

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي



المدرسة العليا لإدارة الأعمال - تلمسان

قسم: إدارة الأعمال

تخصص: إدارة الخدمات الصحية

مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر أكاديمي

تحت عنوان

دور الموازنة التقديرية في التسيير الاستشفائي مع
دراسة حالة: مستشفى محمد بوضياف بالمدينة

إعداد الطالب (ة) مروان بغدادي

المناقشة بتاريخ: 1/سبتمبر/2020

لجنة المناقشة:

الأستاذة: أحمد بلبشير وفاء.....الرتبة.....رئيسا

الأستاذة: سلهامي سامية.....الرتبة.....مشرفا

الأستاذ: صحراوي سعيد.....الرتبة.....ممتحنا

السنة الجامعية: 2020/2019

شكر وعرفان

نحمد الله ونشكره على فضله وتوفيقه لنا على إتمام هذا العمل

كما نتوجه بالشكر الى كل النفوس الطيبة التي رافقتنا ودعمتنا من عائلة وأصدقاء وأساتذة

نخص فيه الأسرة الجامعية من مشرف وأعضاء المناقشة

سائلين المولى أن يوفقنا لما هو خير وأنفع.

الملخص:

يعتبر المستشفى اليوم بمثابة وكيل اقتصادي واجتماعي فعال، وفي مواجهة عدم كفاية الموارد المخصصة له سواء من الدولة أو من مختلف الشركاء في ظل ارتفاع الانفاق الصحي، يدعو هذا الانشغال إلى إنشاء نظام ملائم لإدارة الموازنة خاصتا التكاليف وعلاقتها بالرقابة الإدارية، تهدف هذه الدراسة الى تعزيز دور الموازنات التقديرية في خطة عمل المؤسسات الصحية الجزائرية بالاعتماد على المنهج الوصفي التحليلي مع دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بوضياف بولاية المدية لمدة 31 يوم، نتج عنها التعرف على أبرز عناصر هذا النظام الذي يمكن تحسينه واقتراح برنامج تطبيق أنظمة المعلومات الصحية PMSI، يجب أن يساعد البحث الإضافي على معرفة العوامل الأخرى التي يجب التركيز عليها بهدف تحسين إدارة ميزانيتها.

EN

the hospital is considered an effective economic and social agent, and in the face of insufficient resources allocated to it, whether from the state or from various partners in light of high health spending, this concern calls for the establishment of an appropriate system for managing the budget, especially costs, this study aims to strengthen the role of budget estimates in The work plan of the Algerian health institutions based on the descriptive and analytical approach with a case study of the public hospital institution Mohamed Boudiaf in the wilaya of Medea for a period of 31 days, which resulted in identifying the most important elements of this system that could be improved and proposing a program for the medical information systems PMSI. The additional research should help to know the factors The other that it should focus on with a view to improving its budget management

FR

Aujourd'hui, l'hôpital est considéré comme un agent économique et social efficace, et face à l'insuffisance des ressources qui lui sont allouées, que ce soit de l'Etat ou de divers partenaires compte tenu des dépenses de santé élevées, cette préoccupation appelle la mise en place d'un système approprié de gestion du budget, notamment des coûts, cette étude vise à renforcer le rôle des prévisions budgétaires dans Le plan de travail des établissements de santé algériens basé sur l'approche descriptive et analytique avec une étude de cas de l'établissement hospitalier public Mohamed Boudiaf dans la wilaya de

Médée pour une durée de 31 jours. L'autre sur lequel il devrait se concentrer en vue d'améliorer sa gestion budgétaire. Des recherches supplémentaires devraient permettre de connaître d'autres facteurs sur lesquels se concentrer pour améliorer sa gestion budgétaire.

الكلمات المفتاحية: الموازنة التقديرية، الرقابة الإدارية، إدارة الميزانية، برنامج تطبيق أنظمة المعلومات **pmsi**، التكاليف، الانفاق الصحي.

EN

Estimated Budget, Administrative Control, PMSI Program, Homogeneous Sections, Activity Indicators, GHM Homogenous Sections Health expenses.

Fr

Budget prévisionnel, contrôle administratif, gestion budgétaire, programme PMSI, coûts, dépenses de santé.

قائمة المحتويات:

الفصل الأول: الأسس النظرية لنظام الموازنات التقديرية

المبحث الأول: الإطار النظري للموازنات التقديرية (لمحة تاريخية، تعاريف، أنواع، أهداف، مبادئ، انتقادات...).

المبحث الثاني: النظام الصحي الجزائري وأدوات تنظيم الانفاق الصحي.

المبحث الثالث: المستشفى كمنظمة منفصلة والإطار القانوني للمستشفيات العمومية الجزائرية.

المبحث الرابع: ميزانية المؤسسات العمومية.

الفصل الثاني: الرقابة الإدارية من خلال إدارة الميزانية

المبحث الأول: المفاهيم والتعاريف العامة المتعلقة بمراقبة إدارة المستشفيات.

المبحث الثاني: مراقبة إدارة المستشفى من خلال إدارة الميزانية.

المبحث الثالث: حساب التكلفة والمراقبة.

المبحث الرابع: نظام المعلومات الاستشفائي.

الفصل الثالث: الجزء التطبيقي

المبحث الأول: التعريف بالمؤسسة العمومية والمديرية الفرعية للمصالح الصحية،

المبحث الثاني: المديرية الفرعية للمالية والوسائل ودورها في تسيير الميزانية،

المبحث الثالث: تحليل تطور الميزانية ومؤشرات الأنشطة،

المبحث الرابع: اقتراح برنامج تطبيق أنظمة المعلومات الصحية pmsi.

قائمة الجداول:

جدول 1 يوضح. تطور مخصصات الميزانية للمؤسسة العمومية الاستشفائية 70

جدول 2 تطور مؤشرات الأنشطة للمستشفى 75

قائمة المخططات والمنحنيات البيانية:

مخطط بياني 1 لأنواع الموازنات التقديرية حسب المعايير المحددة سابقا 6

مخطط بياني 2 يوضح أدوات التحكم المحاسبية للنفقات الصحية في الجزائر 12

مخطط بياني 3 مراحل تطور الميزانية قبل تنفيذها 25

مخطط بياني 4 عملية ادارة الميزانية 35

مخطط بياني 5 اجراءات الميزانية في المستشفى 36

مخطط بياني 6 يلخص استخدام PMSI كأداة لتخصيص الميزانية 50

مخطط بياني 7 مخطط يوضح التوزيع الاولي والتوزيع الثانوي للأقسام الرئيسية والثانوية 56

مخطط بياني 8 يوضح مختلف الاقسام لمستشفى محمد بوضياف بالمدينة 58

.....

منحنى بياني 1 يوضح تطور النفقات في المستشفيات العمومية الجزائرية 14

منحنى بياني 2 تطور الميزانية لمستشفى محمد بوضياف المدينة 70

منحنى بياني 3 لتطور متوسط مدة الإقامة للمستشفى خلال اربع سنوات 78

منحنى بياني 4 يوضح تطور متوسط معدل مدة الإقامة للمستشفى خلال اربع سنوات 79

قائمة الملاحق:

الملحق رقم 1: الأقسام المتجانسة الرئيسية 91

الملحق رقم 2 : جدول التوزيع الاولي للأعباء لمختلف المصالح لسنة 2016. 93

الملحق رقم 3 : التوزيع الثانوي لتوزيع اعباء الاقسام الثانوية على الاقسام الرئيسية لسنة 2016. 95

قائمة الاختصارات والرموز:

CDG مراقبة التسيير.

ISA مؤشر النشاط الملخص.

GHM/DRG الأقسام المتجانسة للمرض،

RSS ملخص الخروج اليومي.

RSA ملخص الخروج المشفر.

RUM ملخص الوحدة الطبية.

PMSI برنامج تطبيق أنظمة المعلومات.

SIM نظام المعلومات الطبية.

SIA نظام المعلومات الإدارية.

Drass المديرية الإقليمية للصحة والشؤون الاجتماعية.

MDC فئات التشخيص الرئيسية.

في السياق الحالي الذي يتسم بالتعقيد وعدم اليقين، تخضع المؤسسات على اختلاف طبيعتها التنظيمية لأهداف ولقيود عديدة من بينها قيود الأداء والربحية والإدارة المستدامة للموارد. وبالتالي، فإن وجود نظام إدارة مناسب وإدارة جيدة للتنبؤ يعد حاجة أساسية للشركات التي تريد أن تكون ديناميكية وفعالة. أصبحت إدارة الميزانية استراتيجية لا تنفصل عن مستقبل الشركة ومكون أساسي من عناصر التحكم الإداري المصممة للتدخل على مختلف المستويات من أجل تحقيق الكفاءة والفعالية. تكمن كفاءة إدارة الميزانية، أولاً، في أهمية التوضيح الذي يتجلى في التقييم العقلاني للميزانيات، وثانياً في ديناميكية عملية المراقبة والتحكم الذي يسمح بتقدير نتائج تنفيذ الميزانية. وبالتالي، تعد إدارة الميزانية عاملاً في تحسين أداء المؤسسات، التي تسمح بتقديم معلومات حاسمة للمديرين التنفيذيين فيما يتعلق بتحقيق الأهداف المحددة ولبدء التدابير التصحيحية اللازمة.

بما في ذلك المؤسسات العمومية التي تخضع لجملة من القيود، من خلال وضع ميزانيات ملخصة للمؤسسة، بهدف تحسين الأداء والاستخدام الرشيد للموارد المخصصة. خاصة المؤسسات العمومية الناشطة في القطاع الصحي نظراً لارتفاع النفقات الصحية التي أصبحت تمثل جزء مهم من الناتج الداخلي الخام، حيث أن عدم كفاءة أساليب التنبؤ المستخدمة والتي تولد تباينات بين التوقعات والإنجازات؛ تجاوزات الميزانية المتكررة الناتجة عن الطلبات المستمرة لإجراء تغييرات في اعتمادات الميزانية. نتيجة لذلك، فيما يتعلق بالإدارة الاقتصادية الجيدة، أصبح المديرين هم العنصر الفعال في تسيير المؤسسة. بالنسبة إلى (ALAZARD و SERAPI 2001)، "تعد إدارة الميزانية أداة لتحفيز الأفراد نظراً لأن هذا النوع من الإدارة يعتمد على اللامركزية في السلطة وعلى الثقة الموضوعية في قادة مراكز المسؤولية وحسب Henri Bouquin، فإن نظام الميزانية هو عنصر من عناصر التحكم الإداري المصمم لوضع وظائف الاستكمال والتوجيه والتقييم اللاحق في أفق قصير الأجل سنوياً بشكل عام¹. تؤدي إدارة الميزانية إلى تغطية جميع أنشطة الشركة. في شكل برامج عمل كمي لتكون بمثابة أداة توجيه إذا كانت مصحوبة بنظام تحكم متسق ومنتظم للميزانية، ومنه يتم تشكيل جوهر الميزانية من خلال تسليط الضوء على التناقضات التي يجب أن تسمح بالتفكير في الأسباب. في هذه الاختلافات وبدء الإجراءات التصحيحية.

في هذا السياق أطلقت في السنوات الأخيرة إدارة المستشفيات الفرنسية قطار إصلاحات طموحة فيما يخص: الميزانية العامة، الإدارات، إصلاح نظام الدراسات الطبية، وأخيراً PMSI (برنامج تطبيق الأنظمة) كونه مجموعة من البرامج المصممة خصيصاً لإدارة ومعالجة المعلومات الطبية والاقتصادية؛ نفذت في البداية في الهياكل الصحية الأنجلوسكسونية والتي أنشأها البروفيسور فيتير من جامعة بيل (الولايات المتحدة) واتخذت لاحقاً في المؤسسات الصحية الأوروبية²، والذي يؤدي في النهاية إلى إعادة تعريف الإدارة العالمية لأدوات إدارة المستشفيات بما في ذلك الموازنات التقديرية.

¹ (BOUQUIN, 1992)
² (مصطفى، 2014)

والتي كان الهدف الرئيسي منها هو ضمان سيطرة أفضل على النمو في الإنفاق على المستشفيات، وهذا لا ينفى ارتباط أغراض أخرى مع الإصلاح، ولا سيما تحسين إدارة المنشآت أنفسهم: ووفقاً لجان لوكار، يمكن أن تكون إدارة الميزانية أداة لتوجيه النزاعات ومحاكاتها وحفزها ومنعها³. ومن هذا المنظور أن مصممي الهيئات العالمية أوصت أيضاً تقسيم جديد للمستشفى، نظمت في "مراكز المسؤولية"، تم فحص كل منها في إجراءات الميزانية بموجب زاوية تكييف الوسائل للنشاط وفي هذا الإطار يتضح لنا أن نظام الموازنات التقديرية من بين أهم الأدوات التي يجب تحسين إدارتها وبغرض الإلمام بجوانب هذا الموضوع قمنا بطرح السؤال المركزي التالي:

إشكالية الدراسة:

كيف يمكننا تحسين إدارة الميزانية التقديرية في خطة عمل المؤسسات العمومية الاستشفائية؟ أو بسياق آخر ما هي أهم عناصر نظام الموازنة التقديرية التي يمكن العمل عليها من أجل تحسين خطة عمل المؤسسات العمومية الاستشفائية؟
يثير التحليل الأساسي لهذا السؤال الرئيسي الأسئلة الفرعية التالية:

ما هي ممارسات نظام الموازنات التقديرية بالمستشفيات العمومية الجزائرية؟

ما هي أدوات التحكم في الميزانية والأساليب المستخدمة لتحقيق الأداء؟

ماهي أهم الحلول أو الانتقادات لتحسين نظام الموازنات التقديرية في المستشفيات الجزائرية؟

فرضيات الدراسة: للإجابة على هذه التساؤلات نعلم على الفرضيات التالية

اعتماد مناهج جديدة في حساب التكلفة حسب مراكز المسؤولية.

اعتماد نظم معلومات محاسبية تتماشى مع طبيعة الأنشطة الطبية.

أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة بشكل أساسي الى تعزيز دور الموازنات التقديرية في خطة عمل المؤسسات الصحية والى معرفة أهم الحلول أو المعايير أو الأدوات أو الأنظمة التي يمكن للمستشفيات الجزائرية اعتمادها في إطار ترشيد الموارد وإنشاء رقابة فعالة بهدف رفع الأداء فيما يتعلق بالإدارة الاقتصادية الجيدة.

أهمية الدراسة:

إن إجراء دراسة تركز على ترشيد الموارد وعلى إنشاء رقابة فعالة أمر مهم على مستويين: بالنسبة لخطة عمل المستشفيات العمومية الجزائرية، تتمثل في مسألة المساهمة في تحسين إدارة ميزانيتها من خلال تقييم أدواته من أجل

³ (LOCHARD, 1998)

جعل إدارة الميزانية والرقابة الإدارية أكثر كفاءة. لأنفسنا: هذه الدراسة سوف تسمح لنا بتوسيع المعرفة النظرية المكتسبة وتحديد المشكلة الحالية المتمثلة في مراقبة الميزانية في مؤسسة عمومية استشفائية.

أسباب اختيار الدراسة:

- الرغبة في تقديم إضافة أو مرجع علمي نظرا للأهمية الموضوع والحاجة الى دراسته من طرف الطلاب والأكاديميين.
- أثر الأزمة الاقتصادية والاجتماعية التي مرت بها البلاد بعد الاستقلال على النظام الصحي والنظام التمويلي بصفة خاصة.

- لأنفسنا: هذه الدراسة ستمكننا من تطوير المعرفة النظرية المكتسبة وتحديد المشكلات الحالية للتحكم في الميزانية في مؤسسة عمومية استشفائية.

المنهجية:

هذه كلها أسئلة سنحاول الإجابة عليها في هذه الدراسة من خلال هذا الموضوع: دور الموازنة التقديرية في التسيير الاستشفائي وذلك بالاعتماد على جملة من المراجع النظرية والمختصة في مجال إدارة الخدمات الصحية بالإضافة المراجع ذات الصلة بمجال اقتصاد الصحة ونظم الموازنات التقديرية العالمية في المجال الصحي بالإضافة إلى المجالات المتخصصة في مراقبة إدارة المستشفيات ولكن أيضا أطروحات الدكتوراه و دراسات الماجستير ومقالات كدراسات سابقة، وذلك بالاعتماد على المنهج الوصفي التحليلي، مع دراسة حالة المؤسسة العمومية المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بوضياف بولاية المدية لمدة 31 يوم.

بغرض ملاءمة هدف الدراسة تنقسم الدراسة الحالية إلى ثلاثة فصول:

الفصل الأول: يتعلق بالأساس النظري لإجراءات الميزانية المخصب بالمفاهيم العامة حول إدارة الميزانية والنظام الصحي الجزائري.

الفصل الثاني: فيتمثل في وصف عملية مراقبة الميزانية ومساهمتها في أداء المستشفيات العمومية عن طريق وضع أدوات التحكم والسيطرة.

الفصل الثالث: الإطار العملي لدراستنا والذي سيتم فيه وصف وتحليل ممارسات إدارة الميزانية التي تنفذها إدارة الميزانية والتي ستؤدي إلى تقديم مقترحات وتوصيات.

الدراسات السابقة:

- 1-خالدي مصطفى، تقييم عملية حساب التكاليف وإدارة الخدمات في المؤسسة العمومية للمستشفيات الجزائرية باعتماد النهج النقدي، رسالة دكتورا،2014، حيث هدفت هذه الدراسة إلى اقتراح الحلول الإدارية التي يمكن أن تهم مديري خدمات المستشفيات العمومية في تقييم وإدارة تكاليف هذه الخدمة العمومية؛ استعدادا للنظام التعاقدية الذي يجب أن يكون حتميا في الإطار الزمني التالي ، وبالتالي يثبت أنه أكثر الوسائل فعالية للسيطرة على الإنفاق العام.
- 2-الطيب سايح، نظام الموازنات التقديرية في التسيير الاستشفائي دراسة حالة مستشفى حي البير قسنطينة، رسالة ماجستير، تسيير المؤسسات، 2005، حيث هدفت الدراسة الى تحديد أهم الأسس التي يقوم عليها نظام الموازنات التقديرية بالمؤسسة الصحية واستخلاص اهم النتائج لتحسين أدائها.
- 3-دريسي أسماء، تطور الانفاق الصحي في الجزائر ومدى فعاليته في اطار اصلاح المنظومة الصحية خلال الفترة (2004-2013) ، المجلة الجزائرية للعلوم والسياسات الاقتصاديةالعدد06-2015، الهدف من هذه الدراسة هو التعرف على مدى مساهمة الانفاق الصحي في ضمان التغطية الصحية الجيدة للمواطنين.
- 4-خروبي بزارة عمر، إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر (1999-2009)، مذكرة لنيل شهادة ماجستير، العلوم السياسية والعلاقات الدولية،2011، الهدف من هذه الدراسة هو التشخيص الموضوعي والدقيق للقطاع الصحة في الجزائر (سياسة اصلاح المنظومة الصحية).
- 5-أ.د. جبار محفوظ؛ أ. بومعروف إلياس ، دور محاسبة التكاليف في الرقابة على المستشفيات العمومية الجزائرية، مجلة العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية العدد 05-2011. تهدف هذه الدراسة الى تحديد مفهوم محاسبة التكاليف الاستشفائية وفوائدها والمعوقات التي تحد من نجاحها.
- 6-سيندي باجيس، الرقابة الإدارية والممارسات الإدارية في المستشفى، أطروحة من مدرسة إدارة الصحة العامة 2006، الهدف من الدراسة تحديد الممارسات التي تهدف الى انشاء إدارة الأداء في مركز مستشفى أورساي،
- 7-ألينا بوان .واخرون ، مراكز التكلفة من وحدات المستشفى. دراسة حالة مجلة فالاهيان للدراسات الاقتصادية 2017 ، تهدف هذه الدراسة الى الحل الأمثل لممارسة التحكم في الإدارة والذي يجب أن يخدم عملية صنع القرار الإداري.
- 8-هاتشويل أرماند ، مويسدون جان كلود ، موليت هوغز . ميزانية المستشفى العامة ومجموعات المرضى المتجانسة. في: السياسات والإدارة العامة، تهدف هذه الدراسة الى تحديد أهمية إعداد سيناريو تنظيمي باستخدام pmsi .
- 9-نادية خريف، أساليب قياس الأداء والفعالية بالمؤسسة الصحية وسبل تطويرها العدد الثالث ديسمبر 2012 كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، تهدف هذه الدراسة الى توضيح مفهوم الفعالية وكيفية تطويرها في المؤسسة الصحية.

10-نور الدين عياشي، المنظومة الصحية الجزائرية بين إشكالية ضمان عرض العلاج وترشيد النفقات العدد 20-
2017 مجلة منتدى الأستاذ، تهدف هذه الدراسة الى توضيح أثر الاحتياجات المتنامية للسكان على نمو النفقات
الصحية وخاصة العمومية منها.

2 الفصل 1 الأسس النظرية لنظام الموازنات التقديرية:

المقدمة:

يكتسب نظام الموازنات أهمية متزايدة في العملية الإدارية وذلك لتحقيقه لأهداف الإدارة الحديثة سواء للمنشأة الاقتصادية أو الدولة، عن طريق الاستخدام الجيد للموارد المالية والبشرية وغيرها وربطها بأهداف في إطار مخطط يحقق التخصيص المثالي للموارد فهو يشتمل على عدة وظائف من تنسيق وتخطيط ورقابة.

ونظرا لدعم نظام الموازنات التقديرية وظائف الإدارة الحديثة وارتباطه الوثيق بتسيير المؤسسات العمومية الاستشفائية أو النظام الصحي بصفة عامة تناولنا في هذا الفصل الأسس النظرية لنظام الموازنات التقديرية وكيفية تطبيقه في المؤسسات العمومية الاستشفائية بالإضافة الى التعريف بالنظام الصحي الجزائري وأدوات تنظيمه للإنفاق الصحي ومن أجل ذلك قسمنا هذا الفصل الى المباحث التالية:

المبحث الأول: الإطار النظري للموازنات التقديرية (لمحة تاريخية، تعاريف، أنواع، أهداف، مبادئ، انتقادات...);

المبحث الثاني: النظام الصحي الجزائري وأدوات تنظيم الإنفاق الصحي؛

المبحث الثالث: المستشفى كمنظمة منفصلة والإطار القانوني للمستشفيات العمومية الجزائرية؛

المبحث الرابع: ميزانية المؤسسات العمومية.

2.1 لمحة تاريخية عن الموازنة التقديرية:

يرجع أصل كلمة "budget" أو الموازنة التقديرية إلى الكلمة الفرنسية "bougette" التي تعود إلى فترة العصور الوسطى وهي تعني الحقيبة أو الصندوق الذي يستخدمه المسافر في حفظ مؤونته حيث كان وزير المالية الإنجليزي في المراحل الأولى لاستخدام الموازنة التقديرية في الحكومة يعد الموازنة التي يقدمها إلى مجلس العموم البريطاني في حقيبة جلدية وعلى هذا الأساس أصبحت التقديرات التي يعدها معرفة باسم "budget" وفي الأصل فإن كلمة الموازنة التقديرية تعود إلى الكشف الذي تعده الدولة لتقدير إيراداتها ومصروفاتها على أساس السنوات السابقة⁴.

ويعتبر "de gazenx" أول من استعمل لفظ الموازنة التقديرية وذلك سنة 1825، حيث وصفها بأنها عبارة عن جدول به الاحتياجات من الموارد مع التوقيت الزمني لهذه الاحتياجات⁵.

ولكن الاستعمال الفعلي للموازنات التقديرية كنظام للرقابة يعتبر حديث العهد نسبياً إلى سنة 1912 ويمكن تلخيص المراحل التي مر بها أسلوب الموازنة التقديرية على النحو التالي:

المرحلة الأولى: وكانت فيها الموازنة التقديرية عبارة عن تجميع المواد المطلوبة لتنفيذ برنامج معين؛

المرحلة الثانية: تم تحديد التوقيت الزمني لهذه الاحتياجات؛

المرحلة الثالثة: تم استخدام التكاليف المعيارية لتحقيق الرقابة؛

المرحلة الرابعة: أصبحت الموازنة التقديرية أداة فعالة للتخطيط الإداري والرقابة والتنسيق بين مختلف أعمال المشروع.

2.2 تعريف الموازنة التقديرية:

هناك عدة تعاريف للموازنة التقديرية من أهمها⁶:

تعريف gordmon shillinglaw "تعتبر الموازنة التقديرية خطة تفصيلية محددة مقدمة للأعمال المرغوب تنفيذها وتوزع هذه الخطة على جميع المسؤولين حتى تكون مرشداً لهم في تصرفاتهم وحتى يمكن استخدامها كأساس لتقييم الأداء في المشروع".

تعريف keller et ferrar "الموازنة هي الخطة المنسقة لجميع عمليات المؤسسة خلال فترة الموازنة، وهي تمد المؤسسة بتقدير أرباحها الكلية وللأرباح المحققة بواسطة كل قسم من الأقسام عن طريق تجميع المبيعات والمصاريف التي لم تنظمها أي ميزانية فرعية"⁷.

⁴(حوجو، 2017)

⁵(leclere, 1994)

⁶(حوجو، 2017)

⁷(علي، 2002_2003)

تعريف horngren "الموازنة عبارة عن تعبير كمي لخطة الأعمال وتساعد على تحقيق التنسيق والرقابة"⁸ .

تعريف معهد التكلفة والمحاسبين الإداريين بإنجلترا "الموازنة التقديرية خطة عمل كمية وقيمة يتم تحضيرها والموافقة عليها قبل فترة محددة، والنفقات المنتظر تحميلها خلال هذه الفترة والأموال التي تستعمل لتحقيق هدف معين"⁹ .

الميزانية السنوية للشركة: هي مجموعة من التوقعات المنسقة، معبراً عنها بالوحدات المادية (توقعات المبيعات بالوحدات، عدد ساعات العمل المباشر، وما إلى ذلك) وبالوحدات النقدية (تكلفة العمالة المباشرة، وما إلى ذلك)، فيما يتعلق بالعام المالي المقبل¹⁰ .

من خلال التعاريف نجد أن الموازنة التقديرية تشتمل على ثلاث أركان رئيسية:

- أنها خطة مستقبلية تتعلق بفترات بالفترات القادمة بالاعتماد على معطيات من الماضي؛

- أنها ليست هدف وإنما هي أداة لترجمة الخطط والأهداف إلى معطيات مالية وكمية؛

- أداة رقابية تستخدم لتحقيق الأهداف وتقييم الأداء وتحديد الفروقات واتخاذ الإجراءات اللازمة.

ومن التعاريف السابقة يمكننا استنتاج التعريف التالي للموازنة التقديرية:

أداة تسيير تشتمل على وظيفة التخطيط والتنسيق والتنظيم والرقابة تعبر عن أهداف المنظمة بقيم ذات طابع مختلفة كمية مالية أو نقدية مفصلة وموزعة على مراكز المسؤولية.

2.3 أنواع الموازنات التقديرية:

2.3.1 من حيث الطبيعة¹¹ :

الموازنات العينية: تحدد فيها البرنامج الإنتاجي للمؤسسة وعلاقته بطاقة الإنتاج، حيث تشتمل على أنواع وكميات الموارد السلعية والخدمية بالإضافة إلى الموارد البشرية الضرورية لتحقيق كميات محددة من الإنتاج حيث تتوافق وحدات القياس مع طبيعة كل نوع.

الموازنات المالية: هي عبارة عن ترجمة للموازنة العينية أي تحويل وحدات القيم الكمية للميزانية العينية إلى وحدات قيم نقدية.

⁸ (Wilsmore, 1960)

⁹ (محمد، 1995)

¹⁰ (Géguère, 1997)

¹¹ (حوحو، 2017)

الموازنة النقدية: وتمثل برنامج المقبوضات والمدفوعات النقدية في فترات زمنية محددة وما يترتب عنها من فائض وعجز نقدي مما يساعد على دراسة الوضع التمويلي للمؤسسة.

2.3.2 من حيث الثبات والمرونة:¹²

باعتبار أن الخطط تقديرية تقوم على أساس عملية التنبؤ التي لا تخلو من هامش الخطأ الناتج عن عدة عوامل مثل الأخطار الناتجة عن التنوع في النشاط الاقتصادي مثل ظهور منافسين جدد أو تغير أذواق المستهلكين أو مخاطر عامة التي تشمل كل المنتجين في السوق مثل الكوارث الطبيعية الحروب وعلى هذا الأساس كان لا بد من وجود عدة فرضيات لتجنب هذه الأخطار الناتجة عن عدم اليقين، فيمكن أن نميز موازنات ثابتة وموازنات متغيرة¹³.

2.3.3 من حيث درجة التفاضل التي تشتمل عليها:

موازنة البرامج: ويتم فيها تقسيم أنشطة الوحدة الاقتصادية إلى برامج محددة يهدف كل منها إلى تحقيق هدف معين أو التوصل إلى نتيجة معينة، ثم يتم إعداد موازنة لكل برنامج على حدة ودور موازنة البرامج هو إضفاء أهمية خاصة لعملية التنبؤ وتزداد أهميتها عندما تواجه المؤسسة مشاكل في اختيار المشاريع، فهي تزود الإدارة بمعلومات عن الآثار والنتائج الاقتصادية والمالية عند اختيارها لكل مشروع، فهي تساعد على اتخاذ القرارات¹⁴.

ويمكن أن تكون البرامج طويلة أو قصيرة الأجل، ويمكن أن يكون لها جوانبها العينية والمالية والنقدية، كما أنها يمكن أن تكون مختصة بالنشاط الاستثماري أو الإنتاجي.

موازنة المسؤولية: وتقوم على مبدأ محاسبة المسؤولية، حيث يتم رسم الخطط على أساس مراكز مسؤولية التنفيذ أو تحقيق الأهداف وبمقتضى ذلك يتم تحليل أنشطة المؤسسة على أساس المسؤولين عن تنفيذ أجزائها أو تحقيق أهدافها. كما أن إعدادها يتطلب أن يكون الارتباط وثيقاً بين عملية إعداد موازنة المسؤولية والهيكل التنظيمي للمؤسسة.

موازنة المنتجات: وتقوم على اعتبار كل منتج وحدة محاسبية مستقلة الأغراض للموازنة، وهي تشمل برنامج الإنتاج والتشغيل الخاص به، وبرنامج المبيعات والمخزون التابع له، وتخطيط عناصر التكاليف والمستلزمات اللازمة له، تقدير الإيرادات المتوقع الحصول عليها منه، كذلك يساعد على تخطيط ربحية المنتجات المختلفة والرقابة عليها وتحسينها.

الموازنات العامة: وتقوم على اعتبار أن المؤسسة الاقتصادية بكل أنشطتها المختلفة وبرامجها المتعددة وأقسامها المتنوعة وبمراكز مسؤولياتها العديدة بمثابة الوحدة المحاسبية لأغراض إعداد الموازنة. وبالتالي تعتبر الموازنة العامة ملخصاً أي الهيكل العام الذي تستقر فيه الموازنات الفرعية الأخرى.

¹² (إيزيد، 2017)

¹³ (مرعي، 1997)

¹⁴ (Jleurion, 1982)

مر تطور الموازنة العامة بعدة مراحل عرف وميز فيها المفكرون عدة أنواع من أهمها ما يلي:

الموازنة التقليدية (أو موازنة البنود) 1939-1921م: تعتبر الموازنة التقليدية النموذج الأول

للموازنة العامة الذي طبق في حكومة الولايات المتحدة الأمريكية (الفيدرالية) في عام 1921 م التي تركز على الرقابة على النفقات المالية (الرقابة المالية) وفقاً للقوانين والتنظيمات واللوائح والتعليمات المعمول بها بغرض منع المخالفات أو الاختلاسات المالية، مما نتج عنه تبويب الإيرادات النفقات العامة للدولة.

موازنة الأداء (أو موازنة البرامج والأداء): تمثل هذه الموازنة المرحلة الثانية في تطور الموازنة

العامة في أمريكا، لم يقتصر هدفها على الرقابة المالية على النفقات العامة، بل امتد إلى تحقيق الكفاءة الإدارية في إنجاز الأعمال. فهي تهتم بوظيفة الرقابة الإدارية عن طريق تكييف استعمال الاستخدامات المالية أي الاستخدام السليم وذلك بتحديد عناصر التكلفة المختلفة ووضع مستويات الأداء النمطية لكل نشاط لكي يتم على أساسها تقييم الأداء الفعلي¹⁵.

موازنة البرامج (أو موازنة التخطيط والبرمجة): تركز على عنصر التخطيط وضرورة ربطه بالموازنة

العامة، تهدف إلى توفير المعلومات الضرورية لمتخذي القرارات واستخدام الإمكانيات المتاحة بكفاءة وفعالية.

الموازنة الصفرية (أو موازنة الأساس الصفرية): تتطلب إجراء تقييم شامل ومنتظم لجميع البرامج

والمشاريع التي تتضمنها ولا تعطي أولوية للبرامج والمشاريع التي هي قيد التنفيذ التي تلغى إذا تبين عدم كفاءتها أي ان العائد منها لا يتناسب مع تكلفتها¹⁶.

2.3.4 الموازنة حسب درجة إشراك عناصر المسؤولية:

تمر عملية إنشاء الموازنة التقديرية بمراحل تختلف على حسب درجة إشراك رؤساء مراكز المسؤولية في عملية التسيير حيث كلما كانت مشاركة مراكز المسؤولية أكبر كان أفضل للمؤسسة حيث يمكن أن نميز وضعين أساسيين وهما الموازنة المفروضة من الإدارة العليا *budget imposé* وموازنة التفاوض مع مراكز المسؤولية بإدخالهم مباشرة في عملية إعداد الموازنة ويسمى هذا النوع من الموازنة بالموازنات المتفاوض أو بالموازنات التشاركية عليها *budget négocié* يوجد بينهم العديد من الأوضاع الوسطية¹⁷ حيث نميز طريقتين يمكن من خلالها إعداد الموازنة التقديرية وهما كالآتي:

الطريقة الأولى:

الموازنة التشاركية أكثر ملاءمة للمرافق الأكبر. على الرغم من أنه يستهلك وقتاً كبيراً، إلا أنه يوفر فرصة للتواصل بين المسؤول ورؤساء الأقسام وينتج مدخلات في الميزانية من أولئك الأكثر دراية بالتشغيل اليومي للإدارات الفردية تزيد الموازنة التشاركية من الدور الذي يلعبه كل مشارك في عمليات المنشأة. يصبح رؤساء الأقسام وغيرهم أكثر وعياً ليس فقط بتكاليف مناطقهم والموارد المتاحة للمرفق ولكن أيضاً باحتياجات الأقسام الأخرى. تجلب الميزانية أيضاً اعترافاً

¹⁵(عصفر، 2011)

¹⁶(عصفر، 2011)

¹⁷(DUSART، 1987)،

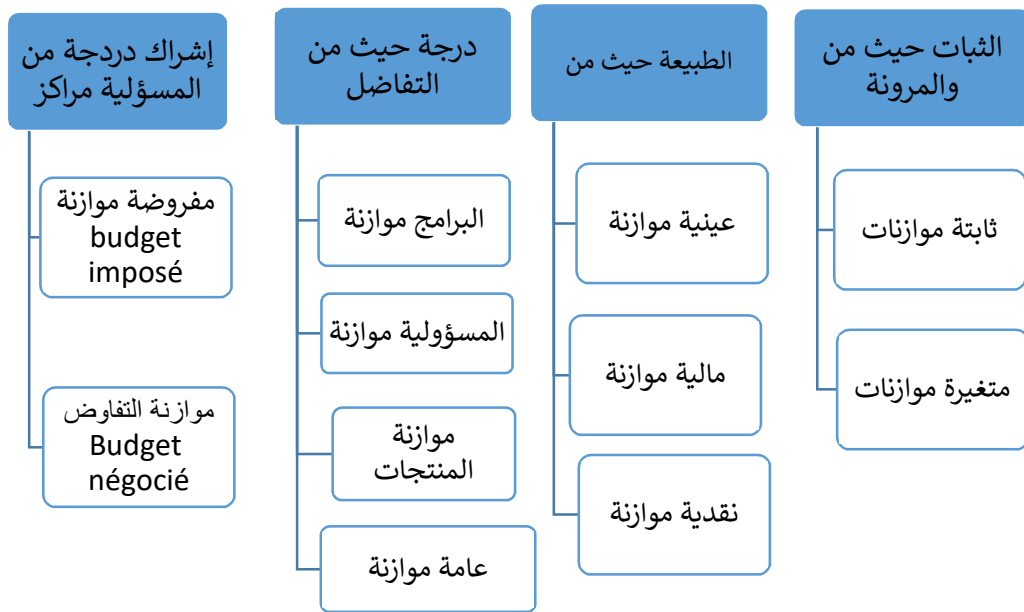
أكبر بالأدوار الخاصة للموظفين المشاركين، وعلى الرغم من أن عملية الموازنة تستغرق وقتاً طويلاً، إلا أن الموظفين يكافنون بمعرفتهم وبتقييم خبراتهم وأفكارهم.

تنقل الميزانية معلومات حول التسهيل إلى أطراف خارجية لها مصلحة في وضعها، مثل مجلس الإدارة أو المساهمين، ودافعي الطرف الثالث يجب أن يكون المسؤول قادراً غالباً على تبرير النفقات والإيرادات المقترحة لهم.

الطريقة الثانية:

من أعلى إلى أسفل، يقوم المسؤول بإعداد الميزانية السنوية بتوجيه ضئيل أو بدون توجيه من رؤساء الأقسام. هذه الطريقة مناسبة تماماً للمرافق الأصغر حجماً التي تحتوي على أقسام قليلة، حيث يكون المسؤول على دراية بجميع تكاليف المنشأة، غالباً ما يكون من أعلى لأسفل ولكن لها مساوئ احتمال خنق الابتكار أو فرض ميزانية غير واقعية على رئيس القسم.

مخطط بياني 1 لأنواع الموازنات التقديرية حسب المعايير المحددة سابقاً



من إعداد الطالب

2.4 الأهداف الرئيسية من وراء إعداد وتنفيذ الموازنة:

تتمثل بالنقاط التالية:

1- التخطيط¹⁸:

تتطور المؤسسة الحديثة في اقتصاد الوفرة الذي يتميز بالمنافسة الشديدة. في مثل هذا الاقتصاد، فإن استقرار المؤسسة غير مضمون، لأنه مشروط بالأداء التشغيلي المتوقع ووضع مالي سليم يتطلب اتخاذ تدابير وقائية. الميزانية السنوية، من خلال السماح بإجراء تحليل أولي للمشكلات وحلها، تقلل من حالات الطوارئ خلال السنة المالية وتساهم في الحفاظ على استقرار الشركة.

وبالتالي، فإن الشركة التي تقوم بإعداد ميزانية سنوية قادرة على تحديد موعد ومقدار التمويل الذي سيصبح ضروريًا مسبقًا. عندها المزيد من الوقت لدراسة وسائل الحصول على هذا التمويل بأفضل الظروف. يفضل هذا النهج على إجراء يقتصر على الانتظار السلبي حتى تنشأ بعض المواقف المالية التي تحتاج إلى تصحيح عاجل. الانتظار حتى اللحظة الأخيرة هو المخاطرة بتهديد الوضع المالي للشركة، وبالتالي بقاءها.

2- الرقابة على الأرباح والعمليات¹⁹:

تتطلب الإدارة العلمية للشركة الاستخدام الأكثر عقلانية واقتصادية للموارد البشرية والمادية والمالية للشركة. تتيح الميزانية السنوية ممارسة هذه السيطرة طالما أن خدمات الشركة يجب أن تثبت احتياجاتها المشروعة الناشئة عن أهداف الميزانية وإظهار الاستخدام الاقتصادي للموارد المتاحة لها. تستخدم الموازنة، كأداة رقابية على أداء أقسام المنظمة على اختلافها، تتحقق من خلالها على مدى تحقيق الأهداف والفوارق بين الإنجازات والتوقعات واتخاذ الإجراءات التصحيحية وتحديد مدى كفاءة الإدارة لأغراض هذا التقييم، نادرًا ما تكون الميزانية الأولية كافية، خاصةً عندما يكون الأفق المتوقع هو السنة ككل. بعض الشركات تجعل الميزانية عملية مستمرة. يتمثل ذلك في تقسيم الفترة إلى فترات فرعية، لطرح بيانات الميزانية المتعلقة بها، بمجرد انتهاء الفترة الفرعية، لمراجعة بيانات الميزانية الخاصة بالفترات الفرعية التالية مع إضافة التوقعات في هذا الوقت. لفترة فرعية إضافية. تبقى مدة هذه الفترة على حالها طوال العام (مثل ميزانية لمدة 12 شهرًا مقدمًا). يُطلق على هذا النوع من الميزانية ميزانية مستمرة أو ميزانية متجددة أو ميزانية منزلة.

على الرغم من الواقعية المتزايدة للميزانيات، من الضروري عادةً، من أجل تقييم النتائج التي تم الحصول عليها، ضبط الميزانيات لمراعاة التغيرات البيئية التي حدثت خلال هذه الفترة.

فيما يتعلق بالفائدة التي يمكن استخلاصها من المقارنة بين الميزانيات الأولية والميزانيات المعدلة، فقد تتكون في المؤشرات المقدمة على قيمة الميزانيات الأولية التي وضعها المدبرون.

3²⁰ - تسهيل الاتصال والتنسيق بين الأقسام :

¹⁸ (Géguère, 1997)

¹⁹ (Géguère, 1997)

²⁰ (رضا، 1986م)

تلتزم الشركة بخدماتها المتعددة مثل المبيعات والإنتاج والتمويل وما إلى ذلك، لتحقيق توازن عادل بين أنشطتها. مثلما يجب على مدير قسم الإنتاج ألا يخطط للتصنيع دون الاهتمام بإمكانيات البيع، لذلك يجب أن يأخذ مدير قسم المبيعات في الاعتبار إمكانيات الإنتاج. تستجيب الميزانية السنوية أيضًا إلى هذه الضرورة لتنسيق الجهود والأهداف المحددة، من خلال حقيقة أنها تمتد إلى جميع أنشطة الشركة وأنها ناتجة عن التزام جميع فروع الشركة منظمة نحو هدف واحد.

4- تقييم الأداء والحوافز²¹ :

تعتبر الموازنات كأداة لتقييم أداء الأقسام المختلفة والافراد، فيتم تحديد الحوافز المستحقة للموظفين الدفع على هذا الأساس.

2.5 المبادئ الأساسية لإعداد الموازنة التقديرية²² .

لإعداد الموازنة التقديرية يجب التقيد ببعض القواعد في ذلك وهي على الخصوص:

- 1- بناء الموازنة التقديرية على أساس مراكز المسؤولية، والتزام الأطراف بتحقيق الأهداف المرسومة.
- 2- شمول الموازنة لكافة أوجه النشاط في المؤسسة، فهي تعبر عن خطة شاملة للمؤسسة.
- 3- تترجم الموازنات سياسات وأهداف المؤسسة إلى أرقام سواء كميات عينية أو مبالغ نقدية. وضرورة ربطها بالمخطط المحاسبي المالي ونظام التكاليف، الموازنات تتوقف على المعطيات المحاسبية وهذا ما يساعد على زيادة فعالية وظيفة الرقابة على التكاليف.
- 4- تحقيق مبدأ المشاركة في الإعداد، إذ لا بد على المسؤولين في التنفيذ أن يشتركوا في إعداد الموازنات التقديرية كما يجب أن يتفقوا فيما بينهم على محاولة تحقيق أهدافها.
- 5- يجب أن يتمتع المشرفون على التنفيذ بفهم حقيقي ودراية واعية لإجراءات الموازنة التقديرية وأهدافها وما تحققه من فوائد ويتم هذا عن طريق إعداد برامج تدريبية مستمرة لكل المستويات الإدارية، بالإضافة إلى ضرورة عقد الاجتماعات لدراسة الموازنة قبل إقرارها، ومناقشة النتائج الفعلية التي تحققت عند التنفيذ.
- 6- يجب أن تتماشى أرقام الموازنة التقديرية مع الأهداف التي يمكن تنفيذها، بحيث لا تكون متواضعة بدرجة تؤدي إلى تكاسل المسؤولين عن القيام بواجباتهم على الوجه المطلوب، وبحيث لا تكون طموحة بدرجة تؤدي إلى استفزازهم عن تنفيذها.
- 7- يجب أن ترتبط الفترة الزمنية التي تغطيها الموازنة التقديرية ارتباطًا وثيقًا بإمكانيات التنفيذ الفعلي وبظروف المؤسسة.

²¹ (حور، 2017)

2.6 تحديد فترة الموازنة التقديرية²³:

فترة الموازنة هي عبارة عن المدة الزمنية التي يتم من أجلها التنبؤ ووضع الخطة، إذ يجب تحديد فترة الموازنة التقديرية، رغم عدم وجود قواعد ثابتة لوضع الموازنة لفترة محددة فقد جرت العادة على وضع الموازنة التقديرية على أساس سنوي.

وهناك جملة من العوامل التي تؤثر على طول أو قصر فترة الموازنة التقديرية ومنها:

- إمكانية التنبؤ بأحوال السوق.

- الفترة الإنتاجية في المؤسسة أي ما تستغرقه عملية إنتاج السلعة التي تتعامل بها المؤسسة.

- طبيعة نشاط المؤسسة ومدى تأثرها بالتغيرات الموسمية.

- مدى توفر المعلومات والإحصائيات اللازمة لغرض وضع التقديرات الضرورية.

2.7 انتقادات الموازنة التقديرية:

على الرغم من أهمية هذه الأداة ودورها الفعال في تسيير المؤسسة إلا أنه يوجد لها بعض الحدود أو العيوب أهمها:

- الطبيعة التقديرية للموازنة واعتمادها بالاعتماد على معطيات من الماضي باستعمال آليات مختلفة للتنبؤ وبالتالي ضعف أو قوة هذه الموازنة يعتمد على ضعف أو صحت هذه التقديرات.

- مدى صحة أو مصداقية النظام المحاسبي وطرق حساب وتحليل التكاليف وتحديد طبيعتها مثل التكاليف الثابتة والتكاليف المتغيرة.

- اعتمادها الكبير على المورد البشري ومدى التشارك في إعدادها مما يمكنه أن يخلق صراعات داخلية.

- مدى القدرة على تحليل النتائج والانحرافات وربطها بالعوامل الفعلية ومعالجتها بالطريقة المثالية²⁴.

2.8 النظام الصحي الجزائري وأدوات تنظيم الانفاق الصحي:

2.8.1 النظام الصحي الجزائري:

يعود النظام الصحي الجزائري الى جملة من المبادئ السياسية، شكلت هذه الرؤية السياسة التي ترجمها البرنامج الوطني للتنمية بعد الاستقلال أسسه والذي حدد فيه جميع الشروط اللازمة لتلبية الاحتياجات الصحية تماشياً مع هاته المبادئ السياسية التي اكتست الحماية التشريعية من البرلمان، ومن الواضح أن الأهداف الملموسة للسياسة الصحية لا يمكن

²³ (حوجو، 2017)

²⁴ (حوجو، 2017)

تحديدها بطريقة محايدة بل تعكس اهتمامات الفئات الاجتماعية التي تشكلها، تميز العقد الثاني بعد الاستقلال بأربعة أحداث محورية.

إدخال الطب المجاني للسماح بالوصول إلى الرعاية الصحية لغالبية السكان (عام 1974).

تشكيل نظام صحي وطني يهدف إلى توسيع نطاق التغطية الصحية ليشمل جميع مناطق البلاد (العيادات والمراكز الصحية) والتي ستكون مسؤولة عن تلبية الاحتياجات الصحية الأساسية.

إنشاء مراكز المستشفيات الجامعية (ثلاثة عشر في العدد) المسؤولة عن تعزيز الرعاية والتدريب والبحث الطبي، في الجانب الصحي، كان هناك انخفاض بشكل عام في معدل الوفيات بتطبيق برامج الصحة الطيبة (التطعيم والوقاية).

تم وضع "ميثاق الصحة" سنة 1989 والذي كان بمثابة إشارة إلى ضرورة تكييف المنظومة الصحية وتماشيه مع التحولات الاقتصادية والاجتماعية والذي حددت فيه أهم المبادئ الرئيسية والاولويات وتكريس البعض الآخر مثل مجانية العلاج²⁵.

يتميز الوضع الحالي بما يلي: ملاحظة وجود تباين إقليمي كبير فيما يتعلق بتوزيع الموارد البشرية (ولا سيما العمالة الفنية والمتخصصة)؛ تطور في الطلب على الرعاية أعلى بكثير من العرض، نقل الممارسين وخاصة الأخصائيين ، إلى القطاع الخاص، مما أثر على القطاع العام.، استمرار بعض الأمراض المعدية والعودة العرضية للأمراض المعدية.، زيادة معدل الأمراض المزمنة (القلب والأوعية الدموية والسرطان ومرض السكري .)، تتميز إدارة الخدمات الصحية بالمركزية الصارمة والمفرطة.، ضعف نظام المعلومات الذي يسمح بإدارة المؤسسة الصحية (الإدارة ، وحساب التكاليف) ، عدم رضا موظفي المستشفى العام فيما يتعلق بالأجور التي يتلقاها ، جداول المرتبات التي لا تستجيب لمعدلات النشاط الحقيقي لمختلف الهياكل ، في غياب مؤشرات لقياس أداء وربحية الخدمات، وصلت المصروفات العامة المخصصة لتشغيل نظام الرعاية الصحية إلى مجلد بحيث لم يستطع الممول الرئيسي ، و الضمان الاجتماعي ، الوفاء به، ومع مرور الوقت أصبحت الدولة تمثل الوكيل التمويل الرئيسي للإنفاق الاجتماعي للدولة²⁶ .

تستدعي المشكلة الصحية نهجين مختلفين:

• نهج الرأسمالي.

يشجع هذا النظام ممارسة القطاع الخاص المهيمن عملياً في توزيع الرعاية. ثم تخضع الصحة للإنتاج وتداول السوق. تخضع لسياسة الاستثمار والربحية وتوضع في سياق منظور النفعية: تتدخل الدولة لحماية بعض الاحتياجات الصحية

²⁵ (أسماء، 2013)

²⁶ (سنا، 2002)

الجماعية وتقدم خدماتها دون تمييز. الرعاية الفردية للاحتياجات الصحية هي سمة من سمات النظام الاجتماعي الذي يقدم أشكالاً مختلفة من الحماية.

• نهج اشتراكي.

في البلدان ذات الخيار الاشتراكي. تم دمج الحماية الصحية في العمل الاجتماعي والاقتصادي الشامل. "تعلن شركة التأمين عن نفسها باعتبارها الهيئة الوحيدة المنتجة للرعاية. بين النظامين هناك بالفعل مفهومين مختلفان. بالنسبة لتدريب الطبيب، ومكان الوقاية، وتوجهات وإدارة صناعة الأدوية.

2.8.2 أدوات تنظيم الإنفاق الصحي في الجزائر²⁷:

لقد أدخلت الجزائر، منذ أكثر من ثلاثة عقود، أدوات للتحكم في الإنفاق الصحي والتي تركز بشكل أساسي على التحكم في الإنفاق من خلال وضع حد أقصى للميزانية المخصصة للصحة ومن خلال أساليب المساءلة المالية للمؤمن عليهم.

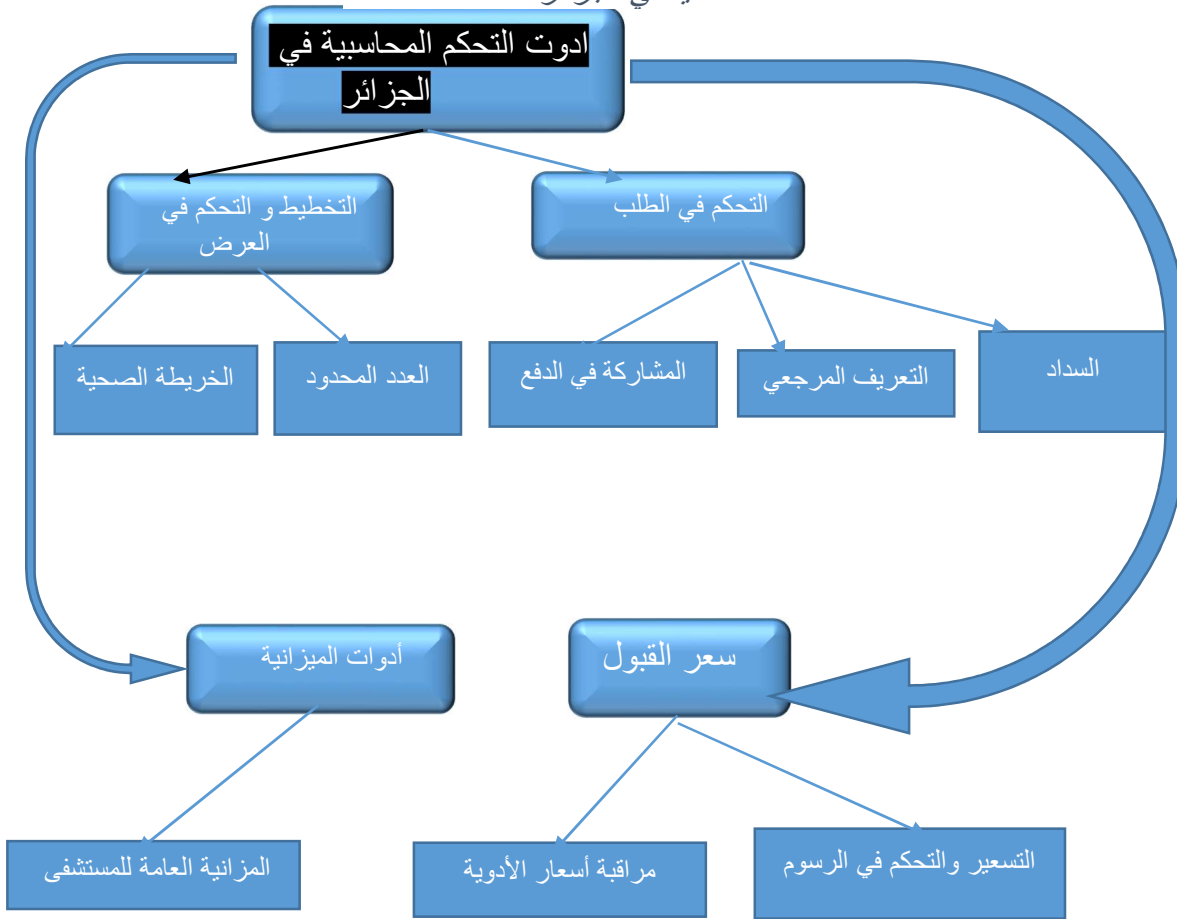
الرقابة المحاسبية للنفقات الصحية:

في عام 1962، وجدت الجزائر المستقلة نفسها تواجه وضعاً اقتصادياً محفوفاً بالمخاطر والذي أجبر قادتها على اتخاذ قرار بشأن المسار الذي يجب اتباعه في إطار تنفيذ السياسات العامة. كان الخيار الذي تم اختياره هو الذي دعا إلى نموذج تنمية يعتمد على الاقتصاد المخطط مركزياً. كان لهذا الاختيار تأثير كبير على أداء النظام الصحي، استمراراً للمفترض السياسي للاشتراكية الذي تنص على أن جميع وسائل الإنتاج هي ملك للدولة حصراً؛ لذلك، كانت جميع مرافق الرعاية الصحية، حتى أوائل التسعينات، في القطاع العام. لم يقتصر دور الدولة على إنتاج السلع والخدمات الطبية، بل امتد أيضاً إلى توفير الخدمات غير السوقية بما في ذلك الرعاية الصحية.

على غرار البلدان الاشتراكية الأخرى، وضعت الجزائر أدوات تنظيمية تميل إلى احتواء إدارتها وبطريقة مركزية تطور الإنفاق الصحي على مستوى المستشفيات على مستوى الإمداد الرعاية والدواء.

²⁷ (Abbou & Brahamia, 2018)

مخطط بياني 2 يوضح أدوات التحكم المحاسبية للنفقات
الصحية في الجزائر



المصدر: مقال يوسف عبو وإبراهيم براهامية.

السيطرة على الطلب على الرعاية:

أدت الإصلاحات التي أجريت منذ التسعينيات إلى إدخال ما يسمى بتدابير "استرداد التكاليف"، وفقاً لإرشادات البنك الدولي، والتي أسفرت عن إنشاء أدوات للتحكم في النفقات الصحية التي تنطوي عليها بناء على الطلب ولهذا السبب، كانت المحاسبة المالية للمستخدمين هي أول نظام تضعه الدولة كعناصر رئيسية لسياسة مراقبة النفقات.

تشكلت الترسانة القانونية التي تهدف إلى السماح بتنظيم الطلب بشكل أساسي في منتصف التسعينيات، ولذلك أصلحت الجزائر نظام الرعاية الخاص بها عن طريق إجراء تغييرات تهدف إلى إدخال جزء معنوي من المخاطر وهذا، من أجل

تخفيف النفقات الصحية وتمكين المستخدمين أكثر. أدخلت Caisse Nationale des Assurances Sociales (CNAS) آليات تنظيمية لهذا الغرض، والتي تنقسم إلى ثلاث فئات: واحدة على أساس الحاجة إلى تمكين المستهلك (رسوم المستخدم) 1، والآخر يشير إلى موافقة أسعار الأدوية المنشئة مع أسعار أرخص الأدوية المتاحة في السوق (السعر المرجعي) ويتعلق الأخير بالمعايير المتعلقة بالخصائص العلاجية للدواء (السداد).

تم تطبيق رسوم المستخدم في الجزائر في عام 1995، وفقًا لأحكام المرسوم الوزاري الصادر في 7 يناير 1995 والذي ينص على مساهمة المستخدمين في تكلفة الرعاية الصحية. على هذا النحو، أصبحت المشاورات مع أخصائي أو ممارس عام بالقرب من مؤسسة صحية عامة مربحة منذ ذلك التاريخ. وبالتالي، يتعين على المستخدم دفع 100 DA للأول و50 DA للثاني. بالإضافة إلى ذلك، هناك حصة مالية قدرها 20 ٪ يتحملها المؤمن. يُطلب من هذا الأخير، في هذا الصدد، تحمل جزء من النفقات التي لا يمكن سدادها بواسطة الضمان الاجتماعي، والتي تتكون أساسًا من تكاليف الأدوية. يتم تعويض 80 ٪ من المصاريف التي تكبدها المريض نتيجة زيارة طبية (القانون رقم 83-11).

وقد استكملت آلية المساءلة المالية هذه للمستخدمين بنظام آخر يُعرف بالتعريف المرجعي (2) والذي يتمثل هدفه الرئيسي في تشجيع الممارسين على وصف الأدوية الجنيسة بدلاً من المنشئ. تم إنشاء هذه الآلية أيضًا في الجزائر في عام 1995. ولم يبدأ سريان مفعولها إلا في أبريل 2006. وقبل هذه التواريخ، سدد الضمان الاجتماعي جميع الأدوية بوصفها طبية على أساس من سعرها الحقيقي.

لإضافة إلى ذلك، أنشأت الدولة صكًا تنظيميًا آخر، وهو "السداد" (3)، والذي يميز بين الأدوية القابلة للاسترداد والأدوية غير القابلة للسداد. في هذا المنظور، تتعلق الجهود المبذولة للسيطرة على الطلب باستبعاد العلاج من التخصصات التي تقدم الخدمة الطبية (SMR) service médical rendu وهو معيار يستخدم في الصحة العامة لتصنيف الأدوية أو الأجهزة الطبية وفقًا لفائدتها من وجهة نظر علاجية أو تشخيصية. يتم استخدام هذا المعيار من قبل الإدارات الصحية في بعض البلدان مثل فرنسا لتحديد معدل السداد²⁸، والتي لم يتم إثباتها، والعلاجات غير المصنفة على أنها "رعاية صحية". علاوة على ذلك، إذا حاولنا فحص تكوين الجزء المتبقي المستحق الدفع من قبل المرضى، فس نجد أن الدفع المشترك يتكون، من ناحية، من الجزء غير القابل للاسترداد من النفقات، ومن ناحية أخرى جزء، من جزء من أتعاب أطباء الطب الليبرالي الذين يطبقون الرسوم التي تتحرف إلى حد كبير عن أولئك الذين توقفهم الضمان الاجتماعي. لسبب وجيه، عدم تحديث التعريفات الخاصة بتسميات إجراءات الرعاية الصحية المهنية منذ عام 1987. بالإضافة إلى ذلك، هناك الأدوية الموصوفة وغير القابلة للاسترداد والتي يتحمل المريض تكاليفها كاملة.

2.9 تطور نفقات المستشفى الصحية

على مستوى المستشفى، كانت الدولة هي الجهة الفاعلة الوحيدة في التمويل، حتى عام 1974، لجميع مؤسسات الصحة العامة. يشار إلى طريقة التمويل، التي سادت خلال هذه الفترة، إلى "التسعير اليومي". نظرًا للتضخم، تم التخلي

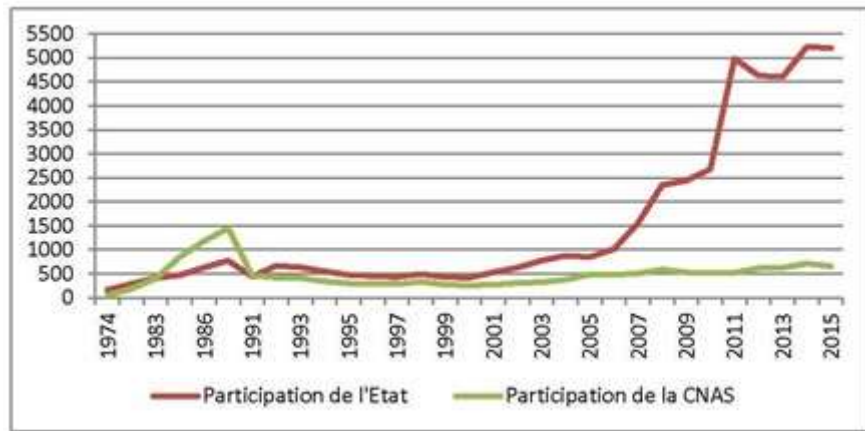
²⁸ (Service médical rendu, 2020)

عن هذا الوضع بسرعة ليحل محله "حزمة المستشفى (forfait hôpital) ، من أجل إبراز الحد الأقصى للإنفاق في المستشفى والحد من نمو الإنفاق على الصحة العامة.

تمت إدارة نظام تمويل المستشفيات هذا منذ تقديم الرعاية الصحية المجانية في عام 1974، باستخدام منطوق تدخل بحت: الدولة تحدد مقدماً مبلغ الميزانية التي ستخصص لمختلف مؤسسات الصحة العامة. من خلال حزمة المستشفى، يسعى إلى الحد من الموارد المتاحة لهذه المؤسسات. يخبرنا فحص تطور "حزمة المستشفى" بوجود تناقض حول أهمية الموارد المخصصة للمستشفيات العامة، على الرغم من التحكم المسبق، وسقف الأطراف للميزانية المخصصة للمستشفيات العامة.

في الواقع، في عام 1974، عملت هذه المؤسسات مع 883 مليون DA فقط. سوف ترتفع الميزانيات المخصصة لهذه المؤسسات إلى أكثر من 6 مليارات DA، في عام 1985. بعد عشرين عاماً من تقديم حزمة المستشفى، تنتقل الميزانية المخصصة لمؤسسات الصحة العامة إلى أكثر من 30 مليار DA (في عام 1994). حالياً، تحصل هذه المؤسسات على أكثر من 400 مليار دينار.

منحنى بياني 1 يوضح تطور النفقات في المستشفيات العمومية الجزائرية



المصدر: إنتاج يوسف عبو وإبراهيم براهيميا على أساس إحصاءات منظمة أطباء بلا حدود.

في الجزائر، دفع هذا النوع من تخصيص الأموال الدولة وCNAS إلى تمويل المستشفيات العامة "دون الرجوع إلى النشاط الفعلي". (أوفرها، 2008) يتم تحديد مساهمة كل شخص تقريباً دون ارتباط بحجم نشاط المستشفى. أصبح المدراء مجرد منفقين لميزانية محددة مسبقاً ومخصصة مسبقاً وفقاً لبنود الميزانية المحددة (Larbi L'Amri). أدى

التحكم في نفقات المستشفى، استنادًا إلى صيغة ثابتة، على عكس الأهداف المتوقعة، إلى عدم تمكن مديري المستشفيات الذين لا يعتبرون أنفسهم لديهم أي حافز لإدارة الموارد بأكثر قدر ممكن من الفعالية²⁹.

2.10.10 المستشفى كمنظمة منفصلة:

أولاً، من زاوية تصنيف أخصائي الإدارة، مثل هنري مينت زبرج³⁰، المستشفى، جزء مما يسمى المنظمات متعددة الوكلاء، وهو هيكل معقد يجب أن يؤدي وظائفه مختلف: الرعاية، التعليم، البحث، الوقاية، التدقيق الصحي، إلخ. هذا الهيكل ذو طابع طبي واجتماعي تتمثل مهمته في تزويد السكان برعاية طبية كاملة وعلاجية ووقائية والذين ستذهب خدماتهم الخارجية إلى أبعد الحدود إلى وحدة الأسرة؛ نظرًا لبيئتها، فهي أيضًا مركز لتعليم الطب والبحث العلمي والاجتماعي. إلى جانب مهنته الحقيقية، يدير المستشفى سلسلة من المهام الأخرى المرتبطة بالضرورة بالمهمة الأولى من أجل ضمان إكمالها بنجاح، وأصبحت مهامها في الفندق أو الأسرة أو الطبيعة التقنية معقدة بشكل متزايد، وبالتالي، فإنها تجعل من المستشفى جهازًا يخاطر فيه الملحق بأخذ الأسبقية على الأساسيات. ثم نعتبر المستشفى نظامًا معقدًا من الإنتاج المتعدد، فهو يوفر لكل مريض منتجات متنوعة من حيث الكمية والأنواع المحددة.

المنتجات سواء كانت تشخيصية أو علاجية، تشكل ما يسمى الفعل الطبي، وهذا يختلف اختلافاً جذرياً عن السلع التي تتعامل معها النظرية الاقتصادية، ولا يعني استهلاكها دائماً سلوكاً عقلانياً، بل يتأثر بحالات عدم اليقين المتعددة، عدم اليقين الذي يؤثر سلباً على طبيعة المرض، وعدم اليقين بشأن تكلفة العلاج الطبي، لا تزال التوقعات تشير إلى قدر كبير من عدم اليقين الفردي فيما يتعلق بكفاءة الطبيب والفعالية العشوائية لأفعاله التي يبدو أنها مستبعدة من الدفع وفقاً لنتائجها³¹.

لا توجد وسيلة أخرى للحد من مختلف الأنواع لحالات عدم اليقين غير الثقة في جميع الممارسين في النظام الصحي، لأن المريض غير قادر على تقييم طبيعة طلبه، ولا حجمه، وبالتالي فهو ليس قرار المريض وحده، ولكن من طرف الطبيب والمريض، لذلك هو قرار مشترك.

2.10.10.1 الهيكل التنظيمي للمستشفى حسب هنري منايري:

يتميز هنري مينت زبرج في أي مؤسسة خمسة عناصر من الأعمال التي طبقها ميشيل كريمايز على المستشفى حيث يسمح منهجه بوصف بعض حقائق منظمة المستشفى المؤهلة كبيروقراطية مهنية.

القمة الاستراتيجية:

²⁹ (Abbou & Brahamia, 2018)

³⁰ (Mintzberg, 1986)

³¹ (Colli, 1998)

تضمن أن المهمة الرائدة في المستشفى يتم الوفاء بها على نحو فعال. قد تكون السلطات التنظيمية (مديرية الصحة)، ورئيس المؤسسة وفريقه، بما في ذلك مدير الرعاية ومنسق الرعاية العامة. الذي " يعينه رئيس المؤسسة. الذي يمارس تحت سلطة هذا الأخير وظائف التنسيق العام للمريض وإعادة التأهيل والأنشطة الطبية والتقنية. وهو عضو في فريق الإدارة ولديه تفويض من رئيس المؤسسة، وسلطة هرمية على جميع المسؤولين التنفيذيين في مجال الصحة ". يشار إلى أن القمة الإستراتيجية في المستشفى تتميز ببعض الغموض الذي يفسره مونتزيرج بحقيقة أن مدير المستشفى من المفترض أن يمنع الحكومة أو الإداريين من التدخل في عمل الأطباء، حيث يتم تعيينه من قبل المديرية الصحية لكونها مسؤولة عن الإدارة أمام مجلس الإدارة.

مركز العمليات:

وهي تتألف من وحدات الرعاية والخدمات الطبية والفنية. يتألف المركز من عدد كبير من الخدمات المستقلة نسبيًا عن بعضها البعض، ويعمل بطريقة مستقلة تقريبًا وله علاقة مباشرة مع بيئتهم: العميل هو المريض. لتوجيه الرعاية، يجمع المركز التشغيلي بين مهني التمريض والتأهيل والفنيين الطبيين.

الخط الهرمي:

يوفر الرابط بين القمة الاستراتيجية والمركز التشغيلي. وهي تتألف من المديرين الذين يديرون المراكز التشغيلية. فكرة التسلسل الهرمي تكمن وراء مبدأ التبعية وبالتالي للسلطة. لتوجيه الرعاية.

يقوم الأطباء والمرضى بالإبلاغ عن تصرفاتهم إلى كبار المديرين، وهو رئيس القسم، الذي يشارك في تقييماتهم. وكذلك يمارس جميع رؤساء الخدمة ووظائفهم تحت سلطة المدير العام. داخل تنظيم المستشفى، يتميز الخط الهرمي بالانقطاع بين المدير العام ورؤساء الخدمات الطبية بسبب الأهداف المتناقضة. هذا يقود رؤساء الإدارات إلى التدخل الغير المباشر للمديرين حول الهدف الأساسي وهو رضا العملاء.

البنية التقنية:

يتم استخدام البنية التقنية لضمان التنسيق من قبل الأشخاص الذين يعملون على تنظيم عمل المراكز التشغيلية من خلال توحيد الإجراءات والاختيار النوعي للمعدات وتطوير المعايير لجعلها فعالة مما يزيد أهمية نمو المنظمة وتصبح أكثر تعقيدًا.

تقتصر هذه الوظيفة في المستشفى على البعد الاقتصادي والمالي لأن التقييس في النتيجة صعب للغاية ويرجع ذلك إلى التمايز القائم على مستوى الخدمات، وبالتالي يتم تقليل البنية التقنية.

يعمل المدير العام أكثر على توحيد المؤهلات من خلال التوظيف والتدريب المستمر بالتعاون مع مدير الموارد البشرية.

موظفي الدعم اللوجستي:

أنها تؤدي المهام الإضافية اللازمة لتحقيق مهمة مركز العمليات: الخدمة البريدية، التنظيف، مطعم. حيث تستخدم اللوجستية للتعاون مع المراكز التشغيلية أمر ضروري.

2.10.2 مهام المستشفى:

يعتبر المستشفى محوراً للنظام الصحي، مع مهمة الخدمة العمومية، وله مسؤوليات صحية واسعة جداً. المستشفى هي مكان اللجوء التقليدي والإلزامي تقريباً لعلاج الأمراض الخطيرة، لكنها تستقبل بشكل متزايد المرضى المصابين بأمراض حميدة وتعالجهم.

تقدم خدمة المستشفى فحوصات تشخيصية وعلاجية على وجه الخصوص رعاية الطوارئ للمرضى والجرحى. بالإضافة إلى ذلك، يقدم المستشفى التدريب لجزء كبير من المهنيين الصحيين ويشكل مكاناً متميزاً للبحث الطبي. من خلال أهمية وتنوع الموارد التي يحشدها المستشفى يضمن أيضاً دور الوكيل الاقتصادي، فهو مستهلك كبير للموارد والتقنيات، هو الهدف من الأسواق التجارية الكبيرة، وخاصة تلك المتعلقة بالمستحضرات الصيدلانية والتكنولوجيا الطبية الحيوية.

وبالتالي، فإن المستشفى العام يحتل مكانة مركزية في توفير الرعاية، مع مرور الوقت توسعت مهامها ووظائفها، على الرغم من أن تشغيل المستشفى العام يخضع لقيود اقتصادية وتنظيمية أكثر بالإضافة إلى ذلك تحاول المستشفيات العمومية اليوم التوفيق بين تقاليد الإنسانية والنهج الاقتصادي الذي يهدف إلى إدارة مواردها المالية والبشرية بشكل أفضل، وهكذا يتم تنظيم دورها حول ثلاث مهام رئيسية:

1. مهمات الرعاية:

بطبيعته، يغطي الحق في الرعاية لأي مريض يتيح له الحصول على الرعاية عندما تكون حالته ضرورية، وبالتالي المشاركة في المساواة على الحصول الخدمة العامة وفي الالتزام العام بالمساعدة أو الذين يعانون من عجز وفي الرعاية الوقائية المقدمة خلال مشاركة العيادات الخارجية، ويجب أن تمثل الرعاية لمبدأ المساواة فيما يتعلق بتوفير الخدمات، وكذلك مبدأ الاستمرارية لتقديم خدمات الرعاية.

المستشفى العام: مهمة تدريبية:

إذا كانت كليات الطب والمدارس التدريبية المختلفة للعاملين في التمريض مسؤولة عن توفير التعليم الطبي وشبه الطبي، يظل المستشفى المكان المثالي لتطبيق المعرفة المكتسبة من الناحية النظرية من خلال تدريب الموظفين الطبيين والمساعدين الطبيين خلال مسار دراستهم.

مهمة البحث الطبي والاجتماعي:

يعد البحث الذي يتم في المستشفيات العمومية وضعًا متميزًا ومتوقعًا للوصول إلى ابتكار الأدوية والأجهزة الطبية للمريض³²، كما أنه ناقل للتدريب المستمر للعاملين الطبيين والقائمين على رعايتهم، وهو يساهم في الشهرة، بالإضافة إلى تقييم وتميز الرعاية المقدمة في المستشفيات.

. بالإضافة إلى خدمات الارتقاء بالصحة المتمثلة في الوقاية وتحسين الصحة العامة مثل التوعية وبأهمية الأمراض المعدية، الغذاء الصحي والرياضة والراحة والنظافة.

2.10.3 أنواع الخدمات الصحية³³:

الفحوصات والاستشارات: تمثل الدافع الأساسي للالتقاء بين طالب الخدمة وعارضها تقع في واجهة المؤسسة الصحية بغرض تشخيص المرض أو علاجه في حالة وجوده.

الخدمات السريرية: المتمثلة في توفير الإقامة للمرضى التي هي مكان عمل للأطباء والممرضين وغيرهم من العمال.

الأرضية التقنية: الوحدات الشاملة على الوسائل التكنولوجية فيما يخص العلاج والتشخيص.

خدمات الإمداد: تتمثل في مجمل الخدمات المكملة للأنشطة السابقة مثل الصيانة النقل التغذية.

الخدمات الإدارية: تشمل مختلف الوظائف الإدارية من تخطيط وتنظيم ورقابة وتوجيه عبر مختلف الأقسام والإدارات مثل إدارة المالية المخزن الموارد البشرية.

2.11 الإطار القانوني للمستشفيات العمومية الجزائرية:

المؤسسة العمومية الاستشفائية (EPH) مؤسسة عمومية ذات طابع اداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي تحت وصاية الوالي تتم إدارة مؤسسة المستشفيات العمومية (EPH) ومؤسسة الصحة العمومية الجوية (EPSP) بواسطة مجلس إدارة ويرأسها مدير. بوجود هيئة استشارية تسمى "المشورة الطبية" حيث يتم تحديد تصنيف المستشفيات العامة ومؤسسات الصحة العامة القريبة حسب الفئة بمرسوم مشترك للوزراء المسؤولين عن الصحة والمالية والسلطة المسؤولة عن الخدمة العامة.:

مهمة مؤسسة المستشفيات العمومية هي توفير رعاية متكاملة وتحديد الأولويات، والاحتياجات الصحية للسكان في سياق تطبيق البرامج الصحية الوطنية، تشمل مهامه:

- ضمان تنظيم وبرمجة توزيع الرعاية العلاجية والتشخيص.

³² (des ambitions pour la recherche médicale française, 2004)

³³ (خريف، 2012)

- إعادة التأهيل الطبي والاستشفائي.

- ضمان النظافة والصرف الصحي ومكافحة الإزعاج والآفات الاجتماعية.

- ضمان تطوير وإعادة تدريب موظفي الخدمات الصحية.

يمكن أن تعمل مؤسسة المستشفيات العامة كقاعدة تدريب طبي وشبه طبي وفي إدارة المستشفيات على أساس الاتفاقيات الموقعة من المؤسسة المكونة.

باعتبار المؤسسة العمومية الاستشفائية مؤسسة عمومية فإنها تخضع للقانون لأحكام المحاسبة العمومية وأحكام القانون الأساسي للميزانية.

2.11.1 مجلس الإدارة:

يجب أن يجتمع مجلس الإدارة في جلسة عادية مرة واحدة كل ستة (6) أشهر. يمكن أن تجتمع في جلسة غير عادية بدعوة من رئيسها أو بناء على طلب 3/2، يتم تحديد جدول أعمال كل اجتماع من قبل رئيس مجلس الإدارة بناءً على اقتراح مدير المؤسسة من أعضائها يتكون مجلس الإدارة من:

- ممثل الوالي، الرئيس؛ ممثل للإدارة المالية؛ ممثل لمنظمات الضمان الاجتماعي؛

- ممثل التأمين الاقتصادي؛

- ممثل عن الجمعية الشعبية للولاية؛

- ممثل عن الجمعية الشعبية للمقر المشترك للمؤسسة؛

- ممثل للعاملين الطبيين المنتخبين من قبل أقرانه؛

- ممثل للعاملين في المجال الطبي ينتخبه أقرانه؛

- ممثل لرابطات المستخدمين؛

- ممثل العمال المنتخبين في الجمعية العامة؛

- رئيس المجلس الطبي؛

مدير مؤسسة المستشفى العمومي والمؤسسة العمومية للصحة الجوارية حضور مداورات مجلس الإدارة بصفة استشارية وضمن الأمانة³⁴.

(المرسوم التنفيذي رقم 07-140 بشأن الإنشاء والتنظيم والتشغيل في المستشفيات العمومية المؤسسات العمومية للصحة الجوارية، المؤرخ 2 جمادى 34 1428 الموافق 19 مايو 2007)

يتداول مجلس الإدارة حول:

خطة التنمية قصيرة ومتوسطة الأجل للمؤسسة؛ مشروع ميزانية المنشأة؛ المشاريع الاستثمارية؛ الحساب الإداري؛ العقود المتعلقة بخدمات الرعاية الصحية مع شركاء المؤسسة، على وجه الخصوص منظمات الضمان الاجتماعي التأمين الاقتصادي، التبادل مع المجتمعات المؤسسات والمنظمات المحلية وغيرها؛ مشاريع التنظيم الداخلي للمؤسسة؛ الحسابات المؤقتة؛ برامج الصيانة والصيانة السنوية للمباني والمعدات؛ اللوائح الداخلية للمنشأة؛ اقتناء الممتلكات المنقولة وغير المنقولة واستئجارها والتخلص منها؛ مشروع خطة التأسيس؛ قبول أو رفض التبرعات والموروثات، الأسواق والعقود والاتفاقيات وفقاً للأنظمة المعمول بها.

2.11.2 المدير:

مدير مؤسسة المستشفى العام ومؤسسة الصحة العامة يتم تعيينهم بأمر من وزير الصحة المدير وهو مسؤول عن حسن سير المنشأة. على هذا النحو:

- ممثل للمؤسسة امام القضاء في جميع الاعمال المدنية للمؤسسة
- هو المسؤول المفوض للمؤسسة أي ان الاعتمادات تفوض اليه فيكتسب بذلك صفة الامر بالصرف؛
- يعد مشروع الميزانيات المؤقتة ويؤسس حسابات المنشأة؛
- وضع مسودة المخطط التنظيمي الداخلي واللوائح الداخلية للمؤسسة؛
- ينفذ مداورات مجلس الإدارة؛
- يضع تقرير النشاط السنوي الذي يرسله إلى السلطة الإشرافية، بعد موافقة المجلس الإدارة؛
- يبرم أي عقد، سوق، اتفاقية واتفاق، في إطار اللوائح السارية؛
- يمارس السلطة الهرمية على جميع الموظفين الخاضعين لسلطته؛
- يعين جميع موظفي المنشأة باستثناء أولئك الذين خصص لهم شكل اخر من اشكال التعيين يعينون بقرار من الوزير المكلف بالصحة؛
- يمكنه أن يوكل، تحت مسؤوليته، توقيعه إلى المقربين منه.

يساعد المدير أربعة (4) مديرين فرعيين معينين بأمر من الوزير المسؤول عن الصحة وهم على التوالي:

- مدير المالية والموارد؛

- مدير الموارد البشرية،

- مدير الخدمات الصحية،

- مدير صيانة المعدات الطبية والمعدات ذات الصلة.

حيث يتم تعيين نواب المديرين بأمر من الوزير المسؤول عن الصحة³⁵.

يقوم المدير بإعداد مشروع الميزانية وتقديمه إلى مجلس الإدارة للتداول. ثم ينتقل لليتم الموافقة عليه من قبل السلطة الوصية وهذا حسب المادة 30 من نفس المرسوم.

مسؤوليات المدير كأمر بالصرف:

الامر بالصرف هو الشخص المؤهل لإثبات دين لهيئة عمومية وتصفيته والأمر بتحصيله أو لإنشاء دين وتصفيته والامر بدفعه، حيث يلتزم الامر بالصرف في بداية نشاطه باعتماد نفسه لدى محاسب عمومي وبمسك محاسبة خاصة بتسييره المالي وتقديم حسابات نتائج هذا التسيير، تكون مسؤوليات الأمر بالصرف كالآتي:

المسؤولية السياسية: لأنهم محل مساءلة من الهيئة التي أقرت الاعتمادات المالية ورخصة لهم باستعمالها في إطار اهداف سياسية معينة.

المسؤولية التأديبية: تكون من طرف المسؤول السلمي الأعلى منه مع إمكانية تسليط عقوبات قانونية.

المسؤولية المدنية: تنتج عن الخطأ الشخصي للأمر بالصرف وتطبيق عقوبات عليه مثل تعويض الضرر.

المسؤولية الجزائية: في حالة ارتكاب الأمر بالصرف لجريمة جزائية مثل الاختلاس الغدر التبديد.

المسؤولية عن الانضباط المالي للميزانية: وتكون في حالة مخالفة قواعد الميزانية.

2.11.3 المجلس الطبي:

المجلس الطبي هو المسؤول عن دراسة وإصدار المشورة الطبية والفنية الخاصة به على أي سؤال يتعلق بالمنشأة، حيث يقترح جميع التدابير التي من المرجح أن تحسن المنظمة وتشغيل خدمات الرعاية والوقاية. على المجلس الطبي او استشارة مدير المؤسسة العمومية الاستشفائية ومدير مؤسسة الصحة العامة العمومية الجوارية لأي مسألة طبية أو علمية أو تدريب وخاصة في:

- التنظيم والعلاقات المتضاربة بين الخدمات الطبية؛

- مشاريع البرامج المتعلقة بالمعدات الطبية والمباني وإعادة تطوير الخدمات الطبية؛

(المرسوم التنفيذي رقم 07-140 بشأن الإنشاء والتنظيم والتشغيل في المستشفيات العمومية المؤسسات العمومية للصحة الجوارية، المؤرخ 2 جمادى 35
1428 الموافق 19 مايو 2007)

- برامج الصحة والسكان؛

- برامج الأحداث العلمية والتقنية؛

- إنشاء أو إلغاء الهياكل الطبية³⁶.

2.12 ميزانية المؤسسات العمومية الاستشفائية:

يتم تعريف إجراء الميزانية من خلال مجموعة من القواعد التي يجب مراعاتها والتي لا تحدد فقط السياق القانوني، والخطوات الواجب اتخاذها ودور اللاعبين في كل منها، ولكن أيضًا المبادئ الواجب مراعاتها في وضع وثيقة الميزانية نفسها. على مر القرون، تم فرض بعض القواعد الأساسية التي توجه الإعداد الملموس للميزانية ونجدها مستخدمة جزئيًا على الأقل في بعض البلدان. نميز المبادئ الكلاسيكية للتطبيق القديم والمبادئ الجديدة للتطبيق الحديث. بشكل عام.

2.12.1 مبادئ ميزانية المؤسسات العمومية:

المبادئ الكلاسيكية:

تخضع المؤسسات العمومية ذات الطابع الإداري لأحكام قانون المحاسبة العمومية واحكام القانون الأساسي للميزانية، تطبق المؤسسة العمومية المبادئ التي تطبع على ميزانية الدولة، والتي تعتبر مبادئ كلاسيكية ونميز المبادئ التالية:

مبدأ الشمولية: يقصد به أن الميزانية تكون شاملة لجميع النفقات والإيرادات على اختلاف أنواعها ومصادرها وأن تقيّد دون مقاصة بين الإيرادات والنفقات³⁷.

مبدأ عدم التخصيص: الهدف من هذا المبدأ هو عدم تخصيص إيراد معين لنفقة أي أن مجموع الإيرادات يغطي مجموع النفقات بصق عامة دون تمييز³⁸.

مبدأ وحدة الميزانية: الميزانية العامة تكون بإدراج النفقات والإيرادات في شكل وثيقة ميزانية واحدة شاملة³⁹.

مبدأ السنوية: يقوم هذا المبدأ على اعتبارات مالية عديدة: النطاق السنوي للميزانية الذي يتوافق مع النطاق الذي تسيّر عليه المؤسسات والأفراد في تسيير حساباتهم وينتج عن هذا المبدأ أن عملية التقدير والتنفيذ تكون لسنة واحدة حسب الإذن الممنوح والذي يتجدد كل سنة⁴⁰.

(المرسوم التنفيذي رقم 07-140 بشأن الإنشاء والتنظيم والتشغيل في المستشفيات العمومية المؤسسات العمومية للصحة الجوارية، المؤرخ 2 جمادى 1428 الموافق 19 مايو 2007)

³⁷ (الحميد، 2005)

³⁸ (المادة 8 من القانون 17-84 المتعلق بقوانين المالية، المؤرخ في 07 جويلية 1994 المعدل والمتمم)

³⁹ (الحاج، 2009)

⁴⁰ (حشيش، 2006)

المبادئ الحديثة⁴¹:

على مدار الثلاثين عامًا أو الأربعين عامًا الماضية، تمت إضافة قواعد جديدة إلى المبادئ الكلاسيكية التي تُكملها. هذه هي مبادئ التوازن والمساءلة والشفافية والاستقرار والأداء. ومع ذلك، فإن تطبيقها ليس واسع الانتشار:

مبدأ التوازن يعني أن الميزانية تحتوي على نفس المبلغ في الإيرادات والنفقات. ومع ذلك، يجب تفسيرها مع مراعاة الدورات الاقتصادية والتحقق منها على مدى بضع سنوات. في بعض الحالات، يمكن إضافة الاقتراض إلى الإيرادات بشكل صريح لتعويض الإنفاق الزائد، بينما في حالات أخرى، يمكن أن تؤخذ من الفوائض المتراكمة لتجنب حدوث عجز. في المجموع للفترة يجب تحقيق التوازن.، يجب أيضًا أن تؤخذ في الاعتبار أن الميزانية هي عملية تنبؤ، ويجب أن تكون صادقة، بمعنى أنه لا ينبغي التقليل من شأن النفقات بشكل متعمد وإيرادات مبالغ فيها للهدف الوحيد المتمثل في إظهار رصيد الواجهة والتي تهدف إلى تسهيل اعتماده.

مبدأ المساءلة:

يهدف مبدأ المساءلة إلى المساءلة المنهجية، السلطة التنفيذية مسؤولة عن ممارسة مسؤولياتها أمام الهيئة التشريعية، كما أن مسؤولية كبار المديرين محددة بوضوح. كيان مراجعة مستقل يقدم تقارير سنوية إلى البرلمانين ويقوم بتنفيذ مهام التدقيق بناءً على طلب البرلمانين أو السلطة التنفيذية أو كليهما.

مبدأ الشفافية:

لا يرتبط تحديد دور كل هيئة بمبدأ الشفافية فحسب، بل يرتبط أيضًا بالتزام الحكومة بتوفير جميع المعلومات المالية وغير المالية اللازمة للمراقبة البرلمانية الكافية للمشاركة وفهم الجمهور، والتي يجب أن تكون معلومات ذات جودة متوفرة في الوقت المناسب.

الاستقرار أو الجدوى:

هي أيضا واحدة من المبادئ جديد بموجب هذا المبدأ، يتم تسجيل أهداف الميزانية في إطار متوسط الأجل يتم تحديثه بانتظام. تعتمد وثائق الميزانية المقدمة وجهة نظر متعددة السنوات ويجب أن تتيح التقييم التدريجي للمسار المتبع فيما يتعلق بالهدف

مبدأ الأداء:

تمت إضافة مبدأ الأداء مؤخرًا إلى قائمة المبادئ التي ترتبط ببرامج الموازنة الآن في العديد من البلدان، بأهداف الأداء، من حيث الاقتصاد والفعالية والكفاءة. وضع أهداف سنوية وتستخدم مؤشرات لرصد تقدم الإدارات والهيئات العامة في تحقيق الأهداف.، تستتبع المساءلة عن استخدام الاعتمادات ذات الصلة.

⁴¹ (cliche, 2009)

2.12.2 اعداد وتنفيذ الميزانية لمؤسسة عمومية:

يعد مشروع الموازنة كل من رئيس المؤسسة والمسير المالي، مع مراعاة احتياجات المؤسسة وتحديد أولويات والجوانب الهامة للاستفادة من تجربة العام السابق والتوقعات للعام المقبل، مع الأخذ في الاعتبار أي مهام إضافية مثل التوظيف أو إعادة التأهيل أو الصيانة. التي ترسل الى المديرية الولائية التابعة لها مع مراعات التسلسل الإداري، والتي تقوم بدورها بإعداد تقديرات الموازنة العامة، والتي تشمل نتيجة الموازنات التي ترسلها جميع المؤسسات التابعة لها، وترسلها إلى الوزارة المختصة، ثم تجتمع إدارة وزارة الوصاية مع وزارة المالية بهدف مناقش الموازنة الإجمالية لها، بعد مصادقة البرلمان عليها في إطار قانون المالية تحصل الوزارة الوصية على اعتمادات مخصصة لها في شكل إيرادات ونفقات، والتي تقسمها بدورها على المؤسسات تماشيا مع توقعاتهم ومن خلال توزيع الاعتمادات على المؤسسات ، تعد إدارة المؤسسة العمومية ميزانيتها في شكل مخصصات الإيرادات ونفقات ، مما يعني أن الجدول يصبح الميزانية في الشكل النهائي للعناوين وابواب و المواد.

إقرار الموازنة: اجتمع مجلس الإدارة لمناقشة الميزانية مادة بمادة وتحت رئاسة الوالي وبمشاركة ممثلي المجالس الشعبة بغرض اعتماد مشروع الموازنة.

تنفيذ الميزانية⁴²: بعد الموافقة على الميزانية، يتم إرسال نسخة إلى الأعضاء المعنيين بالتنفيذ والرقابة يميز مرحلتين في عملية تنفيذ الميزانية مرحلة إدارية ومرحلة محاسبية.

في حالة الإيرادات:

المرحلة الادارية: يتكفل بهذه المرحلة الأمر بالصرف وهي كالتالي:

الاثبات: حسب المادة 16 من قنون 90- 21 "هو الإجراء الذي يكرس بموجبه حق الدائن العمومي"

التصفية: حسب المادة 17 من نفس القانون "تسمح التصفية بتحديد المبلغ الصحيح للديون الواقعة على المدين لفائدة الدائن العمومي والأمر بتحصيلها".

الامر بالتحصيل: والذي يتم بسليم الأمر بالصرف سند القبض للمحاسب العمومي.

المرحلة المحاسبية: هي من اختصاص المحاسب العمومي الذي تتمثل مهمته في التحصيل وذلك بعد التأكد من الترخيص بذلك قانونيا ويعرف حسب المادة 18 من نفس القانون "يعد التحصيل الاجراء الذي يتم بموجبه ابراء الديون العمومية".

في حالة النفقات: هي الأخرى تتم عبر مرحلتين إدارية ومحاسبية.

المرحلة الإدارية: وهي المرحلة التي يقوم بها لأمر بالصرف من خلال عملية.

⁴² (MANUEL DE PROCEDURES DE GESTION DU BUDGET, 1994)

الالتزام: والذي يكون في شكل عقد اداري الذي بموجبه يتم انشاء دينا على المؤسسة ويعرف حسب المادة 19 من نفس القانون على أنه "الإجراء الذي يتم بموجبه اثبات نشوء الدين العمومي".

التصفية: وهو الإجراء الذي يتم من خلاله التحقق من وجود الدين وتحديد مبلغ النفقة وتطبيق قاعدة أداء الخدمة والتي تعني أن النفقة العمومية لا تصرف حتى ينفذ موضوعها وتعرف حسب المادة 20 من نفس القانون "التصفية تسمح بالتحقق على أساس الوثائق المحاسبية وتحديد المبلغ الصحيح للنفقات العمومية.

الأمر بالصرف: وهو أمر إداري يدفع بموجبه المحاسب العمومي النفقة المصفاة وتعرف حسب المادة 21 من نفس القانون " يعد الأمر بالصرف أو تحرير الحوالات الإجراء الذي يتم بموجبه دفع النفقات العمومية".

المرحلة المحاسبية: تتمثل في عملية الدفع "الإجراء الذي يقوم بها المحاسب العمومي بغرض ابراء الدين العمومي" حسب المادة 21 من نفس القانون ⁴³.

مخطط بياني 3 مراحل تطور الميزانية قبل تنفيذها

مشروع الميزانية

ميزانية مصاق عليها

ميزانية معتمدة من طرف المؤسسة العمومية

المصدر: من اعداد الطالب.

الرقابة على تنفيذ الميزانية:

(محمد و يسرى ، 2003) ⁴³

تتعدد أشكال الرقابة على الميزانية والجهات المكلفة بها وهو ما يفسر تعدد طبيعتها أهدافها نذكر منها:

الرقابة الإدارية: الرقابة هي التي تقوم بها الحكومة بها عن طريق موظفين حكوميين من طرف وزارة المالية على الإدارات الحكومية المختلفة ومن قبل المحاسب العمومي وذلك بالانتقال حسب المراحل الإدارية في عمليات تنفيذ الإيرادات والنفقات كما تتضمن الرقابة الإدارية رقابة المراقب المالي والتي تكون قبلية وبعديّة ويمكن للأمر بالصرف التغاضي عن الرقابة القبليّة على مسؤوليته وتهدف رقابة المراقب المالي الى:

-السهر على تنفيذ النفقات وفق التشريعات المعمول بها،

-التحقق مسبقاً من توفّر الاعتمادات،

-تقديم نصائح لأمر بالصرف في مجال المالية،

-إثبات صحة النفقات عن طريق وضع التأشير أو تعليق رفض التأشير عند الاقتضاء،

-إعلام الوزير المكلف بالمالية بصفة شهرية بتوظيف النفقات وبالوضعية العامة للاعتمادات⁴⁴،

بالإضافة إلى أشكال أخرى للرقابة مثل الرقابة القضائية، السياسية، وقانون ضبط الميزانية والتي تركز على حماية المال العام.

(المادة 58 لقانون رقم 21-90 والمتعلق بالمحاسبة العمومية، المؤرخ في 15 أوت سنة 1990) 44

خاتمة الفصل الأول:

يتميز نظام الموازنة التقديرية في المستشفيات العمومية الجزائرية بالمركزية، بالإضافة الى التشجيع على الانفاق فتقتصر بذلك على عملية ادارة النقد وعلى الرقابة على النفقات المالية (الرقابة المالية) وفقا للقوانين والتنظيمات دون الأهداف او معايير الأداء المرجوة من هذه النفقات.

الحقيقة أن ميزانيات المستشفى حتى عام 1992 وحتى اليوم تخلو من الأهداف من حيث البرامج المراد تلخيصها من خلال الالتزامات التي يجب أن تلتزم المؤسسات بها حيث يبدو أنها لا تؤيد الإدارة العقلانية عن طريق الميزانية الإجمالية تقنين النفقات باستخدام هذه الآلية تم استبدالها في عام 2004 بنظام تسعير النشاط؛ من خلال دمج حساب التكلفة حسب علم الأمراض، مع دعم معالجة المعلومات والبيانات، هناك العديد من النوايا والخطط للإصلاح، لكن التنفيذ بطيء.

3 الفصل الثاني الرقابة الإدارية:

مقدمة:

طبقت الرقابة الإدارية أولاً على الإنتاج والتوزيع الصناعي ثم في مناطق أخرى تخضع لضغوط السوق (الفنادق والبناء والنقل وما إلى ذلك). ثم امتدت إلى الأنشطة التي لا تؤدي بالضرورة إلى زيادة المبيعات (الإدارة والتعليم والصحة وما إلى ذلك). في القطاع الصحي، تعتمد المنظمة المعنية (المستشفى) على المخصصات من المجتمع الذي يمولها، ويمكن لهذا المجتمع الضغط من أجل تحقيق النتائج.

في الحقيقة، المستشفى هو مؤسسة عامة ذات طابع اجتماعي هدفه الرئيسي هو توفير الرعاية للمرضى. لتنفيذ هذه المهمة بنجاح، يجب على مديري كل مستشفى إدارة الموارد المالية المخصصة بشكل أفضل من خلال اعتماد إدارة الميزانية الرشيدة، على الرغم من الانتقادات الموجهة إليها، لا تزال إدارة الموازنة هي طريقة التحكم الإداري الأكثر استخداماً من قبل جميع المنظمات لأنهم جميعاً يعدون الموازنة، لكن الممارسات تختلف بشكل كبير.

الغرض من هذا الفصل هو تقديم دراسة وصفية تحليلية لإدارة الميزانية كعملية رقابة إدارية للمستشفيات العمومية الجزائرية. سيتمحور الفصل حول أربع مباحث وهي كالتالي:

المبحث الأول: المفاهيم والتعاريف العامة المتعلقة بمراقبة إدارة المستشفيات.

المبحث الثاني: الرقابة الإدارية للاستجابة لأزمة المستشفى.

المبحث الثالث: حساب التكلفة والمراقبة.

المبحث الرابع: نظام المعلومات الاستشفائي.

3.1 الإطار المفاهيمي للرقابة الإدارية:

3.1.1 التعاريف الأساسية⁴⁵:

قدم (R. Anthony)، في عام 1965، الرقابة الإدارية باعتبارها العملية التي يضمن بها المديرون الحصول على الموارد واستخدامها بفاعلية (فيما يتعلق بالأهداف) وكفاءة (فيما يتعلق بالوسائل المستخدمة) من أجل تحقيق الأهداف التي تسعى المؤسسة إلى تحقيقها والتي يحددها قادتها. بعد ذلك، في عام 1982، حددت خطة المحاسبة العامة الفرنسية السابقة الرقابة الإدارية على النحو التالي: "إنها مجموعة من التدابير المتخذة لتزويد المديرين بأرقام دورية تميز سير المؤسسة. يمكن مقارنتها بالبيانات السابقة أو المخططة، إذا لزم الأمر، وأن تشجع المديرين على بدء التدابير التصحيحية المناسبة.

. ما هو المكان الذي تقارن فيه الرقابة الإدارية مع الضوابط الأخرى؟:

قدم (W. Ouchi) في عام 1979 تصنيفًا يهدف إلى ربط آليات التحكم فيما يتعلق بالخصائص التنظيمية. تم تقديم ثلاثة أنظمة مهيمنة:

- مراقبة السوق. عندما تكون الأهداف المحددة واضحة ومرتبطة ومنطقية، فمن الممكن إنشاء آليات "سوق" داخل المنظمة لتنظيم الأنشطة والتبادلات. هذا يسلط الضوء على منطق السيطرة من خلال النتائج التي تسود على البحث عن مطابقة سلوك الأفراد مع الإجراءات المحددة مسبقًا؛

- مراقبة البيروقراطية التي تتوافق مع البحث عن الامتثال للإجراءات المنصوص عليها؛

- السيطرة على العشيرة التي تقوم على الطقوس والعادات أو مجموعات من الأفراد.

يوضح (Burlaud and Simon 1997) أيضًا أن هناك أشكالًا مختلفة من "الرقابة الإدارية" التي تتعايش معها في المؤسسة. عموماً، يتم ممارستها أو تنفيذها في وقت واحد. والتي يجب أن تكون معروفة، وأن تأخذ بعين الاعتبار وأن تدار بطريقة تتكيف مع تعايشهم وإجراءاتهم المتبادلة والمتغيرة وفقاً لاحتياجات وقيود البلد. تؤخذ في مواجهة الوقت والسياق. المعين هذه الأشكال المختلفة على سبيل المثال:

- السيطرة على التسلسل الهرمي، أكثر أو أقل قوة اعتماداً على نوع الهيكل المعتمد، تاريخ الشركة، مفاهيم المديرين؛

- الرقابة عن طريق التنظيم والإجراءات؛

- السيطرة من خلال ثقافة الشركات أو القيم؛

⁴⁵ (Sabine SÉPARI, 2014)

- السيطرة على الأخلاق أو الأخلاقيات؛ إلخ⁴⁶.

المزيد من المفاهيم التكميلية الحالية:

يُفهم على أنه التحكم أيضًا، ربما في الآونة الأخيرة نظرًا لتطور المنظمات وأساليب عملها، باعتبارها العملية التي يؤثر بها المديرون على الأعضاء الآخرين في المنظمة لتنفيذ الاستراتيجيات. المقررة، يمكننا على سبيل المثال، الرجوع إلى التعريفات التالية:

• حسب (Anthony.N.R ، 1981): المراقبة الإدارية هي العملية التي يؤثر بها المديرون على الأعضاء الآخرين في المنظمة لتنفيذ الاستراتيجيات التنظيمية.

• وحسب (H. H. Bouquin ، 1982): تساعد الرقابة الإدارية المديرين على فهم المستقبل والتصرف وفقًا لذلك؛ كما أنه (أيضًا) يساعد المديرين على التوجيه ، إن لم يكن السيطرة ، تصرفات المتعاونين والشركاء ، بما في ذلك الهياكل الرئيسية ، أو لأولئك الذين لا يستطيعون الاجتماع مباشرة.

• قدم (R Simoun ، 1995)، الرقابة الإدارية باعتبارها جميع العمليات والإجراءات المستندة إلى المعلومات التي يستخدمها المديرون للحفاظ على أو تعديل تكوينات معينة من أنشطة المنظمة. الإصرار أكثر على إشراك المديرين واستخدام أنظمة التحكم التي تختلف وفقًا للشركات⁴⁷.

• عرف هنري بوكوين سنة 2010 "الرقابة الإدارية هي نظام لتوجيه أداء المنظمات، والذي يعتمد على تحديد الأهداف ومراقبة إنجازها". وبالتالي، فهي تشكل في جوهرها طريقة لحوكمة المؤسسات، فمع التطور ذ، تخدم الرقابة الإدارية كلاً من الحوكمة الخارجية والحوكمة الداخلية:

-فيما يتعلق بالحوكمة الخارجية، تهدف إلى تقديم تقرير إلى "أصحاب الحق في الحكم (المساهمين، الوصاية، وما إلى ذلك)" (Bouquin ، 2010، ص 10) من نتائج المنظمة ومستوياتها التي تتوافق مع الأهداف الاستراتيجية المخصصة لها.

-فيما يتعلق بالحوكمة الداخلية، فإن الرقابة الإدارية هي وسيلة لضمان التوافق بين تصرفات المديرين وهذه الأهداف الاستراتيجية نفسها، وبالتالي فإن الرقابة الإدارية تهدف إلى ضمان "تقارب الأهداف والتعاون" (Bouquin ، 2010، ص 11) الداخلية والخارجية للمنظمة، لأنه على وجه التحديد للوظيفة الرئيسية لضمان التماسك بين هذين المستويين. يضع هذا المنصب وهذا الدور في جزء محدد من منظمة: البنية التقنية، كما حددها هنري⁴⁸.

⁴⁶ (A. Burlaud, 1997)

⁴⁷ (Sabine SÉPARI, 2014)

⁴⁸ (Komarev, 2007)

3.1.2 أسس وآليات الرقابة الإدارية: وظيفة هجينة بين الحدود التقنية والإدارية.

تفويض الإدارة كأساس للرقابة الإدارية⁴⁹:

تفويض الإدارة كأساس للرقابة الإدارية، يربط نوع من علاقة التكافؤ بين مفاهيم التحكم والإدارة. في الواقع، لا توجد مراقبة إدارية إلا إذا كان هناك تفويض للإدارة إلى كيانات تتمتع باستقلالية معينة نظرًا لأن مبدأ هو متابعة نتائج الإجراءات البعيدة عن السلطة المركزية. على العكس، لا يمكننا تفويض الإدارة دون إضافة وضع تحكم مسبق أو خلفي. يمكن أن يكون هذا التفويض صريحًا، عن طريق التعاقد الداخلي، أو ضمنيًا. وبالتالي، فإن تنظيم المستشفى، استنادًا إلى تخصص المهام، لا سيما الطبية والمساعدين الطبيين، يستحث بالضرورة شكل من أشكال التفويض، الإدارات هي في الواقع كيانات مستقلة نسبيًا على الأقل فيما يتعلق بتنظيمها. وبالمثل، فإن الخبرة الطبية بحكم الواقع تؤدي إلى نقل إدارة الإجراءات (هناك بالفعل تفويض للإدارة في رعاية المرضى، خاصة فيما يتعلق بحرية الوصفة الطبية) من الإداريين إلى مهنة الطب دون وسائل تحكم.

الرقابة "وسائطية":

مراقبة الإدارة هي سيطرة وسائطية، وتمارس حصريًا من خلال عدة أدوات والتي تعتبر أدوات للقياس، وبالتالي رؤية تقنية في كثير من الأحيان يمكننا أن نذكر بعض: تقليديًا،

-محاسبة التكاليف كأداة لتحليل التكاليف

-الميزانيات.

- لوحات المعلومات: تهدف إلى تحديد وتقديم المعلومات الأكثر صلة في شكل مبسط⁵⁰.

الرقابة كعنصر تحكم دائم التطور:

في الواقع، لقد جاءت في شكل أدوات معروفة، فيجب أن تتكيف الرقابة الإدارية مع التغييرات في المؤسسات. أدى تعقيد الشركات إلى التحول من الرقابة إلى القيادة، الذي يركز على مراقبة الأداء. هذا النهج يجعل من الممكن ليس فقط فهم الربحية الاقتصادية ولكن "القيمة" الإجمالية للشركة بجميع أبعادها (رأس المال البشري، نهج الجودة). يبدو أن تطور وظيفة التحكم الإداري مثير للاهتمام في المستشفيات، لا يقتصر الأداء على تقليل التكاليف ولكنه يهتم بجميع مولدات القيمة التي تسمى غالبًا "عوامل النجاح الرئيسية": مثل جودة الخدمة المقدمة، ورضا المرضى، وبالتالي تشكل تقييمًا مناسبًا لمهمة الخدمة العامة.

من الرؤية الفنية إلى الوضع الإداري: آليات الرقابة الإدارية:

⁴⁹ (zohra, 2011)

⁵⁰ (PAGÈS, 2006)

في هذه المرحلة، هناك إغراء قوي للنظر في مراقبة الإدارة كعملية تهدف إلى متابعة نتائج الإجراءات من أجل التوافق مع الأهداف المحددة. بشكل أساسي، يعتمد عنصر التحكم هذا على مجموعة من التقنيات لقياس النتائج. ومع ذلك، يميل المؤلفون الحاليون إلى إعادة النظر في التحكم الإداري من زاوية اجتماعية. قام RN Anthony، الذي اقترح تعريفًا تقنيًا جدًا لمراقبة التسيير، بتحديث تحليله عن طريق تحديد الرقابة الإدارية على أنها "عملية تهدف إلى تحفيز المديرين وتشجيعهم على القيام بأنشطة تساهم في تحقيق أهداف المنظمة." من الواضح أن الرقابة الإدارية لا تقتصر على التدابير. إن التحكم الإداري هو أولاً وقبل كل شيء عملية، مستعرضة للمؤسسة، وليست لحظة التحليل البسيطة. لا تتطلب هذه العملية فقط الإبلاغ عن النتائج وتحليلها (خاصة الانحرافات)، ولكن أيضًا تحديد التدابير التصحيحية التي يجب أن تؤثر على الإجراءات المنفذة (ما يسمى حلقة التعليقات).

لذلك فإن تشغيل هذه العملية يتطلب مشاركة جميع مديري العمليات الذين يجب عليهم تولي العملية والمساهمة في العملية برمتها: إعداد التقارير والتحليل والإجراءات التصحيحية. وغالبًا ما يكون المديرين، لإضفاء اللامركزية على هذه الوظائف على المستوى التشغيلي.

أخيرًا، يشتمل هذا التعريف على مفهوم الدافع والحوافز، مما يشير إلى ضرورة ربط عملية الرقابة الإدارية بآليات التحفيز والعقوبة والمكافأة، على سبيل المثال تقاسم الأرباح⁵¹.

عملية الرقابة الإدارية. مقسمة إلى مراحل متعاقبة: يبدأ بتعريف الإستراتيجية والأهداف. تحقيق هذه يتطلب تخصيص، ثم تأتي مرحلة التنفيذ ثم مراقبة نتائج الإجراءات المنفذة. هذا الرصد للنتائج هو موضوع التحليل الذي يجب أن يؤدي إلى اتخاذ الإجراءات التصحيحية. يمكن تجميع هذه الخطوات في مكونات رئيسية تكرر الخطوات الأربع المحددة بواسطة Deming في أي عملية لتحسين الجودة. يمكننا أن نلاحظ أن الرقابة الإدارية تسمح بمراجعة إستراتيجية للمنظمة: إنها طريقة لتوضيح الأهداف عن طريق تناسبها مع الوسائل، وبالتالي جعل الأهداف والإجراءات تتسق مع الاستراتيجية المحددة⁵².

3.1.3 الرقابة الإدارية للاستجابة لأزمة المستشفى:

يشكل الوعي بالمشاكل المرتبطة بإدارة المستشفيات تقدمًا، والجهود المبذولة حاليًا في هذا المجال تستدعي المزيد من الترشيح وأصبحت مفاهيم التكلفة والكفاءة والربحية كلمات رئيسية ومعايير جديدة. على مستوى الخطاب أكثر من مستوى الممارسة، لا يمكن تصور هذه المفاهيم خارج نظام الرقابة الإدارية مما يجعل النظام وحده أكثر كفاءة وأكثر فعالية وقدرة على تحقيق الأهداف بالإضافة إلى نظام دعم القرار من خلال أساليب التقييم بين الخيارات لصالح أحدهما على الآخر.

⁵¹ (zohra, 2011)

⁵² (PAGÈS, 2006)

3.1.4 مساهمة الرقابة الإدارية في تسيير المستشفى

إن أهداف الرقابة الإدارية متطابقة بالنسبة لجميع المنظمات، أياً كان قطاع نشاطها: المساعدة في تنسيق ومراقبة قرارات المنظمة حتى تكون فعالة وكفؤة قدر الإمكان، لتحقيق هذا الغرض، تنص الرقابة الإدارية على إنشاء جهاز تنظيمي يكون بتحديد التكوين الهيكلي الأكثر ملاءمة لنشاط:

• مخطط هيكلي واضح تظهر فيه مراكز المسؤولية بمهام وحدود واضحة.

• إجراءات التنسيق ودوائر المعلومات.

• أساليب التنشيط، وتحفيز وإشراك الموظفين بالتفويض ورسم حدود السلطة المقررة

3.1.5 الرقابة الإدارية لهيكل تنظيم المستشفى:

لمراقبة الإدارة، تحتاج منظمة المستشفى إلى هيكل تنظيمي واضح لجمع وتنسيق بين أنشطتها من أجل تحقيق أهدافها. ستعلق مساهمة الرقابة الإدارية في هذا المستوى بجانبين من جوانب هيكلها:

• جزء ثابت، والذي يهتم من جانب واحد بتجزئ وتقسيم نشاط المستشفى ومن ناحية أخرى العلاقات الهرمية والوظيفية.

• جزء ديناميكي يدمج طرق التشغيل والتواصل⁵³.

الهيكل التنظيمي، أداة التحكم في إدارة المستشفى لتحديد المسؤوليات:

يفترض التحكم الإداري أولاً وجود هيكل رسمي يحدد محتوى المهام الموكلة إلى المسؤولين وينظم تفويض الوسائل والصلاحيات، أي مخطط هيكلي لتحديد موقع مسؤوليات كل فرد⁵⁴.

تم إنشاء أداة الإدارة هذه من رؤية حقيقية للهيكل، والتسلسل الهرمي، وعمليات صنع القرار، ومجالات القوة، ولكن أيضاً خصوصية النشاط الطبي الذي له متطلباته التنظيمية الخاصة، لا سيما وأن مجال الرعاية مجزأ هيكلياً بشكل خاص بسبب التعقيد المتزايد في مجال المعرفة وتأكيد المنطق المهني الذي يدفع للتخصص من خلال الخدمة والمهنة، يمكن أن يكون هذا التخصص مفيداً للرقابة الإدارية، فهو يمكن التقسيم التحليلي لمراكز المسؤولية من التعايش مع بنية طبية محددة في وحدة أولية وهي وحدة الخدمة لذلك يصبح التخصص نتيجة المنطق المزدوج:

المنطق الفني والمهني الذي يعين بعض الفاعلين في مجال تقني لتحسين مهاراتهم وإخضاع تنظيم وحدات الرعاية للمتطلبات البحثية والمهنية⁵⁵.

المنطق الإداري الذي يسعى إلى تقسيم الوحدات التنظيمية المسماة "مراكز المسؤولية"

⁵³ (zohra, 2011)

⁵⁴ (Elhassane, 2001)

⁵⁵ (planification, 1999)

من خلال إنشاء هذا التقسم، تتيح مراقبة الإدارة لمديري المراكز الحصول على سلطة مفوضة لتخصيص الموارد البشرية والمادية وفي حدود الأهداف الموضوعية مع التسلسل الهرمي، فهي مسؤولة أيضاً على:

- تحديد مراكز المسؤولية هذه عن طريق تجنب تداخل السلطة أو التناقضات في خطوط التقارير.
- العمل كحلقة وصل والتحكيم بين الخدمات.
- فرض المبادئ التوجيهية لمنظمة المستشفى.

ومع ذلك، تجدر الإشارة إلى أن اختيار نوع المركز حساسة وذاتية، والتي يعتمد الاختيار على العديد من عوامل الطوارئ، على وجه الخصوص:

- طبيعة النشاط، نوع المنتج.
- تخطيط النشاط في المنظمة.
- نوع السلطة ودرجة تفويض السلطة والمسؤولية⁵⁶:

يجب أن يؤخذ في الاعتبار أن تعريف مركز المسؤولية لا يشير إلا إلى مهمته الرئيسية أو المهيمنة، وأنه قد تتطور وفقاً للأفق الزمني، من هذه الرؤية. فإن مراكز المسؤولية في المستشفى هي مراكز التكلفة التقديرية بشكل أساسي والتي ينتج على مديريها التحكم في تكاليفها التشغيلية، أو مراكز الإيرادات المسؤولة عن مدفوعات المرضى.

تحاول منظمة مركز المسؤولية تعميم علاقات العملاء والموردين داخل منظمة المستشفى؛ وذلك لإعادة اكتشاف مزايا المرونة وسرعة رد فعل الوحدة الصغيرة. إن هذا النوع من الهياكل، بمجرد وجوده في المستشفى، سيعزز من جهة ممارسة التعاقد القائمة على تفويض الإدارة إلى مراكز المسؤولية ذات الحجم الكافي مع مساحة كبيرة للمناورة⁵⁷ سوف تترجم التزامات رؤساء مراكزها فيما يتعلق بالتسلسل الهرمي إلى عقود من الوسائل والأهداف، مما يجعل من الممكن تنظيم العلاقات الهرمية بين مختلف المستويات: الإشراف والتوجيه والخدمة؛ وفي الوقت نفسه علاج مشكلة التسلسل الهرمي المتوازي (الإدارية والطبية) التي يعاني منها المستشفى.

3.2 مراقبة إدارة المستشفى من خلال إدارة الميزانية:

3.2.1 هل يمكن القول إن إدارة الميزانية حاجة حيوية للمستشفى؟

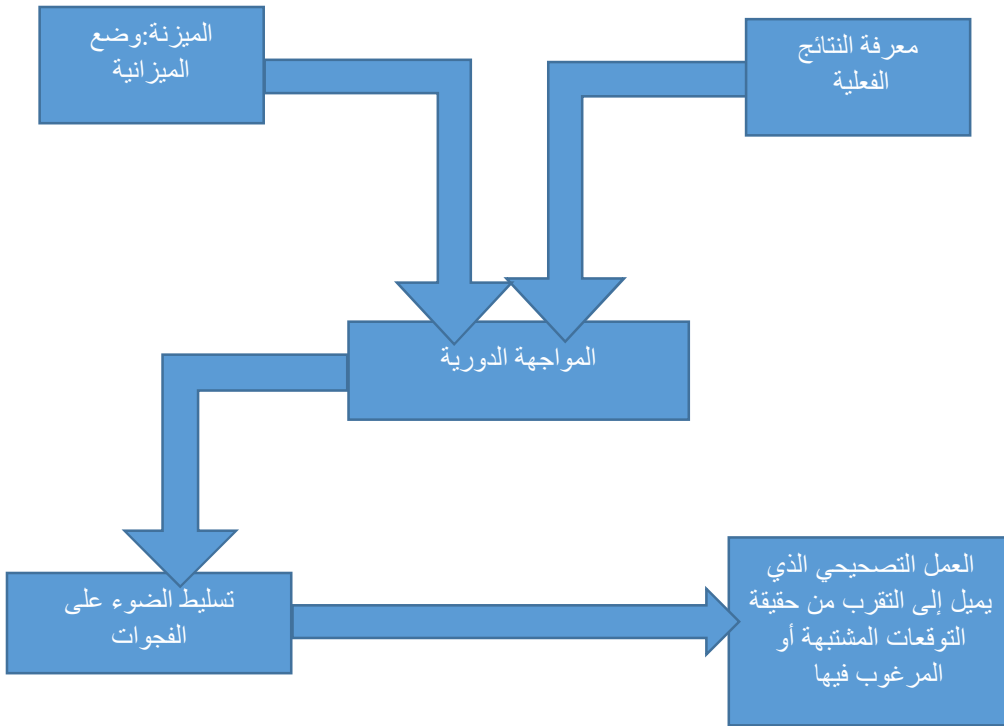
إدارة الميزانية هي طريقة إدارية تتكون في ترجمة القرارات التي اتخذتها الإدارة إلى ممارسة بمشاركة مديري العمليات. تشمل طريقة الإدارة قصيرة الأجل هذه على جميع جوانب نشاط المستشفى في نظام متماسك للتنبؤ؛ وهي تتبع توقعات

⁵⁶ (معصم و سعيدة، 2016)

⁵⁷ (Thierry)

أذون الإيرادات والنفقات لمؤسسة المستشفى لسنة مالية معينة، بشكل دوري، يجب مقارنة الإنجازات بالتنبؤات والسماح بتحديد الانحرافات التي تؤدي إلى اتخاذ إجراءات تصحيحية.

مخطط بياني 4 عملية ادارة الميزانية



المصدر: **Séparai, S, Alazard, C**، مراقبة التسيير.

في هذا النموذج، يجب أن يُنظر إلى إدارة الميزانية كنظام لدعم القرار، ولكنه أيضًا وقبل كل شيء نظام توجيه يجب دمجها في إطار أكثر عمومية يشير إلى الاتجاه الذي يتبع وسائل لتحقيق ذلك، يجب أن تكون الميزانية هي التعبير الكمي عن خطة العمل؛ يجب أن تكون نتيجة لسلسلة من القرارات الناتجة عن دراسة متعمقة للمستقبل لتسهيل التنسيق

وتنفيذ الخطة التشغيلية، وهي تحدد الوسائل التي تسمح للمستشفى بالوفاء بمهمة الخدمة العامة الموكلة إليها. كما هو الحال، يتم منح الموارد المالية للمستشفيات وفقاً لتوقعات النشاط:

- عدد أيام المستشفى.
- متوسط معدل الإشغال.
- المشاورات الخارجية.
- مدخلات مباشرة وغير مباشرة.

عند وضع الميزانيات، تعبر الإدارات المختلفة عن احتياجاتها دون أي معرفة بالتكلفة الحقيقية لنشاطها بسبب عدم وجود محاسبة للتكاليف، ثم يتم تخصيص موارد الميزانية عموماً وفقاً لاحتياجات العام السابق. تعتبر طريقة توزيع الموارد هذه خطيرة من حيث أنها تعاقب التدريب والخدمات الأكثر كفاءة في المستشفى وتشجع المتوسط. في الممارسة العملية، يتم وضع الميزانية في مستشفياتنا وفقاً للدعم المخصص، ويتم بعد ذلك إسقاط مقترحات المستخدمين وفقاً لهذا الدعم، مما يحبطهم بطريقة ما ويؤدي بهم إلى رفض قيود الميزانية.

3.2.2 . إجراء الميزانية في منظمة المستشفى⁵⁸:

عندما نتحدث عن إدارة الميزانية، فإننا لا نتحدث عن محاسبة الميزانية، بل نتحدث عن العملية الداخلية للمستشفى التي ستمكن من وضع الخطة التي تحدد حجم الأنشطة والموارد والنفقات اللازمة للوفاء بمهمتها.

مخطط بياني 5 إجراءات الميزانية في المستشفى

⁵⁸ (zohra, 2011)



المرجع: zohra, BENCHIKHA Fatima:

كما يوضح هذا المخطط، تم تقسيم مراحل الإجراء المختلفة إلى العناوين الثلاثة التالية:

1. التخطيط.

2. التحضير.

3. المتابعة

على الرغم من أن وظائف التخطيط والإعداد قد تتداخل، فقد كان من الضروري تقديمها بشكل منفصل من أجل فصل فترة التخطيط نفسها عن مرحلة وضع الميزانية.

أما بالنسبة إلى مرحلة المتابعة، فإن هدفها هو التحليل الدوري للنتائج التي تم الحصول عليها مقابل التوقعات بطريقة صارمة واتخاذ تدابير تصحيحية للحفاظ على الميزانية المتوازنة أو الحفاظ عليها.

تقدم الأسطر التالية ملخصًا لكل وظيفة من الوظائف المحددة في الجدول.

التخطيط⁵⁹:

⁵⁹ (Vraciu, 1979)

توجهات وأولويات المستشفى:

في إطار هذه الوظيفة، من الضروري أولاً أن تكون على دراية بالتوجهات والأولويات التي تفضلها السلطات الوطنية وسلطات المقاطعات، كما سيتعين على الإدارة أن تأخذ في الاعتبار تطور احتياجات سكان المنطقة ومستويات الخدمات. المطلوب لتلبية هذه الاحتياجات؛ بالتعاون مع وحدة التحكم في الإدارة، يجب أن تنطلق التوجيهات المحددة لمدة عام من التخطيط التشغيلي والاستراتيجي للمستشفى:

تحديد معايير التخصيص:

تتيح معايير التخصيص التي أنشأها مراقب الإدارة بالاتفاق مع رؤساء مراكز المسؤولية، تحديد كيفية تخصيص الميزانيات المحددة لكل خدمة مع مراعاة عناصر مثل:

- تطورات جديدة في الخدمات أو الأنشطة؛
- النظر في بعض الخدمات الموجودة بالفعل؛
- تحديد هدف الإنتاجية المراد تحقيقه؛
- طبيعة الخدمة وقدراتها وما إلى ذلك..

تحديد مساحة للمناورة:

بالنظر إلى أنه من المستحيل التنبؤ بكل شيء، من الضروري أن يكون لدى المديرين مجال للمناورة من أجل إجراء تعديلات معينة في قلب السنة.

التحضير:

• صياغة فرضيات حجم النشاط:

في هذه المرحلة، تبدأ الأنشطة الحسابية نفسها، أولاً وقبل كل شيء، من الضروري صياغة فرضيات حجم النشاط للقطاعات السريرية مثل أن الاستشفاء وحالات الطوارئ والأنشطة الإسعافية وصياغة هذه الفرضيات يجب أن تستند أيضاً إلى معايير سريرية معينة مثل معدلات الإشغال ومتوسط فترات الإقامة القياسية حسب التخصص، إلخ. سيكون من الضروري أيضاً إظهار تأثير هذه الافتراضات على قطاعات التشخيص وكذلك على قطاعات الدعم.

أدوات الحساب:

تمثل أدوات الحساب الآليات المستخدمة من قبل مراقب الإدارة لتحويل افتراضات حجم النشاط إلى قيم نقدية الدخل والنفقات، واستخدام ملفات النشر، وتكاليف النشاط، ومؤشرات تغيير الأسعار (تكلفة المعيشة، وما إلى ذلك) ليست سوى عدد قليل من الأدوات.

تحديد الميزانية:

بشكل مبسط، يتم تحديد الميزانية من خلال تطبيق افتراضات وحدات تخزين النشاط على أدوات الحساب المحددة. إن تحديد ميزانية المنظمة وكذلك الميزانية المخصصة لكل خدمة تخضع لشروط غير متوازنة لميزانيات متوازنة، سيؤدي هذا القيد بشكل مؤلم إلى ضرورة إجراء بعض عمليات المراجعة.

توزيع الميزانية حسب الفترة المالية:

مهما كانت هذه الخطوة تافهة، فإنها لا تتطلب أن تكون ضرورية إذا أردنا ضمان مراقبة جيدة للميزانية طوال السنة المالية. في الواقع، يجب أن يعكس هذا التوزيع بأمانة قدر الإمكان الاختلافات في الأنشطة خلال العام.

على سبيل المثال، بالنسبة للخدمة التي يتم إغلاقها خلال فترة العطلة أو التي تعمل بقدرة منخفضة، يجب أن ينعكس هذا التخفيض في الأنشطة إذا لم يتم ذلك، فقد تتم المقارنة بين الميزانية المحددة والنتيجة الفعلية. التي تكون مشوهة.

المراقبة:

• إنتاج تقارير:

فيما يتعلق بجدول الفترات المالية المختارة، سيكون من الضروري إعداد تقارير مالية ومحاسبة متنوعة من أجل تلبية الاحتياجات الإدارية المختلفة لكل من المستخدمين الداخليين والخارجيين. في الواقع، تختلف احتياجات إدارة المستشفيات إلى حد ما عن مديري الخدمات.

وعلى نفس المنوال، تركز احتياجات السلطات الإقليمية و / أو الوطنية على أهداف الإدارة الأخرى.

التقييم الدوري:

من التقارير المنتجة، من الضروري متابعة التقدم الدوري من أجل إجراء التصحيحات اللازمة. في بعض الحالات، سيتم إجراء تعديلات من هامش المناورة، بينما في بعض الحالات الأخرى، نميل إلى إعادة التخصيص من خدمة إلى أخرى.

تفسير النتائج:

يصعب فصل هذه الخطوة عن الخطوة السابقة، لأنه من خلال التفسير سيتم الحصول على النتائج لأنه سيكون من الممكن إجراء التصحيحات المطلوبة؛ يعتمد هذا التفسير على مؤشرات المراقبة التي سيتم الاحتفاظ بها كمنشأة إدارية.

3.3 حساب التكلفة والمراقبة

3.3.1 حساب التكلفة وصعوبة تحديد منتج المستشفى:

تعد المحاسبة التحليلية ذات أهمية كبيرة للمستشفيات، فهي تسمح للأخير بتحديد أسعار تكلفة "منتجاتهم"، وتسجيل العمليات المتعلقة بنشاط المستشفى، ويسمح بالفحص الداخلي للمؤسسة من خلال تحليل الرسوم والنائج، هو عليه وبالتالي أداة أساسية لإدارة المستشفى.

تُظهر نتائج محاسبة التكاليف التكلفة لكل منتج والتي تشكل للمديرين مؤشراً جديداً لنشاط المستشفى، وبالتالي تعمل كمعلمة لحساب الميزانية والتسعير والتخطيط؛ ولكن ما هو المنتج؟ لأن هناك العديد من المخارج الممكنة لمنتج المستشفى؛ لذلك يبدو من الطبيعي نمذجة مخرجات نشاط المستشفى أولاً.

منتج المستشفى:

هناك مقاييس مختلفة لنشاط المستشفى:

- عدد أيام المستشفى لكل مريض.
- عدد الأسرة (أو الأسرة المشغولة) في منشأة المستشفى.
- عدد حالات القبول والتصريف والتحويلات.
- عدد الأعمال الطبية المنتجة.
- مجموع جميع الخدمات المقدمة للمريض.
- جميع الأمراض أو الحالات المعالجة.

بالنسبة إلى هذه المؤشرات الخاصة بإنتاج المستشفيات، والتي يشيع استخدامها في القطاع الصحي، يمكننا أيضاً إضافة الفرق بين المرضى الذي يحتاجون إلى عملية إسعافية فقط وآخرون تكون حالتهم استشفائية. ومع ذلك، لا تأخذ جميع هذه التدابير بشكل منفصل في الاعتبار الخدمات الطبية المقدمة لفائدة المرضى، و لا يزال استخدامها واسع الانتشار، لأن الوصول إلى المعلومات في هذه الحالات لا يزال سهلاً إلى حد ما، حيث أن الهيئة المعنية في أوروبا تزال تستخدمها لتسديد تكاليف المستشفيات.

لكن لوصف نشاط المستشفى بشكل صحيح، يعتقد بعض المؤلفين أنه من الضروري مراعاة العديد من العوامل في نفس الوقت؛ عدد الحالات لترجمة النشاط الطبي، وعدد الأيام / المرضى لترجمة نشاط خدمات التمريض والفندقة في

المستشفى، وعدد الأسرة كمعلمة لوصف استثمار رأس المال. ووفقًا لمؤلفين آخرين، بهدف توسيع مفهوم الصحة، فإننا نتخلى عن أهداف الإنتاجية داخل الجدران لتحقيق أهداف الحالة الصحية للسكان، كما أن هذه الرؤية الأوسع يجب أن تجد انعكاسًا في مؤشرات إنتاجية المؤسسات الصحية، يمكن أن نميز منتجات مثل:

• تحسين الحالة الصحية للمريض،

• تحسين الحالة الصحية لسكان المنطقة.

ومع ذلك، نظرًا لصعوبة قياسها، بدأ من الصعب تطبيق هذين المنتجين الأخيرين في مشكلة حساب تكاليف المستشفى. وبالرغم من ذلك، إذا كان الهدف النهائي للبحث عن منتج المستشفى هو التعبير عن "إنتاج" المستشفى من حيث المنتجات، ومولد التكاليف والإيرادات، فمن الضروري الاتفاق على معيار واحد، وهذا يتوقف بشكل خاص على التكلفة لكل مريض، اعتمادًا على مصالح الأطراف المعنية (المديرين، والمهنيين، والدولة)؛ ولكن العدد الكبير للغاية من الأمراض، بأشكالها المختلفة أو مراحل تطورها، يتطلب استخدام تصنيف مناسب، مما يسمح بمراعاة متوسط تكلفة الأمراض مقابل الاستهلاك المقارن، الحل المعتمد في المستشفيات في البلدان الصناعية يصل إلى مجموعات تشكل مجموعات متجانسة من مرضى "GHM".

3.3.2 طريقة الأقسام المتجانسة للمرضى GHM :

لطالما كان تقييم استخدام الموارد حجر الزاوية في نظام مراقبة إدارة المستشفيات، وقد حقق تقدم كبير في هذا المجال من إدخال مجموعات متجانسة من المرضى: GHM، كمفهوم للمنتج إن استبدال يوم الاستشفاء يجعل من الممكن تجاوز القياس الكمي للنشاط لاستبداله بمفهوم أكثر جدوى للمهنيين والذي يستند إلى تجانس سريري معين بين المرضى، بينما تهدف إلى معرفة أفضل لعملية استهلاك الموارد.

يمثل GHM تصنيفًا جذابًا لعلم الأمراض الذي قدمه المريض، وتم إضفاء الطابع الرسمي على النهج في الثمانينيات مع عمل Fêter الذي سعى لتشكيل مجموعات متجانسة من المرضى، وكان منهجه في تكوين هذه المجموعات هو التالي⁶⁰.

وتنقسم السجلات الطبية للمرضى بين (فئات التشخيص الرئيسية). تجمع MDC معًا كل الأمراض التي يتم تشخيصها وعلاجها بنفس الطريقة وبنفس النوع من المتخصصين، تم تصميم كل فئة من هذه الفئات لتقريب التخصصات السريرية المختلفة، تقوم بتعيين MDC لكل شخص يغادر المستشفى، ووفقًا لتشخيصه الرئيسي؛ إذا كان المريض قد خضع لتدخلات مختلفة، فسيخصص له MDC لأهم الأمراض (يفترض أن يكون أعلى)، يتم إجراء تشخيص ثانٍ إذا تم تمديد فترة بقاء المريض في المستشفى بسبب المضاعفات أو الاعتلال المشترك.

⁶⁰ (Swinarski, quels coûts pour quels produits hospitaliers ?, 1997)

بعد التقسيم إلى MDC، نقوم بالتقسيم وفقاً لما إذا كان هناك إجراء جراحي أم لا.

بالنسبة لكل فئة، يتم إجراء تجزئة أخرى لتمييز المجموعات التي يختلف استهلاكها للموارد بشكل كبير، ويتم اختيار هذه المجموعات إذا كانت لها صلة سريرية معينة.

توضع القيم النسبية (وزن التكلفة) لكل GHM من خلال تقسيم متوسط تكلفة كل GHM على متوسط التكلفة لجميع الحالات، وهذا لمنطقة مجموعة من المستشفيات.

عندما نزيد الحصول على تكاليف GHM لمستشفى معين، فإننا نطبق أوزان التكلفة على نفقات التشغيل المتعلقة بالمرضى في المستشفى.

الهدف من عمل فيتير يصبح واضحاً: توحيد منتجات وخدمات المستشفى لبناء معيار استهلاك الموارد عليها؛ في عام 1984، جاء في مجلة Clinicat Research: "على الرغم من أن كل مريض فريد من نوعه، إلا أن تشخيصه وعلاجه لهما سمات أو عوامل مشتركة مع المرضى الآخرين"⁶¹.

لم يرغب فيتير في تجاوز 500 فئة في البداية تمثل GHMs ملفات تعريف المرضى الذين تلقوا رعاية متجانسة نسبياً من وجهة نظر سريرية واقتصادية، مما يخلق لغة مشتركة بين المهنيين (الأطباء والممرضات والفنيين، إلخ) والمديرين ومساعدتهم على تنفيذ سياسة متماسكة لمستقبل المستشفى.

ومع ذلك، كما هو الحال مع أي إجماع، لا تراضٍ تماماً عن هذا التعريف لمنتج المستشفى، فالمصالح المهنية للأطباء تشجعهم على تحسين التعريف السريري للمنتجات التي تنطوي على مضاعفات GHM الذي يأتي ضد ضرورة شرح البيانات الاقتصادية من قبل مراقبي الإدارة.

. يدعي مصممو نموذج GHM قابليته للتطبيق العالمي. وبالتالي، يفترضون أن خصائص الأنظمة الصحية الوطنية، تلك المرتبطة بالتنظيم الداخلي للمستشفى، أو ممارسات الرعاية، لا تؤثر على استهلاك الموارد.

ومع ذلك، كان GHM موضع انتقادات عديدة، في الواقع، نلاحظ فترات إقامة مختلفة لحالات مماثلة في بلدان مختلفة، الأمر الذي يقودنا إلى الاعتقاد بأن فئات GHM الأمريكية تتوافق فقط إلى حد بعيد. كتدبير للفئات المحددة في بلدان أخرى، يحجب نموذج GHM تماماً عمل التمريض عن طريق الحد منه في تنفيذ القرارات الطبية.

من النقد الآخرين لنموذج GHM بشأن الأخذ في الاعتبار علم الأمراض باعتباره العامل الوحيد لشرح تكلفة رعاية المرضى، مما يشير إلى أن هناك رغبة في إعادة ربط قوة الأطباء الذين يمكنهم احتكار معلومات المريض، في هذه الحالة، يُنظر إلى نموذج GHM على أنه محاولة للتغلب على الطاقة الناشئة عن البنية التقنية على حساب مهنة الطب⁶².

⁶¹ (Swinarski, Swinarski, « quels coûts pour quels produits hospitaliers ? » Economies et sociétés)

⁶² (Swinarski, quels coûts pour quels produits hospitaliers ?, 1997)

3.3.3 طريقة المقاطع المتجانسة لحساب تكلفة المستشفى:

ليس من السهل تحديد مكونات تكلفة المستشفى، وغالبًا ما يتم تقدير تكلفة يوم الاستشفاء من عدد معين من الأعباء المباشرة وغير المباشرة:

الأعباء المباشرة: مثل السلع والخدمات الطبية والتشخيصية والعلاجية ونفقات الفنادق والأدوية والكواشف الإشعاعية والإجراءات الجراحية.

النفقات غير المباشرة: تمثل جميع النفقات التي تساهم بشكل غير مباشر في إنتاج المستشفيات، نجد هناك النفقات المتعلقة بما يلي:

الكهرباء والماء والتدفئة؛

صيانة المنشآت التقنية وإصلاح الأثاث؛

صيانة المركبات وتشغيلها؛

رسوم البريد والهاتف والضرائب؛

أيضا النفقات المتعلقة باستحقاقات الموظفين الكادر الفني والإداري وموظفي صيانة المستشفيات.

تُستخدم جميع هذه الرسوم لتحديد تكلفة يوم الاستشفاء، وتتميز بنسبة عالية جدًا من العناصر غير المباشرة التي تمثل أكثر من 70% من إجمالي التكاليف.

نعلم أيضًا أن التفاصيل المستخدمة في محاسبة تكاليف المستشفيات تأخذ في الاعتبار الأقسام التالية:

خدمات الإدارة العامة: الإدارة، إدارة شؤون الموظفين،

الإدارة الاقتصادية، إدارة المرضى، التدريب والبحث.

الخدمات الفندقية والفنية أو المراكز اللوجستية:

الإقامة، المطاعم، الصيانة والصيانة، النقل ...

الخدمات الطبية الفنية: الصيدلة والتعقيم، المختبر، غرف العمليات، التخدير، التصوير، العلاج الإشعاعي، إعادة التأهيل، نقل الدم.

الخدمات السريرية: الإقامة القصيرة في المستشفى، الدواء جراحة الاستشفاء لمدة قصيرة، التوليد النسائي لفترة قصيرة في المستشفى، الطوارئ الطبية والجراحية، الاستشارة، خدمات الطب النفسي، الاستشفاء لمدة طويلة أو قصيرة.

تم تخطيط قسم تجميع يسمى الهيكل "structure" لتسجيل المصروفات التي لا يمكن تعيينها مباشرة إلى أي قسم تحليل مثل الإيجارات العقارية، وكذلك رسوم الاستهلاك على المباني والمنشآت العامة التي ليس لها نشاط نظيف، يوجد حساب إعادة التصنيف هذا بسبب مشاركته في تقديم وصف شامل لاستهلاك الموارد سيتم تحديد تكلفة المستشفى من هذا الهيكل العضوي للمستشفى وتوزيع الأعباء الكلية على الأقسام حسب وحدة العمل، وهذا يجب أن يعكس نشاط القسم ويسمح بقياس أدائه. وبالتالي، يمكن تمثيل وحدة العمل باستهلاك العباء أو تحقيق المنتج للقسم.

تتم عملية توزيع التكاليف في المستشفيات العمومية الجزائرية عبر مرحلتين تهدف إلى تحديد تكلفة كل مصلحة أو قسم على حدا تتم خلالهما توزيع التكاليف المباشرة وغير المباشرة على كل مصلحة أو قسم، نميز أقسام متجانسة رئيسية وهي التي ترتبط بإنتاج وحدة القياس مباشرة والأخرى ثانوية وهي التي تساهم بصفة غير مباشرة في الإنتاج وحدة القياس مثل الإدارة

تتمثل وحدات القياس في مصلحة تصفية الكلى مثلا في عدد الجلسات والتي تختلف من قسم إلى آخر

تتمثل مراكز تحليل التكاليف في الأقسام المتجانسة والتي تقوم بإنتاج نفس وحدة القياس مثل حصة علاجية أو يوم استشفائي، عدد التدخلات الجراحية

التوزيع الأولي للتكاليف يتم خلاله توزيع التكاليف المشتركة والتكاليف المباشرة على الأقسام الرئيسية والثانوية يليه التوزيع الثانوي للتكاليف والذي تتم خلاله توزيع التكاليف الخاصة بالأقسام الثانوية على الأقسام الرئيسية عن طريق استخدام مفاتيح التوزيع⁶³

3.4 نظام معلومات المستشفى (HIS):

نظام لتسهيل إدارة جميع المعلومات الطبية والإدارية في المستشفى يشمل جميع العناصر المتفاعلة التي تهدف إلى جمع ومعالجة وتوفير المعلومات اللازمة لنشاطها فله أهمية كبيرة في عملية الرقابة الإدارية تظهر من خلال.

تحسين جودة الرعاية:

اتصالات محسنة؛

تقليل أوقات الانتظار؛

⁶³ (Mme NADIA HATALI et autres, 2001)

سجل المريض المتكامل؛

المساعدة في صنع القرار.

مراقبة التكاليف:

تخفيض مدة الإقامة؛

الحد من المهام الإدارية؛

تخفيض تكاليف الموظفين؛

تحسين الموارد.

تطور أنظمة المعلومات في المستشفيات:

السبعينيات "المقاربة العمودية"

- أنظمة مركزية؛

- فواتير الإقامة والأفعال.

• **الثمانينيات "النهج الأفقي"**

- أنظمة الأقسام؛

- إضفاء الطابع الطبي على نظام المعلومات؛

- حساب التكلفة عن طريق التشخيص.

التسعينيات "النهج الموزع"

- الأنظمة الموزعة والمفتوحة؛

- نهج الجودة.

• **2000 "نهج متكامل"**

- شبكات منسقة؛

- العمل التعاوني؛

- نظام يدعم القرار⁶⁴.

3.4.1 أسباب التأخير:

إن المرافق الصحية متخلفة بشكل كبير من حيث نظام المعلومات، الذي يجب أن يتضاءل مع الوعي الأخير بهذا التأخير والصعوبات التي يخلقها ذلك. وقد تم تحليل أسباب هذا التأخير على نطاق واسع (Thibault، Fieschi 2003)، (2005)، بما في ذلك:

- عرض برنامج غير مرضي: سوق صغير يصعب على غير المتخصصين قراءته، فقط منذ عام 2005 دخل عدد قليل من اللاعبين (الأجانب) إلى السوق الفرنسية ويقدمون حلولاً تتمحور حول الأعمال الأساسية للمستشفى (إنتاج الرعاية)، واستمرار عرض مزدوج عام / خاص في سياق منافسة غامضة، لا يزال هناك القليل من التبادلات الموحدة.

- إدراك سيء لبعده "نظام المعلومات": نظام المعلومات في كثير من الأحيان يتوافق مع "أداة" تقنية بحتة والتي لا تنطوي على الكثير من الاعتبار لقيمتها قبل إنشائها أو خلال عملية تطورها في الخدمات. وهذا يُترجم أيضًا إلى ضعف الميزانية المخصصة لأنظمة المعلومات، والتي تتحصر عند 1.5% بينما تبلغ 30% في المتوسط في البلدان الأوروبية بالإضافة إلى تغيير نهج الإدارة، التي تتكيف مع سياق مؤسسات الرعاية الصحية.

- الصعوبات الإدارية: الافتقار إلى الخبرة والمهارات داخل المؤسسات من حيث إدارة المشاريع في مواجهة مشاريع نظم المعلومات المعقدة في البيئة الطبية، مع مراعاة الجوانب الأمنية والالتزامات القانونية والتعددية التخصصات للجهات المعنية وتنوع العلاقات المتبادلة. بالإضافة إلى عدم وجود عملية حقيقية لإدارة التغيير.

- تاريخ من حيث إدارة تكنولوجيا المعلومات، محفوف بالعواقب: تميل المستشفيات حتى الآن إلى الاستجابة الجزئية لتصميم نظم المعلومات الخاصة بها؛ وينتج عن هذا خليطاً من التطبيقات المتنوعة غير المرتبطة ببعضها البعض. ومع ذلك، فإن هذا النوع من نظام المعلومات، غير المرن عن طريق البناء، يصبح بمرور الوقت ثقيل ومكلف بشكل متزايد.

- مجموعة واسعة من الجهات الفاعلة المشاركة في مشاريع نظم المعلومات: طاقم الإدارة (المديرية العامة)، القادة الطبيين، الطاقم الإداري (الأمناء الطبيين ومقدمو الرعاية) مما يجعل من الصعب الحصول على توافق.

- الصعوبات الفنية: ترتبط بشكل أساسي بالتكامل وغياب البنية المستهدفة. بالإضافة إلى ذلك، يصعب تحديد بعض الوظائف المتطورة في نظام معلومات إنتاج الرعاية الصحية حيث أنها تشمل مجموعات نشاط متعددة. تدور حول إدارة المواعيد، باستخدام خوادم النتائج، وصف الأدوية⁶⁵.

⁶⁴ (Degoulet, 2001)

⁶⁵ (Bounekkar, 2007)

3.4.2 برنامج تطبيق نظام المعلومات PMSI:

PMSI هو النظام الذي يسمح بإجراء قياس طبي لإنتاج المستشفيات الفرنسية ، وتكيف أجور المستشفيات والعيادات لهذا المنتج. وهو يستند إلى تسميات مجموعات متجانسة من المرضى، وهو عبارة عن تكيف للتصنيف الأمريكي للمجموعات ذات الصلة بالتشخيص (DRG) التي وضعها فريق البروفيسور روبرت فيتير (جامعة بيل، الولايات المتحدة). يجعل من الممكن تصنيف الإقامة في المستشفى في مجموعات تقدم تجانساً مزدوجاً من الناحيتين الطبية والاقتصادية.

تجانس المجموعات هو أولاً وقبل كل شيء المنطق الطبي والاقتصادي الذي يأتي فقط بشكل ثانوي. يرتبط ارتباطاً وثيقاً بطول مدة الإقامة، كما يتضح من تحليل Fêter الأول لعدة ملايين من الملفات.

إنشاء مستشفيات في الولايات المتحدة على أساس D.R.G. كان تقديمياً، نفذت على مدى خمس سنوات. تم استخدام تصنيف DRGs، المصمم أصلاً كأداة لتحليل النشاط، في عام 1983 من قبل الإدارة الأمريكية لتسديد مبالغ مقطوعة مقابل الإقامة في المستشفى للمسنين والمعوقين، والتي يغطيها برنامج الرعاية الطبية الفيدرالي. ثم انتشر إلى معظم المستشفيات.

في قطاع المستشفيات العامة الفرنسية، وفقاً للميزانية العالمية، يتم استخدام تصنيف GHM حالياً لأغراض مماثلة بطرق مختلفة. بالنسبة لكل مؤسسة، إنها مسألة مقارنة التخصيص الذي كان سيُخصص لها، للعام الماضي، إذا كان قد تم مكافأة نشاطها على أساس جهاز PMSI (GHM موزون اقتصادياً باستخدام المقياس الوطني للتكاليف) والميزانية الفعلية لديها بالفعل، كجزء من المغلف العام. هذه التسمية ستجعل من الممكن تقليل التفاوتات في الميزانية بين المستشفيات المختلفة من خلال مقارنة مخصصاتها للنشاط المكافئ.

مشقة من تصنيف DRGs، تم بناء التصنيف الفرنسي وفقاً لشجرة القرارات التي توجه كل إقامة قصيرة نحو GHM المناسب. يتطلب التصنيف في GHM تصنيفاً شاملاً وفريداً. يتم تصنيف أي إقامة إلزامية في GHM وفي وحدة فقط P.M.S.I. تم تقديمه في فرنسا في منتصف الثمانينات من قبل جان دي كريفالدو ، ثم رئيس قسم المستشفى. قدمت لأول مرة كأداة وبائية، ولم يكشف عنها في الآونة الأخيرة إلا كأداة لتخصيص الميزانية.

بالإضافة إلى التأسيس في القطاع العام، شارك القطاع الخاص في تجربة، حيث جمع أربعين عيادة أولاً ثم مائة وخمسين.

منذ صدور المرسوم الصادر في 20 سبتمبر 1994 وتعميم 10 مايو 1995، يجب على المستشفيات الخاضعة لرسوم التعريف الحكومية إرسال معلومات معينة إلى المديرية الإقليمية للصحة والشؤون الاجتماعية (DRASS) بشأن نشاطها الطبي والجراحة والتوليد (MCO) والتكاليف المتعلقة بهذا النشاط. تم تقديم عمليات نقل المعلومات هذه معظم الوقت

في عام 1989 في العقود المبرمة بين المؤسسات والخدمات الخارجية للدولة خلال تعميم جمع ملخصات الخروج الموحدة (RSS) التي تحتوي على المعلومات الطبية والإدارية اللازمة لتصنيف يبقى في GMS. لتكوين قاعدة بيانات من بيانات PMSI ساعد في صقل الأداة وتشكيل مجموعات أقرب إلى حقائق الرعاية الفرنسية.

جمعت تجربة أجريت في منطقة لاندوك روسيون في عام 1994 بين جميع المؤسسات العامة والخاصة، أي 48 مؤسسة عامة وخاصة من القطاع الخاص و55 عيادة خاصة تمثل ما مجموعه 500000 قبول سنويًا.

وأظهرت جدوى التسعير على أساس هذا النظام، وكشفت تباينات كبيرة في مخصصات الميزانية بين المستشفيات في القطاع العام وبين القطاعين العام والخاص.

منذ بداية عام 1997، تم تمديد PMSI لتشمل جميع المستشفيات الخاصة. يحدد المرسوم المؤرخ 22 يوليو 1996، جمع وطرق علاج ونقل بيانات النشاط الطبي للمؤسسات الصحية الخاصة غير المشاركة في الخدمة العامة⁶⁶

3.4.3 استخدام pmsi في تخصيص الميزانية:

يعد PMSI أداة تخصيص ميزانية للمستشفيات بشكل أساسي، مما يسمح له بحساب التكاليف والإنتاج بدقة.

إنه يعمل على طريقة حساب مؤشر النشاط الملخص (ISA) للمؤسسات، تم تطويره من H.M. G.

يستند حساب ISA على اثنين من المتغيرات:

عدد كل G.H.M. المنتج

الوزن الاقتصادي النسبي لكل منها

1) مقياس التكلفة النسبية

حساب الوزن الاقتصادي لكل ساعة عمل يعتمد على تجربة محاسبة تحليلية على هيئة وطنية للمؤسسات،

يتم تحديثه كل عام.

يُفرض نموذج المحاسبة التحليلية على المؤسسات المشاركة في الدراسات الوطنية. يأخذ في الاعتبار:

التكلفة الهيكلية: التكاليف المالية، انخفاض قيمة الممتلكات وصيانتها؛

تكلفة الخدمات اللوجستية: الغسيل، والمطاعم، وغيرها؛

التكلفة الطبية: الاستهلاك الطبي، طاقم التمريض، استهلاك المعدات الطبية وصيانتها، الإجراءات الطبية الفنية.

⁶⁶ (SI HOSPITALIERS, s.d.)

تتيح هذه المحاسبة التحليلية، جملة من المعلومات التي تتقاطع بمعلومات PMSI، والتي تسمح بإنشاء مقياس نسبي لتكاليف G.H.M.

حساب ISA:

ISA هو مجموع G.H.M. المنتجة في المؤسسة مضروبة في وزنها الاقتصادي النسبي (المتحصل عليه من مقياس التكلفة الوطنية).

تكلفة نقطة ISA:

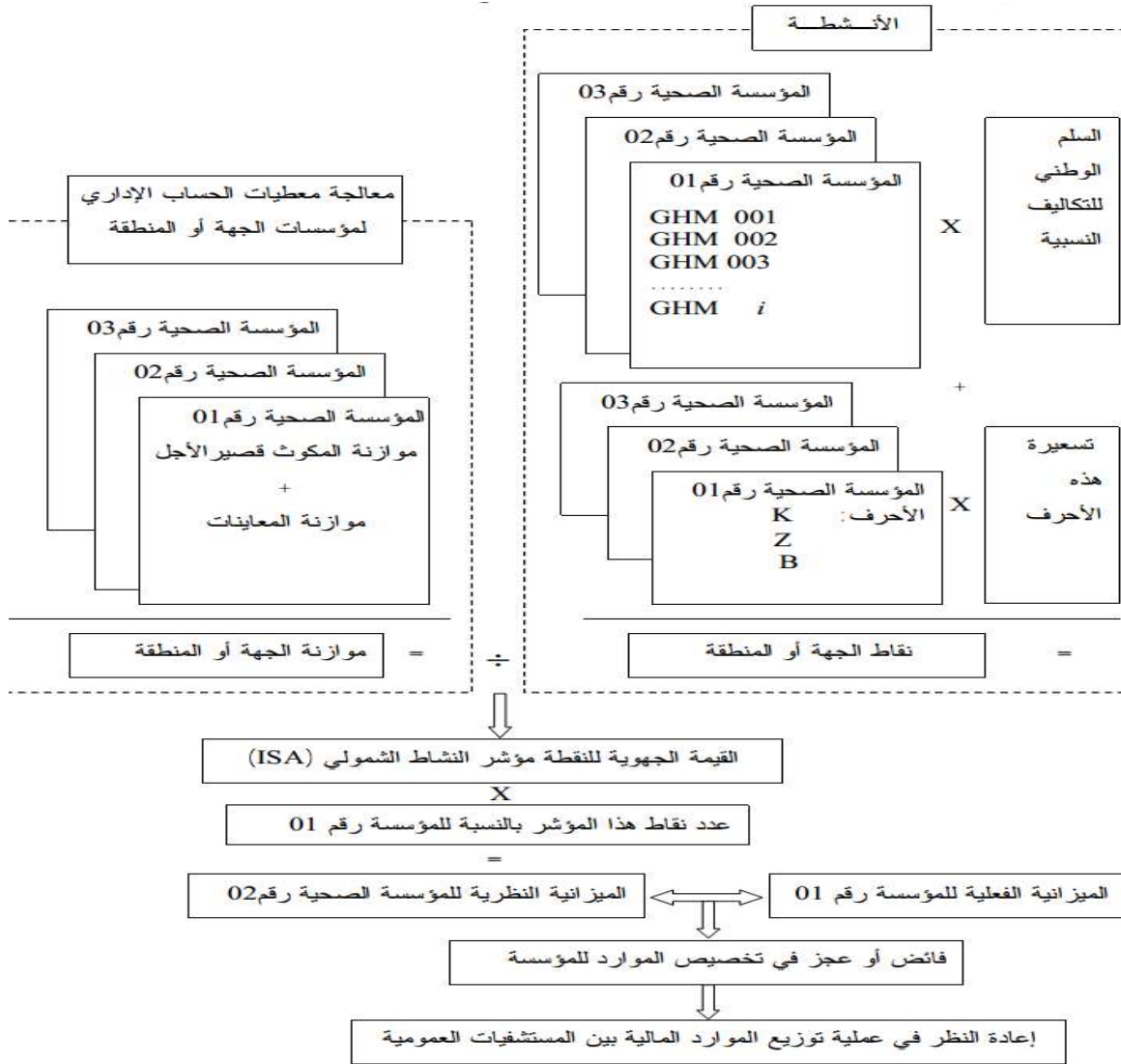
يتمثل هدف التسعير الخاص بـ PMSI للمستشفيات في تخصيص ميزانية معادلة لجميع المؤسسات (مع مراعاة مهام معينة مثل التدريب أو البحث، لنشاط مكافئ يقاس بمعايير ISA. متغير مقارنة المؤسسة وتكلفة نقاط ISA. وهو يتوافق مع ميزانية المؤسسة المخصصة للإقامة القصيرة مقسومة على ISA.

يجب أن يسمح استخدام PMSI بموازنة ميزانيات المستشفيات على مدار فترة زمنية طويلة (تصل إلى 10 سنوات)، من خلال تسوية تكاليف نقاط ISA مع PMSI، يمكننا قياس منتج المستشفى بدقة بفضل تعريف GHM (مجموعات متجانسة من المرضى)⁶⁷.

الرسم البياني التالي يلخص استخدام PMSI كأداة لتخصيص الميزانية:

⁶⁷ (SI HOSPITALIERS, s.d.)

مخطط بياني 6 يلخص استخدام PMSI كأداة لتخصيص الميزانية



<http://www3.univ-68>

المرجع:

herche.lille2.fr/coredim/Csp/CSP_Sommaire.html#le_projet_de_rec

⁶⁸ (univ de lille, s.d.)

خاتمة الفصل الثاني:

في هذا الفصل، قدمنا الإطار النظري للرقابة الإدارية من مفاهيم واسس وقوة مساهمتها للاستجابة لازمة المستشفى من خلال شرح الدور المتزايد لهذه الأخيرة في التحكم الجيد للنفقات، مما يدفع مديري المستشفى إلى تطوير أدوات الإدارة الداخلية على مستوى هياكلهم (محاسبة تكاليف المستشفى، وإدارة الميزانية، وما إلى ذلك).

الهدف الرئيسي للمستشفى على غرار المرافق الصحية الأخرى هو تقديم رعاية صحية ذات جودة تستجيب لمتطلبات السكان الصحية في إطار تنفيذ السياسة الصحية الوطنية، ولتحقيق ذلك يجب عليه المحافظة على تسيير فعال لمختلف موارده من اجل ضمان توازن الميزانية.

تتميز إدارة ميزانية المستشفى العمومي بالمركزية على مستوى الوزارة. لا يمنح هذا الوضع استقلالية الإدارة المالية لمديري المستشفيات، ويعرف مدير مركز المستشفى بأنه منفق، لأنه ينفق الميزانية المخصصة للمؤسسة دون تجاوز حدود كل عنوان لهذه الميزانية.

4 الفصل الثالث: الجزء التطبيقي

يعتبر نظام توزيع الميزانية الملائم، القادر على التحكم في التكاليف والنفقات شرطا أساسيا في تعزيز دور المستشفيات العمومية خاصة في ظل تطورت المعايير والاسس من أنظمة حساب التكاليف والأنشطة التي يعتمد في عليها في توزيع الميزانية المستشفيات العمومية بما في ذلك المستشفيات الخاصة في بعض الدول وتقديمها لقاعدة معلوماتية قادرة على الاستجابة لمختلف الأنشطة القرارية.

كان الهدف من هذا الفصل هو تقديم دراسة تطبيقية لمختلف الإجراءات المتعلقة بعملية تسيير الميزانية داخل المؤسسة العمومية الاستشفائية ركزنا فيها على المديرية الفرعية للمالية والوسائل والمديرية الفرعية للأنشطة الصحية نظرا لدورهم المهم المتعلق بعملية تسيير الميزانية مع تحليل تطور الميزانية ومؤشرات الأنشطة للمستشفى من خلال المباحث التالية:

المبحث الأول: التعريف بالمؤسسة العمومية والمديرية الفرعية للمصالح الصحية،

المبحث الثاني: المديرية الفرعية للمالية والوسائل ودورها في تسيير الميزانية،

المبحث الثالث: تحليل تطور الميزانية ومؤشرات الأنشطة،

المبحث الرابع: اقتراح برنامج تطبيق أنظمة المعلومات الصحية pmsi.

المبحث الأول: التعريف بالمؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية المدية:

المؤسسة العمومية الاستشفائية هي مؤسسة عمومية ذات طابع اداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي تصنيفها في المستشفيات العمومية هو A حسب معايير التصنيف للمستشفيات العامة⁶⁹.

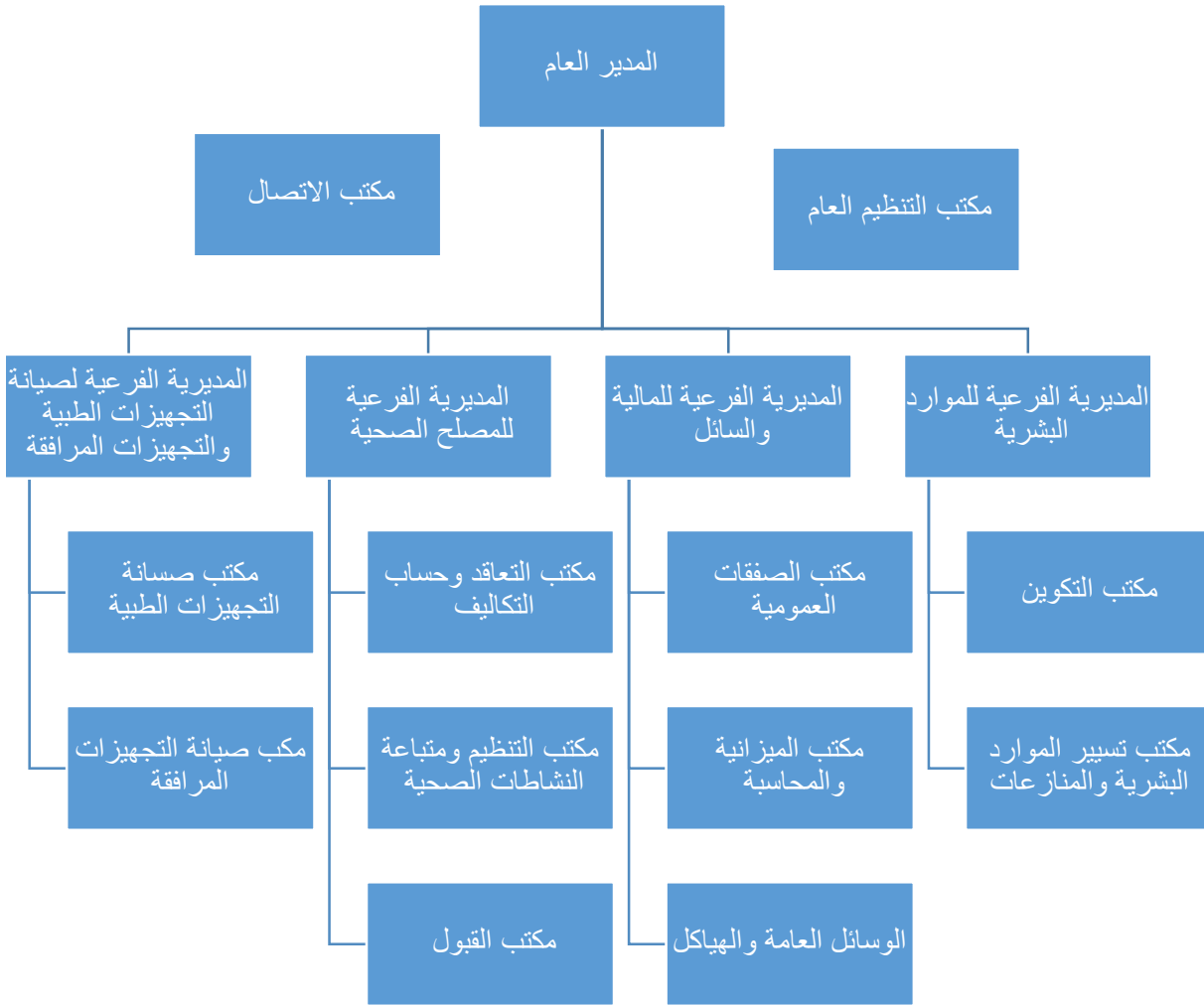
تتكون المؤسسة العمومية الاستشفائية بالمدية من هياكل التشخيص والعلاج والاستشفاء بالإضافة الى إعادة التأهيل الطبي حيث تغطي جميع سكان البلديات التابعة للولاية حددت الهياكل التي يشتمل عليها بموجب قرار من الوزير المكلف بالصحة⁷⁰ والمذكورة في الجدول التالي:

هياكل المؤسسة العمومية لاستشفائية بالمدية من الهياكل التالية:

⁶⁹ (Arrêté inter ministériel fixant les critères de classification des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité ainsi que leur classement., du 21 Safar 1433 correspondant au 15 janvier 2012)

⁷⁰ (النظام الداخلي للمؤسسة العمومية الاستشفائية بالمدية)

الهيكل التنظيمي للمؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية المدية:



المصدر: معلومات متحصل عليها من الدراسة التطبيقية.

4.1 المديرية الفرعية للمصالح الصحية:

تشتمل هذه المديرية على ثلاث مكاتب

مكتب القبول؛

مكتب التعاقد وحساب التكاليف؛

مكتب تنظيم النشاطات الصحية.

مكتب تنظيم النشاطات الصحية ومتابعتها وتقييمها:

ينظم مكتب النشاطات الصحية مختلف أنشطة المصالح الاستشفائية مثل التشخيص والمستعجلات والعمليات الجراحية، عدد أيام العلاج وذلك بالتنسيق مع رؤساء المصالح واللجان الطبية من خلال عقد جلسات عمل دورية وإعداد تقارير، يسهر المكتب النشاطات الصحية على:

اعداد جدول المناوبة؛

التنظيم والمتابعة: من خلال:

متابعة البرنامج الغذائي للمرضى؛

الحرص على تسليم التقارير؛

تطبيق برنامج النظافة اقتراح التدبير؛

مراقبة ومتابعة تسيير الأدوية والوسائل الصيدلانية؛

نقل انشغالات الفريق الطبي والشبه الطبي؛

وغيرها من المهام التي تدخل في إطار تنظيم الأنشطة الصحية.

تقييم النشاطات الصحية:

تقيم النشاطات الصحية من خلال جملة من الاحصائيات التي تتم مطابقتها مع البرامج الوطنية للصحة حسب الإمكانيات المؤسسة

احصائيات من المصالح الاستشفائية كل شهر وكل ثلاث أشهر؛

احصائيات مكتب الدخول؛

احصائيات مصلحة علم الأوبئة والطب الوقائي؛

في نهاية السنة تجمع الإحصاءات في شكل احصاء سنوي للنشاطات الصحية.

مكتب التعاقد وحساب التكاليف:

المكتب الفرعي للتعاقد:

يطبق هذا المكتب النظام التعاقدي المشترك بين وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات ووزارة العمل والضمان الاجتماعي، من خلال تنصيب طبيب مكون في ترميز مختلف الأمراض وتشخيصها وإدخالها في برنامج التصنيف

العالمي للمرض classification internationale des malades واعداد تقارير دورية حسب الصناديق التأمين
المكلفة بالمرضى والتي تتمثل في:

-المرضى المسجلين في صناديق الضمان للعمال الغير أجراء؛

-المرضى المسجلين في صندوق الضمان الاجتماعي؛

-المرضى المنتمين للجيش؛

-المرضى المسجلين في مديرية النشاط الاجتماعي.

الأهداف المترتبة على هذا النظام التعاقدى:

- التحكم في النفقات من جهة والتحكم في التكاليف من جهة أخرى.

- تحسين نوعية الخدمات من أجل تغطية النفقات الحقيقية للمريض.

الصعوبات التي تواجه هذا النظام التعاقدى:

- الصعوبة في معرفة فئة المعوزين غير المؤمنين حيث أن معظم المرضى المقبولون على مكتب الدخول لا يقدمون المعلومات الكافية اتجاه صناديق التأمين.

- عدم وجود نظام وطني يخص المؤمنين الاجتماعيين على مستوى مكتب الدخول حتى يتسنى للمعون المكلف تحديد انتماء المريض اتجاه صناديق التأمين خارج الولاية.

- عدم إجراء تحقيقات لمنح بطاقة المعوزين غير المؤمنين من طرف المصالح المعنية.

- بطاقة مرافقة المريض (fiche de navette) غير كاملة من حيث المعلومات بسبب عدم حرص الممارسين الطبيين وشبه الطبيين على ملئ هذه الوثيقة بصفة دقيقة لتحديد كلفة كل المريض.

المكتب الفرعى لحسب التكاليف:

يقوم هذ المكتب بحساب التكاليف المباشرة والغير المباشرة للمؤسسة، الطريقة المتبعة في حساب التكاليف هي الطريقة المعتمدة من الوزارة عن طريق الأقسام المتجانسة وذلك باستعمال دليل صادر من الوزارة الوصية

تتم عملية جمع المعلومات الواردة من مختلف المصالح في ثلاث اجراء

الجزء الأول canevas A المتعلق بالأعباء معطياتها متحصل عليها من المديرية الفرعية للمالية والوسائل مفصلة حسب كل مصلحة؛

الجزء الثاني B canevas المتعلق بالنشاطات الصحية يتحصل على هذه المعطيات من المديرية الفرعية للمصالح الصحية؛

الجزء الثالث C canevas المتعلق بتوزيع الأعباء على النشاطات⁷¹.

محاسبة التكاليف المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية المدية:

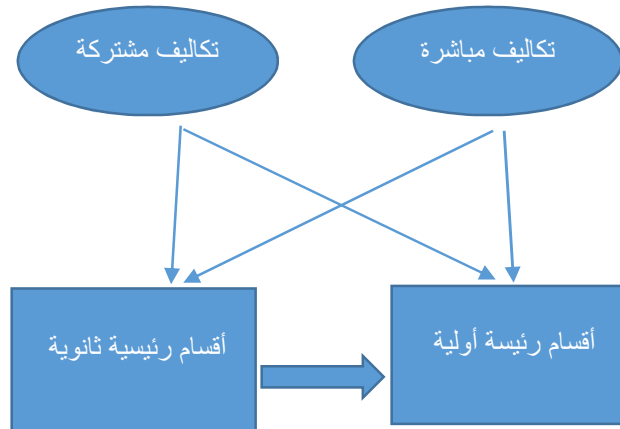
المنهج المعتمد في حساب التكاليف في المؤسسة العمومية لاستشفائية لولاية المدية هي طريقة الأقسام المتجانسة يوجد أقسام متجانسة رئيسية أو أولية وأقسام متجانسة ثانوية

الأقسام الرئيسية: تكتسب هذه الأقسام صفة القسم الرئيسي لارتباط نشاطها مباشرة بإنتاج وحدة القياس المستخدمة في حساب التكلفة.

الأقسام الثانوية: هي بقية الأقسام التي لا يرتبط نشاطها مباشرة بإنتاج وحدة القياس المستعملة في حساب التكلفة.

مراحل تحديد التكلفة لكل مصلحة:

مخطط بياني 7 مخطط يوضح التوزيع الأولي والتوزيع الثانوي للأقسام الرئيسية والثانوية



يرمز إلى التوزيع الأولي
يرمز إلى التوزيع الثانوي

المرجع: من اعداد الطالب

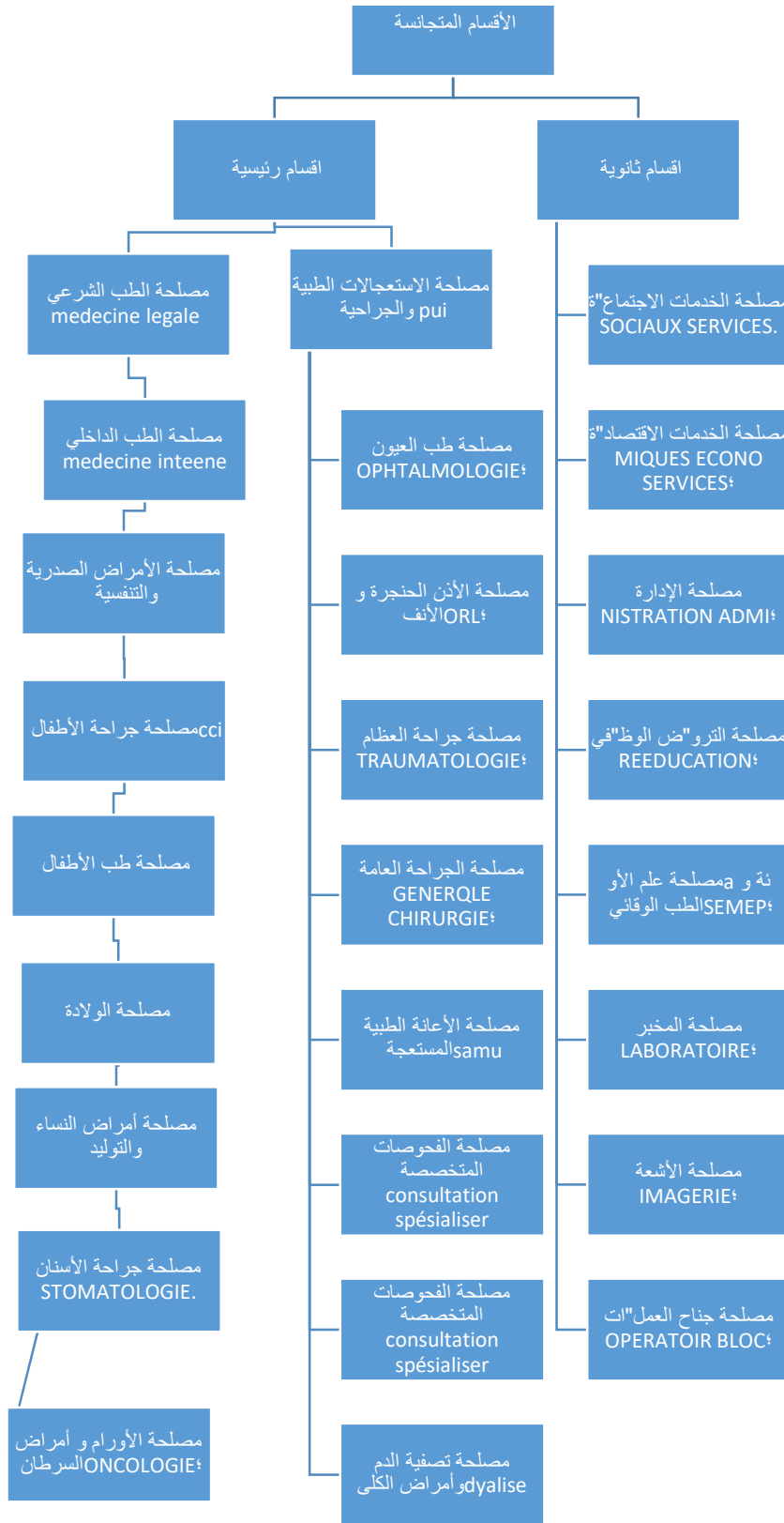
⁷¹ (NADIA, 2001)

المرحلة الأولى: مرحلة التوزيع الأولي تتم بتوزيع التكاليف المباشرة والتكاليف المشتركة على جميع الأقسام الأولية والثانوية

المرحلة الثانية: مرحلة التوزيع الثانوي هي عملية توزيع الأعباء الغير المباشرة تتم من خلال توزيع أعباء الأقسام الثانوية على الأقسام الرئيسية

الاقسام المتجانسة لولاية المدية⁷²:

مخطط بياني 8 يوضح مختلف الأقسام لمستشفى محمد بوضياف بالمدينة



المرجع: المعلومات المتحصل عليها من الدراسة التطبيقية

تراكم أعباء هذه الأقسام يحقق جملة من التكاليف وهي مصنفة إلى: تكاليف مباشرة وتكاليف غير مباشرة وتكاليف مشتركة، يمكن التمييز بينها من خلال مفاتيح التوزيع وقابلية ربطها بكل بقسم

التكاليف المباشر: هي التكاليف التي توزع دون استخدام مفاتيح التوزيع؛

التكاليف الغير المباشرة: هي التكاليف التي توزع فقط باستخدام مفاتيح التوزيع؛

التكاليف المشتركة: هي التكاليف التي لا يمكن أن نحدد قيمتها المستهلكة من طرف كل قسم مثل الكهرباء والغاز الهاتف أغلبها تكاليف لوجستية⁷³.

تعتبر التكاليف المشتركة تكاليف غير مباشرة لأنها توزع عن طريق مفاتيح التوزيع؛

كذلك الأمر بالنسبة للأقسام الثانوية فهي تعتبر تكاليف غير مباشرة عند توزيعها على الأقسام الرئيسية باستخدام مفاتيح التوزيع أي أنه إذا وزعنا باستخدام مفاتيح التوزيع نعتبر الموزع (الذي وقع عليه فعل التوزيع) تكلفة غير مباشرة الهدف من عملية التوزيع هاته الحصول على تكلفة الوحدة لكل مصلحة والذي يكون عبر مرحلتين.

عيوب تطبيق محاسبة التكاليف على أساس الأقسام المتجانسة في المؤسسة العمومية الاستشفائية.

- عدم الأخذ بعين الاعتبار المخزون المتبقي على مستوى كل مصلحة مثل المواد والمستلزمات الصيدلانية⁷⁴؛
- التغاضي عن العلاقة التبادلية بين الأقسام الثانوية في عملية توزيع الأعباء؛
- بعض المصالح تتميز بالاتصال المباشر بالمريض تعتبر أقسام ثانوية مثل المخبر والأشعة؛
- المصاريف المشتركة ومصاريف الأقسام الثانوية توزع بالاعتماد على النسب التي لا تعكس مقدار الاستفادة الحقيقية من هذه المصاريف؛
- بعض الأقسام تؤدي أنشطة مختلفة مجمعة في قسم واحد مثل القسم الاقتصادي الذي يضم الصيدلة، المخزن، الصيانة
- لا يتم تطبيق الاهتلاك على المعدات والأجهزة وعدم تسجيل قيمتها عند الحصول عليها مما ينعكس بالسلب على دقة البيانات وحساب التكلفة.

⁷³ (NADIA, 2001)

⁷⁴ (حمدية ، 2010-2011)

4.2 المديرية الفرعية للمالية والوسائل ودورها في تسيير الميزانية:

يتمثل دور المديرية الفرعية للمالية والوسائل في تسيير الوسائل المادية والتسيير المالي وذلك بتطبيق قواعد المحاسبة العمومية

الهيكل التنظيمي للمديرية الفرعية للمالية والوسائل:

بناء على القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 20 ديسمبر 2009 والذي يحدد التنظيم الداخلي للمؤسسات العمومية الاستشفائية وطبقا للمادة 05 منه فإن المديرية الفرعية للمالية والوسائل تضم المكاتب التالية:

مكتب الوسائل العامة والهيكل؛

مكتب الصفقات العمومية؛

مكتب الميزانية والمحاسبة.

1/ مكتب الصفقات العمومية:

يقوم مكتب الصفقات العمومية بمختلف الإجراءات المتعلقة بإبرام العقود المختلفة في إطار قانون الصفقات العمومية المتمثلة في المرسوم الرئاسي 10/236 المتعلق بقانون الصفقات العمومية، يمكن حصر مهامه حسب الترتيب فيما يلي:

- الإعلان عن الاستشارات والمناقصات،
- تحضير دفتر الشروط وارسالها إلى وزارة للحصول على الموافقة ونشرها في الجريدة الرسمية
- كتابة محضر فتح الأظرف وتقييم العروض،
- الإعلان عن المنح المؤقت للاستشارة /أو الصفقة،
- اعداد الاتفاقية /الصفقة المبرمة مع المتعامل المتعاقد،

2/ مكتب الميزانية والمحاسبة:

تتمثل مهامه في تسيير الميزانية الخاصة بالمستشفى، واعداد الكشوف والفواتير وتجميع مختلف تقديرات الميزانية ومتابعة الوضعية المالية وذلك بالتنسيق مع بعض المكاتب والمصالح الفرعية الهامة بهدف السير الحسن للمؤسسة تتمثل هذه المكاتب فيما يلي:

مكتب الالتزام،

مكتب الجرد،

مكتب المحاسبة المادية،

مكتب المحاسبة الاستشفائية الثلاثية،

المخازن، بما فيها الصيدلية.

3/ مكتب الوسائل العامة والهياكل:

ان هذا المكتب يتمثل في مجموعة من الهياكل التي تهتم بتسيير المواد ذات الاستعمال المشترك التي لها علاقة بمكتب الميزانية والمحاسبة أي ان وجوده افتراضي.

الصيدلية،

المطبخ،

حظيرة السيارات.

وظائف المديرية الفرعية للمالية والوسائل:

نميز وظيفتين أساسيتين مرتبطتين ببعضهما وهما وظيفتي التسيير المالي والتسيير المادي:

الوظيفة الأولى: التسيير المالي

تتمثل في أساسا في المهام المتعلقة بتسيير الميزانية من اعداد وتنفيذ وتقييم:

أولا اعداد الميزانية:

تقوم المؤسسة بإعداد تقديرات الميزانية بناء على مراسلة وارده من وزارة الصحة والتي تقوم على جملة من المعطيات التي تعتبر بمثابة مبرر لهذه التقديرات بهدف اعتماد القيمة المالية المطلوبة، يمكن ان تتمثل هذه المعطيات في: مبالغ التوظيف للسنة،

-كشف راتب شهر مارس لكل الموظفين مضروبة في 12؛

-قياس نسبة النشاط في المؤسسة؛

-تكاليف الموظفين المتكويين؛

-عدد السكنات الوظيفية والقيمة المالية للكراء .

ثم ترسل الميزانية التقديرية للوزارة، ثم تعود هذه الميزانية في شكل أبواب عن طريق مديرية الصحة والسكان وهو ما يسمى بالميزانية الأولية، تقوم المؤسسة بعد ذلك بتقسيمها الى مواد وذلك بالاعتماد على ميزانية السنة الماضية.

ثم يستدعى مجلس الإدارة والذي يترأسه رئيس الدائرة، أما بقية الأعضاء فيتم تعيينهم من طرف مديرية الصحة والسكان، بعد تقديم الميزانية وشرحها بصفة كافية لاعتماد التقسيم التي قامت به المؤسسة للميزانية الأولية ويتم كتابة محضر الجلسة، بعدها يتم إرسال نسخة إلى الأعضاء المعنيين بالتنفيذ والرقابة المتمثلين في المراقب المالي ووالي الولاية للتأشير عليها، فتصبح بذلك الميزانية قابلة للتنفيذ.

النفقات الاستجالية للمؤسسة:

وهي مجمل النفقات التي تخضع للسلطة التقديرية للمؤسسة، المتمثلة في النفقات التي لا تحتل التأخير مثل الادوية، الأغذية مرتبات الموظفين البنزين يتم تغطية هذه النفقات حتى وان لم تعتمد الميزانية ويعرف هذا النوع من النفقات بالنفقات تحت التغطية.

-ليست كل التقديرات مقبولة رغم التبريرات المقدمة من قبل المؤسسة؛

-التحويل بين العناوين يكون بموافقة وزارة الصحة فقط والمتمثلة في نفقات المستخدمين ونقات التسيير؛

-التحويل ما بين الأبواب يكون بموافقة مديرية الصحة والسكان اما بين المواد يكون بموجب مقرر يحرره مدير المؤسسة.

-التحويل بين المؤسسات عند الحاجة تقوم به تقوم به مديرية الصحة والسكان على شكل مشروع تقدمه لوزارة الصحة للموافقة عليه.

تنفيذ الميزانية:

يتم تنفيذ الميزانية وفق مرحلتين المرحلة الإدارية والمرحلة المحاسبية السابقة الذكر في الجزء النظري للفصل الأول.

تقييم تنفيذ الميزانية:

الوضعية المالية:

تتمثل في تتبع مختلف التغيرات التي حدثت أثناء عملية تنفيذ الميزانية، تقوم المؤسسة بإعداد الوضعية المالية بصفة شهرية الى غاية نهاية السنة المالية يطلع مدير المؤسسة على هذه الوضعية كل ثلاث أشهر.

يتكون جدول الوضعية المالية من العناصر التالية:

تقسيمات الميزانية تكون حسب الرقم، والباب والفصل والمادة تبيان النفقات المختلفة والمتعلقة بالمستخدمين او نفقات التسيير .

- الرصيد الأولي: الذي يمثل القيمة المالية الخاص بكل مادة وهو رصيد الشهر الذي قبله؛

-الالتزام: القيمة المالية لدى المراقب المالي؛

-التصفية.: القيمة المالية مطروح منه ما تم استهلاكه؛

-الدفع: القيمة المالية التي قام بدفعها امين الخزينة؛

-الرصيد: الرصيد الأولي ناقص الدفع؛

-نسبة الاستهلاك: الدفع مقسوم على الرصيد الاولي.

الأموال الغير المستهلكة في نهاية السنة المالية من القيمة المالية لميزانية المؤسسة تعود الى خزينة المؤسسة التي لا يمكن استعمالها الا من قبل الوزارة المعنية، ولا يمكن استعمالها من قبل المؤسسة الا بموجب قرار وزاري مشترك بين وزارة المالية ووزارة الصحة.

الحساب الإداري:

يعد من قبل المدير بالتنسيق مع المدراء الفرعيين في نهاية كل سنة مالية، يتضمن الإيرادات المحققة والنفقات التي تم استهلاكها خلال السنة المالية وصولا الى 31 مارس.

توازن الميزانية:

تكون في نهاية السنة المالية بالنسبة للميزانية الأولية أو الإضافية على حد سواء تضبط من خلاله مختلف التحويلات التي جرت في السنة المالية بين مختلف مواد الميزانية، ثم تتم عملية التأشير عليها من قبل مجلس الإدارة والمراقب المالي تعتبر الأساس للتقدير بالنسبة للسنة المالية الموالية.

يختلف الحساب الإداري عن الوضعية المالية في عدد المرات التي يعد فيها حيث ان الوضعية المالية تعد في كل شهر والحساب الإداري كل سنة مالية.

وكالة النفقات والارادات:

يخضع تنظيمها للمرسوم التنفيذي رقم 108/93 الذي يحدد كفيات إحداث وكالات النفقات والايادات التي تعتبر طبقا للمادة الثانية من المرسوم إجراءات استثنائيا لتنفيذ، نظرا لحالتها الاستعجالية التي لا تتناسب مع إجراءات الحالة العادية من التزام وتصفية وأمرر بالصرف ودفع في حالة النفقات على سبيل المثال

مصلحة الأجور:

مصلحة الأجور: الجانب النظري

- الأجر الصافي = الأجر الخام - مجموع الاقتطاعات + مجموع المنح العائلية.

- الأجر الخام = الأجر الأساسي + مجموع التعويضات.

- الأجر الأساسي = الأجر القاعدي + منحة الخبرة المهنية.

- الأجر القاعدي = النقطة الاستدلالية المقابلة لكل صنف × 45. دج.

- منحة الخبرة المهنية = النقطة لاستدلالية المقابلة لكل درجة × 45. دج.

ملاحظة: 45. دج هي قيمة نقطة لاستدلالية

- التعويضات: تتغير التعويضات من سلك الى آخر حسب ما تحدده النصوص القانونية.

. التسيير المادي:

التسيير المادي للمؤسسة العمومية الاستشفائية يتمثل في نظام اداري يعتمد على إجراءات المحاسبة لمختلف المواد سواء كانت استهلاكية او ذات استعمال طويل، على اخلاف مصادرها التي تتبع بوثائق التسيير التي تدرج في برامج المحاسبة بهدف ضمان الاستهلاك أو الاستخدام الرشيد لها من خلال المكتب التالية:

مكتب المحاسبة المادية:

يتكفل هذا المكتب بالمحاسبة المادية لجميع المدخلات والمخرجات التي تمر عبر المخازن المختلفة سواء كانت مواد غذائية أو صيدلانية أو مكتبية أو لوازم النظافة ألبسة أو مقتنيات متعلقة بالحظيرة من بنزين وما الى ذلك من المواد يستلم أمناء المخازن نسخة من وصل الاستلام التي تختلف حسب نوع السلعة، تسجل بعد ذلك في سجل المدخلات والذي يتضمن جملة من المعلومات مثل:

الرقم التسلسلي؛

اسم المورد؛

تاريخ العملية؛

نوع السلعة؛

الكمية الصنف وغيرها من المعلومات الضرورية؛

يتم بعد ذلك ارسال نسخة منه مؤشر عليها من قبل امين كل مخزن الى مكتب المحاسبة المادية وعند وصول الفاتورة يسجل رقمها ومبلغها.

السجل اليومي للمدخلات: عبارة عن سجل مرقم حسب الصفحات الخانات بالتسلسل ترتب فيه المعلومات

حسب التسلسل الزمني لتاريخي استلام المواد من طرف امين المخزن، تصنف هذه المواد الى رموز مثل المواد الغذائية من A1 الى A14 ولوازم التنظيف من B1 الى B2.

الدفتـر الكبـير: سجـل مرـقـم ومبـوب حـسـب عـناوـين ومـواد المـيزانـية مقـسـم حـسـب الأشـهـر كـل صـفـحـة فـيـه تـتـكـون مـن جـزأـين جـزء خـاص بـالمـدخـلات والجـزء الاخر خـاص بـالمـخرجات، تـنـقـل إـلـيـه كـل العـمـلـيات المسـجـلة فـي الدفـتـر اليـومـي المـجـزأ حـسـب نـوعـية المـواد حـيـث يـدوـن اسـم المـمـون، رـقـم الأـمـر، المـادـة المسـتـلمـة، ورمـز المـادـة فـي السـجـل اليـومـي بـالإـضـافـة إـلى رـقـم الفـاتـورـة والمـبـلـغ الإـجـمـالـي.

بـعـد تـسـجـيل كـل هـذـه المـعـلـومـات يـتـم وـضـع خـتـم المـكـتـب عـلى ظـهـر الفـاتـورـة والـذي يـتـضـمـن العـمـلـية رـقـم السـجـل اليـومـي رـقـم الدفـتـر الكبـير، رـقـم الجـرد بـالنـسـبـة لـلعـتـاد.

يـتـم حـسـاب المـواد المـتـبـقـية فـي كـل مـخـزـن بـصـفـة شـهـريـة حـسـب طـبـيـعـتـها وتـقـفـل بـذـلك الحـسـابـات المـادـية لـكـل شـهـر.

تـتـم عـمـلـية مـراجـعـة لـلمـخـازن فـي نـهـايـة كـل سـنـة بـغـرض تـسـويـة الحـسـابـات وإـعـداد حـسـاب تـسـيـير المـواد السـنـوي الـذي يـتـضـمـن الوـضـعـية السـنـويـة لـلمـخـزـون مـثـل باقـي المـواد مـن السـنـة المـاضـية المـدخـلات والمـخرجات خـلال السـنـة مـحـدـدة بـالمـبـلـغ والـكـمـية فـاذا وـجـدت زـيـادـة تـرـصـد لـلسـنـة المـقـبـلة.

مـكـتـب الـالـتـزام:

يـوجـد بـه سـجـل الـالـتـزام الـذي تـسـجـل فـيـه الفـواتـير لـه نـفـس تـقـسـيم المـيزانـية مـن فـصـول وإبـواب ومـواد تـكـون مـن عـدـة صـفـحـات كـل صـفـحـة التـزام تـقـابـلـها صـفـحـة تـصـفـية.

فـي صـفـحـة الأـوـلى تـسـجـل فـيـه الطـلـبـية بـالـقـيمـة التـقـديـريـة و فـي الصـفـحـة الثـانـية تـسـجـل فـيـها قـيمـة الفـاتـورـة بـعـد وـصـولـها بـالـقـيمـة الحـقـيـقـية.

الـطـلـبـات الـتي يـكـون مـجـمـوع مـبـلـغـها

سـنـدات الطـلـب لا تـتـجـاوز قـيمـتـها 50 مـلـيـون سـنـتـيم بـالنـسـبـة لـلـدراسـات و الخـدمـات و 100 مـلـيـون سـنـتـيم بـالنـسـبـة لـلـأشـغال و اللـوـازم، بـعـد التـأكـد مـن الفـاتـورـة تـعـد بـطـاقـة الـالـتـزام الـتي يـؤشـر عـلـيـها الأـمـر بـالصـرف وتـحـول إـلى المـراقـب المـالـي لـلـتـأشـير عـلـيـها فـي دائـرة النـفـقـة مـن الرـصـيد المـخـصـص لـذـلك حـسـب المـيزانـية ثـم تـحـول إـلى مـكـتـب المـيزانـية و المحـاسـبـة.

مـكـتـب الجـرد:

يـحـتـو مـكـتـب الجـرد عـلى قـائـمـة لـمـخـتـلـف المـواد الـتي تـفـوق قـيمـتـها خـمـسـين مـلـيـون سـنـتـيم عـلى اـخـتـلاف مـصـادرها سـواء كـانـت مـشـتـرات أو هـبـة، تـسـجـل هـذـه المـواد فـي كـل مـن السـجـل اليـومـي لـلمـدخـلات و سـجـل آخـر لـلـجـرد و ذـلك بإـعـطـائـها رـقـم تـسـلـسـلي فـي حـالـة الهـبـة لا تـسـتـلم إلا بـواسـطـة مـحـضـر مـوقـع مـن طـرف مـديـر المـؤسـسـة تـعـد بـعـد ذـلك بـطـاقـة المـخـزـون و تـسـلم هـذـه المـواد إـلى المـصـلـحـة المـسـتـفـيـدة بـطـلـب داخـلي مـن رئيـس المـصـلـحـة مـمـضـي مـن طـرف المـقـتـصـد.

-مـكـتـب المحـاسـبـة الـاسـتـشـفـائـية الثـالـثـية:

هو نـظـام مـعـلـومـات مـتـخـصـص فـي تـسـيـير المحـاسـبـة الـاسـتـشـفـائـية و يـضـم:

. محاسبة الميزانية؛

. المحاسبة العامة؛

. المحاسبة التحليلية.

يقوم هذا المكتب بالتسجيل اليومي لعمليات الشراء والاستهلاك بالمؤسسة وذلك باعتماد على سند الطلب وسند التسليم والفواتير وبطاقة المخزون الخاصة بكل مخزن والصيدلية، ويهدف هذا النظام الى تنظيم التسيير المالي والمادي للمؤسسة وفرض رقابة أكبر على امول المؤسسة.

إجراءات الشراء وتسيير المخازن:

- إجراءات الشراء

من اجل تلبية حاجيات المؤسسة من لوازم وتجهيزات وادوية وغيرها من المواد الاستهلاكية بالإضافة الى الخدمات والاشغال الى القيام بإجراءات الشراء

تحرير سند الطلب أي الطلبية

ابرام استشارة أو ما يعرف بالاتفاقية

ابرام الصفقات العمومية

سند الطلب يحرره ويمضيه مدير المؤسسة في حالة إذا ما كانت قيمة الطلبية اقل أو تساوي المبلغ (500.000 دج بالنسبة للدراسات أو الخدمات و100.000.000 دج بالنسبة للأشغال واللوازم، ثم ترسل نسخة منه الى المدير الفرعي للمالية والوسائل ولأمين المخزن ونسخة للممون.

يتصل الموظف المكلف بمهمة الاتصال بالممومنين بالمموم المعني

يستلم أمين المخزن المواد ويتأكد من مطابقة المواد كما ونوعا

يحرر أمين المخزن سند الاستلام ويرسل نسخا منه لكل من مكتب محاسبة المواد وللمموم ويحتفظ بنسخة له

الشراء عن طريق الاستشارة والصفقة العمومية

هي إجراءات الشراء عن طريق الصفقات العمومية وهو عبارة عن عقد مكتوب مبرم حسب ما ينص عليه المرسوم الرئاسي 10/236 المنظم لها.

يلجأ لهذا النوع من إجراءات الشراء إذا كانت قيمة العقد تفوق 12.000.000 دج بالنسبة لخدمات الأشغال أو التوريدات و6.000.000 بالنسبة لخدمات الدراسات حسب المادة 13 من القسم الفرعي الثاني للإجراءات المكيفة.

تتم عملية اختيار أفضل عرض في إطار مناقصة تخصص للصفحة للمتعهد صاحب أفضل عرض

تحدد حاجيات المؤسسة بالتعبير عنها على شكل حصة واحدة أو مجموعة من الحصص بالتنسيق بين المدير والمدير الفرعي للمالية والوسائل ورؤساء المصالح

ثم يعلن عن المناقصة أو الاستشارة حيث إذا تعدى المبلغ الإجمالي للحصص المعبر عنها مبلغ 12.000.000.00 دج وجب إبرام صفقة عمومية أما ان قل عن ذلك تكون بموجب عقد استشارة.

دفتري الشروط المتعلقة بالصفقات العمومية: يتكون من عرضين عرض تقني والأخر مالي وذلك حسب التنظيم المعمول به من المادة 6 من المرسوم الرئاسي 10/236

العرض المالي: يحتوي على: رسالة تعهد ممضاة من المكتب، دفتر المواصفات التقنية ممضى ومختوم، جدول الأسعار الودوي مملوء ممضى ومختوم، الكشف الكمي والتقدير مملوء ممضى ومختوم كذلك في حالة المناقصة.

العرض التقني: يتمثل في الوثائق الإدارية والقانونية التي تجدها المؤسسة ضرورية لمعرفة الوضع المالي والقانوني للمكتب مثل التصريح بالنزاهة الاككتاب السوابق العدلية نسخة من السجل التجاري.

الخدمة الفعلية: يقصد بالخدمة الفعلية التأشير على فواتير المواد المستلمة والخدمات المنجزة لصالح المؤسسة العمومية الاستشفائية سواء تعلق الأمر بالشراء العادي أو التمويل الخاضع لاتفاقيات أو الصفقات وتتمثل في المراحل التالية:

- يقوم أمين المخزن بوضع تأشيرته على ظهر الفاتورة وذلك دليل على أن المواد المستلمة مطابقة لمواد الموجودة في الفاتورة أما إذا كانت الفاتورة متعلقة بخدمات الصيانة مثال في هذه الحالة يقوم رئيس مكتب الصيانة بوضع تأشيرته المطابقة.

- يقوم المدير الفرعي للمالية والوسائل بوضع تأشيرته على الفاتورة بعدما يتأكد من مطابقة الأسعار الودوية في الفاتورة مع الأسعار المتفق عليها في الصفقة أو الاتفاقية أو سند الطلب في حالة الشراء بسند طلب ومراجعة المجاميع الموجودة في الفاتورة.

- يتم وضع تأشيرته مكتب محاسبة المواد تحدد فيه البيانات التالية) السنة المالية، التوبيب في الميزانية، رقم السجل اليومي، رقم سجل دفتر الأستاذ، فرع التخزين أو رقم الجرد.

- ختم مدير المؤسسة العمومية الاستشفائية بصفته الأمر بالصرف يشهد فيه أنه حقق وتأكد أن الممون والخدمات موضوع هذه الفاتورة أو الكشف قد تم أدائها فعال وبوفاء وبوجوب دفع مبلغ الفاتورة ويحرر المكلف بالميزانية حوالة الدفع والأمر بالصرف الى أمين الخزينة البلدي وبعد وضع تأشيرته على جدول الإرسال المرفق تكون المؤسسة قد أبرأت ذمتها.

تسيير المخازن

المخزن العام: تتوفر المؤسسة العمومية الاستشفائية على مخزن عام يتم تخزين فيه جميع المواد الاستهلاكية التي قامت باقتنائها، ويسير المخزن من طرف أمين المخزن ومساعديه بالإضافة إلى مكتب تسير المخازن.

- المهام الموكلة إليهم هي تسلم المواد والسلع وحفظها وترتيبها حسب الفروع توزيع المواد المقتتعة من طرف المؤسسة العمومية الاستشفائية على مختلف المصالح حسب الحاجة والتنظيم المعمول به والتسيير المادي والمحاسبي للمخزون ويتم عن طريق مجموعة من السجلات والبطاقات التي تسجل فيها جميع البيانات الخاصة بالمواد المقتتعة.

السجلات:

- سجل المدخلات اليومي وتسجل فيه جميع البيانات الخاصة بالمواد التي تدخل يوميا للمخزن.
- السجل اليومي للمدخلات والمخرجات وتسجل فيه جميع حركة المواد التي تدخل وتخرج يوميا من المخزن.
- بطاقة المخزون حيث نجد لكل مادة من المواد بطاقة مدون عليها جميع الكميات التي دخلت وخرجت من المخزن بالإضافة إلى نسختين توضع واحدة على مستوى المخزن والأخرى على مستوى مكتب تسير المخازن.
- إعداد الكشوف اليومية للوجبات وحساب المجموع اليومي وإعداد المنحنيات الشهرية ومراقبة المخازن والقيام بعمليات

التصحيح والتقييم.

إعداد الجدول الشهري للمدخلات والمخرجات وتسجل فيه جميع العمليات شهريا وفي نهاية السنة يتم إعداد الكشف السنوي لحالة المخزون.

- **تسيير الصيدلية والعتاد الطبي:** يتم تسيير الصيدلية على مستوى المؤسسة العمومية الاستشفائية من طرف الصيدلي المعين المختص ومساعديه ونجد على مستوى الصيدلية المواد واللوازم الطبية المقتتعة من طرف المؤسسة والتي يتم توزيعها على مختلف المصالح فيما بعد

- يتم اقتناء الأدوية في المؤسسة العمومية الاستشفائية عن طريق تحرير سند طلب ممضى من طرف السيد المدير بصفته الأمر بالصرف يتم تحديد فيه نوع المستلزمات والكمية المطلوبة وبعد ذلك يتم إرسال نسخة إلى الممون.

- يتم استلام المواد من طرف الصيدلي والقيام بعملية المطابقة بين الكميات والأنواع المطلوبة مع المواد المستلمة.

- بعد استلام الأدوية واللوازم الطبية يتم ترتيبها في الصيدلية حسب التصنيف العلاجي (تيرا بوتيك) بالإضافة إلى برنامج خاص تسجل فيه جميع الكميات المستلمة ويتم إعداد بطاقة المخزون لكل مادة موجودة في الصيدلية.

- يتم تسجيل المواد المستلمة في السجل اليومي للتسيير والشهري ويتم تسجيل جميع المدخلات والمخرجات في سجل

يومي -

يتم توزيع الأدوية على مختلف المصالح الموجودة في المؤسسة العمومية الاستشفائية عن طريق تحرير سند طلبية داخلية موضح فيه الكمية المطلوبة والكمية المتبقية على مستوى المصلحة.

تسيير المخزن الخاص بالعتاد الطبي

يتكون هذا المخزن من مكتب لتسيير المخزونات إضافة إلى مخزن كبير للعتاد والمعدات الطبية.

- **المدخلات:** يتم منح الأجهزة الطبية ذات التكلفة العالية من طرف الوزارة أو المجلس الشعبي الولائي في إطار رخص البرامج، حيث يتم منح هذه الأجهزة عن طريق قرارات تصدر من الوزارة تحدد فيها المؤسسة المستفيدة من هذه الأجهزة. كما نشير إلى أن العتاد الطبي الذي يدخل المخزن إما جديدا بعد إعداد الطلبية وإما قديما يؤتى به من المصالح الطبية وإذا رأته في غير حاجة إليه.

إذ أن العتاد والمعدات التي تتخلى عنها المصالح الطبية تدخل للمخزن الخاص بالعتاد الطبي، وتسجل في السجل اليومي للمدخلات وفي سجل آخر يسمى، حيث يسجل فيه اسم الجهاز أو المعدات والمصلحة التي تخلت عنها بالإضافة إلى الكمية.

أما بالنسبة للعتاد والمعدات الجديدة فإنه يتم إعداد الطلبية الخاصة بها، إذ أن مسؤول المخزن يقوم بإعداد وصل التمويل مصحوبا بطلب كتابي يوضح فيهما الاحتياجات، ويقوم بإرسالهما إلى المدير الفرعي للمالية والوسائل لكي يقرر، وفي حالة الموافقة على الطلب يحرر وصل الطلب للمورد

مخزن المواد الاستهلاكية: يحتوي هذا المخزن على مختلف المواد الغذائية مثل الخضر والفواكه واللحوم والبقول... الخ

مخزن الجرد: هو المخزن الذي يقوم بجرد مختلف المواد الغير الاستهلاكية الخاضعة للجرد مثل العتاد الطبي والعتاد الغير القابل للاستهلاك المسير من قبل امين مخزن الجرد.

مخزن الألبسة والافرشة: يحتوي على مختلف الألبسة والاغطية الخاصة بالمرضى والعمال والأطباء

بالإضافة الى مخازن أخرى مثل مخزن الوقود ومخزن المؤونة

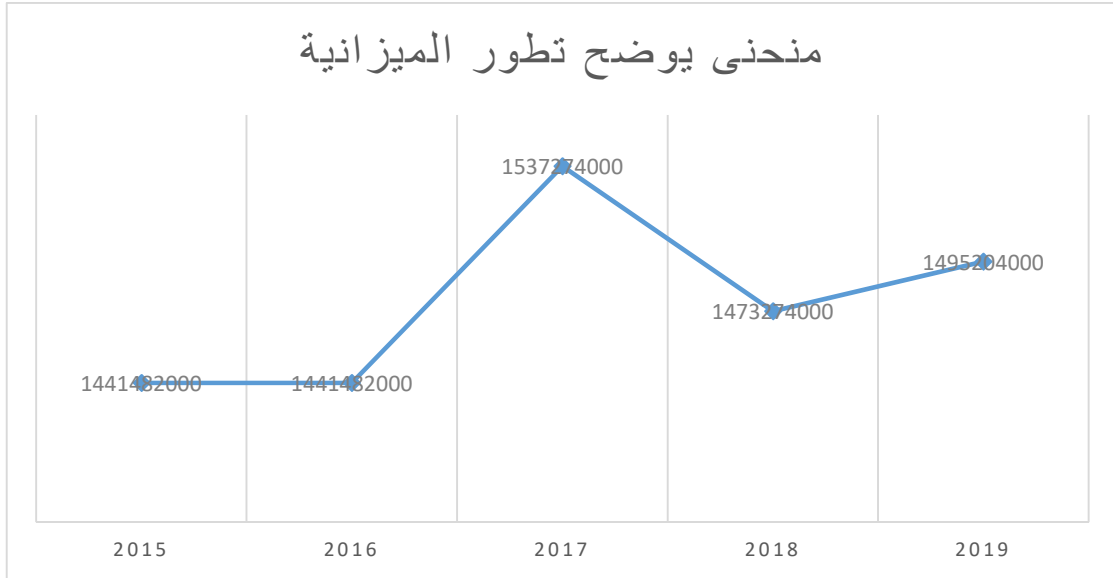
4.3 تحليل لتطور الميزانية ومؤشرات الأنشطة

. تطور مخصصات الميزانية للمؤسسة العمومية الاستشفائية

جدول 1 يوضح. تطور مخصصات الميزانية للمؤسسة العمومية الاستشفائية

السنة	2015	2016	2017	2018	2019
القيم المخصصة(دج)	1441482000	1441482000	1537274000	1473274000	1495204000

منحنى بياني 2 تطور الميزانية لمستشفى محمد بوضياف المدية



بصفة عامة نلاحظ من خلال المنحنى البياني تذبذب قيم ميزانية المؤسسة العمومية الاستشفائية حيث سجلت أكبر قيمة في سنة 2017 والمقدرة با 1537274000 دج وهذا راجع الى ارتفاع نفقات الموظفين بنسبة %9,718 تليها نفقات التسيير التي ارتفعت بنسبة %3,635 مقارنة بسنة 2016 والتي تم تغطيتها بارتفاع في نسبة مساهمة الدولة بإضافة الى الرصيد المتبقي من سنة 2016 في حين ان قيم الميزانية لم تتغير خلال 2015 و2016، نميز ارتفاع في قيمة الميزانية بين سنة 2018 و2019 .

التغيرات في توزيع مخصصات الميزانية حسب العنوان:

تتكون ميزانية المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية المدية على التدرج من فرعين ثم عنوان وكل عنوان ينقسم أبواب وكل باب الى مادة.

الفرع الأول: يتمثل في العنوان الأول وهو الإيرادات وهو ينقسم الى 6 أبواب

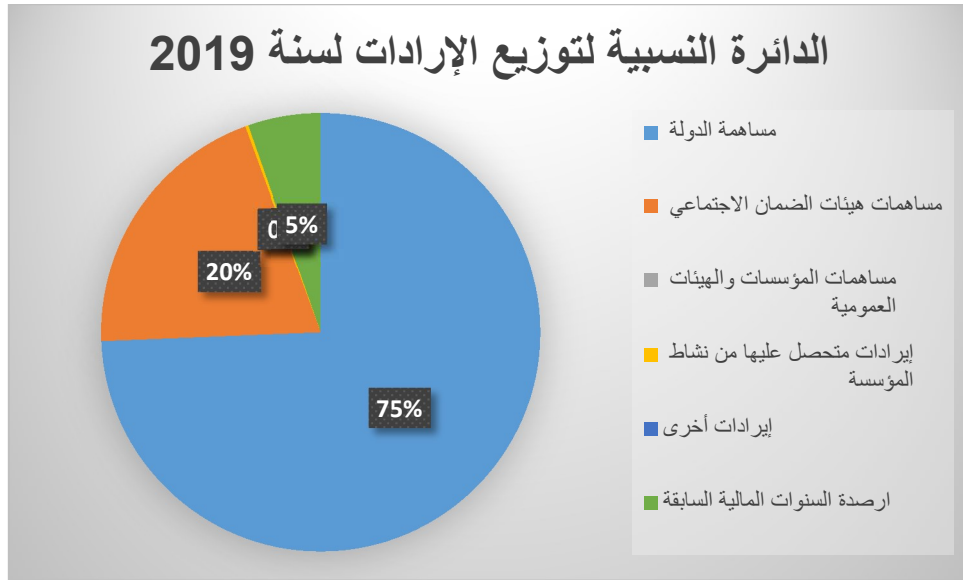
الفرع الثاني: يتكون من عنوانين وهما نفقات الموظفين ونفقات التسيير يتكون العنوان الأول من الفرع الثاني (نفقات الموظفين) من 9 أبواب والعنوان الثاني للفرع الثاني من 18 باب.

جدول 1 ملخص لتطور توزيع الميزانية خلال ثلاث سنوات

التسميات	2016	نسبة التغير	2017	نسبة التغير	2019
مساهمة الدولة	1187982000	5,538%	1253774000	-11,331%	1111704000
مساهمات هيئات الضمان الاجتماعي	250000000	0	250000000	20,000%	300000000
مساهمات المؤسسات والهيئات العمومية	0	.	0	.	.
إيرادات متحصل عليها من نشاط المؤسسة	3500000	0	3500000	0	3500000
إيرادات أخرى	0	0	0	0	0
ارصدة السنوات	0	.	30000000	166,667%	80000000

المالية السابقة					
مجموع الإيرادات	1495204000	-2,737%	1537274000	6,645%	1441482000
نفقات التسيير	339204000	6,116%	319654000	3,635%	331712000
نفقات الموظفين	1156000000	-5,061%	1217620000	9,718%	1109770000
مجموع النفقات	1495204000	-2,737%	1537274000	6,645%	1441482000

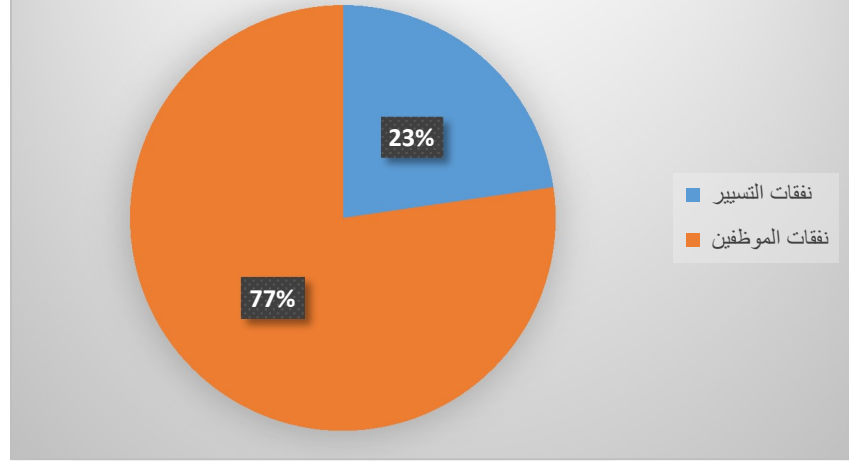
المرجع: الميزانية السنوية لمستشفى محمد بوضياف المدية.



دائرة نسبية / لتوزيع الإيرادات لمستشفى محمد بوضياف المدية

نلاحظ أن 75% من إيرادات المؤسسة تتمثل في مساهمة الدولة تليها مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي بنسبة 20 بالمائة ثم بقية الإيرادات والتي تكون بنسب ضعيفة.

الدائرية النسبية لتوزيع النفقات لسنة 2019

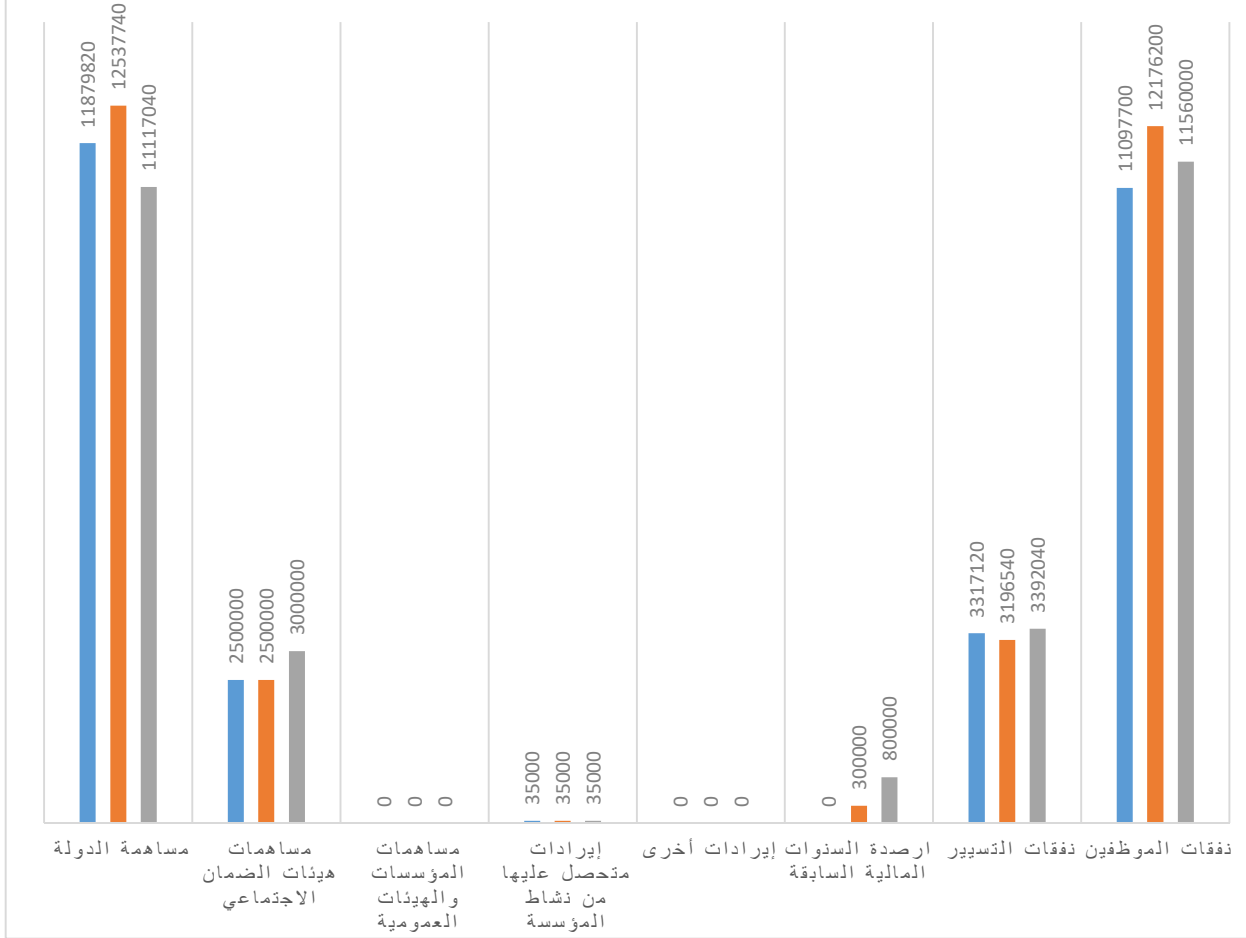


دائرة نسبية 2 لتوزيع النفقات لمستشفى محمد بوضياف المدية

من خلال الدائرة النسبية نلاحظ أن 77 بالمئة من نفقات المؤسسة تتمثل في نفقات الموظفين.

أعمدة بيانية لتطور توزيع الميزانية خلال ثلاث سنوات

■ 2016 ■ 2017 ■ 2019



أعمدة بيانية | أعمدة بيانية لتطور الميزانية خلال ثلاث سنوات لمستشفى محمد بوضياف بالمد

نلاحظ من خلال الأعمدة البيانية ان القيم المالية للنفقات تتمثل بنسبة كبيرة في نفقات الموظفين ثم تليها نفقات التسخير أما من ناحية الإيرادات نلاحظ ان الجزء الغالب من الإيرادات يتمثل في مساهمات الدولة خلال الثلاث سنوات تليها مساهمات هيئات الضمان الاجتماعي والتي تمثل اقل من نصف مساهمات الدولة خلال ثلاث سنوات أما الارادات المتحصل عليها من نشاط المؤسسة فهي ضعيفة مقارنة بالإيرادات المتحصل عليها من مساهمة الدولة ومساهمة هيئات الضمان الاجتماعي حيث نلاحظ تزايد قيم ارصدة السنوات المالية السابقة نلاحظ انعدام قيمة بقية العناصر المتعلقة بالإيرادات.

تحليل نشاط المستشفى:

عدد الأسرة (1)؛

عدد المرضى (E)؛

مدة الإقامة (DS)؛

متوسط مدة الإقامة (DMS)؛

معدل الإشغال (TO)؛

معدل الدوران (TR)؛

تعريف DMS:

بالنسبة للمريض، يكون الاعتماد على إجمالي مدة الرعاية، بغض النظر عن تعاقب الخدمات أو المرافق الصحية المستخدمة.

بالمقارنة مع إدارة الخدمة، فإن مدة شغل السرير هي التي يجب إدارتها جنبًا إلى جنب مع طرق العلاج الأخرى عند دخول وخروج المريض.

يتم حساب متوسط البقاء (DMS) حسب العلاقة التالية

عدد الأيام الاستشفائية مقسوم على عدد المرضى المقبولين

$$(TOM)=100J/(365*L) \text{ حيث } L \text{ هو عدد الاسرة و } J \text{ هو عدد الأيام الاستشفائية.}$$

$$TR=E/L \text{ حيث } E \text{ هو عدد المرضى المقبولين و } L \text{ هو عدد الاسرة.}$$

تطور مؤشرات الأنشطة للمستشفى:

جدول 2 تطور مؤشرات الأنشطة للمستشفى

السنة	المصلحة المؤشر	2018	2017	2016	2015
DMS	Médecine Interne	15,55	14,02	11.89	11,04
		372,07	237,55	317.80	293,35
DMS	Phtisiologie	11,31	10,60	9.65	9,37
		319,44	347,74	280.13	292,61
DMS	Orthopédie	5,66	4,37	5.83	6,83
		310,21	229,72	295.40	304,57

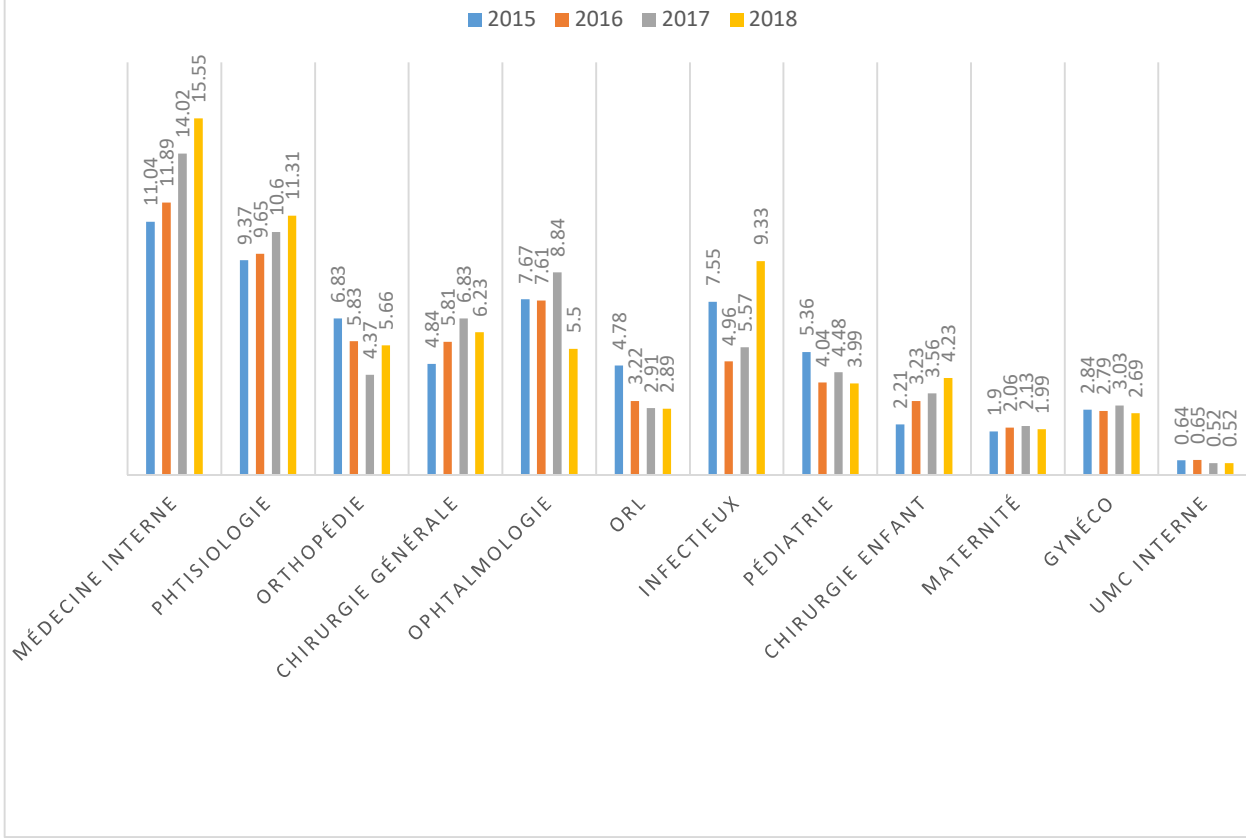
6,23	6,83	5.81	4,84	DMS	Chirurgie Générale
264,09	313,15	275.56	272,35	TOM	
5,50	8,84	7.61	7,67	DMS	Ophtalmologie
157,81	259,72	221.20	199,48	TOM	
2,89	2,91	3.22	4,78	DMS	ORL
249,48	309,64	279.88	301,43	TOM	
9,33	5,57	4.96	7,55	DMS	Infectieux
279,52	126,83	157.74	193,29	TOM	
3,99	4,48	4.04	5,36	DMS	Pédiatrie
322,46	336,32	304.04	319,29	TOM	
4,23	3,56	3.23	2,21	DMS	Chirurgie Enfant
317,84	289,37	287.93	202,28	TOM	
1,99	2,13	2.06	1,9	DMS	Maternité
316,43	328,78	320.39	295,02	TOM	
2,69	3,03	2.79	2,84	DMS	Gynéco
302,30	252,96	167.70	170,52	TOM	
0,52	0,52	0.65	0,64	DMS	UMC Interne
312,70	278,57	292.22	289,05	TOM	
				DMS	Consultation Spécialisée
				TOM	
				DMS	Médecine Légale
				TOM	

المرجع: من الدراسة التطبيقية

دائرة نسبية 3 لتوزيع متوسط مدة الإقامة حسب المصالح لسنة 2015

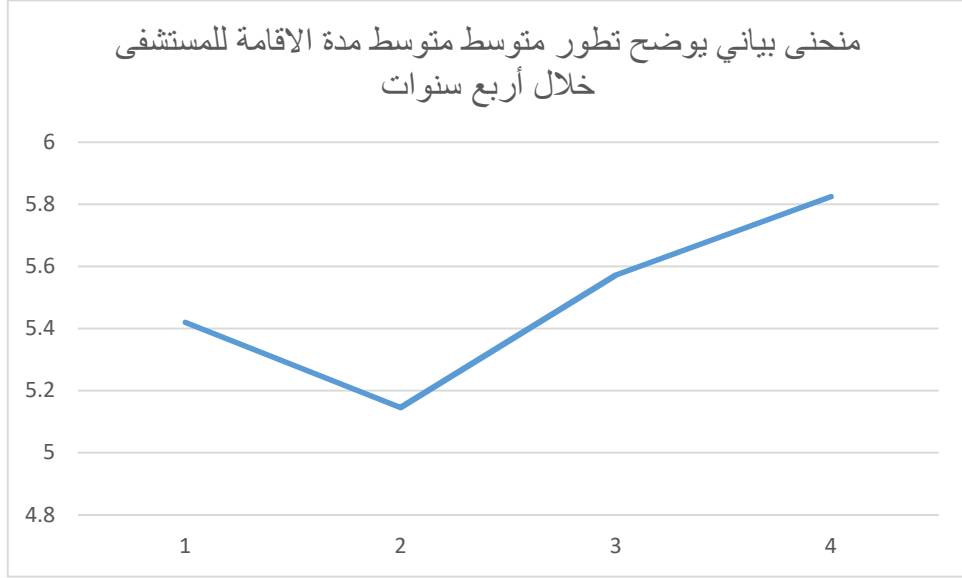
من خلال البيان نلاحظ بأن أربع مصالح التالية: الطب الداخلي Médecine Interne ، طب الأنسجة phtisiologie ، طب العظام orthopédie ، الجراحة العامة chirurgie générale تمثل ما نسبته 50 بالمئة من متوسط مدة الإقامة المنتجة في المؤسسة.

أعمدة بيانية لتطور متوسط مدة الإقامة خلال اربع سنوات حسب كل مصلحة

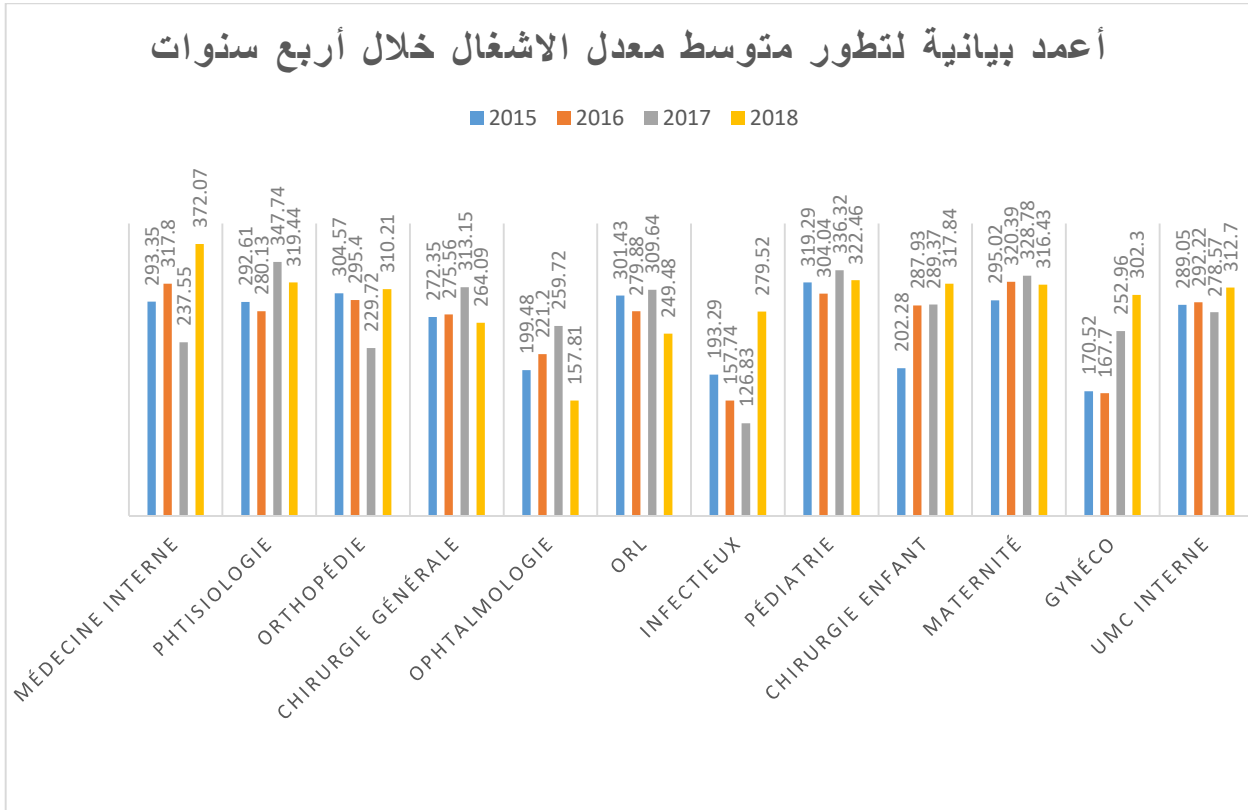


أعمدة بيانية 2 لتطور متوسط مدة الإقامة خلال اربع سنوات حسب كل مصلحة

من خال الأعمدة البيانية نلاحظ أن متوسط مدة الإقامة تزايدت خلال الأربع سنوات الماضية في كل من مصلحة الطب الداخلي ومصلحة طب العظام مصلحة طب الأطفال وتناقصها في مصلحة الانف والاذن والحجرة ORL مع بقاء مصلحة الطب الداخلي تمثل أعلى قيمة لمتوسط مدة الإقامة المنتجة في المستشفى خلال هذه السنوات أما بقية المصالح فنلاحظ أن تغيرات متوسط مدة الإقامة فيها غير مستقرة فيها خلال الأربع سنوات الفائتة.

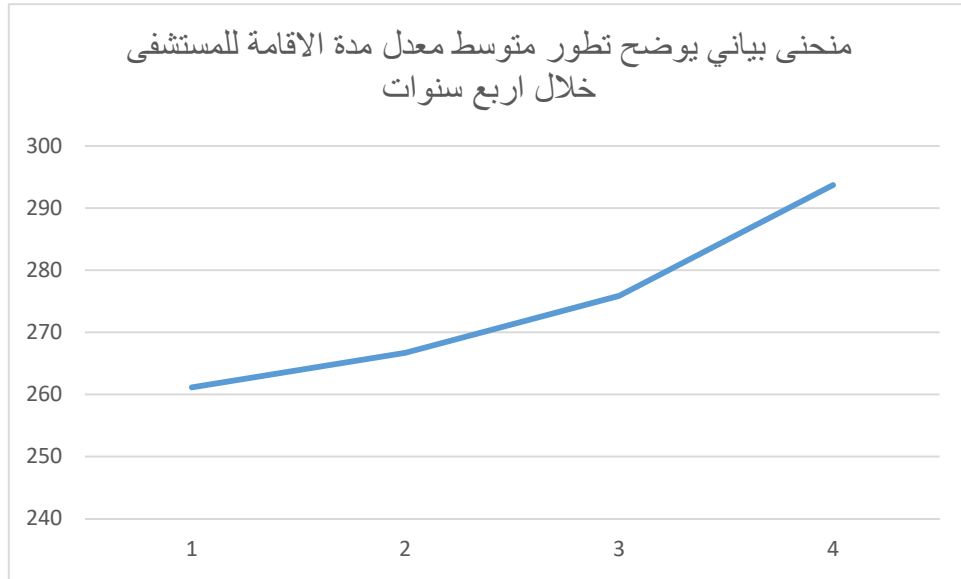


نلاحظ من خلال المنحنى انخفاض متوسط DMS بالنسبة للمستشفى خلال السنة الثانية 2016 ثم تزايدته خلال السنوات الموالية.



أعمدة بيانية 3 لتطور متوسط معدل الاشغال خلال أربع سنوات

من خلال الأعمدة البيانية نلاحظ أن توزيع متوسط معدل الإشغال متقارب أي أنها القيم المنتجة من كل مصلحة قريبة بالنسبة لمتوسط متوسط معدل الاشغال، حيث انحصر بين 126,83 و 372,07 خلال الأربع سنوات في كل المصالح



منحنى بياني 4 يوضح تطور متوسط معدل مدة الإقامة للمستشفى خلال اربع سنوات

نلاحظ من خلال البيان ان متوسط معدل مدة الإقامة في تزايد خلال الأربع سنوات الماضية.

4.4 اقتراح برنامج تطبيب أنظمة المعلومات الصحية PMSI :

يعتبر برنامج PMSI نظام معلومات استشفائي فهو يمثل أداة لتوزيع الميزانية وتحليل الأنشطة الطبية وربطها بمؤشرات اقتصادية.

نظام معلومات مستشفى SIH :

بالنسبة لمؤسسة رعاية المستشفيات، يتوافق نظام المعلومات مع الطريقة التي يستقبل بها، ويعالج ويخزن جميع المعلومات اللازمة للقيام وتحليل نشاطه.

إن HIS هو الجهاز العصبي الحقيقي لهيكل الرعاية، فمن الضروري، حيث يقوم المستشفى بتوليد معلومات معقدة وحملها مرهقة على الإدارة ومكلفة للعمل. ولا تزال العديد من الهياكل تمارس تخزين هذه المعلومات عن طريق اللجوء إلى الملف الورقي، بكل عيوبه.

يحتوي هذا الملف الورقي على المضايقات التالية:

- إنه ضخم وثقيل،
- يتعرض لخطر التمزق أو الضياع،
- يمكن أن يكون النقل من خدمة إلى أخرى بطيئاً،

- عدم مشاركة الملف الورقي (استشاري واحد فقط في كل مرة)،

. سيوفر نظام المعلومات الصحية المثالي مزايا ضغط حجم المعلومات، مع تقليل تكلفة التخزين.. ستكون هذه المعلومات متاحة في وقت واحد (مفهوم مشاركة المعلومات).

سيتم تقليل وقت جمع وتخزين المعلومات باستخدام وسيط غير الورق. أخيراً، يمكن إعادة استخدام البيانات لأغراض أخرى غير سجل المريض من خلال فتح خطوط جديدة للتواصل.

يجب أن يستجيب نظام المعلومات الصحية للاحتياجات والأهداف غير المتجانسة.

يرجع هذا الوضع إلى تجزئة العالم الطبي (مثل التخصصات ذات الاحتياجات الخاصة)

يلعب SIH أيضاً دوراً في الاندماج في العالم الخارجي:

- من خلال إنشاء شبكات بين المستشفيات،

- مع التواصل مع أنظمة التأمين الاجتماعي،

- من خلال إنشاء نظم المعلومات الصحية،

- عن طريق الاحتفاظ بالسجلات الوبائية،

- عن طريق الاتصال بشبكات الجامعات والبحث عبر الإنترنت.

يمكن تشبيه نظام معلومات المستشفى (HIS) بالجهاز العصبي لهيكل الرعاية: فهو يستخدم بيئة أجهزة وبرمجيات كاملة لإدارة المعلومات المفيدة لمؤسسة الرعاية. إن نظام المعلومات الصحية ضروري لأن المستشفى هو مولد ضخم وحامل للمعلومات، وهذه المعلومات أكثر تعقيداً، وإدارة هذه المعلومات ثقيلة بشكل خاص، ويصبح استغلالها أكثر فأكثر، يغطي SIH العديد من مجالات التطبيقات، رؤية إدارية أو نظام المعلومات الإدارية (SIA) أو الرؤية الطبية أو نظام المعلومات الطبية (SIM).

في قطاع المستشفيات، يعد نظام المعلومات الإدارية (SIA) نوعاً من النمذجة التجارية أو الإدارية.

يتم إرفاق وظائف SIA:

- المكتب الإداري،

- المحاسبة (الميزانية، محاسبة التكاليف، الفواتير)،

- إدارة شؤون الموظفين والمخزون.

يرتبط SIM الخاصة بالمستشفى بالوظائف الإلزامية أو المرغوب فيها:

- أتمت المكاتب الطبية (رسالة المراسلة، تقرير الاستشفاء، التقرير الاستكشافي).
- إدارة الفحوصات المخبرية (طلب الفحص واسترجاع النتائج).
- إدارة الصور الطبية.
- إدارة الملف الطبي، خادم هوية المريض الدائم (الكشف الأخطاء الإملائية)، السجل الطبي المتكامل (SIHI)، الحد الأدنى من السجل الطبي المشترك،
- إدارة الفهرسة فيما يتعلق بتشفير المريض، وإدارة التسميات، التشفير الداخلي للخدمة، التشفير المفروض في إطار PMSI، إنتاج ملخص الوحدة الطبية (RUM)، وظيفة تجميع PMSI، إنتاج ملخص الخروج القياسي (RSS) وملخص الخروج المجهول (RSA).
- المساعدة التشخيصية.
- المساعدة العلاجية (وصفة، بروتوكول).
- إدارة التنبيه (الفحص، عدم توافق الأدوية).
- جدول المواعيد، شغل المبنى.
- إدارة المخزون الصيدلاني
- الإحصائيات، البحوث، الوسائل التعليمية

يمثل SIA و SIM تصويرين عن تمثيلات معادية أحياناً لـ

مرور مريض في المستشفى. سيكون الإدراك الإداري / الفندق الصارم بمثابة وحدة مرجعية لإقامة المريض. في الرؤية الطبية، للأطباء تكون الوحدة المرجعية هي المريض، بالنسبة لمقدمي الأعمال، تكون الوحدة المرجعية هي التشخيص أو الفعل.

لهذا الغرض تم تنفيذ PMSI من أجل توفير البيانات الطبية لنظام إداري.

برنامج تطبيب نظم المعلومات (PMSI) هو جزء من نهج وزارة الصحة الفرنسية بتاريخ يونيو 1982. يهدف PMSI إلى إدخال بعد طبي في المعلومات التي تم جمعها عن النشاط والحصول على أوصاف ومقاييس أفضل لهذا النشاط. على كل مجال من مجالات النشاط

يجب أن يكون المستشفى قابلاً للقياس وفقاً لتصنيف مشترك لجميع المؤسسات، وبناءً على المراجع الوطنية. لفرنسا تم وضع المنشور الصادر في 1994/12/7 إطاراً لاستخدام PMSI لأغراض الميزانية، مما سمح بتقليل التفاوت بين

المؤسسات، وذلك بفضل معرفة أفضل بحجم وطبيعة نشاطها الطبي. حيث سيؤدي هذا القرار لإصلاح طرائق تخصيص الميزانية من خلال PMSI إلى تعديل تدريجي للميزانيات.

الغرض من PMSI: هو وصف استهلاك الموارد وليس تقييم جودة الرعاية؛ فهي معنية بما يتم تحقيقه بالفعل وليس بما يجب القيام به.

على الرغم من هذه التحفظات، يمكن أن يلعب PMSI دورًا حافزًا في تقييم جودة الرعاية، من خلال الكشف عن معايير الرعاية، من خلال توفير إشارات رعاية الجودة. بالنسبة للإقامة القصيرة، سيكون هذا، على سبيل المثال، دليلاً على مدة الإقامة في المستشفى أو الممارسات الطبية غير النمطية. في منتصف المدة

ستكون PMSI، وهي أداة طبية اقتصادية للإدارة الداخلية، قادرة على توفير بيانات مفيدة لتحليل ممارسات المهنيين المختلفين في المستشفيات (الأطباء ومقدمو الرعاية والمديرون). كما أنها أداة إدارة خارجية، ستجعل من الممكن تخصيص الميزانيات بشكل أكثر إنصافاً، مع مراعاة مستوى النشاط والخدمات المقدمة للسكان.

"إن الهدف من PMSI هو إدخال بعد طبي في المعلومات التي تم جمعها عن نشاط المستشفى، من أجل الحصول على أوصاف ومقاييس أفضل لهذا النشاط".

لذلك يجب اعتبار PMSI أداة طبية اقتصادية، ترتبط الأهداف الاقتصادية والطبية ارتباطاً وثيقاً.

أهداف PMSI الاقتصادية:

هذه الأهداف متعددة وتهدف إلى تصنيف كل مريض في المستشفى في إدارة الصحة العامة (الطب، الجراحة، التوليد) في مؤشر GHM، لبناء مؤشر نشاط اصطناعي (ISA)، لتوفير معيار لتقييم تكلفة الرعاية على المستوى وطني.

الأهداف الطبية PMSI:

يهتم ب:

- السعي لتحسين جودة الرعاية،
- الإدارة المثلى للسجلات الطبية والتمريضية،
- المساعدة البحثية السريرية،
- تحسين استراتيجيات التشخيص والرعاية،
- تعزيز البحوث الوبائية.
- تقييم جودة الرعاية والنشاط الطبي.

النظام الوحيد القادر على إنتاج معلومات طبية ومعيارية ومصدقة وقابلة للتنفيذ، يمكن أن تصبح PMSI أيضًا أداة قياس ومكافأة شائعة لنشاط رعاية المستشفى. تشكيل المرجع الوصفي للنشاط الطبي مستوى استهلاك المستشفيات والموارد، سيلعب دورًا لا غنى عنه في تحسين الإنصاف والكفاءة في تخصيص الموارد.

يمكن أن تمثل PMSI أيضًا نقطة البداية لنظام معلومات مناسب لرصد الأمراض وإدارتها.

من المعلومات المرسلَة إلى DRASS، في شكل ملفات ملخص النشاط القياسي (RSA) كل ستة أشهر، سيتم احتساب إجمالي النقاط لكل مؤسسة، مع ترجيح كل إقامة وفقًا لـ GHM التي يتم تصنيفها فيه، على النطاق الوطني للتكاليف. ثم يُقارن مجموع المصروفات مع مجموع نقاط النشاط التي تنتجها المؤسسات في المنطقة، لتحديد القيمة الإقليمية لنقطة النشاط بالفرنك.

وبهذه الطريقة سيتم احتساب الميزانية النظرية ل الطب النظري والجراحة والتوليد (MCO) لكل مؤسسة، مع ملاحظة الاختلافات المحتملة بين التخصيص الفعلي MCO لكل مؤسسة والتخصيص النظري. سيكون الهدف بعد ذلك تقليل هذه الاختلافات. ستقوم DRASS (المديرية الإقليمية للصحة والشؤون الاجتماعية) و DDASS (المديرية العامة للشؤون الصحية والاجتماعية) بإجراء تعديلات تدريجية، مع مراعاة هذه التصحيحات الرسوم المحددة التي تقع على المؤسسات بسبب مهمتها المحددة، وكذلك إرشادات من خطة منظمة الصحة الإقليمية (SROS).

سيتم إجراء هذه التعديلات على أساس العمل والمفاوضات المتضافرة بين الدوائر الإشرافية والمؤسسات، مع التركيز بشكل خاص على الاختلافات الملحوظة وقدرة المؤسسات على الحد منها والسيطرة عليها. كل قاعدة للميزانية الإجمالية، زيادة أو نقصان عن طريق التدابير التصحيحية، ثم سيتم تطبيق الأساليب المعتادة

خاتمة الفصل:

في هذا الفصل سمحت لنا دراسة إدارة الميزانية في مستشفى محمد بوضياف بالمدينة من متابعة تطبيق جميع التقنيات المستخدمة في التحكم في إدارة الموارد المالية للمؤسسة حيث سجلت هذه الأخيرة في السنوات الأخيرة تطور إيراداتها ونفقاتها، تمكنا من خلال هذا الفصل من وصف أهم الإجراءات العملية المتعلقة بتسيير الميزانية والتي ركزنا فيها على المديرية الفرعية للموارد المالية والوسائل والمديرية الفرعية للأنشطة الصحية، تفحصنا من خلالها وظيفة التسيير المالي والمادي والتي تشمل على كيفية الرقابة على الميزانية وعلى طريقة الأقسام المتجانسة في حساب التكاليف مع تحليل تطور الميزانية ومؤشرات الأنشطة للمستشفى بالنسبة للمديرية الفرعية للأنشطة الصحية.

على الرغم من ان نظام الموازنات التقديرية يبدو أداة بسيطة في عملية التسيير لكنه يشتمل على جملة من العناصر المعقدة والتي يجب التحكم فيها وتعزيز التكوين فيها وتكفيها مع مراعاتها لخصوصيات المنظمة الاستشفائية نظرا لدورها الهام في تحقيق أهداف المستشفيات العمومية.

الخاتمة العامة:

تميز العقد الثاني بعد الاستقلال بجملة من الاحداث المحورية التي شكلت أسس النظام الصحي الجزائري أبرزها ادخال الطب المجاني عام 1974م وتشكيل نظام صحي وطني يهدف الى توسيع التغطية الصحية في ظل انتشار الامراض والفقر والتي نتج عنها انخفاض نسبة الوفيات وإنشاء مراكز المستشفيات الجامعية (ثلاثة عشر في العدد) المسؤولة عن تعزيز الرعاية والتدريب والبحث الطبي.

يتميز الوضع الحالي بجملة من المشاكل أبرزها ارتفاع ملحوظ في الطلب على الرعاية الصحية مقارنة بالعرض، حيث تتميز إدارة الخدمات الصحية بالمركزية الصارمة والمفرطة بالإضافة التأخيرات المفرطة في المدفوعات من الجهات المانحة تؤدي إلى أزمات تدفق نقدي متفاقمة وتعطيل الاستقلال المالي للمستشفى، نظام معلومات ضعيف وعدم رضى موظفي المستشفيات العامة فيما يتعلق بالأجر وجداول المرتبات التي لا تستجيب لمعدلات النشاط الحقيقي لمختلف الهياكل، غياب مؤشرات لقياس أداء وربحية الخدمات، حيث وصلت المصروفات العامة المخصصة لتشغيل نظام الرعاية الصحية إلى مجلد بحيث لم يستطع الممول الرئيسي تمويله.

. تخضع المؤسسات العمومية الاستشفائية لجملة من القيود في إطار تنفيذ مهامها، من بين أهم هذه القيود الأكثر تأثيرا، نجد الميزانية التي تعتبر من بين أهم أدوات التسيير التي يمكن استغلالها بهدف الرفع من أداء المستشفيات العمومية وتحقيق رضى المرضى وأخصائيي الرعاية الصحية والتي من شأنها رفع جودة خدمة الرعاية الصحية بالإضافة الى تحقيق الإدارة الاقتصادية الجيدة.

كان الهدف من هذه المذكرة هو تعزيز دور الموازنات التقديرية في تسيير المؤسسات العمومية الاستشفائية باعتبارها أداة رقابة إدارية هامة التي يمكن للمستشفيات الجزائرية اعتمادها في إطار ترشيد الموارد وإنشاء رقابة فعالة بهدف رفع الأداء فيما يتعلق بالإدارة الاقتصادية الجيدة. فكانت إشكالية الدراسة تهدف للإجابة على الإشكالية التالية: ماهي أهم عناصر نظام الموازنة التقديرية التي يمكن العمل عليها من أجل تحسين خطة عمل المؤسسات العمومية الاستشفائية؟ تعلقت هذه الدراسة بتقييم مدى صحة فرضيتين:

الفرضية الأولى:

اعتماد مناهج جديدة في حساب التكلفة حسب مراكز المسؤولية هذه الفرضية صحيحة حسب هذه الدراسة توصلنا الى: عدم تحقيق محاسبة التكاليف لهدفها المتمثل في مراقبة التسيير فمن الناحية التطبيقية لم نلاحظ الاعتماد على محاسبة التكاليف المتمثلة في طريقة الأقسام المتجانسة في اعداد الميزانية؛ كثرة عيوب تطبيق منهج الأقسام المتجانسة في حساب التكلفة؛

اهمال المورد البشري في المشاركة في اعداد الميزانية والذي يعتبر من بين أبرز الموارد التي يجب استغلالها من اجل تحقيق أهداف أي المنظمة بما في ذلك المستشفى باعتبارها مرفقا كبير ومما لا شك فيه ان اقتناع المسؤولين وفهمهم واشتراكهم الجيد في هذا النظام يشكل نقطة محورية في نجاحه وهو ما يناقض المركزية الصارمة والتطبيق الغير متكامل للنظام التعاقدى المطبقة على نظام الموازنة التقديرية وهو ما يدعو الى تشكيل نظام تعاقدى اكثر تكامل دون التغاضي عن أهمية التنسيق بين مختلف الشركاء الاجتماعيين والاقتصاديين الذين لهم علاقة به؛

توفر مناهج حساب التكلفة على حسب مراكز المسؤولية فرصة للتواصل مما يقدم دراية أكثر بالتشغيل اليومي للأفراد، يصبح رؤساء المصالح أكثر وعيا ليس فقط بتكاليف والموارد المتاحة لهم وانما أيضا باحتياجات الأقسام الأخرى مما يعزز التنسيق بينهم، مكافئتهم حسب أفكارهم وخبراتهم ومدى معرفتهم.

الفرضية الثانية:

اعتماد نظم معلومات محاسبية تتماشى مع طبيعة الأنشطة الطبية. هذه الفرضية صحيحة حسب هذه الدراسة توصلنا الى:

اعتماد نظام محاسبي يستند الى نظام معلوماتي رقيمي يربط بين الأنشطة الطبية والاقتصادية يمكن من تحليل التكاليف وعلاقتها بالأنشطة المحققة بهدف الحصول على اوصاف ومقاييس أفضل لهذا النشاط واعتماده في توزيع الميزانية بين مختلف المستشفيات ومختلف الوحدات المشكلة له، يرجع ذلك لكون المستشفى الجزائري العام ليس له هندسة محاسبية قادرة على تحقيق هذه المهمة من التحليل والتقييم ومراقبة التكاليف. المحاسبة التحليلية، التي تم تجاهلها حتى الآن.⁷⁵ مما يستدعي إنشاء نظام معلومات متكامل الذي هو أكثر من ضروري فهو المسؤول عن معالجة المعلومات في الوقت الحقيقي. من حيث إدارة المحاسبة،

من هذا المنظور، فانه من الضروري إنشاء نظام "P.M.S. I". في الواقع سيتم تخصيص الموارد العامة للاستنتاج وفقاً لتكاليف الإنتاجية، ويمكن تلخيص الأهداف المتوقعة لهذا النوع من التمويل على النحو التالي: مساءلة أفضل للجهات الفاعلة المختلفة؛ المعاملة العادلة بين المؤسسات؛ تطوير أفضل لأدوات الإدارة الطبية الاقتصادية (من حيث الرقابة الإدارية في الهياكل الصحية العامة والخاصة).

كان عمل هذه المذكرة وصفا تحليليا لعملية تسيير الموازنة التقديرية مع دراسة حالة في المستشفى العمومي لمدة 31 يوم، ولكن من هذا المنظور الجديد، سيكون من المناسب إجراء دراسة متعددة التخصصات تستثمر في مجالات مختلفة بهدف تحقيق أفضل النتائج خصوص وان عملية تسيير المنظمة الصحية تشتمل على جوانب معقدة ومتراطة فيما بينها.

⁷⁵(مصطفى، 2014)

فهرس المحتويات

-1

المقدمة العامة 8

1

الفصل 1 الأسس النظرية لنظام الموازنات التقديرية: .. 1

2

2.....	لمحة تاريخية عن الموازنة التقديرية:.....	2.1
2.....	تعريف الموازنة التقديرية:.....	2.2
3.....	أنواع الموازنات التقديرية:.....	2.3
3.....	من حيث الطبيعة :	2.3.1
4.....	من حيث الثبات والمرونة:.....	2.3.2
4.....	من حيث درجة التفاضل التي تشتمل عليها:	2.3.3
5.....	الموازنة حسب درجة إشراك عناصر المسؤولية:.....	2.3.4
7.....	الأهداف الرئيسية من وراء إعداد وتنفيذ الموازنة:.....	2.4
8.....	المبادئ الأساسية لإعداد الموازنة التقديرية	2.5
9.....	تحديد فترة الموازنة التقديرية:.....	2.6
9.....	انتقادات الموازنة التقديرية:.....	2.7
9.....	النظام الصحي الجزائري وأدوات تنظيم الانفاق الصحي:.....	2.8
9.....	النظام الصحي الجزائري:	2.8.1
11.....	أدوات تنظيم الانفاق الصحي في الجزائر :	2.8.2
13.....	تطور نفقات المستشفى الصحية.....	2.9
15.....	المستشفى كمنظمة منفصلة:.....	2.10
15.....	الهيكل التنظيمي للمستشفى حسب هنري منايري:	2.10.1
17.....	مهام المستشفى:	2.10.2
18.....	أنواع الخدمات الصحية:.....	2.10.3
18.....	الإطار القانوني للمستشفيات العمومية الجزائرية:.....	2.11
	مجلس الإدارة:19	2.11.1
	المدير: 20	2.11.2
21.....	المجلس الطبي:.....	2.11.3
22.....	ميزانية المؤسسات العمومية الاستشفائية:.....	2.12
22.....	مبادئ ميزانية المؤسسات العمومية:.....	2.12.1

24.....	اعداد وتنفيذ الميزانية لمؤسسة عمومية:	2.12.2
28	الفصل الثاني الرقابة الإدارية:	3
29	الإطار المفاهيمي للرقابة الإدارية:	3.1
29.....	التعاريف الأساسية:	3.1.1
31	أسس وآليات الرقابة الإدارية: وظيفة هجينة بين الحدود التقنية والإدارية.	3.1.2
32.....	الرقابة الإدارية للاستجابة لأزمة المستشفى:	3.1.3
33.....	مساهمة الرقابة الإدارية في تسيير المستشفى	3.1.4
33.....	الرقابة الإدارية لهيكل تنظيم المستشفى:	3.1.5
34	مراقبة إدارة المستشفى من خلال إدارة الميزانية:	3.2
34.....	هل يمكن القول إن إدارة الميزانية حاجة حيوية للمستشفى؟	3.2.1
36.....	. إجراء الميزانية في منظمة المستشفى:	3.2.2
40	حساب التكلفة والمراقبة	3.3
40.....	حساب التكلفة وصعوبة تحديد منتج المستشفى:	3.3.1
41.....	طريقة الأقسام المتجانسة للمرض GHM:	3.3.2
43.....	طريقة المقاطع المتجانسة لحساب تكلفة المستشفى:	3.3.3
44	نظام معلومات المستشفى (HIS):	3.4
46.....	أسباب التأخير:	3.4.1
47.....	برنامج تطبيق نظام المعلومات PMSI:	3.4.2
48.....	استخدام pmsi في تخصيص الميزانية:	3.4.3
52	الفصل الثالث: الجزء التطبيقي	4
52	التعريف بالمؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية المدية:	4.1
53	المديرية الفرعية للمصالح الصحية.....	4.2
60	المديرية الفرعية للمالية والوسائل ودورها في تسيير الميزانية:	4.3
70	تحليل لتطور الميزانية ومؤشرات الأنشطة.....	4.4
79	اقتراح برنامج تطبيق أنظمة المعلومات الصحية PMSI:	4.5

- A. Burlaud, C. S. (1997). *Le Contrôle de gestion*. La Découverte.
- Abbou, Y., & Brahamia, B. (2018, 12 22). *INSANIYATE*. Consulté le 22, 2020, sur journals.openedition: <https://journals.openedition.org/insaniyat/17492#ftn2>
- Arrêté inter ministériel fixant les critères de classification des établissements publics hospitaliers et des établissements publics de santé de proximité ainsi que leur classement. (du 21 Safar 1433 correspondant au 15 janvier 2012).
- autres, M. H. (2001). Guide méthodologique pour la mise en place du CALCUL DES COUTS par la méthode des sections homogènes. 2. le Ministère de la santé et de la population.
- Bounekkar, A. (2007). Spécifications du système d'information. *Université Lyon 1, laboratoire LIRIS*.
- BOUQUIN, H. (1992). *la maîtrise des budgets dans l'entreprise*. édition Edicef.
- clique, p. (2009). *gestion budgétaire et dépenses publiques*. canada: bibliothèque et Archives nationales du Québec.
- Colli, J. (1998). *économie et pouvoir médical* (éd. édition economica).
- Degoulet, P. (2001). Systèmes d'Information Hospitaliers. Hôpital Européen Georges Pompidou (HEGP).
- des ambitions pour la recherche médicale française. (2004). *Le livre blanc de la recherche clinique dans les CHU*, (p. 5).
- Elhassane, K. (2001). « pour une stratégie financière à l'exportation ». REMALD.
- Komarev, I. (2007). La place des budgets dans le dispositif de contrôle de gestion: une approche contingente. UNIVERSITE MONTESQUIEU - BORDEAUX IV.
- LOCHARD, J. (1998). la gestion budgétaire, outil de pilotage des managers. 148. paris: Edition d'organisation.
- MANUEL DE PROCEDURES DE GESTION DU BUDGET. (1994). Ministère de la Formation Professionnelle.
- Mintzberg, H. (1986). *Le pouvoir dans les organisations* (éd. édition d'organisation). Paris.
- Mme NADIA HATALI et autres. (2001). Guide méthodologique pour la mise en place du CALCUL DES COUTS par la méthode des sections homogènes. 2-3. le Ministère de la santé et de la population.
- NADIA, M. H. (2001). Guide méthodologique pour la mise en place du CALCUL DES COUTS par la méthode des sections homogènes. le Ministère de la santé et de la population.
- PAGÈS, C. (2006). Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique.
- planification, r. d. (1999). *les métiers de la santé*. France.
- Sabine SÉPARI, G. S. (2014). *Management et contrôle de gestion* (éd. 2e édition). Paris: Dunod.
- Service médical rendu*. (2020, 3 19). Récupéré sur Wikipédia: https://fr.wikipedia.org/wiki/Service_m%C3%A9dical_rendu
- SI HOSPITALIERS. (s.d.). Consulté le 03 11, 2020, sur medcost: https://www.medcost.fr/html/pmsi_pm/historique.htm

Swinarski, M. B. (1997). quels coûts pour quels produits hospitaliers ? 47 .

Swinarski, M. B. (s.d.). Swinarski, « quels coûts pour quels produits hospitaliers ? » Economies et sociétés. 49.

Thierry, N. (s.d.). l'introduction du contrôle de gestion à l'hôpital public: massive par catalyse réglementaire ou spontanée par capillarité? 13ème colloque politique et management public, (p. 5). Strasbourg.

univ de lille. (s.d.). Consulté le 3 25, 2020, sur Modulation des budgets de services en fonction d'éléments médicalisés: http://www3.univ-lille2.fr/coredim/Csp/CSP_Sommaire.html#le_projet_de_recherche

Vraciu, R. A. (1979). Programming, Budgeting, and Control in Health Care Organizations: The State of the Art.

zohra, B. F. (2011). Le Management Hospitalier : Etude Du Cas Du Secteur Sanitaire d'Arzew. oran.

الصغير بعلي محمد ، و أبو العلاء يسرى . (2003). *المالية العامة*. عنابة: دار النشر والتوزيع عنابة الجزائر.

المادة 58 لقانون رقم 90-21 والمتعلق بالمحاسبة العمومية. (المؤرخ في 15 أوت سنة 1990).

المادة 8 من القانون 17-84 المتعلق بقوانين المالية. (المؤرخ في 07 جويلية 1994 المعدل والمتمم).

المرسوم التنفيذي رقم 07-140 بشأن الإنشاء والتنظيم والتشغيل في المستشفيات العمومية للمؤسسات العمومية للصحة الجوارية. (المؤرخ 2 جمادى 1428 الموافق 19 مايو 2007).

النظام الداخلي للمؤسسة العمومية الاستشفائية بالمدينة. (بلا تاريخ). 4.

تقرارات يزيد. (2017). استخدام أسلوب الموازنات التقديرية كأسلوب حديث في مراقبة التسيير في تقييم أداء المؤسسات الجزائرية. ص 6.

حده معصم، و حركات سعيدة. (2016). دور نظم المعلومات المحاسبية في حوكمة المستشفيات. 64. أم البواقي: جامعة العربي بن مهيدي.

خالدي مصطفى. (2014). تقييم عملية حساب التكاليف وإدارة الخدمات في المؤسسة العمومية للمستشفيات الجزائرية. 64 .

دريسي أسماء. (2013). تطور الإنفاق الصحي في الجزائر ومدى فعاليته في إطار إصلاح المنظومة الصحية خلال الفترة. المجلة الجزائرية للعلوم والسياسات الاقتصادية .

زيدات سناء. (2002). إدارة ومالية المؤسسات الاستشفائية . مركز البحوث في الاقتصاد التطبيقي.

سعاد حمدي . (2010-2011). استخدام نظام محاسبة التكاليف على أساس الأنشطة في تحديد تكلفة الخدمة الصحية. *مذكرة ماجستير*، 111-112. جامعة بسكرة.

طارق الحاج. (2009). *المالية العامة* (الإصدار الطبعة الأولى). عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.

عادل أحمد حشيش. (2006). *أساسيات المالية العامة*. الاسكندرية: الدار الجامعية الجديدة للنشر.

عبد المطلب عبد الحميد. (2005). *إقتصاديات المالية العامة*. الإسكندرية: الدار الجامعية.

محمد شاكر عصفور. (2011). *أصول الموازنة العامة*. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

نادية خريف. (2012). أساليب قياس الأداء والفعالية بالمؤسسة الصحية وسبل تطويرها. 9.

الملاحق:

SECTIONS PRINCIPALES	UNITE D'OEUVRE	OBSERVATION
Sces dotés de lits d'hospitalisation	La journée d'hospitalisation	Tous les services dotés de lits d'hospitalisation
L'hôpital du jour	La journée d'hospitalisation « jour »	
La consultation externe	La consultation	Quand le même service abrite plusieurs consult. Spécialisées le cout recherché est le cout moyen d'une consultation quelle que soit la spécialité.
Pavillon des urgences	Le package	<ul style="list-style-type: none"> - Le package est l'ensemble des prestations dont bénéficie un malade lors d'un même passage (consult, radio, suture, réa respiratoire, maintien en observation,). - Le nombre de package est égal au nombre de malades portés sur le registre du P.U.
Hémodialyse	La séance	L'unité d'œuvre n'est pas la journée d'hospit. Même si ce service est doté de lits.
Stomatologie	Le « D »	À chaque type de soins dentaires (extraction, plombage, ...) est attribuée un nombre de D.
Médecine du travail	La consultation	Ne concerne que les établissements conventionnés qui prennent en charge le personnel d'autres organismes. Le médecin du personnel est une section auxiliaire à part (voir tableau 02).
Médecine légale	La consultation	Les autres activités de ce service (autopsies, etc.) sont secondaires par rapport aux consultation.
S.A.M.U	Le package	Le package est l'ensemble des prestations dont bénéficie un malade lors d'une même sortie de l'équipe (soins à domicile, évacuation médicalisée, secours sur les lieux de l'accident ;...)

Mme HATALI NADIA et autres, **Guide méthodologique pour la mise en place du CALCUL DES COÛTS par la méthode des sections homogènes**, le Ministère de la santé et de la population, 2001, p 6.⁷⁶

⁷⁶ (NADIA, 2001)

REPARTITION PRIMAIRE DES CHARGE ANNEE 2016

الملحق رقم 2 : جدول التوزيع الاولي للأعباء لمختلف المصالح لسنة 2016.

SECTIONS AUXILIAIRES									
CHARGE	Bloc Opéra	Imagerie	Laboratoire	SEMEP	Rééducation	ADM	Sce économie	Sce sociales	Sous total
Personnel	134828142.08	16237722.64	63806739.32	1479023.36	21090360.20	77220431.60	29305130.96	8321794.00	352289344.16
Alimentation	1973726.76	136034.39	505117.83	0.00	0.00	1056475.80	1240609.46	459832.68	5371796.92
Pharmacie	32322954.83	8656218.49	54619678.85	1524394.64	5158033.58	0.00	0.00	142103.65	102423384.04
Fournitures	6808034.97	610770.97	2791307.94	43092.93	122695.43	2002021.05	2081367.28	197610.86	14656901.43
Maintenance	1469000.00	206000.00	105500.00	10000.00	76000.00	0.00	24000.00	0.00	1890500.00
Total	177401858.64	25846746.49	121828343.94	3056510.93	26447089.21	80278928.45	32651107.70	9121341.19	476631926.55
Charges Communes	7721674.75	1125017.35	5302756.43	133039.10	1151148.15	3494257.50	1421187.10	397019.68	20746100.06
TOTAL	185123533.39	26971763.84	127131100.37	3189550.03	27598237.36	83773185.95	34072294.80	9518360.87	497378026.61
	14.55%	2.12%	9.99%	0.25%	2.17%	6.59%	2.68%	0.75%	

SECTIONS PRINCIPALES								
CHARGE	PUI	Dialyse	Consu-Spécia	Infectieux	SAMU	Méd-Légale	Méd-Interne	phtisio
Personnel	72543889.84	16865522.56	18939505.12	14180306.36	23306599.24	7213687.48	56208686.88	24332054.52
Alimentation	2598477.46	1808242.28	0.00	796207.33	668084.85	0.00	4002834.49	1380559.02
Pharmacie	35896963.46	48851204.00	2192319.81	2299322.12	626945.32	27237.49	39068770.72	4135114.37
Fournitures	1894018.94	338792.42	309290.15	138091.43	65315.22	39134.56	5689998.62	705351.94
Maintenance	130000.00	0.00	43000.00	0.00	0.00	0.00	32000.00	21000.00
Total	113063349.70	67863761.26	21484115.08	17413927.24	24666944.63	7280059.53	105002290.71	30574079.85
Charges communes	4921247.27	2953869.23	935127.46	757966.59	1073664.76	316875.21	4570377.91	1330781.44

TOTAL	117984596.97	70817630.49	22419242.54	18171893.83	25740609.39	7596934.74	109572668.62	31904861.29
	9.28%	5.57%	1.76%	1.43%	2.02%	0.60%	8.61%	2.51%

SECTIONS PRINCIPALES								
CHARGE	CH.E	Pediatrie	Maternité	Gynéco	CH.G	Traumato	ORL	ophtalmo
Personnel	11936280.24	36658844.08	46089070.76	8988995.56	27501953.32	14553406.16	6464533.08	9755419.72
Alimentation	2441683.09	1832015.55	3957493.81	1809763.71	2676124.76	2253180.68	885842.50	572071.96
Pharmacie	1951889.64	10348109.24	16300243.93	4610621.81	8868837.27	3965878.11	3914837.59	3298720.04
Fournitures	368738.76	2386860.41	2819986.02	674987.05	537214.24	440583.96	1212398.54	324646.66
Maintenance	0.00	431000.00	591000.00	45000.00	15000.00	0.00	128000.00	134000.00
Total	16698591.73	51656829.28	69757794.52	16129368.13	39599129.59	21213048.91	12605611.71	14084858.38
Charges communes	726830.57	2248438.87	3036309.79	702054.28	1723609.89	923328.91	548677.64	613064.01
TOTAL	17425422.30	53905268.15	72794104.31	16831422.41	41322739.48	22136377.82	13154289.35	14697922.39
	1.37%	4.24%	5.72%	1.32%	3.25%	1.74%	1.03%	1.16%

SECTIONS PRINCIPALES					
CHARGE	oncologie	Stomato	S/ total section auxilliaire	S/ total section principal	TOTAL GENERAL
Personnel	10358600.84	10086135.12	352289344.16	415983490.88	768272835.04
Alimentation	831510.01	0	5371796.92	28514091.50	33885888.42
Pharmacie	91451910.95	184804.29	102423384.04	277993730.16	380417114.20
Fournitures	137347.15	166222.65	14656901.43	18248978.72	32905880.15
Maintenance	0	0	1890500.00	1570000.00	3460500.00
Total	102779369	10437162.06	476631926.55	742310291.26	1218942217.81
Charges communes	4473622	454292.71	20746100.06	32310138.54	53056238.60

TOTAL	107252990.9	10891454.77	497378026.61	774620429.80	1271998456.41
	8.43%	0.86%			

المصدر: معلومات محصلة من الدراسة التطبيقية.

REPARTITION SECONDAIRE DES CHARGE ANNEE 2016

الملحق رقم 3 : التوزيع الثانوي لتوزيع اعباء الاقسام الثانوية على الاقسام الرئيسية لسنة 2016.

SECTIONS AUXILIAIRES								
CHARGE	Bloc Opéra	Imagereie	Laboratoire	SEMEP	Rééducation	ADM	Sce economi	Sce sociales
Total répartition primaire	185123533.39	26971763.84	127131100.37	3189550.03	27598237.36	83773185.95	34072294.80	9518360.87
Bloc op	185123533.39							
Imagerie		26971763.84						
Laboratoire			127131100.37					
SEMEP				3189550.03				
Rééducation					27598237.36			
ADM						83773185.95		
Sce Econ							34072294.80	
Sce Soc								9518360.87
Nbr D'unités d'Œuvre	486574.70	3602624.00	13385410.00		15512.00			
Cout U.O	380.46	7.49	9.50		1 779.15			

REPARTITION SECONDAIRE DES CHARGE

SECTIONS PRINCIPALES								
CHARGE	PUI	Dialyse	Consult spé	Infectieux	SAMU	Méd légale	Méd int	PHTISIO
Total répat primaire	117984596.97	70817630.49	22419242.54	18171893.83	25740609.39	7596934.74	109572668.62	31904861.29
Bloc op	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Imagerie	7125431.74	665935.90	8397024.02	1497550.60	0.00	0.00	1961511.16	1106183.12
Laboratoire	18849852.50	2780080.00	52613175.50	3852231.00	0.00	16150.00	9314047.00	1732125.50
SEMEP	485809.26	291596.20	92312.69	74823.96	105988.63	31280.87	451172.59	131370.34
Rééducation	0.00	0.00	26881177.35	35583.00	0.00	0.00	273989.10	12809/8,8
ADM	12759727.48	7658742.66	2424582.80	1965243.08	2783780.00	821588.74	11849999.29	3450427.82
Sce Econ	5189646.20	3114969.72	986128.19	799305.18	1132221.15	334157.21	4819640.85	1403360.66
Sce Soc	1449768.08	870191.05	275482.59	223292.13	316294.79	93349.42	1346404.20	392039.73
Total répat secondaire	45860235.25	15381515.53	91669883.14	8448028.95	4338284.57	1296526.24	30016764.20	8215507.17
TOTAL GLE	163844832.22	86199146.02	114089125.68	26619922.78	30078893.96	8893460.98	139589432.82	40120368.46
Nbr D'uni d'Œuvre	5657.00	10468.00	28665.00	3975.00	1786.00	3648.00	18305.00	6555.00
Cout U.O	28963.20	8234.54	3980.08	6696.84	16841.49	2437.90	7625.75	6120.57
%	15.23%	9.14%	2.89%	2.35%	3.32%	0.98%	14.15%	4.12%

REPARTITION SECONDAIRE DES CHARGE

SECTIONS PRINCIPALES								
CHARGE	CH.E	Pédiatrie	Maternite	Gyneco	CH.G	Traumato	ORL	Ophtalmo
Total répartition primaire	17425422.30	53905268.15	72794104.31	16831422.41	41322739.48	22136377.82	13154289.35	14697922.39
Bloc op	35195441.50	0.00	0.00	26728532.47	50182674.00	40897547.70	12455233.16	19662781.54
Imagerie	0.00	0.00	173970.24	173970.23	2862183.66	1446124.26	982478.28	591290.56
Laboratoire	2480640.00	6046123.00	10323355.50	7772083.00	5572852.00	1875119.50	2305184.50	769196.00
SEMEP	71750.31	221958.45	299734.46	69304.48	170149.07	91147.98	54163.64	60519.65
Rééducation	21349.80	99632.40	0.00	1779.15	136994.55	19570.65	0.00	0.00
ADM	1884514.13	5829714.63	7872493.16	1820274.58	4468946.86	2393991.72	1422602.20	1589542.10
Sce Econ	766471.04	2371066.03	3201906.49	740343.48	1817613.51	973686.16	578601.86	646499.79
Sce Soc	214119.65	662375.76	894477.51	206820.72	507764.49	272006.81	161636.94	180604.75
Total répartition secondaire	40634286.43	15230870.27	22765937.36	37513108.11	65719178.14	47969194.78	17959900.58	23500434.39
TOTAL GLE	58059708.73	69136138.42	95560041.67	54344530.52	107041917.62	70105572.60	31114189.93	38198356.78
Nbr D'unités d'Œuvre	9588.00	10398.00	17301.00	4528.00	15376.00	11432.00	7053.00	7167.00
Cout U.O	6055.46	6648.98	5523.38	12001.88	6961.62	6132.40	4411.48	5329.76
%	2.25%	6.96%	9.40%	2.17%	5.33%	2.86%	1.70%	1.90%

REPARTITION SECONDAIRE DES CHARGE

SECTIONS PRINCIPALES			
CHARGE	oncologie	Stomatologie	Sous Total
Total répat primaire	107252990.9	10891454.77	774620429.75
Bloc op	0.00	0.00	185123533.39
Imagerie	0.00	0.00	26971763.84
Laboratoire	859180	0.00	127131100.37
SEMEP	441621.17	44846.27	3189550.03
Rééducation	0.00	0.00	27598237.36
ADM	11599132.18	1177882.52	83773185.95
ScE Econ	4717607.98	479069.29	34072294.80
ScE Soc	1317900.53	133831.74	9518360.87
Total répat secondaire	18935441.86	1835629.82	497378026.61
TOTAL GLE	126188432.8	12727084.59	1271998456.36
Nbr D'uni d'Œuvre	2607	8054.00	
Cout U.O	48403.69	1580.22	
%	13.85%	1.41%	

المصدر: معلومات محصلة من الدراسة التطبيقية.