



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
المركز الجامعي عبد الحفيظ بوالصوف ميلة



معهد العلوم الاقتصادية و التجارية و علوم التسيير
قسم: علوم التسيير

المرجع :/2018

الميدان: العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية

فرع: علوم التسيير

التخصص: إدارة مالية

مذكرة بعنوان:

النهج التعاقدى كنمط جديد لتمويل المؤسسات الصحية في الجزائر

دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد مداحي فرجيو-ة.

مذكرة مكتملة لنيل شهادة الماستر في علوم التسيير (ل.م.د) تخصص " إدارة مالية "

الإشراف الأستاذ(ة):

حراق مصباح

إعداد الطالب:

مزماز أسامة

لجنة المناقشة:

الصفة	الجامعة	اسم ولقب الأستاذ
رئيسا	المركز الجامعي عبد الحفيظ بوالصوف ميلة	بعلي حسني
مناقشا	المركز الجامعي عبد الحفيظ بوالصوف ميلة	عبيدي سناء
مشرفا ومقررا	المركز الجامعي عبد الحفيظ بوالصوف ميلة	حراق مصباح

السنة الجامعية: 2017-2018

الإهداء

إلى من أوصى الله بهما خيرا أمي و أبي

إلى جميع إخوتي وأخواتي

إلى كل رفقائي و أصحابي

إلى كل من ساعدني من قريب أو بعيد في إتمام إنجاز هذه المذكرة

إلى كل من في القلب ونسيهم القلم

جميعا بأسمى معاني التقدير و الاخلاص .

أسامة مزماز

شكر و عرفان

أشكر الله عز وجل الذي وفقني في انجاز هاته المذكرة وأعانتني عليها
بالصبر الذي هو مفتاح كل الأعمال

بداية أتقدم بجميل الشكر و العرفان إلى الاستاذ المشرف الدكتور حراق
مصباح على حسن ارشاداته و توجيهاته و نصائحه القيمة

كما أتقدم بجزيل الشكر والعرفان وأسمى عبارات الاحترام و التقدير
إلى كل أساتذة المركز الجامعي عبد الحفيظ بو الصوف ميلة و كل موظفي
المؤسسة العمومية الاستشفائية مُحَمَّد مداحي فرجيوه
الذين لم يدخروا أي جهد في تقديم يد العون والمساعدة.

أسامة مزماز

فهرس المحتويات

شكر و عرفان

الاهداء

فهرس المحتويات

فهرس الأشكال

فهرس الجداول

01	المقدمة.....
07	الفصل الأول: النظام الصحي في الجزائر و كيفية تمويله.....
08	المبحث الأول: النظام الصحي و مكوناته.....
08	المطلب الأول: مفاهيم حول النظام الصحي.....
11	المطلب الثاني: ماهية الخدمات الصحية و كيفية تسعيرها.....
19	المطلب الثالث: تقديم النظام الصحي في الجزائر.....
23	المبحث الثاني: أنظمة التمويل الصحي و كيفية تقييمها.....
23	المطلب الأول: مفاهيم عامة حول التمويل الصحي.....
26	المطلب الثاني: تقييم طرق تمويل الصحة.....
21	المطلب الثالث: نماذج من أنظمة التمويل الصحي في العالم.....
30	المبحث الثالث: نظام التمويل الصحي في الجزائر.....
30	المطلب الأول: مراحل تطور نظام التمويل الصحي في الجزائر.....
33	المطلب الثاني: مصادر تمويل النظام الصحي في الجزائر.....
39	المطلب الثالث: الاختلالات المتعلقة بتمويل النظام الصحي في الجزائر و سياسات الاصلاح.....
52	الفصل الثاني: النهج التعاقدي لتمويل المؤسسات العمومية للصحة.....
53	المبحث الأول: مفهوم النهج التعاقدي و اهدافه.....
53	المطلب الأول: مفهوم النهج التعاقدي.....
60	المطلب الثاني: أهداف تطبيق النهج التعاقدي.....
62	المطلب الثالث: الأسس القانونية و الإطار التنظيمي لتطبيق النهج التعاقدي.....
69	المبحث الثاني: آليات تطبيق النهج التعاقدي.....
70	المطلب الأول: عقود النجاعة، الأهداف و الوسائل CPOM.....
73	المطلب الثاني: مشروع المؤسسة.....
83	المطلب الثالث: نظام محاسبة التكاليف الصحية.....
87	المبحث الثالث: شروط تطبيق النهج التعاقدي في المؤسسات الصحية.....

المطلب الأول: المحاور الأساسية لتطبيق النهج التعاقدية.....	87
المطلب الثاني: شروط وضع النهج التعاقدية حيز التنفيذ.....	92
المطلب الثالث: الأدوات و الوسائل المستعملة في تطبيق النهج التعاقدية.....	95
الفصل الثالث: النهج التعاقدية كمنظ جديد لتمويل المؤسسة العمومية الاستشفائية فرجية.....	100
المبحث الأول: تقديم المؤسسة العمومية الاستشفائية فرجية.....	101
المطلب الأول: تعريف المؤسسة العمومية الاستشفائية فرجية	101
المطلب الثاني: الهيكل تنظيمي للمؤسسة العمومية الاستشفائية فرجية	102
المطلب الثالث: مهام المؤسسة العمومية الاستشفائية فرجية	106
المبحث الثاني: كيفية تمويل و تسيير المؤسسة العمومية الاستشفائية فرجية.....	108
المطلب الأول: تمويل المؤسسة العمومية الاستشفائية فرجية.....	108
المطلب الثاني: مشروع المؤسسة العمومية الاستشفائية فرجية	118
المطلب الثالث: حساب التكاليف الصحية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية فرجية.....	122
المبحث الثالث: تطبيق النهج التعاقدية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية فرجية.....	127
المطلب الأول: مسار النهج التعاقدية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية فرجية.....	127
المطلب الثاني: تطبيق النهج التعاقدية من خلال نظام الفوترة البيضاء.....	130
المطلب الثالث: أثر التمويل عن طريق النهج التعاقدية في تحقيق التوازن المالي المؤسسة	136
الخاتمة.....	141
قائمة المراجع.....	146
الملخص.....	150

المقدمة

عملت الجزائر ومنذ الاستقلال على وضع مبادئ أساسية تقوم عليها السياسة الصحية وذلك سعيا منها لتجسيد حق المواطن في العلاج كما نصت عليه المواثيق والدساتير، والذي اعتبر مكسبا و حق من حقوق المواطن، فالبرغم من الامكانيات التي تتوفر عليها الجزائر من المنشآت و الهياكل الصحية و القدرات البشرية المؤهلة و الموارد

المخصصة من طرف الدولة و هيئات المساهمة، إلا أنه لم يتمكن من تلبية الطلب المتزايد على العلاج، و تحسين نوعية الخدمات المقدمة، و بطبيعة الحال يرجع هذا لنتيجة الاستغلال السيء للإمكانيات المتوفرة في القطاع الصحي، الأمر الذي يستوجب البحث عن كيفية استخدام هذه الموارد، خاصة بعدما كثر الحديث عن اصلاح النظام الصحي في الجزائر من أجل القضاء على المشاكل التي يعاني منها و تحسين الخدمات المقدمة و الحد من التزايد المستمر في النفقات الصحية الغير مبررة، و البحث عن كيفية ايجاد حلول لتمويل القطاع من منظور الفعالية و ترشيد النفقات.

ومن ضمن ما اتبعته وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات لتحقيق المستوى المناسب للخدمة الصحية المقدمة و التحكم في التكاليف هو الشروع في تمويل المؤسسات العمومية للصحة حسب النشاط والمردود الفعلي لكل مؤسسة بهدف تحقيق نجاعة أكبر لها، من دون أن يكون له أي انعكاس على المواطنين الذين سيواصلون الاستفادة من العلاج المجاني كحق ومكسب مضمون، حيث باشرت وزارة الصحة في وضع استراتيجيات و آليات تقوم على أساس التعاقد اين يتم تمويل المؤسسات العمومية للصحة من طرف الضمان الاجتماعي و من الخزينة العمومية و كذا من طرف شركات التأمين على أساس النشاط الحقيقي الذي تقوم به كل مؤسسة بهدف الوصول إلى نجاعة و تمويل حقيقي لنشاطات المؤسسات العمومية للصحة و هذا في إطار ترشيد النفقات و تحسين حوكمة المؤسسات الاستشفائية.

مما سبق نطرح السؤال الرئيسي التالي:

ما مدى فعالية تطبيق النهج التعاقدى على تمويل المؤسسات العمومية للصحة في الجزائر؟

ويمكن أن ندرج تحت هذا السؤال الأسئلة الفرعية التالية:

- ما المقصود بالنظام الصحي و ما هي مراحل تمويله؟
- ماهي مصادر تمويل المؤسسات الصحية في ظل تطبيق النهج التعاقدى؟
- كيفية تمويل نفقات المؤسسات الصحية في الجزائر؟
- ما هو أثر تطبيق النهج التعاقدى على ترشيد نفقات المؤسسات الصحية؟

فرضيات البحث: لمعالجة هذا الموضوع اعتمدنا على الفرضيات التالية:

- إن آليات التمويل التقليدي للمؤسسات الصحية تحد من إمكانية الحصول على مصادر تمويل أخرى.
- إن تطبيق النهج التعاقدى يساهم في تحسين تمويل المؤسسات الصحية.
- إن مدى نجاح النهج التعاقدى في تمويل المؤسسات الصحية يرتكز على مدى نجاح آلياته و تطبيق التنظيم الداخلي الخاص به.

أهمية الدراسة: تستمد الدراسة أهميتها من الاعتبارات التالية:

- الأهمية التي يكتسبها القطاع الصحي في التنمية الاقتصادية.
- الأزمة المالية التي تمر بها البلاد تحتم البحث عن مصادر فعالة لتمويل المؤسسات الصحية خاصة مع ارتفاع نفقات العلاج.
- التعرف على المنظومة الوطنية للصحة بصفة عامة و كذا نظام تمويلها بصفة خاصة.

- عرض تطورات و وقائع النظام الصحي و ضرورة اصلاح نظام تمويله

اهداف الدراسة: تهدف الدراسة بصورة أساسية إلى :

تهدف هذه الدراسة إلى تسليط الضوء على نمط جديد لتمويل المؤسسات العمومية للصحة في ظل الازمة الاقتصادية التي تم بها البلاد بالإضافة الى تزايد النفقات الصحية و تدني الخدمات المقدمة و ذلك من خلال التطرق للنظام الصحي في الجزائر بصفة عامة محاولا ابراز أهمية النهج التعاقدى في تمويل المؤسسات العمومية للصحة، ومن بين الاهداف المنتظرة من هذه الدراسة نجد:

الاهداف النظرية: من بين الأهداف النظرية التي نسعى إلى تحقيقها نذكر:

- تقديم النظام الصحي في الجزائر و مختلف مراحل تطوره.

- معرفة طرق تمويل النفقات الصحية و مصادره.

- اظهار اهمية النهج التعاقدى في تمويل المؤسسات الصحية.

الأهداف التطبيقية: من بين الأهداف التطبيقية نجد:

- اظهار تاثير كيفية تمويل المؤسسات الصحية على نوعية الخدمات المقدمة.

- محاولة إظهار اهم النقائص التي تواجه النظام التمويلي الحالي.

- الرغبة في ايجاد حلول لمشكل تمويل المؤسسات الصحية في الجزائر.

الدراسات السابقة: سوف نتناول هذه الدراسات على النحو التالي:

- **جيلالي أمير:** تخطيط و تمويل الصحة في الجزائر، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية و علوم التسيير، جامعة الجزائر، 2001، اشكالية البحث حول مدى استغلال الامكانيات المتاحة لقطاع الصحة في ظل تزايد النفقات و البحث عن تحسين نوعية الخدمات المقدمة لتلبية الطلب على العلاج و كيفية تمويل هذا القطاع، و قد توصل الباحث إلى أن سوء استخدام الموارد و الامكانيات المتاحة تؤدي إلى ظهور مشاكل اخرى كتزايد الطلب على الخدمة الصحية ذات جودة عالية مع تزايد النفقات الوطنية للصحة، الأمر الذي أدى إلى البحث عن مصادر مالية جديدة، و ادخال الهيئات التمويلية الاخرى في تمويل القطاع حتى تعود مساهمتها على تحسين نوعية و مستوى الخدمة المقدمة.

- **مقدر طارق:** اصلاح المنظومة الوطنية للصحة من خلال اعادة النظر في نظام تمويلها، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية و علوم التسيير جامعة الجزائر 2008 ، تدور إشكالية هذا البحث حول مصادر التمويل و الميكانيزمات التي تحكم هذا التمويل في ظل الزيادة المستمرة و السريعة لجميع النفقات الصحية التي رافقتها زيادة بطيئة للنتائج القومي، حيث درس الباحث عملية تمويل قطاع الصحة في الجزائر و المراحل التي مر بها محاولا اظهار الدور الاساسي الذي يلعبه صندوق الضمان الاجتماعى في تمويل النظام الصحي، كما تطرق إلى استقلالية التسيير المعتمدة على النهج التعاقدى و ربطها بفعالية التسيير، و قد توصل الباحث إلى أنه للمحافظة على القطاع العمومي و تحسين مردوديته يتطلب ادماج القطاع الخاص في المنظومة الوطنية للصحة، كما انه يرى انه من الضروري تحسين فعالية النفقات العمومية للصحة و ذلك بتطوير مفهوم العقلانية و حساب التكاليف و البحث عن مصادر بديلة للتمويل بمساهمة التأمينات الاجتماعية و غيرها.

- **LAMRI LARBI ,LE SYSTEME DE SECURITE SOCIALE DE L'ALGERIE, OPU, 2004.**

يتطرق الباحث من خلال هذه الدراسة إلى دور هيئات الضمان الاجتماعي في تمويل النظام الصحي في الجزائر.

- **زيدات سناء:** إدارة و مالية المؤسسات الاستشفائية، رسالة ماجستير، كلية الحقوق، جامعة الجزائر 2002، تدور اشكالية هذه الدراسة في الازمة التي تعيشها المؤسسات الاستشفائية في الجزائر مظاهرها المالية و التسييرية، و تخص بذلك الصعوبات التي تعاني منها المستشفيات كالغياب الشبه التام للأساليب و المناهج العلمية للتسيير التي تسمح بالاستغلال العقلاني للإمكانيات و الموارد المحدودة، و امام هذا الوضع الذي يتميز بزيادة النفقات حتم انتهاج سياسة جديدة تتميز بترشيد النفقات و التحكم فيها، فمن خلال الدراسة الميدانية توقفت الباحثة على أن المشكلة ليست مالية بقدر ماهي تنظيمية في غياب نظام اعلامي و محاسبي منظم يسمح بالتوزيع الامثل للموارد المتاحة، و قد توصلت الباحثة على أن انخفاض فعالية المستشفيات تعود للتعاد الضخم و الغير مبرر للمستخدمين بالاضافة الى التسيير البيروقراطي للميزانية و غياب الثقة بين المريض و المستشفى، كما أنه يجب اعطاء استقلالية و مرونة أكبر عند تنفيذ الميزانية.

المنهج البحث: بغرض دراسة الموضوع و التطرق لمختلف جوانبه اعتمدنا على المنهج التحليلي من خلال التحليل الشامل لمختلف المعلومات و البيانات المتحصل عليها من سجلات و وثائق المؤسسة و المرتبطة بالنظام الصحي و طرق تمويله، مع القاء الضوء على النهج التعاقدية كنمط جديد في تمويل المؤسسات العمومية للصحة، كما اعتمدنا على المنهج التاريخي الذي يعتبر الحلقة الرئيسية في معظم البحوث العلمية و الاكاديمية لما له من اهمية بالغة في تقصي الحقائق التاريخية للموضوع محل الدراسة و محاولة الاستفادة منها.

كما اعتمدنا على منهج دراسة حالة الذي يمكن من التعمق في جوانب الموضوع وكشف ابعاده و الوقوف على واقع تطبيق النهج التعاقدية في المؤسسة العمومية الاستشفائية فرجيو.

الأدوات المنهجية المستخدمة:

- **الملاحظة:** تعتبر الملاحظة اهم الادوات المنهجية المستخدمة في جمع المعلومات و البيانات حول موضوع الدراسة.

- **المقابلة:** تسمح المقابلة بالوصول إلى معلومات و بيانات هامة تلعب دورا أساسيا في البحث، حيث يمكن معرفة اتجاهات و مشاعر الافراد اتجاه الموضوع محل الدراسة ، حيث قمنا باجراء مقابلات مع اطارات المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد مداحي فرجيو.

هيكل البحث: نظرا لطبيعة الموضوع ومتطلباته واحتراما للتقسيم المنهجي ابتدأنا هذا البحث بمقدمة تبرز اهم جوانب الموضوع و توضح اشكالية الدراسة، أهميتها و الأهداف التي ترمي إليها، حيث تم تقسيم البحث إلى جانبين، جانب نظري يتكون من فصلين و جانب تطبيقي يتكون من فصل واحد، كل فصل من هذه الفصول يحتوي على مباحث و التي بدورها تحتوي على مطالب، و في الاخير تم تقديم خاتمة عامة توضح اهم ما تم التوصل إليه من نتائج اعتمدت كأساس لتقديم بعض الاقتراحات والتوصيات.

الجانب النظري: تضمن وصف لمختلف المفاهيم انطلاقاً من المعلومات التي تم جمعها من البحوث و المراجع و هم مقسم إلى:

الفصل الأول: تحت عنوان النظام الصحي في الجزائر و كيفية تمويله، حيث يحتوي على ثلاث مباحث أولها تطرقنا فيه إلى النظام الصحي و مكوناته، أما المبحث الثاني فتناولنا فيه أنظمة التمويل الصحي وكيفية تقييمها، بينما المبحث الثالث فعرفنا من خلاله نظام التمويل الصحي في الجزائر.

الفصل الثاني: بعنوان النهج التعاقدى لتمويل المؤسسات العمومية للصحة، حيث يحتوي هذا الفصل على ثلاث مباحث أساسية، يتضمن المبحث الأول مفاهيم و اهداف تطبيق النهج التعاقدى و الاسس القانونية المنظمة له، أما المبحث الثاني فيبين آليات تطبيق النهج التعاقدى كعقود النجاعة، الأهداف و الوسائل مشروع المؤسسة و نظام محاسبة التكاليف الصحية، بينما جاء المبحث الثالث ليوضح شروط تطبيق النهج التعاقدى في المؤسسات الصحية.

الجانب التطبيقي: يتكون من فصل واحد تحت عنوان النهج التعاقدى كنمط جديد لتمويل المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد مداحي فرجيو حيث تم من خلاله تقديم المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد مداحي فرجيو، هيكلها التنظيمي، و أبرز المهام التي تقوم بها و ذلك من خلال المبحث الأول، أما المبحث الثاني فتطرقنا فيه إلى كيفية تمويل و تسيير المؤسسة العمومية الاستشفائية فرجيو بينما بينا في المبحث الثالث واقع تطبيق النهج التعاقدى في تمويل المؤسسة العمومية الاستشفائية فرجيو.

تمهيد

يطرح مشكل تمويل المنظومة الوطنية للصحة بالحاح كبير وبصورة مختلفة، و هذا في غالبية دول العالم و السبب في هذا هو المستوى الكبير الذي وصلت إليه الصحة العمومية بالمقارنة مع الناتج الداخلي الخام، و انطلاقاً من

هذه المعطيات، فإن كل دولة تقوم بوضع سياستها الصحية، وكذا إعادة تكييفها والنظر إليها، بغية تحقيق التوازن بين ما تعرضه من خدمات صحية لمواطنيها، وبين الطلب المتزايد على هذه الخدمات. إن كل الدول تسعى إلى تحقيق الفعالية المثلى للنظام الصحي والذي يتأرجح بين حتمية تخفيض حدة نمو النفقات الصحية من جهة، وبين ضرورة توفير مستوى خدمات جيدة لمواطنيها، حيث سنتطرق من خلال هذا الفصل إلى معرفة النظام الصحي في الجزائر في المبحث الأول، أما المبحث الثاني فخصص لدراسة انظمة التمويل الصحي، و المبحث الثالث تطرقنا فيه إلى نظام التمويل الصحي المطبق في الجزائر.

المبحث الأول: النظام الصحي و مكوناته

تعتمد دول كثيرة على القطاع العام في تقديم الخدمات الصحية وتحمل تكاليفها، بينما تعتمد دول أخرى على القطاع الخاص في تقديم وتحمل تكاليف الخدمات الصحية، كما حاولت دول كثيرة الجمع بين القطاعين العام والخاص وذلك من خلال تجنب الاعتماد كلياً على أحدهما وتبني سياسات تمزج بينهما وتتحكم في أنشطتهما، و عموماً تميل معظم دول العالم إلى تبني خليط من الأنظمة، ترتفع فيها حصص الحكومة أو تقل حسب الدولة و أنظمتها.

المطلب الأول: مفاهيم حول النظام الصحي

1- مفهوم النظام الصحي

يعرف النظام الصحي بمجموعة من العناصر المترابطة، والتي عندما تعمل مع بعضها البعض بشكل متكامل تنتج عن حدوث شيء ما، و من خلال هذا المفهوم يمكن تعريف النظام الصحي بمجموع العناصر التي ترتبط وتتفاعل مع بعضها ضمن شبكة الاتصالات، وتعمل من أجل تحقيق هدف النظام الصحي ومنه تحقيق مستوى صحي للفرد والمجتمع.¹

النظام الصحي هو "مجموع المنظمات و المؤسسات و الموارد المكرسة للتدخلات الصحية، وإذا كان تحسين الصحة هو الغرض الرئيسي لأي نظام صحي، فإنه ليس بالغرض الوحيد، كما أن هذا الغرض ينقسم إلى شقين: بلوغ أفضل مستوى صحي (الجودة)، والحد بقدر الإمكان من الفوارق القائمة بين الأفراد والجماعات في تسيير حصولهم على الرعاية الصحية (العدالة)".

كما يعرف النظام الصحي " بأنه الإطار الذي من خلاله يتم التعرف على احتياجات السكان من الخدمات الصحية و العمل على توفير هذه الخدمات، من خلال إيجاد الموارد اللازمة وإدارتها على أسس صحيحة تؤدي في النهاية إلى المحافظة على صحة المواطن وتعزيزها، و تقويم هذه الخدمة بطريقة شاملة ومتكاملة للسكان و بتكلفة معقولة وبطريقة ميسرة، وعرف النظام الصحي "بأنه كل الجهود التي تبذل بهدف تحسين الصحة سواء تعلقت هذه الجهود بالرعاية الصحية للأفراد أو بتقديم الخدمات الصحية العامة"، كما عرف النظام الصحي "بأنه عبارة عن مجموعة من الأجزاء ترتبط بشبكة من الاتصالات وتعمل معا بهدف تحقيق أهداف معينة، وترتبط بالنظام مستوياته وعلاقاته و تركيبه التنظيمي، وأهدافه وتفاعله مع البيئة و تحديد مداخلته و كيفية تشغيلها، ومخرجاته و مؤشرات التغيير و التطوير و النمو".²

2- مكونات النظام الصحي:

يتكون النظام الصحي كأى نظام اجتماعي من أربعة مكونات أساسية، حيث يشكل كل منها نظام فرعي ضمن النظام الصحي ككل، حيث تتمثل هذه المكونات من:³

نظام الإنتاج: هو يتكون من المنظمات و كافة الأنشطة، التي تعمل على إنتاج و تقديم خدمات الرعاية الصحية و الطبية سواء للفرد أو المجتمع ككل، و بدورها تشمل على خدمات الصحة الشخصية

نظام الصيانة: هو يتكون من كافة الأنشطة التي تقوم أساسا بمهمة إعداد و تعليم و تدريب العاملين للقيام بأدوار محددة من أجل استمرارية النظام الصحي، من خلال صيانة المعدات و التجهيزات الطبية و غير الطبية

نظام التكيف: هو يتكون من كافة الأنشطة التي تعمل على رصد و متابعة التغييرات الحاصلة في النظام الاجتماعي، كالتغيير في انتشار المرض و التكنولوجيا المستعملة في العلاج، وطرق تمويل الخدمات الصحية، و طرق وكيفية تقديم الخدمات بالإضافة إلى توقعات لحاجات المتعاملين مع النظام الصحي للعمل على الاستجابة للتغيرات الحاصلة (الممكنة) ومحاولة التكيف معها.

¹ فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، الطبعة 1، دار المسيرة للنشر و التوزيع، عمان، الأردن، 2008، ص54

² بوعوانة عبد المهدي، إدارة الخدمات و المؤسسات الصحية، دار حامد، عمان، الأردن، 2004، ص 103.

³ فريد النجار، إدارة المستشفيات و المنظمات الصحية و الطبية، الدار الجامعية، مصر، 2002 ص55

نظام الإدارة: و هو يتكون من الأنشطة التي تكون مهامها التنسيق والضبط و التوجيه لهذه الأنشطة والتي تنطوي تحت الأنظمة الفرعية السابقة.

و نشير هنا أن تطور هذه الأنظمة يختلف من مجتمع لآخر من منظمة صحية إلى أخرى، إلا أنه يتطلب أن تكون هذه الأنظمة الفرعية مترابطة، ولكن في الواقع نجد أن العلاقة بين هذه الأنظمة تتصف بالضعف وقد تستجيب بالسرعة المطلوبة للتغيرات، و هو يتضح أكثر بين نظام الإنتاج و المتمثل في الأطباء والمهنيين والصحيين، وإدارة المنظمات الصحية، فنظام الإنتاج يضبط نفسه حسب النشاطات و المتطلبات الفنية له، و النظام الإداري من خلال علاقاته التفاعلية التبادلية يؤثر على نظام إنتاج الخدمات، و قد يقيد حركته على إنتاج الخدمات الصحية وفق مصلحة النظام الكلي للمنظمة الصحية.

إلا أن البعض يحدد المكونات الأساسية للنظام الصحي بخمسة عناصر:

- إنتاج الموارد الصحية
- تنظيم البرامج الصحية
- إنتاج وتقديم الخدمات الصحية
- آليات الدعم الاقتصادي
- الإدارة الصحية.

يمكن إلقاء الضوء على كل عنصر بشكل من التفصيل.⁴

✓ إنتاج الموارد الصحية:

إن لكل نظام صحي موارد بشرية و مادية ومالية، فلا بد أن لديه موارد بشرية صحية متطورة تعمل في المنظمات الصحية، و أن يكون معدات وأجهزة طبية وأدوية لرعاية المرضى و موارد كيميائية تستعملها في مخابر التحاليل الطبية، إضافة إلى التحاليل الطبية من أجل تحقيق أهداف علاجية و وقائية باستعمال التكنولوجيا، و هذه الوسائل التي تختلف عن الموارد المالية القابلة للتغيير من جراء تحولها إلى موارد مادية تتمثل في المعدات الطبية و الأدوية، و أجور الموظفين في حقل النظام الصحي أو التي يحصل عليها من جهات أخرى متعددة، في إطار الدراسات و المؤتمرات أو في إطار التعاون الدولي.

✓ تنظيم البرامج الصحية:

هذه البرامج تقوم بها وزارة الصحة و إصلاح المستشفيات، بالإضافة إلى هيئات أخرى كوزارة الدفاع الوطني في إطار الصحة العسكرية المتمثلة في خدمات المستشفى العسكري أو العيادات التابعة لوحداته بالإضافة للقطاع الخاص.

✓ الدعم الاقتصادي:

إن مصادر التمويل الصحي تتضمن مصادر و أشكال عدة، فمصادر التمويل العمومية تختلف بدورها من بلد إلى آخر، و مصادر التمويل الخاصة ترمي في اتجاهاتها إلى توسيع القطاع الخاص بالإضافة إلى مصادر تأتي عن

طريق التأمينات أي تأمين الأفراد، و هي تختلف باختلاف الأنظمة الصحية و أخيرا مصادر التمويل الخارجية التي تأتي عن طريق المساعدات الخارجية في شكل هبات ومنح أو قروض لقطاع الصحة كالتالي تأتي عن طريق المنظمة العالمية للصحة، أو البنك العالمي للإنشاء و التعمير.

✓ الإدارة الصحية للنظام الصحي:

تلعب الإدارة الصحية دور حيوي و هام في إدارة النظام الصحي، حيث تقوم بالتخطيط الاستراتيجي وتقويم البرامج الصحية وتعمل على تدريب وتكوين الطلبة في العلوم الطبية، وأصحاب المهن الأخرى بالمدارس والملحقات التابعة لها، بالإضافة إلى البحوث الصحية و وضع معايير الرقابة على الأداء لتحسين مخرجات و مدخلات النظام الصحي، كما تعمل على تنظيم الظروف البيئية، و القوى البشرية العاملة وتقييم جودة أدائها.

✓ إنتاج وتقديم الخدمات الصحية:

إن النظام الصحي يسعى دائما إلى تقديم خدمات صحية على كافة المستويات سواء تعلق الأمر بالخدمات الصحية الأولية، والتي تقدم على مستوى العيادات الخارجية أو المراكز الصحية أو تلك الخدمات التي تقدم داخل المستشفيات، بالإضافة إلى الخدمات المتخصصة و التي ستدعي وجود معدات و أجهزة و أطباء في الاختصاص لتلبية الحاجات الصحية وهذا كله من لأجل الحفاظ على صحة الفرد و المجتمع، و محاولة منع حدوث الأمراض والحوادث المؤثرة سلبا على الصحة.

المطلب الثاني: ماهية الخدمات الصحية و كيفية تسعيرها

إن فكرة الخدمة تبدو بسيطة بالنسبة للشخص في استخداماته اليومية، لإشباع حاجاته ورغباته بالرغم من كونها تتميز بعدم الملموسية، و خاصة إذا تعلق الأمر بالخدمة التي تهدف إلى إشباع حاجاته كالعلاج أو الولادة أو العمليات الجراحية، و هذه الأنشطة التي تقوم بها المنظمات الصحية غير الهادفة للربح.

1- مفهوم المنتج الصحي

تمثل المنتجات الصحية نوع من أنواع الخدمات الصحية المقدمة من طرف المنظمات الصحية، و أن المنتجات الصحية تحتاج إلى التخطيط الصحيح و الذي يعتبر أمرا أساسيا يتم تقديمها بالشكل المناسب و الوقت الملائم و بالنوعية المطلوبة.

إن المنظمات الصحية لا تنظر إلى الخدمات التي تقدمها على أساس منتجات، و إنما عبارة عن أشياء تعمل على إشباع الحاجات و الرغبات كخدمات الرعاية الصحية، الخدمات التشخيصية التي تعمل على خلق فرص للشفاء و المساهمة في تحسين الوضعية الصحية، و عليه فإنه من الضروري الاهتمام بتطويرها في كافة المجالات، و بشكل عام تنقسم المنتجات الصحية إلى نوعين هما:⁵

- السلع الصحية

- الخدمات الصحية.

1-1 السلع الصحية:

تمثل في الأدوية و الأجهزة و المعدات الطبية، و التي تتصف بكونها تمثل مجموعة من الخصائص و التي تهدف إلى تحقيق الرعاية الصحية للمستفيد منها، و تحقيق أهداف المنظمة الصحية، و تنقسم هذه السلع إلى قسمين:

✓ السلع الاستهلاكية الصحية: و هي تمثل السلع التي تشتري من قبل المستهلك، مثل الادوية و أجهزة قياس الضغط الدموي، و جهاز قياس الحرارة و غيرها و تنقسم إلى:

• السلع الصحية الميسرة: و تسمى بالميسرة لكونها سلع يحتاجها جميع أفراد المجتمع، و أن قسم منها يستطيع المستهلك الحصول عليه من الصيدلية دون الحاجة إلى مراجعة الطبيب، مثل البراسيتمول و غيرها و تتصنف هذه السلعة بما يلي:

- تستهلك من أول استخدام لها و معدل دورانها سريع مقارنة بسلع السوق الأخرى

- لا يرغب المريض في بذل جهد كبير من أجل الحصول عليها و قرار شرائها روتيني.

- يكون الشعور بالحاجة إليها عندما يصاب الفرد بالصداع أو الزكام، كما أن سعر الوحدة الواحدة منخفض مقارنة بسلع السوق.

• سلع السوق الصحية: هي سلع تشتري من قبل المستهلك النهائي و هذا الأخير يكون لديه الاستعداد لبذل جهد في سبيل الحصول عليها، و أن هذه السلع تشتري من قبل أصحاب المهن الصحية كالطبيب، المراكز الصحية، المستشفيات و دور الرعاية الصحية، كجهاز قياس الضغط الدموي و جهاز الأشعة و أدوات مختبرات التحاليل الطبية، الاسرة، المكاتب.

• السلع الصحية الخاصة: و هي عبارة عن خليط من السلع الميسرة و سلع السوق، و تأخذ خصوصيتها من طبيعة المرض الذي يعاني منه المريض، أو لطبيعة اختصاص الطبيب و المؤسسات الصحية فبالنسبة للأطباء ذوي الاختصاص في طب العيون، يتطلب وجود لوحة الحروف و العدسات لإجراء الفحص المناسب، و هذه الأدوات لا يحتاجها المختص في الامراض الجلدية و الباطنية، أما بالنسبة للسلع الميسرة الخاصة كأقراص علاج مرض الداء السكري، وحقن مادة الانسولين لا تستخدم إلا من قبل المصابين بهذا المرض، و بالنسبة للاختصاصي في الجراحة فيكون بحاجة إلى التخدير، و خيوط الجراحة، و عقار إيقاف النزيف و غيرها.

• السلع الانتاجية الصحية: و هي تمثل السلع التي تدخل أو تساعد في إنتاج سلع أخرى، تختلف عنها بالخصائص و المواصفات و تنقسم السلع الانتاجية إلى:

- المواد الاولية الخام: و هي تلك السلع التي تدخل في تصنيع السلع، كصناعة الادوية حيث قسم منها طبيعي و آخر زراعي.

- مواد الاجزاء المصنعة و هي تمثل سلعا تامة، و لا يمكن الاستفادة منها إلا بإدخال عليها سلع أخرى مثلا كالعدسات في الميكروسكوب، الذي يستخدم في الفحص الطبي، حيث العدسات عبارة عن سلع تامة الصنع و لكن دون تركيبها في الميكروسكوب تصبح لا فائدة لها.

- التركيبات و المعدات الثقيلة و التي تمثل معدات النقل.

- مهمات التشغيل و التي تلعب دورا اساسيا في الصيانة و التشغيل للمعدات سواء الخفيفة أو الثقيلة.

1-2 الخدمات الصحية:

إن مفهوم الخدمة بشكل عام ينطبق على مفهوم الخدمة الصحية، لأن الخدمات متماثلة من حيث الخصائص و المضمون.⁶

كما يعرف المنتج بأنه " أوجه النشاط غير الملموس، و الذي يقوم لمستهلك بهدف إشباع حاجاته و رغباته" و ينطبق هذا التعريف على الخدمات التي تقدمها العيادات، و المستشفيات، و المراكز الصحية و التي تشمل على:

✓ المنافع غير الملموسة و التي تقدم بصورة مستقلة.

✓ الأنشطة غير الملموسة كإجراء العمليات الجراحية، و التي تتطلب فيها استخدام المنتجات الملموسة كالتجهيزات و آلات الجراحة و الادوية، و الضمادات، و طاوولات العمليات الجراحية و الكراسي الطبية و أسرة النوم أثناء مكوث المريض في المستشفى.

إذن يمكن أن نقول من خلال التعاريف السابقة، بأن الخدمات الصحية هي خدمات غير ملموسة منها ما يتطلب الاستعانة بسلع ملموسة، و أخرى لا تتطلب الاستعانة، كالرعاية الطبية الجراحية و الثانية كالرعاية النفسية (مراعاة الحالة النفسية للمريض).

فمزيج المنتجات المقدمة في المنظمات الصحية تشمل على:

✓ الفحص و التشخيص و التي تشمل الفحص بالأشعة و باستخدام الآلات أو الفحص بالتحليل المخبري.

✓ الجراحة بمختلف أنواعها و التي تشمل على الجراحة العامة، أو جراحة القلب، و جراحة العيون، و جراحة العظام، و جراحة الاعصاب، و جراحة الامعاء.

✓ العلاج و الذي يشمل على العلاج بالجراحة، أو بالعقاقير أو بالأشعة أو بالتجبير أو العلاج النفسي.

✓ التضميم و هي تشمل على تضميم الجروح الناتجة عن العمليات الجراحية، و تضميم الجروح الناتجة عن الحروق.

✓ التخدير بمختلف أنواعه.

✓ الولادة و التي تشمل على الولادة الطبيعية، أو الولادة القيصرية عن طريق العملية الجراحية، الاجهاض.

✓ الوقاية بأنواعها المختلفة كالعامل على وقاية البيئة، و مراقبة المياه الصالحة للشرب، و العمل على محاربة تلوث الهواء، و مراقبة التغذية و العمل على الحفاظ على النظافة المحيط، و الوقاية من الامراض الوبائية و الامراض المتوطنة التي تأتي من خارج الوطن.

✓ الرعاية التي تشمل رعاية الأمومة و الطفولة و رعاية العجزة (الشيخوخة) و الكهول.

✓ الإرشاد الصحي و التعليم و الذي يشمل الاستشارات الطبية لدى المواطنين، و حملات التوعية و التطعيم لدى الأطفال ضد الأمراض الوبائية، و حملات التوعية الوبائية لمنطقة معينة، و التعليم و التدريب و البحوث.

✓ خدمات الفنادق و الاستجمام.

✓ الخدمات الإدارية و الخدمات الأخرى.⁷

2- طرق تسعير الخدمات الصحية:

إن عملية تسعير الخدمات الصحية تختلف من منظمة إلى أخرى، حيث تحدد معظم المنظمات التي تهدف إلى ربح أسعار خدماتها، وفق تكلفة كل خدمة مضاف إليها هامش الربح، بينما المنظمات التي لا تهدف إلى الربح، كما هو

⁶ ردينة عثمان يوسف، المرجع السابق، ص 95

⁷ ردينة عثمان يوسف، المرجع السابق، ص 102

معمول به في المستشفيات و المراكز الصحية في الجزائر و التي تسعى إلى تغطية التكاليف الكلية للخدمات الصحية المقدمة للجمهور، بهدف الحفاظ على صحته، فهي تعمل على إشباع رغبات الزبائن و احتياجاتهم. و نشير في هذا الصدد أن هناك بعض الخواص المميزة في تسويق الخدمة، و التي ترتبط بعملية التسعير:

✓ أن الخدمات تختلف باختلاف المستفيد منها، كالتشخيص الذي يجريه الطبيب على المريض يختلف باختلاف الحالة المرضية.

✓ التمييز في التسعير بين الخدمات التي يقبل عليها المستفيد، سواء تلك المتعلقة بالعلاج الدوري من الامراض أو تشخيص الاصابة بالمرض.

و تستخدم المنظمات الصحية عدة طرق في تحديد أسعار خدماتها منها⁸.

1-2 التسعير على أساس التكلفة

تعتمد هذه الطريقة على عنصر التكلفة كأساس لتحديد السعر، و هي السائدة في قطاع الخدمات الصحية و كثيرة الاستعمال، نظرا لما تمتاز به من سهولة في التطبيق، حيث تبدأ بتحديد تكلفة تقديم الخدمة ثم المصاريف الادارية للحصول على التكلفة الاجمالية، مضافا إليها معدل من الربح، و هذا يتحدد تبعا لظروف السوق ليصبح: سعر البيع = التكاليف الكلية + هامش الربح.

السعر = تكلفة الانتاج + تكلفة التسويق + التكلفة الادارية + هامش من الربح.

✓ يكون ارتباط السعر بالتكلفة يسهل عملية التسعير إلى حد كبير، و أن قياس السعر بحالات الطلب يتطلب التعديل المستمر في السعر تبعا للتغيير في الطلب.

✓ الشعور بأن الاسعار على أساس التكلفة تكون عادلة و منصفة، بالنسبة لمقدم الخدمة الصحية و المستفيد منها في آن واحد، و لا توجد هناك محاولة لاستغلال المستفيد خاصة في الحالات المرضية المفاجئة التي تحدث في أوقات غير مناسبة، فتجد مقدم الخدمة يقوم بالعلاج اللازم دون اللجوء إلى المساومات حول السعر، كما هو موجود في بعض العيادات الخاصة خاصة في الليل.

✓ استخدام طريقة الاسعار على أساس التكلفة، سيعمل على " تقليل المنافسة السعرية".

✓ أن أسعار الخدمة تتأثر بمدى صعوبة أدائها، فتكلفة الخدمة التي يؤديها الطبيب تعتمد على المهارة في الأداء و المعرفة و الخبرة في التخصص، و هذه العوامل تساعد على ارتفاع تكلفة الخدمة، و من ثم تؤدي إلى ارتفاع أسعار الخدمة.

و من وجهة نظر المنظمات الصحية الهادفة للربح، فإن وضع الأسعار على أساس التكلفة الكلية تحقق لها هدف البقاء، و لكن قد تحتاج إلى توسيع الخدمات، أو تقوم باقتناء معدات تتماشى مع التطور التكنولوجي أو استبدال معدات أصبحت باطلة الاستعمال، وهذا يتطلب أن يوزن الربح كافي لتغطية أو استبدال الموجودات الحالية لتحسين الحالة الصحية للمجتمع.

2-2 التسعير على أساس الطلب

هو أحد الاركان الاساسية ذات الاهمية في تحديد السعر، و الذي يرتبط بالطلب على حجم الخدمة المرغوب فيها بسعر معين، و هنا نميز بين نوعين من التسعير على أساس قدرة المستفيد، و الآخر على أساس نوعية الطلب.

⁸ جيلالي أمير، محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظومة الاستشفائية الجزائرية، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الاقتصادية و علوم التسيير، جامعة الجزائر، 2009، ص81.

2-2-1 التسعير على أساس قدرة المستفيد

باعتبار أن المستفيد لا تهمة تكلفة الخدمة الصحية المقدم له، بقدر ما تهمة الخدمة في حد ذاتها لكونه له القدرة على دفع سعر الخدمة، لكن هناك العديد من المستفيدين في المناطق الريفية ذوي الدخل المحدود أو المعدوم غير قادرين على دفع المصاريف الصحية، و هنا يأتي دور المنظمات الصحية التي لا تهدف إلى الربح، بإيصال خدماتها الصحية إلى الجمهور مجاناً أو بأسعار رمزية، كما هو في الجزائر، إلا أن أصحاب الدخل المرتفعة أو أصحاب المهن الحرة الذين لديهم القدرة على الدفع لهم الاختيار للاستفادة من المستشفيات الجامعية لخدماتها، عن طريق دفع تكلفة العلاج أو الالتحاق بالعيادات الخاصة.

2-2-2 التسعير على أساس نوعية الطلب

يقوم هذا التسعير بطريقة التمييز في الأسعار، و يعني ذلك أن تقديم الخدمات الصحية يمكن أن تكون بأكثر من سعر لها و تعتمد على الأسس التالية:⁹

- المكان الذي يلعب دوراً كبيراً في تحديد الأسعار، المختلفة لخدمة صحية معينة، كالقيام بالتحاليل و الكشف تختلف أسعارها من مكان لآخر.
- الخدمة: تحديد الأسعار المختلفة لخدمة صحية معينة، بسبب وجود اختلافات طفيفة لتلك الخدمات كاستخدام أسلوب التمييز السعري في تسعير العمليات الجراحية في جمهورية مصر العربية.
- العمليات الجراحية التي تحتاج إلى مهارة فنية، كجراحة المخ و النخاع الشوكي، جراحة القلب، جراحة العمود الفقري، أو زرع القرنية و الكلى.
- العمليات الجراحية الكبرى كجراحة المرارة، العمليات القيصرية أورام الحنجرة، استئصال جذري للثدي تثبيت العمود الفقري بالصفائح.
- العمليات الجراحية الصغرى كتصليح كسور بسيطة أو استئصال أورام جلدية.
- العمليات الجراحية المتوسطة كاستئصال الزائدة الدودية، تثبيت الرجم.
- العمليات الجراحية البسيطة مثل: الختان للأطفال.

2-2-3 التسعير على أساس المنافسة

تقوم المنظمات الصحية بوضع أسعارها وفق الاسعار التي يفرضها المنافسون أي وفق بيئة يشهد فيها التنافس، و التي تظهر فيها المنظمات الصحية بمختلف أنواعها، سواء في القطاع العام و الخاص، و التي تعمل جنباً إلى جنب في وضع سياسات تسعيرية متشابهة، و باستخدام هذه الطريقة تعمل المستشفيات على تثبيت أسعارها، في مستوى أسعار المنظمات التي تقدم نفس الخدمة، و تنفيذ هذه الطريقة يتطلب من المستشفى الحصول على المعلومات حول أسعار المنافسين.

إن الصفة المميزة في المنظمة الصحية وفق هذه الطريقة، لا تبحث عن إقامة علاقة دائمة بين الأسعار و التكاليف و الطلب، لكون التكلفة و الطلب يتغيران، و بالتالي أي تغيير يحدث في كل من التكلفة أو الطلب سيؤثر على

تحديد الأسعار، لكن في ظل المنافسة تحاول المنظمة الحفاظ على أسعارها، إن طرق التسعير على أساس هذه الطريقة يعتمد على:¹⁰

✓ **السعر السائد:** هو أكثر الأنواع شيوعاً و الذي تحاول المنظمة الصحية أن يبقى سعره في مستوى المعدل، الذي تقرضه المنافسة، و يسمى بالسعر السائد.

- تكون الأسعار صعبة القياس، و يكون السائد هو المعيار الذي ينجم عنه عائد عادل.
- الاستناد إلى السعر السائد تؤدي إلى أقل خلل في انسجام الخدمات الصحية.
- صعوبة معرفة التفاعل بين المشتري و المنافس إزاء اختلاف الأسعار، و لكن هذه الطريقة في التسعير لها انتقادات بالرغم من الفوائد التي تعود على المرضى.
- كون المستشفيات تختلف في الخدمات و البرامج المقدمة، و الذي تلجأ إليه المنظمة الصحية لتبقى داخل المنافسة، فقد تتوقف خدماتها و تسبب معاناة للمرضى بسبب عدم تغطيتها للتكاليف.

✓ **السعر المرجعي:** هو السعر القياسي الذي عن طريقه يحدد المستهلكون أسعار الخدمات التي يهتمون بها، و يستخدم هذا السعر لدراسة استجابة المستهلكين للتغيير في الأسعار، كعنصر أساسي و الذي يتضمن المقارنة بين:

- السعر المرجعي المقارن بأسعار المنتجات الأخرى.
- السعر المرجعي الزمني و هو المقارنة بين أسعار الخدمات الحالية، و أسعار الخدمات السابقة لنفس الخدمات، و لكي تتم عملية الشراء يتطلب من المستهلكين، توفر المعلومات عن السعر و هذه المعلومات تكون ناتجة عن بحث فعال أو تذكر لأسعار معينة، و هي تتطلب المقارنة بين الأسعار الحالية و السابقة، كما أن هذه المقارنة يمكن أن تكون بين الأسعار الحالية و الأنواع المختلفة أثناء عملية الشراء.

2-2-4 مجالات أخرى في تسعير المنتجات الصحية

هناك عدة مجالات ترتبط بالتسعير و التي يمكن الاستفادة منها:¹¹

- ✓ **أسعار مرتبطة بالعوامل النفسية:** أي لها تأثير نفسي على الشخص و منها:
- الأسعار السيكولوجية والتي يفترض أن تخلق استجابة للخدمة نتيجة ردود فعل عاطفية.
- الأسعار المعتادة و التي يتوقع المستفيد مقابل الاستفادة من الخدمة كأن يدفع 50 دج للفحص على مستوى الطب العام بالمركز الصحي أو يدفع 100 دج للفحص لدى الأخصائي.
- الأسعار الكسرية التي تتبع من فكرة التأثير النفسي، و تستخدم في الخدمات المساعدة كالأدوية و غيرها .
- الأسعار المظهرية و التي تعني بأن السعر الأعلى هو الذي يجذب المستفيد و إقناعه من تحقيق خدمة أفضل و يشعر بتقدير الآخرين، حيث يفضل المريض دفع 100 أو 800 إلى 1200 دج للفحص في عيادة خاصة، في حين يمكن أن يتلقى العلاج من نفس الطبيب في المستشفى مجاناً.
- ✓ **أسعار الخصم:** و هي تعني الخصم المرتبط بالموقع الجغرافي للمستفيد، حتى يتلاءم السعر مع احتياجاته و طبيعة الخدمات التي تقدمها منها:

¹⁰ جيلالي أمير، المرجع السابق، ص 84.

¹¹ جيلالي أمير، المرجع السابق، ص 85.

- السعر الموحد و هو يعني لا يوجد اختلاف في الأسعار لجميع المنظمات الصحية في جميع المناطق بالنسبة للوطن.
- السعر غير الموحد: و هو السعر الذي يختلف من منطقة إلى أخرى.
- ✓ **مجالات مرتبطة بنوع الخدمة:** و هنا يمكن تسعير كل خدمة تقدم للمريض على انفراد، أي تحدد فيها أسعار العمليات الجراحية بأنواعها، و سعر التخدير و التضميد، و سعر العلاج، الفحوصات و التحاليل.
- **تسعير الأدوية:** تعتبر الأدوية من المنتجات المكملة للخدمات الصحية، حيث يتم تسعيرها بطريقتين:
 - الأدوية المنتجة محليا و هي تسعر على أساس التكلفة و يضاف إليها هامش الربح.
 - الأدوية المستوردة و هي تسعر على أساس: سعر الشراء + نفقات التسويق + الرسوم الجمركية + هامش من الربح.
- **أسعار الفندقة (الإقامة) بالمستشفى:** تحدد أسعار الإقامة بالمستشفيات على أساس سعر العلاج المتخصص لليوم أي بـ 100 دج لفترة الإقامة الواحدة و هذا يخص المستشفيات العمومية في الجزائر، أما في القطاع الخاص فهي تفوق بالكثير.

- **تسعير التجهيزات الطبية:** حيث تحدد أسعار التجهيزات الطبية على أساس التكلفة، مضافا إليها هامش الربح، ولكن المستشفيات التي لا تهدف إلى الربح، فإنها تدخل ضمن تكلفة الخدمة ككل وبعض الأحيان يتحمل المستشفى تكلفة التجهيزات أو يتحملها المستفيد أو جزء منها.
- **تسعير المجموعة:** بما أن المنظمة الصحية تقدم مجموعة من الخدمات، نجد المستفيد يطلبها بسعر واحد، أي يقوم باقتناء مجموعة الخدمات كوحدة واحدة، مثلا يطلب المستفيد الفحص و التحليل و الكشف بالأشعة بسعر واحد، بدلا من كل خدمة لها سعر معين، و هذه الطريقة يمكن أن توفر على المستفيد كثرة العناء و التكاليف، بحيث أسعار هذه الخدمات جميعها يقل عن مجموع أسعار لكل خدمة لوحدها.
- ✓ **مجالات مرتبطة بتدخل الدولة:** تحدد المنظمات الصحية في الجزائر أسعار الخدمات التابعة لوزارة الصحة، بالنسبة للطبقة الاجتماعية المعوزة، و التي يكون فيها العلاج مجانا بالإضافة للاستفادة من دفتر أو ما يسمى حاليا ببطاقة الشفاء لاقتناء الأدوية مجانا من الصيدليات المتعاقدة مع الضمان الاجتماعي.

2-2-5 تسعير الخدمات الجديدة

- إن أهم القرارات التي تواجهها أي منظمة، هو تحديد السعر لما له من أهمية في قرار المستهلكين، و تزداد هذه الأهمية، خاصة إذا كان المنتج جديد أو وجود سوق جديدة، إن تحديد سعر الخدمة الصحية الجديدة هي من أكثر المشاكل التسعيرية إثارة، و التي تكون أسعارها على ضوء معلومات قليلة عن الطلب، التكلفة، المنظمات المنافسة، و قد تؤثر هذه العوامل على فرص النجاح لتلك الأسعار، إن تسعير الخدمة الجديدة يتناول معرفة حساسية السعر للطلب و تكلفة الإنتاج، أي البحث عن الفوائد التي يدركها المريض من هذه الأسعار، مقارنة بالتكاليف التي يتحملها و مقارنتها بالخدمات الأخرى، حيث يتم أن تحديد أسعار الخدمات الجديدة يمر بعدة خطوات أهمها:
- ✓ **تحديد أهداف التسعير:** تختلف من مستشفى إلى آخر و التي تتراوح بين البقاء و الاحتفاظ، بنفس السعر الحالي من أجل زيادة الحصة السوقية و بالتالي تعظيم الربح.

✓ **تحديد الطلب:** السعر الذي يحدده المستشفى للخدمات التي يقدمها، لها أثر على مستوى الطلب حيث أن أي تغير في الأسعار يؤدي إلى التغير في الكمية المطلوبة، أي أن العلاقة بين السعر و الطلب علاقة عكسية في ظل الأوضاع العادية، أي أن الزيادة في السعر تؤدي إلى الانخفاض في الطلب، و العكس صحيح و لكن حتى يتحقق ذلك يتطلب ثبات العوامل المرتبطة بالمستهلك في قدرته الشرائية، رغباته و أدواقه مع ثبات العوامل المتعلقة بعناصر المزيج التسويقي.¹²

✓ **تقدير التكاليف و الإيرادات:** تعتبر التكاليف القاعدة التي يعتمد عليها في تسعير المنتجات على المدى القصير، أما بالنسبة للإيرادات و التي تم مجموع إدخلات المستشفى من المبالغ نتيجة الخدمات المقدمة، حيث جزء منها يذهب لتغطية التكاليف و الباقي يمثل ربحا.

✓ **تحليل الأسعار:** جوهر الأسعار يتناول تحليل الطلب و تحليل التكلفة و الإيرادات لمعرفة الحد الأدنى و الأعلى للسعر، و يكون تحليل السعر المنافس يساعد على اختيار السعر المناسب.

✓ **اختيار السياسة السعرية:** عند تحديد السياسات السعرية يتطلب مراعاة عدة عوامل أهمها:

• مراعاة الظروف الاقتصادية.

• القدرة على التعامل مع الخدمات الجديدة.

• التقيد بالتعليمات الرسمية.

✓ **اختيار طريقة التسعير:** و هي الطريقة التي تتحقق من خلالها أهداف المنظمة الصحية، و الانسجام مع سياساتها التسعيرية، فقد يقع السعر الذي تعتمد المنظمة بين سعرين، أحدهما منخفض و لا يتوقع تحقيق أرباح، و الثاني بسعر مرتفع و لا يرتقب تحقيق مبيعات، فعلى العموم هناك طريقتين لتحديد أسعار المنتجات الجديدة و هما:

• طريقة التسعير بالتغلغل في السوق أي تحدد أسعار منخفضة نسبيا.

• طريقة التسعير بالقسط في السوق أي تحدد أسعار عالية نسبيا.

و من أمثلة المنتجات الجديدة سواء تعلق الأمر، بطب الأسنان في زراعة الأسنان و تسعيرها يستهدف بشكل خاص الزبائن ذوي الدخل المرتفع، الذين يبحثون عن تعويض الأسنان المفقودة.¹³

المطلب الثالث: تقديم النظام الصحي في الجزائر

تعتبر الصحة إلى جانب كونها حق عالمي أساسي، موردا بالغ الأهمية لتحقيق التنمية الاجتماعية و الاقتصادية و الشخصية، و في هذا الإطار حاولت الجزائر منذ الاستقلال توفير حاجيات المجتمع في مجال الصحة توفيراً كاملاً و منسجماً و موحداً في إطار الميثاق الصحي، الذي يشكل التصميم التوجيهي للمنظومة الوطنية للصحة، حيث تتميز هذه الأخيرة بسيطرة القطاع العمومي الذي يعد الإطار الأساسي الذي يوفر العلاج، من خلال محاولة تسخير جميع الوسائل الكفيلة بحماية الصحة و ترقيتها في ظل قيود محددة.

1- التطور التاريخي للنظام الصحي في الجزائر

من خلال هذا العنصر نحاول أن نعرض على المراحل المختلفة، التي مر بها النظام الصحي في الجزائر منذ الاستقلال و حتى بداية الألفية الثالثة، سواء في تنظيم العلاجات أو توزيعها، و من الظاهر أن غداة الاستقلال كان

¹² جيلالي أمير، المرجع السابق، ص86.

¹³ جيلالي أمير، المرجع السابق، ص87.

التركيز على سياسة وطنية للصحة لتحديد الأولويات بهدف القضاء على الأمراض المعدية المنتشرة، و العمل على تعميم العلاج الوقائي من خلال التلقيح للأطفال، و حماية الأمومة و الطفولة، و النظافة المدرسية و طب الشغل، و من هنا يمكننا التطرق إلى ثلاثة مراحل أساسية كما يلي:¹⁴

المرحلة الأولى: 1963-1973

كانت الجزائر غداة الاستقلال، تملك 5000 طبيب (50% منهم جزائريين) من أجل تغطية الحاجات الصحية للسكان، الذين يبلغ عددهم آنذاك حوالي 10,5 مليون نسمة، و كانت المؤشرات الصحية في هذه الفترة تتميز بمعدل وفيات مرتفع لدى الأطفال حيث تجاوز (180 طفل لكل 1000 نسمة)، و معدل توقع الحياة لا يصل إلى 50 سنة، بالإضافة إلى انتشار الأمراض المنقولة، كل هذه الظروف كانت السبب الرئيسي في الوفاة و الإعاقة، و لمواجهة هذه الوضعية في ظل الموارد المحدودة المتوفرة في تلك الفترة، إلا أن وزارة الصحة ركزت على هدفين أساسيين هما:

- العمل على تحقيق المساواة في مجال توزيع الطاقم الطبي (العمومي والخاص) من أجل تسهيل الحصول على العلاج.
 - مكافحة الأمراض و التقليل من الوفاة، و خاصة الأمراض المتنتقلة منها.
- و ما يلاحظ في هذه الفترة التي تميزت بوضع العديد من برامج الصحة، الموجهة من أجل حماية طبقة السكان المحرومين، و ضمان الوقاية من الأمراض المستعصية و المعدية، من خلال فرض التطعيم الإجباري لكل الأطفال، و في نفس الفترة كان الإنتاج الصيدلاني يقوم على أساس الاستيراد و التوزيع بالجملة مضمونا من طرف الصيدلية المركزية الجزائرية (PCA) على الخصوص.

المرحلة الثانية: 1974-1989

- تميزت هذه المرحلة باستحداث ثلاثة مستويات للسياسة الصحية و هي:
- تقرير مجانية العلاج في الهياكل الصحية العمومية انطلاقا من بداية جانفي 1974، مما يسمح بتعميم الحصول على الخدمات الصحية من طرف المواطنين.
 - إصلاح النظام التربوي و بالخصوص الدراسات الطبية، و يشمل ذلك تحسين جودة التعليم و تدعيم التأطير، مما سمح بوجود عدد كبير من الممارسين الطبيين في كل التخصصات.
 - إنشاء القطاع الصحي، و يعد حجر الزاوية لتنظيم النظام الوطني للصحة، والذي ارتبطت به كل وحدات العلاج الأساسية، كما تميزت هذه المرحلة كذلك بـ:
 - إنجاز عدد كبير من الهياكل الصحية، خاصة المستشفيات العامة والهياكل الأخرى (العيادات المتعددة الاختصاصات والمراكز الصحية) من أجل زيادة التغطية الصحية في الوطن.
 - تشييد 13 مركز استشفائي جامعي مكلف بثلاثة أدوار هي: العلاج، التكوين، و البحث.

وفيما يخص المؤشرات الصحية التي سجلت تراجع في معدلات الوفيات، وهذا راجع بطبيعة الحال إلى التحسن في مستوى معيشة السكان من جهة، وإلى وضع البرامج الوطنية للصحة حيز التطبيق (محاربة مرض السل، سوء التغذية، وفاة الأطفال، البرنامج الموسع للتطعيم...) من جهة أخرى بالإضافة إلى ذلك القيام بمجموعة من

النشاطات هدفها التحكم في الخصوبة وتدعيم النمو الديمغرافي كما لوحظ تراجع ملحوظ في بعض الأمراض المتنتقلة.

المرحلة الثالثة: 1990-2001

تميزت هذه المرحلة بتراكم المشاكل، و التي تطورت منذ نهاية الثمانينات، و التي أدت إلى إعادة هيكلة تدريجية للنظام الصحي، رغم إدخال مسار التكيف مع التطور الاجتماعي و الاقتصادي للوطن، و ترجم هذا الأخير بما يلي:

✓ مشروع الجهوية الصحية، و الذي شرع فيه في الثمانينات، كإطار للوساطة و التحكم لتجسيد القطاعية اللامركزية و تحقيق تنمية اجتماعية و صحية متوازنة على المستوى المؤسسي، تركزت الجهوية على المجلس الجهوي للصحة (هيئة تنسيق) و على المرصد الجهوي للصحة، لكن الجهوية للصحة لم تتمكن من الاستجابة للمهام التي أسندت لها، نظرا لأن إطارها القانوني و التنظيمي يحد من صلاحياتها في بعض التوجيهات فهي أكثر استشارية منها قرارية.

✓ إنشاء ووضع حيز التطبيق هيكل الدعم لنشاط وزارة الصحة، و التي تمثلت فيما يلي:

• المخبر الوطني لمراقبة المنتجات الصيدلانية [LNCPP]: مكلف بالمراقبة القبلية لكل دواء قبل إدخاله إلى السوق.

• الصيدلية المركزية للمستشفيات [PCH]: و هي مكلفة بضمان تموين الهياكل الصحية العمومية بالمنتجات الصيدلانية (1994).

• الوكالة الوطنية للدم [ANS]: و هي مكلفة بوضع السياسة الوطنية للدم (1995).

• الوكالة الوطنية للتوثيق الصحي [ANDS]: مهمتها تطوير التوثيق و المعلومات و الاتصال.

• المركز الوطني لليقظة الصيدلانية و يقظة العتاد [CNPM]: و هو مكلف بمراقبة الآثار المترتبة عن استهلاك الأدوية و استعمال المعدات الطبية.¹⁵

2- تنظيم النظام الصحي في الجزائر

✓ **المستوى المركزي:** تشمل الوزارة عشر (10) وحدات مؤسسة عن طريق مرسوم و منسقة عن طريق الأمين العام إضافة إلى ذلك توجد لجان وطنية و أخرى قطاعية، تستمد سلطتها مباشرة من الوزارة المكلفة بالصحة و السكان، حيث تقوم هذه اللجان بالفحص، كما أنها تلعب في الغالب دورا مهما في تنمية و متابعة و تقييم البرامج الوطنية للصحة، و في المقابل توجد عشر (10) هيئات تحت وصاية الوزارة و مسيرة من طرف مجالس الإدارة.

✓ **المستوى الجهوي:** من أجل تحقيق التناسب بين عرض العلاج و احتياجات السكان، و ضمان مبدأ المساواة و العدالة في مجال الاستفادة من العلاج، أسست الجهوية الصحية سنة 1995، و يعتبر المجلس الجهوي للصحة هيئة تتكون من عدة قطاعات مهمتها الفحص، مكلفة بتدعيم التشاور بين المتدخلين و المجتمع المدني فيما يتعلق بالتوجهات الاستراتيجية، اتخاذ القرار، و على الخصوص تجنيد (تخصيص) الموارد، و على المستوى القانوني و الوظيفي، يمكن اعتبار (المراقبين الجهويين للصحة كملحقات للمعهد الوطني للصحة العمومية تمارس مهمة خاصة مرتبطة بالمعلومات الصحية حيث توجد خمس مناطق صحية، منطقة الوسط

تضم 11 ولاية، و منطقة الشرق تضم 14 ولاية، أما منطقة الغرب فهي تضم 11 ولاية، و منطقة الجنوب تنقسم إلى قسمين، منطقة الجنوب الشرقي التي تضم 07 ولايات، و منطقة الجنوب الغربي تضم 05 ولايات، و الجدير بالإشارة أن المستوى الجهوي يبقى افتراضي، حيث لا توجد استقلالية مالية على مستوى المنطقة، و تبقى غير محددة بصورة جيدة على مستوى الهيكل القانوني.

✓ **المستوى الولائي:** بما أن الجزائر تنقسم إداريا إلى 48 ولاية، فلكل منها مديرية للصحة و السكان طبقا للمرسوم التنفيذي رقم 97-261 المؤرخ في 14 جويلية 1997، المتعلق بتحديد القواعد التنظيمية و تشغيل مديريات الصحة و السكان و الوارد بالجريدة الرسمية رقم 47، حيث تتمثل مهامها في جمع و تحليل المعلومات الصحية، و وضع حيز التطبيق البرامج القطاعية للنشاط الصحي و تقييمها، فمديرية الصحة و السكان مهمتها القيام بتنسيق نشاطات المنشآت و الهياكل الصحية كما تمارس وصايتها و مراقبتها على هياكل القطاع الخاص (مكاتب طبية، صيدليات مخابر التحليل و الأشعة، عيادات خاصة....) إلى جانب المنشآت الصحية العمومية أهمها:¹⁶

- **المؤسسات الاستشفائية المتخصصة (EHS):** يدير المؤسسة الاستشفائية المتخصصة مجلس إدارة، و يسيروها مدير، و هي مزودة بجهاز استشاري يسمى المجلس الطبي، و هي تضم في طياتها على مستشفيات الأمراض العقلية، و المستشفيات المتخصصة (أمراض القلب، جراحة الأعصاب، الأمراض المعدية،.....).
- **المؤسسات الاستشفائية العمومية (EPH):** يديرها مجلس إدارة، و يسيروها مدير، و هي مزودة بجهاز استشاري يسمى المجلس الطبي.¹⁷
- **المؤسسات العمومية للصحة الجوارية (EPSP):** يديرها مجلس إدارة، و يسيروها مدير، و هي مزودة بجهاز استشاري يسمى المجلس الطبي، تشمل مصلحة وبائية و طب وقائي مكلفة بجمع المعلومات الوبائية، و تقويم البرامج الوطنية على مستوى القطاع الصحي.
- **المراكز الاستشفائية الجامعية:** مكلفة بالعلاج، التكوين و البحث، لا يمكن الاستغناء عن هذا القطاع في كل سياسة لحماية الصحة و ترقيتها.
- **القطاع الخاص:** يعتبر مكمل للقطاع العام ولا يمكن الاستغناء عنه.

المبحث الثاني: أنظمة التمويل الصحي و كيفية تقييمها

إن وظيفة التمويل تكتسي أهمية بالغة داخل المؤسسة الصحية، لأنه على أساسها تحدد أداء وفعالية الوظائف الأخرى الممولة لها، و تظهر الحاجة للتمويل نتيجة العجز الملاحظ على مستوى الفروع المشكلة للمؤسسة، مما يستجوب اختيار طرق التمويل الأنجع واستغلال المصادر المتاحة من أجل تحسين الأداء.

المطلب الأول: مفاهيم عامة حول التمويل الصحي

1- مفهوم التمويل

يعرف على أنه البحث عن الطرق المناسبة للحصول على الأموال، والاختيار بين تلك الطرق للحصول على المزيج الأفضل بينها بشكل يناسب كمية و نوعية احتياجات و التزامات المؤسسة، وهي توضح مسألة انتقال رؤوس الأموال

¹⁶ حاروش نور الدين، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، الطبعة 1، دار كتامة، الجزائر، 2008، ص26

¹⁷ المرسوم التنفيذي رقم 07-140- المؤرخ في 19 ماي 2007، المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية و تنظيمها و سيرها .

من أماكن وفرتها إلى أماكن ندرتها وتتم هذه العملية من خلال مجموعة من الوسطاء الماليين سواء أكان ذلك عن طريق بنوك أو شركات تأمين أو صناديق ادخار وأسواق المال إلى غير ذلك، ويعد التمويل أحد مجالات المعرفة، ويتكون من مجموعة من الحقائق والأسس العلمية والنظريات التي تتعلق بالحصول على الأموال من مصادرها وحسن استغلالها في مؤسسات الأعمال والحكومات.¹⁸

2- أهداف وظيفة التمويل الصحي

تسعى وظيفة التمويل إلى تحقيق العديد من الأهداف أهمها:

- ✓ خدمة السياسة العامة للمؤسسة الصحية، بتمويلها لوظائفها الأخرى بالوسائل الضرورية التي تحتاجها لبلوغ الأهداف الخاصة والعامة المخطط لها.
- ✓ التدخل بشكل مباشر أو غير مباشر لجمع الأموال الضرورية لكل سياسة تنتهجها المؤسسة.
- ✓ تضمن اتحاد العوامل الفعالة لتحقيق مردودية أكبر.
- ✓ تقوم بدور المراقبة، أي التأكد من أن الأهداف الموضوعية في البداية يمكن الوصول إليها عن طريق الوسائل المناسبة (التشخيص، قياس الفروقات في تقرير الأهداف وجدول الانحراف)، وهذا بإمكانيته زيادة فعالية المؤسسة.

3- طرق الدفع

3-1 نظام سعر اليوم: يعرف بكونه التكلفة المتوسطة اليومية المفوترة للمريض أو الصندوق لكل يوم تم مكوثه في المستشفى، ونظام سعر اليوم لا يمثل إلا شكل بعيد عن التكاليف الحقيقية للعلاج وكانت عدة انتقادات لهذا النظام منها أن تكاليف الإقامة تختلف كثيرا من مريض لآخر حسب مرضه وأدويته (مريض خضع لجراحة أم لا، حدث له تعقيدات أم لا، مسن أو شاب...)، بالإضافة بأن المريض في المستشفى لا يستهلك نفس قيمة العلاج كل يوم من استشفائه إلى جانب هذا بما أن مواد المستشفى تتعلق بعدد الأيام المحققة، فالمصالح تميل إلى إبقاء المرضى في أسرتهم أكثر مما تتطلبه حالتهم الصحية مما يعطي لهذا النظام للدفع طابع ضمني، و بالتالي يتولد عن هذا النظام تكاليف إضافية لا تشجع على الاقتصاد والتحكم في النفقات.

من جهة أخرى فهذا النظام للدفع يتم على أساس السعر المتوسط ليوم استشفائي تبعا لنوع الهيئة ومجموعة من الاختصاصات المتناسقة (الطبية، الجراحية، النفسية، الاختصاصات الثقيلة والمكلفة والأمومة) حسب دليل منهجي يبين تكاليف بطريقة فرعية متناسقة على مستوى الهيئات الصحية، يهدف هذا الإجراء خاصة لمعرفة توزيع النفقات على مستوى الهيئات الصحية وكذلك التعديلات التي يمكن إضافتها لتحديد التكلفة المتوسطة ليوم علاجي والمدة المتوسطة للإقامة من جهة أخرى.

فضرورة التقييم الدوري لهذه الطريقة للدفع تمكن من معرفة أكثر وتقيس مجموعة الهيئات العمومية للصحة، تحدد المدة المتوسطة للإقامة بمنح هذا العامل أيضا بتقييم فعالية هياكل صحية وإقامة مقارنات بين مختلف هيئات بغرض السعي وراء الفعالية والنجاعة.¹⁹

¹⁸ مقدر طارق اصلاح المنظومة الوطنية للصحة من خلال اعادة النظر في نظام تمويلها، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية و علوم التسيير جامعة الجزائر 2008 ، ص 31

3-2 الميزانية الإجمالية: تشكل اعتمادات إيرادات المستشفى لحساب صناديق التأمين الاجتماعي مبدأ أساسه التحكم في الإيرادات الاستشفائية لاحتواء النفقات، بالتالي فكل مستشفى ملزم بعدم تخطي الاعتمادات التي منحت له، ميزة هذا النظام للدفع أنه يشجع مسيري المستشفيات على مكافحة التبذير واختيار التقنيات التي تتميز بعلاقة إيجابية بين التكلفة والفعالية، رغم ذلك فهذه الطريقة ليست مثالية بل لها عدة حدود مثل:

- استحالة المصادقية في التوقعات في مجال الطب الصحي.
- تجميد تنمية التطوير الطبي في المستشفى، فكون الطرف المالي لا يزيد تبعا للسعر وهو ما يجبر المستشفيات على التخلي عن التطور التكنولوجي.

3-3 تعريف العمل: تمثل أساس الدفع لعمل محترفي الصحة في القطاع الخاص تسمح بفضل تحديد الأسعار من تنسيق الخدمات المقدمة، إن العمل بالتعريف يتطلب تعيين متكرر للأسعار المحددة ومتابعة صارمة لهياكل النفقات.

3-4 الدفع الجزافي حسب المرضى: هو منح ميزانية لكل مريض معالج وهو ما يتطلب التحكم المسبق في مجموع تكاليف كل المرضى، هذه طريقة تستدعي وقت أكثر لتحقيقها، فهي تتطلب اللجوء لعمل الخبراء الذي يجب أن يخرج بإتفاق علاجي لكل المرضى، حيث أن طريقة التمويل هذه تتم على أساس حسابي بناء على مراجع طبية في اتفاقية مؤسسة المعدة على شروط علمية ومهنية موضوعية و المخطط التشخيصي والعلاجي المحدد من طرف مجموعات الخبراء يخصص لتقييم الأسعار الجزافية لكل مريض، مضافا لها مصاريف الإقامة والإطعام.

4- الوحدات الاقتصادية وحاجاتها للتمويل

تتبع الحاجة للتمويل من كل القطاعات غير المالية، أي من المؤسسات العامة والخاصة، من العائلات أو الخواص، من الدولة أو من الخارج.²⁰

4-1 المؤسسة: تحتاج المؤسسة إلى موارد مالية مختلفة للحصول على التجهيزات الضرورية (أراضي، معدات، مباني) من أجل مواكبة التطور الصناعي والتجاري، كما تقوم المؤسسة بمجموعة من النشاطات (الإنتاج، البيع) والذي ينشأ عنها حقوقا والتزامات، إلا أن توازن دخول الأموال وخروجها لا يحدث دوما لذلك تحتاج المؤسسة إلى مساعدات من أجل تغطية اختلالاتها المؤقتة منها و الدائمة.

4-2 الخواص: تنشأ الحاجة لديهم إلى المال بسبب الفرق الموجود بين مستوى مداخيلهم ومستوى المصاريف التي يجب أن يقوموا بها وتتبع الحاجة من:

- صعوبات مؤقتة في السيولة.
 - ضرورة تسديد مصاريف استثنائية.
 - الرغبة في اقتناء أو استبدال المعدات.
 - الرغبة في الحصول على الملكية، أي تحقيق استثمار عقاري.
- عند تحقيق مثل هذه الرغبات يستلزم إمكانية حقيقة للادخار، والذي يدرس من حيث المدة والاستقرار الرأسمال الكافي.

3-4 الدولة: من الواضح أن النمو الاقتصادي للدولة و بقاء المؤسسة ذاتها في ميدان الأعمال، يتوقفان على كفاءة أداء الوظيفة المالية، مما يسمح بمواجهة تلك التحديات، وحاجة الدولة للتمويل تتجزأ إلى نقاط يمكن تلخيصها في:

- عجز ميزانية الدولة.
- عجز الأنظمة الاجتماعية للضمان الاجتماعي.
- حاجة الجماعات المحلية إلى القروض من أجل الاستثمار.
- حاجة المؤسسات العامة (زيادة نفقات المؤسسات الصحية...) إلى الموارد المالية لمعالجة عجزها في الاستغلال و الاستثمار.
- حاجات أخرى لم تقدر على تغطيتها إعانات الدولة.

4-4 الخارج: تقدم الدولة المتطورة إلى الدولة النامية أموالاً لآجال قصيرة أو طويلة في شكل قروض أو هبات أو استثمارات مباشرة في مؤسسات تجارية أو صناعية أو شراء قيم منقولة، ويعد خروج رؤوس الأموال في هذه الحالة إعانة تحسب في تعداد الحاجة العامة للتمويل.

المطلب الثاني: تقييم طرق تمويل الصحة

1-5 مستويات تحليل نظام تمويل الصحة: إن ندرة الموارد تعد أهم مشكل يعاني منه اقتصاد الصحة إذا ما قورن بالحاجات الجماعية المتزايدة، و هنا ظهرت الحاجة لاستخدام التحليل الاقتصادي الذي يسمح بإيجاد بدائل لطرق التمويل الحالية بهدف الاستغلال الأمثل للموارد، وتقسم مستويات التحليل إلى أقسام ثلاثة:

✓ **مستوى الاقتصاد الكلي:** في هذا المستوى تتم دراسة النفقات على المستوى الجهوي والوطني، كتقدير النفقات الوطنية للصحة بالنسبة للنتاج المحلي الخام PIB.

✓ **مستوى الاقتصاد الداخلي:** تدرس تمويل الصحة على مستوى القطاع في حد ذاته، ما هي مصادر النظام أو حجم النفقات الداخلية للنظام؟ كنفقات الأفراد بالنسبة لميزانيات المنشآت الصحية وأيضاً ميزانية التجهيز بالنسبة لنفقات الدولة، ونسبة مساهمة الضمان الاجتماعي بطريقة جزافية في تمويل المستشفيات.

✓ **مستوى الاقتصاد الجزئي:** تحدد الحاجة والنفق الفردي للعلاج و نفقات استهلاك الأدوية وحساب تكلفة الوساطة الطبية ومجموع تكلفة المريض في الوحدة الصحية.²¹

2-5 معايير تقييم التمويل: إن لطرق التمويل آثار على النظام الصحي، وبهدف تقييم نظام صحي ما يجب الاعتماد على ثلاثة معايير أساسية:

✓ **العدالة:** هي المعيار الأساسي الذي يسمح بتقدير الوصول إلى العلاج، إن المبدأ المحدد للعدالة في نظام الصحة هو صيغة الدفع غير المباشر للنفقات الإجمالية، أما التمويل المباشر هو أكثر تناقص و الذي يعرض المستهلكين لخطر الإنفاق الحالي، فطريقة الدفع غير المباشر هي الأكثر تفضيل من طرف المرضى من الطرق الأخرى، حيث أن إعادة تجميع الدخل بغرض تغطية الخطر المستقبلي لها أهمية كبيرة، وتدخل في

الدفع غير المباشر عدة اعتبارات منها: عدد الصناديق، حجم الصناديق و طريقة الانضمام إليها وكذا المنافسة بين هذه الصناديق كل هذه الميزات تؤثر على العدالة.

ومن هنا نستنتج أن مجانية العلاج والضمان الاجتماعي يضمنان العدالة في الوصول إلى العلاج لمختلف فئات الشعب بمختلف طبقاته، أما الدفع المباشر فيعد عائقاً في الوصول إلى العلاج ويقصي الطبقات الفقيرة والمعوزة.

✓ **الفعالية:** قد ينتج عن أساليب التمويل نتائج تؤثر على الأداء العام للنظام الصحي مما يؤثر على فعاليته وهذا ما نلاحظه في التمويل العام، حيث تسببت العراقيل البيروقراطية في التأثير بشكل واسع على الأداء، وكذلك انعدام الرقابة على استغلال موارده المالية تجعله غير فعال لدرجة كبيرة على عكس نظام التمويل الخاص الذي يكون أكثر فعالية بتجنبه التبذير والإدارة السيئة، أما التمويل عن طريق الضمان الاجتماعي يكون أكثر فعالية إذا تبعه نظام مراقبة دقيق.

✓ **الاستمرارية:** إن أغلب أنظمة التمويل التي تطبق بشكل مستمر ودائم هي التي تتميز بالفعالية نتيجة استقرارها، والأمثلة العالمية تشير أن الدولة النامية لا تكون فيها استمرارية في تطبيق أنظمتها لأنه غالباً ما تظهر فيه أزمات.²²

المطلب الثالث: نماذج من أنظمة التمويل الصحي في العالم

1- نظام التمويل الأمريكي: يرتكز هذا النظام على الحرية التامة للأفراد فيما يختارونه انطلاقاً من تنوع نظم التأمين وتقديم العلاج، أما من حيث الممارسة الطبية فهو يختلف عن نظيره في أوروبا كونه ليس هناك مصالح طبية وطنية مثلما هو الحال في المملكة المتحدة مع تدخل للسلطة الفدرالية في تمويل الصحة في الوقت الراهن، كما يختلف عن مثيله الأوروبي من حيث التأمين على المرضى فليس هناك تأمين على المرضى بالولايات المتحدة في حين أن الاستهلاك الطبي بها يعد من أكبر المعدلات المسجلة في العالم و يتوفر على نوعين من التمويل:²³

1-1 التمويل الخاص: التأمينات الخاصة هي مؤسسات ذات صبغة تجارية وذات هدف ربحي وخدمتها موجهة لتغطية تكاليف المكوث في المستشفى، مصاريف الجراحة، الأعمال الطبية المقدمة في منزل المريض أو في المستشفى ومصاريف التحاليل وقد تتوسع لتشمل خدمات طبية وشبه طبية والأدوية وكذا تعويض الغيابات عن العمل.

1-2 التمويل العمومي: يشمل نوعين من التأمين:

✓ **تغطية المكوث في المستشفى:** المنح تدفع بالتساوي بين الأجير والمستخدم والدولة الفدرالية.

✓ **تأمين المصاريف الطبية الأخرى:** تتحمل فيه الدولة الفيدرالية جزء والجزء الآخر يتحمله العامل الأجير.

كما أن هناك نظام الثاني من التمويل هو عبارة عن برنامج مساعدة طبية موجهة للطبقات ذوي الدخل الضعيف وكل دولة فيدرالية لها الحرية في التفاوض مع السلطات المركزية فيما يخص الإعانات التي يمكن تقديمها للأشخاص القاطنين بها، تتقاسم التمويل فيه كل من الدولة الفيدرالية، الولايات الأخرى الجماعات المحلية بمعدلات مختلفة حسب دخل السكان.

²² مقدر طارق، مرجع سابق، ص 42

²³ جيلالي أمير، تخطيط و تمويل الصحة في الجزائر، رسالة ماجستير، علوم اقتصادية، جامعة الجزائر، 2001، ص 45.

2- نظام التمويل في إنجلترا : من أهم مميزاته هو التدخل الواسع، وأقل تكلفة، ومانح العلاج في إنجلترا هو النظام الوطني للصحة الذي أنشأ سنة 1948 و كل المؤسسات الأخرى مرتبطة به، تسييره وزارة الصحة، إلى جانب تواجد قطاعات خاصة.

و الجدير بالذكر أن المركز الوطني للصحة يقدم خدمات صحية و خدمات الضمان الاجتماعي حيث أن حوالي 70% من النفقات تغطي عن طريق الأجر والضرائب الاجتماعية كما أن معيار الإقليمية وعدد السكان معتمدين في إطار مناطق تضم مقاطعات بحيث أن المؤسسات الصحية في هذه المقاطعات تسيير من طرف وزارة الصحة العمومية.

في هذا النظام مجال اختيار الطبيب محدود لدى المريض ولا يمكنه أن يلجأ إلى الاختصاصي إلا عن طريق موافقة طبيبه الخاص على مستوى مؤسسة المقاطعة، بالمقابل فإن الفحوصات الطبية مجانية، فالمركز الوطني للصحة هو الذي يدفع أجر الطبيب عن طريق قائمة تسجيل خاصة، والطبيب متعاقد مع المركز فهو غير مالك لمرضاه ويتقاضى أجره حسب القائمة ويمكنه المعالجة لحسابه الخاص خارج المركز، وكل المستشفيات تدار على أساس ميزانية الدولة دون استقلالية مالية و لا أثر لسعر اليوم إلا في خدمات العلاج الخارجي عن المستشفى، يعتبر هذا النظام و رغم المجانية استطاع أن يكون ذو تكلفة أقل بالنسبة للدول الأوروبية ويعود ذلك لجودة مراقبة النفقات الصحية.²⁴

3- نظام التمويل الفرنسي: أسس النظام الصحي الفرنسي على مبدأ التوفيق بين المبادئ الليبرالية ومبادئ التضامن عن طريق التمويل الاجتماعي، لذا نجد أن تمويل المنظومة الصحية الفرنسية يضمن غايتها الضمان الاجتماعي الذي أنشأ في سنة 1945 وهو هيئة خاصة شبه عمومية نظرا لكونه مؤطر من طرف وزارة الصحة وتشارك في تمويله التأمينات الخاصة، و مؤسسات الإدخال والعائلات، حيث تأتي إيرادات الضمان الاجتماعي من المستخدمين المؤمن عليهم وبدرجة أقل مساهمات الدولة في شكل إعانات ويتكون من أربعة فروع:

✓ العائلة

✓ الشيخوخة

✓ حوادث العمل

✓ المرض (التأمينات على المرض).

وهذه الأخيرة هي أهم الفروع المضبوطة ببعض الشروط أهمها مبلغ المساهمة، عدد ساعات العمل المؤداة وهي تغطي غالبية المواطنين الفرنسيين (99%)، حيث أن التأمين على المرض يتشكل من مختلف الصناديق والنظم التي تخص النشاط المهني لمنخرطيها، فالأجراء يتبعون النظام العام، أما الفلاحة فيتبعون التعاقدية الاجتماعية الفلاحية، والخدمات الممنوحة تختلف من صندوق إلى آخر، ولطالب العلاج الحرية إلى أي هيئة صحية يختار، فله أن يختار الطبيب (عام أو خاص) يطلب الاستشارة متى شاء ويعوض عما دفعه على أساس قاعدة تسعيرات. أما إذا سجل لدى النظام التكميلي تعاضديات أو تأمينات خاصة، فلا يعوض إلا عن جزء من التسعيرة كما يعوض كذلك الشخص المؤمن عن الأدوية إن أشير إليها في قائمة الاحتياطات المعوض عليها من طرف صندوق التأمين عن المرض، و هناك طريقة الدفع المباشر التي تعمم حاليا، فالمريض في هذه الحالة بإمكانه عدم تسديد إلا الشطر الذي يتحمله والباقي يسدد من طرف الصندوق وهذه الطريقة مستعملة بشكل واسع في العلاج الاستشفائي، وبعد

1983 تم تبني دفع جزافي الاستشفاء للعلاج الذي هو مساهمة يومية جزافية لمصاريف الإقامة في المستشفى في حالة إذا ما اختار المريض مؤسسة عمومية، أما إذا اختار المريض مؤسسة خاصة لا تربطها عقود مع هيئات الضمان الاجتماعي فمجموع النفقات الاستشفائية تكون على عاتقه.²⁵

وجد النظام الاستشفائي الفرنسي نفسه أمام مشكل عويص متمثل في ارتفاع نفقة العلاج بصفة متواصلة دون إمكانية التحكم فيها مما يفرض إعادة مراجعة الأمور، يقابل ذلك رفض لفكرة إصلاح النظام الاستشفائي إلا أن الواقع تكلم بغير ذلك، إن المشاكل التي يعاني منها قطاع الصحة في فرنسا هي من مخلفات النظام القديم، فكان لزاما الانطلاق في إصلاحات تمس القطاع العام و الخاص مع التنسيق بينهما قصد إيجاد التوازن بين مختلف المؤسسات الصحية عبر المناطق المختلفة.

و كانت التدابير المتعلقة بالإصلاح هي نتيجة للدراسات والتحليل التي قام بها مجموعة من الخبراء فيما يخص نظام الحماية الاجتماعية والمشاكل التي حالت دون تجسيد الإصلاح والتي أدت إلى ارتفاع نفقات العلاج، حيث توالت عدة مخططات لتكريس الإصلاح وإعادة التقويم بهدف:

- ✓ توفير علاج ذو نوعية للجميع والوصول إلى التحكم في النفقات الاستشفائية.
- ✓ ملائمة نشاط المؤسسات الصحية مع الحاجيات.
- ✓ جعل في مستوى المسؤولية مصالح الدولة، مصالح الحماية ضد المرض ومؤسسات الصحة وكذا جمعيات المتعاملين و هذا بتوحيد سلطة اتخاذ القرار و المبادرات المتعلقة بالتخطيط، وللحيلولة دون التهرب من المسؤولية.

و في نفس الاتجاه استحدثت وكالة جهوية للاستشفاء في كل منطقة، مهمتها وضع سياسة إقليمية لتوفير العلاج في المستشفيات وتحليل النشاطات الصحية في المؤسسات والتنسيق فيما بينها وكذا تحديد موارد و إمكانيات كل مؤسسة، تدير هذه الوكالة لجنة تنفيذية تتكون من ممثلي مصالح الدولة ومصالح الحماية ضد المرض و ممثلي المتعاملين والمؤسسات الصحية، والعلاقة التعاقدية التي تربط بين مصالح الضمان الاجتماعي والمؤسسات الصحية (قانون الاستشفاء)، و مع ذلك يبقى التعاقد النمط الوحيد الذي يربط الوكالة الجهوية للاستشفاء بمؤسسات الصحة والذي يهدف إلى:

- ✓ تفويض المؤسسات الصحية سلطة تقييم نوعية و كمية الخدمات العلاجية.
- ✓ تطوير التنسيق في النشاطات بين المؤسسات الصحية في إطار علاقة تكاملية
- ✓ التحكم في نفقات العلاج وإعادة النظر في تمويل المؤسسات الصحية.

المبحث الثالث: نظام التمويل الصحي في الجزائر

من المسائل الأساسية التي تواجهها أية دولة مسألة نوع نظام الرعاية الصحية التي يمكن تقديمها للمواطنين وكيفية تمويل هذا النظام، و تكمن أهمية هذه المسألة في أن النظام المعتمد يعكس القيم السائدة في تلك الدولة و أولوياتها الاجتماعية بالإضافة إلى نظامها الاقتصادي، حيث سنتعرف من خلال هذا المبحث على مراحل تطور نظام التمويل الصحي في الجزائر، مصادر تمويله، إيجابياته و سلبياته و الانتقادات الموجهة له..

المطلب الأول: مراحل تطور نظام التمويل الصحي في الجزائر

1- نظام التمويل قبل 1974 " التمويل المختلط "

كان نظام التمويل في هذه المرحلة يتميز بضعف الوسائل، حيث كان من المستعجل، أُنذاك إعادة تمشيط الهياكل و المنشآت الصحية الموروثة عن الاستعمار، من أجل ضمان الحد الأدنى من الخدمات الصحية للمواطن، كما كانت نفقات الصحة على الصعيد الوطني ضئيلة نسبيا، إذ كانت لا تفوق 1.5 % من الناتج القومي الخام، حيث اعتمد القطاع العام في هذه المرحلة، على ثلاثة مصادر مختلفة لكنها متكاملة في تمويل قطاع الصحة، و التي تقابل ثلاثة فئات من المرضى يستقبلهم المستشفى، و ذلك عن طريق تحديد الهوية الاجتماعية لكل شريحة، هذه المصادر هي: ²⁶

✓ التسبيقات

هذه التسبيقات هي عبارة عن المساهمة العمومية التي تتحملها الدولة و الجماعات المحلية و التي كانت تمثل حوالي 60% من مجموع النفقات الصحية و المخصصة لتغطية تكاليف الأشخاص المستفيدين من المساعدة الطبية المجانية و الذين يمثلون السكان الأصليين indigents عديمي أو ضعيفي الدخل حيث كانت هذه النفقات تعوض من طرف الخزينة العمومية لحساب ميزانية الدولة بنسبة 85 %، أما النسبة الباقية و المقدرة بـ 15% فكانت تعوض من طرف صناديق التضامن التابعة للمحافظات و البلديات لحساب الجماعات الإقليمية المحلية :

• 08 % على حساب المحافظات.

• 07 % على حساب البلديات.

✓ عائدات تسديد المصاريف

تتمثل في مساهمة صندوق الضمان الاجتماعي لقاء الخدمات الاجتماعية المقدمة لصالح المنخرطين من الأجراء و ذوي حقوقهم في شكل منحة التكفل (prise en charge) التي تمنح على أساس السعر اليومي المحدد سنويا هذه المساهمة تشكل 30 % من إجمالي النفقات الصحية.

✓ العائدات الخاصة

تمثل العائدات الخاصة ما يدفعه المرضى ذوي الدخل الكافي كأصحاب الأعمال الحرة، التجار الحرفيون مقابل علاجهم بحكم أنهم لا يتوفرون على أي تغطية اجتماعية هذه المساهمة تمثل حوالي 10% من النفقات العامة للصحة و التي تحسب على أساس السعر اليومي المقرر سنويا.

و إذا كان النظام المالي الذي ساد في هذه الفترة قدم الكثير من المزايا بما يخص التسيير المالي فإن العراقيل الناتجة خاصة عن الحجم العام للديون غير المغطاة، إضافة إلى الحواجز المالية التي كانت تحول دون تلبية احتياجات المواطنين، وعرقلت السير العادي للنظام الصحي، دفع بالسلطات العمومية إلى التفكير في نظام تمويل جديد، خاصة بعد انتهاج سياسة تصنيعية ساعدت على تمويل مختلف المشاريع الاجتماعية.²⁷

2- نظام التمويل بعد 1974 " مجانية العلاج "

²⁶ العمري العربي، مقال بعنوان: تمويل النظام الوطني للصحة، مجلة المسير، المدرسة الوطنية للصحة العمومية، 1998، ص25.

²⁷ العمري العربي، مرجع سابق، ص 27

إن تطبيق مبدأ مجانية العلاج سنة 1974، رافقه مراجعة عميقة لأساليب تمويل المؤسسات الصحية حيث تم وضع آلية للتمويل المسماة الميزانية الإجمالية والتي عوضت النظام السابق المبني على أساس السعر اليومي هذا التعديل سمح بإزاحة الحواجز المالية أمام المرضى و بالتالي تسهيل تلبية احتياجاتهم الصحية، بحيث أصبحت تمنح المؤسسات الصحية ميزانية إجمالية في شكل جزافي تحدد سنويا عن طريق قانون المالية و تحتوي على مصدرين للتمويل هما مساهمة الدولة و مشاركة صندوق الضمان الاجتماعي بهدف التغطية و بطريقة غير مباشرة النفقات الصحية للمؤمنين اجتماعيا و ذوي الحقوق .

تغطي هذه المساهمة الجزائرية مصاريف التسيير وكذا المبالغ المعتبرة الموجهة للاستثمارات، وقد عرف نمو ملحوظ، علما أنه لم تكن هناك إجراءات واضحة تربط النشاط بمعايير التقييم والنجاعة سواء من طرف الإدارة المركزية أو الهيئات المكلفة بالتسيير على مستوى المؤسسات الصحية.

3- الوضعية الاقتصادية ونظام التمويل في الجزائر

ارتبط نظام تمويل الصحة في الجزائر طرديا بالوضعية الاقتصادية، حيث نميز بناء على هذا المفهوم وجود ثلاث مراحل هي: ²⁸

✓ مرحلة التنمية الشاملة من 1967 إلى 1986

أدت إيرادات المحروقات و الاعتمادات الخارجية الممنوحة في شكل قروض إلى نمو اقتصادي محسوس كنتيجة للاستثمارات المكثفة، فأستفاد قطاع الصحة بدوره من برنامج شامل مس أغلبية مناطق الوطن حيث اتسعت رقعة التغطية الصحية بزيادة في عدد الهياكل مستشفيات، عيادات متعددة الخدمات، مراكز صحية، قاعات العلاج، و أدى برنامج التكوين إلى زيادة محسوسة في عدد الأطباء و الشبه طبيين، كما أدى تطبيق مبدأ المجانية إلى الحصول على العلاج في أي مستوى كان و التي بلغت ذروتها في هذه المرحلة، كما تميزت هذه الفترة باحتكار القطاع العام عرض الخدمات الصحية إلى غاية الثمانينات و الذي تدعم بتأميم الهياكل التابعة لصندوق الضمان الاجتماعي أما القطاع الخاص فكان شبه منعدم .

✓ مرحلة الأزمة الاقتصادية 1986 - 1988

أدى تراجع سعر البترول في منتصف الثمانينات إلى إفراز أزمة اقتصادية و مالية خطيرة، كونها المصدر الرئيسي لتمويل الاقتصاد الوطني 95% ، هذه الوضعية انعكست سلبا على التنمية الاقتصادية و الاجتماعية، هذه الضغوطات زادت حداثها بسبب ثقل المديونية الخارجية سنة 1993 التي كانت تمتص 5/4 من الإيرادات الخارجية.

استمر مبدأ المجانية الكلية للخدمات الصحية إلى غاية سنة 1985 تاريخ بداية الأزمة الاقتصادية و المالية التي دفعت بالسلطة العمومية إلى التفكير في إعادة صياغة هذا المبدأ حسب المعطيات الجديدة الهادفة إلى عقلنة منح و استعمال الموارد و إشراك المرضى أكثر فأكثر في التكفل بحاجياتهم العلاجية .

ففي بداية سنة 1986 تم توقيف التوزيع المجاني للأدوية، و رفعت الحواجز التي كانت أمام القطاع الخاص و الذي توسع في عرض خدماته من عيادات الفحص، عيادات الاستشفاء، التصوير الطبي، و هذا مما يمثل تمويل العائلات للخدمات العلاجية و الذي كان يعتمد أساسا على الدولة و الضمان الاجتماعي.

✓ الوثبة الاقتصادية و مرحلة اقتصاد السوق من 1988 إلى اليوم

انعكس استمرار الأزمة الاقتصادية سنة 1986 سلبا على أغلبية القطاعات الاقتصادية و الاجتماعية حيث عجزت الدولة على تسديد ديونها ابتداء من سنة 1993 و دخلت في مفاوضات مع صندوق النقد الدولي و البنك العالمي للتوصل إلى إبرام اتفاقية للتخفيف من الصعوبات المالية، و هذا ما انجر عنه إعادة جدولة الديون الخارجية، و الموازنة مع ذلك شرع في تطبيق إصلاحات بهدف استقرار العملة الوطنية و تخفيف حدة العجز المالي و معدلات التضخم.

و ظهرت بوادر الإصلاح في تحرير التجارة الخارجية و تبادل السلع و الخدمات، و الشروع في عملية الخصخصة، و في خصم هذه المعطيات المتعلقة بالاقتصاد الكلي أضحي إعادة النظر في نظام تمويل الصحة أكثر من ضرورة .

هنا شرعت وزارة الصحة منذ سنة 1995 في إصدار مجموعة من القوانين تؤسس لمساهمة المرضى في تكاليف العلاج الذي يحصلون عليه لتقليل التكاليف على ميزانية الدولة، و هي لا تمثل سوى 2% من الميزانية الإجمالية للمؤسسات الصحية، و لكنها بذرة تجديد في تغطية التكاليف العلاجية و تعدد تجاوز لفكرة المجانية الكلية و تجلت بوضوح نزعة التخلص من النظام الجزافي في بناء علاقات تعاقدية بين الهياكل الصحية و صناديق الضمان الاجتماعي، هذه العلاقة من شأنها إرساء دعائم متابعة و مراقبة و محاسبة للموارد الممنوحة.²⁹

المطلب الثاني: مصادر تمويل النظام الصحي في الجزائر

اصبحت المؤسسات الصحية تمنح ميزانية إجمالية في شكل جزافي تحدد سنويا عن طريق قانون المالية تحتوي على مصدرين للتمويل هما مساهمة الدولة و مشاركة صندوق الضمان الاجتماعي بهدف التغطية بطريقة غير مباشرة النفقات الصحية للمؤمنين اجتماعيا و ذوي الحقوق .

1- توسيع و تنويع المصادر المالية.

إن السير الجيد للمؤسسة الصحية، يتوقف على تسيير مالي ممتاز و على أحسن تنظيم، لتصبح المؤسسة الصحية أكثر فعالية و مردودية، لكن مؤسستنا الصحية هي اليوم على عكس ذلك تواجه مشاكل و صعوبات عدة، تنعكس سلبا على سيرها العادي خاصة فيما يتعلق بالتسيير المالي، لذلك لابد من توسيع مصادر التمويل لتشمل كذلك:³⁰

✓ **الجماعات المحلية:** تعتبر الجماعات المحلية بمثابة المسؤول الأول عن الوقاية العمومية، و التي تساهم بصورة مباشرة في التخفيض من الأمراض الناتجة عن المحيط، و بالتالي فإنه لابد من دفع الجماعات المحلية لاهتمام أكثر بالمؤسسات الصحية التابعة لها إقليميا، مع التأكد على ضرورة دفع الأقساط الخاصة بالأفراد المعوزين عن طريق دفع اشتراكاتهم لضمان اجتماعي سنويا، أو تحمل الفواتير المقابلة للعلاج الذي تلقوه في المستشفى، كما يجب عليها أن تتكلف بنظافة المحيط و حماية الأفراد من الأمراض بقدر المستطاع، و كذا المساهمة في تمويل الميزانية.

²⁹ جيلالي أمير، تخطيط و تمويل الصحة في الجزائر، مرجع سابق، ص 63

³⁰ FATIMA ZOHRA OUFRIHA, Une analyse économique du système de soins en Algérie, OPU, p60

✓ الرسوم المفروضة على المؤسسات التي تتسبب في تلويث البيئة: إن هذا الرسم هو شبه جبائي يخصص لميزانية المؤسسة الصحية، و تحدد نسبته حسب درجة التلوث، ذلك أن هذه المؤسسات ساهمت في ظهور بعض الأمراض التنفسية الحادة.

✓ الرسم على الخمر: يتم تبرير هذا الرسم بان لهذه المادة انعكاسات صحية و اجتماعية خطيرة، إذ بالرفع من نسبة الرسم على الخمر ستكون السلطات قد حاولت من جهة جلب موارد إضافية للمؤسسة الصحية، و من جهة ثانية سيقبل عدد المستهلكين لهذه المادة، أما التبغ فهو ينتج أمراض خطيرة كسرطان الرئة و الأمراض القلبية لذا يجب أن ترفع السلطات المختصة من نسبة هذا الرسم.

✓ الموارد الخاصة للمؤسسة الصحية: تؤمن هذه الموارد من مساهمة المستخدمين، و الطلبة المتمرنين في نفقات الإطعام، كما يمكن توسيعها إلى فتح فرع في ميزانية المؤسسة الصحية و يكون خاص بمساهمة المتبرعين، أو الحصول على عوائد التغطية الصحية الناتجة من النشاطات و المقابلات و إحياء التظاهرات و ذلك بالتعاقد مع الهيئات المنظمة لها.

✓ التأمينات الاقتصادية: تقدم التأمينات الاقتصادية مشاركتها في التامين الصحي، حسب القوانين و الإجراءات السارية المفعول، و ذلك على اعتبار أن هذه المؤسسات تتكفل طبيا بالخسائر الناتجة عن مؤمنيتها، و هنا تجدر الإشارة إلى عدم تطبيق القرار الوزاري الخاص بحوادث المرور، و الخاص بالأشخاص الذين يتعرضون لحوادث المرور، بحيث يجب أن تتحمل شركات التامين المؤمنة لديها السيارة المسببة للحادثة و مصاريف العلاج الخاصة بهم.

✓ مشاركة المؤسسات الصناعية و التجارية: و هذا عن طريق الاتفاقيات المبرمة بينها و بين المؤسسة الصحية من اجل المتابعة و التغطية الصحية لمستخدميها، و هذا في إطار نشاط طب العمل الذي يعد إجباري على كل مؤسسة، و هذا طبقا للقانون رقم 07/88 المؤرخ في 26 جانفي 1988 و الخاص بالوقاية و الحماية من الحوادث المهنية، و عليه يمكن إيجاد صيغة تعاقدية بين المؤسسات الصحية، على أن تكون قيمة التعويض تعكس التكلفة الحقيقية للعلاج، و أن تكون هناك مراقبة فعلية من طرف كل مفتشيات العمل لكي يطبق إجباريا من طرف كل المؤسسات العامة و الخاصة.³¹

2- دور الضمان الاجتماعي في تمويل المنظومة الوطنية للصحة

إن تمويل الصحة في الجزائر عن طريق الضمان الاجتماعي يعد من أهم النقاط الواجب الطرق إليها نظرا لوزن الضمان الاجتماعي كممول رئيسي، ففي البداية يجب القول بأن الضمان الاجتماعي في الجزائر حتى بعد الاستقلال بقي يسير على شكل النظام الفرنسي، المتميز بتعدد الأنظمة مما يعقد الأمر، باعتبار أن مختلف تلك الأنظمة مستقلة في أعمالها و تسييرها، أهم هذه الأنظمة هو النظام العام للمأجورين بالنظر إلى عدد المنتمين إليه الذي يمثل عمال قطاع الصناعة، البناء، التجارة، الخدمات و غيرها، كما أنه كان هناك إضافة إلى نظام موظفي الإدارات العمومية، مجموعة من الأنظمة الخاصة كتلك المتعلقة بالمناجم، عمال البحر، الغاز و عمال السكك

الحديدية و كذا النظام الزراعي و المهني في شكل تعاونيات، أما النظام المتعلق بغير المأجورين فلم يتم إنشائه إلا عام 1967 و هو موجه للمهن الحرة و التجار و الحرفيين و يدعى CASNOS.³²

مجموعة هذه الأنظمة يرأسها الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي الذي يقوم بمهام التنسيق والتنشيط مما يزيد تعقد نظام الضمان الاجتماعي في هذه الفترة هو انقسام الوصاية، نظرا لمشاركة عدة وزارات فمثلا الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي كان تابعا لوزارة العمل في وقت ما و عاد في 1991 إلى وزارة الصحة، أما التعاونيات الفلاحية كانت دوما نظاما للوحدة تابع لوزارة الفلاحة قبل إنشاء مجانية العلاج كان يقدم خدماته الطبية مباشرة وبعد وضع المجانية تخلى عن قاعات العلاج التي كانت تملكها لوزارة الصحة، و احتفظ فقط بمهام التعويضات، إضافة إلى ذلك فإن تعقيد هذا النظام يظهر على مستوى آخر يتمثل في تعدد واختلاف نسب المساهمة للمنتمين لمختلف هذه الأنظمة، و كذا اختلافات في الخدمة المقدمة، ففي النظام العام يستفيد المنتمون من:

- **خدمات مادية:** هي تمثل تكلفة المرضى، و تشمل تغطية مصاريف الصيدلية، الجراحية و المكوث في المستشفى، وتمثل معدل التعويض فيها 80% يمكن أن يرتفع إلى 100% في الحالات الخطيرة كالعلاجات أو الأمراض المزمنة.
- **خدمات مالية:** هي تمثل دخل تعويضي، يخص الذين يتقاضون أجر فقط، مثال: تعويض الأجر اليومي عند الغياب لأسباب مرضية.
- **التأمينات الاجتماعية:** مثل تأمين الأمومة، الذي يعتبر جزافي لمجمل المصاريف الطبية و الصيدلية المتعلقة بالولادة و كذا تأمين الوفاة.
- **حوادث العمل و الأمراض المهنية:** حيث أصبحت من شأن الضمان الاجتماعي منذ 1967.
- **الحركة الصحية الاجتماعية و العائلية:** ذلك نظرا لاهتمام الضمان الاجتماعي بتسيير الصحة و المخيمات الصيفية، فهو إلى جانب الحركة الصحية يقوم ببعض الأنشطة الاجتماعية.

كل ما سبق هي الخدمات التي تهمننا و التي تدور في محيط الصحة، إلا أننا نذكر فقط أن الصندوق له مهام أخرى اجتماعية متعلقة بالتقاعد و الشيخوخة و غيرها، فهو إذا النظام الأكثر شمولية، نفس الشيء يقال بالنسبة لنظام المناجم و كذا عمال البحر على العكس ذلك فنظام الموظفين و كذا النظامين الخاصين بالمتعلقين بسونلغاز و كذا عمال السكك الحديدية، لا يقدمون سوى الخدمات المادية و التأمينات الاجتماعية، الباقي يقدمه صاحب العمل، أما نظام الغير المأجورين يهتم بتقديم الخدمات المادية، وكذا الخدمات المقدمة من كل نظام و هذا التعدد يسري كذلك على نسب الاشتراكات المقطعة من المعنيين.

أما في مرحلة ثانية كانت هناك عملية توحيد للضمان الاجتماعي، فعقب صدور قوانين 02 جويلية 1983، تم حل جميع الأنظمة المتواجدة و إنشاء نظام موحد للتأمينات الاجتماعية الذي يضم حوادث العمل و الأمراض المهنية، و عليه فهو يضم مجموعة الفئات العاملة جميع النشاطات أو أغلبها .

بالموازاة مع هذا التوحيد في الأنظمة، هناك توحيد في نسب الاشتراكات و كذا بالنسبة للخدمات المقدمة فهي نفسها بمعنى أن الاعباء و الامتيازات لمختلف مجموعات العمال متماثلة، كذلك الامر بالنسبة للأعباء الواقعة على عاتق

³² LAMRI LARBI ,LE SYSTEME DE SECURITE SOCIALE DE L'ALGERIE, OPU, Alger 2004, P33.

مختلف المؤسسات و قطاعات النشاط حيث أن جزء من الأعباء يتحمله العامل و جزء آخر يتحمله صاحب العمل .
و عليه في الغالب النسبة موحدة في جميع القطاعات، ماعدا بعض الاستثناءات عندما يكون صاحب العمل ذو صفة خاصة مثلا بالنسبة للإدارات العمومية فالنسبة التي تشارك بها في الضمان الاجتماعي أقل، او مثل تعاونيات قداماء المجاهدين كذلك.

على العموم، فلقد تم إصدار تعليمية وزارية يوم 05 جانفي 1992 تجعل الإدارة في نفس المستوى مع باقي قطاعات النشاط الأخرى بالنسبة لسنة 1993، كما تنظم هذه التعليمية في مرحلة انتقالية حيث أن الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية، حوادث العمل و الأمراض المهنية CNASSAT هو المسير لمجموعة التأمينات المتعلقة بالصحة، بينما هناك صندوق وطني للتقاعد CNR المسير للنظام الموحد، و في سنة 1992، ينفصل نظام الغير أجراء في صندوق وحده CASNOS ليبقى صندوق الأجور و يدعى CNAS، معنى ذلك أنه رغم توحيد تسيير نسب الاشتراكات و كذا الخدمات المقدمة فإن مفهوم الضمان الاجتماعي يبقى نفسه، حيث أن المادة 5 من القانون المؤرخ في 02 جويلية 1983 تنص على الهياكل الأخرى غير العمومية للصحة، فإن المصاريف التي تحملها المؤمن يتم تعويضها من طرف هيئة الضمان الاجتماعي بنسبة 80 % من المصاريف عبر التنظيم.³³
و بعبارة أخرى فإن نظام التأمين الإلزامي يشارك في تمويل القطاعات الصحية العمومية لكنه يبقى متميزا و يخضع لمنطق تسيير آخر، يصبو إلى تعويض مصاريف العلاج في القطاع الخاص أساسا، مما يؤدي بنا إلى نظام علاج ممول أكثر فأكثر عن طريق التأمين الاجتماعي وفق إجراءات مختلفة، تبعا للقطاع سواء كان عام أو خاص، فهناك إذا فرق كبير بين أصحاب القرار في السياسة الصحية هم وزارة الصحة و الهياكل الموضوعة تحت وصايتها، و بين الهيئة الممولة أو التي تدفع المتمثلة في الضمان الاجتماعي بما في ذلك التكفل بنقل المرضى إلى الخارج وغيرها، مما يجعل وسائل الرقابة و كذا التقليل من النفقات عن طريق وضع سياسة متحكمة فيها عن طريق الضمان الاجتماعي أمرا مستحيلا تقريبا .

فالحالة المالية للضمان الاجتماعي حافظت لمدة طويلة على فائض في مصادرها، هذا النمو كان محددًا بوتيرة الاستثمار العمومي، دفع الأجور للأفراد العاملين في المجتمع لكن ذلك لم يدم و صار الصندوق يتخبط في مشاكل مالية.

في بداية الثمانينيات و بصفة خاصة بين 1980 و 1984 متوسط النمو السنوي كان يقارب 16% من المدخلات، و ذلك نظرا لزيادة عدد المنخرطين في الضمان الاجتماعي من 2.18 إلى 2.92 عام 1984، استمرت الوضعية المالية الحسنة، و التميز بنوع من فائض في ميزانية الضمان الاجتماعي إلى غاية 1986 - 1987، غير أنه ابتداء من 1988 لوحظ عجز متزايد، لانخفاض نسبة الشغل، زيادة عدد المستقيدين، و الاستمرارية في تدعيم النفقات الصحية من تمويل للقطاعات الصحية، الاستثمارات و العلاج في الخارج، لمحاولة إيجاد حلول لهذا العجز المالي، يجب القيام بإعادة هيكلة الضمان الاجتماعي من جهة، و كذلك التفاوض مع الدولة فيما يخص طريقة تسيير موارده من جهة أخرى.

فيما يخص إعادة الهيكلة، فذلك متعلق بقانون الذي يعتبر الصندوق مؤسسة عمومية ذات طابع إداري إذ يخضع للمحاسبة العمومية، غير أن تسيير موارده و نفقاته تتبع لقواعد المحاسبة الخاصة نظرا لطبيعة نشاطه و غياب أي

قرض محدد في إطار ميزانية الدولة، و الاستقلالية المطبقة من حيث الاشتراكات إضافة لتكلفة تسيير الوكالات المحلية الموزعة جغرافيا .³⁴

أما عن علاقة الصندوق مع الدولة فإن مسؤولي الضمان يشكون خاصة كون الدولة لا تدفع دائما اشتراكاتهم، و هنا المشكل يأتي خاصة من المؤسسات و الإدارات العمومية، فقد بلغت عام 1986 حوالي 90% من حجم الاشتراكات الغير المغطاة أي حوالي 12.5 مليار دج، إضافة إلى ذلك، ففي أغلب الأحيان تأخذ الدولة من مصادر الضمان الاجتماعي لتمويل نفقات تعد من مهامها، نعني هنا نفقات الصحة و التكفل بمجانية العلاج، وكذلك فهي تقرض عليه التكفل بالمصاريف الطبية للغير مؤمنين عند العلاج في الخارج، ما يمكن قوله هو ان الضمان الاجتماعي يدخل مرحلة يتخبط فيها بمشاكل مالية في وقت يحتاج فيه إلى موارد أكبر للحفاظ على توازن الخدمات على العموم .³⁵

في هذا الإطار، نحن نعلم أن مبلغ مشاركة صندوق الضمان الاجتماعي يحدد كل سنة بواسطة قانون المالية، هذه المشاركة تتم بواسطة طرق خاصة و معينة مثل الرخصة الممنوحة للخزينة المركزية للسحب مباشرة من حساب الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي، في حالة ما إذا رفضت القيام بالتحويلات التي يعتبرها هامة نسبيا و تثير الحيرة حول منح الهيئات العمومية لمثل هذه الرخص، كما أن المشاركة في ميزانية القطاعات الصحية، المراكز الاستشفائية الجامعية و المؤسسات الاستشفائية المتخصصة يتم بدفع شرائح فصلية للحساب الخاص للخزينة، المسمى بـ "مصاريف الاستشفاء المجاني".

و عليه، يمكن القول أنه على المستوى المالي، فإن تطور هذه المشاركة تبين تدرج إيجابي نسبيا يتوافق مع تطور مشاركة الدولة، مما يترجم نوع من التوازن في مشاركة كل من الطرفين حوالي ثلث مقابل ثلثين بينما على المستوى المؤسساتاتي، فإن طبيعة الأعباء تعرف تغيرات عبر قانون المالية لسنة 1994 بالفعل للمرة الأولى هذا القانون عبر مادته 147 يبين الوجهة المخصصة لمساهمات الضمان الاجتماعي بالموازاة مع مساهمات الدولة، فالأولى تخص التغطية المالية للأعباء الطبية للمؤمنين الاجتماعيين، وكذا ذوي حقوقهم، أما الثانية فتخص مصاريف الوقاية، التكوين، البحث الطبي و العلاج الموجه للمعوزين الغير مؤمنين اجتماعيا .

إن هذا التوزيع الجديد للأدوار يوضح التخلي المالي لصندوق الضمان الاجتماعي فيما يخص كل نفقة غير مرتبطة مباشرة بالتكفل الطبي للمنتمين إلى الصندوق، مثل هذا التغيير في قواعد السير، يحمل نتائج هامة في إطار أن مشاركة صناديق الضمان الاجتماعي لم يعد بالإمكان تقديرها مسبقا، و لا يمكن تحديدها عن طريق قوانين المالية، و لو على أساس تقديري احتمالي، هذا المبدأ الجديد، و ما يستلزمه يبدو أنه لم يوضع حيز التنفيذ، فقانون المالية لسنة 1995 في مادته 165، على العكس مما يمكن انتظاره، يعيد مسألة تحديد مبلغ المساهمة عن طريق قوانين مالية و كذا صرح بعض التفاصيل في الإجراءات الغير عادية في نص ذو قيمة تشريعية ، الذي من المفروض أن يحدد السياسة المالية للدولة للسنة الجارية.

في الأخير يمكن القول أن إضافة إلى نفقات الاستشفاء، فإن الضمان الاجتماعي كان يمول إضافة إلى هياكله الخاصة بالاستثمارات الاجتماعية و الصحية ذلك حتى بداية الثمانينات أين لم يصبح يقدم العلاج الذي عاد إلى القطاع العمومي و الخاص بالدولة، و عليه فإن مصاريف الاستشفاء ارتفعت منذ سنة 1993 و هو تاريخ أول

³⁴ LAMRI LARBI, op.cit.p14

³⁵ LAMRI LARBI, op.cit.p18

عجز فإن مشاركة المنتمين تمت حوالي 1 إلى 2 مليار دج ، كما هناك العلاج في الخارج و الذي تم التخفيض منه بصفة كبيرة بأكثر من 70 % عام 1995 .

على العكس مما سبق فإنه فيما يخص تعويضات المصاريف الطبية و المواد الصيدلانية فقد عرفت تطورا كبيرا، ففي حين كانت تمثل 1/2 مليار دج عام 1980، فإنها أصبحت 8 مليار دج عام 1994، ذلك بسبب إعادة توازن مبالغ الأدوية التي كانت مدعومة من الدولة، إضافة إلى التغيرات النقدية الحاصلة من إعادة تقييم العملة، كما أن تسارع المؤمنين الاجتماعيين في طلب التعويضات، و كذا توسع القطاع الخاص للصحة يفسر هذا التطور الهام.³⁶

المطلب الثالث : الاختلالات المتعلقة بتمويل النظام الصحي في الجزائر و سياسات الإصلاح

1- الاختلالات المتعلقة بتمويل النظام الصحي في الجزائر: يمكن تقسيم هذه الاختلالات إلى ثلاثة أقسام:

✓ **اختلالات متعلقة بالتنظيم:** المؤسسة الاستشفائية هي في الحقيقة مؤسسة ذات طابع خدمي تخضع في تسييرها إلى المنطق الإداري، فالعلاقات الهيكلية داخلها موجودة، لكن العلاقات الوظيفية غير محددة بوضوح، إذ نجد تعدد أجهزة التدخل فهي تشكل في غالب الأحيان امتدادا عضويا للإدارة المركزية، الأمر الذي ترتب عنه علاقة خضوع عضوية مزدوجة من خلال خضوع شبه التام للإدارة المركزية فيما يتعلق بتخطيط أعمالها، و خضوع تام فيما يتعلق بمنهجية التسيير المخولة لها من قبل التشريع، و المتعلقة بالمستخدمين وقواعد المحاسبة، أما فيما يخص الاختلالات التنظيمية فيمكن تلخيصها في ما يلي:

- غياب التحفيز بالنسبة للموظفين مما أدى إلى ركود نشاطهم بسبب غياب تكييف قانونهم الأساسي وسوء ظروف العمل و الأجور مقارنة مع القطاع الخاص.
- عدم المساواة في توزيع الموارد البشرية و المادية بين جهات الوطن و حتى داخل كل جهة، حيث نسجل فوارق كبيرة إذ نجد في الشمال طبيب لكل 800 ساكن يقابله 01 طبيب لكل 1200 نسمة في الجنوب .

✓ **اختلالات متعلقة بالتسيير المالي:** لا تعاني المنظومة الصحية الجزائرية من قلة الموارد المالية و إنما سوء تسيير الموارد المالية المتاحة هو الذي زاد من تأزم وضعية الهياكل الصحية من أجل مواجهة الطلب المتزايد للعلاج، هذا بالإضافة إلى ما يلي :

- سوء توزيع الموارد المالية المتاحة ن فهيكلة النفقات و الإيرادات المتعلقة بميزانية قطاع الصحة غير مرتبة حسب الأولويات.
- غياب التحكم في النفقات او التحكم في التسيير وعدم دقة المعطيات المتعلقة بتكاليف المصالح و النشاطات الصحية، مما جعل من محاسبة المستشفى تقريبية، غير دقيقة و غير حقيقية، فوضعية المؤسسات العمومية للصحة في ظل هذا النظام معتمد على ميزانية تتميز بصعوبة التسيير ، وهو ما يفسر الوضعية التي تتميز بتراكم الديون على المؤسسة العمومية و مصداقيتها .

✓ **اختلالات متعلقة بوسائل التسيير:** أهم خلل في المنظومة الصحية الجزائرية هو سوء التسيير، هذا العنصر ناتج عن نقائص في النظام الإعلامي الصحي، وكذا التكوين الصحي، بالنسبة للنقطة الأولى فالنظام الإعلامي الحالي لا يعطي معلومات كاملة عن الطب العلاجي و نوعية الخدمات الصحية المتوفرة للسكان، يرجع هذا الخلل إلى سوء تناول الملفات والتقارير الطبية، وعدم مرونة السجلات الإدارية و انعدام تكوين الموظفين في

³⁶ دريسي أسماء، تطور الإنفاق الصحي في الجزائر و مدى فعاليته في إطار إصلاح المنظومة الصحية خلال الفترة 2004-2013، المجلة الجزائرية للعلمة والسياسات الاقتصادية، العدد 06، 2015، الجزائر

مجال الترميز وترتيب الدولة للأمراض، أما النقطة الثانية فإن النظام التكويني في المجال الصحي لا يأخذ بعين الاعتبار الحاجيات المطلوبة من طرف القطاع الصحي و بالتالي عدم توافق التكوين الأكاديمي مع المؤهلات المفروضة في الواقع التطبيقي و كذا اختلاف طبيعة التكوين عن الوظيفة المشغولة.³⁷

2- تشخيص الجوانب الإيجابية و السلبية لنمط التمويل في الجزائر

1-2 ايجابيات نظام تمويل الصحة :

ان تحديد مصادر التمويل مسبقا يعد من الامور الإيجابية ، فبتحديد المصادر تكون الرؤية واضحة في التزام الاطراف بحصصها التمويلية، و في هذا الاتجاه فان الجلسات التي انعقدت ايام 26 و 27 و 28 ماي 1998 بقصر الامم بنادي السنوبر ادرجت بين المحاور قضيه البحث عن مصادر اخرى لتمويل قطاع الصحة لاسيما انشاء رسوم على النشاطات الملوثة للبيئة و المؤثرة على صحة المواطن.

كما ان نظام التمويل الجزائري عن طريق الضمان الاجتماعي له جانب ايجابي من حيث الطابع التضامني في كفالة العلاج لشرائح كبيرة من المجتمع بغض النظر عن التعريف الاجتماعية وهو ما يمكن الاحتفاظ به من حيث تكييف النمط مع ضبطه ضمن منظومة متكاملة الجوانب، و من الصور الإيجابية توصية ميثاق الصحة لسنة 1998 والمنبثق عن الملتقى المذكور اعلاه ضرورة الابقاء على مساهمة الدولة كضامن للجانب الاستشفائي في اطار التضامن الوطني، و المحافظة على الحد الأدنى من التوازن على المستوى الاجتماعي، واستمرار حضور معنى السلطة العامة من حيث التخطيط و التنظيم والاشراف على مختلف البرامج، و التي تشهد على دور الدولة في القضاء على العديد من الامراض والأوبئة الفتاكة، ومن ذلك البرنامج الموسع للتطعيم ، برامج الصحة المختلفة فضلا عن الجهود المتواصلة في مجال التكوين³⁸

2-2 سلبيات نظام تمويل الصحة

✓ ارتفاع النفقات الوطنية للصحة

ان ارتفاع نفقات الصحة يظهر جليا في تدهور شروط اقامه المرضى، وكذا الوسائل الطبية المخصصة للعلاج لاسيما من الأدوية و الأجهزة الطبية، وهذا ما يفسر تراجع ميزانيه قطاع الصحة، خاصه خلال الفترة الممتدة من 1991_ 2001، بالمقارنة مع بعض المؤشرات الاقتصادية، حيث كانت تمثل 2.2 % من الناتج الوطني الخام، لتتقلص الى 1.4 % سنة 2001، حيث يعتبر النظام الوطني من اكبر المستهلكين من حيث الحجم الميزانية المخصصة للقطاع الصحي الى انه و بمقابل ذلك اصبحت الموارد المالية المخصصة لهذا الاخير ثابتة خلال السنوات الأخيرة ويضاف الى ذلك انخفاض نسبة PIB الموجهة للصحة العمومية، ومن جهة اخرى فمن يوم الى اخر تتضاعف حاحه القطاع للموارد التي تتوافق مع المتغيرات الصحية والبشرية، مما يستوجب تحميل اعباء اكبر فاكثر على الشخص المريض باعتباره المستفيد من خدمة المصالح العمومية إلى درجة انه اصبح مجبرا على تحمل اعباء تشخيصات في مجالات معينه تضمن فقط من طرف القطاع الخاص، وتبقى الإمكانية المالية التي يحظى

³⁷ دريسي أسماء، مرجع سابق

³⁸ مقدر طارق، مرجع سابق، ص 60

بها قطاع الصحة و الى غايه يومنا هذا محدودة وهذا ما يتضح ذلك من خلال نسب مختلف المشاركات في ميزانية الدولة او الصندوق الوطني للتأمين وكذا الافراد، انتج هذا النقص في الموارد الذي يعاني منه قطاع الصحة مديونية داخلية للهياكل الصحية ناتجة عن عدم توزيع الموارد المتوفرة حسب الهياكل الصحية و النتائج المحققة، و في الاخير يمكن القول بان عدم استعمال مؤشرات تسمح بتقييم نجاعة و فاعليه النشاطات والهياكل، وكذا عدم توافق هاته الأخيرة و تلاتمها مع التحولات الاقتصادية المستجدة يعتبر تفسيراً جزئياً للمشاكل و العراقيل المشهودة بخصوص التسيير.³⁹

✓ الاستقلالية المالية المقيدة بمبادئ قانون المالية الى جانبي التدخلات المختلفة لسلطة الوصية

ان ميزانيه المؤسسات الصحية يمكن ان تعرف على انها عمل تقديري مجسد من خلال جدول تقييمي لعمليات مستقبلية يسمح من خلاله للأمر بالصرف الانفاق في حدود تقديرات الميزانية ومن المعلوم ان قانون المالية يقوم على اساس مبادئ رئيسيه تتمثل في كل من: مبدأ السنوية، مبدأ الوحدة، مبدأ الشمولية مبدأ عدم تخصيص الاعتمادات و مبدأ التوازن و رغم ان هاته المبادئ قد اقيمت لهدف جوهري يتمثل في مراقبه النشاطات المالية للمؤسسات من طرف مجلس الإدارة خلال مختلف المراحل التي يمر بها قانون المالية، الى انها اصبحت حالياً تعتبر عائقاً تقنيا يعرقل السير الامثل للمؤسسات الصحية، وكذا تنفيذها لمهامها التي تنصب في الحفاظ على صحة السكان و حمايتهم من جهة، كما تحد اكثر فاكثراً من الاستقلالية المالية لهذه المؤسسات من جهة اخرى ويمكن توضيح ذلك من خلال التطرق الى امثله عن هذه المبادئ وتوضيح اثارها السلبية على مدى الاستقلالية المالية:⁴⁰

- **مبدأ الوحدة:** ان هذا المبدأ يعتبر ذو طبيعة تحد من مبادرة المسيرين، باعتباره لا يسمح بمعرفة دقيقة لحجم الموارد و النفقات الحقيقية لمراكز القرارات، و من ثم البعد عن امكانية تحديد سعر تكلفة المريض أو يوم استشفائي، و كذا التكلفة الدقيقة للخدمات المقدمة.
- **مبدأ الشمولية:** بناء على هذا المبدأ فان مجمل الاعتمادات توجه نحو مجمل النفقات الواردة في الميزانية، و ما يعاب على هذا المبدأ أيضا انه يمثل تقييداً آخر إضافة إلى الذي سبق ذكره الشيء الذي يعتبر وجهاً للنقائص التي تشهدها المؤسسات الصحية.
- **مبدأ عدم تخصيص الاعتمادات:** يعتبر هذا المبدأ ذو تأثير كبير على هيكل و مضمون الميزانية و المتعلقة اساساً بالنفقات، هذه الأخيرة ليست مبويه وانما مفصله وفقاً لكل فرع من الموارد المالية و من ثم فان تخصيص جانب من هذه الأخيرة لنفقة معينة لا يمكن تحويله لغير ذلك، مما يعتبر قيوداً اضافياً للتسيير الامثل للمؤسسات الصحية.

✓ نقائص النظام المحاسبي

إن كل من المحاسبة الإدارية و محاسبة المواد تعتبران تقنيتين اساسيتين للتسيير، إلا انهما غير كافيتين حيث اصبحت لا تتجاوب و متطلبات الوضعية الاقتصادية الحالية، وكذا اهتمامات المسيرين داخل هاته الهياكل التي تتطلب فعالية اكثر من تلك المحققة من الاداتين من خلال بحثها عن التدقيق و التعمق المحاسبي لأجل التوصل الى تقدير التكاليف الصحية، وانطلاقاً من ذلك تجلت عدم فعالية النظام المحاسبي، الشيء الذي اوجب استحداث

³⁹ مقدر طارق، مرجع سابق، ص 61

⁴⁰ عدمان مريزق، واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية، رسالة دكتوراه، كلية العلوم الاقتصادية، جامعة الجزائر، 2008.

تغييرات جذرية وتوجهات جديدة نحو المحاسبة التحليلية في محاولة للتوصل لأهداف محددة مبنية اساسا على تدعيم و تسهيل التسيير بصفه عامة.⁴¹

✓ عدم الخضوع لمعيار الجدوى لاقتصادية

ان الدولة الجزائرية، خاصة بعد وضع مبدا المجانية حيز التنفيذ عملت على تخصيص مبالغ مالية هامة للقيام بقطاع الصحة، الامر الذي جعل هذا القطاع يعتمد على تمويل عمومي شامل لجميع النواحي من دواء، يد عاملة، تجهيزات..... الخ ، كما تجدر الإشارة الى ان هذه المبالغ لم تتوقف عن الزيادة، إلا أن ذلك لم يتم متابعته بمراقبة ملائمة تعمل على صيانة و ضمان استغلال عقلائي لهذه الموارد، فهذه الزيادة المبالغ فيها على مستوى ميزانية تسيير الصحة مرت من 194 مليون دينار جزائري عام 1963 إلى 13 مليار دينار جزائري عام 1988، والملاحظ انه لا يمكن تبرير هذه الزيادة لتحسين نوعيه الخدمة المقدمة لأن مسالة مجانيه العلاج هي السبب الرئيسي، بصفه اكثر دقه يلاحظ في تقسيم الميزانية على اساس عناوين النفقات ان حصة الاسد تعود الى نفقات المستخدمين، دون الاخذ بعين الاعتبار الحاجات الاجتماعية للأفراد للوصول الى النسب الخاصة بعدد الاطباء حسب السكان، او عدد الأسرة حسب السكان، دون تحسن للتكاليف الناجمة عن تسيير كل ذلك وهنا يبدو معيار الجدوى الاقتصادية غير محترم، ما يمكن قوله ان نظام صحي دون اهداف تعادل الاعتمادات الممنوحة، إذ لا توجد اجراءات تسيير تبحث او تعمل على الاقتصاد في الوسائل بغرض الوصول لأهداف محدد، وابطس مثال هو الاتساع الكبير في النسيج العمراني للصحة العمومية وما يحتاجه كوسائل للتسيير.

✓ المشاكل التي تعاني منها مؤسسات الضمان الاجتماعي الجزائري

ان دراسة الوضعية المالية للضمان الاجتماعي باعتبارها من مصادر تمويل الصحة في الجزائر الذي تميز بفائض لمدة طويلة وذلك لارتباطه بوتيرة الاستثمار العمومي، الذي كان يتميز بنمو في القطاع الصناعي من جهة و دفع الاجور للعاملين من جهة اخرى، إلا ان هذه الوضعية لم تدم حتى اصبح الضمان الاجتماعي يعاني من مشاكل مالية و ذلك لعدة اعتبارات ففي بداية الثمانينات خاصة خلال الخماسي الاول 1980 1984 كان متوسط النمو السنوي 16 % وهذا يعود للزيادة الملحوظة في عدد المنخرطين في التامين الذي قدر في سنة 1980 حوالي 2.18 مليون ثم وصل الى 92.9% مليون في سنة 1984، ولكن بالرغم من تزايد النفقات على غرار المدخلات لم يتأثر التوازن المالي للضمان الاجتماعي، حيث كانت الوضعية المالية تتميز بنوع من الفائض في ميزانية الضمان الاجتماعي الى غاية 1986 -1987 اي في بداية المخطط الخماسي الثاني، لكن في اواخر هذا الاخير وبالضبط في سنة 1988 حينما بدأت الاصلاحات الاقتصادية بدا يظهر عجز متزايد وهذا يعود لتوسيع عدد المستفيدين وانخفاض مستوى التشغيل في القطاع الزراعي من جهة و النمو الضئيل لمستوى التشغيل في القطاع الصناعي، و الزيادة في النفقات الصحية، و نفقات التقاعد و للإشارة الى العجز الكبير الموجود في فرع تامين المرضى مقارنة بالفروع، و من الاسباب الرئيسية للعجز الموجود في الضمان الاجتماعي يمكن ذكر العناصر التالية:⁴²

⁴¹ عدمان مريزق، نفس المرجع

- تأخر نمو التشغيل، أي كتلة الأجور و الاشتراكات التي عرفت انخفاض بسبب التأخر الاقتصادي الذي تعرفه البلاد من جراء الازمة الاقتصادية من جهة واتلاف بعض المؤسسات.
- الاستمرارية في تدعيم النفقات الصحية.
- زيادة التكاليف التي تتحملها ميزانية الضمان الاجتماعي : تمويل القطاعات الصحية، الاستثمارات الاجتماعية للصحة العمومية، العلاج في الخارج للأفراد الغير مؤمنين، علاج للمصابين بحوادث المرور، الاجراءات خاصة بحقوق فئة المجاهدين في ما يخص التقاعد، ويلاحظ ان الحل لهذه المشاكل المالية حسب المختصون يكمن في النقاط التالية:
- اعادة هيكلة الضمان الاجتماعي بهدف الزيادة في مردوديته والتخفيض من تكاليفه.
- اعاده التفاوض مع الدولة فيما يخص طريقه التسيير لموارد الضمان الاجتماعي من جهة وميادين و قوانين تنظيم تلك الاموال من جهة اخرى.

إلا ان اعادة هيكلة الضمان الاجتماعي تعترضه عدة مشاكل منها ما هو متعلق بالقانون الخاصة للضمان الاجتماعي و خاصة علاقته مع الدولة، من حيث التنظيم القانوني يعتبر كمؤسسة عمومية ذات الطابع الاداري، أي يخضع للمحاسبة العمومية، غير ان نشاطه و تسيير مدخراته ونفقاته تسيير على اساس قواعد المحاسبة الخاصة، لطبيعة النشاط، كما يلاحظ غياب أي اعتماد محدد في اطار ميزانية الدولة، كذلك المشكل الذي يتعلق بالتواجد الجغرافي للضمان الاجتماعي الناتج عن الاستقلالية المطبقة في سنة 1986 و التي اثرت مباشرة على اخذ الاشتراكات و منه على الموارد وعلى حجم الاعانات. والخدمات المقدمة اضافته الى تسيير الوكالات المحلية وهذا يستلزم اجراءات تتكيف مع الوسائل والمستفيدين بغرض تطوير مردوديته و التحكم في تكاليف التسيير، أما فيما يخص النقطة الثانية الخاصة بإعادة التفاوض مع الدولة، فان مسؤولين الضمان الاجتماعي يشكون خاصة ان اشتراكات الدولة لا تدفع وهذا طبعا من المؤسسات والادارات، و رغم هذه المشاكل تأخذ الدولة غالبا اعتمادات من الضمان الاجتماعي لتمويل نفقات الصحة و التكفل بمجانيه العلاج، اضافته الى تكفل الضمان الاجتماعي ماليا ببعض النفقات الاجتماعية التي تعد من اختصاصها، وهذا ما يجب اعادة النظر في استقلالية الضمان الاجتماعي من الجانب المالي، كما نشير الى المصاريف الطبية للغير مؤمنين للعلاج في الخارج التي تفرض على الضمان الاجتماعي من طرف الدولة، و زيادة مع هذا يقوم بالتكفل بالنفقات الخاصة ببعض الأنظمة منها لذوي الحقوق (المجاهدين) فيما يخص التقاعد المسبق و كذلك المنح العائلية وهذا ما يفسر عدم استقلالية الضمان الاجتماعي بل هو وسيلة تستعملها الدولة لتمويل جزء من سياستها الاجتماعية فهي حاليا تتخبط في عجز كبير لاشك انه يزداد لو استمر الوضع على ما هو عليه.⁴³

2- السياسات الجزئية لإصلاح نظام التمويل.

2-1 التحكم في التمويل

التمويل هو الأداة أو الوسيلة التي تمكن المستشفيات من مباشرة المهام المنوط بها، إذ هو العمود الفقري للتسيير و يكتسي أنواعا عديدة، كالتأمين بالأدوية، التمويل بالأغذية و التمويل بالأجهزة و المعدات و غيرها، إذ لا نكاد نمر بمؤسسة صحية إلا و نجد هيكلا و جهازا خاصا بالتكفل بالتمويل.

كما أن التموين يكتسي طابعا معقدا تتداخل فيه اعتبارات عديدة مادية و أخرى موضوعية، و يكبر حجمه أو يصغر بالنظر إلى حجم المؤسسة الصحية و تنوع اختصاصاتها، و ارتفاع عدد الأسرة بها و تنوع المهام المنوط بها(الاستشفاء، التكوين، العلاج، البحث).

إن التموين يتم بوسائل عديدة، كالطلب عند الحاجة إلى المواد، أو يتم عن طريق التعاقد المسبق، أي يتم بتسليم المواد والحاجيات جملة واحدة أو بالأقساط.⁴⁴

✓ التموين بالأدوية و المواد الصيدلانية

إن التموين بهذا النوع من المواد استراتيجي و هام للمستشفيات و قطاع الصحة عموما، لأنه الميزة التي تطبع القطاع عن غيره من القطاعات، كما أن الأدوية تتميز بديمومة تدفقها و توفرها في السوق لأنها أساسية و استعجالية، لذلك يجب اتخاذ سياسة محكمة في التموين، تتميز بخصوصيات و مميزات منفردة، و ذلك إما بإنتاجها محليا أو باتخاذ سياسة عقلنة تسيير الميزانية، و الاعتمادات المخصصة لهذا الجانب و توظيفها مما يخدم ميزات هذا النوع من التموين.

لقد عرف التموين في الأدوية في الجزائر مراحل عديدة إذ في السنوات الأولى من استقلال عانت الجزائر اضطرابات عديدة في هذا المجال و تم انتهاج أسلوب التموين و احتكر من طرف الدولة إلى غاية سنوات الثمانينات حيث أن الدولة هي المستورد الوحيد للأدوية و الممون الرئيسي للسوق الوطنية في مجال الأدوية، كما أن تبني الجزائر لمجانبة العلاج منذ 1974، أدى إلى استهلاك كبير للأدوية التي كانت أسعار بعضها مدعمة و بعضها الآخر مجانا، و تدعم احتكار الدولة لهذا المجال بنص المادة 184 من القانون 05/85 المتعلق بحماية و ترقية الصحة، ونظرا للاستهلاك الواسع للأدوية في سنوات السبعينات حددت قائمة الأدوية التي من الواجب استيرادها و ذلك بغرض التحكم في سياسة استيراد الأدوية و لو نسبيا، و بعد الاندماج في اقتصاد السوق، انفتحت الدولة أكثر على العالم الخارجي و بدأ الخواص يساهمون في الاستيراد، و لكن رغم ذلك بقيت بعض العراقيل وولدت مشاكل أخرى كعدم فعالية و قدرة المنتج الوطني على المنافسة نتيجة لخصوصية اقتصاد السوق، و مشاكل أخرى كنقص بعض الأدوية و فساد بعضها لانتهاج مدة صلاحيتها، لذلك يجب اتخاذ سياسات إصلاحية للتحكم في التموين و ذلك ب:⁴⁵

- **سياسة تسيير التموين:** فيجب وضع برامج وطنية محكمة لتوزيع الأدوية و حماية المنتج الوطني من المنافسة، و ضمان تغطية سليمة و متواصلة في مجال الأدوية للسوق الوطنية .
- **وضع احتياطي وطني من الأدوية:** خاصة الضرورية و ذات الاستعمال الواسع، و ذلك لمحاربة الأمراض الطارئة و المستعجلة و التي تتطلب تواصل في التزويد بالأدوية، أي يجب أن يكون على مستوى كل مستشفى احتياطي خاص به من الأدوية يعتبر مخزون للاستعمال في الوقت المناسب.
- **اعتماد سياسة إحصائية للمستهلكات من الأدوية:** بالنظر إلى النمو السكاني و كذلك الاستطباب الذاتي و تأثيراته على كمية الأدوية المستهلكة، للعلم فانه يعتبر مشكلا خطيرا في الجزائر بسبب فوضى في الطلب على الدواء لأنه يزيد في الطلب على الدواء، هاته النسبة لا تخضع إلى برمجة مسبقة.

⁴⁴ مقدر طارق، مرجع سابق، ص 90

⁴⁵ مقدر طارق، مرجع سابق، ص 91

- تشجيع العمل بفكرة طبيب العائلة: أي وضع الثقة في طبيب معين وإتباع نصائحه والاكتفاء بما وصفه هذا الأخير من دواء.
- القضاء على فكرة الأدوية بالكمية والاكتفاء بال نوعية: أي تشجيع وصف الدواء الفعال على توزيع الأدوية التي هي اقل فعالية.
- وضع مدونة وطنية للأدوية: التي يجب استيرادها والتي تكون فعال أكثر بغض النظر على كمية الأدوية. بالإضافة إلى:

- تشجيع الإنتاج المحلي و حمايته من المنافسة.
- تفعيل دور المؤسسات الجهوية لتوزيع الأدوية PCH، معهد باستور للجزائر IPA.
- توظيف المحاسبة التحليلية و طرق تسيير مخزون الادوية كطريقة باريتو و ويلسون FIFO و LIFO
- التعاون و تبادل المعلومات في مجال استهلاك الأدوية بين مختلف المؤسسات الاستشفائية.

✓ التموين بالمواد الغذائية

- إن التموين بالمواد الغذائية بالجزائر يعتمد أساسا على التكفل بضمان توفر المواد الغذائية ذات الاحتياج الضروري، و نفس الشيء بالنسبة للمريض داخل المستشفى، هذا الأخير، يزود بالحاجيات الغذائية من السوق الوطني، إن المواد الغذائية التي يتزود بها المستشفى لا تراعي فيها كمية الحيريات التي يحتاجها المريض، و هو ما أدى إلى فوضى و أزمات في التموين في ظل نقص الاعتمادات المالية المخصصة لها، لذلك يجب انتهاج سياسة محكمة في هذا المجال تعتمد على: ⁴⁶
- تقادي كساد السلع: و ذلك بتقديم الطلبات حسب الحاجة، و تطبيق طرق الكمية في تسيير المخزون و إعداد الطلبيات.
- حساب تكلفة كل سرير في مجال الغذاء: بتوظيف المحاسبة التحليلية و القيام بإحصائيات دقيقة.
- اجتناب التموين العشوائي بالأغذية، و اعتماد أسلوب التموين حسب كل مصلحة، لمعرفة كمية المخزون و الحاجة.
- اجتناب التبذير بحصر عدد الوجبات المقدمة للمرضى، مع الأخذ بعين الاعتبار الوجبات التي تقدمها العائلة للمريض.
- اعتماد سياسة الاشتراك في التموين بالأغذية بين المريض، و الدولة و الضمان الاجتماعي.

✓ التموين بالأجهزة والمعدات.

- لا يعتمد التموين بالمعدات و الأجهزة في الجزائر على دراسات ملائمة و التوزيع المناسب لها، بالإضافة إلى وجود قائمة من المعدات التي تعتبر قديمة، و تجاوزاتها التكنولوجية، مما يدفع إلى وجوب تجديدها مع الأخذ بعين الاعتبار الأخطاء التي وقعت في مجال التموين سابقا، و ذلك بـ:
- التركيز على نظام الاعتماد، أي لا يمكن لأي مؤسسة صحية أن تشتري أي جهاز أو عتاد إلا بترخيص من الوصاية الصحية (الاعتماد)، و هذا بغرض توزيع عادي و ملائم للحاجات مع الأخذ بعين الاعتبار الخصوصية التي تتمتع بها كل منطقة.
- التحكم في التجهيز العالي و قليل المردودية، بالنظر إلى الفعالية و الحاجات المرتفعة للسكان.

- اعتماد خريطة صحية لتوطين الأجهزة بناء على عدد الأسرة، مثلا جهاز سكانار لكل 800 سرير و جهاز أشعة لكل 10 أسرة، بالإضافة إلى تدعيم الإنتاج الوطني في مجال صناعة التجهيزات و المعدات الطبية، و تشجيع القطاع الخاص في هذا المجال.

و خلاصة القول، فان التموين في الجزائر يعرف مشاكل كبيرة، لكن يسهل التحكم فيها بانتهاج سياسات وطنية محكمة للتموين، تعتمد على دراسات و إحصائيات للطلب و الاحتياجات في مجال الأدوية و الأغذية و كذا المعدات الطبية و تجنب التبذير و سوء التوزيع و فوضى التموين و كذا التحكم في التكاليف لتحقيق نوعية علاج معتبرة بأقل التكاليف، من اجل تجنب التبذير و سوء استعمال الاعتمادات لان المعطيات المحاسبية تعتبر أساسية و ذات أولوية لاتخاذ القرارات اللازمة التي تسمح بالتسيير العقلاني لهذا يجب اعتماد نظام محاسبي خاص يتماشى مع طبيعة المؤسسة الاستشفائية، كما يجب أن تكون هذه المحاسبة مرنة تسمح بالتحليل الموضوعي للعمليات المالية و المحاسبية .

و لذلك فانه بالنظر إلى الدول المتقدمة في التسيير الاستشفائي التي تبنت محاسبة خاصة بالمستشفيات من خلال وضع مخطط محاسبي استشفائي يعتمد على عدة أنواع من المحاسبة التي تتلاءم مع طبيعة المؤسسة الاستشفائية، ففرنسا مثلا تبنت مخطط محاسبي يحتوي على محاسبة المواد من اجل تسيير المخزون من خلال استعمال عدة وثائق تمسك مع حركات الموارد و التي تتمثل في:⁴⁷

- الجدول اليومي الخاص بالمدخلات و المخرجات المسجلة بنظام زمني (JOURNAL BORDEREAU).
- السجل الكبير الخاص بالمواد (LE GRAND LIVRE DES MATIERES)
- الموازنات الثلاثية (LES BALANCE TRIMESTRIELLES)
- حساب التسيير الذي هو عبارة عن تلخيص لحركات المواد (LE COMPTE DE GESTION)

هذه المنهجية في تقييم المواد تسمح بإعداد مخطط التموين بالمواد في الميزانية القادمة، مع تجنب التبذير من جهة أخرى نهتم بحساب الإهلاكات الخاصة بالتجهيزات و المباني من أجل تحديد سياسة صيانة التجهيزات و المباني مع تجديدها في الوقت المناسب، كما يجب التأكيد على ضرورة إدخال المحاسبة التحليلية التي تعتبر كأداة لتطوير و تحسين المصالح الاستشفائية التي يجب استغلالها خاصة في حساب التكاليف الخاصة بكل مصلحة استشفائية.

2-2 احتواء التكاليف و عقلنة الاختيارات الميزانية

إن الهدف الأساسي من احتواء التكاليف، هو محاولة عقلنه الموارد المالية والحد من التبذير والانفاق الغير المدروس، واكتشاف المنشآت والمصالح التي هي مستخدمة بطريقة غير اقتصادية، يمكن قياس فعالية الوسائل المالية للمؤسسات الصحية، واكتشاف المجالات التي تمكن من تحقيق أكبر قدر من الاقتصاد في النفقات.⁴⁸

✓ احتواء التكاليف.

تعتبر تكلفة الوحدة، عن النسبة بين تكلفة كمية معينة من السلع أو الخدمات و عدد الوحدات المنتجة أو المباعة من تلك السلع أو الخدمات، فتكلفة المريض المعافى يمكن حسابا عن طريق تكلفة المرض، مثلا يمكننا حساب تكلفة المريض المعالج في الخارج، و هذه الطريقة تتطلب توفير معلومات إحصائية يصعب الحصول عليها،

⁴⁷ مقدر طارق، مرجع سابق، ص 92

⁴⁸ زميت خدوجة، تحليل تكاليف الصحة في الجزائر، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية، جامعة الجزائر، 1999، ص 139.

بالإضافة إلى مشكل آخر و هو خروج المريض من المستشفى دون إكمال العلاج كما انه هناك بعض الأمراض المزمنة التي تحتم على المريض التردد كثيرا على المستشفى، و بالتالي استغلال السرير، و من هنا يمكن القول أن هذه الطريقة صعبة التطبيق لأنها تتطلب إحصائيات جد دقيقة، أما تكلفة المرض فهي تكلفة اجتماعية للصحة، و يجب علينا معرفة كل مريض بالنسبة للميزانية العامة، رغم الإشكال الذي يواجهه اقتصاد الصحة و المتمثل في صعوبة تعريف المنتج أو نتيجة الصحة إلا انه يمكن الاعتماد على إحدى الطرق التالية:

- تحليل تكلفة فعالية.
- تحليل تكلفة منفعة.
- تحليل تكلفة فائدة.

بالإضافة إلى اللجوء إلى بعض مؤشرات الحالة الصحية للتعبير عن معدل الوفيات، معدل العيش عند الولادة أو معايير أخرى مثل: عدد الأطباء، عدد الأسرة، معدل شغل الأسرة..... الخ.

- تعميم حساب التكاليف ليشمل جميع الخدمات المقدمة من المراكز الاستشفائية و غير الاستشفائية.
 - العمل وفق لمفاهيم اقتصاديات الصحة فيما يتعلق باتخاذ القرار الصحي، مع تفعيل دور التحليل المالي للتكاليف.
 - ترشيد الاستهلاك بالنسبة للمستفيد من الخدمة، و ذلك بالمشاركة في جزء تكلفة العلاج.
- ✓ عقلنه الاختيارات الميزانية.

و هو عبارة عن إجراء يتعلق بتحسين استعمال الموارد، عن طريق المفاضلة بين البرامج، و تحديد الهدف أو الأهداف المراد تحقيقها، بالبحث عن مجموع الوسائل الملائمة من حيث فعاليتها و تكاليفها، للحصول على النتائج المسطرة، و بهدف هذا الأسلوب إلى إيجاد ارتباط وثيق بين الوسائل التقليدية لتحليل الميزانية، و سياسة اتخاذ القرارات الخاصة بتحقيق أهداف المؤسسة الصحية، و كل هذا عبر المراحل التالية:⁴⁹

- دراسة الأهداف.
- إحصاء الوسائل.
- دراسة محاسبية للوسائل و الأهداف.
- تحديد البرامج المتعاقبة و تقييمها.
- اتخاذ القرار.
- المراقبة.

خلاصة الفصل الاول

تم من خلال هذا الفصل التعرف على آليات تمويل المؤسسات الصحية في الجزائر و ذلك من خلال التعرف على النظام الصحي و مكوناته و طرق تمويله في الجزائر مع أخذ مثال عن بعض انظمة التمويل في العالم، فبالرغم من الأثر الايجابي لتطبيق سياسة مجانية العلاج على مختلف المؤشرات الصحية كزيادة متوسط العمر و انخفاض الامراض الوبائية و زيادة تحسين و حماية صحة الام و الطفل عرفت الآونة الاخيرة انخفاض في كمية و جودة الخدمات الصحية نتيجة زيادة الطلب عليها و انخفاض مصادر تمويلها، مما ادى الى البحث عن طرق اخرى لتمويل المؤسسات الصحية، كتطبيق النهج التعاقدى لتمويل الخدمات الصحية و هذا ما سنتعرف عليه من خلال الفصل الثاني.

تمهيد

جاء في مقدمة ميثاق المنظمة العالمية للصحة أن "الحكومات مسئولة عن صحة شعوبها فعليها اخذ التدابير الصحية والاجتماعية المطلوبة" و لكون المنظومة الصحية في الجزائر لا تستجيب لتطلعات المواطنين باشرت الدولة الجزائرية في اصلاح و عصرنة السياسة الصحية لاسيما فيما يتعلق بالحماية الاجتماعية و تطبيق النظام التعاقدى بين المستشفيات وهيئات الضمان الاجتماعى لترشيد النفقات و تقييم و تأهيل تسيير المؤسسات الصحية حيث سنتطرق من خلال هذا الفصل إلى مفهوم النهج التعاقد خصائصه و أهدافه و الإطار القانوني المحدد له في المبحث الأول، أما المبحث الثاني فخصص لدراسة الأدوات العلمية لتطبيق النهج التعاقدى حيث عرفنا من خلاله عقود الأداء، الأهداف و الوسائل، مشروع المؤسسة و نظام محاسبة التكاليف الصحية، أما المبحث الثالث فتطرقنا فيه إلى شروط تطبيق النهج التعاقدى في المؤسسات الصحية و المحاور الأساسية لتطبيق النهج التعاقدى وشروط وضعه حيز التنفيذ.

المبحث الأول: مفهوم النهج التعاقدى و اهدافه

إن نجاح سياسة الاصلاح مرهون بوجود نظام صحي عصري و مرن يستجيب للمتطلبات الحديثة لتسيير المستشفيات كاستعمال أدوات المناجمنت الصحي، حساب التكاليف، التسيير المالي و مراقبة التسيير كآليات لحوكمة المؤسسات الاستشفائية، الأمر الذي يؤدي إلى توفير موارد مالية و البحث عن صيغة تمويل جديدة تمثلت في تطبيق النهج التعاقدى كنمط جديد لتمويل المؤسسات الصحية.

المطلب الأول: مفهوم النهج التعاقدى

1- تعريف التعاقد

التعاقد سمة التسيير الحديث المبني على العقلانية و الشفافية و هو ما تصبوا اليه اصلاحات المنظومة الصحية، و تكمن أهمية الموضوع في تجسيد مخطط عمل يرتكز على دعم الوصاية في اطار تعاقد تفاوضي (تعاقد خارجي أو تعاقد برنامجي).

فالتعاقد هو إقامة علاقات تعاقدية بين عدة منظمات، فنقول هناك اتفاق تعاقدى أي وجود تحالف طوعي للشركاء المستقلين الذين يلتزمون بواجبات متبادلة و يتوقع كل منهم فوائد نتيجة هذا التعاقد".⁵⁰

و في نفس الوقت يمثل التعاقد أداة قانونية، تقنية و تمويلية أساس للعلاقة القائمة بين الوصاية و المؤسسات الصحية و التي تهدف الى تعريف المشروع الذي من شأن الهيئات الصحية المتمتعة بالاستقلالية الاستطلاع به و تلتزم بتنفيذه كمخطط عمل وفق التوجهات العامة لاستراتيجية السلطة العمومية في مجال الصحة، كما يعرف في الشق الثاني الدعم المالي، المادي و التشريعي الذي توفره هذه الأخيرة من أجل تنفيذ مخطط العمل.

و من ثم نجد أنفسنا أمام تعاقد أهداف و وسائل بين المؤسسة الصحية و السلطة الادارية هذه الاخيرة تحدد الواجبات و الحقوق و مساهمة الأطراف المعنية و بذلك يمثل التعاقد الخارجي اجراء فعال لتجسيد برنامج الصحة في اطار الشفافية التامة بضمان الشروط القصوى في التسيير المالي و الاقتصادي بتسخير الوسائل المادية و البشرية من أجل تقديم خدمة مقبولة بأقل التكاليف.

بالنسبة لمنظمة الصحة العالمية فان التعاقد هو عبارة عن اتفاق (عقد) يتضمن اتفاق بين عونين اقتصاديين (أو أكثر) و الذي عن طريقه او بواسطته يلتزم بالتنازل او الاحتفاظ أو القيام او عدم القيام ببعض الاشياء أي ارتباط

ارادي لشركاء مستقبليين فهناك من يرى أنه يمنح الارباح و الامتيازات في حين ترى أطراف أخرى أنه يمنح الحلول التعاونية .⁵¹

النهج التعاقدى هو فكرة لإصلاح المؤسسات الصحية تستند على مبدأ التفويض (تفويض الوسائل أو تفويض التوقيع) فلا وجود لتفويض من دون عقد و لا عقد بدون استقلالية، و الذي يسمح:⁵²

- تمكين الجهات الفاعلة من الانتقال من ثقافة الوسائل إلى ثقافة النتائج
- تحسين جودة الخدمة من خلال الاستخدام الأمثل للموارد المتاحة و قياس الأداء
- اتخاذ القرار من قبل الأشخاص الذين لهم القدرة على تقييم نتائجه
- تقريب القرار من أقرب منفذه.
- إيجاد المزيد من المرونة على المدى القصير و المتوسط

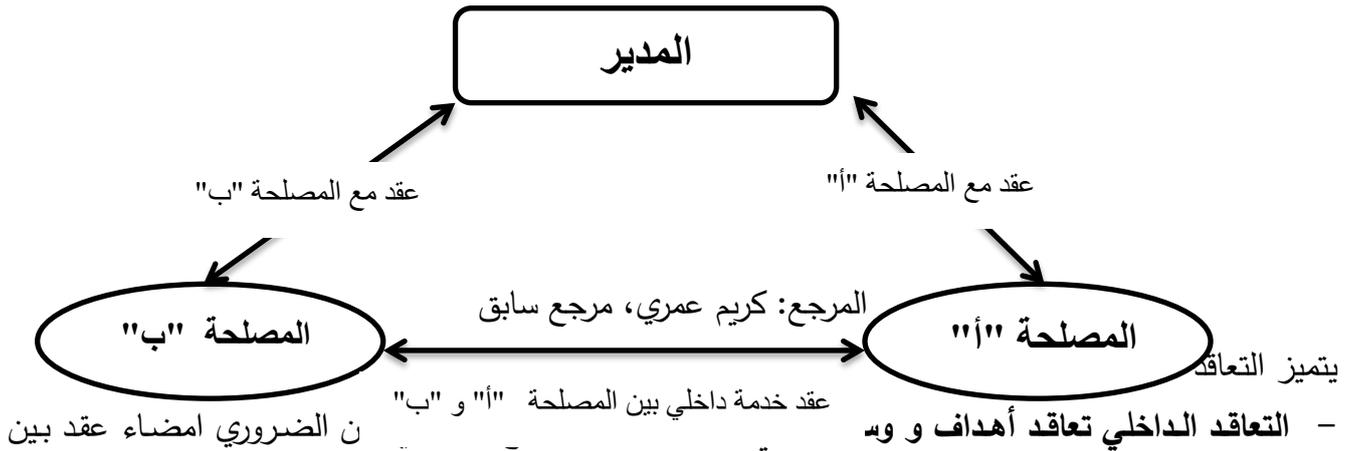
2- أنواع التعاقد

1-2 التعاقد الداخلي

المقصود بهذا النوع من التعاقد هو أن يفوض المدير لرؤساء المصالح مهام التسيير على أن يكون مبني على عقد تفاوضي، حيث تحدد فيه أهداف و وسائل و معايير متابعة و أساليب تعبئة و اهتمام بتحقيق النتائج، بالإضافة الى تحمل الآثار الناتجة عن عدم الالتزام بتنفيذ بنود العقد، فالنهج التعاقدى يمر حتما عبر الارادة المشتركة بتطوير و توزيع وسائل تحقيق النشاط .

نوعية هذه العقود - اذا ما وضعت حيز التنفيذ - من شأنها توزيع السلطات و المسؤوليات على مستوى الفرق كما يمكن الذهاب الى حد امكانية قيام عقود مباشرة بين المصالح و الهيئات المنتفعة و عقود امداد و تسيير مع الادارة و لكن هل الطابع القانوني للمؤسسات الصحية يتسع لمثل هذه الافكار؟

الشكل رقم 01 : التعاقد الداخلي



الشركاء داخل التنظيم فيما يخص الأهداف المراد تحقيقها و الوسائل اللازمة لذلك في اطار تفاوضي مما يحتم على المؤسسة الصحية العمومية اعادة النظر في التنظيم و طريقة التسيير و تكييفها مع محيط ما فتىء يتطور من زوايا متعددة .

⁵¹ مقدر طارق اصلاح المنظومة الوطنية للصحة من خلال اعادة النظر في نظام تمويلها، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية و علوم التسيير جامعة الجزائر ، 2008 ، ص 98.

⁵² كريم عمري، مرجع سابق

- **التعاقد الداخلي و سيلة تسيير للمؤسسة الصحية العمومية :** التوجه نحو التعاقد الداخلي هو شكل جديد في العلاقة بين منطقتين الاول اداري و الاخر طبي و ذلك بـ:
 - ✓ انشاء و تنصيب قطب للنشاط الطبي كمرکز للكفاءة و المسؤولية
 - ✓ تفويض تسيير لرئيس القطب و ليس تفويض سلطة أو امضاء عقد يتعلق بالأهداف والوسائل بين الادارة و مسؤولي أقطاب النشاط الاجتماعي .

- هذه الاقطاب على مستوى المصالح المختلفة تكون مراكز مسؤولية تمهد لادخال المحاسبة التحليلية و التسيير التوقعي للوظائف و الكفاءات، و بذلك نصل الى هدفين أساسيين :
 - ✓ النجاعة في استغلال الوسائل لتقريب بها أرضية الواقع لاتخاذ 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 و الاداري .
- **التعاقد الداخلي و مراقبة التسيير:** يخلق التعاقد كيفية جديدة للعلاقة داخل المؤسسة فكل قطب مجموعة من المهام و الأهداف حددت بعد تفاوض في اطار "عقد وسائل و موارد كما و نوعا" حيث تكون موضوع تقييم دائم على أساس مؤشرات مقبولة من طرف الجميع تؤسس لجهاز اعلامي صحي من أجل معرفة أكثر للنشاط الطبي و الشبه الطبي ومن ثم امكانية توجيه هذا الجهاز بالارتكاز على:
 - ✓ لوحة التحكم في النشاط الطبي و الشبه الطبي .

- ✓ تطوير تقنيات الميزانية بتجميع المصالح في أقطاب متجانسة
- ✓ وضع جهاز تقييم و تسيير على أساس المحاسبة التحليلية⁵³
- **التعاقد الداخلي و تفويض التسيير :** في اطار التعاقد الداخلي لابد من وضع نصب الاعين موضوع العلاوات و المنح من اجل التحفيز كمقابل للمسؤولية ومن اجل اقحام اكبر قدر من المستخدمين في العملية، و كإجراء اولي و في اطار التعاقد لا يمكن تفويض التوظيف أو امضاء صفقة عمومية و لكن يمكن تجسيد الادارة بالمشاركة في المستشفيات بتوسيع دائرة التشاور بين مختلف الاقطاب و ايجاد قواعد جديدة في اعداد و متابعة القرارات المتعلقة بتسيير المؤسسة .

2-2 التعاقد الخارجي:

- هو تعاقد ما بين المؤسسات الصحية كمنتج للعلاج و هيئات مشتريه موكلة من طرف الطالبين له : صناديق الضمان الاجتماعي و مديرية النشاط الاجتماعي بالنسبة للمعوزين .
- التعاقد الخارجي أسلوب تسيير مؤسس على نظام تقديم الخدمة و المخالصة و هذا الاسلوب من شأنه أن يكون بديل لأسلوب المساهمة السنوية حيث تصبح تغطي في اجال اقرب على اساس الخدمة أي امكانية زيادة التمويل مرتبطة بحجم النشاط هذا من شأنه احداث جو تنافسي يصب في صالح النوعية و التكلفة و سهولة الحصول عليه

الشكل رقم 02 : مراحل اعداد النهج التعاقدية

⁵³ زيدات سناء، ادارة و مالية المؤسسات الاستشفائية، رسالة ماجستير، كلية الحقوق، الجزائر، 2002 ص74.

⁵⁴ زيدات سناء

المرجع: كريم عمري، مرجع سابق

3- التجربة الفرنسية في مجال التعاقد

إن قانون 13 جويلية 1991 وضع جهاز تخطيط يهدف الى عقلنة تطوير النشاطات الاستشفائية العمومية و الخاصة و التحكم في تزايد نفقات التامين على المرضى، في هذا الاطار يطرح مفهوم العقد المتعدد السنوات و الذي يعتبر أداة لمختلف الشركاء (مؤسسة صحية، دولة، تأمينات) لضمان الانسجام بين مشاريع المؤسسات الصحية و اهداف التخطيط الصحي الجهوي.

إن المنهج التعاقدى يضع في المقدمة الادارة في تحديد المسؤوليات عند اعوان و شركاء النظام الصحي و ذلك عن طريق تدعيم الاستقلالية و الرؤية متوسطة المدى على مستوى هذه المؤسسات بحيث يصبح هذا التعاقد يشكل العلاقة العادية و المفصلية ما بين المؤسسات الصحية و السلطة صاحبة القرار (الوكالة الجهوية). و عليه فالمؤسسات الصحية عمومية كانت أو خاصة تعتبر معنية بسياسة التعاقد كما ان درجة امان و نوعية الخدمة العلاجية هي اولى اهتمامات السياسة الجديدة فاذا كانت في السابق المؤسسة الصحية مطالبة بتقييم ممارستها المهنية و أساليب تنظيم العلاج و كل الاجراءات المتعلقة بالتكفل الكلي بالمريض لتحقيق النوعية و النجاعة فان ذلك لم يكن الا اجراء داخلي خاص بالمؤسسة .

3-1 العقد الخارجي

يكون بين الوكالات الجهوية للاستشفاء (ARH) و المؤسسات الصحية سواء منها الخاصة او العمومية على مدى الطويل و المتوسط حيث مدة العقد لا يمكن ان تقل عن 03 سنوات ولا أكثر من 05 سنوات و العقد يمضيه مدير الوكالة الجهوية و ممثل المؤسسة المعنية .⁵⁵

بالنسبة للمؤسسات العمومية العقد يبرم بعد مداولة مجلس الادارة و هذا بأخذ بعين الاعتبار رأي اللجنة الطبية و التقنية للمؤسسة كما انه يمكن استدعاء كل المؤسسات الاخرى التي يعينها الامر للمشاركة في العقد منهم :

✓ محترفي الصحة الخواص

✓ معاهد البحث العلمي و الجامعات

فالعقد قد يحدد رزنامة و برنامج تنفيذه و يعطي كل معطيات و مؤشرات المتابعة و النتائج الضرورية للتقييم الدوري و الفصلي و المؤسسة تحرر محضر و تقرير سنوي لهذه العملية و كذا تقرير نهائي للوكالة ففي ظل هذه النصوص قد نستخرج عدة نقاط منها :⁵⁶

في الشكل: فأهداف العقد ووسائله تعتبر ضرورية في التعاقد و هذا حسب قانون الصحة العمومية، اذن فهم يتمتعون بالاستقلالية.

في المضمون : فأهداف العقود ووسائلها أصبحت تشكل نموذج القرارات التي تسخرها الوكالة الجهوية و هي نفسها التي تتخذ في المؤسسات الصحية الخاصة أو العمومية فخاصية الالزامية و المبادرة التي تتميز بها الوكالة تبين بشكل قوي خاصية مادة القرارات العمومية لأهداف العقد و الوسائل و هذا في :

✓ **الاجراءات :** فأهداف العقد و الوسائل حقيقة تمضى من طرف مدير الوكالة و مدير المؤسسة و لكن بعد رأي و استشارة اللجان المداولة هنا كاللجنة التنفيذية و مجلس الادارة و هذا بعد رأي الموافقة لمؤسسات التأمين على الأمراض .

✓ **الميدان التطبيقي :** اذا كانت أهداف العقد و وسائله تبين التوجيهات الاستراتيجية للمؤسسة، فميدان التطبيق يصبح عام و يضم جميع الأبعاد التنظيمية، الصحية، التسييرية و المالية للمؤسسة، فأهداف العقد و الوسائل:

- يبين التوجهات الاستراتيجية مع الأخذ بعين الاعتبار

- تحدد كل الشروط التي يضعها (المشروع الطبي و مشروع المؤسسة)

- تسجل كل التغيرات الخاصة: النشاطات، التسيير، التنظيم.

- تحدد أهداف النوعية، التأمين، تنفيذ اجراءات الضمان.

- تجديد تسيير الموارد البشرية.

- تحديد الموارد المالية.

كما تبين هذه المادة من هذا القانون أنه في حالة عدم تنفيذ بنود العقد فمدير الوكالة يوجه اعدار وهذا لا يكفي و انما تكون هناك عقوبة مالية

3-2 العقد مع المؤسسات الخاصة

هي العقود التي تكون بين الوكالة الجهوية للاستفتاء و المؤسسات الخاصة و قد تحدد مدة العقد من 03 الى 05 سنوات و الذي يشمل على ما يلي :

✓ تكلفة الخدمات حسب التخصص.

✓ الأهداف حسب النوعية و التأمين للعلاجات التي تأخذها على عاتقها المؤسسة الصحية الخاصة حسب بنود العقد و هذا مع رضا المريض بهذه الخدمات و نوعية العلاج المقدمة

✓ كيفية الاشتراك في النشاطات الصحية التي توافق عليها الوكالة الجهوية

✓ العقوبات التي تطبق في حالة عدم تطبيق بنود العقد. 57

فالمهم من هذه العقود هو العقد الثلاثي الذي أشير عليه 15 أبريل 1997 بين الدولة و التأمين على الأمراض و المؤسسات فقد سجل واتفق على اربع عناوين تحدد العقد :

العنوان 1 : يعالج أهداف العقد و الوسائل التي تشخص و تلخص التعهدات و الشراكة.

العنوان 2 : يعالج قبول المريض.

العنوان 3 : يعالج الجانب المالي.

العنوان 4 : يبين العقوبات و مدة العقد ثم هناك ثلاثة فروع يمكن ادراجها في العقد وهي فرع التكلفة، فرع خاص بملف المريض، فرع التمويل

3-3 العقد الداخلي للمستشفى

نرى ان فرنسا أخذت قسط كبير في التجربة في هذا المجال أي العقد الداخلي و هذا حسب تقرير الحكومة و المجلس الاعلى حيث يعتبر العقد الداخلي أحدث أداة لتسيير المرافق العمومية و ذلك عن طريق التسيير بالأهداف و مراقبة التسيير .

فمراقبة التسيير تظهر كوسيلة و طريقة جديدة لتحديد مراكز المسؤولية و كذلك مراقبة النتائج و ليس مراقبة الموضوع و هذا لا يعني أن الطريقة المتبعة ما بين (اللوحة السنوية المقدره للنشاطات و الوسائل) و (اللوحة السنوية المقدره للنفقات الصحية الخام) من الميزانية العامة تبين الديناميكية الجديدة لأهداف العقد الداخلي، فمركز المسؤولية يركز على الطريقة المالية لإعداد الميزانية العامة فنرى أن مركز المسؤولية قد تطور و أصبح كأداة اصلاح القرارات العمومية.

فإنشاء مراكز المسؤولية تأتي لإيجاد الحلول للانشغالات التي كانت فيما مضى ببين الوسائل و تكلفة النشاطات و القرارات التي تأخذ في هذا الشأن و هذا بالتأثير على تطور التكلفة و النشاطات.

كما أن مركز المسؤولية يعتبر أيضا جانبا من مشروع المحاسبة التحليلية و هذا بالمفهوم الاوضح لأهداف العلاج و نوعية الخدمات المقدمة و كذلك التكلفة، فالتسيير الداخلي للمستشفى أصبح النقطة المهمة لكل الجهود المقدمة من أجل نجاح رهان التقدم و التطور و النوعية، فالمستشفى يتحرك و يتطور و الذهنيات كذلك تتأثر و لابد من أن الكل يشارك في التسيير و هذه الاستقلالية الداخلية تسمح للأطباء و الفرق الطبية و الشبه الطبية بالمشاركة في اختيار نموذج اقتصادي و التي يمكن أن تتجاوب مع الاستراتيجية الطبية . 58

و هكذا فان الفرق الطبية و الشبه الطبية لابد من أن تقترح على مدير المؤسسة انشاء مركز المسؤولية و هذه الاقتراحات تعرض على الجمعية العامة و اللجنة التقنية للموافقة، كما ان قرار المدير له وزن في هذا المشروع و له ان يقرر انشاء هذا المركز و هذا بعد استشارة هؤلاء التقنيين .

اذا فمسؤول هذا المركز يقترح من طرف الوحدات الطبية، كما انه يعين من طرف المدير و هذا بعد رأي الموافقة من طرف هذا الأخير لان مسؤول المركز قد يستفيد من التفويض الذي يفوضه له المدير في تسيير مركزه، هذا العقد يعرف كل الاهداف و الوسائل و مؤشرات المتابعة لمراكز المسؤولية فمردودية هذا المركز تكون حسب نتائج

57 مقدر طارق، مرجع سابق

58 مقدر طارق، مرجع سابق

التسيير و المؤهلات التي تقدم وفي حالة عدم تطبيق بنود العقد الداخلي سوف تتجر عنها العقوبات المالية و كذا الادارية .

المطلب الثاني: أهداف تطبيق النهج التعاقدى

للجوء الى التعاقد كنمط جديد في تمويل قطاع الصحة يهدف الى تحقيق جملة من الاهداف التي من شأنها رفع فاعلية قطاع الصحة الذي شهدت هياكله عدة اضطرابات في التسيير منذ تأسيس مجانية العلاج التي قلصت من حجم المسؤولية على مستوى المؤسسات الصحية من حيث كونها مؤسسة عليها بلوغ اهدافها بأقل وسائل ممكنة، فالدافع الى التحكم في النفقات و كيفية تحصيل الموارد غائبين مادام التمويل يضمنه صندوق الضمان الاجتماعي و مساهمة الدولة عن طريق الدفع الجزافي، نتج عن ذلك علاقة عكسية بين النفقات (ارتفاع مستمر) و الخدمات (في تدني مستمر) حيث قدرت نسبة الارتفاع بين سنتي 93 و 96 ب 19 بالمئة على سبيل المثال .

و لوضع حد لهذا التناقض الصارخ تم التفكير في النهج التعاقدى كأسلوب جديد في تمويل المؤسسة العمومية للصحة الذي يبرره مبدئيا مجموعة من الاهداف هي :⁵⁹

1- التحكم في النفقات

يتعين على المؤسسة الصحية بلوغ الاهداف المسطرة باقل تكاليف ممكنة و لهذه الفكرة هدفين هما التأسيس لنمط تمويل عن طريق التعاقد من جهة، و التوجه تدريجيا نحو المبادرة الحرة و حرية المنافسة من جهة ثانية هذا من شأنه ان يوصل الى ثلاثة نتائج مهمة هي :⁶⁰

✓ **الدقة في التمويل** : يتم على اساس حسابات دقيقة تحوصل مجمل الخدمات المقدمة و تكاليفها بتوفر المعطيات الاحصائية و المحاسبية، و يمكن الوصول الى مرجعيات لمعدلات الانفاق و بذلك تسهيل عمليات المقارنة و الضبط و التصنيف

✓ **حرية المبادرة و المنافسة** : و التي من شأنها تحفيز المؤسسات العمومية الى التفكير في تحسين نوعية الخدمات و تهيئة الظروف لجلب اكبر عدد ممكن من الزبائن .

✓ **تشخيص التكاليف و عقلنة الانفاق** : لا يقصد بالتشخيص هنا التكاليف الاجمالية الكلية و انما ينبغي الوصول الى معرفة تكلفة ابط خدمة مؤداة و ذلك يحتم تفويض أكثر للصلاحيات و المسؤوليات و الابتعاد عن المركزية على مستوى المؤسسة و يمكن الانتظام في حلقات نوعية او تنظيمات ثانوية تشتغل في جو تنافسي في اطار الاهداف المسطرة أما عقلنة الاتفاق فتكون بالاستغلال الامثل للموارد المتاحة مع امكانية التوجه نحو التنازل المدروس لجهات خارجية في بعض المجالات كالحراسة و الاطعام و النظافة وفق دفتر شروط دقيق من شأنه ضمان النجاعة و الفاعلية في تقديم الخدمات.

2- التحكم في بعض المؤشرات الصحية : تعتبر نسبة الاستشفاء من اهم المؤشرات الصحية و بالتالي فان عدم التحكم في هذا المؤشر يؤدي الى الزيادة في حجم النفقات، فيتعين المراجعة الدائمة للاستعمال الفعلي للأسرة و كأمر مكمل توفير وسائل التشخيص لتقادي طول المكوث دون جدوى و التسيير العقلاني للموارد البشرية و

⁵⁹ خروبي بزارة عمر، اصلاح المنظومة الصحية في الجزائر، مذكرة ماجستير، جامعة الجزائر، ص89.

⁶⁰ علواني عديلة، تقييم أثار طرق تمويل الصحة العمومية على أداء الخدمات في الجزائر، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية و علوم التسيير، جامعة بسكرة، 2004.

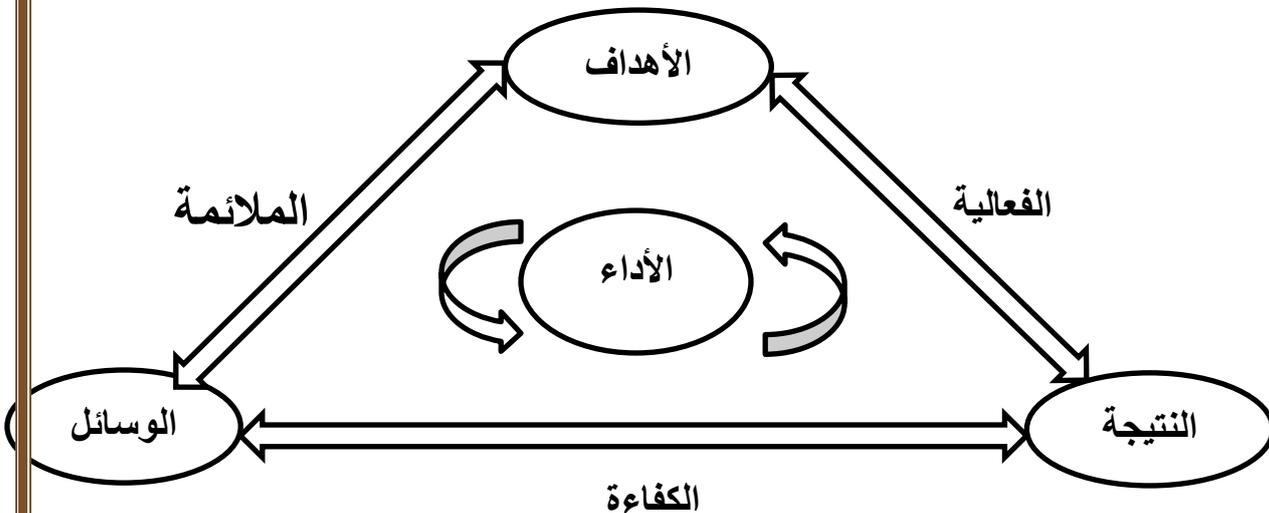
التفصيل الدقيق لكل وظيفة و التوصل الى انجاز استمارة المنصب و عموما فان اهداف التعاقد تدور حول المحاور التالية :

- ✓ تحقيق اكبر شفافية في العلاقات التي تربط بين ممولي و مقدمي العلاج فمن غير المعقول الا يعرف الطرف الممول الكيفية التي صرفت بها الاموال التي قدمها.
- ✓ تمكين هيئات الضمان الاجتماعي من معرفة نوعية و كمية الخدمات الصحية المقدمة اجتماعيا فمن غير المعقول أن تستمر هيئة الضمان الاجتماعي في الانفاق على مؤمنين و غير مؤمنين بما فيهم الاثرياء و المتهرين و غير المعرفين اجتماعيا من الممارسين على مستوى السوق الموازي و ما يتبعه من تهرب ضريبي و تأميني .

3- **تحسين نوعية الخدمة:** إن التعاقد لا يمس فقط اجراءات التمويل و لكن نوعية العلاج و الايواء و الاطعام من خلال الرقابة اللصيقة التي يتميز بها الشركاء الممولين، يضاف الى ذلك ان المجال يفتح تدريجيا للمبادرة الخاصة و هذا من شأنه ايجاد منافسة بين القطاعين العمومي و الخاص ولو ان هذا الاخير يهدف الى تحقيق الربح و استعدادا لما يمثله القطاع الخاص من منافسة انطلاقا من المرونة في التسيير، يتعين على القطاع العام ان يولي اهمية لما يلي:

- ✓ سلوكيات المعاملة و حسن الاستقبال و التوجيه.
- ✓ تطوير و سائل الاتصال بالمرضى وذويهم مع اطلاعهم على وضعيتهم قصد اسهامهم في تحقيق الأهداف التي تصبوا اليها المؤسسة
- ✓ التركيز على الجانب النوعي للعلاج مع احترام مبدأ التدرج
- ✓ ارساء قواعد التواصل مع المحيط الذي غالبا ما ينقص من قيمة الخدمات التي يقدمها المستشفى، و هذا بالإقناع قصد كسب ثقة الزبون مع انخراط كل المستخدمين و المتدخلين في هذا الموضوع.⁶¹
- ✓ ارساء قواعد المرونة في التسيير و فسخ المجال أمام الكفاءات لتجسيد قواعد التسيير الحديثة.⁶²

الشكل رقم 03 : التعاقد - الأداء



⁶¹ خروبي بزارة عمر، مرجع سابق

⁶² علواني عديلة، مرجع سابق

المرجع: كريم عمري، مرجع سابق

المطلب الثالث: الأسس القانونية و الإطار التنظيمي لتطبيق النهج التعاقدية

1- الأسس القانونية للتعاقد

يبرز اللجوء الى التعاقد دعوة المؤسسة الصحية الى ممارسة مسؤولياتها كاملة فيما يخص التسيير هذه المسؤولية التي وصلت الى خط الانعدام في اطار التمويل الجزافي فكيف يمكن تكييف هذا الاسلوب من الناحية القانونية، هل يطبق عليه القانون الخاص المطبق على جميع العقود المدنية ام يطبق القانون العام و الى أي اختصاص قضائي يتم الاحتكام عند نشوب نزاع جراء هذه العلاقة.

كلمة تعاقدية مشتقة و أصلها عقد و هو ما يفترض وجود علاقة تجمع على الاقل طرفين اتفقا من اجل احداث اثر قانوني و صحة العقد تفترض هي الاخرى احترام مجموعة من الاركان و الشروط المنطوية في الأساس القانونية، فقيام أي عقد يشترط توافر مجموعة من الأركان:⁶³

1-1 التراضي

وهو ما يعني وجود توافق بين أطراف العقد و بخلاف الرضا الذي قد يؤدي معنى رضا طرف واحد و من تم يظهر مفهوم التراضي بمعنى تبادل الارادة عبر الايجاب و القبول كأن يعبر الطبيب عن ارادته في القيام بخدمة (الايجاب) و قبول المريض مكوثه في عيادته (قبول) بالنسبة للتعاقد في مجال تمويل الصحة هذا الركن يتبين من خلال أطراف العقد و هم :

✓ **الممول:** وهم الأشخاص الذين يتكفون بتمويل جزء من نفقات الصحة (الدولة، صناديق الضمان الاجتماعي)
✓ **صاحب الخدمة :** و هي مجمل الهيئات الاستشفائية (مراكز استشفائية جامعية، مؤسسات عمومية للصحة، هيئات متخصصة)

✓ **مستهلكو الخدمات الصحية:** وهم المرضى و بلغة التسيير الحديث زبائن قطاع الصحة و الاشكالية هي كيف يمكن لهذه الاطراف (الطرفين الاولين) تبادل الايجاب و القبول على ان كلا من الدولة و المستشفى ليس لهما وجود مادي كالشخص الطبيعي و من ثم امكانية التعبير عن ارادة منتجة الاثر القانوني و الاجابة على ذلك هي أننا أمام هيئات حقيقية حول لها المشروع الشخصية المعنوية التي تمنحها الأهلية اللازمة للتعبير عن ايراداتها لإحداث أثر قانوني و ذلك عبر الأشخاص الطبيعية التي تسيروها و تمثلها قانونا .

2-1 محل الالتزام

يمثل محل الالتزام جوهر العقد وهو الاثر القانوني الذي قصد اطراف العقد احداثه أي بمعنى اخر العنصر المادي في العقد و يصنف محل الالتزام الى صنفين أساسيين :

✓ **التزام تعاقدية:** المبدأ الاساسي هو ان العقد شريعة المتعاقدين أي ما كان محل اتفاق و يشترط فيه ان يكون موجود أو قابل للوجود، معين او قابل للتعيين و ان يكون صالح التعامل فيه .

✓ **التزام غير تعاقدى:** الالزام الذي ينشأ في هذه الحالة يخرج من اطار العقد شريعة المتعاقدين و يكون بموجب التشريع او احكام القضاء و هو ما احتواه قانون المالية لسنة 1993 بخصوص العلاقة التعاقدية و موضوع التزام كل طرف الدولة و صناديق الضمان الاجتماعي في تمويل الخدمات الصحية الاستشفائية انطلاقا من بيانات تؤكد الحصول الحقيقي للخدمة مع تفصيل في الفئات المتكفل بها من كل طرف تلتزم الهيئات الصحية تماشيا مع الفئة التي ينتمي اليها .⁶⁴

1-3 السبب

يقصد بالسبب الباعث على التعاقد و يشترط ان يكون السبب مشروع بحيث يتماشى و متطلبات النظام العام (فلا يعطى مخرى بغرض الادمان) و السبب في منظور النهج التعاقدى يكمن في ضبط الاموال التي تقدمها الدولة و صناديق الضمان الاجتماعى و تدقيق عملية حساب الكلفة كما يكمن السبب في الخدمة الاجتماعية التي يتعين على الدولة ضمانها في اطار مفهوم المرفق العام .

من خلال المعطيات التي تم استدعائها يتبين أننا بصدد عقد فرض بقوة التشريع لتجاوز سلبيات التمويل الجزافى الذي كان محل انتقاد من جميع الاطراف المعنية فالممول يدفع اكثر مما يتعين عليه دفعه و صاحب الخدمة يرى ان الاموال المخصصة لا تغطي كل التكاليف هذا فضلا عن عدم رضى الزبون و من ثم نخلص الى النمط الجديد في تمويل قطاع الصحة هو عقد اذعان فرضه المشروع على طرفين رئيسيين (الممول و صاحب الخدمة) وأي نزاع ينشب بينهما يعود فيه الاختصاص الى القضاء الادارى⁶⁵

2- الإطار التنظيمي لتطبيق النهج التعاقدى

بموجب قانون المالية لسنة 1992 اتجه المشروع الجزائري و لأول مرة منذ تطبيق مجانية العلاج الى اقتراح نظام تمويل جديد مبني على علاقات تعاقدية بين المؤسسات الصحية و هيئات الضمان الاجتماعى، كما تم التأكيد على هذا النهج في قانون المالية لسنة 1993 المادة 128 منه :

يتم تطبيق هذا التمويل على أساس العلاقات التعاقدية التي تربط الضمان الاجتماعى و وزارة الصحة و السكان عن طريق أساليب تحدد بموجب طرق تنظيمية

و نظرا لعد استعداد الهيئات المعنية بالعملية بقى موضوع التعاقد يراوح مكانه الى سنة 1995 حيث تم بعثه من جديد في قانون المالية لسنة 1995 في المادة 132 الفقرة (4.3.2)

يتم تطبيق هذا التمويل على أساس العلاقة التعاقدية التي تربط الضمان الاجتماعى بوزارة الصحة و السكان و حسب الكيفيات التي تحدد عن طريق التنظيم، و تخصص هذه المساهمة لتغطية الأعباء الصحية ماليا في مصالح المؤمنى اجتماعيا و ذوى الحقوق.

منذ سنة 1993 مختلف قوانين المالية المتعلقة بالنهج التعاقدى بين المؤسسات العمومية للصحة و هيئات الضمان الاجتماعى تمثلت خصوصا في المرسومين التنفيذيين التاليين:

✓ المرسوم التنفيذى رقم 01-12 المؤرخ في 21-01-2001 الذي يحدد كيفيات الحصول على العلاج لفائدة المحرومين غير المؤمن لهم اجتماعيا.⁶⁶

⁶⁴ علي سليمان ، مرجع سابق.

⁶⁵ علي سليمان ، مرجع سابق.

⁶⁶ المرسوم التنفيذى رقم 01-12 المؤرخ في 21-01-2001

✓ المرسوم تنفيذي رقم 101-04 المؤرخ في 01 أبريل 2004 المحدد لكيفية دفع مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي لتمويل ميزانيات المؤسسات الصحية العمومية.

كما ظهرت عدة نصوص قانونية في إطار إصلاح و مراجعة و تحديث النهج التعاقدية آخرها مشروع قانون الصحة المعروض على البرلمان من أجل المصادقة عليه، ومن أهم هذه النصوص نجد:

✓ قانون المالية لسنة 1992 لاسيما المادة 175 منه.

✓ تنصيب اللجنة الوزارية المشتركة مكلفة بالنهج التعاقدية في 10 أبريل 1995 بناء على نتائج اجتماع مجلس الوزراء المنعقد في 21 مارس 1995، هذه اللجنة تتكون من: وزير الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات، وزير العمل و الضمان الاجتماعي، وزير المالية، المدير العام للصندوق الوطني للعمال الأجانب CNAS، المدير العام للصندوق الوطني للعمال الغير أجانب CASNOS و مسيرين عن المؤسسات العمومية للصحة.

✓ سنة 2000 إتمام مكتب الدراسات SOFNAL الدراسة المتعلقة بتطبيق النهج التعاقدية

✓ 21-01-2001 تعديل المرسوم التنفيذي رقم 01-12 المؤرخ في 21-01-2001 الذي يحدد كفاءات الحصول على العلاج لفائدة المحرومين غير المؤمن لهم اجتماعيا.

✓ 16 مارس 2002 تشكيل مجموعة وزارية مكلفة بإعداد طرق تطبيق النهج التعاقدية.

✓ بداية ديسمبر 2002 تم إدراج ممثل وزارة التضامن للمجموعة الوزارية المكلفة بإعداد طرق تطبيق النهج التعاقدية.

✓ 31 ديسمبر 2002 إعداد تقرير من طرف المجموعة الوزارية المكلفة بإعداد طرق تطبيق النهج التعاقدية

✓ في 14 جانفي 2003 تم صدور:

- تعليمية وزارية مشتركة تتعلق بتنفيذ النهج التعاقدية

- قرار وزاري مشترك يتضمن إنشاء وتكوين اللجنة الوزارية المكلفة بمتابعة و تطوير تنفيذ النهج التعاقدية.

- قرار وزاري يتضمن إنشاء وتكوين اللجنة القطاعية الولائية المكلفة بتنفيذ النهج التعاقدية.

✓ 13 سبتمبر 2003 مذكرة وزارية رقم SG /MSPRH /804 المتعلقة بتقييم عملية تطبيق النهج التعاقدية خلال السداسي الأول من سنة 2003

✓ 22 ديسمبر 2003 مذكرة وزارية رقم SG /MSPRH /1036 المتعلقة بتقييم عملية تطبيق النهج التعاقدية خلال السداسي الثاني من سنة 2003 و كذا حصيلة سنة 2003

✓ المرسوم تنفيذي رقم 101-04 المؤرخ في 01 أبريل 2004 المحدد لكيفية دفع مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي لتمويل ميزانيات المؤسسات الصحية العمومية.⁶⁷

✓ تعليمية الوزارية رقم SG /MSPRH / 09 المتعلقة بإتمام إجراءات المتعلقة بالنهج التعاقدية

✓ مذكرة وزارية رقم SG/MSPRH/ 1626 المتعلقة بالتشغيل الفعال للآليات التي تسمح ببدأ عملية التعاقد

تستند أحكام التدابير التي تم وضعها سابقاً إلى المبادئ التالية:

- تهدف المساهمة الضمان الاجتماعي إلى تمويل التغطية الطبية للأشخاص المؤمن عليهم وذوي الحقوق؛
- تتكفل ميزانية الدولة بتغطية: نفقات الوقاية و التكوين و البحث الطبي و تمويل العلاج المقدم للمعوزين الغير مؤمن لهم اجتماعيا .
- وضع تمويل على أساس المعلومات المتعلقة بالأشخاص المؤمن عليهم اجتماعيا الذين تم التكفل بهم على مستوى المؤسسات العمومية للصحة في إطار العلاقات التعاقدية التي تربط بين هيئات الضمان الاجتماعي و وزارة الصحة والسكان و من إصلاح المستشفيات.

بناء على هذا جاءت النصوص القانونية التالية لتحديد هذه التدابير الثلاثة التي قيلت في السابق:

✓ القانون رقم 03-22 المؤرخ 28 ديسمبر 2003 المتضمن قانون المالية لعام 2004 حيث نصت المادة 59 على "توجه مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي في ميزانية القطاعات الصحية والمؤسسات الاستشفائية المتخصصة و المراكز الاستشفائية الجامعية للتغطية المالية للتكاليف المتعلقة للتكفل الطبي لصالح المؤمن لهم اجتماعيا و ذوي حقوقهم، يطبق هذا التمويل على أساس المعلومات المتعلقة بالمؤمن لهم اجتماعيا المتكفل بهم في المؤسسات الصحة العمومية وذلك في إطار العلاقات التعاقدية التي تربط بين الضمان الاجتماعي ووزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات".⁶⁸

وعلى سبيل التقدير وبالنسبة لسنة 2004، تحدد هذه المساهمة بمبلغ سبعة وعشرون مليار و واحد وعشرون مليون و مائتين و أربعة وسبعون ألف دينار جزائري (27 021 274 000.00 دج) ويمكن مراجعة هذه المساهمة عن طريق التنظيم في حالة حدوث زيادة في النفقات المتصلة بتسيير المؤسسات الصحية في غضون سنة. تتكفل ميزانية الدولة بتغطية نفقات الوقاية و التكوين و البحث الطبي و تمويل العلاج المقدم للمعوزين الغير مؤمن لهم اجتماعيا .

✓ المرسوم تنفيذي رقم 04-101 المؤرخ في 01 أفريل 2004 المحدد لكيفية دفع مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي لتمويل ميزانيات المؤسسات الصحية العمومية.

كما حدد مشروع قانون الصحة 2018 المعروض على البرلمان للمصادقة عليه الاطار التنظيمي للنهج التعاقدية وذلك من خلال المواد التالية:

المادة 205: " المؤسسة العمومية للصحة هي مؤسسة عمومية ذات تسيير خاص وذات طابع صحي تتمتع بالشخصية المعنوية و الاستقلال المالي " حيث تم تغيير القانون الاساسي للمؤسسة العمومية للصحة من مؤسسة عمومية ذات طابع إداري إلى مؤسسة عمومية ذات تسيير خاص وذلك حتى تتمكن من مواكبة التنظيم المناسب لتطبيق النهج التعاقدية.

المادة 207: تسري علي مستخدمي المؤسسة العمومية للصحة احكام القانون الاساسي العام للوظيفة العمومية .

المادة 208: تسجل سنويا الاعتمادات المالية الضرورية لتأدية مهام المؤسسة العمومية للصحة في ميزانية الدولة، حيث تأتي الموارد المالية للمؤسسة العمومية للصحة لاسيما مما يأتي:

- الاعانات المسجلة في ميزانية الدولة

- مساهمات هيئات الضمان الاجتماعي طبقاً للتشريع و التنظيم المعمول بهما
 - الإيرادات الناتجة عن كل نشاطات ذات صلة بمهامها التي تقوم بها المؤسسة لفائدة الهيئات والهياكل العمومية و الخاصة في اطار تعاقدى
 - الإيرادات الناتجة عن الخدمات العلاجية المقدمة للأشخاص الأجانب غير المتعاقدين في مجال الضمان الاجتماعى
 - تعويضات التأمينات الاقتصادية بعنوان الأضرار الجسدية
 - القروض
 - الهبات و الوصايا
 - كل الإيرادات الأخرى المتعلقة بنشاطها.⁶⁹
- المادة 209:** يتم تمويل المؤسسات العمومية للصحة على اساس عقود اهداف ونجاعة تبرم مع المصالح المختصة للوزارة المكلفة بالصحة.
- تحدد العقود المذكورة في الفقرة اعلاه التزامات المؤسسات العمومية للصحة وتنص على الوسائل الضرورية لإنجاز الاهداف المسطرة في المخطط الوطني لتنظيم الصحة.
- يتعين على كل هيكل ومؤسسة عمومية للصحة اعداد عقود ومشاريع مصالح في اطار مشروع المؤسسة .
- المادة 210:** تخضع المؤسسة العمومية للصحة في مجال التسيير المالى و المحاسبى لما يأتي :
- المحاسبة العمومية بالنسبة لنفقات المستخدمين
 - النظام المحاسبى المالى المنصوص عليه في القانون رقم 07-11 المؤرخ في 15 ذي القعدة عام 1428 الموافق 25 نوفمبر سنة 2007 بالنسبة للنفقات الأخرى
- يسند مسك محاسبة المؤسسة لعون محاسب يعينه الوزير المكلف بالمالية.
- المادة 211:** تخضع المؤسسة العمومية للصحة في مجال مراقبة النفقات طبقاً للتشريع و التنظيم المعمول بهما الى ما يأتي :
- المراقبة المالية المسبقة بالنسبة لنفقات المستخدمين المسيرين بموجب قانون الاساسى العام للوظيفة العمومية
 - المراقبة البعدية بالنسبة للنفقات الأخرى
- المادة 212:** يتولى تدقيق حسابات المؤسسة العمومية للصحة محافظ حسابات يعينه الوزير المكلف بالمالية بالاشتراك مع الوزير المكلف بالصحة.
- المادة 241:** تضمن الدولة تمويل للمنظومة الوطنية للصحة طبقاً للتشريع و التنظيم المعمول بهما لا سيما النفقات المرتبطة بأعمال الوقاية و العلاجات القاعدية والعلاجات الاستعجالية وعلاجات الاشخاص في وضع صعب وبرامج الصحة و التكوين الطبى لمهنيي الصحة و البحث الطبى .
- المادة 242:** تضمن هيئات الضمان الاجتماعى مساهمة بعنوان التغطية المالية لمصاريف العلاج المقدم للمؤمن لهم اجتماعيا وذوي حقوقهم من طرف المؤسسات العمومية للصحة على اساس تعاقدى مع الوزارة المكلفة بالصحة .

المادة 243: تشارك الجماعات المحلية في تمويل الصحة في اطار برامج الاستثمار و برامج الوقاية وحفظ الصحة و التربية من اجل الصحة .

المادة 244: تساهم المؤسسات الاقتصادية في تمويل الصحة في اطار اعمال مبرمجة بعنوان طب العمل

المادة 245: تشارك التأمينات الاقتصادية في تمويل الصحة بعنوان تعويض مصاريف التكفل الطبي بالأضرار الجسدية.

المادة 246: يمكن ان يطلب من المستفيدين من العلاجات المساهمة في تمويل نفقات الصحة ضمن إحترام احكام هذا القانون .

إن عدم المساهمة في تمويل نفقات الصحة لا يمكن ان يشكل عائقا امام الحصول على العلاجات لاسيما في حالة الاستعجالات .

المادة 247: تحدد اعمال العلاجات ونشاطات الصحة ضمن هياكل ومؤسسات الصحة عن طريق مدونة وتسيير الاعمال المهنية للصحة .⁷⁰

المادة 248: يحدد الوزير المكلف بالصحة بالاتصال مع الوزراء المعنيين اسعار الخدمات غير تلك المتعلقة بالأعمال والنشاطات الطبية التي تقدمها مؤسسات الصحة العمومية و الخاصة .

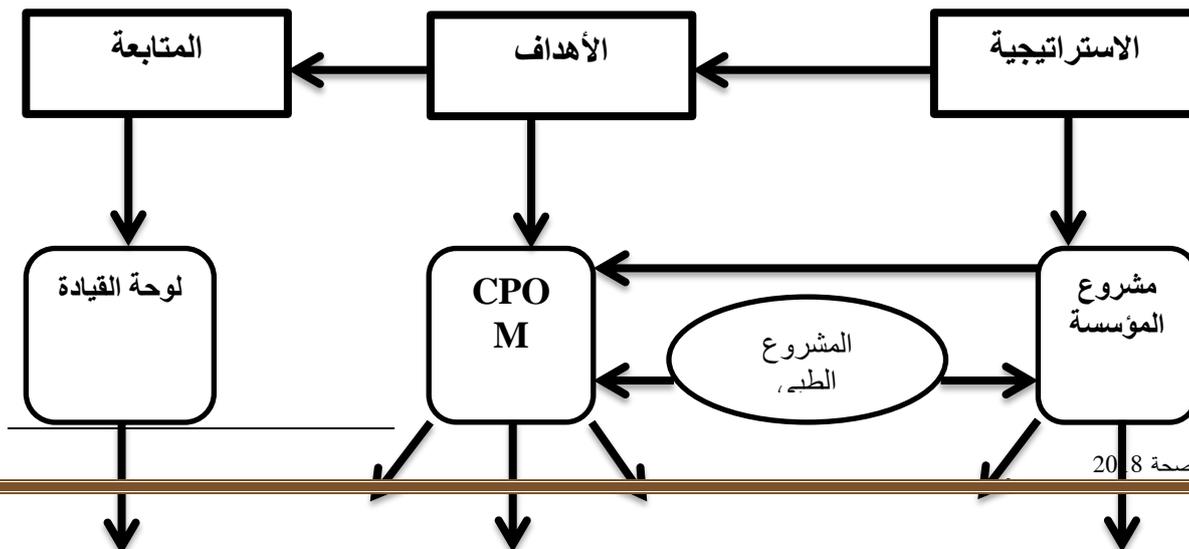
المادة 249: تسهر الدولة على التوازن المالي للمنظومة الوطنية للصحة .

المادة 250: تقدم سنويا الموارد المعبئة لتمويل المنظومة الوطنية للصحة وكذا النفقات المرتبطة بها في شكل حسابات تدعي الحسابات الوطنية للصحة.

المبحث الثاني: آليات تطبيق النهج التعاقدى

حدد مشروع قانون الصحة أهم الأدوات الضرورية لتطبيق النهج التعاقدى من خلال المادة 209 التي تنص على أنه " يتم تمويل المؤسسات العمومية للصحة على أساس عقود أهداف و نجاعة تبرم مع المصالح المختصة للوزارة المكلفة بالصحة، تحدد هذه العقود إلتزامات المؤسسات العمومية للصحة و تنص على الوسائل الضرورية لإنجاز الاهداف المسطرة في المخطط الوطني لتنظيم الصحة، حيث يتعين على كل هيكل ومؤسسة عمومية للصحة اعداد عقود ومشاريع مصالح في اطار مشروع المؤسسة " .

الشكل رقم 04: آليات تطبيق النهج التعاقدى



المرجع: كريم عمري، التعاقد مفهوم أساسي لتحقيق الأداء، المؤتمر الدولي للسياسات الصحية، 18-19 جانفي 2014 الجزائر

المطلب الأول: عقود النجاعة، الأهداف و الوسائل (CPOM)

1- تعريف عقود النجاعة، الأهداف و الوسائل (CPOM)

تعرف عقود النجاعة، الأهداف و الوسائل (CPOM) حسب القانون الفرنسي بأنها عقود متعددة السنوات تتعهد بموجبه هيئة أو إدارة مؤسسة عمومية (جمعية، مؤسسة عمومية، مجموعة التعاون الاجتماعي و الطبي- الاجتماعي) على مدى عدة سنوات مع السلطة المانحة للأموال بتحقيق أهداف النشاط التي تتبعه مؤسساتها و الاستفادة مقابل ذلك من مخصصات الميزانية، حيث أن هذه العقود اختيارية و ليست الزامية.⁷¹ كما تعرف بأنها الوثيقة أو العقد المتعدد الأغراض و الوسائل الذي يربط هيئة إدارة المؤسسات مع سلطتها الوصية، أو حتى ممولها الرئيسيين، حول الأهداف التي يتعين تحقيقها طوال مدة العقد، حيث يتم تحديد هذه الأهداف بشكل مشترك من قبل الأطراف المتعاقدة.⁷²

استعملت عقود النجاعة، الأهداف و الوسائل (CPOM) لأول مرة في القطاع الصحي، حيث تعرف بأنها الأداة التعاقدية التي تهدف إلى وضع إطار متعدد السنوات للميزانية من أجل تحقيق كفاءة أكبر في إدارة مشاريع المؤسسات الصحية العامة والخاصة، حيث أن هذه العقود لديها بعد استراتيجي يحدد التوجهات الاستراتيجية للمؤسسات مع الأخذ بعين الاعتبار أهداف خطة التنظيم الصحي و تحديد شروط تنفيذ هذه المبادئ و التوجيهات، لا سيما في إطار المشروع الطبي ، تم تصميم عقود النجاعة الأهداف و الوسائل (CPOM) منذ البداية لتكون أداة تنظيمية لتحسين جودة الخدمات المقدمة للمرضى.

كما تعرف عقود النجاعة، الأهداف و الوسائل (CPOM) أيضا بأنها أداة لقياس أداء المرافق الصحية من خلال التعاقد، حيث تسمح بإدارة ميزانية المؤسسات الصحية بحرية مما يتيح للمسيرين مساحة أكبر للمناورة المالية مقابل تحمل مسؤولية أكبر و تحسين جودة الخدمة مع التحكم في التكاليف.

الغرض من عقود النجاعة، الأهداف و الوسائل هو التحكم في العلاقة بين السلطة الوصية التي قد تكون أيضًا الممول و الجهة الإدارية من أجل تحقيق وتقييم الأهداف المخصصة للمؤسسات و المنصوص عليها في قانون الصحة لذلك يمكن وصف عقود النجاعة، الأهداف و الوسائل CPOM بأنها عقود إدارية.⁷³

⁷¹ المادة 11-313 من قانون النشاط الاجتماعي و الأسرة الفرنسي.

⁷² Hugues BELAUD, CPOM, Mémoire de l'école des hautes Etudes en santé publique, France, mars 2016.

⁷³ Hugues BELAUD, op.cit

2- محتوى و هيكله عقود النجاعة، الأهداف و الوسائل (CPOM)

يتم تحديد الأهداف الموجودة في عقود النجاعة، الأهداف و الوسائل (CPOM) بين الأطراف الموقعة للعقد على أساس التشخيص المفصل و التفاوض، فلا يوجد شيء إلزامي في العقد و الذي يحتوي على:

- محتوى الخدمات و الأنشطة.
- جودة الخدمات و الرعاية المقدمة للمستفيدين (حقوق المستخدم، الجودة، التقييم الداخلي و الخارجي)
- تنظيم و توظيف الموارد و الاستثمارات و إدارة الموارد البشرية و التسيير التقديري للوظائف و الكفاءات (GPEC)
- تسيير الميزانية و التحليل المالي.⁷⁴

كما تتكون هيكله عقود النجاعة، الأهداف و الوسائل من كل قاعدة تحدد قواعد تنفيذ العقد، حيث تبدأ هذه القاعدة بتعيين الأطراف المتعاقدة وإعطاء الأحكام التشريعية والتنظيمية التي تتعلق بالعقد، ثم القاعدة التي تحدد الشروط المالية لأداء العقد و التي يجب أن تحدد الإجراءات المالية كطريقة الخصم وإعادة تقييم التخصيص (معدل التغير في القيمة السوقية ، الصيغة الثابتة للخصم، إعادة التقييم تعديلات التحديث إعادة التقييم السنوية). و من أجل تبسيط الحوار بين الطرفين يجب التخطيط لإجراءات التقييم النهائي للعقد قدر الإمكان فبمجرد توقيعه (تقرير / تقرير نهائي ، تقييم خارجي ، وما إلى ذلك)، فإن قاعدة العقد توفر الظروف للمراجعة وإنهاء العقد في حالة حدوث تغيير جوهري في نشاط المؤسسة، و الأنظمة و القوانين، كما يجب تحديد الإجراء الواجب اتباعه في حالة النزاع بين الطرفين.

كما تتكون عقود النجاعة، الأهداف و الوسائل (CPOM) من المرفقات، وفي هذه الحالة يتم تقسيم الأهداف إلى أوراق عمل، كل ورقة عمل هي ملحق لقاعدة العقد، لفهم هذه الأهداف من المهم أن يتم ضم التشخيص الأولي (أو توليفة من الاحتياجات) إلى العقد الذي يحتوي أيضًا على ملاحق مالية تهدف إلى تقييم تكاليف كل إجراء في قسم التشغيل وقسم الاستثمار.⁷⁵

كما تتضمن عقود النجاعة، الأهداف و الوسائل في المؤسسات الصحية المحاور التعاقدية التالية:

- 1- مشروع الخدمة (القطب): يأتي في شكل مخطط نشاط، يتم اعداده من قبل السلطة الوصية و الذي يشمل: الرعاية، الوقاية، التعليم، إعادة الهيكلة
- 2- الجودة: تظهر كمؤشرات في العقد تحدد المستوى المراد تحقيقه.
- 3- النشاط / الموارد: عدد الأيام الاستشفائية، متوسط مدة الإقامة، عدد الفحوصات، عدد العمليات الجراحية...
- 4- الاستهلاك: المخبر، الأشعة، نقل المرضى، الصيدلة...: تعاقدت في شكل تخصيص الميزانية
- 5- التمويل: حساب النتيجة التشغيلية⁷⁶

3- تأثير محتوى عقود النجاعة، الأهداف و الوسائل على الميزانية

⁷⁴ Grégory pichet, le CPOM , comite national de coordination de l'action, septembre 2010 .

⁷⁵ Hugues BELAUD, op.cit

إن الالتزام بالميزانية التقديرية في شكل عقد منظم يسمح بالتخفيف من إجراءات الاعداد، المصادقة و تنفيذ الميزانية، كما يسمح بتوزيع النتائج بحرية، كما تسمح أيضا بمعالجة بعض في الموازنة المخصصة و العودة إلى التوازن الهيكلي الشامل في نهاية عقد CPOM.

4- فوائد عقود النجاعة، الأهداف و الوسائل

- عقود النجاعة، الأهداف و الوسائل (CPOM) هي عقود اختيارية.
- تتم مناقشة المهام والأهداف بين الطرفين.
- يمكن أن تساعد في تجديد الديناميكيات الداخلية لهيكل الإدارة.
- تعد عقود النجاعة، الأهداف و الوسائل (CPOM) أداة تخطيط قوية.
- يوفر إجراء اعداد الميزانية مرونة أكبر من حيث الإدارة ومجال المناورة ، حيث يمكن إعادة توزيع الاعتمادات وتفكيكها بين الهياكل المشكلة للعقد مما يتيح ذلك للمدير اتخاذ القرار بشأن تنفيذ أهداف الإدارة على المدى المتوسط.⁷⁷
- يتم تعريف الموارد الضرورية في عقود النجاعة، الأهداف و الوسائل (CPOM) لمدة العقد من مستند أساسي يسمى الميزانية .
- لا يمكن أن تتجاوز هذه الميزانية الاعتمادات التي يتم تحديدها كل عام ، ولكن من الممكن تطبيق معدل التطور كل عام .
- يعزز فكرة التعاون بين المؤسسات بهدف تحسين كفاءة العمل الاجتماعي وضمان استمرارية رعاية المستخدمين.⁷⁸

5- مراحل اعداد عقود النجاعة، الأهداف و الوسائل (CPOM)

- **المرحلة الأولى:** مرحلة تحديد الأهداف و تعرف بالمرحلة التمهيديّة و هي إجراء تحليل داخلي لهيكل الإدارة و تحديد الاتجاهات الرئيسية لخطة متعددة السنوات، حيث يتم إجراء تشخيص لتحديد نقاط القوة والضعف لكل مؤسسة أو خدمة واقتراح حلول للتحسين تسمح بتحديد الأهداف، تتطلب هذه الخطوة التشخيصية استثمارًا كبيرًا و تتطلب مجموعة متنوعة من المهارات حيث يجب عليها تعبئة جميع الموظفين والمستخدمين داخليًا، كما يمكن لهاته المؤسسات تفويض هذه الخطوة إلى متعامل خارجي.
- **الخطوة الثانية:** يتم إضفاء الطابع الرسمي على الأهداف في "أوراق العمل" هذه الأخيرة تحدد طرق التنفيذ و آجال التنفيذ، المؤشرات المتنوعة و القيمة المستهدفة، في ضوء هذه الأهداف يتم تقييم الوسائل اللازمة من خلال تحليل الميزانية و محاسبة التكاليف، حيث في كثير من الحالات يتم التفاوض بتكلفة ثابتة مع السلطة الوصية، والتي تلتزم بالإجراءات الإدارية لترشيد نفقاتها من أجل توفير مساحة للمناورة داخليًا.
- **الخطوة الثالثة:** التفاوض هو عملية طويلة تستمر عموماً من 9 أشهر إلى سنة أين يتم تقديم الاقتراحات التعاقدية و المناقشات التي تنتج عنها.

- **الخطوة الرابعة:** المشاورات والتوقيع على العقد أين يتم تسليم العقد للسلطة الوصية حيث يقوم المكتب أو ممثله بالعودة إلى الأهداف والوسائل المبينة في الوثيقة، و يمكنه اضافة بعض الإجراءات و التوجيهات، في نهاية هذه المرحلة يتم تقديم العقد إلى توقيع الإدارة المعنية.⁷⁹

المطلب الثاني: مشروع المؤسسة

في ظل العولمة و الوعي و الشعور بتكلفة الصحة و مشكل التمويل و نمو الطلب الاجتماعي جاء مشروع قانون الصحة من أجل إصلاح المستشفيات و تنصيب معالم التجديد و مواصلة الجهود التي ترمي لعصرنة تسيير و مناجمت مؤسسات الصحة، و دعم هياكلها بأدوات وآليات تكون لها اثر ايجابي على تطوير النشاطات و التكفل بالأعمال التي التزمت بها من خلال عقود النجاعة، الأهداف و الوسائل أو عقد انجاز الأنشطة كما جاء في المذكرة رقم 01 المؤرخة في 16 أفريل 2014 الصادرة عن وزير الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات المتعلقة بوضع مشروع مؤسسة، لوحة القيادة و مؤشرات التسيير حيز التنفيذ، و التي تم من خلالها تحديد أدوات و آليات تنفيذ عقود الأنشطة، حيث جاء في نصها " يستلزم وضع عقد انجاز الأنشطة حيز التنفيذ المنصوص عليه في المذكرتين رقم 06 المؤرخة في 08 جانفي 2014 و المنشور رقم 05 المؤرخ في 30 يوليو 2013 ، المتعلق بإعادة تأهيل المرافق العمومية للصحة ،آليات أساسية تتمثل في مشروع مؤسسة، لوحة القيادة و مؤشرات التسيير تتعلق خاصة بالمدة، التكلفة، النوعية و الكمية.

تمثل هذه الأدوات مرجع تقييم لكل التدابير التي تعتمد المؤسسات الصحية اتخاذها من أجل تعزيز خطة عملها المتعلقة بعقد انجاز الأنشطة الذي يعتبر المرجع الأساسي للمعلومات التي تملأ فضاء هذه الآليات، فضلا عن ذلك، فإن ديناميكية تحديث التسيير، ستمكن مسيري المؤسسات الصحية من اكتساب وسائل للمتابعة و تقويم النشاطات المبرمجة."

1- تعريف مشروع المؤسسة

إن مفهوم المشروع خضع لعملية النقل والتحويل، حيث تمت إعارته من حقل الهندسة المعمارية والمقاولات الصناعية إلى المجال والتجاري و الخدماتي، فمفهوم "المشروع" مستمد من كلمة "projet" المحدثه في الثقافة الفرنسية، والتي لم تتبلور دلالتها الاصطلاحية إلا في منتصف القرن العشرين، فالاشتقاق اللغوي لهذه الكلمة في اللغة اللاتينية تعني إلقاء أو رمي موضوع أو شيء إلى الأمام، أما الباحث الأنثروبولوجي الفرنسي بوتيني، فقد اعتبر المشروع هو " توقع إجرائي لمستقبل منشود."

كما يعرف مشروع المؤسسة بأنه مجموع الإجراءات التي تعتمدها مؤسسة معينة لتحديد أهدافها الخاصة ونوعية الأنشطة المستهدفة والتي يتم إنجازها وتعديلها دوريا بمساهمة جميع المتدخلين في المؤسسة لتجنب العوائق التي تم رصدها.

كما يعرف أيضا بأنه برنامج عمل يستهدف تشخيص الجوانب الإيجابية والسلبية المميزة للوضع الحالية كما يتوخى التحديد الدقيق لملامح الوضعية المنشودة وتوفير الطاقات البشرية والموارد المادية الضرورية لتحقيقها⁸⁰. كما وضحت المذكرة رقم 01 المؤرخة في 16 أفريل 2014 أن مشروع المؤسسة يعد على العموم لمدة سنتين، و يتوجب أن يستند على الخطط الثلاثة التالية:

✓ خطة عمل لتصفية أوضاع الحياة المهنية لمهني الصحة.
✓ خطة عمل للتصفية المالية فيما يخص ديون الصيدلية المركزية للمستشفيات ومعهد باستور الجزائر العاصمة

✓ خطة عمل لتسهيل الحصول على فحوصات طبية خارجية والعلاج داخل الهيكل الاستشفائي .
كما يتوجب برمجة جلسات تقييم مخصصة لهذا الموضوع خلال الإجتماع الأسبوعي مع مدير الصحة للولاية مع التذكير على وجوب احالة نسخة من محضر كل اجتماع ، على المفتشية العامة بوزارة الصحة، و فيما يلي نموذج موجز لمشروع مؤسسة مرتكز على مشاريع المصلحة:⁸¹

(1) التعريف بالمؤسسة

(2) مراجع المصادقة على المشروع

(3) تحديد أولويات الصحة، العلاج، و التسيير

(4) الأهداف: تتمثل أهم الأهداف في:

✓ **تحسين الإستقبال والأمن** : وذلك من خلال اعادة النظر في إجراءات استقبال المرضى، تحديد اجراء داخلي لتحسين فرص الحصول على العلاج والفحوصات الطبية الخارجية، تعزيز نوعية مسارات العلاج، تعزيز مكافحة عدوى المستشفيات، تعزيز الأمن الداخلي.

✓ **تعبئة مهني الصحة**: وذلك من خلال تحسين ظروف العمل، تحسين راحة فريق المناوبة، تطوير التسيير التقديري للوظائف و الكفاءات، تصفية أوضاع الحياة المهنية لمهني الصحة.

✓ **ضمان فعالية لخدمة المريض**: وذلك من خلال تحسين تنظيم العلاج، وضع نظام حاسوبي داخلي، تحديث لوجيستيك المستشفيات وهاكل الصحة، وضع حيز التنفيذ خطة للصيانة، تحسين الرقابة الداخلية، تطوير تسيير مصالح الصحة، ضمان التوازن للميزانية، ضمان التصفية المالية، تطوير مؤشرات التسيير، وضع لوحات قيادة للتسيير حيز التنفيذ.

ينبغي أن تكون هذه الأهداف مؤرخة، مرقمة ومقيمة وفقا لخصوصية كل مؤسسة، أين يتم وضعها بالطبع في خطة العمل مع تدابير التقييم والتعديل وتمثل المؤشرات مرجعهم الأساسي، حيث يستند مشروع المؤسسة أساسا على الأهداف، خطط العمل، لوحات القيادة والمؤشرات المعدة على مستوى كل مؤسسة.

من الضروري متابعة تنفيذ الأهداف الأساسية لخطط العمل الثلاث عن طريق تقنيات "مناجنت" (انسياب المناجنت) والمتمثلة في :

⁸⁰ نور الدين الطاهري ، مشروع المؤسسة ، دار الإعتصام ، الدار البيضاء ، 1997، ص38

⁸¹ المذكرة رقم 01 المؤرخة في 16 أفريل 2014 الصادرة عن وزير الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات المتعلقة بوضع مشروع مؤسسة، لوحة القيادة و مؤشرات التسيير حيز التنفيذ.

- ✓ التعرف على أسباب عدم استخدام وعدم تطبيق اجراء معين، على سبيل المثال، ذاك المتعلق بالترقية الداخلية أو تسديد الديون .
- ✓ التعرف على المشاكل الرئيسية باستخدام تقنية الرسم التخطيطي .
- ✓ اختيار خطة للمتابعة والتقارير مع التنفيذ و المتابعة.
- ✓ تصنيف الأسباب حسب النوع و أهمية .
- ✓ ايجاد حل عن طريق تقنية توافق الوظيفة او المسؤولية.
- ✓ تحديد استراتيجية خطة العمل. 82

الجدول رقم 01: الخطط الثلاث لتنفيذ مشروع المؤسسة

خطة تسوية أوضاع الحياة المهنية

التقييم	الجدول الزمني	الأنشطة والمسؤولين المعنيين	الإجراءات التي يتوجب اتخاذها	سبب التأخير	طبيعة المشكل	الفئات

خطة التصفية المالية (لاسيما ديون الصيدلية المركزية للمستشفيات ومعهد باستور الجزائر العاصمة)

التقييم	الجدول الزمني	الأنشطة والمسؤولين المعنيين	الإجراءات التي يتوجب اتخاذها	سبب تأخير سداد الديون	المؤسسة المعنية	طبيعة المشكل المطروح

خطة تسهيل فرص الحصول على العلاج

(الفحوصات الطبية المتخصصة، العمليات الجراحية ، طب أمراض النساء والتوليد)

التقييم	التقييم(الفارق والتصحيح)	الجدول الزمني	المهام والأنشطة وتحمل المسؤولية	الإجراءات التي يتوجب اتخاذها	طبيعة الصعوبات	التخصص المعني

المرجع: المذكرة رقم 01 المؤرخة في 16 أفريل 2014 المتعلقة بوضع مشروع مؤسسة حيز التنفيذ.

2-مراحل اعداد المشروع

1-2 انشاء لجنة القيادة:

من اجل تحضير مشروع المؤسسة تبين لكثير من المؤسسات الاستشفائية أنه من المهم تشكيل لجنة للقيادة تتولى مهمة السهر على احترام المنهجية و ضمان المشاركة للفاعلين الرئيسيين في كل مرحلة من ان لجنة القيادة تعتبر كعضو مقرر لمشروع المؤسسة مؤقت يضم اعضاء من مجلس الادارة و المجلس العلمي أو الطبي و السلك الطبي و المصالح التقنية و هذا تحت رئاسة المدير العام للمؤسسة و ينحصر عمل لجنة القيادة فيما يلي:

- ✓ عمل لجنة القيادة في اعداد اطار مرجعي كنقطة بداية في سبيل مشروع المؤسسة .
- ✓ التعريف بالمشروع و اسلوب التسيير
- ✓ تحليل ثقافة المؤسسة
- ✓ تحرير اطار مرجعي أولي (لماذا مشروع المؤسسة أي مفهوم الأهداف الاولية للمؤسسة)
- ✓ التشاور مع فريق من الاطباء و الاطارات حول النقاط التي يحتويها الاطار المرجعي⁸³

الجدول رقم 02: خطة عمل / لوحة القيادة

أ	ب	ج	د	هـ
نقطة الذروة	مؤشرات الفعالية	الأهداف الواجب تحقيقها	أنشطة واجب القيام بها في وقت محدد مع تحمل المسؤولية	مؤشرات التوجيه، المتابعة والتصحيح

جع: المذكرة رقم 01 المؤرخة في 16 أفريل 2014 المتعلقة بوضع مشروع مؤسسة حيز التنفيذ.

2-1-1 تحرير الاطار المرجعي

عرض و مناقشة الاطار المرجعي على كل من المجلس العلمي أو الطبي و مجلس الادارة و عقد اجتماعات مع مختلف المصالح (الطبية، الادارية، التقنية و العامة) في ايام دراسية منظمة على شكل مجموعات تتراوح بين 20/10 مشارك و الهدف من هذه الايام الدراسة هو :

- ✓ الاعلام على نية الانطلاق في مشروع المؤسسة و كيفية اعداده
- ✓ الاعلام على نتيجة عمل لجنة القيادة في توصلها لإعداد اطار مرجعي يحدد الأهداف الاولية و هذا ليس كمشروع نفسه و انما كنقطة بداية فقط
- ✓ توضيح الروابط بين مشروع المؤسسة الذي يعتبر خطوة استراتيجية و اسلوب التسيير حتى لا يحول ذلك دون التطبيق الاحسن لمشروع المؤسسة

✓ تكوين الاطارات فيما يخص بعض العناصر المنهجية التي تسمح لهم بتنشيط مصالحهم و اعداد الاقتراحات الاولية المتعلقة ب: غايات المصالح، النقاط التي تبدو مهمة لأنشطتهم والاهداف العامة في الاجل القصير و المتوسط

✓ ان دور الاطباء يصبح ذا اهمية اكثر من غيره لان الاطباء يتحملون مسؤولية نجاح هذه الخطوة خاصة اذا ما تعلق الامر بمشروع طبي، كما يطلع الاطباء على الاطار المرجعي الذي يمثل الاهداف العامة لمشروع المؤسسة و علاقته بالاستراتيجية الطبية و هذا ضروري جدا من أجل نجاح المشروع.⁸⁴

2-1-2 العمل على مستوى المصالح

يكمن هذا العمل في التركيز على اعداد الاقتراحات الاولية للأهداف المتعلقة بالنشاط و التسيير و معالجة الحاجات في التكوين، هذه المرحلة يجب ان تطبق و تعمم على مجموع المؤسسة ففي هذا الاطار يتم و صف النشاط في ظل علاقة المنتج بالوسائل و الحاجات ويتم احصاء مختلف العوائق و المشاكل الرئيسية المراد معالجتها (نوعية التسيير، الاعلام و الاتصال)، فضلا عن ذلك يتم تقدير الفرص و المخاطر و نقاط قوة و ضعف مصالح المؤسسة.

2-1-3 التركيب

يتعلق الامر في هذه النقطة بان لجنة القيادة تقوم ببناء على مجموع الاقتراحات بتوضيح النقاط المشتركة و الخصوصيات و تعمل على تشكيل ما سيمكن ان يكون في وقت ما مشروع المؤسسة و هذا طبعا بعد ان يتم تشخيص كلي للمؤسسة حتى يتضح جليا ما يمكن التركيز عليه و الامكانيات اللازمة لنجاح أي مشروع أين يتم اقتراحه و تبنيه، هذا المشروع سوف يعكس في الحقيقة هوية المؤسسة و سيوضح الاهداف العامة التي يراد تحقيقها و سيقتراح سياقاً من التشاور حول هذه الاهداف حتى يتم استيعابها و ادراكها من طرف الكل و في الاخير سيقتراح الخطوط الكبرى لمخطط التكوين الذي يصطحب مشروع المؤسسة، و في هذا السياق تعمل لجنة القيادة على اختيار و سائل الاتصال الضرورية التي تجعل من فكرة المبادرة بالمشروع متوفرة لكل مراكز المسؤولية في المؤسسة، بعد ذلك يتم عرض مشروع المؤسسة على المجلس العلمي أو الطبي من اجل الاستشارة و على مجلس الادارة بغية المصادقة و الموافقة عليه.

2-2 تشخيص المؤسسة

ان تشخيص المؤسسة يعالج مجموع الابعاد المشكلة لهيئة ما في كل مركباتها الاستراتيجية و البشرية و التقنية الخ و التشخيص يعتبر و سيلة للقيادة و الادارة فهو يفسح المجال لتحليل افضل لموجودات المؤسسة و من خلاله تتضح نقاط قوة و ضعف المؤسسة التي لها دور في توجيه نوعية الاستراتيجية التي سيتم انتهاجها عند تبني أي مشروع ما.⁸⁵

2-2-1 التحليل الداخلي للمؤسسة:

✓ **التنظيم الإداري:** يتميز التنظيم الإداري بالمؤسسات الصحية بوجود هيكل ممرکز و سلمي مؤسس على سلطة ذات شكل هرمي مما يعفي المرؤوسين من مسؤولية تحمل القرار، تسيير تقليدي مما يربك

⁸⁴ تفاح الطاهر، مرجع سابق

⁸⁵ تفاح الطاهر، نفس المرجع

ديناميكية التطور و يقلل من مجال الاتصال، جمود مجلس الادارة الذي لا يلعب دور المنشط القادر على تحسين الفاعلية و الوظيفة، اللامبالاة في العمل وتفشي ظاهرة المحسوبية، عدم و جود تنسيق بين المصالح مع سلبية التسيير، كما يشمل التحليل الداخلي للمؤسسة تحليل الموارد البشرية، الموارد المالية، الموارد المادية، الصيانة، النشاط الطبي .

الجدول رقم 03 : مؤشرات الفعالية و مؤشرات الانشطة

مؤشرات متعلقة بالفعالية (النوعية)

ملاحظات	نسبة انتشار عدوى المستشفيات	نسبة التحويل	نسبة اعادة القبول	نسبة الوفيات	عدد الأسرة	لمصالح
						للمجموع

مؤشرات متعلقة بالأنشطة

ملاحظات	نسبة دوران الأسرة	معدل مدة الإقامة	نسبة شغل الأسرة	عدد أيام الإقامة الاستشفائية	عدد المرضى الذين تم قبولهم	المصالح
						للمجموع

المراجع: المذكرة رقم 01 المؤرخة في 16 أفريل 2014 المتعلقة بوضع مشروع مؤسسة حيز التنفيذ.

2-2-2 التحليل الخارجي للمؤسسة

دراسة خصوصيات المحيط الخارجي هدفه التعريف بخصوصيات المحيط الخارجي الذي تقع فيه المؤسسة و مختلف العوامل المؤثرة في ذلك و المتمثلة في:⁸⁶

- ✓ **المحيط المكاني:** موقع المؤسسة، مساحتها، الكثافة و البنية السكانية، القطاع الخاص، حوادث المرور
- ✓ **المحيط القانوني الاداري:** المؤسسة العمومية للصحة هي مؤسسة عمومية ذات طابع اداري توجد في وضعية مغلقة ضمن نظام صارم ضيق يفرض اجراءات ثقيلة غير مواكبة للتطور الذي يشهده العالم الخارجي و التي كثيرا ما تعطل مصالح المرفق العام و المرتفق على حد سواء، غالبا ما يقلل هذا الاطار القانوني حرية المؤسسات العمومية للصحة في اختيار الاهداف المحلية و يحول المسير الى مستهلك للميزانية من دون الظفر بمردودية الموارد الاخرى لكن ما نلمسه في الآونة الاخيرة هو اهتمام المسيرين لمنطق الاصلاح الاستشفائي و

بفكرة الاستقلالية و اللامركزية و التركيز كذلك على مفهوم حساب التكاليف و المردودية كل هذه التطورات من شأنها ان توجه المؤسسة العمومية للصحة نحو منطلق متفتح يتم من خلاله تقادي أي انقطاع مع المحيط الخارجي للمؤسسة.

✓ **المحيط الاجتماعي - الاقتصادي و الثقافي:** لقد كان للحرية الاقتصادية في ظل العولمة دور كبير في اهتمام القطاع العمومي بالميزانية و الوسائل باعتبارها العناصر الاساسية للمؤسسة، فتطور منطلق استقلالية الشركات في القطاعات الاقتصادية أدخل المؤسسة في اضطراب و قلق دائم حول كيفية تكييف قوانين اقتصاد السوق مع النظام القانوني الجامد الذي يحكم المؤسسات العمومية ذات الطابع الاداري، فضلا عن ذلك لقد تم تسجيل تحول في الميول الاجتماعية و الثقافية و هذا بتطور متطلبات السكان و مطالبة الدولة بتحقيقها و التركيز على ضرورة تحسين الظروف المعيشية، كما اصبح الكثير من السكان حاليا يفكرون في أن صحتهم لا يمكن أن تكون دائما نتاج الخدمات التي تعرضها المؤسسات العمومية للصحة و انما يجب الحفاظ عليها من خلال استعاب مستوى التربية الصحية و التركيز على نظافة المحيط و تطهيره من كل الجراثيم و الاوبئة و كذلك المطالبة بتطوير الوضعية الاقتصادية و تحسين ظروف المعيشة فالوقاية خير وسيلة للعلاج .

✓ **المحيط الصحي:** يتمثل المحيط الصحي فيما يلي:

● **الحاجات الصحية:** تعتبر المعطيات الخاصة بعلم الاوبئة و الامراض الضرورية للتحليل ناقصة بسبب غياب التحقيق من اجل امكانية تحديد الحاجات الحقيقية بصورة واضحة و بالتالي اقرار التقديرات المتعلقة بهذا المجال، غير انه و بالنظر الى الامراض الاكثر انتشارا بين اوساط السكان منها مثلا : الأمراض التنفسية، الأورام السرطانية، الأمراض الهضمية، داء السكري، ارتفاع الضغط الشرياني وغيرها من الأمراض، يبرز ان اتجاه نمو الحاجات الصحية في تزايد مستمر بالنسبة لهذه الامراض المنتشرة بكثرة.

● **العرض في المجال الصحي:** عدد الاسرة المتاحة، عدد التخصصات و انواعها، عدد الاطباء، نوع و عدد التجهيزات... الخ

✓ **تركيب المعطيات:** سوف نعمل على تركيب المعطيات بناءا على اهم المجالات الرئيسية المراد دراستها و هذا التحليل واضح شامل على المستوى العام للمؤسسة.⁸⁷

● نقاط القوة و الضعف

● المخاطر و الفرص المتعلقة بالمحيط

2-3 بدء تنفيذ المشروع

2-3-1 **تحضير مخططات التدخل:** ان تحديد مخططات التدخل بغية تحديد الاهداف العامة للمؤسسة يفرض مسبقا جرد كلي للمسائل الضرورية و التي تدخل حيز التنفيذ (البشرية، المالية والمادية) و تتابع مختلف مراحل النشاط في الزمن، حيث ننوه في هذا الاطار بان على كل مصلحة تحضير مخطط تدخلها و تحديد الاهداف المرجوة التي ينبغي ان لا تخرج عن الاطار المرجعي المتعلق بالأهداف الاولية التي رسمتها المؤسسة من اجل تحديد نوعية المشروع هذا لكي نضمن تنسيق امثل بين جل المصالح و حتى لا تتعارض الاهداف و الجهود و

بالتالي تحول دون نجاح مشروع المؤسسة، اذا مخطط التدخل هو الوسيلة الوحيدة لتنفيذ المشروع، حيث فيه تحدد الوسائل اللازمة و الآجال الممكنة لتحقيق الأهداف.

2-3-2 مرحلة الإنجاز

✓ **الديناميكية الداخلية لتنفيذ المشروع:** بعض أهداف المشروع لها طابع استعجالي حتى لا تتعطل مصالح المرضى و حتى لا يتنافى هذا مع مبدا استمرارية المرفق العام مما يسفر بروز الفعالية التي تعطي حيوية و ديناميكية خاصة بالمشروع.

✓ **قيادة مجموع مخططات التدخل:** في سبيل تجميع كل الطاقات حول المشروع و ضمان انسجام تام لكل المجموعات أوكلت مهمة قيادة مجموع مخططات التدخل لمدير المؤسسة بالتعاون مع مجلس الادارة و الذي يكمن دوره في صيانة الديناميكية الداخلية لتنفيذ مخططات التدخل على اساس نقاط تقدم المشروع، ذلك لان هذا العمل المتواصل و الدؤوب يفسح المجال لتصحيح الاختلالات الوظيفية التي تظهر، و تحيين الخطوات التي تم الانطلاق فيها مع المتطلبات الجديدة مع الاستعانة بكل من له القدرة في التحكم في سير الوقت حتى يضمن التطبيق الامثل للأهداف المسطرة و في الآجال المحددة.⁸⁸

الجدول رقم 04 : لوحة قيادة تسيير مؤسسة

السنة:..... الفصل:.....						
مجموع نخاية الفصل	تصحيح وقرارات	ترجمة الفوارق	الفارق	النتائج الحققة	الأهداف المحددة	المؤشرات
						(1) المالية والمحاسبية: نسبة استهلاك الاعتمادات حسب طبيعة النفقات نسبة تحصيل الإيرادات بالمقارنة مع التوقعات نسبة الالتزامات حسب طبيعة النفقات بالمقارنة مع الاعتمادات المفتوحة
						(2) تسيير الموارد البشرية: نسبة الغياب، عدد الترقيات الداخلية/التعداد، عدد المناصب المفتوحة نسبة تصفية المستحقات، عدد الأعوان الذين تلقوا تكويناً، عدد الأعوان الذين برمج تكوينهم، عدد النزاعات التي تم حلها/ العدد الإجمالي للنزاعات عدد حالات المنازعات بالمؤسسة
						(3) تسيير الوسائل:

					تكلفة يوم التغذية، تكلفة التبييض / لكل مريض، تكلفة التحويل، استهلاك الوقود اليومي، نسبة حدوث عطل/عدد السيارات المستعملة، تكلفة الصيانة اليومية تكلفة الصيانة اليومية للسيارات، نسبة تلبية الطلبات، نسبة المفقودات بالنسبة للأشياء التي تم توصيلها للمصالح
					(4) تسيير المرضى: نسبة استهلاك الأدوية/اكل مصلحة وكل يوم وكل مريض، نسبة نهاية الصلاحية، قيمة مخزون الأدوية في لإيام الاستهلاك، عدد المرضى الراضين عن ظروف الإقامة، التغذية، النقل/عدد المرضى الذين كانوا محل استبيان، نسبة اعادة قبول المرضى، نسبة تحويل المرضى، نسبة الوفيات في كل مصلحة
					(5) متابعة المشاريع: نسبة تحقيق المشروع، تأخر مسجل بالمقارنة مع الأجال، نسبة تقدم الأشغال، نسبة استهلاك الاعتمادات، التكلفة الأولية/ التكلفة المعاد تقييمها

المرجع: المذكرة رقم 01 المؤرخة في 16 أبريل 2014 المتعلقة بوضع مشروع مؤسسة حيز التنفيذ.

2-4 تقييم المشروع

مشروع المؤسسة يسير الاوقات و نمو متطلبات المحيط الداخلي و الخارجي للمؤسسة و طابع التكرار الذي يتسم به هو ما يترجم حقيقة التسيير التقديري الذي اصبح لا مناص منه و يعتبر الورقة الرابحة من اجل ضمان خدمة ملائمة و تحقيق الاهداف في احسن الاوقات و بأقل التكاليف.

2-4-1 التكيف الدائم : يكمن هذا المبدأ في تكييف مسعى المشروع بصفة دائمة مع التقلبات و التغيرات التي قد تطرأ على المحيط الداخلي او الخارجي للمؤسسة، و اضافة نوع من المرونة لأنه مهما كانت درجة الدقة في برمجة المراحل و الاحتمالات الا انه يمكن ان تعترضها اختلالات وظيفية و ما هو صحيح و مقبول في مرحلة تحضير مخططات التدخل ليس بالضرورة يكون كذلك في مرحلة الانجاز .

2-4-2 التقييم الواسطي و العام: من المهم ان ننوه الى ضرورة الاستعانة بالتقييمات الواسطية التي غالبا ما تكون بعد فترة معينة من مرحلة النجاز (عموما بعد 02 سنتين) ذلك انه توضح معدل تجسيد الانشطة التي تم تسطيرها في المرحلة الاولى و أثر ذلك بالنظر الى مرحلة الانطلاق و الاهداف المراد تحقيقها، إن هذه الدراسة تسمح بتدارك الاخطاء و إحداث التعديلات الضرورية و اعادة تنشيط المشروع مع تحليل الاسباب المتعلقة بالاختلالات الوظيفية، و في اطار النظرة الاستراتيجية فزمن التقييم العام يسوقنا عموما في التفكير عبر مرحلة من 01 الى 05 سنوات بين مرحلة انطلاق التحاليل و انهاء النشاطات، فمن خلال هذا التقييم العام نستطيع ان نكتشف مدى تأثير مشروع المؤسسة على السير العام للمؤسسة و امكانية قياس الفوارق اذا ما وجدت بين ما تم تسطيره و ما لم يتم تحقيقه مع اقتراح التعديلات و التقويمات الضرورية حتى يتم تفادي هذا النقص عند تبني مشروع مؤسسة آخر فيما

بعد و تتضح أهمية التقييم العام في انه دعوة لإعادة استقراء المراحل التي تم من خلالها تحضير المشروع و تنفيذه بصورة عامة هذا حتى لا تتكرر مثل هذه الاختلالات التي تحول دون نجاح مشروع المؤسسة .⁸⁹

المطلب الثالث: نظام محاسبة التكاليف الصحية

1- تعريف المحاسبة التكاليف:

تعتبر محاسبة التكاليف أو المحاسبة التحليلية على وجه العموم فرعاً متخصصاً من فروع المحاسبة العامة و تكون مهمتها تجميع و تحليل بيانات التكاليف و توزيع المصروفات من أجل تحديد ثمن تكلفة المنتجات أو الخدمات و تقديم معلومات دقيقة إلى إدارة المؤسسة و تقوم بتسجيل كل العمليات النسبية الخاصة لنشاط المؤسسة .

و هناك عدّة تعريفات أخرى للمحاسبة التكاليف منها :

- إنّ محاسبة التكاليف امتداد للمحاسبة المالية تمتد الإدارة بتكلفة إنتاج، أو بيع الوحدات من المنتجات أو الخدمات التي تقدّمها للغير.

- محاسبة التكاليف تطبيق لمبادئ المحاسبة العامة في مجال التسجيل، و التحليل، و التحديد، و تفسير تكلفة المواد و الأجور و المصاريف لكل من الوظائف المختلفة، و القطاعات و الأقسام و العمليات، و وحدات الإنتاج و خطوطها و مناطق البيع.

- تعتبر المحاسبة التحليلية فرع من فروع المحاسبة و هي تهتم بتقدير و تجميع و تسجيل و توزيع و تحليل و تفسير البيانات الخاصة بالتكلفة الانتاجية و تكلفة البيع و الإدارة، و هي أداة هادفة فكل إجراء من إجراءاتها يهدف إلى تغطية حاجة من حاجات الإدارة، فهي تعمل على مد الإدارة بالبيانات التي تعتمد عليها في الإشراف على تنفيذ المهام، كما أنّها ضرورية كأداة إدارية تستخدم في حل المشاكل المختلفة التي تتعرض لها إدارة المشروع يوماً بعد يوم.

- تشمل محاسبة التكاليف مجموعة الإجراءات التي تتخذ في سبيل تحديد تكلفة منتج معين و تكلفة النشاطات المتعددة المتعلقة بصنعه و بيعه إلى جانب تخطيط و قياس كفاية التنفيذ، و تختلف محاسبة التكاليف عن المحاسبة المالية في أنّ الأولى تولي اهتمامها بنواحي نشاط صغير الحجم كوحدة الإنتاج أو الأقسام المختلفة التي تتكوّن منها المنشأة، بينما تولي الثانية اهتمامها بالقوائم المالية الإجمالية للمشروع كوحدة.⁹⁰

- المحاسبة التحليلية هي أداة تحليلية و رقابية هامة محكومة بمجموعة من الطرق و المبادئ و القواعد و الأصول النظرية الأخرى، تمتد المستويات الإدارية المختلفة بمعلومات و بيانات داخلية هامة تستطيع بواسطتها تقييم الأداء و الرقابة على كفاءة التشغيل و استخدام عناصر التكاليف و ذلك بمقارنة البيانات الفعلية مع المؤشرات التخطيطية أو المعيارية المحددة مسبقاً و كشف الانحرافات و أسبابها و مسببها في نطاق كل مركز تكلفة أو عملية أو منتج محدد، بهدف اتخاذ الإجراءات الفنية و التنظيمية و الإدارية الفعالة و السريعة التي تكفل القضاء على الإسراف و موقع الخلل و تكريس النتائج الإيجابية .⁹¹

2- معايير قياس و تسعير المنتج أو الخدمة الصحية:

⁸⁹ فلاح الطاهر، مرجع سابق

⁹⁰ بويغقوب عبد الكريم، المحاسبة التحليلية الطبعة الثالثة 2004، ديوان المطبوعات الجامعية بن عكنون الجزائر ص (9 - 10).

⁹¹ محمود علي الجبالي، د قصى السامرائي، محاسبة التكاليف، وائل للنشر و التوزيع، عمان، ص 14

قبل الوصول إلى اختيار الطريقة الملائمة للتطبيق في حساب التكاليف الصحية لا بد من توضيح معايير قياس و تسعير الخدمات الصحية و التي من أبرزها:

- معيار اليوم الاستشفائي: يعتبر الأساس في تسعير المنتجات أو الخدمات و حساب سعر تكلفة اليوم الاستشفائي.

- معيار اليوم الاستشفائي التحليلي: و ذلك بتحليل اليوم الاستشفائي إلى عدة عناصر 92:

● التكلفة التقديرية لفتح ملف المريض.

● التكلفة التقديرية للإقامة اليومية.

● التكلفة اليومية للعلاج.

● الخدمات العلاجية الفردية.

- معيار الفئات المتجانسة للمرضى: و ذلك حسب درجة خطورة أو عدد المرضى حيث يتم تصنيف المرضى وفقا للفئات الرئيسية للتشخيص و تقسيم هاته الفئات إلى فئات فرعية للحالات الخطيرة و التي تتطلب عمل جراحي و أخرى غير خطيرة لا تتطلب عمليات جراحية ، ثم تقسم كل فئة إلى مجموعات حسب درجة استهلاك الموارد المتاحة و يتم حساب تكلفة كل الفئات بتحميل كل التكاليف الصحية عليها.

3- التقسيم التحليلي للمؤسسة الصحية:

هو تنظيم تمهيدي ضروري لكل من يسعى لتطبيق المحاسبة التحليلية، يسمح بإعداد مخطط حسابات خاص بأقسام التحليل، و في هذا الإطار يراعى حجم المؤسسة الصحية و خصوصياتها الطبية و هيكلها التنظيمي و نشاطاتها الملحقة، إذ أنه لا تظهر أهمية التقسيم التحليلي إلا إذا كان يعكس أقرب صورة حقيقية للتنظيم الداخلي، و كذا أن يكون منسجما و متجانسا إلى أكبر حد ممكن مع التنظيم الطبي و الإداري و التقني له⁹³.

كما يجب أن يتبع التقسيم التحليلي من جهة المبادئ العامة المرتبطة بالقوانين التنظيمية و بأهداف المحاسبة التحليلية، و من جهة أخرى مبدأ تقني خاص بإعداد مخطط حسابات منطقي و متجانس.

يشمل التقسيم التحليلي الوظائف و الأنشطة الأساسية أو الرئيسية و يمكن تقسيمها مثلا إلى الوظيفة الطبية، الوظيفة الطبية التقنية، وظيفة الفندقية و الإدارة، و على سبيل المثال وظيفة الفندقية تجمع مجموعة نشاطات كبيرة تتمثل في : المطعم، النقل، الصيانة، الإيواء، كما قدم تضم الصيانة مثلا بدورها صيانة المباني و التجهيزات الطبية وهكذا، و بالتالي كلما كان حجم المؤسسة الصحية اكبر و اتسع مجال نشاطاتها و زادت المستويات المجمعدة للتكاليف.

قبل المرور إلى قواعد توزيع الأعباء يجب توضيح مصطلحين أساسيين للتقسيم وهما:

● مراكز المسؤولية: و هي هيكل عضوي من المستشفى يظم نشاط أو عدة أنشطة توضع تحت المسؤولية الأحادية لرئيس المركز و يتم تخصيصها بوسائل خاصة للتسيير⁹⁴.

⁹² Margerin J , Auset G , comptabilité analytique : outil de gestion et aide à la décision , édition Sédiford , Paris , 1984 , p - p : 260 - 261 .

⁹³ نادر عبد الرزاق، محاولة تطبيق محاسبة (تكلفة) حسب النشاط، دراسات ما بعد التدرج متخصصة في تسيير المؤسسات الصحية، المدرسة الوطنية للصحة العمومية، الجزائر، 2002، ص 27.

⁹⁴ Couty Fontaine , la nouvelle comptabilité , édition ENSP , Rennes , 1988 , p 95.

• أقسام التحليل: الهياكل العضوية الأساسية المعنية بتخصيص الأعباء في المحاسبة التحليلية و القسم التحليلي يسمح باستقبال:

- نشاط متجانس معبر بكمية وحدة عمل مميزة.

- الوسائل الخاصة لهذا النشاط لتعيين أعباء مباشرة له.

حسب إحتياجات أو إمكانيات المؤسسة فإن التقسيم التحليلي يمكن أن يمثل نشاط أعظم أو نشاط ذو مستوى وسيطي أو نشاط أساسي .

اختيار الطريقة التي على أساسها يتم حساب التكاليف و إتباع خطوات الحساب ، فمثلا عند إختيار طريقة الأقسام المتجانسة يجب المرور على المراحل التالية:⁹⁵

• تقسيم المؤسسة إلى أقسام متجانسة.

• تصميم الوثائق.

• تجميع المعطيات (إستعمال التصاميم و ملئها).

• التوزيع الأولي للنفقات.

• التوزيع الثانوي للنفقات.

أما عند إختيار طريقة حساب التكاليف على أساس النشاط (ABC) فيجب المرور على الخطوات الآتية:

• تحديد الأنشطة والتقسيم التحليلي.

• تحديد تكلفة الأنشطة.

• تحديد مبدأ التكلفة لكل نشاط.

• تحميل تكاليف الأنشطة للمنتجات أو المخرجات.

4- تطبيق طريقة الأقسام المتجانسة في حساب التكاليف الصحية.

حسب التعليمات الوزارية رقم 15 بتاريخ 2001/10/03 و التي تعتبر أول نص قانوني يفرض حساب

التكاليف بطريقة الأقسام المتجانسة و ذلك من خلال دليل منهجي منظم في ثلاث أنواع من الجداول هي:

• جداول أ (canevas A) و تتعلق بالأعباء الشهرية و الفصلية و السنوية.

• جداول ب (canevas B) و تتعلق بالأنشطة الشهرية و الفصلية و السنوية.

• جداول ج (canevas C) و تتعلق بالتوزيع و ذلك فصليا و سنويا.

إعتادا على ما تطرقنا عليه سابقا و خصوصا في كيفية تطبيق المحاسبة التحليلية في المؤسسات الصحية يمكن

تصميم نظام للمحاسبة التحليلية و تطبيقه في حساب التكاليف الصحية و ذلك حسب الطريقة المقررة من طرف

الوزارة و هي طريقة الأقسام المتجانسة و التي تهدف إلى تحديد تكلفة وحدة قياس واحدة (اليوم الاستشفائي ،

الاستشارة أو المعاينة...)، وهي لا تعبر عن تطبيق فعلي للمحاسبة التحليلية بل بداية فقط ، و هذا يعني استحداث

نظام لتوزيع الأعباء على مختلف أنشطة المصالح لتحديد التكلفة الكلية حسب المصالح ، و بعدها التمكن من

حساب تكلفة الوحدة الواحدة و ذلك بقسمة التكلفة الكلية لفترة معينة على وحدات القياس المنجزة خلال نفس الفترة.

تتكون التكلفة الكلية حسب المصالح من جزء من الأعباء المباشرة و جزء آخر من الأعباء غير المباشرة و الذي

يحسب على أساس مفاتيح التوزيع.

⁹⁵ Sylvain Pizzioli , comptabilité et gestion des hôpitaux et associations , Gerver Leuvrier , Paris , 1985 , p 2.

المبحث الثالث: شروط تطبيق النهج التعاقدى في المؤسسات الصحية

إذا كان "النهج التعاقدى" يسمح نظرياً بتوضيح مقاربة مشروع حول فائدة مشتركة أو مفروضة، فإن احترامها (من حيث الشكل والمضمون) هو ضمان جاد لتحقيق الأداء.

المطلب الأول: المحاور الأساسية لتطبيق النهج التعاقدى

قامت وزارة الصحة و السكان واصلاح المستشفيات بإعداد مخطط نشاط في الأجل القصير و المتوسط لتنفيذ العلاقات التعاقدية بين مؤسسات الصحة و هيئات الضمان الاجتماعى، والتي تمثلت فيما يلي:

- إنشاء مجموعة عمل مع تعيين مسؤول عليها و تعبئة جميع إطارات القطاع من أجل التنفيذ الناجح للنهج التعاقدى.

- ادراج ملف النهج التعاقدى في وثيقة واحدة تشمل جميع المعلومات المتعلقة بالتعاقد، أهدافه، الاطار التشريعي و التنظيمي والاجراءات التي تم تنفيذها.

يمكن تقسيم المحاور الاساسية للنهج التعاقدى إلى جزأين، جزء يتعلق بالجانب التنظيمي و جزء يتعلق بالجانب المالى.⁹⁶

1- الجزء التنظيمي: يحتوي هذا الجزء على: مكتب الدخول، نظام المعلومات و الإعلام الآلي، القانون الأساسى للمؤسسات، و مخطط النشاط.

1-1 مكتب الدخول: هناك ست مئة وواحدة وستين (661) مكتب دخول على المستوى الوطنى و التي أنشئت لمتابعة الملف الطبى-إدارى للمرضى المقبولين فى المستشفى بواسطة برنامج يسمى "PATIENT" المسؤول عن إدارة و مراقبة و متابعة المريض من الدخول حتى الخروج من المستشفى.

و كذلك تجهيز مكاتب الدخول بأجهزة الإعلام الآلى (خوادم، قارئات البطاقة الذكية للأشخاص المؤمن عليهم "CARTE CHIFA"....).

كما تم تكوين مهندسين للتحكم فى هذا النظام الجديد الذى يقوم أيضا بتحديد الهوية وتبادل معلومات المريض فيما يتعلق "ببطاقة الشفاء" والاستجواب عن بعد من خلال نظام التعريف الأوتوماتيكي للأشخاص المؤمن عليهم "IDAAS" من قطاع الضمان الاجتماعى.

1-2 نظام المعلومات و الإعلام الآلى

يتم إدخال نظام المعلومات الاستشفائى فى المؤسسات الصحية وفقا للقواعد والإجراءات المحددة مسبقا للحصول على البيانات و المعلومات و متابعتها و تقييمها، فنظام المعلومات الصحية يعنى جمع المعلومات و معالجتها وتخزينها وأخيرا إحالتها إلى الجهات المختصة لاتخاذ القرار المناسب من مدرء المرافق الصحية، المديرىات الولائية للصحة و وزارة الصحة والسكان و إصلاح المستشفيات.

كما تستخدم المؤسسات الصحية برامج نظم المعلومات الالكترونية فى إطار رقمنة قطاع الصحة قصد تسهيل و تفعيل عملية التسيير البرامج التالية:

✓ برنامج EPIPHARM: و هو برنامج تسيير المنتوجات الصيدلانية، يقوم بتسيير مخزون المنتجات الصيدلانية.

- ✓ برنامج SIRH: هو برنامج نظام معلومات الموارد البشرية، يهتم بتسيير الحياة المهنية للموظف بداية بالتعيين، الترقية، إلى غاية إنهاء علاقة العمل.
- ✓ برنامج Patient: برنامج تسيير ملفات المرضى، إدخال معطيات عن المرضى من اسم لقب تاريخ الازدياد مرافق المريض تسجيل حركة المرضى من دخول و خروج.....الخ
- ✓ برنامج المحاسبة الثلاثي triple comptabilité hospitalière (3 coh): هو نظام معلومات محاسبة التسيير يقوم بمختلف العمليات الإدارية (تسجيلات، متابعة المخزون...)، المالية و المحاسبية (محاسبة التكاليف، تسجل الإيرادات...)، مما يسمح بترقية قاعدة بيانات المؤسسة.

1-3 القانون الأساسي للمؤسسات الصحية

العمل على إعداد و سن قوانين جديدة بهدف اصلاح و اعادة هيكلة المؤسسات الصحية بما يتماشى و تطبيق النهج التعاقدية، كعقود الأهداف والوسائل و مشروع المؤسسة مما يسمح بتخطيط الموارد المالية و البشرية بما يتماشى مع الأنشطة التي يتعين القيام بها و المحددة في عقود الأهداف و الوسائل، حيث جاءت المادة 205 من مشروع قانون الصحة 2018 على تغيير القانون الاساسي للمؤسسات الصحية من مؤسسة عمومية ذات طابع إداري إلى مؤسسة عمومية ذات تسيير خاص صحي تتمتع بالشخصية المعنوية و الاستقلال المالي.⁹⁷

1-4 مخطط النشاط

- من أجل وضع خطة عمل لقطاع الصحة فيما يتعلق بتطبيق النهج التعاقدية يجب وضع المبادئ التوجيهية التالية:
- توسيع و تعزيز مكاتب الدخول من خلال تعيين الموظفين، استمرار التدريب لجميع فئات الموظفين المعنيين بمختلف البرامج، إعادة تطوير و استكمال البنى التحتية اللازمة لمكاتب الدخول وتحسين ظروف استقبال المريض، اقتناء المعدات و التجهيزات.
 - وضع الصيغة النهائية للنهج التعاقدية في إطار مشترك بين القطاعات المعنية بتطبيقه.
 - مواصلة تكوين المدراء و رؤساء المصالح في المحاسبة الإدارية و محاسبة التكاليف
 - إنشاء نظام المعلومات الاستراتيجية .
 - إعادة تشكيل لجنة التعريفية لاعتماد التعريفات وفقاً للتصنيفات المعتمدة.
 - تطوير المنشآت والخدمات المتعلقة بالمنتجات الصيدلانية والأجهزة الطبية.
 - العمل من أجل الوصول إلى توافق في الآراء من أجل إعداد معايير و مقاييس وقواعد للممارسات الطبية، و إحياء اللجان الطبية الوطنية.
 - تعزيز و تنظيم وسائل ترشيد الإنفاق الصحي.

2- الجزء المالي:

نجد: اعداد الفواتير، ترشيد الإنفاق، نظام معلومات محاسبة التسيير⁹⁸

⁹⁷ زيدات سناء، مرجع سابق
⁹⁸ محمد شويح، أهمية برنامج محاسبة التسيير في تطبيق نظام مراقبة التسيير بقطاع الصحة الجزائري، ملتقى وطني حول مراقبة التسيير كآلية لحوكمة المؤسسات و تفعيل الإبداع، كلية العلوم الاقتصادية و التجارية و علوم التسيير جامعة البليدة 02، 2017 .

2-1 ترشيد النفقات: أدرجت اللجنة المشتركة ما بين القطاعات من خلال التقرير الذي أعدته المتعلق بقطاع

الصحة مجموعة من الاقتراحات الخاصة بترشيد النفقات الصحية تتعلق بما يلي:

- تعزيز أنشطة الوقاية و تحديثها.
- إدارة صارمة فيما يخص توقعات الميزانية و إدارة الاستثمار
- تحسين إدارة المؤسسات العمومية للصحة
- اعداد سياسة جديدة للأدوية
- العمل بالحسابات الوطنية للصحة و وضعها حيز التنفيذ

2-2 اعداد الفواتير: تتمثل طرق اعداد الفواتير فيما يلي:

- السعر المتوسط لليوم الاستشفائي: تستند طريقة الدفع حسب هذه الطريقة على متوسط تكلفة وحدة القياس والمتمثلة في اليوم الاستشفائي اعتمادا على حساب التكاليف الصحية بالمؤسسة الاستشفائية و المقسمة الى عدة اقسام رئيسية كتكلفة اليوم الاستشفائي بمصلحة الجراحة العامة أو مصلحة الولادة أو مصلحة طب الأطفال....إلخ.
- الدفع الجزافي حسب نوع معين من الأمراض : هنا يتم تحديد مبلغ جزافي حسب كل نوع معين من الأمراض تضاف إليه تكلفة الاطعام و الفندقية.
- الدفع حسب الخدمة و النشاط المقدم: وذلك بالاعتماد على الاسعار التي تحددها لجنة التسعير مثل سعر العملية القيصرية، سعر استئصال الزائدة الدودية....إلخ

2-3 نظام معلومات محاسبة التسيير

هو نظام معلوماتي لمحاسبة التسيير يساعد على تسيير المؤسسات العمومية للصحة بصفة جيدة كما يساعد على عملية اتخاذ القرار، فرضته وزارة الصحة و السكان على مؤسساتها بموجب المرسوم التنفيذي رقم 14 مؤرخ في 12 مارس 2014، و قرار وزاري مشترك مؤرخ في 30 أكتوبر 2014 يسمح هذا النظام بمراقبة أنية للعمل ومراقبة النفقات في الوقت الذي تدفع فيه و الإيرادات في الوقت الذي تحصل فيه، يقدم مؤشرات حول التسيير تخص عناصر مالية و غير مالية، كما أنشأت الوزارة لجنة تكلف بمراقبة و متابعة الاستغلال الفعلي للنظام والسهر على تجانس المعطيات المعالجة بما يسمح بتعزيز المعطيات على مستوى الهياكل المعنية المكلفة بالصحة ومقارنة النتائج المحصل عليها على المستوى الجهوي والوطني، كما ألزمت الوزارة هاته المؤسسات بإرسال تقارير شهرية تخص نتائج مصادق عليها إلى الوزارة قصد استغلالها المحتمل.⁹⁹

2-3-1 وظائف نظام معلومات محاسبة التسيير بالمؤسسة العمومية للصحة: هو نظام يركز على تسيير آني

للمؤسسة و تداول المعلومة، يتضمن ثلاث وظائف محاسبية:¹⁰⁰

- محاسبة عامة: تحترم قواعد المحاسبة المالية و تسمح بالحصول على معرفة دقيقة حول قيمة و تغير الذمة المالية للمؤسسة، ينتج هذا النظام ثلاث كشوف مالية أساسية تطلع عليها الوزارة الوصية دوريا هي: الميزانية، حساب النتائج و جدول سيولة الخزينة، إضافة إلى تسيير المخزونات و التثبيات والحسابات الدائنة و الديون.

⁹⁹ قرار وزاري مشترك مؤرخ في 30 أكتوبر 2014، يحدد كليات تطبيق النظام المعلوماتي لمحاسبة التسيير في المؤسسات العمومية للصحة، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد1، ص 33-35.

¹⁰⁰ محمد شويح مرجع سابق .

- **محاسبة موازنة:** تقيد تنفيذ نفقات الموازنة في الوقت الذي تدفع فيه، و تنفيذ الإيرادات في الوقت الذي تحصل فيه، يضمن المتابعة في الوقت الفعلي للمتاحات و الالتزامات الموازناية و تحرير حوالات الدفع، و كذا تسيير الخزينة، كما يسمح بعمليات الاثبات و التصفية والأمر بالتحصيل في مجال الإيرادات، و الالتزام و التصفية و تحرير الحوالات في مجال النفقات، طبقا لقانون المحاسبة العمومية.
- **محاسبة تحليلية:** تسمح بحساب مختلف تكاليف الخدمات المقدمة و النشاطات المنجزة على مختلف المستويات في المؤسسة العمومية للصحة، و تنظيم مصالح و هياكل المؤسسة في مراكز تجمع محاسبي تحت سلطة مسؤول الصحة أو الهيكل المعني الذي يضمن الإدارة و التسيير.

كما يتضمن النظام وثائق تحتوي على:¹⁰¹

- ✓ دفتر المستعمل يبين تنظيم و وظائف مختلف مواد النظام.
 - ✓ دفتر المحاسبة الاستشفائية الذي يعرض قائمة حسابات المخطط الاستشفائي و سيرها.
- يتوفر النظام المعلوماتي لمحاسبة التسيير على كل الوسائل المعلوماتية التي تسمح بالإضافات و التحيينات للبرمجيات و الوثائق حيث يدعم التبادل بين مستعملي هذا النظام كما يحتوي على مؤشرات التسيير المالية و غير مالية التي تسمح بتسيير المؤسسة و الهياكل و المصالح التي تتشكل منها بصفة ناجعة مما يساعد في عملية اتخاذ القرار.

2-3-2 مركز معالجة المعطيات: يوضع على مستوى المؤسسة العمومية للصحة فضاء يسمى مركز معالجة

معطيات يسير من طرف فريق مكون على الأقل من ثلاث أعضاء من بينهم:¹⁰²

- ✓ **رئيس فريق:** يتمتع بالمهارات و المعارف المطلوبة في مجال التسيير يتولى القيام بإجراءات الاتصال مع المصالح و الهياكل المستخدمة للنظام ، تنظيم حصة عمل مع الأعضاء الآخرين للفريق كلما اقتضى الأمر من اجل تقييم السير العام لمركز معالجة المعطيات، و إيجاد الحلول لتسوية المشاكل المحتملة ، كما يتولى القيام بتقديم المعلومات إلى رئيس المؤسسة و تحديد الاحتياجات الجديدة أو طلبات تطوير النظام المطلوبة من طرف المصالح المستعملة و إرسالها إلى الهياكل المختصة قصد تنفيذها و السهر على احترام التنظيم و الإجراءات المعمول بها.

- ✓ **محاسب:** يقوم المحاسب بمراقبة يومية لتناسق المعطيات التي يسيرها النظام، و تسيير بطاقيات الزبائن و الموردين و الأجراء لفائدة المصالح المستعملة، و التحقق من عدم تكرار المعطيات و كذا التأكد من مطابقة النتائج المحاسبية التي ينتجها النظام مع التشريع و التنظيم المعمول بهما مع ضمان توفر و سهولة الحصول كل وقت على الوثائق الثبوتية التي تم تقييدها في النظام، كما يتكفل بإرسال وثيقة الترخيص لعمليات الشهر المصادق عليها من طرف مسؤول المصلحة أو الهيكل إلى رئيس المؤسسة و حفظ نسخة على مستوى المصالح المحاسبية.

- ✓ **مختص في الإعلام الآلي:** يتكفل بالمشاكل التقنية و ضمان السير الحسن للبرنامج و العتاد و توفير الشروط القصوى لأمن و سرية المعلومات، مع تحديد إجراءات العمل اليدوي في حالة عطب جسيم للنظام مع أعضاء الفريق الآخرين .

¹⁰¹ - محمد شويح مرجع سابق .

¹⁰² - محمد شويح مرجع سابق .

المطلب الثاني: شروط وضع النهج التعاقدى حيز التنفيذ

مما لاشك فيه أن الحالات الحاجات الصحية تختلف باختلاف المحيط الاقتصادي و الاجتماعي و الثقافي بمعنى أن الحاجات الصحية لا يمكن حصرها بناء على معطيات جزئية، وإنما يجب وضع ميكانيزمات وضوابط بإمكانها منح المؤسسات الصحية كامل الصلاحيات في وضع برامجها الاجتماعية و الصحية وعليه فإن العلاقة التعاقدية بين المؤسسات الصحية ومموليها تستلزم إنشاء هيئتين هما :

✓ الوكالة الاستشفائية (A.H)

✓ الوكالة الوطنية للاعتماد والتقييم الصحي (A.N.A.E.S)

1- الوكالة الجهوية الاستشفائية (A.R.H): يسرها مجلس إدارة متكون من :¹⁰³

- ممثل الإدارة الوصية.
 - ممثل الجماعات المحلية التي تتواجد بها القطاعات الصحية.
 - ممثل صندوق التأمينات الاجتماعية الجهوية .
 - ممثل مستخدمي الصحة.
- تتمثل مهام مجلس إدارة الوكالة في:
- إعداد وضع سياسة جهوية خاصة بعرض الخدمات الصحية العلاجية .
 - تحليل و تنسيق نشاطات المؤسسات العمومية و الخاصة وتحديد مصادر تمويلها.
 - توزيع الصلاحيات التنفيذية بين اللجنة التنفيذية التي تقوم ب:
 - بمنح الرخص الخاصة ببناء و توسيع المصالح وتركيب العتاد الطبي الثقيل.
 - تقديم التوجيهات الخاصة بمنح الاعتمادات المالية وفقا لعقود الأهداف والوسائل المبرمة بين المؤسسات الصحية ومموليها.
 - المصادقة على الخريطة الصحية الجهوية والنموذج الجهوي الخاص بتنظيم الخدمات العلاجية على مستوى القطاعات الصحية .
 - و المدير الجهوي الذي يرأس اللجنة التنفيذية يكلف بالمهام التالية :
 - تنفيذ القياسات الصحية الجهوية الخاصة بتقديم الخدمات العلاجية .
 - تحديد مصادر تمويل المؤسسات الصحية وإصدار رخص الإنفاق وتقديرات المورد بالإضافة إلى إصدار المقررات التعديلية .
 - المصادقة على القرارات المتخذة على مستوى مجالس إدارة القطاعات الصحية.

2- الوكالة الوطنية للاعتماد والتقييم الصحي (A.N.A.E.S):

لاشك أن وضع سياسة صحية محكمة لا يمكن أن يقوم بمعزل عن وجود معايير وأنماط مرجعية يمكن بفضلها تقييم الخدمة الصحية وتحديد المسؤوليات وفقا للأصول والأخلاقيات الطبية المتعارف عليها، لذا فإن تنصيب الوكالة ضرورة يمكن بفضلها التحكم في النفقات العلاجية وأهم المهام المنوطة بها هي :

- مراقبة وتقييم فرعية الخدمة الصحية.
- توحيد معايير القبول على مستوى المصالح الاستشفائية .
- تحديد مدة الإقامة وفقا لمجموعات تشخيصية متجانسة (G.H.M)
- مراقبة تدرج العلاج.
- أعداد مجموعات وبائية متجانسة لتحديد تكاليف علاجها.
- وضع مؤشرات توفيقية بين الهياكل وأيضا وضع سياق للإنتاج.¹⁰⁴

3- تحديث مكتب الدخول

يعتبر تأهيل مكتب الدخول عاملا رئيسيا لنجاح النهج التعاقدى، حيث ينبغي على مدير أي مؤسسة صحية تنشيط مكاتب الدخول، و ذلك بالاهتمام بالموظفين و مؤهلاتهم، فمكاتب الدخول تلعب دور مهم في إدارة ومراقبة الملفات الطبية والإدارية للمرضى و تعتبر المحور الاساسي لتطبيق النهج التعاقدى فهي وسيلة لا غنى عنها في حساب التكاليف الصحية و تعتبر المورد الرئيسي للأموال.¹⁰⁵

و نظرا لأهمية المركزية لمكتب الدخول في عملية التعاقد فإنه اصبح يكتسي أهمية في نظام تسيير المؤسسة الصحية فالنصوص التنظيمية الصادرة منذ سنة 2000 اعادت هيكلة مكتب الدخول سواء من الناحية التنظيمية او نمط التسيير و النشاط.

فقد تناولت التعليمات الوزارية رقم 03 المؤرخة في 07/12/2000 المتعلقة بمكتب الدخول على مستوى المراكز الاستشفائية و المؤسسات المتخصصة و كذا القطاعات الصحية قواعد تنظيمية و تسييريه، و من بين ما جاء في هذه التعليمات من تعديلات هو الالاحاح على التوفيق و الانسجام بين مختلف سندات و وسائل التسيير بالاضافة الى الرجوع الى استعمال استمارة العلاج حيث انها ضرورة لا بد منها و هي اساس الفوترة أي الرجوع الى الفترة التي سبقت 1974.

كما اكدت التعليمات المذكورة انفا على تطور مفهوم التسيير و التنظيم و ذلك باعتماد طرق حديثة مسخرة و وسائل الاعلام الآلي بالدرجة الأولى و منها :

✓ الفوترة : يعتبر مكتب الفوترة ذو أهمية كبيرة اذ يساهم بقسط كبير في توسيع دائرة إيرادات المؤسسة حيث يتكفل ب:¹⁰⁶

- المراقبة و الاستغلال الجيد لاستمارة العلاج
- البحث عن مرافقي المريض لإعداد كشوف الحساب من اجل دفع مصاريف العلاج
- التقييم المالي للخدمة المقدمة توافقا مع نمط الاقتصاد المتبع بغية تأمين نتائج عن طريق تحقيق فوائد
- ✓ استمارة العلاج: تعتبر استمارة العلاج اللغة الكمية للعلاج المقدم ووسيلة عمل تكميلي بين مختلف المتدخلين، فأعوان مكتب الدخول باعتنائهم بجانب الحالة المدنية و التعريف بالمريض وعلاقته التأمينية يؤسسون قواعد

¹⁰⁴ مذكرة شاملة عن اللجنة الوزارية المشتركة المسؤولة عن التعاقد: ، بتاريخ 19 يناير 2004.

¹⁰⁵ بن يمينة دومه سارة، إصلاح نظام تمويل المؤسسة العمومية للصحة، المدرسة الوطنية للإدارة، 2006.

¹⁰⁶ بن يمينة دومه سارة، مرجع سابق.

التنظيم و التسيير العمومي، فاستمارة العلاج تسمح بحساب تكاليف النشاطات الطبية التي استعاد منها المريض كما تبين كمية الاعتمادات التي تم استغلالها اثناء تقديم العلاج و هي سند اساسي لتقييم ايرادات المؤسسة و جمع المعطيات الاحصائية و هي أداة مراقبة و متابعة لاستهلاك الادوية و المستهلكات الاخرى، اما بالنسبة للأنشطة الاستشفائية مثل متوسط مدة الإقامة، معدل شغل الاسرة و معامل التداول على السرير فهي مؤشرات تدل على حسن او سوء التسيير في المستشفى و يجب حسابها شهريا، فصليا سداسيا و مقارنتها مع المؤشرات الجهوية الوطنية والدولية، لأنه اذا كان معدل الإقامة في المستشفى طويل فانه يسبب نفقات اضافية و قد تؤدي الى اصابة المريض بأمراض اخرى تطيل مدة الإقامة اكثر كما ان المعدل الضعيف لشغل الاسرة غير المشغولة تكلف يد عاملة و نفقات دون ادخال ايرادات إضافية.

✓ المتابعة بواسطة الاعلام الآلي: بإدماج برنامج المريض يمكن لمكتب الدخول متابعة وضعيات المريض بطريقة آلية و سريعة و المتمثلة أساسا في التسجيل، الحفظ والاستغلال فهو يمكن من :

- تسجيل دخول المرضى و قبولهم
- تسجيل الخروج النهائي للمريض
- اصدار شهادات المكوث الاستشفائي لكل مريض
- يمكن من الحصول على الوثائق التالية : وثيقة الغرفة، استمارة العلاج، حساب عدد المرضى معرفة المصلحة التي وجه لها المريض، ربح وقت لاستغلال ملف المرض، التسيير الجيد للمرتفقين
- الحصول على افضل النتائج فيما يخص تقييم و تسيير النشاط الاستشفائي
- التقدير الدقيق و الجيد لتكاليف الاستشفاء
- الحد من عدد الوثائق المستعملة
- احصاء و معرفة كميات الدواء و المواد الصيدلانية المستهلكة

كما نصت التعليمات الوزارية رقم 03 على اعادة الاعتبار للعنصر البشري و ذلك بتدعيم مكتب الدخول بالقدرات البشرية كما و نوعا مع التركيز على الكفاءة ذوي المستوى التعليمي المتخصص و اعتماد طرق التكوين المتواصل و التحسين النوعية الدائم .

كما جاءت التعليمات الوزارية رقم 16 الصادرة في 2002/09/22 و التي الحت على اخذ الامر بأكثر جدية استعدادا لدخول عالم المنافسة و التقاعد من خلال جعل مكتب الدخول فعال في التحكم في نظام الاعلام الصحي و اوصت بمبدئ تسليم المريض ملخص عيادي للخروج أضافت اليه التعليمات الوزارية رقم 17 الصادرة في 2002/12/24 الملخص المعياري للخروج.¹⁰⁷

- ✓ تقنين و اقرار الدعائم الاعلامية و تعميمها: اهم هذه الدعائم هي استمارة العلاج، استمارة الدخول طلب التكفل
- ✓ اعلام و تحسيس الاعوان المعنيين من الممارسين الطبيين و الشبه طبيين
- ✓ وضع آليات تسيير حديثة في حساب التكاليف بإدخال المحاسبة التحليلية
- ✓ ضبط عدد المستخدمين و الرفع من مردوديتهم عن طريق المحفزات و اطلاق روح المبادرة بغية تحقيق النتائج
- ✓ تحيين قائمة الاعمال الطبية و تبسيطها لتسهيل استعمال رموزها من طرف الممارسين الطبيين و الشبه الطبيين

- ✓ ايجاد فاعلية في تسيير المصالح الصحية باشتراط النتائج عن طريق التعاقد الداخلي للربط بين منح الموارد و الاهداف المحددة لكل مصلحة باعتبارها دائرة منظمة
- ✓ التقييم الدوري لمدى تنفيذ المشروع مع تقديم التصحيحات اللازمة في الوقت المناسب
- ✓ الانتهاء الفوري من عملية تعميم استمارة العلاج و الفوترة على اساسها بصفة منتظمة
- ✓ ضرورة تجسيد القانون المنظم لهذا المنهج و ايجاد الآليات التي من شأنها تحديد الاهداف بوضوح لكل المتدخلين سواء مصالح الصحة او مصالح الضمان الاجتماعي.

المطلب الثالث: الأدوات و الوسائل المستعملة في تطبيق النهج التعاقدية

لكي يكون تنفيذ النهج التعاقدية فعالاً و ناجحاً، يجب أن نضع أدوات و وسائل تساعد على تطبيقه حيث نجد أن التعليمات القانونية وكذلك العلاقة بين المؤسسات الصحية و منظمات الضمان الاجتماعي ضرورية لتحقيق أهداف السلطات الوصية من تنفيذ النهج التعاقدية.

1- **التعليمات القانونية:** كان الغرض من التعليمات المشتركة ما بين الوزارات المؤرخة في 20 سبتمبر 1997 المتعلق بتنفيذ نظام إدارة الملف الطبي - الإداري للمريض على مستوى مؤسسات الصحة العمومية بصفة تجريبية هو تحديد الطرق العملية لوضع النهج التعاقدية حيز التنفيذ، حيث تهدف هذه التعليمات إلى ما يلي:

- ✓ تحديد أهداف وزارة الصحة و هيئات الضمان الاجتماعي بوضوح.
 - ✓ تحديد المواعيد النهائية لتطبيق النهج التعاقدية
 - ✓ تحديد الجهات الفاعلة الرئيسية في تنفيذ التعاقد.
- 2- **مسيرى المؤسسات:** يجب أن تكون عملية تنفيذ النهج التعاقدية موضوع تفسير واسع في محتوياتها و أهدافها لجميع الأطراف المعنية وعلى وجه الخصوص:¹⁰⁸
- ✓ الهيئات الاستشارية: المجلس العلمي، المجلس الطبي
 - ✓ رؤساء المصالح الطبية
 - ✓ المشرفين و المنسقين الطبيين
- 3- **نظام المعلومات و التقييم**

3- **مدراء وكالات الضمان الاجتماعي:** يجب على المديرين المعنيين بهذه العملية ضمان انشاء خلية تتكون من مستشار طبي أو أكثر و عون اداري في كل مؤسسة من المؤسسات الموضوعة في المرحلة التجريبية، هذه الخلية مسؤولة عن:

- ✓ التحقق من نوعية حق المؤمن أو وجود المريض بما في ذلك تقديم بطاقة التأمين الاجتماعي أو قسيمة الدفع و الاستعلام عن بعد لدى الإدارات المعنية .
- ✓ التحقق عند خروج المريض من المعلومات الواردة في الملف الطبي و الإداري الذي يعتبر العنصر الأساسي لتحرير الفواتير.
- ✓ تزويد الموظفين المشاركين بجميع المواد و المعلومات الضرورية للعملية التجريبية.
- ✓ تنظيم جلسات للتشاور و التقييم مع المستشارين الطبيين و موظفي الخدمة وتقديم تقرير إلى الإدارة العامة.

4- **التنظيم الداخلي في المنشأة:** فيما يتعلق بالتنظيم الداخلي في المرفق الصحي، هناك العديد من الخطوات والنقاط التي يجب تطويرها:

✓ انتخاب أعضاء لجنة توجيهية برئاسة مدير المؤسسة هدفها تطوير التنظيم الداخلي للمؤسسة وفقا لجهاز اقامة النهج التعاقدية و التعليمية المشتركة بين الوزارات المؤرخ 20 سبتمبر 1997 المتعلقة بتنفيذ عملية التجريب لنظام إدارة الملف الطبي الإداري للمريض على مستوى مؤسسات الصحة.

✓ إعداد تقييم دوري من قبل مجلس الإدارة، حيث يجب أن يجتمع مجلس الإدارة لوضع تقرير دوري بشأن تقييم التنظيم الداخلي للمؤسسة بعد تنفيذ النهج التعاقد.

✓ إشراك جميع الشركاء الداخليين (النقابات و الجمعيات و الهيئات الاستشارية العلمية)، حيث يجب اعطاء هؤلاء الشركاء الفرصة لتقديم آرائهم وتقديم الاقتراحات فيما يتعلق بتنفيذ العقود، لأنها تعد من العناصر الأساسية في انشاء التعاقد.

✓ التوسع قدر الإمكان في الاتصال والتفاوض بعد كل خطوة لتشكيل أساس للعقد الذي سيكون ملزما بين المرفق الصحي و هؤلاء الشركاء.

5- **البرمجيات:** من أجل تحديد هوية المريض وتبادل المعلومات بين المؤسسات الصحية و هيئات الضمان الاجتماعي، يجب إدخال نظام اعلام آلي مزود ببرنامج خاص، الغرض من هذا النظام هو قابلية التشغيل البيني للأنظمة الصحية، تحديد المرضى، و تطوير البيانات و الإرسال الإلكتروني للبيانات و المعلومات إلى منظمة الضمان الاجتماعي (برنامج IDAAS) .

6- **استمارة القبول و المتابعة (LA FICHE NAVETTE)**

تتضمن 08 صفحات يشترط ملؤها بدقة (لحساب تكلفة الاستشفاء الإجمالية) و تحتوي المعلومات التالية:

✓ برامج العمل و آجال الإنجاز .

✓ تحولات المريض و تحركاته .

✓ الأعمال الطبية و الجراحية وكل الفحوصات الطبية في مصلحة استشفائية وفي بقية مصالح الاستشفاء للمؤسسة .

✓ العلاجات التمريضية و الأدوية الموصوفة.

✓ استغلال المعلومات التي تتوفر عليها استمارة القبول تحرر فاتورة العلاج المعروفة باسم كشوف المبالغ المستحقة (DECOMPTE DES SOMMES DUES) .

تم من خلال هذا الفصل التعرف على مفهوم النهج التعاقدى، أهدافه و الأسس القانونية المنظمة له، كما تم التعرف على أهم الآليات و الوسائل و الشروط التي تسمح بتطبيقه، فالمشاكل التي تعاني منها المؤسسات العمومية للصحة في الجزائر خاصة في مجال التمويل جعلت من تطبيق النهج التعاقدى كنمط جديد لتمويل المؤسسات الصحية أمر ضروري لإخراجها من مشاكل التمويل التي تتخبط فيها، وهذا ما سنتطرق اليه في الفصل الثالث عن مدى فعالية تطبيق النهج التعاقدى في تمويل المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد مداحي فرجيو.

تمهيد

بعد التعرف في الفصلين الأولين على النظام الصحي و كيفية تمويله في الجزائر و النهج التعاقدى كبديل لتمويل المؤسسات العمومية للصحة، نحاول من خلال هذا الفصل التطبيقي ابراز كيفية تطبيق النهج التعاقدى في المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد مداحي فرجيو، حيث سنقوم بتقديم المؤسسة العمومية الاستشفائية فرجيو، كيفية تمويلها وتسييرها و اثر تطبيق النهج التعاقدى في تمويلها.

المبحث الأول: تقديم المؤسسة العمومية الاستشفائية فرجيو

المطلب الأول: تعريف المؤسسة العمومية الاستشفائية فرجيو

المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد مداحي فرجيو مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي أنشئت في 01 جانفي 2008 بموجب المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها، بدأت في تقديم الخدمات الصحية منذ أكتوبر 1985 تحت اسم القطاع الصحي الذي تجزأ إلى المؤسسات التالية:

✓ المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد مداحي فرجيو

✓ المؤسسة العمومية للصحة الجوارية فرجيو

✓ المؤسسة العمومية للصحة الجوارية عين البيضاء احريش

تحتوي المؤسسة على 240 سرير وإحدى عشر مصلحة وتغطي 07 دوائر و 15 بلدية بكثافة سكانية تقدر بأكثر من 310.853 نسمة أي 246 نسمة/كم² (إحصاء سنة 2014-مديرية الصحة و السكان ميلة)، تتربع على مساحة 6892 م².

يقع على عاتق هذه المؤسسة مجموعة من النشاطات الاستشفائية والمتمثلة في: التشخيص الكشف الوقاية والعلاج، و كذا توفير التكوين للشبه طبيين، تم تصنيف المؤسسة في الصنف (ب) وفقاً للقرار الوزاري المشترك المؤرخ في 15 جانفي 2012 الذي يحدد معايير تصنيف المؤسسات العمومية الاستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية و تنفيذها يسير المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد مداحي مجلس إدارة و يديرها مدير يساعده في ذلك أربعة مدراء فرعيين مدعمة بهيئة استشارية تدعى المجلس الطبي، يشمل التنظيم الداخلي للمؤسسة الموضوعه تحت سلطة المدير الذي يلحق به مكتب التنظيم العام و الاتصال بالمديريات الفرعية التالية:¹⁰⁹

✓ المديرية الفرعية للموارد البشرية

✓ المديرية الفرعية للمالية و الوسائل

✓ المديرية الفرعية للمصالح الصحية

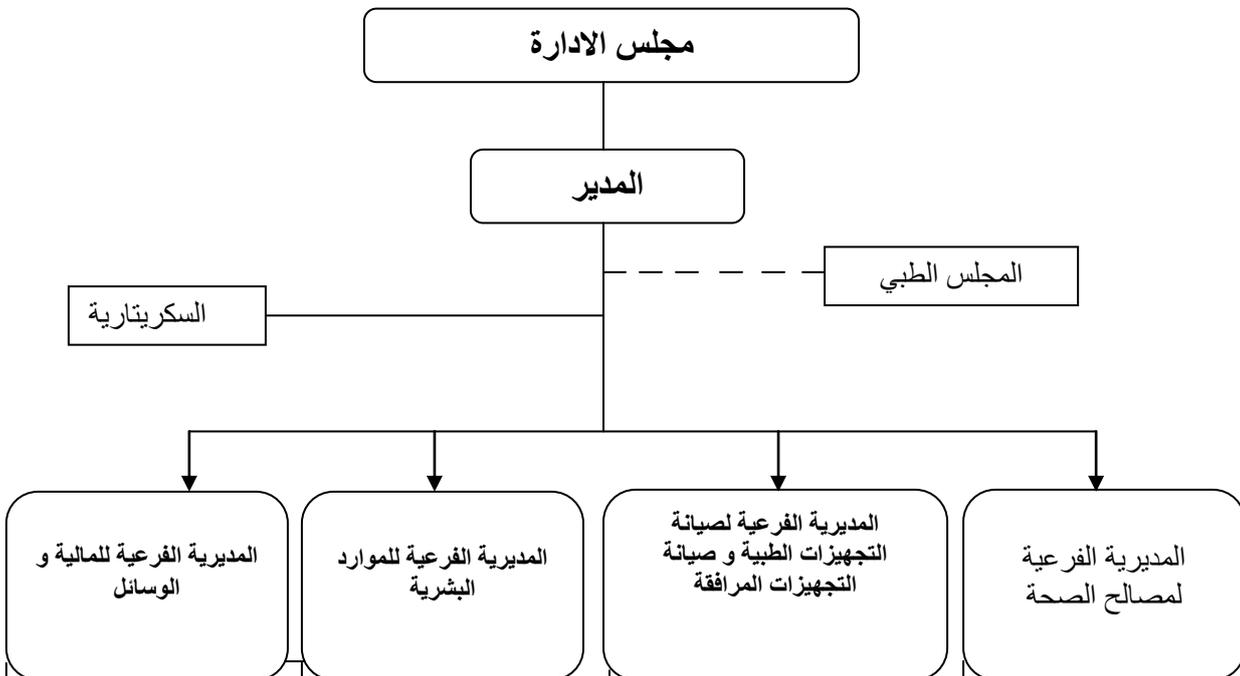
✓ المديرية الفرعية لصيانة التجهيزات الطبية و التجهيزات المرافقة

المطلب الثاني: الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية الاستشفائية فرجيوه.

يتمثل الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية الاستشفائية فرجيوه من خلال الشكل التالي:

الشكل رقم 05 : الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية الاستشفائية فرجيوه

الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية الاستشفائية فرجيوه



¹⁰⁹ الموقع الإلكتروني الرسمي للمؤسسة العمومية الاستشفائية فرجيوه <http://www.eph-ferdjoua.dz>

المصدر: المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007.

كما يظهر تنظيم المصالح و الوحدات من خلال الشكل:
الجدول رقم 05 : جدول تنظيم المصالح و وحدات المؤسسة العمومية الاستشفائية فرجية

تنظيم المصالح الطبية		الم
عدد الاسرة	المصالح	صدر
54	1- الجراحة العامة	:
/	2- علم الاوبئة	القرار
40	3- امراض النساء و التوليد	رقم
/	4- الاشعة	282
/	5- المخبر	5
54	6- الطب الداخلي	المؤر
28	7- امراض الكلى	خ في
30	8- طب الاطفال	03
/	9- الصيدلية	مار
26	10- الامراض الصدرية	س
08	11- الاستجالات	200
		8
		المت
		ضم

ن إنشاء المصالح و الوحدات على مستوى المؤسسة العمومية الاستشفائية فرجية.

تحتوي المؤسسة العمومية الاستشفائية فرجيوية على 484 موظف موزعين من خلال الجدول التالي:

التخصصات	عدد الموظفين
الأطباء الاخصائيين	31
الاطباء العامين	50
الشبه طبيين	201
الأسلاك المشتركة	84
المتعاقدين	118
المجموع	484

✓ الأمانة العامة (سكرتارية): هي حلقة الوصل بين المدير وللمديريات الفرعية، وكذلك مصالح المستشفى

والمصالح الخارجية الأخرى، ومن المهام التي تقوم بها:

- تسجيل البريد الصادر والبريد الوارد
- استقبال الزوار لمقابلة المدير
- ترتيب وحفظ المستندات والوثائق الخاصة بالإدارة لتسهيل عملية البحث عنه
- تحضير الوثائق الخاصة لإمضاء المدير
- إنشاء ملف يجمع فيه مختلف الوثائق و السجلات الموجودة على مستوى أمانة المستشفى.

✓ المديرية الفرعية للموارد البشرية : تحتوي على مكاتبين:

● مكتب تسيير الموارد البشرية والمنازعات: يقوم هذا المكتب بالعمليات التالية:

- التسيير التقديري للوظائف و الكفاءات GPEC
- إعداد المخطط السنوي لتسيير الموارد البشرية وجدول تعداد المستخدمين.
- إعداد جدول الترقية
- إجراء عمليات التوظيف وتنظيم الاختبارات والمسابقات والامتحانات المهنية وتحرير محاضر التنصيب، التعيين والتثبيت.
- إعداد مقررات تحويل ونقل الموظفين، وتحرير مقررات الإحالة على الاستداع.
- القيام بمتابعة مختلف تحركات الموظفين مثل: التأخرات، الغيابات وإعداد مختلف العقوبات التأديبية كتحديد الاستفسارات ومقررات الخصم من الراتب وغيرها، وهذا بعد التبليغ من مكتب إثبات الحضور.

- متابعة منازعات المؤسسة سواء داخليا أو خارجيا وذلك بالتنسيق مع المحامي المعين من طرف المؤسسة.

● مكتب التكوين: يقوم هذا المكتب بضمان تكوين المستخدمين وتحسين مستواهم وذلك بإجراء التريصات التدريبية

بمختلف المدارس والمعاهد المتخصصة وبرمجة أيام دراسية لفائدة الموظفين.

✓ المديرية الفرعية للمالية والوسائل: تحتوي على المكاتب التالية:

- **مكتب الوسائل العامة والهياكل:** يقوم هذا المكتب بالسهر على ضمان التسيير الحسن لمنشآت و مخازن و ورشات المؤسسة كالمخزن الرئيسي، مخزن المواد الاستهلاكية، الصيدلانية، ورشة الصيانة، حظيرة السيارات، المطبخ ومصلحة البيضية والترقيع.
- **مكتب الميزانية والمحاسبة:** يقوم هذا المكتب بتحضير الميزانية التقديرية وتقسيم الميزانية الأولية إلى أبواب و مواد لتنفيذها وذلك بالقيام بالعمليات التالية:
 - جانب الارادات: الاثبات، التصفية، الامر بالتحصيل
 - جانب النفقات: الالتزام، التصفية ، الامر بالدفع
- كما يقوم هذا المكتب بإعداد الوضعية المالية للمؤسسة كل شهر ، و اعداد الحساب الاداري للمؤسسة في نهاية السنة.
- **مكتب الصفقات العمومية:** يقوم هذا المكتب بإعداد مختلف الإجراءات الخاصة بالاستشارات والصفقات العمومية من إعداد دفتر الشروط، إعلان الاستشارة أو الصفقة، استقبال العروض، فتح وتقييم العروض وإبرام الاتفاقية مع المتعامل المتعاقد.
- **مكتب الجرد:** يقوم هذا المكتب بجرد ومتابعة جميع الأجهزة والمعدات التي تدخل إلى المؤسسة.
- ✓ **المديرية الفرعية للمصالح الصحية:** تحتوي على المكاتب التالية:
 - **مكتب الدخول:** يعتبر مكتب الدخول من أهم المكاتب على مستوى المؤسسة إذ يسهر يوميا (نهارا و ليلا) على حسن سير نشاطات العلاج وذلك من خلال قيامه باستقبال و إعلام و توجيه الوافدين إلى المؤسسة نحو المصالح الاستشفائية والتقنية، و يتكون مكتب الدخول من :
 - **شباك القبول:** تتمثل مهام هذا المكتب في استقبال المرضى وإعداد استمارات القبول وبطاقات الخروج (Fiche navette)، وشهادات الإقامة.
 - **الصندوق:** مهمته قبض مستحقات الفحص وتكاليف الاستشفاء.
 - **مكتب الحالة المدنية:** يقوم هذا المكتب بتسجيل المواليد والوفيات والتنسيق مع الإدارات والسلطات المحلية (البلدية، المحكمة، الشرطة، الدرك).
 - **مكتب تحركات المرضى الاستشفائيين و الإحصائيات:** يقوم بمتابعة حركة المرضى الاستشفائيين وتسجيلها في سجل الحركة اليومية للمرضى وحساب مختلف الإحصائيات التي رأيناها سابقا.
 - **مكتب الطبيب عل مستوى مكتب الدخول:** يشرف ويراقب كل المعلومات الموجودة في FICHE NAVETTE وتسجيلها وترتيب التشخيص الطبي وتسجيله.
 - **مكتب التعاقد وحساب التكلفة:** يتم حساب تكاليف المؤسسة الاستشفائية حسب كل مصلحة، حيث يتم انجاز تقرير كل ثلاثة أشهر يحتوي على شبكة من الجداول التحليلية، و ذلك بعد الحصول على تكاليف كل المصالح للوصول إلى حساب التكلفة المنفقة على المريض الواحد لكل مصلحة Cout d'unité d'oeuvre
 - **مكتب التنظيم ومتابعة وتقويم النشاطات الصحية:** تتمثل مهام هذا المكتب في إعداد التقارير والكشوفات و الإحصائيات الخاصة بمختلف المصالح الاستشفائية والتقنية .
 - ✓ **المديرية الفرعية لصيانة المعدات الطبية:** تضم المكاتب التالية:
 - **مكتب صيانة المعدات الطبية:** يقوم هذا المكتب بنوعين من صيانة

- الصيانة الوقائية: قبل وقوع عطب يقوم بمراقبة المعدات من اجل تجنب الإعطاب

- صيانة علاجية: هذا بعد وقوع العطب يأمر بصيانتها ومن ثم يملا استمارة يكتب فيها الآلات التي قام

بصيانتها ونوع العطب الموجود فيه وكل المعلومات المتعلقة بالصيانة.

- مكتب صيانة المعدات الملحقة: مكتب خاص بصيانة المعدات الملحقة للمعدات الطبية، لكن في الواقع يوجد مكتب واحد يقوم بمهام المكتبين معا.

المطلب الثالث: مهام المؤسسة العمومية الاستشفائية فرجيوية.

تتمثل مهام المؤسسة العمومية الاستشفائية فرجيوية في التكفل بصفة كاملة و متسلسلة بالاحتياجات الصحية للسكان وفي هذا الاطار تتولى بالمهام التالية :

- ضمان تنظيم و برمجة توزيع العلاج الاستشفائي و التشخيص و اعادة التأهيل الطبي
- تطبيق البرامج الوطنية للصحة
- ضمان حفظ الصحة و النظافة و مكافحة الامراض و الآفات الاجتماعية
- ضمان تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة و تجديد معارفهم
- تستخدم كميدان للتكوين الطبي و الشبه الطبي و التسيير الاستشفائي على اساس اتفاقيات تبرم مع مؤسسات التكوين.

1- التنظيم الاداري: يشمل التنظيم الاداري مجلس الإدارة و المجلس الطبي

1-1 مجلس الإدارة: تسيير المؤسسة الاستشفائية بواسطة مجلس ادارة يتراسه ممثل للوالي و يختلف اعضاؤه من حيث انتمائهم فهناك ممثلين عن القطاع الاقتصادي و الجماعات المحلية و ممثلين عن مؤسسات التكوين و المجتمع المدني و ممثلي المستخدمين في المؤسسة و يمكن حصر اعضاءه على النحو التالي: ممثل عن الوالي رئيسا، ممثل عن الادارة المالية، ممثل عن التأمينات الاقتصادية ممثل عن هيئات الضمان الاجتماعي، ممثل عن المجلس الشعبي الولائي، ممثل عن المجلس الشعبي البلدي مقر المؤسسة، ممثل عن المستخدمين الطبيين ينتخبه نظراؤه، ممثل عن المستخدمين شبه الطبيين، ممثل عن جمعيات مرتققي الصحة، ممثل عن العمال ينتخب في جمعية عامة، ممثل عن رئيس المجلس الطبي، ويحضر كل من مدير المؤسسة العمومية الاستشفائية مداولات مجلس الادارة براي استشاري و يتولى امانته، و يتداول المجلس فيما يخص:

- مخطط تنمية المؤسسة
- مشروع ميزانية المؤسسة: الحسابات التقديرية و الحساب الاداري
- مشاريع الاستثمار
- مشاريع التنظيم الداخلي للمؤسسة
- البرامج السنوية لحفظ البيانات والتجهيزات وصيانتها
- الاتفاقيات المتعلقة بالتكوين وعقود تقديم العلاج مع هيئات الضمان الاجتماعي والتأمينات والصفقات
- مشروع جدول تعداد المستخدمين.
- اقتناء و تحويل المنقولات و العقارات و قبول الهبات و الوصايا او رفضها

1-2 المجلس الطبي:

هو هيئة استشارية مكلف بدراسة كل المسائل التي تهم المؤسسة و ابداء رايه الطبي و التقني فيها ويمكن حصر هذه المسائل فيما يلي:

- التنظيم والعلاقات الوظيفية بين المصالح الطبية
 - مشاريع البرامج المتعلقة بالتجهيزات الطبية و بناء المصالح و اعادة تهيئتها
 - برامج الصحة والسكان
 - برامج التظاهرات العلمية و التقنية
 - انشاء هياكل الطبية او الغائها
- كما يقترح كل التدابير التي من شأنها تحسين تنظيم المؤسسة و سيرها لا سيما مصالح العلاج و الوقاية و هو يضم مسؤولي المصالح الطبية و الصيدلي و جراح الاسنان و ممثل عن سلك الشبه الطبي.

2- التنظيم المالي

تحدد مدونة الميزانية للمؤسسة العمومية الاستشفائية بقرار مشترك من وزير الصحة والسكان واصلاح المستشفيات ووزير المالية وهي تشمل بابا الايرادات و بابا للنفقات، حيث يقوم مدير المؤسسة بإعداد مشروع الميزانية ويعرضه على مجلس الادارة للمداولة ويرسل بعد ذلك الى السلطة الوصية للموافقة عليه وتمسك محاسبتها حسب قواعد المحاسبة العمومية ويسند تداول الاموال الى عون محاسب يعينه او يعتمده الوزير المكلف بالمالية.

المبحث الثاني: كيفية تمويل وتسيير المؤسسة العمومية الاستشفائية فرجية

المطلب الأول: تمويل المؤسسة العمومية الاستشفائية فرجية.

1- ايرادات و نفقات المؤسسة العمومية الاستشفائية فرجية

تمول المؤسسة من طرف الدولة حيث تخصص لها سنويا ميزانية وفقا لاحتياجاتها، و تتم الرقابة للمحافظة على هذه الأموال العمومية الممنوحة من الاختلاسات و التبذير حيث فرض المشرع الجزائري على المؤسسات الصحية العمومية ذات الطابع غير الربحي تطبيق المحاسبة العمومية، و ذلك حسب القانون 90-21 المؤرخ في 24 محرم عام 1411 الموافق لـ 15 أوت سنة 1990 الذي يتعلق بالمحاسبة العمومية و الذي يحدد الأحكام التنفيذية العامة التي تطبق على الميزانيات و العمليات المالية الخاصة بالمؤسسات العمومية ذات الطابع الإداري ، إضافة إلى تحديد التزامات الأمرين بالصرف و المحاسبين العموميين و كذا مسؤولياتهم، و هذه الأحكام تطبق كذلك على تنفيذ و تحقيق الإيرادات و النفقات العمومية و كذلك عمليات الخزينة و نظام محاسبتها، و يتولى الأمرين بالصرف و المحاسبون العموميون تنفيذ الميزانيات و العمليات المالية وفق الشروط المحددة في القانون رقم 84-17 المؤرخ في 07 جويلية سنة 1984 المتعلق بقوانين المالية، انطلاقا من هذا و لكون المؤسسة العمومية الاستشفائية فرجية مؤسسة عمومية ذات طابع إداري فهي ملزمة بتطبيق قواعد المحاسبة العمومية عند تنفيذ ميزانيتها.

بصفة عامة فميزانية المؤسسة العمومية الاستشفائية فرجية هي تلك الوثيقة التي تدون عليها الإيرادات المقدر أو المنتظر تحصيلها لمواجهة النفقات أو المصاريف من احتياجات المؤسسة خلال مدة زمنية محددة عادة ما تكون سنة واحدة ، و تتكون الإيرادات من مساهمة الدولة، الضمان الاجتماعي، الهيئات الأخرى و إيرادات واردة من

نشاط المؤسسة مقابل الخدمات المقدمة للمرضى و إيرادات بيع النفايات و العتاد الغير صالح للاستعمال ، بالإضافة إلى رصيد السنوات السابقة، حيث تظهر إيرادات المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد مداحي فرجيوه خلال الثلاث سنوات الاخيرة كما يلي:

الجدول رقم 06: إيرادات المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد مداحي فرجيوه لسنة 2016-2017-2018

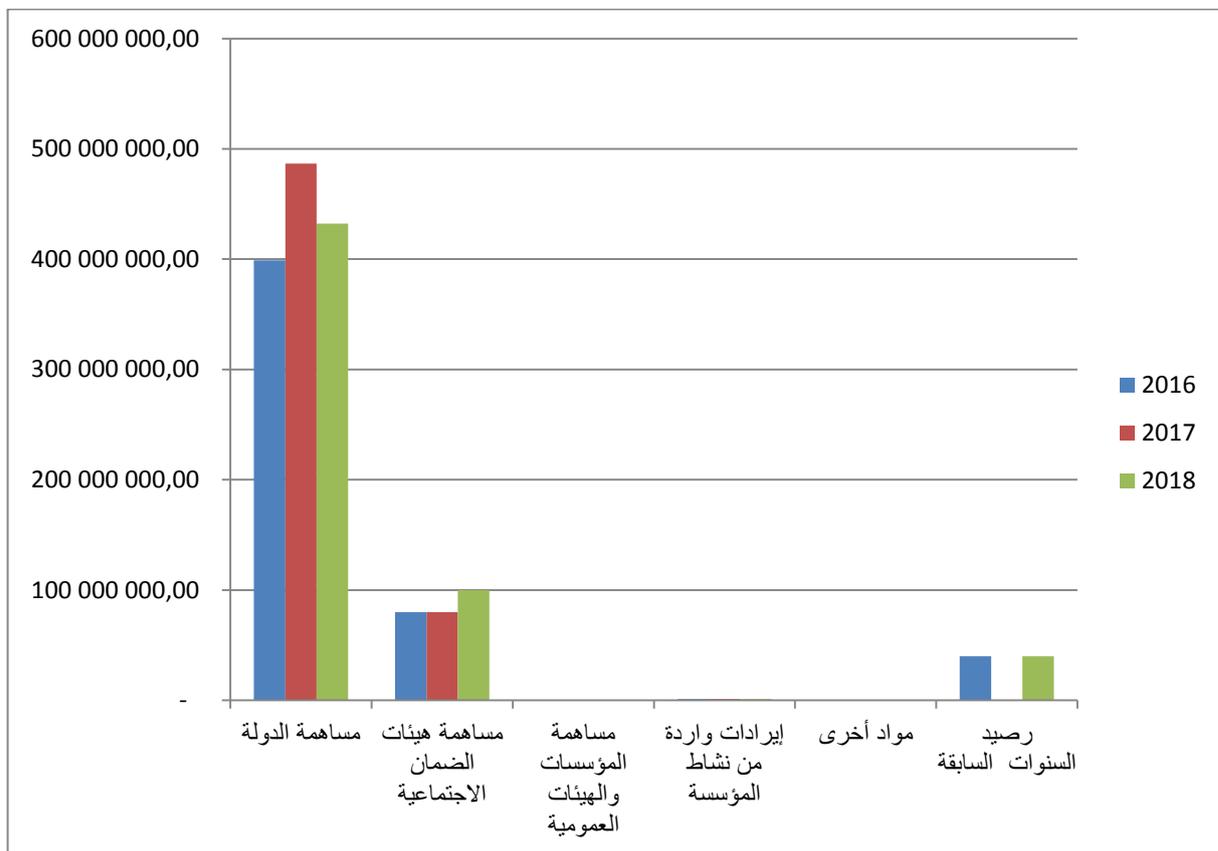
وحدة القياس: أ د ج

الرقم	طبيعة الإيرادات	2016	2017	2018
01	مساهمة الدولة	418 888 300.00	486 719 000.00	432 299 000.00
02	مساهمة هيئات الضمان الاجتماعية	80 000 000.00	80 000 000.00	100 000 000.00
03	مساهمة المؤسسات والهيئات العمومية	0.00	0.00	0.00
04	إيرادات واردة من نشاط المؤسسة	1 300 000.00	1 300 000.00	1 300 000.00
05	مواد أخرى	0.00	0.00	0.00
06	رصيد السنوات السابقة	40 000 000.00	0.00	40 000 000.00
	المجموع	540.188.300,00	568 019 000.00	573 599 000.00

المرجع: وثائق المؤسسة

نلاحظ من الجدول أعلاه أن إيرادات المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد مداحي فرجيوه في تزايد مستمر و هذا من أجل تغطية النفقات المتزايدة، حيث نجد أن مساهمة الدولة تأخذ حصة أكبر من باقي الإيرادات الأخرى، حيث تمثل 78%، 86%، 75% من مجموع الإيرادات لسنوات 2016، 2017، 2018 على التوالي بينما تمثل مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي 15%، 14%، 17% على التوالي، بينما تظهر نسبة مساهمة المرضى في تكاليف الاستشفاء المدرجة ضمن باب إيرادات واردة من نشاط المؤسسة شبه منعدمة 0.24% لسنة 2016 و 0.23% لسنة 2017 و 2018 و هذا ما يبين أن المؤسسة تمول بشكل شبه كلي من الخزينة العمومية حيث يظهر توزيع هذه الإيرادات عبر الشكل التالي:

الشكل رقم 06: طبيعة إيرادات المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد مداحي فرجيوه لسنة 2016-2017-2018



المراجع: وثائق المؤسسة

أما النفقات فتضم نفقات الموظفين ونفقات التكوين والتغذية والأدوية والمواد الأخرى ذات الاستعمال الطبي والعتاد والأدوات الطبية، بالإضافة إلى نفقات الأعمال الوقائية النوعية وصيانة الهياكل الصحية والخدمات الاجتماعية ونفقات أخرى للتسيير والبحث العلمي.

الجدول رقم 07: نفقات المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد مداحي فرجوة لسنة 2016-2017-2018

وحدة القياس: أ د ج

الرقم	طبيعة النفقات	2016	2017	2018
	العنوان الأول: نفقات الموظفين	426.220.00000.	431 621 000.00	446 621 000.00
العنوان الثاني: نفقات التسيير				
01	تسديد النفقات	1 200 000,00	4 382 000,00	1 097 000.00
02	النفقات القضائية والتعويضات	200 000,00		200 000.00
03	الأدوات و الأثاث	1 320 000,00	1 493 840,00	1 273 000.00
04	اللوازم	3 136 000,00	2 425 160,00	2 846 000.00
05	الألبسة	499 700,00	1.086 000,00	1 286 000.00
06	التكاليف الملحقة	6 700 000,00	6 700 000,00	7 700 000.00
07	حظيرة السيارات	3 367 300,00	2 562 000,00	4 062 000.00
08	صيانة وإصلاح الهياكل	5 000 000,00	5 574 000,00	4 955 000.00
09	نفقات التكوين وتحسين الأداء	730 000,00	550 000,00	550 000.00

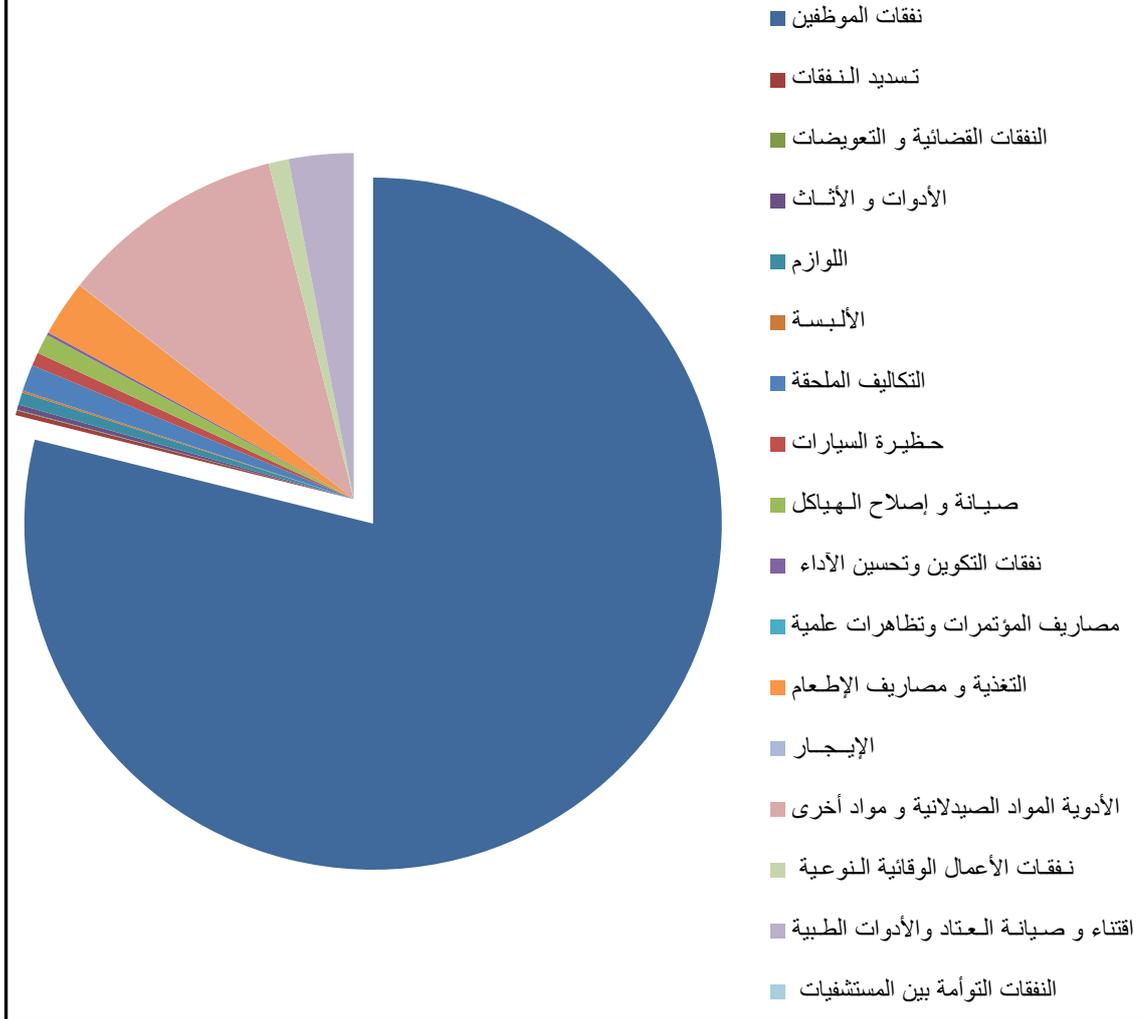
0.00		0.00	مصاريف المؤتمرات وتظاهرات علمية	10
19 200 000.00	15 244 500,00	13 997 560,00	التغذية و مصاريف الإطعام	11
77 000.00	164 000,00	115 000,00	الإيجار	12
48 000 000.00	70 407 500,00	56 478 740,00	الأدوية المواد الصيدلانية و مواد أخرى	13
6 000 000.00	3 511 000,00	5 024 000,00	نفقات الأعمال الوقائية النوعية	14
18 500 000.00	15 496 000,00	16 200 000,00	اقتناء وصيانة العتاد والأدوات الطبية	15
11 232 000.00	6 802 000,00	00.00	النفقات التوأمة بين المستشفيات	18
573 599 000.00	568 019 000.00	540.188.300,00	المجموع	

المرجع: وثائق المؤسسة

نلاحظ من الجدولين اعلاه أن نفقات المستخدمين تشكل الحصة الأكبر من نفقات المؤسسة العمومية الاستشفائية فرجية حيث تشكل 79%، 76%، 78% لسنة 2016، 2017، 2018 على التوالي في المقابل نجد ان نفقات التسيير الأخرى تشكل نسبة صغيرة و تأخذ نفقات الادوية النسبة الأكبر منها حيث تشكل 10%، 12%، 08% من مجموع النفقات الكلية لسنة 2016، 2017، 2018 تواليا، اي ان نفقات المستخدمين و النفقات المرتبطة بالأدوية تشكل أغلب نفقات المؤسسة، حيث يظهر تشكيل نفقات المؤسسة العمومية الاستشفائية فرجية لسنة 2016 عبر الشكل التالي:

الشكل رقم 07: نفقات المؤسسة العمومية الاستشفائية فرجية لسنة 2016

نفقات المؤسسة العمومية الاستشفائية فرجوية لسنة 2016



المرجع: وثائق المؤسسة

من خلال هذا الشكل الذي يمثل توزيع نفقات المؤسسة لسنة 2016 و الذي أخذناه كمثال يعمم على سنتي 2017 و 2018 باعتبار تماثل المعطيات التي رأيناها في الجدول السابق يظهر لنا ان نفقات المؤسسة تتمثل في نفقات المستخدمين بالدرجة الاولى ثم نفقات الادوية بالدرجة الثانية، و هذا راجع إلى عدة عوامل أهمها:

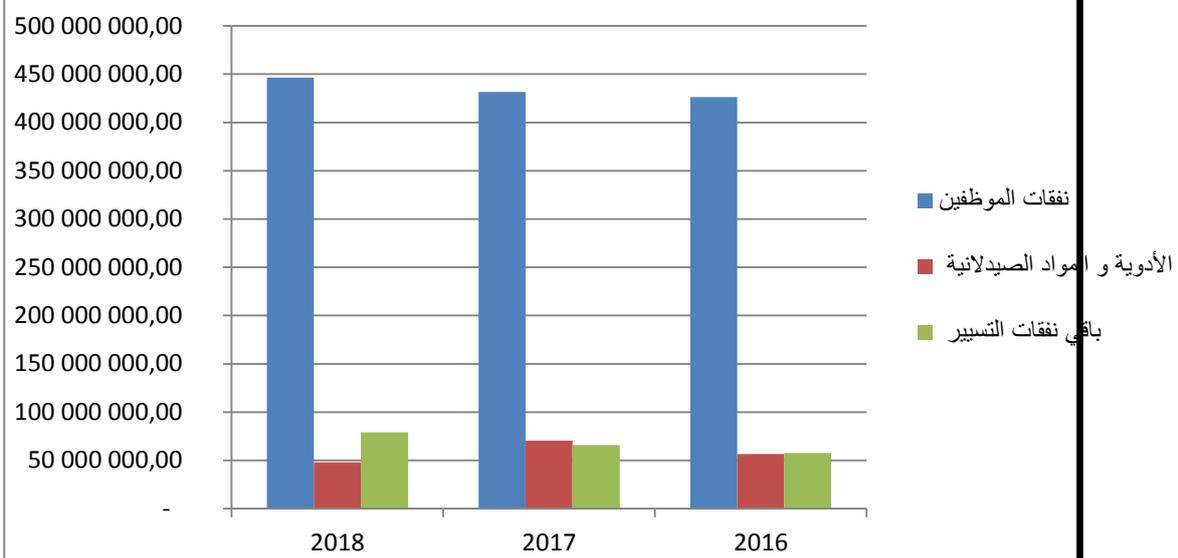
- طبيعة الخدمة التي تقدمها المؤسسة، حيث تعتمد على العامل البشري في تقديم الخدمة الصحية كالأطباء و الشبه طبيين، حيث أنه بالرغم من التطور التكنولوجي إلا ان الرعاية الصحية تتطلب وجود العامل البشري، كالعلاجات الجراحية، التضميد و الاسعاف... الخ، إلا في مصلحة المخبر التي اصبحت تعتمد على اجهزة التحاليل الطبية بدل من المخبريين و البيولوجيين.
- زيادة النمو السكاني مما يستلزم توظيف عمال جدد للتكفل بالاحتياجات المتزايدة للخدمات الصحية.
- العمل على تحسين الخدمة الصحية ادى إلى صدور مراسيم و قوانين ترفع من عدد التخصصات خاصة في مجال الشبه طبي، اين نجد أكثر من 25 تخصص، و لكل تخصص مهام محددة، الامر الذي أدى إلى وجود

سوء توزيع للموارد البشرية، حيث نجد في تخصص معين عدد زائد من الموظفين بينما يوجد نقص في تخصص آخر.

- المركزية الادارية فيما يخص توزيع منتج التكوين و الاطباء الاخصائيين، حيث يتم فتح مناصب مالية، و توجيه منتج التكوين الشبه طبي او الاطباء الاخصائيين دون مراعاة احتياجات المؤسسة.
- بالنسبة لنفقات الأدوية التي تمثل النسبة الثانية من نفقات المؤسسة فهذا راجع لطبيعة الخدمة المقدمة، حيث تعتبر هذه النفقات غير كافية لسد احتياجات المؤسسة، و هذا ما يحتم على المسيرين اقتناء الادوية حسب الاولوية.

كما نلاحظ من خلال الجدول السابق اعلاه أن نفقات المؤسسة في تزايد مستمر عبر السنوات الثلاثة الاخيرة كما هو موضح من خلال الجدول التالي:

الشكل رقم 08 : توزيع نفقات المؤسسة العمومية الاستشفائية فرجوية لسنة 2016-2017-2018



المرجع: وثائق المؤسسة

- نلاحظ من خلال هذا الشكل ان ارتفاع نفقات المؤسسة يتمثل اساسا في ارتفاع نفقات المستخدمين بسبب:
- تحسين أجور الموظفين خاصة عن طريق الترقية الاستثنائية التي شملت أغلب موظفي المؤسسة.
 - توافد عدد معتبر من الاطباء الاخصائيين على المؤسسة في السنتين الأخيرتين 8 اطباء لسنة 2016 و 19 طبيب لسنة 2017 (التكلفة السنوية للطبيب المختص الواحد = 2295000 دج)
 - ارتفاع منحة التعويض عن المناوبة نتيجة تعميمها على تخصصات جديدة
- كما نلاحظ من خلال هذا الشكل أن باقي نفقات التسيير بقيت تقريبا ثابتة رغم احتياجات المؤسسة خاصة فيما يخص التجهيزات الطبية، الصيانة، المستهلكات الطبية و غيرها و هذا ما يصعب على المسيرين تحسين جودة الخدمة الطبية و تحقيق الاهداف المسطرة.

2- تنفيذ ميزانية المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد مداحي فرجوية

إن عملية تنفيذ ميزانية المؤسسة العمومية الاستشفائية فرجية تتمثل في جانبيين الأول إداري و يكفل بتنفيذه الأمر بالصرف و الثاني محاسبي و يتكفل به المحاسب العمومي، حيث يتم تنفيذ الميزانيات و العمليات المالية على النحو التالي¹¹⁰:

- ✓ بالنسبة لتنفيذ الإيرادات فيتمثل الجانب الإداري الذي يقوم به الأمر بالصرف في:
 - **الإثبات:** هو الإجراء الذي يتم بموجبه تكريس حق الدائن العمومي.
 - **التصفية:** تسمح تصفية الإيرادات بتحديد المبلغ الصحيح للديون الواقعة على المدين لفائدة الدائن العمومي و الأمر بتحصيلها.
 - **الأمر بالتحصيل:** الإجراء الذي يأمر بموجبه الأمر بالصرف المحاسب العمومي بتحصيل الإيرادات العمومية.
 - ✓ أما الجانب المحاسبي من تنفيذ الإيرادات الذي يقوم به المحاسب العمومي فيتمثل في:
 - **التحصيل:** و هو الإجراء الذي يتم بموجبه إبراء الديون العمومية
 - بالنسبة لتنفيذ النفقات فيتمثل الجانب الإداري الذي يقوم به الأمر بالصرف في:
 - **الالتزام:** يعد الالتزام الإجراء الذي يتم بموجبه إثبات نشوء الدين.
 - **التصفية:** تسمح التصفية بالتحقيق على أساس الوثائق الحسابية و تحديد المبلغ الصحيح للنفقات العمومية.
 - **الأمر بالصرف:** يعد الأمر بالصرف أو تحرير الحوالات الإجراء الذي يأمر بموجبه دفع النفقات العمومية.
 - ✓ أما الجانب المحاسبي من تنفيذ النفقات الذي يقوم به المحاسب العمومي فيتمثل في:
 - **الدفع:** يعد الدفع الإجراء الذي يتم بموجبه إبراء الدين العمومي.
- انطلاقاً من هذا فإن تنفيذ الميزانية الخاصة بالمؤسسة العمومية الاستشفائية فرجية يستلزم التأكد من تطبيق الميزانية حسب قواعد المحاسبة العمومية و كذا التأكد من توفر الاعتمادات الممنوحة و الكافية لتغطية النفقات، حيث نجد في المؤسسة العمومية الاستشفائية فرجية :
- **المحاسبة الإدارية:** المسوكة من طرف الأمر بالصرف حيث يحدد في نهاية كل سنة الوضعية المالية و الحساب الإداري، حيث تسمح هذه المحاسبة بمتابعة و تنفيذ الاعتمادات المالية، وهي محاسبة الأمر بالصرف وهو مدير المؤسسة حيث تعلمنا هذه المحاسبة عن مدى تحقيق الإيرادات واستعمال واستغلال الاعتمادات المالية في أبوابها وأهدافها ، وأهم وما يميز هذه المحاسبة:
 - **الوضعية المالية:** وهي وثيقة تلخص متابعة الميزانية وعمليات تحصيل الإيرادات وتنفيذ النفقات للمؤسسة حيث يمسكها الأمر بالصرف بشكل سنوي وثلاثي (أي كل 03 أشهر)
 - **الحساب الإداري:** يمثل الحساب الإداري ميزانا لنهاية تطبيق الحسابات التي يقوم بها الأمر بالصرف بعد تحليل ومقارنة ذلك بنتائج السنة المالية السابقة.
 - **المحاسبة المالية:** المسوكة من طرف المحاسب العمومي و تتمثل في الدفع الفعلي للنفقات و التحصيل الفعلي للإيرادات، حيث يتولى هذه المحاسبة محاسب عمومي وهو القابض الخاص بالمستشفى حيث يضمن تغطية الإيرادات ودفع النفقات ، وكذلك المرحلة المحاسبية في تنفيذ الميزانية، حيث يظهر تنفيذ إيرادات و نفقات المؤسسة العمومية الاستشفائية فرجية وفق الجداول التالية:

الجدول رقم 08 : تنفيذ ميزانية 2016-2017 من جانب الإيرادات (وحدة القياس: ا دج)

المرجع: وثائق المؤسسة

الجدول رقم 09 : تنفيذ ميزانية 2016 من جانب النفقات

وحدة القياس: ا دج

النسبة	الدفع	الأمر بالدفع	التصفية	الالتزام	الاعتماد الممنوح	طبيعة النفقات	الرقم
91%	389 852 557,40	389 852 557,40	389 852 557,40	419 243 788,06	426 220 000,00	نفقات الموظفين	1
العنوان الثاني: نفقات التسيير							
99%	1 183 428,00	1 183 428,00	1 183 428,00	1 183 428,00	1 200 000,00	تسديد النفقات	1
0%	0,00	0,00	0,00	0,00	200 000,00	النفقات القضائية والتعويضات	2

الرقم	طبيعة الإيرادات	الإيرادات المحصلة لسنة 2016	الإيرادات المحصلة لسنة 2017
1	مساهمة الدولة	418 888 300,00	486 719 000,00
2	مساهمة هيئات الضمان الاجتماعية	80 000 000,00	80 000 000,00
3	مساهمة المؤسسات والهيئات العمومية	0,00	0,00
4	إيرادات واردة من نشاط المؤسسة	1.356.000,00	1.412.000,00
5	مواد أخرى	0,00	0,00
6	رصيد السنوات السابقة	40 000 000,00	0,00
المجموع		540.244.300,00	568.019.000,00

النسبة	الدفع	الأمر بالدفع	التصفية	الالتزام	الاعتماد الممنوح	طبيعة النفقات	الرقم
50%	659 895,00	659 895,00	659 895,00	659 895,00	1 320 000,00	الأدوات و الأثاث	3
54%	1 694 865,00	1 694 865,00	1 694 865,00	1 695 100,00	3 136 000,00	اللوازم	4
0%					499 700,00	الألبسة	5
95%	6 332 542,41	6 332 542,41	8 819 700,01	6 332 542,42	6 700 000,00	التكاليف الملحقة	6
64%	2 166 990,12	2 166 990,12	2 166 990,12	2 166 990,12	3 367 300,00	حظيرة السيارات	7
50%	2 499 666,93	2 499 666,93	2 499 666,93	2 499 666,93	5 000 000,00	صيانة و إصلاح الهياكل	8

98%	718 900,00	718 900,00	718 900,00	726 900,00	730 000,00	نفقات التكوين وتحسين الأداء	9
						مصاريف المؤتمرات وتظاهرات علمية	10
100%	13 949 560,00	13 949 560,00	13 949 560,00	13 949 560,00	13 997 560,00	التغذية و مصاريف الإطعام	11
100%	114 580,95	114 580,95	114 580,95	114 580,95	115 000,00	الإيجار	12
97%	55 062 119,43	55 062 119,43	65 259 659,99	56 290 082,40	56 478 740,00	الأدوية المواد الصيدلانية و مواد أخرى	13
88%	4 414 224,12	4 414 224,12	4 414 224,12	4 560 640,73	5 024 000,00	نفقات الأعمال الوقائية النوعية	14
77%	12 426 109,90	12 426 109,90	12 426 109,90	12 459 805,91	16 200 000,00	اقتناء وصيانة العتاد والأدوات الطبية	15
					0.00	النفقات التوأمة بين المستشفيات	18
89%	101 222 881,86	101 222 881,86	113 907 580,02	102 639 192,46	113 968 300,00	مجموع العنوان الثاني	
91%	491 075 439,26	491 075 439,26	503 760 137,42	521 882 980,52	540 188 300,00	المجموع	

المرجع: وثائق المؤسسة

الجدول رقم 10: تنفيذ ميزانية 2017 من جانب النفقات

وحدة القياس: أ د ج

النسبة	الدفع	الأمر بالدفع	التصفية	الالتزام	الاعتماد الممنوح	طبيعة النفقات	الرقم
96%	413.187.773.8	413.187.773.8	413.187.773.8	423.118.036.23	431.621.000.00	نفقات الموظفين	1
العنوان الثاني: نفقات التسيير							
100%	4 381 572,98	4 381 572,98	4 440 072,98	4 381 772,98	4 382 000,00	تسديد النفقات	1
						النفقات القضائية والتعويضات	2
100%	1 493 499,90	1 493 499,90	1 493 499,90	1 493 499,90	1 493 840,00	الأدوات و الأثاث	3
100%	2 425 076,90	2 425 076,90	2 425 076,90	2 425 076,90	2 425 160,00	اللوازم	4
100%	1 085 950,00	1 085 950,00	1 085 950,00	1 085 950,00	1.086 000,00	الألبسة	5
100%	6 697 266,67	6 697 266,67	14 232 352,99	6 697 266,67	6 700 000,00	التكاليف الملحقة	6
100%	2 550 777,97	2 550 777,97	2 550 777,97	2 550 777,97	2 562 000,00	حظيرة السيارات	7
98%	5 463 891,83	5 463 891,83	5 463 891,83	5 573 922,80	5 574 000,00	صيانة و إصلاح الهياكل	8
94%	516 367,00	516 367,00	516 367,00	516 367,00	550 000,00	نفقات التكوين وتحسين الأداء	9
						مصاريف المؤتمرات وتظاهرات علمية	10
100%	15 241 230,00	15 241 230,00	15 241 230,00	15 241 230,00	15 244 500,00	التغذية و مصاريف الإطعام	11
			163 816,01		164 000,00	الإيجار	12

100%	70 139 767,67	70 139 767,67	80 337 308,23	70 340 753,02	70 407 500,00	الأدوية المواد الصيدلانية و مواد أخرى	13
99%	3 492 052,58	3 492 052,58	3 492 052,58	3 492 052,58	3 511 000,00	نفقات الأعمال الوقائية النوعية	14
95%	14 757 613,81	14 757 613,81	14 757 613,81	15 457 771,13	15 496 000,00	اقتناء و صيانة العتاد والأدوات الطبية	15
100%	6 801 975,00	6 801 975,00	6 801 975,00	6 801 975,00	6 802 000,00	النفقات التوأمة بين المستشفيات	18
99%	135.047.042,31	135.047.042,31	153.001.985,20	136.058.415,95	136.398.000,00	مجموع العنوان الثاني	
97%	548.234.816,11	548.234.816,11	566.189.759,00	559.176.452,18	568.019.000,00	المجموع	

المرجع: وثائق المؤسسة

نلاحظ من خلال جدول تنفيذ إيرادات المؤسسة لسنتي 2016 و 2017 أن المؤسسة حصلت جميع الإيرادات التقديرية، أي أن المساهمون وفو بجميع التزاماتهم، كما أن المؤسسة استطاعت تحصيل جميع الإيرادات الواردة من نشاط المؤسسة و المتمثلة في مساهمة المرضى في تكاليف الاستشفاء، حيث تجاوزت المبلغ المقدر في الميزانية الأولية لسنة 2016 و 2017 و ذلك بناء على التعليمات الوزارية رقم 01 المؤرخة 22 أبريل 1995 المحددة لطبيعة الموارد المالية الواردة من نشاط المؤسسات الصحية و التي تحدد مساهمة المريض بمبلغ 100 دج لليوم الاستشفائي في جميع المصالح، بالإضافة إلى 100 دج ثمن الفحص من قبل طبيب اخصائي و 50 دج ثمن الفحص من قبل طبيب عام.

أما من جانب تنفيذ النفقات و بناء على الوضعية المالية المبينة في الجدول أعلاه و المناقشة مع رئيسة مكتب الميزانية و المحاسبة بالمؤسسة العمومية الاستشفائية فرجيو و الاطلاع على مختلف الوثائق المرتبطة بتنفيذ النفقات فقد لاحظنا ما يلي:

- بالنسبة لنفقات المستخدمين فإن المؤسسة أنفقت 91 % من الاعتمادات المفتوحة لسنة 2016 و أنفقت 96% في سنة 2017، في حين توجد نفقات مسجلة في كلتا السنين لم يتم الوفاء بها و المتمثلة في مخلفات الترقية لسنة 2016 و 2017 على التوالي، و اجور بعض الموظفين الجدد الذين تم توظيفهم أو التكفل بهم في أواخر سنة 2016 و 2017 على التوالي، و هذا بسبب اجراءات الرقابة القبلية و مبدأ السنوية اللذان يميزان تنفيذ مثل هذه النفقات على الرغم من وجود فائض في الاعتمادات في الباب المخصص.
- أما فيما يخص نفقات التسيير فإن المؤسسة أنفقت 89 % من الاعتمادات المفتوحة لسنة 2016 و 99 % من الاعتمادات المفتوحة لسنة 2017 ، حيث نجد أن المؤسسة قامت بتصفية لنفقات بقيمة 113 907 580,02 دج في حين أنها سددت 101 222 881,86 دج أي تسجيل ديون بقيمة 12 684 698,16 دج هذا في سنة 2016، بينما في سنة 2017 سجلت ديون في نفقات التسيير بقيمة: 17 954 942,89 دج
- بالنظر إلى تنفيذ الميزانية ككل فإننا نسجل ديون على عاتق المؤسسة سواء من جانب نفقات التسيير أو نفقات المستخدمين في حين نلاحظ من الوضعية المالية اعلاه تسجيل اعتمادات غير مستغلة تقدر ب: 49 112 860,73 دج لسنة 2016 و 19 784 183,88 دج لسنة 2017.

- الاعتمادات المفتوحة من خلال الميزانية الاولى لا تتوافق مع الاحتياجات المحددة من طرف المؤسسة والمبررة من خلال مخطط النشاط الذي يحدد الاهداف التي تسعى المؤسسة لتحقيقها خلال السنة، حيث غالبا ما تكون هذه الاعتمادات أقل مما هو مطلوب من طرف المؤسسة خاصة من جانب نفقات التسيير.

النقائص والمشاكل المطروحة في ظل تطبيق هذا النظام.

- من خلال ملاحظتنا و تحليلنا لميزانية المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد مداحي فرجيو و مراحل تنفيذها تم تسجيل مجموعة من النقائص موضحة فيما يلي:
- الاستقلالية المالية المقيدة بمبادئ قانون المالية: إلى جانب التدخلات المختلفة للسلطة الوصية فالميزانية تتشكل من الإيرادات والنفقات فهي إذن عبارة عن مجموعة حسابات في حين أن قانون المالية يرخص بإيجاز هذه النفقات والإيرادات وبالتالي فهو الحامل للميزانية من مجرد وثيقة حكومية إلى قانون ملزم التطبيق، بمعنى آخر أن قانون المالية يمثل الرخصة التشريعية لإنجاز الموازنة و بالتالي لا يمكن اعتماد وتنفيذ الموازنة إلا من خلال قوانين المالية.
- نقائص النظام المحاسبي المعتمد: يمكن حصر أهمها في: عدم كفاية المحاسبة الإدارية و محاسبة المواد كتقنيتين أساسيتين للتسيير و محدودية المحاسبة العمومية في مجال حساب التكاليف الصحية.
- صعوبة اجراءات تنفيذ الميزانية، حيث أن العملية المالية الواحدة تمر عبر ثلاث هيئات مستقلة: المؤسسة العمومية الاستشفائية فرجيو (وزارة الصحة)، الرقابة المالية القبلية (المديرية العامة للميزانية) ، المحاسب العمومي (المديرية العامة للمحاسبة).
- حصر جهود المسيرين في اجراءات تنفيذ الميزانية، و بعبارة اخرى بذل الجهود في استهلاك الاعتمادات المفتوحة بدل بذل الجهود في تحقيق الاهداف المسطرة باقل التكاليف، فالمسير الناجح هو الذي يحقق مردودية عالية باقل التكاليف و ليس من يقوم باستهلاك الاعتمادات المفتوحة دون اهداف محققة.

المطلب الثاني: مشروع المؤسسة العمومية الاستشفائية فرجيو

نحاول من خلال هذا المطلب دراسة و تحليل مشروع المؤسسة العمومية الاستشفائية فرجيو 2016-2017 المعد بناءا على المذكرة رقم 01 المؤرخة في 16 أفريل 2014 الصادرة عن وزير الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات المتعلقة بوضع مشروع مؤسسة، لوحة القيادة و مؤشرات التسيير حيز التنفيذ، حيث اخذنا مثال عن المشروع الطبي للمؤسسة الذي يعتبر ركيزة أي مشروع مؤسسة صحية و مشروع الموارد البشرية و الموضحان من خلال الجدولين التاليين:

الجدول رقم 11 : مشروع الطبي للمؤسسة العمومية الاستشفائية محمد مداحي فرجوية 2016-2017

Projet médical				
service	Objectifs stratégique	Objectifs opérationnels	Responsable/structure chargée de l'exécution	Echéancier
Urgences médico-chirurgicales	-Améliorer l'accueil et l'accès des prestataires	-Respecter le guide du circuit du malade -Recrutement des agents formés d'accueil	Cadre paramédical du service	2 ^{eme} semestre 2016
P.T.S	atteindre un taux de satisfaction D'approvisionnement des services à 100% en poches de sang	Acquisition de 10 Lits de prélèvements de sang acquisition d'une banque de sang	DFM	2 ^{eme} semestre 2016
Service de médecine interne	Organisation des services en unités/spécialités disponibles	création des unités au service de médecine interne par spécialité disponible	Médecin responsable du service	2016
Service de chirurgie	réduire la DMS de 05.04 % à 04 % augmenter le TOM de 37.27 % à 48% atteindre 600 actes chirurgicaux (GRANDE CHIRURGIE) Renforcement de chirurgiens	Réouverture du coté réfectionné Réfection de l'étanchéité de tout le plateau technique Sol antistatique Acquisition d'armoire de conservation d'outils stérilisés Acquisition d'une cœlioscopie	DSP DFM et DEM	2016

الجدول رقم 12 : مشروع الموارد البشرية للمؤسسة العمومية الاستشفائية محمد مداحي فرجيوه 2016-2017

Projet ressources humaines			
service	Objectifs stratégique	Responsable/structure chargée de l'exécution	Echéancier
Gestion rigoureuse des carrières	Traiter les dossiers de promotion aux postes supérieurs Création d'une reconnaissance/an/profession/compétence avec certificat de témoignage.	Le directeur DRH	2eme semestre 2016
Amélioration des conditions de travail	Réouverture de la cafétéria Disponibilité des tenues de travail Coordination mensuelle avec la caisse d'assurance	Le directeur DRH DFM	2eme semestre 2016
Lutter contre l'absentéisme	Pointage électronique	DRH	2eme semestre 2016
Motiver et valoriser le personnel	Application de la garde rémunérée pour paramédicaux	Le directeur DRH	2eme semestre 2016
Formation des Personnels	Développez la formation continue	Le directeur DRH	2016-2017
Approfondir les concertations avec les partenaires sociaux	Réunion mensuels avec les représentants syndicaux	Le directeur DRH	2016-2017

المرجع: وثائق المؤسسة

من خلال دراسة و تحليل مشروع المؤسسة العمومية الاستشفائية فرجيوه من جانب المشروع الطبي الذي يعتبر الركيزة الاساسية لمشروع أي مؤسسة صحية، ومشروع الموارد البشرية لاحظنا ما يلي:

- بالنسبة للأهداف المحددة في هذين المشروعين، فهي اهداف غير واضحة، فالأصل عند اعداد مشروع المؤسسة يجب تحديد اهداف تتميز بمواصفات " SMART " وهو أحد المصطلحات المستخدمة في علم المناجمنت و

التسيير والتي تختص بشرح مواصفات الأهداف التي يجب أن تركز عليها أثناء بناء مشروع المؤسسة، و كل حرف من كلمة SMART يدل على صفة لا بد من توفرها في كل الأهداف التي توضع لبناء نموذج مشروع أو شركة ناشئة: ¹¹¹

- "S" : Spécifique وتعني أهداف خاصة و بسيطة و واضحة، أي يجب اختيار أهداف محددة و الابتعاد عن الأهداف العامة.
- "M" : Mesurable و تعني قابلة للقياس أي اعتماد استراتيجيات تمكنك من قياس الهدف وقابليته تحقيقه، فإن لم تستطع وضع أهداف قابلة للقياس عندئذ ستبقى مجرد أحلام لا أكثر.
- "A" : Applicable يعني قابل للتحقيق، أي يجب الابتعاد عن الأهداف المبالغ بها، وجعل كل مجموعة من الأهداف متناسبة مع المدة الزمنية المنطقية لتحقيقها.
- "R" : Réalisable يعني مرتبط بالمنتج بشكل كامل، أي أن يكون النشاط أو المبادرة تصب في تطوير الخدمة التي تقدمها، وبالتالي تطوّر الشركة الناشئة، و ان لا يكون مخالفا للقوانين.
- "T" : Temps يعني وجود مدة زمنية واضحة، تحديد مدة زمنية للأهداف هو أحد أهم أسباب نجاحها وبالتالي نجاح الشركة والمنتج أو الخدمة.

بناء على هذه المواصفات فإن الأهداف التي حددتها المؤسسة في المشروعين أعلاه لا تتصف بالمواصفات اللازمة "SMART"، فإذا أخذنا مثال عن تلك الأهداف نجد:

- **تحسين الاستقبال و تسهيل الحصول على الخدمات:** هذا الهدف لا يتصف بالتخصص و البساطة فهو عام و غير واضح و غير قابل للقياس، فالأجدر تحديد نسبة المرضى الذين يشكون من سوء الاستقبال و صعوبة الحصول على الخدمات عن طريق استمارة تقييم الخدمات التي تقدم لكل مريض عند خروجه من المستشفى (تعليمية وزارية)، كأن نقول مثلا تخفيض نسبة المرضى الذين يشكون من سوء الاستقبال من 50% إلى 30% عند نهاية سنة 2017، و بالتالي فهذا الهدف بسيط و متخصص و قابل للقياس و التحقيق و محدد بفترة زمنية، وكما رأينا في الجانب النظري فقبل تحديد الاهداف يجب القيام بتشخيص للمؤسسة و تحديد نقاط القوة و الضعف و المشاكل التي تواجه المؤسسة، و بالتالي وضع اهداف تؤدي عند تحقيقها لحل تلك المشاكل، و من المعروف للعام و الخاص مشكل سوء الاستقبال التي تعاني منه المؤسسات الصحية في الجزائر، إلا انه عند تشخيص المؤسسة لا نجد مؤشرات عن ذلك فالمؤسسة لا تقوم بتوزيع استمارات التقييم للمرض بشكل مستمر و لا تقوم بحساب نسبة المرضى الغير راضيين بمستوى الاستقبال، فكيف يمكن تخفيض نسبة شكاوى المرضى و هي غير محسوبة في الأصل، بعد هذا يأتي تحديد الاجراءات التي يجب تحقيقها لبلوغ الاهداف المحددة، اين نجد المؤسسة وضيعين إجرائيين هما احترام دليل مسار المريض في المستشفى و توظيف أعوان الاستقبال، فهذا الاجراء الاخير غير قابل للتحقيق لعدم وجود قوانين تسمح بتوظيف مثل هؤلاء الاعوان، ولا توجد مناصب مالية لهم في مدونة المؤسسة.
- **تدعيم المستشفى بأطباء اخصائيين:** هذا الهدف غير قابل للتحقيق و السبب راجع لمركزية قرار التوظيف، فتوظيف الاطباء الاخصائيين يكون بقرار من وزارة الصحة و كذلك فتح مناصب منتج التكوين الشبه طبي.

- تحقيق نسبة 100% من الاكتفاء بأكياس الدم: عدم احتساب نسبة تلبية طلب اكياس الدم الحالية تجعل من هذا الهدف ناقص نوع ما .
- تنظيم مصلحة الطب الداخلي حسب الاخصائيين: و ذلك بفتح وحدات لكل طبيب اخصائي كوحدة امراض القلب، وحدة الامراض الداخلية و الامعاء، وحدة امراض الاعصاب... الخ فهذا الهدف غير قابل للتحقيق لمركزية القرار .
- معالجة ملفات الترقية في المناصب العليا: هدف غير قابل للقياس، عدم وجود النسبة الحالية للملفات الغير معالجة.
- التقليل من الغياب: هذا الهدف غير محدد بدقة، فالأجدر ان نقول تخفيض معدل الغياب من نسبة 7% الى نسبة 5%.

كما لاحظت أنه لا يوجد تقييم لمشروع المؤسسة، فإعداد هذا المشروع جاء تطبيقا للتعليمية الوزارية المذكورة أعلاه، حيث لا يوجد تقييم لا من الوزارة الوصية ولا من المؤسسة نفسها، و هذا ما يجعل من هذا المشروع حبرا على ورق.

المطلب الثالث: حساب التكاليف الصحية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية فرجوية

حسب التعليمية الوزارية رقم 15 بتاريخ 2001/10/03 والتي تفرض حساب التكاليف بطريقة الأقسام المتجانسة وذلك من خلال دليل منهجي منظم في ثلاث أنواع من الجداول هي:

- جداول أ (canevas A) و تتعلق بالأعباء الشهرية و الفصلية و السنوية.
- جداول ب (canevas B) و تتعلق بالأنشطة الشهرية والفصلية والسنوية.
- جداول ج (canevas C) و تتعلق بالتوزيع وذلك فصليا وسنوياً.

تم تقسيم المؤسسة الى اقسام رئيسية و اقسام مساعدة، وبعد المناقشة و الاطلاع على مختلف الوثائق مع رئيس مكتب التعاقد و حساب التكاليف، تم تلخيص حساب التكاليف لسنة 2017 بالمؤسسة العمومية الاستشفائية فرجوية كمايلي:

1- التوزيع الأولي للأعباء على الاقسام المساعدة : تم تقسيم الاعباء المجمعة من خلال الجدول "أ" على الاقسام المساعدة التي تدخل تكاليفها في حساب تكلفة اليوم الاستشفائي بإحدى مصالح المؤسسة، حيث تتكون الجدول أ (canevas A) من الاعباء التالية: تكاليف المستخدمين، نفقات التغذية، نفقات الادوية، نفقات الصيانة، و النفقات المتنوعة، حيث يتم توزيع هذه الاعباء على الاقسام المساعدة التالية: مصلحة المخبر، مصلحة الأشعة، مصلحة العمليات الجراحية، مصلحة الاوبئة، مصلحة الادارة، المصلحة الاقتصادية، المصلحة الاجتماعية، حيث يظهر هذا التوزيع من خلال الجدول التالي:

الجدول رقم 13 : جدول التوزيع الاولي للأعباء على الاقسام المساعدة لسنة 2017

وحدة القياس: ادج

LES SECTIONS	SECTIONS AUXILIAIRES						
	B Operat	Radio	Labo	Epidemio	Adminst	Scé écon	Scé social
Personnel	29 097 184,70	7 967 919,23	17 709 517,94	2 265 282,39	34 608 390,45	36 779 430,07	
Aliment	138 152,22	129 965,64	122 263,83	-	130 428,48	837 953,99	
Pharmacie	2 664 714,26	1 990 692,87	3 734 188,33	2 749,49	-	-	
Frais divers	196 498,38	4 739 694,12	2 586 911,60	13 964,00	1 032 167,56	882 368,89	395

Entre-Maint	79 831,00	42 078,00	3 358,00	-	37 943,40	495 665,70	
S-Total	32 176 380,56	14 870 349,86	24 156 239,70	2 281 995,88	35 808 929,89	38 995 418,65	395
Coefficient	0,08	0,04	0,06	0,01	0,09	0,09	
Cha-coef	2 574 110,44	594 813,99	1 449 374,38	22 819,96	3 222 803,69	3 509 587,68	
Total rep prim	34 750 491,00	15 465 163,85	25 605 614,08	2 304 815,84	39 031 733,58	42 505 006,33	395
B Operat	34 750 491,00						
Radio		15 465 163,85					
Labo			25 605 614,08				
Epidemio				2 304 815,84			
Adminst					39 031 733,58		
Sce écon						42 505 006,33	
Sce social							395
TOTAL REPARTITION SECONDAIRE							
REPARTITION PRIMAIRE+REPARTITION SECONDAIRE TOTAL GENERAL							
Unité d'œuvre	K	R	B	NEANT	NEANT	NEANT	NEANT
Nbre Unité d'œuvre	27 107	216 456	21 58128				
Cout Unité d'œuvre	1281,97	71,45	11,86				

المرجع: وثائق المؤسسة

2- التوزيع الاولي والثانوي للأعباء على الاقسام الرئيسية: بعد التوزيع الاولي للأعباء على الاقسام المساعدة، تأتي مرحلة توزيع هذه الاعباء على الاقسام الرئيسية التالية: مصلحة تصفية الدم، مصلحة طب الاطفال، مصلحة الولادة وطب النساء، مصلحة الامراض الصدرية، مصلحة الطب الداخلي مصلحة الجراحة العامة، مصلحة طب الاسنان، مصلحة الاستعجالات، حيث يظهر هذا التوزيع من خلال الجدول التالي:

الجدول رقم 14 : التوزيع الاولي و الثانوي للأعباء على الاقسام الرئيسية لسنة 2017

وحدة القياس: أدج

LES SECTIONS	SECTIONS PRINCIPALES							
	Hémodialyse	Pédiatrie	Gynéco – Obst	Pneumo - PH	Med-Inter	Chirur	Stomato	Urgences
Personnel	29 461 775,35	38 788 908,74	49 790 983,74	32 144 803,50	45 778 307,48	28 029 776,21	5 995 557,27	38 667 203,57
Aliment	609 542,50	1 613 346,16	1 585 093,12	881 914,04	1 198 869,51	831 478,39		76 457,2
Pharmacie	44 837 461,21	1 498 477,02	4 792 809,12	2 264 125,72	7 776 308,07	4 255 970,70	227 255,65	7 821 138,1
Frais divers	303 884,00	176 488,61	249 029,20	339 808,41	810 926,53	1 943 347,56	20 413,06	719 758,3
Entre-Maint	3 244,00	92 530,00	118 467,40	160 462,00	84 190,00	14 131,00	2 000,00	36 094
S-Total	75 215 907,06	42 169 750,53	58 230 700,94	35 791 113,67	55 648 601,59	33 380 385,50	6 245 225,98	47 320 651,22
Coefficient	0,16	0,06	0,11	0,06	0,09	0,05	0,01	0,09
Cha-coef	12 034 545,13	2 530 185,03	6 405 377,10	2 147 466,82	5 008 374,14	1 669 019,28	62 452,26	4 258 858,1
Total rep prim	87 250 452,19	44 699 935,56	64 636 078,04	37 938 580,49	60 656 975,73	35 049 404,78	6 307 678,24	51 579 509,33
B Operat			1 177 630,49			33 572 860,51		
Radio	38 401,94	172 588,89	206 373,80	535 282,05	131 621,93	45 290,84	30 252,54	14 305 351,86
Labo	1 726 259,92	1 517 944,56	3 980 116,24	958 225,19	5 069 100,56	836 942,47		11 517 025,14
Epidemio	603 412,15	244 910,17	412 438,24	129 115,58	348 344,82	176 822,12	44 462,32	345 310,4

Adminst	4 468 703,96	244 512,17	4 567 049,91	284 199,81	354 133,21	570 166,51	26 400 868,09	2 142 099 0
Scécon	10 361 984,82	2 135 954,35	7 154 424,57	5 569 012,32	9 368 125,32	3 876 247,32	2 489 384,42	1 549 873 1
Scé social	35,32	45,23	35,23	56,65	38,23	75,09	78,59	30,66
Total rep SECONDAIRE	104 449 250,30	49 015 890,93	82 134 146,52	45 414 472,10	75 928 339,80	74 127 809,64	35 272 724,20	81 439 201 06
TOTAL			547 781 834,55					
TOTAL REPARTITION SECONDAIRE								
REPARTITION PRIMAIRE+REPARTITION SECONDAIRE TOTAL GENERAL								
Unité d'œuvre	séance	J H	J H	J H	J H	J H	D	PACKAG
Nbr Unité d'œuvre	6 067	6 021	6 430	5 090	9 594	6 725	21 555	43718
Cout Unité d'œuvre	17 215,96	8 140,82	12 773,58	8 922,29	7 914,15	11 022,72	1 636,41	1 862,83

المرجع: وثائق المؤسسة

كما يظهر ملخص حساب التكاليف لسنتي 2015 و 2016 على النحو التالي:

الجدول رقم 15: ملخص حساب التكاليف الصحية لسنة 2015-2016

وحدة القياس: ادج

LES SECTIONS	Hémodialyse	Pédiatrie	Gynéco – Obst	Pneumo - PH	Med-Inter	Chirur	Stomato	Urgenc
Total rep SECONDAIRE	103 416 607,83	45 015 745,32	69 367 412,20	39 370 550,03	67 213 569,61	70 086 360,40	20 575 260,67	59 168 040 24
TOTAL			474 213 546,30					
TOTAL REPARTITION SECONDAIRE								
REPARTITION PRIMAIRE+REPARTITION SECONDAIRE TOTAL GENERAL								
Unité d'œuvre	séance	J H	J H	J H	J H	J H	D	PACKAG
Nbr Unité d'œuvre	5 021	5 317	5 243	4 579	7 732	1 753	10 700	42 645
Cout Unité d'œuvre	20 596,81	8 466,38	13 230,48	8 598,07	8 692,91	39 980,81	1 922,92	1 387,46

حساب التكاليف لسنة 2016

LES SECTIONS	Hémodialyse	Pédiatrie	Gynéco – Obst	Pneumo - PH	Med-Inter	Chirur	Stomato	Urgenc
Total rep SECONDAIRE	97 246 835,52	45 004 406,25	76 761 644,71	45 846 171,70	63 547 461,31	69 510 643,98	27 149 671,52	62 874 793 32
TOTAL			487 941 628,62					
TOTAL REPARTITION SECONDAIRE								
REPARTITION PRIMAIRE+REPARTITION SECONDAIRE TOTAL GENERAL								
Unité d'œuvre	séance	J H	J H	J H	J H	J H	D	PACKAG
Nbr Unité d'œuvre	5 314	5 612	6 011	4 976	8 300	3 198	12 232	32 035
Cout Unité d'œuvre	18 300,12	8 019,32	12 770,20	9 213,46	7 656,32	21 735,66	2 219,56	1 962,68

المرجع: وثائق المؤسسة

من خلال تحليل جدول حساب التكاليف بالمؤسسة العمومية الاستشفائية محمد مداحي فرجيو لسنة 2015، 2016،

2017 تم جمع الملاحظات التالية:

- لا يتم حساب الإهلاكات الخاصة بالاستثمارات، فإذا أخذنا مثلاً اقتناء المعدات الطبية التي تمتاز بالتكلفة العالية، أو تكاليف الصيانة فإن عدم احتساب اقساط الإهلاكات يؤثر بنسبة كبيرة على تكلفة اليوم

الاستشفائي، فخلال سنة 2016 مثلا اقتنت المؤسسة جهاز الجراحة بالمنظار (coelioscopie)، بتكلفة 11 0124 000.00 دج و الذي تم تحميل تكلفته كلها على مصلحة الجراحة العامة على سنة 2016 الامر الذي أدى بارتفاع تكلفة اليوم الاستشفائي بذات المصلحة.

- استقادة المؤسسة من برنامج التجهيز القطاعي في شكل معدات طبية و سيارة اسعاف و بمبالغ جد معتبرة، الا ان اجراءات التموين تتم عبر المصالح المركزية، فيتم استلام العتاد من طرف المؤسسة دون استلام الفاتورة او وصل التسليم، الامر الذي لا يمكن من ادخال تكلفة هذه الاستثمارات في حساب تكلفة اليوم الاستشفائي.

- بالمقارنة بين الوضعية المالية لسنة 2016 و 2017 و حساب التكاليف لنفس السنتين نجد ان المؤسسة انفقت 491 075 439.26 دج و 548 234 816.11 دج لسنة 2016 و 2017 على التوالي، بينما سجل حساب التكاليف تكلفة بقيمة 834,55 547 781 دج و 628,62 487 941 دج لسنة 2017 و 2016 على التوالي أي بفارق 3 133 810,63 دج لسنة 2016 و بفارق 452 981,56 دج لسنة 2017 ، و مع عدم حساب اقساط الإهلاكات يبقى الفارق المسجل في سنة 2017 مقبول باعتبار ان معدات و ادوات و بعض الادوية بمخزون المؤسسة، بينما الفارق المسجل في سنة 2016 يعتبر فارق مهم، باعتبار ان جميع مدخولات المخزن يتم اخراجها في نفس السنة، الا بالنسبة لمخزون الادوية الذي يكون له دائما مخزون أمان و هو ما يفسر هذا الفارق المهم.

- نلاحظ من حساب التكاليف لسنة 2015، 2016، 2017 ارتفاع التكاليف الكلية للمؤسسة بنسبة 3% و 11% على التوالي، بينما انخفضت تكلفة اليوم الاستشفائي بأغلب مصالح المؤسسة خاصة في سنة 2017 و هذا راجع الى ارتفاع النشاط بشكل ملحوظ خلال هاته السنة نتيجة استقبال المؤسسة لعدد كبير من الاطباء الاخصائيين و ابرام المؤسسة اتفاقيات توأمة مع المركز الاستشفائي الجامعي الدويرية و سطيف، فمثلا تكاليف مصلحة الجراحة العامة بلغت سنة 2016 مبلغ 70 086 360,40 دج بينما بلغ حجم نشاط المصلحة 3198 يوم استشفائي بتكلفة 21 735,66 دج لليوم الواحد، بينما بلغت التكاليف الكلية لذات المصلحة سنة 2017 مبلغ 74 127 809,64 دج و بلغ حجم النشاط 6 725 يوم استشفائي بتكلفة 022.72 دج أي ارتفاع التكاليف بنسبة 6% و انخفاض تكلفة اليوم الاستشفائي بنسبة 97% و هذا راجع الى ارتفاع حجم النشاط بنسبة 110% و الذي يعود الى زيادة عدد الجراحين من 05 جراحين سنة 2016 الى 9 جراحين سنة 2017 بالاضافة الى دخول جهاز المنظار حيز العمل سنة 2017، و نفس الشيء ينطبق على مصلحة تصفية الدم التي استقادت سنة 2017 من طبيبتين مختصتين في امراض الكلى و معدات طبية متطورة (برنامج قطاعي) مما ادى الى زيادة عدد المرضى و ارتفاع حجم النشاط بأكثر من 753 حصة الأمر الذي ادى الى انخفاض تكلفة الحصة بـ: 1 084.16 دج، و هذا ما يفسر أيضا أن نفقات المستخدمين التي تشكل 80% من تكاليف المؤسسة في ظل قانون الوظيفة العمومية تشكل تكاليف ثابتة على المؤسسة و جب تحملها بالرغم من انخفاض حجم النشاط.

المبحث الثالث: تطبيق النهج التعاقدية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية فرجوة.

بعد تقديم المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد مداحي فرجيو و آليات تطبيق النهج التعاقدية، سنتعرف من خلال هذا المبحث على مسار النهج التعاقدية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية فرجيو و نظام الفوترة البيضاء الذي سيبين مدى نجاح هذا النظام الجديد في تمويل المؤسسة العمومية الاستشفائية فرجيو.

المطلب الأول: مسار النهج التعاقدية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية فرجيو

يبدأ سريان ملف المريض انطلاقا من مصلحة الاستقبال لدى المؤسسة العمومية الاستشفائية فرجيو التي تتلقى بيان أو شهادة قبول المريض للاستشفاء.

1- استقبال المريض: بعد فحص المريض يأذن الطبيب بفتح ملف المرض الذي يبدأ سريانه بمجرد دخوله المستشفى، اذ يقوم الطبيب بتأشير طلب الاستشفاء الذي يحتوي على المعلومات التالية :

بالنسبة للممارس المشرف على المريض : يجب ان يلتزم بمايلي :

• الاشارة الى اسم المصلحة التي يخضع فيها المريض للعلاج مثال :مصلحة الامومة الطفولة – الطب الداخلي.... الخ

• تبيان اختصاص المصلحة

• وضع اسماء القاب و درجات الممارسين الطبيين (البروفيسور، استاذ مساعد، طبيب عام، مقيم)

أما فيما يتعلق بالمريض فيجب احتواء الملف على البيانات التالية:

• كتابة اسم المريض بخط مقروء و بالحروف الابجدية

• في حالة المرأة المتزوجة يكتب اسمها و لقبها بالاضافة الى لقب الزوج

• الاشارة الى جنس المريض

• الاشارة الى السن الكامل للمريض مثلا : اذا كان المريض يبلغ من العمر 50 سنة و 11 شهر يكتب 50 سنة فقط

• الاشارة الى سبب الاستشفاء

• كتابة اسم و رقم القاعة التي يتوجه اليها المريض

• الاشارة تاريخ بدا الاستشفاء بدقة

2- حالة توجيه المريض: اذا حول المريض الى غير المصلحة الاصلية التي استقبل فيها ينبغي مراعاة ما يلي :

• كتابة لقب اسم و درجة الطبيب الذي اشرف على عملية التوجيه و تحويل المريض الى المصلحة المعنية

• وضع اسم المؤسسة الصحية التي وجه اليها المريض

• تبيان اختصاص الوحدة او المصلحة التي ينشط فيها الطبيب المعني بعملية التحويل

• كتابة اسم الولاية ورمزها الجغرافي

3- فيما يتعلق بمرافق المريض : يتجلى هذا خاصة ان كان المريض قاصر و مصاب باحد عوارض في الاهلية فينبغي مراعاة ما يلي :

• الكتابة الواضحة للقب بالحروف الابجدية و كذا اسمه

• الاشارة الى صلة القرابة التي تربطه بالمريض

• كتابة العنوان الدقيق لحارس المريض

• طلب رقم الهاتف في حالة الضرورة

- طلب بطاقة الهوية و الاشارة الى نوعها
- تسجيل رقم تاريخ و مكان تحرير بطاقة الهوية
- بعد ملئ طلب الاستشفاء الذي تقدم به المريض يتحول فيما بعد الى مكتب القبول
- **4- مكتب القبول :** تتمثل المهام المنوطة بمكتب القبول فيما يلي :
- استقبال طلب الاستشفاء: أو طلب التكفل الذي يبقى على مستوى مكتب القبول لاستعماله لاحقا و من المهم جدا الاشارة إلى وضع العلامة X في الخانة المناسبة و يكون إما طلب اولي، طلب تمديد مدة البقاء في المستشفى، طلب التحويل من مصلحة الى اخرى داخل المستشفى، طلب التحويل الى مستشفى آخر
- الاشارة الى اسم المؤسسة الاستشفائية المطالبة بضمان التكفل مع اعطاء ارقام تسلسلية لطلبات الاستشفاء هذا الترتيب يسمح بتسهيل المراسلات مع هيئات الضمان الاجتماعي .
- هيئات الضمان الاجتماعي: الاشارة الى أي نوع من اجهزة الضمان التي ينتمي المؤمن إليها مع وضع علامة X في الخانة المناسبة أما اذا كان المؤمن منخرط في جهاز آخر غير هذين الجهازين.
- الاشارة الى اسم الوكالة اين يتواجد صندوق اشتراك المؤمن
- المؤمن: هذا القسم يخص المؤمن الذي قد يكون المريض بذاته أو من ذوي الحقوق و هنا يجب الاشارة بوضوح الى القاب و اسماء المؤمن بالحروف الابجدية و كذا تاريخ ميلاد المؤمن و كتابة رقم الاشتراك في الضمان الاجتماعي و وضع العنوان الدقيق و ولاية اقامة المؤمن و كتابة رقم هاتف المؤمن ان كان متوفر .
- المستخدم : الاشارة الى عنوان و اسم الشركة أو اسم المستخدم في عدم وجود شركة و كتابة رقم انخراط المستخدم في الضمان الاجتماعي و تحديد العنوان الصحيح للمستخدم و الولاية التي ينتمي اليها المستخدم و تسجيل رقم الهاتف و الفاكس .
- الفئات الخاصة : يجب الإشارة اذا كان المريض معوق، عاجز، طالب
- المريض : تسجل الالقاب بالحروف الابجدية الاسم تاريخ الميلاد، تحديد صلة قرابة المريض بالمؤمن ووضع علامة X في الخانة الملائمة، وضع علامة X في الخانة التي تتناسب مع صنف المصلحة التي يتلقى العلاج بها
- تسجيل بداية عملية الاستشفاء: تبيان سبب الاستشفاء المبين في طلب الاستشفاء الذي تقدم به المريض، تسجيل تاريخ سريان عملية التحويل من مصلحة الاستشفاء الى مصلحة اخرى داخل نفس المستشفى، تحديد مدة بقاء المريض في المصلحة التي حول اليها، تبيان المصلحة التي حول اليها كتابة تاريخ عملية التحويل، تحديد مدة بقاء المريض في المستشفى الذي حول اليه المريض ان تمت عملية التحويل خارج المستشفى الاصيلي
- و هناك اطار خاص بجهاز الضمان الاجتماعي حسب الاتفاقية المبرمة مع المؤسسة الصحية، فعند استلام طلب التكفل يقوم مكتب القبول بالتركيز على بطاقة الضمان الاجتماعي، و هنا يجب التدقيق في:
- في حالة ما اذا كان المريض من ذوي الحقوق للمؤمن اجتماعيا، إذ يجب ان يرفق بالوثائق اللازمة التي تخص المؤمن .

- اما في حالة ما اذا كان المريض ليس مؤمن و لا من ذوي الحقوق الاجتماعي و لم يكن من فئة المعوزين الذين تتكفل بهم الدولة فعندئذ يتكفل المرض بنفسه بخصوص نفقات الاستشفاء مع تسجيل المعلومات الضرورية المتعلقة بمهنة المريض

كما يقوم مكتب القبول بالتدقيق في مذكرة القبول وفي الاخير يقوم بتحويل بطاقة القاعة و ورقة المتابعة التي تتكون من 08 صفحات و تعد بمثابة الملف الطبي للمريض و تتبع المريض في كل التحويلات و يجب ان توضع داخل ظرف محكم بغية حماية الوثيقة الهامة من مختلف اشكال الاتلاف و التزوير إلى مصلحة الاستشفاء أين يقوم المراقب الطبي رئيس المصلحة باستقبال المريض و استلام بطاقة القاعة و ورقة المتابعة، و يشرف على ورقة المتابعة بكل ما تحتويه من معلومات تخص المريض مع العناية بمختلف الجداول التي تتضمنها مع تدوين كل الاعمال و التدخلات الطبية و الشبه الطبية و الفحوصات التي تلقاها المريض

5- **خروج المريض:** يتم خروج المريض عبر طريقتين:

- **الحالة الاولى :** اذا تمت عملية الاستشفاء داخل مصلحة الاستقبال تؤشر ورقة المتابعة في هذه الحالة من طرف رئيس المصلحة

- **الحالة الثانية :** اذا تمت عملية العلاج في مصلحة أخرى غير المصلحة التي تلقى فيها العلاج الاولي تؤشر ورقة المتابعة من قبل رئيس المصلحة الاخيرة أي التي حول اليها المريض و ذلك بعد استشارة رئيس المصلحة المستقبلية

6- **مكتب القبول:** تحول ورقة المتابعة من قبل رئيس المصلحة حسب الحالتين المذكورتين أنفا الى مكتب القبول بالمستشفى بغية فوترة العلاج و بخصوص عملية الفوترة هذه هناك اجراءات يجب اتباعها بعد ملئ ورقة المتابعة من قبل الممارسين المتدخلين و نقصد هنا تسجيل كل التدخلات الطبية، شبه الطبية و كذا الادوية التي تناولها المريض و نشير هنا الى نقطة هامة بخصوص الادوية و في حساب الكميات المستهلكة من قبل المريض بالاضافة الى المصاريف التي تخص التدخلات التكميلية الاشعة، التحاليل...الخ.

بعد انتهاء من ملئ صفحات ورقة المتابعة يتم تلخيص ما جاء فيها في شكل فاتورة ترسل الى الجهة المؤمنة الموافقة على طلب التكفل من أجل المخالصة و التحصيل في أجل لا يتعدى الثلاثة اشهر الا ان هذه العملية مازالت في اطار التجربة (عملية الفوترة البيضاء).

المطلب الثاني: تطبيق النهج التعاقدى من خلال نظام الفوترة البيضاء

تطبيقا للتعليمية الوزارية رقم 17 الصادرة في 2002/12/24 المتضمنة الملخص المعياري للخروج، و التي بينت كيفية اعداد فاتورة خروج المريض، أي تسديد تكاليف الاستشفاء، بناء على هذا تقوم المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد مداحي فرجيو عن طريق مكتب القبول بإعداد فاتورة (بيضاء) لكل مريض يستفيد من خدمات صحية بالمستشفى أي اعداد الفاتورة و ارسالها الى مركز الضمان الاجتماعي من دون تحصيل قيمتها وذلك على اساس تعاقدى بين وزارة الصحة و صناديق الضمان الاجتماعي في انتظار تجسيد هذا المشروع على أرض الواقع، إلا أننا و من أجل دراسة أثر تمويل المؤسسة عن طريق النهج التعاقدى أخذنا هذه المعطيات و بنينا على اساسها تحليلتنا

و استنتاجاتنا، حيث تم تلخيص واردات المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد مداحي فرجيو من جراء تطبيق نظام الفوترة البيضاء على اساس تعاقدى من خلال:

1- عدد المرضى المؤمنين اجتماعيا و ذوي الحقوق المقبولين بمستشفى محمد مداحي فرجيو

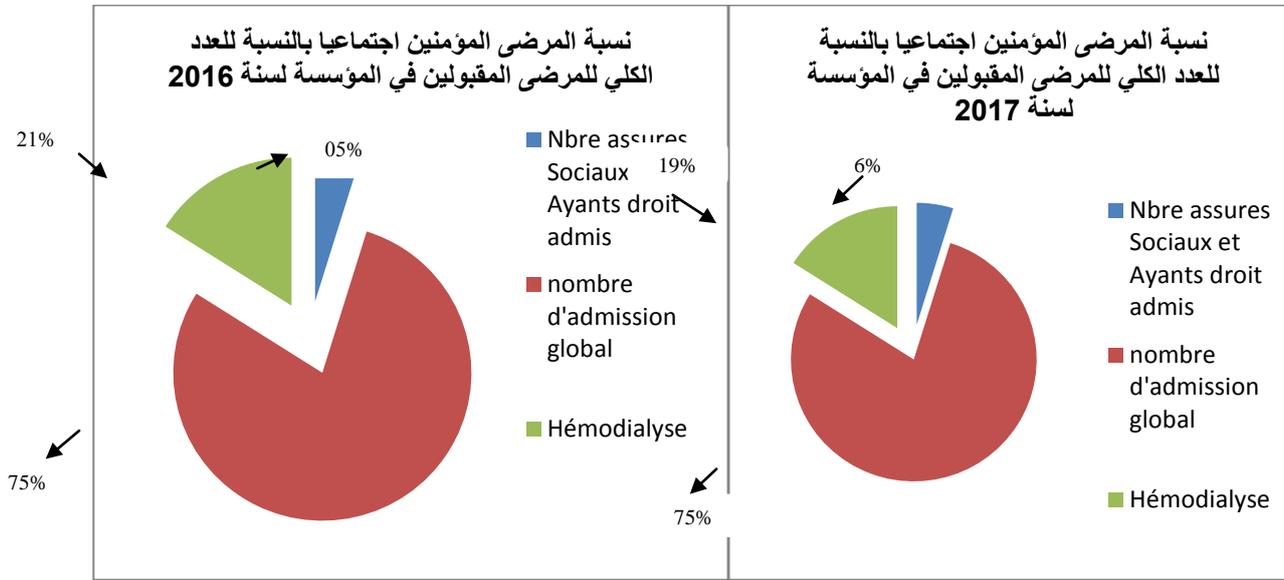
وذلك من خلال دراسة عدد المرضى المؤمنين اجتماعيا و ذوي الحقوق مقارنة مع العدد الكلي للمرضى المقبولين بالمستشفى لسنة 2016 و 2017 ، حيث تم تلخيص هذه المعطيات من الجداول الاحصائية المستخرجة من مكتب القبول و الموضحة من خلال الجداول و الأشكال التالية:

الجدول رقم 16 : عدد المرضى المؤمنين اجتماعيا وذوي الحقوق مقارنة مع العدد الكلي للمرضى المقبولين بالمستشفى لسنة 2016 و 2017 (وحدة القياس: 1دج)

SERVICES	nombre d'admission global 2016	Nbre assures Sociaux et Ayants droit admis 2016	%	nombre d'admission global 2017	Nbre assures Sociaux et Ayants droit admis 2017	%
Urgences medico-chiru	4 136	224	5%	5 004	284	6%
Médecine. Interne	2 151	264	12%	2 493	296	12%
Pédiatrie	1 419	124	9%	1 718	128	7%
Pneumo-ptisiologie	1 177	116	10%	881	103	12%
Chirurgie générale	790	144	18%	1 699	157	9%
obstétrique	3 172	94	3%	3 569	117	3%
Gynécologie	848	188	22%	859	204	24%
Hémodialyse	5 314	3 846	72%	6 067	4 312	71%
TOTAL (sauf Hémodialyse)	19 007	1 154	5%	22 290	1 289	6%

المرجع:
وثائق
المؤسسة
الشكل
رقم 09 :
نسبة
المرضى
المؤمنين
اجتماعيا
بالنسبة
للعدد

الكلي للمرضى المقبولين في المؤسسة لسنة 2016 و 2017



المرجع: وثائق المؤسسة

نلاحظ من خلال الجدول و الشكل الموضحين أعلاه أن نسبة المرضى المؤمنين اجتماعيا و ذوي الحقوق تمثل نسبة صغيرة جدا من المجموع الكلي للمرضى المقبولين في المؤسسة، حيث بلغت 5% و 6% في سنة 2016 و 2017 على التوالي، باستثناء مرضى تصفية الدم الذين يؤمنون اجتماعيا بسبب نوع المرض الذي يعالجون من أجله، حيث تبقى نسبة مرضى تصفية الدم الغير مؤمنون الذين تلقوا العلاج بالمؤسسة تخص المرحلة بين بدأ المريض بالتصفية إلى غاية تسوية ملفه على مستوى الضمان الاجتماعي، حيث يشكل هؤلاء المرضى نسبة 21% و 19% لسنة 2016 و 2017 على التوالي، و بصفة عامة تعتبر نسبة المرضى المؤمنون اجتماعيا و ذوي الحقوق المقبولين بالمؤسسة العمومية الاستشفائية محمد مداحي فرجيوه غير كافية و غير صحيحة باعتبار أنه خلال اعداد هذه الدراسة تبين:

- أن أغلب المرضى عند اعداد بطاقة القبول لا يقدمون بطاقة الشفاء على الرغم من طلبها من طرف العون المكلف بحجز البيانات.
- عدم وجود تقييم لنظام الفوترة البيضاء من طرف الجهات الوصية، جعل المكلفون بهذه العملية لا يحرصون على وجوب تقديم بطاقات الشفاء عند اعداد بطاقة القبول.

2- واردة المحصلة نظريا من المرضى المؤمنين اجتماعيا المقبولين بالمؤسسة

تم تلخيص واردة المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد مداحي فرجيوه المتأتية نظريا من طرف المرضى المؤمنين اجتماعيا و ذوي الحقوق المقبولين بالمؤسسة من خلال الجداول التالية:

الجدول رقم 17 : ملخص فوترة المؤمنين اجتماعيا و ذوي حقوقهم لسنة 2016 (وحدة القياس: ا1دج)

SERVICES	Nbre assures Sociaux et Ayants droit admis	N.J.H	Prix moyen de journées d'hospitalisation	Montant en terme de prestations

Urgences medico-chiru	224	205	2 000,00	410 000,00
Médecine. Interne	264	364	8 000,00	2 912 000,00
Pédiatrie	124	195	7 000,00	1 365 000,00
Pneumo-phtisiologie	116	180	6 000,00	1 080 000,00
Chirurgie générale	144	224	11 000,00	2 464 000,00
obstétrique	94	122	10 000,00	1 220 000,00
Gynécologie	188	112	9 000,00	1 008 000,00
Hémodialyse	45	5 314	5 000,00	26 570 000,00
TOTAL	1 154	1 402	/	37 029 000,00

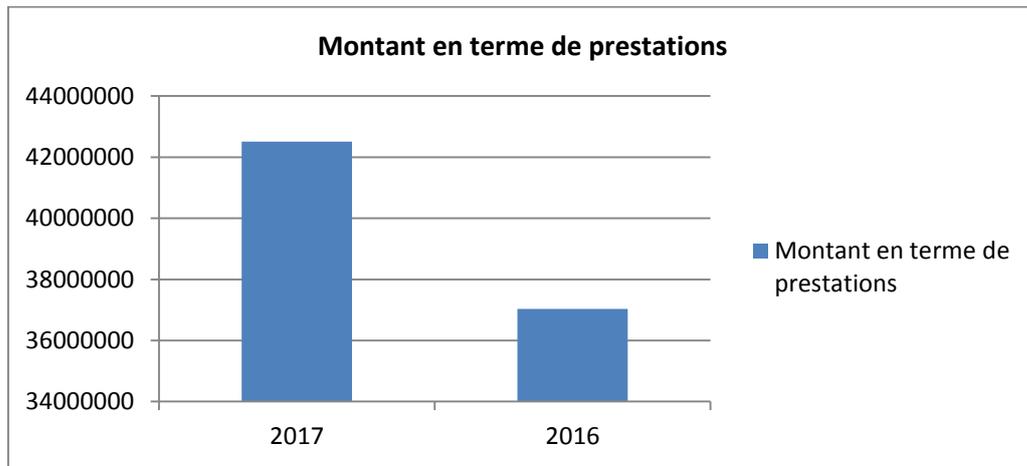
المرجع:
وثائق
المؤسسة
الجدول
رقم 18
ملخص :

فوترة المؤمنین اجتماعيا وذوي حقوقهم لسنة 2017 (وحدة القياس: ا دج)

SERVICES	Nbre assures Sociaux et Ayants droit admis	N.J.H	Prix moyen de journées d'hospitalisation	Montant en terme de prestations
Urgences medico-chiru	284	248	2 000,00	496 000,00
Médecine. Interne	296	440	8 000,00	3 520 000,00
Pédiatrie	128	205	7 000,00	1 435 000,00
Pneumo-phtisiologie	103	169	6 000,00	1 014 000,00
Chirurgie générale	157	279	11 000,00	3 069 000,00
obstétrique	117	145	10 000,00	1 450 000,00
Gynécologie	204	132	9 000,00	1 188 000,00
Hémodialyse	0	6067	5 000,00	30 335 000,00
TOTAL	1289	1618	/	42 507 000,00

المرجع:
وثائق
المؤسسة
الشكل رقم
10:
المبلغ
الخدمات
المقدمة
للمؤمنین
اجتماعيا
وذوي
الحقوق

المقبولين بالمؤسسة لسنة 2016 و 2017 (وحدة القياس: ا دج)



المرجع: وثائق المؤسسة

نلاحظ من خلال هذا الشكل تطور مبلغ الخدمات المقدمة للمؤمنین اجتماعيا وذوي الحقوق المقبولين بالمؤسسة من سنة 2016 إلى سنة 2017، هذه المبالغ تم حسابها بناء على مدونة أسعار الخدمات الصحية المبينة من خلال التعلیمة الوزاریة المشتركة بين وزارة الصحة ووزارة العمل والضمان الاجتماعي المؤرخة في 18 اكتوبر 2005

المتضمنة كيفية استقاء المعلومات المتعلقة بالمؤمنين اجتماعيا وذوي الحقوق المتكفل بهم في المؤسسات العمومية للصحة

3- مقارنة تكاليف وواردات الخدمات المقدمة للمؤمنين اجتماعيا وذوي الحقوق المقبولين بالمستشفى

باعتبار أن النهج التعاقدية يرتكز أساسا على العلاقات التعاقدية بين المؤسسات الصحية و صناديق الضمان الاجتماعي، قمنا بدراسة مقارنة بين تكاليف الخدمات المقدمة للمؤمنين اجتماعيا و ذوي الحقوق المستخرجة من حساب التكاليف التي رأيناها في المبحث السابق و واردات هاته الخدمات المستخرجة من الملخصات المرسله من المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد مداحي فرجيو و مراكز الضمان الاجتماعي الميينة من خلال التعليمه الوزارية المشتركة بين وزارة الصحة و وزارة العمل و الضمان الاجتماعي المؤرخة في 18 اكتوبر 2005 المتضمنة كيفية استقاء المعلومات المتعلقة بالمؤمنين اجتماعيا و ذوي الحقوق المتكفل بهم في المؤسسات العمومية للصحة.

الجدول رقم 19 : تكاليف و ايرادات الخدمات المقدمة للمؤمنين اجتماعيا و ذوي الحقوق المقبولين بالمستشفى

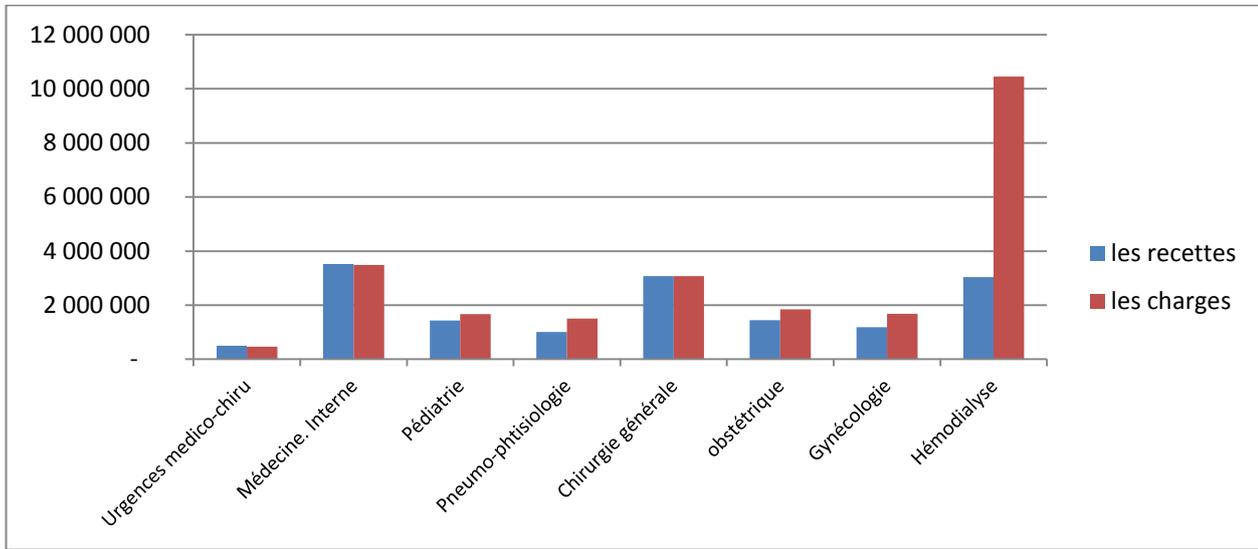
لسنة 2017 (وحدة القياس: 1دج)

SERVICES	les recettes				les charges		المراجع وثائق المؤسسية
	Nbre assurés Sociaux et Ayants droit admis	N.J.H	Prix moyen de journées d'hospitalisation	Montant en terme de prestations	Cout de JH	cout de prestations	
Urgences medico-chiru	284	248	2 000,00	496 000,00	1 862,83	461 981,84	سدة
Médecine. Interne	296	440	8 000,00	3 520 000,00	7 914,15	3 482 226,00	ة
Pédiatrie	128	205	7 000,00	1 435 000,00	8 140,82	1 668 868,10	نلا
Pneumo-phtisiologie	103	169	6 000,00	1 014 000,00	8 922,29	1 507 867,01	حظ
Chirurgie générale	157	279	11 000,00	3 069 000,00	11 022,72	3 075 358,41	من
obstétrique	117	145	10 000,00	1 450 000,00	12 773,58	1 852 169,10	خلا
Gynécologie	204	132	9 000,00	1 888 000,00	12 773,58	1 686 112,56	ل
Hémodialyse	0	6067	5 000,00	30 335 000,00	17 215,96	104 449 229,32	
TOTAL	1289	1618	/	42 507 000,00	/	118 183 812,34	

المقارنة بين تكاليف الخدمات المقدمة للمؤمنين اجتماعيا وذوي الحقوق المستخرجة من حساب التكاليف و واردات هاته الخدمات تبين أن التكاليف التي تتحملها المؤسسة في مصلحة الاستعجالا والطب الداخلي أقل مما يوفتر لمصالح الضمان الاجتماعي، بينما العكس في باقي المصالح وهذا ما يوضحه الشكل التالي:

الشكل رقم 11 : تكاليف و ايرادات الخدمات المقدمة للمؤمنين اجتماعيا وذوي الحقوق المقبولين بالمستشفى حسب

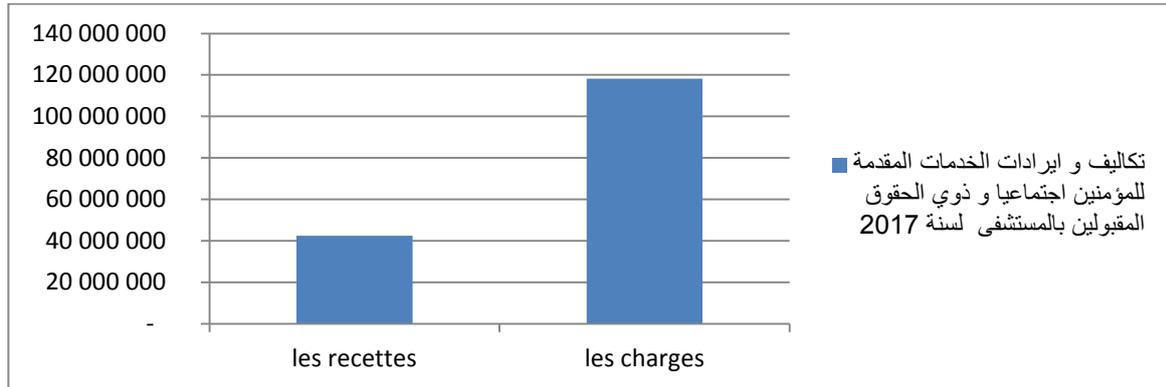
المصالح لسنة 2017



المرجع: وثائق المؤسسة

نلاحظ أن التكاليف متقاربة في أغلب المصالح إلا في مصلحة تصفية الكلى أين ترتفع تكاليف تصفية المرضى عن الإيرادات المتحصلة بشكل كبير جدا 244% أي تقريبا ثلاث أضعاف وهذا راجع على الفرق بين تكلفة الحصة المقدرة بـ: 17.215.96 دج والسعر المحدد للحصة في مدونة اسعار الخدمات الصحية المقدر بـ: 5.000 دج، الأمر الذي أحدث الفارق بين التكاليف الكلية والإيرادات.

الشكل رقم 12 : تكاليف وإيرادات الخدمات المقدمة للمؤمنين اجتماعيا وذوي الحقوق المقبولين بالمستشفى



المرجع: وثائق المؤسسة

- من خلال هذا الشكل يتضح أنه من أجل الوصول إلى توازن بين التكاليف والإيرادات:
- يجب على المؤسسة التحكم في التكاليف أكثر، والعمل على رفع حجم النشاط أي الزيادة من الأيام الاستشفائية وذلك باستقبال مرضى أكثر عن طريق فتح تخصصات جديدة، والعمل تخفيض معدل المتوسط للاستشفاء DMS و الرفع من معدل المتوسط لشغل السرير TOM.
- يجب على وزارة الصحة الاعادة التفاوض مع الضمان الاجتماعي لتحديد اسعار جديدة للخدمات المقدمة، وذلك بسبب التضخم في الاسعار ، فالمرحلة بين سنة 2005 و 2017 عرفت ارتفاع كبير في اسعار الادوية و المنتجات الصيدلانية و كذلك زيادة معتبرة في اجور الموظفين.
- تغيير طريقة فوترة الخدمات المقدمة المبنية على اساس السعر المتوسط لليوم الاستشفائي المحدد عن طريق لجنة التسعير و استخدام طريقة الدفع حسب الخدمة و النشاط المقدم، وذلك بالاعتماد على الاسعار التي تحددها لجنة التسعير مثل سعر العملية القيصرية، سعر استئصال الزائدة الدودية...الخ أو الدفع الجزافي

حسب نوع معين من الأمراض، أين يتم تحديد مبلغ جزافي حسب كل نوع معين من الأمراض تضاف إليه تكلفة الاطعام و الفندقية.

المطلب الثالث: أثر التمويل عن طريق النهج التعاقدى في تحقيق التوازن المالى المؤسسة

من أجل معرفة أثر التمويل عن طريق النهج التعاقدى في تحقيق التوازن المالى للمؤسسة، نقوم بتصوير تطبيق النهج التعاقدى على أرض الواقع، باستخدام السعر المتوسط لليوم الاستشفائى المحدد عن طريق لجنة التسعير، حيث سيتم تحصيل الايرادات من جميع المرضى المقبولين بالمؤسسة و ذلك بواسطة:

- صناديق الضمان الاجتماعى بالنسبة للمؤمنين و ذوي حقوقهم
- مديرية النشاط الاجتماعى بالنسبة للمعوزين
- متلقي العلاج بالنسبة للفئات الاخرى

حيث سيتم حساب ايرادات المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد مداحي فرجية نتيجة تقديمها للخدمات الصحية لجميع المرضى المقبولين بالمؤسسة لسنة 2017 على اساس تعاقدى مع الهيئات السابقة و مقارنتها مع التكاليف التي تحملتها لنفس الفترة.

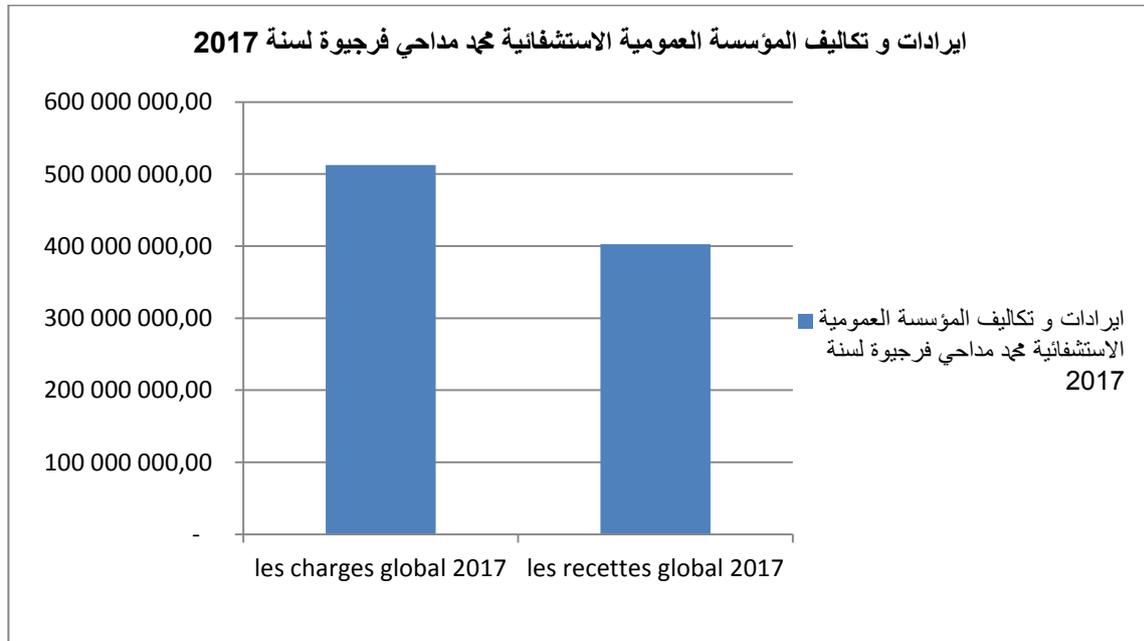
الجدول رقم 20 : ايرادات و تكاليف المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد مداحي فرجية لسنة 2017

المرجع: وثائق المؤسسة

SERVICES	nombre d'admission global 2017	Prix moyen de journées d'hospitalisation	les recettes global 2017	Cout de JH	les charges global 2017
Urgences medico-chiru	43 718	2 000,00	87 436 000,00	1 862,83	81 439 201,94
Médecine. Interne	9 594	8 000,00	76 752 000,00	7 914,15	75 928 355,10
Pédiatrie	6 021	7 000,00	42 147 000,00	8 140,82	49 015 877,22
Pneumo-phtisiologie	5 090	6 000,00	30 540 000,00	8 922,29	45 414 456,10
Chirurgie générale	6 725	11 000,00	73 975 000,00	11 022,72	74 127 792,00
obstétrique	3 569	10 000,00	35 690 000,00	12 773,58	45 588 907,02
Gynécologie	2 861	9 000,00	25 749 000,00	12 773,58	36 545 212,38
Hémodialyse	6 067	5 000,00	30 335 000,00	17 215,96	104 449 229,32
TOTAL (sauf Hémodialyse)	22 290	/	402 624 000,00	/	512 509 031,08

الشكل
رقم 13
:
ايرادات
و
تكاليف
المؤسسة
العمومية
الاستشفائية

فائفة محمد مداحي فرجية لسنة 2017



المرجع: وثائق المؤسسة

من خلال الجدول و الشكل الموضحان أعلاه يتضح أن المؤسسة لم تحقق التوازن المالي في سنة 2017 بين الإيرادات المحصلة و التكاليف المتحملة في ظل مدونة الاسعار الحالية، ويتضح من تحليل الجدول أعلاه أن المؤسسة حققت فائض في مصلحة الاستعجالات الطبية الجراحية، و مصلحة الطب الداخلي بينما سجلت عجزا في جميع المصالح الأخرى، حيث تحملت تكاليف كبيرة جدا في مصلحة تصفية الكلى في حين لم تغطي ايرادات هاته المصلحة الا جزء صغير منها، حيث بلغ عجز المؤسسة العمومية الاستشفائية من خلال هاته المصلحة فقط 74 114 229.32 دج أي ما يعادل 67% من العجز الكلي، بينما بلغ العجز الكلي: 109 885 031.08 دج، كما سجلت المؤسسة أيضا في سنة 2016 عجز بقيمة: 151 385 122.15 دج و سجلنا نفس الملاحظات المتعلقة بسنة 2017 كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم 21 : ايرادات و تكاليف المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد مداحي فرجوية لسنة 2016 (وحدة القياس: دج)

SERVICES	nombre d'admission global 2017	Prix moyen de journées d'hospitalisation	les recettes global 2017	Cout de JH	les charges global 2017
Urgences medico-chiru	42 645	2 000,00	85 290 000,00	1 387,46	59 168 231,70
Médecine. Interne	7 732	8 000,00	61 856 000,00	8 692,91	67 213 580,12
Pédiatrie	5 317	7 000,00	37 219 000,00	8 466,38	45 015 742,46
Pneumo-ptisiologie	4 579	6 000,00	27 474 000,00	8 598,07	39 370 562,53
Chirurgie générale	1 753	11 000,00	19 283 000,00	39 980,81	70 086 359,93
obstétrique	3 456	10 000,00	34 560 000,00	13 230,48	45 724 538,88
Gynécologie	1 787	9 000,00	16 083 000,00	13 230,48	23 642 867,76
Hémodialyse	5 317	5 000,00	26 585 000,00	20 596,81	109 513 238,77
TOTAL (sauf Hémodialyse)	22 290	/	308 350 000,00	/	459 735 122,15

المرجع:
وثائق
المؤسسة
من
خلال
الجدول
و
الاشكال
أعلاه
نلاحظ

ان المؤسسة لا تستطيع تحقيق التوازن المالي في حالة تطبيق النهج التعاقدى في ظل بقاء مدونة اسعار الخدمات الصحية الحالية دون تغيير، و هذا مستبعد جدا باعتبار ان الاسعار الحالية حددت سنة 2005 و لم يتم تحيينها الى اليوم، فاذا أخذنا بالحسبان عامل التضخم و ارتفاع الاسعار خاصة الادوية و ارتفاع اجور الموظفين، نجد انه لابد من تحيين مدونة الاسعار، إذ تنص المادة 247 و 248 من مشروع قانون الصحة على تحديد اعمال العلاجات ونشاطات الصحة ضمن هياكل ومؤسسات الصحة عن طريق مدونة تسعير الاعمال المهنية للصحة و يحدد الوزير المكلف بالصحة بالاتصال مع الوزراء المعنيين اسعار الخدمات غير تلك المتعلقة بالأعمال والنشاطات الطبية التي تقدمها مؤسسات الصحة العمومية و الخاصة .

إلا أنه يجب على المؤسسة العمومية الاستشفائية مجد مباحي فرجيوه من أجل تحقيق توازن مالي بالاضافة الى تحيين مدونة اسعار الخدمات الصحية العمل

على تخفيض التكاليف باتباع بعض الاجراءات التالية:

- العمل على رفع حجم النشاط أي الزيادة من الايام الاستشفائية و ذلك باستقبال مرضى اكثر عن طريق فتح تخصصات جديدة، و العمل تخفيض معدل المتوسط للاستشفاء DMS و الرفع من معدل المتوسط لشغول السرير TOM.
 - التحكم في التكاليف الثابتة، أي باقتناء المعدات اللازمة و الضرورية، وتفعيل صيانة الاجهزة الطبية و ترشيد الموارد البشرية واستخدام التسيير التقديري للوظائف و الكفاءات باعتبار ان 80% من تكلفة الخدمة الصحية عبارة عن نفقات الموظفين.
 - تغيير طريقة فوترة الخدمات المقدمة المبنية على اساس السعر المتوسط لليوم الاستشفائي المحدد عن طريق لجنة التسعير و استخدام طريقة الدفع حسب الخدمة و النشاط المقدم، وذلك بالاعتماد على الاسعار التي تحددها لجنة التسعير مثل سعر العملية القيصرية، سعر استئصال الزائدة الدودية... الخ أو الدفع الجزافي حسب نوع معين من الأمراض، أين يتم تحديد مبلغ جزافي حسب كل نوع معين من الأمراض تضاف إليه تكلفة الاطعام و الفندقية.
 - تقييم نظام الفوترة على مستوى مكتب القبول و القيام بالرقابة الدورية.
 - تطبيق التعاقد الداخلي عن طريق ابرام عقد النجاعة الاهداف و الوسائل مع مختلف مصالح المؤسسة من أجل التحكم أكثر في التكاليف و تحقيق أهداف و حجم نشاط اكثر.
- على الرغم من عدم تمكن المؤسسة من تحقيق التوازن المالي، نتيجة للأسباب السابقة يبقى تطبيق النهج التعاقدى حلا لتحقيق فعالية اكبر و منح حرية للمدراء لتحقيق الاهداف المحددة.

الخاتمة

في محاولة لتحسين مستوى الخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات الصحية الجزائرية، و ضمان حق المواطن في الحصول على الرعاية الصحية و بنوعية جيدة، و رغم ما سخرته الدولة من امكانيات و اتباع العديد من الاصلاحات إلا أنها لم تتمكن من تحقيق التوازن بين النفقات المرتفعة التي تتطلبها الرعاية الصحية و امكانيات التمويل المتاحة لديها، حيث لم تعد قادرة على تمويل المنظومة الصحية و تحقيق الدعم المادي، و هذا ما يستوجب

تجميع الطاقات و العمل ضمن اطار منظم و تطبيق استراتيجيات مدروسة و تبني بشكل جدي الاجراءات و التدابير التي تراعي قدرات الدولة و المواطن و تسمح بتخفيض التكاليف و ترشيد النفقات، ومن ضمن هذه التدابير تطبيق النهج التعاقدى كنمط جديد لتمويل المؤسسات الصحية، كل هذا دفع بنا الى الاتجاه الى هذا النوع من الدراسة التي حاولنا فيها اظهار اثر تطبيق النهج التعاقدى على تمويل المؤسسات الصحية، و بعد الدراسة النظرية و التطبيقية لهذا الموضوع مكننا هذا البحث في الوصول الى النتائج التالية:

- ازدياد أهمية تطبيق النهج التعاقدى في المؤسسات الصحية بسبب تطور النفقات الصحية من سنة الى اخرى، و الذي يعود أساسا الى زيادة الطلب على الخدمات الصحية، و عدم قدرة الدولة على تمويل النظام الصحي و بحثها عن طرق تمويل جديدة.
- تمويل المؤسسات الصحية لابد أن يقوم على أساس تعاقدى بين المؤسسات الصحية و هيئات الضمان الاجتماعى، حيث تم حصر مجال تدخل الدولة في أنشطة الوقاية و التكوين و البحث العلمى و الاستعجالات و التكفل بالمعوزين.
- تنظيم المؤسسات الصحية داخليا و تأهيلها هيكليا و فنيا عن طريق تنظيم مكتب القبول و ادماج الموارد البشرية في النهج التعاقدى يؤدي الى نجاح تطبيق هذا النمط الجديد.
- تحيين مدونة اسعار الخدمات الصحية و مراجعة قاعدة الاعمال الطبية و تغيير طريقة فوترة الخدمات المقدمة المبنية على اساس السعر المتوسط لليوم الاستشفائى واستخدام طريقة الدفع حسب الخدمة و النشاط المقدم أو الدفع الجزافى حسب نوع معين من الأمراض.
- اشراك هيئات الضمان الاجتماعى في عملية تطبيق النهج التعاقدى كطرف فاعلا فيها و ليس كمراقب لها.
- تطبيق عقود النجاعة، الاهداف و الوسائل، مشروع المؤسسة، و حساب التكاليف الصحية، ضروري لنجاح النهج التعاقدى، الذي يتعدى كونه نمط جديد لتمويل المؤسسات الصحية الى نمط جديد للتسيير العصري لهاته المؤسسات.

كما تم من خلال هاته الدراسة التأكد من:

- صحة الفرضية الاولى، فآليات التمويل التقليدى للمؤسسات الصحية تحد من إمكانية الحصول على مصادر تمويل أخرى، حيث أن القانون الاساسى للمؤسسة العمومية الاستشفائية كمؤسسة عمومية ذات طابع إدارى تخضع لأحكام قانون المحاسبة العمومية رقم 90-21 المؤرخ في 24 محرم عام 1411 الموافق لـ 15 أوت سنة 1990 الذي يحدد الأحكام التنفيذية العامة التي تطبق على الميزانيات و العمليات المالية الخاصة بالمؤسسات العمومية ذات الطابع الإدارى إضافة إلى تحديد التزامات الأمرين بالصرف و المحاسبين العموميين و كذا مسؤولياتهم، و هذه الأحكام تطبق كذلك على تنفيذ تحقيق الإيرادات و النفقات العمومية و كذلك عمليات الخزينة و نظام محاسبتها، و يتولى الأمرين بالصرف و المحاسبون العموميون تنفيذ الميزانيات و العمليات المالية وفق الشروط المحددة في القانون رقم 84-17 المؤرخ

في 07 جويلية سنة 1984 المتعلق بقوانين المالية، كل هذه التنظيمات تحد من امكانية الحصول على مصادر تمويل أخرى.

بالنسبة للفرضية الثانية فإن تطبيق النهج التعاقدى

يساهم في تحسين تمويل المؤسسات الصحية فمن خلال الدراسة التطبيقية عن أثر تطبيق النهج التعاقدى في تمويل المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد ماضي فرجوية تبين ان المؤسسة لا تستطيع تحقيق التوازن المالي في حالة تطبيق النهج التعاقدى في ظل بقاء مدونة اسعار الخدمات الصحية الحالية دون تغيير، و هذا مستبعد جدا باعتبار ان الاسعار الحالية حددت سنة 2005 و لم يتم تحيينها الى اليوم ولم يؤخذ في الحسبان عامل التضخم و ارتفاع الاسعار خاصة الادوية و اجور الموظفين، فهذه الفرضية تبقى صحيحة بشرط تغيير مدونة اسعار الخدمات الصحية الحالية.

أما بالنسبة للفرضية الثالثة فهي صحيحة فمن خلال

هذا البحث تبين أن نجاح النهج التعاقدى في تمويل المؤسسات الصحية يرتكز على مدى نجاح تنفيذ آلياته و تطبيق التنظيم الداخلي الخاص به فلكي يكون تنفيذ النهج التعاقدى فعالاً و ناجحاً، يجب أن نضع الأدوات و الوسائل التي تساعد على تطبيقه حيث نجد أن التعليمات القانونية، تنظيم العلاقة بين المؤسسات الصحية و منظمات الضمان الاجتماعى، تطبيق عقود النجاعة، الاهداف و الوسائل، اعداد مشروع المؤسسة، حساب التكاليف الصحية، و تنظيم مكتب القبول الذي عاملا رئيسيا لنجاح النهج التعاقدى من تكوين الموظفين و تأهيلهم، حيث تعتبر إدارة و مراقبة الملفات الطبية و الإدارية للمرضى المحور الاساسى لتطبيق النهج التعاقدى فهي تعتبر المورد الرئيسى للأموال.

من خلال الدراسة التطبيقية المتعلقة بتطبيق النهج التعاقدى في تمويل المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد ماضي فرجوية يمكن الاجابة على اشكالية الموضوع كالتالى:

تطبيق النهج التعاقدى يسمح بانتقال المؤسسات

العمومية للصحة من مؤسسات عمومية ذات طابع ادارى إلى مؤسسات عمومية ذات تسيير خاص، مما يمنح حرية اكبر للمسيرين لتحقيق فعالية اكبر في تمويل المؤسسات الصحية، وذلك عن طريق تنويع مصادر التمويل واستغلال واردات المؤسسة بشكل يسمح بتحقيق الاهداف المسطرة، فقوانين المالية و قانون المحاسبة العمومية تحد من حرية المسيرين و تسمح بتدخل عدة اطراف في تنفيذ ميزانية المؤسسة.

من خلال الدراسة التطبيقية تبين أن التمويل الحالي

يعتمد اساسا على مصدر تمويل واحد و هو مساهمة الدولة (80% تقريبا)، و هذا ما يشكل خطر على المؤسسات الصحية في حالة حدوث أزمات اقتصادية وانخفاض ميزانية الدولة.

تطبيق النهج التعاقدى يعتبر في حد ذاته تحفيزا

للمسيرين و الموظفين عموما على بذل مجهودات اكبر من أجل تحقيق الاهداف المحددة، أي يكون دافع لزيادة

النشاط و بالتالي زيادة الموارد المالية و تحقيق فعالية في تمويل المؤسسة، على عكس التمويل الحالي القائم على اساس حجم النفقات دون النظر الى حجم النشاط و الاهداف المحققة.
كما سجلنا من خلال هاته الدراسة مجموعة من النقائص اهمها:

- عدم الاهتمام بنظام التعاقد و الفوترة على مستوى المؤسسة بالرغم من وجود مكتب خاص بالتعاقد و حساب التكاليف.
- غياب تقييم مشروع المؤسسة، مما يجعله اداة غير فعالة لتحقيق اهداف المؤسسة
- غياب تطبيق عقود النجاعة، الاهداف و الوسائل خاصة مع المصالح الداخلية للمؤسسة
- عدم تحيين مدونة اسعار الخدمات الصحية بشكل عائق كبير في نجاح تطبيق النهج التعاقدي.

حدود الدراسة: لقد واجه هذا العمل في هذا البحث بعض الحدود أهمها:

- **حدود مكانية:** اقتصر الدراسة على المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد مداحي فرجيو، حيث ان تطبيق النهج التعاقدي يشمل جميع المؤسسات العمومية و الخاصة.
- **حدود موضوعية:** اقتصر الدراسة على اثر النهج التعاقدي في تمويل المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد مداحي فرجيو، فالنهج التعاقدي نمط للتمويل و التسيير و الرقابة على المؤسسات الصحية.
- **حدود زمانية:** اقتصرت الدراسة الميدانية على سنة 2016 و 2017 حيث امتد التبرص الميداني بالمؤسسة العمومية الاستشفائية محمد مداحي فرجيو 03 اشهر ابتداء 02 جانفي 2018.

الاقتراحات: من خلال ما تم تقديمه في الدراسة التطبيقية و من أجل نجاح تطبيق النهج التعاقدي في تمويل المؤسسة محل الدراسة نقترح:

- القيام بتقييم النظام التعاقدي و الفوترة على مستوى مكتب القبول كل ثلاث أشهر و مقارنته مع عدد المرضى المقبولين بالمؤسسة.
- توفير المتطلبات التي تدعم تطبيق النهج التعاقدي، كإعادة تأهيل مكتب القبول و العمل على توفير الاطار البشري المؤهل و القادر على تطبيق هذا النظام الجديد.
- العمل على تخفيض تكلفة اليوم الاستشفائي بترشيد النفقات و زيادة حجم النشاط واستخدام طريقة ABC في حساب التكاليف الصحية بدل طريقة الاقسام المتجانسة.

- تحيين مدونة اسعار الخدمات الصحية بشكل يتناسب

مع الاسعار السائدة في السوق و التي تسمح بتغطية النفقات التي تتحملها المؤسسات الصحية.

- تغيير طريقة فوترة الخدمات المقدمة المبنية على اساس السعر المتوسط لليوم الاستشفائي واستخدام طريقة الدفع

حسب الخدمة و النشاط المقدم أو الدفع الجزافي حسب نوع معين من الأمراض.

أفاق البحث المستقبلية: حاولت هذه الدراسة معالجة موضوع تغيير نمط تمويل المؤسسات العمومية للصحة

من التمويل التقليدي القائم أساسا على مساهمة الدولة إلى تمويل قائم على اساس تعاقدى بين المؤسسات

الصحية و هيئات الضمان الاجتماعي أو مانحي الاموال، و بعد تناولنا للموضوع بشقيه النظري و التطبيقي،

فإنه يمكن القول أنه فتح لنا مجالا واسعا للبحث في المجالات المتعلقة به، فلو فتح لنا الوقت الكافي لاتسعت

دراستنا لتشمل عدة مؤسسات صحية، و عليه يمكن أن تكون أفاق البحث المستقبلية من خلال المواضيع

التالية:

- النهج التعاقدى كأسلوب جديد لتسيير المؤسسات

الصحية.

- اعادة اصلاح المنظومة الوطنية للصحة باتباع النهج

التعاقدى.

- اثر تطبيق النهج التعاقدى على حوكمة المؤسسات

الاستشفائية الجزائرية.

الملخص

إن زيادة احتياجات السكان للخدمات الصحية و المطالبة بتحسينها أدى إلى ارتفاع هاته النفقات، إذ لم تعد الدولة قادرة على تمويلها و تحقيق الدعم المادي لها، الأمر الذي جعل وزارة الصحة و السكان و اصلاح المستشفيات تباشر في وضع استراتيجيات و آليات تقوم على أساس التعاقد اين يتم تمويل المؤسسات العمومية للصحة من طرف الضمان الاجتماعي، الخزينة العمومية و كذا شركات التأمين على أساس تعاقد مبنى على النشاط الحقيقي الذي تقوم به كل مؤسسة بهدف الوصول إلى تمويل فعال لنشاط هذه المؤسسات و هذا في إطار ترشيد النفقات و تحسين حوكمة المؤسسات الاستشفائية، فمن خلال الدراسة التطبيقية عن أثر تطبيق النهج التعاقدى في تمويل المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد مداحي فرجيوه تبين ان تطبيق هذا النهج سيمنح للمسيرين حرية كبيرة في التسيير و يسمح بتحقيق فعالية اكبر في تمويل المؤسسات الصحية .

الكلمات المفتاحية: تمويل، تعاقد، صحة، نفقات، إيرادات.

Le résumé

L'augmentation excessive des besoins des services de santé de la part de la population et surtout les revendications pour l'améliorer a abouti à une hausse de ces dépenses. Cependant, l'Etat ne peut plus y financé, ce qui a poussé le ministère de la Santé et de la Population et de la réforme des hôpitaux de procéder à l'élaboration de stratégies et mécanismes fondés sur un système de contractualisation OÙ le financement des établissements publiques de la santé se fait par la sécurité sociale, le trésor public et ainsi que les compagnies d'assurance sur une base contractuelle. Ce financement est basé sur l'activité réelle entreprise par chaque établissement afin de parvenir à un financement efficace de l'activité de ces derniers et ce-ci dans le cadre de la rationalisation des dépenses et l'amélioration de la gouvernance des hôpitaux, il est à travers l'étude Appliqué sur l'impact de l'application de l'approche contractuelle au financement de l'établissement public hospitalier Mohamed Meddahi Ferdjioua a montré que l'application de cette approche a pu donner une grande liberté dans la gestion et elle a permet une plus grande efficacité dans le financement des établissements de santé.

Les mots clés : le financement, la contractualisation, la santé, les dépenses, les revenus.

المراجع باللغة العربية:

• الكتب:

- ابراهيم طلعت الدمرداش، اقتصاديات الخدمات الصحية، الطبعة الثانية، دار الكتب المصرية مصر، 2006.
- بوعقوب عبد الكريم، المحاسبة التحليلية الطبعة الثالثة 2004، ديوان المطبوعات الجامعية بن عكنون الجزائر.
- بوعوانة عبد المهدي، إدارة الخدمات و المؤسسات الصحية، دار حامد، عمان، الأردن، 2004.
- حاروش نور الدين، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، الطبعة 1، دار كتامة، الجزائر، 2008.
- محمود علي الجبالي، د قصي السامرائي، محاسبة التكاليف، وائل للنشر و التوزيع، عمان.
- نور الدين الطاهري، مشروع المؤسسة، دار الإعتصام، الدار البيضاء، 1997.
- علي سليمان، النظرية العامة للالتزام، مصادر الالتزام في القانون المدني الجزائري، الجزائر، ديوان المطبوعات الجامعية، 1992.
- فريد النجار، إدارة المستشفيات و المنظمات الصحية و الطبية، الدار الجامعية، مصر، 2002.
- فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر و التوزيع عمان، الاردن، 2008.
- ردينة عثمان يوسف، التسويق الصحي والاجتماعي، الطبعة الاولى، دار المناهج للنشر و التوزيع عمان، الاردن، 2008.

• الرسائل و الأطروحات:

- بار جميلة، أزمة النفقات العمومية في قطاع الصحي بالجزائر، رسالة ماجستير، معهد العلوم الاقتصادية، 1994.
- جيلالي أمير، محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظومة الاستشفائية الجزائرية، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الاقتصادية و علوم التسيير، جامعة الجزائر، 2009.
- جيلالي أمير، تخطيط و تمويل الصحة في الجزائر، رسالة ماجستير، علوم اقتصادية، جامعة الجزائر، 2001.
- زيدات سناء، إدارة و مالية المؤسسات الاستشفائية، رسالة ماجستير، كلية الحقوق، الجزائر، 2002.
- زميت خدوجة، تحليل تكاليف الصحة في الجزائر، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية، جامعة الجزائر، 1999.
- مقدر طارق اصلاح المنظومة الوطنية للصحة من خلال اعادة النظر في نظام تمويلها، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية و علوم التسيير جامعة الجزائر 2008.

- نادر عبد الرزاق، محاولة تطبيق محاسبة التكاليف حسب النشاط ، دراسات ما بعد التدرج المتخصصة في تسيير المؤسسات الصحية ، المدرسة الوطنية للصحة العمومية ، الجزائر، 2002
- عدنان مريزق، واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية، رسالة دكتوراه، كلية العلوم الاقتصادية، جامعة الجزائر، 2008.
- علواني عديلة، تقييم أثار طرق تمويل الصحة العمومية على أداء الخدمات في الجزائر، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية و علوم التسيير، جامعة بسكرة، 2004.
- خروبي بزارة عمر، اصلاح المنظومة الصحية في الجزائر، مذكرة ماجستير، جامعة الجزائر، 2009.

• الملتيقيات

- كريم عمري، التعاقد مفهوم أساسي لتحقيق الأداء، المؤتمر الدولي للسياسات الصحية، 18-19 جانفي 2014 الجزائر.
- محمد شويح، أهمية برنامج محاسبة التسيير في تطبيق نظام مراقبة التسيير بقطاع الصحة الجزائري ملتقى وطني حول مراقبة التسيير كآلية لحوكمة المؤسسات و تفعيل الإبداع، كلية العلوم الاقتصادية و التجارية و علوم التسيير جامعة البلدية 02، 2017 .

• المقالات

- العمري العربي، مقال بعنوان: تمويل النظام الوطني للصحة، مجلة المسير، المدرسة الوطنية للصحة العمومية، 1998.
- دريسي أسماء، مقال بعنوان تطور الإنفاق الصحي في الجزائر و مدى فعاليته في إطار إصلاح المنظومة الصحية خلال الفترة 2004-2013، المجلة الجزائرية للعولمة والسياسات الاقتصادية العدد 06، 2015، الجزائر

• الوثائق الرسمية

- القانون 90-21 المؤرخ في 24 محرم عام 1411 الموافق لـ 15 أوت سنة 1990 الذي يتعلق بالمحاسبة العمومية
- المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007، المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها .
- قرار وزاري مشترك مؤرخ في 30 اكتوبر 2014، يحدد كفايات تطبيق النظام المعلوماتي لمحاسبة التسيير في المؤسسات العمومية للصحة، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية.
- المذكرة رقم 01 المؤرخة في 16 أفريل 2014 الصادرة عن وزير الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات المتعلقة بوضع مشروع مؤسسة، لوحة القيادة و مؤشرات التسيير حيز التنفيذ.
- مذكرة شاملة عن اللجنة الوزارية المشتركة المسؤولة عن التعاقد بتاريخ 19 يناير 2004.
- التعليم الوزارية رقم 03 المؤرخة في 07/12/2000 المتعلقة بتنظيم بمكتب الدخول

• المراجع باللغة الأجنبية

• Les ouvrages

- Fatima Zohra Oufriha, Une analyse économique du système de soins en Algérie, OPU
- Hugues Belaud, CPOM, Mémoire de l'école des hautes Etudes en santé publique, France, mars 2016.
- Lamri Larbi ,le système de sécurité sociale de l'Algérie, opu, Alger 2004.
- Saihi abdelhak, le système de santé publique en Algérie, Revue des décideurs hospitalière, n°455, Avril 2006.
- Sylvain Pizzioli, comptabilité et gestion des hôpitaux, Paris, 1985

• مواقع الانترنت

- الموقع الإلكتروني الرسمي للمؤسسة العمومية الاستشفائية فرجيوه <http://www.eph-ferdjioua.dz>