

جامعة 8 ماي 1945

قالممة

كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير

قسم علوم التسيير



مذكرة تخرج مقدمة لاستكمال متطلبات نيل شهادة (ماستر) في علوم التسيير
تخصص: مالية المؤسسات

تحت عنوان

أثر التمويل على تحسين مؤشرات أداء

المؤسسة العمومية الإستشفائية

- دراسة حالة المؤسسة العمومية للصحة الجوارية، بومهرة أحمد

- (2013-2015)

إشراف الأستاذ:

رفيق زراولة

إعداد الطلبة:

محمد أمين مخالفة

السنة الجامعية 2015-2016

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

شكر وعرفان

الحمد لله عزوجل وأشكره جزيل الشكر على توفيقه وعونه لي لإتمام هذا العمل.

إعترافاً بالفضل وتقديراً للجميل، لايسعنا بعد إنتهائنا من إعداد هذا البحث إلا أن نتوجه بجزيل وشكرنا وإماتناننا إلى:

الأستاذ المشرف: "زراولة رفيق" على جميع النصائح والإرشادات التي قدمها لي وحسن معاملته وتوجيهاته القيمة.

وإلى جميع عمال مكتبة كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير كما نتوجه بخالص شكرنا وتقديرنا إلى كل من ساعد من قريب أو من بعيد على إنجاز هذا العمل.

والحمد لله الذي تمت بنعمته الصالحات

فهرس المحتويات

الصفحة	العنوان
-	شكر وتقدير
I	قائمة المحتويات
VI	قائمة الجداول
VII	قائمة الأشكال
VII	قائمة المختصرات
أ	المقدمة العامة
1	الفصل الأول: مدخل نظري إلى تمويل النظام الصحي
2	تمهيد
3	المبحث الأول : عموميات حول النظام الصحي
3	المطلب الأول : مفاهيم عامة حول النظام الصحي
3	أولا : مفهوم الصحة
4	ثانيا : ماهية النظام الصحي
5	المطلب الثاني : أهمية ومكونات النظام الصحي
5	أولا : أهمية النظام الصحي
6	ثانيا : مكونات النظام الصحي
9	المطلب الثالث : علاقة المنظومة الصحية بالمنظومة الإقتصادية
11	المبحث الثاني : الخدمة الصحية في المستشفى
11	المطلب الأول : المستشفى حجر الأساس في النظام الصحي
11	أولا : مفهوم المستشفى
13	ثانيا : خصائص المستشفى
14	المطلب الثاني : وظائف المستشفى وتصنيفه
15	أولا : وظائف المستشفى
17	ثانيا : تصنيف المستشفيات
20	المطلب الثالث : أساسيات حول الخدمة الصحية
20	أولا : مفهوم الخدمة الصحية
21	ثانيا : الخصائص الإقتصادية للخدمات الصحية

24	ثالثا : أنواع الخدمات الصحية
26	المبحث الثالث : تمويل المنظومة الصحية
26	المطلب الأول : ماهية التمويل ومصادره
26	أولا : تعريف التمويل
27	ثانيا : أنواع التمويل
28	المطلب الثاني : طرق ومصادر تمويل المؤسسات العمومية الإستشفائية
28	أولا : مصادر تمويل المؤسسات العمومية الإستشفائية
30	ثانيا : اليات تمويل المؤسسات العمومية الإستشفائية
31	المطلب الثالث : بعض المنظومات الصحية
31	أولا : المنظومة الصحية الأمريكية
33	ثانيا : المنظومة الصحية للمملكة المتحدة الأمريكية
35	خلاصة الفصل
36	الفصل الثاني : واقع التمويل الصحي في الجزائر
37	تمهيد
38	المبحث الأول : تطور النظام الصحي في الجزائر
38	المطلب الأول : النظام الصحي في الجزائر
38	أولا : السياسة الصحية في الجزائر (1962-1965)
39	ثانيا : السياسة الصحية في الجزائر (1965-1679)
41	ثالثا : السياسة الصحية في الجزائر (1679-2015)
43	المطلب الثاني : هيكل النظام الصحي في الجزائر
43	أولا : المستوى المركزي
44	ثانيا : المستوى الجهوي
45	ثالثا : المستوى الولائي
46	رابعا : على المستوى المحلي
47	المطلب الثالث : إصلاح المنظومة الصحية
47	أولا : أهداف مشروع الإصلاح وملفاته
48	ثانيا : ملفات الإصلاح
50	المبحث الثاني : تمويل المنظومة الصحية في الجزائر
50	المطلب الأول : سياسة تمويل المنظومة الصحية في الجزائر

50	أولا : المرحلة الأولى (1963-1973)
51	ثانيا : المرحلة الثانية (1974-1989)
52	ثالثا : المرحلة الثالثة : (1990- إلى يومنا هذا)
53	المطلب الثاني : مصادر تمويل المنظومة الصحية الجزائرية
53	أولا : الضمان الإجتماعي
55	ثانيا : مساهمة الدولة
56	ثالثا : مساهمة العائلات
57	رابعاً : مساهمة التعااضديات
58	المطلب الثالث : العراقيل والتدابير التمويلية في المنظومة الصحية
60	المبحث الثالث : مؤشرات تقييم أداء المؤسسة العمومية الإستشفائية
60	المطلب الأول: عموميات حول تقييم الأداء ومصادر معلوماته
60	أولا : مفهوم تقييم الأداء
61	ثانيا : أهداف تقييم الأداء
62	ثالثا : مصادر معلومات تقييم الأداء
64	المطلب الثاني : أهمية تقييم الأداء
65	المطلب الثالث : مؤشرات تقييم أداء المستشفيات العمومية
65	أولا : المؤشرات الخاصة بالفريق التمريضي
67	ثانيا : مؤشرات تقييم الأداء للموارد المادية والمالية
68	ثالثا : مؤشرات تقييم أداء جودة الخدمات الوقائية والرعاية الصحية الأولية
69	رابعاً : بعض مؤشرات أداء القطاع الصحي في الجزائر
72	خلاصة الفصل
73	الفصل الثالث : أثر حجم التمويل على تحسين مؤشرات الأداء في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بومهرة أحمد
74	تمهيد
75	المبحث الأول : لمحة عن المؤسسة العمومية الإستشفائية للصحة الجوارية بومهرة أحمد
75	المطلب الأول : منهجية الدراسة التطبيقية
75	أولا : حدود الدراسة

75	ثانيا : مبررات إختيار المؤسسة العمومية الإستشفائية للصحة الجوارية بومهرة أحمد
76	ثالثا: منهج الدراسة
76	المطلب الثاني : ماهية المؤسسة العمومية الإستشفائية للصحة الجوارية بومهرة أحمد
76	أولا : تعريف المؤسسة
76	ثانيا : مهامها ووظائفها
77	ثالثا : الهيكل التنظيمي المؤسسة العمومية الإستشفائية للصحة الجوارية بومهرة أحمد
79	المطلب الثالث : الطاقة الإستيعابية
79	أولا : الموارد البشرية
81	ثانيا : الموارد المادية
83	المبحث الثاني: نفقات المؤسسة الإستشفائية للصحة الجوارية بومهرة أحمد ومصادر تمويلها
83	المطلب الأول : نفقات المؤسسة العمومية الإستشفائية للصحة الجوارية لبومهرة أحمد
83	أولا : نفقات المؤسسة العمومية الإستشفائية
84	ثانيا : نفقات المؤسسة العمومية الإستشفائية للصحة الجوارية لبومهرة أحمد للسنوات (2013.2014.2015)
87	ثالثا : أسباب تطور النفقات الصحية العامة
88	رابعا : وسائل مراقبة النفقات الصحية
88	المطلب الثاني : مصادر تمويل المؤسسة العمومية الإستشفائية للصحة الجوارية لبومهرة أحمد
89	أولا : إيرادات المؤسسة العمومية الصحة الجوارية بومهرة أحمد لسنة 2013
91	ثانيا : إيرادات المؤسسة العمومية الصحة الجوارية بومهرة أحمد لسنة 2014
93	ثالثا : إيرادات المؤسسة العمومية الصحة الجوارية بومهرة أحمد لسنة 2015
96	مقارنو مصادر تمويل للمؤسسة العمومية الإستشفائية للسنوات (2013.2014.2015)
97	المبحث الثالث : مؤشرات تقييم الأداء للمؤسسة العمومية الإستشفائية بومهرة أحمد مقارنة بالمؤشرات (who) وعلاقته بالتمويل
97	المطلب الأول : المؤشرات الخاصة بالفريق التمريضي
97	أولا: ممرض/طبيب
98	ثانيا : مريض / ممرض

99	ثالثا : سرير/طبيب
100	رابعا : سرير/ممرض
101	خامسا : مسعف / سيارة إسعاف
102	المطلب الثاني: مؤشرات تقويم الأداء للموارد المادية والمالية
102	أولا : معدل رقود المريض في المستشفى
103	ثانيا : معدل حصة المريض من الأدوية
104	ثالثا : نسبة مصاريف الصيانة
105	المطلب الثالث: مؤشرات أداء جودة الخدمات الوقائية والرعاية الصحية الأولية
105	أولا: نسبة الوفيات
106	ثانيا: نسبة الأطفال الملقحين
107	المطلب الرابع : تحليل النتائج
108	الإقتراحات
109	خلاصة الفصل
110	الخاتمة العامة
114	قائمة المراجع
119	الملاحق
-	الملخص

قائمة الجداول

الصفحة	العنوان	الرقم
55	تطور نفقات صندوق الضمان الاجتماعي	(1-2)
56	مدى مساهمة الدولة في تمويل قطاع الصحة	(2-2)
58	نسبة النفقات المتوسطة السنوية للفرد في الجزائر	(3-2)
70	الكثافة الصحية في الجزائر	(4-2)
71	جدول الوفيات العامة في الجزائر	(5-2)
71	نسبة الأطفال الملقحين في الجزائر	(6-2)
80	عدد الموظفين الطبيين في المؤسسة	(1-3)
80	عدد الموظفين شبه الطبيين في المؤسسة	(2-3)
81	عدد الموظفين الإداريين والتنفيذيين في المؤسسة	(3-3)
81	معدات طبية في المؤسسة	(4-3)
89	إيرادات المؤسسة العمومية الإستشفائية بومهرة أحمد 2013	(5-3)
91	إيرادات المؤسسة العمومية الإستشفائية بومهرة أحمد 2014	(6-3)
93	إيرادات المؤسسة العمومية الإستشفائية بومهرة أحمد 2015	(7-3)
97	مؤشر ممرض/طبيب	(8-3)
98	مؤشر مريض/ممرض	(9-3)
99	مؤشر سرير/طبيب	(10-3)
100	مؤشر سرير/ممرض	(11-3)
101	مؤشر مسعف / سيارة إسعاف	(12-3)
102	معدل رقود المريض في المستشفى	(14-3)
103	معدل حصة المريض من الأدوية	(15-3)
104	نسبة مصاريف الصيانة	(16-3)
105	نسبة الوفيات	(17-3)
106	نسبة الأطفال الملقحين	(18-3)

قائمة الأشكال

الرقم	العنوان	الصفحة
8	مكونات النظام الصحي ووظائفه وتدخلاته	(1-1)
78	الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية بومهرة أحمد	(1-3)
84	نفقات المؤسسة 2013 في شكل نسب مئوية	(2-3)
85	نفقات المؤسسة 2014 في شكل نسب مئوية	(3-3)
86	نفقات المؤسسة 2015 في شكل نسب مئوية	(4-3)
90	مصادر التمويل في شكل نسب مئوية لسنة 2013	(5-3)
92	مصادر التمويل في شكل نسب مئوية لسنة 2014	(6-3)
95	مصادر التمويل في شكل نسب مئوية لسنة 2015	(7-3)

قائمة المختصرات

الترجمة	المصطلح
منظمة التنمية والتعاون الاقتصادي	O.C.D.E
خدمة الصحة الوطنية البريطانية	N.H.S
منظمة الصحة العالمية	O.M.S / W.H.O
الديوان الوطني للإحصائيات	ONS

المقدمة العامة

تعتبر الثروة البشرية من أهم الدعامات الأساسية لتطور المجتمعات، ولذلك تسعى كل دول العالم للحفاظ عليها وتنميتها من أجل خلق الثروة، ولما كانت الصحة أغلى ما يملكه الإنسان وجب عليه الحفاظ عليها من خلال وضع ركائز نظام صحي محكم وتغطية صحية لأبعد مدى.

إن مجرد الإهتمام بالخدمة الصحية غير كاف وإنما يجب العناية بجودة هذه الخدمة، وهذا مايقلق الحكومات كافة حتى المتقدمة منها، فالتحديات كبيرة سواء من جانب ضمان تحقيق مستوى توفير المؤسسات الإستشفائية، وزيادة نسبة الإنفاق الخاص على الصحة وتعزيز دور القطاع الصحي العام وتنظيمه.

إن ميدان الصحة لم يبقى حكرا على الممارسين الصحيين فقط، بل أصبح موضوع إهتمام الاقتصادي في النصف الثاني من القرن العشرين نظرا لصعوبات التمويل التي مست الدول الغربية في بداية السبعينات.

ولما كانت الصحة العمومية من أولويات الدولة الجزائرية منذ الإستقلال، لذلك سخرت لها إمكانيات مادية وبشرية لتلبية الطلب المتزايد على الخدمة الصحية، وقد أدت التحولات الديموغرافية والإجتماعية والسياسية والإقتصادية في البلاد، إلى زيادة الطلب على الخدمة الصحية، مما أدى إلى إرتفاع نفقات القطاع الصحي لدرجة أن الدولة لم تعد تستطيع تحمل نفقات هذا القطاع وخاصة مع تراجع العائدات النفطية للبلاد، والتي حصرت موارد خزينة الدولة، خاصة وأن هذا العائد يعتبر الركيزة الأساسية التي تعتمد عليها الحكومة في إعداد قانون المالية السنوي، نتج كل هذا إلى دخول المؤسسة الصحية في أزمة حقيقية، تدنت فيها مكانتها وضعفت فيها مصداقيتها، وتأثرت سلبا نوعية خدماتها.

ولللخروج من هذه الوضعية المتأزمة وجب عليها محاولة إيجاد حلول لهذه الظاهرة وبالتالي إيجاد طريقة للتحكم في النفقات المتزايدة لهذا القطاع من جهة، ومن جهة أخرى توسيع وتنويع مصادر تمويلها لتلبية الطلب المتزايد وتحقيق الأهداف المسطرة، ولكي تحقق المؤسسات الصحية أهدافها بفاعلية وكفاءة لابد لها من أن تولي إهتماما كبيرا بعملية تقييم الأداء، بصفته الشرط الأساسي والأداة الفعالة التي تمكنها من معرفة مدى إستخدامها وإنتفاعها من مواردها المالية والبشرية، لذا يجب دمج هذه العملية ضمن إستراتيجية الدولة لإصلاح النظام الصحي الجزائري.

أولاً: الإشكالية:

تمويل الخدمات الصحية عموماً وفي الجزائر خصوصاً عرفت عدة مراحل، إلا أنه خلال السنوات الأخيرة أصبحت المنظومة الصحية تواجه العديد من الضغوطات الداخلية والخارجية وهذا نظراً لعدم ملائمة تنظيمها وأساليب تمويلها مع التحولات والتغيرات التي تشهدها البلاد. وبالتالي كان من الضروري النظر في المنظومة الصحية ومحاولة تكيفها مع هذه المتغيرات، وتقييم أدائها من أجل التحكم في النفقات الصحية المتزايدة.

مما سبق ذكره يمكن صياغة الإشكالية المحورية على النحو التالي:

ما هي العلاقة بين حجم التمويل ومستوى مؤشرات الأداء في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بومهرة أحمد؟

ولالإحاطة بجيئات الإشكالية سنطرح مجموعة من التساؤلات والإستفسارات الفرعية التي تلخص أهم نقاط المذكورة والتي ترسم حدود البحث، وهي كالأتي:

- ماذا تعني بالتمويل في النظام الصحي، وماهو مفهوم الخدمة الصحية؟
- ماهو واقع التمويل في النظام الصحي الجزائري، وماهي مؤشرات تقييمه؟
- ماهي علاقة التمويل بتقييم الأداء في المؤسسة العمومية للإستشفائية بومهرة أحمد؟

ثانياً: الفرضية الرئيسية:

يتناسب حجم التمويل طرداً مع مستوى مؤشرات الأداء في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بومهرة أحمد.

ثالثاً: الفرضيات الفرعية:

- يتناسب حجم التمويل طرداً مع مستوى مؤشرات الأداء الفريق التمريضي في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بومهرة أحمد؟
- يتناسب حجم التمويل طرداً مع مستوى مؤشرات الأداء للموارد المالية والمادية في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بومهرة أحمد؟
- يتناسب حجم التمويل طرداً مع مستوى مؤشرات أداء جودة الخدمات الطبية والوقائية في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بومهرة أحمد.

رابعاً: أهمية البحث:

هذه الأهمية تكمن في مجموعة من العناصر منها العلمية والعملية لدراسة هذا الموضوع

1. الأهمية العلمية

- لفت انتباه الباحثين والمسؤولين لدراسة هذا الموضوع وتحليل أبعاده؛
- ستبرز أهمية هذه الدراسة دور عملية تقييم الأداء في مساعدة المؤسسات الصحية على كشف النقائص.

2. الأهمية العملية

- كما تبرز الأهمية التطبيقية للبحث من النتائج والإقتراحات التي يسفر عنها، والتي يؤمل أن تستفيد منها المؤسسة العمومية الإستشفائية لبومهرة أحمد، في تقييم أداء المستشفى، وتعديل إتجاهات الإدارة العليا لتكون أكثر إيجابية في تطبيق هذه العملية.

خامساً: أهداف الدراسة:

- تهدف هذه الدراسة إلى تحقيق مجموعة من الأهداف أهداف وهي كالأتي:
- إبراز أهم النقاط التي تهم النظام الصحي وأساسيته كالخدمة الصحية والمستشفى؛
- محاولة الوقوف على مصادر تمويل الخدمات الصحية وآلياتها؛
- تحليل العلاقة المتداخلة بين تمويل الخدمات الصحية تقييم أداء المستشفيات.

سادساً: منهج وأدوات الدراسة

محاولة لدراسة الموضوع من كافة الجوانب والإجابة على الإشكالية السالفة الذكر، وسعياً لإثبات النظريات المقدمة وتأكيد صحتها مدى صحتها، وكذا إسقاطها على المستشفى، إرتأينا إستخدام عدة مناهج تتناسب مع دراستنا كالأتي:

1. المنهج التاريخي:

تم الإعتماد على هذا المنهج وذلك بهدف وضع القارئ في الصورة من خلال التسلسل التاريخي للنظام الصحي منذ الإستقلال بالإضافة إلى تطور نظام التمويل في الجزائر منذ الإستقلال والعوامل التي أثرت عليه إلا أن صارت على الشكل الحالي.

2. المنهج الوصفي التحليلي:

تم الإعتماد في بحثنا على المنهج الوصفي في الجانب النظري وذلك بهدف الفهم والتعمق في المفاهيم المكونة للموضوع وتوضيحها والتحكم في الموضوع بغية المرور إلى الجانب التطبيقي.

3. المنهج الرياضي:

من أجل الدراسة التطبيقية تم الإستعانة بالمنهج الرياضي الإحصائي لحساب المؤشرات لتقييم أداء المستشفى وعلاقته بالتمويل.

4. المنهج التوثيقي:

فيما يخص طبيعة المراجع المستخدمة فهي مجموعة من الكتب العربية والأجنبية المتخصصة في مجال الخدمات الصحية، بالإضافة إلى الإستعانة بمقالات، مجلات، تقارير دولية ومحلية، رسائل ودراسات الحديثة منها والقديمة العربية والأجنبية المتخصصة في مجال إقتصاديات الصحة، مع الأخذ بعين الإعتبار إستخدام الأنترنت بشكل كبير بإعتبارها وسيلة مهمة في الحصول على المعلومات.

فقد أعتدنا على المقابلة الشخصية مع بعض المسؤولين والموظفين في مصلحة المالية والوسائل العامة، ومصلحة الموارد البشرية الخاصة بالمؤسسة العمومية الإستشفائية بومهرة أحمد وقد وضمنا مجموعة من الأدوات المتمثلة في:

- جداول وأرقام خاصة بالمؤسسة محل البحث من خلال الوثائق المتحصل عليها من مصلحة المالية والموارد البشرية للمؤسسة؛
- قوائم مالية وتقارير سنوية أستخدمت في صياغة المؤشرات التي قيمنا بها أداء المؤسسة قيد الدراسة.

سابعاً: أسباب ومبررات إختيار الموضوع

تعددت الأسباب التي دفعت بنا لتناول هذا الموضوع ونحملها كالاتي:

1. أسباب موضوعية

- نظراً لما لتقييم الأداء من أهمية؛
- أهمية المؤسسات الصحية بالنسبة للمجتمع لما لها من تأثير على العنصر البشري الذي يعتبر
- أساس التنمية الاقتصادية والمحرك الأساسي لعملية الإنتاج.

2. أسباب ذاتية

- عزوف الباحثين والطلبة عن إقتحام مجال الصحة وذلك لصعوبة وحساسية تناول مواضيعه الشائكة والمتشابكة؛
- الرغبة والميول الشخصي لأنه ضمن التخصص؛
- محاولة إثراء المكتبة الجامعية.

ثامناً: هيكلية الدراسة:

لمعالجة البحث تم تقسيم الموضوع إلى ثلاثة فصول منها النظري والتطبيقي:
يتضمن الجانب النظري فصلين:

- الفصل الأول: وهو في الحقيقة مدخل للمنظومة الصحية وقسم إلى ثلاث مباحث، تناولنا فيه في المبحث الأول إلى عموميات حول النظام الصحي، أما في المبحث الثاني تم التطرق إلى الخدمة الصحية والمستشفى، في حين أن المبحث الثالث فقد تعرض إلى تمويل النظام الصحي.
- الفصل الثاني: جاء بعنوان واقع تمويل القطاع الصحي في الجزائر، وتضمن ثلاث مباحث، تطرقنا في المبحث الأول إلى النظام الصحي في الجزائر، أما في الفصل الثاني فقد تناولنا تمويل النظام الصحي في الجزائر، أما في المبحث الثالث تعرضنا إلى بعض مؤشرات تقييم أداء المؤسسة العمومية الإستشفائية في الجزائر.
- الفصل الثالث: والذي يكتسي أهمية خاصة ويتناول العلاقة بين حجم التمويل ومستوى مؤشرات الأداء في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بومهرة أحمد وتضمن ثلاث مباحث كما يلي، تطرقنا في المبحث الأول لمحة عن المؤسسة الإستشفائية بومهرة أحمد، ثم نفقات المؤسسة الإستشفائية ومصادر تمويلها في

المبحث الثاني، أما في المبحث الأخير فقد تضمن مؤشرات تقييم أداء المؤسسة الإستشفائية وعلاقتها بالتمويل.

تاسعا: صعوبات البحث:

عند شروعنا في هذا البحث واجهتنا جملة من الصعوبات والعقبات مثلنا كبنية أي باحث، ولعل

أهمها:

- نقص المعلومات الحديثة في المستشفى محل الدراسة؛
- نقص المراجع خاصة المتعلقة بتمويل الخدمات الصحية؛
- تضارب الأرقام والإحصائيات بين مختلف المصالح والهيئات الرسمية؛
- إعتبار عدد من الموظفين بالمستشفى محل الدراسة أن بعض المعلومات سرية ولا يمكن تقديمها جميعا.

الفصل الأول:

مدخل نظري إلى تمويل

النظام الصحي

الفصل الأول: مدخل نظري إلى تمويل النظام الصحي

تمهيد

صحة المواطن هي أعلى ما يملكه الفرد وأتمن ما تسعى المجتمعات إلى الحفاظ عليه والعناية به فالفرد السليم صحيا يمكنه المساهمة بشكل فعال في التنمية المجتمعية بمختلف مجالاتها، لذا يزداد اهتمام الدول بصحة أفرادها من خلال سعيها إلى توفير المؤسسات الصحية على أوسع نطاق للمحافظة على هذه الثروة ووقايتها. ترتبط الرفاهية الصحية للمجتمع بالدرجة الأولى بمستوى تنظيم وتسيير النظام الصحي من قبل الدولة وبقدرة هذه الأخير على توفير التمويل اللازم من أجل تغطية النفقات الصحية المتزايدة بتزايد تطور المجتمعات. سنحاول من خلال هذا الفصل تسليط الضوء على الإطار النظري لتمويل لنظام الصحي في العالم من

خلال التطرق إلى المباحث التالية:

- عموميات حول النظام الصحي؛
- الخدمة الصحية في المستشفى؛
- تمويل النظام الصحي.

المبحث الأول: عموميات حول النظام الصحي

تعتبر الصحة الجيدة، إلى جانب كونها حق عالمي أساسي، أسمى هدف تحاول الدولة بلوغه وذلك من أجل إستمرارها وإستقرارها، بحيث يعتبر الأفراد الأصحاء عصب كل سياسة تنموية، فهي المحرك الأساسي لها، يسهر النظام الصحي على تلبية رغبات وطلبات الأفراد وتقديم أفضل خدمة صحية ممكنة بأقل تكلفة ممكنة وعلى أوسع نطاق ممكن.

المطلب الأول: مفاهيم عامة حول النظام الصحي

سنتعرض في هذا المطلب إلى بعض المفاهيم المتعلقة بالنظام الصحي كالصحة والنظام الصحي:

أولاً: مفهوم الصحة

يصعب تعريف الصحة، أما قياسها أصعب، لذلك سنحاول إعطاء بعض التعاريف كما يلي:

فقد عرفها ألفريد مارشال في الفصل الخامس من الجزء الرابع في كتابه "مبادئ الاقتصاد" على أنها "القوة الجسمية والقوة العقلية للفرد" ويرتبط المستوى الصحي للفرد بحاجة السكن ومستوى التعليم ومستوى الغذاء وتنوعه، ومستوى نظافة البيئة، والخدمات الصحية المتاحة، ومدى إمكانية الحصول عليها¹.

كما قامت منظمة الصحة العالمية للصحة (who) بتقديم أول تعريف لمفهوم للصحة عام 1948 على أنه "حالة الرفاهية البدنية والذهنية والاجتماعية الكاملة، وليس مجرد غياب المرض أو العجز"²، ثم قامت المنظمة ذاتها بإعادة صياغة هذا التعريف عام 1984 وعبرت عن الصحة على إنها " المدى الذي يستطيع من خلاله كل من الفرد والمجتمع تحقيق وإشباع حاجاته وطموحه من ناحية والتكيف مع البيئة المحيطة به من جهة أخرى"³.

فالصحة هي التي تسمح بإشباع الحاجات والتكيف مع المحيط بمخالف معطياته وتطوراته.

¹ Alfred marshal, **Principles of economics**, Eighth ed, London the Macmillan press LTD, 1997, p.161.

² <http://www.who.int/suggestions/faq/ar> consulté le (08/03/2016), a 11: 30.

³ أمال مصطفى نصر الدين محمود، تأثير صحة السكان على التدفقات الداخلة من رأس المال الأجنبي، المكتب العربي للمعارف، مصر، 2013، ص.20.

الفصل الأول: مدخل نظري إلى تمويل النظام الصحي

كما عرفها البنك الدولي أن "كلا من الصحة والقدرة على تحسين الصحة يرتبطان بالدخل والتعليم وبالتغيرات التي تحدثها الثروة والتعليم في سلوك الفرد، وكذلك مقدار النفقات وكفاءتها في النظام الصحي ومدى انتشار الأمراض الحالية والتي يحددها المناخ والعوامل الجغرافية والبيئية إلى حد كبير"¹.

من التعاريف السابقة نجد أن الصفة الأساسية في تعريف الصحة هي ليست مجرد غياب المرض بل تتعدى ذلك إلى حالة الرفاهية العقلية والذهنية والاجتماعية والبدنية لتحسين مستويات الرأس المال البشري، وهو ما يدفعنا إلى إستنتاج أن الصحة هي "حالة الإنسان بدون أي داء أو أمراض، والصحة يجب أن تكون بدنية وعقلية واجتماعية، فالعقل السليم في الجسم السليم، كل هذا من أجل إشباع الحاجات الإنسانية والتعامل مع الأفراد بشكل جيد ومعنى الصحة يشمل أمرين هما السلامة من الأمراض، وذهاب المرض بعد حلوله".

فالصحة حق أساسي من حقوق الإنسان، إذا لابد أن ينظر على أن الخدمة الصحية ليس مجرد رعاية طبيب لمريض بل أشمل من ذلك، وعلى أن لا تكون المجتمعات الصحية عياديا فقط بل أشمل من ذلك حيث يشعر المريض بالصحة العقلية والذهنية والبدنية.

ثانيا: ماهية النظام الصحي

يعد النظام الصحي من أهم الأنظمة التي تتطلب إستراتيجية محكمة لما لها من طابع حساس من الناحية الاجتماعية وتقديم مستوى صحي أمثل للفرد والمجتمع، لأن صحة الأفراد تمثل وبدون شك أمرا حاسما في التنمية الإقتصادية والاجتماعية في أي دولة، وقد تم الإعتراف بأنّ تعزيز النظم الصحية وجعلها أكثر إنصافاً من الاستراتيجيات الأساسية لمكافحة الفقر وتعزيز التنمية.

1. مفهوم النظام الصحي

هناك عدة تعاريف للنظام الصحي، نذكر منها ما يلي :

عرف النظام الصحي بأنه "مجموعة الموارد المتاحة، وعملية تنظيم وإدارة هذه الموارد حتى تؤدي في النهاية إلى تقديم الخدمة الصحية لكل المواطنين"².

¹ إبراهيم طلعت، التحليل الاقتصادي والاستثمار في المجالات الطبية، دار الكتب المصرية، القاهرة، 2009، ص.11.

² محمود خليل الشاذلي وآخرون، طب المجتمع، أكاديميا إلكتروناشيونال للنشر والطباعة، بيروت، 1999، ص.34.

الفصل الأول: مدخل نظري إلى تمويل النظام الصحي

وعرف أيضا على انه "مجموع المنظمات والمؤسسات والموارد الرامية أساساً إلى تحسين الصحة ويحتاج ذلك النظام إلى موظفين وأموال ومعلومات وإمدادات ووسائل نقل وإتصال وتوجيهات وإتجاهات عامة ولا بد لذلك النظام من توفير خدمات تلبي الاحتياجات القائمة بأسعار منصفة والسعي، في الوقت ذاته إلى معاملة الناس على نحو لائق"¹.

ومن التعريفين السابقين يمكن أن نستخلص أن النظام الصحي هو "مجموعة من العناصر المترابطة والمتفاعلة مع بعضها ضمن شبكة من الاتصالات، والتي تعمل معا لتحقيق هدف النظام الصحي والمتمثل بضمان أعلى مستوى صحي ممكن للفرد والمجتمع والمحافظة عليه وترقيته باستمرار".
وبمعنى آخر أو باختصار "هو مجموعة من التنظيمات والسياسات والموارد والوظائف والهياكل الإدارية يؤدي تفاعلها إلى تقديم الخدمات الصحية".

المطلب الثاني: أهمية ومكونات النظام الصحي

سننظر في هذا المبحث إلى أهمية النظام الصحي، ومكوناته الأساسية.

أولاً: أهمية النظام الصحي

للنظام الصحي أهمية كبيرة لأنه العمود الفقري للمنظومة الاجتماعية ومن أهم الأسباب التي أدت في السنوات الأخيرة إلى زيادة الاهتمام بالنظام الصحي²:

1. إن الصحة الجيدة تمثل الطرف المثالي لتمتع الناس بحياتهم؛
2. إن الصحة يعتبر الموضوع الوحيد الذي يهتم به كل الناس؛
3. إن موضوع الصحة يستهلك نسبة كبيرة من الموارد والطاقات المتوفرة لدى الدولة؛
4. إحتياج الخدمات الطبية لأرقى وأثمن واعقد أنواع التكنولوجيا؛
5. إن الخدمات الصحية من أكبر وأعقد الصناعات حالياً بسبب:

➤ إرتفاع تكاليفها؛

➤ كثرة إعداد العاملين في القطاع الصحي؛

¹ صلاح محمود دياب، إدارة المستشفيات و المراكز الصحية الحديثة، ط1، دار الفكر ناشرون وموزعون، عمان، 2009، ص.216.

² نفس المرجع السابق، ص.32.

الفصل الأول: مدخل نظري إلى تمويل النظام الصحي

➤ تنوع المهن والوظائف العامة في القطاع الصحي؛

➤ كثرة المحتاجين للخدمات الصحية.

ثانيا : مكونات النظام الصحي

يتكون النظام الصحي من خمسة مكونات أساسية نعرضها فيما يلي¹:

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، وأكبر دليل على المعرفة هي التكنولوجيا.

2. تنظيم البرامج الصحية:

وتقوم بها وزارات الصحة الوطنية وكذلك الوزارات والهيئات الحكومية الأخرى، كوزارات الدفاع والهيئات العسكرية، وبرامج الضمان الاجتماعي، والمنظمات الخيرية والتطوعية، وكذلك النقابات واتحادات العمال والقطاع الخاص.

3. الدعم المالي والتمويل:

إن مصادر التمويل الصحي تتضمن المصادر العامة، كالضرائب، والجمارك وبرامج التأمين الصحي الحكومي والعسكري، وموظفي الشركات ونشاطات المجتمع المحلي التي لا تهدف إلى الربح والمساعدات والمنح والهبات الخارجية الحكومية والخيرية، والتأمينات الشخصية والتأمين التطوعي.

4. الإدارة الصحية للنظام الصحي:

تلعب الإدارة الصحية دورا حيويا وهاما في إدارة النظام الصحي، وتقوم بالتخطيط الاستراتيجي وتقوم البرامج الصحية، وتدريب طلاب الطب والمهن الطبية الأخرى، والقيام بالبحوث الصحية، وقيادة النظام الصحي ووضع معايير الرقابة على الأداء، وتحسين مخرجات وعمليات ومدخلات النظام الصحي وتنظيم الظروف البيئية

¹ فريد توفيق نصيرات، إدارة المستشفيات، ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، 2008، ص.ص: 56-60.

الفصل الأول: مدخل نظري إلى تمويل النظام الصحي

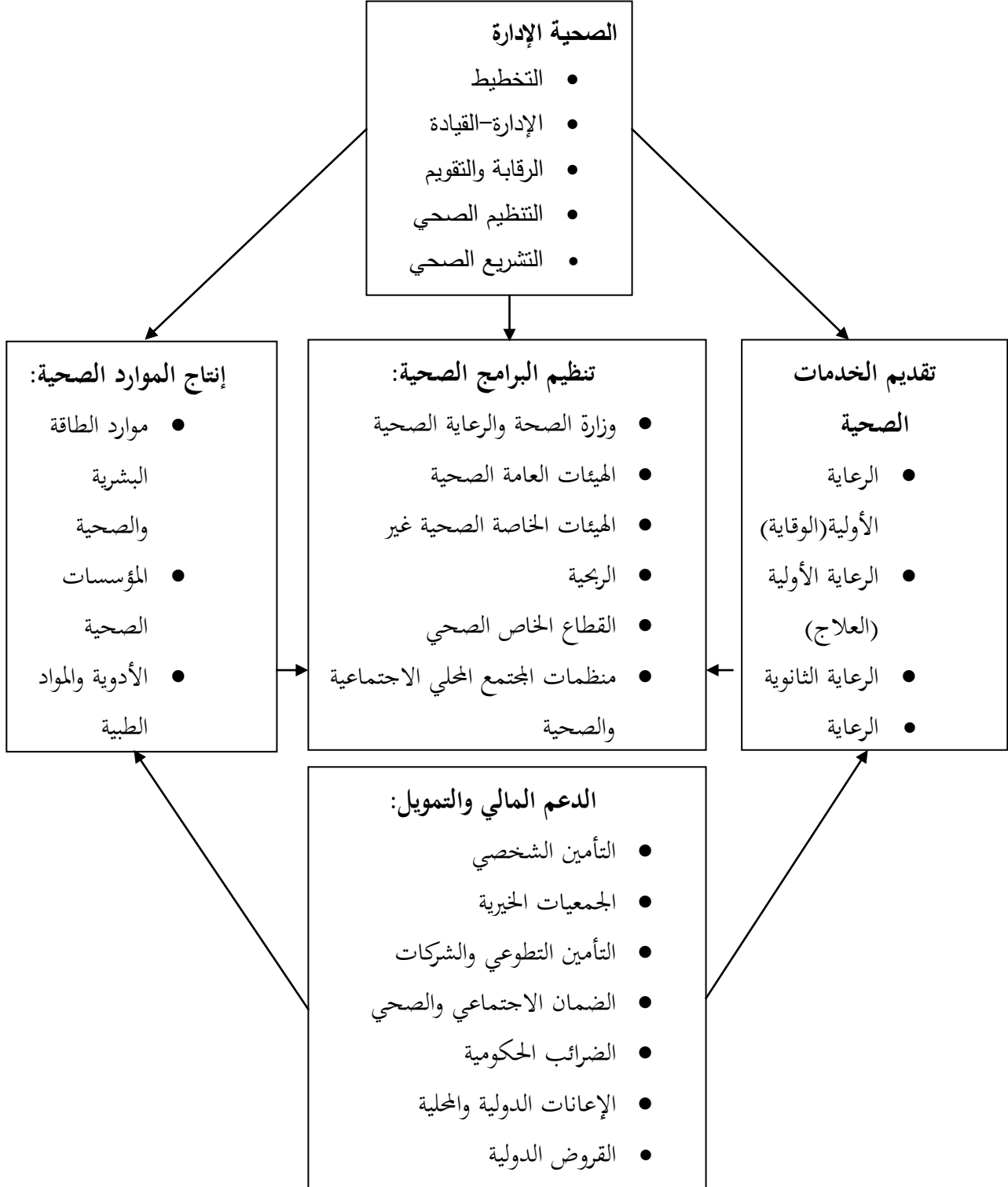
وترخيص واعتماد المهن الطبية والمؤسسات الصحية، وإصدار التشريعات الصحية وتنظيم القوى الصحية العاملة وتقوم الجودة وتحسينها.

5. إنتاج وتقديم الخدمات الصحية: إن الهدف الأساسي الذي يسعى إليه النظام الصحي يتمثل في تقديم خدمات صحية على المستويات الثلاث الأولية والثانوية والتخصصية، لتلبية الحاجات الصحية، والقيام بعملية تعزيز الصحة، وما يترتب عليها من نشاطات فردية وجماعية للحفاظ على الصحة واستردادها بعد حدوث الأمراض والحوادث المؤثرة سلباً على الصحة.

ويمكن توضيح مكونات النظام الصحي ووظائفه وتداخلاته في الشكل الموالي:

الفصل الأول: مدخل نظري إلى تمويل النظام الصحي

الشكل رقم (1-1): مكونات النظام الصحي ووظائفه وتدخلاته



المصدر: فريد توفيق نصيرات، إدارة المستشفيات، ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، 2008، ص65.

الفصل الأول: مدخل نظري إلى تمويل النظام الصحي

وهناك بعض أوجه القصور التي تتاب النظم الصحية في العالم نذكر منها¹:

1. تركيز العديد من وزارات الصحة على القطاع العام، والميل إلى تجاهل الرعاية الصحية للقطاع الخاص؛
2. ممارسة معظم الأطباء في العديد من البلدان لمهنتهم في كل من القطاعين العام والخاص في الوقت ذاته؛
3. إخفاق العديد من وزارات الصحة في تنفيذ اللوائح التي تضعها بنفسها أو التي يفترض أن تنفذها لما فيه المصلحة العامة؛
4. عجز العديد من الحكومات عن منع "السوق السوداء" في مجال الصحة، حيث يسود الفساد والرشوة وممارسة عمليتين في نفس الوقت، وإنتشار الممارسات غير القانونية الأخرى والتي تؤدي إلى زعزعة النظام الصحي.

المطلب الثالث: علاقة المنظومة الصحية بالمنظومة الاقتصادية

تطرقنا في المطلب الأول من هذا المبحث إلى مفهوم المنظومة الصحية، وذكرنا أنها مجموعة أنظمة فرعية حيث تتحدد إستراتيجية المنظومة الصحية بتفاعل أهداف الإستراتيجيات الخاصة بالأنظمة الفرعية الثلاث (الحالة الصحية، مصالح الإنتاج الطبي وميكانيزمات التحصيل)، حيث كل نظام فرعي يؤثر ويتأثر بالنظام الفرعي الآخر، هذا بالإضافة إلى التأثير بعوامل خارجية اقتصادية وإجتماعية، حيث يمكن إبراز تأثير العوامل الخارجية على المنظومة الصحية كالتالي²:

فالمنظومة الاقتصادية لها تأثير كبير على المنظومة الصحية، بأخذنا مثلاً مصالح الإنتاج الصحي فإننا نجد أن مدخلات هذا النظام مصدرها المنظومة الاقتصادية، فالطلب المتزايد على الأدوية الخاصة بالأمراض التي كانت في وقت ما مستعصية، شجع المخابر الصيدلانية للبحث والتطوير، بالإضافة إلى الأدوية، فإن إنجاز معدات طبية يستدعي تدخل خبرة باحثين في مختلف الاختصاصات كالفيزيائيين الإلكترونيين، الإعلام الآلي، الكيمياء... الخ هذا ما يبين ارتباط المنظومة الصحية بالمنظومة الاقتصادية.

¹ قدس برس، دعوة لعولمة الرعاية العلاجية

<http://www.islam-online.net/iol-arabic/dowalia/namaa-45/namaa-c.asq=top>. consulté le (12/03/2016), a 10 : 30.

² نصر الدين عيساوي، مراقبة التكاليف في المؤسسات الإستشفائية، رسالة ماجستير غير منشورة، تخصص علوم التسيير، جامعة منتوري قسنطينة، ص.31.

الفصل الأول: مدخل نظري إلى تمويل النظام الصحي

وفي هذا الصدد، يذهب إلى القول أن المنظومة الصحية موجودة بأكملها داخل المنظومة الاقتصادية، هذا راجع إلى مدخلات المنظومة الصحية المتواجدة داخل المنظومة الاقتصادية بالإضافة إلى العلاقة الموجودة بين المنظومة الاقتصادية والمنظومة الصحية، فإنه لا يمكننا إغفال تأثير المنظومة الاجتماعية على هذه الأخيرة، ونلمس هذه العلاقة بوضوح خاصة في ميدان الوقاية غير المباشرة للأشخاص (مستوى تعليمي، ثقافة، توعية، صحية...)، أو أنشطة لها علاقة مباشرة بالمنظومة الصحية، فيما يخص مثلا تمويل الخدمات الصحية أو بصفة عامة ميكانيزمات التحصيل.

بقولنا فيما سبق أن الخدمات الصحية عبارة عن مدخل واحد في إنتاج الصحة، يتضح من خلال العلاقة والتفاعلات الموجودة بين المنظومة الصحية والمنظومة الاقتصادية من جهة ومن جهة أخرى المنظومة الاجتماعية.

المبحث الثاني: الخدمة الصحية في المستشفى

يعتبر المستشفى العمود الفقري لأي نظام صحي، وذلك بسبب توفيره لكافة أنواع الرعاية الصحية كخدمات الرعاية الصحية الأولية وخدمات الرعاية الصحية الثانوية وخدمات الرعاية الصحية التخصصية في وقت واحد، وهو ما تعجز عن توفيره أي مؤسسة صحية أخرى، وفي هذا المبحث سوف نحاول التطرق لمفهوم المستشفى (تصنيفه، وظائفه وخصائصه) أما في المطلب الأخير سوف يتضمن مفهوم الخدمة الصحية، أنواعها وخصائصها.

المطلب الأول: المستشفى حجر أساس في النظام الصحي

كما أشرنا سابقاً، صحة الأفراد تمثل وبدون شك عنصراً حاسماً في التنمية الاقتصادية والاجتماعية في أي دولة، وكما كان المستشفى وسيلة مهمة من الوسائل التي تساهم في تحقيق هذه الأخيرة، فقد زاد الاهتمام بإنشاء المستشفيات والإنفاق عليها، وقد يتم ذلك عن طريق القطاع الخاص وإسهام الهيئات والجمعيات الخيرية كما قد يتم بواسطة المؤسسات العمومية، هذه الأخيرة التي تقوم بتقديم بعض الخدمات العمومية التي تتميز بالمصلحة العامة التي تسعى دوماً لتحسينها.

أولاً : مفهوم المستشفى

يعتبر المستشفى العمود الفقري لأي نظام صحي، وذلك بسبب توفيره لكافة أنواع الرعاية الصحية، كخدمات الرعاية الصحية الأولية وخدمات الرعاية الصحية الثانوية وخدمات الرعاية الصحية التخصصية في وقت واحد، وهو ما تعجز عن توفيره أي مؤسسة صحية أخرى، وسنعرض مجموعة من التعاريف المتعلقة بالمستشفيات. المؤسسة الصحية (المستشفى والمركز الصحي) هي "مجموعة من التخصصات والمهارات والمهن الطبية والغير الطبية ومجموعة من الخدمات والأدوية، والمواد التي تنظم في نمط معين بهدف خدمة المرضى الحاليين والمرتبين وإشباع حاجاتهم، ومن ثم استمرار المؤسسة في النمو"¹.

¹ صلاح محمود ذياب، مرجع سبق ذكره، ص.33.

الفصل الأول: مدخل نظري إلى تمويل النظام الصحي

أما الجمعية الأمريكية للمستشفيات American Hospital Association فتعرف المستشفى بأنه "مؤسسة تحتوي على جهاز طبي منظم يتمتع بتسهيلات طبية دائمة، تشمل أسرة للتنويم وخدمات طبية تتضمن خدمات الأطباء وخدمات التمريض المستمرة لتقديم والتشخيص والعلاج اللازمين للمرضى"¹. عرف أيضا على أنه "الركيزة الأساسية للنظام الصحي، ففيه تتجمع مختلف فئات الأطباء والمرضى والعاملين الصحيين من مختلف الاختصاصات والعلوم الصحية، لتقديم الخدمات الضرورية للمرضى الداخليين والمرضى الذين يراجعون العيادات الخارجية وقسم الطوارئ، وفيه تتكامل الخدمات العلاجية مع خدمات تعزيز الصحة والخدمات الوقائية والتأهيلية"².

يتضح من التعريفات السابقة أن منها ما يركز على الوظيفة التقليدية للمستشفى كمكان لإقامة وعلاج المرضى، ومنها ما يركز على المفهوم الحديث باعتباره جزءا أساسيا من النظام الاجتماعي يقوم بأداء مختلف الوظائف الصحية.

واقع الحال يؤكد على أن المستشفى هو مؤسسة صحية معقدة التركيب والتنظيم لأسباب كثيرة أهمها أن المستشفى، يقدم النشاطات والأعمال الطبية والتمريضية إلى جانب الأعمال الإدارية والمالية والمحاسبية، ويتعامل مع جميع فئات وطبقات المجتمع، وكذلك إحتواء المستشفى على عدد كبير من أنواع المهن والمهارات في المجالات الطبية التشخيصية و العلاجية.

وقد عرف العديد من المهتمين المستشفى من نواحي تنظيمية وآخرين عرفوا المستشفى من نواحي وظيفية، واعتبروا المستشفى مؤسسة طبية مرخص لها رسميا تقدم رعاية طبية منتظمة وتتوفر فيها سجلات طبية وخدمات على مدار الساعة وغرفة عمليات وجميع الوسائل الممكنة لتقديم الخدمات الطبية التشخيصية والعلاجية. ويختلف مفهوم المستشفى حسب الأطراف التي يتعامل معها، فكل طرف له مفهومه الخاص عن المستشفى تبعا لتلك العلاقة القائمة بينهما، ويتضح ذلك فيما يلي³:

¹ غازي فرحان أبو زيتون، خدمات الإيواء في المستشفيات، دار زهران للنشر والتوزيع، عمان، 1999، ص.8.

² محمود خليل الشادلي، مرجع سبق ذكره، ص.61.

³ تامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، 2005، ص.ص:21-22.

الفصل الأول: مدخل نظري إلى تمويل النظام الصحي

1. المرضى: ينظرون إلى المستشفى على أنه الجهة المسؤولة عن تقديم العلاج والرعاية الصحية لهم وإستشفائهم؛
 2. الإطار الصحي: هو الموقع الذي يمارس فيه أعماله ومهامه الإنسانية، وبما يملكه من خبرة ومهارة في القيام بالرعاية الصحية؛
 3. إدارة المستشفى: منظمة مفتوحة على البيئة المحيطة بها ومتفاعلة مع متغيراتها المختلفة في ضوء ما حدد لها من أهداف وواجبات مسؤولة عن تنفيذها بشكل كفء وفعال؛
 4. الدولة: إحدى مؤسساتها الخدمية والمسؤولة عن تقديم كل ما يحتاجه المجتمع، للنهوض بالواقع الصحي في البلد نحو الأحسن؛
 5. مصانع الأدوية: سوق واسع يستوجب إمداده بما يحتاجه من أدوية ومستلزمات طبية وفق إتفاقات مسبقة؛
 6. الطلبة والجامعة: موقع تدريبي وعملي لإكسابهم المهارة والمعرفة الميدانية عن أسرار المهنة لإجراء التجارب والبحوث المستقبلية في مجال الطب.
بالإضافة إلى ذلك، هناك وجهات نظر لأطراف أخرى تمتد إلى زوايا وتصورات مختلفة.
- ثانيا : خصائص المستشفى¹:

تجمع أدبيات الإدارة الصحية والباحثين في أدبيات القطاع الصحي ومؤسساته على أن المستشفى هو أحد أكثر التنظيمات تعقيدا وتميزا في الوجود بالمقارنة مع التنظيمات الأخرى بما فيها التنظيمات الخدمية، ولقد أبدى الكثيرون ممن درسوا المستشفيات كتنظيمات دهشتهم من أن مثل هذه المؤسسات يمكنها أن تعمل على الإطلاق، ومما لاشك فيه هذا التعقيد و التميز ينبع من خصوصية وتميز المستشفى عن غيره من التنظيمات وما يتطلبه ذلك من ترتيبات إدارية وتنظيمية خاصة تتفق مع طبيعته المتميزة، وقبل البحث عن وظائف وتصنيف المؤسسة الإستشفائية لابد لنا من التعرف على طبيعة هذا التنظيم المعقد وخصائصه المميزة له عن غيره من التنظيمات، ويمكن إرجاع تعقيد المستشفى الحديث إلى عديد من الخصائص يمكن إيجازها كما يلي:

¹ فريد توفيق نصيرات، مرجع سبق ذكره، ص.40.

الفصل الأول: مدخل نظري إلى تمويل النظام الصحي

1. تعدد الوظائف والمهن العامة في المؤسسة الصحية مما أدى إلى زيادة تعقيد وصعوبة إدارة هذه المؤسسات (المستشفيات و المراكز الصحية)؛
2. وجود أكثر من خط للسلطة داخل المؤسسة الصحية وهذه الخطوط أدت إلى وجود نوع من التعارض والصراع على السلطة داخل المستشفى بين مختلف المهن و المستويات الإدارية؛
3. عدم وجود خط واضح وثابت للإنتاج وتقديم الخدمة، وصعوبة التنبؤ بالحالات المرضية التي تراجع في المستشفى تلعب دورا كبيرا في عدم تحديد نمط ثابت لتقديم الخدمات الصحية؛
4. صعوبة تقييم الخدمات المقدمة بحيث يصعب إيجاد قيم كمية من الخدمات الطبية التي يقدمها المستشفى؛
5. كثرة القوانين والأنظمة والتعليمات التي يطبقها المستشفى أثناء تأدية العمل؛
6. وجود عدة أهداف للمستشفى والمركز الصحي، مثل تقديم الخدمة الطبية وإستخدام التكنولوجيا الطبية وتدريب العاملين والبحث العلمي؛
7. الخدمة المستمرة والدائمة خلال الفترات الزمنية(على مدار الساعة)؛
8. التعقيد في تركيب المؤسسة الصحية بسبب تنوع وإختلاف التركيبة الاجتماعية للعناصر البشرية العاملة في المستشفى؛
9. يغلب الطابع العاطفي أحيانا في اتخاذ القرار في المستشفى، لأن المؤسسة الصحية تتعامل مع الإنسان وصحته كأهم عامل من العوامل التي يهتم بها الإنسان؛
10. الطبيعة الطارئة لعمل المستشفى أي أن الخدمة الإستشفائية غير قابلة للتأجيل أو التأخير أو الإنتظار، مما يستلزم جاهزية وإستعداد مستمر من جانب كافة العاملين في المستشفى.

المطلب الثاني: وظائف المستشفى وتصنيفه

إن وظائف المستشفيات هي التي تحدد طبيعتها وخصائصها، وهناك مجموعة من الأسس تستخدم غالبا لتصنيف ووصف أنواع ووظائف المستشفيات.

الفصل الأول: مدخل نظري إلى تمويل النظام الصحي

أولا : وظائف المستشفى:¹

تعددت وظائف المستشفى في العصر الحديث، وحاولت المستشفيات المشاركة في مختلف الجوانب الحياتية بالإضافة إلى الجوانب والوظائف المرتبطة بالصحة من الوظائف الأساسية للمستشفى:

1. تقديم جميع مستويات الخدمة الطبية:

ويضم خدمات الرعاية الصحية الأولية والثانوية والتخصصية بالإضافة إلى خدمات الرعاية طويلة الأمد والمساندة كالمختبر والأشعة الصيدلانية.

➤ **خدمات الرعاية الأولية:** يعتبر هذا المستوى من الرعاية وقائية، وعرفت منظمة الصحة العالمية على أنها الرعاية الصحية الأساسية أو الهامة والمسيرة لكافة أفراد المجتمع ومعتمدة على وسائل وتقنيات صالحة عمليا وسليمة علميا وبمشاركة تامة من المجتمع وأفراده، وبتكاليف يمكن للمجتمع وللبلد توفيرها في كل مرحلة من مراحل تطوره.

➤ **خدمات الرعاية الثانوية:** يشمل هذا المستوى التخصصات والخدمات الطبية الرئيسية وهذه الخدمات تشمل الإسعاف والطوارئ والعيادات الخارجية والجراحة العامة، والأطفال والتوليد بالإضافة إلى الأمراض الباطنية، وتتلخص وظائف المستشفى في هذا المستوى فيما يلي:

- ❖ إيجاد أحدث التقنيات الطبية في التشخيص و العلاج لتقديم أعلى مستوى ممكن للرعاية؛
- ❖ تدريب العاملين في مجال التخصصات الطبية الرئيسية " الجراحة، التوليد، الأطفال"؛
- ❖ الإهتمام بالمريض وأحواله الاجتماعية والنفسية.

¹ أنظر إلى هنا:

- صلاح محمود ذياب، ص.ص: 112-113.

- فريد توفيق نصيرات، مرجع سبق ذكره، ص.ص: 67-68.

- محمود محمود السجاعي، محاسبة التكاليف في المنظمات الصحية مدخل نظم المعلومات، ط1، المكتبة العصرية للنشر والتوزيع، القاهرة، 2009، ص.ص: 15-16.

الفصل الأول: مدخل نظري إلى تمويل النظام الصحي

➤ **خدمات الرعاية الصحية التخصصية:** ويشمل هذا المستوى على الخدمات الطبية والتخصصات الدقيقة، وهي ذات تكلفة عالية، مثل جراحة العيون وأمراضها، جراحة الأنف، الأذن الحنجرة، القلب، والكلى ومختلف التخصصات الطبية الأخرى غير الجراحة العامة.

➤ **خدمات الرعاية الصحية التأهيلية "طويلة الأمد":** هذا المستوى يشمل تأهيل المريض مع الأمراض والإصابات والإعاقات المستديمة التي لا يؤمل شفاؤها، ويكون العلاج من خلال الطب الطبيعي والتأهيل والعلاج النفسي والاجتماعي، وتهدف إلى تمكين المريض من التعايش مع الإصابة التي آلت به.

➤ **الخدمات الطبية الممتدة إلى المنزل:** إن المستشفى العام كمركز رئيسي لصحة المجتمع المحلي الذي يعمل فيه لا ينبغي له إقتصار دوره على تقديم الخدمات الطبية لمن يطلبها ويسعى في الحصول عليها داخل أسواره، بل لابد له من توسيع أنشطته والخروج بها إلى المدى الكامل من خدمات الرعاية الطبية الذي يفترض فيه تقديمه (إبتداء من خدمات ترقية الصحة وانتهاء بخدمات التأهيل)، لابد له كذلك من مد خدماته خارج أسواره لتصل إلى بعض المرضى في بيئتهم المنزلية وخاصة الحالات المرضية المزمنة التي لا تتطلب الرعاية الصحية المركزة في المستشفى، والتي قد لا تتمكن من الحضور إلى المستشفى لمتابعة العلاج حيث يمكن للمستشفى إدارة وتنظيم برامج الرعاية الممتدة إلى المنزل وخاصة للمرضى كبار السن الذي يعانون من أمراض مزمنة تتطلب وقتاً طويلاً من العلاج والتي لا تتطلب حضور المريض للمستشفى، حيث يمكن رعايتهم من قبل الممرضات المتخصصات وخدمات الطبيب العام في منازلهم.

2. التثقيف الصحي والوقاية من الأمراض و التطعيم:

إن التثقيف بين أفراد المجتمع وطلاب المدارس والكليات والجامعات ومشاركة الهيئات الرسمية وغير الرسمية والشعبية في حملات مكافحة الأمراض والتلوث البيئي وكيفية الوقاية من الأوبئة والأمراض المعدية تعتبر من الوظائف الحيوية للمستشفى بالإضافة إلى قيام المستشفى، بجميع الخدمات الخاصة ببرامج الرعاية الصحية وصحة الفم والأسنان والأمومة والطفولة وكذلك المشاركة في مختلف الحملات الإعلانية والإعلامية حول الصحة العامة وصحة الفرد والأسرة.

3. التعليم والتدريب وتطوير وتنمية المعرفة والخبرات لدى الإطارات الطبية والتمريضية والطبية الساندة:

تعتبر المستشفيات من أهم المراكز التعليمية والتطبيقية لجميع الكوادر البشرية العاملة في المستشفى، ويعتبر

الفصل الأول: مدخل نظري إلى تمويل النظام الصحي

التدريب من أهم الأدوار والوظائف التي يقوم بها المستشفى لطلبة كليات الطب والتمريض والتخصصات الطبية الأخرى، إن التعليم المستمر من أجل مواكبة التطورات العلمية والتكنولوجية أمر ضروري وتعتبر وسيلة ناجحة لخلق كفاءات بشرية متميزة، ومن أهم فوائد التعليم المستمر في المستشفى:

- سرعة الإستجابة والتعاون والتنسيق ضمن فرق العمل الطبية؛
- القدرة على تحليل المشاكل الصحية؛
- القدرة على التعامل مع التغيرات البيئية الداخلية والخارجية للمستشفى.

4. إجراء التجارب والبحوث الطبية:

تلعب المستشفيات دورا حيويا في إكتشاف الحالات المرضية ومتابعتها وإيجاد وتطوير العلاجات المناسبة، وضمن الأبحاث والدراسات التي يقوم بها المستشفى، تحديد وفهم المشاكل الصحية التي تحدث وتحديد أولويات حلها، وتحسين إستخدام الموارد المتاحة وإيجاد سياسات خاصة باستخدامها بكفاءة وفعالية، ومن خلال هذه الوظيفة يتم تشجيع روح الابتكار والتجربة والمساهمة في الإبداع والتطوير.

5. الدور الاقتصادي: إن الإدارة الجيدة للمستشفى تلعب دورا إقتصاديا عن طريق دعم المستشفى لبعض الفعاليات الإنسانية والتطوعية وكذلك توفير فرص عمل مناسبة لأفراد المجتمع.

ثانيا : تصنيف المستشفيات¹:

عرفنا بان المستشفيات تختلف من بيئة لأخرى، ومن نظام إلى آخر وذلك تبعا لاختلاف الظروف الإقتصادية والإجتماعية والسياسة السائدة في الدولة، وعلى الرغم من هذا الاختلاف فإنه يمكن تصنيف المستشفيات لنماذج الملكية أو حجم المستشفى أو درجة التنظيم وغيرها من الأسس المستخدمة في تصنيف المستشفيات، وفيما يلي شرحا لأهم الأسس المستخدمة في تصنيف المستشفيات وهي:

¹ أنظر إلى:

- سليم بطرس جلدة، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، ط1، 2006، ص.ص: 35-37.
- صلاح محمود ذياب، مرجع سبق ذكره، ص.ص: 209-210.
- دريدي أحلام، دور استخدام نماذج صفوف الانتظار في تحسين جودة الخدمات الصحية، مذكرة غير منشورة لنيل شهادة ماجيستر، تخصص الأساليب الكمية في التسيير، جامعة محمد خيضر، بسكرة، 2014، ص.9.

➤ نمط الملكية والإشراف؛

➤ الخدمة؛

➤ الربحية؛

➤ الحجم.

1. نمط الملكية والإشراف:

تقسم المستشفيات على أساس الملكية أي على أساس مالك هذا المستشفى هل هو شخص عادي أو مجموعة أشخاص أو قطاع حكومي إلى ثلاثة أقسام:

➤ **المستشفيات الحكومية:** وهي المستشفيات التي تملكها هيئات رسمية تقوم على رعاية شؤونها ومصالحها

والتي تهدف إلى تقديم الخدمات الطبية بمختلف مستوياتها دون أن يكون لدى هذه المستشفيات أية

أهداف ربحية، وتخضع هذه المستشفيات للمسائلة العامة، وتخضع لقوانين وأنظمة وتعليمات الدولة، وغالبا

ما يكون نظام اتخاذ القرار في الجوانب الفنية والإدارية

وتنقسم إلى نوعين أساسيين، وفقا لأحقية العلاج بها وهما:

❖ **مستشفيات حكومية:** متاحة خدماتها لجميع المواطنين، في ظل نظام الخدمة الصحية الوطنية.

❖ **مستشفيات حكومية:** متاحة خدماتها لفئة محددة من المواطنين، مثل المستشفيات العسكرية.

➤ **المستشفيات الخاصة:** إما أن تكون مملوكة من قبل شخص واحد أو مجموعة من الأشخاص ويهدف هذا

النوع من المستشفيات لتقديم الخدمات الطبية بهدف الربح ويطبق في هذه المستشفيات مبادئ إدارة

الأعمال والتي تسعى لتحقيق أقصى درجة من الربح في ظل المنافسة الموجودة في السوق.

➤ **المستشفيات الخيرية:** هذا النوع من المستشفيات يكون مملوكا لجهات خيرية تطوعية مبنية على أساس

عرقى أو ديني أو جهوي.

وهذه المستشفيات تشمل الوسطية بين الخاص والحكومي، حيث تسعى لتحديد نفقاتها من جهة ومن

جهة أخرى تحقيق درجة من الرضا ومساعدة المحتاجين للخدمة الصحية، وفي حالة وجودها فإن الخدمات

التي تقدمها محدودة نظرا لمحدودية المخصصات المالية المتوفرة وارتباطها بحجم التبرعات.

الفصل الأول: مدخل نظري إلى تمويل النظام الصحي

2. التصنيف على أساس الخدمة

وتنقسم المؤسسات الصحية حسب هذا المعيار:

➤ **المؤسسات الصحية العامة:** وهي المؤسسات التي تقدم خدمات صحية متعددة تجمع بين الطب والتشخيص والجراحة، كالمستشفيات ومصحات الطب والجراحة.

ويمكن أن يقدم هذا النوع من المستشفيات أيضا خدمات رعاية طويلة الأمد، وخدمات طب الأسنان.

➤ **المؤسسات الصحية المتخصصة:** تتخصص هذه المؤسسات في تقديم خدمات صحية معينة كمراكز الفحص بالأشعة ومخابر التحليل الطبية ومستشفيات أمراض القلب.

وما يميز هذا النوع من المستشفيات أنها تحاول إيجاد جميع الخدمات الطبية والتي لها علاقة في مجال

تخصص معين وبالتالي تكون الخدمة في ذلك التخصص مميزة ومتعمقة في نفس المجال.

3. التصنيف على أساس الربحية

بالرغم من أن الهدف العام من إنشاء المستشفيات هو عادة لتقديم الخدمات الطبية إلى المواطنين، إلا أن

هنالك أهداف أخرى من وراء تأسيس المستشفيات، ويمكن التمييز بين ثلاثة أنواع:

➤ **مستشفيات حكومية لا تهدف إلى الربح:** وهي مستشفيات حكومية تقوم الدولة بتأسيسها بهدف تقديم الخدمات الطبية للمواطنين من دون مقابل أو مقابل أجور رمزية زهيدة، وهذا النوع من المستشفيات يكثر في الدول الاشتراكية مثل سوريا.

➤ **مستشفيات خيرية:** وهي مستشفيات طوعية تدار من إحدى الجهات الخيرية إما على هيئة جمعية خيرية أو منظمة دينية، ويكون الهدف من إنشائها عادة هو هدف خيري، وفي مثل هذا النوع من المستشفيات فإن الواردات المتحققة تضاف كل سنة إلى ميزانية المستشفى بغرض تطويرها وتحسين نوعية الخدمة.

➤ **مستشفيات تهدف إلى الربح:** وهي المستشفيات الخاصة التي تعود ملكيتها إلى مجموعة من الأفراد هم على الأغلب من الأطباء، وهؤلاء يديرون شؤونها ويرسمون سياستها ويمارسون فيها مهنتهم، مثل هذه المستشفيات تكون بغرض الربح، ويكثر هذا النوع من المستشفيات في الدول الرأسمالية.

4. التصنيف على أساس الحجم:

تقسم المستشفيات على أساس الحجم إلى ثلاثة أقسام:

الفصل الأول: مدخل نظري إلى تمويل النظام الصحي

➤ **مستشفيات كبيرة الحجم:** وهذه المستشفيات تتميز بعدد كبير من الأقسام خاصة الطبية التخصصية أو عدد كبير من الأسرة في كل قسم.

وفي الغالب يتم اعتماد عدد الأسرة للتمييز بين هذه الأنواع من المستشفيات، وهناك الكثير من الدراسات التي أعتبرت المستشفى الكبير أكثر من 500 سرير بشكل عام، أو تزيد عدد الأقسام عن عشرة أقسام طبية لكي يعتبر المستشفى كبير الحجم.

➤ **مستشفيات متوسطة الحجم:** وهي تلك المستشفيات التي يكون عدد أسرتها 200 سرير ويحتوي المستشفى على خمسة أقسام طبية رئيسية وتخصصية.

➤ **مستشفيات صغيرة الحجم:** وهي تلك المستشفيات التي يكون عدد أسرتها اقل من 20 سرير أو يكون اقل من خمسة أقسام وأحياناً تحتوي هذه المستشفيات على تخصص واحد فقط.

وبغض النظر عن عدد الأسرة المعتمدة إلا انه يمكن تقسيم حجم المستشفيات بناء على إعداد أسرة مختلفة كما في بعض الدول حيث يعتبر المستشفى كبير الحجم 100 سرير فأكثر، وبالتالي يجب مراعاة الوضع العام للقطاع الصحي في تلك الدولة.

مما سبق، نجد أنه رغم تعدد تصنيفات المؤسسات الصحية وإختلاف الأنشطة التي تمارسها، إلا أن تقديم خدمات صحية هو الأساس التي وجدت من أجله، وهو ما سنتناوله في المطلب الموالي.

المطلب الثالث: أساسيات حول الخدمة الصحية

سنعمل من خلال هذا المطلب على تسليط الضوء على مفهوم الخدمة الصحية، بإعتبارها المنتج الأساسي الذي تقدمه المؤسسات الصحية، مبرزين أهم الخصائص المميزة لها مع الإشارة إلى أنواع الخدمة الصحية.

أولاً: مفهوم الخدمة الصحية

تعتبر الخدمات الصحية شكل من أشكال الخدمات، وأحد مدخلات إنتاج الصحة لذلك أختلف

الكثيرون حول مفهوم هذه الخدمة، حيث هناك جملة من التعاريف نذكر منها:

الفصل الأول: مدخل نظري إلى تمويل النظام الصحي

عرفت الخدمة الصحية على أنها "العلاج المقدم للمرضى سواء كان تشخيصاً أو إرشاداً أو تدخلاً طبيًا ينتج عنه رضا وإنتفاع من قبل المرضى، بما يؤول لأن يكون بصحة أفضل"¹.

وعرفت أيضاً على أنها "مزيج متكامل من العناصر المادية الملموسة وغير الملموسة، التي تحقق إشباع وإرضاء معين للمستهلك (المريض)، ومن أمثلة ذلك الخدمات الوقائية، خدمات الفحص والتشخيص، خدمات الراحة والعلاج... الخ"².

وفي تعريف آخر "هي جميع الخدمات التي يقدمها القطاع الصحي على مستوى الدولة سواء كانت علاجية موجهة للفرد أو وقائية موجهة للمجتمع والبيئة أو إنتاجية، مثل إنتاج الأدوية والمستحضرات الطبية وغيرها بهدف رفع المستوى الصحي للمواطنين وعلاجهم ووقايتهم من الأمراض"³.

وباختصار شديد هي "كافة الخدمات التي تقدم لإشباع حاجات أو رغبات صحية لطالبي الخدمة الصحية"⁴.

وفي الأخير يمكن إدراج التعريف التالي للخدمة الصحية "هي جميع الخدمات التي تقدمها المؤسسات الصحية سواء كانت علاجية موجهة للفرد أو وقائية موجهة للمجتمع والبيئة أو إنتاجية مثل الأدوية والمستحضرات الطبية والأجهزة الطبية وغيرها بهدف رفع المستوى الصحي للأفراد وتلبية الرغبات المرتبطة بهذه الخدمة".

ثانياً: الخصائص الاقتصادية للخدمات الصحية تتسم الخدمات الصحية بصفات إقتصادية عديدة، بعضها ينصرف إلى جانب الطلب، والبعض الآخر ينصرف إلى جانب العرض، وتمثل الخصائص الاقتصادية للخدمات الصحية في الأتي⁵:

1. **الخدمات الصحية تعد سلعا جماعية:** فالسلع الجماعية هي تلك السلع التي يرى المجتمع أنها تقدم منافع ليس فقط للفرد الذي يستهلكها، لكن للمجتمع ككل، فإذا ترك الناس لأنفسهم، فإن بعضهم قد يستهلك من

¹ تامر ياسر البكري، مرجع سبق ذكره، ص.168.

² فوزي شعبان مذكور، تسويق الخدمات الصحية، ط1، ايتراك للنشر والتوزيع، مصر، 1998، ص.98.

³ محمد محمد إبراهيم، طبيعة حماية المستهلك في مجال الخدمات، ط1، مجموعة النيل العربية، مصر، 2008، ص.195.

⁴ مدحت محمد أبو النصر، إدارة الجودة الشاملة في مجال الخدمات، ط1، مجموعة النيل العربية، مصر، 2008، ص.165.

⁵ طلعت الدمرداش إبراهيم، اقتصاديات الخدمات الصحية، مكتبة القدس، الزقازيق، ط2، مصر، 2006، ص.31.

الفصل الأول: مدخل نظري إلى تمويل النظام الصحي

هذه السلع كمية تقل عن المستوى الأمثل، وقد يرجع ذلك إلى أنهم لا يعرفون قيمة هذه السلع جيدا بالنسبة لأنفسهم وللآخرين، أو أن دخلهم لا يكفي لإستهلاك الكمية المثلى منها، حيث يترتب على استهلاك بعض أفراد المجتمع للخدمات الصحية العامة تحسن مباشر في صحتهم، ويستفيد من ذلك جميع الأفراد الآخرين في محيطهم سواء كان ذلك بتضاؤل فرص الآخرين بالمرض، أو تحرير الوقت المخصص من الأفراد الأصحاء لرعاية المرضى، ليتحول إلى وقت منتج و مولد للدخل.

ولذلك قد يكون من المفيد إقتصاديا تقديم دعم لهذه الخدمات، أو حتى تقديمها مجانا، ففي معظم الدول تعتبر الخدمات الصحية و التعليم من الخدمات وتقدمها الدولة مجانا عند نقطة الإستخدام، ولا يكون البديل الوحيد أن تتولى لإنتاج هذه السلع و الخدمات بنفسها، إذ يمكنها أن تسمح للقطاع الخاص بذلك على أن تقوم بدعمها والإشراف عليها وتنظيمها.

2. **طلب الخدمات الصحية يعد طلب مشتق**: يطلق إصطلاح الطلب المشتق عادة على السلع التي لا تطلب للإستهلاك المباشر، ولكنها تستخدم في صناعة منتجات أخرى من أجل الإستهلاك النهائي وهكذا فإذا كانت كل الخدمات الصحية يمكن اعتبارها كمدخلات لإنتاج الصحة يكون الطلب على الخدمات الصحية طلب مشتق من الطلب على الصحة، إذ أن الزيارات المنتظمة إلى طبيب الأسنان قد تكون من أجل الحصول على أسنان ولثة سليمة في المستقبل و بهذا المعنى فإن المريض يستثمر في رعاية الفم والأسنان في الحاضر من الحصول على أسنان سليمة في المستقبل.

3. **الخدمات الصحية تعد إنفاقا إستهلاكيا**: فالسلع الإستهلاكية هي التي يشتريها المستهلك عادة من اجل الإشباع (المنفعة) التي تقدمها إما مباشرة في نفس اللحظة الزمنية لإستهلاكها أو في صورة تدفق من الخدمات، إذ أن شراء المستهلك للأدوية وإستهلاكها يعطي إشباعا مباشر عادة، بينما شراء جهاز لقياس السكر أو جهاز قياس الضغط الشخصي يقدم خدمات على فترات زمنية ممتدة.

يرى مؤيدي المفهوم الاستهلاكي للخدمات الصحية أن رفع المستوى الصحي للسكان يؤدي إلى زيادة الرفاهية الضحية الاجتماعية ورفع مستويات الاستهلاك في المجتمع، مما يترتب عليه إستمتاع الفرد بحياته بصورة أفضل، بينما يرى مؤيدي المفهوم الإستثماري للخدمات الصحية أن رفع المستوى الصحي للسكان يهدف إلى زيادة الناتج القومي من خلال زيادة إنتاجية القوة العاملة و زيادة عددها.

الفصل الأول: مدخل نظري إلى تمويل النظام الصحي

4. الخدمات الصحية تمثل شراء الضغط بالنسبة للمستهلك: إذا كان المستهلكون لا يحصلون على الإشباع مباشرة من شراء البنترول، لأنهم يشترونه لتسيير سيارتهم، و من ثم فهم يحصلون على المنفعة من إستهلاك السيارات وليس من استهلاك البنترول، ويرى الاقتصاديون أن شراء البنترول يمثل شراء ضغط لأنه ضروري لتسيير السيارات ولا بديل لذلك.

وبنفس الطريقة فإن زيارة طبيب الأسنان قد تكون غير مريحة وتسبب الانقباض لدى البعض ولكنها تمثل شراء ضروري للتخلص من آلام الأسنان، كما أن دخول المريض غرفة العمليات لإجراء جراحة قد يكون أمرا غير مستحبا ولكنه ضروريا لتخليص المريض من آلامه وإستعادة صحته وتحسنها.

5. تخضع أسواق الخدمات الصحية إلى جانب كبير من التدخل و التنظيم الحكومي: تبدأ بالتدخل الحكومي التقليدي لوضع القواعد المهنية في الخدمات الصحية والتي توفرها الحكومة لحماية المرضى مثل (تراخيص مزاولة المهنة، وتنظيمها والقواعد التي تحدد دفع مقابل تلك الخدمات الصحية)، ويتسع التدخل الحكومي في مجال الإنتاج المباشر للخدمات الصحية من خلال وحدات إنتاج للحكومة، و نادرا ماتترك أسواق الخدمات الصحية إلى قواعد السوق الحر لصورتها المطلقة.

6. الطلب على الخدمات الصحية قليل المرونة: مثل جميع السلع الضرورية، وقد يصل أن يكون الطلب على بعض الخدمات الصحية عديم المرونة، و هذا يعني تضائل أثر أسعار الخدمات الصحية على طلب تلك الخدمات. 7. يتسم إنتاج الخدمات الصحية بكثافة استخدام عنصر العمل: كما أن إنتاجيتها تنمو ببطء بالمقارنة بالمجالات الأخرى في الاقتصاد.

8. يتميز الإنتاج في وحدات إنتاج الخدمات الصحية (مستشفيات، عيادات طبية) بإنتاج منتجات عديدة بنفس المدخلات: فمثلا يمكن لوحدة إنتاج الخدمات الصحية إنتاج الخدمات التطعيم، وخدمات تنظيم الأسرة وخدمات الجراحات الحرجة، وخدمات علاج الأمراض المزمنة.... وغيرها، وبالتالي فإن وحدات إنتاج الخدمات الصحية لاتعد من وحدات إنتاج المنتج الوحيد.

وكذلك فإن هذه الوحدات عندما تنتج خدمة تكون لمريض محدد، وبالتالي فإذا قدمت نفس الخدمة لمريض آخرين ربما تختلف تكاليف نفس الخدمة باختلاف المريض، حيث تعتمد تلك التكاليف على الحالة الصحية للمريض، وقدرته على الإستجابة للعلاج، وملائمة العلاج.

ثالثاً: أنواع الخدمات لصحية

وتقدم المستشفيات أربعة أصناف من الخدمات وهي كما يلي¹:

1. الخدمات الصحية العلاجية: وهي الطابع الغالب على وظائف المستشفيات في الأقطار النامية ولكن لايعني هذا مجرد العلاج، وإنما هي عملية متكاملة تعني التشخيص العلاج والتأهيل.

2. خدمات التعليم والتدريب الصحي: يقوم بوظيفة التعليم والتدريب للفئات المساعدة، بالإضافة إلى مدارس التعليم والتمريض الملحقة بالمستشفيات العامة والمستشفى نفسه هو المكان الطبيعي للتعليم لمدارس التمريض، وكذلك بالنسبة لتدريب خريجي المعاهد الصحية والفنية والأطباء الجدد.

3. خدمات البحوث الصحية: وتقوم بتقديم ثلاثة أنواع من البحوث:

➤ بحوث علمية أكاديمية.

➤ بحوث تطبيقية.

➤ بحوث ميدانية حقلية.

4. الخدمات الصحية الوقائية:هي الخدمات المرتبطة بصحة المجتمع أو ما يمكن أن نطلق عليه بالخدمات الصحية البيئية، حيث ترتبط تلك الخدمات بالحماية من الأمراض المعدية والأوبئة والحماية من التدهور الصحي الناتج عن سلوك الأفراد والمشروعات التي تمارس أنشطة ملوثة للبيئة، ويرتبط هذا النوع من الخدمات الصحية بصحة الفرد، بصورة غير مباشرة وهذه الخدمات هي خدمات صحية مانعة تهدف إلى وقاية الفرد من التعرض للمرض ويطلق عليها خدمات صحية وقائية، وتتمثل خدمات التطعيم ضد الأمراض الوبائية، وخدمات الرقابة الصحية على متاجر تقديم الغذاء والمشروبات ومحلات خدمات قص الشعر والتجميل وخدمات الرقابة البيئية إضافة إلى خدمات الإعلام ونشر الوعي الصحي².

¹ زكي خليل المساعد، تسويق الخدمات وتطبيقاته، ط1، دار المناهج، عمان، 2006، ص.301.

² طلعت الدمرداش إبراهيم، مرجع سبق ذكره، ص.31.

الفصل الأول: مدخل نظري إلى تمويل النظام الصحي

ويوجد تصنيف آخر للخدمات الصحية يتضمن:¹

- الخدمات الطبية؛
- الخدمات شبه الطبية؛
- الخدمات الصيدلانية؛
- الخدمات الجراحية؛
- خدمات ترميم الأعضاء؛
- الخدمات الوقائية (الأولية والثانوية)؛
- الخدمات المتعلقة بالبيئة (التغذية، الماء، نوع الحياة).

¹ Youssef mahyaoui, **Etude juridico économique de la contractualisation dans le système de soins**, thèse non publié de doctorat le système de soins hospitalier, Université de Paris , p.32.

المبحث الثالث: تمويل المنظومة الصحية

تمثل الصحة الجيدة العنصر الأساسي لمعافاة الإنسان ولتنمية إقتصادية وإجتماعية مستدامة ولقد وضعت الدول الأعضاء في منظمة الصحة العالمية لنفسها الهدف المتمثل في تطوير نُظُمها الصحية بما يضمن إستفادة الناس جميعاً من الخدمات الصحية، مع حمايتهم في نفس الوقت من المصاعب المالية المرتبطة بدفعهم تكاليف هذه الخدمات، وسنحاول في هذا المبحث عرض أهمية تمويل القطاع الصحي، من حيث المفهوم، آليات ومصادر التمويل وسياسة تمويل قطاع الصحة في الجزائر.

المطلب الأول: ماهية التمويل ومصادره

أولاً: تعريف التمويل

هناك عدة تعاريف للتمويل نذكر منها:

عرف التمويل على أنه "هو ذلك القرار المالي الذي يسعى لإيجاد الكيفية التي تحصل بها المؤسسة على الأموال اللازمة لتمويل الإستثمارات، بحيث على المؤسسة إختيار مصدر التمويل الذي يناسبها، وأيضاً إتخاذ قرار إستثماري يلائم إمكانياتها التمويلية"¹.

وعرف كذلك على أنه "كافة الأنشطة والأعمال التي يقوم بها الأفراد والمشروعات للحصول على الأموال اللازمة برأس المال أو بالإقتراض وإستثمارها في عمليات مختلفة تساعد على تعظيم القيمة النقدية المتوقع الحصول عليها مستقبلاً في ضوء القيمة المتاحة حالياً للإستثمار والعائد المتوقع الحصول منه والمخاطر المحيطة به"².

من خلال التعريفين السابقين يمكن إستخلاص أن للتمويل يعني "توفير المبالغ النقدية اللازمة لإنشاء أو تطوير مشروع خاص أو عام، غير أن اعتبار التمويل على أنه الحصول على الأموال بغرض إستخدامها لتشغيل أو تطوير المشروع" يمثل نظرة تقليدية، بينما النظرة الحديثة له تركز على "تحديد أفضل مصدر للأموال عن طريق المفاضلة بين عدة مصادر متاحة من خلال دراسة التكلفة والعائد"³.

¹ نعيم نمرود داوود، التحليل المالي بين النظرية والتطبيق، دار البداية ناشرون وموزعون، الأردن، 2012، ص.145.

² الحجازي عبيد على أحمد، مصادر التمويل، دار النهضة، بيروت، لبنان، 2001، ص.ص: 11 - 12.

³ أحمد بوراس، تمويل المنشآت الاقتصادية، دار العلوم، عنابة، الجزائر، 2008، ص. 24.

الفصل الأول: مدخل نظري إلى تمويل النظام الصحي

ثانيا: أنواع التمويل

للتتمويل نوعان أساسيان وهما التمويل الذاتي والتمويل الخارجي¹:

1. التمويل الذاتي: يقصد به الأموال المتولدة من العمليات التجارية للشركة أو من مصادر عرضية دون اللجوء إلى مصادر خارجية.

يرى deppens أن التمويل الذاتي يمكن الشركة من تغطية الاحتياجات المالية اللازمة لسد الديون وتنفيذ الاستثمارات الرأسمالية وزيادة رأس المال العامل، ويشمل التمويل الذاتي الفائض النقدي وقد فرق بين نوعين من التمويل الذاتي:

➤ **التمويل الذاتي:** الذي يهدف إلى المحافظة على الطاقة الإنتاجية والإدارية للشركة حيث تخصص أمواله لهذه الغاية، ويشمل أموال الإهلاك واحتياطي ارتفاع الأموال الرأسمالية.

➤ **التمويل الذاتي:** الذي يهدف إلى التوسع والنمو وتخصص أمواله لتحقيق هذا الهدف والذي يشمل الأرباح المحتجزة والاحتياطات.

2. التمويل الخارجي: يتضمن التمويل الخارجي كافة الأموال التي يتم الحصول عليها من مصادر خارجية تتحصل الشركة على هذه الأموال وفقا لشروط وأوضاع يحددها سوق العمل، وعائد الفرصة البديلة ويتوقف التمويل الخارجي على حجم التمويل الداخلي وإحتياجات الشركة أي انه مكمل للتمويل الداخلي لتغطية المتطلبات المالية.

ويمكن حصر المصادر الخارجية فيما يلي:

➤ الحصول على أموال من الملاك بإصدار أسهم جديدة كما في شركات المساهمة أو إضافة مساهمات؛

➤ الحصول على أموال الغير في شكل قروض بإصدار سندات قابلة للتداول في بورصة الأوراق المالية.

إن عملية تمويل الاستثمارات هي أن البنك مقبل على تجميد أمواله لمدة ليست بالقصيرة، يمكن أن تمتد إلى سنتين إلى ما فوق حسب طبيعة الاستثمار فإذا تعلق الأمر بالحصول على آلات ومعدات مثلا، فإنه يعتبر تمويلا متوسط الأجل، أما في تمويل العقارات فتكون بصدد تمويل طويل الأجل، ونظرا للصعوبات التي

¹ عبد الغفار حنفي، الإدارة المعاصرة، ط1، الدار الجامعية، الإسكندرية، 1993، ص.407.

الفصل الأول: مدخل نظري إلى تمويل النظام الصحي

تجدها المؤسسات المالية في تمويل عمليات بهذا الحجم وبهذه المدة تم تحديث طريقة جديدة للتمويل كمعطيات القرض الايجاري.

المطلب الثاني: طرق ومصادر تمويل المؤسسات العمومية الإستشفائية

تمكن المؤسسة الإستشفائية من تحقيق أهدافها يتطلب توفرها على الموارد المالية اللازمة، أين تتعدد هذه الموارد في بعض المنظومات الصحية والتي قد تكون مفردة في البعض الآخر.

أولاً: مصادر تمويل المؤسسة العمومية الإستشفائية

تقدم الخدمات الصحية العامة عادة عن طريق الحكومة وهيئاتها على المستوى القومي والمحلي نجد أن خدمات الإسعاف والمستشفيات يمكن أن تقدم عن طريق مؤسسات حكومية عامة أو منشآت القطاع الخاص التي تهدف إلى الربح¹.

وهناك أربعة مصادر أساسية لتمويل المؤسسات العمومية الإستشفائية ويمكن تقسيمها كالآتي²:

➤ المصادر العامة (الدولة و الأجهزة المختلفة)؛

➤ المصادر الخاصة؛

➤ المصادر الخارجية؛

➤ التأمينات.

1. مصادر التمويل العمومية:

مشاركة السلطات العمومية في تمويل الخدمات الصحية شيء لا مفر منه، أين نجد هذا المصدر في كل المنظومات الصحية العالمية، الإختلاف بين منظومة صحية ومنظومة صحية أخرى يكمن في نسبة مساهمة الدولة في عملية التمويل.

إن مساهمة الدولة في تمويل نفقات الصحة في الجزائر مثلاً، كانت جد مهمة في السنوات الخمس الأولى من مرحلة مجانية العلاج، هذه المساهمة أخذت في التناقص ما بين 1979 إلى 1988 لترتفع بعد ذلك في 1989 أين وصلت 35% في 1993.

¹ د. حسين ذنوب علي البياتي، المعايير المعتمدة في إقامة وإدارة المستشفيات، دار وائل للنشر، 2005، ص.50.

² نور الدين عياشي، المنظومات الصحية المغربية، رسالة دكتوراه غير منشورة، تخصص مالية المؤسسات، جامعة قسنطنسة، 2009، ص.25.

الفصل الأول: مدخل نظري إلى تمويل النظام الصحي

2. مصادر التمويل الخاصة:

هناك مصدرين خاصين بالتمويل الخاص:

التمويل الذي مصدره مؤسسات خاصة أو عامة تسعى إلى إنشاء مراكز صحية من أجل تقريب الخدمات الصحية من عمالها من جهة، من جهة أخرى التحكم في النفقات التي كانت تعطى لمصادر أخرى من خارج المؤسسة لتسييرها (مؤسسات التأمين).

التمويل الذي مصدره تسديد المستهلكين للخدمات الصحية من مصادرههم المالية الخاصة، يمكن لمقابل الخدمة المقدمة (Ticket modérateur) لهذا التسديد أن يكون كلي أو جزئي، وفي الجزائر التمويل الخاص للخدمات الصحية الذي مصدره العائلات لم يتمكن من قياسه (قياس حجمه بدقة)، بالمقابل يمكن الحكم أن حجمه معتبر نظرا للطلب الكبير لخدمات الأطباء الخواص، هذا تفاديا للبيروقراطية و طوابير الإنتظار الطويلة في المستشفيات العمومية .

3. التأمينات:

هذا المصدر موجود في معظم المنظومات الصحية في العالم، والذي ينقسم إلى نوعين:

➤ أنظمة تأمين غير هادفة للربح كالضمان الاجتماعي؛

➤ أنظمة تأمين هادفة للربح كشركات التأمين الخاصة في الولايات المتحدة.

بالنسبة للأشخاص المؤمن عليهم، فمنهم من يكتتب لدى شركة التأمين بشكل اختياري (حالة الولايات المتحدة)، ومنهم من يكتتب بشكل إجباري بمجرد ممارسته لعمل داخل مؤسسة عامة (حالة العامل في الجزائر)، ومنهم من يجمع بين تأمين إجباري (نسبة تأمين أقل من 100%) من جهة، و يكتتب لدى شركة تأمين خاصة من أجل الحصول على تأمين تكميلي (بشكل اختياري).

4. مصادر التمويل الخارجية:

هذه المصادر تأتي من المساعدات الخارجية على شكل هبات أو قروض لقطاع الصحة من طرف مثلا المنظمة العالمية للصحة أو البنك العالمي للإنشاء والتعمير.

هذا النوع من التمويل مطبق في أوروبا الوسطى والشرقية وذلك من خلال منظمات ثنائية مثل البنك الأوروبي للتنمية أو جماعية مثل المنظمة الاقتصادية الأوروبية والبنك العالمي للتعمير.

الفصل الأول: مدخل نظري إلى تمويل النظام الصحي

ثانيا : آليات تمويل المؤسسة العمومية الإستشفائية

هناك أربعة طرق رئيسية في تمويل المؤسسة العمومية الإستشفائية¹:

1. الاحتياطي الحر (التأمين الحر)

في هذه الطريقة الأشخاص لهم الحرية في إكتساب عقد تأمين أو الإنخراط في صندوق ضمان إجتماعي، نجد هذا النمط في أغلب دول العالم الثالث، كما نجده أيضا في بعض الدول المتقدمة كسويسرا، الولايات المتحدة.. الخ، في سويسرا مثلا هناك ما يسمى بالتأمينات على المرض، الإكتتاب في هذا النوع من التأمينات ليس إلزاميا، بالمقابل هناك نسبة 97% من المجتمع السويسري مأمّن عليه، أين يحق لكل فرد داخل العائلة الواحدة من أن يؤمن نفسه على حدى، أما في الولايات المتحدة الأمريكية عملية التأمين من حق كل عامل مصرح به وذلك بنسبة تغطية معينة، ولل فرد الحرية في إكتتاب عقد تأمين إضافي لدى شركة تأمين أخرى.

2. التأمين المرضي الإلزامي:

في هذا النمط تطغى صفة الإلزامية في الإشتراك والإكتتاب في صندوق الضمان الاجتماعى، هذا الإشتراك إما أن يكون مسددا من طرف العامل نفسه، من طرف المستخدم له أو تناسبا بين العامل ورب العمل، هذا التأمين يسمح للفرد المكتتب وعائلته من تلقي العلاجات اللازمة في الهياكل الصحية المنصوص عليها في العقد، يوجد هذا النمط في الكثير من الدول الغربية (ألمانيا، النمسا، هولندا).

3. التأمين العام:

هذا النمط في التمويل له الإلزامية في الإشتراك كالتأمين المرضي الإلزامي، يسد هذا الإشتراك من طرف المشتركين في الضمان الاجتماعى والصناديق التابعة له (عمال القطاع العام، القطاع الخاص الحرفيين) لكن الإختلافات بين هذا النمط والتأمين المرضي الإلزامي يكمن في أحقية كل السكان في الحصول على الخدمات الصحية المطلوبة سواء كانوا مشتركين في الضمان الاجتماعى أو من غير المشتركين (بطلين، مسنين...)، ونجد هذا النمط من التمويل في بعض الدول الاسكندنافية (السويد، النرويج ...) ونجده أيضا في بلد كالجزائر.

4. التأمين ضمن الخدمة الصحية الوطنية:

¹ نصر الدين عيساوي ، مرجع سبق ذكره، ص.ص:97- 98.

الفصل الأول: مدخل نظري إلى تمويل النظام الصحي

من مميزات التأمين على الخدمة الصحية الوطنية أنه نمط تمويل اجتماعي من جهة، وجامع لكل أفراد المجتمع من جهة أخرى، الإختلاف عن نمط التأمين الشامل يكمن في أن مصادر التمويل مختلفة في النمط السابق، أما في هذه الطريقة فإن مصدر التمويل واحد، بالإضافة إلى أن مقدم العلاج في هذا النمط هو الممول نفسه، نجد هذا النمط في التمويل أساسا في المنظومة الصحية البريطانية، أين تملك الدولة معظم المستشفيات كما تسهر على تجهيزها، تسييرها الخ،.. كما يربطها عقد مع معظم الأطباء الذين يمارسون مهنتهم في عيادات خاصة.

المطلب الثالث: بعض المنظومات الصحية

في هذا المطلب سنتعرض لمجموعة من التجارب والمنظومات الصحية، وبالضبط منظومة الولايات المتحدة الأمريكية ومنظومة المملكة المتحدة، لتعرف على نظام التسيير والتمويل لهذه الأنظمة الصحية.

أولا : المنظومة الصحية الأمريكية

تمثل نفقات الصحة بالنسبة للإنتاج الداخلي الخام في الولايات المتحدة الأمريكية أكبر نفقات صحة في العالم حيث وصلت إلى 13,9 % سنة 2001¹.

إن تمويل الخدمات الصحية في الولايات المتحدة يتم بنسبة كبيرة عن طريق الاحتياطي الحر، أين يكتب كل عامل لدى شركة تأمين معينة، الإشتراكات الدورية التي تدفع لشركة التأمين جزء منها يسد من طرف العامل نفسه والجزء الأكبر يتم سداده من طرف المستخدم له، بالإضافة إلى شركات التأمين ذات الهدف الربحي، هناك منطمتين غير هادفتين للربح وهما المختصة في تعويض (Blue shield) المختصة في تغطية التكاليف الإستشفائية، و(Blue Cross) المختصة في التكاليف الطبية و الجراحية.

يتم تدخل التنظيمين السابقين في التأمين الصحي من خلال تغطية التكاليف العالية للخدمات الصحية، في الثمانينات 90% من الأمريكيين يملكون تأمين على التكاليف الاستثنائية، 60% منهم لديهم تأمين على الأتعاب الطبية والجراحية، أما بالنسبة للأدوية فهي غير مغطاة أي أن الفرد الأمريكي يتحمل تكاليف شراء الأدوية من خلال ميزانيته الخاصة وذلك بنسبة كبيرة.

ما يلاحظ عن المنظومة الصحية الأمريكية منذ 1940 أن الإشتراكات التي يتحملها المؤمن عليه انخفضت تدريجيا، بالمقابل زادت نسبة مساهمة شركات التأمين في تمويل الخدمات الصحية.

¹ chiffres de l'OCDE, edition, 2001.

الفصل الأول: مدخل نظري إلى تمويل النظام الصحي

وقد وصلت نسبة تمويل النفقات الصحية سنة 2001 من طرف القطاع الخاص إلى 55.61% بالمقابل كانت نسبة التمويل الخاصة بالقطاع العام 44.4%.

أما في 2005 فقد وصل الإنفاق الصحي إلى 15% من الدخل الوطني الخام، وقد كان التأمين الصحي خاص بنسبة 80% سنة 2008، وأكثر من 45 مليون مواطن غير مؤمن أي ما يعادل 15% من السكان في و.م.أ.

أنفقت و.م.أ 6.120 دولار في العام لكل فرد في مجال الصحة أما دول OCDE تنفق 2.571 دولار، أما كندا وفرنسا ينفقون 3000 دولار¹.

أما في 2014 وصلت نسبة تمويل النفقات الصحية إلى 16.4% والتي تعتبر الأكثر إنفاقا في العالم في مجال الصحة حيث تمول من طرف القطاع العام بنسبة 58.3% إلى 51.8%.

بجانب نمط التمويل السابق (الاحتياطي الحر) هناك نظامين تأمينيين آخرين وهما "Medicare" و "Medicaid"، نظام التأمين الاجتماعي الفيدرالي يخص فئة الشيوخ الأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن 65 سنة، بالإضافة إلى ذلك يقوم هذا النظام بتغطية التكاليف الصحية للأشخاص عديمي الدخل، نظام التأمين "Medicare" ينقسم إلى صندوقين، صندوق أول خاص بالتغطية الإجبارية للتكاليف الإستشفائية، أتعاب طبية، علاجات منزلية، هذه التغطية يمكن أن تصل إلى 100%، وصندوق ثاني اختياري وقد وصلت نسبة الاكتتاب فيه إلى 97% من الأفراد ذوي الحقوق.

يتم تمويل الصندوق الأول من طرف اشتراكات العمال ومستخدميه، أما الصندوق الثاني فهو ممول من طرف الاشتراكات الشخصية للمكاتبين والباقي مصدره الخزينة الفيدرالية.

بالنسبة لنظام التأمين "Medicaid" فهو يختص بتغطية التكاليف الصحية للأشخاص المعوزين أين تقوم كل ولاية بتحديد شروط الاستفادة من هذا النظام، يتم تمويله عن طريق الولاية بنسبة تتراوح بين 50% إلى 83% ما يؤخذ على المنظومة الصحية الأمريكية، أن هناك فئة من السكان لا يمكنها دفع اشتراكات لدى شركات التأمين الخاصة نظرا للدخل الضعيف أو المعدوم في بعض الأحيان، بالإضافة إلى أنها لا يمكنها الاستفادة

¹ Ben mansour sonia, **financement des systèmes dans les pays de Maghreb**, thèse non publié de doctorat, monnaie finance banque, Université de Tizi-Ouzou, 2012, P.12.

الفصل الأول: مدخل نظري إلى تمويل النظام الصحي

من نظامي التأمين "Medicare" و"Medicaid" بحجة أنها لا تتوفر فيها الشروط اللازمة، نتيجة لهذه الممارسات فإنها تحرم من الخدمات الصحية ذات التكلفة الباهظة¹.

ثانياً: المنظومة الصحية للمملكة المتحدة

تعتبر المنظومة الصحية في المملكة المتحدة من المنظومات الصحية الإجتماعية، التي تعرض خدمات لأكبر نسبة من أفراد المجتمع، محاولة لتحقيق مبدأ الصحة للجميع، ما يميز المنظومة الصحية البريطانية عن المنظومات الصحية الأخرى أن وسائل الإنتاج و عملية تسييرها يعود للدولة، ونسبة كبيرة من المستشفيات تعود ملكيتها للدولة، بالإضافة إلى ذلك تسهر هذه الأخيرة على تشغيل الممارسين الصحيين.

تأسست المنظومة الصحية البريطانية "National Health Service" سنة 1948 أو ما يسمى ب (N.H.S) فلسفة هذا الأخير "الصحة لجميع أفراد المجتمع" مصدر تمويلها الضرائب العامة للدولة، نظام تأمين (N.H.S) ليس مستقل عن الدولة كالضمان الاجتماعي بل تابع لها، تسهر على تسييره عن طريق أجهزتها، كل الخدمات الصحية المقدمة من طرف (N.H.S) هي مجانية في مجملها، بشرط أن يكون طالب الخدمة الصحية مسجل في قوائمه، أما فيما يخص الأطباء والذين يقدمون خدمات صحية تحت ظل نظام (N.H.S) تختلف العلاقة التي تربطهم بهذا الأخير سواء كانوا أطباء عامين أم أخصائيين².

بالنسبة للأطباء العامين 80% منهم يمارسون نشاطهم في عيادات تابعة لمنظمة (N.H.S) حيث يقوم الأفراد بتسجيل أنفسهم لدى هؤلاء، و الذين يتلقون خدمات الطبيب العام مجاناً، بالمقابل يتحصل الطبيب العام على مبلغ مالي قاعدي خاص بأعباء تسيير العيادة، بالإضافة إلى ذلك يتحصل على مبلغ آخر يكون حسب عدد الأفراد المسجلين في قائمته، مجموع هذين المبلغين يمثلان إيراد الطبيب الشهري فالطبيب العام الممارس تحت نظام (N.H.S) أتعابه غير مسددة بدلالة عدد الخدمات المقدمة، بل على أساس عدد الأفراد المسجلين مسبقاً في قوائمه.

يمارس كل الأطباء الأخصائيين نشاطهم في المستشفيات، ويتم طلب خدمات أخصائي بعد الموافقة من طرف طبيب عام، هذا ما يؤدي إلى إرتفاع عدد الكشوفات التي يقوم بها الأطباء العاملون على الرغم من أن

¹ Etienne Bara, **Economic de la santé**, Fais et chiffres, Paris, 1978, P.400.

² عيساوي نصر الدين، مرجع سبق ذكره، ص.101.

الفصل الأول: مدخل نظري إلى تمويل النظام الصحي

معظم الأطباء عامين أو أخصائيين يعملون تحت نظام (N.H.S) إلا أن ذلك لا يمنع من تواجد أطباء يعملون لحسابهم الخاص خارج (N.H.S) فالأطباء لهم الحق في فتح عيادات خاصة لممارسة نشاط صحي بشكل ليبرالي، أو العمل لحسابهم الخاص خارج أوقات العمل المتعاقد عليها مع (N.H.S) إن كان الطبيب منخرط في ذلك النظام، في هذه الحالة يتحمل المريض كل أتعاب الطبيب بالإضافة إلى تكلفة شراء الأدوية الموصوفة له، بالمقابل الأدوية الموصوفة من طرف طبيب يعمل لدى (N.H.S) جزء بسيط من تكلفتها يكون على عاتق المريض، الباقي يمول من طرف (N.H.S).

نجد هذه المنظومة الصحية أيضا في الدول ذات التأثير البريطاني أو الأنجلوسكسونية (أستراليا نيوزلندا، جنوب أفريقيا....) على الرغم من الإيجابيات التي تحملها المنظومة الصحية البريطانية، هناك سلبيات أيضا من بينها¹:

مجانة العلاج خلقت طوابير طويلة للمرضى في المستشفيات، أين أصبحت الهياكل الصحية الموجودة غير كافية لاستيعاب كل الطلبات، أين تلتجئ بريطانيا في بعض الأحيان إلى دول أخرى قريبة كفرنسا من أجل إجراء بعض العمليات الجراحية المستعجلة و التي لا يسمح الوقت بإجرائها في بريطانيا.

¹ Etienne Bara.op, Cit, P.411.

خلاصة الفصل

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

1. إن الهدف الأساسي لأي نظام صحي هو ضمان وتوفير مستوى صحي أمثل للفرد والمجتمع وذلك بالاعتماد على ما تمتلكه من إمكانيات وموارد مادية وبشرية، ولتحقيق هذا الهدف لا بد أن يضمن النظام الصحي تقديم خدمات صحية ملائمة للمرضى، هذا من جهة، ومن جهة أخرى خدمات وقائية تهدف إلى التخفيض من معدلات الوفيات ومعدلات حدوث الأمراض في المجتمع؛
2. تلعب المستشفيات دوراً مهماً في تقديم الخدمات الصحية إلى الأفراد بهدف تلبية الطلب المتزايد للمرضى، وذلك من خلال إمكانياتها الفنية والبشرية، ولكن لا يقتصر دور المؤسسات الصحية الحديثة على الخدمات الطبية بل تتعداها إلى الخدمات العلاجية والوقائية، حيث أصبحت مراكز للتدريب والتعليم والأبحاث العلمية والاجتماعية؛
3. أن تمويل المؤسسات الصحية تحتاج لموارد مالية معتبرة، مما أجبر الدول على تخصيص أغلفة مالية كبيرة لمواجهة النفقات الصحية المتزايدة، وعلى الرغم من إختلاف الآليات المستخدمة من دولة إلى أخرى وتنوع مصادر التمويل، تبقى الدولة المورد الأساسي لتمويل الخدمات

الفصل الثاني:

واقع التمويل الصحي في

الجزائر

الفصل الثاني: تطور تمويل المنظومة الصحية في الجزائر

تمهيد

شهد النظام الصحي في الجزائر تطورا كبيرا خاصة خلال العقدين الأخيرين من القرن الماضي تزامنا مع التغيرات الإقتصادية والإجتماعية للبلد، لكن على الرغم من ضخامة ما تنفقه الدولة على هذا القطاع الحساس في سبيل تلبية الطلب المتزايد على الخدمات الصحية التي يقدمها القطاع العام إلا أن الاستفادة من هذه الخدمات ما زال دون المستوى المطلوب أين يبقى القطاع عرضة للعديد من المشاكل.

وعلى هذا الأساس إرتأينا التطرق من خلال هذا الفصل إلى ثلاث مباحث كما يلي:

- النظام الصحي في الجزائر؛
- تمويل المنظومة الصحية في الجزائر؛
- مؤشرات تقييم أداء المؤسسة العمومية الإستشفائية.

الفصل الثاني: تطور تمويل المنظومة الصحية في الجزائر

المبحث الأول: تطور النظام الصحي في الجزائر

تواجه المؤسسات بمختلف أنواعها ضغوطات من الناحية السياسية والإقتصادية والإجتماعية والثقافية، فتغير القوانين بشكل متتالي وتأثيرات العولمة أجبرها على التأقلم مع الأوضاع الجديدة، وخاصة بالنسبة للمؤسسات الصحية التي إزداد الطلب على خدماتها بسبب زيادة عدد السكان، والتحسين المستمر في الخدمات الصحية وظهور أمراض جديدة.

وفي هذا الإطار شهد قطاع الصحة في الجزائر كغيره من القطاعات إصلاحات عميقة لتحسين أدائه ومردودية خدماته، إذ عقد في هذا الشأن مشروع جديد سمي بمشروع إصلاح المستشفيات، كان الهدف منه إرساء مبدأ العدالة عند تقديم الخدمات الصحية وكفاءة الإنفاق الصحي والإرتقاء بجودة الخدمات وضمن الإستمرارية على المدى البعيد.

وسنحاول من خلال هذا المبحث تقديم النظام الصحي في الجزائر كمطلب أول أما في المطلب الثاني سنحاول التطرق إلى تطور المنظومة الصحية في الجزائر وهيكله النظام الصحي الجزائري، أما في المطلب الثالث فسنتطرق إلى مؤشرات الأداء في النظام الصحي الجزائري حسب المؤشرات المعتمدة من قبل المنظمة العالمية للصحة.

المطلب الأول: تطور النظام الصحي في الجزائر

مر النظام الصحي في الجزائر بعدة تحولات، كانت نتيجة لقرارات سياسية أو أزمات اقتصادية، ويمكن تقسيم المراحل التي مر بها النظام الصحي في الجزائر إلى ثلاثة مراحل أساسية كما يلي¹:

أولاً: السياسة الصحية في الجزائر (1962-1965)

ورثت الجزائر سنة 1962م وضعية صحية يرثى لها نتيجة الظروف الإجتماعية والإقتصادية وسوء التغذية وقلة النظافة، ونقص التأطير والتغطية الصحية، بالإضافة إلى هذه المعوقات الهيكلية والبشرية، يضاف إليها المعوقات القانونية، بحيث أن إنشاء وزارة الصحة العمومية كوزارة لم تكن قائمة بذاتها قبل 1965م.

حيث كان النظام الصحي الموجود متمركزاً أساساً في كبريات المدن كالجزائر، وهران، وقسنطينة، ويتمثل خاصة في الطب العمومي الذي يتم داخل المستشفيات، وعيادات تشرف عليها البلديات وتقدم المساعدات الطبية المجانية، ومراكز الطب المدرسي النفسي تشرف عليها وزارة التربية والتعليم، من جهة أخرى هناك الطب

¹ نور الدين حاروش، مرجع سبق ذكره، ص. 132.

الفصل الثاني: تطور تمويل المنظومة الصحية في الجزائر

الخاص الذي يسهر عليه حوالي 600 طبيبا ويعملون في عيادات خاصة جلهم كانوا من الأجانب، وتميزت هذه المرحلة بما يلي¹:

غداة الاستقلال، بلغ عدد الأطباء في الجزائر 5000 طبيب (50% منهم جزائريين) من أجل تغطية الحاجات الصحية للسكان الذين بلغ عددهم 10.5 مليون ساكن، وتميزت المؤشرات الصحية في هذه الفترة بمعدل وفاة مرتفع للأطفال تجاوز 180 لكل 1000، وتوقع حياة لا يصل إلى 50 سنة وإنتشار الأمراض المتقلبة، كل هذه الظروف كانت السبب الرئيسي في الوفاة والإعاقة، لمواجهة هذه الوضعية وفي ظل الموارد المحدودة، ركزت وزارة الصحة على هدفين أساسيين هما:

1. تخفيض اللامساواة في مجال توزيع الطاقم الطبي (العام والخاص) لتسهيل الحصول على العلاج؛

2. مكافحة الأمراض والتقليل من الوفاة، وخاصة الأمراض المعدية.

أما من حيث الهياكل القاعدية كان هناك عجز دائم حيث كان قبل سنة 1967م قرابة 39000 سريرا بالمستشفيات، وما ميز هذه المرحلة هو الزيادة النسبية لقاعات العلاج مقارنة بسنة 1962م.

إن السياسة الصحية خلال هذه الفترة محدودة في خياراتها جراء ضعف الوسائل المتوفرة لها، وكان ينبغي في أول الأمر إعادة إنعاش البنيات والهياكل التي خلفها الاستعمار، قبل توفير أدنى قسط من الخدمات الصحية للسكان، ومن جانب آخر كانت الدولة عازمة على تنمية سياسية على شكل إعانة تتمثل في الحملات التلقيحية لبعض الأمراض الفتاكة والمعدية.

ثانيا: السياسة الصحية في الجزائر (1965-1979)

مع بداية المخطط الوطني من جهة، وبداية نشاط المعهد الوطني للصحة العمومية الذي أنشأ عام 1964م، وبصدور الأمر المنظم لمهنة الأطباء و الصيادلة عام 1966م من جهة ثانية، أخذت الأمور تتحسن شيئا فشيئا من خلال تحسين دفع عجلة التكوين الطبي والشبه الطبي، وكذا إنشاء بعض الهياكل القاعدية بين سنتي 1967 و 1969م، وما ميز هذه المرحلة التاريخية هو²:

1. مضاعفة قاعات العلاج بين سنتي 1969 و 1979م، لإعطاء العلاج الأولي أولوية عن توفير المراكز

الصحية على مستوى كل بلدية، والهدف قبل كل شيء الوقاية؛

¹ M.chaouch, développement du Système National de Santé, Stratégies et perspectives, revue gestionnaire, revue élaborée par l'école nationale de la Santé publique, n°5, juin, 2001, p.4-5.

² نور الدين حاروش، مرجع سبق ذكره، ص.134.

الفصل الثاني: تطور تمويل المنظومة الصحية في الجزائر

2. صدور مرسوم رقم 69-96، المؤرخ في 9 جويلية سنة 1969م، والقاضي بالزامية التلقيحات ومجانيتها لمكافحة الأمراض المعدية وبعض الآفات الاجتماعية مثل السل، وبداية الحملات الوطنية للتلقيح B.C.G (1969-1970م) وكذا التلقيح ضد الشلل الملاريا والرمد.

3. غياب الإنصاف من ناحية التغطية الصحية بين المناطق الحضرية والريفية، حيث تتمركز الموارد البشرية الطبية والشبه طبية والهياكل القاعدية في المدن الكبرى غيابها تقريبا في المناطق الريفية.

4. تقرير مجانية العلاج في الهياكل الصحية العمومية إنطلاقا من جانفي 1974¹، من أجل تجسيد شعار الصحة لجميع المواطنين مهما كان دخلهم ووضعيتهم، بالإضافة إلى توحيد الميزانية على مستوى القطاعات الصحية والتكفل المالي لعمال الصحة بواسطة الولايات بعدما كانت تابعة للوزارة، وتحويل جميع المراكز الطبية الإجتماعية التي كانت تابعة لصندوق الضمان الاجتماعي والتعاضديات إلى وزارة الصحة، وهكذا أصبح النظام الصحي الوطني يضم جميع الهياكل الصحية مهم كان مهامها.

ومن المؤشرات الصحية لعام 1979²:

1. نسبة الوفيات الإجمالي : 15.1 من الألف؛

2. نسبة وفيات الأطفال : 122 من الألف؛

3. نسبة الزيادات: 46.5 من الألف؛

4. متوسط العمر: 52.2 سنة.

هذه المؤشرات الصحية التي تعبر إلى حد ما عن الحالة الصحية لأي بلد، ولكنها تدل على أن الحالة الصحية للمجتمع الجزائري في تحسن بالرغم من التطور فيما يخص الهياكل القاعدية، والنتيجة الوحيدة المسجلة هي إنخفاض نسبة وفيات الأطفال، بعدما كانت 140 من الألف ما بين (1969-1970م).

بدأت ثمار إعادة ترتيب التكوين الشبه الطبي تظهر بوضوح، ففي سنة 1979م وصل عدد الهيئة الطبية الجزائرية إلى 3761 طبيبا، مقابل 2320 طبيبا أجنبيا، والمجموع من الأطباء 6081 يضمون تغطية صحية، تعادل طبيبا واحدا لكل 2960 ساكنا، ومن جهة أخرى فإن عدد أعوان الشبه الطبي قد وصل إلى 46669 ممرضا وعونا بمختلف التخصصات والفروع، ما يعادل عون شبه طبي لكل 386 ساكنا. أما بشأن الموارد المادية فنلاحظ ظهور هياكل جديدة وهي كالأتي:

¹ الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 104، الأمر رقم 73-65، الصادر في 03 ذو الحجة 1393 هـ الموافق ل 28 ديسمبر 1973 م، يتضمن قانون المالية لسنة 1974 م المتعلق بتأسيس الطب المجاني.

² M.chaouch, développement du Système National de Santé, op, Cit, P.5.

الفصل الثاني: تطور تمويل المنظومة الصحية في الجزائر

1. 173 مستشفى عام و يشمل على¹:

➤ 10 مؤسسات مختصة؛

➤ 5 مؤسسات للأمراض العقلية؛

➤ مؤسسة للأمراض العقلية؛

➤ مؤسسة جراحة الأعصاب؛

➤ مؤسسة إعادة التأهيل الوظيفي؛

➤ مؤسسة للحروق؛

➤ عدد الأسرة 44187 (ما يمثل 2.4 إلى 4.9 لكل 1000 ساكن حسب الولايات)؛

➤ يضاف إلى هذا العدد 937 سريرا وهو سعة عيادات الولادات الريفية، ليصل العدد الإجمالي إلى 45160 سريرا.

وما يمكن تسجيله في هذه المرحلة هو الإنخفاض المحسوس للأمراض التي لها تلقيحات إجبارية ومجانبة وبالتالي الإنخفاض في نسبة وفيات الأطفال، بينما تبقى تلك الأمراض التي لها علاقة بالمحيط نتيجة حالة المحيط والحالة السكنية والمياه الصالحة للشرب وقنوات تصريف المياه والتسممات الغذائية وغيرها².

أما من حيث تمويل هذه الخدمات فقد قدرت نسبة الدولة ب 60% من مجموع النفقات، و 30% من طرف الضمان الاجتماعي، والبقية 10% من طرف السكان أو الأسر، بحيث كانت الهيئات الضمان الاجتماعي تغطي نفقات العلاج للمنتسبين إليها.

ثالثا: السياسة الصحية في الجزائر (1979-2015)

تميزت هذه المرحلة بما يلي:

1. إدماج النظام الصحي الوطني ضمن المخطط الوطني للتنمية الاقتصادية والاجتماعية، جعل المؤسسات أكثر مردودية ونجاعة؛

2. إنشاء هياكل صحية جديدة سنة 1986م، وهي المراكز الإستشفائية الجامعية، والمنشور الوزاري سنة 1995م، والمتعلق بمساهمة المرضى في تسديد نفقات الإيواء والإطعام في الوسط الإستشفائي³؛

¹ نور الدين حاروش، مرجع سبق ذكره، ص. 137.

² نفس المرجع السابق، ص. 138.

³ الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، وزارة الصحة والسكان، المنشور الوزاري رقم 01 المؤرخ في 08 أفريل 1995 المتضمن مساهمة المرضى في

نفقات الإطعام والإيواء داخل المستشفى، ص. 2.

الفصل الثاني: تطور تمويل المنظومة الصحية في الجزائر

3. إعادة تنظيم المؤسسات الصحية من حيث التنظيم والتسيير وذلك من حيث التنظيم والتسيير وذلك سنة 1997.

أما بشأن التغطية من حيث الهياكل الصحية لسنة 1998 م فنلاحظ ما يلي:

1. سريرين لكل 1000 نسمة؛

2. عيادة لكل 60731 نسمة؛

3. مركز صحي لكل 28955 نسمة؛

4. قاعة علاج لكل 6667 نسمة.

وللتذكير فان من بين 4862 سريرا، نجد أن 654 سريرا غير مشغلة، أما بالنسبة للعيادات المتعددة الخدمات فنجد من بين 482 عيادة 6 عيادات غير مشغلة، ونجد من جهة أخرى عدد 610 قاعة علاج من بين 4390 قاعة غير مشغلة، أي نسبة 13% من هذه الهياكل للأسباب الأمنية للعشرية السوداء، لأن أغلب قاعات العلاج في المناطق الريفية.

أما بشأن المؤشرات الصحية لسنة 1998، فهي كما يلي¹:

1. نسبة الزيادات 25.3 من الألف؛

2. نسبة الوفيات 6.04 من الألف؛

3. نسبة وفيات الأطفال 44 من الألف؛

4. متوسط مدى الحياة 68 سنة.

أما المؤشرات الصحية الخاصة بسنة 2005، فكانت كما يلي²:

1. وفيات الأطفال الأقل من 5 سنوات من الألف حسب المنظمة وحسب المنظمة العالمية للصحة، وحسب

الجزائر فهي 35.8 من الألف؛

2. الأمل في الحياة 74.8 سنة؛

3. التلقيح ضد الشلل 98%؛

4. التلقيح ضد التهاب الكبد الفيروسي 81%؛

5. متوسط توزيع الأطباء طبيب واحد تقريبا لكل ألف مواطن وأقل من سريرين لكل ألفين مواطن.

¹ Ministère de la santé, Direction de la planification, statistique sanitaire, Alger, Août, 1999, p.8.

² نور الدين حاروش، مرجع سبق ذكره، ص.148.

الفصل الثاني: تطور تمويل المنظومة الصحية في الجزائر

أما المؤشرات الصحية الخاصة بسنة 2015، فكانت كما يلي¹:

1. الأمل في الحياة 76.5 سنة؛

2. متوسط العمر 27.5%؛

3. معدل الوفيات 4.3%؛

4. متوسط توزيع الأطباء : 1.6 طبيب تقريبا لكل ألف مواطن واقل من سريرين لكل ألفين مواطن.

نلاحظ أن هذه المؤشرات عرفت بعض التحسن الطفيف رغم المبالغ المالية العمومية المرصودة للقطاع الصحي للجزائر والمقدرة ب 9.1% من الميزانية العامة، ولكن الخدمات خاصة ما يتعلق بالأطفال دون المستوى، وذلك راجع لسوء توزيع الأطباء فيما يخص الرعاية الطبية، كما أن الأموال وحدها لا تحقق النتائج والأكثر من هذا النظام الصحي في الجزائر يعتمد على الطب الوقائي، لكن ما ينفق في هذا المجال لا يمثل سوى 5% من الميزانية، وعلى العكس فإن الأدوية تمثل 13%، ويا حبذا لو كان العكس لأن مجتمعنا شاب ويجب وقايته وليس إنتظار مرضه ثم معالجته، لأن الوقاية خير من العلاج.

المطلب الثاني: هيكل النظام الصحي في الجزائر

يعتبر القطاع الصحي العمومي المسؤول الأول عن تقديم الرعاية الصحية وتوفير الدواء ورفع المستوى الصحي للمواطنين الجزائريين والأجانب والقضاء على مشاكلهم الطبية.

يتكون القطاع الصحي العمومي من مجموعة من المؤسسات الصحية العمومية ذات الطابع الإداري، تتمتع بالشخصية المعنوية وكذا بالإستقلالية المالية وعلى هذا الأساس فالإطار التنظيمي للقطاع الصحي العمومي يتكون من أربعة مستويات أساسية وهي²:

أولاً: المستوى المركزي

تتكون الوزارة من عشر وحدات مؤسسة عن طريق مرسوم ومنظمة بواسطة السكرتير العام، بالإضافة إلى ذلك توجد لجان وطنية وقطاعية سلطتها مباشرة من الوزارة المكلفة بالصحة والسكان، تقوم هذه اللجان بالفحص وتلعب دورا هاما في التنمية والمتابعة وكذا تقييم البرامج الوطنية للصحة، وفي المقابل توجد عشر هيئات تحت وصاية الوزارة مسيرة من طرف مجلس الإدارة:

¹ <http://www.statistiques-mondiales.com/algerie.htm> statistiques mondiales, consulté le (29/04/2016), à (13:00).

² Ministre de la santé et de la population, développement du système national de santé : stratégie perspective de santé <http://www.sante.dz/insp/mortalite-maternelle>

الفصل الثاني: تطور تمويل المنظومة الصحية في الجزائر

1 . ديوان الوزير: يكلف مدير الديوان الذي يساعده مكلفون بالدراسة وعددهم سبعة (07) وملحقون وعددهم أربعة (04)، يهتمون بجميع أشغال الدراسات والأبحاث المرتبطة باختصاصاتهم ومشاركة بالديوان الوزير في أعمال الحكومة وفي علاقته مع الخارج؛

2 . الأمانة العامة: تكلف الأمانة العامة التي يشرف على إدارتها مدير عام يساعده اثنان (02) من مديري الدراسات، ويلحق بهما مكتب البريد والاتصال والتنسيق بين الهياكل المركزية والمصالح التابعة لها وتقييمها وتوجيهها؛

3 . المفتشية العامة: يشرف عليها ستة (06) مفتشين يقومون بالمهام التالية¹:

➤ الوقاية من كل أنواع التقصير وتسيير المصالح الصحية؛

➤ توجيه المسيرين وإرشادهم لمراعاة القوانين والأحكام التنظيمية؛

➤ العمل على الاستعمال المحكم للوسائل والموارد؛

➤ ضمان مطلب الصرامة في تنظيم العمل.

4 . المديريات المركزية : وتشمل ثمانية مديريات لكل منها اختصاص معين وهي:

➤ مديرية الوقاية، مديرية المصالح الصحية، مديرية الصيدلية والدواء، مديرية السكان، مديرية التكوين، مديرية التخطيط، مديرية التقنين والمنازعات.

ثانيا : المستوى الجهوي

من أجل تحقيق الملائمة بين عرض العلاج وإحتياجات السكان وكذلك من أجل ضمان المساواة والعدالة بين الأفراد في الاستفادة من الخدمات الصحية أسست الجهوية للصحة سنة 1995، حيث يعتبر المجلس الجهوي للصحة هيئة فاحصة متعددة القطاعات مكلفة بالمهام التالية²:

➤ تدعيم التشاور بين المتدخلين والمجتمع المدني فيما يتعلق بتحديد التوجهات الإستراتيجية ؛

➤ اتخاذ القرار من خلال التخصيص الأمثل للموارد، كما يمكن اعتبار المراقبين الجهويين للصحة

كملاحظات للمعهد الوطني للصحة العمومية تمارس مهمة خاصة مرتبطة بالمعلومة الصحية، وتجدر

الإشارة على أنه توجد خمس (5) مناطق صحية في الوطن:

❖ منطقة الوسط :تضم 11 ولاية؛

¹ المرسوم التنفيذي رقم (09-188) المؤرخ في 23 جوان 1990.

² عتيق عائشة، جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الإستشفائية، مذكرة ماجستير غير منشورة، تخصص تسويق دولي، جامعة بلقايد، تلمسان، 2012، ص.134.

الفصل الثاني: تطور تمويل المنظومة الصحية في الجزائر

- ❖ منطقة الشرق : تضم 14 ولاية؛
- ❖ منطقة الغرب: تضم 11 ولاية؛
- ❖ منطقة الشرق الجنوبي: تضم 7 ولاية؛
- ❖ منطقة الغرب الجنوبي: تضم 5 ولاية.

ثالثا: المستوى الولائي

توجد في كل ولاية من ولايات الجزائر مديرية الصحة والسكان، وهي عبارة عن مصالح غير متركزة للدولة تحت وصاية وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات ووالي الولاية، أنشأت بموجب المرسوم التنفيذي رقم 97/261 المؤرخ في 1997/07/14 الذي يحدد القواعد الخاصة بتنظيم مديرية الصحة والسكان الولائية وسيرها، وتمثل مهامها أساسا في¹:

- تمثيل وزير الصحة والسكان على مستوى الولاية بكل ما يتعلق بالصحة والسكان؛
- ومتابعة تحضير ميزانيات القطاعات الصحية وتنفيذها؛
- جمع و تحليل المعلومة الصحية؛
- وضع حيز التنفيذ البرامج القطاعية للنشاط الصحي؛
- التنسيق بين نشاطات الهياكل الصحية؛
- مراقبة هياكل القطاع الخاص.

1 . المراكز الإستشفائية المتخصصة: لقد تم إنشائها بناء على المرسوم رقم 81 - 243 المؤرخ في 5 سبتمبر 1981 والمتضمن إنشاء المؤسسات الإستشفائية المتخصصة، حيث وصل عددها إلى 25 مؤسسة، إذن فالمؤسسات الإستشفائية المتخصصة هي مؤسسات عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والإستقلال المالي، أنشأت هذه المراكز الإستشفائية المتخصصة بناء على إقتراح من الوزير المكلف بالصحة والسكان وهذا بعد استشارة الوالي، أما المهام التي توكل إليها فهي:

- تقوم بتطبيق البرامج الوطنية، الجهوية والمحلية للصحة؛
- المساهمة في إعادة تأهيل مستخدمي مصالح الصحة؛
- استخدامها كميدان لتكوين الشبه طبي و التسيير الإستشفائي.

¹ عتيق عائشة، مرجع سبق ذكره، ص.135.

الفصل الثاني: تطور تمويل المنظومة الصحية في الجزائر

2 . المراكز الإستشفائية الجامعية : أنشأت هذه المراكز بموجب المرسوم رقم 86 - 25 المؤرخ في 15 فيفري 1986 وهي عبارة عن مؤسسات عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والإستقلال المالي، يمارس الوزير المكلف بالصحة الوصاية الإدارية أما الوزير المكلف بالتعليم الوصاية البيداغوجية، أما المهام التي أسندت إلى هذه المراكز الإستشفائية الجامعية فهي تتمثل في¹ :

➤ العلاج:

- ❖ المساهمة في ترقية صحة السكان؛
- ❖ ضمان العلاجات المتخصصة.

➤ التكوين:

- ❖ للمراكز الإستشفائية الجامعية علاقة وطيدة مع المعهد العالي للعلوم الطبية فيها يخص؛
- ❖ التكوين لمرحلة التدرج و ما بعد التدرج؛
- ❖ إضافة إلى تكوين الأعوان الإداريين من أجل تحسين مستواهم.

➤ البحث العلمي:

- ❖ تلعب المراكز الإستشفائية الجامعية دور هام فيها يخص عملية البحث العلمي؛
- ❖ من خلال تنظيم ندوات و لقاءات دراسية في مختلف المواضيع الطبية.

رابعا: على المستوى المحلي (الدائرة البلدية)

تنظم الخدمات الصحية على مستوى الدائرة والبلدية في شكل قطاعات صحية (المؤسسات العمومية الإستشفائية، وحدات إستشفائية متخصصة ووحدات صحية قاعدية)، تتولى هذه المنشآت تحديد إحتياجات السكان قبل تنفيذ البرامج الصحية الوطنية والمحلية، وهذا بالإستعمال الأمثل للموارد المادية والبشرية، وللحد من الضغط على المراكز الإستشفائية وتطبيقا لسلمية العلاج تم إنشاء قطاعات صحية فرعية، حيث أوكلت لها مهمة إنتقاء الحالات المرضية بعد كشفها وتوجيه الخطير منها نحو المستشفى والرعاية البسيطة منها ذاتيا، إلى جانب إسهامها في الحملات الوقائية والتطعيم لسكان منطقة معينة، وهي تتكون على الترتيب من²:

1 . عيادة متعددة الخدمات: مهمتها:

➤ تقديم مختلف الخدمات الصحية والإستعجالية والفحوصات العامة المتخصصة؛

➤ الإشراف الفني والإداري على المراكز الصحية البلدية؛

¹ عتيق عائشة، مرجع سبق ذكره، ص.136.

² وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، 15 سبتمبر 2002.

الفصل الثاني: تطور تمويل المنظومة الصحية في الجزائر

➤ تقوم بدور الوساطة بين المركز الصحي والمستشفى.

2 . المركز الصحي: ينشأ عند كل قرية أو كل تجمع سكاني، وتوكل له مهمة:

➤ الوقاية الصحية، وحماية الأمومة والطفولة والتطعيم والعلاجات والفحوصات العامة.

3 . قاعات العلاج: وهي التي تتولى تقديم العلاجات البسيطة لكل 1000 إلى 2000 ساكن.

ولكن قرار المرسوم التنفيذي لسنة 2007 تضمن تغيير تقسيم القطاعات الصحية إلى¹:

➤ المؤسسات العمومية الإستشفائية؛

➤ المؤسسات العمومية للصحة الجوارية؛

➤ المؤسسات الإستشفائية المتخصصة.

المطلب الثالث: إصلاح النظام الصحي الجزائري

بعد التطرق لتطور النظام الصحي وهيكلته، سوف نحاول إستعراض موضوع إصلاح النظام الصحي في الجزائر، ويعتبر العنصر المميز لسنة 2002 في مجال الصحة في الجزائر، تغيير إسم وزارة الصحة والسكان إلى وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، ويأتي هذا التغيير ضمن حركية الإصلاحات التي تشهدها الجزائر، والتي مست العديد من القطاعات.

أولاً: أهداف مشروع الإصلاح وملفاته:

لقد أورد التقرير التمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات مجموعة من الأهداف، والتي يسعى الإصلاح إلى تحقيقها. وتتمثل في الآتي²:

1. إحصاء عروض العلاج والاستشفاء وتكييفها مع الحاجات الصحية للمواطن بالإعتماد على نظام إعلامي فعال؛
2. ضمان الموارد المالية اللازمة للسير الحسن للمؤسسات الصحية؛
3. التأكيد على حقوق وواجبات المستعملين وحماية المرضى على وجه الخصوص؛
4. إعادة التأكيد على الالتزامات التعاقدية لكل المتدخلين في صحة المواطن؛
5. توفير الإمكانيات الضرورية لمحترفي الصحة، مهما كانت مسؤولياتهم، وذلك قصد الاستجابة بأكثر فعالية للحاجات الصحية والاجتماعية؛

¹ المرسوم التنفيذي رقم (07-140) المؤرخ في 17 ماي 2007.

² وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات، تقرير تمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات، الجزائر، في 17 جانفي 2003.

الفصل الثاني: تطور تمويل المنظومة الصحية في الجزائر

6. تحسين فعالية النفقات التي تخصصها الجماعة في أي شكل كان للمؤسسات الصحية.

ويتضح من هذه الأهداف أن هناك هدفين أساسيين هما: التحكم في نظام المعلومات الصحي وتحسين جودة الخدمات المقدمة.

ثانيا: ملفات الإصلاح:

أما فيما يخص ملفات الإصلاح، فقد ركز المجلس في تصوره على ستة ملفات، نعرضها فيما يلي¹:

1. ملف الحاجيات الصحية وطلب العلاج:

تعرض هذا الملف بشكل واف إلى كفاءات التنسيق بين الهياكل الجوارية ومستشفى القطاع من جهة، وتلك الموجودة بين مستشفيات القطاع والمستشفيات المرجعية الجهوية أو الوطنية من جهة أخرى.

2. ملف الهياكل الاستشفائية:

تمحور هذا الملف حول إصلاح الهياكل الصحية، وذلك بإدراج جملة من الأهداف نعرضها فيما يلي:

- تعزيز رقابة الدولة على مؤسسات العلاج العمومية و الخاصة؛
- الحرص على تنظيم محكم للمؤسسات العمومية والخاصة على حد سواء من خلال إدخال أدوات التخطيط و الضبط المالي؛
- إدراج فكرة التكامل بين القطاع العمومي والخاص؛
- مشاركة المواطن في تنظيم العلاج مع أخذ حقوقه وواجباته بعين الاعتبار؛
- المساهمة الفعالة للمريض و لجمعيات المرضى من خلال الإدلاء بأرائهم حول توزيع شبكة العلاج وجودة أداؤها؛
- إستعجال وضع دعامة إعلامية التي تعد الركيزة الأساسية لنجاح أي عمل إصلاحي.

3. ملف الموارد البشرية:

اهتم هذا الملف بعنصر أساسي في النظام الصحي وهو المستخدمين، وذلك من خلال السهر على مراجعة أحوالهم الشخصية، شروط وظروف عملهم، علاواتهم وأجورهم، ترفيتهم في المسار المهني وتكوينهم، حيث أن التكوين يعد ضرورة ملحة بالنسبة لكل فئات المستخدمين الطبيين، شبه الطبيين، المسيرين والتقنيين، وهذا بالاشتراك مع قطاعات أخرى كالتعليم العالي والتكوين المهني على وجه الخصوص.

¹ كحيلة نبيلة، تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، مذكرة غير منشورة لنيل شهادة الماجستير، إختصاص تسيير الموارد البشرية، جامعة منتوري، قسنطينة، 2009، ص:53-54.

الفصل الثاني: تطور تمويل المنظومة الصحية في الجزائر

4. ملف الموارد المادية:

يرتكز هذا الملف على ضرورة إدماج الوسائل المادية الضرورية لتنظيم العلاج، 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، وتشكل الجوانب المرتبطة بالصيانة والمعايير التقنية والخاصة بالأمن والنوعية وتعيين الأطقم الفنية والتكوين عناصر مكملة لهذا الملف.

5. ملف التمويل:

إهتم هذا الملف بدراسة طرق توسيع موارد تمويل المستشفيات، وضرورة إعادة النظر في التنظيم من ناحية التسيير المالي، بالإضافة إلى السهر على تكييف القوانين الأساسية التي تسيير المؤسسات الصحية حاليا مع التعديلات الجارية خاصة في مجال التمويل القائم على التعاقد في النشاطات، وحول الشروط الواجبة لتخصيص الميزانيات والفوترة بطريقة تسعى لتحقيق المساواة في الحصول على العلاج بالنسبة لكل المرضى.

6. ملف اشتراك القطاعات:

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

الفصل الثاني: تطور تمويل المنظومة الصحية في الجزائر

المبحث الثاني: تمويل المنظومة الصحية في الجزائر

يتم تمويل الإنفاق على الخدمات الصحية من توليفة من الأموال العامة والخاصة والخيرية، أما بالنسبة للجزائر فتعرف المنظومة الصحية محدودية في تسخير الموارد المالية الإضافية لضمان تلبية الطلب المتزايد والناتج أساسا عن زيادة عدد السكان وإرتفاع نسبة الشيخوخة في بلادنا، كما تعرف إحتياجات السكان نموا و تنوعا بالنظر إلى تطور مستويات المعيشة، كل ذلك جعل الأفراد أكثر إلحاحا في طلب العلاج وتحسين نوعيته. وسنحاول التطرق في هذا المبحث إلى مراحل تطور تمويل المنظومة الصحية في الجزائر أما في المطلب الثاني فسنستطرق إلى مصادر تمويل النظام الصحي، أما في المطلب الثالث سنتحدث على العراقيل والتدابير التمويلية في المنظومة الصحية الجزائرية.

المطلب الأول: سياسة تمويل قطاع الصحة في الجزائر

سنستعرض انطلاقا من هذا العنصر إلى مختلف سياسات التمويل قطاع الصحة بالجزائر وكذا تكاليفه من خلال أربعة مراحل مر بها القطاع:

أولا : المرحلة الأولى من 1963 إلى 1973

تميز النظام التمويلي في هذه المرحلة بضعف الوسائل حيث كان من الصعب آن ذاك إعادة تنشيط الهياكل المورثة عن الاستعمار من أجل ضمان حد أدنى من الخدمات الصحية للمواطن كما كانت نفقات الصحة على الصعيد الوطني ضئيلة نسبيا إذ لا تفوق % 1.5 من الناتج الداخلي الخام. إعتد قطاع الصحة في هذه المرحلة على ثلاث مصادر متميزة للتمويل لكن متكاملة والتي تقابل ثلاث فئات من المرضى الذين يستقطبهم المستشفى وذلك عن طريق تحديد الهوية الاجتماعية لكل شريحة هذه المصادر هي¹:
1. **عائدات الخاصة**: تأتي من مدفوعات المرضى ذوي الدخل الكافي مثل التجار وأصحاب المشاريع الصناعية والزراعية حيث يسوون تكاليف علاجهم بمشاركتهم بنسبة % 10 من مجموع التكاليف أي لا تشمل هذه العائدات سوى % 10 من دخل المستشفيات؛
2. **عائدات تسديد المصاريف**: تجد مصدرها في التأمينات الاجتماعية لقاء الخدمات الصحية المؤداة للمؤمن لهم؛

¹ دلال السويسي، نظام المعلومات كأداة لتحسين جودة الخدمة الصحي بالمؤسسة العمومية الإستشفائية، مذكرة غير منشورة لنيل شهادة ماجستير، تخصص نظام المعلومات ومراقبة التسيير، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، 2012، ص.10.

الفصل الثاني: تطور تمويل المنظومة الصحية في الجزائر

3. إعانات: تمثل % 60 من موارد المستشفى وتجد مصدرها في الدولة والخزينة لحساب الدولة وكذا صندوق

التضامن للمحافظات والبلديات لحساب الجماعات المحلية حيث توزع حسب النسب المالية الآتية¹:

➤ 85 % من الخزينة العامة؛

➤ 15 % فتكون على حساب الجماعات المحلية منها على حساب المحافظات و % 7 على حساب

البلديات كل هذه النسب تمثل تمويل الخدمات المؤداة للأشخاص التابعين لنظام المعونة الصحية المجانية. رغم أن نظام التمويل السائد خلال تلك الفترة قدم مجموعة من المزايا فيما يخص التسيير المالي، إلا أنه وبالمقابل كان له جملة من العراقيل و التي تمثلت في تراكم حجم الديون العامة الغير مغطاة، إضافة إلى الحواجز المالية التي حالت دون تلبية حاجيات المواطنين كل هذه الأوضاع كانت دافعا للسلطات العامة نحو التفكير في نظام جديد لتمويل الهياكل الصحية بالجزائر².

ثانيا: المرحلة الثانية من 1974 إلى 1989

إن تطبيق مجانية العلاج سنة 1974 رافقه مواجهة عميقة لأساليب تمويل المؤسسات الصحية حيث تم إستبدال السعر اليومي بإجراء جديد يتمثل في الميزانية العمومية فلقد سمح هذا الإجراء الجديد بإزاحة الحواجز المالية أمام المرضى من أجل تلبية احتياجاتهم الصحية.

بحيث أصبحت تمنح للمؤسسات الصحية ميزانية إجمالية في شكل جزائي تحدد عن طريق قانون المالية، أين تحتوي على مصدرين أساسيين للتمويل وهما³:

1. الدولة؛

2. صندوق الضمان الاجتماعي.

وفي ظل غموض العلاقة التمويلية ما بين المؤسسات الصحية والدولة وصناديق التأمينات الاجتماعية، أدى هذا إلى نتيجة موضوعية تتمثل في اختلال التوازن ما بين العرض والطلب وإلى عجز في تغطية الحاجات المتزايدة للمواطنين وعدم فعالية تقديم الخدمات⁴.

¹ المرسوم رقم (74-01) المؤرخ في 16 جانفي 1974، المنظم مدى مساهمة الجماعات المحلية في نفقات المساعدة الطبية الاجتماعية.

² دلال السويسي، مرجع سبق ذكره، ص.10.

³ علي دحمان محمد، تقييم نفقات الصحة والتعليم، مذكرة غير منشورة لنيل شهادة الماجستير، تخصص تسيير المالية العامة، جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان، 2011، ص.59.

⁴ السويسي دلال، مرجع سبق ذكره، ص.11.

الفصل الثاني: تطور تمويل المنظومة الصحية في الجزائر

ثالثا: المرحلة الثالثة من 1990 إلى يومنا هذا

لقد كان النظام الساري لتمويل الهياكل الصحية إبان الاستقلال يعتمد على المساهمة العمومية من طرف الدولة والجماعات المحلية، حيث كانت تقدر بـ 60% من مجموع النفقات الصحية، إلا أن إحداث الدولة للطب المجاني في سنة 1974 و إلغاء نظام التسعيرة الإستشفائية فإن مساهمة الدولة أصبحت تحدد بصفة جزائية، ونشير على أن الجماعات المحلية التي كانت تساهم بنسبة 5% أعفيت من التمويل ابتداء من سنة 1980 وهو ما يعني خسارة أحد موارد التمويل، وبالتالي فمساهمة الدولة في تمويل قطاع الصحة خلال هذه الفترة قد أصبحت تقارب نسبة 76.5%¹.

أما فيما يخص صندوق الضمان الاجتماعي فقد عرف هذا الأخير في هذه الفترة عدة اضطرابات وصعوبات مالية منذ 1990، تميزت بعجز يرتفع باستمرار يصعب التحكم فيه، وفي هذا الإطار جاء إصلاح 1990 والذي يهدف إلى إعادة هيكل التمويل يرفع نصيب كل من الدولة والأفراد، حيث تقرر وضع تنظيم جديد مبني على أساس استقلالية هياكل الصحة التي يضمن تسييرها مجالس إدارة، والتي نجد فيها تمثيل كل من الجماعات المحلية، الضمان الاجتماعي وكذا الأفراد.

ونتيجة هذا الإضطراب فقد عرف قطاع الصحة العمومي نقص في المصادر الضرورية لمواجهة الطلب الكبير على العلاج حيث أن المصدران الرئيسيان في تمويل هذا الأخير هما الدولة والضمان الاجتماعي، وهذا ما جعل أي إختلال يؤثر على القطاع بصورة عامة، وعرف الضمان الاجتماعي عجزا بعد أن كانت مساهمته لفترة طويلة تمول مجانية العلاج لأسباب عديدة تتجلى في:

- 1 الأزمة البترولية لعام 1986؛
- 2 تأخر نمو الشغل وارتفاع نسبة البطالة؛
- 3 الإستمرارية في تدعيم النفقات الصحية وبشكل كبير نفقات التقاعد؛
- 4 العلاج في الخارج لغير المؤمنين.

وفي سنة 1994 أصبح التمويل واضحا حين تخلت الدولة عن المساهمة في بعض النفقات التي أصبحت على عاتق المواطن (المريض) كدفع ثمن رمزي للفحوصات الطبية عبر كل المؤسسات الإستشفائية ومراكز العلاج، ثم إتسعت هذه العملية لتشمل الإيواء والإطعام وبعض الكشوفات الطبية في القطاعات الصحية بدون تعويض من طرف الضمان الاجتماعي.

¹ علي دحمان محمد، مرجع سبق ذكره، ص.59.

الفصل الثاني: تطور تمويل المنظومة الصحية في الجزائر

كغيرها من العديد من الدول السائرة في طريق النمو لم تكن الجزائر بمعزل عن الأزمة الاقتصادية في منتصف عقد الثمانينات متبوعة بإختيار مواردها الخارجية الناتج عن انخفاض أسعار البترول التي تمثل المصدر الأساسي للصادرات، إلى إتباع مخطط الضبط الهيكلي بعد مفاوضات أجرتها السلطات العمومية عام 1993 مع صندوق النقد الدولي والبنك العالمي، وقد إستمر هذا المخطط طيلة العقد الثاني من التسعينيات، ويتمثل هذا المخطط في مجموعة من التعديلات للسياسة الاقتصادية مخصصة لتخفيف عدم التوازن الهيكلي في الاقتصاد الجزائري من أجل الاستقرار من جهة وبعث التطور الاقتصادي من جهة أخرى، ولقد ترتب على تطبيق مخطط الضبط الهيكلي إرتفاع أسعار الأدوية بسبب انخفاض قيمة النقد الحالي¹.

ورغم أن الجزائر طبقت هذا المخطط إلا أن مستوى تكاليفها الصحية مقارنة بالنتائج الداخلي الخام لم يتوقف عن الارتفاع.

المطلب الثاني: مصادر تمويل المنظومة الصحية الجزائرية

تضمنت المنظومة الصحية الجزائرية عدة مصادر للتمويل، هذه المصادر التي اختلفت نسب مساهمتها في تمويل النفقات الصحية حسب السياسة الصحية المنتهجة من طرف الدولة وأولويتها عبر المراحل التي مرت بها المنظومة الصحية.

عموما يمكن حصر مصادر التمويل الأساسية فيما يلي:

أولاً: الضمان الاجتماعي

يعتبر تمويل الصحة في الجزائر عن طريق الضمان الاجتماعي، من أهم النقاط الواجب التطرق إليه نظرا لوزن الضمان الاجتماعي كمول رئيسي، فكل تذبذب في منظومة الضمان الاجتماعي يؤثر حتما على التوازن العام للإقتصاد الوطني، ويظهر الدور الهام للضمان الاجتماعي في الجزائر في المبالغ الهائلة التي تمول سنويا مختلف السكان المؤمنين، والجدول الموالي يوضح ذلك²:

¹ السويسي دلال، مرجع سبق ذكره ، ص.12.

² نصر الدين عيساوي، مرجع سبق ذكره ، ص.150.

الفصل الثاني: تطور تمويل المنظومة الصحية في الجزائر

الجدول رقم (2-1): تطور نفقات صندوق الضمان الاجتماعي

الوحدة : مليار دينار جزائري

السنة	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
مساهمة صندوق الضمان الاجتماعي ب 10 ⁶ دج	35300	35300	35300	38000	38000	38000	38000	38700	39200
نسبة مساهمة صندوق الضمان الاجتماعي	%33.2	%34.1	%27.9	%21.8	%17.7	%16.8	%14.8	%14.1	%13.8

المصدر: مشروع ميزانية الدولة (2005-2013)

من الملاحظ أن صندوق الضمان الاجتماعي يساهم في تمويل القطاع الصحي بنسبة معتبرة، فقد كانت في سنوات التسعينات تتراوح نسبة مساهمة صندوق الضمان الاجتماعي في تمويل القطاع الصحي ما بين (45% إلى 35%)، لتتخفف إلى 33.2% سنة 2005، ثم ارتفعت سنة 2006 إلى نسبة 34.1%، لتستمر هذه النسبة بالإنخفاض حتى سنة 2013 لتصل إلى نسبة 13.8%.

لقد تأسس الضمان الاجتماعي في الجزائر في سنة 1949 نتيجة لتوسع شريحة العمال، حيث أنه تكفل منذ الاستقلال بالنفقات الصحية لفئة من الأشخاص (المؤمنين اجتماعيا وذويهم العمال، الأجراء، الموظفين وغيرهم) من خلال نمط التأمين على المرض والذي يعتمد على سعر اليوم الإستشفائي الذي كان يحدد سنويا 30% من النفقات الإجمالية لهيئات الصحية¹.

وقد مر الضمان الاجتماعي بمرحلتين أساسيتين:

1. قبل 1983 كانت هناك عدة نظم للتأمينات الاجتماعية، من بينها نظام عام رئيسي ينقسم إلى

ثلاث صناديق جهوية، يعمل على تغطية التكاليف الصحية للأشخاص المؤمنين حسب الفعل المقدم:

أمراض، أمومة، حوادث عمل، إعاقة.

وقد بدأت مساهمة الضمان الاجتماعي تساهم بحجم مهم في ميزانية القطاعات الصحية، إبتداء من

1974 بعد قرار وزارة المالية الضمان الاجتماعي لدى الخزينة.

¹ علي دحمان محمد، مرجع سبق ذكره، ص.62.

الفصل الثاني: تطور تمويل المنظومة الصحية في الجزائر

بالإضافة إلى النظام العام الرئيسي هناك نظام تأمين خاص بالمهاجرين وذوي الحقوق الذي يسير بالاشتراك مع المنظومة الصحية الفرنسي في إطار اتفاقية جزائرية فرنسية للضمان الاجتماعي، بالإضافة إلى تواجد نظم تأمين خاصة مكملة تتعلق بعمال بعض القطاعات كالمناجم، السكك الحديدية... الخ.

2. بعد 1983 حدثت هناك إصلاحات عميقة تمخض عنها نظام تأمين موحد لكل عمال القطاع العام ماعدا عمال القطاع العسكري، والتعاضديات الفلاحية، وقد تم دمج التأمينات الاجتماعية الخاصة بحوادث العمل والأمراض المهنية في الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية وحوادث العمل وقد تم توحيد نظام الاشتراك في صندوق الضمان الاجتماعي لكل العمال الأجراء، (CNASAT)، (CNAS) ، والذي تغير اسمه ابتداء من 1992 إلى الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية وصندوق وطني للتقاعد، (CASNOS) وقد تم إنشاء بالإضافة إلى ذلك صندوق وطني لغير الأجراء. (CNR).¹

ثانيا: مساهمة الدولة

تساهم ميزانية الدولة بجانب الضمان الاجتماعي في تمويل نسبة مهمة من النفقات الصحية بواسطة الميزانية العامة السنوية الجزائرية، هذه الأخيرة التي تعد مسبقا في قانون المالية السنوي من أجل تأطير السياسة الصحية، التكوين الطبي والشبه الطبي، والبحث الطبي.²

والجدول التالي يبين مدى مساهمة الدولة في تمويل قطاع الصحة

الجدول رقم (2-2): مدى مساهمة الدولة في تمويل قطاع الصحة

الوحدة : مليار دينار جزائري

السنة	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
مساهمة الدولة ب 10 ⁶ دج	39460	67164	90254	139041	167036	187106	218562	222643	223328
نسبة مساهمة الدولة	%75.3	%64.9	%71.3	%77.9	%81.7	%82.7	%83.2	%83.5	%84.1

المصدر: مشروع ميزانية الدولة (2005-2013)

من الملاحظ أن الدولة تساهم في تمويل القطاع الصحي بنسبة معتبرة، فقد كانت في سنوات التسعينات تتراوح نسبة مساهمة الدولة في تمويل القطاع الصحي ما بين (50% إلى 60%)، لترتفع إلى 64.9% سنة

¹ نصر الدين عيساوي، مرجع سبق ذكره، ص.150..

² نفس المرجع السابق، ص.113.

الفصل الثاني: تطور تمويل المنظومة الصحية في الجزائر

2005، وتنخفض سنة 2006 إلى نسبة 64.9%، لتستمر هذه النسبة بالإرتفاع حتى سنة 2013 لتصل إلى نسبة 84.1%.

تعدد النفقات الصحية تجعل تدخل الدولة في تمويل النفقة الوطنية للصحة أكثر من ضروري وينسب مهمة وهذا ما جعلها تزداد من فترة إلى أخرى، ووصلت إلى نسبة 84.1% سنة 2013. مما يؤكد على أن المنظومة الصحية الجزائرية لم تستفد من تجارب المنظومات الأجنبية والتي تعتمد بدرجة كبيرة على صندوق الضمان الاجتماعي.

ثالثا: مساهمات العائلات

رغم أن هذا المصدر غير هام لتمويل الصحة لكنه سرعان ما تطور برفع الحواجز أمام الخواص في مجال الصحة فهذه الحالة تفسر بالتجاوزات في التعريفات الطبية من طرف القطاع الخاص، لأن هذا الأخير لم يحترم التسعيرة الرسمية ولا يوجد أي جهاز يقوم بمراقبة هؤلاء الأطباء، أضف إلى ذلك زيادة الأسعار المدونة فهناك من العائلات غير مؤمنة، وعلى العموم تبقى مساهمة الأسرة في تمويل القطاع الصحي بالجزائر مساهمة ضئيلة، خاصة خلال السنوات الأخيرة أين وصلت نسبة مساهمة الأسرة في تمويل القطاع الصحي إلى 24.7% سنة 2006¹. وما تتميز به مساهمة العائلات أن حجمها لا يمكن حسابه بدقة هذا راجع إلى الأسباب التالية:

1. التجاوزات التي تحدث غالبا في تحديد التسعيرة من طرف الممارسين في القطاع الخاص، مع العلم أنه لا يوجد هناك جهاز يقوم بمراقبة هؤلاء الممارسين.
2. هناك بعض العائلات والتي تتمتع بتغطية من طرف الضمان الاجتماعي، غير أنها ولأسباب مختلفة لا تطالب بالتعويضات على الخدمات أو الأدوية مدفوعة المقابل.
3. هناك ظاهرة تتمثل بالتداوي بدون اللجوء إلى الطبيب واللجوء المباشر للصيدلة من أجل شراء أدوية بدون وصفة طبية².

¹ علي دحمان محمد، مرجع سبق ذكره، ص.64.

² عيساوي نصر الدين، مرجع سبق ذكره، ص.114.

الفصل الثاني: تطور تمويل المنظومة الصحية في الجزائر

الجدول الموالي سيوضح المبالغ المرصدة للصحة من طرف الفرد مقارنة مع النفقات الأخرى
الجدول (2-3) نسبة النفقات المتوسطة السنوية للفرد في الجزائر

الوحدة: بالدينار الجزائري

السنة	1988	2014
البيان		
تغذية	52,53	46.61
ألبسة	8,17	10.23
نقل ومواصلات	11,39	8.24
معدات وأجهزة منزلية	4,29	2.67
مصاريق السكن	7,74	12.49
تربية، ثقافة وترفيه	4,35	4.32
صحة	2,71	7.68
إستهلاكات لأخرى	8,83	7.76
المجموع	%100	%100
النفقة الوطنية المتوسطة للفرد	8873	53326

Source : ONS edition 2014.

من خلال الجدول السابق أن النفقة الصحية المتوسطة للفرد الجزائري إرتفعت من 2.71% سنة 1988 إلى 7,76% سنة 2014، وهذا راجع لظهور أمراض معقدة جديدة بالتالي إرتفاع تكاليف الأدوية.

رابعا : مساهمة التعاضديات

مع التخلي على التأمينات المكتملة بعد سنة 1983 وبتوحيد نظام التأمينات الاجتماعية، لم يبق منها سوى 21 تعاضدية إختيارية والتي شملت واحد مليون عامل، هذا النوع من التأمين يغطي بصفة تكميلية تكاليف الصحة التي يواجهها المعالج في القطاع الخاص (عيادات ، مراكز صحية خاصة ..) من أهم هذه التعاضديات تعاضدية عمال التربية (MUNATEC) ¹.

¹ عيساوي نصر الدين، مرجع سبق ذكره، ص.115.

الفصل الثاني: تطور تمويل المنظومة الصحية في الجزائر

رابعاً: مساهمة المؤسسات

لعبت المؤسسات العمومية دوراً هاماً في تمويل الخدمات الصحية في المراحل بين 1974 و1980 من خلال وضع نظام تسيير يعتمد على إتمادات خاصة تمويل بها وحدات صحية متواجدة على مستوى المؤسسات، هدفها تقديم العلاج بصفة مباشرة لعمال المؤسسة وذلك بصفة تكميلية لهياكل الصحة العمومية بتوحيد نظام التأمين الصحي قد ضمت الوحدات الصحية ضمن الهياكل الصحية العمومية في إطار تسيير موحد، أما البعض الآخر فقد حافظ على التسيير المستقل لهياكله الصحية.

لقد ساهمت الهياكل الثلاثة الأولى في تمويل النفقة الوطنية للصحة بصفة أساسية أما المصدرين الآخرين فكان تمويلهما ثانوي فقط بالمقارنة مع النوع الأول¹.

المطلب الثالث: العراقيل والتدابير التمويلية في المنظومة الصحية الجزائرية

يعاني قطاع الصحة العمومي من عدة إختلالات تتمثل في نقص الوسائل المالية الضرورية لمواجهة طلبات العلاج المتزايدة بالدرجة الأولى، ويمكن إرجاع ذلك إلى ما يلي:²

1. تخصيص وتوزيع غير ملائم وغير كاف للموارد المالية؛
 2. ميزانيات مستشفيات لم يتم التفاوض بشأنها؛
 3. مديونية ثقيلة؛
 4. غياب التحكم في التكلفة والنفقات الصحية؛
 5. إمتصاص حقيقي لميزانيات القطاعات الصحية من قبل مستشفى على حساب الهياكل الغير الإستشفائية فهذه الطرق تسبب في زعزعة المنظومة الصحية.
- وعلى ضوء ما سبق، تقرر عن المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات عدة طرق يمكن إدراجها لمعالجة التمويل الصحي على مستوى القطاع العمومي، نعرضها فيما يلي:
1. البحث عن مصادر جديدة للتمويل من خلال إسترداد جزء من الضرائب المحلية عن التلوث والتبغ، بالإضافة إلى إدراج مساهمة التأمينات الاقتصادية؛
 2. إعطاء بعد واقعي للتعاقد من خلال تعيين مدونة الأعمال الطبية والتسعير؛

¹ عيساوي نصر الدين، مرجع سبق ذكره، ص.116.

² عتيق عائشة، مرجع سبق ذكره، ص.142.

الفصل الثاني: تطور تمويل المنظومة الصحية في الجزائر

3. قيام الوزارة المكلفة بالتضامن بإعادة تحديد وضبط فئات الأشخاص المعوزين، حيث تحدد وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات التكفل المالي بهذه الفئات والتي ستكون على عاتق الوزارة المكلفة بالتضامن؛
 4. الحرص على أن تخضع كل المؤسسات الصحية للمراقبة البعدية الوحيدة طبقا للتنظيم الساري؛
 5. تحرير المبادرات التي تعتمد على مصادر خاصة في إطار المهام المنوطة بالمستشفى، كإخراج المصالح الاقتصادية والعامّة عن المستشفى؛
 6. وضع مخطط حسابات المستشفيات؛
 7. ترخيص المستشفيات بإبرام عقود وعروض خدمات مع المؤسسات الوطنية والدولية والشركات؛
 8. إعادة تفصيل آليات نقل الميزانيات المخصصة للتعليم والبحث الطبي نحو المستشفيات؛
 9. إعطاء المؤسسات الصحية العمومية من الضرائب الجمركية المفروضة على التجهيزات؛
 10. الانتقال من منظومة ميزتها تمويل الهياكل إلى منظومة تستهدف تمويل النشاطات؛
 11. تظل المهام الاجتماعية للمستشفى (الاستعجالات، التعليم، البحث و الوقاية) تستفيد من تخصيصات الميزانية الإجمالية؛
 12. جعل الوسائل المادية والبشرية أكثر مردودية؛
 13. تدعيم الإجراءات الموجودة لحساب التكلف؛.
 14. وضع ميزانية ملحقة مستقلة عن ميزانية المستشفى؛
 15. مواصلة مسار رفع الديون عن المستشفيات؛
- وتجدر الإشارة إلى أن القطاع الخاص يستثني الفئات المعوزة من العلاج، بالإضافة إلى عشوائية تحديد أتعاب الأعمال وتكاليفها، وعلى هذا الأساس توجد محاولات التفكير مع المؤسسات المعنية بالتأمين على المرض في طريقة لتمويل هذا القطاع بشكل يسمح بالحفاظ على مبدأ إمكانية حصول كل المواطنين على الخدمات الصحية بدون أن يقع على عاتقهم دفع مجموع التكاليف المترتبة عن العلاج، بالإضافة إلى اعتماد الشفافية بخصوص أتعاب الأعمال وتكاليفها.

الفصل الثاني: تطور تمويل المنظومة الصحية في الجزائر

المبحث الثالث: مؤشرات تقييم أداء المؤسسة العمومية الإستشفائية

يعتبر أداء المستشفيات من أبرز المفاهيم التي تحظى باهتمام واسع من طرف الحكومة والباحثين، نظرا لحساسيته وعلاقته بالمجتمع والأهمية البالغة للصحة بالنسبة للفرد، ولتقييم أداء المستشفيات تحتاج المنظمات الصحية إلى مؤشرات لقياس ومعرفة مستوى الأداء الفعلي للمستشفى، وذلك بهدف معرفة مستوى التطور الحاصل في وظائفها، وبما أن هذه المؤشرات تقوم من خلالها عملية التخطيط والتنظيم للخدمات الصحية وخاصة المستشفيات.

المطلب الأول: عموميات حول تقييم الأداء ومصادر معلوماته

يعد تقييم الأداء عنصرا أساسيا للعملية الإدارية، فهو يساهم في تقديم العمليات اللازمة التي تستخدم في مدى تحقق الأهداف المسطرة ومن التعرف على إتجاهات الأداء، ومن ثم إتخاذ القرارات اللازمة، لذا سنحاول التطرق في هذا المطلب إلى مفهوم الأداء وتقييم الأداء، والتعرف على أهداف تقييم الأداء، لنعرج في الأخير على مصادر معلومات تقييم الأداء.

أولاً: مفهوم تقييم الأداء

إستخدام كلمتي التقييم والتقويم في اللغة العربية، لذلك سيكون استعمال كلمة التقييم في البحث كمرادفة لكلمة التقويم ونفي أي فرق يمكن أن يكون بينهما.

قبل التطرق لعملية تقييم الأداء يجب إعطاء تعريف صغير عن الأداء لوضع القارئ في الصورة: يقصد بالأداء على أنه " إتمام الموظف للمهام التي تم تحديدها له و يمكن النظر للأداء أيضا على أنه الاستعداد للعمل والنتيجة المترتبة عن هذا التشغيل"¹.

أما تقييم الأداء فقد عرف على أنه "دراسة نشاط المؤسسة، لقياس النتائج المحققة ومقارنتها بالأهداف المرسومة مسبقا وذلك للوقوف على أداء المنشأة والانحرافات التي قد تحصل، بهدف إتخاذ الخطوات اللازمة لمعالجتها"².

إلى جانب التعريف السابق يوجد تعريف يرى بأن تقييم الأداء "يعتبر وظيفة إدارية بجانب الوظائف الأخرى المتعارف عليها من تخطيط وتنظيم ودفع، وحسب هذه التعريف فإن تقييم الأداء يمثل الحلقة الأخيرة من سلسلة العمل الإداري المستمر، وتشمل مجموعة من الإجراءات التي يتخذها جهاز الإدارة للتأكد من أن النتائج

¹ احمد عاشور، إدارة القوى العاملة الحديثة، دار النهضة العربية، بيروت، 1996، ص.56.

² مدحت القرشي، دراسات الجدوى الاقتصادية وتقييم المشروعات الصناعية، دار وائل، ط1، الأردن، 2009، ص.128.

الفصل الثاني: تطور تمويل المنظومة الصحية في الجزائر

تتحقق على النحو المرسوم، بأعلى درجة من الكفاءة¹، ولكن لا يمكن أن ننظر على أن تقييم الأداء وظيفة إدارية بحتة ولكن هو جزء منها والذي يتمثل في وظيفة الرقابة التي من خطوتها أنها تقوم بالإجراءات التصحيحية للرجوع إلى الحالة الطبيعية وهذا هو الشيء لا تحتويه عملية التقييم.

ومهما كان تعريف تقييم الأداء فانه يجب أن يحتوي على العناصر التالية بشكل مباشر أو بشكل ضمني²:

1. تحديد الأهداف التي يجب أو من المتوقع الوصول إليها؛
 2. قياس النتائج الفعلية للأداء؛
 3. تحليل النتائج ومقارنتها بالأداء المستهدف؛
 4. إيجاد تغذية راجعة للموظف بهدف تشجيع الموظف وتحفيزه للتخلص من سلبيات الأداء وتطويره.
- ومن خلال التعاريف السابقة، يمكن إستخراج تعريف شامل لتقييم الأداء "هو عملية قياس إنجازات المؤسسة بمؤشرات تعبر عن نتائج الأداء الفعلي و مقارنتها بالنتائج المقدرة، مما يسمح للمؤسسة باتخاذ الإجراءات اللازمة لتصحيح الانحرافات".

ثانيا: أهداف تقييم الأداء

يشمل الهدف العام لعملية تقييم الأداء في التأكد من أن الأداء الفعلي يتم وفقا للخطة الموضوعية، وهناك أهداف أخرى لعملية تقييم الأداء وتتمثل أهدافه فيما يلي³:

1. تخفيض معدل مخاطر الأخطاء عند وضع الخطط؛
2. تحديد مراحل التنفيذ ومتابعة التقدم في الخطط والإستراتيجيات؛
3. توجيه الجهود اللازمة لتنفيذ الخطط؛
4. الوقوف على مستوى إنجازات المؤسسة و مقارنتها بأهدافها المسطرة؛

¹ صلاح الدين، حسن السيسي، نظم المحاسبة والرقابة وتقييم الأداء في المصاريف والمؤسسات المالي، دار الوسام للطبع والنشر، لبنان، 1998، ص.2.

² صلاح محمود ذياب، مرجع سبق ذكره، ص.300.

³ جينات دراجي، تقييم الأداء المالي للمؤسسة، مذكرة غير منشورة لنيل شهادة الماجستير، تخصص مالية المؤسسات، جامعة قسنطينة، 1997، ص: 44-45.

الفصل الثاني: تطور تمويل المنظومة الصحية في الجزائر

5. العمل على الحصول على أفضل عائد ودفع حركة التنمية، حيث أن تحقيق التنمية يتم عادة من خلال التوسع وإقامة المنظمات الجديدة، بالإضافة إلى زيادة وقدرة وكفاءة المنظمات الموجودة والقائمة فعلا؛
6. التأكد من سيورة التطورات الاقتصادية، والاجتماعية طبقا للأهداف المرسومة مقدما؛
7. تحقيق التعاون بين الوحدات والأقسام التي تشارك في التنفيذ؛
8. الكشف عن مواطن الخلل والضعف في نشاط المؤسسة وإجراء تحليل شامل لها، بهدف وضع الحلول المناسبة لها وتصحيحها؛
9. الوقوف على مدى كفاءة استخدام الموارد المتاحة بطريقة رشيدة.

ثالثا: مصادر معلومات تقييم الأداء

تعتبر عملية جمع المعلومات أول مرحلة من مراحل عملية تقييم الأداء، و يشترط في المعلومات أن تتميز بالمصداقية والموثوقية وأن تكون في الوقت المناسب، ولقد تعددت مصادر المعلومات التي يعتمد عليها تقييم الأداء، وتنقسم هذه المصادر إلى مصادر داخلية وأخرى خارجية، عامة وقطاعية وأخرى خاصة بالمؤسسة، وهي كمايلي¹:

1. المصادر الخارجية

تتحصل المؤسسة على هذا النوع من المعلومات من محيطها الخارجي وهذه المعلومات يمكن تصنيفها إلى نوعين من المعلومات.

➤ المعلومات العامة

تتعلق هذه المعلومات بالظرف الاقتصادي حيث تبين الوضعية العامة للاقتصاد في فترة معينة وسبب اهتمام المؤسسة بهذا النوع من المعلومات هو تأثير نتائجها بطبيعة الحالة الاقتصادية للمحيط كالتضخم والتدهور، حيث تساعد هذه المعلومات على تفسير نتائجها والوقوف على حقيقتها.

➤ المعلومات القطاعية

تقوم بعض المنظمات المتخصصة بجمع المعلومات الخاصة بالقطاع ونشرها لتستفيد منها المؤسسات في إجراء مختلف الدراسات المالية والاقتصادية، و تستخلص منها نسب ومعلومات قطاعية تساعد المؤسسات في تقييم وضعياتها المالية بالمقارنة مع هذه النسب، فهذا النوع من المعلومات عموما تتحصل عليه المؤسسة من إحدى الأطراف التالية (النقابات المهنية، النشرات الاقتصادية، المجلات المتخصصة، بعض المواقع على الانترنت)².

¹ صلاح الدين حسن السيسى، مرجع سبق ذكره، ص.200.

² الياس بن ساسي، مرجع سبق ذكره، ص.50.

الفصل الثاني: تطور تمويل المنظومة الصحية في الجزائر

لكن هذا النوع من المعلومات يظل غائبا في معظم الدول النامية كالجزائر، وبالتالي القيام بدراسة إقتصادية أو مالية وافية تعد عملية صعبة جدا.

2. المصادر الداخلية

تتمثل المعلومات الداخلية المستعملة في عملية تقييم الأداء المالي عموما في المعلومات التي تقدمها مصلحة المحاسبة وتمثل هذه المعلومات في الميزانية و جدول حسابات النتائج والملاحق.

➤ **الميزانية** : تقدم مصلحة المحاسبة العامة إلى المسيرين المكلفين بإجراء عملية تقييم الأداء المالي وثيقة محاسبية ختامية هي الميزانية المحاسبية ومجموعة من المعلومات التي تمكنهم من إعداد الميزانية المالية التي يمكن الاعتماد عليها كمعلومات مالية مساعدة على تقييم الأداء.

تعرف بأنها قائمة الوضع المالي أو الميزانية، وهي القائمة التي توضح من جهة مصادر الأموال في المنظمة من حقوق للملكية والتزامات (الخصوم)، واستخدامات هذه الأموال من جهة أخرى (الأصول)¹. كما تعتبر قائمة المركز المالي الوسيلة الأساسية لإعطاء صورة واضحة وعادلة عن حالة المنظمة في لحظة زمنية غالبا ما تكون نهاية السنة، لذلك يتم تبويب عناصرها في مجموعات ملائمة يسهل معها الوقوف على حالة المنظمة المالية، كما تساعد في إجراء التحليلات والمناقشات المناسبة للحكم على وضعية المنظمة².

➤ **جدول حسابات النتائج** : يعد جدول حسابات النتائج وثيقة محاسبية نهائية تلخص نشاط المؤسسة دوريا، ويتمثل في جدول يجمع مختلف عناصر التكاليف والإيرادات التي تساهم في تحقيق نتيجة نشاط المؤسسة في دورة معينة، دون تحديد تواريخ تسجيل لها، أي يعبر عن مختلف التدفقات التي تتسبب في تكوين نتيجة المؤسسة خلال فترة معينة³.

وقد حدد المخطط الوطني المحاسبي من خلال هذا الجدول مستويات عدة للنتائج بغية الوصول لنتيجة الدورة والتمثلة في: مستوى الهامش الإجمالي، مستوى القيمة المضافة، مستوى نتيجة الإستغلال، مستوى نتيجة خارج الإستغلال ومستوى نتيجة الدورة التي تعبر على النشاط الحقيقي للمؤسسة في فترة معين.

➤ **الملاحق**: الملحق هو وثيقة شاملة تنشئها المؤسسة، هدفه الأساسي هو تكملة وتوضيح فهم الميزانية وجدول حسابات النتائج، فهو يمكن أن يقدم المعلومات التي تحتويها الميزانية وجدول النتائج بأسلوب آخر.

¹ مؤيد راضي خنفر، غسان فلاح المطارنة، تحليل القوائم المالية مدخل نظري تطبيقي، دار المسيرة، عمان، 2006، ص.37.

² عبد الناصر إبراهيم نور وآخرون، أصول المحاسبة المالية، دار المسيرة، ط3، الجزء الثاني، عمان، 2005، ص.278.

³ احمد محمد نور، مبادئ المحاسبة المالية، الدار الجامعية، الإسكندرية، 2003، ص.48.

الفصل الثاني: تطور تمويل المنظومة الصحية في الجزائر

يجب على الملاحق أن تمكن الأطراف الموجهة إليها الميزانية وجدول النتائج من الفهم الجيد لها، وتقدم هذه الملاحق نوعين من المعلومات: المعلومات المكممة أو الرقمية الموجهة لتكملة وتفصيل بعض عناصر الميزانية وجدول حسابات النتائج، المعلومات غير المرقمة تتمثل في التعليقات الموجهة لتسهيل وتوضيح فهم المعلومات¹.

المطلب الثاني: أهمية تقييم أداء المؤسسات الصحية

ترجع أهمية تقييم الأداء في المؤسسات الصحية لعدة اعتبارات منها²:

1. نظرا للدور الحيوي الذي يلعبه المستشفى في العلاج وتنظيم الأسرة والسكان؛
2. تطور مفهوم إدارة وتنظيم الخدمات الصحية عما كان عليه، من خلال التركيز على المرضى الحاليين أو المرتقبين من أجل تحقيق إحتياجاتهم؛
3. دور المنظمات الصحية واهتمامها وتفاعلها بالبيئة المحيطة، في تحديد المشاكل الصحية التي تعاني منها والمرتبطة بالبيئة، كتلوث المحيط وانخفاض مستوى الصحة؛
4. نظرا لمحدودية الموارد الصحية وعدم كفايتها لتحقيق متطلبات واحتياجات الأفراد، الشيء الذي يؤدي إلى التفكير والاهتمام بكيفية استغلال تلك الموارد على أكمل وجه، بما يحقق أكبر فوائد ممكنة، مثل الوقاية والنهوض بالصحة، مما يؤثر على التنمية الصحية والاجتماعية في الدول النامية؛
5. أهمية وحيوية الأدوار التي تقوم بها المستشفيات في العصر الحديث؛
6. إن صعوبة وضع مقاييس كمية لتقييم بعض المستشفيات الطبية، وإتاحة الفرصة لإجراء لمزيد من الدراسات والأبحاث العلمية في مجال تقييم أداء هذه المؤسسات الصحية؛
7. إنعكاس نتائج تقييم الأداء على تحسين الأداء الطبي والإداري، وجعل المنظومة الصحية نظاما ديناميا يتفاعل بالمؤثرات الداخلية والخارجية؛
8. إستخدام نتائج التقييم في إعادة تقويم برامج إدارة الموارد البشرية.

¹ إلياس بن ساسي، مرجع سبق ذكره، ص.59.

² أمير جيلالي، مرجع سبق ذكره، ص.53.

الفصل الثاني: تطور تمويل المنظومة الصحية في الجزائر

المطلب الثالث: مؤشرات تقييم أداء المستشفيات العمومية

تتباين وجهات النظر حول قياس أداء في المؤسسات الصحية (المستشفيات) بتباين الجهات ذات العلاقة، فالمريض يبحث عن أفضل الخدمات، والكادر العامل يقيس أداء من خلال مقدار الأجر وعدد ساعات العمل، وإدارة المؤسسة تنظر إلى موضوع من زاوية تحقيق مصالح جميع المرضى في حدود الموارد المتاحة، كما أن الغايات الجوهرية للمؤسسات الصحية (المستشفيات) تتصف بالصفة المعنوية التي تحكمها العوامل الإنسانية أكثر من الربح والمنافسة، فمنظمة الصحة العالمية بصفتها الراعية الأولى للموضوع ، وكذا الباحثون المتخصصون في إدارة المقاييس المؤسسات الصحية جهودا حثيثة ثمرات عن إيجاد بعض المقاييس وأهم هذه المقاييس، تطرقنا لها كمؤشرات لكل اختصاص على حدى وكما يلي:

أولاً: المؤشرات الخاصة بالفريق التمريضي

وتتمثل في المؤشرات التالية¹:

1. ممرض/طبيب

يعكس هذا المؤشر عدد الموظفين ذوي المهن الصحية لكل طبيب خلال فترة معينة، ويشير زيادة هذا المعدل إلى ارتفاع حصة كل طبيب من الممرضين مما يدل على وجود فرصة أفضل لتقديم خدمة صحية أفضل للمرضى الراقدين في المستشفى خلال فترة زمنية معينة، ويدل انخفاضه عن ضعف الفرصة المتاحة لتقديم عناية صحية أفضل للمرضى الراقدين، وقد أعدت منظمة الصحة العالمية معدل مقبول بالنسبة للملائمة والذي هو 12 ممرض لكل طبيب ويحسب هذا المعدل كالاتي:

$$\text{ممرض/طبيب} = \frac{\text{الممرضين}}{\text{عدد الأطباء}}$$

2. مريض/ ممرض

يشير هذا المؤشر إلى حصة كل ممرض من المرضى خلال فترة معينة، ويشير زيادة هذا المعدل إلى ارتفاع حصة كل ممرض من المرضى الراقدين بالمستشفى على انخفاض الوقت المستغرق للعناية الصحية لكل مريض، والعكس يدل على ارتفاع الوقت المستغرق للعناية الصحية لكل مريض، علما أن المعدل العالمي المصرح من طرف

¹ أكرم أحمد الطويل، بعض مؤشرات تقييم أداء المستشفيات، مجلة تكريت للعلوم الإدارية والإقتصادية، جامعة تكريت، العراق، العدد 20، 2010، ص.ص: 16-17.

الفصل الثاني: تطور تمويل المنظومة الصحية في الجزائر

منظمة الصحة العالمية هو ممرض لكل 6 مرضى راقدين رغم أنه من وجهة نظري الشخصية منخفض قليلا، ويحسب هذا المعدل كالاتي:

مريض/ ممرض = عدد المرضى الراقدين في المستشفى خلال سنة / عدد الممرضين خلال سنة

3. سرير/ ممرض

يوضح هذا المؤشر إلى عدد الأسرة المخصصة لكل ممرض خلال فترة معينة، ويشير زيادة هذا المعدل إلى إرتفاع عدد الأسرة لكل ممرض مما يعكس ذلك قلة الوقت المخصص للعناية الصحية لكل مريض، والعكس يدل على إرتفاع الوقت المستغرق للعناية الصحية لكل مريض، علما أن المعدل العالمي هو ممرض لكل 3 أسرة، ويحسب هذا المعدل كالاتي:

سرير/ ممرض = عدد الأسرة خلال السنة/عدد الممرضات خلال السنة

4. سرير/ طبيب

يوضح هذا المؤشر إلى عدد الأسرة المخصصة لكل طبيب خلال فترة معينة، ويشير زيادة هذا المعدل إلى إرتفاع عدد الأسرة لكل طبيب مما تنعكس سلبا على جودة الخدمات المقدمة لكل مريض، والسبب في ذلك أن الوقت المخصص للفحص والعلاج والتشخيص سيكون أقل مما عليه الحال عندما يكون هذا المعدل مرتفع والعكس يدل على إرتفاع الوقت المستغرق للعناية الصحية لكل مريض، علما أن مؤشر القياس العالمي وفق منظمة الصحة العالمية هو طبيب لكل 5 أو 6 أسرة، ويحسب هذا المعدل كالاتي:

سرير/ طبيب = عدد الأسرة خلال السنة/عدد الأطباء خلال السنة

5. مسعف لكل سيارة إسعاف

يوضح هذا المؤشر إلى عدد سيارات الإسعاف المخصصة لكل مسعف خلال فترة معينة، ويشير زيادة هذا المعدل إلى ارتفاع عدد سيارات الإسعاف لكل مسعف مما تنعكس إيجابا على جودة الخدمة الإسعافية المقدمة للمرضى أو المصابين، والعكس صحيح، علما أن مؤشر القياس العالمي وفق منظمة الصحة العالمية هو 2 مسعفين لكل سيارة إسعاف، ويحسب هذا المعدل كالاتي:

مسعف لكل سيارة إسعاف = عدد المسعفين/عدد سيارات الإسعاف

الفصل الثاني: تطور تمويل المنظومة الصحية في الجزائر

ثانيا: مؤشرات تقويم الأداء للموارد المادية والمالية

وتتمثل بالمؤشرات التالية¹:

1. معدل رقود المريض في المستشفى

يعكس هذا المؤشر كفاءة الخدمة الصحية المقدمة للمرضى خلال فترة زمنية معينة، وذلك من خلال فترة بقائهم في المستشفى، حيث يشير انخفاض المعدل إلى ارتفاع كفاءة الخدمة الصحية المقدمة للمرضى، في حين يشير ارتفاعه إلى انخفاض كفاءة الخدمة الصحية المقدمة لهم.

علما أن منظمة الصحة العالمية أكدت على أن معدل رقود المريض في المستشفى هو 7 أيام، ويحسب هذا المعدل كالاتي:

$$\text{معدل رقود المريض في المستشفى} = (\text{عدد الأسرة} / \text{عدد المرضى}) \times 365 \text{ يوم}$$

1. معدل حصة المريض من الأدوية

يشير هذا المعدل إلى حصة كل مريض من الأدوية المستخدمة في فترة زمنية معينة، وكلما كان هذا المعدل كبيرا دل على أن المرضى يستفيدون بشكل معتبر من الأدوية والعكس صحيح ولم تحدد منظمة الصحة العالمية مقياسا لهذا المؤشر لوجود فوارق بين أسعار الأدوية، ويحسب هذا المعدل كالاتي:

$$\text{معدل حصة المريض من الأدوية} = \text{كلفة الأدوية المستخدمة} / \text{عدد المرضى الكلي}$$

2. نسبة مصاريف الصيانة

ويشير هذا المعدل إلى نسبة المصاريف الصيانة الفعلية من مجموع المصاريف المخصصة للصيانة، وإذا كانت هذه النسبة أكثر من 100% فإن الصيانة تحتاج لضخ مالي أكثر من المخصص له من طرف الإدارة، أما في حالة العكس فإن عليها استثمار الفائض في ميدان آخر لتحسين جودة الخدمة الصحية، وقد حددت منظمة الصحة العالمية نسبة 80% كنسبة مثالية، وتحسب هذه النسبة كما يلي:

$$\text{نسبة مصاريف الصيانة} = (\text{مصاريف الصيانة الفعلية} / \text{مجموع المبالغ المخصصة للصيانة}) \times 100\%$$

¹ تامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، مرجع سبق ذكره، ص: 204-208.

الفصل الثاني: تطور تمويل المنظومة الصحية في الجزائر

ثالثا: مؤشرات أداء جودة الخدمات الوقائية والرعاية الصحية الأولية وتتكون من المؤشرات التالية¹:

1. نسبة الوفيات

يشير هذه المعيار على عدد المرضى الذين توفوا في المستشفى في مختلف الأعمار ولأسباب مختلفة، إذ أن ارتفاعه يعني تدني في أداء المستشفى وخاصة مصلحة الاستعجال، وانخفاضه يعني ارتفاع في كفاءة خدمة مصلحة الاستعجال.

وقد حددت منظمة الصحة العالمية نسبة (3%) كمؤشر قياسي، وتحسب هذه النسبة كما يلي:

$$\text{نسبة الوفيات} = \frac{\text{عدد الوفيات}}{\text{عدد المرضى}}$$

2. نسبة إشغال السرير

يشير هذا المؤشر إلى مدى استغلال الأسرة المتاحة خلال فترة معينة، ويمكن من خلاله التعرف على إذا وجود أو عدم وجود أسرة مستغلة خلال الفترة، بمعنى أن هذا المؤشر يوضح الاستغلال الفعلي للأسرة المتاحة في المستشفى، ويشير زيادة هذه النسبة إلى ارتفاع كفاءة استغلال الأسرة مما يقلل من التكاليف العلاجية والعكس صحيح، علما أن منظمة الصحة العالمية قد اعتبرت النسبة المثالية لإستغلال الأسرة هي 80%، وتحسب هذه النسبة كما يلي:

$$\text{نسبة إشغال السرير} = \frac{\text{عدد أيام مكوث المرضى}}{(\text{عدد الأسرة} \times 365 \text{ يوم})} \times 100\%$$

3. نسبة الأطفال الملقحين

تشير هذه النسبة إلى عدد الأطفال الملقحين بالنسبة لأطفال لمنطقة خلال فترة زمنية معينة عادة ما تكون سنة، وكلما كانت هذه النسبة مرتفعة كلما كانت إرتفعت جودة الخدمة الوقائية والتغطية الصحية في المنطقة، والعكس يعني إنخفاض جودة الخدمة الوقائية والرعاية الصحية، وقد حددت منظمة الصحة العالمية 90% كمؤشر قياسي لهذه النسبة، وتحسب هذه النسبة كما يلي:

$$\text{نسبة الأطفال الملقحين} = \frac{\text{عدد الأطفال الملقحين}}{\text{عدد أطفال المنطقة}} \times 100\%$$

¹ أمير جيلالي، مرجع سبق ذكره، ص.57.

الفصل الثاني: تطور تمويل المنظومة الصحية في الجزائر

رابعا : بعض مؤشرات أداء القطاع الصحي في الجزائر

سوف نتعرض في هذا المطلب إلى بعض المؤشرات التي تخص القطاع الصحي في الجزائر

1. المؤشرات الخاصة بالفريق التمريضي

وتتمثل هذه المؤشرات للطاقت التمريضي الخاص بالقطاع الصحي الجزائري لسنة 2011، 2012، 2013¹:

جدول رقم (2-4) الكثافة الصحية في الجزائر

عدد السكان لكل	2011	2012	2013
1 طبيب	616	590	578
1 طبيب أسنان	3036	3018	2996
1 صيدلي	3829	3686	3634
1 ممرض	2302	1874	1601

Source : ONS, édition 2014, N44.

نلاحظ من خلال الجدول أن مؤشرات الكثافة الصحية في إنخفاض مستمر وذلك راجع لعدم التوافق بين زيادة عدد السكان وعدد الإطارات الصحية والممرضين، مما إنعكس بالسلب على هذه المؤشرات بالإنخفاض، وعلى أصحاب القرار في القطاع الصحي زيادة عدد الفريق التمريضي لتحسين العناية الأولية والتغطية الصحية.

2. المؤشرات الخاصة بأداء جودة الخدمة الوقائية والرعاية الصحية الأولية

سنتعرض إلى بعض المؤشرات التي تخص نسبة الوفيات ونسبة تلقيحات الأطفال الخاصة بالقطاع الصحي

في الجزائر.

➤ مؤشر الوفيات

يمثل هذا المؤشر تطور عدد ونسبة الوفيات في الجزائر لسنة 2011، 2012، 2013، 2014²:

¹ <http://www.ons.dz/IMG/pdf/AOCFRED14.pdf> : ONS, édition 2014, n44, consulté dans le (06/06/2016), a (15:00).

² <http://www.andi.dz/PDF/demographie/D%C3%A9mographie%20alg%C3%A9rienne%202014%20arabe%20.pdf> démographiquement en Algérie, édition 2014, consulté dans le (07/06/2016), a (17:00).

الفصل الثاني: تطور تمويل المنظومة الصحية في الجزائر

جدول رقم (2-5) جدول الوفيات العامة في الجزائر

السنوات	2011	2012	2013	2014
عدد الوفيات بالآلاف	162	170	168	174
نسبة الوفيات	%4.41	%4.53	%4.39	%4.44

Source : démographiquement en Algérie, edition 2014.

نلاحظ أن نسبة الوفيات العامة في الجزائر كانت في تذبذب ففي سنة 2011 بلغ عدد الوفيات 162 ألف أي بنسبة %4.41، في حين إرتفعت هذه النسبة إلى %4.53 سنة 2012 أي بعدد 170 ألف، ثم تحسنت هذه النسبة لتتخفص إلى %4.39 لتصل إلى 168 ألف سنة 2013، أما في سنة 2014 فقد إرتفعت هذه النسبة إلى %4.44 لتصل إلى 174 ألف.

عموما يمكن القول هذه النسبة جيدة بنسبة لدولة نامية، ولكنها فاقت النسبة التي حددتها منظمة الصحة العالمية للوفيات العامة. والتي تساوي 3% لذا على الدولة المبادرة بالثقيف الصحي وزيادة نطاق التغطية الصحية لأقصى حد لتحسين هذه النسبة وتقريبها من المعدل العالمي.

➤ نسبة الأطفال الملقحين

يمثل هذا الجدول نسبة تطور الأطفال الملقحين في الجزائر لسنة 2011، 2012، 2013¹:

جدول رقم (2-6) نسبة الأطفال الملقحين في الجزائر

السنوات	2011	2012	2013
نسبة الأطفال الملقحين	%85	%86	%84

Source : ministre de la santé de la population et de la reforme hospitalière

نلاحظ أن نسبة الأطفال الملقحين مستقرة قليلا ومتقاربة للسنوات الثلاث، ففي سنة 2011 كانت النسبة %85 لتحسن هذه النسبة وترتفع إلى %86 في السنة الموالية (2012)، لتتخفص هذه النسبة إلى %84 سنة 2013.

¹ <http://www.sante.dz/polio/strategie.pdf> ministre de la santé de la population et de la reforme hospitalière consulté dans le (07/06/2016). a (11:00).

الفصل الثاني: تطور تمويل المنظومة الصحية في الجزائر

رغم أن هذه النسبة تعتبر جيدة إلا أنها منخفضة قليلة عن المعيار العالمي الذي حددته منظمة الصحة العالمية والذي بلغ 90%، لذا يجب توسيع نطاق التغطية الوقائية خاصة سكان الصحراء والذين يفتقرون قليل للثقافة الصحية والوقائية.

الفصل الثاني: تطور تمويل المنظومة الصحية في الجزائر

خلاصة الفصل

تم إستخلاص مجموعة من النتائج من خلال دراستنا في هذا الفصل نذكر أهمها:

1. إن الوضعية الصعبة التي تمر بها المؤسسات الصحية العمومية الجزائرية ومن خلالها قطاع الصحة، مرتبطة بمشاكل التنظيم والتسيير وليس نقص في الإمكانيات والموارد البشرية والمادية، فهذه الموارد والقدرات مستخدمة استخداما سيئا، الشيء الذي إنعكس على عدم القدرة على حل مشاكل الأفراد الصحية، لذا على النظام الصحي إجراء تعديل عميق لطرق تسييرها، وتحديد تام لأدوات التسيير وقنوات الإتصال.
2. إن أزمة النفقات الصحية المتزايدة تعتبر هاجس القطاع الصحي، لأن الدولة لم تعد تستطيع مقاومة هذه النفقات خاصة بعد أزمة النفط الأخيرة، مما أدى إلى محدودية الموارد المالية خاصة أن وزارة الصحة تحتل المرتبة الثالثة من حيث الإنفاق في البلاد، لذا على أصحاب القرار إيجاد حلول من خلال توسيع وتنويع مصادر التمويل لبلوغ الأهداف التي تتمثل في تقديم أحسن خدمة ممكنة لأفراد.
3. ونظرا لأهمية المستشفيات والخدمات التي تقدمها، كان لا بد من تقييم أدائها، وذلك بالاعتماد على مجموعة من المؤشرات التي حددتها منظمة الصحة العالمية، بغرض استخدام نتائج هذا التقييم في تطوير أساليب الأداء وتحسين جودة الخدمات الصحية، والعمل على بلوغ مرحلة التحسين المستمر التي لا يمكن من دونها تحقيق رضا المريض.

الفصل الثالث:

أثر حجم التمويل على تحسين
مؤشرات الأداء في المؤسسة

العمومية للصحة الجوارية

بومهرة أحمد

تمهيد

من خلال هذا الفصل سنحاول إسقاط الدراسة النظرية للموضوع المقترح والمتمثل في تقييم أثر حجم التمويل على تحسين مؤشرات الأداء في إحدى المؤسسات الصحية المتمثلة في المؤسسة الصحية الإستشفائية لبومهرة أحمد، لهدف التعرف على مختلف مصادر التمويل في المؤسسة، وحجم التمويل فيها، وعلاقته بأداء المؤسسة.

وعليه، سيتم تسليط الضوء في هذا الفصل على:

➤ لمحة عن المؤسسة الإستشفائية بومهرة أحمد؛

➤ نفقات المؤسسة الإستشفائية ومصادر تمويلها؛

➤ مؤشرات تقييم أداء المؤسسة الإستشفائية وعلاقتها بالتمويل.

المبحث الأول: لمحة عن المؤسسة الإستشفائية بومهرة أحمد

إبتداء من 1962 توحدت جميع المؤسسات العلاجية تحت اسم القطاع الصحي، وفي سنة 2007 عرفت الخريطة التنظيمية الصحية تغييرات، وجاء المرسوم التنفيذي رقم 07-104 المؤرخ في 19 ماي 2007 والمتضمن تسيير وتنظيم المؤسسات العمومية الإستشفائية، والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية. سنتطرق في دراستنا هذه لأحد مستشفيات قلمة من خلال إعطاء نظرة حول المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بومهرة أحمد وكيفية تنظيمها.

المطلب الأول : منهجية الدراسة التطبيقية

تأكيدا إلى الجانب النظري من هذه الدراسة ورغبة في الإطلاع على أهمية تمويل المؤسسات الصحية وأثره على تحسين مؤشرات الأداء والخدمة الصحية، لذا تم التركيز على دراسة المستشفى العمومي للصحة الجوارية بومهرة أحمد لمعرفة هذا الأثر.

ونظرا لأهمية المنهجية المتبعة في أي بحث ونوعية المعلومات المتوفرة، خاصة وأنها نعكس مباشرة على نتائج البحث والدراسة، سوف يتم التعرض فيما يلي للإجراءات المنهجية المتبعة في الدراسة التطبيقية.

أولا: حدود الدراسة

لقد تمت هذه الدراسة في إطار حدود زمانية ومكانية وبشرية كما يلي:

1. الحدود الزمنية : لقد تم تحديد الفترة الزمنية للقيام بالدراسة إبتداء من 08 مارس 2015 حتى 15 ماي 2015.

2. الحدود المكانية: بهدف التعرف على مصادر التمويل وعلاقته بالأداء في المؤسسة العمومية الإستشفائية، اخترنا لتطبيق هذه الدراسة المؤسسة العمومية الإستشفائية للصحة الجوارية بومهرة أحمد.

3. الحدود البشرية : شملت دراستنا على مدير المالية والموارد البشرية للمؤسسة العمومية الإستشفائية للصحة الجوارية بومهرة أحمد.

ثانيا: مبررات اختيار المؤسسة العمومية الإستشفائية للصحة الجوارية بومهرة أحمد

تم تطبيق هذه الدراسة على تقييم أداء مستشفى بومهرة أحمد وعلاقته بالتمويل ويرجع اختيار هذه المؤسسة لعدة أسباب وأهمها :

1. لأن المؤسسة العمومية الإستشفائية للصحة الجوارية بومهرة أحمد هي المكان الأنسب لدراسة تطبيق هذا الموضوع؛
2. توفر كافة المعلومات الإحصائية والعددية، وهو الأمر الذي ساعدنا كثيرا في تقييم أداء المستشفى عن طريق المؤشرات؛
3. التسلسل المعلوماتي خلال فترة الدراسة وهذا ماساعدنا على المقارنة في تقييم أداء المستشفى.

ثالثا: منهج الدراسة

تستدعي الإجابة عن إشكالية هذه الدراسة الرجوع إلى معلومات وبيانات مستقاة من واقع المستشفى المعني بالدراسة، ومحاولة تحليلها وإسقاط الجانب النظري عليها، لذلك تم الاعتماد على منهجين كفيين بجمع المعلومات تحليلها وترتيبها، هما:

- 1- المنهج الوصفي: يهتم بجمع الحقائق المعلومات والحقائق المرتبطة بموضوع الدراسة، وهذا المنهج يهدف إلى وصف موقف معين بدقة؛
- 2- المنهج التحليلي: يعتمد هذا المنهج على تحليل النتائج ومن ثم التعليق، وسيظهر هذا المنهج في تحليل مؤشرات تقييم أداء المستشفى المعني بالدراسة التطبيقية.

المطلب الثاني: ماهية المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بومهرة أحمد

أولا: تعريف المؤسسة

هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري أنشئت بموجب المرسوم التنفيذي رقم 140/07 المؤرخ في 2007/05/19 المتعلق بإنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيماتها، وقد بدأ نشاطها في 2008/01/01، حيث يقع مقرها الإداري ببلدية بومهرة أحمد. المؤسسة العمومية للصحة الجوارية قائمة تغطي خمسة دوائر متكونة من 14 بلدية، تتضمن 09 عيادات متعددة الخدمات و45 قاعة علاج ومصلحة للوقاية ومصلحة للطب العمل وكذا 10 وحدات للصحة المدرسية كما تغطي المؤسسة ما مجموعه 281.664 نسمة.

ثانيا: مهامها ووظائفها

تقوم للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية بومهرة أحمد بعدة نشاطات صحية وتتمثل فيما يلي:

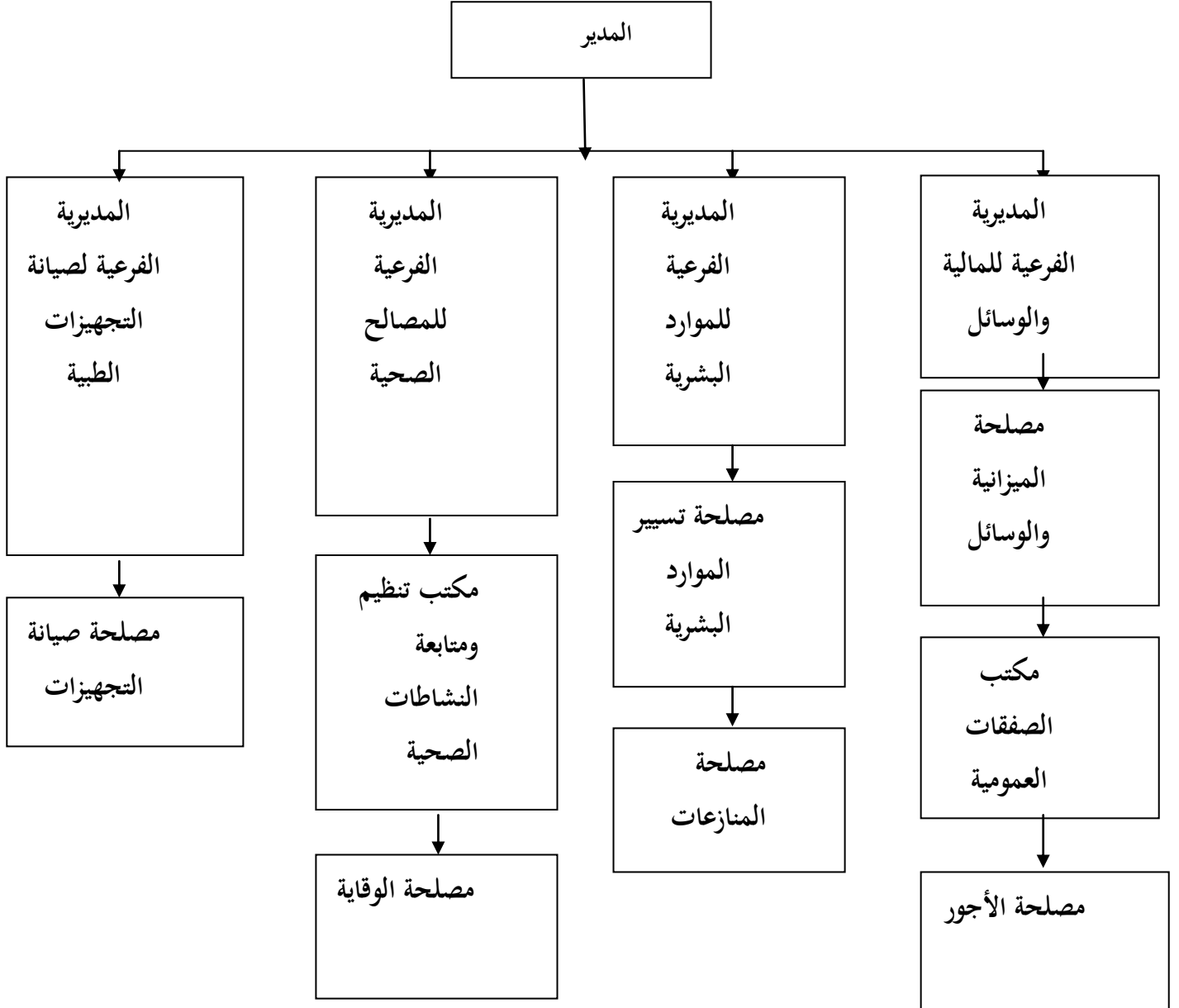
1. ضمان تنظيم وبرمجة توزيع الرعاية العلاجية، التشخيصية، إعادة التأهيل الطبي والإستشفائي؛

2. تشخيص المرض، والفحوصات العامة؛
3. تطبيق البرامج الوطنية للصحة؛
4. ضمان حفظ الصحة، ومكافحة أضرار الأوبئة والآفات الاجتماعية ؛
5. ضمان تحسين وإعادة تأهيل الموظفين في مصالح الصحة، كما يمكن إستخدامها كميدان للتكوين شبه الطبي والتسيير الإستشفائي على أساس اتفاقية توقع مع مؤسسة التكوين؛
6. يساهم في ترقية المحيط وحماية مجالات الوقاية والنظافة والصحة ومكافحة الأمراض والآفات الاجتماعية؛
7. يضمن توزيع الإسعافات وبرمجتها، كما يتضمن النشاطات المتعلقة بالصحة التناسلية والتخطيط العائلي.

ثالثا: الهيكل التنظيمي للمؤسسة الإستشفائية العمومية بومهرة أحمد

حسب القرار الوزاري المشترك في 29 ذي الحجة 1418 الموافق ل 26 أفريل 1998 يشتمل التنظيم الإداري للقطاع الصحي، الموضوع تحت سلطة المدير، والذي يلحق به مكتب التنظيم العام ومكتب الاتصال على ما يأتي في الشكل الموالي يوضح الهيكل التنظيمي للمؤسسة الإستشفائية بومهرة أحمد:

الشكل رقم (3-1): الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية بومهرة أحمد



المصدر: المديرية الفرعية للموارد البشرية

ومن هنا شرح للهيكل التنظيمي، تسير المؤسسة العمومية الإستشفائية لبومهرة أحمد كباقي المستشفيات من طرف مجلس الإدارة ويديرها مدير.

1. **المديرية العامة:** مهمتها الإشراف على مختلف المصالح والأنشطة من أجل ضمان سير العمل وتنظيمه وفقاً لما هو مخطط في الأهداف.

2. **المديرية الفرعية المالية والوسائل:** وهي التي تعني تسير الموارد المالية والصفقات العمومية للمستشفى وتوفير مختلف الوسائل والموارد والمستلزمات الطبية والغير الطبية التي تسمح بسير النشاط، والإشراف على الميزانيات والمحاسبة.

3. **المديرية الفرعية للموارد البشرية:** الوظيفة الأساسية لهذه المديرية هو الاهتمام بالموارد البشري وكل ما يتعلق به كالرفع من مستوى كفاءة الخدمة الصحية، الترقية، النظر في النزاعات.... الخ.

4. **المديرية الفرعية لصيانة التجهيزات الطبية:** وهو مكتب الصيانة والذي يهتم بالتصليح في مجال الأجهزة الطبية والغير الطبية والتي لا تزال صالحة للاستعمال، وهذا حتى لا تتحمل المؤسسة تكاليف شراء مستلزمات جديدة وبالتالي هدر مواردها.

5. **المديرية الفرعية للمصالح الصحية:** تعني تتبع النشاطات الطبية في مختلف المصالح، والعمل على كتابة تقارير "يومية، أسبوعية، شهرية، سنوية" عما يحدث داخل هذه المصالح.

المطلب الثاني: الطاقة الإستيعابية لمصالح المؤسسة

سنحاول التطرق في هذا المطلب إلى الموارد المادية والبشرية للمؤسسة

أولاً : الموارد البشرية

فيما يخص الموارد البشرية فتحتوي المؤسسة على:

الفصل الثالث : أثر حجم التمويل على تحسين مؤشرات الأداء في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية
بومهرة أحمد

1. الطاقم الطبي

الجدول : رقم (1-3) عدد الموظفين الطبيين في المؤسسة

العدد	التخصص
103	طبيب عام
08	طبيب خاص
56	جراح أسنان عام
03	جراح أسنان خاص
10	طبيب نفسي
02	طبيب العمل
01	طبيب مختص في الوقاية
01	طبيب عقلي

المصدر: من إعداد الطالب بناء على معلومات مستقاة من المديرية الفرعية المالية والوسائل، 2015.

2. موظفين شبه طبيين

جدول : رقم (2-3) عدد الموظفين شبه الطبيين في المؤسسة

العدد	التخصص
90	ممرض للصحة العمومية
23	مخبري
16	تصوير بالأشعة
01	مساعد إجتماعي
01	ممرض مختص في الوقاية
10	ممرض رئيسي
29	ممرض مختص في التأهيل الوظيفي
20	مساعد طبي
05	صيدلي

الفصل الثالث : أثر حجم التمويل على تحسين مؤشرات الأداء في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية
بومهرة أحمد

38	قابلة
----	-------

المصدر: من إعداد الطالب بناء على معلومات مستقاة من المديرية الفرعية المالية والوسائل، 2015.

3. الموظفين الإداريين والتنفيذيين

جدول رقم (3-3) عدد الموظفين الإداريين والتنفيذيين في المؤسسة

العدد	التخصص
57	إداري
10	تقني
25	Op1.2.3 ophc
16	سائق

المصدر: من إعداد الطالب بناء على معلومات مستقاة من المديرية الفرعية المالية والوسائل، 2015.

الفصل الثالث : أثر حجم التمويل على تحسين مؤشرات الأداء في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية

بومهرة أحمد

ثانيا : موارد مادية

1. معدات طبية

جدول رقم (3-4) معدات طبية في المؤسسة

العدد	نوع المعدات
13	ميكروسكوب
04	طاولة الولادة
06	صاعق كهربائي
06	مكنسة كهربائية
02	طاولة للرضيع
08	ضوء جراحي متنقل
01	راديو (أشعة)
17	طاولة لجراحة الأسنان
04	سيارات إسعاف
01	شاحنة
03	سيارات سياحية

المصدر: من إعداد الطالب بناء على معلومات مستقاة من المديرية الفرعية المالية والوسائل، 2015.

المبحث الثاني: نفقات المؤسسة الإستشفائية للصحة الجوارية بومهرة أحمد ومصادر تمويلها

قد تطرقنا في هذا المبحث لتوضيح الإيرادات والنفقات للمؤسسة العمومية الإستشفائية للصحة الجوارية لبومهرة أحمد، فحسب القرار الوزاري المشترك رقم 008815 المؤرخ في 20 أكتوبر 2011 يعدل القرار الوزاري المشترك رقم 00004106 المؤرخ في 17 أبريل 2011 المتضمن توزيع إيرادات و نفقات المؤسسات العمومية الإستشفائية، المؤسسات العمومية للصحة الجوارية والمؤسسات الإستشفائية المتخصصة لكل ولاية والمراكز الإستشفائية الجامعية.

وسنحاول التطرق في هذا المبحث إلى ثلاث نقاط أساسية وهي:

1. نفقات المؤسسة العمومية الإستشفائية للصحة الجوارية لبومهرة أحمد؛
2. مصادر تمويل المؤسسة العمومية الإستشفائية للصحة الجوارية لبومهرة أحمد؛
3. مؤشرات تقييم الأداء للمؤسسة العمومية الإستشفائية لبومهرة أحمد مقارنة بالمؤشرات (who) وعلاقته بالتمويل.

المطلب الأول : نفقات المؤسسة العمومية الإستشفائية للصحة الجوارية لبومهرة أحمد

سنعرض في هذا المطلب إلى النفقات العامة للمؤسسة قيد الدراسة والتي سخرت من أجل تحقيق أهداف المؤسسة الصحية، مع التطرق للأسباب التي جعلت النفقات العامة تتطور وتزايد وكيفية التحكم فيها.

أولا : نفقات المؤسسة العمومية الإستشفائية

وتتمثل هذه النفقات فيما يلي:

1. نفقات الموظفين؛
2. نفقات التكوين؛
3. نفقات التغذية؛
4. نفقات الأدوية والمواد الأخرى؛
5. نفقات الأعمال الوقائية؛
6. العتاد والأدوات الطبية؛
7. صيانة الهياكل الصحية؛
8. نفقات أخرى للتسيير؛

9. الخدمات الاجتماعية؛

10. نفقات البحث الطبي.

ثانيا : نفقات المؤسسة

سنحاول التعرض إلى نفقات المؤسسة قيد البحث للسنوات الثلاث (2013-2014-2015).

1. نفقات المؤسسة لسنة 2013

تنقسم هذه النفقات إلى :

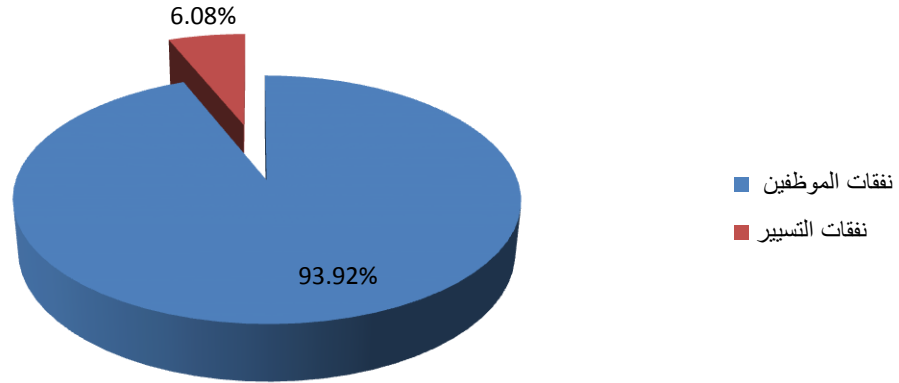
➤ نفقات الموظفين : 705 701 721.73 دج؛

➤ نفقات التسيير 45 652 102.44 دج؛

➤ مجموع النفقات 751 353 824.17 دج.

ولتحليل نفقات المؤسسة سنقوم بعرضها على شكل نسب مئوية.

شكل رقم (2-3): نفقات المؤسسة لسنة 2013 في شكل نسب مئوية



المصدر: من إعداد الطالب بناء على معلومات مستقاة من المديرية الفرعية المالية والوسائل، 2015.

نلاحظ من خلال هذه الدائرة النسبية التي تمثل نفقات المؤسسة لسنة 2013 بأن نفقات الموظفين قد حصلت على حصة معتبرة من نفقات المؤسسة الصحية وبمبلغ 45 652 102.44 دج أي بنسبة 93.92% من مجموع النفقات.

أما فيما يخص نفقات التسيير فكانت النسبة ضئيلة وهي 6.08% من مجموع النفقات نفقات المؤسسة لسنة 2014 أي بمبلغ 751 353 824.17 دج.

ولاحظنا من خلال هذه الدائرة النسبية أن تقريب 94% من نفقات المؤسسة كانت لصالح نفقات الموظفين وهذا بهدف التكفل بالتوظيفات، والباقي ذهب إلى نفقات التسيير لتسيير المؤسسة بنسبة ضئيلة تمثل 6% من مجموع نفقات المؤسسة.

2. نفقات المؤسسة 2014:

تنقسم هذه النفقات إلى :

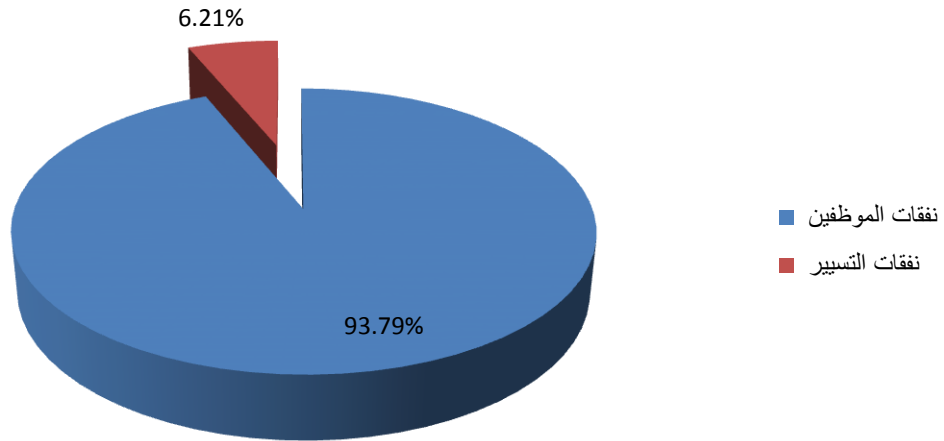
➤ نفقات الموظفين : 702 951 701.03 دج؛

➤ نفقات التسيير : 46 485 582.52 دج؛

➤ مجموع النفقات 749 437 283.55 دج.

ولتحليل نفقات المؤسسة سنقوم بعرضها على شكل نسب مئوية.

الجدول (3-3): نفقات المؤسسة لسنة 2014 في شكل نسب مئوية



المصدر: من إعداد الطالب بناء على معلومات مستقاة من المديرية الفرعية المالية والوسائل، 2015.

نلاحظ من خلال هذه الدائرة النسبية التي تمثل نفقات المؤسسة لسنة 2014 بأن نفقات الموظفين قد حصلت على حصة معتبرة كالعادة من نفقات المؤسسة الصحية بنسبة 93.79% من مجموع النفقات أما فيما يخص نفقات التسيير فكانت النسبة ضئيلة وهي 6.21% من مجموع النفقات المؤسسة لسنة 2014.

ونلاحظ من خلال هذه الدائرة النسبية أن النفقات تقرب لم تتغير عن نفقات العام الفارط (2013) فقد كانت نسبة نفقات الموظفين 93.79% أما بخصوص نفقات التسيير فقد ارتفعت بنسبة 0.13% أي بنسبة 6.21% من مجموع نفقات المؤسسة.

3. نفقات المؤسسة لسنة: 2015

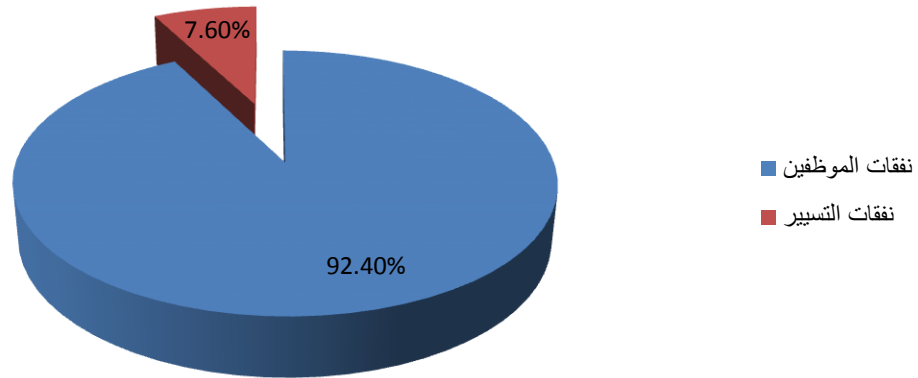
1. نفقات الموظفين : 712 097 178.78 دج؛

2. نفقات التسيير : 58 192 745.98 دج؛

3. مجموع النفقات: 770 289 924.76 دج.

ولتحليل نفقات المؤسسة سنقوم بعرضها على شكل نسب مئوية.

الجدول (3-4): نفقات المؤسسة لسنة 2015 في شكل نسب مئوية



المصدر: من إعداد الطالب بناء على معلومات مستقاة من المديرية الفرعية المالية والوسائل، 2015.

نلاحظ من خلال هذه الدائرة النسبية التي تمثل نفقات المؤسسة لسنة 2015 بأنه صرف ما يقارب 712 097 178.78 دج لتسيير نفقات التوظيف أي بنسبة 92.40% من مجموع النفقات أما فيما يخص نفقات التسيير فقد خصص لها مبلغ 58 192 745.98 دج أي بنسبة 7.60% من مجموع النفقات نفقات المؤسسة لسنة 2015.

ونلاحظ من خلال هذه الدائرة النسبية أن نفقات التوظيف عرفت إنخفاض بنسبة 1.39% عن نفقات 2014 فقد كانت نسبة نفقات الموظفين 92.40% أما بخصوص نفقات التسيير فقد إرتفعت لنسبة 7.60% من مجموع نفقات المؤسسة.

عموما لاحظنا أن النفقات انخفضت في سنة 2014 بحوالي 2 مليون دينار جزائري على نفقات سنة 2013، أما في سنة 2015 فقد ارتفعت نفقات المؤسسة بالضعف أي بـ 20 مليون دينار جزائري على نفقات 2014

لاحظنا أن بالنسبة لنفقات الموظفين فقد شهدت إنخفاض سنوي في قيمة الإعتمادات المخصصة لها بما يقارب 2 مليون في سنة 2014، ثم عرفت زياد سنوية معتبرة بقيمة 10 مليون دينار جزائري سنة 2015، وبهذا تكون نفقات الموظفين قد حصلت على حصة معتبرة من نفقات تسيير المؤسسات الصحية وهذا بهدف التكفل بالتوظيفات التي تعزز بها المستشفى في مختلف الأسلاك (الطبي، الشبه طبي والإداري)

أما فيما يخص نفقات التسيير فقد عرفت زيادة سنوية بمليون دينار جزائري في سنة 2014، أما في سنة 2015 فقد شهدت زيادة سنوية معتبر قدرت بـ 12 مليون دينار جزائري لتبقى نفقات التسيير في إرتفاع متواصل.

ثالثا : أسباب تطور النفقات الصحية العامة

تعتبر النفقات المتزايدة ظاهرة عالمية مست جميع الدول حتى المتقدمة منها، وهناك الكثير من الأسباب وراء هذه الزيادة وبغض النظر عن عامل التضخم وسعر الصرف الذي أدى إلى تدهور الدينار الجزائري فهناك أسباب أخرى وراء هذه الزيادة.

وسنحاول فيما يلي التطرق لأهم هذه الأسباب:

1. زيادة في الموارد البشرية الصحية؛

2. شيخوخة السكان أثر على الطلب على الرعاية؛

3. ارتفاع الطلب على الصحة بسبب تحسين شروط عقود الضمان الاجتماعي؛
 4. الطلب المستمر للأطباء على إمكانيات وتقنيات ذات تكنولوجيا عالية مكلفة جدا (معدات وأجهزة)؛
 5. إستعمال المعدات ذات تكنولوجيا عالية يستدعي تأطير عالي المستوى للأطباء؛
 6. الطلب المتزايد لرفع أحوال الإطار الطبي؛
 7. غياب المردودية؛
 8. ظهور أمراض جديد معقدة مما يؤدي إلى أدوية جديدة مكلفة.
- كل هذه الأسباب جعلت النفقات العامة تتفاقم، لكن هناك أسباب خفية ناتجة عن تلاعبات بعض المسؤولين، مما يجعل النفقة المتوسطة للمريض تزيد بالرغم من أن النشاط لم يرتفع.

رابعا : وسائل مراقبة النفقات الصحية

سنحاول فيما يلي التطرق إلى بعض الطرق المستعملة في الدول المتقدمة من أجل محاولة مراقبة النفقات الإستشفائية والحد من ارتفاعها.

1. تحقيق العدالة في توزيع الإمكانيات المادية والبشرية، وذلك بعد توضيح المستشفيات ذات الفائض ونظيراتها ذات العجز؛
 2. تشديد الرقابة على كفاءة الخدمة الصحية؛
 3. تحديد الأولويات، والتخطيط للتحكم في تقديم العلاج؛
 4. إستخدام وسائل تقييم الأداء للتحكم في زيادة النفقات؛
 5. الإستعانة بخريطة صحية من أجل تنظيم وتوزيع الخدمات الصحية.
- تبقى هذه مجرد إقتراحات يصعب تحقيقها في أرض الواقع خاصة أنها مأخوذة من تجارب للدول المتقدمة مثل الولايات المتحدة الأمريكية وفرنسا.
- بعد الإشارة إلى النفقات الضرورية للمؤسسة الإستشفائية للصحة الجوارية بومهرة أحمد سنحاول التطرق لمصادر التمويل المخصصة لهذه النفقات.

المطلب الثاني : مصادر تمويل المؤسسة العمومية للإستشفائية للصحة الجوارية لبومهرة أحمد

إن مصادر التمويل المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بومهرة أحمد كباقي المؤسسات الصحية الجزائرية والتي تطرقنا لها في السابق وهي كالآتي:

الفصل الثالث : أثر حجم التمويل على تحسين مؤشرات الأداء في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية

بومهرة أحمد

1. مساهمة الدولة؛
2. مساهمة الضمان الإجتماعي؛
3. موارد أخرى ولتوضيح هذه الإيرادات للقارئ نعطي بعض الأمثلة مثل (مساهمة الموظفين في مصاريف التغذية، إيرادات بيع النفايات و العتاد غير الصالح للإستعمال....)، وغيرها من الإيرادات الأخرى؛
4. رصيد السنوات الباقية ويتمثل في الفرق بين نفقات وإيرادات السنة السابقة.

أولا : إيرادات المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بومهرة أحمد لسنة 2013

سنحاول التطرق لإيرادات المؤسسة قيد البحث لسنة 2013 وتحليل هذه الإيرادات

جدول رقم (3-5) إيرادات المؤسسة العمومية الإستشفائية بومهرة أحمد 2013

الوحدة : دينار جزائري

الإعتمادات المخصصة	البيان
803 750 000,00	العنوان الأول: مساهمة الدولة الباب الوحيد: مساهمة الدولة
803 750 000,00	مجموع العنوان الأول
80 000 000,00	العنوان الثاني: الهيئات الأخرى الباب الأول: مساهمة هيئات الضمان الإجتماعي. الباب الثاني: مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي من اجل تغطية المؤمنین اجتماعيا و ذوي الحقوق. الباب الثالث: مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي بعنوان الخدمات الخاضعة للاتفاقيات.
80 000 000,00	مجموع العنوان الثاني
4 000 000,00	العنوان الثالث: إيرادات أخرى الباب الأول: إيرادات مختلفة المادة الأولى: مساهمة الموظفين في مصاريف التغذية المادة الثانية: مساهمة الديوان الوطني للخدمات الجامعية في

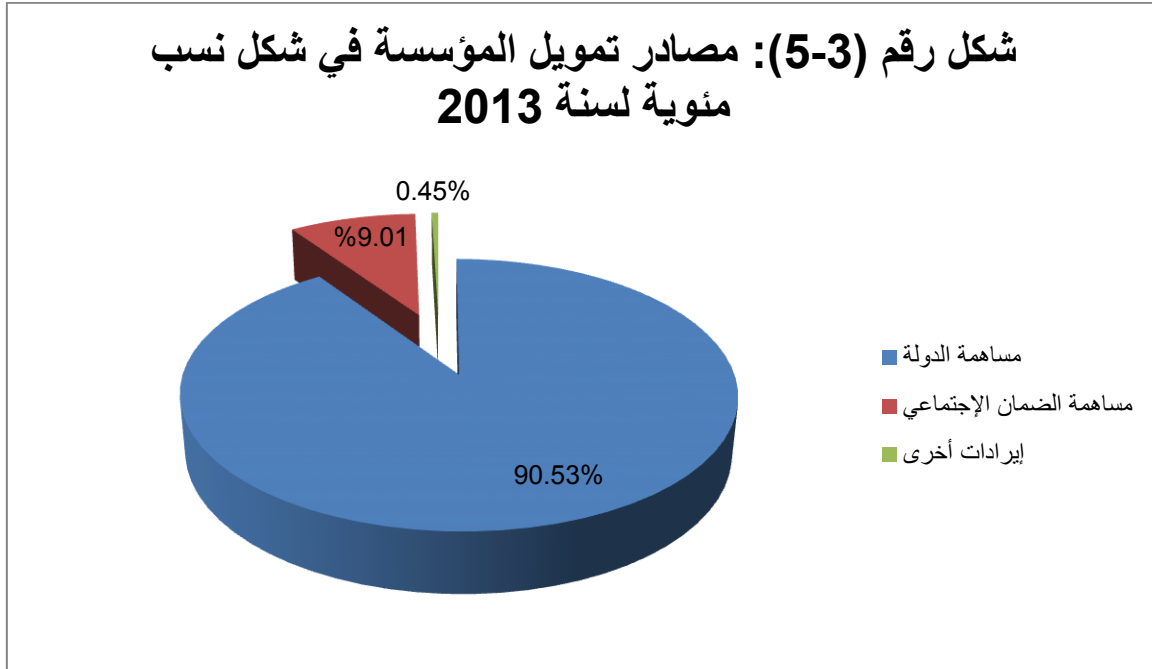
الفصل الثالث : أثر حجم التمويل على تحسين مؤشرات الأداء في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية

بومهرة أحمد

	مصاريف إطعام الطلبة المادة الثالثة: مساهمة الطلبة و المتمرنين في مصاريف التغذية المادة الرابعة: بيع النفايات و العتاد غير الصالح للاستعمال المادة الخامسة: حاصل الخدمات المقدمة للمرضى المادة السادسة: حاصل أنشطة البحث
4 000 000,00	مجموع العنوان الثالث
0,00	العنوان الرابع: رصيد السنوات السابقة الباب الوحيد: أرصدة السنوات المالية السابقة
0,00	مجموع العنوان الرابع
887 750 000,00	المجموع العام للإيرادات

المصدر : مصلحة المديرية المالية والوسائل، 2015.

ولتحليل ميزانية الإيرادات سنقوم بعرضها على شكل نسب مئوية.



المصدر: من إعداد الطالب بناء على معلومات مستقاة من المديرية الفرعية المالية والوسائل، 2015.

الفصل الثالث : أثر حجم التمويل على تحسين مؤشرات الأداء في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية

بومهرة أحمد

نلاحظ من خلال هذه الدائرة النسبية التي تمثل مصادر التمويل لسنة 2013 أن أهم مصدر للتمويل في هذه المؤسسة هو مساهمة الدولة بمبلغ 803750000.00 دج بنسبة 90.53% من مجموع الإيرادات. أما بالنسبة للإيرادات المرتبطة بمساهمة الضمان الإجتماعي فتقدر ب 80000.00 دج أي بنسبة 9.01% من مجموع الإيرادات.

وفيما يتعلق بالإيرادات المتحصل عليها من نشاط المؤسسة وإيرادات أخرى فتقدر هي الأخرى ب 4000.00 دج أي بنسبة ضئيلة والتي تقدر ب 0.45% من مجموع الإيرادات.

ثانيا: إيرادات المؤسسة العمومية الصحة الجوارية بومهرة أحمد لسنة 2014

سنحاول التطرق لإيرادات المؤسسة قيد البحث لسنة 2014 وتحليل هذه الإيرادات

جدول رقم (3-6) إيرادات المؤسسة العمومية الإستشفائية بومهرة أحمد 2014

الوحدة : دينار جزائري

الإعتمادات المخصصة	البيان
737230000,00	العنوان الأول: مساهمة الدولة الباب الوحيد: مساهمة الدولة
737230000,00	مجموع العنوان الأول
100 000 000,00	العنوان الثاني: مساهمة هيئات الضمان الإجتماعي الباب الأول: مساهمة هيئات الضمان الإجتماعي. الباب الثاني: مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي من اجل تغطية المؤمنین اجتماعيا و ذوي الحقوق. الباب الثالث: مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي بعنوان الخدمات الخاضعة للاتفاقيات.
100 000 000,00	مجموع العنوان الثاني
4 000 000,00	العنوان الثالث: إيرادات متحصل عليها من نشاط المؤسسة الباب الأول: إيرادات مختلفة المادة الأولى: مساهمة المرضى في مصاريف الإستشفائية

الفصل الثالث : أثر حجم التمويل على تحسين مؤشرات الأداء في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية

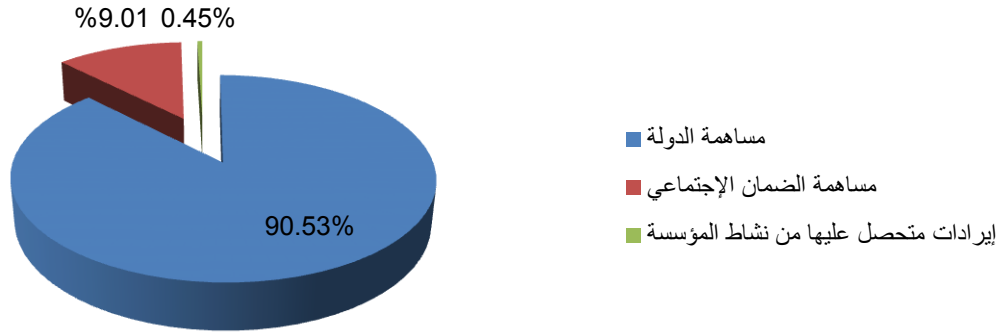
بومهرة أحمد

	<p>الفحص و الاستشارة المادة الثانية: مساهمة المستخدمين و الطلبة و المتربصين في نفقات التغذية المادة الثالثة: إيرادات متحصل عليها من حرق النفايات المادة الرابعة: إيرادات متحصل عليها في إطار الاتفاقيات : - اتفاقيات مبرمة في إطار طب العمل - اتفاقيات مبرمة في إطار نشاطات العلاج</p>
4 000 000,00	مجموع العنوان الثالث
0.00	العنوان الرابع: رصيد السنوات السابقة الباب الوحيد: أرصدة السنوات المالية السابقة
0.00	مجموع العنوان الرابع
0.00	العنوان الخامس مساهمة المؤسسات و الهيئات العمومية مساهمة هيئات التكوين و التعليم العالي مساهمة هيئات التضامن الوطني
0.00	مجموع العنوان الخامس
841230000.00	المجموع العام للإيرادات

المصدر : مصلحة المديرية المالية والوسائل، 2015.

ولتحليل ميزانية الإيرادات سنقوم بعرضها على شكل نسب مئوية.

شكل رقم (3-6): مصادر تمويل المؤسسة في شكل نسب مئوية لسنة 2014



المصدر: من إعداد الطالب بناء على معلومات مستقاة من المديرية الفرعية المالية والوسائل، 2015.

نلاحظ من خلال هذه الدائرة النسبية التي تمثل مصادر التمويل لسنة 2014 أن أهم مصدر للتمويل في هذه المؤسسة هو مساهمة الدولة بمبلغ 803750000.00 دج بنسبة 87.63% من مجموع الإيرادات. أما بالنسبة للإيرادات المرتبطة بمساهمة الضمان الإجتماعي فتقدر ب 100000.00 دج أي بنسبة 11.88% من مجموع الإيرادات.

وفيما يتعلق بالإيرادات المتحصل عليها من نشاط المؤسسة فتقدر هي الأخرى ب 4000.00 دج أي بنسبة ضئيلة والتي تقدر ب 0.45% من مجموع الإيرادات.

ثالثا : إيرادات المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بومهرة أحمد لسنة 2015

وفيما يلي سنتطرق لإيرادات المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بومهرة أحمد لسنة 2015 بالتفصيل.

جدول رقم (3-7) إيرادات المؤسسة العمومية الإستشفائية بومهرة أحمد 2015

الوحدة : دينار جزائري

الإعتمادات المخصصة	البيان
667 190 000,00	العنوان الأول: مساهمة الدولة الباب الوحيد: مساهمة الدولة
667 190 000,00	مجموع العنوان الاول
100 000 000,00	العنوان الثاني: الهيئات الأخرى

الفصل الثالث : أثر حجم التمويل على تحسين مؤشرات الأداء في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية

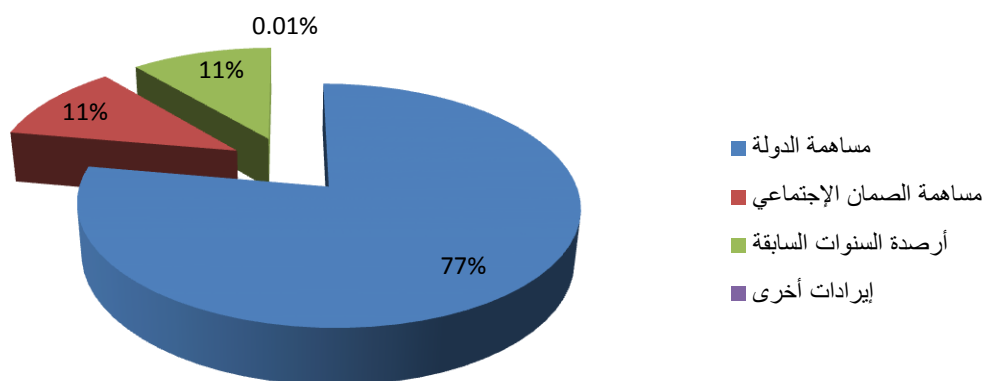
بومهرة أحمد

	الباب الأول: مساهمة هيئات الضمان الإجتماعي. الباب الثاني: مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي من اجل تغطية المؤمنین اجتماعيا و ذوي الحقوق. الباب الثالث: مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي بعنوان الخدمات الخاضعة للاتفاقيات.
100 000 000,00	مجموع العنوان الثاني
4 000 000,00	العنوان الثالث: إيرادات أخرى الباب الأول: إيرادات مختلفة المادة الأولى: مساهمة المرضى في مصاريف الإستشفائية, الفحص و الاستشارة المادة الثانية: مساهمة المستخدمين و الطلبة و المتربصين في نفقات التغذية المادة الثالثة: إيرادات متحصل عليها من حرق النفايات المادة الرابعة: إيرادات متحصل عليها في إطار الاتفاقيات : - اتفاقيات مبرمة في إطار طب العمل - اتفاقيات مبرمة في إطار نشاطات العلاج
4 000 000,00	مجموع العنوان الثالث
100 000 000,00	العنوان الرابع: رصيد السنوات السابقة الباب الوحيد: أرصدة السنوات المالية السابقة
100 000 000,00	مجموع العنوان الرابع
871 190 000,00	المجموع العام للإيرادات

المصدر : مصلحة المديرية المالية والوسائل، 2015.

ولتحليل ميزانية الإيرادات سنقوم بعرضها على شكل نسب مئوية.

الشكل (3-7): رقم نسبة تمويل المؤسسة في شكل نسب مئوية لسنة 2015



المصدر: من إعداد الطالب بناء على معلومات مستقاة من المديرية الفرعية المالية والوسائل، 2015.

نلاحظ من خلال هذه الدائرة النسبية التي تمثل مصادر التمويل لسنة 2015 أن أهم مصدر للتمويل في هذه المؤسسة هو مساهمة الدولة بمبلغ 667190000.00 دج بنسبة 77.58% من مجموع الإيرادات. أما بالنسبة للإيرادات المرتبطة بمساهمة الضمان الاجتماعي فتقدر ب 100000.00 دج أي بنسبة 11.74% من مجموع الإيرادات.

أما فيما يخص الإيرادات المرتبطة بأرصدة السنوات السابقة فتقدر هي الأخرى ب 100000.00 دج أي بنسبة 11.74% من مجموع الإيرادات.

وفيما يتعلق بالإيرادات المرتبطة بالإيرادات الأخرى فتقدر هي الأخرى ب 4000.00 دج أي بنسبة ضئيلة والتي تقدر ب 0.59% من مجموع الإيرادات.

ونلاحظ من هذه الدائرة النسبية اعتماد المؤسسة بقدر كبير على مساهمة الدولة في تمويل النفقات الصحية لهذه المؤسسة بنسبة 77.58%، ومن ثم تأتي مساهمة الضمان الاجتماعي وأرصدة السنوات السابقة وبنفس النسبة 11.74%، أما الإيرادات الأخرى فهي غير مؤثرة وبنسبة 0.59%.

المطلب الثالث: مقارنة مصادر تمويل المؤسسة العمومية الإستشفائية للسنوات (2015.2014.2013)

لاحظنا من خلال ما تطرقنا إليه من مصادر تمويل المؤسسات أن هناك بعض الاختلافات والتغيرات التي طرأت على إيرادات المؤسسة في مختلف السنوات الثلاث وهي كالآتي:

1. إنخفضت مساهمة الدولة من 803750000.00 دج في سنة 2013 إلى 737230000.00 دج سن 2014، ثم انخفضت هذه المساهمة في السنة الموالية إلى 658 905 000.00 دج، ورغم انخفاض مساهمة الدولة في تمويل المؤسسة العمومية الإستشفائية بومهرة أحمد إلى أنها تعتمد عليها بالدرجة الأولى لتحقيق أهدافها؛
2. أما بالنسبة للإيرادات المرتبطة بمساهمة الضمان الإجتماعي فقد إرتفعت من 8000000.00 دج سنة 2013 إلى 100000.00 دج سنة 2014، وبقيت مستقرة سنة 2015، وتبقى نسبة مساهمة الضمان الإجتماعي تحتل المرتبة الثانية من حيث مصادر التمويل؛
3. أما فيما يخص الإيرادات المرتبطة بأرصدة السنوات السابقة فتقدر هي الأخرى ب 100000.00 دج أي بنسبة 11.74% من مجموع الإيرادات؛
4. وفيما يتعلق بالإيرادات متحصل عليها من نشاط المؤسسة فهي ثابتة في السنوات الثلاثة وبنسب ضعيفة أي بمبلغ 4 000 000.00 دج؛
5. أما إيرادات أرصدة السنوات المالية السابقة، فقد كانت معدومة إلا في سنة 2015، وقدر المبلغ ب 100000000.00 دج.

المبحث الثالث : مؤشرات تقييم الأداء للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية بومهرة أحمد مقارنة بالمؤشرات (who) وعلاقته بالتمويل

سنحاول فيما يلي تقييم أداء المؤسسة العمومية للصحة الجوارية لبومهرة أحمد عن طريق بعض المؤشرات التي تطرقنا لها في الجانب النظري وعلاقتها بالتمويل، وقد اخترنا فترة تمتد من سنوات 2013. 2014. 2015، والتي من خلالها حساب بعض المؤشرات ومقارنتها بالمؤشرات القياسية التي وضعتها منظمة الصحة العالمية واستنتاج علاقتها بالتمويل وذلك من خلال إتباع الخطوات التالية:

- المؤشرات الخاصة بالفريق التمريضي؛
- مؤشرات تقييم الأداء للموارد المادية والمالية؛
- مؤشرات أداء جودة الخدمات الوقائية والرعاية الصحية الأولية.

المطلب الأول : المؤشرات الخاصة بالفريق التمريضي

سنعرض في هذا المطلب إلى مؤشرات الفريق التمريضي للمؤسسة قيد الدراسة.

أولاً: ممرض/طبيب

الجدول رقم (3-8) مؤشر ممرض/طبيب

السنة	معدل ممرض/طبيب	المعيار العالمي	النتيجة
2013	120/115	1/3	0.95
2014	94/92	1/3	0.97
2015	103/159	1/3	1.54

المصدر : من إعداد الطالب بناء على معلومات مستقاة من المديرية الفرعية للموارد البشرية 2015 .

يتضح من الجدول أن هناك تذبذب في هذا المعدل حيث بلغ 0.95 سنة 2013 ثم ارتفع إلى 0.97 سنة 2014، أما في عام 2015 فقد بلغ 1.54 والغريب في هذا المعدل أن عدد الأطباء في المستشفى قيد الدراسة أكثر من الممرضين في سنتي 2013 و2014، أما في سنة 2015 فقد تم التوسيع في الموارد البشرية، فقد وصل عدد الممرضين إلى 159 ممرض بعد أن كان 92 ممرض في سنة 2014 وهذا راجع إلى التجهيز في المورد البشري في سنوات البحث والدراسة.

الفصل الثالث : أثر حجم التمويل على تحسين مؤشرات الأداء في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية

بومهرة أحمد

ومن الملاحظ أن هذا المعدل منخفض جدا خلال سنوات الدراسة قياسا بالمعدل الذي وضعتة المنظمة العالمية للصحة والبالغ 3 ممرضين لكل طبيب، الأمر الذي يتطلب التوسع في تعيين ذوي المهن الصحية ليقترب من المعدل العالمي بهدف تحسين مستوى الخدمة الصحية المقدمة المرضى المراجعين إلى المستشفى، ولتقليص الوقت المستغرق للعناية الصحية لكل مريض، فكلما زاد عدد الممرضين كلما نقص الوقت المستغرق في العناية الصحية. تحسين هذا المؤشر وتقريبه من المعدل العالمي يرتبط ارتباطا وثيقا بحجم التمويل المخصص لهذا المجال وذلك عن طريق تعيين وتدعيم بأطباء جدد مما ينعكس على إرتفاع أجور الطاقم الطبي.

ثانيا : مريض/ ممرض

الجدول رقم (3-9) مؤشر مريض/ممرض

السنة	مريض/ممرض	المعيار العالمي	النتيجة
2013	120/446123	1/6	3717.69
2014	115/480037	1/6	4174.23
2015	159/476629	1/6	2999

المصدر : من إعداد الطالب بناء على معلومات مستقاة من المديرية الفرعية للموارد البشرية 2015 .

يتضح لنا من الجدول أن هذا المعدل يتسم بعدم استقراره هو الآخر خلال فترة الدراسة إذ كان أدنى مستوى له سنة 2015 حيث بلغ 2999 ومع ذلك فهو مرتفع جدا وبعيد كل البعد مقارنة بالمعدل العالمي والذي يبلغ 6 مريض لكل (ممرض).

إن الإرتفاع الرهيب لمعدل المستشفى قيد الدراسة عن المؤشر العالمي يعني إنخفاض الوقت المخصص لكل مريض من طرف الممرضين، وهذا ما يؤدي إلى إنخفاض مستوى العناية الصحية، مما يستدعي إلى التوسع بتعيين الممرضين أكثر من اللازم لتقريب لتحسين جودة الخدمة الصحية وتقليص الوقت المخصص لكل ممرض.

تحسين هذا المؤشر وتقريبه من المعدل العالمي يرتبط ارتباطا أساسيا بحجم التمويل المخصص لهذا المجال، لأن عدد الممرضين المنخفض هو الذي جعل هذا المعدل ينخفض، وبالتالي تعيين ممرضين جدد مما ينعكس على إرتفاع أجور الطاقم الطبي.

ثالثا : سرير/طبيب

الجدول رقم (3-10) مؤشر سرير/طبيب

السنة	سرير/طبيب	المعيار العالمي	النتيجة
2013	94/16	1/5	0.17
2014	92/20	1/5	0.21
2015	103/22	1/5	0.21

المصدر : من إعداد الطالب بناء على معلومات مستقاة من المديرية الفرعية للموارد البشرية 2015 .

من خلال الجدول التالي نلاحظ معدل الأسرة/الأطباء منخفض جدا عن المعيار القياسي و للسنوات الثلاث (2013،2014،2015) ، ففي سنة كانت النسبة 0.17 سنة 2013 لترتفع إلى 0.21 سنة 2014 وتستقر في هذا المعدل في 2015 ، ولا بد الإشارة إلا أن المستشفى تعمل بعدد من الأسرة اقل من المصمم لها بمقدار 454 سرير سنة 2013 وبمقدار 440 سرير سنة 2014 وبمقدار 493 سرير سنة 2015. ونلاحظ أن معدل الأسرة لكل طبيب جيد خلال فترة الدراسة، إذ أن الوقت المخصص لكل سرير من وقت الأطباء كافي، وان انخفاض عدد الأسرة للطبيب الواحد ينعكس ايجابيا على جودة الخدمة المقدمة للمرضى، عموما يعتبر هذا المؤشر جيد مقارنة مع المؤشر العالمي الذي حددته منظمة الصحة العالمية والبالغ 5 أسرة لكل طبيب.

إستنتجنا من هذا المؤشر رغم أنه إيجابي إلا أنه بعيد كل البعد عن المؤشر العالمي مما يجعل الأطباء في نوع من الراحة لقلة الأسرة، فالمستشفى يملك طاقة إستيعابية من الأسرة لم تستغل بالنسبة لعدد الأطباء لذا يتطلب زيادة عدد الأسرة لإستغلال الفارق بين الأسرة والأطباء، وهذا مرتبط بحجم التمويل الذي يستدعي إنفاق لإقتناء أسرة جديدة لأن المستشفى قيد الدراسة بأمس الحاجة إلى هذه الأسرة.

رابعا : سرير/ممرض

الجدول رقم (3-11) مؤشر سرير/ممرض

السنة	سرير/ممرض	المعيار العالمي	النتيجة
2013	120/16	1/5	0.13
2014	115/20	1/5	0.17
2015	159/22	1/5	0.13

المصدر : من إعداد الطالب بناء على معلومات مستقاة من المديرية الفرعية للموارد البشرية 2015 .

يتصف هذا المعدل بالتذبذب خلال فترة الدراسة فقد كان 0.13 سنة 2013 ثم إرتفع بنسبة قليلة سنة 2014 ليصل إلى 0.17، ليرجع مرة أخرى إلى 0.13 سنة 2015، ويعتبر هذا المعدل منخفض مقارنة بالمعدل الذي حددته منظمة الصحة العالمية والبالغ 5 أسرة لكل ممرض.

ونلاحظ أن معدل الأسرة لكل ممرض جيد خلال سنوات الدراسة، إذ أن الوقت المخصص لكل سرير من وقت الممرضين كافي، وان انخفاض عدد الأسرة للممرض الواحد ينعكس بالإيجاب على جودة الخدمة المقدمة للمرضى.

رغم إيجابية المؤشر إلا أنه بعيد عن المؤشر الذي حددته منظمة الصحة العالمية، فالمستشفى يملك طاقة إستيعابية لم تستغل لوجود فوارق بين الممرضين والأسرة، لذلك على الإدارة المالية تدعيم المستشفى بالأسرة اللازمة لتحسين وتوسيع جودة الخدمة الصحية.

تحسين هذا المؤشر وتقريبه من المعدل العالمي يرتبط ارتباطا أساسيا بحجم التمويل المخصص لهذا المجال، لأن عدد الممرضين وكما ذكرنا سابقا منخفض مما إنعكس سلبا على هذا المعدل ، وبالتالي يجب كما أشرنا سابقا إقتناء أسرة جديد لتدعيم المستشفى

خامسا : مسعف / سيارة إسعاف

الجدول رقم (3-12) مؤشر مسعف / سيارة إسعاف

السنة	مسعف/سيارة إسعاف	المعيار العالمي	النتيجة
2013	4/15	1/3	3.75
2014	4/15	1/3	3.75
2015	4/16	1/3	4

المصدر : من إعداد الطالب بناء على معلومات مستقاة من المديرية الفرعية للموارد البشرية 2015 .

نلاحظ من خلال الجدول التالي أن هذا المعدل يتسم بالاستقرار نوع الما بعد أن كان ثابت في السنتين 2013 و 2014 بنسبة 3.75 ثم ارتفع بنسبة قليلة ليصل إلى 4، سنة 2015 .

ونلاحظ أن معدل المسعفين لكل سيارة إسعاف جيد خلال فترة الدراسة مقارنة بالمعدل العالمي الذي يبلغ 3 مسعفين لكل سيارة إسعاف، مما ينعكس إيجابا على الخدمة الإسعافية المقدمة للمرضى والمصابين، ورغم المعدل الجيد إلا أنني أظن أن سيارات الإسعاف في رأيي الشخصي غير كافية في الحالات الحرجة مثل الكوارث وأعمال العنف مما يتطلب التدعيم بسيارات إسعاف أخرى وبالتالي مسعفين جدد تحسبا لحالات الطوارئ.

ولكي نحسن هذا المؤشر على الإدارة المالية زيادة حجم التمويل فيما يخص مراب المستشفى، عن طريق إقتناء سيارات إسعاف مما تستوجب تعيين مسعفين جدد لكي لا يسمح للمعدل بالإنخفاض.

وبالتالي يمكن إثبات صحة الفرضية الأولى بأن حجم التمويل يتناسب طرذا مع مستوى مؤشرات الأداء الفريق التمريضي في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بومهرة أحمد

المطلب الثاني: مؤشرات تقويم الأداء للموارد المادية والمالية

سنعرض في هذا المطلب إلى مؤشرات تقويم الأداء للموارد المادية والمالية.

أولا : معدل رقود المريض في المستشفى

الجدول رقم (3-14) معدل رقود المريض في المستشفى

السنة	(عدد الأسرة / عدد المرضى) × 365 يوم	المعيار العالمي	النتيجة
2013	365 × (446123/16)	7 أيام	0.013
2014	365 × (480037/20)	7 أيام	0.015
2015	365 × (476629/22)	7 أيام	0.016

المصدر : من إعداد الطالب بناء على معلومات مستقاة من المديرية الفرعية للموارد البشرية 2015 .

يوضح الجدول معدل رقود المريض في المستشفى محل الدراسة، ويتبين لنا أن هذا المعدل إرتفع من 0.013 يوم سنة 2013 إلى 0.015 يوم سنة 2014، ثم إرتفع مرة أخرى إلى 0.016 يوم سنة 2015. عموما يمكن القول أن هذا المعدل جيد بالنسبة للسنوات الثلاث في المستشفى قيد الدراسة مقارنة مع المؤشر العالمي والبالغ 7 أيام، حيث يشير إنخفاض المعدل إلى إرتفاع كفاءة الخدمة الصحية المقدمة للمرضى، ولكن يجب الإشارة إلا أن إفتقار المستشفى محل الدراسة للأسرة اللازمة كان سبب رئيسي لإنخفاض هذه النسبة، أما السبب الثاني هو أن معظم المرضى والتي تكون حالتهم تستلزم العناية الصحية والرقود في السرير يتم تحويلهم لمستشفيات الولاية، كل هذا جعل من هذا المعدل منخفض ودرجة أحسن من المثالية . لذلك يستلزم على الإدارة المالية تعزيز المستشفى بأسرة جديدة لتحسين جودة الخدمة الصحية، لأن هذه الأسرة غير كافية، مما يتطلب زيادة حجم الإنفاق.

ثانيا : معدل حصة المريض من الأدوية

الجدول رقم (3-15) معدل حصة المريض من الأدوية

الوحدة: دينار جزائري

السنة	كلفة الأدوية المستخدمة / عدد المرضى	المعيار العالمي	النتيجة
2013	446123/13656601.76	لا يوجد معيار	30.61
2014	480037/12870054.71	لا يوجد معيار	26.81
2015	476629/15099669.50	لا يوجد معيار	31.68

المصدر : من إعداد الطالب بناء على معلومات مستقاة من المديرية الفرعية للموارد البشرية 2015 .

نلاحظ من خلال الجدول التالي أن هذا المعدل يتميز قليلا بالاستقرار، فبعد أن كانت تكلفة كل مريض من الأدوية 30 دج سنة 2013، إنخفضت بعدها لتصبح 62.81 دج سنة 2014 لترتفع مرة أخرى إلى 31.68 دج لكل مريض سنة 2015.

ولعدم وجود معيار عالمي محدد لوجود فوارق في الأسعار وبغض النظر عن عامل التضخم المتزايد في البلاد، فقد تمت المقارنة بين السنوات الثلاث فقط ولكن في رأيي الشخصي يعتبر هذا المعدل رغم أنه ليس جيد إلا أنه مقبول، لأن المستشفى محل الدراسة ليس مختص في العمليات الجراحية.

وفي رأيي الشخصي المتواضع على الإدارة المالية فتح قسم مختص بالعمليات الجراحية وقسم إستعجالات مختص، لعدم تحويل المرضى دائما لمستشفى الولاية مما يكلف في الكثير من الأحيان موت بعض المرضى، مما يتطلب من أصحاب القرار في المستشفى قيد الدراسة تخصيص غلاف مالي لهذه الأقسام.

ثالثا : نسبة مصاريف الصيانة

الجدول رقم (3-16) نسبة مصاريف الصيانة

الوحدة:دينار جزائري

السنة	(مصاريف الصيانة الفعلية/مجموع المبالغ المخصصة للصيانة)×100%	المعيار العالمي	النتيجة
2013	1800000/1674779.89	%90	%93.04
2014	1200000/1126944	%90	%93.91
2015	1700000/1656232	%90	%97.42

المصدر : المديرية الفرعية للموارد البشرية

من خلال الجدول نلاحظ أن هناك تقارب بين نسب مصاريف الصيانة للسنوات الثلاث قيد الدراسة ففي عام 2013 كانت النسبة 93.04%، ثم ارتفعت وبنسبة ضئيلة سنة 2014 لتصبح 93.91%، أما في عام فقد ارتفعت النسبة إلى 97.42%.

عموما يمكن القول أن هذه النسبة جيدة وأكثر قليلا من المعيار القياسي الذي حددته منظمة الصحة العالمية والبالغ 90%، ورغم أن المؤشر جيد إلا أن هناك فارق بين المصاريف الفعلية والمخصصة للصيانة، ومن المستحسن أن يستثمر هذا الفارق أو الفائض في قسم آخر لتحسين جودة الخدمة كتدعيم المؤسسة بالكوادر الطبية، أو آلات جديد على سبيل المثال.

ورغم أن المؤشر جيد إلا أن على المدراء الماليين استثمار هذه لمبالغ في سبيل إقتناء آلات ومعدات جديدة في عوض صيانة المعدات الحالية القديمة وبمبالغ ضخمة.

وبالتالي يمكن إثبات صحة الفرضية بأن حجم التمويل يتناسب نسبيا مع مستوى مؤشرات أداء الموارد المادية والمالية في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بومهرة أحمد.

الفصل الثالث : أثر حجم التمويل على تحسين مؤشرات الأداء في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية
بومهرة أحمد

المطلب الثالث: مؤشرات أداء جودة الخدمات الوقائية والرعاية الصحية الأولية

سنتعرض في هذا المطلب إلى مؤشرات أداء جودة الخدمات الوقائية والرعاية الصحية الأولية.

أولاً: نسبة الوفيات

الجدول رقم (3-17) نسبة الوفيات

السنة	(عدد الوفيات / عدد المرضى)	المعيار العالمي	النتيجة
2013	446123/118	%3	%0.02
2014	480037/133	%3	%0.02
2015	476629/49	%3	%0.01

المصدر : المديرية الفرعية للموارد البشرية

تتسم هذه النسبة بالتقارب في السنوات الثلاث قيد البحث، ففي عام 2013 كانت النسبة %0.002، وبقيت مستقرة بنفس النسبة سنة 2014، أما في عام 2015 فأخفض إلى نسبة %0.01. نلاحظ أن نسبة الوفيات منخفضة عن المعيار العالمي والبالغ %3، وهذا مؤشر جيد على كفاءة تقديم الخدمات الصحية للمرضى وزوار المستشفى، ومع ذلك يمكن تفسير إنخفاض هذه النسبة عن المؤشر القياسي لعدم استقبال المستشفى للحالات الحرجة دائما وتحويلها إلى مستشفيات الولاية في كثير من الأحيان. وكما أشرنا سابقا على الإدارة المالية النظر في تخصيص غلاف مالي لفتح أقسام جديدة مثل قسم جراحة عامة وقسم إستعجالات.

الفصل الثالث : أثر حجم التمويل على تحسين مؤشرات الأداء في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية
بومهرة أحمد

ثانيا: نسبة الأطفال الملقحين

الجدول رقم (3-18) نسبة الأطفال الملقحين

السنة	(عدد الأطفال الملقحين/عدد أطفال المنطقة) × 100%	المعيار العالمي	النتيجة
2013	60000/60000	%100	%100
2014	63000/63000	%100	%100
2015	56000/56000	%100	%100

المصدر : المديرية الفرعية للموارد البشرية

من خلال الجدول التالي نلاحظ أن نسبة الأطفال الملقحين في المستشفى محل الدراسة مرتفع جدا ومثالي مقارنة بالمعيار القياسي و للسنوات الثلاث (2013،2014،2015) ونسبة مستقرة بلغت 100%. واللافت للإنتباه إستقرار نسبة الأطفال الملقحين في النسبة المثالية التي حددتها منظمة الصحة العالمية للسنوات قيد الدراسة، وهذا ماينعكس إيجابا على جودة الخدمة الوقائية والتغطية الصحية للمستشفى في المنطقة، تعتبر هذه النسبة ممتازة ومثالية ويجب على المحافظة بنفس النسق فيما يخص الخدمة الوقائية. وبالتالي يمكن إثبات صحة الفرضية الأولى بأن حجم التمويل يتناسب طرديا مع مستوى مؤشرات أداء جودة الخدمات الوقائية والرعاية الصحية الأولية في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بومهرة أحمد.

● إختبار صحة الفرضية الرئيسية

من خلال إختبار الفرضيات الفرعية يمكن تأكيد، نسبيا صحة الفرضية الرئيسية والتي ترى أن حجم التمويل يتناسب طرديا مع مستوى مؤشرات الأداء في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بومهرة أحمد.

المطلب الرابع : تحليل النتائج

1. تعد عملية تقييم أداء المستشفى، من المواضيع التي حظيت باهتمام الكتاب في مجال إدارة المنظمات الصحية، حيث تعتبر الأساس الذي يمكن من خلاله تحديد نقاط القوة ونقاط الضعف في أداء المستشفى، وبالتالي تسهم في تطوير ودعم الخدمات الصحية؛
2. يمكن اعتماد مجموعة من مؤشرات تقييم أداء المستشفى لغرض القيام بعمليات رقابية بهدف التصحيح والتعديل والتطوير في البرامج الصحية للمستشفى؛
3. إنخفاض المؤشرات مقارنة مع المستوى المحدد من طرف منظمة الصحة العالمية (ممرض/طبيب، سرير/طبيب، سرير/ممرض) وهذا راجع بالدرجة الأولى لإفتقار المؤسسة للأسرة اللازمة، ونقص الموارد البشرية خاصة الممرضين الذي كان عددهم أقل من عدد الأطباء لسنتي 2013 و 2014؛
4. إرتفاع مؤشر مريض/ممرض وإبتعاده كثيرا عن المؤشر العالمي، وذلك راجع إلى إنخفاض عدد الممرضين في المستشفى محل الدراسة، مما ينعكس سلبا على الوقت المخصص لكل مريض؛
5. تبين أن معدل مسعف/سيارة إسعاف للمستشفى محل الدراسة كان جيد مقارنة مع المعدل العالمي مما يدل على جودة الخدمة الإسعافية، رغم أن المؤشر ولكن على الإدارة المالية تعزز المستشفى بسيارات إسعاف إضافية لأن أربع سيارات إسعاف غير كافية؛
6. إن معدل رقود المريض في المستشفى محل البحث كان منخفض جدا مقارنة بالمعدل الذي حددته منظمة الصحة العالمية، وهذا راجع لنقص الأسرة اللازمة، وراجع أيضا إلا أن بعض أقسام المستشفى لم تكمل إعطاء المريض العلاج المطلوب أثناء مكوثه بالمستشفى؛
7. تبين بأن نسبة مصاريف الصيانة كان جيدا خلال فترة البحث مقارنة مع المعدل العالمي، ورغم أن المؤشر جيد إلا أن هناك دائما فارق بين المصاريف الفعلية والمخصصة للصيانة، والتي يجب على الإدارة المالية إستثمارها في مجال آخر؛
8. إنخفاض معدل الوفيات العام عن المؤشر العالمي، وهذا يدل على أن المستشفى قيد البحث يعمل بكفاءة في مجال تقديم الخدمات للمرضى؛
9. لوحظ بأن نسبة الأطفال الملقحين كان مثالي خلال سنوات الدراسة مقارنة مع المؤشر العالمي، مما يدل على كفاءة الخدمة الوقائية في المستشفى محل الدراسة.

الإقتراحات:

1. حاولنا صياغة مجموعة من الإقتراحات التي نرجو أن تلقى صدى لدى الباحثين وأصحاب القرار في هذا المجال:
مراجعة النظام القانوني في المؤسسات العمومية للصحة بما يتماشى مع تقويم أداء المستشفيات قصد تحسين الخدمة الصحية.
2. تدعيم المستشفى بموارد بشرية خاصة الممرضين الأطباء بالإضافة إلى أخصائيي في العلاج الطبيعي وأخصائيي في التغذية للقيمة الكبيرة للتغذية لصحة المريض؛
3. بالإضافة إلى التدعيم بموارد مادية وخاصة الأسرة التي أدت إلى إنخفاض معظم المؤشرات الطبية، وتوفير المعدات والأجهزة الطبية الكافية من حيث العدد والتنوع، وتوسيع عدد سيارات الإسعاف،
4. العقلانية في التسيير المالي للمؤسسة محل الدراسة، بالنظر إلى مصادر وحجم التمويل؛
5. البحث عن مصادر جديدة للتمويل من خلال إستراد جزء من الضرائب المحلية عن التلوث والتبغ، بالإضافة إلى إدراج مساهمة التأمينات الاقتصادية؛
6. توفير التكوين المستمر لأفراد الطاقم الطبي وشبة الطبي لمواكبة كل جديد في هذا المجال؛
7. الحرص على أن تخضع كل المؤسسات الصحية للمراقبة البعدية الوحيدة طبقا للتنظيم الساري؛
8. إعفاء المؤسسة الصحية العمومية من الضرائب الجمركية المفروضة على التجهيزات؛
9. ترخيص للمستشفى بإبرام عقود وعروض خدمات مع المؤسسات الوطنية والدولية والشركات.

خلاصة الفصل

تم إستخلاص مجموعة من النتائج من خلال دراستنا في هذا الفصل نذكر أهمها:

1. بعد قيامنا بدراسة ميدانية وتطبيقية للمؤسسة العمومية الإستشفائية للصحة الجوارية بومهرة أحمد ، تمكنا من التعرف على كيفية تمويل والمصادر المختلفة لهذه المؤسسة من جهة ،ومن جهة أخرى تعرفنا على نفقات المؤسسة خلال سنوات البحث، وعلى الرغم من معاناة خزينة الدولة من النفقات الصحية المتزايدة إلى أننا لاحظنا في المؤسسة محل الدراسة أن هناك إنخفاض وتذبذب في مواردها، وبالتالي وجب عليها توسيع مصادرها تمويلها مثل القروض أو الإعانات من الجمعيات الخيرية؛
2. تم الإعتماد على بعض المؤشرات لتقييم أداء المؤسسة الصحية للصحة الجوارية بومهرة أحمد، وبعد المقارنة مع المؤشرات المعايير العالمية المحددة من طرف المنظمة العالمية للصحة للتعرف على مدى إستغلال المؤسسة لمواردها بكفاءة ولإلقاء نظرة على عيوب الخدمة الصحية، والأهم من كل هذا هو العلاقة بين أداء المستشفى محل الدراسة وتمويله، والتي إعتدنا في توضيح هذه العلاقة على المؤشرات سالفه الذكر والتي أثبتت لنا على وجود علاقة وطيدة بين حجم التمويل ومستوى مؤشرات أداء المستشفى محل الدراسة.

الخاتمة العامة

يدخل موضوع هذا البحث في إطار تحسين تسيير المستشفيات، وتقييم أداء المستشفيات في الجزائر، عن طريق استخدام مؤشرات الهادفة إلى التحديد الفعال والمستمر للطاقات والموارد قصد بلوغ الأهداف المسطرة.

يعد قطاع الصحة أكثر القطاعات حساسية وذو أهمية كبيرة في حياة أفراد المجتمع، فهو يؤثر على نمط حياة الفرد من حيث الإنتاجية والنمو الإقتصادي بشكل مباشر، وقطاع الصحة في الجزائر كما هو الحال في البلدان النامية يعيش الكثير من المشاكل، ومن أكبر هذه المشاكل هو مشكل التمويل خاصة منها التوجيه الرشيد للأغلفة المالية وإنخفاض أجور ممارسي الخدمة من أطباء وممرضين وإداريين مما ينعكس على مستوى المردودية في العمل بالسلب، لذلك فمسئولية إدارة المستشفيات هو رفع مستوى أدائها على نحو مستدام عبر تبني نظام تقييمي محكم لكشف نقاط الضعف في المؤسسة ومعالجتها من جهة، وتطوير نقاط القوة من جهة أخرى، و اعتماد منهج إداري في القطاع الصحي لمحاولة التحكم في النفقات، ومحاولة توسيع وتنويع مصادر التمويل.

أولاً: نتائج الدراسة:

1. نتائج الدراسة النظرية:

ومن خلال دراسة موضوعنا المتمثل في أهمية التمويل وعلاقته بأداء الخدمة الصحية في المؤسسة العمومية الإستشفائية في الجانب النظري توصلنا إلى النتائج التالية:

- النظام الصحي هو مجموعة من التنظيمات والسياسات والموارد والوظائف والهياكل الإدارية يؤدي تفاعلها إلى تقديم الخدمات الصحية؛
- المستشفى نظام إجتماعي مفتوح له أهداف يسعى إلى تحقيقها وأهم هذه الأهداف هو تقديم الخدمات الصحية (خدمات الفحص والتشخيص والعلاج) للمرضى والمصابين والمراجعين للمؤسسة الصحية.
- الخدمة الصحية هي جميع الخدمات التي يقدمها القطاع الصحي سواء كانت علاجية موجهة للفرد أو وقائية موجهة للمجتمع والبيئة أو إنتاجية مثل إنتاج الأدوية وغيرها بهدف رفع المستوى الصحي للمواطنين وعلاجهم ووقايتهم من الأمراض؛
- التمويل شرط أساسي لقيام كيان أي مؤسسة تهدف للبقاء والإستمرارية وتحقيق الربح، سواء كان التمويل داخلي أو خارجي؛
- تعد عملية تقييم أداء المستشفى من المواضيع التي حظيت بإهتمام الكتاب في مجال إدارة المنظمات الصحية حيث تعتبر الأساس الذي يمكن من خلاله تحديد نقاط القوة ونقاط الضعف في أداء

المستشفى ومعرفة مدى إستغلال الموارد الممكنة، وبالتالي تسهم في تطوير ودعم وتحسين الخدمات الصحية.

2. نتائج الدراسة الميدانية (التطبيقية)

أما فيما يخص الدراسة الميدانية التي أسقطناها في المؤسسة العمومية الإستشفائية للصحة الجوارية بومهرة أحمد ساعدتنا للوصول إلى النتائج التالية:

- بعد التطرق لإيرادات ومصادر تمويل المستشفى محل الدراسة عن طريق تحليل الميزانيات للسنوات الثلاث قيد الدراسة (2013.2014.2015)، إستنبطنا أن المستشفى يعتمد على مجموعة من المصادر نذكر أهمها مساهمة الدولة تأتي بالدرجة الأولى لأنها المورد الأساسي لتمويل النفقة الصحية، وتأتي في المرتبة الثانية مساهمة الضمان الإجتماعي، ثم تأتي الإيرادات الأخرى كأرصدة السنوات السابقة، إيرادات أخرى ، ومن الملاحظ أن المستشفى قيد الدراسة لم يمول من طرف الصندوق الوطني للتأمينات الإجتماعية المتخصصة خلال سنوات البحث.
- يمكن إعتماد مجموعة من مؤشرات تقييم أداء المستشفى لغرض القيام بعمليات رقابية بهدف التصحيح والتعديل والتطوير في البرامج الصحية للمستشفى.
- إفتقار المؤسسة للأسرة اللازمة، مما أدى إلى إنخفاض المؤشرات مقارنة مع المستوى المحدد من طرف منظمة الصحة العالمية (مرض/طبيب، سرير/طبيب، سرير/ممرض).
- نقص الموارد البشرية خاصة الممرضين الذي كان عددهم أقل من عدد الأطباء لسنتي 2013 و 2014 هذا أمر غير مقبول في مؤسسة عمومية إستشفائية، مما ينعكس سلبا على الوقت المخصص لكل مريض
- إن معدل رقود المريض في المستشفى محل البحث كان منخفض جدا مقارنة بالمعدل الذي حددته منظمة الصحة العالمية، وهذا راجع بالدرجة الأولى لنقص الأسرة اللازمة، وراجع أيضا إلا أن بعض أقسام المستشفى لم تكمل إعطاء المريض العلاج المطلوب أثناء مكوثه بالمستشفى.
- إنخفاض معدل الوفيات العام عن المؤشر العالمي، وهذا يدل على أن المستشفى قيد البحث يعمل بكفاءة في مجال تقديم الخدمات للمرضى سواء الوقائية أو الطيبة.
- لوحظ بأن نسبة الأطفال الملقحين كان مثالي خلال سنوات الدراسة مقارنة مع المؤشر العالمي، مما يدل على كفاءة الخدمة الوقائية في المستشفى محل الدراسة.

- عدم وجود بعض الكوادر الطبية مثل أخصائيي تغذية لأهمية التغذية لصحة المريض، بالإضافة لعدم وجود أخصائيي العلاج الطبيعي ولذلك يكون المستشفى بحاجة إلى هؤلاء الأطباء وحسب منظمة الصحة العالمية (طبيب لكل سرير) لكليهما.
- وجود علاقة وطيدة بين حجم التمويل وأداء المستشفى محل الدراسة، فتأثير التمويل واضح من خلال نقص الموارد سواء المادية أو البشرية فالمستشفى يفتقر للمرضين والأسرة مما يؤثر سلباً على أداء الخدمة الصحية.

ثانياً: آفاق الدراسة:

- تقويم الأداء للمؤسسة العمومية الإستشفائية؛
- التسيير المالي للمؤسسات الخدمية؛
- أثر حجم التمويل في تحسين أداء الخدمة الصحية.

قائمة المراجع

قائمة المراجع

أولاً: الكتب باللغة العربية:

1. إبراهيم طلعت ، التحليل الاقتصادي والاستثمار في المجالات الطبية، دار الكتب المصرية، القاهرة، 2009.
2. أحمد بوراس، تمويل المنشآت الاقتصادية، دار العلوم، عنابة، الجزائر، 2008.
3. أحمد عاشور، إدارة القوى العاملة الحديثة، دار النهضة العربية، بيروت، 1996.
4. أحمد محمد نور، مبادئ المحاسبة المالية، الدار الجامعية، الإسكندرية، 2003.
5. أمال مصطفى نصر الدين محمود، تأثير صحة السكان على التدفقات الداخلة من رأس المال الأجنبي، المكتب العربي للمعارف، 2013.
6. تامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، 2005 ،
7. الحجازي عبيد على أحمد، مصادر التمويل، دار النهضة، بيروت، لبنان، 2001.
8. حسين ذنوب علي البياتي، المعايير المعتمدة في إقامة وإدارة المستشفيات، دار وائل للنشر، 2005.
9. سليم بطرس جلدة، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، ط1، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، 2006.
10. صلاح الدين، حسن السيسي، نظم المحاسبة والرقابة وتقييم الأداء في المصاريف والمؤسسات المالي، دار الوسام للطبع والنشر، لبنان، 1998.
11. صلاح محمود دياب، إدارة المستشفيات و المراكز الصحية الحديثة، دار الفكر ناشرون وموزعون، ط1، عمان ، 2009.
12. طلعت الدمرداش إبراهيم، اقتصاديات الخدمات الصحية، مكتبة القدس، ط2، الزقازيق، مصر، 2006.
13. عبد الغفار حنفي، الإدارة المعاصرة، الدار الجامعية، ط1، الإسكندرية، 1993.
14. عبد الناصر إبراهيم نور وآخرون، أصول المحاسبة المالية، دار المسيرة، ط3، الجزء الثاني، عمان، 2005.
15. غازي فرحان أبو زيتون، خدمات الإيواء في المستشفيات، دار زهران للنشر والتوزيع، عمان، 1999.
16. فريد توفيق نصيرات، إدارة المستشفيات، الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، 2008.
17. فوزي شعبان مذكور، تسويق الخدمات الصحية، ط1، ايتراك للنشر والتوزيع، مصر، 1998.

18. محمد محمد إبراهيم، طبيعة حماية المستهلك في مجال الخدمات، مجموعة النيل العربية، ط1، مصر، 2008
19. محمود خليل الشاذلي وآخرون، طب المجتمع، أكاديميا إنترناشيونال للنشر والطباعة، بيروت، 1999.
20. محمود محمود السجاعي، محاسبة التكاليف في المنظمات الصحية، مدخل نظم المعلومات، المكتبة العصرية للنشر والتوزيع، ط1، القاهرة، 2009.
21. مدحت القرشي، دراسات الجدوى الاقتصادية وتقييم المشروعات الصناعية، دار وائل، ط1، الأردن 2009.
22. مدحت محمد أبو النصر، إدارة الجودة الشاملة في مجال الخدمات، مجموعة النيل العربية، ط1، مصر، 2008.
23. مؤيد راضي خنفر، غسان فلاح المطارنة، تحليل القوائم المالية مدخل نظري تطبيقي، دار المسيرة، عمان، 2006.
24. نعيم نمر داوود، التحليل المالي بين النظرية والتطبيق، دار البداية ناشرون وموزعون، الأردن، 2012.
25. نور الدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، دار كتامة للكتاب، الجزائر، 2008.
- ثانيا: الكتب باللغة الأجنبية:

1. Alfred marshal, Principles of economics, Eighth ed, London the Macmillan press LTD, 1997.
2. Etienne Bara, Economic de la santé, Fais et chiffres, Paris, 1978.

ثالثا: الأطروحات والرسائل الجامعية باللغة العربية:

1. جينات دراجي، تقييم الأداء المالي للمؤسسة، مذكرة غير منشورة لنيل شهادة الماجستير، تخصص مالية المؤسسات، جامعة قسنطينة، 1997.
2. دريدي أحلام، دور استخدام نماذج صفوف الانتظار في تحسين جودة الخدمات الصحية، مذكرة غير منشورة لنيل شهادة ماجستير، تخصص الأساليب الكمية في التسيير، جامعة محمد خيضر، بسكرة، 2014.
3. دلال السويسي، نظام المعلومات كأداة لتحسين جودة الخدمة الصحي بالمؤسسة العمومية الإستشفائية، مذكرة غير منشورة لنيل شهادة ماجستير، تخصص نظام المعلومات ومراقبة التسيير، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، 2012.
4. عتيق عائشة، جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الإستشفائية، مذكرة ماجستير غير منشورة، تخصص تسويق دولي، جامعة بلقايد، تلمسان، 2012.
5. علي دحمان محمد، تقييم نفقات الصحة والتعليم، مذكرة غير منشورة لنيل شهادة الماجستير، تخصص تسيير المالية العامة، جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان، 2011.

6. كحيلة نبيلة، تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، مذكرة غير منشورة لنيل شهادة الماجستير، إختصاص تسيير الموارد البشرية، جامعة منتوري، قسنطينة، 2009.
7. نصر الدين عيساوي، مراقبة التكاليف في المؤسسات الإستشفائية، رسالة ماجستير غير منشورة، تخصص علوم التسيير، جامعة قسنطينة، 2005.
8. نور الدين عياشي، المنظومات الصحية المغاربية، رسالة دكتوراه غير منشورة، تخصص تسيير المالية العامة، جامعة قسنطينة، 2009.
- رابعا: الأطروحات والرسائل الجامعية باللغة الأجنبية:

- 1- Ben mansour sonia, **financement des systèmes dans les pays de Maghreb** thèse non publié de doctorat, monnaie finance banque, Université de Tizi-Ouzou, 2012.
- 2- Youssef mahyaoui , **Etude juridico économique de la contractualisation dans le système de soins**, thèse non publié de doctorat, le système de soins hospitalier, Université de Paris, p32.

خامسا: النصوص القانونية والجرائد الرسمية باللغة العربية:

1. الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 104، الأمر رقم 73-65، الصادر في 03 ذو الحجة 1393هـ الموافق ل 28 ديسمبر 1973 م، يتضمن قانون المالية لسنة 1974 م المتعلق بتأسيس الطب المجاني.
2. جمهورية جزائرية ديمقراطية شعبية، وزارة الصحة والسكان، المنشور الوزاري رقم 01 المؤرخ في 08 أفريل 1995 المتضمن مساهمة المرضى في نفقات الإطعام والإيواء داخل المستشفى.
3. المرسوم التنفيذي رقم (07-140) المؤرخ في 17 ماي 2007.
4. المرسوم التنفيذي رقم (74-01) المؤرخ في 16 جانفي 1974، المتضمن مدى مساهمة الجماعات المحلية في نفقات المساعدة الطبية الاجتماعية.
5. المرسوم التنفيذي رقم (90-188) المؤرخ في 23 جوان 1990.

سادسا: التقارير والمجلات:

1. أكرم أحمد الطويل، بعض مؤشرات تقييم أداء المستشفيات، مجلة تكريت للعلوم الإدارية والإقتصادية، جامعة تكريت، العراق، العدد 20، 2010.
2. وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات 15 سبتمبر 2002.
3. وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات، تقرير تمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات، الجزائر، في 17 جانفي 2003.

ثامنا: التقارير والمجلات باللغة الأجنبية:

- 1- M.chaouch, développement du Système National de Santé, Stratégies et perspectives, revue gestionnaire, revue élaborée par l'école nationale de la Santé publique, n°5, juin, 2001.
- 2- Ministère de la santé, Direction de la planification, statistique sanitaire, Alger, Août, 1999,p8.

3- تاسعا: مواقع الأنترنت:

- 1- <http://www.andi.dz/PDF/demographie/D%C3%A9mographie%20alg%C3%A9rienne%202014%20arabe%20.pdf>.
- 2- <http://www.ons.dz/IMG/pdf/AQCFRED14.pdf>.
- 3- <http://www.sante.dz/polio/strategie.pdf>.
- 4- <http://www.statistiques-mondiales.com/algerie.htm>,statistiques mondiales.
- 5- <http://www.who.int/suggestions/faq/ar>
- 6- www.sante.dz/insp/mortalite-maternelle.Ministre de la santé et de la population, développement du système national de santé stratégie perspective de santé.

الملاحق

1. الملحق رقم (3-1) : الطاقم الطبي لسنة 2015

العدد	التخصص
103	طبيب عام
08	طبيب خاص
56	جراح أسنان عام
03	جراح أسنان خاص
10	طبيب نفسي
02	طبيب العمل
01	طبيب مختص في الوقاية
01	طبيب عقلي

2. الملحق رقم (3-2) : الطاقم الشبه الطبي لسنة 2015

العدد	التخصص
90	ممرض للصحة العمومية
23	مخبري
16	تصوير بالأشعة
01	مساعد إجتماعي
01	ممرض مختص في الوقاية
10	ممرض رئيسي
29	ممرض مختص في التأهيل الوظيفي
20	مساعد طبي
05	صيدلي
38	قابلة

3. الملحق رقم (3-3) : الإداريين التنفيذيين لسنة 2015

العدد	التخصص
90	مرض للصحة العمومية
23	مخبري
16	تصوير بالأشعة
01	مساعد إجتماعي
01	مرض مختص في الوقاية
10	مرض رئيسي
29	مرض مختص في التأهيل الوظيفي
20	مساعد طبي
05	صيدلي
38	قابلة

4. الملحق رقم (4-3) : معدات المؤسسة لسنة 2015

العدد	نوع المعدات
13	ميكروسكوب
04	طاولة الولادة
06	صاعق كهربائي
06	مكنسة كهربائية
02	طاولة للرضيع
08	ضوء جراحي متنقل
01	راديو (أشعة)
17	طاولة لجراحة الأسنان
04	سيارات إسعاف
01	شاحنة
03	سيارات سياحية

5. الملحق رقم (3-6): إيرادات المؤسسة العمومية الإستشفائية بومهرة أحمد 2013

الإعتمادات المخصصة	البيان
803 750 000,00	العنوان الأول: مساهمة الدولة الباب الوحيد: مساهمة الدولة
803 750 000,00	مجموع العنوان الأول
80 000 000,00	العنوان الثاني: الهيئات الأخرى الباب الأول: مساهمة هيئات الضمان الإجتماعي. الباب الثاني: مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي من اجل تغطية المؤمنين اجتماعيا و ذوي الحقوق. الباب الثالث: مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي بعنوان الخدمات الخاضعة للاتفاقيات.
80 000 000,00	مجموع العنوان الثاني
4 000 000,00	العنوان الثالث: إيرادات أخرى الباب الأول: إيرادات مختلفة المادة الأولى: مساهمة الموظفين في مصاريف التغذية المادة الثانية: مساهمة الديوان الوطني للخدمات الجامعية في مصاريف إطفاء الطلبة المادة الثالثة: مساهمة الطلبة و المتمرنين في مصاريف التغذية المادة الرابعة: بيع النفايات و العتاد غير الصالح للاستعمال المادة الخامسة: حاصل الخدمات المقدمة للمرضى المادة السادسة: حاصل أنشطة البحث
4 000 000,00	مجموع العنوان الثالث
0,00	العنوان الرابع: رصيد السنوات السابقة الباب الوحيد: أرصدة السنوات المالية السابقة
0,00	مجموع العنوان الرابع
750 000,00887	المجموع العام للإيرادات

6. الملحق رقم (3-7): إيرادات المؤسسة العمومية الإستشفائية بومهرة أحمد 2014

الإعتمادات المخصصة	البيان
737230000,00	العنوان الأول: مساهمة الدولة الباب الوحيد: مساهمة الدولة
737230000,00	مجموع العنوان الأول
100 000 000,00	العنوان الثاني: مساهمة هيئات الضمان الإجتماعي الباب الأول: مساهمة هيئات الضمان الإجتماعي. الباب الثاني: مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي من اجل تغطية المؤمنین اجتماعيا و ذوي الحقوق. الباب الثالث: مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي بعنوان الخدمات الخاضعة للاتفاقيات.
100 000 000,00	مجموع العنوان الثاني
4 000 000,00	العنوان الثالث: إيرادات متحصل عليها من نشاط المؤسسة الباب الأول: إيرادات مختلفة المادة الأولى: مساهمة المرضى في مصاريف الإستشفائية ,الفحص و الاستشارة المادة الثانية: مساهمة المستخدمين و الطلبة و المتربصين في نفقات التغذية المادة الثالثة: إيرادات متحصل عليها من حرق النفايات المادة الرابعة: إيرادات متحصل عليها في إطار الاتفاقيات : - اتفاقيات مبرمة في إطار طب العمل - اتفاقيات مبرمة في إطار نشاطات العلاج
4 000 000,00	مجموع العنوان الثالث
0.00	العنوان الرابع: رصيد السنوات السابقة الباب الوحيد: أرصدة السنوات المالية السابقة
0.00	مجموع العنوان الرابع
0.00	العنوان الخامس مساهمة المؤسسات و الهيئات العمومية مساهمة هيئات التكوين و التعليم العالي مساهمة هيئات التضامن الوطني
0.00	مجموع العنوان الخامس

841230000.00	المجموع العام للإيرادات
--------------	-------------------------

7. الملحق رقم (3-8) : إيرادات المؤسسة العمومية الإستشفائية بومهرة أحمد 2015

الإعتمادات المخصصة	البيان
667 190 000,00	العنوان الأول: مساهمة الدولة الباب الوحيد: مساهمة الدولة
667 190 000,00	مجموع العنوان الأول
100 000 000,00	العنوان الثاني: الهيئات الأخرى الباب الأول: مساهمة هيئات الضمان الإجتماعي. الباب الثاني: مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي من اجل تغطية المؤمنین اجتماعيا و ذوي الحقوق. الباب الثالث: مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي بعنوان الخدمات الخاضعة للاتفاقيات.
100 000 000,00	مجموع العنوان الثاني
4 000 000,00	العنوان الثالث: إيرادات أخرى الباب الأول: إيرادات مختلفة المادة الأولى: مساهمة المرضى في مصاريف الإستشفائية ،الفحص و الاستشارة المادة الثانية: مساهمة المستخدمين و الطلبة و المتربصين في نفقات التغذية المادة الثالثة: إيرادات متحصل عليها من حرق النفايات المادة الرابعة: إيرادات متحصل عليها في إطار الاتفاقيات : - اتفاقيات مبرمة في إطار طب العمل - اتفاقيات مبرمة في إطار نشاطات العلاج
4 000 000,00	مجموع العنوان الثالث
100 000 000,00	العنوان الرابع: رصيد السنوات السابقة الباب الوحيد: أرصدة السنوات المالية السابقة
100 000 000,00	مجموع العنوان الرابع
871 190 000,00	المجموع العام للإيرادات

الملخص:

حيث يعتبر قطاع الصحة من أكثر القطاعات أهمية، حيث يلعب دورا كبيرا في المحافظة على صحة الأفراد ومن ثمة صحة المجتمع.

ونظرا للوضعية المتردية التي يعاني منها القطاع، ومن المنطلق أن تحسين الأداء الكلي لهذا القطاع يبدأ بتحسين أداء المستشفيات والوحدات الصحية المكونة له.

تبحث هذه الدراسة في موضوع أثر حجم التمويل في تحسين أداء الخدمة الصحية في المؤسسات العمومية الإستشفائية حيث أثبتت الدراسة الميدانية في المؤسسة العمومية الإستشفائية أن حجم التمويل يتناسب طردا مع مستوى مؤشرات الأداء في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بومهرة أحمد، وفي ظل هذه النتيجة نوصي بضرورة تنميط وتوسيع مصادر التمويل من جهة، وتقييم أداء المؤسسة الصحية من جهة أخرى للإلمام بالنقائص ومن ثم محاولة معالجتها.

الكلمات المفتاحية: النظام الصحي، المؤسسة الصحية، الخدمة الصحية، تمويل النظام الصحي، تقييم أداء المستشفى.

Summary:

The health sector is one of the most important sectors, which plays a major role in maintaining the health of individuals and hence the health of the community.

Given the worsening of the situation facing the sector, and sense that improve the overall performance of the sector starts to improve performance hospitals and health units of its component.

this topic study Searching on the subject of the impact of the funding to improve health service performance in the Public institutions hospital, where the field hospital in the study proved that the public institution, where the field study in the hospital public institution that funding size is proportional directly with the level performance indicators in public institution health neighborly of Boumahra Ahmed, in light of this result, we recommend the need to expand and diversify the sources of funding on the one hand, and evaluate the performance of public hospitals to familiarize themselves with defects and then try to solve Processed.

Keywords: health system, the health institution, health service, financing the health system, evaluate the performance of the hospital.