جامعة عين تموشنت بلحاج بوشعيب
Ain Témouchent University Belhadj Bouchaib

**كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير**

**قسم العلوم المالية والمحاسبة**

**التخصص: مالية مؤسسة**

**الموضوع**

# النهج التعاقدي كآلية لتمويل وترشيد نفقات المؤسسة العمومية الإستشفائية

**– دراسة حالة المؤسسة الإستشفائية الدكتور بن زرجب –**

مذكرة مقدمة للحصول على شهادة ماستر أكاديمي

**إعداد الطالبتين:**

**غرزي شيماء**

**هد حنان**

**مقدمة أمام لجنة المناقشة المكونة من:**

| | | |
|---|---|---|
| **الأستاذ (ة): الاسم واللقب** | **غربي صباح** | **رئيسا** |
| **الأستاذ (ة): الاسم واللقب** | **فادية حبشي** | **مشرفا** |
| **الأستاذ (ة): الاسم واللقب** | **بن ميمون ايمان** | **ممتحنا** |

السنة الجامعية: 2022 – 2023

بسم الله الرحمن الرحيم

# الإهداء

*من قال أنا لها نالها وأنا لها وإن أبت رغما عنها أتيت بها*

–إلى الشموع التي تنير الطريق...

إلى قدوتي الأولى، إلى من رفعت رأسي عاليا افتخارا به

–أبي العزيز أدامه الله دخرا لي–

إلى التي راني قلبها قبل عينيها وحضنتني أحشائها قبل يديها

–أمي الحبيبة حفضها الله –

أهدي فرحة تخرجي إلى اول من أنتظر هده اللحظة ليفتخر بي إلى الذي علمني أن النجاح لا يأتي إلا بالصبر الجميل، إلى أول الداعمين لي في الأوقات الصعبة

....سعيد

هد حنان

# الإهداء

إلى من رميا بسهام ليلهما فأصابت أقداري وظلا يتعهدان حلمي في صلاتهما حتى صار الحلم واقع احتسي اليوم ضياءه... إليكما يا أجمل أقداري

إلى من اختصت الجنة لتكون تحت قدمها أطال الله عمرها أمي الغالية

إلى من أحمل اسمه باعتزاز سندي ومنبع الأمان أبي الغالي

إلى من شددت عضدي بهم إخوتي الأعزاء

غرزي شيماء

# شكر و العرفان

إلى من أضاءت بعلمها عقل غيرها أو هدت بالجواب الصحيح

حيرة سائليها، فأظهرت بسماحتها تواضع العلماء وبرحابتها سامحة العارفين... إلى

رفيقة رحلة النجاح والدكتورة الفاضلة حبشي فادية

إلى كل من ساهم في مساعدتنا لإتمام هذا البحث وشكر خاص إلى المحاسب الرئيسي

للمؤسسة الإستشفائية بن زرجب رغم انشغالاته الكثيرة السيد بوحفص مصطفى

# الفهرس


شكر و العرفان .....

قائمة الجداول .....

قائمة الأشكال .....ي

قائمة الملاحق .....

المقدمة العامة.....م

الفصل الأول: الإطار النظري و الدراسات السابقة ..... 1

المبحث الأول: النفقات الصحية العمومية ..... 2

المطلب الأول: مفهوم النفقات العامة الصحية ..... 2

المطلب الثاني: عرض تمويل النظام الصحي في الجزائر ..... 6

المطلب الثالث: عرض الاستراتيجيات لترشيد الانفاق العام في الجزائر ..... 10

المبحث الثاني : النهج التعاقدي في المؤسسات الاستشفائية..... 17

المطلب الأول : الإطار المفاهيمي للنهج التعاقدي..... 17

المطلب الثاني : تحليل استخدام التعاقد في قطاع الصحة في الجزائر ..... 21

المطلب الثالث : اثر اعتماد النهج التعاقدي كإستراتيجية لترشيد الانفاق العمومي في القطاع الصحي ..... 25

المبحث الثالث : دراسات سابقة ..... 27

المطلب الاول : دراسة محلية ..... 27

المطلب الثاني : دراسات اجنبية ..... 29

المطلب الثالث : المقارنة بين الدراسة الحالية و الدراسات السابقة ..... 31

خلاصة الفصل : ..... 33
الفصل الثاني: دراسة حالة المؤسسة الإستشفائية دكتور بن زرجب ..... 34
المبحث الاول : لمحة شاملة عن المؤسسة محل الدراسة ..... 36
المطلب الأول: نشأة المستشفى الدكتور بن زرجب" بعين تموشنت والتعريف به ..... 36
المطلب الثالث : عرض و تحليل ميزانيات المؤسسة الاستشفائية الدكتور " بن زرجب " ..... 41
المبحث الثاني : عرض منهجية الدراسة الميدانية ..... 49
المطلب الاول : منهجية الدراسة ..... 49
المطلب الثاني: أدوات الدراسة ..... 49
المطلب الثالث: عينة و نموذج الدراسة ..... 50
المبحث الثالث : عرض و مناقشة نتائج الدراسة ..... 53
المطلب الاول : عرض نتائج المقابلة ..... 53
المطلب الثاني : تفريغ و تحليل البيانات المتعلقة بالدراسة ..... 55
المطلب الثالث : تحليل النتائج الدراسة..... 65
خلاصة الفصل الثاني..... 68
خاتمة عامة:..... 70
المراجع..... 74
الملاحق..... 77

# قائمة الجداول


| ترقيم | عنوان الجدول | الصفحة |
|---|---|---|
| 01 | مصادر التمويل حسب التصنيف الدولي | 06 |
| 02 | تعداد الموظفين في المؤسسة | 41 |
| 03 | نفقات الموظفين | 45 |
| 04 | نسبة الاعتمادات المستهلكة من مجموع النفقات الموظفين | 46 |
| 05 | نفقات التسيير | 47 |
| 06 | نسبة الاعتمادات المستهلكة من مجموع النفقات التسيير | 50 |
| 07 | متغيرات الجنس | 53 |
| 08 | متغيرات العمر | 54 |
| 09 | متغيرات الخبرة المهنية | 54 |
| 10 | متغيرات المهنة | 55 |
| 11 | جداول تكرارية معبر عنها كنسب مئوية | 67-58 |

# قائمة الأشكال


| ترقيم | عنوان الشكل | الصفحة |
|---|---|---|
| 01 | تعاقد داخلي | 20 |
| 02 | عملية النهج التعاقدي | 24 |
| 03 | هيكل تنظيمي للمؤسسة الاستشفائية | 42 |
| 04 | متغيرات الجنس | 53 |
| 05 | متغيرات العمر | 54 |
| 06 | متغيرات الخبرة المهنية | 54 |
| 07 | متغيرات المهنة | 55 |
| 08 | تقييم جودة الرعاية الصحية | 58 |
| 09 | تقييم فعالية إدارة نفقات المؤسسة | 59 |
| 10 | نسبة دراسة الموظفين بمفهوم سياسة النهج التعاقدي | 60 |
| 11 | نسبة تأُي التعاقد في ترشيد النفقات الصحية | 61 |
| 12 | الميزة الرئيسية للتعاقد | 62 |
| 13 | العناصر المساعدة في تنفيذ التعاقد | 63 |
| 14 | العناصر الأكثر إعاقة في تنفيذ التعاقد | 65 |

# قائمة الملاحق


| رقم | العنوان | الصفحة |
|---|---|---|
| 01 | نفقات التجهيز | 45 |
| 02 | نفقات التسيير | 49-47 |

**ملخص:**

تعتبر قضية الإنفاق الصحي من اكثر القضايا المالية العامة التي تواجهها اللإقتصاديات سوء كانت دول متقدم و او الدول النامية، فارتفاع احتياجات السكان للخدمات الصحية ادت إلى ارتفاع النفقات الصحية، إذ لم تعد الدولة قادرة على تمويلها وبالتالي كان من الضروري انتهاج استراتيجية جديدة لمواكبة التغيرات الحاصلة قائمة على أساس التعاقد أين يتم تمويل النفقات الصحية من طرف هيئات الضمان الإجتماعي و الخزينة العمومية بهدف التمويل الفعلي للنفقات، وهذا في إطار ترشيد النفقات و تحسين حوكمة المؤسسات الإستشفائية ، فمن خلال الدراسة التطبيقية عن أثر تطبيق النهج التعاقدي في المؤسسة الإستشفائية بن زرجب تبين أن تطبيق النهج التعاقدي يمنح حرية أكبر للمسيرين في اتخاد القرارات المالية و تحقيق أكبر فعالية في الخض من التكاليف و النفقات الصحية العامة.

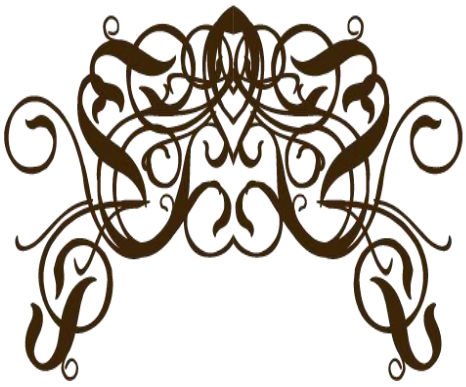
**الكلمات المفتاحية**: النفقات الصحية، النهج التعاقدي، تمويل و ترشيد النفقات، مؤسسة بن زرجب.

**Abstract:**

The issue of health spending is one of the most public financial issues faced by economists, whether developed or developing countries, as the high needs of the population for health services led to a rise in health expenditures, as the state is no longer able to finance them and therefore it was necessary to adopt a new strategy to keep pace with the changes taking place based on contracting where health expenditures are financed by social security bodies and the public treasury in order to actually finance expenditures, and this is within the framework of rationalizing expenditures and improving governance Hospital institutions, through the applied study on the impact of the application of the contractual approach in the hospital institution Ben Zarjab, it was found that the application of the contractual approach gives greater freedom to managers in making financial decisions and achieving the greatest effectiveness in reducing public health costs and expenses

**Keywords** :Health expenditures, contractual approach, financing and rationalization of expenditures, bin zarjab foundation.

# المقدمة العامة



## توطئة:

منذ استقلال الجزائر عملت على وضع أسس و مبادئ ضرورية تقوم عليها السياسة الصحية و ذلك سعيا منها لتجسيد حق المواطن في العلاج كما نصت عليه القوانين و الاحكام، فبالرغم من امكانيات التي تتوفر عليها الجزائر من هياكل صحية و مؤهلات بشرية الا أنها لم تتمكن من تلبية الطلب المتزايد على العلاج، و تحسين الخدمة المقدمة و بطبيعة الحال يعود هذا الى الاستغلال السيئ للوارد المتاحة في القطاع الصحي الأمر الذي استوجب البحث عن كيفية استغلال الموارد بشكل أفضل, خاصة بعد مشروع اصلاح القطاع الصحي بالجزائر بهدف القضاء على سوء الخدمة المقدمة و الحد من التزايد المستمر للنفقات الصحية الغير المبررة و البحث عن كيفية تمويل القطاع الصحي من منظور الفعالية و ترشيد النفقات.

ومن ضمن ما اتبعته وزارة الصحة و السكن و اصلاح المستشفيات للتحقيق المناسب للخدمة الصحية المقدمة و التحكم في التكاليف هو الشروع في تمويل المؤسسات الصحية حسب النشاط و المردود الفعلي لكل مؤسسة من اجل تحقيق أكبر نجاعة ممكنة، من دون أن يكون لها أي انعكاس على المواطنين الذين سيواصلون الاستفادة من مجانية العلاج كحق مضمون, حيث بدأت وزارة الصحة في وضع الخطط و الاليات التي تقوم على أساس التعاقد أين يتم تمويل المؤسسات الصحية من طرف هيئة الضمان الاجتماعي و من الخزينة العمومية و كذا من شركات التأمين على أساس النشاط الحقيقي التي تقوم به كل مؤسسة بهدف الوصول الى نجاعة وتمويل حقيقي للمؤسسات الصحية و هذا في اطار ترشيد النفقات و الرفع من مستوى حوكمة المؤسسات الاستشفائية.

على هذا الاساس و لدراسة هذا الموضوع بشيء من التفصيل و التحليل تم التوصل الى دراسة الاشكالية التالية :

**كيف يؤثر النهج التعاقدي كإستراتيجية فعالة لتمويل القطاع الصحي بالجزائر ممثلا في مؤسسة الدكتور بن زرجب؟**

ومنه نطرح الأسئلة الفرعية التالية :

- ماهي أساليب التمويل النفقات الصحية العامة في ظل تطبيق النهج التعاقدي؟
- ما المقصود بالنهج التعاقدي ؟
- ماهو اثر تطبيق النهج التعاقدي في ترشيد النفقات الصحية بالجزائر؟

**الفرضيات** : لمعالجة هذه الدراسة اعتمدنا الفرضيات التالية

- إن اليات التمويل التقليدي تحد من امكانية الاستغلال الامثل للموارد المتاحة .
- انخفاض مستوى القطاع الصحي جاء كنتيجة لعدم ملائمة السياسات الحالية المنتهجة في القطاع باعتبارها لا تتماشى مع التغيرات الاقتصادية.
- إن مدى نجاح النهج التعاقدي في تمويل النفقات الصحية العامة يرتبط على مدى نجاح الياته و تطبيق التنظيم الداخلي الخاص به.

**أهداف الدراسة:** يهدف البحث العلمي بصورة أساسية الى

- معرفة طرق تمويل النفقات الصحية و تطوره.
- تهدف هذه الدراسة الى تسليط الضوء على نمط جديد لترشيد التفقات الصحية العمومية.
- اظهار اهمية النهج التعاقدي في تمويل المؤسسات الصحية.
- محاولة اظهار أهم النقائص. و العراقيل التي يعاني منها التظام التمويلي الحالي.

**أهمية الدراسة:**

- يستمد البحث أهميته من كون أسلوب التعاقد نظام جديد لتمويل القطاع الصحي و ترشيد النفقات الصحية العامة .
- التعرف على المنظومة الصحية بصفة عامة و طرق تمويلها بصفة خاصة.
- اظهار تطورات وواقع النظام الصحي و ضرورة اصلاح نظام تمويله.

**منهجية الدراسة:**

- من أجل معالجة هذه الدراسة استعملنا في المرحلة الأولى المنهج الوصفي, تم التعرف في المبحث الاول على مفهوم النفقات الصحية العامة ثم عرض نظام التمويل في الجزائر و تطوره و مصادر التمويل الاساسية, ثم تطرقنا الى الاليات المعتمدة لترشيد النفقات الصحية العامة و ضرورة تطويرها. اما في المبحث الثاني تعرفنا بالتفصيل على النهج التعاقدي و الاطار القانوني مع أثره على القطاع الصحي الجزائري.
- أما في المرحلة الثانية قمنا بدراسة حالة على مستوى المؤسسة الاستشفائية دكتور بن زرجب استعملنا فيها المنهج التحليلي، قمنا باعداد استمارة وزعت على مختلف شرائح الموظفين في المؤسسة، إذ أن حجم العينة

40 تتكون من موظفين إداريين و اطباء و اخرون من المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة لمعرفة أثر النهج التعاقدي في القطاع الصحي العام.

**حدود الدراسة:** تتمثل حدود الدراسة في:

- الحدود المكانية: المؤسسة الاستشفائية الدكتور بن زرجب –عين تموشنت–.
- الحدود الزمنية: 23 فيفري إلى 03 مارس 2023

**أسباب اختيار الموضوع :**

**الأسباب الموضوعية :** تكمن الاسباب الموضوعية في

- اهمية القطاع الصحي في الاقتصاد الوطني ياعتبارة القطاع الاكثر استهلاكا للموارد المالية .
- نقص الدراسات التي تناولت هذا الموضوع خاصة باللغة الوطنية.
- الاهتمام الكبير الذي حضي به الموضوع في الفترة الحالية.

**الأسباب الذاتية :** بحيث تكمن في النقاط التالية

- الرغبة في البحث و التعرف على أنظمة تمويل جديدة.
- التخصص الدراسي الذي يعد من أهم الأسباب لاختيار الموضوع.

**صعوبة الدراسة:**

- قلة المراجع و البحوث التي لها علاقة بالدراسة.
- صعوبة مقابلة مسيري المؤسسة محل الدراسة و الحصول على المعلومات اللازمة للدراسة.

**هيكل الدراسة:**

قمنا بتقسيم دراستنا وفق ما تقتضيه طريقة IMRAD إلى فصلين، فصل نظري و فصل تطبيقي، تسبق هذين الفصلين مقدمة تختص بتوضيح مشكلة الدراسة، أهداف الدراسة، أهمية الدراسة، منهجية الدراسة إضافة الى حدود الدراسة و أسباب اختيار الموضوع ثم صعوبات الدراسة.

اما عن مضمون محتويات الفصول التي تتكون منها دراستنا فهي كالاتي:

يضم الفصل الأول الإطار النظري و الدراسات السابقة، حيث تم تقسيمه إلى ثلاث مباحث، المبحث الأول النفقات الصحية العمومية اما المبحث الثاني النهج التعاقدي في المؤسسات الاستشفائية ثم المبحث الثالث الدراسات السابقة. و ضم الفصل الثاني دراسة لحالة المؤسسة الاستشفائية الدكتور بن زرجب بعين تموشنت، و تم تقسيمه إلى ثلاث مباحث، المبحث الأول لمحة شاملة عن المؤسسة الاستشفائية، المبحث الثاني منهجية وأدوات الدراسة، المبحث الثالث تحليل النتائج المتحصل عليها من الاستمارة الموزعة.

# الفصل الأول:

# الإطار النظري و الدراسات السابقة

**تمهيد:**

شهدت المنظومة الصحية العديد من الإصلاحات والتطورات مند الاستقلال الى وقتنا الحالي حيث أولت الدولة لهذا القطاع الكثير من الاهتمام نظرا للدور الفعال الذي يحتله، وقد عانى القطاع الصحي العديد من المشاكل التي تسعى الدولة لحلها والتغلب عليها من بينها نجد النفقات الصحية، و هذاما استوجب على الدولة العمل ضمن اطار منظم و تطبيق استراتيجيات مدروسة التي تسمح بتخفيض التكاليف و ترشيد النفقات و من ضمن هذه التدابير تطبيق النهج التعاقدي.

و هذا ما سنتطرق اليه من خلال تقسيم هذا الفصل الى :

المبحث الاول : النفقات الصحية العمومية

المبحث الثاني : النهج التعاقدي في المؤسسات الاستشفائية

المبحث الثالث : الدراسات السابقة

## المبحث الأول: النفقات الصحية العمومية

لقد شهد الانفاق الصحي تطورا كبيرا وتناميا واسعا في الجزائر، تطور بتطور العجلة الاقتصادية والاجتماعية في البلاد، وقد أثرت أرقام الانفاق الصحي بالسلب على توازن القطاعات الأخرى المساهمة في التمويل وكذا ميزانية الدولة، ويلاحظ ان هدا التزايد في الانفاق لم يصاحبه تزايد مماثل في المردود، من هنا كانت ضرورة الاستعمال الأمثل للموارد المالية المتاحة المخصصة من طرف الدولة والهيئات المساعدة وهذا بمنظار العقلانية والفعالية، بهدف صد الاختناقات التي تلازم الهياكل الصحية.

### المطلب الأول: مفهوم النفقات العامة الصحية

باعتبار النفقات الصحية جزء من النفقات العامة لابد من تقديم تعريف عام حول النفقات العامة ومنه يمكن القول إن النفقات العامة هي:

- النفقة العامة هي تلك المبالغ المالية التي تخرج من الدمة المالية لشخص طبيعي أو معنوي يقوم بصرفها لهدف تحقيق منفعة عامة او خاصة.
- النفقة العامة كم قابل للتقويم النقدي يأمر بإنفاقه شخص من اشخاص القانون العام بهدف تحقيق المنفعة العامة.

من التعريفين السابقين يتضخ أن النفقة العامة تتكون من ثلاث عناصر أساسية:

- ✓ النفقة مبلغ نقدي
- ✓ النفقة تصدر سواء من شخص طبيعي أو معنوي
- ✓ الغرض منها تحقيق المنفعة

**الفرع الاول: تعريف النفقات الصحية:**

- النفقة الصحية هي عبارة عن اجمالي الأموال المخصصة لعملتي الاستثمار والتسيير، و التي تساعد في التطبيق السليم لسياسة الدولة، حيث نجد أن الجزء الكبير من هده النفقات تتحمله الدولة وهيئة الضمان الاجتماعي الإضافة الى الأطراف المساعدة.[1]
- النفقة الصحية هي دلك المبلغ النقدي الذي تم انفاقه من طرف الهيئة العامة أو الجماعات المحلية، من أجل تقديم خدمات علاجية ووقائية أو إنتاجية لأفراد المجتمع بغرض رفع المستوى الصحي لأفراد المجتمع، ويشكل الانفاق الصحي مجموع ما تنفقه الدولة على صحة مواطنيها مؤشرا على درجة الرفاهية والدي بدوره يشير الى مستوى الرعاية الصحية المقدمة إليهم، ويشمل ما تصرف الحكومات والافراد.[2]
- اما Levy يرى أن النفقة الحقيقية مرتبطة بسلوك المرضى ، مقدمي الخدمات العلاجية ، و موارد تمويل النظام الصحي.[3] اذ يرى أن التمويل حتما يؤدي الى ارتفاق النفقات في القطاع الصحي مادام سعر الاستهلاك المطلوب من طرف المستعمل سينخفض دون أن تنخفض أتعاب الطبيب وذلك عن طريق الزيادة في العرض.

إن المؤسسات الصحية خاصة بعد اعتماد مبدأ مجانية العلاج، استفادت من مبالغ مالية كبيرة الأمر الدي جعلها تعتمد على التمويل العمومي الشامل لجميع النواحي كما تجدر الإشارة الى أن هده المالغ لم تتوقف عن الزيادة، يعود ارتفاع النفقات في المؤسسات الاستشفائية الى التقدم التكنولوجي و العلمي في المجال الطبي من جهة و الامر لدي يؤدي لاقتناء معدات طبية تواكب هذا التقدم و من جهة أخرى ارتفاع حاجيات السكان للعلاج بصورة دائمة، تبعا للنمو الديموغرافي يمكن حصر أهم الأسباب في النقاط التالية [4]:

[1] سنوسي علي، تسيير الخدمات الصحية في ظل الإصلاحات الاقتصادية في الجزائر افاق 2010، أطروحة دكتوراه في علوم التسيير، جامعة الجزائر 03 – 2010 ص: 155

[2] سهام حرفوش، علي بايزيد، أسباب تطور النفقات الصحية في الجزائر خلال الفترة 2000-2010، مداخلة في اطار الملتقى الدولي حول سياسات في الانفاق الصي بالجزائر، جامعة المسلية، 25/24 نوفمر2015 صفحة: 08

[3] -Emil Levy،G Du Menil .la croissance des dépenses de la santé .paris 1982 page 45

[4] –نسيمة ولد محمد، أليات التحكم في الانفاق الصحي الوطني المؤسسة العمومية الاستشفائية، سيدي غيلاس، مدكرة نهاية السنة الدراسية التكوين المتخصص للمتصرفين الرئيسين لمصالح الصحة، المدرسة الوطنية للمناجمنت و إدارة الصحة، جانفي 2017.

باعتبار النفقات الصحية جزء من النفقات العامة لابد من تقديم تعريف عام حول النفقات العامة ومنه يمكن القول إن النفقات العامة هي:

- ✓ التقدم العلمي في المجال الطبي الدي أدى لاستعمال معدات دات مبالغ باهظة الثمن التي تتحملها المؤسسات الاستشفائية.
- ✓ التقلبات المسجلة في أسعار المواد واللوازم التي من المعتاد أن تقتنيها المؤسسة.
- ✓ زيادة النمو الديموغرافي الدي يؤدي الى زيادة حاجات السكان للرعاية الصحية.
- ✓ زيادة عدد المناصب.
- ✓ زيادة نفقات ترميم وتجهيز المؤسسات الاستشفائية.
- ✓ ظهور امراض جديدة الأمر الدي يتطلب شراء أدوية باهظة.
- ✓ الغرض منها تحقيق المنفعة

**الفرع الثاني: أنواع النفقات الصحية:**

من المعروف محاسبيا أن النفقات تنقسم الى نفقات مباشرة وغير مباسرة، ثابتة و غير ثابتة ، و كدا النفقات الكلية ، أما النفقات الصحية بدورها تنقسم الى:

- **النفقات المباشرة والغير المباشرة:** أولا النفقات المباشرة هي كافة النفقات المرتبطة بالمنتج أو الخدمات وتشمل التكاليف المباشرة للعمال والمورد، وبالنسبة للقطاع الصحي هي تلك النفقات التي تصرف مباشرة على نشاطات المنشأة الصحية كالأجور والرواتب والمواد والمصاريف الأخرى. اما النفقات الغير الماشرة هي التكاليف التي تم تسديدها والتي لا ترتبط مباشرة بالمنتج نفسه وهي النفقات التي يشار لها بنفقات التشغيل وقد تشمل بنودا كالكهرباء والايجار والهاتف ...الخ أما النسبة للقطاع الصحي هي جزء من مصاريف قسم أخر نتيجة اشتراكه في تأدية الخدمات الصحية. [1]
- **النفقات الثابتة والغير الثابتة:** تمثل النفقات الثابتة تلك النفقات التي لا تتغير مطلقا مع تغير مستوى نشاط المشروع خلال الاجل القصير كتكاليف المباني والتكاليف الرأسمالية للآلات والمعدات، وتشمل أيضا تكاليف مرتبات العاملين أصحاب العقود الطويلة، أما النفقات الغير الثابتة فهي مرتبطة بتغير نشاط القطاع مثل

[1]- باركة محمد الزين، خلاصي عبد الاله، ظاهرة تزايد الانفاق الصحي في الجزائر، تطورها، أسبابها وترشيدها، المجلة الجزائرية للمالية العامة العدد 2017/07

تكاليف طعام المرضى، مفروشات الأسرة المستهلكة في العمليات الجراحية مثل قفازات المطاط والمطهرات الطبية والقطن الطبي ...الخ.[1]

- **النفقات الكلية**: تشمل مجموع النفقات المباشرة والغير المباشرة

**الفرع الثالث: أسباب زيادة النفقات الصحية:**

ان المؤسسات الصحية خاصة بعد اعتماد مبدأ مجانية العلاج، استفادت من مبالغ مالية كبيرة الأمر الدي جعلها تعتمد على التمويل العمومي الشامل لجميع النواحي كما تجدر الإشارة الى أن هده المالغ لم تتوقف عن الزيادة، يعود ارتفاع النفقات في المؤسسات الاستشفائية الى التقدم التكنولوجي و العلمي في المجال الطبي من جهة و الامر لدي يؤدي لاقتناء معدات طبية تواكب هدا التقدم و من جهة أخرى ارتفاع حاجيات السكان للعلاج بصورة دائمة، تبعا للنمو الديموغرافي يمكن حصر أهم الأسباب في النقاط التالية [2]:

- ✓ التقدم العلمي في المجال الطبي الدي أدى لاستعمال معدات دات مبالغ باهظة الثمن التي تتحملها المؤسسات الاستشفائية.
- ✓ زيادة النمو الديموغرافي الدي يؤدي الى زيادة حاجات السكان للرعاية الصحية.
- ✓ زيادة نفقات ترميم وتجهيز المؤسسات الاستشفائية.
- ✓ ظهور امراض جديدة الأمر الدي يتطلب شراء أدوية باهظة.
- ✓ زيادة عدد المناصب.
- ✓ التقلبات المسجلة في أسعار المواد واللوازم التي من المعتاد أن تقتنيها المؤسسة.
- ✓ الزيادة المعتبرة في أجور عمال السلك الطبي والشبه الطبي الدي أثر على زيادة النفقات.

[1] إبراهيم طلعت الدمرداش، اقتصاديات الخدمات الصحية، دار الكتب المصرية، الطبعة02، مصر 2006، ص: 196

[2] نسيمة ولد محمد، أليات التحكم في الانفاق الصحي الوطني المؤسسة العمومية الاستشفائية، سيدي غيلاس، مدكرة نهاية السنة الدراسية التكوين المتخصص للمتصرفين الرئيسين لمصالح الصحة، المدرسة الوطنية للمناجمنت و إدارة الصحة، جانفي 2017.

- ✓ تقنيات التسيير المعتمدة في المؤسسات الاستشفائية التقليدية أثبتت فشلها في تحقيق الفعالية، كونها لا تقوم على أساليب الإدارة الحديثة المتمثلة في التخطيط والتنظيم والرقابة والتقييم كما أنها لا تسمح للمسيرين بمعرفة التكاليف الحقيقية وكذا التحكم بها.

**المطلب الثاني: عرض تمويل النظام الصحي في الجزائر**

**الفرع الأول: عموميات حول تمويل النفقات العامة الصحية**

**أولا: انواع مصادر التمويل الصحي:** نقصد بمصادر التمويل هي تلك الوحدات التي تقوم بتقديم المال لوكلاء التمويل لتجميعها وأعادة توزيعها لشراء المستلزمات الضرورية للرعاية الصحية، و تظهر أهم مصادر التمويل حسب التصنيف الدولي للحسابات الصحية ملخصة في الجدول التالي:

**جدول 01: مصادر التمويل حسب التصنيف الدولي**

| الرمز | الاعتمادات |
|---|---|
| **Fs1** | الاعتمادات العمومية |
| **Fs1.1** | الاعتمادات الحكومية الإقليمية |
| **Fs1.1.1** | عوائد الحكومة المركزية |
| **Fs1.1.2** | عوائد الحكومية المركزية |
| **Fs1.2** | اعتمادات عمومية أخرى |
| **Fs1.2.1** | عوائد الموجودات بين الوحدات العامة |
| **Fs1.2.2** | اعتمادات أخرى |
| **Fs2** | الاعتمادات الخاصة |
| **Fs2.1** | الاعتمادات أصحاب العامل |
| **Fs2.2** | الاعتمادات الأسرية |
| **Fs2.3** | المؤسسات التي لا تهدف الا تحقيق ربح |
| **Fs2.4** | اعتمادات خاصة أخرى |

| | |
|---|---|
| **Fs2.4.1** | عوائد الموجودات بين العوائد الخاصة |
| **Fs2.4.2** | اعتمادات أخرى |
| **Fs3** | باقي الاعتمادات العالمية |

**المصدر**: علي دحمان محمد، تقييم مدى فعالية الانفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر صفحة رقم 176.

نلاحظ من خلال التصنيف الدولي أن مصادر تمويل النفقات الصحية تشمل الأموال العامة والخاصة بالرغم من اختلاف المعدلات وشروط الارتباط بكل مصدر، فيه.ومما لا شك فيه أن الأساليب المتبعة لتمويل أنظمة الصحة وطرق إنفاق الأموال تعتمد بالدرجة الأولى على عمق التدخل الحكومي وعلى مدى عدالة النظام.

وعلى العموم تشمل عملية تمويل المنظومة الصحية حسب الحسابات الصحية تعبر ثلاثة فئات أساسية وهي:[1]

- الأموال العمومية: وهي تغطي جميع حالات التمويل العمومي
- الأموال الخاصة: وهي تشمل جميع الاعتمادات الخاصة، بالإضافة الى برامج التأمين الاجتماعية.
- باقي الاعتمادات العالمية: وهي الاعتمادات التي ترد من خارج البلد لاستعمالها في السنة القادمة.

**ثانيا: نظام التمويل الصحي بالجزائر** [2]

## 1- مراحل تطور نظام التمويل الصحي في الجزائر

- **نظام التمويل المختلط قبل سنة 1974**

تميزت هذه المرحلة بضعف وسائل التمويل, حيث كان في ذلك الوقت من المستعجل اعادة تمشيط الهياكل التنظيمية و الصحية المخلفة وراء الاستعمار, من اجل ضمان الحد الأدنى من الخدمات الصحية للمواطن, كما كانت النفقات الصحية منخفضة نسبيا حيث بلغت 1.5 بالمئة من الناتج القومي الخام, حيث اعتمد القطاع العام في هذه المرحلة على 3 مصادر أساسية متنوعة لكنها متكاملة في تمويل القطاع الصحي وهي كالأتي:

[1]-نزار قنوع : دراسة وتحليل لدور الحكومة في أسواق الخدمات الصحية في البلدان النامية عموما وفي المنطقة العربية خصوصا 2000/1995 ،مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية، سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية،العدد الأول ،سوريا، 2009 ،ص 14

[2] مزمارأسامة،النهج التعاقدي كنمط جديد لتمويل المؤسسات الصحية في الجزائر،مذكرة لنيل شهادة الماستر في علوم التسيير تخصص ادارة مالية 2017-2018 ،ص33/30

- **التسبيقات:** هذه التنسيقات عبارة عن مساهمة الدولة و الجماعات المحلية و التي كانت تمثل حوالي 60 بالمئة من مجموع النفقات الصحية لتغطية تكاليف الأشخاص المستفدين من مجانية العلاج و الذين يمثلون السكان الاصليين و أصحاب الذخل الضعيف بحيث كانت تعوض هذه النفقات من الخزينة العمومية بنسبة 85 بالمئة اما الباقي و المقدرة ب15 بالمئة فكانت تعوض من طرف صناديق التضامن التابعة للمحافظات و البلديات:
  - 08 بالمئة محافظات
  - 07 بالمئة البلديات
- **عائدات تسديد المصاريف:** تتتمثل في مساهمة صندوق الضمان الاجتماعي مقابل الخدمات الاجتماعية المقدمة لصالح المنخرطين من الأجراء وتقدم الخدمات على أساس السعر اليومي المحدد سنويا. هذه المساهمة تشكل % 30 من اجمالي النفقات الصحية.
- **–العائدات الخاصة:** تمثل المبالغ التي يدفعها ذوي الدخل الكافي كأصحاب الاعمال الحرة مقابل علاجهم بحكم أنهم لا يتوفرون على أي تغطية اجتماعية هذه المساهمة تمثل 10 بالمئة من النفقات الصحي و التي تحسب على أساس السعر اليومي المقرر سنويا.

بالرغم من المزايا التي قدمه هذا النظام فيما يخص التسيير المالي فان الصعوبات الناتجة عن حجم الديون الغير المغطاة بالاضافة الى الحواجز المالية التي كانت تحول دون تلبية احتياجات المواطنين و عرقلت السير الحسن للنظام الصحي, مما دفع السلطات الى البحث عن نظام تمويلي جديد.

### نظام التمويل مجانية العلاج بعد 1974

إن مبدأ تطبيق مجانية العلاج سنة 1974, جاء بعد المراجعة العميقة لأساليب تمويل المؤسسات الصحية حيث تم ألية تمويل مسماة بالميزانية الاجمالية و التي عوضت النظلم السابق المعتمد على أساس السعراليومي هذا التعديل سمح بازالة الحواجز المالية أمام المرضى و بالتالي تسهيل احتياجات المواطنين بحيث اصبحت تمنح المؤسسات الصحية ميزانية اجمالية بشكل جزافي تحدد سنويا عن طريق قانون المالية و تحتوي على مصدرين للتمويل هما الدولة و الضمان الاجتماعي تغطي هذه المساهمة الجزافية مصاريف التسيير و كذا المبالغ المعتبرة الموجهة للاستثمارات و عرف نمو ملحوظ بالرغم لم تكن هناك اجراءات واضحة تربط بين معايير التقييم و النجاح سواء من طرف الادراة المركزية او الهيئات المكلفة بالتسيير على مستوى المؤسسات الصحية.

**2- العلاقة بين نظام التمويل والاقتصاد في الجزائر:**

كانت العلاقة طردية بين نظام التمويل الجزائري و الوضعية الاقتصادية, بناءا على هذا المفهوم نميز ثلاث مراحل و هي كالاتي:

**المرحلة الاولى: مرحلة التنمية الشاملة من 1967الى 1986**

بسبب المحروقات والاعتمادات الخارجية الممنوحة في شكل قروض أدت الى ارتفاع نمو اقتصادي محسوس كنتيجة للاستمثرات المكثفة, ومنه استفاد قطاع الصحة من برنامج شامل مس أغلبية الوطن, حيث اتسعت الرقعة الصحية بتزايد الهياكل الاستشفائية ,عيادات متعددة الخدمات, مراكز صحية و قاعات العلاج ,كما أدى مبدأ مجانية العلاج للحصول على العلاج في أي مستوى كان و قد بلغ دروته في هذه المرحلة, كما تميزت هذه المرحلة باحتكار القطاع العام في عرض الخدمات اما القطاع الخاص فكان شبه منعدم.

**المرحلة الثانية: مرحلة الأزمة الاقتصادية من 1986 الى 1988**

في منتصف الثمانينات أدى انخفاض أسعار البترول الى توليد ازمة اقتصادية و مالية خطيرة كونه يمثل 95 بالمئة مصدر تمويل القطاع العام و لاقتصاد الوطني , هذه الوضعية انعكست سلبا على التنمية الاقتصادية هذه الضغوطات زادت حدتها الى غاية 1993 بسبب المديونية الخارجية التي كانت تمتص 5/4 من الايرادات الخارجية.

استمر مبدأ مجانية العلاج الى غاية بداية الأزمة 1985 التي دفت بالسلطة العمومية الى اعادة صياغة هذا المبدا حسب التغيرات الاقتصادية الهادفة الى عقلنة القطاع و اشراك المرضى في التكفل بحاجياتهم العلاجية.

ففي بداية 1986 توقف مبدأ مجانية الأدوية و رفعت الحواجز التي كانت في طريق القطاع الصحي الخاص و الذي توسع في عرض الخدمات الصحية و قاعات العلاج المبتكرة , التصوير الطبي و هذا مما يمثل تمويل العائلات للخدمات العلاجية والذي كان يعتمد اساسا على الدولة و الضمان الاجتماعي.

**المرحلة الثالثة: الوثبة الاقتصادية و اقتصاد السوق من 1988 الى يومنا هذا**

أثر استمرار الأزمة سنة 1986 سلبا على أغلبية القطاعات الاقتصادية و لاجتماعية حيث عجزت الدولة على تسديد ديونها ابتداءا من 1993 و دخلت في مفاوضات مع صندوق النقد الدولي و البنك العالمي الى التوصل

الى اتفاقية للتخفيف من الصعوبات المالية, و هذا ما انجز عنه اعادة جدولة توزيع الديون. و بالموازاة مع ذلك شرعت الدولة في تطبيق اصلاحات بهدف استقرار العملة الوطنية, و التخفيف من العجز المالي و انخفاض معدلات التضخم.

في سنة 1995 شرعت وزارة الصحة في اصدار مجموعة من القوانين لمساهمة المرضى في تكاليف العلاج الذين يحصلون عليه لتقليل التكاليف على ميزانية الدولة و هي لا تمثل سوى 2 بالمئة من الميزانية الاجمالية لمؤسسات الصحة، و لكنها خطوة تجديد في التكاليف العلاجية و تجاوز فكرة مجانية العلاج الكلي، و تجلت هذه النوعة من التخلص من النظام الجزافي في بناء علاقات تعاقدية بين الهياكل الصحي و الضمان الاجتماعي هذه العلاقة من شأنها إرساء دعائم لمراقبة الموارد الممنوحة.

**المطلب الثالث: عرض الاستراتيجيات لترشيد الانفاق العام في الجزائر.**

**الفرع الأول: الآليات المعتمدة حاليا في تسيير النفقات العامة الصحية**

تعتبر المحاسبة العمومية من احدى الوسائل المعتمدة لدى وزارة السكن والصحة للتحكم بالنفقات ومن أجل الوصول للتسيير عقلاني تبنت نظام المحاسبة التحليلية باعتبارها أداة ناجعة وفعالة في هذا القطاع هدا ما برهنت عليه بعض الدول المتبعة لهذه الألية للتحكم في حجم نفقاتها.

**أولا: محاسبة التكاليف كوسيلة لترشيد النفقات الصحية**

نظرا لمحدودية المحاسبة العامة جاءت محاسبة التكاليف كأداة مساعدة لترشيد النفقات والاستغلال الأمثل للموارد المالية.

- **تعريف محاسبة التكاليف** :هي أحد فروع المحاسبة المالية وكأداة تحكمها مجموعة من المبادئ والأصول المحاسبية تساعد المؤسسة في الرقابة على استخدام عوامل الإنتاج المتاحة لها والتخطيط للمستقبل، كما تقوم بتحليل وتسجيل التكاليف لغرض استخدامها بأقصى درجة من الفعالية [1]

من هدا المفهوم يمكن القول إن محاسبة التكاليف هي أداة من أدوات الإدارة التي تعمل على توفير البيانات اللازمة للقيام بالدراسات اللازمة من أجل اتخاد القرارات والمفاضلة بين البدائل المتاحة خاصة فيما يتعلق باختيار العمليات والمنتجات، بالتالي هي تساعد على رسم سياسات المبيعات والخطط المالية وغيرها.

[1] – زعرور نعيمة، أساليب مثلى لترشيد تكاليف الخدمات العامة، أطروحة دكتوراه، تخصص علوم التسيير، جامعة محمد حيدر، بسكرة كلية العلوم الاقتصادية و التسيير ، 2014-2015 ص 03

- **المقومات الأساسية لمحاسبة التكاليف في المؤسسات الاستشفائية :**

تتمثل المقومات الأساسية في النقاط التالية: [1]

- **دليل وحدات التكلفة او النشاط:** تتمثل وحدة التكلفة في وحدة الانتاج النهائي التي ينسب إليها عناصر التكاليف الخاصة بأوجه النشاط المختلفة وتتخذ معيارا لقياس تكلفة المنتجات الرئيسية والفرعية أما بالنسبة للمؤسسات الصحية تمثل الخدمات الصحية وحدة انتاج التكلفة بها مع ضرورة مراعاة عدم تجانس الخدمات التي تقدمها ودلك بسبب ارتباط كل منها بحالة المريض والعلاج اللازم، ومن هدا السياق يمكن التعبير عن خدمتين في الإطار الصحي:

I. الخدمة كمنتج نهائي: تعتبر الهدف الرئيسي للمؤسسات الصحية وأهم مخرجات النشاط فيها، منها الخدمات المقدمة بالأقسام الداخلية، غرفة العمليات، ويعبر عن وحدة التكلفة في هده المراكز بالعناصر المميزة لكل خدمة تؤديها والتي من أجلها تصرف النفقات.

II. الخدمة كمنتج فرعي: تتمثل في الخدمات التي تؤديها الإدارات والاقسام الفنية المساعدة في المؤسسة الصحية، والتي من شأنها تسهيل مهمة مراكز النشاط الرئيسية.

- **وضع دليل لمراكز التكاليف:** نقصد به ربط نظام التكاليف مع الهيكل التنظيمي للمؤسسة الصحية مع تقسيمه لوحدات إدارية تسمى كل منها مركز التكلفة، بحيث تكون كل وحدة ممثلة في قسم معين تحت اشراف شخص معين، اد تكمن مهمة هده المراكز في تنفيذ العمليات المتجانسة كالإقامة والتغذية ... وتتخذ كأساس لتجميع عناصر التكاليف.
- **تحديد فترة التكاليف:** تتخذ الفترة كأساس لحصر مختلف التكاليف للإعداد حسابات وقوائم التكاليف ونتائج الأعمال بصفة دورية.
- **مجموع القوائم والتقارير:** تتضمن كل ما تم تسجيله من تكاليف.

[1] – ناصر بوعزيز ، ظاهرة تزايد النفقات الصحية في الجزائر واليات التحكم في الانفاق الصحي الوطني، جامعة 08 ماي 1945–قالمة – الملتقى الوطني الأول حول الصحة وتحسين الخدمات الصحية، 11/10 أفريل 2018.

- **ضرورة انتهاج محاسبة التكاليف في المؤسسات الاستشفائية :**

هدف القطاع الصحي من استعمال نظام محاسبة التكاليف هو تقييم التكاليف كمرحلة أولى لتحديد السعر، الذي يتماشى مع مخرجات المؤسسة ومن أجل بلوغ الأهداف التالية: [1]

- ✓ تقدير الموارد اللازمة لتسيير الأقسام الاستشفائية.
- ✓ رسم بيانات تقديرية لميزانية التكاليف وحجم النشاط.
- ✓ المقارنة بين البيانات التقديرية والنتائج المتحصل عليها وتحديد الفروقات.
- ✓ تعتبر التكاليف قاعدة لتسعير الخدمات الاستشفائية.
- ✓ التكاليف أداة هامة من أجل المفاوضات مع الجهات الممولة مثل الضمان الاجتماعي.
- ✓ تحديد المواد اللازمة من أجل تمويل النشاط الاستشفائي بصفة كلية.

**ثانيا: طريقة الأقسام المتجانسة لحساب تكاليف المؤسسة الاستشفائية**

تعتبر هده الطريقة من بين الأدوات التي اثارت اهتمام المنظومة الصحية خاصة مع المشاكل المعرضة لها.

- **مفهوم طريقة الأقسام المتجانسة:**

هي من الطرق التقليدية لتحديد تكلفة الخدمة الصحية بالمؤسسات الصحية، تقوم على تحميل وحدات النشاط بجميع عناصر التكاليف التي تتحملها المؤسسة الصحية خلال الفترة سواء كانت مباشرة أو غير مباشرة وسواء كانت تكاليف متغيرة أو ثابتة.

- **مراحل تطبيق طريقة الأقسام المتجانسة في المؤسسات الاستشفائية:**

تقوم هذه الطريقة على محاولة تحديد سعر تكلفة للأقسام الطبية الرئيسية، وذلك بتقسيم المؤسسة الاستشفائية إلى أقسام متجانسة وإيجاد وحدات قياس لكل قسم لغرض قياس نشاطه، بعد تقسيم المستشفى وجمع المعلومات المتعلقة بالأقسام المتجانسة يمكن بعد ذلك توزيع الأعباء كالتالي:

[1]- نسيمة ولد محمد، مرجع سبق ذكره

تعتمد هذه الطريقة على حساب التكلفة الكمية بإدخال جميع أعباء المؤسسة المتعلقة بالمنتوجات المخزنة باستثناء مصاريف التوزيع التي يتم تخصيصها لمنتوجات أو الخدمات المباعة فقط إن حساب مختلف التكاليف والتكلفة النهائية للمنتجات أو الخدمات وفق هذه الطريقة عن طريق الفصل بين مجموع الأعباء المباشرة والأعباء غير المباشرة هذه الطريقة تسمح بتخصيص الأعباء المباشرة المباشرة على المنتجات وتوزيع الأعباء غير الماشرة على مراكز التحليل، قبل تحميلها على المنتجات ووفق هذه الطريقة يتم تقسيم المؤسسة إلى عدد معين من الوظائف منها ما يكون مشترك بين النشاطات و أخر متعلق بنشاط واحد. [1]

بعد مرحلة تقسيم المؤسسة إلى أقسام (مراكز تحليل) وتحديد الأقسام الرئيسية والأقسام الثانوية وذلك حسب علاقتها بالنشاط الرئيسي للمؤسسة، تأتي مرحلة أو عملية معالجة وتحميل الأعباء غير المباشرة اما التكاليف المباشرة كما نعرف فهي تحمل مباشرة على المنتوجات أو الخدمات معناه يجب التركيز على الخطوات التالية: [2]

- تقسيم الأعباء غير المباشرة الدورية إلى أعباء شهرية.
- اجراء توزيع أولي للأعباء غير المباشرة.
- اجراء توزيع ثانوي للأعباء غير المباشرة.

**تقييم طريقة الأقسام المتجانسة:** [3]

- **مزايا طريقة الأقسام المتجانسة:**

هناك عدة مزايا وهي كالتالي:

- التمييز بين الاعباء المباشرة والغير المباشرة وهدا الجزء يعتمد على درجة التدقيق.
- تقسيم المؤسسة لأقسام متجانسة، حسب النشاط والوظائف.

[1] – حسين طيب محمد شفيق، محاسبة التكاليف الصناعية، دار المستقبل لنشر والتوزيع، عمان، الأردن، *1998* ، ص4

[2] – محمد أمين بربري، طيب بولحية، أهمية تطيق الأقسام المتجانسة في تحديد التكلفة الصحية، مجلة دراسات العدد الاقتصادي 2013-2676، المجلد 10 العدد 02 –جوان 2010 جامعة الاغواط.

[3] ناصر عبد القادر، محاولة تطبيق محاسبة التكاليف حسب النشاط، تكوين ما بعد التدرج، تخصص مالية ومحاسبة، المدرسة الوطنية للصحة العمومية، الجزائر، 2002 ص 16

- مراقبة المردودية والتأكد من أن حجم النشاط مناسب للموارد الملتزم بصرفها.
- تسهيل العمل المتعلق بحساب التقديرات الميزانية وتساعد في وضع ميزانية لكل مصلحة.
- تحليل سعر التكلفة حسب كل مراحل من مراحل تقديم الخدمات .

- **نقائص طريقة الأقسام المتجانسة:**

بالرغم من فعالية منهجية حساب التكاليف بواسطة طريقة الأقسام المتجانسة وبالرغم من اسهامتها المتعددة في مجال الرقابة والتحكم في التكاليف الا انها لا تخلو من بعض النقائص التي تواجهها في ميدان التطبيق منها:

- فيما يخص تقسيم المؤسسة إلى أقسام متجانسة – ثانوية ورئيسية – والذي يرتكز على أساس مبدأ مراكز المسؤولية وعلى التنظيم الهيكلي للمؤسسة هذان المبدآن لا يساعدان أو لا يخدمان كثيرا حساب التكلفة لأن هناك من المصالح ما هو قائم ولن التنظيم الهيكلي لا يوجد وبالتالي فإن عناصر تكلفته يتم تحميلها إلى باقي الأقسام وكذلك أنه عدم وجود عدالة في تحميل التكاليف للأقسام حيث نجد مصلحة الإدارة العامة تتحمل مجموعة كبيرة من الأعباء والتي في الواقع لم تستهلكها وبالتالي هنا تضخيم لحجم أعباء هذا القسم بالمقارنة مع الأقسام الأخرى.
- طريقة الأقسام المتجانسة لم تأخذ في الحسبان تغير مستوى النشاط وتأثيره على التكلفة لأنه وبالرغم من ثبات السعر والكمية فإن التكلفة تتغير ونتيجة عدم الأخذ بتغير التكاليف وهذا ما لا يساعد في حساب المردودية ولا يمكن تحديد بدقة ما هي الأقسام ذات المردودية العالية والمنخفضة منها، وهذا ما يؤدي إلى البحث عن معيار آخر مكمل أو بديل له، وإعادة تقييم المستشفى على أسس جديدة.
- فيما يخص قواعد التحميل والتوزيع: تتميز انها تقريبية وغير دقيقة وتؤدي لنتائج غير واقعية.

**ثالثا: النهج التعاقدي**

هنالك العديد من الدول التي انتهجت نظام التعاقد كأداة لتمويل النفقات الصحية وهدا يرجع بالأساس لمدى فعالية هدا النظام في ترشيد النفقات من جهة وتخفيض التكاليف من جهة أخرى التي تقع على عاتق الدولة. سيتم التطرق لهذه الفكرة بالتفصيل في المبحث الثاني من هذه الدراسة.

**الفرع الثاني: ضرورة اعتماد أليات حديثة لترشيد النفقات** [1]

## 1- التحكم الجيد في التسيير المالي.

يمكن تحقيق فعالية في التسيير المالي بالمؤسسات الصحية وهدا بدوره يؤدي الى التحكم الجيد في النفقات الصحية وعقلنتها ودال من خلال النقاط الاتية:

**أولا: تعميم نظام التعاقد ومنح استقلالية مالية حقيقية في التسيير:** بسبب نقص الموارد التمويلية وغياب الاستقلالية المالية عجزت الدولة على التكفل بجميع نفقاتها وهدا ما استدعى بضرورة البحث عن حلول أخرى لمصادر التمويل للحد من هده المشاكل، وهدا اعتمادا على نظام التعاقد والتطبيق الفعلي له وليس نظريا فقط والبحث عن هيئات ممولة للتعاقد معها نتيجة الخدمات المقدمة.

ان منح الاستقلالية المالية الحقيقية في تسيير المؤسسات الصحية يستوجب رفغ هده الإجراءات والعراقيل وإعادة النظر في النصوص التشريعية المنظمة لهده المؤسسات وتغيير طريقة التمويل المتبعة حاليا وتعميم نظام التعاقد وتحويل ميزانية التجهيز من المستوى المركزي الى المستوى المحلي، أي تزويد المسير بميزانية شاملة تشمل ميزانية التجهيز والتسيير على التوالي، باعتبار عدم قدرة مديرية الصحة والسكن على معرفة الاحتياجات الحقيقية للمؤسسة.

**ثانيا: اعتماد المحاسبة المالية كأداة في التحكم في التسيير المالي:** تعتبر المحاسبة المالية من بين أهم أدوات مراقبة التسيير بحيث تقوم بتحديد المركز المالي للمؤسسة، كما أنها توفر جد معلومات جد مهمة لمراقب التسيير، كدلك هده المعلومات مهمة في اتخاد القرارات وتحديد الانحرافات وتصحيحها، وعليه فأن المحاسبة المالية تعبر أداة مهمة لتسيير القطاع الصحي، كونها تساعد المدير أو مراقب التسيير على اتخاد القرار والتحكم في النفقات الصحية.

## 2- أدوات توقعية للتحكم في النفقات المؤسسات الصحية:

**مخطط العمل:** يعتبر مخطط العمل اهم الأدوات للتحكم النفقات ودلك من خلال المعلومات التي يضعها بين يدي المسير والتي من خلالها يتخذ القرارات المناسبة، من أجل تصحيح الأخطاء وتدعيم نقاط القوة لدلك كان لزاما على المسير المالي للمؤسسة وضع مخطط عمل يشمل على مختلف الأعمال والأنشطة التي تقوم بها المؤسسة في الوقت

[1] ناصر بوعزيز، مرجع سابق

المناسب، كما يجب أيضا على المسير تحديد الاختصاص المناسب وعليه نقول إن مخطط العمل يساعد في تنفيذ الخطة المسطرة التي وفقها المؤسسة وينقسم الى: [1]

**–مخطط العمليات:** من بين أهم أدوات الرقابة على النفقات الصحية في المؤسسة الاستشفائية، يدرج في هدا المخطط الأهداف المراد تحقيقها، وبعد دلك البدء بعلمية التنظيم بهدف تحديد المهام داخل المؤسسة، قبل المباشرة في تطبيق مخطط العمليات يجب وضع المؤشرات التي من خلالها يقوم المسير بتنفيذ سياسة المؤسسة بقراءة النتائج الجزئية وتحليلها، وهدا من خلال المقارنة بين الأهداف المسطرة والأهداف المحققة.

**–المخطط الاستراتيجي:** تعتبر الإدارة الاستراتيجية في قمة الهرم الإداري في الفكر والتطبيق، تمر الإدارة الاستراتيجية بثلاث مراحل متتالية تشكل في جملتها عملية ذات أربع خصائص أساسية وهي:

1. لايمكن الانتقال للمرحلة الثانية إلا بعد الانتهاء من المرحلة الأولى، وهذا لتسهيل عملية الانتقال الجزئي وضمان جودة كل مرحلة.
2. مراحل الإدارة الاستراتيجية متداخلة ومتكاملة، فالتغيير الذي يحدث في أي منها يؤثر على المراحل الأخرى سواء سابقة أو لاحقة.
3. إن الإدارة الاستراتيجية عملية مستمرة، فعملية تقييم ورصد التغيرات في البيئة الداخلية والخارجية لا تتوقف بل تتم على فترات دورية
4. لا بد من تدفق مستمر للمعلومات بواسطتها تتم مراجعة مراحل هذه العملية وإجراء الخطوات التصحيحية الضرورية

**الميزانية التقديرية** :هي خطة تتناول كل صور العمليات المستقبلية لفترة محدودة، عادة ما تكون سنة واحدة، وبعبارة أخرى هي أداة للتعبير عن أهداف وسياسات وخطط ونتائج، تعد مسبقا من السلطة العليا بمشاركة الفاعلين في تسيير المؤسسة، وفي المؤسسة الصحية تتكون الميزانية التقديرية من عدة ميزانيات فرعية لكل مصلحة أو مديرية فرعية، إذا فالميزانية التقديرية بمثابة أداة تستخدم في التعبير عن هدف معين تسعى إلى تحقيقه إدارة المؤسسة الصحية، وغالبا ما تكون أهداف هذه المؤسسة تقديم خدمات صحية بأقل التكاليف وبجودة عالية، وقد يحدث العكس أي الفشل في

[1] – ناصر بوعزيز ، مرجع سابق

تحقيق الأهداف المسطرة من طرف المؤسسة لذلك كان من الضروري متابعة التنفيذ لإجراء تعديلات معينة تكفل نجاح الخطة الموضوعة المبنية على الميزانية التقديرية والأهداف المسطرة مسبقا، بل قد يتطلب الأمر إدخال تعديل شامل على البرنامج المحدد مسبقا[1].تظهر أهمية الموازنة التقديرية من خلال دورها في إعداد وثائق التسيير المالي على الصعيد المستقبلي مثل الميزانية التقديرية والتي تمثل جزء من المخطط العام، حيث تعتبر أداة تخطيط تسمح بتخصيص الموارد البشرية والمادية لبرامج العمل وترجمتها تعتبر أداة للتنسيق بين الأجهزة الفنية والمالية تضمن الترابط المنطقي بين أهداف مرتبطة بآجال محددة، كما أن مختلف أهداف الأقسام والإدارات وتعتبر أداة رقابة وتقييم الأداء تمكن من حساب الانحرافات واتخاذ الإجراءات التصحيحية.

## المبحث الثاني : النهج التعاقدي في المؤسسات الاستشفائية

إن ارتفاع متطلبات الأفراد للخدمات الصحية و المطالبة بتحسينها أدى إلى ارتفاع هاته النفقات الخاصة بالقطاع الصحي، و لتحقيق هذه المتطالبات قامت وزارة الصحة و السكان بوضع استراتيجيات و آليات تقوم على أساس التعاقد، حيث سنتعرف من خلال هذا المبحث على مفهوم النهج التعاقدي و أثره في ترشيد النفقات و تحسين حوكمت المؤسسات الاستشفائية .

### المطلب الأول : الإطار المفاهيمي للنهج التعاقدي

عرف النمط التعاقدي على انه بديل لتمويل نفقات الصحة، حيث عرفت المنظمة الصحية العالمية التعاقد بأنه : " عقد يتضمن اتفاق بين عونين اقتصاديين أو اكثر و الذي عن طريقه أو بواسطته يلتزم بالتنازل أو الاحتفاظ بالقيام

[1] – محمد فركوس، **الموازنات التقديرية أداة فعالة للرقابة**، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1995 ، ص04 .

ببعض الاشياء اي ارتباط اداري لشركاء مستقلين فهناك من يرى أن يمنح الارباح و الامتيازات في حين ترى أطراف أخرى انه يمنح الحلول التعاونية".[1]

و يمكن تعريف النهج التعاقدي بقطاع الصحة على أنه : "إبرام المؤسسة الصحية عقد مع مموليها بأداء خدمة أو بذل عناية مقابل تعويض مالي يساوي في مجموعه مجموع التكاليف المستعملة لتقديم الخدمة في اطار الأصول المتعارف عليها" . [2]

من خلال ما سبق ذكره نقول أن التعاقد هو إقامة علاقات تعاقدية بين عدة منظمات، فنقول هناك اتفاق تعاقدي أي وجود تحالف طوعي للشركاء المستقلين الذين يلتزمون بواجبات متبادلة و يتوقع كل منهم فوائد نتيجة هذا التعاقد.[3]

- **أطراف العملية التعاقدية** :

ورد في المادة 132 من قانون المالية لسنة 1993 ان أطراف التعاقد لتمويل الصحة العمومية تشمل الجهات التي تقوم بتمويل نفقات الصحة[4] و هي :[5]

- **صاحب الخدمة** : و هو الطرف المنتج للخدمة الصحية و المتمثل في المؤسسات العمومية للصحة بما فيها المراكز الاستشفائية الجامعية، المؤسسات الاستشفائية العمومية و المتخصصة.
- **الممول** : و هو الطرف الثاني في العملية التعاقدية، و يتمثل في الدولة و صناديق الضمان الاجتماعي .

[1] – علي سنوسي، تسيير الخدمات الصحية في ظل الاصلاحات الاقتصادية في الجزائر افاق 2010، أطروحة دكتوراه في العلوم الاقتصادية ،جامعة الجزائر ،2010/2009، ص353.

[2] – بلقاسم حلوان ، النهج التعاقدي كنمط جديد في مجال التسيير، مجلة التسيير ،عدد خاص صادر عن المدرسة الوطنية للصحة العمومية ،جويليا 1998، ص12

[3] – كريم عمري التعاقد مفهوم اساسي لتحقيق الاداء، المؤتمر الدولي للسياسات الصحية، 18-19 جانفي 2014 الجزائر

[4] – سعيدان رشيد، بوهنة علي، واقع الخدمات الصحية من خلال الإصلاحات، مجلو البشائر، العدد الأول، سبتمبر 2014 ،ص9

[5] – بلقاسم حلوان ، النهج التعاقدي كنمط جديد في مجال التسيير ، مرجع سبق ذكره. ص12

تكون الدولة طرفا حينما يتعلق الامر بمرضى عديمي الدخل و غير المؤمنين اجتماعيا و أيضا فيما يخص نشاطات التكوين ، الوقاية و البحث العلمي.

أما صناديق الضمان الاجتماعي فتكون طرفا عندما يتعلق الامر بالمرضى المؤمنين اجتماعيا و ذوي الحقوق، كما يمكن ان يكون الممول الأفراد الذين لاينتمون للفئة التي تقوم الدولة بتمويل تكاليفها ولا لصناديق الضمان الاجتماعي أي الفئة التي تكون متاحة الدخل و غير مؤمنة اجنماعيا.

- **المستهلك** : هم المرضى أو زبائن قطاع الصحة بالمفهوم الاقتصادي.

فمنه نستنتج ان النمط التعاقدي هو هيكلة لعلاقة ثلاثية الاطراف بغية تحقيق اهداف المنظومة الصحية بأقل تكلفة و التحكم في نفقاتها.

### انواع التعاقد

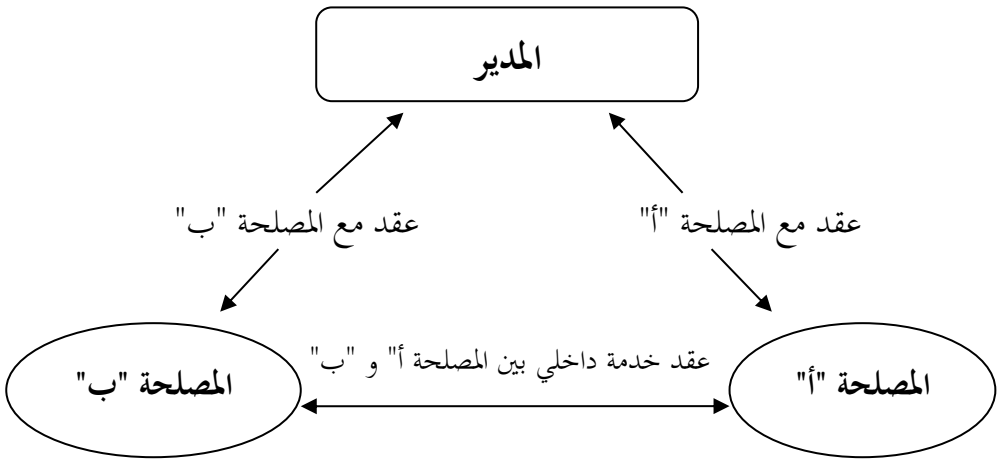
التعاقد هو سمة التسيير الحديث الذي يقوم على علاقات تعاقدية بين عدة منظمات و مصالح ؛و يمثل أداة قانونية و تمويلية و في نفس الوقت دعم مالي و مادي؛ من انواع هدا التعاقد نذكر :

#### ❖ التعاقد الداخلي :

هذا النوع من التعاقد هو ان يفوض المدير لرؤساء المصالح مهام التسيير على ان يكون مبني على عقد تفاوضي، حيث تحدد فيه اهداف و وسائل و معايير متابعة و أساليب تعبئةو اهتمام بتحقيق النتائج، بالاضافة الى تحمل الاثار الناتجة عن عدم الالتزام بتنفيد بنود العقد، فالنهج التعاقدي يمر حتما عبر الارادة المشتركة بتطوير و توزيع وسائل تحقيق النشاط .[1]

[1] – مزمار اسامة ،النهج التعاقدي كنمط جديد لتمويل المؤسسات الصحية في الجزائر، مذكرة لنيل شهادة الماستر في علوم التسيير تخصص ادارة مالية ،2017-2018، ص48

**شكل رقم 01 : التعاقد الداخلي**




المصدر: كريم عمري، مرجع سابق ،ص48

- **التعاقد الداخلي وسيلة لتسيير المؤسسة الصحة العمومية**[1] : التوجه نحو التعاقد الداخلي هو شكل جديد في العلاقة بين منطقين الاول اداري و الاخر طبي و ذلك ب:

✓ انشاء و تنصيب قطب للنشاط الطبي كمركز للكفاءة و المسؤولية

✓ تفويض تسيير لرئيس القطب و ليس تفويض سلطة او امضاء عقد يتعلق بالاهداف و الوسائل بين الادارة و مسؤولي اقطاب النشاط الاجتماعي.

هذه الاقطاب سوف تكون مراكز مسؤولية تمهد لادخال المحاسبة التحليلية و التسيير التوقعي للوظائف و الكفاءات و بهذا تهدف الى هدفين اساسيين :

✓ النجاعة في استغلال الوسائل لتقريب بها ارضية الواقع لاتخاد القرار المناسب و بذلك يتم التحكم في النفقات بتحليل المسؤولية من جميع المتدخلين و على جميع المستويات

✓ تحسين نوعية الخدمة و التكفل بالمريض في خطة مسبقة بين الطاقم الطبي و الشبه الطبي والاداري.

[1] – مزمار اسامة ، مرجع سبق ذكره

- **التعاقد الداخلي و تفويض و مراقبة التسيير** : [1] في مراقبة التسيير حددت مهام و اهداف كل قطب بعد تعاقد في اطار" عقد وسائل و موارد كما و نوعا " بحيث يكون التقييم على اساس مؤشرات مقبولة من

طرف الجميع تؤسس لجهاز اعلامي صحي من اجل معرفة اكثر عن النشاط الطبي و الشبه الطبي و من ثم امكانية توجيه هذا الجهاز بالارتكاز على :

- ✓ لوحة التحكم في النشاط الطبي و الشبه الطبي
- ✓ تطوير تقنيات الميزانية بتجميع المصالح في اقطاب متجانسة
- ✓ وضع جهاز تقييم و تسيير على اساس المحاسبة التحليلية

و يجب مراعاة مسألة العلاوات و المكافات لتقديم الحوافز مقابل المسؤولية لاشراك اكبر قدر من الموظفين في العملية ، ويمكن تجسيد الادارة من خلال توسيع نطاق الاستشارات بين جميع الأطراف وإيجاد قواعد جديدة في إعداد ومتابعة القرارات المتعلقة بالإدارة المؤسسية .

❖ **التعاقد الخارجي** :

التعاقد الخارجي أسلوب تسيير مؤسس على نظام تقديم الخدمة و المخالصة و هذا الاسلوب من شأنه أن يكون بديل لاسلوب المساهمة السنوية حيث تصبح تغطي في اجال اقرب على اساس الخدمة اي امكانية زيادة التمويل مرتبطة بحجم النشاط هذا من شأنه احداث جو تنافسي يصب في صالح النوعية و التكلفة و سهولة الحصول عليه.[2]

**المطلب الثاني : تحليل استخدام التعاقد في قطاع الصحة في الجزائر**

- **الإطار القانوني والتنظيمي لنظام التعاقد في الجزائر:**

لقد واجه تنفيد تطبيق نظام التعاقد كالية لتمويل المؤسسات الصحية العمومية تأخر كبير رغم وجود اطار قانوني شامل، اذ تم ذكره لاول مرة في قانون المالية سنة 1992، بعد الندوة الوطنية حول الصحة المنعقدة في سنة 1990، حيث نصت المادة 175 من القانون رقم 91-25 المؤرخ في ديسمبر 1991 على ما يلي " تحدد مساهمة هيئات

[1] – مزمار اسامة، مرجع سابق

[2]– زيدات سناء، ادارة و مالية المؤسسات الاستشفائية، رسالة ماجستير، كلية الحقوق، الجزائر،2002،ص74

الضمان الاجتماعي في ميزانيات القطاعات الصحية و المؤسسات المتخصصة (بما فيها المراكز الاستشفائية الجامعية) بصدد سنة 1992 و بصفة تقديرية بتسع ملايير و خمسمائة مليون دينار جزائري (000 000 9500) دج. يطبق هذا التمويل على اساس علاقات تعاقدية تربط الضمان الاجتماعي ووزارة الصحة و تحدد كيفياته عن طريق التنظيم. يحدد تسبيق جزافي في هذا الاطار بمبلغ خمسة ملايين دينار ( 000 000 000 5) دج. " [1]

اما بخصوص اليات دفع مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي ، فقد تم تعديل المادة 12 من القانون رقم 84-12 المؤرخ في 24 ديسمبر 1984 و المتضمن قانون المالية 1985 بموجب المادة 165 من الامر رقم 94-03 المؤرخ في 31 ديسمبر 1994 المتضمن قانون الماية لسنة 1995 كما يلي : " يحدد مبلغ مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي في مصاريف تسيير المؤسسات الصحية بموجب قانون المالية. تدفع مساهمة الدولة و هيئات الضمان الاجتماعي في شكل حصص فصلية في بداية كل ثلاثي في الحساب الخاص للخزينة رقم 003-305 الذي عنوانه " مصاريف لاستشفاء المجاني " ( صندوق التخصيصات ).

و في حالة عدم دفع مساهمات الضمان الاجتماعي يؤهل أمين الخزينة المركزي بان يخصم في كل ثلاثي من حساب هيئات الضمان الاجتماعي مبلغ مساهمتها حسب كيفيات تحدد عن طريق التنظيم . "[2]

ما تم استنتاجه من هذه المادة ، هو ان الخزينة العمومية هي الصندوق المؤهل لتحصيل مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي حتى مع تطبيق العلاقات التعاقدية ، على ن يتم تقييدها في ميزانية وزارة الصحة التي تتكفل بالتوزيع المفصل للايرادات و النفقات المخصصة للمؤسسات العمومية للصحة .[3]

[1]- المادة 175 من القانون رقم 91-25 المؤرخ في 18 ديسمبر 1991، يتضمن قانون المالية في سنة 1992، الجريدة الرسمية، العدد 65.

[2] - المادة 165 من القانون رقم 94-03 المؤرخ في 31 ديسمبر 1994 المتضمن قانون المالية لسنة 1995، جريدة رسمية ، عدد 87.

[3] - نوري عبد الصمد، واقع و افاق تمويل المنظومة الوطنية للصحة **دراسة قانونية**، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في القانون العام 2014/2013 جامعة الجزائر 1 ص 135 /136

### o طرق تنفيذ النظام التعاقدي في الجزائر :[1]

تجسيدا لخطة الإصلاح الشامل، رسمت وزارة الصحة والسكان إصلاح المستشفيات خطة متكاملة حددت على إثرها نقاط الضعف و طبقت تجربة أولية في بعض القطاعات الصحية و المراكز المتخصصة و المستشفيات الجامعية نتجت عنها سياسة التعاقد. جمعت هذه السياسة ثلاثة أقطاب لها علاقة مباشرة بالمريض وهي:

- وزارة الصحة و إصلاح المستشفيات
- هيئة الضمان الاجتماعي
- مديريات النشاط الاجتماعي

جندت هذه الهيئات إمكانياتها لضمان السير الحسن لهذا التعامل الجديد، الذي يربط المواطن بصفة مباشرة مع الهياكل الصحية، وتتلخص هذه العملية في المراحل التالية :

- تقديم بطاقة التسجيل الخاصة بالضمان الاجتماعي.
- تقديم بطاقة المعوز و التي يحصل عليها كل ذوي حاجة من مديرية النشاط الاجتماعي .
- تقديم بطاقة الضمان العسكري ( خاص بالجيش الوطني، و الدرك الوطني)

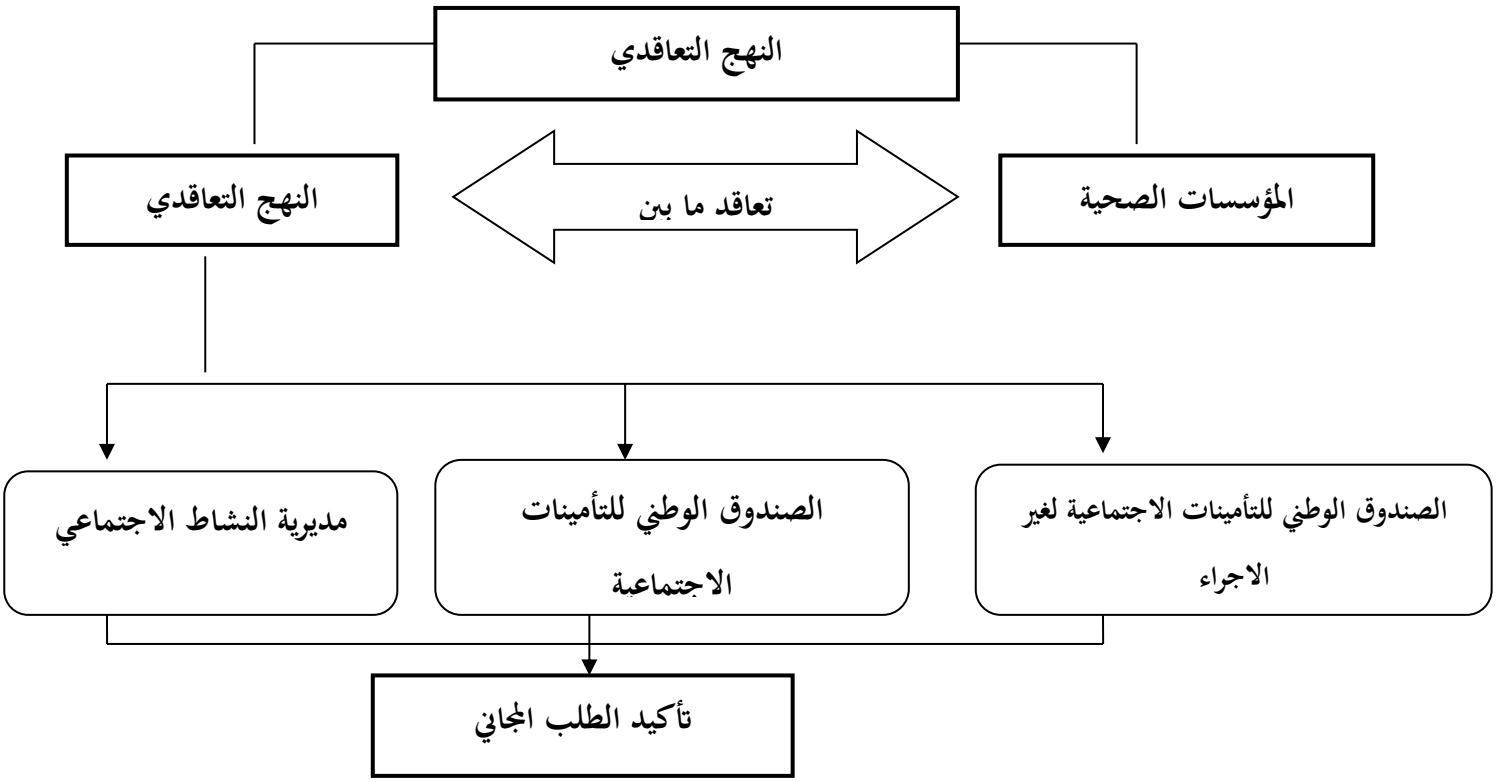
يقوم المستفيد من الخدمة بتقديم هذه البطاقة إلى مكتب الدخول عند دخوله المستشفى و ذلك من اجل إتمام الإجراءات المتعلقة بفاتورة التكاليف التي تبين مختلف الخدمات التي تلقاها المريض خلال فترة إقامته بالمستشفى.

من جهة أخرى عملت الدولة على تسخير أرضية مناسبة لتطبيق النظام التعاقدي من خلال:

اعتماد التكوين المتواصل لعمال القطاع، تدعيم المستشفيات بتجهيزات جديدة و مرافق أخرى ، التركيز على مكتب الدخول و تدعيمه ببرنامج وطني للفاتورة، باعتباره الوجهة الرئيسية التي تحرص على تطبيق هذه الإصلاحات، إصدار التعليمات تؤكد على حسن التكفل بالخدمات مثل الإطعام و الإيواء و المعاملة.

[1] – سعيدان رشيد، بوهنة علي، واقع الخدمات الصحية من خلال الإصلاحات، مجلو البشائر، العدد الأول، سبتمبر 2014 ص 11

**شكل 02: عملية النهج التعاقد**




المصدر: علي دحمان محمد، مرجع سابق، ص213

- **أسباب تنفيذ النظام التعاقدي في الجزائر :**

نرى من الاسباب الرئيسية وراء إلزامية تطبيق هذا النظام هو نظام تمويل تعسفي بمنطق إنفاق لا يهتم بجودة و نوعية الخدمات الصحية المقدمة، اذ أدى هذا الاخير إلى حدوث اختلال في التوازن بين عرض الخدمة و الطلب عليها. ومع ذلك نذكر عدة دوافع وراء اختيار التعاقد كالية للتمويل المنظومة الوطنية الصحية التي تتمثل في :

- الالهام و التأثر بالانظمة الاجنبية الناجحة في تمويل نفقاتها الصحية .
- توصيات بعض المنظمات كمنظمة الصحة العالمية و التي دعت البلدان الاعضاء تبني نمط التعاقد في اصلاحاتها.
- ادخال مفاهيم ادارة الاعمال في المصالح العمومية.[1]

[1] – محسني عليمة، اشكالية تمويل المنظومة الصحية في الجزائر : اية بدائل متاحة. مذكرة لنيل شهادة الماستر في علوم التسيير ،جامعة ميلة 2021/2020 ، ص 33

- **مشاكل تطبيق نهج تعاقدي في الجزائر**

ان النهج التعاقدي في الجزائر قد اسفر عن عدة صعوبات في تطبيقه و التي تتمثل البعض منها في :[1]

- غياب الاستخدام الامثل لبطاقة المريض ( بطاقة الشفاء ) و كذا عدم معرفة كيفية ملئها.

- مشكل تسيير مستخدمي المراكز الصحية القاعدية من ناحية: الاجر ،التوظيف ،الاشراف

- عدم تحديد المسؤوليات بالشكل الكافي

- غياب الوثائق المحاسبية

- عدم الاخد بعين الاعتبار الطلبات في الميزانية

- نقص الاعتمادات ذات الطابع الوقائي

- عجز الدولة عن التخلي عن دورها كدولة اجتماعية راعية لشؤون أفرادها رغم تبنيها النظام الرأسمالي ويرجع ذلك إلى انفراج الضيقة المالية التي شهدتها البلاد وارتفاع الدخل الوطني بداية الألفية الثالثة[2]

- غموض تحديد هوية المستفيدين من الخدمات الصحية حيث وجدوا أن 30% فقط مؤمنين اجتماعيا و كذلك 10% فقط معوزين في حين تبقى نسبة 60% غامضة .[3]

**المطلب الثالث : اثر اعتماد النهج التعاقدي كإستراتيجية لترشيد الانفاق العمومي في القطاع الصحي**

تكمن الحلول التي من شأنها التخفيض من حدة الازمات المتعلقة بتنظيم هيكل المؤسسة الصحية و كذا تمويلها، وتسييرها في انتهاج النمط التعاقدي و الذي يهدف الى رفع فعالية هذا القطاع و المتمثلة في :

[1] – علي دحمان، تقييم مدى فعالية الانفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية ، تخصص تسيير المالية العامة، جامعة تلمسان ،2017/2016 ،ص 214

[2] – ايمان العباسي تقييم فاعلية السياسة الصحية في معالجة الاختلالات المتعلقة بتمويل الخدمات الصحية – دراسة حالة الجزائر – المجلة الجزائرية للدراسات السياسية

[3] - Ministère du travail et de la sécurité sociale : note de synthèse sur la contractualisation santé-sécurité sociale ,2004

- **تحكم في النفقات** : نمط التمويل عن طريق التعاقد يحقق لنا الفعالية و النجاعة التي تعني بتحقيق كل الاهداف المسطرة باقل تكلفة ممكنة لدى المؤسسة الاستشفائية . وعلى هذا الاساس يتحكم قطاع صحي عمومي في نفقاته عن طريق :

* **تشخيص تكاليف** : أي تأخذ كل وظيفة في المستشفى حقها في تشخيص تكاليفها اي اعداد ميزانيتها و ذلك من اجل تقديرات ادق للتوقعات و تحفيز الموظفين .

* **عقلانية الانفاق** : الاستغلال الامثل للموارد المتاحة كابرام اتفاقيات مع متعاونين خارج المؤسسة قصد القيام بأعمال معينة من شانها تخفيض من الاعباء المالية

- **تحسين نوعية العلاج** : ان التوجه الجديد يميل نحو فتح جميع المجالات تقريبا امام المبادرات الخاصة، وهذا الامر من شأنه ان يخلق منافسة حادة بين القطاع العام و القطاع الخاص لا سيما في ظل نمو الوعي لدى المواطن الذي نمت فيه الرغبة في تحصيل كل حقوقه و عدم تجاوز كل العوائق التي تحول دون ذلك لاسيما اذا تعلق الامر بصحته، فالمجالات المفتوحة امامه من قطاع عام و الخاص و شبه عمومي تجعل منه زبونا له حق لاختيار في التوجه لمن يقدم له احسن خدمة صحية بما في ذلك المعوز و الذي هو مكفل من طرف الدولة و الذي لا يستطيع ان يتغاضى عن الوضعية المتدنية للخدمة الصحية التي تقدم له في المستشفى.[1]
- **تحقيق الشفافية بين مقدمي الخدمات الصحية مع مموليها** : يتميز نظام تعاقدي بوجود علاقة مباشرة بين مقدمي العلاج و مموليها و هذا يؤول الى رفع الغموض و معرفة من استفاد من استعمال الموارد المالية لميزانية المؤسسة الصحية، واضافة طابع التنظيم و الدقة . فعلى المؤسسة توفير كل المعلومات اللازمة عن مرتفقيها و تقديمها الى مموليها المتمثلين في صناديق الضمان الاجتماعي ،مديريات النشاط الاجتماعي، الافراد .
- **تحكم في نظام صحي** : بادماج قطاع صحي خاص في منظومة صحية يسمح هذا الاخير بتجاوز كل الحواجز التي اقيمت بين القطاعين العام و الخاص، حيث ان التعاقد سوف يخلق تكامل بين هذين القطاعين و بالتالي يسمح للدولة بالسيطرة على مجموع نظام الصحي و العمل على انسجامه، من حيث الاستثمار في المناطق المنعدمة او التي تقل فيها الهياكل الصحية و ترك المناطق الاخرى المغطاة بالقطاع الصحي الخاص .

[1] – بن حليمة نظام التعاقد و اصلاح مؤسسات استشفائية ص 11

- **احترام مبدأ تدرج العلاج** : التعاقد سوف يسمح لنا بتحقيق مبدأ اساسي الذي تقوم عليه المنظومة الصحية الا وهو ضمان المساواة في تلقي العلاج. فهو يعد وسيلة لرسم الافاق التنموية للمنظومة الصحية خصوصا من حيث برمجة الاعمال و النتائج .

**المبحث الثالث : دراسات سابقة**

هناك العديد من الدراسات السابقة التي تطرقت لموضوع النهج التعاقدي و دوره في ترشيد نفقات المؤسسة العمومية الصحية و تناولته من زوايا مختلفة، وقد تنوعت هذه الدراسات بين العربية و الاجنبية، وسوف تستعرض هذه الدراسة جملة من الدراسات التي تم الاستفادة منها مع الاشارة الى ابرز ملامحها. مع تقديم تعليق عليها يتضمن الاتفاق و الاختلاف و بيان الفجوة العلمية التي تعالجها الدراسات الحالية.

**المطلب الاول : دراسة محلية ( عربية )**

سنتناول بعض الدراسات السابقة المحلية التي تم الحصول عليها بعنوان اثر النهج التعاقدي في تمويل نفقات المؤسسات الصحية و تم لتوصل الى مجموعة من الدراسات من أهمها :

- دراسة عبد الصمد نوري بعنوان **واقع و افاق تمويل المنظومة الوطنية الصحية: دراسة قانونية**، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في القانون العام 2014/2013 .

اعتمدت الدراسة على المنهج التحليلي النقدي للنصوص القانونية و التنظيمية .تم التوصل الى النتائج التالية :تم تنظيم المنظومة الوطنية للصحة المبنية على اساس مبدأ مجانية العلاج في شكل ثلاثة قطاعات تقدم العلاج و الخدمات الصحية : قطاع عمومي يتكون من المؤسسة العمومية للصحة ، قطاع شبه عمومي يتكون من المراكز الطبية الاجتماعية و العيادات الطبية و الصيدليات ، القطاع الخاص . مواجهة نظام التمويل الحالي للمنظومة الوطنية للصحة لاختلالات كبيرة تمثلت في الارتفاع المتزايد لنفقاته بسبب توسع العرض العمومي للعلاج ، و أليات التسيير التضخمية ، التي لم تسمح للفاعلين في قطاع الصحة بتقييم دقيق للنفقات الصحية . تكمن اهم محاور الاصلاح تلك المتعلقة باصلاح النظام القانوني للمؤسسات العمومية للصحة ، اذ لابد من تطويره ، اما بتكييف نظام المؤسسة العمومية ذات الطابع الاداري الذي تخضع له مع النشاط الصحي ، او تصور نظام قانوني جديد يسمح بادخال اليات تضمن كفاءة تسييرها و فعالية ادائها ، و هو ما تم بداية من سنة 2003، اين تم انشاء مؤسسات عمومية جديدة تخضع لنظام المؤسسة العمومية ذات الطابع الخاص.

❖ دراسة د/ عبد الكريم هشام ، تناح أحمد بعنوان **تمويل المستشفيات في الجزائر بين توفر الاطار القانوني و اشكالية التطبيق**، مجلة الباحث جامعة باتنة 2019

اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، تم التوصل الى النتائج التالية : يجب الفصل بين اعتماد التعاقد كوسيلة للتمويل و بين التخلي عن مجانية العلاج لدى الرأي العام بواسطة اعلام المواطنين بعدم تأثير الاجراءات القانونية المتعلقة بتطبيق نظام التعاقد على مجانية العلاج، ويجب اصلاح قطاع التشغيل في الجزائر بحيث يتم وضع اطار تعاقدي رسمي خاضع للقانون لكل العمال و نخص بالذكر القطاع الخاص يضمن حقوقهم و يمكنهم من الاستفادة من خدمات الضمان الاجتماعي وبالتالي تمويل تكاليفهم الصحية المختلفة، ويجب اصلاح منظومة الضمان الاجتماعي بحيث يمكنها الاقتطاع من جميع الفئات المعنية بعملية الاقتطاع و عدم ترك ديون على عاتق المشتركين و يكون ذلك بتطوير مؤسسات الضمان الاجتماعي وانشاء أنظمة عمل شفافة تحارب التحاليل و تضمن اقتطاع عادل و حقيقي لمساهمات الضمان الاجتماعي. واخيرا البدء بتطبيق نظام التعاقد في بعض المستشفيات على سبيل التجربة أو ما يسمى Hôpital pilote مع تقييم دوري للعملية و محاولة تعميمها تدريجيا.

❖ دراسة علي دحمان محمد بعنوان **تقييم مدى فعالية الانفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر**، اطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية 2017/2016 .

تم الاعتماد على تطبيق المناهج المعتمدة في الدراسات الاقتصادية و ذلك من خلال تطبيق المنهج الوصفي التحليلي عبر اظهار الاطار النظري لاقتصاد الصحي و جانب التمويل لانفاق على القطاع ثم المنهج الاحصائي خلال فترة محل الدراسة و في الاخير نموذج رياضي لاثبات مدى صحة الدراسات التحليلية. ظهرت نتائج الدراسة أن النمو الملاحظ لنفقات الصحة لا يترجم بالضرورة الرغبة في تحسين الخدمات الصحية بقدر ما يبين الاعباء الناجمة عن سياسة مجانية العلاج ، وبينت ايضا أنه بالرغم من سيطرة الانفاق الصحي العمومي على مجموع النفقات الصحية ،الا انه في تناقص مقابل الارتفاع في مساهمة القطاع الخاص في عملية تمويل الخدمات الصحية و هذا يدل على الانخفاض التدريجي في مسؤولية السلطات العمومية في مجال تلبية الاحتياجات الصحية للجزائريين.

❖ دراسة بن عطية حورية بعنوان **أثر منح الاستقلالية للمؤسسات العمومية الاستشفائية في رفع النفقات الصحية ( دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد زيوشي طولقة)**، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر في العلوم الاقتصادية 2019/2018

تم الاعتماد على المنهج الوصفي التحليلي من خلال اظهار الاطار النظري لاقتصاد الصحة و ماهية النظام الصحي و الخدمات و المؤسسات الصحية ...، و الحديث عن جانب التمويل و الانفاق على القطاع الصحي و تطور النفقات الصحية الوطنية . تم التوصل الى النتائج التالية : ان اثر منح الاستقلالية للمؤسسات الاستشفائية في رفع النفقات واضح و هذا ما أثبتته احصائيات تطور النفقات بالنسبة للمنظومة الوطنية. منح الاستقلالية للمؤسسات الاستشفائية ليس هو السبب الوحيد في رفع النفقات فحتى قبل صدور هذا القرار كانت النفقات الصحية تشهد ارتفاعا ملحوظا و لكن بنسب قليلة. رغم ارتفاع النفقات في المنظومة الصحية الوطنية، الا انها تعاني من ضعف و تدهور، فارتفاع النفقات لم يحسن في مستوى أدائها. لا يمكن انكار ان لمنح الاستقلالية للمؤسسات العمومية الاستشفائية ايجابيات كذلك فهو يشجع على المنافسة بين المؤسسات و بالتالي الرفع من مستوى الأداء.

❖ دراسة مزمار اسامة بعنوان **النهج التعاقدي كنمط جديد لتمويل المؤسسات الصحية في الجزائر ( دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد مداحي فريجوة )** مذكرة لنيل شهادة الماستر في علوم التسيير 2018/2017

تم الاعتماد على المنهج التحليلي و التاريخي، و تم التوصل الى النتائج التالية: ازدياد اهمية تطبيق النهج التعاقدي في المؤسسات الصحية بسبب تطور النفقات الصحية من سنة الى اخرى. تنظيم المؤسسات الصحية داخليا و تأهيلها هيكليا و فنيا . اشراك هيئات الضمان الاجتماعي في عملية تطبيق النهج التعاقدي كطرف فاعل فيها و ليس كمراقب لها. تطبيق عقود النجاعة ، الاهداف والوسائل ، مشروع المؤسسة ، و حساب التكاليف الصحية ، ضروري لنجاح النهج التعاقدي.

**المطلب الثاني : دراسات اجنبية**

❖ دراسة اسيا قارة تركي »**Austérité économique et financement de la santé en Algérie : quel rôle pour le système d'information ?** »

هدفت هذه الدراسة الى القاء الضوء على أهمية نظام المعلومات الصحية ، تم الاعتماد على منهج وصفي تحليلي و تم الخصول على النتائج التالية : الزامية تنفيد نظام المعلومات الصحية في الجزائر ،للبحث اكثر عن العقلانية والكفاءة في هذا القطاع، و يمكن ان تشكل المعلومات حول انتاجية و ربحية المؤسسات الاستشفائية في الجزائر اداة حافزة لادخال جانب من المنافسة في البحث و التدريب و التطوير الطبي وتشجيع المنتجين على توافق انفسهم مع البروتوكولات و تقنيات الرعاية من اجل التعامل مع الحالات النادرة و الاكثر تكلفة لان التمويل سوف يعتمد عللى ذلك.

- دراسة نورة قايد « **le système de santé algérien entre efficacité et équité essai d'évaluation à travers la santé des enfants enquête dans la wilaya de Bejaia** » مذكرة لنيل شهادة دكتوراه في العلوم الاقتصادية

هدفت هذه الدراسة الى محاولة تقييم النظام الصحي الجزائري انطلاقا من صحة الطفل ، تم الاعتماد على منهج وصفي تحليلي و تم الحصول على النتائج التالية: النشاط الصحي الوقائي لفئة الاطفال امر ضروري و فعال و باقل تكلفة، خلال هذه العشرية الاخيرة، ان عودة ظهور الامراض المتحكم فيها عن طريق التطعيم، والامراض المعدية التي قد تفسر بعدم استمرارية النشاط الصحي الوقائي و التي لها نتائج سلبية على صحة الطفل. و الحل الوحيد هو اختيار نظام صحي مناسب يدعم الانشطة الوقائية المتناسقة التي ستخفض من حدة الوضع الاجتماعي و المالي من جهة ، وتحسين صحة المواطنين بصفة عامة و صحة الطفل بصفة خاصة من جهة اخرى.

- دراسة لعربي « **le financement du système de santé algérien réalités enjeux et perspectives** » مقال علمي

تسليط الضوء على ادوات مراقبة النفقات الصحية المعتمدة في الجزائر، و النهج المختار لترشيد هذه النفقات، والى اي مدى حقق هذا النهج الاهداف التي اعتمد من اجلها. و تم الحصول على النتائج التالية: لا يزال تنظيم الإنفاق على الرعاية الصحية غير مكتمل ، مما يترك النظام الصحي الجزائري في منتصف الطريق بين الليبرالية وتدخل الدولة، الجزائر مدعوة إلى اختيار موقع يكون قادرًا على توحيد الفضائل المنسوبة إلى الليبرالية والتوجيهية من ناحية ، ومن ناحية أخرى سد عيوب النهجين . لم تستطع أي تجربة إثبات أن الدولة وحدها ، الجهة المنظمة ، الممول والمورد للرعاية، قادرة على تنفيذ سياسة مناسبة لتنظيم الإنفاق الصحي. وبنفس الطريقة ، لا شيء يثبت أن القطاع الطبي الخاص، باستبداله للدولة ، لا يشكك في المبادئ الأساسية للإنصاف والمساواة في الحصول على الرعاية.

❖ دراسة فادية حبشي « **Evaluation des dépenses publiques dans le secteur de la santé en Algérie : entre exigences de la société et la rationalisation des dépenses** » 2021

مذكرة لنيل شهادة دكتوراه في العلوم الاقتصادية

هذفت الدراسة الى تقييم كفاءة الانفاق على الصحة العامة في الجزائر، و تم التوصل الى ان النظام الصحي الجزائري يعاني من عدم الكفاءة من جانب العاملين الصحيين ، والتمويل ، والحوكمة، وغياب نظام المعلومات، وقبل كل شيء من رداءة نوعية الرعاية ،يجب اخذ هذا المصدر الاخير للكثير من الخسائر في الارواح بقيمته الاسمية . لقد اثبت ضعفها او ببساطة غيابها من خلال رعاية الامومة. وعلى الرغم من وجود برنامج مخصص والرعاية المجانية لرعاية الامومة الا ان معدل وفيات الامهات في الجزائر لايزال مرتفعا بشكل مثير للفضول. اذن يمكن تجنب الوفيات بسهولة أكبر من خلال ضمان جودة الرعاية.

**المطلب الثالث : المقارنة بين الدراسة الحالية و الدراسات السابقة**

**1- اوجه التشابه بين الدراسة الحالية و الدراسات السابقة :**

تشابهت الدراسات السابقة مع الدراسة الحالية في العديد من الاشياء، منها :

- من تشابهت معها في نفس العنوان
- نفس الاهداف
- اضافة الى تشابه في النتائج و المنهج المستخدم و ادواته
- نفس المتغيرات

-فقد تشابهت الدراسة الحالية مع دراسة (تقييم **مدى فعالية الانفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر)** في الاهداف و المنهج المستخدم و المتغير المستقلة و بعض المتغيرات التابعة

-ايضا تشابهت الدراسة الحالية مع (**أثر منح الاستقلالية للمؤسسات العمومية الاستشفائية في رفع النفقات الصحية)** في نفس المتغير المستقل و بعض المتغيرات التابعة و الاهداف.

-كذلك تشابهت الدراسة الحالية مع (**بعنوان النهج التعاقدي كنمط جديد لتمويل المؤسسات الصحية في الجزائر**) في نفس العنوان تقريبا و نفس الاهداف و النتائج المتحصل عليها و كذلك نفس المتغير المستقل و المتغيرات التابعة

2- **اوجه الاختلاف بين الدراسات الحالية و الدراسات السابقة**

| اوجه المقارنة | الدراسات الحالية | الدراسات السابقة |
|---|---|---|
| **من حيث الزمان** | تم تطبيق هذه الدراسة خلال الفترة 2023/2022 | اختلفت الدراسات من فترة الى اخرى . |
| **من حيث المنهج المستخدم** | تم استخدام المنهج الوصفي و التحليلي | اختلفت المناهج المستخدمة من دراسة الى اخرى. |
| **من حيث ادوات الدراسة** | تم استخدام الملاحظة و الاستبيان و المقابلة | اختلفت ادوات الدراسة للدراسات السابقة من مقابلة والى غير ذلك |
| **من حيث الهدف** | هدفت الدراسة الحالية الى تقييم اثر النهج التعاقدي في ترشيد نفقات المؤسسات الصحية في الجزائر و الوصول الى معرفة اختلالات النظام الحالي | اختلفت اهداف الدراسات السابقة من دراسة الى اخرى |
| **من حيث النتائج المتحصل عليها** | توصلت هذه الدراسة الى مجموعة من النتائج ابرزها :<br>- يساهم نظام التعاقد في اصلاح القطاع الصحي.<br>- تخفيض و ترشيد نفقات العامة للصحة | توصلت الدراسات السابقة الى العديد من النتائج و تختلف هذه النتائج من دراسة الى اخرى . |

**خلاصة الفصل :**

من خلال هذا الفصل توصلنا الى ان إدارة المؤسسات الاستشفائية تحتاج بموجب نظام التعاقد إلى إدخال آليات جديدة تحددها قواعد وافكار الإدارة العامة، و يمكن القول ان النهج التعاقدي هو أداة لإصلاح المستشفى، من خلال إيجاد طرق صحيحة و واضحة لتمويل الخدمات الصحية، و ادخال تحسينات حول العلاقات داخل المؤسسة الاستشفائية ، وإرساء قواعد الجودة في تقديم الخدمات الصحية.

# الفصل الثاني:

## دراسة حالة المؤسسة الإستشفائية دكتور بن زرجب

**تمهيد:**

بعد تناول الاطار النظري و المفاهيمي لهذه الدراسة و فحصها من مختلف الجوانب، سنحاول من خلال هذا الفصل وضع ما فعلناه في الجانب النظري في الميدان، و قد تم اختيار المؤسسة الاستشفائية الدكتور بن عودة بن زرجب لولاية عين تموشنت كهدف بحثي.

و للقيام بهده الدراسة قمنا بتقسيم البحث الى ثلاث مباحث :

المبحث الاول: لمحة شاملة عن المؤسسة محل الدراسة

المبحث الثاني: عرض منهجية الدراسة الميدانية

المبحث الثالث: تحليل النتائج المتحصل عليها

**المبحث الاول : لمحة شاملة عن المؤسسة محل الدراسة**

**المطلب الأول: نشأة المستشفى الدكتور بن زرجب" بعين تموشنت والتعريف به**

**الفرع الأول: لمحة تاريخية عن المؤسسة الاستشفائية "الدكتور بن زرجب"**

يعود أصل تسمية المستشفى إلى الطبيب والمناضل السياسي بن عودة بن زرجب من مواليد 1921 بمدينة تلمسان، ترعرع في أوساط شعبية بسيطة، درس في كلية بن خلدون وتحصل على شهادة البكالوريا سنة 1941، إلى جانب إحرازه على الجائزة الخاصة بالغة الألمانية. انخرط كجندي في النضال السياسي من خلال الانضمام إلى الحركة من أجل انتصار الحريات الديمقراطية، وعين كأمين الصندوق في رابطة الطلاب المسلمين الجزائريين عندما نفي لمتابعة دارساته العليا في مجال الطب وتخرج عام 1948 من خلال تقديمه أطروحة دكتوراه عن سرطان الدم. بعد تخرجه من الجامعة عاد إلى تلمسان ليتفرغ لمعالجة المرضى بمقر سكناه ليشغل مهنة كطبيب للقيام بالنشاط في صفوف الثورة في سرية تامة. لكن السلطات الاستعمارية الفرنسية اكتشفت نشاطه فقامت باعتقاله وسجنه إلى أن تم تنفيذ حكم الإعدام عليه في دوار ولد حليمة قرب سبدو في 16 يناير 1956.

تم استلام المستشفى سنة 2006 وقد دشن من طرف رئيس الجمهورية السيد عبد العزيز بوتفليقة خلال الزيارة التي قادته لولاية عين تموشنت[37].

**الفرع الثاني:التعريف بالمؤسسة الاستشفائية الدكتور بن زرجب** .[38]

هي مؤسسة عمومية ذات طابع خاص تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، تغطي مساحة تقدر ب 18582م$^2$، يسيرها مجلس إدارة ويديرها مدير عام، يساعده في ممارسة مهامه المجلس الطبي.

وضع الحجر الأساسي لبناء مشروع مؤسسة إستشفائية في ولاية عين تموشنت سنة 2005 الموافق لـ 30 نوفمبر، و ذلك بحضور مسئولين من وزارة الصحة و إصلاح المستشفيات و وزير الصحة و السكان "عمار تو", و التي كان بنائها من طرف أجانب حيث دامت مدة هذا الإنجاز حوالي عامين و في العام التي انتهت الأعمال تم

[37] إدارة الموارد البشرية (المؤسسة الاستشفائية "الدكتور بن زرجب").

[38] ادارة الموارد البشرية ( المؤسسة الاستشفائية بن زرجب )

تدشينها و تدشين بعض المصالح منها سنة 2007 و بالضبط في شهر أوت فهي تعتبر مكسب من مكاسب الصحة العمومية لولاية عين تموشنت تحتوي المؤسسة على 240 سرير موزعة على أربعة طوابق تختلف اختصاصاتها من طابق إلى آخر.

1) **يضم الطابق الأول:**

- مصلحة الفحص الطبي المتعددة الاختصاصات.
- مصلحة جراحة العظام .
- مصلحة الأشعة و قسم الاستعجالات الطبية التي لم يتم تدشينها من بعد.
- مصلحة القسطرة.

2) **فيما يخص الطابق الثاني** :

- مصلحة الطب الداخلي .
- مصلحة أمراض المعدة و الأمعاء .
- مصلحة القلب.
- المخبر.
- مصلحة معالجة الأمراض السرطانية.

3) **الطابق الثالث نجد فيه** :

- مصلحة الجراحة العامة.
- قسم العمليات و الإنعاش .
- مصلحة جراحة و طب الأطفال.

4) **أما الطابق الرابع و الأخير نجد فيه** :

- مصلحة طب العيون و الأنف و الحنجرة.
- مصلحة جراحة القلب و الشرايين و جراحة الأعصاب.

**تسيير المؤسسة الاستشفائية "الدكتور بن زرجب"**: يتصمن الطاقم الإداري خمسة مديريات و هي كالاتي

- ♦ المديرية العامة.
- ♦ مديرية الموارد البشرية.
- ♦ مديرية المالية و الوسائل.
- ♦ مديرية النشاطات الصحية.
- ♦ مديرية صيانة العتاد الطبي و الجماعي.

حيث يسهر على صحة المريض طاقم شبه طبي و طبي يحسن الرعاية اللازمة بالمرضى الذين يقصدون المؤسسة و هذا تماشيا مع السير الحسن للمؤسسة و الحفاظ على سمعتها سواء داخل الوطن أو خارجه ، أما فيما يخص الجانب الإداري لهذه المؤسسة الذي يضم كما سبق الذكر 05 مصالح تدور على أربعين ساعة في الأسبوع و مبنى متكون من:

طابق1: مديرية المالية و الوسائل.

طابق2: مديرية النشاطات الصحية.

طابق3: مديرية الموارد البشرية ومديرية الصيانة و العتاد الصناعي.

قاعة المحاضرات، موقف بنزين، مكتبة، موفق غسل السيارات، مغسلة، أربع مخازن، مخبر، قاعات مراقبة طبية

و من الناحية التعدادية للعمال و المستخدمين نشير إلي بعض الأرقام في الجدول الآتي:

**الجدول رقم (2) : تعداد الموظفين**

**(انظر الملحق رقم 03)**

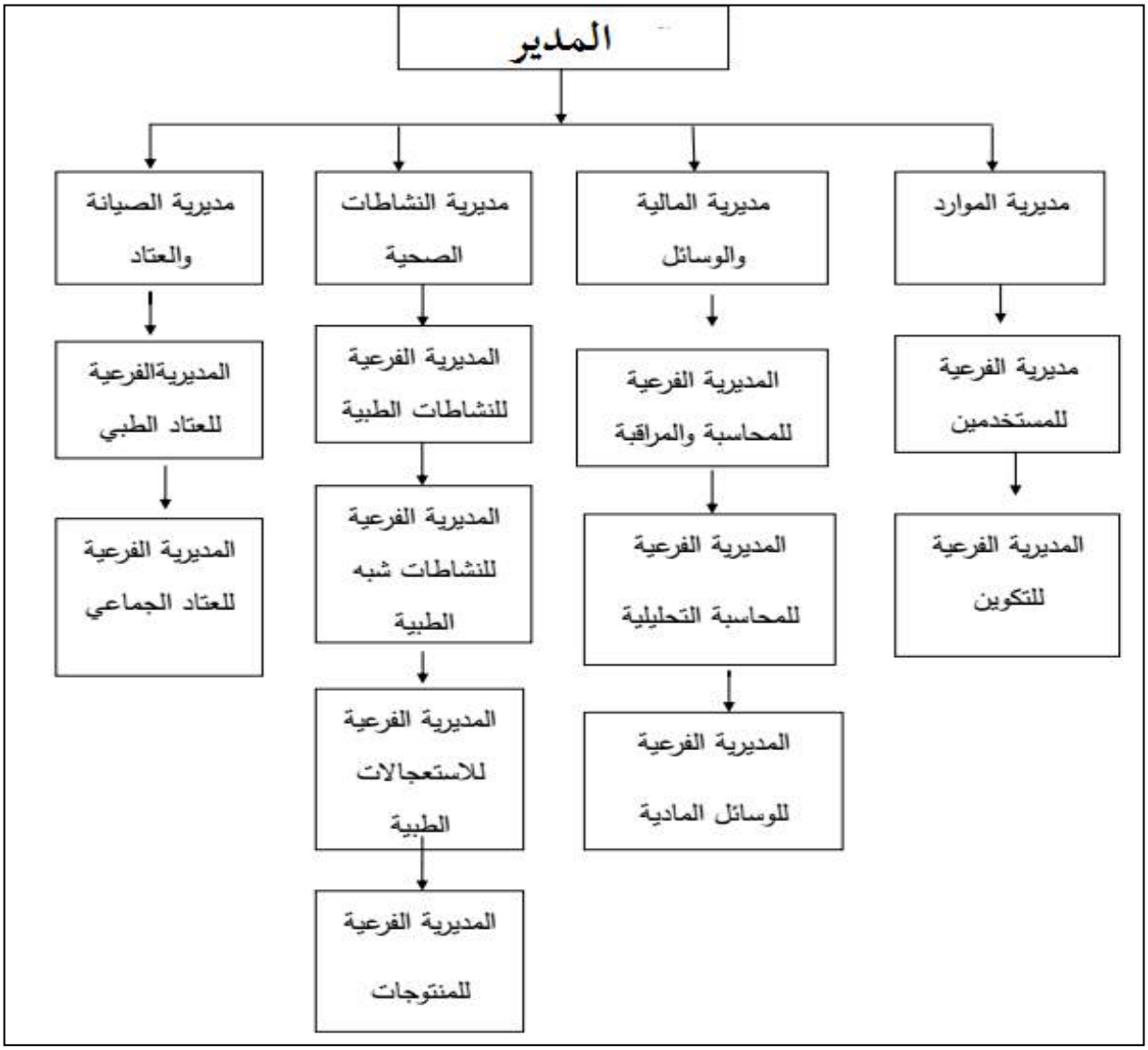
| N° | الوظيفة و التخصص | العدد |
|---|---|---|
| **01** | طبي | 197 |
| **02** | شبه طبي | 484 |
| **03** | مخبري | 79 |

| | | |
|---|---|---|
| 04 | الاسلاك المشتركة | 496 |
| **المجموع** | | **1256** |

المصدر : المؤسسة الاستشفائية بن زرجب عين تموشنت –مديرية الموارد البشرية –

**المطلب الثاني : الهيكل التنظيمي للمؤسسة الاستشفائية**

**الشكل 03 : الهيكل التنظيمي للمؤسسة الاستشفائية**




المصدر : المؤسسة الاستشفائية بن زرجب عين تموشنت –مديرية الموارد البشرية –

**الفرع الثاني: مهام فروع الجانب الإداري بالمؤسسة الاستشفائية "الدكتور بن زرجب"**

1- مهام مصلحة الإدارة العامة : تمثل المركز الأساسي لكل الأعمال الإدارية التي تقوم بها المصالح الأخرى و

تتكون من مكتبين:

أ- مكتب المدير: بحيث يهتم بجميع الشؤون العامة للمؤسسة بما فيها التصديق على الوثائق .

ب- مكتب النظام العام : يقوم بمراقبة كل القرارات و الملفات الخاصة بالمؤسسة.

2- مهام مصلحة إدارة الموارد البشرية:

أ- مكتب المستخدمين الطبيين و شبه الطبيين: هذا المكتب يهتم بتقديم الخدمات للسلك الطبي و الشبة طبي أي يشرف علي خدمة الأطباء و الممرضين و كل ما ينتمي إلى السلك الطبي

ب- مكتب المستخدمين الإداريين و التقنيين: في هذا المكتب يتم الإشراف على جميع الموظفين المتواجدين في المستشفى الذين لا يندرجون ضمن السلك الطبي.

3- مهام إدارة الوسائل المالية :

1.3. مصلحة الأجور :

- تهتم بدفع أجور المستخدمين.
- إنشاء كشف الرواتب الشهرية بكل التزاماتها كالحوالات و قائمة الحوالات.
- إجراءات تعديل الرواتب بأصنافها الأربعة:

أ) تعديل الراتب.

ب) تعديل الوضعية.

ت) تعديل المنح العائلية.

ث) تعديل علاوة المردودية.

2.3. مكتب الميزانية و المحاسبة: مهامها تقسيم الميزانية على مستلزمات المؤسسة بحيث تقوم بعملية الفوترة لدفع مصاريف الشراء و الصيانة إلى غير ذلك

- كما تقوم بوضع مشروع الميزانية التقريبي للتسيير و التجهيز بالتعاون مع المصالح المسؤولية في الإدارة.
- وضع مشروع الميزانية المقترح للنقاش من طرف المديرية.
- إنجازات سندات الطلب و إنجاز الفواتير عند وصول الميزانية حسب الوضعية الجديدة لكل مستخدم.

4- مهام إدارة مصلحة النشاطات الصحية:

- تتمثل في برمجة النشاطات على مستوى المؤسسة.
- القيام بتسيير الشبه الطبيين و الطبيين.
- القيام بعملية الحصيلة كل شهر بما فيها الأعمال التقنية.

5- مديرية الصيانة:

- المديرية الفرعية للعتاد الطبي: كصيانة الأجهزة الطبية مثل السكانير أو الراديو و جهاز مراقبة دقات القلب .....الخ . و تهتم هذه المديرية بصيانة العتاد الطبي فقط.
- المديرية الفرعية للعتاد الجماعي: تتمثل مهمتها في صيانة عتاد كل المستشفى ما عدا الأجهزة الطبية . كصيانة أجهزة تقنية مثلا: المصعد و عتاد المطبخ وأجهزة التدفئة....الخ.

مع أن هذه المديرية تقوم بالمداومة الليلية و ذلك لإصلاح أي عطل طارئ.

**المطلب الثالث : عرض و تحليل ميزانيات المؤسسة الاستشفائية الدكتور " بن زرجب "**

**1/ نفقات الموظفين:**

**الجدول 03: الوضعية المالية فيما يخص نفقات الموظفين للسنوات 2021/2020/2019/2018**

**(انظر الملحق رقم 01)**

| الباب الاول | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 2018 | | 2019 | | 2020 | | 2021 | |
| الفصول | البيان قسم تسيير نفقات الموظفين | الاعتمادات الممنوحة | الاعتمادات المستهلكة | الاعتمادات الممنوحة | الاعتمادات المستهلكة | الاعتمادات الممنوحة | الاعتمادات المستهلكة | الاعتمادات الممنوحة | الاعتمادات المستهلكة |
| 1 | مرتبات نشاط المستخدمين المرسمين والمتربصين والمتعاونين | 402382000,00 | 97396745,92 | 402382000,00 | 87738697,50 | 572382000,00 | 97577953,50 | 679484000,00 | 98170534,50 |
| 2 | التعويضات والمنح المختلفة | 753116000,00 | 365916258,57 | 753116000,00 | 398555453,14 | 823231000,00 | 484502477,58 | 1465347000,00 | 521266369,27 |
| 3 | معالجة نشاط المقيمين | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 4 | مرتبات المستخدمين المتعاقدين | 197163000,00 | 160873599,20 | 197163000,00 | 191200615,98 | 202492500,00 | 210675542,45 | 197164000,00 | 210945258,95 |
| 5 | الأعباء الاجتماعية للمستخدمين المرسمين والمتربصين والمتعاونين | 413225000,00 | 58054213,98 | 413225000,00 | 60620513,88 | 463225000,00 | 77023594,24 | 470597000,00 | 81304038,08 |
| 6 | الاعباء الاجتماعية للمستخدمين المتعاقدين | 51800000,00 | 99755555,33 | 51800000,00 | 124907066,25 | 51800000,00 | 118534645,91 | 51694000,00 | 123613649,37 |
| مجموع نفقات الموظفين | | 1817686000,00 | 781996373,00 | 1817686000,00 | 863022346,75 | 2113130500,00 | 988314213,68 | 2864286000,00 | 1035299850,17 |

المصدر: من اعداد الطالبتين اعتمادا على وثائق ميديرية المالية و الوسائل للمؤسسة الدكتور بن زرجب

**جدول رقم 04: يوضح نسبة الاعتمادات المستهلكة من مجموع النفقات الموظفين**

| | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|---|---|---|---|---|
| مرتبات نشاط المستخدمين المرسمين والمتربصين والمتعاونين | 12.45% | 10.17% | 9.87% | 9.48% |
| التعويضات والمنح المختلفة | 46.79% | 46.18% | 49.02% | 50.34% |
| معالجة نشاط المقيمين | 0% | 0% | 0% | 0% |
| مرتبات المستخدمين المتعاقدين | 20.57% | 22.15% | 21.32% | 20.37% |
| الأعباء الاجتماعية للمستخدمين المرسمين والمتربصين والمتعاونين | 7.42% | 7.02% | 7.79% | 7.85% |
| الاعباء الاجتماعية للمستخدمين المتعاقدين | 12.76% | 14.47% | 11.99% | 11.93% |
| | 100% | 100% | 100% | 100% |

المصدر: من اعداد الطالبتين اعتمادا على وثائق ميديرية المالية و الوسائل للمؤسسة الدكتور بن زرجب

تظهر مؤشرات نفقات التوظيف على انها تتمثل جزء كبير من ميزانية المؤسسة الاستشفائية الدكتور بن زرجب و ذلك راجع الى التقسيمات للمراتب و الحصص المدفوعة للموظفين ( اطباء و اداريين ..) فضلا عن اشتراكاتهم في الضمان الاجتماعي ، بالاظافة الى التعويضات و المنح المختلفة الممنوحة للموظفين.

**2/ نفقات التسيير:**

**الجدول 05: الوضعية المالية فيما يخص نفقات التسيير للسنوات 2021/2020/2019/2018**

**(انظر الملحق رقم 02)**

| الباب الثاني | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 2018 | | 2019 | | 2020 | | 2021 | |
| الفصول | البيان قسم نفقات التسيير | الاعتمادات الممنوحة | الاعتمادات المستهلكة | الاعتمادات الممنوحة | الاعتمادات المستهلكة | الاعتمادات الممنوحة | الاعتمادات المستهلكة | الاعتمادات الممنوحة | الاعتمادات المستهلكة |
| 1 | تسديد المصاريف | 8800000,00 | 22235251,03 | 8800000,00 | 98792632,26 | 8800000,00 | 12456231,00 | 7000000,00 | 15541232,23 |
| 2 | مصاريف قضائية و تعويضات مستحقة على عاتق الدولة | 60000,00 | 100000,00 | 60000,00 | / | 60000,00 | / | 60000,00 | / |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3 | عتاد و اثاث | 6000000,00 | 32157605,23 | 6000000,00 | 49742345,93 | 6000000,00 | 99123564,12 | 6000000,00 | 97477615,35 |
| 4 | لوازم | 12000000,00 | 192452351,12 | 12000000,00 | 199358592,00 | 12000000,00 | 19456123,11 | 12000000,00 | 20220425,30 |
| 5 | الالبسة | 9500000,00 | 8758222,13 | 9500000,00 | 8869463,00 | 9500000,00 | 9456123,00 | 8000000,00 | 9584435,23 |
| 6 | تكاليف ملحقة | 1437000,00 | 8235412,23 | 1437000,00 | 39452563,00 | 1437000,00 | 38458967,23 | 1437800,00 | 48924734,26 |
| 7 | حظيرة السيارات | 7100000,00 | 6398238,00 | 7100000,00 | 8452632,00 | 7100000,00 | 7897542,22 | 7100000,00 | 7201321,00 |
| 8 | صيانة و تصليح المنشات القاعدية | 10000000,00 | 19542321,00 | 10000000,00 | 53523000,00 | 10000000,00 | 42546235,12 | 3000000,00 | 30127567,99 |
| 10 | تغذية | 0,00 | 52456582,00 | 0,00 | 191452321,00 | 0,00 | 65563251,00 | 0,00 | 48775886,34 |
| 11 | الادوية، المواد الصيدلانية و المواد الاخرى | 4000000,00 | 485254251,00 | 4000000,00 | 156048987,12 | 4000000,00 | 734980817,99 | 14000000,00 | 1150926061,18 |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | الموجهة الى الطب الانساني و الاجهزة الطبية | | | | | | | |
| 12 | نفقات النشاطات العلمية للوقاية | 69000000,00 | 263456231,00 | 69000000,00 | / | 30000000,00 | 8153264,00 | 25000000,00 | 4830204,23 |
| 13 | اقتناء وصيانة العتاد الطبي و ملحقاته و الادوات اللطبية | 275250000,00 | 345628458,00 | 275250000,00 | 456048987,12 | 230250000,00 | 369842451,00 | 135000000,00 | 575933622,92 |
| مجموع نفقات التسيير | | 403147000,00 | 1436674922,74 | 403147800,00 | 1261849336,10 | 319147800,00 | 1407934569,79 | 218597800,00 | 2009543106,03 |

المصدر: من اعداد الطالبتين اعتمادا على وثائق ميديرية المالية و الوسائل للمؤسسة الدكتور بن زرجب

**جدول رقم 06: يوضح نسبة الاعتمادات المستهلكة من مجموع النفقات التسيير**

| | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|---|---|---|---|---|
| **تسديد المصاريف** | 1.55% | 7.83% | %0.88 | 0.77% |
| **مصاريف قضائية و تعويضات مستحقة على عاتق الدولة** | 0.01% | / | / | / |
| **عتاد و اثاث** | 2.24% | 3.94% | 7.04% | 4.85% |
| **لوازم** | 13.40% | 15.80% | 1.38% | 1.01% |
| **الالبسة** | 0.61% | 0.70% | 0.67% | 0.48% |
| **تكاليف ملحقة** | 0.57% | 3.13% | 2.73% | 2.43% |
| **حظيرة السيارات** | 0.45% | 0.67% | 0.56% | 0.36% |
| **صيانة و تصليح المنشات القاعدية** | 1.36% | 4.24% | 3.02% | 1.50% |
| **تغذية** | 3.65% | 15.17% | 4.66% | 2.43% |
| **الادوية، المواد الصيدلانية و المواد الاخرى الموجهة الى الطب الانساني و الاجهزة الطبية** | 33.78% | 12.37% | 52.20% | 57.27% |
| **نفقات النشاطات العلمية للوقاية** | 18.34% | 0% | 0.58% | 0.24% |
| **اقتناء وصيانة العتاد الطبي و ملحقاته و الادوات اللطبية** | 24.06% | 36.14% | 26.27% | 28.66% |
| | %100 | 100% | 100% | 100% |

المصدر: من اعداد الطالبتين اعتمادا على وثائق ميديرية المالية و الوسائل للمؤسسة الدكتور بن زرجب

- نلاحظ من خلال النسب المتحصل عليها دراستنا لميزانية التسيير ان المؤسسة الصحية بن زرجب تنفق اموال ضخمة على المواد الصيدلانية و الادوية و الاجهزة الطبية الى غير ذلك انها في تزايد على مدار 4 سنوات الاخيرة حيث بلغت الحد الاقصى في سنة 2021 بنسبة 57.27%، بالنسبة للسنوات الاخيرة ذلك راجع الى جائحة كورونا و انتشار الامراض و تزايد النمو الديموغرافي في المنطقة.

- نلاحظ ان الاعتمادات الممنوحة فيما يخص نفقات التغذية تتراوح نسبها من 2.40% الى 15.20% بالرغم من ان المؤسسة تضع في مشروع الميزانية مبلغا يمكنه ان يغطي مصاريف تغدية الموظفين و المرضى.

- نلاحظ من خلال نسب نفقات النشاطات العلمية للوقاية بانها يتم تهميشها من قبل السلطات المركزية حيث نرى نسب جد منخفضة.

**المبحث الثاني : عرض منهجية الدراسة الميدانية**

سنتطرق في هذا المبحث إلى إظهار المنهجية المعتمد عليها في دراسة الحالة و ذلك بتحديد أدوات جمع البيانات و كذلك مجتمع و عينة الدراسة و أيضا أسلوب التحليل.

**المطلب الاول : منهجية الدراسة**

من أجل الوصول إلى تحديد أفضل تصميم لدراستنا اتبعنا المنهج الاستكشافي الذي يعد شكلا من أشكال البحث التي يتم إجرائها عن المشكل التي لم يتم تحديده بوضوح لحاجتنا إلى المرونة في المنهجية لحل المشكلة المطروحة.

يعرف البحث الاستكشافي (التفسيري) أنه بحث استطلاعي يتم إجراءه عندما تكون المشكلة في المراحل الأولى التي لابد من تجاوزها للانطلاق في البحث العلمي بصورة عامة لدراسة معمقة لظاهرة أو مشكلة ما، حيث أنه يساهم في جعل موضوع البحث أكثر وضوح للباحثين، الهدف منه تشخيص المشكلة وصياغة الفرضيات.

**المطلب الثاني: أدوات الدراسة** [1]

من أجل معالجة الجوانب التطبيقية للدراسة تم الاعتماد على مجموعة من الادوات و هي كالتالي:

**أولا: الاستبيان الاستكشافي** و الذي يعتبر نوع من الاختبار الكتابي يضم مجموعة من الأسئلة مقترحة على عدة أفراد بهدف كشف الأراء و جمع الردود لاختبار الفرضيات و هو الأسلوب الأكثر شعبية. قسمنا استمارتنا على عدة أسئلة منها :

- أسئلة الكافيتريا: والتي تضم الأسئلة شبه مفتوحة في البداية كسؤال مغلق، و هذا يعني مع الاجابات المقترحة ، ولكن الاجابة هي واحدة من الاجابات المقترحة والتي تضم كلمة "الاخر" لتحديد اجابته بدقة في حالة لم يجد ضمن الاجابات المقترحة الاجابة التي ترضيه.
- البيانات الشخصية (العمر، الجنس، الخبرة....)

**ثانيا المقابلة الحرة** : تتكون من الاستكشاف المتعمق لموضوع محدد مقدما بناءً على قائمة بالنقاط التي يجب معالجتها اي بدون اسئلة محددة مسبقا.هذا يسمح لنا برؤية ما يقوله المستجيبون عن تجربة أو حدث.

[1] -Dre. Nour el houda LARAOUI, Cours destiné aux étudiants de 3ème année licence de français, Université Frères Mentouri - Constantine 1, 2020-2021

**ثالثا التحليل الاحصائي الوصفي** : هذه المرحلة مهمة للغاية ،يتألف من تحويل البيانات الأولية (التمثيلات الرسوم البيانية) لإنتاج ملخص إحصائي ، وبالتالي تسهيل المعالجة الإحصائية اللاحقة. ينتقل الباحث إلى المجموعة البيانات ، وحساب عدد الموظفين وبناء الرسوم البيانية ، هذا مما يسمح بظهور أول ملخص مرئي للشخصية المراد دراستها.و قد اعتمدنا في دراستنا على تطبيق نموذج Excel.

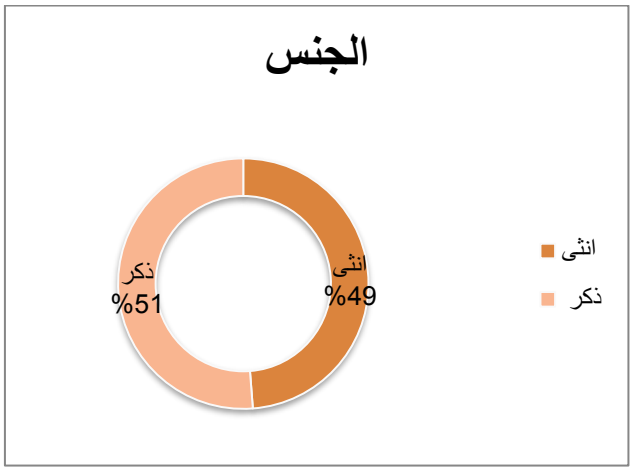
**المطلب الثالث: عينة و نموذج الدراسة**

تم اختيار العينة لاجراء هذه الدراسة حسب نوع مجتمع الدراسة، تم توزيع 30 استمارة على عينة من الأفراد منهم اداريين و أطباء ...؛ خلال فترة التربص في المؤسسة العمومية الاستشفائية بن زرجب ولجمع معلومات أكثر حول هذا الموضوع تم توسيع العينة من خلال توزيع بعض الاستمارات تمثلت في 11 استمارات في المؤسسة العمومية الاستشفائية 19 مارس 1962 بني صاف ليصبح لدينا عينة مكونة من 41 فرد.

**وصف العينة : البيانات الشخصية**

**1- بالنسبة للجنس**

**شكل رقم 04: يمثل متغيرات الجنس**




**جدول رقم 07: متغيرات الجنس**

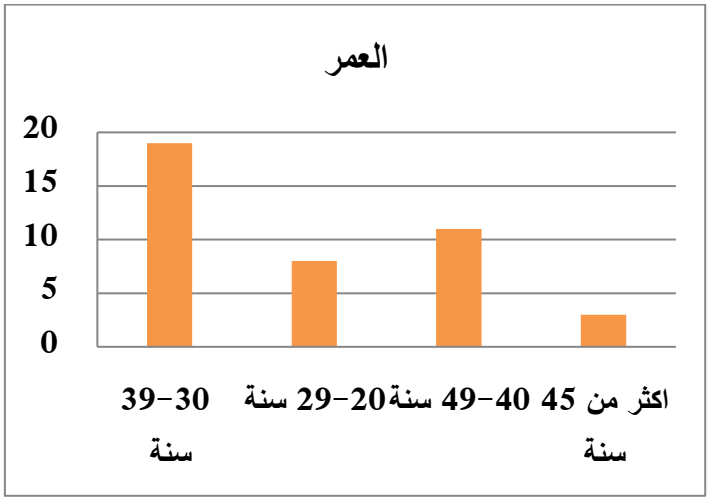
| الجنس | التكرار | النسبة المئوية |
|---|---|---|
| انثى | 20 | 49% |
| ذكر | 21 | 51% |

المصدر: من اعداد الطالبتين بالاعتماد على نموذج Excel

نلاحظ من خلال الجدول و الشكل ان نسبة الذكور تمثلت في اعلى نسبة في المجتمع المدروس حيث قدرت ب 51%، يقابلها نسبة الاناث حيث قدرت ب 49% .

2- بالنسبة للعمر

شكل رقم 05 : يمثل العمر




المصدر: من اعداد الطالبتين بالاعتماد على نموذج Excel

جدول رقم 08: متغيرات العمر

| العمر | التكرار | النسبة المئوية |
|---|---|---|
| 30-39 سنة | 19 | 46% |
| 20-29 سنة | 8 | 20% |
| 40-49 سنة | 11 | 27% |
| اكثر من 45 سنة | 3 | 7% |

نلاحظ من خلال الجدول و الشكل فيما يخص التوزيع العمري للمجتمع المدروس، قدرت نسبة الافراد التي تتراوح اعمارهم بين 30 و39 سنة بأكبر نسبة تقدر ب46% في حين بلغت نسبة الافراد الذين تتراوح اعمارهم بين 20 و 29سنة ب 20% ثم الافراد الذين تتراوح اعمارهم بين 40 و 49 سنة ب 27% و هي ثاني اكبر قيمة، و فالاخير تمثلت نسبة الافراد الذين تتراوح اعمراهم باكثر من 45 سنة ب 7%.

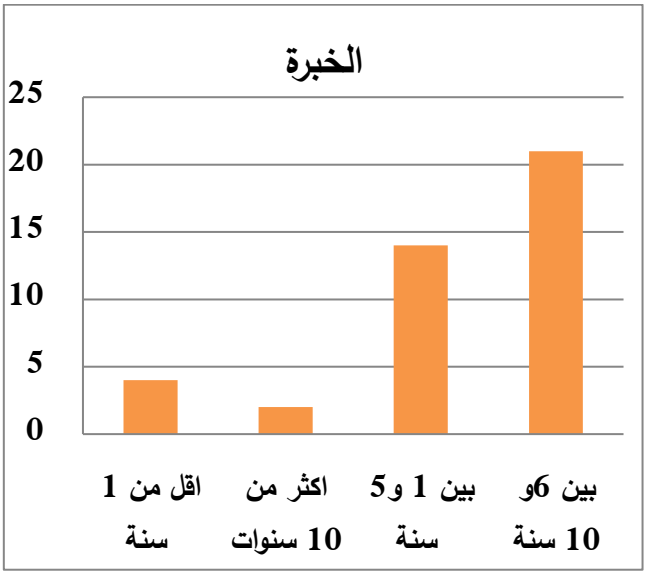
3- بالنسبة للخبرة

شكل رقم 06 : يمثل متغيرات الخبرة

جدول رقم 09: عدد متغيرات الخبرة

| الخبرة | التكرار | النسبة المئوية |
|---|---|---|
| اقل من 1 سنة | 4 | 10% |
| اكثر من 10 سنوات | 2 | 5% |

| | | |
|---|---|---|
| بين 1 و5 سنة | 14 | 34% |
| بين 6و 10 سنة | 21 | 51% |




المصدر: من اعداد الطالبتين بالاعتماد على نموذج Excel

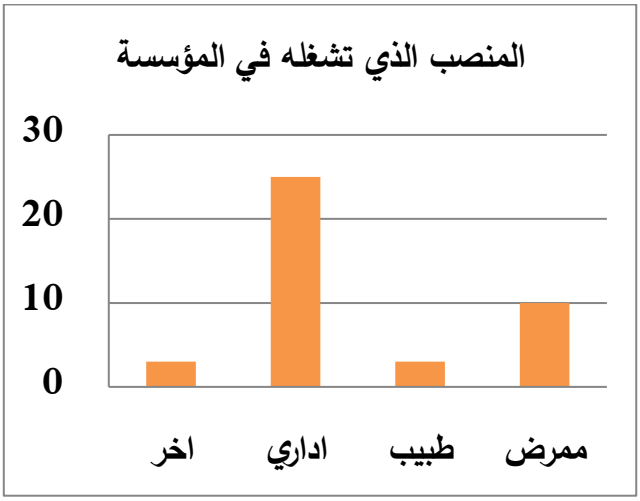
نلاحظ من خلال الجدول و الشكل أن سنوات الخبرة الذين هم اقل من 1 سنة قدرت بنسبة 10% و قدرت الخبرة لأكثر من 10 سنوات ب 5% ثم تليها الخبرة بين 1 و 5سنوات بنسبة 34%، و فالاخير خبرة بين 6 و 10 سنوات قدرت ب 51% و هي اكبر نسبة في المجتمع المدروس.

**4- بالنسبة للمنصب الذي يشغله في المؤسسة**

**شكل رقم 07: يمثل متغيرات المهنة**

**جدول رقم 10: متغيرات المهنة**

| المنصب الذي تشغله في المؤسسة | التكرار | النسبة المئوية |
|---|---|---|
| اخر | 3 | 7% |
| اداري | 25 | 61% |
| طبيب | 3 | 7% |
| ممرض | 10 | 25% |




المصدر: من اعداد الطالبتين بالاعتماد على نموذج Excel

بالنسبة لمتغيرات المهنة نلاحظ من خلال الجدول و الشكل ان مهنة الاداري تمثلت في اعلى نسبة في المجتمع المدروس ب 61% ،ثم تليها نسبة 25% لمهنة الممرض و 7% لكل من مهنة الطبيب و اخرون .

**المبحث الثالث : عرض و مناقشة نتائج الدراسة**

**المطلب الاول : عرض نتائج المقابلة**

❖ **عرض بيانات المقابلة :**

**مقابلة رقم 01 : محاسب رئيسي**

**تاريخ المقابلة :** 12 مارس 2023

**مدة المقابلة :** 15 دقيقة

**مكان المقابلة :** مكتب رئيس محاسب رئيسي

**الموضوع1** * ما هو الهدف الرئيسي لمؤسستكم العمومية الاستشفائية ؟

**ج 1** : ضمان الجودة الصحية لمرضانا، و تعميم العلاج و مجانيته لكل الفئات.

**الموضوع 2** * هل استخدمتم النهج التعاقدي من قبل ؟ اذا كان الامر كذلك، ما هي النتائج التي توصلتم اليها ؟

**ج2** : نعم ، تم التوصل الى نتائج جد مرضية في ادارة المؤسسة .

**الموضوع 3*** كيف يمكن استخدام النهج التعاقدي لتحسين ادارة الميزانية الخاصة بمؤسستكم ؟

**ج3:** من خلال تسجيل ايرادات و مصروفات على حد سواء على اساس الاستحقاق .

**الموضوع 4*** ما هي التحديات التي تتعرضون لها في عملية تطبيق النهج التعاقدي ؟

**ج4:** نقص الموظفين المؤهلين لادارة المقاولاتية.

**الموضوع 5*** ما هي النتائج التي تتوقعون الحصول عليها عند استخدام النهج التعاقدي لتحسين ادارة الميزانية الخاصة بمؤسستكم؟

**ج5:** نتوقع الحصول على جودة أعلى و أفضل للعلاج من جهة و ترشيد نفقات المؤسسة من جهة .

**الموضوع6*** هل تعتقد أن النهج التعاقدي هو الحل الأمثل لتحسين ادارة الميزانية الخاصة بمؤسستكم ؟

**ج6:** نعم.

**مقابلة رقم 02 : مسؤولة مكتب الصفقات**

**تاريخ المقابلة :** 18 مارس 2023

**مدة المقابلة :** 10 دقائق

**مكان المقابلة :** مكتب الصفقات

**الموضوع 1*** ما هي تجربتك السابقة في مجال النهج التعاقدي ؟

**ج1:** لاتوجد تجربة خاصة لعدم تطبيق هذا النظام مسبقا .

**الموضوع 2*** هل تعتقد أن استخدام النهج التعاقدي يمكن أن يؤدي الى تحسين جودة الرعاية الصحية في المؤسسات الاستشفائية ؟

**ج2:** نعم .

**الموضوع3*** ما هي الاجراءات المتبعة لضمان تنفيد النهج التعاقدي بشكل صحيح و فعال في المؤسسات الاستشفائية ؟

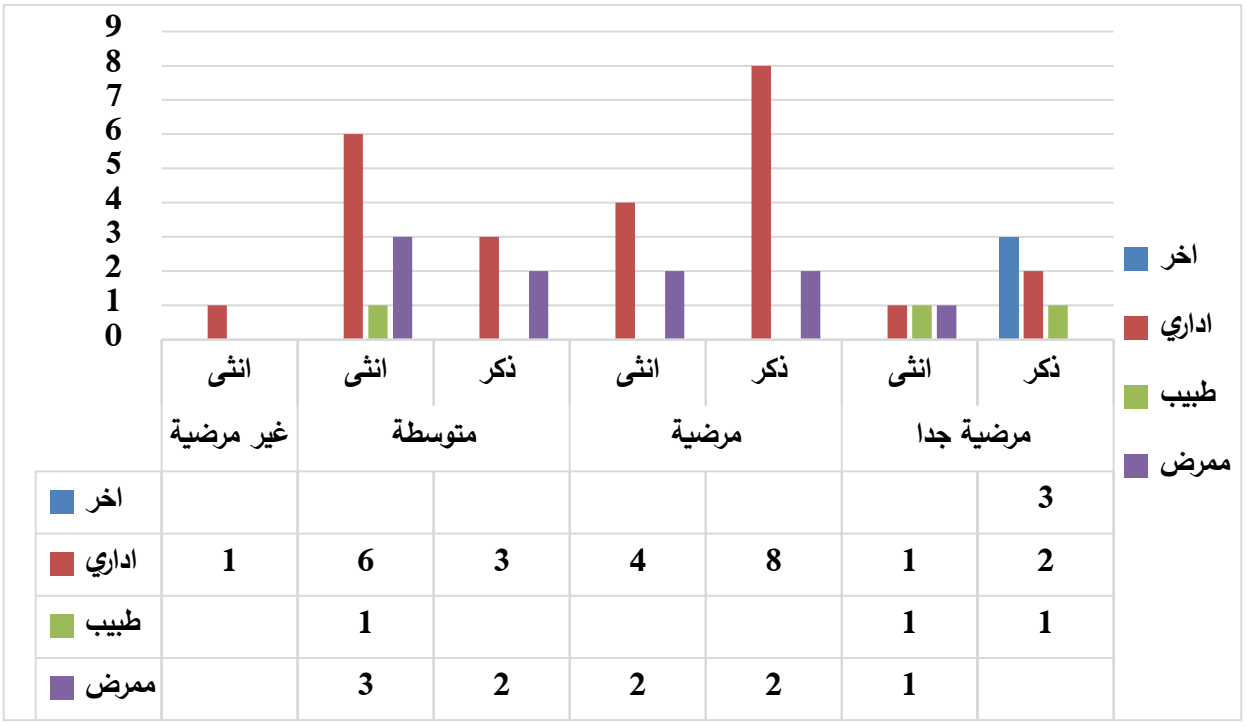
**ج3:** لم يتم الحصول على جواب مرضي و كامل لهذا السؤال .

**الموضوع4:** هل تعتقد ان النهج التعاقدي يمكن ان يقلل من التكاليف في المؤسسات الاستشفائية ؟

**ج4:** نعم

المطلب الثاني : تفريغ و تحليل البيانات المتعلقة بالدراسة

1- كيف تقيم جودة الرعاية التي تقدمها المنشاة ؟




| | انثى | انثى | ذكر | انثى | ذكر | انثى | ذكر |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | غير مرضية | متوسطة | | مرضية | | مرضية جدا | |
| اخر | | | | | | | 3 |
| اداري | 1 | 6 | 3 | 4 | 8 | 1 | 2 |
| طبيب | | 1 | | | | 1 | 1 |
| ممرض | | 3 | 2 | 2 | 2 | 1 | |

المصدر: من اعداد الطالبتين بالاعتماد على نموذج Excel

**جدول رقم 11: جدول تكراري يعتمد على اجابات المشاركين معبرا عنها كنسبة مئوية**

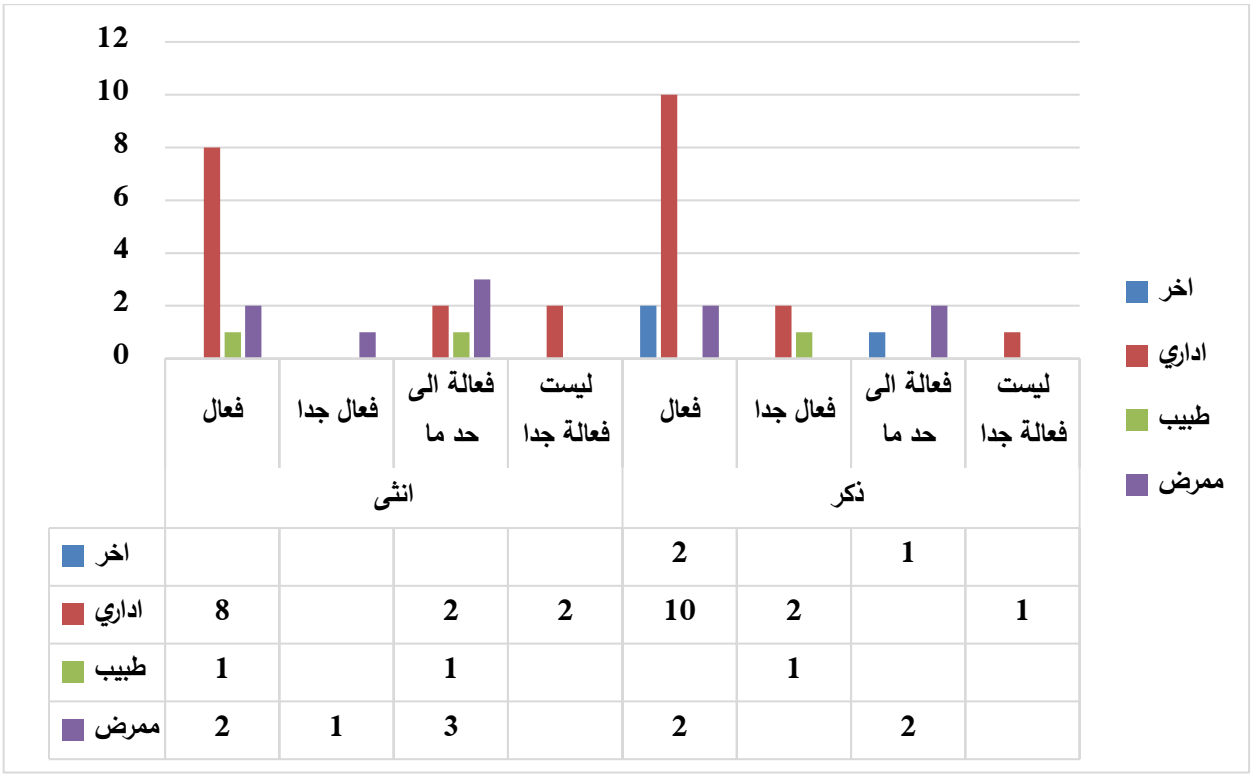
| | اداري | طبيب | ممرض | اخر |
|---|---|---|---|---|
| مرضية 39% | %48 | | %40 | %100 |
| غير مرضية 2% | %4 | | | |
| متوسطة 36% | %36 | %33.33 | %50 | |
| مرضية جدا 21% | %12 | %66.66 | %10 | |

المصدر: من اعداد الطالبتين بالاعتماد على نموذج Excel

يكشف تحليل البيانات ان غالبية المشاركين (39%) من اداريين (48%) و ممرضين (40%) و اخرون (100%) يعتقدون ان جودة الرعاية التي تقدمها المؤسسة الاستشفائية بن زرجب "مرضية" بالاضافة يرى (36%)

"متوسطة " من اداريين (36%) و(33.33%) اطباء ،و(50%) ممرضين، ويرى (21%) من اداريين ( 12%)و(66.66%) اطباء، (10%) ممرضين انها "مرضية جدا" ، في حين يعتقد ان (2%) منهم اداريين (4%) من المشاركين انها " غير مرضية". اذن تشير هذه النتائج الى وجود اتجاه عام اجابي من حيث جودة الرعاية التي تخص المؤسسة الاستشفائية الدكتور بن زرجب.

**2-كيف تقيم فعالية ادارة نفقات المؤسسة ؟**




| | انثى | | | | ذكر | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | فعال | فعال جدا | فعالة الى حد ما | ليست فعالة جدا | فعال | فعال جدا | فعالة الى حد ما | ليست فعالة جدا |
| اخر | | | | | 2 | | 1 | |
| اداري | 8 | | 2 | 2 | 10 | 2 | | 1 |
| طبيب | 1 | | 1 | | | 1 | | |
| ممرض | 2 | 1 | 3 | | 2 | | 2 | |

المصدر: من اعداد الطالبتين بالاعتماد على نموذج Excel

**جدول رقم 12: جدول تكراري يعتمد على اجابات لمشاركين معبرا عنها كنسبة مئوية**

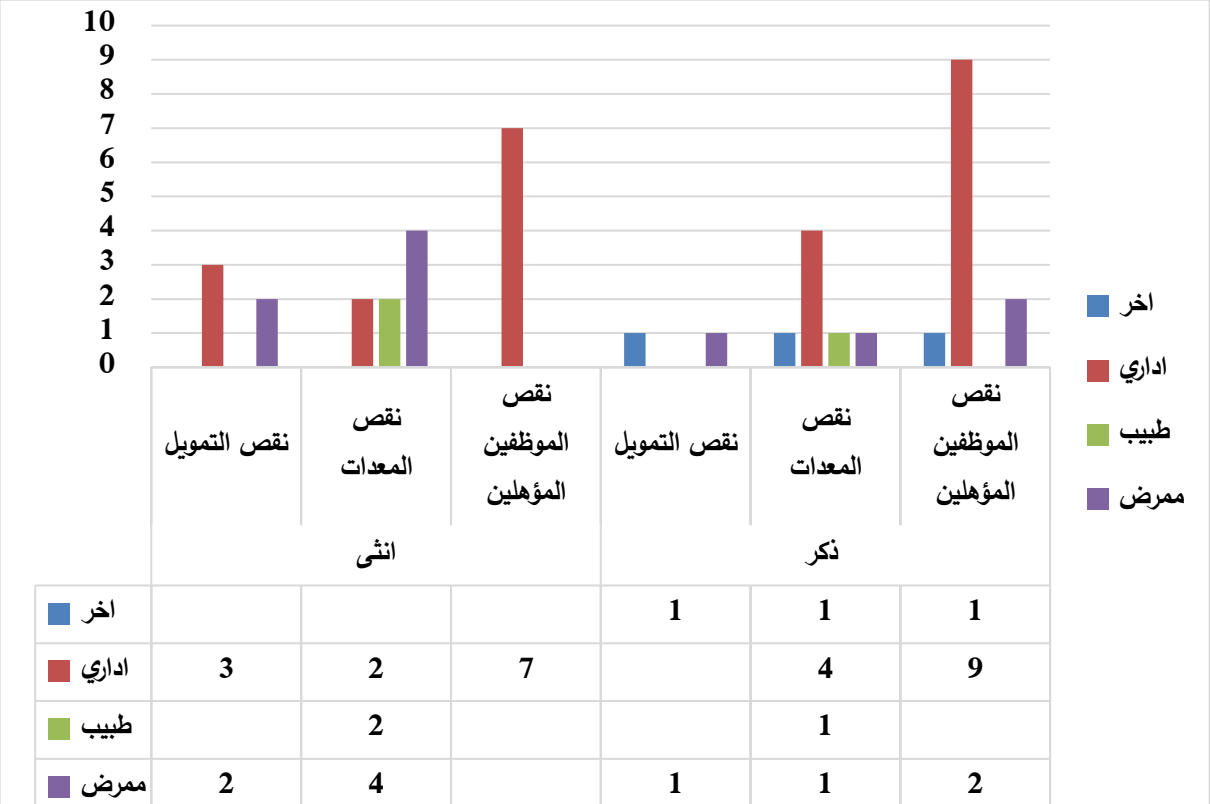
| | اخر | اداري | طبيب | ممرض |
|---|---|---|---|---|
| فعال 61% | %66.66 | %72 | %33.33 | %40 |
| فعال جدا 10% | | %8 | %33.33 | %10 |
| فعال الى حد ما 22% | %33.33 | %8 | %33.33 | %50 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ليست فعالة<br>جدا 7% | | %12 | | |

المصدر: من اعداد الطالبتين بالاعتماد على نموذج Excel

كشف تحليلنا للبيانات على ان اغلب المشاركين (61%) منهم (72%) اداري، (33.33%) طبيب،(40%) ممرض و(66.66%) اخرون يرون ان ادارة نفقات المؤسسة فعالة ،زيادة على ذلك يعتقد (10%) منهم (8%) اداري ،(33.33%) طبيب، (10%) ممرض انها فعالة جدا، و مع ذلك يرى (22%) منهم (33.33%) اخرون، و(8%) اداريين و(33.33%) اطباء و(50%) ممرضين على انها فعالة الى حد ما. و اعرب عدد من المشاركين (7%) من اداريين بانها ليست فعالة جدا. فمنه نستنتج من هذه النتائج ان الاغلبية الموافقة على ان ادارة نفقات المنشأة في مستوى جيد.

**3- ما هي العقبة الرئيسية لتحسين جودة الرعاية امام تحسين جودة الرعاية ؟**




| | انثى | | | ذكر | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | نقص التمويل | نقص المعدات | نقص الموظفين المؤهلين | نقص التمويل | نقص المعدات | نقص الموظفين المؤهلين |
| اخر | | | | 1 | 1 | 1 |
| اداري | 3 | 2 | 7 | | 4 | 9 |
| طبيب | | 2 | | | 1 | |
| ممرض | 2 | 4 | | 1 | 1 | 2 |

المصدر: من اعداد الطالبتين بالاعتماد على نموذج Excel

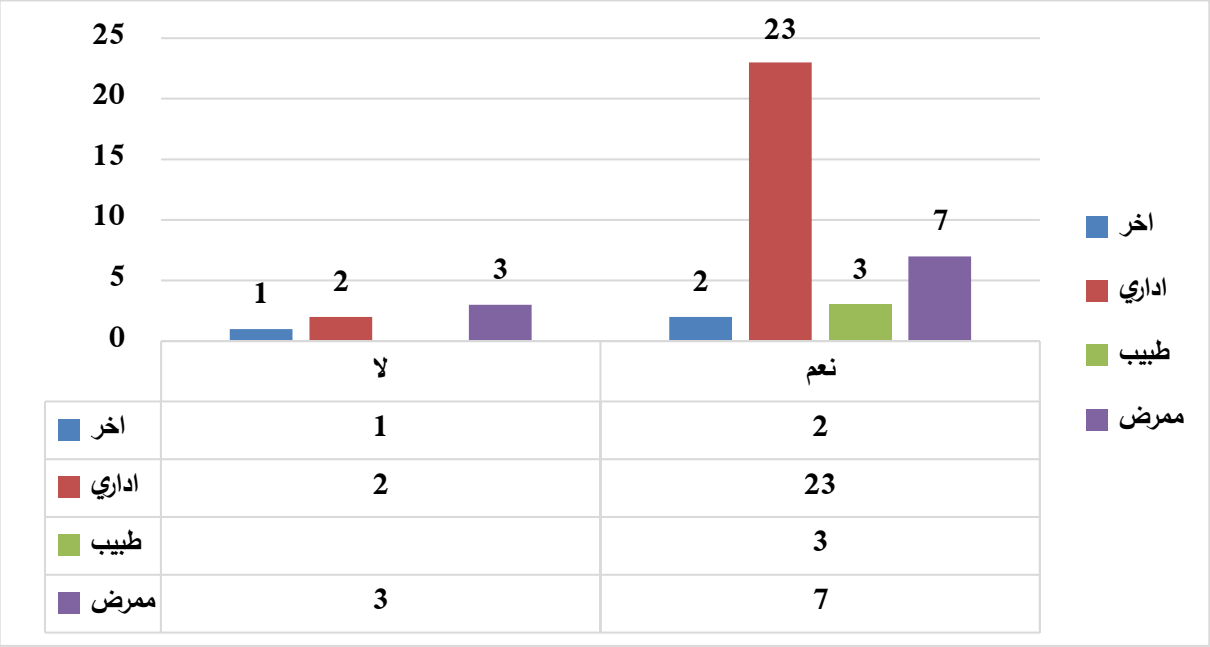
**جدول رقم 13: جول تكراري يعتمد على اجابات لمشاركين معبرا عنها كنسبة مئوية**

| | اخر | اداري | طبيب | ممرض |
|---|---|---|---|---|
| نقص التمويل 24% | %33.33 | %12 | | %30 |
| نقص المعدات 38% | %33.33 | %24 | %100 | %50 |
| نقص الموظفين 38% | %33.33 | %64 | | %20 |

المصدر: من اعداد الطالبتين بالاعتماد على نموذج Excel

يظهر تحليلنا للبيانات على ان (38%) المشاركين منهم (24%) اداريين، (50%) ممرضين و(33.33%) اخرون و(100%) اطاء قد وافقو على ان العقبة الرئيسية لتحسين الجودة هي في نقص المعدات مع ان هناك نسبة ممثالة بنسبة (38%) اغلبيتهم اداريين بنسبة (64%) يعتقدون ان العقبة في تحسين الجودة تكمن في نقص الموظفين مع (33.33%) اخرون و (20%) ممرضين. مع ذلك اعرب (24%) من المشاركين من اداريين (12%)، (33.33%)اخرون، (30%) ممرضين بان نقص التمويل هي العرقلة الاساسية لتحسين الجودة. ( تضمنت بعض الاجابات على تأييد جميع او بعض الاقتراحات لبعض المشاركين).

**4- هل انت على دراية بمفهوم التعاقد في القطاع الصحي ؟**




| | لا | نعم |
|---|---|---|
| اخر | 1 | 2 |
| اداري | 2 | 23 |
| طبيب | | 3 |
| ممرض | 3 | 7 |

المصدر: من اعداد الطالبتين بالاعتماد على نموذج Excel

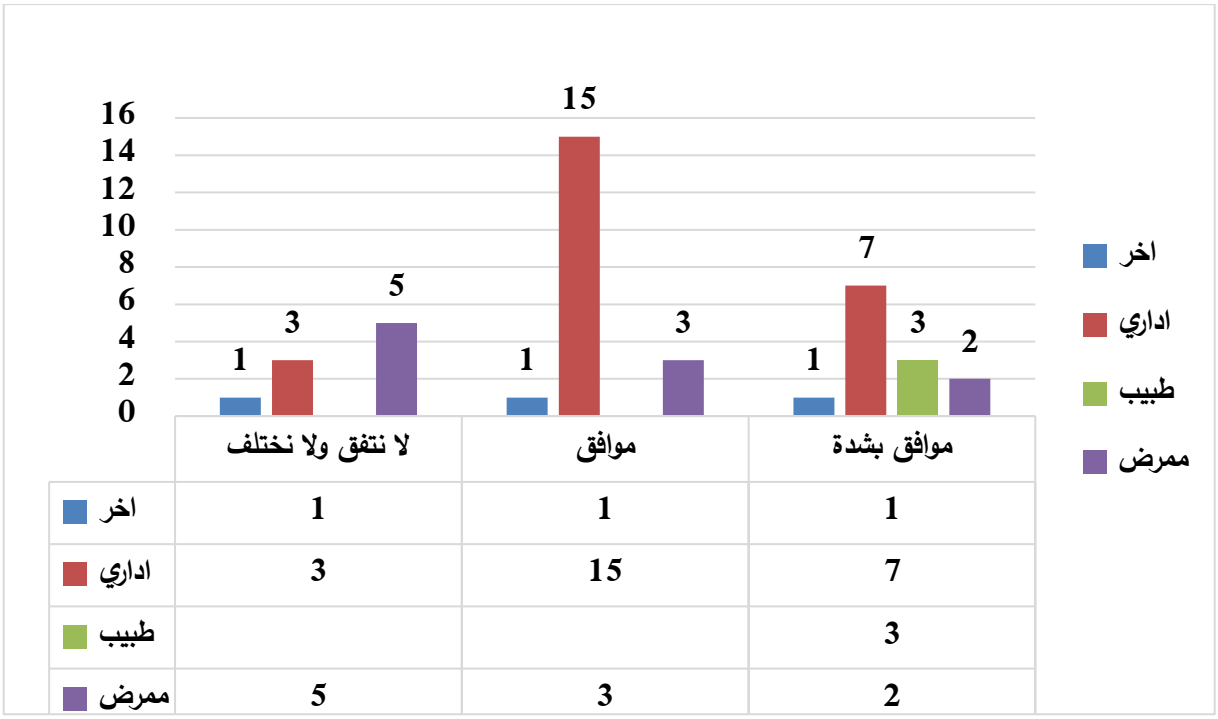
**جدول رقم 14: جدول تكراري يعتمد على اجابات لمشاركين معبرا عنها كنسبة مئوية**

| | اخر | اداري | طبيب | ممرض |
|---|---|---|---|---|
| نعم 85% | %66.66 | %92 | %100 | %70 |
| لا 15% | %33.33 | %8 | | %30 |

المصدر: من اعداد الطالبتين بالاعتماد على نموذج Excel

نرى ان (85%) من اغلبية المشاركين هم على علم بمفهوم التعاقد منهم (92%) اداريين و(100%) اطباء ،و (66.66%) اخرون، (70%) ممرضين، على غير (15%) من المشاركين قد أعربوا عن عدم درايتهم بمفهوم التعاقد حيث تضم (8%) اداريين، (30%) ممرضين،(33.33%) اخرون.

**5- هل تعتقد ان التعاقد يمكن ان يساعد في ترشيد نتقات المؤسسة ؟**




| | لا نتفق ولا نختلف | موافق | موافق بشدة |
|---|---|---|---|
| اخر | 1 | 1 | 1 |
| اداري | 3 | 15 | 7 |
| طبيب | | | 3 |
| ممرض | 5 | 3 | 2 |

المصدر: من اعداد الطالبتين بالاعتماد على نموذج Excel

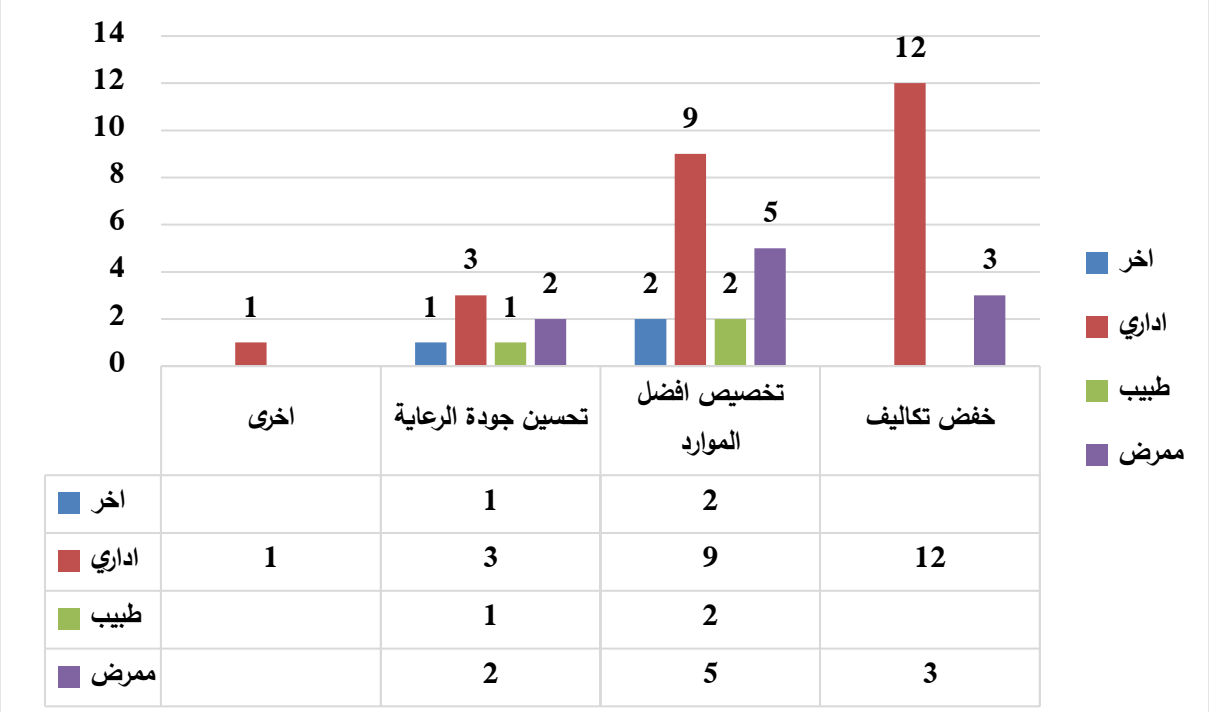
**جدول رقم 15: جدول تكراري يعتمد على اجابات لمشاركين معبرا عنها كنسبة مئوية**

| | اخر | اداري | طبيب | ممرض |
|---|---|---|---|---|
| **لا نتفق ولا نختلف** 22% | %33.33 | %12 | | %50 |
| **موافق** 46% | %33.33 | %60 | | %30 |
| **موافق بشدة** 32% | %33.33 | %28 | %100 | %20 |

المصدر: من اعداد الطالبتين بالاعتماد على نموذج Excel

ظهرت النتائج ان معظم المشاركين (46%) موافقون على ان التعاقد يمكن ان يساعد في ترشيد نفقات المؤسسة منهم (33.33%) اخرون و(60%) اداريين،(30%) ممرضين، بالاضافة يرى(32%) منهم (33.33%) اخرون، و(28%) اداريين، (100%) اطباء،(20%) ممرضين بانهم موافقون بشدة، و اعرب نسبة من المشاركين (22%) بحيادتهم في هذا الموضوع منهم (12%) اداري، (33.33%) اخرون ،(50%) من الممرضين.

**6- ما هي الميزة الرئيسية للتعاقد للمنشأة ؟**




| | اخرى | تحسين جودة الرعاية | تخصيص افضل الموارد | خفض تكاليف |
|---|---|---|---|---|
| اخر | | 1 | 2 | |
| اداري | 1 | 3 | 9 | 12 |
| طبيب | | 1 | 2 | |
| ممرض | | 2 | 5 | 3 |

المصدر: من اعداد الطالبتين بالاعتماد على نموذج Excel

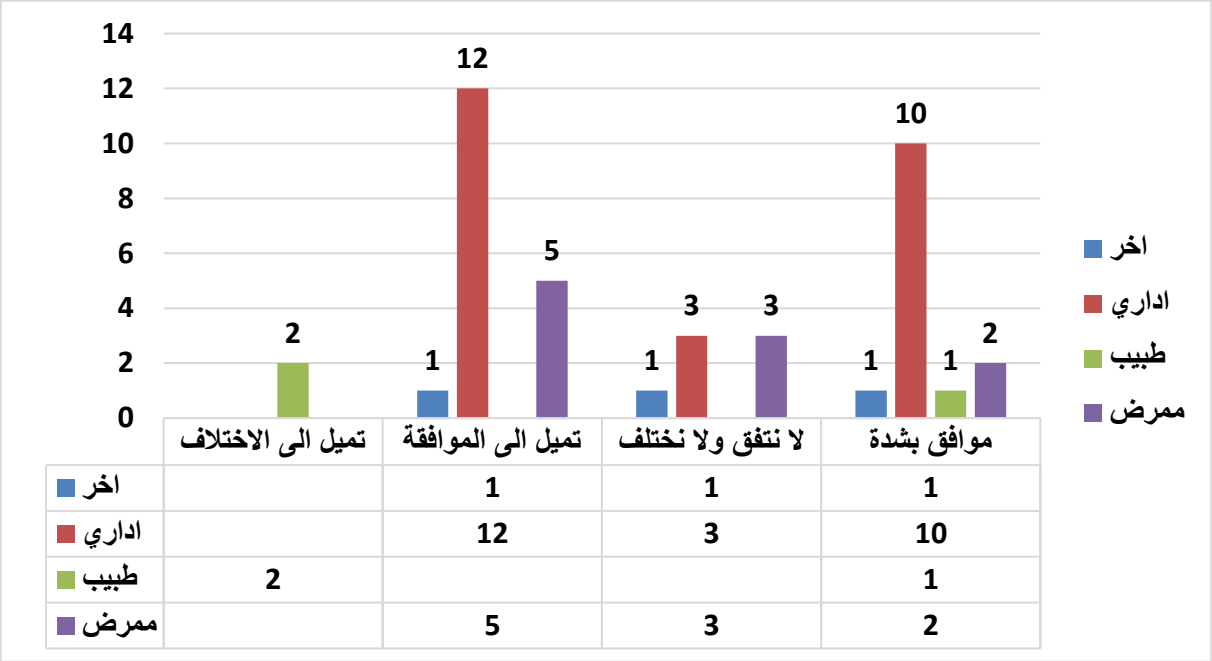
**جدول رقم 16: جدول تكراري يعتمد على اجابات لمشاركين معبرا عنها كنسبة مئوية**

| | اخر | اداري | طبيب | ممرض |
|---|---|---|---|---|
| **اخرى** 2% | | %4 | | |
| **تحسين جودة الرعاية** 30% | %33.33 | %12 | %33.33 | %20 |
| **تخصيص افضل الموارد**38% | %66.66 | %36 | %66.66 | %50 |
| **خفض التكاليف** 30% | | %48 | | %30 |

المصدر: من اعداد الطالبتين بالاعتماد على نموذج Excel

نرى من خلال تحليلنا للنتائج على ان المشاركين يعتقدون ان الميزة الرئيسية لتحسين الجودة تكمن في تخصيص افضل الموارد حيث حصلت على اكبر نسبة (38%) منهم (50%) ممرضين و (66.66%) من اطباء و(66.66%) اخرون و(36%) اداريين، مع ذلك حصلت الاجابة تحسين جودة الرعاية و خفض التكاليف على نسبة مشتركة (30%)، ثم اعرب (2%) اخرون من اداريين (4%) باجابة تضمنت الحد من الفساد. اذن نرى ان التعاقد في المؤسسات الاستشفائية يمكن ان يساعد في الحد من العراقيل التي تعاني منها المؤسسات الصحية. ( تضمنت بعض الاجابات على تأييد جميع او بعض الاقتراحات لبعض المشاركين).

**7- هل تعتقد ان المؤسسة مستعدة لتنفيد التعاقد ؟**




| | تميل الى الاختلاف | تميل الى الموافقة | لا نتفق ولا نختلف | موافق بشدة |
|---|---|---|---|---|
| اخر | | 1 | 1 | 1 |
| اداري | | 12 | 3 | 10 |
| طبيب | 2 | | | 1 |
| ممرض | | 5 | 3 | 2 |

المصدر: من اعداد الطالبتين بالاعتماد على نموذج Excel

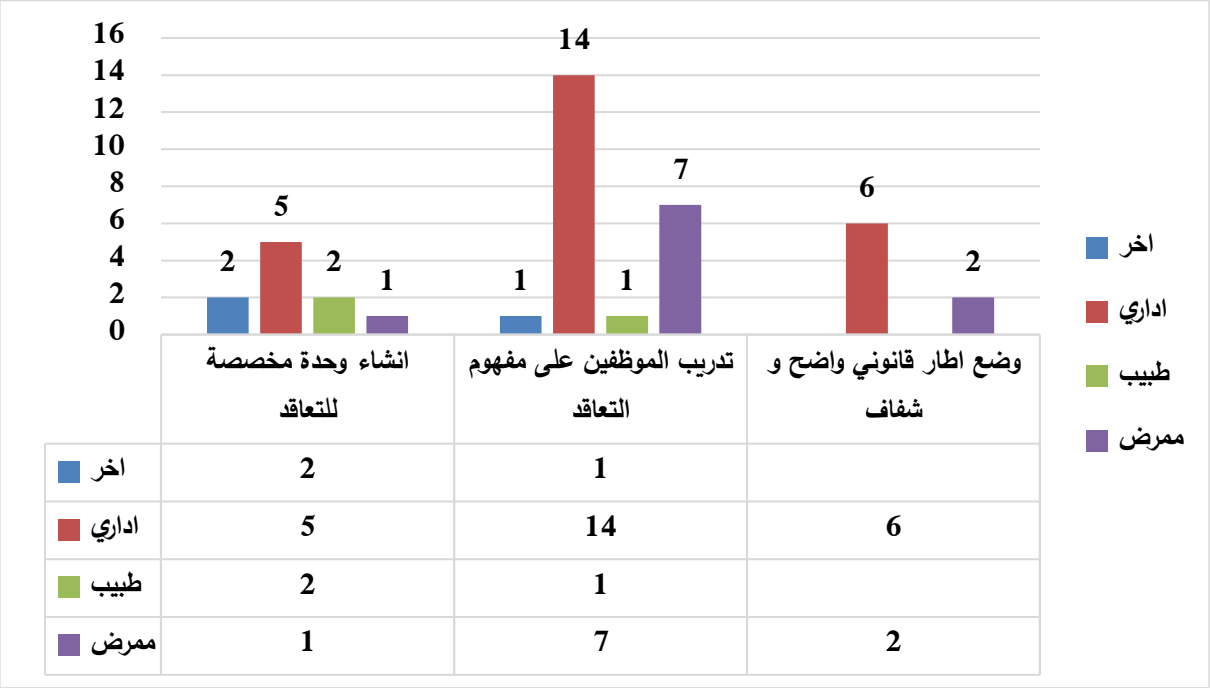
**جدول رقم 17: جدول تكراري يعتمد على اجابات لمشاركين معبرا عنها كنسبة مئوية**

| | اخر | ادري | طبيب | ممرض |
|---|---|---|---|---|
| تميل الى الاختلاف 5% | | | %66.66 | |
| تميل الى الموافقة 44% | %33.33 | %48 | | %50 |
| لا نتفق و لا نختلف 17% | %33.33 | %12 | | %30 |
| موافق بشدة 34% | %33.33 | %40 | %33.33 | %20 |

المصدر: من اعداد الطالبتين بالاعتماد على نموذج Excel

اشارت النتائج من خلال تحليلنا بان معظم المشاركين (44%) قد اعربو بميلهم للموافقة على تنفيد التعاقد في المؤسسة الصحية تضمنت (48%) اداريين، (33.33%) اخرون و (66.66%) اطباء، زيادة على ذلك (34%) من المشاركين موافقون بشدة منهم (40%) اداريين، (66.66%) من اخرون و اطباء و (20%) ممرضين ، واختلف بعض المشاركين (5%) في هذا الموضوع، و قد اعربت نسبة (17%) بحيادتهم. اذن برهنت هذه النتائج على ان المؤسسة الاستشفائية لها نظرة ايجابية في نجاح تحقيق النهج التعاقدي.

**8- ما هي العناصر التي يمكن ان تسهل تنفيد التعاقد في المنشأة ؟**




| | انشاء وحدة مخصصة للتعاقد | تدريب الموظفين على مفهوم التعاقد | وضع اطار قانوني واضح و شفاف |
|---|---|---|---|
| اخر | 2 | 1 | |
| اداري | 5 | 14 | 6 |
| طبيب | 2 | 1 | |
| ممرض | 1 | 7 | 2 |

المصدر: من اعداد الطالبتين بالاعتماد على نموذج Excel

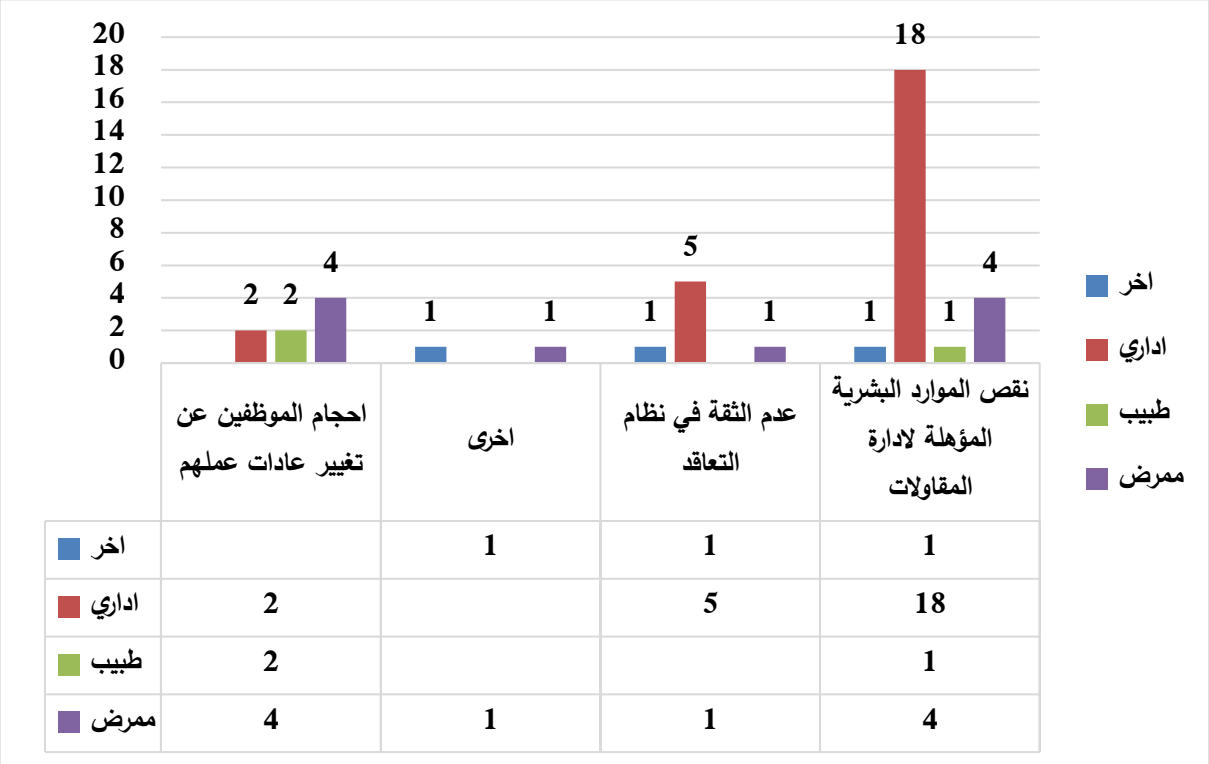
**جدول رقم 18: جدول تكراري يعتمد على اجابات لمشاركين معبرا عنها كنسبة مئوية**

| | اخر | اداري | طبيب | ممرض |
|---|---|---|---|---|
| **انشاء وحدة مخصصة للتعاقد** 33% | %66.66 | %20 | %66.66 | %10 |
| **تدريب الموظفين على مفهوم التعاقد** 43% | %33.33 | %56 | %33.33 | %70 |
| **وضع اطار قانوني واضح و شفاف** 24% | | %24 | | %20 |

المصدر: من اعداد الطالبتين بالاعتماد على نموذج Excel

اظهر تحليلنا للنتائج بأن (43%) من المشاركين تضمنت اجابتهم بتدريب الموظفين على مفهوم التعاقد منهم (56%) اداريين ،(70%) ممرضين، و (66.66%) اخرون و اطباء، و يعتقد نسبة (33%) بان انشاء وحدة مخصصة للتعاقد هي التي يمكن تسهل من تنفيد التعاقد في المؤسسة، و (24%) تضمنت الاجابة وضع اطار قانوني واضح و شفاف. ( تضمنت بعض الاجابات على تأييد جميع او بعض الاقتراحات لبعض المشاركين).

**9- ما هي العناصر التي يمكن ان تعيق تنفيد التعاقد في المؤسسة ؟**




المصدر: من اعداد الطالبتين بالاعتماد على نموذج Excel

**جدول رقم 19: جدول تكراري يعتمد على اجابات لمشاركين معبرا عنها كنسبة مئوية**

| | اخر | اداري | طبيب | ممرض |
|---|---|---|---|---|
| عدم تحفيز المتعاقدين 19% | | %8 | %66.66 | 40% |
| اخرى 5% | %33.33 | | | 10% |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **عدم الثقة في نظام التعاقد** 19% | 33.33% | %20 | | 10% |
| **نقص الموارد البشرية المؤهلة لادارة المقاولاتية** 57% | 33.33% | 72% | 33.33% | 40% |

المصدر: من اعداد الطالبتين بالاعتماد على نموذج Excel

كشف تحليل البيانات ان غالبية المشاركين بنسبة (57%) قد وافقوا على ان نقص الموارد البشرية المؤهلة لادارة المقاولاتية هي التي يمكن ان تعيق تنفيد التعاقد في المنشأة تضمنت الاجابات (72%) اداري و (40%) ممرض، (66.66%) اخرون و اطباء، غير ذلك يعتقد (19%) من المشاركين ان عدم الثقة في النظام التعاقدي هو المعيق في التنفيد منهم (33.33%) اخرون و (20%) اداريين، (10%) ممرضين، و يتفق نسبة (19%) على الاجابة عدم تحفيز المتعاقدين منهم (66.66%) اطباء، (40%) ممرضين و (8%) اداريين. ثم تضمنت اجابتين اخرى هما اختلاف بين المتعاقدين و غياب المبادئ الاخلاقية للموظفين. ( تضمنت بعض الاستمارات على تأييد جميع او بعض الاقتراحات لبعض المشاركين).

**المطلب الثالث : تحليل النتائج الدراسة**

لا يمكن أن نتكلم عن أي نظام صحي في غياب تنظيم محكم للوسائل المالية و الموارد البشرية ، و كذلك في غياب نظام معلوماتي موثوق فيه و تكوين فعال للمستخدمين ، إذن الشيء الملاحظ من إجابات المشاركين أن القطاع الصحي يعاني من بعض الاختلالات المرتبطة بتنظيم الوسائل المالية والتمويلية و كذا مراجعة الفجوة الرقمية التي تعاني منها المؤسسات الاستشفائية بالرجوع إلى استمارة الدراسة ، وعلى هذا الأساس إرتأينا تحديد بعض العراقيل بالدراسة الحالية :

**أ- اختلالات مرتبطة بكل من الوسائل المادية و التمويلية :**

- إرادات المؤسسة غير مدرجة كليا في ميزانية.
- ضغوطات مالية وتنظيمية مما زاد من اختلال تسيير.
- تقييم غير كافي النشطات الإدارية.

- غياب التحكم في التكلفة والنفقات الصحية.
- ميزانيات المؤسسة لم يتم التفاوض بشأنها.
- تخصيص وتوزيع غير ملائم وغير كافي للموارد المالية.

**ب- اختلالات مرتبطة بالرقمنة ونظام المعلومات:**

- نظام التعليم و التكوين لا يأخذ بدقة الحاجات التي يعبر عنها القطاع الصحي.
- التكوين الأكاديمي لم يعد قادر على الاستجابة لمؤهلات التي ستطلبها ممارسة المهنة الإدارية.

من خلال استعراض مختلف النتائج المتحصل عليها في دراستنا الاستكشافية الحالية أن السياسة الصحية بالجزائر وخاصة بعد إقرار مجانية العلاج أوجبت تخصيص إمكانيات مالية ضخمة ممولة خصوصا من طرف الدولة والضمان الاجتماعي وهدا ما نتج عنه صعوبات في تمويل القطاع الصحي الجزائري.

1) ومنه نلاحظ أن نظام التعاقد واجه بعض الصعوبات في التطبيق إلا أنه يعتبر الركيزة الأساسية لتحسين المنظومة الصحية الوطنية وكدلك نرى أنه من شأنه أن يسمح بتحديد أدوار و صلاحيات مختلف الفاعلين و المتدخلين في قطاع الصحة من خلال تحسين تنظيم و تسيير مؤسسة الصحية وكدلك التقييم المنهجي للأنشطة و التكاليف .
2) كما تشير دراستنا أن التعدد و التنوع في تخصص الفاعلين الصحيين في القطاع العام يتطلب اللجوء إلى إعادة النظر في أساليب العمل و التي تستند التشاور و التنسيق و كدلك من خلال وضع ترتيبات تعاقدية تضفي الطابع الرسمي على الاتفاقيات بين الجهات الفعالة الملتزمة بشكل متبادل.
3) يعد النظام التعاقدي خيارا استراتيجيا لتحسين أداء المنظومة الصحية كونه أكثر من مجرد علاقة بسيطة بين الأطراف.
4) نلاحظ أن الجزائر بعيدة كل البعد في مجال إدماج التكنولوجيا الحديثة للإعلام و الاتصال في القطاع الصحي مقارنة بالدول الأخرى فإدراج نظام معلومات صحي له أهمية كبيرة في تحديد المقاييس الأساسية لموارد الاستخدامات جميع المستشفيات و النتائج النهاية لأنشطتها بالاعتماد على تحليل أو تشغيل البيانات الصادرة منها بهدف الحصول على مؤشرات دات ضمان للمستشفى كما يمكن القول أن النظام المعلوماتي توفر المعلومات عند الطلب على الخدمات الصحية جغرافيا و اجتماعيا و استخدام الحسابات الإلكترونية في تحليل البيانات و تشغيلها لإستخراج المؤشرات و التنبؤ بالنتائج المستقبلية .

5) نرى كدلك من تحليلنا لنتائج الدراسة أن القطاع العمومي يتكون من المؤسسات العمومية الصحية يخضع لوزارة الصحة، يتميز بمجانية العلاج التي تم في النصوص الدستورية و القانونية و يحظى بإهتمام خاص من طرف الدولة التي التزمت بتمويل نفقاته عن طريق ألية الميزانية الإجمالية ' وأن نظام التمويل الحالي للمنظومة الصحية واجه ارتفاع متزايد لنفقاته بسبب توسع العرض العمومي للعلاج ألية التسيير الضخمة (ميزانية التسيير بالرجوع إليها ). التي تسمح بتقييم دقيق للنفقات الصحية.

6) نلاحظ أن نظام المؤسسة العمومية ذات الطابع الإداري التي تخضع له المؤسسة العمومية للصحة تسبب في مشاكل كبيرة في التسيير والتمويل، الدي يتطلب قواعد تسيير أكثر مرونة من التي تتوفر عليها المؤسسة الحالية خاصة المتعلقة بالمحاسبة العمومية. وأيضا تتواصل في نفس سياق التمويل ألا وهو هيئة الضمان الاجتماعي باعتبارها أهم الفاعلين في ميدان الصحة لدورها في ترشيد النفقات العامة.

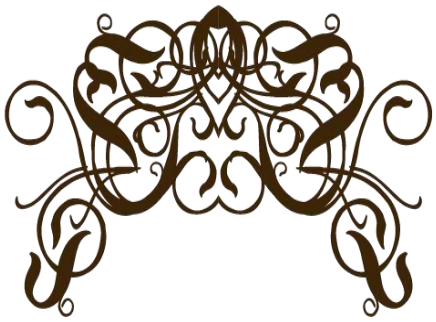
7) أما فيما يخص تضخم النفقات الصحة المؤسسة الاستشفائية فهذا راجع إلى ارتفاع أسعار اقتناء التجهيزات الطبية وكلفة الأدوية التي يتم استرادها.

**خلاصة الفصل الثاني:**

من خلال ما تم التطرق إليه والدراسة الميدانية التي اعتمدت على الاستبيان الاستكشافي الذي تم توزيعه على عينة الدراسة بالمؤسسة الاستشفائية بن زرجب، فقد توصلنا بعد المعالجة الإحصائية باستخدام برنامج Excel، إلى أن بالرغم من ارتفاع مستوى الإنفاق الوطني إلى أنه مازال بعيد عن مستوى المطلوب.

إذ أننا نجد هناك بعد نقائص التي لم يتم تداركها بعد وهذا ما يتمثل في تذبذب النفقات إلى مجموعة الثروة الوطنية، أثبتت الدراسة التحليلية أن القطاع الصحي يعاني من ضغوطات خاصة بالإنفاق الصحي نتيجة ضعف تركيبة النظام الصحي والإيطار الرقابي في إدارة القطاع بصفة عامة.

# الخاتمة



## خاتمة عامة:

يعتبر القطاع الصحي ركيزة ضرورية لتحقيق التنمية بمختلف مجالاتها في مجتمع ، لذلك سعت الجزائر إلى العمل على الرفع من مستوى الصحة العمومية المقدمة للأفراد ، فمنذ إحلال الدولة للطب المجاني في جزائر وضعت كل الوسائل اللازمة من أجل تلبية الإحتياجات في مجال صحي و هذا من أجل تحقيق الأهداف المسطرة من طرف وزارة الصحة. بحيث لديها إنفاق صحي كبير سنوي فكفاءة الإنفاق الصحي يعني ترشيد النفقات الصحية وليس تخفيضها أو الحد منها، تكمن فعالية الإنفاق الصحي في الوصول إلى نفس النتيجة من خلال نفقات أقل، خاصة أن الجزائر اليوم تخضع إلى تغييرات كبير و بالتالي لابد من صانعي القرار التوصل إلى سياسة تتماشى مع مؤشرات التنمية الاجتماعية و صحية.

**نتائج الدراسة :**

- إن الوضعية الحرجة التي ال إليها القطاع الصحي تظهر ضرورة التوجه نحو الإصلاح أنظمته التمويلية والمالية في الوقت الدي تستمد فيه هده الهياكل مصادر ميزانياتها من الدولة والهيئات الضمان الاجتماعي بنسبة كبيرة، الأمر الذي يخلق نوع من التبيعة المالية بنسبة للممولين و التبعية فيما يخص التسيير المالي للوصاية، الأمر الذي يتنافى مع كونها مؤسسة ذات طابع إداري تتمع بشخصية معنوية و الاستقلالية المالية.
- إذن واقع تمويل قطاع الصحة لا يزال يشكل عقبة امام إصلاح و النهوض بهذا القطاع نظرا إلى غياب الأسس العلمية الصحيحة و السليمة لتغطية نفقات الخدمات المقدمة، بالرغم من الشروع بتطبيق نظام التعاقد و كذلك وضع نظام جديد للمحاسبة –المحاسبة التحليلية – فالتسيير المالي الحالي يستلزم مجموعة من الإصلاحات تتمحور حول فكرة تجسيد الاستقلالية الحقيقية للمؤسسة و المتعلقة بنظام تمويل النفقات الصحية العامة مع إعطاء صلاحيات للمسير المالي في اتخاد القرارات المناسبة دون قيود من وزارة الصحة.
- غياب شبه تام لدى المنظومة الصحية لإدراك قيمة إدراج نظام المعلومات باعتباره مورد أساسي لخفض مجمل التكاليف للمؤسسة الاستشفائية.
- وفي ظل الأزمة الاقتصادية التي تعاني منها الجزائر من خلال نقص الموارد، كيف يمكن للسلطات العمومية الحفاظ و ضمان التكفل النوعي و الكمي الضرورية للحفاظ على الصحة العمومية دون اللجوء إلى زيادة الضرائب و معدلات الاقتطاع من أجور العاملين، و على هدا الأساس رأت الوزارة اقتراح سياسة صحية جديدة قوامها الانتقال من نظام الميزانية المرصودة إلى النظام التعاقدي و الأمر الدي يستوجب تطويرا شاملا

في المنظومة الصحية مع شركاء أخرين في القطاع الصحي مثل صندوق الضمان الاجتماعي، واضعين بالاعتبار أهم الأهداف التي يجب تحقيها من خلال هدا النظام و هي:

- إشراك هيئات الضمان الاجتماعي في عملية تطبيق النهج التعاقدي كطرف فاعلا فيها و ليس كمراقب لها.
- الرفع من جودة الخدمات الصحية بأقل تكاليف ممكنة.
- ضمان الاستخدام الأمثل للموارد المتاحة من موارد مالية و بشرية و عتاد طبي.

**– لكن تبقى هده المبادرة حبرا على ورق دون التطبيق الفعلي لنظام التعاقد في القطاع الصحي العام الجزائري –**

**الإجابة عن إشكالية الدراسة:**

من خلال الدراسة التطبيقية المتعلقة بأثر تطبيق النهج التعاقدي في تمويل و ترشيد النفقات للمؤسسة الإستشافئية لبن زرجب، يمكن الإجابة على إشكالية الموضوع كالتالي:

- ✓ المؤسسات العمومية ذات التسيير الخاص، تمنح حرية أكبر للمسيرين لتحقيق فعالية اكير لتمويل المؤسسة الصحية.و ذلك عن طريق تنويع مصادر التمويل و استغلال إرادات المؤسسة لتحقيق الإهداف المسطرة.
- ✓ من الدراسة التطبيقية تبين أن التمويل الحالي يعتمد أساسا على مصدر تمويل أساسي ألا وهو مساهمة الدولة يمكن القول 80% تقريبا الامر الذي يشكل خطر على ميزانية الدولة.

كما سجلنا بعض النقائص من خلال هاته الدراسة نذكر أهمها:

- ✓ عدم الاهتمام بالتعاقد على مستوى المؤسسة بالرغم من وجود مكتب خاص بالتعاقد و حساب التكاليف .
- ✓ غياب تقييم مشروع ميزانية المؤسسة.
- ✓ عدم تحيين مدونة أسعار الخدمات الصحية الأمر الذي يشكل عائق كبير في نجاح تطبيق نهج التعاقدي.

**اختبار فرضيات الدراسة:**

- **الفرضية الأولى** إن أليات التمويل التقليدي تحد ممن إمكانية الاستغلال الأمثل للموارد المتاحة

الفرضية صحيحة باعتبار المؤسسة الاستشفائية العمومية ذات الطابع الإداري تخضع لأحكام قانون المحاسبة العمومية رقم 90-21 المؤرخ في 24محرم1411 الموافق ل15 أوت 1990، الذي يحدد الأحكام التنفيدية والنفقات العمومية وكل العمليات المالية.

- **الفرضية الثانية** انخفاض مستوى القطاع الصحي جاء كنتيجة لعدم ملائمة السياسات الحالية المنتهجة في القطاع باعتبارها لا تتماشى مع المتغيرات الاقتصادية

الفرضية مقبولة، باعتبار أن القطاع الصحي في الجزائر لا يزال يعتمد على أليات تسيير تقليدية بالرغم من التطورات الحاصلة في الوقت الراهن.

- **الفرضية الثالثة** إن مدى نجاح النهج التعاقدي في تمويل النفقات الصحيةالعامة يربط على مدى نجاح الياته وتطبيق التنظيم الداخلي الخاص به

من خلال هذا البحث تبين أن نجاح النهج التعاقدي في تمويل المؤسسات يتركزعلى مدى نجاح تنفيد أليات ، فلكي يكون النهج تعاقدي فعالا و ناجحا يجب أن نضع الأدوات و الوسائل التي تساعد على تطبيقه.

**الاقتراحات:**

من خلال ما تم تطبيقه في الدراسة التطبيقية ومن أجل نجاح النهج التعاقدي في القطاع الصحي نقترح:

- توفير المتطلبات الداعمة لتطبيق النهج التعاقدي كإعادة النظر في الإطار البشري المؤهل القادر على تطبيق هذا النظام الجديد.
- زيادة حجم النشاط و ترشيد النفقات الصحية باستخدام طريقة ABC بدل طريقة الأقسام المتجانسة.
- تغيير طريقة فوترة الخدمات المقدمة الموضوعة على أساس السعر اليومي و استخدام طريقة الدفع حسب الخدمة لخفض مجمل التكاليف.

**افاق البحوث المستقبلية:**

حاولت هذه تادراسة معالجة موضوع تغيير نمط تمويل النفقات الصحية العامة و طرق ترشيدها من نمط التمويل التقليدي القائم على أساس مساهمة الدولة إلى تمويل قائم على أساس التعاقد بين المؤسسات الصحية و هيئات الضمان الاجتماعي أو الممولين، و بعد ما تم دراسته في الفصلين النظري و التطبيقي، يمكن القول انه فتح لنا مجالا لدراسة معمقة و البحث في تفاصيل أكثر، و عليه يمكن ان تشمل الدراسات المستقبلية المواضيع التالية:

- تطوير المؤسسات الصحية العامة باتباع النهج التعاقدي.
- أثر مساهمة النهج التعاقدي بين المؤسسات الإستشفائية العامة و الخاصة في ترشيد النفقات الصحية.

# المراجع

**أولا: المذكرات و الأطروحات**


1- سهام حرفوش، علي بايزيد، أسباب تطور النفقات الصحية في الجزائر خلال الفترة 2000-2010، مداخلة في اطار الملتقى الدولي حول سياسات في الانفاق الصي بالجزائر، جامعة المسلية، 25/24 نوفمر2015

2- نسيمة ولد محمد، أليات التحكم في الانفاق الصحي الوطني المؤسسة العمومية الاستشفائية، سيدي غيلاس، مدكرة نهاية السنة الدراسية التكوين المتخصص للمتصرفين الرئيسين لمصالح الصحة، المدرسة الوطنية للمناجمنت و إدارة الصحة، جانفي 2017.

3- إبراهيم طلعت الدمرداش، اقتصاديات الخدمات الصحية، دار الكتب المصرية، الطبعة02، مصر 2006.

4- باركة محمد الزين، خلاصي عبد الاله، ظاهرة تزايد الانفاق الصحي في الجزائر، تطورها، أسبابها وترشيدها، المجلة الجزائرية للمالية العامة العدد 2017/07 .

5- زعرور نعيمة، أساليب مثلى لترشيد تكاليف الخدمات العامة، أطروحة دكتوراه، تخصص علوم التسيير، جامعة محمد حيدر، بسكرة كلية العلوم الاقتصادية و التسيير ، 2014-2015.

6- حسين طيب محمد شفيق، محاسبة التكاليف الصناعية، دار المستقبل لنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 1998

7- ناصر عبد القادر، محاولة تطبيق محاسبة التكاليف حسب النشاط، تكوين ما بعد التدرج، تخصص مالية ومحاسبة، المدرسة الوطنية للصحة العمومية، الجزائر، 2002

8- علي سنوسي، تسيير الخدمات الصحية في ظل الاصلاحات الاقتصادية في الجزائر افاق 2010، أطروحة دكتوراه في العلوم الاقتصادية ،جامعة الجزائر ،2010/2009.

9- مزمار اسامة ،النهج التعاقدي كنمط جديد لتمويل المؤسسات الصحية في الجزائر، مذكرة لنيل شهادة الماستر في علوم التسيير تخصص ادارة مالية 2017-2018.

10- زيدات سناء، ادارة و مالية المؤسسات الاستشفائية، رسالة ماجستير، كلية الحقوق، الجزائر،2002.

11- علي دحمان، تقييم مدى فعالية الانفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية ، تخصص تسيير المالية العامة، جامعة تلمسان ،2017/2016 .

12- نوري عبد الصمد، واقع و افاق تمويل المنظومة الوطنية للصحة **دراسة قانونية**، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في القانون العام 2014/2013 جامعة الجزائر 1.

13- محسني عليمة، اشكالية تمويل المنظومة الصحية في الجزائر : اية بدائل متاحة. مذكرة لنيل شهادة الماستر في علوم التسيير ،جامعة ميلة 2021/2020 .

**ثانيا: المجلات والمؤتمرات**

1- نزار قنوع ، دراسة وتحليل لدور الحكومة في أسواق الخدمات الصحية في البلدان النامية عمما وفي المنطقة العربية خصوصا 2000/1995 ،مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية، سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية،العدد الأول ،سوريا، 2009 .

2- بلقاسم حلوان ، النهج التعاقدي كنمط جديد في مجال التسيير، مجلة التسيير ،عدد خاص صادر عن المدرسة الوطنية للصحة العمومية ،جويليا 1998،

3- كريم عمري التعاقد مفهوم اساسي لتحقيق الاداء، المؤتمر الدولي للسياسات الصحية، 18-19 جانفي 2014 الجزائر.

4- سعيدان رشيد، بوهنة علي، واقع الخدمات الصحية من خلال الإصلاحات، مجلة البشائر، العدد الأول، سبتمبر 2014 .

5- ايمان العباسي تقييم فاعلية السياسة الصحية في معالجة الاختلالات المتعلقة بتمويل الخدمات الصحية – دراسة حالة الجزائر – المجلة الجزائرية للدراسات السياسية.

6- بن حليمة نظام التعاقد و اصلاح مؤسسات استشفائية، بحث علمي.

7- ناصر بوعزيز ، ظاهرة تزايد النفقات الصحية في الجزائر واليات التحكم في الانفاق الصحي الوطني، جامعة 08 ماي 1945-قالمة - الملتقى الوطني الأول حول الصحة وتحسين الخدمات الصحية، 11/10 أفريل 2018.

**ثالثا: القوانين والتشريعات**

1- المادة 175 من القانون رقم 91-25 المؤرخ في 18 ديسمبر 1991، يتضمن قانون المالية في سنة 1992، الجريدة الرسمية، العدد 65.

2- المادة 165 من القانون رقم 94-03 المؤرخ في 31 ديسمبر 1994 المتضمن قانون المالية لسنة 1995، جريدة رسمية ، عدد 87.

**رابعا: المراجع باللغة الأجنبية**

1- Emil Levy،G Du Menil .la croissance des dépenses de la santé .paris 1982 page 45

2- Ministère du travail et de la sécurité sociale : note de synthèse sur la contractualisation santé-sécurité sociale ,2004

3- Dre. Nour el houda LARAOUI, Cours destiné aux étudiants de 3ème année licence de français, Université Frères Mentouri - Constantine 1, 2020-20212

# الملاحق

1. نفقات التسيير 2018\2019\2020\2021

**ETAT COMPARATIF DES DEPANCES SUR QUATRE (04) ANS TITRE 2**

| TITRE I | INTITULE | 2018 | | 2019 | | 2020 | | 2021 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | CREDITS OUVERTS | PAIEMENT | CREDITS OUVERTS | PAIEMENT | CREDITS OUVERTS | PAIEMENT | CREDITS OUVERTS | PAIEMENT |
| CHAPITRE 01 | REMBOURSEMENTS DES FRAIS | 8 800 000,00 | 22 235 251,03 | 8 800 000,00 | 58 752 632,26 | 8 800 000,00 | 12 456 231,00 | 7 000 000,00 | 25 542 252,23 |
| CHAPITRE 02 | FRAIS JUDICIERES ET INDEMNITES DU | 60 000,00 | 180 000,30 | 60 000,00 | - | 60 000,00 | | 60 000,00 | |
| CHAPITRE 03 | MATERIEL ET MOBILIER | 6 000 000,00 | 32 157 605,23 | 6 000 000,00 | 49 742 345,93 | 6 000 000,00 | 99 123 564,12 | 6 000 000,00 | 97 477 623,35 |
| CHAPITRE 04 | FOURNITURE | 12 000 000,00 | 192 452 351,12 | 12 000 000,00 | 199 358 592,00 | 12 000 000,00 | 19 456 123,11 | 12 000 000,00 | 20 220 425,30 |
| CHAPITRE 05 | HABILLEMENTS | 9 500 000,00 | 8 758 222,13 | 9 500 000,00 | 8 889 463,00 | 9 500 000,00 | 9 456 123,00 | 8 000 000,00 | 9 684 01,23 |
| CHAPITRE 06 | CHARGE SOCIALES | 1 437 000,00 | 8 235 412,23 | 1 437 800,00 | 38 452 563,00 | 1 437 800,00 | 38 458 967,23 | 1 437 800,00 | 48 924 734,26 |
| CHAPITRE 07 | PARC AUTO | 7 100 000,00 | 6 398 238,00 | 7 100 000,00 | 8 452 632,00 | 7 100 000,00 | 7 897 542,22 | 7 100 000,00 | 7 201 121,00 |
| CHAPITRE 08 | ENTRETIEN ET REPARATION DES INFR | 10 000 000,00 | 09 542 321,00 | 10 000 000,00 | 53 523 000,00 | 10 000 000,00 | 42 546 235,12 | 3 000 000,00 | 30 227 567,39 |
| CHAPITRE 09 | FRAIS DE FORMATION DE PERFECTIO | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| CHAPITRE 10 | FRAIS LIER AU CONGRES SEMINAIRE | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| CHAPITRE 11 | ALIMENTATION ET FRAIS DE RESTOR | 0,00 | 52 456 582,00 | 0,00 | 191 452 321,00 | 0,00 | 65 563 251,00 | 0,00 | 48 775 886,34 |
| CHAPITRE 12 | LOYER | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| CHAPITRE 13 | MEDICAMENTS PRODUITS PHARMACE | 4 000 000,00 | 485 254 251,00 | 4 000 000,00 | 156 156 799,79 | 4 000 000,00 | 738 980 837,99 | 14 000 000,00 | 1 150 926 082,10 |
| CHAPITRE 14 | FRAIS DE PREVENTION | 69 000 000,00 | 263 456 231,00 | 69 000 000,00 | - | 30 000 000,00 | 8 153 264,00 | 25 000 000,00 | 4 830 204,23 |
| CHAPITRE 15 | ACHAT MATERIEL ET EQUIPEMENTS V | 275 250 000,00 | 345 628 458,00 | 275 250 000,00 | 456 048 987,32 | 220 250 000,00 | 369 842 451,00 | 135 000 000,00 | 529 930 622,92 |
| CHAPITRE 16 | REMBOURSEMENTS DES FRAIS MED | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| CHAPITRE 17 | DEFENCE DE LA RECHERCHE MEDICA | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| CHAPITRE 18 | DEFENCE LIER AU JUDICAGE ENTRE L | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| TOTAL | | 403 147 000,00 | 1 436 674 922,76 | 433 147 800,00 | 1 261 960 336,30 | 319 147 800,00 | 1 407 934 569,79 | 259 197 800,00 | 2 009 561 106,03 |

2. نفقات التجهيز 2018\2019\2020\2021

ETAT COMPARATIF DES DEPANCES SUR QUATRE (04) ANS TITRE 1

| | | 2018 | | 2019 | | 2020 | | 2021 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TITRE I | INTITULE | CREDITS OUVERTS | PAIEMENT | CREDITS OUVERTS | PAIEMENT | CREDITS OUVERTS | PAIEMENT | CREDITS OUVERTS | PAIEMENT |
| CHAPITRE I | Traitement d'activité des personnels titulaires et stagiaires et des cotisations | 402 382 000,00 | 97 396 745,92 | 422 282 000,00 | 87 739 037,50 | 572 282 000,00 | 97 577 953,50 | 679 484 000,00 | 98 170 534,50 |
| CHAPITRE II | Indemnités et allocation diverses | 753 116 000,00 | 365 916 258,57 | 753 116 000,00 | 388 555 453,14 | 922 231 000,00 | 404 502 477,58 | [illegible] | 521 266 369,27 |
| CHAPITRE III | Traitements d'activité des résidents | 0,00 | 0,00 | 0,00 | - | 0,00 | - | 0,00 | 0,00 |
| CHAPITRE IV | Traitement des personnels contract | 197 163 000,00 | 168 873 599,20 | 197 163 000,00 | 191 206 615,98 | 202 492 500,00 | 210 675 542,45 | 197 164 000,00 | 210 945 258,95 |
| CHAPITRE V | Charges sociales des personnels ti | 413 225 000,00 | 58 054 213,98 | 413 225 000,00 | 63 620 513,88 | 468 225 000,00 | 77 023 934,24 | 479 959 000,00 | 81 384 038,08 |
| CHAPITRE VI | Charges sociales résidents, inte | 0,00 | 0,00 | 0,00 | - | 0,00 | - | 0,00 | 0,00 |
| CHAPITRE VII | Charges sociales des personnels co | 51 800 000,00 | 99 755 555,23 | 51 800 000,00 | 124 907 066,35 | 51 800 000,00 | 128 534 646,91 | 51 694 000,00 | 123 613 649,57 |
| CHAPITRE IX | Pensions des services pour diverse | 0,00 | 0,00 | 0,00 | - | 0,00 | - | 0,00 | 0,00 |
| CHAPITRE X | Contributions aux œuvres sociales | 0,00 | 0,00 | 0,00 | - | 0,00 | - | 0,00 | 0,00 |
| TOTAL | | [illegible] | 781 996 373,00 | 1 837 586 000,00 | 863 022 145,75 | [illegible] | 918 314 333,68 | [illegible] | 1 035 269 850,37 |

3. تعداد الموظفين لمؤسسة الدكتور بن زرجب

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

EH

**ETAT DE CLASSIFICATION DU PERSONNEL PAR CORPS**

| N° | CORPS | EFFECTIFS |
|---|---|---|
| 01 | MEDICAL | 197 |
| 02 | PARA-MEDICAL | 484 |
| 03 | BIOLOGISTE | 79 |
| 04 | CORPS-COMMUNS | 496 |
| | **TOTAL GENERAL** | **1256** |

# الاستبيان

**استمارة استبيان موجهة لـمقدمي الخدمة**

في إطار تحضير مذكرة ماستر في **تخصص** مالية المؤسسة بعنوان: " **دور النهج التعاقدي في ترشيد نفقات المؤسسات العمومية الاستشفائية"**

يشرفنا أن نطلب منكم التكرم بملأ الاستمارة علما أن المعلومات تستخدم لأغراض علمية بحتة.

لكم الشكر المسبق

الرجاء وضع العالمة (X)في الخانة المناسبة

**القسم: بيانات شخصية**

الجنس:

☐ أنثى

☐ ذكر

العمر:

☐ أقل من 20

☐ 20-29 سنة

☐ 30-39 سنة

☐ 40-49 سنة

☐ أكثر من 45 عاما

الخبرة:

☐ أقل من 1 سنة

☐ بين 1 و5 سنوات

☐ بين 6 و10 سنوات

☐ أكثر من 10 سنوات

المنصب الذي تشغله في المؤسسة

☐ طبيب

☐ ممرض

☐ اداري

☐ أخر (حدد) _____

**القسم 2: تصور الوضع الحالي للمؤسسة**

1- كيف تقيم جودة الرعاية التي تقدمها المنشأة؟

☐ مرضية جدا

☐ مرضيه

☐ متوسط

☐ غير مرضيه

☐ غير مرضية للغاية

2- كيف تقيم فعالية إدارة نفقات المؤسسة؟

☐ فعال جدا

☐ فعال

☐ فعالة إلى حد ما

☐ ليست فعالة جدا

☐ ليست فعالة على الإطلاق

3- برأيك، ما هي العقبة الرئيسية أمام تحسين جودة الرعاية في المؤسسة؟

☐ نقص الموظفين المؤهلين

☐ نقص المعدات

☐ نقص التمويل

☐ أخرى (حدد) _____

**القسم 3: تصور التعاقد كاستراتيجية لترشيد الإنفاق**

4- هل أنت على دراية بمفهوم التعاقد في القطاع الصحي؟

☐ نعم

☐ لا

5- هل تعتقد أن التعاقد يمكن أن يساعد في ترشيد نفقات المؤسسة؟

☐ موافق بشدة

☐ موافق

☐ لا نتفق ولا نختلف

☐ لا أوافق

☐ لا أوافق بشدة

6- برأيك ما هي الميزة الرئيسية للتعاقد للمنشأة؟

☐ خفض التكاليف

☐ تخصيص أفضل للموارد

☐ تحسين جودة الرعاية

☐ أخرى (حدد) _____

7- برأيك ما هو العيب الرئيسي للتعاقد على المنشأة؟

☐ فقدان المرونة في إدارة النفقات

☐ خطر المحسوبية أو الفساد

☐ انخفاض جودة الرعاية

☐ أخرى (حدد) _____

القسم 4: تصور تنفيذ التعاقد في المنشأة

8- هل تعتقد أن المؤسسة مستعدة لتنفيذ التعاقد؟

☐ موافق بشدة

☐ تميل إلى الموافقة

☐ لا نتفق ولا نختلف

☐ تميل إلى الاختلاف

☐ لا أوافق بشدة

8- ما هي العناصر التي يمكن أن تسهل تنفيذ التعاقد في المنشأة؟

☐ تدريب الموظفين على مفهوم التعاقد

☐ وضع إطار قانوني واضح وشفاف

☐ إنشاء وحدة مخصصة للتعاقد

☐ أخرى (حدد) _____

9- ما هي العناصر التي يمكن أن تعيق تنفيذ التعاقد في المنشأة؟

☐ إحجام الموظفين عن تغيير عادات عملهم

☐ نقص الموارد البشرية المؤهلة لإدارة المقاولات

☐ عدم الثقة في نظام التعاقد

☐ أخرى (حدد) _____

**القسم 5: الاستنتاج**

10- هل لديك أي ملاحظات أو اقتراحات أخرى بخصوص التعاقد في القطاع الصحي في الجزائر؟

- نعم، أذكرهم
- لا

شكرا لك على الوقت الذي قضيته في إكمال هذا الاستبيان. ستساعدنا إجاباتك على فهم أفضل لمفهوم التعاقد كاستراتيجية لترشيد الإنفاق في مؤسسات الصحة العامة في الجزائر.