



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة ابن خلدون - تيارت -

ملحقة قصر الشلالة



مذكرة تدخل ضمن متطلبات نيل شهادة الماستر

في شعبة العلوم المالية والمحاسبة

التخصص: مالية وبنوك

بعنوان:

الصحة في الجزائر بين عوائق التمويل التسيير

دراسة حالة: المؤسسة العمومية الاستشفائية - قصر الشلالة - تيارت -

الأستاذ المشرف:

الدكتور آيت عيسى عيسى

إعداد الطالب:

✓ دحلاب عصام

لجنة المناقشة:

الصفة	الرتبة	أعضاء اللجنة
رئيسا	أستاذ محاضر	الدكتور بربار نور الدين
مشرفا مقررًا	أستاذ محاضر	الدكتور آيت عيسى عيسى
عضوا مناقشا	أستاذ محاضر	الدكتور لكحل الأمين

السنة الجامعية 2019-2020

كلمة شكر

****بسم الله الرحمن الرحيم****

الحمد والشكر لله الذي هدانا لهذا، وما كنا لنهتدي
لولا أن هدانا الله

”قل اللهم مالك الملك تؤتي الملك من تشاء وتنزع

الملك ممن تشاء وتذل من تشاء بيدك الخير إنك

على كل شيء قدير (26) تولج الليل في النهار

وتولج النهار في الليل وتخرج الحي من الميت

وتخرج الميت من الحي وترزق من تشاء بغير حساب (27)

و الشكر الجزيل إلى من ساعدني في انجاز هذه المذكرة
الأستاذ المحترم آيت عيسى عيسى .

كما أتقدم بالشكر للأساتذة المناقشين جميعاً

كما أتقدم بالشكر إلى المؤسسة العمومية الاستشفائية

- قصر الشلالة-

جزاكم الله عنا خير الجزاء.

قائمة المحتويات

قائمة المحتويات

الصفحة	الموضوع
	كلمة شكر
	قائمة المحتويات
أ - هـ	مقدمة عامة
الفصل الأول: الصحة في الجزائر	
02	تمهيد:
03	المبحث الأول: المفهوم الاقتصادي للصحة.
03	المطلب الأول: تعريف الصحة
06	المطلب الثاني: أساليب تحقيق الصحة العامة ومؤشراتها
06	الفرع الأول: أساليب تحقيق الصحة العامة
06	الفرع الثاني: مؤشرات الصحة العامة
09	المبحث الثاني: تطور الهيئات والهيكل المشرفة على الصحة في الجزائر
10	المطلب الأول: الهياكل الصحية العمومية
10	الفرع الأول: المستوى المركزي
10	الفرع الثاني: المستوى الجهوي
11	الفرع الثالث: المستوى الولائي
24	المطلب الثاني: الهياكل الصحية الشبه عمومية
25	المطلب الثالث: الهياكل الصحية للقطاع الخاص
27	المبحث الثالث: التطور التاريخي للمنظومة الوطنية للصحة
28	المطلب الأول: تطور النظام الصحي في الجزائر (1962 - 2009)
28	الفرع الأول
30	الفرع الثاني: النظام الصحي
31	خلاصة الفصل:
الفصل الثاني: عوائق التمويل والتسيير	
33	تمهيد:
34	المبحث الأول: دراسة نظرية حول المستشفيات.
34	المطلب الأول: مصادر تمويل النظام الصحي.

34	أولاً: الطبيعة القانونية المالية للمؤسسات الصحية.
34	ثانياً: سلبيات النظام المالي للمؤسسات الصحية
35	ثالثاً: تطور نظام تمويل المنظومة الصحية في الجزائر.
38	المطلب الثاني: الميزانية التقديرية للمستشفى.
39	المطلب الثالث: إعداد وتنفيذ الميزانية.
39	الفرع الأول: مفهوم المستشفى.
46	المطلب الثاني: أنواع المستشفيات ووظائفها.
46	أولاً: أنواع المستشفيات:
48	ثانياً: وظائف المستشفى:
49	المطلب الثالث: النظام المعلوماتي الاستشفائي:
49	أولاً: المستشفى كنظام مفتوح
53	ثانياً: أهمية نظام المعلومات بالمستشفى:
56	خلاصة الفصل
الفصل الثالث: دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية قصر الشلالة	
58	تمهيد:
60	المبحث الأول: المديرية الفرعية لتسيير الموارد البشرية:
60	أولاً: المكاتب
62	المطلب الأول: المخطط السنوي للموارد البشرية و المسار المهني للموظف
62	أولاً: إعداد المخطط السنوي للموارد البشرية
64	ثانياً: ملف التوظيف
78	المطلب الثاني: حساب راتب الموظف
78	أولاً: حساب راتب طبيب مختص وكان على النحو التالي :
79	ثانياً: حساب راتب ممرض لصحة العمومية وكان على النحو التالي :
81	ثالثاً: حساب راتب ملحق رئسي للإدارة :
83	المبحث الثاني: المديرية الفرعية للمالية والوسائل
83	أولاً: المكاتب
84	ثانياً: المصالح
85	المطلب الأول: مكتب المقتصدية
87	أولاً: العرض التقني: يتضمن

87	ثانيا: عرض مالي: يتضمن
92	المطلب الثاني: مكتب المالية
93	الفرع الأول: الإيرادات
93	الفرع الثاني: النفقات
101	خلاصة الفصل:
104	خاتمة عامة:
108	قائمة المصادر والمراجع:

مقدمة عامة

نظرا لأهمية الصحة في حياة الفرد، وباعتبارها عاملا من عوامل الحياة الاجتماعية المتوازنة، سعت الدولة جاهدة لتحسين مستوى الخدمات وضمان السير الحسن لقطاع الصحة، عن طريق القيام بمشاريع عدة تجسدت في إنشاء المؤسسات الصحية عبر التراب الوطني، وتزويدها بكل ما هو ضروري سواء من حيث المبالغ المالية الكافية لتغطية نفقاتها وكذا الموارد البشرية الضرورية التي تنطوي تحت لواء مسيرين أكفاء، تسهر الدولة على تأطيرهم من أجل مساهمة التطور الحاصل في مجال الصحة والسير قدما بالقطاع الصحي نحو الأفضل بمختلف المؤسسات الصحية، سواء مستشفيات جامعية، مؤسسات عمومية للصحة الجوارية، مؤسسات استشفائية متخصصة، مؤسسات عمومية استشفائية... الخ، و تعتبر مؤسسة عمومية الإستشفائية ذات طابع خدماتي تسعى لتوفير شتى الإمكانيات من أجل الحفاظ على صحة الفرد والسهر على تطبيق مختلف البرامج والقوانين من طرف الدولة في هذا المجال.

ومن خلال هذا التربص تم اكتشاف تلك النقاط عبر المديرية الفرعية الأربع حيث تحصلت على بعض المكتسبات النظرية والتطبيقية التي سأحاول تلخيصها في فصلين، الفصل الأول يتعلق بجانب تسيير النشاطات الإدارية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية حيث يشمل الهيكل التنظيمية والمهام وتقييم كل من المديرية الفرعية للموارد البشرية، المديرية الفرعية للمالية للوسائل والفصل الثاني التسيير الإستشفائي بالمؤسسة العمومية الاستشفائية على مستوى المديرية الفرعية للمصالح الصحية و المتمثلة بصفة عامة في نشاطات التسيير و نشاطات الصحة و العلاج ولتعرف على هذه المديرية كان الإشكال المطروح هو:

- ما هي القيود والعراقيل المالية والتنظيمية التي تحول دون تأدية قطاع الصحة لمهامه بشكل جيد ؟ !

ويمكن تجزئة سؤال الإشكالية إلى الأسئلة الفرعية التالية :

- ما هي المشاكل المالية التي يعاني منها قطاع الصحة بالجزائر ؟

- هل أثرت آليات التسيير المنتهجة على خدمات القطاع الصحي بالجزائر ؟ !

1. فرضيات البحث:

- أ- إن فعالية المنظومة الصحية هي نسبية بالنظر إلى المؤشرات الايجابية المسجلة، إلا أن هذه النتائج تخفي جملة من النقائص التي تشكل تحديا ينبغي مواجهته في المستقبل.
- ج- إن المخصصات المالية هي كافية لضمان السير الحسن لهذا القطاع، وبالتالي فالمشكلة التي تعاني منها ليست بالمادية (تتعلق بالدفع المالي) بل هي أعمق من ذلك تتعلق أساسا بالجانب التنظيمي (التسيير).

2. أسباب اختيار الموضوع:

- ✓ الأسباب الذاتية: بحكم تخصصنا في تسيير مؤسسة استشفائية ورغبة منا في التعمق أكثر في مدى استخدام التسيير والتمويل في الصحة في الجزائر.

✓ الأسباب الموضوعية:

- اهتمام الحكومة الجزائرية بقطاع الصحة وخاصة العشريتين الأخيرتين من القرن الواحد والعشرين.
- المشاكل المعقدة التي يعاني منها النظام الصحي بالجزائر.

3. أهمية البحث:

- يستمد هذا البحث من أهمية قطاع الصحة في المجتمع، كونه يهتم بأعلى عنصر من عناصر الإنتاج و المتمثل في الإنسان، بالإضافة إلى أنه يتزامن مع جهود الدولة الجزائرية في تطوير جودة الخدمات المقدمة و تظهر الأهمية العلمية للبحث في إثراء المكتبة الجامعية.

4. أهداف البحث:

- يسعى هذا البحث إلى هدفه الرئيسي و هو التسيير الحسن وكيفية التمويل للصحة في الجزائر و التعرف على طرق و مجالات استخدامها.

5. المنهج المستخدم:

من خلال بحثنا هذا قمنا باستخدام المنهج الوصفي التحليلي لدراسة هذا الموضوع أين عاجلنا عوائق التمويل والتسيير بكل أنواعه و تطرقنا إلى المستشفيات و مكوناتها. أما المنهج التحليلي فكان ذلك من خلال دراستنا الميدانية للمؤسسة العمومية الاستشفائية كعينة و اعتمدنا على التقارير و الوثائق الرسمية المستخدمة في التسيير لهذه الأخيرة.

6. أدوات البحث:

- الاستناد إلى الكتب المتخصصة في التسيير الإستشفائي وهذا التعزيز الجانب النظري و إثراء.
 - الاعتماد على دراسة قانون الصحة في الجزائر من خلال مختلف المراسيم.
- إضافة إلى بعض الدراسات السابقة.¹

7. صعوبات البحث:

- من أهم الصعوبات التي واجهتنا أثناء الدراسة في هذا البحث هي:
- ندرة الأطروحات و الرسائل المتخصصة في هذا المجال بالجزائر.
 - تضارب في الإحصائيات بين المصالح الإدارية و الوزارات.
 - صعوبة الترجمة للعديد من المصطلحات الأجنبية المتخصصة في هذا المجال.

8. عرض خطة البحث:

من خلال هذا البحث سنحاول التطرق إلى المحاور الأساسية للإشكالية من خلال المنهجية التي تتضمن فصلين نظرية وفصل تطبيقي.

الفصل الأول يتناول بعض المفاهيم العامة التي تتعلّق بالصحة في الجزائر من خلال:

¹ - مرابطي نوال، أهمية نظام المحاسبة التحليلية كأداة مراقبة للتسيير، مذكرة تخرج ضمن متطلبات نيل شهادة الماجستير، كلية العلوم الاقتصادية، و علوم التسيير، الجزائر، 2006.

القطاع الصحي في الجزائر (القطاع العمومي، الشبه عمومي والخاص).

- تطور النظام الصحي في الجزائر.

- تمويل القطاع الصحي في الجزائر (التمويل العمومي، التمويل عن طريق الضمان الاجتماعي، التمويل عن طريق الأسرة)¹.

وتضمن الفصل الثاني عوائق التمويل والتسيير وتم التركيز على مفهوم وأنواع المستشفيات باعتبارها أهم مؤسسة صحية وقد تم التطرق إلى النظام المعلوماتي الاستشفائي. أما الفصل الثالث فيحاول معرفة مدى وإمكانية تطبيق التسيير في المؤسسة العمومية الاستشفائية بدائرة قصر الشلالة من خلال التعريف بالمستشفى وتعرضنا أيضا إلى تطور النظام الصحي بالجزائر لندرس بعد ذلك واقع التسيير والتمويل في هذه المؤسسة، ومعاينة مختلف الأنشطة بها.

¹ - A. Saihi, le système de santé publique en Algérie revu gestion hospitalier, la revue décideurs hospitaliers N°445, Avril 2006

الفصل الأول:

الصحة في الجزائر

تمهيد:

إن صحة المواطن أعلى ما تملكه المجتمعات حيث أنها ثروة يجب الحفاظ عليها وصيانتها إذ أن الإنسان هو هدف لكل ما تقدمه برامج و خطط التنمية من خدمات و إن مطلب الحياة هو أول مطالب ذلك الإنسان، و أهم مقومات الحياة هو الصحة، و من جهة أخرى فالإنسان هو الوسيلة الأولى لعمليات التنمية، فإذا كان تحسين الصحة هو الهدف الرئيسي لأي نظام صحي فهو ليس بالهدف الوحيد بل و يجب السعي نحو تحسين جودة الخدمات الصحية وكذا تحقيق العدالة بين الأفراد من خلال تيسير حصولهم عليها.

بالنسبة للجزائر فقد شهد قطاع الصحة تطورا كبيرا خاصة خلال العقدين الأخيرين من القرن الماضي تزامنا مع التغيرات الاقتصادية والاجتماعية 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 أو الخاص إلا أن الاستفادة من هذه الخدمات ما زال دون المستوى المطلوب أين يبقى القطاع عرضة للعديد من المشاكل.

وعلى هذا الأساس ارتأينا التطرق من خلال هذا الفصل إلى أربعة مباحث بحيث:

- سنتطرق من خلال المبحث الأول: إلى المفهوم الاقتصادي للصحة.
- أما من خلال المبحث الثاني: فسوف نتطرق إلى هيكلية قطاع الصحة في الجزائر (الهياكل العمومية، شبه عمومية، والهياكل الخاصة).
- وكمبحث ثالث: سوف نحاول دراسة أهم التطورات التي مر بها النظام الصحي في الجزائر (ابتداء من 1962 إلى يومنا هذا)
- وكمبحث أخير: ونظرا لكون مشكلة تمويل القطاع الصحي من بين المشاكل التي تعترض المشرفين على القطاع خاصة أمام الأزمات الاقتصادية والركود العالمي و بالتالي سوف نحاول من خلال هذا المبحث دراسة أهم التطورات التي عرفها نظام تمويل قطاع الصحة بالجزائر.

المبحث الأول: المفهوم الاقتصادي للصحة.

سوف نتناول في هذا المبحث مفهوم الصحة عموما ومفهومها الاقتصادي وسوف نذكر اساليب تحقيق الصحة العامة وأهم مؤشراتنا.

المطلب الاول: تعريف الصحة:

حينما نتناول قضية التنمية في العالم فلا بد أن نبرز الدور الذي تحتله الصحة على خريطة التنمية، أي أن الصحة لا تنعزل عن عناصر التنمية، وهذا نظرا للعلاقة الوثيقة والتفاعل الديناميكي بين صحة الإنسان صانع التنمية و بين التنمية كهدف.

لقد عاش الإنسان سنوات طويلة من عمره، و في تصوره أن مهمة العلوم الطبية هو علاج المرضى فإذا امتدت هذه المهمة إلى أكثر من ذلك فإذا لا تتجاوز الوقاية من الأمراض.وعلي هذا الأساس لقد تعددت مفاهيم الصحة لكنها لم تلتزم بالدقة فهي تتسم أحيانا بالغموض وأحيانا أخرى بالتناقض، فلقد كان الشائع بين الأطباء و المشتغلين في المجال الصحي بأن الصحة "هي غياب المرض الظاهر و خلو الإنسان من العجز والعلل "... إذن فكل جسم إنسان خلا من العلل و الداء فذلك معناه أن هذا الجسم صحيح، لكن هذا المفهوم لم يقنع الأشخاص الذين تولوا أمر المنظمة العالمية للصحة، إذ اعتبروا أن هذا المفهوم هو إهدار لمعنى الصحة و يجعل دورها سلبي نظرا لارتباطها بعوامل متعددة (كالفقر ، المستوى المعيشي ، العمل... الخ) فهي في مجملها عوامل اجتماعية نسبية يصعب التحكم فيها¹

أ. **الصحة العامة لغة:** الصحة العامة هي مجموعة من الأنشطة التي تهدف بصفة مباشرة أو غير مباشرة إلى تحسين صحة الأفراد.

إذن فمصطلح الصحة يعكس النظام الصحي لبلد ما والذي هو تابع إلى القطاع العمومي من ناحية التسيير والتمويل. وعلى هذا الأساس فالصحة هي مجموعة من العلوم والمهارات الموجهة لصون صحة جميع الناس من خلال

¹ د.عبد المحي محمود حسن صالح، الصحة العامة بين البعدين الاجتماعي و الثقافي، دار المعرفة الجامعية،الزاريط ، مصر 2003 ، ص 17

إجراءات اجتماعية، تتغير أنشطة الصحة العمومية بتغيير التكنولوجيا و القيم الاجتماعية غير أن أساسها يبقى كما هو، وبالتالي الصحة العمومية هي مؤسسة اجتماعية و اختصاص علمي ممارسة¹

ب. الصحة العامة اصطلاحاً: هناك محاولات عديدة لتعريف الصحة العامة حيث قد ظهرت مصطلحات تستعمل

كمترادفات وهي: الطب الاجتماعي، الصحة الاجتماعية، صحة البيئة... الخ.

إذن فالصحة العمومية مفهوم نسبي للقيم الاجتماعية لدى الإنسان، إذ حاول العديد من المفكرين تعريفها حيث:

✓ عرفها مارشال في كتابه مبادئ الاقتصاد " :الصحة العامة هي القوة الجسدية والقوة العقلية و المعنوية و النفسية للفرد "

✓ أما العالم بركتر فقد عرفها " : على أنها حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم من خلال تكييفه مع العوامل الضارة التي يتعرض لها"²

✓ أما العالم ونسلو فقد عرف الصحة العامة على أنها " :علم الوقاية من المرض وإطالة العمر، و ذلك من خلال مجهودات منظمة للمجتمع، من أجل تعليم الفرد الصحة الشخصية وتنظيم خدمات الطب و التمريض و تطوير الحياة الاجتماعية، ليتمكن . كل فرد من الحصول على حقه المشروع في الحياة"³

✓ أما المنظمة العالمية لصحة فقد عرفت مفهوم الصحة العامة على أنها " : حالة السلامة والكفاية البدنية والعقلية والاجتماعية وليس مجرد الخلو من المرض أو العجز."

✓ أما البنك العالمي فيرى على أن مفهوم الصحة هو: مرتبط بالدخل والتعليم وبالتغيرات التي تحدثها الثروة في سلوك الفرد، وكذا بمقدار النفقات ومدى كفاءة النظام الصحي "

¹ - Muchel Mougot , **Système de santé** , édition economica, Paris 1986 , P 02

² د. سلوى عثمان الصديقي ، السيد رمضان ، الصحة العامة و الرعاية الصحية من المنظور الاجتماعي ، دار المعرفة الجامعية .الإسكندرية (مصر، 2004 ، ص41

³ د .أحمد فايز التماس ، الخدمة الاجتماعية الطبية، دار النهضة العربية للنشر، الطبعة الأولى، بيروت 2000 ، ص42

ج. المفهوم الإجرائي للصحة العامة: إن مفهوم الصحة هو أوسع من مجرد غياب المرض، فتعقد عالم اليوم جعل

مفهومها متعدد الأوجه و في حالة تحول دائم أين يتحتم علينا دراسة كل الأوجه و من جميع الزوايا .وعلى هذا

الأساس سوف نحاول وضع تعريف يضم كل الأوجه الخاصة بالتعاريف السابقة إذن:

فالصحة العامة هي علم و فن يهدف إلى تعزيز صحة الأفراد من الناحية، النفسية والبدنية و كذا الاجتماعي، من

خلال تدابير اتقائية التي تتمتع:

• بالعدالة بين الأشخاص .

• فعالية وجوده في الخدمات الصحية المقدمة.

• أن يكون التمويل الصحي بما يلبي ويغطي جميع احتياجات الأفراد.

المطلب الثاني: اساليب تحقيق الصحة العامة ومؤشراتها

إن الهدف الرئيسي للصحة العمومية هو تحسين صحة الأفراد و على هذا الأساس يعد تقديم المنافع من خلالها و كذا

الإجراءات التي تتخذها الدولة ما هو إلا جزء هام وإستراتيجي لدى الصحة العمومية.

الفرع الأول: أساليب تحقيق الصحة العامة

يمكن تحقيق الصحة العامة لدى الأفراد من خلال ثلاثة إجراءات أساسية وهي:

✓ الوقاية العامة

✓ الاكتشاف المبكر للحالات المرضية.

✓ الإجراءات التأويلية.

أ. الوقاية العامة: و هي تشمل مجموعة من الإجراءات والخدمات الشاملة التي تهدف إلى تحقيق السلامة و الكفاية

البدنية والنفسية والعقلية ، دون تركيز الاهتمام على فئة معينة¹.

¹ - سلوى عثمان الصديقي، مدخل في الصحة العامة و الرعاية الاجتماعية ، المكتب الجامعي الحديث للنشر، الإسكندرية، 1999 -ص38-

ب. الاكتشاف المبكر للحالات المرضية: و هي تشمل مجموعة من الإجراءات التي تهدف إلى علاج الأمراض في

حالة ظهورها في أطوارها الأولى مما يساعد على تجنب حدوث أي مضاعفات وهذا من خلال:

- الفحوصات المستمرة و الدورية للأفراد .
- التحاليل الطبية .
- الإشعاعات المختلفة .

ج. الإجراءات التأويلية: و هي مجموعة من الإجراءات التي تهدف إلى تفادي حدوث أي مضاعفات بل و تحقيق

التكيف الاجتماعي للأفراد من خلال:

- التأهيل النفسي للفرد .
- التأهيل الاجتماعي من خلال اختيار المهنة أو العمل الذي يتناسب مع طبيعة العجز.

الفرع الثاني: مؤشرات الصحة العامة

إن الهدف الرئيسي من دراسة مؤشرات الصحة العامة وهو تحديد أهم المشاكل التي تعترض القطاع الصحي، و من ثم

تحديد أولوياتها و بالتالي تحديد الإمكانيات المتوفرة لمواجهتها من خلال توجيه البرامج الصحية و يمكن تقسيم هذه

البرامج إلى ثلاثة أقسام:

القسم الأول: و هو عبارة عن مجموعة من المؤشرات المرتبطة بصحة الأفراد وهي تشمل على ما يلي:

أولا: مؤشرات إيجابية حيث نجد:

- معدل المواليد.
- العمر المتوقع عند الحياة.
- ثانيا: مؤشرات سلبية¹ حيث نجد:
- المعدل العام للوفيات.
- معدل انتشار الأمراض.

ثالثا: مؤشرات لها ارتباط بعوامل اجتماعية: و هي مجموعة من العوامل التي قد تتسبب وبطريقة غير مباشرة في

حدوث مشاكل صحية¹ و نجد منها:

¹ - د . سعيد عبد العزيز عثمان، اقتصاديات الخدمات، الدار الجامعية للنشر، الإسكندرية (مصر) 1998، ص 204

✓ الفقر.

✓ الجهل.

✓ الانحراف و الجريمة.

القسم الثاني: تشمل البيئة على مجموعة من الظروف و العوامل التي من شأنها أن تؤثر في تكوين الفرد و نموه و هذا من

خلال عوامل طبيعية ، اجتماعية...الخ.

و على هذا الأساس يمكن أن نجد المؤشرات التالية:

أولا . البيئة الطبيعية: و هي تشمل على مجموعة من العوامل التي من شأنها أن تؤثر في صحة الأفراد بشكل مباشر أو

غير مباشر عن طريق.

✓ الحالة الجغرافية و الجيولوجية .

✓ حالة المناخ .

ثانيا . البيئة الاجتماعية و الاقتصادية: تؤثر البيئة الاجتماعية والاقتصادية على صحة الأفراد عن طريق العوامل التالية.

✓ كثافة السكان .

✓ المستوى التعليمي.

✓ مستوى الدخل.

القسم الثالث: يشمل هذا القسم على مجموعة من المؤشرات ذات الارتباط بالجهود المبذولة من : أجل تحسين صحة

الأفراد حيث نجد العوامل التالية :²

✓ الخدمات الطبية .

✓ خدمات الضمان الاجتماعي .

✓ نسبة الإنفاق العام.

¹ - د. أيمن مزاهرة ، د عصام حمدي الصفدي ، ليلي أبو حسن، علم اجتماع الصحة ، دار اليازوردي للنشر، الطبعة الأولى ، عمان (الأردن)، 2003، ص44.

² - د أحمد فايز التماس ، الخدمة الاجتماعية الطبية (مرجع سابق) ، ص59

الجدول رقم (01) مؤشرات الصحة العامة

القسم الأول	القسم الثاني	القسم الثالث
<p>مؤشرات إيجابية</p> <ul style="list-style-type: none"> - معدل المواليد - العمر المتوقع عند الحياة 	<p>البيئة الطبيعية</p> <ul style="list-style-type: none"> - الحالة الجغرافية و الجيولوجية - حالة المناخ 	<p>الخدمات الطبية</p> <ul style="list-style-type: none"> - عدد الأطباء - عدد المرافق الصحية
<p>مؤشرات سلبية</p> <ul style="list-style-type: none"> - المعدل العام للوفيات - معدل انتشار الأمراض 	<p>البيئة الاجتماعية و الاقتصادية</p> <ul style="list-style-type: none"> - كثافة السكان - المستوى التعليمي - مستوى الدخل 	<p>خدمات الضمان الاجتماعي</p>
<p>مؤشرات لها علاقة بعوامل اجتماعية</p> <ul style="list-style-type: none"> - الفقر - الجهل - الانتزاف و الجريمة 		<p>نسبة الإنفاق العام</p>

المصدر:

<http://www.sante.gov.dz/direction-generale-des-services-de-sante.html>

المبحث الثاني: تطور الهيئات والهيكل المشرفة على الصحة في الجزائر

تعتبر الصحة بالإضافة إلى كونها حق عالمي أساس، مورداً بالغ الأهمية لتحقيق التنمية الاجتماعية والاقتصادية، و على هذا الأساس بات حتماً على كل دولة تحديد خياراتها بشأن تقديم خدماتها الصحية، وبالتالي ينبغي على واضعي السياسات أن يكونوا على وعي بالعبء النسبي للأمراض والإصابات و عوامل الخطر التي تتسبب في حدوثها. و في هذا الإطار حاولت الجزائر منذ الاستقلال توفير حاجيات السكان في مجال الصحة و هذا راجع إلى الحالة التي عرفتها البلاد خاصة خلال التسعينات مما تطلب منها بدل قصارى جهدها من أجل النهوض بهذا القطاع من خلال تسخير كل الوسائل من أجل تشييد الهياكل الصحية الضرورية (المراكز الاستشفائية، عيادات، صيدليات... الخ) وكذا تكوين الأطباء و الشبه أطباء، إضافة إلى توفير التجهيزات اللازمة داخل هذه الهياكل الصحية بغية تعميم العلاج إلى كافة المواطنين¹

- إن تركيز الجزائر على هذا القطاع (القطاع الصحي) مكنها من احتلال مركز هام من خلال التصنيف الأخير المقدم من طرف المنظمة العالمية للصحة، حيث احتلت الجزائر المرتبة 81 من بين دول العالم من حيث فعالية المنظومة الصحية.

و بالتالي من خلال هذا المبحث سنتطرق إلى ثلاثة أصناف أساسية من الهياكل الصحية²

- فمن خلال المطلب الأول: سنتطرق إلى الهياكل الصحية العمومية .
- أما من خلال المطلب الثاني: إلى الهياكل الصحية الشبه عمومية .
- أما المطلب الثالث: فسننتقل من خلاله إلى الهياكل الصحية للقطاع الخاص .

¹ - بوقناديل محمد، الميزانية العامة للدولة و الطفولة، مذكرة لنيل شهادة الماجستير، كلية العلوم الاقتصادية و تسيير و علوم 2010، ص / 83

تجارية، قسم تسيير المالية العامة، جامعة تلمسان، 2009

² - منصورى الزين، تحليل التطور الهيكلي لنفقات قطاع الصحة و البحث عن مصادر جديدة للتمويل، مذكرة لنيل شهادة الماجستير، كلية العلوم الاقتصادية و علوم التسيير، قسم نقود و مالية، جامعة الجزائر، 1999، ص 27

المطلب الأول: الهياكل الصحية العمومية

يتكون القطاع الصحي العمومي من مجموعة من المؤسسات الصحية العمومية ذات الطابع الإداري، تتمتع بالشخصية المعنوية وكذا بالاستقلالية المالية و على هذا الأساس فالإطار التنظيمي للقطاع الصحي العمومي يشمل ثلاثة مستويات أساسية و هي:

الفرع الأول: المستوى المركزي

تشمل الوزارة على عشر وحدات مؤسسة عن طريق مرسوم و منسقة بواسطة السكرتير العام بالإضافة إلى ذلك توجد لجان وطنية و قطاعية سلطتها مباشرة من الوزارة المكلفة بالصحة و السكان تقوم هذه اللجان بالفحص، و تلعب دورا هاما في التنمية و المتابعة و كذا تقييم البرامج الوطنية للصحة، و في المقابل توجد عشر (10) هيئات تحت وصاية الوزارة مسيرة من طرف مجلس الإدارة.

الفرع الثاني: المستوى الجهوي

من أجل تحقيق الملائمة بين عرض العلاج احتياجات 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 ب:

- تدعيم التشاور بين المتدخلين والمجتمع المدني فيما يتعلق بتحديد التوجهات الإستراتيجية.

- اتخاذ القرار من خلال التخصيص الأمثل للموارد ، كما يمكن اعتبار المراقبين الجهويين للصحة كملحقات للمعهد الوطني للصحة العمومية تمارس مهمة خاصة مرتبطة بالمعلومة الصحية ، ويجدر الإشارة على أنه توجد خمس (5) مناطق صحية في الوطن:

✓ منطقة الوسط :تضم 11 ولاية.

✓ منطقة الشرق :تضم 14 ولاية.

✓ منطقة الغرب :تضم 11 ولاية .

✓ جنوب شرق :تضم 7 ولايات

✓ جنوب غرب :تضم 5 ولايات .

الجدير بالذكر أن المستوى الجهوى يبقى افتراضي حيث لا توجد استقلالية للمنطقة¹

الفرع الثالث: المستوى الولائي

في كل ولاية من ولايات الجزائر (48 ولاية) نجد ما يعرف ب مديرية الصحة والسكان و261 المؤرخ في 14 جويلية

1997 وتتمثل مهامها - التي تم تأسيسها بمقتضى المرسوم التنفيذي 97 أساسا في:

- جمع وتحليل المعلومة الصحية.
- وضع حيز التنفيذ البرامج القطاعية للنشاط الصحي.
- التنسيق بين نشاطات الهياكل الصحية.
- مراقبة هياكل القطاع الخاص.

أ. **القطاعات الصحية:** يعتبر القطاع الصحي النواة الأساسية بالنسبة للمنظومة الصحية في الجزائر حيث بلغ عددها

185 قطاعا صحيا تم إنشائها بناء على المرسوم 81- 442 المؤرخ في 5 سبتمبر 1981 موزعة على خمسة مناطق

صحية كما يلي²

- ❖ منطقة الوسط :تتوفر على 56 قطاع صحي.
- ❖ منطقة الشرق :تتوفر على 55 قطاع صحي.
- ❖ منطقة الغرب :تتوفر على 43 قطاع صحي.
- ❖ منطقة الجنوب الشرقي :تتوفر على 20 قطاع صحي.
- ❖ منطقة الجنوب الغربي : تتوفر على 11 قطاع صحي.

¹ Le ministère de la santé et de la population , **Rapport national sur le développement du système national de la santé ,Alger , mai 2006 .**

² المرسوم التنفيذي رقم 467-97 المؤرخة في 02 ديسمبر 1997 ، المتعلقة بتجديد قواعد إنشاء الهياكل الصحية - 465 - 466 - المراسيم التنفيذية. رقم 97

إذن فالقطاع الصحي عبارة عن مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية وكذا بالاستقلال المالي يقترح الوزير المكلف بالصحة السكان بعد استشارة الوالي حل أي قطاع صحي عبر مرسوم تنفيذي يتكون القطاع الصحي من مجموعة من الهيئات التي تهدف إلى:

- تغطية حاجيات سكان مجموعة من البلديات و التي هي تابعة إلى الوزارة المكلفة بالصحة .
- إعادة تأهيل مستخدمي المصالح الصحية من خلال اتفاقيات توقع مع المؤسسة القائمة.
- بالتكوين.
- تنظيم نشاطات الوقاية و التشخيص و العلاج.
- ترقية المحيط من خلال مكافحة الآفات الاجتماعية.

الجدول رقم (02) : قائمة القطاعات الصحية في الجزائر.
قائمة المؤسسات العمومية الاستشفائية المصنفة في الفئة أ'

المؤسسات العمومية الاستشفائية	الولايات	
- أدرار	أدرار	
- الأغواط	الأغواط	
- باتنة	باتنة	
- بسكرة (بشير بن ناصر)	بسكرة	
- بشار (المستشفى الجديد)	بشار	
- البويرة	البويرة	
- تيارت	تيارت	
- المرادية (جيلالي رحموني)	الجزائر	
- القبة (بشير منتوري)		
- الأبيار (جيلالي بلخنشير)		
- بولوغين ابن زيري		
- الحراش (حسان بلادي)		
- رويبة		
- عين طاية		
- زرالدة (بوقاسمي طيب)		
- الجلفة		الجلفة
- جيجل		جيجل
- سعيدة	سعيدة	
- سكيكدة (المستشفى القديم)	سكيكدة	
- قالمة (حكيم العقبي)	قالمة	
- المدية	المدية	
- مستغانم	مستغانم	
- المسيلة	المسيلة	
- ورقلة	ورقلة	
- البيض	البيض	
- برج بو عريريج	برج بو عريريج	
- الثنية	بومرداس	
- الوادي	الوادي	
- عين الدفلى	عين الدفلى	
- عين تموشنت	عين تموشنت	
- غليزان	غليزان	

قائمة المؤسسات العمومية الاستشفائية
المصنفة في الفئة 'ب'

قائمة المؤسسات العمومية الاستشفائية
المصنفة في الفئة 'ج'

الولايات	المؤسسات العمومية الاستشفائية	الولايات	المؤسسات العمومية الاستشفائية
أدرار	- تيميمون - رقان	الشلف	- الشلف (أولاد محمد) - الصحة
الشلف	- الشلف (شرقة) - تنس (زيغود يوسف) - تنس (المستشفى القديم) - الشطبة	أم البواقي	- أم البواقي (محمد بو ضياف) - أقبو
الأغواط	- أفلو	البلدية	- سيدي عيش - البلدية
أم البواقي	- أم البواقي (المستشفى القديم) - عين البيضاء (زرداني صالح) - مسكينة - عين مليلة - عين الفكرون	البويرة	- سور الغزلان - تامنغست
باتنة	- أريس 1 - أريس 2 - بريكة (محمد بوضياف) - بريكة (سليمان عميرات) - عين توتة - مروانة (علي نعر) - مروانة (زبزة مسيكة) - تقاوس	تبسة	- تبسة (عاليا صالح) - مغنية
بجاية	- أولفاس - خراطة - أميزور	تلمسان	- عزازقة - مسعد
بسكرة	- بسكرة (الدكتور سعدان) - أولاد جلال - طولقة	تيزي وزو	- الطاهير - العلة
بشار	- بشار (المستشفى القديم) - عيالة	جيجل	- بو قاعة - عين أولمان
البلدية	- بني عباس - مفتاح - العفرون	قسنطينة	- قسنطينة (البيتر) - الخروب (محمد بو ضياف) - برواقية
البويرة	- بو فاريك - مشد الله - الأخريرة	المدية	- سيدي علي - عين تاليس
تامنغست	- عين بسام - إن صالح	مستغانم	- بوسعادة - سيدي عيسى
تبسة	- تبسة (بوقرة بو لعراس) - مرسط - العوينات - بئر العاتر - الشريعة - الونزة	المسيلة	- معسكر (مسلم طيب) - تينغيف - غريس
		معسكر	- أرزيو (المحقن) - إيليزي
		وهران	- رأس الوادي - الطارف
		إيليزي	- الغالة - تندوف
		برج بو عرييج	- تندوف - تيسمسيلت
		الطارف	- خنشلة (المستشفى الجديد) - قايس
		تندوف	- سوق أهراس (المستشفى القديم) - حجوط
		تيسمسيلت	- القليعة - ميلة (الإخوة مغلاوي) - فرجيوة
		خنشلة	- خميس مليانة - غرداية
		سوق أهراس	- وادي رهيو
		تيزازة	
		ميلة	
		عين الدفلى	
		غرداية	
		غليزان	

المصدر: قرار وزاري مشترك المؤرخ في 15 جانفي 2012 الذي يحدد معايير تصنيف المؤسسات العمومية الإستهفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية و تصنيفها.

ب. المراكز الاستشفائية المتخصصة: لقد تم إنشائها بناء على المرسوم رقم 81 - 243 المؤرخ في 5 سبتمبر 1981 والمتضمن إنشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة حيث وصل عددها إلى 25 مؤسسة. إذن فالمؤسسات الاستشفائية المتخصصة هي مؤسسات عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية و الاستقلال المالي، أنشأت هذه المراكز الاستشفائية المتخصصة بناء على اقتراح من الوزير المكلف بالصحة و السكان و هذا بعد استشارة الوالي ، أما المهام التي توكل إليها:

- فهي تقوم بتطبيق البرامج الوطنية و الجهوية و المحلية للصحة.
- المساهمة في إعادة تأهيل مستخدمي مصالح الصحة.
- استخدامها كميدان لتكوين الشبه طبي و التسيير الاستشفائي.

الجدول رقم: (03) قائمة المراكز الاستشفائية المتخصصة

الموقع	الاختصاص	التسمية
قسنطينة	-أمراض المسالك البولية و الكلبي -أمراض و جراحة القلب -طب الأمراض العقلية -طب النساء و التوليد -طب الأطفال -جراحة الأطفال	-عيادة دقسي -عيادة الريانسي -مستشفى الأمراض العقلية جبال الوحش -المؤسسة الاستشفائية المتخصصة -سيدي مبروك
بن عكنون	أمراض القلب و الأوعية	مستشفى الدكتور معوش
وهران	- طب الأطفال - طب الأمراض العقلية - مرض السرطان - طب العيون	- مستشفى الأطفال كستال - مستشفى الأمراض العقلية مقامي - مركز مكافحة سرطان الأطفال الأمير عبد القادر - عيادة طب العيون
بئر مراد رابيس	امراض و جراحة القلب	عيادة الرحمان محمد
عنابة	-طب النساء و التوليد	-مستشفى البوي

	-طب الأمراض العقلية -إعادة تربية الأعضاء و التكيف التوطيني	-مستشفى الأمراض العقلية الرازي -مستشفى إعادة تربية الأعضاء و التكيف التوطيني
الحراش	الاستعمالات الطبية الحراحية	مستشفى الاستعمالات الطبية الحراحية
الجوائف	-الحروق و الحراحية الترقبة -الجهاز الحركي -طب الأمراض العقلية -حراحية الأعصاب -الأمراض المعدية -طب مرض السرطان -إعادة تربية الأعضاء و التكيف التوطيني	-المركرية للمحروقين -مستشفى بن عكنون-مستشفى الدويرة -مستشفى الأمراض العقلية -حنيمي -مستشفى حراحية الأعصاب علي ابدير -مستشفى الدكتور الهادي فليس -مركز بيار ماري كوري -مركز إعادة تربية الأعضاء و التكيف التوطيني
تيارت	- طب الأمراض العقلية	- مستشفى الأمراض العقلية
تيزي وزو	- طب الأمراض العقلية	- مستشفى الأمراض العقلية فرنان
سطيف	- طب الأمراض العقلية - إعادة تربية الأعضاء و التكيف التوطيني	- مستشفى الأمراض العقلية - إعادة تربية الأعضاء و التكيف التوطيني
سكبكدة	- طب الأمراض العقلية	- مستشفى الأمراض العقلية
بليدة	- طب مرض السرطان	- مركز مكافحة السرطان
عسكرة	اعادة تربية الأعضاء و التكيف التوطيني	اعادة تربية الأعضاء و التكيف التوطيني

المصدر: المرسوم التنفيذي رقم 467-97 المؤرخة في 02 ديسمبر 1997

ج. المراكز الاستشفائية 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 والاستقلال المالي،

يمارس الوزير المكلف بالصحة الوصاية الإدارية أما الوزير المكلف بالتعليم الوصاية البيداغوجية، أما المهام التي

أسندت إلى هذه المراكز الاستشفائية الجامعية فهي تتمثل في:

العلاج

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

التكوين

- للمراكز الاستشفائية 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 الاستشفائية الجامعية دور هام فيها يخص عملية البحث العلمي من خلال تنظيم ندوات و لقاءات دراسية في مختلف المواضيع الطبية.

الجدول رقم: (04) قائمة المراكز الاستشفائية الجامعية

الولاية	التركيبة البنوية
المركز الاستشفائي الجامعي - مصطفى باشا بالجزائر	مستشفى مصطفى باشا - المركز الصحي ليون برنارد-وحدة جراحة الأطفال
المركز الاستشفائي الجامعي - بني مسوس	- مستشفى بني مسوس
- المركز الاستشفائي الجامعي لحسين داي	- مستشفى باري- الاستجالات المركزية بشارع طرابلس - مخبر علم الحلايا وحدة بوجمة مغني
المراكز الاستشفائية الجامعي - لقسنطينة	- مستشفى بن باديس - مستشفى النهار بالحروب - وحدة جراحة الاسنان
- المركز الاستشفائي الجامعي لعنابة	- مستشفى ابن راشد- مستشفى ابن سينا

- مستشفى دربان - عيادة طب العيون - عيادة طب الانسان إليزا - عيادة ساولة عبد القادر	
- مستشفى وهران للاستعمالات الطبية - عيادة فيلا وسان - عيادة هجو بوتليليس - عيادة نوار فضيلة - عيادة أميلكار كيرال - عيادة الغدد و الداء السكري - عيادة طب الاسنان	- المركز الاستشفائي الجامعي لوهران
- مستشفى فرانز فانون - عيادة متيجة - عيادة بن بولعيد - عيادة زبانة	- المركز الاستشفائي الجامعي لبلدة
- مستشفى ندير محمد	- المركز الاستشفائي الجامعي لتيزي وزو
- مستشفى سطيف - عيادة أمراض الأنف الحنجرة و طب العيون	- المركز الاستشفائي الجامعي لسطيف
- مستشفى سيدي بلعباس - عيادة الوداد الحضرية	- المركز الاستشفائي الجامعي لسيدي بلعباس
مستشفى تلمسان	- المركز الاستشفائي الجامعي لتلمسان
- مستشفى باب الواد - عيادة عراقة	- المركز الاستشفائي الجامعي لباب الواد

المصدر: المرسوم التنفيذي رقم 97-469، المؤرخ في 02 ديسمبر 1997

يمكن أن نبرز تطور المنظومة الصحية للقطاع العام من ناحيتين أساسيتين (المادية و البشرية) أولا من ناحية المادية: سنحاول من خلال هذا الجانب التطرق إلى التطورات التي عرفتها الهياكل الصحية القاعدية للقطاع العام (المستشفيات الجامعية، المراكز الصحية، قاعات العلاج، العيادات، الصيدليات).

الجدول رقم(05): تطور الهياكل الصحية القاعدية للقطاع العام

السنة	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
المستشفيات الطبية الجامعية	428	504	448	515	564	569	603	599	/	/
المراكز الصحية	1110	1126	1185	1252	1268	1281	1285	1287	1292	1248
قاعات العلاج	3601	3780	3851	3954	4100	4228	4412	4545	4628	4684
العيادات المتعددة الخدمات	462	478	482	497	504	513	516	518	520	533
العيادات	1108	1099	994	989	1022	1051	1012	1054	/	1019

توضح البيانات الواردة في الجدول على أن قطاع الصحة في الجزائر عرف قفزة نوعية من حيث الوسائل المادية (الهياكل القاعدية للصحة) خاصة خلال العشر سنوات المنصرمة حيث خصصت الجزائر % 8 من الناتج المحلي إلى قطاع الصحة في سنة 2010 عوض % 1.6 من الناتج المحلي لسنة 1999 و هذا من أجل تقليص من نسبة العجز الذي يعاني منه قطاع الصحة 1 فسعي الجزائر وراء تحقيق إستراتيجية تعميم الخدمات الصحية لكافة الأفراد تجسد من خلال السياسة الوطنية للصحة عبر تركيز الجهود على المنشآت الصحية القاعدية حيث:

- سجلت المستشفيات الطبية الجامعية زيادة بمعدل 14 % .
- أما المراكز الصحية فبمعدل 11 % .
- أما قاعات العلاج فبمعدل 12 % .
- أما العيادات متعددة الخدمات بمعدل 11 % .

كما توضح النسب الواردة في الجدول على أن تركيز جهود قطاع الصحة بالجزائر يتم خاصة على مستوى الهياكل الصحية ذات تكلفة أقل و مردودية أعلا.

- حيث تحتل قاعات العلاج المرتبة الأولى ضمن الهياكل الصحية القاعدية بنسبة تتراوح ما بين % 53.67 لسنة 1997 إلى % 56.79 لسنة 2000 .

- و تليها المراكز الصحية بنسبة تتراوح ما بين 16 ، 54 إلى 16، % 08 من نفس السنة.¹

- في حين أن المستشفيات الطبية الجامعية و نظرا لضخامة الموارد المالية التي تستلزمها (من أجل إنشائها و تجهيزها) الشيء الذي جعلها تحتل آخر مرتبة ضمن الهياكل الصحية القاعدية % بنسبة تتراوح من 6.33 % الى 8.48 %.

لكن بالرغم من هذا التطور في الهياكل الصحية بالجزائر إلا أن الطلب يتزايد على العلاج مما يفسر سوء استخدام هذه الإمكانيات المتوفرة لدى القطاع الصحي العمومي و هذا ما يستدعي البحث عن الخلل الموجود في التخطيط لهذه الموارد (الهياكل اسدة على أرض الواقع تبقى بعيدة عما كان مخطط له) كيفية استخدامها خاصة بعدما كثر الحديث حول فعالية النظام الصحي من أجل التكفل بالمشاكل التي يعاني منها هذا القطاع بغية تحسين الخدمات الصحية. ثانيا من الناحية البشرية: سنحاول التطرق من خلال هذا الجانب إلى التطورات التي عرفها السلك الطبي والشبه طبي بالقطاع الصحي العمومي في الجزائر.

الجدول رقم: (06) تطور عدد عمال السلك الطبي في القطاع العمومي

السنة	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
الأطباء	20149	21271	21256	22007	22878	23967	24883	25738	19659	26970
ممرضو الأسنان	5202	5053	5013	4851	4828	4871	4847	4885	4805	4956
الميدلة	418	351	295	227	198	203	203	222	262	252

المصدر: وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات

¹ - التقرير الوطني الصادر عن الجلسة المخصصة لقطاع الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات ، تم تصفح الموقع بتاريخ 05 سبتمبر

الجدول رقم: (07) تطور عدد عمال السلك الشبه طبي حسب التأهيل في القطاع العمومي.

السنة	199	200	200	200	200	200	200	200	200	200
	9	0	1	2	3	4	5	6	7	8
السلك شبه طبي	860	870	858	875	877	884	884	886	895	892
	56	12	53	71	91	99	55	00	66	00
مهندس دولة	454	477	487	517	533	534	550	551	568	586
	96	42	55	55	48	55	07	74	00	00
مؤهلين	285	280	266	257	248	258	258	/	/	/
	45	27	55	52	36	33	94			
مساعدين شبه طبيين	120	112	104	100	960	932	987	923	103	124
	15	43	33	51	7	2	7	8	00	04
تقنيين سامون	/	280	260	257	248	240	/	226	/	/
		27	65	22	36	50		40		

المصدر: وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات

من البيانات السابقة نلاحظ التطور المعترف في أعداد الموظفين سواء بالسلك الطبي أو الشبه طبي، وهو ما يفسر اهتمام الجزائر بالمنظومة الصحية من خلال تعزيز مختلف المرافق الصحية العمومية باليد العاملة المؤهلة سعيا منها إلى سد احتياجات كل الأفراد، حيث انتقل عدد الأطباء للمواطن الواحد من طبيب واحد 908 / نسمة سنة 1999 إلى طبيب واحد 1750 / نسمة سنة 2010 و من المنتظر أن تتحسن هذه الوضعية أكثر من خلال التغطية اللازمة

لمختلف الولايات بالشكل الذي يسمح بالقضاء على الفوارق التي لا تزال قائمة. وللتوضيح أكثر الجدول التالي يبين الزيادة الحاصلة في التوظيف العمومي حسب الصنف.

2004		2003		2002		2001		2000		1996		1993		السنة
نسبة	مجموع التوظيف													
21%	30845	21%	29933	20%	29041	20%	27904	19%	27085	21%	39356	21%	36565	السلان الطبي
62%	88499	61%	87791	62%	87531	61%	85853	61%	87012	46%	85296	48%	86072	السلان التقني علمي
17%	24050	18%	24876	18%	25752	19%	26065	20%	28027	33%	60750	31%	56558	السلان الإداري
100%	143394	100%	142560	100%	142364	100%	139822	100%	142124	100%	185222	100%	179195	المجموع

الجدول رقم: (08) تعداد موظفي القطاع الصحي العمومي حسب الصنف.

السنة		السلك الطبي	السلك الشبهطبي	السلك الاداري	المجموع
1993	مجموع الموظفين	36565	86072	56558	179195
	النسبة	%21	%48	%31	%100
1996	مجموع الموظفين	39356	85296	60750	185222
	النسبة	%21	%46	%33	%100
2000	مجموع الموظفين	27085	87012	28027	142124
	النسبة	%19	%61	%20	%100
2001	مجموع الموظفين	27904	85853	26065	139822
	النسبة	%20	%61	%19	%100
2002	مجموع الموظفين	29041	87531	25752	142364
	النسبة	%20	%62	%18	%100
2003	مجموع الموظفين	29933	87791	24876	142560

	النسبة	%21	%61	%18	%100
2004	مجموع	30845	88499	24050	143394
	الموظفين				
	النسبة	%21	%62	%17	%100

المصدر: من إعداد الطالب اعتمادا على البيانات السابقة (الجدولين رقم 06-07)

تبين المعطيات الواردة في الجدول تصدر الموظفين بالسلك الشبه طبي الصدارة بالنسبة لتعداد الموظفين في القطاع الصحي العمومي و هذا بنسبة تتراوح % 48 سنة 1993 إلى % 62 سنة 2004، ثم يليه السلك الإداري بنسبة تتراوح من % 17 سنة 2004 إلى % 33 سنة 1996 ، ثم السلك الطبي بنسبة تتراوح من % 19 سنة 2000 إلى % 21 سنة 2004. لكن على الرغم من المناصب التي خلقتها الحكومة بالقطاع الصحي من أجل التكفل باحتياجات الأفراد و كذا سد الفراغ و النقص الذي يعاني منه إلا أن المشاكل التي يتخبط فيها القطاع الصحي العمومي تبقى دائما الهاجس الذي يقف عائقا نحو تطوره.

المطلب الثاني: الهياكل الصحية الشبه عمومية

تتمثل هذه الهياكل بالخصوص في المراكز الطبية للضمان الاجتماعي¹ وقد ألحقت هذه الهياكل (عيادات،

مراكز استشفائية) بالقطاع الصحي حيث تم ذلك نهائيا عام 1984 .

تغطي الهياكل الشبه عمومية التابعة للضمان الاجتماعي شريحة كبيرة من تمع بحيث لها دور كبير في التقليل من الأمراض، كما أن لها مساهمات واسعة في الصحة والوقاية من الأمراض المهنية. إن الهدف من اللجوء إلى هذا القطاع هو نجدة القطاع العمومي حيث جاء ليخفف من العبء الذي يتحمله فكان بمثابة مسكنا وقتيا لتدهور القطاع العمومي¹.

¹ منصورى الزين، تحليل التطور ال هيكلي لنفقات قطاع الصحة و البحث عن مصادر جديدة للتمويل (مرجع سابق)، ص 125 .

لقد كان الضمان الاجتماعي يدير أكثر من 145 وحدة سنة 1979 هذه الوحدات مكونة من مراكز طبية اجتماعية، عيادات متخصصة ومخابر للتحليل ومنذ 1980 تم وضع برنامج استثمار هام جدا يتضمن 12 مركز طبي اجتماعي، 6 عيادات متخصصة 9 مراكز للمعوقين، و 8 مراكز خاصة بصعوبة التنفس.

المطلب الثالث: الهياكل الصحية للقطاع الخاص

لقد شهدت الخدمات الصحية للقطاع الخاص تغيرات وتحولات عديدة منذ الاستقلال إلى يومنا هذا حيث بدأ يتوسع منذ 1969 و ذلك بتوسيع المدن الحضرية وتمركز الاستثمارات الصناعية و الاجتماعية في المدن. فلقد كان هذا القسم مهماً ومعطلاً لفترة طويلة من الزمن فلم تظهر أهميته إلا بعد أن عرف القطاع العام مشاكل عديدة و هذا راجع إلى عجز الدولة عن تلبية الطلب المتزايد على الخدمات الصحية من قبل الأفراد ، فضعف مرد ودية القطاع العام هو من أكثر العوامل التي ساهمت في تطور القطاع الخاص. فلقد خرج من قوقته عن طريق إصلاحات 1990 أين أصبح مكماً للقطاع العمومي حيث يعملان من أجل أهداف موحدة إذ تم تسجيل عدد كبير من الأطباء و الأخصائيين الذي انتقلوا من القطاع العام إلى القطاع الخاص بنسبة تفوق 110% خلال العشر سنوات الأخيرة بحيث بلغ عدد الأطباء و الأخصائيين في القطاع الخاص 15000 مقابل 7240 في القطاع العمومي سنة 1991 .

كما أشارت التقارير على أن 44 % من الأطباء و الأخصائيين و 34 % من المتخصصين في الطب العام يمارسون نشاطاتهم في القطاع الخاص، و إن هذه النسب هي في تزايد مما يفيد باحتمال حدوث نزيف في القطاع الصحي العمومي نتيجة للنقص العديدة التي يعاني منها القطاع.

الجدول رقم: (09) تطور عدد الممارسين (عمال السلك الطبي) في القطاع الخاص

السنة	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
الأطباء	8195	8699	9706	10325	10776	11401	11464	11982	12350	12489
جراحو الأسنان	2764	2901	3049	3346	3580	3747	3804	3987	4472	4728
الصيدالة	3604	3948	4305	4587	4778	4995	5502	5860	6305	7009
المجموع	14563	15548	17060	18258	19134	20143	20770	21829	23127	24226

المصدر : وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات

الجدول رقم: (10) تطور نسب العاملين بالسلك الطبي في القطاع الخاص

السنة	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
الأطباء	56 %	56%	57%	57%	56%	56%	55%	55%	54%	52%
جراحو الأسنان	19%	19%	18%	18%	19%	19%	18%	18%	19%	19%
الصيدالة	25%	25%	25%	25%	25%	25%	27%	27%	27%	29%
المجموع	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

المصدر : من إعداد الطالب اعتمادا على المعطيات سابقة الجدولين رقم 06

توضح البيانات الواردة في الجدول التطور الملحوظ في عدد العاملين بالسلك الطبي خاصة خلال العشرية الأخيرة فالمشاكل التي يعاني منها القطاع العام كانت سببا في تحول العديد من اليد العاملة من القطاع الصحي العمومي نحو القطاع الصحي الخاص. و من جهة أخرى تمثل فئة الأطباء الفئة الغالبة في السلك الطبي بالقطاع الخاص بنسبة تتراوح من 51% إلى 57 %، تم تأتي فئة الصيدالة بنسبة تتراوح من 25 % إلى 29 % و في الأخير تأتي فئة جراحوا الأسنان بنسبة تتراوح من 18 % إلى 19% .

المبحث الثالث: التطور التاريخي للمنظومة الوطنية للصحة

يهدف النظام الصحي باعتباره مجموعة من الوسائل التنظيمية (وسائل بشرية، وسائل هيكلية، وسائل مادية)¹ إلى تنظيم البرامج الصحية بصفة منطقية وذلك على أساس مخططات صحية تضمن احتياجات وأولويات المجتمع، كما تسعى هذه المخططات إلى تحسين الحالة الصحية للمجتمع، هذا التحسين يمكن تقديره باستعمال بعض المؤشرات، كمدى انتشار الأمراض، نسبة (الوفيات، أمل الحياة... الخ. وعلى هذا الأساس ارتأينا التطرق من خلال هذا المبحث إلى ثلاثة (3) مطالب أساسية بحيث:

❖ نتطرق من خلال المطلب الأول: إلى التطور الذي عرفه النظام الصحي في الجزائر. ابتداء من 1962 إلى 2009¹.

❖ أما من خلال المطلب الثاني: فسوف نتطرق إلى تقييم الأهداف الإنمائية للألفية في المجال الصحي (تخفيض معدل وفيات الأطفال، وكذا تحسين صحة الأمهات)

❖ وكمطلب أخير: سنحاول من خلاله عرض بعض المؤشرات التي تعكس الحالة الصحية للمجتمع الجزائري.

¹ - Lévy A Cazaban, **Santé publique**, édition Masson , paris , 1996 , p 45.

المطلب الأول: تطور النظام الصحي في الجزائر (1962 – 2009)

لقد شهد النظام الصحي في الجزائر عدة تطورات جاءت نتيجة للإصلاحات العميقة التي بادرت بها الحكومة منذ الاستقلال بهدف تكوين نظام صحي فعال يتماشى وتطلعات الأفراد.

الفرع الأول:

لقد شهدت الجزائر وضعية صعبة بعد الاستقلال و هذا راجع إلى الظروف الاقتصادية والاجتماعية التي كانت تعيشها البلاد، و على هذا الأساس تعتبر سنة 1962 سنة انتقالية بالنسبة للنظام الصحي في الجزائر نلاحظ من خلالها أن هذا الأخير كان يلبي احتياجات نسبة ضئيلة من السكان المتمركزين في المدن و بعض الأرياف و ذلك بواسطة طب الدولة *une médecine de l'état* و يمكن أن نبرز خصائص النظام الصحي لهذه الفترة فيما يلي :

➤ قلة العمال في السلك الطبي و الشبه طبي، فمغادرة الأطباء الفرنسيين للجزائر ترك فراغا محسوسا بالقطاع، خاصة أمام نقص التأطير لدى الأطباء الجزائريين، كما أن توزيعهم عبر التراب الوطني كان توزيعا غير عادل مما أدى إلى من أجل التكفل استدعاء التعاونية الأجنبية *Coopératif médical* الطبية بمتطلبات العلاج في المجتمع¹.

الجدول رقم: (11) تطور نسبة الأطباء الجزائريين و الأجانب 1963-1972

السنوات	1963	1966	1972	1966	1972
الأطباء الجزائريين	26.70%	16.30%	39.50%	86.10%	89.30%
الأطباء الأجانب	73.30%	73.20%	60.50%	13.90%	10.70%

المصدر: الندوة الخاصة بتطور النظام الوطني للصحة، الجزائر، 1983، ص54

¹- Ouchfoun et Hamouda, Bilan de Vingt huit année de politique Sanitaire En Algérie,

édition, O P U , Alger , 1993, p 64.

- كما تميزت هذه الفترة بقلّة الهياكل الصحية حيث تموضعت أغلبية المستشفيات والصيدليات، و كذا العيادات في شمال البلاد.

- أما فيما يخص الجانب التنظيمي فقد وجدت الجزائر نفسها تسير في نظام متشعب .

حيث كانت:

- المساعدات الطبية المجانية تحت الوصاية المحلية.

- الوقاية المدرسية تحت وصاية التربية الوطنية.

وعلى هذا الأساس فقد ألزمت هذه الظروف الطارئة التي كان يعيشها المجتمع الجزائري، الدولة: بضرورة اتخاذ

إجراءات التي من شأنها التقليل من حدة الوضع حيث شملت هذه الإجراءات¹

- تأمين المجال الطبي.

- خلق المعهد الوطني للصحة العمومية.

- إعادة تنشيط معهد باستور الجزائري.

- خلق الصيدلية المركزية الجزائرية و كذا المتاجر العامة للمستشفيات Magasin Généraux Des

Hôpitaux

- و من أجل ضمان السير الحسن للهياكل الصحية فقد التزمت الدولة بتغطية % 60 من نفقات الصحة على

مستوى الهياكل الاستشفائية و المستوصفات الطبية المجانية Assistance Médicale gratuite .

- يتكفل صندوق الضمان الاجتماعي بتعويض تكاليف العلاج للأجراء كما يشارك في تمويل القطاع الاستشفائي

بنسبة 30 %.

- التجار و أصحاب المشاريع الصناعية و الزراعية مسؤولون عن تكاليف علاجهم بنسبة 10 %.

¹ - كيفاني ش هيدة، التنمية الاقتصادية و الحماية الصحية في الجزائر، رسالة ماجستير في العلوم الاقتصادية و التجارية، فرع .تحليل اقتصادي،

جامعة تلمسان، 2007/2006، ص 168

الفرع الثاني: النظام الصحي

توافق سنة 1974 مع بداية المخطط الرباعي الثاني الذي من أهدافه إعطاء الأهمية الكبرى للحالة الاجتماعية للإعلان عن سياسة الطب المجاني تعد واحدة من المكاسب التي أقرتها الدولة الجزائرية، حيث أن الجزائر بإرسائها لهذا المبدأ كانت ترى وجهة جديدة. لكن أدت الصعوبات المالية التي عرفتتها الهياكل الصحية آنذاك و التي تراكمت عبر السنوات إلى تهديد استقرارها المالي.بالإضافة إلى ذلك ضعف المصادر التمويلية التي كانت تساهم في إمداد القطاع بالوسائل المادية و المالية ، رأت أن الحل لهذه المشكلة المالية يكون عبر الدولة حيث تتحمل كافة المسؤوليات بما يتعلق بضمان حماية وتحسين صحة السكان.

ولتحقيق ذلك ألترمت وزارة الصحة العمومية بتوسيع مجانية الطب و الهياكل الصحية في أرجاء الوطن مع إعادة تنظيم، تمويل وتوزيع الأدوية، تكثيف الجهود للتكوين الطبي و شبه طبي، تطوير حماية الأمومة و الطفولة، الاحتفاظ بالوقاية المدرسية، تحسين طب العمل و طب الوقائي، وأخيرا التكفل التام بالمعوقين ذهنيا وحركيا هذا كله يعطي للصحة أهداف اجتماعية متماسكة و متناسقة.

لقد عرفت هذه الجراة السياسية في بدايتها صعوبات عند التطبيق الميداني ، لأنها أدخلت تغيرات في طريقة التسيير و العمل مما يجعلها تتناقض مع المبادئ و المكترمات التي كانت تميز الهياكل الصحية آنذاك، إلا أن توفر الأموال نتيجة ارتفاع المداخل الربعية البترولية غطى من نقائص هذا الاختيار و سلبياته.

سنة 1980 كانت بداية المخطط الخماسي الأول 1982-1984 الذي من أهدافه ترقية المجتمع من كل النواحي وأولهم الصحة.

خلاصة الفصل:

منذ إحلال الدولة للطب المجاني في الجزائر وضعت كل الوسائل من أجل تلبية الاحتياجات في المجال الصحي و هذا من أجل تحقيق الأهداف المسطرة من طرف وزارة الصحة. و على هذا الأساس يمكن اعتبار الفعالية الإجمالية للمنظومة الصحية الجزائرية نسبية بالنظر إلى ايجابية المؤشرات الصحية المسجلة، إلا أن هذه النتائج لا يجب أن تخفى جملة النقائص التي لا تزال تعانيها منظومتنا الصحية و التي تشكل تحديات كبيرة ينبغي مواجهته مستقبلا في ظل التحولات الديموغرافية و تغير خارطة المرض. إذن فإصلاح المنظمة الصحية أصبح أكثر من ضروري في الوقت الراهن، و هذا راجع لعدم استجابتها بالقدر الكافي للمتطلبات المتنامية للسكان، و كذا في ظل ضعف الفعالية و هو ما يجعل السلطات الجزائرية تقتنع بجمية تسريع إصلاح صحي عميق يقوم على تقريب الصحة من المواطن، و ترتيب مستويات العلاج مع إعادة التركيز على الوقاية وتحسين نوعية الخدمات التي لا طالما اشتكى الجزائريون من رداءتها.

الفصل الثاني: عوائق التمويل والتسيير

تمهيد:

استفادت السياسة الصحية في الجزائر بعد الاستقلال من نظام تمويلي مبني على أساس التسعيرة لليوم الإستشفائي، ونظرا للاستمرار بالعمل بنظام الحماية من الأمراض (protection des maladies) جاء الأمر رقم 65-73 المتضمن مبدأ مجانية العلاج على مستوى الهياكل الصحية، كما صاحب ذلك تبني نظام تمويلي شامل أساسه الدفع الجزائي.

منذ اعتماد الدولة الجزائرية مبدأ مجانية العلاج إبتداءا من سنة 1974 إلا أن نجاح هذه الأخيرة سرعان ما بدأ يتراجع، و اظهر انعكاساته السلبية على النظام الوطني للصحة التي تجسدت من خلال تزايد النفقات أسرع من الموارد المخصصة من طرف الدولة.

المبحث الأول: دراسة نظرية حول المستشفيات.

تمهيد :

لقد تطرقنا في هذا المبحث الى مصادر تمويل القطاع الصحي وسلبيات النظام المالي للمؤسسات وذكرنا الميزانية التقديرية للمستشفيات وكيفية اعداد وتنفيذ الميزانية.

المطلب الأول: مصادر تمويل النظام الصحي.

أولاً: الطبيعة القانونية المالية للمؤسسات الصحية. تعتبر المؤسسات الاستشفائية بمختلف أنواعها مؤسسات عمومية ذات طابع إداري حيث تمتع هذه الأخيرة بالشخصية المعنوية، الاستقلالية المالية و تخضع في تسييرها المالي لقواعد قانون المالية و المحاسبة العمومية، و هو الشيء الذي جعلها تتمتع بميزانية مستقلة في الظاهر و مقيدة في الواقع، ذلك لان معظم الوسائل المالية إن لم تقل جلها تخضع لإجراءات و قيود يتم تحديدها من قبل السلطة الوصية، فسواء على مستوى التحضير و اعتماد الميزانية أو على مستوى مراقبتها فالوصاية دوما متواجدة، الشيء الذي كن له الأثر السيئ على التمويل المالي للمؤسسات الصحية¹.

ثانياً: سلبيات النظام المالي للمؤسسات الصحية. يمكن حصر نقائص وسلبيات النظام المالي للمؤسسات الصحية العمومية في الجزائر فيما يلي:

- إن وضع ما يصطلح على تسميته بالميزانية الإجمالية وذلك منذ عام 1974 جاء مصاحباً لتحويل هام جدا من منطلق تسيير إلى منطق إنفاق إذ أن العمل بهذه الصيغة بدل العمل بالسعر اليومي كرس نوع من عدم المسؤولية لدى مسيري المؤسسات الصحية والذين أصبحوا يعتبرون مجرد منفقين لميزانية موضوعة مسبقاً، مع تحديد مجالات الإنفاق منذ البداية.
- عدم الخضوع للجدوى الاقتصادية بعد وضع مبدأ المجانية حيز التنفيذ التي عملت الدولة الجزائرية على تخصيص مبالغ مالية هامة لقطاع الصحة، الأمر الذي جعل القطاع يعتمد على تمويل عمومي شامل لجميع نواحيه من دواء، يد عاملة، ... الخ.

¹ سنوسي علي، تسيير الخدمات الصحية في ظل الإصلاحات الاقتصادية في الجزائر، أطروحة مقدمة للحصول على شهادة دكتوراه، كلية العلوم الاقتصادية و علوم التسيير، جامعة الجزائر، 03، 2010/2009، ص ص 145-146.

- إلى جانب زيادة المبالغ فيها على مستوى ميزانية تسيير الصحة مرت من 194 مليون دج عام 1963 إلى 13 مليار دج عام 1988، و الملاحظ أنه لا يمكن تبرير هذه الزيادة بتحسين نوعية الخدمة المقدمة و إنما سياسة مجانية العلاج هي السبب الرئيسي.
 - تقسيم الميزانية على أساس عناوين النفقات و حصة الأسد تعود لنفقات المستخدمين والتي تمثل أكثر من 70 % من ميزانية القطاع.
 - توزيع الاعتماد على مستوى المؤسسات الصحية عند تحضير الميزانية يتم عشوائيا و غير مبني على أسس علمية دقيقة.
 - عجز نظام المحاسبة ألا و هي المحاسبة العمومية في القضاء على مواطن التبذير والإسراف وفشلها في مراقبة و حماية المال العام.
- ثالثا: تطور نظام تمويل المنظومة الصحية في الجزائر. عرف تطوير تمويل النظام الصحي في الجزائر عدة تحولات، يمكن تقسيمها إلى أربعة مراحل أساسية هي:
- المرحلة الأولى من 1962 إلى 1973:** ورثت الجزائر غداة الاستقلال منظومة صحية قائمة على أسس و تنظيمات المنظومة الفرنسية آنذاك ابتداءا من 1963 عملت الحكومة للحد من مختلف التشريعات القائمة و إدخال نوع من الاستقلالية في التسيير ظهرت في هذه المرحلة ثلاث مصادر التمويل النفقات الصحية و هي:
- 1- التكفل بالنسبة الكبرى من النفقات الصحية من طرف الدولة و الجماعات المحلية و قد وصلت هذه النسبة إلى 60 % يستفيد من هذا التمويل الأشخاص المحرومين، عديمي الدخل، أصحاب الحقوق...
 - 2- يقوم الضمان الاجتماعي لتغطية 30% من النفقات العامة للهياكل العمومية التابعة لقطاع الصحة عن طريق صناديقه الجهوية و التي تغذى بواسطة اشتراكات العمال الأجراء.
 - 3- الجزء المتبقي مصدره المساهمة المالية للأفراد الميسورين و أصحاب المهن الحرة¹.

¹ أمير جيلالي، تخطيط و تمويل الصحة في الجزائر، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية و علوم التسيير و العلوم التجارية، الجزائر، 2001/2000، ص 152.

المرحلة الثانية من 1974 إلى 1993¹: هذه المرحلة سميت بمجانبة العلاج حيث أصبح العلاج مجانا في كل المؤسسات العمومية بالإضافة إلى التغيرات التي مست نسبة مساهمة التمويل في تغطية النفقات الصحية، أيضا تغيرات في طرق تسيير الهياكل الصحية القائمة حيث عرفت تعويض سعر اليوم بالميزانية الجزافية الشاملة و قد قسمت الهياكل الصحية في هذه الفترة إلى:

- الهياكل العمومية للصحة: التي تضمنت القطاعات الصحية و المراكز الصحية الجامعية والمتخصصة التي تمثل القاعدة الأساسية في توزيع العلاج سنة 1986.
- القطاع الشبه العمومي: و يمول من طرف صندوق الضمان الاجتماعي بالاشتراك مع مؤسسات عمومية، و يستفيد من خدماته العمال و عائلاتهم.
- القطاع الخاص: في هذه الفترة لم يكن حجمه كبيرا واقتصر دوره في بعض عيادات التشخيص لأطباء العاميين، الأخصائيين، أطباء الأسنان.....

إن الحصة المخصصة للقطاعات الصحية عرفت تطورا مستمرا خلال الفترة 1979-1988 وذلك في مختلف المساهمات المقدمة للقطاع و هذا ما يبينه الجدول.

الجدول رقم (12): مصادر تمويل النفقات العمومية للصحة خلال الفترة 1971-1988 في الجزائر.

1988	1987	1986	1985	1984	1983	1982	1981	1980	1979	
65	3465	23024	2287	2389	3337	2644	2362	1790	1516	مساهمة الدولة(1)
0.34	20.41	19.93	17.93	20.82	33.57	31.05	27.53	24.4	24.8	%:5/1
11331	9646	8678	7163	6235	4011	3385	3006	2400	1788	مساهمة صندوق الضمان الاجتماعي(2)
61.14	56.83	57.19	56.17	54.33	40.36	39.46	35.04	32.72	29.25	%:5/2

¹ - الأمر رقم 65-78 الصادر في 28 ديسمبر 1973 و المتعلق بمجانبة العلاج.

4111	3288	3163	2879	2600	2345	2359	1795	1591	1198	مساهمة العائلات (3)
21.42	19.73	20.85	22.58	22.66	23.59	27.03	20.92	21.69	19.6	% 5/3
3280	574	308	422	251	246	210	1416	1553	1160	مساهمة المصادر الأخرى (4)
17.09	3.38	2.03	3.31	2.19	2.47	2.45	16.5	21.17	26.43	% 5/4
19187	16973	15173	12751	1145	9939	8578	8579	7334	6112	النفقة الوطنية للصحة

المصدر: عدنان مريزق، واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية، أطروحة مقدمة للحصول على شهادة

دكتوراه في علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية و علوم التسيير، جامعة الجزائر، 2008/2007،

المرحلة الثالثة من 1994 إلى 2006: مضمون هذه المرحلة هو التخلي التدريجي للدولة عن تمويل الخدمات الصحية

تاركة المجال للتمويل الشخصي للخدمة الصحية من طرف المستفيد و قد تم في هذه المرحلة إدراج سعر رمزي للفحوصات

الطبية (الطب العام بـ 50 دج، الطب المتخصص بـ 100 دج) و ذلك كمرحلة أولية و في مرحلة موالية توسع ذلك

ليشمل الإيواء، الإطعام، التحاليل الطبية¹.

تتكون المنظومة الصحية في هذه المرحلة من القطاع العمومي، و القطاع الخاص، هذا الأخير الذي بدأ يرى النور ابتداء

من 1990 أين فتح المجال أمام المستثمرين بإنشاء مراكز صحية خاصة و ما يؤخذ على هذه المرحلة عدم وجود تشريع

واضح ينظم نشاط الممارسين الخواص من حيث اختلاف تسعيرة الخدمة من ممارس إلى آخر هذا من جهة، و من جهة

أخرى عدم مسك وئائق محاسبية تبرز التكاليف و الإيرادات الناتجة عن نشاطاتهم.

المرحلة الرابعة من 2006 إلى يومنا هذا: تمثل هذه المرحلة بداية تجسيد النظام التعاقدى للعلاج في المستشفيات و

ذلك عبر مرحلة تدريجية حتى يتم تطبيقه بصفة نهائية في أواخر سنة 2009 حيث توزع النفقات العمومية على الصحة

العمومية بالنسبة للمرضى الأجراء عن طريق الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية (CNAS) و المرضى غير الأجراء

¹ - Circulaire N°01/MSP/CAB/MIN du 08 avril 1995, ministère de la santé et de la population.

عن طريق الصندوق الوطني لغير الأجراء (CASNOS) أما عديمي الدخل فتكون بمساهمة الدولة عن طريق مديرية الضمان الاجتماعي (DAS) و ذلك من أجل تخفيف العبء على خزينة الدولة و التحكم المحاسبي الدقيق لتكاليف العلاج.

المطلب الثاني: الميزانية التقديرية للمستشفى.

إن الميزانية الخاصة بكل قطاع صحي تصادق عليها الوزارة الوصية عند بداية السنة، و يحدد المبلغ الذي تساهم به الدولة من قبل الوزارة المالية التي تفرض بدورها التمويل التكميلي الذي يساهم به الضمان الاجتماعي¹.

تعريف الميزانية التقديرية: إن الميزانية التقديرية عبارة عن خطة رقمية لنشاط المؤسسة المستقبلية على المدى القريب أو المتوسط.

وظيفة الميزانية التقديرية: إن الوظيفة الرئيسية للميزانيات التقديرية هي معاونة الإدارة على إنجاز وظائفها و تمكينها من اتخاذ القرارات السديدة لتسيير المؤسسة.

إعداد الميزانية التقديرية: إن مسيري القطاعات الصحية يستندون إلى قواعد لإعداد هذه الميزانية:

- تقييم أحوال الموظفين الذي قد يتم فيه زيادة معينة (نتيجة قرار وزاري) فالمسير يسعى بكل الطرق لرفع المبلغ المقترح.
- الميزانية المالية للمستشفى ومهما كانت ففتها فإن النفقات المقسمة إلى عشر عناوين وكل عنوان مقسم إلى أبواب وهذا الأخير مقسم إلى مواد.
- يلجأ المدير مع مجلس الإدارة إلى تنبؤ الارتفاعات المحتملة سواء في عوامل الإنتاج أو في المواد التي تشتري فيما بعد أو في توسيع الخدمات الصحية.
- تختلف النفقات من حيث الحجم والمبلغ من عنوان لآخر حسب طبيعة الإنفاق.

¹ - سنوسي علي، مرجع ذكره، ص 148.

تنتهي الميزانية التقديرية بتحديد مبالغ محتملة التي تستند فيها في غالبيتها إلى مبررات تكتمل في صورة رقمية موزعة على الفصول والمواد لنصل إلى مجموع المبالغ الذي يمثل المبلغ المقترح من طرف المستشفى.

المطلب الثالث: إعداد وتنفيذ الميزانية.

انطلاقاً من ميزانية مقترحة من طرف إدارة المستشفى والتي تتم وفق مخطط مرسل من طرف وزارة الصحة والذي يتم غالباً من شهر جوان من كل سنة.

تدرس الميزانية المقترحة من قبل مديرية الميزانية من وزارة الصحة، وتحلل وتقدم هذه الأخيرة عرضاً و صورة شاملة لنظيرتها بوزارة المالية، هذه العملية تسبب تأخر في إتاحة الميزانية إذ لا تصبح عملية إلا في أواخر شهر مارس أو أبريل. إضافة إلى هذا العائق في تنفيذ الميزانية، نجد أن ضرورة كل مستشفى يخضع إنفاقه إلى مراقب مالي.

الفرع الأول: مفهوم المستشفى.

يعتبر المستشفى من المنشآت الهامة في المجتمع الحديث لأنها تتولى تقديم مزيج متنوع من الخدمات العلاجية و الوقائية و التعليمية و التدريبية و البحثية و هي تسهم بذلك في رفع المستوى الصحي للبلاد و من ثم توفير الظروف المناسبة لتحقيق الأهداف الإنتاجية والاقتصادية بمستوى كفاءة مرتفعة.

ويعتبر نشاط المستشفيات من الأركان الأساسية لإنجاح برامج الصحة العامة والطبال الوقائي في كافة بلدان العالم عامة وفي الجزائر خاصة، حيث تسعى المستشفيات إلى تحقيق مجموعة من الأهداف مثل المحافظة على الصحة الوقائية بأعلى مستوى ممكن من الرعاية الطبية و بأقل تكلفة.

هناك عدة تعاريف للمستشفى قدمتها العديد من المنظمات و الهيئات المتخصصة حيث: عرفت جمعية المستشفيات الأمريكية المستشفى بأنه "مؤسسة تحتوي على جهاز طبي منظم يتمتع بتسهيلات طبية دائمة تشمل على أسرة للمرضى الداخليين، و خدمات طبية تتضمن خدمات الأطباء و خدمات التمريض المستمرة، و ذلك لإعطاء المرضى التشخيص والعلاج اللازمين"¹.

¹ - غازي فرحان أبو زيتون، خدمات الإيواء في المستشفيات، دار زهران للنشر و التوزيع، عمان، 1999، ص 08.

كما عرفته منظمة الصحة العالمية على انه "جزء لا يتجزأ من نظام اجتماعي و صحي متكامل من مهامه تأمين خدمات صحية شاملة للمجتمع، من الناحيتين العلاجية والوقائية، و يشمل عادات خارجية تستطيع إيصال خدماتها للعائلة في موقعها الطبيعي كما انه أيضا مركز لتدريب الهياكل الصحية و لإجراء البحوث الطبية والاجتماعية¹".
ومن التعاريف الشائعة أيضا، أن المستشفى "جزء من النظام الاجتماعي يرتبط في أداء وظائفه ببرنامج صحي متكامل مع النظام الصحي العام"²

وقد اتخذت المستشفيات بمفهومها المعاصر أشكال متعددة و أطلق عليها مسميات متنوعة عبر العصور المختلفة، و قد كانت البداية في الحضارة الإغريقية سنة 1200 قبل الميلاد حيث اتخذت المستشفيات شكل معابد خصصت لرعاية المرضى و للعيادة في وقت واحد، و كان كهنة المعابد يقومون بدور الأطباء، كما تشير الوثائق التاريخية المصرية إلى وجود ما يطلق عليه **معابد الشفاء** في مصر سنة 6000 قبل الميلاد، قد استخدم نفس المسمى في الهند سنة 273 قبل الميلاد حيث أطلق على الأماكن لتشخيص أمراض الإنسان و علاجها اسم **السيكيستا** أي معابد الشفاء. و في مطلع الديانة المسيحية بنيت بيوت للكهنة كمستشفيات صغيرة تحت ضغط الكنيسة لإيواء المرضى و المسنين و المحتاجين و قد كانت الدوافع الرئيسية لبناء هذه البيوت دوافع دينية إنسانية تتلخص فيما يلي:

- علاج المرضى و تقديم الخدمات لهم بغض النظر عن مقدرتهم على الدفع.
 - الاهتمام بالنواحي النفسية للمرضى و ليس فقط تقديم العلاج لهم.
 - اعتبار هذه البيوت أماكن لإيواء المرضى و المسنين و المحتاجين و تقديم الخدمات لهم.
- وقد أطلق العرب على المستشفيات لفظ **البيمارستانات** أي دور المرضى، و البيمارستان لفظ فارسي يتكون من كلمتين بيمار بمعنى مريض أو عليل و ستان بمعنى دار. و قد خطى العرب في العصور الإسلامية خطوات واسعة في مجال تنظيم مهنة الطب و الصيدلة¹.

¹ - كحلية نبيلة، تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، مذكرة لنيل شهادة الماجستير، كلية العلوم الاقتصادية و علوم التسيير، جامعة قسنطينة، 2009/2008، ص 18.

² - نفس المرجع، ص 19.

حسب التعاريف السابقة، يتغير مفهوم المستشفى تبعاً لما يستجد له من خدمات، ففي البداية كان ينظر إلى المستشفى على أنه مكان مختص بتقديم نوعية فقط من الخدمات، و هي الخدمات العلاجية ثم اتسع نطاق هذا المفهوم ليشمل إلى جانبي الخدمات العلاجية كلا من الخدمات الوقائية، التعليمية، التدريبية والبحثية، و ما يترتب عليها من نتائج يمكن الاستفادة منها في رفع مستوى الخدمات الصحية التي يتلقاها المرضى فيما بعد، و ذلك إلى جانب الخدمات الاجتماعية مثل تزويد المعوقين بالأجهزة التعويضية والخدمات الترفيهية، و الإرشاد و التثقيف الصحي و غيرها.

و يختلف مفهوم المستشفى حسب الأطراف التي يتعامل معها فكل طرف له مفهومه الخاص تبعاً لتلك العالقة القائمة بينهما و يتضح ذلك فيما يلي²:

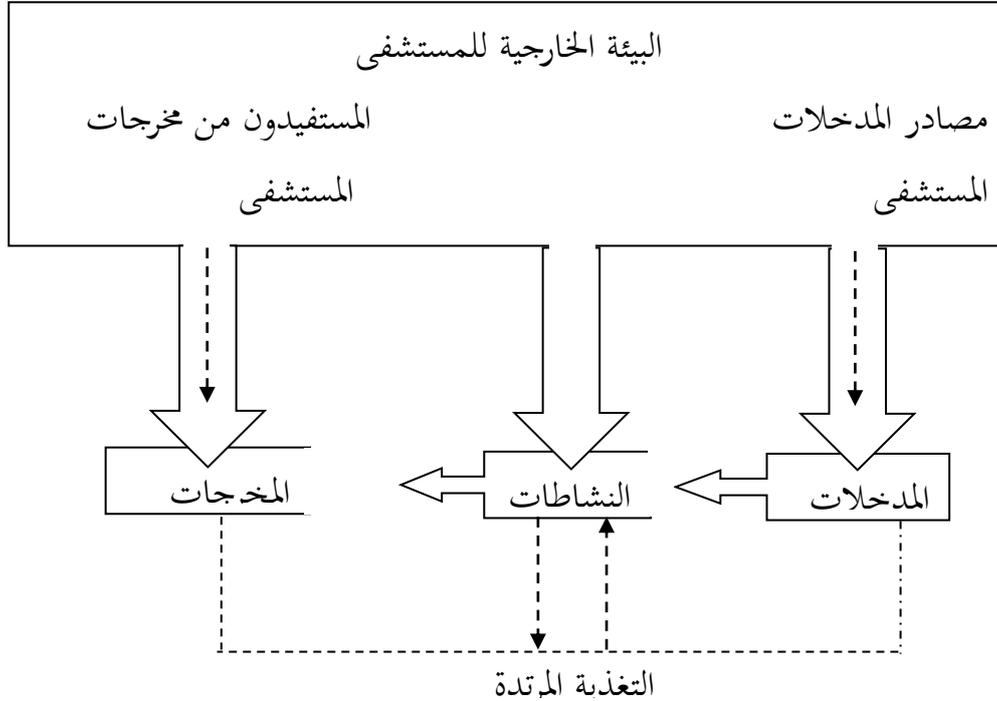
- **المرضى:** ينظرون إلى المستشفى على أنه الجهة المسؤولة عن تقديم العلاج و الرعاية الصحية لهم و استشفائهم.
- **الإطار الصحي:** هو الموقع الذي يمارس فيه أعماله و مهماته الإنسانية و بما يملكه من خبرة و مهارة في القيام بالرعاية الصحية.
- **إدارة المستشفى:** منظمة مفتوحة على البيئة المحيطة بها و متفاعلة مع متغيراتها المختلفة في ضوء ما حدد لها من أهداف و واجبات مسؤولة عن تنفيذها بشكل كفاء و فعال.
- **الدولة:** إحدى مؤسساتها الخدمية و المسؤولة عن تقديم كل ما يحتاجه المجتمع للنهوض بالواقع الصحي في البلد نحو الأحسن.
- **مصانع الأدوية:** سوق واسع يستوجب إمداده بما يحتاجه من أدوية و مستلزمات طبية وفق اتفاقات مسبقة
- **الطلبة و الجامعة:** موقع تدريبي و عملي لاكتسابهم المهارة و المعرفة الميدانية عن أسرار المهنة لإجراء التجارب و البحوث المستقبلية في مجال الطب.

بالإضافة إلى ذلك هناك وجهات نظر لأطراف أخرى تتمدد إلى زوايا و تصورات مختلفة عن فهمها للمستشفى.

¹ - حسان محمد نذير حريستاني، إدارة المستشفيات، معهد الإدارة العامة، السعودية، 1991، ص 19.

² - ثامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، دار اليازوري العلمية للنشر و التوزيع، عمان، 2005، ص ص 21-22.

و في ضوء ذلك يمكن أن ينظر إلى المستشفى على انه نظام مفتوح لأنه يتفاعل مع المجتمع و يتأثر بالبيئة التي يعمل فيها و بكل ظروفها و يتكون المستشفى كنظام مفتوح من عدة مكونات كما هو موضح في الشكل الموالي:



المصدر: حسان محمد نذير حرستاني، مرجع سبق ذكره، ص 53

حسب الشكل يتكون المستشفى كنظام مفتوح من¹:

1. المدخلات: تمثل المدخلات الإمكانيات المادية والبشرية و التقنية اللازمة لقيام المستشفى بنشاطاته المتعددة، هذه المدخلات تتكون من:

- العنصر البشري: يشمل جميع المستفيدين من الخدمات الصحية المقدمة، بالإضافة إلى مختلف العاملين في المستشفى (سلك طبي، إدارين، عمال نظافة،...).
- العنصر المادي: يشمل مختلف الإمكانيات المادية اللازمة لإقامة المستشفى وأداء مهمته مثل: الأراضي، المعدات و الأجهزة، الأدوية، الأغذية... بالإضافة إلى مصادر التمويل المختلفة.

¹ - محمود محمود السجاعي، محاسبة تكاليف المنظمات الصحية، مدخل نظم المعلومات، ط1، المكتبة العصرية للنشر والتوزيع، القاهرة 2009، ص ص 37-45.

عنصر المعلومات: هناك نوعان من المعلومات:

- معلومات داخلية: وهي لازمة للتعرف على نتائج النشاطات المقدمة للمرضى من حيث الإستفادة من خدمات المستشفى و تقويم جودة الخدمات المقدمة هم.
- معلومات خارجية: تقيد في التعرف على كمية و نوعية الإحتياجات الصحية لسكان المنطقة التي بها المستشفى,

2. النشاطات: تتمثل في المرحلة التي يتم فيها تحويل المدخلات إلى المخرجات، ويمكن تصنيفها إلى نوعين:

النشاطات الأساسية للمستشفى: هي النشاطات المرتبطة بتقديم الخدمات الطبية والعلاجية للمستفيدين (المرضى)

مباشرة ونذكر منها:

نشاط التشخيص (الفحص) وينقسم بدوره إلى تشخيص سريري، مخبري، شعاعي تخطيطي و نفسي.

نشاط العلاج: و ينقسم إلى علاج بالأدوية، شعاعي، جراحي، طبيعي، تأهيلي، وبالتنفس الإصطناعي،

النشاطات المساعدة للمستشفى: هي النشاطات التي تتعلق بتسهيل النشاطات في صورة مستمرة و فعالة، و يمكن

تصنيفها فيما يلي:

نشاطات ذات طبيعة خدمية: و هي النشاطات التي تخدم المرضى و العاملين في المستشفى مثل: نشاطات الإدارة،

خدمات التمريض، الخدمات العامة، خدمات شؤون المرضى، الخدمات الطبية المساعدة.

خدمات ذات طبيعة استشارية: و هي النشاطات التي تخدم الإدارة العليا للمستشفى و الأقسام الطبية، و الطبية

المساعدة، ومن أمثلة هذه النشاطات: نشاطات وحدات التخطيط و الميزانية و المتابعة و التنظيم و مركز المعلومات و

العلاقات العامة، و نشاطات اللجان الطبية و شبه الطبية مثل لجنة جودة الرعاية الطبية .

3. المخرجات: المخرجات عبارة عن نتيجة نشاطات المستشفى، و يمكن إيضاح ذلك فيما يلي:

مخرجات تتعلق بحالة المرضى عند الخروج: عموماً ما ينتظر المريض عند دخوله المستشفى تحسن حالته الصحية أو الشفاء بعد الفحص و العلاج المقدم له، لكن حالة تحسن المريض هي احتمال من بين مجموعة من الاحتمالات الخاصة بحالته عند خروجه من المستشفى، و عادة ما تكون إما تحسن، شفاء، وفاة، أو إحالته إلى مراكز طبية أكثر تخصصاً.

مخرجات تتعلق بجودة الخدمة المقدمة: كلما كان الجهاز الطبي مساهماً للتطورات التقنية والاستكشافات الجديدة كلما أدى ذلك إلى فعالية العلاج والتقليل من حالات الوفاة.

مخرجات تتعلق بكفاءة إدارة المستشفى: إن المستشفيات ذات هدف الربحي تسعى وبصفة مستمرة إلى جعل الإمكانيات مساهمة للاحتياجات من جهة، و من جهة أخرى تبحث عن مردودية تلك الإمكانيات، وهذا الهدف يحتاج إلى جهاز إداري ملم بتقنيات الإدارة الفعالة، و يعمل على تنظيم الجهود من أجل تحقيق أعلى مردودية ممكنة.

4. **البيئة:** يعمل المستشفى في بيئة يأخذ منها مدخلاته و يطرح فيها مخرجاته، فالمستشفى يؤثر في البيئة ويتأثر بها. يمكن تصنيف البيئة إلى صنفين:

- **البيئة الداخلية للمستشفى:** و تصور الجوانب التي تساعد المستشفى على تحقيق أهدافه الأساسية و تشمل:
 - **الجانب الإنساني:** يمثل التفاعل في العلاقات الإنسانية بين العاملين بعضهم مع بعض و بينهم و بين الإدارة و المستفيدين من خدمات المستشفى و بقدر ما تكون هذه العلاقات جيدة بقدر ما تكون المساهمة في تحسين جودة خدمات الرعاية الصحية المقدمة للمرضى.
 - **الجانب التقني:** يمثل مجموع التقنيات المعتمدة في التسيير، العلاج والتشخيص والتي تتطفر فيما بينها لإنتاج خدمة صحية فعالة.
 - **الجانب التنظيمي:** يشمل اللوائح و الأنظمة التي تقرها إدارة المستشفى لتنظيم عملية تقديم الرعاية الصحية.
 - **ظروف العمل:** تشمل ملاءمة الأثاث و المساحة المخصصة لمكاتب العاملين، النظافة الإضاءة، التهوية، نوعية الغذاء... الخ.

- البيئة الخارجية للمستشفى: تشمل مجموع المؤثرات المحيطة بالمستشفى، التي تؤثر عليه و يؤثر فيها و من هذه المؤثرات¹:

■ المؤثرات الخاصة بمصادر مدخلات المستشفى: تشمل القوى العاملة، الموارد المالية، الموردين المؤسسات العامة، المستفيدين و غيرها.

■ المؤثرات المتعلقة بخصائص المجتمع: تشمل احتياجات المجتمع الصحية، وخصائصه السكانية.

■ المؤثرات المتعلقة بالرقابة الاجتماعية على المستشفيات: و تتضمن المؤسسات الحكومية و المؤسسات الخاصة التي

تملك المستشفيات و تشرف عليها، هيئات اعتماد المستشفيات و جهات نظر أفراد المجتمع حول جودة الخدمات

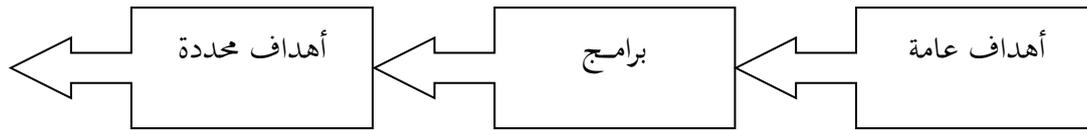
التي يقدمها المستشفى...إلخ.

5. الأهداف العامة و الأهداف المحددة و البرامج:

تمثل الأهداف العامة بالنسبة للمستشفى الخطوط العريضة التي تعبر عن الاحتياجات الصحية للسكان، أما البرامج فهي

الخطة التي توضع من أجل تنظيم العمل داخل المستشفى، أما الأهداف المحددة فهي نتيجة الخطة أو البرامج التي تمثل

أهداف محددة يسعى البرنامج للوصول إليها من أجل تحقيق الأهداف العامة².



6. التغذية المرتدة (العكسية):

تقوم التغذية المرتدة على مقارنة نتائج النشاطات الفعلية (المخرجات) بالأهداف و المعايير المحددة، إذا كانت نتائج المقارنة

مطابقة للأهداف المحددة فهذا يعني أن مستوى الأداء كان جيدا و إذا كان هناك انحراف عما خطط له يجب العمل على

إيجاد أسبابه من أجل معالجته في كلتا الحالتين يتطلب الأمر توفر المعلومات.

¹ -حسان محمد نذير حرساني، مرجع سبق ذكره، ص ص 63-64.

² - نفس المرجع السابق، ص 54.

وللعلم فإن كفاءة القرارات التي تتخذ في المستشفى تعتمد على دقة البيانات والمعلومات و على حسن توقيتها و مستوى جودتها و مناسبتها للقرار المطلوب اتخاذه.

المطلب الثاني: أنواع المستشفيات ووظائفها.

أولاً: أنواع المستشفيات: إن وظائف المستشفى هي التي تحدد طبيعتها و خصائصها، وهناك مجموعة من الأسس تستخدم غالباً لتصنيف و وصف أنواع المستشفيات و من أهمها¹:

1. نمط الملكية و الإشراف: يمكن تقسيم المستشفيات على أساس الملكية و الإشراف إلى نوعين رئيسيين:

❖ **المستشفيات الحكومية:** و تعتبر إحدى أهم المؤسسات الصحية و هي مملوكة للدولة و تديرها أجهزة حكومية من وزارات و هيئات و مؤسسات عامة، وفق تنظيمات و لوائح حكومية تحكم سير إجراءات العمل في القطاع العام.

❖ **مستشفيات حكومية عامة وخاصة وتخصصية:**

بالنسبة للمستشفيات الحكومية العامة فهي تابعة لوزارة الصحة و السكان غالباً، أما المستشفيات الخاصة فهي تابعة لجهة معينة مثل مستشفيات عسكرية، بالإضافة للمستشفيات التابعة لمنشآت و هيئات معينة و غالباً ما تقدم خدماتها للعالمين و أبنائهم في تلك الجهات.

أما المستشفيات التخصصية فتشمل مستشفيات الولادة، العيون، الأنف و الأذن والحنجرة و الأمراض المزمنة، مرضى الاحتياجات الخاصة و مستشفيات الأطفال وغيرها و هنالك مستشفيات تشمل أكثر من تخصص واحد².

¹ - مكرم عبد المسيح باسيلي، المحاسبة في المنشآت الفندقية، رؤية إدارية للفنادق -المستشفيات-، المكتبة العصرية، المنصورة، 2006، ص ص 161-162.

² - غازي فرحان أبو زيتون، مرجع سبق ذكره، ص 10.

❖ **المستشفيات الجامعية والتعليمية:**

هي مستشفيات مملوكة للدولة و إن كانت تابعة للجامعات تقدم خدماتها مجاناً أو مقابل رسوم زهيدة تغطي تكاليفها و مصاريفها الإدارية و يقوم بإدارتها مجلس إدارة من أطباء كلية الطب المختلفة، و تحتوي على بعض الأقسام التعليمية التي تتيح فرصة التدريب العملي لطلاب الطب.

❖ **المستشفيات الخاصة:** و هي تشمل جميع المستشفيات باستثناء تلك التابعة للحكومة المركزية أو المحلية، و هذه

المستشفيات تقدم خدمات مقابل رسوم، و ذلك عكس المستشفيات الحكومية التي تقدم الخدمات الصحية مجاناً، و يمكن تقسيم المستشفيات الخاصة إلى قسمين أساسيين و هما¹:

- **مستشفيات ذات طابع ربحي:** و هي المستشفيات التي قد يملكها شخص أو شركة أو هيئة... و ذلك

بهدف تحقيق مكاسب ربحية من خلال الخدمات المقدمة.

- **مستشفيات ذات طابع غير ربحي:** هي مستشفيات التي تتوافر فيها نفس خصائص و مميزات المستشفيات

ذات الطابع الربحي، إلا أن الهدف من إنشائها يكون غالباً بهدف المساهمة في تقديم خدمة اجتماعية عامة

لأفراد المجتمع. والعلاج في هذا النوع من المستشفيات ليس مجاناً حيث أن الأموال المتحصلة من المرضى

تصرف عادة على النفقات المتعلقة بتطوير خدمات المستشفى.

2. **مدة الإقامة:** تعد إقامة المريض في المستشفى أساساً في تصنيف المستشفيات إلى مدة إقامة قصيرة أو طويلة، و غالباً

ما تعتمد مدة ثلاثين يوماً و أقل كمعدل لإقامة المريض في المستشفى ضمن المستشفيات قصيرة الإقامة، و إذا ما

تجاوزت ذلك فيعد من المستشفيات طويلة الإقامة².

3. **نوع الخدمة:** تتكون المستشفيات على نوعين³:

1 - سليم بطرس جلدة، إدارة المستشفيات و المراكز الصحية، دار الشروق للنشر و التوزيع، عمان، 2006، ص 36.

2 - تامر ياسر البكري، مرجع سبق ذكره، ص 29.

3 - حسين بنون علي البياني، المعايير المعتمدة في إقامة إدارة المستشفيات، ط1، دار وائل للنشر، عمان، 2005، ص 20.

❖ **مستشفيات عامة:** تضم اختصاصات متعددة، وتعالج أمراض مختلفة من خلال استقبال المرضى و المصابين بهذه الأمراض.

❖ **مستشفيات متخصصة:** تختص في علاج جزء معين من أجزاء الجسم (العين، الأعصاب، الأنف و الأذن و الحنجرة، الأمراض المزمنة... إلخ).

4. **حجم المستشفى:** يتحدد حجم المستشفى بناء على عدة أسرة من الرجال و النساء و الأطفال و يستثنى من ذلك أسرة الأطفال حديثي الولادة و ضمن هذا التصنيف نستطيع أن نميز بين الأنواع التالية¹:

- المستشفيات الصغيرة الحجم.
- المستشفيات المتوسطة الحجم.
- المستشفيات الكبيرة الحجم.

5. **جودة خدمات الرعاية الصحية المقدمة:** حسب هذا المعيار يمكن تصنيف المستشفيات كما يلي²:

❖ **المستشفيات المعتمدة:** هي المستشفيات المعترف بجودة خدماتها المقدمة، حيث تشرف على مراقبة الخدمات و الهيئات الرسمية المتخصصة مثل: الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد التنظيمات.

❖ **المستشفيات الغير معتمدة:** هي المستشفيات التي لم تحصل بعد على اعتماد من طرف الهيئة المختصة بذلك، والتي مازالت لم تصل بعد إلى حد معين معترف به من جودة الرعاية الصحية المقدمة.

ثانيا: **وظائف المستشفى:** يتضح لنا من التعاريف السابقة أن أهم وظائف المستشفى هي³:

- تحقيق الرعاية الطبية والصحية المتكاملة.
- تعليم وتدريب العاملين في ميادين الطب والتمريض والعلوم الطبية المساعدة، وتنمية مهاراتهم و قدراتهم.
- تشجيع البحوث في مجالات العلوم الطبية والعلوم وثيقة الصلة بالصحة.

¹ - غازي فرحان أبو زيتون، مرجع سبق ذكره، ص 10.

² - حسان محمد نذير حريستاني، مرجع سبق ذكره، ص ص 46-47.

³ - محمود محمود السجاعي، مرجع سبق ذكره، ص 25.

- توفير خدمات الرعاية الصحية الأولية اللازمة للنهوض بالمجتمع من الناحية الصحية، و ذلك عن طريق العيادات الخارجية التي تعمل على توفير عنصر الوقاية.
- التأكيد من أتم الخدمات التي يقدمها المستشفى على درجة عالية من الجودة و يتحقق ذلك باستحداث برامج لضمان الجودة¹.

المطلب الثالث: النظام المعلوماتي الإستشفائي:

أولاً: المستشفى كنظام مفتوح²: يتكون المستشفى كنظام مفتوح حسب الشكل الموالي من العناصر التالية:

- الأهداف العامة والبرامج.
- المدخلات.
- الأنشطة.
- المخرجات.
- التغذية العكسية.

1. الأهداف العامة و البرامج: تمثل الأهداف العامة للمستشفى الترجمة الحقيقية للاحتياجات الصحية و لسكان

المنطقة التابعة للمستشفى، و هي تعبر الخطوط الرئيسية التي تسترشد بها إدارة المستشفى لتلبية هذه الاحتياجات.

و من الناحية العلمية يتم وضع خطة لتحقيق هذه الأهداف العامة تنقسم إلى برامج ذات أمد قصيرة تستهدف إلى

تحقيق اهداف محددة و الجدير بالذكر أن الأهداف و إن كانت في الأصل من المدخلات إلا إنه تم إبرازها كعنصر

مستقل نظراً لأهميتها.

2. المدخلات: تمثل العناصر اللازمة لقيام المستشفى بنشاطه و هي تشمل ما يلي:

¹ - - الطيب السايح، نظام الموازنات التقديرية في التسيير الإستشفائي، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في تسيير المؤسسات، كلية العلوم الاقتصادية و علوم التسيير، جامعة قسنطينة، 2006/2005، ص 84.

2- نفس المرجع، ص 85.

- **العنصر الإنساني:** يشمل العنصر الإنساني كل من المرضى المستفيدين من خدمات المستشفى، إضافة إلى مختلف الكفاءات و المهارات التي يتمتع بها الأطباء و الفنيين والمرضى و الإداريين و الموظفين الآخرين.
- **العنصر المادي:** يشمل الأراضي، المباني، المكاتب، التجهيزات الطبية، الأسرة ومستلزمات الغرف والأدوية و الأغذية، و كل الأموال الضرورية للإنفاق على أنشطة المستشفى بتنوع مصادرها.
- **عنصر المعلومات:** و ينقسم إلى نوعين:

- **معلومات عن البيئة الداخلية:** هي معلومات ضرورية للتعرف على نتائج الأنشطة المقدمة للمرضى من حيث الاستفادة من خدمات المستشفى و تقويم جودة الخدمات الطبية، هذا فضلا عن الوقوف على أنشطة العاملين و رصد اتجاهات التكاليف، و معرفة إن كان قد تم استغلال موارد المستشفى بالصورة المناسبة.

- **معلومات عن البيئة الخارجية:** هي معلومات مقيدة للتعرف على الاحتياجات الصحية لمنطقة الخدمة و على الأوضاع الاقتصادية و الاجتماعية والتكنولوجية، كما تكون لإدارة المستشفى فكرة واضحة عن مدخلات و عن عملية تحويلها إلى مخرجات.

3. **الأنشطة¹:** هي المرحلة التي يتم فيها تحويل المدخلات إلى المخرجات بالتالي فهي تشمل جميع العمليات التي تؤديها الأقسام المختلفة بالمستشفى و يمكن تصنيفها إلى نوعين:

- **الأنشطة الأساسية:** هي الأنشطة المتعلقة بتقديم الخدمة الطبية للمستفيدين، وتسهم في تحقيق أهداف المستشفى العامة بطريقة مباشرة تتمثل هذه الأنشطة في التشخيص، العلاج، التدريب، والبحوث... و هي تختلف تبعاً لحجم المستشفى و أهداف إمكانياته.
- **الأنشطة المساعدة:** هي الأنشطة المتعلقة بتسهيل تقديم الخدمة الطبية للمستفيدين وتتمثل في أنشطة الخدمات العامة كالصيانة والتنظيف، الغسل، الأمن، التغذية...

¹ - حسان محمد نذير حرساني، مرجع سبق ذكره، ص 98.

4. **المخرجات:** تنحصر المخرجات الناتجة عن أنشطة المستشفى الأساسية والمساعدة بشكل رئيسي في ثلاث نقاط

رئيسية:

- **حالة المرضى عند الخروج:** التي تندرج بصفة عامة حتى أحد الاحتمالات التالية: تحسن، شفاء، وفاة إحالة المريض إلى مراكز طبية أكثر تخصص.

- **جودة الخدمات الطبية المقدمة:** من خلال انخفاض معدلات الوفاة وارتفاع معدلات الشفاء والتحسين، نتيجة بنجاح الإجراءات العلاجية و الوقائية المتخذة واستعمال أساليب جديدة و متطورة تعمل على راحة المريض و سلامته.

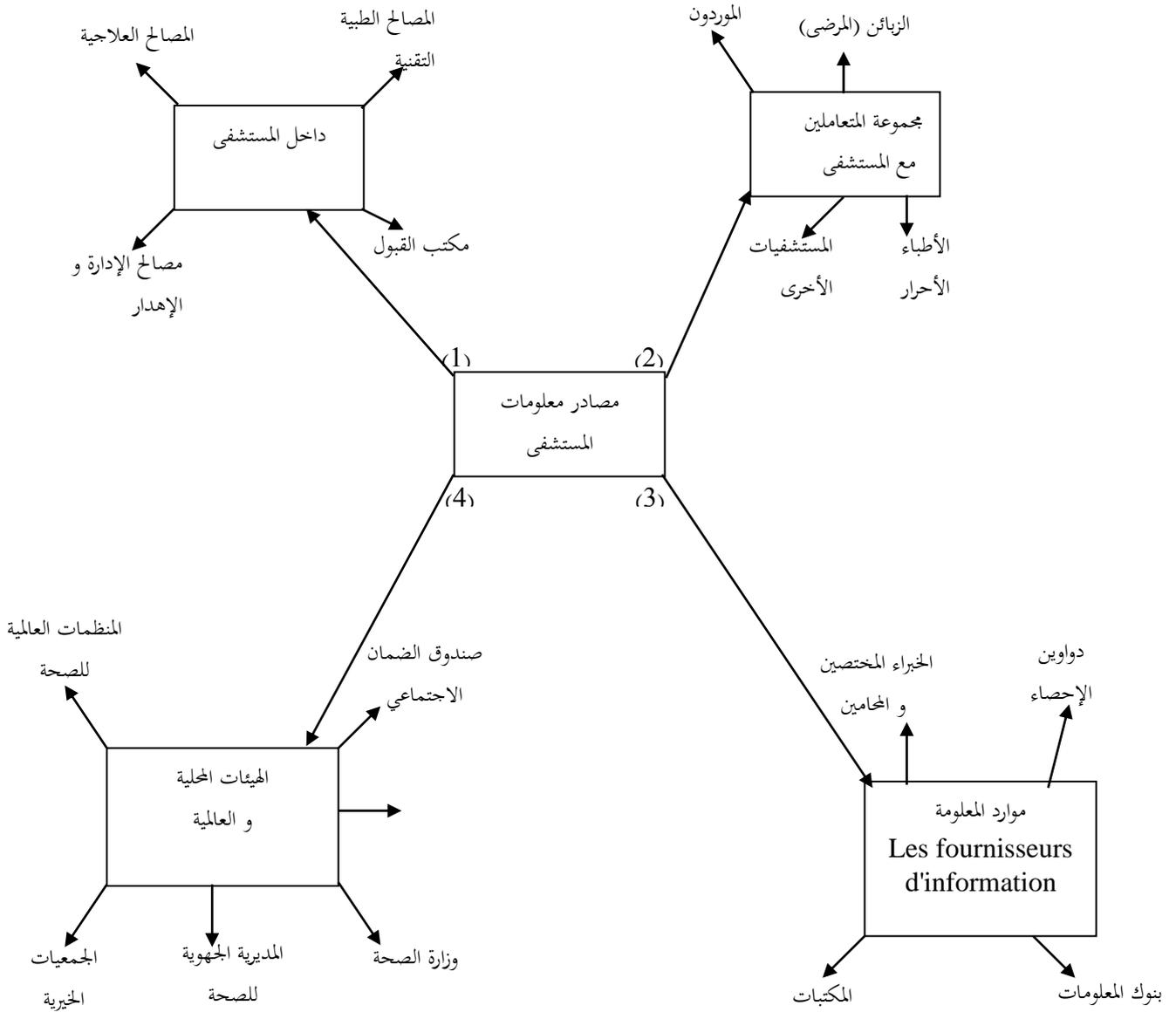
- **فعالية التسيير:** من خلال التكاليف التي يتحملها المستشفى، ودقة تقدير الاحتياجات المادية و البشرية وفقا لحجم النشاط الفعلي و ضبط نفقات التسيير و الاستغلال.

5. **التغذية العكسية (المرتدة):** يمكن تصنيف هذه المعلومات المرتدة على نوعين:

- **معلومات عن البيئة الداخلية:** تشمل التقارير الخاصة باحتياجات الوحدات الطبية والإدارية من جهة و بإنجازاتها من جهة أخرى وهذا للوقوف على أنشطة العاملين وكفاءاتهم و رصد اتجاهات النفقات و إمكانيات ضبطها، و التعرف على معدلات استخدام الوسائل المتاحة في المستشفى و تقديم الجودة الطبية للمرضى.

- **معلومات عن البيئة المحيطة:** تشمل التقارير والدراسات المتعلقة بالظروف الصحية لسكان المنطقة والأوضاع الاجتماعية و الاقتصادية و التكنولوجية و التعليمية، وغيرها من الأوضاع الأخرى السائدة في المحيط الخارجي و يوضح الشكل الموالي أهم مصادر معلومات المستشفيات.

الشكل رقم (1): أهم مصادر المعلومات في المستشفيات.



المصدر: الطيب السايح، مرجع سبق ذكره، ص 89.

ثانيا: أهمية نظام المعلومات بالمستشفى: يلعب نظام المعلومات دورا هاما في المستشفى، و هو يسمح من خلال قواعد و أساليب عملية محددة بالحصول على البيانات و تحويلها إلى معلومات مفيدة بالنسبة لكل المتعاملين داخل المستشفى و خارجه.

فهو يمثل الجسر الرابط بين العمال بالمستشفى و دعامة الحوار بين المستشفيات الوجهات الوصية و كل المتعاملين الخارجين الآخرين. و لهذا يجب أن يكون عند مستوى تطلعات المستعملين و يغطي كافة الاحتياجات دون استثناء¹.

1. نظام المعلومات كأداة للعلاج: يساعد نظام المعلومات على تحسين جودة العلاج، من خلال توفير المعلومات

المتوفرة بنشاط الوحدات العلاجية و الطبية التقنية، و تسهيل تداول المعلومات الصحية المفيدة، التي تسمح بتقديم الرعاية الطبية اللازمة للمريض في كل مراحل العلاج.

و لهذا يجب أن يكون المستفيد من الخدمات الصحية في صلب نظام المعلومات، حيث أن أكثر من 80 % من

البيانات تقريبا أصل كل المعلومات التي توجد بين أيدي العمال في المستشفى من أطباء و شبه طبيين و إداريين.

2. نظام معلومات كأداة للانسجام التنظيمي: يكتسب التعاون بين العمال في المستشفى أهمية خاصة فلا يمكن تقديم

الخدمات الصحية بالمستوى المطلوب، دون تضافر الجهود لبلوغ الأهداف و تحقيق الاستخدام الملائم للموارد المتاحة

و هنا تتضح أهمية نظام المعلومات و من خلال التنسيق المتواصل بين أنشطة كل المصالح وفق ارتباطها و تخصصاتها،

فنظام المعلومات يأخذ بعين الاعتبار تنظيم اتخاذ القرار و يهدف إلى تسهيل الاتصالات بين مراكز القرار و

المستعملين، بما يضمن التكلف الجيد بالمريض.

و يوضح الجدول التالي مثال عن المعلومات الضرورية لاتخاذ قرار الطلبية:

¹ -Michel Gremadez et François Grateau, le management stratégique hospitalier inter édition, Paris, 1992, P71.

الجدول رقم (13): آلية اتخاذ قرار الطلبية.

المصالح العمليات	مصلحة العلاج	المستودع	المستودع الرئيسي	المصلحة الاقتصادية	المصلحة الاقتصادية
طلب الشراء DA	DA			↓	
الموافقة		↓		↓	DA
إرسال الطلبية C		↓			C
استلام المشتريات RA	↓	RA			↓
تخزين ST		ST			
تسليم L	L				
المحاسبة CM					CM

المصدر: الطيب السايح، مرجع سبق ذكره، ص 91.

من خلال الجدول نلاحظ أن المصالح العلاجية بحاجة إلى نقل المعلومات فيما يخص احتياجاتها من أدوية و أفرشة و

أغطية و وجبات غذائية و أي مستلزمات أخرى، إلى المصالح التالية:

المطبخ، الصيدلة، مغسل، و مخزن الثياب....

و من جهة أخرى نلاحظ أن هذه المصالح بحاجة إلى معرفة الكمية و النوعية التي ستمول بها المصالح العلاجية، فعلى

سبيل المثال المطبخ بحاجة إلى معرفة طبيعة الوجبات (بدون سكر، بدون ملح) و عددها قسم الاستعجالات بحاجة إلى

معرفة عدد الأسرة الشاغرة بهدف تنظيم عملية استقبال المرضى الذين يصلون إليه. و الأمثلة كثيرة في هذا المجال.

3. نظام المعلومات كأداة لاتخاذ القرارات: يساند نظام المعلومات عملية اتخاذ القرارات من خلال¹:

- إصدار التقارير التي تشير إلى وجود انحرافات عن المعايير الموضوعية.
- تقييم البدائل الممكنة للتعامل مع المشكلة و توفير التقارير الملخصة عن كل بديل.
- تحديد أفضل البدائل الممكنة.
- إصدار تقارير عن نتائج الأداء، مما يمكن المسيرين من اتخاذ أي إجراءات إذا لزم الأمر.

يتضح مما سبق أن عملية اتخاذ القرار تتم على مراحل تتابعية دائرية تحتاج إلى مساندة نظام المعلومات و إن كان ذلك يتم بدرجات متفاوتة.

¹ - نادية أيوب، نظرية القرارات الإدارية، ط2، الجمعية التعاونية للطباعة، دمشق، 1992، 1993، ص 195.

خلاصة الفصل:

تطرقنا في هذا الفصل إلى المستشفى كإحدى المنشآت الهامة في المجتمع الحديث، إذ يسهم من خلال تقديمها للخدمات الطبية بأنواعها في لرفع المستوى الصحي للبلاد.

فتعرفنا عليها كنظام مفتوح يتميز بتعقيد إطاره الاجتماعي والاقتصادي من جهة و كأهم مورد للرعاية الصحية المقدمة لأفراد المجتمع من جهة أخرى، كما تبين أن هذه المؤسسة تقوم على خدمات اذ تتمثل هذه الأخيرة في تقديم الرعاية الصحية التي بدورها تستند على أنشطة فرعية كأنشطة الإمداد في الشراء و التخزين والتوزيع لمختلف المواد المستهلكة منها و الصيدلانية و هو ما يشكل الجانب الخلفي والخفي لتقديم الخدمات الصحية و التي تبرز أهمية و فعالية التمويل والتسيير وهو ما يعكس جودة الخدمات المقدمة من طرف هذه المؤسسة.

الفصل الثالث:

دراسة حالة المؤسسة العمومية

الاستشفائية قصر الشلالة

تمهيد:

نظرا لأهمية الصحة في حياة الفرد، وباعتبارها عاملا من عوامل الحياة الاجتماعية المتوازنة، سعت الدولة جاهدة لتحسين مستوى الخدمات وضمان السير الحسن لقطاع الصحة، عن طريق القيام بمشاريع عدة تجسدت في إنشاء المؤسسات الصحية عبر التراب الوطني، وتزويدها بكل ما هو ضروري سواء من حيث المبالغ المالية الكافية لتغطية نفقاتها وكذا الموارد البشرية الضرورية التي تنطوي تحت لواء مسيرين أكفاء، تسهر الدولة على تأطيرهم من أجل مساندة التطور الحاصل في مجال الصحة والسير قدما بالقطاع الصحي نحو الأفضل بمختلف المؤسسات الصحية، سواء مستشفيات جامعية، مؤسسات عمومية للصحة الجوارية، مؤسسات استشفائية متخصصة، مؤسسات عمومية استشفائية... الخ، وتعتبر مؤسسة عمومية الاستشفائية ذات طابع خدماتي تسعى لتوفير شتى الإمكانيات من أجل الحفاظ على صحة الفرد والسهر على تطبيق مختلف البرامج والقوانين من طرف الدولة في هذا المجال.

ومن خلال هذا التبرص تم اكتشاف تلك النقاط عبر المديرية الفرعية الأربع حيث تحصلت على بعض المكتسبات النظرية والتطبيقية التي سأحاول تلخيصها في فصلين، الفصل الأول يتعلق بجانب تسيير النشاطات الإدارية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية حيث يشمل الهيكل التنظيمية والمهام وتقييم كل من المديرية الفرعية للموارد البشرية، المديرية الفرعية للمالية للوسائل والفصل الثاني التسيير الإستشفائي بالمؤسسة العمومية الاستشفائية على مستوى المديرية الفرعية للمصالح الصحية و المتمثلة بصفة عامة في نشاطات التسيير و نشاطات الصحة و العلاج ولتعرف على هذه المديرية كان الإشكال المطروح هو:

✓ فيما تتمثل مهام المؤسسة العمومية الاستشفائية والمفاهيم الأساسية لتسييرها ؟

ويمكن تجزئة سؤال الإشكالية إلى الأسئلة الفرعية التالية :

- فيما تتمثل النشاطات الإدارية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية ؟

- فيما تتمثل النشاطات الصحية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية ؟

وللإجابة على هذه التساؤلات تم صياغة هذا التقرير المستنبط من التبرص الميداني المقام في المؤسسة العمومية الاستشفائية بقصر الشلالة و في إطار التكوين المتخصص بالمدرسة الوطنية للمناجنت وإدارة الصحة الذي كان تدعيما للمعارف النظرية والتقرب أكثر من الجانب التطبيقي، حيث تم تقسيم التقرير إلى جزئين:

يتناول هذا الفصل المديرية الفرعية التي تهتم بالتسيير الإداري بالمؤسسة الاستشفائية حيث سأتطرق فيه لمهام كل من المديرية الفرعية للموارد البشرية، المديرية الفرعية للمالية والوسائل وإطارها التنظيمي والمحاولات الجادة لتحديث كل منها.

المبحث الأول: المديرية الفرعية لتسيير الموارد البشرية:

إن المديرية الفرعية للموارد البشرية تعتبر من أهم الركائز الأساسية في المؤسسة الإستشفائية وهي تلعب دور كبير و مهم في تسيير الموارد البشرية بحيث تقوم بتنظيم الموظفين والمستخدمين وفق المرسوم التنفيذي 03/06 والذي هو عبارة عن المرجع الأساسي للتنظيم في المؤسسات العمومية بحيث يتناول المسار المهني الموظف من بداية نشاطه إلى غاية إنتهاء علاقته بالمؤسسة كما يتناول أوضاعه المهنية من حيث التقييم المستمر و التكوين والانتداب والاستيداع..... إلخ . ونظرا لأهمية هذه المديرية الفرعية وحجم نشاطاتها فهي تحتوي على عدة مكاتب مساعدة من أجل التنظيم المحكم والأمثل بحيث تتمثل هذه المكاتب في:

- مكتب مدير المكلف بالمديرية الفرعية للموارد البشرية
- مكتب تسيير الموارد البشرية و المنازعات
- مكتب التكوين المتواصل
- مكتب حفظ ومتابعة ملفات المستخدمين

أولاً: المكاتب

1. مكتب مدير المكلف بالمديرية الفرعية للموارد البشرية:

يعتبر هذا المكتب من أهم المكاتب في المديرية فهو يقوم بضبط القوائم الإحصائية (الاسمية) للموظفين باختلاف أسلاكهم وأوضاعهم إزاء إدارة المؤسسة بالإضافة إلى إعداد المخطط التسيير الموارد البشرية كما يقوم بمعالجة ملفاتهم حسب طبيعتها فهو يقوم بـ:

- تحرير محاضر تنصيب للموظفين
- إصدار مقررات التعيين.
- إصدار مقررات الترسيم.
- إعداد جداول الترقية في الرتب و الدرجات.

- إعداد جداول تعداد المستخدمين حسب الطبيعة المطلوبة (المالي والحقيقي).
- إعداد المخطط السنوي لتسيير الموارد البشرية .
- إعداد جدول احتياجات المؤسسة للموظفين.
- إعداد مقررات التحويل المحلي والنقل، الانتداب، الإحالة على الاستيداع وباقي الإجراءات من الاستفادة من العطل السنوية و المرضية كما تنظم من حين لآخر امتحانات مهنية أو مسابقات للتوظيف فضلا عن ذلك ممارسة السلطة التأديبية.

2. مكتب تسيير الموارد البشرية و المنازعات:

يعتبر هذا المكتب كسند لمكتب مدير المكلف بالمديرية الفرعية لتسيير الموارد البشرية والمنازعات من خلال إعداد وإعطاء الصيغة القانونية لكل المقررات و إدخالها حيز التنفيذ فهو يقوم بكافة العمليات الخاصة بمتابعة حركة الموظفين مثل التأخر الغيابات والعطل المرضية والسنوية والاستثنائية عطل الأمومة كما يقوم بإعداد العقوبات التأديبية وباقي الإجراءات المتعلقة بذلك مثل الاستفسارات الاستدعاء الإعدادات مقررات التوقيف، مقررات الخصم من الراتب... الخ حتى المثول أمام المجلس التأديبي و بصفة عامة يقوم بمتابعة الحياة المهنية للموظف أما فيما يخص المنازعات فإن كل نزاع تكون الإدارة أو الموظف طرف فيه و يكون محتواه حقوق مهنية. ويقوم هذا المكتب بمتابعة كافة المصالح لضمان السير الجيد لها وهذا تحت إشراف المراقبة العامة الطبية التي تلعب دور تبليغ الإدارة بالشؤون الداخلية والخارجية وكذا المراقبة الطبية كما يقوم هذا المكتب بالتنسيق بين المصالح الإدارية و التقنية وهذا من خلال التوجيه والإرشاد لها كذلك تسليم المقررات للموظفين وتوزيع النسخ الباقية للمصالح المعنية بالأمر.

3. مكتب حفظ ومتابعة ملفات المستخدمين:

يقوم هذا المكتب بمتابعة ملفات المستخدمين من خلال تنظيمها وحفظها وهذا من اجل متابعة المسار المهني للموظف من تاريخ تنصيبه حتى مغادرته المؤسسة من خلال ملف يضم سيرته المهنية في المؤسسة أين يتم إلحاق جميع المقررات بهذا الملف كمقررات التعيين، الترسيم، التوجيه، التكليف، الترقية... الخ، كذلك العقوبات التي قد يتعرض لها الموظف طيلة

سيرته المهنية إذ تعتبر هذه الملفات كأداة تشخيصية للموظفين وهذا من اجل متابعتهم خاصة من اجل الترقية وتقديم شهادة العمل كذلك الإحالة على التقاعد.

4. مكتب التكوين المتواصل

يتواجد بالمؤسسة الإستشفائية مكتب خاص بالتكوين المتواصل لفائدة المستخدمين يسهر على ترقية و تطوير أداء الموظف من خلال تكوينه في المجالات ذات العلاقة بنشاطه سواء كانت داخل الوطن أو خارجه إذ يقوم بإعداد برامج تكوينية مهنية وبيداغوجية وتقنية وتربصات تطبيقية تتصل أساسا بنشاطه وفقا لتطلعات المؤسسة بقصد اكتساب أفضل الكفاءات والتأقلم مع التطورات الراهنة الداخلية والخارجية منها ويكون التكوين المتواصل وفق برنامج مسطر موافق عليه و أيضا يتم متابعة المتربصين في المؤسسة و عمال العقود ما قبل الإدماج.

المطلب الأول: المخطط السنوي للموارد البشرية و المسار المهني للموظف

أولا: إعداد المخطط السنوي للموارد البشرية: ويتم إعداد المخطط السنوي لتسيير الموارد البشرية حسب المراحل التالية:

المرحلة الأولى: جدول التعداد المالي: تقوم مديرية الصحة والسكان بإرسال جدول التعداد المالي للمؤسسة العمومية الإستشفائية والذي يمثل الإعتمادات والمناصب المالية للسنة الحالية .

المرحلة الثانية: إعداد المخطط السنوي لتسيير الموارد البشرية: بعد الحصول على المناصب المالية والإعتمادات للسنة الجارية يقوم مكتب الموارد البشرية بإعداد وإنجاز المخطط السنوي لتسيير الموارد البشرية.

إنجاز المخطط السنوي لتسيير الموارد البشرية: ويحتوي على ثلاثة أجزاء :

الجزء الأول : من الجدول 01 إلى غاية الجدول 03: ويتعلق بوضعية المستخدمين.

جدول 01: يتعلق بميكلة التعداد إلى غاية 31 | 12 من السنة الفارطة.

جدول 02: الهيئات الاستشارية المتمثلة فيلجان الطعن واللجان متساوية الأعضاء وصلاحيية اللجان وقراراتها.

جدول 03 : جدول خاص بتنظيم المسابقات ومجمل القرارات المتعلقة بسيرورة المسابقات.

الجزء الثاني: الجدول 04 إلى غاية الجدول 07: يضم هذا الجزء مختلف عمليات تسيير الموارد وكذا أجال إنجازها وفقا للسنة المالية المتوقعة :

جدول 04: المخطط التوقعي للتوظيف للسنة الحالية، ومحمل التعداد المالي للمناصب العليا.

جدول 05: جدول بياني لعمليات التسيير التوقعي للموارد البشرية والمقررة خلال السنة الجارية.

جدول 06: الجدول التوقعي للإحالة على التقاعد/القوائم الاسمية/ التواريخ التوقعية للإحالة /عدد المناصب المتوقعة.

جدول 07: المخطط التوقعي لتنظيم والتكوين وتحسين المستوى حسب كل سلك ورتبة تكون داخلية أو خارجية.

الجزء الثالث: الجدول 08 إلى غاية الجدول 13: ويتعلق بالمراقبة درجة إنجاز المخطط لتسيير التوقعي للموارد البشرية التي تقوم بها مصالح التوظيف العمومي .

جدول 08: خاص بمتابعة ومراقبة حركات المستخدمين إلى غاية 12/31 من السنة المعنية

جدول 09: خاص بكامل الأعوان المتعاقدين إلى غاية 12/31 من السنة المعنية

جدول 10: استمارة مراقبة عملية التوظيف على أساس المسابقات وهو معد لكامل عملية التوظيف عن طريق المسابقة على أساس الشهادة أو الإختبار أو عن طريق الفحص المهني لكل سلك أو رتب.

جدول 11: استمارة مراقبة العملية عن طريق الترقية الاختيارية والكفاءة المهنية المسجلين في قائمة التأهيل .

جدول 12: إستمارة مراقبة التوظيف عن طريق التكوين حسب كل رتبة أو سلك .

جدول 13: إستمارة مراقبة مخطط التوظيف على أساس الشهادة المهنية

المرحلة الثالثة: بعد الانتهاء من إعداد المخطط السنوي لتسيير الموارد البشرية يتم إرساله إلى مفتشية الوظيفة العمومية للولاية مرفقا ب:

- دفتر التعديلات المالية للسنة المعنية.

- القائمة الاسمية للمستخدمين إلى غاية 12/31 من السنة المعنية.

- القرار المتعلق بإنشاء لجان المستخدمين ولجان الطعن.

المرحلة الرابعة: يتم دراسة ومراقبة المخطط السنوي لتسيير الموارد البشرية من طرف رئيس مفتشية الوظيفة العمومية للولاية: يكون المخطط خالي من الأخطاء في هذه الحالة يتم التأشير عليه والتوقيع عليه ويتم اعتماده ليرسل إلى المؤسسة العمومية الاستشفائية ليدخل حيز التنفيذ.

وفي حالة وجود أخطاء أو تجاوزات في المخطط، في هذه الحالة يتم تدوين الأخطاء والتحفظات ليعاد إلى المؤسسة العمومية الاستشفائية لتصحيحه وتعديله، بعد ذلك يرسل إلى مفتشية الوظيفة العمومية بالولاية.

ثانيا: ملف التوظيف:

التوظيف هو الحصول على منصب عمل في الإطار القانوني وحسب الأمر 03\06 المؤرخ في 19 يوليو 2006 والمتضمن القانون الأساسي العام للوظيفة العمومية في المواد 74 إلى 82 من الفصل الأول و المتعلقة بالتوظيف. ويخضع التوظيف إلى مبدأ المساواة في الإلتحاق بالوظائف العمومية .

ولقد نظم المرسوم التنفيذي 194\12 المؤرخ في 25 أبريل 2012 الذي يحدد كيفية تنظيم المسابقات و الامتحانات و الفحوص المهنية في المؤسسات و الإدارات العمومية وإجراءاتها.

حسب المنشور رقم 07 المؤرخ في 28 أبريل 2011 المتعلق بمعايير انتقاء في المسابقات على أساس الشهادة للتوظيف في رتب الوظيفة العمومية و تكون كيفية الإلتحاق بالوظائف العمومية عن طريق:

1. التوظيف الخارجي: حيث يتم اختيار المترشحين من خارج المؤسسة العمومية الاستشفائية ويتم ذلك على أساس

المسابقات وهي كالاتي:

- مسابقة على أساس الاختبار

- مسابقة على أساس الشهادة

- مسابقة عن طريق الفحص المهني

2. التوظيف الداخلي: حيث يتم اختيار المترشحين من داخل المؤسسة كما يعد نوع من أنواع الترقية ويتم هذا

التوظيف عن طريق:

- الامتحان المهني

- الفحص المهني

- عن طريق الاختيار - قوائم التأهيل -

❖ **منتوج التكوين:** وله شكلين من التوظيف:

- **منتوج التكوين الداخلي:** مثل المرضى أو مزاولة تكوين خاص في إطار الترقية.

- **منتوج التكوين الخارجي:** خاص بالأشخاص الذين تابعوا تكوين متخصص منصوص عليه في القوانين

الاساسية لدى مؤسسات التكوين المؤهل.

. أما عن الإجراءات الخاصة بالمسابقات: وحسب ما نص عليه المرسوم التنفيذي رقم 12\194 وحسب ما جاء في

التعليمية رقم 01 وتبعا لجدول المناصب الممنوحة للمؤسسة يتم توزيع المناصب وفقا لجدول رقم 04 من المخطط السنوي

لتسيير الموارد البشرية وعليه تبدأ عملية تنظيم المسابقة.

❖ **مقرر فتح المسابقة:** يتضمن هذا المقرر فتح المسابقات والامتحانات و الفحوص المهنية، حسب الحالة بقرار أو

مقرر من السلطة التي لها صلاحية التعيين أو السلطة الوصية حسب ما نصت عليه المادة 10 من المرسوم

التنفيذي 12 | 194 كما يلي:

- الرتبة المطلوبة .

- عدد المناصب الشاغرة.

- نوع الشهادة المطلوبة .

- المؤهلات .

- ملف المترشح .

- أجال إجراءاتها .

- لجنة القبول .

- أجال الطعن .

- لجنة الناخبين.

يمضى هذا المقرر من طرف المدير ويرسل إلى مفتشية الوظيفة العمومية خلال 05 أيام من تاريخ التوقيع.

❖ **مطابقة القرار:** بعد تبليغ نسخة من مقرر فتح المسابقة للوظيفة العمومية فهي تجيز فتح المسابقة خلال 05

أيام من الإضاء حسبما نصت عليه المادة 11 من المرسوم التنفيذي 12 | 194.

❖ **الإشهار:** يكون في جريدتين وطنيتين باللغة العربية والفرنسية وهذا بالنسبة للأصناف من 10 فما فوق أما

بالنسبة للأصناف الأقل من 10 يتم الإشهار و الإعلان عنها في وكالة التشغيل وهذا حسب مانصت عليه

المادة 12 من المرسوم التنفيذي 12 | 194 في أجل قدره 07 أيام .

❖ **إيداع الملفات:** يكون بين 15 إلى 30 يوم من تاريخ الإعلان حسب ما نصت عليه المادة 13 من المرسوم

التنفيذي 12 | 194 من تاريخ الإعلان .

❖ **دراسة الملفات و الرد بالقبول أو الرفض:** قبل 10 أيام من المسابقة حسبما نصت عليه المادة 15 من

المرسوم التنفيذي 12 | 194

❖ **الرد على الطعون:** قبل 05 أيام من تاريخ المسابقة حسب ما نصت عليه المادة 16 من المرسوم التنفيذي

12 | 194

❖ **استدعاء المترشحين للامتحان:** قبل 10 أيام من تاريخ المسابقة حسب ما نصت عليه المادة 25 من

المرسوم التنفيذي 12 | 194 يكون شفوي.

❖ **الاختبار: المقابلة او الاختبار حسب الحالة**

❖ **محضر النتائج النهائية للمترشحين المقبولين:**

✓ - قائمة النجاح النهائية

✓ - قائمة النجاح الاحتياطية

ترسل إلى الوظيفة العمومية حسب المرسوم التنفيذي 12\194 وحسب المادة 29 تكون أقصى مدة تجرى فيها عملية التوظيف 04 أشهر ويمكن عند الانقضاء تمديد هذا الأجل بشهر بمقرر من الوزارة الوصية على هذه المؤسسة أو الإدارة العمومية المعنية في حالة القائمة الاحتياطية فيمهل الناجح مدة شهر ثم يستدعى الناجح في القائمة الاحتياطية حسب المادة 31 من المرسوم التنفيذي 12\194.

ولقد جاء مؤخرا في عملية التوظيف أنه إذا وجد هناك مناصب شاغرة فتكون الأولوية للعاملين في المؤسسة في إطار عقود إدماج حاملي الشهادات و الإدماج المهني و الشبكة الاجتماعية في إطار الإدماج وهذا ما يعتبر توظيف داخلي (التعليم رقم 24 المؤرخة 26 جانفي 2014) .

3. جدول الترقية

فيما يخص المفاهيم النظرية المتعلقة بالترقية والأطر القانونية :

بعد تعيين الموظف يكون خاضع للمتابعة و التقييم المستمر التي تسمح له بالترقية من درجة إلى درجة أعلى منها. وحسب الأمر 06\03 المؤرخ في 19 يوليو 2006 والمتضمن القانون الأساسي العام للوظيفة العمومية وبالتحديد المادتين 97\98 من الفصل الرابع والمتعلقة بتقييم الموظف فإنه يخضع كل موظف أثناء مساره المهني إلى التقييم المستمر والدوري الذي يهدف إلى تقييم مؤهلاته ويؤدي هذا التقييم إلى:

- الترقية في الدرجات .

- الترقية في الرتبة.

- منح امتيازات مرتبطة بالمردودية وتحسين الأداء.

- منح الأوسمة التشريفية و المكافآت .

حسب الأمر 06\03 والمادتين 106 و 107 من الفصل السادس و المتعلق بالترقية في الدرجات والترقية في الرتب فإنه:

- تتمثل الترقية في الدرجات في الانتقال من درجة إلى الدرجة الأعلى منها مباشرة وتتم بصفة مستمرة حسب الوتائر والكيفيات التي تصدر عن طريق التقييم.
 - وتتمثل الترقية في الرتبة في تقدم الموظف في مساره المهني وذلك بالانتقال من رتبة إلى الرتبة الأعلى مباشرة في نفس السلك أو في السلك الأعلى وتتم كما يلي:
 - على أساس الشهادة من بين الموظفين الذين تحصلوا خلال مسارهم المهني على الشهادة المؤهلة.
 - بعد تكوين متخصص.
 - عن طريق امتحان مهني أو فحص مهني.
 - عن طريق الاختيار وهو التسجيل في قائمة التأهيل وذلك بعد أخذ رأي اللجنة متساوية الأعضاء وتكون بين الموظفين الذين يثبتون الأقدمية.
- ملاحظة:** لا يستفيد الموظف من الترقية عن طريق التسجيل في قائمة التأهيل مرتين متتاليتين.
- حسب الأمر رقم 07-304 المؤرخ في 18 رمضان عام 1428 هـ الموافق لـ 30 سبتمبر 2007 م، في المواد من 09 إلى 16 من الفصل الثاني و المتعلق بالخبرة المهنية فإنه:
- يتجسد تسمين الخبرة التي اكتسبها الموظف في ترقية في الدرجة.
 - تتمثل الترقية في الدرجة في الانتقال من درجة إلى درجة أعلى منها مباشرة، بصفة مستمرة، في حدود 12 درجة حسب مدة تتراوح بين 30 و 42 سنة.
 - تحدد الأقدمية المطلوبة للترقية في كل درجة بثلاث مدد ترقية على الأكثر، دنيا ومتوسطة وقصوى
- الدنيا : 2 سنة و 6 أشهر / المتوسطة : 3 سنوات/القصوى: 3 سنوات و 6 أشهر**
- يستفيد الموظف من ترقية في الدرجة إذا توفرت لديه في السنة المعتبرة الأقدمية المطلوبة في المدد الدنيا والمتوسطة و القصوى ، تكون تباعا حسب النسب 4 و 4 و 2 من ضمن عشرة (10) موظفين .

- تتم الترقية في الدرجة بقوة القانون حسب المدد القصوى مع مراعاة أحكام المادة 163 من الأمر رقم 03-06 المؤرخ في 15 يوليو سنة 2006 ، و بالتالي فإن الترقية من درجة إلى أخرى بالمدة القصوى حق مكتسب مع مراعاة أحكام المادة 163 من الأمر رقم 03-06 والتي تبين العقوبات التأديبية فالعقوبة من الدرجة الثانية نجد الشطب من قائمة التأهيل ومن الدرجة الثالثة التنزيل من درجة إلى درجتين أو من الدرجة الرابعة التنزيل إلى الرتبة السفلى مباشرة .
- يستفيد الموظف صاحب منصب عال أو وظيفة عليا في الدولة من الترقية في الدرجة بقوة القانون حسب المدة الدنيا ، خارج النسب المنصوص عليها في المادة 12 أعلاه .
- يعاد تصنيف الموظف الذي رقي إلى رتبة أعلى في الدرجة الموافقة للرقم الاستدلالي الذي يساوي أو يعلو مباشرة الرقم الاستدلالي للدرجة التي يجوزها في رتبته الأصلية.
- و يحتفظ بباقي الأقدمية و يؤخذ في الحسبان عند الترقية في الرتبة الجديدة .
- و في بعض الحالات فإن الترقية في الرتبة يقابلها النزول في الدرجة.
- إذا كان الموظف قد مارس نشاطا مدفوع الأجر قبل توظيفه ، فإنه يستفيد بعد ترسيمه في رتبته ، من احتساب الخبرة المهنية المكتسبة بمعدل :

1.4 % من الراتب الأساسي عن كل سنة نشاط في المؤسسات و الإدارات العمومية،

0.7 % من الراتب الأساسي عن كل سنة نشاط في قطاعات أخرى

❖ **جدول الترقية:** يعتبر أحد الوثائق التي تعد على مستوى مكتب تسيير الموارد البشرية يسجل فيها الموظفين الذين

يستوفون الشروط القانونية لترقية في الدرجة وتعد هذه القائمة قبل 12\15 من السنة التي أعدت من أجلها وهي

صالحة للسنة وتقدم إلى لجنة متساوية الأعضاء.

■ إعداد القائمة الاسمية حسب كل: سلك, رتبة, ودرجة

- يرتب الموظفين حسب التنقيط بداية من الأحسن وفي حال التساوي يتم النظر في السن والحالة العائلية وعدد الأولاد و السيرة المهنية للعامل.
- تسجيل تاريخ السريان أحر ترقية في الدرجة
- يعد تسجيل المعطيات وإتمام القائمة النهائية
- عرضها على اللجنة متساوية الأعضاء.
- تقوم بإعداد محضر الاجتماع .
- إعداد جداول مستخرج من مقرر الترقية في الدرجات خاص بكل رتبة وإعطاء نسخة إلى مصلحة الأجور.

المبحث الثاني: المديرية الفرعية للمالية والوسائل

تعتبر هذه المديرية من أهم المديريات الفرعية في المؤسسة الاستشفائية فهي تختص بإدارة الشؤون المالية والمحاسبية والاقتصادية كما تقوم بتحضير برامج عمل خاصة بالتسيير والتجهيز بحيث تضع هذه المديرية الفرعية مخططات النشاط للسنة المالية من اجل تحصيل الإيرادات للميزانية و تقوم بتنفيذها من خلال صرف النفقات المبوبة في كل عنوان، و ذلك تبعا لدراسات تحليلية بغرض إصلاح وتجهيز هياكل. والوحدات الصحية با اختلاف تخصصاتها ووظائفها من حيث توفير الخدمات للمريض من تغذية وعلاج وظروف الإقامة

تلبية لاحتياجات المؤسسة هناك بالمديرية مكاتب و مصالح تتعامل فيما بينها، وتقتصر مهامها بصورة رئيسية على التنسيق و دراسة الطلبات لتوفير الإمكانيات الضرورية اللازمة لضمان حسن السير لكل المصالح تماشيا مع أبواب الميزانية.

اولا: المكاتب:

تظم هذه المديرية الفرعية ثلاث مكاتب و هذا طبقا للقرار الوزاري المشترك المؤرخ في 3 محرم 1431 هـ الموافق لـ 20 ديسمبر 2009 المتضمن التنظيم الداخلي للمؤسسات العمومية الاستشفائية.

1. مكتب الوسائل العامة و الهياكل: يقوم هذا المكتب بمتابعة جميع وسائل و هياكل المؤسسة
2. مكتب الصفقات العمومية: يقوم بمتابعة جميع إجراءات الصفقات العمومية.
3. مكتب المالية و المحاسبة: يعتبر هذا المكتب كمكتب استشاري للمدير و المدير الفرعي للمالية و الوسائل إذ يقدم له اقتراحات في مشروع الميزانية (الأولية و الإضافية) من اجل تقسيم وكذلك تقدم الوضعية المالية التي تبين حالة المؤسسة و هذا من اجل اتخاذ القرارات اللازمة ، كما أن لهذا المكتب صلة مباشرة مع أمين الخزينة (محاسب المؤسسة) من اجل المتابعة المالية للمؤسسة حيث يقوم هذا المكتب بالمهام التالية:

- إعداد الميزانية الأولية و الإضافية برأي استشاري.

- إعداد الوضعية المالية للمؤسسة .

- إعداد الحساب الإداري.

- إعداد حوالات الدفع لمختلف الفواتير من اجل التسديد.
- يوفر له السند القانوني لتنفيذ النفقات الاتفاقية أو الصفقة
- و يستخدم مكتب المالية و المحاسبة السجلات التالية:
- سجل النفقات حسب طبيعة الاقتطاع في الميزانية للالتزامات.
- سجل النفقات حسب طبيعة الاقتطاع في الميزانية للحوالات المسددة.
- سجل تسجيل الحوالات المنجزة والمحرورة.

ثانيا: المصالح

تقوم المديرية الفرعية للمالية و الوسائل بالإشراف على هذه المصالح وتهدف في مجملها إلى توفير الإمكانيات اللازمة والتسيير الجيد للمؤسسة.

1. **مصلحة التموين والصرف اليومي:** يسيّر هذا المكتب كل ما يخص التموين بالغذاء ومواد التنظيف وتسيير المخزون والمطبخ(من دخول وتخزين وإخراج لمختلف المواد والسلع).
2. **مصلحة حفظ الملابس والغسل** تختص هذه المصلحة با تخزين الملابس و الافرشة وسهر على نظافتها
3. **مصلحة التحصيل:** يقوم بمتابعة جميع مراحل التحصيل
4. **الحظيرة:** حيث يقوم رئيس المصلحة بتسيير هذا وفقا لمتطلبات المؤسسة من متطلبات المصالح الطبية والإدارية (كل حسب المهمة) وتسيير البنزين وقطاع الغيار الخاصة بالسيارات ومتابعة الحالة الخاصة بكل المركبات (سيارات الإسعاف، النقل الإداري، شاحنات النقل بالنسبة للأدوية والعتاد... الخ
5. **مصلحة الصيانة:** وتتكفل بالمهام التالية:
- ✓ الترميمات على مستوى المؤسسة العمومية الاستشفائية، وإصلاح الأضرار المختلفة
6. **المخازن:** يتواجد على مستوى المؤسسة العمومية الاستشفائية عدة مخازن، وذلك حسب نوعية الوسائل والعتاد والسلع.

المطلب الأول: مكتب المقتصدية

الصفقات العمومية و إجراءات الاستشارة: حسب المرسوم الرئاسي رقم 10-236 المؤرخ في 28 شوال عام 1431 الموافق ل 07 أكتوبر 2010، المتضمن تنظيم الصفقات العمومية. المعدل و المتمم بالمرسوم الرئاسي رقم: 12-23 المؤرخ في 2012./01/18

1 تعرف الصفقة العمومية: على أنها: "عقود مكتوبة في مفهوم التشريع المعمول به تبرم وفق الشروط المنصوص عليها في هذا المرسوم، قصد إنجاز الأشغال واقتناء اللوازم و الخدمات والدراسات لحساب المصلحة المتعاقدة. "

تكون محل صفقة كل الطلبات التي يفوق مبالغها 8000000 دج بالنسبة للخدمات الأشغال واللوازم و 4000000 دج للدراسات والخدمات وهذا حسب المادة 06 من المرسوم الرئاسي. 10/236 المتضمن تنظيم الصفقات العمومية

2 أطراف الصفقات العمومية: تبرم الصفقات العمومية عادة بين طرفين الطرف الأول الدولة أو المؤسسة العمومية و شخص خاص يمكن أن يكون هذا الأخير شخصا طبيعيا أو اعتباريا فيتفقان على تنفيذ عملية محددة، ذلك أن إبرام الصفقات العمومية يستلزم تبادل إرادتين من جهة الجماعة العمومية وهي الدولة، و الهيئات العامة، ومن جهة ثانية المقاول أو التاجر و الذي يعتبر شخص طبيعي أو معنوي.

وتدعى الأشخاص المعنوية العامة في قانون الصفقات العمومية بالمصلحة المتعاقدة.

كما أضاف قانون الصفقات العمومية المؤسسات الاقتصادية عندما تكلف هذه المؤسسات بإنجاز عملية ممولة كليا أو جزئيا من ميزانية الدولة.

3 كفايات إبرام الصفقات العمومية:

تبرم الصفقات العمومية تبعا لإجراء المناقصة الذي يشكل القاعدة العامة في إبرام الصفقات العمومية أو وفق إجراء التراضي،.

❖ **أسلوب المناقصة العامة:** هو إجراء يستهدف الحصول على عروض من عدة متعهدين متنافسين باللجوء إلى

إلزامية الإشهار مع تخصيص الصفقة للعارض الذي يقدم أفضل عرض وهي تأخذ احد الأشكال الآتية

- المناقصة المفتوحة: يمكن من خلالها أي مترشح أن يقدم تعهدا
- المناقصة المحدودة: لا يسمح بتقديم العروض إلا للمترشحين الذين تتوفر فيهم بعض الشروط الخاصة
- الاستشارة الانتقائية: وهذا بحسب المادة 06 من المرسوم 10-236 هي الإجراء يكون المترشحون المرخص لهم بتقديم عروضهم و الذين لا ينبغي أن يقل عددهم عن ثلاث هم المدعوون خصيصا للقيام بذلك بعد انتقاء أولي للمترشحين الذين تتوفر فيهم الشروط من طرف المؤسسة العمومية الاستشفائية. يتضح هذا الأسلوب بشأن العمليات المعقدة والهامة. و تكون قائمة المترشحين محددة بقائمة .
- المزايدة: هي إجراء الذي تمنح فيه الصفقة للمتعاقد الذي يقدم العرض الأقل ثمنا وهي تشمل العمليات البسيطة من النمط
- المسابقة: هي إجراء يضع فيه رجال الفن في منافسة قصد إنجاز عملية تشمل الجوانب التقنية أو الاقتصادية أو جمالية أو فنية خاصة
- ❖ التراضي: هو إجراء تخصيص صفقة لمعامل متعاقد واحد دون الدعوة الشكلية إلى المنافسة، ويأخذ شكل التراضي البسيط أو التراضي بعد الاستشارة.
- كيفية إجراء الصفقات العمومية: تبرم الصفقات وفق إجراء المناقصة الذي يشكل القاعدة العامة أو وفق إجراء التراضي.
- الإعلان عن الصفقة: بعد التحضير للصفقة باختيار المشروع وفقا للحاجات الاجتماعية والاقتصادية، وكذا دراسة إمكانية تنفيذ المشروع من الناحية الفنية ودراسة تكاليف المشروع ومقارنتها بالمردود الاقتصادي.
- تقوم المصلحة المتعاقدة بإعلام جميع الراغبين في التعاقد بموضوع الصفقة المراد إبرامها ووسيلتها في ذلك هي الإعلان والإشهار الصحفي عن الصفقة وأن ينشر إجباريا في النشرة الرسمية لصفقات المتعامل العمومي.
- سحب دفتر الشروط: وهذا من خلال المؤسسة العمومية من طرف المتعاهدين وهذا مقابل مبلغ وذلك حسب المبلغ الصفقة الذي يمثل مصاريف الطباعة تودع العروض على مستوى مديرية المؤسسة العمومية الاستشفائية في حسابها الجاري و يتضمن دفتر الشروط على :

➤ رسالة تعهد

➤ التصريح بالاكتتاب

➤ التصريح بالنزاهة

إرسال العروض في ظرف مزدوج مغلق: حددت المادة 51 من المرسوم 10-236 المتضمن تنظيم الصفقات العمومية،

ضرورة أن تشمل التعهدات على عرض تقني و عرض مالي، كما يجب أن يوضع كل من العرض التقني و العرض المالي في ظرف منفصل ومقفل ومختوم يبين كل منهما مرجع المناقصة وموضوعها، ويتضمنان عبارة "تقني" و"مالي"، وأن يوضع

الظرفان في ظرف آخر مقفل يحمل عبارة "لا يفتح - مناقصة رقم.....- موضوع المناقصة

حيث يحتوي الملف العرض التقني والعرض المالي على:

أولاً: العرض التقني: يتضمن

1. التصريح بالاكتتاب (نموذج من دفتر الشروط)
2. نسخة من السجل التجاري(مصادق عليها في الغرفة التجارية)
3. شهادة السوابق العدلية رقم03 (مصادق عليها)
4. الوثائق الجبائية والشبه جبائية (مصادق عليها)
5. نسخة من جدول الضرائب(مصادق عليها)
6. الحصيلة المالية للسنوات الثلاث الأخيرة (مصادق عليها)
7. شهادات تثبت الخبرة في خدمات مماثلة لموضوع الصفقة.
8. تعهد ممضي من طرف المتعهد على إلزامية نقل السلع على عاتقه مع تحديد مدة التسليم.

ملاحظة: يوضع هذا العرض في ظرف واحد مغلق ومكتوب عليه (عرض تقني).

ثانياً: عرض مالي: يتضمن

1. شهادة نزاهة

2. رسالة التعهد ينزع من دفتر الشروط وممضى ويختتم من قبل صاحب العرض.

3. جدول الأسعار مملوء وممضى من طرف المتعهد ويحتوي على كافة الرسوم.

4. دفتر الشروط ممضى من طرف المتعهد ومختوم على كل الصفحات.

ملاحظة يوضع هذا العرض في ظرف مغلق ومكتوب عليه (عرض مالي).

تحديد أجل إيداع الملفات: تكون أجل إيداع الملفات محددة من طرف المؤسسة بالمدة والساعة.

لجنة فتح الاظرفة: حسب المادة 121 من المرسوم 236/10 نصت " تحث الرقابة الداخلية لجنة دائمة لفتح الاظرفة

لدى كل مصلحة متعاقدة ، يحدد مسؤول المصلحة بموجب مقرر تشكيلة اللجنة المذكورة في إطار الإجراءات القانونية و

التنظيمية المعمول بها "

✓ المراقبة الدقيقة و المقارنة بين الطلب المقدم من طرف المؤسسة مع عروض المتعاملين.

✓ بعد ثبوت التطابق بين الطلب و العرض، تبدأ اللجنة بإعطاء التنقيط لكل متعامل وحسب كل حصة.

✓ يكون التنقيط للعرض التقني أولا وللمرور من العرض التقني إلى العرض المالي يكون المتعهد قد تجاوز نصف

التنقيط المعطى للعرض التقني للمرور إلى العرض المالي

✓ ويكون المارين إلى العرض المالي أكثر من 03 متعهدين

✓ يوقع الحاضرين على محضر الاجتماع المعد من طرف رئيس مكتب الصفقات.

✓ يتم إعلان الفائزين .

أما في حالة عدم جدوى لأنها عدم توفر على العدد الكافي من المتعاملين المحدد قانونا معظم الحصص تتجه إلى عدم

جدوى.

ملاحظة: أما فيما يتعلق بالأدوية فإن هناك متعامل واحد فقط في السوق الجزائرية وهو الصيدلية المركزية للمستشفيات.

وتتمثل مهمة لجنة فتح الاظرفة في :

✓ تثبيت تسجيل صحة العروض في سجل سحب العروض الذي فيه رقم ترتيب سحب العروض، اسم المتعامل ، تاريخ السحب ، ختم المتعامل .

✓ سجل تقديم العروض الذي فيه رقم ترتيب تقديم العروض ، اسم المتعامل، تاريخ الإيداع وختم المتعامل
تحرر هذه اللجنة محضر اجتماع يوقعه مع الأعضاء .

لجنة تقييم العروض: المدير هو الذي يعين هذه اللجنة، بحيث تتولى تحليل العروض، وكذلك إقصاء العروض غير مطابقة لد فتر الشروط وتحضر هذه اللجنة محضرا يوقعه جميع الأعضاء .

الاستشارة

الاستشارة هي إجراء يكون بين المؤسسة وأحد المتعاملين الذين يقدمون عرض جيد فيما يخص الأشغال و اللوازم التي يحتاجها المستشفى و التي يكون مبلغها يساوي أو اقل من 8000000 دج أو الخدمات و الدراسات التي يكون مبلغها أقل من 4000000 دج، وتؤدي هذه الاستشارة إلى إبرام عقد بين الطرفين تتمثل الأشغال في بناء أو صيانة أو تأهيل أو ترميم أو هدم مصلحة إدارية أو إستشفائية تتمثل في اللوازم و العتاد و مواد التجهيزات الطبية تتمثل الدراسات في الإشراف على الأشغال، دراسة المشروع من جانبه التقني.

إجراءات الشراء وإنشاء الطليبة و الخدمة المنجزة.

بعد إجراءات الاستشارة تبرم اتفاقية بين المؤسسة العمومية الإستشفائية والمتعامل الذي فاز بالاستشارة

شروط الاتفاقية:

✓ السلع المطلوبة تكون من النوعية الجيدة وتوافق الشروط و المواصفات المبينة في دفتر الشروط

✓ الأسعار تكون ثابتة و غير قابلة للمراجعة

✓ المتعامل يقوم بتسليم السلع في أماكن ومحلات المؤسسة

✓ السلعة التي لا تستوفي المواصفات ملزم قانونيا بتعويضها

بعد إبرام الاتفاقية تقوم المؤسسة بإعداد الطلبية و ترسل إلى المتعامل يقوم هذا الأخير بتنفيذ بناء على الطلب حيث يؤتى بالمواد والسلع المتفق عليها ويسلمها إلى مخازن المؤسسة (المخزن العام، مخزن المواد الغذائية، مواد النظافة، مخزن الخردوات) بعد مراقبتها و التأكد من المواد والسلع المتفق عليها وذلك بوصول يسمى وصل التسليم الذي يختم من طرف أمين المخزن والمتعامل المتعاقد ، ثم يقوم المتعامل بتحرير فاتورة موضوع الطلبية وتقدم وتراقب من طرف أمين المخزن مع وصل الاستلام وإذا تطابقت الفاتورة مع وصل الاستلام توضع الخدمة منجزة خلف الفاتورة .

بعد إجراءات الشراء كيفية توزيع السلع و المواد إلى مصالح المختلفة للمؤسسة تكون كالتالي :

تعد كل مصلحة سواء كانت إستشفائية أو إدارية أو تقنية وثيقة تسمى (وصل ل) BON POUR الذي يسجل فيه احتياجات المصلحة تختم عليه من طرف مسؤول المصلحة وترسل إلى المدير الفرعي للمالية والوسائل للختم وترسل النسخ من هذا الوصل إلى مكتب حساب التكاليف ونسخة تحتفظ بها في المخزن والنسخة الأخيرة تسترجع إلى المصلحة ويتم توزيع المواد والسلع بناء على وفرتها

سجلات المخازن : يوجد بالمخازن السجلات التالية :

✓ سجل المدخلات : يسجل فيه كل المواد والسلع التي دخلت فعلا إلى المخازن بالكمية والتاريخ حيث لكل متعامل جزء خاص به في هذا السجل.

✓ بطاقة المخزن : لكل مادة أو سلعة لها بطاقة خاصة بها وهي مقسمة إلى قسمين:

1. المدخلات : يوجد بها تقريبا كل ما هو موجود في سجلات المدخلات

2. المخرجات : يسجل بها كل المواد التي خرجت من المخازن

ملاحظة : يكون هناك سجل يسمى باليد التجارية يكون ممضي من طرف المدير الفرعي للمالية والوسائل بالمدخلات

والمخرجات والفرق الذي بينهما هو الباقي في المخزن

السجل اليومي العام و يخص بجرد فواتير اللوازم التي تقتنيها المؤسسة و التي تكون من المثاليات التي يقل ثمنها عن 300

دج يصعب جردها بشكل منفرد في سجل الجرد السنوي ويتكون من :

رقم الحصة، الفاتورة الكمية، السعر الوحدوي، المبلغ الإجمالي، ويكون ممضي من طرف المدير الفرعي للمالية والوسائل.

سجل الجرد السنوي: أهميته تكمن في ترقيم الآلات أو معدات المتواجدة في مصالح وهذا لتسهيل معرفة مكانها وكذا

معرفة الحركة التي قد تشهدها في العام.

سجل الجرد: ويتكون هذا السجل من:

تاريخ /رقم الجرد: من/إلى الموضوع/المصدر/التوجيه/السعر الوحدوي /الكمية / المبلغ الإجمالي كما يقوم بمراقبة الفاتورة من

النواحي التالية: مراقبة الأسعار ومطابقتها مع دفتر الشروط شكل الفاتورة مقارنتها مع القوانين من حيث المعلومات

الجبائية السجل التجاري وكذلك يبين المبلغ بالأرقام والأحرف

كيفية التأشير على وصول الخدمة حيث تبدأ هذه العملية من وصول الفاتورة ثم تسجيلها ووصول السلعة ومصادقة

أمين المخزن والمصادقة عليها.

وهكذا يكون قد تمت وصول الخدمة وتختتم الفاتورة من الخلف بختتم الخدمة منجزة

كيفية إعداد حوالة الدفع حيث تتكون من :

❖ الدائن أو المستفيد

❖ الدفع الخاص بشهر

❖ موضوع الدفع المقدم للقابض

❖ المبلغ

ترفق الحوالة بالوثائق وتسجل في هذه الحوالة جميع المعلومات المتعلقة بالموارد وتكون ممضية من طرف الأمر بالصرف

وأمين الخزينة ما بين البلديات وكذلك بطاقة الالتزام التي تكون مرفقة بحوالة الدفع

ترسل حوالة الدفع مرفقة بنسخة من الفاتورة وبطاقة الالتزام إلى المراقب المالي حتى يقوم بالتأشير عليها تكون هذه

المراقبة من حيث :

❖ الميزانية

❖ القروض المفتوحة في العنوان والباب المخصص لها

❖ تسديد الفاتورة حسب العنوان وحسب الأبواب والمواد

❖ إذا كانت القروض المفتوحة كافية للتسديد

وبعد التأشير عليها من قبل المراقب المالي ترسل إلى أمين الخزينة مابين البلديات والذي يقوم بدوره بنفس المراحل التي قام بها المراقب المالي وبعد التأكد يسدد مبلغ الفاتورة تسجل هذه الحوالة في سجل الحوالات و يوضع لها ترقيم.

المطلب الثاني: مكتب المالية

الميزانية: هي الوثيقة التي تدون عليها الإيرادات المقدرة أو المنتظر تحصيلها لمواجهة النفقات أو المصاريف من احتياجات المؤسسة خلال مدة زمنية محددة عادة ما تكون سنة واحدة حيث تلخص مبالغ الميزانية في جدول مفصل يضم شقين ، الشق الأول يتمثل في الإيرادات ، الشق الثاني يتمثل في النفقات ويقسم إلى عنوانين و كما أن كل عنوان يقسم إلى أبواب وكل باب إلى مواد ، وسنتطرق إلى:

❖ إنشاء الميزانية

❖ تسيير المستحقات

❖ إعداد الحساب الإداري

❖ الوضعية المالية

1 فيما يخص إنشاء الميزانية و الذي يتم على مستوى مكتب المالية تبعا لمراحل معينة انطلاقا من توقعات و تقديرات وصولا إلى إعداد الميزانية في شكلها النهائي.

بالنسبة لمدونة الميزانية فهي كالتالي:

الفرع الأول: الإيرادات

➤ العنوان الأول: الإيرادات: يوجد به

- الباب 01 مساهمة الدولة: به مادة وحيدة مساهمة الدولة مجموع الباب 01
- الباب 02 مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي: به مادة وحيدة، مجموع الباب 02
- الباب 03 مساهمة المؤسسات والهيئات العمومية: به مادة وحيدة، مجموع الباب 03
- الباب 04 إيرادات متحصل عليها من نشاط المؤسسة: به 05 مواد، مجموع الباب 04
- الباب 05 إيرادات أخرى: به 03 مواد، مجموع الباب 05
- الباب 06: مساهمة الدولة به مادة وحيدة: أرصدة المؤسسات السابقة مجموع الباب 06 الابواب (6، 5، 4، 3، 2، 1). مجموع العنوان.

الفرع الثاني: النفقات

➤ العنوان الأول: نفقات المستخدمين: يوجد به

- الباب 01 مرتبات المستخدمين المرسمين والمتربصين والمتعاونين: به 03 مواد، مجموع الباب 01
- الباب 02 التعويضات و المنح المختلفة: بها 49 مادة تفصل كل تعويض لوحده مجموع الباب 02
- الباب 03 مرتبات المستخدمين الداخليين والخارجيين: به 05 مواد، مجموع الباب 03
- الباب 04 مرتبات المستخدمين المتعاقدين: يوجد به 04 مواد، مجموع الباب 04
- الباب 05 الأعباء الاجتماعية للمستخدمين المرسمين والمتربصين والمتعاونين: به 04 مواد مجموع الباب 05.
- الباب 06 الأعباء الاجتماعية للمقيمين، الداخليين والخارجيين: به 04 مواد، مجموع الباب 06
- الباب 07 الأعباء الاجتماعية للمستخدمين للمتعاقدين: به 04 مواد، مجموع الباب 07

الباب 08 معاشات الخدمة للأضرار الجسدية وبيع حادث العمل: به 03 مواد، مجموع الباب 08

الباب 09 المساهمات في الخدمات اجتماعية : به 03 مواد مجموع الباب 09

مجموع كل الأبواب هو مجموع الأول

➤ العنوان الثاني: نفقات التسيير: يوجد به 17 باب

الباب 01 تسديد المصاريف : به 10 مواد مجموع الباب 01

الباب 02 مصاريف قضائية وتعويضات مستحقة على عاتق الدولة : به مادة وحيدة مجموع الباب 02

الباب 03 عتاد وأثاث : به 12 مادة . مجموع الباب 03

الباب 04 لوازم: به 06 مواد، مجموع الباب 04.

الباب 05 ألبسة: به مادة وحيدة، مجموع الباب 05

الباب 06 تكاليف ملحقة: به 8 مواد، مجموع الباب 06

الباب 07 حظيرة السيارات: به 9 مواد، مجموع الباب 07

الباب 08 صيانة و تصليح المنشآت القاعدية : به 04 مواد، مجموع الباب 08

الباب 09 مصاريف التكوين وتحسين الأداء وإعادة التأهيل والتربص للمستخدمين: به 03 مواد، مجموع

الباب 09

الباب 10 المصاريف المرتبطة بالمؤتمرات و الملتقيات والتظاهرات العلمية الأخرى: به مادتين مجموع الباب 10

الباب 11 تغذية ومصاريف الإطعام: به 03 مواد مجموع الباب 11

الباب 12 الإيجار: به 03 مواد، مجموع الباب 12

الباب 13 الأدوية، المواد الصيدلانية الأخرى الموجهة إلى الطب الإنساني و الأجهزة الطبية: به 11 مادة،

مجموع الباب 13.

الباب 14 نفقات النشاطات النوعية للوقاية: به 09 مواد، مجموع الباب 14

- الباب 15 اقتناء وصيانة العتاد الطبي وملحقاته وأدواته الطبية: به 07 مواد، مجموع الباب 15
- الباب 16 تسديد المصاريف الإستشفائية والكشف لدى المستشفيات العسكرية والهيئات العمومية بعنوان المرضى المحولين الذين لا يعانون من أمراض تحكمها اتفاقية خاصة : به 03 مواد، مجموع الباب 16
- الباب 17 نفقات البحث الطبي: به 05 مواد مجموع الباب 17.

خلاصة الفصل:

استطعنا في فترة التبرص أن نلم ببعض جوانب نشاطات المؤسسة العمومية الاستشفائية وأهم الأعمال المنجزة على مستوى كل مديرية فرعية وأهم القوانين المطبقة وذلك من خلال ملاحظة سير الأعمال وكذا المقابلات التي أجريناها مع مختلف المدراء الفرعيين ورؤساء المكاتب التي سمحت لنا بالإكتشاف الكامل للمديريات الفرعية للمؤسسة والتنسيق الموجود بين مختلف المديريات الفرعية على مستوى الأعمال لضمان السير الحسن للمؤسسة الاستشفائية و كذا بين المؤسسة العمومية الاستشفائية والوصاية الممثلة في مديرية الصحة.

ويمكنني القول بأن التبرص هو حلقة ضرورية لتكوين إذ يساهم في ملائمة المعارف النظرية التي يتلقاها ضمن التكوين الأكاديمي في المدرسة والمهارات والخبرات التي يكتسبها بالممارسة على الميدان كما أن تزامن هذا التبرص في فترة بداية الدراسة تحديدا يساهم في إعطاء نظرة مسبقة عن الواقع الصحي في المؤسسات الاستشفائية وهي:

- ❖ التكفل بصفة متكاملة و بالحاجات الصحية للسكان و بأقل تكلفة ممكنة.
- ❖ ضمان العلاج الاستشفائي.
- ❖ تطبيق البرامج الوطنية للصحة.
- ❖ ضمان تحسين مستوى مستخدمي المصالح الصحية و تجديد معارفهم.
- ❖ كما تستخدم المؤسسة كميكان للتكوين الطبي و شبه الطبي و التكوين في التسيير الاستشفائي على أساس اتفاقيات تبرم مع مؤسسات التكوين.

ولبلوغ الأهداف المسطرة كان ولا بد من وجود هيكل تنظيمي منسجم يساهم في تحقيق هذه الأهداف وذلك من تقسيم و تنظيم المهام و يشمل الهيكل التنظيمي للمؤسسة الاستشفائية بقصر الشلالة 04 مديريات فرعية:

- المديرية الفرعية للموارد البشرية.
- المديرية الفرعية للمالية والوسائل.
- المديرية الفرعية للنشاطات الصحية.

- المديرية الفرعية لصيانة التجهيزات الطبية والتجهيزات المرافقة.

والتي تعمل بالتنسيق فيما بينها تحت مسؤولية المدير، و ذلك لضمان السير الحسن للمؤسسة الاستشفائية و تقديم أحسن الخدمات باعتبار أن المؤسسة الاستشفائية هي مؤسسة عمومية هدفها ضمان تقديم أحسن الخدمات للمواطن في مجال الصحة، إلا أن هناك بعض النقائص والتي كانت عبارة عن ملاحظات استخلصتها خلال فترة التبرص في مختلف المديريات الفرعية، مكاتبها ومصالحها، والتي تؤدي في مجملها إلى بعض المشاكل بين الموظفين والعمال، والتي تتمثل في:

- ✓ النقص الكبير في الأطباء الأخصائيين رغم كل التحفيزات المقدم من طرف الإدارة وخاصة الاختصاصات الضرورية.
 - ✓ النقص الكبير في سيارات الإسعاف.
 - ✓ نقص في تعداد الإطارات المسيرة والكفاءات.
 - ✓ إن الفترة المقررة للتبرص لم تكن كافية لي للسماح بالإلمام بجميع المواضيع بشكل عام وهذا نظرا لكثرة المصالح والمكاتب والهياكل الصحية المتعددة والفروع، من خلال تشعب مهامها ونشاطاتها.
 - ✓ نقص في عمال الصيانة.
 - ✓ نقص في عمال الأمن.
- ومن بين الاقتراحات نذكر بعض النقاط:
- ✓ العمل على تحفيز العمال.
 - ✓ المراقبة المستمرة على المصالح و العمال.

خاتمة عامة

انعكست الأزمة الاقتصادية والاجتماعية التي مرت بها البلاد من خلال نهاية الثمانيات والتسعينات على أن المنظومة الصحية وخاصة فيما يتعلق بالجانب التمويلي، حيث أصبحت المؤسسات الصحية تعاني من ضغط الطلب المتزايد المدفوع بالنمو الديمغرافي، وكذا تدهور الوضع الصحي للمحيط.

ولهذا أصبح من الضروري إصلاح المنظومة الصحية، لتمكينها من إدخال أساليب وأدوات حديثة في التسيير بغية التوظيف الأمثل للموارد المتوفرة وتمثل هذه الإصلاحات في:

- التخطيط الفعال للعرض وإشترك كل الفاعلين في المنظومة الصحية يتسنى تحقيق الأهداف المرجوة.

- التفكير في اعتماد أسلوب المقابلة من الباطن فيما يتعلق بأنشطة الإطعام، التنظيف، صيانة العتاد والتجهيزات، وكل الأنشطة الفرعية التي تساهم بصفة غير مباشرة في إنتاج خدمات العلاج.

وعلى هذا الأساس وبناء على الإشكالية المطروحة و الخطة المتبعة البحث توصلنا إلى ان محاسبة المستشفيات لها دور فعال وهام في تسيير و تنظيم ميزانية المستشفيات و ذلك من خلال البحث المتضمن دراسة ميدانية للمؤسسة العمومية للصحة الحوارية بدائرة قصر الشلالة.

2- نتائج إختبار الفرضيات:

- إختبار الفرضية الأولى: نصت على أن طبيعة الخدمات الصحية وتنوع مصالحها تستدعي اللجوء إلى إستخدام

عدة محاسبات. ولقد تم التأكيد على صحة هذه الفرضية من خلال دراسة الفصل الثاني والدراسة الميدانية.

- إختبار الفرضية الثانية: نصت هذه الفرضية على ما يلي: إن طبيعة الخدمات الصحية تنعت بالإهمال المحاسبي

بسبب أنها عمومية إضافة أنها تقدم خدمات مجانية.

إن الخدمات الصحية هي عمومية ومجانبة إلا أنها تقيد بواجبات تفرض عليها مثل: شرط تغطية الإيرادات

المقدمة للنفقات الواجبة عليها، وتحاسب على أي إهمال في الإيرادات المقدمة من خلال المعاينة كل ثلاث أشهر

من قبل الجهة المعنية.

خاتمة عامة

- إختيار الفرضية الثالثة: وهي إرتفاع تكاليف المنظومة الصحية في الجزائر لا تنحصر فقط في إرتفاع نفقات التجهيز ونفقات التسيير بل يرجع إلى سوء التسيير وإستعمال الموارد المتاحة بصفة غير عقلانية ثم التأكيد على الصحة هذه الفرضية في ما يلي: المنظومة الصحية كونها عمومية تنفق عليها الدولة يودي ذلك إلى إستعمال الموارد بصفة غير عقلانية و سوء تسييرها وذلك قلة المراقبة المستمرة.

النتائج: نعرض في هذا الجزء نتائج سواء من الناحية النظرية أو الدراسة الميدانية وهي:

1. في مجال التسيير، قررت الجهات الوصية على القطاع الصحة إدخال الإصلاحات واسعة تتعلق خاصة بتشخيص وظيفية الصيانة.

2. إن تطور حجم الإنفاق لا يتماشى كل الهياكل الصحية، كما أن طرق التمويل الحالية لا تتوافق التحولات الإقتصادية الجارية.

3. تتمتع المؤسسة العمومية الاستشفائية بمصادر هامة ومعتبرة للإيرادات وذلك ما اثبتته طبيعة الإيرادات خاصة إعانات الدولة والجماعات المحلية وصندوق الضمان الاجتماعي.

4. المحاسبة المعتمدة في المؤسسة العمومية الاستشفائية هي المحاسبة العمومية وفي صدد تطبيق محاسبة المواد لتصريفها للمواد واللوازم، أما محاسبة التكاليف تطبق بصفة محدودة في بعض الأقسام لحساب التكلفة.

5. تعمل مصلحة الإقتصاد في المؤسسة جاهدة على التوزيع الأمثل للإيرادات على مختلف النفقات (مثل شراء الأدوية، المواد الغذائية... إلخ).

التوصيات: على ضوء نتائج البحث، قمنا بتقديم جملة من الإقتراحات والتوصيات إلى إستوحيناها من هذه الدراسة

- يجب على المستشفى مراعات مبادئ المحاسبة في العمليات المحاسبة.
- تطبيق طرق إقتصادية لا عشوائية في تقسيم إيرادات الميزانية على النفقات.
- يجب على المؤسسة القيام بدورات تكوينية لمساعدة عمالها من تأهيلهم وتكوينية من الإطلاع على مختلف الخبرات الاساليب العلمية في هذا المجال الترقية نوعية الخدمة المقدمة.

خاتمة عامة

- إجبارية مسك الملف الطبي وتسجيل كل المعلومات الصحية المتعلقة بالمريض من أول له بالمستشفى إلى غاية الخروج، و الإطلاع على هذه الملفات و الوثائق يجب أن يكون في حدود أخلاقيات المهنة .
- إن نظام محاسبة التكاليف المطبق المؤسسات الصحية لا يوفر تفاصيل دقيقة عن تكاليف الخدمات المقدمة، ومن الضروري إدخال بعض تعديلات عليه وفي هذا ندعو إلى:

1. إن نظام محاسبة التكاليف شهرية

2. إقحام المحاسبة العامة إلى جانب المحاسبة التحليلية و المحاسبة العمومية وتطبق نظام حسابات وطني يسمح بمعرفة حجم الموارد المالية المنفقة وتقييم مساهمة مختلف مصادر التمويل في العمليات الإستغلالية بالمؤسسات الصحية و تحليل عملية توزيع هذه الموارد بين مختلف العارضين للخدمات العلاجية سواء كانوا قطاعات عامة أو خاصة .

– **أفاق البحث:** من خلال دراستنا إلى هذا الموضوع نقول أن عملية تسيير المؤسسة الصحية لا يمكن إعتبارها سهلة كما البعض فالمؤسسة الصحية بطبيعتها منظمة معقدة التركيب و التنظيم عبارة عن محيط مفتوح متعدد الإبعاد و الإسقاطات أما من خلال الدراسة الميدانية أدركنا في المؤسسة العمومية الاستشفائية أدركنا الأهمية البالغة للمحاسبة من خلال مساهمته شكل فعال في المستشفى في إحصاء جميع التدفقات المالية في المؤسسة، إن مجانية العلاج الذي أقرته الجزائر هل يمكن أن يكون هو السبب في عدم إعطاء أهمية بالغة للمحاسبة في مؤسساتنا الإستشفائية؟ وبالتالي انعدام المراقبة المالية في عملية التحصيل المالي خاصة.

قائمة المصادر والمراجع

قائمة المصادر والمراجع:

اولا: الكتب باللغة العربية:

1. أحمد ماهر، دليل المدير خطوة بخطوة في الإدارة الإستراتيجية، الدار الجامعية 2000.
2. أحمد طرطار، تقنيات المحاسبة العامة في المؤسسة، ديوان المطبوعات الجامعية، 1999، الساحة المركزية
3. بو يعقوب عبد الكريم، أصول المحاسبة العامة وفق المخطط الوطني، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.
4. بوشافي بوعلام، المنير المحاسبة العامة، ديوان المطبوعات الجامعية الجزائر 1996.
5. ثامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات دار اليازوري العلمية للنشر و التوزيع، عمان.
6. حنفي عبد الغفار، تنظيم إدارة الأعمال، الدار الجامعية، الإسكندرية.
7. حسن دنون البياني، المعايير المعتمدة في إقامة و إدارة المستشفيات، الطبعة الأولى، دار وائل للنشر، عمان 2005.
8. عبد الرزاق بن الحبيب، إقتصاد و تسيير المؤسسة، الطبعة الثالث ديوان المطبوعات الجامعية 2006.
9. عاشور كتوش، المحاسبة العامة أصول ومبادئ، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.
10. عبد الرزاق محمد قاسم، نظم المعلومات الحاسوبية الحاسوبية، مكتبة الثقافة للنشر والتوزيع، عمان 1997.
11. كمال الدين الدهراوي، نظم المعلومات الحاسوبية، الدار الجامعية، الإسكندرية 2004.
12. سليم بطرس جلدة، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان 2006.
13. شبايكي سعدان، تقنيات المحاسبة حسب المخطط الوطني، ديوان المطبوعات الجامعية 2002.
14. محمد مسعي، المحاسبة العمومية طبعة ثانية منقحة، دار الهدى بالجزائر.
15. محمد نذير حرستاني، إدارة المستشفيات، معهد الإدارة العامة السعودية 1991.
16. محمد إيديوي الحسين، تخطيط الإنتاج ومراقبته، دار المناهج، طبعة الثانية، الأردن 2004.
17. محمد محمود عبد ربه، هاشم أحمد عطية، النظام المحاسبي ونظام محاسبة التكاليف في المنشآت الخدمية-
المستشفيات- طبع، نشر، توزيع، الدار الجامعية 2000.

18. مكرم عبد المسيح باسيللي، المحاسبة في المنشآت الفندقية، رؤية إدارية للفنادق-المستشفيات-المكتبة العصرية، المنصورة 2000

19. ناصر دادي عدون إقتصاد المؤسسة، دار المحمدية العامة 1998.

20. غازي فرحات أبو زيتون، خدمات الإيواء في المستشفيات، دار زهران للنشر والتوزيع، عمان 1999.

ثانيا: الكتب باللغة الأجنبية:

1- A. Saihi, le système de santé publique en Algérie revu gestion hospitalier, la revue décideurs hospitaliers N°445, Avril 2006.

2-BOUQUIN H. : « **Comptabilité de gestion** », 2^{ème} Sirey, Paris, 1997.

3- BOUQUIN. H, le contrôle de gestion, PNF, Édition SEDIFOR ,Paris 1995 .

4- E. Tort, Organisation et Management des Systeme comptabilité, Dunad ; Paris 2003.

5- Elias Coca, Joëlle du Bois-le frère, Maitriser l'évolution de dépenses hospitalier : PMSI, berger levrault, Paris.

6- D. Saci ,comptabilité de l'entreprise et système économique, l'expérience Algérienne , OPU.

7- G .RAIMBAULT , Comptabilité analytique et gestion prévisionnelle – outils de gestion, Editions CHIHAB ,1994.

8- G. Pillot , Maitrise du contrôle de gestion , Édition SEDIFOR , 1995 .

12- Michel Grenadez et François Grateau, le management stratégique hospitalier inter, Édition Paris 1992

ثالثا: الرسائل الجامعية:

- 1- درحمون هلال، المحاسبة التحليلية، نظام معلومات التسيير و مساعد على اتخاذ القرارات في المؤسسة الاقتصادية، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه، كلية و العلوم الاقتصادية و علوم التسيير، جامعة الجزائر، 2005.
- 2- مرابطي نوال، أهمية نظام المحاسبة التحليلية كأداة مراقبة للتسيير، مذكرة تخرج ضمن متطلبات نيل شهادة الماجستير، كلية العلوم الاقتصادية، و علوم التسيير، الجزائر، 2006.
- 4- سليم عماد الدين، مراقبة التسيير في الجماعات المحلية، مذكرة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية و علوم التسيير، بومرداس، 2007.
- 5- كحيل نبيلة، تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، كلية العلوم الاقتصادية و علوم التسيير، جامعة قسنطينة، 2009.

4- المراسيم والقوانين و القرارات:

- المرسوم التنفيذي رقم 91-311 المؤرخ في 07 سبتمبر 1991 المتعلق بتعين اعتماد المحاسبين العموميين.
- بن لوصيف زين الدين، تسيير المؤسسات الصحية العمومية الجزائرية فغي ظل المتغيرات المعاصرة، مجلة العلوم الاجتماعية و الإنسانية، العدد 01، كلية العلوم الاقتصادية و علوم التسيير، جامعة سكيكدة، 2003.
- وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات، تقرير تمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات، الأولويات و الأنشطة المستعجلة، الجزائر في 17 جانفي 2003.
- المرسوم التنفيذي رقم 104/07 المؤرخ في 02 جمادي الأولى 1428 هـ الموافق لـ 19 ماي 2007 متضمن إنشاء المؤسسات العمومية الإستشفائية و المؤسسات الحوارية و تنظيمها و سيرها.

قائمة المصادر والمراجع

- المرسوم التنفيذي رقم 89-198 المؤرخ في 08 ربيع الثاني 1410هـ الموافق لـ 07 نوفمبر 1989 يحدد شروط توزيع الإيرادات والمصاريف المقررة في الميزانية المؤسسة العمومية ذات الطابع الإداري الخاضعة للأحكام القانونية الأساسية المشتركة.
- المرسوم التنفيذي رقم 08-338 المؤرخ في 26 شوال 1429 الموافق لـ 26 أكتوبر 2008 و المتعلق بتنظيم الصفقات العمومية.
- المرسوم الرئاسي رقم 02-250 المؤرخ في 13 جمادي الأولى 1423هـ الموافق لـ 24 جويلية 2007 الخاص بتنظيم الصفقات العمومية.
- الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 104، الأمر رقم 73/65 الصادر في 03 ذو الحجة 1393هـ الموافق لـ 28 ديسمبر 1973م يتضمن قانون المالية لسنة 1974 المتعلق بتأسيس الطب المجاني..