



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعواين خلدون - تيارت -



ملحقة قصر الشلالة

مذكرة تخرج ضمن متطلبات نيل شهادة الماستر

الشعبة: العلوم الاقتصادية

التخصص: اقتصاد تقدي وبنكي

بعنوان:

سياسة تمويل المستشفيات في الجزائر

دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية ببح بونعامة - تيسمسيلت -

إشراف الأستاذ:

- بربار نور الدين

من إعداد الطالب:

- فاسي جمال

لجنة المناقشة:

الصفحة	الرتبة	أعضاء اللجنة
رئيسا	أستاذ محاضر	بركان بن خيرة
مشرفا مقررا	أستاذ محاضر	بربار نور الدين
عضوا مناقشا	أستاذ محاضر	مبطوش العلجية

السنة الجامعية: 2018/2019

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

شكر وتقدير

لا يسعنا في هذا المقام إلا التوجه بالشكر إلى المولى عزّ وجلّ على توفيقه لإعداد هذه المذكرة المندرجة ضمن متطلبات نيل شهادة الماستر اقتصاد نقدي وبنكي.

ثم التوجه بالشكر الجزيل مع فائق عبارات الاحترام والتقدير إلى أستاذنا المشرف الفاضل بربار نور الدين الذي كان خير أستاذ ومشرف ومعين في إعداد المذكرة بتقديمه لنا كل سبل الإعانة.

ونخص بالشكر والتقدير إلى الأستاذ آيت عيسى وبركان بن خيرة والأستاذة مبطوش، الذين لم ييخلوا علي بأي مساعدة أو جهد أو وقت، فشكرا أساتذتي المحترمين.

وكذا الشكر والعرفان لأعضاء لجنة المناقشة التي سننال شرف مناقشتهم لبحثنا هذا. كما لا ننسى بالشكر لجميع أساتذتنا الكرام الذين رافقونا طيلة المشوار الدراسي. وإلى كل من ساهم من قريب أو بعيد في انجاز هذا العمل، ونخص بالذكر الزملاء والزميلات.

وفي الأخير نسأل الله سبحانه وتعالى التوفيق.

الإهداء

أهدي هذا العمل إلى:

الوالدين الكريمين أطال الله في عمرهما.

إلى زوجتي وإلى ابنتي خلود حفظها الله.

إلى إخوتي وأخواتي وكامل أفراد أسرتي، وأصدقائي.

إلى كل من أعانني من قريب أو بعيد.

إلى كل هؤلاء أهدي ثمرة جهدي هذا.

فهرس المحتويات

فهرس المحتويات

	شكر وتقدير	
	إهداء	
	فهرس المحتويات	
01	مقدمة	
09	التأصيل المفاهيمي لسياسة تمويل المؤسسات العمومية الإستشفائية.	الفصل الأول
11	ماهية سياسة التمويل	المبحث الأول
11	مفهوم سياسة التمويل	المطلب الأول
16	نماذج التمويل العالمية	المطلب الثاني
26	ماهية المؤسسات الاستشفائية	المبحث الثاني
26	التعريف بالمؤسسات الاستشفائية	المطلب الأول
32	خصائص وتصنيفات المؤسسات الاستشفائية	المطلب الثاني
39	دور التمويل في دعم المؤسسات الاستشفائية	الفصل الثاني
40	تمويل المستشفيات في الجزائر	المبحث الأول
41	سياسة الدولة في تمويل المؤسسات الاستشفائية	المطلب الأول
44	دور الدولة والضمان الاجتماعي في التمويل	المطلب الثاني
46	واقع المؤسسات الاستشفائية من التمويل	المبحث الثاني
47	ميزانية المؤسسات الاستشفائية من التمويل	المطلب الأول
49	دور التمويل في دعم الإيرادات والنفقات	المطلب الثاني

فهرس المحتويات

53	دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية برج بونعامة	الفصل الثالث
55	لمحة عامة عن المؤسسة	المبحث الأول
55	النشأة والتنظيم	المطلب الأول
57	خصائص وأهداف المؤسسة	المطلب الثاني
60	الميكمل التنظيمي للمؤسسة	المطلب الثالث
62	التمويل للمؤسسة العمومية الاستشفائية	المبحث الثاني
62	لمحة عامة عن الميزانية	المطلب الأول
64	تحليل الإيرادات	المطلب الثاني
66	تحليل النفقات	المطلب الثالث
76	خاتمة	
	قائمة المصادر والمراجع	
	الملاحق	

مقدمة

مقدمة

النظام الصحي هو أحد شروط التنمية الاقتصادية، الاجتماعية والفردية، والهدف الأول للسياسة الصحية هو تحسين صحة المواطنين، والذي يعتمد على مجموعة متنوعة من العوامل، بما في ذلك نظام الرعاية الصحية. الهدف الثانوي للسياسة الصحية هو ضمان الوصول العادل للرعاية الطبية لإدارة المرافق الطبية بفعالية وتمويل برامج الصحة العامة بطريقة فعالة وعادلة.

أعلنت الأمم المتحدة الحق في الصحة في عام 1948، وتؤكد العديد من البلدان على الرعاية الصحية الأولية، بما في ذلك التحصين، وتوفير المرافق الصحية والحصول على مياه الشرب المأمونة، مع نهاية الأربعينيات من القرن الماضي، تم تخصيص الصحة العامة لأنشطة حماية الصحة المنفذة بشكل رئيسي في مجال مكافحة الأمراض المعدية وفي فترة الستينيات انفتح قطاع الصحة العامة على إهتمامات عامة أوسع. في أوائل الثمانينيات، تم تعريف الصحة العامة على أنها "جميع أنشطة الاستشارات الطبية المستبعدة، والمساهمة في الحفاظ على صحة الأفراد والجماعات وترميمها وتحسينها". وبالتالي، تعقيم الحليب، وتطوير وإنتاج اللقاحات، وإدارة المستشفيات هي أنشطة الصحة العامة.

تمثل المستشفى تحديا اقتصاديا حقيقيا ليس فقط بسبب دورها في مكافحة الأمراض، وللحصول على الرعاية، ولكن أيضاً بسبب حصتها في النفقات الصحية ففي الجزائر يتم تمويل هذا القطاع بشكل أساسي من قبل الدولة، وقد بذلت الأخيرة جهودا كبيرة منذ الاستقلال فيما يتعلق بهذه الرعاية، ومع ذلك على الرغم من كل أوجه القصور هذه فيما يتعلق برضا المستخدمين والمهنيين الصحيين، فإن هذا ينعكس في غياب نظام مناسب يركز على مبادئ وظيفة الرقابة الإدارية والتقنيات الاقتصادية المكيفة، لذلك الصحة

في بلدنا يعاني من الضعف حالياً فتشغيل وتمويل المنشآت الصحية تواجه مشكلات كبيرة، إذا تركت دون حل فقد لا تؤدي فقط إلى إبطاء وتيرة التقدم ، ولكن قد تكون أيضاً غير قادرة على مواجهة المشاكل الصحية الناشئة والتهديدات الجديدة.

لتمويل المرافق الصحية بشكل أفضل، وضمان جودة الرعاية، وضمان الحصول العادل والتحكم في النفقات الصحية، يتعين على الدولة توفير آليات تنظيمية للوضع القديم للتمويل، وإدخال طريقة تمويل جديدة تسمى التمويل إلى النشاط.

تهدف طريقة التمويل هذه أيضاً إلى التغلب على حدود الوضع السابق والحد من الآثار الضارة، كذلك إصلاح النظم الصحية يصبح بالتالي خطوة ضرورية لتعزيز المكاسب الصحية التي تحققت وتلبية الاحتياجات الجديدة، أو لضمان تمويل أفضل للخدمات والبرامج الصحية.

1- الإشكالية الرئيسية:

معالجة هذا الموضوع ارتأينا طرح الإشكالية التالية :

ما مدى إسهام سياسة التمويلات للمؤسسات الإستشفائية في تحقيق الأهداف المنشودة وتمكينها

من ممارسة دورها الفعال على أحسن وجه؟

2_ التساؤلات الفرعية :

1_ كيف تخصص الموارد الموجهة للمرافق الصحية؟

2_ ما مكان الإنفاق الصحي والتمويل في الجزائر؟

3_ ما هي الموارد المالية للمؤسسة العمومية الاستشفائية برج بونعامة؟

3- الفرضية الرئيسية :

__ سياسة التمويل المادي للمؤسسات الاستشفائية لها دور إيجابي في تحقيق أداء عملها وتطوير الصحة.

4_ الفرضيات الفرعية:

1_ يكمن دورها الإيجابي في طبيعة التشريعات التي حددتها الدولة في دعم المؤسسات الاستشفائية طريق التمويل.

2_ كلما إتسعت زادت سياسة التمويل للمؤسسات الإستشفائية في تسيير شؤونها كلما سارت نحو تطوير الصحة، وتؤدي الزيادة في الإنفاق الصحي إلى تحسن في الحالة الصحية للسكان.

5- أهمية الدراسة:

- تبيان دور التمويل الذي تساهم به الدولة في تدعيم المؤسسات الإستشفائية، وإبراز الإمكانيات المالية والبشرية التي تمكنها من ذلك.

- تبيان أن تمويل المؤسسات مشروع دولة ضمن التحديات الراهنة لتحقيق الأهداف الصحية، و أيضا تحرك تطور إقتصادي وإجتماعي .

__ إبراز ما تملكه المؤسسات الإستشفائية من أطر قانونية تسمح لها بممارسة نشاطها على أحسن وجه وتحقيق الفعالية .

6_ أهداف الدراسة :

أ_الأهداف العلمية :

__ أهمية موضوع سياسة التمويل للمؤسسات الاستشفائية في الجزائر.

__ إبراز التمويل للمؤسسات كركيزة مكتملة لأهداف الدولة في تشجيع الصحة.

__ معرفة و في ظل التشريعات القانونية التي أعطيت للمؤسسات الإستشفائية وصلت إلى الهدف المنشود
أم يجب إعادة النظر في هذه التمويل.

ب_الأهداف العملية :

كون منطقة تيسمسيلت عامة وبرج بونعامة خاصة تشهد ركودا فحذاء أهمية الموضوع إنما إستجابة
لمشكلة يطرحها الواقع حيث نبين فيه أين الخلل.

7_ أسباب اختيار الموضوع:

أ- الأسباب الذاتية :

ارتباط الموضوع بتخصص دراستي العلوم الاقتصادية، وهذا ما يتوافق مع البحث في سياق
الاختصاص.

__ هنالك تقدم واضح في الدراسة لهذه المواضيع على المستوى المحلي والوطني والرغبة الشخصية ولوبالجزء اليسير في إيجاد السبل وتصورات تمكننا من تفسير العلاقة بينهما (التمويل والمؤسسات الاستشفائية)، أيضا الرغبة في الوصول إلى نتائج وإضافات جديدة في هذا الموضوع.

__ تم اختيار المؤسسة الاستشفائية برج بونعامة ولاية تيسمسيلت كنموذج للدراسة ومحاولة تطبيق دراسة واقعية وعملية للموضوع والوصول إلى نتائج وإضافات.

ب_ الأسباب الموضوعية:

__ كون الموضوع يخدم التخصص محل الدراسة.

__ دور التمويل المادي يكتسي أهمية بالغة و لما تمليه من صلاحيات في تطبيق القوانين السارية.

إن المؤسسات الاستشفائية أوكلت لها عدة مهام تمارسها لتحقيق التطور الصحي و الخدماتي وكذلك هي الشغل الشاغل للمواطن الجزائري، حيث أعطت الدولة في ظل التحديات التي تواجهها عدة مزايا وأكدت دائما إلى ضرورة تطوير الخدمات الصحية من طرف المؤسسات الاستشفائية ومحاولة الاعتماد على نفسها .

__ قياس مدى قابلية هذه القوانين المتعلقة بالتمويل على أرض الواقع ومدى انسجامها والدور المنوط للمؤسسة الاستشفائية.

ج_ الأسباب العلمية:

بهذه الدراسة سنحاول إثراء المكتبة و محاولة ربط بين متغيرين سياسة التمويلو المؤسسات الاستشفائية ، كذلك إسقاط حالة.

- قلة البحوث الدراسية المتناولة لبحث هذا الموضوع و خاصة سياسة التمويل للمؤسسات الإستشفائية التي هي قليلة نوعا ما.

8_الدراسات السابقة:

لقد تعددت الدراسات المتناولة للمواضيع المرتبطة سياسة التمويل للمؤسسات الاستشفائية في الجزائر كآلية فعالة و خاصة بمواضيع تتعلق بسياسات التمويل وأيضاً إحداث دراسات ومواضيع تخص التمويل بشكل عام الذي هو جزء من تطوير السياسة الصحية والخدماتية، ومن بين هذه الدراسات نجد:

الدراسة الأولى :

اعتمدت في دراسي على مذكرة لنيل شهادة الماستر، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية، جامعة عبد الرحمان ميرة، بجاية، 2012 من إعداد الطالبان بن عراب سفيان وحجار علاوة بعنوان مالية المستشفيات العمومية في الجزائر دراسة حالة مستشفى أقبو ببجاية، بحيث تناولوا في فصلهما الأول دراسة الأنظمة الصحية في العالم، وفي الفصل الثاني تطرقا إلى التمويل الصحي في الجزائر، أما في الفصل الثالث قاما بدراسة تطبيقية لمستشفى أقبو ببجاية.

9_ حدود الدراسة:

_ الإطار الزمني: الحدود الزمانية من تاريخ 2015/01/01 الى غاية 2015/12/31.

_ الإطار المكاني: المؤسسة العمومية الاستشفائية برج بونعامة ولاية تيسمسيلت.

10_ الإطار النظري:

أ/ المناهج:

_ المنهج التاريخي :

إعتمدت عليه الدراسة من خلال التطرق التاريخي لنشأة المؤسسات الإستشفائية وطرق التمويل لها في الجزائر ودراسة المؤسسة الإستشفائية برج بونعامة لولاية تيسمسيلت .

ب_ المنهج الوصفي التحليلي :

من خلال التعرف على نظام التمويل وشرح الدور الذي يقوم به في مجال تطوير الصحة .

وهذا المنهج شامل لدراسة هذه الظاهرة و الجوانب المحيطة بها، وتتبع جزئياتها وتحليل ماهو مجهول فيها وإظهاره للواقع كدروس تجارب للاستفادة منها في الحاضر والمستقبل، ولأن الدراسة الحالية تتطلب تفسيراً وليس وصف للوقائع والأحداث ، وفهم المشكلة المطروحة تتطلب التعمق في البحث عن الظاهرة للوصول إلى نتائج علمية.

11_ خطة الدراسة:

قمنا بدراسة عن الجوانب النظرية والتنظيمية للنظام الصحي (التنظيم والتمويل)، كما تمت زيارة العديد من المكتبات الجامعية وهي: جامعة بجاية وجامعة تيزي وزو والمعهد الوطني للتخطيط والإحصاء،

بالإضافة إلى ذلك، أجرينا بحثًا في الأدب وجمع بيانات حول الموضوع من وزارة صحة السكان وإصلاح المستشفيات (MSPRH)، ثم جرد التجهيزات في المؤسسة العمومية الاستشفائية برج بونعامة من أجل القيام بعملنا البحثي ووفقًا للبيانات المتاحة.

وقصد معالجة هذا الموضوع تم تقسيم الدراسة الى ثلاثة فصول : في الفصل الاول تم التطرق الى تأصيل المفاهيم للنظام الصحي(التمويل و التنظيم) والمؤسسات الاستشفائية ، والفصل الثاني خصص لدراسة الدور الذي قامت به الدولة في جميع المجالات والتي تهدف إلى إحداث تطوير النظام الصحي عن طريق التمويل والتنظيم، وخصص الفصل الثالث لدراسة واقع المؤسسة العمومية الاستشفائية ، ثم خاتمة تضمنت التوصيات والاقتراحات.

الفصل الأول

التأصيل المفاهيمي لسياسة تمويل المؤسسات الإستشفائية

الفصل الأول: التأصيل المفاهيمي لسياسة تمويل المؤسسات العمومية الاستشفائية

مقدمة الفصل الأول:

إن وظيفته التسيير المالي في المؤسسات العمومية الاستشفائية والتي تعتمد أساسا بالتحضير للميزانية السنوية وإعدادها من خلال التوقعات المالية المستمدة من التكلفة الحقيقية لنفقات المؤسسة، والتخطيط للمال مرورا بتنفيذ الميزانية مع مراعاة مبدأ تكلفة أقل خدمة علاجية، ووصولاً إلى مراقبة تنفيذها وهذا كل باستخدام مختلف أدوات ووسائل التحليل المالي.

حالياً أن نمط التمويل في هذه المؤسسة هو كباقي المؤسسات الصحية الجزائرية يستمد مصادره بالدرجة الأولى من إعانات الدولة والتأمينات الاجتماعية بالإضافة إلى مداخل خاصة، ورغم التطور والنمو الكبير لميزانية المؤسسة نلاحظ أن هذه المؤسسة أمام تحديات كبرى تواجهها من حيث تكاليفها ونجاعتها بالمقارنة مع نوعية الخدمات المقدمة .

لقد تحولت المؤسسات الصحية حالياً إلى منظمات مستهلكة للأموال، وفي هذا السياق حاولنا التطرق في هذا الفصل للإطار النظري أو القانوني للمؤسسات الاستشفائية ففي المبحث الأول نتطرق إلى الهدف من إنشائها والإطار التشريعي المنظم لها والدور الذي تمارسه في خدمة السياسة الصحية أما في المبحث الثاني فسننتقل إلى مفهوم التمويل الذي تعتمد عليه المؤسسات الصحية والإطار القانوني المنظم لسياسة التمويل .

المبحث الأول: ماهية سياسة التمويل

يعد تمويل المستشفى عنصراً أساسياً في تزويد المواطنين بمختلف الخدمات الصحية وتطبيق حقوقهم في الحصول على الرعاية والغرض من هذا الفصل هو تقديم النظم الصحية المختلفة في جميع أنحاء العالم ومصادر التمويل الرئيسية، ويمكن تجميع أنظمة الحماية الصحية والاجتماعية حول العالم.

المطلب الأول: مفهوم سياسة التمويل

في غالبية البلدان حول العالم، يتم تمويل الرعاية الصحية من قبل كليهما المصادر الخاصة (التأمين الخاص، المدفوعات المباشرة) والمصادر العامة (الإدارات العامة، منظمات الضمان الاجتماعي)، لكنها تختلف وفقاً لطبيعة النظام الصحي. يمكن أن يكون من نوعين:

الخدمات الصحية الوطنية التي يهيمن عليها التمويل الإدارات العامة، مثل المملكة المتحدة والدنمارك والسويد وفنلندا وإيطاليا وإسبانيا والبرتغال واليونان وكندا وأستراليا ونيوزيلندا.

أنظمة التأمين الصحي، بتمويل من الضمان الاجتماعي، مثل ألمانيا، فرنسا، بلجيكا، لوكسمبورغ، هولندا، النمسا، سويسرا، إسرائيل، اليابان.

في دراستنا تمويل أنظمة التمويل الصحي في جميع أنحاء العالم، يتم توفير تغطية النفقات الصحية من قبل أربعة (4) وكلاء تختلف حصة كل منهما في التمويل الصحي اختلافاً كبيراً من بلد إلى آخر.

الفصل الأول: التأصيل المفاهيمي لسياسة تمويل المؤسسات العمومية الاستشفائية

- تمويل الصحة في العالم:

1- تمويل الدولة:

الدولة هي الممول الرئيسي لغالبية النظم الصحية في العالم ، على عكس غيرها من الضمان الاجتماعي ، كما تغطي الدولة الأشخاص الذين لا يشملهم التأمين الصحي، مع رعاية المعوقين، وهناك أيضا مصادر أخرى للتمويل كالضرائب على الكحول والتبغ، والضرائب على المبيعات المباشرة للأدوية إلى الصيدليات من قبل شركات الأدوية، والضرائب على الأنشطة الملوثة، كما يتم دفع 15 % من أقساط التأمين على السيارات للتأمين الصحي لتغطية النفقات المتعلقة بحوادث الطرق كما في فرنسا، كذلك تعتبر الضرائب والضرائب المتأثرة (Itaf) والتي تتألف من حصة متزايدة من موارد الحماية الاجتماعية في فرنسا والتي تبلغ 21.4 % في عام 2007 من جميع موارد التمويل الصحي.

2- التأمين الصحي الإجباري:

التأمين الصحي هو فرع من الضمان الاجتماعي ولد في ألمانيا في نهاية القرن التاسع عشر، في عهد المستشار بسمارك أدت سياسته التي يسترشد بها الانشغال المزدوج بالكفاح ضد النقابات وضد صعود الحزب الاشتراكي، إلى حل هذه المنظمات، في المقابل، تحملت الدولة مسؤولية إضفاء الطابع المؤسسي على الحماية الاجتماعية.

تم استخدام الحماية الاجتماعية رسميًا لأول مرة في العنوان من قانون الولايات المتحدة ، "قانون الضمان الاجتماعي" في 14 أغسطس 1935 من الرئيس روزفلت في إطار سياسة الصفقة الجديدة ، بعد أن اكتسبت موطئ قدم دون العديد من الدساتير التي صدرت بعد الحرب العالمية الثانية ، عرفت تكريسها الأسمى في الإعلان العالمي لحقوق الإنسان الذي اعتمد في 10 ديسمبر 1948 الذي اعتمده الجمعية

الفصل الأول :التأصيل المفاهيمي لسياسة تمويل المؤسسات العمومية الاستشفائية

العامّة للأمم المتحدة في أفريقيا ، والهياكل الحالية وتم تصدير الضمان الاجتماعي من قبل الدول المستعمرة، وذلك عن طريق تكييفها أكثر أو أقل على مدى العقود الثلاثة الماضية.

إنه جهاز مسؤول عن ضمان مواجهة الفرد لمخاطر الرعاية المالية في حالة المرض ، وكذلك الحد الأدنى من الدخل عندما تحرم المودة الشخص من العمل، إذ يساهم في تمويل النظام الصحي مع جزء مهم للغاية ويختلف من بلد إلى آخر، في معظم الدول الغربية يتم أخذ جزء كبير من التأمين الصحي المسؤول عن الدولة، علاوة على ذلك إنه أحد المكونات الأساسية للضمان الاجتماعي وواجب على الدولة وفقاً للإعلان العالمي لحقوق الإنسان 1948.

يمكن إدارة نظام التأمين الصحي العام من قبل هيئة حكومية مفوضة بالنسبة للمؤسسات الخاصة أن تعتمد العملية مثلها مثل كل التأمين على تجميع المخاطر ويساهم كل شخص في مقابل ذلك ما يتم تعويضه وفقاً لمقياس ثابت.

في معناه العالمي هو مجموع أنواع التأمين ضد المرض عبارة عن مخططات ، كل من هذه المخططات موجهة إلى فئة محددة من العمال ، وإدارة التأمين الصحي من خلال منظمة إدارية خاصة بها في حين تبقى تحت إشراف الدولة، وعلى سبيل المثال في ألمانيا تشكل مساهمات التأمين الصحي الإجباري المصدر الرئيسي للتمويل ، على الرغم من أن إيرادات الموازنة العامة في العديد من البلدان تستخدم أحياناً لسد العجز، وفي جميع أنحاء العالم للتمويل الصحي أهمية قصوى بالنسبة للحكومات ويختلف وضع تدخل التأمين الخاص المرتبط بالتمويل العام اختلافاً كبيراً من بلد إلى آخر وإعتماداً على السياق التاريخي أو الاقتصادي أو الثقافي أو السياسي فإن بعض الدول تتجاهل التأمين الخاص بينما يعتبره البعض الآخر ضرورياً.

الفصل الأول: التأصيل المفاهيمي لسياسة تمويل المؤسسات العمومية الاستشفائية

هناك أنظمة مختلفة لتمويل التأمين الصحي في العالم هناك

تلك الممولة من الضرائب بينما يتم تمويل الآخرين عن طريق مساهمات الضمان الاجتماعي.

3- التمويل عن طريق الضرائب.

يتم توفير تمويل نظام الحماية الاجتماعية الوطني من خلال الضرائب الوطنية والمحلية، وتظل تغطية الحوادث في العمل، التي يتحملها أصحاب العمل فقط، خارج نظام الحماية الاجتماعية الوطني ويتم تمويلها من خلال مساهمات الضمان الاجتماعي، (على سبيل المثال يتم تمويل الدنمارك والمملكة المتحدة أكثر من 90% من التأمين الصحي عن طريق الضرائب)، وبالمثل في المملكة المتحدة يتم تمويل الخدمة الصحية الوطنية وبدلات الأسرة عن طريق الضرائب في المقابل، التأمين الوطني الذي يدفع الفوائد كما يتم تمويل المساهمات النقدية من المساهمات التي يختلف سعرها حسب طبيعة ومستوى الدخل، هذه المساهمات تغذية في صندوق معين.

4-التمويل عن طريق المساهمات الاجتماعية في ألمانيا وهولندا وإسبانيا.

في هذه البلدان الثلاثة ، يتم توفير تمويل الحماية الاجتماعية بشكل رئيسي من خلال المساهمات، هذا هو الحال بشكل خاص في ألمانيا وهولندا حيث ، باستثناء المزايا العائلية الممولة من ميزانية الدولة ، وجميع المزايا الأخرى، يتم تمويلها من مساهمات الضمان الاجتماعي. يتم تقاسم هذه بين الموظفين والموظفين. في هولندا، بالنسبة للتأمين الاجتماعي للعاملين، تختلف ترتيبات المشاركة وفقاً للمخاطر، أما بالنسبة لأولئك الذين يغطون جميع السكان، فستكون الاشتراكات مستحقة على المؤمن فقط، سواء كان موظفاً أم لا، دون مشاركة صاحب العمل، أما في إسبانيا تمثل المساهمات 70% من موارد الحماية الاجتماعية بشكل عام، وتكون مساهمات صاحب العمل أكبر بخمس مرات من مساهمات الموظفين.

الفصل الأول :التأصيل المفاهيمي لسياسة تمويل المؤسسات العمومية الاستشفائية

5- منظمات التأمين الصحي التكميلي (OCAM):

في بعض البلدان التي يوجد فيها نظام تأمين صحي إلزامي عام والتغطية الشاملة التي قدمها ليست كاملة، في الواقع لا يسدد التأمين الصحي الإلزامي جميع الرعاية بنسبة 100 ٪. ومع ذلك فإن حقيقة التأمين الصحي الإلزامي يوفر تغطية جزئية فقط لا يعني بالضرورة مشاركة مباشرة للمريض، يمكن أن تستفيد من شكل آخر من أشكال تمويل استهلاكها للرعاية من خلال تغطية تكميلية خاصة إما عن طريق:

المتبادلة، التأمينات الخاصة ، مؤسسات التأمين.

أ- متبادل:

المبادلة هي الهياكل التي تقدم للأشخاص المؤمن عليهم تغطية إضافية للضمان الاجتماعي أو معاش إضافي. يحكمها قانون التبادل، هم الجهات الفاعلة الرئيسية للحماية الاجتماعية التكميلية ، المتبادلة تحتل مكانة كبيرة في الحماية ضد المخاطر الصحية ، بل هو التبصر الجماعي الطوعي لبعض الشركات أو الأنشطة، وهي تتألف من تعويض المرضى عن النفقات الصحية غير المدعومة عن طريق التأمين الصحي.

ب- التأمين الخاص:

يحكمها قانون التأمين، ما يميزهم في القانون وفي الواقع مؤسسات المتبادلة والادخار يتدخلون في مجال الحماية الاجتماعية التكميلية تحت تأمين الأشخاص: عمليات العناية (الضمان الصحي ، الوفاة ، العجز والبطالة) وعمليات الادخار (مدخرات التقاعد).

لكن التأمين الخاص لا يمكن تلبية الاحتياجات المالية للمخاطر الصحية للرعاية الثقيلة ولجميع السكان، كما في الولايات المتحدة تؤكد هذا التحليل وتضع أهمية مخاطر الأمراض غير القابلة للتأمين ، فإن

الفصل الأول: التأصيل المفاهيمي لسياسة تمويل المؤسسات العمومية الاستشفائية

نظام التأمين الصحي الخاص بهم ، في الواقع ، يعتمد على التأمين الخاص الطوعي ، وبعبارة أخرى: نصف النفقات فقط قد تكون مغطاة من قبل الشركات الخاصة.¹

المطلب الثاني: نماذج التمويل العالمية

يعد تمويل المستشفى عنصراً أساسياً في تزويد المواطنين بمختلف الخدمات الصحية وتطبيق حقوقهم في الحصول على الرعاية، والغرض هو تقديم النظم الصحية المختلفة في جميع أنحاء العالم ومصادر التمويل الرئيسية، ويمكن تجميع أنظمة الحماية الصحية والاجتماعية حول العالم حيث توجد أربعة (4) نماذج وهي: نموذج بسماركية ، نموذج بيف إردغيان ، النموذج الليبرالي والنموذج المختلط.

1- نموذج بسمارك:²

هذا هو أول نظام صحي تم إنشاؤه منذ عام 1871 من طرف المستشار BISMARCK، وإعتبار المسألة الاجتماعية تهديداً للدولة ، وأراد ربط الموظفين بالدولة. من خلال بعض التجارب المحلية للتأمين الاجتماعي للحوادث والأمراض المرتبطة بالعمل ، أطلق بسمارك في عام 1881 سياسة اجتماعية تكون للدولة فيها سيطرة مركزية. سيتم ترجمة هذه السياسة الاجتماعية من خلال ثلاثة قوانين تهدف إلى حماية عمال الصناعة الذين تقل أجورهم عن حد معين ، وهي تدور حتى الآن على:

- التأمين الصحي في عام 1883

- التأمين حوادث العمل في عام 1884

1_ أحمد محمد غنيم ، إدارة المستشفيات رؤية معاصرة، الطبعة الأولى، المكتبة العصرية للنشر والتوزيع، مصر، 2006، ص 12.
1_ بن عراب سفيان، حجار علاوة مالية المستشفيات العمومية في الجزائر دراسة حالة، مذكرة لنيل شهادة الماستر، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية، جامعة عبد الرحمان ميرة، بجاية، 2012، ص 05.

الفصل الأول: التأصيل المفاهيمي لسياسة تمويل المؤسسات العمومية الاستشفائية

- التأمين ضد العجز وكبار السن في عام 1889

من عام 1890 ، امتدت هذه التغطية إلى عائلات المساهمين.

يعتمد هذا النظام على صناديق التأمين ضد المرض الممولة أساسًا من المساهمات الاجتماعية ويديرها ممثلون عن الشركات والعمال. ويطلق عليه أيضًا اسم "احترافي" نظرًا لأن تمويله يتم توفيره من خلال العمل من جانبه ، تتحمل الدولة مهمة ضمان رفاهية المواطنين. يجب أن يحدد إطار عمل القيس وأن يعالج الوضع في حالة الخلل المالي.

كان نظام بسماركية نموذجًا للعديد من الدول الأوروبية، ومصدر إلهام للنمسا وبلجيكا وفرنسا ولوكسمبورغ وهولندا. منذ سبعينيات القرن العشرين، وضعت غالبية الدول التي صممت نماذج لهذا النموذج تدابير لجعل الوصول إلى الرعاية أكثر عالمية.

أ-أسس الميزات الرائعة للنظام البسماركى:¹

الصلة بين العمل والحماية الاجتماعية؛ والطبيعة الإجبارية لهذه الحماية ؛ وتقاسم المساهمات بين أصحاب العمل والموظفين وفصل التأمين. يترجم هذا النظام إلى أربعة مبادئ أساسية:

- الحماية القائمة حصريًا على العمل ، وبالتالي تقتصر على أولئك الذين تمكنوا من تحمل حقوق
- الحماية من خلال عملهم.
- حماية إلزامية للعاملين الذين يكون راتبهم أدنى من مستوى معين للمبلغ ، لذلك بالنسبة لـؤولائك الذين لا يستطيعون التعافي إلى الادخار الفردية .

¹ بن عراب سفيان، مرجع سابق، ص06.

الفصل الأول: التأصيل المفاهيمي لسياسة تمويل المؤسسات العمومية الاستشفائية

- الحماية القائمة على تقنية التأمين التي تقدم تناسباً في المنافع للمساهمات؛ كذلك الحماية التي يديرها أصحاب العمل والموظفون أنفسهم.

ينطبق الحماية الفئوية، ويتم تمويل هذا النظام عن طريق الإدراك، المساهمات الاجتماعية والتي يديرها الشركاء الاجتماعيون، وبعض ما يسمى مخططات "السداد" تسدد الفوائد، ويتميز هذا النظام أيضاً بالحرية التي يتم منحها للمريض في كثير من الأحيان لاختيار مقدم الخدمة.

يتم تطبيق هذا النظام في ألمانيا على النحو التالي: هناك تأمين صحي إلزامي لأي موظف يكسب أقل من سقف معين، هذا هو النظام القانوني كما أنه يغطي الطلاب والمتقاعدين والعديد من غير الموظفين وكذلك المجموعات الأخرى التي تحتاج إلى الحماية و بالنسبة للدخل المرتفع يوجد تأمين خاص اختياري يعتمد التمويل على مساهمات الموظف وصاحب العمل التي يتم جمعها بواسطة شبكة معقدة من 450 كيات مستقلة ذات تمويل غير منتظم مساهمات وفوائد مختلفة، كما أن هناك بعض الاستقلال ولكن التخطيط أساسي حيث تميز إثنين من القطاعات:

1- الأطباء الليبراليون: يدفعون لهم أموال التأمين الصحي وهناك سيطرة على نشاطهم.

2- المستشفيات: معظمها عامة، وقطاع المستشفيات الخاصة صغير فقط لديها مشاورات العيادات الخارجية.

تدفع هذه الأموال 60 % من قبل صاحب العمل وصاحب العمل (50-50) وهي تستند إلى الخلل والعاطلين (حوالي 13.6 %) والمعدلات تختلف من صندوق لآخر بالنسبة للمتقاعدين تكون المساهمات صندوق الضمان الاجتماعي: 21 % عن طريق الضرائب، و 7 % عن طريق التأمين الخاص، و 11 % عن طريق تقاسم التكاليف.

الفصل الأول: التأصيل المفاهيمي لسياسة تمويل المؤسسات العمومية الاستشفائية

ب- خصائص نظام بسمارك:

رضا المستخدم معدل المعدات في التقنيات الطبية كثيفة رأس المال من بين أعلى المعدلات في الاتحاد الأوروبي أما نقاط الضعف فالمشكلة الرئيسية لتمويل هذا النظام هي حالة زيادة البطالة، شيخوخة السكان التي تهدد استقرار مبدأ التوزيع؛ واحدة من أعلى النظم في الاتحاد الأوروبي، خلل وظيفي يتعلق بالفصل الصارم بين قطاع الإسعاف والمستشفى.

2- نظام بيف إردغيان¹ Beveridgian

يُطلق أيضًا على نظام Beverid gien "وطني" لأن الرعاية الصحية والتمويل يتم توفيرهما من قبل نفس الوكالة التي تعتمد على الدولة، تم إنشاء هذا النموذج في بريطانيا العظمى بعد الحرب العالمية الثانية تحت Beveridge سنة 1948 يستند هذا النظام إلى تقرير Beveridge المقدم بناءً على طلب ويلسن تشرشل Weston Churchill ، الذي نُشر في عام 1942. كانت هناك ثلاث مراحل رئيسية في إنشاء وتطوير نظام Beveridge

الخطة الوطنية لبدل الأسرة في عام 1946 ، والتي تفيد الأزواج الذين لديهم طفلان أو أكثر

الخدمة الصحية الوطنية في عام 1946 ، مع ضمان الرعاية الصحية المجانية لجميع السكان؛ التأمين الوطني (التأمين الوطني) في عام 1946 حيث تقدم مزايا نقدية.

ويستند هذا النموذج الاجتماعي الديمقراطي على عملية الوصول إلى الرعاية والضرائب على النفقات

الصحية كما يعتمد على ثلاثة مبادئ تأسيسية ، تسمى الثلاثة: "U"

¹ بن عراب سفیان، مرجع سابق، ص 08.

الفصل الأول: التأصيل المفاهيمي لسياسة تمويل المؤسسات العمومية الاستشفائية

إنه مجاني ، يتم تمويله من ميزانية الدولة ، أي الضريبة التي تديرها الدولة وسيطر عليها البرلمان ، ويسمى "الوطني" لأن الوصاية على الخدمات الصحية والأداء هناك مضمونة من قبل نفس الكائن الحي ، الذي يدير الدولة، وقد تعاون في تأسيس تأمين ضد البطالة وإنشاء الضمان الاجتماعي في بريطانيا العظمى مع التركيز على العمالة الكاملة وتأمين الدخل، كما يعتقد Beveridge أن هذا النظام سيضمن الحد الأدنى من مستوى المعيشة الذي يجب ألا يسقط المرء.

نقاط القوة في نظام Beveridgian هي: توحيد التأمينات الاجتماعية مع تمديد الفوائد لجميع السكان وحصول الجميع على الرعاية الصحية لجميع السكان كما أن مستوى المنافع الأساسية منخفض للغاية لمنع الدخول في الفقر، قانون استحقاقات الأسرة الذي ينشئ أول خطة لبدل الأسرة للأسر التي لا يقل عن طفلين .

ومن بين نقاط الضعف في نظام Beveridgian: هو تعزيز واضح للنهج النوعي لرعاية المرضى والمتابعة الحصول على الرعاية الصحية وعدم المساواة في الرعاية الصحية لجميع السكان.

3- النموذج الليبرالي الأمريكي:¹

شكل نظام الرعاية الصحية الأمريكي في عام 1890، قبل أزمة عام 1929 كان التدخل العام في الحماية الاجتماعية غير موجود تقريبًا ، لا سيما في القطاع الصحي لأن الجمعية الطبية الأمريكية

(American Medical)

¹ بن عراب سفیان، مرجع سابق، ص 10.

الفصل الأول: التأصيل المفاهيمي لسياسة تمويل المؤسسات العمومية الاستشفائية

جمعية كانت مجموعة ضغط مهمة جدا لمعارضة أي تدخل من الدولة من بداية القرن العشرين ، ستجد شركات التأمين الخاصة في السوق الصحي فرصة للسوق.

الفرضية الأساسية لنظام الرعاية الصحية الأمريكي هو أن الصحة هي المسؤولية الفردية والتأمين الخاص. يترجم هذا المبدأ إلى ممارسة من خلال:

عدم وجود نظام وطني إلزامي وغلبة الجهات الفاعلة من القطاع الخاص ، ثلثي الأمريكيين دون سن 65 سنة يتم تغطيتهم بالتأمين المتعلق بالتوظيف وتتم الرعاية العامة بالأقدم والأكثر فقراً .

في الولايات المتحدة لا يملك الأمريكيون نظام حماية اجتماعية تغطي أنظمة التأمين الخاصة المخاطر المتعلقة بصحتهم، قد يكون لدى كل موظف حساب توفير صحي شخصي مؤجل من الضرائب تدفع الشركة التي توظفه به مبلغاً تتم إدارة هذا الحساب بواسطة شركة تأمين صحي خاصة (MCO: Managed Care Organization). يمكن إدراج هذه الشركة في سوق الأوراق المالية، كما لا توجد تغطية واسعة النطاق للموسيقى الشعبية ولا التمويل العام من خلال ضريبة إلزامية. في عام 1999 ، فإن أكثر من 65 ٪ من الأمريكيين دون سن 65 يتم تغطيتهم بواسطة تأمين العمل الخاص في عام 2000 تقدم ثلثي الشركات التي يقل عدد موظفيها عن 200 موظف التأمين الصحي لموظفيها. في عام 2008.

توزيع المساعدة الاجتماعية غير مركزية وتؤثر على غالبية السكان ، وعدد الأمريكيين المستفيدين من الضمان الاجتماعي هو 180 مليون أمريكي ، كما أنه يتم تمويل الرعاية بشكل أساسي من خلال

الفصل الأول: التأصيل المفاهيمي لسياسة تمويل المؤسسات العمومية الاستشفائية

خطط التأمين ويتم توفير الخدمات الصحية وطرق تقديمها بالكامل تقريباً من خلال التدخلات الخاصة إذ توجد طريقتان للتمويل هما التمويل الخاص والعام يختلف كل منهما عن الآخر.

يتم التمويل الخاص من خلال مكافآت من الموظفين الذين يدفعون للشركات التأمين الصحي الخاص ، ويتم ذلك من خلال طريقتين بشكل فردي وجماعي ، أما التمويل العام في قطاع الصحة العامة في الولايات المتحدة ، نفذت الولاية العديد من البرامج منذ إنشاء دولة الرفاه للأشخاص الذين يعانون من صعوبات: الرعاية الطبية ، المساعدة الطبية ، AFDC ثم TANT للأمهات في المنزل ، مباحث أمن الدولة للمسنين ، المكفوفين والمعوقين ، للأسر المتضائلة ، الفقراء ، كبار السن المقاتلون والأطفال دون سن 18 عاماً.

نظام الرعاية الصحية الأمريكي فعال من الناحية التكنولوجية ، يسمح بذلك أكثر ثراءً للحصول على رعاية أفضل، لكن يتميز بعدم المساواة العالية في الحصول على الرعاية بالإضافة إلى ذلك المستوى العام للإنفاق الصحي مرتفع للغاية حيث بلغ 15.3 ٪ من الناتج المحلي الإجمالي في عام 2005 ، حيث ارتفع إلى 17.9 ٪ في 2011.

سويسرا هي الدولة الوحيدة في أوروبا التي يشبه نظامها الصحي النظام كما أن الولايات المتحدة إذ تقتصر التغطية الحكومية على أشد قطاعات السكان فقراً ، ومعظمهم يحصلون على التأمين مع شركات التأمين الخاصة.

الفصل الأول :التأصيل المفاهيمي لسياسة تمويل المؤسسات العمومية الاستشفائية

أ. إصلاح الرئيس أوباما:

اقترح الرئيس باراك أوباما مشروعًا يعزز التغطية الصحية (Health Care For America Now) ، والتي توفر لصاحب العمل الذي يمكن شركات التأمين ويؤكد للمريض أنه يستطيع اختيار طبيبه ورعايته دون تدخل حكومي. يهدف المشروع إلى بناء نظام حيث يمكن للمرضى اتخاذ قرارات صحية مع أطبائهم ، بدلاً من منعهم من قبل بيروقراطيين شركات التأمين ، يشتمل البرنامج الرسمي لرئيس الولايات المتحدة في مجال الصحة على ثلاثة تدابير رئيسية هي:

جعل التأمين الصحي في متناول الجميع وميسور التكلفة: وقد أدى ذلك إلى اتخاذ التدابير التالية:

- مطالبة شركات التأمين بتغطية المخاطر الموجودة مسبقًا وإنشاء ائتمان ضريبي جديد على "صحة الأعمال الصغيرة" .
- تقليل نفقات الشركات عن طريق دفع جزء من تكلفة التأمين ضد الحوادث التي تدفعها .
- منع شركات التأمين من فرض رسوم باهظة على الأطباء مقابل عقد تأمينهم.
- المسؤولية المهنية والاستثمار في إجراءات للحد من الأخطاء الطبية التي يمكن الوقاية منها و جعل مساهمات صاحب العمل أكثر عدلاً .
- إنشاء محفظة تأمين صحي وطني ، تقدم مجموعة من الخيارات التي يوفرها التأمين الخاص وتزويد جميع الذين يحتاجون إليها بائتمان ضريبي لأقساطهم فضلاً عن مشروع عام جديد يعتمد على الفوائد المقدمة لأعضاء الكونغرس ، والسماح للأفراد والشركات الصغيرة للاشتراك في التأمين الصحي يمكن الوصول إليها.

الفصل الأول: التأصيل المفاهيمي لسياسة تمويل المؤسسات العمومية الاستشفائية

ب- خفض تكاليف الرعاية الصحية:

خفض الميزانية الصحية لعائلة أمريكية نموذجية بمقدار 25000 دولار في السنة والاستثمار في

تكنولوجيا المعلومات للصحة والوقاية وتنسيق الرعاية، بالنسبة لهذا الهدف يوصى بالتدابير التالية:

- خفض سعر الأدوية ومطالبه المستشفيات بجمع بيانات جيدة وتقرير عن تكلفة الصحة

تقليل تكاليف المرض المساوية لأصحاب العمل وموظفيهم و إصلاح سوق التأمين لزيادة المنافسة.

تعزير الصحة العامة:

المزيد من خدمات الوقاية ، بما في ذلك فحص السرطان ، وأفضل الاستعداد محليا وعلى مستوى الدولة

للهجمات الإرهابية أو الكوارث الطبيعية.

❖ 36٪ من الأمريكيين يحكمون على الإصلاح الإيجابي ، مقابل 48٪ يعتبرونه سلبياً

و 15٪ دون رأي. لكن في 22 مارس 2010 ، صوت مجلس النواب الأمريكي لإصلاح التغطية الصحية،

هذا الإصلاح الذي وصف بأنه تاريخي سيوفر تغطية اجتماعية لـ 32 مليون من الأمريكيين الذين لم يكن

لديهم ذلك، كما سيضطر معظم الأمريكيين الآن إلى التأكد من أنهم سيعانون من الألم، سيكلف الإصلاح

940 مليار دولار على مدى السنوات العشر المقبلة ، ولكن ينبغي مع ذلك خفض العجز الاقتصادي

الأمريكي بمقدار 138 مليار دولار.

4-النموذج المختلط:¹

النظام الصحي في بعض البلدان مثل بلجيكا أو هولندا هو نظام مزيج مستوحى من النظامين

السابقين (نظام بسماركية ونظام Beveridgian). خارج أوروبا ، يوجد لدى كندا نظام مستوحى من

¹ بن عراب سفيان، مرجع سابق، ص13.

الفصل الأول: التأصيل المفاهيمي لسياسة تمويل المؤسسات العمومية الاستشفائية

برديجان ولكنه لا مركزي (على عكس المملكة المتحدة)، كما أن النظام المختلط هو نموذج آخر يميز الخدمات الصحية الوطنية (SNS) الممولة، بشكل مشترك وبنسب متفاوتة، عن طريق الضرائب والاشتراكات الاجتماعية الإلزامية، مع تعايش SNS مع قطاع كبير من مقدمي الخدمات الخاصة.

الاختلافات بين البلدان اعتمادا على ما إذا كانوا اختاروا نموذج بسماركية أم Beveridgian،

تميل إلى التراجع و تخضع جميع البلدان لنفس القيود:

الاجتماعية ضمان الحصول على الرعاية للجميع وبالتنظيمية تحسين كفاءة النظام أما في الجانب الإقتصادي ضمان الحد قدر الإمكان من تضخم الإنفاق الصحي.

في البلدان المختلفة ميزت العديد من التغييرات هذه الأنظمة في العقود الأخيرة والتي خففت أو أضعفت الأنظمة الثلاثة الأولى وفي بعض الحالات تسببت في تغييرات كاملة في النظام حيث أن في بعض البلدان و على سبيل المثال، يتعين على الأشخاص المؤمن عليهم دفع خصومات ثابتة أو متنقلة مقابل إجمالي الإنفاق على الأدوية أو المساهمة الثابتة أو اليومية في تكاليف العلاج في المستشفى على سبيل المثال، شهدت سويسرا منذ بضع سنوات إنشاء نظام يشتمل على تأمين عام أساسي يتعين على كل شخص دفع اشتراك ثابت بصرف النظر عن دخله والتأمين التكميلي الخاص كما اختارت هولندا مسارًا مشابهًا له.

المبحث الثاني: ماهية المؤسسات الاستشفائية

تعد المؤسسات الاستشفائية العمومية من بين المفاهيم الشائعة في عصرنا الحالي باعتبارها حقيقة واضحة و ثابتة في حياة الانسان، واصبح تحديد مفهومها بصورة دقيقة من المهام الصعبة على الفكر التنظيمي والسيسولوجي المعاصر بسبب اختلاف الباحثين والفقهاء في تعريفها، لهذا تطلب الامر تحديد ماهية المؤسسات الاستشفائية العمومية .

وباعتبار أن المؤسسات الاستشفائية العمومية مزصوص عليها منذ الإستقلال في عدة قوانين وأوامر ومراسيم حددت الإطار القانوني لإنشاء وتنظيم وتسليير وتمويل هذه المؤسسات، توجب علينا وضع الإطار القانوني لهذه المؤسسات.

المطلب الأول: التعريف بالمؤسسات الاستشفائية

برزت المؤسسات الصحية استجابة إلى عقلنة المنظومة الصحية. ونتيجة الحاجة إلى رعاية صحية للعامل مع انتشار الأمراض المهنية، وحوادث العمل، وأمراض البيئة الصناعية. .. الخ، وأيضاً انطلاقاً من نظريات كنز في الاقتصاد السياسي الذي ينادي بضرورة تدخل الدولة وضرورة حماية النشاط الاقتصادي من الأزمات وسلبات العقلنة الإدارية، كما وصفتها المدرسة النقدية فرانكفورت¹.

تعتبر المؤسسات العمومية الاستشفائية مجموعة من الهياكل الصحية التي تعمل على تقديم خدمات علاجية و وقائية تلبية لحاجات الجمهور، لهذا سنحاول في هذا المطلب إعطاء تعريف شامل عن هذه المؤسسات من خلال الفروع الآتية :

1_ عبد الهدي بوعنة، إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية، دار الحامد، الأردن، 2004، ص.67.

الفصل الأول: التأصيل المفاهيمي لسياسة تمويل المؤسسات العمومية الاستشفائية

يظهر أن المؤسسات الاستشفائية العمومية تحمل مصطلحات ذات معاني واسعة تتطلب منا تعريف كل منها على حدة قبل وضع تعريف للمؤسسات العمومية الاستشفائية ككل ، حيث أن هاته الأخيرة تتشكل من ثلاثة مصطلحات هي على التوالي : (مؤسسة-عمومي - مستشفى)، فكان إلزاماً أن نعطي تعريفاً لهذه المصطلحات .

أ- التعريفات اللغوية:

أولاً: مؤسسة:

__ مؤسسة مفرد: جمع مؤسسات، صيغة المؤنث لمفعول أسّس، منشأة تؤسس لغرض معين، أو منفعة عامة ولديها من الموارد ما تمارس فيه هذه المنفعة، كدار المسنين أو السجن ونحوها"مؤسسة علمية دستورية/خيرية.¹

__ المؤسسة: أسس، جمعية أو معهد أو شركة أسست لغاية إجتماعية أو أخلاقية أو خيرية أو علمية أو إقتصادية.²

ثانياً: عمومية:

- عمومي : (إسم) نسبة إلى العموم..³

- عمومي (مفرد) شامل لجميع المواطنين "طريق / مرفق عمومي".⁴

- عمومية (مفرد)إسم مؤنث منسوب إلى عموم.⁵

1_ معجم اللغة العربية المعاصرة، أحمد مختار عمر، المجلد الأول، الطبعة الأولى، دار الكتاب، القاهرة، 2008، ص93.

2_ معجم الرائد، جبرا مسعود، الطبعة السابعة، دار العلم للملايين، بيروت، 1992، ص70

3_ عبد الغني أبو العزم، معجم الغني، بدون طبعة، دون مكان النشر، 2013 ص101

4_ معجم اللغة العربية المعاصرة، المرجع السابق، ص1558.

5_ معجم اللغة العربية المعاصرة، المرجع السابق، ص1558.

الفصل الأول: التأصيل المفاهيمي لسياسة تمويل المؤسسات العمومية الاستشفائية

- ثالثا مستشفى:

مستشفى (إسم) جمع مستشفيات، مكان يقيم فيه المرضى ويسهر على معالجتهم وخدمتهم فيه أطباء وممرضون وممرضات.¹

ب- التعريفات الاصطلاحية:

1- تعريف منظمة الصحة العالمية: إن المفهوم الحديث للمستشفى ودوره في صحة المجتمع الذي

يتواجد فيه قد تم التأكيد عليه من قبل منظمة الصحة العالمية (لجنة خبراء تنظيم الرعاية الطبية) (التقرير

الفني لمنظمة الصحة العالمية رقم 122, 1957) حيث عرفت هذه اللجنة المستشفى على أنه:

"جزء من النظام الاجتماعي الطبي وظيفته تقديم خدمات الرعاية الصحية كاملة وتشمل الخدمات

العلاجية والوقائية وتمتد خدماته الصحية الخارجية إلى العائلات في بيوتهم وهو كذلك مركز لتدريب القوى

العاملة الصحية والبحوث الطبية".²

تعريف جمعية المستشفيات الأمريكية: عرفت جمعية المستشفيات الأمريكية المؤسسات الصحية على أنها

"مؤسسة تحتوي على جهاز منظم يتمتع بتجهيزات طبية دائمة تشمل على أسرة للمرضى الداخليين

وخدمات طبية تتضمن خدمات الأطباء وخدمات التمريض مستمرة وذلك لإعطاء المرضى التشخيص

والعلاج".³

2- تعريف الأطراف المتعامل معها: وتمثل في المرضى والحكومة والكادر الطبي، إدارة المستشفى، مصانع

الأدوية وطلبة الجامعة.

3- المرضى: ينظرون إلى المستشفى على أنه الجهة المسؤولة عن تقديم العلاج والرعاية الطبية لهم

وإستشفائهم .

1_ جبرا مسعود، المرجع السابق، ص 736.

2_ عفاف روان، أثر الولاء التنظيمي على تحسين أداء العاملين، مذكرة لنيل شهادة ماستري العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد بوضياف، المسيلة، 2014، ص 53

3_ عفاف روان، المرجع السابق، ص 54.

الفصل الأول: التأصيل المفاهيمي لسياسة تمويل المؤسسات العمومية الاستشفائية

- 4- الحكومة: إحدى مؤسساتها الخدمية والمسؤولة عن تقديم كل ما يحتاجه المجتمع للنهوض بالواقع الصحي في البلد نحو الأحسن
 - 5- الكادر الطبي: هو الواقع الذي يمارسون فيه أعمالهم ومهامهم الإنسانية وبما يملكونه من خبرة ومهارة وقدرة علة إعادة الإبتسام لمرضاهم.
 - 6- إدارة المستشفى: منظمة مفتوحة على البيئة المحيطة بها ومتفاعلة مع متغيراتها المختلفة في ضوء ما حدد لها من أهداف وواجبات مسؤولة عن تنفيذها بشكل كفى وفعال.
 - 7- مصانع الأدوية: سوق واسع يستوجب إمداده بما يحتاجه من أدوية ومستلزمات طبية وفق إتفاقات مسبقة.
 - 8- الطلبة والجامعة : موقع تدريبي وعملي لإكسابهم المهارة والمعرفة الميدانية عن أسرار المهنة ولإجراء التجارب والبحوث المستقبلية في مجال الطب.¹
- كما قامت بعض الدراسات والبحوث في مجمل النظم بإعطاء تعاريف لهاته المؤسسات فقد عرفتھا بأھا: " نظام مركب من مجموعة من النظم الفرعية والتي تتميز كل منها بطبيعة مميزة من الأهداف وخصائص خاصة، والتي تتفاعل معها بغية تحقيق الأهداف الصحية المرجوة."²
- فهي بذلك تركيب إجتماعي إنساني يستهدف تحقيق وتلبية أهداف محددة يشمل مدخلات ومخرجات، ويتكون من ثلاثة عناصر أساسية: أفراد وجماعات تحتاج لخدمات صحية، أفراد أو مهنيين متخصصون بميادين صحية متنوعة ومنظمات إجتماعية إنسانية تنظم أسلوب تقديم الخدمة الصحية وأسلوب التمويل والشراء والخدمات وتقنين وتشريع الخدمات والتخطيط والتنسيق ورسم الأهداف والسعي المتواصل لتحسين الخدمات ومراقبة ذلك."³

1_ ثامرياسر البكري، إدارة المستشفيات، الطبعة العربية، دار البازور العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، ص 22.21.

2_ أحمد محمد غنيم، المرجع السابق، ص 24.

2_ مهديد بيمينه وبكري أبو بكر، تقييم جودة الخدمة العمومية في المستشفيات الجزائرية، مذكرة لنيل شهادة الماستر في العلوم الإقتصادية والتسيير والعلوم التجارية، جامعة أبي بكر بلقايد، تلمسان، 2015، ص 48.

الفصل الأول :التأصيل المفاهيمي لسياسة تمويل المؤسسات العمومية الاستشفائية

ج- تعريف المشرع الجزائري :

خص المؤسسات الاستشفائية الخاصة بتعريف جامع وشامل من خلال الأمر رقم 06/07 حيث نص على أن "المؤسسات الاستشفائية الخاصة هي مؤسسات علاج و إستشفاء تمارس فيها أنشطة الطب و الجراحة بما فيها طب النساء و التوليد و أنشطة الاستكشاف . "

لهذا يمكننا إعتقاد التعريف الذي يعتبر المؤسسات الاستشفائية العمومية بمثابة مجموعة من الهياكل الصحية التابعة للقطاع العام تهدف إلى تلبية حاجات إجتماعية هامة من خلال تقديم خدمات مجانية تتمثل في العلاج أو القيام بأعمال وقائية لحماية للصحة العمومية للمجتمع، حيث تنشأ وتنظم وتراقب من طرف الدولة.¹

– الطبيعة القانونية للمؤسسات الإستشفائية العمومية:

إن تحديد الطبيعة القانونية لمؤسسات الصحة العمومية يكتسي أهمية بالغة خاصة بالنسبة للمتضررين، حيث يتحدد بموجبه نوع الدعوى التي يرفعونها و الجهة القضائية التي يمكنهم إستيفاء حقوقهم أمامها ، فقد إعتبرها المشرع بمثابة مؤسسات عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية و الاستقلال المالي،² وبالتالي هي مرافق عمومية صحية و إستشفائية مكلفة بتقديم خدمة عمومية مادام أن التنظيم الذي أنشأها حدد نظامها القانوني في شكل مؤسسة عمومية ذات طابع إداري.

³ دهبليس عبد القادر، قريشي أئيس، النظام القانوني للمؤسسة العمومية الاستشفائية، مذكرة لنيل شهادة الماستر في العلوم السياسية، جامعة محمد بوضياف، المسيلة، 2017، ص 10.

² عبدو الرحان فطناسي، المسؤولية الإدارية للمؤسسات الصحية، دار الجامعة الجديدة، الإسكندرية، 2015، ص 20.

الفصل الأول: التأصيل المفاهيمي لسياسة تمويل المؤسسات العمومية الاستشفائية

كما أن القانون الإداري يطغى أيضا على تنظيمها الداخلي و بنظامها المالي و ما تعلق بعلاقاتها وذلك أي كان نوعها، كالعلاقات الداخلية ما بين موظفيها أو العلاقات الخارجية مع أشخاص خارجين عن هذه المؤسسات الاستشفائية العمومية .

أما فما يخص نزاعاتها، فإن القضاء الإداري هو من يختص بالفصل في المنازعات التي تثور بمناسبة قيامها بنشاطها ، حيث يطبق عليها قواعد القانون الإداري و الإجراءات الإدارية. بحيث أن أي نزاع قضائي تكون إحداها فيه يختص للنظر و الفصل فيه كقاعدة عامة القاضي الإداري.¹

وتنفيذا للمهام المكلفة بها تقوم مؤسسات الصحة العمومية بعدة أنشطة ،منها ما يتعلق بالجانزب الإداري و التنظيمي ، و منها ما يتعلق بالجانزب الطبي الذي يعتبر بمثابة النشاط التي أنشأت من أجله، حيث يشكل مصدرار لمسؤولية هاته المؤسسات عن الأضرار التي قد تترتب أثناء ممارسته.²

¹ _ عمر شنتير رضا، النظام القانوني للصحة العمومية، أطروحة دكتوراه، كلية الحقوق، جامعة الجزائر، 2012، ص 143.142.

² _ عبد الرحمان فطناسي، المرجع السابق، ص.21.

المطلب الثاني: خصائص وتصنيفات المؤسسات الاستشفائية

1- خصائص المؤسسات الاستشفائية:

المستشفى نظام مفتوح:

المستشفى نظام مفتوح يحوي أنظمة جزئية كثيرة تتفاعل مع بعضها البعض، كما تتفاعل مع المحيط الخارجي، وتنشأ بينهما صلات ذات تأثير متبادل ، ويعتمد معلى البيئة المحيطة بالدرجة الأولى، ويستمد أساسيات وجوده منها، ويعمل أساسا لخدمة هذه البيئة، ويعتمد نجاحه في أداء وظيفته على درجة من التكيف والتكامل مع البيئة الخارجي.

9- المستشفى نظام معقد:

يعتبر المستشفى نظام معقد، حيث يشتمل على عدد كبير من الافراد علاوة على التخصص الدقيق في أقسامه المختلفة، وأساليب التكنولوجيا المستخدمة في الوقاية والعلاج.

10- المستشفى نظام متعدد الاهداف:

11- المستشفى نظام متعدد الاهداف يجب إشباعها في وقت واحد، مثل هدف تقديم الرعاية الطبية والعلاجية ، التعليم والتدريب، البحث والتطور، خدمات وقائية.

12- المستشفى نظام يتسم بمحدودية فعالية الرقابة القضائية:

الاصل أن العلاقة بين الطبيب والمريض وذلك من منطلق الحرية المهنية للطبيب في مزاوله مهنته، وهذا يعني الحاجة إلى تنمية اساليب الرقابة الذاتية بين كل من الاطباء والمرضى لان أي خطأ يقعون فيه يصعب

الفصل الأول: التأصيل المفاهيمي لسياسة تمويل المؤسسات العمومية الاستشفائية

محاسبتهم عليه كلية، وذلك لعدم وجود معايير لمستوى أداء الاطباء بالذات وأساليب العلاج والتشخيص في كل حالة، وذلك رغم محاولة السلطات الصحية في كل من الدول وضع معايير للأداء بين الأطباء إلى جانب التفتيش الدوري والدائم على العمال العلاجية في المستشفيات، إلا أنه لا يزال هذا النوع من الرقابة محدود الفعالية.¹

13- المستشفى نظام يصعب فيه التنبؤ بحجم الطلب المستقبلي على خدماته: وذلك لان

طلب العلاج مسألة تحكمها إعتبارات شخصية من ناحية، ومن ناحية اخرى فغن الأولوية تعطى دائما للحالات الإستعجالية والحوادث مما يصعب التنبؤ بها في كثير من الاحيان ويزيد من هذه الصعوبة أنه يستحيل تنميط طرق العلاج وهذا يتطلب أن تكون خطة المستشفى مرنة بحيث يمكن مواجهة ظروف عدم التأكد أو أية ظروف متوقعة.

14- المستشفى نظام يعمل تحت ضغوط مستمرة : كلا من العاملين فيها غالبا ما يعملون

تحت ضغط نفسي مستمر ومتكرر وبصفة يومية مما يجعلهم مشدودي الاعصاب ومتوترين لانهم يتعاملون دائما مع حقيقة الموت والحياة.

وظائف المؤسسات الاستشفائية الأساسية:

تختلف وظائف المستشفيات فيما بينها حسب حجم المستشفى والهدف الذي أنشأت من أجله، لكن هناك وظائف أساسية مشتركة عموما وهي :

__ تحقيق مستوى عال من جودة الرعاية الطبية أمر مرتبط نفي الواقع بإمكانية توافر العناصر الآتية:

1_ليل يوحديد، التخطيط الإستراتيجي كدخل لتحسين اداء الموارد البشرية في المستشفيات العمومية، المجلة الجزائرية للتنمية الاقتصادية عدد 01 ديسمبر 2014.

الفصل الأول: التأصيل المفاهيمي لسياسة تمويل المؤسسات العمومية الاستشفائية

— حسن الرعاية الطبية والمتعلق بتطبيق علوم وتكنولوجيا الطب والعلوم الصحية الأخرى لتشخيص المشاكل الصحية الفردية وعلاجها بشكل يساعد على توفير أقصى حد من المنافع الصحية دون أن يؤدي ذلك إلى زيادة المخاطر التي قد يتعرض لها المريض.¹

— حسن العلاقات الشخصية المتبادلة بين الطبيب ومريضه، والمتعلقة بالتفاعل الإجتماعي والنفسي القائم بينهما لتسهيل نجاح تشكيل المصالح الصحية الفردية وعلاجها.

— وسائل الراحة والتسهيلات التي يجدها المريض في المستشفى مثل الطعام الجيد، وسائل الراحة في الإنتظار، والفحص و الإقامة... الخ.

— ملائمة مستوى الراحة الطبية المقدمة للمرضى لضمان تحقيق مستوى عال من الرعاية الطبية.

— تعليم وتدريب العاملين في المجالات الطبية ووالتمريضية: أصبح المستشفى مركزا لتنمية تعليمات عدد كبير من العاملين في المجالات الطبية، وتطوير مهاراتهم وقدراتهم ، وزيادة فعالية الأدوار التي يؤديونها من ناحية علمية، والمستشفى هو المكان الذي يتدرب فيه ويتعلم كل الأطباء والمرضى وتتوفر إمكانية التدريب في المؤسسات الإستشفائية المتخصصة والجامعية أكثر من المستشفيات الأخرى راجع إلى الإمكانيات المادية والبشرية والتجهيزات اللازمة لعملية التريب والتعليم.

— توفير خدمات الرعاية الصحية الأولية اللازمة للنهوض بصحة المجتمع: تقديم خدمات عن طريق العيادات المتعددة الخدمات والمراكز الصحية وقاعات العلاج، ففي هذه الوحدات القاعدية الصحية يتم

1 ليلى بوحديد، المرجع السابق.

الفصل الأول :التأصيل المفاهيمي لسياسة تمويل المؤسسات العمومية الاستشفائية

توفير عناية شاملة ومستمرة للمريض وتنسيق أمور رعايته مع العيادات المتخصصة التي تقدم رعاية طبية من مستوى عالي.¹

15- تصنيف المستشفيات:

تختلف تصنيف المستشفيات من دولة إلى أخرى وهذا الاختلاف في التصنيفات يعتمد على أسس تتبناها هذه الجهة أو تلك إضافة إلى الهدف المراد تحقيقه من التصنيف ومهما كانت الأهداف والأسس لتصنيفات المستشفى فإنها تتعدى التصنيفات التالية:

1- تصنيف المستشفيات على أساس الملكية.

2- تصنيف المستشفيات على أساس الحجم

3- تصنيف المستشفيات على أساس التخصص

4- تصنيف المستشفيات على أساس التعليم والتدريب

تصنيف المستشفيات على أساس الموقع الجغرافي

أولا : تصنيف المستشفيات على أساس الملكية:

أ/ المستشفيات الحكومية: وهي تلك المستشفيات التي تعود ملكيتها للدولة، والمستشفيات الحكومية تهدف إلى تقديم الخدمات الطبية بمختلف مستوياتها دون أن يكون لها أي هدف ربحي ، وهي تسعى

¹ _ حريستاني حسان ، إدارة المستشفيات ،معهد الإدارة العامة،الرياض، 1990، ص37.

الفصل الأول: التأصيل المفاهيمي لسياسة تمويل المؤسسات العمومية الاستشفائية

للوصول إلى أقصى درجة من رضا المواطن والمريض، وتخضع إلى القوانين وأنظمة وتعليمات الدولة، ويكون إتخاذ القرار مركزيا.¹

ب/المستشفيات الخاصة: وتكون مملوكة من طرف شخص واحد أو مجموعة من أشخاص (كشركة مساهمة)، ويهدف هذا النوع إلى تقديم خدمات طبية وتحقيق أرباح كما تسعى لتحقيق درجة من الربح في ظل المنافسة الموجودة في السوق.

ج/المستشفيات الخيرية: يكون هذا النوع من المستشفيات مملوكا لجهات خيرية تطوعية مبنية على أساس عرقي أو ديني أو جهوي وتشكل هذه المستشفيات الوسطية بين الخاص والحكومي، حيث تسعى إلى تغطية نفقاتها من جهة ومن جهة أخرى إلى تحقيق رضا ومساعدة المحتاجين للخدمة الصحية، كما أن الخدمات المقدمة بحجم الأموال والتبرعات المتوفرة.

¹ بحداة نجاه، تحديات الإمداد في المؤسسة الصحية دراسة حالة، مذكرة لنيل شهادة الماجستير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية جامعة أبي بكر بلقايد، تلمسان، 2011، ص46.

الفصل الأول: التأصيل المفاهيمي لسياسة تمويل المؤسسات العمومية الاستشفائية

ثانيا: مستشفيات حسب التخصص:

أ/ مستشفيات عامة: تضم تخصصات مختلفة ومتعددة مثل أمراض الأطفال والأمراض الباطنية وأمراض النساء والتوليد والجراحة العامة.....الخ.

ب/ مستشفيات متخصصة: التي تقدم تخصص معين كأن تكون متخصصة في مجال العيون أو القلب أو الأطفال وبالتالي العلاقة الطبية الممكنة في مجال تخصص معين.

ثالثا: مستشفيات على اساس الحجم:

1-مستشفيات كبيرة الحجم: يكون عدد الأسرة اكثر من 500 سرير.

2-مستشفيات متوسطة الحجم : تكون عدد الأسرة 200 سرير.

3-مستشفيات صغيرة الحجم : تكون أقل من 200 سرير.¹

رابعا: تصنيف المستشفيات على أساس التعليم والتدريب

- 1- مستشفيات تعليمية: التي يتم فيها تطبيق برامج الإقامة والتدريب والتعليم، وتتوفر فيها الإمكانيات البشرية والمادية والتكنولوجية لتهيئ تساهم في تدريب وتعليم طلبة كليات الطب والتمريض.
- 2- مستشفيات غير تعليمية: التي لا تتوفر فيها الإمكانيات المادية والبشرية لتعليم وتدريب طلبة الطب والتمريض والمهنة الحرة وهي تمتاز بصغر الحجم ومحدودية التخصصات.

¹ - مجددة نجاة، المرجع السابق، ص 47.

خامسا: المستشفيات حسب المناطق الجغرافية

1- مستشفيات مركزية

2- مستشفيات إقليمية

3- مستشفيات محلية صغيرة¹

خاتمة الفصل الأول:

في الاخير من خلال دراستنا حاليا التأصيل المفاهيمي لسياسة تمويل المؤسسات العمومية الاستشفائية سواء من حيث اللغة، والتشريع وغيرها، نستخلص أن هناك عدة نقائص وصعوبات تميزه، مما يسبب حاليا في الكثير من المشاكل والمساوئ خاصة فيما يخص عملية التسيير بالإضافة الى النتائج المترتبة عن ذلك والمتمثلة في تدهور الخدمات الصحية وعدم مواكبتها للتطور السريع الذي تعرفه العلوم الطبية والتكنولوجية، إن الاساليب والادوات المستعملة حاليا في التسيير المالي تعتبر وسائل تقليدية أثبتت فشلها في تحقيق الفعالية وحسن الاداء كونها لا تقوم على اساليب الادارة الحديثة المتمثلة في التخطيط والتنفيذ والتنظيم والمراقبة والتقييم، كما انها لا تسمح للمسيرين من معرفة التكاليف الحقيقية وكذا التحكم بها وهو ما خلق سوء في عملية التسيير وعدم الرشادة في الانفاق .

¹ - مجددة نجا، المرجع السابق، ص48.

الفصل الثاني

دور التمويل في دعم المؤسسات الإستشفائية

الفصل الثاني : دور التمويل في دعم المؤسسات الاستشفائية

مقدمة الفصل الثاني:

خلال هذه الفترة التي استمرت من 1962 حتى 1974 ، وشروط الدفع التي تم صنعها على أساس سعر يومي وتسعيرة للأفعال، الفترة الثانية التي تم خلالها وضع الطب المجاني من عام 1974 إلى يومنا هذا وتتميز بتنفيذ إجراء تمويل جديد يسمى الميزانية العالمية الموازنة) التي حلت محل آلية التمويل القديمة القائمة على التسعير في سعر النهار يعد إصلاح التمويل هذا ، الذي يعود إلى عام 1974 ، تغييراً خطيراً ، بمعنى أنه قد تم التحول من منطق الإدارة إلى منطق إنفاق مخصصات الميزانية.

المبحث الأول: تمويل المستشفيات في الجزائر:

1- التمويل من الميزانية العالمية:

المرسوم 65/73 المؤرخ 1973/12/28 سيؤسس الطبيب الحر في هذا القطاع الرعاية الصحية ، ثم يتم تمويلها من ميزانية الدولة والتي شجعت آلية تمويل الأسعار اليومية المديرين في الحفاظ على محاسبة التكاليف ورصد مراقبة التكاليف الخاصة بهم على العكس من ذلك أدت صيغة الميزانية العالمية إلى جعل المديرين يعانون من عدم التمكين الواضح إلى الحد الذي يُطلب منهم.

"الإنفاق" ببساطة ميزانية موزعة بالفعل بالتفصيل ومركزيا بين العناوين والفصول والمقالات. انتقل مديرو المستشفيات من حالة "المديرين" إلى حالة "المنفقين". إدارة بالمعنى الحقيقي وتتميز طريقة عمل الأشياء هذه بمركزية قوية. تبدأ التباينات في الظهور عندما لا يطبع توزيع الاعتمادات بين المؤسسات الصحية أي من منطلق إقتصادي ولا يستند إلى أي معيار للفعالية، كما يتميز النظام الصحي الجزائري بعدم كفاءة تخصيص موارده .

الفصل الثاني : دور التمويل في دعم المؤسسات الاستشفائية

2- طرق الدفع:

إما عن طريق متوسط سعر يوم الاستشفاء، أو إما عن طريق الحزمة في علم الأمراض، في ضوء التجارب الدولية، فإن طريقة التمويل التي يتمتع بها الضمان الاجتماعي هي: "الحزمة حسب علم الأمراض"

وبناءً على الإلهام من الخبرة الدولية، تم إعداد مخطط وطني للتكاليف الثابتة حسب علم الأمراض، يتم تصنيف الأمراض حسب مجموعات الحالات ويتم تصنيف كل مجموعة حسب جهاز (الجهاز العصبي ، العين ، ...).

يتميز التمويل الصحي في الجزائر بخصوصية خاصة لأنه يعتمد على مساهمة مقطوعة من الدولة ومن الضمان الاجتماعي ومن الأسرة.

المطلب الأول: سياسة الدولة في تمويل المؤسسات العمومية الاستشفائية

تعتبر مشاركة الدولة في التمويل الصحي أولوية، فهي تحتل المرتبة الأولى بحصة الأغلبية. تمول الحكومة جميع ألقاب الإنفاق وهي:

1- إنفاق الأفراد .

2- السلع والخدمات.

3- النقل .

الفصل الثاني : دور التمويل في دعم المؤسسات الاستشفائية

هذه المشاركة تهدف إلى ضمان التضامن الاجتماعي والتماسك الاجتماعي وتعزيز الصحة ، حيث ان معظم تمويل الميزانية يأتي من وزارة الصحة ، أكثر ثلاثة أرباع الميزانية العامة للدولة. ومع ذلك ، فقد ارتفعت هذه الحصة قليلاً ، حيث ارتفعت من 37.39 في المائة في عام 1997 إلى 50 في المائة في عام 2003 ، ووصلت إلى 55.2 في المائة في عام 2009 ، بزيادة قدرها 18 في المائة عن العام الماضي.

من ناحية أخرى تساهم الإدارات الوزارية في الموازنة الصحية ، مثل: وزارة الدفاع من خلال تمويل المستشفيات العسكرية ، ووزارة التعليم والبحث العلمي عن طريق رعاية أطباء المستشفى الجامعي تقوم وزارة التعليم ووزارة الشباب والرياضة بأنشطة وقائية. أيضا ، وزارات أخرى تمويل المرافق الصحية لمجموعات الأغراض المحددة.

الضمان الاجتماعي هو عامل "تمويل" مهم للصحة في الجزائر، ويشترك بشكل متزايد في التمويل خاصة منذ عام 1985، بعد أول علامات الصعوبات الاقتصادية والمالية الناجمة عن انهيار أسعار المواد الهيدروكربونية في أواخر الثمانينات.

خلال سبعينيات القرن الماضي، شكلت المشاركة في الضمان الاجتماعي نسبة ضئيلة من إجمالي الإنفاق الصحي أي 23.49 ٪ في عام 1974. وكانت هذه المشاركة المنخفضة مبررة بمشاركة الدولة التي غطت حصة سائدة (76.51 ٪) ، بسبب الفائض المالي في ذلك الوقت. ومع ذلك ، فإن مشاركة الضمان الاجتماعي هي نتيجة للأزمة في البلاد (انخفاض عائدات النفط)، تولى الضمان الاجتماعي لدعم ميزانية الدولة والتدخل في أكثر طريقة معززة.

الفصل الثاني : دور التمويل في دعم المؤسسات الاستشفائية

ومن عام 1999 ، انخفضت حصة الضمان الاجتماعي في إجمالي الإنفاق الصحي بنسبة 29.33 %، راجع إلى الزيادة في ميزانية الدولة بفضل عائدات النفط المسجلة، أي 28.9 دولار للبرميل في عام 2003 و 65.40 % في عام 2006، كما أن معظم تمويل الميزانية يأتي من وزارة الصحة، أكثر ثلاثة أرباع الميزانية العامة للدولة، ومع ذلك فقد ارتفعت هذه الحصة قليلا، حيث ارتفعت من 37.39 في المائة في عام 1997 إلى 50 في المائة في عام 2003 إلى 55.2 ووصلت في المائة في عام 2009، بزيادة قدرها 18 في المائة عن العام الماضي.

من ناحية أخرى، تساهم الإدارات الوزارية في الموازنة الصحية، مثل: وزارة الدفاع من خلال تمويل المستشفيات العسكرية، ووزارة التعليم والبحث العلمي عن طريق رعاية أطباء المستشفى الجامعي تقوم وزارة التعليم ووزارة الشباب والرياضة بأنشطة وقائية. أيضا، وزارات أخرى تمويل المرافق الصحية لمجموعات الأغراض المحددة.

يتم توفير مستوى من القطاعات الصحية بشكل رئيسي من قبل الدولة والضمان الاجتماعي. في عام 2009 ، كانت مساهمة الدولة في حدود 52.20 % ومشاركة الضمان الاجتماعي في إجمالي الإنفاق الصحي كان 31 % . عندما تكون مشاركة الأسر 13.80 %، يمكن تفسير ذلك بالمكان الذي تشغله الدولة والذي غطى جزء كبير من النفقات الصحية.

الفصل الثاني : دور التمويل في دعم المؤسسات الاستشفائية

المطلب الثاني: دور الدولة والضمان الاجتماعي في التمويل

إن نظام التمويل في الجزائر يمكن القول قبل كل شيء أنه من حيث المبدأ فإن النظام الصحة الجزائري تطور على أساس الضمان الاجتماعي ، الذي بدوره خضع لعدة تغيرات ، وكذلك راجع لاسباب سياسية محضة ولتغيرات هيكلية خاصة بعد إقرار الطب المجاني.

عن النظام الحالي لتمويل الصحة العمومية في الجزائر مبني على عدة موارد أهمها:

- الدولة - الضمان الاجتماعي - الأسرة

أولاً: الدولة:

إن الدولة بإعتبارها الحامي الأول لصحة المواطن ، تمنح موارد معتبرة في هذا الإطار فمجهوداتها مرت من 204 مليار دج في سنة 1980 إلى 21 مليار دج سنة 1994 وهذا التدخل من الدولة كان من المفروض أن يكون أكبر لولا تحمل الضمان الاجتماعي ومشاركته في الأعباء بقدر كبير جدا نظرا للتوسع مفي القاعدة العمالية التي تسمح بتوفير سيولة ونوع من الرخاء على مستوى الضمان الاجتماعي¹.

مؤسسات عملية جاهزة للإستقبال وبالتالي تحتاج إلى ميزانية تسيير، كما ان الإستثمارات وأكثرها تمت خلال الفترة 1980 و1988 أين نلاحظ إتمادات إستثمارات تكاد تعادل إتمادات التسيير ولكنها تبقى دوما أكبر منها وتفوقها نظرا لضخامة المشاريع ، ولكن الجدير بالذكر أن إتمادات الإستثمارات بدأت في الرجوع إبتداء من سنة 1994، ومع ظهور الازمة الاقتصادية التي بدأت في

¹ زيدت سناء ،إدارة ومالية المؤسسات الإستشفائية، مذكرة ليل شهادة الماجستير، فرع الإدارة والمالية، كلية الحقوق، الجزائر، 2001، ص، 81

الفصل الثاني : دور التمويل في دعم المؤسسات الاستشفائية

الظهور منذ منتصف الثمانينات وكذا سياسة إعادة الهيكلة التي طبقتها الدولة بدعم من الهيئات والمؤسسات الدولية التي تشكل عائقا حقيقيا أمام تجنيد الموارد للقطاع العمومي للصحة.

ثانيا: الضمان الإجتماعي :

إن تمويل الصحة في الجزائر عن طريق الضمان الإجتماعي يعد من أهم النقاط الواجب التطرق لها، تظر لوزن الضمان الإجتماعي كعمود رئيسي ، حيث ان الضمان الإجتماعي في الجزائر وحتى بعد الإستقلال بقي يسير على شكل النظام الفرنسي والمتميز بتعدد الانظمة مما يعقد الامر ، بإعتبار أن مختلف تلك والانظمة مستقلة في أعمالها وتسييرها، وأهم الأنظمة هو النظام العام للمأجورين بالنظر إلى عدد المنتمين إليه،الذي يضم عمال الصناعة،البناء ن التجارة، والخدمات.....الخ.

كما أنه هناك إضافة إلى نظام موظفي الإدارات العمومية ، مجموعة من الأنظمة الخاصة كتلك المتعلقة بالمناجم،وعمال البحر،والغاز،وعمال السكك الحديدية...وظكذا النظام والزراعي المهني في شكل وتعاونيات.أما النظام المتعلق بغير المأجورين فلم يتم إنشاؤه إلا في عام 1967 وهو موجه للمهن الحرة والتجار والحرفيين .

إضافة إلى ذلك فإن تعقيد هذا النظام يظهر على مستوى آخر يتمثل في تعدد وإختلاف نسبة المساهمة للمنتمين لمختلف هذه الأنظمة وكذا الإختلافات في الخدمات المقدمة.

-خدمات مادية: تمثل تكلفة المرضى وتشمل تغطية المصاريف الصيدلانية، الجراحية،والمكوث في المستشفى وتمثل معدل التعويض تفيها 80 بالمائة ويمكن أن يرتفع إلى 100 بالمائة، في الحالات الخطيرة كالعلايات أو الأمراض المزمنة.

الفصل الثاني : دور التمويل في دعم المؤسسات الاستشفائية

- خدمات مالية: تمثل دخل تعويضي يخص الذين أجر فقط

مثال كتعويض الأجر اليومي عند الغياب لأسباب مرضية.¹

- التأمينات الإجتماعية: مثل تأمين الأمومة والذي يعتبر جزائي للولادة والمصاريف الطبية.

- حوادث العمل : حيث أصبحت من شأن الضمان من سنة 1967

ثالثا: الأسرة:

كان هذا المصدر غير هام لتمويل الصحة في حوالي سنة 1974 ، لكنه سرعان ما تطور، كما أن رفع الحواجز أمام الخواص في مجال الصحة، والتزاحم الكبير المتعارف عليه في المرافق العامة والذي يؤدي إلى الإنقاص من نوعية الخدمة المقدمة.

المبحث الثاني: واقع المؤسسات الاستشفائية من التمويل

حاولنا في هذا المبحث إستعراض التنظيم المالي للمؤسسات الإستشفائية العمومية من خلال التعرف على الميزانية وعملية التنفيذ وفيما يكون الإنفاق حيث توجد الإيرادات الخاصة بالمؤسسة التي تتلقاها من الدولة وفيما يكون الإنفاق، قسمنا المبحث إلى مطلبين.

¹ زيدات سناء، المرجع السابق، ص 82.

الفصل الثاني : دور التمويل في دعم المؤسسات الاستشفائية

المطلب الأول: ميزانية المؤسسات العمومية الاستشفائية من التمويل

إن الميزانية عبارة عن بيان تعدادي لأن كل الإيرادات والنفقات تظهر في صورة أرقام مالية عديدة مفصلة، وهي أيضا تقديري لأنها تحدد مسبقا الإيرادات الممكنة وتحدد أيضا مستوى النفقات المتوقعة لفترة زمنية مقبلة عادة ما تكون سنة كاملة.

1- تعريف ميزانية المؤسسات الإستشفائية:

إستنادا على ماجاء في المادة 03 من القانون 90-21، الميزانية هي الوثيقة التي تقدر وترخص مجموع الإيرادات والنفقات الخاصة بالتسيير والتجهيز، وهي التي تحدد النشاط المالي للمؤسسة من خلال عمليات تقدير الإيرادات وترخيص النفقات، وباعتبار أن المؤسسات الإستشفائية العمومية مؤسسات عمومية ذات طابع إداري وتتمتع بالشخصية المعنوية والإستقلال المالي فإنها تخضع في تسييرها لقواعد قانون المالية وكذا المحاسبة العمومية الامرالذي يجعلها تتمتع بميزانية مستقلة في الظاهر ومقيدة في الواقع نظرا لخضوع مختلف تصرفاتها للإجراءات وقيود يتم تحديدها من قبل السلطة الوصية.¹

كما يمكننا القول بأن ميزانية المؤسسات الإستشفائية هي ميزانية تسيير يمكن أن تعرف على أنها عمل تقديري مجسد من خلال جدول تقييمي لعمليات مستقبلية، يسمح من خلاله ملامر بالصرف بالإتفاق في حدود الإعتمادات المتوفرة في الميزانية خلال فترة زمنية مقدرة بسنة مالية وهذا لاجل الإستجابة للطلب على الخدمات الصحية من طرف الافراد.

1_ دهام عبد الرزاق، النفقات في المؤسسة الصحية نحو مقارنة التحكم، مذكرة نهاية الدراسة، المدرسة الوطنية للمناجم وإدارة الصحة، 2012. ص.04.

الفصل الثاني : دور التمويل في دعم المؤسسات الاستشفائية

مبادئ ميزانية المؤسسات الإستشفائية العمومية:

تخضع الميزانية الميزانية لمجموعة من المبادئ تتمثل في :

أولاً: مبدأ السنوية:

يتمثل هذا المبدأ في أن مدة سريان الميزانية تقدر بسنة ميلادية ويقصد به أيضا أن مدة تنفيذ النفقات وتحصيل الإيرادات تحدد بسنة واحدة.

ثانيا- مبدأ الوحدة:

يقضي هذا المبدأ بإدراج كل النفقات والإيرادات في ميزانية واحدة وهذا لتسهيل مناقشة ومراقبة حساباتها.

ثالثا- مبدأ التوازن: يتمثل هذا المبدأ في تساوي كل الإيرادات والنفقات في الميزانية، حيث لا يمكننا أن نعتبر الميزانية محققة لمبدأ التوازن إذا كان إجمالي النفقات يقل أو يفوق إجمالي الإيرادات.

رابعا- مبدأ الشمولية :

تقوم هذه القاعدة على إجمالي الإيرادات يغطي جميع النفقات الموجودة في الميزانية.

خامسا- مبدأ تخصيص الاعتمادات:

يقوم هذا المبدأ على أساس أن كل نفقة تخصص لمادة معينة في باب معين في عنوان محدد.¹

¹ دهام عبد الرزاق، المرجع السابق، ص 05.

الفصل الثاني : دور التمويل في دعم المؤسسات الاستشفائية

المطلب الثاني: دور التمويل في دعم الإيرادات والنفقات

إستنادا على مدونة الميزانية التي تعدها وزارة المالية ووزارة الصحة إستخلصنا أن ميزانية المؤسسات

الإستشفائية العمومية تتضمن بابا للإيرادات و بابا للنفقات وتتمثل في :

أولاً- الإيرادات: تتكون إيرادات المؤسسات الإستشفائية من

- إعانة الدولة: حيث أنها تعتبر الممول الأكبر للمؤسسات الإستشفائية وتتمثل هذه الإعانات في المساهمة في أعمال العلاج والوقاية والتكوين والتكفل بالمعوزين غير المستفيدين من التأمينات الإجتماعية.
- مساهمة هيئات الضمان الإجتماعي: وتتمثل في تقديم العلاج للمؤمن لهم إجتماعيا وذوي حقوقهم والتعاضديات والمؤسسات ومؤسسات التكوين والى جانب مساهمة هيئات الضمان الإجتماعي نجد مساهمة هيئات الضمان الإجتماعي بعنوان الخدمات الخاضعة للإتفاقيات .
- مساهمة المؤسسات والهيئات العمومية: وتتمثل في مساهمة المؤسسات والهيئات العمومية، ومساهمة هيئات التكوين والتعليم العالي وكذلك هيئات التضامن الوطني.
- إيرادات متحصل عليها من نشاط المؤسسة: تتمثل هاته الإيرادات في ظمساهمة المرضى في مصاريف الإستشفاء والفحص والإستشارة، ومساهمة المستخدمين والطلبة والمتربصين في نفقات التغذية، وكذلك الإيرادات المتحصل عليها من حرق النفايات وأيضا إيرادات متحصل عليها في إطار الإتفاقيات مثل الإتفاقيات المبرمة في إطار الطب وفي إطار نشاطات العلاج.¹

¹ - دهيليس عبد القادر، قريشي أنيس، المرجع السابق، ص 47.

الفصل الثاني : دور التمويل في دعم المؤسسات الاستشفائية

- إيرادات أخرى: وتتمثل هاته الإيرادات في مساهمة المنظمات الدولية، والقروض والإعانات والهبات وأيضاً مساهمات المؤسسات الإقتصادية.

- أرصدة السنوات المالية السابقة: حيث يتضمن هذا الباب مادة وظحيدة وهي رصيد السنوات السابقة.

- ثانياً: نفقات المؤسسات الإستشفائية

1- **نفقات المستخدمين:** تشمل كل النفقات الخاصة بأجور الموظفين بما فيهم المرسمين والمتعاقدين من مرتبات ولواحق بما فيها المنح والتعويضات والمعاشات، وعند تنفيذ هذه النفقة يراعى بالنسبة للاجور سلم معين خاص برتبة كل موظف أما لواحق الأجر من منح وتعويضات وغيرها فتخضع إلى القوانين الأساسية لكل سلك.

2- **مصاريف التكوين:** يشمل مرتبات ومنح وتعويضات ومصاريف لازمة لعمليات تكوين الطلبة والمتمرنين والموظفين وكذا المصاريف المتعلقة بالعتل العلمية والمؤتمرات والملتقيات ومصاريف الإشتراك في المجالات والدوريات ويختتم هذا العنوان بحساب النفقات على السنة المالية المقفلة.

3- **نفقات التغذية:** يشمل هذا العنوان نفقات تغذية المرضى المقيمين بالمؤسسات الإستشفائية ومرافقوهم والذين يتم تحديدهم بناء على جداول تعداد المرضى التي يعدها مكتب القبول وكذا نفقات التغذية الخاصة بالمستخدمين الشبه الطبيين والإداريين المعينين بالمداومة.¹

¹ - دهيليس عبد القادر، قريشي أنيس، المرجع السابق، ص 48.

الفصل الثاني : دور التمويل في دعم المؤسسات الاستشفائية

- 4- نفقات الأدوية والمواد ذات الإستعمال الطبي: يشمل إقتناء مختلف الأدوية اللازمة وكذا المواد الأخرى ذات الإستعمال الطبي كمواد المخابرو أفلام التصوير والغازات الطبية واللوازم المختلفة والملحقات والأثاث ذات الإستعمال الطبي .
- 5- نفقات الأعمال الوقائية: في إطار البرامج الوطنية الخاصة بالأعمال الوقائية التي تشرف عليها مصلحة الأوبئة والطب الوقائي وفقا لطبيعة المؤسسات من أمصال وأدوية ومواد ذات إستعمال وقائي، وكذا دفاتر التلقيحات والمطبوعات والملصقات .
- 6- العتاد والأدوات الطبية: يشمل إقتناء مختلف العتاد والأدوات الطبية وملحقات العتاد الطبي كقطع الغيار التي يتم إقتنائها من المتعاملين الخواص عن طريق إستثمارات وصفقات .
- 7- صيانة الهياكل الصحية : نفقات مخصصة لصيانة المباني والهياكل والمساحات الخضراء وزترميمها وتمويل شراء مواد البناء المخصصة لمواد الصيانة والترميم.
- 8- نفقات أخرى للتسيير: يشمل هذا العنوان النفقات الخاصة بالبريد والإيجار ، نفقات الكهرباء والغاز ، التأمين ضد الأخطار ،لوازم المكاتب، نفقات الماء ، الخبز، مصاريف حضيرة السيارات النقل والتنقل ومصاريف الإستشفاء ،مواد التنظيف....الخ.
- 9- الخدمات الإجتماعية: النفقات المخصصة للخدمات الإجتماعية والتي تقدر بنسبة ثلاثة في المائة من الكتلة الأجرية ويسير من طرف لجنة الخدمات الإجتماعية.¹

¹ دهام عبد الرزاق، المرجع السابق، ص 49.50

الفصل الثاني : دور التمويل في دعم المؤسسات الاستشفائية

10-نفقات البحث الطبي :يشمل هذا العنوان نفقات البحث بحيث ند فيه التنقلات في إطار البحث

النفقات الخاصة بالخبراء والإستشاريين .

خاتمة الفصل الثاني:

في الاخير بما أن للمؤسسة خدماتها ذات تكاليف عالية، وتستدعي تطلعات المجتمع لخدمات صحية عالية الجودة، فإن على إدارة المؤسسة أن تسيره بكفاءة عالية، تضمن الاستخدام الأمثل لموارده البشرية، وبعد تحليلنا للأداء المالي للمؤسسة العمومية تم التكفل وتقديم خدمات صحية ملائمة على مختلف الصعوبات والعراقيل التي يواجهها المسير والتي تقف امامه كحاجز يمنعه من تحقيق الفعالية ولهذا أصبح من الضروري إصلاح المنظومة الصحية لتمكينها من التوظيف الأمثل للموارد المتوفرة وإدخال أساليب وأدوات حديثة في التسيير والتي تتناسب مع حركية وديناميكية المؤسسة ومحيطها، حيث اصبحت محاسبة التكاليف على اساس الانشطة ولوحات القيادة من أكثر الادوات الحديثة نسبيا استعمالا لدى المؤسسات التي بلغت مستوى متميزا من الاداء.

الفصل الثالث

دراسة حالة المؤسسة العمومية الإستشفائية بـبـرج بونـعامـة

مقدمة الفصل الثالث:

تعتبر المؤسسة الوحدة الأساسية في الاقتصاد، وهي منظمة اقتصادية بإمكانات ووسائل مالية ومادية وبشرية حيث تقوم بمزجها لغرض تحقيق أهدافها ومن التوازن الاقتصادي والمالي للمؤسسة، لذلك وجب عليها دراسة البيئة الداخلية والخارجية، فأول مانفكر فيه كيفية الحصول على الموارد المالية وطريقة تسييرها لتحقيق أهدافها.

المؤسسات الصحية بصفة عامة والمؤسسات العمومية الاستشفائية ببرج بونعامة بصفة خاصة تقوم بدور أساسي بتوفير الخدمات الصحية والعلاجية لأفراد المجتمع، وتعتبر الصحة عاملا مهما في أي بلد، وهذا لما للصحة من دور هام في التنمية لأنها تساعد الفرد على تجديد قوته وإمكاناته وتجعله أكثر إنتاجية، إضافة لكونها جهازا لإنتاج السلع والخدمات الصحية، ففي الدول المتقدمة نجد أن المنظومة الصحية تتماشى مع تطور مختلف المستويات سواء كانت ثقافية، اجتماعية واقتصادية، على عكس الدول النامية أين مستوى التطور للقطاعات جد متباين، لذا سنشرع في هذا الفصل بدراسة تطبيقية لواقع المؤسسة العمومية الاستشفائية ببرج بونعامة ولاية تيسمسيلت.

المبحث الأول: لمحة عامة عن المؤسسة

المطلب الأول: النشأة والتنظيم¹

المؤسسة هي ذات طابع عمومي استشفائي أنشئت بمرسوم تنفيذي رقم 07/140 المتعلق بإنشاء وتنظيم المؤسسات العمومية الاستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية، حيث تم إنجازها سنة 1986 من طرف مؤسسة إسبانية dragados بطابع بناء جاهز ويحتوي هذا المستشفى على 158 سرير.

تقع المؤسسة في بلدية برج بونعامة و تبعد عن مقر البلدية ب 06 كلم على الطريق الوطني رقم 19، حيث تغطي حاجيات 106974 ساكن لثلاث دوائر هي: برج بونعامة، الأزهرية، لرجام.

مقومات المؤسسة العمومية الاستشفائية برج بونعامة:

1) المساحة الإجمالية: 11287.62 م²

- المساحة المبنية 10504.67 م²

- المساحة غير المبنية: 762.95 م²

2) الدوائر التابعة للمؤسسة : ثلاث دوائر.

3) البلديات التابعة للمؤسسة: إحدى عشر بلدية.

4) الأسرة: 158 سرير.

1 جريدة رسمية، العدد 33، موزعة في 20 ماي 2007، مرسوم تنفيذي رقم 07-140

5) المصالح الاستشفائية خمسة، و هي:

- الاستعجالات الطبية والجراحية 10 أسرة.

- الطب الداخلي 64 سرير.

- الجراحة العامة 30 سرير.

- طب الأطفال 24 سرير.

6) المصالح التقنية التابعة للمؤسسة العمومية الاستشفائية:

- المخبر - الأشعة - الصيدلية - قاعة العمليات - تصفية الدم - حفظ الجثث

7) الموارد البشرية في المؤسسة العمومية الاستشفائية برج بونعامة مقسمة على النحو التالي:

- الأطباء الأخصائيين: 18

- الأطباء العامون: 15

- جراح الأسنان: 01 - صيدلية: 03

- الشبه الطبيين: 131

- الأخصائيين العياديين في علم النفس: 02

- عمال الإدارة والمصالح: 77¹

1 جريدة رسمية، العدد 33، المرجع السابق.

المطلب الثاني: خصائص وأهداف المؤسسة

للمؤسسة العمومية الاستشفائية عدة أهداف وخصائص والتي سوف نتطرق إليها في هذا المطلب.

أولا خصائص المؤسسة : تقوم المؤسسة العمومية الاستشفائية بـ برج بونعامة بمجموعة من النشاطات

الصحية المتمثلة في مايلي:

أ-على مستوى المؤسسة العمومية للصحة الجوارية :

- فحوصات طب الأطفال يوم الأحد بالعيادة متعددة الخدمات بـ برج بونعامة.
- فحوصات الجراحة العامة يوم الأحد بالعيادة متعددة الخدمات بـ برج بونعامة.
- فحوصات طب أمراض القلب يوم الاثنين بالعيادة متعددة الخدمات بـ برج بونعامة.
- فحوصات طب أمراض السكري والغدد الصماء يوم الاثنين بالعيادة متعددة الخدمات بالأزهرية.
- فحوصات طب المفاصل يوم الاثنين بالعيادة متعددة الخدمات بالأزهرية.
- فحوصات طب أمراض الكلى يوم الاثنين بالعيادة متعددة الخدمات بـ برج بونعامة.
- فحوصات طب التخدير و الإنعاش يوم الثلاثاء بالعيادة متعددة الخدمات بـ برج بونعامة.
- فحوصات طب العظام يوم الأربعاء بالعيادة متعددة الخدمات بـ برج بونعامة.
- فحوصات طب و جراحة المسالك البولية يوم الأربعاء بالعيادة متعددة الخدمات بـ برج بونعامة.

ب- على مستوى الاستعدادات الطبية :

-الفحوصات الطبية

- تقديم وصفات طبية

- التحويل.

ج - على مستوى مصلحة الأشعة :

- تقديم خدمات التصوير بالأشعة (تصوير الرأس، تصوير الصدر، تصوير البطن، تصوير الظهر،

تصوير اليدين و الرجلين).

د- على مستوى مصلحة المخبر :

- التحاليل البيولوجية.

- حقن الدم.

ه- على مستوى مصلحة تصفية الدم:

- تصفية الدم.

و- على مستوى قاعة العمليات:

إجراء العمليات بطريقة عادية عن طريق المنظار (الجراحة العامة ،جراحة العظام، جراحة المسالك

البولية).

ر- على مستوى المصالح الاستشفائية :

الاستشفاء وتقديم العلاجات .

ثانيا أهداف المؤسسة: تتمثل أهداف المؤسسة العمومية الاستشفائية بـرج بونعامة فيمايلي:

أ- التنظيم والتسيير: المؤسسة العمومية الإستشفائية هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي وتوضع تحت تصرف الوالي.

- تقدم خدماتها 24 ساعة على 24 ساعة تتكون من هياكل للتشخيص والعلاج والاستشفاء وإعادة التأهيل الطبي.

- تتمثل مهام المؤسسة العمومية الإستشفائية في التكفل بصفة متكاملة ومتسلسلة بالحاجات الصحية

للسكان وفي هذا الإطار تتولى وبالخصوص المهام الآتية

- ضمان تنظيم وبرمجة توزيع العلاج الشفائي و التشخيص وإعادة التأهيل الطبي والاستشفاء،،

- تطبيق البرامج الوطنية للصحة،¹

- ضمان حفظ الصحة والنقاوة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية.

- ضمان الرعاية الكافية للمريض بتوفير الأدوية، التحاليل الطبية، الأكل والأغطية .

¹ جريدة رسمية، العدد33، المرجع السابق.

- توفير الراحة التامة باحترام أوقات الزيارة والهدوء من طرف الزوار أو العمال داخل المؤسسة وبالخصوص داخل المصالح الإستشفائية.
- لا يقبل مرافق المريض داخل المصالح الإستشفائية إلا في الحالات المستعصية أو الأطفال الصغار والرضع.

المطلب الثالث: الهيكل التنظيمي للمؤسسة

المؤسسة العمومية الاستشفائية لدائرة برج بونعامة تنقسم إلى ثلاثة فروع وكل فرع منها يتكون من مصالح مختلفة كالآتي:

مصالح فرعية وبشرية وتكوينية، مصالح صحية، مصالح اقتصادية، مصالح مالية مصالح تكوينية مصالح تقنية مصالح استشفائية، مصالح خارجية استشفائية، مصلحة المستخدمين مصلحة الفواتير مصلحة المحاسبة، مصلحة الصيانة.

فرع الإدارة العامة:

أولاً) المدير العام: و تتمثل مهامه فيما يلي:

- الإشراف على تسير مختلف مصالح المؤسسة بما فيها الإدارية، الاقتصادية والصحية.
- تنفيذ القرارات أو المقررات الصادرة عن السلطة الوطنية أو الإدارة الصحية المركزية.

¹ جريدة رسمية، العدد33، المرجع السابق.

- تنفيذ البرامج المسطرة أو المتعلقة بتسيير المؤسسة مع تتبع كل النشاطات المتعلقة بمجال اختصاصه.
- احترام الإجابة على مختلف المراسلات، وكذا تحضير الميزانية والسهر على تسييرها.
- الإشراف على كل الاجتماعات الخاصة بتسيير المؤسسة العمومية الاستشفائية.
- احترام النظام الداخلي للمؤسسة.

ثانيا) الأمانة العامة: تتولى تنشيط الهياكل المكلفة بالوثائق والمحفوظات حيث تعتبر كوسيط بين السلطة المركزية ومختلف مصالح المؤسسة من جهة أخرى الربط بين نشاطات الفروع الصحية عبر 11 بلدية و03 دوائر.

ثالثا) المديرية الفرعية: تتكون إدارة المؤسسة العمومية الاستشفائية من أربع مديريات المقسمة كمايلي:

- المديرية الفرعية للمالية والوسائل.¹
- المديرية الفرعية للموارد البشرية.
- المديرية الفرعية للمصالح الصحية.
- المديرية الفرعية لصيانة التجهيزات الطبية والتجهيزات المرافقة للأجهزة.
- يسير المؤسسة مجلس إدارة ويديرها مدير وتزود بهيئة استشارية تدعى المجلس الطبي.²

¹ جريدة رسمية، العدد33، المرجع السابق.

² جريدة رسمية، العدد33، المرجع السابق.

المبحث الثاني : التمويل للمؤسسة العمومية الاستشفائية

المطلب الأول: للمحة عامة عن الميزانية

أولا تعريف الميزانية:

ذات الأصل الأنكلاميكيني التي تعبر عن **BUDGET** - من الجانب اللغوي : هي تعريف كلمة

الحافظة التي تحوي الوثائق المتعلقة بالميزانية الخاصة بالمؤسسة أو الدولة وهي تختلف من معناها عن الأصل

المشتقة منه هذه في اللغة العربية الميزان.

ب- من الجانب الاقتصادي: فهي أهم دعائم النظام المالي وتحديد الإيرادات والمصاريف لمدة سنة.

ثانيا مكونات الميزانية: تتكون الميزانية من قسمين الإيرادات والنفقات.

أ) الإيرادات: هي عبارة عن مجموعة الموارد التي تحصل عليها المؤسسة وتمثل في: ¹

- مساهمة الدولة.

- مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي.

- موارد أخرى.

- رصيد السنوات السابقة.

1 عبد الغاني الفلاح، الجوانب الاقتصادية في الميزانية العامة في الدولة، معهد الإدارة العامة، ص33.

(ب) النفقات: هي مجموعة المصاريف التي تخرج من إيرادات المؤسسة تغطي الحاجات الأساسية والمتمثلة في نفقات المستخدمين ونفقات التسيير.

ثالثا مراحل إعداد ميزانية المؤسسة: في هذه المرحلة تعمل المؤسسة على وضع تقرير تقريبي لاحتياجاتها ثم ترسل إلى مديرية الصحة لتضع هي الأخرى احتياجات المؤسسة في الولاية ثم تقوم بإعداد ميزانية مقترحة وتقدمها إلى الوزارة الوصية.

3) المبادئ الأساسية للميزانية:

* مبدأ وحدة الميزانية: تدرج الإيرادات والنفقات في وثيقة واحدة والهدف تسهيل العرض وسهولة الفحص ومراقبة التوازن.

* مبدأ التسوية: مشروع ميزانية وحيد لسنة مالية واحدة.

* مبدأ الشمولية: جامعة وشاملة لمختلف الإيرادات والنفقات.

* مبدأ عدم التخصيص: لا يخصص محصول إيراد معين لنفقة معينة ومجموع الإيرادات يوزع على مختلف أبواب النفقات.

* مبدأ التوازن: تساوي مجموع الإيرادات مع مجموع النفقات.

4) المرجع القانوني للميزانية:-

لكي يتسنى لنا إنجاز مشروع ميزانية لسنة مالية معينة بات من الضروري توفر سنة قانونية للميزانية وهو المرجع القانوني في المنشور الوزاري الخاص بمشروع الميزانية.¹

المطلب الثاني: تحليل الإيرادات

وفقاً للمادة 01 من الأمر 73-65 المؤرخ 28 ديسمبر 1973، الطب في المؤسسات العمومية الاستشفائية يكون تشخيص العلاج الطبي واستشفاء المرضى مجاناً.

تحدد اللوائح السارية التسميات الخاصة بالموازنة للمؤسسات المستشفيات العامة على النحو التالي:

تأتي إيرادات الميزانية التشغيلية المنسوبة إلى المنشآت الصحية من عدة مصادر ، وهي **الإيرادات** وتمثل فيما يلي:

الباب الأول: مساهمة الدولة تحت المبلغ الأكبر وتساهم بها وزارة الصحة ممثلة في الدولة.

الباب الثاني: مساهمة الضمان الاجتماعي وتأتي بعد مساهمة الدولة من ناحية أهمية المبلغ وهي إيرادات

الصندوق الوطني للتأمين الاجتماعي للعمال الموظفين (CNAS) للحصول على المزايا التي تحكمها الاتفاقية.

الباب الرابع: موارد أخرى وتمثل في مبالغ فحوص طبية وتحاليل مخبرية والكشف بالأشعة ومداخيل بيع

العتاد الغير صالح للاستعمال وحقوق الاستشفاء بالأسرة .

¹ عبد الغاني الفلاح، المرجع السابق، ص 34

الباب الخامس: رصيد السنوات السابقة ويتمثل في أرصدة السنوات السابقة والمسترجعة من قبل إلى

الخزينة العمومية.¹

تأتي الإيرادات لميزانية المؤسسة العمومية الاستشفائية برج بونعامة من عدة مصادر ، وهي الدولة ووكالة الضمان الاجتماعي وغيرها من الموارد، يمثلها تسديد CNAS عن الفوائد التي تقيدها الاتفاقية المبرمة بينهم، والباقي من رصيد السنوات السابقة والموارد الخاصة للمؤسسة.

نوضح مساهمة كل مصدر للسنة المالية 2015 بالنسبة للمؤسسة بمقتطف من الميزانية الأصلية

للمؤسسة العمومية الاستشفائية برج بونعامة تيسميسلت.

الوحدة: الدينار الجزائري (دج)

مساهمات الدولة 234 065 000 65,92 %

مساهمات هيئات الضمان الاجتماعي 70 000 000 19,71 %

إيرادات واردة من نشاط المؤسسة: 1 000 000 0,28 %

رصيد السنوات السابقة: 50 000 000 14,08 %

المجموع: 355 065 000 100%

يتبين أن مشاركة الدولة في ميزانية المؤسسة العمومية الاستشفائية برج بونعامة هو الأكبر، حيث يمثل

65,92 % من إجمالي الميزانية ، وثانيا ، يحتل الضمان الاجتماعي المرتبة الثانية بنسبة 19,71 % . أما

¹ مدونة الميزانية المعتمدة للمؤسسات العمومية الاستشفائية برج بونعامة تيسميسلت، الفرع الأول العنوان الأول، الباب من 1 إلى 5

بالنسبة للموارد الأخرى ، فهي تغطي نسبة مئوية صغيرة فقط تبلغ حوالي 0,28% منها 14,08 % يأتي من المبالغ المستردة من السنوات السابقة.

المطلب الثالث: تحليل النفقات

نفقات المستخدمين:¹

تنقسم نفقات ميزانية المؤسسة العمومية الاستشفائية إلى عنوانين (نفقات المستخدمين ونفقات التسيير) حيث تمثل نسبة العنوان الأول 78.18% بالمائة ويحتوي على تسع أبواب حيث هذا المبلغ يقسم على هذه الأبواب بنسب مختلفة.

تحليل الباب الأول: يقسم بنسبة 96.88% لمرتبات نشاط المستخدمين المرسمين والمتربصين والتي تحسب

كالتالي: الأجر الأساسي لشهر أكتوبر مثلا (الأجر القاعدي+ الخبرة المهنية في عدد العمال المرسمين والمتربصين) وبنسبة 3.13% لمنحة المنصب العالي (العمال المستفيدين من المنصب العالي * 12 شهر)

تحليل الباب الثاني: توزع الإعتمادات الممنوحة للمؤسسة بنسبة 39.57% من العنوان الأول والتي يتم

توزيعها على مختلف المواد بنسب مختلفة و يتم حسابها بضرب كل المنح و العلاوات التي يتقاضاها جميع العمال لشهر أكتوبر مثلا*12 شهر* عدد العمال

– منحة المناوبة: تمثل نسبة 9.16% من الإعتمادات الموزعة على الباب الثاني وتحسب كما يلي:

منحة المناوبة (عمال السلك الطبي، عمال السلك الشبه الطبي، عمال السلك الإداري)* مبلغ المنحة.

¹ مدونة الميزانية، المرجع السابق، الفرع الثاني، الباب من 1-2

و من خلال التحليل نلاحظ أن النسبة الأكبر للإعتمادات الموزعة على هذا الباب توجد في المادة الثانية و المتعلقة بمنحة خطر العدوى و تحسب كما يلي قيمة خطر العدوى*12 شهر* عدد العمال (تقدر قيمة هذه المنحة ب2500 دج، 3000 دج، 5800 دج، 7800 دج، حسب المصالح)

- منحة التوثيق: نسبة 2.75% الخاصة بالسلك الطبي.

- منحة التأهيل: الخاصة بالسلك الطبي و تمثل 7.68% و تحسب من 35% و 45% من الأجر

القاعدي + الخبرة المهنية للأطباء.

- منحة التأطير: الخاصة بالسلك الطبي للأخصائيين تمثل نسبة 2.89% و تحسب كما يلي: منحة

التأطير * عدد الأطباء المتخصصين * 12 شهر.

- منحة المردودية: لعمال السلك الإداري، الشبه الطبي، لأطباء الأخصائيين، الأطباء العامون، الأطباء

الأخصائيين النفسانيين و تمثل بنسبة 2.75%، 10.05%، 2.27%، 0.33% والتي تحسب كما

يلي: الأجر القاعدي + الخبرة المهنية*30 * عدد العمال*12 شهر.

- منحة تعويض الازلام الشبه الطبي، منحة تعويض الازلام لعلاجات التوليد والصحة الانجابية: تقسم

بنسب 7.58% و 8.06% و الخاصة بعمال السلك الشبه الطبي والممرضين ، القابلات ، الأعوان الطبيين

في مصلحة الإنعاش و تحسب كالاتي: الأجر القاعدي + الخبرة المهنية*25%* عدد العمال*12 شهر.

- منحة خطر العدوى: توزع الاعتمادات المالية بنسبة 6.07% من مجموع الباب الثاني ويستفيد من

هذه المنحة جميع العمال المرسمين الأقل من صنف السادس عشر وقيمة هذه المنحة محصورة من 1500 دج

إلى 7700 دج*12 شهر* عدد العمال.

- منحة التعويض النوعي عن المنصب: وتمثل بنسبة 6.64% من مجموع الإعتمادات المخصصة للباب

الثاني و يستفيد منها الأطباء الأخصائيين و تحسب كما يلي: الأجر القاعدي + الخبرة المهنية* 80%*
عدد العمال الأخصائيين.

الإيرادات الاستثنائية المؤسسة تقوم بطلب نسبة إضافية للنفقات وذلك بسبب التأثيرات المالية على جميع الأبواب سابقة الذكر و ذلك بسبب الإجراءات الجديدة التي تمس الترقية في الدرجة، منحة التمدرس، التوظيفات الجديدة.¹

- تحليل الباب الرابع: تمثل نسبة هذا الباب ب 11.25% من الإعتمادات المالية الممنوحة لمرتبات

المستخدمين حيث يتم توزيعها على الأجر الرئيسية للعمال المتقاعدين توزع بنسبة 14% وتحسب كمايلي: الأجر القاعدي + الخبرة المهنية* عدد العمال* 12شهر، والمنح والعلاوات تمثل بنسبة 86%.

ومن خلال التحليل نلاحظ أن النسبة الحقيقية لهذا الباب تكون أقل بكثير من هذه النسبة وذلك بسبب الاعتمادات الممنوحة للمؤسسة في هذا الباب أكثر من التوقعات وبالتالي تضطر المؤسسة خلال السنة المالية بتحويل المبلغ الإضافي وتقسيمة على بقية الأبواب الأخرى حسب الاحتياجات.

اشتراكات الضمان الاجتماعي: تمثل بنسبة 15.75% من مجموع الاعتمادات الممنوحة للعنوان الأول

والذي يحتوي على جميع المنح العائلية للعمال المرسمين والمتربصين بالإضافة إلى اشتراكات الضمان الاجتماعي والتي تتحملها المؤسسة المقدرة ب 25% من الأجر الرئيسية والمنح المختلفة وهي مقسمة على المنح العائلية بنسبة 3.57% وتحسب المنح العائلية* عدد العمال المستفيدين* 12 شهر والباقي

¹ مدونة الميزانية ، المرجع السابق ، المادة من 8 إلى 48، الباب من 2 و4

يوزع بنسبة 90.52% لاشتراكات الضمان الاجتماعي (النظام العام) وتحسب جميع الأجور الرئيسية والمنح والعلاوات التي يتقاضاها العمال * 23.75% وبنسبة 4.76% للتأمين على البطالة وتحسب جميع الأجور الرئيسية والمنح والعلاوات التي يتقاضاها العمال* 1% وبنسبة 1.14% للتقاعد المسبق.

الخدمات الاجتماعية: يمثل هذا الباب 2.29% من الاعتمادات الممنوحة للعنوان الأول حيث أن

الاعتماد الممنوح يحسب كمايلي : (الأجر الخام للنسبة الماضية * 3%) حسب قانون الخدمات الاجتماعية ويوزع كمايلي : 3/2 والذي يمثل بنسبة 66.67% ويحول في الحساب الخاص للجنة الخدمات الاجتماعية في المؤسسة ، والباقي يوزع بالتساوي بنسبة 16.67% تسددها المؤسسة لهيئة الضمان الاجتماعي (حصة تمويل السكن الاجتماعي وحصة التقاعد المسبق).¹

العنوان الثاني: نفقات التسيير

تقدر نسبة العنوان الثاني ب 26.82% من ميزانية المؤسسة لسنة 2015 حيث تقسم هذه النسبة على مختلف الأبواب.

الباب الأول : تمثل نسبة هذا الباب ب 01.02% من مجموع النفقات وتقسم بنسبة 65% و35

% على التوالي : الأولى خاصة بمصاريف المهام والتنقل داخل الإقليم الوطني والثانية خاصة بمصاريف الدراسة والخبرة ، المحامون والمحضرين القضائيين.

¹ مدونة الميزانية ، المرجع السابق، المادة من 1 إلى 5، الباب من 5 و9

عتاد وأثاث:¹

تتمثل نسبة هذا الباب ب 01.41% من الاعتمادات الممنوحة لنفقات التسيير وتقسم على مختلف المواد بنسب مختلفة حسب احتياجات المؤسسة وحسب توفر الاعتمادات المالية ومن خلال التحليل نجد أكبر نسبة والمقدرة ب 47.34% والخاصة باقتناء أجهزة الإعلام الآلي والبرامج، ونسبة 43.70% المتعلقة بشراء وتصليح عتاد الأمن والوقاية أما شراء عتاد وأثاث المكتب تخصص نسبة 07.93%.

اللوازم:

تقدر نسبتها ب 04.25% من مجموع الاعتمادات الممنوحة حيث يأخذ المتوسط الشهري للاستهلاك للسنة الماضية* 12 شهر بالإضافة إلى تحديد كمية المخزون المتبقية ، مع الأخذ بعين الاعتبار التأثيرات المالية الجديدة (الزيادة في الأسعار) ونلاحظ أكبر نسبة والمقدرة ب 38.55% مصاريف إعداد المطبوعات لمختلف الوثائق لتليها نسبة 21.69% من الاعتمادات المخصصة لاقتناء مواد التنظيف وأقل نسبة ب 02.11% الخاصة بشراء الأوراق.

الألبسة: يحتوي هذا الباب على مادة وحيدة حيث أن نسبة الاعتمادات الممنوحة لهذا الباب ولمقدرة ب 0.82% من مجموع النفقات تخصص لشراء الألبسة.

¹ مدونة الميزانية ، المرجع السابق، الفرع الأول، العنوان الثاني، الباب من 1 و 6

التكاليف الملحقة:

تقدر نسبتها بـ 05.73 % من مجموع الاعتمادات المخصصة لنفقات التسيير وتقسم على ستة مواد حسب احتياجات المؤسسة ، ونجد أكبر نسبة الخاصة بالماء والكهرباء والوقود والطاقة الشمسية بنسبة 55.36 % حيث أن المؤسسة تقوم بإعداد موازنة تقديرية للمصاريف المختلفة المذكورة في هذه المادة، لتليها نسبة 21.43 % المخصصة لمصاريف الإعلان في الصحف، ثم نسبة 18.50 % الخاصة بمصاريف التأمين.

مصاريف حظيرة السيارات: يمثل نسبة 09.28 % من مجموع الاعتمادات الممنوحة وتقسم بنسب مختلفة على جميع الأبواب حيث تمثل أكبر نسبة 60.04 % الخاصة باقتناء وتجديد السيارات وخصصت المؤسسة نسبة 14.33 % للوقود والزيوت و 13.23 % للصيانة والإصلاح وشراء قطع الغيار.

صيانة وتصلح المنشآت القاعدية: تمثل النسبة بـ 07.16 % من مجموع نفقات التسيير وتقسم هذه النسبة بـ 71.43 % و 28.57 % الأولى حسب البرنامج المسطر من طرف الإدارة (الترميم ، الطلاء ، صيانة المحولات) أما النسبة الثانية تخصص لشراء مواد البناء ولوازم أخرى مبرمجة أو محتملة.

مصاريف التكوين: تمثل النسبة بـ 0.56 % من مجموع العنوان الثاني وتقسم على نسب مختلفة حسب عدد و تكلفة برامج التكوين المراد إنجازها خلال هذه السنة وفقا لسياسة الوزارة الوصية أو التي يتم تحضيرها بمبادرة من المؤسسة و تتمثل أعلى نسبة بـ 54.55 % الخاصة بمصاريف مدة التربص القصيرة بالخارج لتليها 36.36 % من مجموع الإعتمادات الممنوحة لهذا الباب و المخصصة لمصاريف التكوين و تحسين

الأداء و إعادة تأهيل المستخدمين، أما نسبة 19.09% مخصصة لمصاريف تنظيم الامتحانات و المسابقات المهنية المخصصة من طرف الإدارة.

مصاريف الإطعام: تمثل هذه النسبة ب 11.26% من مجموع العنوان الثاني و تخصص هذه النسبة مباشرة لنفقات التغذية.¹

الإيجار: و يمثل أقل نسبة بالنسبة للاعتمادات الممنوحة لنفقات التسيير والمقدرة ب 0.07% مخصصة لإيجار السكنات الوظيفية الشاغرة.

الأدوية، المواد الصيدلانية والمواد الأخرى الموجهة إلى الطب الإنساني والأجهزة الطبية: والمقدرة بنسبة 34.80% من مجموع الاعتمادات الممنوحة لنفقات التسيير وتوزيع هذه الإعتمادات على مختلف المواد حيث أن النفقات صعبة التوزيع و معقدة و يتم إعدادها بناء على حاجيات المصالح الاستشفائية للمؤسسة حيث أكبر نسبة مقدرة ب 93.53% والمخصصة لمستهلكات غير منسوجة وبنسبة 6.47% للأدوية وخلال التحليل نجد أن المواد المتبقية مقدرة بنسبة 0% وذلك بسبب الاعتمادات المالية الممنوحة من طرف الوزارة الوصية غير كافية لتغطية سنة كاملة وبالتالي تلجأ المؤسسة إلى طلب اعتماد مالي إضافي وأيضا تحويل اعتمادات مالية من أبواب أخرى لتغطية العجز .

نفقات النشاطات العلمية للوقاية: وتمثل نسبتها ب 03.07% من مجموع الاعتمادات حيث نجد أكبر نسبة والمقدرة ب 42% الخاصة بالحقن والأمصال...، لتليها نسبة 40% المخصصة للعتاد ومواد النظافة

¹ مدونة الميزانية ، المرجع السابق، الفرع الأول، العنوان الثاني، الباب من 7 إلى 13

الاستشفائية أما فيما يخص لمواد الضرورية لتسيير نفايات أنشطة العلاج ذات المخاطر المعدية وقدرت نسبة الاعتمادات المفتوحة بنسبة 13%.

اقتناء وصيانة العتاد الطبي وملحقات الأدوات الطبية: ويمثل هذا الباب ثاني أكبر نسبة بالنسبة

للاعتامات الممنوحة لنفقات التسيير وتقدر بنسبة 20.14% حيث توزع هذه النسبة حسب النفقات التقديرية للعتاد والأدوات الطبية المراد اقتناؤها أو صيانتها حيث نجد أكبر نسبة مقدرة بـ 57.50% مخصصة لاقتناء العتاد الطبي حيث أن المؤسسة تقوم باقتنائها حسب الأولوية للقائمة المقدمة من طرف المجلس الطبي ثم تليها نسبة 28% مخصصة لشراء منقولات طبية، أما فيما يخص مصاريف الصيانة و إصلاح العتاد الطبي بما فيها قطع الغيار فخصصت المؤسسة نسبة 12.50% من مجموع الاعتمادات المخصصة للعتاد الطبي لتصليح بعض العتاد العاطل واحتمال صيانة وإصلاح العتاد من خلال حدوث عطل غير متوقع.

الإيرادات الاستثنائية: تقوم المؤسسة¹ بتحويل الاعتمادات المالية من الباب الخامس عشر الخاص باقتناء وصيانة العتاد الطبي وملحقات الأدوات الطبية إلى الباب الثالث عشر الخاص بالأدوية، المواد الصيدلانية والمواد الأخرى الموجهة إلى الطب الإنساني والأجهزة الطبية لتغطية عجزها في النفقات في هذا الباب.

خاتمة الفصل الثالث:

إن للمستشفيات بصفة عامة والمؤسسة العمومية الاستشفائية بـ برج بونعامة بصفة خاصة خصوصيات في التسيير تختلف عن المؤسسات الأخرى، رغم وجود سياسات مشتركة تتعلق بوظائف الإدارة المعروفة، فالمستشفى مؤسسة تقدم خدمة صحية تتعلق بالمرضى وهم فئات مختلفة ومتنوعة، كما أنه بالنسبة

¹ مدونة الميزانية، المرجع السابق، المادة من 1 إلى 10، الباب من 14 و 15

للمجتمع الذي يتواجد فيه يعد مركزا للاستشفاء ومحاربة الأمراض، وللتوعية الصحية والوقائية، وبالنسبة للمريض يعد مكانا للحصول على العلاج، وبالنسبة لشركات الأدوية والمعدات والمستلزمات الطبية هو بمثابة المستهلك لمنتجاتها.

وحيث أن للمؤسسة الصحية العمومية وخدماته تكاليف عالية، وتستدعي تطلعات المجتمع خدمات صحية عالية الجودة، فإن على إدارة المؤسسة أن تسيره بكفاءة عالية، تضمن الاستخدام الأمثل لموارده البشرية والمادية، وتكفل تقديم خدمات صحية ملائمة، وهذا يتطلب تبني أدوات تخطيط وتنظيم مالي فعالة تساند أصحاب القرار في المؤسسات العمومية للصحة الجوارية.

جامعة خايفة

خاتمة:

إن هذه الدراسة المتواضعة التي تتعلق بسياسة تمويل المستشفيات في الجزائر والتي هي عبارة عن دراسة وصفية تحليلية، والتي تطرقت فيها إلى أسس وقواعد وادوات التسيير والمحاسبة والاجراءات المعتمدة في عملية إعداد وتحضير الميزانية من جهة ومن جهة أخرى ما ارتبط بعملية تنفيذها والرقابة عليها، كما تناولت فيها ما ارتبط بعملية تمويل المؤسسات الصحية العمومية التي لا تزال تشكل عقبة أمام عملية الإصلاح بالنظر إلى غياب أسس علمية صحيحة وسليمة لتغطية نفقات الخدمات المقدمة، كما حاولت فيها أيضا تقييم الاداء المالي للمؤسسة الاستشفائية ووضع بين أيديها مجموعة من الأدوات الحديثة نسيبها المعتمدة في التسيير المالي وكيفية تطبيقها على أرض الواقع.

كما أن المؤسسة العمومية الاستشفائية برج بونعامة تعتبر القطاع التجريبي في ولاية تيسمسيلت، بالنظر إلى أهميتها الجغرافية وعدد المواطنين الذين تستقبلهم كل عام.

تحتل المركز الثالث بعد مستشفى الولاية في وضع الميزانية.

ولا يزال التمويل للمؤسسة العمومية الاستشفائية برج بونعامة يمثل مشكلة موظفيها لأن الموارد لا تكفي ليس فقط لعلاج، ولكن أيضا لتشغيل الخدمات الأخرى، فإن غالبية ألقاب المصاريف تعاني من عجز، ويولد هذا القصور العديد من الإجراءات مثل التوظيف وتنظيم عوامل الموردين ... إلخ.

كما تحتاج المؤسسة العمومية الاستشفائية برج بونعامة إلى بعض الدعم من قبل مسؤوليها وخاصة وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات من أجل حل الصعوبات المختلفة ومن أجل طمأننة المواطنين للخدمات الصحية المختلفة وتطبيق حقوقهم في الحصول على الرعاية الصحية الكاملة للمرضى.

- نتائج الدراسة :

-الميزانية العامة هي أداة رئيسة نستخدمها لتحقيق أهداف منشودة مؤهلة للتنفيذ، إذ لم توضع في إطارها القانوني .

- يعد مدير المؤسسة هو الأمر بالصرف الوحيد لتنفيذ الميزانية العامة.

- لمراقبة التسيير دور هام في الميزانية العامة واستخدام هذه الأخيرة يتحقق بوجود نظام رقابة فعال، فللمراقب المالي دور يتبين لنا من خلال قيامه بتوزيع التعليمات اللازمة لإيضاح آليات إعداد مختلف الموازنات ومتابعة تنفيذها ومدى توافقها وتسلسلها، كما يقوم بإعداد مختلف الموازنات النهائية بين النتائج الفعلية والمقررة.

-يعتمد نظام الضمان الاجتماعي في الجزائر على نظام واحد يغطي جميع السكان تقريباً ضد المخاطر الاجتماعية.

-التأمين الصحي هو جزء من فرع التأمين الاجتماعي.

-يتميز تنظيم النظام الصحي في الجزائر بتوفير الرعاية لذلك عروض مضيافة وموارد بشرية وتوريد أدوية.

-بشكل عام، استقر الإنفاق الصحي في الجزائر في السنوات الأخيرة والتي ترجع إلى تحسين الناتج المحلي الإجمالي بسبب الإيجارات النفطية وجهود وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات الخاضع للرقابة.

-عدم وجود تحديث لتعريفات الأفعال منذ عام 1987 وتنظيم المحاسبة التحليلية مضايق لتحديد

سعر كل فعل طبي وكل علم الأمراض يجعل من الصعب إدخال طريقة جديدة للتمويل.

-ليس من الضروري تعديل جميع جوانب الهيكل للحصول على تحسن كبير، يمكن أن تؤدي

التغييرات الذكية والمركزة في بعض الأحيان إلى نتائج مهمة ودائمة.

إذا كانت مزايدة السياسي الأعمى عديمة الفائدة، فكلنا كذلك وللمواطنين حق وواجب المشاركة من

خلال تأملاتنا وأعمالنا لإعادة بناء نظام صحي في متناول غالبية الجزائريين وعلى أساس الحقائق الاقتصادية

للبلاد.

- التوصيات :

يجب على المواطنين المشاركة في تمويل نظامهم الصحي الذي به لديهم الحق في المطالبة بالرعاية

الجيدة ومشاركتهم المباشرة ستبقى متواضعة أكثر حيث يتم دفع الرعاية الصحية من قبل صناديق التأمين

للمؤمن عليه والدولة للمرضى الفقراء والذين يعانون من مرض مزمن قليلون جداً هم الجزائريون الذين

سيدفعون كامل تكاليف الرعاية التي يتلقونها في المستشفى.

إعادة هيكلة نظامنا الصحي يتطلب بالضرورة تقييم الوضع الحالي للعملية وبتيح هذا المخزون تحديد

أهم الاختلالات في إنتاج الرعاية واقتراح حلول محدودة من حيث العدد وتقتصر على مجال النشاط في هذه

الحالة، المستشفيات.

سيستغرق هذا البحث عن الجودة والكفاءة لنظام الإنتاج طويل الأمد وقتاً وسيتم تنفيذه على

مراحل،

والخطوط الرئيسية لإصلاح المستشفيات التي يمكن أن تنعش الإمكانيات الصحية الكبيرة المتاحة لبلدنا، ويمكن تنظيم إجراءات إعادة الهيكلة في المستشفيات حول المحاور التالية:

• إضفاء الطابع الإقليمي على الرعاية (العلاقات الشاملة لعدة قطاعات ، وتخصيص الموارد حسب

المواصفات)

• المعلومات الطبية وتحسين الجودة.

• التعليم المستمر.

• مراقبة النفقات الصحية.

لا يمكن للمستشفى الجزائري البقاء على قيد الحياة في ظل ظروف التشغيل الحالية حيث تلزم بتوفير

جميع الرعاية في المستشفى وما قبل المستشفى بتكاليف لا تقبل المنافسة، يمكنه تخفيف نفقاته وفك الارتباط

عن أنشطة معينة لصالح القطاع الخاص، نحن نقترح:

• الاستشفاء المنزلي، الذي يتمثل جوهره في طب الأسرة، سيقبل من الحاجة إلى الاستشفاء

التقليدي.

• نقل صحي ونقل طبي بسيط.

• غسيل الكلى ...، إلخ.

في المقابل، فإن المنطقة لديها ضرائب، والتي سوف تذهب لتمويل المستشفيات العامة، ويجب دمج

الهياكل الخاصة في خطة رعاية إقليمية وتخضع لرقابة المجلس الإقليمي بنفس طريقة المؤسسات العامة.

وجهة النظر هذه التي لا تزال شخصية هي فعل إيمان في النظام الصحي الذي صحيح يعاني حاليا من اختلالات متعددة ولكن من يستطيع التغلب على هاته الصعوبات.

لدينا إمكانات هائلة وخاصة البشرية منها القدرة على رفع التحدي وقيمة هذه الأصول المجتمعية التي تخيف أولئك الذين قاموا بالتجارة في النفوس .

- أفاق البحث :

حاولت في هذه الدراسة معالجة هذا الموضوع في حدود الإشكالية وحسب المعلومات المتوفرة، ومنه لا يمكن اعتبارها قد أحاطت بكل جوانب الموضوع بكل أبعاده نظرا لشساعة الموضوع، وثرائه الفكري، ونتمنى أن نكون قد أوفينا ببحثنا وتمكنا من التوصل ولو لجزء منه إلى متصفح هذا العمل ونرجو أن يؤخذ هذا الموضوع بعين الإعتبار خاصة فيما يخص بإجراءات تسيير وتحديث أنظمة الميزانية العامة لما له من أهمية في إعداد الميزانيات وبالعلاج والوقاية من الأمراض المختلفة، فالمصالح الإدارية أيضا مكلفة بالتسيير الفعال والرشيد.

قائمة المصادر والمراجع

قائمة المصادر والمراجع

أولاً: الموثائق الرسمية

- جريدة رسمية، العدد33، مؤرخة في 20 ماي 2007، مرسوم تنفيذي رقم 07-140
- مدونة الميزانية التابعة للمؤسسات العمومية الاستشفائية، الفرع الأول العنوان الأول،

ثانياً: الكتب.

- ثامرياسر البكري، إدارة المستشفيات، الطبعة العربية، دار البازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

- أحمد محمد غنيم ، إدارة المستشفيات رؤية معاصرة، الطبعة الأولى، المكتبة العصرية للنشر والتوزيع، مصر، 2006، ص.24.

- عبدو الرحمان فطناسي، المسؤولية الإدارية للمؤسسات الصحية، دار الجامعة الجديدة، الإسكندرية، 2015.

- عبد الهدي بوعانة، إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية، دار الحامد، الأردن، 2004.

- عبد الغاني الفتاح، الجوانب الاقتصادية في الميزانية العامة في الدولة، معهد الإدارة العامة.

أ/الكتب - القواميس - المعاجم - الموسوعات

1- معجم اللغة العربية المعاصرة، أحمد مختار عمر، المجلد الأول، الطبعة الأولى، دار الكتاب، القاهرة، 2008، ص.93.

2- معجم الرائد، جبرا مسعود، الطبعة السابعة، دار العلم للملايين، بيروت، 1992، ص.70.

3- عبد الغني أبو العزم، معجم الغني، بدون طبعة، دون مكان النشر، 2013

قائمة المصادر والمراجع

ثالثا: المجلات والجرائد

أ- المقالات المنشورة في المجلات.

- ليلي بوحديد، التخطيط الاستراتيجي كمدخل لتحسين اداء الموارد البشرية في المستشفيات العمومية، المجلة الجزائرية للتنمية الاقتصادية - عدد 01 ديسمبر 2014.

رابعا: الرسائل الجامعية

أ- رسائل الدكتوراه.

- عمر شنتير رضا، النظام القانوني للصحة العمومية، أطروحة دكتوراه، كلية الحقوق، جامعة الجزائر، 2012.

ب- مذكرات الماجستير.

- بجدادة نجاة، تحديات الإمداد في المؤسسة الصحية دراسة حالة، مذكرة لنيل شهادة الماجستير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية، جامعة أبي بكر بلقايد، تلمسان، 2011.

- زيدات سناء، إدارة ومالية المؤسسات الإستشفائية، مذكرة لنيل شهادة الماجستير، فرع الإدارة والمالية، كلية الحقوق، الجزائر.

قائمة المصادر والمراجع

ج) - مذكرات الماجستير.

- بن عراب سفيان، حجار علاوة مالية المستشفيات العمومية في الجزائر دراسة حالة، مذكرة لنيل شهادة الماجستير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية، جامعة عبد الرحمان ميرة، بجاية.
- عفاف روان، أثر الولاء التنظيمي على تحسين أداء العاملين، مذكرة لنيل شهادة ماجستير في العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد بوضياف، المسيلة، 2014.
- دهيليس عبد القادر، قريشي أنيس، النظام القانوني للمؤسسة العمومية الإستشفائية، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في العلوم السياسية، جامعة محمد بوضياف، المسيلة، 2017.
- دهام عبد الرزاق، النفقات في المؤسسة الصحية نحو مقاربة التحكم، مذكرة نهاية الدراسة، المدرسة الوطنية للمناجمت وإدارة الصحة، 2012.
- مهديد يمينة ومجري أبو بكر، تقييم جودة الخدمة العمومية في المستشفيات الجزائرية، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية، جامعة أبي بكر بلقايد، تلمسان.