاستفادة منها كما ستتسبب في جعل الاعتمادات المفتوحة للسنة المقبلة بمبالغ أقل.

III-1-3 تحليل الميزانية لسنة 2011 وتضم فرعين

-الفرع الأول الإيرادات: ويمكن توضيحه من خلال الجدول التالي:

الجدول رقم 13: إيرادات المؤسسة لسنة 2011

نوعية الإيرادات	الإيرادات الموجب تغطيتها	الإيرادات المحققة
العنوان الأول مساهمة الدولة	607110000,00	607110000,00
الباب الوحيد مساهمة الدولة	607110000,00	607110000,00
العنوان الثاني الهيئات الأخرى	50000000	50000000
الباب الوحيد مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي	50000000	50000000
العنوان الثالث إيرادات واردة من صندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية بعنوان الخدمات الخاضعة لاتفاقيات	0,00	0,00
الباب الأول تسديد الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية بعنوان الخدمات الخاضعة لاتفاقيات	0,00	0,00
الباب الثاني إيرادات واردة من الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعلاجات المتخصصة ذات المستوى العالي	0,00	0,00
العنوان الرابع مواد أخرى	2200000,00	299323,71
الباب الأول إيرادات مختلفة	2200000,00	299323,71
الباب الثاني حاصل السنوات المالية السابقة	0,00	0,00
المجموع العام لكل الإيرادات	659310000,00	660109323,71

المصدر: من وثائق المؤسسة

من خلال الجدول نلاحظ أن جميع أبواب الإيرادات تتساوى فيها الإيرادات الموجب تحقيقها مع الإيرادات المحققة باستثناء حالة الباب الأول (إيرادات مختلفة) من العنوان الرابع (مواد أخرى)، الذي تفوق فيه الإيرادات المحققة الإيرادات الموجب تغطيتها، ومنه يمكننا القول بأن مصادر تمويل المؤسسة محل الدراسة توفر للمؤسسة الإيرادات الضرورية التي تحتاجها لمزاولة نشاطها مع وجود فائض بسيط

-الفرع الثاني النفقات: ويتمثل في الجدول التالي الجدول التالي:

الجدول رقم 14: نفقات المؤسسة لسنة 2011

نوعية المصاريف	الاعتمادات المفتوحة	المبالغ المسددة إلى 31:12:2011	المبالغ المسددة إلى 31:03:2012	المبلغ المسدد الإجمالي إلى 31:03:2012	المبلغ الملقى
مصاريف الموظفين	488000000,00	380404482,03	38490180,71	420456229,83	
مصاريف التكوين	810000,00	394607,00	67124,95	461731,95	
مصاريف التغذية	16000000,00	14294106,62	1703816,17	15997922,79	
الأدوية والمواد الأخرى	77000000,00	75100707,06	1898776,14	76999901,30	
مصاريف الاعمال الوقائية	9000000,00	7417578,53	1522322,77		
العتاد والأدوية الطبية	23000000,00	21766455,17	1228348,97		
صيانة الهياكل الصحية	13000000,00	8390094,41	4595729,00		
مصاريف أخرى لتسيير	28000000,00	24782118,97	3172573,97		
الخدمات الاجتماعية	4500000,00	4500000,00	0,00	4500000,00	0,00
مصاريف البحث الطبي	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
المجموع	659310000,00	537050149,69	52678872,68		

المصدر: من وثائق المؤسسة

من الجدول يتبين لنا أن الاعتمادات المفتوحة تفوق المبالغ المسددة في جميع العناوين باستثناء الخدمات الاجتماعية التي يتساوى فيه الاعتماد المفتوح والمبلغ المسدد، ومصاريف البحث العلمي الذي تتعدم فيه كل القيم، ويعود سبب وجود هذه المبالغ التي لم يتم استغلالها إلى سوء التسيير وعدم الاستغلال الأمثل لاعتمادات المفتوحة لأن المبالغ الملغاة تسحب من المؤسسة ولا يمكنها الاستفادة منها كما ستتسبب في جعل الاعتمادات المفتوحة للسنة المقبلة بمبالغ أقل.

III-1-4- تحليل الميزانية لسنة 2012: وتضم فرعين

-الفرع الأول الإيرادات: ويمكن توضيحه من خلال الجدول التالي:

الجدول رقم 15: إيرادات المؤسسة لسنة 2012

نوعية الإيرادات	الإيرادات الموجب تغطيتها	الإيرادات المحققة
العنوان الأول مساهمة الدولة	546960000,00	546960000,00
الباب الوحيد مساهمة الدولة	546960000,00	546960000,00
العنوان الثاني الهيئات الأخرى	50000000,00	50000000,00
الباب الوحيد مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي	50000000,00	50000000,00

0,00	0,00	العنوان الثالث ايرادات وارده من صندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية بعنوان الخدمات الخاضعة لاتفاقيات
0,00	0,00	الباب الاول تسديد الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية بعنوان الخدمات الخاضعة لاتفاقيات
0,00	0,00	الباب الثاني ايرادات وارده من الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعلاجات المتخصصة ذات المستوى العالي
40127960,73	39200000,00	العنوان الرابع مواد أخرى
3127960,73	2200000,00	الباب الأول ايرادات مختلفة
37000000,00	37000000,00	الباب الثاني حاصل السنوات المالية السابقة
637087960,73	636160000,00	المجموع العام لكل الايرادات

المصدر: من وثائق المؤسسة

من خلال الجدول نلاحظ أن جميع أبواب الايرادات تتساوى فيها الايرادات الموجب تحقيقها مع الايرادات المحققة باستثناء حالة الباب الأول (ايرادات مختلفة) من العنوان الرابع (مواد أخرى)، الذي تفوق فيه الايرادات المحققة الايرادات الموجب تغطيتها، ومنه يمكننا القول بأن مصادر تمويل المؤسسة محل الدراسة توفر للمؤسسة الايرادات الضرورية التي تحتاجها لمزاولة نشاطها مع وجود فائض بسيط

- الفرع الثاني النفقات: ويتمثل في الجدول التالي الجدول التالي:

الجدول رقم 16: نفقات المؤسسة لسنة 2012

نوعية المصاريف	الاعتمادات المفتوحة	المبالغ المسددة إلى 31:12:2012	المبالغ المسددة إلى 31:03:2013	المبلغ المسدد الاجمالي إلى 31:03:2013	المبلغ الملغى
مصاريف الموظفين	490000000,00	378658335,82	48009554,95	426667890,00	63332109,23
مصاريف التكوين	660000,00	44300,00	457435,00	501735,00	158265,00
مصاريف التغذية	20000000,00	7241682,83	12745498,38	19987181,21	12818,79
الأدوية والمواد الأخرى	55000000,00	23848515,64	31036087,77	54884603,41	115396,59
مصاريف الاعمال الوقائية	5000000,00	2656136,34	225147,00	4908283,34	91716,66
العتاد والأدوية الطبية	23000000,00	7569870,00	15101499,69	22671369,69	328630,31
صيانة الهياكل الصحية	10400000,00	4029152,40	6277284,00	10306436,40	93563,60
مصاريف أخرى لتسيير	27600000,00	11909789,04	13820192,33	25729981,37	1870018,63
الخدمات الاجتماعية	4500000,00	4500000,00	0,00	4500000,00	0,00
مصاريف البحث الطبي	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
المجموع	636160000,00	440457782,07	129699699,12	570157481,19	66002518,81

المصدر: من وثائق المؤسسة

من الجدول يتبين لنا أن الاعتمادات المفتوحة تفوق المبالغ المسددة في جميع العناوين باستثناء الخدمات الاجتماعية التي يتساوى فيه الاعتماد المفتوح والمبلغ المسدد، ومصاريف البحث العلمي الذي تنعدم فيه كل القيم، ويعود سبب وجود هذه المبالغ التي لم يتم استغلالها إلى سوء التسيير وعدم الاستغلال الأمثل لاعتمادات المفتوحة لأن المبالغ الملغاة تسحب من المؤسسة ولا يمكنها الاستفادة منها كما ستتسبب في جعل الاعتمادات المفتوحة للسنة المقبلة بمبالغ أقل.

III-1-5- تحليل الميزانية لسنة 2013 وتضم فرعين

-الفرع الأول الإيرادات: ويمكن توضيحه من خلال الجدول التالي:

الجدول رقم 17: إيرادات المؤسسة لسنة 2013

نوعية الإيرادات	الإيرادات الموجب تغطيتها	الإيرادات المحققة
العنوان الأول مساهمة الدولة	527350000,00	527350000,00
الباب الوحيد مساهمة الدولة	527350000,00	527350000,00
العنوان الثاني الهيئات الأخرى	500000000,00	500000000,00
الباب الوحيد مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي	500000000,00	500000000,00
العنوان الثالث إيرادات واردة من صندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية بعنوان الخدمات الخاضعة لاتفاقيات	0,00	0,00
الباب الأول تسديد الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية بعنوان الخدمات الخاضعة لاتفاقيات	0,00	0,00
الباب الثاني إيرادات واردة من الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعلاجات المتخصصة ذات المستوى العالي	0,00	0,00
العنوان الرابع مواد أخرى	125000000,00	13446634,83
الباب الأول إيرادات مختلفة	2500000,00	3446634,83
الباب الثاني حاصل السنوات المالية السابقة	10000000,00	10000000,00
المجموع العام لكل الإيرادات	589850000,00	590796534,83

المصدر: من وثائق المؤسسة

من خلال الجدول نلاحظ أن جميع أبواب الإيرادات تتساوى فيها الإيرادات الموجب تحقيقها مع الإيرادات المحققة باستثناء حالة الباب الأول (إيرادات مختلفة) من العنوان الرابع (مواد أخرى)، الذي تفوق فيه الإيرادات المحققة الإيرادات الموجب تغطيتها، ومنه يمكننا القول بأن مصادر تمويل المؤسسة محل الدراسة توفر للمؤسسة الإيرادات الضرورية التي تحتاجها لمزاولة نشاطها مع وجود فائض بسيط.

-الفرع الثاني النفقات: ويتمثل في الجدول التالي الجدول التالي:

الجدول رقم 18: نفقات المؤسسة لسنة 2013

نوعية المصاريف	الاعتمادات المفتوحة	المبالغ المسددة إلى 31:12:2013	المبالغ المسددة إلى 31:03:2014	المبلغ المسدد الاجمالي إلى 31:03:2014	المبلغ الملغى
مصاريف الموظفين	440000000,00	392317861,88	19389908,31	411707770,19	28292229,81
مصاريف التكوين	850000,00	172154,00	286617,00	458771,00	361786,00
مصاريف التغذية	20000000,00	14910783,21	3225845,17	18136628,38	1863371,62
الأدوية والمواد الأخرى	55000000,00	51163361,71	2460378,67	53623740,38	1376259,62
مصاريف الاعمال الوقائية	7000000,00	4272807,99	2211997,32	6484805,31	515194,69
العقاد والأدوية الطبية	24000000,00	10763178,84	11308886,05	22072064,89	1927935,11
صيانة الهياكل الصحية	13000000,00	10808706,87	2057913,72	12866619,87	133380,13
مصاريف أخرى لتسيير	22000000,00	17931551,30	3332913,72	21264465,02	735534,98
الخدمات الاجتماعية	8000000,00	8000000,00	0,00	8000000,00	0,00
مصاريف البحث الطبي	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
المجموع	589850000,00	510340405,80	44274459,24	554614865,04	35205691,96

المصدر: من وثائق المؤسسة

من الجدول يتبين لنا أن الاعتمادات المفتوحة تفوق المبالغ المسددة في جميع العناوين باستثناء الخدمات الاجتماعية التي يتساوى فيه الاعتماد المفتوح والمبلغ المسدد، ومصاريف البحث العلمي الذي تتعدم فيه كل القيم، ويعود سبب وجود هذه المبالغ التي لم يتم استغلالها إلى سوء التسيير وعدم الاستغلال الأمثل لاعتمادات المفتوحة لأن المبالغ الملغاة تسحب من المؤسسة ولا يمكنها الاستفادة منها كما ستتسبب في جعل الاعتمادات المفتوحة للسنة المقبلة بمبالغ أقل.

-من خلال عرضنا لجداول الإيرادات للفترة(2009-2013) نجد أننا لاحظنا نفس الملاحظة تنطبق على كل السنوات بل يوجد ثلاث أبواب بقيمة ثابتة لكل السنوات (مساهمة الضمان الاجتماعي، إيرادات وارده من الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية للعلاجات المتخصصة ذات المستوى العالي، تسديد الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية بعنوان الخدمات الخاضعة لاتفاقيات) وبابين ثابتين لثلاث سنوات (إيرادات مختلفة، حاصل السنوات المالية السابقة) أما الباب الوحيد الذي يختلف من سنة إلى أخرى فهو مساهمة الدولة والذي يفوق نسبة 80% من أجمالي الإيرادات في كل السنوات.

أما جداول النفقات فقد قسمتها لعناوين بدل أبواب وذلك لاحتوائها على أكثر من 35 باب وبالتالي يوجد صعوبة في عرضها، وكذلك كانت لجداول السنوات الخمس نفس الملاحظة، ويجدر التذكير بأنه ليس من حق مدير المؤسسة الاستشفائية نقل الفائض من الاعتمادات الممنوحة من باب إلى باب دون إذن من السلطات المختصة.

إن تسجيل نفس الملاحظة لكل سنوات الفترة المحددة سواء من ناحية الإيرادات أو النفقات دليل على استعمل نفس المنهج والأسلوب في التسيير وعدم التغيير والتجديد في طرق التحكم في الميزانية.

III-1-6- تطور نفقات المؤسسة العمومية الاستشفائية زيوشي محمد (2009-2013)

يمكننا توضيح تطور نفقات المؤسسة في هذه الفترة من خلال الجدول التالي:

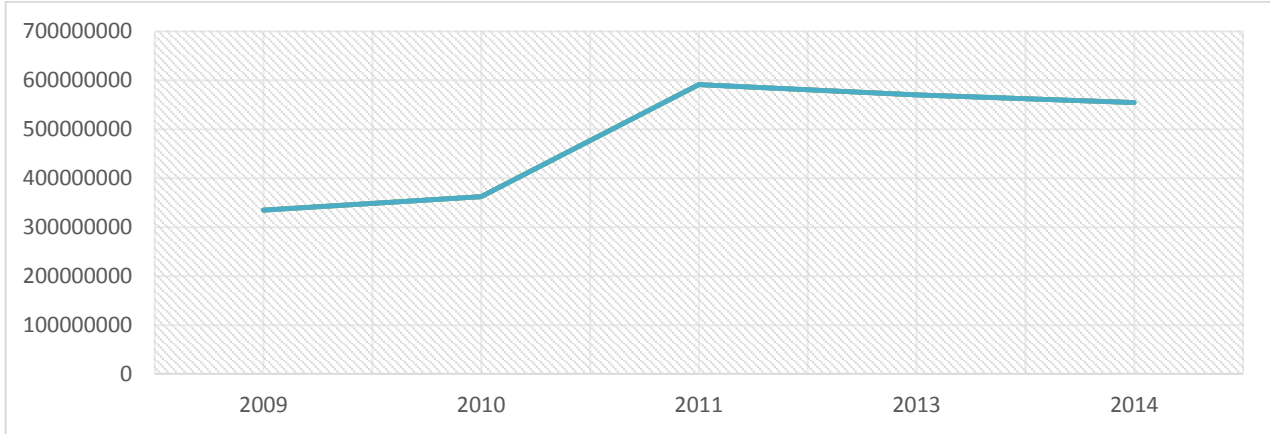
الجدول رقم 19: قيمة نفقات المؤسسة بالدينار الجزائري

السنة	النفقات الإجمالية
2009	334597765,71
2010	362578594,95
2011	591290589,56
2012	570154481,19
2013	554614865,04

المصدر من وثائق المؤسسة

يمكننا توضيح معطيات الجدول من خلال الشكل التالي:

الشكل رقم 07: نفقات المؤسسة محل الدراسة بالدينار الجزائري



من اعداد الطلبة انطلقا من الجدول السابق

من خلال المنحنى نلاحظ أن نفقات المؤسسة شهدت ارتفاعا ملحوظا من سنة 2009 الى غاية 2011 يكاد أن يكون الضعف من 300 مليون دج إلى حوالي 600 مليون، ثم بعد ذلك في الفترة 2011 إلى غاية 2013 انخفضت النفقات ولكن بنسبة ضعيفة.

III-2- عرض ميزانيات المؤسسة العمومية الاستشفائية زيوشي محمد طولقة في الفترة 2014-2018

إن تقسيمات أو شكل الميزانية في هذه الفترة يكون بالطريقة الموضحة مسبقا تحت عنوان (ميزانية التسيير للمؤسسة العمومية الاستشفائية زيوشي محمد طولقة)، حيث تم تغيير شكل الميزانية لتتلائم مع مبادئ المحاسبة العامة، ولكون الميزانيات خلال هذه الفترة لا تختلف عن بعضها البعض كثير إلا في القيم بنسب بسيطة ارتأينا عرض ميزانية واحدة وهي لسنة 2014.

III-2-1 عرض الميزانية لسنة 2014 وتضم فرعين:

- الفرع الأول الإيرادات: ويمكن توضيحه من خلال الجدول التالي:

الجدول رقم 20: إيرادات المؤسسة لسنة 2014

الإيرادات المحققة	الإيرادات الموجب تغطيتها	الأبواب
387500000,00	387500000,00	مساهمة الدولة
600000000,00	600000000,00	مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي

0,00	0,00	مساهمة المؤسسات والهيئات العمومية
2838500,00	2500000,00	ايرادات واردة من نشاط المؤسسة
0,00	0,00	موارد أخرى
170000000,00	170000000,00	رصيد السنوات السابقة
620338500,00	620000000,00	مجموع الايرادات

المصدر: من وثائق المؤسسة

-نلاحظ من خلال الجدول أن الإيرادات المحققة تساوي الإيرادات الواجب تغطيتها في كل من الأبواب التالية:

مساهمة الدولة، مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي، رصيد السنوات السابقة، ومواد أخرى ذو القيمة المعدومة

أي أن الإيرادات في الأبواب المذكورة لا تحقق أي فائض، كما لا تعاني من عجز (تغطي المطلوب فقط).

-كما نلاحظ أن الباب الوحيد الذي تفوق فيه الإيرادات المحققة، الإيرادات الواجب تغطيتها أي تحقق فائض وبقيمة 338500,00 دج هو إيرادات واردة من نشاط المؤسسة.

-الفرع الثاني النفقات: ويتمثل في الجدول التالي الجدول التالي:

الجدول رقم 21: نفقات المؤسسة لسنة 2014

نوعية المصاريف	الاعتمادات المفتوحة	المبالغ المسددة إلى 31:12:2012	المبالغ المسددة إلى 31:03:2013	المبلغ المسدد الاجمالي إلى 31:03:2013	المبلغ الملغى
العنوان الأول ن م	442300000,00	321345934,07	91375843,51	412721777,58	29578222,42
الباب الاول	131100000,00	95029726,14	24388453,72	119418179,86	11681820,14
الباب الثاني	184000000,00	131461124,02	41310120,89	172771244,91	11228755,09
الباب الثالث	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
الباب الرابع	26450000,00	18961247,59	6196606,41	25157854,00	1292146,00
الباب الخامس	81800000,00	59140582,31	17407395,55	76547977,86	5252022,14
الباب السادس	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
الباب السابع	7950000,00	5753254,01	2073266,94	7826520,95	123479,05
الباب الثامن	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
الباب التاسع	11000000,00	11000000,00	0,00	11000000,00	0,00
العنوان الثاني ن ت	177700000,00	24058825,87	125988280,74	168337443,89	9362556,11
الباب الأول	924500,00	235650,00	384730,00	620380,00	304120,00
الباب الثاني	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
الباب الثالث	6672900,00	2214119,70	2545136,10	4759255,80	1913644,20

11247,76	7184352,24	6486210,54	698150,70	7195600,00	الباب الرابع
62112,80	1298887,20	1298887,20	0,00	1361000,00	الباب الخامس
61019,99	6220480,01	3736424,51	2484055,50	6281500,00	الباب السادس
5461,30	3438838,70	2900788,69	538050,01	3444300,000	الباب السابع
160,30	11616239,70	9420957,00	2195282,70	11616400,00	الباب الثامن
219021,00	630979,00	30000,00	600979,00	850000,00	الباب التاسع
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	الباب العاشر
2171209,80	17828790,20	0,00	0,00	20000000,00	الباب الحادي عشر
52,92	416547,08	0,00	0,00	461600,00	الباب الثاني عشر
4525628,07	84017371,93	76239469,21	7777902,72	88543000,00	الباب الثالث عشر
1268,49	10784231,51	5470525,58	5313705,93	10785500,00	الباب الرابع عشر
87609,48	19476090,52	17475160,91	2000929,61	19563700,00	الباب الخامس عشر
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	الباب السادس عشر
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	الباب السابع عشر
38940778,53	581059221,47	217364124,25	345404759,94	620000000,00	مجموع المصاريف

المصدر: من وثائق المؤسسة

-نلاحظ من خلال الجدول ان أغلب أبواب النفقات تحوي مبالغ ملغاة (مبالغ مخصصة لم يتم استغلالها) باستثناء الابواب التي تكون فيها الاعتمادات المفتوحة معدومة حيث تكون كذلك المبالغ المسددة والمبالغ التي لم يتم استغلالها مساوية للصفر، والمتمثلة في الأبواب التالي: من العنوان الأول (الباب الثالث، الباب السادس، الباب الثامن)، من العنوان الثاني (الباب الثاني، الباب العاشر، الباب السادس عشر، الباب السابع عشر)

III-2-2- تطور نفقات المؤسسة العمومية الاستشفائية زيوشي محمد (2009-2013)

يمكننا توضيح تطور نفقات المؤسسة من خلال الجدول التالي:

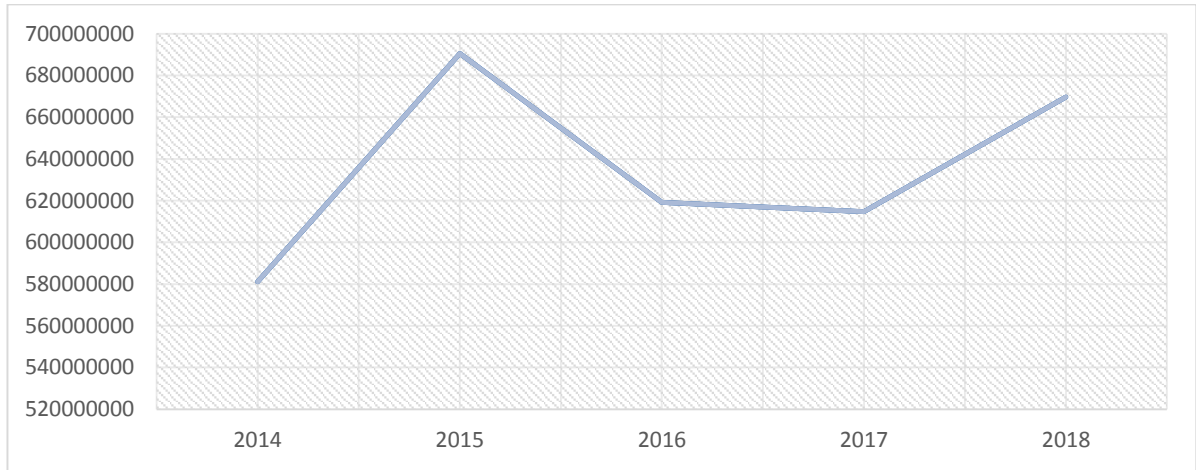
الجدول رقم 22: قيمة نفقات المؤسسة بالدينار الجزائري

السنة	قيمة النفقات
2014	581059221,47
2015	690503468,86
2016	619212019,31
2017	614708199,50
2018	669629050,48

المصدر: من وثائق المؤسسة

يمكننا توضيح معطيات الجدول من خلال الشكل التالي:

الشكل رقم 08: نفقات المؤسسة محل الدراسة بالدينار الجزائري



من اعداد الطلبة انطلاقا من الجدول السابق

من خلال المنحنى نلاحظ أن نفقات المؤسسة خلال فترة الدراسة المذكورة ارتفعت من سنة 2014 إلى 2015 بأكثر من 100 مليون دج ثم انخفضت سنة 2016 بحوالي 70 مليون دج ثم انخفضت بحوالي 5 مليون في السنة المالية، لتعاود الارتفاع سنة 2018 بحوالي 55 مليون دج

III-3- مقارنة بين نتائج الفترتين (2009-2013 و 2013-2018):

- من خلال عرضنا للنفقات والميزانيات للفترتين والمقارنة بينهما نجد:

- نفس الملاحظات تقريبا بالنسبة لجداول الإيرادات وجداول النفقات رغم تغيير التقسيم في الميزانية (تغيير العناوين والأبواب بالنسبة للفرعين الايرادات والنفقات) سنة 2013؛
- رغم منح مسؤولي المؤسسة الاستشفائية لصلاحيية نقل الفائض من الاعتمادات المفتوحة من مادة إلى اخرى إلا أن المبالغ الملغاة بقيت بحوالي نفس النسب؛
- عند ملاحظتنا للمبالغ التي لم يتم استغلالها في الفترتين قد يتبين لنا أن المؤسسة في حالة مادية جيدة ولكن في الحقيقة هي تعاني من ديون ضخمة، خاصة في بداية الفترة الثانية؛
- من ناحية النفقات في الفترة الأولى شهدت ارتفاعا كبير بحوالي 300 مليون في أول سنة ثم انخفاض جد ضعيف أما الفترة الثانية فقد شهدت ارتفاعا أقل من ارتفاع الفترة الاولى بحوالي الثلاثين (100) ثم انخفاض وارتفاع بنسب متوسطة (حوالي 70 إلى 50 مليون)؛
- بصفة عامة يمكننا القول أن النفقات الصحة للمؤسسة خلال فترة الدراسة عرفت ارتفاعا بين كل السنة والسنة التي تليها مع وجود انخفاض بسيط في بعض الحالات باستثناء سنة 2016 التي انخفضت فيها النفقات بحوالي 70 مليون دج.

خلاصة الفصل:

تم في هذا الفصل دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية زيوشي محمد طولقة، حيث بعد تقديم المؤسسة من خلال عرض للخدمات التي تقدمها والهيكل التنظيمي والامكانيات المادية والبشرية، ثم ايضاح شكل ومكونات الميزانية التسيير للمؤسسة، ليتم في الاخير عرض مجموعة من ميزانيات للفترة 2009-2018 وعرض تطور النفقات لنفس الفترة.

حيث أفضت الدراسة إلى أن هذه المؤسسة شهدت ارتفاعا في النفقات الصحية في أغلب السنوات خلال الفترة المذكورة خاصة سنة 2011، كما شهدت انخفاض في بعض الحالات ولكن بنسب بسيطة ودرجة أقل.

خاتمة

تعتبر النفقات العامة أداة الدولة لتدخلها في جميع الميادين، حيث تقوم بالإففاق على القطاعات المختلفة، سعياً منها لتحقيق أهدافها الاقتصادية والاجتماعية، ويعد القطاع الصحي من أهم القطاعات التي تركز عليها الدولة في انفاقها العام.

وقد شهد الإففاق على هذا القطاع ارتفاعاً كبيراً في العديد من الدول والتي كان من بينها الجزائر، حيث كان الارتفاع مواكبا للإصلاحات التي مر بها القطاع خاصة إصلاحات 2007، حيث تم في هذا البحث التركيز على أثر هذه الإصلاحات (التي تم بموجبها منح الاستقلالية للمؤسسات الاستشفائية) في رفع النفقات الصحية عن طريق محاولة الإجابة عن الإشكالية المطروحة مسبقاً: ما هو أثر منح الاستقلالية للمؤسسات الاستشفائية في رفع هذه النفقات الصحية؟

وبعد تطرقنا للجانب النظري وعرض إصلاحات المنظومة الصحية الوطنية وتطور النفقات فيها ودراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد زيوشي توصلنا إلى:

- أثبات صحة الفرضية الأولى؛ فقد أدى منح الاستقلالية للمؤسسات الاستشفائية العمومية إلى رفع النفقات الصحية.

- نفي صحة الفرضية الثانية، فقد أدى منح الاستقلالية للمؤسسات الاستشفائية العمومية إلى رفع النفقات الصحية في المؤسسة الاستشفائية العمومية محمد زيوشي.

كما تم التوصل إلى النتائج التالية:

- إن أثر منح الاستقلالية للمؤسسات الاستشفائية في رفع النفقات واضح وهذا ما أثبتته إحصائيات تطور النفقات سواء بالنسبة للمنظومة الوطنية ككل، والمؤسسة العمومية الاستشفائية زيوشي محمد طولقة كجزء؛

- منح الاستقلالية للمؤسسات الاستشفائية ليس هو السبب الوحيد في رفع النفقات فحتى قبل صدور هذا القرار كانت النفقات الصحية تشهد ارتفاعاً ملحوظاً ولكن بنسب قليلة؛

- رغم ارتفاع النفقات في المنظومة الصحية الوطنية، إلا أنها تعاني من ضعف وتدهور، فارتفاع النفقات لم يحسن في مستوى أدائها؛

- لا يمكننا إنكار أن منح الاستقلالية للمؤسسات العمومية الاستشفائية إيجابيات كذلك فهو يشجع على المنافسة بين المؤسسات وبالتالي الرفع من مستوى الأداء؛

-لو تم منح استقلالية جزئية فقط للمؤسسات العمومية الاستشفائية وليس كلية كان يمكن أن تحقق الأهداف المطلوبة ولا تساهم في رفع النفقات بهذه الدرجة.

التوصيات:

على ضوء ما جاءت به نتائج هذا البحث يمكننا تقديم التوصيات التالية:

- قبل القيام بأي إصلاحات يجب على الدولة، أن تقوم بدراستها جيدة من جميع النواحي وتجربته لفترة معتبرة لترى نتائجها قبل التطبيق الكلي والنهائي؛
- الإصلاحات قبل أن تطبق يجب إعداد وتكوين أفراد قادرين على مواكبتها ومجاراتها، فللمورد البشري دور مهم في نجاحها أو فشلها؛
- قبل القيام بأي تغيير وإصلاح في المنظومة الصحية يجب تهيئة البيئة المناسبة له.

- 1- العلواني عديلة، أسس اقتصاد الصحة، دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر، 2014.
- 2- رحيمة ميلود حواف، تطبيق إدارة الجودة الشاملة دراسة تحليلية لمواقف الأطباء والمرضى، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، مصر، 2016.
- 3- سعد بن حمدان الليحاني، مبادئ الاقتصاد الإسلامي، 2006
- 4- صلاح محمود ذياب، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، الطبعة الأولى، الأردن، 2009.
- 5- فريد كورتل ودرمان سليمان صادق ونجاة العامري، تسويق الخدمات، دار كنوز المعرفة العلمية للنشر والتوزيع، عمان، 2008.
- 6- عاطف جابر طه، نظم المعلومات للموارد البشرية، الدار الأكاديمية للعلوم، مصر، 2014.
- 7- عامر بن عياد بن مناحي العتيبي، إدارة المستشفيات والمرافق الصحية المبادئ الأساسية، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، مصر، 2016.
- 8- مجموعة من المختصين في علم الإدارة، الإدارة الصحية، أكاديمية إنترناشيونال، بيروت، 2007.
- 9- محمد حمد القطاطشة، النظام الاقتصادي السياسي الدولي، دار وائل للنشر، الأردن، 2013.
- 10- مصطفى يوسف، إدارة المستشفيات، دار ومكتبة الحامد للنشر والتوزيع، عمان، 2016
- 11- مهند أحمد حلوش، اقتصاديات الصحة، دار رؤى للنشر والتوزيع، الأردن، 2004.
- 12- هاني حامد الضمور، تسويق الخدمات، الطبعة الرابعة، دار وائل للنشر، الأردن، 2008.

قائمة المذكرات

- 1- العلواني عديلة، تأثير طرق تمويل قطاع الصحة العمومي على أداء الخدمات في الجزائر، دراسة حالة القطاع الصحي بسكرة، مذكرة ماجستير، جامعة محمد خيضر بسكرة، كلية الحقوق والعلوم الاقتصادية 2003-2004.
- 2- بن فرحات عبد النعم، انعكاس أنماط تسيير المؤسسة العمومية للصحة بالجزائر على نوعية الخدمة، دراسة حالة عينة من المؤسسات العمومية للصحة، مذكرة دكتوراه، جامعة محمد خيضر بسكرة، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، 2017-2018.
- 3- بن نوار بومدين، النفقات العامة على التعليم، دراسة حالة قطاع التربية الوطنية بالجزائر، 1980-2008، مذكرة ماجستير، جامعة أبو بكر بلقايد تلمسان، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير 2010-2011.
- 4- دريدي أحلام، دور استخدام نماذج صفوف الانتظار في تحسين جودة الخدمات الصحية، مذكرة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية، وعلوم التسيير، جامعة محمد خيضر، بسكرة، 2013_2014.
- 5- خروبي بزارة عمر، اصلاح المنظومة الصحية في الجزائر(1999_2009) _ دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة خليف بالشلف، مذكرة ماجستير منشورة، كلية العلوم السياسية والاعلام جامعة الجزائر 3، 2010-2011.
- 6- علي دحمان محمد، تقييم مدى فعالية الإنفاق العام على مستوى قطاع الصحي بالجزائر، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية، جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان 2016/2017.
- 7- علي دحمان محمد، تقييم نفقات الصحة والتعليم دراسة حالة لولاية وهران، مذكرة ماجستير، منشورة كلية العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية، جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان، 2010، 2011.
- 8- زكاي محمد، دراسة العلاقة بين النفقات العمومية والنمو الاقتصادي في الجزائر خلال الفترة 1970_2012، مذكرة ماجستير، جامعة امحمد بوقرة بومرداس كلية العلوم الاقتصادية التجارية وعلوم التسيير، مذكرة ماجستير، 2013_2014، ص 3.
- 9- صفاء محمد هادي الجزائري، قياس وتقييم جودة الخدمات الصحية، دراسة تطبيقية في مستشفى الفيحاء البصرة.
- 10- صفاء محمد هادي الجزائري، قياس وتقييم جودة الخدمات الصحية، دراسة تطبيقية في مستشفى الفيحاء البصرة

- 11- ميساء فتحي عيد أبو حصيرة، تقييم جودة المؤسسات الصحية الحكومية حسب معايير منظمة الصحة العالمية، دراسة حالة مستشفى الولادة بمجمع الشفاء الطبي، مذكرة ماجستير إدارة أعمال، الجامعة الإسلامية غزة، 2016.
- 12- نجاه صغيرو، تقييم جودة الخدمات الصحية دراسة ميدانية، مذكرة ماجستير، جامعة الجاج لخضر باتنة، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، 2011-2012.

المراسيم والقوانين:

- 1- التعليم الوزاري المشتركة رقم 07 المؤرخة في 13 ماي 2015 المتعلقة بكيفيات توزيع وتعديل توزيع الايرادات والنفقات والمناصب المالية للمؤسسات العمومية للصحة.
- 2- مشروع المرسوم التنفيذي المتضمن إنشاء وتنظيم وتسيير المقاطعات الصحية. قرار وزاري مشترك مؤرخ في 2013، متعلق بمدونة ميزانية المراكز الاستشفائية الجامعية، المؤسسات الاستشفائية المتخصصة، المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية.

المراجع باللغة الانجليزية:

www definitions net -1

p1, Health expenditure Australi -2