

Université MUSTAPHA Stambouli

Mascara



جامعة مصطفى اسطمبولي

معسكر

كلية العلوم الاقتصادية، العلوم التجارية وعلوم التسيير

قسم: العلوم التجارية

التخصص: علوم مالية ومحاسبية

أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه الطور الثالث ل.م.د.

## أثر تطبيق مراقبة التسيير في تحقيق أداء المؤسسات الاستشفائية

إشراف: أ.د. يقور أحمد

إعداد الطالب: عبد الوهاب محمد علي

لجنة المناقشة:

رئيسا	جامعة معسكر	أستاذ التعليم العالي	أ.د. صدوقي غريسي
مقررا	جامعة معسكر	أستاذ التعليم العالي	أ.د. يقور أحمد
ممتحنا	جامعة معسكر	أستاذ محاضر "أ"	د. بركاني عبد الرحمن
ممتحنا	جامعة سعيدة	أستاذ التعليم العالي	أ.د. نزعي عز الدين
ممتحنا	جامعة سعيدة	أستاذ محاضر "أ"	د. محمود العوني
ممتحنا	جامعة معسكر	أستاذ محاضر "أ"	د. بن عبيزة دحو

السنة الجامعية: 2024/2023



Université MUSTAPHA Stambouli  
Mascara



جامعة مصطفى اسطمبولي  
معسكر

كلية العلوم الاقتصادية، العلوم التجارية وعلوم التسيير  
قسم: العلوم التجارية  
التخصص: علوم مالية ومحاسبية

أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه الطور الثالث ل.م.د.

## أثر تطبيق مراقبة التسيير في تحقيق أداء المؤسسات الاستشفائية

إشراف: أ.د. يقور أحمد

إعداد الطالب: عبد الوهاب محمد علي

لجنة المناقشة:

رئيسا	جامعة معسكر	أستاذ التعليم العالي	أ.د. صدوقي غريسي
مقررا	جامعة معسكر	أستاذ التعليم العالي	أ.د. يقور أحمد
ممتحنا	جامعة معسكر	أستاذ محاضر "أ"	د. بركاني عبد الرحمن
ممتحنا	جامعة سعيدة	أستاذ التعليم العالي	أ.د. نزعي عز الدين
ممتحنا	جامعة سعيدة	أستاذ محاضر "أ"	د. محمود العوني
ممتحنا	جامعة معسكر	أستاذ محاضر "أ"	د. بن عبيزة دحو

السنة الجامعية: 2024/2023

## الملخص:

يتمثل الهدف الرئيسي لهذا البحث في قياس تكلفة الخدمات الصحية المقدمة بالمؤسسات العمومية الاستشفائية كآلية لتحسين أدائها، مع اقتراح حلول لبعض النقائص المسجلة في الطريقة المتبعة للقياس والمتمثلة في طريقة الأقسام المتجانسة. في هذا السياق وبعد عرض وتحليل للإطار النظري والمفاهيمي لموضوع البحث تم التوصل إلى مجموعة من النتائج من أهمها خضوع المؤسسات العمومية الصحية في الجزائر على اختلاف أنواعها وأحجامها لنفس نمط التسيير، ارتفاع تكاليف الأدوية والمستلزمات الطبية مقارنة بالميزانية المخصصة لها وبالتالي ارتفاع ديون المؤسسة بالإضافة إلى أن نفقات المستخدمين تمثل 70% من نفقات التسيير وهو امر غير صحي يستوجب اعادة النظر فيه.

**الكلمات المفتاحية:** مراقبة التسيير؛ نظام المعلومات؛ الأداء؛ المؤسسة العمومية الاستشفائية؛ محاسبة التكاليف.

### Résumé :

L'objectif principal de cette recherche est de mesurer le coût des activités de santé fournis dans les établissements hospitalières publiques comme mécanisme pour améliorer leur performance, tout en proposant des solutions à certaines des lacunes enregistrées dans la méthode utilisée pour la mesure, représentée par la méthode des divisions homogènes. Dans ce contexte, et après avoir présenté et analysé le cadre théorique et conceptuel du sujet de recherche, un ensemble de résultats a été atteint dont les plus importants sont la soumission des établissements publics de santé en Algérie de tout type et de toute taille au même modèle de gestion. , les coûts élevés des médicaments et fournitures médicales par rapport au budget qui leur est alloué, et par conséquent les dettes élevées de l'établissement en plus des dépenses des personnel représentent 70% des dépenses de gestion, ce qui est malsain et nécessite une reconsidération.

**Mots clés :** contrôle de gestion ; système d'informations ; la performance ; comptabilité analytique ; établissement public hospitalier.

### Abstract:

The main objective of this research is to measure the cost of health activities provided in public hospital establishments as a mechanism to improve their performance, while proposing solutions to some of the shortcomings recorded in the method used for the measurement, represented by the method of homogeneous divisions. In this context, and after having presented and analyzed the theoretical and conceptual framework of the research subject, a set of results was achieved, the most important of which are the submission of public health establishments in Algeria of all types and sizes to the same management model. , the high costs of medicines and medical supplies compared to the budget allocated to them, and consequently the high debts of the establishment in addition to staff expenses represent 70% of management expenses, which is unhealthy and requires reconsideration .

**Keywords:** management control ; information system ; the performance; cost accounting; public hospital institution.

# شكر وعرفان

عملاً بقول النبي عليه الصلاة والسلام: لا يشكر الله من لا يشكر الناس

فإن شكري موصول بعد شكر المولى عز وجل على أن يسر وأتم وأعان إلي:

أستاذي الفاضل الأستاذ الدكتور يقور أحمد، على صبره معي وتحمله، على نصابه

وتوجيهاته، على كرمه وحسن خلقه.....فله مني ألفه تحية وشكر عرفان .

كما لا يفوتني ان اتوجه بالشكر الجزيل الى الاستاذ: بوحزام سيد أحمد والاستاذ: يعقوب

محمد اللذان لم يدخرنا جهدا في تقديم يد العون في انجاز هذا العمل .

إلى أعضاء لجنة مناقشة هذه الأطروحة على قبولهم تحكيم هذا العمل العلمي وتشريفهم لي

بذلك

كما لا انسى ان اشكر عمال وأساتذة كلية العلوم الاقتصادية، التجارية وعلوم التسيير بجامعة

معسكر وكذا عمال المؤسسة العمومية الاستشفائية -إسعد خالد -بمعسكر على قبولهم

المساهمة في انجاز هذا العمل وبتقدم لهم باسمي عبارات العرفان.

إلى كل من أعانني من قريب أو من بعيد لأنجز هذا العمل المتواضع

# الإهداء

أهدي ثمرة هذا الجهد إلى:

الوالدين الكـريمين حفظهما الله ورعاهما وأمدهما بالصحة والعافية .

إلى زوجتي الكريمة

إلى أبنائي

إلى كل أفراد عائلتي

إلى كل الأهل والأحباب

الفهرس

# الفهرس

الصفحة

	الإهداء	
	الشكر	
	الفهرس	
	قائمة الجداول	
	قائمة الأشكال	
	المقدمة	
أ		
26	الأدبيات النظرية للتسيير العمومي الحديث	الفصل الأول
27	المبحث الأول الاصلاح الاداري في المؤسسات العمومية	
27	المطلب الأول مفهوم ونماذج الاصلاح الإداري	
33	المطلب الثاني مفهوم ومبادئ التسيير العمومي الحديث	
38	المطلب الثالث محاور الإصلاح الإداري وفقا للتسيير العمومي الحديث	
43	المبحث لثاني الإطار النظري والمفاهيمي لمراقبة التسيير	
43	المطلب الأول نشأة ومفهوم مراقبة التسيير	
49	المطلب الثاني أهمية نظام مراقبة التسيير في المؤسسات الاستشفائية	
52	المطلب الثالث خصوصيات التسيير في المؤسسات الاستشفائية في الجزائر	
55	المبحث لثالث نظام المعلومات الاستشفائي	
55	المطلب الأول نظام المعلومات	
59	المطلب الثاني نظام المعلومات الاستشفائي	
64	المطلب الثالث الرقمنة في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية	
72	مساهمة أدوات مراقبة التسيير في تقييم الأداء	الفصل الثاني
73	المبحث الأول أداء المؤسسات الاستشفائية: المفاهيم والمؤشرات	
73	المطلب الأول مفهوم عملية تقييم الأداء وأهدافها	
77	المطلب الثاني مراحل وأهداف عملية تقييم الأداء	
82	المطلب الثالث مؤشرات قياس أداء المؤسسات الاستشفائية	
86	المبحث لثاني الأسس النظرية للوحة القيادة في الفكر الإداري الحديث	
86	المطلب الأول نشأة لوحة القيادة ومفهومها	

91	المطلب الثاني خصائص لوحة القيادة	
94	المطلب الثالث أهمية، أهداف ومبادئ لوحة القيادة	
99	المبحث لثالث تكييف بطاقة الأداء المتوازن مع المؤسسات الاستشفائية	
99	المطلب الأول مفهوم وأهمية بطاقة الأداء المتوازن	
103	المطلب الثاني أبعاد بطاقة الأداء المتوازن	
109	المطلب الثالث بطاقة الأداء المتوازن وتقييم أداء المؤسسات الاستشفائية	
116	المؤسسة العمومية الاستشفائية ومقاربات تسييرها	الفصل الثالث
117	المبحث الأول عموميات حول المؤسسة العمومية الاستشفائية	
117	المطلب الأول المؤسسة العمومية الاستشفائية .	
122	المطلب الثاني الاطار الهيكلي للمؤسسات الاستشفائية	
128	المطلب الثالث التعاقد كآلية لمراقبة التسيير في المؤسسات الاستشفائية	
135	المبحث لثاني التسيير المالي للمؤسسات الصحية	
135	المطلب الأول إطار عام حول إيرادات ونفقات المؤسسة الاستشفائية	
139	المطلب الثاني الرقابة المالية القبلية للنفقات	
143	المطلب الثالث الرقابة المالية البعدية للنفقات	
146	المبحث لثالث المحاسبة التحليلية كأداة لمراقبة التسيير الاستشفائي	
146	المطلب الأول الإطار العام للمحاسبة التحليلية	
149	المطلب الثاني المحاسبة التحليلية الاستشفائية	
154	المطلب الثالث طريقة الأقسام المتجانسة	
	الدراسة التطبيقية: حساب التكاليف كالية لتحسين أداء المؤسسات	
160	الاستشفائية	الفصل الرابع
161	المبحث الأول تنظيم وتسيير المؤسسة العمومية الاستشفائية	
161	المطلب الأول المنظومة الصحية في الجزائر	
168	المطلب الثاني المؤسسة العمومية الاستشفائية اسعد خالد معسكر	
177	المطلب الثالث التسيير المالي للمؤسسة الاستشفائية إسعد خالد	
193	المبحث لثاني دراسة تطبيقية لحساب التكاليف بالمؤسسة الاستشفائية إسعد خالد	
193	المطلب الأول مفاهيم حول نظام التكاليف بالمؤسسة	
201	المطلب الثاني تصنيف أعباء ونفقات المؤسسة	
224	المطلب الثالث أنشطة الاقسام الرئيسة والثانوية للمؤسسة	
232	المبحث لثالث حساب تكلفة الخدمات الطبية المؤداة	
232	المطلب الأول التوزيع الأولي للأعباء	

240	المطلب الثاني التوزيع الثانوي للأعباء
245	المطلب الثالث حساب تكلفة وحدات عمل الأقسام الرئيسية والثانوية
254	
259	

الخاتمة

المراجع

قائمة

الجداول والأشكال

## قائمة الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
29	الفرق بين الإصلاح والتغيير حسب كايدين	جدول رقم 01
34	مقارنة بين نموذج الإدارة التقليدية ونموذج التسيير العمومي الحديث	جدول رقم 02
35	تصنيف الأنشطة وفق مجال التسيير العمومي الحديث	جدول رقم 03
63	أهمية نظام المعلومات الاستشفائي	جدول رقم 04
66	مؤشر الجاهزية الشبكية للجزائر سنة 2022	جدول رقم 05
173	مصالح ووحدات المؤسسة العمومية الاستشفائية -إسعد خالد-	جدول رقم 06
176	التعداد البشري للمؤسسة الاستشفائية-إسعد خالد- لسنوات: 2020-2021-2022	جدول رقم 07
179	إيرادات المؤسسة العمومية الاستشفائية إسعد خالد لسنوات: 2020-2021-2022	جدول رقم 08
186	نفقات المستخدمين حسب الأبواب للسنوات المالية: 2020، 2021، 2022	جدول رقم 09
192	نفقات التسيير للمؤسسة الاستشفائية- إسعد خالد- لسنوات 2020-2021-2022	جدول رقم 10
196	دليل وحدات التكلفة	جدول رقم 11
202	الكتلة الأجرية للمؤسسة الاستشفائية -إسعد خالد- لسنة 2020	جدول رقم 12
203	الكتلة الأجرية للمؤسسة الاستشفائية -إسعد خالد- لسنة 2021	جدول رقم 13
204	الكتلة الأجرية للمؤسسة الاستشفائية -إسعد خالد- لسنة 2022	جدول رقم 14
206	استهلاك قسم المطبخ الخاص بسنة 2020	جدول رقم 15
206	استهلاك قسم المطبخ الخاص بسنة 2021	جدول رقم 16
207	استهلاك قسم المطبخ الخاص بسنة 2022	جدول رقم 17
208	عدد الوجبات المقدمة حسب المصالح الخاصة لسنة 2020	جدول رقم 18
208	عدد الوجبات المقدمة حسب المصالح الخاصة لسنة 2021	جدول رقم 19
209	عدد الوجبات المقدمة حسب المصالح الخاصة لسنة 2022	جدول رقم 20
210	تكلفة الوجبات المقدمة حسب المصالح لسنة 2020	جدول رقم 21
211	تكلفة الوجبات المقدمة حسب المصالح لسنة 2021	جدول رقم 22
212	تكلفة الوجبات المقدمة حسب المصالح لسنة 2022	جدول رقم 23
213	استهلاك الإدارية واللوازم الطبية لسنة 2020	جدول رقم 24
214	استهلاك الإدارية واللوازم الطبية لسنة 2021	جدول رقم 25
215	استهلاك الإدارية واللوازم الطبية لسنة 2022	جدول رقم 26
217	استهلاك اللوازم المتنوعة من طرف المصالح لسنة 2020	جدول رقم 27
218	استهلاك اللوازم المتنوعة من طرف المصالح لسنة 2021	جدول رقم 28
219	استهلاك اللوازم المتنوعة من طرف المصالح لسنة 2022	جدول رقم 29
220	قيمة مصاريف الصيانة الخاصة بسنوات 2020، 2021، 2022 حسب الأقسام	جدول رقم 30
222	المصاريف المشتركة لسنوات 2020-2021-2022	جدول رقم 31
224	نشاط الأقسام الطبية الرئيسية الخاصة بسنة 2020	جدول رقم 32
225	نشاط الأقسام الطبية الرئيسية الخاصة بسنة 2021	جدول رقم 33
226	نشاط الأقسام الطبية الرئيسية الخاصة بسنة 2022	جدول رقم 34
227	نشاط مصلحة أقسام تصفية الكلى 2020-2021-2022	جدول رقم 35

228	طبيعة التحاليل المخبرية	جدول رقم 36
229	نشاط المخبر لسنوات 2020، 2021، 2022	جدول رقم 37
229	نوعية نشاط قسم الأشعة	جدول رقم 38
230	نشاط قسم الأشعة لسنوات 2020 - 2021 - 2022	جدول رقم 39
230	طبيعة نشاط غرفة العمليات	جدول رقم 40
231	نشاط غرفة العمليات لسنوات 2020، 2021، 2022	جدول رقم 41
231	نشاط قسم جراحة الأسنان لسنوات 2020، 2021، 2022	جدول رقم 42
235	التوزيع الاولي للاعباء لسنة 2020	جدول رقم 43
236	التوزيع الاولي للاعباء لسنة 2021	جدول رقم 44
237	التوزيع الاولي للاعباء لسنة 2022	جدول رقم 45
241	التوزيع الثانوي للاعباء لسنة 2020	جدول رقم 46
242	التوزيع الثانوي للاعباء لسنة 2021	جدول رقم 47
243	التوزيع الثانوي للاعباء لسنة 2022	جدول رقم 48
245	تكلفة وحدة العمل للأقسام الثانوية 2020	جدول رقم 49
246	تكلفة وحدة العمل للأقسام الثانوية 2021	جدول رقم 50
246	تكلفة وحدة العمل للأقسام الثانوية 2022	جدول رقم 51
248	تكلفة وحدة العمل للأقسام الرئيسية 2020	جدول رقم 52
249	تكلفة وحدة العمل للأقسام الرئيسية 2021	جدول رقم 53
250	تكلفة وحدة العمل للأقسام الرئيسية 2022	جدول رقم 54

## قائمة الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
48	العلاقة بين الاستراتيجية والتنفيذ اليومي للعمليات	الشكل رقم 1
56	نموذج عام لنظام المعلومات	الشكل رقم 2
58	عناصر نظام المعلومات	الشكل رقم 3
59	الوظائف الأساسية لنظام المعلومات	الشكل رقم 4
61	مكونات المؤسسة الاستشفائية كنظام مفتوح	الشكل رقم 5
62	أطراف نظام المعلومات الاستشفائي	الشكل رقم 6
74	مصادر الكفاءة	الشكل رقم 7
80	مراحل تقييم الأداء	الشكل رقم 8
103	أبعاد بطاقة الأداء المتوازن	الشكل رقم 9
105	المؤشرات الأساسية لبعدهملاء	الشكل رقم 10
106	نموذج سلسلة القيمة لبعدهملاء العمليات الداخلية	الشكل رقم 11
108	العلاقة بين أبعاد بطاقة الأداء المتوازن	الشكل رقم 12
110	مقترح البطاقة ومنظراتها الأربعة	الشكل رقم 13
127	التنظيم الإداري للمؤسسة العمومية الاستشفائية الجزائرية	الشكل رقم 14
154	طريقة الأقسام المتجانسة	الشكل رقم 15
169	الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية الاستشفائية اسعد خالد معسكر	الشكل رقم 16
195	الأقسام المتجانسة للمؤسسة العمومية الاستشفائية-إسعد خالد-معسكر	الشكل رقم 17
200	خطوات حساب التكاليف	الشكل رقم 18

# مقدمة عامة

يمثل قطاع الصحة أحد أهم المحاور التي تركز عليها الدول في سبيل تحقيق التنمية، وهذا من خلال الاهتمام الكبير الذي توليه هذه الدول للقطاع بشقيه العام والخاص، خاصة مع بروز فرع اقتصاد الصحة الذي تحولت بموجبه المؤسسة الصحية من مجرد مكان لايواء ومعالجة المرضى الى مؤسسة اقتصادية تقدم خدمات متنوعة لمجموعة من الزبائن (المرتفقين).

وعلى غرار دول العالم، سعت الجزائر منذ استقلالها الى تحسين الخدمات الصحية المقدمة للسكان من خلال البرامج الصحية المنتهجة، حيث تم تخصيص اعتمادات مالية هامة لقطاع الصحة خصوصا مع مطلع الالفية والتي عرفت بفترة البحبوحة المالية الناجمة عن ارتفاع اسعار النفط، وهو ما انعكس بالايجاب على جميع القطاعات، حيث تجاوز مستوى الانفاق الصحي خلال هذه الفترة نسبة 07% من الناتج المحلي الخام.

وتمر المؤسسات الاستشفائية في الجزائر-باعتبارها هيئات معقدة التنظيم - بمرحلة مفصلية في اثبات وجودها، حيث ان جل الفاعلين في المنظومة الصحية (مرضى، ممثلو العمال، متعاملون اقتصاديون، ...) لا ينظرون بعين الرضا الى أداء هذه المؤسسات، إضافة لذلك تتميز هذه المؤسسات بالتسيير اللاعقلاني لمواردها، حيث أنها تواجه العديد من العقبات مثل الاستهلاك المفرط للمواد الطبية (خاصة الأدوية)، انعدام التنسيق بين المؤسسة والهيئات الخارجية كالضمان الاجتماعي، مصالح المراقبة الميزانية، مصالح الوظيفي العمومي، (...). وهي الوضعية التي يمكن تسييرها باستحالة ممارسة الرقابة المباشرة من طرف الهيئات المركزية (الوزارة) في ظل تمتع هذه المؤسسات بالاستقلالية الإدارية (القانونية) والمالية وهو ما أدى بالوصاية إلى القيام بهذه الرقابة عن طريق أدوات ووسائل أعدت حسب خصوصية وطبيعة المهام الموكلة لهذه المؤسسات وكذا الأهداف التي تسعى إلى تحقيقها وهو ما يقود المسيرين إلى الاعتماد ولو بطريقة غير مباشرة على مراقبة التسيير كوسيلة مساعدة على اتخاذ القرارات وتصحيح الانحرافات في حال وجودها في الوقت المناسب.

#### إشكالية البحث:

في هذا السياق وبعد الإطلاع على إطار البحث يمكن صياغة إشكالية البحث من خلال السؤال الرئيسي التالي:  
ما هو أثر استخدام مراقبة التسيير في تحسين أداء المؤسسات الاستشفائية العمومية؟  
ولمعالجة وتحليل هذه الإشكالية نقوم بطرح الأسئلة الفرعية التالية:

--ما هي الصعوبات التي تواجه تطبيق مراقبة التسيير في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية؟

ما هو واقع نظام المعلومات الاستشفائي في المؤسسة الاستشفائية في الجزائر؟

-هل يمكن تبني طريقة محاسبية فعالية لحساب تكاليف المؤسسة الاستشفائية الجزائرية؟

**فرضيات البحث:**

- يعتبر عدم إدراك المسيرين لأهمية مراقبة التسيير عائقا أمام تطبيقها.  
-تستخدم المؤسسة الاستشفائية نظام معلومات فعال يضمن توزيع المعلومات على جميع المستويات.  
-وضع نظام محاسبي مبني على خصوصية الأنشطة الاستشفائية يساهم في تحسين أداء المؤسسات الاستشفائية.

**أهداف البحث:**

يتمثل الهدف الرئيسي لهذا البحث في دراسة كيفية تحسين أداء المؤسسات الاستشفائية من خلال قياس تكلفة الخدمات الصحية المقدمة بالمؤسسة العمومية الاستشفائية - اسعد خالد- معسكر، مع اقتراح حلول لبعض النقائص المسجلة في الطريقة المتبعة للقياس والمتمثلة في طريقة الأقسام المتجانسة، ويمكن تفصيل هذا الهدف إلى الأهداف الفرعية التالية:

-توضيح الإطار النظري للخدمات الصحية المقدمة في المؤسسات العمومية الاستشفائية وآليات قياسها.  
-التعرف على واقع مراقبة التسيير بالمؤسسات العمومية الاستشفائية الجزائرية.  
-تسليط الضوء على أهم الأدوات المناسبة لمراقبة التسيير الاستشفائي.  
-معرفة مدى استجابة المؤسسات الاستشفائية في الجزائر لمتطلبات مراقبة التسيير وكيفية استعمالها وكذا العمل بنتائجها.

**أهمية البحث:**

يستمد هذا البحث أهميته من مجموعة من النقاط:  
-تعد المؤسسات الاستشفائية المسؤول الأول عن تقديم الخدمات الصحية للساكنة، وبالتالي فإنها تلعب دورا هاما في إعداد التنمية الاقتصادية والاجتماعية .  
-يستهلك قطاع الصحة في الجزائر موارد مالية معتبرة بالشكل الذي أصبح يثقل كاهل الدولة مع عدم وجود مقابل إيجابي لهذا الارتفاع .  
-تقييم أداء المؤسسات الاستشفائية من أجل تدارك مواطن الخلل وتحديد المستويات المطلوبة والمخرجات بالشكل الذي يؤدي إلى ترشيد النفقات وتحسين الخدمات الصحية .  
-يساهم هذا البحث في بناء إطار نظري ومفاهيمي حول مراقبة التسيير في المؤسسات العمومية الاستشفائية مع التركيز على الأدوات والآليات التي تناسب هذه المؤسسات لغرض تحقيق أهدافها .

-استخدام نموذج الأقسام المتجانسية من أجل قياس كلفة الخدمات الصحية المقدمة بالمؤسسات الاستشفائية بهدف مساعدة المسيرين على اتخاذ القرارات التسييرية .

-اقتراح حلول للنقائص والمشاكل التي تواجه مسيري المؤسسات الاستشفائية على أمل العمل بها من أجل تحسين أداء هذه المؤسسات .

-المساهمة في الإثراء المعرفي في مجال مراقبة التسيير الاستشفائي، على أمل أن يكون هذا البحث مدخلا لبحوث أخرى في هذا المجال .

### مبررات اختيار الموضوع:

متابعة الباحث للعديد من الإصلاحات التي شهدتها قطاع الصحة بصفة عامة والمؤسسات الاستشفائية بصفة خاصة مع معاشته الميدانية لهذه الإصلاحات، حيث ورغم حرص السلطات على الرفع من أداء هذه المؤسسات من خلال توفير الإمكانيات والوسائل المادية والبشرية، إلا أن النتائج لم تكن في مستوى التطلعات وهو ما خلق لدى الباحث الرغبة في تسليط الضوء على الأسباب المؤدية إلى ذلك، بالإضافة إلى:

-أهمية قطاع الصحة بالنسبة للاقتصاد الوطني .

-ارتفاع قيمة المخصصات المالية (الميزانية) للمؤسسات الاستشفائية مع عدم التوافق بين هذا الارتفاع والأداء المطلوب .

-الاستهلاك المفرط للموارد المستعملة في المؤسسات العمومية الاستشفائية .

-مكانة المؤسسة العمومية الاستشفائية ضمن الخارطة الصحية .

-التعرف أكثر على طريقة الأقسام المتجانسة لحساب تكاليف الخدمات الصحية وكيفية تطبيقها .

### حدود الدراسة:

تنصب الدراسة من حيث الحدود المكانية على قياس تكلفة الخدمات الصحية المقدمة بالمؤسسة العمومية الاستشفائية -اسعد خالد- بمعسكر، وتم اختيار هذه المؤسسة كمثال عن المؤسسات العمومية الاستشفائية الجزائرية على اعتبار أن طريقة تسيير هذه المؤسسات منمطة، أما بالنسبة للحدود الزمنية، فالدراسة متعلقة بقياس أداء هذه المؤسسة خلال الفترة (2020-2022) والتي ورغم تزامنها مع جائحة كورونا التي أثرت على نشاط المؤسسة مثلما هو الحال لباقي القطاعات، إلا أن الدراسة التي استقت بيانها من خلال برنامج حساب التكاليف الخاص بالمؤسسة المسمى بـ (SACOUT) بالإضافة إلى إجراء مقابلات مع بعض مسؤولي المؤسسة، ساهمت بشكل كبير في تقريب المفاهيم والإحاطة بالموضوع وتسهيل الإجابة على إشكالية الدراسة.

منهج البحث:

بالنظر لطبعة الموضوع اعتمدنا في هذه الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي الذي يعتمد على أسلوب الاستقراء والاستنتاج وهو المنهج الذي يتناسب مع طبيعة الموضوع، حيث تم الاعتماد على مراجعة مجموعة من الأدبيات المتخصصة من أجل بناء الجزء النظري، وللقيام بالجانب التطبيقي فتم وصف واقع مراقبة التسيير وكذا الأداء بالمؤسسات العمومية الاستشفائية وتحليل المعطيات المتوفرة.

الدراسات السابقة:

بالإضافة إلى العديد من الدراسات الموثقة في الكتب العلمية، حظي موضوع "مراقبة التسيير في المؤسسات الاستشفائية وتحسين أدائها باهتمام بالغ من الكتاب والباحثين" وهو ما نتج عنه مجموعة من الأعمال البحثية والتي نذكر منها:

1- "تطبيق مراقبة التسيير في المؤسسة الصحية":

رسالة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية، التجارية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر، 2000، للباحث سنوسي علي، وتمثلت إشكالية الدراسة في إمكانية وكيفية اعتماد مراقبة التسيير في المستشفى في ظل غياب الثقافة المؤسسية، ومدى مساهمة مراقبة التسيير في تمكين المسيرين من إيجاد حلول للمشاكل التي يواجهونها أثناء تأدية مهامهم، حيث أنهم من خلال بحثه في شروط نجاح مراقبة التسيير في المؤسسات الصحية من خلال المؤشرات التي تتعلق بالهيكل والوسائل، وكذا مستوى أداء الخدمات الصحية من خلال النتائج، وتوصل الباحث إلى استنتاج انعدام مراقبة التسيير في المستشفيات نتيجة عدم توفر محاسبة تحليلية بهذه المؤسسات، وعدم اشتراك الكوادر الطبية والشبه طبية في عملية تسيير المؤسسة.

2- "مراقبة التكاليف في مؤسسة الاستشفائية دراسة مستشفى حي البير بقسنطينة":

مذكرة ماجستير في الاقتصاد المالي، مقدمة لكلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة منتوري قسنطينة، 2005، للباحث نصر الدين عيساوي، حيث تدور إشكالية الدراسة حول أهمية النظام المحاسبي المستعمل على مستوى القطاعات الصحية في الجزائر وإمكانية وضع طريقة محاسبة فعالة لحساب التكاليف بالمستشفيات الجزائرية مع الأخذ بعين الاعتبار ضعف أنظمة المعلومات وكذا ارتفاع التكاليف لهذه المستشفيات، وقد توصل الباحث إلى أن الارتفاع المسجل في التكاليف له يعود لارتفاع ميزانية التسيير، بل لوجود بعض الأخطاء والتجاوزات في التسيير وهو ما يؤدي إلى ارتفاع تكلفة الخدمات الصحية والتي أصلها عدم وجود نظام محاسبي فعال كما توصل الباحث إلى تأخر السلطات الوصية في اعتماد وتبين المحاسبة التحليلية وكذلك طريقة الأقسام المتجانسة والتي يمكن تعميمها على جميع التقنيات الجزائرية .

3- "La regulation de l'offre dans le nouveau Sysème de soin public

أطروحة دكتوراه في العلوم الاقتصادية تخصص تسيير كلية العلوم الاقتصادية، التجارية وعلوم التسيير، جامعة أبوبكر بلقايد، تلمسان، 2010، للباحثة قارة تركي آسيا حيث تمحورت إشكالية البحث في كيفية إعادة النظر في تقديم العلاج بطريقة تسهل الحصول عليه من طرف المواطنين وفي نفس الوقت ترشيد التسيير داخل هذه المؤسسات وقد تطرقت الباحثة إلى طريقة تمويل المؤسسات الصحية بالتحليل، بالإضافة إلى الإصلاحات المنتهجة ودور مصالح الضمان الاجتماعي في تنظيم العرض العلاجي من خلال النهج التعاقدية، وتوصلت الباحثة من خلال دراستها للتكاليف الاستشفائية إلى:

- ضرورة تبني نظام محاسبة التكاليف فعال يسمح بتقديم معلومات دقيقة حول الأنشطة الصحية.

- الاعتماد على طريقة الأقسام المتجانسة كوسيلة لتحديد تكلفة المنتج الاستشفائي

**L'impacte des pratiques du contrôle de gestion sur la performance des hôpitaux-4 publics au Maroc, un essai de modélisation .**

أطروحة دكتوراه في علوم التسيير، تخصص إستراتيجية، مقدمة إلى كلية العلوم القانونية، الاقتصادية والاجتماعية، جامعة قاضي عياد، مراكش، المغرب، 2013، للباحث بلقوي عبد الغني، وتدور إشكالية الدراسة حول إمكانية تطبيق مراقبة التسيير في المؤسسات الاستشفائية العمومية في المغرب، وكذلك حول العلاقة بين تطبيق هذه الوسائل وتحسين أداء المستشفيات المغربية، حيث ركز الباحث في دراسته على تحليل العلاقة بين وسائل المراقبة التسيير والقطاع المعني بالمراقبة، كما تطرق إلى تأثير عوامل مساهمة الفاعلين في الهيئات والمؤسسات في إنجاح أو فشل تطبيق أدوات ووسائل مراقبة التسيير، وخلص الباحث إلى افتقار أغلب المستشفيات إلى الوسائل الحديثة لمراقبة التسيير، وكذلك إلى العلاقة القوية بين نظام المعلومات والمستعمل وأنظمة مراقبة التسيير بالإضافة إلى ضرورة توعية مسيري المؤسسات بإيجابيات ومزايا تطبيق أنظمة مراقبة التسيير وتأثيرها على أداء مؤسساتهم

**Evaluation of performance management and development systemes with -5balanced scorecard aso performarncce appraisol tool at mthatha général hospital Esterm cape province**

مقال منشور في مجلة البحث والتطور، العدد 07، المجلد الأول، 2014، للباحثين أديكاني أديجوكاو وبايات (Adejoha and Bayt) وتمحورت إشكالية الدراسة مدى مساهمة بطاقة الأداء المتوازن كوسيلة من وسائل مراقبة التسيير في تحسين أداء مستشفى مئات العام الموجود بدولة جنوب إفريقيا حيث تم الاستعانة باستبيان ثم توزيعه على مجموعة من الموظفين وخلصت الدراسة إلى أن 70% من المشاركين أكدوا على ضرورة تقسيم أداء المستخدمين في المستشفى، وأن 52% من المستطلعين يفقدون أن طريقة التقسيم المتبعة في المشفى لا تساهم في تطوير مهاراتهم وليفقد 60% مهم أن بطاقة الأداء المتوازن قد تكون الوسيلة الأنسب لتقسيم الأداء، وتوجت

الدراسة بجملة من التوصيات وأهمها أن قياس أداء المستخدمين ومكافئتهم ضرورة حتمية في مؤسسات الرعاية الصحية وأن بطاقة الأداء المتوازن هي أنسب وسيلة لتحقيق ذلك.

6- "استخدام أبعاد بطاقة الأداء المتوازن (BSC) كأداة لقياس أداء المستشفيات الحكومية الفلسطينية في قطاع غزة":

رسالة ماجستير، جامعة الأقصى، فلسطين، 2015، للباحث حسام عبد الكريم عاشور، وتمثلت إشكالية الدراسة في ما درجة استخدام أبعاد بطاقة الأداء المتوازن (BSC) كأداة لقياس أداء المستشفيات الحكومية الفلسطينية في قطاع غزة، حيث قام الباحث بدراسته من خلال توزيع استبيان شمل مختلف العمال التابعين لهذه المستشفيات (حوالي 220 موظف) وتوصل إلى العديد من النتائج أهمها أن بعدي التعلم والنمو هما الأكثر استخداما في المستشفيات العمومية الفلسطينية، بالإضافة إلى:

- ضرورة توفير مصادر تمويل جديدة .

-تطبيق مبدأ الشفافية في إدارة وضبط النفقات .

-تدعيم أنظمة المعلومات المتواجدة بالمستشفيات لانجاز المهام بأقل جهد ووقت وبكفاءة عالية.

7- "أثر ترشيد التسيير على جودة الخدمة الصحية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية الجزائرية":

أطروحة دكتوراه للباحث بوكديرون يوسف، في العلوم التجارية تخصص إدارة أعمال، بجامعة الجزائر 3، 2017، حيث تناولت الدراسة إشكالية قدرة المؤسسات العمومية الاستشفائية على تطبيق آليات ترشيد التسيير وأثرها على جودة الخدمة الصحية المقدمة، كما تطرق إلى صعوبة تطبيق مراقبة التسيير نتيجة لاحتواء هذه المؤسسات على عدد كبير من العاملين والمتدخلين في أداء وإنتاج خدماتها، حيث توصل الباحث إلى ما يلي:

-التسيير بالمؤسسات الصحية الجزائرية هو تسيير نمطي متشابه بالنسبة لجميع أنواع المؤسسات (المراكز الاستشفائية الجامعية، مؤسسات استشفائية عمومية، المؤسسات العمومية للصحة الجوارية) .

-الارتفاع المتزايد في التكاليف بهذه المؤسسات سببه عدم وجود نظام محاسبي فعال يضمن التسجيل الدقيق لهذه التكاليف.

-اقتصار نظام المعلومات في المؤسسات العمومية الاستشفائية على مكتب القبول وهو أمر غير مقبول بالنسبة لمؤسسة معقدة التسيير كالمؤسسة الاستشفائية.

-الغياب التام لدور الضمان الاجتماعي كمرشد ومراقب للتكاليف في ظل نظام التعاقد.

8- دور مراقبة التسيير في نشوء حوكمة جديدة بالمؤسسات الصحية العمومية في الجزائر:

وهو مقال منشور في مجلة دراسات اقتصادية، العدد 4، المجلد 1، سنة 2017، للباحثين بوشلاغم عميروش وشرفي منصف وغلاب نعيمة، حيث تدور إشكالية هذه الورقة البحثية حول العلاقة بين الحوكمة الاستشفائية ومراقبة التسيير، حيث تطرق إلى خصوصية المؤسسات الصحية في الجزائر ثم إلى التحولات والإصلاحات التي شهدتها هذه المؤسسات من خلال تطبيق أدوات تسيير جديدة مثل النهج التعاقدية وتفويض التسيير. وقد توصل الباحثون إلى أن عملية تطبيق مراقبة التسيير في المؤسسات العمومية تحوطها العديد من العوائق والتي من بينها:

-خصوصية الأنشطة الصحية (الخدمات الصحية).

-محدودية المحاسبة التحليلية التي تقتصر على إنتاج المعلومات التسييرية فقط.

-غياب مفهوم الأهداف، الإستراتيجية تقتصر التقييم والنتائج.

-ضعف التنسيق على المستوى المحلي والمركزي.

9- تطبيق آليات مراقبة التسيير الحديثة في المؤسسات العمومية الاستشفائية دراسة تحليلية على مستوى المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بوضياف بورقلة:

وهو مقال منشور في مجلة الدراسات المالية والمحاسبية، جامعة الشهيد حمة لخضر، الوادي، الجزائر، العدد 8، سنة 2017، للباحثة لبنى محادي، وتمثلت مشكلة الدراسة في دراسة آليات مراقبة التسيير الحديثة المطبقة في المؤسسات العمومية والحلول الملائمة لحل إشكالية عدم تناسبها مع طبيعة هذه المؤسسات لغرض تحسين أداء الخدمة العمومية حيث توجت الدراسة بمجموعة من النتائج أهمها أن هذه المؤسسات وانتاء قيامها بعملها تتعرض للعديد من العراقيل والمشاكل التي تؤدي إلى انحرافها عن المسار الذي يوصلها إلى تحقيق أهدافها المسطرة .

10- دور بطاقة الأداء المتوازنة في تحسين أداء المؤسسات الاستشفائية عرض التجربة الأمريكية (مستشفى Duke للأطفال):

(وهو مقال منشور في مجلة التكامل الاقتصادي، المجلد 07، العدد 2، سنة 2019، للباحثة وفاء رابيس، وتمثلت مشكلة الدراسة في أسباب تبني مستشفى دوك ( الولايات المتحدة الأمريكية ) للأطفال لمدخل بطاقة الأداء المتوازنة كأداة لتقييم أدائه، المؤشرات المستخدمة في هذه العملية وما هي مقومات نجاح هذه البطاقة في المستشفى وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها أنه ليس من السهل وخاصة في عالم المستشفيات تحقيق أي نهج مؤسسي مبتكر، فغالبا ما يكون هناك مقاومة للتغيير، ولا يمكن تحقيق التغيير إلا بوجود قيادة قوية للإدارة، وهيكل دستوري صارم، وتقديم الأدلة على فوائد هذه الأداة الحديثة .

الفصل الأول

الأدبيات النظرية

للتسيير العمومي الحديث

تمهيد:

أدت التحديات التي فرضتها المتغيرات الاقتصادية، السياسية، الاجتماعية والتكنولوجية إلى ارتفاع مستوى تطلعات الشعوب من حكوماتهم وإزدياد الضغوط على مسؤولي هذه الحكومات وهو ما دفع إلى ضرورة إعادة النظر في نمط تسيير الشؤون العامة بعيدا عن النموذج البيروقراطي، حيث يعتبر التسيير العمومي الجديد احد اهم المداخل المعتمدة لتحديث إدارة القطاع العمومي، والذي عرف انتشارا واسعا خاصة في دول الولايات المتحدة الامريكية، بريطانيا، فرنسا .. بهدف تجاوز إخفاقات النموذج التقليدي في التسيير.

ومن المسلم به ان الموارد المالية المتاحة لأي دولة تبقى محدودة مقارنة بحجم الانفاق الع الوضعية ادت الى التفكير في اساليب تسمح بالاستخدام الامثل لهذه الموارد، ومن ضمن هذه اساليب تبني سياسات واستراتيجيات ذات كفاءة وفعالية في التسيير وهو ما يعرف بمراقبة التسيير. يأتي هذا الفصل لتسليط الضوء على الاطار النظري لمراقبة التسيير مع الاخذ بعين الاعتبار ضرورة توفر الهيئات والمنظمات على مقومات نجاح هذه المراقبة مثل توفر نظام معلومات فعال، ويكون الفصل مقسما بالشكل التالي:

-المبحث الاول: الاصلاح الإداري في المؤسسات العمومية.

-المبحث الثاني: الاطار النظري والمفاهيمي لمراقبة التسيير.

-المبحث الثالث: نظام المعلومات الاستشفائي.

المبحث الأول: الإصلاح الإداري في المؤسسات العمومية

مع أواخر القرن الماضي، تحولت المنظمات بأشكالها المختلفة إلى العيش في محيط بيئي سريع التغيير في العديد من المجالات ومنها المجال الإداري والإقتصادي، وهو ما أدى إلى دخول الدول والحكومات في صراع مع الزمن من أجل إصلاح وتطوير منظماتها لمواكبة هذه التغييرات ولكي تصبح أكثر فاعلية وكفاءة، وهو ما أدى بهذه المنظمات إلى تغيير أساليبها وطرق تسييرها بالشكل الذي يتيح لها تحسين خدماتها.

من هنا، سنركز خلال هذه الدراسة على مفهوم الإصلاح الإداري من خلال التطرق إلى تعريفه، وكذا التسيير العمومي الجديد إلى جانب محاور الإصلاح الإداري طبقاً لمبادئ التسيير العمومي الجديد.

المطلب الأول: - مفهوم ونماذج الإصلاح الإداري:

1- مفهوم الإصلاح الإداري ونشأته:

أ- مفهوم الإصلاح الإداري: حسب قاموس أوكسفورد البريطاني فإن الإصلاح الإداري يمثل إزالة المساوئ والتجاوزات في السياسات، أو جعلها على نحو أفضل عن طريق إزالة أو التخلي عن النقائص، العيوب والأخطاء. وعادة ما يرتبط الإصلاح بالحكومة، حيث أنه ينبغي على السياسيين والمديرين العموميين القيام بالعملية مع ضرورة توفير الدعم المستمر لضمان نجاح هذه الإصلاحات، إذ عادة مع ما يتم إدخال إجراءات الإصلاح من خلال المشاركة المباشرة للسياسيين، والهدف من هذه الإجراءات هو تحسين الإدارة العامة لتحقيق الأهداف الوطنية.

وتختلف وجهات نظر الكتاب والباحثين في تحديد مفهوم الإصلاح الإداري، ومن بينها:

-**التعريف 01:** سلسلة من التحسينات التي تبدأ بإعادة تنظيم الهيكل الإداري في التغييرات البسيطة في أساليب العمل وكذلك أي تغيير أصلي في العمل وفي التنظيم الإداري للجهاز والأفراد ونظرة الناس لجميع هذه الأمور مما يدعو إلى تغيير في أنماط سلوك الأفراد وأساليب التنظيم<sup>1</sup>. وبالتالي فهو يركز على أن الإصلاح من شأنه أن يغير سلوك العاملين بهدف تحسين العمل وبالتالي زيادة الفاعلية والكفاءة.

-**التعريف 02:** هو عبارة عن تحسين الجوانب الإنسانية التي تهدف إلى زيادة كفاءة وإنتاجية الجهاز الحكومي، وذلك من خلال إصلاح وتقويم وتحسين الأوضاع الراهنة وربطها بطموحات مستقبلية لتحسينها وتطويرها بالاعتماد على المنظور المستقبلي للجهاز مع المحافظة على الأصل وتطويره<sup>2</sup>

<sup>1</sup> - طارق الساطي، الإصلاح الإداري في الجمهورية العربية السورية، دمشق، دار الفكر، 1974، ص 7.

<sup>2</sup> - ياسر العدواني، نماذج لمفاهيم الإصلاح الإداري في الوطن العربي، عمان، المنظمة العربية للعلوم الإدارية، 1986، ص 786..

**-التعريف 03:** -الإصلاح الإداري هو عملية تكييف دائمة ومستمرة للبنى الادارية ومهامها، مع مهام الدولة، وهو مواكبة دائمة لروح التجديد والتحديث التي يتطلبها النظام السياسي غير المتحجر وبالتالي المجتمع الديناميكي. وسواء اكان اصلاحا جزئيا ام شاملا، فهو عملية تطهير الادارة من مشاكلها وإيجاد الحلول المناسبة لها والمتلائمة مع روح التحديث ومع التطور العلمي والتكنولوجي بما يؤدي الى استخدام افضل الطرق والاساليب العقلانية، لتحقيق أهداف الإدارة القائمة على اشباع حاجات المواطنين باكبر قدر من الفعالية والكفاءة .<sup>1</sup>

**-التعريف 04:** تغيير موجه أو مرغوب للملامح الرئيسية لنظام إداري<sup>2</sup>

رغم تعدد المفاهيم الخاصة بالإصلاح الإداري واختلافها من حيث تركيز بعض الباحثين على الهدف المراد تحقيقه والبعض الآخر على عمليات وإجراءات الإصلاح، إلا أن هناك تيار آخر يجمع بين البعدين معا. ومن ذلك تعريف منظمة التعاون الإقتصادي والتنمية التي أصدرت في أواخر التسعينات تقريرا تضمن صفات الإصلاح الإداري والمتمثلة في تحسين جودة الخدمات، الإعتماد على تكنولوجيا المعلومات، إدارة الأداء، المرونة في إدارة الموارد البشرية، اللامركزية والتوجه نحو التفكير الاستراتيجي من أجل دعم القدرة على التكيف مع المتغيرات.<sup>3</sup>

ومن خلال ما سبق، يمكن القول ان مفهوم الإصلاح الإداري مبني على:

-وجود الدافع للإصلاح، والذي يكون مصدرة البنية الإجتماعية والسياسية التي تهدف إلى تغيير الوضع الراهن نحو الأحسن، والتي يفترض أن يكون السياسيون محركا له.  
-مؤسسة تحضى بالشرعية، تقوم بوضع استراتيجيات الإصلاح والإشراف على التنفيذ ومقارنة النتائج المحصلة مع الأهداف المنتظرة.

-عنصر الموارد البشرية: وبالأخص مواقف السياسيين والمسؤولين التي تنظم من خلالها كافة الإجراءات التنظيمية والإدارية .

أما بالنسبة ل كايدن (Caidan) فإنه يتجنب استخدام كلمتي التغيير والإصلاح كمرادفين حيث أن لكلمة إصلاح مميزات أكثر من كلمة التغيير كما هو موضح في الجدول التالي:<sup>4</sup>

<sup>1</sup> -الشامي علي حسن، الإدارة العامة والتحديث الإداري (مقارنة نظرية تطبيقية)، شركة رشاد برس، بيروت، 1995، ص215

<sup>2</sup> -الطيب حسن أبشر، فلسفة التطوير الإداري ودور القيادات الإدارية في تحقيق فعالية المجلة العربية للإدارة، المجلد19، العدد الأول، 1999، ص 25.

<sup>3</sup> - فيصل بن معيض آل سمير القحطاني، استراتيجيات التطوير والإصلاح الإداري ودورها في تعزيز الامن الوطني، أطروحة دكتوراه في الفلسفة الامنية، كلية الدراسات العليا، قسم العلوم الادارية، جامعة نايف العربية للعلوم الامنية، الرياض، المملكة العربية السعودية، 2066، ص 27.

<sup>4</sup> -فيصل بن معيض آل سمير القحطاني، المصدر نفسه، ص28.

الجدول رقم 01: الفرق بين الإصلاح والتغيير حسب كايدن

التغيير	الإصلاح
يميل إلى أن يكون ذاتي الحركة، ذاتي التكيف مستقلا لا يتنبؤ به.	الإصلاح يميل إلى أن يكون قصديا ومرادفا ويمكن التأثير فيه
التغير يكون متميزا لا يتوقف، شاملا ومجهول المصدر ويتم بصورة تدريجية	الإصلاح يكون خلال مرحلة زمنية محددة وتميز بالخصوصية
التغيير يميل لأن يركز على الاتفاق الجماعي في الرأي ثم القبول به	الإصلاح يميل إلى التركيز على الصراع وعوامل الاختلاف
تميل إلى تعدد الأسباب ولا يمكن تقاديه	ينجم عن الأزمات ويفتقد الحيوية وعدم المرونة

**المصدر:** ليلي مصطفى البرادعي، الاتجاهات المعاصرة في دراسة الإصلاح الإداري، مجلة النهضة كلية الاقتصاد والعلوم السياسية، جامعة القاهرة، العدد 20، 2004، ص 61.

ب- نشأة الإصلاح الإداري: بالنسبة لنشأة حركة الإصلاح الإداري، فقد عرفت ثلاثة مراحل<sup>1</sup>:

-**المرحلة الأولى:** تمتد خلال فترة الثمانينات، وقد اهتمت بكيفية التحكم في الإتفاق الحكومي من خلال فكرة أن يجب على الحكومة العمل أكثر وبتكلفة أقل وكان من أهدافها الخوصصة والسعي إلى تقليص حجم الاتفاق وهي أفكار لا تزال مستمرة في معظم الدول من خلال الترشيح المالي.

-**المرحلة الثانية:** تمتد بين أواخر الثمانينات وحتى التسعينات، تحول خلالها هدف الإصلاح الإداري من التركيز على الكم إلى التركيز على الكيف ومحاولة الوصول إلى حكومة أفضل من خلال الاهتمام بتحسين جودة الخدمات المقدمة والشفافية واللامركزية.

-**المرحلة الثالثة:** تهتم بالمحافظة على ما تم انجازه والتصدي لبعض السلبيات التي ظهرت أثناء المرحلتين السابقتين، مثل قضية المهام وقضية أخلاقيات الإدارة.

ويتفق المفكرون على أن للإصلاح الإداري مفهومين مختلفين:

-**مفهوم تقليدي:** يعتمد على اتباع مداخل إجرائية جزئية ومرحلية، تتركز حول الأشكال التنظيمية، تقسيم العمل وتوزيع الاختصاصات وتبسيط الإجراءات في إطار البيئة الداخلية.

<sup>1</sup> - ليلي مصطفى البرادعي، الاتجاهات المعاصرة في دراسة الإصلاح الإداري، مجلة النهضة كلية الاقتصاد والعلوم السياسية، جامعة القاهرة، العدد 20، 2004، ص 63.

-مفهوم معاصر: يعتمد على مداخل أخرى تهتم بالفرد والمجتمع وتعني بالعنصر البشري والهياكل، وتنتظر للإصلاح نظرة اجتماعية أكثر منها إجرائية، ويترتب على هذا المفهوم مخاطبة البيئة الخارجية والنظر إلى المستقبل وذلك بالاعتماد على البعد الاستراتيجي.

من خلال استعراض مفهوم الإصلاح الإداري يمكن أن نقول:

-الإصلاح الإداري ليس ضروريا نقله من مؤسسات أثبتت فعاليتها في بيئة أخرى.

-الإصلاح الإداري لا يتكفي بالعملية الإدارية البحتة بل يمتد تأثيره الإيجابي إلى البنية الداخلية والخارجية وما يتصل بها من أهداف وطموحات.

## 2- نماذج الإصلاح الإداري:

### أ- النماذج على المستوى النظري:<sup>1</sup>

-النموذج الوقائي: **protective style**: يتم من خلال صلاحيات المنظمات الإدارية وهياكلها للوقاية من الأخطاء، ومن أبرز الانتقادات الموجهة له أنه يؤدي إلى التضارب وغياب التنسيق بين المنظمات.

-النموذج الوصفي: **descriptive style**: يتم دراسة المشاكل الإدارية مع اقتراح حلول لها من قبل الإداريين، ويعاب هذا النموذج معالجته الجزئية للقطاعات بأساليب نظرية يمكن لها أن تكون ناقصة.

-النموذج المعياري: **prescriptive style**: يتم عن طريق استخدام القوانين والتشريعات لحل المشاكل الإدارية التي يواجهها العمال الإداريون في إطار أهداف سياسية اجتماعية واقتصادية ما يؤخذ عليه أنه يعالج ظاهر المشاكل من دون التحليل العلمي الدقيق لها.

-النموذج الارتكامي: **réactive style**: يتم من خلاله تحليل المشاكل الإدارية مع وضع حلول لها، وينتقد لمعالجته مشاكل آنية، دون العمل على تجنب المشاكل الجديدة والتنبؤ للمتغيرات المستقبلية.

-النموذج الفعال: **proactive style**: يتم هذا النموذج من خلال عملية ذاتية تتفاعل وتتكامل بحركة مستمرة مع البيئة المحيطة والمتغيرات، ويتطلب هذا النموذج قادة إدارية يتمتعون بقدرات عالية تمكنهم من اقناع القيادة السياسية، ومن ثم الحصول على الثقة اللازمة والدعم.

<sup>1</sup> -أحلام فوغالي، التسيير العمومي الجديد وإصلاح البيروقراطيات الدولية -الامم المتحدة ووكالاتها المتخصصة نموذجا، مذكرة ماجستير، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة الحاج لخضر باتنة، الجزائر، 2013، ص 23.

ب- النماذج على المستوى التطبيقي:

-نموذج إعادة تحديد أو اختراع الحكومة: **Reinventing Governmet**: يمثل هذا النموذج \*حسب

أوزبورن وغاييلر: "رسم الطريقة الجديدة تماما بالأعمال في القطاع العام"<sup>1</sup>

\*وحسب مفكرين آخرين فهو عبارة عن: "عملية تغير تطوري" حدثت في العصر الجديد في الولايات

المتحدة الأمريكية ومن ثم انتقلت إلى العديد من الدول. ويتجسد هذا النموذج من خلال أفكار تم تجميعها

من خلال ممارسات فعلية بطرق مبتكرة للذين تعاملوا مع مشاكل الحكومة، فهو يمثل نقلة نوعية نحو

نموذج قائم على المشاريع الحكومية وهو مبني عشرة مبادئ موضحة كما يلي<sup>2</sup>:

- ✓ تشجيع المنافسة بين مقدمي الخدمات.
- ✓ تمكين المواطنين ودفعهم للخروج من سيطرة البيروقراطية في المجتمع.
- ✓ قياس أداء الأجهزة من خلال التركيز على المخرجات والنتائج بدلا من المدخلات.
- ✓ التركيز على الأهداف، وليس القواعد والقوانين.
- ✓ إعادة تعريف العملاء المستهلكين توفر لهم خيارات مختلفة.
- ✓ منع المشاكل قبل حدوثها، بدلا من تقديم الخدمات بعد ذلك.
- ✓ تركيز الطاقات في كسب المال، بدل الانفاق.
- ✓ لا مركزية السلطة، وقبول الإدارة التشاركية.
- ✓ تفضيل آليات السوق كبديل للآليات البيروقراطية.
- ✓ تحفيز جميع القطاعات العامة والخاصة، والعمل الطوعي من أجل حل مشاكل المجتمع بدلا من التركيز على تقديم الخدمات العامة.<sup>3</sup>

- نموذج إعادة هيكلة العمليات التجارية: **Reengineering Business Processes**: يتمثل في إعادة

تصميم وإعادة التفكير بصورة جذرية وراдикаلية في الأعمال والعمليات التجارية لتحقيق تحسينات كبيرة

واتخاذ تدابير حاسمة لعصرنة الأداء، مثل التكلفة، الجودة، الخدمة والسرعة<sup>4</sup>، كما أنه يمثل الجهد لدر

<sup>1</sup> -Osborne, David and Ted Gaebler, **Reinventing Government: How the Entrepreneurial Spirit is Transforming the Public Sector**, Penguin ,New York ,1993, p 18.

<sup>2</sup> -Ibid , pp19-20 .

<sup>3</sup> Hammer Michael and James Champy, **Reengineering the Corporation A Manifesto for Business Revolution** , Harper Business ,New York ,1993 ,p32.

الثورة الصناعية وإعادة تجميع المهام والوظائف التي اتخذت بصرف النظر عن مبادئ القرن 19 من تقسيم العمل<sup>1</sup>. وحسب فاوولر (Fawler) فإن هذا النموذج مبني على:

- \* الفصل بين الوظائف البسيطة المرتبطة بالمهارة والمهام متعددة الوظائف.
- \* مراحل عملية يتم تنفيذها من أجل وضعها الطبيعي.
- \* تنفيذ الأعمال، أو جزء منها خارج مصدرها.
- \* تقليل حجم المهام، فحصها ومراقبتها بصورة منفصلة.
- \* التوافق بين مجموع العمليات، طبيعة الوظائف، هيكل الإدارة، وقيم المنظمة ومفترقاتها.
- \* توفير وخلق الفرص لإعادة تصميم نظم العمل وتوفير المعلومات لتعزيز آليات صنع القرار.
- \* القدرة على التعامل مع ظروف العمل المتباينة.

لذا فإن نموذج إعادة الهيكلة يهتم أكثر بالمحيط الداخلي كما أنه يركز كثيرا على تكنولوجيا المعلومات.

- نموذج التسيير العمومي الحديث: **New Public Management**: هو اختصار لمجموعة من المذاهب الإدارية والتي ظهرت في بعض دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية بداية من عام 1970 ضمن ما يعرف بعمليات الإصلاح، فهو يعتبر نموذجا جديدا للإدارة العامة، يركز على التحول من شكل "المنظمات البيروقراطية" إلى منظمات "منظمات ما بعد البيروقراطية" وذلك من خلال<sup>2</sup>:

- \* وظائف في توجيه وتعزيز المركز.
- \* تفويض السلطة، وتوفير المرونة.
- \* ضمان الأداء، المراقبة والمساءلة.
- \* تحسين إدارة الموارد البشرية.
- \* تحسين تكنولوجيا المعلومات.
- \* تطوير المنافسة والاختيار.
- \* تحسين نوعية التنظيم.
- \* توفير خدمة تتجاوز مع مطالب واحتياجات المواطنين.

<sup>1</sup>-Fowler Alan ,**Gurus for Government Lessons from Management Gurus for Local Government Managers** ,UK: ICSA ,Publishing ,1997,p145.

<sup>2</sup>- Leslie A.Pal ,**Inversions without End: The OECD and Global Public Mangement Reform** , Paper presented at the OECD and Global Governance Workshop ,School of Public Policy and Administration ,Carleton University ,Ottawa, Canada ,January 19-20,2007,p4 .

المطلب الثاني: مفهوم ومبادئ التسيير العمومي الحديث:

بعد تغير دور الدولة وتزايد الحديث عن الحكم الراشد على المستوى العالمي، برز التسيير العمومي الحديث (New Public Management NPM) كمقاربة جديدة من أجل إصلاح الإدارة العمومية بهدف تعزيز كفاءتها وتحسين آدائها والتحول نحو فكرة توجيه النتائج -Result Orientation بدلا من فكرة توجيه العمليات Process- Orientation.

وقد بدأت معالم الفكر الحديث لإدارة القطاع العمومي مع ستينات القرن الماضي، بفضل مجموعة من الكتاب مثل بيتر دراكر صاحب مؤلف "عصر انقطاع الاستمرارية" سنة 1968، أين قدم تحليلا دقيقا عن إفلاس الدواوين المكتبية البيروقراطية، ليظهر التسيير العمومي الحديث بشكل أكثر وضوحا في نهاية الثمانينات كنمط تسييري حديث لتصحيح الاختلالات الناجمة عن النمط البيروقراطي، وتحقيق التكيف مع الدور الجديد للدولة.

**1- مفهوم التسيير العمومي الحديث:** قبل التطرق إلى مفهوم التسيير العمومي الحديث، وجب الإشارة إلى الفرق بين مفهومي: الإدارة العامة الجديدة (New Public Administration) والتسيير العمومي الحديث (New Public Management)، فهذا الأخير يركز على فلسفة القطاع الخاص ومحاولة تكييفها مع القطاع العام في حين تهتم الإدارة العامة الجديدة بإضافة بعد "العدالة الإجتماعية" إلى الأهداف الكلاسيكية للإدارة وتحقيق الكفاءة، ومن بين هذه المفاهيم نجد:

**أ- تعريف Pollit:** إيديولوجية تركز على استخدام مجموعة من المقاربات التي أثبتت نجاعتها في القطاع الخاص، من أجل محاولة إصلاح القطاع العمومي، وتحسين أداء المنظمات الحكومية<sup>1</sup>

**ب- تعريف Bernararth:** مجموعة عناصر متحدثة في تسيير الإدارات العمومية، والتي تفرض عليها أن تتخلى عن المنطق والبعد القانوني وتصبح خاضعة للمنطق الاقتصادي، من خلال إدراج مفهوم الأداء الناجع والجودة<sup>2</sup>

من خلال ذلك يمكننا القول أن التسيير العمومي الحديث يمثل تحولا عميقا في القطاع العمومي وفي علاقته بالحكومة والمجتمع. ويستمد أفكاره وميادنه من مصدرين مختلفين:

<sup>1</sup> - محمد السعيد جوال، ترقية أداء العمومي في ظل مقارنة التسيير العمومي الجديد، دراسة نظرية تحليلية، مجلة اقتصاديات شمال إفريقيا، العدد 14، السياسي الأول 2016، ص ص 68-69.

<sup>2</sup> - Bernararth. W , le Nouveau Managemant Public: (concept , situation en Wallonie, Quelques réflexions, visions et consultations opérationnelles ,Belgique, revue OSP, 1998, p92.

- الإقتصاد الجزئي (Micro Economie): وتحديدا أفكار تيار Public Choice الداعمة لفكرة ترك الحرية الفردية في المجال الاقتصادي (تقليص دور الدولة في المجال الاقتصادي).

- المعرفة التسييرية: المستمدة من أفكار كل من: Thomas Peters وRobert Waterman حول ثقافة التميز في العمل.<sup>1</sup>

يوضح الجدول اهم الاختلافات بين نموذج الإدارة التقليدية ونموذج التسيير العمومي الحديث:

الجدول رقم 02: مقارنة بين نموذج الإدارة التقليدية ونموذج التسيير العمومي الحديث

التسيير العمومي الحديث	الإدارة التقليدية	
تحقيق النتائج ورضا العملاء	احترام القواعد والإجراءات	الأهداف
اللامركزية (تفويض الصلاحيات، بنية شبكية، حركة)	المركزية السلم الوظيفي، بنية هرمية	التنظيم
واضحة	يشوبها الخلط وعدم الوضوح	تقاسم المسؤولية بين السياسيين والإداريين
استقلالية	التقسيم، التجزئة والتخصص	تنفيذ المهام
التعاقد	المسابقات	التوظيف
على أساس الجدارة، بحسب المسؤولية وحسب الأداء	عن طريق الأقدمية، دون محسوبية	الترقية
مؤشرات الأداء	مؤشرات المتابعة	الرقابة
تركيز على الأهداف	تركيز الوسائل	نموذج الميزانية

Source: Anne Amar et Ludovic Berthier " le nouveau management public: avantages et limites", document de recherche présenté dans XVI international RESER, conférence Services Governance and Public Policies , Lisbon, september, 2006,p04

كما يمكن تصنيف الأنشطة وفق منظور التسيير العمومي الجديد وفق القواعد التالية:

<sup>1</sup> - كريمة لعرايبي، تحديث التسيير العمومي في الجزائر بين الرهانات المعلنة والنتائج المحققة 2001-2015. أطروحة دكتوراه، كلية العلوم السياسية والعلاقات الدولية، جامعة الجزائر 3، الجزائر، 2017، ص 77.

الجدول رقم 03: تصنيف الأنشطة وفق مجال التسيير العمومي الحديث

<p>-التسيير على أساس النتائج -الاعتماد على التخطيط الاستراتيجي. -خصوصة المؤسسات العمومية والاستعانة بالمصادر الخارجية. -إقامة شراكة بين القطاع العام والخاص. -الفصل بين الوظائف السياسية والإدارية (التنفيذية) -اللامركزية -استخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصالات الحديثة داخليا. -تعميم التقييم (ثقافة الأداء) -تبسيط الروتين الإداري.</p>	<p>الوظيفة الاستراتيجية Fonction Stratégique</p>
<p>-تخفيض العجز -ميزانية على أساس البرامج -إضفاء المزيد من الشفافية في التسيير المالي.</p>	<p>الوظيفة المالية Fonction Finance</p>
<p>-تنمية التسويق العام من خلال التحقيقات، استطلاعات الرأي، .... -استخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصالات الحديثة خارجيا.</p>	<p>وظيفة التسويق Fonction Marketing</p>
<p>-تخفيض القوى العاملة -المساءلة وتحفيز الموظفين (الطابع الفردي للأجر، المكافآت على أساس الأداء)</p>	<p>وظيفة الموارد البشرية Fonction Resources Humaines</p>

Source: Anne Amar et Ludovic Berther, op.cit, p05.

2- مبادئ التسيير العمومي الحديث: يركز التسيير العمومي الحديث على مجموعتين من الأفكار

والنظريات، الأولى مستمدة من الإقتصاد ويشار إليها ب: الإقتصاد المؤسسي الجديد

New Institutional Economics والثانية تتمثل في النظم التسييرية Managerialist، سنحاول فيما

يلي التطرق إلى أهم العناصر المكونة لهذه النظريات:

أ- التسييرية<sup>1</sup> Managenialism: يركز أصحاب هذا التيار على أن مبادئ وممارسات القطاع

الخاص (إدارة، الأداء، خدمة العملاء....) يمكن تطبيقها على مؤسسات القطاع العام، بالشكل الذي يؤدي

<sup>1</sup> -عشور طارق، مقارنة التسيير العمومي الجديد كالبية لتدعيم وتعزيز تنافسية وكفاءة المنظمات الحكومية، مجلة أداء المؤسسات الجزائرية، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر، العدد 1، 2011-2012، ص: 116.

إلى دعم الابتكار، نوعية الخدمة، الشفافية، المبادرة والعمل الجماعي.... ويفترض منظروا هذا الاتجاه أن الإدارة نشاط متميز ومنفصل، لذا وجب التركيز على تحسين تسييرها حتى تتمكن من تأدية دورها وبالتالي تحقيق النتائج المرجوة.

في هذا الإطار يعرف Uhr التسييرية بأنها: السعي نحو تحقيق نتيجة في نظم الإدارة الحكومية من خلال تبسيط عمليات اتخاذ القرار في اتجاه يسمح بقدر أكبر من الاستقلالية<sup>1</sup>. وقد عرفت أفكار التسييرية رواجاً خاصة بعد ربط أجندة الاقتصاد بالبيروقراطية السياسية، حيث أدى دعم حكومات بعض الدول لقيم القطاع الخاص والممارسات التجارية واعتمادها في المؤسسات العمومية إلى تحسين كفاءة هذه المؤسسات وخفض تكاليفها وتعزيز الأداء التنظيمي ضمن إطار تنافسي.

في حين يعتبر ديكسون Dixon التسييرية على انها<sup>2</sup>:

- تركز على إدارة وتنفيذ السياسات بدلاً من التركيز على تنمية السياسات في الإدارة العامة.

- تؤكد على الكفاءة والفعالية في مقابل العدالة والانصاف في إدارة الموارد العامة (تتضمن تحديد الأهداف، الأداء المعياري، قياس الأداء، ردود فعل الأداء)

- تسعى إلى إدخال الممارسات التسييرية (الإدارية) للقطاع الخاص في القطاع العمومي.

- تدعو لنزع المسؤولية ونقل السلطة مقابل تأسيس هياكل للمساءلة العامة

- تدعو لإقامة إدارة عامة قادرة على المنافسة.

ب- **نظرية الاختيار العمومي Public Choice Theory** : ظهرت هذه النظرية في نهاية ستينات القرن الماضي، وتعرف بأسماء مختلفة منها: نظرية الاختيار الاجتماعي، نظرية الاختيار العقلاني، اقتصاديات السياسة، حيث يرى أصحاب هذه النظرية أن المنظمات العمومية غير فعالة وهذا بسبب الضغوط السياسية والبيروقراطية والتي يمكن تلخيصها في عاملين رئيسيين<sup>3</sup>:

- تقديم الأشخاص الذين يتخذون القرارات (السياسيون والإداريون)، لمصالحهم الخاصة عن المصلحة العامة بدليل سعيهم لزيادة سلطتهم وهيبتهم ودخلهم باستخدام الهيكل الهرمي على أساس أقدميتهم.

- التصادم الحاصل بين الدولة والسوق الذي يمثل الآلية الفاعلة في توزيع الموارد، وبالتالي فهم ينادون بضرورة تقليص دور وحجم الدولة قدر الإمكان.

<sup>1</sup> نفس المرجع، ص: 116 .

<sup>2</sup> نفس المرجع، ص 117 .

<sup>3</sup> David Giauque , Science et management public ou l'histoire d'une relation ambigue, le cas de la nouvelle gestion publique, Ethique publique , volume 4 ;N 1 , Avril ,2002,pp 47-49.

على هذا الأساس أقرت هذه النظرية بأن دور الحكومة يقتصر على توفير الحد الأدنى من التبسيط والمرونة والتمكين والمبادرة والتنظيم، وإدخال الحد الأدنى من آليات السوق في المنظمات العمومية، إضافة إلى ذلك تدعو هذه النظرية إلى ضرورة فصل الوظيفة التوجيهية للحكومة عن الوظيفة التنفيذية.

**ج- نظرية الوكالة Agency Théory :** تشير هذه النظرية التي تسمى أيضا بنظرية الوكيل الرئيسي Principal Agent Théory: أن المنظمة يمكن اعتبارها مجموعة علاقات بين المالك والمسير والذي تفوض له صلاحيات كبيرة تسمح له بالتعامل مع العملاء والزبائن بصفة المالك<sup>1</sup>، ويساعد تطبيق هذه النظرية على المنظمات والمؤسسات العمومية في إعادة تنظيمها من خلال تحقيق:

-التحديد الدقيق لصلاحيات المسيرين باعتبارهم المنفذين للسياسات العامة مع الإبقاء على صلاحيات الهيئة السياسية المتمثلة في وضع ومعالجة السياسات العامة مما يسمح بقياس النتائج وممارسة الرقابة على الاداء في المنظمات .

-ضمان الشفافية وهو ما يؤدي إلى رفع كفاءة وفعالية أداء المسيرين والتحديد الدقيق للتكاليف .

**د- تحليل تكلفة الصفقات Transaction-Cost Analysis :** تتمثل فكرة هذه النظرية في أن اللجوء إلى آلية السوق تمثل المرجعية للمتعاملين، إلا أنه في الكثير من الحالات ونظرا لتعدد وتشابك الحياة الاقتصادية والاجتماعية، تلجأ المنظمات إلى عقد صفقاتها بآليات أخرى بدلا عن آلية السوق بسبب ما يترتب عنها من تكاليف عقد الصفقات<sup>2</sup> ( couts de transactions ) في مجال الاقتصاد والتسيير العموميين، يجد منظرو هذه الفكرة مبررا لها، حيث أن تقديم الخدمات العمومية قد يؤدي إلى ارتفاع كبير في التكاليف في حالة الاعتماد على آلية السوق، وهو ما يبرر اللجوء للعمل وفق مبادئ هذه النظرية.

**المطلب الثالث: محاور الإصلاح الإداري وفقا لمبادئ التسيير العمومي الحديث:**

ركزت الدول التي تبنت نظام التسيير العمومي الحديث في اصلاحاتها المتعلقة بالإدارة العمومية على ثلاثة محاور رئيسية: تحسين الأداء العمومي، تحسين جودة الخدمة العمومية وإصلاح إدارة الموارد البشرية.

<sup>1</sup> -Philippe Raimbourg, *Theorie de l'agence Asymétrise D'information et Gestion de l'Etat*, encyclo- pédie de gestion, tome1, ed economica Paris, 1989, pp 181-192.

<sup>2</sup> - Jean luc arregle, *Les Nouvelles Approches de la Gestion et des Organisation*" ed economica, paris, 2000, p85.

1-تحسين الأداء العمومي:

مع بداية ثمانيات القرن الماضي، عمدت العديد من دول منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية (على اعتبار أنها كانت السبابة إلى إصلاح إدارتها العمومية)، إلى اتخاذ مجموعة من الإجراءات التي تهدف إلى رفع مستوى الأداء العمومي والتي تمثلت في تبني الأفكار والأساليب السائدة في القطاع الخاص ونقلها بشكل تدريجي إلى الإدارة العمومية، من خلال الابتعاد عن نمط التسيير التقليدي المبني على الالتزام بمجموعة من القواعد الصارمة إلى نمط تسييري يعتمد على قياس النتائج والأداء.<sup>1</sup> يعتبر تحقيق الفاعلية في الإدارة العمومية الهدف الأساسي لهذه الإجراءات والمتمثلة في:

أ-إلغاء النظام المركزي والتحول نحو اللامركزية:

حيث أن اللامركزية تحقق مبدأ تقريب الإدارة من المواطن وتكفل تبسيط الإجراءات بحكم إمكانية البث في الكثير من القرارات على المستوى المحلي، كما أن الغاية الرئيسية من تطبيق اللامركزية هي الاعتراف بأن المسؤولين في المستوى العملي في الواقع هم الأقرب إلى المواطنين وبالتالي فهم قادرين على تحديد الأهداف العملية، وهو ما يسمح بالتحول من الاهتمام بالإجراءات إلى الاهتمام بالأهداف، ومن القرارات الأحادية إلى القرارات المشتركة.

ب-تقليص النفقات العمومية:

من الأسباب الرئيسية التي دفعت الدول إلى التفكير في إصلاح الإدارة العمومية هو ارتفاع حجم الدين العام، حيث شرعت العديد منها في اتخاذ التدابير اللازمة من أجل ترشيد نفقات الإدارة العمومية. ويعتبر النموذج الفرنسي في هذا المجال، من أبرز التجارب حيث أصدرت فرنسا في أوت 2001، القانون العضوي المتعلق بقانون المالية (La LOLF) بهدف تحسين أداء الإدارات العمومية وتقليص نفقاتها، من خلال الانتقال من العمل بمنطق الوسائل إلى منطق النتائج، مع تعزيز الشفافية في تقديم المعلومات الخاصة بالميزانية والتركيز على مسؤولية المسيرين العموميين، هذه السياسة الجديدة التي تهدف إلى تخفيض الانفاق العمومي تركز على الإجابة على سبعة أسئلة هي: ماذا نفعل؟ ماهي احتياجات المواطنين وتطلعاتهم؟-هل يجب الاستمرار في العمل بنفس الطريقة؟ من يجب عليه أن يعمل؟ من يجب عليه أن يدفع؟ كيف نحقق الأحسن وبأقل تكلفة؟-كيف يجب أن يكون سيناريو التحولات؟

<sup>1</sup> Arnie Chemla, Lafay celine Chol , 25ans de réform e de la gestion publique dans les pays de l'OCDE (convergence et systematique), Institut de la Gestion Publique et de Développement Economique , France ,2006,p10.

يتم تقديم الاقتراحات من طرف لجنة تم إنشاؤها لهذا الغرض وهي لجنة متابعة ومراجعة السياسات العمومية إلى مجلس عصرنة السياسات العمومية الذي يجتمع مع رئيس الجمهورية للإطلاع عليها والبت فيها، وبعدها يلتزم كل وزير بتطبيق الإصلاحات على مستوى وزارته.<sup>1</sup>

### ت- إدخال آليات السوق (المنافسة):

يساهم مبدأ المنافسة في الإدارة العمومية في تحسين جودة الخدمات العمومية المقدمة للمواطنين وبالتالي الرفع من أداء هذه الأخيرة، ويبقى الهدف من وراء ذلك هو ضمان توفير خدمات نوعية تستجيب لاحتياجات المواطنين وتطلعاتهم وبأقل التكاليف وذلك من خلال تشجيع المنافسة بين الوحدات لانتاج أجود خدمة، وكذلك خلق المنافسة بين القطاع العام والخاص، وهو ما حول طرق التسيير في القطاع العمومي إلى نفس أساليب الإدارة المنتهجة في عالم الأعمال.<sup>2</sup>

### 2- تحسين جودة الخدمة العمومية:

ركزت البرامج الإصلاحية التي بادرت بها الدول الرائدة في مجال الإصلاح الإداري على احتياجات وتطلعات مواطنيها وكذا آرائهم بشأن ما يحصلون عليه من خدمات عمومية وهذا من أجل إشراكهم في تحسين جودة هذه الخدمات وذلك من خلال الاهتمام بالعناصر التالية:<sup>3</sup>

#### أ- الكشف عن حاجيات المواطنين وقياس درجة رضاهم عن الخدمة:

أصبح المواطن أو المستفيد من الخدمة العمومية محور اهتمام الإدارة العمومية في ظل الإصلاحات الجديدة باعتبار أن جودة الخدمة العمومية أصبحت عنصرا مهما في الحكم على أداء هذه الإدارة، فعلى سبيل المثال قامت بلجيكا باستخدام أداة باسم البارومتر (Barometre) تهتم بالكشف عن طبيعة العلاقة بين المستفيد من الخدمة العمومية والإدارة العمومية والك من خلال دراسة كل من:

-الخدمات التي تقدمها الإدارة العمومية المعنية.

-كيفية استقبال المواطنين وكيفية التعامل معهم.

-كيفية التعامل مع الصعوبات التي قد تواجه المستفيدين من الخدمة.

-طريقة تقديم الخدمة.

<sup>1</sup> -Hayet Ben Said, *gestion du chargement dans l'administration publique en vue de sa modernisation (étude de cas Canadiens et leçons pour le Maroc)*, Mémoire présentée en vue de l'obtention du grade de maitre , sciences de la gestion , école des hautes études commerciales affiliée a l'université de Montréal, 2000, pp 27-28.

<sup>2</sup> -تيشات سلوي، المانجمنت العمومي الجديد كمدخل لإصلاح الإدارة العمومية -دراسة حالة بعض دول منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية -، المجلة الجزائرية للتنمية الاقتصادية، جامعة قاصدي مرياح ورقلة، العدد 05، 2018، ص: 33.

<sup>3</sup> -Amine Chemla , Lafay Celine Chole , op cit pp: 17-19.

كما تعمل هذه الوسيلة (Barometre) على قياس مدى رضا المستفيدين من الخدمة من خلال أربعة معايير هي: السرعة، الدقة، الكفاءة، وطريقة المعاملة.

أما دولة كندا فقد استخدمت أسلوب الدراسات الاستقصائية المحلية، حيث أشارت دراسة كندية بعنوان "المواطن الأول" (citizen first) إلى أن هذا الأسلوب سمح للإدارة العمومية بالحصول على صورة واضحة ودقيقة عن آراء المواطنين عن مختلف الخدمات العمومية، بالإضافة إلى اقتراح العديد من الحلول التي تساهم في رفع معدلات رضا المواطنين، وفي نفس السياق قامت الولايات المتحدة الأمريكية بدراسة عنوانها "مؤشر رضا المستهلك الأمريكي" "american customer satisfactor" حيث تقوم هذا المؤشر بقياس كل من مستوى جودة الخدمات المحققة، وكذا مستوى الخدمات التي يطمح المستفيدون إليها من خلال إحصاء عدد الشكاوي ونوعيتها والعمل على معالجتها في أسرع وقت ممكن.<sup>1</sup>

#### ب- الالتزام بتحسين جودة الخدمات العمومية:

أدى الاهتمام بجودة الخدمات العمومية إلى تبني ميثاق الجودة، خاصة في كل من بريطانيا، فرنسا، إيطاليا.... حيث قامت بريطانيا سنة 1991 بإصدار وثيقة "ميثاق المواطنين" بهدف الرفع من مستوى نوعية الخدمات المقدمة للمواطنين، وهذا من خلال اعتماد نهج الإدارة بالنتائج من أجل تحسين الأداء وتعزيز الكفاءة وكذا خدمة العملاء، وتقوم هذه الميثاق بتحديد أهداف والتزامات الإدارة اتجاه المواطنين وكذا احتياجات المواطنين وتطلعاتهم من خلال القيام بإستشارة الزبائن دوريا (غالبا ما تكون سنة) للتعرف على هذه الاحتياجات ومن ثم تلبيتها ووضع تقارير حول مدى الوفاء بها.<sup>2</sup> وفي نفس السياق أصدرت فرنسا سنة 2005 "ميثاق ماريان" والذي يحتوي على سلسلة من الالتزامات المتمثلة في:

-الاستقبال الجيد للمواطنين.

-تزويد المستخدمين بإجابات مقنعة حول استفساراتهم وفي الأوقات المحددة.

-التجاوب بشكل آني في الشكاوي المقدة من قبل المستخدمين.

-الإصغاء للمواطنين من أجل تقديم خدمات نوعية وبالمواصفات المطلوبة.

دائما وفي نفس الإطار أصدرت بلجيكا "ميثاق مستخدمي الخدمات" كما قامت البرتغال بإصدار

"ميثاق الخدمة العمومية" وذلك بهدف تحسين الخدمة العمومية وتزويد المواطنين بخيارات مختلفة.

<sup>1</sup> -تيشات سلوى، مرجع سابق، ص34.

<sup>2</sup> - Amine Chemla, Lafay Céline Chol, op cit, p20.

ت- حرية اختيار أسلوب الحصول على الخدمة<sup>1</sup>:

في محاولة منها لتوطيد العلاقة بين المواطن والإدارة العمومية، بادرت العديد من الدول، خاصة الأوروبية، إلى إعطاء كامل الحرية للمستهلك في اختيار الأسلوب الذي يراه مناسباً للحصول على الخدمة، في هذا الإطار، ففي بريطانيا ووفقاً لتقرير أعمدة مجلس الوزراء سنة 2004، بعنوان "وضع الشعب في قلب الخدمات العمومية" (putting people at the heart of public service)، تم التوصل إلى أن الخدمة العمومية يجب أن تدار حسب طلب المستخدم، ونفس الشيء بالنسبة للدانمارك التي قامت بإطلاق برنامج (المواطن على الرأس) (citoyens à la barre) سنة 2002، والذي ينص على حق المواطن في اختيار أسلوب تزويده بالخدمة مع التزام الإدارات العمومية بضمان هذا الحق.

ث- إشراك المواطن في إنتاج الخدمة العمومية:

تنص على مبدأ مشاركة الزبون في إنتاج الخدمة، ولعل أحسن مثال على ذلك التجربة الإيطالية في مجال الصحي، حيث تم إبرام مذكرة اتفاق بين الإدارة وجمعية المواطنة الناشئة الخاصة بمقاطعة "latcem" والتي تنص على حرية المواطنين في تقييم الخدمات الصحية المقدمة على أساس الحقوق التي تضمنها الميثاق الأوروبي للمرضى، وهذا وفقاً للدستور الإيطالي الذي يقر بمفهوم التبعية الأفقية والتي مفادها إمكانية مشاركة المواطن في إنتاج الخدمة العمومية مع تلقي المساعدة والدعم من الإدارة العمومية.<sup>2</sup>

3- إصلاح قطاع الموارد البشرية:

يعتبر الاهتمام بالعنصر البشري وجعله في مقدمة الإصلاحات الإدارية من المحاور الرئيسية العملية الإصلاح في ظل تطبيق الماناجمنت العمومي الحديث وتمثلت هذه الإصلاحات في:

أ- توحيد أساليب تسيير الموارد البشرية في القطاعين الخاص والعمومي:

وهذا من خلال النقل التدريجي لقواعد إدارة الموارد البشرية من القطاع الخاص إلى القطاع العمومي من أجل إعطاء مرونة للمنظمات العمومية في إدارة مواردها البشرية، وتشجيع المبادرات الفردية والجماعية بهدف التسيير الفعال للموارد البشرية وتحسين الأداء، بالإضافة إلى منح المسير جميع الوسائل اللازمة للتسيير بفعالية وتقييمه على أساس النتائج المحققة وليس على أساس الوسائل المستعملة.

<sup>1</sup> - تيشات سلوى، مرجع سابق، ص 35  
<sup>2</sup> - المرجع نفسه، ص 35-36.

وتعتبر تجربة الولايات المتحدة الأمريكية من التجارب الرائدة في هذا المجال، حيث قامت بتبني قانون المرونة الإدارية وكذلك قانون حرية إدارة المبادرات سنة 2001، إضافة إلى تجربة نيوزيلاندا التي أصدرت القانون المتعلق بالقطاع العمومي سنة 1988 والذي عمل على إلغاء النظام المركزي في إدارة الموارد البشرية وتحويل الصلاحيات ذات الصلة بالتوظيف من الإدارات المركزية إلى الإدارات التنفيذية.

#### ب- خلق قيم جديدة لدى الموظفين:

تماشياً مع التغيرات التي عرفها العالم سنوات الثمانينات، لجأت العديد من لدول إلى إدخال قيم جديدة على الوظيفة العمومية، وكمثال على ذلك قامت فرنسا بإطلاق "ميثاق قيم المرافق العمومية والوظيفة العمومية"، حيث تمثلت هذه القيم في: الحرية، الإنصاف، الإستمرارية الشرعية، التكيف، الإلتزام، في حين قامت نيوزيلاندا باستحداث مدونة قواعد السلوك والمتمثلة في: الاحتراف، التكامل، النزاهة، الصدق، الفعالية، احترام الزملاء والعملاء، الفصل بين الأنشطة الخاصة والعمومية.

#### ت- تحقيق الاحترافية في مجال إدارة الموارد البشرية:

لغرض تحقيق الاحترافية في مجال تسيير الموارد البشرية، قامت الولايات المتحدة الأمريكية بإطلاق برنامج لتقييم الإدارات في مجال تسيير الموارد البشرية تحت عنوان "تقييم رأس المال البشري في إطار المساءلة" وهذا من أجل تمكين المؤسسات من تقييم أداء مستخدميهم وفق العناصر التالية:  
-التكيف الاستراتيجي: تحقيق القيادة الاستراتيجية للمنظمة، والسهر على تكييف سياسة إدارة الموارد البشرية مع التطورات الخاصة بالمنظمة وكذا البنية الداخلية الخارجية.  
-المهارات الإستراتيجية (الموهبة): الدراية الدائمة بكيفية تحسين مهارات وقدرات وكفاءة الأعوان العموميين.

فن القيادة (الريادة): يتمثل الدور الرئيسي للإطارات في توجيه فرق العمل وكذا تحفيزهم.

-ثقافة الأداء: المساهمة في نشر ثقافة النتائج.

-تسيير المعارف: تعزيز ثقافة تبادل المعارف.

المبحث الثاني: الإطار النظري والمفاهيمي لمراقبة التسيير

ارتبط مفهوم مراقبة التسيير بمفهوم المؤسسة وتطور معه، واختلف هذا المفهوم من فترة إلى أخرى ومن شخص إلى آخر، إذا أردنا تعريف مراقبة التسيير نجد أنفسنا أمام كم هائل من التعاريف، وهذا بسبب الغموض الذي يكتنف اللفظ، حيث أنه يتكون من كلمتين: رقابة وتسيير وكلاهما له مضمون متنوع والجمع بينهما قد يؤدي إلى ظهور مفاهيم متباينة مما يسبب صعوبة في حصر مفهومه.

المطلب الأول: نشأة ومفهوم مراقبة التسيير:

1- نشأة مراقبة التسيير: مرت مراقبة التسيير بالمراحل التالية:

أ- ظهور المحاسبة الصناعية (1820-1880):<sup>1</sup> عرفته هذه المرحلة انتشار الصناعات الحديدية مثل صناعة السكك الحديدية والمعاداة أينكانالسمير الأمريكي "carnegie" يحفظ بأور اقتحم بيانات دقيقة حول التكاليف من أجل تقييم أداء المال، وفحص نوعية المنتوجات ومراقبة تركيبة الموارد المصنعة، مع عدم إمكانية الاتصال المباشر بين الرئيس والمرووسين، لذا ظهرت الحاجة إلى إنشاء محاسبة داخلية تسمح بمتابعة المنتج طوال مراحل إنتاجه، غير أن ما يؤخذ عل بهذه المحاسبة أنها كانت قليلة الفعالية بسبب بطئها في توفير النتائج.

ب- تطور محاسبة التسيير (1880-1920)<sup>2</sup>: عرفت نهاية القرن التاسع عشر تزيادا كبيرا في اليد العاملة بالورشات بالولايات المتحدة الأمريكية، مما أدى بالمدراء إلى تحفيز العمال من أجل زيادة الانتاجية، ولأجل هذا تم وضع معايير خاصة بالإنتاج، وتقسيم العمل، ترشيد حركة العمال في المصنع (ما يعرف بالطريقة التايلورية) مما نتج عن ظهور المحاسبة باستخدام التكاليف المعيارية، كما تم وضع نظام المكافأة والعلوات من أجل رفع انتاجية العمال وتحسين الأداء في المصانع، وفي هذه الفترة تم استخدام نظام المعايير في المحاسبة. أما بالنسبة لمراقبة التسيير فقد تزامنت مع ضعف مبيعات شركة السيارات الأمريكية "Général Motors" سنة 1920، حيث أنها كانت تملك 12% من سوق السيارات الأمريكية، وهو ما أدى إلى انسحاب مؤسسها "William C.Durant" من إدارتها وتولي "Samuel Purre" صاحب شركة المواد الكيمائية

<sup>1</sup> -H.Zmnovitch, la recherche historique en controle de gestion , édition Vulbert ,FNEGE ,Paris,1999,p162.

<sup>2</sup> -C.Alazard et Sépari, Controle de gestion,5 eme edition,édDuond,Paris,2001,p11

"D. Nemous" لرئاستها، حيث قام بجلب معاونيه في شركته الأصلية، وقد تم استخدام بعض التقنيات المالية المكتسبة خلال عملهم في الشركة "Nemous" في شركتهم الجديدة، وهو ما نتج عنه زيادة في أرباح الشركة، وارتفعت حصة الشركة إلى 50% من إجمالي سوق السيارات الأمريكية.

ت- ظهور وانتشار مراقبة التسيير (1920-1968)<sup>1</sup>: عرفت هذه المرحلة لجوء المدراء إلى تطبيق اللامركزية (تفويض السلطة وإنشاء مراكز المسؤولية)، بالإضافة إلى توسع وحدات الإنتاج وتنوعها واستخدام بعض الأدوات المالية مثل: معدل العائد على الاستثمار ونظام تسيير الميزانية وذلك من خلال إدارة كل قسم منها للخرينة الخاصة به وهذا التحديد للمسؤوليات وتقييم النتائج، كما تم إنشاء المعهد الأمريكي للمراقبين بالولايات المتحدة الأمريكية سنة 1993.

ث- مراقبة التسيير لفترة ما بعد 1968:<sup>2</sup> لقد تميزت هذه المرحلة بظهور مفاهيم جديدة في التسيير مثل: إدارة القيمة، إدارة التغيير، إدارة الكفاءات، وهو الأمر الذي أدى إلى تطور أدوات مراقبة التسيير مثل: حساب التكلفة على أساس النشاط "ABC" "Activity Based Costing" ومراقبة الجودة الشاملة أساس النشاط "TQC" "Total Quality Control" وكذلك لوحات القيادة المتوازنة "Scorecard Balanced" وهي المرحلة التي عرفت انتقال عملية مراقبة التسيير من مراقبة التكاليف إلى متابعة الأداء، وقيادة المؤسسة نحو تحقيق أهدافها.

2- تعريف مراقبة التسيير: كما تمت الإشارة إليه سابقا، فإن مفهوم مراقبة التسيير مرتبط بالتطور الحاصل بالمؤسسات، ومن أبرز التعاريف التي أعطيت لمراقبة التسيير نجد:

أ- R.Anthony: هي سيورة عمليات يقوم المسؤولون من خلالها بالتأثير على الأفراد في المؤسسة بغرض تنفيذ الاستراتيجية المحددة<sup>3</sup>

ب- M.Gervais: سيورة عمليات يتأكد من خلالها المديرون من أن الحصول على الموارد واستعمالها يتم بكفاءة وفاعلية، إضافة إلى ملائمة هذه الموارد لأهداف المؤسسة، وأن النشاطات الحالية تسيير في اتجاه الاستراتيجية المحددة<sup>4</sup>

ت- A.Burnard: إحدى الأجهزة الأساسية للتعديل الداخلي والقيادة، فهي تهدف إلى تنسيق أنشطة مختلف الأعوان في المؤسسة، حتى تساعد في تحقيق الأهداف المشتركة<sup>5</sup>

<sup>1</sup>-H. Bouquin, les fondements du contrôle de gestion, paris DUF, collection "que suis- je ?" 1994, p18.

<sup>2</sup>- C.Alazard et Sépari, op vit, p13

<sup>3</sup>-R.Anthony and V.Govindarajan, Management control system, ed Erwin Homewood, 1994,p8

<sup>4</sup> M.Gervais, contrôle de gestion, 7ème édition, ed economica, paris, 2000,p20

<sup>5</sup>-A.Dayan, Manuel de gestion, Volume 1, ed Ellipse, Paris, 1999,p 799.

ث - R.Teller: سيرورة عمليات تساعد في اتخاذ القرار وتسمح بالتدخل قبل، أثناء وبعد العملية، فهي نظام شامل للمعلومات الداخلية يسمح بتحقيق المركزية، ويساعد على تلخيص وتفسير مجموعة المعطيات التي تمثل أداء كل نشاط أو وظيفة من وظائف المؤسسة.<sup>1</sup>

ج - Elie Cohen: مراقبة التسيير تشمل مجموعة الأجهزة التي تسمح للمؤسسة بالتأكد من أن الموارد مستغلة بفاعلية، مع الأخذ في الحسبان التوجيهات الاستراتيجية والأهداف المحددة من طرف إدارة المؤسسة<sup>2</sup>.

ح - H.Bouquin: مراقبة التسيير تتكون من الأنظمة التي تسمح بضمان التناسق المستقبلي، الحاضر والماضي بين الاختيارات الاستراتيجية والأعمال الجارية عن طريق الرقابة التنفيذية<sup>3</sup>.

من خلال هذه التعاريف يمكننا القول أن مراقبة التسيير عبارة عن: "عملية موجهة لتحفيز المسؤولين وحثهم على تنفيذ الأنشطة التي تساهم في تحقيق أهداف المنظمة وذلك عن طريق استعمال مجموعة من الأدوات والأساليب التي تضمن استغلال موارد المنظمة بفاعلية وكفاءة تامة"

### 3- خصائص مراقبة التسيير: ن تتمثل خصائص مراقبة التسيير في:

أ- مراقبة التسيير عملية جماعية: حيث أنها عبارة عن مسار "Processus" تضمن التحكم والتأكد من أن العمليات المخطط لها، تنفذ بشكل سليم، في هذا الإطار يقسم "H.Bouquin" هذا المسار إلى ثلاث مراحل ونسبية وهذا حسب التسلسل الزمني:

-المرحلة الأولى: تبدأ قبل بداية النشاط ويتم خلالها التركيز على تحديد الأهداف وترجمتها إلى أهداف كمية لمدة زمنية غالبا ما تحدد بسنة، وترفق هذه المهمة بتحديد الوسائل اللازمة لتحقيقها وكذا تحديد الأدوار لكل المعنيين، مع وضع معايير تسمح بتحقيق جودة النتائج المحققة، وتتميز بوضع الميزانيات وتسمى بمرحلة تحديد الوجهة والغايات "Finalites"

-المرحلة الثانية: يعتبرها "Bouquin" مرحلة بدأ النشاط وتسمى مرحلة القيادة "Pilotage" ويتم فيها وضع نظام لمتابعة العمليات والذي يتكفل بعملية المراقبة وكذلك اتخاذ الإجراءات التصحيحية للانحرافات، في حالة حدوثها، ومن بين الأدوات المستعملة في هذه المرحلة نجد لوحات القيادة ومراقبة الميزانية حيث أنها تسمح بالمتابعة الدورية للنتائج، كما أن لها القدرة على تنبيه المسؤولين بالأحداث

<sup>1</sup> - R.Teller, le contrôle de gestion: pour un pilotage integrant strategie et finance. Editions management,1999,p8

<sup>2</sup>- E.Cohen, dictionnaire de gestion, casbah edition alger, 1998,p 83

<sup>3</sup>- H .Bouquin,op cit ,p16.

المستقبل للنشاط. وتجب الإشارة إلى أنه يجب خلال هذه المرحلة تحديد العمليات التصحيحية بدقة وكذلك تحديد المكلف للقيام بها.

**المرحلة الثالثة:** تعتبر مرحلة التقييم "Evaluation" وتكون إما فصلية أو سنوية، ويتم من خلالها تقييم أداء المسؤولين والتأكد من مدى تحقيق الأهداف المحددة وفي أوقاتها، ومن ثم مكافأة المسؤولين إما بالإيجاب أو بالسلب<sup>1</sup>

**ب-ضمان الكفاءة والفعالية في استغلال موارد المؤسسة:** تعتمد عملية مراقبة التسيير في تقييم الأداء على ثلاثة معايير أساسية ناتجة عن العلاقة بين العناصر التالية: الأهداف المراد تحقيقها، الموارد المتاحة والنتائج المحققة. وتتمثل هذه المعايير في: الكفاءة، الفعالية، الملائمة وهنا يأتي دور المكلف بمراقبة التسيير الذي يجب أن يتأكد من أنه تم تحقيق الأهداف (الفعالية) باستخدام الأمثل للموارد (الكفاءة)، وأن هذه الموارد تتوافق مع الأهداف المسطرة<sup>2</sup>.

**ت-تفويض السلطات:** تقوم عملية مراقبة التسيير على أساس تفويض السلطات، حيث يعتبر التفويض السبب الرئيسي وراء وجود عملية المراقبة، والذي ظهرت الحاجة إليه نتيجة لكبر حجم المؤسسات وتزايد المسؤوليات، وتكتسي عملية تفويض السلطة أهمية كبيرة حيث أنها تساهم في تخفيف العبء على المدراء، كما أنها تساعد في تنمية قدرات المسؤولين وكذا اكتسابهم لخبرات التسيير<sup>3</sup>.

**ث-تحفيز الأشخاص على أداء المهام:** تعتمد عملية مراقبة التسيير على إجراء التحفيز وتشجيع المرؤوسين من مختلف المستويات على المتابعة الدائمة لأنشطة وحداتهم وتنسيقها مع سياسة الإدارة العامة للمؤسسة. ولا يمكن لنظام مراقبة التسيير أن يقوم بدوره التحفيزي إلا من خلال إرفاقه بنظام الجزاء والمكافأة<sup>4</sup>.

**4- دور مراقبة التسيير:** تلعب مراقبة التسيير دورا هاما في المؤسسة، وتتغير هذه الأدوار بتغير المحيط الذي تنشط فيه المؤسسة ومن بين أهم الأدوار نذكر:

**أ-المساهمة في عملية تسيير المؤسسة:** يقوم المكلف بمراقبة التسيير بتحديد الطرق الواجب اتباعها من أجل تحقيق الأهداف المسطرة بكفاءة وفعالية، فهي تعمل على مساعدة المسؤولين على اتخاذ القرارات، كما انه يتولى تقديم المساعدة للمسؤولين التنفيذيين في ممارسة نشاطهم من خلال:

<sup>1</sup>-H..Bouquin , op cit, p31-32.

<sup>2</sup> -M.Gervais, **Contrôle de Gestion**, 7 éme edition, éd Economica, Paris, 2000, p20.

<sup>3</sup> - H.Loning et autres , **Le Contrôle De Gestion: Organisation et Mise en Œuvre**, 2 éme édition, éd Duond, Paris, 2003, p5.

<sup>4</sup> - M.Gervais, op cit, p21.

-تحديد الأهداف بدقة.

-مراقبة خطط العمل.

-متابعة العمليات.

-تحليل الفوارق بين التوقعات والنتائج الفعلية.

-اقتراح الحلول التصحيحية في حالة حدوث الانحرافات.

-المساهمة في تحديد المؤشرات القيادية.

كما تعمل مراقبة التسيير على قياس الأداء لكل مسؤول على حدى، وتقوم بشرح أسباب الانحرافات الأمر الذي يؤدي إلى تحديد المسؤوليات بدقة، وهو ما يجعل مراقبة التسيير الوصية على عملية تفويض السلطات بالشكل المناسب لأهداف المؤسسة.<sup>1</sup>

**ب-المساهمة في تصميم نظام المعلومات الخاصة بتسيير المؤسسة:** من بين أهم العوامل الأساسية للتسيير الجيد لأنشطة المؤسسة نجد المعلومات، حيث أنه يعتبر المكون الرئيسي لنظام مراقبة التسيير، لذا فإنه من الضروري أن يكون لنظام المعلومات المستعمل القدرة على تزويد المسيرين بالمعلومات الضرورية، وأن يقدم وصفا دقيقا لما حدث وما يحدث، وتوضيح القرارات الواجب اتخاذها فيما يخص التنبؤ والتقدير مع إظهار الفوارق وشرح أسبابها، كما تساهم مراقبة التسيير في تصميم النظام المعلوماتي المحاسبي للمؤسسة من خلال اقتراح ووضع معايير تتناسب أنواع المسؤوليات بالإضافة الى ذلك فهي تساعد في عملية تقسيم الأداء ووضع المؤشرات القيادية التي تسمح بمتابعة التغير المستمر للمحيط<sup>2</sup>. للإشارة فإن غالبا ما تكون مصادر المعلومات الخاصة بمراقبة التسيير هي معلومات المحاسبة العامة، المحاسبة التحليلية، الميزانيات، الإحصائيات.

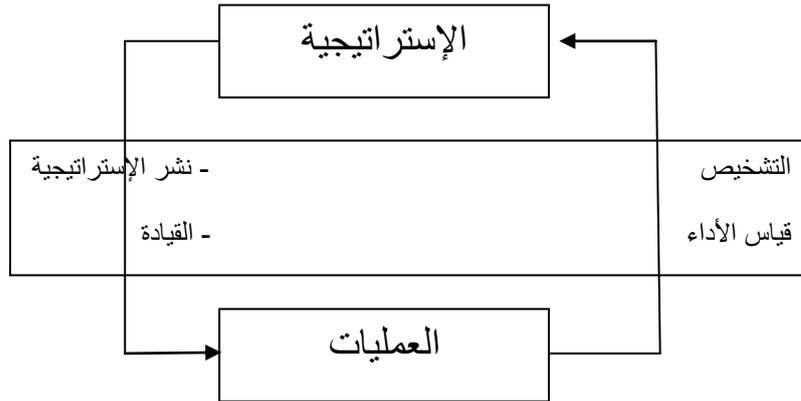
**ت-التنسيق بين التخطيط الاستراتيجي والتنفيذ اليومي للعمليات:** يمثل التوفيق بين المستوى الاستراتيجي والتنفيذي أهم دور تقوم به عملية مراقبة التسيير، فلضمان تقارب بين أهداف المؤسسة والسلوك اليومي للعمال، يجب توفر أدوات اتصال ملائمة بغرض تحليل الأوضاع وفقا للأهداف المسطرة وتوعية مختلف الفاعلين بالإستراتيجية داخل المؤسسة. فمراقبة التسيير تقوم بدورين متكاملين هما:

<sup>1</sup> -I.D.Kerviler et L.D.Kerviler, **le contrôle de gestion à la portée de tous**,3eme édition, éd Economica paris, 2000,pp9-10

<sup>2</sup> -R.Teller,.Op cit, p14.

-تشخيص الوضع، وذلك عن طريق أدوات خاصة مثل المحاسبة التحليلية التي تساعد على تحديد أسباب التكلفة بدقة. -توفير أدوات تسمح بتسيير الاستراتيجية وتساعد على تطبيقها من طرف المنفذين وذلك عن طريق استخدام الميزانيات ووضع مؤشرات تسمح بالمتابعة الجيدة للأداء<sup>1</sup>.

الشكل رقم 01: العلاقة بين الإستراتيجية والتنفيذ اليومي للعمليات



Source: P.Lorino, *le contrôle de gestion strategique, la gestion par les activites*, Duond, 1997, p26

في هذا الإطار يعتقد " R.Simons " إن دور المكلف بمراقبة التسيير يتعدى القيام بضمان التطبيق الجيد للاستراتيجية إلى المساهمة في تشكيلها من خلال الكشف عن مناطق الخطر والتنبيه إليها.<sup>2</sup>

ث- تعديل التصرفات والسلوك داخل المؤسسة:

يبني نظام مراقبة التسيير على أساس العلاقات بين مختلف مستويات الهيكل التنظيمي، فهذه العلاقات قد تكون في شكل أوامر من طرف الرؤساء، مثل طلب القيام بتنفيذ عمليات وفق إملاءات معينة لتحقيق أهداف معينة، كما أنه يشترط لتحقيق ذلك توفير الوسائل والموارد لهؤلاء المرؤوسين مع منحهم السلطة اللازمة لذلك.

من خلال ما سبق فقد تم اقتراح ثمانية أدوار للمكلفين بمراقبة التسيير، وهذا حسب ما ذكر في العدد 90 من مجلة<sup>3</sup> " Echange ":

-مساعدة الإدارة العامة في إتخاذ القرارات.

-مساعدة المسؤولين العاملين على اتخاذ القرارات.

-تحفيز المسؤولين العاملين وحثهم على التفكير في المستقبل.

<sup>1</sup> -P.Lorino, *le contrôle de gestion strategique, la gestion par les activites*, Duond, 1997, p25-27

<sup>2</sup> -J.L.Malo et J.C.Math, *l'essentiel du contrôle de gestion*, Edition organisation ,2000;p32.

<sup>3</sup> - H.Loning et autres ,op cit ,p24.

-المساعدة في تقييم أداء الأفراد.

-المراقبة التقنية لعمل أدوات مراقبة التسيير .

-تحسين صحة وجودة المعلومات.

-تشخيص الاحتياجات وتطوير الأدوات التقنية.

**المطلب الثاني: أهمية نظام مراقبة التسيير في المؤسسات الاستشفائية .**

1- أهمية مراقبة التسيير في المؤسسات الاستشفائية: تتمثل أهمية الاعتماد على مراقبة التسيير في

المؤسسات الاستشفائية في:

أ-المساهمة في عصنة المؤسسة: إن الاعتماد على نظام مراقبة التسيير يشكل تحولا جوهريا في

التسيير بالمؤسسة، حيث تهدف أي عملية إصلاح إلى تحسين أداء المرافق الصحية من خلال:

-الأنشطة المختلفة للمؤسسات الاستشفائية.

-جودة الخدمة المقدمة للمرضى.

-الفاعلية ( العلاقة بين الموارد المستهلكة والنتائج المحققة).<sup>1</sup>

-كما تساهم مراقبة التسيير باعتبارها أداة قيادة في تركيز المؤسسة الاستشفائية على الأنشطة التي

تساعد على تحقيق وتحسين الأداء.

ب-المساهمة في تقييم السياسة الصحية الوطنية: لا يقتصر دور مراقبة التسيير على تحسين الأداء

الداخلي للمؤسسة الاستشفائية، بل أنه خلال تزويد الهيئات المختصة بالمعلومات الضرورية والأرقام من

أجل وضع الخطط والاستراتيجيات المناسبة للنهوض بقطاع الصحة خطة مكافحة الأمراض المتنقلة،

برامج التطعيم...).

ت-مرافقة استقلالية التسيير: تعتبر اللامركزية أحد أهم المحاور التي تبنتها الدولة في محاولتها لإصلاح

قطاع الصحة، والتي تقوم على فكرة التفويض السلطات وتحمل المسؤولية من طرف مختلف الفاعلين في

المؤسسات الاستشفائية، مع الأخذ في عين الاعتبار المخاطر الناجمة عن ذلك، لذا يصبح من الضروري

قياس الانجازات المحققة وهو ما تساعد على توفيره مراقبة التسيير من خلال التقارير بين مختلف الأطراف

الفاعلة.

<sup>1</sup> -عمبروش بوشلاغم، شروط تطبيق نظام مراقبة التسيير بالمؤسسات الصحية العمومية في الجزائر، مجلة العلوم الانسانية، العدد42، جامعة قسنطينة1، الجزائر، 2014، ص 285.

ث-تحسين مناهج التنبؤ: يتوقف ترشيد نفقات المؤسسة الاستشفائية على مدى التحكم في أدوات التوقع من جهة، وعملية التخطيط من جهة أخرى، حيث تقوم المؤسسة ببناء توقعاتها وفق للمعلومات المحاسبية التي توفرها مراقبة التسيير فيما يخص قياس النتائج والأداء، مثل المحاسبة العامة، المحاسبة التحليلية، .... بالإضافة إلى ذلك يساهم مراقبة التسيير في إعداد الموازنات التقديرية من خلال توفير معلومات كمية دقيقة (المؤشرات).

ج- متابعة العلاقة بين الأهداف، الوسائل والنتائج: تشكل العلاقة بين الأهداف، الوسائل والنتائج جوهر عمل مراقبة التسيير، فالمؤسسات الاستشفائية تقوم بتوفير الوسائل من أجل تحقيق الأهداف وبالتالي الحصول على نتائج المسطرة. حيث ان:

- العلاقة بين الأهداف والوسائل يعبر عنها بالملائمة (Pertinence) .
- العلاقة بين الأهداف والنتائج يعبر عنها بالفعالية ( Efficacité ) .
- العلاقة بين الوسائل والنتائج يعبر عنها بالفاعلية ( Efficience ) .

ويبقى الهدف الرئيسي من وراء تبني مراقبة التسيير هو تقليص الانحرافات، وتعزيز كل من الفعالية، الفاعلية والملائمة.<sup>1</sup>

ح- دعم محاور التسيير الاستشفائي: يساهم نظام مراقبة التسيير في تعزيز إصلاح المنظومة الصحية خاصة في المجالات التالية:

- استخدام التكنولوجيا الحديثة في الإعلام والاتصال في مجال التسيير الاستشفائي.
- رسكلة ( إعادة تكوين) المستخدمين.
- التركيز على تحسين جودة الخدمات.
- التمويل على أساس النتائج.
- تخصيص الموارد.

2-شروط تطبيق نظام مراقبة التسيير في المؤسسات الاستشفائية: من أجل التطبيق الفعال لنظام مراقبة التسيير يجب توفير مجموعة من المقومات:

أ-الدعم من الإدارة العليا: لا يتقنصر دعم الإدارة الوصية لفكرة تطبيق نظام مراقبة التسيير على الجانب المعنوي، وإنما ينبغي إلتزامها بعملية التطبيق بالشكل الذي يقنع جميع الإطارات والموظفين.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> - Michel Charpentier et Philippe Grandjean ,Secteur Public et Contrôle de Gestion Pratiques, Enjeux et Limites, edition d'organisation France, paris, 1998, p 83

<sup>2</sup> -Jerome Dupuis, le contrôle de gestion dans les organisations publiques ,éditions PUF,Paris 1991,p154

ب- إعلام الموظفين: يجب تبليغ جميع مستخدمي المؤسسة الاستشفائية بالأسباب التي دفعت بالإدارة إلى تبني أدوات التسيير الجديدة، كما أنه يجب رفع أي غموض أو إلتباس حول المشاكل والعقبات وهذا لزيادة قناعة المستخدمين بهذا المشروع ومن الأحسن تجريب الانطلاقة الفعلية في مصلحة أو قسم معين لاستخلاص النتائج ومن ثم تعميمها على باقي المصالح الاستشفائية.

ت- اختيار قائد للمشروع: من الشروط الأساسية لنجاح نظام مراقبة التسيير هو اختيار الفريق أو الشخص المكلف بتطبيقه، حيث أنه يجب أن تتجنب الإدارة العامة الظهور في الخطوط الأمامية فيما يخص الإنجاز والتطبيق.<sup>1</sup>

ث- التدرج في تطبيق نظام مراقبة التسيير: تتطلب أي عملية إصلاح أو تغيير وقتا، لذا فمن الأفضل أن تتم العملية عبر مراحل، مع التركيز على إعلان النتائج الأولية، بفرض التحسين المستمر والتدريجي للأداء من أجل تثمين النتائج المحقق.<sup>2</sup>

ج- ربط النتائج بالجزاء: يجب الاعتراف بنتائج التسيير المحصل عليها من طرف كل فرد من أفراد المؤسسة التي يعبر عنها بطرق مختلفة، تعويضات، ترقية....

ح- توفر نظام فعال للمعلومات: تتوقف جودة التسيير على نوعية المعلومات التي تم الاعتماد عليها لقياس النتائج المحققة أو المراد تحقيقها، مع القيام بعملية التشخيص لتحسين الوضعية والتحكم في العقبات التي قد تصادف مختلف مراحل عملية التسيير.

خ- التواصل: يعتبر التواصل العمود الفقري لنظام مراقبة التسيير، ويقصد به التواصل بين مختلف المصالح والأقسام داخل المؤسسة: الموارد البشرية، الإعلام الآلي، قسم المالية....

د- التكوين: تستلزم عملية إدخال مراقبة التسيير تكوينا نوعيا وتدريبيا خاصا، من خلال إدراج مخططات تكوين لفائدة المستخدمين على جميع المستويات (الإطارات، التنفيذيين،...)<sup>3</sup>.

ذ- إضفاء الطابع المؤسسي لهيكل المراقبة: يتوقف إدخال نظام المراقبة التسيير على بعض العوامل مثل: حجم المؤسسة، الثقافة الداخلية، أسلوب التسيير.

### المطلب الثالث: خصوصيات التسيير في المؤسسات الاستشفائية في الجزائر:

تتميز المؤسسات الاستشفائية في الجزائر بمجموعة من الخصوصيات التي تجعل من عملية تسييرها تختلف عن المؤسسات العمومية الأخرى (الطابع الإنساني للخدمة، مجانية العلاج...) حيث

<sup>1</sup> - عميروش بوشلاغم، مرجع سابق، ص 286.

<sup>2</sup> - Jerome Dupuis , op cit ,p156.

<sup>3</sup> - Michel Charpentier et Philippe Grandjean , op cit , p 88 .

تعتبر بعض هذه الخصوصيات قيود أو عوائق أمام ممارسة مراقبة التسيير وهو ما يفسر التأخر المسجل في تطبيقه بالمؤسسات الاستشفائية، والتي تتمثل في:

**1- خصوصية المحيط:** يتميز المحيط الذي تنشط فيه المؤسسة الاستشفائية بالتبعية المطلقة للسلطة ممثلة في وزارة الصحة، هذه التبعية وإن كانت طبيعية إلا أنها تتعارض من مبدأ الاستقلالية الذي يؤدي إلى صعوبات التسيير العمومي.<sup>1</sup>

في هذا الإطار، يرى **Patrick Gilbert** أن التبعية تكبح استمرارية التسيير، وتشكل حالة من عدم اليقين لدى المسيرين، وكمثال على ذلك فإنه بمجرد تغيير المسؤول تحدث عملية تجميد أو إلغاء للبرامج والسياسات واعتماد مشاريع أخرى، كما أن اهتمام السلطات العمومية يركز أكثر على القضايا التي تثير الجدل لدى الرأي العام خاصة مع إنتشار وسائل التواصل الاجتماعي بدلا من اهتمامها بكيفية تسيير هذه المؤسسات، بالإضافة إلى ذلك فإن المؤسسات العمومية الاستشفائية في الجزائر لا تبحث عن تحقيق الربح بل إلى تحقيق الأهداف العامة للسياسة الصحية الوطنية والتي تتمثل في:<sup>2</sup>

-ضمان المساواة في الاستفادة من الخدمات الصحية.

-تمكين جميع المواطنين من الحصول على العلاج والرعاية الصحية.

-تحقيق الاستقرار في النظام الصحي وتحسين آدائه.

إن ضمان تحقيق هذه الأهداف، بالإضافة إلى مساهمة هذه المؤسسات الاستشفائية في الوظائف التدريبية والعلمية والبحث العلمي، يشكل عائقا لمسير هذه المؤسسات، المطالبين بتحقيق الهدف الأساسي المتمثل في تقديم الخدمة الصحية وفي نفس الوقت الاعتماد على معايير الجودة والتقنيات الحديثة التي تتناسب مع الطلب الاجتماعي.

**2- خصوصية الهيكل التنظيمي للمؤسسات الاستشفائية:** تتميز المؤسسات الاستشفائية بوجود صراع أو تصادم بين جهازين رئيسيين يشكلان الهيكل التنظيمي يمثلان في: الإدارة التي تسيير وفق القوانين والتشريعات وممارسة السلطة الهرمية.... من جهة، ومن جهة أخرى الجهاز الطبي الذي يخضع للأخلاقيات المهنية، والمعروف باستقلاليته واعتماده على معايير صحية معينة....، وهو المجال الذي لا

<sup>1</sup> - Gilbert Patrick, **le contrôle de gestion dans organisations publiques**, édition d'organisation, paris 1980, p22.

<sup>2</sup> - Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitaliere, **Developpement du système national de santé(stratégie et perspective)**, Alger 2001, p 4.

تستطيع الإدارة مراقبته<sup>1</sup>. وهو ما يفسر تردد مهني الصحة (الأطباء، ممرضين...) في قبول وسائل جديدة للمراقبة وفهمها على أساس تدخل في الممارسات المهنية من خلال مراقبة النتائج.

لذا يعتمد نجاح مراقبة التسيير على ضرورة البحث عن الآليات التي تتقاضي هذا التصادم من خلال العمليات التحسيسية والتكوينية بالشكل الذي يجعل منها (مراقبة التسيير) أكثر تفاعلية مع السماح باعتماد الأدوات من طرق الفاعلين .

**3 - غموض في قياس النشاط:** توجد بالمؤسسات الاستشفائية العديد من الأعباء التي لا يمكن تحميلها مباشرة على المنتجات مثل: المصاريف الإدارية واللوجستية، الإقامة... والتي لا يمكن ربطها مباشرة مع الخدمات المقدمة، بالإضافة إلى ذلك وعكس الأنشطة الصناعية، لا تتوفر هذه المؤسسات على عمليات منمطة، فما عدا بعض الأنشطة مثل: الإطعام، النظافة، فإن الممارسات الطبية تختلف بشكل أو بآخر من ممارس إلى ممارس آخر، وهو ما يزيد من تعقيد عملية وضع محاسبة تحليلية تمكن من تحديد وقياس الأنشطة الاستشفائية، لذلك فإن نواتج الأنشطة الاستشفائية صعبة التحديد لأنها غير ملموسة وغير قابلة للبيع في الأسواق، وعلاوة على ذلك فإنه من الصعب تقييم المخرجات ومقارنتها مع التكاليف المتحملة وهو ما يصعب من عملية قياس الفعالية، وهو ما يجعل من بعض أدوات المحاسبة التحليلية مثل طريقة المحاسبة بالأنشطة (ABC) بدائل جديرة بالاهتمام<sup>2</sup>.

**4-محدودية آليات التحفيز:** يتطلب نجاح عملية مراقبة التسيير ضرورة إيجاد نظام تحفيزي لمختلف مستويات المسؤولية، إلا أن هيمنة الطرق التقليدية في تسيير المؤسسات الاستشفائية وخضوع هذه المؤسسات لقوانين وتشريعات الوظيف العمومي يجعل من أي مبادرة سواء كانت جماعية أو فردية تهدف إلى خلق جو تحفيزي أمرا شبه مستحيلا خاصة فيما يخص التعويضات أو الترقية. لذا فإنه ومن بين أهم التحديات التي تواجه وضع نظام لمراقبة التسيير في المؤسسات الاستشفائية هي إيجاد وبحث نظام تحفيزي وتنشيطي فعال يسمح بإشراك مختلف الفاعلين في مراقبة التسيير<sup>3</sup>.

**5-محدودية أنظمة المعلومات:** تحتاج عملية مراقبة التسيير إلى نظام معلومات فعال، إلا أن الواقع أثبت أن المؤسسات الاستشفائية تعرف تأخرا كبيرا في هذا المجال، فنظم المعلومات الخاصة بهذه المؤسسات غير متجانسة، وتنتج المعلومات بصعوبة، كما أن المعطيات مبعثرة وغير مشغلة بشكل

<sup>1</sup> -Cindy pages, **contrôle de gestion et pratique manageriales à l'hôpital**, école nationale de santé publique, revues, France, 2006, p 25.

<sup>2</sup> - عميروش بوشلاغم، مرجع سابق، ص 290.

<sup>3</sup>-Cinday pages, op cit , p 28.

صحيح وهناك حيز كبير بين وقت انتاج المعلومات واستغلالها، لذا فإنه ولضمان فعالية مراقبة التسيير بالمؤسسة فإنه يجب تصميم ووضع نظام معلومات يهدف إلى إنتاج معلومات موثوقة، شاملة ومشاركة.

**6- نمط تمويلي غير محفز:** يخضع تمويل المؤسسات الاستشفائية إلى الإرادة السياسية المبينة على مبدأ مجانية العلاج، وهو الأمر الذي يناقض نهج مراقبة التسيير فرغم تبني الجزائر النهج التعاقدية الذي يساعد على إدخال مقارنة تسييرية مبينة على حجم النشاط الفعلي للمؤسسات الاستشفائية إلا أن التأخر المسجل في التطبيق الفعلي لهذا النهج من طرف الهيئات المعنية وخاصة هيئات الضمان الاجتماعي، يشكل عائقا أمام بروز مراقبة التسيير، بالإضافة إلى ذلك، فإنه من العوامل التي تعرقل مراقبة التسيير هو أن النظام التمويلي في الجزائر مبني على منطق الوسائل أكثر منه عن منطق النتائج.<sup>1</sup>

**7- محدودية المحاسبة التحليلية المطبقة في المؤسسات الاستشفائية:** تواجه المحاسبة التحليلية المعتمدة في المؤسسات الاستشفائية العديد من الإنتقادات والتي تتمثل في:<sup>2</sup>

-انعدام التجانس بين المعلومات الطبية ومعلومات التسيير فأدوات المحاسبة التحليلية موجهة أساسا لمعرفة التكاليف وليست موجهة بالقدر الكافي نحو المعلومات الطبية.

-صعوبة تطبيق المحاسبة التحليلية على مستوى المصالح العلاجية بسبب صعوبة تنميط الأنشطة على مستوى هذه المصالح، بعكس المصالح اللوجيستكية مثل الإطعام، التنظيف....

-الثقل التقني الذي صاحب وضع وتطبيق هذه المحاسبة على مستوى المؤسسات الاستشفائية.

**8- التسيير الإداري (البيروقراطي):** للمؤسسات الاستشفائية: تعتبر المؤسسات الاستشفائية مؤسسات عمومية ذات طابع إداري (Etablissement Public a Caractere Administratif)، تطبق الإجراءات التقليدية للمحاسبة العمومية، ويخضع مستخدميها إلى قانون الوظيف العمومي، كما أنها تسيير بشكل مركزي من طرق الوصاية، (بالخصوص وظيفة المراقبة) هذه العوامل تجعل من هذه المؤسسات تخضع إلى قواعد مرنة واكتفاء الوصاية بمراقبة كيفية استخدام الموارد المخصصة بدلا من التركيز على تحقيق الأهداف المسطرة.

<sup>1</sup> - Gilbert Patrick ,op cit, p 26.

<sup>2</sup> - عميروش بوشلاغم، مرجع سابق، ص 291.

المبحث الثالث: نظام المعلومات الاستشفائي .

تتأثر المؤسسات الاستشفائية كباقي المؤسسات بالبيئة الداخلية والخارجية، الأمر الذي يلزمها بمواكبة ومحاولة التأقلم مع التغييرات والمستجدات، من خلال الحصول على المعلومات الخاصة بالبيئة الداخلية مثل: المعلومات المتعلقة بالمستخدمين (أطباء، ممرضون، ...)، المعلومات المتعلقة بالموارد المتوفرة ونفس الأمر بالنسبة للبيئة الخارجية وهو ما يحتم عليها توفير نظام معلومات خاص بها.

المطلب الأول: نظام المعلومات:

1-تعريف نظام المعلومات: يختلف تعريف نظام المعلومات باختلاف الكتاب والباحثين، ومن أهم التعاريف الخاصة به نستطيع أن نذكر:

أ-هي مجموعة الأجزاء التي تتفاعل مع بعضها بغرض معالجة البيانات وتحويلها إلى معلومات يمكن أن تستخدم لأغراض صنع القرارات"<sup>1</sup>

ب-هو مجموعة من المعلومات سواء أكانت رسمية او غير رسمية مهيكلة والتي توجد وتسوي داخل المنظمة، أو بين هذه المنظمة ومحيطها"<sup>2</sup>

ت- "هو عبارة عن مجموعة من العناصر المتداخلة والمتفاعلة مع بعضها البعض، والتي تعمل على جمع مختلف أنواع البيانات والمعلومات، وتعمل على معالجتها، وتخزينها وبتها، وتوزيعها على المستخدمين بغرض صناعة القرارات، وتأمين التنسيق والسيطرة على المؤسسة والجهة المستفيدة، إضافة إلى نظام المعلومات يقوم بتحليل المشكلات، وتأمين النظرة المتخصصة على الموضوعات المعقدة ويشمل نظام المعلومات عادة على بيانات وافية على الأفراد الأساسيين، والأماكن والنشآت التي تخص المؤسسة وكذلك البيئة المحيطة بها"<sup>3</sup>

مما سبق يمكن القول أن نظام المعلومات هو: نظام يعتمد على جهاز الحاسوب ويتمثل في معالجة المدخلات (البيانات) بهدف الحصول على المخرجات (المعلومات) من خلال معلومات عن ماضي المؤسسة وحاضرها وكذا البيئة الخارجية لها، هذه العمليات تتم ضمن نظام يحتوي على مجموعة من العناصر المترابطة بهدف تمكين المسيرين من اتخاذ القرارات داخل المؤسسة، وعليه يمكن أن نستنتج ما يلي:

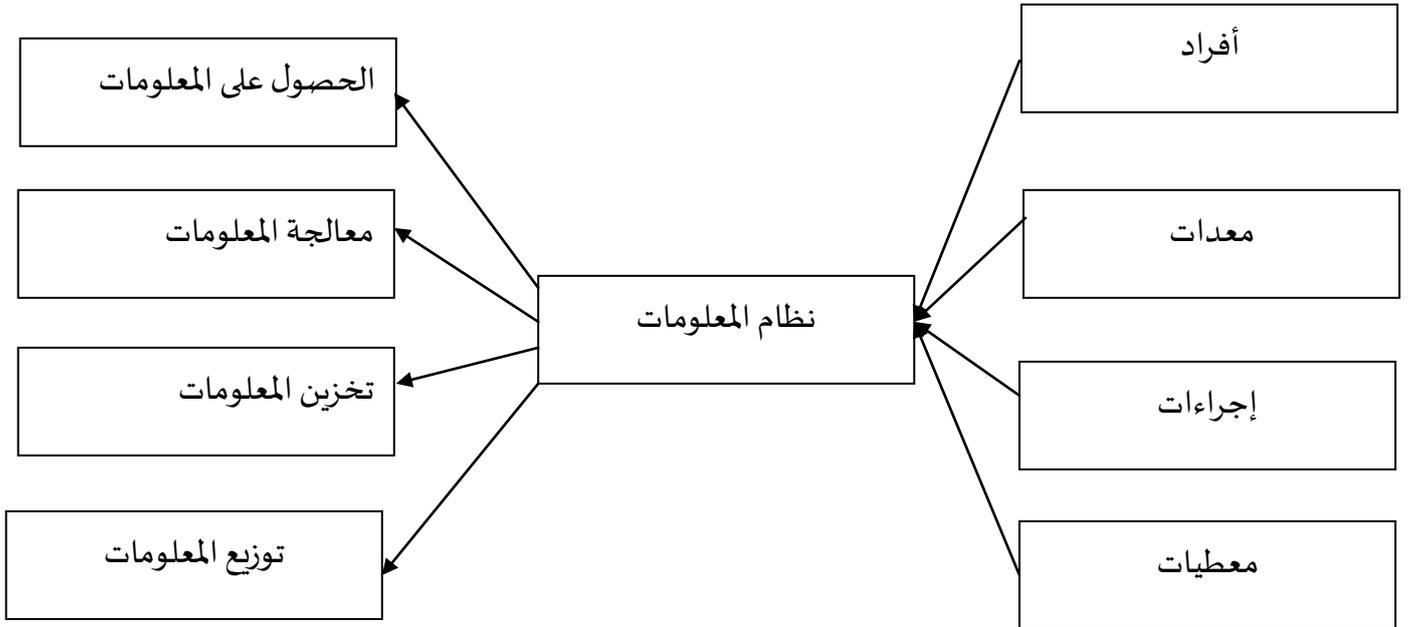
<sup>1</sup> -Keneth London, Janelandon ,les systemes d'informations de gestion, organisation et réseaux stratégiques edition pearson education paris, 2001, p 18.

<sup>2</sup> -Maryse Salles, **Stratégies des PME intelligence économique-une method d'analyse sur besoin**,2éme Edition ,Economica ,Paris,2006,p14..

<sup>3</sup> -عمر ابراهيم قنلجي، علاء الدين عبد القادر الجناني، نظم المعلومات الإدارية، دار المسيرة، عمان، الأردن، 2009، ص 27

- نظام المعلومات يعتمد أساسا على التكنولوجيا المعلوماتية.
  - من أجل ضمان فعالية نظام المعلومات، يجب توفير معلومات عن ماضي وحاضر المؤسسة.
  - يقوم بإعداد التقارير الدورية ويساعد المسيرين على إنجاز أعمالهم.
  - يمكن للمؤسسة حيافة نظام معلومات رسمي (يتم الإفصاح عن وجود نظام معلومات) أو بشكل غير رسمي (الحصول على المعلومات يتم بشكل غير رسمي)
  - يقوم بتحليل البيئة الخارجية بهدف تحديد الفرص والتهديدات.
  - يتشكل نظام المعلومات من موارد مادية، برامج، أفراد وإجراءات تساعده على إنجاز أعماله.
- ويمثل الشكل الموالي نموذج عام لنظام المعلومات

الشكل رقم 02: نموذج عام لنظام المعلومات



Source: Robert reix, système d'information et management des organisations, 4<sup>ème</sup> edition, vuibert ,Paris,2002, p 04.

## 2- عناصر نظام المعلومات: يتكون نظام المعلومات من:

أ- المدخلات: هي سلسلة من البيانات التي تنساب من قنوات الاتصال المختلفة من المصادر الداخلية والخارجية. أو من ذات النظام عندما تعقد جزء من مخرجاته كمدخلات جديدة لتغذية النظام<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> - محمد عبد حسين الطائي، نظام المعلومات الإدارية، ط2، دار الكتاب للطباعة والنشر، الموصل، العراق، 2000، ص 37.

ب-العمليات: هي التي تحتوي على الأنشطة التي تحول البيانات المدخلة إلى معلومات مفيدة<sup>1</sup>، أو هي مجموع الأنشطة التي تجمع البيانات وتحولها إلى معلومات من خلال عمليات المعالجة، وإعدادها للاستخدام بما يناسب احتياجات صانعي القرار وتتمثل هذه العمليات في:<sup>2</sup>

- **تحصيل البيانات:** هي عملية تجميع البيانات من مصادرها الأولية والثانوية ويشترط الابتعاد عن الارتجال والعشوائية، ويتم استخدام وسائل تسجيل مختلفة لانجاز هذه المهمة.

-**تصنيف البيانات:** إجراء العمليات المحاسبية والاختبارات المنطقية المختلفة على البيانات.

-**تحديد البيانات:** هي إضافة حذف أو تغيير البيانات والمعلومات المخزنة لاستيعاب الأحداث الجديدة التي تطرأ على البيانات.

- **تخزين المعلومات:** حفظ المعلومات في نسق وترتيب مناسب لتسهيل عملية الرجوع إليها عند الحاجة.

-**الاسترجاع:** هو البحث عن المعلومات واسترجاعها على النحو الذي يلبي حاجات المستخدمين من بين مجموعة المعلومات المخزنة في نظام قاعدة المعلومات.

ج-**المخرجات:** مجموعة النتائج المرغوب والمطلوب الحصول عليها من البيانات التي تمت معالجتها<sup>3</sup>.

د-**التغذية العكسية:** هي عملية قياس ردة فعل المستخدمين على عمل النظام وتهدف إلى توفير ارشادية لأنشطة النظام، وتعمل على تقويم نتائج عمل النظام وتصحيح الأهداف إذا كان هناك عيوب في أهداف النظام<sup>4</sup>.

ويمثل الشكل التالي عناصر نظام المعلومات:

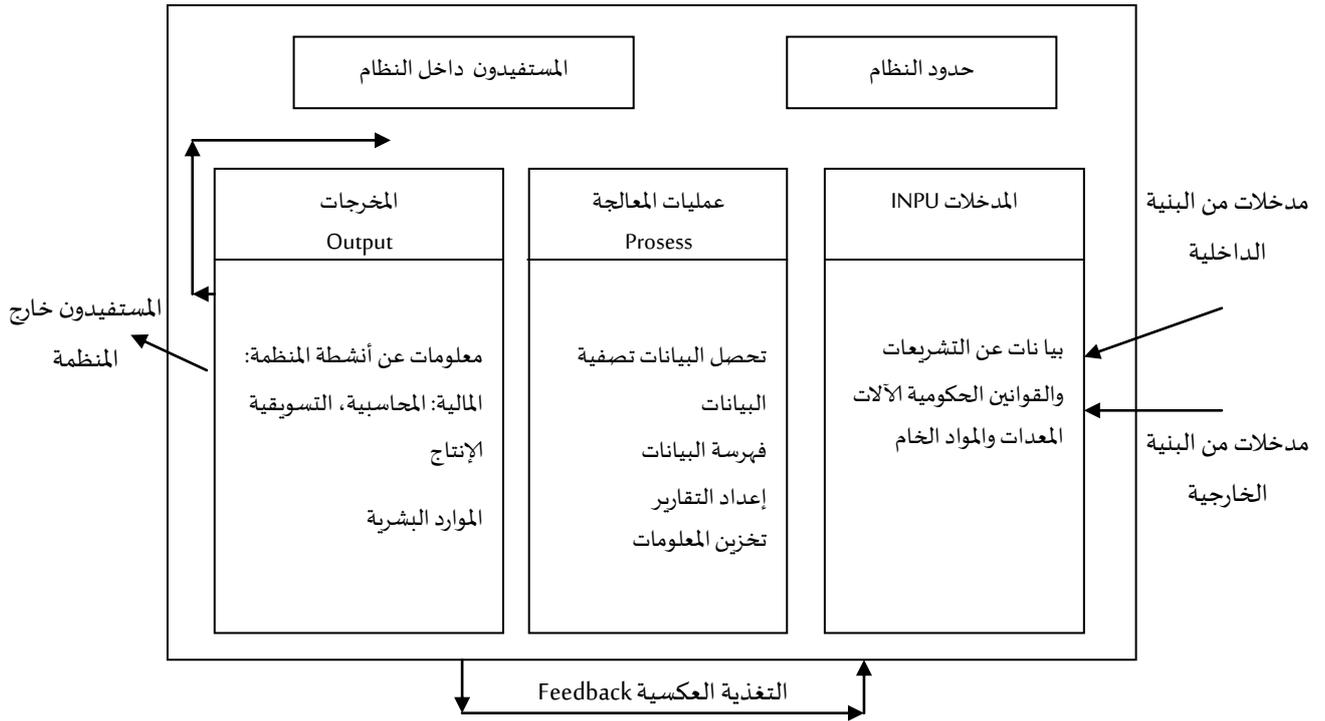
<sup>1</sup> -زياد محمد الشمران، مقدمة في نظم المعلومات الإدارية، ط1، دار صفاء للنشر، عمان الأردن، 2004، ص 49

<sup>2</sup> - محمد عبد حسين الطائي، نظم المعلومات الإدارية، مرجع سابق ذكره، ص 30.

<sup>3</sup> العجلونين موسسه، إدارة المعلومات والسجلات الطبية، المطبعة النموذجية، عمان، الأردن، 1989، ص 34

<sup>4</sup> -قاسم عبد الرزاق محمد، نظم المعلومات المحاسبية، ط1، دار العلمية للنشر والتوزيع، ص 16، عمان 2003

الشكل رقم 03: عناصر نظام المعلومات



المصدر: محمد عبد حسين الطافي، نظم المعلومات الإدارية، الطبعة الثانية دار الكتب للنشر والتوزيع، الموصل، العراق، 2000،

ص 41

### 3-وظائف نظام المعلومات: تتمثل وظائف نظام المعلومات في:<sup>1</sup>

أ-الحصول على البيانات: هي عملية الحصول على البيانات من داخل المؤسسة ومن خارجها، حسب الاحتياجات مع تحديد مصادر البيانات، أساليب الحصول عليها وتوقيت جمعها وإدخالها في النظام. يجب أن تكون هذه البيانات ذات قيمة ومعنى للمستخدمين.

ب- إعداد التعليمات الخاصة بتشغيل البيانات: يتم إعداد تعليمات (خاصة) أو برامج خاصة من قبل الاختصاصيين وذلك بالاعتماد على تكنولوجيا المعلومات التي توفر المعلومات بسرعة كبيرة.

ت-المعالجة: يتم معالجة البيانات وتحويلها إلى معلومات ذات دلالة للإدارة، وفي نفس الوقت يتم تبويب هذه البيانات وتصنيفها وحفظها في مركز المعلومات من أجل استخدامها وقت الحاجة.

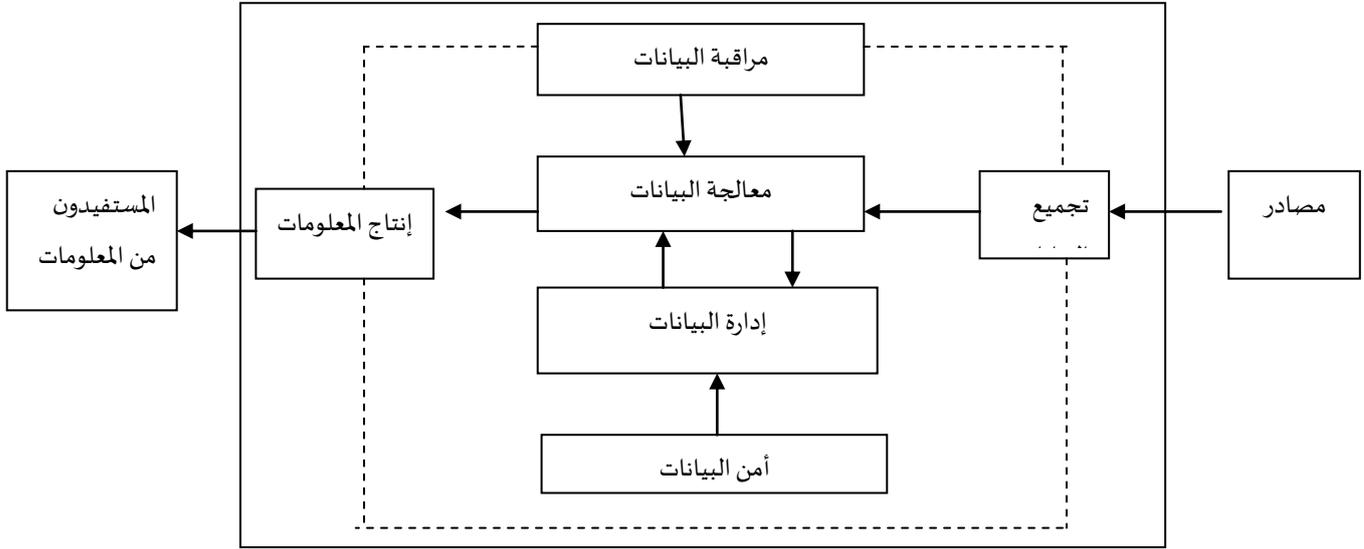
ث-تقويم وتصنيف المعلومات في ملفات التخزين: يتم تصنيف المعلومات الناتجة (المخرجات) إلى معلومات تستخدم فوراً: وأخرى يتم تخزينها لحين ظهور الحاجة إليها.

<sup>1</sup> -حكمت محمد فريخ، أثر نظام المعلومات الإدارية في صناعة القرارات الإدارية، دراسة لأراء عينة من المسؤولين الإداريين في كليات جامعة تكريت، مجلة الكويز للعلوم الإدارية والاقتصادية، المجلد 4، العدد 10، 2008، ص 52

ج - استخراج المعلومات حسب حاجة المستخدمين: تتمثل في معلومات التي تم الحصول عليها بعد معالجة البيانات، وتكون على شكل مؤشرات مالية، رسوم بيانية، مقارنات، ...

ح - توصيل المعلومات إلى المستخدمين (الاتصال): ويقصد بها تهيئة الإجابة لطلب معلومة معينة:

الشكل رقم 04: الوظائف الأساسية لنظام المعلومات



المصدر: حسين مصطفى هاللي، نظم المعلومات البنكية ودعم اتخاذ القرار، ندرة الخدمات البنكية الالكترونية الشاملة (رؤية

مستقبلية) 25-29 نوفمبر 2007، القاهرة مصر ص 4.

المطلب الثاني: نظام المعلومات الاستشفائي:

### 1- تعريف نظام المعلومات الاستشفائي (Système d'Information Hospitalie):

تعددت المفاهيم الخاصة بنظام المعلومات الاستشفائي ومن أهمها:

أ- "نظام معلوماتي حاسوبي موجه لتسهيل عملية تسيير مجموعة المعلومات الطبية والإدارية للمستشفى"<sup>1</sup>  
 ب- المعلومات في المستشفيات هي كل ما يتعلق بالمريض والعاملين في المجال الصحي وما يتعلق بالمحافظة على المكافأة، والوقاية من الأمراض ومعالجتها، واتخاذ القرارات الصائبة المتصلة بالصحة والرعاية الصحية"<sup>2</sup>

لذا يمكن أن نقول أن نظام المعلومات الاستشفائي يتمثل في:

- مجموعة من برمجيات المعلومات.
- ضروري للاستعمال اليومي في المؤسسة الاستشفائية.

<sup>1</sup> - Degoulet P. Fieschi M, *Informatiaue médicale*, 3ed édition, Masson, Paris, p 308.

<sup>2</sup> بسيوني عبد الحميد، الصحة الالكترونية: بناء وتنمية الدولة، دار الكتب العلمية، القاهرة، 2008، ص 140.

- يجمع المعلومات الخاصة بالمرضى المستخدمين.
- العوامل والهيئات المتعلقة بالرقابة والمتمثلة في المؤسسات الحكومية، الجمعيات الخاصة بالمرضى وكذا مرتفقي المؤسسات الاستشفائية، هيئات الضمان الاجتماعي...

## 2- المؤسسة الاستشفائية كنظام مفتوح:

- حسب وجهة نظر أصحاب هذه المقاربة فإن المؤسسة الاستشفائية باعتبارها نظاما مفتوحا تتكون من:
- أ- المدخلات: تتمثل في الامكانيات البشرية، المادية والتقنية، الضرورية لقيام المؤسسة الاستشفائية بأنشطة مختلفة<sup>1</sup> وتتكون من:
- العنصر الإنساني: يضم العنصر الإنساني المرضى المستفيدين من الخدمات الصحية والمستخدمين بمختلف مستوياتهم (أطباء، ممرضين، إداريين...).
  - العنصر المادي: يضم الأراضي، المباني، التجهيزات والمعدات الطبية، الأدوية الإطعام وكل الأموال الضرورية للقيام بمختلف الأنشطة الاستشفائية.
  - عنصر المعلومات: يشمل نوعين من المعلومات:
    - ✓ معلومات عن البيئة الداخلية: هي معلومة ضرورية تساعد على معرفة نتائج الأنشطة والخدمات المقدمة للمرضى مثل جودة الخدمات، ومعرفة طريقة استغلال الموارد الخاصة بالمؤسسة.
    - ✓ معلومات عن البيئة الخارجية: هي معلومات تفيد المؤسسة الاستشفائية في التعرف على الحاجات الصحية للمنطقة التي تمارس فيها النشاط والأوضاع الاقتصادية الاجتماعية المحيطة بالمؤسسة.
- ب- الأنشطة: هي المرحلة التي يتم من خلالها تحويل المدخلات إلى مخرجات، حيث أنها تشمل جميع العمليات التي تؤديها مختلف الأقسام الاستشفائية وتصنف إلى:
- الأنشطة الأساسية للمؤسسة الاستشفائية: وهي الأنشطة المرتبطة بتقديم الخدمات الطبية والعلاجية للمستفيدين (المرضى) مباشرة<sup>2</sup>، وتتمثل في التشخيص، العلاج التكويني، البحث العلمي، .... وهي تختلف حسب حجم المؤسسة، إمكانياتها وأهدافها<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> - محمود محمود السجاعي، محاسبة التكاليف في المنظمات الصحية، مدخل نظم المعلومات، ط1، المكتبة العصرية للنشر والتوزيع، القاهرة، 2009، ص 37.

<sup>2</sup> - نفس المرجع، ص 38

<sup>3</sup> - محمد النذير حرشاني، إدارة المستشفيات، معهد الإدارة العامة، المملكة العربية السعودية، 1990، ص 98.

- الأنشطة المساعدة للمؤسسة الاستشفائية: هي الأنشطة التي تسهل تقديم الخدمات الصحية للمستفيدين، وتتمثل في أنشطة الإدارة، الصيانة، التغذية...<sup>1</sup>

ج-المخرجات: هي عبارة عن نتيجة أنشطة المؤسسة الاستشفائية وهي تنقسم إلى:

- مخرجات خاصة بحالة المرضى عند الخروج: عموماً فإن الهدف الرئيسي لدخول المرضى إلى المؤسسات الاستشفائية هو تحسين الحالة الصحية (الشفاء)، إلا أنهذه الحالة يمكن أن تأخذ أحد الاحتمالات التالية: تحسن، شفاء، تحويل إلى مراكز طبية متخصصة، وفاة.

-مخرجات خاصة بجودة الخدمة: تتطلب فعالية العلاج وتحسين جودة الخدمة مسانيرة الجهاز الإداري والطبي للتطورات التقنية والتكنولوجية.

-مخرجات خاصة بكفاءة الإدارة: تحتاج المؤسسات الاستشفائية إلى جهاز إداري ملم بتقنيات الإدارة الفعالة ويسعى إلى تنظيم جهود مختلف الفاعلين من أجل تحقيق أكبر مردودية ممكنة.

د-البيئة: تتأثر المؤسسة الاستشفائية بالبيئة التي تنشط فيها وتؤثر فيها وتصنف هذه البيئة إلى:

-البيئة الداخلية: تخص الجوانب التي تساعد المؤسسة على تحقيق أهدافها وتشمل:

✓ الجانب الإنساني: يمثل هذا الجانب التفاعل في العلاقات الإنسانية بين المستخدمين مع بعضهم البعض، وبينهم وبين الإدارة، وكذا مع المستفيدين من الخدمات الصحية، حيث تساهم هذه العلاقات في تحسين جودة الخدمات المقدمة.

✓ الجانب التقني: هي مجموع التقنيات المستخدمة في التسيير، التشخيص، العلاج والتي تتضافر فيما بينها من أجل انتاج خدمة صحية ذات جودة.

✓ الجانب التنظيمي: يضم اللوائح والأنظمة الخاصة بتنظيم وتأطير عملية تقديم الخدمة .

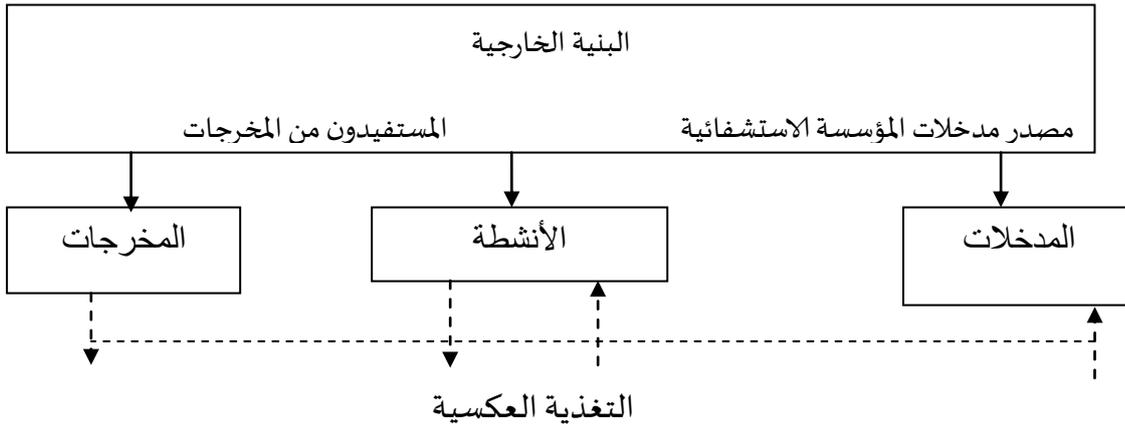
✓ ظروف العمل: هي عوامل تساهم في جودة الخدمة وتتمثل في النظافة، التهوية، نوعية التغذية...

- البيئة الخارجية: هي مجموع المؤشرات المحيطة بالمؤسسة التي تؤثر فيها وتتأثر بها<sup>2</sup>مثل الاحتياجات الصحية لأفراد المجتمع وطبيعة وعادات هؤلاء الأفراد.

<sup>1</sup> -محمد النذير حرشاني، مرجع سابق، ص 98

<sup>2</sup> -محمود محمود السجاعي، مرجع سابق، ص 39

الشكل رقم 05: مكونات المؤسسة الاستشفائية كنظام مفتوح

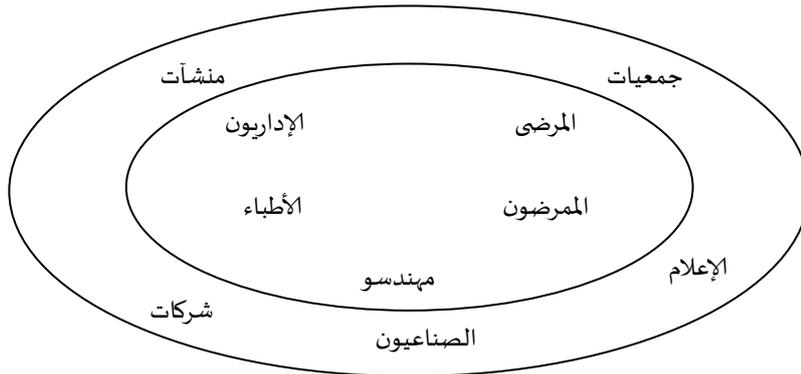


المصدر: محمد النذير حرشاني، إدارة التقنيات، معهد الإدارة العامة، المملكة العربية السعودية، 1990، ص 53.

### 3-بنية وأهمية نظام المعلومات الاستشفائي:

أ- بنية نظام المعلومات الاستشفائي: يتشكل نظام المعلومات الاستشفائي من مختلف الفاعلين المتدخلين بطريقة مباشرة أو غير مباشرة في النظام المعلوماتي الاستشفائي، فالفاعلين الخارجيين يتركزون على مستوى منظمات الوصاية، منظمات الضمان الاجتماعي، الإعلام... في حين أن الفاعلين الداخليين يتمثلون في المرضى (الزبائن) المعالجون داخل المؤسسة الاستشفائية، المستخدمين، ... وقد يلجأ المرضى إلى هيكله أنفسهم ضمن جمعيات خاصة بما يشكل جمعيات خارجية من أجل ضمان أكبر قدر ممكن من الخدمات الصحية، ويبين الشكل التالي مختلف المتدخلين في النظام المعلوماتي الاستشفائي.<sup>1</sup>

الشكل رقم 06: أطراف نظام المعلومات الاستشفائي



Source: Deergoulet.p. op.cit.p313

ب- أهمية نظام المعلومات الاستشفائي: لم يعد إدراج نظام معلومات استشفائي في المؤسسات الاستشفائية أمراً اختيارياً، بل أصبح ضرورياً، حيث تبرز أهميته من خلال:

<sup>1</sup>-Degoulet P.Fieschi M , op cit ,p313.

- توفير المعلومات الخاصة بالمرضى من أجل تسهيل مهام الكوادر الطبية والشبه طبية.
- تذليل الصعوبات الخاصة بإعداد الاستثمارات، وطريقة التخزين والاسترجاع والتي تعد أمورا مهمة في مدى موثوقية المعلومات ودقتها.
- يتم الاعتماد على مخرجات نظام المعلومات الاستشفائي كدعائم لتعليم وتكوين طلبة الكليات الطبية، ومعاهد تكوين طلبة الشبه طبي.
- ضمان أمن وسرية المعلومات، حيث تتميز المعلومة الطبية بطابع السرية والخصوصية لذا يتوجب على الإدارة والمسؤول عن نظام المعلومات الالتزام بأخلاقيات المهنة الطبية.<sup>1</sup>
- في نفس الإطار، يرى P.Degoulet أن أهمية نظام المعلومات الاستشفائي تتمثل في:
  - تحسين جودة الخدمة واستمرارية الخدمة الصحية.
  - التحكم في التكاليف.
  - توحيد الأعمال الاستشفائية داخل المؤسسة الاستشفائية.
  - تحسين وتخفيض الإجراءات الداخلية بالمؤسسة الاستشفائية.

**جدول رقم 04: أهمية نظام المعلومات الاستشفائي.**

أهداف رئيسية	أهداف تساهمية
تحسين جودة الخدمة وضمان استمرارية الخدمات الصحية	-توحيد الأعمال داخل المؤسسة الاستشفائية -المساهمة في اتخاذ القرار. -تقليل المشاكل الطبية.
التحكم في التكاليف	-تخفيض الإجراءات الطبية -تقليل الأعمال الإدارية -تخفيض مدة المكون بالمؤسسة الإستشفائية -توفير وسائل طبية اقتصادية لقيادة المؤسسة

Source: P.Degoulet, op cit, p 310.

<sup>1</sup> - البياتي حسين وعلي ذنون، المعايير المعتمدة في إقامة وإدارة المستشفيات: وجهة نظر معاصرة، دار وائل للنشر، عمان، الأردن، 2009، ص 170-171.

المطلب الثالث: الرقمنة في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية:

شرعت الجزائر مع مطلع الألفية في إجراء إصلاحات على مختلف هياكل ومؤسسات الدولة مثل: التعليم، العدالة، الصحة...، ولم يكن قطاع تكنولوجيا الإعلام والاتصال بمنى عن هذه التغيرات، حيث لجأت الدولة إلى وضع استراتيجية خاصة لتطوير هذا القطاع بهدف توفير مناخ قانوني مؤسسي لولوج إلى مختلف خدمات الاتصالات وكذلك تعزيز وترقية الرقمنة.

1- مفهوم الرقمنة:

أ- تعريف Terry Kuny: عملية تحويل مصادر المعلومات على اختلاف أشكالها من (الكتب، التسجيلات الصوتية... ) إلى شكل مقروء بواسطة تقنيات الحاسبات الآلية عبر النظام الثنائي (Bits) والذي يعتبر وحدة المعلومات الأساسية لنظام معلومات يستند إلى الحاسبات الآلية، وتحويل المعلومات إلى مجموعة من الأرقام الثنائية وهذا عن طريق مجموعة من التقنيات والأجهزة المتخصصة.<sup>1</sup>

ب- تعريف Charelette Buresi: منهج يسمح بتحويل البيانات والمعلومات من النظام التناظري إلى النظام الرقمي.<sup>2</sup>

ويمكن لمصطلح الرقمنة ان يأخذ معاني مختلفة حسب مجال الاستخدام، حيث انه:

- في سياق الحسابات: تحويل البيانات إلى شكل رقمي حيث يمكن معالجتها بواسطة جهاز الحاسوب .
- في سياق نظم المعلومات: تحويل النصوص المطبوعة مثل الكتب، الصور، الخرائط، ..... وغيرها من الأشكال التي يمكن ان يقرأها الانسان (تناظرية ) إلى اشكال لا يمكن للانسان ان يقرأها الا من خلال الحاسوب (ثنائية ) .

، وتجدر الإشارة الى ان الرقمنة لا تعني فقط الحصول على مجموعة من النصوص الالكترونية وادارتها بل انها تتعلق بتحويل مصدر المعلومات المتاح في شكل ورقي او على مستوى وسيط تخزين الى شكل الكتروني، وبالتالي يصبح النص التقليدي نصا مرقما يمكن الاطلاع عليه بواسطة جهاز الحاسوب .

بالنسبة للجزائر، قامت الدولة سنة 2008 ببعث استراتيجية "الجزائر الإلكترونية 2013"، من خلال إطلاق العديد من المشاريع الخاصة بالرقمنة مثل: مشروع أسرتك، المدينة الذكية سيدي عبد الله ومشروع التعليم الالكتروني لطلبة الجامعات حيث تمثلت أهداف هذه المشاريع في:

<sup>1</sup> -سالم باشوية، الرقمنة في المكتبات الجامعية الجزائرية، رسالة ماجستير، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، جامعة الجزائر، الجزائر، 2008، ص76.

<sup>2</sup> -نجلاء أحمد ياسين، الرقمنة وتقنياتها في المكتبة العربية، العربي للنشر والتوزيع، ط1، 2013، ص20.

- تعزيز استعمال تكنولوجيا المعلومات والاتصالات في الإدارات العمومية.
- تطوير البيئة التحتية للاتصالات ات التدفق العالي.
- تشجيع التكوين والابتكار وتطوير الأبحاث في مجال الاتصالات.
- وضع القوانين والأسس المنظمة لاستعمال هذه التكنولوجيا.

## 2- مؤشر الجاهزية الشبكية (Network Readiness Index (NRI):<sup>1</sup>

من أجل تقييم وضعية الدول في مجال استعمال الرقمنة، تعتمد المنظمات الدولية مثل الأمم المتحدة إلى إنشاء لجان مختصة في هذا المجال بهدف المساهمة في تشجيع وإنشاء استراتيجيات خاصة بقطاع تكنولوجيا المعلومات والاتصالات، والتي من بينها مؤشر الجاهزية الشبكية الذي تم إطلاقه سنة 2000 من طرف خبراء المنتدى الاقتصادي العالمي، حيث يقوم بتقييم اقتصاد الدول للاستفادة من تكنولوجيا المعلومات والاتصالات من خلال أربعة محاور، كل محور يضم ثلاثة فروع متمثلة في:

أ- المحور الأول: البنية التحتية لتكنولوجيا المعلومات والاتصالات ويضم فروع:

الولوج، المحتوى، وتكنولوجيا المستقبل.

ب- المحور الثاني: استخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصالات من طرف:

الحكومات، قطاع الأعمال، والأفراد.

ت- المحور الثالث: الحوكمة وبنية الأعمال من خلال:

الإطار التنظيمي، الثقة، والشمول.

ث- المحور الرابع: تأثير استخدام تكنولوجيا المعلومات والاتصال على المستوى:

الإقتصادي، الاجتماعي، والتنمية المستدامة.

في سنة 2019، تنازل المنتدى الاقتصادي العالمي عن إعداد وتسيير هذا المؤشر لصالح المعهد الأمريكي "Portulans" والذي في أحداث تقرير له الخاص سنة 2022، أدرج الجزائر في المرتبة 100 من أصل 131 دولة بمجموع 39.48 نقطة، وهو ما يعكس الفجوة الرقمية التي تعاني منها الجزائر، وقد جاءت نتائج المؤشر كما يلي:

<sup>1</sup> - العمري الحاج، دراسة أثر تطور تكنولوجيا الاعلام والتصال على النمو الاقتصادي -دراسة قياسية لحالة الدول العربية -، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الاقتصادية، التجارية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر 03، الجزائر، 2018، ص 27.

الجدول رقم 05: مؤشر الجاهزية الشبكية للجزائر سنة 2022.

المرتبة	النتيجة	
100	33.58	أ-البنية التحتية
110	45.95	-الولوج:
96	27.54	-المحتوى
90	27.25	-تكنولوجيا المستقبل
86	37.92	ب-استخدام التكنولوجيا من طرف:
78	45.08	-الأفراد
109	28.75	-قطاع الأعمال
77	39.95	-الحكومات
107	39.41	ج-الحركة وبنية الأعمال:
116	19.32	-الثقة
104	52.70	-الإطار التنظيمي
108	46.22	-التمويل
96	47.02	د-تأثير التكنولوجيا على المستوى:
87	25.98	-الاقتصادي
84	62.1.	-الاجتماعي
104	53.00	-التممية المستدامة
100	39.48	مؤشر الجاهزية الشبكية (NRI)

Source: E Network Readiness Index 2022, Algeria, p5

من خلال هذه المعطيات نلاحظ أن الجزائر تحتل مراتب ضعيفة في مختلف المحاور، وخاصة في محور

البيئة التحتية وكذلك محور الحركة وبيئة الأعمال وهو الأمر الذي يمكن تفسيره من خلال:

-ضعف الربط بشبكة الأنترنت عالية التدفق.

-الأسعار المرتفعة للحواسيب والهواتف الذكية مقارنة مع الدخل الفردي.

-ضعف التجارة الالكترونية والتأخر في تعميم الإدارة الالكترونية.

-مشاكل خاصة بالأمن السيرياني.

### 3- الرقمنة في قطاع الصحة:

أ- مفهوم الرقمنة في قطاع الصحة: هو إدخال الأنظمة الحديثة الخاصة بالإعلام الآلي على مختلف الأنشطة بالمؤسسات الصحية بهدف معالجة المعلومات آليا وتحويلها إلى نتائج ومعطيات تساعد المسيرين في عملية اتخاذ القرار، وقد سعت وزارة الصحة إلى رقمنة قطاع الصحة من خلال مجموعة من التدابير، بدءا باستحداث مديرية الإعلام والإعلام الآلي بموجب المرسوم التنفيذي 380/11 الصادر في الجريدة الرسمية العدد 63 المؤرخة في 23 نوفمبر 2011، حيث قامت هذه المديرية بإعداد مجموعة من البرامج بهدف إعادة تنظيم مصالح الإعلام الآلي<sup>1</sup>، بالإضافة إلى مجموعة من التعليمات والمذكرات الخاصة بهذه العملية مثل التعليمية رقم 01 المؤرخة في 16 جانفي 2018 المتعلقة بالمخطط السنوي 2018 والمذكرة رقم 30 الصادرة في 09 أكتوبر 2014 المتعلقة بتقييم أنشطة هيكل الصحة، والتي تصب في مجملها في ضرورة الشروع في تطبيق الرقمنة على المستوى المركزي (وزارة الصحة) والمستوى المحلي (المؤسسات الصحية).

من أهم ما جاء في مشروع قانون الصحة الجديد المعدل لقانون الصحة 85-05: "إحداث منظومة الإعلام الصحي: "كل المعطيات الصحية من تخطيط وتسيير المارد البشرية والمادية والمالية تعتمد على التكنولوجيا الجديدة للإعلام الآلي والاتصال"، فإذا كان استعمال الإعلام الآلي في مجال الصحة ليس بجديد، فإن الجديد هو استحداث "نظام" وطني للإعلام الصحي يرتكز على كل تكنولوجيا حالية أو مستقبلية، حسب ما جاء في المادة 319 من مشروع قانون الصحة المصادق عليه من طرف غرفتي البرلمان وهذا في القسم السادس تحت عنوان النظام الوطني للإعلام الصحي<sup>2</sup>.

بالإضافة إلى ذلك فإن استعمال الإعلام الآلي وتكنولوجيا الإعلام والاتصال يساهم في تقليص العامل الزمني والمكاني، حيث أن ربط جهاز الإعلام الآلي بشبكة الأنترنت يسمح بالقضاء على الفوارق الاجتماعية والجغرافية، كما أنه يسهل عملية الاتصال الداخلي والخارجي وتبادل المعلومات والمعطيات الخاصة بالصحة.

<sup>1</sup> -المذكرة رقم 54 المؤرخة في 09 أفريل 2017 الصادرة عن وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، مديرية نظام الإعلام الآلي.

<sup>2</sup> -المادة 319 من مشروع قانون الصحة المصادق عليه من طرف البرلمان ومجلس الأمة

ب- عوائق تطبيق الرقمنة في قطاع الصحة:

عكس الوزارات الأخرى (مثل وزارة العدل أو وزارة الداخلية) والتي قامت برقمنة موحدة وفق برنامج وطني بالتنسيق مع وزارة تكنولوجيا الاعلام والاتصال، فإن برامج وزارة الصحة والسكان في مجال الرقمنة تواجه العديد من التحديات وهذا راجع لعدة أسباب منها:

- عدم وجود نصوص قانونية تنشئ وتسير هذه البرامج، وإنما يقتصر الأمر على تعليمات ومذكرات ليس لها الوزن القانوني ولا ترقى إلى قوة النصوص والقرارات والمراسيم، فالنصوص القانونية هي التي تنشئ الحقوق والواجبات الخاصة بكل من المريض، الطبيب، الممرض.... إلخ.

- هيمنة ثقافة مقاومة التغيير: حيث أن شراء برنامج أو استيراده لا يعني سهولة تطبيقه في الجزائر، وهذا راجع إلى اختلاف الظروف، الهياكل وكذا الأشخاص، فالطبيب الذي يقوم بمعالجة المرضى ليس بمقدوره إعادة كتابة الوصفة الطبية في جهاز الاعلام الآلي، ما دام الوصفة الطبية ورقية ملزمة قانونا ولم يتم إلغاؤها كما هو الحال في دول أخرى (مثل كندا) والتي قامت بالاستغناء عن الوصفة الطبية الورقية المكتوبة واستبدالها بالوصفة الطبية الرقمية وهي بذلك توفر الوقت للمريض والطبيب، وهذا وفق برنامج وطني موحد لجميع الأطباء.

- المؤسسات الصحية باعتبارها مؤسسات عمومية ذات طابع إداري، فهي تخضع لقانون المحاسبة العمومية، الذي لا يسمح لها بالاستغناء عن الوثائق والسجلات الرسمية الإلزامية حتى في حالة وجود برامج خاصة بالمحاسبة، لذا فإن الموظف في هذه المؤسسات مجبر على العمل بمختلف البرامج الخاصة بالتسيير مع المحافظة على مسك الدفاتر والسجلات الضرورية ومراعاة قواعد الأمن والسرية وفقا للتشريع المعمول به.

إن نظام الإعلام الصحي يتطلب مرافقة ومتابعة فلا يمكن إنشاء نظام صحي باستعمال التكنولوجيا الحديثة دون نظام قانوني صحي وفق تدابير وإجراءات بسيطة وموحدة، وتكون وفق شروط ملزمة، تمكن المسير، الموظف والمريض من التكيف مع الخدمات الصحية النوعية ومع الوسائل المستعملة، ولن يتأتى ذلك إلا من خلال استكمال بناء المنظومة القانونية للإعلام الصحي، وهو ما شرعت فيه وزارة الصحة من خلال مذكرة رقم 608-2016 والمتعلقة بعصرنة نمط تسيير المؤسسات العمومية للصحة وذلك عن طريق تعميم ربط مختلف مصالح المؤسسات الصحية بشبكة الإعلام الآلي بالإعتماد على رقمنة الملفات الطبية وإعطاء الأولوية في اعتماد المبالغ المالية وتخصيصها لهذه العملية،

بالإضافة إلى مذكرة رقم 380 الصادرة بتاريخ 29 ديسمبر 2016، المتعلقة بالمقاييس التقنية للوسائل والتجهيزات للإعلام الآلي المستعملة في نظام الإعلام الصحي.

-عدم ترك هامش المبادرة للمسير في استعمال البرامج وترقية الإعلام الصحي مع تحميله المسؤولية القانونية حيث أنه وفي حالة الحصول على نتائج ضعيفة من عملية اقتناء الوسائل والبرامج الخاصة بعملية الرقمنة، فإنه يتم تحميل المسؤولية للمسير وهذا حسب المادة 323 المذكورة سابقا، وهو ما يؤدي بأغلبية المسيرين إلى العزوف أو التريث في تنفيذ هذه الإصلاحات.

من خلال ما سبق، يمكننا القول أن الإعلام الآلي في مجال التسيير الصحي لن يحل مشاكل قطاع الصحة في الجزائر، إلا أن التأسيس لمنظومة قانونية من خلال قانون الصحة والنصوص التنظيمية التي تتبعه من شأنه أن يمهد الطريق إلى تنسيق أحسن وتطبيق أفضل السياسات الصحية، ويساهم في شفافية وتبادل المعلومات الطبية والعلمية ويقلص الهوة والفوارق الاجتماعية.

## خلاصة الفصل:

في المبحث الاول من هذا الفصل تطرقنا الى الاصلاح الاداري كحتمية فرضتها التغيرات الحاصلة في بيئة الاعمال وهوما ادى بالمنظمات الى تغيير اساليبها في التسيير، ومن هنا تم التركيز على نموذج التسيير العمومي الجديد كاحد النماذج الرائدة في موضوع الاصلاح الاداري الى جانب التفصيل في اهم المحاور التي تبنى عليها فكرة الاصلاح الاداري وفقا لمبادئ التسيير العمومي الجديد . بالنسبة للمبحث الثاني فقد خصصناه للاطار النظري لمراقبة التسيير من خلال التطرق الى المفهوم، النشأة، الدور وخصائص مراقبة التسيير بالاضافة الى اهمية ادراج نظام مراقبة التسيير في الوسط الاستشفائي مع مراعاة خصوصية هذا الوسط مع كل ما يتميز به من تعقيدات .

اما فيما يخص المبحث الثالث فقد كان حول مفهوم انظمة المعلومات وعناصرها مع التركيز على نظام المعلومات الاستشفائي والذي يعتبر بالاضافة الى الرقمنة حلقتان اساسيتان في ضمان فعالية مراقبة التسيير في المؤسسات الاستشفائية .

وقد رتبنا المباحث وفق هذا الترتيب حتى نعطي نظرة حول مراقبة التسيير والسلبيات التي قد تنجم عن عدم توفره في المؤسسات العمومية بصفة عامة والمؤسسات الاستشفائية بصفة خاصة

## الفصل الثاني

مساهمة أدوات مراقبة التسيير

في تقييم الأداء

**تمهيد:**

تعتبر عملية تقييم أداء المؤسسات مسألة شائكة ومعقدة، وتزداد حدة التعقيد في المؤسسات ذات المخرجات غير المادية -مثلما هو الحال بالنسبة للمؤسسات الصحية - خصوصاً مع تحول تركيز هذه المؤسسات عند تقديمها للخدمات الصحية من الكم إلى الكيف ومحاولاتها المستمرة لتلبية الطلب المتزايد على الخدمات من جهة ومن جهة أخرى تحسين جودة هذه الخدمات وهذا من خلال استخدام مجموعة من المؤشرات التي تحكم على مدى نجاح المؤسسة في تقديم خدماتها .

في هذا الإطار، تعتبر كل من لوحة القيادة وبطاقة الأداء المتوازن من أهم الأدوات التي يمكن استخدامها في المؤسسات الصحية، حيث حاول العديد من الباحثين والمفكرين الاستفادة من دراسات تقييم الأداء التي أنجزت على المؤسسات الاقتصادية ومحاوله تطبيقها في القطاع الصحي من خلال تكييف هذه الأدوات مع خصوصية الأنشطة الصحية، وهو ما سنحاول تسليط الضوء عليه في هذا الفصل من خلال:

**المبحث الأول: أداء المؤسسات الاستشفائية: المفاهيم والمؤشرات .**

**المبحث الثاني: الأسس النظرية للوحة القيادة في الفكر الإداري الحديث.**

**المبحث الثالث: تكييف بطاقة الأداء المتوازن مع المؤسسات الاستشفائية.**

المبحث الأول: أداء المؤسسات الاستشفائية: المفاهيم والمؤشرات

المطلب الأول: مفهوم عملية تقييم الأداء وأهدافها:

تتمثل قياس وتقييم الأداء في استعمال نظام يتكون من عدد من المعايير، ويهدف إلى التعرف على مواطن القوة ومن ثم تعزيزها ومواطن الضعف ومحاولة التغلب عليها، وبحسب العلماء والباحثين فإن عملية تقييم الأداء تركز على معيارين أساسيين هما: الكفاءة والفاعلية. حيث تمثل الكفاءة في مقدار المدخلات اللازمة لتحقيق مستوى معين من المخرجات، في حين يقصد بالفاعلية، قدرة المنظمة على تأمين الموارد المتاحة مع استخدامها بكفاءة من أجل تحقيق أهداف محددة.

1- مفهوم تقييم الأداء:

تتعدد المفاهيم حول تقييم الأداء، وذلك حسب الغرض من استخدامها، ونجد من بينها:

- دراسة وتحليل أداء المستخدمين وملاحظة سلوكهم وتصرفاتهم أثناء العمل، وذلك للحكم على مستوى كفاءتهم في القيام بأعمالهم، بالإضافة إلى ذلك، تساعد عملية تقييم الأداء في الحكم على إمكانية نمو وتقدم الفرد في المستقبل وتحمل مسؤوليته وإمكانية ترقيته لوظائف أخرى.<sup>1</sup>
- هي عملية إصدار حكم عام على النظام ككل من خلال دراسته مختلف الفاعلين والمعنية دراسته دقيقة يكون الهدف منها اتخاذ قرارات مستقبلية تدعم ما هو إيجابي وتصحح ما هو سلبي.<sup>2</sup>
- "مدى قيام المنظمة بالوظائف المسندة إليها وتحقيقها للأهداف المطلوبة منها"<sup>3</sup>
- إلا أن المفهوم الأكثر شيوعاً، فإن يربط عملية قياس وتقييم الأداء بعاملين أساسيين هما: الكفاءة والفاعلية، حيث تركز هذه العملية على مهمة تحديد، قياس وإدارة أداء المنظمة (المنظمة الصحية بالنسبة لدراستنا)، ويتكون هذه المفهوم من ثلاثة عناصر هما:
- الأداء المؤثر على فعالية الأداء التنظيمي..
- قياس درجة جودة الأداء الفعلي مقارنة بما خطط له.
- مقارنة الأداء الفعلي بالمعايير المعتمدة واتخاذ الإجراءات اللازمة لتحسين الأداء.

<sup>1</sup> -صلاح الدين عبد الباقي، إدارة الموارد البشرية، الدار الجامعية للنشر والتوزيع، الإسكندرية، 2000، ص 303

<sup>2</sup> -ابراهيم درة عبد الباري، زهير نعيم الصباغ، إدارة الموارد البشرية في القرن الحادي والعشرون، الطبعة الثانية، دار وائل للنشر، 2010، ص 259

<sup>3</sup> -زهير ثابت، سلسلة الدليل العلمي لمدير القرن 21، كيف تقييم أداء الشركات والعاملين، دار قباء للنشر، القاهرة، 2001، ص 87

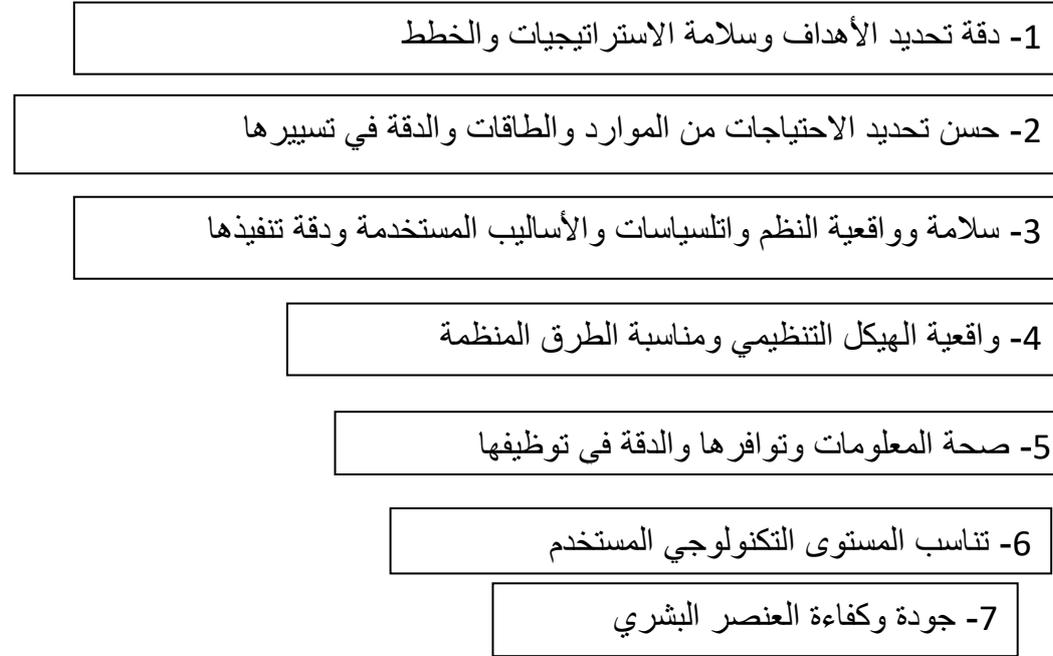
2- الكفاءة:

أ- مفهوم الكفاءة: تعرف الكفاءة في مجال الخدمات الصحية على أنها "درجة قابلية الجهاز الإداري الخدمي والحكومي على إنتاج الخدمات الصحية بالكمية والنوعية المطلوبة وتوزيعها وفقاً لمعايير محددة، وذلك بأقل قدر ممكن من المجهودات البشرية والموارد المادية وفي أقصر فترة زمنية ممكنة"<sup>1</sup>

يبين لنا المفهوم أن كفاءة النظام الصحي مرتبط بعملية الإنتاج والتوزيع وذلك من خلال حسن استخدام الموارد المتاحة من أجل تلبية حاجات الأفراد وفي الوقت المناسب .

كما يمكن تعريف الكفاءة على أنها: "كيفية استخدام المنظمة للموارد المتاحة لتحقيق الأهداف سواء كانت هذه الموارد بشرية أو مادية"<sup>2</sup>، وهو ما يوضحه الشكل التالي:

الشكل رقم 07: مصادر الكفاءة



المصدر: نورالدين بشير قاوريرت، الفاعلية التنظيمية بين النظرية والتطبيق، فهم المبادئ حل للمشكلات التنظيمية، عالم الكتاب الحديث للنشر، الأردن، 2009، ص 88.

ب- مؤشرات قياس الكفاءة: تختلف المؤشرات المستعملة في قياس الكفاءة، ومن بينها:

- المؤشرات المباشرة: تهتم هذه المؤشرات بقياس عمليات المنظمة من خلال مقارنة المخرجات (السلع والخدمات) مع المدخلات (الموارد المستخدمة) خلال مدة زمنية معينة وتشمل:

<sup>1</sup> -نور الدين بشير تاوريت، الفاعلية التنظيمية بين النظرية والتطبيق، فهم المبادئ حل للمشكلات التنظيمية، عالم الكتاب الحديث للنشر، الأردن، 2009، ص 119.

<sup>2</sup> derson -علي هادي جبرين، إدارة العمليات، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، 2006، ص 99.

\*المقاييس الكلية للكفاءة: مثل الربح الصافي مقارنة بمجموع الأصول.

\*المقاييس الجزئية للكفاءة: مثل تقييم جودة الخدمات الصحية (الارتفاع بمستوى جودة الخدمة الصحية مع الاحتفاظ بنفس الموارد).

- المؤشرات غير المباشرة: إن الاعتماد على المؤشرات المباشرة لوحدها قد يؤدي إلى نوع من الخلل والقصور في قياس الكفاءة خصوصا في بعض الأنشطة الخدمية، لذلك فإن المؤشرات الغير مباشرة تعد عنصرا مكملا لقياس كفاءة هذه المنظمات والتي تتمثل في: قياس الرغبة في العمل، درجة رضا الأفراد العاملين، الروح المعنوية، .....

مما سبق يمكن القول أن الكفاءة تعني الاستخدام الأمثل لموارد المنظمة (المدخلات) مع تعظيم المخرجات (السلع والخدمات)، ويتم قياسها عن طريق البنية بين المدخلات والمخرجات، وإن الرفع من كفاءة المنظمة يتطلب:

\*زيادة كمية المخرجات مع ثبات كمية المدخلات.

\*زيادة كمية المخرجات بنسبة أعلى من نسبة زيادة كمية المدخلات.

\*انخفاض كمية المدخلات مع ثبات كمية المخرجات.

\*انخفاض كمية المدخلات بنسبة أعلى من نسبة انخفاض كمية المخرجات.

### 3-الفعالية:

أ- مفهوم الفعالية: يختلف مفهوم الفعالية باختلاف المفكرين والمدارس التي ينتمون إليها، في هذا الصدد يمكن ذكر المفاهيم التالية:

- تعريف (Anderson): قياس مستوى انجاز الأهداف وكيفية تحقيق المدراء لأهدافهم<sup>1</sup>

- تعريف (Alvar): "قدرة المنظمة على البقاء والتكيف والنمو بغض النظر عن الأهداف التي تحققها". بالنسبة لهذا الطرح، فإننا نلاحظ أن المفكر لم يهتم بأهداف المنظمة، وإنما ركز على قدرتها على البقاء والنمو، حيث أنه يرى بان المنظمة تحقق الفعالية المطلوبة حين يكون بإمكانها تحقيق النمو في محيط عملها، وعليه يمكن القول أن الفعالية تتمثل في:

\*قدرة المنظمة على تحقيق أهدافها.

\*قدرة المنظمة على التكيف مع البيئة بالشكل الذي يسمح لها بالبقاء والاستمرارية.

\*قدرة المنظمة على النمو والتطور.

<sup>1</sup> -نور الدين بشير تاويريت، مرجع سابق، ص 196

ب- أساليب قياس الفعالية: - حسب ( Brice ): تتحقق فعالية المنظمة عندما يكون في استطاعتها تحقيق النتائج المرغوب فيها، لذلك قام باقتراح بعض المقاييس أطلق عليها العوامل الوسيطة لإصدار الحكم على مدى فعالية المنظمة والتي من بينها<sup>1</sup>:

\*الإنتاجية: يعبر عنها بنسبة المخرجات إلى المدخلات.

\*اتساق السلوك: يعني قبول العاملين للقواعد السلوكية داخل المنظمة واحترامهم لها.

\*الروح المعنوية: تتمثل في مدى إشباع دوافع العمال.

\*التكيف: قدرة المنظمة على الاستجابة للتغيير الحاصل في محيطها الداخلي والخارجي

\*استقرار المنظمة: ويتحقق هذا الاستقرار بقبول المجتمع لسياستها وغبته في منتجاتها.

-بالنسبة (Henth): فقد وضع أربعة معايير لقياس فعالية المنظمة، وهي:

\*التحصيل: قدرة المنظمة على بلوغ أهدافها المحددة (الربح والكفاءة)

\*التعاون: سعي المنظمة إلى خلق نظام أوجد متكامل بدلا عن الأدوار المتداخلة.

\*النزاع: الأداء الفردي والجماعي الذي يشكل اتجاها سلبيا لأداء المنظمة في المستقبل.

\*إشباع الحاجات: ويتشكل هذا المعيار من جزئين:

✓ اشباع الحاجات النفسية والاجتماعية: تتمثل في احترام النفس، إثبات الذات وطبيعة

العلاقات الإجتماعية .

✓ إشباع الحاجات الأساسية: وتتمثل في الأمن، الصحة والحاجات المادية.

بالإضافة إلى المعايير السابقة، هناك معايير أخرى لقياس فعالية المنظمة منها:

-الرضا: تتمثل في رضا العمال ومن المؤشرات التي تدل على ذلك:

معدل دوران العاملين، انجازاتهم، معدل الغياب، والعلاقات بين العمال والمسؤولين.

-التطور: يقصد به درجة نمو المنظمة وقدرتها على تطوير منتجاتها.

-البقاء: يقصد به قبول المجتمع لمنتجات وسياسة المنظمة.

4-الفرق بين الكفاءة والفاعلية: كما سبق ذكره، فإن الفعالية هي سعي المنظمة إلى تحقيق

أهدافها والعمل على التكيف مع محيطها، بالشكل الذي يسمح لها بالاستمرار والتطور، بينما الكفاءة فهي

ترتبط بمدى قدرة المنظمة على استغلال واستعمال الموارد المتاحة لها استعمالا رشيدا ويعبر عنها

بالعلاقة: مخرجات المنظمة/ مدخلات المنظمة.

<sup>1</sup> -صلاح الدين عبد الباقي، مرجع سابق، ص 214

لذا يمكن القول أن الفعالية ترتبط بالأهداف، بينما ترتبط الكفاءة بالوسائل<sup>1</sup>، إلا أن ما يمكن ملاحظته أن مفهوم الكفاءة غالبا ما يلزم مفهوم الفعالية ولكن ليس بالضرورة استخدامها بطريقة طردية، فالمنظمة قد تكون فعالة ولكنها ليست كفؤة أي أنها تتكمن من تحقيق أهدافها بغض النظر عن التكاليف التي تتحملها، وعدم كفاءة المنظمة يؤثر سلبا على فعاليتها فكلما ارتفعت تكاليف تحقيق هدف ما، قلت احتمالات قدرة المنظمة على البقاء، وعليه يجب أخذ معياري الكفاءة والفعالية في عين الاعتبار عند إعداد مقاييس نجاح أي منظمة، فالفعالية هي إنجاز العمل أما الكفاءة فهي إنجازه بشكل صحيح، وقد تكون المنظمة كفؤة ولكنها غير فعالة مثل قيام المنظمة بإنتاج سلعة غير مطلوبة.

### 5-أهداف عملية تقييم الأداء:

تعتبر عملية تقييم الأداء من أهم الأنشطة الخاصة بتسيير بالمنظمة، وتنقسم إلى:

أ-الأهداف على مستوى النظام (الاستراتيجية): تهدف عملية تقييم الأداء إلى تحقيق التكامل بين الأهداف التنظيمية (المخرجات المستهدفة) والنتائج المحققة مع التركيز على المستهلكات (مدخلات النظام) بالطريقة التي تؤدي إلى تحسين نوعية المنتج خاصة إذا تعلق هذا المنتج بحياة الإنسان وصحته كما هو الحال بالنسبة للمؤسسات الصحية .

ب-الأهداف على مستوى المنظمة (تقييم أداء العمال): يعتبر تحسين وتطوير أداء العمال من الأهداف الأساسية التي تستهدف عملية تقييم الأداء إلى تحقيقها، حيث أنه بواسطة هذه العملية يمكن للمديرين اكتشاف مستوى العمال الذين لا يحققون المعدلات أو المستويات المطلوبة، فتقوم بإخضاعهم إلى برامج تدريبية خاصة لغرض تحسين أدائهم.

ت-الأهداف على المستوى الإداري: تستخدم المنظمة نتائج عملية التقييم في إتخاذ القرارات الإدارية وخاصة ما يتعلق منها بالجانب العملي (التشغيلي) ومحاولة تحسين ظروف العمل بالشكل الذي يؤدي تحسين نوع الخدمة المقدمة.

### المطلب الثاني: مراحل وأهداف عملية تقييم الأداء:

1- مراحل عملية قياس الأداء: يتطلب تنفيذ الخطة الاستراتيجية للمنظمة وجود نظام فعال للرقابة يعمل على مقارنة الأداء الفعلي بالنتائج المرغوبة، واتخاذ الإجراءات اللازمة لتحقيق أهداف المنظمة، مع توفير

<sup>1</sup> -نور الدين بشير تاويريريت، مرجع سابق، ص 200

تغذية عكسية مصدرها المعلومات الضرورية للإدارة العليا لتقييم النتائج واتخاذ القرارات التصحيحية، وهو الأمر الذي لا يتحقق إلا من خلال مراحل متتابعة ومتسلسلة بشكل منطقي والمتمثلة في:<sup>1</sup>

أ- **تحديد النشاط المراد قياسه:** تحتاج الإدارة المركزية وكذلك التنفيذية إلى تحديد الأنشطة والعمليات والنتائج المحققة من التنفيذ الفعلي للاستراتيجيات والسياسات والخطط والبرامج المطلوب متابعتها وقياسها، ويجب أن يتم التركيز على العناصر الأكثر أهمية في كل نشاط يتم إخضاعه للقياس<sup>2</sup>. وتتطلب عملية تنفيذ استراتيجية المؤسسة وأهدافها القيام بالعديد من الأنشطة المتكاملة، وتحديد أهداف الأداء والتركيز على العناصر الأكثر دلالة في كل عملية، ويتم قياسها بشكل ثابت وموضوعي.

ب- **وضع معايير لقياس الأداء:** يتم تحديد المعايير المناسبة للمؤسسة بناء على استراتيجية المؤسسة وأهدافها حيث توضع معايير للأداء لاستخدامها في قياسه، ويقصد بالمعيار المستوى المحدد من قبل الإدارة كنموذج لتقييم الأداء، ويستخدم كنقطة يمكن أن يقارن بها الأداء الفعلي، ويمكن التعبير عن المعايير بالأهداف المخططة مسبقاً والمطلوب تحقيقها خلال مدة زمنية معينة، وتعتبر معايير الأداء عن الأهداف الاستراتيجية ومدى تحقيقها بالشكل المطلوب، ولا بد لهذه المعايير أن تحتوي على حدود بحيث تقبل الانحرافات التي تحصل ضمن هذه الحدود<sup>3</sup>.

- **تصنيفات معايير قياس الأداء:** يتم تصنيف معايير تقييم والرقابة على النحو التالي:<sup>4</sup>

\* **المعايير الكمية:** تستخدم الأرقام المطلقة للتعبير عنها مثل: حجم الإنتاج، حجم الأرباح....

\* **المعايير النوعية:** تستخدم النسب للتعبير عنها: مثل: نسب الإنتاج المعيب، معدلات شكاوى العملاء، درجة ولاء العملاء....

\* **المعايير الزمنية:** مثل وضع جدول زمني لتنفيذ مشروع، تحديد فترة زمنية لنشاط ما...

\* **معايير التكلفة:** مثل أجور المدراء، تكلفة الخدمات البريدية،....

- **الشروط المطلوبة في معايير قياس الأداء:** من أجل الحكم على الأداء، فإنه لا بد من توفر مجموعة

من الشروط في المعايير الجيدة والتي تتمثل في:<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - عبد اللطيف عبد اللطيف وحنان تركمان، بطاقة الأداء المتوازنة كأداة لقياس الأداء، مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية، سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية كلية الاقتصاد، جامعة تشرين، دمشق، سوريا، 2005، ص 418.

<sup>2</sup> - هاني العمري، منهجية تطبيق الأداء المتوازن في المؤسسات السعودية، معهد الإدارة العامة المؤتمر الدولي للتنمية الإدارية، الرياض، السعودية من 1-4 نوفمبر، 2009، ص 23.

<sup>3</sup> - عبد اللطيف عبد اللطيف، وحنان تركمان، مرجع سابق، ص 135

<sup>4</sup> - هاني العمري، مرجع سابق، ص 24

- \***الواقعية:** لا يجب أن تكون هذه المعايير سهلة التحقيق بالشكل الذي يلزم الأفراد على بذل المزيد من الجهود، وأن لا تكون مبالغاً فيها حيث يتعذر الوصول إليها وهو ما ينعكس على معنويات العمال.
- \***الارتباط بالنشاط:** فالمعيار الذي لا يكون مرتبطاً بالنشاط يعتبر معيار عديم القيمة.
- \***الدقة:** يجب مراعاة الدقة في تحديد المعيار حتى لا يكون عرضة للتأويل أو التفسير من قبل الأشخاص الذين يتم تقييمهم أو القائمين على عملية قياس الأداء.
- \***المرونة:** مراعاة تغير الظروف في عملية وضع المعايير حتى لا تكون الإدارة ملزمة بها.
- \***الموثوقية:** يتعلق الثبات بالمقياس وليس بالأداء، لأن أداء العامل يتغير ويخضع للتقلبات.
- \***أن يكون عملياً:** يجب مراعاة سهولة المعيار والوقت المستغرق في عملية القياس.
- \***أن يكون اقتصادياً:** حيث أنه يفضل ألا يكون ذو تكلفة عالية.

**ت- قياس الأداء الفعلي:** جوهر هذه المرحلة هو عملية جمع المعلومات التي تمثل الأداء الفعلي للنشاط أو للأفراد، وقياس الأداء الفعلي لا بد أن يشمل الجانب الكمي والنوعي، حيث أن مقياس الأداء يتكون من رقم ووحدة قياس، فالرقم يوضح الجانب الكمي، في حين تعطي وحدة القياس الرقم معنى معين، ويمكن تمثيل مقاييس الأداء بوحدات كالساعات، الأمتار، عدد العمال المؤهلين، ... حيث يمكن لهذه المقاييس أن تبين الانحراف في العملية أو الانحراف في المواصفات التصميمية<sup>2</sup>.

**ث- مقارنة الأداء الفعلي بالمعايير الموضوعية:** تجري هذه المرحلة عملية مقارنة الأداء الفعلي مع الأداء المرغوب لتحديد ما إذا كانت هناك تطابق بينهما أن اختلاف، وهل هذا الاختلاف مقبول أو ليس مقبولاً، ثم خلال المقارنة بين الأداء الفعلي والأداء المرغوب يمكن تحديد الفجوة بينهما والعمل على علاجها بمعرفة التغيرات الداخلية والخارجية للمنظمة، ومن خلال المقارنة يتم اكتشاف الاختلاف بين الأداء الفعلي والمخطط له وهل هذا الاختلاف ذو أهمية ويجب تصحيحه وإمكانية قبوله. وتبنى المقارنة على التغذية العكسية أي على نتائج الأداء الفعلي<sup>3</sup>.

**ج- اتخاذ الإجراءات التصحيحية:** تعتبر الخطوة الأخيرة في عملية قياس الأداء، وتأخذ أحد الخيارين:  
-تطابق الأداء الفعلي مع الأداء المستهدف في هذه الحالة تتواصل عملية الرقابة.

<sup>1</sup> -حسن الغالبي ومحمد إدريس، الإدارة الاستراتيجية منظور منهجي متكامل، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2009، ص ص 487-488.

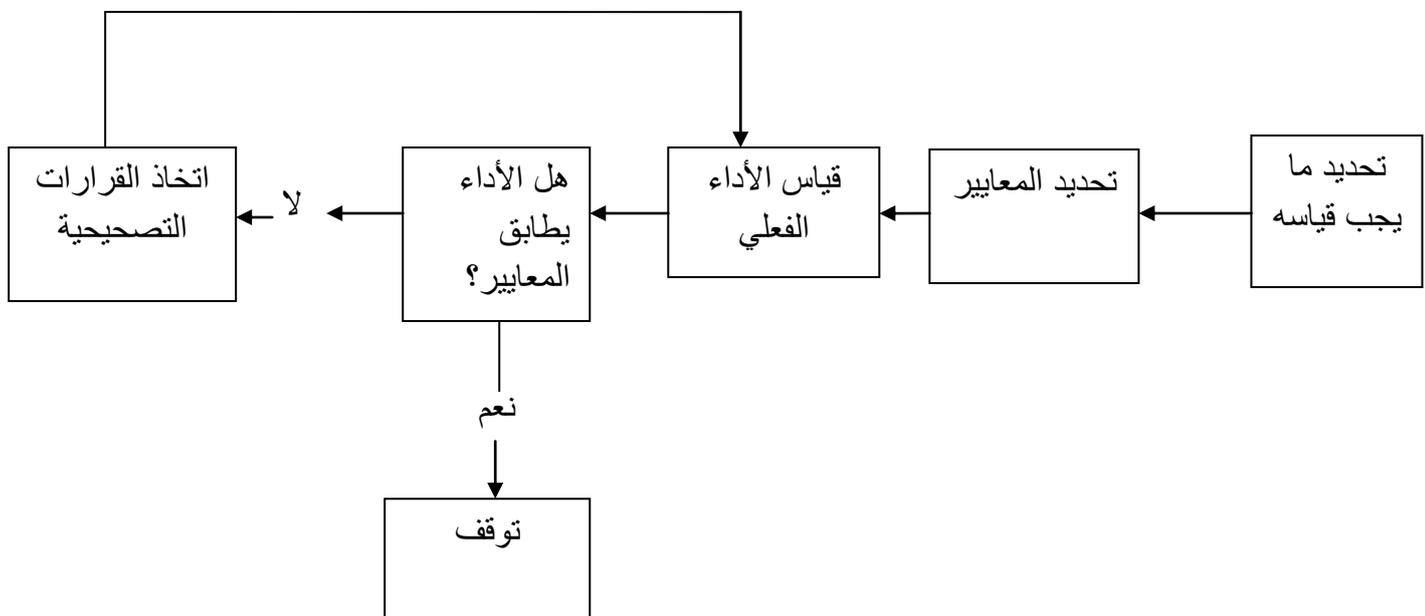
<sup>2</sup> حسن الغالبي ومحمد إدريس، مرجع سابق، ص 487.

<sup>3</sup> -عبد اللطيف عبد اللطيف وحنان تركمان، مرجع سابق، ص 137.

-وجود انحراف عن الأداء المخطط له، في هذه الحالة لابد من اتخاذ إجراءات تصحيحية ويكون ذلك بالبحث عن الأسباب المؤدية إلى الانحراف من خلال تشخيصه من جوانبه المختلفة ومنثم تصحيحه بعد الكشف عن أسبابه الحقيقية، وكذلك لكي تقوم المؤسسة بتحديد أهداف واقعية مستقبلا من خلال تعديل الأهداف والأساليب.<sup>1</sup>

على العموم، يمكن القول أن تقييم الأداء هو عملية صعبة ومعقدة تتطلب من القائمين على تنفيذها تخطيطا سليما مبنيا على اسس منطقية سليمة ذات خطوات متسلسلة، بغية تحقيق الأهداف التي تنشدها المؤسسة، هذه المراحل موضحة في الشكل التالي:

الشكل رقم 08: مراحل تقييم الأداء



المصدر: عبد اللطيف، تركمان، 2005، ص 134.

2-أهداف تقييم الأداء: يتمثل الهدف الرئيسي لعملية قياس الأداء في التأكد من أن الأداء الفعلي للمنظمة يتم وفقا للخطة الموضوعية والمرسومة، إلا أنه هناك أهداف أخرى لتقييم الأداء تتمثل في:

- المساعدة على معرفة نسبة تحقيق استغلال الموارد المتاحة للمنظمة مقارنة بالأهداف المطلوبة أو بعبارة أخرى هل الموارد الموضوعية تحت تصرف المسؤولين قادرة على تحقيق الأهداف المسطرة.
- تحديد الوضع الداخلي للمنظمة من حيث نقاط القوة والضعف، وكذا معرفة الفرص والتهديدات التي تحيط بالمنظمة في بيئتها الخارجية.

<sup>1</sup> -عبد اللطيف عبد اللطيف وحنان تركمان، مرجع سابق، ص 137

- وضع الخطط المستقبلية للمنظمة.
- تساهم في ترشيد قرارات الإدارة فيما يتعلق بالسير العام للمنظمة.
- بالإضافة إلى ذلك فإنه توجد أهداف أخرى لعملية تقييم الأداء هي: <sup>1</sup>
  - \* ترشيد التكلفة
  - \* تخفيض معدل الأخطاء والمخاطر عند وضع الخطط.
  - \* تحديد مراحل التنفيذ ومتابعة التقدم في الخطط والاستراتيجيات.
  - \* تحقيق التعاون والانسجام بين وحدات وأقسام المنظمة.
  - \* توجيه الجهود نحو تنفيذ الخطط المسطرة.
- من ناحية أخرى، فإنه بالإمكان التطرق لأهداف عملية تقييم الأداء وفق ثلاث مستويات هي:
  - أ- أهداف تقييم الأداء على مستوى المنظمة: <sup>2</sup>
    - خلق مناخ من الثقة والتعامل الأخلاقي مما يبعد تقديم الشكاوي من طرف عمال المنظمة.
    - رفع مستوى أداء العمال واستثمار قدراتهم وإمكانياتهم بما يساعدهم على التقدم والتطور.
    - تقييم برامج وسياسات إدارة الموارد البشرية على اعتبار نتائج عملية تقسيم الأداء يمكن استخدامها كمؤشر للحكم على نجاعة هذه السياسات.
    - المساعدة في وضع معدلات ونسب أداء معيارية دقيقة.
  - ب- أهداف تقسيم الأداء على مستوى المدراء: <sup>3</sup>
    - معرفة كيفية أداء كل فرد من المنظمة بشكل علمي، دقيق وموضوعي،
    - الرفع من مستوى العلاقات مع العمال من خلال تهيئته الفرصة لمناقشة مشاكل العمل التي تواجههم، الأمر الذي يؤدي إلى زيادة التواصل بين المدير والعمال.
    - تنمية قدرات المدير في مجال الإشراف والتوجيه واتخاذ القرارات المناسبة.
  - ت- أهداف تقييم الأداء على مستوى المرؤوسين:
    - جذب الموارد البشرية الكفؤة إلى المنظمة.
    - تخفيف العمال لتحقيق أفضل أداء ممكن عندما تنجز العملية بشكل دقيق وموضوعي.

<sup>1</sup> -قاسم نايف المحياوي، مرجع سابق، ص 359.

<sup>2</sup> -ثابت عبد الرحمان ادريس وجمال الدين محمد المرسي، الإدارة الاستراتيجية، مفاهيم ونماذج تطبيقية، الدار الجامعية، الاستكندرية، مصر، 2006، ص 430.

<sup>3</sup> - خالد عبد الرحيم الهنيي، إدارة الموارد البشرية مدخل استراتيجي، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، 2003، ص 200

-الاهتمام بالموارد البشرية ذات المهارات والتي تسعى المنظمة إلى الاحتفاظ بها.  
-تعريف العمال على نواحي القصور في أدائهم بالشكل الذي يمكنهم من تجنبها في المستقبل وكذلك السلوكيات الغير مقبولة والتي تقلل من كفاءاتهم من وجهة نظر الإدارة والعمل على تجاوزها<sup>1</sup>.  
المطلب الثالث: مؤشرات قياس أداء المؤسسات الاستشفائية:

تحتاج المؤسسات الاستشفائية إلى مؤشرات خاصة لقياس ومعرفة مستوى الأداء الذي حققتة، وهذا لغرض معرفة التقدم الحاصل في أعمالهم مع وجوب الدقة والوضوح في هذه المؤشرات.

#### 1- مؤشرات الاستشفاء:

أ-متوسط المدة الزمنية للاستشفاء<sup>2</sup>: يتم بموجب هذا المؤشر تقييم الفترة التي قضاها المريض قصد الاستشفاء، ويسمح هذا المؤشر بإعطاء حكم تقديري على نوعية الخدمة المقدمة، حيث أنه كلما كانت مدة الاستشفاء قليلة، كلما كان التكفل بالمريض من حيث العلاج ناجحاً، كما يسمح هذا المؤشر كذلك بإجراء عملية المقارنة بين المصالح الاستشفائية داخل المؤسسة، ويتم حسابه وفق المعادلة التالية:

#### عدد أيام الاستشفاء خلال السنة

$$\text{عدد المرضى الباقين حتى } N/12/31 + \text{ عدد المرضى المقبولين خلال السنة}$$

ب- معدل شغل الأسرة<sup>3</sup>: يقوم هذا المؤشر بمتابعة شغل الأسرة الخاصة بمصلحة استشفائية، ففي حالة ما كان معدل شغل الأسرة يساوي 100%، فإنه لا يعني بالضرورة أن أداء المصلحة فعال، بل قد يكون مؤشر على أن المرضى لم يتم التكفل بهم جيداً في مؤسسات الصحة الجوارية، وأن مصلحة الوقاية لم تقم بواجبها، وعليه نستنتج أن ارتفاع معدل شغل الأسرة يعتبر مؤشر على وجود خلل في التسيير وأنه يجب البحث عن حلول لهذا الارتفاع، ويحسب حسب المعادلة:

<sup>1</sup> -صلاح عبد الباقي، إدارة الموارد البشرية، الدار الجامعية، الإسكندرية، مصر، 1999، ص 285  
<sup>2</sup> -Lombrail. Pierre et autres, **Les élément de la performance hospitalieres**, revue études et résultats du ministère de l'emploi et de la solidarité en France, N42, decembre 1999, p5.  
<sup>3</sup> -**La Gestion des Lits dans les Hopitaux et Cliniques**, rapport établi par la mission nationale d'expertise et d'audit hospitiqliere , paris, 2008, p38.

ت-معدل الدوران<sup>1</sup>: يسمح هذا المؤشر بمعرفة عدد المرضى الذين تم استشفائهم على نفس السرير خلال سنة واحدة، فهو يسمح بتقسيم الدوران على السرير بمصلحة استشفائية وفي نفس الوقت إجراء مقارنة بين مختلف المصالح الاستشفائية، بالإضافة إلى ذلك يقوم هذا المؤشر بتقييم التكلفة السنوية للسري مقارنة بميزانية التسيير، فكلما كان معدل الدوران مرتفعا كلما انخفضت التكلفة، ويحسب هذا المؤشر وفق المعادلة التالية:

ث- متوسط المرتفقين: يقصد به متوسط المرضى الذين دخلوا إلى المؤسسة الاستشفائية خلال سنة معينة. ويسمح هذا المؤشر بمراقبة المرضى الذين قصدوا مختلف المصالح الاستشفائية ويحسب كما يلي:

ج-نسبة الوفيات: وهو مؤشر يقصد به نسبة الوفيات بين المرضى الذين دخلوا إلى المؤسسة الاستشفائية وتحسب كالاتي:

ح-معدل الأشغال اليومي: ويقصد به معدل تنقل الأسرة خلال يوم واحد ويحسب كالاتي:

خ-معدل شغور الأسرة: يبين هذا المؤشر نسبة شغور الأسرة بسبب عدم القدرة على الاستغلال الكامل لطاقة المؤسسة الاستشفائية ويحسب كالاتي:

2-مؤشرات الوقاية: تختلف مؤشرات تقييم الأنشطة الوقائية من بلد إلى آخر، إلا أن الشائع هو المؤشرات الآتية:

<sup>1</sup> - La Gestion des Lits dans les Hopiteux et Cliniques , op cit, p38

أ-نسبة الوفيات: من بين الأهداف الرئيسية لأي منظومة صحية، هو تمديد معدل العمر وخفض نسبة الوفيات، حيث أنه في حالة انخفاض هذا المؤشر فهو دليل على حسن التكفل بالمرضى، بينما في حالة ارتفاعه فإنه يدل على عدم توفر الشروط الكافية للتكفل الجيد بالمرضى، وتحسب نسبة الوفيات حسب المعادلة التالية:

ب-معدل وفيات الأطفال: وهو مؤشر مرتبط بالدرجة الأولى بالسياسات الوطنية للتلقيح، وكذا برامج حماية الأمومة والطفولة وتحسب وفق المعادلات التالية:

ت-معدل العمر المتوسط للفرد: يقصد بهذا المؤشر مقدار أمل الحياة للإنسان في ظل النظام الصحي للبلد ويحسب:

ث-معدل الإصابة بالمرض: يعني متوسط حالات الإصابة بمرض ما لدى مجموعة سكانية خلال السنة (يمكن حساب هذا المعدل خلال فترة أقل من سنة) ويحسب كما يلي:

ج-تطور الأمراض الوبائية: يهدف هذا المؤشر إلى معرفة مدى نجاعة الأنشطة الوقائية في الحد أو التقليل من انتشار الأمراض الوبائية، والتي من بينها:

معدل الإصابة بالأمراض المراقبة بواسطة التلقيحات كالسعال.

معدل الإصابة بالأمراض المتنقلة عن طريق المياه....

3- المؤشرات التفصيلية حسب المصالح: <sup>1</sup>

- تهدف هذه المؤشرات إلى تقييم فعالية أداء التسيير للمؤسسة الصحية (المصالح والأقسام) وتتعدد حسب طبيعة المصلحة أو القسم من جهة وحسب التصور الاستراتيجي لمسير المؤسسة الصحية. وما يميز هذه المؤشرات هي كون أغلبها ذات طابع كفي ويمكن ذكر منها:
- ✓ عدد المرضى المحولين إلى مؤسسات صحية أخرى لنقص الأسرة.
  - ✓ عدد المرضى المحولين بسبب تأخرهم في الاستشفاء لدى المؤسسة الصحية الأقرب.
  - ✓ عدد المرضى العائدين إلى مصالحهم في أقل من 24 ساعة
  - ✓ الأخطاء الصحية في التكفل بالمرضى.
  - ✓ الأضرار الناجمة عن عمليات التخدير.
  - ✓ عدد العمليات الجراحية.
  - ✓ نسبة الولادات القيصرية.
  - ✓ درجة رضا المرتفقين (سواء كان مريض بغرض العلاج أو مواطن بغرض الاستقادة من برامج الوقاية)

<sup>1</sup> -محمد صلاح الدين شعلان، **quality indicators of medical management services in measurement of hospital performance**، بحوث المؤتمر العربي الثاني، الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات العربية، ص152.

المبحث الثاني: الأس النظرية للوحة القيادة في الفكر الإداري المعاصر:

تعتبر لوحة القيادة مجموعة من المؤشرات يتم اختيارها من طرف المسؤولين ومتخذي القرار بالمؤسسات المختلفة كمعايير تساعد على معرفة مدى تحقيقهم للأهداف الموضوعية، والسماح لهم بالتعرف على خصائص ونتائج قراراتهم في فترات سابقة، وتشخيص الوضعية الحقيقية للمؤسسة في وقت محدد، مع قياس الانحرافات، المتواجدة مع الوضعية التنبؤية، وكذا التعرف على ما إذا كانت العمليات خلال فترة ما، قد نفذت جيدا بالمقارنة مع الأهداف المسطرة وتقييم أداء المؤسسات أو قسم منها، فهي أداة تساعد في اتخاذ القرار.

المطلب الأول: نشأة لوحة القيادة ومفهومها:

1- نشأة لوحة القيادة: تعود فكرة لوحة القيادة إلى القرن السابع عشر في ظل حكم لويس الرابع عشر، حيث قام وزير الملك ورجل ثقة "Colbert Baptist Jean" والذي كان في نفس الوقت مراقب المالية بإعداد قائمة مجمعة ليرادات ونفقات الدولة على شكل مذكرة كان يضعها الملك في جيبه، فكانت هذه الوثيقة أداة يستخدمها الملك في الرقابة على نفقات الدولة.<sup>1</sup>

أما فكرة وعبارة لوحة القيادة فقد ظهرت في ثلاثينات القرن الماضي، على شكل متابعة النسب والبيانات الضرورية التي تسمح لمتخذي القرار من متابعة أداء المؤسسات نحو الأهداف المسطرة، وذلك عن طريق المقارنة بين النسب المحصل عليها والنسب المعيارية، ليتطور هذا المصطلح بالولايات المتحدة الأمريكية عام 1984 ويطلق عليه اسم جدول المراقبة، جدول الإدارة أو لوحة القيادة.<sup>2</sup>

وانتقلت لوحة القيادة إلى فرنسا في ثمانينات القرن العشرين، نتيجة لرغبة المسؤولين في خلق أداة تساعد على عمليات التقييم واتخاذ القرار، ومختلفة عن المعمول بها الأمر الذي جعلهم يلجؤون إلى البحث عن أنظمة جديدة تحكم أعمالهم اليومية، عمل عمل تطور التكنولوجيا الرقمنة على زيادة فرص استعمال لوحة القيادة.<sup>3</sup>

وفي نهاية الثمانينات، تم إدراج لوحة القيادة في العديد من المؤسسات سواء من الجانب النظري والتطبيقي، فيما يخص الجانب النظري تم التنسيق بين لوحة القيادة وربطها بالاستراتيجيات، أما فيما

<sup>1</sup>- Aim.R,100 questions pour comprendre et agir, indicateurs et tableaux de bord , éd AFNOR ,Paris ,France,2011, p4

<sup>2</sup> -العشبي أحلام، لوحة القيادة المالية واثرا على تسيير المؤسسة، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية، التجارية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر، 03، الجزائر، 2016، ص 14.

<sup>3</sup> -كمال بن معزوز، لوحة القيادة: دورها في إدارة المنظمات وطريقة انشائها، مجلة الحقوق والعلوم الإنسانية، دراسات اقتصادية 3 (1)، 2007، ص53.

يخص المستوى التنفيذي فقد فتحت التكنولوجيا الحديثة للمعلومات والبرمجيات المتكاملة المجال أمام أنظمة مرنة داخل نظام المعلومات من بينها "نظام تخطيط موارد المؤسسات" تخطيط موارد المؤسسات ( **Enterprise Ressources Planing** ) الذي يسمح بفهم لوحة القيادة وإعدادها، حيث يتم من خلاله استخدام المعلومة بمصداقية وبشكل أسرع<sup>1</sup>.

في بداية تسعينات القرن الماضي، ظهر مصطلح لوحة القيادة نتيجة أعمال كل من "كابلان ونورتون" **"D.Norton et R.Kaplan"** وتطور هذا المفهوم نتيجة البحوث المكثفة خاصة في الدول الأنجلوساكسونية، والبلدان الإسكندنافية مثل أعمال Scandia في السويد، وهذا المفهوم الجديد يعتمد على رؤية متعددة الأبعاد في قياس الأداء<sup>2</sup>.

في سنة 2000، تم اقتراح نموذج جديد للوحة القيادة من طرف **"Alain Fernandez"** وتمثل هذا الاقتراح في نموذج **"GIMSI"** والذي يتضمن أربعة مراحل أساسية لتصميم لوحة القيادة والتي ركزت على مفهوم توزيع الأهداف على مستويات المؤسسات أما عن مفهوم لوحة القيادة، فمصدره لوحة قيادة السيارة، حيث أن اللوحة تقدم للسائق المعلومات الضرورية لاتخاذ القرارات المناسبة من معرفة (سرعة السيارة، مستوى الوقود....) أي أن السائق يقود سيارته من خلال لوحة القيادة، ، ونفس الامر بالنسبة للمسيرالذي يلزمه لوحة قيادة خاصة بقيادة المؤسسة المتمثلة في مجموعة من المؤشرات التي تزوده بالمعلومات المفيدة والفورية من أجل تحقيق الأهداف المخطط لها مسبقا.

## 2- مفهوم لوحة القيادة: -تعرف لوحة القيادة على أنها:

- أداة تجميع منظم للمعلومات التي تسمح للمدير وبشكل سريع من معرفة ما إذا كان سير أنشطة المؤسسة وأجهزتها الرئيسية هو نفسه الذي تم تقديره والتخطيط له، ووضع الانحرافات المحتملة له وتوضيحها<sup>3</sup>.

-أما **"Leroy"** فقد عرفها على أنها وثيقة معلومات ملخصة تخص أوضاع المنظمة لمراقبة ومتابعة الأداء وتسمح للمدير بالحصول على المعلومات وتوقع الأحداث للقيام بالقرارات الصحيحة<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> -بن لخضر محمد العربي، دور لوحة القيادة في تحسين القرارات التوجيهية في المؤسسة الاقتصادية الجزائرية، رسالة دكتوراه، جامعة أبي بكر بلقايد، تلمسان الجزائر، 2015، ص 13.

<sup>2</sup> - Denis.C et François.M ,**Dix ans de débats autour du Balanced Scorecard Comptabilité-Contrôle - Audit**,2005 ,p62.

<sup>3</sup> - Cuyaubère.T et Muller.J,**Contrôle de gestion: La gestion Prévisionnelle et Budgétaire**,Paris ,1990,p202.

<sup>4</sup> -Leroy.M ,**Le Tableau de Bord au Service de L'entreprise**,éd Organisation ,Paris ,France ,2001,p42.

- حين عرفها "Alazard et Sépari" على أنها مجموعة من المؤشرات المرتبة في نظام متابعة من طرف فريق أو مسؤول للمساعدة على اتخاذ القرارات، التنسيق، ومراقبة أنشطة الأقسام المختلفة، وهي أداة اتصال واتخاذ القرارات التي تسمح لمراقبي تقييم الأداء بجذب اهتمام متخذي القرار حول النقاط الرئيسية لإدارة وتحسين أدائهم<sup>1</sup>.

- وقد عرفها " Selmer " على أنها أداة مستقرة مهيكلت للاتصال في المؤسسات تحتوي على مجموعة من المعلومات المالية وغير المالية عن الأداء ومدى تحقيق الأهداف وهي وسيلة قيادة<sup>2</sup>.  
- وعرفت بأنها مجموعة من المؤشرات التي تسمح بالحصول على نظرة شاملة عن المؤسسة كلها، والتي تسمح باتخاذ الإجراءات التوجيهية في تقييم الأداء وهذا لبلوغ الأهداف المسطرة في استراتيجية المؤسسة.  
- عبارة عن نظام للمعلومات يسمح بمعرفة دائمة وسريعة للبيانات الضرورية وأداة للمسؤولين لمراقبة أداء المؤسسات على المدى القصير<sup>3</sup>.

- بالنسبة ل "Fernandez" فهي أداة لقياس الأداء وتسجيل للقيادة الجيدة لأنشطة المؤسسة من أجل تطويرها وتعمل على خفض معدلات عدم التأكد في تحمل الخطر والتكيف مع المتغيرات<sup>4</sup>.  
ويعتبر " Yves Jean Saulou " أن لوحة القيادة هي عرض لأهم المعلومات التي يحتاجها متخذي القرار والقيادة، والتي تسمح بإظهار الانحرافات الناتجة عن سوء الأداء، كما تعتبر أداة تنبؤ تسمح بتقدير التطورات المتوقعة لتخفيض نسبة الخطر، وعليه فهي عبارة عن تمثيل مبسط وملخص لأهم المؤشرات والمعلومات التي يحتاجها متخذي القرار والقادة من أجل التحكم الجيد في سير العمليات اليومية<sup>5</sup>.

### 3- اسباب نشأة لوحة القيادة: ترجع نشأة لوحة القيادة للأسباب الآتية: <sup>6</sup>

أ- اعتبار أن المؤسسة نظام يتكون من مجموعة عناصر متفاعلة ومترابطة، والغاية من وجودها اتخاذ القرارات التي تخلق التوازن بين مختلف المدخلات، وتحقيق الأهداف المسطرة، لذلك يجب توفر مجموعة مؤشرات فعالة تضمن لها القيادة السليمة والحركة السريعة والإستجابة لمختلف المؤثرات.

<sup>1</sup> - Leroy.M ,op cit,p 43.

<sup>2</sup> - Alazard.C et Sépari.S, **Contrôle De Gestion**,v05,éd Duond,Paris, France,2001, p591

<sup>3</sup> - Cuyaubère.T et Muller.op cit ,p 203.

<sup>4</sup> - A.Fernandez, **les nouveaux tableaux de bob pour piloter l'entreprise**,les éditions d'organisation,Paris, France, 1999, p 18.

<sup>5</sup> -J.Saulou, **le tableau de bord du décideur**, les édition d'organisation paris, 1982, p 40.

<sup>6</sup> - عيد الوهاب سويسي، الفعالية التنظيمية تحديد المحتوى والقياس باستعمال أسلوب لوحة القيادة، رسالة دكتوراه، كلية العلوم الاقتصادية، التجارية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر، 2004، ص 61

ب- اعتبار أن عملية اتخاذ القرار تتمثل في تشخيص العوائق التي قد تواجه تحقيق الأهداف المرجوة واتخاذ الإجراءات الضرورية لضبط مسار عملية تحقيق الأهداف، فشكل بذلك لوحة القيادة نظام للمعلومات يسمح بضبط الحركة وتحديد المدة الكافية للقيام بالتصحيحات اللازمة.

ت- تمثل لوحة القيادة صورة مختصرة للهيكل التنظيمي للمؤسسة، بحيث تتواجد في كل المستويات التنظيمية، وتضم كل المعلومات الضرورية لمختلف العمليات وعلى جميع المستويات، ومنه تقديم النتائج من قبل كل مسؤول إلى مستوى الأعلى في شكل مؤشرات هامة تسمح له بالقيادة والتي من خلالها يتم التعرف على مدى تقدم أشغال مخطط الأعمال المسطرة على مستوى المؤسسة.

ث- تتواجد المؤسسة في قلب عملية تحول جذرية، حيث أن المنافسة الحقيقية تحولت من المجال الصناعي إلى مجال المعلومة، حيث أدت المنافسة الشديدة للحصول على المعلومة بالمؤسسات إلى الاعتماد على كفاءات من نوع آخر تتمثل في قدرة المؤسسة على تعبئة واستغلال الأصول غير الملموسة والتي أصبحت أكثر أهمية من الاستثمار وتسيير الأصول المادية. ض

ج- ضرورة تكييف هياكل المؤسسة وتحديث عملية ممارسة السلطة واتخاذ القرارات ومراقبة المعلومات ومعطيات التسيير مع استغلال مختلف الكفاءات والممارسات الموجودة لبناء واستعمال أساليب تسمح بالاستفادة من المعلومة في خدمة الأهداف المسطرة والمتمثلة في لوحة القيادة.

#### 4- مميزات لوحة القيادة: تتمثل أهم مميزات لوحة القيادة في:<sup>1</sup>

أ- يتم إعدادها وتمثيلها في وقت قصير بشكل مناسب وهادف من أجل جلب انتباه متخذي القرار، ويتم من خلالها التركيز على أهم النقاط التي تسمح بتقييم أداء كل مسؤول بالمؤسسة، وذلك مع مراعاة طبيعة وحجم نشاط كل مسؤول.

ب- تكون واضحة وسهلة التفسير، حيث تسمح لجميع الأعضاء بالتحاور وبلغة مشتركة حول نتائج أدائهم، ثم التفاهم على القرارات التصحيحية اللازمة وفي الوقت المناسب.

ت- يتم إعدادها بشكل دوري بحسب احتياجات المسؤولين، لمواكبة التغييرات داخليا وخارجيا.

من خلال ما سبق، يمكن القول أن لوحة القيادة عبارة عن أداة لتقييم الأداء، هدفها تزويد المسؤولين بالوضع الحقيقية للمؤسسة في وقت معين، بالإضافة إلى قياس الانحرافات مقارنة مع الوضعية التنبؤية وهذا عن طريق مجموعة من المؤشرات الهامة والملائمة، كما تقوم لوحة القيادة بجمع المعلومات الدقيقة والمفصلة عن كل الأنشطة في المؤسسة بطريقة ديناميكية في الوقت المناسب من أجل اتخاذ الإجراءات

<sup>1</sup> -العشبي أحلام، مرجع سابق، ص 15

التصحيحية الملائمة للمحيط الداخلي والخارجي للمؤسسة، فهي عبارة عن عرض شامل لأهم المعلومات التي يستعملها متخذي القرار للاستغلال الأمثل للوسائل المادية والبشرية الموضوعة تحت تصرفهم، كما أنها تعتبر أداة من أدوات مراقبة الأداء التي تسمح بمتابعة المؤشرات المالية وغير مالية وتدقيق المعلومات لاتخاذ القرارات المناسبة، وتشخيص الوضعية الحقيقية للمؤسسة في وقت قصير، مع معالجة الانحرافات المتواجدة، وتتكون من مجموعة أدوات تمثل بشكل مبسط وملخص لأهم المعلومات التي يحتاجها المسؤولون من أجل التحكم الجيد في الأنشطة داخل المنظمة وهذا لتحقيق الأهداف المسطرة.

5-أنواع لوحة القيادة: تحولت لوحة القيادة من وسيلة قياس إلى وسيلة مساعدة على اتخاذ القرارات الخاصة بمختلف مصالح المؤسسة، وتنقسم إلى:<sup>1</sup>

أ- لوحة القيادة الكلاسيكية: تعرف على أنها خلاصة رقمية لأنشطة المؤسسة، حيث تبين مدى مساهمة كل نشاط في النتائج العامة للمؤسسة، كما أنها تعتبر أداة تستعملها الإدارة العليا لمراقبة العمليات، واكتشاف الانحرافات مع دراسة أسبابها، والقيام بالإجراءات التي من شأنها إعادة المؤسسة إلى مسارها، وتهدف إلى:

-قياس فعالية القرارات من خلال المقارنة بين النتائج والتوقعات، واكتشاف الانحرافات وقياس التطور.  
-تقديم المعلومات الضرورية الخاصة بمستقبل المؤسسة مثل: الاستثمارات، أساليب التمويل.

-تحتوي على مؤشرات خاصة بالهيكل المالي والتي تمكن من مراقبة التوازن المالي الشامل.<sup>2</sup>

ب- لوحة القيادة الاستراتيجية: هي عبارة عن نظام هادف من المؤشرات التي تهدف إلى متابعة استراتيجية المؤسسة، هذه المؤشرات يتم إعدادها بطريقة تسمح لمتخذي القرار بأخذ نظرة عن حالة الأنظمة التي يتم قيادتها وتحديد التوجيهات التي ستؤثر عليها، ويستخدم هذا النوع لرصد وتنفيذ الأهداف الاستراتيجية وعادة تستخدم طريقة بطاقة الأداء المتوازن، ومنهجية إدارة الجودة، وأسلوب "six sigma" وتتميز هذه اللوحة بأنها تهتم أكثر بالمؤشرات التي تسمح بدمج مفاهيم الجودة والقيمة.

3- لوحة القيادة المستقبلية (المتوازنة): تختلف عن لوحة القيادة الاستراتيجية في كونها تأخذ بعين الاعتبار التكيف مع مكونات المؤسسة، حيث أنها تجمع المؤشرات في أربع محاور: المحور المالي، محور العملاء، محور العمليات، محور التدريب.

<sup>1</sup> -مریم طویجینی، دور لوحة القيادة في اتخاذ القرارات المالية في المؤسسات الاقتصادية، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية، التجارية وعلوم التسيير، جامعة العربي بن مهيدي، أم البواقي، الجزائر، 2019، ص 36.

<sup>2</sup> -لمین علوطی ونزیرة وراتي، لوحة القيادة كأداة لمراقبة التسيير في المؤسسات الاقتصادية العمومية، مجلة جامعة الأغواط، العدد 28، 2017، ص 84.

المطلب الثاني: خصائص لوحة القيادة

تتمثل خصائص لوحة القيادة في: <sup>1</sup>

1- **تناسق المعلومات:** يتم استخراج المعلومات من الوثائق المستعملة في العمليات اليومية للمؤسسة وفي مختلف المستويات من جهات متعارف عليها، وبلغة واضحة مع الاهتمام بعملية انتقائها.

2- **المؤشرات المناسبة:** تتم عملية اختيار المؤشرات بما يعبر عن طبيعة نشاط المؤسسة، وبما يقيس مستوى الأداء في كل مراكز المسؤولية، وتكون هذه المؤشرات خاصة بفترة سابقة، أو خاصة بالتنبؤ بمستوى نشاط معين، وتظهر في شكل نسب جدول، أشكال بيانية أو علامات....

3- **هرمية لوحة القيادة:** يتم تخصيص لوحة قيادة لكل مستوى أو مركز مسؤولية وتكون مناسبة لطبيعة وأهداف هذه المركز، لينتج من محصلة هذه المراكز لوحة قيادة شاملة على مستوى الإدارة العليا.<sup>2</sup>

4- **وسيلة تنبؤ** تظهر بعد تحديد الانحرافات في كل مستوى ومعرفة أسباب هذه الانحرافات مع القيام بالإجراءات التصحيحية، حيث أن هذه العملية تسمح بتشخيص وضعية المؤسسة، وهو الأمر الذي يؤدي بالمسؤولين إلى الاعتماد على لوحة القيادة كأداة تنبؤ تساعد على اتخاذ القرارات المستقبلية .

5- **وسيلة لقياس الأداء والمساعدة في اتخاذ القرارات:** تقوم بإظهار النتائج المالية وغير المالية، ومقارنتها مع الأهداف المسطرة، مما يسمح بقياس أداء المسؤولين، كما أنها تعتبر وسيلة هامة تساعد المسؤولين على اتخاذ القرارات، كونها تزودهم بالمعلومات حول المتغيرات الأساسية في عملية اتخاذ القرارات اليومية، وذلك من خلال مقارنة الأهداف المسطرة مسبقا مع الانجازات المحققة واكتشاف الانحرافات مع القيام بالإجراءات التصحيحية المناسبة، بالإضافة إلى ذلك، فإنها تبرز المشاكل التي تعترض المؤسسة وتمنعها من تحقيق أهدافها، وهي العملية التي تتطلب:

أ- اعتمادها من قبل كل المسؤولين داخل المؤسسة: بإمكان كل نظام فرعي العمل بلوحة قيادة خاصة به.

ب- القابلية للقراءة والفهم من قبل كل المسؤولين المتواجدين على مختلف مستويات السلم الهرمي.<sup>3</sup>

6- **أداة تحفيز وتنمية مهارات المسؤولين:** تعتبر مرآة تعكس أداء المسؤولين وتظهر قابليتهم على مواجهة التحديات، فلوحة القيادة تخلق لديهم شعورا بالتقدم نحو تحقيق الأهداف وتحفزهم على ذلك، كما أن عملية

<sup>1</sup> - زهية بركان وحورية كتمر، لوحة القيادة كأداة لمراقبة التسيير داخل المؤسسة الاقتصادية، الملتقى الوطني حول مراقبة التسيير كالية لحكومة المؤسسات، جامعة البلدية، الجزائر، 2017، ص12.

<sup>2</sup> - قرقاد عادل مجد وزغيب مليكة، دور لوحة القيادة كأداة لمراقبة التسيير في تفعيل حوكمة المؤسسة، مجلة ميلاف للبحوث والدراسات، العدد1، 2018، ص ص 417، 418

<sup>3</sup> - بحورة خولة، دور لوحة القيادة في اتخاذ القرارات المالية في المؤسسة الاقتصادية، دراسة حالة المؤسسة الوطنية للكهرباء والغاز بحاسي مسعود، رسالة ماجستير، جامعة قاصدي مرياح، ورقلة، الجزائر 2015، ص 22.

التحسين المستمر والتفكير في إيجاد الحلول، والإطلاع على المشاكل التي تعرقل عمل المسؤولين في مختلف أقسام المؤسسة يساعد على تنمية مهارات وقدراتهم ويمنحهم القدرة على اتخاذ أفضل القرارات والتواصل مع باقي الأعضاء في المؤسسة بغرض تحفيزهم ودفعهم نحو تحقيق الأفضل<sup>1</sup>.

**7-الدورية:** وتتمثل في ديناميكية لوحة القيادة ومدة تحديث المعلومات التي تحتويها، وتكون إما:  
**أ-يومية:** تخص فريق عمل يتابع نشاط اليد العاملة لديه بشكل يومي مثل: ساعات العمل الحقيقية، العطل المرضية، الوقت الضائع...

**ب-أسبوعية:** وتكون في حالة مسؤول عن الانتاج الأسبوعي مثلا.

**ج-شهرية:** وهي الحالة الأكثر شيوعا في المؤسسات لأنها تتميز بإعطاء نظرة عامة عن المؤسسة في وقت قصير، كما أنها تتميز بقلّة تكاليف إعدادها.

**د-سنوية:** وعادة ما تتمثل في مراقبة تنفيذ استراتيجية المؤسسة ومقارنتها مع المنافسين.

**8-التقدير الكمي:** غالبا ما تحمل المعلومات في لوحة القيادة طابعا كميا وذلك لتسهيل القياس والمقارنة من أجل الكشف عن الانحرافات بين الأهداف والنتائج.

**9-السرعة:** تتميز بالسرعة في إيصال المعلومات إلى المسؤول، وهذا لتسهيل عملية تقييم الأداء وكذا سرعة اتخاذ القرارات التصحيحية.

**10-الانتقاء:** يختص كل مركز مسؤولية بمعلومات خاصة به وبمؤشرات يكون الاتفاق عليها مسبقا.

**11- موجهة للنشاط:** تقوم وحة القيادة بعد تقييمها لعمل ما داخل المؤسسة بالتعليق عليه، وعمل مخططات للأنشطة من أجل تقييمها بصورة ديناميكية.

**12-القيادة:** تعتبر أداة تساعد القائد على التفكير الجيد والمنظم والمتقن حيث تقوم بتزويده بنظرة شاملة ومدققة عن النظام من أجل إعطاء توجيهات محددة لتسير الأنشطة.

**13-التنشيط:** يعتبر وضع لوحة القيادة تحت تصرف المسؤول وسيلة لتطوير الفكر الجماعي والمشاركة من خلال الربط بين الاستراتيجية والخطة المتبعة مما يساهم في تنشيط العمل المنظم داخل المؤسسة.

**14-أداة تلخيصية:** تتضمن المعلومات الضرورية فقط والخاصة بكل مسؤول بالشكل الذي يسمح له بالتشخيص السريع لوضعية الأنشطة الواقعة ضمن مسؤوليته.

<sup>1</sup> - زهية بوديار وشوقي جباري، لوحة القيادة كأسلوب فعال لاتخاذ القرار في المؤسسة، الملتقى الوطني حول صنع القرار في المؤسسة الاقتصادية، جامعة محمد بوضياف، المسيلة، الجزائر، 2009، ص 4.

**15- وسيلة الاستعمال المتداول:** إن طبيعة الاستخدام المتكرر للوحة القيادة يتطلب خاصية سهولة الفهم والوضوح، وبعبارة أخرى ضرورة تحقيقها للاتصال الجيد بين المسؤول والمعاونين وذلك بواسطة عدد محدود من المؤشرات المنتقاة بشكل جيد، وكذلك اختيار أشكال مناسبة ومعبرة عن تلك المؤشرات وبنفس اللغة للسماح لجميع أعضاء الفريق بالحوار حول نتائج أدائهم<sup>1</sup>.

**16- وسيلة تجميع:** يقصد بها تجميع المؤسسة لمعلوماتها وبياناتها الأساسية في شكل معلومات رقمية واضحة وسهلة الفهم، أي عرض المعلومات بشكل يستطيع من خلاله القادة اتخاذ القرارات الملائمة، وإمكانية القراءة السريعة ومن خلال نظرة واحدة.

**17- أداة مراقبة:** تقوم بمقارنة الأهداف المعيارية مع النتائج المحصل عليها، وأظهار الانحرافات على شكل نسب أو قيم، بالتالي فإن لوحة القيادة تعتبر الأداة المفصلة في نظام المراقبة انطلاقاً من كونها تسمح بتدفق المعلومات الدقيقة التي يوفرها نظام المعلومات بالمؤسسة<sup>2</sup>.

**18- وسيلة تشخيص:** تقوم لوحة القيادة بلفت الانتباه إلى الظواهر غير الطبيعية التي تواجه عملية تحقيق الأهداف المسطرة، ومن ثم يقوم المشرفون على المؤسسة بالبحث في أسباب الانحرافات وإيجاد الحلول المناسبة، ومدى تأثيرها على النتائج، كذلك تسمح لوحة القيادة بكشف نقاط الضعف في الجانب التنظيمي بالمؤسسة، كالتداخل في الصلاحيات، أو التحديد الغير دقيق للمسؤوليات وهي العيوب التي تعرقل تحقيق الأهداف<sup>3</sup>.

**19- أداة حوار واتصال:** تساعد لوحات القيادة في تعزيز الحوار بين مختلف المستويات بالمؤسسة، فمن خلالها يستطيع كل مسؤول أن يعلق على نتائجه ويكشف أسباب الانحرافات والإجراءات المتخذة، كما يمكن للمسؤول أن يتحصل على التوجيهات اللازمة لإدارة أعماله، وهو ما يعزز التواصل بين المسؤولين على جميع المستويات من خلال الإطلاع على النتائج والأهداف المبينة في لوحات القيادة بمختلف مصالح المؤسسة.

مما سبق، يمكن القول أن لوحة القيادة بمثابة نظام شامل لتقييم الأداء، يتضمن كافة الجوانب، المكونة للمؤسسة، وبإمكانها تقديم تقارير يومية أسبوعية، شهرية أو سنوية وهو ما يميزها عن الأدوات الرقابية الأخرى، كما أنها تتميز بكونها سهلة الاستعمال وتساعد في ممارسة المسؤوليات وتقييم الأداء

<sup>1</sup> -بونقيب أحمد، دور لوحات القيادة في زيادة فعالية مراقبة التسيير - دراسة حالة المؤسسة الوطنية لأجهزة القياس والمراقبة -، رسالة ماجستير، جامعة محمد بوضياف، المسيلة، الجزائر، 2006، ص 120.

<sup>2</sup> الهواري معراج والباهي مصطفى، مدخل إلى مراقبة التسيير، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2011، ص 85.

<sup>3</sup> - A.Fernandez , op cit, p19

على المدى القصير، بالإضافة إلى ذلك تساهم لوحة القيادة في عملية اتخاذ القرارات، وتهدف للاستعمال الأمثل للموارد، وتقوم بإبراز وضعية المؤسسة ومحيطها ومدى تطابق النشاط الفعلي مع النشاط المسطر، وتتميز بقدرة مستعملها على الاستغلال الفوري للمعلومات. وبالرغم من كبر حجم المعلومات التي ترتبط بنشاط المؤسسة، فإن لوحة القيادة تختصر هذا الكم من خلال اعتماد مؤشرات واضحة وسهلة الفهم وتتلائم مع تنظيم المؤسسة، إذ ينبغي أن يكون لكل مسؤول لوحة قيادة وحيدة وتكون محصلة للوحات القيادة للمرؤوسين التابعين له.

### المطلب الثالث: أهمية، أهداف ومبادئ لوحة القيادة:

**1-أهمية لوحة القيادة:** إن لوحة القيادة أهمية خاصة، باعتبارها نظام للمعلومات يساعد على معرفة المعطيات الضرورية لمراقبة أداء المؤسسات على المدى القصير، وكذلك مشاركة المسؤولين التنفيذيين في اتخاذ وتبرز أهميتها في: <sup>1</sup>

- تعتبر وثيقة معلومات في شكل خلاصة حول وضعية المؤسسة.
  - تقوم بمراقبة الأداء واتخاذ القرار بشكل جماعي وفي الوقت المناسب.
  - تساعد المسؤولين في تحليل الوضعيات، توقع التطورات والاستجابة في الوقت الفعلي.
  - تمثل وسيلة اتصال متجانسة لمختلف الأطراف داخل المؤسسة .
  - تعتبر أداة مخاطبة يبين الرئيس والمرؤوسين، وفق الأهداف المخططة مسبقا.
  - تساهم في تحقيق الأهداف المسطرة (تشكل المؤشرات التعبير الرقمي لهذه الأهداف).
  - تظهر على شكل رسوم، أشكال بيانية وجدول مقارنة تتضمن أرقام مما يسهل تحديد الانحرافات والكشف عن المشاكل واتخاذ الإجراءات الضرورية لمعالجة الوضعية.
  - تساعد على التنبؤ بالأحداث، مما يمكنها من التفاعل والتكيف مع تحديات المستقبل والواقع والمحيط.<sup>2</sup>
  - تعتبر وسيلة للحوار والاتصال، وإدارة الأزمات في المؤسسات.
- كما تبرز أهمية لوحة القيادة في المراحل المختلفة للنشاط من خلال: <sup>3</sup>
- أ- عند وضع خطة المؤسسة:** حيث أنه يجب:

- إلزام كل مسؤول بوضع خطة تتناسب مع خطط الأقسام الأخرى.

<sup>1</sup> - زهية بوديار وشوقي جباري، مرجع سابق، ص 06.

<sup>2</sup> - مريم مقدم، دور لوحة القيادة وبطاقة الأداء المتوازن في قياس وتقييم أداء الموارد البشرية، الملتقى الوطني حول صنع القرار في المؤسسة الاقتصادية، جامعة محمد بوضياف، المسيلة، الجزائر، 2009، ص05.

<sup>3</sup> - مريم طويجيني، مرجع سابق، ص39.

- إشراك جميع الأقسام في وضع الأهداف والمساعدة على وضع سياسات واضحة مسبقاً.
  - تنظيم وتحديد المسؤولية لكل مستوى إداري، وكل فرد وتحديد مراكز المسؤولية.
  - ب- خلال سير نشاط المؤسسة: ويتم ذلك من خلال:
    - وضع عناصر الرقابة وكشف الانحرافات والمساهمة في اقتراح الإجراءات التصحيحية.
    - تحديد نوع المعطيات الواجب إرسالها إلى المستويات العليا.
  - 2- أهداف وفوائد لوحة القيادة: لقد تحولت لوحة القيادة تدريجياً من وسيلة لمراقبة الأداء إلى مساعدة على اتخاذ القرارات في مختلف مستويات المؤسسة، وهي تهدف إلى<sup>1</sup>:
    - السماح لصانعي القرار بطرح الأسئلة المناسبة.
    - جذب انتباه المسؤولين للنقاط الأكثر أهمية.
    - التفكير الفعال والمفيد للمشاكل.
    - تقديم واقتراح مناهج محتملة في الدراسات المستقبلية.
    - معرفة والتنبؤ بالمخاطر المحتملة والناجمة عن القرارات الماضية أو المستقبلية.
    - السماح لمتخذي القرار بتحديد الكفاءة للعمليات الأساسية في المؤسسة.
    - مساعدة المسؤولين على توعية وإشراك المرؤوسين في تحقيق الأهداف.
    - ضمان إجراءات وقواعد مفهومة من طرف جميع عمال المؤسسة.
    - السماح لمختلف المسؤولين وفرق عملهم من قياس أدائهم الجماعي.
- وتتمثل قيمة لوحة القيادة في جودة المعلومات التي تحملها، لذا فإن وجود نظام للمعلومات بالمؤسسة ضروري، بحيث أن مخرجات هذا النظام تشكل مدخلات للوحة القيادة والتي يتم استغلالها في شكل مؤشرات ومعطيات رقمية، وكلما دعمت الإدارة وجود نظام المعلومات مع تمكينه من الوسائل المادية والبشرية لجمع المعلومات، كلما كبرت درجة ومصداقية وجودة لوحة القيادة.
- كما تستفيد المؤسسة في حالة اعتمادها على لوحة القيادة من الفوائد التالية:<sup>2</sup>
- تحسين عملية صنع القرار والأداء: من خلال القدرة على كشف وتصحيح الانحرافات، والقدرة على اتخاذ القرارات المدروسة وكذا إمكانية قياس كفاءة وفاعلية المؤسسة.

<sup>1</sup> -جميلة بوشو، محمد بولصام، لوحة القيادة كأداة من أدوات مراقبة التسيير في المؤسسة الاقتصادية، دراسة حالة مؤسسة بوفال، الملتقى

الوطني حول مراقبة التسيير كآلية لحوكمة المؤسسات وتفعيل الإبداع، جامعة البليدة، 2017، ص 4.

<sup>2</sup> -أنوار البشيش، لوحة القيادة وعلاقتها بالفاعلية التنظيمية لدى رؤساء أقسام الأكاديمية بالجامعات الأردنية من وجهة نظر أعضاء هيئة

التدريس، رسالة ماجستير، كلية العلوم، جامعة الشرق الأوسط، عمان، الأردن، 2021، ص 15.

-تحقيق فاعلية الموظفين: من خلال تحسين الانتاجية، تقليل الوقت اللازم لإعداد التقارير والحد من الحاجة إلى إعداد تقارير دورية ضخمة.

-تحفيز الموظفين: من خلال تمكينهم من فهم أهداف المؤسسة، وبالتالي فهي تعتبر وسيلة للمشاركة في الاستراتيجيات والبيانات التنقلية واتخاذ القرارات.

-تجذب لوحة القيادة المصممة جيدا اهتمام الموظف بشكل أفضل من التقارير التقليدية.

### 3-مبادئ لوحة القيادة: تتمثل فيما يلي:<sup>1</sup>

- الترابط: يتم تصميم لوحة قيادة لكل مركز مسؤولية أو وحدة تابعة للمؤسسة، ومن ثم يتم ربط هذه اللوحات بلوحة قيادة رئيسية لكل مستويات المؤسسة، تتشكل من نفس المؤشرات والمقاييس وهو يؤدي إلى تجميع المعلومات من أجل استخدامها من قبل السلطات العليا.

- الملائمة: المعلومات التي تتضمنها لوحة القيادة تكون ذات صلة بالموضوع وتحتوي على أقل عدد ممكن من المؤشرات ولكنها تكون كافية وشاملة من أجل ممارسة المهام.

- الحالة الطارئة: ويقصد بها قدرتها على إعطاء تقارير في الحالات الطارئة، حيث يتم تصميم المؤشرات وفق طبيعة النشاط والحاجة للمعلومات لتحقيق الأهداف.

- الكفاءة: في حالة اتخاذ قرار بناء على مؤشرات لوحة القيادة فإنها تحقق بذلك الكفاءة، وبالتالي فإن اعتماد لوحة القيادة التي لا تؤدي إلى تحسين أداء المؤسسة يعتبر مضيعة للوقت والمال.

- ضرورة مراعاة الهيكل التنظيمي للمؤسسة، والإمام بالأهداف المراد تحقيقها بالمؤسسة.

- دمج المؤشرات المالية والغير مالية في نفس الوقت.

- تتشكل لوحة القيادة من عدد مناسب من المؤشرات

- تتضمن معلومات ومؤشرات، يتم عرضها بشكل واضح، شكل التفسير، ويعمل جميع أنشطة المؤسسة

- تحتوي على مقاييس موضوعية تسمح بالسيطرة على قرار المؤسسة ومحيطها وتتمثل في:

- المعلومات الخاصة بعملية اتخاذ القرار لا تدمج في لوحة القيادة الخاصة بالإدارة العليا، بل تدمج في

لوحات القيادة الفرعية.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> - ابتسام ساحل، أثر لوحة القيادة في تحسين أداء المؤسسة الاقتصادية، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية، التجارية وعلوم التسيير جامعة العربي بن مهيدي، أم البواقي، الجزائر، 2015، ص 78.

<sup>2</sup> -زهية بوديار، شوقي جباري، مرجع سابق، ص 4.

#### 4- مكونات لوحة القيادة وطرق عرضها:

بالنسبة لمحتوى لوحة القيادة، فإنه لا يوجد شكل نموذجي لها، وإنما هناك أشكالاً مختلفة حسب حجم المؤسسة، وطبيعة نشاطها، المستوى التنظيمي وكذا حاجات المسؤولين، إلا أنها تحتوي نقاط تشترك فيها منظم انواع لوحات القيادة، والتي غالباً ما تتكون من أربعة مناطق:<sup>1</sup>

**أ-منطقة الأصناف:** تتمثل في مراكز المسؤولية، وتكون تابعة لمسؤول معين وكل صنف مرتبط بالجهة أو الوحدة التي خول له فيها المسؤول جزءاً من صلاحياته، وكمثال على ذلك، هناك صنف الصيانة يكون مسؤولاً عليه مسؤول الصيانة، ويضم مجموعة مؤشرات خاصة بقسم الصيانة مما يسمح للمسؤول عنه بالتركيز متابعة العمليات ورصد التغييرات.

**ب-منطقة النتائج الفعلية:** يمكن للنتائج المفروضة أن تكون شهرية أو تراكمية منذ بداية السنة، كما يمكن أن تكون شهرية وتراكمية معاً، والمعلومات المتواجدة في لوحة القيادة ترتبط عادة بعنصري النشاط والأداء لمراكز المسؤولية.

**ت-منطقة الأهداف:** تختص هذه المنطقة بالأهداف المحددة وتكون إما شهرية أو تراكمية أو الإثنين معاً، بالإضافة إلى أن هذه الأهداف قد تكون خاصة بالأنشطة أو الأداء أو الإثنين معاً.

**ث-منطقة الفوارق:** يتم الحصول على الفوارق أو الانحرافات من خلال المقارنة بين الأهداف والنتائج الفعلية، وتكون في شكل نسب مئوية أو قيم مطلقة حسب طبيعة المؤشرات، ويتم عرض هذه الفوارق شهرياً أو تراكمياً أو الإثنين معاً، أو حسب النشاط والأداء.

**ج-مناطق إضافية في لوحة القيادة:** في غالب الأحيان، يتم إضافة نقاط أساسية مرجعية للوحات القيادة، مثل نتائج الدورات السابقة لتسهيل عملية المقارنة مع الدورة الحالية، الأهداف المسطرة والنتيجة المحتملة تحقيقها، البرامج قيد التنفيذ وهذا بهدف تركيز الجهود على الأهداف التشغيلية المتبقية.<sup>2</sup>

#### 5- مراحل تصميم لوحة القيادة:

ومن أجل تصميم نظام لوحة قيادة فعال، فإنه يجب مراعاة المراحل الآتية:<sup>3</sup>

<sup>1</sup> - سليمة رقاد وزينب بوغازي، واقع لوحات القيادة في المؤسسات الجزائرية- دراسة حالة مؤسسة BCR-، الملحق الوطني حول واقع تقنيات التسيير في المؤسسات الجزائرية، جامعة المسيلة، 2013 ص 13 .

<sup>2</sup> -لمين علوطي ونزيرة وراتي، مرجع سابق، ص 85 .

<sup>3</sup> -M.Leroy,Le tableau de bord au service de l'entreprise ,éd organisation,Paris, 2001, P42.

أ- دراسة محيط المؤسسة: يتم من خلال هذه المرحلة، التركيز على المؤسسة ومحيطها، الهيكل التنظيمي للمؤسسة، استراتيجية المؤسسة، الموارد...، وعلى ضوء ذلك يتم تحديد أهداف المؤسسة، ووضع المؤشرات الملائمة لكل نشاط، قسم أو مركز مسؤولية.

ب- وضع المؤشرات: المؤشر عبارة عن أداة تساعد على تقييم وضعية ما، وهو عبارة عن عملية تجميع لمجموعة من المعلومات، وهناك ثلاث مجموعات من المؤشرات:

- مؤشرات نتائج ومتابعة: وظيفتها متابعة سير العمليات في طور الإنجاز، وكذلك التحقق من ان النتيجة النهائية لعملية قد تمت فعلا (مؤشر نتائج)، وترتبط هذه المؤشرات بالزمن ومجال التطبيق.

- مؤشرات قيادية ورقابية: تقوم هذه المؤشرات بتزويد الهيئات العليا بنتائج المراكز أو الوحدة المكلفة بتنفيذ جزء من الخطط، وتهدف إلى مساعدة المسؤولين على تحسين أدائهم وقيادة أعمالهم.

- مؤشرات مالية وتشغيلية: يتم تحضير المؤشرات بناء على معطيات المحاسبة المالية أو المعطيات التشغيلية والتي تمكن من اتخاذ الإجراءات التصحيحية بصورة أسرع من المعطيات المالية.

ت- تحديد المعايير: يتم مقارنة المؤشرات الخاصة بلوحة القيادة بقيم معيارية أو نموذجية، حيث أن عدم تحديد المعايير بدقة يؤدي إلى وضع مؤشرات عديمة الفائدة، ويمكن أن تكون هذه المعايير في شكل أهداف تحددها المؤسسة، وهي عبارة عن مؤشرات قياسية مستوحاة من نتائج المنافسين، أو من مكاتب دراسات متخصصة في مجال الاستشارات وقياس الأداء.

ث- تجميع المعلومات: بعد عملية تحديد المؤشرات واختيار المناسبة منها، وانطلاقا من المعلومات التي تملكها المؤسسة يتم تشكيل المؤشرات بناء على معلومات يملكها المسؤولين حول احتياجاته، كما يتم تحديد المدة اللازمة للحصول عليها (يومية، شهرية...).

ج- اختيار الأنظمة المعلوماتية المناسبة: يعتبر نظام المعلومات الحجر الأساس في تصميم لوحة القيادة، حيث أن عملية إدخال المعطيات ومعالجتها تكون أسهل كلما كانت الأداة المعلوماتية أفضل.

ح- مراعاة طريقة عرض لوحة القيادة: إن أهم ما يميز لوحة القيادة هو لفت انتباه المسؤولين وسهولة قراءة المعلومات المتواجدة بها، ويمكن للوحة القيادة أن تكون شاشة كمبيوتر، أو على شكل لوحة، لافتة أو حتى ورقة تعرض فيها البيانات.

المبحث الثالث: تكييف بطاقة الأداء المتوازن مع المؤسسات الاستشفائية .

تعد بطاقة الأداء المتوازن التي تزامن ظهورها مع بداية تسعينات القرن الماضي، من أحسن النماذج المتعددة الأبعاد والأوسع انتشارا على المستوى العالمي، إذا أنها تعد نظام قياس متوازن ومتكامل وأداة لترجمة الاستراتيجيات إلى أهداف تشغيلية تحقق طموح ورغبات كل من أصحاب المصالح وكذا المساهمين، ولعل أهم ما يميز هذه الأداة هو أنها لا تركز على الجانب المالي كما هو حال أنظمة القياس التقليدية، بل تقوم بتحقيق التوازن عن طريق قياس الأبعاد الأساسية في المنظمة وهي بالإضافة إلى البعد المالي، بعد الأنظمة الداخلية، بعد التعلم وبعد النمو.

المطلب الأول: مفهوم وأهمية بطاقة الأداء المتوازن.

1- مفهوم بطاقة الأداء المتوازن: ظهرت فكرة بطاقة الأداء المتوازن على يد روبرت كابلان وديفيد نورتون (R.Kaplan et D.Norton) سنة 1992، وتم نشرها في مجلة هارفارد للأعمال "Harvard Business Review" خلال التسعينات، وترتكز على التقييم المتوازن لقياس أداء المنظمة عن طريق أربعة جوانب هي: الجانب المالي، العملاء، العمليات الداخلية، والتعلم والنمو.

وعرف هذا المفهوم تطورا، حيث انتقل من كونه أداة شاملة للتقييم إلى نظام إداري يربط بين الخطط وعمليات تقييمها، حيث نجد من بين التعاريف السائدة:

أ-تعريف Kaplan et Norton: أداة تتم بواسطتها ترجمة رسالة المؤسسة واستراتيجيتها إلى أهداف ومقاييس تقوم على الأداء المالي، رضا العملاء، كفاءة الأداء التشغيلي ثم الفرص التي توفرها للعمال للتعلم والنمو، وبذلك يصبح التنافس قائما على أساس الإبداع والإبتكار أكثر مما هو على أساس ما لديها من أصول ثابتة وملموسة.

ب- وعرفت: النظام الإداري الذي يترجم الرؤية لأداة فعالة ترتبط بالاستراتيجية، وترتبط بالأهداف الاستراتيجية من خلال قياس الأداء، وتساعد في تطبيق الخطط بطريقة تربط بين مؤشرات الأداء الرئيسية وهي: المحور المالي، محور العملاء، محور العمليات الداخلية، الموارد البشرية والمقاييس البيئية.<sup>1</sup>

ت- في حين عرفها دودين على أنها: "نظام لقياس الأداء بشكل منظم، ويتم بواسطتها ترجمة الاستراتيجية إلى أهداف واضحة ومجموعة من المقاييس الملائمة، لتقييم الأداء، مع توفير معايير للأداء يتم ربطها بمجموعة من الأعمال والبرامج التي ينبغي القيام بها لتحقيق تلك الأهداف".<sup>1</sup>

<sup>1</sup> -عبد الحميد عبد الفتاح، المغربي، الإدارة الاستراتيجية بقياس الأداء المتوازن، المكتبة العصرية للنشر، مصر، 2007، ص 333.

ث- كما تم تعريفها على أنها: أسلوب متكامل يساعد المنظمات على تقييم أدائها التشغيلي والمالي والاستراتيجي، عن طريق استخدام مجموعة من المقاييس المالية وغير المالية<sup>2</sup>

ج- وهناك تعريف آخر، في كونها: نظام إداري يهدف إلى مساعدة المنظمة أو المنشأة على ترجمة رؤيتها واستراتيجيتها إلى مجموعة من الأهداف والقياسات الاستراتيجية المترابطة، إذ لم يعد التقرير المالي يمثل الطريقة الوحيدة التي تستطيع الشركات من خلال تقييم أنشطتها، ورسم تحركاتها المستقبلية<sup>3</sup>

وتمثل بطاقة الأداء المتوازن أداة فعالة لمتابعة الأداء في مقابل الأهداف المنجزة، إذ ترتبط الأهداف الاستراتيجية بقياس العملية الأدائية، كما تساعد بطاقة الأداء المتوازن على تطبيق الخطط، وضبط ومراقبة نمو المؤسسة بطريقة سهلة، تجمع فيها الأهداف الاستراتيجية كافة، ويقصد بعبارة بطاقة الأداء المتوازن أن التقييم يجب أن يعكس متوازناً<sup>4</sup>، وينظر لها من منظور متعدد، فهي بمثابة نظام لقياس الأداء من خلال ترجمة الرؤية إلى أهداف ومؤشرات ونظام للإدارة الاستراتيجية للأداء، ومن خلال ربط الأهداف المسطرة قصيرة الأجل مع الاستراتيجيات والأهداف طويل الأجل على أن يتحقق الترابط في إطار منهجية منظمة، مع مراعاة الفصل بين نوعين من الأبعاد:

\*الأول: يركز على المنظور الداخلي المتمثل في بعد العمليات الداخلية، وبعد النمو والتعلم.

\*الثاني: يركز على المنظور الخارجي، من خلال بعد العملاء والبعد المالي، على أن يتم تحديد المبادرات والمقاييس اللازمة لتحقيق هذه الأهداف<sup>5</sup>.

ونظراً للاختلاف بين مجال الأعمال ومجال الصحة، حيث يركز الأداء في المنظمات الهادفة للربح على النتائج المتعلقة بالسوق والجوانب المالية، في حين يركز أداء المؤسسات الصحية غير الهادفة للربح، عموماً على النتائج المتعلقة بصحة المواطن، بينما تمثل الجوانب الأخرى عوامل دعم ومساندة، كما أن الأمور المتعلقة بالاتفاق والميزانية والسوق تختلف في السياق الصحي، إذ يتم التركيز في مقاييس

<sup>1</sup> - أحمد يوسف دورين، بطاقة الأداء المتوازن ومعوقات استخدامها في منظمات الأعمال، دار جليس الزمان للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2010، ص 26.

<sup>2</sup> - أمجد حسن عبد الرحمن، استخدام نماذج SWOT والجودة الشاملة وبطاقة الأداء المتوازن في تقييم وقياس الأداء في المنظمات غير الهادفة للربح بهدف تحسين ورفع كفاءتها في المستقبل، دراسة تطبيقية على جامعة عين شمس، مجلة الفكر المحاسبي، مصر، مج 6، ع 3، 2012، ص 261

<sup>3</sup> - محمد هاني محمد، إدارة وتنظيم وتطوير الأعمال، قياس الأداء المتوازن، دار المعزز للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2014، ص 257.

<sup>4</sup> - محمود عبد الفتاح رضوان، تقييم أداء المؤسسات معايير الأداء المتوازن، المجموعة العربية للتدريب والنشر، القاهرة، مصر، 2013، ص 70

<sup>5</sup> - جودة عبد الرؤوف زغلول، تعزيز آليات جوكمة الشركات باستخدام نظام إدارة الأداء الاستراتيجي للجيل الثالث لمقياس الأداء المتوازن، المجلة العلمية للتجارة والتحويل، كلية التجارة، جامعة طنطا، ع 2، 2006، ص 22

الأداء على كفاءة العمليات الداخلية الأساسية، كما أنه من منظور العميل (المريض) فإن النتائج تركز بشكل أساسي على درجة الرضا عن الأنشطة الصحية ومستوى الخدمات.

وبناء على ما سبق يمكن القول: بطاقة الأداء المتوازن تمثل إطارا عاما لتقييم الأداء وإدارته، ويتم ذلك من خلال صياغة رسالة ورؤية المنظمة، استنادا إلى تحليل منظم للبيئة الداخلية والخارجية، لتحديد الاستراتيجية الملائمة، الأهداف والمؤشرات، ومعرفة مدى التقدم من خلال المتابعة والتقييم والرقابة بما يضمن تنفيذ الأهداف مع اتخاذ الإجراءات التصحيحية اللازمة.

2- أهمية بطاقة الأداء المتوازن: تبرز أهمية بطاقة الأداء المتوازن من خلال المنافع الناتجة عن استخدامها من طرف العديد من المنظمات والتي تتمثل في:

أ- تقوم بطاقة الأداء المتوازن باستخدام مؤشرات لتقييم الأداء واعتبارها نظام متكامل للمعلومات، التوصيل والتعلم الاستراتيجي حيث تدخل هذه المؤشرات ضمن استراتيجية المؤسسة البعيدة المدى.

ب- توجه المنظمات نحو التركيز على تحقيق استراتيجيتها بعد أن كان اهتمامها موجها نحو النتائج المالية فقط، وبذلك ساهمت في تحويل المنظمات من الاهتمام بالمدى القصير إلى الاهتمام بالمدى البعيد.<sup>1</sup>

ت- توفر نظرة متوازنة لقياس الأداء وذلك من خلال احتوائها لمختلف العوامل المالية وغير المالية، الداخلية والخارجية، الكمية والنوعية والتي تهدف من خلالها إلى بلوغ رؤية وأهداف المؤسسة وتوضيح وترجمة استراتيجيتها إلى أفعال.<sup>2</sup>

ث- تعتبر نظاما متكاملًا للإدارة الاستراتيجية، حيث أنها تقوم بجلب انتباه جميع الأفراد داخل المنظمة نحو تنفيذ الاستراتيجية وكذا المساهمة في بلوغ الأهداف في ظل الرقابة والتقييم المستمرين.

ح- توفر بطاقة الأداء المتوازن إطارا منهجيا لتنفيذ الاستراتيجية وذلك عن طريق تقديم تصور واضح لهذه الاستراتيجية يظهر على شكل تمثيل بياني يسمى بالخريطة الاستراتيجية، حيث تقوم هذه الخريطة بتوضيح العلاقات النسبية التي تربط أبعاد البطاقة ببعضها والتي تؤدي إلى خلق القيمة للمؤسسة.

خ- تعمل على منع التعظيم الفرعي للأرباح من خلال إلزام المدراء بمراعاة كافة معايير التقييم التشغيلية في نفس الوقت، حيث تقوم البطاقة بتوجيههم إلى الالتزام بالتحقق من إذا كان التحسن في نشاط ما قد تم على حساب نشاط آخر، وما إذا كان هذا التحسن قد أدى إلى المساس بالهدف الرئيسي للمؤسسة.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - أحمد يوسف دورين، مرجع سابق، ص 9

<sup>2</sup> - Ray Sarbapriya, *Balanced Vision from Balanced Scorecard for Corporate Strategic Management*, journal of experts systems, vol 1, 2012, p22.

د- يمكن تغيير أو تعديل محاور بطاقة الأداء المتوازن حسب نشاط المؤسسة واستراتيجيتها. هذا وتجدر الإشارة إلى الاهتمام المتزايد في أوساط مديري المنظمات الغير ربحية بقياس الأداء وأهداف المصلحة الاجتماعية، من خلال الاعتماد على أنواع معينة من معايير الأداء مثل: فعالية البرامج، كفاءة التشغيل، جودة الخدمات ورضا العميل، حيث تركز الطرق الحديثة من نظم القياس على المهمة والنتائج، وغالبا ما يتم ربط قياس الأداء في إطار استراتيجي من خلال التركيز على منظور العملاء، وقياس الأداء مقارنة مع الأهداف.<sup>2</sup>

وقام كل من (Kaplan et norton) بتقديم الأداء المتوازن كأداة متكاملة ومركبة لقياس الأداء الاستراتيجي وإدارته، نتيجة لقصور النظام التقليدي في قياس الأداء على الوفاء بالمعلومات الضرورية لإدارة الأداء الاستراتيجي. وأشار إلى أنه أصبح من الطبيعي وصف العلاقات السببية بين الأهداف الاستراتيجية. فعلى سبيل المثال، قد تكون هناك سلسلة سببية بسيطة بين الأهداف الاستراتيجية التالية: إن تدريب العمال بصورة أفضل على أدوات إدارة الجودة يؤدي إلى تخفيض الزمن المستغرق في تنفيذ دورة العمليات، وتقليل جوانب القصور فيها. لذلك ترتبط الأهداف بعلاقات السبب والنتيجة، وتؤدي فكرة العلاقات السببية بين أهداف ومقاييس بطاقة الأداء المتوازن إلى بناء الخريطة الاستراتيجية التي تبدأ بتحديد الأهداف الاستراتيجية أولا، ثم تتجه إلى اختيار المقاييس المناسبة لكل هدف استراتيجي.<sup>3</sup> بالإضافة إلى ذلك فإن دراسة Wake قدمت بطاقة الأداء المتوازن كمنهجية للتقييم تحقق التناغم بين الأهداف الاستراتيجية ومقاييس ومؤشرات الأداء، مع تحقيق عدد من المزايا في إجراء عملية التقييم أهمها: الدقة، الشمولية، التنوع والتكامل.<sup>4</sup>

#### المطلب الثاني: أبعاد بطاقة الأداء المتوازن:

يتضمن الإطار العام لنظام بطاقة الأداء المتوازن أربعة أبعاد رئيسية تتفاعل وتتكامل فيما بينها ضمن ما يعرف بعلاقات السبب والنتيجة من أجل تحقيق رؤية واستراتيجية المؤسسة، كما هو موضح في الشكل التالي: وتتمثل في:<sup>5</sup>

<sup>1</sup> - خالد محمد عبد المومن لبيب، مدخل مقترح لتطوير فعاليات تقييم أداء منشآت الأعمال باستخدام نماذج الأداء الاستراتيجي، مجلة العلوم الإدارية، العدد الأول، كلية التجارة جامعة القاهرة، مصر، 2001، ص35.

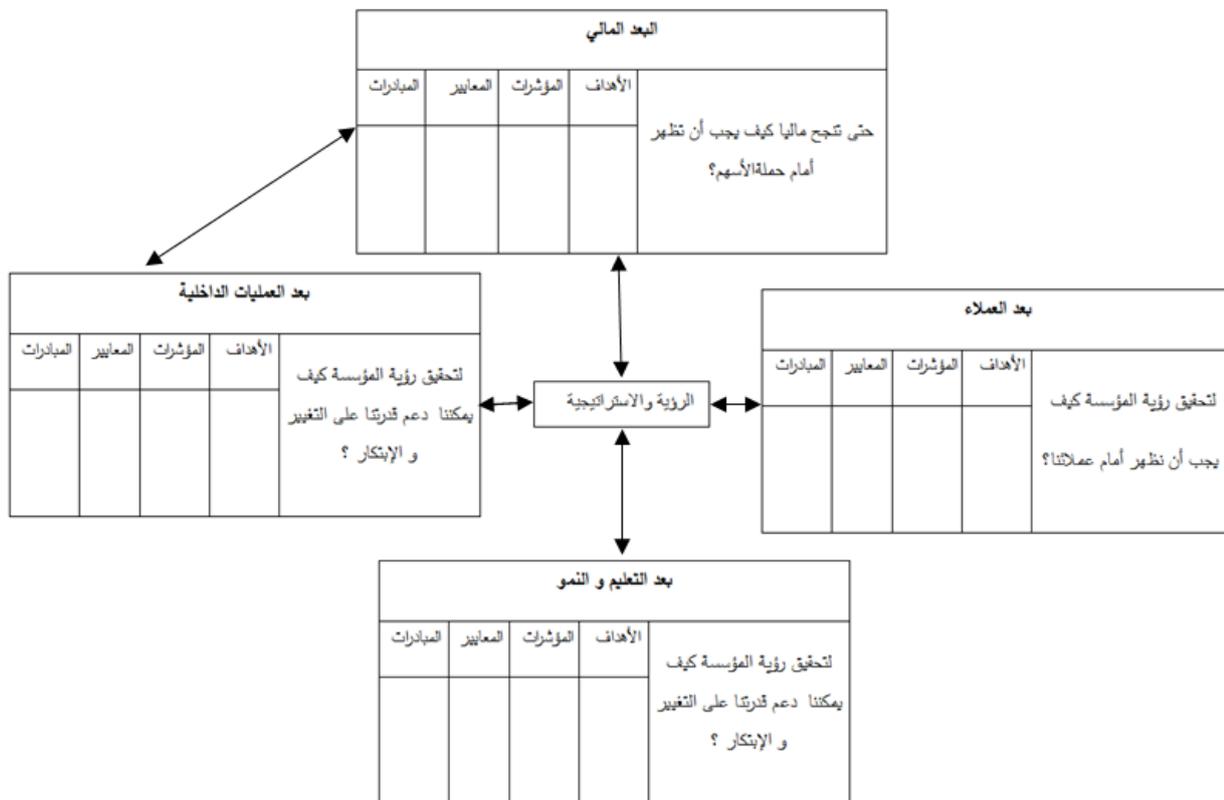
<sup>2</sup> - آيتن محمود سامح المرجوشي، تقييم الأداء المؤسسي في المنظمات العامة الدولية، ط1، دار النشر للجامعات، القاهرة، مصر، 2008، ص16.

<sup>3</sup> P.Kaplan et D.Norton, **Conceptual Foundations of the Balanced Scorecard**, working paper, harvard business school, harvard university, 2010.p21

<sup>4</sup> Nicholas Johnm wake, **The Use Balanced Scorecard to Measure Knowledge Work**, international journal of productivity and performance Management, vol 64, n04, 2015, p592.

<sup>5</sup>R.Kaplan (2010) op cit, p17-

الشكل رقم 09: أبعاد بطاقة الأداء المتوازنة



Source: Kaplan et Norton, 1996, P09

**1- البعد المالي:** يعد البعد المالي أحد محاور قياس وتقييم الأداء، حيث تمثل نتائج هذا البعد مؤشرات موجهة لبلوغ أداء المؤسسة والوقوف على مستوى النتائج المحققة باتباع استراتيجيتها، كما تقدم المؤشرات المالية صورة واضحة عن الأداء المالي للمؤسسة تسمح بالتأكد ما إذا كان تنفيذ الاستراتيجية يساهم فعلا في تحسين نتائج المؤسسة وبلوغ أهدافها المنشودة<sup>1</sup>. ويركز هذا البعد على مستوى حجم ومستوى الدخل التشغيلي، والعائد على رأس المال المستثمر الناتج من تخفيض التكاليف ونمو حجم المبيعات لمنتجات حالية وجديدة، العائد على حقوق المالكين والعائد على إجمالي الأصول<sup>2</sup>، وعلى اعتبار أن كل المؤشرات المدرجة ضمن بطاقة الأداء المتوازن لا بد أن تترجم رؤية واستراتيجية المؤسسة، فإن تحديد الأهداف

<sup>1</sup> - Thomas Bose, **Applying the balanced scorecard for better performance**, journal of intellectual capital, vol 8, N4,2007.p659

<sup>2</sup> - طاهر حسن الغالبي ووائل محمد إدريس، اساسيات الأداء وبطاقة التقييم المتوازن، الطبعة الأولى، دار وائل للنشر للنشر عمان، الأردن، 2008، ص 226.

والمؤشرات المالية يعتمد على مراحل دورة حياة المؤسسة التي تشمل ثلاث مراحل أساسية هي: مرحلة النمو، مرحلة الاستقرار ومرحلة النضج.

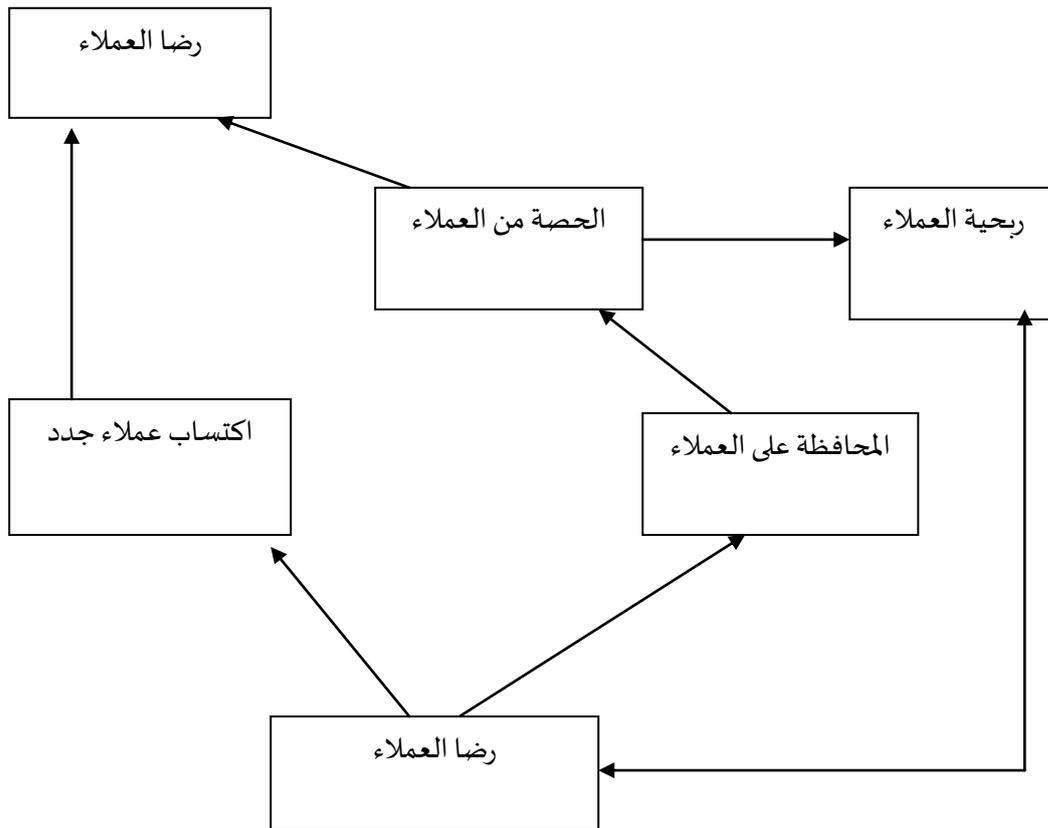
فخلال مرحلة النمو والتي تعتبر المرحلة الأولى من دورة حياة المؤسسة تركز المؤشرات المالية على زيادة المبيعات ومحاولة الدخول في أسواق جديدة وجذب عملاء جدد، والمحافظة على مستوى مناسب للانفاق، وفي مرحلة الاستقرار تحاول المؤسسة إعادة استثمار أموالها، وبالنسبة للمؤشرات المالية في هذه المرحلة فإنها تركز على العائد على رأس المال المستثمر والدخل الناتج من التشغيل وعائد المساهمة والتدفقات النقدية المخصومة والقيمة الاقتصادية المضافة أما المرحلة الأخيرة، وهي مرحلة النضج فإن المؤسسة ترغب في حصد نتائج الاستثمارات في المرحلتين السابقتين، لذلك فإن المؤشرات المالية تركز في هذه المرحلة على تعظيم التدفق النقدي للمؤسسة وفترة الاسترداد وحجم الإيرادات.<sup>1</sup>

**2- بعد العملاء:** يتم الاعتماد في الوقت الحاضر على وضع متطلبات العملاء ضمن أولويات استراتيجيات المنظمات، وهذا لما يشكله هذا المحور من أهمية كبيرة في سبيل نجاح المؤسسة واستمرارية نشاطها في سوق المنافسة. لذلك فقد أخذت بطاقة الأداء المتوازن بعين الاعتبار حاجات ورغبات العملاء من خلال ضمها لمنظور خاص بهم والتمثل في بعد العملاء، والذي يهدف إلى تحديد الأسواق التي يمكن للمؤسسة التمتع فيها، ومؤشرات الأداء المتعلقة بالعملاء الذين ينشطون داخل الأسواق المستهدفة. ويعتبر **Kaplan et Norton** أنه توجد خمسة مؤشرات للتعبير عن الأداء ضمن هذا البعد وهي:

- أ- **الحصة السوقية:** تحدد نسبة مبيعات المؤسسة بالنسبة للمبيعات الإجمالية للقطاع .
  - ب- **اكتساب العميل:** يقوم بقياس معدل جذب المؤسسة لزيان جدد.
  - ت- **الاحتفاظ بالعميل:** يقيس معدل احتفاظ المؤسسة بزيائنها.
  - ث- **رضا العميل:** تقييم مستوى رضا الزبون عن الخدمات المقدمة من طرف المؤسسة.
  - ج- **ربحية العميل:** صافي ربح الزبون بعد طرح المصاريف الإستثنائية المطلوبة لدعم الزبون.
- بالإضافة إلى ذلك فإن التحديد الفعال للمؤشرات والأهداف على مستوى هذا البعد، يعتمد بشكل أساسي على اتباع المؤسسة لتقنية تحليل ربحية العميل، كما هو في الشكل الآتي:

<sup>1</sup> -David.Norton et Robert.Kaplan, **Linking the Blanced Scorecard To Strategy**, California management review, vol 39, n1, pp 56.57.

الشكل رقم 10: المؤشرات الأساسية لبعث العملاء



Source: Kaplan et Norton, 2004, P29

من الشكل السابق، نستنتج أن مؤشرات بعث العملاء تشكل علاقة تربط بين السبب والنتيجة، حيث نلاحظ أن رضا العملاء يؤدي إلى الحفاظ على العملاء واكتساب زبائن جدد، ومن خلال الحفاظ على العملاء يمكن للمؤسسة زيادة حجم أعمالها، وبالتالي فإن الجمع بين اكتساب عملاء جدد وزيادة حجم الأعمال مع العملاء الحاليين يؤدي بالمؤسسة إلى زيادة حصيلتها السوقية، وأخيرا فإن الحفاظ على العملاء سيؤدي إلى زيادة الربح باعتبار أن المحافظة على العميل يكلف أقل من اكتساب زبائن جدد.<sup>1</sup> كما أن بعث العملاء يوضح الخدمات التي تقدمها المؤسسة لعملائها والتي يترتب عليها رضا المستفيد، كتقديم خدمة جديدة، وغيرها من العوامل المؤثرة في كسب رضا العملاء، ووفق هذا المنظور، يجب على المؤسسة أن تعمل على إرضاء عملائها الداخليين (المرضى والعمال بالنسبة للمؤسسات الصحية)، وعملائها الخارجيين مما يتطلب دراسة احتياجات العملاء المتنوعة والمتغيرة باستمرار.

<sup>1</sup> - محمود عبد الفتاح رضوان، مرجع سابق، ص75.

3-بعد العمليات الداخلية: تعتبر العمليات الداخلية حجر الأساس في تكوين القدرة الأدائية والتنافسية للمؤسسات، فهي تعرف على أنها جميع الأنشطة والفعاليات الداخلية الحيوية التي تميز المؤسسة عن غيرها من المؤسسات الأخرى، والتي من خلالها يتم مقابلة حاجيات العملاء وأهداف المساهمين<sup>1</sup> ويعتمد هذا البعد على تحديد العمليات التشغيلية ذات الأهمية الكبيرة في تنشيط المؤسسة وتمكينها من بلوغ أهدافها الاستراتيجية حيث تمكن العمليات الداخلية المؤسسة من:

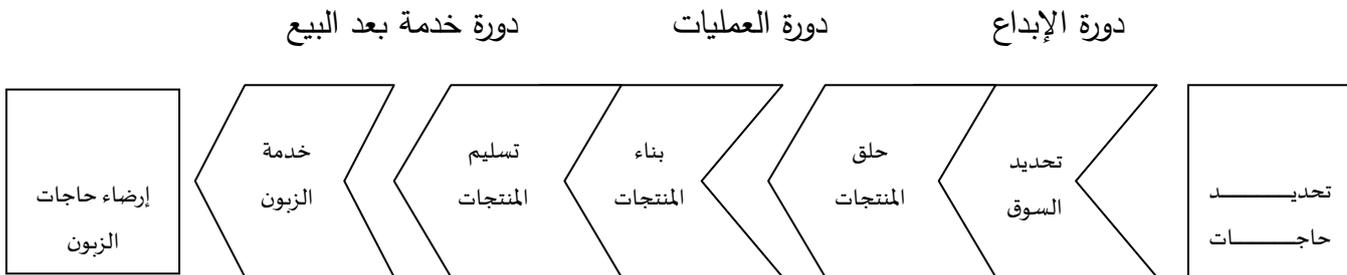
أ- تقديم قيمة الزبائن في الأسواق المستهدفة.

ب-إرضاء المساهمين من خلال تحقيق نتائج مالية جيدة.

وما يلاحظ، وجود اختلاف بين المداخل التقليدية وبطاقة الأداء المتوازن في تقييم الأداء، هما: -تقوم المداخل التقليدية بمراقبة وتحسين عمليات المؤسسة من خلال التركيز على العمليات الموجودة حاليا فقط، بينما تقوم بطاقة الأداء المتوازن بالكشف عن عمليات جديدة تعمل المؤسسة على التفوق فيها حتى يتسنى لها تحقيق الأهداف المالية وأهداف الزبائن. -على عكس ما هو معمول به في المؤشرات التقليدية التي تهتم فقط بخلق القيمة على المدى القصير، فإن بطاقة الأداء المتوازن من خلال احتوائها على عمليات الإبداع فإنها تعمل على خلق القيمة على المدى القصير والبعيد.

ومن أجل إدماج بعد العمليات الداخلية في بطاقة الأداء المتوازن، يقترح Kaplan et Norton نموذجا لسلسلة القيمة يمكن للمؤسسات استعماله عند تحضيرها لبعد العمليات الداخلية، حيث يمثل هذا النموذج ثلاث دورات أساسية كما هو موضح في الشكل التالي:

### الشكل رقم 11: نموذج سلسلة القيمة لبعد العمليات الداخلية



Source: Kaplan et Norton, 2004, P13

يبين الشكل سلسلة الأنشطة والمراحل الداخلية للمؤسسة، حيث يبين لنا أن سلسلة القيمة لبعد العمليات الداخلية تبدأ من خلال دورة الإبداع، وهي المرحلة التي تقوم فيها المؤسسة بدراسة السوق لمعرفة

<sup>1</sup> - طاهر حسن الغالبي ووائل محمد إدريس، مرجع سابق، ص229.

الحاجات والمتطلبات الجديدة للعملاء، ومن ثم خلق وتطوير منتجات وخدمات تتناسب مع رغباتهم وحاجاتهم المتجددة، ثم تأتي مرحلة دورة العمليات وهي المرحلة التي يتم فيها إنتاج السلع المحددة مسبقاً وتسليمها للعملاء، لنصل في الأخير إلى دورة الخدمات المقدمة بعد البيع والتي يتم خلالها وضع برامج تدريبية للعملاء تقديم معلومات عن كيفية استخدام المنتجات، استقبال الشكاوي ومعالجة العيوب.

#### 4- بعد التعلم والنمو:

تعتبر بعد التعلم والنمو الأساس الذي تركز عليه عليه بطاقة الأداء المتوازن، حيث يحدد البنية التحتية التي يجب على المؤسسة بنؤها من أجل خلق نمو طويل الأجل، ويرى Kaplan et Norton أن التعلم التنظيمي والنمو بآتيان من ثلاثة مصادر أساسية هي: الأفراد، الأنظمة والإجراءات التنظيمية.<sup>1</sup> كما يتضمن هذا البعد، تعديل قيم الأفراد لتمكينهم من التعامل مع عمليات البحث والتطوير، على أن تتوافق هذه البرامج مع متطلبات العمل في المستقبل، ومع احتياجات الأفراد أنفسهم، مع وجود نظام للحوافز يميز بين الأفراد وفقاً لأدائهم، بالإضافة إلى تعزيز القيم والأخلاقيات المهنية والوظيفية. تبعا لذلك، فإن بعد التعليم والنمو يهتم بالقدرات الفكرية للعمال ومستوى مهاراتهم، ونظم المعلومات والإجراءات الإدارية ومحاولة تكييفها مع المحيط الذي تنشط فيه، كما تسعى المؤسسة من خلال هذا البعد إلى تحسين رضا العمال ورفع معنوياتهم والمحافظة عليهم من أجل الارتقاء بمستوى الإنتاجية وتحقيق رضا العملاء وتحسين الزيادة المالية، وهذا وفقاً للدراسات والبحوث التي أجريت في هذا الإطار والتي بينت وجود علاقة قوية ودرجة ارتباط كبيرة بين معنويات العمال ورضا العملاء.<sup>2</sup> من جانب آخر، فقد ذكر Kaplan et Norton إلى ان البعد الثلاثة السابقة لبطاقة الأداء المتوازن، تخلق ما يمكن أن نعتبره فجوة بين الطاقات والإمكانات المتاحة وتلك التي تحتاجها المؤسسة لتحقيق أهدافها، ومن أجل سد هذه الفجوة لا بد من الاستثمار في خلق المهارات، دعم تكنولوجيا المعلومات وتكييف الإجراءات التنظيمية وهو ما يوفره بعد التعلم والنمو الذي يقوم بنقل الإمكانات المتاحة من مستواها الحالي إلى المستوى الذي يمكن المؤسسة من تحقيق أهدافها الاستراتيجية.

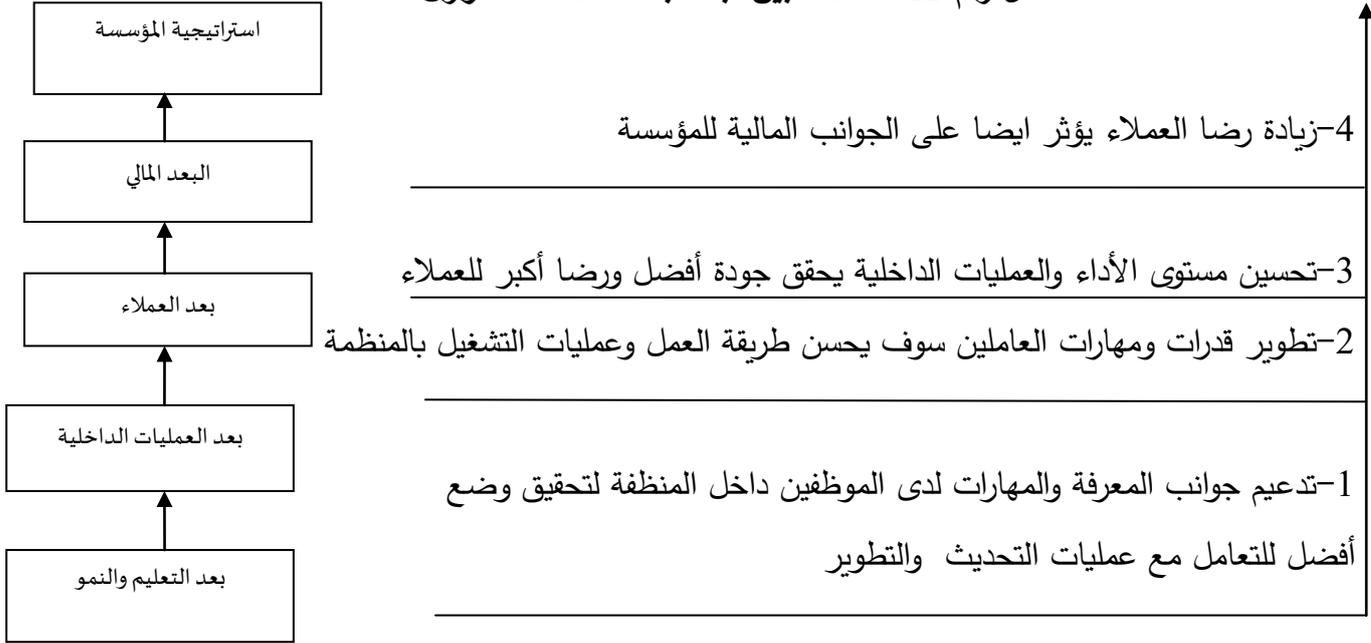
<sup>1</sup> -Kaplan et Norton 2004, op cit, p 64

<sup>2</sup> -محمد محمود يوسف، البعد الاستراتيجي لتقييم الأداء المتوازن، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، مصر، 2003، ص 141

5- العلاقة بين أبعاد بطاقة الأداء المتوازن:

من الخطأ، الاعتقاد أن بطاقة الأداء المتوازن عبارة عن مجموعة من المؤشرات موزعة على أربعة أبعاد مختلفة، بل أن هذه الأبعاد تتميز بالترابط فيما بينهما والاعتماد المتبادل بينهما بعد نقطة جوهرية في البطاقة، حيث أن تحقيق استراتيجية المؤسسة يعتمد على علاقة السبب والنتيجة التي تربط ابعاد البطاقة ببعضها، وهو ما يوضحه الشكل التالي:

الشكل رقم 12: العلاقة بين أبعاد بطاقة الأداء المتوازن



المصدر: يوسف، مرجع سابق، ص: 135

نلاحظ من خلال الشكل السابق، أن أبعاد بطاقة الأداء المتوازن ترتبط وتتفاعل فيما بينهما ضمن علاقات السبب والنتيجة، حيث أن تحقيق الأهداف المالية (البعد المالي) يعتمد على زيادة حجم المبيعات من خلال تحسين جودة المنتجات ورضا العملاء (بعد العملاء)، وهو ما يتم حدوثه عن طريق تطوير عمليات التشغيل ودعم الإبداع داخل المؤسسة (بعد العمليات الداخلية)، والذي بدوره يعتمد على كفاءة ومهارة الموظفين (بعد التعلم والنمو).

بالإضافة إلى ذلك، ودائماً حسب **Kaplan et Norton** فإن هذه العلاقة السببية لا تقتصر على أبعاد البطاقة، بل تشمل الأهداف والمؤشرات، فإذا ما أظهر أحد المؤشرات أداء أقل من المتوقع يمكن دراسته وتحليل الفارق من خلال الرجوع إلى المؤشرات المتواجدة بالمستوى السابق، وضمن نفس السياق، يؤكد العديد من الباحثين أن كل مؤشر من مؤشرات بطاقة الأداء المتوازن يدخل ضمن علاقة منطقية

عن السبب والنتيجة التي تربط النتائج المراد تحقيقها من تنفيذ الاستراتيجية مع محركات الأداء التي تقود نحو تلك النتائج.

### المطلب الثالث: بطاقة الأداء المتوازن وتقييم أداء المؤسسات الاستشفائية:

يتميز نظام قياس الاداء في المؤسسات الاستشفائية بالتعقيد والغموض، حيث يصطدم مسيرو هذه المؤسسات بنوعيين رئيسيين من المشاكل .، حيث انهم ملزمون بتحديد الاهداف الاستراتيجية للمؤسسة دون الاخلال بالسياسات والبرامج الوطنية للصحة وفي ظل تنفيذ الخريطة الصحية، من جهة ومن جهة أخرى ضمان الاستخدام الأمثل للموارد المتاحة لمواجهة الطلب المتزايد على الخدمات الصحية وهو ما يتطلب البحث عن أدوات أخرى للتحكم في هذه الوضعية والتي تعتبر بطاقة الأداء المتوازن أحد أنجح هذه الأدوات .

#### 1-دواعي استخدام بطاقة الاداء المتوازن في المؤسسات الاستشفائية: <sup>1</sup>

أ- تنامي الاهتمام بتطبيق بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسات الصحية على مستوى العديد من الدول، بعد أن أثبتت فعاليتها في المجالات الأخرى، بهدف تطوير أساليب ونظم تقييم الأداء، إذ أنها تمثل عملية تقييم شاملة مبنية على ترجمة رؤية واستراتيجية المؤسسة إلى أربع مجموعات أساسية من المقاييس، فضلا عما تحققه من التوازن في إطار مؤشرات أداء واضحة ومحددة لكافة جوانب الأداء.

ب- اهتمام بطاقة الأداء المتوازن بالمؤشرات غير المالية مثل: رضا المستفيدين، التطوير المهني للعمال، كما أنها تدفع بالقائمين على المتابعة إلى تقليل الإفراط في المعلومات إلى أدنى حد ممكن وذلك من خلال التركيز على أساسيات الأداء.

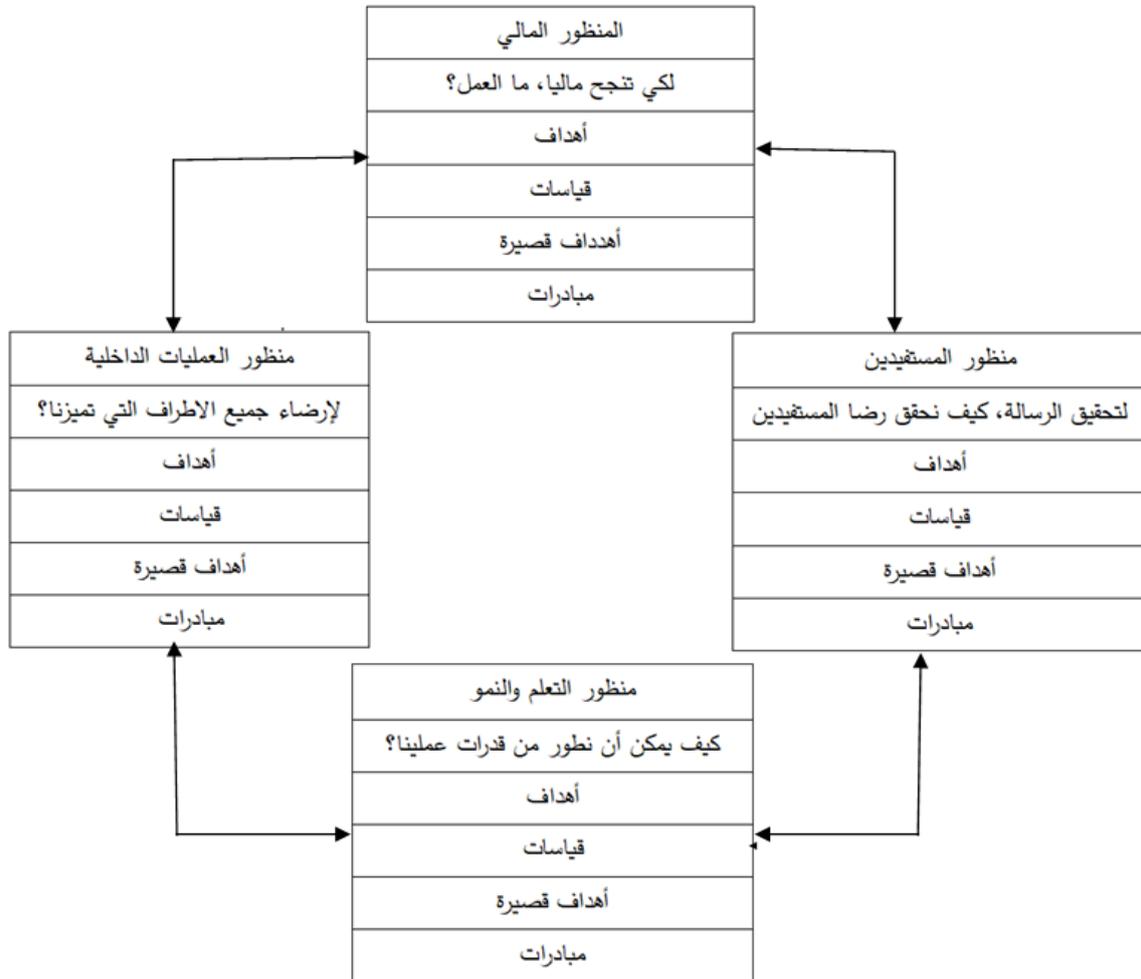
ت-تزايد اهتمام الكثير من الهيئات والمنظمات الدولية بالمؤشرات الصحية من منظور مقارن مما أدى إلى البحث عن طرق ومناهج فعالة للتقييم المتكامل للمؤسسات مثل منهجية الأداء المتوازن ومقاييسها المختلفة، إذ أنها لا تستخدم لغرض الرقابة أو تقييم الأداء فقط. بل تهدف أيضا إلى إدارة الأداء، والربط بين الخطط الاستراتيجية، ونظم تقييمها.

ث-تزايد التحديات التي توجه المؤسسات الاستشفائية على المستوى الوطني وكذلك الدولي، في ظل التغيرات التكنولوجية المتسارعة، والفجوة بين مخرجات هذه المؤسسات الصحية وتطلعات المستفيدين (المرضى، الطلبة المتربصين....) والتي تزيد من أهمية استخدام بطاقة الأداء المتوازن.

<sup>1</sup> - Thierry Nobre, Imene Haouet, Le cas d'un balanced scorecard en contexte hospitalier –Eluder la carte stratégique pour privilégier la performance organisationnelle, Revue française de gestion, N°211, 2001, p03.

2- عناصر بطاقة الأداء المتوازن الخاصة بالمؤسسات الاستشفائية: من خلال ما تم استخلاصه من مقومات لتطبيق بطاقة الأداء المتوازن في المؤسسات العمومية بصفة عامة والمؤسسات الاستشفائية بصفة خاصة، يمكن اعتماد العناصر والأبعاد التالية لبطاقة الاداء المتوازن الاستشفائية:

الشكل رقم 13: مقترح البطاقة ومنظراتها الأربعة



المصدر: ناهد بنت عبدالله عبد الوهاب، تطبيق بطاقة الأداء المتوازن في تقييم أداء الكليات التقنية في المملكة العربية السعودية تصور مقترح"، مجلة الادارة التربوية، العدد14، 2017، ص 61.

يوضح الشكل السابق: تصور البطاقة بأبعادها الأربعة ومكوناتها المتمثلة في: مقاييس، مؤشرات ومبادرات، ولغرض فعالية أكبر في عملية تطبيق فإنه يجب الالتزام بالمراحل التالية:<sup>1</sup>

<sup>1</sup>-Jessica jacques, Indicateurs de performance clinique hospitalière etudes empiriques sur les données médico-administratives Belges, thèse présentée en vue de l'obtention du grade de docteur en sciences de la santé publique ,université liège, Belgique, 2013, p17.

أ- تحليل الواقع ومدى جاهزية المؤسسة: يتم خلال هذه المرحلة تحليل الأداء الداخلي، للتعرف على نقاط القوة والضعف، كما يتم تحليل البيئة الخارجية، للتعرف على الفرص والتحديات التي تفرضها التغيرات، ومحاولة التوفيق بين الإمكانيات والمتطلبات، كل ذلك مع مراعاة اللوائح والقوانين المنظمة لسير عمل المؤسسات الاستشفائية والأهداف الوطنية للمنظومة الصحية، وتعتبر من أهم المراحل، وهذا شرط توفر القيادة التي تقود عملية التحول داخل المؤسسة من المفهوم التقليدي إلى تقييم الأداء المتوازن .

ب- تحديد الأهداف العامة والتفصيلية: تقوم المؤسسة خلال هذه المرحلة بترجمة وتحويل رؤيتها ورسالتها إلى أهداف استراتيجية، وتحديد الاستراتيجيات التي تؤدي إلى تحقيق الأهداف، وهذا عن طريق الاعتماد على قواعد جديدة للتحول من وضعية موجودة إلى وضعية مرغوبة في المستقبل وبالتالي الأنشطة التي يجب التركيز عليها من أجل تحقيق الأهداف الاستراتيجية مما ينسجم مع رؤية المؤسسة والسلطات العليا، ويجب أن يتم تحديد الأهداف الاستراتيجية بشكل تكاملي لتشمل الأهداف الخاصة لكل بعد من أبعاد بطاقة الأداء المتوازن، بالإضافة إلى تحقيق الترابط الأفقي من خلال اشتقاق الأهداف من الاستراتيجيات وتكامل الأهداف مع بعضها لغرض تحقيق هذه الاستراتيجيات، وهو ما يعرف بعلاقة السبب والنتيجة، وتكون مصفوفة الأهداف وفق المحاور الاستراتيجية التالية:<sup>1</sup>

-العلاقة بين المؤسسة، المستفيدين والشركاء.

-البيئة التنظيمية الملائمة وعناصرالنمو والتعليم.

-كفاءة وفعالية العمليات الداخلية.

-فعالية تنظيم الموارد المالية.

ت- رسم الخريطة الاستراتيجية: يتم خلال هذه المرحلة بناء نموذج يربط الأهداف المختلفة ببعضها البعض من خلال علاقات سببية، بحيث يندرج هذا النموذج في سياق منطقي من النشاطات المختلفة، التي تقوم بها مختلف أقسام ووحدات المؤسسة، ويتم ذلك من خلال صياغة مخطط الخريطة الاستراتيجية، والتي تقدم رسماً تخطيطياً مبسطاً، لوصف أهداف المؤسسة بشكل تسلسلي، يوضح علاقات السبب والنتيجة التي تربط بين التعلم والنمو، كفاءة العمليات الداخلية، والنتائج المالية المؤثرة على الأداء .

ث- بناء منظومة مؤشرات الأداء: تقوم المؤسسة خلال هذه المرحلة، بتحديد المقاييس والمؤشرات الرئيسية، حتى تتمكن من التعرف على مدى التقدم في تحقيق الأهداف وفق الفترة الزمنية المحددة لذلك،

<sup>1</sup> -Thierry Nobre, *Quels tableaux de bord de pilotage pour l'hôpital ?*, 21<sup>ème</sup> congrès de l'AFC, Université Louis Pasteur ,Strasbourg, France ,2000 ,p05.

ويجب أن يراعى في تحديد هذه المقاييس المزج بين المقاييس الكمية والكيفية في ضوء نتائج دراسة واقع المؤسسة (المرحلة الأولى) والأهداف المسطرة، (المرحلة الثانية): كما يجب تخفيض عدد المؤشرات إلى أدنى حد ممكن، بما يضمن نجاح تطبيق مدخل الأداء المتوازن دون إحداث خلل في تحقيقها لأهدافها.

ج- تطوير فنيات إعداد تقارير المتابعة: من أجل تحقيق الكفاءة والفاعلية في تطبيق بطاقة الأداء المتوازن، يجب الاهتمام بإعداد التقارير الخاصة بقياس مستوى الإنجاز الفعلي مقارنة بالمستوى المستهدف وفق مؤشرات الأداء، بالشكل الذي يؤدي إلى الكشف عن أي انحرافات في الأداء، ثم يتم معالجة الانحرافات من خلال التركيز على الأنشطة التي تحقق ميزة تنافسية للمؤسسة، وتشخيص الأنشطة والخدمات التي يستوجب استبعادها أو معالجتها باعتبارها تمثل نقاط ضعف تعرقل الأداء العام.

### 3- مقومات نجاح بطاقة الاداء المتوازن الاستشفائية:<sup>1</sup>

أ- تشكيل فريق متنوع التخصصات لتطبيق البطاقة على مستوى المؤسسة وأقسامها، ليضم هذا الفريق ممثلين عن الأقسام والوحدات المختلفة (أطباء، إداريين، نقابات، ممثلي المرضى...) مع إمكانية الإستعانة بالخبراء والمستشارين في مجال تقييم الأداء .

ب- قيام السلطات الوصية (وزارة الصحة ومديرية الصحة والسكان) بتكوين قيادات المؤسسة (مدراء، مدراء فرعيين، رؤساء المصالح ) في مجال تطبيق مقاييس بطاقة الأداء المتوازن من خلال تشكيل لجان متخصصة في التكوين، إصدار القرارات الإدارية، وتذليل الصعوبات التي تواجه هذه المؤسسات. ت- تطبيق مراحل تجريبية لتقييم استعداد وجاهزية المؤسسات الصحية لتطبيق بطاقة الأداء المتوازن لتحديد مدى شموليتها، دقة بنائها، إمكانية تطبيقها وإدخال التعديلات اللازمة قبل تطبيقها العام.

ث-مراجعة الأهداف الاستراتيجية بصورة دورية، والالتزام بسياسات الوصاية ممثلة في وزارة الصحة المديرية الولائية للصحة لتحقيق الانسجام المطلوب بين الخطط المسطرة وأهداف التطوير والجودة.

ج-معالجة جوانب مقاومة التغيير لدى بعض قيادات المؤسسة، إذ أن الانتقال والتحول في أي مؤسسة من وضع إلى وضع جديد عادة ما يقابل بمقاومة خشية من التغيير، ويمكن الاستفادة من أساليب إدارة التغيير والتطوير التنظيمي، وتعديل السلوك التنظيمي.

ح- تطوير قواعد البيانات والمعلومات التي تتطلبها عملية تقييم الأداء، وضرورة تفعيل نظام التخطيط وتقييم الأداء بالكامل، وتوفير وحدة للمعلومات ومعالجة الاحصائيات مع إعداد تقارير دورية عن الأداء.

<sup>1</sup> -بثينة راشد الكعبي.قاسم علي عمران، دور بطاقة الاداء المتوازنة في تقويم أداء المستشفيات الحكومية غير الهادفة للربح-دراسة تطبيقية في مستشفى الدكتور كمال السامرائي، مجلة الإدارة والاقتصاد، العراق، العدد 87، 2011، ص42.

خ- استثمار التغذية العكسية للتأكد من سلامة تطبيق بطاقة الأداء المتوازن، حيث يعتمد نجاح تطبيقها على عمليات المتابعة والمراجعة المستمرة والدورية والتي تتطلب فحص وتقييم الأبعاد الأربعة والعلاقات الارتباطية على مستوى المؤسسة ومع مجتمعها وبيئتها المحيطة.

#### 4- معوقات تطبيق بطاقة الأداء المتوازن وطرق التغلب عليها: <sup>1</sup>

أ- عدم إدراك المسؤولين لمعايير وفوائد بطاقة الأداء المتوازن، ويكمن الحل في إقامة دورات تدريبية تخصصية في هذا المجال والاستعانة بالخبراء في إعداد وتصميم البطاقة وتطبيقها.

ب- مقاومة التغيير لدى مسؤولي المؤسسات الصحية، مما يعوق تطبيق البطاقة، وتكون معالجة هذه الظاهرة عن طريق إقناع الإدارة والعمال بجدوى بطاقة الأداء المتوازن، وقدرتها على تحويل المؤسسات إلى هيئات قادرة على تقييم أنشطتها في صورة واضحة قابلة للقياس.

ت- عادة ما تعاني المؤسسات التابعة للقطاع العمومي من ضعف نظم المتابعة والرقابة التي يتم من خلالها الحكم على فعالية وكفاءة الأداء، وضعف الربط بين التخطيط ونتائج تقييم الأداء، وللتغلب على هذا الإشكال يستحسن ربط عمليات وأنشطة الإدارة بمؤشرات تقييم الأداء وإزالة العوائق الإدارية التي تقف عائقاً أمام تطبيق بطاقة الأداء المتوازن.

ث- تعدد طرق تقييم أداء المؤسسات الصحية وعدم الاتفاق على مقاييس موحدة، ويمكن معالجة ذلك عن طريق توحيد ودمج الطرق المتبعة حالياً من طرف وزارة الصحة والاعتماد على مرجعية محددة شاملة.

ج- قصور في موضوعية التقييم نتيجة لعدة عوامل في المستويات المتعددة للأداء، ويمكن التغلب على هذا القصور باختيار القائمين على التقييم، واستخدام التقنيات الحديثة لإضفاء الحيادية والدقة.

ح- إعادة النظر في بعض مؤشرات تقييم الأداء، حيث يجب أن تتضمن مقاييس كمية وكيفية، مع الأخذ في عين الاعتبار الفوارق بين مجال الأعمال ومجال الصحة.

<sup>1</sup> - Jessica jacques,op cit,p25.

### خلاصة الفصل:

أصبح الارتقاء بالمستوى الخدمات الصحية مطلباً أساسياً للدول والمجتمعات وهذا من خلال تقييم أداء المؤسسات الصحية، وترتكز عملية تقييم الأداء على مجموعة من المؤشرات والمعايير العالمية التي اقترتها منظمة الصحة العالمية عن طريق مقارنة النتائج المحققة لفترة محددة مع هذه المعايير، ومن ثم الحكم على نجاح أو فشل هذه المؤسسات في تقديم خدماتها .

في هذا الإطار، تعتبر كل من لوحة القيادة وبطاقة الأداء المتوازن من أحدث وأنجع الأدوات والوسائل في هذا المجال، ومن أجل إعداد أو تنفيذ أحد هذين الخيارين أو كليهما ينبغي احضارها لجملة من التعديلات لضمان فعاليتها، حيث أنه ورغم الاختلاف الموجود بين المؤسسات الهادفة للربح والمؤسسات غير الربحية إلا أن المبادئ التي تحكم تطبيق كل من لوحة القيادة وبطاقة الأداء المتوازن هي نفسها مهما كان شكل المؤسسة وطبيعتها .

## الفصل الثالث

المؤسسة العمومية الاستشفائية

ومقاربات تسييرها

## تمهيد:

شهدت المنظومة الصحية الجزائرية تطورات عدة على مراحل زمنية مختلفة، حيث شملت هذه التطورات الجانب الهيكلي وكذلك أليات التسيير .

وقد مثل القطاع الصحي الحجر الاساس في هذه المنظومة لفترة طويلة، قبل ان يتم الاستغناء عنه بموجب الاصلاحات التي باشرتها السلطات مطلع الالفية والتي توجت سنة 2007 باستحداث تنظيم جديد يتمثل في المؤسسة العمومية الاستشفائية والمؤسسة العمومية للصحة الجوارية .

بدورها هذه الهيئات المستحدثة كانت محل نقاشات عميقة مع اقتراح بمراجعة هيكلتها هي الاخرى وفقا للمتطلبات الصحية الجديدة وهذا بهدف تحسين أدائها .

في هذا الفصل، سنحاول تحديد إطار مفاهيمي للمؤسسة العمومية الاستشفائية، مع التطرق الى التسيير المالي لهذه المؤسسات بالضافة إلى اعتماد المحاسبة التحليلية كوسيلة لمراقبة التسيير بها، حيث تم تقسيم الفصل إلى ثلاثة مباحث هي:

-المبحث الاول: عموميات حول المؤسسة العمومية الاستشفائية.

-المبحث الثاني: التسيير المالي للمؤسسات الصحية .

المبحث الثالث: المحاسبة التحليلية كأداة لمراقبة التسيير الاستشفائي.

**المبحث الأول: عموميات حول المؤسسات العمومية الاستشفائية.**

فرضت التحديات الاقتصادية، الاجتماعية وكذا الصحية على السلطات اللجوء التي تنظيم المؤسسات الصحية على نحو يسمح بتوفير الصحة للجميع وعلى كل المنتوجات، في هذا الإطار تم إعادة هيكلة القطاع الصحي بموجب المرسوم التنفيذي 07-140<sup>1</sup> من خلال استحداث مؤسستين جديدتين هما:

- المؤسسة العمومية الاستشفائية (المستشفى).
- المؤسسة العمومية للصحة الجوارية (العيادات، قاعات العلاج).

وقد كان الغرض الأساسي من هذا التقسيم:

- التمييز بين الوقاية التي تقوم بها مصالح الوقاية والعلاج من جهة والاستشفاء من جهة أخرى.
- رفع الحواجز البيروقراطية في الوصول إلى العلاجات التخصصية وكذلك الاستشفاء.

**المطلب الأول: المؤسسة العمومية الاستشفائية Etablissement Public Hospitalier**

**1- تعريف المؤسسة العمومية الاستشفائية:** هي مؤسسة ذات طابع إداري عمومي، تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، توضع تحت وصاية الوالي، تتكون من هيكل التشخيص، العلاج، الاستشفاء وإعادة التأهيل الطبي، تغطي سكان بلدية واحدة أو مجموعة بلديات، مهامها التكفل بصفة متكاملة ومتسلسلة بالحاجات الصحية للسكان، والمتمثلة في:<sup>2</sup>

ضمان تنظيم وبرمجة توزيع العلاج، التشخيص، إعادة التأهيل الطبي والاستشفاء.  
تطبيق البرامج الوطنية للصحة.

ضمان حفظ الصحة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية.

ضمان تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة وتجديد معارفهم.

-التكفل بالحاجات الصحية للسكان وضمان نشاطات العلاج والتشخيص والاستشفاء والاستعجالات الطبية الجراحية.

<sup>1</sup> الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، المرسوم التنفيذي 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007، المتضمن إنشاء، تنظيم وعمل المؤسسة العمومية الاستشفائية والمؤسسة للصحة الجوارية، ص 10 - 11.  
<sup>2</sup> الجريدة الرسمية، العدد 33، المرسوم التنفيذي 07-140، المادة 4 و 5.

من خلال هذا التعريف يمكن القول أن إعادة هيكلة القطاع الصحي قدمت الجانب المادي عن المؤسسة، بحيث تم منح الاستقلالية للمستشفى كهيكل صحي منفصل عن الهياكل التي تتبعه (المراكز الصحية)، والتي تحولت إلى مؤسسة عمومية للصحة الجوارية مقرها إحدى البلديات الرئيسية وتأخذ صفة: -**عيادة متعددة الخدمات (Polychnique):** وتحتوى على عدة تخصصات مثل الطب العام، جراحة الانسان، مصالح حماية الأمومة والطفولة....

-**قاعات العلاج ( Salle de Soir ):** تقوم بتقديم العلاجات القاعدية البسيطة، وهي تمثل الوحدة الطبية الأقرب من المواطن، ويتم عن طريقها ضمان المناوبة المستمرة في النهار من الساعة 08 إلى الساعة 16 ووجود طبيب عام وممرض على الأقل.

والمقصود من إعادة الهيكلة هو إحترام السلمية في الاستفادة من الخدمات العلاجية، حيث تم تقسيم الأدوار بين المؤسستين، فالمريض الذي كان يتوجه مباشرة إلى المؤسسة الاستشفائية بمجرد إصابته بزكام أو أزمة برد، أصبح بموجب التقسيم الجديد يتوجه إلى المؤسسة العمومية للصحة الجوارية (قاعة علاج أو عيادة) وهي التي تقوم بتقديم العلاجات القاعدية البسيطة، بينما تتكفل المؤسسة العمومية الاستشفائية (المستشفى) بالمستوى الثاني من الخدمات الصحية، بالإضافة إلى الاهتمام بتكوين المستخدمين من خلال إبرام اتفاقيات مع مؤسسات التكوين.

من جانب آخر، فقد عرفت منظمة الصحة العالمية المؤسسات العمومية الاستشفائية على أنها، "جزء أساسي من تنظيم اجتماعي وطبي تتخلص وظيفته في تقديم رعاية صحية كاملة للسكان علاجية كانت أو وقائية، وتمتد خدمات عيادته إلى الأسرة في بيئتها المنزلية، كما أنه يعتبر مركز لتدريب عمال الصحة وللقيام ببحوث اجتماعية حيوية"<sup>1</sup>

كما تم تعريف المؤسسة العمومية الاستشفائية على أنها نظام اجتماعية (وذلك كون الانسان هو أساس النظام والذي لا يعمل إلا بوجوده، وهو صانع الخدمة وفي نفس الوقت المنتفع بها)، يقوم هذا النظام بتقديم الخدمات الصحية من دون السعي إلى تحقيق الربح، تابع للدولة، وهو عبارة عن نظام مفتوح (بسبب اعتماده على أفراد المجتمع وتأثره بالبيئة)، يحتوى على أنظمة فرعية تتفاعل مع بعضها البعض.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> - منشورات منظمة الصحة العالمية، سلسلة التقارير الفنية، رقم 395، 1980، ص ص 6-7.

<sup>2</sup> - تامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، دار اليازوري للنشر والتوزيع، الأردن، 2005، ص ص 21-22.

لقد أدى التطبيق الفعلي للمرسوم التنفيذي 07-140 المتضمن الخريطة الصحية المعتمدة من قبل الوصاية. والتي تضمنت إنشاء مؤسسات عمومية استشفائية وأخرى للصحة الجوارية إلى ظهور بعض النقائص في إدارة الشأن الصحي، والتي من أهمها الانتقادات الموجهة له والتي تمثلت أساسا في عدم قدرة الهيئات الصحية على تحقيق الأهداف الموجودة من عملية الاصلاح مثل: تقريب الخدمة من المواطن، تحقيق الجودة.....

في هذا الإطار، تقدمت وزارة الصحة وبالتشاور مع الشركاء الاجتماعيين، سنة 2013 بمشروع آخر لإعادة تنظيم المؤسسات الصحية في الجزائر، وقامت بطرحه لإثراء والمناقشة من أجل تقديم المشروع النهائي والذي توج بالقانون رقم 18-11 المؤرخ في 18 شوال 1439 الموافق لـ 02 جويلية 2018 والمتعلق بالصحة.

## 2- مفهوم ومهام المقاطعة الصحية: <sup>1</sup>La Circonscription Sanitaire:

هي هيئة عمومية ذات طابع إداري، تقسم حسب موقعها إلى: فئة مقر الولاية وفئة مقر الدائرة، وهي عبارة عن منظمة إدارية وصحية تضم هياكل الصحة، الوقاية، التشخيص، العلاج، الاستشفاء، إعادة التأهيل الحركي وكل الهياكل الأخرى التابعة لوزارة الصحة وتسعى إلى تلبية الاحتياجات الصحية لمجموعة من المواطنين ضمن مجال جيو صحي يشمل دائرة أو أكثر كما يمكن أن تكون في الدائرة الإدارية الواحدة عدة دوائر صحية لتلبية الحاجات الخاصة بالكتلة السكانية الكثيفة فيها.

تنشئ من ذلك، المعاهد التي لها مهام العلاج والبحث، والمؤسسة الاستشفائية الجامعية، المراكز الاستشفائية الجامعية، المؤسسات الاستشفائية المتخصصة والتي تقوم بتغطية حاجات منطقة سكانية تشمل عدة دوائر أو ولايات.

تمثل مهام المقاطعة الصحية في:

- تحديد الاحتياجات الصحية للحوض السكاني المطلوب تغطيته.
- لبية الاحتياجات الصحية للسكان، بشكل متكامل، مدمج، هرمي ومستمر.
- تنفيذ البرامج الوطنية والجمهورية للصحة.
- اعداد وتنفيذ البرامج المحلية للصحة، بعد المصادقة عليها من طرف مديرية الصحة
- السهر على المتابعة ومراقبة أنشطة الوحدات للدائرة الصحية.

<sup>1</sup> -المادتين 02 و03 من مشروع المرسوم التنفيذي المتضمن انشاء وتنظيم وسير المقاطعات الصحية المرسله المصادر من طرف الأمانة العامة لوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات تحت رقم 1043، لـ 03 ديسمبر 2013.

- الالتزام بعقود أهداف وتحديد المسؤولية للنشاطات عن طريق الأنشطة والموارد وذلك مع المدير المكلف بالصحة من جهة والمصالح الطبية والتقنو طبية من جهة أخرى.
- التقييم الدوري للنشاطات الصحية الخاصة بوحدة المقاطعة الصحية وبلوغ الأهداف المسطرة في العقود السالفة الذكر.
- الالتزام بعقود التعاون بين القطاع شبه العمومي والخاص.
- يمكن لهذا المقاطعات وحسب الحاجة، أن تضمن نشاطات العلاج ذات المستوى العالي، للتعليم الجامعي والبحث العلمي.
- فيما يتعلق بالجانب الوقائي:
  - ✓ ضمان السهر على الخدمة الصحية وإعداد احصائيات صحية.
  - ✓ ضمان بشكل عام الحماية الوقاية وترقية الصحة.
  - ✓ تعزيز ترقية الصحة الجوارية، خاصة عن طريق العلاج المنزلي والفرق المتنقلة.
  - ✓ تعزيز النشاطات الصحية في المناطق الخاصة.
- فيما يتعلق بالتشخيص والعلاج:
  - ✓ المساهمة في وضع مخطط جهوي لتنظيم العلاج.
  - ✓ تطوير مخطط نشاطات التشخيص والعلاج عن طريق الشبكات الوظيفية وأقسام العلاج.
  - ✓ تلبية حاجات العلاج الاستعجالي عن طريق تنظيم خدمة دائمة للعلاج الاستعجالي موزعا عبر الوحدات المكونة للدائرة الصحية.
  - ✓ تنمية التكامل بين القطاع العمومي، شبه العمومي وكذا الخاص .
- فيما يتعلق بالتكوين:
  - ✓ المبادرة والمساهمة في التكوين المتواصل ودورات الاتقان للمستخدمين.
  - ✓ المساهمة في التكوين القاعدي عن طريق جعل الوحدات التابعة للدائرة الصحية مجال التبرصات بناء على اتفاقيات موقعة مع الهيئات التكوينية التابعة للتعليم العالي، التكوين المهني وكذا المتخصصة في ميدان الصحة.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - المواد 05 و09 من مشروع المرسوم التنفيذي المتضمن انشاء، تنظيم وسير المقاطعات الصحية.

## 3-المبادئ الأساسية لمسؤولية العمومية الإستشفائية:

تتعدد واجبات المؤسسة الإستشفائية اتجاه المرضى حيث يترتب عن الاخلال بهذه الواجبات مسؤولية ومتابعات قضائية، وهي ممثلة في:

أ- مبدأ الاستمرارية: بعد مبدأ أساسيا في سير المؤسسة الإستشفائية، والمقصود به هو العمل دون انقطاع نهارا وليلا وفي حالة الاستعجال من أجل المحافظة على صحة الأفراد وتستمر المؤسسة في أداء الخدمة حتى بعد خروج المريض.<sup>1</sup> فالإدارة تبقى ملزمة بتأمين سير المؤسسة إلا في حالة صدور قرار نظامي بإيقافها أو في حالة القوة القاهرة، عدا ذلك فإن أي انقطاع أو تأخير في أداء الخدمة يعتبر خطأ، ويؤدي إلى فتح المجال أمام المتابعات القضائية.

ومن أجل تحقيق هذا المبدأ، قام المشرع بسن القوانين المنظمة للقطاع من خلال الزام العمال في المؤسسات الإستشفائية بضمان الاستمرارية وتنظيم المسائل التالية:

-مسألة الإضراب: تنص المادة 57 من دستور سنة 1996 على: "الحق في الاضراب معترف به، وتمارس في إطار القانون، يمكن أن يمنع القانون ممارسة هذا الحق أو تجعل حدودا لممارسته في ميادين الدفاع الوطني والأمن، أو في جميع الخدمات والأعمال العمومية ذات المنفعة العامة الحيوية للمجتمع"<sup>2</sup>، فالإضراب قد يؤثر على مبدأ الاستمرارية، لذلك فالمشرع لم يمنع حق الاضراب على عمال الصحة ولكن جعل له حدودا لكونه خدمة عمومية ذات منفعة حيوية للمجتمع.

-مسألة تنظيم الاستقالة: نصت المادة 20 من الأمر رقم 06-03، على أنه: "لا ترتب الاستقالة أي أثر إلا بعد قبولها الصريح من السلطة المخولة بصلاحيات التعيين التي يتعين عليها اتخاذ قرار بشأنها في أجل أقصاه شهران (02) ابتداء من تاريخ ايداع الطلب، غير أنه يمكن للسلطة التي لها صلاحيات التعيين تأجيل الموافقة على طلب الاستقالة لمدة شهرين ابتداء من تاريخ انقضاء الأجل الأول تصبح الاستقالة فعلية"<sup>3</sup>.

وعليه فإن المشرع لم يحرم المنتسبين لقطاع الصحة من حق الاستقالة، إلا أنه ونظرا لطبيعة ومتطلبات السير الحسن للمؤسسة الإستشفائية، فإنه منح للمسير أو سلطة التعيين هامشا للمناورة من

<sup>1</sup> - الجريدة الرسمية رقم 8 لسنة 1985، المادة 155 من القانون رقم 85-05 المؤرخ في 26 جمادى الأولى 1405 الموافق ل16 فيفري 1985 والمتعلق بحماية الصحة وترقيتها المعدل والمتمم بموجب قانون 90-17 المؤرخ في 31 جويلية 1990.

<sup>2</sup> - الجريدة الرسمية رقم 46 لسنة 1996، المرسوم الرئاسي رقم 96-438 المؤرخ في 26 رجب 1417 الموافق ل7 ديسمبر 1996 المتضمن دستور الجزائر.

<sup>3</sup> - الجريدة الرسمية رقم 46 لسنة 2006، الأمر رقم 06-03 المؤرخ في 19 جمادى الثانية 1427 الموافق ل15 جويلية 2006 المتضمن القانون الأساسي للوظيفة العمومية.

خلال امكانية تأخير قبول الاستقالة لغاية إيجاد حلول مناسبة لكل الأطراف وخاصة عدم المساس بمبدأ استمرارية تقديم الخدمات الصحية.

-مسألة الموظف الفعلي: وهو الموظف التي يقوم بأداء وظيفة معينة دون سند شرعي أو دون سندا

<sup>1</sup>، بحيث أنه يقوم ببعض الأعمال الإدارية الغير مخولة له نظاميا<sup>2</sup>، غير أن تصرفاته تعتبر مشروعة في حالة الظروف الاستثنائية استنادا إلى مبدأ ضرورة سير المرافق العامة بانتظام وإطراد.

ب- مبدأ المساواة: يعتبر مبدأ المساواة في الحصول على الخدمة الصحية مبدأ أساسيا، حيث أنه يضمن لجميع أفراد المجتمع الحصول على العلاج المناسب دون أي تمييز بين المرضى، وينطبق هذا المبدأ على أعباء المرفق وكذلك على الخدمات المقدمة، لذلك فالمؤسسات الاستشفائية ملزمة باحترام مبدأ المساواة في حدود الامكانيات المتوفرة لها.<sup>3</sup>

ت- مبدأ نوعية الخدمة وتكيفها: يجب على المؤسسات الاستشفائية أن تستجيب للمتطلبات المتزايدة للأفراد، وتعرف هذه المتطلبات تزايدا مستمر في الكم وكذلك في النوعية، لذا وجب على هذه المؤسسات إجراء التعديلات المناسبة من أجل تحقيق المنفعة العامة وهذا دائما في إطار المجانية.<sup>4</sup>

#### المطلب الثاني: الاطار الهيكلي للمؤسسات الاستشفائية

يتوزع الإطار الهيكلي في المؤسسة العمومية الاستشفائية على مجموعة من المصالح الإدارية والطبية، فالمصالح الإدارية تختص بالأعمال الإدارية للمؤسسة كالاهتمام بشؤون مستخدمي الصحة، التموين، الصيانة...بينما تتمثل مهمة المصالح الطبية في تقديم العلاج والرعاية الصحية، ونشر الثقافة الصحية لدى مرتادي المؤسسة.

#### 1-المصالح الإدارية للمؤسسة العمومية الاستشفائية:

حسب المادة 10 من المرسوم التنفيذي 07-140، تدير المؤسسة العمومية الاستشفائية من طرف مجلس إدارة، مدير ومجلس طبي (هيئة استشارية)، لذا يمكن القول أن تسيير المؤسسة يخضع إلى تنظيم إداري واستشاري.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> - جمال الدين سامي، أصول القانون الإداري، تنظيم السلطة الإدارية والأدارة المحلية، التنظيم القانوني للتوظيفة العامة، نظرية العمل، منشأة المعارف، الاسكندرية، 2004، ص544.

<sup>2</sup> - أحمد محيو، محاضرات في المؤسسات الإدارية (ترجمة محمد عرب صاصيلا)، ديوان المطبوعات الجامعية، ط2، الجزائر، ص430.

<sup>3</sup> - أحمد محيو، مرجع سابق، ص488.

<sup>4</sup> - عادل بن عبد الله، المسؤولية الإدارية للمرافق الاستشفائية، أطروحة دكتوراه، كلية الحقوق، جامعة محمد خيضر، بسكرة، الجزائر، 2011، ص32.

أ- مجلس الإدارة: ويتكون من: <sup>2</sup>

- ممثل عن الوالي رئيسا.
  - ممثل إدارة المالية.
  - ممثل التأمينات الاقتصادية.
  - ممثل هيئات الضمان الاجتماعي.
  - ممثل المجلس الشعبي الولائي.
  - ممثل المجلس الشعبي البلدي.
  - ممثل عن المستخدمين الطبيين ينتخبه نظراؤه.
  - ممثل عن المستخدمين الشبه الطبيين منتخب من قبل نظراته.
  - ممثل عن جمعيات مرتفقي الصحة.
  - ممثل عن العمال ينتخب في جمعية عامة.
  - رئيس المجلس الطبي.
  - مدير المؤسسة العمومية الاستشفائية، ويكون رأيه استشاري ويكلف بكتابة الجلسة.
- يعين هؤلاء الأعضاء برأي استشاري لمدة ثلاث سنوات قابلة للتجديد بقرار من الوالي وبناء على اقتراح من السلطات والهيئات التابعين لها، وفي حالة انقطاع عهدة أحد أعضاء المجلس، يعين عضو حسب نفس الشكل لخلافته إلى غاية انتهاء العهدة.
- يقوم مجلس إدارة المؤسسة العمومية الاستشفائية بعقد مداورات تخص مخطط تنمية المؤسسة على المديين المتوسط والقصير، إعداد مشاريع الميزانية والحسابات التقديرية، الحساب الإداري، دراسة مشاريع الاستثمار، مشاريع التنظيم الداخلي للمؤسسة، وكذلك دراسة الاتفاقيات مع مؤسسات التكوين بالإضافة إلى النظر في مختلف الصفقات والعقود والبرامج التي تخص المؤسسة.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> - عرابية الحاج، ازدواجية السلطة في المستشفيات: المفهوم الاشكالية، مجلة الباحث، جامعة قاصدي مرياح، ورقلة، الجزائر، عدد7، 2009، ص236.

<sup>2</sup> - المادتين 14، 15، المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 17، 05، 2007 المتضمن قواعد انشاء مؤسسات عمومية استشفائية والمؤسسة العمومية للصحة الجوارية مرجع سابق

<sup>3</sup> - علوان كريمة، التنظيم الاستشفائي بين القوانين والممارسة، دراسة ميدانية، مذكرة ماجستير، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الجزائر، 2009، ص59.

وفيما يخص الاجتماعات، فإنها تعقد في دورة عادية مرة واحدة كل ستة أشهر، كما يمكنه الاجتماع في دورة غير عادية عن طريق الاستدعاء من رئيسته أو بثلاثي أعضائه، وتحرر مداولاته في محاضر يوقعها الرئيس وأمين المجلس، وتفيد في سجل خاص برقمه ويؤشر عليه الرئيس.

تتخذ قرارات المجلس بأغلبية الحاضرين وفي حالة تساوي عدد الأصوات يكون صوت الرئيس مرجحا، ويتم عرض المداولات على موافقة الوالي في أجل ثمانية أيام الموالية للاجتماع، وتصبح هذه المداولات نافذة بعد (30) يوما من ارسالها، وفي حالة اعتراض صريح يبلغ خلال هذا الأجل.

جدير بالذكر، أنه لا تصح مداولات المجلس إلا بأغلبية أعضائه وفي حالة عدم اكتمال النصاب، يستدعى الأعضاء في ظرف الثمانية أيام الموالية على أن يتم التداول مهما كان عدد الحاضرين، وفي هذه الحالة يتم اتخاذ القرارات طبقا للأغلبية الحاضرة، ويتم تحديد جدول أعمال الاجتماع من قبل رئيس المجلس وباقتراح من مدير المؤسسة، وهذا طبقا للمواد 16 و17 من المرسوم 07-140، السابق الذكر.<sup>1</sup>

ب- المدير: يعين مدير المؤسسة العمومية الاستشفائية بموجب قرار من وزير الصحة وتتمثل مهامه في ضمان إدارة وتسيير والقيادة العامة للمؤسسة طبقا للقوانين، بالإضافة إلى ذلك، يمارس المدير سلطته على جميع المستخدمين ويمثل سلطة الدولة بالمؤسسة، ويقوم بتحضير أعمال مجلس الإدارة، والميزانية وهو مكلف بتنفيذ قرارات مجلس الإدارة والسياسات المحددة من طرف مجلس الإدارة.

كما يعتبر المدير مسؤولا عن السير لحسن للمؤسسة، ويقوم بتمثيلها أمام الهيئات القضائية وجميع الأعمال المدنية، ويعود لأمر بالضرف للمؤسسة، بالإضافة إلى اشرافه على تحضير مشروع الميزانية التقديرية، إعداد حساب المؤسسة ومشروع التنظيم الداخلي للمؤسسة.

ويقوم مدير المؤسسة كذلك، بإعداد التقرير السنوي للأنشطة وعرضه على مجلس الإدارة من أجل المصادقة عليه، ومن ثم توجيهه إلى الوصاية ممثلة في مديرية الصحة والسكان، إلى جانب مسؤولياته في مجال الصفقات العمومية والمتمثلة في إبرام العقود والصفقات في إطار القوانين المعمول بها.<sup>2</sup>

وفي إطار نفس المرسوم، وطبقا للمادة 21 منه، يساعد المدير في مهامه أربعة مدراء فرعيين يكلفون طبقا لاختصاصهم ومجالاتهم فيما يلي:

<sup>1</sup> - علوان كريمة، نفس المرجع، ص59.

<sup>2</sup> - المادتين 19-20 من المرسوم التنفيذي 07-140 المؤرخ في 17/05/2007، المتضمن قواعد إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية، مرجع سابق.

- المديرية الفرعية للمصالح الصحية: تتكون المديرية الفرعية من ثلاثة مكاتب ممثلة في مكتب القبول، مكتب التعاقد وحساب التكلفة، ومكتب التنظيم ومتابعة وتقويم النشاطات الصحية وهذا حسب المادة 03 من القرار الوزاري المشترك في 03 محرم 1431، الموافق لـ 20 ديسمبر 2009، والذي يحدد التنظيم الداخلي للمؤسسات العمومية الاستشفائية، جريدة رسمية عدد 15، 2010.

- المديرية الفرعية للموارد البشرية: وتتكون من مكتبين هما:

✓ مكتب تسيير الموارد البشرية والمنازعات: يقوم بمتابعة الدورات المهنية للعمال من بداية التوظيف وحتى الخروج إلى التقاعد، ويعمل على متابعة الوضعيات القانونية والمهنية للمستخدمين بما يحفظ حقوقهم.

✓ مكتب التكوين: يهتم بتنظيم دورات تكوينية للعمال سواء كانت قصيرة أو طويلة المدى.<sup>1</sup>

- المديرية الفرعية للمالية والوسائل: وتضم 03 مكاتب:

✓ مكتب الميزانية والمحاسبة: تتمثل مهامه في ترتيب وتنظيم الرواتب العمال، تسيير ميزانية المؤسسة، اعداد الكشوف والفواتير، ومتابعة الوضعية المالية.

✓ مكتب الصفقات العمومية، يقوم هذا المكتب بتحضير ملفات الصفقات، كما يقوم باعداددقاتير الشروط، استقبال ملفات المتعهدين ودراستها من قبل لجنة فتح وتقييم العروض التي نشأ بموجب قرار من مدير المؤسسة.

✓ مكتب الوسائل العامة: ويتكفل بالمحافظة على ممتلكات المؤسسة، وهو المسؤول على نظافة المؤسسة، حظيرة السيارات، المطبخ، الأمن...<sup>2</sup>.

- المديرية الفرعية لصيانة المعدات الطبية: تهتم بـ:

✓ الصيانة الوقائية: صيانة المعدات قبل وقوع الأعطاب من خلال المراقبة المستمرة.

✓ الصيانة العلاجية: وتتم بعد وقوع العطب حيث يتكفل بعملية صيانتها، مع القيام بالاجراءات الضرورية والمتمثلة في ملاء الاستمارة الخاصة بالصيانة وذكر نوع العطب وكل المعلومات المتعلقة بالصيانة.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>-المادة 04، من القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 03 محرم 1431، الموافق لـ 20 ديسمبر 2009، يحدد التنظيم الداخلي للمؤسسات العمومية

الاستشفائية، جريدة رسمية عدد 15، مؤرخة في 2010

<sup>2</sup>-المادة 05، من القرار الوزاري المشترك، مرجع سابق.

<sup>3</sup>-المادة 06، من القرار الوزاري المشترك، مرجع سابق

ت- المجلس الطبي: هو هيئة تقوم بدراسة المسائل المرتبطة بالمؤسسة خاصة في المجال الطبي والتقني، والتي تخص مختلف العلاقات الوظيفية الطبية وكذا البرامج الداخلية للمؤسسة ومختلف البرامج والتظاهرات التي تخص الصحة والسكان ومختلف الميادين العلمية والتقنية ويتلقى الاخطارات من مدير المؤسسة في كل ما يخص الجوانب الطبية، العلمية والتكوينية، ويضم المجلس الطبي:

- مسؤولو المصالح الطبية.

- مسؤول الصيدلية.

- جراح أسنان.

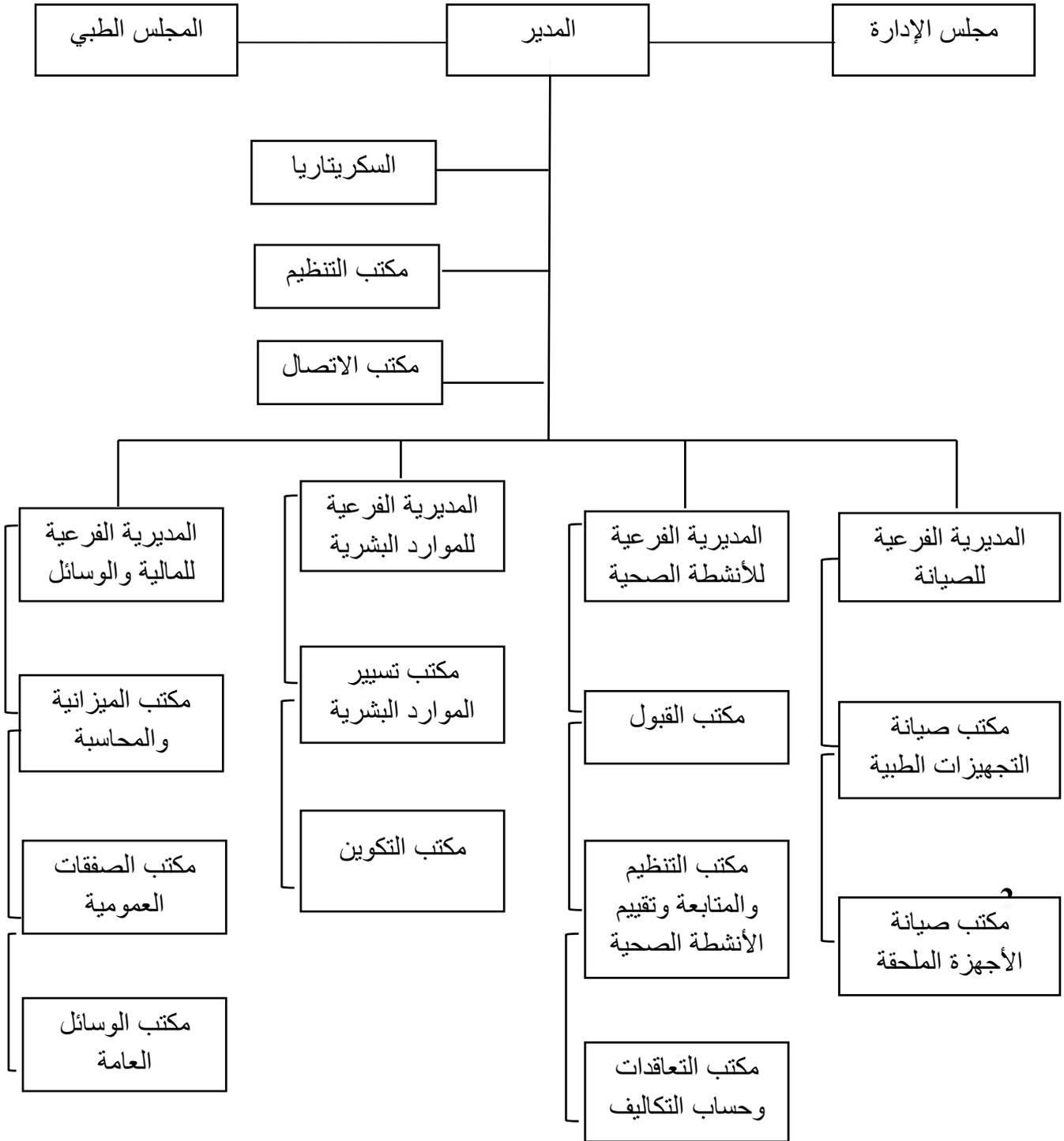
- شبه طبي ينتخبه نظراؤه من أعلى رتبته في سلك الشبه طبيين.

- ممثل عن المستخدمين الاستشفائيين الجامعيين عند الاقتضاء.

ينتخب المجلس الطبي من بين أعضائه رئيسا ونائبا لمدة ثلاثة سنوات قابلة للتجديد، ويجتمع بناء على استدعاء من رئيسه في دورة عادية مرة واحدة كل شهرين، ويمكنه الاجتماع في دورة غير عادية بطلب من رئيسه أو من أغلبية أعضائه أو مدير المؤسسة .

لا تصح اجتماعات المجلس الطبي إلا بحضور أغلبية أعضائه، وفي حالة عدم اكتمال النصاب، يستدعى من جديد في حدود 08 أيام الموالية طبقا للأعضاء الحاضرين.

الشكل رقم 14: التنظيم الإداري للمؤسسة العمومية الاستشفائية الجزائرية



المصدر: من إعداد الباحث بناء على النصوص التنظيمية للمرسسة الاستشفائية

## 2- المصالح الصحية:

تتنوع المصالح الصحية على مستوى المؤسسات العمومية الاستشفائية حسب ما يحتاجه مرتفقي هذه المؤسسات وكذلك حسب نوعية الخدمات المطلوبة والمقدمة، حيث تضم المؤسسات مصالح الفحص

والتشخيص والتي يتم فيها فحص المريض واتخاذ القرار بين إخضاعه للعلاج داخل المستشفى أو إعطائه وصفات علاجية ومغادرة المستشفى، وتوجد كذلك المصالح اللاتنكينية وهي المصلحة التي يقوم فيها الطبيب بفحص المرضى وتقديم الرعاية العلاجية من قبل الشبه طبي وتميز هذه المصالح بحاجتها الكبيرة من الموارد المادية والبشرية.<sup>1</sup>

كما نجد كذلك المصالح التقنية والتي تتمثل في الأقسام المساعدة للمصالح الاكلينكية ومصالح الفحص والتشخيص والتي تتمثل في مصلحة الأشعة الطبية، مخبر التحاليل، غرف العمليات، وكذا أقسام المساعدة والدعم والتي تعمل على توفير الراحة وجميع ما يحتاجه المريض منذ دخوله إلى المؤسسة مثل: الاطعام، النظافة، صيانة الأجهزة الطبية، وهي ما يطلق عليها الفندقية أو الأقسام اللوجيستكية والإدارية.

**المطلب الثالث: التعاقد كألية لمراقبة التسيير في المؤسسات الاستشفائية:**

في سعيها الدائم لإصلاح المنظومة الصحية، لجأت الحكومة إلى نظام التعاقد كأحد الخيارات الاصلاحية للتحكم في النفقات الصحية من جهة وتحسين مستوى الخدمات المقدمة من جهة أخرى.

#### 1- مفهوم العقد وأركانه:

أ- من الجانب القانوني: تعرف المادة 54 من القانون المدني،<sup>2</sup> العقد على أنه: "اتفاق يلتزم بموجبه شخص أو عدة أشخاص آخرين، بمنع أو فعل أو عدم فعل شيء ما"، وهو يرتكز على الأركان التالية:

- أطراف العقد: الطرف المستهلك (المريض)، الطرف المنتج للخدمة (الطبيب أو المؤسسة الصحية) والممول (الدولة وصندوق التأمينات الاجتماعية).

- التراضي: هو توافق إرادة المتعاقدين بالإيجاب والقبول، مع مراعاة القوانين المعمول بها.

- محل العقد: يقصد بالمحل، "العملية القانونية التي يراد تحقيقها من حيث انشاء حقوق والتزامات متقابلة للمتعاقدين"<sup>3</sup>، مثل الأجهزة الطبية، الدواء، الجهد المبذول من الطبيب....، ويشترط في المحل أن يكون ممكنا غير مستحيلا، قابلا للتعيين، موجود وقت التنفيذ وأن يكون مشروعاً.<sup>4</sup>

- السبب: والمقصود هو السبب الذي أدى إلى التعاقد وهذا بهدف خلق شفافية في العلاقات بين ممولي قطاع الصحة ومنتجي الخدمات الصحية والمستفيدين منها.

<sup>1</sup> - عادل بن عبد الله، مرجع سابق، ص36.

<sup>2</sup> - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الأمر رقم 75-58 المؤرخ في 20 رمضان 1395 هـ الموافق لـ 26 سبتمبر 1975، المتضمن القانون المدني المعدل والمتمم، الجريدة الرسمية عدد 78 بتاريخ 30 سبتمبر 1975.

<sup>3</sup> - حلمي محمود، العقد الإداري، ط2، دار الفكر العربي، القاهرة، 1977، ص7.

<sup>4</sup> - زغلاني عبد المجيد، موسوعة القانون الجزائري، دار بيرني للنشر، الجزائر، 2009، ص239.

ب- من الجانب الاقتصادي: هو اتفاق يتم بموجبه توضيح العلاقة بين المنظومة الصحية وأطراف اقتصادية، الهدف منه هو الشراء أو البيع، ويحتاج إلى تدخل أطراف قانونية لمواجهة الاتفاق المعنوي وتوافق المعلومات.

ت- من جانب المنظمة العالمية للصحة: هو تعهد أو عقد بشكل اتفاق ما بين متعاملين اقتصاديين أو أكثر، يلتزم من خلاله بالتخلي أو التملك، القيام أو عدم القيام ببعض الأعباء، فالعقد يمثل ارتباط إداري لشركاء مستقلين.

ث- من جانب النهج التعاقدية: يقصد به إبرام المؤسسة الصحية عقد مع ممولها لأداء خدمة مقابل تعويض مالي يساوي مجموع التكاليف الخاصة بهذه الخدمة في إطار الأصول المتعارف عليها. -كما يمكن اعتباره "تحالف طوعي لشركاء مستقلين يلتزم بمقتضاه بأداء الواجبات المتبادلة وتلقي المنافع المنتظرة من هذه العلاقة"<sup>1</sup>.

وهنا لا بد من الإشارة إلى أن هذا الإجراء لا يقصد به التنازل كلية عن إدارة المرفق الصحي أو نقل ملكيته من شخص عمومي إلى شخص آخر، بل هو إسناد بعض الخدمات إما لهيئات خارجية أو ضبط العلاقة بين المتعاملين الرئيسيين مع المرفق الصحي العام وفق علاقة عقدية ملزمة قانونيا أو تسييريا، تقوم على تحقيق نتائج وأهداف محددة وفق آجال معلومة.

### ج- مفهوم العقد العلائقي (contrat relationnel):

بالرغم من أهمية العقود الإدارية وضرورتها في محيط المؤسسة تستوجب على المؤسسة تبني مقاربات أخرى في مجال العقود مثلما هو الحال في العقود العلائقية وهي عبارة عن عقد يصاغ ضمن وثيقة تحدد الالتزامات والحقوق بين الأطراف المتعاقدة مثل العقود الأخرى، إلا أن ما يميزه أن ترتيبات العمل بهذا العقد تكون طويلة الأجل ومفتوحة على المستقبل ومبنية على الثقة والاخلاص (الجانب النفسي)، حيث أن الجانب النفسي يعتبر عاملا أساسيا فعالية أداء العمال لذا يمكن اعتبار هذا النوع من العقود مشروط بالأداء القائم على العضوية والمشاركة في المؤسسة.<sup>2</sup> ومن بين أهم النماذج عن العقد العلائقي في المؤسسات الاستشفائية نجد عقد النجاعة والأهداف، ومشروع المؤسسة.

<sup>1</sup> -Auby, J.f, *la délégation du service public*, éd PUF, collection « que sais-je ? » Paris,1995,p50.

<sup>2</sup> -صوفي عبد الوهاب، طبيعة العقد النفسي في المؤسسة العمومية والمؤسسة الخاصة، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، ورقلة، العدد 13، ديسمبر 2013، ص171.

2- أنواع التعاقد بالمؤسسات الاستشفائية: <sup>1</sup>

حسب المنظمة العالمية للصحة، ينقسم التعاقد إلى نوعين هما:

أ- **التعاقد الداخلي**: هو عبارة عن إجراء تفاوضي يضمن مساهمة مختلف مراكز المسؤولية أو مجموع المستخدمين المنظومين تحت استراتيجية هذه المراكز في تحقيق الاهداف الكمية والنوعية للمؤسسة (والتي يشترط أن تتناسب مع استراتيجية المؤسسة)، وهو يمثل استعداد جميع الفاعلين في المؤسسة الصحية (مستخدمين طبيين، شبه طبيين وإداريين..) لتغيير أساليبهم وطرقهم العملية عن طريق توزيع المسؤوليات والسلطات واستخدام الوسائل الحديثة في التسيير يهدف التحكم في النفقات.

ب- **التعاقد الخارجي**: يتمثل في علاقة تعاقدية بين المؤسسة الاستشفائية وفاعلين من خارج المؤسسة، حيث يسمح هذا التعاقد للسلطات بمراقبة وضعية المؤسسات بأكثر دقة، ويهدف إلى تحسين مستوى الخدمات بالإضافة إلى تخفيف العبء البشري الذي يترتب عن الاستغلال المباشر من قبل المؤسسة الصحية، ويأخذ التعاقد الخارجي أحد الاشكال التالية:

- **المناولة: (La sous- traitance)**: يقصد بالمناولة: "إنابة الغير في تنفيذ الأعمال عن طريق عقد بين مؤسستين، المؤسسة الأمرة بالأعمال والمؤسسة المناوبة والذي بموجبه تعهد الأولى بجزء من نشاطها إلى الثانية، نظرا لما تتمتع به الأخيرة (المؤسسة المناوبة) من مهارات فنية وتقنية وامكانيات تجعلها قادرة على توفر سلع وخدمات ذات جودة وبشروط اقتصادية ميسرة"<sup>2</sup>، بالنسبة للقطاع الصحي، تركز المناولة في المؤسسات الاستشفائية بصفة عامة على النشاط اللوجستيكي والمتمثل في<sup>3</sup>:

✓ **الإطعام والتغذية**: يمكن إسناد وظيفة الإطعام بالمؤسسة الاستشفائية إلى مؤسسة مناولة شرط احترام الأمور المتعلقة بالنظافة، المحتوى، النوعية، التخزين والتقديم وهذا راجع إلى أن الإطعام في الميدان الصحي عامل من عوامل العلاج، كما أنه المؤسسة الاستشفائية ومن خلال إسنادها هذه المهمة إلى هيئة أخرى فإنها تبحث بالدرجة الأولى عن كسب رضا الزبون (المريض).

<sup>1</sup> - بين البار سعد، فيجل عبد الحميد، ضرورة اعتماد النمط التعاقدية كأسلوب جديد للتحكم في تزايد النفقات الصحية، تطوره وعقباته في التجربة الجزائرية، مداخلة في ملتقى دولي حول سياسات التحكم في النفاق الصحي، جامعة المسيلة، 22-25 نوفمبر 2015، ص5-6.

<sup>2</sup> - Valentin George, *les contras de sous- traitance*, édition librairie techniques, Paris, 1979,p02.

<sup>3</sup> -Benanteur Younes, *la sous- traitence de fonctions logistiques en milieu hospitalier: un enjeu complexe dans un contexte budgétaire -contraint et structurant-*, revue logistique management, n°24, 2004, numéro special, p43.

✓ **التبييض والغسل:** يرجع اعتماد المؤسسة على المناولة في هذا المجال لاعتبارات اقتصادية وذلك من خلال مقارنة التكاليف المترتبة عن العملية (المناولة) مع التكاليف المترتبة عن الإشراف المباشر على عملية التبييض من قبل المؤسسة الصحية.

✓ **النظافة الاستشفائية:** تقوم معظم المؤسسات الاستشفائية بإسناد مهمة النظافة الاستشفائية إلى شركات مناولة، وهذا راجع لكون أغلب المصالح لديها نشاط مستمر (24سا/24سا) وكذلك ارتباط النظافة الاستشفائية بمعايير ومقاييس خاصة بالبيئة الاستشفائية والتي تختلف كلياً عن البيئة العادية (خطر العدوى المرتفع مثلاً).

✓ **التموين الطبي:** الفندقية والوسائل العامة، وهنا يجب التفريق بين عقود الشراء المبرمة في إطار الصفقات العمومية، وبين اسناد تدبير بعض الاحتياجات الخاصة في المجال الطبي، الفندقية والوسائل العامة إلى أطراف خارج المؤسسة بناء على عقد مناولة مع مراعاة الجانب الاقتصادي (التكاليف) وخصوصية الجانب الصحي.

عموماً، وكأي إجراء تسييري، تتميز المناولة بمجموعة من الإيجابيات والسلبيات، حيث تتمثل النقاط الإيجابية في:

\*تقليل تكاليف الإدارة المباشرة للأنشطة: ويقصد بها التكاليف المرتبطة بالتخزين، إدارة الأفراد، الوقت المستهلك، ...

\*اهتمام المؤسسة بنشاطها الرئيسي المتمثل في تقديم الرعاية الصحية للأفراد، من خلال البرامج الوقائية ومختلف الأنشطة العلاجية،

\*تقاسم أعباء التسيير مع أطراف خارجية وتحميلها جزءاً من المسؤولية في القيام ببعض الأنشطة مع التكفل بعملية المراقبة المستمرة لمستوى جودة هذه الخدمات.

فيما تبرز بعض السلبيات لعملية المناولة والمتمثلة في:

\*صعوبة التحكم في تخفيض التكاليف المرتبطة بعقد المناولة (في حالة الضرورة)، وهذا بسبب ارتباط هذه التكاليف بالطرف الخارجي.

\*اعتماد المناولة لا يخلي مسؤولية المؤسسة الصحية من الآثار المترتبة عن أنشطة المناولة حيث أنها تكون ملزمة بعملية الرقابة والمتابعة المستمرة وهو ما يعد تكلفة في حد ذاته.

\*قد يؤدي الاعتماد على طرف خارجي في أداء الأنشطة، إلى المساس بأحد مميزات الخدمة الصحية وهو السرية، وقد يؤدي ذلك إلى اختلالات من الجانب الاجتماعي، الأخلاقي وحتى القانوني.

\*تخلي المؤسسة الصحية عن الأنشطة موضوع المناولة يساهم في فقدانها للمهارات وهو ما يجعلها في حالة تبعية للطرف المتعاقد، وقد يؤدي الأمر مستقبلا لصعوبة التحكم في التكاليف الخاصة بهذه الأنشطة.

إضافة إلى ذلك، فإن المؤسسة وعند دراستها للجدوى من عملية اسناد الأنشطة إلى طرف خارجي (عقد المناولة)، تستند وترتكز على ثلاثة معايير رئيسية:

\***التحليل الدقيق للتكاليف:** وهنا يقصد بها الجدوى الاقتصادية للعملية، ويرتكز هذا التحليل على مؤشرات خاصة بالاستهلاك الصحي، التخزين، الصيانة، الموارد البشرية...

\***مهارات الموارد البشرية:** يترتب عن عقد المناولة فقدان المهارة والمعرفة لدى مستخدمي المؤسسة الصحية، وتنامي ظاهرة الاتكال وهي أمور لا بد على المؤسسة أن تأخذها بعين الاعتبار مثلا (فرض تدريب المستخدمين وإعادة تأهيلهم على الطرف المتعاقد).

\***تقدير الخطر الاجتماعي والمسؤولية القانونية:** يرتبط الخطر بالاجتماعي بما يعرف بمقاومة التغيير من طرف أفراد المؤسسة نتيجة تضرر مصالحهم بسبب عقد المناولة (مثلا فقدان مناصب العمل للعمال المؤقتين والمتعاقدين)، كما أن هذا العقد لا يسقط المسؤولية القانونية للمؤسسة الصحية عن نشاطات المؤسسة المناولة.

- **التعاون: (la Coopération):** يقصد بعقد التعاون: القيام بالعمل أو النشاط بشكل جماعي، أي التعاون والتنسيق بين الفاعلين والذين يعبر عنهم بالشركاء، حيث يتم بموجب هذا العقد توضيح كيفية مشاركة هؤلاء الفاعلين في تحقيق هدف مشترك، ويعرف عن هذه العلاقة أنها تتميز بالتزامات طويلة الأجل<sup>1</sup>، وهو ما يجعل من هذه العلاقة تأخذ وقتا معتبرا لاعدادها ونفس الشيء بالنسبة للنتائج المترتبة عن ابرامها، كما أنها تتميز بالمرونة في التطبيق وامكانية اتخاذ قرارات تكميلية وهذا راجع إلى احتمال تباين اهتمامات الشركاء.

وهناك مفهوم آخر وهو: "اتفاق ينشأ ضمن أفق بعيد المدى، يحدث تفاعل بين عناصر تنظيمين مستقلين، يضعان وسائلهما معا لتحقيق هدف مشترك ويتخذ العقد التعاوني أحد الأشكال التالية:

✓ **الامتياز (La Franchise):** ينتشر هذا النوع من العقود في التعاملات التجارية والصناعية، ويعرف حسب القانون الأوروبي لأخلاقيات المهنة بكونه نظام تسويق منتجات، أو سلع، أو تكنولوجيات، قائم على

<sup>1</sup> - Perrot jean, **de la contractualisation dans le secteur de la santé**, discussion Paper, N°1- 2007, OMS, Genève, p32.

تعاون متبادل ومستمر بين مؤسستين مختلفتين مستقلتين قانونيا وماليا، يتمثلان في صاحب الامتياز (Le Franchisneur)، والممنوح له الامتياز (le Franchisé) حيث يمنح بموجبه الأول الحق للثاني ويلزمه باستغلال المؤسسة وفقا لمفهوم صاحب الامتياز.<sup>1</sup>

في المجال الصحي، تبقى المؤسسات الصحية الجزائرية بعيدة عن هذا النوع من العلاقات، بعكس بعض الدول التي تعاني من قلة الامكانيات المادية والبشرية، والتي تقوم باشارك القطاعات الخاصة والمنظمات الدولية الحكومية في تنفيذ البرامج الوطنية للصحة، وكمثال على ذلك، اعتماد دول مثل البنغلاديش، النيبال، على طريقة الامتياز في مكافحة داء السل من خلال إشراك الخواص في الحد من انتشار هذا الداء.

✓ **المقاربة عن طريق الشبكة (les réseaux):** ويقصد بالشبكة: "شكل تنظيمي مشترك لمجموعة من المهنيين من تخصصات وهيكل مختلفة، حيث انه وبعد تعريفهم بشكل مشترك لمجموعة من الأهداف، يتم -عن طريق التفاوض- وضع قواعد لممارسات والتكيف المتبادل التي تبدو لهم مسبقا الأفضل ضمانا للنتائج المنتظرة من التكفل بمجتمع ما على حيز جغرافي معين"<sup>2</sup>. وتتمثل فكرة الشبكة في ادماج عدة أصناف من المهن الصحية والاجتماعية على شكل شبكة للعلاجات، حيث أن تعدد محددات الصحة يستدعي مقاربات متعددة التخصصات (multidisciplinaires)، وتعتبر بريطانيا من الدول الرائدة في اعتماد منظومة الشبكات في تقديم الخدمات الصحية لمواطنيها. وتضمن هذه المقاربة، إدماج الخواص في مهام التغطية الصحية مع احتفاظهم بطريقة موحدة ومنسجمة، حيث أن المريض لا يتوجه إلى الممارس الصحي بل إلى الشبكة الصحية وهو ما يضمن له استمرار التكفل بصحته، ويتشكل نظام الشبكة من العناصر التالية:

\* **هيكلية شبكة العلاجات:** الإطار القانوني المنظم للشبكة (منظم، جمعية...).

\* **الانخراط في شبكة العلاجات:** يتم ذلك من خلال التزام بموجب عقد يوضح الأهداف الموضوعية

للشبكة ودور المنخرط في سلسلة تقديم العلاج.

\* **العلاقة مع المولين والسلطات الصحية:** يتم اعتماد الشبكة الصحية من طرف الجهات الوصية

على قطاع الصحة، في نفس الوقت فإنها تقوم بإبرام اتفاقيات وعقود مع الجهات الممولة (الإدارة

الصحية، الضمان الاجتماعي) لضمان استمرار نشاطها.

<sup>1</sup>-Perrot Jean, op cit, p p 32-35.

<sup>2</sup>- Perrot Jean et DeroodenbeKee Eric, **la contractualisation dans les systèmes de santé: pour une utilisation efficace et appropriée**, ed karthala, Paris, 2005- p34.

\***المريض:** يتم اعلامه بالشبكة، ويعطي موافقته الكتابية بقبوله التكفل به في إطار الشبكة.<sup>1</sup>

\***التعاون مع الجمعيات التطوعية:** وتتم العملية من خلال اتفاقيات مكتوبة بهدف المشاركة في بعض الأنشطة الصحية مثل المرافقة الاجتماعية للمرضى الطالبين للخدمات العلاجية وخاصة الأمراض المزمنة والخطيرة (طب الاورام، تصفية الكلى...)، أو من خلال برامج التوعية الدورية والتي تهدف إلى نشر الوعي وتدعيم الجانب الوقائي.

✓ **عقود التوأمة: (Le Jumelage):** تتمثل في التعاون بين مؤسستين صحتين في منطقتين مختلفين وبتخصصات أو كفاءات مختلفة، تسمح بتقديم الخدمة الصحية للمواطنين في المناطق ذات الامكانيات القليلة، وتطوير مهارات مستخدمي المؤسسة الأقل امكانيات.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>- L laplace et autres, **les systèmes de santé français et anglais: évolution comparée depuis le milieu des années 90**, article publié en revue santé publique, Paris, 2002/1 (vol 14), p52.

<sup>2</sup>- Perrot Jean et DeroodenbeKé Eric, op cit, p73

## المبحث الثاني: التسيير المالي للمؤسسات الإستشفائية

تتكون ميزانية المؤسسة العمومية الإستشفائية من بايين اثنين، يخص الاول الإيرادات والباب الثاني خاص بالنفقات.

المطلب الأول: إطار عام حول إيرادات ونفقات المؤسسة الإستشفائية.

## 1- النمط التعاقدى في تمويل المؤسسات الإستشفائية:

تميزت سياسة تمويل المؤسسات الصحية بالاعتماد على النظام الجزافي حتى بداية التسعينات، وهو النظام الذي تعرض إلى انتقادات كثيرة من جل الفاعلين في المنظومة الصحية، وهو ما أدى بالسلطات إلى اعتماد نظام جديد للتمويل يقوم على أساس التعاقد.

أ- مفهوم النظام التعاقدى في الجزائر وأطرافه<sup>1</sup>: حسب المرسوم التنفيذي رقم 04-101 المؤرخ في 01 أفريل 2004، فإنه في إطار تجسيد العلاقات التعاقدية التي تربط هيئات الضمان الاجتماعى بوزارة الصحة، تدفع المساهمة السنوية الخاصة بهيئة الضمان الاجتماعى في إطار تمويل ميزانيات المؤسسات الصحية للتغطية المالية للأعباء الطبية لصالح المؤمن لهم اجتماعيا وذوي الحقوق بأقساط (03) ثلاثة أشهر، كما تقوم المؤسسات العمومية للصحة كل (03) أشهر، بإرسال معلومات تتعلق بالمؤمن لهم اجتماعيا وذوي الحقوق الذين تم التكفل بهم على مستوى هذه المؤسسات كما يلي:

- اسم ولقب المؤمن وذوي الحقوق المتكفل بهم، مع رقم التسجيل في الضمان الاجتماعى.
- مكان الإقامة (البلدية، الولاية).
- مدة الإقامة.
- المصلحة الإستشفائية المقدمة للخدمات.
- طبيعة الخدمات العلاجية المقدمة.
- تكلفة هذه الخدمات.

في هذا الإطار يمكن لهيئات الضمان الاجتماعى القيام بالمراقبة الطبية للمعنيين مع إمكانية إجراء تحقيقات حول الملفات والإطلاع على حالة المرضى داخل المؤسسات الصحية.

<sup>1</sup> - بين البار سعد، فيجل عبد الحميد، مرجع سابق، ص 07.

ب- **أطراف التعاقد:** ورد في قانون المالية لسنة 1995: "يتم تطبيق هذا التمويل على أساس العلاقات التعاقدية التي تربط الضمان الاجتماعي بوزارة الصحة والسكان وحسب الكيفيات التي تحدد عن طريق التنظيم"<sup>1</sup>، من خلال نص المادة، فإن أطراف التعاقد تتمثل في:

-**الممول:** هي الجهات الممولة لنفقات الصحة بناء على المعلومات المقدمة من قبل المؤسسات الصحية صاحبة الخدمة وهم:

✓ **الدولة:** تتكفل الدولة بتغطية نفقات الوقاية، التكوين، البحث الطبي والخدمات الصحية المقدمة للمحرومين غير المؤمنين اجتماعيا،<sup>2</sup> في هذا الإطار، تقوم الدولة بتحديد المعوزين من خلال مديريات النشاط الاجتماعي وذلك بموجب التعليمات الوزارية المشتركة الصادرة في 14 جانفي 2003 والمتعلقة بتطبيق العلاقات التعاقدية بين المؤسسات العمومية للصحة، هيئات الضمان الاجتماعي ومديريات النشاط الاجتماعي للولايات، حيث أنه بموجب هذه التعليمات، أسندت مهمة تحديد قوائم الفئات المعوزة والغير مؤمنة اجتماعيا لمديريات النشاط الاجتماعي، ويتم تسليم للمعوزين بطاقة المعوزة والتي تمنحهم حق الاستفادة من بطاقة التأمين، وتقوم الجماعات المحلية بدفع أقساط الاشتراط الخاصة بالعملية.

✓ **الضمان الاجتماعي:** الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي مؤسسة عمومية تقدم خدمات اجتماعية ذات طابع إداري تعد اجتماعية كونها تلعب دور الوسيط بين العمال وأرباب العمل، وتعتبر الاشتراكات التي تقتطع من رواتب العمال المصدر الرئيسي للتمويل الصندوق. تساهم هيئات الضمان الاجتماعي في تمويل ميزانيات المؤسسات الصحية العمومية بتقدير فعلي لا جزافي (عكس ما هو معمول به)، حيث أنها ملزمة بتحسين بطاقة الوطنية للمؤمنين لهم اجتماعيا وذوي حقوقهم. وهنا لا بد من الإشارة، إلى أن هذه المساهمات تخضع لتقييم دوري من قبل المصالح المختصة لدى الوزارتين المكلفتين بالصحة، والعمل والضمان الاجتماعي.<sup>3</sup>

-**صاحب الخدمة:** وتتمثل في المؤسسات العمومية للصحة المقدمة للعلاج.

<sup>1</sup>- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية عدد 87، الأمر رقم 94-03 المؤرخ في 27 رجب 1425 الموافق لـ 31 ديسمبر 1994، المتضمن قانون المالية لسنة 1995، المادة 132.

<sup>2</sup>- المادة 3/132 من الأمر رقم 94-03 المتضمن قانون المالية لسنة 1995.

<sup>3</sup>- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية عدد 20، المرسوم التنفيذي رقم 04-101 المؤرخ في 11 صفر 1425 الموافق لـ 01 أبريل 1994، يحدد كيفيات دفع مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي، في تمويل ميزانيات مؤسسات الصحة العمومية، المادة 06.

- **مستهلك الخدمة:** وهي فئة المرضى الذين يتلقون العلاج بالمؤسسات الصحية، حيث تختلف قيمة مساهمتهم (تسديد المستحقات) حسب:

- ✓ فئة المحرومين: وهي فئة تتكفل بها الدولة كليا.
- ✓ فئة المؤمن عليهم: تقوم هذه الفئة بتسديد قيمة (20%) من مصاريف الاستشفاء، والباقي (80%) تتكفل به مصالح الضمان الإجتماعي.
- ✓ فئة غير المحرومين وغير المؤمنين: يتحملون المصاريف الاستشفائية كاملة.

### ج- خلق مصادر تمويل جديدة:

- **مساهمة المؤسسات:** مثل فرض ضريبة على المؤسسات تنتزع لفائدة قطاع الصحة، على أن تختلف قيمة هذه الضريبة حسب الضرر التي تسببه المؤسسة في تلويث البيئة، بالإضافة إلى ذلك التحسين الدوري لقيمة اشتراكات المؤسسات في إطار طب العمل والذي يعد اجباريا على المؤسسات بموجب القانون رقم 88-07 المؤرخ في 26 جانفي 1988.

- **مساهمة التأمينات الاقتصادية:** يجب على شركات التأمين المشاركة في تمويل المؤسسات الصحية، وهذا من خلال التكفل طبيا بالخسائر الناتجة عن مؤمنيتها، حيث أن الأشخاص الذين يتعرضون لحوادث مرور، فإن شركات التأمين المؤمنة لديها السيارات المتسببة في الحادث تتحمل مصاريف علاجهم.

- **مساهمة الجماعات المحلية:** تتمثل مساهمة الجماعات المحلية في دفع اقساط الأفراد المعوزين (اشتراكات) للضمان الاجتماعي دوريا، بالإضافة إلى ذلك وكونها مسؤولة عن الوقاية العمومية، فإنها ملزمة بالمشاركة في الطب الوقائي وذلك بهدف تقليص الأمراض الناجمة عن البيئة والمحيط.

### - مصادر تمويل أخرى:

\* فتح المجال وتقنين مساهمة المتبرعين لإنعاش ميزانية قطاع الصحة.

\* الحصول على إيرادات التغطية الصحية للأنشطة، المقابلات، الحفلات وهذا من خلال التعاقد مع الأطراف المنظمة لها.

\* الدفع المباشر لغير المقيمين.

### 2- تسيير النفقات في المؤسسات الاستشفائية:

تخضع المؤسسات العمومية الاستشفائية في مجال تسيير نفقاتها إلى سلطة المدير (الامر بالصرف) بمساعدة المدراء الفرعيون للمؤسسة، وتتم عملية التسيير وفق المراحل التالية:

أ- **مرحلة تقدير النفقات:** يقوم المدير (الأمر بالصرف)، وبناء على التعليمات الواردة من وزارة الصحة بأعداد مشروع الميزانية للسنة المقبلة والتي تتضمن النفقات المتعلقة بالمؤسسة، وفقا لذلك، يقوم المدير بعقد اجتماعات مع المدراء الفرعيين من أجل إعداد التقديرات حسب كل مادة من النفقات، استنادا إلى معطيات ومؤشرات مثل نفقات السنة السابقة، مخطط العمل (plan d'action) والتي يتضمن المشاريع المقرر تنفيذها (اقتناء، تجهيز، صيانة..)، وكذلك المخطط السنوي لتسيير الموارد البشرية، يتم ارسال هذا المشروع إلى مديرية الصحة والسكان للولاية التي تتواجد بها المؤسسة الاستشفائية والتي تقوم بدورها بإرسالها إلى وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات مرفقة بالوثائق التالية:

- الوضعية المالية الخاصة بالسنة السابقة مؤشر عليها من طرف المحاسب العمومي.
- وضعية الإيرادات المحققة .

ب- **مرحلة الإقرار والاعتماد:** يتم في هذه المرحلة إصدار القرار الوزاري المشترك بين وزارة الصحة ووزارة المالية يتضمن توزيع الإيرادات والنفقات والمناصب المالية للمؤسسات العمومية الاستشفائية، يرفق هذا القرار الوزاري المشترك بوثيقة تسمى الحالة أوب (Etat A et B)، حيث تتضمن جدولين، يختص الجدول الأول (A) بجانب الإيرادات والجدول الثاني (B)، والذي يتضمن عنوانين<sup>1</sup>: العنوان الأول وهو نفقات الموظفين والعنوان الثاني خاص بنفقات التسيير. يقوم المدير (الأمر بالصرف) بالاستناد إلى الاعتمادات المالية الممنوحة بإعداد الميزانية الأولية المتضمنة عناوين وأبواب مختلف النفقات والإيرادات ومن ثم إرسالها إلى مجلس الإدارة من أجل المناقشة والمصادقة عليها ومنها التأشير عليها لتصبح قابلة للتنفيذ.

ت- **مرحلة التنفيذ:** يتم تنفيذ الإيرادات والنفقات الخاصة بالمؤسسة الاستشفائية من طرف:

- **المدير والمراقب المالي:** اللذان يهتمان بالمرحلة الإدارية كل فيما يخصه والمتمثلة في:

✓ **الالتزام:** هو الفعل الذي يلاحظ من خلاله عن نشوء دين يقع على عاتق المؤسسة أي يجعل النفقة أو الإيراد تنشأ قانونا<sup>2</sup>.

✓ **التصفية:** هو التقدير الفعلي والحقيقي للمبلغ (التقويم النقدي)، الواجب أدائه بناء على المستندات، وتسمح التصفية بالتحقيق على أساس الوثائق الحسابية وتحديد المبلغ الصحيح للنفقات العمومية<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية العدد 35، القانون 90-21 المؤرخ في 15 أوت 1990 المتعلق بالمحاسبة العمومية، المادة 19.

<sup>2</sup> - نفس المرجع، المادة 20.

<sup>3</sup> - نفس المرجع، المادة 21.

✓ **الأمر بالدفع:** يقوم الأمر بالصرف بإصدار أمر إلى المحاسب العمومي ليدفع أو تحصيل المبلغ بموجب وثيقة والذي عرفه المشرع الجزائري بـ " يعد الأمر بالصرف أو تقرير الحوالات الإجراء الذي يأمر بموجبه دفع النفقة العمومية"<sup>1</sup>.

- **المحاسب العمومي:** يقوم بالجانب المحاسبي وهو عملية الدفع أو التحصيل الفعلي "الدفع هو الإجراء الذي يتم بموجبه إبراء الدين العمومي" أي هو الدفع أو التحصيل الفعلي للمبالغ من طرف المحاسب العمومي بعد التأكد من المستندات.

#### المطلب الثاني: الرقابة المالية القبلية للنفقات:

يقصد بالرقابة القبلية كل عملية مراقبة تتم قبل خروج الاموال من الخزينة العمومية، في حين تتمثل عملية الرقابة البعدية في العمليات التي تقع بعد خروج النقود ودفعها لأصحابها، ويتم تطبيق الرقابة القبلية للنفقات على:

- المؤسسات والادارات التابعة للدولة والميزانيات الملحقة على الحسابات الخاصة للخزينة.
- الولايات، البلديات والمؤسسات العمومية ذات الطابع الإداري.
- المؤسسات العمومية ذات الطابع العلمي والثقافي والمهني.<sup>2</sup>

#### 1- المراقبة الميزانية: Controle Budgétaire:

أ- **المراقب الميزانياتي:** هو شخص يخضع لسلطة وزارة المالية، يتم تعيينه بموجب قرار وزاري تتمثل مهمته في تحديد شرعية النفقة حيث يمنح التأشير للأمر بالصرف الملتزم بالنفقة بعد التأكد من مطابقتها للقوانين والتنظيمات المعمول بها، يشرف المراقب الميزانياتي على مصلحة مراقبة الميزانيات تحت سلطة المدير العام للميزانية<sup>3</sup>، ويمارس مهامه على مستوى: <sup>4</sup> الإدارة المركزية، الولاية والبلدية. إضافة إلى مهمته الرئيسية والمتمثلة في الحرص على تطبيق القوانين المتعلقة بالنفقات العمومية، يتكفل المراقب الميزانياتي بالمهام التالية:<sup>5</sup>

<sup>1</sup> - نفس المرجع، المادة 22،

<sup>2</sup> - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 67، المرسوم التنفيذي 09-374 مؤرخ في 28 ذي القعدة عام 1430 الموافق لـ 16 نوفمبر 2009، يعدل ويتم المرسوم التنفيذي رقم 92-414 المؤرخ في 19 جمادى الاولى عام 1413 الموافق لـ 14 نوفمبر 1992 والمتعلق بالرقابة السابقة للنفقات التي يلتزم بها، المادة 02،

<sup>3</sup> - الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد، 64، المرسوم التنفيذي رقم 11-381 المؤرخ في 25 ذي الحجة عام 1432 الموافق لـ 21 نوفمبر 2011، يتعلق بمصالح المراقبة المالية، المادة 02،

<sup>4</sup> - نفس المرجع، المادة 03.

<sup>5</sup> - المرسوم التنفيذي رقم 09-374، مرجع سابق، المادة 23.

- مسك سجلات تدوين التأشيريات ومذكرات الرفض.
- مسك محاسبة التعداد الميزانياتي
- مسك محاسبة الإلتزام بالنفقات.
- تقديم نصائح للأمر بالصرف في المجال المالي.
- يقوم المراقب الميزانياتي، بإرسال الوضعيات (دوريا) إلى المدير العام للميزانية، بغرض إعلام المصالح المختصة بتطور الإلتزام بالنفقات وبالتعداد الميزانياتي.<sup>1</sup>
- يرسل المراقب الميزانياتي، في نهاية السنة إلى المدير العام للميزانية تقريرا يتضمن:<sup>2</sup>
  - ✓ ظروف تنفيذ النفقات العمومية.
  - ✓ الصعوبات التي واجهت عملية تطبيق التشريع والتنظيم.
  - ✓ النقائص الملاحظة في تسيير الأموال العمومية.
  - ✓ كل الاقتراحات التي من شأنها تحسين ظروف تنفيذ النفقات العمومية.
- ب- محاسبة الإلتزام بالنفقات: يهدف مسك محاسبة الإلتزام بالنفقات، إلى تحديد مايلي:
  - مبلغ الإلتزام بالنفقات المنفذة.
  - مبلغ الأرصدة المتوفرة، ويتم تحديد إجراءات وكيفيات ومحتوى محاسبة الإلتزام بالنفقات بقرار من وزير المالية.<sup>3</sup>
  - وتشمل محاسبة الإلتزام بالنفقات في مجال نفقات التسيير مايلي:<sup>4</sup>
    - الاعتمادات المفتوحة أو المخصصة حسب الأبواب والمواد.
    - ارتباطات الاعتمادات.
    - تحويل لاعتمادات.
    - التفويضات بالاعتمادات التي تمنح للأمرين بالصرف الثانويين.
    - الإلتزام بالنفقات التي تمت.
    - الأرصدة المتوفرة.

<sup>1</sup> - المرسوم التنفيذي 09-374، مرجع سابق، المادة 24 .

<sup>2</sup> - نفس المرجع، المادة 25.

<sup>3</sup> - نفس المرجع المادة 27.

<sup>4</sup> - المرسوم التنفيذي 09-415، مرجع سابق، المادة 28.

2- الرقابة على الصفقات العمومية:

أ- الصفقات العمومية: هي عقود مكتوبة في مفهوم التشريع المعمول به، تبرم بمقابل، من قبل المشتري العمومي المسمى "المصلحة المتعاقدة" مع متعامل اقتصادي واحد أو أكثر والمسمى "المتعامل المتعاقد" لتلبية حاجات المصلحة المتعاقدة في مجال الأشغال واللوازم والخدمات والدراسات وفق الشروط المنصوص عليها في القانون (12-23)<sup>1</sup> وتطبق على<sup>2</sup>:

-الدولة ممثلة في الهيئات والادارات العمومية.

-الجماعات المحلية.

-المؤسسات العمومية الخاضعة للقانون العام.

-المؤسسات العمومية والمؤسسات العمومية الاقتصادية المكلفة من قبل الدولة أو الجماعات المحلية بالشرف المنتدب على المشروع.

-المؤسسات العمومية الخاضعة للقواعد التجارية فيما يخص إنجاز عملية ممولة كلياً أو جزئياً من ميزانية الدولة أو ميزانية الجماعات المحلية.

كما انه يجب على المصلحة المتعاقدة ان تعد في بداية كل سنة مالية:<sup>3</sup>

-قائمة بكل الصفقات العمومية المبرمة خلال السنة المالية السابقة، وكذا أسماء المؤسسات او تجمعات المؤسسات الحائزة عليها.

-البرنامج التقديري لمشاريع الصفقات العمومية التي يتعين إطلاقها خلال السن المالية المعنية، الذي يمكن ان يعدل إذا اقتضى الامر ذلك، اثناء نفس السنة المالية .

ويجب ان تنشر المعلومات السالفة الذكر إجبارياً في الموقع الإلكتروني للمصلحة المتعاقدة والبوابة الإلكترونية للصفقات العمومية وتعفى من هذا الاجراء الصفقات العمومية ذات الطابع الخاص التي لا يمكن نشرها.

ب- أنواع الرقابة:

- الرقابة الداخلية: تحدث المؤسسة (المصلحة المتعاقدة)، في اطار الرقابة الداخلية لجنة دائمة واحدة أو أكثر، مكلفة بفتح الأطرقة وتقييم العروض والبدائل والأسعار الاختيارية عند الاقتضاء تسمى في

<sup>1</sup>-الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد51، ، القانون رقم 12-23، المؤرخ في 18 محرم عام 1445 الموافق لـ 05 أوت سنة 2023، يحدد القواعد العامة المتعلقة بالصفقات العمومية، المادة 02 .

<sup>2</sup>- نفس المرجع، المادة09.

<sup>3</sup>- نفس المرجع، المادة95

صلى النص "لجنة فتح الأظرفة وتقييم العروض"، وتتكون هذه اللجنة من موظفين مؤهلين تابعين للمصلحة المتعاقدة، يختارون لكفاءتهم.<sup>1</sup>

- **الرقابة الخارجية:** تحدث لدى كل مصلحة متعاقدة، لجنة صفقات عمومية تختص بدراسة مشاريع دفاتر الشروط والصفقات والملاحق، ومعالجة الطعون عند الاقتضاء تكلف بالرقابة القبلية للصفقات العمومية في حدود مستويات الاختصاص.<sup>2</sup> وتتمثل مهمة الرقابة الخارجية في التحقيق من مطابقة الصفقات العمومية للتشريع والتنظيم المعمول بهما، كما تهدف الرقابة الخارجية إلى التحقيق من مطابقة التزام المصلحة المتعاقدة للعمل المبرمج بكيفية نظامية.<sup>3</sup>

وتعتبر لجنة الصفقات العمومية مركز اتخاذ القرار بخصوص مراقبة الصفقات العمومية المندرجة ضمن نطاق اختصاصها وبهذه الصفة، يمكنها منح التأشير أو رفضها، وفي حالة الرفض، يجب ان يكون الرفض معللا، وتفرض التأشير التي تسلمها لجنة الصفقات العمومية على المصلحة المتعاقدة والمراقب الميزانياتي والمحاسب المكلف، إلا في حالة معاينة عدم مطابقة ذلك لاحكام تشريعية، وفي هذه الحالة فإنه يجب على المراقب الميزانياتي والمحاسب العمومي، فقط، ان يعلما كتابيا هيئة الرقابة الخارجية القبلية للصفقات العمومية المعنية.<sup>4</sup>

- **رقابة الوصاية:** تتمثل غاية رقابة الوصاية التي تمارسها السلطة الوصية في التحقيق من مطابقة الصفقات التي تبرمها المصلحة المتعاقدة لأهداف الفعالية والاقتصاد، والتأكد من كون العملية التي هي موضوع الصفقة تدخل فعلا في إطار البرامج والأسبقيات المرسومة للقطاع. وعندما تكون المصلحة المتعاقدة خاضعة لسلطة الوصاية، تضع ذات السلطة مخططا نموذجيا يتضمن تنظيم ومهام الرقابة على الصفقات التي تبرمها المصلحة المتعاقدة تحت الوصاية.<sup>5</sup>

### 3- رقابة المحاسب العمومي:

يتمثل دور المحاسب العمومي في مراقبة جميع الإجراءات التي قام بها الأمر بالصرف والمراقب الميزانياتي قبل عملية صرف النفقات والتدقيق في شرعية الوثائق التي صادقوا وأمضوا عليها، وتكون هذه الرقابة موالية للرقابة التي يمارسها المراقب الميزانياتي على الأمر بالصرف، والتي تتمثل في:

<sup>1</sup> - نفس المرجع، المادة 96 .

<sup>2</sup> - نفس المرجع، المادة 101.

<sup>3</sup> - نفس المرجع، المادة 97 .

<sup>4</sup> - نفس المرجع، المادة 98 .

<sup>5</sup> - نفس المرجع، المادة 103.

-الصحة القانونية للمكسب الاجرائي.

-مطابقة العملية مع القوانين والأنظمة المعمول بها: تعني أن عملية تنفيذ النفقة التي صدر الأمر بدفعها تتطابق مع جميع النصوص التشريعية والتنظيمية.

-صفة الامر بالصرف أو المفوض له: تؤكد المحاسب العمومي أن المعلومات المتعلقة بالامر بالصرف وتوقيعه وكذا المفوض له مطابقة للمعلومات التي قدمت له عند اعتماد الامر بالصرف.

-شرعية عملية التصفية: أي أن تصفية النفقة يكون بصفة شرعية وتتم بعد الانتهاء مما اتفق عليه.

-توفر الاعتمادات: التحقق من وجود اعتمادات مالية مخصصة للنفقات وكافية لها.

-الديون لم تسقط آجالها أو أنها محل معارضة: يجب أن لا تتعدى الديون الأجل المحددة وأن لا تكون محل نزاع.

-تأشير عملية الرقابة المنصوص عليها: التأشير من قبل المراقب الميزانياتي ولجنة الصفقات.

-الصحة القانونية للمكتب الإجرائي: أن ذمة الجهة الإدارية لا تبرأ إلا بعد التأكد من أن الأمر بالدفع الموجه يكتسي طابع الشرعية.

#### المطلب الثالث: الرقابة المالية البعدية للنفقات.

هي الرقابة التي تتم بعد خروج الأموال من الخزينة العمومية ودفعها لأصحابها وتشمل:

**1- رقابة مجلس المحاسبة:** هو هيئة مكلفة بالرقابة البعدية للأموال العمومية وتتمثل مهمة في الرقابة على نوعية تسيير الهيئات والمصالح العمومية وذلك من خلال تقسيم شروط استعمال هذه الهيئات للمواد والوسائل المادية والأموال العمومية وتسييرها على مستوى الفعالية والنجاعة والاقتصاد، كما يتولى تقييم قواعد تنظيم وعمل الهيئات الخاضعة لرقابته ويتأكد مجلس المحاسبة خلال تحرياته من وجود وملائمة وفعالية آليات وإجراءات الرقابة والتدقيق الداخليين.<sup>1</sup> ويمارس مجلس المحاسبة المراقبة عن طريق:

**أ- حق الإطلاع وسلطة التحري:** يتعين على الأمرين بالصرف في الهيئات العمومية تقديم حساباتهم الإدارية إلى مجلس المحاسبة حسب الكيفيات والأجل المحددة عن طريق التنظيم، كما يتعين على كل محاسب عمومي أن يودع حساب التسيير لدى كتابة ضبط مجلس المحاسبة، ويحق لمجلس المحاسبة أن يطلب الإطلاع على كل الوثائق التي من شأنها أن تسهل رقابة العمليات المالية والمحاسبية واللائمة لتقييم تسيير المصالح والهيئات الخاضعة لرقابته.

<sup>1</sup> - ناصر النابلي، فعالية نظام الرقابة المالية في الجزائر، أطروحة دكتوراه، كلية الحقوق جامعة باجي مختار، عنابة، 2015، ص433.

ب- رقابة نوعية التسيير: يراقب مجلس المحاسبة نوعية تسيير الهيئات والمصالح العمومية، حيث يقوم بالتأكد من وجود وملائمة وفعالية آليات وإجراءات الرقابة والتدقيق الداخليين، كما أنه يقدم التوصيات التي يراها ملائمة لتدعيم آليات الوقاية والحماية والتسيير الأمثل للأموال العمومية.<sup>1</sup>

بالإضافة إلى ذلك، يشارك مجلس المحاسبة في تقييم فعالية الأعمال والمخططات والبرامج والتدابير التي قامت بها بطريقة مباشرة أو غير مباشرة- مؤسسات الدولة أو الهيئات العمومية الخاضعة لرقابته والتي بادرت بها السلطات العمومية على المستويين الاقتصادي والمالي بغية تحقيق أهداف المصلحة الوطنية.<sup>2</sup>

ويترتب عن ذلك إعداد تقارير تتضمن المعاينات والملاحظات والتقييمات وارسالها إلى مسؤولي المصالح والهيئات المعنية، وعند الحاجة إلى سلطاتهم السلمية أو الوصية لتسمح لهم بتقديم إجاباتهم وملاحظاتهم في الاجل الذي يحدد مجلس المحاسبة.

ج- مراجعة حسابات المحاسبين العموميين: يقوم مجلس المحاسبة بمراجعة حسابات المحاسبين العموميين ويصدر أحكاما بشأنها، في هذا الإطار، تتمثل مهمة مجلس المحاسبة في التدقيق في صحة العمليات المادية ومدى مطابقتها مع الأحكام التشريعية والتنظيمية المطبقة عليها، كما أنه يقرر مدى مسؤولية المحاسب العمومي الشخصية والمالية في حالات السرقة أو ضياع الاموال أو القيم أو المواد.<sup>3</sup>

د- رقابة الانضباط في مجال تسيير الميزانية والمالية: يتأكد مجلس المحاسبة من احترام قواعد الانضباط في تسيير الميزانية والمالية، وفي حالة مخالفة هذه القواعد، يحمل المجلس المسؤولية لأي مستخدم في المؤسسات العمومية والتي تؤدي إلى الحاق الضرر بالخزينة أو بالهيئة العمومية لاسيما:

- خرق الأحكام التشريعية أو التنظيمية المتعلقة بتنفيذ الإيرادات والنفقات.

- استعمال الاعتمادات أو المساعدات المالية التي تمنحها الدولة والجماعات الإقليمية والمؤسسات العمومية أو الممنوحة بضمان منها، لأهداف غير الأهداف التي منحت من أجلها صراحة.

2- رقابة المفتشية العامة للمالية: هي هيئة للمراقبة، أنشئت بموجب المرسوم رقم 80-53 المؤرخ في 14 ربيع الثاني عام 1400 الموافق لـ 01 مارس سنة 1982، وتخضع للسلطة المباشرة للوزير المالية.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> - المادة 69، من الأمر رقم 95-20، المؤرخ في 19 صفر 1416 الموافق لـ 17 جويلية سنة 1995 المعدل والمتمم بالأمر 10-02 المؤرخ في

16 رمضان 1431 الموافق لـ 26 أوت 2010 المتعلق بمجلس المحاسبة، ص 11

<sup>2</sup> - المادة 72، من الأمر رقم 95-20، مرجع سابق، ص 11.

<sup>3</sup> - المادة 80، من الأمر رقم 95-20، مرجع نفسه، ص 13.

<sup>4</sup> - المادة 01، المرسوم رقم 80-53 المؤرخ في 14 ربيع الثاني عام 1400هـ الموافق لـ 01 مارس سنة 1982، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، ص 350.

تمارس المفتشية العامة للمالية، مهامها والمتمثلة أساسا في الرقابة على التسيير المالي والمحاسبي لمصالح الدولة والجماعات الاقليمية والهيئات والأجهزة الخاضعة لقواعد المحاسبة العمومية، وكذا المؤسسات العمومية ذات الطابع الصناعي والتجاري، هيئات الضمان الاجتماعي وكل المؤسسات العمومية مهما كان نظامها القانوني<sup>1</sup>، وتقوم بمراقبة استعمال الموارد التي جمعتها الهيئات أو الجمعيات مهما كانت أنظمتها القانونية بمناسبة حملات تضامنية، والتي تطلب الهبة العمومية خصوصا من أجل دعم القضايا الانسانية والاجتماعية والعلمية والتربوية والثقافية والرياضية.

وتتمثل تدخلات المفتشية العامة للمالية في:

-تقييم أداء أنظمة الميزانية.

-التقييم الاقتصادي والمالي لنشاط شامل أو قطاعي أو فرعي أو لكيان اقتصادي.

-التدقيق أو الدراسات أو التحقيقات أو الخبرات ذات الطابع الاقتصادي والمالي والمحاسبي.

-تقييم شروط تسيير واستغلال المصالح العمومية من طرف المؤسسات الامتيازية، مهما كان نظامها.

-تقييم شروط تنفيذ السياسات العمومية والنتائج المتعلقة بها.

هذه التدخلات التي تقوم بها المفتشية العامة للمالية تتخصص في:<sup>2</sup>

-فعالية هياكل التدقيق الداخلي وسير الرقابة الداخلية.

-شروط تطبيق التشريع المالي والمحاسبي.

-التسيير المالي والمحاسبي وتسيير الأملاك.

-إبرام الصفقات العمومية والطلبات وتنفيذها.

-دقة المحاسبة وموثوقيتها وانتظامها.

-مستوى الإنجازات بالمقارنة مع الأهداف المسطرة.

-تسيير اعتمادات الميزانية واستعمال وسائل السير.

-شروط منح واستعمال المساعدات والإعانات التي تقدمها الدولة والجماعات الاقليمية والهيئات والمؤسسات العمومية.

-تطابق النفقات المسدة مع الأهداف المتبقية بطلب الجهة العمومية.

<sup>1</sup>-المادة 02، من المرسوم التنفيذي رقم 08-272 المؤرخ في 6 رمضان عام 1429 الموافق لـ 06 سبتمبر سنة 2008، يحدد صلاحيات المفتشية العامة للمالية، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 50، ص 09.

<sup>2</sup>-المادة 05، من المرسوم التنفيذي رقم 08-272، مرجع نفسه، ص 10

## المبحث الثالث: المحاسبة التحليلية كأداة لمراقبة التسيير الاستشفائي:

**تمهيد:** ظهرت المحاسبة التحليلية كفرع مستقل مع بداية القرن العشرين، حيث استعملت لأغراض الرقابة والتخطيط في المؤسسات الأمريكية الكبرى، حيث أدى النمو الصناعي المتزايد في أمريكا مقارنة مع الدول الأوروبية إلى انشار استعمال المحاسبة التحليلية، وقد صدر أول كتاب حول المبادئ الأولية لتحليل التكاليف عام 1878 للمؤلف **Hamilton Robert**، مع الإشارة إلى أن التسمية الأولية لها هي المحاسبة الصناعية والتي كانت تهدف إلى قياس مردودية الشركات، تم تحول اسمها إلى المحاسبة التحليلية للاستغلال (حسب المخطط الفرنسي لعام 1947)، ومن ثم أصبحت تعرف بالمحاسبة التحليلية (حسب مخطط 1982).

## المطلب الأول: الإطار العام للمحاسبة التحليلية:

**1- المفاهيم:** يحصل في بعض الأحيان تداخل في المفاهيم الخاصة بمصطلحات: المصروف، العبء، التكلفة، النفقة، ...، وهو ما سنحاول رفع اللبس عنه فيما يلي:

**أ- المصروف:** "عملية خروج لقيم جاهزة مباشرة أو بعبارة أخرى خروج النقود يقابله الإيراد الذي يعتبر تحصيل على نقود"<sup>1</sup>

**ب- العبئ:** "كل استهلاك تقوم به المؤسسة تخص السلع والخدمات، والموجهة لاحتياجات الاستغلال أو أهداف الانتاج والبيع لهذه السلع والخدمات"<sup>2</sup>.

فمفهوم الأعباء خاص بالمحاسبة وغالبا ما يتم استعماله في المحاسبة العامة حيث أن أغلبية أصناف الأنظمة والمخططات المحاسبية عبارة عن أعباء، أما المصروف فله مدلول تسييري أي أنه يستعمل خصيصا لأغراض التسيير.<sup>3</sup>، كما أن المصروف له صفة المادية وهو سهل الحساب والتقييم، أما العبء فيتميز بالتجريد مما يسمح لنا بإجراء عمليات حسابية خاصة بدورات الاستغلال، واستعماله كمدخل في تقنيات مراقبة التسيير.

**ت- التكلفة:** تتعدد التعاريف حول التكلفة ومن أهمها:

<sup>1</sup> -ناصر دادي عدون، المحاسبة التحليلية، الجزء الأول، دار المهدية العامة، الجزائر، 1999، ص13.

<sup>2</sup> -درحمن هلال، المحاسبة التحليلية نظام معلومات لتسيير ومساعد على اتخاذ القرار في المؤسسة الاقتصادية، دراسة مقارنة، أطروحة دكتوراه في العلوم الاقتصادية، جامعة يوسف بن خدة، الجزائر، 2005، ص31.

<sup>3</sup> - Yvon, Pesqueux et B.Mrtory, **la nouvelle comptabilité des couts**, ed PUF, France, 1995, p30.

- مجموعة من الأعباء المتعلقة بمرحلة معينة أو بمنتوج مادي أو مجموعة منتجات، خدمة أو مجموعة من الخدمات مقدمة في مرحلة معينة قبل المرحلة النهائية أي قبل بيعها".<sup>1</sup>

- توضيحاً بمجموعة من الموارد الاقتصادية النادرة، قابلية للقياس المالي النقدي لأغراض المحاسبة المالية لتحقيق هدف معين أو غرض معين، وهو الأمر الذي يعني بأنه بانقضاء الغرض أو الهدف ينتفي وجود التكلفة في حد ذاتها".<sup>2</sup>

- من منظور المحاسبة المالية فالتكلفة هي: "مقدار التضحية التي تتكبدها المؤسسة في سبيل الحصول على عنصر ذو قيمة اقتصادية وقد يكون هذا العنصر في شكل مادي ملموس (مواد، آلات، سلع...)، أو غير ملموس (أجور، عمولات، ...)، ويمكن قياس التضحية بمقدار النقص في الأصول، كأن يتم الحصول على العنصر الاقتصادي نقداً أو بالاستغناء عن بعض ممتلكات المؤسسة أو تقديم خدمات للمؤسسة المألقة لهذا العنصر، كما يمكن قياس هذه التضحية وتحديدتها بمقدار الزيادة في التزامات المؤسسة إذا كان هذا العنصر على الحساب".<sup>3</sup>

ث- **سعر التكلفة:** "مجموع التكاليف التي يتحملها منتج معين أو خدمة مقدمة، انطلاقاً من عملية إعدادها، إلى مرحلة وصولها للمرحلة النهائية (مرحلة البيع)".<sup>4</sup>

ج- **النفقة:** مبلغ من المال يخرج من خزينة الدولة بواسطة إدارتها، هيئاتها المختلفة، لتلبية الحاجات العامة للمجتمع، كما تعرف على أنها مبلغ نقدي يقوم بانفاقه شخص عام بقصد تحقيق منفعة عامة".<sup>5</sup>  
من خلال ما سبق، يمكن القول أن:

-التكلفة أوسع مفهوماً من النفقة، الأعباء والمصاريف.

-الأعباء عبارة عن مصطلح إداري خاص بالأعمال الإدارية.

-النفقة عبارة عن أموال نقدية ينفقها الأشخاص العامون لتحقيق المنفعة العامة.

-التكلفة هي مجموع التصفيات المادية والمعنوية التي تنقص الأصول أو تزيد الالتزامات .

<sup>1</sup>- Pierre Lassegue, *Gestion de l'Entreprise et comptabilité*, Edition Dalloz, Paris, 1978, p472.

<sup>2</sup>- محمد سامي راضي، مبادئ محاسبة التكاليف، الدار الجامعية، الاسكندرية، 2003، ص18.

<sup>3</sup>- صالح الرزق، عطا الله خليل بن داود، مبادئ محاسبة التكاليف، دار زهران للنشر والتوزيع، عمان، الاردن، 2006، ص35.

<sup>4</sup>- ناصر دادي عدون، تقنيات مراقبة التسيير، دار المحمدية العامة، الجزائر، 1994- ص14.

<sup>5</sup>- سوزي عدلي ناشد، الوجيز في المالية العامة، دار الجامعية الجديدة للنشر، مصر، 2000، ص27.

2- تعريف المحاسبة التحليلية: عرفت المحاسبة التحليلية بعدة تعريف تذكر منها:

أ- "تقنية معالجة المعلومات المتحصل عليها من المحاسبة العامة بالإضافة إلى مصادر أخرى، وتحليلها من أجل الوصول إلى نتائج يتخذ على صونها مسيروا المؤسسة القاررات المتعلقة بنشاطها. وتسمح بدراسته ومراقبة المردودية وتحديد فعالية تنظيم المؤسسة، كما أنها تسمح بمراقبة المسؤوليات سواء على المستوى التنفيذي أو على المستوى الإداري، وتعتبر المحاسبة التحليلية أداة ضرورية لتسيير المؤسسات".<sup>1</sup>

ب- هي مجموعة من النظريات والأساليب والإجراءات التي تستخدم في تجميع وتسجيل وتفسير مختلف تكاليف النشاط سواء كان انتاجيا أو خديما بهدف قياس تكلفة هذا النشاط وفرض الرقابة عليه وترشيد القرارات الادارية.<sup>2</sup>

ت- تعتبر المحاسبة التحليلية على وجه العموم فرعا متخصصا من فروع المحاسبة العامة تتمثل مهمتها في تجميع وتحليل بيانات التكاليف، توزيع المصروفات من أجل تحديد سعر تكلفة المنتجات أو الخدمات، تقديم معلومات دقيقة إلى إدارة المؤسسة وتقوم بتسجيل كل العمليات النسبية الخاصة بنشاط المؤسسة<sup>3</sup>

ث- تختص محاسبة التكاليف بتحليل وتسجيل وتقرير البيانات المتعلقة بالتكاليف في المشروع، ويجب أن يمثل النظام المحاسبي على الإجراءات والقواعد التي تضمن تحقيق تلك الأهداف، ولا شك أن تحقيق الرقابة على التكاليف وتسجيل التكاليف تعتبر من أهم أهداف محاسبة التكاليف<sup>4</sup>

3- أهداف المحاسبة التحليلية: تتمثل أهداف المحاسبة التحليلية في:<sup>5</sup>

أ- تحديد وقياس تكلفة الإنتاج: تسمح المحاسبة التحليلية بقياس تكلفة المنتج أو الخدمة عبر مختلف مراحلها، وهذا من أجل حساب التكلفة الحدية، أو الاجمالية أو تكلفة وحدات النشاط، كما أنها تسمح بتقييم المخزون من المنتج التام أو قيد الإنجاز.

ب- تحليل عناصر التكاليف ومراقبتها: تساهم المحاسبة التحليلية في وضع القواعد التنظيمية التي تضبط وتراقب نشاط العمال، وكذا المصاريف، بشكل دوري ومستمر، بحيث يتم تحديد مستويات الإنفاق للمسؤولين ومختلف أقسام النشاط.

<sup>1</sup> - ناصر دادي عدون، المحاسبة التحليلية، الجزء الاول، دار المحمية العامة، الجزائر، 1994، ص8.

<sup>2</sup> - عبد العليم عبد الحليم، الأسس النظرية لمحاسبة التكاليف، مكتبة الإشعاع الفنية، مصر، 1994، ص2008.

<sup>3</sup> - عبد الكريم بويقوب، المحاسبة التحليلية، ديوان المطبوعات الجامعية، الساحة المركزية، بن عكنون، الجزائر، 1998، ص10.

<sup>4</sup> - أحمد نور، محاسبة التكاليف، مؤسسة شباب الجامعة، الاسكندرية، مصر، 1986، ص29.

<sup>5</sup> - محمد الخطيب نمر، اعتماد طريقة الاقسام المتجانسة في المحاسبة التحليلية لتحديد الاسعار، دراسة حالة مؤسسة صيانة وتوزيع العتاد الفلاحي والري بورقلة، مذكرة ماجيستر، جامعة قاصدي مرياح، ورقلة، 2006، ص29-30.

- ت- دراسة المردودية: تساهم المحاسبة التحليلية في مراقبة السياسة الانتاجية وذلك من خلال:
- مراقبة التكاليف عبر مختلف الأقسام.
  - تسجيل الأعباء والمصاريف حسب اتجاهاتها.
- ث-مراقبة التسيير: تستعمل المحاسبة التحليلية كأداة لمراقبة التسيير، وتمارس من خلال:
- مراقبة مبسطة لتطور القيم المحاسبة.
  - مقارنة القيم المسجلة مع القيم المقدرّة مع تحليل الانحرافات.
- ج- اعداد التقرير الدورية: تسمح التقارير الدورية الخاصة بمختلف المستويات الإدارية، من إعطاء صورة واضحة عن وضعية المؤسسة وهو ما يساعد على اتخاذ القرارات المناسبة.
- د- قياس النتائج التحليلية: تمكن المحاسبة التحليلية من قياس التكاليف، سعر التكلفة وكذا حساب المردودية الخاصة بمجموعة المنتجات، مبيعات أو خدمات كل منها على حدى.
- ذ- تحليل المحاسبة العامة: خاصة فيما يخص بتطور بعض عناصر الأصول كمخزون السلع والمنتجات الاستثمارية.
- ر- تحديد المسؤوليات: يتم تحديد المسؤوليات من خلال المعلومات المفصلة والتي تعكس الأداء الحقيقي للنشاط على مستوى كل قسم تشغيل.<sup>1</sup>
- المطلب الثاني: المحاسبة التحليلية الاستشفائية:**
- المحاسبة التحليلية الاستشفائية لا تختلف في مضمونها عن التعاريف السابقة، فهي نظام لمعالجة المعلومات والاختلاف يكمن في خصوصية النشاط الخدمي وكذا انفراد الخدمات الاستشفائية بخصوصيات تميزها عن باقي الخدمات السوقية الأخرى.
- 1- تصنيف التكاليف الاستشفائية:**
- أ- التصنيف حسب المحتوى: كما هو معلوم، فإن التكلفة تمثل مجموعة من الأعباء، أما سعر التكلفة فهو مجموع التكاليف حتى آخر مرحلة، ففي حالة ما كانت التكلفة وسعر التكلفة يحتويان جميع الأعباء الناتجة عن مرحلة الاستغلال، فهنا تسمى "التكاليف الكلية"، أما في حالة تضمنها جزء من تلك الأعباء فهنا تدعى"، التكاليف الجزئية"، حيث:<sup>2</sup>

<sup>1</sup> -Henry Court et Jean Leurion, *Comptabilité Analytique de Gestion*, Edition Foucher, Paris, 1982, p8.

<sup>2</sup> - عبد الكريم بويقوب، مرجع سابق، ص16.

- **التكاليف الكلية:** يعرف سعر التكلفة بموجب طريقة التكاليف الكلية الخاصة بسلعة أو خدمة معينة، على أنه مجموع أعباء الدورة الاستغلالية الخاصة بذلك المنتج، حيث أن عملية جمع أسعار التكلفة لمختلف المنتجات الخاصة بمؤسسة ما تؤدي بنا إلى الحصول على سعر التكلفة الكلي والذي يتضمن كل الأعباء المحملة من طرف المؤسسة، كما أنه يمكن حساب سعر التكلفة الكلي عن طريق أقسام وفروع المؤسسة.

- **التكاليف الجزئية:** عكس التكاليف الكلية، فإن سعر التكلفة بطريقة التكلفة الجزئية يعبر عن جزء من الأعباء المحملة عليه في تلك الدورة، في حين أن باقي الأعباء تظهر عند حساب النتيجة تحت مسمى مستقل عن سعر التكلفة، ويمكن حسابه عن طريق:

\* **طريقة التكلفة المباشرة (Les Coûts Directes):** تركز على تقسيم الأعباء إلى نوعين:

✓ **الأعباء المباشرة:** هي الأعباء التي تحمل على منتج مادي أو خدمة معينة دون إجراء عمليات حسابية وسيطة من أجل معرفة نصيب المنتج أو الخدمة من تلك الأعباء مثل أعباء الشراء، الانتاج، ...

✓ **الاعباء غير المباشرة:** هي اعباء لم تصرف من أجل منتج معين، أو خاصة بقسم معين، بل يتم صرفها من أجل مجمل النشاط (الصيانة، الادارة، ...) وتستدعي عملية تحميلها عمليات حسابية وسيطة.

\* **طريقة التكلفة المتغيرة (Les Coûts Variables):** تقوم طريقة التكلفة المتغيرة بحساب سعر التكلفة بناء على مجموع الأعباء المتغيرة الخاصة بمراحل الاستغلال لسلعة أو خدمة معينة وتقوم هذه الطريقة أيضا بالتمييز بين نوعين من الأعباء:

✓ **الأعباء المتغيرة:** هي الأعباء التي تتغير بتغير حجم الإنتاج الخاص بالدورة الاستغلالية مثل: استهلاك المواد الاولية.

✓ **الأعباء الثابتة:** هي الأعباء التي تبقى ثابتة مهما تغير حجم الانتاج، وتسمى كذلك بالأعباء الهيكلية (Charges de Structures).

ب- **التصنيف حسب حقل الاستعمال:** يقوم هذا التصنيف على فكرة تقسيم الأعباء تبعا للمخرج الذي ستحمل عليه، بالنسبة للمؤسسة الاستشفائية يتم هذا التصنيف على أساس معيارين:

- **التكاليف حسب الوظائف:** لا يختلف تقسيم التكاليف حسب هذا المعيار في المؤسسات الاستشفائية عنه في المؤسسات الصناعية، ويمكن الاختلاف فقط في طبيعة وظائف المؤسسة

الاستشفائية (العلاج، الوقاية، التكوين، ...)، وهنا لا بد من الإشارة إلى أن هذه العملية تصطدم بنوع من الصعوبة في تحميل هذه التكاليف وذلك بسبب تداخل الوظائف داخل المؤسسة الاستشفائية وكذا صعوبة تحديد مخرجات النشاط في المؤسسة.

- **التكاليف حسب النشاط:** يتم تصنيف التكاليف وفق هذه الطريقة حسب الأنشطة داخل المؤسسة حيث نجد، تكاليف التحليل، تكاليف الأشعة، تكاليف التغذية...<sup>1</sup>.

ت- **التصنيف حسب المفهوم الاقتصادي:**

- **التكاليف المحاسبية:** كمثال على هذا النوع تتناول اهتلاك تجهيز معين، فالتكلفة المحاسبية الخاصة بذلك التجهيز هو الاهتلاك المحاسبي الذي يحسب على أساس زمن استعمال التجهيز.  
- **التكاليف الاقتصادية:** التكلفة الاقتصادية للتجهيز هي اهتلاك على أساس حجم استعماله.

2- **مراقبة التكاليف الاستشفائية:**

سوف نتطرق فيما يلي إلى بعض الطرق التي تستعمل في الدول المتقدمة في المجال الصحي من أجل مراقبة التكاليف الاستشفائية ومن ثم الحد من ارتفاعها:<sup>2</sup>

أ- **مراقبة عوامل الإنتاج:**

- **مراقبة رأس المال:** تتمثل الأهداف الرئيسية لأي منظومة صحية خلال عملية توزيع الخدمات الاستشفائية في نقطتين رئيسيتين:

\* **تحقيق اقتصاديات الحجم « Economic d'Echelle »:** لو افترضنا أن منطقة جغرافية تحوز على مستشفين بطاقة استيعاب 200 سرير لكل منها، وأن النشاط الفعلي لهما هو 100 مريض لكل مؤسسة استشفائية، فإنه وحسب هذا الهدف يجيب تركيز النشاط في إحدى المؤسساتين وخلق الأخرى.

\* **تحقيق العدالة في توزيع الخدمات الاستشفائية:** يستحسن وضع خريطة جهوية لتنظيم توزيع الخدمات الاستشفائية من أجل تحقيق نوع من العدالة في توزيعها ولتفادي الخلل في توزيع الامكانيات البشرية (أخصائيين، تقنيين، ...) والمادية (تجهيزات حديثة) بين المناطق،<sup>3</sup> حيث تم استعمال هذه الخريطة الجهوية في العديد من الدول مثل فرنسا التي قامت بوضع خريطة توضح المناطق التي تملك فائضا في الامكانيات وأخرى تسجل عجزا، وفي المرحلة التالية عملت السلطات الفرنسية على إيجاد توازن من خلال إعادة توزيع تلك الإمكانيات.

<sup>1</sup> -Alain Grenon et autres, *l'analyse des couts a l'hopital*, edition Dunod ,Paris,1981, p74.

<sup>2</sup> - Michel Nogues, *Gestion hospitalière et régulation des dépenses de santé*, Edition PUF, Paris 2000, p35.

<sup>3</sup> - Alain Grenon et autres, op cit ,p75.

- مراقبة العمل: تتم عملية مراقبة العمل داخل المؤسسات الاستشفائية عن طريق:

\* مراقبة تسجيل الطلبة في الفروع الطبية: من خلال اخضاعهم لشروط تحدد عددهم داخل الدفعات وهذا وفق الشروط التالية:

✓ وجود رغبة حقيقية من طرف أصحاب القرار.

✓ فعالية تقنيات التنبؤ وهذا التحديد عدد الطلبة ودفعات التخرج مستقبلا.

\* إغلاق أو تخفيض عدد الأسرة: وهذا بهدف تقليص عدد عمال المؤسسة شريطة توفر الشروط الآتية:

✓ انخفاض معدل غياب العمال بالمؤسسة، وهو الأمر الذي يستدعي توفير عوامل تؤدي إلى شعور العمال بالرضا أثناء مزاولة نشاطهم مثل: التحفيز.

✓ قدرة الجهاز الطبي والإداري المتمسك به، من تغطية الطلب على العلاج بالمؤسسة وملاً الفراغ الناجم عن تسريح عدد من العمال.

ت-مراقبة الموارد الإجمالية: يمكن اجراء عملية مراقبة الموارد الإجمالية للمؤسسة الاستشفائية عن

طريق بعض التقنيات والتي من بينها:<sup>1</sup>

- تقنيات مراقبة التسيير:

\* استعمال خريطة صحية: تكمن هذه الطريقة في استعمال خريطة صحية لمراقبة الإمكانيات الصحية لكل منطقة، حيث تم استعمال هذه التقنية في فرنسا سنة 1986 لمشروع لمراقبة التكاليف الاستشفائية، وتتمحور حول حساب تكلفة يوم استشفائي عن طريق تقنيات المحاسبة التحليلية، ثم مقارنة التكاليف المقدره لفترة محددة مع التكاليف الفعلية لنفس الفترة، وهو ما ينتج عنه إحدى الحالتين:

✓ مستشفيات ذات تكاليف فعلية أكبر من التكاليف المقدره، لذا يجب عليها تخفيض تكاليفها مستقبلا.

✓ مؤسسات استشفائية ذات تكاليف فعلية أقل من التكاليف المقدره، وهنا يمكن للمؤسسة استعمال الفائض وهذا بالاتفاق مع الأطراف الممولة.

\* نسبة شغل أسرة قسم استشفائي: تتمثل هذه الطريقة، في قيام الجهات الممولة للمؤسسات الاستشفائية بتحديد نسب شغل معينة للأسرة، فعلى سبيل المثال قامت الولايات المتحدة الأمريكية بتطبيق هذه التقنية مع استعمال النسب التالية كحد أدنى: الأقسام العامة 80% أمراض النساء 60%، طب الأطفال 75%<sup>2</sup>، ويكون تقدير الموارد الممنوحة لهذه المؤسسات حسب النسب المحققة، فالمؤسسة التي تحقق نسبة شغل

<sup>1</sup>- Michel Nogues,op cit ,p 42.

<sup>2</sup>- André Labourdette, **Economie de la Santé**, presse universitaire de France, Paris, 1998, p98.

أسرة قسم معين أكبر من الحد الأدنى يتم تعويضها في مجموع تكاليف ذلك القسم، بينما الأقسام التي تحقق نسب شغل أسرة أقل من الحد الأدنى تعوض على أساس تكلفة تقديرية محددة مسبقا.

\*تقدير الموارد: تم تطبيق هذه الطريقة في فرنسا سنة 1978، وترتكز هذه الطريقة على تقدير غلاف مالي للمؤسسة الاستشفائية من خلال مفاوضات بين الجهات الممولة ومسيري المؤسسة، وتتميز ب:

- ✓ تحميل إدارة المؤسسة الاستشفائية مسؤولية تحقيق فعالية التسيير.

- ✓ البحث عن طرق فعالة من أجل الحصول على الإمكانيات المادية والبشرية وبأقل تكلفة ممكنة.

- ✓ تمتع أصحاب القرار بالمؤسسة بالاستقلالية التي تمكنهم من بلورة أفكارهم وإظهار مهاراتهم.

### ج- مراقبة الموارد الإجمالية باستعمال خريطة وطنية للصحة:

تم استعمال الخريطة الصحية في إطار الحد من مركزية التسيير في المؤسسات الاستشفائية الفرنسية بموجب قانون 22 جويلية 1988، حيث أعطى هذا القانون صلاحيات واسعة للمقاطعة الجغرافية التي تتواجد بها المؤسسة الاستشفائية من أجل تقدير الموارد المالية اللازمة لتسيير المؤسسة، وفي نفس الوقت أوكلت للدولة مهمة تغطية العجز الذي قد تسجبه بعض المستشفيات مع العمل على التنسيق بين المناطق من أجل ضمان توازن في توزيع الموارد ما بين المناطق الجغرافية. وتتم عملية مراقبة التسيير عن طريق هيئات مختلفة، فالمؤسسات الاستشفائية يتم الاشراف عليها من طرف المقاطعة (Département)، أما المستشفيات الجامعية فعملية الإشراف عليها تتم مباشرة من طرف الدولة.<sup>1</sup>

بالإضافة إلى ذلك، فإن هذا النمط في التسيير يبقى التسيير المركزي محصورا في الاحتياجات الثقيلة (معدات وآلات..)، ويتم إدراج تسيير محلي (اللامركزي) خاص بالاحتياجات الأخرى من خلال الاعتماد على خريطة للتقييم الصحي.<sup>2</sup>

### المطلب الثالث: طريقة الأقسام المتجانسة:

سنحاول في هذا الجزء التطرق إلى مفهوم طريقة الأقسام المتجانسة، ومميزاتها.

**1- تعريف الأقسام المتجانسة:** تواجه المؤسسة الاستشفائية اشكالية ماهية المنتج الاستشفائي، لذلك

يمكن استعمال مخرجات المؤسسة لوحدها: يوم استشفائي، فحص طبي، ...

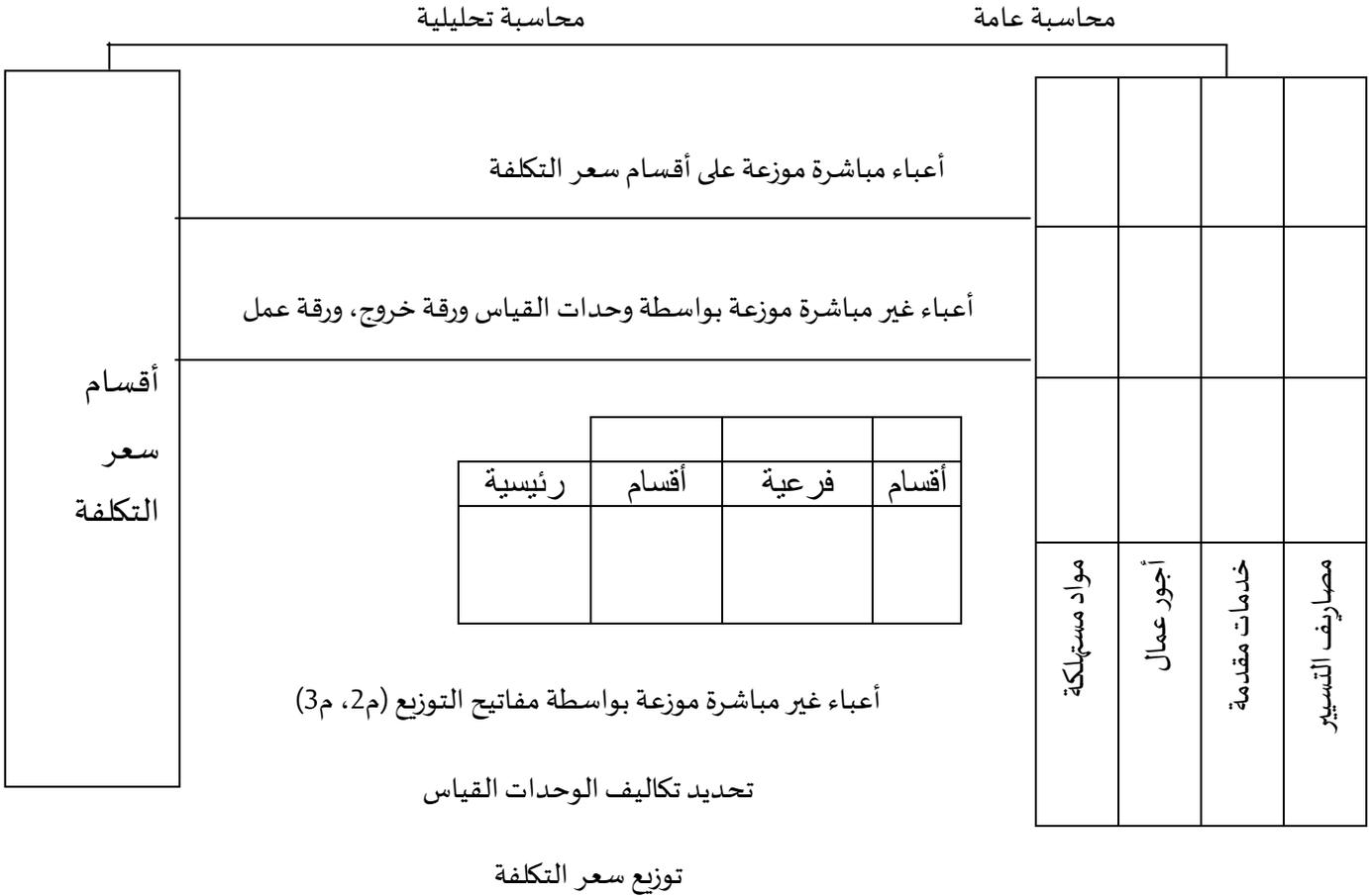
عرفت طريقة الأقسام المتجانسة الخاصة بالمؤسسات الاستشفائية على أنها: " الطريقة التي يتم بموجبها تحديد سعر تكلفة إجمالي لكل قسم استشفائي، حيث يتكون سعر التكلفة من أعباء مباشرة خاصة بالقسم

<sup>1</sup>-André Labourdette, op cit, p102.

<sup>2</sup>-Michel Nogues, op cit, p53

نفسه وجزء من الأعباء غير المباشرة الاجمالية<sup>1</sup>، تتم عملية تحديد الأعباء المباشرة الخاصة لكل قسم متجانس بطريقة مباشرة (أجور، أدوية، ...)، في حين تتطلب الأعباء غير المباشرة تحديد نصيب كل قسم متجانس منها عن طريق استعمال مفاتيح توزيع خاصة بكل عبء، كما هو موضح في الشكل التالي:

شكل رقم 15: طريقة الأقسام المتجانسة



Source: Alain Grenon, op.cit, p17

<sup>1</sup>- Alain Grenon et autres,op cit,p17.

## 2- مفاهيم حول طريقة الأقسام المتجانسة:

يتطلب تطبيق طريقة الأقسام المتجانسة تقسيم المؤسسة الاستشفائية إلى أقسام متجانسة.

أ- الأقسام المتجانسة: قسم له نفس وحدات القياس، نشاط متجانس وله مسؤول خاص، تنقسم إلى نوعين:

- أقسام رئيسية: هي الأقسام التي ينتج عن نشاطها مخرجات تسمى وحدات قياس، حيث تهدف طريقة الأقسام المتجانسة إلى تحديد تكلفتها (يوم استشفائي، حصة تصفية الدم...) <sup>1</sup>.

- أقسام فرعية: هي الأقسام التي لا ينتج عن نشاطها وحدات قياس مباشرة، بل تهدف إلى أداء خدمات للأقسام الرئيسية مثل (الإدارة، قسم الأشعة، ..).

ب- الأعباء المباشرة والأعباء غير المباشرة: يمكن التمييز بين نوعين من الأعباء وذلك حسب امكانية توزيعها على الأقسام، في حالة امكانية توزيع العبء مباشرة على الأقسام المستفيدة منه فالعبء هنا يكون مباشرا، أما في حالة استعمال عمليات وسيطية فيعتبر عبئا غير مباشر.

- الأعباء المباشرة: هي الأعباء التي يتم توزيعها على الأقسام الرئيسية والفرعية ولا تتطلب استعمال مفاتيح من أجل توزيعها (أجور، أدوية...).

- الأعباء غير المباشرة: هي الأعباء التي لا يمكن تحديد قسط الأقسام المستفيدة منها إلا من خلال استعمال مفاتيح خاصة بالتوزيع وتنقسم إلى قسمين رئيسيين هما:

\* الأعباء العامة: هي الأعباء الخاصة بمجموعة من الأقسام في نفس الوقت أو من أجل المؤسسة الاستشفائية ككل (مصاريف الكهرباء، الوقود...).

\* أعباء الأقسام الفرعية: يتم استعمال مفاتيح توزيع خاصة لغرض تحديد قسط الأعباء التي استفادت منها الأقسام الفرعية وهي مرحلة التوزيع الثانوي للأعباء غير المباشرة. <sup>2</sup>

ت- توزيع الأعباء: تتمثل هذه المرحلة في تحديد سعر التكلفة الإجمالي الخاص بكل قسم استشفائي، وتتم هذه العملية عبر مرحلتين:

- التوزيع الأولي للأعباء: يتم في هذه المرحلة توزيع الأعباء المباشرة (الأجور، الأدوية) والأعباء العامة (مصاريف، الهاتف، الوقود، ...) على الأقسام الرئيسية والفرعية.

- التوزيع الثانوي للأعباء: تتم هذه العملية وفق الطريقة التالية: <sup>1</sup>

<sup>1</sup>-Ministere de la Santé , de la Poplulation et de le Réforme Hospitalière, **Guide Méthodologique la mise en place du calcul des couts par la méthode de sections homogènes**, Alger, Septembre 2001, p2.

<sup>2</sup>-Ibid, p3.

\***المرحلة الأولى:** يتم توزيع أعباء الأقسام الفرعية على الأقسام الرئيسية والفرعية وفق وحدات قياس خاصة بكل قسم، وفي حالة عدم توفر وحدة قياس، يتم توزيع عبء القسم العام (المحاسبة، الإدارة...) حسب نسبة مجموع الأعباء غير المباشرة للأقسام الطبية الخاصة بالتوزيع الأولي.

\***المرحلة الثانية:** تتمثل في جمع الأعباء المباشرة للأقسام الطبية (الأجور، الأدوية، ...) مع مجموع التوزيع الثانوي للأعباء غير المباشرة للأقسام الطبية.

\***المرحلة الثالثة:** بعد جمع الأعباء المباشرة وغير المباشرة للأقسام الطبية، نتحصل على مجموع أعباء الأقسام المتجانسة الطبية، ويمكن من خلال ذلك حساب تكلفة وحدات القياس الأقسام الطبية الفرعية باستعمال رموز القياس التالية: المخبر B، الأشعة R، غرفة العمليات K.

\***المرحلة الرابعة:** يتم تقسيم أعباء الأقسام الطبية الرئيسية على وحدات القياس الخاصة بكل قسم للحصول على تكلفة وحدة القياس لكل قسم طبي.

ث- حساب سعر التكلفة في المؤسسة الاستشفائية: من خلال طريقة الأقسام المتجانسة يمكن التوصل إلى تحديد نوعين من سعر التكلفة:

- **سعر تكلفة الأقسام الطبية الرئيسية:** بموجب هذه المقاربة، يتم تجميع جميع التكاليف الخاصة بالمؤسسة الاستشفائية وتركيزها في النشاط الطبي الرئيسي (المنتجات الطبية التي يتحصل عليها الأفراد) لذا، فإن سعر تكلفة الخدمة الطبية المقدمة هي تكلفة وحدة قياس كل قسم طبي رئيسي من الأقسام المشكلة للمؤسسة.

- **سعر تكلفة المريض:** يتم استعمال البطاقة المكوكية (Fiche Navette) لتسجيل جميع الخدمات التي تلقاها المريض أثناء فترة مكوثه في المؤسسة الاستشفائية، وللحصول على سعر تكلفة المريض، يتم الاستغناء عن المرحلة الأولى من عملية التوزيع الثانوي للأعباء (المتتمثلة في عدم توزيع أعباء الأقسام الطبية الفرعية: المخبر، الأشعة على الأقسام الرئيسية)، واعتبار كل الأقسام الطبية مستقلة عن بعضها البعض من ناحية التكاليف، وهذا بهدف تحديد تكلفة مخرجات كل قسم طبي على حدى (سواء كان رئيسي أو فرعي)، حيث يمكن تحديد الخدمات التي استفاد منها المريض بواسطة البطاقة المكوكية، من ثم الحصول على سعر تكلفة المريض من خلال ضرب التكلفة الخاصة بكل أداء في عدد الأداءات، كعملية أولية، ثم جمع كل النتائج المتحصل عليها.

<sup>1</sup>نصر الدين عيساوي، مراقبة التكاليف في مؤسسة استشفائية -دراسة حالة مستشفى حي البير بقسنطينة-، رسالة ماجستير، معهد العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الاخوة منتوري، قسنطينة، الجزائر، 2005، ص247.

3- مميزات طريقة الأقسام المتجانسة: تتميز هذه الطريقة ب:<sup>1</sup>

- ✓ تحديد تكلفة وحدة قياس الأقسام الرئيسية.
- ✓ تحديد تكلفة وحدة قياس الأقسام الفرعية.
- ✓ المساهمة في عملية تحضير الميزانية التقديرية.
- ✓ مراقبة فعالية الأقسام الاستشفائية.
- ✓ تحديد المسؤوليات (كل رئيس قسم مسؤول عن النتائج المحققة في قسمه).

<sup>1</sup> - نصر الدين عيساوي، مرجع سابق، ص 248.

## خلاصة الفصل:

عرفت المنظومة الصحية في الجزائر عدة تطورات مست بشكل أساسي الهيكل التنظيمي، حيث انتقلت من هيمنة القطاع الصحي إلى سياسة الصحة الجوارية سنة 2007، ثم العودة إلى نفس المقاربة التسييرية الخاصة بالقطاع الصحي مع تحول في التسمية من القطاع الصحي إلى المقاطعة الصحية بموجب قانون الصحة الصادر سنة 2018 والذي لم يرى النور إلى غاية اليوم.

والامر الملاحظ هو ان المؤسسات العمومية الصحية ورغم كل الاصلاحات التي مرت بها، إلا انه يغلب عليها النمط التقليدي في التسيير الذي يتميز بالمركزية من حيث التخطيط والتوجيه، حيث ان هذه المؤسسات ورغم تمتعها ظاهريا بالاستقلالية الادارية والمالية إلا ان الممارسة الفعلية للتسيير تبرز ضعف استقلالية هذه المؤسسات وهيمنة الادارة المركزية على عملية صنع القرار مع ترك هامش مناورة محدود للمسييرين وهذا من خلال تسطير البرامج والسياسات الصحية وكذا الرقابة الدائمة والمستمرة على تسيير هذه المؤسسات .

لذا فان السلطات مدعوة إلى ايجاد البدائل والحلول اللازمة لهذه الصعوبات - خاصة وانها قامت بتوفير الامكانيات المادية والمالية والبشرية للقطاع - وهذا من اجل رفع كفاءة هذه المؤسسات والارتقاء بمستوى الخدمات المقدمة.

## الفصل الرابع

حساب التكاليف كآلية لتحسين

أداء المؤسسة العمومية

الاستشفائية

تمهيد:

بعد تحديد الإطار النظري العام لهذا البحث في الفصول الاولى للبحث والمتمثلة في معايير تقييم الاداء في المؤسسات الاستشفائية، سنحاول من خلال هذا الفصل تناول الجانب التطبيقي لهذا الموضوع، حيث تم اختيار المؤسسة العمومية الاستشفائية- إسعد خالد -بمعسكر لتكون محلا للدراسة، على اعتبار ان التفسير في هذه المؤسسات العمومية هو تسيير منمط، حيث ارتأينا ان نسلط الضوء على المنظومة الصحية في الجزائر والمراحل التي مرت بها، اما المبحث الثاني فسيكون بداية تطبيق طريقة الاقسام المتجانسة من خلال تحديد المفاهيم الخاصة بنظام التكاليف وتسجيل مختلف الاعباء والانشطة الخاصة بالمؤسسة. بالنسبة للمبحث الثالث فقد تم تخصيصه لحساب سعر تكلفة مخرجات (الانشطة الصحية) المؤسسة من خلال عملية التوزيع الاولي والثانوي للاعباء.

لمبحث الأول: تنظيم وتسيير المؤسسة العمومية الاستشفائية .

المطلب الأول: المنظومة الصحية في الجزائر

تسعى الجزائر على غرار باقي دول العالم إلى تحسين أوضاع قطاع الخدمات الصحية باعتباره من أهم القطاعات وهذا من خلال تبني سياسات إصلاحية مستمرة تتماشى مع التحولات الداخلية والخارجية في المجالات السياسية، الاقتصادية، الاجتماعية،....<sup>1</sup>

### 1- التطور التاريخي للنظام الصحي في الجزائر:

يمكن القول أن النظام الصحي في الجزائر عرف ثلاثة مراحل أساسية وهي:

أ- المرحلة الأولى: (1962-1973): ورثت الجزائر بعد الاستقلال جهازا صحيا ضعيفا لا يلبي حاجيات المواطنين نتيجة للعديد من الأسباب أهمها الهجرة الجماعية للإطارات الطبية والشبه طبية، حيث انخفض عدد الأطباء من 2500 طبيب إلى 600 طبيب وهو ما يمثل طبيب واحد لكل 100.000 ساكن، مع تمركزهم الولايات الكبرى، بالإضافة إلى نقص تجربة الأطعم الإدارية، وهي المؤشرات التي انعكست بالسلب على الحالة الصحية للسكان حيث ارتفع معدل الوفاة لدى الأطفال ليتجاوز (180 طفل لكل 1000) ومعدل الحياة لا يتعدى 50 سنة، وانتشار الأمراض المتنقلة أمام هذه الوضعية، ركزت الدولة على عاملين رئيسيين هما:

-الاستعانة بإطارات وخبرات من دول أخرى (خاصة الاتحاد السوفياتي (سابقا)، بلغاريا...).

-إرسال الأطباء إلى الخارج من أجل التكوين.

كما تميزت هذه المرحلة باعتماد العديد من البرامج الصحية مثل فرض التطعيم على كل الأطفال، مكافحة الأمراض خاصة المعدية منها، وتم تكليف الصيدلية المركزية الجزائرية (Pharmacie Centrale d'Algérie) بتموين الهياكل الصحية بالأدوية اللازمة.<sup>2</sup>

على العموم، شهدت هذه الفترة انتهاج المشروع الاشتراكي الذي يعتبر القطاع الصحي كقطاع عمومي وبالتالي تكفل الدولة ببناء الهياكل الصحية وزيادة تكوين الكوادر الطبية والشبه طبية.

ب- المرحلة الثانية: ( 1974 إلى 1989): شهدت هذه المرحلة التي تزامنت مع التغييرات الكبيرة التي حصلت في الجزائر مثل تأميم وقطاع المحروقات وما نتج عنه من ارتفاع قيمة المداخيل (خاصة مع

<sup>1</sup> - عدنان مريزق، واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية، أطروحة دكتوراه، جامعة الجزائر، قسم علوم التسيير، 2007، ص115.

<sup>2</sup> -M Chaouch, Développement du système national de santé: stratégie et perspectives, revue de l'école nationale de la santé publique, N°5 ,Alger,2001,P45.

الارتفاع المسجل في أسعار النفط وهي الأمر الذي انعكس بالإيجاب على الاقتصاد الوطني، مما أدى بالسلطات إلى اتخاذ جملة من الإجراءات والتدابير بهدف تلبية الحاجيات المختلفة للسكان، في هذا الإطار شهد قطاع الصحة خلال هذه المرحلة:

-تعميم مجانية العلاج في جميع الهياكل الصحية العمومية تحت شعار "الصحة للجميع" وهذا مهما كان دخلهم ومهما كانت وضعيتهم الاجتماعية<sup>1</sup>.

-إصلاح شامل لقطاع التربية وكذا التعليم العالي من أجل تحسين جودة التعليم وبالتالي تسجيل وتكوين أكبر عدد ممكن من الممارسين الطبيين وفي جميع التخصصات، وقد عرفت هذه المرحلة طفرة نوعية في مجال الهياكل الصحية وكذا أعداد المستخدمين حيث تم في هذا الإطار:

\* إنجاز عدد كبير من الهياكل الصحية (مستشفيات، عيادات متعددة الخدمات، مراكز صحية...) فعلي سبيل المثال استفادت ولاية معسكر سنة 1986 من (04 مستشفيات في إطار البناء الجاهز، أنشئت على مستوى مقر الولاية معسكر، تغنيف، غريس، المحمدية.

\* تضاعف عدد المستخدمين في قطاع الصحة، حيث ارتفع عدد المستخدمين من 57872 مستخدم سنة 1973 إلى 124728 سنة 1987.

\* ارتفاع عدد الأسرة الاستشفائية من 42450 سرير سنة 1973 إلى 62500 سنة 1987.

\* بالنسبة للمؤشرات الصحية، شهدت هذه المرحلة تراجع معدل وفيات الرضع وهذا راجع لانتهاج الدولة برامج الأمومة والطفولة وكذلك إجبارية التلقيح للأطفال، كما ارتفع معدل الحياة من 51 سنة 1965 إلى 65 سنة 1987.

\* مواصلة التكفل بالأفراد المعوزين من طرف الدولة في إطار برامج التضامن الاجتماعي.

ت- المرحلة الثالثة: (1990-2007):<sup>2</sup> شهدت بداية هذه الفترة تدهورا في مستوى الخدمات الصحية وهذا نتيجة للأزمة الأمنية التي أثرت على كل القطاعات في البلاد بما فيها قطاع الصحة، وهو ما استدعي تدخل الدولة من خلال إعادة هيكلة النظام الصحي على فترات والشروع في إصلاحات عميقة مع مطلع الألفية، حيث كانت البداية بتغيير تسمية وزارة الصحة والسكان لتصبح وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، ومراجعة وتحيين القوانين من خلال اعتماد صيغة جديدة في تسيير المؤسسات الاستشفائية متمثلة في النظام التعاقدية حيث تم بموجب هذه الصيغة إشراك هيئات الضمان الاجتماعي

<sup>1</sup> - الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية العدد 01، الصادر بتاريخ 01 جانفي 1974، الأمر رقم 73-65، المؤرخ في 28 ديسمبر 1973، والمتعلق بتأسيس الطب المجاني في القطاعات الصحية، ص02.

<sup>2</sup> - نور الدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، ط1، دار كتامة للكتاب، الجزائر، ص132.

والمرضى في تسديد نفقات العلاج وهذا نتيجة للارتفاع الكبير في انفاق الدولة على القطاع وكذلك عدم التحكم الجيد في التكاليف، حيث تتمثل هذه الطريقة (النظام التعاقدى) في إبرام المؤسسات الصحية عقود أداء مع الممولين (الدولة وهيئات الضمان الاجتماعي) تلتزم من خلالها المؤسسة الصحية بتقديم الخدمات للمرتفقين مقابل تعويض مالي يساوي في مجموعه التكاليف التي تحملتها لتقديم هذه الخدمة، وفي نفس الوقت تتكفل الدولة بنفقات الوقاية، التكوين والبحث الطبي والخدمات الصحية المقدمة للغير مؤمنين اجتماعيا، وتتمثل في الأهداف الرئيسية للنظام التعاقدى في:<sup>1</sup>

-**التحكم في النفقات:** يتوجب على المؤسسة الصحية تحقيق أفضل الأهداف بأقل تكلفة ممكنة، حيث يمكنها النمط التعاقدى نوعا من الاستقلالية في التسيير المالي تماشيا مع محاسبة التكاليف وهو ما يفرض على مسيري هذه المؤسسات ترشيد النفقات.

-**تحسين نوعية العلاج:** ينبغي على المؤسسة تقديم أفضل الخدمات العلاجية لأن المستهلك باعتباره زبونا يصبح أكثر تطلبا، ولذا يجب أخذ إجازة من خلال تقديم خدمات علاجية ذات جودة.

-**التسيير العقلاني للموارد البشرية:** لنجاح هذا النظام، يجب تسطير إستراتيجية متوسطة وطويلة الأجل، بالشكل الذي يؤدي إلى التسيير الجيد للكفاءات والطاقات البشرية، وهو ما سعت إليه الوزارة من خلال دورات وبرامج تكوينية موجهة إلى مختلف الإطارات (الطبية والإدارية) والتي تكفلت بها المدرسة الوطنية للماجستير الصحي الكائن مقرها ببيرج البحري.

-**تحقيق مبدأ التدرج في العلاج:** يقوم النظام الوطني للصحة على مبدأ التدرج في العلاج، انطلاقا من الهياكل الصحية الصغيرة إلى غاية الوصول إلى الهياكل الاستشفائية الكبيرة التي تتوفر على تخصصات أكثر، وهو ما يركز عليه النظام التعاقدى، وهو الأمر الذي يلتزم إعادة الاعتبار لمكتب القبول لموجه رئيسي للمريض حسب ما تقتضيه حالته الصحية.

-**ترشيد الإنفاق واحتواء التكاليف:** يؤدي استخدام نظام الرسوم مقابل الخدمات إلى ترشيد نفقات هذه المؤسسات وذلك من خلال:

- \* استخدام الأدوات التحليلية التي تساعد على صياغة السياسات الصحية.
- \* التأكد من توزيع الإنفاق وفق للأولويات ومتطلبات الخدمة.
- \* خلق نظام وطني للمراجعة الصحية بهدف تقادي تجزئة الخدمة أو تكرارها للمريض.

<sup>1</sup> -أمير جيلالي، محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظومة الاستشفائية الجزائرية، أطروحة دكتوراه في العلوم الاقتصادية، جامعة الجزائر، 2009، ص176.

\*التوزيع الأمثل للموارد الصحية بين مختلف جهات الوطن بما ينفق مع دورها حجم استخدامها.  
\*إدخال محاسبة التكاليف وتعميم حساب التكاليف ليشمل جميع الخدمات المقدمة في الهياكل الصحية (استخدام طريقة الأقسام المتجانسة).

ث-المرحلة الرابعة: ابتداء من سنة (2007) بدأت مرحلة جديدة في تسيير المنظومة الصحية في البلاد من خلال صدور المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 والذي ينص على إنشاء خريطة صحية جديدة تلغى بموجبها القطاعات الصحية وتستبدل بالمؤسسات العمومية الاستشفائية (Etablissement Public Hospitalier) وكذلك المؤسسات العمومية للصحة الجوارية (Etablissement Public de Santé de Proximité) وكذا المؤسسات الاستشفائية المتخصصة (Etablissement Public Spécialisé)<sup>1</sup>.

في سنة 2018، صدر قانون الصحة الجديد، الذي أعقبه المرسوم التنفيذي رقم 22-373 المؤرخ في 27 أكتوبر 2022، والذي يحدد كفاءات إعداد الخريطة الصحية وتحسينها حيث تم بموجبه إنشاء المقاطعات الصحية بدلا من المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية في انتظار صدور المراسيم والمقررات التنظيمية) وهو القانون الذي تمخض عن التطورات الاقتصادية والاجتماعية وكضرورة حتمية للتحويل البيئي والصحي والانتقال من الأمراض المعدية والأوبئة إلى الأمراض المزمنة والمستعصية مثل داء السكري والسرطان ...، حيث أدت هذه التحولات بالدولة إلى التفكير في سياسات واستراتيجيات صحية جديدة وهذا من خلال عقد لقاءات وجلسات جهودية وطنية توجت بالقانون السالف الذكر، والذي يهدف إلى إصلاح الهياكل الانتقائية وتحسين الخدمة العمومية تماشينا مع التطورات والتحسينات التي عرفتها مختلف القوانين والنصوص (خاصة دستور سنة 2016). وكذلك مع القوانين والنصوص والتوصيات التي أصدرتها منظمة الصحة العالمية والموجهة إلى الدول الأعضاء والمنظمات الدولية التي صادفت على القواعد المنظمة لها.<sup>2</sup>

## 2-مشروع إصلاح النظام الصحي في الجزائر:

كما تطرقنا إليه سابقا فقد شهدت سنة 2002 شروع الجزائر في عملية إصلاح لجميع القطاعات مثل: لجنة إصلاح العدالة، لجنة إصلاح المنظومة التربوية، .... وبالنسبة لقطاع الصحة فقد تم إنشاء

<sup>1</sup> - الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 33، المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 02 جمادى الأولى 1428 هـ الموافق ل 19 ماي 2007 المتضمن إنشاء المؤسسة العمومية الاستشفائية والمؤسسة العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها.

<sup>2</sup> - الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 46، القانون رقم 18-11 المؤرخ في 18 شوال عام 1439 الموافق 2 جويلية 2018، المتعلق بالصحة .

المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات والذي أعد تقريراً مفصلاً حول المشاكل التي يعاني منها النظام الصحي والتي لخصها في:

أ- **مشاكل متعلقة بالتمويل:** شهد قطاع الصحة خلال الفترة التي سبقت الإصلاحات من نقص حاد في الميزانية مقابل ارتفاع في الطلب على الخدمات الصحية وهذا راجع للعوامل التالية<sup>1</sup>:

- غياب التحكم في النفقات الصحية

- انعدام التفاوض بشأن ميزانيات المؤسسات.

- ارتفاع كتلة الديون.

وهو ما دفع بأعضاء المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات إلى اقتراح ما يلي:

- البحث عن مصادر تمويل جديدة، مثل تخصيص جزء من الضرائب والرسوم الناجمة عن التلوث،  
التبغ، (...).

- تحيين مدونة الأنشطة الطبية والتسعير .

- إعادة النظر في كيفية التكفل بفئة الأشخاص المعوزين.

- إدراج مساهمة التأمينات الاقتصادية.

- تخصيص جزء من الضرائب الجمركية المفروضة على التجهيزات للمؤسسات العمومية الصحية.

- التحول من سياسة تمويل الهياكل إلى سياسة تمويل الأنشطة.

- تفعيل مردودية الوسائل المادية والبشرية.

- إنجاز مخطط حسابات خاص بالمؤسسات الاستشفائية.

- مسح ديون المؤسسات الصحية والبحث عن آليات تسيير تمنع الوقوع في نفس المشاكل مستقبلاً.

- اقتراح ميزانية ملحقة ومستقلة عن ميزانية المستشفى لمواجهة الحالات الطارئة.

ب- **مشاكل خاصة بتنظيم الوسائل المادية والبشرية:** أفرزت أشغال اللجنة الخاصة بالوسائل المادية والبشرية للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات عن ملاحظات تصب في مجملها في هشاشة التنظيم على مستوى القطاع العمومي والتي من بينها<sup>2</sup>:

- اللاعقلانية في توزيع الوسائل المادية والبشرية بين المناطق الجغرافية والولايات.

- القوانين أساسية لمستخدمي الصحة غير محفزة.

<sup>1</sup> - عدمان مديزق، مرجع سابق، ص 171.

<sup>2</sup> - عدمان مريزق، مرجع سابق، ص 172.

- نقص في صيانة العتاد الطبي.
- تقسيم غير فعال للأنشطة الطبية.
- ندرة في المواد الصيدلانية نتيجة لضغوطات تنظيمية وأخرى مالية.
- ولمواجهة هذه الاختلالات، قام أعضاء المجلس بتقديم اقتراحات تمثلت في<sup>1</sup>:
  - الحد من تدخل الوصاية من خلال منح أكبر قدر ممكن من الاستقلالية لمسيري المؤسسات.
  - مراجعة القوانين الأساسية الخاصة بالمستخدمين.
  - إعادة النظر في توزيع الموارد (خاصة البشرية) بشكل أكثر توازنا ما بين المناطق والولايات.
  - إنشاء مديرية مستقلة مكلف بصيانة العتاد الطبي.
  - تزويد المستشفيات بالهياكل والآليات الضرورية للتقييم الداخلي.
  - تحويل صيدليات المستشفيات إلى هياكل مستقلة عن المستشفيات مع تحديد القوانين والأنظمة المسيرة الخاصة بها.
- ت- إختلالات متعلقة بالتكوين: نظرا لأهمية عنصر التكوين، فقد عالج المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات هذا الملف وخلص إلى:<sup>2</sup>
  - عدم تطابق تكوين المسيرين الحائزين على شهادتهم في مؤسسات التعليم العالي مع خصائص التسيير في المستشفيات.
  - انعدام التكوين المتواصل للمستخدمين على مستوى مدارس التكوين الشبه طبي.
  - نظام التعليم المعتمد لا يناسب حاجيات قطاع الصحة.
  - التكوين الأكاديمي لم يعد قادرا على الاستجابة للمؤهلات التي تتطلبها ممارسة المهام، وهو ما يترتب عنه نقص في بعض الاختصاصات الطبية والشبه طبية.نظرا لهذه الاستنتاجات، اقترح أعضاء المجلس ما يلي:
  - التنسيق مع قطاع التعليم فيما يخص التكوين الأكاديمي للطاقت الطبي، مع الأخذ في عين الاعتبار انسجام مواصفات التكوين مع متطلبات مهنة الطب.
  - فتح ملحقات مدارس التكوين لشبه الطبي على مستوى المستشفيات في إطار إعادة تأهيل المستخدمين وتحسين مستواهم أثناء ممارسة مهامهم.

<sup>1</sup> - وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات، تقرير جمعية للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات، الأولويات والأنشطة المستعجلة، الجزائر، 17 جانفي 2003.

<sup>2</sup> - أمير جيلالي، مرجع سابق، ص 182.

3- ملف مشروع الإصلاح:

تطرق المجلس في أشغاله واجتماعاته إلى أولويات عملية الإصلاح وكذلك الأنشطة المستعجلة،

حيث خلص المجلس التي اعتماد ستة (06) ملفات رئيسية، تتمثل في:<sup>1</sup>

أ- ملف الحاجيات الصحية وطلب العلاج: تمثلت فكرة هذا الملف في دراسة كيفية التنسيق بين النظام الوطني للصحة ومنظومته الاستشفائية الفرعية، وهذا تقاديا لعزل عملية إصلاح المستشفيات عن الإطار الاجتماعي، المالي، التنظيمي والوبائي، حيث تم في هذا الإطار، دراسة طرق التنسيق بين الهياكل الجوارية ومستشفى القطاع، وبين مستشفيات القطاع والمستشفيات الجهوية والوطنية.

ب- ملف الهياكل الاستشفائية: تطرق هذا الملف إلى دراسة إصلاح الهياكل الصحية، وذلك من خلال:

- تعزيز رقابة الدولة على المؤسسات الصحية العمومية والخاصة.

- إدراج فكرة التكامل بين القطاع العام والقطاع الخاص.

- مشاركة المواطن في تنظيم العلاج من خلال تحسيسه بحقوقه وواجباته.

- إنشاء مصلحة خاصة بالإعلام التي تعتبر ركيزة أساسية لنجاح الإصلاحات.

- إشراك جمعيات المرضى في عملية اتخاذ القرار من خلال انتخاب محتلين لهم في مجالس الإدارة.

ت- ملف الموارد البشرية: ركز هذا الملف على أمور المستخدمين، حيث تطرق القائمون عليه إلى ظروف عمل هؤلاء المستخدمين، أجورهم وعلاواتهم، المسار المهني الخاص بهم وخاصة عنصر التكوين والترقية وهذا بالتنسيق مع قطاع التعليم العالي وكذا قطاع التكوين المهني.

4- ملف الموارد المادية: اهتم هذا الملف بتوفير كل الوسائل الضرورية لتقديم خدمات صحية ذات

مستوى، وهذا من خلال توفير الوسائل بطريقة عقلانية وحسب مستوى نشاط المستشفى مع الأخذ بعين الاعتبار الجوانب المرتبطة بالصيانة ومعايير الأمن.

5- ملف التمويل: بحث المتخلون في هذا الملف طرق وآليات جديدة لتمويل المستشفيات، مع إعادة

النظر في التسيير المالي خاصة أحكام وقواعد "النظام التعاقدية" بالإضافة إلى توفير لتغطية المالية اللازمة لمراجعة القوانين الأساسية لمستخدمي قطاع الصحة.

6- ملف اشتراك القطاعات:

يرتبط نشاط وزارة الصحة والسكان بنشاط العديد من الوزارات مثل المالية العمل والحماية

الاجتماعية، التضامن، التعليم العالي، التكوين المهني والتمهين، الجماعات المحلية، البنية ... وعليه

<sup>1</sup> -التقرير التمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات، الملتقى الوطني لإصلاح المستشفيات المنعقد بتاريخ 15 و16 أوت 2002، الجزائر.

خلصت أشغال المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات إلى ضرورة التنسيق بين إستراتيجية الدولة في مجال الصحة وسياسات واستراتيجيات القطاعات الأخرى المعنية.

**المطلب الثاني: المؤسسة العمومية الاستشفائية اسعد خالد معسكر**

**1-تعريف المؤسسة:** تعرف المؤسسة العمومية الاستشفائية بأنها مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي وتوضع تحت تصرف الوالي<sup>1</sup> تتكون من هيكل للتشخيص والعلاج والإشفاء وإعادة التأهيل الطبي، تغطي الاحتياجات الصحية لسكان بلدية واحدة أو مجموعة من البلديات<sup>2</sup>. يقع مقر المؤسسة بشارع "شنين محمد" بجوار بلدي معسكر وقد انبثقت عن الخريطة الصحية لسنة 2007 الخاصة بولاية معسكر والتي كانت تضم سابقا (05) قطاعات صحية متمثلة في:

-القطاع الصحي بمعسكر، القطاع الصحي غريس، القطاع الصحي سيق، القطاع الصحي المحمدية، القطاع الصحي تغنيف.

وبموجب الخريطة الصحية لسنة 2007 أصبحت المنظومة الصحية الولائية تتكون من:

(06) مؤسسات عمومية استشفائية، اثنتان في عاصمة الولاية معسكر (مؤسسة اسعد خالد. ومؤسسة مسلم الطيب) ومؤسسة عمومية استشفائية واحدة في كل من دوائر المحمدية، سيق، غريس وتغنيف. (05) مؤسسات عمومية للصحة الجوارية في كل من معسكر، زهانة، وادي الأبطال، عوف، المحمدية. (01) مؤسسة عمومية استشفائية متخصصة في التأهيل الوظيفي ببوحنيفية.

حاليا، ونظرا للطالب المتزايد على الخدمات الصحية نتيجة للتغيرات الاجتماعية، والاقتصادية والديمقراطية وما صاحبها من برامج اقتصادية مختلفة ممثلة في برامج دعم النمو، والإنعاش الاقتصادي، ...، تدعمت الولاية بالعديد من الهياكل الصحية ممثلة في:

-مؤسسة عمومية استشفائية متخصصة للأم والطفل، بعاصمة الولاية معسكر، مؤسسة عمومية استشفائية بدائرة وادي الأبطال، مؤسسة عمومية استشفائية متخصصة بدائرة بوحنيفية .

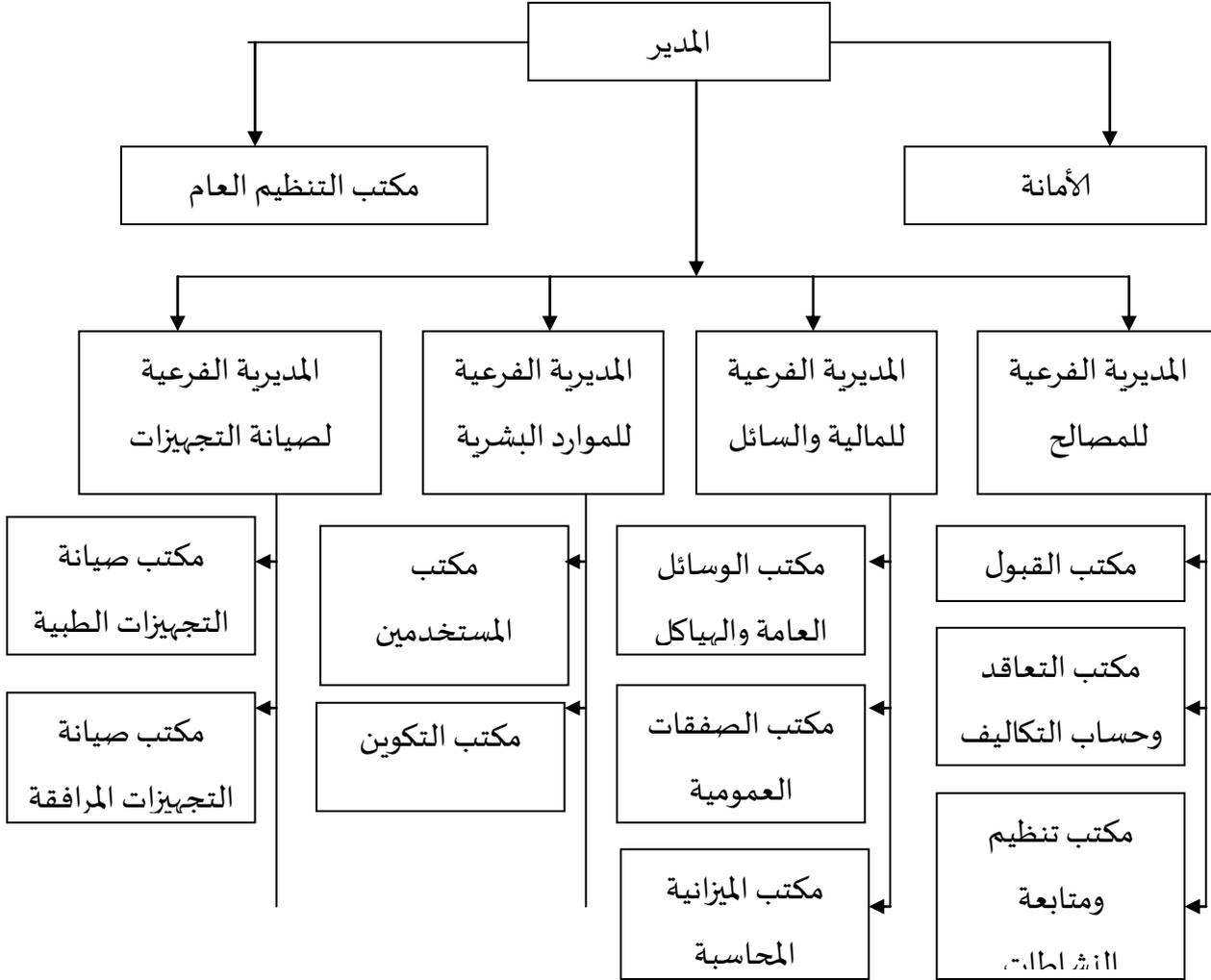
**2- الهيكل التنظيمي للمؤسسة:** هو وسيلة تنظم سير المؤسسة وفقا لترتيب إداري سلمي تتوزع فيه المسؤوليات والمهام اعتمادا على الوظائف والأنشطة التي يحددها القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 20

<sup>1</sup> - المادة 02 من المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 02 جمادى الأولى، عام 1428هـ، الموافق لـ 19 ماي سنة 2007، المتضمن أثناء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 03، ص: 10.

<sup>2</sup> - المادة 03، من المرسوم التنفيذي رقم 07-140، نفس المرجع، ص: 10.

سبتمبر 2009م، لا سيما المواد 2، 3، منه: يشمل التنظيم الداخلي للمؤسسات العمومية الاستشفائية الموضوعة تحت سلطة المدير الذي يلحق به مكتب التنظيم العام ومكتب الاتصال<sup>1</sup>:

الشكل رقم 16: الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية الاستشفائية اسعد خالد معسكر



المصدر: مكتب المديرية الفرعية للموارد البشرية للمؤسسة العمومية الاستشفائية اسعد خالد

أ- المدير: يعين مدير المؤسسة العمومية الاستشفائية بقرار من وزير الصحة وتنتهى مهامه حسب نفس الشكل، ويعتبر أعلى سلطة في المؤسسة حيث أنه يقوم بأعمال التخطيط، التنظيم، التوجيه والرقابة ويعتبر المسؤول الأول والمسير الرئيسي للمؤسسة ماليا وإداريا فهو القائم بعملية الإشراف

<sup>1</sup> - المادة 02 من القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 3 محرم عام 1431هـ الموافق لـ 20 ديسمبر سنة 2009م، يحدد التنظيم الداخلي للمؤسسات العمومية الاستشفائية، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، العدد 15، ص 20.

والمتابعة وتحقيق أهداف المؤسسة وهو المصدر الأول لاتخاذ القرارات في المؤسسة في إطار التنظيم المعمول به في المؤسسة وذلك من خلال نسج علاقات إيجابية مع الموظفين لضمان السير الحسن للمؤسسة يساعد المدير في مهامه (04) نواب يكفون بـ:

-المالية والوسائل

-الموارد البشرية

-المصالح الصحية

-صيانة التجهيزات الطبية والتجهيزات المرافقة.

ب- **الأمانة:** تعتبر الأمانة جزءا من مكتب المدير وتعتبر همزة وصل بين المدير ومختلف المصالح

وكذا الأطراف الخارجية (المواطنين، الإدارات الأخرى ...)، ويمكن تلخيص مهام الأمانة في:

- تسجيل الرسائل الواردة والصادرة من وإلى المؤسسة والمصادقة كبريد صادر أو وراء .

- تسجيل وإبلاغ المدير بالاتصالات والمراسلات الداخلية والخارجية (كاتبة أو هاتفية) أو الحضور

الشخصي .

- تسجيل الوثائق الممضاة من طرف المدير .

- استقبال الضيوف وتقديمهم للمدير .

- تنظيم المناشير الواردة إلى المؤسسة وتوزيعها على مختلف المصالح حسب الاختصاص .

- تنظيم وتحضير الاجتماعات وتحرير المراسلات والختم عليها .

ت- **المديرية الفرعية للمصالح الصحية:** تهتم هذه المديرية بالنشاطات والأعمال الصحية (وقائية

علاجية) التي تقوم بها المصالح الطبية داخل المؤسسة وتضم المكاتب التالية:

- **مكتب القبول:** يلعب مكتب القبول دورا بارزا في تنظيم حركة المرضى داخل المؤسسة من القبول

حتى الخروج وبعد الأداة الأولية التي تجسد الإصلاحات المستمرة المعلن عنها من قبل وزارة الصحة

وهو يتكون من:

\* **قسم الاستقبال:** يقوم هذا القسم بتسجيل المريض الذي قدم طلب الاستشفاء الممنوح له من طرف

الطبيب في سجل خاص مع إدراج المعلومات الخاصة بالمريض الاسم، تاريخ ومكان الميلاد، ويقوم

باستقبال وتوجيه الزوار وتزويدهم بالمعلومات اللازمة على مدار 24 الساعة وخلال كل أيام الأسبوع.

\***قسم حركة المرضى والإحصائيات:** يقوم هذا القسم بتحصيل المعلومات والإحصائيات وتسجيلها آليا.

\* **قسم الحالة المدنية:** يقوم هذا القسم بالتنسيق مع مكتب الحالة المدنية المتواجد على مستوى البلدية بتسجيل المواليد من خلال إصدار تصريح بالميلاد من طرف المؤسسة العمومية الاستشفائية، كما يقوم بتسجيل الوفيات في سجل خاص وإرسال التصريح إلى البلدية من أجل التثبيت.

\* **قسم الأرشيف:** يسهر على الملفات والسجلات التي تخص المرضى، وهذا لضمان تقديم المعلومات التي يطلبها المريض، أو المؤسسة كما يتم اللجوء إليه في حالة المنازعات والتحقيقات القضائية.

- **مكتب التعاقد وحساب التكاليف:** يتم على مستوى هذا المكتب تحديد وتحليل التكاليف الخاصة بالأنشطة الصحية استنادا إلى معطيات متحصل عليها من مختلف مصالح المؤسسة (مكتب القبول، الصيدلية المركزية، المخازن ...)

ث- **المديرية الفرعية للمالية والوسائل:** تتمثل مهمتها في الجانب المالي حيث تقوم بتقدير حاجيات المؤسسة من خلال إعداد الميزانية، إبرام الصفقات العمومية، التكفل بأجور المستخدمين...، بالإضافة إلى الإشراف على الوسائل المتوفرة للمؤسسة مثل: حاضرة السيارات، المخازن، عمال الصيانة،... الخ وتضم هذه المديرية ثلاثة مكاتب:

- **مكتب الميزانية والمحاسبة:** تتمثل مهامه في الإشراف على رواتب العمال، تسيير الميزانية، إعداد حوالات الدفع للموردين ومتابعة الوضعية المالية للمؤسسة.

- **مكتب الصفقات العمومية:** يتكفل مكتب الصفقات العمومية بجميع العمليات الخاصة بتمرير المؤسسة الاستشفائية وذلك عن طريق الصفقات العقود أو سندات الطلب.

- **مكتب الوسائل العامة والهيكل:** يسهر هذا المكتب على الحفاظ على ممتلكات وأصول المؤسسة مثل حاضرة السيارة، المخازن بالإضافة إلى العمال المكلفين بنظافة المؤسسة وصيانة تجهيزاتها (عمال النظافة، الحراسة، الصيانة...).

ج- **المديرية الفرعية للموارد البشرية:** تلعب هذه المديرية دورا هاما داخل المؤسسة حيث أنها تقوم بمتابعة وتسيير المسار المهني للمستخدمين ابتداء من تاريخ تنصيبهم إلى غاية انقطاع علاقة العمل وتضم مكاتب:

- **مكتب تسيير الموارد البشرية والمنازعات:** يتكفل هذا المكتب بتسيير الحياة المهنية للموظفين مثل التعيين والترقية، الإجراءات التأديبية وذلك من خلال:

\* السهر على تطبيق النصوص القانونية والتنظيمية المتعلقة بتسيير الحياة المهنية للموظفين.

\* عقد اجتماعات لجان المتساوية الأعضاء لكل مستخدمي المؤسسة.

- \* استلام ملفات المتربصين بالمؤسسة وتسطير برامج التربصات والمتابعة.
- \* إعداد المخطط السنوي لتسيير الموارد البشرية والإشراف على عمليات التوظيف (داخليا وخارجيا) بالإضافة إلى تكلفة تسيير القضايا التي تكون المؤسسة طرفا فيها (مدعى أو مدعى عليها) .
- مكتب التكوين: يهتم هذا المكتب بالدورات التكوينية لفائدة الموظفين الأطباء، الشبه طبيون، الإداريون، عن طريق الاتفاق مع المعاهد ومؤسسات متخصصة وذلك من خلال تسطير برامج التكوين ومتابعتها .
- ح- المديرية الفرعية لصيانة التجهيزات الطبية والتجهيزات المرافقة: يتمثل دور هذه المديرية في إصلاح جميع الأعطاب للتجهيزات الطبية والعتاد المرافق لها من خلال التعاقد مع متعهدين بهدف إصلاح الأعطاب التي قد تصيب الأجهزة الطبية والأجهزة المرافقة لها وتضم (02) مكتتين:
- مكتب صيانة التجهيزات الطبية: يقوم هذا المكتب بمتابعة وصيانة الأجهزة الطبية الموجودة بالمؤسسة بالتنسيق مع مختص في مجال الصيانة.
- مكتب صيانة التجهيزات المرافقة: والمقصود بالأجهزة المرافقة هي الأجهزة الصغيرة أو قطع الغيار المكونة للأجهزة الطبية الكبيرة والمعقدة.

## الفصل الرابع حساب التكاليف كآلية لتحسين أداء المؤسسة العمومية الاستشفائية

3- مصالغ ووحدات المؤسسة العمومية الاستشفائية - اسعد خالد :-

الجدول رقم 06: المصالح والوحدات المكونة للمؤسسة

الوحدات	عدد الأسرة	المصالح
1- الاستشفاء 2- الفحص والكشف	20	1- طب أمراض القلب
1- المعلومات الصحية 2- النظافة	/	2- علم الأوبئة
1- استشفاء الرجال 2- استشفاء النساء	20	3- أمراض الدم
1- الأشعة 2- التخطيط بالصدى والسكاكير	/	4- التصوير الطبي
1- علم الأحياء المجهرية 2- الكيمياء الحيوية 3- بيولوجيا الدم	/	5- المخبر المركزي
1- استشفاء الرجال 2- استشفاء البناء	36	6- الأمراض المعدية
1- استشفاء الرجال 2- استشفاء البناء 3- طب أمراض الغدد الصماء	60	7- الطب الداخلي
1- أمراض طب الكلى 2- تصفية الدم	44	8- طب أمراض الكلى وتصفية الدم
1- الاستشفاء 2- الفحص والكشف	20	9- طب أمراض العيون
1- الاستشفاء 2- الفحص والكشف	20	10- طب الأذن، الأنف والحنجرة
1- الفحوصات 2- مستشفى النهار	20	11- طب الأورام
1- تسيير المواد الصيدلانية 2- توزيع المواد الصيدلانية	/	12- الصيدلية
1- الاستفتاء - 2- الفحص والكشف	40	13- أمراض الرئة والصدر
1- إنعاش القلب والأوعية الدموية . 2- الجلطة الدماغية 3- العلاج المكثف الطبي المتعدد.	20	14- الإنعاش الطبي

المصدر: الملحق رقم 48 للقرار رقم 47 المؤرخ في 05 أوت 2009 والمتضمن إنشاء المصالح والوحدات المكونة للمؤسسة العمومية الانتقائية إسعد

خالد بمعسكر والصادر عن وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات.

## 4- علاقة المؤسسة مع المحيط:

أ-العلاقة مع السلطة الوصية: تربط المؤسسة الاستشفائية علاقة عمل مع كل من وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات وكذلك مديرية الصحة والسكان، حيث أن مراسلات الوزارة تكون عن طريق مديرية الصحة والسكان والتي تقوم بدورها بتحويلها إلى المؤسسات الاستشفائية المعنية، وكذلك المراسلات الصادرة عن المؤسسة الاستشفائية تمر أولاً عبر مديرية الصحة والسكان التي تقوم بتحويلها إلى وزارة الوصية.

ب-العلاقة مع المؤسسات العمومية للصحة الجوارية: تتمثل العلاقة في استقبال المرضى المحولين من هذه المؤسسات التي تتكفل بتقديم العلاج الأولي أو القاعدي ومن ثم تحويل المرضى إلى المؤسسات العمومية الاستشفائية التابعة لنفس البلدية أو الدائرة مع شرط توفر المؤسسة على التخصص المطلوب لعلاج المريض.

ت-العلاقة مع المستشفيات الجامعية: تقوم المؤسسة بتحويل المرضى لإجراء الفحوص المتخصصة في حالة عدم توفر الطبيب أو المصلحة المختصة بالمؤسسة.

ث-العلاقة مع الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي: تقوم المؤسسة الاستشفائية ب:

-إيداع وتسوية التصريحات السنوية للاجور (Déclaration annuelles des salaires)

-دفع الاشتراكات السنوية لمستخدمي المؤسسة المنصوص عليها قانوناً.

وقد تتوطد العلاقة مستقبلاً مع بداية التطبيق الفعلي لـ "نظام التعاقد" والذي تتكفل بموجبه هيئات

الضمان الاجتماعي بالمرضى المؤمنين لديها والذين يخضعون للعلاج بالمؤسسات الاستشفائية.

ج-العلاقة مع الصندوق الوطني للتقاعد: تقوم المؤسسة بإيداع ملفات المستخدمين الذين استوفوا شروط

الإحالة على التقاعد لدى مصالح الصندوق.

ح-العلاقة مع المؤسسات العمومية الممونة لها:

-الصيدلية المركزية للمستشفيات (PCH): تتكفل الصيدلية بتموين المؤسسة بجميع المستلزمات

الصيدلانية (الأدوية).

-معهد باستور (Institut Pasteur): يمون معهد باستور المؤسسة بالكواشف الخاصة بالأمراض،

وRéactifs de Laboratoire وكذا اللقاحات (vaccins) بالإضافة إلى إجراء التحاليل لبعض الأمراض

التي تستوجب الدقة والموثوقية.

-مؤسسات أخرى: مثل سونلغاز، نפטال، الغازات الطبية، إضافة إلى مومنين آخرين من أجل تموين المؤسسة بمختلف الحاجيات مثل: المواد الغذائية، مواد التنظيف، مستلزمات المكاتب.

خ-العلاقة مع المؤسسات التكوينية: تستقبل المؤسسة الاستشفائية طلبة متربصين من الجامعات (طلبة البيولوجيا) ومتربصي التكوين الشبه الطبي الذين يزولون دراساتهم بمدارس التكوين، بالإضافة إلى إجراء دوران تكوينية خاصة بمستخدمي المؤسسة على مستوى الجامعات، مراكز التكوين المهني..

د-العلاقة مع الهيئات الرقابية: تخضع المؤسسة الاستشفائية في تسييرها إلى رقابة كل من:

-مصالح الوظيفة العمومية: تقوم مصالح الوظيفة العمومية بالرقابة الدائمة على العمليات الخاصة بالموارد البشرية للمؤسسة، مثل مخطط تسيير الموارد البشرية، التوظيف...، ومن ثم المصادقة عليها.

-مصالح المراقبة الميزانية: تتكفل المراقبة الميزانية بالرقابة على النفقات الخاصة بالمؤسسة من خلال المصادقة على بطاقات الالتزام الخاصة بالنفقات وكذا المصادقة على ميزانيات التسيير للمؤسسة.

-أمين الخزينة للمؤسسة: هو المحاسب العمومي الخاص بالمؤسسة الذي يقوم بتحصيل إيرادات ودفع النفقات الخاصة بالمؤسسة بعد التأكد من مطابقتها للقوانين المعمول بها.

ر-العلاقة مع المواطن: تخصص إدارة المؤسسة يومين في الأسبوع (الاثنين والأربعاء) لاستقبال المواطنين من قبل مدير المؤسسة لطرح انشغالهم والتكفل بها في إطار القانون وحسب الإمكانيات المتوفرة كما تم تخصيص سجلات خاصة بالاقترحات والشكاوى على مستوى مكتب القبول بالمؤسسة.

#### 9- الإمكانيات البشرية للمؤسسة الانتقائية:

تضم المؤسسة الاستشفائية - اسعد خالد - بمعسكر عددا من الموظفين كل في مجاله وتخصصه وهذا من أجل إنجاز المهام الموكلة لهم حيث عرفت المؤسسة تزييدا ملحوظا في عدد الموظفين خلال الفترة الممتدة من 2020 إلى غاية 2022، وهذا راجع إلى تطبيق أحكام المرسوم التنفيذي رقم 19-336 المؤرخ في 08 ديسمبر 2019 القاضي بادماج العمال التابعين للمؤسسات والإدارات العمومية والذين يزولون مهامهم في إطار عقود ما قبل التشغيل في مناصب عمل دائمة وفق برنامج مسطر يمتد لفترة (03) سنوات حين شملت العملية الدفعة الاولى سنة 2020، والدفعة الثانية سنة 2021، وآخر دفعة خاصة بسنة 2022، حيث تم في هذا الإطار إدماج حوالي 70 عامل في إطار عقود ما قبل التشغيل في مناصب دائمة بالمؤسسة العمومية الاستشفائية اسعد خالد، لذلك ارتفع عدد العمال سنة 2022 إلى أكثر من 500 مستخدم موزعين كمايلي:

الفصل الرابع حساب التكاليف كآلية لتحسين أداء المؤسسة العمومية الاستشفائية

الجدول رقم 07: التعداد البشري للمؤسسة العمومية الاستشفائية إسعد خالد بمعسكر  
الخاص بسنوات: 2020-2021-2022.

2022	2021	2020	الرتبة	السلك
30	30	28	الأطباء الأخصائيون	السلك الطبي
31	33	27	الأطباء العامون	
03	02	02	الصيدلة	
01	02	02	جراحو الأسنان	
05	05	03	النفسانيون للصحة العمومية	السلك شبه الطبي
25	24	16	البيولوجيون في الصحة العمومية	
158	146	139	المرضىون للصحة العمومية	
04	09	08	المرضىون ذو شهادة دولة	
86	82	85	مساعدو التمريض للصحة العمومية	
55	48	40	الإدارة العامة	الإسلاك
17	14	13	التقنيون	المشتركة
90	81	64	العمال المهنيون والمتعاقدون	
505	476	427		المجموع

المصدر: مديرية الموارد البشرية للمؤسسة العمومية الاستشفائية - إسعد خالد - معسكر.

المطلب الثالث: التسيير المالي للمؤسسة الاستشفائية إسعد خالد:

تتكون ميزانية التسيير الخاصة بالمؤسسة العمومية الاستشفائية إسعد خالد من فرعين:

-الفرع الأول الخاص بالإيرادات: والذي يضم عنوان واحد مقسم إلى (07) أبواب ويضم كل باب مجموعة من المواد.

- الفرع الثاني خاص بالنفقات: ويتكون من:

العنوان الاول: نفقات المستخدمين ويضم (09) أبواب، كل باب يتفرع عنه مجموعة من المواد.

العنوان الثاني: نفقات التسيير ويضم (20) بابا، وكل باب يتكون من مجموعة من المواد.

1- إيرادات المؤسسة العمومية الاستشفائية: تصدر بموجب قرار وزاري مشترك بين وزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات ووزارة المالية، وتتمثل في:

أ- الباب الأول:

-المادة الوحيدة: مساهمة الدولة: تعتبر الدولة المساهم الرئيسي في ميزانية المؤسسة، وهذا راجع

لعدة عوامل من أهمها: سياسة مجانية العلاج، اضافة إلى العامل الرئيسي المتمثل في التأخر في

تنفيذ برنامج "النظام التعاقدى" والذي تتكفل بموجبه هيئات الضمان الاجتماعى بتغطية جزء من

النفقات التي تتحملها الدولة لتغطية مختلف الحاجيات وبالتالي تقديم خدمات صحية في المستوى.

ب- الباب الثاني:

-المادة الوحيدة: مساهمة هيئات الضمان الاجتماعى: مساهمات تقدمها هيئة الضمان

الإجتماعى للمؤسسة العمومية بصورة جزافية إلا أنه من المفروض أن يتم تمويل المؤسسات

الاستشفائية من قبل هيئات الضمان الاجتماعى وفق أخر برنامج "نظام التعاقد" والذي لم يتم تفعيله

إلى غاية الان.

ت- الباب الثالث:

-المادة الوحيدة: مساهمة المؤسسات والهيئات العمومية: تتمثل في المساهمات المتحصل عليها من

قبل: المؤسسات والهيئات العمومية، هيئات التكوين والتعليم العالى، وهيئات التضامن الوطنى.

ث- الباب الرابع: إيرادات متحصل عليها من نشاط المؤسسة: وتتضمن:

-المادة الاولى: مساهمات المرضى في مصاريف الاستشفاء، لفحص والاشارة: هي إيرادات ناتجة عن

أنشطة المؤسسة المقدمة للمرضى، مثل دفع تكلفة العلاج العام (50دج)، الفحص المتخصص

(100دج)، الاستشفاء (100دج) لليلة الواحدة...

-المادة الثانية: مساهمات المستخدمين، والطلبة والمتربصين في نفقات التغذية: نظرا لطبيعة عمل المؤسسة التي تعمل بنظام التناوب (24/24)، يتم دفع مبالغ رمزية مقابل الحصول على وجبتي الغذاء والعشاء للراغبين في ذلك (اختياريا)، ويتم اقتطاعها مباشرة من الأجر بالنسبة للمستخدمين المناوبين، أما فيما يخص المتربصين فيتم دفع المبلغ الرمزي لصندوق المؤسسة مقابل وصل دفع.

- المادة الثالثة: إيرادات متحصل عليها من حرق النفايات: هي إيرادات يتم الحصول عليها من خلال استعمال محرقة المؤسسة من قبل هيئات أخرى (مخابر الخواص، ..) مقابل دفع مبلغ لهذه العملية.

- المادة الرابعة: إيرادات متحصل عليها في إطار الاتفاقيات: وتضم:

\*اتفاقيات مبرمة في إطار طب العمل: هي إيرادات متأتية للمؤسسة من اتفاقيات بين المؤسسة

والمؤسسات الأخرى يتم بموجبها التكفل بمستخدمي هذه المؤسسات في إطار طب العمل.

\*اتفاقيات مبرمة في إطار نشاطات العلاج: هي اتفاقيات يتم بموجبها تقديم أنشطة علاجية مثل

مرافقة الفرق الرياضية.

- المادة الخامسة: إيرادات أخرى: هي إيرادات يتم الحصول عليها مقابل أنشطة أو خدمات معينة مثل بيع أكياس الدم للعيادات الخاصة، بيع دفاتر الشروط الخاصة بالصفقات العمومية .....

ر- الباب الخامس: إيرادات أخرى: وتضم:

- المادة الأولى: مساهمة المنظمات الدولية: عبارة عن مساهمات غالبا ما تكون في إطار سياسة التكفل بالمهاجرين، أو أثناء حدوث الكوارث الطبيعية أو الحروب، ....

- المادة الثانية: قروض، إعانات وهيئات: القروض والإعانات الممنوحة للمؤسسة من جهات أخرى.

- المادة الثالثة: مساهمات المؤسسات الاقتصادية: مساهمات من مؤسسات اقتصادية لتمويل المؤسسة.

ز- الباب السادس: أرصدة السنوات المالية السابقة:

-المادة الوحيدة: أرصدة السنوات المالية السابقة: عبارة عن إيرادات متحصل عليها من سنوات سابقة والتي يمكن القول بشأنها أنها فوائض السنوات السابقة.

هـ- الباب السابع: اعانات التسيير المتعلقة بالبحث العلمي والتطوير التكنولوجي:

-المادة الوحيدة: اعانات التسيير المتعلقة بالبحث العلمي والتطوير التكنولوجي: إيرادات متحصل عليها في إطار البحث العلمي والتطوير التكنولوجي .

## الفصل الرابع حساب التكاليف كآلية لتحسين أداء المؤسسة العمومية الاستشفائية

ويمثل الجدول التالي الإيرادات الخاصة بالمؤسسة العمومية الاستشفائية يسعد خالد لسنوات: 2020-2021-2022.

الجدول رقم 08: إيرادات المؤسسة الاستشفائية إسعد خالد لسنوات: 2020-2021-2022.

الاعتمادات المفتوحة			العناوين	الأبواب
2022(دج)	2021(دج)	2020 (دج)		
729 320 000,0 0	641 472 700,0 0	550 772 700,0 0	مساهمة الدولة	الباب الأول
15 940 000,00	12 804 900,00	110 000 000,0 0	مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي	الباب الثاني
/	/	/	مساهمة المؤسسات والهيئات العمومية	الباب الثالث
1 500 000,00	2 500 000,00	2 500 000,00	إيرادات متحصل عليها من نشاط المؤسسة	الباب الرابع
/	/	/	إيرادات أخرى	الباب الخامس
50 000 000,00	60 000 000,00	30 000 000,00	ارصدة السنوات المالية السابقة	الباب السادس
<b>796 760 000,0 0</b>	<b>716 777 600,0 0</b>	<b>693 272 700,0 0</b>	مجموع الفرع الأول	

المصدر: من إعداد الباحث بناء على الوثائق المتحصل عليها من المؤسسة الاستشفائية إسعد خالد

2- نفقات المؤسسة العمومية الاستشفائية: تعتمد المؤسسة العمومية الاستشفائية - إسعد خالد- على نفقات صادرة بموجب قرار وزاري مشترك بين وزارة المالية ووزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات والتي تضم عنوانين رئيسيين هما:

- نفقات المستخدمين ونفقات التسيير، في حين تتكفل مديرية الصحة والسكان للولاية بنفقات التجهيز، وتتمثل هذه النفقات في:

أ- العنوان الأول: نفقات المستخدمين: يتكون من 09 أبواب تتمثل في:

- الباب الأول: مرتبات نشاط المستخدمين الرسميين، المتربصين والمتعاونين: ويتكون من (03) مواد: \*مرتبات نشاط المستخدمين الرسميين والمتربصين: تمثل أجور العمال الرسميين والمتربصين الخاصة بالنسبة المالية.

\*مرتبات نشاط المستخدمين المتعاونين: عبارة عن مرتبات مستخدمين متعاونين قاموا بتقديم خدمات مؤقتة.

\*الزيادة الاستدلالية لشاغلي المناصب العليا: تمثل زيادة في الراتب يحصل عليها المستخدمين بجميع أسلاكهم نتيجة لتكليفهم بمناصب عليا (رئيس مصلحة، مدير فرعي، منسق طبي، ...).

- الباب الثاني: التعويضات والمنح المختلفة: عبارة عن تعويضات يحصل عليها المستخدمين، وتشكل جزء كبير من الراتب وتشتمل على (58) تعويضا ومنحة وهي:

\*المادة 01: التعويض عن المناوبة: عبارة عن تعويض شهري يتحصل عليه المستخدمون نتيجة لضمانهم تقديم الخدمات بعد أوقات العمل الرسمية (نهاية الأسبوع، الأعياد، ..)، ويتم حسابها وفقا للمرسوم التنفيذي رقم 13-195 المؤرخ في 20 ماي 2013 والمتعلق بالتعويض عن المناوبة لفائدة مستقدي المؤسسات العمومية للصحة.

\*المادة 02: التعويض عن خطر العدوى: هو تعويض شهري يحصل عليه المستخدم مقابل امكانية تعرضه لخطر العدوى والذي تحدد قيمته حسب المصلحة وحسب درجة الخطر وهو ما يحدده المرسوم التنفيذي رقم 13-194 المؤرخ في 20 ماي 2013 المتعلق بالتعويض عن خطر العدوى لفائدة مستخدمي المؤسسات العمومية التابعة لقطاع الصحة.

\*المادة 03: تعويض التوثيق: عبارة عن تعويض شهري يحصل عليه الفئات الآتية:

✓ الممارسون الطبيون المختصون - المرسوم التنفيذي رقم 11-199 المؤرخ في 24 ماي 2011.

✓ الممارسون الطبيون العامون - المرسوم التنفيذي رقم 11-188 المؤرخ في 05 ماي 2011.

✓ الممارسون الطبيون المفتشون - المرسوم التنفيذي رقم 11-187 المؤرخ في 05 ماي 2011.

✓ النفسانيون للصحة العمومية - المرسوم التنفيذي رقم 11-166 المؤرخ في 24 أبريل 2011.

\*المادة 04: تعويض التوثيق البيداغوجي: تعويض شهري يحصل عليه مستخدم سلك الشبه طبي وفقا للمرسوم التنفيذي رقم 11-20 المؤرخ في 24 ماي 2011.

\* المادة 05: تعويض الخبرة البيداغوجية: تعويض شهري خاص بمستخدمي سلك الشبه طبي وفقا لنفس المرسوم التنفيذي السابق.

\*المادة 06: التعويض الإجمالي الخاص: تعويض بدفع لفائدة الممارسين الطبيين العامين والاختصاصيين في الصحة العمومية بموجب المرسوم التنفيذي 91-112 المؤرخ في 27 أبريل 1991.

\* المادة 07: تعويض التأهيل: تعويض شهري يدفع للمستخدمين الآتيين:

✓ الممارسون الطبيون المحتصون - المرسوم التنفيذي رقم 11-199 المؤرخ في 24 ماي 2011.

✓ الممارسون الطبيون المفتشون- المرسوم التنفيذي رقم 11-187 المؤرخ في 05 ماي 2011.

✓ الممارسون الطبيون العامون - المرسوم التنفيذي رقم 11-188 المؤرخ في 05 ماي 2011.

✓ النفسانيون للصحة العمومية- المرسوم التنفيذي رقم 11-166 المؤرخ في 24 أبريل 2011.

- ✓ الشبه طبيون للصحة العمومية- المرسوم التنفيذي 11-200 المؤرخ في 24 ماي 2011.
- \* المادة 08: تعويض التأطير: تعويض شهري يدفع لفائدة الممارسين الطبيين المتخصصين بموجب المرسوم التنفيذي رقم 11-199 المؤرخ في 24 ماي 2011 .
- \* المادة 09: علاوة المردودية: علاوة تدفع كل ثلاثة (03) أشهر لفائدة كل من: الموظفون المنتمون لسلك متصرفي الصحة، الموظفون المنتمون للأسلاك المشتركة، العمال المهنيون وسائقو السيارات والحجاب، وهذا وفقا للمرسوم التنفيذي رقم 11-99 المؤرخ في 03 مارس 2011 .
- \* المادة 10: تعويض خدمات دعم نشاطات الصحة: تعويض لفائدة الموظفين المنتمين 03 مارس 2011 لسلك متصرفي الصحة طبقا للمرسوم التنفيذي رقم 11-199 المؤرخ في 03 مارس 2011 .
- \* المادة 11: تعويض الخدمات الإدارية المشتركة: تعويض شهري يدفع لفائدة الموظفين المنتمين للأسلاك المشتركة وفق المرسوم التنفيذي رقم 10-134 المؤرخ في 13 ماي 2010 .
- \* المادة 12: تعويض الخدمات التقنية المشتركة: تعويض شهري لفائدة الموظفين المنتمين للأسلاك المشتركة وفقا للمرسوم التنفيذي رقم 10-134 المؤرخ في 13 ماي 2010 .
- \* المادة 13: تعويض الضرر: تعويض شهري لفائدة العمال المهنيين وسائقي السيارات والحجاب وفقا للمرسوم التنفيذي رقم 10-135 المؤرخ في 13 ماي 2010 .
- \* المادة 14: التعويض الجزافي عن الخدمة: تعويض لفائدة العمال المهنيين وسائقي السيارات والحجاب يدفع وفقا للمرسوم التنفيذي رقم 10-135 المؤرخ في 13 ماي 2010 .
- \* المادة 15: منحة تحسين الأداء التربوي: وهي منحة تدفع لبعض مستخدمي المؤسسات الصحية بموجب المرسوم التنفيذي رقم 91-122 المؤرخ في 04 ماي 1991.
- \* المادة 16: علاوة تحسين خدمات العلاج: علاوة تدفع لفائدة الأستاذ الباحث الاستشفائي الجامعي طبقا للمرسوم التنفيذي رقم 12-66 المؤرخ في 07 فيفري 2012 .
- \* المادة 17: تعويض السيارة: تعويض للمستفيدين من قروض لاقتناء سيارة وفق شروط واستعمالها لحاجات المصلحة وهذا طبقا للمرسوم التنفيذي رقم 03-178 المؤرخ في 15 أفريل 2003 .
- \* المادة 18: التعويض الكيلومتري: تعويض عن عدد الكيلو مترات التي قطعها الموظف خلال قيامه بمهمة طبقا للمرسوم التنفيذي رقم 91-498 المؤرخ في 21 ديسمبر 1991 .
- \* المادة 19: تعويض جزافي عن الحضور والمشاركة في اشغال لجان الصفقات: تعويض الحضور في لجان الصفقات العمومية - المرسوم التنفيذي رقم 14-117 المؤرخ في 24 مارس 2014 .

- \* المادة 20: تعويض دعم نشاطات الصحة: تعويض شهري يدفع على أساس الراتب الرئيسي ل:
- ✓ الممارسون الطبيون العامون طبقا للمرسوم التنفيذي رقم 11-188 المؤرخ في 05 ماي 2011
  - ✓ البيولوجيون للصحة العمومية - للمرسوم التنفيذي رقم 11-255 المؤرخ في 14 جويلية 2011
- \* المادة 21: تعويض التفتيش والمراقبة: تعويض شهري يدفع للموظفين المنتمين لأسلاك الممارسين الطبيين المفتشين في الصحة العمومية وفقا للمرسوم التنفيذي رقم 11-187 المؤرخ في 05 ماي 2011
- \* المادة 22: علاوة تحسين الأداء: علاوة تدفع كل (03) أشهر للموظفين المنتمين لأسلاك الممارسين الطبيين المفتشين في الصحة العمومية- المرسوم التنفيذي رقم 11-187 المؤرخ في 05 ماي 2011 .
- \* المادة 23: علاوة تحسين الأداء: علاوة تصرف كل ثلاثة (03) أشهر، وتحسب شهريا على أساس الراتب الرئيسي للمستخدمين:
- ✓ الممارسون الطبيون المتخصصون في الصحة العمومية بموجب المرسوم التنفيذي رقم 11-199 المؤرخ في 24 ماي 2011
  - ✓ الشبه طبيون للصحة العمومية بموجب المرسوم التنفيذي رقم 11-200 المؤرخ في 24 ماي 2011
  - ✓ القابلات للصحة العمومية: بموجب المرسوم التنفيذي رقم 11-201 المؤرخ في 24 ماي 2011
  - ✓ الأعوان الطبيون في التخدير والانعاش للصحة العمومية - المرسوم التنفيذي رقم 11-289 المؤرخ في 15 أوت 2011.
  - ✓ البيولوجيون للصحة العمومية بموجب المرسوم التنفيذي رقم 11-255 المؤرخ في 14 جويلية 2011
  - ✓ الموظفون المنتمون للأسلاك التقنية الخاصة بالإدارة المكلفة بالسكن والعمران بموجب المرسوم التنفيذي رقم 11-168 المؤرخ في 26 أفريل 2011.
- \* المادة 24: علاوة تحسين الخدمات الطبية: علاوة تحسب شهريا وتدفع كل ثلاثة أشهر على أساس الراتب الرئيسي للممارسين الطبيين العاميين للصحة العمومية بموجب المرسوم التنفيذي رقم 11-188 المؤرخ في 05 ماي 2011
- \* المادة 25: علاوة تحسين الخدمات: علاوة تحسب شهريا على أساس الراتب الرئيسي وتدفع كل ثلاثة (03) أشهر للموظفين المنتمين ل .:
- ✓ النفسانيون للصحة العمومية بموجب المرسوم التنفيذي رقم 11-210 المؤرخ في 02 جوان 2011
  - ✓ الفزيائيون الطبيون للصحة العمومية - المرسوم التنفيذي رقم 11-210 المؤرخ في 02 جوان 2011

- \* المادة 26: تعويض المتابعة والدعم النفسيين: تعويض شهري يقدم للموظفين المنتمين للأسلاك النفسانيين للصحة العمومية بموجب المرسوم التنفيذي رقم 11-166 المؤرخ في 24 أبريل 2011 .
- \* المادة 27: تعويض الإلزام الشبه طبي: تعويض شهري يدفع للموظفين المنتمين لأسلاك شبه الطبيين للصحة العمومية طبقا للمرسوم التنفيذي رقم 11-210 المؤرخ في 24 ماي 2011 .
- \* المادة 28: تعويض دعم النشاطات الشبه طبية: تعويض شهري خاص بالموظفين الشبه طبيين للصحة العمومية طبقا للمرسوم التنفيذي رقم 11-200 المؤرخ في 24 ماي 2011 .
- \* المادة 29: تعويض التقنية: تعويض شهري يقدم للمستخدمين:
- ✓ الشبه طبيون للصحة العمومية طبقا للمرسوم التنفيذي رقم 11-200 المؤرخ في 24 ماي 2011 .
  - ✓ القابلات للصحة العمومية طبقا للمرسوم التنفيذي رقم 11-201 المؤرخ في 24 ماي 2011 .
  - ✓ الفيزيائيون الطبيون للصحة العمومية- المرسوم التنفيذي رقم 11-210 المؤرخ في 24 ماي 2011.
  - ✓ الأعوان الطبيون للتخدير والإنعاش- المرسوم التنفيذي رقم 11-289 المؤرخ في 15 أوت 2011
  - ✓ البيولوجية للصحة العمومية وفق المرسوم التنفيذي رقم 11-255 المؤرخ في 14 جويلية 2011
- \* المادة 30: تعويض الإلزام العلاجات التوليد والصحة الإنجابية: تعويض شهري للموظفات المنتميات لسلك القابلات للصحة العمومية، وفق المرسوم التنفيذي رقم 11-201 المؤرخ في 24 ماي 2011 .
- \* المادة 31: تعويض دعم صحة الأم والطفل: تعويض شهري للموظفات المنتميات لسلك القابلات للصحة العمومية وفق المرسوم التنفيذي رقم 11-201 المؤرخ في 24 ماي 2011 .
- \* المادة 32: تعويض الإلزام في العلاج المتخصص: تعويض شهري للممارسين الطبيين المتخصصين في الصحة العمومية طبقا للمرسوم التنفيذي رقم 11-199 المؤرخ في 24 ماي 2011 .
- \* المادة 33: تعويض الزام نشاطات قياس الجرعات: تعويض شهري خاص بالمستخدمين المنتمين لسلك الفيزيائيين الطبيين للصحة العمومية حسب المرسوم التنفيذي رقم 11-210 المؤرخ في 24 ماي 2011
- \* المادة 35: تعويض دعم نشاطات التخدير والإنعاش: تعويض شهري للسلك الأعوان الطبيين في التخدير والإنعاش للصحة العمومية حسب المرسوم التنفيذي رقم 11-289 المؤرخ في 15 أوت 2011 .
- \* المادة 36: تعويض عن المسؤولية الشخصية: تعويض شهري يدفع لفائدة الأعوان المحاسبين المعتمدين والوكلاء حسب المرسوم التنفيذي رقم 04-308 المؤرخ في 22 سبتمبر 2004 .
- \* المادة 37: مكافأة: مكافأة خاصة بالأساتذة الباحثين الاستشفائيين تدفع حسب المرسوم التنفيذي رقم 09-199 المؤرخ في 24 ماي 2009.

\* المادة 38- علاوة الانتفاع: علاوة تدفع لبعض المستخدمين التابعين للمؤسسات العمومية للصحة وفق المرسوم التنفيذي رقم 02-119 المؤرخ في 06 أفريل 2002، وكذا المرسوم التنفيذي رقم 16-197 المؤرخ في 04 جويلية 2016 والمؤسس للتوأمة بين المؤسسات العمومية للصحة.

\* المادة 39: المنحة الجزافية التعويضية: منحة شهرية تدفع لبعض الموظفين والأعوان العموميين التابعين للمؤسسات والإدارات العمومية - المرسوم التنفيذي رقم 08-70 المؤرخ في 26 فيفري 2008.

\* المادة 40: تعويض تسيير المصالح الصحية: تعويض شهري يدفع لفائدة الموظفين المنتمين لسلك متصرفي مصالح الصحة حسب المرسوم التنفيذي رقم 13-223 المؤرخ في 26 جوان 2013 .

\* المادة 41: تعويض دعم نشاطات الإدارة: تعويض شهري يدفع لفائدة.

✓ الموظفين المنتمين للأسلاك المشتركة - المرسوم التنفيذي 13-188 المؤرخ في 09 ماي 2013

✓ العمال المهنيون سائقون والحجاب - المرسوم التنفيذي 13-189 المؤرخ في 09 ماي 2013

\* المادة 42: تعويض الخدمة الإلزامية النوعية: تعويض شهري لفائدة الموظفين المنتمين للأسلاك النفسانيين للصحة العمومية طبقا للمرسوم التنفيذي 11-166 المؤرخ في 24 أفريل 2011 .

\* بالنسبة للمواد (43) إلى (57) فهي عبارة عن علاوات وتعويضات خاصة بمستخدمين ينتمون لقطاعات أخرى (التضامن الوطني، أسلاك خاصة بالإدارة المكلفة بالمواصلات السلكية واللاسلكية...)، لذا فإنه لا يتم فتح اعتمادات لهذه المواد على مستوى المؤسسة العمومية الاستشفائية - إسعد خالد.

\* المادة 58: علاوة كوفيد 19: هي علاوة استثنائية تمنح للمستخدمين (المرسمين والمتربصين) في الهياكل والمؤسسات التابعة لقطاع الصحة المجندين في إطار الوقاية من انتشار وباء كورونا ومكافحته وهذا طبقا للمرسوم الرئاسي رقم 20-79 المؤرخ في 31 مارس 2020.

- الباب الثالث: مرتبات نشاط المقيمين الداخليين والخارجيين: نظرا لافتقاد المؤسسة الاستشفائية- اسعد خالد- للمستخدمين الذين يحملون هذه الصفة (المقيمين الداخليين والخارجيين يزاولون مهامهم بالمستشفيات الجامعية) فإنه لا يتم فتح اعتمادات للمواد الخاصة بهذا الباب.

- الباب الرابع: مرتبات المستخدمين المتعاقدين: ويتكون من 05 مواد هي:

\* المادة 01: مرتبات المستخدمين المتعاقدين بالتوقيت الكلي: تمثل أجور العمال المهنيين العاملين بالتوقيت الكامل (08 ساعات).

\* المادة 02: مرتبات المستخدمين المتعاقدين بالتوقيت الجزئي: تمثل أجور العمال المهنيين العاملين بالتوقيت الجزئي (05 ساعات).

\*المادة 03: التعويضات والمنح المختلفة الممنوحة للمستخدمين المتعاقدين بالتوقيت الكلي: تدفع هذه المنح وفقا للمرسوم التنفيذي رقم 10-136 المؤرخ في 13 ماي 2010.

\*المادة 04: التعويضات والمنح المختلفة الممنوحة للمستخدمين المتعاقدين بالتوقيت الجزئي: تدفع هذه التعويضات والمنح وفقا للمرسوم التنفيذي رقم 10-136 المؤرخ في 13 ماي 2010.

\*المادة (05): علاوة كوفيد 19 علاوة استثنائية لفائدة المستخدمين (المتعاقدين) في الهياكل والمؤسسات التابعة لقطاع الصحة المجندين في إطار الوقاية من انتشار وباء كورونا ومكافحته طبقا للمرسوم الرئاسي رقم 20-179 المؤرخ في 31 مارس 2020.

- الباب الخامس: الأعباء الاجتماعية للمستخدمين المرسمين المتربصين والمتعاون: يتشكل من 4 مواد:

\* المادة 01: خدمات ذات طابع عائلي: منح خاصة بالأطفال، الزوجة الماكثة بالبيت، منحة التمدرس..  
\*المادة 02: الضمان الاجتماعي (النظام العام): عبارة عن اقتطاعات تقوم المؤسسة العمومية الاستشفائية- إسعد خالد- بصيها في حساب هيئة الضمان الاجتماعي للعمال الأجراء (CNASAT) وتقدر بـ 23,75% من الكتلة الاجرية.

\* المادة 03: التأمين على البطالة: هي اقتطاع يتم دفعه لهيئة الضمان الاجتماعي للعمال الأجراء، تقدر قيمته بـ (01%) من الكتلة الاجرية.

\*المادة 04: التقاعد المسبق: اقتطاع يتم دفعه لهيئة الضمان الاجتماعي للعمال الأجراء بقيمة (0.25%) من الكتلة الاجرية، وهنا تجدر الإشارة إلى أنه رغم وقف العمل بنظام التقاعد المسبق منذ سنة 2016، إلا ان المؤسسات بجميع اشكالها لا تزال تدفع الاقتطاعات الشهرية لمصالح الضمان الاجتماعي وهو ما يستوجب تحيين القوانين والتشريعات المنظمة لهذه الأنشطة.

- الباب السادس: الأعباء الاجتماعية للمقيمين، الداخليين والخارجين: نظرا لافتقاد المؤسسة للمستخدمين المقيمين الداخليين والخارجين فإنه لا يتم فتح اعتمادات في المواد المشكلة لهذا الباب.

- الباب السابع: الأعباء الاجتماعية للمستخدمين المتعاقدين: تتكون من نفس المواد الخاصة بالباب الخامس وهي خاصة بالاعوان المتعاقدين، يتم تقديرها حسب نفس النسب المئوية:

- المادة 01: خدمات ذات طابع عائلي:

- المادة 02: الضمان الاجتماعي (النظام العام): 23,75%

- المادة 03: التأمين على البطالة: 01%

## الفصل الرابع حساب التكاليف كآلية لتحسين أداء المؤسسة العمومية الاستشفائية

– المادة 04: التقاعد المسبق 0,25%.

– الباب الثامن: معاشات الأضرار لجسدية وريع حادث العمل: وتتكون من:

\* المادة 01: معاش الخدمة:

\* المادة 02: معاش الضرر الجسدي: وهي تعويضات تدفع للمستخدمين الذين تعرضوا لأضرار أثناء قيامهم بأعمالهم.

\* المادة 03: ريع حادث العمل: تعويضات تدفع للمستخدمين الذين تعرضوا لحادث عمل أثناء تأدية مهامهم.

– الباب التاسع: المساهمة في الخدمات الاجتماعية:

\* المادة 01: المساهمات في لجان الخدمات الاجتماعية: تقدر بـ 2% من الكتلة الأجرية للسنة السابقة.

\* المادة 02: حصة تمويل السكن الاجتماعي: تقدر بـ 0,5% من الكتلة الأجرية للسنة السابقة.

\* المادة 03: حصة التقاعد المسبق: تقدر بـ 0,5% من مجموع الكتلة الأجرية لسنة المالية السابقة.

الجدول رقم 09: توزيع نفقات المستخدمين حسب الأبواب للسنوات المالية: 2020، 2021، 2022.

الأبواب	العناوين	2020 (دج)	2021 (دج)	2022 (دج)
الباب 1	مرتبات نشاط المستخدمين المرسمين والمتربصين والمتعاونين	158 200 000,00	148 000 000,00	160 000 000,00
الباب 2	التعويضات والمنح المختلفة	217 668 000,00	261 700 000,00	324 000 000,00
الباب 3	مرتبات نشاط المقيمين الداخليين والخارجيين	/	/	/
الباب 4	مرتبات المستخدمين المتعاقدين	18 872 000,00	18 000 000,00	16 000 000,00
الباب 5	الأعباء الاجتماعية للمستخدمين المرسمين والمتربصين والمتعاونين.	81 050 000,00	73 500 000,00	84 500 000,00
الباب 6	الأعباء الاجتماعية للمقيمين الداخليين والخارجيين.	/	/	/
الباب 7	الأعباء الاجتماعية للمستخدمين المتعاقدين.	4 225 000,00	4 500 000,00	4 900 000,00
الباب 8	معاشات للخدمة، للأضرار الجسدية وريع حادث العمل.	/	2 000 000,00	2 000 000,00
الباب 9	المساهمة في الخدمات الاجتماعية	13 120 000,00	8 839 900,00	11 980 000,00
	<b>مجموع العناوين الأول: نفقات المستخدمين</b>	<b>493 135 000,00</b>	<b>516 539 900,00</b>	<b>603 380 000,00</b>

المصدر: المديرية الفرعية للمالية والوسائل بالمؤسسة العمومية الاستشفائية – إسعد خالد – معسكر.

ب- العنوان الثاني: نفقات التسيير: يتشكل هذا العنوان من عشرين (20) باب هي:

- الباب 01: تسديد المصاريف: يتكون من (11) مادة تتمثل في:

\* المادة 01: مصاريف المهام والتنقل داخل الإقليم الوطني: مصاريف خاصة تدفع للمستخدمين مقابل القيام بمهام طبية وإدارية.

\* المادة 02 مصاريف المهام والتنقل إلى الخارج: مصاريف المهام المنفذة خارج الوطن مثل المشاركة في المؤتمرات والملتقيات الدولية.

\* المادة 03 مصاريف الدراسة، الخبرة، الترجمة، المحامون والمحضرون القضائيين: مصاريف تدفع لأطراف خارجية مثل: المحامون، مقابل خدمات تستفيد منها المؤسسة وفق عقود تبرم بين الطرفين .

\* المادة 04 مصاريف النقل لمستخدمي المناوبة: تمثل مصاريف التنقلات الخاصة بالمستخدمين الذي يضمون المناوبة بالمؤسسة.

\* المادة 05 مصاريف النقل، الشحن، العبور وجمركة العتاد: مصاريف خاصة بنقل وتوصيل التجهيزات والعتاد الخاص بالمؤسسة.

\* المادة 06 مصاريف الاستقبال: مصاريف استقبال الضيوف كالدورات التكوينية والملتقيات العلمية.

\* المادة 07 مصاريف المراقبة الطبية والفحص: مصاريف خاصة بالجانب الطبي.

\* المادة 08 مصاريف الدفن: تخصص الدفن الأشخاص المجهولي الهوية أو الذين لا يملكون صلة قرابة، والذين تتولى المؤسسة عملية دفنهم.

\* المادة 09 جمع، نقل ومعالجة النفايات: مصاريف الاتفاقيات المبرمة مع مؤسسات جمع النفايات المنزلية والاستشفائية.

\* المادة 10: مصاريف النقل بمناسبة قضاء عطلة في عمالات الشمال.

\* المادة 11 السنة المالية المقفلة: مصاريف خاصة بالسنة المالية السابقة لم يتم دفعها في وقتها.

- الباب الثاني: مصاريف قضائية وتعويضات مستحقة على عاتق الدولة: يتكزن من مادة وحيدة:

\* المادة الوحيدة: مصاريف قضائية وتعويضات مستحقة على عاتق الدولة: وهي المصاريف يتم اقتطاعها من ميزانية التسيير الخاصة بالمؤسسة من طرف أمين الخزينة تنفيذا لأحكام قضائية ضد المؤسسة (Débit d'Office)

- الباب الثالث: عتاد وأثاث: يضم (12) مادة ممثلة في:

\* المادة 01: اقتناء عتاد وأثاث المكتب.

- \*المادة 02: صيانة عتاد وأثاث المكتب.
- \*المادة 03: اقتناء أجهزة الإعلام الآلي والبرامج.
- \*المادة 04: صيانة وإصلاح أجهزة الإعلام الآلي.
- \*المادة 05: خدمات الإعلام الآلي.
- \*المادة 06: اقتناء وإصلاح عتاد الوقاية والأمن.
- \*المادة 07: اقتناء عتاد ولواحق المطبخ، تجهيزات جماعية للاستغلال والدعم.
- \*المادة 08: صيانة وإصلاح عتاد المطبخ، تجهيزات جماعية للاستغلال والدعم.
- \*المادة 09: اقتناء وتركيب عتاد ولواحق الهاتف والربط.
- \*المادة 10: اقتناء العتاد السمعي البصري.
- \*المادة 11: صيانة وإصلاح العتاد السمعي البصري.
- \*المادة 12: السنة المالية المقفلة.

– الباب الرابع: لوازم: يتكون هذا الباب من (06) مواد وهي:

- \*المادة 01: أوراق، (أوراق خاصة بالطابعات بمختلف أنواعها).
- \*المادة 02: لوازم مكتب (أقلام، مشابك أوراق، علب الأرشيف، ..)
- \*المادة 03: مستهلكات الإعلام الآلي (الحبر الخاص بالطاعة، ...).
- \*المادة 04: مواد التنظيف (الخاصة بالنظافة داخل المؤسسة: جافيل، مطهرات...).
- \*المادة 05: اقتناء وإصلاح البياضه وملتزمات الأسرة (فرشة).
- \*المادة 06: مصاريف إعداد المطبوعات ومختلف الوثائق مثل طبع الوصفات الطبية.

– الباب الخامس: ألبسة: ويضم مادة وحيدة هي:

- \* المادة الوحيدة: الألبسة: تخص شراء ألبسة لمختلف المستخدمين بالمؤسسة (الهندام الرسمي الخاص بالمستخدمين وخاصة: الأطباء، الشبه طبيون، العمال المهنيون).

– الباب السادس: تكاليف ملحقة: يتكون هذا الباب من (08) مواد هي:

- \*المادة 01: الماء، الغاز، الكهرباء، الوقود والطاقة الثمنية.
- \*المادة 02: مصاريف البريد والمواصلات (اتاوات الهاتف، التلكس والرسوم المختلفة).
- \*المادة 03: نفقات إشتراك الأنترنت.
- \*المادة 04: التوثيق والأشتراك في المجلات الدورية (مثل الحصول على نسخ من الجريدة الرسمية).

\*المادة 05: مصاريف الإعلان في الصحف ممثلة في الوكالة الوطنية للنشر والإشهار (ANEP).

\*المادة 06: مصاريف التأمين.

\*المادة 07: تسديد مصاريف الاستهلاك المنزلي للكهرباء والغاز بنسبة 50%.

\*المادة 08: السنة المالية المقفلة.

– الباب السابع: حضيرة السيارات: يضم هذا الباب (09) مواد هي:

\*المادة 01: اقتناء وتجديد السيارات.

\*المادة 02: الوقود والزيوت.

\*المادة 03: صيانة وإصلاح السيارات وشراء قطع الغيار.

\*المادة 04: العجلات.

\*المادة 05: مصاريف الترقيم والتعريف.

\*المادة 06: تأمين السيارات.

\*المادة 07: مصاريف اقتناء قيمة السيارات.

\*المادة 08: مصاريف المراقبة التقنية للسيارات.

\*المادة: السنة المالية المقفلة.

– الباب الثامن: صيانة وتصلح المنشآت القاعدية: يتكون من (03) مواد هي:

\*المادة 01: صيانة إعادة التأهيل وتهيئة المنشآت القاعدية: تمثل تغطية نفقات عمليات الصيانة

التي تقوم بها المؤسسة مثل صيانة المولدات الكهربائية، المصاعد، تهيئة المصالح الاستشفائية، ..).

\*المادة 02: مواد البناء، الترخيص الخردوات، الكهرباء، التدفئة والتكييف: وهي نفقات خاصة

بشراء المستلزمات التي تتطلبها عملية الصيانة وإعادة التهيئة. (خردوات، عقاقير، الزجاج، ...)

\*المادة 03: صيانة المساحات الخضراء، المسالك والفضاءات المشتركة: نفقات خاصة بصيانة،

المحيط الداخلي بالمؤسسة مثل إبرام عقود مع مؤسسات مختصة في النظافة الاستشفائية.

– الباب التاسع: مصاريف التكوين وتحسين الأداء وإعادة التأهيل والتربص للمستخدمين:

\*المادة 01: مصاريف التربص قصيرة المدى بالخارج (منح الدراسة، مصاريف السفر، مصاريف

التسجيل والتدريس، مصاريف التأشيرة والتأمين): عبارة عن نفقات تتحملها المؤسسة مقابل استفادة

المستخدمين من تربصات قصيرة الأجل خارج الوطن من أجل تطوير الكفاءات.

\*المادة 02: مصاريف التكوين وتحسين الأداء وإعادة تأهيل المستخدمين: تمثل نفقات خاصة بتكوين المستخدمين بمختلف المعاهد والجامعات وفق اتفاقيات بين المؤسسة والهيئات المكونة.

\*المادة 03: مصاريف تنظيم الامتحانات والمسابقات المهنية: نفقات خاصة بتنظيم الامتحانات والاختيارات الخاصة بعمليات التوظيف والترقية.

- الباب العاشر: مصاريف مرتبطة بالمؤتمرات والملتقيات والتظاهرات العلمية الأخرى:

\*المادة 01: مصاريف التنقل والإقامة بمناسبة المؤتمرات والملتقيات والتوأمة والتظاهرات العلمية

\*المادة 02: مصاريف مرتبطة بالتكفل بالوقود الأجنبية في إطار الشراكة والتبادلات العلمية.

- الباب الحادي عشر: التغذية ومصاريف الإطعام:

\*المادة 01: التغذية: النفقات المتعلقة بالمواد الغذائية، اللحوم، الخضر والفواكه، والخبز والحلويات.

\*المادة 02: مصاريف الإطعام: النفقات التي تدخل في إطار تحضير وتقديم الوجبات لمستحقيها (شراء الأطباق الغير مسترجعة الخاصة بالاكل).

\*المادة 03: السنة المالية المقفلة.

- الباب الثاني عشر: الايجار: يضم (03) مواد هي:

\*المادة 01: إيجار السكنات الوظيفية.

\*المادة 02: إيجار المحلات ذات الاستعمال الإداري.

\*المادة 03: إيجار السكنات المخصصة للممارسين المتخصصين في إطار الخدمة المدنية.

- الباب الثالث عشر: الأدوية، المواد الصيدلانية والمواد الأخرى الموجهة إلى الطب الإنساني والاجهزة الطبية: يضم 11 مادة هي:

\*المادة 01: الأدوية.

\*المادة 02: المفاعلات و مواد المخابر .

\*المادة 03: أفلام و مواد التصوير الطبي والكشف (خاصة بمصلحة الأشعة).

\*المادة 04: ضمادات.

\*المادة 05: غازات طبية وأخرى.

\*المادة 06: أدوات.

\*المادة 07: مستهلكات غير منسوجة (الوسائل المستعملة في عملية تصفية الدم (Hémodialyse)).

\*المادة 08: أجهزة طبية وبرامج موجهة لتشخيص الأمراض والوقاية والعلاج:

\*المادة 09: مواد ومستهلكات خاصة بطب الأسنان.

\*المادة 10: مواد أخرى موجهة للطب الإنساني .

\*المادة 11: السنة المالية المقفلة.

- الباب الرابع عشر: نفقات النشاطات النوعية للوقاية: يتكون من (09) مواد:

\*المادة 01: الحقن: الامصال، المفاعلات وأوساط مغذية.

\*المادة 02: أدوية ومواد أخرى ذات الاستعمال الوقائي.

\*المادة 03: عتاد ومواد النظافة الاستشفائية.

\*المادة 04: مواد الوقاية (مثل إعادة تعبئة قارورات الخاصة بإطفاء الحرائق).

\*المادة 05: دفاتر الصحة ومطبوعات أخرى (مطبوعات تحسيسية للوقاية من أخطار معينة).

\*المادة 06: حليب طبي ومواد غذائية لحماية الأم والطفل.

\*المادة 07: مواد ضرورية لتسيير نفايات أنشطة العلاج ذات المخاطر المعدية.

\*المادة 08: خدمات في إطار تسيير نفايات أنشطة العلاج ذات المخاطر المعدية (مثل إبرام

اتفاقيات مع مؤسسات خاصة بمعالجة النفايات الاستشفائية).

\*المادة 09: السنة المالية المقفلة.

- الباب الخامس عشر: اقتناء وصيانة العتاد الطبي وملحقاته والأدوية الطبية:

\*المادة 01: اقتناء عتاد طبي.

\*المادة 02: اقتناء وسائل طبية.

\*المادة 03: اقتناء ملحقات طبية وجراحية.

\*المادة 04: منقولات طبية

\*المادة 05: عتاد العلاج المهني، إعادة التكييف، إعادة إدماج المرضى والفحوصات النفسية.

\*المادة 06: مصاريف الصيانة وإصلاح العتاد الطبي بما فيها قطع الغيار.

\*المادة 07: السنة المالية المقفلة.

بالنسبة للأبواب من (16) إلى (20) فإنه لا يتم فتح اعتمادات لهذه المواد على مستوى المؤسسة

الاستشفائية إسعد خالد وهذا لكونها خاصة بالمستشفيات الجامعية (البحث الطبي، اتفاقيات مع

المستشفيات العسكرية، التوأمة)... وهي:

## الفصل الرابع حساب التكاليف كآلية لتحسين أداء المؤسسة العمومية الاستشفائية

- الباب السادس عشر: تسديد المصاريف الاستشفائية والكشف لدى المستشفيات العسكرية والهيئات العمومية بعنوان المرضى الذين لا يعانون من أمراض تحكمها اتفاقية خاصة.
- الباب السابع عشر: نفقات البحث الطبي.
- الباب الثامن عشر: مصاريف التوأمة بين المستشفيات العمومية للصحة.
- الباب التاسع عشر: النفقات المتعلقة بالخدمات المقدمة في إطار اتفاقيات التعاون الطبي.
- الباب العشرون: مصاريف التسيير المتعلقة بالبحث العلمي والتطوير التكنولوجي.

الجدول رقم 10: نفقات التسيير للمؤسسة الاستشفائية-إسعد خالد-لسنوات 2020-2021-2022

2022(دج)	2021(دج)	2020(دج)	العناوين	الأبواب
620 000,00	620 000,00	620 000,00	تسديد المصاريف	الباب 1
100 000,00	100 000,00	100 000,00	مصاريف قضائية وتعويضات مستحقة على عاتق الدولة	الباب 2
3 000 000,00	3 000 000,00	3 000 000,00	عتاد وأثاث	الباب 3
4 800 000,00	4 800 000,00	4 900 000,00	لوازم	الباب 4
960 000,00	967 700,00	967 700,00	ألبسة	الباب 5
10 400 000,00	10 500 000,00	10 500 000,00	تكاليف ملحقية	الباب 6
3 600 000,00	3 600 000,00	3 900 000,00	حظيرة السيارات	الباب 7
7 600 000,00	7 600 000,00	8 000 000,00	صيانة وتصلح المنشآت القاعدية	الباب 8
650 000,00	600 000,00	550 000,00	مصاريف التكوين وتحسين المستوى وتجديد المعلومات	الباب 9
/	/	/	المصاريف المرتبطة بالمؤتمرات والملتقيات والتظاهرات	الباب 10
23 600 000,00	24 900 000,00	24 900 000,00	التغذية ومصاريف الإطعام.	الباب 11
550 000,00	550 000,00	600 000,00	الاجبار	الباب 12
102 900 000,00	121 400 000,00	120 400 000,00	الادوية، مواد الصيدلانية والمواد الأخرى الموجهة إلى الطب الإنساني والأجهزة الطبية	الباب 13
16 600 000,00	3 600 000,00	3 600 000,00	نفقات النشاطات النوعية للوقاية	الباب 14
18 000 000,00	18 000 000,00	18 100 000,00	نفقات وصيانة العتاد الطبي وملحقاته والأدوات الطبية	الباب 15
/	/	/	تسديد المصاريف الاستشفائية.	الباب 16
/	/	/	نفقات البحث الطبي.	الباب 17
/	/	/	النفقات المتعلقة بالتوأمة بين المستشفيات العمومية للصحة	الباب 18
/	/	/	النفقات المتعلقة بالخدمات المقدمة في إطار اتفاقيات	الباب 19
<b>193 380 000,00</b>	<b>200 237 700,00</b>	<b>200 137 700,00</b>	مجموع العناوين الثاني نفقات التسيير	
<b>796 760 000,00</b>	<b>716 777 600,00</b>	<b>693 272 700,00</b>	مجموع الفرع الثاني (نفقات المستخدمين + نفقات التسيير	

المصدر: المديرية الفرعية للمالية والوسائل بالمؤسسة العمومية الاستشفائية-إسعد خالد-معسكر-

المبحث الثاني: دراسة تطبيقية لحساب التكاليف بالمؤسسة الاستشفائية إسعد خالد:

سنحاول في هذا المبحث تطبيق طريقة الأقسام المتجانسة لحساب سعر تكلفة الأقسام الرئيسية، وقد تم اختيار الفترة ما بين 2020 إلى 2022 كفترة محاسبية لتحديد سعر تكلفة النشاط الطبي.

المطلب الأول: مفاهيم حول نظام التكاليف بالمؤسسة

يهدف نظام التكاليف إلى تحقيق أهداف المحاسبة التحليلية من خلال الأساليب المتبعة في تسجيل وتحليل التكاليف وقبل الشروع في عملية وضع قاعدة للمعلومات وجمع البيانات، وجب التطرق إلى أهم المفاهيم والمصطلحات المكونة لنظام التكاليف والتي تتمثل في:

1- مراكز التكلفة: وتتمثل في تقسيم المستشفى إلى أقسام متجانسة والتي تنقسم إلى:

أ- أقسام رئيسية: تتكون الأقسام الرئيسية المكونة للمؤسسة من:

- قسم الطب الداخلي.

- قسم أمراض الكلى.

- قسم أمراض القلب.

- قسم الأمراض العقلية.

- قسم الأمراض الصدرية.

- قسم الأمراض المعدية.

- قسم أمراض الدم.

- قسم طب العيون.

- قسم العلاج المكثف.

- قسم طب الأورام.

- قسم تصفية الدم.

- قسم جراحة الأسنان.

ب- الأقسام الثانوية: وتتمثل في:

- غرفة العمليات.

- قسم الأشعة.

- مخبر التحاليل الطبية.

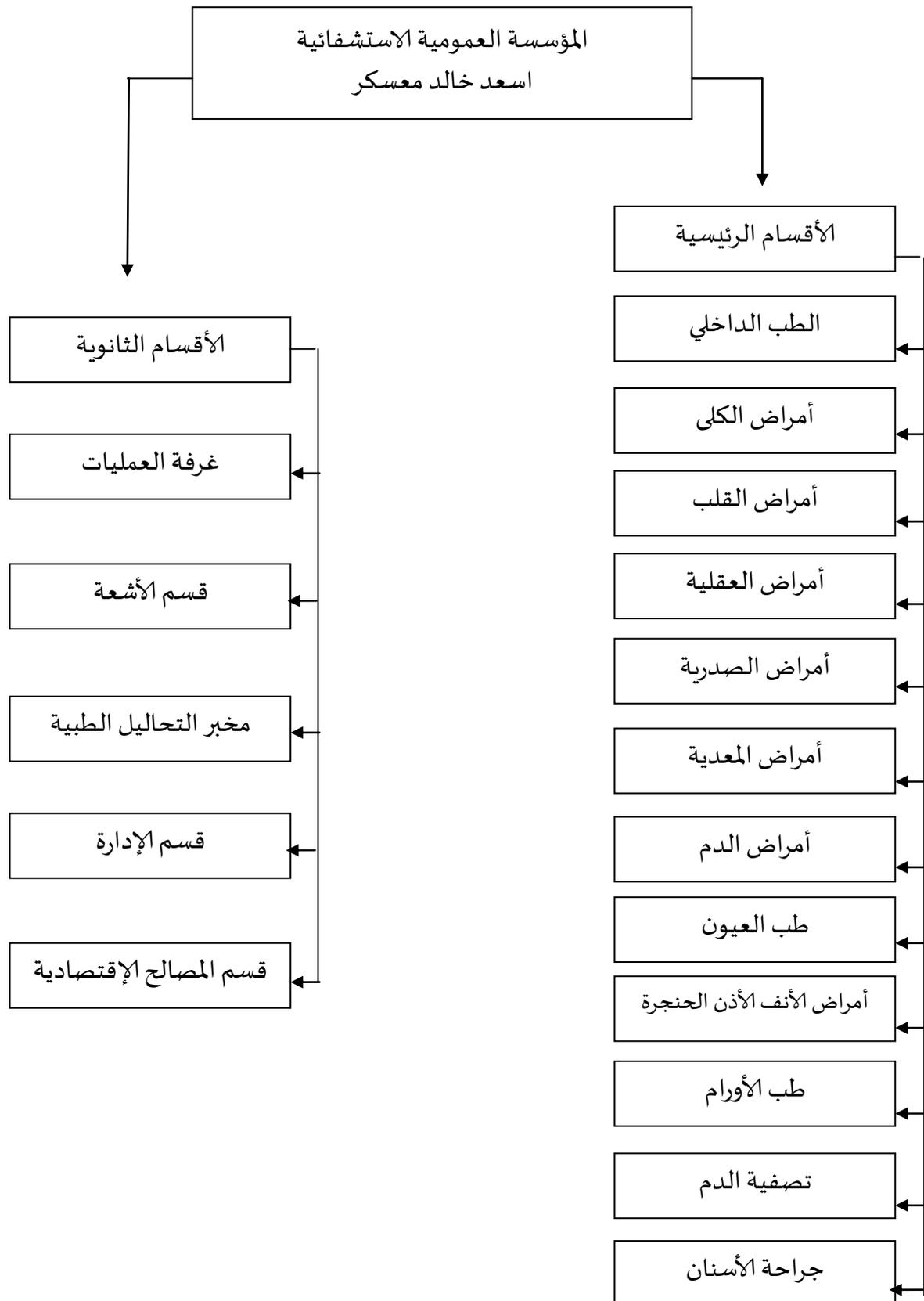
- قسم الإدارة: يضم التكاليف المتعلقة بمختلف الهياكل الإدارية الخاصة بالمؤسسة.

- قسم المصالح الاقتصادية: ويضم التكاليف المرتبطة بالمصالح الاقتصادية للمؤسسة مثل تكاليف النظافة، الصيانة، حظيرة السيارات.

تم تحديد الأقسام بالمؤسسة (الرئيسية والثانوية) من خلال الاعتماد على النموذج المحدد للأقسام المتجانسة للقطاع الصحي لمعسكر سابقا. والصادر سنة 2002 وهو تاريخ بداية العمل ببرنامج حساب التكاليف، وعلى الرغم من تغير الخريطة الصحية سنة 2008 استمر العمل بنفس البرنامج مع تعديل طفيف في محتواه من خلال تكفل كل مؤسسة استشفائية بالمصالح التابعة لها. للإشارة فإنه يتم التمييز بين الأقسام الرئيسية والثانوية من خلال طريقة الاتصال بالمرضى، فالأقسام الرئيسية يكون الاتصال مباشرة مع المريض، أما الأقسام الثانوية فيتمثل نشاطها في تقديم خدمة للمريض بطلب من الأقسام الرئيسية.

ويمثل الشكل التالي الأقسام المتجانسة المكونة للمؤسسة العمومية الاستشفائية اسعد خالد:

الشكل رقم 17: الأقسام المتجانسة للمؤسسة اسعد خالد



المصدر: مكتب حساب التكاليف بالمؤسسة الاستشفائية - اسعد خالد -

## الفصل الرابع حساب التكاليف كآلية لتحسين أداء المؤسسة العمومية الاستشفائية

2- دليل وحدات التكلفة: تقدم المؤسسة الاستشفائية - إسعد خالد - بمعسكر، تشكيلة متنوعة ومتعددة من الخدمات الصحية يمكن تفصيلها في الجدول التالي:

### الجدول رقم 11: دليل وحدات التكلفة

وحدة العمل	الخدمات المقدمة	القسم	
Journée d'hospitalisation يوم استشفائي	العلاج	- الطب الداخلي - أمراض القلب - الأمراض الصدرية. - أمراض الكلى - الأمراض المعدية - أمراض الدم - طب العيون - أمراض الأنف، الأذن، الحنجرة. - العلاج المكثف.	أقسام رئيسية
Séance حصّة	تصفية الدم (الكلى)	قسم تصفية الدم	
D	فحص، خلع، علاج	قسم جراحة الأسنان	
B biologie		مخبر التحاليل الطبية	أقسام ثانوية
R radiologie		قسم الأشعة	
K kotage	- عمليات طب العيون -عمليات أمراض .ORL.	غرفة العمليات	

المصدر: مكتب حساب التكاليف بالمؤسسة الاستشفائية اسعد خالد

بالنسبة لوحدات العمل الخاصة بالأقسام الثانوية وكذا قسم جراحة الأسنان، فهي عبارة عن وحدات مستعملة على المستوى الوطني من خلال وثائق وطنية تشكل مختلف الخدمات (تحاليل، أشعة) التي تقوم بها المؤسسات الاستشفائية الجزائرية.

3- عناصر التكاليف (الأعباء): تتعدد عناصر التكاليف بالمؤسسة تبعا لتعدد تشكيلة الخدمات الصحية المقدمة وسنتطرق فيما يلي إلى مختلف هذه العناصر (الشهرية) والناجمة عن نشاط المؤسسة.

أ- **أعباء المستخدمين:** تتمثل في مختلف الأجور والعلاوات المدفوعة للمستخدمين بالمؤسسة (أطباء، شبه طبيون، أسلاك مشتركة، وعمال مهنيون)، ويتم توزيعها على الأقسام المتجانسة وفق عدد المستخدمين الذين يمارسون مهامهم على مستوى كل قسم.

ب- **مصاريف التغذية:** تتعلق بالمواد المستهلكة من قبل مطبخ المؤسسة، وتتمثل في: اللحوم الحمراء والبيض، الخبز، الحليب، الخضر والفواكه، و مواد غذائية عامة.

ت- **مصاريف المواد والمستلزمات الصيدلانية والمعدات والأدوات الطبية الصغيرة:** تعتبر من الأعباء المباشرة، وهذا لكون عملية توزيعها تتم على الأقسام، وتقسم إلى (04) أقسام هي:

- الأدوية، الضمادات، المطهرات، اللقاحات و مواد التطعيم.
- المواد الطبية الاستهلاكية والملحقات مثل: الحقن، القطن، ....
- الأفلام و مواد الأشعة: تمثل المواد المستخدمة في قسم الأشعة.
- لوازم المخبر: هي اللوازم التي تدخل ضمن عملية إجراء التحاليل الطبية المختلفة.
- ث- **مصاريف المواد واللوازم والمعدات:** هي اللوازم الغير طبية التي تحتاجها الأقسام تقسم إلى:
  - اللوازم المكتبية: السجلات، الدفاتر وصفات العلاج، .....
  - البياضات وعتاد الأسرة: تدخل ضمن الخدمة الاستشفائية للمرضى وتتمثل في: الأفرشة، ....).
  - مواد التنظيف: تمثل المواد الخاصة بالنظافة الاستشفائية ( أكياس النفايات، لوازم المغسلة....).
  - معدات ووسائل ذات الاستعمال غير الطبي: مثل الكراسي، المكيفات، أجهزة الحاسوب (...).
  - معدات وآلات ذات الاستعمال الطبي: اقتناء المؤسسة للعتاد الطبي وتوجيهه إلى الأقسام المعنية به مثل: جهاز كشف التحاليل للمخبر أو جهاز قياس ضغط الدم، ....).

ج- **مصاريف الصيانة:** تمثل مصاريف الصيانة التي تتحملها المؤسسة وتنقسم إلى قسمين رئيسيين:
 

- أعمال إعادة التهيئة: وتخص عملية إعادة التهيئة التي تخضع لها مختلف المصالح والفضاءات وكذلك المساحات الخضراء الخاصة بالمؤسسة، وبدورها تنقسم إلى نوعين:

- \* أعمال منفذة من قبل متعهدين خارجيين بموجب عقود مبرمة.
- \* أعمال منفذة ومدفوعة نقدا في إطار تسبيقات المقنصد وهي طريقة تم إلغاؤها لاحقا.
- أعمال الصيانة: تخص عملية صيانة الأجهزة والعتاد الطبي والغير طبي والتي يتفرع منها:
  - \* أعمال صيانة منفذة من قبل متعهدين خارجيين بموجب عقود وصفقات شرم سن المؤسسة الانتقالية والمتعهد مثل صيانة المحولات الكهربائية، أو صيانة المصاعد.

\*أعمال صيانة منفذة من قبل تقني حالة توفر وعمال المؤسسة مثل صيانة شبكات الكهرباء، والماء أو صيانة بعض المعدات الطبية والأدوات الجراحية الصغيرة.

ح- مصاريف مشتركة: هي عبارة عن أعباء غير مباشرة تتحملها المؤسسة ولا يمكن تخصيصها على أقسام معينة مثل: استهلاك الغاز الطبي، الكهرباء، التنقلات، مصاريف التكوين....

4- فترة التكاليف: حددت الفترة التي يتم على أساسها حصر وتجميع التكاليف لإعداد التقارير الخاصة بحساب التكاليف بـ (03) أشهر، بالإضافة إلى إعداد تقرير سنوي ويتم بموجب ذلك إصدار تقرير ثلاثي ترسل نسخة منه إلى مديرية الصحة والسكان لولاية معسكر، ونسخة إلى وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، إضافة إلى تقرير سنوي في آخر السنة المالية.

5- المجموعة المستندية والدفترية: تتعدد المستندات والدفاتر المستخدمة في عملية جمع وتسجيل بيانات التكاليف بالمؤسسة ونذكر منها:

أ-سجل النفقات المرتبة بالعناوين (Registre des Dépenses Clasées): يضم النفقات الخاصة بالأجور والعلاوات، النفقات التغذوية، نفقات الأدوية...

ب-دفتر الجرد العام (Registre d'Inventaire): يتضمن جرد لمختلف المعدات والتجهيزات الطبية وغير الطبية لمختلف الأقسام بالمؤسسة.

ت-دفتر تسجيل الحوالات (Registre d'Enregistrement des Mandats): يتم من خلاله تسجيل مبالغ وأرقام الحوالات المسددة من قبل المؤسسة.

ث-السجل الخاص بالمخزون: -Registre- Main Courante يقوم كل مخزن من مخازن المؤسسة بمسك سجل يتم من خلاله تسجيل حركة دخول وخروج مختلف المواد واللوازم.

ج-وثائق تسير المخزون (Fiche de Stocke): تخصص وثيقة تسير المخزون لكل مادة، ويتم من خلالها تسجيل الكميات التي دخلت إلى المخزن، وتاريخ الدخول والمعلومات الأخرى مثل تاريخ الصلاحية كما يتم تسجيل تاريخ وكمية المواد التي خرجت من المخزن والجهة التي استفادت منها.

ح- الدفاتر المتعلقة بتسجيل نتائج التحاليل المخبرية (نوع التحليل النتيجة)

د-الدفاتر الخاصة بتسجيل الأشعة (النوع، العدد...)

ر-الدفاتر المتعلقة بغرفة العمليات والعمليات الخاصة بمصلحتي طب العيون وأمراض (ORL).

ز-الوثائق الخاصة بالمرضى المقبولين بالمؤسسة وكذلك المحولين إلى مؤسسات عمومية استشفائية أخرى (عدد المرضى، عدد الأيام الاستشفائية، نسبة شغل الأسرة، المدة المتوسطة للمكوث....).

6- وحدات العمل: تستخدم المؤسسة مجموعة من وحدات العمل مثل، الحصة، الفحص، يوم استشفائي، ... وفيما يخص وحدات العمل (B.D.R) فهي تمثل الأعمال التي يمارسها الأطباء الصيادلة وجراحو الأسنان حيث يتم استعمال (R) لفحوصات الأشعة، و(B) للتحاليل المخبرية، (K) لأنشطة غرفة العمليات، (D) لأنشطة قسم جراحة الأسنان، ويتبع كل حرف معامل خاص به مثل: B10 - R6 والذي يحدد قيمة كل عمل طبي، ويطابق هذه الحروف قيمة نقدية أساسية (تعريفية)، يتم على أساس ذلك تحديد قيمة العمل الطبي من خلال حاصل عملية ضرب القيمة النقدية للحرف في المعامل الذي يتبعه.

$$\text{قيمة العمل الطبي (دج)} = \text{القيمة النقدية للحرف} \times \text{المعامل المرافق}$$

يتم تحديد المعاملات، القيم النقدية من قبل أعضاء لجنة المدونة العامة للأعمال المهنية الخاصة بالأطباء، جراحو الأسنان والصيادلة، وقد تم إصدار أول مدونة في الجزائر سنة 1987 والتي تعتبر كمرجع تنظيمي يستند إليه في مجال التكفل بالعلاج الصحي من قبل مصالح الضمان الاجتماعي وفي سنة 2005 صدر المرسوم التنفيذي رقم (05-257) المؤرخ في 20 جويلية 2005، المتضمن كيفية إعداد المدونة وتسعيرها بغية تجديدها، حيث أثبتت المدونة السابقة محدوديتها سواء من وجهة نظر العامة أو بتقدير المهنيين بسبب عدم مسايرتها للتطور الذي عرفته الممارسة الطبية وإدخال تكنولوجيات جديدة في مجال الصحة، بالإضافة إلى تباين التعريفات المطبقة من قبل الهياكل الصحية وبين الأسعار المعتمدة في التعريف من قبل مصالح الضمان الاجتماعي، حيث أن الاعتماد على المدونة الخاصة سنة 1987 وعدم تحيينها يعتبر من العوامل الرئيسية التي تعرقل عملية ضبط العلاقة التعاقدية بين المنظومة الصحية والضمان الاجتماعي.

#### 7- خطوات حساب التكاليف بالمؤسسة:

أ- تحديد المصاريف الخاصة بالأقسام الأساسية والثانوية: والتي تشمل:

- مصاريف الأجور: (الكتلة الأجرية) Masse Salariale
- مصاريف التغذية Depense Alimentaire
- مصاريف المواد الصيدلانية (Depense de Pharmacie)
- مصاريف مختلفة (مواد ولوازم، البياضة، التنظيف) Fournitures Diverses
- مصاريف الصيانة (Entretien et Maintenance)
- الأعباء المشتركة (Charges Communes)

ب- تحديد الأنشطة الخاصة بالأقسام الرئيسية والفرعية والتي تتمثل في:

-أنشطة المصالح الاستشفائية والعلاجية (عدد الأيام الاستشفائية).

- أنشطة وحدة تصفية الدم (عدد حصص الغسيل الكلوي)

- أنشطة مخبر التحاليل (عدد وحدة العمل B)

- أنشطة قسم الأشعة (عدد وحدة العمل R)

- أنشطة غرفة العمليات (عدد وحدات العمل K)

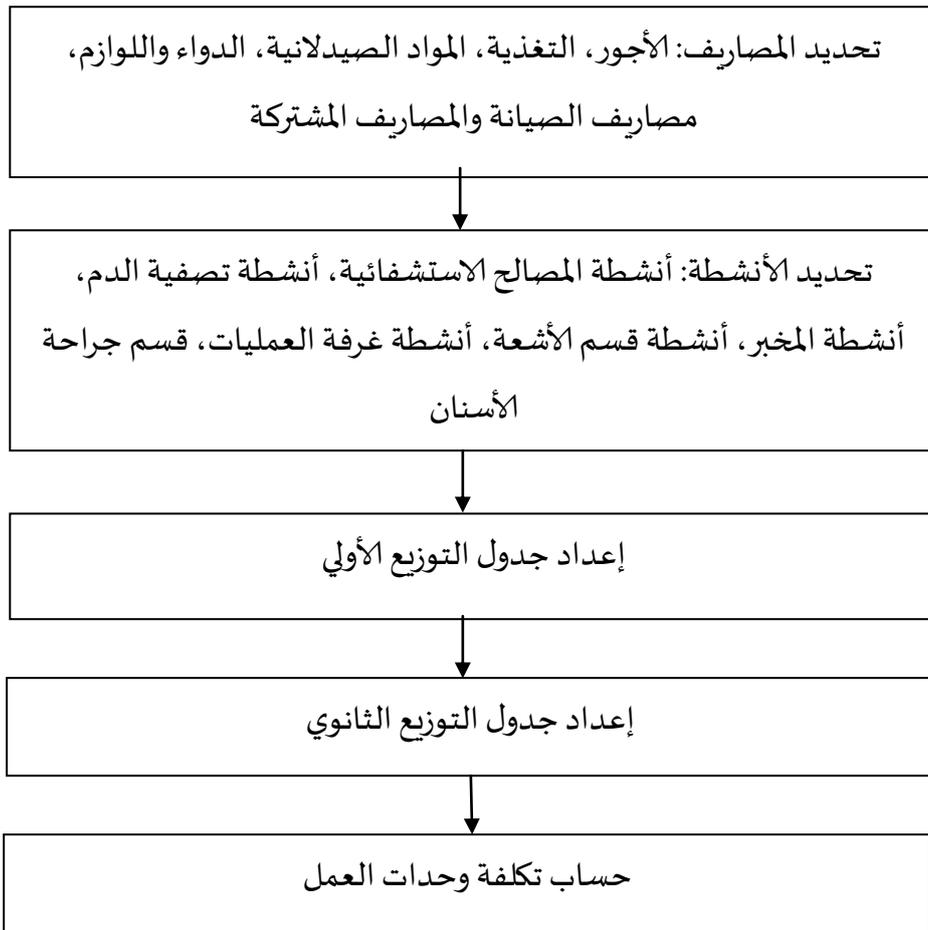
- أنشطة قسم جراحة الأسنان (عدد وحدات العمل D)

ت- إعداد جدول التوزيع الأولى .

ث- إعداد جدول التوزيع الثانوي.

ج- حساب تكلفة وحدات العمل.

### الشكل رقم 18: خطوات حساب التكاليف



المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات مكتب حساب التكاليف بالمؤسسة الاستشفائية -إسعد خالد - معسكر -

توكل مهمة حساب التكاليف بالمؤسسة إلى مكتب التكاليف الذي يتبع المديرية الفرعية للمصالح

الصحية وذلك باستخدام طريقة الأقسام المتجانسة، حيث يسعى إلى:

- تحديد تكلفة الخدمات الصحية المقدمة.
  - تحديد التكلفة المختلف الأقسام والمصالح.
  - إعطاء صورة عن مسار التكاليف بالمؤسسة.
  - إجراء مقارنات دورية مع سير تنفيذ الميزانية.
  - المساهمة في إعداد الميزانية التقديرية للمؤسسة.
  - توفير المعلومات الدقيقة وفي الوقت المناسب بالشكل الذي يؤثر إيجابا على نتائج الأنشطة.
  - التخطيط الجيد على المستوى الإداري والرقابة الفعالة من أجل الارتقاء بمستوى الخدمات الصحية.
- المطلب الثاني: تصنيف أعباء ونفقات المؤسسة .**

سنحاول من خلال هذا المطلب التطرق إلى المرحلة الأولى من عملية حساب التكاليف وهي تحديد الأعباء والمصاريف الخاصة بالأقسام الأساسية والثانوية الناتجة عن نشاط المؤسسة والمتمثلة في:

**1- أعباء المستخدمين (الكتلة الأجرية): (Masse Salariale)**

تعتبر أعباء المستخدمين في معظمها من الأعباء المباشرة ويتم توزيعها على الأقسام المتجانسة وفق عدد العمال الذين يباشرون مهامهم على مستوى ذلك القسم، عملية ملأ الجدول الخاص بالكتلة الأجرية لسنوات 2020، 2021، 2022 تمت من خلال مجموع الأجر الشهري للعمال الذين لهم نفس الوظيفة، وهو ما يظهر في الجداول الآتية:

## - الجدول رقم 12: الكتلة الأجرية لسنة 2020 -

المجموع		الاسلاك المشتركة		الشبه طبيون		الأطباء		
الكتلة الاجرية	العدد	الكتلة الاجرية	العدد	الكتلة الاجرية	العدد	الكتلة الاجرية	العدد	
37 403 209,10	31			21 064 030,25	24	16 399 178 ,85	7	الطب الداخلي
24 366 302,19	23			17 114 228,97	19	7 252 073,22	4	أمراض القلب
6 508 209,81	4			2 749 796,77	2	3 758 413,04	2	الصحة العقلية
32 993 623,28	26			18 928 546,66	19	14 065 076,62	7	العلاج المكتف
23 308 465,61	20			15 230 967,30	16	8 077 498,31	4	لأمراض الصدرية
11 893 617,30	12			10 320 928,20	11	1 572 689,10	1	أمراض الكلى
21 634 276,93	17			12 151 078,51	13	9 483 198,42	4	الأمراض المعدية
23 429 165,20	18			12 752 692,12	13	10 676 473,08	5	طب الأورام
28 972 718,04	22			16 350 622,31	17	12 622 095,73	5	أمراض الدم
12 800 326,94	11			8 838 905,78	9	3 961 421,16	2	أمراض <b>ORL</b>
17 602 455,04	13			9 444 401,39	9	8 158 053,65	4	طب العيون
33 008 787,74	29			21 266 528,99	24	11 742 258,75	5	تصفية الدم
9 781 438,80	9			6 468 413,52	7	3 313 025,28	2	جراحة الأسنان
9 873 568,45	10			9 873 568,45	10			غرفة العمليات
14 259 816,15	12			9 829 993,12	10	4 429 823,03	2	قسم الأشعة
37 376 046,11	37			32 701 427,56	34	4 374 618,55	3	مخبر التحاليل
17 893 701,13	16			13 967 827,32	14	3 925 873,81	2	مركز حقن الدم
88 933 594,15	117	88 933 594,15	117					الإدارة
<b>451 739 321,97</b>	<b>427</b>	<b>88 933 594,15</b>	<b>117</b>	<b>239 053 957,22</b>	<b>251</b>	<b>123 751 770,60</b>	<b>59</b>	المجموع

المصدر: مكتب حساب التكاليف بالمؤسسة الاستشفائية اسعد خالد

- الجدول رقم 13: الكتلة الأجرية لسنة 2021 -

المجموع		الاسلاك المشتركة		الشبه طبيون		الأطباء		
الكتلة الاجرية	العدد	الكتلة الاجرية	العدد	الكتلة الاجرية	العدد	الكتلة الاجرية	العدد	
37 200 728,71	33			20 586 819,57	25	16 613 909,14	8	الطب الداخلي
25 542 542,22	25			17 017 090,22	20	8 525 452,00	5	أمراض القلب
7 954 801,87	6			3 963 935,62	4	3 990 866,25	2	الصحة العقلية
33 999 422,06	28			19 455 263,25	21	14 544 158,81	7	العلاج المكتف
24 645 475,76	21			15 971 352,72	16	8 674 123,04	5	لأمراض الصدرية
17 092 534,71	14			12 595 968,40	11	4 496 566,31	3	أمراض الكلى
29 153 497,79	22			15 463 645,89	15	13 689 851,90	7	الأمراض المعدية
23 465 508,15	18			12 878 873,99	13	10 586 628,16	5	طب الأورام
29 201 000,41	21			15 616 136,68	16	13 584 863,73	5	أمراض الدم
12 891 235,68	10			8 994 577,56	8	3 896 658,12	2	أمراض <b>ORL</b>
18 547 307,87	13			9 563 042,74	9	8 984 265,13	4	طب العيون
34 511 598,11	29			22 828 728,03	24	11 682 870,08	5	تصفية الدم
10 044 688,28	9			6 691 379,78	7	3 353 308,50	2	جراحة الأسنان
9 761 709,19	10			9 761 709,19	10			غرفة العمليات
15 391 721,76	13			10 399 085,52	11	4 992 636,24	2	قسم الأشعة
38 534 039,74	39			34 057 957,94	36	4 476 081,80	3	مخبر التحاليل
23 251 166,78	22			18 456 592,28	20	4794574,50	2	مركز حقن الدم
96 098 685,60	143	96 098 685,60	143					الإدارة
<b>487 287 658,69</b>	<b>476</b>	<b>96 098 685,60</b>	<b>143</b>	<b>254 302 159,38</b>	<b>266</b>	<b>136 886 813,71</b>	<b>67</b>	<b>المجموع</b>

المصدر: مكتب حساب التكاليف بالمؤسسة الاستشفائية اسعد خالد

- الجدول رقم 14: الكتلة الأجرية لسنة 2022 -

المجموع		الاسلاك المشتركة		الشبه طبيون		الأطباء		
الكتلة الاجرية	العدد	الكتلة الاجرية	العدد	الكتلة الاجرية	العدد	الكتلة الاجرية	العدد	
44 454 773,55	35			26 507 362,38	27	17 947 411,17	8	الطب الداخلي
28 421 192,58	25			20 913 940,27	21	7 507 252,31	4	أمراض القلب
8 587 000,94	6			4 370 990,52	4	4 216 010,42	2	الصحة العقلية
40 563 536,21	32			22 867 057,90	24	17 696 478,31	8	العلاج المكتف
27 669 422,77	23			17 012 433,06	18	10 656 989,71	5	الأمراض الصدرية
19 501 426,60	15			13 840 165,12	12	5 661 261,48	3	أمراض الكلى
29 223 522,43	21			18 312 826,83	16	10 910 695,60	5	الأمراض المعدية
27 517 837,27	19			14 553 571,52	14	12 964 265,75	5	طب الأورام
33 309 601,87	24			18 853 557,95	19	14 456 043,92	5	أمراض الدم
14 127 662,94	10			10 639 910,28	8	3 487 752,66	2	أمراض <b>ORL</b>
20 716 612,31	12			11 231 054,77	8	9 485 557,54	4	طب العيون
38 138 511,25	29			25 786 157,05	24	12 352 354,20	5	تصفية الدم
11 908 686,22	8			8 094 785,38	6	3 813 900,84	2	جراحة الأسنان
11 871 176,15	10			11 871 176,15	10			غرفة العمليات
16 639 534,85	13			12 066 116,33	11	4 573 418,52	2	قسم الأشعة
41 216 537,80	39			36 043 296,61	36	5 173 241,19	3	مخبر التحاليل
28 006 634,74	22			252 547 822,42	20	5 458 812,32	2	مركز حقن الدم
121 010 235,01	162	121 010 235,01	162					الإدارة
<b>562 883 905,49</b>	<b>505</b>	<b>121 010 235,01</b>	<b>162</b>	<b>295 512 224,54</b>	<b>278</b>	<b>146 361 445,94</b>	<b>65</b>	المجموع

المصدر: مكتب حساب التكاليف بالمؤسسة الاستشفائية اسعد خالد

من خلال جداول الكتلة الأجرية الخاصة بالسنوات المالية ل: 2020، 2021، 2022، يمكن استخلاص مايلي:

- ارتفاع عدد المستخدمين في المؤسسة العمومية الاستشفائية - اسعد خالد من (427) مستخدم سنة 2020 إلى (476) مستخدم لسنة 2021 ثم إلى (505) مستخدم سنة 2022 وهو الارتفاع الناجم عن تطبيق المرسوم لتنفيذي رقم 336/19 المؤرخ في 08 ديسمبر 2019 والمتضمن إدماج المستفيدين من جهاز المساعدة على الإدماج والإدماج الاجتماعي لحاملي الشهادات على مدى سنوات 2019، 2020، 2021 حيث تم في هذا الإطار إدماج 47 موظفا .

- ارتفاع الكتلة النقدية الخاصة لسنة 2021 إلى 487 287 658,69 دج مقارنة ب: 451 739 321,97 دج الخاصة بسنة 2020 وهو ما يمثل: (7.86%) فيما ارتفعت الكتلة النقدية الخاصة بسنة 2022 إلى 562 883 905,49 دج وهو الارتفاع المقدر ب (15.51%) مقارنة بسنة 2021 وهي الزيادة التي يمكن تفسيرها بالارتفاع في عدد المستخدمين كما تمت الإشارة إليه سابقا بالإضافة إلى تخصيص منحة استثنائية لمستخدمي الصحة في إطار الوقاية من إنتشار وباء كورونا ومكافحته وهذا بموجب المرسوم الرئاسي رقم 20-79 المؤرخ في 31 مارس 2020 حيث تحتسب شهريا وتدفع كل ثلاثة أشهر، حسب المبالغ الجزافية التالية:

\* عشرة آلاف دينار (10 000 دج) بالنسبة للمستخدمين الإداريين ومستخدمي الدعم.

\* عشرون ألف دينار (20 000 دج) بالنسبة للمستخدمين شبه الطبيين.

\* أربعون ألف دينار (40 000 دج) بالنسبة للمستخدمين الطبيين

## الفصل الرابع حساب التكاليف كآلية لتحسين أداء المؤسسة العمومية الاستشفائية

### 2-مصاريف التغذية:

أ-المواد المستهلكة من قبل المطبخ: يتم تسجيل المواد الغذائية المستهلكة من قبل مطبخ المؤسسة شهريا، وتظهر الجداول التالية كمية وقيمة المواد المستهلكة الخاصة بسنوات 2020-2021-2022:

#### الجدول رقم 15: استهلاك قسم المطبخ الخاص بسنة 2020

المبلغ الإجمالي	السعر الوحدوي	الكمية	
5 800 800,00	800,00	7 251	اللحوم الحمراء
1 388 100,00	300,00	4 627	اللحوم البيضاء
496 710,00	10,00	49 671	البيض
550 120,00	08,50	64 720	الخبز
320 040,00	180,00	1 778	الحليب (غبرة)
4 097 210,00	303,95	13 480	الفواكه
1 220 825,00	49,91	24 461	الخضر
5 164 593,00	24,46	211 103	مواد غذائية عامة
148 400,00	20,00	7 420	مواد أخرى
<b>19 186 798,00</b>			<b>المجموع</b>

#### الجدول رقم 16: استهلاك قسم المطبخ الخاص بسنة 2021

المبلغ الإجمالي	السعر الوحدوي	الكمية	
6 228 000,00	800,00	7 785	اللحوم الحمراء
1 233 440,00	260,00	4 744	اللحوم البيضاء
545 314,00	11,00	49 574	البيض
543 235,00	08,50	63 910	الخبز
559 200,00	300,00	1 864	الحليب (غبرة)
4 235 850,00	288,76	14 669	الفواكه
1 683 785,00	66,97	25 141	الخضر
5 915 186,00	26,59	222 495	مواد غذائية عامة
406 500,00	30,00	13 550	مواد أخرى
<b>21 350 510,00</b>			<b>المجموع</b>

الجدول رقم 17: استهلاك قسم المطبخ الخاص بسنة 2022

المبلغ الإجمالي	السعر الوحدوي	الكمية	
8 542 500,00	1 500,00	5 695	اللحوم الحمراء
1 801 800,00	420,00	4 290	اللحوم البيضاء
240 000,00	500,00	480	السماك
656 362,00	14,00	46 883	البيض
515 780,00	08,50	60 680	الخبز
734 740,00	340,00	2 161	الحليب (غبرة)
4 282 270,00	184,83	23 169	الفواكه
1 366 689,60	42,63	32 058	الخضر
7 347 190,00	35,51	206 879	مواد غذائية عامة
371 200,00	29,00	12 800	مواد أخرى
<b>25 858 531,60</b>			<b>المجموع</b>

المصدر: مكتب حساب التكاليف بالمؤسسة العمومية الاستشفائية - اسعد خالد.-

- بالنسبة للسعر الوحدوي للخضر يتم حسابه من خلال قسمة المبلغ الإجمالي للخضر المستهلكة (البطاطا، الطماطم، البصل...) والتي يختلف سعرها من مادة إلى أخرى على الكمية الكلية المستهلكة للخضر، وهي نفس الطريقة التي يتم من خلالها حساب السعر الوحدوي للفواكه والمواد الغذائية العامة.
- بالنسبة للمواد الأخرى فهي تتمثل في علب يتم تقديم الوجبة الغذائية للمرضى من خلالها وهي غير قابلة للاسترجاع (Plat Getable).

## الفصل الرابع حساب التكاليف كآلية لتحسين أداء المؤسسة العمومية الاستشفائية

ب- عدد الوجبات المقدمة لكل مصلحة: سيتم عرض عدد الوجبات الشهرية المعدة من قبل مطبخ المؤسسة والأقسام المستهلكة لها من خلال الجداول التالية:

الجدول رقم 18: عدد الوجبات المقدمة حسب المصالح الخاصة لسنة 2020.

المصالح	المرضى	فرق المناوبة	آخرين	المجموع
الطب الداخلي	3 455	/	/	3 455
أمراض القلب	2 553	/	/	2 553
العلاج المكتف	1 986	/	/	1 986
الأمراض الصدرية	2 567	/	/	2 567
أمراض الكلى	2 280	/	/	2 280
الأمراض المعدية	25 413	3 127	/	28 540
طب الأورام	7 660	/	/	7 660
أمراض الدم	7 546	/	/	7 546
أمراض الأنف والأذن والحنجرة	111	/	/	111
طب العيون	328	/	/	328
تصفية الدم	13 743	/	/	13 743
الإدارة والمصالح الاقتصادية		15 096	3 456	18 552
<b>المجموع</b>	<b>67 642</b>	<b>18 233</b>	<b>3 456</b>	<b>89 321</b>

الجدول رقم 19: عدد الوجبات المقدمة حسب المصالح الخاصة لسنة 2021.

المصالح	المرضى	فرق المناوبة	آخرين	المجموع
الطب الداخلي	3 828	/	/	3 828
أمراض القلب	2 684	/	/	2 684
العلاج المكتف	1 832	/	/	1 832
الأمراض الصدرية	3 148	/	/	3 148
أمراض الكلى	2 356	/	/	2 356
الأمراض المعدية	17 004	/	/	17 004
طب الأورام	7 296	/	/	7 296
أمراض الدم	6 136	/	/	6 136
أمراض الأنف والأذن والحنجرة	272	/	/	272
طب العيون	1 072	/	/	1 072
تصفية الدم	13 016	/	/	13 016
الإدارة والمصالح الاقتصادية	/	9 019	1 833	10 852
<b>المجموع</b>	<b>58 644</b>	<b>9 019</b>	<b>1 833</b>	<b>69 496</b>

الجدول رقم 20: عدد الوجبات المقدمة حسب المصالح الخاصة لسنة 2022.

المصالح	المرضى	فرق المناوبة	آخرين	المجموع
الطب الداخلي	5 872	/	/	5 872
أمراض القلب	5 676	/	/	5 676
العلاج المكتف	2 274	/	/	2 274
الأمراض الصدرية	3 886	/	/	3 886
أمراض الكلى	2 719	/	/	2 719
الأمراض المعدية	7 091	4 496	/	11 587
طب الأورام	4 664	/	/	4 664
أمراض الدم	9 67	/	/	9 67
أمراض الأنف والأذن والحنجرة	195	/	/	195
طب العيون	443	/	/	443
تصفية الدم	9 835	/	/	9 835
الإدارة والمصالح الاقتصادية	/	8 810	4 219	13 029
المجموع	51 722	13 306	4 219	69 247

المصدر: مكتب حساب التكاليف بالمؤسسة العمومية الاستشفائية - اسعد خالد - معسكر

- بالنسبة للمرضى الذين يستفيدون من الوجبة فهم المرضى الذين يحملون ملف طبي أي الذين لديهم فترة مكونة بالمؤسسة لأكثر من 24 ساعة في الأقسام الطبية، بالإضافة إلى المرضى الذين يتلقون علاجهم في إطار الإستشفاء اليومي (Hopital du Jour) في مصلحتي تصفية الدم وطب الأورام. فرق المناوبة تتمثل في بعض المستخدمين الذين يزاولون نشاطهم خلال المداولة الليلية أو عطل نهاية الأسبوع والعطل الوطنية والدينية والذين يستفيدون من الوجبة طبقا للقانون المعمول به. بالنسبة للآخرين فهم يمثلون في غالب الأحيان المتبرعين بالدم حيث يستفيد هؤلاء الأشخاص من وجبات في إطار القوانين المعمول بها.

الفصل الرابع حساب التكاليف كآلية لتحسين أداء المؤسسة العمومية الاستشفائية

ج- نفقات التغذية لكل مصلحة:

الجدول رقم 21: تكلفة الوجبات المقدمة حسب المصالح لسنة 2020

\*نفقات التغذية الخاصة لسنة 2020: 19 186 798,00 دج

\*العدد الكلي للوجبات المقدمة خلال سنة 2020: 89 321 وجبة

\*تكلفة الوجبة: 214,81 دج

المجموع		آخريين		فرق المناوبة		المرضى		المصالح
المبلغ	العدد	المبلغ	العدد	المبلغ	العدد	المبلغ	العدد	
748 628,00	3 455					748 628,00	3 455	الطب الداخلي
562 014,00	2 553					562 014,00	2 553	أمراض القلب
465 310,00	1 986					465 310,00	1 986	العلاج المكتف
568 014,00	2 567					568 014,00	2 567	الأمراض الصدرية
499 416,00	2 280					499 416,00	2 280	أمراض الكلى
6 484 486,00	28 540			674 827,00	3 127	5 809 659,00	25 413	الأمراض المعدية
1 667 356,00	7 660					1 667 356,00	7 660	طب الأورام
1 668 146,00	7 546					1 668 146,00	7 546	أمراض الدم
27 174,00	111					27 174,00	111	أمراض الأنف والأذن والحنجرة
72 688,00	328					72 688,00	328	طب العيون
3 117 333,00	13 743					3 117 333,00	13 743	تصفية الدم
3 956 723,00	18 552	556 416,00	3 456	3 400 307,00	15 096	/	/	الإدارة والمصالح الاقتصادية
<b>19 837 288,00</b>	<b>89 321</b>	<b>556 416,00</b>	<b>3 456</b>	<b>4 075 134,00</b>	<b>18 223</b>	<b>15 205 738,00</b>	<b>67 642</b>	<b>المجموع</b>

المصدر: مكتب حساب التكاليف للمؤسسة العمومية الاستشفائية أسعد خالد - معسكر

الفصل الرابع حساب التكاليف كآلية لتحسين أداء المؤسسة العمومية الاستشفائية

الجدول رقم 22: تكلفة الوجبات المقدمة حسب المصالح لسنة 2021

\*نفقات التغذية الخاصة لسنة 2021: 21 350 510,00 دج

\*العدد الكلي للوجبات المقدمة خلال سنة 2021: 69 496 وجبة

\*تكلفة الوجبة: 307,22 دج

المجموع		آخرين		فرق المناوبة		المرضى		المصالح
المبلغ	العدد	المبلغ	العدد	المبلغ	العدد	المبلغ	العدد	
1 160 841,00	3 828					1 160 841,00	3 828	الطب الداخلي
813 923,00	2 684					813 923,00	2 684	أمراض القلب
555 554,00	1 832					555 554,00	1 832	العلاج المكتف
954 631,00	3 148					954 631,00	3 148	الأمراض الصدرية
714 457,00	2 356					714 457,00	2 356	أمراض الكلى
5 156 463,00	17 004					5 156 463,00	17 004	الأمراض المعدية
2 212 512,00	7 296					2 212 512,00	7 296	طب الأورام
1 860 742,00	6 136					1 860 742,00	6 136	أمراض الدم
82 484,00	272					82 484,00	272	أمراض الأنف والأذن والحنجرة
325 084,00	1 072					325 084,00	1 072	طب العيون
3 947 102,00	13 016					3 947 102,00	13 016	تصفية الدم
3 522 254,00	10 852	699 397,00	1 833	2 822 857,00	9 019	/	/	الإدارة والمصالح الاقتصادية
<b>21 306 047,00</b>	<b>69 496</b>	<b>699 397,00</b>	<b>1 833</b>	<b>2 822 857,00</b>	<b>9 019</b>	<b>17 783 793,00</b>	<b>58 644</b>	<b>المجموع</b>

المصدر: مكتب حساب التكاليف للمؤسسة العمومية الاستشفائية أسعد خالد - معسكر.

الفصل الرابع حساب التكاليف كآلية لتحسين أداء المؤسسة العمومية الاستشفائية

الجدول رقم 23: تكلفة الوجبات المقدمة حسب المصالح لسنة 2022

\*نفقات التغذية الخاصة لسنة 2022: 25 858 531,60 دج

\*العدد الكلي للوجبات المقدمة خلال سنة 2022: 69 247 وجبة

\*تكلفة الوجبة: 373,42 دج

المجموع		آخرين		فرق المناوبة		المرضى		المصالح
المبلغ	العدد	المبلغ	العدد	المبلغ	العدد	المبلغ	العدد	
2 056 217,00	5 872					2 056 217,00	5 872	الطب الداخلي
2 021 307,00	5 676					2 021 307,00	5 676	أمراض القلب
745 360,00	2 274					745 360,00	2 274	العلاج المكتف
1 315 746,00	3 886					1 315 746,00	3 886	الأمراض الصدرية
996 108,00	2 719					996 108,00	2 719	أمراض الكلى
4 873 898,00	11587			2 71 403,00	4 496	2 802 495,00	7 091	الأمراض المعدية
1 755 876,00	4 664					1 755 876,00	4 664	طب الأورام
3 412 761,00	9 067					3 412 761,00	9 067	أمراض الدم
64 682,00	195					64 682,00	195	أمراض الأنف والأذن والحنجرة
155 984,00	443					155 984,00	443	طب العيون
3 699 826,00	9 835					3 699 826,00	9 835	تصفية الدم
4 733 640,00	13 029	1 568 321,00	4 219	3 165 319,00	8 810	/	/	الإدارة والمصالح الاقتصادية
<b>25 831 405,00</b>	<b>69 247</b>	<b>1 568 321,00</b>	<b>4 219</b>	<b>5 236 722,00</b>	<b>13 306</b>	<b>19 026 362,00</b>	<b>51 722</b>	<b>المجموع</b>

المصدر: مكتب حساب التكاليف للمؤسسة العمومية الاستشفائية أسعد خالد - معسكر.

3- أعباء الأدوية واللوازم الطبية: يتمثل نشاط الصيدلية في شراء تخزين وتوزيع الأدوية والأدوات الطبية الخفيفة بالإضافة إلى ذلك يمكن للصيدلية تركيب بعض المستحضرات الدوائية (الدخول، ....). وتعتبر أعباء الأدوية واللوازم الطبية من الأعباء المباشرة، لكون عملية توزيعها على الأقسام تتم مباشرة حسب الأقسام المستهلكة لها، وتنقسم إلى 4 أقسام هي: أدوية ولوازم طبية خفيفة (أدوية، مصل، كمادات، ....)، استهلاكات طبية أخرى، لوازم الأشعة (أفلام الأشعة ....) و-لوازم المخبر.

الجدول رقم 24: استهلاك الأدوية واللوازم الطبية لسنة 2020.

الأقسام	الأدوية، الضمادات	المواد الطبية المستهلكة	الأفلام ومواد الأشعة	مواد المختبر	المجموع
الطب الداخلي	8 488 540,00	349 898,00	/	/	8 838 438,00
أمراض القلب	836 374,00	791 272,00	/	/	1 627 646,00
الصحة العقلية	/	2 736,00	/	/	2 736,00
العلاج المكثف	1 422 476,00	369 233,00	/	/	1 791 709,00
الأمراض الصدرية	703 235,00	210 566,00	/	/	913 801,00
أمراض الكلى	11 735 693,09	2 155 717,73	/	/	13 891 410,82
الأمراض المعدية	16 733 698,02	2 543 384,73	/	/	19 277 082,75
طب الأورام	228 704 530,26	780 675,07	/	/	229 485 205,33
أمراض الدم	161 036 671,85	690 868,89	/	/	161 727 540,74
أمراض الأنف الأذن والحنجرة	24 967,00	39 043,00	/	/	64 010,00
طب العيون	786 560,00	242 526,00	/	/	1 029 086,00
تصفية الدم	8 362 945,65	92 959 476,48	/	/	101 322 422,13
قسم جراحة الأسنان	7 319,00	27 358,00	/	/	34 677,00
قاعة العمليات	231 705,00	741 630,00	/	/	973 335,00
قسم الأشعة	471 889,00	66 305,90	910 543,70	/	1 448 738,60
المخبر المركزي	1 500,00	395 871,87	/	721 505,71	1 118 877,58
مركز حقن الدم	27 409,26	4 418 408,74	/	2 447 208,47	6 893 026,47
أطراف أخرى	31 087 312,03	478 674,98	/	/	31 565 987,01
<b>المجموع</b>	<b>470 662 825,16</b>	<b>107 263 646,39</b>	<b>910 543,70</b>	<b>3 168 714,18</b>	<b>582 005 729,43</b>

المصدر: مكتب حساب التكاليف للمؤسسة العمومية الاستشفائية - اسعد خالد - معسكر

الجدول رقم 25: استهلاك الإدارية واللوازم الطبية لسنة 2021.

المجموع	مواد المختبر	الأفلام ومواد الأشعة	المواد الطبية المستهلكة	الأدوية، الضمادات	الأقسام
8 403 413,24	/	/	1 854 522,60	6 548 890,64	الطب الداخلي
8 208 178,38	/	/	956 654,30	7 251 524,08	أمراض القلب
154 414,16	/	/	154 414,16	/	الصحة العقلية
8 762 672,60	/	/	1 865 421,30	6 897 251,30	العلاج المكثف
9 311 257,81			1 456 988,64	7 854 269,17	الأمراض الصدرية
14 967 509,06	/	/	7 091 284,61	7 876 224,45	أمراض الكلى
51 175 249,23	/	/	17 506 327,22	33 668 922,01	الأمراض المعدية
286 509 019,40	/	/	2 293 900,33	284 215 119,07	طب الأورام
287 831 506,28	/	/	2 820 976,15	285 010 530,13	أمراض الدم
2 119 847,54	/	/	865 582,16	1 254 265,38	أمراض الأنف والأذن والحنجرة
4 218 509,57	/	/	1 654 251,07	2 564 258,50	طب العيون
89 254 734,76	/	/	79 195 405,86	10 059 328,90	تصفية الدم
645 699,16	/	/	298 288,95	347 410,21	قسم جراحة الأسنان
1 870 150,18	/	/	584 693,27	1 285 456,91	قاعة العمليات
7 923 457,50	/	7 652 241,60	124 252,38	146 963,52	قسم الأشعة
6 560 413,61	2 737 727,66	/	3 362 529,87	460 156,08	المخبر المركزي
10 335 150,51	1 880 715,69	/	8 187 836,29	266 598,53	مركز حقن الدم
75 415 347,14	/	/	2 773 054,07	72 642 293,07	أطراف أخرى
<b>873 666 530,13</b>	<b>4 618 443,35</b>	<b>7 652 241,60</b>	<b>133 046 383,23</b>	<b>728 349 461,95</b>	<b>المجموع</b>

المصدر: مكتب حساب التكاليف للمؤسسة العمومية الاستشفائية - اسعد خالد - معسكر

الجدول رقم 26: استهلاك الإدارية واللوازم الطبية لسنة 2022.

المجموع	مواد المختبر	الأفلام ومواد الأشعة	المواد الطبية المستهلكة	الأدوية، الضمادات	الأقسام
60 512 711,66	/	/	471 230,69	60 512 480,97	الطب الداخلي
5 275 816,00	/	/	404 819,41	4 870 996,59	أمراض القلب
/	/	/	/	/	الصحة العقلية
6 312 428,00	/	/	546 810,00	5 765 618,00	العلاج المكثف
4 592 273,27	/	/	294 851,95	4 297 421,32	الأمراض الصدرية
59 325 953,66	/	/	9 577 716,24	49 748 237,42	أمراض الكلى
32 844 861,74	/	/	920 710,29	31 924 151,45	الأمراض المعدية
458 007 634,35	/	/	499 259,48	457 508 374,87	طب الأورام
373 092 657,86	/	/	593 621,15	372 499 036,71	أمراض الدم
340 651,00	/	/	56 244,00	284 607,00	أمراض الأنف الأذن والحنجرة
259 850,00	/	/	49 053,00	210 797,00	طب العيون
95 995 140,01	/	/	84 603 056,08	11 392 083,93	تصفية الدم
1 105 077,08	/	/	1 077 334,12	27 742,96	قسم جراحة الأسنان
877 544,47	/	/	408 092,94	469 451,53	قاعة العمليات
345 626,04	/	334 811,04	10 815,00	/	قسم الأشعة
9 789 208,19	2 046 301,49	/	7 741 882,70	1 024,00	المخبر المركزي
11 224 930,31	2 170 862,11	/	9 010 351,65	43 716,55	مركز حقن الدم
7 053 650,17	/	/	681 760,33	6 371 889,84	أطراف أخرى
<b>1 127 427 013,81</b>	<b>4 217 163,60</b>	<b>334 811,04</b>	<b>116 947 409,03</b>	<b>1 005 927 630,14</b>	<b>المجموع</b>

المصدر: مكتب حساب التكاليف للمؤسسة العمومية الاستشفائية - اسعد خالد - معسكر

تجدر الإشارة إلى أن عملية خروج الأدوية من الصيدلية إلى الأقسام المستهلكة تتم وفق طلبات ويتم

تسجيلها شهريا عن طريق نظام معلوماتي (Logiciel): "EPIPHARM".

- المقصود بأطراف أخرى هي أدوية تستفيد منها أطراف خارجية ممثلة في مؤسسات عمومية صحية عن

طريق وثيقة تسليم (Décharge) في إطار القوانين المعمول بها.

- من خلال الجداول السابقة، فإن أول ملاحظة هي الفرق الكبير بين قيمة الادوية المستهلكة من طرف مختلف المصالح التابعة للمؤسسة والميزانية المخصصة للادوية من قبل الوزارة، وكمثال على ذلك فقد قدرت قيمة الادوية المستهلكة لسنة 2022 ب: 127 427 013,81 دج في حين ان الاعتمادات المفتوحة في الباب الثالث عشر من العنوان الثاني لسنة 2022 قدرت ب: 102 900 000,00 دج وهو ما ينتج عنه عجز يقدر ب: 102 427 013,81 دج، وهذا الامر يمكن تفسيره كالآتي:

\*تقوم السلطات ممثلة في وزارة الصحة بتقسيم الميزانية المخصصة للادوية(المادة الاولى من الباب الثالث عشر ) إلى قسمين (ملحقين):

✓ **الملحق I:** تقوم الوزارة بالتكفل بجزء من قيمة الادوية المستهلكة من طرف المؤسسة مباشرة مع الصيدلية المركزية للمستشفيات حيث قدرت هذه القيمة سنة 2022 ب: 352 000 000,00 دج.

✓ **الملحق II:** في اطار ميزانية تسيير المؤسسة الخاصة بسنة 2022 تم تخصيص مبلغ: 102 900 000 ,00 دج، للباب الثالث عشر ( الادوية، المواد الصيدلانية، والمواد الاخرى الموجهة للطب الانساني والاجهزة الطبية )، وبعد تقسيم هذا المبلغ على مختلف المواد الخاصة بهذا الباب بموجب مداولة مجلس الادارة للمؤسسة، تم تخصيص مبلغ: 8 000 000,00 دج .

\* قامت المؤسسة الاستشفائية بدفع مبلغ: 11 492 989,78 دج للصيدلية المركزية للمستشفيات .

\*تقدر ديون المؤسسة اتجاه الصيدلية المركزية للمستشفيات لسنة 2022 فقط ب:

$$11 492 989,78 + 352 000 000,00 = 363 492 989,78 \text{ دج}$$

-الملاحظة الرئيسية الثانية والتي تستوجب دراستها هي الارتفاع المتزايد لقيمة الادوية المستهلكة من طرف مصلحتي: طب الاورام وامراض الدم (مصلحتان تتكفلان بمعالجة امراض السرطان ) حيث ارتفعت هذه القيمة من: 391 212 746,07 دج سنة 2020 إلى: 574 340 525,68 دج سنة 2021، لتصل إلى: 831 002 922,21 دج سنة 2022 بالنسبة للمصلحتين معا وهو ما يستدعي من السلطات العليا البحث عن حلول لهذه الظاهرة من خلال محاولة ترشيد النفقات (عن طريق تكثيف الحملات التحسيسية والوقائية للحد من انتشار هذه الامراض ) ثم البحث عن اليات تمويل جديدة لمعالجة ظاهرة ارتفاع ديون المؤسسات الاستشفائية لدى الصيدلية المركزية للمستشفيات التي باتت تتقل كاهل المسيرين وبالتالي التأثير على أداء هذه المؤسسات .

## الفصل الرابع حساب التكاليف كآلية لتحسين أداء المؤسسة العمومية الاستشفائية

4- لوازم متنوعة: يتم تسجيل استهلاك هذه اللوازم شهريا وتتمثل:

-لوازم مكتبية.

-ألبسة ولوازم البياضة (أفرشة)

-مواد التنظيف

-مواد استهلاكية (اللوازم الخاصة بعمليات الصيانة ممثل أشغال الكهرباء النجارة.

-معدات وتجهيزات غير طبية.

-معدات تجهيزات طبية.

- الجدول رقم 27: استهلاك اللوازم المتنوعة من طرف المصالح لسنة 2020

المجموع	معدات وتجهيزات طبية	معدات وتجهيزات غير طبية	مواد استهلاكية	مواد التنظيف	ألبسة ولوازم البياضة	لوازم مكتبية	الأقسام
479 572,00	137 021,00	245 650,00	6 420,00	5 832,00	68 860,00	15 789 ,00	الطب الداخلي
743 380,08	473 287,08	188 650,00	8 560,00	7 143,00	62 100,00	3 640,00	أمراض القلب
292 084,50	93 359,50	125 650,00	5 090,00	2 412,00	12 200,00	53 373,00	الصحة العقلية
594 847,41	301 836,41	208 680,00	4 010,00	2 998,00	64 900,00	12 423,00	العلاج المكثف
860 825,00	487 539,00	254 840,00	3 330,00	4 890,00	60 700,00	49 526,00	الأمراض الصدرية
365 941,20	110 994,20	148 520,00	7 650,00	28 078,00	4 820,00	22 499,00	أمراض الكلى
26 315 879,96	24 792 873,96	264 450,00	148 300,00	378 963,00	434 500,00	116 793,00	الأمراض المعدية
572 954,50	248 780,50	154 420,00	12 860,00	20 211,00	78 500,00	58 173,00	طب الأورام
656 776,40	267 027,40	260 040,00	7 236,00	21 310,00	82 600,00	18 563,00	أمراض الدم
238 052,00	53 559,00	127 980,00	2 822,00	2 001,00	46 050,00	5 640,00	أمراض <b>ORL</b>
289 348,00	77 906,00	136 950,00	9 600,00	6 716,00	54 600,00	3 576,00	طب العيون
939 592,90	344 215,90	254 420,00	17 570,00	83 704,00	105 600,00	134 083,00	تصفية الدم
272 663,00	79 394,00	140 000,00	2 010,00	4 576,00	25 400,00	21 283,00	جراحة الأسنان
264 571,50	74 122,50	127 840,00	2 450,00	5 216,00	53 600,00	1 343,00	قاعة العمليات
259 747,50	148 715,50	45 680,00	660,00	14 313,00	32 600,00	17 779,00	قسم الأشعة
238 757,60	662 414,18	98 850,00	8 150,00	33 472,00	24 138,00	16 038,00	المخبر المركزي
238 757,60	89 626,60	76 950,00	17 820,00	22 981,00	28 600,00	2 780,00	مركز حقن الدم
2 951 409,34	920 334,34	376 000,00	161 710,00	108 471,00	228 480,00	156 414,00	مصالح اقتصادية
<b>37 179 465,07</b>	<b>29 543 007,07</b>	<b>3 235 570,00</b>	<b>426 248,00</b>	<b>753 297,00</b>	<b>1 511 628,00</b>	<b>709 715,00</b>	المجموع

المصدر: مكتب حساب التكاليف للمؤسسة العمومية الاستشفائية أسعد خالد معسكر

الفصل الرابع حساب التكاليف كآلية لتحسين أداء المؤسسة العمومية الاستشفائية

- الجدول رقم 28: استهلاك اللوازم المتنوعة من طرف المصالح لسنة 2021

الأقسام	لوازم مكتبية	ألبسة ولوازم البيضاة	مواد التنظيف	مواد استهلاكية	معدات وتجهيزات غير طبية	معدات وتجهيزات طبية	المجموع
الطب الداخلي	77 453,00	67 000,00	15 480,00	32 096,00	/	73 061,00	265 090,00
أمراض القلب	43 552,00	101 400,00	24 939,00	11 500,00	/	492 239,00	673 630,00
الصحة العقلية	11 716,00	51 250,00	4 571,00	3 210,00	/	66 426,50	137 173,50
العلاج المكثف	43 516,00	54 750,00	14 310,00	24 768,00	/	651 003,00	788 347,00
أمراض صدرية	103 103,00	79 600,00	31 037,00	23 700,00	/	1 139 623,00	1 377 063,00
أمراض الكلى	34 958,00	86 500,00	47 277,60	17 142,00	265 329,00	18 135,00	469 341,60
الأمراض المعدية	559 420,00	867 900,00	190 815,06	284 680,00	2 245 652,00	1 765 388,75	5 913 855,81
طب الأورام	74 290,00	73 600,00	47 010,10	37 484,00	356 647,00	123 074,00	712 105,10
أمراض الدم	93 312,00	124 200,00	77 845,10	25 828,00	316 850,00	191 427,00	829 462,10
أمراض ORL	37 518,00	33 500,00	3 129,00	10 910,00	/	9 935,00	94 992,00
طب العيون	21 001,00	49 900,00	12 989,00	133 800,00	/	28 860,00	246 550,00
تصفية الدم	47 029,00	114 400,00	182 513,20	119 764,00	847 156,00	124 361,00	1 435 223,20
جراحة الأسنان	3 681,00	36 800,00	8 570,40	1 350,00	/	141 614,00	192 015,40
قاعة العمليات	1 875,00	42 800,00	19 523,00	12 030,00	/	189 883,00	266 111,00
قسم الأشعة	37 330,00	3 950,00	13 327,90	14 510,00	645 528,00	22 926,00	737 571,90
المخبر المركزي	33 909,00	3 800,00	46 922,10	15 290,00	765 980,00	567 301,00	1 433 202,10
مركز حقن الدم	54 658,00	26 500,00	42 368,10	3 000,00	456 280,00	9 375,00	592 181,10
المصالح الاقتصادية	492 522,00	183 800,00	238 175,72	387 939,00	279 078,00	306 384,50	1 887 899,22
<b>المجموع</b>	<b>1 770 843,00</b>	<b>2 001 650,00</b>	<b>1 020 803,28</b>	<b>1 159 001,00</b>	<b>6 178 500,00</b>	<b>5 921 016,75</b>	<b>18 051 814,03</b>

المصدر: مكتب حساب التكاليف للمؤسسة العمومية الاستشفائية أسعد خالد معسكر

## الفصل الرابع حساب التكاليف كآلية لتحسين أداء المؤسسة العمومية الاستشفائية

- الجدول رقم 29: استهلاك اللوازم المتنوعة من طرف المصالح لسنة 2022

الأقسام	لوازم مكتبية	ألبيسة ولوازم البياضة	مواد التنظيف	مواد استهلاكية	معدات وتجهيزات غير طبية	معدات وتجهيزات طبية	المجموع
الطب الداخلي	166 226,00	63 700,00	19 445,00	102 396,00	156 850,00	756 358,00	1 264 975,00
أمراض القلب	194 556,00	286 500,00	13 481,00	86 837,00	198 670,00	632 591,00	1 412 635,00
الصحة العقلية	6 340,00	26 900,00	2 412,00	/	98 400,00	585,00	134 637,00
العلاج المكثف	35 905,00	78 800,00	5 839,00	40 395,00	288 390,00	693 010,00	1 142 339,00
الأمراض الصدرية	69 088,00	255 400,00	20 844,00	54 189,00	220 600,00	701 519,00	1 321 640,00
أمراض الكلى	47 760,00	4 200,00	43 926,00	3 000,00	154 830,00	219 718,00	473 434,00
الأمراض المعدية	113 823,00	408 160,00	103 824,00	120 905,00	215 640,00	1 743 722,00	2 706 074,00
طب الأورام	154 271,00	86 200,00	40 814,00	38 895,00	246 380,00	81 528,00	648 088,00
أمراض الدم	113 757,00	280 450,00	56 783,00	112 393,00	286 520,00	629 812,00	1 479 715,00
أمراض ORL	26 110,00	65 800,00	2 460,00	91 304,00	126 860,00	8 015,00	320 549,00
طب العيون	115 300,00	46 800,00	15 192,00	6 940,00	148 630,00	974 950,00	1 307 812,00
تصفية الدم	108 088,00	78 700,00	228 795,00	77 509,00	365 610,00	895 657,00	1 754 359,00
جراحة الأسنان	31 125,00	1 400,00	42 154,00	31 311,00	165 980,00	236 690,00	508 660,00
قاعة العمليات	24 005,00	13 350,00	32 208,00	12 037,00	174 600,00	796 909,00	1 053 109,00
قسم الأشعة	2 575,00	38 600,00	9 845,00	49 475,00	168 750,00	101 204,00	370 449,00
المخبر المركزي	39 965,00	27 650,00	45 749,00	147 890,00	86 950,00	263 907,00	612 111,00
مركز حقن الدم	16 580,00	1 900,00	64 049,00	54 000,00	136 960,00	259 282,00	532 771,00
المصالح الاقتصادية	1 680 537,00	791 200,00	262 528,00	1 262 392,00	586 400,00	633 396,00	5 216 453,00
<b>المجموع</b>	<b>2 946 011,00</b>	<b>2 555 710,00</b>	<b>1 010 348,00</b>	<b>2 291 868,00</b>	<b>3 827 020,00</b>	<b>9 628 853,00</b>	<b>22 259 810,00</b>

**المصدر: مكتب حساب التكاليف للمؤسسة العمومية الاستشفائية أسعد خالد معسكر**

ما يمكن استخلاصه من الجداول السابقة هو ان المؤسسة تقوم باقتناء حاجاتها وفق الامكانيات المالية المتوفرة، فعلى سبيل المثال استهلكت المؤسسة ما قيمته: 1 013 348,00 دج من مواد التنظيف سنة 2022 مقابل تخصيص مبلغ: 1 080 000,00 دج في المادة الخاصة بمواد التنظيف في ميزانية التسيير للمؤسسة، في حين نجدها قد استهلكت خلال نفس الفترة قيمة: 2 555 710,00 دج من الالبسة ولوازم البياضة مع العلم ان المبلغ المخصص لهذه المادة يقدر في الميزانية ب: 960 000,00 دج وهو ما يعني ان المؤسسة قامت باجراء تحويل للاعتمادات (Transfert de Crédits) في حدود القوانين المعمول بها -لإيفاء بالتزاماتها اتجاه الموردين .

أما الملاحظة الثانية فهي ان مصلحة الامراض المعدية استهلكت خلال سنتي 2020، 2021 ما قيمته: 26 315 879,96 دج ومبلغ: 5 913 855,81 دج على التوالي وهو ما يمثل: 70,78% و 32,76% من الاستهلاك الكلي للمؤسسة وهو الامر الذي يمكن تفسيره بتخصيص هذه المصلحة لاستقبال المرضى

المصابين بفيروس كورونا خلال هذه الفترة والتي تزامنت مع الارتفاع الكبير لعدد المصابين مع العلم ان المصالح الولائية قد خصصت المؤسسة العمومية الاستشفائية إسعد خالد كمؤسسة مرجعية لاستقبال المصابين بهذا الداء من كل انحاء الولاية، لتتخف هذه النسبة إلى: 12,15% سنة 2022 وهي الفترة الي شهدت انحصار الجائحة وعودة المؤسسة إلى ممارسة نشاطها الاعتيادي.

5-مصاريف الصيانة: تتضمن أعمال الصيانة والإصلاح مختلف العمليات الخاصة بإصلاح المباني ومختلف الشبكات (الكهرباء. الماء، ...) والتي يقوم بها عمال ينتمون إلى المؤسسة (الكهربائي، البناء، ، ، ويبين الجدول التالي قيمة مصاريف الصيانة الخاصة بسنوات 2020، 2021، 2022 حسب الأقسام.

الجدول رقم 30: مصاريف الصيانة والإصلاح لسنوات 2020، 2021، 2022

الأقسام	مصاريف الصيانة والإصلاح		
	2022	2021	2020
الطب الداخلي	102 396,00	86 750,00	66 420,00
أمراض القلب	86 837,00	92 750,00	81 560,00
الصحة العقلية	/	26 100,00	26 090,00
العلاج المكثف	40 395,00	109 216,00	114 010,00
الأمراض الصدرية	54 189,00	64 400,00	94 330,00
أمراض الكلى	3 000,00	75 600,00	67 200,00
الأمراض المعدية	120 905,00	154 272,00	140 860,00
طب الأورام	38 895,00	78 830,00	74 250,00
أمراض الدم	107 393,00	125 800,00	87 236,00
أمراض ORL	95 354,00	69 350,00	53 822,00
طب العيون	4 370,00	76 500,00	48 900,00
تصفية الدم	77 509,00	69 700,00	113 710,00
جراحة الأسنان	31 311,00	67 150,00	48 010,00
قاعة العمليات	12 037,00	48 300,00	63 500,00
قسم الأشعة	49 475,00	68 700,00	74 860,00
المخبر المركزي	147 890,00	87 600,00	75 150,00
مركز حقن الدم	54 000,00	79 800,00	89 820,00
الإدارة المصالح الاقتصادية	1 262 392,00	977 900,00	1 058 530,00
المجموع	2 295 288,00	2 358 718,00	2 378 258,00

المصدر: مكتب حساب التكاليف للمؤسسة العمومية الاستشفائية إسعد خالد معسكر

كما تمت الإشارة إليه، فان اعمال الصيانة والإصلاح المدرجة في هذا الجدول هي الاعمال التي يقوم بها العمال المهنيون الذين يزولون مهامهم بالمؤسسة، أما بالنسبة لمصاريف الصيانة التي تتطلب مختصين من خارج المؤسسة والتي تتم في إطار عقود مبرمة بين المؤسسة والجهات التقنية المختصة بالنسبة

للمعدات والأدوات الطبية فإنه يتم تحميلها ضمن المصاريف المشتركة وهو ما يفسر الاستقرار في المبالغ والقيم خلال فترة الدراسة (2020-2022) حيث انها تقدر بحوالي مليوني دينار جزائري سنويا وهي ما يناسب قيمة الاعتمادات المالية المخصصة للمادة الثانية من الباب الثامن: مواد البناء، الترخيص، الخردوات، الكهرباء، التدفئة والتكييف حيث قدرت قيمتها النهائية (بعد التحويلات )

ب: 3 250 000,00 دج سنة 2020، لتتخفف إلى: 1 931 500,00 دج سنة 2021، بينما بلغت سنة 2022 مبلغ: 4 062 000,00 دج، حيث ان هذه الفوارق بين المخصصات والاستهلاكات تمثل المخزون الباقي في اخر المدة والذي يجب ان يؤخذ بعين الاعتبار نظرا لطبيعة عمل المؤسسات الاستشفائية التي تختلف عن المؤسسات الخدمية الاخرى حيث انها تقدم خدماتها دون انقطاع (24 /24 ساعة).

5- المصاريف المشتركة (Charges communes)

هي عبارة عن مصاريف لا يمكن تجزئتها أو تحميلها على مراكز المسؤولية بالتفصيل، وإنما يتم تحميلها على المؤسسة الاستشفائية باعتبارها كيان موحد، ويظهر الجدول التالي المصاريف المشتركة الخاصة بالمؤسسة العمومية الاستشفائية اسعد خالد بمعسكر لسنوات 2020-2021-2022:

الجدول رقم 31: المصاريف المشتركة لسنوات: 2020-2021-2022

المصاريف المشتركة			
2022(دج)	2021(دج)	2020(دج)	
159 300,00	182 600,00	134 100,00	مصاريف المهام والتنقل داخل الإقليم الوطني
158 000,00	168 500,00	225 250,00	أتعاب الخبراء (المحامون)
654 560,00	955 130,00	1 081 115,00	صيانة عتاد وأثاث المكتب
728 437,50	651 440,50	618 182,75	اقتناء أجهزة الإعلام الآلي والبرامج
100 000,00	98 600,00	97 500,00	صيانة وإصلاح أجهزة الإعلام الآلي.
125 050,00	198 650,00	285 400,00	اقتناء وإصلاح عتاد الوقاية والأمن.
1 686 825,00	1 246 870,00	2 455 835,00	اقتناء وعتاد ولواحق المطبخ
4 949 412,49	4 863 186,57	5 234 758,69	مصاريف الماء، الغاز، الكهرباء ....
253 822,17	348 106,30	715 857,72	مصاريف البريد والمواصلات
897 680,00	444 150,00	351 968,00	نفقات الاشتراك بالانترنت
2 384 426,80	2 065 438,10	2 134 998,00	مصاريف الإعلان في الصحف
443 613,60	491 155,42	478 758,13	مصاريف التأمين
174 060,36	956 632,91	1 340 494,31	الوقود والزيوت
1 243 657,90	1 158 693,50	967 650,00	صيانة وإصلاح السيارات وشراء قطع الغيار
393 295,40	256 236,90	64 449,42	تأمين السيارات
1 450 250,00	1 943 258,40	3 031 110,00	صيانة، إعادة تأهيل وتهيئة المنشآت القاعدية
2 495 130,67	2 018 423,33	3 142 436,50	مواد البناء، الترخيص، الخردوات....
3 220 426,30	3 460 672,19	3 884 915,65	صيانة المساحات الخضراء، المسالك والقضاءات المشتركة
90 000,00	87 500,00	/	مصاريف التكوين وتحسين الأداء ...
577 500,00	248 900,00	/	مصاريف التنظيم والامتحانات والمسابقات المهنية
7 874 516,34	35 857 082,00	18 140 963,75	غازات طبية وأخرى
358 646,50	648 139,85	1 442 199,00	ملحقات وقطع الغيار الخاصة بالعتاد والأدوات الطبية
621 547,75	538 443,25	1 225 147,25	مصاريف الصيانة وإصلاح العتاد الطبي
<b>31 040 158,78</b>	<b>58 617 809,22</b>	<b>47 053 089,17</b>	<b>المجموع</b>

نلاحظ من خلال الجدول السابق ان قيمة المصاريف المشتركة -التي تعتبر أعباء غير مباشرة - مرتفعة مقارنة مع الميزانية الكلية حيث انها تقدر سنة 2020 ب: 47 053 089,17 دج من مجموع الميزانية المقدر ب: 200 137 700,00 دج وهو ما يمثل نسبة: 23,51% بالنسبة للميزانية الكلية، اما سنة 2021 فقد بلغت نسبة المصاريف المشتركة: 29,27% من مجموع ميزانية التسيير وهي نسب مرتفعة على اعتبار ان تحميلها على الاقسام يتم عن طريق مفاتيح خاصة بالتوزيع وهو ما قد يؤثر على حساب سعر تكلفة الانشطة الصحية .

اضافة الى ذلك، فنان الملاحظ هو ان ارتفاع قيمة المصاريف المشتركة يعود بالدرجة الاولى الى ارتفاع قيمة الغازات الطبية حيث قدرت سنة 2021 ب 35 857 082,00 دج وهو ما يمثل نسبة: 61,17% من مجموع المصاريف المشتركة وهو الأمر الذي يمكن تفسيره بزيادة الطلب على هذه المادة نتيجة لارتفاع عدد المصابين بداء كوفيد 19 خلال سنتي 2020 و2021 .

المطلب الثالث: أنشطة الأقسام الرئيسية والثانوية للمؤسسة

1- أنشطة الأقسام الاستشفائية: توضح الجداول الآتية البيانات الخاصة بالمرضى المقبولين وعدد الأيام الاستشفائية الخاصة بكل قسم من الأقسام الطبية الرئيسية، بالإضافة إلى معدل مكوث المريض وكذا معدل شغل الأسرة، ويشترط أن تكون فترة المكوث أكبر من 24 ساعة، أما بالنسبة للمرضى الذين تقل مدة مكوثهم عن 24 ساعة فإنه يتم اعتماد وحدات قياس أخرى، وكمثال على ذلك فإن مصلحة تصفية الكلى والتي يقوم فيها المريض بإجراء حصة الغسيل الكلوي (فترة أقل من 24 ساعة) يقاس نشاطها بعدد الحصص وهو ما توضحه الجداول التالية:

الجدول رقم 32: نشاط الأقسام الطبية الرئيسية للمؤسسة لسنة 2020

الأقسام	عدد الأسرة	عدد المرضى	عدد الأيام الاستشفائية	معدل المكوث (يوم)	نسبة تشغيل الأسرة (%)
الطب الداخلي	60	528	1 906	03	09,63
أمراض القلب	20	481	1 489	03	24,82
العلاج المكثف	20	229	998	04	27,72
الأمراض الصدرية	40	379	1 584	04	22,00
أمراض الكلى	08	308	1 278	04	44,38
الأمراض المعدية	36	2 516	14 258	05	110,02
طب الأورام	20	3 566	3 566	01	99,06
الأمراض الدم	20	1 005	6 898	06	95,81
أمراض الأنف الأذن، الحنجرة	20	254	573	02	23,88
طب العيون	20	652	1 096	01	26,10
المجموع	264	9 918	33 646	03	48,18

المصدر: مكتب تنظيم ومتابعة النشاطات الصحية وتقييمها بالمؤسسة العمومية الاستشفائية - اسعد خالد - بمعسكر

الجدول رقم 33: نشاط الأقسام الطبية الرئيسية للمؤسسة لسنة 2021

الأقسام	عدد الأسرة	عدد المرضى	عدد الأيام الاستشفائية	معدل المكوث (يوم)	نسبة تشغيل الأسرة (%)
الطب الداخلي	60	1 476	6 504	04	30,11
أمراض القلب	20	1 176	4 068	03	56,50
العلاج المكثف	20	972	4 584	04	63,67
الأمراض الصدرية	40	1 392	5 648	04	39,22
أمراض الكلى	08	456	1 284	02	44,58
الأمراض المعدية	36	708	2 400	03	18,52
طب الأورام	20	3 084	3 084	01	42,83
الأمراض الدم	20	1 692	6 032	03	83,78
أمراض الأنف الأذن، الحنجرة	20	868	1 688	01	22,44
طب العيون	20	1 056	1 440	01	20,00
<b>المجموع</b>	<b>264</b>	<b>12 880</b>	<b>36 732</b>	<b>02</b>	<b>38,65</b>

المصدر: مكتب تنظيم ومتابعة النشاطات الصحية وتقييمها بالمؤسسة العمومية الاستشفائية - اسعد خالد - بمعسكر

الجدول رقم 34: نشاط الأقسام الطبية الرئيسية للمؤسسة لسنة 2022

الأقسام	عدد الأسرة	عدد المرضى	عدد الأيام الاستشفائية	معدل المكوث (يوم)	نسبة تشغيل الأسرة (%)
الطب الداخلي	60	1 824	6 001	03	37,04
أمراض القلب	20	780	2 394	03	39,90
العلاج المكثف	20	233	1 308	05	27,25
الأمراض الصدرية	40	681	3 661	05	33,90
أمراض الكلى	08	433	2 339	05	81,22
الأمراض المعدية	36	659	3 726	05	28,75
طب الأورام	20	4 002	4 002	01	55,58
الأمراض الدم	20	1 065	3 696	03	51,33
أمراض الأنف الأذن، الحنجرة	20	662	1 252	01	29,81
طب العيون	20	1 632	2 035	01	42,40
المجموع	264	11 971	30 414	02	39,48t

المصدر: مكتب تنظيم ومتابعة النشاطات الصحية وتقييمها بالمؤسسة العمومية الاستشفائية - اسعد خالد - بمعسكر

\* بالنسبة لعدد المرضى وعدد الأيام الاستشفائية فهي بمثابة معلومات مصدرها مكتب القبول للمؤسسة.

\* بالنسبة لمعدل المكوث فإنه يحسب وفق العملية التالية:  $\frac{\text{عدد الايام الاستشفائية}}{\text{عدد المرضى}}$

\* بالنسبة لنسبة شغل الأسرة فهي تحسب وفق العملية التالية:  $\frac{\text{عدد الايام الاستشفائية}}{\text{عدد الاسرة} * 365} * 100$

من خلال الجداول السابقة، فإن أول ملاحظة يمكن تسجيلها فهي أن نسبة شغل الأسرة للسنوات الثلاثة لا تتجاوز 50%، وهو ما يعني أن المؤسسة تشتغل بأقل من نصف طاقتها الاستيعابية مقارنة مع المعدل المرجعي المقدر ب: 80% وهذا راجع للعديد من الأسباب لعل أهمها: .

- تزامن هذه الفترة مع الأزمة العالمية المتمثلة في وباء كورونا، حيث قررت السلطات الولائية تحويل المؤسسة خلال فترة الذروة (الموجة الأولى والثانية) إلى مؤسسة متخصصة في استقبال وعلاج المصابين

بهذا الداء مع تحويل بعض المصالح (الطب الداخلي، أمراض العلاج المكثف، الأمراض الصدرية، أمراض الأنف، الأذن والحنجرة وطب العيون) إلى مؤسسات استشفائية مجاورة وهو ما يفسر ضعف الأرقام الخاصة بهذه المصالح فيما يخص نسبة شغل الأسرة (6.63% نسبة شغل أسرة مصلحة الطب الداخلي سنة 2020)، وفي الوقت ارتفاع معدل أو نسبة شغل أسرة مصلحة الأمراض المعدية إلى 110.02% سنة 2020، وهذا يرجع لارتفاع عدد المصابين بالداء وهو ما اضطر إدارة المؤسسة إلى استغلال أسرة الأقسام الطبية الأخرى لاستيعاب عدد من المرضى الذين لم تعد طاقة استيعاب الأمراض المعدية والمقدرة بـ (36) سرير كافية لاستيعابهم.

-نقص التغطية الطبية المتخصصة في بعض المصالح مثل مصلحة أمراض القلب، الأمراض الصدرية، طب العيون، ...، حيث يؤدي تأخر التحاق الأطباء المختصين الجدد بمناصبهم لاستخلاف الأطباء المتنقلين من المؤسسة والمتوجهين إلى القطاع الخاص في اكتفاء هذه المصالح باستقبال المرضى وتحويلهم نحو مؤسسات استشفائية أخرى سواء في إقليم الولاية أو حتى ولايات مجاورة.

إضافة إلى ذلك: فإن معدل مكوث المرضى بالنسبة لأغلب الأقسام الاستشفائية يتراوح (3 إلى 5 أيام) وهو مؤشر على أداء جيد لهذه الأقسام إذا قورنت بالقيم المرجعية لمنظمة الصحة العالمية والمحددة بأقل من 07 أيام، في حين أن معدل مكوث الأقسام الخاصة بالجراحة (طب العيون، أمراض الأنف والأذن والحنجرة) يقدر بـ يوم (01) وهذا راجع لكون أغلب العمليات التي تتم بالمؤسسة هي عبارة عن عمليات جراحية بسيطة لا تتطلب مدة استشفائية كبيرة إذ يكفي أغلب المرضى بقضاء يوم واحد بالمؤسسة (24 سا).

## 2- نشاط مصلحة أقسام تصفية الكلى:

### جدول رقم 35: نشاط قسم تصفية الكلى لسنوات: 2020-2021-2022

2022	2021	2020	
9 783	10 483	11 020	عدد الحصص

المصدر: مكتب تنظيم ومتابعة النشاطات الصحية وتقييمها بالمؤسسة العمومية الاستشفائية - اسعد خالد - بمعسكر  
يتم تقديم العلاج في إطار مستشفى النهار (Hôpital du jour) والتي تتمثل في أداء الخدمة في مدة أقل من 24 ساعة، وبالنسبة لطبيعة الخدمة المؤداة في مصلحة تصفية الكلى، فإنها المصلحة تتوفر على 20 آلة لتصفية الكلى (génrateur d'hémodialyse) تعمل على مدار (06) أيام في الأسبوع (الجمعة مخصص للحالات الطارئة فقط).

لحساب معدل دوران الآلة، نأخذ سنة 2020 كمثال فإن العملية تكون كالآتي:  
\* 11 020 حصة سنويا تقابلها حوال 920 حصة شهريا .

\* 26/920 (عدد الايام شهريا مع استثناء يوم الجمعة) = 35 حصة يوميا

ومع توفر المصلحة على 20 آلة فإن معدل الآلة الواحدة هو (02) يوميا (02Branchements) وهو معدل مقبول ويؤدي إلى تقديم خدمة صحية ذات نوعية، إلا أن المشكل الرئيسي الذي يواجه المصلحة هو الأعطاب التي تحدث على هذه الآلات والتي يتطلب إصلاحها حضور تقنيين مختصين من المتعامل الوحيد والحصري على المستوى الوطني المتمثل في مؤسسة IMC الكائن مقرها بولاية وهران، وهو ما ينعكس بالسلب على الأداء في المصلحة.

3- **نشاط مخبر التحاليل:** يتم قياس نشاط المخبر من خلال مدونة (Nomenclature) تستعمل على المستوى الوطني حيث تحتوي على جميع التحاليل التي تقوم بها المخابر مع تخصيص رمزا Code لكل تحليل والتكميم الخاص به (cotation) كما هو موضح في بعض العينات التالية:

**جدول رقم 36: طبيعة التحاليل المخبرية**

الرمز Code	طبيعة التحليل	Nature de l'acte	التكميم	(Cotation)
1346	فحص اليوريك	(Urée)	B: 10	
1334	الكالسيوم	(Calcium)	B: 20	
1360	الكرياتين	'Créatine)	B: 10	
1433	فصيلة الدم	Gropage Sanguin	B: 30	

والجدول التالي يبين لنا مختلف التحاليل التي قام بها مخبر المؤسسة لسنوات 2020، 2021، 2022، بالإضافة إلى عدد وحدات (B) وهذا حسب المصالح.

الجدول رقم 37: نشاط المخبر لسنوات 2020، 2021، 2022.

2022		2021		2020		
B.ع	ع. التحاليل	B.ع	ع. التحاليل	عدد B	عدد التحاليل	
316604	6661	213621	3993	167840	3237	الطب الداخلي
271452	6904	171173	3582	80198	1701	أمراض القلب
226551	4886	153526	3220	44006	1066	العلاج المكثف
224461	4521	164934	3465	28583	660	الأمراض الصدرية
236610	6707	122121	3393	139441	2561	أمراض الكلى
330662	6703	301838	7864	317901	8922	الأمراض المعدنية
528327	9983	291106	5439	180565	3268	طب الأورام
401757	9212	267131	5910	187828	3580	أمراض الدم
26883	492	24174	488	15470	331	أمراض ORL
111612	1933	55180	892	37255	632	طب العيون
382871	9281	226235	5450	170762	4029	تصفية الكلى
3057790	67283	1991039	43696	1369849	29987	المجموع

المصدر: مكتب تنظيم ومتابعة النشاطات الصحية وتقييمها بالمؤسسة الاستشفائية - اسعد خالد -

4- نشاط قسم الأشعة: يتم قياس نشاط قسم الأشعة عن طريق وحدات "R" (Rodologie)، ويتم تفصيل هذه الوحدات من خلال وثيقة مفصلة (Nomenclature) تشمل مختلف مناطق الجسم التي تجري عليها عملية الأشعة، مع تخصيص رمز (code) ومعامل خاص لكل عملية كما هو موضح في العيانات التالية:

جدول رقم 38: نوعية نشاط قسم الأشعة

الرمز (Code)	طبيعة الأشعة	Nature de l'acte	المعامل (Cotation)
1196	الكتف	(Epaule)	R: 8
1199	الركبة	(Gennou)	R: 6
1217	الصدر	(Téléthorax)	R: 0
1259	السكانير	(Scanographie)	R: 90

الجدول رقم 39: نشاط قسم الأشعة لسنوات 2020 - 2021 - 2022

2022		2021		2020		
عدد وحدات R	عدد الأشعة	عدد وحدات R	عدد الأشعة	عدد وحدات R	عدد الأشعة	
9854	1071	5512	600	5230	562	الطب الداخلي
6868	744	3180	360	3230	343	أمراض القلب
8150	856	4488	473	3662	390	العلاج المكثف
20340	2121	12318	1288	10190	1046	الأمراض الصدرية
4522	483	2384	261	1650	179	أمراض الكلى
9520	1021	176158	2931	159864	2350	الأمراض المعدنية
6118	648	3526	388	2606	281	طب الأورام
7976	860	4348	486	3578	404	أمراض الدم
1778	188	1920	203	1870	209	أمراض ORL
4112	438	4076	419	2344	240	طب العيون
8136	871	3624	405	2554	282	تصفية الكلى
87374	9301	221534	7814	196778	6286	المجموع

المصدر: مكتب تنظيم ومتابعة النشاطات الصحية وتقييمها بالمؤسسة الاستشفائية - اسعد خالد -

5- نشاط غرفة العمليات: تقوم غرفة العمليات الخاصة بالمؤسسة بإجراء العمليات الجراحية الخاصة

بمصلحتي طب العيون وأمراض الأنف، الأذن والحنجرة ويم قياس النشاط عن طريق وحدات "K"

(Kotoge) والتي تظهر من خلال وثيقة مفصلة تشمل مختلف العمليات والتدخلات الجراحية الممكنة مثلما

يوضحه الجدول التالي:

جدول رقم 40: طبيعة نشاط غرفة العمليات

المعامل	العملية Nature de l'acte	الرمز	المصلحة
100 K	علاج عدسة العين (Traitement de la Cataracte)	0332	طب العيون
40 K	علاج الظفرة (Traitement de Ptréyglon)	0310	
20 K	Traitement d'une fracture de nez علاج كسر في الأنف	0392	أمراض الأنف،
30 K	Amygdalectomie chez enfant استئصال اللوزتين للأطفال	0434	الأذن والحنجرة

الجدول رقم 41: نشاط غرفة العمليات لسنوات: 2020، 2021، 2022

2022		2021		2020		
عدد وحدات K	عدد العمليات	عدد وحدات K	عدد العمليات	عدد وحدات K	عدد العمليات	
30075	423	21060	244	9725	133	طب العيون
1150	46	1985	87	2045	74	أمراض الأنف والأذن والحنجرة
31225	469	23045	331	11770	207	المجموع

المصدر: مكتب تنظيم ومتابعة النشاطات الصحية وتقييمها بالمؤسسة الاستشفائية- اسعد خالد - .

#### 6- نشاط قسم جراحة الأسنان:

بالنسبة لقسم جراحة الأسنان فإنه وإلى غاية سنة 2021، كان يستقبل فقط المرضى المقيمين بالمؤسسة ومع بداية سنة 2022 توسع نشاطه وأصبح يقدم خدمات صحية لفائدة ساكنة الولاية.

الجدول رقم 42: نشاط قسم جراحة الأسنان لسنوات: 2020، 2021، 2022.

2022		2021		2020		المعامل	الرمز	
عدد وحدات D	عدد الحصص	عدد وحدات D	عدد الحصص	عدد وحدات D	عدد الحصص			
7878	1313	384	64	612	102	6	0504	خلع (extraction d'une dent)
153480	3837	20800	520	14280	357	40	0483	Traitement de plaies
10605	1515	1513	217	329	47	7	0496	Soins de la pulpe et des canaux
171963	6665	22703	801	15221	506			المجموع

المصدر: مكتب تنظيم ومتابعة النشاطات الصحية وتقييمها بالمؤسسة الاستشفائية- اسعد خالد -

المبحث الثالث: حساب تكلفة الخدمات الطبية المؤداة

المطلب الأول: التوزيع الأولي للأعباء:

بعد عملية تسجيل جميع الأعباء والأنشطة الخاصة بالمؤسسة، تأتي مرحلة التوزيع الأولي للأعباء والتي تتم في نهاية كل فصل (ثلاثي) مع تجميع الفصول في نهاية السنة. وتجدر الإشارة إلى وجود أعباء تسدد بعد نهاية السنة في الفترة التكميلية التي تمتد إلى غاية 31 مارس من السنة الموالية وهي الأعباء التي يتم التعامل معها وفق تاريخ حصول العبء وليس تاريخ التسديد وهذا عملاً بالمبدأ المحاسبي الدورية (كل دوره تتحمل أعبائها) .

خلال عملية التوزيع الأولي للأعباء يتم تقسيم الأعباء إلى نوعين رئيسيين:

1- الأعباء المباشرة: وهي الأعباء التي يتم توزيعها على الأقسام الرئيسية والفرعية مباشرة حسب درجة استفادة هذه الأقسام منها وتتمثل في:

أ- أجور المستخدمين (الكتلة الأجرية): يتم تسجيل أجور العمال شهرياً، حسب وظائفهم ومؤهلاتهم وحسب الأقسام التي يمارسون مهامهم بها ويمكن تصنيفهم إلى ثلاث أقسام رئيسية:

- السلك الطبي: يضم الأطباء الأخصائيين، الأطباء العامون، الصيادلة، وجراحي الأسنان.

- السلك شبه الطبي: يضم العياديين النفسانيين، البيولوجيون، أعوان التخدير والإنعاش، الممرضون ومساعد التمريض.

- سلك الإدارة: يتكون من العمال الإداريين التقنيين والعمال المهنيين.

ب- مصاريف التغذية: يتم تسجيلها شهرياً، وبعد حسابه تكلفة الوجبة الواحدة من خلال قسمة قيمة المواد المستهلكة (اللحوم، الخضرو الفواكه، مواد غذائية عامة والخبز) على عدد الوجبات المقدمة (للمرضى والأطعم المناوبة،....). يتم توزيع هذه المصاريف على الأقسام المستهلكة لها من خلال عملية ضرب قيمة أو تكلفة الوجبة في عدد المرضى المتواجدين بكل قسم.

ت- الصيدلانية: تعتبر الأدوية واللوازم الطبية الأخرى (الضمادات، مواد المخبر، أفلام الأشعة...) من الأعباء المباشرة لأن عملية توزيعها على الأقسام الطبية تتم مباشرة حسب الأقسام المستهلكة لها، باستثناء الغازات الطبية التي تنقسم إلى نوعين حسب التعبئة:

-غازات طبية المعبأة في اسطوانات (Obus d'oxygène): يتم استهلاكها من طرف الأقسام حسب الطلب فهي تخضع لنفس التقسيم والتوزيع الخاص بالأدوية (توزيع مباشر).

-غازات طبية موزعة عبر الشبكة الداخلية (Oxygène Mural) : يتم توزيع المؤسسة بالغاز الطبي ويتم توزيعها على المصالح عن طريق شبكة خاصة لتوزيع الاكسجين (réseau d'oxygène)، حيث لا يمكن معرفة كمية الأكسجين المستهلكة من طرف كل قسم بصفة دقيقة، لذا يتم استعمال مفاتيح خاصة بالتوزيع سيتم التطرق لها لاحقا، (الأعباء الغير مباشرة).

ث- استهلاك اللوازم المختلفة: تعتبر من الأعباء المباشرة ويتم طلبها من قبل مختلف المصالح والاقسام حسب الحاجة، عن طريق المخازن الخاصة بالمؤسسة (مخزن الالبسة والافرشة، مخزن مواد التنظيف، مخزن اللوازم المكتبية،.....).

ج- مصاريف الصيانة: بدورها مصاريف الصيانة تنقسم إلى نوعين:

-مصاريف مباشرة: وهي المصاريف الخاصة بصيانة الأجهزة المكتبية والمعدات الطبية الخاصة بالمصالح الاستشفائية مثل صيانة أجهزة الإعلام الآلي أو صيانة جهاز طبي لمصلحة ما.

-مصاريف غير مباشرة: وهي الصيانة الخاصة بالمؤسسة ككل مثل صيانة المساحات الخضراء صيانة المولدات الكهربائية المصاعد.....الخ.

2- الأعباء الغير مباشرة: هي أعباء خاصة بمجموعة من الأقسام ولا يمكن تحديد أقساط الأقسام المستفيدة منها إلا من خلال مفاتيح توزيع، وهي بدورها تنقسم إلى قسمين رئيسيين:

-الأعباء غير المباشرة العامة: هي الأعباء التي تم صرفها على مجموعة من الأقسام في نفس الوقت، أو من أجل المؤسسة ككل وتمثل في:

\*مصاريف التأمين على المسؤولية المدنية

\*مصاريف التكوين.

\*الوثائق والاشترك في المجلات الدورية.

\*استهلاك الغازات الطبية، كما سبق ذكره فإن الغازات الطبية التي تستهلكها المصالح عن طريق شبكة التوزيع لا يمكن تحديد قسط كل قسم على حدى لذلك يتم اللجوء إلى مفاتيح التوزيع لتحديد ذلك.

- \* استهلاك اللوازم وقطع الغيار.
- \* صيانة المباني والمساحات الخضراء.
- \* استهلاك وشراء مواد البناء والخردوات والعقاقير.
- \* مصادر البريد والاتصالات
- \* التكاليف الملحقة وتتمثل في استهلاك (الطاقة الكهربائية، الماء والغاز ....)
- \* المصاريف الخاصة بحظيرة السيارات الوقود، الزيوت، قطع الغيار، العجلات ..... الخ
- \* مصاريف تنقلات تتمثل في الأعباء التي تتحملها المؤسسة والتي مصدرها تنقلات مستخدمي المؤسسة في إطار أداء مهامهم (مهام إدارية النقل المرضى .....).
- تمثل الجداول التالية عملية التوزيع الاولي للاعباء الخاصة بالمؤسسة العمومية الاستشفائية -إسعد خالد -لسنوات: 2020-2021-2022:

جدول رقم 43: التوزيع الاولي للاعباء لسنة 2020

النسبة	المجموع	م.مشتركة	الصيانة	لوازم مختلفة	الصيدلية	التغذية	الاجور	المصالح
	11 654 916,95	479 942,00	63 500,00	264 571,50	973 335,00		9 873 568,45	غرفة عمليات
	16 734 842,25	691 680,00	74 860,00	259 747,50	1 448 738,60		14 259 816,15	قسم الاشعة
	66 995 163,07	2 766 722,00	164 970,00	1 081 819,78	8 011 904,05		54 969 747,24	المخبر
	101 069 160,49	4 168 904,00	1 058 530,00	2 951 409,34		3 956 723,00	88 933 594,15	الادارة
5,25%	49 583 076,10	2 046 809,00	66 420,00	479 572,00	8 838 438,00	748 628,00	37 403 209,10	الطب الداخلي
3,03%	28 557 229,27	1 176 327,00	81 560,00	743 380,08	1 627 646,00	562 014,00	24 366 302,19	أمراض القلب
0,75%	7 120 849,31	291 729,00	26 090,00	292 084,50	2 736,00		6 508 209,81	صحة عقلية
3,97%	37 507 546,69	1 548 047,00	114 010,00	594 847,41	1 791 709,00	465 310,00	32 993 623,28	علاج مكثف
2,85%	26 855 888,61	1 110 453,00	94 330,00	860 825,00	913 801,00	568 014,00	23 308 465,61	أمراض صدرية
2,95%	27 865 680,32	1 148 095,00	67 200,00	365 941,20	13 891 410,82	499 416,00	11 893 617,30	أمراض الكلى
8,16%	77 033 374,64	3 180 789,00	140 860,00	26 315 879,96	19 277 082,75	6 484 486,00	21 634 276,93	أمراض معدية
28,21%	266 215 828,03	10 986 897,00	74 250,00	572 954,50	229 485 205,33	1 667 356,00	23 429 165,20	طب الأورام
21,34%	201 426 698,18	8 314 281,00	87 236,00	656 776,40	161 727 540,74	1 668 146,00	28 972 718,04	أمراض الدم
1,46%	13 752 726,94	569 342,00	53 822,00	238 052,00	64 010,00	27 174,00	12 800 326,94	<b>ORL</b>
2,10%	19 861 201,04	818 724,00	48 900,00	289 348,00	1 029 086,00	72 688,00	17 602 455,04	طب العيون
15,31%	144 463 471,77	5 961 626,00	113 710,00	939 592,90	101 322 422,13	3 117 333,00	33 008 787,74	تصفية الكلى
1,12%	10 574 382,80	437 594,00	48 010,00	272 663,00	34 677,00		9 781 438,80	جراحة أسنان
3,49%	32 925 821,01	1 359 834,00			31 565 987,01			أطراف أخرى
<b>100%</b>	<b>1 140 197 857,47</b>	<b>47 057 795,00</b>	<b>2 378 258,00</b>	<b>37 179 465,07</b>	<b>582 005 729,43</b>	<b>19 837 288,00</b>	<b>451 739 321 ,97</b>	<b>المجموع</b>

جدول رقم 44: التوزيع الاولي للاعباء لسنة 2021

النسبة	المجموع	م.مشتركة	الصيانة	لوازم مختلفة	الصيدلية	التغذية	الاجور	المصالح
	12 444 521,37	498 251,00	48 300,00	266 111,00	1 870 150,18		9 761 709,19	غرفة عمليات
	25 129 677,16	1 008 226,00	68 700,00	737 571,90	7 923 457,50		15 391 721,76	قسم الاشعة
	84 255 801,84	3 382 248,00	167 400,00	2 025 383,20	16 895 564,12		61 785 206,52	المخبر
	106 771 700,82	4 284 962,00	977 900,00	1 887 899,22		3 522 254,00	96 098 685,60	الادارة
3,98%	49 086 380,95	1 969 558,00	86 750,00	265 090,00	8 403 413,24	1 160 841,00	37 200 728,71	الطب الداخلي
2,99%	36 808 192,60	1 477 169,00	92 750,00	673 630,00	8 208 178,38	813 923,00	25 542 542,22	أمراض القلب
0,70%	8 618 334,53	345 845,00	26 100,00	137 173,50	154 414,16		7 954 801,87	صحة عقلية
3,74%	46 061 672,66	1 846 461,00	109 216,00	788 347,00	8 762 672,60	555 554,00	33 999 422,06	علاج مكثف
3,07%	37 871 028,57	1 518 201,00	64 400,00	1 377 063,00	9 311 257,81	954 631,00	24 645 475,76	أمراض صدرية
2,82%	34 714 546,37	1 395 104,00	75 600,00	469 341,60	14 967 509,06	714 457,00	17 092 534,71	أمراض الكلى
7,74%	95 381 080,23	3 827 743,00	154 272,00	5 913 855,81	51 175 249,23	5 156 463,00	29 153 497,79	أمراض معدية
26,45%	326 055 601,65	13 077 633,00	78 830,00	712 105,10	286 509 019,40	2 212 512,00	23 465 502,15	طب الأورام
27,03%	333 213 370,79	13 364 860,00	125 800,00	819 462,10	287 831 506,28	1 860 742,00	29 201 000,41	أمراض الدم
1,29%	15 896 843,22	638 934,00	69 350,00	94 992,00	2 119 847,54	82 484,00	12 891 235,68	<b>ORL</b>
1,98%	24 392 868,44	978 917,00	76 500,00	246 550,00	4 218 509,57	325 084,00	18 547 307,87	طب العيون
10,92%	134 617 058,07	5 398 700,00	69 700,00	1 435 223,20	89 254 734,76	3 947 102,00	34 511 598,11	تصفية الكلى
0,93%	11 406 771,84	457 219,00	67 150,00	192 015,40	645 699,16		10 044 688,28	جراحة أسنان
6,37%	78 568 985,14	3 153 638,00			75 415 347,14			أطراف أخرى
<b>100%</b>	<b>1 461 294 436,85</b>	<b>58 623 669,00</b>	<b>2 358 718,00</b>	<b>18 051 814,03</b>	<b>873 666 530,13</b>	<b>21 306 047,00</b>	<b>487 287 658,69</b>	<b>المجموع</b>

جدول رقم 45: التوزيع الأولي للاعباء لسنة 2022

النسبة	المجموع	م.مشتركة	الصيانة	لوازم مختلفة	الصيدلية	التغذية	الاجور	المصالح
	11 654 916,95	479 942,00	63 500,00	264 571,50	973 335,00		9 873 568,45	غرفة عمليات
	16 734 842,25	691 680,00	74 860,00	259 747,50	1 448 738,60		14 259 816,15	قسم الأشعة
	66 995 163,07	2 766 722,00	164 970,00	1 081 819,78	8 011 904,05		54 969 747,24	المخبر
	101 069 160,49	4 168 904,00	1 058 530,00	2 951 409,34		3 956 723,00	88 933 594,15	الإدارة
5,25%	49 583 076,10	2 046 809,00	66 420,00	479 572,00	8 838 438,00	748 628,00	37 403 209,10	الطب الداخلي
3,03%	28 557 229,27	1 176 327,00	81 560,00	743 380,08	1 627 646,00	562 014,00	24 366 302,19	أمراض القلب
0,75%	7 120 849,31	291 729,00	26 090,00	292 084,50	2 736,00		6 508 209,81	صحة عقلية
3,97%	37 507 546,69	1 548 047,00	114 010,00	594 847,41	1 791 709,00	465 310,00	32 993 623,28	علاج مكثف
2,85%	26 855 888,61	1 110 453,00	94 330,00	860 825,00	913 801,00	568 014,00	23 308 465,61	أمراض صدرية
2,95%	27 865 680,32	1 148 095,00	67 200,00	365 941,20	13 891 410,82	499 416,00	11 893 617,30	أمراض الكلى
8,16%	77 033 374,64	3 180 789,00	140 860,00	26 315 879,96	19 277 082,75	6 484 486,00	21 634 276,93	أمراض معدية
28,21%	266 215 828,03	10 986 897,00	74 250,00	572 954,50	229 485 205,33	1 667 356,00	23 429 165,20	طب الأورام
21,34%	201 426 698,18	8 314 281,00	87 236,00	656 776,40	161 727 540,74	1 668 146,00	28 972 718,04	أمراض الدم
1,46%	13 752 726,94	569 342,00	53 822,00	238 052,00	64 010,00	27 174,00	12 800 326,94	<b>ORL</b>
2,10%	19 861 201,04	818 724,00	48 900,00	289 348,00	1 029 086,00	72 688,00	17 602 455,04	طب العيون
15,31%	144 463 471,77	5 961 626,00	113 710,00	939 592,90	101 322 422,13	3 117 333,00	33 008 787,74	تصفية الكلى
1,12%	10 574 382,80	437 594,00	48 010,00	272 663,00	34 677,00		9 781 438,80	جراحة أسنان
3,49%	32 925 821,01	1 359 834,00			31 565 987,01			أطراف أخرى
<b>100%</b>	<b>1 140 197 857,47</b>	<b>47 057 795,00</b>	<b>2 378 258,00</b>	<b>37 179 465,07</b>	<b>582 005 729,43</b>	<b>19 837 288,00</b>	<b>451 739 321 ,97</b>	<b>المجموع</b>

## الفصل الرابع حساب التكاليف كآلية لتحسين أداء المؤسسة العمومية الاستشفائية

بالنسبة للأعباء المباشرة: والمتمثلة في (الأجور التغذوية الصيدلانية لوازم مختلفة ومصاريف الصيانة) فإنه يتم توزيعها مباشرة على الأقسام المستهلكة لها، وكمثال على ذلك في سنة 2020 تم تحميل الأعباء التالية على مصلحة أمراض القلب:

\* أجور : 24 366 302,19 دج

\*التغذية : 562 014,00 دج

\*صيدلانية : 1 627 646,00 دج

\*لوازم مختلفة : 743 380,08 دج

\*مصاريف الصيانة: 81 560,00 دج

بالنسبة للأعباء الغير مباشرة: يتم تحميلها وتوزيعها على مختلف الأقسام كالتالي:

\*يتم حساب النسبة المئوية الخاصة بالمصاريف المشتركة للمؤسسة نسبة الى مجموع الأعباء الأخرى

$$= \frac{\text{المصاريف المشتركة للمؤسسة بسنة 2020}}{\text{مجموع الأعباء المباشرة للمؤسسة}}$$

$$\frac{47\,053\,089,17}{2\,378\,258,00+31\,179\,465,07+582\,005\,729,43+19\,837\,288,00+451\,739\,321,97}$$

$$4.30\% = \frac{47\,053\,089,17}{1\,093\,140\,062,47} =$$

\*نحصل على قيمة المصاريف المشتركة الخاصة بقسم ما من خلال عملية ضرب قيمة الأعباء المباشرة

للقسم × 4.30 %، وكمثال الأعباء المشتركة لقسم الطبي الداخلي:

$$(66\,420,00+479\,572,00+8\,838\,438,00+748\,628,00+37\,403\,209,10) \times 30,4\%$$

الأعباء المشتركة لقسم الطب الداخلي = 2046 809,00 دج.

أهم ملاحظة في جدول التوزيع الأولي هي القيمة الإجمالية للأعباء المتحملة في المؤسسة والتي لا تتناسب مع قيمة الميزانية بالمؤسسة حيث نجد أن قيمة الأعباء الخاصة بسنة 2022 تقدر بـ: 1 772 140 683,30 دج في حين أن المبلغ الإجمالي للميزانية هو: 796 760 000,00 دج وهو ما يمثل فارق يقدر بـ: 975 380 683,30 دج حيث تبين بعد تحليلنا لمختلف الأرقام والمعطيات أن السبب الرئيسي لهذا الفارق هو ارتفاع قيمة ديون المؤسسة لدى الصيدلية المركزية للمستشفيات والتي قدرت سنة 2022 بـ: 348 101 677,15 دج إضافة إلى تكفل وزارة الصحة والسكان بتسديد مبلغ: 352 000 000,00 دج في إطار الملحق 2 (Annexe 2)، وهو الأمر الناتج عن الارتفاع الكبير في استهلاك المواد الطبية خاصة الأدوية الخاصة بمصلحتي طب الأورام وأمراض الدم، في مقابل ضعف الميزانيات المخصصة للمؤسسة في الباب الخاص بالأدوية حيث تم تخصيص مبلغ 8 000 000,00 دج لهذه المادة للسنة المالية 2022.

بالإضافة إلى ذلك يؤدي ارتفاع قيمة الأدوية المستهلكة (التي مثلت سنة 2022 نسبة 63.62% من قيمة الأعباء ونسبة 59.79% سنة 2021 في حين سجلت 51.04% سنة 2020) مع العلم أن هذه الديون لا يتم تسديدها من قبل المؤسسة بسبب عدم قدرتها على ذلك (عادة ما يتم مسح هذه الديون من قبل السلطات العليا في البلاد) وهو ما يؤدي إلى خلق حالة عدم توافق بين النسب الخاصة بالأعباء الناتجة عن عملية التوزيع الأولي والنسب الخاصة بالميزانية وعلى سبيل المثال: تمثل نسبة الأعباء حوالي 31,79% من القيمة الإجمالية للأعباء سنة 2022 حسب جدول التوزيع الأولي في حين أنها تصل إلى نسبة 75,72% حسب ميزانية التسيير الخاصة بالمؤسسة (تقدر نفقات المستخدمين بـ:

603 380 000,00 دج مقارنة بـ: 796 760 000,00 دج القيمة الإجمالية للميزانية)

المطلب الثاني: التوزيع الثانوي للأعباء

تتمثل هذه المرحلة في تحميل أعباء الأقسام الثانوية (قسم الأشعة، مخبر التحاليل، غرفة العمليات وقسم الإدارة العامة) على الأقسام الرئيسية للمؤسسة وفق نسب مئوية تمثل العلاقة بين نشاط القسم المعني والنشاط الكلي للمؤسسة .

المثال التالي يوضح تحميل أعباء قسم غرفة العمليات على مصلحتي طب العيون وأمراض الأنف، الأذن والحنجرة الخاصة بسنة 2020:

- مجموعة التوزيع الأولي لغرفة العمليات يقدر ب: 11 654 916,95 دج.

-نشاط قسم طب العيون: k 9 725 .

-النشاط الكلي لغرفة العمليات: k 11 770

$$\text{نسبة نشاط قسم طب العيون} = \frac{9\,725}{11\,770} = 82,63\%$$

-نشاط قسم أمراض الأنف في الأذن والحنجرة: k 2 045

$$\text{نسبة نشاط قسم أمراض الأنف الأذن والحنجرة} = \frac{2\,045}{11\,770} = 17,37\%$$

يتم توزيع قيمة أعباء قسم غرفة العمليات كالتالي:

$$\text{طب العيون} = 11\,654\,916,95 \times 82,63\% = 9\,634\,57,87 \text{ دج}$$

$$\text{أمراض الأنف الأذن والحنجرة} = 11\,654\,916,95 \times 17,37\% = 2\,024\,459,07 \text{ دج}$$

ويتم تطبيق نفس الطريقة لباقي الأقسام الثانوية (قسم الأشعة، مخبر التحاليل وقسم الإدارة العامة).

جدول رقم 46: التوزيع الثانوي للأعباء لسنة 2020

الأقسام	المصالح	غرفة عمليات	قسم الأشعة	المخبر	الإدارة	المجموع
الأقسام الثانوية	غرفة عمليات	11 654 916,95	/	/	/	/
	قسم الأشعة	/	16 734 842,25	/	/	/
	المخبر	/	/	66 995 163,07	/	/
	الإدارة	/	/	/	101 069 160,49	/
الأقسام الرئيسية	الطب الداخلي	/	444 759,20	8 209 054,40	5 306 130,93	13 959 944,53
	أمراض القلب	/	274 679,20	3 922 484,18	3 062 395,56	7 259 558,94
	صحة عقلية	/	/	/	758 018,70	758 018,70
	علاج مكثف	/	311 416,48	2 152 333,46	4 012 445,67	6 476 195,61
	أمراض صدرية	/	866 557,60	1 397 994,53	2 880 471,07	5 145 023,20
	أمراض الكلى	/	140 316,00	6 820 059,31	2 981 540,23	9 941 915,54
	أمراض معدية	/	13 594 834,56	15 548 537,91	8 247 243,50	37 390 615,97
	طب الأورام	/	221 614,24	8 831 434,15	28 511 610,17	37 564 658,56
	أمراض الدم	/	304 273,12	9 186 667,48	21 568 158,85	31 059 099,45
	<b>ORL</b>	2 024 999,90	159 024,80	756 637,70	1 475 609,74	4 416 272,14
	طب العيون	9 629 889,50	199 333,76	1 822 142,05	2 122 452,37	13 773 817,68
	تصفية الكلى	/	217 192,16	8 351 969,42	15 473 688,47	24 042 850,05
	جراحة أسنان	/	/	/	1 131 974,60	1 131 974,60
	أطراف أخرى	/	/	/	3 527 313,70	3 527 313,70
	<b>المجموع</b>	<b>11 654 889,40</b>	<b>16 734 001,12</b>	<b>66 999 314,59</b>	<b>101 059 053,56</b>	<b>196 447 258,67</b>

جدول رقم 47: التوزيع الثانوي للأعباء لسنة 2021

الاقسام	المصالح	غرفة العمليات	قسم الاشعة	المخبر	الادارة	المجموع
الاقسام الثانوية	غرفة عمليات	12 444 521,37	/	/	/	/
	قسم الاشعة	/	25 129 677,16	/	/	/
	المخبر	/	/	84 255 801,84	/	/
	الادارة	/	/	/	106 771 700,82	/
الاقسام الرئيسية	الطب الداخلي	/	625 226,16	9 040 440,72	4 249 513,69	13 915 180,57
	أمراض القلب	/	360 707,40	7 244 041,36	3 192 473,85	10 797 222,61
	صحة عقلية	/	/	/	747 401,91	747 401,91
	علاج مكثف	/	509 073,84	6 497 220,32	3 993 261,61	10 999 555,77
	أمراض صدرية	/	1 397 230,74	6 980 006,88	3 277 891,22	11 655 128,84
	أمراض الكلى	/	270 417,12	5 168 1760,72	3 010 961,96	8 449 539,80
	أمراض معدية	/	19 981 601,94	12 773 784,16	8 264 129,64	41 019 515,74
	طب الأورام	/	399 954,18	12 319 605,92	28 241 114,87	40 960 674,97
	أمراض الدم	/	493 193,64	11 304 983,92	28 860 390,73	40 658 568,29
	<b>ORL</b>	1 071 919,85	217 785,60	1 023 043,68	1 377 354,94	3 690 104,07
	طب العيون	11 372 610,60	462 340,68	2 335 217,60	2 114 079,68	16 284 248,56
	تصفية الكلى	/	411 070,32	9 574 265,20	11 659 469,73	21 644 805,25
	جراحة أسنان	/	/	/	992 976,82	992 976,82
	أطراف أخرى	/	/	/	6 801 357,34	6 801 357,34
	المجموع	<b>12 444 530,45</b>	<b>25 128 601,62</b>	<b>84 260 770,48</b>	<b>106 782 377,99</b>	<b>226 616 280,54</b>

## جدول رقم 48: التوزيع الثانوي للأعباء لسنة 2022

الاقسام	المصالح	غرفة العمليات	قسم الاشعة	المخبر	الادارة	المجموع
الاقسام الثانوية	غرفة عمليات	14 059 083,62	/	/	/	/
	قسم الاشعة	/	17 715 486,89	/	/	/
	المخبر	/	/	93 216 795,04	/	/
	الادارة	/	/	/	134 987 980,01	/
الاقسام الرئيسية	الطب الداخلي	/	1 997 898,50	9 659 588,04	9 894 618,93	21 552 105,47
	أمراض القلب	/	1 392 487,00	8 282 000,52	3 388 198,30	13 062 685,82
	صحة عقلية	/	/	/	796 429,08	796 429,08
	علاج مكثف	/	1 652 412,50	6 912 071,01	4 427 605,74	12 992 089,25
	أمراض صدرية	/	4 123 935,00	6 848 305,11	3 172 217,53	14 144 457,64
	أمراض الكلى	/	916 835,50	7 127 441,10	7 289 350,92	15 333 627,52
	أمراض معدية	/	1 930 180,00	10 088 497,62	6 344 435,06	18 363 112,68
	طب الأورام	/	1 240 424,50	16 119 256,77	44 330 052,64	61 689 733,91
	أمراض الدم	/	1 617 134,00	12 257 606,07	37 378 171,66	51 252 911,73
	<b>ORL</b>	517 787,50	360 489,50	820 200,33	1 363 378,60	3 061 855,93
	طب العيون	13 541 268,75	833 708,00	3 405 282,12	2 038 318,50	19 818 577,37
	تصفية الكلى	/	1 649 574,00	11 681 394,21	12 688 870,12	26 019 838,33
	جراحة أسنان	/	/	/	1 228 390,62	1 228 390,62
	أطراف أخرى	/	/	/	647 942,30	647 942,30
	<b>المجموع</b>	<b>14 059 056,25</b>	<b>17 715 078,50</b>	<b>93 201 642,90</b>	<b>134 987 980,00</b>	<b>259 963 757,65</b>

من خلال الجداول السابقة نستنتج ما يلي:

يقتصر نشاط غرفة العمليات على مصلحتي أمراض الأنف، الأذن والحنجرة (ORL) وطب العيون مع ملاحظة فرق شاسع بين نشاط المصلحتين خلال كل فترة الدراسة (03 سنوات) حيث قدر نشاط مصلحة طب العيون 82.63% سنة 2020 مقابل 17.73% لمصلحة أمراض الأنف والأذن والحنجرة ونفس الأمر بالنسبة لسنوات 2021/ 2022 وهو الأمر الذي يمكن تفسيره بتعداد المستخدمين حيث يقدر عدد الأطباء الأخصائيين في مصلحة طب العيون ب 04 أطباء بينما تتوفر مصلحة أمراض الأنف والأذن والحنجرة على طبيبين فقط بالإضافة إلى تأثر النشاط في جميع المصالح الاستشفائية بما فيها المصلحتين المعنيتين بجائحة كورونا.

-بالنسبة لقسم الأشعة فالملاحظة الرئيسية هي تحمل قسم الأمراض المعدية القسط الأكبر من أعباء هذا القسم حيث قدرت النسبة ب 31.23 % سنة 2020 في حين قدرت ب 79.51% سنة 2021 وبنسبة 23.27% سنة 2022 وهذا راجع لتزامن سنة 2020 و 2021 من نزوة جائحة الكورونا حيث استقبل قسم الأمراض المعدية كل المرضى المصابين بهذا الداء مع الإشارة إلى أن عملية تشخيص المصابين خلال هذه الفترة كانت تتم عن طريق إجراء فحص سكانير التابع لقسم الأشعة بالمؤسسة.

-نفس الملاحظة بالنسبة لقسم المخبر المركزي والذي قدرت نسبة أعباء قسم الأمراض المعدية سنة 2020 ب 23.20% من مجموع أعباء المخبر مقابل 15.16% سنة 2021 بالإضافة إلى ارتفاع الأعباء الخاصة بقسمي أمراض الدم وطب الأورام وتصفية الكلى وهي الأقسام التي تعمل بنظام الاستشفاء اليومي (l'hôpital du jour) والتي تتطلب إجراءات تحاليل قبل أي عملية إستشفاء للمرضى الوافدين لهذه المصالح .

- يؤدي الاعتماد على النسب المئوية كمفاتيح توزيع وحيدة لتحميل أعباء الاقسام الثانوية على الاقسام الرئيسية إلى الإخلال بأحد المبادئ المحاسبية وهو الملائمة (Pertinence)، حيث ان جدول التوزيع الثانوي يبين لنا ان نسبة تحميل مصلحتي طب الاورام وامراض الدم مجتمعتين تمثلان أكثر من 50 % من مجموع أعباء الادارة خلال كل مرحلة الدراسة (03 سنوات )، وهذا بسبب ارتفاع اعباء الادوية

## الفصل الرابع حساب التكاليف كآلية لتحسين أداء المؤسسة العمومية الاستشفائية

المستهلكة من المصلحتين وهو ما ينتج عنه ارتفاع في كل القيم المحملة عن طريق النسب المئوية مثل تحميل الاعباء المشتركة وكذلك التوزيع الثانوي للاعباء .

المطلب الثالث: حساب تكلفة وحدات عمل القسام الرئيسية والثانوية.

### 1-المرحلة الأولى: حساب تكلفة وحدة العمل للأقسام الثانوية

يتم خلال هذه المرحلة حساب تكلفة وحدة العمل للأقسام الثانوية (غرفة العمليات، قسم الأشعة، المخبر) وذلك من خلال قسمة مجموع أعباء القسم على عدد الوحدات المنتجة لذات القسم وكمثال على ذلك فإن أعباء قسم الأشعة خلال سنة 2020 هي: 16 734 842,25 دج، أما نشاط قسم الأشعة خلال نفس الفترة تقدر ب R 196 778 ومنه فإن تكلفة وحدة (R) لقسم الأشعة خلال سنة 2020:  $\frac{16\ 734\ 842,25}{196\ 778}$  وهو ما يعطينا تكلفة الوحدة (R) 85,04 دج .

### الجدول رقم 49: تكلفة وحدة العمل للأقسام الثانوية لسنة 2020

الأقسام	مجموع التوزيع الأولي	وحدة العمل	عدد وحدات العمل	تكلفة وحدة العمل
قاعة العمليات	11 654 916,95	K	11 770	990,22 دج
قسم الأشعة	16 734 842,25	R	196 778	85,04 دج
المخبر المركزي	66 995 163,07	B	1 369 849	48,90 دج
الإدارة العامة	101 069 160,49	/	/	/

المصدر: مكتب حساب التكاليف للمؤسسة العمومية الاستشفائية-إسعد خالد-

الجدول رقم 50: تكلفة وحدة العمل للأقسام الثانوية لسنة 2021

الأقسام	مجموع التوزيع الأولي	وحدة العمل	عدد وحدات العمل	تكلفة وحدة العمل
قاعة العمليات	12 444 521,37	K	23 045	540,00 دج
قسم الأشعة	25 129 677,16	R	221 534	113,43 دج
المخبر المركزي	84 255 801,84	B	1 991 039	42,31 دج
الإدارة العامة	106 771 700,82	/	/	/

المصدر: مكتب حساب التكاليف للمؤسسة العمومية الاستشفائية-إسعد خالد-

الجدول رقم 51: تكلفة وحدة العمل للأقسام الثانوية لسنة 2022

الأقسام	مجموع التوزيع الأولي	وحدة العمل	عدد وحدات العمل	تكلفة وحدة العمل
قاعة العمليات	14 059 083,62	K	31 225	450,25 دج
قسم الأشعة	17 715 486,89	R	87 374	202,75 دج
المخبر المركزي	93 216 795,04	B	3 054 790	30,51 دج
الإدارة العامة	134 987 980,01	/	/	/

المصدر: مكتب حساب التكاليف للمؤسسة العمومية الاستشفائية-إسعد خالد-

من خلال المقارنة بين الجداول يمكننا استخلاص ثلاث ملاحظات أساسية:

- تذبذب وعدم استقرار تكلفة وحدة العمل لقسمي الأشعة وقاعة العمليات مقابل نوع من الاستقرار بالنسبة لتكلفة وحدة عمل قسم المخبر المركزي حيث انخفضت تكلفة وحدة العمل لقسم العمليات

(K) بين السنتين 2020 / 2022 من 990,20 دج إلى 450,25 دج أي أكثر من النصف في حين ارتفعت تكلفة وحدة العمل لقسم الأشعة (R) من 85.04 دج سنة 2020 إلى 202,75 دج سنة 2022 وهو ما يمثل ارتفاع نسبة 238% وهذا راجع إلى سببين رئيسيين:

\*الارتفاع السنوي في قيمة الأعباء المباشرة ممثلة في أجور المستخدمين وأعباء الصيدلية حيث ارتفع عدد المستخدمين بالمؤسسة من 427 سنة 2020 إلى 476 سنة 2021 ثم إلى 505 سنة 2022 وهذا نتيجة لتنفيذ أحكام المرسوم التنفيذي رقم 19-336 المؤرخ في 08 ديسمبر 2019 القاضي بادماج العمال التابعين للمؤسسات والإدارات العمومية والذين يزاولون مهامهم في إطار عقود ما قبل التشغيل في مناصب عمل دائمة، بالإضافة إلى المراجعة الدورية لأجور العمال في إطار تطبيق برنامج السلطات العليا القاضي بتحسين القدرة الشرائية من خلال الزيادات السنوية في أجور جميع مستخدمي الوظيفة العمومي وكذلك مراجعة وتخفيض قيمة الضريبة على الدخل لمعظم المستخدمين والغائها لمن تقل أجورهم الشهرية عن 30 000,00 دج. في حين ارتفعت أعباء المستلزمات الطبية (الصيدلية) من 582 005 729,43 دج سنة 2020 إلى 873 666 530,13 دج سنة 2021 ثم إلى 127 427 013,81 دج سنة 2022 وهذا الارتفاع الذي يقارب الضعف سببه بالدرجة الأولى ارتفاع تكاليف قسم أمراض الدم وقسم طب الأورام (أمراض السرطان) .

\*عدم الاستقرار في قيمة عدد وحدات العمل الخاصة بالقسمين حيث قدر نشاط قاعة العمليات سنة 2020 ب 11 770 k ليرتفع إلى 23 045 k سنة 2021 ثم إلى 31 225 k سنة 2022 وهو الأمر الذي يمكن تفسيره بسبب:

- ✓ طبيعة وخصوصية الأنشطة الصحية: حيث وكما تمت الإشارة إليه في الجانب النظري فإن الخدمة الصحية تتميز بمجموعة من الميزات التي تجعلها تختلف عن باقي الخدمات الأخرى والتي من بينها عدم الاستقرار وصعوبة توقع وتقدير كمية ونشاط المصالح والأقسام الاستشفائية.
- ✓ تأثر جميع المصالح والأقسام - خاصة الثانوية- بجائحة كورونا، حيث تم تحويل المؤسسة إلى مؤسسة مرجعية لوباء كورونا من خلال تخصيصها بموجب قرار ولائي كمؤسسة مرجعية مختصة باستقبال المصابين بالوباء من جميع مناطق الولاية وهو ما أثر على النشاط المعتاد للمؤسسة وبصفة خاصة غرفة العمليات التي تم تحويل نشاطها من طب العيون وجراحة الأنف والأذن والحنجرة إلى استقبال الحالات الخاصة بالولادات القيصرية للمصابات بداء كورونا.

## الفصل الرابع حساب التكاليف كآلية لتحسين أداء المؤسسة العمومية الاستشفائية

### 2- المرحلة الثانية: حساب تكلفة وحدة العمل للأقسام الرئيسية:

يتم تحديد تكلفة وحدة قياس وحدة العمل للأقسام الرئيسية من خلال عملية قسمة الأعباء الكلية للقسم (مجموع التوزيع الأولي ومجموع التوزيع الثانوي على عدد وحدات العمل لنفس القسم حيث تعبر تكلفة وحدة العمل لكل قسم طبي عن تكلفة الخدمة الطبية المقدمة .

### الجدول رقم 52: تكلفة وحدة العمل للأقسام الرئيسية لسنة 2020:

تكلفة وحدة العمل(دج)	عدد وحدات عمل	وحدة العمل	المجموع الكلي	مجموع التوزيع الثانوي	مجموع التوزيع الأولي	
33 338,42	1 906	يوم استشفائي	63 543 020,63	13 959 944,53	49 583 076,10	الطب الداخلي
24 054,26	1 489	يوم استشفائي	35 816 788,21	7 259 558,94	28 557 229,27	أمراض القلب
		يوم استشفائي	7 878 868,01	758 018,70	7 120 849,31	صحة عقلية
44 071,89	998	يوم استشفائي	43 983 742,30	6 476 195,61	37 507 546,69	علاج مكثف
20 202,60	1 584	يوم استشفائي	32 000 911,81	5 145 023,20	26 855 888,61	أمراض صدرية
29 583,41	1 278	يوم استشفائي	37 807 595,86	9 941 915,54	27 865 680,32	أمراض الكلى
8 025,25	14 258	يوم استشفائي	114 423 990,61	37 390 615,54	77 033 374,64	أمراض معدية
85 188,02	3 566	يوم استشفائي	303 780 486,59	37 564 658,56	266 215 828,03	طب الأورام
33 703,36	6 898	يوم استشفائي	232 485 797,63	31 059 099,45	201 426 698,18	أمراض الدم
31 708,55	573	يوم استشفائي	18 168 999,08	4 416 272,14	13 752 726,94	<b>ORL</b>
30 688,89	1096	يوم استشفائي	33 635 018,72	13 773 817,68	19 861 201,04	طب العيون
15 290,95	11 020	حصة	168 506 321,82	24 042 850,05	144 463 471,77	تصفية الكلى
769,09	15 221	<b>D</b>	11 706 357,40	1 131 974,60	10 574 382,80	جراحة أسنان
			36 453 134,71	3 527 313,70	32 925 821,01	أطراف أخرى
			<b>1 140 191 033,38</b>	<b>196 447 258,67</b>	<b>943 743 774,71</b>	المجموع

الفصل الرابع حساب التكاليف كآلية لتحسين أداء المؤسسة العمومية الاستشفائية

الجدول رقم 53: تكلفة وحدة العمل للأقسام الرئيسية لسنة 2021

تكلفة وحدة عمل (دج)	عدد وحدات عمل	وحدة العمل	المجموع الكلي	مجموع التوزيع الثانوي	مجموع التوزيع الاولي	
9 686,59	6 504	يوم استشفائي	63 001 561,52	13 915 180,57	49 086 380,95	الطب الداخلي
11 702,41	4 068	يوم استشفائي	47 605 415,21	10 797 222,61	36 808 192,60	أمراض القلب
		يوم استشفائي	9 365 736,44	747 401,91	8 618 334,53	صحة عقلية
12 447,91	4 584	يوم استشفائي	57 061 228,43	10 999 555,77	46 061 672,66	علاج مكثف
8 768,80	5 648	يوم استشفائي	49 526 157,41	11 655 128,84	37 871 028,57	أمراض صدرية
33 616,89	1 284	يوم استشفائي	43 164 086,17	8 449 539,80	34 714 546,37	أمراض الكلى
56 833,58	2 400	يوم استشفائي	136 400 596,57	41 019 515,74	95 381 080,83	أمراض معدية
78 556,57	4 672	يوم استشفائي	367 016 276,62	40 960 674,97	326 055 601,65	طب الأورام
61 981,42	6 032	يوم استشفائي	373 871 939,08	40 658 568,29	333 213 370,79	أمراض الدم
11 603,64	1 688	يوم استشفائي	19 586 947,29	3 690 104,07	15 896 843,22	<b>ORL</b>
28 248,00	1 440	يوم استشفائي	40 677 117,00	16 284 248,56	24 392 868,44	طب العيون
14 906,22	10 483	حصة	156 261 863,32	21 644 805,25	134 617 058,07	تصفية الكلى
546,17	22 703	<b>D</b>	12 399 748,66	992 976,82	11 406 771,84	جراحة أسنان
			85 370 342,48	6 801 357,34	78 568 985,14	أطراف أخرى
			<b>1 461 309 016,20</b>	<b>228 616 280,54</b>	<b>1 232 692 735,66</b>	المجموع

## الفصل الرابع حساب التكاليف كآلية لتحسين أداء المؤسسة العمومية الاستشفائية

الجدول رقم 54: تكلفة وحدة العمل للأقسام الرئيسية لسنة 2022:

تكلفة وحدة عمل (دج)	عدد وحدات عمل	وحدة العمل	المجموع الكلي	مجموع التوزيع الثانوي	مجموع التوزيع الاولي	
22 055,36	6 001	يوم استشفائي	132 354 188,68	21 552 105,47	110 802 083,21	الطب الداخلي
21 280,17	2 394	يوم استشفائي	50 944 732,40	13 062 685,82	37 882 046,58	أمراض القلب
		يوم استشفائي	9 673 268,02	796 429,08	8 876 838,94	صحة عقلية
47 909,23	1 308	يوم استشفائي	62 665 271,46	12 992 089,25	49 673 182,21	علاج مكثف
13 581,44	3 661	يوم استشفائي	49 721 635,68	14 144 457,64	35 577 178,04	أمراض صدرية
41 498,29	2 339	يوم استشفائي	97 064 500,78	15 333 627,52	81 730 873,26	أمراض الكلى
23 987,41	3 726	يوم استشفائي	89 377 083,85	18 363 122,68	71 013 971,17	أمراض معدية
139 519,90	4 002	يوم استشفائي	558 358 621,53	61 689 733,91	496 668 887,62	طب الأورام
127 161,75	3 696	يوم استشفائي	469 989 829,46	51 252 911,73	418 736 917,73	أمراض الدم
14 598,80	1 252	يوم استشفائي	18 277 699,87	3 061 855,93	15 215 843,94	<b>ORL</b>
20 966,19	2 035	يوم استشفائي	42 666 193,68	19 818 577,37	22 847 616,31	طب العيون
17 190,49	9 783	حصّة	168 174 604,59	26 019 838,33	142 154 766,26	تصفية الكلى
87,37	171 963	<b>D</b>	15 024 237,92	1 228 390,62	13 795 847,30	جراحة أسنان
			7 833 227,47	647 942,30	7 185 285,17	أطراف أخرى
			<b>1 772 125 095,39</b>	<b>259 963 757,65</b>	<b>1 512 161 337,74</b>	المجموع

من خلال الجداول السابقة يمكن استخلاص ما يلي:

–بالنسبة لقسم الطب الداخلي، هناك فوارق في قيمة اليوم الاستشفائي حيث قدرت الليلة الواحدة في سنة 2020 ب: 33 338,42 دج وانخفضت سنة 2021 إلى: 9 686,59 دج وهو ما يمثل انخفاض بقيمة: 344 % لترتفع في سنة 2022 إلى: 22 055,36 دج، فإذا كان التغير بين سنتي 2020 و 2021 يمكن تفسيره

بالفرق الكبير في عدد الايام الاستشفائية الذي ارتفع من 1 906 يوم استشفائي سنة 2020 إلى: 6 504 سنة 2022 مع ثبات قيمة المجموع الكلي للاعباء، فان الفرق في تكلفة اليوم الاستشفائي بين سنتي 2021 و2022 والذي ارتفع من 686,59 دج إلى: 22 055,36 دج يستلزم من مسيري المؤسسة دراسة هذا الفارق خاصة في ظل تقارب عدد الايام الاستشفائية خلال هذه الفترة

6 504 مقابل 6 001، وقد تبين من خلال دراسة وتحليل جدول التوزيع الاولي للاعباء ان هذا الفارق ناجم عن الارتفاع الكبير في قيمة أعباء الادوية الذي قدر سنة ب: 8 403 413,24 دج سنة 2021 ليقفز سنة 2022 إلى: 60 983 711,66 دج أي بأكبر من سبعة أضعاف .

-بالنسبة لمصلحة الصحة العقلية، لا يمكن تقييم قيمة اليوم الاستشفائي لان المصلحة تقوم بتقديم الخدمات للمرضى في اطار الفحص مع تحرير الوصفات اللازمة لهم، اما المرضى الذين يستوجب علاجهم المكوث فانها تقوم بتحويلهم الى المستشفيات المتخصصة في الولايات المجاورة (وهران . سيدي بلعباس، ...).

-بالنسبة لمصلحة الامراض المعدية، فان الانخفاض المسجل في عدد الايام الاستشفائية بين سنة 2020 من جهة وسنتي 2021 2022 من جهة اخرى، فهو يعود بالدرجة الاولى الى استقبال المصلحة لعدد كبير من المرضى المصابين بغيروس كورونا في سنة 2020 وهو ما اضطر ادارة المؤسسة الى تخصيص اجنحة مصالح اخرى والحاقها بمصلحة الامراض المعدية، لذا يمكن القول ان نشاط المصلحة سنة 2020 والذي قدر ب: 14 258 يوم استشفائي هو نشاط استثنائي، بينما عادت المصلحة إلى نشاطها العادي في السنتين الموالتين ليستقر عند حوالي: 3 000 يوم استشفائي في السنة .

-شهد قسم جراحة الاسنان قفزة نوعية في عدد الاداءات المقدمة حيث ارتفع من: 15 221 سنة 2021 إلى: 171 963 سنة 2022 وهذا راجع لتحويل المصلحة من مصلحة داخلية تكتفي بتقديم الخدمات الصحية للمرضى الماكثين بالمؤسسة إلى مصلحة ولائية تقوم بتقديم خدماتها لساكنة الولاية .

خلاصة الفصل:

يطول الحديث عن مراقبة التسيير في القطاع الصحي نظرا لخصوصية تسيير هذه المؤسسات، حيث باتت هذه الاخيرة ملزمة بالبحث عن اليات ووسائل تسييرية تقودها إلى تحسين أدائها وهذا لمواكبة مجهودات الدولة الساعية إلى تقديم خدمات صحية مقبولة .

وعليه فقد جاء في هذا الفصل التعريف بالمؤسسة العمومية الاستشفائية -إسعد خالد- من خلال التطرق إلى نشأتها، الهيكل التنظيمي والتسيير المالي، حيث تم التطرق إلى طريقة حساب التكاليف كأداة لمراقبة التسيير ومن ثم تحسين أداء المؤسسة والمتمثلة في طريقة الاقسام المتجانسة المطبقة في المؤسسة بقرار من وزارة الصحة ابتداء من سنة 2002، والتي تتمثل في تقسيم المؤسسة إلى أقسام متجانسة للوصول إلى حساب تكلفة الخدمات الطبية المقدمة من خلال قسمة مجموع الاعباء الخاصة بكل قسم على عدد الوحدات المنتجة لذات القسم .

وقد أظهرت النتائج المتوصل إليها أن الطريقة المعتمدة تشوبها الكثير من النقائص التي يمكن تجاوزها من خلال تضافر جهود جميع المستخدمين، الاهتمام بقسم المحاسبة التحليلية واشراك الممارسين الطبيين في تحليل وتفسير النتائج المتوصل إليها لكي لا يقتصر تحسين أداء هذه المؤسسات على الجانب الاقتصادي فقط.

---

الختامة

## الخاتمة

يعتبر القطاع الصحي احد اكبر القطاعات الخدمية توسعا واكثرها نشاطا على مستوى العالم، فالخدمة الصحية تتطلب تقديمها، متابعتها، تقييمها ومحاولة تحسينها، هذا الهدف قد كان لتطور مفهوم الصحة أثرا كبيرا على ابعاد التنمية الاقتصادية وتحول هذا المفهوم من البعد الصحي ليشمل الابعاد الاقتصادية الاجتماعية والبيئية ذات الصلة بحياة السكان .

بالنسبة للجزائر، وبالرغم من المكاسب الاجتماعية التي حققتها سياسة مجانية العلاج التي اقترتها السلطات مع مطلع سبعينيات القرن الماضي، إلا ان هذه السياسة لم تستطع مواكبة التطورات الحاصلة داخليا وخارجيا انطلاقا من التحول الجذري الذي شهدته الجزائر بعد احداث 05 اكتوبر 1988 وما صاحبها من اصلاحات في مختلف القطاعات ومنها قطاع الصحة الذي انهكته المشاكل وواجه العديد من الصعوبات بفعل الازمة الامنية التي مرت بها البلاد وكذا النقص في التمويل الناجم عن تراجع اسعار النفط والذي مساغلب القطاعات، وهي الوضعية التي استمرت الى غاية مطلع الالفية، والتي شهدت انتعاشا في الاقتصاد الوطني بفعل الطفرة النفطية، وهو ما مكن الدولة الجزائرية من دفع عجلة التنمية على اكثر كن صعيد بما فيها قطاع الصحة الذي استفاد من اعتمادات مالية مهمة في اطار برنامج الانعاش الاقتصادي وكذا برنامج دعم النمو،...وهي الاعتمادات التي استغلت في تشييد العديد من الهياكل وتجديد التجهيزات خاصة الطبية .

وفي انتظار تطبيق قانون الصحة الجديد الصادر سنة 2018، والذي لم يطبق الى غاية اليوم، فان خارطة الصحية في الجزائر تتكون من ثلاثة انواع اساسية من المؤسسات الصحية العمومية وهي المراكز الاستشفائية الجامعية، المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية، والتي تعتبر الحجر الاساس في المنظومة الصحية في الجزائر والمسؤول الاول عن صحة المواطنين .

الا ان هذه المؤسسات تعاني من تعقيدات كبيرة في التسيير بفعل العديد من العوامل مثل خصوصية الأنشطة الاستشفائية (انتاج خدمات )، محدودية اليات التحفيز، عدم التنسيق داخل مراكز المسؤولية (بين الكوادر الطبية والكوادر الادارية ) والنقائص المسجلة في تطبيق المحاسبة التحليلية التي ورغم اعتبارها اداة فعالة في تحليل النشاط ومراقبة تطور الاعباء الا ان تطبيقها لم يراع العديد من الجوانب اهمها: حجم المؤسسة الاستشفائية، الرصيد العلمي المتواضع لاغلب مسيري هذه المؤسسات في مجال المحاسبة التحليلية، .....

وقد جاءت دراستنا لتتقف عند واقع مراقبة التسيير في المؤسسات العمومية الاستشفائية في الجزائر واثره على اداء هذه المؤسسات، ولغرض تحقيق هدف هذه الدراسة والاجابة على الاشكالية العامة فقد تم وضع مجموعة من الفرضيات التي تساعد على الاجابة على السؤال العام لهذه الدراسة .

#### اختبار فرضيات البحث:

-**الفرضية الأولى:** والتي مفادها ان عدم ادراك مسيري المؤسسات العمومية الاستشفائية لاهمية مراقبة التسيير يعتبر العائق الاساسي امام تطبيقها، ومن خلال حصر مجموعة من الدراسات السابقة تبين ان اغلب هذه الدراسات خلصت الى ان المحدودية العلمية لمسييري المؤسسات الاستشفائية في ميدان مراقبة التسيير يعتبر العائق الاساسي لتطبيقها بالاضافة الى عوامل اخرى مثل غياب مفهوم الاهداف، الاستراتيجية، النتائج بالاضافة الى ضعف التنسيق على المستوى المحلي والمركزي ومنه فان الفرضية الاولى مقبولة .

-**الفرضية الثانية:** والتي تفيد ان المؤسسة العمومية الاستشفائية تستخدم نظام معلومات فعال يهدف الى توفير المعلومات على جميع المستويات، فقد تبين من خلال الدراسة الميدانية بالمؤسسة ان نظام المعلومات بالمؤسسة ينحصر في مكتب القبول والملف الطبي للمريض المتمثل في البطاقة المكوكية ( Fiche navette ) وبالتالي فالفرضية الثانية مقبولة جزئيا، اي ان المؤسسة تستخدم نظام معلومات يوفر المعلومات على مستوى مكتب القبول فقط وليس على جميع المستويات بالمؤسسة ..

-**الفرضية الثالثة:** والتي مفادها ان وضع نظام محاسبي لحساب التكاليف مبني على خصوصية الانشطة الاستشفائية يساهم في تحسين أداء المؤسسات الاستشفائية، فقد اتضح من خلال الدراسة ان المؤسسة كتنظيم مركب له مخرجات (تتميز بالتنوع، عدم القابلية للتخزين وصعوبة تنميطها وقياسها) فهي بحاجة الى استخدام محاسبة التكاليف من اجل قياس تكلفة الخدمات المؤداة، كما ان هذه المحاسبة تساهم في تحقيق الرقابة على استخدام الموارد وتقييم وتحسين الاداء ومنه فالفرضية الثالثة مقبولة .

**نتائج البحث:** تمكنا من خلال هذا البحث من التوصل الى مجموعة من النتائج منها:

#### أ-نتائج الدراسة النظرية:

-يعتبر التسيير الاستشفائي من اصعب انواع التسيير، وهذا لطبيعة نشاط المؤسسات الاستشفائية المرتبط بحياة الانسان وكذلك التركيبة البشرية المتنوعة لهذه المؤسسات (الاطباء، الاداريون، ....)

- تعتبر المحاسبة التحليلية ومحاسبة التكاليف من الادوات الرئيسية لتسيير المؤسسات الاستشفائية لما توفره من معلومات حول تشكل التكاليف وطرق ترشيدها .
- يتطلب وجود نظام مراقبة التسيير توفر محاسبة تحليلية تضمن توفير معلومات دقيقة حول التكاليف وتساهم في اعداد الميزانيات التقديرية .
- يعتبر نظام المعلومات الاستشفائي العمود الفقري لمراقبة التسيير حيث انه يضمن توريد، تسجيل وتوزيع جميع المعلومات الادارية والمحاسبية وعلى كافة المستويات .
- من مكونات نظام المعلومات، نجد الملف الالكتروني الطبي ( D E M ) الغير مستغل بطريقة فعالة رغم انه يسهل وصول المعلومة الى كل من الطبيب والمريض كما انه يساهم في تخفيض التكلفة، الوقت والجهد .

#### ب-نتائج الدراسة التطبيقية:

- تخضع المؤسسات العمومية الصحية في الجزائر على اختلاف انواعها لنفس نمط التسيير .
- تشكل نفقات المستخدمين 70% من الميزانية وهو امر غير صحي يستوجب اعادة النظر فيه .
- ارتفاع تكاليف الادوية والمستلزمات الطبية مقارنة بالميزانية المخصصة لها وهو ما يحول دون تسديد مستحقات الصيدلية المركزية للمستشفيات وبقائها ديون على عاتق المؤسسة .
- الغياب الكلي لدور مصالح الضمان الاجتماعي كمراقب للتكاليف في اطار النظام التعاقدى .
- تسجيل القيمة الكلية للمعدات والتجهيزات بالمؤسسة في فترة الحصول عليها وعدم توزيع قيمتها على سنوات الاستغلال (الاهتلاكات ) وهو ما يؤثر بشكل كبير على حساب التكلفة .
- استخدام النسب المئوية في توزيع المصاريف المشتركة على الاقسام الرئيسية وفي توزيع اعباء الاقسام الثانوية على الاقسام الرئيسية والذي لا يراعي مقدار استقادة هذه الاقسام من المصاريف .
- عدم اخذ المخزون المتبقي بعين الاعتبار عند حساب التكلفة، وهو ما لا يبين القيمة الحقيقية للتكاليف.
- انعدام التكامل بين المحاسبة العمومية ومحاسبة التكاليف .

❖ اقتراحات البحث:

- من خلال ما تم تقديمه في الدراسة، ومن اجل تحسين بيانات محاسبة التكاليف وبالتالي تحسين اداء المؤسسات الاستشفائية، ارتأينا ان نقدم مجموعة من التوصيات المتمثلة في:
- تكوين المسيرين والمديرين في مجال التسيير الاستشفائي الحديث .
  - تعميم استعمال تكنولوجيا المعلومات على كافة مصالح المؤسسة بالشكل الذي يضمن توريد ونقل المعلومة الى المكان المناسب وفي الوقت المناسب من اجل تسهيل عملية التسيير .
  - اعداد نظام معلومات فعال يتماشى مع العمل الطبي والعمل الاداري في ان واحد .
  - اعادة النظر في الطريقة الحالية لحساب تكلفة الخدمات الصحية وتفاذي النقائص التي تم الاشارة اليها سابقا .
  - ادماج المحاسبة المالية في العملية التسييرية لتلعب دورا تكامليا مع محاسبة التكاليف .
  - واخيرا نامل اننا وفقنا في اختيار الموضوع وعرضه بالشكل الملائم والذي يحقق الغرض المعد من اجله

# قائمة المراجع

المراجع باللغة العربية:

الكتب:

- 1) ابراهيم درة عبد الباري، زهير نعيم الصباغ، إدارة الموارد البشرية في القرن الحادي والعشرون، الطبعة الثانية، دار وائل للنشر، 2010
- 2) أحمد محيو، محاضرات في المؤسسات الإدارية (ترجمة محمد عرب صاصيلا)، ديوان المطبوعات الجامعية، ط2، الجزائر،
- 3) أحمد نور، محاسبة التكاليف، مؤسسة شباب الجامعة، الاسكندرية، مصر، 1986
- 4) أحمد يوسف دورين، بطاقة الأداء المتوازن ومعوقات استخدامها في منظمات الأعمال، دار جليس الزمان للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2010
- 5) آيتن محمود سامح المرجوشي، تقييم الأداء المؤسسي في المنظمات العامة الدولية، ط1، دار النشر للجامعات، القاهرة، مصر، 2008.
- 6) بسيوني عبد الحميد، الصحة الالكترونية: بناء وتنمية الدولة، دار الكتب العلمية، القاهرة، 2008
- 7) البياتي حسين وعلي ذنون، المعايير المعتمدة في إقامة وإدارة المستشفيات: وجهة نظر معاصرة، دار وائل للنشر، عمان، الأردن، 2009
- 8) تامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، دار اليازوري للنشر والتوزيع، الأردن، 2005
- 9) ثابت عبد الرحمان ادريس وجمال الدين محمد المرسي، الإدارة الاستراتيجية، مفاهيم ونماذج تطبيقية، الدار الجامعية، الاسكندرية، مصر، 2006
- 10) جمال الدين سامي، أصول القانون الإداري، تنظيم السلطة الإدارية والأدارة المحلية، التنظيم القانوني للوظيفة العامة، نظرية العمل، منشأة المعارف، الاسكندرية، 2004
- 11) حسن الغالبي ومحمد إدريس، الإدارة الاستراتيجية منظور منهجي متكامل، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2009
- 12) حلمي محمود، العقد الإداري، ط2، دار الفكر العربي، القاهرة، 1977
- 13) الحميد عبد الفتاح، المغربي، الإدارة الاستراتيجية بقياس الأداء المتوازن، المكتبة العصرية للنشر، مصر، 2007
- 14) خالد عبد الرحيم الهنيدي، إدارة الموارد البشرية مدخل استراتيجي، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، 2003
- 15) زغلاني عبد المجيد، موسوعة القانون الجزائري، دار بيري للنشر، الجزائر، 2009
- 16) زهير ثابت، سلسلة الدليل العلمي لمدير القرن 21، كيف تقيم أداء الشركات والعاملين، دار قباء للنشر، القاهرة، 2001
- 17) زياد محمد الشрман، مقدمة في نظم المعلومات الإدارية، ط1، دار صفاء للنشر، عمان الأردن، 2004
- 18) سوزي عدلي ناشد، الوجيز في المالية العامة، دار الجامعية الجديدة للنشر، مصر، 2000
- 19) الشامي علي حسن، الادارة العامة والتحديث الاداري (مقارنة نظرية تطبيقية )، شركة رشاد برس، بيروت، 1995
- 20) صالح الرزق، عطا الله خليل بن داود، مبادئ محاسبة التكاليف، دار زهران للنشر والتوزيع، عمان، الاردن، 2006
- 21) صلاح الدين عبد الباقي، إدارة الموارد البشرية، الدار الجامعية للنشر والتوزيع، الإسكندرية، مصر، 2000

- (22) طارق الساطي، الإصلاح الإداري في الجمهورية العربية السورية، دمشق، دار الفكر، 1974
- (23) ظاهر حسن الغالبي ووائل محمد إدريس، أساسيات الأداء وبطاقة التقييم المتوازن، الطبعة الأولى، دار وائل للنشر للنشر عمان، الأردن، 2008
- (24) الطيب حسن أبشر، فلسفة التطوير الإداري ودور القيادات الإدارية في تحقيق فعالية المجلة العربية للإدارة، المجلد 19، العدد الأول، 1999
- (25) عامر ابراهيم قندلجي، علاء الدين عبد القادر الجناني، نظم المعلومات الإدارية، دار المسيرة، عمان، الأردن، 2009
- (26) عبد العليم عبد الحليم، الأسس النظرية لمحاسبة التكاليف، مكتبة الإشعال الفنية، مصر، 1994
- (27) العجلوني موسى طه، إدارة المعلومات والسجلات الطبية، المطبعة النموذجية، عمان، الأردن، 1989
- (28) قاسم عبد الرزاق محمد، نظم المعلومات المحاسبية، ط1، دار العلمية للنشر والتوزيع، عمان، 2003
- (29) محمد النذير حرشاني، إدارة المستشفيات، معهد الإدارة العامة، المملكة العربية السعودية، 1990
- (30) محمد سامي راضي، مبادئ محاسبة التكاليف، الدار الجامعية، الاسكندرية، 2003
- (31) محمد عبد حسين الطائي، نظام المعلومات الإدارية، ط2، دار الكتاب للطباعة والنشر، الموصل، العراق 2000
- (32) محمد هاني محمد، إدارة وتنظيم وتطوير الأعمال، قياس الأداء المتوازن، دار المعتز للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2014
- (33) محمود عبد الفتاح رضوان، تقييم أداء المؤسسات معايير الأداء المتوازن، المجموعة العربية للتدريب والنشر، القاهرة، مصر، 2013
- (34) محمود محمود السجاعي، محاسبة التكاليف في المنظمات الصحية، مدخل نظم المعلومات، ط1، المكتبة العصرية للنشر والتوزيع، القاهرة، 2009
- (35) ناصر دادي عدون، المحاسبة التحليلية، الجزء الأول، دار المحمدية العامة، الجزائر، 1999
- (36) ناصر دادي عدون، تقنيات مراقبة التسيير، دار المحمدية العامة، الجزائر، 2000
- (37) نجلاء أحمد ياسين، الرقمنة وتقنياتها في المكتبة العربية، العربي للنشر والتوزيع، ط1، 2013
- (38) نور الدين بشير تاوريث، الفاعلية التنظيمية بين النظرية والتطبيق، فهم المبادئ حل للمشكلات التنظيمية، عالم الكتاب الحديث للنشر، الأردن، 2009
- (39) نور الدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، ط1، دار كتامة للكتاب، الجزائر
- (40) الهواري معراج والباهي مصطفى، مدخل إلى مراقبة التسيير، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2011
- (41) ياسر العدوان، نماذج لمفاهيم الإصلاح الإداري في الوطن العربي، عمان، المنظمة العربية للعلوم الإدارية، 1986.

### الأطروحات والرسائل:

- (1) ابتسام ساحل، أثر لوحة القيادة في تحسين أداء المؤسسة الاقتصادية، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية، التجارية وعلوم التسيير جامعة العربي بن مهيدي، أم البواقي، الجزائر، 2015.
- (2) أحلام فوغالي، التسيير العمومي الجديد وإصلاح البيروقراطيات الدولية - الامم المتحدة ووكالاتها المتخصصة نموذجاً، رسالة ماجستير، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة الحاج لخضر باتنة، الجزائر، 2013

- (3) أمير جيلالي، محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظومة الاستشفائية الجزائرية، أطروحة دكتوراه في العلوم الاقتصادية، جامعة الجزائر، 2009
- (4) أنوار البشير، لوحة القيادة وعلاقتها بالفاعلية التنظيمية لدى رؤساء أقسام الأكاديمية بالجامعات الأردنية من وجهة نظر أعضاء هيئة التدريس، رسالة ماجستير، كلية العلوم، جامعة الشرق الاوسط، عمان، الاردن، 2021
- (5) بحورة خولة، دور لوحة القيادة في اتخاذ القرارات المالية في المؤسسة الاقتصادية، دراسة حالة المؤسسة الوطنية للكهرباء والغاز بحاسي مسعود، رسالة ماجستير، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، الجزائر 2015
- (6) بن لخضر محمد العربي، دور لوحة القيادة في تحسين القرارات التوجيهية في المؤسسة الاقتصادية الجزائرية، أطروحة دكتوراه، جامعة أبي بكر بلقايد، تلمسان الجزائر، 2015.
- (7) بونقيب أحمد، دور لوحات القيادة في زيادة فعالية مراقبة التسيير - دراسة حالة المؤسسة الوطنية لأجهزة القياس والمراقبة -، رسالة ماجستير، جامعة محمد بوضياف، المسيلة، الجزائر، 2006.
- (8) درحمن هلال، المحاسبة التحليلية نظام معلومات لتسيير ومساعد على اتخاذ القرار في المؤسسة الاقتصادية، دراسة مقارنة، أطروحة دكتوراه في العلوم الاقتصادية، جامعة يوسف بن خدة، الجزائر، 2005
- (9) سالم باشوية، الرقمنة في المكتبات الجامعية الجزائرية، رسالة ماجستير، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، جامعة الجزائر، الجزائر، 2008.
- (10) عادل بن عبد الله، المسؤولية الإدارية للمرافق الاستشفائية، أطروحة دكتوراه، كلية الحقوق، جامعة محمد خيضر، بسكرة، الجزائر، 2011.
- (11) عبد الوهاب سويسي، الفعالية التنظيمية تحديد المحتوى والقياس باستعمال أسلوب لوحة القيادة، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الاقتصادية، التجارية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر، 2004.
- (12) عدنان مريزق، واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية، أطروحة دكتوراه، جامعة الجزائر، قسم علوم التسيير، 2007
- (13) العشي أحلام، لوحة القيادة المالية واثرها على تسيير المؤسسة، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية، التجارية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر 03، الجزائر، 2016
- (14) علوان كريمة، التنظيم الاستشفائي بين القوانين والممارسة، دراسة ميدانية، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الجزائر، 2009.
- (15) العمري الحاج، دراسة أثر تطور تكنولوجيا الاعلام والتصال على النمو الاقتصادي -دراسة قياسية لحالة الدول العربية -، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الاقتصادية، التجارية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر 03، الجزائر، 2018
- (16) فيصل بن معيض آل سمير القحطاني، استراتيجيات التطوير والاصلاح الاداري ودورها في تعزيز الامن الوطني، أطروحة دكتوراه في الفلسفة الامنية، كلية الدراسات العليا، قسم العلوم الادارية، جامعة نايف العربية للعلوم الامنية، الرياض، المملكة العربية السعودية، 2006.
- (17) كريمة لعرابي، تحديث التسيير العمومي في الجزائر بين الرهانات المعلنة والنتائج المحققة 2001-2015. أطروحة دكتوراه، كلية العلوم السياسية والعلاقات الدولية، جامعة الجزائر 3، الجزائر، 2017.
- (18) محمد الخطيب نمر، اعتماد طريقة الاقسام المتجانسة في المحاسبة التحليلية لتحديد الاسعار، دراسة حالة مؤسسة صيانة وتوزيع العتاد الفلاحي والري بورقلة، رسالة ماجستير، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، 2006.

- 19) مريم طويجيني، دور لوحة القيادة في اتخاذ القرارات المالية في المؤسسات الاقتصادية، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية، التجارية وعلوم التسيير، جامعة العربي بن مهيدي، أم البواقي، الجزائر، 2019
- 20) ناصر النابلي، فعالية نظام الرقابة المالية في الجزائر، أطروحة دكتوراه، كلية الحقوق جامعة باجي مختار، عنابة، 2015
- 21) نصر الدين عيساوي، مراقبة التكاليف في مؤسسة استشفائية -دراسة حالة مستشفى حي البير بقسنطينة-، رسالة ماجستير، معهد العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الاخوة منتوري، قسنطينة، الجزائر، 2005.

### المدخلات والملتقيات:

- 1) بن البار سعد، فيجل عبد الحميد، ضرورة اعتماد النمط التعاقدى كأسلوب جديد للتحكم في تزايد النفقات الصحية، تطوره وعقباته في التجربة الجزائرية، مداخلة في ملتقى دولي حول سياسات التحكم في النفاق الصحي، جامعة المسيلة، 22-25 نوفمبر 2015.
- 2) جميلة بوشو، محمد بولصام، لوحة القيادة كأداة من أدوات مراقبة التسيير في المؤسسة الاقتصادية، دراسة حالة مؤسسة بوفال، الملتقى الوطني حول مراقبة التسيير كآلية لحوكمة المؤسسات وتفعيل الإبداع، جامعة البليلة، 2017
- 3) زهية بركان وحورية كتمر، لوحة القيادة كأداة لمراقبة التسيير داخل المؤسسة الاقتصادية، الملتقى الوطني حول مراقبة التسيير كآلية لحوكمة المؤسسات وتفعيل الإبداع، جامعة البليلة، الجزائر، 2017.
- 4) زهية بوديار وشوقي جباري، لوحة القيادة كأسلوب فعال لاتخاذ القرار في المؤسسة، الملتقى الوطني حول صنع القرار في المؤسسة الاقتصادية، جامعة محمد بوضياف، المسيلة، الجزائر، 2009.
- 5) سلمية رقاد وزينب بوغازي، واقع لوحات القيادة في المؤسسات الجزائرية - دراسة حالة مؤسسة BCR-، الملتقى الوطني حول واقع تقنيات التسيير في المؤسسات الجزائرية، جامعة المسيلة، 2013
- 6) مريم مقدم، دور لوحة القيادة وبطاقة الاداء المتوازن في قياس وتقييم أداء الموارد البشرية، الملتقى الوطني حول صنع القرار في المؤسسة الاقتصادية، جامعة محمد بوضياف، المسيلة، الجزائر، 2009.

### المجلات:

- 1) بثينة راشد الكعبي. قاسم علي عمران، دور بطاقة الأداء المتوازنة في تقويم أداء المستشفيات الحكومية غير الهادفة للربح-دراسة تطبيقية في مستشفى الدكتور كمال السامرائي، مجلة الإدارة والاقتصاد، العراق، العدد 87، 2011
- 2) تيشات سلوى، المانجمنت العمومي الجديد كمدخل لإصلاح الإدارة العمومية -دراسة حالة بعض دول منظمة التعاون والتنمية الاقتصادية -، المجلة الجزائرية للتنمية الاقتصادية، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، العدد 05، 2018
- 3) جودة عبد الرؤوف زغلول، تعزيز آليات جوكمة الشركات باستخدام نظام إدارة الأداء الاستراتيجي للجليل الثالث لمقياس الأداء المتوازن، المجلة العلمية للتجارة والتحويل، كلية التجارة، جامعة طنطا، ع2، 2006.
- 4) حكمت محمد فريح، أثر نظام المعلومات الإدارية في صناعة القرارات الإدارية، دراسة لأراء عينة من المسؤولين الإداريين في كليات جامعة تكريت، مجلة الكوين للعلوم الإدارية والاقتصادية، المجلد 4، العدد 10، 2008.

- (5) خالد محمد عبد المومن لبيب، مدخل مقترح لتطوير فعاليات تقييم أداء منشآت الأعمال باستخدام نماذج الأداء الاستراتيجي، مجلة العلوم الإدارية، العدد الأول، كلية التجارة جامعة القاهرة، مصر، 2001.
- (6) صوفي عبد الوهاب، طبيعة العقد النفسي في المؤسسة العمومية والمؤسسة الخاصة، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، ورقلة، العدد 13، ديسمبر 2013.
- (7) عاشور طارق، مقارنة التسيير العمومي الجديد كالية لتدعيم وتعزيز تنافسية وكفاءة المنظمات الحكومية، مجلة أداء المؤسسات الجزائرية، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر، العدد 1، 2012.
- (8) عبد اللطيف عبد اللطيف وحنان تركمان، بطاقة الأداء المتوازنة كأداة لقياس الأداء، مجلة جامعة تشرين للدراسات والبحوث العلمية، سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية كلية الإقتصاد، جامعة تشرين، دمشق، سوريا، 2005
- (9) عرابة الحاج، ازواجبة السلطة في المستشفيات: المفهوم الاشكالية، مجلة الباحث، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، الجزائر، عدد 7، 2009
- (10) عميروش بوشلاغم، شروط تطبيق نظام مراقبة التسيير بالمؤسسات الصحية العمومية في الجزائر، مجلة العلوم الإنسانية، العدد 42، جامعة قسنطينة 1، الجزائر، 2014
- (11) قرقاد عادل محمد وزغيب مليكة، دور لوحة القيادة كأداة لمراقبة التسيير في تفعيل حوكمة المؤسسة، مجلة ميلاف للبحوث والدراسات، جامعة عبد الحقيظ يوصوف، ميلة، الجزائر، العدد 1، 2018.
- (12) كمال بن معزوز، لوحة القيادة: دورها في إدارة المنظمات وطريقة انشائها، مجلة الحقوق والعلوم الإنسانية، دراسات اقتصادية 3، جامعة زيان عاشور، الجلفة، الجزائر، (1)، 2007
- (13) لمين علوطي ونزيرة وراتي، لوحة القيادة كأداة لمراقبة التسيير في المؤسسات الاقتصادية العمومية، مجلة جامعة الأغواط، العدد 28، 2017
- (14) محمد السعيد جوال، ترقية أداء العمومي في ظل مقارنة التسيير العمومي الجديد، دراسة نظرية تحليلية، مجلة اقتصاديات شمال إفريقيا، العدد 14، السداسي الأول 2016

### الجرائد الرسمية:

- (1) المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 02 جمادي الأولى 1428هـ الموافق ل 19 ماي 2007 المتضمن إنشاء المؤسسة العمومية الاستشفائية والمؤسسة العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 33، 2007.
- (2) القانون 90-21 المؤرخ في 15 أوت 1990 المتعلق بالمحاسبة العمومية، الجريدة الرسمية العدد، 1990.
- (3) المرسوم التنفيذي رقم 11-381 المؤرخ في 25 ذي الحجة عام 1432 الموافق ل 21 نوفمبر 2011، يتعلق بمصالح المراقبة المالية، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد، 64، 2011.
- (4) المرسوم التنفيذي 09-374 مؤرخ في 28 ذي القعدة عام 1430 الموافق ل 16 نوفمبر 2009، يعدل ويتمم المرسوم التنفيذي رقم 92-414 المؤرخ في 19 جمادي الأولى عام 1413 الموافق ل 14 نوفمبر 1992 والمتعلق بالرقابة السابقة للنفقات التي يلتزم بها، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 67، 2009.
- (5) ، المرسوم الرئاسي رقم 96-438 المؤرخ في 26 رجب 1417 الموافق ل7 ديسمبر 1996 المتضمن دستور الجزائر، الجريدة الرسمية رقم 46 لسنة 1996

- 6) المرسوم التنفيذي رقم 04-101 المؤرخ في 11 صفر 1425 الموافق لـ 01 أفريل 2004، يحدد كفاءات دفع مساهمة هيئات الضمان الإجتماعي، في تمويل ميزانيات مؤسسات الصحة العمومية، الجريدة الرسمية عدد 20، 2004.
- 7) الأمر رقم 73-65، المؤرخ في 28 ديسمبر 1973، والمتعلق بتأسيس الطب المجاني في القطاعات الصحية، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية العدد 01، الصادر بتاريخ 01 جانفي 1974.
- 8) القانون رقم 23-12، المؤرخ في 18 محرم عام 1445 الموافق لـ 05 أوت سنة 2023، يحدد القواعد العامة المتعلقة بالصفقات العمومية الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 51، 2023.
- 9) الأمر رقم 06-03 المؤرخ في 19 جمادى الثانية 1427 الموافق لـ 15 جويلية 2006 المتضمن القانون الأساسي للتوظيف العمومية، الجريدة الرسمية رقم 46 لسنة 2006.
- 10) القانون رقم 85-05 المؤرخ في 26 جمادى الأولى 1405 الموافق لـ 16 فيفري 1985 والمتعلق بحماية الصحة وترقيتها المعدل والمتمم بموجب قانون 90-17 المؤرخ في 31 جويلية 1990، الجريدة الرسمية رقم 8 لسنة 1985.
- 11) المرسوم التنفيذي رقم 08-272 المؤرخ في 6 رمضان عام 1429 الموافق لـ 06 سبتمبر سنة 2008، يحدد صلاحيات المفتشية العامة للمالية، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 50
- 12) القانون رقم 18-11 المؤرخ في 18 شوال عام 1439 الموافق 2 جويلية 2018، المتعلق بالصحة الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 46، 2018.

### وثائق وزارة الصحة:

- 1) التقرير التمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات، الملتقى الوطني لإصلاح المستشفيات المنعقد بتاريخ 15 و16 أوت 2002، الجزائر.
- 2) تقرير جمعية للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات، الأولويات والأنشطة المستعجلة، الجزائر، المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات، وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات 17، جانفي 2003.

### المراجع باللغة الأجنبية:

#### الكتب:

- 1) Anthony and V.Govindarajan, **Management control system**, ed Erwin Homewood, 1994
- 2) A.Dayan, **Manuel de gestion**, Volune 1, ed Ellipse, Paris, 1999
- 3) A.Fernandez, **les nouveaux tableaux de bord pour piloter l'entreprise**, les éditions d'organisation, Paris, France, 1999.
- 4) Aim.R, **100 questions pour comprendre et agir, indicateurs et tableaux de bord** , éd AFNOR ,Paris ,France,2011
- 5) Alain Grenon et autres, **l'analyse des couts a l'hospital**,edition Dunod ,Paris,1981.

- 6) Alazard.C et Sépari.S,**Contrôle De Gestion**,v05,éd Duond,Paris, France,2001.
- 7) Auby, J.f, **la délégation du service public**, éd PUF, collection « que sais-je ? » Paris,1995.
- 8) C.Alazard et Sépari,**Controle de gestion**,5 eme edition,édDuond,Paris,2001
- 9) Cuyaubère.T et Muller.J,**Contrôle de gestion: La gestion Prévisionnelle et Budgétaire**,Paris ,1990
- 10) D.Kerviler et L.D.Kerviler, **le contrôle de gestion à la portée de tous**,3eme édition, éd Economica Paris, 2000.
- 11) David Giaouque , **Science et management public ou l’histoire d’une relation ambige, le cas de la nouvelle gestion publique**, Ethique publique , volume 4 ;N 1 , Avril ,2002
- 12) Degoulet P.Fieschi M, **Informatiaue médicale**, 3ed édition ,Masson,Paris
- 13) Denis.C et François.M ,**Dix ans de débats autour du Balanced Scorecard Comptabilité-Contrôle –Audit**,2005
- 14) Gilbert Patrick, **le contrôle de gestion dans organisations publiques**, édition d'organisation, Paris 1980,
- 15) H.Loning et autres , **Le Contrôle De Gestion: Organisation et Mise en Œuvre**, 2 éme édition,éd Duond,Paris,2003
- 16) H.Zmnovitch,**la recherche historique en controle de gestion** , édition Vulbert ,FNEGE ,Paris,1999
- 17) Henry Court et Jean Leurion,**Comptabilité Analytique de Gestion**,Edition Foucher,Paris,1982.
- 18) J.L.Malo et J.C.Math, **l'essentiel du contrôle de gestion**, Edition organisation ,Paris,2000.
- 19) Jean luc arregle, **Les Nouvelles Approches de la Gestion et des Organisation"** ed economica, paris, 2000.
- 20) Jerome Dupuis, **le contrôle de gestion dans les organisations publiques** ,éditions PUF,Paris 1991.
- 21) Keneth London, Janelandon ,**les systemes d'informations de gestion, organisation et réseaux stratégiques** edition pearson education paris, 2001.
- 22) Leroy.M ,**Le Tableau de Bord au Service de L’entreprise**,éd Organisation ,Paris ,France ,2001.
- 23) M.Gervais, **contrôle de gestion**, 7éme édition ,ed economica, paris, 2000.
- 24) M.Leroy,**Le tableau de bord au service de l’entreprise** ,éd organisation,Paris, 2001
- 25) Maryse Salles, **Stratégies des PME intelligence économique-une method d’analyse sur besoin**,2éme Edition ,Economica ,Paris,2006.
- 26) Michel Charpentier et Philipe Grandjean ,**Secteur Public et Contrôle de Gestion Pratiques, Enjeux et Limites**, edition d'organisation France, paris, 1998
- 27) Michel Nogues, **Gestion hopitalière et régulation des dépenses de santé**, Edition PUF, Paris 2000
- 28) Osborne, David and Ted Gaebler, **Reinventing Government: How the Entrepreneurial Spirit is Transforming the Public Sector**, Penguin ,New York ,1993
- 29) P.Lorino, **le contrôle de gestion strategique,: la gestion par les activites**, Duond, 1997.
- 30) Perrot Jean et DeroodenbeKee Eric, **la contractualisation dans les systèmes de santé: pour une utilisation efficace et appropriée**, ed karthala, Paris, 2005

- 31) R.Teller, **le contrôle de gestion: pour un pilotage integrant strategie et finance.** Editions management,1999
- 32) Yvon, Pesqueux et B,Mrtory, **la nouvelle comptabilité des couts**, ed PUF, France, 1995, p30

الاطروحات والرسائل:

- 1) Arnnie Chemla, Lafay celine Chol , **25ans de réforme de la gestion publique dans les pays de l'OCDE (convergence et systematique)**, Institut de la Gestion Publique et de Développement Economique , France ,2006
- 2) Hayet Ben Said, **gestion du chargement dans l'administration publique en vue de sa modernisatuion (étude de cas Canadiens et leçons pour le Maroc)**, Mémoire présente en vue de l'obtention du grade de maitre , sciences de la gestion , école des hautes études commerciales affiliée a l'univercite de Montérial
- 3) Jessica jacques,**Indicateurs de performance clinique hospitalière etudes empiriques sur les données médico-administratives Belges**,thèse présentée en vue de l'obtention du grade de docteur en sciences de la santé publique ,université liége,Belgique,2013

المجلات:

- 1) André Labourdette, **Economie de la Santé**, presse universitaire de France, Paris, 1998
- 2) Benanteur Younes, **la sous- traitence de fonctions logistiques en milieu hospitalier: un enjeu complexe dans un contexte budgetaire -contraint et structurant-**, revue logestique management, n°24, 2004
- 3) Bernarth. W , **le Nouveau Managemant Public: (concept , situation en Wallonie, Quelques réflexions, visions et consultations opérationelles** ,Belgique, revue OSP, 1998
- 4) Cindy pages, **contrôle de gestion et pratique managerioles à l'hopital**, école nationale de santé publique, revues, France, 2006
- 5) David.Norton et Robert.Kaplan, **Linking the Blanced Scorecard To Strategy**, California management review, vol 39, n1,2004.
- 6) L laplace et autres, **les systèmes de santé français et anglais: évolution comparée depuis le milieu des années 90**, article publiié en revue santé puplique, Paris, 2002/1 (vol 14
- 7) Lombrail. Pierre et autres, **Les élément de la performance hopitalieres**, revue études et résultats du ministère de l'emploi et de la solidarité en France, N42, decembre 1999.
- 8) M Chaouch,**Développement du système national de santé: stratégie et perspectives**,revue de l'école nationale de la santé publique,N°5 ,Alger,2001.
- 9) Nicholas Johnm wake, **The Use Balanced Scorecard to Measure Knowledge Work**, international journal of productivity and performance Management, vol 64, n04, 2015.
- 10) P.Kaplant et D.Norton, **Conceptual Foundations of the Balanced Scorecqrđ** ,working paper, harvard business school ,harvard university ,2010
- 11) Ray Sarbapriya, **Balanced Vision from Balanced Scorecard for Corporate Strategic Management**, journal of experts systems, vol 1,2012
- 12) Thierry Nobre,Imene Haouet,**Le cas d'un balanced scorecard en contexte hospitalier –Eluder la carte stratégique pour privilégier la performance organisationnelle**,Revue française se gestion,N°211 ,2001
- 13) Thomas Bose, **Applying the balanced scorecard for better performance**, journal of intellectual capital, vol 8, N4,2007

الملتقيات:

- 1) Leslie A.Pal ,**Inversions without End: The OECD and Global Public Mangement Reform** , Paper presented at the OECD and Global Governance Workshop ,School of Public Policy and Administration ,Carleton University ,Ottawa, Canada ,January 19-20,2007.
- 2) Thierry Nobre,**Quels tableaux de bord de pilotage pour l'hopital ?**,21 éme congrés de l'AFC,Université Louis Pasteur ,Strasbourg,France ,2000.

الوثائق:

- 1) , **Developpement du système national de santé(stratégie et perspective)**, Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hopitaliere Alger 2001.
- 2) , **Guide Méthodologique la mise en place du calcul des couts par la méthode de sections homogènes**, Ministère de la Santé , de la Poplulation et de le Réforme Hospitalière Alger, Septembre 2001.
- 3) **La Gestion des Lits dans les Hopitaux et Cliniques**, rapport établi par la mission nationale d'expertise et d'audit hospitqliere , paris, 2008.