

جامعة 8 ماي 1945

قائمة

كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير

قسم علوم التسيير



مذكرة تخرج مقدمة لاستكمال متطلبات نيل شهادة الماستر في

علوم التسيير

تخصص: إدارة أعمال

تحت عنوان

تقييم مدى فعالية برامج الانفاق الصحي على تحسين الخدمات الصحية دراسة حالة مؤسسة
الاستشفائية (الحكيم عقبي - قائمة -)

تحت إشراف الدكتور:

بخاخشة موسى

إعداد الطلبة

عبدلوي هادية ✓

بازين امل ✓

السنة الجامعية: 2020/2021

الشكر و التقدير

اللهم علمني ما ينفعني ونفعني بما علمتني وزدني علما.

نتوجه بالشكر الكبير إلى الأستاذ الفاضل "بخاشة موسى" الذي كان خير عون وسند لنا طيلة فترة تحضيرنا

لبحثنا هذا فكان مشرف وموجه مرشد وقدوة لنا.

كما نتوجه بالشكر الخالص لمؤسسة الاستشفائية "الحكيم عقبي" التي قام بتقديم المعلومات اللازمة لإنجاز بحثنا

مع توفير المناخ المناسب لنا.

الاهداء

بسم الله الرحمن الرحيم

(قل اعملوا فسيرى الله عملكم ورسوله والمؤمنون)

صدق الله العظيم

إلهي لا يطيب الليل إلا بشكرك ولا يطيب النهار إلا بطاعتك.. ولا تطيب اللحظات إلا بذكرك.. ولا تطيب الآخرة إلا بعفوك.. ولا تطيب الجنة إلا برؤيتك الله جل جلاله

إلى من بلغ الرسالة وأدى الأمانة.. ونصح الأمة.. إلى نبي الرحمة ونور العالمين سيدنا محمد صلى الله عليه وسلم

إلى كل من كلله الله بالهيبة والوقار.. إلى من علمني العطاء بدون انتظار.. إلى من أحمل اسمه بكل افتخار.. أرجو من الله أن يمد في عمرك لترى ثمارا قد حان قطافها بعد طول انتظار وستبقى كلماتك نجوم أهتدي بها اليوم

وفي الغد وإلى الأبد.. والدي العزيز-نجيب-

إلى ملاكي في الحياة.. إلى معنى الحب وإلى معنى الحنان والتفاني.. إلى بسمه الحياة وسر الوجود.. إلى من كان

دعاؤها سر نجاحي وحنانها بلسم جراحي... أمي الحبيبة-الويزة-

إلى أخي الوحيد ورفيق دربي وهذه الحياة بدونك لا شيء... أخي الحبيب - صهيب -

إلى من هم أقرب إلى روعي و الذين كانوا معي في السراء و الضراء و بهم استمدت عزتي واصراري .. اخواني

- فاطمة الزهراء، خولة، خديجة-

إلى رفقاء دربي - يسرى، نبيلة، أسماء، بثينة-

إلى من تقاسمت معها شقاء، هذا العمل صديقتي -أمل-

إلى كل من أحبهم قلبي و لم يذكرهم قلبي

هادية

الإهداء

بسم الله الرحمن الرحيم

إلى الذي نفسي بيده، وهدايتي على يده سبحانه و تعالى نحمده ونشكره

الى أقوى سنيين أزاراني في أوقات الشدة، إلى أصدق كلمتين لفظتهما شفتاي الى من أنزل فيهم المولى عز وجل

قولا حكيمًا

"وقضى ربك ألا تعبدوا إلا إياه و بالوالدين إحسانا إما يبلغن عندك الكبر أحدهما أو كلاهما فلا تقل لهما أف ولا تنهرهما وقل لهما قولا كريما"

إليك يا من تحدي المستحيل، إلى من تحدي الدهر بأنيبه، إلى "أبي" الغالي أطل الله في عمرك.

إلى أعظم امرأة بين النساء الكون إلى سبب وجودي، إلى من حملتني، إلى من تحت أقدامها الجن، غلى من

سهرت

وربت ودعمتني على مر السنوات "أمي" الغالية أطل الله في عمرك.

إلى فخري في هذه الحياة وهذا العالم إخوتي

إلى من جمعني بهم الصداقة و الأخوة

إلى من ساعدني قريب أو بعيد.

أمل

قائمة المحتويات

الشكروالتقدير.

اهداء

V.....	قائمة لأشكال
VI.....	قائمة الجداول
VII.....	قائمة المحتويات
أ-د	مقدمة عامة
14-1	الفصل الأول: اساسيات حول الانفاق الصحي
2	تمهيد
3.....	المبحث الأول :عموميات حول الإنفاق العام
3	المطلب الأول: مفهوم الإنفاق العام و تطوره في الفكر الاقتصادي
7	المطلب الثاني: تقسيمات الإنفاق العام و قواعده
12.....	المطلب الثالث : العوامل المحددة لحجم النفقات العامة
14.....	المبحث الثاني: مفاهيم أساسية في الإنفاق الصحي
.....	المطلب الاول: ماهية الانفاق الصحي
13	
25.....	المطلب الثاني: مقاييس الإنفاق الصحي و مؤشراتته
28.....	المطلب الثالث: اسباب زيادة النفقات الصحية
28	المبحث الثالث: اليات الانفاق الصحي
30.....	المطلب الاول: آليات ترشيد الانفاق الصحي

31.....	المطلب الثاني : الآليات المعتمدة حاليا للتحكم في النفقات الصحية:
46.....	المطلب الثالث: برامج المخصصة للقطاع الصحي.....
51	خلاصة الفصل الأول.....
52.....	الفصل الثاني الاطار المفاهيمي للخدمات الصحية.....
53.....	تمهيد.....
5351.....	المبحث الاول: مفاهيم عامة حول الخدمات الصحية.....
54.....	المطلب الاول مفهوم الخدمات الصحية.....
56.....	المطلب الثاني : خصائص و انواع الخدمات الصحية و اهدافها.....
60	مطلب الثالث: مستويات و معايير تقديم الخدمات الصحية.....
62	المبحث الثاني اصلاحات النظام الصحي الجزائري.....
66.....	المطلب الاول : ماهية النظام الصحي.....
75	المطلب الثاني: الاختلالات و العراقيل تواجه النظام الصحي الجزائري.....
80.....	المطلب الثالث: الإصلاحات و السياسات الشاملة في النظام الصحي الجزائري.....
83	المطلب الرابع: نماذج عن التمويل للمنظمات الصحية العالمية.....
90.....	المبحث الثالث : مساهمة الانفاق الصحي في تحسين الخدمات الصحية.....
90.....	المطلب الاول: مساهمة الانفاق الصحي التغطية الصحية الشاملة (الرعاية الصحية).....
92.....	المطلب الثاني مساهمة الانفاق الصحي في التأمين الصحي.....
المطلب الثالث: مساهمة الانفاق الصحي في تدريب الكفاءات الطبية و الادارية لتحسين الخدمات الصحية.....	93
97	خلاصة الفصل الثاني.....

الفصل الثالث:دراسة ميدانية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية -الحكيم عقي -قلمة حول دافع فعالية برامج الانفاق الصحي على تحسين الخدمات بالمؤسسة العمومية الاستشفائية.....	99
تمهيد	100
المبحث الاول : نظرة عامة حول المنظومة الصحية لولاية قلمة مع دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقي . قلمة.....	101
المطلب الاول : تقديم عام للمؤسسة العمومية الإستشفائية -الحكيم عقي - قلمة.....	102
المطلب الثاني: عرض و شرح الهيكل التنظيمي لمستشفى الحكيم عقي.....	103
المطلب الثالث: تسيير ميزانية المستشفى من الناحية الإيرادات.....	104
المبحث الثاني : منهجية البحث الميداني.....	101
المطلب الاول: المجتمع الاحصائي و عينة الدراسة.....	105
المطلب الثاني : أدوات الدراسة و تصميم الاستمارة.....	101
المطلب الثالث: أدوات التحليل الإحصائي.....	106
المبحث الثالث :عرض و تحليل نتائج الدراسة الميدانية.....	110
المطلب الاول : عرض البيانات الشخصية.....	110
المطلب الثاني : عرض نتائج المحاور الدراسة.....	114
المطلب الثالث:اختبار صحية فرضية الدراسة.....	120
المطلب الرابع : تفسير النتائج الدراسة.....	122
خلاصة الفصل.....	127
خاتمة عامة.....	132-129
قائمة المراجع.....	139-134
الملاحق.....	155-140

قائمة الأشكال

الرقم	لعنوان	لصفحة
1	تطور مصادر تمويل الصحة في الجزائر من إجمالي النفقات الصحية (%) (1974-2016)	16
2	تطور حصة النفقات الصحية العمومية و نسبة الpub في الجزائريين (1988-2015)	19
3	تطور النفقات الصحية للفرد (دولار الامريكى) بين (1996-2014)	20
4	نوزيع اسباب الاستشفاء حسب المجموعات الكبرى الثلاث لل-GBD(2015-2016)	21
5	تطور الاستشفاء ونسبة الوفيات بأمراض القلب و الشرايين و السرطان بين (2002-2009 و 2015-2016)	22
6	تطور تعويض الادوية في الجزائر (مليار دينار)(1992-2015)	24
7	الهيكل التنظيمي للمؤسسة الاستشفائية الحكيم عقبي -قائمة-	102
8	يوضح عينة الدراسة حسب السن	110
9	يوضح توزيع افراد العينة حسب الاقدمية	111
10	يوضح توزيع افراد العينة حسب المستوى التعليمي	112
11	يوضح توزيع افراد العينة حسب الوظيفة	113

قائمة الجداول

الصفحة	لعنوان	الرقم
104	توزيع الايرادات العامة لسنة المالية 2020	1
105	توزيع النفقات لسنة المالية 2020	2
106	بوضح سلم ليكات الخماسي	3
107	بوضح المدي	4
108	بوضح معامل ألفا كرونباخ	5
109	بوضح اختبار التوزيع الطبيعي	6
110	بوضح عينة الدراسة حسب السن	7
111	توزيع افراد العينة حسب الاقدمية	8
112	توزيع افراد حسب المستوى التعليمي	9
113	توزيع افراد العينة حسب الوظيفة	10
114	لمتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية لعبارات المحور الاول	11
116	لمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لعبارات المحور الثاني	12
118	لمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لعبارات المحور الثالث	13
120	ختبار الفرضية الأولى	14
121	ختبار الفرضية الثانية	15
121	ختبار الفرضية الثالثة	16

مقدمة عامة

مقدمة عامة

يعتبر قطاع الصحة كغيره من القطاعات قطاعا هاما واستراتيجيا سواء من الناحية الاقتصادية أو الاجتماعية لهذا عمدت الدولة ومنذ الاستقلال على توفير الرعاية الصحية الكاملة للمواطنين والعمل على ترقيتها أكثر مما كان عليه في مراحل سابقة، ويرجع ذلك إلى ظهور أمراض متنوعة لم تكن معروفة من قبل حيث يصعب علاجها.

تعتبر الخدمات الصحية من اهم متطلبات الإنسان فهي تتعلق بحالته الصحية و عافيته، ما جعلها تحتل مكانة بارزة في اهتمامات الجميع، ليس فقط لأهميتها في الحفاظ على سلامة افراد بل ايضا لزيادة قدرته على بناء و التنمية، وفي هذا المعنى ما يمكن ان يقدم الانسان صانع الحياة و التطور، وهي ان كانت تعكس ضرورة انسانية فإنها ايضا ضرورة اقتصادية لبناء مجتمع قادر على تقييم الاداء الافضل في مختلف المجالات تنمية الإنسانية و الاجتماعية

أصبح تحسين الأوضاع الصحية وإيصال الخدمات الصحية إلى كافة المواطنين مسؤولية أساسية لمسيري قطاع الصحة وهنا يبرز دور الإنفاق العام على الصحة في تحقيق الأهداف المخططة، ويتمثل التحدي الذي يواجهه في تحقيق هدفين أساسيين هما تسهيل الحصول على الخدمات الصحية اللازمة وفقا للقدرة المالية للمواطنين وتوفير الرعاية الصحية للفقراء ونشر الخدمات الصحية في كافة أرجاء الوطن دون تمييز منطقة عن أخرى، إذ أن مشكلات الإنفاق لا تنشأ فقط نتيجة عدم ملائمة مستوى الإنفاق ولكن أيضا نتيجة عدم قدرة التسيير الإداري في السيطرة على الإنفاق.

علي الرغم من ارتفاع الإنفاق علي هذه القطاعات ، و ما تبدله الدولة من جهود في سبيل الرفع من مستوى الخدمات الصحية إلا أن الاستفادة من ذلك ما زال دون المستوى المطلوب أين بقيت هذه القطاع عرضة للعديد من المشاكل نتيجة للقصور الإداري من جهة ، و عدم فعالية السياسات الموضوعة من جهة اخرى

ان ارتفاع المذهل في تكاليف هذه القطاعات جعل السلطات والحكومات تتساءل عن هذا المشكل وعن السياسة الواجب إتباعها لتسويته، وبهذا فقد أصبح ينظر إلى هذه القطاع كمصدر للنفقات الباهظة والتبذير بدلا من كونها منفذ لدفع وتيرة النمو .وأمام هذه التحديات النوعية و كمية التي يشهدها هذه القطاع فقد بات لزاما علي المشرفين عليها التفكير بصفة جدية في سبل مواجهة هذه التحديات وبالتالي المحافظة علي جودة الخدمات الصحية من خلال عقلانية و حسن تسيير الطاقات المسخرة لها حتى تؤدي المهام المرسومة لها على أكمل وأحسن وجه ، و بذلك تتفادى المصير المشؤوم الذي آلت إليه القطاعات الاقتصادية الأخرى و كل ذلك لا يأتي إلا ببروز نية صادقة

في تغيير نمط التسيير وكذا التحليل الهيكلي و المالي لجوانب الإنفاق بهذه القطاعات مع استبعاد الإنفاق الغير فعال

ومن هنا كانت ضرورة الاستعمال الامثل للموارد المالية المتاحة المخصصة من طرف الدولة و الهيئات المانحة و هذا بمنظار: العدالة و العقلانية. امر لا بد منه، و ذلك لصد الاختناقات التي تلازم الهياكل الصحية، و التي كانت لها اثر بالغ في تقليل من نشاطها و مردوديتها و ضعف و رداءة نوعية الخدمات الصحية

إشكالية الدراسة: بناء على ما تقدم يمكننا طرح الإشكالية التالية:

ما مدى مساهمة برامج الانفاق الصحي في تحسين الخدمات الصحية ؟

وتتلخص مشكلة الدراسة في الإجابة على التساؤلات التالية:

- ما مكانة الخدمات الصحية في المؤسسات الاستشفائية؟
- هل تقوم المؤسسات الصحية محل الدراسة بتحسين خدماتها الصحية؟
- هل تمتلك المؤسسة الصحية الموارد اللازمة لتحسين خدماتها؟
- ما المقصود بالإنفاق الصحي و مصادره؟
- كيف تساهم برامج الانفاق الصحي في تحسين الخدمات الصحية؟
- ما مدى فعالية برامج الانفاق الصحي المعتمدة وهل هي كافية لتغطية الصحية؟
- هل تقوم المؤسسات الصحية خاصة محل الدراسة لتحسين مصادر تمويلها و تطوير خدماتها الصحية ؟

فرضيات الدراسة:

سنعتمد في بحثنا على الفرضيات التالية:

- 1- تعاني المؤسسة من تدني خدماتها الصحية
- 2- تمتلك المؤسسة اعتمادات مالية للإنفاق على تحسين الخدمات الصحية
- 3- ضعف برامج الانفاق الصحي له تحسين الخدمات الصحية

أسباب اختيار الموضوع:

لقد قمنا باختيار هذا الموضوع نظرا لمجموعة من الأسباب و الدوافع هي كالآتي:

1-أسباب ذاتية:

✓ الرغبة الجامحة في اختيار موضوع الصحة و التعرف على خبايا هذا القطاع الذي يعتبر عصب التنمية في جميع المجالات.

✓ الرغبة في اثراء المكتبة بمواضيع جديدة و حديثة

2-أسباب موضوعية:

✓ موضوع جدير بالدراسة و ينسجم مع التخصص

✓ اهمية المؤسسات الصحية بالنسبة للمجتمع

✓ سوء التسيير و التنظيم الذي يميز النظام الصحي في الجزائر من خلال بعض الزيارات التي قمنا بها بعض المؤسسات العمومية الاستشفائية

أهداف البحث: : تهدف الدراسة الي تحقيق مجموعة من الاهداف اهمها:

✓ التعرف على ماهية الانفاق الصحي و الخدمات الصحية

✓ الكشف عن التدابير الاصلاحات الصحية

✓ تحليل العلاقة بين الانفاق الصحية و تحسين الخدمات المقدمة

✓ التوصيل الى بعض الاقتراحات التي يمكن ان تساهم في تنمية و تطوير قطاع الصحية

أهمية البحث: من خلال هذه الدراسة ابراز مدى تطور هذا القطاع في الجزائر، ما يتطلبه من نفقات من اجل تحقيق الاهداف المتوخاة منها، و مدى تجلي الاصلاحات الصحية التي اعتمدها الوزارة الصحية و اصلاح المستشفيات في قطاع الصحة العمومي، و لمس الاضافة التي تحققت من خلال هذه الاصلاحات و اخذ صورة عن الواقع الصحي بصفة عامة في الجزائر.

حدود الدراسة:

الحدود المكانية: يتمثل في ميدان الدراسة في المؤسسة العمومية الاستشفائية (حكيم عقي) بولاية قلمة

الحدود الزمانية: أجريت هذه الدراسة خلال افريل و ماي 2021

منهجية الدراسة: يتمثل منهج الدراسة في مجموع الاجراءات و العمليات التي تمكن الباحث من الإجابة

على إشكالية البحث واختيار فرضياته، وفي هذا الإطار قمنا بإتباع المنهج الوصفي التحليلي ، الذي يعتبر أساس جميع البحوث والذي يستند في جوهره على الوصف والتحليل واستخدام الأسلوب الميداني لإظهار التوازن بين

متغيرات الدراسة وذلك من خلال إمداد استبيان وتوزيعه على عينة عشوائية، بإضافة الى أسلوب المقابلة والملاحظة لتجنب عيوب الاستبيان، والاعتماد على البيانات الثانوية والتي تتمثل في الكتب والمراجع العربية والأجنبية ذات العلاقة بالموضوع، والمقالات والأبحاث ، والبحث والمطالعة في مواقع الانترنت.

صعوبات الدراسة

- ✓ قلة المراجع
- ✓ ضيق الوقت
- ✓ انعدام ثقافة الاستقصاء لدى المواطن الجزائري للإدلاء بأي معلومة حول الموضوع
- ✓ طبيعة الانظمة المغلقة التي تصعب من وجود بيانات و احصائيات حقيقية
- ✓ صعوبات في استرجاع كافة الاستبيانات الموزعة التي اخذت وقتا مما تحتم التنقل بين المصالح

هيكل البحث:

- لقد قمنا بتقسيم البحث، الى ثلاثة فصول اثنان مخصصان لمجانب النظري والأخر خاص بالجانب التطبيقي
- الفصل الأول: اساسيات حول الانفاق الصحي، تناولنا فيه ثلاث مباحث :المبحث الاول عموميات حول الانفاق العام، و المبحث الثاني يتمحور حول مفاهيم الاساسية في الانفاق الصحي، والمبحث الثالث اليات وبرامج الانفاق الصحي
- الفصل الثاني: جاء بعنوان الإطار المفاهيمي للخدمات الصحية ويتضمن ثلاث مباحث ، تطرقنا في المبحث الأول الى مفاهيم أساسية حول الخدمات الصحية، والمبحث الثاني الإصلاحات الجديدة في القطاع الصحي و المبحث الثالث مساهمة الانفاق الصحي في تحسين الخدمات الصحية .
- الفصل الثالث: يتضمن دراسة ميدانية أجريت بالمؤسسة العمومية الاستشفائية (حكيم عقبي) بولاية قلمة، بهدف دراسة العلاقة بين الانفاق الصحي و تحسين الخدمات المقدمة.

الفصل الأول

اساسيات حول الانفاق الصحي

تمهيد

صحة المواطن اغلى ما تملكه المجتمعات حيث انها ثروة يجب الحفاظ عليها وصيانتها وبالرغم من أنها لا تقدر بثمن إلا أنها تكلف مالا، وانطلاقا من ذلك فإن المنظومة الفعالة هي التي تلبي الاحتياجات الصحية لمسكان مع مراعاة مبدأ العدالة في المساهمة المالية.

ترتبط الرفاهية الصحية لمجتمع بالدرجة الأولى بمستوى تنظيم وتسيير النظام الصحي من قبل الدولة وبقدرتها على تغطية النفقات الصحية المتزايدة

من خلال هذا الفصل سوف نقوم تسليط الضوء على الاطار النظري للإنفاق الصحي من خلال التطرق الي المباحث التالية:

-عموميات حول الانفاق العام.

-مفاهيم اساسية في الانفاق الصحي.

- اليات و برامج الانفاق الصحي.

المبحث الأول: عموميات حول الإنفاق العام

تعتبر سياسة الإنفاق الحكومي جزءاً هاماً من أجزاء السياسة المالية، وذلك لما لها من تأثير على الطلب الكلي، ومن هنا تظهر لنا أهمية سياسة الإنفاق الحكومي كأداة من أدوات السياسة الاقتصادية التي يمكن استخدامها لتحقيق الاستقرار الاقتصادي الكلي. يعتبر الإنفاق الحكومي من الأدوات الأساسية التي تعتمد عليها الدولة في رسم وتطبيق سياستها الاقتصادية. ومن خلال هذا المبحث سنتعرف على أهم المفاهيم المرتبطة به.

المطلب الأول: مفهوم الإنفاق العام و تطوره في الفكر الاقتصادي

أولاً: مفهوم الإنفاق العام

لقد أصبح الإنفاق العام في الوقت الحالي حيزاً كبيراً و مهماً في مواضيع المالية العامة لذلك تعددت و اختلفت تعاريفه، إذ لا يوجد تعريف محدد للإنفاق العام و قد تطور هذا الأخير مع تطور دور الدولة و من التعريفات الشائعة للإنفاق العام ما يلي:

تعريف 01: "يعبر عن حجم التدخل الحكومي والتكفل بالأعباء العمومية سواء من قبل الحكومة المركزية أو الحكومات المحلية، وهو أحد أوجه السياسة الاقتصادية المعتمدة من قبل الدولة، ويمكن استخدام الإنفاق الحكومي كأحد المعايير لقياس حجم الدولة في النشاط الاقتصادي".¹

تعريف 02: "هي مجموعة من المصروفات التي تقوم الدولة بإنفاقها خلال فترة معينة، بهدف إشباع حاجات عامة معينة للمجتمع الذي تنظمه هذه الدولة".²

تعريف 03: "مبلغ نقدي يدفع بواسطة خزانة عامة لإشباع حاجة عامة، تحددها عناصرها التي تستند إلى كل من: طابعها صفة القائم بها، وهدفها".³

و من التعاريف السابقة يمكن استنتاج التعريف التالي :

¹ وليد عبد الحميد عايب، الآثار الاقتصادية الكلية لسياسة الإنفاق الحكومي، مكتبة حسين العصرية للطباعة والنشر والتوزيع، الطبعة الأولى لبنان، 2010، ص101.

² عبد الغفور إبراهيم أحمد، مبادئ الاقتصاد و المالية العامة، دار زهران للنشر و التوزيع، عمان، الأردن، 2013، ص 230.

³ احمد يونس البطريق، المالية العامة، دار النهضة العربية، بيروت، 1984، ص 173

" النفقات العمومية هي مبالغ نقدية تصدر من الدولة أو شخص معنوي عام قصد تحقيق المصلحة العامة "

و نستخلص من خلال التعاريف أن النفقات العمومية ثلاثة أركان : النفقة العامة مبلغ نقدي ، صدور النفقة العامة من شخص معنوي عام ، تحقيق المنفعة العامة .

1. **النفقة عامة مبلغ نقدي:** حتى نكون أمام نفقة عامة فلا بد أن تتخذ شكلا نقديا حيث تقوم الدولة بدورها في الأنفاق العام باستخدام مبلغ نقدي ثمنا لما تحتاجه من منتجات سلع و خدمات من أجل تسيير المرافق العامة و ثمنا لرؤوس الأموال الإنتاجية التي يحتاجها للقيام بالمشاريع الاستثمارية التي تتولاها و المنح و المساعدات و الإعانات المختلفة و مما لا شك فيه إن استخدام الدولة للنقود هو أمر طبيعي يتماشى مع الوضع القائم في ظل إقتصاد نقدي تقوم به جميع المبادلات و المعاملات و تصبح النقود هي وسيلة الدول للإنفاق شأنها في ذلك شأن الأفراد، و عليه لا تعد نفقة عامة الوسائل غير نقدية التي كانت تتبعها الدولة سابقا و مثال ذلك تسخير الأفراد للعمل دون أجر أو الاستيلاء الإجباري على الأموال

و سلع الخواص دون التعويض أو منح مزايا مثل السكن المجاني و تسليم الألقاب و الأوسمة.¹

2 - **صدور النفقة العامة من شخص معنوي عام:** يجب أن يكون المبلغ النقدي المستخدم في الحصول على السلع و الخدمات قد خرج من ذمة الدولة بموجب أحد الأشخاص القانون العام، و يقصد بالأشخاص العامون هنا هم الهيئات الحكومية سواء كانت محلية أو مركزية، أما على سبيل المثال قيام شخص ببناء مدرسة أو مستشفى و من ثم إهداؤها إلى الدولة، فإن هذا الإنفاق لا يعد إنفاقا عاما لأنه لم يصدر من أحد أشخاص القانون العام.²

3. **تحقيق المنفعة العامة(الغرض من النفقة):** أن يكون الغرض من الإنفاق إشباع حاجة عامة ، فيجب أن تهدف النفقة العامة إلى تحقيق نفع يعود على مجموع المواطنين وليس على الفرد أو افراد بالذات، فإذا استخدمت الدولة بعض المبالغ النقدية لتحقيق مصالح خاصة ذاتية، فلا يمكن اعتبارها نفقة عامة و إنما تعتبر الدولة في هذه الحالة أنها أساءت استعمال مالية الدولة و انحرفت على أهدافها.³

ثانيا : تطور النفقات العامة في الفكر الاقتصادي

¹ عادل فليح العلي، المالية العامة و التشريع الضريبي، دار الحامد للنشر و التوزيع، الأردن، عمان ، الطبعة الاولى ، 2007، ص 51.

² مصطفى الفار، الإدارة المالية، دار أسامة للنشر و التوزيع، الأردن، عمان ، الطبعة الأولى ، 2008، ص51.

³ محمد خصاونة، المالية العامة -النظرية و التطبيق - ،دار المناهج ، عمان ، الأردن ، الطبعة الأولى ،2014، ص 51.

1- النفقات العامة في الفكر الاقتصادي الكلاسيكي: من المعروف ان الفكر الاقتصادي الكلاسيكي يؤمن بفلسفة الاقتصاد الحر و بإمكانية حل مشاكل المجتمع الاقتصادي عن طريق نظام السوق ، ولذا فمن رأيهم ان هذه المشاكل تحل تلقائيا وبدون تدخل من الدولة لان الاقتصاد كنظام طبيعي لا يؤدي التدخل فيه الا الى عرقلته . أهم خصائص الفكر الكلاسيكي حول مفهوم الإنفاق العام كما يلي:

✚ تقييد حجم الإنفاق العام ، أي أن يكون في أضيق نطاقه ومقتصرا على الوظائف الأساسية للدولة.

✚ حياد الإنفاق العام بمعنى عدم وجود أي تأثير له على المجال الاقتصادي والاجتماعي.

✚ أولوية النفقات في التقدير : ينفي التقليديون أي دور للإيرادات العامة في التأثير على الاقتصاد القومي وأن دورها الوحيد يتمثل في تغطية النفقات المحددة مسبقا.

✚ الاهتمام بالتوازن المحاسبي للميزانية العامة ، تساوي جانب الإيرادات العامة مع جانب النفقات العامة.¹

خالصة القول ان الانفاق العام و ان كان نقطة البدء في الحياة المالية للدولة إلا أنه غير منتج اقتصاديا و ان تمويله يمثل عبئا ينبغي توزيعه على المواطنين و تحقيق أكبر مستويات من الرفاهية الاقتصادية لأفراد المجتمع.²

2. النفقات العامة في الفكر الكينزي : تحول بعد ذلك الفكر الاقتصادي من أزمة الكساد الكبير في الثلاثينيات من هذا القرن تحولا كبيرا بعدما اثبتت الدراسات فشل النظام الاقتصادي الحر في حل أزمة الكساد، و لم تفلح التلقائية المفترضة في النظام الرأسمالي في الاسعار والاجور في القضاء على الكساد و تطلب الأمر حينئذ تدخل قوي من جانب الدولة ، و اتسع دور الدولة في الحياة الاقتصادية لأفرادها توسعا كبيرا و تغيرت النظرة الى النفقات العامة تغيرا جذريا فقد تزايد الاهتمام بها ليس فقط من حيث الحجم وإنما أيضا من حيث مكوناتها و أهدافها و معايير تحديدها و نوعيتها بما يؤدي إلى تحسين مستويات الرفاهية.

وفي ظل هذا الفكر لم تعد النفقة العامة غير منتجة بالضرورة بل أصبحت جزءا مهما من الطلب الكلي في المجتمع يمكن استخدامها في زيادة الطلب الكلي في أوقات الركود مما يساعد في القضاء على مشاكل الاقتصاد الكلي (البطالة ، انخفاض مستويات الانتاج القومي) وقد نجحت هذه السياسة الاقتصادية في القضاء على مشكل البطالة

¹ بن عزة محمد، ترشيد سياسة الانفاق العام بإتباع منهج الانضباط بالأهداف، مذكرة ماجستير، تخصص العلوم الاقتصادية، جامعة تلمسان، الجزائر، 2009-2010، ص3.

² المرسي السيد حجازي، مبادئ الاقتصاد العام(النفقات والقروض العامة)، الكتاب الاول، الدار الجامعية، 2000، ص:35-36.

إبان الثلاثينات وظهرت فكرة التفاؤل حول مستقبل الاعمال الخاصة ويدور على أزمة الكساد الكبير 1833-1829.

أصبح هذا الفكر يضرب بالأفكار الكلاسيكية حول الانفاق العام عرض الحائط فليست "أفضل النفقات اقلها حجماً"، و إنما يتوقف الامر على الاثار الاقتصادية التي يمكن ان تترتب على هذا الانفاق، وعلى هذا فينبغي رفع مستوى هذا الانفاق العام أوقات الركود الاقتصادي، كما ينبغي ان تنخفض مستوياته في أوقات التضخم .

كما لم تعد "النفقات العامة محايدة" كما هو الحال في الفكر الكلاسيكي فالنفقات العامة تؤثر على الانتاج والاستهلاك والتوزيع وتعديل من مراكز الطبقات الاجتماعية المختلفة.

خلاصة القول " ان النفقات العامة في الفكر الكينزي ليست محايدة وإنما تساعد في إعادة توزيع الدخل والثروة في المجتمع، بما يترتب من ذلك من تأثير واضح على مستوى الطلب الكلي ، و لذا يمكن استخدام هذه النفقات في تحقيق اهداف المجتمع.

3. النفقات العامة في الفكر الاقتصادي المعاصر: اما الفكر الاقتصادي المعاصر فإن الانفاق العام قد تزايد بصورة واضحة في الدول النامية بدءاً من حقبة الستينات من هذا القرن خصوصاً في المرافق العامة و على المشروعات الانتاجية العامة.

توضح تقارير الامم المتحدة للتنمية الاقتصادية ان بلدان الشرق الاوسط وشمال إفريقيا تعد في المتوسط أكبر الحكومات المركزية في العالم النامي و يعكس ذلك جزئياً اهمية القطاع العام في هذه الدول كما يعكس جزئياً أيضاً الانفاق العسكري الكبير في هذه الدول الاقليمية، كما اثبت دراسات على وجود عالقة سالبة بين الانفاق العسكري و الانفاق على التنمية الاجتماعية بما فيه التعليم و الصحة، كما ان الانفاق على الدفاع يعد بالنسبة للدول النامية عنصراً هاماً في فاتورة الواردات لتلك الدول مما يزيد من مشاكل ميزان المدفوعات و من عبء الديون الخارجية.

وتوضح تلك التقارير ايضاً ان زيادة النمو النفقات العامة على نمو الإيرادات العامة قد ادى الى تحقيق عجز مالي في البلدان النامية و في البلدان الصناعية على السواء.

نتيجة لذلك هذه النتائج تحول الفكر الاقتصادي نحو ترشيد هذه النفقات العامة من خلال تخلي الدول عن كثير من المشروعات العامة التي تهدف اساساً الى تحقيق الربح عن طريق تكلفة رسوم استخدام المرافق العامة لتعكس

الجانب الاكبر من تكاليفها الحقيقية كالكهرباء والماء، كما نجحت عدة دول و خاصة بريطانيا في تخصيص بعض وحدات القطاع العام بها، و ترتب على ذلك النجاح انخفاض اعباء الموازنة العامة، كما نجحت هذه المشروعات العامة بعد تحويلها الى القطاع الخاص في تحقيق معدلات أعلى من الارباح، وذلك لارتفاع إنتاجية العاملين بها بعد ان تزايدت حوافز العمل و الإنتاج و قد أصبح العاملين بتلك المؤسسات العامة يمتلكون نصيبا هاما من رأس مالها.

خالصة القول أن الفكر المعاصر في مجال النفقات العامة اقترب من الفكر الكلاسيكي و بدا التركيز على الحاضر الخاص في المجال الاقتصادي دون ان يقلل هذا الفكر من اهمية القطاع الحكومي في إشباع الحاجات العامة، و هي الحاجات التي لا يستطيع المشروع الخاص اشباعها الفراد المجتمع او لا يستطيع ان يوفرها بصورة مثلى اجتماعيا و أكد الفكر المعاصر على ضرورة مراعاة منافع وتكاليف الانشطة العامة مما يؤدي الى زيادة رفاهية افراد المجتمع.¹

المطلب الثاني: تقسيمات الإنفاق العام و قواعده

اولا: تقسيمات الانفاق العام

يمكن تقسيم الإنفاق العام إلى عدة أقسام تبعا للغرض الذي يراد الوصول إليه من خلال هذا التقسيم و بالشكل الذي يتماشى مع المتطلبات العلمية التي يحققها. و التي تتأثر بدرجة أو أخرى بطبيعة النظام السائد في الدول، و درجة تطورها و ظروفها و أوضاعها و مواردها و إمكانياتها و احتياجاتها، بحيث يتم الاستناد إلى أسس معينة في هذا التقسيم للإنفاق العام، و من أهم أقسام الإنفاق العام ما يلي :

1- تقسيم النفقات العامة حسب أهدافها المباشرة : تنقسم النفقات العامة تبعا للهدف المسطر لها لبلوغه أو كما

اعتاد تسميتها " بالتقسيم الوظيفي " أي تبعا لاختلاف وظائف الدولة ، إلى ثلاث نفقات أساسية هي:²

1.1 نفقات إدارية: يقصد بها النفقات المرتبطة بسير المصالح العامة و الضرورية لأداء الدولة لوظائفها. وتضم هذه النفقات، نفقات الدفاع والأمن والعدالة و الأقسام السياسية و هي نفقات الحاجات العامة في الميادين التقليدية اللازمة لحماية الأفراد داخليا و خارجيا و إحلال العدالة و تنظيم الأمور السياسية لهم.

2.1 نفقات اجتماعية: هي النفقات التي تتعلق بالأهداف و الأغراض الاجتماعية و المتمثلة في الحاجات العامة

التي تشبع الجانب الاجتماعي للمواطنين، و هذا عن طريق توفير أسباب و إمكانيات التعليم و الصحة لهم أو إسناد

¹ المرسي سيد الحجازي، مرجع سابق ذكره، ص 36.

² محرز محمد عباس، اقتصاديات المالية العامة، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، الطبعة السادسة، 2015، ص: 70-71.

الفئات التي توجد في ظروف صعبة (إعانة الفئات المحرومة محدودة الدخل، منح الخ...)، وتشتمل هذه النفقات على مبالغ مالية موجهة نحو قطاعات التعليم، الصحة، النقل و السكن.

3.1 نفقات اقتصادية: هي تلك النفقات التي تقوم بصرفها الدولة لتحقيق أهداف اقتصادية بصورة أساسية.

ويسمى هذا النوع من النفقات بالنفقات الاستثمارية، حيث تعمل الدولة على زيادة الإنتاج الوطني و تراكم رؤوس الأموال.

ويكتسي هذا النوع من النفقات أهمية كبيرة في الدول النامية، و يرجع ذلك إلى أن الدولة تقوم بنفسها بعمليات إنشاء رؤوس الأموال نظرا لكونها تحتاج إلى نفقات كبيرة من جهة، و لأنها لا تحقق عائدا مباشرا، من جهة أخرى.

2- تقسيم الإنفاق العام من حيث طبيعتها المالية: تقسم النفقات العامة من حيث طبيعتها المالية إلى: ¹

1-2 النفقات العامة النهائية: وهي التي تقوم الدولة بإنفاقها بصورة نهائية حاسمة دون أن تتوقع أن تعود إليها مرة أخرى بذاتها.

2-2 النفقات العامة المؤقتة: هي التي تخرج من خزانة الدولة مع توقع استردادها مرة أخرى، فالدولة تؤديها بصورة مؤقتة.

3-2 النفقات الاحتمالية (افتراضية): هي النفقات التي تحتاج الدولة في بعض الظروف، ومن ثم نستطيع كل دولة أن تحدد مقدارها و بصورة احتمالية، وهذه النفقات لا تقوم الدولة بإنفاقها إلا إذا طرأت ظروف معينة تستلزم ضرورة إنفاقها.

3- تقسيم الإنفاق العام من حيث دورته: تقسم النفقات العامة من حيث تكرارها الدوري إلى نوعين رئيسيين هما: ²

1-3 النفقات العادية: ويقصد بها تلك النفقات التي يتكرر صرفها دوريا وبشكل منتظم سنويا، دون أن يعني هذا الإنظام و التكرار ثبات مقدار النفقة أو تكرارها بنفس الحجم ذاته ومثالها الرواتب و الأجور، نفقات الصيانة، ويلزم لتغطيتها الإيرادات العامة العادية من أملاك الدولة، الضرائب والرسوم.

¹ سوزي عدلي ناشد، اساسيات المالية العامة، منشورات الحلبي الحقوقية، بيروت، لبنان، الطبعة الاولى، 2009 ص 48.

² خالد شحادة الخطيب و احمد زهير شامية، أسس المالية العامة، دار وائل، عمان، الأردن، الطبعة الثالثة، 2007، ص:114.

3-2 النفقات في العادية: يعني بها تلك النفقات العامة التي لا تتكرر بإنظام ولا تتميز بالدورية، فهي تحدث على فترات متباعدة وبصورة غير منتظمة ومثالها، النفقات الاستثمارية الضخمة ، نفقات الحروب و النفقات اللازمة لمواجهة الكوارث الطبيعية، ويتم تمويلها من الإيرادات العامة غير العادية كالقروض والإصدار النقدي.

4- تقسيم النفقات العامة من حيث استخدام القوة الشرائية: تقسم النفقات العامة من حيث معيار استخدام القوة الشرائية أو نقلها و مدى تأثيرها على توزيع الدخل القومي، إلى ما يلي:¹

4-1 النفقات الحقيقية: هي النفقات التي تشمل على جميع النفقات التي تؤدي بصفة مباشرة إلى زيادة الناتج القومي وهي نفقات التعليمية والصحة ونفقات المشروعات الإنتاجية ويكمن أثرها على الدخل القومي في كون أن هذه النفقات تخلق زيادة في الطلب الفعال من جانب الدولة تؤثر على حجم الناتج كما ونوعا .

4-2 النفقات التحويلية: هي النفقات التي من شأنها نقل القوة الشرائية من فئة اجتماعية لأخرى دون أن تزيد في الدخل القومي، و تتم عادة دون أي مقابل و الهدف الأساسي منها هو إعادة توزيع الدخل و تقليل التفاوت الاجتماعي.

5- تقسيم النفقات العامة من حيث نطاق سريانها: تقسم النفقات العامة من حيث نطاق سريانها و مدى إسفاده الأفراد منها كالتالي :

5-1 النفقات الوطنية أو المركزية : هي تلك النفقات التي تُخدم جميع مرافق الدولة و جميع مواطنيها بغض النظر عن مكان سكانهم و يتولى عملية الانفاق وزارات و هيئات و مؤسسات الدولة ، و يتحمل اعباء هذه النفقة الموازنة العامة للدولة حيث ترد في موازنتها العامة.²

5-2 النفقات اقليمية أو الإقليمية: هي النفقات التي تقوم بها الولايات أو مجالس الحكم المحلي، كمجلس المحافظات و المدن و القرى و التي ترد في ميزانية هذه الهيئات.³

6- تقسيم النفقات العامة حسب التشريع الجزائري: تقسم النفقات العامة حسب التشريع الجزائري إلى نفقات التسيير و نفقات التجهيز (الاستثمار)

1 محمود حسن الوادي، مبادئ المالية العامة، دار المسيرة، عمان، الأردن، الطبعة الأولى، 2007، ص: 119.

2 طارق الحاج، المالية العامة، دار الصفاء للنشر و التوزيع، عمان، 1999، ص: 25.

3 عادل أحمد حشيش ، أساسيات المالية العامة، دار النهضة العربية، بيروت، لبنان، 1992، ص: 71.

6-1 نفقات التسيير: هي تلك النفقات الضرورية لسير أجهزة الدولة الإدارية والمتكونة أساساً من أجور الموظفين مصاريف صيانة البنايات الحكومية، معدات المكاتب... إلخ، فهذا النوع من النفقات موجه أساساً لإمداد هيكل الدولة بما تحتاجه من أموال حتى تتمكن من تسيير دواليب المجتمع على مختلف أوجهه، حيث توزع حسب الدوائر الوزارية في الميزانية العامة.¹ و تجمع نفقات التسيير إلى أربعة أبواب هي:²

➤ أعباء الدين العمومي و النفقات المحسومة من الإيرادات.

➤ تخصيصات السلطات العمومية.

➤ النفقات المختصة بوسائل المصالح.

➤ التدخلات العمومية .

6.2 نفقات التجهيز: تجمع نفقات التجهيز في ثلاث أبواب و هي الاستثمارات المنفذة من طرف الدولة إضافة إلى إعانات الاستثمار الممنوحة من قبل الدولة و كذلك النفقات الأخرى بالرأسمال، و توزع الاعتمادات المفتوحة المتعلقة بهذه الأبواب بين القطاعات بموجب قانون المالية و وفقاً للمخطط الإنمائي السنوي.³

ثانياً: قواعد الإنفاق العام

أولاً: قواعد الإنفاق العام

1. قاعدة المنفعة: تعني أن النفقة العامة يجب أن تهدف إلى تحقيق أكبر قدر ممكن من المنافع، وبأقل قدر ممكن من التكاليف. ومن أجل تحقيق هذه القاعدة فإن على الدولة أن تسعى لتوجيه نفقاتها نحو تحقيق إشباع الحاجات العامة. الأمر الذي يتطلب دراسة متطلبات الإقتصاد والمجتمع، ومقدار الحاجة إلى مختلف المشاريع، وأن تفاضل بينها وفق جدول للأولويات، يعتمد على طبيعة المشكلات التي تواجهها الإقتصاد القومي و توجيه نفقاتها إلى كل من هذه المشاريع وفق ما يحققه كل منها من منافع جماعية.⁴

¹ محزري محمد عباس، مرجع سابق ذكره، ص 66.

² قانون 17/84 المؤرخ في 08 شوال 1404 الموافق ل 07 يوليو 1984 المتعلق بقوانين المالية، المادة 24.

³ نفس المرجع، المادة 35-36.

⁴ أحمد الجبير، المالية العامة و التشريع الضريبي، الأفق المشرقة للنشر والتوزيع، عمان ، الأردن، الطبعة الأولى، 2011، ص: 183.

2- قاعدة الاقتصاد في النفقات : ضمن قاعدة الإقتصاد بوصفها إحدى قواعد الإنفاق العام الإبتعاد عن التبذير و الإسراف في الإنفاق فيما لا مبرر له، و من الطبيعي أن هذه القاعدة لازمة للقاعدة الأولى فتحقيق أقصى منفعة ممكنة يجب أن يتم بأقل كلفة ممكنة ، و بعبارة أخرى تحقق أكبر عائد بأقل نفقة ممكنة.

وإذا كان الإقتصاد في الإنفاق لا يعني الحد منه أو التقليل منه إذا قامت الدواعي الجدية التي تبرره، فعن التبذير أو الإسراف و هو يندرج تحت وصف التسبب المالي يؤدي في حالة وقوعه إلى ضياع أموال عامة ، و لأن تبذير الأموال العمومية يؤدي غلاء الغش الضريبي أو حتى رفض دفع الضريبة، كان من الممكن توجيهها إلى أوجه أخرى تكون الفائدة المتحققة منها أكبر و إحدى. و فضلا عن ذلك فإنه يضعف من الثقة العامة في مالية الدولة و يعطي للمكلفين بدفع الضريبة مبررا للتهرب من دفعها.¹

3- قاعدة الترخيص: تعني هذه القاعدة هو عدم جواز الصرف و الارتباط بالصرف إلا بعد الحصول على الإذن من الجهة المختصة سواء السلطة التشريعية كما هو الحال في عموما لموازنة العامة او الجهات الادارية المخولة قانونيا بالصرف و الرقابة على الانفاق العام يمكن ان تمارسها ثلاث جهات و هي الادارة، البيئات السياسية و جهات اخرى مستقلة و متخصصة.²

المطلب الثالث : العوامل المحددة لحجم النفقات العامة

يثير هذا الموضوع مشكلة على جانب كبير من الاهمية تتمثل في تحديد النسبة التي ستقطع لتوجيهها إلى الإنفاق العام بحيث لا يجوز للدولة أن تتخطاها و بتعبير آخر هل هناك حدود لا يجوز تجاوزها بأي شكل من الأشكال عند تحديد النفقات العامة ؟ و هل هناك حجم أمثل له ؟

لقد استقر الفكر التقليدي لفترة من الزمن على تحديد نسبة معينة (10 ، 15 بالمئة) من الدخل القومي توجه للإنفاق العام و لا يجوز تجاوزها.

¹ عادل فليح العلي، مالية الدولة، دار زهران للنشر والتوزيع ، عمان، الأردن، 2008، ص: 100-101.

² عادل فليح العلي، مرجع سابق ذكره، ص 54.

وحقيقة الامر أن هذا الفكر أصبح غير ذي جدوى في الوقت الحالي نظرا لجمود هذا الرأي من جهة و تجاهله لعدد من الظروف المذهبية الاقتصادية و المالية التي تميز الاقتصاد القومي لدولة معينة و التي قد تختلف من فترة لأخرى في الدولة ذاتها من جهة أخرى.

1. العوامل المذهبية: اذا كان سائد في دولة ما الايديولوجية الفردية عن حجم النفقات العامة و تنوعها يقل بالنسبة إلى الدخل القومي و تبرير ذلك أن دور الدولة في ظل هذه الايديولوجية ، يقتصر على قيامها بوظائفها التقليدية و بالأنشطة التي يعرف عنها النشاط الخاص (الدولة الحارسة) أما ما عدا ذلك من أنشطة فمتروك لحرية الأفراد.

أما في ظل الإيديولوجية التداخلية يتمثل دور الدولة في التدخل في العديد من الأنشطة الاقتصادية التي كان من الممكن أن يقوم بها النشاط الخاص كالأستغلال بعض المشروعات الإنتاجية و محاربة الأثار الضارة للدورات الاقتصادية و العمل على ثبات قيمة النقود و تقديم الخدمات المجانية... إلخ ، و يترتب على ذلك زيادة حجم النفقات العامة لمواجهة الزيادة في الأنشطة التي تقوم بها الدولة بالإضافة إلى زيادة تنوعها و أخيرا في ظل الإيديولوجية الجماعية ، حيث تقوم الدولة بمعظم الأنشطة الاقتصادية و تملك الجماعة الأدوات الإنتاج بالإضافة لقيامها بدورها التقليدي فإن حجم النفقات العامة يزيد بشكل كبير و ترتفع نسبتها إلى الحد الذي تكاد تتطابق فيه مع الدخل القومي ذاته . و تتعدد أنواع النفقات بقدر حاجات الأفراد بالإضافة على حاجات الدولة ذاتها، و تظهر هذه الإيديولوجية في ظل الدولة المنتجة أي ذا النمط الإشتراكي.¹

2- العوامل الاقتصادية الخاصة بمستوى النشاط الاقتصادي العام في الدولة :

تؤثر العوامل و الظروف الاقتصادية التي يمر بها الاقتصاد القومي في حجم النفقات العامة وحدودها حيث أن هناك علاقة حتمية بين النفقات العامة وبين المستوى العام للنشاط الاقتصادي الذي يظهر من خلال حالة العمالة و الدخل القومي و المستوى العام للأسعار و مدى تأثير كل منها بمستوى الطلب الفعلي فالإنفاق العام أصبح الآن من أهم الوسائل التي تستخدم في احاث التوازن الاقتصادي و الاجتماعي و في التأثير على حجم الإنفاق العام بالقدر الذي يحقق الاستقرار الاقتصادي القائم على توازن الانتاج مع الطلب الكلي الاستهلاكي و الاستثماري. و يظهر جليا في إقتصاد الدول الرأسمالية ففي الكساد تزداد النفقات العامة و ذلك لخلق زيادة في الطلب الكلي الفعلي و الوصول بالاقتصاد إلى مستوى العمالة الكاملة، و يحدث العكس في أوقات الرخاء حيث تقل النفقات

¹ عادل أحمد حشيش ، مرجع سابق ذكره ، ص 87.

العامة لتجنب الارتفاع التضخمي في الاسعار و تدهور قيمة النقود نظرا لوصول الاقتصاد القومي إلى مستوى العمالة الكاملة بينما في ظل اقتصاديات الدول النامية التي تتصف بعد مرونة الجهاز الانتاجي بسبب عدم استجابة بعض عوامل الانتاج للزيادة في الطلب، يتحتم الا تزيد النفقات العامة عن حد معين ، و الا يترتب على ذلك بدء ظهور إرتفاع تضخمي في الاسعار و تدهور قيمة النقود. ويظهر هذا الارتفاع و التدهور حتى قبل وصول الاقتصاد إلى مرحلة العمالة الكاملة بالنسبة لبعض العناصر الانتاج كالعامل غير الفني و المواد الطبيعية المتاحة مما يعرض اقتصاديات هذه الدول للخطر و بالتالي الانفاق العام و حدوده و تستهدف في الدول المتقدمة و المتخلفة تطبيق سياسة مالية اقتصادية معينة كل حسب تقدمها.¹

3- العوامل المالية : فيقصد إن النفقات العامة لا بد ان ترتبط بقدرة الدولة على توفير الإيرادات العامة الكافية لتغطية هذه النفقات، و على الرغم من مرونة موارد الدولة و قابليتها للزيادة الا ان هذا لا يتم بصورة مختلفة بل يخضع لحدود معينة و إلا كانت النتائج الاقتصادية بالغة الخطورة ، فزيادة الضرائب (كمصدر هام للإيرادات العامة) يخضع لدراسات واسعة من جهة إضافة إلى ما يحتاج إليه من فترة زمنية يتقبل فيها المكلفون بها.

هذه الزيادة من جهة أخرى و الا ترتب على ذلك اثار سلبية في غاية الخطورة (التهرب الضريبي) على مختلف النشاط الاقتصادي ، كذلك الحال بالنسبة لمصادر الإيرادات الأخرى كالإصدار النقدي و القروض.²

المبحث الثاني: مفاهيم أساسية في الإنفاق الصحي:

يعتبر الانفاق الصحي عنصر اساسي في الحفاظ وتعزيز الصحة الافراد المجتمع حيث يهدف الى تمكين الافراد من الاستفادة و الحصول على الرعاية اللازمة دون التعرض الى اي مخاطر او صعوبات

المطلب الاول: ماهية الانفاق الصحي

اولا: مفهوم الانفاق الصحي:

¹ محمد عباس محرز، مرجع سابق ذكره، ص103.

² نوزاد عبد الرحمن الهيثمي، منجد عبد اللطيف الخشاني، المدخل الحديث في اقتصاديات المالية العامة ، دار المناهج للنشر والتوزيع، الطبعة الاولى، 2006، ص:50-53.

التعريف الأول: هي عبارة عن اجمالي النفقات المخصصة لعمليتي الاستثمار و التسيير، و التي تساهم في تنفيذ سياسة الدولة الصحية حيث نجد ان الجزء الكبير من هذه النفقات تتحملها الدولة و الضمان الاجتماعي، و الجزء الاخر تتحمله الجماعات المحلية و المؤسسات.¹

التعريف الثاني: اما LEVY يرى أن "النفقة الحقيقية للصحة مرتبطة بسلوك المرضى، مقدمي الخدمات العلاجية و موارد تمويل النظام الصحي.²

التعريف الثالث: هي مجموع الأموال التي يتم إنفاقها على الرعاية الصحية ويتم ذلك على مستوى مختلف المؤسسات الصحة (مستشفيات، عيادات خاصة، أدوية)....وتتنوع بين نفقات صحية عامة ونفقات صحية خاصة بهدف رفع المستوى الصحي للأفراد.

- النفقة الصحية العامة: هي المبالغ المالية المنفقة من طرف السلطات العمومية أو الجماعات المحلية من أجل تقديم خدمات علاجية أو وقائية لأفراد المجتمع.

- النفقة الصحية الخاصة: مدفوعات من قبل الأفراد مقابل الخدمات الصحية المقدمة من المؤسسات غير الحكومية.³ و يمكن تلخيص النفقة الوطنية الصحية في شكل معادلة على النحو التالي:⁴

النفقة الوطنية الصحية = نفقات القطاع العمومي + نفقات القطاع الخاص

ثانيا: تطور النفقات الصحية في الجزائر:

يحتل الضمان الاجتماعي في الجزائر، مكانة رائدة في سياسة البلاد، كوسيلة للتقدم الاجتماعي. حيث يهدف إلى تجسيد مبدأ الحق في الصحة للجميع، و يساهم في ترقيتها من خلال نشاطه الاجتماعي الصحي. غير أن استدامة

¹ سنوني علي، تسيير الخدمات الصحية في ظل الاصلاحات الاقتصادية في الجزائر افاق 2010، اطروحة دكتوراه في علوم التسيير، جامعة الجزائر 03، 2010، ص:155.

² خلاصي عبد الإله، العلاقة بين النفقات الصحية ومصادر التمويل في الجزائر دراسة تحليلية قياسية للفترة (2018/1990)، اطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه طور الثالث في العلوم الاقتصادية، تخصص اقتصاد مالية عامة، جامعة تلمسان، 2019-2020، ص:38.

³ رزي نور الهدى، كلاش مريم، دور النفقات الصحية في تحقيق التنمية الصحية المستدامة في الجزائر للفترة 2018/2000 بالمقارنة مع تونس والمغرب - دراسة تحليلية-، المجلة الجزائرية للمالية العامة، المجلد 10، ص:55.

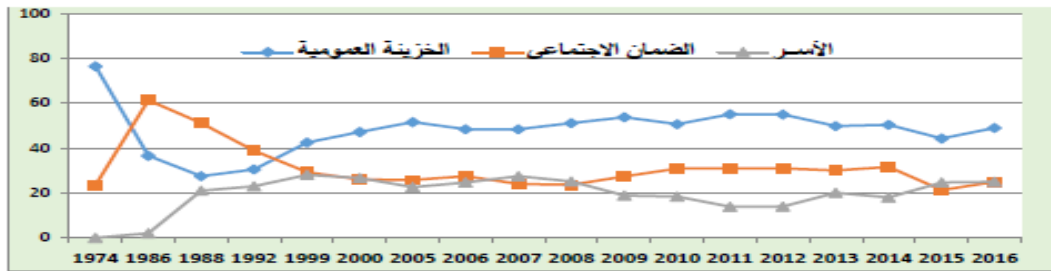
⁴ سنوني علي، اليات التحكم في الانفاق الصحي في الجزائر، مجلة معهد العلوم الاقتصادية (مجلة علوم الاقتصاد و التسيير و التجارة)، جامعة الجزائر3، المجلد 14، العدد2ص:112.

هذا النشاط، يتطلب ضبط التدفقات المالية و التحكم في التكاليف. ولهذا يجب استخدام الموارد المخصصة للرعاية الصحية، بالطريقة الأكثر فاعلية وضرورة ترشيد النفقات الصحية، التي أصبحت تهدد التوازنات المالية لصناديق الضمان الاجتماعي، بسبب تطور الحاجيات الصحية للسكان وارتفاع الطلب على العلاج الناجم عن التحول الصحي الجاري الذي أصبح يمثل عبئا ثقيلا، على الأطراف المعنية بتمويل الصحة في الجزائر.

1- مصادر تمويل الصحة في الجزائر:

إن تمويل المنظومة الصحية في الجزائر، تتكفل به ثلاث جهات رئيسية: الدولة، التي تسهر على تحقيق العدالة الاجتماعية، و ترقية الرعاية الوقائية و العلاجية، من أجل تحسين الوضع الصحي للسكان. الضمان الاجتماعي، الذي يعمل من خلال صناديقه (CNAS, CASNOS...) على ضمان وظيفة إعادة توزيع الدخل، والحد من عدم الاستقرار وعدم الأمن، والأسر التي أصبحت تتكفل بنسبة كبيرة من النفقات الصحية. بالإضافة إلى مساهمة ثانوية للتأمين الخاص و التعاضديات. ومنه فإن التمويل الصحي الوطني، يتميز بنموذج التمويل المختلط، الذي يستمد موارده من الضرائب الوطنية من جهة، و من الاشتراكات الاجتماعية من جهة أخرى. وتختلف نسبة المساهمة في هذا التمويل، حسب الحالة الاقتصادية للبلاد. ومن خلال الجدول الموالي، سنوضح تطور مصادر تمويل الصحة.¹

الشكل (1): تطور مصادر تمويل الصحة في الجزائر من إجمالي النفقات الصحية (%) (1974-2016)



المصدر: علي سايح جبور، النفقات الصحية في الجزائر ورهانات تمويلها، مجلة افاق للبحوث

الدراسات، جامعة بن خدة يوسف، الجزائر 01، العدد 02، 2020، ص 132

1 مفيدة فرطاي، النفقات الصحية و تحديات التمويل في الجزائر في ظل التحول الصحي الجاري، الملتقى الوطني الاول حول "الصحة و تحسين الخدمات الصحية في الجزائر بين اشكاليات التسيير و رهانات التمويل"، يومي 10 و 11 افريل 2018، جامعة 8ماي 1945-قلمة-، ص:3.

لقد تغيرت مساهمة مختلف موارد تمويل المنظومة الصحية الوطنية، بشكل ملموس في الثمانينات، أين تراجعت مساهمة الدولة على حساب الضمان الاجتماعي في المرحلة الأولى، ثم بعد ذلك على حساب الأسر، التي أصبحت مجبرة على دفع حصة مرتفعة بشكل متزايد، من مصاريف رعايتها الصحية. و هذا يطرح مشكل الانصاف و المساواة في الحصول على العلاج في الجزائر.

حيث يتضح من الشكل السابق، أن خلال سنوات السبعينات، حصة نفقات الضمان الاجتماعي في مجموع نفقات الصحة، كانت ضعيفة (23,49 %). و يعود هذا إلى المكانة التي كانت تحتلها الدولة في التمويل، بسبب الفوائض المالية لتلك الفترة، والتي سمحت بتغطية نسبة معتبرة من النفقات الصحية (76,5 %). غير أن حصة الضمان الاجتماعي ارتفعت مع مرور السنين، بسبب الأزمة التي عرفتتها البلاد، حيث أخذ هذا النظام دوره كعمول رئيسي بدل الدولة.

انطلاقا من سنة 2000 نلاحظ تراجع حصة الضمان الاجتماعي و عودة ارتفاع حصة الدولة في تمويل مجموع النفقات الصحية، و هذا نتيجة ارتفاع ميزانيتها، بفضل عائدات المحروقات.

أما بالنسبة للأسر فبعد أن كانت لا تساهم أبدا في تكاليف العلاج، بفضل الطب المجاني (1974)، بدأت حصتها تتصاعد تدريجيا إلى غاية بلوغها أعلى نسبة (29,33 %) في 1999 . وهذا يعود إلى انسحاب الدولة من القطاعات الاجتماعية، بسبب الأزمة الاقتصادية لسنوات 1986 وتطبيق برامج التعديل الهيكلي. حيث أصبح المرضى يلجؤون بشكل كبير إلى القطاع الخاص، أين التكاليف في جزئها الأكبر على عاتق المريض. وخاصة أن الدفع المباشر للأسر في القطاع الحر، يعتبر مرتفعا جدا في الجزائر. وظلت هذه النسبة مرتفعة إلى منتصف الألفية أين مثلت ربع مجموع النفقات (26,02 %).

بعد 2005 بدأت مساهمات الأسر في الإنخفاض، بينما حصة الدولة أصبحت تتزايد باستمرار، وهذا يعود إلى الوضع المالي المريح، الذي عرفه الاقتصاد الجزائري في تلك الفترة بفضل ارتفاع أسعار البترول خاصة في 2008 أين تجاوزت لأول مرة 100 دولار للبرميل.

ولكن ما تجدر الإشارة إليه، هو عودة ارتفاع مساهمات الأسر من جديد. حيث قدرت بـ 24,7 % في 2012 وارتفعت إلى 25 % في 2014. وما يلفت الانتباه هو تساوي هذه الأخيرة مع تلك الخاصة بالضمان الاجتماعي عند 25 % مقابل 49 % بالنسبة للخزينة العمومية في سنة 2014. و هذا راجع إلى اللجوء

الكبير إلى القطاع الخاص ذو الأسعار العالية جدا، و ذلك بسبب تدني خدمات القطاع العمومي والنقص الفادح في الأخصائيين. وخاصة أنه لا يتم تعويض تكاليف القطاع الخاص إلا بنسب ضعيفة جدا . وهذا بسبب الفوارق المعتبرة بين أسعار الخدمات الصحية المدفوعة والمبالغ المعوضة من الضمان الاجتماعي. حيث أسعار التعويض المطبقة من طرف صناديق التأمين على المرض، و التي تعود إلى سنة 1987، لم تعد تعكس التكاليف الحقيقية المدفوعة من قبل الأسر.

وهناك عوامل أخرى ساهمت كذلك في إثقال النفقات الخاصة، ومنها المبالغ غير المعوضة والتطبيب الذاتي.

إن تراجع أسعار المحروقات في الفترة الأخيرة، سيؤزم الوضع أكثر، لأن الدولة ستضطر إلى تخفيض الموارد الموجهة للصحة، وستتحمل الأسر أعباء إضافية أخرى، قد تؤدي بها إلى الفقر والتقليل من فرص الحصول على الخدمات الصحية. وهذا سيطرح من جديد إشكالية المساواة في الحصول على العلاج. لأنه ليس لكل الأسر الإمكانيات اللازمة، لطلب الخدمات الصحية التي يقدمها القطاع الخاص، بسبب ارتفاع تكاليفها وانخفاض معدلات تعويضها.

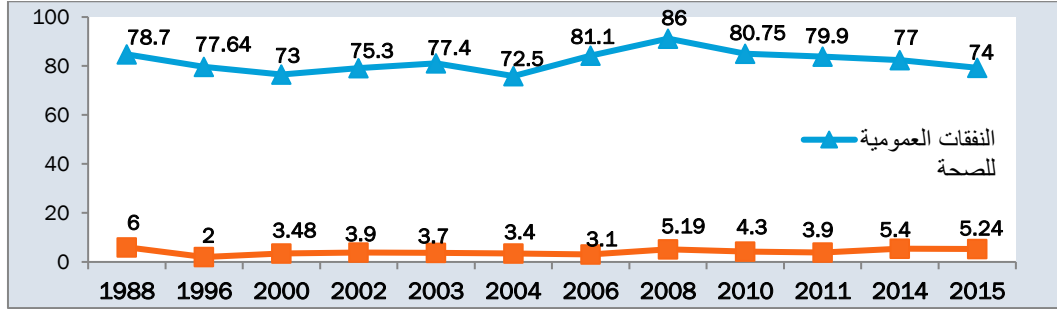
هذا و حسب العديد من المصادر و منها البنك العالمي، فإن نسبة مساهمة الأسر الجزائرية في النفقات الصحية حاليا تتراوح بين 25 % و 28 %، بينما توصى منظمة الصحة العالمية والبنك العالمي، فقط بنسبة 10 % ولم تقدر هذه النسبة في فرنسا في 2013 سوى بـ 9,5 % . وهذا يؤكد أن هناك خطر كبير، لإشتداد عدم المساواة في الحصول على الرعاية الصحية في بلادنا. حيث الدفع المباشر يمثل غالبا نفقات كارثية، تدفع بالأسر إلى الفقر. فحسب المنظمة الصحية العالمية، فإن كل عام حوالي 150 مليون شخص في العالم، يواجهون نفقات صحية كارثية، بسبب الدفع المباشر و100 مليون شخص منهم، ينزلون إلى تحت خط الفقر.¹

2- تطور الإنفاق على الصحة في الجزائر:

إن المؤشرات الاقتصادية مثل النمو الاقتصادي، إجمالي الدين الحكومي و البطالة، عوامل مهمة لتحديد نمو الانفاق على الرعاية الصحية، بسبب أثرها المباشر أو غير المباشر على بعض العوامل الرئيسية الدافعة لذلك الانفاق. حيث حدوث تباطؤ في النمو الاقتصادي وارتفاع البطالة يؤدي إلى خفض نمو الإنفاق على الرعاية الصحية.

¹ علي سايب جبور، النفقات الصحية في الجزائر ورهانات تمويلها، مجلة افاق للبحوث و الدراسات، جامعة بن خدة يوسف، الجزائر 01،

الشكل (2): تطور حصة النفقات الصحية العمومية وكنسبة من الـ PIB في الجزائر(%) بين 1988- 2015



المصدر: مفيدة فرطقي، النفقات الصحية و تحديات التمويل في الجزائر في ظل التحول الصحي الجاري، الملتقى الوطني الاول حول "الصحة و تحسين الخدمات الصحية في الجزائر بين اشكاليات التسيير و رهانات التمويل"، يومي 10 و11 افريل 2018، جامعة 8 ماي 1945-قلمة-، ص:5

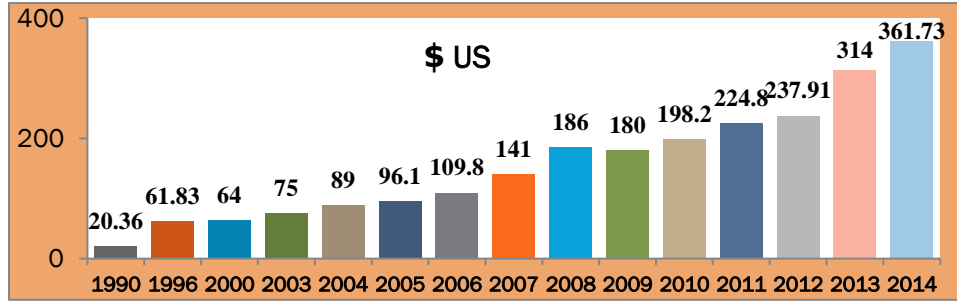
نلاحظ من خلال الجدول أن حصة النفقات الصحية من الناتج الداخلي الخام، قدرت بـ 6 % في 1988، وهذا يعود إلى الوضع المالي المريح الذي عرفته البلاد في تلك الفترة. و لكن بسبب الأزمة الاقتصادية وتطبيق برامج التعديل الهيكلي (1994-1998)، انخفضت هذه النسبة إلى 2 % في 1996. ولكن إنطلاقاً من سنوات 2000 بدأت هذه النسبة ترتفع من جديد، ولكنها ظلت تتراوح بين 3 و 4 % معاً في سنة 2008 أين تجاوزت 5%، بفضل إرتفاع مداخيل البترول. إذ حتى النفقات العمومية للصحة في تلك السنة، بلغت أعلى مستوياتها (86 %).

والجدير بالذكر أنه رغم التحسن الذي تم ملاحظته في سنوات الألفية، ظلت نسبة الناتج الداخلي الخام المخصصة للصحة، بعيدة عن تلك المطبقة في الدول المتطورة. حيث في سنة 2013، مثلت في الولايات المتحدة (16,4 %)، وفي كل من هولندا، ألمانيا وفرنسا (11 %) و في المملكة المتحدة (8,5 %) مقابل (5,24 %) في الجزائر. و لكن كانت أعلى من تلك المسجلة في تونس (4,23 %) و المغرب (1,96 %) في نفس السنة.

وكذلك فيما يخص الإنفاق الصحي للفرد، الذي يعتبر من أهم المؤشرات للوقوف على فعالية ونجاعة المنظومات الصحية، حيث رغم أنه عرف زيادة مستمرة في بلادنا، يبقى بعيداً جداً عن ذلك المسجل في الدول المتطورة. وفي الجدول الموالي سنعرض تطور هذا المؤشر في الجزائر.¹

1 مفيد فرطقي، مرجع سابق ذكره، صص 5-6

الشكل (3): تطور النفقات الصحية للفرد (دولار أمريكي) بين 1996-2014



المصدر: علي سايح جبور، النفقات الصحية في الجزائر ورهانات تمويلها، مجلة افاق للبحوث و

الدراسات، جامعة بن خدة يوسف، الجزائر 01، العدد 02، 2020، ص: 135

نلاحظ من خلال الجدول أن هناك زيادة مستمرة للنفقات الصحية للفرد في بلادنا. حيث تضاعفت بأربع مرات خلال 5 سنوات، منتقلة من 20,36 إلى 61,83 دولار بين 1990 - 1996. واستمر ارتفاع هذا المؤشر في سنوات الألفية بانتظام، إلى غاية بلوغه 314 دولار في 2013. وقدر هذا المؤشر حسب البنك العالمي في سنة 2014 بـ 361,73 دولار في الجزائر مقابل 305,31 في تونس و 190,05 في المغرب. وبالمقارنة مع بعض الدول النامية، يعتبر الإنفاق الفردي على الصحة في بلادنا مرتفعا، حيث في سنة 2013 أنفقت الجزائر 10 مرات أكثر مما أنفقته النيجر وتشاد، و لكن أنفقت 10 مرات أقل مما أنفقته فرنسا (4 864) وإيطاليا (3 158). وفي نفس السنة أنفق الفرد الفرنسي على صحته 286 مرة أكثر مما أنفقه الفرد في اريتريا . وهذا يوضح عدم المساواة في الحصول على العلاج على المستوى العالمي، رغم شعار منظمة الصحة العالمية "الصحة للجميع في 2000".

ويبقى تمويل الصحة الانشغال الرئيسي في بلادنا بسبب قلة الموارد و الزيادة المستمرة للحاجيات والتغير في الطلب على العلاج الناجم عن عدة عوامل منها: التحول الصحي والديموغرافي، تطور عرض العلاج ، توسيع التغطية الاجتماعية والتي قدرت بـ 85%، و ارتفاع مستوى المعيشة للسكان، الذي يظهر من خلال ارتفاع مؤشر التنمية البشرية (IDH). إذ انتقل من 0,5 إلى أكثر من 0,7 بين 1980 - 2014. وكسبت الجزائر بذلك عشر مرات، حيث إنتقلت من المرتبة 93 في 2013 إلى المرتبة 83 في 2014 عالميا، واحتلت بذلك المرتبة الأولى في شمال إفريقيا¹.

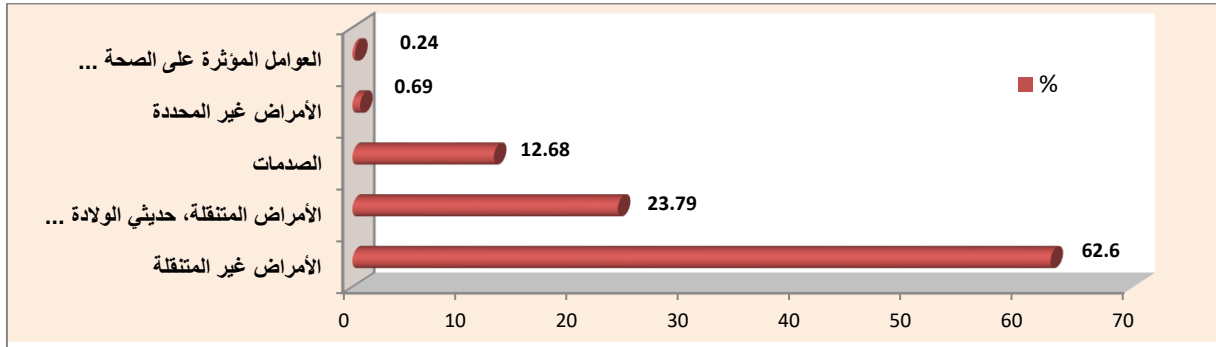
¹ علي سايح جبور، مرجع سابق ذكره، ص: 135-136

3- اثر الأمراض المزمنة على النفقات الصحية في الجزائر

تعرف النفقات الصحية في الجزائر تطورا مستمرا، و قدر البنك العالمي نموها بـ 39% خلال 14 سنة (1995-2009) و ترتفع هذه الأخيرة باستمرار، إذ انتقلت من 106 إلى 129 مليار دينار بين 1998-2002، ومن 175 إلى 185 مليار دينار بين 2010-2011. وصرح مدير الضمان الاجتماعي مؤخرا، أن النفقات الصحية بلغت حوالي 300 مليار دينار في 2014. ويعتبر إنتشار الأمراض المزمنة التي تتطلب التكنولوجيا الطبية المكلفة والأدوية ذات الأسعار المرتفعة، من الأسباب الرئيسية لتفاقم هذه النفقات في بلادنا. ولقد عرفت هذه الأمراض تطورا معتبرا خلال العشرية الماضية (2002-2003 و 2015-2016). حيث انتقلت في الوفيات من (58,6% إلى 65,24%) وفي الاستشفاء من (50,4% إلى 62,6%). وتمثل الأمراض المزمنة اليوم السبب الرئيسي للاعتلال والشكل الموالي يوضح ذلك

الشكل (4): توزيع أسباب الاستشفاء حسب المجموعات الكبرى الثلاث للـ GBD (2015-

2016)



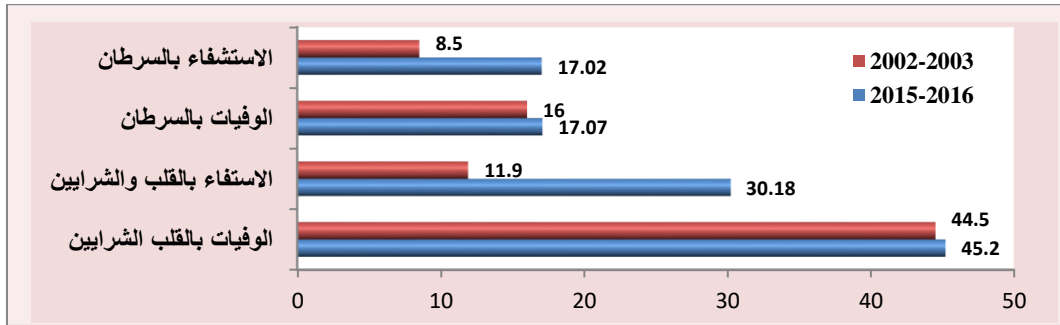
المصدر: -فرطاتي مفيدة (2017)، التحول الصحي في الجزائر من خلال أسباب الاستشفاء والوفيات- حالة

المنطقة الصحية للشرق، رسالة دكتوراه في علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية، التجارة وعلوم التسيير، جامعة قسنطينة2- عبد الحميد مهري 2017.ص:225

إن انتشار الأمراض غير المتنتقلة (الأمراض المزمنة) له آثار سلبية على التنمية و عواقب وخيمة على عرض العلاج والاقتصاد (التغيب عن العمل، تمويل التأمين على المرض...) وعلى نوعية حياة المرضى ويعود انتشار هذه الأمراض في بلادنا إلى انتشار عوامل الخطر الرئيسية (تغير العادات الغذائية، قلة الحركة وانعدام النشاط البدني والتدخين)، وخاصة عوامل الخطر الوسيطة (ارتفاع ضغط الدم، السكري، ارتفاع الدهون في الدم والسمنة، والتي تعتبر أمراض مزمنة وعوامل خطر رئيسية لأمراض مزمنة أخرى.

ولقد لوحظ تطور معتبر للاستشفاء بالأمراض المزمنة عن الوفيات وخاصة فيما يتعلق بأمراض القلب والشرابين والسرطان (السببين الرئيسيين للوفيات والاستشفاء) (الشكل 3). وهذا راجع إلى التقدم الطبي وتطور العلاج الذي أدى إلى امتداد حياة المرضى، ومنه ارتفاع عدد سنوات الحياة في صحة سيئة، الشيء الذي أدى إلى ارتفاع العبء على صناديق الضمان الاجتماعي.¹

الشكل(5): تطور الاستشفاء والوفيات بأمراض القلب والشرابين والسرطان (%) بين 2002-2003 و 2015-2016



المصدر : - فرطقي مفيدة، النفقات الصحية و تحديات التمويل في الجزائر في ظل التحول الصحي الجاري، الملتقى الوطني الاول حول "الصحة و تحسين الخدمات الصحية في الجزائر بين اشكاليات التسيير و رهانات التمويل"، يومي 10 و11 افريل 2018، جامعة 8ماي 1945-قلمة-ص8

ان وتيرة ارتفاع نفقات الضمان الاجتماعي مقارنة بموارده، تهدد توازنه المالي الذي هو أصلا ضعيف. وهذا يعود خاصة للنفقات المتعلقة بالمنتجات الصيدلانية، و التي تعود بدورها الى زيادة الطلب على الأدوية المتعلقة بالأمراض المزمنة، ذات التكلفة العالية، و خاصة أدوية السرطان. حيث فاتورة أدوية علاج السرطان تمثل حاليا نسبة 80 % من فاتورة أدوية المستشفيات، بينما لم تكن تمثل قبل 15 سنة سوى 10 إلى 15 % . وهذا بسبب الانتشار الواسع للسرطان في بلادنا حيث تسجل حاليا 50 000 حالة جديدة كل عام. وهذه الزيادة المعتبرة ناجمة عن التحولات الديموغرافية، عوامل الخطر للتحول الوبائي والتغير في العادات الغذائية.

ومع استمرار تزايد هذه الأمراض في بلادنا، ستتفاقم هذه النفقات في السنوات القادمة. وخاصة أن المخابر العالمية الكبرى التي تتحكم في صناعة أدوية السرطان على غرار الأمراض الثقيلة الأخرى، ترفع أسعارها بشكل متواصل. حيث دخل العالم منذ بضع سنين في حقبة جديدة، حقبة الأسعار الباهظة، الخيالية وغير المقبولة، ولم

¹ مفيدة فرطقي، مرجع سابق الذكر، ص:7-8

تعد أسعار الأدوية ترتبط حقيقة بتكاليف البحث و التطوير. إذ الرقم الوحيد المتاح، الذي يُحسب من طرف نفس الفريق لمركز تافس منذ 40 سنة يفتقد للمصداقية. وتبرر الشركات الكبرى أسعارها بالحديث عن "قيمة أدويتها"، أو عن المبدّخرات التي يمكن أن تجلبها للمنظومات الصحية، و لكن بينت الدراسة التي أُنجزت من طرف أطباء الأورام في الولايات المتحدة، حول 85 دواء وُضع في السوق بين 1995 - 2013، أن أسعار هذه الأدوية، ارتفعت أسرع بكثير من قيمتها العلاجية.

و منه يمكن القول أن نمو النفقات الصحية، يعود خصوصا إلى فاتورة استيراد الأدوية التي ارتفعت بشكل كبير جدا في السنوات الأخيرة. حيث تضاعفت بستة مرات بين 2002-2016 منتقلة من 0,400 إلى 2,8 مليار دولار ورغم بعض الانخفاض الذي شهدته هذه الفاتورة، بين 2014 -2015 بفضل بعد الإجراءات المتخذة، عرفت فقط في الثلاثة شهور الأولى من سنة 2016، ارتفاعا قدره 41,67 % 6.

ويعود هذا الارتفاع إلى التبعية للخارج في التموين بهذه المواد و تحرير الاقتصاد. حيث منذ سنوات 2000 صار القطاع الخاص يحتكم على 90 % من سوق الاستيراد، مما أدى بالموردين إلى استيراد الأدوية الأصلية ذات الأسعار الباهظة، و خاصة تلك المتعلقة بالأمراض الثقيلة (السرطان، القلب...)، من أجل الحصول على هامش ربح أكبر. وكذلك المبالغ الهائلة الموجهة لتعويض نفقات هذه الأخيرة، حيث من بين النفقات الأكثر وزنا على فرع التأمينات الاجتماعية، نجد تعويض الأدوية التي تعرف ارتفاعا مستمرا. والتي تعود بالأخص إلى ارتفاع الأسعار، واعتماد نظام الدفع من طرف الغير حيث خلال سنوات التسعينات إلى غاية سنة 2000، الحصة الإجمالية للنفقات التي كانت تخصصها CNAS للأدوية لم تتجاوز في المتوسط 25 % . و لكن انطلاقا من سنة 2001 عرفت هذه الأخيرة ارتفاعا معتبرا. حيث بلغت نسبة 54% في 2004 و ارتفعت إلى 59 % في 2011. BRAHAMIA, 2011. ومن خلال الشكل الموالي سنوضح تطور هذه النفقات

الشكل(6): تطور تعويض الأدوية في الجزائر(مليار دينار) (1992-2015)



المصدر:علي سايح جبور، النفقات الصحية في الجزائر ورهانات تمويلها، مجلة افاق للبحوث و

الدراسات، جامعة بن خدة يوسف، الجزائر 01، العدد2020،02،ص139

من خلال الشكل أعلاه، أن نفقات تعويض الأدوية، تضاعفت بأكثر من ثلاث مرات في فترة قصيرة. حيث انتقلت من حوالي 13 مليار دينار في سنة 2000 إلى 64,56 مليار دينار في 2007. و فقط في سنة 2011 بلغت هذه التعويضات 59% من مجموع النفقات الصحية للضمان الاجتماعي، بمبلغ إجمالي قدره 110 مليار دينار. و ارتفعت من 160 إلى 190 مليار دينار بين 2014-2015. بينما لم تمثل في سنة 1988 سوى 0,500 مليار دولار. وسيستمر نمو نفقات تعويض الأدوية مع ارتفاع استهلاك الأدوية ذات الأسعار الباهظة. حيث رغم الإجراءات المتخذة للتحكم في عبء استهلاك الأدوية، يواصل هذا الاستهلاك تسجيل ارتفاعات منتظمة، وإثقال كاهل منظومة الضمان الاجتماعي. وخاصة أن اللجوء إلى الأدوية الجنيصة لازال منخفضاً، والوقاية من الأمراض المزمنة مُهمّشة، بينما قدرات التمويل محدودة. ومنه يبقى تمويل الصحة الانشغال الرئيسي في بلادنا بسبب قلة الموارد و الزيادة المستمرة للحاجيات والتغير في الطلب على العلاج الناجم خاصة عن التحول الصحي، بينما الموارد المالية الناتجة عن النشاط المهني قليلة.¹

ثالثاً: انواع الانفاق الصحي :

من المعروف محاسبيا انه هناك انواع من النفقات ،نفقات مباشرة و غير مباشرة ،ثابتة و غير ثابتة و كذا النفقات الكلية و فيما يخص النفقات الصحية فهي بدورها تنقسم الى :²

1-نفقات المباشرة والغير مباشرة : هي كافة النفقات ذات الصلة المباشرة بالمنتج او الخدمات و تشمل التكاليف المباشرة للمواد و العمال ،وبالنسبة للقطاع الصحي فالنفقات المباشرة هي تلك النفقات التي تصرف مباشرة على النشاطات المنشآت الصحية كالأجور و الرواتب و المواد و المصاريف الاخرى .اما النفقات الغير مباشرة هي التكاليف التي تم تسديدها والتي لا ترتبط مباشرة بالمنتج نفسه ،وهي النفقات التي يشار اليها على انها مصاريف تشغيل و قد تشمل بنودا كالأجور و الكهرباء و الهاتف..... اما بالنسبة للقطاع الصحي هي جزء من المصاريف قسم آخر تحمل لمصاريف القسم المعني نتيجة لاشتراكه في تأدية الخدمات الصحية.

2-النفقات الثابتة و الغير ثابتة : تمثل النفقات الثابتة تلك النفقات التي لا تتغير مطلقا مع تغير مستوى نشاط شروع خلال الأجل القصير، كالتكاليف المباني، التكاليف الرأسمالية و الآلات و المعدات، و تشمل كذلك تكاليف مرتبات العاملين أصحاب العقود طويل الأجل مثل الاطباء الاستشاريين. أما النفقات الغير ثابتة

¹ علي سايب جبور، مرجع سابق ذكره، ص ص: 138-139.

² خلاصي عبد الإله، العلاقة بين النفقات الصحية ومصادر التمويل في الجزائر دراسة تحليلية قياسية للفترة (2018/1990)، اطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه طور الثالث في العلوم الاقتصادية، تخصص اقتصاد مالية عامة، جامعة تلمسان، 2019-2020، ص ص: 38-39.

(المتغيرة) فهي التي تتغير استمرار مع مستوى نشاط المشروع مثل تكاليف طعام المرضى، مفروشات الاسرة، المواد المستهلكة في الغرفة العمليات مثل القفزات المطاط، و القطن الطبي و المطهرات الطبية و الخيوط الطبية ...،ايضا مرتبات العاملين بالعقود قصيرة الاجل او المؤقتة...¹

3- النفقات الكلية: هي مجموع النفقات المباشرة و الغير مباشرة.

المطلب الثاني: مقياس الإنفاق الصحي و مؤشرات:

اولا: مقياس الانفاق الصحي

حتى يمكن عقد مقارنة ذات مغزي بين مستويات الانفاق الصحي بين الدول المختلفة، يمكن الاعتماد على عدة مقاييس منها :²

-نسبة الاجمالي الانفاق الصحي الى الناتج المحلي الاجمالي أي :

الاجمالي الانفاق الصحي

الناتج المحلي الاجمالي

الجمالي الانفاق الصحي

العدد السكان

-متوسط نصيب الفرد من الانفاق الصحي أي :

-اجمالي الانفاق الصحي الى اجمالي الانفاق العام في الموازنة العامة للدولة أي :

اجمالي الانفاق الصحي

اجمالي الانفاق العام

-اجمالي الانفاق الصحي الى اجمالي الانفاق الاجتماعي في الموازنة العامة للدولة أي :

اجمالي الانفاق الصحي

اجمالي الانفاق الاجتماعي في الموازنة العامة

¹ابراهيم الدمرداش، مرجع سابق ذكره،ص169.

² خلاصي عبد الاله ومحمد الزين باركة، ظاهرة تزايد الانفاق الصحي في الجزائر و تطورها، اسبابها، ومتطلبات ترشيدها، مجلة الجزائرية للمالية العامة، العدد07/2017،ص 117.

ثانيا: مؤشرات الانتاجية:

تعتبر تعتبر عملية تقدير انتاجية الانفاق العام على قطاع الصحة من المشكلات الاساسية في مجال اقتصاديات الصحة، ذلك ان الناتج النهائي للخدمات الصحية يتمثل في تحسين ورفع مستوى الصحة الافراد المجتمع وهو منتج ذو طبيعة غير مادية، ومن هنا تظهر صعوبة قياس انتاجية الانفاق العام على القطاع الصحة و لتجاوز ذلك وجب البحث عن بعض المؤشرات، من اهمها :¹

1. مؤشرات توقع الحياة و الوفيات:

1-1 مؤشر توقع الحياة : يقصد بالعمر المتوقع عند ميلاد عدد السنوات التي يتوقع ان يجيها الطفل حديث الولادة، وذلك في حالة استمرار انماط الوفيات السائدة وقت ولادته على ماهي عليه طوال حياته، و انطلاقا من هذا المؤشر يمكن معرفة مستوى الخدمات الصحية، زمن ثم تقدير انتاجية الانفاق العام على قطاع الصحة، و لكن في الواقع فإن توقع الحياة بالنسبة للفرد لا يرجع فقط الى مستوى الخدمات الصحية فقط، وإنما يرجع وبدرجة كبيرة الى عوامل اخرى كالتغذية و الإسكان و البيئة.

1-2 مؤشر معدل الوفيات: تعد مؤشرات الوفيات مقاييس غير مباشرة لإنتاجية الإنفاق العام الصحي، وذلك لأن معدل الوفيات يتوقف على عوامل اخرى بخلاف مستوى وحجم الإنفاق العام الصحي كالحروب مثلا. غير انه لا يمكن الاغفال او الانكار ان انخفاض او عدم جودة الخدمات الصحية يؤدي الى حدوث وفيات، لذلك فإنه يمكن اخذ هذا المؤشر كدلالة جزئية و نسبية، ويشمل هذا المؤشر على ثلاثة مؤشرات من اهم ثلاث مؤشرات فرعية وهي :

أ- مؤشر معدل وفيات الرضع: ويقصد به وفيات الاطفال الرضع الذين تقل اعمارهم عن سنة واحدة لكل 1000 مولود حي خلال سنة معينة، ويعبر هذا المؤشر من اهم المؤشرات التي تبين مستوى الخدمات الصحية، و تعكس الوضع الصحي وكذا العوامل و الظروف الاجتماعية و الظروف الاقتصادية لمختلف الدول، كما يعد ايضا الهدف الرابع ضمن اهداف الامم المتحدة الإنمائية للألفية

ب- مؤشر وفيات الاطفال دون سن الخامسة: يعتبر هذا المؤشر على نسبة الاطفال المتوفين قبل بلوغهم سن خمس سنوات، و ذلك لكل 1000 طفل مولود. و يحسب هذا المؤشر كما يلي:

1 المرجع السابق، صص 117-118.

نسبة الاطفال المتوفيين اقل من 5سنوات خلال فترة زمنية معينة /مجموع الاطفال اقل من 5سنوات*1000

ولعل اهم سبب لوفيات الاطفال دون سن الخامسة عالميا وفي مقدمتها مرض الالتهاب الرئوي.

ج-مؤشر وفيات البالغين: ويقاس هذا المؤشر نسبة وفيات الاشخاص البالغين لسن الرشد، وذلك لكل 1000شخص بالغ.

2-مؤشرات الخدمات الصحية: تعتبر المؤشرات الخدمات الصحية بمثابة مقاييس مباشرة يتم من خلالها تقدير انتاجية الانفاق على القطاع الصحة، وهي تستخدم لتحديد مدى امكانية حصول افراد المجتمع على الخدمات الصحية، و يشمل هذا المؤشر على مؤشرات فرعية منها مؤشر عدد الاطباء، وعدد اسرة المستشفيات لكل 1000من السكان.

ثالثا: مكونات النفقة الوطنية الصحية: يمكن التمييز بين ثلاث مكونات رئيسية للنفقة العامة في قطاع الخدمات الصحية وهي:

1-الانفاق العام على الموارد البشرية: يتمثل في المرتبات والحوافز المدفوعة لأعداد وتدريب الموارد البشرية في قطاع الخدمات الصحية سواء العاملين في مجال الطب الوقائي أو الطب العلاجي (المستشارين والأطباء الأخصائيين، الخدمات المساعدة...الخ.¹

2- الانفاق العام على المنتجات الوسيطة في الخدمات الطبية المقدمة :

وتتضمن بنود الأنفاق على الأدوية والتحليل واحتياجات المعامل من مواد كيميائية...الخ. ان قسم الأدوية يشكل منصبا هاما في النفقات الصحية لكونه يشكل تدفقا كبيرا على مستوى الصادرات والواردات على المستوى الدولي.²

3- نفقات التسيير الأخرى للمؤسسات الصحية.³

1 سنوسي علي مرجع سابق ذكره ،ص:155.

2 سنوسي علي، المرجع السابق ذكره،ص:157.

3 سنوسي علي، المرجع السابق ذكره،ص:160.

المطلب الثالث: اسباب زيادة النفقات الصحية.

1- اسباب زيادة النفقات الصحية

إن المؤسسات الصحية خاصة بعد وضع مبدأ مجانية العلاج حيز التنفيذ، استفادت من مبالغ مالية هامة الأمر الذي جعل مصادرها تعتمد على تمويل عمومي شامل لجميع النواحي، كما تجدر الإشارة إلى أن هذه المبالغ لم تتوقف عن الزيادة، يعود ارتفاع النفقات في المؤسسة العمومية الاستشفائية إلى عدة أسباب أهمها التقدم العلمي في المجال الطبي من جهة والذي يؤدي إلى ارتفاع تكاليف اقتناء التجهيزات والمواد الطبية وارتفاع حاجيات السكان من العلاج بصورة دائمة وسريعة تبعا للنمو الديمغرافي والتحول الوبائي، يمكن إدراج هذه الأسباب كما يلي:¹

التقدم العلمي في المجال الطبي الذي ادى الى استعمال مجموعة من التجهيزات و المواد الطبية ذات المبالغ الباهظة والتي تتحملها المؤسسة الاستشفائية.

-الزيادة المعتبرة في أجور عمال السلك الطبي وشبه الطبي كان لها أثر كبير على زيادة نفقات المؤسسة الاستشفائية.

-زيادة النمو الديمغرافي والذي يؤدي إلى زيادة حاجات السكان من الخدمات الصحية.

-التحولات المسجلة في التوزيع السكاني مما يؤدي إلى وجود طلب إضافي للخدمات الصحية والعلاج هذا ما يستلزم صرف نفقات إضافية تسجل على حساب المؤسسة.

-زيادة نفقات التهيئة والترميم بالمؤسسة الاستشفائية.

-تم تغيير كلي للمصالح الإدارية بإنشاء هياكل جديدة وتجهيزها هذا ما أدى إلى ارتفاع نفقات التسيير.

-ظهور أمراض جديدة مزمنة والتي تطلبت استعمال أدوية باهظة الثمن.

-التقلبات المسجلة في أسعار المواد واللوازم المختلفة التي من المعتاد أن تقتنيها المؤسسة العمومية الاستشفائية.

-زيادة عدد المناصب.

¹ د/ناصر بوعزيز و/حاجي اسماء، ظاهرة تزايد النفقات الصحية في الجزائر و اليات التحكم في الانفاق الصحي، الملتقى الوطني الاول حول "الصحة و تحسين الخدمات الصحية في الجزائر و اشكاليات التسيير و رهانات التمويل"، جامعة قلمة، 10 و11 افريل 2018.

-فتح تخصصات جديدة مثلا فتح مركز التصوير الطبي (الفحص بالرنين المغناطيسي IRM)

-اعادة تهيئة الطابق الأول مصلحة الولادة وعلم الأحياء .

-التطورات الطبية التي فتحت الطريق لتوفير خيارات أكثر للعلاج والتشخيص دفعت بالطلب على الرعاية الصحية للارتفاع ومنه تصاعد النفقات الصحية الوطنية.

-طريقة تسير القطاع الذي تعاقب عليه سبعة وزراء واستهلك 70 مليار دولار خلال 10 سنوات الأخيرة دون أن يرافق ذلك زيادة في مردودية القطاع.

المبحث الثالث: اليات وبرامج الانفاق الصحي

ان الانفاق الصحي لا يمكن ان يعطي ثماره الا اذا كانت هناك سياسات واضحة مبنية على طرق علمية لارساء هذه الاليات و البرامج الانفاق الصحي و في هذا الاطار سنتطرق في هذا المبحث الى اهم الاليات و البرامج التي تسمح بتحسين الخدمة الصحية

المطلب الاول: آليات ترشيد الانفاق الصحي:

إن هدف كل الحكومات هو البحث عن السبل الأكثر اقتصادا والأقل تكلفة لدفع وتيرة التقدم لخدمة النفع العام، وذلك نظرا للوضع المالي المتأزم الناتج عن ندرة وتقلص الموارد من جهة وتزايد الاحتياجات وتنوعها من جهة أخرى وهو ما يستخلص من الزيادات المعتبرة في ميزانيات بعض القطاعات الحيوية التي تزداد سنة بعد سنة.

يعتبر قطاع الصحة أهمها بحيث تزداد نسبة النفقات الصحية وكذا الوعي الثقافي، كل هذه العوامل أدت إلى زيادة نسبة التكاليف الصحية التي أصبحت تشكل الانشغال الرئيسي لأصحاب القرار في القطاع الصحي.وعلى هذا الأساس فقد كان لا بد من ضرورة إيجاد حلول ل ترشيد الإنفاق الصحي، وذلك من خلال اتخاذ عدة أساليب

وأدوات حديثة التسيير بغية التوظيف الأمثل للموارد المتوفرة لعل من بين هذه الأدوات:¹

¹ علي دحمان محمد، تقييم مدي فعالية الإنفاق العام، على مستوى القطاع الصحي بالجزائر، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية، تسيير المالية العامة، جامعة أبو بكر بلقايد - تلمسان، 2017، ص: 290-291.

- ✓ استخدام حوكمة النظام الصحي بوصفها الآلية الضرورية لإصلاح الأنظمة الصحية بحيث تكون أكثر عدالة وقابلية للمساءلة وأكثر كفاءة
- ✓ استخدام أسلوب التكلفة المستهدفة وذلك من خلال تخفيض التكاليف إلى أدنى حد ممكن. منهجية الانحرافات الستة لتحسين الكفاءة والفعالية في مؤسسات القطاع الصحي.
- ✓ الإدارة بالأهداف كأداة أساسية لترشيد الإنفاق العام.
- ✓ "الحسابات الوطنية للصحة كآلية لرقابة على الإنفاق الصحي
- ✓ من بين هذه الآليات سوف نتطرق إلى ثلاثة أساليب منها ويتعلق الأمر:
- ✓ الإدارة بالأهداف.
- ✓ إصلاح النظام الميزاني.
- ✓ حوكمة النظام الصحي.
- ✓ من خلال هذه الآليات سنوضح نقطتين أساسيتين:

*النقطة الأولى: كيف يمكن تحقيق ما يسمى بمسألة فعالية الإنفاق العام؟ أي بمعنى كيف يعود مبلغ 381 مليار دج بالنفع على أكبر شريحة من المجتمع؟ أي أن الإنفاق العام لا بد أن يذهب إلى حيثما تم تخصيصه من أهداف.

*النقطة الثانية: كيف يمكن لمبلغ الإنفاق العام على الصحة أن يزيد في الموازنة العامة بحيث يصبح الإنفاق على الصحة واحد من أولويات المجتمع؟ وذلك بالطبع مرتبط بكيفية صنع الموازنة العامة.

- ✓ استخدام نظام المعلومات من أجل تعزيز النظم الصحية.

المطلب الثاني : الآليات المعتمدة حاليا للتحكم في النفقات الصحية:

إن إحدى المحاولات التي اعتمدت من طرف وزارة الصحة والسكان لأجل التحكم في النفقات والتوصل إلى تسيير عقلائي لها تجسدت في الانتقال من المحاسبة العمومية إلى المحاسبة التحليلية باعتبارها تمثل وسيلة فعالة وناجعة في هذا الإطار، هذا ما برهنت عليه تجارب دول مختلفة استعانت بهذه الآلية للتحكم في حجم نفقاتها في جميع القطاعات والقطاع الصحي منها:

1- محاسبة التكاليف كوسيلة لترشيد النفقات الصحية.

نظرا لمحدودية المحاسبة العمومية كأداة للتخطيط والرقابة جاءت محاسبة التكاليف كأداة مساعدة لترشيد النفقات والاستعمال الأمثل للموارد وهذا ما سنوضحه

1-1 مفهوم محاسبة التكاليف ومقوماتها الأساسية في المؤسسة الصحية

1-1-1 مفهوم محاسبة التكاليف: أداة من أدوات الإدارة تعمل على توفير البيانات اللازمة للقيام ببعض الدراسات الخاصة أو اتخاذ بعض القرارات أو المفاضلة بين البدائل وخاصة فيما يتعلق باختيار المنتجات أو العمليات أو الوظائف، وبالتالي فهي تساعد على رسم السياسات المتعلقة بالمبيعات وطرق الإنتاج وإجراءات الشراء والخطط المالية وغيرها.¹

2-1-1 المقومات الأساسية لنظام محاسبة التكاليف في المؤسسة الصحية:

تمثل المقومات الأساسية لنظام محاسبة التكاليف في المؤسسة الصحية في:²

➤ **دليل وحدات التكلفة أو النشاط:** تتمثل وحدة التكلفة في وحدة الانتاج النهائي التي ينسب إليها عناصر التكاليف الخاصة بأوجه النشاط المختلفة وتتخذ معيارا لقياس تكلفة المنتجات الرئيسية والفرعية، وفيما يتعلق بالمؤسسة الصحية تمثل الخدمات الصحية وحدة إنتاج التكلفة بها مع ضرورة مراعاة عدم تجانس الخدمات التي تقدمها وذلك لارتباط كل منها بحالة المريض والعلاج اللازم، وفي هذا الإطار يمكن التعبير عن نوعين من الخدمات في المؤسسة الصحية:³

- **الخدمة كمنتج نهائي:** وهي الهدف الأساسي من قيام المؤسسة الصحية وأهم مخرجات النشاط فيها، من بينها الخدمات المقدمة في الأقسام الداخلية أو غرفة العمليات أو العيادة الخارجية، ويعبر عن وحدة التكلفة في هذه المراكز بالعناصر المميزة لكل خدمة من الخدمات التي تؤديها والتي من أجلها تصرف النفقات وتخصص لتلك المراكز.
- **الخدمة كمنتج فرعي:** وتتمثل في الخدمات التي تؤديها الإدارات والأقسام الفنية المساعدة في المؤسسة الصحية، والتي من شأنها تسهيل مهمة مراكز النشاط الرئيسية مثل: المخبر، الإدارة والصيانة...

➤ **وضع دليل لمراكز التكاليف:** ينبغي ربط نظام محاسبة التكاليف بالهيكل التنظيمي للمؤسسة الصحية وتقسيمه إلى وحدات إدارية صغيرة يسمى كل منها مركز تكلفة بحيث تكون كل وحدة ممثلة في قسم من أقسام المؤسسة وتحت إشراف ومسؤولية شخص معين، إذ يتم في هذه المراكز تنفيذ عمليات متجانسة كالإقامة، العيادات

¹ أحمد نور، محاسبة التكاليف، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية 1986 ص20.

² سعاد حمدية، استخدام نظام محاسبة التكاليف على أساس الأنشطة ABC في تحديد تكلفة الخدمة الصحية، مذكرة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الماجستير في علوم التسيير تخصص محاسبة، جامعة محمد خيضر بسكرة، 2010-2011، ص27

³ د. عبد الاله نعمة جعفر، قياس تكلفة التشغيل الكلية للمشفى دالة لقياس كفاءة الاداري فيه، بحث مقدم للمؤتمر العلمي الأول حول اقتصاديات الاعمال العام المتغير، 12-12 ماي 2003، جامعة الزرقاء، ص16

الخارجية، التغذية... وتتخذ كأساس لحصر وتجميع عناصر التكاليف في إطار محدد، لغرض الرقابة على استخدام عناصر إنتاج الخدمات من مواد وأجور وخدمات أخرى لكل مركز على حدى.

كما أن تحديد مجال صغير لكل مسؤول يمكن من:

- تشديد الرقابة على عناصر تكاليف المركز المسؤول عنه.
- قياس استخدام الموارد المتاحة للمراكز من خلال تكلفة الخدمات بها مما يؤدي إلى رفع مستوى الكفاءة.
- تحديد نتيجة مزاولة النشاط في كل مركز تكلفة على حدى ومدى كفاءة المراكز في مزاولة نشاطها بأقل تكلفة ممكنة مما يساعد على تركيز الجهود واتخاذ القرارات المناسبة.

➤ **دليل عناصر التكاليف:** تتكون الخدمة التي تقدمها أي مؤسسة صحية من عناصر التكاليف مثل المواد أو المستلزمات الطبية والعلاجية اللازمة، والأجور والمرتبات والمكافآت التي تمنح للعاملين من أطباء ومساعدين والمصروفات التي تتحملها مقابل الانتفاع بخدمات معينة، ومن الضروري وضع أو تصميم دليل لعناصر التكاليف التي تتحملها المؤسسة بحيث يوضح مفردات المبالغ التي تمثل التعبير المالي للأنشطة التي تتم بدخلها.

➤ **مستندات ودفاتر لجمع بيانات التكاليف.**

➤ **تحديد فترة التكاليف:** تتخذ الفترة كأساس لتجميع وحصر عناصر التكاليف لإعداد حسابات وقوائم التكاليف ونتائج الأعمال بصفة دورية.

➤ **مجموعة القوائم والتقارير:** تتضمن تلخيصا لكل ما تم تسجيله من تكاليف.¹

1-2 ضرورة انتهاز محاسبة التكاليف في المؤسسة الاستشفائية

تهدف محاسبة التكاليف في المؤسسة الاستشفائية إلى التحكم في تقييم التكاليف كمرحلة أولى من أجل تحديد سعر تكلفة يتماشى مع مخرجات المؤسسة الصحية في مرحلة موائية وذلك حسب مراكز المسؤولية المتواجدة، حسب مدة الدورة المحاسبية ... ومن أجل تحقيق الأهداف التالية:²

- استعمال التكاليف من أجل تقدير الموارد اللازمة لتسيير الأقسام الاستشفائية والاحتياجات الصحية.
- استعمال البيانات الخاصة بالدورات السابقة من أجل رسم توقعات فيما يخص الميزانية التقديرية، التكاليف، حجم النشاط، الاستثمارات.

¹ د/ناصر بوعزيز و ا/حاجي اسماء، مرجع سابق ذكره.

² نسيم ولد محمد، اليات التحكم في الانفاق الصحي الوطني المؤسسة العمومية الاستشفائية - سيدي غيلاس - مذكورة نهاية الدراسة، التكوين المتخصص للمتصرفين الرئيسيين لمصالح الصحة، المدرسة الوطنية للمناجمنت و ادارة الصحة، جانفي 2017، ص: 31.

- تحديد الفروق وتحليلها بين ما تم تقديره من تكاليف وما تحقق منها فعلا، من أجل قياس فعالية النشاط في مختلف الأقسام وحصر المسؤوليات في حالة عدم التوصل إلى الأهداف المسطرة.
- استعمال مؤشرات لقياس حجم النشاط وفعالته لغرض مقارنته مع ما حقق في المراكز الاستشفائية الأخرى لغرض تقييم الأداء الصحي.
- استعمال التكاليف كقاعدة لتسعير الخدمات الاستشفائية من جهة، واستعمالها كأداة في المفاوضات مع الجهات الممولة لنشاطها (الضمان الإجتماعي، شركات التأمين...) من جهة أخرى.
- استعمال التكاليف لغرض تسعير مخرجات النشاط الاستشفائي (وحدات قياس الأقسام) وبمساعدة مؤشرات صحية أخرى من أجل بلورة قرارات فيما يخص مستقبل القسم الاستشفائي أو المؤسسة الصحية ككل، من ناحية توسيع النشاط أو خفضه، إلغاء قسم استشفائي أو استبداله، غلق المؤسسة الاستشفائية، الإبقاء عليها أو توسيع نشاطها.
- تحديد الموارد اللازمة من أجل تمويل النشاط الاستشفائي على المستوى الكلي.
- استعمال التكاليف من أجل رسم الميزانيات التقديرية للمؤسسة الاستشفائية.
- التخطيط لاستثمارات في الهياكل الصحية والتجهيزات الاستشفائية من جهة والاستثمار في اليد العاملة المؤهلة من جهة أخرى.

2- طريقة الأقسام المتجانسة لحساب تكاليف المؤسسة الاستشفائية

- 1-2 مفهوم طريقة الأقسام المتجانسة: هي من الطرق التقليدية لتحديد تكلفة الخدمة الصحية بالمؤسسات الصحية، تقوم على تحميل وحدات النشاط بجميع عناصر التكاليف التي تتحملها المؤسسة الصحية خلال الفترة سواء كانت مباشرة أو غير مباشرة وسواء كانت تكاليف متغيرة أو ثابتة.
- تهدف طريقة الأقسام المتجانسة إلى تحديد التكلفة الكلية حسب المصالح والتي تتكون من جزء من الأعباء المباشرة لهذه المصالح وجزء آخر للأعباء الإجمالية غير المباشرة للمؤسسة الصحية، هذا الجزء الثاني يحسب على أساس مفاتيح التوزيع. كما تهدف هذه الطريقة إلى تحديد سعر تكلفة إجمالي لكل قسم استشفائي، يتكون سعر التكلفة من أعباء مباشرة خاصة بالقسم نفسه هذا من جهة وجزء من الأعباء الأخرى الإجمالية من جهة أخرى.
- عملية تحديد الأعباء المباشرة الخاصة قسم متجانس تتم مباشرة (أجور عمال، أدوية) أما الأعباء غير المباشرة تستدعي تحديد نصيب كل قسم متجانس منها استعمال مفاتيح توزيع خاصة بكل عبيء.

❖ مفهوم الأقسام المتجانسة: نسمي قسم متجانس في حالة ما إذا أنتج نفس وحدات القياس، له نشاط متجانس وإذا كان هناك مسؤول خاص بالقسم. تنقسم الأقسام المتجانسة إلى نوعين:

- أقسام رئيسية: وهي الأقسام التي ينتج عن نشاطها مخرجات تسمى وحدات قياس، هذه الأخيرة تهدف إلى تحديد تكلفتها من خلال هذه الطريقة (يوم استشفائي، حصة لتصفية الدم).
- أقسام فرعية: وهي الأقسام التي لا ينتج عن نشاطها وحدات قياس مباشرة بل تهدف إلى أداء خدمات للأقسام الرئيسية مثل (الإدارة، المخبر، الأشعة، المطعم...)

-تميز طريقة الأقسام المتجانسة بين الأعباء المباشرة والأعباء غير المباشرة: يتم التمييز بين نوعي الأعباء وذلك حسب إمكانية توزيعها على الأقسام، إذا كان العبء يسمح بتوزيعه مباشرة على الأقسام المستفيدة منه فالعبء مباشر، أما إذا استدعى توزيعه استعمال عمليات وسيطة فهو عبء غير مباشر.

- الأعباء المباشرة: هي الأعباء التي يتم توزيعها على الأقسام الرئيسية والفرعية ولا نلتجئ في تحقيق ذلك إلى استعمال مفاتيح توزيع (أجور، أدوية...)
- الأعباء غير المباشرة: هي الأعباء التي لا نستطيع تحديد قسط الأقسام المستفيدة منها إلا باستعمال مفاتيح توزيع.

❖ توزيع الأعباء: تهدف من خلال هذه المرحلة إلى تحديد سعر تكلفة إجمالي لكل قسم استشفائي، لتحقيق ذلك يجب المرور على مرحلتين:

- التوزيع الأولي للأعباء: نقوم في هذه المرحلة بتوزيع الأعباء المباشرة والأعباء العامة على الأقسام الرئيسية والفرعية من خلال جدول.

- التوزيع الثانوي للأعباء: في هذه المرحلة يتم توزيع أعباء الأقسام الفرعية على الأقسام الرئيسية استعمال مفاتيح توزيع.

بعد توزيع الأعباء المباشرة وغير المباشرة على الأقسام الاستشفائية الرئيسية نتحصل بذلك على سعر تكلفة القسم الرئيسي.

تستعمل وحدات قياس من أجل الحصول على نصيب الوحدة الواحدة لكل قسم رئيسي، بعد تحديد تكلفة مخرج كل قسم استشفائي يمكن حساب تكلفة فترة مكوث المريض عن طريق أيام المكوث والأدوات التي استفاد منها.¹

¹ ناصر بوعزيز و /حاجي اسماء، مرجع سابق ذكره.

2-2 مراحل تطبيق طريقة الاقسام المتجانسة:¹

المرحلة الأولى: تقسيم المؤسسة الاستشفائية إلى أقسام متجانسة

تقوم هذه المرحلة على تقسيم المؤسسة الاستشفائية إلى أقسام رئيسية وأقسام فرعية. هذا التقسيم يجب أن يأخذ بعين الاعتبار الهيكل التنظيمي للمؤسسة الاستشفائية، الوظائف التي يتضمنها وخصوصية النشاط الممارس داخلها. معيار مركز المسؤولية (Centre de responsabilité) هو الذي سيحدد ما إذا كان القسم الاستشفائي هو قسم متجانس والذي يتطلب توفر الشروط التالية:

- وجود مقر خاص بالقسم الاستشفائي.
 - وجود جهاز طبي دائم خاص بالقسم الاستشفائي.
 - وجود رئيس قسم مسؤول عليه.
 - وجوب تسجيل الأعباء المباشرة (أدوية، أجور...) على القسم المعني.
- ويمكن تقسيم المؤسسة الاستشفائية إلى:

أولاً: الأقسام المتجانسة الرئيسية

هي تلك الأقسام التي تهدف مباشرة لإنتاج وحدة عمل والتي عن طريقها يمكن حساب تكلفة يوم استشفائي أو تكلفة الاستشارات الطبية (cout de package ou de consultation).

وهذه الأقسام هي التي تحتوي على المصالح الاستشفائية أو مصالح الاستشارات الطبية.

ثانياً: الأقسام الإضافية أو الفرعية

هي تلك المصالح الطبية أو غير الطبية التي تمتاز بنشاطات مختلفة التي لا تنتج مباشرة وحدة عمل التي تم حساب التكلفة، ولكن تمتاز بأداء خدمات طبية أو اجتماعية أو إدارية لفائدة الأقسام الرئيسية مثال على ذلك: المصلحة الإدارية، المخبر، مصلحة الأشعة، مصلحة العمليات الجراحية... الخ

يمكن التمييز داخل الأقسام الفرعية ثلاث مجموعات من الأقسام (الإدارة العامة، الأقسام العامة والأقسام الطبية التقنية)

- تتضمن الأقسام العامة: التدفئة، المغسلة، المطعم...
 - تتضمن الأقسام الطبية التقنية: المخبر، الأشعة وغرفة العمليات...
- كما يمكن تقسيم الأقسام الفرعية إلى قسمين فقط هما:

1 نسبية ولد محمد، مرجع سابق ذكره، ص ص:34-37.

- الأقسام التي يكون نشاطها موجه للمستشفى ككل هي الأقسام الفرعية العامة.
 - الأقسام التي يكون نشاطها موجه للأقسام الطبية الرئيسية هي الأقسام الفرعية الطبية.
- من خلال هذا التقسيم سنجمع في الأقسام الفرعية العامة (الإدارة العامة ومختلف الأقسام العامة) بالإضافة إلى ذلك سنضم إليها قسم الصيدلية والذي يمول الأقسام الفرعية الطبية والأقسام الرئيسية الطبية بالأدوية والمعدات الطبية.
- إن منهجية حساب التكلفة تعتمد أساسا على الأقسام المتجانسة، والتي تهدف إلى تحديد التكلفة الكاملة لمصلحة صحية ما، والتي تحتوي على التكاليف الشاملة أو الكاملة المباشرة، ونسبة مئوية من التكاليف غير المباشرة للقطاع أو المؤسسة بكاملها.
- ولمعرفة وضع نظام حساب التكلفة يجب الاعتماد على تقسيم القطاع أو المؤسسة وهما الأقسام المتجانسة: وهي تعتبر مصالح تمتاز بالنشاط التي تهدف غرضها إلى إنتاج ما يسمى وحدة عمل مثال مصلحة الطفولة هي قسم متجانس ينتج وحدة عمل تتمثل في يوم استشفائي.

3-2 تقييم طريقة الأقسام المتجانسة

➤ مزايا طريقة الأقسام المتجانسة:

- هناك عدة مزايا لطريقة التكاليف الكلية وهي ملخصة في:
- التمييز بين الأعباء المباشرة والأعباء غير المباشرة وهذا التمييز يعتمد في جزئه الكبير على درجة التدقيق في المتابعة المحاسبية.
- تقسيم المؤسسة إلى أقسام متجانسة، حسب الوظائف والنشاطات الممارسة هذا التقسيم يمزج غالبا مع التنظيم الهيكلي للمؤسسة.
- مراقبة المردودية والتأكد من أن حجم النشاط مناسب للموارد الملتزم بصرفها.
- تسهيل العمل المتعلق بحساب التقديرات الميزانية وتساعد في وضع ميزانية لكل مصلحة.
- تحليل سعر التكلفة حسب كل مراحل من مراحل تقديم الخدمات.
- تحديد التكلفة التي يمكن للمؤسسة تحقيقها واتخاذ القرارات فيما يخص كل المستويات وتقييم هذه الخدمات في مختلف مراحلها.

➤ نقائص طريقة الأقسام المتجانسة:

بالرغم من فعالية منهجية حساب التكاليف بواسطة طريقة الأقسام المتجانسة وبالرغم من إسهاماتها المتعددة في مجال الرقابة والتحكم في التكاليف إلا أنها لا تخلو من بعض النقائص والصعوبات التي تواجهها في ميدان التطبيق، حيث يمكن التمييز بين مجموعتين من النقائص حيث هناك ما هو مرتبط بالطريقة في حد ذاتها وما هو مرتبط بعملية تطبيقها.

■ فيما يخص تقسيم المؤسسة إلى أقسام متجانسة (ثانوية ورئيسية) والذي يركز على أساس مبدأ مراكز المسؤولية وعلى التنظيم الهيكلي للمؤسسة هذان المبدآن لا يساعدان أو لا يخدمان كثيرا حساب التكلفة لأن هناك من المصالح ما هو قائم ولن التنظيم الهيكلي لا يوجد وبالتالي فإن عناصر تكلفته يتم تحميلها إلى باقي الأقسام وكذلك أنه عدم وجود عدالة في تحميل التكاليف للأقسام حيث نجد مصلحة الإدارة العامة تتحمل مجموعة كبيرة من الأعباء والتي في الواقع لم تستهلكها وبالتالي هنا تضخيم لحجم أعباء هذا القسم بالمقارنة مع الأقسام الأخرى.

■ فيما يخص قواعد التحميل أو التوزيع: هذه القواعد التي تتميز بأنها تقريبية وغير دقيقة وتؤدي إلى نتائج ليست عملية وواقعية، حيث نجد مثلا الأعباء غير المباشرة (الأعباء المشتركة) والتي لا يتم تحميلها مباشرة إلى مختلف الأقسام إلا بعد استعمال مفاتيح التوزيع (بنسبة التكاليف المجمعة في كل قسم إلى التكاليف الكلية) وهذا التوزيع لا يعبر عن حجم الأعباء الحقيقية لأنه حتى وإن كان مجموع الأعباء السابقة كبير فهذا لا يعني بالضرورة أنها تستهلك حصة كبيرة من الأعباء المشتركة وهذا ما ينطبق على الإدارة أيضا وكذلك نفس الشيء بالنسبة لقاعدة التوزيع (دج/دج) فهي تقريبية أيضا.

■ فيما يخص اعتماد معيار وحيد (اليوم الاستشفائي) كوحدة عمل وكمنتوج استشفائي (بالنسبة للمصالح الاستشفائية المجهزة بالأسرة) هذا المعيار الذي هو أساس تسعير منتجات المستشفى غير متجانس، يوجد اختلاف في طبيعة وكمية الخدمات الاستشفائية التي يستفيد منها المرضى بمختلف أنواعها (علاجية، تشخيصية، جراحية) حيث وبالرغم من تواجد المرضى في نفس القسم وبقائهم نفس الأيام الاستشفائية إلا أن هذا لا يعني أنهم استهلكوا نفس المواد مثلا استهلاك الأدوية، حيث يختلف حسب نوعية المرض ودرجة خطورته وأيضا بالنسبة للتدخلات الطبية وشبه الطبية، وبالتالي لا يجب تحميل جميع المرضى لنفس التكلفة وهذا فقط لأنهم استغرقت مدة علاجهم نفس الأيام الاستشفائية.

■ طريقة الأقسام المتجانسة لم تأخذ في الحسبان تغير مستوى النشاط وتأثيره على التكلفة لأنه وبالرغم من ثبات السعر والكمية فإن التكلفة تتغير ونتيجة عدم الأخذ بتغير التكاليف وهذا ما لا يساعد في حساب المردودية

ولا يمكن تحديد بدقة ما هي الأقسام ذات المردودية العالية والمنخفضة منها، وهذا ما يؤدي إلى البحث عن معيار آخر مكمل أو بديل له، وإعادة تقييم المستشفى على أسس جديدة، وبالتالي أقسام رئيسية جديدة تمثل مركز للتكلفة.

إذن و بالرغم من محاسبة التكاليف ساهمت بتحديد وبدقة للتكاليف وبالتالي تتمكن من مراقبة تطورها والتحكم فيها حيث أصبح بالإمكان تحديد قيمة السعر اليومي للاستشفاء وبالتالي حجم النفقات التي يتم صرفها بوضوح وتفادي نقائص وسلبيات الدفع الجزائي الذي كان سائدا من قبل إلا أن بعض العراقيل والنقائص تعترضها تتمثل أساسا في:

✓ إهمال بعض العناصر الأساسية في التسيير المالي كمكتب الدخول وبطاقة المتابعة، فمكتب الدخول يعتبر المصدر الرئيسي للمعلومات وهو الذي من شأنه التقييم الدوري للنشاطات العلاجية وضمان متابعة ومعالجة المعطيات.

✓ تؤدي إلى عدم دقة بيانات التكلفة ويرجع ذلك إلى عدم وجود علاقة سببية بين تكلفة المنتج وما استنفذه من موارد، ما أدى إلى عدم فعاليتها في الرقابة وتخطيط التكاليف.

✓ تفترض أن التكلفة هي المقياس الوحيد المهم لإنجاز المؤسسة.

✓ لا توضح مسببات نشوء التكاليف في المؤسسة.

✓ تستخدم أسس مرتبطة بحجم الانتاج مثل: ساعات العمل المباشر أو ساعات تشغيل الآلات في تخصيص التكاليف غير المباشرة على الانتاج بما في ذلك تكاليف تصميم المنتج وتكاليف إعداد الآلات وغيرها من الأنشطة التي لا ترتبط تكلفتها بالتغير في حجم الانتاج مما يؤدي إلى عدم دقة قياس التكلفة أو الرقابة عليه.

3-الظام التعاقد كآلية للتحكم في النفقات الصحية:1

3-1 التعاقد بمفهوم النهج التعاقدية

يعني إبرام المؤسسة الصحية عقد مع مولئها بأداء خدمة أو بذل عناية مقابل تعويض مالي يساوي في مجموعه مجموع التكاليف المستعملة لتقديم الخدمة في إطار الأصول المتعارف عليها.

❖ اطراف العملية التعاقدية:

1 نسيمه ولد محمد، مرجع سابق ذكره، ص ص:37-41

لأداء الخدمة الصحية يلتزم توافر الأطراف التالية:

- صاحب الخدمة: وهو الطرف المنتج للخدمة الصحية والمتمثل في المؤسسات العمومية للصحة بما فيها المراكز الاستشفائية الجامعية، المؤسسات الاستشفائية العمومية والمتخصصة.
 - الممول: وهو الطرف الثاني في العملية التعاقدية، ويتمثل في الدولة وصناديق الضمان الاجتماعي.
- تكون الدولة طرفا حينما يتعلق الأمر بمرضى عديمي الدخل وغير المؤمنين اجتماعيا وأيضا فيما يخص نشاطات التكوين، الوقاية والبحث العلمي.
- أما صناديق الضمان الاجتماعي فتكون طرفا عندما يتعلق الأمر بالمرضى المؤمنين اجتماعيا وذوي الحقوق، كما يمكن أن يكون الممول الأفراد الذين لا ينتمون للفئة التي تقوم الدولة بتمويل تكاليفها ولا لصناديق الضمان الاجتماعي أي الفئة التي تكون متاحة الدخل وغير مؤمنة اجتماعيا.
- المستهلك: هو المرضى أو زبائن قطاع الصحة بالمفهوم الاقتصادي.

3-2 أثر تطبيق النهج التعاقدية

إن المؤسسات الصحية الجزائرية تجد صعوبات كبيرة من ناحية التمويل والتسيير المالي ويرجع ذلك لعدم قدرتها على التكفل بجميع النفقات الصحية اللازمة مما أدى إلى ضرورة البحث عن سبل جديدة عن طريق اعتماد النهج التعاقدية كنمط جديد للتمويل والذي بدوره يحقق مجموعة من الأهداف التي من شأنها رفع فعالية هذا القطاع ويمكن حصر هذه الأهداف في ما يلي:

❖ التحكم في النفقات:

تعتبر الفعالية غاية وهدف كل المؤسسات الصحية حيث أنه لا بد من الوصول إلى الأهداف بأقل التكاليف، فالنهج التعاقدية يتيح للنظام الصحي التحكم في نفقاته عن طريق:

- تشخيص التكاليف.
- عقلانية الإنفاق، حيث أن المؤسسة الصحية مطالبة بالانتقال من منطق البحث عن الموارد إلى منطق البحث عن النتائج، والنظام التعاقدية بين النظام الصحي ومموليه هو وسيلة لتحقيق ذلك.

- استعمال المؤشرات الصحية مثل: المدة المتوسطة للإقامة، نسبة شغل الأسرة (يسمح هذا المؤشر بتخفيض التكلفة السنوية للسريير بالنسبة لميزانية التسيير)... الخ
- التسيير العقلاني للموارد البشرية.



لاستقلالية المالية:

تعتمد المؤسسات الصحية في تمويلها على الدولة مما يخلق نوعا من التبعية المالية، هذا ما يتنافى مع كون هذه المؤسسات مؤسسات ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي.

فاعتماد نظام التعاقد كنظام تمويل جديد للمؤسسات الصحية سيمنحها استقلالية كبيرة مقارنة بما هي عليه اليوم.

❖ تحسين نوعية العلاج:

وذلك من خلال:

- الاهتمام بسلوكيات المجاملة وحسن الاستقبال والتوجيه.
- بذل مجهود في الاتصال مع المرضى وشرح وضعيتهم من أجل اسهامهم في المهمة النبيلة التي يقوم بها المستشفى.
- التركيز على تحقيق أفضل نوعية بأقل تكاليف ممكنة قصد الحفاظ على النجاعة وذلك بالتركيز على الجانب النوعي وليس الجانب الكمي.
- إعادة ربط العلاقات مع المحيط والمجتمع من أجل الإقناع وكسب ثقة الزبون.

❖ تحقيق الشفافية في علاقة المؤسسة العمومية مع مموليها:

وهذا عكس النظام الجزائري الذي يتميز بغموض هذه العلاقة وعدم وجود علاقات مباشرة بين مقدمي الخدمات الصحية ومولبيها.

❖ التحكم في النظام الصحي:

إعادة هيكلة النظام الصحي يقود بالضرورة إلى الأخذ بعين الاعتبار مكانة الهياكل الصحية سواء كانت عمومية أو خاصة وتحديد مهامها، فالتعاقد يسمح للدولة بتحديث النظام الصحي ويقضي على كل الحواجز التي أقيمت منذ مدة بين القطاع العام والقطاع الخاص في ميدان الصحة وهذا بإدماج القطاع الخاص في المنظومة الصحية.

❖ احترام مبدأ تدرج العلاج:

من خلال عرض العلاج والتخصص في تقديم العلاج من الدرجة الأولى والثانية والدرجة الثالثة.

يبدو أن النهج التعاقدية أكثر فعالية و مردودية نظريا لكن في الواقع شيء آخر، فمنذ أن تقرر العمل بهذا النظام لم يتم برمجته في الواقع، ويبقى النظام الصحي يتعامل بالنهج القديم أي نظام الدفع الجزائي الذي يتميز بالغموض في طريقة تسيير موارده، سواء في علاقة صناديق الضمان الاجتماعي مع المؤسسات الصحية أو في علاقة صناديق الضمان الاجتماعي مع المؤمنين على المرض، والسبب في ذلك يعود إلى عدم الوصول إلى الصيغة النهائية والمتعلقة بمدونة الأداءات ومدونة الأسعار.

3-3 الأسس القانونية لنظام التعاقد

النظام التعاقدية هو عملية إصلاح تمس طرق التمويل للمؤسسات الاستشفائية في الواقع حتى الآن النص المنظم والمشرف على تمويل النظام الصحي الوطني هو القانون 85-05 المتعلق بحماية الصحة وترقيتها. ولكن بعد صدور قانون المالية 1992 وقوانين المالية المتتالية التي اسست النظام التعاقدية أصبح التعديل ساري المفعول (على الورق).

إذا المراجع الدستورية للنظام التعاقدية تتمثل في القانون 85-05 والقوانين المالية المتعاقبة منذ عام 1992 حتى اليوم. ولكن تعديل القانون رقم 85-05 يجب أن يكون على قانون مماثل وحصريا لتنظيم وسير عمل القطاع الصحي، وقانون الصحة يمكن أن يكون بيئة مماثلة لهذا التعديل.

❖ التشريعات الحالية بين قانون المالية وقانون حماية وترقية الصحة:

القانون رقم 85-05 المتعلق بحماية وترقية الصحة، حدد اسهامات كل المساهمين في النظام الوطني الصحي، حيث مساهمة الدولة في تمويل النظام الوطني الصحي هو 60% والضمان الاجتماعي بنسبة 30% والأسر يصل إلى 10% والغرض من هذا القانون هو تعزيز النظام الصحي الوطني، إن ارتفاع مساهمة الدولة في التمويل يعني التأكيد على دور الدولة في المنظومة الصحية كمثل رئيسي وأيضا إعادة تأكيد مجانية العلاج.

في عام 1992 تدخل قانون المالية، حيث فسر النظام التعاقدي كإطار جديد لتعديل من اشتراكات الضمان الاجتماعي في المؤسسات العمومية للصحة والذي يضيف إطار تشريعي جديد لتمويل النظام الصحي.

أضاف مشروع قانون المالية للقانون رقم 85-05 مسألتين رئيسيتين تبرز:

✓ المسألة الأولى تتعلق بمساهمة الثلاثة مانحين للمؤسسات الصحية: في الواقع لن تكون الاشتراكات التي خططت لها حصص كمية إجمالية (60% للدولة والضمان الاجتماعي 30% و 10% من الأسر) لكن الاشتراكات ستكون لها أساس واقعي مرتبطة بالنشاط الحقيقي مع التناسب بين المساهمين المستفيدين من هذه الموارد بمعنى أن قانون المالية ينص على أن مساهمة ميزانية الضمان الاجتماعي في ميزانية المؤسسات العمومية للصحة يهدف إلى تغطية الرعاية الطبية للمؤمن عليهم والمستحقين عنهم... والدولة تتكفل بتغطية نفقات الوقاية، التعليم والبحوث الطبية والرعاية الصحية لفائدة الفقراء غير المؤمن عليهم.

✓ المسألة الثانية مجانية العلاج: النظام التعاقدي سينتهي مجانية العلاج؟ تنص المادة 21 منه على أن تضع الدولة حيز التنفيذ كل الوسائل والإمكانيات لحماية الصحة وترقيتها بضمائها مجانية العلاج. أما المادة 22 فقد تضمنت في أحكامها تعداد جوانب المجانية، المتمثلة في الخدمات العلاجية التي تمثل مجموعة نشاطات الصحة العمومية المتعلقة بالفحص، العلاج، الاستشفاء وبهذا منعت صناديق الضمان الاجتماعي من تأدية دور إيجابي حيث أصبح نظام التمويل الجزائي بدون محتوى اقتصادي مما تسبب في ارتفاع نفقات الصحة المستمر بدون فعالية في تحسين الخدمات الصحية مع إلغاء الأمر المتعلق بالمجانة فإن قانون 85-05 يحتوي في فصله الثالث على العنوان التالي: مجانية العلاج والذي تندرج فيه المواد من 20 حتى 22.

مبدأ الرعاية المجانية أصبح نسبي جدا لأنه فيما يتعلق بأحكام قانون المالية فإنه يضمن التغطية الصحية من خلال المؤسسات الصحية إلى فئتين، المؤمنين والمستفيدين من الخدمات الصحية، وتبقى الفئة غير المؤمنة والفقيرة محيرة على دفع التكاليف العلاجية بأسعار لا نعرف حتى الآن لسبب بسيط أنها غير محددة بعد، ولكن من الواضح أن هذه الفئة سوف تضطر إلى دفع تكاليف الرعاية له، وبالتالي لماذا لا يتم توفير الرعاية الصحية المجانية لها.

إن النظام التعاقدي كبديل لتمويل المؤسسات العمومية للصحة يعني إبرام هذه الأخيرة لعقود أداء خدمة أو بذل عناية مقابل تعويض مالي يساوي مجموع التكاليف المستعملة لتقديم الخدمة في إطار الأصول المتعارف عليها.

3-4 الصعوبات والعراقيل التي حالت دون تطبيق النهج التعاقدي

على الرغم من القوانين والمراسلات التي أصدرتها وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات في سبيل تطبيق النظام التعاقدى والتخلي عن النظام القديم المبني على أسس غير علمية إلا أن مشروع تطبيق النظام التعاقدى لا زال في بدايته وهذا راجع لعدة عراقيل حالت دون ذلك:

■ إن أحد أهم أسباب تأخر تطبيق النظام التعاقدى في تمويل المؤسسات العمومية الصحية هو عدم تهيئة أرضية المؤسسات للمشروع، لا سيما وأن نظامها الأساسى كمؤسسة عمومية ذات طابع إدارى تعتمد على المحاسبة العمومية لا يتلاءم مع هذا النوع من الأشكال التعاقدية حيث نصت القوانين المتعلقة بإنشاء المؤسسات العمومية الصحية على خضوعها لقواعد المحاسبة العمومية، وهي محاسبة لا تسمح بتحديد التكاليف الحقيقية كالمحاسبة التحليلية التي تهتم بالتدفقات الداخلية حيث تهتم بجميع التفاصيل وتهدف إلى التحكم في التكاليف الصحية، ثم التنبؤ بالنفقات المستقبلية وبالتالي تساعد المسير على اتخاذ القرارات المناسبة، إلا أن أغلب المؤسسات العمومية الصحية لا يستعمل هذا النوع من المحاسبة التي تساعد على تحديد السعر المتوسط لليوم الاستشفائى الذي ينطلق منه النظام التعاقدى والفوترة وإن طبقت فهي غير مستغلة كما ينبغي.

■ ثقل الإجراءات التنظيمية في تسيير المؤسسات الصحية ونخص بالذكر الصعوبات التي يتلقاها المسيرون في تنفيذ الإجراءات المتعلقة بتسيير ميزانية المؤسسة الصحية.

■ التخلي في معظم الأحيان عن المهمات الأساسية لمكتب الدخول إضافة إلى غياب أو عدم ملائمة دعائم التسيير في المؤسسات العمومية الصحية وهيئات الضمان الاجتماعى.

■ صعوبات تقنية تتعلق بتحديد النظام الأساسى للمريض، حيث يجد مكتب الدخول عدة عراقيل وصعوبات في تحديد فئة المريض التي ينتمى إليها.

تقيد المدير بمجموعة من القواعد القانونية والإجراءات الروتينية في تنفيذ الميزانية على مستوى المؤسسة الصحية مما يجعل منه مجرد منفق لا مسير، أي إنه بعيد كل البعد عن الإبداع والتسيير الحديث مما يقلل وينقص من المبادرة الفرعية التي تهدف إلى تحسين أداء المؤسسة والفرد.

بالإضافة الى اليات اخرى التي سنتطرق لها من خلال:¹

¹ سنوسى على، مرجع سابق ذكره، ص ص: 167-168.

1- البحث عن مصادر تمويل جديدة : تتمثل هذه المصادر فيما يلي:

-مساهمة المؤسسات الملوثة : عديدة هي المؤسسات الصناعية التي نشاطاتها تؤثر سلبا على صحة السكان، وفي هذا الإطار يمكن أن تفرض على هذه المؤسسات ضريبة لصالح قطاع الصحة، ويمكن أن تتغير نسبة هذه الضريبة من مؤسسة لأخرى وذلك حسب درجة التلوث الذي تلحقه بالبيئة وبالتالي بالصحة.

المؤسسات الاقتصادية ذات النسبة العالية من المرض ومن حوادث العمل : وذلك في اطار مشاركة هذه المؤسسات لحماية صحة عمالها، إذ أن حماية صحة العمال تعتبر اجباري على كل مؤسسة، طبقا للقانون " طب العمل " المؤرخ في 1988/01/26 والمتعلق بالوقاية والحماية في وسط الشغل، ويعد نشاط طب العمل من مهام القطاعات الصحية العمومية وعليه يمكن إيجاد صيغة لعلاقة تعاقدية بين المؤسسات المعنية والمؤسسات الصحية وهكذا ما يمكن المؤسسة الصحية من إيجاد مصدر مالي جديد

- مساهمة التأمينات الاقتصادية : التأمينات الاقتصادية يجب أن تقدم مشاركتها في التمويل الصحي وذلك لكونها تتكفل طبيا بالخسائر البشرية الناتجة عن الكوارث والأخطار التي يقوموا هذا النوع من المؤسسات بتأمينها وذلك عن طريق اجراءات تتمثل في وضع رسوم على الحوادث بقيمة الخدمات الصحية المقدمة لضحايا الحادث

- مساهمة الجماعات المحلية: يجب ان تكون مساهمتها فعالة ومتنوعة لكونها لها مسؤولية خاصة فيما يخص المحافظة على الصحة العمومية، وبالتالي التخفيض من الأمراض الناتجة عن البيئة وبالتالي التخفيض من المصاريف التي قد تنجم عن ذلك . كما يمكن للبلدية أن تقوم بتسيير وتمويل الوحدات الصحية القاعدية" قاعات العلاج والمراكز الصحية " الواقعة في رقعتها الجغرافية.

2 -تخصيص الاعتمادات المالية وطريقة تسييرها : ضرورة وضع معايير موضوعية لمنح الاعتمادات المالية اللازمة لتحقيق أهداف محددة مسبقا، على العكس مما هو معمول به وهو المنح الجزافي للاعتمادات المالية لمدة سنة مالية، حيث يكون المسير مجبر على التحكم في الموارد المالية المتاحة وعلى انفاقها كلية، لأنه اذا حدث العكس فان التخصيص المالي للسنة المقبلة سوف يكون أقل من السنة التي قبلها، بمعنى آخر وكأنه يطلب من المسير ان يبذر أكثر حتى يحصل على اعتمادات مالية أكثر، كما أن تقسيم الميزانية الى عناوين وأبواب... الخ لا يعتمد على حجم النشاطات المقدمة أو النتائج المرجوة.

وعليه فان المؤسسات الصحية في الجزائر تطبق مبادئ المحاسبة العمومية والتي تعمل على تبرير هذه النفقات، وليس كما هو من المفروض ان تكون عليه المحاسبة بمعنى وسيلة لمراقبة عملية التسيير وأرضية لتخطيط النشاطات المستقبلية. وبالتالي حتى تكون عملية تخصيص الاعتمادات عملية فعالة لتخطيط الأهداف المستقبلية للمؤسسة الصحية يجب

:

- اعتماد نظام محاسبي جديد بدلا من المحاسبة العمومية الا وهو نظام المحاسبة التحليلية : وذلك للوقوف على حقيقة النفقات التي سيقوم بها وهذا يفترض وجود شفافية في تبادل المعلومات بين مختلف المؤسسات الصحية وذلك للمشاركة في اتخاذ قرارات فعالة.

- منح اكثر استقلالية في التسيير وضمنان مجال للمبادرة على مستوى المؤسسات الصحية للسماح بإنفاق معقول مقابل نتائج مرسومة.

- ضرورة التحكم ميدانيا وذلك من خلال المشاركة في ترشيد المخصصات المالية عن طريق التفاوض بين مانح المال ومنفقه فيما يخص المبالغ الممنوحة، وذلك بتبرير صاحب النفقة للممول طبيعة النفقة والنتيجة المنتظرة منها.

3- تطوير وتشجيع الاستثمار في صناعة الأدوية بالجزائر : ان ارتفاع فاتورة استيراد الأدوية بلغت 1.043 مليار دولار في الأشهر الثمانية الأولى من سنة 2008 ، هذه الأرقام الجذ مرتفعة تؤثر على ميزانية القطاع الصحي وكذا على حسابات شركات الضمان الاجتماعي، فالإنتاج المحلي للأدوية لا يغطي سوى % 30 على الأكثر من إجمالي الاحتياجات الوطنية . كما تعتبر الجزائر أول سوق للأدوية في المغرب، وأكبر مستورد للأدوية من فرنسا، وتعتبر المورد الأول بنسبة تمثل 70 % من حصة السوق (470 مليون يورو في سنة 2007) فمنذ تاريخ 2008/10/21 اصبح ملف الأدوية من الانشغالات الاولى لمجلس الحكومة، وفي هذا التاريخ اتخذت الحكومة قرار الاستثمار في الجزائر، وعليه لا بد من دعم وتشجيع الاستثمار المحلي في صناعة الأدوية سواء من طرف منتجين محليين أو مستثمرين أجنبين يرغبون الاستثمار فيسوق الأدوية بالجزائر خاصة في الأدوية الجنيسة وذلك من خلال منح تسهيلات وتحفيزات استثمارية في هذا المجال وهذا ما يسمح حسب * UNOP باستعمال كل القدرات والإمكانات الوطنية التي تسمح من رفع نسبة الإنتاج في الأدوية في السوق المحلي الى % 70 من إجمالي الاستهلاك الوطني.

4- التحكم في التوظيف : ان سياسة التشغيل يجب أن ينظر اليها بمنظار الفعلية، كما أن الاستغلال العقلاني للموارد البشرية كفيل بتحسين الحالة العامة للقطاع وذلك من خلال التوزيع العادل لها بين الشمال والجنوب، ولا

تبقى مكدسة في المدن الكبرى وبخاصة الجزائر العاصمة والمدن الكبرى، مما أدى الى ايجاد في قاعة علاج واحدة طبيين، وعلى آلة ترميم الأسنان ثلاثة الى اربعة أحيانا، مع الإشارة الى أن هؤلاء لا يقومون بالحجم الساعي القانوني وبالتالي كيف يمكن الحديث عن الاقتصاد في النفقة.

5-عصره قطاع الصحة العمومي والتقليل من معدل فترة المكوث بالمستشفى : اذا كان التطور التقني يزيد من النفقات الصحية، وذلك باستخدام وسائل جديدة أكثر تطورا ومواد أكثر تكلفة لغرض ضمان النوع (نوعية جيدة للعلاج) والتحسين (تحسين العلاج)، فانه بالمقابل يقلل من تكاليف المكوث في المستشفى.

6- ادخال اصلاحات اخرى من شأنها التحكم في النفقة الصحية : البحث عن بدائل للاستشفاء، ولاسيما من خلال تطوير الاستشفاء نهارا، والعلاج المتنقل، والعلاج المقدم في المنزل

(HOSPITALISATION A DOMICILE).

- ✓ مراجعة الاطار القانوني للمؤسسات الصحية العمومية ؛
- ✓ ضمان نوعية المنتجات الدوائية والعمل على خفض اسعاره وذلك من خلال الاهتمام اكثر بالأدوية الجنيسة الاقل تكلفة سواء عند الاستيراد او التصدير ومراقبتها بالخصوص عن طريق تعزيز عمليات التفتيش؛
- ✓ ترشيد الانفاق بفضل ترويج استخدام الادوية الجنيسة ؛
- ✓ تنظيم وتطوير البحث في مجال الصحة

7- .تحديث مدونة تسعير الخدمات الطبية والشبه طبية : وضع تسعيرات مناسبة للأعمال الطبية والشبه الطبية" كإجراء لمحاربة التبذير وتنمية الموارد الذاتية للهيكل الصحية".

ان التسعيرات الحالية المنشأة والتي تم وضعها بموجب القرار /MSP/CAB/MIN / 01 المؤرخ في 05 أفريل 1995 تعتبر بمثابة تسعيرات رمزية - سواء تعلق الأمر بالطب العام(50دج) للوصفة أو الطب المتخصص (100 دح) للوصفة أو تسعيرة المكوث في المستشفى 100(دج)لليلة الواحدة . والتي يجب مراجعتها بمراعاة التكلفة الحقيقية لهذه الأعمال، وتستثنى من هذه الإجراءات والدفع الأعمال الصحية الموجهة لحماية الأمومة والطفولة، وطب الأطفال والأعمال الوقائية وبعض الفئات.¹

1 سنوسي على، مرجع سابق ذكره ص169

المطلب الثالث: برامج المخصصة للقطاع الصحي

بالرغم من الجهود و الساعي المبذولة من قبل الحكومي و للنهوض بالقطاع الصحة و المجسدة في مختلف المخططات و البرامج الاستعجالية انه هناك بعض النقائص و يجب على الدولة تجاوزها و ذلك ن خلال انتاجها لخطة جديدة تتضمن مجموعة مئة البرامج موزعة على ثلاثة مراحل اساسية هي كالتالي¹:

1-البرامج المخصصة للقطاع الصحي من (2001-2004):

لقد تميزت هذه الفترة بتطبيق برنامج الإنعاش الاقتصادي من اجل إعطاء دفع جديد لاقتصاد الوطني، و من جهة أخرى فهو يعبر و بوضوح عن رغبة الدولة في انتهاج سياسية توسعية التي من شأنها تنشيط الطلب الكلي عبر تحفيز الاستثمارات العمومية الكبرى وهذا راجع إلى التجربة المريرة التي مرت بها خلال فترة التعديل الهيكلي و على هذا الأساس فقد استفاد قطاع الصحة كغيره من القطاعات بحصة وافرة من مخصصات هذا البرنامج ب 14.7 مليار د ج أي بنسبة % 16.28 من الحصة الإجمالية للنشاطات الموجهة لتنمية الموارد البشرية(البالغ قيمتها ب 90.3مليار دج).لقد ساهم التطبيق الفعلي لهذه البرامج من تعزيز القطاع الصحي ب 545 مشروع من أصل 16063مشروع موزعة على أربعة سنوات أي بمعدل 136 مشروع في كل سنة.

2-البرامج المخصصة للقطاع الصحة من (2005-2009)

دائما و تحت إطار مواصلة مجهود الإنعاش و تكثيفه فقد بادرت الحكومة إلى اعتماد مخطط آخر يتعلق الأمر بمخطط دعم النمو الاقتصادي ل يتم النقائص التي نتجت عن برنامج الإنعاش الاقتصادي و قد خصص له مبلغ ضخم يقارب 2202.7 مليار دج لإعادة إنعاش اقتصادي خلال الفترة مابين 2009/2005، و باعتبار أن قطاع الصحة من القطاعات الواعدة و الإستراتيجية فقد حظي بحصة معتبرة من هذا البرنامج وصلت إلى 85 مليار دج أي بنسبة %4 من الحصة الإجمالية المخصصة للبرنامج ككل. بالإضافة إلى هذا وقصد تنمية القطاع الصحي بمناطق الجنوب و كذا الهضاب العليا فقد تعزز القطاع بحصة معتبرة من هذه البرامج:

-ففي سنة 2007 وصلت إتمادات الدفع الخاصة بتنمية القطاع الصحي بمناطق الجنوب إلى ما يقارب 6 مليار دج، اما فيما يخص تنمية القطاع في منطقة الهضاب العليا فقد خصص له 10.56 مليار دج لنفس السنة.

1 علي دحمان محمد، تقييم الصحة و التعليم (دراسة حالة لولاية تلمسان) ،رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية، جامعة ابي بكر بلقيد -تلمسان، ص ص: 153-154.

-أما في سنة 2009 فقد انتقلت اعتمادات الدفع للقطاع الصحي بمناطق الجنوب إلى 5.8 مليار دج، و 7.88 مليار دج بالنسبة لترقية القطاع الصحي بمنطقة الهضاب العليا.

3- البرامج المخصصة لقطاع الصحي 2010-2014

من اجل مواصلة المسار الذي بادرت به الحكومة ابتداء من سنة 2001 الى 2009 فقد التزمت الحكومة على الاخذ بعانتها مواصلة هذه الجهود تحت اطار برنامج التنمية الخماسي 2010/2014 وعلى هذا الاساس فقد تطلبت هذه الخطوة جرأة سياسية من قبل الحكومة عبر تخصيص غلاف مالي ضخم قدر ب 286 مليار دولار (أي ما يعادل 21.214 مليار دج). و بالتالي فقد استطاع القطاع الصحي من ان يستفيد من حصة وافرة من مخصصات هذا البرنامج ب 619 مليار دج (أي ما يعادل 155 دج لكل سنة وهذا بهدف التكفل بإنشاء :

- 172 مستشفى.
- 45 مركبا صحيا متخصصا.
- 337 عيادة متعددة الخدمات.
- 1000 قاعة علاج.
- 17 مدرسة لتكوين الشبه الطبي

خلاصة الفصل الأول

من خلال كل ما تطرقنا إليه اتضح لنا مجموعة من النتائج نذكر منها :

(1) تولي الدولة الجزائرية إهتمام كبير بالإنفاق على القطاع الصحي، وما يؤكد ذلك هو حجم الاعتمادات المالية الهائلة المخصصة للقطاع الصحي والتي هي في تزايد من سنة لأخرى، مما يدل على أن هذا القطاع ذات الأولوية و الأهمية في الجزائر.

(2) تتمثل أهم مصادر الإنفاق والتمويل الصحي في الجزائر على ثلاث مصادر أساسية هي تمويل عن طريق الدولة، والتمويل عن طريق الضمان الإجتماعي، وأيضا التمويل عن طريق التأمينات الخاصة، إلا أن الدولة هو المصدر هي التي تساهم في تمويل النفقات الصحية بنسبة كبيرة جدا.

الفصل الثاني الاطار المفاهيمي للخدمات الصحية

تمهيد

تنامت الخدمات في السنوات الأخيرة بشكل كبير ومتزايد، وفرضت مكانتها الحقيقية و المتميزة في المؤسسات ذات الطابع الخدمي، وذلك باعتبارها توفر فرص أكبر للعمل إذا ما قورنت بالصناعات المنتجة للسلع المادية، خاصة بعد تطور مستوى معيشة الأفراد، وازدياد متطلبات الحياة العصرية.

تعتبر المؤسسات الصحية احد أهم المؤسسات نظرا لأهمية الخدمات الناتجة عنها، والتي ترتبط مباشرة بصحة وسلامة الفرد، بحيث يتركز تقديم هذه الخدمات على توفر مجموعة من الأسس والمعايير، يؤدي توفرها إلى الإرقاء بالخدمات الصحية

و عليه سنحاول من خلال هذا الفصل تسليط الضوء على الإطار المفاهيمي للخدمات الصحية من خلال التطرق الى المبحثين التاليين:

- ✓ مفاهيم عامة حول الخدمات الصحية.
- ✓ إصلاحات النظام الصحي الجزائري.
- ✓ مساهمة الانفاق الصحي في تحسين الخدمات الصحية

المبحث الاول: مفاهيم عامة حول الخدمات الصحية.

تمثل الدور الاساسي للمؤسسات الصحية في انتاج وتقديم الخدمات الصحية تمتاز بالجودة بهدف رفع المستوي الخدمات الصحية لأفراد المجتمع ، وذلك من خلال تضافر جهود الفريق الطبي من اجل تحقيق الاهداف التي تسعى اليه المؤسسة الخدمية وتلبية احتياجات و رضا المواطنين

المطلب الاول مفهوم الخدمات الصحية

تعتبر الخدمات الصحية المنتج النهائي الذي يتم تقديمه من قبل المؤسسات الصحية ،وقبل التطرق لمفهوم الخدمات الصحية يجب شرح المصطلحين الخدمة والصحة

1-تعريف الخدمة: هي كل نشاط يخلق قيمة ويعطي اضافة ايجابية للعميل في وقت ومكان محددين و يحدث تغيير ايجابي مرغوب لهذا العميل، كما يمكن تعريفها على انها كل نشاط او منفعة مقدمة من طرف الى اخر و عادة ما تتعلق مراحل انتاج الخدمة بمنتجات مادية، لكن النتيجة النهائية للخدمة تكون غير ملموسة.¹

ويمكن تحديد مفهوم الخدمة من خلال:²

- ✓ مقدم الخدمة: الذي يقوم بتسليم و تجهيز الخدمة
- ✓ حاجة الزبون للخدمة (التعليم، العلاج، السياحة والسفر)،او لديه مشكلة او عوامل بيئية تقود الى ظهور حاجة لديه.
- ✓ المنافع التي يحصل عليها الزبون في الوقت المناسب.
- ✓ مجهر الخدمة مسؤول على خلق الميزة التنافسية لمؤسسة الخدمة و يشكل جزء مهم من تجربة الزبون من خلال اشراكه في عملية التقديم.

¹ Jochen Wirtz et Autre : **Marketing de Services**, 6 em édition, Pearson éducation, France, 2009, P12

² دريدري احلام، دور استخدام نماذج صفوف الانتظار في تحسين جودة الخدمات الصحية، رسالة مقدمة كجزء من متطلبات نيل شهادة الماجستير في علوم التسيير، الاساليب الكمية في التسيير، جامعة محمد خيضر - بسكرة-2014، ص ص:12-13

✓ يجب أن تحدد الأنشطة والعمليات بشكل جيد للعاملين وتدريبهم على ما يتوقع أن يقوموا به لتقديم الخدمة بالجودة المطلوبة ويمكن هذا أن يقلل من تباين الخدمة.

✓ أن الخدمة تمثل سلسلة من النشاطات التي لا تقود إلى امتلاك النتائج وهذا ما يميزها عن السلع الملموسة.

✓ الخدمة مجموعة من المنافع التي تقدم لكل فرد استنادا

2-**تعريف الصحة:** مفهوم الصحة هو اوسع من مجرد غياب المرض، تعقد العلم اليوم جعل مفهومها متعدد الواجه وفي حالة تحول دائم اين يتحتم علينا دراسة كل الواجه و من جميع الزوايا و علة هذا الاساس سوف نحاول وضع تعريف يضم كل الوجه الخاصة بالتعاريف السابقة اذن: ¹

● فالصحة العامة هي علم يهدف الى تعزيز صحة الافراد من الناحية، النفسية و البدنية و كذا الاجتماعية من خلال تدابير التلقائية التي تتمتع :

-بالعدالة بين الاشخاص .

- فعالية وجودة في الخدمات الصحية المقدمة.

-ان يكون التمويل الصحي بما يلبي و يغطي جميع احتياجات الافراد.

هناك العديد من التعاريف التي تحاول إيضاح مفهوم الخدمات الصحية نذكر منها:

التعريف 01: "هي كافة الخدمات التي تقدم إشباع حاجات أو رغبات صحية لطالبي الخدمة الصحية".²

التعريف 02: هي مجموعة من المنافع الصحية التي يحصل عليها المستفيد مقابل دفع ثمن معين، وباستخدام سلع مساعدة، و لكن لا تحول ملكية السلع إلى المستفيد من الخدمة".³

التعريف 03: تعرف الخدمة الصحية على أنها: "مزيج متكامل من العناصر الملموسة وغير الملموسة والتي تحقق إشباعها ورضا معين للمستفيد".⁴

التعريف 04: "هي الخدمة التي يقدمها احد اعضاء الفريق الطبي الى فرد واحد او اكثر من افراد المجتمع، مثل معالجة الطبيب لشخص مريض سواء كان ذلك في عيادته الخاصة او في العيادات الخارجية للمستشفى الحكومي او العناية

1 علي دحمان محمد، مرجع سابق ذكره ص ص:5-6

2 مدحت محمد أبو النصر، إدارة الجودة الشاملة في مجال الخدمات، مجموعة النيل العربية، مصر، الطبعة الاولى، 2008، ص: 195.

3 غواري مليكة، إدارة الجودة الشاملة في خدمات الرعاية الصحية، دار اليازوري العلمية للنشر و التوزيع، عمان، الاردن، طبعة الاولى، ص: 67.

4 بوعانة عبد المهدي، إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية - مفاهيم نظريات وأساسيات في الإدارة الصحية، دار حامد للنشر و التوزيع، عمان، الطبعة الأولى، 2004، ص 68.

التمريضية او الحكمية التي تقدمها الممرضة للمريض ، او التحاليل التشخيصية التي يقدمها المختبر لشخص ما او لعدة اشخاص غير ان الرعاية الطبية قد تقدم رعاية صحية وقائية ، حيث ان الطبيب الذي يعالج شخصا ما يمكن ان يقدم له".¹

المطلب الثاني : خصائص و انواع الخدمات الصحية و اهدافها

اولا :خصائص الخدمات الصحية

ان اهم خصائص الخدمات الصحية تتمثل في ما يلي:²

1. **الاملوسية:** يقصد بها " عدم رؤية، لمس او تجريب الخدمة، هذا ما يدفع الى صعوبة تصورها ذهنيا، كما يؤدي في الغالب لمعرفة غير دقيقة للنتيجة مسبقا"، و للتلاقي هذه الصعوبة يجب البحث عن معايير تدل على جودة الخدمة مثل مكان أدائها، مقدمها والاجهزة المستخدمة.
2. **التماسك :** ان انتاج وتقديم الخدمات الصحية يتطلب وجود مقدم و مستقبل الخدمة، لذا فهي تقدم و تستهلك في الوقت ذاته
3. **تباين الخدمات :** تتصف الخدمة عموما و الخدمة الصحية خاصة بالتباين و عدم التماثل لانها تعتمد على مهارة و اداء و سلوك مقدم الخدمة و المكان و الزمان والمعلومات التي يقدمها المريض لمقدم الخدمة الصحية، ويصعب من تحديدها وقياس انتاجها و تحديد مستوى جودتها
4. **تلاشي الخدمة :** بما ان الخدمات تمثل نشاطا او فعلا فإنها تتلاشى وتنتهي سواء ان تمت الاستفادة منها او لم تتم، ولا يمكن خزنها لحين وقوع الطلب عليها، و هذا ما يجعل المنظمات الخدمية لا تعاني مشكلة في حالة وجود طلب مستر عليها ولكن المشكلة تثار عندما لا يكون هناك طلب على الخدمات
5. **عدم انتقال ملكيتها:** ان عدم انتقال الملكية يعتبر ميزة خاصة بالخدمات، حيث ان ما يحصل عليه المريض هو مجموعة من المنافع، اذا تجسد في العملية التجارية المحققة من قبل المؤسسة حيث يكون هدف هذه المبادلة بعيدا عن هدف نقل الملكية المتعلق بالمنافع الملموسة.
6. **تذبذب الطلب عليها،** ويعود هذا لاختلاف حاجات المستهلكين وتغيرها وفق للعديد من الظروف كالأوضاع البيئية، الحروب، و حاجة الشخص نفسه لهذه الخدمات في اوقات غير معلومة

¹ عبد المجيد الشاعر، الرعاية الصحية الأولية، دار البازوري للنشر، الطبعة الاولى، عمان ، الاردن، 2000،ص11.

²D.Michel et autres, Marketing industriel : stratégie et Mise en oeuvre, Economica 2eme édition, paris, 2000, p373

ومن اهم يميز الخدمة الصحية كذلك الديناميكية المرتبطة بتقدم العلم و الطب، فيوميا تظهر حقائق جديدة جديدة للتشخيص و المعالجة.¹

تتميز الخدمة الصحية بمجموعة من الخصائص نذكر منها:²

✚ تتميز بكونها عامة للجمهور، وتسعى من خلال تقديمها إلى تحقيق منفعة عامة ولمختلف الجهات والأطراف المستفيدة منها؛

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

✚ تتأثر المنظمات الصحية عامة والمستشفيات خاصة بالقوانين والأنظمة الحكومية سواء كانت تابعة للدولة أو للقطاع الخاص؛

✚ في منظمات الأعمال، تكون قوة القرار بيد شخص واحد أو مجموعة أشخاص يمثلون قمة الإدارة، في حين تتوزع قوة القرار في المنظمات الصحية بين مجموعة الإدارة ومجموعة الأطباء؛

✚ وجوب الاتصال المباشر بين المنظمة الصحية والمستفيد من الخدمة، إذ أن الخدمة الصحية لا يمكن تقديمها إلا بحضور المريض نفسه للفحص والتشخيص والعلاج أو إجراء التحاليل... إلخ؛

✚ صعوبة تطبيق المفاهيم الاقتصادية المطبقة في خدمات أخرى على الخدمة الصحية، باعتبارها مرتبطة بالإنسان وهو أعلى شيء؛

✚ نظرا لتذبذب الطلب على الخدمة الصحية في ساعات اليوم أو الأسبوع أو الموسم، وبهدف الاستجابة إلى أقصى حد من الخدمات المطلوبة، فهذا يستوجب الاستعداد المبكر لحشد كل الطاقات الإدارية والطبية لإنتاج الخدمة الصحية لطلابها، لا إذ يمكن التأخر أو الاعتذار عن الاستجابة للطلب لأن في ذلك إخفاق في مهمة المنظمة الصحية الإنسانية.

ثانيا: انواع الخدمات الصحية

¹ سمية حرنان، دور ادارة معرفة الزبون في تحقيق الجودة بالمؤسسات الصحية الجزائرية دراسة المؤسسة الاستشفائية العمومية الحكيم عقبي قالملة، اطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراة علوم في العلوم الاقتصادية، جامعة محمد خيضر بسكرة، 2015/2016، ص6.

² ثامر ياسر البكري، ادارة المستشفيات، دار اليازوري العلمية للنشر و التوزيع، عمان ، الاردن، الطبعة الاولى 2005، ص59.

ان تقديم الخدمات الصحية بشكل متميز يساهم الى حد كبير في الارتقاء بمستوى الخدمة المقدمة و تحقيق عدة اهداف بغض النظر عن نوعها لهذا فهي ضرورية في المجتمعات الانسانية .

تصنف الخدمات الصحية حسب مستوياتها إلى ¹:

1 الخدمات الأساسية :

و تشمل الخدمات الوقائية والعمليات الجراحية والعلاج، وأقسام الطوارئ، بنك الدم، العلاج الطبيعي، الصيدلة، رعاية الاطفال المبتسرين، وعلاج الجهاز التنفسي، العناية المركزة، التصوير بالأشعة الالكترونية، الخدمات النفسية للطوارئ، خدمات إعادة التأهيل، خدمات اجتماعية، العلاج المهني، العلاج بالأشعة و قسم جراحة القلب والانعاش، زراعة الاعضاء، خدمات التدريب والتعليم الصحي...الخ.

2- الخدمات المساعدة:

وتشمل الخدمات التي تقدمها المؤسسات الصحية عند إقامة المريض كالمبيت والغذاء، والخدمات التي تؤديها الآلات والادوات المستخدمة في تسهيل عملية التشخيص والعلاج، بالإضافة إلى الوسائل المستخدمة في خدمات الوقاية.

حسب المستنفدين من الخدمات الصحية

يمكن تصنيف الخدمات الصحية حسب هذا المعيار إلى ²:

1-2. خدمات فردية : وهي تلك الخدمات التي يستفيد منها شخص واحد دون ان تكون له علاقة باي جهة او مؤسسة صحية معينة ، كان يتوجه الى احدى المؤسسات الصحية للحصول على المعالجة .

2-2. خدمات جماعية او منظمة : هي تلك الخدمات التي يستفيد منها عدد من الافراد ينتمون الى مؤسسة واحدة ، مثل الخدمات التي تقدمها المؤسسة لعمالها ، سواء عن طريق تعيين طبيب في تلك المؤسسة او التعاقد مع اطباء و مؤسسات صحية لمعالجة عمال تلك المؤسسة وفق اتفاق معين .

¹ زكي خليل المساعد، تسويق الخدمات و تطبيقاتها، دار المناهج للنشر و التوزيع ، الاردن، 2006،ص71.

² عصماني سفيان، دور التسويق في قطاع الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين منها المرضى ،رسالة ماجستير ،كلية العلوم الاقتصادية و تجارية و علوم التسيير، جامعة محمد بوضياف ، المسيلة، 2005.2006،ص41.

و تقدم المستشفيات ثلاث اصناف من الخدمات و هي كما يلي:¹

1- الخدمات الصحية العلاجية: و هي طابع الغالب على وظائف المستشفيات في الاقطار النامية و لكن لا يعني

هذا مجرد العلاج ، و انما هي عملية متكاملة تعني التشخيص و العلاج و التأهيل.

2- خدمات التعليم و التدريب الصحي: يقوم بوظيفة التعليم و التدريب للفئات المساعدة، بالاضافة الى مدارس

التعليم و التمريض الملحقة بالمستشفيات العامة و المستشفى نفسه هو المكان الطبيعي للتعليم بمدارس التمريض ، و كذا

بالنسبة لتدريب خريجي المدارس و المعاهد الصحية و الفنية و الاطباء .

3- خدمات البحوث الصحية: و تقوم بتقديم ثلاثة انواع من البحوث :

بحوث عملية اكااديمية

بحوث تطبيقية

بحوث ميدانية

4. خدمات الصحة الوقائية: تتمثل في الخدمات المرتبطة بصحة المجتمع ، و يطلق عليها ايضا اسم "الخدمات الصحية

البيئية او العامة"، ترتبط بالخدمات الموجهة للحماية من الامراض المعدية و الاوبئة و الحماية من التدهور الصحي

الناجم عن سلوك الافراد و تشمل:²

خدمات التطعيم من الامراض و الاوبئة

خدمات رعاية الامومة و الطفولة

خدمات مكافحة الحشرات و الحيوانات الناقلة للمرض

خدمات الرقابة الصحية على متاجر تقديم الغذاء، المشروبات ومحلات الحلاقة و التجميل

خدمات الاعلام و نشر الوعي الصحي

¹ زكي خليل المساعد، مرجع سابق ذكره، ص301.

² بوعانة عبد المهدي، مرجع سابق ذكره، ص54.

و يوجد تصنيف اخر للخدمات الصحية يتضمن¹:

1. الخدمات الباطنية (وقائية او علاجية): الطب العام و الاخصائي ، طب الاطفال ، طب الاعصاب ، و العديد من التخصصات الاخرى .

2 الخدمات الجراحية :جراحة عامة ، جراحة لكل الامراض الباطنية ، جراحة امراض النساء و الولادة .

ثالثا :اهداف الخدمات الصحية .

إن الهدف العام من تقديم الخدمات الصحية يتجلى في²:

- ضمان الصحة البدنية و النفسية للمستفيدين؛
- تحقيق رضا المستفيد (المريض) و زيادة ولاءه للمنظمة الصحية و الذي سيصبح فيما بعد وسيلة إعلامية فاعلة لتلك المنظمة الصحية؛
- تعد معرفة آراء و انطباعات المستفيدين (المرضى) و قياس مستوى رضاهم عن الخدمات الصحية وسيلة مهمة في مجال البحوث الإدارية و التخطيط للرعاية الصحية و وضع السياسات المتعلقة بها ؛
- تطوير و تحسين قنوات الاتصال بين المستفيدين من الخدمة الصحية و مقدميها ؛
- تحسين معنويات العاملين ، إذ أن المنظمة الصحية يمكن لها تعزيز الثقة لدى العاملين لديها و جعلهم يشعرون بأنهم أعضاء يتمتعون بالفاعلية مما يؤدي إلى تحسين معنوياتهم ، و بالتالي الحصول على أفضل النتائج؛ تمكين المنظمات الصحية من تأدية مهامها بكفاءة

مطلب الثالث: مستويات و معايير تقديم الخدمات الصحية واليات تحسينها

اولا: مستويات الخدمات الصحية

¹ فريد النجار، ادارة المستشفيات و شركات الادوية ، الدار الجامعية ، الاسكندرية ، مصر، 2007، ص:55-56.

² مختار عطية بن سعد و حليلة علي امشيرى، جودة الخدمات الصحية المقدمة في مستشفى الخمس التعليمي من وجهة نظر المستفيدين، المؤتمر الاقتصادي الاول للاستثمار و التنمية في منطقة الخمس، جامعة المرقب، ليبيا، 2017، ص:10.

تختلف الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين باختلاف الانظمة الصحية المستخدمة، فإذا كان مستوى النظام الصحي متطور و مميز فان الخدمة المقدمة في الغالب تكون مميزة و متطورة و العكس صحيح ، و المستويات الصحية المقدمة لا تختلف باختلاف النظام الصحي بل هي ثابتة من حيث المستوى و متغيرة من حيث النوعية و جودة الخدمة و هي تتمثل في :¹

1- مستوى الرعاية الذاتية :

وهو المستوى الذي يتحمل فيه الفرد أو العائلة مسؤولية حماية ورعاية أنفسهم في الامور الوقائية والعلاجية البسيطة والمتعارف عليها والتي يتعرضون لها في حياتهم اليومية، ومما لا شك فيه أن هذا المستوى من الرعاية يتوقف على المستوى الثقافي والاجتماعي للفرد والعائلة ومدى إدراكهم للأمور التي تستوجب مراجعة الطبيب بسببها أو تحل من قلوبهم .

2- مستوى الرعاية الصحية الاولية :

عرفت الرعاية الصحية الاولية بأنها الخدمات الصحية الشاملة والأساسية الميسرة لجميع الافراد والعائلات في جميع المجتمعات والمعتمدة على وسائل وتقنيات صالحة عمليا وسليمة علميا، ومقبولة اجتماعيا وبمشاركة تامة من المجتمع وأفراده وبتكاليف يمكن للمجتمع والدولة توفيرها، وهي جزء لا يتجزأ من النظام الصحي للدولة التي هي نواته ومحوره الرئيسي، وأساس التنمية الاجتماعية والاقتصادية الشاملة للمجتمع، ويمثل هذا المستوى أوسع مستويات الخدمة الصحية، ويتم تقديم الرعاية الصحية الاولية في المراكز الصحية والمستوصفات وعيادات الامومة والطفولة، وهي مؤسسات تضم بين أفرادها وأجهزتها العاملة، الأطباء، الممارسون والمتخصصون، بالإضافة إلى طاقة واسعة من القوى العاملة الصحية المتخصصة في شتى فروع الطب وحجم الطاقم في هذه المراكز يعتمد بشكل كبير على موقع المركز الصحي والكثافة السكانية التي يقوم هذا المركز أو العيادة بتقديم خدمات لها.

3- مستوى الرعاية الصحية المتخصصة :

عند عجز المستوى الثاني في مواجهة بعض الحالات، فإنه يتوجه مباشرة إلى مستوى الرعاية المتخصصة من أجل تقديم نوع معين من الخدمات كالجراحة وأمراض القلب والأمراض النفسية، ويشمل هذا المستوى أخصائيين في الفروع

¹ أيمن مزاهرة وآخرون، علم اجتماع الصحة، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، الاردن، الطبعة الاولى، 2003، ص.44.

المختلفة مجال إليهم المرضى . ويقدم لهم المشورة والعلاج حسب توفر التقنيات المتطورة، والخدمات الصحية في هذا المستوى تقدم في المؤسسات الصحية العامة وعيادات الاختصاص، ومثل هذه المؤسسات تشمل كل الاطباء والمرضى القانونيين ومساعدى المرضى، وطبيب الاسنان وفنيي المخبر والاشعة وغيرهم.

4- مستوى الرعاية الصحية المتطورة المتخصصة:

وهي الخدمات التي ليس بالمستطاع تقديمها في المستوى الثاني والثالث، وهي خدمات متخصصة في مجال الطب والجراحة وهي خدمات معقدة ونادرة كجراحة القلب والدماغ والعيون وأمثلتها . إن الخدمات الصحية المختلفة يمكن الحصول عليها من خلال إحدى المستويات الأربعة، لذا فإنه من الأهمية أن يعرف أعضاء الفريق الصحي معرفة جيدة بما يقدم في كل مستوى من هذه المستويات، كي يكون بمقدورهم تحويل الحالات المرضية إلى الجهة التي يجب أن تحول إليها، ولضمان حسن سير العمل في المستويات المذكورة وجب التنسيق بين مؤسسات هذه الخدمات تنسيقاً كاملاً.

ثانياً : معايير تقديم الخدمات الصحية

إن قضية كيفية تحقيق أفضل استخدام لتحقيق هدف أقصى مكاسب صحية ممكنة، تدور حول الاستخدام الأكفأ للموارد، وإذا أردنا أن لا يتصف توزيع موارد الخدمات الصحية بالعشوائية وعدم الكفاءة فإنه يجب أن يعتمد على نظام واضح لتنظيم وتقديم الخدمات. يتطلب أداء الخدمات الصحية أن يؤخذ في الاعتبار عدة معايير تتصل بالتكلفة والكفاءة والفعالية والعدالة، التي تحدد إلى أي مستوى سيتم إنتاج وتقديم الخدمات الصحية، ويمكن شرح تلك المعايير كما يأتي¹ :

معيار التكلفة: أن تكون أسعارها منخفضة

معيار الفعالية: استخدام طرق جديدة لتنظيم تمويل تقديم الخدمات الصحية المقررة من الموارد المتاحة.

معيار الكفاءة: الكفاءة الاقتصادية والفنية

معيار العدالة: العدالة يجب أن تكون أحد أهداف الخدمة

¹طلعت الدمرداش إبراهيم، اقتصاديات الخدمات الصحية، مكتبة المدينة، الطبعة الثانية، الزقازيق، مصر، 2000، ص3231.

معيار الأمان الصحي: الرعاية الصحية بصفة دائمة.

ثالثا : اليات تحسين الخدمات الصحية

إن تحسين الخدمات لا يمكن أن يعطي ثماره إلا إذا كانت هناك سياسة واضحة ومبنية على طرق علمية لإرساء الآليات والأساليب الجديدة، ومن أهم الآليات التي تسمح بتحسين مستوى الخدمات الصحية و المتمثلة في:¹

1. التغيير في المنظمات الصحية

إن المنظمة الصحية كغيرها من المنظمات تنشط في بيئة حركية دائمة التغيير، وهذا ما يستدعي توفر إدارة عملية إبداعية تتفق والمتغيرات السكانية المتوقعة كما ونوعا وتلاءم مع المستجدات الاقتصادية والثقافية والاجتماعية والصحية وتستطيع مواجهة التحديات المنتظرة.

وهناك عدة أسباب تجعل من التغيير في المنظمات الصحية وإصلاحها ضرورة يجب القيام بها وهي :

- خلق الفعالية ومضاعفة العطاء والخدمة العامة.
- تسهيل وسائل الاتصال بين المسؤول والموظف وجعل العلاقة أكثر مرونة.
- تعميم التكوين على كافة الموظفين لمسايرة ما يجري في المحيط الخارجي.
- وضع إجراءات عمل سهلة، مفهومة من طرف الجميع تساعد على تحسين العلاقات بين الموظفين (إداريين، تقنيين، أطباء، شبه أطباء) بحيث تكون هناك لغة مشتركة توضح أهداف المؤسسة.
- تحسين نوعية وجودة الخدمات الصحية (الاستقبال، التغذية...).
- البحث عن ثقافة جامعة شاملة لكل الأطراف دون إقصاء.
- تحفيز الموظف واستشارته في قرارات المؤسسة يجعله أكثر ثقة في مسؤولية مما يدفعه للعمل أكثر.

1 سلطانبي وفاء، مرجع سابق ذكره، صص: 99-100.

بالإضافة إلى النقاط سالفة الذكر يمكن التركيز على التغيير كضرورة لمسايرة التطورات، فقد أوجدت التطورات السريعة في العلوم والتكنولوجيا حقائق جديدة، في حين يمكن القول أن المؤسسات الاجتماعية لمتوفق بالشكل المطلوب في مواكبة هذا التطور وتغير الأوضاع وأساليب العمل.

2. إدارة الجودة الشاملة (TQM) كآلية لتحسين الخدمات الصحية

تعتبر إدارة الجودة الشاملة في المنظمات الصحية فلسفة شاملة للحياة والعمل في المنظمات الصحية تحدد أسلوبا في الممارسة الإدارية مبني على مجموعة من المبادئ التي ترمي إلى تقديم خدمات صحية متميزة للمستفيدين منها من خلال إيجاد بيئة ثقافة تنظيمية في المنظمة تعمل على تحديد أهدافها ورسالتها، وتعتمد بشكل أساسي على تلبية احتياجات المستفيدين من الخدمات الصحية، والاهتمام بطريقة تأدية العمل والوصول إلى التحسين المستمر لعمليات الوقاية والرعاية والاستشفاء وحتى التعليم والتعلم وكذلك مختلف العمليات ذات الصلة غير المباشرة بالخدمة الصحية كوسائل الترفيه والفندقة...، بالإضافة إلى استخدام إجراءات تمنع وقوع الأخطاء بدلا من اكتشافها، وتطوير مخرجات المؤسسات الصحية على أساس العمل الجماعي ومن خلال المشاركة في اتخاذ القرارات وتحسين الجودة، وتقدير جهود العاملين وتشجيعهم على الإبداع والابتكار والاهتمام بصفة مستمرة بتطوير أساليب تأدية الخدمة وتقديمها.¹

3. الكايزن كأسلوب لتحسين مستوى الخدمات الصحية

الكايزن تعتبر عملية تحسين دائمة تقوم على فكرة التخلص من الهدر في العمليات إذ أن كل عمل ينفذ يمكن تحسينه وكل عملية تتم حاليا لا بد وأنها تحتوي على هدر يجب التخلص منه أو على الأقل تقليله لإنتاج قيمة مضافة للعملية وللعميل المستفيد من نتائجها.

أما بالنسبة لأهداف الأسلوب فيمكن القول أن التغيير باستخدام "كايزن" تطبيق يهدف إلى تحقيق عناصر تقنية واجتماعية، فإذا كانت الغاية من التغيير باستخدام "كايزن" هي التخلص من الهدر أو التبذير في العمليات قدر الإمكان مما يؤدي بالتالي لتحسين زمن العمليات وتكلفتها وجودتها فهذا هو الهدف التقني للعملية. أما عن الهدف الاجتماعي للكايزن فيتضمن التغيير في ثقافة العاملين بصورة خاصة والمنظمة بصورة عامة من خلال التعلم واعتبار

1 سلطاني وفاء، مرجع سابق ذكره ص110.

أنشطة التعلم جزء أساسي في فلسفة كايزن حيث يتعلم الفرد كيف يحدد أهدافه ويصل إليها بنفسه، وهذا ما سيؤدي في النهاية إلى الانتقال من مفهوم الفرد المتعلم إلى مفهوم المنظمة المتعلمة التي تعمل على ارضاء وتحقيق غاية عملائها.¹

4. التسيير التقديري للموارد البشرية كآلية لتحسين الخدمات الصحية

إن نجاح أي منظمة و استمرارها بما في ذلك المنظمات المعنية بتقديم الخدمة الصحية يعتمد على عدة عوامل قد يكون أهمها مدى قدرتها على تقدير مختلف التحولات والتطورات المتوقعة، فهذا ما سيسمح لها بالتنبؤ باحتياجاتها المستقبلية، الاستعداد لتوفيرها وتفادي الظروف غير المتوقعة، ويعتبر العنصر البشري من بين أهم الاحتياجات التي يكون على المنظمات الصحية توفيرها، هذا العنصر الأساسي الذي أصبح يعتبر أحد أهم عوامل الإنتاج وأحد التحديات الإستراتيجية التي تمكن المؤسسة من البقاء والاستمرار خاصة إذا كان هذا المورد في حالته العادية مسؤولاً عن تشخيص الحالة المريضة للشخص وعلاجه وأفضلها عن التنبؤ بها ووقاية الأفراد منها.

وحتى تتمكن المنظمات من تحقيق ذلك تستعمل العديد من الطرق والآليات، قد يكون أهمها النماذج التنبؤية والموازنات التقديرية لمختلف المدخلات والمخرجات، وكغيرها من عناصر الإنتاج، تتم النظرية الاقتصادية بتقدير وتوقع تطور المورد البشري، ففي بداية التسعينات ظهر ما يعرف بالإدارة التقديرية للموارد البشرية، هذا النمط التسييري الذي تطور وتعددت أبعاده ومجالات تدخله فأصبحنا اليوم نتكلم عن ما يعرف "بالإدارة التقديرية للمهارات والكفاءات" على أساس أن هذه المهارات وهذه الكفاءات هي العامل الرئيسي الذي يعكس مستوى أداء المنظمة، أي مدى فعالية المنظمة وقدرتها على تحقيق أهدافها بالإضافة إلى درجة كفاءتها وقيمة مخرجاتها إلى مدخلاتها وهذا ما نحن بصدد معالجته في هذه الدراسة.²

المبحث الثاني اصلاحات النظام الصحي الجزائري

يعتبر النظام الصحي هو الأداة التي من خلالها يمكن التعرف على احتياجات الافراد من الخدمات الصحية و

العمل على توفيرها، و ذلك من خلال توفير الموارد و الوسائل اللازمة و تسييرها وفق اسس صحية مما يؤدي في النهاية إلى المحافظة على صحة الفرد و تعزيزها .

¹سلطاني وفاء، مرجع سابق ذكره، ص117.

² سلطاني وفاء مرجع سابق ذكره، ص:121-122.

المطلب الاول : ماهية النظام الصحي

يحمل النظام الصحي عدة مفاهيم ترتبط بالخدمات الصحية ومتطلبات توفير هذه الخدمة البشرية، المالية والمادية منها وطريقة تنسيق هذه الموارد والهيكلة التنظيمي الذي يسمح بذلك، والذي يمكننا من تحليل مكوناته التي لن يكون لها معنى إلا في مجملها.

أولاً: مفهوم النظام الصحي

التعريف 01: "مجموعة من العناصر المترابطة والمتفاعلة مع بعضها ضمن شبكة من الاتصالات والتي تعمل معا لتحقيق هدف النظام والمتمثل في ضمان أعلى مستوى صحي ممكن للفرد والمجتمع والمحافظة عليه وترقيته باستمرار".¹

التعريف 02: هو "عبارة عن أسلوب عمل و إجراءات تسعى لتحقيق الاهداف الصحية في دولة ما بتوفير أساليب عمل و طرق و إجراءات يتم توزيعها على مختلف المؤسسات و المناطق الصحية لتحقيق الاهداف المسطرة".²

التعريف 03: أما بالنسبة لمنظمة الصحة who تعرف كما يلي: " هو مجموعة المنظمات والمؤسسات والموارد والافراد الرامية أساسا الى تحسين الصحة، ويحتاج هذا النظام الى موظفين وأموال ومعلومات ومستلزمات نقل واتصالات وتوجيه عام من اجل توفير الخدمات وتلبية احتياجات أفراد المجتمع".³

ثانيا :تطور النظام الصحي و العوامل المؤثرة في وضعه.

1- تطور النظام الصحي الجزائري.

لقد شهد النظام الصحي في الجزائر عدة تطورات جاءت نتيجة الاصلاحات العميقة التي بادرت بها الحكومة منذ الاستقلال بهدف تكوين نظام صحي فعال يتماشى مع تطلعات الافراد.

1-1 مرحلة البناء التدريجي للنظام الصحي (1962-1974).

بعد سنة 1962 عرفت الجزائر حالة صحية متردية و متدهورة ،حيث كان الشعب الجزائري يعاني الفقر و الحرمان و انتشار الامراض المعدية و المنتقلة كالسل و الكوليرا و الملاريا إلخ، و هذا راجع للاوضاع السيئة و المسلطة من

¹ فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان 2008 ص54.

² -صالح محمود ذياب، إدارة المستشفيات و المراكز الصحية الحديثة، منظور شامل"، دار الفكر، عمان، 2009، ص 52.

³ www.who.int/to_pics/healthsystems/in/indesc.html.24/05/2021.17.42.

طرف المستعمر ، و قد كان النظام الصحي الموجود متمركز اساسا في المدن الكبيرة كالجزائر ، وهران، قسنطينة و يتمثل خاصة في الطب العمومي الذي يتم داخل المستشفيات ، و عيادات تشرف عليها البلديات و تقدم المساعدات الطبية المجانية ، ومراكز الطب المدرسي النفسي تشرف عليها وزارة التربية و التعليم ، كما كان هناك الطب الخاص الذي يسهر عليه (600) طبيب و يعملون في عيادات خاصة جلهم كانوا اجانب .¹

و يمكن ان تبرز خصائص النظام الصحي لهذه الفترة فيما يلي:²

قلة العمال في السلك الطبي والشبه طبي، فمغادرة الاطباء الفرنسيين للجزائر ترك فراغا بالقطاع، خاصة أمام نقص التأطير لدى الاطباء الجزائريين، كما أن توزيعهم عبر التراب الوطني كان توزيعا غير عاد، مما أدى الى استدعاء التعاونية الاجنبية الطبية من اجل التكفل بمتطلبات العلاج في المجتمع .

كما تميز هذه الفترة بقلّة الهياكل الصحية حيث تموضعت أغلبية المستشفيات والصيدليات وكذا العيادات في شمال البلاد. أما فيما يخص الجانب التنظيمي فقد وجدت الجزائر نفسيا تسير في نظام متشعب حيث كانت المساعدات الطبية المجانية تحت الوصاية المحمية، والوقاية المدرسية تحت وصاية التربية الوطنية .

وعلى هذا الاساس فقد ألزمت هذه الظروف الطارئة التي كان يعيشها المجتمع الجزائري الدولة بضرورة اتخاذ إجراءات التي من شأنها التقليل من حدة الوضع.

1-2 مرحلة تطور و تنمية النظام الصحي (1974-1989).

بسبب الضغط الاجتماعي الكبير و زيادة عدد السكان من جهة، وعودة الامراض والابوئة من جهة أخرى، جاء قرار تأسيس الطب المجاني، وهو أهم قرار اتخذته السلطة السياسية في سبيل التكفل بالطبقات الفقيرة من السكان، وهو قرار سياسي يتوافق والنظام السياسي، والاقتصادي الاشتراكي الذي سارت على نهجه السلطة السياسية في الجزائر، بحيث لا يمكن عزل أو فصل قرار مجانية العلاج عن أي سياسة اجتماعية أو اقتصادية أخرى اتخذتها السلطة في تلك الفترة ما ساعد السلطة السياسية في هذه الفترة على اتخاذ قرار مجانية العلاج هو ارتفاع سعر البترول، ويمكن القول أن قرار مجانية العلاج هو منعرج حقيقي ونقطة بداية لوضع سياسة صحية وطنية اشتراكية المنهج .

¹ نور الدين حاروش، ادارة المستشفيات العمومية الجزائرية، دار كرامة للكتاب ، الجزائر ، 2008، ص132.

² علي دحمان محمد، تقييم نفقات الصحية والتعليم، رسالة ماجستير، تخصص تسيير المالية العامة، جامعة أبي بكر بلقايد، 2010، ص3332.

لقد سجلت في هذه الفترة على مستوى السياسة الصحية ثالث قرارات أساسية هي¹ :

. تأسيس الطب المجاني كما جاء ذكره في هياكل الصحة العمومية، بداية من شهر جانفي 1974 مما سمح بتعميم استفادة المواطنين من الخدمات الصحية.

بإصلاح المنظومة التربوية، بالتحديد الدراسات الطبية من خلال تحسين نوعية التعميم والتكوين، مما يسمح بزيادة عدد الممارسين الطبيين في كل التخصصات الطبية .

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

كما تميزت هذه المرحلة بتطور عدد المنشآت الصحية القاعدية وهذا بفضل الاستشارات التي تتحملها الدولة حيث ارتفع عدد المراكز الصحية 558 عام 1974 الى 1147 عام 1986 أضف الى ذلك زيادات معتبرة في عدد المستخدمين بالقطاع الصحي من 57872 عام 1974 الى 124728 عام 1987

1-3 مرحلة الازمة 1990-2000

تميزت هذه الفترة بظروف استثنائية² :

. عرفت هذه الفترة انهيار اسعار البترول منذ سنة 1986 و ما نتج عنه من ازمات مالية ضربت البلاد في التصميم نتيجة اعتمادها الكلي على مداخيل البترول ، مما ادى الى عدم قدرت الدولة على تمويل و تسيير قطاع الصحة بحيث توقفت مشاريع التنمية و المخططات التي بدأت فيها الحكومة و من بينها المشاريع في المجال الصحي با ان البلاد لجأت الى الاستدانة من الخارج منذ سنة 1994.

. الازمة الامنية الخطيرة التي عرفتھا البلاد خلال هذه العشرية و التي ادت الى هجرة كفاءات عديدة في الصحة و ايضا ما صاحبه من غلق لكثير من الهياكل الصحية الجوارية في الارياف و المناطق البعيدة التي مستها الازمة الامنية

¹ خروي بزاره عمر، اصلاح المنظومة الصحية في الجزائر، رسالة ماجستير، جامعة الجزائر 2010، 2011، ص 4140.

² خلاصي عبد الاله، العلاقة بين نفقات الصحية و مصادر تمويل في الجزائر، رسالة دكتوراه، تخصص اقتصاد المالية العامة، جامعة ابي بكر بلقايد، جامعة تلمسان، 2019، 2020، ص 74.

. خلال هذه الفترة ذكر التعاقد كنظام تمويل يجب ان يكون بديلا للتمويل السائد من قبل ، و يقصد به تعاقد هيئات الضمان الاجتماعي مع المؤسسات الصحية من اجل تغطية تكاليف العلاج بالنسبة للمؤمنين اجتماعيا و هو ما نص عليه قانون المالية لسنة 1992.

1-4 النظام الصحي 2000-2009

ما يميز هذه المرحلة هو تجسيد النظام التعاقدى للعلاج عبر مراحل تدريجية ليتم تطبيقه بصفة نهائية سنة 2009م، حيث توزع النفقات العمومية على الصحة العمومية بالنسبة للمرضى عن طريق صناديق الضامن الاجتماعي CNAS و CASNOS اما عديمي الدخل فمن خلال مساهمة الدولة (مديرية النشاط الاجتماعي)

إعادة تنظيم القطاعات الصحية أي فصل الاستشفاء على العلاج والفحص وهي نوع من المركزية، هدفها تسهيل الوصول الى العلاج وتقريب المستشفى أو المؤسسة الصحية من المواطن.

رغم التطور الملحوظ في المنظومة الصحية الجزائرية إلا أنها مازالت تعاني عدة نقائص والتي نوجزها فيما يلي:

مشكلات تخص النظام الصحي في حد ذاته ونعتبرها مشكلات داخلية والتي تتمثل في عدم وجود ارتباط بين الاطراف الفنية (السمك الطبي، السمك شبه طبي والطاقم الاداري) من خلال ضعف المراكز الصحية الامر الذي انعكس سلبا على مردودية القطاع الصحي، كذلك ضعف التنظيم الصحي أدى الى بروز ظاهرة التبذير في العلاج أما المشكلات الخارجية فيمكن ضبطها فيما يلي:¹

. عدم التوازن فيما يخص المراكز الصحية وهذا بحكم ضعف التخطيط نتيجة نقص المعلومات الخاصة بتوزيع السكان لدى هيئات التخطيط.

. غياب التوزيع العادل والعقلاني للاطباء خاصة في المناطق النائية والمحرومة.

. عدم تماشي البرامج التعميمية في مجال تكوين الاطباء مع السياسة الصحية.

. عدم وجود تنسيق بين وزارة الصحة والهيئات الاخرى المعنية بالشؤون الاجتماعية

¹ علي دحمان محمد، مرجع سابق ذكره، ص ص: 3837.

إذن المشكلة التي يعاني منها النظام الصحي العمومي ليس بالمادية بل أعمق من ذلك وتعمق بنوعية التنظيم بين مختلف مكونات هذه المنظومة والبيئة التي يعيش فيها .

فالإصلاح يجب أن يشمل الجوانب التنظيمية التي تعطي أكثر فعالية لعناصر النظام الصحي من اجل تحسين مردودية الخدمات المقدمة اعتمادا على جانب التسيير الرشيد أكثر من الاعتماد على بناء هياكل بيروقراطية جامدة.

2- العوامل المؤثرة في وضع النظام الصحي .

هناك العديد من العوامل التي تؤثر وتحدد ملامح النظام الصحي لأي دولة، والتباين في هذه العوامل:¹

1-2 السكان: يعتبر الوضع السكاني من اهم العوامل التي يجب أن يتم أخذها بعين الاعتبار عند وضع النظام الصحي كونه الركيزة الأساسية لبناء النظام الصحي وذلك من خلال جمع المعلومات والبيانات عن السكان في المجالات التالية :

-**عدد السكان:** يؤثر عدد السكان في حجم النظام الصحي بحيث أن النظام الصحي الذي يتم تصميمه لعدد قليل من السكان يختلف عن النظام الصحي الذي يتم تصميمه لعدد كبير من السكان .

-**معدل نمو السكان:** عند التخطيط لوضع أي نظام صحي لا بد من أن يأخذ معدل النمو في الاعتبار لأنه يعكس حجم النظام الصحي المستقبلي ومدى ملائمتة مع معدلات النمو والحاجة لإجراء تغييرات في النظام الحالي أو إيجاد نظام صحي بديل .

- **توزيع السكان حسب الأعمار:** هذا يرتبط بنوعية النظام الصحي المطلوب في حين نجد أن معدل أعمار بعض الدول يميل نحو الشيخوخة نجد معدل الأعمار في بعض الدول الأخرى يميل نحو الشباب وهذا يعكس طبيعة الخدمات الطبية التي سوف يتم التركيز عليها ضمن ذلك النظام الصحي بما يتناسب مع طبيعة الخدمات الطبية المقدمة لكل فئة عمرية .

- **توزع السكان (الكثافة السكانية):** تختلف الأمراض لدى السكان باختلاف مناطقهم الجغرافية وكثافتهم السكانية وهذا ما يجب أخذه عند رسم النظام الصحي ومراعاة هذا التوزيع السكاني.

¹ محمود ذياب، مرجع سابق ذكره، ص5653.

- **المستوى الثقافي للسكان:** ترتبط مع مستوى الخدمة الصحية التي تجب التركيز عليها، فعندما تكون مستويات الثقافة لدى السكان متدنية فإن النظام الصحي سوف يتجه نحو الرعاية الصحية الأولية والتثقيف الصحي والصحة الشخصية، أما في حالة وجود مستوى مرتفع من الثقافة فإن تركيز النظام الصحي سوف ينصب على مستويات الرعاية الصحية الثانوية والتأهيلية.

- **معدل الدخل:** للتوسع بمظلة التأمين الصحي وشركات التأمين أو لتوجيه النظام الصحي نحو القطاع الخاص أو القطاع الحكومي فإن معدل الدخل سوف يلعب دورا كبيرا في اتخاذ القرار نحو التركيز على قطاع دون آخر وعلى انظمة التأمين المختلفة اضافة إلى أن معدل الدخل سوف يوجه النظام الصحي (في الغالب) الى استخدام أحدث التكنولوجيا الطبية أو الاستغناء عنها.

2-2- الموارد الطبيعية المتوفرة :

توفر الموارد الخام في الطبيعة كالبترو، المعادن، الفوسفات، المياه، والأسمك والموارد الطبيعية الأخرى والتي تجعل للدولة دخل ثابت ومرتفع ينعكس بالتالي على مستوى النظام الصحي وطموحات المواطنين في تلك الدولة

توفر القوى البشرية ومستوى الرضا لديهم، ويرتبط بمعرفة المواطنين بمقدرة دولتهم على إيجاد نظام صحي متطور، ومدى انسجام هذا النظام مع ما هو متوقع لديهم في ضوء الامكانيات البشرية المتوفرة وفي ضوء الموارد الطبيعية الأخرى .
- حجم الإنفاق على القطاع الصحي مقارنة بالقطاعات الأخرى: وهذا الامر يعكس رقي النظام الصحي ونوعية الخدمات المقدمة ومستوياتها بالإضافة إلى أن حجم الانفاق يقيس مدى استعداده للتضحية بمدخله.

2-3- العوامل البيئية الطبيعية:

كالمناخ والطقس والمسكن والأوبئة إن وجدت والحشرات والقوارض، هذه تلعب دورا كبيرا في رسم النظام الصحي خاصة إذا كان هناك معرفة بأن الأمراض تختلف حسب المناخ والطقس وتختلف حسب وجود الحشرات والقوارض أو عدم وجودها وتختلف باختلاف أنواع تلك الحشرات والقوارض وبالتالي فإن الاطار العام للنظام الصحي الموجود سوف يأخذ تلك الاعتبارات في الحسبان عند تصميمه و ايجاده.

2-4-العوامل الوراثية السائدة:

ان الاطار العام لهذه العوامل تكون معروفة لدى الأطباء والعاملين في المجال الطبي كأمراض الاعاقات والشلل الدماغى والسرطان... الخ، واعتماد العوامل الوراثية عند وضع النظام الصحي بالإضافة الى العناية الشخصية وأنماط التغذية أمر في غاية الأهمية عند وضع نظام صحي.

2-5- المتغيرات السياسية والتكنولوجية:

وضع النظام الصحي يعتمد على قناعة وقدرة القادة السياسيين على استخدام التكنولوجيا المتطورة في وضع النظام الصحي ومدى تأثيره السياسي على ذلك النظام.

2-6 متغيرات وعوامل مختلفة أخرى:

هناك مجموعة من العوامل الأخرى والتي تؤخذ بعين الاعتبار عند وضع النظام الصحي ولها أهمية نسبية في إيجاد النظام الصحي اهم تلك العوامل: الصادرات و الواردات الغذائية، معدلات الأمية، القطاعات الصحية الموجودة أو الممكن إيجادها، توفر المعاهد والجامعات التي تقوم على تدر يس وتعليم المهن الطبية المختلفة، تكاليف التعليم والتدريب.

ثالثا: مكونات النظام الصحي

يتكون النظام الصحي من مجموعة من العناصر نستعرض أهمها كما يلي:

1- إنتاج الموارد الصحية: لكل نظام صحي موارد صحية متنوعة، فلا بد أن يكون لديه موارد طاقة بشرية صحية متطورة، ومؤسسات صحية تعمل فيها موارد الطاقة البشرية، ولا بد أن يكون لدى النظام الصحي أدوية ومعدات وأجهزة طبية ومواد لرعاية المرضى، ويجب أن يكون لديه المعرفة لتطبيقها في تشغيل النظام، كالبحوث الصحية من أجل تحقيق أهداف علاجية ووقائية.¹

2- تنظيم البرامج الصحية: تقوم الوزارات الصحة الوطنية وكذلك الهيئات الحكومية الأخرى وبرامج الضمان الاجتماعي بالإضافة إلى النقابات والاتحادات العمالية والقطاع الخاص وحتى المنظمات الخيرية التطوعية.

3- الدعم المالي والتمويل: إن مصادر التمويل الصحي تتضمن المصادر العامة كالضرائب، بالإضافة إلى برامج التأمين الصحي الحكومي والمساعدات والمنح والهبات الخارجية والخيرية، والتأمينات الشخصية والتأمين التطوعي .

¹ محمود خليل الشادلي، مرجع سابق ذكره، ص37.

4- الإدارة الصحية للنظام الصحي: تلعب الإدارة دورا حيويا وهاما في إدارة النظام الصحي، وتقوم بالتخطيط الاستراتيجي، وتقييم البرامج الصحية، وتدريب طلاب الطب والمهن الأخرى ذات العلاقة، والقيام بالبحوث الصحية، وقيادة النظام الصحي، ووضع معايير الرقابة على الأداء، وتحسين مخرجات وعمليات ومدخلات النظام الصحي، وتنظيم الظروف البيئية وترخيص اعتماد المهن الطبية والمؤسسات الصحية، وإصدار التشريعات وتنظيم القوى العاملة الصحية وتقييم الجودة وتحسينها.

5- إنتاج وتقديم الخدمات الصحية: إن الهدف الأساسي الذي يسعى إليه أي نظام صحي هو تقديم المستويات الثلاث للصحة، وهذا لتلبية الحاجيات الصحية والقيام بعملية تعزيز الصحة، وما يترتب عليها من نشاطات فردية وجماعية للحفاظ على الصحة واستردادها بعد حدوث الأمراض والحوادث المؤثرة سلبا على الصحة¹.

رابعا: محددات النظام الصحي

لقد وضع التقرير السنوي لمنظمة الصحة العالمية لعام 2000 تحت عنوان " النظم الصحية، تحسين الاداء" مجموعة من المحددات وهي كما يلي:²

1- الاستجابة: أوضح التقرير أن القدرة على الاستجابة تنطوي على أمرين أساسيين، يتمثل أولهما في الاحترام، بما في ذلك صون كرامة الافراد والاسر، وحفظ أسرارهم، ومراعاة ابداء حريتهم في اتخاذ القرارات التي تتعلق بصحتهم، ويمكن الثاني في توجيه المرضى، ابداء اهتمام اكبر لشبكات الدعم الاجتماعي عند توفير الرعاية واطاحتها ، وتقوم القدرة على الاستجابة أساسا على إمكانية توفير الموارد

2- عدالة المساهمة المالية: احتلت البلدان مراتب مختلفة في عملية التصنيف التي أجرتها منظمة الصحة العالمية لتحديد مدى عدالة المساهمة المالية في النظم الصحية واعتمدت في تصنيفها على القسط الذي تقطعه كل أسرة من مجموع نفقاتها مع طرح نفقات الاغذية في الدخل، وتخصه النفقات الرعاية الصحية، بما في ذلك الضرائب، والاقساط المستحقة لصندوق الضمان الاجتماعي وصناديق التأمين الخاصة، والمدفوعات المباشرة .

¹ فريد توفيق نصيرات، مرجع سابق ذكره، س ص ص: 56-57.

² وفاء سلطاني، تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر و آليات تحسينها، رسالة دكتوراه، تخصص تسيير منظمات، جامعة باتنة 1، 2015، ص

3- مستوى الصحة العام: لان النظام الصحي الجيد يساهم أساسا في تعزيز مستوى الصحة العام فقد اختارت منظمة الصحة العالمية الاعتماد على متوسط العمر المأمول، باحتساب مدة الاعاقة كمتيار لتقييم مستوى الصحة في العالم، وبالتالي تقدير مدى النجاح في تحقيق هدف تعزيز مستوى الصحة .

4- توزيع الانتفاع: يرى الخبراء انه لا يكفي ضمان صحة الافراد أو تحسين مستواها في المتوسط، إذا ازداد في الوقت ذاته التفاوت بين الفئات أو يبقى شاسعا بسبب ارتفاع الافراد المعاقين بدرجة أكبر، لذلك فعلى النظم الصحية أن تسعى أيضا الى الحد التباينات، بإعطاء الاولوية لأنشطة التي ترمي الى تحسين الصحة وبلوغ أفضل مستوى ممكن.

5- توزيع التمويل

نبه التقرير وأشار الى وجود طرق جيدة وأخرى سيئة لتمويل النظم الصحية إلا أنها قد تكون جيدة الى حد ما، إذا ارتبطت أساسا بتوزيع الاعباء المالية توزيعا عادلا، لا سيما أن التمويل العادل يعني التوزيع العادل، مشيرا الى أن ذلك يتعلق بمجموع الموارد المتاحة أو بكيفية توظيف الاموال .

والجدير بالذكر أن المنظمة الصحية في العالم متعددة ولا يوجد نظام صحي مثالي، إلا أن القاسم المشترك لأفضل النظم الصحية يتمثل في مدى استجابتها لاحتياجات الافراد وعدالة توزيع تكلفة التمويل على متوسط الافراد.

المطلب الثاني: الاختلالات و العراقيل التواجه النظام الصحي الجزائري :

يعتبر النظام الصحي الحلقة الرئيسية في عملية التنمية الشاملة، لما له من دور فعال في ربط كل القطاعات الحيوية، الاقتصادية منها و الاجتماعية، بحيث لا يمكن أن تكون هناك تنمية في قطاع ما دون القطاعات الأخرى، ويواجه هذا القطاع الحساس عدة عراقيل و اختلالات تتمثل فيما يلي:

1-الاختلالات المتعلقة بالتمويل و طرق المعالجة:

يعاني قطاع الصحة العمومي من عدة اختلالات تعزى الى نقص الوسائل الضرورية لمواجهة طلبات العلاج المتزايد بالدرجة الاولى، و يمكن ارجاع ذلك الى ما يلي:¹

- تخصيص وتوزيع غير ملائم و غير كاف للموارد المالية.

1.يراق محمد و د.عدمان مريزق ، اصلاح النظام الصحي -إشارة اليى حالة الجزائر و تونس، مجلة الحقيقة، العدد 11، مارس 2008، صص:115-116.

- ميزانيات مستشفيات لم يتم التفاوض بشأنها .
 - مديونية ثقيلة.
 - غاب التحكم في التكلفة و النفقات الصحية.
- وعلى ضوء ما سبق، تقرر عن المجلس لإصلاح المستشفيات عدة طرق يمكن ادراجها لمعالجتها لمعالجة التمويل الصحي على مستوى القطاع العمومي، نعرضها فيما يلي:
- البحث عن مصادر جديدة عن مصادر التمويل من خلال استرداد جزء من الضرائب المحلية عن التلوث و التبغ بالإضافة ادراج مساهمة التأمينات الاقتصادية.
 - اعادة تفضيل اليات نفقات الميزانيات المخصصة لتعليم و البحث الطبي نحو المستشفيات.
 - وضع نخطط حسابات المستشفيات.
 - قيام الوزارة المكلفة بالتضامن بإعادة تحديد و ضبط فئات الاشخاص المعوزين، حيث تحدد وزارة الصحة و السكان و اصلاح المستشفيات كفيات التكفل المالي بهذه الفئات و التي ستكون على عاتق الوزارة المكلفة بالتضامن
 - الحرص على ان تخضع كل المؤسسات الصحية للمراقبة البعدية الوحيدة طبقا للتنظيم الساري.
 - الانتقال من منظومة ميزتها تمويل الهياكل الى منظومة تستهدف تمويل النشاطات.
 - جعل الوسائل المادية و البشرية أكثر مردودية.
 - وضع ميزانية ملحقة مستقلة عن ميزانية المستشفى .
- تجدر الاشارة الى القطاع الخاص يستثني الفئات المعوزة من العلاج، بالإضافة الى عشوائي تحديد اتعاب الاعمال و تكاليفها، وعلى هذا الاساس، توجد محاولات لتفكير مع المؤسسات المعنية بالتامين على المرض في طريقة لتمويل هذا القطاع بشكل يسمح بالحفاظ على مبدا امكانية حصول كل مواطنين على الخدمات الصحية بدون ان يقع على عاتقهم دفع مجموع التكاليف المترتبة عن العلاج، بالإضافة اعتماد الشفافية بخصوص اتعاب الاعمال و تكاليفها.

2- الاختلالات و التدابير المتعلقة بالتنظيم و الوسائل المادية و البشرية

تتمثل الاختلالات المتعلقة بالتنظيم و الوسائل المادية و البشرية كما اوردها المجلس الوطني للإصلاح فيما يلي:¹

- تعدد هيئات التدخل على مستويات مختلفة مما يجعل الوصاية مرهقة و غير فعالة.
- الاجراءات الادارية و التسيير ناقصة و غير كافية.
- التوزيع غير المتكافئ للموارد المادية والبشرية بين المناطق و داخلها.
- عدم كفاية التجهيزات و المعدات او قدمها.
- عدم التجانس حظيرة العتاد و المعدات و نقص الصيانة.
- عدم و جود توافق في الآراء و قواعد الممارسة الطبية الجيدة
- قلة كفاءة الانشطة الطبية.

ولقد وضعت بعض الحلول و التدابير المقترحة لهذه الاختلالات من طرف المجلس الوطني للإصلاح و تمثلت في:

- اعطاء المزيد من الاستقلالية في ادارة المستشفى.
- اعادة تعريف مهام المستشفيات و تكييف قوانينها مع هذه المهام من خلال تسهيل اجراءات الادارة و الرقابة الادارية و المالية.
- مراجعة الهيكل التنظيمي لإدارات المؤسسات الصحية وفق الاهداف الموصوفة خاصة الاقتصادية و المالية.
- توحيد الموارد المادية و البشرية و كذا وضع خريطة الصحية لتوزيع الموارد البشرية .
- انشاء مديرية مستقلة على مستوى الوزارة، تكلف بصيانة العتاد الطبي.
- وضع تدريجيا لتوافق الآراء و قواعد الممارسة الطبية الجيدة.

3- الاختلالات المتعلقة بوسائل التسيير

خلاصى عبد الاله، مرجع سابق ذكره، ص:107-108. 1

3-1 المتعلقة بالإعلام: ان المنظومة الاعلام الحالية لا تدل الا جزئيا على حجم طلبات العلاج و نوعية الخدمات المقدمة، اهم العراقيل التي تعاني منها القطاع الصحي في هذا المجال ما يلي:¹

- مكتب قبول غير مسير على اكمل وجه.
- سجلات وادوات تسجيل غير كاملة.
- مستخدمون ناقصو التكوين في الترميز.
- سوء مسك الملف الطبي و التقارير الطبية.
- عدم ملائمة بعض السجلات الادارية.

و تتمثل التدابير العاجلة في:²

- اعادة العمل بالمناهج المعروفة و الالية في التقييد الالزامي للمهام المنجزة طبية كانت او غير طبية، ويدخل ضمن ذلك خصوصا مسك ملف المريض، متابعة المريض بطاقة منتقلة... الخ، ان هذه التدابير تسعى الى التفادي التستر عن المسؤولية البشرية و تعويضها بمسؤولية الآلة.
- تحديد المجالات التي يدرج فيها الإعلام الآلي، و وتيرة هذه العملية و مصاحبتها على تطوير التكوين الضروري لذلك.
- إنشاء هياكل وطنية و جهوية مكلفة بإقامة المنظومة الإعلامية، و تزويدها بكل الوسائل الضرورية لإنجاز مهامه.
- توفير الوسائل الضرورية التي تسمح بضمان الإتصال بين مختلف الهياكل الصحية، سواء تعلق الأمر بالمؤسسات الصحية في نفس المنطقة أو بين مناطق صحية أخرى.
- إن تعدد أوجه المنظومة الإعلامية و تعقدها والبحث عن أقصى انسجام في المهن الصحية، تثير التفكير في إنشاء جامعة لعلوم الصحة التي تسمح بالتفاعل بين المهن.

¹ الدراجي لعنفي، اعادة تفعيل نظام التعاقد لتحسين جودة الخدمات الصحية في الجزائر، الملتقى الوطني حول تسيير الصحي و تحسين الخدمات الصحية في

الجزائر بين امكانيات التسيير و رهانات التمويل -المستشفيات نموذجاً-، يومي 10-11 افريل 2018، ص ص 13-14

² امير جيلالي، محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظومة الصحية الاستشفائية الجزائرية، اطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه غفي العلوم الاقتصادية و علوم التسيير، فرع التخطيط، جامعة الجزائر، ص 186.

3-2-الاختلالات المتعلقة بالتكوين: يكسي تكوين المستخدمين في قطاع الصحة اهمية كبيرة، و يعتبر ملفا هاما يجب الاعتناء به و ذلك لعدة اعتبارات نوجزها فيما يلي:¹

- ان نظام التعليم و التكوين لا يأخذ بدقة الحاجيات التي يعبر عنها قطاع الصحة.
- بعض التخصصات غير واردة ضمن مخطط تسيير الموارد البشرية.
- التكوين الاكاديمي لم يعد قادرا على الاستجابة للمؤهلات، التي تتطلب ممارسة المهنة ومتطلبات تعدد الخدمات في الميدان، و هذا ما يترتب عنه نقص محسوس في بعض الاختصاصات الطبية و الشبه الطبية.
- مدارس التكوين الشبه الطبي لا تستجيب كلية الى طلبات التكوين المتواصل لكل مستخدمين.
- تكوين المسيرين على المستوى مؤسسات التعليم العالي، لا تستجيب الى المواصفات التسيير في المستشفيات. وتخص التدابير عدة مستويات منها:²

- اعادة النظر في تزايد عدد الفئات الطبية و اعادة تحديد مواصفات التكوين، و محتويات التعليم المقدم و ذلك بالعمل مع قطاع التعليم العلي.
- تحديد الحاجيات الملحة الى محترفي في الصحة، ومواصفات التكوين(اعداد قوائم مرجعية للمهن الصحية خاصة بالمسيرين).
- فيما يخص الممارسين الطبيين الاخصائيين، يجب التفكير مع القطاعات المعنية في التكوين نوعي و مرحلي على سبيل المثال، الحصول على شهادة ثانية دون الاضطرار الى المرور بكامل الاطوار الأكاديمية.
- اعادة فتح ملحقات مدارس التكوين الشبه الطبي على مستوى المؤسسات الصحية حسب الحاجة في اطار اعادة تأهيل المستخدمين و تحسين مستواهم اثناء ممارسة عملهم.

4-العراقيل المرتبطة بتسيير القطاع الاستشفائي الخاص. تتمثل في:³

1 الدراجي لعفيقي، مرجع سابق الذكره،ص:14.
 2 امير الجليلي، مرجع سابق ذكره، ص ص:187-188
 3 خروبي بزارة عمر، اصلاح المنظومة الصحية الجزائر(1999-2009)، مذكرة ماجستير في علوم السياسية، جامعة ورقلة،20012/2011،ص62

- غياب قانون الاساسي يحكم المؤسسات الطبية الخاصة.
 - عدم احترام دفتر الشروط لخاص بهذه المؤسسات
 - غياب معايير التطبيقية في قطاع الخاص فيما يخص تنظيم النشاطات الطبية.
 - عدم احترام مدونة النشاطات و الاسعار الطبية رغم انها تبقى محل نقاش.
 - غياب التعاون و بين القطاع العام و القطاع الخاص.
 - غياب التحكم في تحديد مستحقات و تكاليف النشاطات بالإضافة الى مشكل الاستفادة من العلاج بالنسبة للفئات محدودة الدخل.
 - غياب المشاركة في نظام الاعلام الصحي و النشاطات الوقائية و الاستعجالات.
- و تتمثل التدابير المقترحة في:¹

- تحديد و اعداد القوانين الاساسية الخاصة بالمؤسسات الاستشفائية الخاصة و شبه العمومية
 - الزام المؤسسات بالتكفل بالنشاط الاستعجالي عند غياب الهياكل و التخصصات او الو سائل العمومية التي تتضمن الاستعجالات، و وضع اليات تمويل مناسبة لهذا الغرض
 - التفكير مع المؤسسات المعنية (التامين) في طريقة تمويل القطاع الخاص، الذي يسمح بالحفاظ على مبداء امكانية حصول كل المواطنين على الخدمات الصحية، دون ان يقع على عاتقهم دفع مجموع التكاليف .
 - تشجيع القطاع الخاص على اعتماد الشفافية في تقدير تكاليف
- المطلب الثالث: الإصلاحات و السياسات الشاملة في النظام الصحي الجزائري.

أولاً: الإصلاحات الجديدة في النظام الصحي الجزائري

إن الوضعية التي آل إليها النظام الصحي في الجزائر تكشف عن مجموعة من الاختلالات والنقائص التي تعرقل الوصول الى تحقيق الغاية الاساسية للنظام الصحي والمتمثلة في حماية صحة المواطن وترقيتها وتحسين الخدمة للمريض .

¹ امير الجيلالي، مرجع سابق الذكر، ص 189.

1- حتمية إصلاح المنظومة الصحية

يعتبر النظام الصحي الحلقة الرئيسية في عملية التنمية الشاملة، لما لو من دور فعال في ربط كل القطاعات الحيوية، بحيث لا يمكن أن تكون هناك تنمية في قطاع ما دون القطاعات الأخرى، ونظرا لما أصبح يعاني منه النظام الصحي الجزائري من مشاكل حقيقية داخلية وخارجية، أدى الى ضرورة القيام بتغيير الوضع إعادة قطاع الصحة الى سكتة الحقيقية.

1-1 المعوقات الداخلية :

وتتمثل في العراقيل والاختلالات التي أصبح يتخبط فيها وأصبح غير قادر على ضمان فعالية الخدمات الاستشفائية وتمثل هذه الاختلالات في اختلالات متعلقة بالتنظيم فالمؤسسة الاستشفائية لها طابع إداري وتخضع في تسييرها الى المنطق الإداري الذي يعطي مرونة في تسيير المرفق الصحي، وتكون العلاقات الوظيفية غير محددة بوضوح، وغياب التحفيز بالنسبة للموظفين مما أدى الى ركود نشاطها، وسوء ظروف العمل والاجور مقارنة مع القطاع الخاص بالإضافة الى قلة التجهيزات وعدم صلاحيتها في اغلب الأحيان ونفاذ المواد الصيدلانية الأساسية، وغياب مراجعة مدونة الاعمال وقلة الموارد المالية وسوء توزيعها وغياب التحكم في النفقات و انعدم تكوين الموظفين، كل هذه الاختلالات والمعوقات ترجع الى سوء التسيير في المؤسسات الاستشفائية.

2-1 المعوقات الخارجية :

وهي الظروف التي أحاطت بالمنظومة الصحية الوطنية من خلال التعرض الى الوضعية الصحية، ثم الوضعية الديمغرافية، ثم الوضعية الاقتصادية فالعراقيل المتعمقة بالوضعية الصحية تتمثل في الأمراض المنتقمة والمزمنة تؤثر مباشرة على النمو الطبيعي لعدد السكان وتزيد من أتعاب الدولة في نسبة النفقات العامة الموجهة الى قطاع الصحة كذلك الوضعية الديمغرافية فالتوزيع غير المتوازن للسكان طرح ضرورة إعادة التنظيم الإداري لغرض العلاج هذا يعني أن المساواة في الحصول على العلاج والوقاية من الأمراض كانت حاصلة مما دعي الى ضرورة الإصلاح، بإضافة الى الوضعية الاقتصادية المتدهورة وظروف العمال في قطاع الصحة بالجزائر وكثرة الإضرابات أدى الى ضرورة الإصلاح بالمنظومة الصحية الجزائرية.¹

¹ خروبي بزارة، مرجع سابق ذكره، ص6658.

2- جوانب الاصلاح في المؤسسات الصحية

يمكن أن يمس الاصلاح والتغيير عدة ميادين في المؤسسات الصحية وتتمثل في:¹

1-2 إصلاح على مستوى الهياكل الاستشفائية :

فيه يحدد الاصلاحات الداخلية في التنظيم من حيث إعادة تنظيم الاقسام الادارية تعديل العلاقات بين الادارات مواقع اتخاذ القرارات، إعادة تحديد السلطة والمسؤولية عادة والافراد وغيرها.

2-2 إصلاح على مستوى الموارد البشرية:

يعتبر العنصر البشري أساس نجاح أي مؤسسة، فباستقامته تستقيم الاوضاع وبعوجاجه تتعقد المشاكل ولهذا تتعقد المشاكل، ولهذا يمكن القول أن تطور الهياكل و اصلاحها لا يأتي الا بإصلاح وتطور الموظفين الذين يتحكمون في الهياكل.

وأول نقطة يمكن التركيز عليها في إصلاح العنصر البشري هي كيفية التأثير على تصرفات الموظفين و إدخال عوامل جديدة تدفعهم الى تقديم مساهمات أكثر ويمكن الاصلاح في سلوكيات الموظفين عن طريق تغيير إجراءات التوظيف وطرق التدريب والتكوين وترقيتهم في المسار المهني يعد ضرورة ملحة بالنسبة لكل الفئات .

وبالنظر الى المنظمة الصحية يمكن القول أن العنصر البشري مشتت الافكار، فمن جهة الطبيب يفكر لوحده، وكذلك الشبه طبي والاداري أو الاعوان فكل يسبح في فلكه، فيلاحظ عدم تواجد اتحاد فكري منهجي والاهداف تكاد تكون غير واضحة وغير مشتركة.

3-2 إصلاح على مستوى الموارد المادية

ترتكز على ضرورة إدماج الوسائل المادية الضرورية لتنظيم العالج، الذي يستدعي توازنا بين الوسائل ومستوى النشاط وبين تسلسل العلاج وتوفير الوسائل، والهدف من ذلك هو إعطاء كل الوسائل الضرورية لشبكة العلاج شرط أن تكون موزعة بعقلانية و تشكل الجوانب المرتبطة بالصيانة والمعايير التقنية الخاصة بالأمن والنوعية وتعيين الاطقم الفنية والتكوين عناصر مكملة لهذا الاصلاح.

¹ كحيلة نبيلة، تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، رسالة ماجستير، تخصص الموارد البشرية، جامعة منتوري، قسنطينة، 2009، ص53

2-4 إصلاح ملف التمويل

اهتم هذا الاصلاح بدراسة طرق توسيع موارد تمويل المستشفيات، وضرورة إعادة النظر في التنظيم من ناحية التسيير المالي، بإضافة الى السير على تكييف القوانين الأساسية التي تسيير المؤسسات الصحية حاليا مع التعديلات الجارية خاصة في مجال التمويل القائم على العاقد في النشاطات، وحول الشروط الواجبة لتخصيص الميزانيات والفتورة بطريقة تسعى لتحقيق المساواة في الحصول على العلاج بالنسبة لكل المرضى.

2-5 إصلاح ملف اشتراك القطاعات

لارتباط نشاطات وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات الى حد بعيد بنشاطات العديد من القطاعات الاخرى كقطاع المالية، العمل والحماية الاجتماعية، الضمان الاجتماعي التضامن، التعميم العالي، التكوين المهني، الجماعات المحلية والبيئة، الصناعة والفلاحة، فإنه يجب ضمان الانسجام بين الصحة والسياسات العمومية الاخرى من خلال إدراج كل الانشطة القطاعية ذات الصلة بالصحة ضمن الاستراتيجية العامة للوزارة، والجدير بالإشارة أن تنظيم العلاج بمنطقة الجنوب والاستعجالات على المستويين الجهوي والوطني موضوعين لم يتم التطرق إليهما في هذا المشروع، ولقد تمت الإشارة عدة مرات الى وجوب تنظيم العلاج بمنطقة الجنوب، بغض النظر على العراقيل المرتبطة بالبعد والظروف المناخية، الصيانة والظروف الخاصة بتعيين المستخدمين الطبيين المتخصصين الذين يمكنهم تلبية مجموع الاحتياجات الصحية، أما بالنسبة لإستعجالات فتستدعي بحثا معمقا على نتائج التحقيق الجاري حالية، والذي يتكلف هو المعهد الوطني للصحة العمومية بطلب من الوزارة.

3- الإصلاحات الجديدة في النظام الصحي الجزائري.

تتمثل الاصلاحات الجديدة التي شملت القطاع الصحي لسنة 2018 فيما يلي¹ :

3-1 إصلاحات خاصة بحماية الامومة والطفولة :

من اجل ضمان حماية صحة الام والطفل، القيام بالتدابير الطبية والنفسية والاجتماعية والتربوية والإدارية، وتشكيل برامج مكافحة الوفيات لدى الأم والطفل، وتعتبر من أولويات الصحة العمومية، وتنفيذها هياكل ومؤسسات صحية، إضافة الى ذلك يجب القيام بالتصريح بالمرأة الحامل من طرف مهني الصحة ويتم تسجيلها ابتداء من الثلاثي الثالث من

¹ الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 2018، ص 46، ص 117.

الحمل، حسب اختيارها لدى عيادة ولادة عمومية أو خاصة، كما توفر الدولة الوسائل الملائمة لضمان المتابعة الدورية والإجبارية للحمل، والقيام بالتكفل الصحي للأطفال بواسطة وسائل بشرية ومادية التي تكون عمى عاتق الدولة، وتمثل أهداف هذه الإصلاحات الى حماية صحة الأم قبل وأثناء وبعد الحمل، وضمان الظروف الصحية للطفل ونموه .

3-2 إصلاحات صحية في الأوساط التربوية والجامعية وفي التكوين المهني :

تضمن الدولة حماية وترقية الصحية في الوسط التربوي والجامعي وفي التكوين المهني، عبر أعمال وبرامج صحية ملائمة، حيث تضع وزارة الصحة بالتنسيق مع وزارة التربية والتكوين المهني والتعميم العالي، هياكل كشف ومتابعة من اجل مراقبة حالاتهم الصحية ومتابعة التكفل بالأمراض التي تم الكشف عنها، القيام بالتدقيقات الإجبارية.

3-3 إصلاحات صحية وسط العمل:

تسير الدولة الى حماية الصحية في وسط العمل وترقيتها لا سيما الى ترقية الراحة البدنية والعقلية والاجتماعية للعمال في كل المهن والحفاظ على أعلى درجة لها، والوقاية من كل ضرر يلحق بصحة العمال جراء ظروف عملهم وحماية العمال من الأخطار الناتجة عن وجود عوامل مضرّة بصحتهم والوقاية من حوادث العمل والأمراض المهنية.

3-4 إصلاحات صحية من اجل الوقاية من الأمراض المتنقلة ومكافحتها :

يخضع الأشخاص المصابون بأمراض متنقلة والأشخاص الذين يكونون على اتصال بهم، الذين يشكلون مصدر للعدوى، لتدابير الوقاية والمكافحة المناسبة، تحدد قائمة الأمراض المتنقلة الخاضعة للتصريح الإجباري، ومن ثم القيام بالتلقيح الإجباري مجاناً لفائدة المواطنين المعنيين واتخاذ كل التدابير .

3-5 إصلاحات صحية خاصة بترقية التغذية الصحية :

تقوم الدولة بترقية أنماط استهلاك تشجع على تغذية صحية ومتوازنة لدى المواطنين، كما تسير على وضع مقاييس في مجال التغذية، عبر برامج التربية والاعلام والتحسيس والاتصال، واتخاذ كل التدابير الضرورية التي تسمح بالوقاية من السمّة لدى المواطنين، ولا سيما لدى الأطفال حيث يعتبر تكلفة على عاتق المؤسسة الاستشفائية .

3-6 إصلاحات صحية خاصة بحماية صحة الأشخاص المسنين:

تتولى الدولة إعداد وتنفيذ برامج لحماية صحة الأشخاص المسنين، ويستفيد الأشخاص المسنون لا سيما المصابون بأمراض مزمنة أو المعوقون من كل الخدمات المتعلقة بالعلاج و إعادة التكييف والتكفل النفسي التي تتطلبها حالتهم الصحية، كما تضمن الهياكل والمؤسسات الصحية التكفل بلاحتياجات الصحية للأشخاص المسنين خاصة المعوقين.

ثانيا :سياسات شاملة لإصلاح النظام الصحي.

هناك مجموعة من السياسات الشاملة قد يعتمدها النظام الصحي تتمثل في :¹

1- نظام الضمان الصحي التعاوني:

الضمان الصحي التعاوني هو احد أساليب تمويل الخدمات الصحية سواء كان الية الرئيسية المتبادل حيث يستفيد الأشخاص الذين يتعرضون لمخاطر كبيرة وأصحاب الدخل المنخفضة من دعم أصحاب الدخل المرتفعة ومن ينخفض عندهم مستوى الخطر .ويتعلق أمر الإيرادات المتوقعة من تطبيق الضمان الصحي التعاوني بالأعداد الفعلية للمشاركين بما في ذلك أفراد أسراهم وتقديرات الأجور لمختلف المهن، وتصنيف مقدمي الخدمة الصحية .إضافة الى ذلك تقديرات لمتوسطات أوجه الانفاق لكل من مرافق القطاع الخاص و وزارة الصحة والجهات الحكومية الأخرى وقوائم التسعيرة لخدمات القطاع الخاص المعتمدة.

2- إدخال نظام رسوم مقابل الخدمات :

أن تقديم الخدمات الصحية للمواطنين مقابل رسوم يدفعها المستفيد عند تقديم الخدمة من سياسات الاصلاح الشاملة للنظام الصحي ومن ابرز مصادر التمويل للخدمات الصحية وقد تم تطبيق هذا النظام حديثا في بعض دول مجلس التعاون الخليج العربية مثل دولة الإمارات المتحدة.

وقد تكون الرسوم على الخدمات الصحية رمزية في البداية بهدف مشاركة المواطن في تحمل جزء بسيط من التكاليف المرتفعة لتقديم الخدمات الصحية وهذا سوف يخدم أولا كمحفز لترشيد الاستخدام وثانيا كمصدر للتمويل . ولا شك أن تحصيل هذه الرسوم يتطلب جهاز إداري مالي ذو كفاءة عالية بالإضافة الى إعداد كوادر مؤهلة من المحصلين وأمناء الصناديق والاجهزة والمعدات والنماذج الخاصة بالتحصيل .

¹ وفاء سلطاني،مرجع سابق ذكره،ص555.

3. خصخصة الخدمات الصحية :

يشارك القطاع الخاص مع الحكومة في تقديم بعض الخدمات الصحية للمواطنين مثل إنشاء المراكز الصحية الأولية والمستشفيات وعقود التشغيل والصيانة لمرافق الصحية التابعة لوزارة، كما يقوم القطاع الخاص بتقديم الخدمة الصحية عن طريق المرافق الصحية التي يملكها بمقابل على أن تقوم وزارة الصحة بمراقبة المستوى الطبي والمهني علاوة على وضع الخطة الصحية والتي تشمل إنشاء المرافق، وضع السياسات العلاجية والوقائية ومراقبة المرافق الصحية الخاصة، اقتراح وتنفيذ النظم فيما يخص الممارسة الطبية، إصدار التراخيص وتحديد الرسوم، وضع نظام للمعلومات الصحية، القيام بأعمال الطب الشرعي ومكافحة الأمراض المستوطنة والأوبئة

4. تنوع مصادر تمويل الخدمات الصحية : ويكون ذلك بالتركيز على مجموعة من الجوانب منها :

. التركيز على الضمان الصحي التعاوني كأحد أهم روافد التمويل للخدمات الصحية .

. إعداد الدراسات اللازمة لتقييم نظام الضمان الصحي التعاوني بما يساعد على تطبيقه.

. على الجميع في المرحلة القادمة، ودراسة تأثيره على التغيير في العرض والطلب والتأثير على الأسعار وجودة الخدمات المقدمة . عمل دراسات تقييمية لترسيخ مبدأ المشاركة في تحمل تكاليف بعض الخدمات الصحية كالرسوم الرمزية عمى مختلف جوانب خدمات الرعاية الصحية . التأكيد على أهمية مشاركة أفراد المجتمع في توفير الخدمات الصحية عن طريق الهبات والتبرعات المباشرة ولجان أصدقاء المرضى والوقف الاسلامي .

. التنسيق والتعاون مع مؤسسات القطاع الخاص بهدف بمورة مجالات جديدة للتمويل الملائم والاستثمار في تقديم الخدمات الصحية .

5- ترشيد الانفاق واحتواء التكاليف :

أصبحت الكثير من الحكومات العالمية تحس بوظأة ارتفاع تكاليف الخدمات الصحية إذ أن أسعار الخدمات الصحية تتزايد بمعدلات أعلى من تزايد أسعار السلع والخدمات الأخرى، لذا فإنه يجب مراعاة ما يلي :

- أهمية استخدام الأدوات التحليلية التي تساعد على صياغة السياسات الصحية مثل الحسابات الصحية الوطنية وتحليل الإنفاق الصحي .

- مراجعة تكاليف الإنفاق على الخدمات الصحية والتأكد من توزيع الإنفاق وفقا للأولويات المعتمدة ومتطلبات الخدمة.
- إيجاد نظام وطني للمراجعة الصحية بهدف تلافي تجزئة الخدمة المقدمة للمرضى أو تكرار تقديمها بدون داع .
- التوزيع الأمثل للموارد الصحية بين الجهات المختلفة بما يتفق مع دورها وحجم الاستخدام بها.
- الاستفادة من علم اقتصاديات الدواء بصفته جزء من اقتصاديات الصحة لتقييم تكاليف الدواء مع إعداد سياسة وطنية للدواء.

المطلب الرابع: نماذج عن التمويل المنظمات الصحية العالمية

أن تسيير المنظومات الصحية في العالم يعتمد عمى ثلاثة مفاهيم أساسية لتمويل:¹

نظام بيفردج (النظام الشمولي، أو المفهوم الانجليزي) وفقا لهذا المفهوم فإن الدولة هي المصدر الأساسي لتمويل المنظومة الصحية وذلك من خلال الاقتطاعات الضريبية بحيث أن كل فرد يساهم في دفع الضرائب له الحق في الاستفادة من الخدمات الصحية المجانية، فالتمويل هنا يعتمد على تضامن وطني مزدوج بين الفقراء والأغنياء وبين الأصحاء والمرضى، العلاج في هذه الحالة يكون دائما بصفة مجانية بالنسبة للمرضى مع اختلافات بسيطة في الوسائل فهم يمولون من جيوبهم بين 5% الى 10% من مصاريف العلاج.

فالمبدأ الأساسي لهذه الفلسفة هو التساوي في الوصول الى العلاج وتعميمه وضمان شموليته

نظام بيسمارك (الأنظمة المهنية): وفقا لهذا النظام يكون الحق في الصحة والتأمين الصحي مخصص للعمال وذوي الحقوق، وتمويل الخدمات الصحية يتم من المؤسسات والعمال من خلال الاشتراكات المرتكزة على الأجور بحيث تسيير هذه الاشتراكات من طرف المؤسسات والعمال مثل النقابات المساندة والمهنيين، ويسمى هؤلاء " بالشركاء الاجتماعيون" الذين لهم مسؤولية تحقيق التوازن المالي للدولة واصلاح الوضعية في حالة اللاتوازن.

وتعد مشاركة المرضى في تكاليف العلاج عمى جانب من الأهمية إذ تتراوح من 10% الى 15% في بعض الأحيان.

النظام الحر: يقوم في غالب الأحيان على أساس قوى السوق في عرض وتمويل الخدمات الصحية، بحيث من يدفع أكثر يحصل على أفضل الخدمات الصحية، إذن فهذا النظام لا يضمن غالبا المبادئ الأساسية الخاصة بشمولية عدالة الوصول للعلاج والتغطية الشاملة لكافة شرائح المجتمع.

¹ محمد علي دحمان، تقييم مدى فعالية الإنفاق العام عمى مستوى القطاع الصحي الجزائري، رسالة دكتوراه، تخصص تسيير المالية العامة، جامعة ابوبكر

بلقايد، تلمسان، 2017، ص ص: 158-167

وعلى هذا الأساس سوف يتم دراسة بعض الأنظمة الصحية العالمية المتبناة في بعض الدول المصنفة حسب البنك الدولي للإنشاء و التعمير ضمن الدول ذات الدخل المرتفع.

اولا: المنظومة الصحية الفرنسية (نظام مزيج)

نظام الصحة في فرنسا على مبدأين أساسين وهما:

1- خاص بالحرية الفردية (حرية الاختيار والوصول المباشر بما في ذلك التخصص)

2- يترجم عن طريق الخدمات العمومية المتمثلة بأغلبية القطاع الاستشفائي، وأغلبية المؤسسات العلاجية الوقائية.

تعتمد المنظومة الصحية الفرنسية على أربعة مصادر رئيسية لتمويل تكاليف العلاج وهي:

- التمويل الحكومي

- التأمين الإلزامي

- التأمين التكميلي

- التمويل عن طريق الأسرة

1- التمويل الحكومي (عن طريق الجماعات المحلية):

تقوم الحكومة الفرنسية بتغطية نسبة معينة من حجم نفقات القطاع الصحي إلا أن الشيء الملاحظ هو أن هذه المساهمة تظل محتشمة وذلك باعتبار أنها لا تتعدى نسبة 9% من تكاليف القطاع وهذا في ظل الدول الكبير الذي يقوم بو الضمان الاجتماعي في تمويل الهياكل الصحية.

2- التأمين الإلزامي (الإجباري على المرضى):

يتميز الضمان الاجتماعي في فرنسا بالتعقيد وهذا بحكم وجود عدة أنظمة لتأمين على المرضى، ويتميز نظام التأمين الإجباري على المرضى بكونه المصدر الرئيسي لتمويل المنظومة الصحية الفرنسية بفضل الاشتراكات التي يدفعها العمال.

3- التأمين التكميلي:

لقد حاولت الحكومة الفرنسية خلق تغطية صحية شاملة لكافة الأفراد من خلال التأمين الإجباري لكن نظرا لارتفاع النفقات الصحية فعادة ما يتم تحميل المريض جزء من هذه التكاليف فمعظم الفرنسيين يلجئون الى هذه الصناديق لتكفل بأعباء العلاج، وعى هذا الأساس فقد أصبح التأمين التكميلي احد أهم مصادر القطاع الصحي.

4- التمويل عن طريق الأسرة:

يساهم المواطنون في تمويل النظم الصحية عن طريق السداد المباشر عند طلب الخدمات الصحية.

من جية أخرى تمتاز المنظومة الصحية الفرنسية بتنوع مصادر التمويل من خلال تنوع صناديق التأمين عن المرض الأمر الذي من شأنه أن يخلق نوع من المنافسة فيما بينها وبالتالي تعزيز قدرتها على الاستجابة الى احتياجات المشتركين وتخفيفها على الإصلاح والابتكار وتخفيض التكاليف وتعظيم الأرباح.

ثانيا: المنظومة الصحية البريطانية (نظام بيفردج)

إن مبادئ إدارة وتمويل المستشفيات في إنجلترا هي نفسها منذ حوالي 50 سنة وهي مختلفة عن أنظمة بيسارك في ثلاث أسس:

- تغطية شاملة مجانية وموحدة من غير انخراط في تنظيم التأمين الصحي هي من حق شخص.
- الخدمة الوطنية لمصحة تمنح العلاجات الاستشفائية عن طريق مينييين تابعين للنظام العمومية.
- تمويل يعتمد عمى الأساس عمى الضرائب.

تتميز المنظومة الصحية لبريطانيا بضعف فعاليتها نتيجة ضعف مستويات التمويل، إلا أن إصلاحات حزب العمال سمح بالاستفادة من ارتفاع غير مسبوق في حجم الموارد المالية المخصصة للقطاع، وبقيت المنظومة الوطنية لمصحة متحركة في التكاليف وذلك يعود الى طريقة تسديد تكاليف عمال القطاع والتي تعتمد فيه على النهج التعاقدية مما جعل تكاليف القطاع منخفضة مقارنة بالدول المجاورة.

ثالثا: المنظومة الصحية الأمريكية (النظام الحر)

تتمثل نفقات الصحة في الو.م.أ نسبة كبيرة، ومن اجل تغطية هذه النفقات جعل الو.م.أ تعتمد على ثلاثة مصادر رئيسية لتمويل هذا القطاع وهي:

- التمويل الحكومي .
- التأمينات .
- التمويل عن طريق الأفراد .

1-التمويل الحكومي

تتمثل مساهمة الدولة في تمويل المساعدات الطبية المجانية الى الفئات الفقيرة التي لا يتعدى دخلها عتبة الفقر.

2-التأمينات

تعتمد الو.م.أ أيضا على هذا الأسلوب من التمويل لتوفير الخدمات الصحية المطلوبة لكافة الأفراد.

3-التمويل عن طريق الأفراد:

تعتبر المشاركة المالية للمرضى محدودة جدًا وهي في غالب الأحيان منعدمة خصوصا في العلاج الاستشفائي، لذلك نجد أن المواطن الأمريكي يقوم بإجراء الفحوصات الطبية لدى الممارسين التابعين لمنظمات صيانة الصحة شريطة تسديد أقساط ثابتة أو لدى الممارسين التابعين للمنظمات المتعاقد معهم.

المبحث الثالث : مساهمة الانفاق الصحي في تحسين الخدمات الصحية

رغم الجهود الكبيرة المبذولة من اجل إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر، إلا أن الإنفاق تحسين الخدمات الصحية مازال يشكل معضلة حقيقية

المطلب الاول: مساهمة الانفاق الصحي التغطية الصحية الشاملة

إن تغيير الخارطة الصحية و الذي صاحبه رفع معدل الإنفاق على القطاع لم يأت بشماره ، كماى أن درجة استجابة النظام الصحي بالوطن لتغير الخارطة الوبائية تبقى دون المستوى سواء من حيث تقسيم الخدمات أو من حيث نوعية العلاج. إن الرجوع إلى النظام الصحي الذي أوصت به المنظمة العالمية للصحة سنة 1978 و الذي صادقت عليه الجزائر في نفس السنة مهم جدا في خلق التوازن في الرعاية الصحية ، و هو النظام الذي ينص على مشاركة الجماعات المحلية في العلاجات الصحية القاعدية الأساسية ، أي مشاركة البلدية و الدائرة و الولاية في ميزانية نفقات الصحة غير المباشرة (السكن اللائق، توفير مياه الشرب، العناية بقنوات الصرف الصح)...

و الجزائر تحصي 13 مركزا استشفائي جامعي في 13 ولاية فقط و حرمان آل 38 ولاية المتبقية من مستشفى جامعي يقدم علاجا نوعيا ، و حرمانها أيضا من تكوين متخصص للأطباء، ف إلى ذلك أن هذه المراكز الثلاثة عشر يستهلكون لوحدهم ثلث ميزانية الصحة بالإضافة إلى عامل الاكتظاظ في هذه المراكز الذي يؤثر سلبا على عامل التكوين .

إن المؤسسات الجوارية لم تلعب دورها مثلما يقتضيه نظام السلمية، ما يفسر نفور المريض منها طلبا للراحة، و الملاحظ كذلك أن بعض قاعات العلاج لا تتوفر فيها طبيب بشكل يومي و البعض الآخر يفتح في الفترة الصباحية ويغلق في الفترة المسائية وأخرى حولت إلى سكن بسبب غياب التأطير الطبي. و بعض قاعات العلاج حولت إلى عيادات متعددة الخدمات رغم افتقارها للتجهيزات الطبية و كذا المؤطرين والى قسم الأشعة و المناوبة الليلية و قاعة للولادة، و كذلك أغلقت العديد من قاعات العلاج خلال العشرية السوداء ، نتساءل عن الجدوى من إنشاء مؤسسات جوارية لا تقوم بالعمل الجوارى.

تحاول وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات من خلال قانون الصحة الجديد إخراج الكثير من الفحوصات من المستشفيات ليستفيد منها المرضى بالعيادات متعددة الخدمات و بقاعات العلاج ،حيث تم فتح منذ أكثر من سنة أزيد من 85% من قاعات العلاج على المستوى الوطني التي كانت تعاني من إهمال و لا مبالاة خلال العشرية السوداء ، و كذلك خصصت أزيد من 20 مليار دولار للمشاريع المتعلقة بالرعاية الصحية في آفاق 2025 و الموجهة لتطوير 700 مركز طبي و لإنشاء عيادات متعددة الخدمات في القرى و الأرياف، بالإضافة إلى 200 عيادة متنقلة لفائدة البدو و الرحل لضمان تغطية صحية تصل إلى آخر نقطة من التراب الوطني، إلا أن غياب البحث عن تطور الوعي الصحي للأفراد بأنهم مسؤولون على صحتهم قبل أي طرف آخر ، كما أن الدولة و تحاول توفير العلاج دون التفكير في الوقاية و التربية الصحية بصورة منتظمة ، و التربية الصحية كما يعرفها البعض هي الفعل الذي يبحث إعلام الناس من اجل فهم الهدف أولا ، ثم الإرادة و الوسائل ثانيا ، لحماية و تحسين صحتهم وصحة تجمعاتهم، وان علاج الأمراض دون علاج المحيط الصحي و البيئي لا جدوى منه ، بل يزيد في النفقات و المشكلات. :¹

وهناك خمسة عوامل دفع للإنفاق على الرعاية الصحية التي يمكن إنجازها كما يلي:²

1 رزقي نورالهدى، كلاش مريم، دور النفقات الصحية في تحقيق التنمية ا لصحية المستدامة في الجزائر للفترة 2000/2018 بالمقارنة مع تونس والمغرب- دراسة تحليلية-، المجلة الجزائرية للمالية العامة، المجلد 10 ص 399

2 رزقي نورالهدى، كلاش مريم، مرجع سابق ذكره، ص 406

-شيخوخة السكان: تتزايد احتياجات الأشخاص من الرعاية الصحية غالباً مع تقدم العمر؛

-نمو الدخل: يرتبط نمو الدخل غالباً بتزايد الطلب على خدمات صحية أكثر و أفضل؛

-التقدم التكنولوجي: تمثل التحسينات في التكنولوجيا الطبية أهم العوامل المحددة للإنفاق على الرعاية الصحية، فقد

أدى التطوير المستمر للإجراءات و الأدوية الجديدة إلى زيادة هائلة في الوقاية من المشاكل الصحية و في علاجها؛

- William Baumol أثر بومول: يشير هذا الأثر، المسمى بإسم منشئه، الاقتصادي ويليام. بومول، إلى الزيادة

الكبيرة نسبياً في تكاليف وحدة العمل في القطاعات التي يصعب فيها تحقيق مكاسب في الإنتاجية بما في ذلك

الخدمات المقدمة من الحكومة، و في قطاع الصناعات التحويلية يمكن تحسين الإنتاجية بتنفيذ عمليات جديدة تخفض

عدد العمالة اللازمة لإنتاج مستوى معين من الناتج و لكن في مجال الرعاية الصحية يصعب تحسين الإنتاجية، بسبب

محدودية إمكانية خفض عدد الأطباء و الممرضات / الممرضين دون المساس بمستوى الخدمات.

-السياسات و المؤسسات الصحية: يمكن أن تؤثر السياسات و المؤسسات المعينة بالرعاية الصحية على الإنفاق من

خلال آثارها على كل من العرض و الطلب فالبنية التحتية في هذا المجال وكذا التكوين الجيد له الدور الكبير في زيادة

العرض و بالتالي تحسين جودة الخدمة الصحية؛

المطلب الثاني مساهمة الانفاق الصحي في التامين الصحي

تتمثل مساهمة الانفاق الصحي في التامين الصحي من خلال:¹

-تخفيف العبء العلاجي على المواطن .

-تخفيف العبء العلاجي علي الدولة.

-المساهمة في تأهيل وتطوير الخدمات الصحية.

-المساهمة في توظيف العالج علي المستوي المحلي، الولائي

- المساهمة في التنمية المجتمعية وتحقيق الأمن الاجتماعي.

1 عبد المنعم عبد الله احمد السماني، تسويق خدمات التامين الصحي -ولاية الجزيرة -السودان- جامعة جزيرة ،كلية الاقتصاد و التنمية الريفية، قسم ادارة

- تحقيق قدر كبير من المساواة و العدالة في توفير الخدمات الطبية

- المساهمة في استقطاب الكوادر الطبية المؤهلة واستجلاب أحدث الأجهزة والمعدات الطبية.

- المساهمة في مشروعات التنمية الصحية بتقديم خدمة طبية مباشرة والتي تعتبر إضافة حقيقية لتطوير وتحديث الخدمات

الطبية

- إدخال تقنيات العمل الحديثة من نظم وبرامج وشبكات في كل نظم المعلومات (الإدارية والمالية والمحاسبية والصيدلانية

وخدمات المشتركين.

بالإضافة الى:¹

- إزالة العائق المالي بين المريض وحصوله على الخدمة الطبية، وتوفير خدمة طبية متكاملة للمواطن بكلفة مقبولة، بالإضافة إلى رفع مستوى الاطمئنان الاجتماعي لدى الفرد، وتحسين مستوى الخدمات الطبية المقدمة له، وكذلك الحث على مزيد من التنوع والمنافسة في تقديم الخدمات الطبية إذ يحقق التأمين الصحي الفائدة للأطراف ذات العلاقة، فبالنسبة للمؤمن عليه سواء كان موظفاً أو عاملاً أو طالباً، ومع زيادة كلفة الخدمات الصحية، أصبح المرض الذي يهدده.

- ويكفل التأمين الصحي الاطمئنان الاجتماعي لدى العمال والموظفين، لا سيما إذا كان التأمين الصحي شاملاً للموظف ولمن يعول، كما يعزز التأمين الصحي ويوثق العلاقة بين الموظف أو العامل وزملائه، عندما يشعر كل فرد منهم أن زملاءه ساهموا في تحمل أعباء العلاج معه، بما يدفعونه من أقساط.

- المساهمة في توفير موارد مالية لتمويل نفقات القطاع الصحي الباهظة التكاليف، وبالتالي تخفيف الأعباء عن الميزانيات العامة للحكومات والمؤسسات أو الشركات أو الأفراد المسؤولين عن علاج العاملين لديهم، حيث تبين من تجارب الدول المتقدمة الغنية انه لا يمكن لأي دولة مهما بلغت قوتها الاقتصادية أن تتحمل نفقات القطاع الصحي الباهظة بالكامل وبدون مشاركة من الأفراد المستفيدين من هذه الخدمات

¹ بن زيدان فاطمة الزهراء و قطاب فالحة، واقع تسويق خدمات التأمين الصحي بالجزائر - دراسة حالة ببلدية الشلف -،الملتقى الدولي السابع حول:الصناعة التأمينية، الواقع العملي وآفاق التطوير - تجارب الدول" - جامعة حسينية بن بوعلي بالشلف كلية العلوم الاقتصادية، العلوم التجارية و علوم التسيير،يومي03-04ديسمبر2012

المطلب الثالث: مساهمة الانفاق الصحي في تدريب الكفاءات الطبية و الادارية لتحسين الخدمات الصحية

في محيط المستشفيات يعد التعليم و التدريب خلال العمل من الطرق الشائعة في عملية تطوير المهنيين الصحيين و تأهيلهم، وأكثرها قبولا. وهي طريقة فعالة التكلفة و ذلك باستخدام المصادر المتاحة و محلية وهي ناجعة للاعتراف بخبرة و مهارة العاملين، وهي ضرورية لاكتساب و تماسك المعرفة و هذه تعزز الثقة و التماسك و التنسيق و الكفاءة في العمل و تعزيز روح المشاركة و الالتزام لدى العاملين وهي جوهرية لأفراد العاملين الجدد لأنها تبتدى من لحظة انخراط الموظف او الموظفة في المؤسسة، و تتطلب من المشرفين تحديد الاحتياجات التدريبية و التخطيط للتطوير و التأهيل الوظيفي قصد تلبية متطلبات القوى العاملة.¹

كما يعد التدريب هو الوسيلة الفعالة الارتقاء بعمل المنظمة وجودة إنتاجها وخدماتها. ولا يعد امتلاك التقنية الحديثة هو المقياس لنجاح المنظمة، ففي مجال الخدمات الصحية لا يجوز قياس تطورها بالتوسع في المرافق العلاجية والصحية، و بإمدادها بالأجهزة والمستلزمات الحديثة فقط بل يستكمل ذلك بمستوى الأداء البشري الأطباء والفنيين والفرق الطبية المساعدة، و يظهر ذلك كمخرج أساس ي من مخرجات التدريب والتعليم الطبي المستمر من خلال برامجه الفعالة.

وتزداد أهمية التدريب في العمل الصحي لاسباب عديدة أهمها: الاتساع الدائم في الخدمات الصحية فكل يوم هناك ما هو جديد من حيث أساليب العمل والتخصصات الطبية، والتغيير الدائم في ظروف العمل، وكثرة المشكلات، حيث يتصف العمل الصحي بالحيوية والحساسية العالية. وقد ترتفع نسبة المشاكل التي تصادف العاملين في هذا القطاع بمختلف فئاتهم ونوع أعمالهم، وتالفي هذه المشاكل يكمن في التدريب والتعليم الطبي المستمر الذي يتم من خلاله تدريب الأطباء على كل ما هو جديد في عالم الطب. هذا وتتوافر إمكانية التدريب والتعليم في المستشفيات الجامعية والتخصصية أكثر من غيرها من المستشفيات. ويرجع ذلك إلى إمكانية هذه المستشفيات المادية والبشرية والتجهيزات

1 سيد احمد حاج عيسى، اثر التدريب الافراد على تحسين جودة الشاملة الصحية في المستشفيات الجزائرية، اطروحة دكتوراه في علوم التجارية، تخصص تسويق، كلية علوم الاقتصادية وعلوم التجارة و علوم التسيير، جامعة الجزائر 03، 2011-2012، ص 70

اللازمة لعملية التدريب .وتختلف البرامج التدريبية التي تتم في المستشفى الجامعي باختلاف الفئات المستهدفة، فهناك برامج تدريبية للسنوات الأخيرة لطالب كلية الطب، ولطالب الدراسات العليا، وللكادر التمريض ي، ولللكادر الإداري.¹

كما ان التدريب والتطوير الفعال للموظفين يساعد على تطوير المؤسسة والعمال، وذلك من خلال الاستثمار في الموارد البشرية، حتى وان كانت ميزانية التدريب صغيرة، فإنها تساعد على خف التكاليف على المؤسسة والاعمال وتساعد في زيادة الأرباح والمبيعات. وان أهمية التدريب للموظفين أو الموارد البشرية تكمن في زيادة إنتاجية المؤسسة، وتحسين جودة العمل، بالإضافة الى الحد من العيوب أو شكاوى العملاء من خلال عمليات مبسطة وموظفين أكثر كفاءة. كما ان التدريب يؤثر إيجابيا على معنويات الموظفين ودوافعهم وتقليل معدل غياب أو تغيير الموظفين، اضافة ان التدريب يساعد المؤسسة على التكيف مع التغيير والاستعداد للنمو ويمنح المؤسسة ميزة تنافسية على منافسيها تساعد في جذب أفضل المواهب من الموارد البشرية .

ومن الأهمية الأخرى للتدريب أنه يزيد من معدل الدخل الشهري والسنوي للمؤسسة والاعمال، كما يزيد من فرص العمل والحياة الأفضل، وهذا ما يظهر بشكر واضح في السياسة التي اتبعتها أغلب المؤسسات العامة والخاصة، اذ اتخذت من التدريب أساسا لعملها، كما خصصت أقساما في كل مؤسسة لذلك، إضافة الى انشاء مراكز خدمية خاصة ببرامج التدريب وتطوير قدرات الموارد البشرية فيها. وتشير الإحصائيات السنوية الى أن المؤسسات الأمريكية تنفق ما يقارب 50 مليون دولار سنويا على تدريب موظفيها اذ يعد هذا أساسا لمواكبة التغيير الذي يطراً على جميع مجالات الحياة الحالية، مما يمكنها من الحصول على قياديين في مختلف المجالات وبالتالي فإنها تنهي في جميع قطاعات الدولة والفوائد العامة لتدريب وتطوير الموارد البشرية، فهي أوّل تزيد من الرضا الوظيفي للموظفين وتزيد من تحفيزهم، ثانياً، فإنها تزيد من كفاءة الموارد البشرية مما تزيد من أرباح المؤسسة، ثالثاً، زيادة القدرة على اعتماد تقنيات وأساليب جديدة، وأخيراً، زيادة الابتكار في الاستراتيجيات والمنتجات.²

¹ عبدول رحيم اياس موسي، اثر التدريب على تحسين جودة الخدمات الصحية في مستشفيات المملكة العربية السعودية ، جلة العلوم الاقتصادية والإدارية والقانونية العدد الخامس - المجلد الثالث مايو 2019، ص23.

² عبد الله سعود المطيري، اثر البرامج التدريبية للموارد البشرية في تحقيق الميزة التنافسية في القطاع الصحي، المجلة العربية للنشر العلمي ASJP العدد 15، كلية الإدارة والاقتصاد / جامعة الملك عبدالعزيز، 2-كانون الثاني -2020، صص:26-27.

خلاصة الفصل الثاني

من خلال دراستنا في هذا يمكن أن نستخلص مجموعة من النتائج نذكر منها:

(1) تعد الخدمات الصحية من الخدمات الهامة التي تعنى بصحة الفرد و المجتمع، وتكمن أهميتها كأحد القطاعات الاجتماعية المهمة التي تسعى الدولة إلى تطويرها، هذا ما أوجب الإهتمام بهذه الخدمات و كيفية تحسينها ومن ثم الحصول على رضا المسفيدين من الخدمات المقدمة.

(2) يتسم النظام الصحي الجزائري بمجموعة من المعوقات الناتجة عن الاختلالات التي تعاني منها المؤسسات الصحية في الجزائر، ولهذا وجب عليها عملية إصلاح المنظومة الصحية ووضعها في سلم أولوياتها وتخصيص أموال لها، و الرفع و الرقي بمستوى جودة الخدمات المقدمة ومباشرة الإصلاحات التي اعتمدها وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات

الفصل الثالث

دراسة ميدانية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية - حكيم عقي -
قائمة حول دافع فعالية برامج الانفاق الصحي و اثره على
تحسين الخدمات بالمؤسسة العمومية الاستشفائية

تمهيد

من خلال الفصلين السابقين والذين تطرقنا فيهما الى تحديد مختلف المفاهيم المتعلقة بالإفناق الصحي وكذا الخدمات الصحية ، و لكي تكون الدراسة قريبة من الواقع لابد من اسقاطها على الارضية محاولة منا لإبراز مدى تجانس موضوع البحث بالواقع، حيث وقع اختبارنا على احدى المؤسسات الخدمية العمومية الجزائرية و المتمثلة في المؤسسة العمومية الاستشفائية-حكيم عقي-ولاية قالمة .

و لقد تم تقسيم هذا الفصل الى المباحث التالية :

المبحث الأول: نظرة عامة حول المنظومة الصحية لولاية قالمة مع دراسة المؤسسة العمومية الاستشفائية-حكيم عقي-قالمة

المبحث الثاني: منهجية البحث الميداني

المبحث الثالث: عرض وتحليل نتائج الدراسة

المبحث الرابع: اختبار فرضية الدراسة

المبحث الاول : نظرة عامة حول المنظومة الصحية لولاية قالمة مع دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقي -قالمة-

ان مراجعة ملف القطاع الصحي في الجزائر تشكلت عنه خارطة صحية جديدة تمثلت في المؤسسة العمومية للصحة الجوية و المؤسسة العمومية الاستشفائية ، و التي انبثقت عنها المؤسسة العمومية الاستشفائية -الحكيم عقي -بقالمة، التي سنتناولها كحالة لدراسة الواقع الصحي بقالمة.

المطلب الاول : تقديم عام للمؤسسة العمومية الإستشفائية -حكيم عقي- قالمة

أولا : واقع قطاع الصحة في ولاية قالمة

تتربع ولاية قالمة على مساحة قدرها :3090.51 كلم²، و بتعداد سكاني كثيف الأمر الذي جعل من تطوير القطاع الصحي لهذه الولاية ضروري حتمية لإستيعاب هذا النمو السكاني و تلبية إحتياجاته الصحية، و يتم تغطية هذه الكثافة السكانية من خلال عدد من المؤسسات الصحية العمومية و خاصة (مستشفيات مراكز صحية، قاعات عناية) و للنهوض بهذا القطاع سخرت موارد بشرية معتبرة (أطباء ، ممرضون ، صيادلة ...) مؤهلة لتقديم الخدمات الصحية من طرف المواطنين ، و سنتناول فيما يلي : المؤسسات الصحية في ولاية قالمة :

- المؤسسات الصحية في ولاية قالمة :

تتمحور نشاطات قطاع الصحة بولاية قالمة حسب النظام الجديد بإعادة هيكلية المنظومة الصحية بتسطير خريطة صحية جديدة ترتب عنها تقسم القطاعات الصحية إلى المؤسسات العمومية صحية، حيث أصبح يتربع القطاع الصحي العمومي بقالمة على :

● خمسة (05) مؤسسات عمومية إستشفائية هي :

- المؤسسة الإستشفائية الحكيم عقي .
- المؤسسة العمومية الاستشفائية ابن زهر .
- المؤسسة العمومية الاستشفائية وادي الزناتي .
- المؤسسة العمومية الاستشفائية بوشقوف .
- المؤسسة العمومية الاستشفائية عين عربي .

و أربعة (04) مؤسسات عمومية للصحة الجوارية هي :

- مؤسسة عمومية للصحة الجوارية قائمة بالعيادة متعددة الخدمات شلاغمية عمارة (بومهرة أحمد).
- مؤسسة عمومية للصحة الجوارية وادي الزناتي بالعيادة متعددة الخدمات وادي الزناتي (وادي زناتي).
- مؤسسة عمومية للصحة الجوارية تاملوكة بالعيادة متعددة الخدمات تاملوكة (تاملوكة)

يتبع هذه المؤسسات العمومية للصحة الجوارية تاملوكة نسيج من الوحدات الصحية القاعدية موزعة على كامل تراب الولاية، تغطي مجموعة سكانية معينة و ذلك لتمكينا من تأدية المهام المسندة ، إليها و خدمة المواطن. و يتربع القطاع الخاص بولاية قائمة على عدة منشآت تتمثل في المؤسسات الاستشفائية الخاصة ، مراكز تصفية الدم المخففة الجورية، مخبر التحاليل الطبية و وحدات النقل الصحي.

ثانيا : التعريف بالمؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقبي . قائمة

- تعتبر المؤسسة العمومية الاستشفائية حكيم عقبي (قائمة) من أهم المرافق الحيوية في الولاية و التي شهدت نشأتها عدة مراحل أولهما كانت في بداية فيفري 1985 تاريخ انطلاق العمل بها و آخرها كان جانفي 2008، و هي قطاع تابع لوزارة الصحة والسكان، يتربع على مساحة إجمالية قدرها 3209 م²، كما استحوذت على موقع جغرافي استراتيجي جعلها همزة وصل لقاطني الولاية، حيث تتوسط العديد من الدوائر والبلديات التابعة لها، وكانت تبلغ قدرة استيعابها 240 سرير بداية تشغيلها، أما الان و بعد عدة إصلاحات و تعديلات أصبحت سعتها 288 سرير (إحصائيات 2018) موزعة على المصالح و الوحدات الداخلية، و اهم ما يميز هذه المصالح عن غيرها هي الجانب الانساني النبيل المتمثل في استمرارية أنشطتها على مدار اليوم و الشهر و العام (24/سا /24/سا) ، كما تتسم المؤسسة العمومية الاستشفائية حكيم عقبي بالطابع الاداري و تتمتع بالشخصية المعنوية و الاستقلال المالي مع بقائها عمليا تخضع للرقابة الوصائية (المادة 01 من المرسوم التنفيذي رقم : 140/07، المتعلق بإنشائها و تسييرها).

حت تتكون من هيكل التشخيص ، العلاج، الاستشفاء و إعادة التأهيل الطبي تتمثل في مهامها في التكفل بصفة متكاملة و متسلسلة بالحاجات الصحية للسكان ، وتتولى على الخصوص المهام التالية:

- ✓ ضمان تنظيم و برمجة توزيع العلاج الشفائي و التشخيص و إعادة التأهيل الطبي و الاستشفاء.
- ✓ ضمان تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة و تجديد معارفهم و تطبيق البرامج الوطنية للصحة

✓ تستقطب المؤسسة العمومية الاستشفائية حكيم عقي قائمة مختلف الحالات المرضية من أنحاء متفرقة من الولاية بحكم تواجد خمسة و عشرون تخصصا تقريبا في المجال الطبي إلا أن المؤسسة تعاني من مشاكل عديدة.

المطلب الثاني: عرض و شرح الهيكل التنظيمي لمستشفى الحكيم عقي

بالتناسق و التضافر بين مجموعة من الوظائف لمنح أعلى مستوى من الخدمات الصحية تقدم المؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقي خدماتها الصحية و تتوزع مختلف المسؤوليات و المهام اعتمادا على الوظائف و الأنشطة التي يحددها هيكلها التنظيمي الذي يشرف عليه السيد المدير بصفته الامر بالصرف و المسؤول عن اتخاذ جميع الاجراءات الضرورية لضمان سير الحسن للمؤسسة .

كما يساعد المدير أربعة نواب مديرين يكلفون علة التوالي ب: مديرية الموارد البشرية، المديرية الفرعية للصالح الصحية ، المديرية الفرعية للمالية و الوسائل المديرية الفرعية للصيانة و التجهيزات الطبية و التجهيزات الطبية المرفقة (القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 20/19/2019) المتضمن التنظيم الداخلي للمؤسسة العمومية الاستشفائية) حيث يتكون كل واحد منها على ما يلي:

● المديرية الفرعية للموارد البشرية: تشمل على مكتبين اثنين هما:

1-مكتب تسيير الموارد البشرية و المنازعات

2 مكتب التكوين

● المديرية الفرعية للمالية و الوسائل: تشمل على ثلاث مكاتب و هم :

1. مكتب الميزانية و المحاسبة

2 مكتب الصفقات العمومية

3. مكتب الوسائل العامة و الهياكل

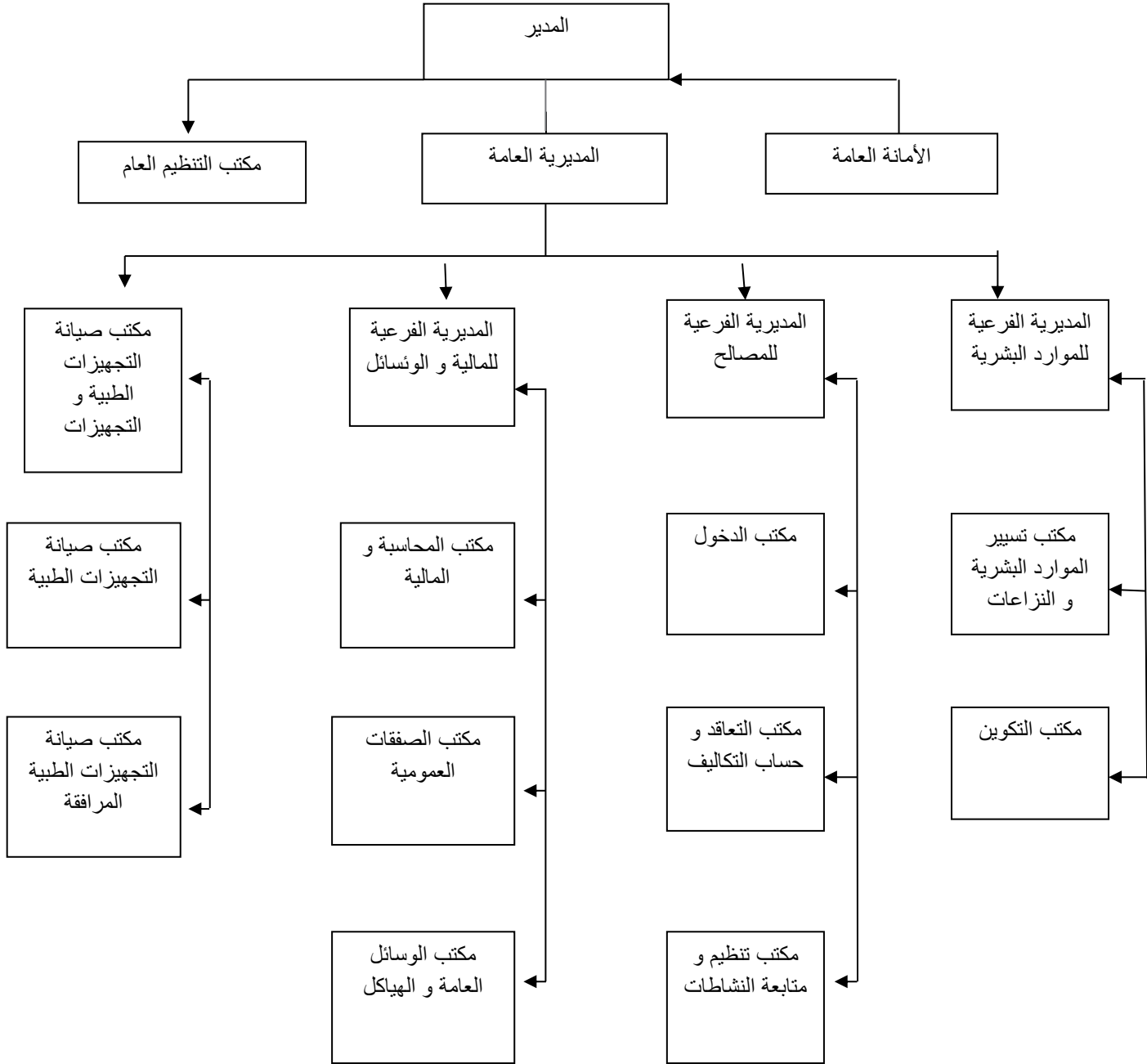
● المديرية الفرعية لصيانة التجهيزات الطبية و التجهيزات الطبيعية المرافقة: تشتمل على مكتبين اثنين هما:

1-مكتب صيانة التجهيزات الطبية

2- مكتب التجهيزات الطبية المرافقة

و الشكل الموالي يمثل الهيكل التنظيمي للمؤسسة محل الدراسة

الشكل رقم (01): الهيكل التنظيمي للمؤسسة الاستشفائية الحكيم عقي -قائمة-



المصدر : مديرية الموارد البشرية بالمؤسسة الاستشفائية حكيم عقي قائمة

المطلب الثالث: تسيير ميزانية المستشفى من الناحية الإيرادات

حتى تتمكن إدارة المستشفى الحكيم عقبي من أداء مهامها و تقديم الخدمات الصحية سواء كانت طبية أو علاجية بكفاءة و فاعلية لطالبيها، يتم توفير العنصر البشري و تخصيص موارد مالية تتحصل عليها المؤسسة لإنفاقها على مصاريف التسيير و التجهيز، و في هذا الخصوص في تمويلها على ميزانية التسيير التي ينفق 80% منها كأجور للمستخدمين و تغطية مصاريف الادوية و ميزانية الاستثمار تنفق على الصيانة و تجديد الهياكل القاعدية و بعض العتاد الطبي، تختلف إيرادات المستشفى حسب عدة مصادر تمويل/، و تكون موزعة بشكل متفاوت و مختلف من مصدر إلى آخر ، و قد قدرت ميزانية المستشفى لسنة 2020 ب: 1.293000000.، و يتم انفق هذا المبلغ على قسمين ، الاول خاص بالنفقات المستخدمين،و الثاني بنفقات التسيير، حيث قدر حجم الانفاق العام للمستشفى لسنة 2020 ب: 1293000000.00 دج أي ما يساوي الإيرادات المتحصل عليها ، كما هو موضح في الجدول

التالي:الجدول رقم (01):توزيع الإيرادات العامة لسنة2020

الرقم الترتيبي	الإيرادات	المبلغ
01	ساهمة الدولة	936000000.00
02	ساهمة هيئات الضمان الاجتماعي	300000000.00
03	ساهمة المؤسسات و الهيئات العمومية	0.00
04	يرادات متحصل عليها من نشاط المؤسسة	2000000.00
05	يرادات أخرى	5600000.00
06	رصدة السنوات المالية	0.00
	المجموع	1293000000.00

المصدر: الميزانية العامة للمؤسسة العمومية الاستشفائية حكيم عقبي سنة 2020

نفقات المستشفى بالرجوع الى الميزانية العامة 2020 نستطيع تمييز مختلف النفقات و التي نلخصها في الجدول التالي:

الجدول رقم (02): توزيع النفقات لسنة المالية 2020

رقم ترتيبي	نفقات	سنة النفقات	ببالغ
01	نفقات المستخدمين		1010938000.00
02	نفقات التسيير		278668000.00
	المجموع		1293000000.00

المصدر: الميزانية العامة للمؤسسة العمومية الاستشفائية حكيم عقبي لسنة 2020

المبحث الثاني : منهجية البحث الميداني

تعرض في هذا المبحث منهجية البحث الميداني المنجز في مستشفى الحكيم عقبي بولاية قلمة بتحديد عينة الدراسة و الادوات المستخدمة .

المطلب الاول: المجتمع الاحصائي و عينة الدراسة

استهدفت الدراسة عينة من مستشفى الحكيم عقبي بولاية قلمة ، حيث تم توزيع 30 استمارة على المستشفى و شملت العينة أعوان إدارة ، رؤساء مصلحة الأطباء، ممرضين، حتى تكون الدراسة أكثر موضوعية .

المطلب الثاني : أدوات الدراسة و تصميم الاستمارة

اولا : ادوات جمع البيانات

لقد تم الاعتماد على مجموعة من الادوات بغرض الحصول على المعلومات التي تخدم هذا البحث و ذلك من خلال: المقابلة : اعتمدنا على هذه الطريقة في لقائنا مع مسؤولين و العاملين بالمستشفى الذين زدونا ببعض البيانات و المعلومات اللازمة التي تخص موضوع البحث.

الملاحظة: هي اداة يستعين بها الباحث في دراسته، و هي من اهم الوسائل التي يستخدمها في جمع الحقائق و المعلومات و التعرف على مجال الدراسة.

الاستمارة : وجدنا ان الاداة الاكثر ملائمة و فعالية لتحقيق اهداف الدراسة هي "الاستبيان" و قد قسمنا الاستبيان

الى المعلومات الشخصية و الى ثلاث محاور رئيسية

المحور الاول يتعلق بما تعانيه المؤسسة من تدني خدماتها الصحية

المحور الثاني: يتعلق بامتلاك المؤسسة اعتمادات المالية لانفاق على الخدمات الصحية

المحور الثالث: يتعلق بضعف برامج الانفاق الصحي له اثر على تحسين الخدمات الصحية

ثانيا: اختيار مقياس الاستبيان

لقد تم اختيار مقياس ليكارت الخماسي و ذلك لأنه من أكثر المقاييس استخداما و ذلك لسهولة فهمه، حيث يعبر

الأفراد المستجوبين عن مدى موافقتهم على كل عبارة من العبارات و قد ترجمت الاجابة على النحو التالي:

الجدول رقم(03): يوضح سلم ليكارت الخماسي

موافق تماما	موافق	لى حد ما	تغير موافق	تغير موافق تماما
عالي جدا	عالي	متوسط	ضعيف	ضعيف جدا

المصدر : من اعداد الطالبين

ثالثا: مجالات الدراسة

تم تحديد مجالات الدراسة كما يلي:

المجال البشري: اقتصر هذه الدراسة على العاملين بالمؤسسة الاستشفائية (أعوان إدارة ، رؤساء المصلحة، رؤساء

الأطباء، ممرضين)

المجال المكاني: تم تطبيق الدراسة على المؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقي بولاية قلمة

المجال الزمني : تم تطبيق الدراسة في السداسي الثاني من العام الدراسي:

المطلب الثالث: أدوات التحليل الإحصائي

بعد توزيع الاستمارات و جمعها و فرزها و تحديد الاستمارات الصحيحة التي سيتم الاعتماد على الاجابات فيها في

التحليل و استبعاد الاستمارات الخاطئة تم الاعتماد على برنامج الحزمة للعلوم الاجتماعية(SPSS) و هو برنامج يحتوي

على مجموعة من الاختبارات الاحصائية التي تندرج ضمن الإحصاء الوصفي مثل: التكرارات، المتوسطات، الانحرافات

المعيارية...الخ، و ضمن الإحصاء الاستدلالي مثل معاملات الارتباط، التباين الأحادي...الخ.

و فيما يلي مجموعة الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة :

1. المدى: تم اعتماد مقياس ليكارت الخماسي الذي يقوم على 05 درجات هي : عالي جدا، متوسط، ضعيف

،ضعيف جدا، و ذلك للدلالة على موافقة أو اعتراض المبحوثين على الظاهرة عن طريق حساب ظل خلايا المقياس و

$$E = X_{max} - X_{min} = 5 - 4 = 4$$

ذلك لحساب المدى العام للعلاقة التالية:

و لإيجاد طول الخلايا الصحيح نقسم النتيجة السابقة على تحديد عدد درجات

مقياس التقييم المعتمد (ليكارت الخماسي)، بمعنى (4قسمة=5=0.8)

و يمكن توضيح طول الخلايا من خلال الجدول التالي:

الجدول رقم (04): يوضح المدى

الخلية	المجال
غير موافق تماما]1.80,1.00]
غير موافق]2.60,1.80]
الى حد ما]3.40,2.60]
موافق]4.20,3.40]
موافق تماما]5.00,4.20]

المصدر: من اعداد الطالبتين بالاعتماد على سلم ليكارت

2. النسب المئوية و التكرارات: و في وصف بيانات العينة، حيث تقوم بحساب النسب المئوية كمايلي:

3. المتوسط الحسابي: و يحسب كما يلي :

$$\bar{X} = \frac{\sum F_i \cdot x_i}{\sum F_i}$$

X: الوسط الحسابي المرجح

X_i: وزن كل عبارة

F_i: التكرارات المقابلة لكل عبارة

$\sum X$: مجموع التكرارات للعبارات

4. الإنحراف المعياري: يستخدم لمعرفة مدى انحراف أفراد العينة لكل عبارة من العبارات متغيرات الدراسة، و يحسب

$$\text{كمايلي: } \sqrt{\frac{\sum x^2}{n} - (\bar{x})^2}$$

$$\sigma = \frac{\sum x^2 - (\sum x)^2/n}{n - 1}$$

حيث:

N_i : عدد خيارات أفراد عينة الدراسة للخيار الواحد

X_i : وزن الخيار في اداة الدراسة و هو يتراوح بين 1 و 5

X : المتوسط الحسابي للإجابات العين لعبارات الاستبيان

N : مجموع افراد العينة و الذي يقدر ب: حجم العينة

5- ثبات الاستبيان

قبل القيام بالاختبارات الاحصائية المناسبة في تحليل فرضيات الدراسة ، لابد من التأكد من موثوقية أداة القياس المستخدمة، حيث تعكس الموثوقية درجة ثبات أداة القياس.

تم التأكد من ثبات الاستبيان و اتساق محتواها خلال صدق المحتوى الذي يهتم بمستوى ثقة أداة القياس، حيث دل اختيار ثبات أداة الدراسة و المتعلق بنتائج مقياس ألفاكرونباخ للاستباق الداخلي المطبق بإستخدام (spss) على نتائج اختبار جيدة و دالة على ثبات الاستبيان و الحصول على نفس النتائج في حال إعادة الدراسة على نفس العينة و تحت نفس الظروف و الجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم 05): يوضح معامل ألفاكرونباخ

الرقم	المتغيرات	عدد الاسئلة	معامل الثبات	نسبة الثبات
01	تعاني المؤسسة من تدني الخدمات الصحية	20	0.922	%92.2
02	مدي امتلاك المؤسسة اعتمادات مالية لانفاق على الخدمات الصحية	17	0.760	%76

03	ضعف برامج الانفاق الصحي له اثر على تحسين الخدمات الصحية	15	0.781	78.7%
المجموع				
		52	0.885	88.5%

المصدر: من اعداد الطالبتين بالاعتماد على نتائج الاستبيان باستخدام مخرجات برنامج ssps.20

من خلال الجدول اعلاه نري ان نتائج الاختبار جيدة دالة على ثبات الاستمارة و قوة اتساق عباراتها، حيث تراوحت قيمة الفاكرومباخ في المحور الاول 0.922 بينما في المحور الثاني 0.760 في حين المحور الثالث 0.781. و عليه فان مجموع قيم الفاكرومباخ لكل العبارات قدرت ب 0.882 و هو يشير الى نسبة التطابق تفوق 80% وهي قيمة تعبر عن ثبات واتساق الداخلي عالي لعبارات الاستمارة.

6- اختبار التوزيع الطبيعي

يعتمد اختبار التوزيع الطبيعي الى اختبار كولومجروف سيمرنوف (ks) لمعرفة هل البيانات تتبع التوزيع الطبيعي ام لا، فهو اختبار ضروري في حالة اختبار الفرضيات حيث تشترط معظم الاختبارات ان يكون توزيع طبيعيا.

وعليه اذا كان مستوي المعنوية $sig > 0.05$

نقبل H_0 : المحور يتبع التوزيع الطبيعي

نرفض H_1 : المحور يتبع لا التوزيع الطبيعي

ولهذا الغرض نلخص نتائج الاختبار (ks) في جدول التالي

الجدول رقم (06) يوضح اختبار التوزيع الطبيعي

محاور الدراسة	قيمة	مستوي المعنوية sig
محور الاول	0.404	0.05
محور الثاني	0.162	0.05
محور الثالث	0.214	0.05

المصدر : من اعداد الطالبتين بالاعتماد على نتائج الاستبيان باستخدام مخرجات spss20

يتبين من خلال الجدول اعلاه ان توزيع جميع الاجابات كان توزيعا طبيعيا، ان نسبة الاحتمالية لكل محاور الدراسة كانت اكبر من 0.05 وهي موافقة لقاعدة الاختبار المعتمدة في الدراسة.

المبحث الثالث : عرض و تحليل نتائج الدراسة الميدانية

بعد الانتهاء من عملية اعداد الاستبيان و توزيعه استلام اجابات من افراد العينة محل الدراسة، سنقوم في هذا المطلب باختبار فرضيات الدراسة، عن طريق التحليل الاحصائي الوصفي للبيانات المستخلصة من هذه الاجابات

المطلب الاول : عرض البيانات الشخصية

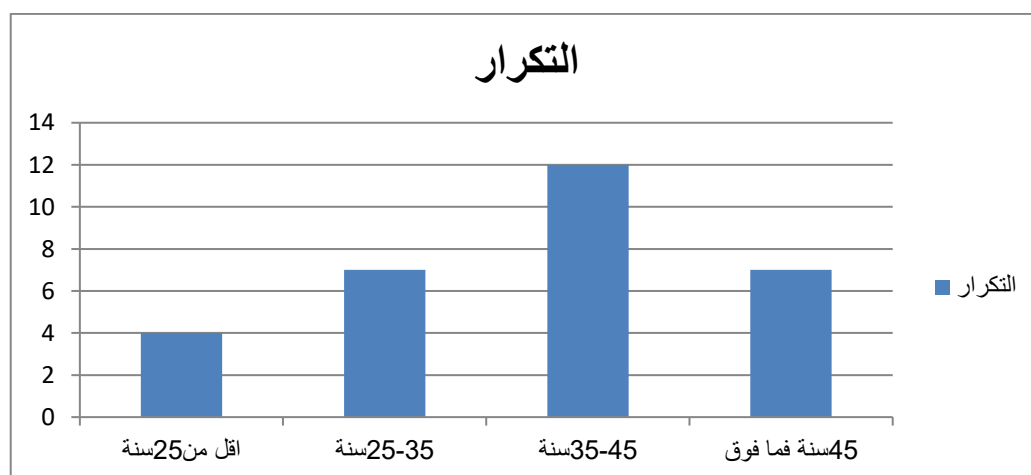
1- توزيع افراد العينة حسب السن

الجدول (7) يوضح عينة الدراسة حسب السن

بيان	تكرار	النسبة
اقل من 25 سنة	4	13.3%
25-35 سنة	7	23.3%
35-45 سنة	12	40.0%
45 سنة فما فوق	7	23.3%
المجموع	30	100%

المصدر : من اعداد الطالبتين بالاعتماد على نتائج الاستبيان باستخدام مخرجات spss20

الشكل رقم (2) يوضح عين الدراسة حسب السن



المصدر: من اعداد الطالبتين بالاعتماد على نتائج الاستبيان باستخدام برنامج Excel

يوضح الجدول رقم 07 توزيع التكرارات و النسبة المئوية حسب متغير السن و افراد العينة، نلاحظ ان الفئة العمرية الاكثر تكرارا هي فئة من 25-35 سنة بنسبة 40% و تليها الفئة العمر 25-35 سنة و 45 سنة فما فوق بنسبة مئوية 23.3% ز فئة اقل من 25 سنة بنسبة 13.3%

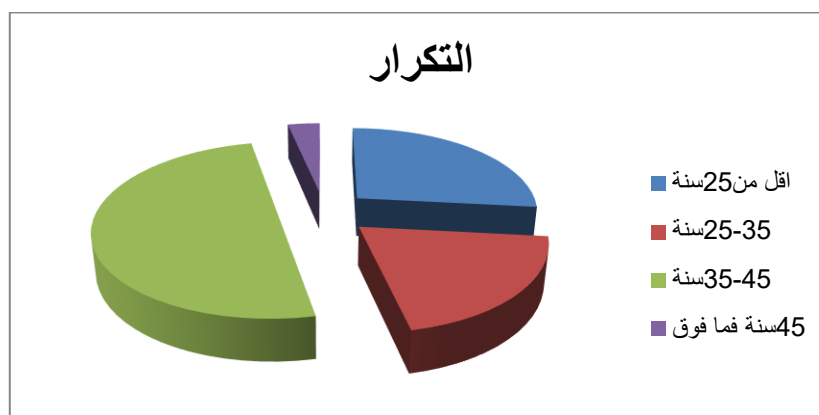
2- توزيع افراد العينة حسب الاقدمية

الجدول رقم (08) يوضح توزيع افراد العينة حسب الاقدمية

البيان	لتكرار	النسبة
اقل من 5 سنوات	8	26.7%
5-10 سنوات	6	20%
10-اقل من 20 سنة	15	50%
20 سنة فما فوق	1	3%
المجموع	30	100%

المصدر : من اعداد الطالبتين بالاعتماد على نتائج الاستبيان باستخدام مخرجات spss20

الشكل رقم (3) يوضح توزيع افراد العينة حسب الاقدمية



المصدر : من اعداد الطالبتين بالاعتماد على نتائج الاستبيان باستخدام برنامج Excel

نلاحظ من خلال الجدول رقم 3-3 ان فئة من 10-اقل من 20 سنة تمثل اعلى نسبة حيث بلغت 50% تليها فئة اقل من 5 سنوات بنسبة 26.7% و فئة 5-10 سنوات بنسبة 20% ز فئة 20 سنة فما فوق تقدر نسبة ب3%

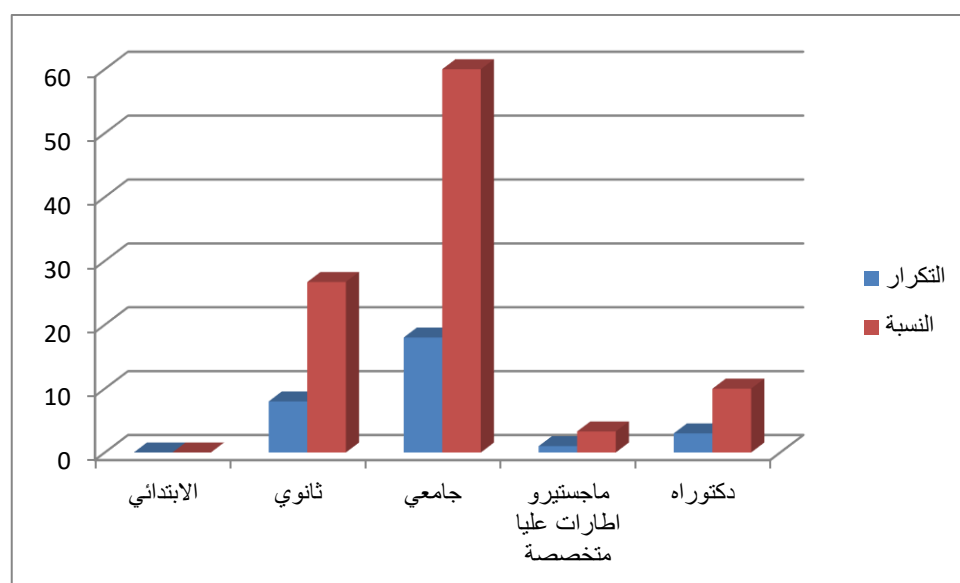
3- توزيع افراد حسب المستوى التعليمي

الجدول رقم (09) توزيع افراد حسب المستوى التعليمي

ليبيان	للكرر	لنسبة
الابتدائي	0	%0
ثانوي	8	%26.7
جامعي	18	%60
ماجستير و اطارات عليا متخصصة	1	%3.3
دكتوراه	3	%10
المجموع	30	%100

المصدر : من اعداد الطالبين بالاعتماد على نتائج الاستبيان باستخدام مخرجات spss20

الشكل رقم(04) يوضح توزيع افراد العينة حسب المستوى التعليمي



المصدر: من اعداد الطالبين بالاعتماد على نتائج الاستبيان باستخدام برنامج Excel

نلاحظ من خلال الجدول رقم 3-4 ان اغلبية افراد العينة متوي جامعي حيث بلغ عددهم 18 فرد بنسبة 60% و تليها مستوي الثانوي بقدر بالنسبة 26.7% و مستوي دكتوراه بقدر نسبة 10% و تليها ماجستير واطارات عليا بالنسبة 3.3% اما المستوى الابتدائي فكانت معدومة

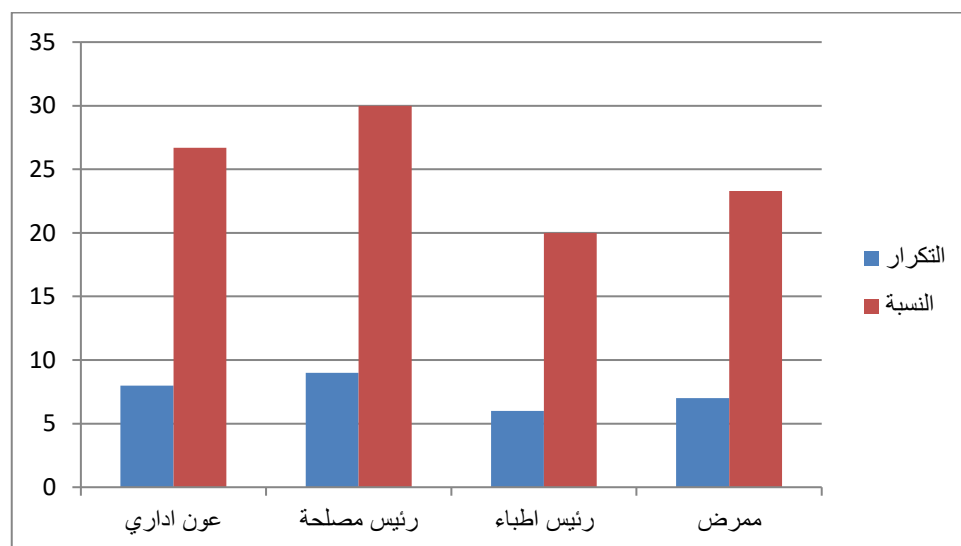
1-توزيع افراد العينة حسب الوظيفة

الجدول رقم (10) توزيع افراد العينة حسب الوظيفة

النسبة	التكرار	البيان
26.7%	8	عون ادارة
30%	9	رئيس مصلحة
20%	6	رئيس اطباء
23.3%	7	ممرض
100%	30	المجموع

المصدر : من اعداد الطالبتين بالاعتماد على نتائج الاستبيان باستخدام مخرجات spss20

الشكل رقم (05) يوضح توزيع افراد العينة حسب الوظيفة



المصدر: من اعداد الطالبتين بالاعتماد على نتائج الاستبيان باستخدام برنامج Excel

نلاحظ من النتائج الموضحة من الجدول اعلاه يتضح ان اغلب افراد عينة الدراسة هم رؤيس مصلحة حيث بلغت النسبة 50% تليها فئة عون الادارة 26.7% و فئة ممرضين بنسبة 23.3% و فئة رؤيس اطباء بنسبة 20%

المطلب الثاني : عرض نتائج المحاور الدراسة.

اولا: المحور الاول: تعاني المؤسسة من تدني الخدمات الصحية

الجدول رقم (11): المتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية لعبارات المحور الاول

لترتيب	لدرجة الموافقة	لأنحراف للعباري	لمتوسط لحسابي	لعبارات
A9	متوسط	1.432	3.13	تمتلك المؤسسة نظام معلومات مرتدة حول الخدمات المقدمة للمرضى
A5	عالي	1.073	3.43	نعمل القيادة على بناء التصورات جديدة حول تحسين الخدمات الصحية
A15	متوسط	1.418	2.70	نستفيد المؤسسة من تجارب المؤسسات الاخرى في تحسين الخدمات الصحية
A2	عالي	1.242	3.90	توفر المؤسسة على قسم في هيكلها التنظيمي مهمته الاهتمام بجودة الخدمات الصحية
A13	ممتوسط	0.950	2.83	تحتوي المؤسسة على كافة الخدمات الصحية
A18	ضعيف	1.196	2.13	نقوم ادره المؤسسة بإجراء دراسات حول رضا المرضى على الخدمات الصحية المقدمة
A8	متوسط	1.262	3.17	هناك توجه من الادارة نحو وضع معايير جودة الخدمات الصحية المقدمة
A20	ضعيف جدا	0.935	1.77	تواصل ادارة المؤسسة مع المرضى المغادرين للمستشفى و تحاول معرفة انطباعاتهم
A19	ضعيف جدا	1.062	2.10	نقدم ادارة المستشفى حوافز مادية و معنوية لقاء الخدمات المقدمة
A17	ضعيف	0.937	2.47	تتطابق احتياجات المرضى مع امكانيات المؤسسة
A11	متوسط	1.213	2.90	نحاول ادارة المستشفى الوقوف على معرفة احتياجات المرضى باستمرار
A3	عالي	1.278	3.77	نخصص المؤسسة جزء من الميزانية للإنفاق على تدريب الموظفين حول تحسين الخدمات الصحية
A1	عالي	1.206	4.17 111	نعتمد المؤسسة ان تحسين الخدمات يعطي لها صورة جيدة لدى محيطها الخارجي
A6	عالي	1.404	3.40	ننظر المؤسسة في الشكاوي المقدمة من طرف المرضى

A11	متوسط	1.311	3.07	للمؤسسة استراتيجية في جذب احسن الكفاءات للمؤسسة
A16	ضعيف	1.251	2.57	لخدمات المقدمة في المؤسسة مرنة، سريعة، تحقق استجابة كبيرة تجاه المرضى(الاستجابة)
A4	عالي	1.208	3.70	واجه المؤسسة عراقيل في انجاز الخدمات الصحية (اعتمادية)
A7	متوسط	0.740	3.27	تحاول ادارة المؤسسة الصحية قياس صورة المؤسسة و الخدمات (الثقة)
A14	متوسط	1.015	2.73	تحاول ادارة المؤسسة الصحية ربط علاقات متميزة مع المرضى (التعاطف)
A10	متوسط	1.015	3.07	توفر ادارة المؤسسة الصحية الامكانيات المادية و البشرية لتقديم خدمات صحية جيدة (ملموسية)
	متوسط	0.745	3.01	المجموع

المصدر : من اعداد الطالبتين بالاعتماد على نتائج الاستبان باستخدام مخرجات spss20

من خلال الجدول السابق و الذي ييسن نتائج المحور الاول الذي يتمحور تعاني المؤسسة تدني في الخدمات الصحية فقد تبين ان متوسط الحسابي لفقرات هذا المحور تتراوح ما بين 1.77 و 4.77 كما نلاحظ من خلال الجدول مايلي: احتلت العبارة رقم 01 باعتقاد المؤسسة ان تحسين الخدمات يعطي لها صورة جيدة لدى محيطها الخارجي. المرتبة الاولى حيث حصلت على اكبر تأييد فبلغ المتوسط الحسابي 4.17 و الانحراف المعياري 1.206. تليها العبارة تتوفر المؤسسة على قسم في هيكلها التنظيمي مهمته الاهتمام بجودة الخدمات الصحية بمتوسط حسابي 3.90 والانحراف المعياري 1.242. ،أما السؤال المتعلق تخصص المؤسسة جزء من الميزانية للإنفاق على تدريب الموظفين حول تحسين الخدمات الصحية فقد جاء في المرتبة الثالثة بمتوسط حسابي 3.77 وانحراف المعياري 1.278، أما المتوسط الحسابي الكلي للمحور فقد بل 3.01 والانحراف المعياري 0.745 وهو ما يعني انه ينتمي إلى الفئة من 2.60 الي 3.40 وهي الفئة التي تشير إلى خيار حد ما وهي درجة متوسطة

وعليه يمكن القول أن المؤسسة مستوى الخدمات الصحية متوسط ، الا ان الملاحظ من خلال الجدول انها لاتساهم في تحسين الخدمات الصحية بشكل مباشر وهذا راجع الى تدني في خدماتها الصحية التي لاترتقي الي المستوى المطلوب وهذا راجع الي تاثرها بعوامل خارجية لا يمكن التحكم فيها

ثانيا: عرض نتائج المحور الثاني

المحور الثاني: تمتلك المؤسسة اعتمادات مالية للإئفاق على الخدمات الصحية

الجدول رقم(12): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لعبارات المحور الثاني

الترتيب	درجة الموافقة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العبارات
B15	ضعيف	0.997	2.20	حجم الانفاق الحكومي يغطي كافة الخدمات الصحية
B14	ضعيف	1.215	2.20	تواجه المؤسسة شح الموارد المالية في تلبية كافة احتياجات المرضى
B2	عالي	0.615	3.97	للمؤسسة نظرة اشرافية حول الاحتياجات المستقبلية لها
B3	عالي	1.196	3.87	تحاول المؤسسة تقديم اقتراحات لضمان موارد مالية في المستقبل
B4	عالي	0.648	3.83	تحاول المؤسسة ضبط التكاليف الصحية انطلاقا من الخدمات المتوفرة
B9	متوسط	1.031	2.80	لتسعير المالي للخدمات الصحية بشكل عبئا على ميزانية المؤسسة و الدولة
B12	متوسط	1.048	2.73	ميزانية وزارة الصحة
B10	ضعيف	1.589	2.40	لضمان الاجتماعي
B13	ضعيف	1.242	2.10	لتأمينات الخاصة
B16	ضعيف	0.407	2.20	رفع اسعار المكوث في المستشفى
B17	ضعيف جدا	0.935	1.77	لتعاقد مع مؤسسات صحية خاصة
B6	متوسط	1.064	3.20	ضمان التغطية الصحية الشاملة على مساهمات الضمان

					لا اجتماعي
B13	ضعيف	1.149	2.30		ضمان التغطية الصحة و التمويل الانفاق يكون وفق النموذج لامريكي
B8	متوسط	1.285	3.07		ضمان التغطية الصحية و التمويل الانفاق يكون وفق تمويل ضريبي على طريقة النموذج الرياضي
B1	عالي جدا	0.935	4.43		زيادة ضخ موارد مالية للقطاع الصحي
B7	متوسط	1.749	3.10		ضبط التكاليف-تقليل نفقات المستخدمين
B5	عالي	1.202	3.73		دخال محاسبة التكاليف و تسيير الثلاثي في المؤسسة
	متوسط	0.509	2.935		المجموع

المصدر: اعداد الطالبتين بالاعتماد على نتائج الاستبيان باستخدام مخرجات SPSS20

من خلال النتائج المبينة في الجدول السابق فقد تبين أن المتوسط الحسابي لفقرات المحور الثاني و الذي كان بعنوان تمتلك المؤسسة إعمادات مالية للإنفاق على الخدمات الصحية ، تتراوح ما 1.77 بين 4.43 ، كما نلاحظ من خلال الجدول ما يلي:

احتلت العبارة. زيادة ضخ موارد مالية للقطاع الصحي.المرتبة الأولى حيث حصلت العبارة على أكبر تأييد فبلغ المتوسط الحسابي.4.43 و الانحراف المعياري 0.935تليها العبارة2و المتعلقة للمؤسسة نظرة إشرافيه حول الاحتياجات المستقبلية لها بمتوسط حسابي 3.97 و الانحراف المعياري 0.615، أما السؤال رقم04 و الذي كان كالتالي . تحاول المؤسسة تقديم اقتراحات لضمان موارد مالية في المستقبل.فقد جاء في المرتبة الثالثة بمتوسط حسابي 3.87وانحراف معياري 1.196 أما المتوسط الحسابي الكلي للمحور فقد بلغ2.935 و الانحراف المعياري 0.509و هو ما يعني إنه ينتمي إلى الفئة.من2.60 الى 3.40 و هي الفئة التي تشير إلى خيار إلى حدا ما، و هي درجة متوسط.

ثالثا: عرض نتائج المحور الثالث

المحور الثالث: ضعف برامج الانفاق الصحي له اثر على تحسين التغطية الصحية الشاملة

الجدول رقم(13): المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لعبارات المحور الثالث

الترتيب	درجة موافقة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العبارات
C15	ضعيف	1.106	2.53	فتح الدولة ميزانية كافية كل سنة
C11	عالي	0.571	3.47	برامج الانفاق الصحي متنوعة في المؤسسة
C13	متوسط	1.172	2.93	تساعد برامج الانفاق الصحي على التغطية الشاملة
C12	متوسط	1.322	3.33	تخص المؤسسة جزء من الانفاق على التجديد
C4	عالي جدا	0.802	4.33	تدم التجهيزات يؤثر على تحسين الخدمات الصحية
C10	عالي	0.777	3.50	تشهد المؤسسة تنوع من خدماتها الصحية
C6	عالي	0.695	4.00	لا تملك المؤسسة برامج اضافية لسد النقائص
C8	عالي	1.033	3.90	تكاليف الخدمات الصحية تفوق ميزانية المؤسسة
C9	عالي	1.143	3.87	تقص الكفاءات له دور سلبي في الخدمات الصحية
C5	عالي جدا	1.270	4.27	غياب التخطيط حول الطلب الخدمات الصحية يشكل عائق امام ميزانية الممنوحة
C14	متوسط	0.885	2.80	تتأثر الخدمات الصحية بغياب الطاقات البشرية
C7	عالي	0.681	3.90	يشكل غياب الاجهزة الصحية قصور في تأدية الخدمات الصحية
C2	ضعيف جدا	0.968	4.53	غياب الانفاق على التكوين احد اسباب تدني الخدمات الصحية
C1	عالي جدا	0.661	4.67	غياب الادوية يؤثر بشكل مباشر على الخدمات الصحية
C3	عالي جدا	0.615	4.37	تقص الحوافز احد الاسباب المؤثرة على تحسين الخدمات الصحية

المجموع	2.83	1.53	عالي
---------	------	------	------

المصدر: من اعداد الطالبتين بالاعتماد على نتائج الاستبيان باستخدام مخرجات SPSS20

من خلال عرض النتائج المبينة في الجدول الممثلة للمحور الثالث المتعلق بضعف برامج الإنفاق الصحي له أثر على تحسين التغطية الصحية الشاملة فقد تبين أن المتوسط الحسابي لفقرات هذا المحور تتراوح ما بين 2.53 و4.67 كما نلاحظ من خلال الجدول ما يلي:

احتلت العبارة رقم 14 و المتعلقة غياب الادوية يؤثر بشكل مباشر على الخدمات الصحية المرتبة الأولى حيث حصلت هذه العبارة على أكبر تأييد فبلغ المتوسط الحسابي 4.67 و الانحراف المعياري 0.661 تليها العبارة 13 و المتعلقة غياب الانفاق على التكوين احد اسباب تدني الخدمات الصحية. بمتوسط حسابي 4.53 و انحراف معياري 0.968. أما السؤال رقم 15 فقد جاء في المرتبة الثالثة بمتوسط حسابي 4.37 و انحراف معياري 0.615، أما المتوسط الحسابي الكلي للمحور فقد بلغ 2.83 و الإنحراف المعياري 1.533، وهو ما يعني أنه ينتمي إلى الفئة من 2.60 إلى 3.40 و هي الفئة التي تشير الى خيار موافق و هي عالية

المطلب الثالث: اختبار صحة فرضية الدراسة

اولا: اختبار صحة الفرضية الأولى

- فرضية العدم H_0 : لاتعاني المؤسسة من تدني خدماتها الصحية
- فرضية البديلة H_1 : تعاني المؤسسة من تدني خدماتها الصحية

الجدول رقم (14): اختبار الفرضية الأولى

المتغير	قيمة t	قيمة t	لوسط حسابي	لانحراف لمعياري	ستوى لمعنوية sig	درجة لحرية ddl
A	0.098	1.699	3.01	0.745	0.028	29

المصدر: من اعداد الطالبتين بالاعتماد على نتائج الاستبيان باستخدام مخرجات برنامج spss20

من خلال الجدول اعلاه بلغت قيمة الوسط الحسابي لأسئلة المحور الاول مجتمعة

من متوسط اداة القياس (03)، كما يظهر الجدول رقم (14) ان قيمة (sig=0.028) وهي اصغر من المعتمدة

0.05، فضلا عن قيمة t المحسوبة المقدره ب: 0.098 اقل من 1.69

ومما سبق يتم رفض فرضية العدم H_0 و قبول الفرضية البديلة H_1 ، و منه اثبات الفرضية الاولى "تدني مستوي الخدمات الصحية يؤثر على تحسين الخدمات الصحية"

ثانيا: اختبار صحة الفرضية الثانية

فرضية العدم H_0 : لا تمتلك المؤسسة اعتمادات مالية لانفاق على الخدمات الصحية

فرضية البديلة H_1 : تمتلك المؤسسة اعتمادات مالية لانفاق على الخدمات الصحية

الجدول رقم 15 اختبار الفرضية الثانية

المتغير	قيمة t	قيمة t	لوسط حسابي	لانحراف لمعياري	ستوى لمعنوية sig	درجة لحرية ddl
B	-0.776	1.669	2.935	0.509	0.444	29

المصدر: من اعداد الطالبتين بالاعتماد على نتائج الاستبيان باستخدام مخرجات برنامج spss20

من خلال الجدول اعلاه بلغت قيمة الوسط الحسابي لأسئلة المحور الثاني مجتمعة 2.9 هي أكبر من متوسط اداة القياس (03)، كما يظهر الجدول رقم (14) ان قيمة (0.444=sig) وهي أكبر من المعتمدة 0.05، فضلا عن قيمة المحسوبة المقدرة ب: -0.776 - اقل من 0.69

ومما سبق يتم قبول فرضية العدم H_0 و رفض الفرضية البديلة H_1 ، و منه اثبات الفرضية الاولى لا تمتلك المؤسسة اعتمادات مالية لانفاق على الخدمات الصحية"

ثالثا: اختبار صحة الفرضية الثالثة

- فرضية العدم H_0 : لا يؤثر ضعف برامج الانفاق الصحي على تحسين التغطية الصحية الشاملة

فرضية البديلة H_1 : يؤثر ضعف برامج الانفاق الصحي على تحسين التغطية الصحية الشاملة

الجدول رقم 15 اختبار الفرضية الثالثة

المتغير	قيمة المحسوبة	قيمة الجدولية	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى المعنوية sig	درجة الحرية ddl
	-0.595	1.699	3.76	0.846	0.044	29

المصدر: من اعداد الطالبتين بالاعتماد على نتائج الاستبيان باستخدام مخرجات برنامج spss20

من خلال الجدول اعلاه بلغت قيمة الوسط الحسابي لأسئلة المحور الثاني مجتمعة 3.76 هي اقل من وسط اداة القياس (03)، كما يظهر الجدول رقم (14) ان قيمة (0.044=sig) وهي اصغر من المعتمدة 0.05، فضلا عن قيمة المحسوبة المقدرة ب -0.595 : اقل من 1.699

ومما سبق يتم رفض الفرضية العدمية H_0 و قبول الفرضية البديلة H_1 ، منه اثبات الفرضية الثالثة " ضعف برامج الانفاق الصحي له اثر تحسين التغطية الصحية الشاملة"

المطلب الرابع : تفسير النتائج الدراسة

اولا: تفسير نتائج الفرضية الاولى

" تدي مسوي الخدمات الصحية "

توصلت الدراسة الميدانية التي اجريت علي المؤسسة العمومية- الحكيم عقي- قالمة الى مايلي :

- رغم امتلاك المؤسسة نظام معلومات مرتدة حول الخدمات المقدمة لان نظامها الحالي لا يبلغ الا جزئيا حول اتساع الحقيقة الطلب على العلاج و على الخدمات المقدمة للسكان لذلك يجب عليها تحديد ووضع انظم معلومات موثوق وتدقيق الاهداف من اجل ايجاد اليات لاتخاذ القرار في العوائق و الاختلالات في مجال اورد التقييم و التصنيف الدولي الامراض و لتنظيم السيئ للملف الطبي و التقارير الطبية و سجلات الادارية
- تملك المؤسسة انظام معلومات الا انها لا تقوم باستغلاله بشكل فعال وهو الذي جعلها تقدم خدمات لا تحقق الرضا الكامل لزبون كما ان الخدمات التي تقدمها المؤسسة الخدمية غير ثابتة لان خدماتها غير ملموسة و لا يمكن تخزينها و تبقى مرتبطة بمقدميها و حتى تكون ناجحة لابد من توفير برامج تدريبية من اجل حصول المورد البشري على الكفاءة عالية لتقديم الخدمات
- تنظر المؤسسة في الشكاوي المقدمة من طرف المرضى و التي تستغل هذه الشكاوي و مختلف و انطباعاتهم والانشغالات الي اقتراحات التي تساعد في تحديد احتياجات المؤسسة و المسا همتها في ودعم و اتخاذ القرارات الا انها غير كافية لاتخاذ القرار المناسب كما ان المؤسسة تنظر خاصة في الشكاوي المقدمة في الجانب العلاجي على خلاف الشكاوي المقدمة في مختلف المجالات
- رغم الامكانيات التي توفرها الدولة للقطاع الصحي الا ان ذلك لم ينعكس بشكل كافي وكبير على الخدمات المقدمة و تحسينها التي جعل صورة المؤسسة الاستشفائية العمومية صورة سوداء لدي اغلبية الزبان الذين يقصدونها و هو ما جعل التوجه الى القطاع الخاص اكثر من ضرورة بالإضافة الى ارتفاع التكاليف و جودة الخدمات عند القطاع الخاص له دور في تسويق رسم صورة غير مرضية عن هياكل الصحية لدى المواطنين
- تخصص المؤسسة جزء من الميزانية للإنفاق على تدريب الموظفين وذلك من اجل الوصول الي جودة الخدمات وتلبية حاجات المرضى و ارضائهم باستمرار و لان النظام التعليمي و التكويني لا يأخذ بعين الاعتبار الاحتياجات

- الفعلية لقطاع الصحة و ذلك التكوين الاكاديمي لا يقدم مؤهلات المطلوبة على المستوى التطبيقي للمهنة او متطلبات التنوع الميداني و بإضافة عدم توافق بعض الحالات مع الكفاءات المهنية
- اهتمامات المستشفى بالخدمات الصحية تظهر من خلال نية القيادة على بناء التصورات و قيم جديدة حول تحسين الخدمات الصحية خاصة ان المؤسسة تعاقب عليها الكثير من المدراء والتي ترسخت فيها قيم عمل متناقضة
 - تظهر من خلال اجابات افراد العينة ان المؤسسة لا تستفيد المؤسسة من تجارب المؤسسات الاخرى في تحسين الخدمات الصحية حيث ان هذه التجارب يمكن ان تساعد المؤسسة معالجة بعض المشاكل الاختلالات التي يمكن ان تواجهها في الحاضر او المستقبل
 - رغم امتلاك المؤسسة لكافة الخدمات الصحية الا ان عدم الاستغلال الامثل لهذه اللوازم جعلها تعاني من بعض الصعوبات في تقديم العلاج للمرضى في بعض الحالات التي تدفعهم لتوجيههم الى مؤسسات اخري
 - من خلال اجابات ان المؤسسة لا تملك استراتيجية في جذب احسن الكفاءات للمؤسسة انما تهتم بالخبرات الموجودة لديها
 - من خلال اجابات افراد العينة هناك نقص في الامكانيات المادية و البشرية التي تسعى لتقديم خدمات صحية جيدة (ملموسية) يظهر ذلك من خلال عدم توفير الغرف و اماكن العلاج و نوعية الطعام بسبب ضعف و عدم توافق في تخصيص و تقسيم الموارد المالية و غياب التحكم في التكاليف و النفقات
 - يرى الإطار الطبي و الطاقم الطبي والموظفين ان صورة و الثقة في المؤسسة تكسب المريض من خلال الخدمات المقدمة و التي تلقى رواجاً بين المرضى، وكذا المهارات و الادب و الاخلاق التي يتميز بها العاملين
 - تواجه المؤسسة عراقيل في انجاز الخدمات الصحية (اعتمادية) ذلك من خلال المشاكل التسييرية و التنظيمية و مالية بالإضافة الي النقص في الاجهزة و الاثاث و عدم وجود تفاهم و تنسيق كبيرين بين مجموعة الأنشطة داخل المؤسسة، وكان نتيجة ذلك وجود تكتلات و صراعات بين المستخدمين خاصة بين السلك الطبي و الشبه الطبي من جهة و الإدارة المسيرة للمستشفى من جهة أخرى، هذا ما أدى إلى ظهور بعض السلوكات أثرت سلباً على نوعية الخدمات الصحية المقدمة للمرضى منها الإهمال، اللامبالاة، الجهوية في تقديم العلاج، عدم الاهتمام بالمريض، وتغيب العمال.

- الخدمات المقدمة في المؤسسة مرنة، سريعة، تحقق استجابة كبيرة اتجاه المرضى (الاستجابة) ذلك من خلال الاستجابة السريعة لنداءات الطوارئ و العمل على مدار ساعات اليوم تقديم خدمات علاجية فورية و العمل على تسهيل الاجراءات قدر الامكان
 - تقدم ادارة المستشفى حوافز مادية و معنوية لقاء الخدمات المقدمة الا انها تبقى محتشمة على الرغم من ان اجور المستخدمين تحتل الجزء الاكبر من نفقات القطاع الصحي فتمثل ما بين 80 الي 90 بالمئة من ميزانية المؤسسة
- ثانيا: تفسير نتائج الفرضية الثانية:

" تمتلك المؤسسة اعتمادات مالية للإنفاق على الخدمات الصحية"

اظهرت نتائج الفرضية الثانية في اسئلة الدراسة مايلي:

- للمؤسسة نظرة إستشرافية حول الاحتياجات المستقبلية لها و ذلك من خلال المراقبة المستمرة المستمرة للخدمات الصحية المقدمة للمرضى من اجل تحسينها و توفير كافة انواع الرعاية الصحية التي يجعل منها العمود الفقري لأي نظام صحي و بإضافة الى مساعدة القائد في وضع قيم و بناء تصورات جديدة للمؤسسة و حل مختلف المشاكل التي قد تواجه المؤسسة خاصة التسييرية و المالية
- ادخال محاسبة التكاليف و تسيير الثلاثي في المؤسسة من اجل ضبط الخدمات الصحية المتوفرة من اجل التحكم في مصدرها و معالجة الاختلالات الحالية و المستقبلية و وحل المشاكل سواء المالية او التسييرية و تزويد المؤسسة بالمعلومات التي تسمح بتوزيع مختلف الاعباء بين الاقسام المختلفة و معرفة سعر تكلفة لكل قسم معرفة مستوي تكاليف تشغيلها و خدماتها لان محاسبة العمومية ثقيلة لاتتواكب مع التطورات و لاتسمح بالمرونة و السرعة التدخل
- ضمان التغطية الصحية الشاملة على مساهمات الضمان الاجتماعي ضعيف مقارنة باداء القطاع الخاص و الدول الغربية التي تعتمد على نظام الامريكى و الذي يعتبر الميزانية الاول لها
- من خلال اجابة افراد العينة تبين ان مصدر تمويل المؤسسة يكون من خلال الدولة بالدرجة الاولى و يعد تقريبا المصدر الوحيد المعتمد عليه بشكل كبير
- حجم الانفاق الحكومي لا يغطي كافة الخدمات الصحية نتيجة لامراض العصرية الجديدة التي تحتاج الى امكانيات مالية خاصة في الوقتنا هذا من جهة التطور التكنولوجي من جهة اخرى

- مساهمة الضمان الاجتماعي لها دور ضئيل جدا فهو لا يساهم في التغطية الصحية و هذا ما يسمح للقطاعات الخاصة بالأجراء بالاستغلال
- التسعير المالي للخدمات الصحية في المؤسسة لا يشكل عبئا لأنها مؤسسة عمومية خدمية هدفها غير ربحي لان لاسعار المقدمة تعتبر رمزية و هي اقل من الاسعار الحقيقية ولا تكفي لتحسين الخدمات
- ضمان التغطية الصحة و التمويل الانفاق يكون وفق النموذج الامريكى ضئيلة مقارنة بالنموذج الرياضي لأنها الاول يعتمد على مساهمة الفرد انما النموذج الرياضي يعتمد على مساهمة الفرد و اضمن الاجتماعي و اعتمادات التي تغطي نفقات التسيير التي تتكون بالدرجة كبيرة من نفقات المستخدمين و نفقات الادوية و اعتمادات التي تغطي نفقات التجهيز و التي تتحملها الدولة بالكامل

ثالثا: تفسير نتائج الفرضيات

ضعف برامج الانفاق يؤثر على تحسين الخدمات الصحية

توصلت الدراسة الى مايلي توصلت الدراسة الميدانية التي اجريت على المؤسسة العمومية الحكيم عقبي قائمة:

- نقص الحوافز احد الاسباب المؤثرة على تحسين الخدمات الصحية ذلك بسبب نقص في بعض التخصصات الترقيات و كذا نقص في الطاقم الطبي بلاضافة ان المستشفى يشهد توافد العديد من المرضى من مختلف الولايات و بحكم الظروف السيئة للعمل و كذا التعويض المالي
- تآثر الخدمات الصحية الجيدة بالتجهيزات المتوفرة ذلك لان المؤسسة لا تؤمن بالتجديدي التكنولوجي على رغم من تخصيص الدولة ميزانية تكون موجهة للقطاع الصحي الا انها معطلة في اغلب الاحيان مما يدفع المرضى للتوجه للقطاع الخاص لوحظ ان التجهيزات غير كافية او على الاغلب قديمة و مهتلكة بالإضافة النقص بعض المنتوجات الصيدلانية على الاغلب و مرتبط احيانا بالعوائق المالية او التنظيمية وكذلك ان المؤسسة تشتغل باقل من قدراتها فالمعدات و التجهيزات الطبية المتأتية من انتشار التكنولوجيات الجديدة في العلاج و التشخيص غير مستعملة بسبب عدم الاهتمام بصيانتها ففي اغلب الاحيان معطلة مما يدفع المرضى للتوجه الى قطاع الخاص
- يؤثر نقص الكفاءات و الطاقات البشرية على تحسين الخدمات الصحية بسبب زيادة الطلب على خدماتها من جهة و ندرة الادوية من جهة اخرى و غياب عصنة الاجهزة الموجودة في المستشفى بالإضافة غياب استقطاب

الاطارات و الكفاءات التي يجب ان تتوافق مع الاستراتيجيات الموضوعة و التي لا يمكن الوصول بدونها الى جودة العمل. احتفاظ و اهتمام المستشفى اكثر بالخبرات الموجودة بها

● تكاليف الخدمات الصحية تفوق ميزانية المؤسسة المخصصة و ذلك نتيجة الطلب المتزايد على الخدمات الصحية و بالإضافة الى الامراض الجديدة التي تحتاج الى امكانيات مالية اضافية من اجل تغطية الخدمات و ضعف الخارطة الصحية على مواجهة الاشكال الجديدة من الامراض و كون ان المؤسسة عمومية ذات طابع اجتماعي و بالإضافة اقتصار دور تنفيذ الميزانيات على المسيرين فقط دون غيرهم و عدم قيام مديرية الصحة بالمراقبة و ان قامت بها تكون شكلية

● غياب التخطيط حول الطلب الخدمات الصحية يشكل عائق امام ميزانية الممنوحة ذلك من خلال المشاكل التي قد تترتب سوء التخطيط الاداري مشاكل تنظيمية و رقابية و مشاكل تمويل و مشاكل تكاليف الخدمات الصحية على الرغم من التوجيهات الجديدة لمدير المستشفى من خلال التوجيهات الجديدة في قيم التسيير و التخطيط و بالإضافة ال عدم تكيف القوانين الاساسية للمؤسسة مع المستجدات الحاصلة بالإضافة الى وجود هيكل تنظيمي ثلثت و موحد وغير مرن

● برامج الانفاق الصحي متنوعة في المؤسسة ذلك من خلال تخصيص برامج لتسيير و برامج التجهيز التي تعمل على تحسين الخدمات الصحية

● من خلال تجميع الاجابات ان برامج الانفاق الصحي لا تساعد على التغطية الشاملة وذلك بسبب ضعف برامج الانفاق الصحي المخصصة و عمليات التمويل

خلاصة الفصل

من خلال هذا الفصل اردنا ان نعرض صورة عن واقع قطاع الصحة في ولاية قلمة بشكل خاص في المؤسسة الاستشفائية -الحكيم عقي -قلمة حيث تسعى المؤسسة الى أحداث تنصب في مجملها الى يتحسن خدماتها التي تقدمها المرضى و ذلك بالاعتماد على الانفاق المخصص لكنها تبقى تعاني العديد من المشاكل و العراقيل التي يمكن ارجاعها الى سوء التسيير و التخطيط و انعدام الضمير المهني و غياب الرقابة و ليس الجانب المادي في حد ذاته

خاتمة عامة

تسعى المؤسسات الصحية من خلال تواجدها لتحقيق جملة من الاهداف و لعل من اهم اهدافها تحسين الخدمات الصحية من احل الحصول على ثقة ورضا الزبون (المريض) و تحسين مستواه الصحي باعتباره اهم مورد الذي يساهم في تنمية و ازدهار المجتمعات، من اجل ذلك تسهر المؤسسات الصحية على اختلاف انواعها و احجامها الى تقديم الخدمات الصحية ذات مستوى عالي

ومن جهة اخرى رغم الجهود المبذولة من طرف السلطات الجزائرية لرفع مستوى الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين، إلا انها تبقى غير كافية لتغطية كل متطلبات المجتمع، ورغم تزايد الإنفاق العام على القطاع الصحي وتزايد الميزانيات المخصصة للهبوض بالقطاع، إلا أن عدم الرشادة والتسيير غير الفعال لموارد القطاع جعلته يتخبط في العديد من المشاكل التي عادت بالسلب على مستوى العدالة في الخدمات المقدمة، وكذلك جودة هذه الخدمات وبالتالي يجب اتخاذ عدة إجراءات التي من شأنها أن تساهم في ترشيد الاستخدام الأمثل للموارد الصحية، ورفع الوعي لدى الأفراد وتثقيفهم بهدف الحد من الأمراض وتوعيتهم وتعليمهم سلوكات جديدة تمكنهم من تحديد مشاكلهم الصحية واحتياجاتهم، ومساعدتهم في حلها باستخدام إمكانياتهم.

و من خلال دراستنا لموضوع "مدى فعالية برامج الانفاق الصحي و اثره على تحسين الخدمات الصحية "

من الجانب النظري و التطبيقي تم التوصل الى النتائج التالية :

نتائج الدراسة

1. من خلال التتبع لمصادر التمويل للمؤسسة بواسطة مجموعة من الميزانيات تبين انها تعتمد على العديد من المصادر من بينها مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي و ايرادات الواردة من الصندوق الوطني لتأمينات الاجتماعية المتخصصة و موارد اخرى و رصيد السنوات السابقة الا انها المصدر الاساسي الذي يعتمد عليه اكثر هو الدولة
2. سوء التخطيط و التنظيم لبعض المصالح يؤثر على طبيعة العلاج المقدم حيث يصبح اسوء مما هو متوقع
3. عدم كفاية الانفاق على الصحة ليس لاحتياجات القطاع فحسب انما حتى متطلبات التنمية و يعود ذلك لسوء التسيير و التنظيم وتغلغل الفساد الاداري على مستوى الادارات الصحية بسبب نقص الرقابة الفعالة و و غياب الحوكمة الرشيدة و محاسبة و مساءلة

4. المشاكل التي توجد في هذه المؤسسة لا يتعلق فقط بالجانب التسيير فقط انما تتعلق بالجانب المادي لهذه الامكانيات من نقص في الاجهزة و معدات طبية انما غير كافية
5. نقص التجهيزات و ونقص في بعض المصالح مما يجعل المرضى يتجهون الى المؤسسات الاخرى
6. رغم الامكانيات التي توجد في القطاع الصحي بالولاية الا انه لا يمنع من وجود بعض النقائص و الاختلالات التي تؤثر على صحة المواطن و هذه تثبت صحة الفرضية الثانية
7. تقوم المؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم عقي بتحسين خدماتها الصحية من خلال التركيز على الجانب المالي و التسيير للمؤسسة للمؤسسة غير انما اهملت الجانب الخاص بالزبون الذي له دور في تحسين الخدمات المقدمة له بالمؤسسة
8. يمكن تحقيق تحسين في الخدمات الصحية المقدمة من خلال التواصل و تقوية الصلة مع المريض و سعيها الى احداث جملة من تغيرات من اجل الحصول الزبون (المريض) على الخدمات تتوافق مع رغباته و تحسين صورة المؤسسة لدي المحيط الخارجي.
9. حجم الانفاق الصحي غير كافي لتغطية كافة نفقات القطاع الصحي، حيث اصبحت ميزانية الدولة الموجه للقطاع الصحي لا تساعد في تحسين الخدمات الصحي المتوقعة من طرف الزبون (المريض) هذا ما جعل المؤسسة تعاني من مشاكل في سوء التسيير و قلة مصادر التمويل التي تساهم في حصول على خدمات الصحية الجيدة، و بالتالي اصلاح المنظومة الصحية لابد من اتباع نماذج العالمية و ضبط التكاليف و تقليل نفقات المستخدمين و نشر الوعي الصحي و البحث عن مصادر جديدة. وهذا يثبت الفرضية الثالثة
10. نظام المعلومات يؤثر على صنع القرار اتخاذ القرارات الفعالة
11. نقص الكفاءة المهنية لدي بعض العمال داخل المؤسسة نتيجة لنقص برامج التكوين
12. اعتماد النظام المحاسبي لانه يعطي كافة المعلومات الحقيقية حول الاحتياجات و النفقات و تسخير ما يلزم من اموال و المساعدة في اتخاذ القرار
13. مشاكل الموجودة في المؤسسة مرتبطة بالمشاكل في التخطيط و التسيير و تنظيم وهذا ينعكس على عدم القدرة على حل مشاكل المواطنين و هذه تثبت الفرضية الاولى
14. الانفاق على الرعاية الصحية غير فعالة و هذا لا يؤدي الى تحسين في الخدمة الصحية المقدمة و هذا بسبب وحيد و هو سوء التسيير للأموال

15. ان تزايد المستمر للمخصصات المالية للقطاع الصحي لا يعكس بشكل مباشر ما توصل اليه من اهداف وهذا نظرا لتأثره بعدة متغيرات خارج الانفاق بالإضافة الى عدم التخصيص الجيد لها

توصيات و اقتراحات

- 1) ضرورة و وضع استراتيجية فعالة و مرنة و التي تتوافق مع المتغيرات التي تحدث في القطاع الصحي و كذا العمل على توفير العدد الكافي من الافراد العاملين فيه
- 2) الشعور بالمسؤولية لدي الافراد العاملين و ذلك من خلال معرفة ان المهام التي يقومون بها و ان الرعاية الصحية للمريض هي عمل انساني بالدرجة الاولى اكثر من الاشياء الاخرى
- 3) اعادة النظر في عملية توزيع الهياكل الصحية من اجل خلق نوع من التوازن بين مختلف المناطق بالولاية
- 4) من اجل تعزيز الاجراءات التنظيمية و الرقابية و يجب ان الابقاء على مساهمة الحكومة في تمويل النفقات الصحية
- 5) اعادة النظر في أولويات الإنفاق على الاقطاع الصحة وفق الموارد المتاحة حاليا لتحقيق الارتقاء بالصحة العامة للمواطنين و تحقيق العدالة في توزيع الخدمات الصحية
- 6) ضرورة وضع اسس و معايير علمية واضحة لترشيد النفقات الصحية و الاعتماد على نظام المعلومات جغرافية لتحديد نوع الخدمات المتاحة و توزيعها حسب الاحتياجات
- 7) يجب ان تكون القيادة الادارية اكثر التزاما و تدعيما لمسعى تحسين الخدمات الصحية و اتخاذ القرارات مختلفة الاجراءات و السياسات التي من شأنها تؤدي الى تدعيم جهود الرامية الى تحقيق الهدف المرجو
- 8) اخذ شكاوي المقدمة من طرف الزبون (المريض) بعين الاعتبار و العمل على معالجتها بمختلف المسائل
- 9) نشر ثقافة الصحية في اواسط المجتمع عن طريق اقامة مؤتمرات و الندوات و الايام التحسيسية من اجل الوقاية خير من العلاج و ثم تخفيض الطلب على خدمات الصحية
- 10) اعادة النظر في اساليب التسيير و تحسين التكوين و ترقية الوعي الافراد العاملين
- 11) ضرورة وجود نظام رقابي داخلي داخل كل مؤسسة صحية و ارسال لجان دورية لمراقبة تسيير البرامج المخصصة للإصلاح المؤسسات الاستشفائية العمومية الصحية
- 12) ضرورة الاطلاع على كل متغيرات التي تحدث في العالم لكسب معلومات جديدة التي تساهم في تحسين الخدمات الصحية
- 13) العقلانية في التسيير المالي للمؤسسات بالنظر الى المصادر وحجم التمويل

- 14) استمرارا للدولة في عملية تمويل البرامج المخصصة للإصلاحات
- 15) ينبغي ان يكون الاطباء اكثر كفاءة وذو مهارة متخصصة و ذلك بتنظيم دورات تدريبية او من خلال التعاقد مع الاطباء متخصصين وذو كفاءة معرفية من المستشفيات الاخرى ومن دول اخرى، يشرفون على العلاج ، وايضا على تكوين الاطباء المحليين و هذا حتى يكون المرضى اكثر وثوقا بان حياتهم بين ايادي امينة و حتى يكون المستشفى ذو سمعة ومكانة جيدة
- 16) اعادة نظام التعاقد بين المؤسسات الصحية و الصمان الاجتماعي كنمط جديد للتمويل حيث ان النظام التعاقد يتيح للنظام الصحي التحكم في النفقات
- 17) ضرورة تجهيز المؤسسات الاستشفائية العمومية بالمعدات و الأجهزة الطبية المتطورة
- منح التحفيزات المالية تشجيعها للعمال بالمؤسسة
- 18) ضبط التكاليف و تقليل نفقات المستخدمين
- 19) اقحام صندوق الضمان الاجتماعي في تمويل الخدمات الصحية بالاضافة الي البحث عن مصادر اضافية الإهتمام أكثر بالتكوين نظرا للنقص الكبير في العنصر البشري(الرأسمال البشري)، خاصة ما يتعلق بالأطباء الأخصائيين، و تاثرهم بعدة متغيرات خارج الانفاق بالإضافة الى عدم التخصيص الجيد لها

قائمة المراجع

قائمة المراجع

الكتب بالعربية:

- 1) أحمد الجبير، المالية العامة و التشريع الضريبي، الأفاق المشرقة للنشر والتوزيع، عمان ، الأردن، الطبعة الأولى، 2011.
- 2) أحمد نور، محاسبة التكاليف، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية 1986.
- 3) احمد يونس البطريق، المالية العامة، دار النهضة العربية، بيروت، 1984.
- 4) أيمن مزاهرة وآخرون، علم اجتماع الصحة، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، الاردن، الطبعة الاولى، 2003 .
- 5) بوعانة عبد المهدي، إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية - مفاهيم نظريات وأساسيات في الإدارة الصحية، دار حامد للنشر و التوزيع ، عمان، الطبعة الأولى 2004.
- 6) ثامر ياسر البكري، ادارة المستشفيات، دار اليازوري العلمية للنشر و التوزيع ،عمان ، الاردن، الطبعة الاولى 2005.
- 7) خالد شحاذة الخطيب و احمد زهير شامية، أسس المالية العامة، دار وائل، عمان ، الأردن ، الطبعة الثالثة، 2007،
- 8) زكي خليل المساعد، تسويق الخدمات و تطبيقاتها، دار المناهج للنشر و التوزيع ، الاردن ،2006،ص71.
- 9) سمية حرنان، دور ادارة معرفة الزبون في تحقيق الجودة بالمؤسسات الصحية الجزائرية دراسة المؤسسة الاستشفائية العمومية الحكيم عقبي قالمه، اطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراة علوم في العلوم الاقتصادية، جامعة محمد خيضر بسكرة، 2016/2015
- 10) سوزي عدلي ناشد ،اساسيات المالية العامة، منشورات الحلبي الحقوقية ، بيروت ، لبنان ،الطبعة الاولى،2009
- 11) صالح محمود ذياب، إدارة المستشفيات و المراكز الصحية الحديثة، منظور شامل"، دار الفكر، عمان، 2009.
- 12) طارق الحاج، المالية العامة، دار الصفاء للنشر و التوزيع، عمان، 1999، ص:25.
- 13) طلعت الدمرداش إبراهيم، اقتصاديات الخدمات الصحية، مكتبة المدينة، ا لطبعة الثانية، الزقازيق، مصر، 2000
- 14) عادل أحمد حشيش ، أساسيات المالية العامة، دار النهضة العربية، بيروت، لبنان، 1992، ص: 71.
- 15) عادل فليح العلي، المالية العامة و التشريع الضريبي، دار الحامد للنشر و التوزيع، الاردن، عمان ، الطبعة الاولى ، 2007 ،

- 16) عادل فليح العلي، مالية الدولة، دار زهران للنشر والتوزيع ، عمان، الأردن، 2008،
- 17) عبد الغفور إبراهيم أحمد، مبادئ الاقتصاد والمالية العامة، دار زهران للنشر و التوزيع، عمان، الأردن، 2013.
- 18) عبد المجيد الشاعر، الرعاية الصحية الاولى، دار اليازوري للنشر، الطبعة الاولى، عمان ، الاردن، 2000.
- 19) غواري مليكة ،إدارة الجودة الشاملة في خدمات الرعاية الصحية، دار اليازوري العلمية للنشر و التوزيع ،عمان ،الاردن، طبعة الاولى.
- 20) فريد النجار، ادارة المستشفيات و شركات الادوية ، الدار الجامعية ،الاسكندرية ، مصر، 2007.
- 21) فريد توفيق نصيرات، إدارة منظمات الرعاية الصحية، الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان 2008.
- 22) محرز محمد عباس، اقتصاديات المالية العامة، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، الطبعة السادسة، 2015.
- 23) محمد خصاونة، المالية العامة –النظرية و التطبيق – ،دار المناهج ، عمان ، الأردن ، الطبعة الأولى ،2014،
- 24) محمود حسن الوادي، مبادئ المالية العامة، دار المسيرة، عمان، الأردن، الطبعة الأولى، 2007،
- 25) مدحت محمد أبو النصر ،إدارة الجودة الشاملة في مجال الخدمات ،مجموعة النيل العربية ،مصر ،الطبعة الاولى، 2008.
- 26) المرسي السيد حجازي، مبادئ الاقتصاد العام(النفقات والقروض العامة)، الكتاب الاول، الدار الجامعية، 2000،
- 27) مصطفى الفار، الإدارة المالية، دار أسامة للنشر و التوزيع، الأردن، عمان ، الطبعة الأولى ، 2008.
- 28) نور الدين حاروش، ادارة المستشفيات العمومية الجزائرية ،دار كتامة للكتاب ، الجزائر ، 2008.
- 29) نوزاد عبد الرحمن الهيثمي، منجد عبد اللطيف الخشاني، المدخل الحديث في اقتصاديات المالية العامة ، دار المناهج للنشر والتوزيع، الطبعة الاولى، 2006،
- 30) وليد عبد الحميد عايب، الآثار الاقتصادية الكلية لسياسة الإنفاق الحكومي، مكتبة حسين العصرية للطباعة والنشر والتوزيع، الطبعة الأولى لبنان، 2010.

كتب باللغة الاجنبية

- 1) Jochen Wirtz et Autre : Marketing de Services, 6 em édition, Pearson éducation, France, 2009
- 2). Michel et autres, Marketing industriel : stratégie et Mise en oeuvre, Economica 2eme édition, paris, 2000

المجلات :

- 1) خلاصي عبد الاله ومحمد الزين باركة، ظاهرة تزايد الانفاق الصحي في الجزائر و تطورها، اسبابها، ومتطلبات ترشيدها، مجلة الجزائرية للمالية العامة، العدد 2017/07.
- 2) رزقي نور الهدى، كلاش مريم، دور النفقات الصحية في تحقيق التنمية الصحية المستدامة في الجزائر للفترة 2018/2000 بالمقارنة مع تونس والمغرب- دراسة تحليلية- ، المجلة الجزائرية للمالية العامة، المجلد 10
- 3) سنوني علي، اليات التحكم في الانفاق الصحي في الجزائر، مجلة معهد العلوم الاقتصادية (مجلة علوم الاقتصاد و التسيير و التجارة)، جامعة الجزائر3، المجلد 14، العدد2 براق محمد و د. عدنان مريزق، اصلاح النظام الصحي -اشارة الى حالة الجزائر و تونس، مجلة الحقيقة، العدد 11، مارس 2008.
- 4) عبد الله سعود المطيري، اثر البرامج التدريبية للموارد البشرية في تحقيق الميزة التنافسية في القطاع الصحي، المجلة العربية للنشر العلمي ASJP العدد 15، كلية الإدارة والاقتصاد / جامعة الملك عبدالعزيز، 2-كانون الثاني -2020
- 5) عبدول رحيم اياس موسي، اثر التدريب على تحسين جودة الخدمات الصحية في مستشفيات المملكة العربية السعودية ، مجلة العلوم الاقتصادية والإدارية والقانونية العدد الخامس - المجلد الثالث مايو 2019،
- 6) علي سايح جبور، النفقات الصحية في الجزائر ورهانات تمويلها، مجلة افاق للبحوث و الدراسات، جامعة بن خدة يوسف، الجزائر 01، العدد02.
- 7) نشيدة معروز، دور الرعاية الصحية الأولية في تخفيض الإنفاق الصحي في الجزائر، مجلة الاقتصاد و التنمية البشرية، جامعة البليدة2، العدد2011، 01.

المدخلات و المؤتمرات

- 1) بن زيدان فاطمة الزهراء وقطاب فالحة، واقع تسويق خدمات التأمين الصحي بالجزائر- دراسة حالة بلدية الشلف-،الملتقى الدولي السابع حول:الصناعة التأمينية، الواقع العملي وآفاق التطوير - تجارب الدول" - جامعة حسيبة بن بوعلي بالشلف كلية العلوم الاقتصادية، العلوم التجارية و علوم التسيير، يومي03-04ديسمبر 2012

- (2) الدراجي لعفيفي، اعادة تفعيل نظام التعاقد لتحسين جودة الخدمات الصحية في الجزائر، الملتقي الوطني حول تسيير الصحي و تحسين الخدمات الصحية في الجزائر بين امكانيات التسيير و رهانات التمويل -المستشفيات نموذجاً-، يومي 10-11 افريل 2018،
- (3) عبد الاله نعمة جعفر، قياس تكلفة التشغيل الكلية للمشفى دالة لقياس كفاءة الاداري فيه، بحث مقدم للمؤتمر العلمي الأول حول اقتصاديات الاعمال العام المتغير، 12-12 ماي 2003، جامعة الزرقاء.
- (4) فرطافي مفيدة ، النفقات الصحية و تحديات التمويل في الجزائر في ظل التحول الصحي الجاري، الملتقي الوطني الاول حول "الصحة و تحسين الخدمات الصحية في الجزائر بين اشكاليات التسيير و رهانات التمويل"، يومي 10 و 11 افريل 2018، جامعة 8 ماي 1945-قالمة-.
- (5) مختار عطية بن سعد و حليلة علي مشيري، جودة الخدمات الصحية المقدمة في مستشفى الخمس التعليمي من وجهة نظر المستفيدين، المؤتمر الاقتصادي الاول للاستثمار و التنمية في منطقة الخمس، جامعة المرقب، ليبيا، 2017.
- (6) ناصر بوعزيز وحاجي اسماء، ظاهرة تزايد النفقات الصحية في الجزائر و اليات التحكم في الانفاق الصحي، الملتقي الوطني الاول حول "الصحة و تحسين الخدمات الصحية في الجزائر و اشكاليات التسيير و رهانات التمويل"، جامعة قالمة، 10 و 11 افريل 2018

المذكرات و الرسائل

- (1) امير جيلالي، محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظومة الصحية الاستشفائية الجزائرية، اطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه غفي العلوم الاقتصادية و علوم التسيير، فرع التخطيط، جامعة الجزائر.
- (2) بن عزة محمد، ترشيد سياسة الانفاق العام بإتباع منهج الانضباط بالأهداف، مذكرة ماجستير، تخصص العلوم الاقتصادية، جامعة تلمسان، الجزائر، 2009-2010
- (3) خروبي بزاره عمر، اصلاح المنظومة الصحية الجزائر (1999-2009)، مذكرة ماجستير في علوم السياسية، جامعة ورقلة، 2011/2012
- (4) خروبي بزاره عمر، اصلاح المنظومة الصحية في الجزائر ،رسالة ماجستير ،جامعة الجزائر 3، 2010، 2011.

- (5) خلاصي عبد الإله، العلاقة بين النفقات الصحية ومصادر التمويل في الجزائر دراسة تحليلية قياسية للفترة (2018/1990)، اطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراة طور الثالث في العلوم الاقتصادية، تخصص اقتصاد مالية عامة، جامعة تلمسان، 2019-2020.
- (6) دريدري احلام، دور استخدام نماذج صفوف الانتظار في تحسين جودة الخدمات الصحية، رسالة مقدمة كجزء من متطلبات نيل شهادة الماجستير في علوم التسيير، الاساليب الكمية في التسيير، جامعة محمد خيضر - بسكرة- 2014.
- (7) سعاد حمدية، استخدام نزام محاسبة التكاليف على أساس الأنشطة ABC في تحديد تكلفة الخدمة الصحية، مذكرة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الماجستير في علوم التسيير تخصص محاسبة، جامعة محمد خيضر بسكرة، 2010-2011.
- (8) سنوني علي، تسيير الخدمات الصحية في ظل الاصلاحات الاقتصادية في الجزائر افاق 2010، اطروحة دكتوراه في علوم التسيير، جامعة الجزائر 03، 2010.
- (9) سيد احمد حاج عيسى، اثر التدريب الافراد على تحسين جودة الشاملة الصحية في المستشفيات الجزائرية ، اطروحة دكتوراه في علوم التجارية، تخصص تسويق، كلية علوم الاقتصادية وعلوم التجارية و علوم التسيير، جامعة الجزائر 03، 2011-2012.
- (10) عبد المنعم عبد الله احمد السماني، تسويق خدمات التأمين الصحي -ولاية الجزيرة -السودان- جامعة جزيرة ،كلية الاقتصاد و التنمية الريفية ،قسم ادارة الاعمال.
- (11) عصماني سفيان ،دور التسويق في قطاع الخدمات الصحية من وجهة نظر المستفيدين منها المرضى ،رسالة ماجستير ،كلية العلوم الاقتصادية و تجارية و علوم التسيير، جامعة محمد بوضياف ، المسيلة ،2005-2006.
- (12) علي دحمان محمد، تقييم مدي فعالية الإنفاق العام،على مستوى القطاع الصحي بالجزائر، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية،أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية، تسيير المالية العامة، جامعة أبو بكر بلقايد - تلمسان-، 2017.

13) علي دحمان محمد، تقييم نفقات الصحية والتعليم، رسالة ماجستير، تخصص تسيير المالية العامة، جامعة أبي بكر بلقايد، 2010، 2011.

14) علي دحمان محمد، تقييم الصحة و التعليم (دراسة حالة لولاية تلمسان)، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية، جامعة أبي بكر بلقايد - تلمسان، ص: 153-154.

15) فرطقي مفيدة، التحول الصحي في الجزائر من خلال أسباب الاستشفاء والوفيات - حالة المنطقة الصحية للشرق، رسالة دكتوراه في علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية، التجارة وعلوم التسيير، جامعة قسنطينة 2- عبد الحميد مهري 2017.

18) كحيلة نبيلة، تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، رسالة ماجستير، تخصص الموارد البشرية، جامعة منتوري، قسنطينة، 2009.

10) م

مد علي دحمان، تقييم مدى فعالية الإنفاق العام عمى مستوى القطاع الصحي الجزائري، رسالة دكتوراه، تخصص تسيير المالية العامة، جامعة ابو بكر بلقايد، تلمسان، 2017 .

11) نسيم ولد محمد، اليات التحكم في الانفاق الصحي الوطني المؤسسة العمومية الاستشفائية - سيدي غيلاس - مذكرة نهاية الدراسة، التكوين المتخصص للمتصرفين الرئيسيين لمصالح الصحة، المدرسة الوطنية للمنجمت و ادارة الصحة، جانفي 2017.

القوانين و التقارير

1) الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد، 2018

2) قانون 17/84 المؤرخ في 08 شوال 1404 الموافق ل 07 يوليو 1984 المتعلق بقوانين المالية، المادة 24

مواقع الانترنت

(1- www.who.int/topics/healthsystems/in/indesc.html.24/05/2021.17.4)

الملاحق



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة 08 ماي 1945 قالملة



كلية العلوم الاقتصادية و التجارية و علوم التسيي

استمارة بحث لتحضير شهادة الماستر

تخصص: ادارة اعمال

تقييم مدي فعالية برامج الانفاق الصحي في تحسين الخدمات الصحية

دراسة حالة مستشفى الحكيم عقبي بقالملة

- نشكركم على تعاونكم معنا على الوقت الذي خصصتموه للإجابة

- النتائج المترتبة عن هذا البحث تستخدم لأغراض علمية

- أجب مباشرة بوضع العلامة (X) في الخانة التالية:

الشكر و التقدير و العرفان لكم

تحت اشراف الاستاذ:

-بجاشة موسى

من اعداد الطالبين:

-عبداوي هادية

-بازين امل

القسم الاول: محور الاول: بيانات الشخصية و الوظيفية

<input type="checkbox"/>	السن: - اقل من 25 سنة
<input type="checkbox"/>	- 25-35 سنة
<input type="checkbox"/>	- 35-45 سنة
<input type="checkbox"/>	- 45 سنة فما فوق
<input type="checkbox"/>	الاقدمية: - اقل من 5 سنوات
<input type="checkbox"/>	- من 5-10 سنوات
<input type="checkbox"/>	- من 10-20 سنة
<input type="checkbox"/>	- من 20 سنة فما فوق
<input type="checkbox"/>	المستوي التعليمي : الابتدائي
<input type="checkbox"/>	- ثانوي
<input type="checkbox"/>	- جامعي
<input type="checkbox"/>	- ماجستير اطارات عليا متخصصة
<input type="checkbox"/>	- دكتوراه
<input type="checkbox"/>	الوظيفة : -عون ادارة
<input type="checkbox"/>	- رئيس مصلحة
<input type="checkbox"/>	-رئيس الاطباء
<input type="checkbox"/>	-ممرض

قسم الثاني : محاور الدراسة

المحور الاول : تعاني المؤسسة من تدني خدماتها الصحية

الرقم	الفقرة	درجة القياس				
		غير موافق تماما	غير موافق	محايد	موافق	موافق تماما
01	تمتلك المؤسسة نظام معلومات مرتدة حول الخدمات المقدمة للمرضى					
02	تعمل القيادة على بناء التصورات جديدة حول تحسين الخدمات الصحية					
03	تستفيد المؤسسة من تجارب المؤسسات الاخرى في تحسين الخدمات الصحية					
04	تتوفر المؤسسة على قسم في هيكلها التنظيمي مهمته الاهتمام بجودة الخدمات الصحية					
05	تحتوي المؤسسة على كافة الخدمات الصحية					
06	تقوم ادارة المؤسسة بإجراء دراسات حول رضا المرضى على الخدمات الصحية المقدمة					
07	هناك توجه من الادارة نحو وضع معايير جودة الخدمات الصحية المقدمة					
08	تتواصل ادارة المؤسسة مع المرضى المغادرين للمستشفى و تحاول معرفة نطباعاتهم					
09	تقدم ادارة المستشفى حوافز مادية و معنوية لقاء الخدمات المقدمة					
10	تتطابق احتياجات المرضى مع امكانيات المؤسسة					
11	تحاول ادارة المستشفى الوقوف على معرفة احتياجات المرضى باستمرار					
12	تخصص المؤسسة جزء من الميزانية للإنفاق على تدريب الموظفين حول تحسين الخدمات الصحية					
13	تعتقد المؤسسة ان تحسين الخدمات يعطي لها صورة جيدة لدى محيطها الخارجي					
14	تنظر المؤسسة في الشكاوي المقدمة من طرف المرضى					
15	للمؤسسة استراتيجية في جذب احسن الكفاءات للمؤسسة					

					16	خدمات المقدمة في المؤسسة مرنة، سريعة، تحقق استجابة كبيرة اتجاه المرضى (الاستجابة)
					17	نواجه المؤسسة عراقيل في انجاز الخدمات الصحية (اعتمادية)
					18	تحاول ادارة المؤسسة الصحية قياس صورة المؤسسة و الخدمات (الثقة)
					19	تحاول ادارة المؤسسة الصحية ربط علاقات متميزة مع 2 (التعاطف)
					20	نوفر ادارة المؤسسة الصحية الامكانيات المادية و البشرية لتقديم خدمات صحية جيدة (ملموسية)

المحور الثاني: تمتلك المؤسسة اعتمادات مالية للإنفاق على الخدمات الصحية

لرقم	الفقرة	درجة القياس				
		غير موافق تماماً	غير موافق	محايد	موافق	موافق تماماً
01	حجم الانفاق الحكومي يغطي كافة الخدمات الصحية					
02	نواجه المؤسسة شح الموارد المالية في تلبية كافة احتياجات المرضى					
03	لمؤسسة نظرة اشرافية حول الاحتياجات المستقبلية لها					
04	تحاول المؤسسة تقديم اقتراحات لضمان موارد مالية في المستقبل					
05	تحاول المؤسسة ضبط التكاليف الصحية انطلاقاً من الخدمات المتوفرة					
06	لتسعير المالي للخدمات الصحية يشكل عبئاً على ميزانية المؤسسة و الدولة					

- قيم مصادر الانفاق والتمويل الصحي

-

لرقم	الفقرة	درجة القياس				
		ضعيف جدا	ضعيف	متوسط	نوي	نوي جدا
07	ميزانية وزارة الصحة					
08	الصندوق الضمان الاجتماعي					
09	لتأمينات الخاصة					
10	فع اسعار المكوث في المستشفى					
11	لتعاقد مع مؤسسات الخاصة					

- استشراف الانفاق الصحي على التغطية الصحية في المستقبل يقوم على ما يلي :

لرقم	الفقرة	درجة القياس				
		غير موافق تماما	غير موافق	متحايد	موافق	موافق تماما
12	ضمان التغطية الصحية الشاملة على مساهمات الضمان الاجتماعي					
13	ضمان التغطية الصحية و التمويل الانفاق يكون وفق النموذج الامريكي					
14	ضمان التغطية الصحية و التمويل الانفاق يكون وفق تمويل ضريبي على طريقة النموذج الرياضي					
15	زيادة ضخ موارد مالية للقطاع الصحي					
16	ضبط التكاليف-تقليل نفقات المستخدمين					
17	دخال محاسبة التكاليف و تسيير الثلاثي في المؤسسة					

- المحور الثالث: ضعف برامج الانفاق الصحي له اثر على تحسين التغطية الصحية الشاملة

لرقم	الفقرة	درجة القياس				
		غير موافق تماما	غير موافق	محايد	موافق	موافق تماما
01	فئح الدولة ميزانية كافية كل سنة					
02	برامج الانفاق الصحي متنوعة في المؤسسة					
03	نساعد برامج الانفاق الصحي على التغطية الشاملة					
04	نخص المؤسسة جزء من الانفاق على التجديد					
05	ندم التجهيزات يؤثر على تحسين الخدمات الصحية					
06	نشهد المؤسسة تنوع من خدماتها الصحية					
07	لا تملك المؤسسة برامج اضافية لسد النقص					
08	نكاليف الخدمات الصحية تفوق ميزانية المؤسسة					
09	نقص الكفاءات له دور سلبي في الخدمات الصحية					
10	غياب التخطيط حول الطلب الخدمات الصحية يشكل عائق مام ميزانية الممنوحة					
11	تأثر الخدمات الصحية بغياب الطاقات البشرية					
12	يشكل غياب الاجهزة الصحية قصور في تأدية الخدمات لصحية					
13	غياب الانفاق على التكوين احد اسباب تدني الخدمات لصحية					
14	غياب الادوية يؤثر بشكل مباشر على الخدمات الصحية					
15	نقص الحوافز احد الاسباب المؤثرة على تحسين الخدمات لصحية					

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
Republique Algérienne Démocratique et Populaire

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة 8 ماي 1945 قالمة

Ministère de l'enseignement supérieur
et de la recherche scientifique
Alger, le 08 Mai 1945 Université

كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير
Faculté des Sciences Economiques, Commerciales et Sciences de Gestion

مسئول الدراسات والمسائل المتعلقة بالطلبة
Chargé Des Etudes et des Questions Etudiants

2021/ق.ح.ق/2021
19 ماي 2021

V.D.C.E.Q.R.E/ F.S.E.C.S.G/U.G/2021

إلى السيد: مدير مستشفى الحكيم
العقبي لولائية قبا لمتة

الموضوع: طلب إجراء تربص ميداني

ليدة، و بعد.....

إطار ربط المعرفة النظرية بالجانب التطبيقي يشرفنا أن نطلب من سيادتكم الموافقة على إجراء التربص بمؤسسة أبحاثهم:

رقم السجل: 16/36041372
رقم السجل: 15/36046519

سار بين أمل
عبد أولها ربيتي

رقم السجل:

تخصص: إدارة الأعمال
السنة الجامعية:

الموضوع: مدى فعالية برامج الإنفاق الإحصائي في تحسين الخدمات المالية
التربص:

التربص:

نشكركم سيدي على حسن تعاونكم، و تقبلوا منا فائق الاحترام و التقدير.

رئيس القسم:

المشرف (ة):

مساعد رئيس قسم علوم التسيير
مساعد رئيس قسم العلوم التجارية
مساعد رئيس قسم العلوم الاقتصادية
مساعد رئيس قسم العلوم الإدارية

مؤيد
مؤيد

مؤيد

مؤيد

تأثيرات من حيث الكفاءة

تأثيرات من حيث الكفاءة	عدد العناصر
85	2

تأثيرات من حيث الكفاءة

تأثيرات من حيث الكفاءة	عدد العناصر
22	0

تأثيرات من حيث الكفاءة

تأثيرات من حيث الكفاءة	عدد العناصر
60	7

تأثيرات من حيث الكفاءة

تأثيرات من حيث الكفاءة	عدد العناصر
81	5

المدى

	تأثيرات من حيث الكفاءة	النسبة المئوية	النسبة المئوية الصالحة	النسبة المئوية التراكمية
أقل من 25 سنة		3,3	3,3	3,3
من 25 إلى 35 سنة		3,3	3,3	6,7
من 35 إلى 45 سنة	2	0,0	0,0	6,7
أكثر من 45 سنة		3,3	3,3	10,0
إجمالي	0	10,0	10,0	

الاقدم

	تأثيرات من حيث الكفاءة	النسبة المئوية	النسبة المئوية الصالحة	النسبة المئوية التراكمية
أقل من 5 سنوات		6,7	6,7	6,7
من 5 إلى 10 سنوات		0,0	0,0	6,7
من 10 إلى 20 سنة	5	0,0	0,0	6,7
أكثر من 20 سنة		3	3	10,0
إجمالي	0	10,0	10,0	

المستويات التعليمية

	Effectifs	pourcentage	pourcentage alide	pourcentage cumulé
ثانو		3,3	3,3	3,3
جامع	9	3,3	3,3	6,7
اليد متخصصون عليا اطارات ماجستير		3	3	10,0
دكتور		0,0	0,0	10,0
اليد	10	100,0	100,0	

الوظائف

	Effectifs	pourcentage	pourcentage alide	pourcentage cumulé
ادارة عو		6,7	6,7	6,7
مصلحة رئيسي		0,0	0,0	6,7
اليد الاطباء رئيسي		0,0	0,0	6,7
ممره		3,3	3,3	10,0
اليد	10	100,0	100,0	

statistiques descriptives

		minimum	maximum	oyenne	cart type
مرتدة معلزمات نظام المؤسسة تمت للمرضى المقدمة الخدمات ح	D			13	432
جديدة التصورات بناء على القيادة تع الصحية الخدمات تحسين ح	D			43	073
المؤسسات تجارب من المؤسسة تست الصحية الخدمات تحسين في الاخر	D			70	418
هيكلمها في قسم على تتوفرالمؤس الخدمات بجودة الاهتمام مهمته التنظيف	D			90	242
الص الخدمات كافة على المؤسسة تحتو	D			83	50
الص دراسات بإجراء المؤسستو ادارة نق الخدمات على المرضى رضا ح	D			13	196
المقدمة الصح وضع نحو الادارة من توجه هنا المقدمة الصحية الخدمات جودة معاب	D			17	262
المرضى مع المؤسسة ادارة تتواص معرفة تحاول و للمستشفى المغادر	D			77	35
انطباعة و مادية حوافز المستشفى ادارة ن المقدمة الخدمات لقاء معنو	D			10	062
امكانيات مع المرضى احتياجات تتط المؤس	D			47	37
على الوقوف المستشفى ادارة تحاو باستمرار المرضى احتياجات معر	D			90	213
الميزانية من جزء المؤسسة تخصص حول الموظفين تدريب على للانف	D			77	278
بالصحية الخدمات تحس الخدمات تحسين ان المؤسسة تع	D			17	206
محيطها لدى جيدة صورة لها يع الخارج	D			40	404
من المقدمة الشكاوي في المؤسسة تنظ المرضى طر	D			07	311
احسن جذب في استراتيجية للمؤس للمؤسسة الكفاء	D			57	251
مرنة، المؤسسة في المقدمة الخدم اتجاه كبيرة استجابة تحقق سريه	D			70	208
(الاستجابة) المرض انجاز في عراقيل المؤسسة توا (الاعتمادية) الصحية الخدم	D				

قياس الصحة المؤسسة ادارة تحاو			27	40
(الثقة) الخدمات و المؤسسة صو				
ربط الصحة المؤسسة ادارة تحاو			73	015
(التعاطف) المرضى مع متميزة علاقا				
الامكانيات الصحة المؤسسة ادارة تو			07	015
صحية خدمات لتقديم البشرية و الماد				
(ملموسية)ج				
خدماتها تدني من المؤسسة تعا			80	349
الص				
valide (listwise)				

statistiques descriptives

	Minimum	Maximum	Mean	Std. Dev.
سنة كل كافية ميزانية الدولة تم			53	106
في متنوعة الصحي الانفاق برا			47	71
المؤس				
على الصحي الانفاق برامج تسا			93	172
الشاملة التغط				
على الانفاق من جزء المؤسسة تحظ			33	322
التج				
تحسين على يؤثر التجهيزات			33	02
الصحية الخدم				
الصحية خدماتها من تنوع المؤسسة تشا			50	77
لسد اضافية برامج المؤسسة تملك			00	95
النقائط				
ميزانية تفوق الصحية الخدمات تكاليف			97	033
المؤس				
تحسين في سلبى دور له الكفاءات نقط			27	143
الصحية الخدم				
الخدمات طلب حول التخطيط غير				
الميزانية امام عائق يشكل الص			80	270
الممنور				
الطاقات بغياب الصحية الخدمات تتا			90	85
البشر				
في قصور الصحية الاجهزة غياب يشا			53	81
الصحية الخدمات تأد				
اسباب احد التكوين على الانفاق غير			60	68
الصحية الخدمات تد				
على مباشر بشكل يؤثر الادوية غير			67	61
الصحية الخدم				

على المؤثرة الاسباب احد الحوافز نقد الصحي الخدمات تحس	0			37	15
على اثر له الصحي الانفاق برامج وضع الشاملة الصحية التغطية تحس	0			83	533
valide (listwise)	0				

statistiques descriptives

		inimum	aximum	oyenne	cart type
الصحة وزارة ميزا	0			73	048
الاجتماعي الضم	0			40	589
الخاصة التأمينا	0			10	242
المستشفى في المكوث اسعار ر	0			20	07
خاصة صحية المؤسسات مع التعم	0			77	35
valide (listwise)	0				

statistiques descriptives

		inimum	aximum	oyenne	cart type
على الشاملة الصحية التغطية ضم الاجتماعي الضمان مساهم	0			20	064
الانفاق تمويل و الصحية التغطية ضم الامريكي النموذج وفق يكو	0			30	149
يكون التمويل و الصحية التغطية ضم النموذج طريقة على صريبي تمويل و الرياض	0			07	285
الصحي للقطاع مالية موارد ضخ زي	0			43	35
المستخدمين نفقات تقليل -التكاليف ض الثلاثي تسيير و التكاليف محاسبة ادخ المؤسسة	0			73	202
valide (listwise)	0				

statistiques descriptives

		inimum	aximum	oyenne	cart type
سنة كل كافية ميزانية الدولة تم	0			53	106
في متنوعة الصحي الانفاق برا المؤسس	0			47	71
على الصحي الانفاق برامج تسا الشاملة التغط	0			93	172
على الانفاق من جزء المؤسسة تحس التج	0			33	322
تحسين على يؤثر التجهيزات الصحية الخدم	0			33	02
الصحية خدماتها من تنوع المؤسسة نشا لسد اضافية برامج المؤسسة تملك النقائ	0			50	77
	0			00	95

ميزانية تفوق الصحية الخدمات تكاليف المؤسسة	0			97	033
تحسين في سلبية دور له الكفاءات نقط الصحية الخدم	0			27	143
الخدمات طلب حول التخطيط غير الميزانية امام عائق يشكل الصح الممنور	0			80	270
الطاقات بغياب الصحية الخدمات تتأ البشر	0			90	85
في قصور الصحية الاجهزة غياب يش الصحية الخدمات تأ	0			53	81
اسباب احد التكوين على الانفاق غير الصحية الخدمات تد	0			60	68
على مباشر بشكل يؤثر الادوية غير الصحية الخدم	0			67	61
على المؤثرة الاسباب احد الحوافز نقط الصحي الخدمات تحس	0			37	15
على اثر له الصحي الانفاق برامج وضع الشاملة الصحية التغطية تحس	0			83	533
valide (listwise)	0				

	oyenne	cart-type	reur standard oyenne
الصحية خدماتها تدني من المؤسسة تعا	01	45	36

test sur échantillon unique

	valeur du test = 3					
		dl	g. (ilatérale)	fférence oyenne	tervalle de confiance 5% de la différence	
					férieure	upérieure
تدني من المؤسسة تعا الصحية خدماتها	98	9	28	13	26	9

statistiques sur échantillon unique

	oyenne	cart-type	reur standard oyenne
--	--------	-----------	-------------------------

للتفاهق مالملة اعتماءاء المؤسسه اتمء الصءهه الءءماء ع	0	935	09	93
---	---	-----	----	----

est sur éءءءillon unique

	aleur du test = 3					
		dl	g. (ilatérale)	fférence oyenne	tervalle de confiance 5% de la différence	
					férieure	upérieure
اعتماءاء المؤسسه اتمء الصءهه الءءماء على للتفاهق ما الصءهه	.776	0	444	27681	,69	,31

atistiques sur éءءءillon unique

		oyenne	art-type	rreur standard oyenne
على اثر له الصءهه الءءفاء برامء ضءء الشامله الصءهه الءءفاءه اءءء	0	83	533	80

est sur éءءءillon unique

	aleur du test = 3					
		dl	g. (ilatérale)	fférence oyenne	tervalle de confiance 95% e la différence	
					férieure	upérieure
له الصءهه الءءفاء برامء ضءء الصءهه الءءفاءه اءءء على الشاء	595	0	44	167	74	1

ملخص :

تهدف الدراسة الحالية ببعديها النظري والتطبيقي الى الوقوف على مدى فعالية برامج الانفاق الصحي واشكالياتها على تحسين الخدمات الصحية، ومعرفة مدى كفاية الانفاق الصحي ومختلف الموارد المالية و الاعتمادات المالية المخصصة لذلك.

ولعرض ذلك اجريت الدراسة على احدى المؤسسات الصحية و توصلت الى جملة من النتائج اهمها قلة الاعتمادات المخصصة للإنفاق على برامج المسطرة فضلا عن نقص في بعض الخدمات الصحية وغياب مصادر اضافية لتمويل تلك البرامج مما له انعكاسات على الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين

الكلمات المفتاحية.

برامج الانفاق الصحي، الخدمات الصحية، الانفاق الصحي، تمويل الخدمات الصحية، فعالية الانفاق الصحي

Résumé

La présente étude, dans ses dimensions théoriques et appliquées, vise à déterminer l'efficacité des programmes de dépenses de santé et leurs problèmes dans l'amélioration des services de santé, et à connaître l'adéquation des dépenses de santé et les différentes ressources financières et dotations financières allouées pour cela.

Pour montrer cela, l'étude a été menée sur l'un des établissements de santé et a atteint un certain nombre de résultats, dont le plus important est le manque de fonds alloués aux dépenses sur les programmes des dirigeants, ainsi que le manque de certains services de santé et l'absence de sources supplémentaires pour financer ces programmes, ce qui a des répercussions sur les services de santé offerts aux citoyens.

Mots-clés

Programmes de dépenses de santé, services de santé, dépenses de santé, financement des services de santé, efficacité des dépenses de santé