

جامعة عبد الحميد بن باديس مستغانم  
كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير

قسم علوم التسيير



مذكرة تخرج مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة ماستر أكاديمي

الشعبة: علوم التسيير التخصص: ادارة الهياكل الاستشفائية

أثر برامج التجهيز القطاعية على كفاءة الهياكل الاستشفائية

دراسة حالة بمديرية البرمجة ومتابعة الميزانية لولاية مستغانم ما بين (2001-2020)

تحت إشراف الأستاذة :

قصاص زكية

مقدمة من طرف الطالب :

حمادوش اسماعيل

أعضاء لجنة المناقشة

الصفة	الاسم واللقب	الرتبة	عن جامعة
رئيسا	د/ زرواط فاطمة الزهراء	بروفيسور	جامعة مستغانم
مقررا	د/ قصاص زكية	أستاذة محاضرة	جامعة مستغانم
مناقشا	د/ دباحي يمينة	أستاذة محاضرة	جامعة مستغانم

السنة الجامعية: 2020/ 2021

جامعة عبد الحميد بن باديس مستغانم  
كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير

قسم علوم التسيير



مذكرة تخرج مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة ماستر أكاديمي

الشعبة: علوم التسيير التخصص: ادارة الهياكل الاستشفائية

أثر برامج التجهيز القطاعية على كفاءة الهياكل الاستشفائية

دراسة حالة بمديرية البرمجة ومتابعة الميزانية لولاية مستغانم ما بين (2001-2020)

تحت إشراف الأستاذ:

قصاص زكية

مقدمة من طرف الطالب:

حمادوش اسماعيل

أعضاء لجنة المناقشة

الصفة	الاسم و اللقب	الرتبة	عن جامعة
رئيسا	د / زرواط فاطمة الزهراء	بروفيسور	جامعة مستغانم
مقررا	د / قصاص زكية	أستاذة محاضرة	جامعة مستغانم
مناقشا	د / دباحي يمينة	أستاذة محاضرة	جامعة مستغانم

السنة الجامعية: 2020/2021

الإهداء

اهدي هذا الانجاز المتواضع ،

إلى من كانا لي سندا ودعما أستاذتي ومؤطرتي

\*قصاص زكية\*

وإلى والدي العزيزين أرجو رضاهما وان يطيل الله في عمرهما،

وإلى زوجتي الكريمة وابنائي الاعزاء،

كل صديق صادق محب ومنصفا ولا تحلو الحياة بدون الأصدقاء ،

إلى كافة طلبة الماجستير تخصص تسيير الهياكل الاستشفائية

إلى كافة أساتذة كلية العلوم الاقتصادية التجارية وعلوم التسيير

جامعة عبد الحميد ابن باديس

مستغانم

### كلمة شكر

الحمد لله الذي علم الإنسان بالقلم ، ووهب لنا نعمة العلم  
والعمل الحمد لله الذي يسرّ لنا كل معسر ووفقنا لما فيه خير لنا  
ولسائر الأمم وصلى الله وسلم على اشرف خلقه سيدنا محمد  
خير الأنام

أقدم جزيل الشكر إلى الاستاذة المحترمة قصاص زكية التي لم  
تبخل علي بالتوجيهات والنصائح والتي كانت لها الفضل على بناء  
هذا البحث ،

وكما اوجه كامل تشكراتي الى السادة الاساتذة المشرفين على  
مناقشة هذه المذكرة.

وأبي وأمي ولهما مني ألف تحية وسلام وكامل أسرتي وزملائي في  
الدفعة , كما أقدم الشكر الجزيل إلى كامل أساتذتي في الكلية  
,وكما اشكر كل من ساعدني في إنجاز هذا العمل والتقدم إلى  
الأمام موظفي مديرية البرمجة ومتابعة الميزانية  
بولاية مستغانم

الفهرس

الصفحة	العنوان
أ	المقدمة العامة
الفصل الأول : الهياكل الصحية القاعدية للنظام الصحي الجزائري	
1	تمهيد
2	المبحث الأول: ماهية النظام الصحي
2	المطلب الأول : مفاهيم اساسية حول النظام الصحي وخدماته
2	أولا : مفاهيم أساسية حول الصحة و مستوياتها
2	مفهوم الصحة
3	مستويات الصحة
4	ثانيا : مفهوم النظام الصحي و عناصره ومعايير تقييمه
4	مفهوم النظام الصحي
4	معايير تقييم النظام الصحي
5	عناصر النظام الصحي و وظائفه
6	ثالثا : الرعاية الصحية و الرعاية الطبية
6	-تعريف الخدمات الصحية
7	الرعاية الصحية
8	الرعاية الطبية
9	المطلب الثاني : مكونات المنظومة الصحية و مستوياتها و انواع خدماتها
9	أولا :مكونات المنظومة الصحية و مستوياتها
9	مكونات المنظومة الصحية
10	التنظيم المنظومة الصحية
11	ثانيا : مستويات الخدمة الصحية
13	ثالثا :أنواع الخدمات الصحية
15	المبحث 2: واقع القطاع الصحي و تنظيم الهياكل الاستشفائية وكفاءتها في الجزائر
15	المطلب الأول :مراحل تطور المؤسسة الصحية العمومية في الجزائر
15	أولا: تسيير الأزمات الصحية ( 1962- 1974 )
16	ثانيا: مجانية العلاج ( 1974- 1980 )
17	ثالثا : السياسة الصحية الجديدة وإصلاح المنظومة الصحية(1980 - 1995)
20	رابعا : مرحلة مواصلة إصلاح المنظومة الصحية ما بعد (1995)
21	المطلب الثاني : تنظيم الهياكل الاستشفائية وكفاءتها

21	أولا: اعادة هيكلة القطاع الصحي
23	ثانيا: كفاءة الهياكل الاستشفائية و معايير تقييمها
23	تعرف الكفاءة
24	أنواع الكفاءة
24	معايير تقييم كفاءة الهياكل الاستشفائية
26	خاتمة الفصل
الفصل الثاني : دور المالية العامة في تكريس برامج التجهيز القطاعية	
27	التمهيد
28	المبحث الأول: ماهية المالية العامة
28	المطلب الأول: الارادات العامة و تقسيماتها المختلفة
28	أولا : مفاهيم أساسية حول الإيرادات العامة
29	ثانيا : تقسيمات الإيرادات العامة المختلفة
29	الإيرادات الادارية
30	الاملاك الوطنية
31	القروض العامة
32	الإصدار النقدي الجديد
32	الإعانات المالية
33	المطلب الثاني : النفقات و الميزانية العامة للدولة
33	أولا :عموميات حول النفقات العامة وتقسيماتها
33	تعريف النفقات العامة
34	تقسيمات النفقات العمومية
34	أهمية تقسيم النفقات العامة
35	ثانيا : الميزانية العامة للدولة و مبادئها
35	تعريف الميزانية العامة للدولة في الجزائر
36	اعداد و تحضير الميزانية العامة ، اعتمادها و تنفيذها
37	تنفيذ الميزانية العامة للدولة
37	الرقابة على تنفيذ الميزانية العامة للدولة
37	ثالثا: ميزانية التسيير و التجهيز.
37	ميزانية التسيير
38	ميزانية التجهيز
39	المبحث الثاني : الاطار العام لبرامج التجهيز القطاعية
39	المطلب الاول : تسيير برامج التجهيز القطاعية حسب طبيعة تصنيفها

39	أولا: برامج التجهيز القطاعية
39	تعريف برامج التجهيز القطاعية
39	تسيير برامج التجهيز القطاعية
40	ثانيا: تحضير واعداد برامج التجهيز القطاعية
40	أهمية المرحلة التحضيرية في تنفيذ برامج التجهيز العمومي
41	مراحل تحضير و خطوات تسجيل برامج التجهيز العمومي
43	بلورة مشروع ميزانية التجهيز و اعتماده من طرف البرلمان
43	ثالثا: الرقابة على تنفيذ برامج التجهيز القطاعية
43	الرقابة القبليّة على تنفيذ برامج التجهيز القطاعية
45	الرقابة البعدية على تنفيذ النفقات
46	المطلب الثاني : أنواع برامج التجهيز القطاعية واثرها على القطاع الصحي
46	أولا: برنامج دعم الإنعاش الاقتصادي
46	تعرف برنامج دعم الإنعاش الاقتصادي 2001-2004 ( ND )
47	برنامج دعم الإنعاش الاقتصادي 2001-2004 للإنفاق على الصحة
47	ثانيا: البرنامج التكميلي لدعم النمو الاقتصادي
47	تعرف البرنامج التكميلي لدعم النمو الاقتصادي (NF)
48	برنامج دعم النمو الاقتصادي (2005-2009 ) للإنفاق على الصحة
49	ثالثا: برنامج التنمية الخماسي الاقتصادي والاجتماعية
49	تعريف برنامج التنمية الخماسي الاقتصادي والاجتماعية (NK)
49	النفقات على الصحة كنسبة من الناتج الداخلي الخام
50	رابعا: تعريف برنامج توطيد النمو الاقتصادي
50	تعريف برنامج توطيد النمو الاقتصادي
50	النفقات على الصحة كنسبة من الناتج الداخلي الخام
50	اثر البرامج على كفاءة الهياكل
53	خلاصة الفصل
الفصل التطبيقي : أثر برامج التجهيز القطاعية على قطاع الصحة دراسة حالة ولاية مستغانم 2001-2020	
54	تمهيد
55	المبحث الأول : عموميات حول مديرية البرمجة و متابعة الميزانية لولاية مستغانم
55	المطلب الأول: نبذة عن المديرية و مهامها
55	أولا: التعريف بالمديرية و هيكلها التنظيمي
56	ثانيا: مهام مديرية البرمجة و متابعة الميزانية لولاية مستغانم
58	ثالثا: كيفية اعداد مشروع و مراحل المتابعة في مديرية البرمجة و متابعة الميزانية في ولاية مستغانم

59	المطلب الثاني: أثر برامج القطاعية على الهياكل الاستشفائية لولاية مستغانم في فترة (2019-2000)
59	أولا: الترخيص المالي لقطاع الصحة في برنامج الإنعاش الاقتصادي ND 2004 – 2001 PSRE
61	ثانيا: الترخيص المالي لقطاع الصحة في برنامج التكميلي لدعم النمو NF 2009 – 2005 PCSC
63	ثالثا: الترخيص المالي لقطاع الصحة لبرنامج التنمية الاقتصادية NK 2014 - 2010 PCCE
66	رابعا: الترخيص المالي لقطاع الصحة لبرنامج توطيد النمو الاقتصادي 2019 – 2015 PACE NL
68	المبحث الثاني: المعايير المستخدمة في تقييم كفاءة الهياكل الاستشفائية ما بين الفترة (2020- 2001)
68	المطلب الأول: التغطية بالخدمات الصحية
69	أولا: التغطية بالخدمات الصحية للسلك الطبي بالنسبة للمعيار الدولي
72	ثانيا: التغطية بالخدمات الصحية للهياكل الاستشفائية بالنسبة للمعيار الدولي
76	المطلب الثاني: الأنظمة الصحية
76	أولا: تطور الهياكل الاستشفائية لولاية مستغانم حسب البرامج القطاعية الممتدة (2020-2000)
77	ثانيا: تطور الطاقم الطبي لولاية مستغانم على حسب لبرامج الخماسية الممتدة (2020-2000)
79	المطلب الثالث: الإنفاق الصحي و الاحصاءات الديمغرافية و أثر البرامج القطاعية
79	أولا: الإنفاق الصحي
80	ثانيا: الاحصاءات الديمغرافية و معدل الحياة و الوفيات في فترة ما بين (2019 - 2000)
81	ثالثا: الدور الفعال التي تلعبه برامج التجهيز القطاعية و أثره على المنظومة الصحية في فترة (2021-2001)
83	النتائج الدراسية الميدانية
84	الخلاصة
85	الخاتمة العامة
87	قائمة المراجع
91	الملاحق
97	الملخص

قائمة الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	الرقم
5	عناصر النظام الصحي ووظائفه و تدخلاته	1
9	الفرق والعلاقة بين الرعاية الصحية والرعاية الطبية	2
12	مستويات الخدمة الصحية (زهرة الخدمة الصحية)	3
13	حزمة منافع الخدمة الصحية	4
25	مثلث الكفاءة	5
30	انواع الإيرادات الادارية	6
32	انواع الإيرادات العامة	7
36	مبادئ الميزانية العامة	8
56	الهيكل التنظيمي لمديرية البرمجة ومتابعة الميزانية لولاية مستغانم	9
60	الترخيص لقطاع الصحة بالنسبة للقطاع الكلي الفترة الممتدة (2004-2000)	10
60	انجازات القطاع الصحي لولاية مستغانم الفترة الممتدة (2004-2000)	11
61	الترخيص لقطاع الصحة بالنسبة للقطاع الكلي الفترة الممتدة (2009-2005)	12
62	انجازات القطاع الصحي لولاية مستغانم الفترة الممتدة (2009-2004)	13
64	الترخيص لقطاع الصحة بالنسبة للقطاع الكلي الفترة الممتدة (2014-2010)	14
65	انجازات القطاع الصحي لولاية مستغانم الفترة الممتدة (2014-2010)	15
66	الترخيص لقطاع الصحة بالنسبة للقطاع الكلي الفترة الممتدة (2019-2015)	16
67	انجازات القطاع الصحي لولاية مستغانم الفترة الممتدة (2019-2015)	17
68	التغطية الخدمات الصحية للطبيب العام بالنسبة للمعيار الدولي	18
69	التغطية الخدمات الصحية للطبيب العام بالنسبة للمعيار الدولي	19
70	التغطية الخدمات الصحية للطبيب المختص بالنسبة للمعيار الدولي	20
71	التغطية الخدمات الصحية الصيدلي بالنسبة للمعيار الدولي	21
72	التغطية الخدمات الصحية للمستشفى بالنسبة للمعيار الدولي	22
73	التغطية الخدمات الصحية لعيادة متعددة الخدمات بالنسبة للمعيار الدولي	23
74	التغطية الخدمات الصحية للمركز الصحي بالنسبة للمعيار الدولي	24
75	التغطية الخدمات الصحية لقاعة العلاج بالنسبة للمعيار الدولي	25
76	تطور الهياكل الاستشفائية لولاية مستغانم حسب البرامج القطاعية الفترة (2020-2000)	26
78	تطور الطاقم الطبي لولاية مستغانم على حسب لبرامج الخماسية الفترة (2020-2000)	27
79	الغلاف المالي المقدم لقطاع الصحة في كل البرامج القطاعية في فترة (2019-2001)	28
80	تطور نمو الديمغرافي لسكان ولاية مستغانم الفترة الممتدة (2019-2000)	29
81	معدل الحياة و الوفيات في فترة ما بين (2001 - 2019)	30

## قائمة الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
1	تنظيم المنظومة الصحية الجزائرية على اساس الخطوط	11
2	المنجزات المحققة في المجال الصحي (1962-1974) في الجزائر	16
3	تطور الهياكل الصحية في الجزائر من سنة 1979 إلى غاية 1982	18
4	عدد المؤسسات الصحية في الجزائر في الفترة ما بين 1985 إلى 1989	19
5	تطور الهياكل الصحية العمومية في الجزائر من 1996-2000	20
6	تطور الهياكل الصحية القاعدية في الجزائر في الفترة بين 1991-2006	22
7	تطور ممارسين الصحة بين القطاع العام والقطاع الخاص أثناء (1997 - 2005)	23
8	النفقات الصحية من الناتج الخام الفترة الممتدة (2001-2004) في الجزائر	47
9	النفقات الصحية من الناتج الخام الفترة الممتدة (2005-2009) في الجزائر	48
10	النفقات الصحية من الناتج الخام الفترة الممتدة (2010-2014) في الجزائر	49
11	النفقات الصحية من الناتج الخام الفترة الممتدة (2015-2019) في الجزائر	50
12	تطور الهياكل الصحية القاعدية للقطاع العام في الجزائر ما بين (2001-2019)	50
13	الترخيص لقطاع الصحة بالنسبة للقطاع الكلي الفترة الممتدة (2000-2004)	59
14	انجازات القطاع الصحي لولاية مستغانم الفترة الممتدة (2000-2004)	60
15	الترخيص لقطاع الصحة بالنسبة للقطاع الكلي الفترة الممتدة (2005-2009)	61
16	انجازات القطاع الصحي لولاية مستغانم الفترة الممتدة (2005-2009)	62
17	الترخيص لقطاع الصحة بالنسبة للقطاع الكلي الفترة الممتدة (2010-2014)	64
18	انجازات القطاع الصحي لولاية مستغانم الفترة الممتدة (2010-2014)	65
19	الترخيص لقطاع الصحة بالنسبة للقطاع الكلي الفترة الممتدة (2015-2019)	66
20	انجازات القطاع الصحي لولاية مستغانم الفترة الممتدة (2015-2019)	67
21	التغطية بالخدمات الصحية لولاية مستغانم الفترة الممتدة (2000-2020)	68
22	تطور الهياكل الاستشفائية لولاية مستغانم حسب البرامج القطاعية الفترة (2000-2020)	76
23	تطور الطاقم الطبي لولاية مستغانم على حسب لبرامج الخماسية الفترة (2000-2020)	77
24	الغلاف المالي المقدم لقطاع الصحة في كل البرامج القطاعية في فترة (2001-2019)	79
25	تطور نمو الديمغرافي لسكان ولاية مستغانم الفترة الممتدة (2000-2019)	80
26	معدل الحياة و الوفيات في فترة ما بين (2001 - 2019)	80

قائمة الملحق

الرقم	عنوان الملحق
1	عملية اعادة تقييم لمشروع مشروع بناء مستشفى جديد 240 سرير بخروبة
2	الترخيص للبرنامج مستشفى 240 سرير لخروبة A P
3	الترخيص المالي لبرنامج مستشفى 240 سرير لخروبة CP
4	مقررالتسجيل و تكلفة برنامج مستشفى 240 سرير لخروبة
5	مقرر اعادة هيكلة التكلفة لبرنامج مستشفى 240 سرير لخروبة
6	المدخل الرئيسي للمستشفى 240 سرير خروبة
7	جناح مصلحة الأشعة لمستشفى 240 سرير خروبة مستغانم
8	جهاز اشعة IRM للمستشفى 240 سرير خروبة مستغانم
9	خريطة توزيع الهياكل الاستشفائية الصحية لولاية مستغانم سنة 2020
10	مدخل مستشفى الجديد 60 سرير بماسرى
11	مدخل مستشفى الجديد 60 سرير بعشعاشة
12	مدخل مستشفى الجديد 60 سرير ببوقيراط

## المقدمة العامة:

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

ويعتبر النظام الصحي لأي دولة هو المسئول عن تقديم الخدمات الصحية المطلوبة للمواطنين، وتختلف هذه الخدمات حسب النظام الصحي القائم بها، فإذا كان النظام الصحي متطور ومميز فإن الخدمة المقدمة في الغالب تكون مميزة ومتطورة وإذا كان غير ذلك فإن الخدمة تكون أقل تطورا وتميزا. ويسعى أي نظام صحي إلى تقديم أربع مستويات من الخدمة بشرط أن تكون بجودة مقبولة، وتمثل هذه المستويات في الرعاية الصحية الأولية والرعاية الصحية الثانوية والرعاية الصحية التخصصية والرعاية الصحية التأهيلية.

وتعتبر المؤسسات الصحية المكون الرئيسي للأنظمة الصحية، فهي المتكفل الأول بتقديم الخدمات الصحية من خلال استعمال مجموعة من الموارد البشرية و الموارد المالية و الموارد المادية التي يمكن اعتبارها مدخلات العملية الصحية.

إن تركيز الجزائر على هذا القطاع (القطاع الصحي) مكنها من احتلال مركز هام من خلال التصنيف الأخير المقدم من طرف المنظمة العالمية للصحة، حيث احتلت الجزائر المرتبة 81 من بين دول العالم من حيث فعالية المنظومة الصحية. إذ يعتبر قطاع الصحة قطاعا هاما و استراتيجيا سواء من الناحية الاقتصادية أو الاجتماعية. ومن منطلق أن المواطن هو دعامة المجتمع الأولى و به يرقى و يتطور، حرصت الدولة الجزائرية و منذ فجر الاستقلال على المحافظة على صحته و عملت على ترقيتها من خلال إعداد وضبط منظومة صحية ملائمة، ومن خلال تتبع تطور هذه الأخيرة يلاحظ أن المنظومة قد عملت على فتح الأبواب لكل الجزائريين للاستفادة من الخدمات المقدمة دون تمييز قصد النهوض بالمستوى الصحي لمواطنيها إيماناً منها أن أي تقدم أو نمو يبقى مرهونا بالمحيط الصحي، فبذلت الدولة جهودا جبارة و خصصت أموالا طائلة لاستدراك و معالجة الأوضاع، ونتيجة لذلك أصبحنا من الدول الأكثر استهلاكاً للموارد المالية التي تعدت ما تخصصه الدول المجاورة لنفس القطاع، ولكن بالمقابل ظلت النتائج المحققة دون المرجوة و المسطرة.

من جهة أخرى، ينبغي على هذه المؤسسات استغلال مواردها بكفاءة وفاعلية لتلبية احتياجات المستفيدين منها. وتعتبر مؤسسات الصحة العمومية في الجزائر حجر الأساس للنظام الصحي لكونها تمتلك موارد هائلة ومنتشرة على كامل التراب الوطني، وتقدم خدمات بالمجان أو بمبالغ رمزية بالإضافة إلى تحسن نوعي في خدماتها.

➤ الإشكالية الرئيسية: على ضوء ما تقدم سابقا يمكن طرح الاشكالية الرئيسية التالية  
- ما هو أثر برامج التجهيز القطاعية كفاءة على الهياكل الاستشفائية في الجزائر؟

➤ الأسئلة الفرعية:

- ان الاجابة عن السؤال الرئيسي تستدعي المرور عبر جملة من التساؤلات الفرعية و التي يمكن ايجازها في:
- ما مدى فعالية المالية العامة اتجاه برامج التجهيز لقطاعية ؟
  - ماهي اهم تصنيفات برامج التجهيز القطاعية وكيفية تطبيقها في قطاع الصحة ؟
  - كيف بإمكان تقييم أثر برامج التجهيز القطاعية على كفاءة الهياكل الاستشفائية في الجزائر ؟

➤ فرضيات الدراسة:

- اما الفرضيات المعتمدة في الإجابة عن مختلف التساؤلات المطروحة فكانت كالآتي:
- ف 1: ان برامج التجهيز القطاعية بمختلف أصنافها تفسر حرص الدولة على العمل على تنمية قطاع الصحة .
- ف 2: ان نتيجة تجسيد برامج التجهيز القطاعية باختلاف أنواعها الممركزة و الغير ممركزة تتمثل في مختلف البرامج المسجلة و المنفذة لقطاع الصحة .
- ف 3: تآثر برامج التجهيز ايجابا على التنمية كفاءة المنظومة الصحية.

➤ أهمية الدراسة:

ان اهمية الدراسة تتمثل في اعطاء نظرة شاملة عن برامج التجهيز القطاعية بمختلف اصنافها، وتبيان دورها من خلال دراسة الاثار التي تحدثها في قطاع الصحة بمختلف هياكله من حيث تحقيق تنمية كفاءة المنظومة الصحية، وتنصب الدراسة حول التطرق الى مختلف المعايير التغطية الصحية خلال البرامج التنموية المنتهجة ، كما سنتطرق الى برامج التجهيز القطاعية على مستوى ولاية مستغانم كبرمجة قياسية.

➤ أهداف الدراسة:

- محاولة معرفة انواع برامج التجهيز القطاعية و تحديد نسب مساهمتها في قطاع الصحة.
- تحليل ظاهرة اثر برامج التجهيز القطاعية على تنمية قطاع الصحة.
- محاولة بناء نموذج تحليلي لمعرفة أثر متغيرات برامج التجهيز القطاعية على قطاع الصحة

➤ أسباب اختيار الموضوع: لقد تم اختيارنا لهذا الموضوع للأسباب التالية:

- الميل الشخصي، و الرغبة الذاتية في البحث في إشكالية إدارة الصحة و تعميق معارفنا فيها.
- النقص الكبير في كفاءة الهياكل الاستشفائية في معظم المؤسسات العمومية للصحة في الولاية .
- المساهمة في فهم و تقييم الإصلاحات المتتالية التي عرفها و يعرفها القطاع الصحي.
- نتيجة لاهتمامات علمية تولدت انطلاقا من ملاحظاتي كموظف في مديرية البرمجة ومتابعة الميزانية ، و متابع للإصلاحات التي جاءت بها البرامج القطاعية من اجل قطاع الصحة .

## ➤ المنهج المتبع والأدوات المستخدمة:

بناء على التساؤلات والفرضيات المتبعة التي وضعناها اعتمدنا في دراستنا على المنهج الوصفي و المنهج التحليلي الذي يساعدنا على وصف الظاهرة وربط الأسباب بالنتائج. كما تم الاعتماد على منهج دراسة الحالة و الذي تم اسقاطه على ولاية مستغانم من خلال دراسة ميدانية في مديرية البرمجة ومتابعة الميزانية . كما تم استخدام برنامج Excel في معالجة البيانات التي تم جمعها .

## ➤ هيكل الدراسة:

لمعالجة الاشكالية قسمنا موضوع الدراسة الى ثلاث فصول ، على النحو التالي:  
حيث الفصل الاول كان بعنوان الهياكل الصحية القاعدية للنظام الصحي الجزائري ,عالجنا من خلاله مبحثين حيث جاء بالمبحث الاول ماهية النظام الصحي, أما المبحث الثانى واقع القطاع الصحي و تنظيم الهياكل الاستشفائية وكفاءتها في الجزائر. بالنسبة للفصل الثاني الذي كان بعنوان دور المالية العامة في تكريس برامج التجهيز القطاعية,تضمن هذا الفصل مبحثين, المبحث الأول حول ماهية المالية العامة. أما المبحث الثاني الاطار العام لبرامج التجهيز القطاعية وكان عنوان الفصل الثالث والاخير دراسة أثر برامج التجهيز القطاعية على قطاع الصحة لولاية مستغانم 2000-2020 عرف هذا الفصل مبحثين له طابع ,المبحث الأول كان عبارة عن مفاهيم عن مديرية البرمجة ومتابعة الميزانية لولاية مستغانم( مرسوم الانشاء ، الموقع ، هيكل التنظيمي و مهامها ) و أثر برامج القطاعية على الهياكل الاستشفائية لولاية مستغانم في فترة ما بين ( 2000-2019) اما المبحث الثاني بعنوان المعايير المستخدمة في تقييم كفاءة الهياكل الاستشفائية ما بين الفترة ( 2001 -2020) و ذلك لولاية مستغانم .

## ➤ حدود الدراسة:

الحدود الزمنية: وتمثلت الحدود الزمنية في مدة دراسة هذا البحث للفترة الزمنية الممتدة بين سنة 2000 و 2020. حيث كانت مدة تربية في مديرية البرمجة ومتابعة الميزانية تتراوح من 01 مارس 2021 الى 15 جوان 2021.

الحدود المكانية: و تمثلت في مكان اجراء الدراسة و التي كانت مديرية البرمجة ومتابعة الميزانية لولاية مستغانم.

## ➤ صعوبات الدراسة:

- طول فترة الزمنية البحث التي كانت ممتدة ما بين 2000 الى 2020.
- احتواء فترة الزمنية البحث على اربعة برامج تنموية خماسية .
- قلة نتائج الخاصة بالمشاريع القديمة خاصة بالبرامج الخماسي الاول .
- قصر مدة التبرص مقارنة مع متطالبات البحث و الفترة المراد دراستها.



# الفصل الأول

تمهيد :

مما لا شك فيه ان التنمية باختلاف مجالاتها، اقتصادية كانت او اجتماعية هي هدف أساسي تسعى لتحقيقه كل دول العالم، وعند الحديث عن التنمية تظهر جليا مكانة الصحة في إحداثها، باعتبار الصحة قطاعا مهما من قطاعات التنمية، فهي المسؤولة عن حماية الإنسان من الأمراض والوقاية منها، مما يؤدي إلى تحسين نوعية الحياة وزيادة الإنتاجية، حيث هناك علاقة وثيقة بين صحة الإنسان صانع التنمية والتنمية كهدف منشود، من هنا كان الاهتمام العالمي بتطوير المؤسسات الصحية وتزويدها بكل جديد في مجال التقنية الطبية، والخبرات العلمية والإنفاق على التعليم الطبي ودعم الأبحاث والدارسات في شتى المجالات، كالطب والمعالجة والوقاية وكذا صحة البيئة، والعمل على تقديم أحسن الخدمات الصحية، وأفضلها للأفراد، تعتبر الهياكل الصحية القاعدية حجر الزاوية في المنظومة الصحية نظرا إلى الدور الذي تلعبه في مجال الوقاية والعلاج الأولي. مكانتها في هيكلية المنظومة الصحية تجعلها في تواصل مستمر مع السكان، الذين تتكفل بصحتهم قبل أن تقوم بتوجيههم- إذا تطلب الأمر ذلك- إلى مصالحي العلاج المتخصصة في مستويات أعلى من هرم المنظومة. فهي تقوم بتوفير علاج الطب العام ثم توجيه المريض نحو المؤسسات الاستشفائية المتخصصة مع متابعة تطور وضعه الصحي و ذلك يتم في إطار منظومة صحية مهيكلية حسب تدرج خدمات العلاج .

سنتناول في هذا الفصل بدءا بمبحث حول ماهية النظام الصحي الذي تطرقنا فيه إلى مفاهيم أساسية حول النظام الصحي وخدماته ، ثم نتعرض مكونات المنظومة الصحية و مستوياتها و أنواع خدماته ، ثم مبحث حول واقع القطاع الصحي و تنظيم الهياكل الاستشفائية وكفاءتها في الجزائر ، الذي تطرقنا فيه إلى مراحل تطور المؤسسة الصحية العمومية في الجزائر و مفهوم المستشفى و أنواعها وتصنيفاتها لتتطرق في الأخير إلى كفاءة الهياكل الاستشفائية و أنواعها و معايير تقييمها.

## المبحث الأول: ماهية النظام الصحي

تعد الصحة حجر الزاوية لبناء المجتمعات، فهي من بين أهم مجالات التنمية التي تسعى من خلالها الدول إلى تحقيق التقدم والرفق في كل القطاعات بما في ذلك القطاع الاقتصادي، لذلك فهي تولي أهمية كبرى بالمؤسسات الصحية والخدمات التي تقدمها .

وسنتطرق في هذا المبحث الى مفاهيم أساسية حول النظام الصحي وخدماته ، ثم نتعرض مكونات المنظومة الصحية و مستوياتها و انواع خدماتها.

### المطلب الأول : مفاهيم اساسية حول النظام الصحي وخدماته .

نتطرق في هذا العنصر إلى بعض المفاهيم ذات الصلة بمفهوم الصحة ومستوياتها و مفهوم النظام الصحي وخدماته كالصحة والمرض، الرعاية الصحية والرعاية الطبية.

#### أولاً: مفاهيم أساسية حول الصحة ومستوياتها :

أ- مفهوم الصحة: لقد كان ينظر إلى الصحة على أنها علاج للمرضى، فإذا ما توسع مفهومها لا يتجاوز أن تكون وقاية من الأمراض<sup>1</sup>. يعد هذا المفهوم ضيقاً لمصطلح الصحة، بحيث إقتصرت على إعتبارها أنها علاج المرضى والوقاية من الأمراض. شأنه شأن التعريف الذي قدمه مجموعة من الأطباء والعاملين في قطاع الصحة الذي أعتبر الخدمة الصحية أنها تعني غياب المرض الظاهر وخلق الفرد من العجز والعلل.

فحسب هذا التعريف يعتبر الفرد صحيحاً إذا ما خلا من العلة وبرا من المرض الظاهر فقط، وهذا ما جعل البعض يعتبر هذا المفهوم ناقصاً كونه جعل للصحة دوراً سلبياً مجرد أنها علاج للمرض، كما أن هناك من اعتبر الصحة تشخيص وعلاج المجتمع<sup>2</sup>.

هذا الاختلاف في التعاريف جعل منظمة الصحة العالمية تعطي مفهوماً أشمل عن الصحة واعتبرتها أنها: حالة من اكتمال السلامة بدنياً وعقلياً واجتماعياً، لا مجرد انعدام المرض والعجز.

فحسب هذا التعريف تعد الصحة أشمل من أن تكون معالجة المرض، فهي تمتد لتشمل صحة الجسم، وصحة العقل أو ما يسمى بالصحة النفسية. والتي تعني العلاج الوقائي للاضطرابات العقلية مع القدرة على مواجهة الأزمات النفسية التي تطرأ على الفرد<sup>3</sup>.

صحة المجتمع والبيئة وهي حالة توفر الموطن البيئي السليم والمستقر للكائنات الحية، وعلى رأسها الإنسان بحيث يستطيع أن يعيش حياته بشكل سليم ويحافظ على بيئة سليمة<sup>4</sup>، إذ لابد من أن ينظر إلى الصحة من مجال أبعد من أن تكون مجرد رعاية طبيب لمريض، كما لا يجب أن تكون المجتمعات صحية عيادياً فقط، ولكن يجب أن تشعر بالصحة جسمياً، واجتماعياً<sup>5</sup> و الصحة الجيدة مفهوم أوسع من مجرد غياب المرض أو عدم التوازن،

<sup>1</sup> عصماني سفيان ، "دور التسويق في نظام الصحية من وجهة المستفيدين منها (المرضى)، مذكرة مقدمة ضمن متطلبات الحصول على شهادة الماجستير ، تخصص علوم التسيير ، فرع التسويق ، جامعة محمد بوضياف ، المسيلة ، ، 2005 – 2006 ص ص 23-24.

<sup>2</sup> احمد محمد بدح واخرون ، "الثقافة الصحية " ، دار وائل ، الاردن ، ، 2005. ص 133 .

<sup>3</sup> صالح حسن الدهواري ، "مبادئ الصحة النفسية " ، دار وائل ، الاردن ، ، 2005 ص 26.

<sup>4</sup> صالح حسن الدهواري ، مبادئ الصحة النفسية، المرجع نفسه ، ص 129.

<sup>5</sup> نظام موسى سويدان ، عبد المجيد البرواري ، "ادارة التسويق في المنظمات غير الربحية" ، دار حامد ، الاردن ، ، 2009 ص 233 (بتصرف).

تنتج من أكثر من مجرد الخدمة الصحية الفعالة والكفاءة. وقد اعتبرت منظمة الصحة العالمية الصحة الجيدة ،  
أنها العنصر الأساسي لمعافاة الفرد والتنمية الاقتصادية والاجتماعية المستدامة.

أما يخص الصحة العامة فهي تتكون من كلمتين إحداهما هدف عام وهو الصحة، وثانيهما أفراد المجتمع، وهذا يؤكد على ضرورة تحقيق أعلى مستوى صحي لهم، فالصحة العامة تحتوي على الصحة الشخصية وصحة البيئة، والصحة الاجتماعية ومكافحة الأمراض المعدية، وتنظيم خدمات الطب والتمريض للعمل على التشخيص المبكر للأمراض، مع تعليم أفراد المجتمع وثقيفهم على كيفية تطوير الحياة الصحية، وذلك بمجهودات منظمة في المجتمع، من أجل الوقاية من الأمراض وترقية الصحة<sup>1</sup>، وهناك من يرى أن الصحة العامة هي الخدمات الصحية التي تمول من طرق القطاع العام<sup>2</sup>.

تتفرع الصحة العامة الى:

- الصحة الوقائية: وتهدف إلى منع حدوث الأمراض، والحد من انتشارها.
  - الصحة العلاجية: وتهدف إلى علاج المرضى وإخراجهم من الحالة المرضية التي يشكون منها إلى الحالة الطبيعية، عن طريق التشخيص وتقرير العلاج المناسب للحالة، وصولاً إلى الهدف الأسى وهو تخفيف الآلام وإنهاء الأعراض المرضية.
  - الصحة المهنية: متعلقة بصحة العاملين في المهن المختلفة.
- من خلال ما سبق نجد أن الصحة هي القوة والسلامة الجسمية والعقلية، النفسية للفرد و السلامة الاجتماعية المتمثلة في السكن، التعليم، الغذاء، مستوى نظافة البيئة والخدمات الصحية المتاحة... الخ
- ب - مستويات الصحة : الصحة حالة نسبية، فكل إنسان تكون صحته في درجة معينة تقع بين طرفي مدرج قياس الصحة، فالطرف الأول هو الصحة المثالية، والطرف الآخر هو انعدام الصحة، وهناك درجات متفاوتة من الصحة بين الطرفين، وعلى ذلك تكون مستويات الصحة كما يلي<sup>3</sup> ؛
- الصحة المثالية: وهي درجة التكامل والمثالية الجسمية والنفسية و الاجتماعية.
  - الصحة الإيجابية: وفيها تتوفر طاقات إيجابية تمكن الفرد من مواجهة المشاكل والمؤثرات الجسمية والنفسية والاجتماعية، دون ظهور أية أمراض أو علامات مرضية ملموسة.
  - السلامة المتوسطة: لا تتوفر فيها طاقات إيجابية من الصحة، ولذلك عند التعرض لأي مؤشرات ضارة يسقط الفرد في المرض.
  - المرض غير الظاهر: وهنا لا يشكو المريض من أعراض وعلامات واضحة، ولكن يمكن اكتشاف المرض بفحوصات مخبرية وشعاعية خاصة.
  - المرض الظاهر: وهنا يشكو المريض من أعراض وعلامات يحس بها.
  - مستوى الاحتضار: تسوء الحالة الصحية لحد خطير يصعب معها أن يستعيد المريض صحته.

<sup>1</sup> احمد محمد بدح واخرون ، ثقافة الصحية ، مرجع سبق ذكره ، ص 13 (بتصرف).

<sup>2</sup> عماني سفيان ، دور التسويق في نظام الصحة في وجهة المستفيدين منها ( المرضى) ، مرجع سبق ذكره ، ص 13-24.

<sup>3</sup> عدمان مريزق ، " واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية ، دراسة حالة المؤسسات الصحية في الجزائر العاصمة " ، اطروحة مقدمة للحصول على شهادة الدكتوراه في علوم التسيير ، جامعة الجزائر ، ، 2007-2008 ص35.

ثانياً : مفهوم النظام الصحي وعناصره ومعايير تقييمه .

أ- مفهوم النظام الصحي يعرف على انه : « الإطار الذي يتم من خلاله التعرف على احتياجات السكان من الخدمات الصحية والعمل توفير هذه الخدمات من خلال إيجاد الموارد اللازمة وإدارتها على أسس صحيحة تؤدي في النهاية إلى المحافظة على صحة المواطن وتعزيزها وتقويم هذه الخدمة بطريقة شاملة ومتكاملة للسكان وبتكلفة معقولة و بطريقة ميسرة<sup>1</sup> »

كما عرفت منظمة الصحة العالمية النظام الصحي على انه « مجموع المنظمات والمؤسسات والموارد الرامية أساساً إلى تحسين الصحة. ويحتاج ذلك النظام إلى أموال ومعلومات وإمدادات ووسائل نقل واتصال وتوجهات واتجاهات عامة. ولا بد لذلك النظام من توفير خدمات تلبي الاحتياجات القائمة بأسعار منصفة والسعي» في الوقت ذاته؛ إلى معاملة الناس على نحو لائق. والنظام الصحي الجيد هو ذلك الذي يساهم في تحسين حياة الناس بشكل ملموس يوم بعد يوم وتقع المسؤولية الأولى في ما يخص الأداء الإجمالي للنظام الصحي الوطني على عاتق الحكومة؛ غير ان الإشراف الجيد على مستوى المناطق والبلديات وأفراد المؤسسات الصحية يعد كذلك من الأمور حاسمة الأهمية<sup>2</sup>.

كذلك هي عبارة عن أسلوب عمل وإجراءات تسعى لتحقيق الأهداف الصحية في دولة ما بتوفير أساليب عمل وطرق وإجراءات يتم توزيعها على مختلف المؤسسات والمناطق الصحية لتحقيق الأهداف المسطرة مراعيًا في ذلك جملة الأمور وهي<sup>3</sup>:

- أن تكون التغطية شاملة وعادلة.

- أن تكون هذه التغطية ذات تكلفة معقولة للدولة والمواطن.

يعرف النظام الصحي على أنه جميع الهياكل والمؤسسات والموارد التي يتم تسخيرها لتوفير احتياجات السكان من الخدمات الصحية بغرض تحسين حياتهم , وذلك بتخطيط وتنفيذ برامج تصحيحية بهدف بلوغ أفضل مستوى صحي .

يهدف النظام الصحي إلى:

- تطوير ودعم الوضع الصحي للسكان والمواطنين.

- ارضاء السكان والاطمئنان على صحتهم من الأمراض والأخطار.

- تقديم الخدمات الصحية والطبية باقل كلفة ممكنة.

ب . معايير تقييم النظام الصحي:

حددت المنظمة الصحية العالمية 2000 المعايير التالية أداء النظم الصحية والمتمثلة أساساً في:

➤ معدل الحياة والوفيات وعبء المرض: تعكس هذه المؤشرات بصفة وجيزة واقع الصحة لعموم السكان خاصة

بالنسبة لمستويات وفيات الاطفال واتجاهاتها وهي مهمة بشكل خاص لفهم الصحة العمومية.

➤ الوفيات والأمراض الناجمة عن أسباب محددة: يمثل عدد الحالات المرضية في مجموعة سكانية معينة.

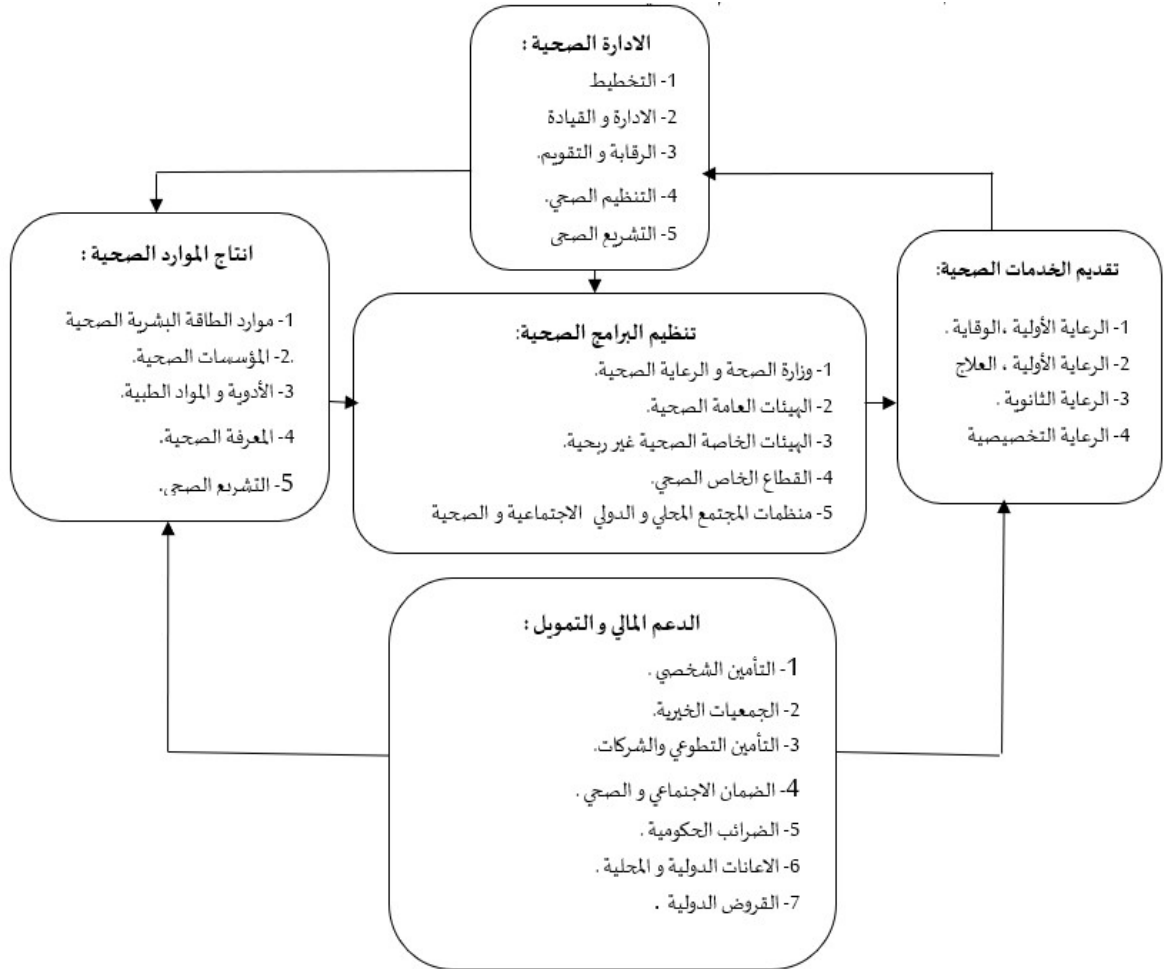
<sup>1</sup> محمد عدمان مريزق، مداخل في الإدارة الصحية، دار الراجحة، عمان 2012، ص 25.

<sup>2</sup> صلاح محمود ذياب، إدارة المستشفيات والمراكز الصحية الحديثة، منظور شامل، دار الفكر، عمان، 2009، ص 5.

<sup>3</sup> عسي محمد الغزالي؛ اقتصاديات الصحة؛ سلسلة دورية تعني بقضايا التنمية في الأقطار العربية، العدد 22 المعهد العربي للتخطيط، الكويت، 2003، ص 14.

- للأمراض المعدية المنقولة : إن العديد من البلدان تواجه تحديات في توكي الدقة في تحديد الامراض المعدية وتشخيصها و تبليغها.
  - التغطية بالخدمات الصحية : يعبر هذا المؤشر على مدى حصول المحتاجين على التدابير الصحية المهمة .
  - عوامل الخطر: يعرض هذا المعيار بالمؤشرات المتعلقة بعوامل الخطر معينة .
  - انخفاض الوزن عند الميلاد: عوامل التنبؤ بصحة الوليد .
  - الأنظمة الصحية : تناول هذا المعيار أهم البنية التحتية المتوفرة في البلد وكثافة القوى العاملة الصحية.
  - الإنفاق الصحي : يعرض هذا القسم الإنفاق الصحي من قبل الحكومة والقطاع الخاص والقطاع الخارجي.
  - حالات الغبن في المجال الصحي : عن طريق عرض المؤشرات الصحية .
  - الإحصاءات الديمغرافية والاجتماعية والاقتصادية : بيانات عن العوامل الديمغرافية والاجتماعية.
- ت - عناصر النظام الصحي ووظائفه:

و يمكن توضيح عناصر النظام الصحي ووظائفه و تداخلاته في الشكل الموالي:  
الشكل رقم ( I - 1 ) عناصر النظام الصحي ووظائفه و تداخلاته



ثالثا : الرعاية الصحية و الرعاية الطبية.

أ - تعريف الخدمات الصحية : يعد مفهوم الخدمة الصحية نابع أساسا من المفهوم العام للخدمات، ذلك أن الخدمة تمثل في كونها تتصف بخصائص عديدة تنفرد بها عن السلعة، فمفهوم الخدمة يكمن في أنها منتج غير ملموس يقدم منافع للمستهلك نتيجة استخدام جهد بشري أو آلي، ولا ينتج عن تلك المنافع حياة شيء مادي ملموس، وبناء على ذلك أعطيت عدة تعاريف للخدمة الصحية نذكر منها ما يلي:

عرفت الخدمة الصحية على أنها: أوجه النشاط غير الملموسة التي تقدم للمستهلك (المريض)، والتي تهدف أساسا إلى إشباع حاجاته ورغباته، أي تهدف إلى تحسين الصحة وزيادة فرص الشفاء والتقليل من القلق الذي يساور المستهلك (المريض)، والتحرر من المرض والسعي نحو السلامة الجسمانية والعقلية والاجتماعية... الخ، يتم الحصول عليها من المؤسسات الصحية، سواء كانت عامة أو خاصة<sup>1</sup>.

اعتبر هذا التعريف الخدمات الصحية نشاط غير ملموس، تقدم من طرق المؤسسات الصحية التي قد تكون عامة أو خاصة، إلى المستهلك (المريض) لإشباع حاجاته من تحسين لصحته أو شفائه من المرض، واعتبر الخدمات الصحية وسيلة للوصول إلى السلامة الجسمانية والعقلية والاجتماعية.

كما يمكن تعريف الخدمة الصحية على أنها: جميع الخدمات التي يقدمها القطاع الصحي على مستوى الدولة، سواء كانت علاجية موجهة للفرد، أو وقائية موجهة للمجتمع والبيئة أو إنتاجية مثل إنتاج الأدوية والأجهزة الطبية وغيرها، بهدف رفع المستوى الصحي للأفراد وعلاجهم ووقايتهم من الأمراض<sup>2</sup>.

تناول هذا التعريف الخدمات الصحية بمفهوم واسع، مصنفا إياها إلى ثلاث مجموعات (خدمات علاجية، خدمات وقائية، خدمات إنتاجية)، هدفها رفع المستوى الصحي للأفراد باعتبارها خدمات يقدمها القطاع الصحي على مستوى الدولة.

كما تعرف كذلك على أنها: الخدمات العلاجية أو الاستشفائية، أو التشخيصية التي يقدمها أحد أعضاء الفريق الطبي إلى فرد واحد أو أكثر من أفراد المجتمع، مثل معالجة الطبيب لشخص مريض سواء كان ذلك في مركزه الصحي الخاص، أو في مؤسسة صحية عمومية، أو العناية التمريضية التي يقدمها طاقم التمريض، أو التحاليل المخبرية التشخيصية التي يقدمها فنيو المختبر لشخص ما، أو لعدة أشخاص غير أن الرعاية الطبية (الخدمات الصحية) قد تقدم رعاية صحية وقائية، كأن يقدم الطبيب المعالج لشخص ما معلومات حول مرض ما وطرق انتشاره، وكيفية الوقاية منه لتجنب الوقوع فيه مستقبلا، وبذلك يقوم الطبيب بدور الرعاية الصحية إلى جانب الرعاية الطبية<sup>3</sup>.

من خلال هذا التعريف نجد أن الخدمات الصحية تكون إما خدمات علاجية، أو استشفائية أو تشخيصية أي أنها تشمل كل الخدمات الصحية التي يؤديها فرد من الفريق الطبي إلى فرد من المجتمع، وتتضمن فحوص المريض وتشخيص مرضه، تقديم الدواء اللازم لعلاج والغذاء الجيد والملائم لحالته، وحسن معاملة القوى العاملة الطبية له، لمساعدته على استعادة صحته ومعالجة أية مشكلة تعترض راحته النفسية والجسمية.

<sup>1</sup> زكي خليل المساعد ، "تسويق الخدمات وتطبيقاته" دار المناهج للنشر ،الأردن ،(ص291بتصرف)

<sup>2</sup> عدمان مريزق ، مداخل في الإدارة الصحية، مرجع سبق ذكره ، ص 19.

<sup>3</sup> عصماني سفيان ، دور التسويق في نظام الصحية من وجهة المستفيدين منها (المريض)، مرجع سبق ذكره ، ص 38

- ومن بين المحاولات التي قدمت أيضا في إعطاء معني الحقيقي للخدمات الصحية ، التعريف الذي قدمه (donabedion,1980) الذي حدد فيه ثلاث مكونات كفاءة الخدمات الصحية وهي<sup>1</sup> :

✓ المكونات الفنية (الرعاية الفنية) : والتي تعني درجة حسن تطبيق العلوم والمعارف الطبية الأغراض تشخيص ومعالجة المشاكل الصحية.

✓ المكونات المرتبطة بالعلاقات الشخصية ( فن الرعاية ) : وتشير الى الاستجابة لحاجات وتوقعات المستهلكين (المرضى) ، المعاملة الودية ، والاهتمام من قبل مقدمي الخدمات الصحية عند تعاملهم وتفاعلهم مع المستهلكين (المرضى).

✓ المكونات البيئية والهيكلية : وتشير الى البيئة الكلية التي يتم ضمنها تقديم الخدمات الصحية ، ويتضمن ذلك جاذبية المؤسسة ، والخصائص الهيكلية والتنظيمية لها.

ب - الرعاية الصحية : يشمل مفهوم الرعاية الصحية بالإضافة إلى تقديم الخدمات التشخيصية والعلاجية والتأهيلية، مفهوم الحفاظ على الصحة العامة ضمن إطار التنمية البشرية للمجتمع<sup>2</sup> ، فهي تشمل أنشطه رعاية المريض، الرعاية الطبية وإعادة التأهيل الاجتماعي، حيث تركز على جودة الحياة بصفة عامة. أي أنها مجموعة الإجراءات الوقائية التي تقدمها المؤسسات الصحية لجميع أفراد المجتمع، بهدف رفع المستوى الصحي لهم دون حدوث الأمراض وانتشارها، والعمل دائما على ترقية الصحة العامة والحفاظ عليها. إن أي نظام صحي يتضمن أربعة مستويات في الرعاية الصحية، وهذا من أجل تأمين الخدمات الصحية لكل شرائح المجتمع بالمستوى الكمي والنوعي الذي تطلبه الحياة، ويمكن ذكرها كما يلي:

➤ مستوى الرعاية الصحية الذاتية :وهو المستوى الذي يتحمل فيه الفرد والعائلة مسؤولية حماية ورعاية أنفسهم في الأمور الوقائية والعلاجية البسيطة المتعارف عليه، التي يتعرضون لها في حياتهم اليومية، ويتوقف هذا المستوى على مستواهم الثقافي و الاجتماعي.

➤ مستوى الرعاية الصحية الأولية :تعرف على أنها الخدمات الصحية الشاملة و الأساسية الميسرة لجميع الأفراد والأسر في جميع المجتمعات، بمشاركة الأفراد، بتكاليف يمكن توفيرها وهي جزء من النظام الصحي للبلد، ويمثل هذا المستوى أوسع المستويات الخدمية الصحية، يتم تقديم الرعاية الصحية الأولية في المؤسسات الصحية (مستوصفات، عيادات قروية، عيادات الأمومة والطفولة...الخ)، وهناك تسعة عناصر تمثل الخدمات الصحية التي تحقق هذا المستوى، وهي رعاية الأم والطفل، طب الأطفال والصحة المدرسية، مكافحة الأمراض السارية، صحة البيئة وتحسينها، صحة الإنسان والوقاية العلاجية، صحة العيون والإرشاد والتثقيف الصحي، الفحص السريري والمعالجة الدوائية، الفحص السريري والمداخلة الجراحية البسيطة.

➤ مستوى الرعاية الصحية المتخصصة :عند عجز المستوى الثاني في مواجهة بعض الحالات فإنه يوجه مباشرة إلى مستوى الرعاية الصحية المتخصصة، من أجل تقديم نوع معين من الخدمات الصحية المتخصصة، كالجراحة وأمراض القلب والأمراض النفسية، ويشمل هذا المستوى على أخصائيين في الفروع

<sup>1</sup> فريد توفيق نصيرات ، ادارة منظمات الرعاية الصحية؛ مرجع سبق ذكره ، ص 338.

<sup>2</sup> عدنان مريزق ، مداخل في الادارة الصحية ، مرجع سبق ذكره ، ص ، 35( بتصرف)

مختلفة، يحال إليهم المرضى للمشورة والعلاج، والخدمات الصحية في هذا المستوى تقدم في المؤسسات الصحية من مستشفيات وعيادات متخصصة.

➤ مستوى الخدمات الصحية المتطورة التخصصية: وهي الخدمات الصحية التي ليس بالمستطاع تقديمها في المستوى الثاني والثالث، وهي خدمات متخصصة في مجال الطب والجراحة، تكون معقدة كجراحة القلب والدماغ.

ت- الرعاية الطبية: ينصب تركيز الرعاية الطبية على التشخيص المبكر، وإعادة التأهيل الطبيعي، وذلك عند الحاجة، فهي تركز على المرض وطرق علاجه<sup>1</sup>، كما يمكن القول أنها الخدمات التي يؤديها فرد من الفريق الطبي إلى فرد من المجتمع، من تقديم العلاج والغذاء، الدواء والمعاملة الحسنة. وبالتالي هي تتضمن فحص المريض وتشخيص مرضه وإحاقه بإحدى المؤسسات الصحية، وتقديم الدواء اللازم للعلاج، والغذاء الجيد والملائم لحالته وحسن معاملته من طرف القوى الطبية، لمساعدته على استعادة صحته.

تصنف الرعاية الطبية إلى قسمين رئيسيين هما:

- ✓ رعاية طبية مباشرة: هي الخدمات التي يقوم بها الطبيب بنفسه، مثل تشخيص المريض وعلاجه.
- ✓ رعاية طبية غير مباشرة: وهي الخدمات الصحية التي يقوم بها أحد أعضاء الفريق الطبي غير الطبيب، وتشمل خدمات التمريض وخدمات التحاليل المخبرية، وصور الأشعة، وخدمات حفظ السجلات الطبية، والشؤون المالية والإدارية المتعلقة بالخدمات الصحية.

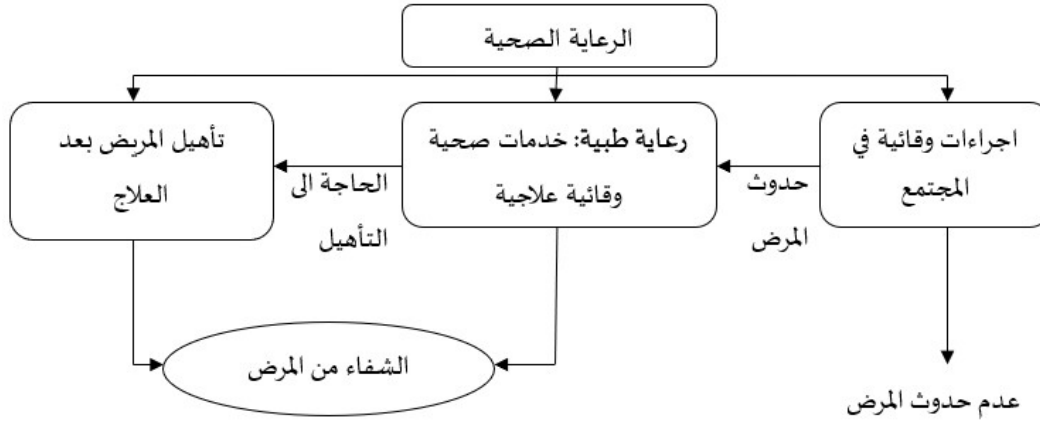
- ولا يجب الخلط بين مفهومي الرعاية الصحية والرعاية الطبية، فهذه الأخيرة فرع أو ميدان من ميادين الرعاية الصحية، وإذا كانت الرعاية الطبية هي التي تعمل مع المرضى فإن الرعاية الصحية لا تنتظر حدوث المرض، بل تعمل على منع حدوثه، وإذا ما حدثت تعمل على معالجته، وفي كثير من الأحيان لا يكفي العلاج وحده، ما يتطلب مرحلة التأهيل للمريض بعد إجراء العمل الجراحي والعلاج<sup>2</sup>.

- من خلال ما سبق نجد أن الفرق بين الرعاية الصحية والرعاية الطبية، يتمثل في أن خدمات الرعاية الطبية موجهة لفرد واحد، بينما الرعاية الصحية موجهة للمجتمع بصفة عامة، قصد رفع مستواهم الصحي، أو مقاومة انتشار الأمراض بينهم، وعليه فإن أي خدمة صحية موجهة إلى فرد معين بصفة مباشرة تعتبر من خدمات الرعاية الطبية حتى ولو كانت خدمة وقائية، وكمثال على ذلك، قد يتوجه شخص ما مصاب بمرض معين إلى مؤسسة صحية ليعالج هذا المرض، فإن الخدمة الصحية المقدمة له تدخل في نطاق الرعاية الطبية، أما إذا قامت وزارة الصحة بحملة لتوعية الأفراد بخطورة نفس المرض وكيفية الوقاية منه، فإن هذه الخدمة تدخل ضمن إطار الرعاية الصحية للمجتمع، ولا تقتصر الرعاية الطبية على تقديم خدمات علاجية فقط وإنما تقدم خدمات وقائية هامة، فالطبيب الذي يعالج هذا الشخص المريض، يمكن أن يقدم له نصائح وقائية لتجنب تفاقم وتطور المرض، أو حتى نصائح عن أمراض أخرى، فهي خدمات طبية مادام المقصود بها فرد بذاته.

<sup>1</sup> عصماني سفيان ، دور التسويق في نظام الصحية من وجهة المستفيدين منها (المريض)، مرجع سبق ذكره ، ص ص 38-41 (بتصرف)

<sup>2</sup> فريد كورتل ، "تسويق الخدمات" ، كنوز المعرفة للنشر، الاردن ، ، 2008 ص 39

و بناءا عليه يمكن أن نضع الشكل التوضيحي عن الفرق والعلاقة بين الرعاية الصحية والرعاية الطبية:  
الشكل رقم (I - 2) يمثل الفرق والعلاقة بين الرعاية الصحية والرعاية الطبية



المصدر: د. عبد المجيد الشاعر و آخرون ،الرعاية الصحية الأولية دار البازوري العلمية للنشر و التوزيع، 2000 ، ص ص 04-11. صياغة شخصية.

**المطلب الثاني : مكونات المنظومة الصحية و مستوياتها و انواع خدماتها.**

**أولا: مكونات المنظومة الصحية و مستوياتها**

تعتبر الخدمات الصحية مخرجات المنظومة الصحية و الهدف الذي تسعى إليه حيث تقدم الخدمات الصحية بمستوياتها المختلفة لتلبية الحاجات الصحية و الحفاظ عليها و تعزيزها و حتى نتحصل على هذه المخرجات لا بد من توفر مجموعة من المدخلات التي تعتبر مكونات المنظومة الصحية بالإضافة إلى الأنشطة التي تساعد على تحويل هذه المدخلات إلى مخرجات في شكل خدمات صحية . و فيما يلي مجموع العناصر المكونة للمنظومة الصحية وهي<sup>1</sup>:

➤ **الموارد البشرية:** تتطلب الخدمات الصحية وجود أفراد متخصصين في كافة المجالات الطبية كالأطباء الممارسين العامين الخاصين و الاستشاريين في جميع مجالات الطب بالإضافة إلى الهيئة التمريضية و الطبية المساعدة كالصيادلة ومختبري الأشعة التخدير و الإنعاش الرقابة الصحية التأهيل و العلاج الطبيعي وكذلك الموارد البشرية الإدارية و المحاسبية و العاملين في مجال الصيانة و الخدمات الخ...

➤ **الموارد المالية:** تتنوع مصادر التمويل الصحي ، فالسلطات العمومية تعتبر المصدر الرئيسي لتمويل الخدمات الصحية العامة في العديد من الدول كمكافحة الأمراض المعدية مراقبة الجوانب المهمة في سلامة البيئة والإشراف على برامج رعاية الأمومة و الطفولة و برامج التطعيم إلا أن زيادة التكاليف و الطلب على خدمات الرعاية الصحية الفردية التي تقدمها المؤسسات الصحية دون الزيادة في الإنفاق الحكومي عليها دفع ببعض الدول إلى البحث عن مصادر أخرى لتمويل هذه الخدمات حسب توجهاتها و مستوى تطورها نذكر أهمها التمويل عن طريق اشتراكات التأمين الاجتماعي .

1 نور الدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، دار الكتامة للنشر و التوزيع، الجزائر، 2009، ص32.

➤ **الأجهزة والمعدات:** تعتبر من العناصر الرئيسية لتقديم الخدمات الصحية حيث أن توفير الأجهزة والمعدات و الآلات المتطورة و المزودة بتقنيات التكنولوجيا الحديثة تساعد على تشخيص الأمراض بدقة وعلاجها وزيادة مستوى جودة الخدمة الصحية المقدمة.

➤ **المباني والهياكل المستخدمة:** تشمل العيادات المراكز الطبية المستشفيات الصيدليات المستوصفات والمختبرات على أن تكون مصممة بشكل يساعد على تقديم الخدمات الصحية و في ظروف بيئية مناسبة كأن تضم غرف المرضى الحمامات الممرات محطات التمريض و مخازن الأدوية و غيرها حيث تتوفر على التهوية الإنارة التدفئة النظافة و أماكن الانتظار و الراحة.

➤ **المرضى والمستفيدين من الخدمات الصحية:** هم جميع المستفيدين من الخدمات الطبية و الرعاية الصحية و رغم أنه من الصعب تليتها بشكل كامل إلا أنه يجب تلبية أكبر قدر منها فبقدر تعدد حاجات المرضى و متطلباتهم تتعدد و تنوع المستويات الخاصة بالخدمات.

➤ **البحوث و تراكم المعارف:** تستفيد المنظومة الصحية من المعارف التي تنتجها البحوث العلمية و الاختراعات بهدف تحسين العلاج و مكافحة الأمراض كما تساهم في تخفيض التكاليف الصحية من خلال التشخيص المبكر لبعض الأمراض و اعتماد المريض على نفسه في أخذ بعض العلاجات لسهولتها من بينها مثل : الانسولين.

- تنظيم المنظومة الصحية فتشمل المنظومة الصحية الجزائرية نوعين من التنظيم العام لمختلف الهياكل:

1-2 تنظيم المنظومة الصحية الجزئية على اساس المستويات وتشمل ثلاثة مستويات أساسية هي<sup>1</sup>:

أ- **المستوى المركزي:** تشمل الوازرة عشر وحدات مؤسسة عن طريق مرسوم و منسقة عن طريق الأمين العام إضافة إلى ذلك توجد لجان وطنية و أخرى قطاعية تستمد سلطتها مباشرة من الوازرة المكلفة بالصحة و السكان حيث تقوم هذه اللجان بالفحص كما أنها تلعب في الغالب دور مهم في تنمية و متابعة و تقييم البرامج الوطنية للصحة و في المقابل توجد عشر هيئات تحت وصاية الوازرة و مسيرة من طرف مجالس الإدارة.

ب- **المستوى الجهوي :** من أجل تحقيق التناسب بين عرض العلاج و احتياجات السكان و ضمان مبدأ المساواة و العدالة في مجال الاستفادة من العلاج أسست الجهوية الصحية سنة 1995 هيئة المجلس الجهوي للصحة يتكون من عدة قطاعات مهمتها الفحص و مكلفة بتدعيم التشاور بين المتدخلين و المجتمع المدني فيما يتعلق بالتوجهات الاستراتيجية اتخاذ القرارات و على الخصوص تخصيص الموارد و على المستوى القانوني و الوظيفي يمكن اعتبار المراقبين الجهويين للصحة كملحقات للمعهد الوطني للصحة العمومية تمارس مهمة خاصة مرتبطة بالمعلومات الصحية. ، توجد خمس مناطق صحية منطقة الوسط تضم 11 ولاية و منطقة الغرب تضم 11 ولاية أيضا و منطقة الشرق تضم 14 ولاية أما منطقة الجنوب فهي تنقسم إلى قسمين : منطقة الجنوب الشرقي التي تضم 07 ولايات و منطقة الجنوب الغربي تضم 05 ولايات. و الجدير بالإشارة إلى المستوى الجهوي يبقى

<sup>1</sup> أمير جيلالي ، تسويق الخدمات الصحية في كل إصلاح المستشفيات في الجزائر ، اطروحة مقدمة للحصول على شهادة الدكتوراه اطروحة مقدمة للحصول على شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية و علوم التسيير فرع التخطيط، جامعة باتنة ، 2008-2009 ص 178 .

افتراضي حيث لا توجد استقلالية مالية على مستوى المنطقة و تبقى غير محددة بصورة جيدة على مستوى الهيكل القانوني.

ت- المستوى الولائي : تمتلك الجزائر لكل ولاية من ولاياتها مديرية للصحة و السكان طبقا للمرسوم التنفيذي رقم 261/97 المؤرخ في 14 جويلية 1997 المتعلق بتحديد القواعد التنظيمية وتشغيل مديرية الصحة و السكان الوارد في الجريدة الرسمية رقم 47 تتمثل مهامها في جمع وتحليل المعلومات الصحية ووضع حيز التطبيق البرامج القطاعية للنشاط الصحي وتقييمها فمديرية الصحة و السكان مهمتها بتنسيق نشاطات المنشآت و الهياكل الصحية , كما تمارس وصيتها و مراقبتها على الهياكل القطاع الخاص (مكاتب طبية , صيدليات مخابر التحاليل و الأشعة عيادات خاصة) إلى جانب المنشآت الصحية العمومية المتمثلة في:

المنشآت الصحية المتخصصة (EHS). ، القطاعات الصحية (SS) ، المراكز الاستشفائية (CHU).

#### ➤ تنظيم المنظومة الصحية الجزائرية على اساس الخطوط :

تشتمل المنظومة الصحية على ثلاث خطوط متكاملة تغطي مسار المريض (القانون عدد 63 لسنة 1991 المتعلق بالتنظيم الصحي (وتصنف الهياكل الصحية العمومية حسب مهامها وتجهيزاتها ومستواها التقني واختصاصها الترابي إلى:-

#### جدول رقم (I - 1) يمثل تنظيم المنظومة الصحية الجزائرية على اساس الخطوط

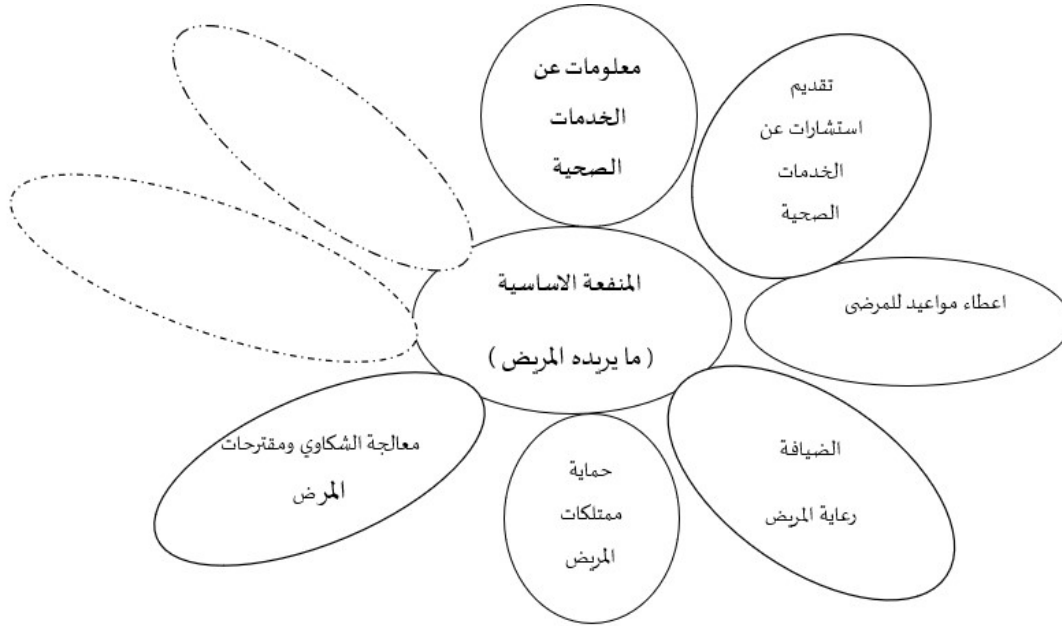
خطوط الهياكل	الهياكل الاستشفائية
أ- هياكل الخط الأول	- مراكز الصحة الأساسية : تؤمن خدمات صحية ذات الطابع الوقائي والعلاجي، والتثقيف الصحي. - مستشفيات محلية :تتولى المستشفيات المحلية زيادة عن الأنشطة المشار إليها أعلاه القيام بخدمات الطب العام وطب التوليد و الإسعافات الاستعجالية. وتتوفر لديها أسرة استشفائية ومعدات لتشخيص متلائمة وطبيعة النشاط وحجمه.
ب- هياكل الخط الثاني	- مستشفيات جهوية :توفر الإعاقات الطبية والجراحية المتخصصة، و لديها أسرة استشفائية ووسائل تشخيص متلائمة وطبيعة النشاط وحجمه ويمكن منح الصبغة الجامعية لبعض الأقسام الصحية للمستشفيات الجهوية، اعتبارا لتجهيزاتها وكفاءة الأعوان العاملين به.
ت- هياكل الخط الثالث	مؤسسات صحية ذات صبغة جامعية: تتميز بالأساس بالعلاجات ذات الاختصاص العالي وتساهم في التدريس الجامعي وما بعد الجامعي و كذلك أشغال البحث العلمي. -الصبغة الإدارية للهياكل الصحية العمومية : إما في شكل مؤسسات عمومية ذات صبغة إدارية أو مؤسسات عمومية للصحة، غير أن مراكز الصحة الأساسية تكون ملحقة بمؤسسة عمومية ذات صبغة إدارية موجودة، ويمكن جمع مركزين للصحة الأساسية أو أكثر لإنشاء مؤسسة عمومية ذات صبغة إدارية تدعى مجمع الصحة الأساسية.

المصدر : عدمان مريزق ، " واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية "، دراسة حالة المؤسسات الصحية في الجزائر العاصمة " ، اطروحة مقدمة للحصول على شهادة الدكتوراه في علوم التسيير ، جامعة الجزائر ، 2007-2008 ، ص 13 .

ثانياً: مستويات الخدمة الصحية

تقوم المؤسسات الصحية بتقديم مجموعة من المنافع للمستهلكين (المرضى) تتضمن تسليم الخدمة الجوهري أو الخدمة الأساسية، إضافة إلى العديد من الخدمات الأخرى التي ترتبط بأنشطتها والتي تسمى بالخدمات التكميلية الداعمة للخدمة الجوهري، ومجموع هذه الخدمات يطلق عليها بزهرة الخدمة الصحية والشكل يوضح مستويات الخدمة الصحية

الشكل رقم (3-I) مستويات الخدمة الصحية (زهرة الخدمة الصحية)



المصدر: نظام موسى سويدان ، عبد المجيد البرواري ، "ادارة التسويق في المنظمات غير الربحية " ، دار حامد ، الأردن ، 2009. ص.75.

من خلال الشكل نجد أن هناك مستويين للخدمة الصحية المستوى الأول يمثل الخدمة الأساسية والتي تعني جوهر الخدمة الصحية أي ما يريده المستهلك (المريض)، أما المستوى الثاني يمثل الخدمات الصحية ثانوية، وهي مجموعة من الخدمات التكميلية التي تقدمها المؤسسات الصحية تكون مرفقة للخدمة جوهري، وهي تختلف من مؤسسة صحية إلى أخرى، فمثلاً نجد مؤسسة صحية تقدم معلومات عن المنفعة الأساسية (ما يريده المريض) الخدمات الصحية وكيفية الحصول عليها، إعطاء مواعيد للمستهلكين (المرضى)، الضيافة ورعاية المستهلكين (المرضى)، حماية ممتلكاتهم، معالجة شكاويهم ومقترحاتهم وتقديم استشارات حول الخدمات الصحية بناء على حاجات المستهلكين (المرضى)...

كما أن هناك من يرى أن مستويات الخدمة الصحية تكون في ثلاث مستويات هي: المنفعة الجوهري. منافع غير الملموسة. المنافع الملموسة. ومجموع هذه الخدمات يطلق عليها حزمة منافع الخدمة الصحية، والشكل يوضح ذلك.

الشكل رقم (I - 4) حزمة منافع الخدمة الصحية



المصدر: نظام موسى سويدان ، عبد المجيد البرواري ، " ادارة التسويق في المنظمات غير الربحية " ، دار حامد ، الأردن ، 2009 ، ص 243.

تتمثل هذه المستويات فيما يلي<sup>1</sup>:

- ✓ **المنفعة الجوهرية:** الحصيصة التي يريجوها المستهلك (المريض) من الخدمات الصحية التي يتلقاها.
- ✓ **المنافع غير الملموسة:** وتعبير عن نوعية التفاعل الذي يحدث بين المستهلك (المريض) وطاقم المؤسسة الصحية (أطباء، ممرضين...الخ).
- ✓ **المنافع الملموسة:** وتتمثل في الأجهزة التكنولوجية المستخدمة، توفر وسائل الراحة، توفر الموظفين لرعاية المستهلكين (المرضى)، مبنى المؤسسة الصحية و مظهرها وموقعها...الخ.

ثالثا: أنواع الخدمات الصحية

هناك عدة أنواع للخدمات الصحية تدخل ضمن تصنيفات مختلفة، نذكر منها ما يلي:  
أ- حسب وظائفها:

تصنف الخدمات الصحية حسب الوظيفة التي تؤديها إلى ثلاث مجموعات أساسية هي خدمات علاجية، وقائية، إنتاجية نذكرها فيما يلي<sup>2</sup>:

- **خدمات علاجية:** موجهة للفرد ترتبط بجميع الخدمات الصحية لمختلف التخصصات، على مستوى المؤسسات الصحية، بالإضافة إلى الخدمات المساعدة المتمثلة في الأشعة، التحاليل إلى جانب خدمات التغذية والنظافة، وخدمات الإدارة وغيرها.
- **خدمات وقائية:** تعمل هذه الخدمات على تسهيل أداء الخدمات العلاجية، فهي مدعمة لها، ويتمثل دورها في حماية المجتمع والبيئة من الأمراض المعدية والأوبئة.
- **خدمات إنتاجية:** وتتضمن إنتاج الأمصال، اللقاحات، كما تتضمن إنتاج الأدوية، العتاد والأجهزة الطبية الأخرى.

<sup>1</sup> نظام موسى سويدان، عبد المجيد البرواري، ادارة التسويق في المنظمات غير الربحية، مرجع سبق ذكره، ص 244.

<sup>2</sup> عدنان مريزق، واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية، دراسة حالة المؤسسات الصحية في الجزائر العاصمة"، مرجع سبق ذكره، ص20.

- ب- حسب الهدف من الخدمة الصحية: كما تصنف الخدمات الصحية كذلك إلى<sup>1</sup>:
- خدمات صحية مرتبطة بصحة الفرد :وتتعلق بتشخيص العلاج وتؤدي عبر الأقسام الآتية: قسم الأمراض الداخلية، قسم الأمراض الجراحية، قسم الأطفال، قسم التوليد وأمراض النساء، قسم أمراض الرأس، قسم العلاج الطبيعي(المعالجة الفيزيائية)، قسم التخدير، الإنعاش وقسم الإسعاف والطوارئ، قسم المختبر وقسم الأشعة.
  - خدمات صحية مساعدة: تشمل كل ما يتعلق بالرعاية السريرية داخل المؤسسة الصحية (المستشفى)، ويندرج ضمنها خدمات التمريض، خدمات الصيدلة.
  - الرعاية الصحية: تهدف إلى تعزيز المستوى الصحي للأفراد والجماعات بالجوانب الجسدية والنفسية والعقلية، والذهنية، والاجتماعية كافة.
  - الخدمات الصحية البيئية (صحة المجتمع) : وترتبط بالحماية من الأوبئة، الأمراض المعدية والتدهور الصحي الناتج عن سلوك الأفراد وأنشطة المؤسسات، وهي خدمات صحية وقائية تقي الفرد من الأمراض كاللقاحات، وخدمات الرقابة الصحية على متاجر الغذاء خدمات مكافحة الحشرات الضارة، إضافة إلى خدمات الإعلام ونشر الوعي الصحي.
- ت - حسب مستويات الخدمات الصحية: تصنف الخدمات الصحية حسب مستوياتها إلى<sup>2</sup>:
- الخدمات الأساسية :وتشمل الخدمات الوقائية والعمليات الجراحية و العلاج، وأقسام الطوارئ، بنك الدم، العلاج الطبيعي، الصيدلة، رعاية الأطفال المبتستين (الأطفال المولودون قبل الوقت)، وعلاج الجهاز التنفسي، العناية المركزة، التصوير بالأشعة الإلكترونية، الخدمات للطوارئ، خدمات إعادة التأهيل، خدمات اجتماعية، العلاج المهني؛ العلاج بالأشعة وقسم جراحة القلب والإنعاش، زراعة الأعضاء خدمات التدريب والتعليم الصحي...الخ.
  - الخدمات المساعدة : وتشمل الخدمات التي تقدمها المؤسسات الصحية عند إقامة المريض كالمبيت والغذاء، والخدمات التي تؤديها الآلات والأدوات المستخدمة في تسهيل عملية التشخيص والعلاج، بالإضافة إلى الوسائل المستخدمة في خدمات الوقاية.<sup>3</sup>
- تحسب المستفيدين من الخدمات الصحية: يمكن تصنيف الخدمات الصحية حسب هذا المعيار الى خدمات فردية وخدمات جماعية:
- خدمات فردية :وهي تلك الخدمات التي يستفيد منها شخص واحد دون أن تكون له علاقة بأي جهة أو مؤسسة صحية معينة، كأن يتوجه شخص مريض إلى إحدى المؤسسات الصحية للحصول على المعالجة.
  - خدمات جماعية أو منظمة :هي تلك الخدمات التي يستفيد منها عدد من الأفراد ينتمون إلى مؤسسة واحدة، مثل الخدمات التي تقدمها المؤسسات لعمالها، سواء عن طريق تعيين طبيب في تلك المؤسسة أو التعاقد مع أطباء ومؤسسات صحية لمعالجة عمال تلك المؤسسة وفق اتفاق معين.

<sup>1</sup> فريد كورتل ، "تسويق الخدمات " ، مرجع سبق ذكره ، ص319 .

<sup>1</sup> زكي خليل المساعد ، "تسويق الخدمات وتطبيقاته" ، مرجع سبق ذكره ص 294-

<sup>2</sup> عصماني سفيان ، دور التسويق في نظام الصحية من وجهة المستفيدين منها (المرضى) ، مرجع سبق ذكره ، ص. 41

المبحث 2: واقع القطاع الصحي و تنظيم الهياكل الاستشفائية وكفاءتها في الجزائر  
يعد المستوى الصحي مقياس تقدم لتحقيق التنمية في المجتمعات، على غرار ذلك تسعى الجزائر الى تحسين هذا القطاع من خلال زيادة الإهتمام به، والمتمثلة في زيادة مجموعة من الإصلاحات عبر فترات مختلفة وذلك بزيادة عدد من المؤسسات الصحية عبر ربوع الوطن وزيادة الإنفاق عليها، بهدف تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة للأفراد، سنحاول من خلال هذا المبحث مراحل التطور التاريخي للمؤسسة الصحية العمومية الجزائرية لمعرفة التغيرات التي مرت بها وكذا التنظيمات الجديدة على القطاع الصحي و اثرها على كفاءة الهياكل الاستشفائية.

#### المطلب الأول: مراحل تطور المؤسسة الصحية العمومية في الجزائر:

لقد شهدت المؤسسة الصحية الجزائرية بعد الاستقلال عدة تغيرات سواء من حيث الهياكل الصحية بمختلف أنواعها، أو عدد العاملين بها، هذه التغيرات كانت عبر مراحل عديدة:  
أولاً: تسيير الأزمات الصحية ( 1962- 1974):

بعد الاستقلال ورثت الجزائر عن الاستعمار وضعية متأزمة اتسمت بنقص كبير في الموارد المادية والبشرية، وازدادت الخطورة الصحية بعد الهجرة الجماعية للأطباء الفرنسيين.

كما كانت الجزائر تعاني من الفقر، سوء التغذية وانتشار واسع للأوبئة والأمراض... والواقع أن الأزمة الصحية التي عرفتها المؤسسة الصحية العمومية كانت أزمة عميقة الجذور نتيجة تراكمات الممارسة الاستعمارية وتحيز المؤسسات الصحية الاستعمارية، التي تميزت باللامساواة في توزيع فرص الصحة بين الفرنسيين والجزائريين، إذ تمثلت أهم المشاكل الصحية عشية الإستقلال في<sup>1</sup>:

- هجرة جماعية للأطباء (2200) طبيب و (2700) ممرض وممرضة.
- حالة صحية متردية نتيجة للنقص الفادح في الكوادر الصحية الوطنية، حيث بلغ عدد الأطباء بالنسبة لعدد السكان (80) أطباء لكل 100.000 ساكن، وكان عدد الصيادلة حوالي (50) صيدلي و (30) طبيب أسنان فقط.
- نقص كبير في الكوادر الفنية والإدارية لتسيير المؤسسات الصحية.
- سوء التغذية، سوء توزيع المراكز والمؤسسات الصحية.

كانت المرافق الصحية وعدد المستخدمين محدودا جدا ومتمركزا في المناطق والمدن الكبرى. هذه الوضعية الصحية الصعبة التي ورثتها الجزائر حتمت عليها القيام بعدة إصلاحات على المنظومة الصحية، ومن أجل مواجهة هذا الوضع استعانت بإطارات من بعض الدول كبلغاريا ورومانيا وروسيا...، إضافة إلى إرسال العديد من الأطباء إلى الخارج لتكوينهم وتدريبهم، فالنقص الكبير في الوسائل والمعدات الصحية ورؤوس الأموال خلق روح التعاون بين المؤسسة الصحية الجزائرية وبين الدول المتطورة، لإعادة تنظيم القطاع الصحي الموروث عن الاستعمار ليتماشى مع الوضع الجديد، وفي هذا الإطار تم صياغة مجموعة من الأهداف والإجراءات تتمثل في<sup>2</sup>:

1 - MOHAMED AMIR, l'histoire de la santé en algerie , édition OPU, Alger, 1986, p : 205.

1 - MOSTAFA KHIATI, quelle santé les algériennes?, édition Maghreb relation, Alger, 1990, p : 52.

- إلزامية التبليغ عن الأمراض المعدية.
- الإستفادة من مراكز الأمومة والطفولة.
- تنفيذ أول برنامج وطني لمكافحة الملاريا وحى المستنقعات والتراخوما عام 1965.
- التطعيم يكون إجباريا ومجانيا لخمسة أمراض (السل، التيتانوس، السعال الديكي، شلل الأطفال، الجدري) عام، 1969 وذلك من خلال القرار 69-96 المؤرخ في 09 جويلية 1969.
- الحملة الوطنية للتطعيم بـBCG وشلل الأطفال. 1969-1970.
- إنشاء لجنة النظافة ومجلس الأمراض المهنية.

ومن أهم الإصلاحات في هذه المرحلة نجد إنتداب العديد من المسؤولين إلى المستشفيات الجامعية بمختلف ولايات الوطن بموجب القرارات المؤرخة في 26-27 نوفمبر إلى 07 ديسمبر 1965.

وفي 22 فيفري و 07 مارس 1965 صدرت جريدة متضمنة حركة موظفي الصحة العمومية، ومن ضمن هذه القرارات أن هؤلاء المسؤولين يمارسون فترة تدريبية بالمركز الإستشفائي الجامعي، كما تم إنشاء لجنة لشراء اللوازم الضرورية للمستشفيات والوحدات الصحية التابعة للمساعدة الطبية والإجتماعية بقرارات من وزير الصحة في 07 مواد تم خلالها إيضاح التقسيم الإداري للمهن واختصاص كل شخص من هؤلاء المسؤولين، كما تعمل هذه اللجنة على إعداد جداول الأعمال للموظفين وإعداد قائمة الاجتماعات واللوازم والمستشفيات.

وفي هذه الفترة من تطور المؤسسة الصحية كانت المستشفيات مؤسسات تتمتع بشخصيتها المعنوية والاستقلال المالي، وكان نظام التشغيل مبنيا على لجتين؛ واحدة طبية استشارية والأخرى إدارية تداولية، مع التحديد الدقيق لصلاحيات كل منهما، كما يشترك ممثلوا صناديق الضمان الاجتماعي في اللجنة الإدارية، ولم يكن هدف هذه المؤسسات الربح، وإنما تقديم خدمات صحية للمواطنين بأقل تكلفة، وكان يتحتم وضع الميزانيات انطلاقا من معطيات محدودة ومبررة.

بالإضافة إلى ما سبق هناك المرسوم 66-73 المؤرخ في 04 أبريل 1966 الذي ألحق الوحدات الصحية بالمؤسسات الاستشفائية، وتوسيع الخدمات الصحية إلى جميع المواطنين، وكذلك مرسوم 69-96 في جويلية 1969 الذي أقر بإجبارية ومجانية التطعيم الذي وصل حتى الأرياف. ومع بداية السبعينات وخاصة في الفترة الممتدة بين 1974-1970 عرفت المؤسسة الصحية الجزائرية تطورا ملحوظا تجسدي في ارتفاع عدد الأطباء والعاملين وكذا عدد المستشفيات والمراكز الصحية والتي ساهمت في التوعية الصحية للمواطنين، وهذا ما يتجلى في الجدول التالي:

جدول رقم ( I - 2 ) المنجزات المحققة في المجال الصحي ( 1962 - 1974 ) في الجزائر:

المنجزات السنوية	الأطباء الجزائريين	المستشفيات	المراكز الصحية
1962	342	156	188
1974	1425	163	588

المصدر: محمد رضا بالمختار، نسق العلاج وعقلانية الفاعلين ضمنه، رسالة ماجستير في علم الاجتماع، جامعة الجزائر، 1988، ص 67.

ثانيا: مجانية العلاج ( 1974-1980 ) :

عرفت المؤسسة الصحية في هذه المرحلة عدة تطورات، بتطبيق مجانية العلاج وفقا للمرسوم الصادر في 28/11/1973 حيث عممت هذه السياسة عبر كل القطاعات الصحية، إذ شكلت مجموعات عمل متعددة الاختصاصات كلفت بالمساعدة على تنفيذ المخطط الرباعي الثاني، وإعداد البرامج الصحية وشبه الصحية،

وبموجب هذا النص اتبعت الجزائر نظام وطني للصحة (SYSTEM NATIONAL DE SANTE) يتميز بتكفل الدولة بكل نفقات العلاج في القطاعات الصحية وجسدت مبدأ الصحة حق لكل المواطنين.

واهتمت الجزائر بتطوير المنظومة الصحية، من خلال إثرائها في مشروع الميثاق الوطني سنة 1976، إذ تتكفل الدولة بضمان الوقاية لتحسين صحة السكان.

كما شكل الطب المجاني قاعدة أساسية لنشاط المؤسسة الصحية، بالإضافة إلى إنشاء المراكز الطبية الاجتماعية والمخابر اللازمة، خاصة في المناطق النائية وتدعيم البنية التحتية وتلاحم الهياكل الإدارية بحكم التزايد المستمر للسكان، إصلاح السلك الطبي والشبه الطبي، إعطاء الأولوية لمناطق التي تعاني من نقص في التأطير الطبي، وتطوير وقاية الأم والطفل، المراقبة الطبية المستمرة بطريقة تعطي للصحة العمومية محتوى اجتماعي صارم.

وتواصلت التطورات في النظام الصحي الجزائري، حيث أدخلت المراكز الصحية إلى الأرياف وتزايد عدد المستشفيات في المدن، ففي سنة 1976 تجسدت مركزية في العلاج الأمر الذي فسح المجال الواسع لوصول المواطنين إلى الهياكل الصحية القاعدية، إذ تتكفل إدارة المستشفيات بالمخطط الطبي والمادي حتى تتمكن من التنسيق والفعالية ما بين الهياكل الصحية، كما أن هذه الفترة شهدت تطورا فيما يخص المنشآت القاعدية وعدد المستخدمين، انعكس ذلك ايجابا على الوضع الصحي بصفة عامة؛ حيث ارتفع أمل الحياة، انخفاض معدل وفيات الرضع وانخفاض حدة الأمراض المعدية، عموما فقد شهدت هذه المرحلة زيادة عدد المراكز الصحية، المستشفيات، العيادات متعددة الخدمات والأطباء.

والملاحظ أنها تميزت بتراجع الدولة في الإنفاق على الصحة، ففي سنة 1979 كانت الدولة تساهم بي 61% من الإنفاق على الميزانية المخصصة لإنشاء وتسيير القطاعات الصحية، في حين كان صندوق الضمان الاجتماعي يساهم في نفس السنة بـ 38.5% وتبقى نسبة ضعيفة تغطيها المساهمات الأخرى. كما تميزت هذه المرحلة بالمركزية المفرطة في التسيير، حيث أقتصر دور المسير على تنفيذ الميزانيات لا غير، وأصبحت الدولة وصناديق الضمان الاجتماعي تتحمل كل نفقات الصحة، حدث ساعد ارتفاع سعر النفط في هذه الفترة على ذلك، إضافة إلى غياب مسيرين متخصصين في التسيير الصحي انعكس ذلك على عدم القدرة في حل مشاكل الصحة للمواطنين، وهجرة هياكل العلاج القاعدية، واكتظاظ الهياكل الثقيلة مثل المراكز الإستشفائية الجامعية، والتي ينبغي أن نقدم العلاج المتخصص، كما أن تكاليف التشغيل عرفت تضخما كبيرا مع تدهور نوعية العلاج. وفيما يتعلق بأهداف التنمية الصحية أثناء هذه المرحلة فكانت تركز على:

-تحديد استراتيجية وطنية تضمن توزيع فرص العلاج على أفراد المجتمع.

-تحقيق العدالة الاجتماعية في الحصول على العلاج (ديمقراطية العلاج).

ثالثا: السياسة الصحية الجديدة وإصلاح المنظومة الصحية (1980-1995):

انت هذه الفترة عبارة عن تقييم للسياسة التنموية التي اتبعتها الجزائر، ومن ضمنها السياسة الصحية؛ حيث نجد أن الحكومة الجزائرية عملت على وضع الخطوط الرئيسية للسياسة الواجب إتباعها في المستقبل.

تميزت هذه المرحلة بإصلاح القطاع الصحي، وكانت الدولة هي الفاعل الوحيد تقريبا في مجال توجيه وتحقيق وتمويل الاستثمارات الصحية، وقد حدث في الثمانينات انعطافا مهما في اتجاهات السياسة الصحية، إذ حققت المؤسسة الصحية الجزائرية خلال هذه المرحلة قدرا من التقدم في المجال الصحي من حيث عدد الأطباء؛ فقد

وصل عدد الجزائريين منهم سنة 1982 إلى ( 7350 ) طبيب في مقابل ( 2401 ). طبيب أجنبي، كما ارتفع عدد جراحي الأسنان الجزائريين حيث بلغ ( 2171 ) أما عدد الصيادلة فوصل ( 1093 )<sup>1</sup> إلى والملاحظ أن المنشآت الصحية قد ارتفع عددها في سنة 1982 كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (I - 3) تطور الهياكل الصحية في الجزائر من سنة 1979 إلى غاية 1982 :

سنوات المنشآت الصحية	1979	1980	1981	1982
القطاعات الصحية و المؤسسات الخاصة	183	1983	196	196
المجمعات الصحية	161	175	214	260
المراكز الصحية	622	741	810	867
وحدات العلاج و الكشف	1344	1368	1474	1598

Source : ministère de la santé, séminaire sur le développement d'un système national de santé, www.sante.gov.dz, consulte 01/07/2012 p273 .

و كانت من أهم الاهتمامات في هذه الفترة، العمل على التثقيف الصحي للسكان خاصة في الأرياف، من خلال وحدات العلاج التي أقامتها هناك، واعتمدت في ذلك على وسائل الإعلام بدرجة كبيرة من أجل تبليغ الرسالة الصحية لفئات عديدة من المجتمع.

وفي سنة 1984 عرف قطاع الصحة العمومية تطورا ملحوظا خاصة في مجال المنشآت الصحية والجهاز الطبي؛ فبلغ عدد الأطباء خلال سنة 1984 حوالي 12082 طبيب و 2880 جراح أسنان و 1197 صيدلي. كما جاء في سنة 1984 ضرورة دعم المؤسسة الصحية بالإجراءات التالية<sup>2</sup>:

- رفع مردودية الهياكل الموجودة، والتي تنشأ فيما بعد.
- دعم الهياكل القاعدية بهدف تخفيف الضغط على المراكز الجامعية والمستشفيات الكبرى المتخصصة.
- الاعتماد على سياسة نشيطة في مجال الوقاية والتربية الصحية.

وعلى الرغم من محاولة القضاء على الأمراض المنتشرة خلال تلك الفترة والانخفاض المحسوس في نسبة الوفيات، إلا أنه بقي يشكل نسبة مرتفعة عند فئة الأطفال مع بقاء اللامساواة بين المدن، حيث نجد أن المدن الكبرى كالجائر العاصمة، وهران، قسنطينة، تتوفر على أهم وأفخم الخدمات الصحية من خلال توفر المستشفيات الكبرى المجهزة بالعتاد الطبي والأطباء الأكفاء مع الإعتماد على الأطباء الأجانب، واستمرار إرسال المرضى للعلاج بالخارج و بالنسبة لعدد المؤسسات الصحية في الفترة ما بين 1985 إلى 1989 فقد شهد ارتفاع كبير كما يبينه الجدول التالي:

<sup>1</sup> - Ministère de la santé, séminaire sur le développement d'un système national de santé, www.sante.gov.dz, p :272.

<sup>2</sup> -Ministère de la santé, rapport sur l'organisation du système de santé, Alger, janvier 1999, www.sante.gov.dz , p -4

الجدول رقم ( I - 4) عدد المؤسسات الصحية في الجزائر في الفترة ما بين 1985 إلى 1989:

1989	1986	1985	السنوات المؤسسات الصحية
261	238	211	عدد المستشفيات
54147	55265	49315	عدد الأسرة
433	359	319	قاعات متعددة الخدمات
1089	1025	669	مراكز صحية
2693	2574	2454	قاعات العلاج

alger,1985- 1988, www.sante.gov.dz, Source : ministère de la santé, enquête sur la morbidité et la mortalité infantile en Algérie, consulté 07.12.2012, p 26.

فيما يخص الوحدات الصحية فقد بلغ عددها ( 264 ) مستشفى و ( 4000 ) وحدة صغيرة زيادة على ( 2300 ) وحدة متخصصة في معالجة أمور العمل والتخطيط العائلي، بالإضافة إلى 26 مختبرا في سنة 1990<sup>1</sup>. وبالنسبة للقوانين التي صدرت في الثمانينات فيمكن ذكر:

صدور القرار رقم 22 المؤرخ في 05/09/1981 القاضي بتنظيم وسير القطاعات الصحية، كما تم تطبيق قانون الإستدلالية في الميزانية والتسيير في 06/12/1986، فيما يخص المراكز الإستشفائية الجامعية، وصدر قانون خاص بالعيادات الخاصة سنة 1987 نظرا لعدم قدرة القطاع الصحي العمومي على استيعاب المتخرجين من المعاهد الطبية، وفي هذه الفترة بالذات تم فسح المجال أمام القطاع الخاص وتوسعه ككامل أو كبديل للقطاع العمومي<sup>2</sup>، ويمكن أن نورد أهم المنجزات في مجال الصحة خلال هذه الفترة في :

- بناء المستشفيات وتجهيزها بالمعدات الطبية والجديدة المتطورة.
- تحسين وتطوير برامج الرعاية الصحية بالجوء إلى صندوق الضمان الإجتماعي الذي كان يغطي في هذه الفترة 65 % من ميزانية القطاعات الصحية.

أما في سنة 1990 سمحت الدولة بظهور ما يسمى بالطب الحر، حيث دعمته ببعض العيادات والمخابر الخاصة، ما استمرت في سياسة الطب المجاني حتى شهر مارس سنة 1995. ومما سبق نجد أن الجزائر في إطار التعاون مع منظمة اليونسكو سنة 1990 سطرت برنامج يضمن تبني أهداف محددة للفترة الممتدة بين 1991-1995؛ وهي تخفيض وفيات الأطفال، توزيع ديمغرافي أكثر تساوي بين المناطق فيما يخص الإستفادة من الخدمات الصحية<sup>3</sup>. كما تميزت هذه المرحلة باستقلالية المستشفيات الجامعية، حيث أصبحت لها ميزانية خاصة، ومن جهة أخرى ظهور مشاريع رسمية لفتح عيادات طبية وجراحية خاصة، أي أنها اتسمت بالانفتاح وليبرالية العلاج، وهي السياسة التي تسببت في نزوح الإطارات الطبية وشبه الطبية من القطاع العام إلى القطاع الخاص، نظرا للحوافز المادية والمعنوية المختلفة التي تقدم للعاملين فيه، مما أفقر القطاع العام من إدراته.

<sup>1</sup> ministère de la santé, enquête sur la morbidité et la mortalité infantile en Algérie, alger,1985- 1988, www.sante.gov.dz, p 22.

<sup>2</sup> -Ministère de la santé, rapport sur l'organisation du système de santé, www.sante.gov.dz,1999, p 16.

<sup>3</sup> نبيلة بوخيزة، الإتصال الإجتماعي الصحي في الجزائر، رسالة ماجستير في علم الاجتماع، جامعة الجزائر، 1995، ص6.

## الفصل الأول: الهياكل الصحية القاعدية للنظام الصحي الجزائري

وفي ديسمبر 1990 تم انعقاد المؤتمر الوطني لإصلاح المنظومة الصحية بالجزائر العاصمة، تم من خلاله طرح بعض المشاكل التي تعاني منها المنظومة الصحية مع اقتراح بعض الحلول، وشكلت في إطاره 6 لجان: لجنة الأهداف الوطنية للسياسة الصحية، لجنة تنظيم المنظومة الوطنية للصحة، لجنة التسيير الإداري للخدمات الصحية، لجنة تمويل المنظومة الوطنية للصحة، لجنة أجور المستخدمين في مجال الصحة، لجنة التكوين. كما تم عقد حلقة للخبراء من 17 إلى 20 ديسمبر بمدينة جانت لتقدير نتائج المؤتمر الوطني حول إصلاح المنظومة الصحية والضمان الاجتماعي، شارك فيها ممثلون عن القطاعات المعنية: وزارة الصحة، وزارة الشؤون الاجتماعية، الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية وحوادث العمل CNASAT وخبراء أجنبية، هدفت إلى اقتراح خطة عمل يصحبها جدول زمني لأجل المباشرة في تنفيذ الإصلاح ابتداء من جانفي 1991 وعلى إثر ذلك انعقدت اللجنة الوزارية المشتركة المكلفة بتنفيذ إصلاح المنظومة الوطنية للصحة حلقة دراسية يومي 16 و17 مارس 1991 في المعهد الوطني للصحة العمومية بالجزائر، ومن النقاط التي تناولها تحضير استراتيجية البدء في تنفيذ إصلاح المنظومة الوطنية للصحة طبقا لتوصيات مؤتمر 1990.

رابعا: مرحلة مواصلة إصلاح المنظومة الصحية ما بعد (1995):

مرحلة الانفتاح على اقتصاد السوق وإلغاء مجانية العلاج تدريجيا، فهي إذا مرحلة إصلاح المؤسسة الصحية العمومية تماشيا مع التغييرات الاقتصادية والاجتماعية والسياسية التي تشهدها الجزائر حاليا، إذ عرفت المؤسسة الصحية العمومية في الجزائر في السنوات الأخيرة تطورا ملحوظا سواء فيما يخص الهياكل الصحية أو من حيث الموارد البشرية العاملة بها كما يبينه الجدول التالي:

الجدول رقم (أ - 5) تطور الهياكل الصحية العمومية في الجزائر من 1996-2000 :

الهيكل الصحية	1996	1997	1998	1999	2000
مراكز استشفائية جامعية	13	13	13	13	13
قطاعات صحية	177	186	187	217	224
مؤسسات استشفائية متخصصة	21	25	31	31	31
عيادات متعددة الخدمات	446	642	478	482	488
مراكز صحية	1098	1110	1126	1186	1210
قاعات العلاج	3748	3601	3780	3851	3975

المصدر: وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات www.sante.gov.dz تصفح بتاريخ 2021/03/13

وقد عرف قطاع الصحة بداية من جوان 2002 إضافة تسمية جديدة على الوزارة المسؤولة عن الخدمات الصحية بالجزائر، ليتسع أكثر فأكثر مجال عملها، ألا وهي وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات الغرض منها الوقوف على أهم المعوقات التي تحول دون نمو هذا القطاع الإستراتيجي والحساس، وإيجاد الحلول المناسبة لإنعاشه عن طريق تطبيق مبدأ إصلاح المستشفيات العمومية من الداخل، بمعنى البحث عن آليات جديدة تسمح بتسيير وتمويل هذه المنشآت الصحية ذاتيا (أي لا مركزية التسيير والتمويل) وسيتم اعتماد صيغة جديدة في تسيير المؤسسات الصحية العمومية وتمويلها تعريف بنظام التعاقد، بإعادة النظر في أسلوب التمويل الجزافي، إذ تتكفل ميزانية الدولة بتغطية نفقات الوقاية، التكوين والبحث الطبي

والخدمات الصحية المقدمة للمحرومين غير المؤمنين اجتماعيا عموما فإن سياسة الجزائر في الوقت الحاضر تتمثل في النقاط التالية:

- اصلاح المستشفيات، أي ترقية التكفل الطبي والجراحي بالحالات المرضية الثقيلة التي تطلبت في السابق تحويلات إلى الخارج على عاتق ميزانية الدولة وتسببت في نفقات كبيرة للمؤسسة الصحة العمومية.
- إعادة الاعتبار للمؤسسات الخاصة أي العيادات المختصة في مجالات طبية معينة.
- تطوير العلاجات القاعدية.
- تشجيع الصناعة الصيدلانية القاعدية في مشاريع الاستثمار والشراكة.

والملاحظ أنه بالرغم من التطورات والإصلاحات التي أدخلت على هياكل الصحة العمومية الجزائرية، إلا أن التغطية الصحية في الجزائر لا تزال هشة وتعرف نقائص كبيرة.

و تم إصدار المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 الهادف إلى إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها، وبموجبه سيتم إلغاء أحكام المرسوم الذي يحدد قواعد إنشاء القطاعات الصحية وتنظيمها وسيرها، وبالتالي تصنف (تتحول) جميع مؤسسات وهياكل القطاع الصحي، إلى مؤسسات عمومية استشفائية ومؤسسات عمومية للصحة الجوارية ، والذي تم تطبيقه ابتداء من 01 جانفي 2008<sup>1</sup> . رغم التغييرات والتطورات التي شهدتها المؤسسة الصحية العمومية الجزائرية منذ الاستقلال سواء من حيث عدد العاملين أو الهياكل، إلا أنها تعرف صعوبات حالت دون تحقيق الأهداف والغايات التي وجدت من أجلها أو التي تسعى إليها، خاصة في ظل المستجدات الحالية كالعولمة والانفتاح، ومنافسة القطاع الخاص....

إن الوضعية الصعبة التي تمر بها المؤسسة الصحية العمومية الجزائرية، مرتبطة أساسا بمشاكل التنظيم والتسيير، وليس نقصا في الإمكانيات والموارد البشرية والمادية فقط، وأمام هذا الوضع أصبح ضروريا التفكير والمطالبة بالاستقلالية في التسيير ككل للمحافظة على هذه المؤسسات، وإجراء التغييرات المناسبة التي من شأنها تحسين مستوى الخدمات الصحية في ظل كل ما يحدث.

**المطلب الثاني: تنظيم الهياكل الاستشفائية وكفاءتها**

**أولا: إعادة هيكلة القطاع الصحي**

إثر صدور المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 تحولت القطاعات الصحية إلى مؤسسات عمومية استشفائية Etablissements Hospitaliers و عددها 192 و مؤسسات عمومية للصحة الجوارية Etablissement publique de santé de proximité و يبلغ عددها 271 مؤسسة، و تم الفصل في تسيير و مهام كل منهما، و هو موضوع التغيير<sup>2</sup>.

يبين الجدول الموالي تطور الهياكل الصحية القاعدية في الجزائر قبل إصلاحات سنة 2007.

<sup>1</sup> - للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية المرسوم التنفيذي رقم، 07-140-الجزيرة الرسمية الصادرة بتاريخ 19 ماي، العدد 33، 2007، ص.10.

<sup>2</sup> المرسوم التنفيذي رقم، 07-140-الجزيرة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الصادرة بتاريخ 19 ماي، 2007، ص.5.

جدول رقم ( I - 6 ) تطور الهياكل الصحية القاعدية في الجزائر في الفترة بين 1991-2006:

2006	2005	2004	2003	2000	1999	1997	1991	السنوات
								الهياكل الاستشفائية
520	516	512	497	516	482	462	445	عيادات متعددة الخدمات
1248	1292	1275	1285	1252	1185	1110	1112	مراكز صحية
4684	4628	4545	4412	3964	3851	3601	3618	قاعات علاج
592	-	599	603	515	448	428	582	مراكز طبية اجتماعية
5251	5111	5128	5124	5324	5347	5366	4493	عدد السكان لكل هيكل صحي

Source : www.ons.dz, consulté le 01/07/2012

يبين الجدول رقم ( I - 5 ) التطور المستمر للهياكل الصحية القاعدية ومن ثم الجهود المبذولة من طرف السلطات العمومية لتوفير الخدمات الصحية للمواطنين مهما كانت التحديات. بالموازاة يلاحظ نمو متسارع لشبكة الهياكل الصحية التابعة للقطاع الخاص؛ يعود السبب الرئيسي لتنامي هذا القطاع إلى تطبيق برنامج التعديل الهيكلي واعتماد اقتصاد السوق؛ ساهم هذا الأخير في تحرير الاقتصاد وتشجيع المنافسة في عرض العلاج و السماح لل رأسمال الخاص بالاستثمار في قطاع الصحة مع تحديد الدور الذي تلعبه الدولة في الحقل الاقتصادي، وقد كان من بين شروط برنامج التعديل الهيكلي التخلي تدريجيا عن تمويل العلاج تاركة المجال للضمان الاجتماعي والأسر.

إن استثمار الخواص في قطاع الصحة جلب إليه عددا متزايدا من الأخصائيين الذين كانوا يمارسون نشاطهم في المؤسسات الصحية العمومية. يبين الجدول الموالي تطور ممارسين الصحة في القطاعين.

جدول رقم ( I - 7 ) تطور ممارسين الصحة بين القطاع العام والقطاع الخاص أثناء ( 1997 - 2005 )<sup>1</sup>:

قطاع خاص		قطاع عام		النسبة التطور %	سنة 2005		سنة 1997		الممارسين
2005	1997	2005	1997		عدد السكان لكل ممارس	عدد الممارسين	عدد السكان لكل ممارس	عدد الممارسين	
%	%	%	%	%					
31.8	28.9	68.2	71.1	33.07	872	37720	978	28344	الاطباء العاميين , الاخصائيين والمقيمين
48.21	34.7	51.7	65.3	16.46	3546	9277	3483	7966	جراحين اسنان
96.01	89.6	3.99	10.3	63.28	5010	6567	7602	4022	صيادلة

Source : ONS Algérie, www.ons.dz , consulté le 01/07/2012

<sup>1</sup> ONS, L'Algérie en quelques chiffres, n°37, résultats 2004-2006, édition 2008, Alger, p. 19.

ثانياً: كفاءة الهياكل الاستشفائية ومعايير تقييمها.

أ- تعريف كفاءة الهياكل الاستشفائية وأنواعها

تعد الكفاءة جوهر هذا البحث، وللوصول إلى المفهوم المناسب له، يجب استعراض أهم إسهامات الباحثين والمختصين، بالإضافة إلى استعراض أهم المفاهيم المرتبطة بها، كالفعالية والإنتاجية والأداء. وتجدر الإشارة إلى أن مصطلح الكفاءة لا يؤخذ بمفرده بل هو مضاف إلى كلمة أخرى ليعطي مدلول دقيق كقول كفاءة الاداء أو كفاءة الهياكل الاستشفائية.

و يمثل مفهوم كفاءة المنظمة معيار الرشد في استخدام الموارد البشرية والمالية والمادية والمعلومات المتاحة، حيث أن المنظمة الهادفة لنمو والتطور لابد وأن تؤمن إمكانية استمرار التدفق البشري والمادي والمالي والمعلوماتي لكي تعمل بشكل فاعل ومستمر.

وقد أشار بعض الباحثين إلى أن كفاءة المنظمة ينظر لها، غالباً من زاوية تقديم المنافع القادرة على خلق التوازن في أداءها، وهذا ينطبق على ضرورة اعتماد رضا الأفراد العاملين كواحد من المؤشرات المعبرة عن كفاءة الأداء، خاصة وأن تحقيق المنافع القادرة على رفع الروح المعنوية للأفراد العاملين من شأنه أن يعزز من إسهاماتهم المستمرة في تحقيق الأهداف و بدرجات أعلى من كفاءة الهياكل. وفي ضوء ذلك فإن مفهوم كفاءة الهياكل، يعتمد على درجة الرشد في استخدام الموارد المتاحة بالشكل الذي يحقق أعلى المدردودات منها، وكذلك إشباع حاجات و رغبات المرضى من السكان وحتى العاملين و ذلك برفع الروح المعنوية لديهم ليعزز رغبتهم و اندفاعهم للعمل.

تعرف الكفاءة على انها الاستخدام الرشيد للموارد المتاحة والذي يحقق أقل مستوى للتكلفة دون التضحية بجودة مخرجات المؤسسة<sup>1</sup>. "كما انها تعني " نسبة المخرجات الفعلية المحققة إلى المخرجات القياسية أو المخططة<sup>2</sup>. وتزيد كفاءة المؤسسة كلما زادت هذه النسبة. فالكفاءة تعني "إنجاز عمل بأقل جهد ضائع أو فاقد<sup>3</sup>."

يوجد أنواع مختلفة للكفاءة نذكر منها :

➤ الكفاءة الإنتاجية: العلاقة بين كمية الموارد المستخدمة في العملية الإنتاجية وبين الناتج من هنا يمكن تعريف الكفاءة الإنتاجية بأنها انتاج السلع ، خدمات مع مزيج مثالي من المدخلات انتاج الطاقة الانتاجية القصوى بأقل قدر من التكاليف وبذلك ترتفع الكفاءة الإنتاجية كلما ارتفعت نسبة الناتج إلى المستخدم من الموارد."

تتضمن العملية الإنتاجية جانبين: الجانب الأول تقني يتمثل في كمية المخرجات الناتجة عن استخدام كمية من المدخلات والجانب الثاني " تكاليف " يتمثل في أسعار المدخلات، وعليه فالكفاءة الإنتاجية هي محصلة الكفاءة التقنية والكفاءة السعرية أو ما يعرف ب" كفاءة التكلفة"<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> ثابت عبد الرحمن إدريس، كفاءة وجودة الخدمات اللوجستية، مفاهيم أساسية وطرق القياس، الدارالجامعية، مصر، 2006، ص145

<sup>2</sup> نبيل ابراهيم محمود، تحليل المتغيرات الاقتصادية، الانتاجية، والكفاءات، دارالبداية، الأردن، 2008، ص55

<sup>3</sup> تامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، داراليازوري العلمية، الأردن، 2015، ص183 .

<sup>4</sup> علي السلي، إدارة الأفراد والكفاءة الإنتاجية، 3ط، مكتبة الغرب القاهرة - مصر، بدون ذكر سنة النشر، ص21

➤ الكفاءة الهيكلية: يعبر مفهوم الكفاءة الهيكلية عن الكفاءة التقنية للصناعة ويهدف هذا النوع من الكفاءة إلى قياس مدى استمرار تطور الصناعة وتحسينها بالاعتماد على أفضل مؤسساتها. الهياكل الصحية – الطاقم الطبي .

➤ الكفاءة النسبية: هي مقياس للكفاءة سواء كفاءة تقنية أو كفاءة سعرية أو كفاءة اقتصادية لمؤسستين أو أكثر أي مقارنة درجة الكفاءة بين المؤسسات داخل الصناعة الواحدة، وتتم هذه العملية في ظل فرضية توحيد العملية الإنتاجية للمؤسسات. التسيير الهادف .

ب- معايير تقييم كفاءة الهياكل الاستشفائية:

تأتي اهم المعايير المستخدمة في تقييم كفاءة المستشفيات كالتالي:

✓ **المعايير التصميمية:** وهي المعايير الخاصة بموقع المستشفيات و حجمها و تصميمها التي لها دور كبير في ادائها.

✓ **المعايير الادارية:** وهي المعايير الخاصة بموقع المستشفيات و حجمها و تصميمها التي لها دور كبير في ادائها.

✓ **المعايير و مؤشرات احصائية لتقييم اداء العامل في المستشفيات و مدى تأثيرها على الخدمات و**

الاستثمار<sup>1</sup>: إن هذه المعايير و المؤشرات عبارة عن قيم رقمية تصف المتغير او الظاهرة بعد معالجة .  
المعلومات المتاحة باستخدام اساليب التحليل الاحصائي المناسب وهي شائعة الاستخدام في مجال الخدمات الصحية و التقارير المتعلقة بالشؤون الصحية.

- فالمؤشر يمكن المسؤولين عن الادارات و البرامج الصحية من مراقبة و تقييم البرامج و الخطط و قياس كفاءة الأداء و تستخدم في الغالب بعض هذه المعايير نظرا لصعوبة استخدام جميع المعايير في مجال البحث فهي تحتاج الى دراسة كاملة و مطلوبة، فكلما زاد عدد المؤشرات و المعايير المستخدمة لتشمل نواحي عديدة كانت النتائج اكثر دقة و قريبة للواقع الفعلي ومن اهم المؤشرات المستخدمة عالميا:

.معدل سرير/طبيب: تقترن جودة الطبيب و جودة الخدمات التي يتلقاها المرضى الراقدين في المستشفى بعدد الاسرة المتاحة للرعاية الصحية و يعد المعدل المقبول عالميا هو سرير للطبيب الواحد

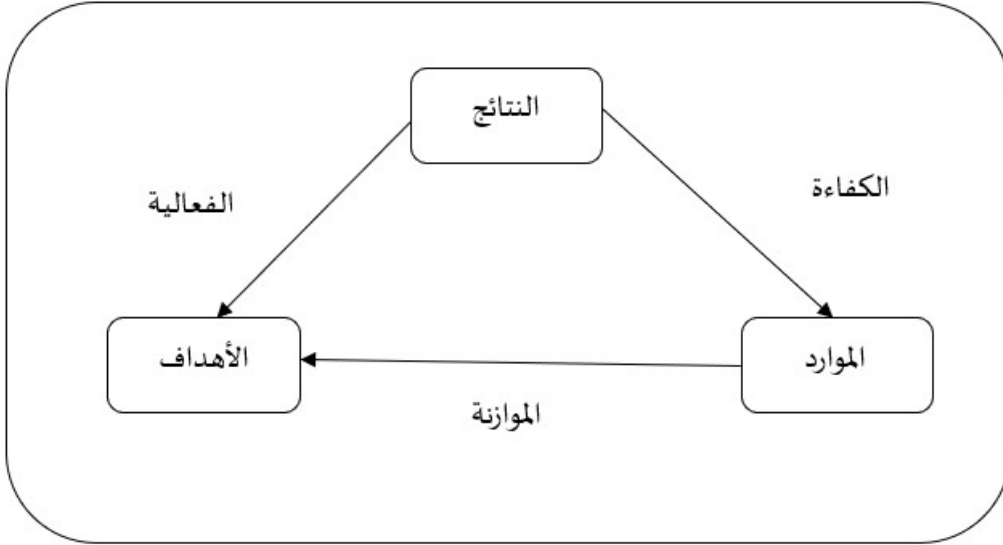
مجموع أسرة المستشفى في فترة زمنية معينة

= معدل سرير/طبيب

عدد الأطباء العاملين في المستشفى خلال الفترة

<sup>1</sup> نزار قاسم الصفار، تقييم كفاءة أداء المؤسسات الصحية ، دار تنمية الراقدين ، العراق ، 2009، ص 16

الشكل رقم ( I - 5 ) مثلث الكفاءة



المصدر: ناصر دادي عدون ، عبد الله قويدر الواحد ، مراقبة التسيير والأداء في المؤسسة الاقتصادية ، دار المحمدية العامة ، الجزائر ، 2013، ص.13

خاتمة الفصل :

تعتبر المؤسسات الصحية الدعامة الرئيسية لأي نظام صحي، فهي المنتج المباشر للخدمات الصحية التي يحتاجها أي مجتمع. ومن أجل مباشرة نشاطها تتطلب موارد مالية وبشرية ومادية معتبرة، وللوقوف على مدى حسن استخدام هذه الموارد يجب تقييم كفاءتها. ويقصد بالكفاءة تقديم أقصى من المخرجات باستخدام المتاح من المدخلات، أو لتحقيق قدر محدد من المخرجات يجب استخدام اقل ما يمكن من المدخلات. وعرفت كفاءة المؤسسات الصحية على أنها التخصيص الأمثل للموارد البشرية والهياكل والمعدات والمستلزمات الطبية التي تتوفر عليها أي مؤسسة من أجل الحصول على أكبر قدر من الخدمات الصحية الموجهة لسكان منطقة معينة، أو القدرة على تخفيض استعمال الموارد السابقة الذكر في العملية الإنتاجية للحصول على مستوى معين من الخدمات الصحية. ولتقييم كفاءة الهياكل الاستشفائية.



## الفصل الثاني

التمهيد:

تعتبر المالية العامة للدولة اداة حاسمة في الحياة الاقتصادية لأية دولة ، التي تستخدمها بغية تعديل الظرف الاقتصادي وفي تجسيد العدالة الاجتماعية، وتأخذ المالية العامة اطارا قانونيا منظما عند استعمالها لعناصرها المتمثلة اساسا في النفقة العامة، الايراد العمومي ، من خلال الميزانية العامة للدولة الي يتضمنها قانون المالية السنوي المقدم من طرف الحكومة للبرلمان للدراسة والمناقشة والترخيص، اذ تعتبر العنصر الاخير لتطبيق السياسة المالية للحكومة لذا سنتطرق في هذا المبحث الى تطور المالية العامة والإنفاق العمومي اضافة الى دور الموازنة العامة في تجسيد برامج التجهيز القطاعية من خلال ميزانية التجهيز للدولة،

وستتناول في هذا الفصل بدءا بمبحث الاول الذي يتمحور حول ماهية المالية العامة الذي تطرقنا فيه المبحث الى الإيرادات العامة و تقسيماتها المختلفة ، ثم النفقات و الميزانية العامة للدولة ، ثم نتعرض للنفقات و الميزانية العامة للدولة ، ثم مبحث الثاني الاطار العام لبرامج التجهيز القطاعية ، الذي تطرقنا فيه إلى تسير برامج التجهيز القطاعية حسب طبيعة تصنيفها سنتطرق في هذا العنصر إلى بعض المفاهيم ذات الصلة بمفهوم برامج التجهيز القطاعية ، و تحضير واعداد البرامج و الرقابة على تنفيذها. لنتطرق في الأخير إلى أنواع برامج التجهيز القطاعية واثرها على القطاع الصحي.

### المبحث الأول: ماهية المالية العامة

مرت مالية الدولة بثلاث اشواط الاول عرف الشوط الاول بفترة الدولة الليبرالية ، التي تميزت بتحديد النفقات والعمل على توازن الميزانية العامة للدولة الى جانب الاصرار على حيادية المالية العامة والمستمدة من حيادية دور الدولة في الحياة الاقتصادية. اما الثاني فهي فترة الدولة المتدخلة حيث نادى مؤيدو هذا الطرح بتدخل الدولة في الحياة الاقتصادية حتى تتمكن من القضاء على الانحرافات التي يمكن ان ينزلق فيها اقتصاد الدولة وتعديل وضبط مساره وفق الاهداف النهائية المرسومة من قبل السياسة الاقتصادية اما الشوط الثالث وهو ما وصلت اليه المالية المعاصرة اين تعددت اساليب تدخل وتسيير المالية العامة<sup>1</sup>.

وسنتطرق في هذا المبحث الى الإيرادات العامة و تقسيماتها المختلفة ، ثم النفقات و الميزانية العامة للدولة

### المطلب الأول : الإيرادات العامة و تقسيماتها المختلفة

نتطرق في هذا العنصر إلى بعض مفاهيم أساسية حول الإيرادات العامة و تقسيماتها المختلفة ، الميزانية العامة للدولة و مبادئها

### أولاً : مفاهيم أساسية حول الإيرادات العامة

تعدّ نظرية الإيرادات العامة من أهم النظريات التي شغلت بال العديد من المفكرين الماليين منذ أقدم العصور، بل لا نتجاوز الحقيقة إذا قلنا بأنها قد سبقت في الأهمية نظرية النفقات العامة. فلكي تستطيع الدولة ان تؤدي دورها الاقتصادي و الاجتماعي، و تقوم بالانفاق العام. يتعين عليها أن تحدد مصادر الإيرادات العامة و التي تعدّ دخولاً للدولة تمكنها من تغطية نفقاتها العامة في شتى الجوانب الاقتصادية و السياسية و الاجتماعية<sup>2</sup>. فبالإضافة إلى إيرادات الدولة التي تعتمد على عنصر الإجبار، ظهرت إيرادات أخرى مصدرها النشاط الاقتصادي للدولة، أي تلك الإيرادات الناتجة عن مشروعاتها الاقتصادية، و من تنظيم النشاط الاقتصادي.

تمثل الإيرادات العامة مجموع الأموال التي تحصل عليها الحكومة سواء بصفتها السيادية أو أنشطتها و أملاكها الذاتية أو من مصادر خارجية، عن ذلك، سواء قروض داخلية أو خارجية، أو مصادر تضخمية، لتغطية الانفاق العام خلال فترة زمنية معينة، و ذلك للوصول الي تحقيق عدد من الأهداف الاقتصادية و الاجتماعية و المالية ، و من ذلك يتّضح بأن الإيرادات العامة متنوعة ومتعددة<sup>3</sup>.

كما يقصد الإيرادات العامة على انها مجموعة الدخول التي تحصل عليها الدولة من مصادر مختلفة من أجل تغطية نفقات العامة وتحقيق التوازن الاقتصادي والاجتماعي<sup>4</sup>

<sup>1</sup> لعمارة جمال ، منهجية الميزانية العامة للدولة في الجزائر ، دار الفجر للنشر و التوزيع-2004 ص5.

<sup>2</sup> طارق الحاج ، المالية العامة ، دار الصفاء للنشر و التوزيع ، عمان ، 1999 ، ص.3

<sup>3</sup> عبد الغفور ابراهيم أحمد، مبادئ الاقتصاد و المالية العامة، دار زهران للنشر و التوزيع، عمان، الأردن ، 2003، ص.236

<sup>4</sup> محرز محمد عباس، اقتصادات المالية العامة، الطبعة الثالثة، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2008، ص.115

### ثانياً : تقسيمات الإيرادات العامة المختلفة

تعد نظرية الإيرادات العامة من أهم النظريات التي شغلت العديد من المفكرين الماليين، فلكي تستطيع الدولة أن تؤدي دورها الاقتصادي والاجتماعي وتقوم بالإنفاق العام، يتعين عليها أن تحدد مصادر الإيرادات العامة والتي تعد دخولا للدولة يمكنها من تغطية النفقات العامة.<sup>1</sup> ويقصد بالإيرادات العامة كأداة مالية مجموع الدخول التي تحصل عليها الدولة من المصادر من أجل تغطية نفقاتها العامة وتحقيق التوازن الاقتصادي والاجتماعي وقد اتجه بعض المفكرين الماليين إلى التمييز بين مصادر الإيرادات العامة على أساس عنصر الإجبار، فهناك مصادر إيرادات تقوم على أساس عنصر الإجبار استناداً إلى سيادة الدولة ويشمل هذا النوع:

#### أ) الإيرادات الإدارية:

- ✓ الضرائب أو الرسوم التي تمثل أهم صور الإيرادات، فالضريبة تعني اقتطاع مالي تأخذه الدولة جبراً من الأفراد دون مقابل هدف تحقيق مصلحة عامة.<sup>2</sup> "ومن أهم التقسيمات التقليدية للضرائب التي شاع استخدامها في مؤلفات المالية العامة والتشريعات الضريبية هي الضرائب المباشرة التي تعرف على "أنها تلك الضريبة التي تفرض على واقعة وجود عناصر الثروة من دخل وراس المال."<sup>3</sup> و الضريبة الغير مباشرة التي تفرض على وقائع تمثل انفاقاً أو تداولاً لعناصر الثروة. وترتبط هذه الضرائب استخدام الأموال أو إنفاقها وتعتبر الضرائب غير المباشرة من أقدم الأشكال الضريبية المستخدمة في معظم دول العالم.
- أما الرسوم يعرف على أنه "فريضة مالية من شخص معين مقابل خدمة خاصة ذات طابع إداري، تؤدى لها الدولة أو نفع خاص يعود عليه منها.
- وأما الثمن العام يعرف على أنه "إيراد عام تأخذه الإدارة نظير خدمات وهو يتحدد عادة طبقاً للعرض والطلب عمالاً لمبدأ المنافسة".
- ✓ "الاتاوة": تسدد مقابل امتياز فردي فهي مبلغ من المال يفرض على ملك العقار بنسبة المنفعة التي عادت عليه من الأعمال التي قامت بها الدولة أو الهيئات الدولية.<sup>4</sup>
- ✓ الغرامات المالية: التي تفرضها المحاكم وتذهب إلى خزينة الدولة؛
- ✓ التعويضات: وهي المبالغ الواجب دفعها للدولة على سبيل التعويض عن أضرار معينة لحقت مثل: التعويضات التي لحقت بها من أضرار الحرب.

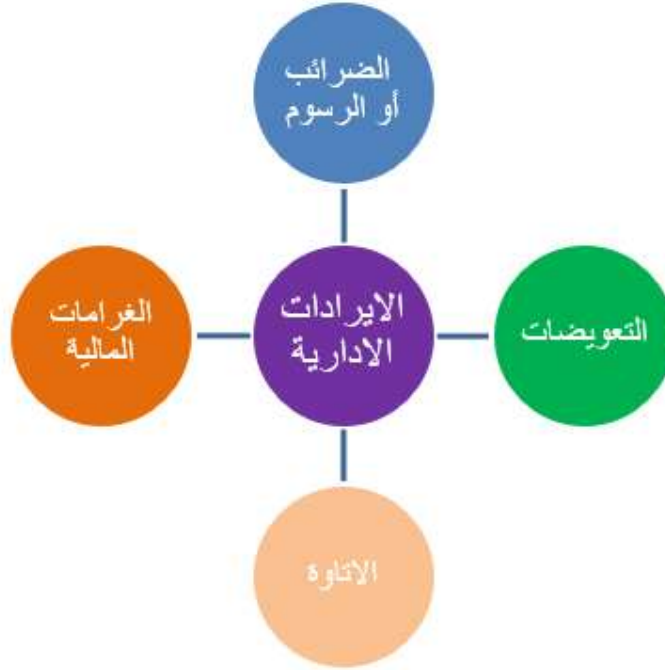
<sup>1</sup> سوزي عدلي ناشد، المالية العامة، الطبعة الأولى، منشورات الحلبي الحقوقية، بيروت-لبنان، 2012، ص200

<sup>2</sup> محمد الصغير بعلي، يسري أبو العلا، المالية العامة، دار العلوم للنشر والتوزيع، عنابة، الجزائر، 2003، ص58-60

<sup>3</sup> علي زغدود، المالية العامة، الطبعة الرابعة، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2011، ص198-199.

<sup>4</sup> بكرتي بومدين، الجباية العادية كمصدر هام للإيرادات العامة في الجزائر -دراسة قياسية اقتصادية وقياسية، مجلة الاستراتيجية والتنمية، جامعة مستغانم، العدد التاسع، 2015، ص306.

شكل رقم (II-1) يمثل انواع الإيرادات الادارية .



المصدر : علي زغدود، المالية العامة، الطبعة الرابعة، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر ، 2011، ص.198-199- صياغة شخصية.

#### ب - الاملاك الوطنية (الدومين):

يقصد "بمصطلح الدومين (DOMAIN) جميع أملاك الدولة العقارية والمنقولة والصناعية أو التجارية التي تملكها الدولة والتي تدر إيرادا ماليا يمول الخزينة، وهذا اللفظ مصطلح فرنسي الاصل تم تداوله في الأدبيات العربية للتعبير عن أملاك الدولة<sup>1</sup> . ويمكن تقسيم الاملاك الوطنية الى نوعين اساسيين هما : املاك الوطنية العامة ويقصد بها " الاموال التي تملكها الدولة او الاشخاص المعنوية العامة الاخرى ( ملكية عامة وهي تخضع للقانون العام وتخصص للنفع العام مثل الطرق والشواطئ البحر و الموانئ والحدائق العامة<sup>2</sup> ". وتشمل الاملاك الوطنية العمومية الطبيعية والاملاك الوطنية العمومية الاصطناعية. أما الاملاك الوطنية الخاصة (الدومين الخاص) فيقصد بها الملكية الخاصة " الاموال التي تملكها الدولة ملكية خاصة ومعدة للاستعمال الخاص، وتحقيق نفعاً خاصاً للفئة التي تستخدمها، ومن ثم تخضع لأحكام القانون الخاص<sup>3</sup> ". وينقسم الاملاك الوطنية الخاصة عادة الى ثلاث اشكال هي: الدومين العقاري (ممتلكات الدولة العقارية)، الدومين الصناعي والتجاري، الدومين المالي.

<sup>1</sup> نوزاد عبد الرحمان، منجد عبد اللطيف الخشالي، المدخل الحديث في اقتصاديات المالية العامة، دار المناهج للنشر و التوزيع، العراق، 2017، ص.84.

<sup>2</sup> محمد الصغير بعلي- يسري ابو العلا، المالية العامة، مرجع سبق ذكره، ص. 55-56.

<sup>3</sup> محرز محمد عباس، اقتصاديات المالية العامة، مرجع سبق ذكره، ص. 122.

### ت - القروض العامة:

يعتبر القرض العام<sup>1</sup> من مصادر الإيرادات العامة للدولة و هو من الإيرادات الائتمانية فقد تحتاج الدولة الى تغطية نفقاتها المتزايدة بعدما اذا كانت استنفدت كافة الإيرادات العادية تلجأ الى اقتراض مبالغ مالية لتستكمل بها إيراداتها العادية المتحصلة من الدومين والرسوم والضرائب، يمكن تعريفها على انها " المبالغ التي تحصل عليها الدولة من الغير ، مع التعهد بردها اليه مرة أخرى عند حلول ميعاد استحقاقها و بدفع فوائد عنها " ويمكن تصنيف القروض الى:

#### • القروض الاختيارية والقروض الإجبارية

الأصل العام ان القرض يكون اختياريا، اذ يكون للفرد حرية الاكتتاب من عدمه وفقا لظروفهم المالية والاقتصادية، وبالمقارنة بين الفائدة التي يحصلون عليها من سندات القرض ويقررون ذلك في ضوء مصالحهم الخاصة، ولا تستخدم الدولة سلطتها السيادية في عقد القرض، وقد تضطر هذه الاخيرة الى عقد قروض اجبارية، حيث تمارس الدولة سلطتها السيادية و في هذه النوع لا يكون للأفراد حرية الاكتتاب في القرض من عدمه، بل يجبرون عليه، وفقا للأحكام التي يقرها القانون، كما في حالة قيام الدولة بتأجيل معاد سداد القرض بإرادتها المنفردة ، دون الحصول على موافقة المكتتبين فيه، و تلجأ الدولة الى القروض الاجبارية في حالات معينة ومنها في حالة ضعف ثقة الافراد في الدولة<sup>2</sup>، حيث لو اصبحت اختيارية لعزف الافراد عن الاكتتاب، و يكون هذا اثناء فترات الازمات وعدم الاستقرار الاقتصادي، وفي حالة التضخم حيث يرتفع مستوى الاسعار، نتيجة تدهور قيمة النقود ، و يحتاجه الفرد من سلع وخدمات، فتلجأ الدولة الى القروض الاجبارية من اجل الحد من اثار التضخم على الاقتصاد القومي .

#### • القروض الداخلية والقروض الخارجية

القروض الداخلية<sup>3</sup> او الوطنية حيث يكتب فيها الوطنيين او المقيمين على اقليم الدولة ، سواء ان كانوا اشخاصا طبيعية او اعتبارية ، فالسوق الداخلي هو الذي يغطي هذا القرض، اما القروض لخارجية فهي التي يكتب فيها الاشخاص الاعتبارية والطبيعية المقيمون خارج اقليم الدولة، فالسوق الخارجي هو الذي يغطي هذا القرض وتلجأ اليها الدولة بسبب عدم كفاية المدخرات الوطنية .

#### ➤ القروض المؤبدة والقروض المؤقتة

لتي لا تحدد الدولة ميعادا للوفاء بها، مع التزامها بدفع الفوائد المستحقة عليها طوال فترة القرض الى ان يتم الفاء بها

#### ➤ القروض القصيرة الاجل

وتعرف بالقروض السائرة ، او العائمة ، او الكافية، وتصدر هذه القروض لمدة لا تتجاوز سنتين ، من اجل الوفاء باحتياجاتها المؤقتة خلال السنة المالية ، وتسمى السندات التي تصدر بها هذه قروض بأذونات الخزينة، وغالبا ما تلجأ الدولة الى اصدار اذونات الخزينة لمواجهة العجز الموسمي في الميزانية، وهو العجز الذي يكون نتيجة تأخر استرداد بعض الإيرادات المقررة في الميزانية العامة وخاصة الضرائب ، حينها تصدر الدولة اذونات الخزينة و

<sup>1</sup> سوزي عدلي ناشد ، المالية العامة، مرجع سبق ذكره ، ص 241،

<sup>2</sup> لعمارة جمال ، الماية العامة المبادئ العامة و تطبيقاتها في القانون الجزائري ، المرجع سبق ذكره ، ص58.

<sup>3</sup> يلس شاوش بشير ، المالية العامة المبادئ العامة و تطبيقاتها في القانون الجزائري، ديوان المطبوعات الجامعية ، الجزائر ، 2013 ، ص 2.

تقدمها الى البنك المركزي او البنوك التجارية من اجل الحصول على قيمتها و تؤدي هذه الاذونات الى زيادة التداول النقدي ، سواء عن طريق الاصدار النقدي الي يقوم به البنك المركزي او عن طريق توسع البنوك التجارية في منح الائتمان يخلق الاوراق المالية ، و تقوم الدولة بسداد قيمة هذه الاذونات للمكاتب فيها.

### ➤ القروض المتوسطة وطويلة الاجل

يقصد بها تلك القروض التي تعقد لمدة تزيد عن سنتين وتقل عن عشرين عاما ، و يطلق عليها " القروض المثبتة " و تعقد الدولة ايا من هذين النوعين لتغطية عجز دائم او طويل الاجل في الميزانية العامة لانها مصادر تمويل مشاريع البنية التحتية.

ث- الإصدار النقدي الجديد : عندما تعجز وسائل التمويل السابقة عن توفير مبالغ نقدية كافية لتغطية النفقات العامة، تلجأ الدولة إلى "زيادة وسائل الدفع عن طريق الإصدار النقدي الجديد أو التوسع في الائتمان المصرفي، ويعني الإصدار النقدي خلق كمية من النقد الورقي تستخدمه الدولة في تمويل نفقات العامة؛ أما التوسع في الائتمان المصرفي فان الدولة تقترض من البنوك التجارية التي تستطيع خلق نوع جديد من نقود الودائع وبالتالي إضافة كمية جديدة إلى وسائل الدفع".<sup>2</sup>

ج- الإعانات المالية : تشكل الإعانات عموما أحد المصادر التي تغذي خزينة الدولة من المال وقد تكون الإعانات داخلية مستوفاة من مواطني الدولة من إمام بضرورة دعم حكومتهم ماليا، غير أن هذه الإعانات ليست ذات حجم مؤثر كونها غير منتظمة، وقد تكون الإعانات متأتية من افراد ومنظمات أو دول اجنبية.<sup>3</sup>

### شكل رقم (II-2) انواع الإيرادات العامة



المصدر : سوزي عدلي ناشد ، المالية العامة ، الطبعة الاولى ، منشورات الحلبي الحقوقية ، بيروت-لبنان ، 2012، ص ص 241-243- صياغة شخصية.-

<sup>1</sup> لعمارة جمال ، مرجع سبق ذكره ، ص 60

<sup>2</sup> سعيد علي العبيدي، اقتصاديات المالية العامة ، ط 1 دار دجلة، 2011، ص 176.

<sup>3</sup> عادل فليح العلي، مالية الدولة، دار زهران للنشر والتوزيع، عمان، 2008، ص 41.

## المطلب الثاني: النفقات والميزانية العامة للدولة

### أولاً: عموميات حول النفقات العامة وتقسيماتها

#### أ- تعريف النفقات العامة :

تعد النفقات العامة بأنها تلك المبالغ المالية التي تقوم بصرفها سلطة العمومية (الحكومة و كما جماعات المحلية)، أو أنها مبلغ نقدي يقوم بإنفاقه شخص ما. بقصد تحقيق منفعة عامة، يمكن تعريفها بأنها استخدام مبلغ نقدي من قبل هيئة عامة لهدف إشباع حاجة عامة<sup>1</sup>.

و يمكن تعريفها بأنها مجموعة المصروفات التي تقوم الدولة بإنفاقها خلال فترة زمنية معينة، بهدف إشباع حاجات عامة معينة للمجتمع الذي تنظمه هذه الدولة، و نلاحظ أن الحاجات العامة تختلف من الدولة إلى أخرى، و من مرحلة تاريخية معينة إلى أخرى، و يقوم بها شخص معنوي عام بهدف تحقيق نفع عام، يرتبط بأهداف السياسة المالية المتفق عليها، و المرتبطة بدورها بالأهداف الاقتصادية والاجتماعية للمجتمع<sup>2</sup>. و مما سبق ذكره يمكن أن نستنتج خصائص النفقة العامة و التي يمكن أن نوجزها في النقاط الآتية:

- مبلغ نقدي، أي أنها تتخذ عادة طابعاً نقدي، تدفعه الدولة أو هيئاتها العامة للحصول على الموارد الإنتاجية من سلع و خدمات تحتاجها للقيام بنشاطها، كدفع رواتب و أجور العاملين و دفع نفقات الجيش و قوات الأمن والخدمات ... إلخ.

■ تدفع بواسطة خزينة عمومية هيئة عامة (وليست خاصة) وفقاً لما يحدده له التنظيم الإداري من اختصاصات و مسؤوليات تتطلب قيامها بإنفاق نقدي في حدود ما تسمح به الاعتمادات المالية المخصصة لها وفقاً لقانون الموازنة العامة.

■ الهدف من النفقات العامة إشباع الحاجات العامة بقصد تحقيق المنفعة العامة، كالدفاع، التعليم، والصحة حيث تعمل الدولة على تحقيق إشباعها من المنافع العامة نتيجة لاعتبارات اقتصادية و سياسية و اجتماعية، بحيث يمكن القول بأن تقدير الدولة للمنفعة العامة التي يخلقها إشباع الحاجة العامة هو عمل سياسي بالدرجة الأولى، يأتي انعكاساً لطبيعة النظام السياسي و الاقتصادي و مستوى التقدم الحضاري الذي حققه المجتمع.

■ تقوم الدولة بواجباتها في الانفاق العام باستخدام مبلغ من النقود ثمن لما تحتاجه من منتجات، سلع خدمات، من أجل تسيير المرافق العامة ، ثمناً لرؤوس الاموال الانتاجية التي تحتاجها للقيام بالمشروعات الاستثمارية التي تتولاها، و لمنح المساعدات والاعانات المختلفة من اقتصادية واجتماعية و ثقافية و غيرها، واستخدامها للنقود امر طبيعي تماشياً مع النظام الاقتصادي النقدي والتي تقوم فيه جميع المبادلات و المعاملات بواسطة النقود.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> محمد عباس محرزى ، اقتصاديات المالية ، مرجع سبق ذكره ، ص 65

<sup>2</sup> عبد الغفور إبراهيم أحمد ، مبادئ الاقتصاد و المالية العامة ، مرجع سبق ذكره ، 2009 ص 23.

<sup>3</sup> سوزي عدلي ناشد، المالية العامة، مرجع سبق ذكره، ص 32.

### ب- تقسيمات النفقات العمومية

لم يكن تقسيم النفقات العمومية موضوعا يثير شغف الباحثين الاقتصاديين في ظل الدولة الحارسة، حيث كانت النفقات العمومية محدودة وموجهة لتقديم خدمات معينة تقوم بها الدولة، فكانت النفقات من طبيعة واحدة، إلا أنه مع تطور دور الدولة وتحولها من خانة الدولة الحارسة الى خانة الدولة المتدخلة ازدادت اهمية تقسيم النفقات العمومية نظرا لتنوع وتزايد النفقات العمومية واختلاف أثارها، ويقسم المشرع الجزائري النفقات العمومية الى نفقات التسيير ونفقات الاستثمار (التجهيز)

➤ **نفقات التسيير**: يقصد بنفقات التسيير تلك النفقات الضرورية لسيير أجهزة الدولة الادارية والمكونة أساسا من أجور الموظفين ومصاريف صيانة البنايات الحكومية ومعدات المكاتب... الخ، وهذا النوع من النفقات موجه أساسا لإمداد هيكل الدولة بما تحتاجه من اموال حتى تتمكن من تسيير دواليبها المتعددة على مختلف أوجهه، حيث توزع حسب الدوائر الوزارية في الميزانية العامة، وهي تعبير يتطابق الى حد كبير مع دور الدولة المحايدة مادامت لا تهدف الى التأثير في الحياة الاقتصادية والاجتماعية وكل ما تحدثه من آثار فهو غير مباشر، لذلك تسمى بالنفقات الاستهلاكية<sup>1</sup>.

➤ **نفقات الاستثمار**: يتسم هذا النوع من النفقات بإنتاجيتها الكبيرة مادامت لا تقوم بزيادة حجم التجهيزات الموجودة بحوزة الدولة، فالشهرة التي تحظى بها هذه النفقات تجد جذورها في تحليل الاقتصادي البريطاني (جون مينارد كيتز) الذي برهن أن في فترة الركود الاقتصادي، تقوم نفقات الاستثمار بإعادة التوازن الاقتصادي العام من خلال الدور الذي يقوم به مضاعف الاستثمار، فلو افترضنا قيام الدولة بإنجاز استثمار معين (بناء طريق سيار) خلال فترة أزمة اقتصادية فالنفقات العامة (الاستثمارية) ستسمح بتوزيع الأجر على العمال والقيام بطلبات المواد الأولية لدى المورد<sup>2</sup>.

ت - أهمية تقسيم النفقات العامة: ترجع أهمية تحديد هذه التقسيمات الى كونها تعمل على<sup>3</sup>:

- تسهيل صيغة واعداد البرامج.

-تحقيق الكفاءة والفعالية في تنفيذ الميزانية.

و تنقسم الى:

➤ **النفقات الحقيقية**: هي التي تقوم بها الدولة مقابل الحصول على سلع او خدمات او رؤوس اموال انتاجية، كالمرتبات و اثمان المواد والمهمات الازمة لسيير المرافق العامة التقليدية و الحديثة والنفقات الاستثمارية او الرأسمالية، فالدولة تحصل على مقابل للإنفاق و يؤدي الى زيادة الدخل القومي زيادة مباشرة في الناتج القومي اي خلق انتاج جديد.

➤ **النفقات التحويلية**: هي تلك النفقات التي لا يترتب عليها حصول الدولة مقابل من سلع وخدمات او رؤوس اموال، بل بموجبها تقوم الدولة بتحويل جزء من الدخل القومي من الطبقات الاجتماعية مرتفعة الدخل الى

<sup>1</sup> الياس يابسي و ايت محمد مراد. مدى كفاءة الإنفاق العام على النمو الاقتصادي الجزائري خلال الفترة -2015مجلة معهد العلوم الاقتصادية مخبر العولمة والسياسات الاقتصادية، جامعة الجزائر. ص201.

<sup>2</sup> لعمارة جمال، منهجية الميزانية العامة للدولة في الجزائر، المرجع سبق ذكره ص60.

<sup>3</sup> يلس شواوش بشير، المالية العامة للمبادئ العامة و تطبيقاتها في القانون الجزائري، مرجع سبق ذكره ص5.

- الطبقات الاجتماعية الأخرى محدودة الدخل ومن أمثلتها الإعانات و المساعدات الاقتصادية والاجتماعية ومساهمة الدولة في نفقات التأمين الاجتماعي و المعاشات<sup>1</sup>.
- **النفقات العادية** : تلك التي تتكرر بصورة دورية منتظمة في ميزانية الدولة ،اي كل سنة مالية، ومن أمثلتها مرتبات العاملين، واثمان الأمانة لسير المرافق العامة، ونفقات تحصيل الضرائب؛
- **النفقات غير العادية** : وهي التي لا تتكرر بصورة دورية منتظمة في ميزانية الدولة، ولكن تدعو الحاجة إليها مثل نفقات مكافحة وباء طارئ - او اصلاح ما خلفته الكوارث الطبيعية، واذا كان تسديد النفقات العادية يتم من الإيرادات العادية فان النفقات غير العادية تسدد من إيرادات غير عادية كالقروض، هنا يظهر الخطر، حيث يحدث في بعض الأحيان ان تسيء الدولة استخدام النفقات غير العادية، ويحدث ذلك عندما يظهر عجز في ميزانية الدولة فتعمل الدولة بتجنيد بعض النفقات واعتبارها غير غادية لكي الوفاء بها عن طريق القروض بدلا من الضرائب وبالتالي تظهر الميزانية متوازنة، ونتيجة لذلك فان الفكر المالي الحديث قد اتجه الى التمييز بين نوعين من النفقات.
- **النفقات الجارية** : وتسمى النفقات التشغيلية وهي تلك اللازمة لتسيير المرافق العامة واشباع الحاجات العامة.
- **النفقات الرأسمالية** : وتسمى بالنفقات الاستثمارية، وهي المتعلقة بالثروة القومية مثل نفقات انشاء المشروعات الجديدة من طرق و سكك حديدية... الخ

#### ثانيا : الميزانية العامة للدولة ومبادئها

تهدف الموازنة العامة للدولة الى تقدير النفقات الضرورية، لإشباع الحاجات العامة، والإيرادات اللازمة لتغطية هذه النفقات عن فترة مقبلة هي في العادة مدة سنة 1.

#### أ- تعريف الميزانية ومبادئها:

الميزانية هي نظرة توقعية لنفقات و إيرادات الدولة عن مدة مقبلة تخضع لإجازة عن السلطة المختصة و من هنا يتضح ان الميزانية تتضمن عنصرين: الأول: التوقع و الثاني: الاقرار او الايجاز<sup>2</sup>.

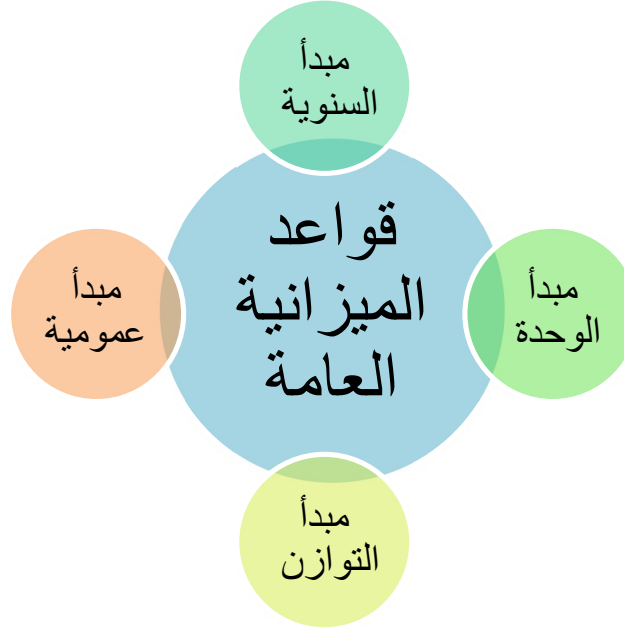
يرتبط مفهوم الميزانية العامة بجملة من التغيرات الاقتصادية و الاجتماعية و السياسية ، وقد حددت التشريعات المالية المتعاقبة مفهوم الميزانية منها القانون الصادر في 7 يوليو 1984 المتعلق بقوانين المالية، حيث حدد في المادة السادسة منه شكل و مضمون الميزانية " تتشكل الميزانية العامة للدولة من الإيرادات و النفقات النهائية للدولة المحددة سنويا بموجب قانون المالية الموزعة وفق الاحكام التشريعية و التنظيمية المعمول بها ونصت المادة الثالثة منه بانه " يرخص بالنسبة لكل سنة مدنية بمجمل موارد الدولة واعباؤها وكذا الوسائل المالية الأخرى المخصصة لتسيير المرافق العمومية كما يرخص ذلك المصاريف المخصصة للتجهيزات العمومية وكذلك نفقات برأس المال ومنه يمكن تعريف الميزانية على انها الوثيقة التشريعية التي يتم بموجبها سنويا تقدير وترخيص إيرادات و نفقات الدولة تحت قانون 90-21 المؤرخ في 15 اوت 1990 المتعلق بالمحاسبة العمومية<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> لعمارة جمال ، منهجية الميزانية العامة للدولة في الجزائر ، مرجع سبق ذكره ص 6.

<sup>2</sup> محمد صغير بعلي - د. يسرى ابو العلا ، المالية العامة ، دار العلوم عنابة ، 2003 ص 19.

<sup>3</sup> لعمارة جمال ، منهجية الميزانية العامة للدولة في الجزائر ، مرجع سبق ذكره ص 167.

و هي الوثيقة التي تقدر السنة المالية مجموع الإيرادات و النفقات الخاصة بالتسيير و الاستثمار ومنها نفقات التجهيز العمومي و النفقات برأس المال و ترخص بها وهي وثيقة تشريعية سنوية تقدر الموارد و النفقات النهائية و ترخص بها ، من اجل تسيير المرافق العمومية و نفقات التجهيز العمومي و النفقات براس المال<sup>1</sup> .  
أما مبادئ الموازنة العامة للدولة فيتعين على السلطة التنفيذية و هي بصدد تحضير الميزانية ان تضع اعتبارها عددا من المبادئ العامة التي تحكم الميزانية و التي صارت من البديهيات في علم المالية و تتمثل هذه المبادي في اربعة مبادئ: مبدأ السنوية ، مبدأ وحدة الميزانية، مبدأ عمومية الميزانية ، مبدأ التوازن الميزانية<sup>2</sup>.  
شكل رقم (II - 3) يمثل مبادئ الميزانية العامة



المصدر: سوزي عدلي ناشد ، المالية العامة ، الطبعة الاولى ، منشورات الحلبي الحقوقية ، بيروت ، لبنان، 2003، ص ص 33-35.

ب- اعداد و تحضير الميزانية العامة ، اعتمادها و تنفيذها.

➤ اعداد و تحضير الميزانية: تلعب السلطة التنفيذية الدور الاساسي في هذه المرحلة و يرجع ذلك الى عدة اعتبارات حيث أن الاعتبار الأول و الثاني يمثل أن السلطة التنفيذية هي من تتولى ادارة القطاع العام فهي ادرى بما تطلبه من نفقات ، في حين أن الاعتبار الثالث يتعلق أن هذه السلطة اكثر السلطات معرفة بالمقدرة المالية للاقتصاد القومي و ذلك بفضل الاجهزة الاحصائية المختلفة التي تشرف عليها ، و التي توفر لها البيانات و التقديرات الضرورية أما الاعتبار الرابع و الاخير فتعتبر الافضل في تحديد الاحتياجات العامة و الاوليات لعدم خضوعها لاعتبارات محلية و اقليمية مثل اعضاء المجلس الولائي  
➤ اعتماد الميزانية العامة للدولة: <sup>3</sup>السلطة المختصة باعتماد واجازة الميزانية هي السلطة التشريعية وهو شرط اساسي طبقا لقاعدة " اسبقية الاعتماد على التنفيذ " ويمر اعتماد الميزانية بثلاث مراحل وهي مرحلة

<sup>3</sup> يلس شاوش بشير ، المالية العامة للمبادئ العامة و تطبيقاتها في القانون الجزائري ، مرجع سبق ذكره ، ص 2.

<sup>2</sup> سوزي عدلي ناشد، منشورات الحلبي الحقوقية ، مرجع سبق ذكره ، ص ص 274-283 .

<sup>3</sup> سوزي عدلي ناشد، منشورات الحلبي الحقوقية ، مرجع سبق ذكره ، ص 3

المناقشة العامة حيث يعرض مشروع الموازنة العامة للمناقشة العامة في البرلمان و هذه المناقشة تنصب غالبا على كليات الميزانية العامة و ارتباطها، مرحلة المناقشة التفصيلية المتخصصة حيث تضطلع به لجنة متخصصة متفرعة عن المجلس النيابي وتقدم تقريرها اليه ، وأخيرا مرحلة المناقشة النهائية حيث يصوت على الموازنة بأبوابها و فروعها وفقا للدستور و القوانين المعمول بها ، اذ وافق المجلس التشريعي عن مشروع الميزانية العامة فانه يقوم بإصدارها بمقتضى قانون المالية .

#### ت - تنفيذ الميزانية العامة للدولة

تتولى وزارة المالية باعتبارها عضوا من اعضاء السلطة التنفيذية مهمة تنفيذ الميزانية ، عن طريق تجميع ايرادات الدولة من مختلف مصادرها و ايداعها في خزانتها العامة او في البنك المركزي ، كما يتم الانفاق في حدود اعتمادات الميزانية و عليه فان عمليات التنفيذ تتمثل في :

—عمليات تحصيل الإيرادات.

—عمليات النفقات.

#### ث- الرقابة على تنفيذ الميزانية العامة للدولة

وتعد هذه المرحلة الاخيرة و تسمى مرحلة مراجعة تنفيذ الميزانية ،<sup>1</sup> والهدف منها التأكد من ان تنفيذ الموازنة قد يتم على الوجه المحدد للسياسة التي وضعتها السلطة التنفيذية واجازتها السلطة التشريعية ، وتأخذ الرقابة صور مختلفة وهي الرقابة الادارية و التشريعية و الرقابة المستقلة.

ثالثا : ميزانية التسيير و التجهيز.

ان النظام المالي في الجزائر قد اعتمد على التصنيف الاداري و الاقتصادي معا ومن ناحية على التصنيف الوظيفي من ناحية اخرى، ويتجسد عمليا من خلال ميزانية التسيير و التجهيز لذا سنتطرق فهذا المطلب الى مدونة ميزانية التسيير او نفقات التسيير.

1- ميزانية التسيير: هي الميزانية التي تكون فيها الاعتمادات المالية المفتوحة في قانون المالية مخصصة للمرافق العمومية و الادارية للدولة، وفقا للتنظيم الهيكلي لها سواء كانت ادارة مركزية او لامركزية ، و توضع ميزانية التسيير في الدولة من اجل ضمان السير الحسن للمرافق العمومية ، و بتالي تتوافق مع المعيار الاداري المتمثل في التقسيم الهيكلي الاداري للدولة، لكن مع مراعاة وظيفة كل مرفق عمومي و الغرض من النفقة ، وتشمل ميزانية التسيير على اربعة ابواب و عناوين، و ترتبط ميزانية التسيير بوحدات قاعدية مندمجة مع بعضها و هي العنوان ، القسم ، الفصل ، المادة و الفقرة.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> محمد صغير بعلي - د. يسرى ابو العلا ، المالية العامة ، مرجع سبق ذكره ، ص 2.

<sup>2</sup> سوزي عدلي ناشد، منشورات الحلبي الحقوقية ، مرجع سبق ذكره ، ص 341

2. - ميزانية التجهيز: ميزانية التجهيز او بالأحرى هي الميزانية التي تفتح الاعتمادات المالية في قانون المالية السنوي، وتخصص للقطاعات الاقتصادية للدولة، وذلك من اجل تجهيز هذه القطاعات بوسائل الانتاج للوصول الى تحقيق تنمية شاملة، ان ميزانية الاستثمار تمثل المخطط الوطني السنوي الذي يتم اعداده في القانون كوسيلة تنفيذية لميزانية البرامج الاقتصادية، اما من حيث التوزيع فتتم في شكل مشاريع اقتصادية توزع على كافة القطاعات حسب دراسة و اعتماد يتم على مستوى المديرية العامة للبرمجة والتخطيط، ان تمويل ميزانية الاستثمار يتم من قبل الخزينة العمومية للدولة ، كما قد يتم تمويلها بنفقات مؤقتة ، في صورة قروض و تسبيقات من الخزينة او من البنك اي من خلال " رخص التحويل"<sup>1</sup>.

أ : المكلف بميزانية الدولة للتجهيز : طبقا لأحكام المرسوم التنفيذي رقم 98-40 يعتبر وزير المالية هو المكلف بها خاصة من حيث :- اعداد مشروع ميزانية الدولة للتجهيز .

- اقتراحات اجراءات التسيير المتابعة و التنفيذ .

- مركز المعلومات .

- اعداد الحصائل التقويمية .

- دراسة واقتراح ترشيد وتحسين الكفاءة.

ب- تنفيذ نفقات التجهيز للدولة : يتم ذلك وفقا :

أ- مدونة الاستثمارات العمومية المعمول بها حسب :- المادة 20 من قانون رقم 84-17.

- المادة 24 من المرسوم التنفيذي رقم 98-227.

- التعليمات الوزارية رقم 01 المؤرخة 21-01-1998

ب- نظام الشفرة والرموز: حيث ينسب رمز لكل مسير وكل عملية حسب كل برنامج انمائي الذي تنتهي اليه النفقة وتكون هذه الرموز مدونة في سجل لدى مصلح وزير المالية.

مثال : رقم عملية في البرامج القطاعية الغير ممرضة :

N	K	5	731	1	262 101	11	01
↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
نوع	الفترة	مخطط	رقم	رقم	رقم	سنة	أمر
العملية	المعنية	الخماسي	الباب	المادة	المسير	التسجيل	التسجيل

<sup>1</sup> لعمارة جمال، منهجية الميزانية العامة للدولة في الجزائر ، مرجع سبق ذكره ص6

المبحث الثاني: الاطار العام لبرامج التجهيز القطاعية

ان نفقات التجهيز العمومي تتضمن برامج التجهيز القطاعية وفي هذا الاطار ، سنتطرق في هذا المبحث الى الاطار العام الذي يحكم برامج التجهيز القطاعية ، بمختلف تصنيفاتها و أقسامها و أنواعها واثرها علي القطاع الصحي.

المطلب الاول : تسيير برامج التجهيز القطاعية حسب طبيعة تصنيفها

سنتطرق في هذا العنصر إلى بعض المفاهيم ذات الصلة بمفهوم برامج التجهيز القطاعية ، و تحضير واعداد البرامج و الرقابة على تنفيذها.

.أولا : برامج التجهيز القطاعية

أ - تعريف برامج التجهيز القطاعية :قبل التطرق الى تسيير البرامج القطاعية لابد من التعريف بهذه البرامج التي تصنف بحسب لجهة المكلفة بتسييرها الى ثلاث اصناف:

- البرامج القطاعية الممركزة:تتعلق بالعمليات المسجلة باسم الإدارات المركزية(الوزارات) أو المؤسسات العمومية الموضوعة تحت وصايتهم وكذا المؤسسات التي تتمتع بالاستقلال المالي و الإدارات المتخصصة.
- البرامج القطاعية الغير ممركرة:تتعلق ببرامج التجهيز المسجلة باسم الوالي وفق قطاعات و قطاعات فرعية ، مقسمة الى فصول وبنود .
- المخططات البلدية للتنمية :بالنسبة للعمليات التي تخضع في تسييرها للبلديات ، حيث يكون موضوع هذه البرامج الأعمال ذات الأولوية في التنمية و منها على الخصوص التزويد بماء الشرب و التطهير و الطرق و الشبكات و فك العزلة.

ب- تسيير برامج التجهيز القطاعية :تسيير نفقات التجهيز المسجلة في ميزانية الدولة وفقا لثلاثة طرق:

-البرامج القطاعية الممركزة.

-البرامج القطاعية الغير ممركرة.

-المخططات البلدية للتنمية.

➤ البرامج القطاعية الغير ممركرة PSD: "تنظم إجراءات تنفيذ نفقات التجهيز بواسطة المرسوم التنفيذي المؤرخ في 07 جمادى الاولى 1430 الموافق ل 02/05/2009 المعدل للمرسوم رقم 98-227 المؤرخ في 13/07/1998 والمتعلق بنفقات التجهيز، وكذا التعليمات الوزارية رقم 98/01 المؤرخة في 21/01/1998 عن وزارة المالية المتعلقة بتنفيذ نفقات التجهيز العمومي متضمنة لمدونة الاستثمارات المعمول بها<sup>1</sup>"

➤ المخططات البلدية للتنمية PCD: حسب المادة 5 من المرسوم التنفيذي رقم 98-227 المؤرخ في 13 جويلية 1998 المتعلق بنفقات التجهيز العمومي للدولة "تخص البرامج القطاعية غير الممركزة برامج

<sup>1</sup> الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية المادة 04 من المرسوم التنفيذي رقم 98/227 المؤرخ في 13 جويلية 1998 المتعلق بتنفيذ النفقات العمومية للتجهيز المعدل والمتمم. جريدة الرسمية العدد 51 ص6.

التجهيز المسجلة باسم الوالي<sup>1</sup>. " وإن برنامج التجهيز التابع لمخططات البلدية للتنمية يتمحور حول الأعمال ذات الأولوية في التنمية، و يعد من طرف المصالح الولائية المختصة بالتنسيق مع المصالح التقنية المحلية، فتأخذ بعين الاعتبار البلديات المحروسة و المناطق الواجب ترقيتها، لا سيما فيما يخص التزويد بمياه الشرب و التطهير و الطرق وفك العزلة.

#### ثانيا : تحضير واعداد برامج التجهيز القطاعية:

تعرف ميزانية الدولة على انه الوثيقة التي تقرر للسنة المالية مجموع الإيرادات و النفقات وترخص بها، وعلى هذا الاساس فان النفقات العمومية هي قبل كل شيء عملية توقع يتطلب تسجيلها بعنوان ميزانية الدولة بدراسة مسبقة تسمح بتقييم النفقة و تبين كيفية و آجال تنفيذها. و إن كان تقييم ميزانية التسيير يركز على معرفة مسبقة بجميع حاجيات المصالح، مما يجعلها عملية سهلة التحديد، فالأمر بالنسبة لنفقات التجهيز يختلف، إذ أن تقديرها لا تكتسبه نفس الدقة، و عادة ما يكون الاختلاف بين النتائج الموقعة و المحصلة واسعا جدا يؤثر بشكل مباشر و سلمي على الاقتصاد و مسار التنمية.<sup>2</sup> على هذا الأساس فإن عملية تحضير مشروع ميزانية التجهيز تعتبر مرحل توجه تنفيذ البرامج الإنمائية وهو ما سنحاول توضيحه.

أ - أهمية المرحلة التحضيرية في تنفيذ برامج التجهيز العمومي: بصدد تحضير ميزانية التجهيز للدولة و التي تتضمن برامج التجهيز القطاعية ، يقوم مختلف الأعوان العموميين ووزارات، الإدارات المتخصصة، المؤسسات العمومية... ( باقتراح المشاريع المختلفة، و يكون هذا إطار المخطط الإنمائي السنوي الذي تقترحه الحكومة من خلال برنامجها، حيث تحاول هاته الاقتراحات أن تلبي الأهداف المسطرة و أن تعمل بالتوجيهات المبينة ضمن المذكرة المنهجية المبلغة من طرف رئيس الحكومة<sup>3</sup>.

- إن إقتراح المشاريع- يكون من مختلف الإدارات و المؤسسات العمومية على المستوى المحلي و التي تكون أدرى بالاحتياجات المرفقية الاقتصادية و الاجتماعية لمنطقتها. و يكون من إختصاص الإدارات المركزية الوصية بعد ذلك أن تختار المشاريع التي ستقترحها بعنوان ميزانية الدولة للتجهيز. إن هاته الصلاحية تضع على عاتق المسيرين مسؤولية كبيرة حيث يجب عليهم إبراز العقلنة في إختيار المشاريع المسجلة من خلال إتخاذهم لقرارات فردية بالغة الأهمية مثل قرارات تفريد المشاريع خاصة و أن تطبيق التوجيهات العامة لبرامج التجهيز العمومي ليس بالأمر السهل. وعملية الاختيار هاته تكون على أساس الدراسات المنجزة و التي يحويها الملف التقني الملحق بمشروع هذه الدراسات تتكفل بإبراز، ضرورة، منفعة و مردودية المشاريع المقترحة ، و أهميتها لا تقتصر أساسا لإختيار المشروع بل تذهب لأبعد من ذلك فتتفقد برامج التجهيز العمومي بعد اعتمادها من طرف البرلمان لن يكون سوى تنفيذ لهاته الدراسات.

<sup>1</sup> الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية المادة 05 من المرسوم التنفيذي رقم 227/98 المؤرخ في 13 جويلية 1998 المتعلق بتنفيذ النفقات العمومية للتجهيز المعدل والمنتم. جريدة الرسمية العدد 26 ص 18

<sup>2</sup> لعمارة جمال، منهجية الميزانية العامة للدولة في الجزائر ، مرجع سبق ذكره ص 6.

<sup>3</sup> الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية القانون رقم 84-17 المؤرخ في 17 يوليو 1984 المتعلق بقوانين المالية الصادرة في الجريدة الرسمية العدد 28، ص 3



الدوائر الوزارية المعنية بعمليات التحضير وتكون هذا في حدود شهر مارس في كل سنة 'تحتوي هذه المذكرة الخطوط العريضة لسياسة الحكومة في المجال الميزاني وكذا أهمية التوجهات العملية التي يتم على أساسها تحديد التقديرات.

يبدأ التحضير على مستوى المحلي أين يقوم مختلف الأعوان العموميين) مدير المصالح الخارجية، مسؤولو المؤسسات العمومية) ... باقتراح المشاريع على أساس الاحتياجات المرفقية الاقتصادية والاجتماعية للمنطقة، غير أنه وقبل اقتراح أي مشروع يجب القيام بدراسة مسبقة تبرز أهمية المشروع، فائدته وكذا مردوديته، إذى تعرض للتسجيل بعنوان ميزانية التجهيز للدولة سوى البرامج والمشاريع التي يسمح اكمالها الكافي بانطلاق في انجاز خلال السنة , وبهذه الصفة يتعين معرفة و توفير على الخصوص دراسة إمكانية التنفيذ. طريقة الإنجاز المرتقبة والعناصر التي تبرز الملائمة الاقتصادية والاجتماعية والأولية الممنوحة لها.

- تقويم أثرها على ميزانية التسيير للدولة خلال السنوات المالية اللاحقة.
- تقويم الكلفة بالعملة الصعبة مباشرة مع الإشارة إلى كيفية تمويلها.
- آجال الإنجاز والدفع.
- وبعد اكتمال نضج المشروع يتم إعداد ملف تقني للمشروع المطلوب تسجيله يبعث للوزارة الوصية بحوي علي: عرض الأسباب، بطاقة تقنية تتضمن على الخصوص المحتوى المادي والكلفة بالدينار والعملة الصعبة و رزنامة الإنجاز والمدفوعات، دراسة إمكانية التنفيذ و دراسة الأثر، استراتيجية الإنجاز و الاختيار المقرر في ظل احترام أهداف التنمية، التنسيق الضروري فيما بين القطاعات، نتائج المناقصات، تقرير تقديري يبرز مختلف البدائل، تقويم الكلفة بالعملة الصعبة و كيفية تمويلها . تستقبل الوزارة الوصية طلبات تسجيل المشاريع الصادرة من الأعوان العموميين حيث تقوم بدراسة الملفات التقنية للمشاريع وهذا بحضور الوزير المختص وكل المدربين التقنيين المختصين.
- و تباشر المديرية التقنية لكل وزارة القيام بكل العمليات التقديرية وهذا بالتعاون مع مختلف المصالح وتسعى من خلال وضعها لمشروع ميزانية التجهيز الى:<sup>1</sup>

- اتمام البرامج قيد الانجاز و ذلك لتسليم أكبر عدد من المنشآت.
  - السعي لعقلنة النفقات من خلال التقليل من التبذير والاهتمام بالمشاريع ذات الأولوية.
  - تجنب التشغيل المفرط للورشات من خلال اقتراحها للمشاريع الجديدة.
- فيما يخص المشاريع قيد الإنجاز يحتفظ لها بأعلى قدر من اعتمادات الدفع، أما المشاريع الجديدة فقبولها مرتبط بوجود اعتمادات كافية و كذا بأهمية المشروع المقترح ،و لكن في الواقع فإن كل وزارة تعد قائمة المشاريع الجديدة ذات أهمية من جهة العدد و الحجم مما يؤدي إلى تضخيم مبالغ النفقات المقترحة و عادة ما نجد فرق ملحوظ بين الاعتمادات المطلوبة من الدوائر المعنية و الاعتمادات المخصصة من طرف وزارة المالية. و في الواقع بعض الوزارات التي لها ثقل في الحكومة مثل: وزارة الداخلية و وزارة التربية الوطنية أو التي تجري إصلاحات على

<sup>1</sup> الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية المادة 06 من المرسوم التنفيذي رقم 227/98 المؤرخ في 13 جويلية 1998 المتعلق بتنفيذ النفقات العمومية للتجهيز المعدل والمتمم. جريدة الرسمية العدد 51 ص 19.

مستوى قطاع معين، يمكن أن تحصل على تنازلات من طرف وزارة المالية على حساب وزارات أخرى وهذا تماشيا مع سياسة الحكومة.

إن اختيار المشاريع التي تقترح لتسجيل بعنوان ميزانية التجهيز ليس بالأمر السهل بل يضع على عاتق المسير مسؤولية كبيرة في تسييره للأموال العمومية .

ت- بلورة مشروع ميزانية التجهيز واعتماده من طرف البرلمان: بعد اعتماد إنجاز المشروع من طرف الوزارة الوصية تركز مجموع الطلبات على مستوى المديرية العامة للميزانية وبالتحديد على مستوى المديرية الفرعية لميزانية التجهيز، هاته الأخيرة التي تحاول وضع نوع من الإنسجام بينها وبين أهداف برامج التنمية التي اعدتها الحكومة و يتولى وزير المالية تحقيق التوازن المالي والاقتصادي للدولة من خلال محاولته تأمين التعادل بين إيرادات الميزانية والنفقات<sup>1</sup> بهذا الصدد تقوم المديرية الفرعية للتجهيز بالتنسيق مع الوزارة الوصية بمناقشة مشروع الميزانية المقترحة و في حال عدم الموافقة على طلبات الاعتمادات يتم اللجوء إلى التحكيم الوزاري.

• يتم التحكيم الوزاري في مجلس الحكومة، و هنا يبرز الطابع التساومي والسياسي في عملية المناقشة حيث يمكن أن تحصل وزارات ذات أهمية (وزارة التربية، وزارة الداخلية ... ) على تنازلات من طرف المديرية العامة للميزانية.

• و في حالة استمرار عدم الموافقة يستعان بتحكيم رئيس الحكومة، ليتم بعدها بلورة المشروع النهائي لميزانية الدولة للتجهيز.

و تأتي المرحلة الأخيرة خلال شهر سبتمبر أين يجتمع مجلس الوزراء ليحدد المبالغ النهائية للإيرادات والنفقات، يعرض بعدها مشروع قانون المالية السنوي على المجلس الشعبي الوطني للمناقشة (بداية شهر أكتوبر) ما يلاحظ هو أن مرحلة تحضير مشروع ميزانية التجهيز يمتد على طول السنة التي تسبق تنفيذها .

ثالثا : الرقابة على تنفيذ برامج التجهيز القطاعية

أ- الرقابة القبلية على تنفيذ برامج التجهيز القطاعية

➤ الرقابة القبلية الداخلية : تمارس الرقابة القبلية الداخلية من قبل لجان فتح الاظرفة او العروض و لجان تقييمها ، و هي لجان خاصة بمختلف صبغ المناقصة ، ولا تعد ضرورية بشأن صيغة التراضي البسيط.<sup>2</sup>

➤ الرقابة القبلية الخارجية : نصت المادة 116 من المرسوم الرئاسي 10-236 المتضمن تنظيم الصفقات العمومية ، على اخضاع الصفقات المبرمة من قبل المصالح المتعاقدة الى الرقابة قبل دخولها حيز التنفيذ و بعده ، و في هذا الاطار يتم إحداث لجنة لدى كل مصلحة متعاقدة على كل المستويات: الوزارة، الولاية، البلدية، كل ينشط في مجال اختصاصه، و تمارس هذه اللجنة الرقابة على الصفقات حسب السقف المالي الذي تكفل تنظيم الصفقات العمومية بتحديدده ، اما فيما يخص دفاتر الشروط فان كل دفاتر الشروط تدحل ضمن رقابة لجنة الصفقات. هذه اللجنة مركز اتخاذ القرار تقوم بدراسة ملف الصفقة و تسليم

<sup>1</sup> الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية القانون رقم 84-17 المؤرخ في 17 يوليو 1984 المتعلق بقوانين المالية الصادر في الجريدة الرسمية العدد 28، ص 19

<sup>2</sup> الاستاذ خرفي النوي، تسيير المشاريع في إطار تنظيم الصفقات العمومية، دار الخلدونية، الجزائر، 2011، ص 370.

تأثيراتها لتنفيذ الصفقة 'تمنح هذه التأشيرة المشروعية للعقد الذي تلتزم بموجبه الإدارة بدفع النفقة. و تتمتع رقابة لجنة الصفقات العمومية سواء كانت وطنية، وزارية، ولائية أو بلدية بأهمية خاصة نظرا لكون الصفقات العمومية تشكل جزء هام من الأموال التي تنفق على المشاريع و تؤدي لالتزام الدولة بمبالغ جد معتبرة.

يتوج عمل لجنة الصفقات المصالح المتعاقدة بإصدار تأشيرة في شكل مقرر او برفض تأشيرة ، حسب نتائج الدراسة التي تقوم بها في حدود 45 يوما بالنسبة لدراسة دفتر الشروط و عشرين يوما لدراسة مشاريع الصفقات ، في حين خص التنظيم للجنة الوطنية للصفقات باجل ممدد مقداره 45يوما عند دراسة الملفات المعروضة عليها ، تبقى التأشيرة الصادرة عن هذه اللجان صالحة لمدة 03 اشهر ، فادا انقضت هذه المدة اصبحت هذه التأشيرة لاغية ، و استوجب على المصلحة المتعاقدة تقديم الصفقة للجنة المختصة قصد الحصول على التأشيرة من جديدة و عليه فبعد تحصلها على تأشيرة لجنة الصفقات العمومية، تبادر المصلحة المتعاقدة(الإدارة المعنية) بإعداد ملف الالتزام، لتعرضه على المراقب المالي.

و تجدر الإشارة إلى أن تأشيرة المراقب المالي التي يمنحها قبل انجاز العقد-الصفقة- لا تعتبر سوى ضمان و تأكيد وجود رخصة البرامج التي تسمح بإبرام الصفقة.

➤ الرقابة المالية والمحاسبية : ينظم مهام المراقب المالي المرسوم التنفيذي رقم 414-92 المؤرخ في 14 نوفمبر 1992 و المتعلق بالرقابة المسبقة لنفقات الملتزم بها نص المادة 06 منه على: "الالتزامات بالنفقات في ميزانية التسيير أو ميزانية التجهيز، تخضع إلى رقابة المراقب المالي<sup>1</sup>. فيما يخص مشاريع التجهيز، يقدم إلى المراقب المالي، مقرر التسجيل و بطاقة الالتزام ليسجل المعلومات المتعلقة بالمشروع و بطاقتها مع مقرر البرنامج ثم يمنح التأشيرة و نفس الشيء بالنسبة لمقررات إعادة التقييم، تخفيض التقييم أو تغيير هيكله المواصفات حيث يجب أن تحمل تأشيرة المراقب المالي و بعدها يقوم بالرقابة على بقية الالتزامات الناتجة عن تنفيذ المشروع ليضمن عدم تجاوز مجموعها للمبلغ المنصوص عليه في مقرر التسجيل هذا إلى جانب انه يقوم بمراقبة توفر العناصر التالية:

- صفة أمر بالصرف.
- المطابقة للقوانين و التنظيمات السارية.
- توفر الاعتمادات الكافية.
- التسجيل الصحيح للنفقة وفقا لمدونة الاستثمارات.
- مطابقة مبلغ النفقة مع العناصر الموجودة في الوثائق المثبتة.
- توفر التأشيرة أو الآراء المسبقة التي ينص عليها القانون وتظهر محاسبة الالتزامات التي يمسكها المراقب المالي فيما يخص نفقات التجهيز
- رخص البرنامج و كذا إعادة التقييم المتتالية إن وجدت.

<sup>1</sup> الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية المادة 06 من المرسوم التنفيذي رقم 414/92 المؤرخ في 14 نوفمبر 1992 المتعلق بتنفيذ النفقات العمومية للتجهيز .

- تفويض رخص البرنامج.
  - الأرصدة الموجودة.
  - تحدد آجال الرقابة بـ 10 أيام و تمدد إلى 20 يوما بالنسبة للملفات المعقدة.
- و على هذا الاساس يحرص المحاسب العمومي على دفع النفقات للدائنين الحقيقيين للدولة، كما يضمن وجود مجموعة التأشيريات المنصوص عليها قانونا(تأشيرة المراقب المالي، لجنة الصفقات العمومية و الوظيف العمومي) و بصدد مهامه يتحمل المحاسب العمومي مسؤولية شخصية مستقلة عن الأمر بالصرف، غير أن الأمر بالصرف يمكنه تسخير المحاسب العمومي لصالحه في حالة رفض هذا الأخير دفع النفقة و هنا تسقط مسؤوليته<sup>1</sup>.

#### ب- الرقابة البعدية على تنفيذ النفقات:

##### ➤ رقابة المفتشية العامة للمالية:

هي هيئة دائمة للمراقبة، أنشأت بموجب المرسوم رقم، 53/80 و تم تعديله بالمرسوم رقم، 78/92 تخضع للسلطة المباشرة لوزير المالية، تقوم المفتشية العامة للمالية بمهام تفتيش سواء بطلب وثائق أو الانتقال إلى عين المكان بشكل مفاجئ أو بعد الإعلام المسبق من أجل مراقبة:

- مدى تطبيق الأحكام المالية و المحاسبية التي نص عليها القانون.
- دقة صحة و شرعية الحسابات المختلفة.
- مطابقة العمليات لتقديرات الميزانية و برنامج التجهيز.
- كيفية استعمال و تسيير الوسائل و الامكانيات الموضوعة تحت تصرف مصالح الدولة.

##### ➤ أجهزة الرقابة القضائية – مجلس المحاسبة

ينظم عمل و صلاحيات مجلس المحاسبة، الأمر رقم 95-20 المؤرخ في 17 جويلية 1995 المتعلق بمجلس المحاسبة، و يعتبر مؤسسة دستورية عليا للرقابة القضائية على تنفيذ الميزانية و يقوم بما يلي:

- مراقبة الحسابات الادارية و حسابات التسيير( لدى مجلس المحاسبة مع الوثائق المبررة.. تقيم فعالية التسيير.
- ابداء اقتراحات و توصيات من اجل تحسين التسيير المالي و المحاسبي للأموال العمومية. بالإضافة الى مهام ادارية أخرى.

- بالإضافة إلى وجود أجهزة الرقابة التشريعية- البرلمان: إن الهيئة التشريعية هي التي تصوت على الميزانية، و بالتالي فطبيعيًا لها الحق في الرقابة على تنفيذها، و على هذا الاساس يمارس البرلمان وظيفة الرقابة التي تستمد أصلها من الدستور اساسا و القوانين بالدرجة الثانية<sup>2</sup>.

أما وسائل الرقابة فيمتلك البرلمان عدة وسائل و ادوات<sup>1</sup> للرقابة على أعمال الحكومة، و خاصة المالية منها و تتمثل هذه لوسائل في التقارير المرسله من طرف الحكومة (عرض الحكومة)، الأسئلة الشفوية و الكتابية،

<sup>1</sup> الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية المادة 36 من القانون 90-21 المؤرخ في 15 أوت 1990 المتعلق بالمحاسبة العمومية. جريدة الرسمية العدد 35 ص 8.

<sup>2</sup> الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، المادة 37 من القانون 90-21 المؤرخ في 15 أوت 1990 المتعلق بالمحاسبة العمومية، الجريدة الرسمية. العدد 35 ص 11

الاستجواب (المادة 133 من الدستور 1996)، نقاش الميزانية و التصويت عليه (هو نوع من الرقابة الممارسة على الحكومة).

الأسئلة الشفوية و الكتابية.

- الاستجواب ( المادة 133 من الدستور 1996).
- نقاش الميزانية و التصويت عليه (هو نوع من الرقابة الممارسة على الحكومة).

#### المطلب الثاني : أنواع برامج التجهيز القطاعية واثرها علي القطاع الصحي

شهدت الفترة الممتدة من (2001-2019) انتعاش في جميع القطاعات عامة و قطاع الصحة خاصة وذلك بفضل السياسات الجديدة التي قامت بها الدولة بتقسيم هذه الفترة اربعة مراحل كل مرحلة يتم بعث برنامج خماسي يهدف الي تدارك النقائص وبعث كانت هذه البرامج تقدم على حسب حاجات القطاعات و كانت مكمله لبعضها البعض و متسلسلة كالاتي :

ND	2004 – 2001	• برنامج الإنعاش الاقتصادي
NF	2009 – 2005	• برنامج التكميلي لدعم النمو
NK	2014 - 2010	• برنامج التنمية الاقتصادية والاجتماعية
NL	2019 – 2015	• برنامج توطيد النمو الاقتصادي

#### أولا: برنامج دعم الإنعاش الاقتصادي

أ- تعرف برنامج دعم الإنعاش الاقتصادي 2004-2001 (ND) : برنامج دعم الإنعاش الاقتصادي Le programme de soutien à le relance économique هو برنامج الاستثمارات العمومية الذي طرحته السلطات العمومية للفترة 2001-2004 ميزانية أولية تجاوزت 07 ملايين دولار، وتم الإعلان رسميا عن هذا البرنامج خلال الخطاب الذي ألقاه رئيس الجمهورية في افتتاح الندوة الوطنية لإطارات الأمة يوم 26 أفريل 2001 يستهدف هذا البرنامج دعم النمو الاقتصادي من خلال تفعيل الأنشطة الإنتاجية الفلاحية وتدعم الخدمات العمومية في مجالات الري، النقل، البنية التحتية، تحسين الإطار المعيشي لحياة السكان التنمية المحلة وتطوير الموارد البشرية (le gouvernement, algérien 11 2005) <sup>2</sup>

من خلال هذا البرنامج تم تسطير مجموعة من الأهداف منها: <sup>3</sup>

- اختتام العمليات التي هي في طور الإنجاز .

<sup>1</sup> الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، المادة 38 من القانون 90-21 المؤرخ في 15 أوت 1990 المتعلق بالمحاسبة العمومية، الجريدة الرسمية، العدد 35 ص 14  
<sup>2</sup> -زرمان كريم، "التنمية المستدامة في الجزائر من خلال برنامج الإنعاش الاقتصادي 2001-2009"، مجلة أبحاث اقتصادية وإدارية، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد خيضر بسكرة، العدد 07، 2010، ص 200.

<sup>3</sup> -صالي ناجية، مخناش فتية، "أثر برنامج دعم الإنعاش الاقتصادي والبرنامج التكميلي لدعم النمو وبرنامج التنمية الخماسية على النمو الاقتصادي (2001-2014) نحو تحديات آفاق النمو الاقتصادي الفعلي والمستديم"، مداخلة مقدمة للمؤتمر الدولي حول "تقييم آثار برامج الاستثمارات العامة وانعكاساتها على التشغيل والاستثمار والنمو الاقتصادي خلال الفترة 2001-2014"، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة سطيف، 12/11 مارس 2013، ص 121.

- إعادة الاعتبار وصيانة البنى التحتية .
- مستوى نضج المشاريع .
- توفير الوسائل وقدرات الإنجاز ولا سيما منها الوطنية .
- العمليات الجديدة المستجيبة لأهداف البرنامج و المستعدة في الانطلاق فيما مباشرة.

ب - برنامج دعم الإنعاش الاقتصادي 2001-2004 للانفاق على الصحة :  
تعد التنمية الصحية في أي بلد مجالا حيويا يحظى بأولي الاولويات لذلك فقد عرفت النفقات الصحية في الجزائر ارتفاعا خلال الفترة الممتدة ( 2001-2004)، كما يوضحه الجدول الموالي :

الوحدة: ( بالمائة % )

2004	2003	2002	2001	الفترة	البيان
3.4	3.3	3.2	3.1		النفقات الصحية كنسبة من الناتج الخام

المصدر: تقارير التنمية البشرية لسنة 2002/2004/2005 على موقع [www.undp.org](http://www.undp.org) تاريخ الاطلاع 2021/04-19

كان لقطاع الصحة نصيب معتبر من النفقات الصحية من الناتج الخام وكانت هذه اولي خطوات من اجل النهوض بهذا القطاع الهام في مختلف المجالات و الهياكل الصحة ، حيث تبذل الحكومة جهودها علي فترات علي حسب الناتج الخام و نلاحظ تزايد نسبة النفقات الصحية بالنسبة للناتج الخام و لو بقيمة ضئيلة .

ثانيا : البرنامج التكميلي لدعم النمو الاقتصادي

أ- تعرف البرنامج التكميلي لدعم النمو الاقتصادي (NF) 2005 - 2009 : البرنامج التكميلي لدعم النمو الاقتصادي Le programme complémentaire de soutien à la croissance هو برنامج الاستثمارات العمومية الذي طرحته السلطات العمومية يوم 7 أفريل 2005 متعلق بالفترة 2005-2009 ، في إطار مواصلة استراتيجية البرامج الكبيرة للإنفاق العمومي التي بدأت مع برنامج دعم الإنعاش الاقتصادي الخاص الفترة 2001-2004 وذلك بعد ملاحظة بعض النتائج الإيجابية خلال هذه الفترة رغم محدودية المبالغ المخصصة<sup>1</sup>.

وقد تم إقرار هذا البرنامج عد تحسن الوضعية المالية للجزائر عند الارتفاع الذي سجله سعر النفط الذي بلغ سنة 2004 حدود 38.5 دولار، مما نتج عنه تراكم احتياطي الصرف إلى ما قارب 43.1 مليار دج في السنة ذاتها، مما سمح استغلال هذه العوائد لإكمال مسار التنمية، من خلال التركيز على مجموعة من الأهداف أهمها<sup>2</sup>:

- تحديث وتوسيع الخدمات العامة : حيث أن ما مرت به الجزائر خلال فترة التسعينات سواء كانت الازمة السياسية أو الازمة الاقتصادية أثر سلبا على نوع وحجم الخدمات العامة، بشكل جعل من

<sup>1</sup> عرض وزير المالية السيد مراد مدلسي مشروع الأمر المتضمن قانون المالية التكميلي لسنة 2005 ، الجريدة الرسمية لمداوات المجلس الشعبي الوطني السنة الرابعة رقم 09-169 ، اكتوبر 2005 ، ص07.

<sup>2</sup> World Bank, "A public expenditure review", report n° 36270, vol1, 2007, voir <https://documents1.worldbank.org/consulte> le 12/03/2021.

تحديثها وتوسعها ضرورة ملحة قصد تحسين الإطار المعيشي من جهة ومن جهة آخر تكملة لنشاط القطاع الخاص في سبيل ازدهار الاقتصاد الوطني .

- تحسين مستوى معيشة الأفراد: وذلك من خلال تحسين الجوانب المؤثرة على نمط معيشة الأفراد سواء كان الجانب الصحي أو الأمني أو التعليمي .
- تطور الموارد البشرية والبنى التحتية: وذلك راجع إلى الدور الذي يلعبه كل من الموارد البشرية والبنى التحتية في تطور النشاط الاقتصادي. إذ تعتبر الموارد البشرية من أهم الموارد الاقتصادية في الوقت الحالي، إذ أن تطورها المتواصل يجنب مشكلة الندرة التي تتميز بها الموارد التقليدية عن طريق ترقية المستوى التعليمي والمعرفي للأفراد والاستعانة بالتكنولوجيا في ذلك، كما أن البنى التحتية لها دور هام جدا في تطور النشاط الإنتاجي والخصوص في دعم إنتاجية القطاع الخاص من خلال تسهيل عملة المواصلات وانتقال السلع والخدمات وعوامل الإنتاج .
- رفع معدلات النمو الاقتصادي: يعتبر رفع معدلات النمو الاقتصادي الهدف النهائي للبرنامج التكميلي لدعم النمو، وهو الهدف الذي تصب فيه كل الأهداف السابقة.

#### ب- برنامج دعم النمو الاقتصادي (2005-2009) للإنفاق على الصحة:

ان ما أنجز من منشآت اقتصادية و اجتماعية ، ليس بالأمر الهين وهو مجهود يضاف كقيمة ملموسة تؤذي دورا يدخل في حساب التنمية البشرية ، وسنتطرق في برنامج دعم النمو فيما يخص الصحة من خلال الانفاق على الصحة من الناتج الداخلي الخام .

- جدول رقم (II - 2) يمثل النفقات الصحية من الناتج الخام الفترة الممتدة (2005-2009) في الجزائر

الوحدة : ( بالمائة % )

البيان	الفترة	2006	2007	2008	2009
النفقات الصحية كنسبة من الناتج الخام		4.2	4.4	5.4	5.8

La source : statistiques sanitaires mondiales 2009,2011, l'organisation mondiale de la sante sur le site voir :voir www.OMS.org.consulte le 20/04/2021

ولقد توزعت هذه النفقات عموما على مختلف المجالات و الهياكل الصحية، حيث شهدت الصحة العمومية توسعا هاما في مختلف المجالات، وهذا بفضل الجهود المبذولة من خلال مضاعفة الغلاف المالي بعدة مرات ونلاحظ بداية الاهتمام أكثر فأكثر بالقطاع الصحي و ذلك بزيادة نسبة النفقات الصحية بالنسبة الناتج الخام

#### ثالثا: برنامج التنمية الخماسي الاقتصادي والاجتماعية

أ- تعريف برنامج التنمية الخماسي الاقتصادي والاجتماعية (NK) 2010-2014: يندمج هذا البرنامج ضمن ديناميكية إعادة الإعمار الوطني التي انطلقت ببرنامج دعم الإنعاش الاقتصادي الذي تمت مباشرته سنة 2001 على قدر الموارد التي كانت متاحة آنذاك. وتواصلت الديناميكية ببرنامج تكميلي للفترة 2004 - 2009 الذي

تدعم هو الآخر البرامج الخاصة التي رصدت لصالح ولايات الهضاب وولايات الجنوب و بعض المشاريع المهيكلية التي ما تزال قيد الإنجاز.، وهو شمل استكمال المشاريع الكبرى الجارية إنجازها، واطلاق مشاريع جديدة.<sup>1</sup>  
يهدف برنامج الاستثمارات العمومية في الجزائر خلال الفترة 2010 - 2014<sup>2</sup>:

- تحسين التنمية البشرية وتطوير اقتصاد المعرفة .
- مواصلة تطور المنشآت القاعدة الأساسية وتحسين الخدمة العمومية .
- دعم التنمية الاقتصادية الوطني .
- التنمية الصناعة .
- تشجيع إنشاء مناصب الشغل.

ب- النفقات على الصحة كنسبة من الناتج الداخلي الخام:

جدول رقم (II - 3) يمثل النفقات الصحية من الناتج الخام الفترة الممتدة (2010-2014) في الجزائر

الوحدة : ( بالمائة % )

البيان	الفترة	2011	2012	2013	2014
النفقات الصحية كنسبة من الناتج الخام		4.2	4.4	5.4	5.8

La source : statistiques sanitaires mondiales 2009,2011,l'organisation mondiale de la sante sur le site voir :www.OMS.org,consulté le 20/04/2021

لقد عرفت النسبة المخصصة لانفاق على الصحة من الناتج الداخلي الخام.نموا طرديا خلال السنوات الاخيرة فلقد تضاعفت هذه الاخيرة بنحو ثلاث مرات خلال المدى الزمني ( 2011-2014 ) ، إذ انتقلت من 4.4 % سنة 2011 إلى حدود 9.1% سنة 2014 ، هذا الارتفاع المستمر للنفقات العامة على الصحة، كان له بالغ الأثر على نصيب الفرد من الانفاق على الرعاية الصحية الا انا هذا التحسن المستمر الذي عرفه هذا المؤشر لا يغني بحد ذاته عن المزيد من الجهد لرفعها<sup>3</sup>.

رابعا: تعريف برنامج توطيد النمو الاقتصادي

أ- تعريف برنامج توطيد النمو الاقتصادي 2015 – 2019 الإسهام في إنعاش عديد من القطاعات المنتجة على غرار الصناعة والسياحة وكذلك التنمية الاجتماعية ، و مواصلة الاستثمار في المنشآت بالتوازي مع إنعاش قطاعات أخرى خلافة للثروة و مناصب الشغل و التي من شأنها ان تنوع الاقتصاد<sup>4</sup>،

<sup>1</sup> الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية بيان مجلس الوزراء الصادر بتاريخ 24 ماي 2010 المتضمن الموافقة على البرنامج الخماسي 2010-2014 ، ص01.

<sup>2</sup> هويدي عبد الجليل، يحيوي عمر، "السياسات الاقتصادية وتحديات التنمية البشرية بالجزائر في إطار الأهداف الإنمائية للألفية"، مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية، جامعة الوادي ، العدد 06، افريل 2014، ص236.

<sup>3</sup> بلعاطل عياش، سياسات التنمية المستدامة والأهداف الإنمائية للألفية في الجزائر، دراسة تقييمية لحدود الإلتزامات وطبيعة الإنجازات، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة فرحات عباس سطيف، 2011

<sup>4</sup> - الدكتور عبدالرحمان تومي ، الإصلاحات الاقتصادية في الجزائر ، واقع و آفاق ، دار الخلدونية للنشر و التوزيع-الطبعة 2011،ص216.

ب- النفقات على الصحة كنسبة من الناتج الداخلي الخام:

جدول رقم (II - 4) يمثل النفقات الصحية من الناتج الخام الفترة الممتدة (2015-2019) في الجزائر

الوحدة : ( بالمائة % )

البيان	الفترة	2016	2017	2018	2019
النفقات الصحية كنسبة من الناتج الخام		9.9	10.5	11.9	12.7

(La source : statistiques sanitaires mondiales 2009,2011, l'organisation mondiale de la sante sur le site :www.OMS.org, le 20/04/2021

ت- اثر البرامج على كفاءة الهياكل :

جدول رقم (II - 5) يمثل تطور الهياكل الصحية القاعدية للقطاع العام في الجزائر ما بين (2001-2019):

الانجازات	البرامج الخماسية	برنامج دعم الإنعاش الاقتصادي (2001-2004)	برنامج التكميلي لدعم النمو الاقتصادي (2005-2009)	برنامج التنمية الاقتصادية والاجتماعية (2010-2014)	برنامج توطيد النمو الاقتصادي (2015-2019)
المستشفى الجامعي	12	13	14	15	
المستشفيات	196	209	231	242	
العيادات متعددة الاختصاصات	50	71	75	83	
المراكز الصحية	126	136	496	1659	
قاعات العلاج	402	694	3964	5762	

المصدر: بيان السياسة العامة للحكومة، الملحق 04، أكتوبر 2019، ص05

توضح البيانات الواردة في الجدول رقم (II - 5) على أن قطاع الصحة في الجزائر عرف قفزة نوعية من حيث الوسائل المادية (الهياكل القاعدية للصحة) خاصة خلال العشرين سنة المنصرمة وهذا من أجل تقليص من نسبة العجز الذي يعاني منه قطاع الصحة فسعي الجزائر وراء تحقيق استراتيجية تعميم الخدمات الصحية لكافة الأفراد تجسد من خلال السياسة الوطنية للصحة عبر تركيز الجهود على المنشآت الصحية القاعدية

- سجلت المستشفيات الطبية الجامعية زيادة بمعدل 20 % .
- سجلت المستشفيات الطبية العمومية زيادة بمعدل 19 % .
- سجلت العيادات متعددة الخدمات زيادة بمعدل 39 % .
- سجلت المراكز الصحية زيادة بمعدل 92 % .
- سجلت قاعات العلاج زيادة بمعدل 93 % .

توضح النسب الواردة في الجدول على أن تركيز جهود قطاع الصحة بالجزائر يتم خاصة على مستوى الهياكل الصحية ذات تكلفة أقل و مردودية أعلا . حيث تحتل قاعات العلاج المرتبة الأولى ضمن الهياكل الصحية القاعدية بنسبة 93 % و تليها المراكز الصحية بنسبة 92 % من نفس السنة. في حين أن المستشفيات الطبية الجامعية المستشفيات العمومية و نظرا لضخامة الموارد المالية التي تستلزمها من أجل (إنشائها و تجهيزها) الشيء الذي جعلها تحتل آخر مرتبة ضمن الهياكل الصحية القاعدية .

لكن بالرغم من هذا التطور في الهياكل الصحية بالجزائر إلا أن الطلب يتزايد على العلاج مما يفسر سوء استخدام هذه الإمكانيات المتوقّرة لدى القطاع الصحي العمومي و هذا ما يستدعي البحث عن الخلل الموجود في التخطيط لهذه الموارد ( الهياكل الساندة على أرض الواقع تبقى بعيدة عما كان مخطط له) و كيفية استخدامها خاصة بعدما كثر الحديث حول فعالية النظام الصحي من <sup>1</sup> أجل التكفل بالمشاكل التي يعاني منها هذا القطاع بغية تحسين الخدمات الصحية من جهة . و من جهة أخرى معظم مشاريع برامج التجهيز القطاعية ان لم اقل اغلبيتها ، يعاد تقييم تكلفتها مما يضخم من كلفة الانفاق العمومي ، والذي يفسر عدم جدية الدراسات المتخذة مسبقا و التي تحدد التقييم المالي للمشروع ، وهنا يبرز الدور الهام الذي تلعبه الهيئات المكلفة بالرقابة و من بينها المراقب المالي و كذا مجلس المحاسبة ، في مراقبة الاجراءات المتعلقة بسير و تنفيذ مختلف المشاريع ، هذا كما تم ملاحظة التأخر الكبير في الاشغال معظم المشاريع مما يشكل عائقا لمسار التنمية المبرمج له وفق فترة زمنية محددة ، و يرجع الكثير هذا التأخر الى الظروف المناخية التي تحول دون انجاز المشروع و تماطل بعض المقاولات اضافة الى ضعف سيرورة الاجراءات المتعلقة بالرقابة المالية منها تأشيرة المراقب المالي ، الخ

بالرغم التطور الملحوظ في المنظومة الصحية الجزائرية بفضل الجهود المبذولة من قبل الجهات المعنية إلا أنها مازالت تعاني من عدة نقائص و التي نوجزها فيما يلي :

- مشكلات تخص النظام الصحي في حد ذاته و نعتبرها مشكلات داخلية و التي تتمثل في :

- عدم وجود ارتباط بين الأطراف الفنية ( السلك الطبي، السلك شبه طبي و الطاقم الإداري ) من خلال ضعف المراكز الصحية الأمر الذي انعكس سلبا على مردودية القطاع الصحي.
- ضعف التنظيم الصحي أدى إلى بروز ظاهرة التبذير في العلاج و كذلك التوزيع السيء للمصالح الصحية عبر الوطن أثر على مردودية هذه المصالح .

أما المشكلات الخارجية فيمكن ضبطها فيما يلي :

- عدم التوازن فيما يخص المراكز الصحية و هذا بحكم ضعف التخطيط نتيجة نقص المعلومات الخاصة بتوزيع السكان لدى هيئات التخطيط .
- غياب التوزيع العادل و العقلاني للأطباء خاصة في المناطق النائية و المحرومة .

<sup>1</sup> أمير جيلالي ، تسويق الخدمات الصحية في كل إصلاح المستشفيات في الجزائر ، اطروحة مقدمة للحصول على شهادة الدكتوراه اطروحة مقدمة للحصول على شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية و علوم التسيير فرع التخطيط، جامعة باتنة، 2008-2009 ، ص 63.

- عدم تماشي البرامج التعليمية في مجال تكوين الأطباء مع السياسة الصحية .
- عدم وجود تنسيق بين وزارة الصحة و الهيئات الأخرى المعنية بالشؤون الاجتماعية<sup>1</sup>.

. إذن المشكلة التي يعاني منها النظام الصحي العمومي ليس بالمادية (تتعلق بالدفع المالي) بل هي أعمق من ذلك و تتعلق بنوعية التنظيم بين مختلف مكونات هذه المنظومة و البيئة التي يعيش فيها . فالإصلاح يجب أن يشمل الجوانب التنظيمية التي تعطي أكثر فعالية لعناصر النظام الصحي من أجل تحسين مردودية الخدمات المقدمة اعتمادا على جانب التسيير الرشيد أكثر من الاعتماد على بناء هياكل بيروقراطية جامدة و في إطار اجراءات التحكم في الانفاق العمومي من خلال تجسيد سياسة ترشيد النفقات العمومية ، تسهر السلطات المعنية على وضع اهم التنظيمات من اجل القضاء على الفساد و محاربة جميع التجاوزات التي تؤدي الى تبذير المال العام ، و كذا من اجل تجنب المعوقات التي تحول دون التطبيق الفعال للمخططات التنموية ، الامر الذي يزيد من مدى اهميتها و دورها في احداث تنمية قطاع الصحة بشكل خاص

<sup>1</sup> التقرير الوطني الصادر عن الجلسة المخصصة لقطاع الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات، <https://apps.who.int/> تم تصفح الموقع بتاريخ 20 أبريل 2021

### خلاصة الفصل:

من اجل بلوغ تحقيق معدلات نمو اقتصادي و الوصول الى تنمية اقتصادية شاملة تباشر الدولة عمليات تتطلب انفاقا واسعا و دائم الارتفاع في اطار برامج التجهيز القطاعية ، مما يجعل الدولة تبحث دوما عن المصادر المالية الكافية لتمويل هذه النفقات فتقتطع الضرائب و الرسوم ، و تحصل على موارد ناتجة عن املاكها و على ثروات مقابل السلع و الخدمات التي تقدمها ، كما تلجأ الى القروض لسد عجز مواردها العادية، حيث أن هدف الانفاق الصحي هو تحقيق هدف أساسي و هو الوقاية من المرض أولا و العلاج و الشفاء منه ثانيا وهذا الهدف يضمن المحافظة على الرأس المال البشري و من ثم زيادة انتاجية الفرد و التالي زيادة الناتج المحلي الاجمالي ولذا فان الاهتمام بالإنفاق علي قطاع الصحي ليس مرجعة الدافع الانساني فقط و انما الدافع الاقتصادي أيضا .



# الفصل التطبيقي

تمهيد:

يمكن أن نبرز تطور المنظومة الصحية للقطاع العام من ناحيتين أساسيتين المادية و البشرية فمن الناحية المادية سنحاول من خلال هذا الجانب التطرق إلى التطورات التي عرفتها الهياكل الصحية القاعدية للقطاع العام ( المستشفيات الجامعية، المستشفيات العمومية، عيادات متعددة الخدمات ، المراكز الصحية، قاعات العلاج) في ظل البرامج الخماسية التي استفادت منها للولاية في الفترة ما بين (2000-2019)، و ايضا من الناحية البشرية سنحاول التطرق الى اليد البشرية من سلك طبي ( الطبيب العام ، الطبيب المختص ، الصيدلي ) ، و السلك شبه طبي ( ممرض ، مساعد ممرض ، قابلة ) وأثر هذه البرامج علي كفاءة الهياكل الاستشفائية في ولاية مستغانم التي كانت متابعة من طرف مديرية البرمجة ومتابعة الميزانية للولاية .

سنتناول في هذا الفصل التطبيقي بدءا بمبحث الاول بنبذة عن المديرية و مهامها ودراسة أثر برامج القطاعية على الهياكل الاستشفائية لولاية مستغانم في فترة ما بين (2000-2019)، أما في المبحث الثاني سنحاول الاشارة الى المعايير المستخدمة في تقييم كفاءة الهياكل الاستشفائية لولاية مستغانم ما بين الفترة (2001 - 2020)، و ذلك بدراسة المنظومة الصحية للولاية من حيث التغطية بالخدمات الصحية ، الأنظمة الصحية ، الانفاق الصحي ، الاحصاءات الديمغرافية و معدل الحياة و الوفيات وأخيرا دور الفعال التي تلعبه برامج التجهيز القطاعية و أثره علي المنظومة الصحية في تلك فترة .

المبحث الأول : عموميات حول مديرية البرمجة و متابعة الميزانية لولاية مستغانم

تعد مديرية البرمجة ومتابعة الميزانية هي القائمة على تسيير عمليات الاستثمارات العمومية المسجلة بعنوان ميزانية الدولة وذلك وفقا للمراجع القانونية والتنظيمية في الولاية، فهي تسهر على تنفيذ الاستثمارات المخطط لها من طرف الدولة التي تسعى من خلالها إلى تحقيق التقدم والرقي في كل القطاعات بما في ذلك القطاع الصحي، لذلك فهي تولي أهمية كبرى بالمؤسسات الصحية .

سنتطرق في هذا المبحث الى اعطاء نبذة عن المديرية و مهامها، ثم أثر برامج القطاعية على الهياكل الاستشفائية لولاية مستغانم في فترة ما بين ( 2000-2019 )

**المطلب الأول:نبذة عن المديرية و مهامها**

يتناول هذا العنصر التعريف مديرية البرمجة ومتابعة الميزانية لولاية مستغانم وهيكلها التنظيمي و مهامها و مثال عن مراحل انشاء مشروع مستشفى .

**أولا:التعريف بالمديرية وهيكلها التنظيمي**

أنشأت مديرية البرمجة و متابعة الميزانية لولاية مستغانم بموجب المرسوم التنفيذي رقم 11 - 75 المؤرخ في 13 ربيع الاول عام 1432 الموافق ل 16 فبراير 2011 ، وهذا بعدما كانت تسمى مديرية التخطيط و التهيئة العمرانية إلى غاية سنة 2010 حيث تم إلغاء المرسوم التنفيذي رقم 91 - 42 المؤرخ في أول شعبان عام 1411 الموافق ل 16 فبراير 1991 الذي يحدد قواعد تنظيم مصالح التخطيط و التهيئة العمرانية للولاية وعملها ، تقع مديرية البرمجة و متابعة الميزانية لولاية مستغانم في الحي الاداري بصلامندر

اما عن هيكلها التنظيمي فهو يضم المصالح التالية:

✓ **مصلحة التنمية البشرية والنشاط الاجتماعي والاقتصادي** :تضم ثلاث مكاتب منها مكتب قطاعات

التربية الوطنية والتكوين والتعليم المهنيين، والتعليم العالي والبحث العلمي، مكتب قطاعات السكن والعمران والصحة والشباب والرياضة والشؤون الدينية والثقافية والعمل والتشغيل والتحويلات الاجتماعية والحماية الاجتماعية، و اخيرا مكتب قطاعات الطاقة والمناجم والصناعة والمؤسسات الصغيرة والمتوسطة وترقية الاستثمار والسياحة والصناعات التقليدية والصيد البحري والتنمية الريفية.

✓ **مصلحة تنمية المنشآت والضبط** : تضم مكتبين هما مكتب قطاعات النقل والمواصلات السلكية

واللاسلكية والأشغال العمومية والاتصال والتجارة و كذا مكتب قطاعات تهيئة الاقليم والبيئة والموارد المائية وقطاعات السيادة والمالية.

✓ **مصلحة تنمية البرامج المحلية**: وتضم ثلاث مكاتب هي مكتب المخططات البلدية للتنمية ، مكتب

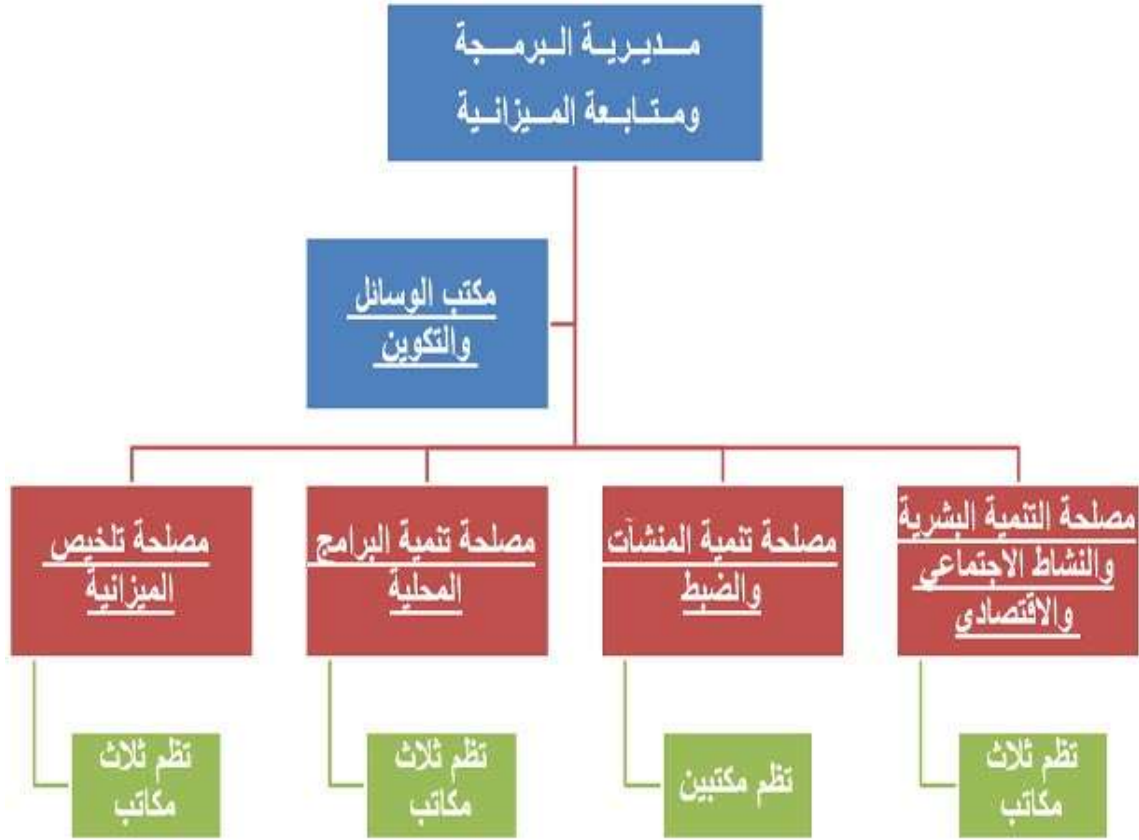
متابعة موارد وتمويلات حسابات التخصيص الخاص و مكتب متابعة الاستثمارات الممولة من الميزانيات اللامركزية للجماعات الاقليمية.

✓ **مصلحة تلخيص الميزانية**:تضم ثلاث مكاتب المتعلقة بمكتب وضع ومتابعة التنفيذ والتحليل الميزانياتي

و مكتب التلخيص والتوطيد الميزانياتي و ايضا مكتب النظام المعلوماتي والبيانات والإحصائيات الميزانية والتوازنات المحلية

✓ **مكتب الوسائل والتكوين** وهو تابع مباشرة إلى مدير البرمجة ومتابعة الميزانية للولاية

شكل رقم (III - 1) : الهيكل التنظيمي لمديرية البرمجة ومتابعة الميزانية لولاية مستغانم



المصدر : مديرية البرمجة ومتابعة الميزانية لولاية مستغانم بتاريخ 2021/01/20.

ثانيا : مهام مديرية البرمجة ومتابعة الميزانية لولاية مستغانم :

تكلف مديرية البرمجة ومتابعة الميزانية على مستوى ولاية مستغانم تحت وصاية المدير الجهوي للميزانية كما نص عليه المرسوم التنفيذي رقم 75 المؤرخ في 13 ربيع الأول عام 1432 الموافق ل 16 فبراير سنة 2011 بما يلي :

➤ مجال الميزانية :

- تسجيل البرامج و المشاريع المحلية الممولة من طرف ميزانية الدولة طبقا لما تنص عليه أحكام المرسوم التنفيذي 19 98/227 ربيع الأول 1419 الموافق ل 13 يوليو 1998 ، والمشاركة في الاشغال التحضيرية لهذه البرامج في حدود المبالغ المرصودة لهذا الغرض و مبلغة من طرف الادارة المركزية (وزارة المالية).

- حوصلة تقديرات الميزانية لإنجاز البرامج المحلية الممولة من ميزانية الدولة و تبليغها للإدارة المركزية للميزانية.  
- متابعة انجاز المشاريع الغير ممركرة ، بالتواصل مع الامرين بالصرف المعنيين ، طبقا لمواعيد الانجاز والاستلام لهذه المشاريع مع تقديم التقارير اللازمة كل ثلاثة (03) أشهر وكلما استوجب ذلك ، وتحليل أثارها على الميزانية .

- انشاء بنك معطيات يتضمن أهم المعايير التقييمية للحالة الاجتماعية و الاقتصادية و كذا المالية للقطاعات و الجماعات المحلية و هذا في اطار مخطط رئيسي للمعلومات تضبطه مديرية العامة للميزانية تطبيقا لإصلاحات الميزانية .

#### ➤ مجال التسيير :

- تحضير و تنفيذ ميزانية المديرية و ضمان متابعتها و تقييمها اضافة الى تسيير المستخدمين و الوسائل الموضوعية تحت تصرفها وفق للتشريع و التنظيم المعمول بهما .

- دعم كل مهمة تفتيش و تقييم المصالح الخارجية للميزانية في إطار البرنامج الذي تحدده المديرية العامة للميزانية.

- ضمان حفظ ارشيف المديرية و السهر على مسك جرد الممتلكات المنقولة و العقارية وكذا صيانتها طبقا للتشريع و التنظيم المعمول بهما في هذا المجال.

أما عن كيفية التحضير للمشاريع للبرامج القطاعية الخماسية فهي تتم كما يلي :

#### ➤ التحكم

وهو اهم عملية تقوم بها مديرية البرمجة و متابعة الميزانية لولاية مستغانم حيث بها يتم بلورة جميع مشاريع الولاية وايصال احتياجاتها الى المصلحة الوصية في الوزارة بحيث يتم في هذه العملية :

- متابعة المشاريع السابقة (ن-1) لقطاع الصحة للولاية من نسبة انجازها و العراقيل التي تواجهها من مشاكل ( ادارية و مالية) .

- اقتراحات المشاريع الجديدة لسنة (ن+1) في قطاع الصحة لولاية مستغانم .

➤ المداوات :يتم فيها دراسة الاقتراحات و تكون ذلك حسب احتياجات القطاع وعلى حسب الاولوية ،

حسب الكثافة السكانية في الولاية ( النمو الديمغرافي )، حسب طبيعة موقع هذه المشاريع، اختيار

المشاريع التي يمكن تغطيتها ماليا في ترخيص البرنامج الخماسي و اخيرا حسب توفير المشاريع التي

تحسن المنظومة الصحية و تقررها من المعايير الصحية الدولية.

#### ➤ نتائج المداوات : يتم من خلالها

- ترخيص للمشاريع المقبولة AP( رخصة البرنامج ) في قطاع الصحة في ذلك البرنامج الخماسي على حسب السياسة المتبعة في تلك الفترة التي تقدم لمديرية البرمجة و متابعة الميزانية للولاية.

- بعث التراخيص المالية CP ( اعتمادات الدفع ) لمشاريع القطاع و منحها لمديرية البرمجة و متابعة الميزانية لولاية مستغانم التي تقوم بإرسالها الى الامر بالصرف في قطاع الصحة للولاية.

- بدأ قطاع الصحة لولاية مستغانم بتجسيد تلك المشاريع متبعا جميع اجراءات هذه العملية و تكون تحت تسيير و متابعة مديرية البرمجة و متابعة الميزانية للولاية مع احترام فترة الانجاز و اجل التسليم.

ثالثا: كيفية اعداد مشروع ومراحل المتبعة في مديرية البرمجة ومتابعة الميزانية في ولاية مستغانم

يوضح المثال التالي مراحل انشاء مستشفى 240 سرير بولاية مستغانم

✓ الترخيص للبرنامج مستشفى 240 سرير لخروبة AP ( انظر ملحق III – 1 )

ترخيص البرنامج هو أداة قانونية تحكم استخدام البرامج المراد انشاءه واعطاء صيغة القانونية للمسير ذلك

القطاع. مثال : برنامج مستشفى 240 سرير ← المسير : مديرية الصحة و اصلاح المستشفيات DSP .

✓ ترخيص المالي لبرنامج مستشفى 240 سرير لخروبة CP ( انظر ملحق III – 2 )

ترخيص المالي وهو قيمة المالية المقدرة لإنشاء هذا البرنامج

مثال : برنامج مستشفى 240 سرير ← قيمة المشروع الأولية 1 300 000 000 دج

✓ مقرر التسجيل و تكلفة برنامج مستشفى 240 سرير لخروبة ( انظر ملحق III – 3 )

مقرر التسجيل هو البطاقة التعريفية للمشروع من ترميز البرنامج ، و قيمة المالية له و مدة الانجاز .

✓ مقرر اعادة هيكلة التكلفة لبرنامج مستشفى 240 سرير لخروبة ( انظر ملحق III – 4 )

مقرر اعادة هيكلة التكلفة هو اعادة تقييم المالي للبرنامج من 1 300 000 000 دج الى 2 990 114 000 دج.

بفعل التغيرات الخارجية من قيمة المالية و مدة الانجاز الحقيقية.

كيفية ترميز برنامج مستشفى 240 سرير لخروبة :

تحليل لرمز البرنامج NF5.731.1.262.127.06.02

• N: مدونة المشاريع ( NOMECLATURE )

• F: يمثل البرنامج التي ينتهي إليه المشروع

• 5: يمثل مدة البرنامج .

• 731: يمثل باب القطاع ( الصحة ) .

• 1: نوعية المشروع

• 262.127: رقم الولاية ( code )

• 06: سنة التسجيل المشروع وهي 2006

• 02: عدد المشاريع من نفس النوع

تشرف الأشغال بالمستشفى الجديد 240 سرير بخروبة على الانتهاء بعدما وصلت إلى نسبة متقدمة و لم

يتبق إلا بعض الروتوشات من اجل تدشين هذا المرفق الصحي الكبير الذي سيكون متنفسا لسكان

ولاية مستغانم . حيث آخر الأخبار تقول أن المستشفى استفاد من أجهزة طبية حديثة تم تركيبها و هو ما من

شانه أن يوفر خدمات صحية في المستوى و يغني المرضى عناء التنقل إلى باقي الولايات لاسيما نحو وهران طلبا

للتداوي على اعتبار أن مستغانم لا تتوفر على مستشفى جامعي. كما من شانه أن يخفف العبء على مستشفى

«شي غيفارا» بوسط المدينة والذي لم يعد يستوعب كل الأعداد الهائلة من المرضى القادمين من مختلف مناطق

## الفصل التطبيقي: برامج التجهيز القطاعية على قطاع الصحة دراسة حالة ولاية مستغانم 2001-2020

الولاية. إلى جانب ذلك ، ينتظر طلبة كلية الطب المتواجدة بخروبة تدشين هذا الصرح الصحي حتى يغنيهم من التنقل إلى باقي المستشفيات الصغيرة بالمدينة لإجراء تربيصاتهم التطبيقية و الكثير منهم يضطر للذهاب إلى خارج الولاية.. و يولي والي مستغانم اهتماما كبيرا لهذه المنشأة الصحية بدليل زيارته للمشروع تقريبا في كل أسبوع آخرها كانت أول أمس بتاريخ 01 فيفري 2021 حيث وقف على تقدم الأشغال سواء من ناحية التجهيزات أو التهيئة الخارجية و المساحات الخضراء التي تم تخصيصها بناء على تعليماته حسبما كشفت عنه خلية الإعلام للولاية. و قد شدد على ضرورة إنهاء ما تبقى من الأشغال في الوقت المحدد دون تأخير مع احترام الجودة. (مديرية البرمجة ومتابعة الميزانية خرجة ميدانية بتاريخ 01-02-2021)

و تشمل هذه المنشأة التي عرفت تأخرا في إنجازها دام أكثر من 10 سنوات عدة مصالح على غرار الجراحة العامة والمخبر ومصلحة الطب الداخلي و الخارجي و الاستعجالات الطبية والأشعة وجراحة الأعصاب وطب العيون وطب الأطفال وأمراض القلب وغيرها إلى جانب 6 غرف للعمليات الجراحية ومرافق أخرى على غرار فضاء لهبوط الطائرات المروحية لإجلاء المرضى.

✓ بعض صور لمستشفى 240 سرير خروبة مستغانم ( انظر ملحق III – 4، 5، 6 )

المطلب الثاني: أثر برامج القطاعية على الهياكل الاستشفائية لولاية مستغانم في فترة ما بين ( 2000-2019 )

أولا: الترخيص المالي لقطاع الصحة في برنامج الإنعاش الاقتصادي PSRE 2001 – 2004 ND

يمثل الجدول رقم (III-1) الترخيص الكلي للقطاعات بغلاف مالي قدر ب 54 592 712 000,00 دج في فترة ما بين (2001-2004) و قد تم الترخيص منه لقطاع الصحة و ذلك من خلال 18 عملية بمبلغ إجمالي قدر ب 1 458 156 000,00 دج

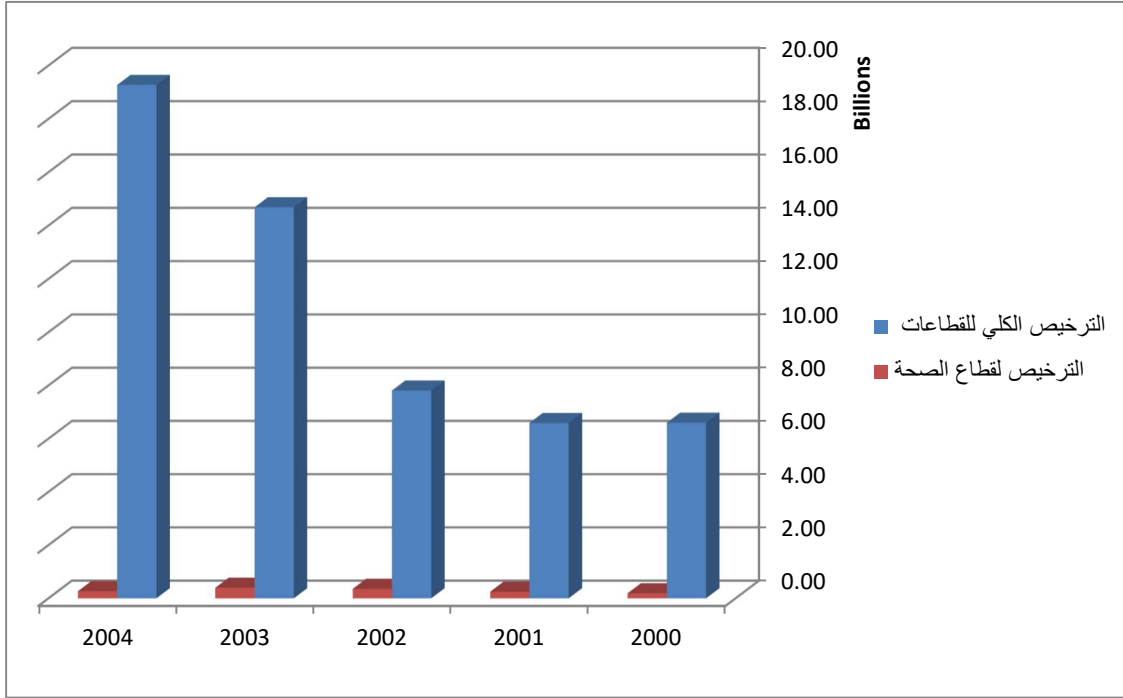
جدول رقم (III-1) : الترخيص لقطاع الصحة بالنسبة للقطاع الكلي الفترة الممتدة ( 2000-2004 )

الوحدة: دج

2004	2003	2002	2001	2000	سنوات البرنامج الترخيص المالي
19 272 674 000,00	14 685 782 000,00	7 807 612 000,00	6 587 891 000,00	6 598 753 000,00	الترخيص الكلي للقطاعات
268 392 000,00	396 865 000,00	356 460 000,00	247 460 000,00	188 979 000,00	الترخيص لقطاع الصحة
1%	3%	5%	4%	3%	نسبة ترخيص قطاع الصحة بالنسبة للترخيص الكلي

المصدر : مديرية البرمجة ومتابعة الميزانية لولاية مستغانم بتاريخ 2021-02-23

شكل رقم(III-2): الترخيص لقطاع الصحة بالنسبة للقطاع الكلي الممتدة (2004-2000):



المصدر: من اعداد الطالب بناء على برنامج EXCEL

#### التعليق

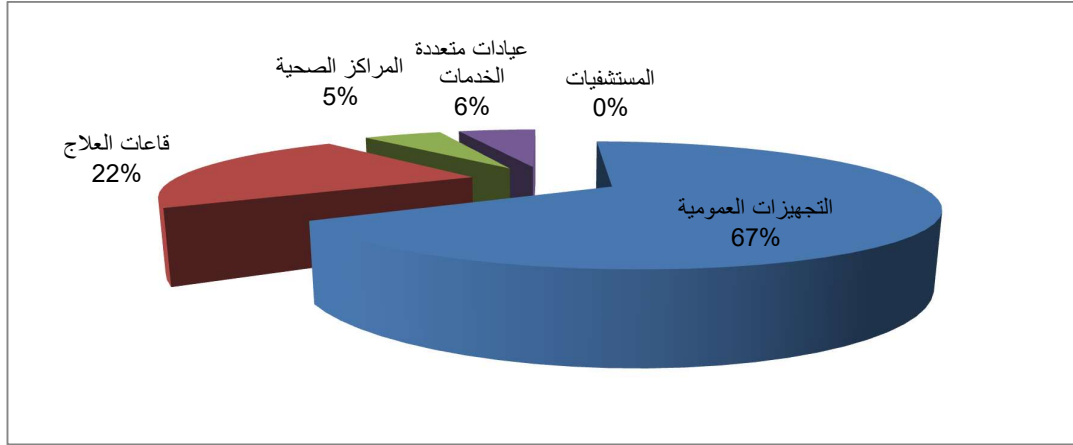
إن برنامج دعم الانعاش الاقتصادي، يطمح إلى التقليل من حدة المشاكل الموجودة، وتدارك التأخر المسجل، والذي تراكم خلال عشرية كاملة من الازمة، كما يعمل على التخفيف من الكلفة الاجتماعية للإصلاحات والمساهمة في رفع آليات النمو الاقتصادي في قطاع الصحة بمبلغ قدره 1 458 156 000,00 دج، لفترة ممتدة من السداسي الثاني لسنة 2000 إلى غاية نهاية 2004 حيث نلاحظ عدم الاهتمام بالقطاع بحيث أن نسبة الترخيص لقطاع الصحة بالنسبة للترخيص الكلي للقطاعات تراوحت ما بين (1 % الى 5%) بقيمة تتراوح ما بين (188 979 000,00 دج الى 396 865 000,00 دج) على حسب الناتج الخام في تلك الفترة ولكن قد بينت هذه الترخيصات درجة الاهمال و القيمة التي كانت توليها الدولة لقطاع مهم مثل قطاع الصحة علي حسب المناطق والتي كانت مهتمة بالمنطقة الوسطي بحث و بالرغم من الزيادة في الترخيص الكلي الا انه نلاحظ نسب ضعيفة بالنسبة لترخيص قطاع الصحة للولاية .

جدول رقم (III - 2) : انجازات القطاع الصحي لولاية مستغانم الممتدة (2004-2000):

الانجازات	المستشفيات	عيادات متعددة الخدمات	المراكز الصحية	قاعات العلاج	التجهيزات العمومية
برنامج PSRE	0	1	1	4	12

المصدر: مديرية البرمجة ومتابعة الميزانية لولاية مستغانم بتاريخ 2021-02-23

شكل رقم (III-3) يمثل انجازات القطاع الصحي لولاية مستغانم الفترة الممتدة (2000-2004):



المصدر: من اعداد الطالب بناء على برنامج EXCEL

#### التعليق:

نلاحظ ان جل الانجازات في القطاع الصحي لولاية مستغانم كانت في مرحلة برنامج الإنعاش الاقتصادي متمركزة في التجهيزات العمومية للهياكل الاستشفائية القديمة حيث بلغت 67% كأعلى نسبة وتلها قاعات العلاج بنسبة 22% ثم عيادات متعددة الخدمات و المراكز الصحية بنسبة قليلة قدرت ب 6% و5% و 0 % بالنسبة للهياكل الكبرى المتمثلة في المستشفيات ذلك بسبب قيمة الغلاف المالي القليل الممنوح للقطاع في هذه المرحلة (2000-2004) الذي اشتمل فقط لتغطية البرامج ذات التكلفة القليلة مثل التجهيزات العمومية لقطاع الصحة وقاعات العلاج .

ثانيا : الترخيص المالي لقطاع الصحة في برنامج التكميلي لدعم النمو PCSC 2005 – 2009 NF  
يمثل الجدول رقم (III-3) الترخيص الكلي للقطاعات بغلاف مالي قدر ب 211 384 658 000,00 دج ما بين فترة (2005-2009) و قد تم الترخيص منه لقطع الصحة و ذلك من خلال 29 عملية بمبلغ اجمالي قدر ب 13 735 066 000,00 دج

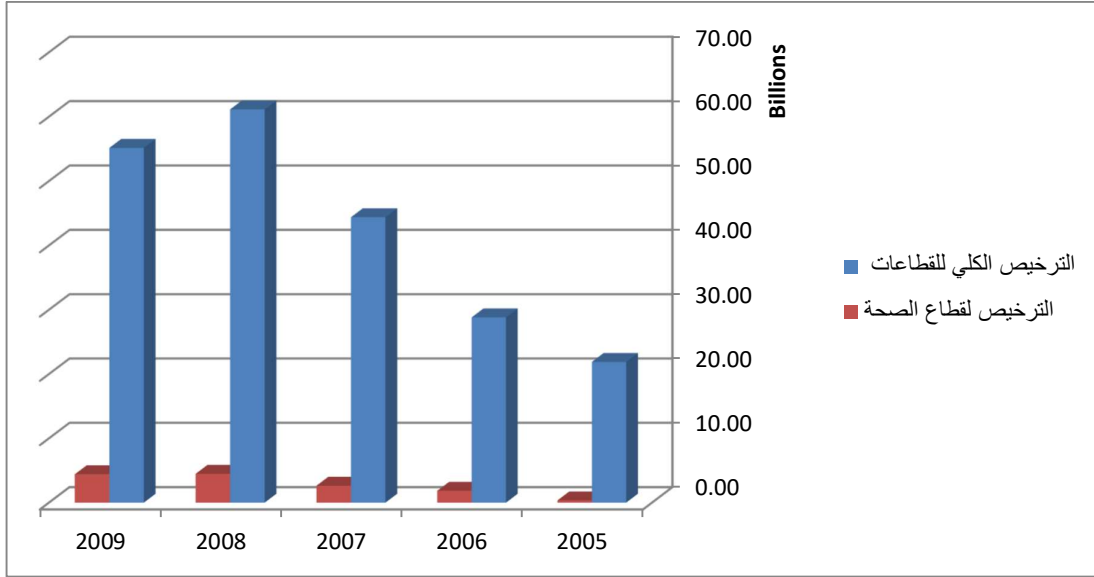
جدول رقم (III - 3) : الترخيص لقطاع الصحة بالنسبة للقطاع الكلي الفترة الممتدة (2005-2009):

الوحدة: دج

سنوات البرنامج	2005	2006	2007	2008	2009
الترخيص المالي	21 888 868 000,00	28 821 851 000,00	44 379 812 000,00	61 139 106 000,00	55 155 021 000,00
الترخيص الكلي للقطاعات	358 700 000,00	1 842 376 000,00	2 633 388 000,00	4 482 703 000,00	4 417 899 000,00
نسبة ترخيص قطاع الصحة بالنسبة للترخيص الكلي	2%	6%	6%	7%	8%

المصدر : مديرية البرمجة ومتابعة الميزانية لولاية مستغانم بتاريخ 2021-01-23

شكل رقم (III-4): الترخيص لقطاع الصحة بالنسبة للقطاع الكلي الممتدة (2004-2009):



المصدر: من اعداد الطالب بناء على برنامج EXCEL

#### التعليق

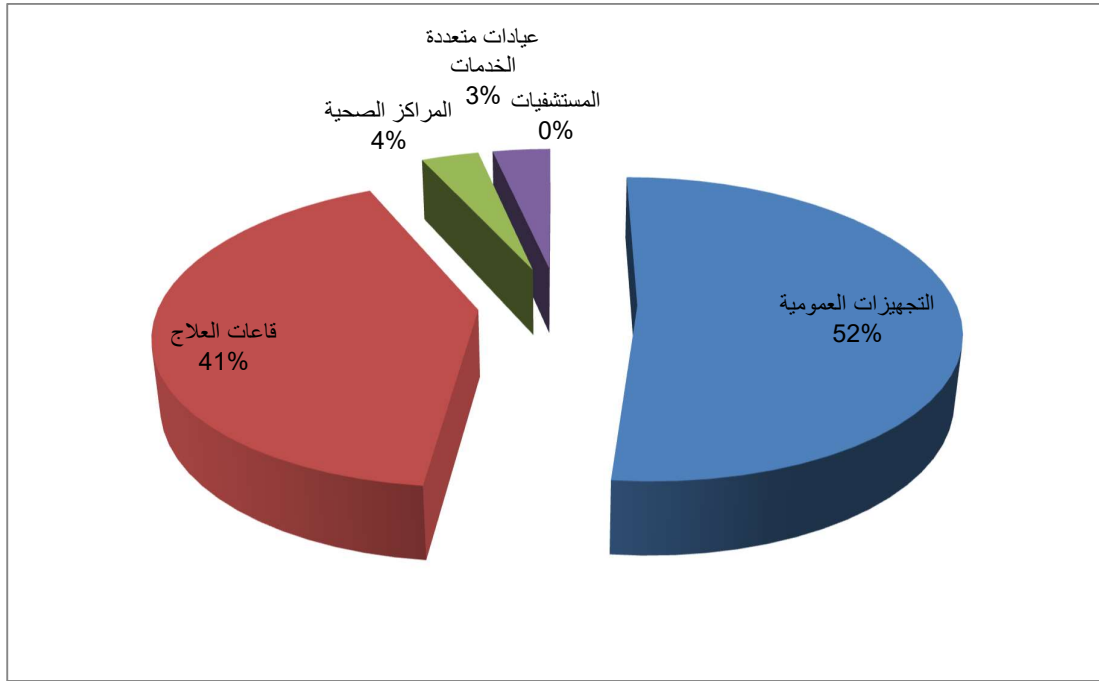
بعد النتائج المترتبة عن تطبيق برنامج دعم الانعاش وجب مواصلة استخدام الادوات المختلفة لسياسة الانعاش وعلى رأسها برامج تنمية لقطاع الصحة ف جاء البرنامج التكميلي لدعم النمو ، لفترة ممتدة من السداسي الثاني لسنة 2005 إلى غاية نهاية 2009 حيث نلاحظ بداية الاهتمام بالقطاع الصحي بصفة تدريجية بنسبة ضئيلة جدا بحيث ارتفعت نسبة الترخيص لقطاع الصحة بالنسبة للترخيص الكلي للقطاعات و تراوحت ما بين ( 2% الى 8%) بقيمة تتراوح ما بين (358 700 000,00 دج الى 4 417 899 000,00 دج ) على حسب الناتج الخام في تلك الفترة و لكن هذه الترخيصات كانت في منحى تصاعدي ما يبين بداية الالتفات والاهتمام بهذا القطاع الهام علي مستوى ولاية مستغانم خاصة في السداسي الاخير لسنة 2009.

جدول رقم (III - 4) :انجازات القطاع الصحي لولاية مستغانم الفترة الممتدة (2005-2009):

الانجازات	المستشفيات	عيادات متعددة الخدمات	المراكز الصحية	قاعات العلاج	التجهيزات العمومية
برنامج PCSC	0	1	1	12	15

المصدر : مديرية البرمجة ومتابعة الميزانية لولاية مستغانم بتاريخ 2021-01-23

شكل رقم (III-5): انجازات القطاع الصحي لولاية مستغانم الفترة الممتدة (2005-2009):



المصدر: من اعداد الطالب بناء على برنامج EXCEL

#### التعليق:

نلاحظ ان جل الانجازات في القطاع الصحي لولاية مستغانم كانت في مرحلة البرنامج التكميلي لدعم النمو مثل سابقتها متمركزة في عملية اعادة التجهيز العمومي و الاعتماد علي الهياكل الاقل تكلفة بالرغم ان الزيادة في نسبة الترخيص لقطاع الصحة في الولاية وزيادة في النفقات في بصفة عامة وذلك راجع الى الزيادة المعتبرة في الناتج الخام حيث بقيت عملية التجهيزات العمومية للهياكل الاستشفائية القديمة و المشاريع الجديدة تمتل دائما أعلى نسبة حيث بلغت 52% وتلها قاعات العلاج بنسبة 41% التي شهدت ارتفاع ملحوظ لهذه الهياكل المتمركزة في البلديات الصغيرة و المناطق النائية وذلك لتقريب الرعاية الصحية من المواطن ثم المراكز الصحية و عيادات متعددة الخدمات التي كانت نسبتها قليلة قدرت ب 4% و 3% على التوالي وبقاء نسبة 0% بالنسبة للهياكل الكبرى المتمثلة في المستشفيات وذلك راجع دائما الى قيمة الغلاف المالي القليل الممنوح للقطاع في هذه المرحلة (2005-2009) الذي لا يغطي تكلفة المشاريع الكبرى .

ثالثا: الترخيص المالي لقطاع الصحة لبرنامج التنمية الاقتصادية PCCE 2010 - 2014 NK

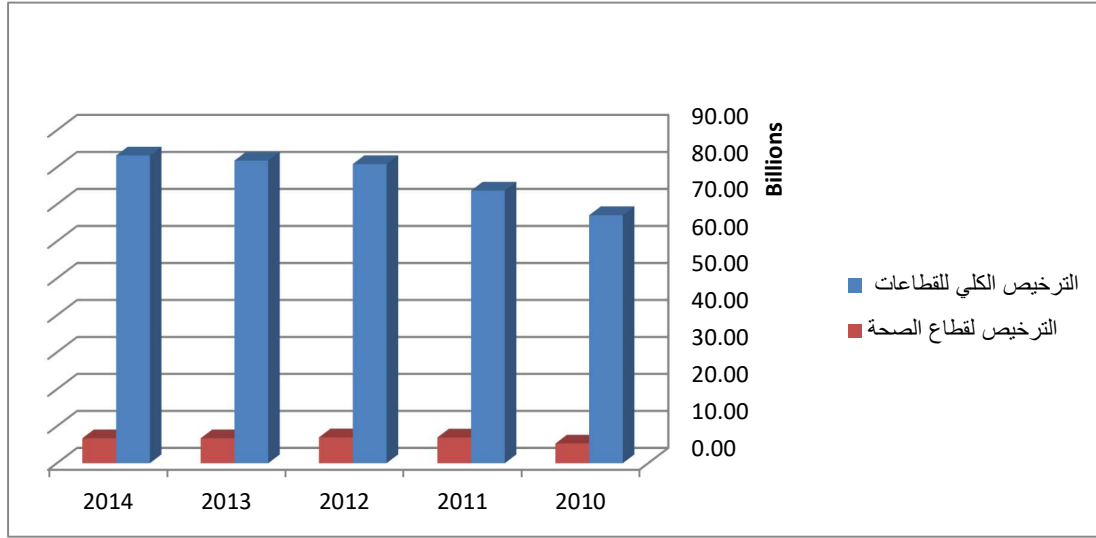
يمثل الجدول رقم (III-5) الترخيص الكلي للقطاعات بغلاف مالي قدر ب 386 552 682 000,00 دج ما بين فترة (2010-2014) و قد تم الترخيص منه لقطع الصحة و ذلك من خلال 29 عملية بمبلغ اجمالي قدر ب 32 721 406 000,00 دج.

جدول رقم (III - 5) : الترخيص لقطاع الصحة بالنسبة للقطاع الكلي الفترة الممتدة (2010-2014):

سنوات البرنامج	2010	2011	2012	2013	2014
الترخيص المالي					
الترخيص الكلي للقطاعات	67 043 056 000,00	73 695 036 000,00	80 856 077 000,00	81 800 593 000,00	83 157 920 000,00
الترخيص لقطاع الصحة	5 311 899 000,00	6 956 689 000,00	6 989 114 000,00	6 731 852 000,00	6 731 852 000,00
نسبة ترخيص قطاع الصحة بالنسبة للتخصيص الكلي	8%	9%	9%	8%	8%

المصدر: مديرية البرمجة ومتابعة الميزانية لولاية مستغانم بتاريخ 2021-01-23

شكل رقم (III-6): الترخيص لقطاع الصحة بالنسبة للقطاع الكلي الفترة الممتدة (2010-2014):



المصدر: من اعداد الطالب بناء على برنامج EXCEL

#### التعليق:

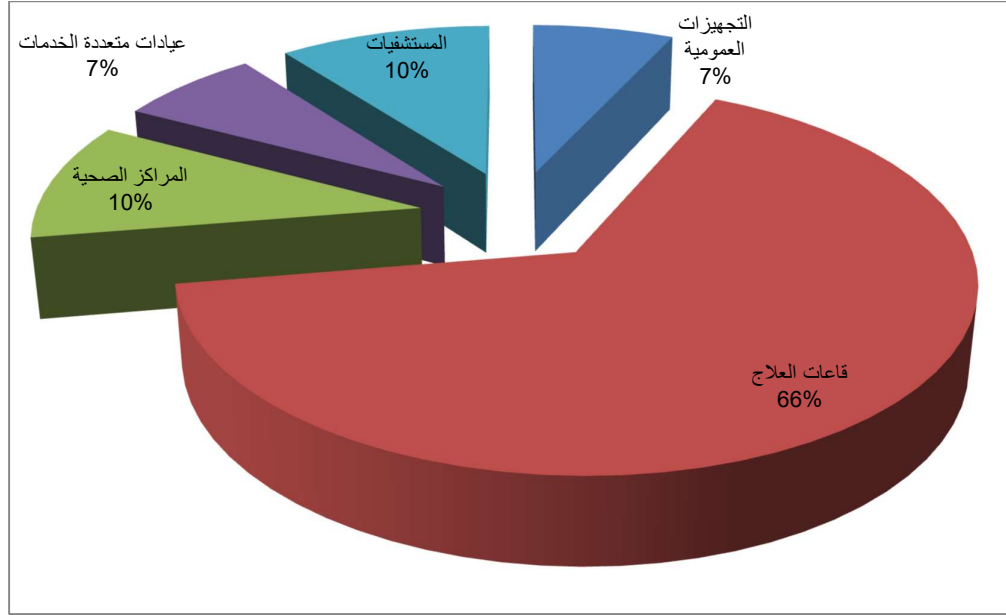
ان العشرية الكاملة من الاصلاحات التي مست المنظومة الصحية خاصة نتيجة انتهاج سياسة الانعاش الاقتصادي و كذا دعم النمو التكميلي التي تميزت بالحفاظ علي الموروث من الهياكل الاستشفائية بعملية اعادة تأهيلها و تجهيزها معا واعداد منشآت صغيرة ذات التكاليف المتناسبة مع النفقات و التراخيص المقدمة للولاية ولكن برنامج التنمية الاقتصادية و الاجتماعية لفترة ممتدة من السداسي الثاني لسنة 2010 إلى غاية نهاية 2014 كان يمثل افضل برنامج من حيث التراخيص الكلية للقطاعات بصفة عامة بقيمة تتراوح ما بين ( 67 043 056 000,00 دج- 83 157 920 000,00 دج) و الترخيص لقطاع الصحة بصفة خاصة في ولاية مستغانم بقيمة تتراوح ما بين (5 311 899 000,00 دج الى 6 989 114 000,00 دج) حسب الناتج الخام في تلك الفترة الذي شهد ارتفاعا الى مستويات عالية بسبب ارتفاع اسعار الذهب الاسود و وصوله الى اعلى مستوياته الشيء الذي عاد بالاجاب على كل القطاعات و خاصة قطاع الصحة لولاية مستغانم الذي شهد في هذه المرحلة قفزة نوعية .

جدول رقم (III - 6) : انجازات القطاع الصحي لولاية مستغانم الفترة الممتدة (2010-2014):

الانجازات	المستشفيات	عيادات متعددة الخدمات	المراكز الصحية	قاعات العلاج	التجهيزات العمومية
برنامج PCCE	4	2	3	19	2

المصدر : مديرية البرمجة ومتابعة الميزانية لولاية مستغانم بتاريخ 23-01-2021

شكل رقم (III-7) انجازات القطاع الصحي لولاية مستغانم الفترة الممتدة (2010-2014):



المصدر: من اعداد الطالب بناء على برنامج EXCEL

التعليق:

نلاحظ ان القطاع الصحي لولاية مستغانم في مرحلة برنامج التنمية الاقتصادية والاجتماعية كان له نتائج ايجابية على المنظومة الصحية لولاية مستغانم حيث نلاحظ بداية النهوض بالقطاع الصحي وقد اختلفت السياسة المتبعة من الحفاظ على الهياكل القديمة الى انشاء هياكل جديدة وذات تكاليف باهظة و من اهم ما استفادت منه الولاية اربع منشآت ضخمة منها 3 مستشفيات ذات 60 سرير و مستشفى جامعي ب 240 سرير و النهوض بالمنشآت متوسطة التكاليف ، مع الابقاء مع سياسة تقرب الرعاية الصحية للمواطن حيث كانت اعلى نسبة للقاعات العلاج التي كانت 66% وتلتها المستشفيات بنسبة 10% برغم تكاليفها الباهظة وهذا راجع لارتفاع نسبة الانفاق على المنظومة الصحية وزيادة في النمو الديموغرافي للولاية الذي يتطلب النهوض بالقطاع في المنطقة وتلها المراكز الصحية بنسبة 10% و عيادات متعددة الخدمات و التجهيزات العمومية بنسبة 7% وذلك لزيادة في نسبة الترخيص لقطاع الصحة للولاية وزيادة في النفقات بصفة عامة بسبب البحوث في تلك الفترة وارتفاع الناتج الخام و الفائض المحقق في الميزانية في تلك الفترة (2010-2014) .

رابعا: الترخيص المالي لقطاع الصحة لبرنامج توطيد النمو الاقتصادي PACE 2015 – 2019 NL

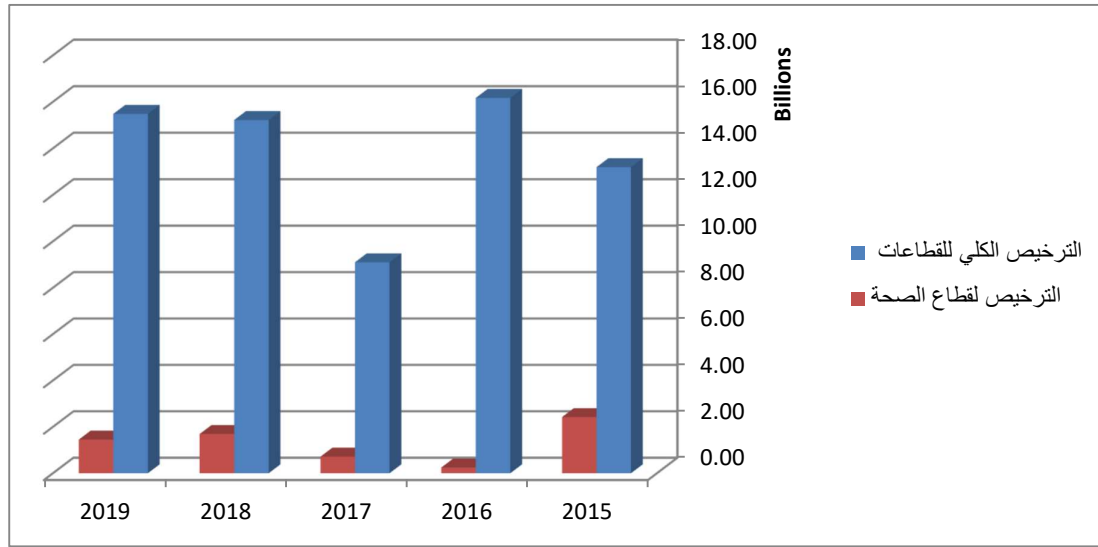
يمثل الجدول رقم (III-7) الترخيص الكلي للقطاعات بغلاف مالي قدر ب 211 384 658 000,00 دج ما بين فترة (2005-2009) و قد تم الترخيص منه لقطاع الصحة و ذلك من خلال 17 عملية بمبلغ اجمالي قدر ب 9 273 465 567,57 دج

جدول رقم (III-7) : الترخيص لقطاع الصحة بالنسبة للقطاع الكلي الفترة الممتدة (2015-2019):

2019	2018	2017	2016	2015	سنوات البرنامج الترخيص المالي
15 482 282 464,44	15 218 204 602,54	9 100 376 000,00	16 170 276 407,99	13 189 672 892,33	الترخيص الكلي للقطاعات
1 451 756 687,90	1 693 061 246,67	717 158 000,00	2 987 505 921,00	2 423 983 712,00	الترخيص لقطاع الصحة
9%	11%	8%	18%	18%	نسبة ترخيص قطاع الصحة بالنسبة للتخصيص الكلي

المصدر : مديرية البرمجة ومتابعة الميزانية لولاية مستغانم بتاريخ 24-01-2021

شكل رقم (III-8): الترخيص لقطاع الصحة بالنسبة للقطاع الكلي الفترة الممتدة (2015-2019)



المصدر: من اعداد الطالب بناء على برنامج EXCEL

التعليق :

من أجل المواصلة في الاصلاحات التي مست المنظومة الصحية واتمام مسير افضل للبرنامج في هذه الفترة بعد الاهتمام البالغ بها خاصة من حيث التراخيص التي وصلت اعلى مستوياتها ولكن برنامج توطيد النمو الاقتصادي لفترة ممتدة من السداسي الثاني لسنة 2015 إلى غاية نهاية 2019 لم يأتي بالشئ المنتظر منه من حيث التراخيص الكلية للقطاعات التي شهدت انخفاض ملحوظ في قيمتها بالرغم من ارتفاع نسبة الترخيص لقطاع الصحة في ولاية مستغانم الى أعلى مستوياتها بالنسبة للتراخيص الكلية للقطاعات بحيث تتراوح ما بين ( 9 % الى 18 % ) يفسر هذا الاهتمام البالغ بالقطاع الصحي في هذه الفترة على عكس القطاعات الأخرى ولكن

## الفصل التطبيقي: برامج التجهيز القطاعية على قطاع الصحة دراسة حالة ولاية مستغانم 2001-2020

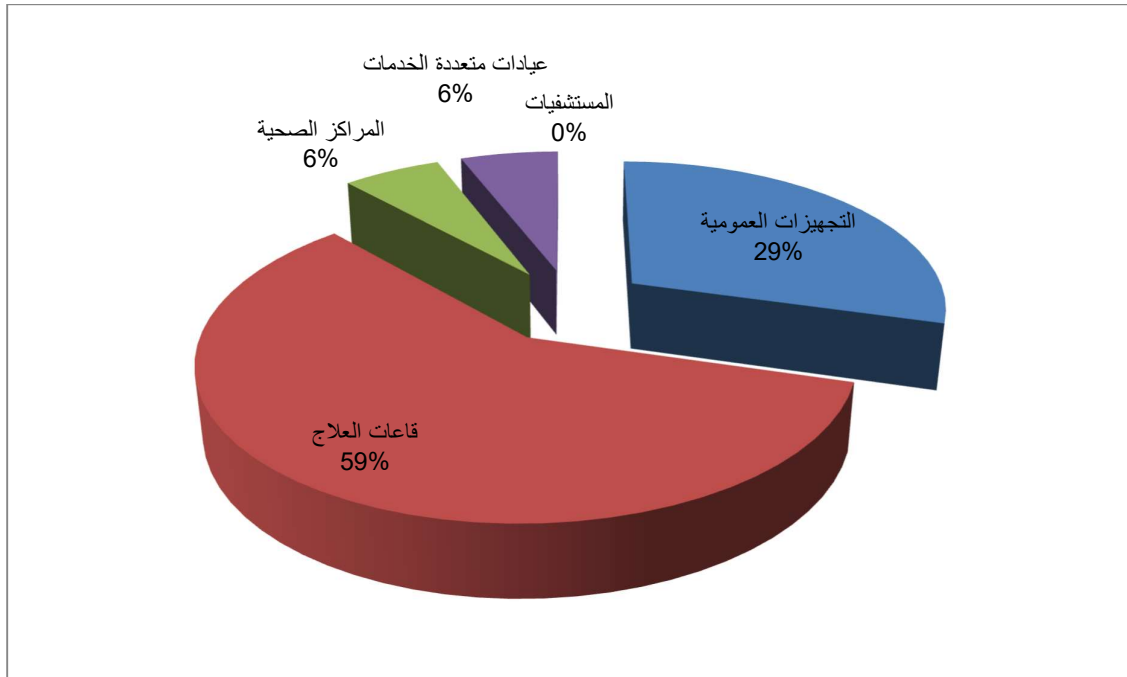
الغلاف المالي المقدم لم يكن يتناسب مع التطلعات وذلك راجع الى تراجع قيمة الناتج الخام وذلك لاعتماد الدولة على الربح في ايراداتها بنسبة تفوق 90 % السبب المباشر الذي يؤثر علي تراخيص البرامج التجهيز القطاعية كل مرة.

جدول رقم (III - 8) : انجازات القطاع الصحي لولاية مستغانم الفترة الممتدة (2015-2019):

الانجازات	المستشفيات	عيادات متعددة الخدمات	المراكز الصحية	قاعات العلاج	التجهيزات العمومية
برنامج PACE	0	1	1	10	5

المصدر : مديرية البرمجة ومتابعة الميزانية لولاية مستغانم بتاريخ 2021-01-24

شكل رقم (III-9): انجازات القطاع الصحي لولاية مستغانم الفترة الممتدة (2015-2019):



المصدر: من اعداد الطالب بناء على برنامج EXCEL

### التعليق:

نلاحظ ان الانجازات التي شهدتها القطاع الصحي لولاية مستغانم في برنامج التنمية الاقتصادية والاجتماعية كانت افضل مرحلة مرت بها المنظومة الصحية للولاية حيث ان مرحلة برنامج توطيد النمو الاقتصادي التي تلت ، كانت أسوء برنامج من سابقتها من برنامج سياسة الانعاش الاقتصادي وكذا برنامج دعم النمو التكميلي حيث بقي البرنامج متمركز في عملية اعادة التجهيز العمومي و الاعتماد علي الهياكل الاقل تكلفة ولكن بنسبة للمشاريع اقل من سابقتها بالرغم زيادة في نسبة الترخيص لقطاع الصحة للولاية بالنسبة للترخيص القطاع

الكلية في بصفة عامة بسبب الانخفاض الكبير للناتج الخام حيث بقي التركيز على اصالة الرعاية الطبية الى المناطق المحرومة كمناطق الظل و بقيت قاعات العلاج تمثل أعلى نسبة 59% وتلها التجهيزات العمومية للهياكل الاستشفائية بلغت 29% ثم المراكز الصحية و عيادات متعددة الخدمات التي كانت نسبتها قليلة قدرت ب 6% وعودة نسبة 0% بالنسبة للهياكل الكبرى المتمثلة في المستشفيات وذلك راجع الى اكتفاء الولاية من هذه الهياكل التي اصبحت تمتلك 6 مستشفيات عمومية و مستشفى جامعي .

**المبحث الثاني: المعايير المستخدمة في تقييم كفاءة الهياكل الاستشفائية ما بين الفترة (2001-2020):**

سنحاول من خلال هذا المبحث التطرق الى المعايير المستخدمة في تقييم كفاءة الهياكل الاستشفائية ما بين الفترة (2001-2020)، و ذلك من حيث التغطية بالخدمات الصحية ، الأنظمة الصحية ، الانفاق الصحي ، الاحصاءات الديمغرافية و معدل الحياة و الوفيات وأخيرا الدور الفعال التي تلعبه برامج التجهيز القطاعية و أثره على المنظومة الصحية في تلك فترة .

**المطلب الأول: التغطية بالخدمات الصحية :**

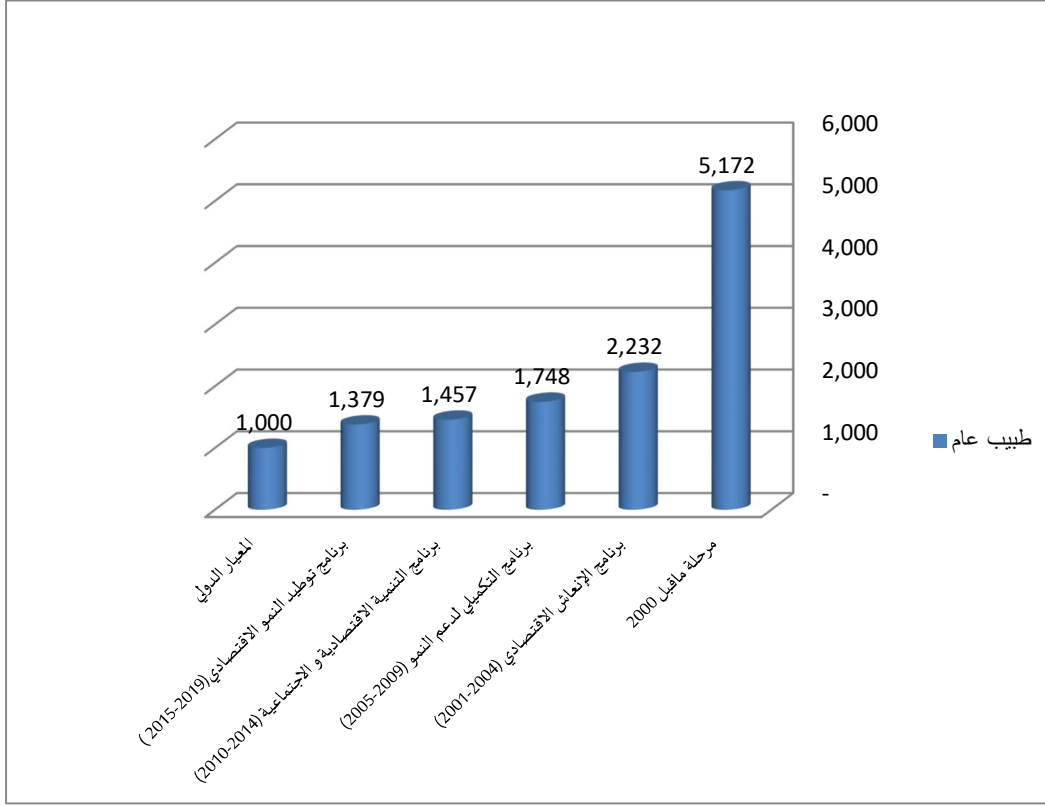
جدول رقم (III-9): التغطية بالخدمات الصحية لولاية مستغانم الفترة الممتدة (2000-2020) بالنسبة للمعيار الدولي:

المعيار الدولي	برنامج توطيد النمو الاقتصادي (2015-2019)	برنامج التنمية الاقتصادية والاجتماعية (2010-2014)	برنامج التكميلي لدعم النمو (2005-2009)	برنامج الإنعاش الاقتصادي (2001-2004)	مرحلة ما قبل سنة 2000	البرامج القطاعية المنظومة الصحية
1 000	1 379	1 457	1 748	2 232	2 517	طبيب عام
2 000	2 284	2 608	3 151	4 979	5 117	طبيب مختص
5 000	4 310	4 611	7 006	8 900	12 589	صيدلي
500 000	151 190	134 627	252 219	234 333	209 819	مستشفى
62 000	71 876	73 432	07384	87 875	78 669	عيادة متعددة خدمات
25 000	30 804	29 917	32 039	31 240	29 969	مركز صحي
5 000	5 324	5 439	5 689	5 975	6 140	قاعة علاج

المصدر : مديرية البرمجة ومتابعة الميزانية لولاية مستغانم مصلحة تلخيص الميزانية بتاريخ 24-01-2021 .

أولاً: التغطية بالخدمات الصحية للسلك الطبي بالنسبة للمعيار الدولي  
 ➤ الطبيب العام :

شكل رقم (III-10): التغطية بالخدمات الصحية للطبيب العام بالنسبة للمعيار الدولي



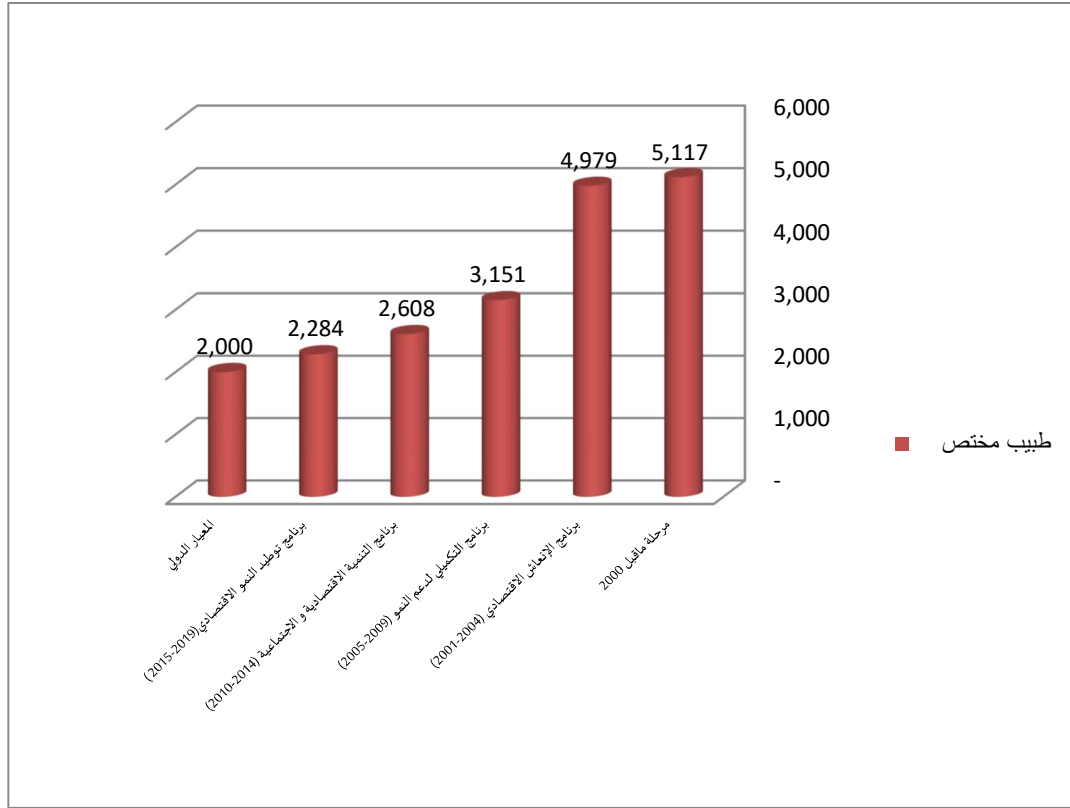
المصدر: من اعداد الطالب بناء على برنامج EXCEL

### التعليق

يمثل الشكل رقم (III-10) التغطية بالخدمات الصحية للسلك الطبي بالنسبة للمعيار الدولي للطبيب (طبيب عام لكل 1000 ساكن) عبر الفترة (2000-2019) التي كانت مقسمة الى اربعة برامج خماسية مقارنة مع التغطية قبل سنة 2000. بحيث انه كانت للولاية نسبة منحصرة قبل انطلاق البرامج أي قبل سنة 2000 طبيب لكل 5172 ساكن مقارنة مع المعيار الدولي فان التغطية ضعيفة جدا بحيث تعكس خمس مرات المعيار الدولي ومع مرور الوقت نلاحظ تحسن في التغطية الصحية لسلك الطبيب العام حيث انخفضت الطبيب لكل 2232 ساكن مع بداية برامج الخماسي الأول وصولا الي طبيب لكل 1379 ساكن وهذا ما يعكس التحسن الملحوظ ، نسبة تقارب المعيار الدولي للتغطية بالخدمات بالنسبة.

➤ طبيب مختص :

شكل رقم (III-11): التغطية الخدمات الصحية للطبيب المختص بالنسبة للمعيار الدولي



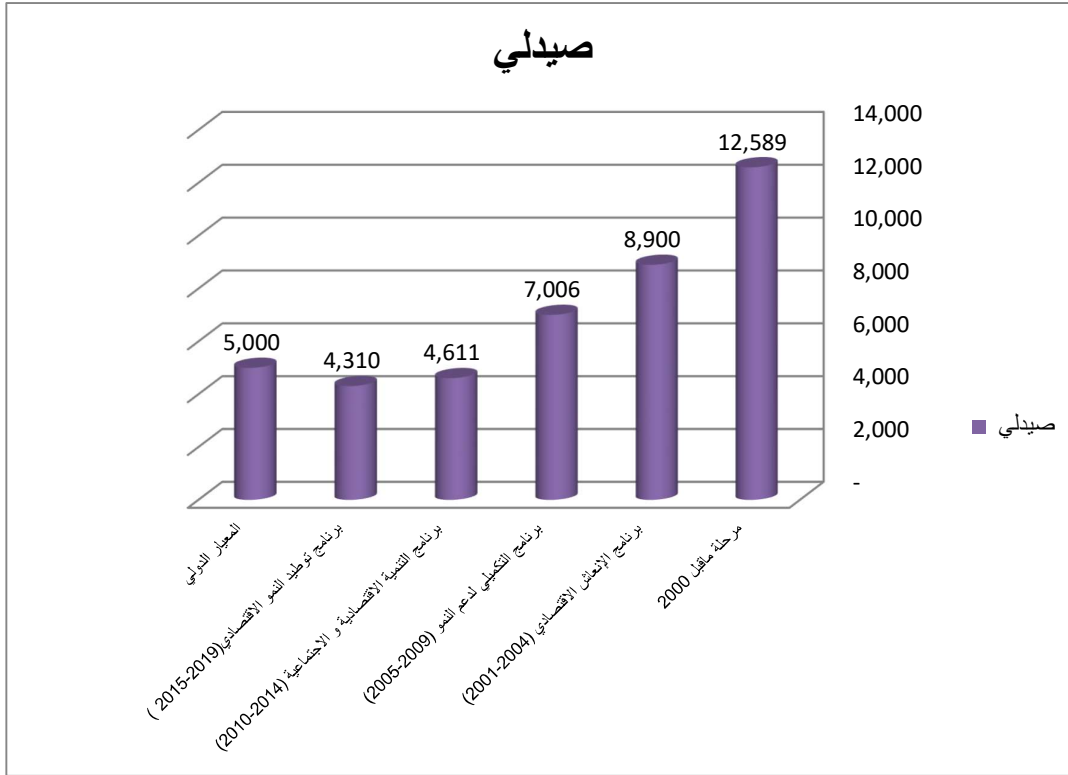
المصدر: من اعداد الطالب بناء على برنامج EXCEL

### التعليق

يمثل الشكل رقم (III-11) التغطية بالخدمات الصحية للسلك الطبي بالنسبة للمعيار الدولي بالنسبة للطبيب المختص عبر الفترة (2019-2000) التي كانت مقسمة الى اربعة برامج خماسية مقارنة مع التغطية قبل سنة 2000. و بالنظر الى المعيار الدولي الذي ينص تخصيص طبيب مختص لكل 2000 ساكن بحث ان للولاية كانت نسبتها منحصرة قبل انطلاق البرامج أي قبل سنة 2000 (طبيب مختص لكل 5117 ساكن) مقارنة مع المعيار الدولي فان التغطية ضعيفة بحيث تعكس مرتين ونصف المعيار الدولي ومع مرور الوقت نلاحظ تحسن تدريجي في التغطية الصحية لسلك الطبيب المختص حيث ان المعيار وصل الى معدل طبيب مختص لكل 4979 ساكن مع بداية برامج الخماسي الأول وصولا الي طبيب مختص لكل 2284 ساكن و هذا ما يبرز التحسن الملحوظ في التغطية بالخدمات بالنسبة لطبيب مختص .

➤ صيدلي

شكل رقم (III-12): التغطية الخدمات الصحية للصيدي بالنسبة للمعيار الدولي



المصدر: من اعداد الطالب بناء على برنامج EXCEL

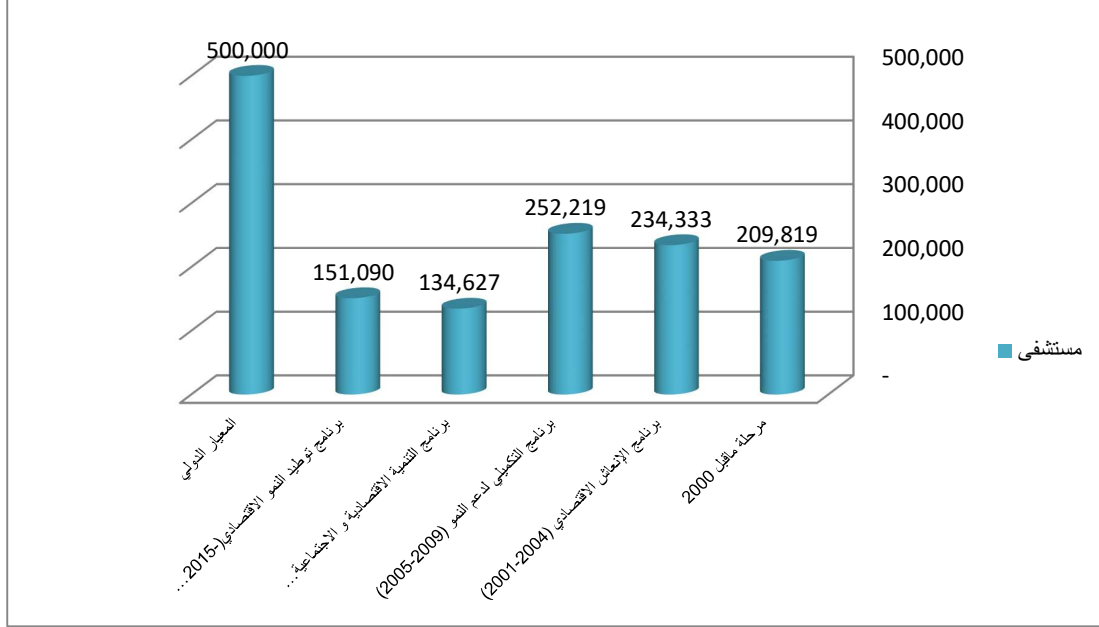
التعليق

يمثل الشكل رقم (III-12) التغطية بالخدمات الصحية للسلك الطبي بالنسبة للمعيار الدولي الخاص بالصيدي عبر الفترة (2000-2019) التي كانت مقسمة الى اربعة برامج خماسية مقارنة مع التغطية قبل سنة 2000 و بناءا على المعيار الدولي الذي ينص على توفر صيدلي لكل 5000 ساكن بحث ان النسبة المخصصة للولاية كانت منحصرة قبل انطلاق البرامج أي قبل سنة 2000 على توفر صيدلي لكل 12589 مقارنة مع المعيار الدولي فان التغطية بعيدة عن هذا المعيار. ومع مرور الوقت نلاحظ تحسن في التغطية الصحية لسلك الصيدلي حيث انخفضت من صيدلي لكل 8900 ساكن مع بداية برامج الخماسي الأول وصولا الي صيدلي لكل 4310 ساكن حيث حققت الولاية التغطية الشاملة بالخدمات الصحية في ما يخص سلك الصيدلي وحققت تغطية أحسن من المعيار الدولي للتغطية بالخدمات بالنسبة لصيدي لكل 5000 ساكن.

ثانيا: التغطية بالخدمات الصحية للهياكل الاستشفائية بالنسبة للمعيار الدولي :

➤ المستشفى:

شكل رقم (III-13): التغطية بالخدمات الصحية للمستشفى بالنسبة للمعيار الدولي



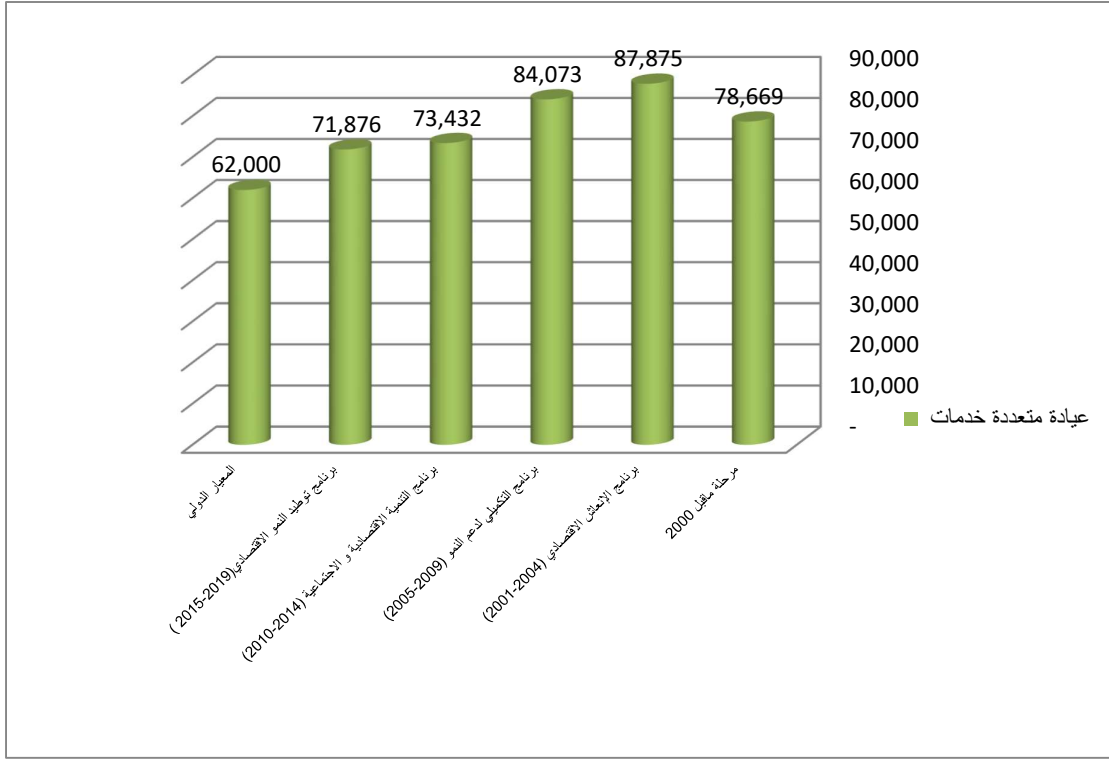
المصدر: من اعداد الطالب بناء على برنامج EXCEL

### التعليق

يمثل الشكل (III-13) التغطية بالخدمات الصحية للهياكل الاستشفائية بالنسبة للمعيار الدولي المتعلق بالمستشفى عبر الفترة (2000-2019) والتي كانت مقسمة الى اربعة برامج خماسية مقارنة مع التغطية قبل سنة 2000 بناء على المعيار الدولي الذي ينص على وجود توفر مستشفى لكل 500000 ساكن بحث ان النسبة كانت منحصرة قبل انطلاق البرامج أي قبل سنة 2000 بمستشفى لكل 209819 مقارنة مع المعيار الدولي فان التغطية جيدة جدا بالتوازي مع المعيار الدولي، ومع مرور الوقت نلاحظ زيادة في عدد السكان بالنسبة للمعيار الخاص بالهيكل الصحي ومع ذلك تبقى التغطية شاملة ولم تلحق قيمة المعيار الدولي بالرغم من ذلك فقد استفاد القطاع من هياكل استشفائية جديدة في برامج القطاعي الخماسي للتنمية الاقتصادية والاجتماعية مما أدى الي بلوغ احسن نسبة تغطية بالخدمات الصحية وصلت الى مستشفى لكل 134627 ساكن .

➤ عيادة متعددة خدمات:

شكل رقم (III-14): التغطية الخدمات الصحية لعيادات متعددة الخدمات بالنسبة للمعيار الدولي



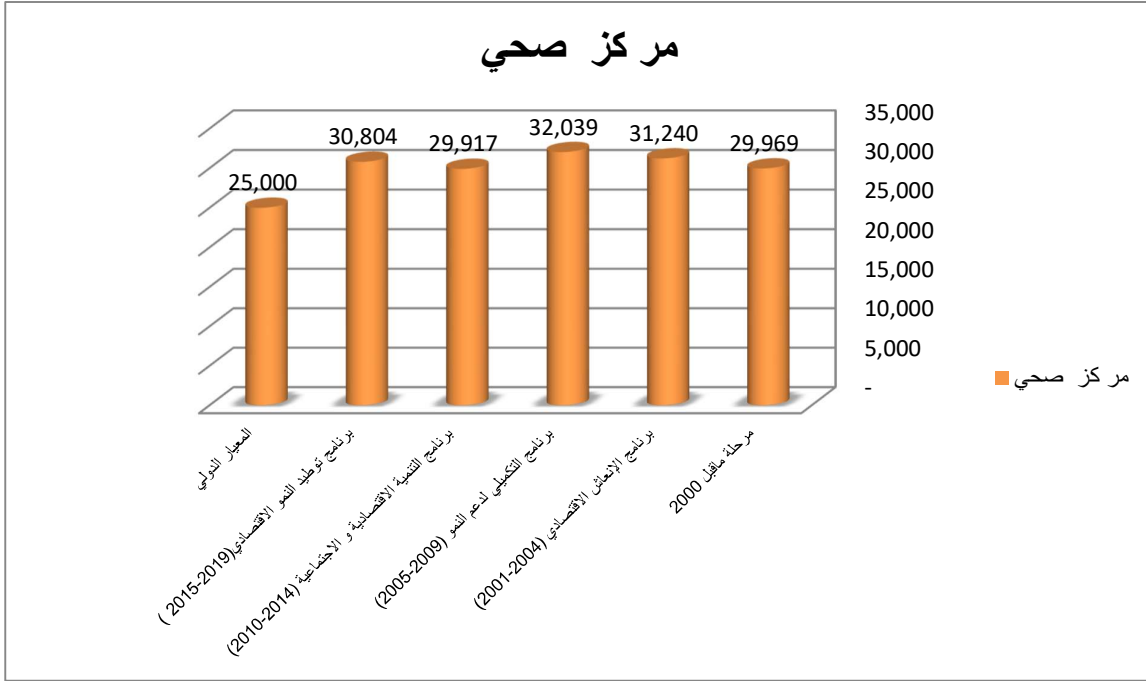
المصدر: من اعداد الطالب بناء على برنامج EXCEL

التعليق

يمثل الشكل (III-14) التغطية بالخدمات الصحية للهياكل الاستشفائية بالنسبة للمعيار الدولي والمتعلقة بالعيادة متعددة الخدمات عبر الفترة (2000-2019) التي كانت مقسمة الى اربعة برامج خماسية مقارنة مع التغطية قبل سنة 2000 و استنادا الى المعيار الدولي الذي ينص على وجوب توفر عيادة متعددة الخدمات لكل 62000 ساكن ، بحث ان حصة الولاية كانت نسبتها منحصرة قبل انطلاق البرامج (قبل سنة 2000) بعيادة متعددة الخدمات لكل 78669 مقارنة مع المعيار الدولي فان التغطية حسنة بالنسبة للمعيار الدولي ومع مرور الوقت نلاحظ زيادة في عدد السكان فبالنسبة للمعيار الدولي للهياكل الصحي فان التغطية بالخدمات تتحول من حسنة الى متوسطة. وبعد ان استفاد القطاع من هياكل جديدة في برامج القطاعي الخماسي للتنمية الاقتصادية والاجتماعية اثر بالإيجاب على نسبة تغطية بالخدمات الصحية وعادت الي نسبة تغطية حسنة وصلت الى عيادة متعددة الخدمات لكل 71876 ساكن.

➤ مركز صحي

شكل رقم (III-15): التغطية الخدمات الصحية لمركز صحي بالنسبة للمعيار الدولي :



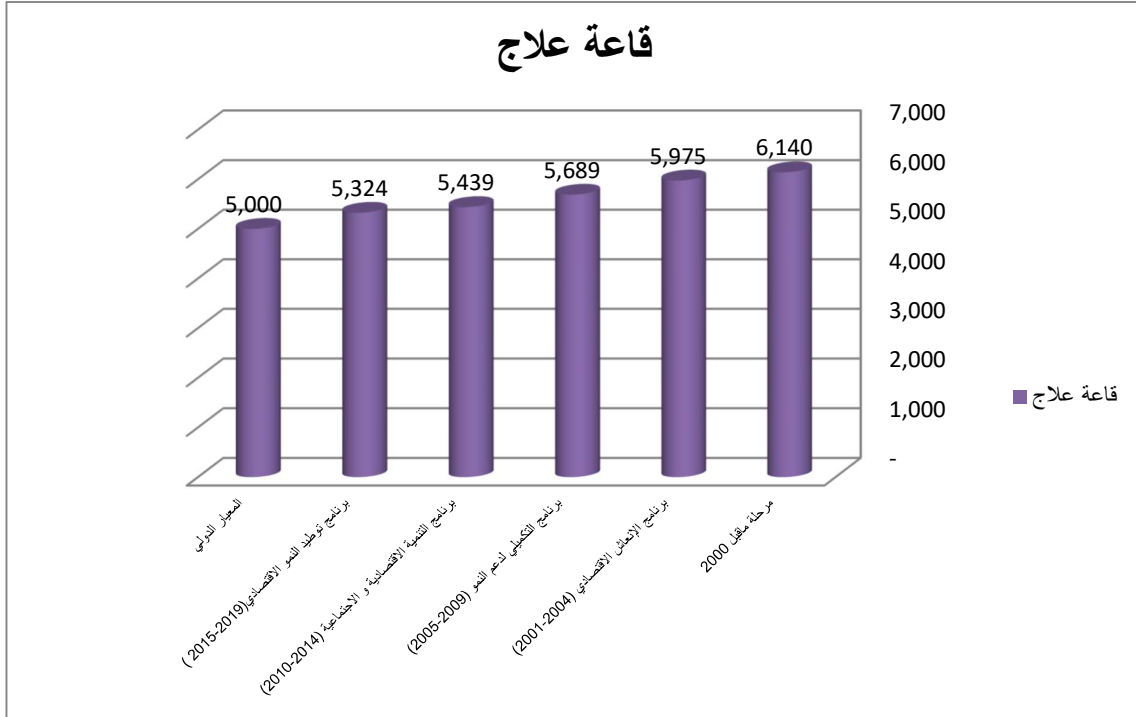
المصدر: من اعداد الطالب بناء على برنامج EXCEL

**التعليق**

يمثل الشكل رقم (III-15) التغطية بالخدمات الصحية للهياكل الاستشفائية مقارنة بالمعيار الدولي الخاص بمركز صحي عبر الفترة (2000-2019) و التي كانت مقسمة الى اربعة برامج خماسية. و مقارنة مع التغطية قبل سنة 2000 مع المعيار الدولي الذي ينص مركز صحي لكل 29000 ساكن نلاحظ ان النسبة الخاصة بالولاية كانت منحصرة قبل انطلاق البرامج أي قبل سنة 2000 بتوفر مركز صحي لكل 29969 ، فبالمقارنة مع المعيار الدولي فان التغطية حسنة . ومع مرور الوقت و مع الزيادة في عدد السكان فان التغطية بالخدمات تتحول من حسنة الى متوسطة بنسبة تغطية بالخدمات الصحية لمركز صحي لكل 30804 ساكن.

➤ قاعة علاج

شكل رقم (III-16): التغطية الخدمات الصحية لقاعة العلاج بالنسبة للمعيار الدولي



المصدر: من اعداد الطالب من برنامج EXCEL

التعليق

يوضح الشكل رقم (III-16) التغطية بالخدمات الصحية للهيكل الاستشفائية مقارنة بالمعيار الدولي الخاص بقاعة العلاج عبر الفترة (2000-2019) التي كانت مقسمة الى اربعة برامج خماسية. فالتغطية قبل سنة 2000 فمقارنة مع المعيار الدولي الذي ينص على توفر قاعة علاج لكل 5000 ساكن، كانت نسبة الولاية قبل انطلاق البرامج منحصرة بقاعة علاج لكل 6140 فمقارنة مع المعيار الدولي فان التغطية بالخدمات الصحية حسنة ومع مرور الوقت نلاحظ زيادة في تحسن نسبة التغطية بالخدمات الصحية بالنسبة للمعيار الدولي للهيكل الصحي بالرغم من زيادة في عدد السكان وصولا الى نسبة تغطية بالخدمات الصحية أحسن بحيث وصلت النسبة الى قاعة علاج لكل 5324 ساكن و هي نسبة قريبة من تحقيق التغطية الصحية الشاملة بالخدمات فيما يخص هذا الهيكل الصحي بالتوازي مع المعيار الدولي الخاص .

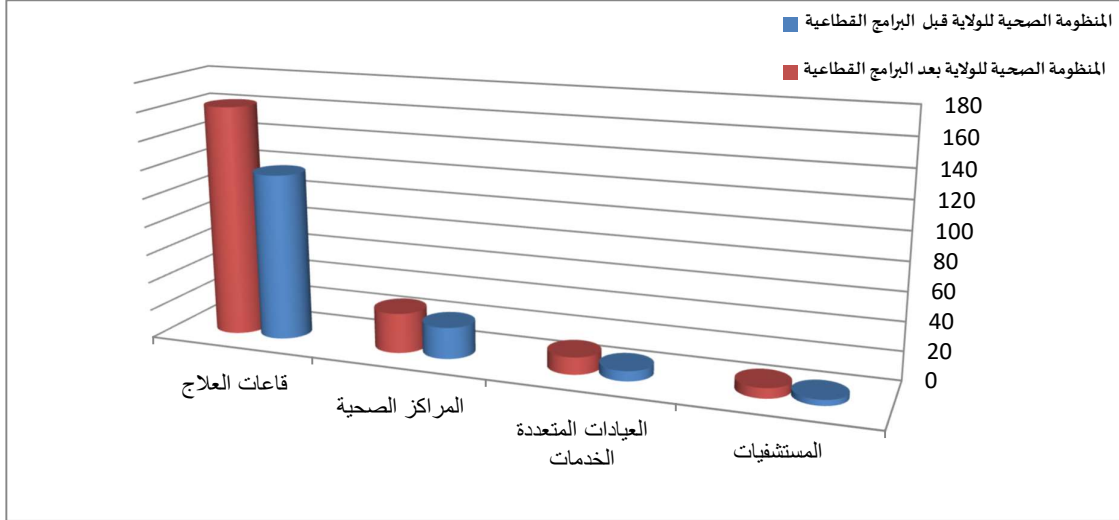
المطلب الثاني : الأنظمة الصحية :

أولا : تطور الهياكل الاستشفائية لولاية مستغانم حسب البرامج القطاعية الفترة الممتدة (2000-2020):  
جدول رقم ( III - 10 ) : تطور الهياكل الاستشفائية لولاية مستغانم حسب البرامج القطاعية الفترة الممتدة (2000-2020):

البرامج القطاعية	الانجازات	المستشفيات	العيادات المتعددة الخدمات	المراكز الصحية الجوارية	قاعات العلاج
المنظومة الصحية للولاية قبل البرامج القطاعية	3	22	7	117	
المنظومة الصحية للولاية بعد البرامج القطاعية	7	27	12	162	
الزيادة في الهياكل الاستشفائية	4	5	6	45	

المصدر : مديرية البرمجة ومتابعة الميزانية لولاية مستغانم مصلحة تلخيص الميزانية بتاريخ 2021-01-24

شكل رقم ( III-17 ) : تطور الهياكل الاستشفائية لولاية مستغانم حسب البرامج القطاعية الفترة الممتدة (2000-2020):



المصدر: من اعداد الطالب بناء على برنامج EXCEL

التعليق

توضح البيانات الواردة في الجدول رقم ( III - 10 ) وكذا الشكل رقم ( III-17 ) على أن قطاع الصحة في ولاية مستغانم عرف قفزة نوعية من حيث الوسائل المادية ( الهياكل القاعدية للصحة ) حيث سجلت المستشفيات الطبية زيادة 4 هياكل منها 3 مستشفيات عمومية بسعة 60 سرير و مستشفى جامعي بسعة 240 سرير أما العيادات متعددة الخدمات فكانت زيادة الهياكل مقدرة ب 5 هياكل أما المراكز الصحية فكانت 6 هياكل -في حين ان قاعات العلاج قدرت بزيادة 45 هيكل وهذا ما يفسر أن تركيز جهود قطاع الصحة بولاية مستغانم يتم خاصة على مستوى الهياكل الصحية ذات تكلفة أقل و مردودية أعلى . حيث تحتل قاعات العلاج المرتبة الأولى ضمن الهياكل الصحية القاعدية و تلمها المراكز الصحية و بعدها العيادات متعددة الخدمات في حين أن المستشفيات الطبية و نظرا لضخامة الموارد المالية التي تستلزمها من أجل إنشائها و تجهيزها تحتل آخر

## الفصل التطبيقي: برامج التجهيز القطاعية على قطاع الصحة دراسة حالة ولاية مستغانم 2001-2020

مرتبة ضمن الهياكل الصحية القاعدية، لكن بالرغم من هذا التطور في الهياكل الصحية بالولاية إلا أن الطلب يتزايد على العلاج مما يفسر سوء استخدام هذه الإمكانيات المتوقرة لدى القطاع الصحي العمومي و هذا ما يستدعي البحث عن الخلل الموجود في التخطيط لهذه الموارد فالهياكل المنجزة على أرض الواقع تبقى بعيدة عما كان مخطط له و كيفية استخدامها خاصة بعدما كثر الحديث حول فعالية النظام الصحي من أجل التكفل بالمشاكل التي يعاني منها هذا القطاع بغية تحسين الخدمات الصحية.

✓ خريطة توزيع الهياكل الاستشفائية الصحية لولاية مستغانم سنة 2020 ( انظر ملحق III – 7 )

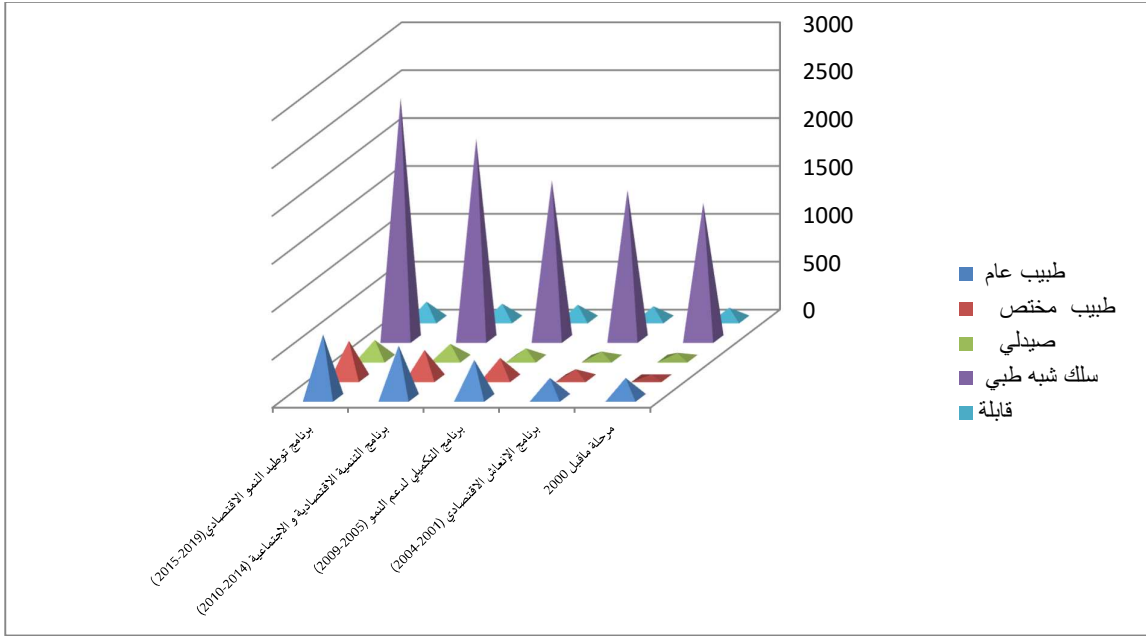
ثانيا: تطور الطاقم الطبي لولاية مستغانم على حسب لبرامج الخماسية الممتدة ( 2000-2020 )  
سنتطرق في هذا العنصر الى الناحية الاساسية الثاني وهي الناحية البشرية سنحاول التطرق الى اليد البشرية من سلك طبي ( الطبيب العام ، الطبيب المختص ، الصيدلي ) ، و السلك شبه طبي ( ممرض ، مساعد ممرض ، قابلة )

جدول رقم ( III - 11 ) : تطور الطاقم الطبي لولاية مستغانم على حسب البرامج الخماسية للفترة الممتدة ما بين ( 2000-2020 ):

البرامج القطاعية الخماسية	عدد الطاقم الطبي قبل 2000	برنامج الإنعاش الاقتصادي (2001-2004)	برنامج التكميلي لدعم النمو (2005-2009)	برنامج التنمية الاقتصادية والاجتماعية (2010-2014)	برنامج توطيد النمو الاقتصادي (2015-2019)
الطاقم الطبي	208	209	397	546	662
طبيب عام	41	94	213	295	391
طبيب مختص	62	74	108	155	195
صيدلي	1420	1556	1656	2091	2519
سلك شبه طبي	123	138	153	165	186
قابلة					

المصدر : مديرية البرمجة ومتابعة الميزانية لولاية مستغانم 2021-01-25

شكل رقم(III-19) :تطور الطاقم الطبي لولاية مستغانم على حسب لبرامج الخماسية الفترة ( 2000-2020):



المصدر: من اعداد الطالب بناء على برنامج EXCEL

### التعليق

تطرقنا من خلال هذا الجانب و المتعلق بالناحية البشرية إلى التطورات التي عرفها السلك الطبي و الشبه طبي بالقطاع الصحي العمومي في الولاية ، و من البيانات الواردة في الجدول رقم (III - 11 ) نلاحظ التطور المعتبر في أعداد الموظفين سواء بالسلك الطبي أو الشبه طبي ، وهو ما يفسر اهتمام الولاية بالمنظومة الصحية من خلال تعزيز مختلف المرافق الصحية العمومية باليد العاملة المؤهلة سعياً منها إلى سد احتياجات كل الأفراد، حيث انتقل عدد الاطعم الطبية و الشبه طبية من 208 طبيب سنة 2000 إلى 662 طبيب سنة 2019 ومن 41 طبيب مختص سنة 2000 الى 391 طبيب مختص في سنة 2019 ومن 62 صيدلي سنة 2000 الى 195 صيدلي سنة 2019 ومن 1420 شبه طبي ( ممرض و مساعد ممرض ) الى 2519 شبه طبي سنة 2019 و 123 قابلة سنة 2000 الى 186 قابلة سنة 2019. كما انه من المنتظر أن تتحسن هذه الوضعية أكثر من خلال التغطية اللازمة لمختلف الولاية باليد العاملة خاصة في الهياكل الاستشفائية الجديدة التي استفادت منها الولاية في برنامج التنمية الاقتصادية والاجتماعية بالشكل الذي يسمح بالقضاء على الفوارق التي لا تزال قائمة. وتقريب الرعاية الصحية الى المناطق النائية ( مناطق الظل).

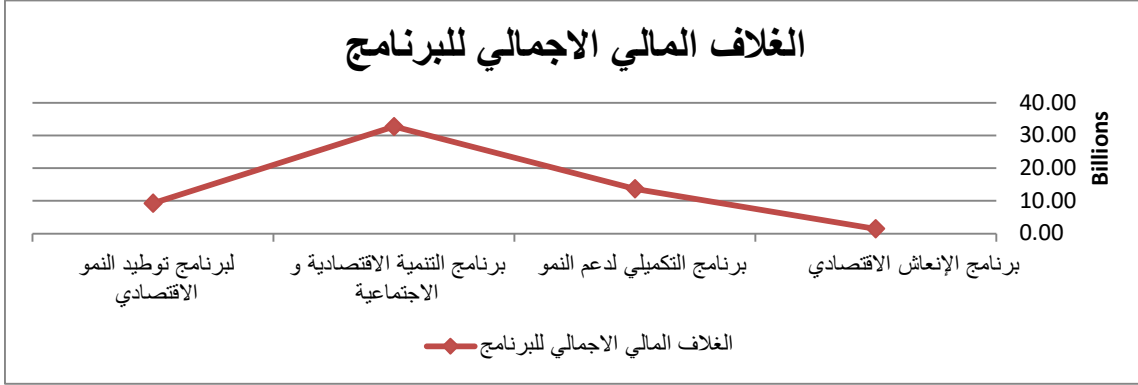
المطلب الثالث: الانفاق الصحي و الاحصاءات الديمغرافية و أثر البرامج القطاعية  
أولا: الإنفاق الصحي

فيما يلي يتم عرض الغلاف المالي المخصص لقطاع الصحة في البرامج القطاعية ما بين 2000-2009  
جدول رقم (III-12) : الغلاف المالي المقدم لقطاع الصحة في كل البرامج القطاعية في فترة (2001-2019):

البرامج القطاعية	برنامج الإنعاش الاقتصادي (2004-2001)	برنامج التكميلي لدعم النمو (2009-2005)	برنامج التنمية الاقتصادية والاجتماعية (2014-2010)	لبرنامج توطيد النمو الاقتصادي (2019-2015)
الغلاف المالي الاجمالي للبرنامج	1 458 156 000,00	13 735 066 000,00	32 721 406 000,00	9 273 465 567,57
نسبة الانفاق على قطاع الصحة بالنسبة للانفاق الكلي %	3.2	5.8	8.4	12.8

المصدر : مديرية البرمجة ومتابعة الميزانية لولاية مستغانم 2021-01-25

شكل رقم (III -20): الغلاف المالي المقدم لقطاع الصحة في كل البرامج القطاعية في فترة ما بين (2001-2019):



المصدر: من اعداد الطالب بناء على برنامج EXCEL

### التعليق

توضح البيانات الواردة في الجدول رقم (III - 12) أن قطاع الصحة في الولاية عرف قفزة نوعية من حيث الانفاق الصحي من الناتج المحلي علي الوسائل المادية في قطاع الصحة حيث كانت نسبة الانفاق علي قطاع الصحة سنة 2019 تمثل 12.8% عوض 3.2% من نسبة الانفاق علي قطاع الصحة لسنة 2001 وهذا من أجل التقليل من نسبة العجز الذي يعاني منه قطاع الصحة بالولاية سعيا وراء تحقيق استراتيجية تعميم الخدمات الصحية لكافة الأفراد، مجسدة من خلال السياسة الوطنية للصحة عبر تركيز الجهود على المنشآت الصحية القاعدية وكانت افضل فترة (2014-2010) من برنامج التنمية الاقتصادية و الاجتماعية بنسبة انفاق 8.4% ولكن بأكبر غلاف مالي المقدر ب 32 721 406 000,00 دج وذلك راجع للإنفاق الكبير المقدم في ذلك البرنامج .

ثانيا: الاحصاءات الديمغرافية ومعدل الحياة والوفيات في فترة ما بين (2000 - 2019)

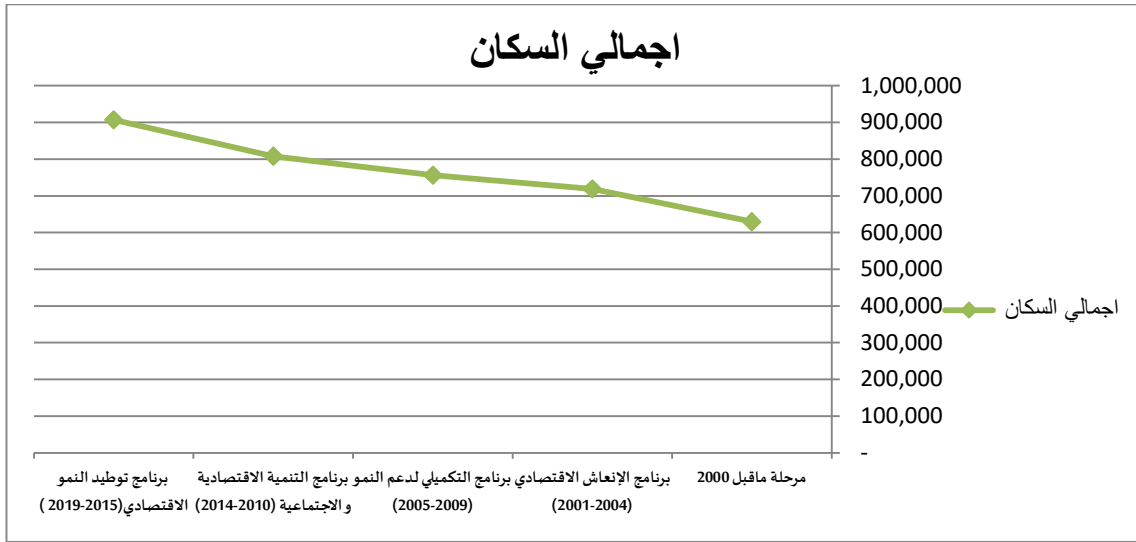
➤ الاحصاءات الديمغرافية

جدول رقم (III - 13) : تطور نمو الديمغرافي لسكان ولاية مستغانم الفترة الممتدة (2000-2019):

برامج القطاعية الخماسية	عدد السكان قبل 2000	برنامج الإنعاش الاقتصادي (2004-2001)	برنامج التكميلي لدعم النمو (2009-2005)	برنامج التنمية الاقتصادية والاجتماعية (2014-2010)	برنامج توطيد النمو الاقتصادي (2019-2015)
اجمالي عدد السكان	629 357	718 536	756 658	807 762	907 140

المصدر : مديرية البرمجة ومتابعة الميزانية لولاية مستغانم 2021-01-25

شكل رقم (III-21): تطور نمو الديمغرافي لسكان ولاية مستغانم الفترة الممتدة (2000-2019):



المصدر: من اعداد الطالب بناء على برنامج EXCEL

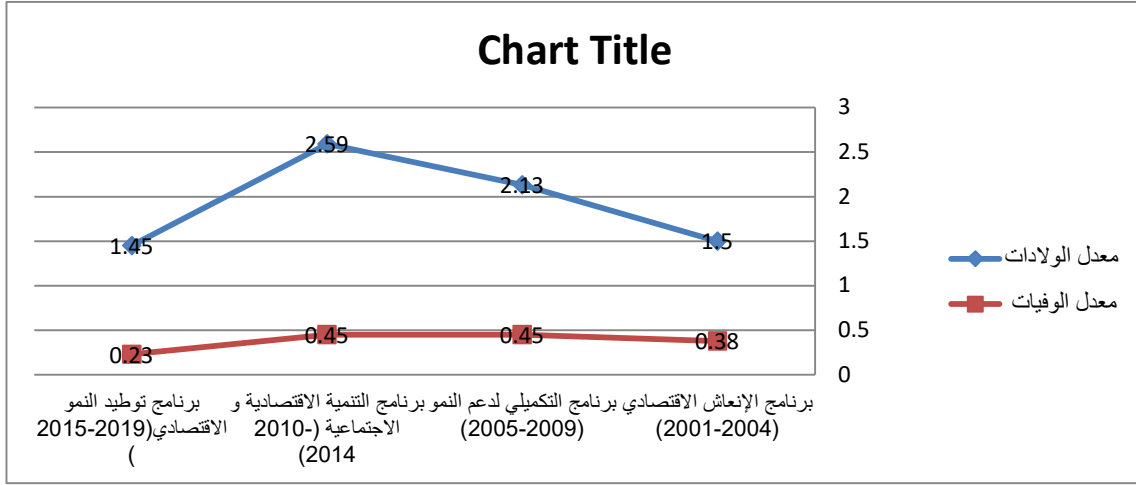
➤ معدل الحياة والوفيات في فترة ما بين (2001 - 2019)

جدول رقم (III - 14) : معدل الحياة والوفيات في فترة ما بين (2001 - 2019)

برامج القطاعية الخماسية	برنامج الإنعاش الاقتصادي (2004-2001)	برنامج التكميلي لدعم النمو (2009-2005)	برنامج التنمية الاقتصادية والاجتماعية (2014-2010)	برنامج توطيد النمو الاقتصادي (2019-2015)	المعدلات
معدل الولادات	1.50	2.13	2.59	1.45	
معدل الوفيات	0.38	0.45	0.45	0.23	

المصدر : مديرية البرمجة ومتابعة الميزانية لولاية مستغانم مصلحة تلخيص الميزانية بتاريخ 2021-02-29

شكل رقم (III-22): معدل الحياة والوفيات في فترة ما بين (2001 - 2019):



المصدر: من اعداد الطالب بناء على برنامج EXCEL

### التعليق على الاحصاءات الديمغرافية ومعدل الحياة والوفيات في فترة ما بين (2000 - 2019)

توضح البيانات منذ أزيد من عشرية التي تلت فترة ما بعد سنة 2000 حركية ديمغرافية مستمرة وذلك بسبب تدني المأمونة لتنظيم الأسرة من الزيادة المستمرة في نسبة الولادات تتبعها زيادة في نسبة الوفيات حيث ان ارتفاع معدل الوفيات على نحو كبير عند جميع الفئات العمرية وخاصة عند الأطفال الرضع يعود لعدد من الأسباب تتمثل بنقص المعرفة للوقاية من الأمراض وعلاجها، اما بالنسبة لمعدل المواليد فقد شهد ارتفاعا إذ كان ينظر إلى زيادة أعداد المواليد كوسيلة لتعويض مرحلة العشرية السوداء، وذلك بفعل التغيرات الاقتصادية والاجتماعية والتي كان لها الفضل في تحسين المستوى المعيشي للسكان، وكذا انتشار المراكز الصحية وتقديم الرعاية الطبية واما فيما يخص الفترة الأخيرة (2014-2019) فقد وصل النمو الديمغرافي في ولاية مستغانم إلى مرحلة الثبات والاستقرار، إذ انخفض فيها معدل المواليد ومعدل الوفيات انخفاضا ملحوظا وبالتالي انخفاض معدل النمو السكاني، وهذه الزيادة في السكان لا تعني أن معدل الولادات لم يشهد انخفاضا وإنما السياسة الاجتماعية والصحية (البرامج التجهيز القطاعية) التي ساهمت مساهمة فعالة في قطاع الصحة للولاية ساهمت بدورها في تقليص معدلات الوفيات.

### ثالثا: الدور الفعال التي تلعبه برامج التجهيز القطاعية وأثره على المنظومة الصحية في فترة (2001-2021)

ان التطور الملحوظ للهياكل الاستشفائية الذي شهده قطاع الصحة لولاية مستغانم ما بين فترة (2001-2021) أثر على التغطية بالخدمات الصحية للولاية حيث أن تحسن كفاءة هياكلها ظهر جليا مع الازمة الصحية التي شهدها العالم من جائحة كورونا بحيث استطاعت ولاية مستغانم مجابهة المرض بتوفير ثلاث جهات رئيسية لذلك وتقسيم الولاية الى ثلاث مناطق حيث تم ذلك في كل من مستشفى مستغانم و مستشفى عين تادلس و مستشفى سيدي علي وبالرغم من النقائص الا انهم استطاعوا مجابهة هذا الوباء و بعد ظهور اللقاح الذي كان يستلزم شروط تعجيزية من اجل عملية التخزين الا ان قطاع الصحة في مستغانم لم يتأثر بهذه المشكلة و ووفر

اماكن التخزين اللازمة لذلك وبشروط عالمية وذلك بفضل كفاءة الهياكل الاستشفائية الجديدة التي استفادت منها الولاية التي كانت مجهزة بأحدث العتاد و اماكن مختلفة من أجل عملية التلقيح بحيث قربت عملية الرعاية الصحية الى جميع المواطنين وأوضح الدكتور خليل محمد توفيق مدير الصحة و السكان لولاية مستغانم انه تم تخصيص 64 هيكل لإجراء عملية التلقيح بحيث خصص 28 هيكل لعمال القطاع و 34 هيكل لتلقيح المواطنين و فيما يخص تخزين اللقاح هناك ثلاثة غرف ذات طاقة تخزين تصل حتي (-20°) درجة بكل من مستشفى عشعاشة، مستشفى ماسرة و مستشفى بوقيرات ( انظر ملحق رقم III - 8 ، 9 ، 10 ) و 14 غرفة تبريد بباقي المستشفيات و كذا 17 غرفة تبريد من خارج قطاع الصحة كما ان عملية تلقيح المواطنين سيدشرف عليها 419 مستخدم من اطباء، شبه طبيين و اعوان هذه الطواقم الطبية تلقت تكوينا في المجال، و ان الولاية استفادت من 575 جرعة كدفعة أولى لتصل باقي الجرعات في الايام القليلة المقبلة.

وبالرغم من كل هذه الاصلاحات في قطاع الصحة لولاية مستغانم الا ان جهود الدولة لا تزال تصب في تحسين وتطوير قطاع هذه الولاية التي يمثل قطب سياحي استراتيجي وكان ذلك جليا في الزيارة لوزير الصحة واصلاح المستشفيات الذي أكد علي ضرورة اعادة النظر في الخارطة الصحية للولاية ووضع سياسة محلية تسمح بتقديم خدمات صحية للمواطنين وتكوين الأطباء وشبه الطبيين والمسيرين وتغطية كافة المناطق وخصوصا بسيدي لخضر وعشعاشة". من أجل استيعاب خصوصيات المنطقة و تنسجم مع السياسة الوطنية للصحة

وأضاف أن معدل عيادة متعددة الخدمات لكل 72 ألف نسمة يبقى "بعيد عن المؤشر الوطني (عيادة متعددة الخدمات لكل 62 ألف نسمة) ولكل 31 ألف نسمة يبقى "بعيد عن المؤشر الوطني (مركز صحي لكل 25 ألف) وهو ما يتطلب إعادة النظر في انتشار وتوزيع هذه المؤسسات الصحية (عيادات ومستشفيات) التي ستعرف قفزة نوعية في نمط التسيير اليومي بعد صدور قانون الصحة الجديد". (مديرية الصحة واصلاح المستشفيات لولاية مستغانم مصلحة التخطيط والوسائل تاريخ 2021-02-01)

#### النتائج الدراسة الميدانية

- ✓ نلاحظ ان الانجازات التي شهدتها القطاع الصحي لولاية مستغانم في فترة (2001-2020) كانت افضل مرحلة مرت بها المنظومة الصحية للولاية.
- ✓ في مجال التمويل اتجهت ميزانية قطاع الصحة نحو الزيادة منذ 2004 وازدادت حدتها سنة 2014.
- ✓ في مجال التغطية بالخدمات الصحية بالنسبة للسلك الطبي شهدت تحسنا ملحوظا مع بقاء مشكل العجز في الموارد البشرية خاصة الطبية المتخصصة.
- ✓ في مجال التغطية بالخدمات الصحية بالنسبة للهياكل الاستشفائية تمت السيطرة علي مشكل تقادم التجهيزات بالنسبة للهياكل القديمة و انشاء هياكل استشفائية جديدة التي بفضلها تمت تغطية مشكل نقص الأسرة الاستشفائية.
- ✓ وجوب اعادة النظر في التنظيم الخريطة الصحية بما تتلاءم مع التوزيع الجغرافي للسكان.
- ✓ في مجال الديمغرافية هناك تراجع الوفيات بشكل عام ، وازيادة محسوسة في الولادات.

## الخلاصة

بعد اطلاقنا على اهم البرامج التنموية المسجلة باسم برامج التجهيز القطاعية على مستوى ولاية مستغانم ، وذلك تنفيذا للسياسات المنتهجة من قبل الحكومة ، تم ملاحظة الدور الفعال التي تلعبه برامج التجهيز القطاعية غير الممركزة و كذا المخططات التنموية للبلديات في تنمية قطاع الصحة و الرفع من كفاءة هياكلها الاستشفائية وذلك بتهيئة البنية التحتية الصحية عن طريق انشاء الهياكل الاستشفائية القاعدية التي تعتبر القاعدة الاساسية لمحور لتنمية كفاءة المنظومة الصحية

من إجماله نرى أن هذه البرامج قد أدت نتائج جيدة برغم بعض القصور في تطبيقها وقضايا الفساد التي رافقتها، ومنتظر من الجزائر أن تقود برنامجا آخر للتنمية خلال الفترة 2020-2024 برنامج التجهيز الوطني والذي تنتظر منه تجاوز السلبيات المسجلة في البرامج السابقة . كما أن التسيير الإداري الجيد هو عملية سيكولوجية لتوجيه الجماعات العمالية ( طاقم طبي و اداري) و التأثير في أفكارهم و مشاعرهم وسلوكهم و التنسيق بينهم لإنجاز الأعمال المفروضة عليهم على أكمل وجه و التي تساعد على تحقيق الأهداف المسطرة للمؤسسة بالنسبة لقطاع الصحي و ايضا حسن التسيير الاداري المحلي اللامركزي المتمثل في حسن اختيار المشاريع حسب الحاجة و متابعتها و مراقبتها .

## الخاتمة العامة :

توجد صورة سلبية للهيكل الصحي القاعدية لدى الطبقات الميسورة على أنها مصالح علاج الفقراء، لكونها لا تميز بين المرضى من ناحية مستوى الدخل الأسري؛ إن تمويل مثل هذه الهياكل الصحية يتم بنسبة كبيرة من طرف الخزينة العمومية والضمان الاجتماعي، أما مساهمة الأفراد فتقتصر عموماً على القسط المدفوع الذي تظهر هذه الصورة التقليدية في بعض الهياكل الصحية القاعدية الجزائرية لاسيما فيما يتعلق بنقص وسائل العلاج وقلة الأطباء الأخصائيين في بعض المناطق النائية والولايات الجنوبية. يمكن رسم صورة تطويرية لهذه الهياكل الصحية من خلال توفير موارد مالية وبشرية تأخذ بعين الاعتبار خصوصية المنطقة وتركيبية السكان محل الهيكل الصحي من جهة، من جهة أخرى تشديد الرقابة في تسيير مثل هذه الهياكل وذلك بإتباع معالم سياسة تسيير استراتيجي محددة الأهداف، التي تحلل الفروق، تستنتج الأسباب وتعمل على محاسبة المتسببين في النتائج غير المرغوب فيها.

يوجد اتجاه عالمي نحو لا مركزية المنظومة الصحية و لو أن المفاهيم المتناولة هنا وهناك لا تختلف عن مفهوم الرعاية الصحية الجوارية؛ فهناك من يستعمل مصطلح العلاج الأولي أو العلاج الأساسي، من خلال هياكل صحية قاعدية متعددة الخدمات بغض النظر عن التنظيم الذي تنطوي تحته الفرق الطبية العاملة ضمن هذه الهياكل. لا مركزية الخدمة الصحية لا يتحقق من خلال تقريب الهياكل الصحية من طالب العلاج فقط، بل و من خلال تذليل القيود المالية، وتحسين جودة الخدمة المقدمة للمريض. لتتمين دور الهياكل القاعدية في توزيع خدمات الوقاية والعلاج، توجد آليات يمكن أن تساهم في رفع مستوى فعالية أدائها، من بينها تشجيع الدراسات المقارنة (Benchmarking) بين ولايات الوطن، بين المنظومات الصحية الجزائرية والمنظومات الصحية الدولية و تكريس أدوات التقييم العقلاني لنشاط العلاج من أجل التحكم في تسيير الهياكل الصحية و ترشيد الموارد الموظفة. ان اساس تمويل قطاع الصحة هو الدولة وكل هذا من اجل رفع كفاءة الهيكل الصحي من أجل تحقيق الهدف المشترك و هو تقديم خدمة صحية قريبة من المواطن ذات نوعية عالية جغرافيا و زمنيا تستجيب لتطلعات المواطنين من ضمان خدمات الوقاية من مفهومها الواسع وصولا الى تدليل قيود المالية و تحسين الخدمة المقدمة.

النتائج : بناء على ما جاءت به الدراسة يمكن استنتاج النتائج التالية

- ان التغيير التنظيمي في المؤسسات الصحية له تأثير كبير في كفاءة الهياكل الاستشفائية من خلال التحسين المستمر لها .
- إن كفاءة الهياكل الاستشفائية تتحقق حينما تكون هناك هيئة مؤهلة و على مستوى عال، و تجهيزات مادية ممتازة و هيكل تنظيمي جيد، وأموال متاحة.

- يعتبر التغيير الجزئي (التدريجي) والذي يركز على تغيير الجوانب السلبية أفضل أنواع التغيير في المؤسسات الصحية من أجل الوصول إلى الأهداف المسطرة مع ضرورة التقييم المستمر لعملية التغيير.
- الإجراءات المتبعة من طرف وزارة الصحة و السكان، و إصلاح المستشفيات، و التي من شأنها تحسين كفاءة الهياكل الاستشفائية الصحية تتمثل في: طرق التسيير الحديثة، و إدخال التكنولوجيا الحديثة في المؤسسات الصحية، و اعتماد سياسة التكوين الفعالة.
- الرقابة على تسيير المال العام الذي يمر عدة مراحل ابتداء من رقابة القبلية من طرف مديرية البرمجة ومتابعة الميزانية، و الرقابة الحالية لمديرية رقابة المالية للولاية وصولا الى الرقابة البعدية لمديرية البرمجة ومتابعة الميزانية للولاية و مديرية الجهوية للميزانية.

#### التوصيات:

من خلال نتائج الدراسة يمكننا تقديم التوصيات التالية:

- الدراسة و التخطيط المسبق لأي مشروع تغيير يمس قطاع الخدمات الصحية.
- توفير الموارد المالية و البشرية اللازمة لتنفيذ مشروع التغيير.
- خلق نظام رقابة فعال و التقييم المستمر للبرامج القطاعية و إجراءات التغيير المتعلقة بتحسين كفاءة الهياكل الاستشفائية .
- وضع تحسين جودة الخدمات الصحية ضمن معالم استراتيجية التغيير.
- تكييف و تطوير الهياكل القاعدية للمؤسسة.

#### أفاق الدراسة :

- ✓ تقييم التغيير التنظيمي في المؤسسات الصحية.
- ✓ تقييم جودة الخدمات في المؤسسات العمومية للصحة.
- ✓ اثر التخطيط الاستراتيجي على كفاءة الهياكل الصحية.
- ✓ دور الرقابة تسيير الهياكل الصحية

## قائمة المراجع

أ-مراجع عربية:

➤ الكتب :

- 1- احمد محمد بدح واخرون ، "الثقافة الصحية " ، دار وائل ، الاردن . 2005
- 2- الاستاد خوشي النوي ، تسيير المشاريع في إطار تنظيم الصفقات العمومية ، دار الخلدونية ، الجزائر ، 2011.
- 3- ثابت عبد الرحمن إدريس، كفاءة وجودة الخدمات اللوجستية، مفاهيم أساسية وطرق القياس، الدار الجامعية، مصر، 2006 .
- 4- ثامر ياسر البكري، إدارة المستشفيات، دار البيازوري العلمية، الأردن، 2015.
- 5- زكي خليل المساعد ، "تسويق الخدمات وتطبيقاته"، دار المناهج للنشر، الأردن، 2008.
- 6- سعيد علي العبيدي، اقتصاديات المالية العامة ، ط1 دار دجلة، العراق، 2011 .
- 7- سوزي عدلي ناشد ، المالية العامة ، الطبعة الاولى ، منشورات الحلبي الحقوقية ، بيروت ، لبنان، 2003.
- 8- سيد محمد جاد الرب، تنظيم وإدارة المستشفيات ، دار النهضة ، القاهرة ، 1989 .
- 9- صالح حسن الدهواري ، "مبادئ الصحة النفسية "، دار وائل ، الاردن ، 2005.
- 10- طارق الحاج ، المالية العامة ، دار الصفاء للنشر و التوزيع ، عمان ، 1999،
- 11- عادل فليح العلي، مالية الدولة، دار زهران للنشر والتوزيع، عمان ، 2008.
- 12- عبد الغفور ابراهيم أحمد، مبادئ الاقتصاد و المالية العامة، دار زهران للنشر و التوزيع، عمان، الأردن ، 2003
- 13- عبد المجيد الشاعر و آخرون ، الرعاية الصحية الأولية ، دار البيازوري العلمية للنشر و التوزيع ، الأردن ، 2000 .
- 14- علي السلمي، إدارة الأفراد والكفاءة الإنتاجية، ط3 ، مكتبة الغريب القاهرة - مصر، بدون ذكر سنة النشر .
- 15- علي زغدود، المالية العامة، الطبعة الرابعة، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر ، 2011.
- 16- غازي فرحان أبو زيتون، خدمات الإيواء في المستشفيات، دار زهران للنشر والتوزيع، عمان، الأردن 1998.
- 17- فريد توفيق نصيرات ، "ادارة المستشفيات "، دار اثراء ، الاردن ، 2008 .
- 18- فريد توفيق نصيرات، "إدارة منظمات الرعاية الصحية"، دار المسيرة، الأردن، 2008 .
- 19- فريد راغب النجار، إدارة الأعمال في المنظمة الصحية و الطبية ، دار النهضة العربية ، القاهرة، 1981 .
- 20- فريد كورتل ، "تسويق الخدمات "، كنوز المعرفة للنشر، الاردن ، 2008 .
- 21- لعمارة جمال ، منهجية الميزانية العامة للدولة في الجزائر ، دار الفجر للنشر و التوزيع-2004
- 22- محززي محمد عباس، اقتصادات المالية العامة، الطبعة الثالثة، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2008.

- 23- محمد صغير بعلي- د. يسرى ابو العلا ، المالية العامة ، دار العلوم عنابة ، عنابة، الجزائر ، 2003.
- 24- محمود خليل الشاذلي وآخرون ، طب المجتمع ، أكاديميا إنترناشيونال، للنشر والتوزيع، بيروت، لبنان ، 1999.
- 25- محمود محمود السجاعي، محاسبة التكاليف في المنظمات الصحية مدخل لنظم المعلومات، المكتبة العصرية للنشر والتوزيع، ط، 1 2009 .
- 26- نبيل ابراهيم محمود، تحليل المتغيرات الاقتصادية، الانتاجية، والكفاءات دار البداية، الأردن، 2008 .
- 27- نزار قاسم الصفار، تقييم كفاءة اداء المؤسسات الصحية، دار تنمية الرافدين، العراق ، 2009.
- 28- نظام موسى سويدان ، عبد المجيد البرواري ، "ادارة التسويق في المنظمات غير الربحية " ، دار حامد ، الأردن ، 2009.
- 29- نور الدين حاروش ، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية ، دار الكتامة للنشر و التوزيع ، الجزائر، 2009 .
- 30- نوزاد عبد الرحمان- منجد عبد اللطيف الخشالي، المدخل الحديث في اقتصاديات المالية العامة، دار المناهج للنشر و التوزيع ،العراق ، 2017.
- 31- يلس شاوش بشير ، المالية العامة المبادئ العامة و تطبيقاتها في القانون الجزائري، ديوان المطبوعات الجامعية، 2013.

#### ➤ الرسائل والأطروحات مجلات :

- 1- أمير جيلالي ، تسويق الخدمات الصحية في كل إصلاح المستشفيات في الجزائر ، اطروحة مقدمة للحصول على شهادة الدكتوراه اطروحة مقدمة للحصول على شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية و علوم التسيير فرع التخطيط، جامعة باتنة، 2008-2009 .
- 2- عدمان مريزق ، " واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية " ، دراسة حالة المؤسسات الصحية في الجزائر العاصمة " ، اطروحة مقدمة للحصول على شهادة الدكتوراه في علوم التسيير ، جامعة الجزائر ، 2008-2007.
- 3- عصماني سفيان ، " دور التسويق في نظام الصحة من وجهة المستفيدين منها (المرضى) ، مذكرة مقدمة ضمن متطلبات الحصول على شهادة الماجستير ، تخصص علوم التسيير ، فرع التسويق ، جامعة محمد بوضياف ، المسيلة ، 2006 – 2005.
- 4- محمد رضا بالمختار، نسق العلاج وعقلانية الفاعلين ضمنه، رسالة ماجستير في علم الاجتماع ، جامعة الجزائر، 1988،
- 5- نبيلة بوخيزة، "الاتصال الاجتماعي الصحي في الجزائر"، رسالة ماجستير في علم الاجتماع، جامعة الجزائر ، 1995.

## ➤ المداخلات العلمية :

1. زرمان كريم، "التنمية المستدامة في الجزائر من خلال برنامج الإنعاش الاقتصادي 2001-2009"، مجلة أبحاث اقتصادية وإدارية، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة محمد خيضر بسكرة، العدد 07، 2010.
2. صالح ناجية، مخناش فتيحة، "أثر برنامج دعم الإنعاش الاقتصادي والبرنامج التكميلي لدعم النمو وبرنامج التنمية الخماسية على النمو الاقتصادي (2001-2014) نحو تحديات آفاق النمو الاقتصادي الفعلي والمستديم"، مداخلة مقدمة للمؤتمر الدولي حول "تقييم آثار برامج الاستثمارات العامة وانعكاساتها على التشغيل والاستثمار والنمو الاقتصادي خلال الفترة 2001-2014"، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة سطيف، 11/12 مارس 2013.
3. عسي محمد الغزالي؛ اقتصاديات الصحة؛ سلسلة دورية نعني بقضايا التنمية في الأقطار العربية' العدد 22 المعهد العربي للتخطيط، الكويت. 2003،
4. هويدي عبد الجليل، يحيواوي عمر، "السياسات الاقتصادية وتحديات التنمية البشرية بالجزائر في إطار الأهداف الإنمائية للألفية"، مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية، جامعة الوادي، العدد 06، افريل 2014.
5. الياس يايسي و ايت محمد مراد. مدى كفاءة الإنفاق العام على النمو الاقتصادي الجزائري خلال الفترة 2015-2015، مجلة معهد العلوم الاقتصادية مخبر العولمة والسياسات الاقتصادية، جامعة الجزائر. العدد 20.

## ➤ المراسيم وقوانين :

1. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية المادة 05 من المرسوم التنفيذي رقم 227/98 المؤرخ في 13 جويلية 1998 المتعلق بتنفيذ النفقات العمومية للتجهيز المعدل والمتمم. جريدة الرسمية العدد 26.
2. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية القانون رقم 84-17 المؤرخ في 17 يوليو 1984 المتعلق بقوانين المالية الصادر في الجريدة الرسمية العدد 28،
3. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية المادة 04 من المرسوم التنفيذي رقم 227/98 المؤرخ في 13 جويلية 1998 المتعلق بتنفيذ النفقات العمومية للتجهيز المعدل والمتمم. جريدة الرسمية العدد 51.
4. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية المادة 06 من المرسوم التنفيذي رقم 414/92 المؤرخ في 14 نوفمبر 1992 المتعلق بتنفيذ النفقات العمومية للتجهيز. جريدة الرسمية العدد 82.
5. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية المادة 36 من القانون 90-21 المؤرخ في 15 أوت 1990 المتعلق بالمحاسبة العمومية. جريدة الرسمية العدد 35.
6. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية المادة 37 من القانون 90-21 المؤرخ في 15 أوت 1990 المتعلق بالمحاسبة العمومية جريدة الرسمية العدد 35.
7. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية المادة 38 من القانون 90-21 المؤرخ في 15 أوت 1990 المتعلق بالمحاسبة العمومية جريدة الرسمية العدد 35.

8. للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية المرسوم التنفيذي رقم ،140-07 الجريدة الرسمية الصادرة بتاريخ 19 ماي، العدد 33، 2007.

9. الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية بيان مجلس الوزراء الصادر بتاريخ 24 ماي 2010 المتضمن الموافقة على البرنامج الخماسي 2010-2014.

ب- مراجع أجنبية :

- 1- MOHAMED AMIR, l'histoire de la santé en Algérie , édition OPU, Alger, 1986, [www.sante.gov.dz](http://www.sante.gov.dz)
- 2- MOSTAFA KHIATI, quelle santé les algériennes?, édition Maghreb relation, Alger, 1990, [www.sante.gov.dz](http://www.sante.gov.dz)
- 3- Ministère de la santé, séminaire sur le développement d'un système national de santé , [www.sante.gov.dz](http://www.sante.gov.dz)
- 4- Ministère de la santé, enquête sur la morbidité et la mortalité infantile en Algérie , Alger , 1985-1988, [www.sante.gov.dz](http://www.sante.gov.dz)
- 5- Ministère de la santé, rapport sur l'organisation du système de santé, Alger, janvier , 1999, [www.sante.gov.dz](http://www.sante.gov.dz)
- 6- Ministère de la santé, enquête sur la morbidité et la mortalité infantile en algerie, Alger, 1985-1988, [www.sante.gov.dz](http://www.sante.gov.dz)
- 7- Ministre de la santé, rapport sur l'organisation du système de santé , 1999, [www.sante.gov.dz](http://www.sante.gov.dz)
- 8- ONS, L'Algérie en quelques chiffres, n°37, résultats 2004-2006, édition 2008, Alger.
- 9- World Bank, "A public expéditeur review", report n° 36270, vol1 ,2007voir <https://documents1.worldbank.org> .
- 10- statistiques sanitaires mondiales 2009,2011, l'organisation mondiale de la sante sur le site voir : [www.OMS.org](http://www.OMS.org) .



ملحق رقم (III - 2): الترخيص المالي لبرنامج مستشفى 240 سرير لخروبة CP

WILAYA DE MOSTAGANEM  
D . P . S . B

PROJETS RETENUS AU TITRE DU PROGRAMME 2020-PSD-PCD

I- PROGRAMME NEUF 2020

a) PSD : décision n° MF/2020/DP/61 du 02/01/2020

U = 10<sup>3</sup> DA

Secteur	Intitulé du projet	A.P.	Maitre d'ouvrage
Education	Etude, suivi, réalisation et équipement d'une demin pension 200 R au collège nouveau Masra à la commune de Masra	25 000	DEP
	Réalisation et équipement d'un lycée type 800/200R à la cité 600 lots Kharroube Commune de Mostaganem	340 000	
	Aménagement et réhabilitation des établissements du cycle moyen	60 000	
	Aménagement et réhabilitation des établissements du cycle secondaire	60 000	D.Education
	Renouvellement des équipements scolaires pour le cycle moyen	41 000	
	Renouvellement des équipements scolaires pour le cycle secondaire	50 000	
<b>TOTAL Education</b>		<b>576 000</b>	
Formation	Etude, suivi, travaux de réalisation et réfection du chauffage central et la réalisation du réseau incendie, réseau électrique et éclairage extérieur au profit des CFPA : Sidi Ali, Bouguirat, Ain Tedeles, Mostaganem01, Sidi Lakhdar, Hassi Mamèche, Mazagran, Mesra, Mostaganem 03, Achaacha, Kharrouba, Fornaka et annexe Ain	100 000	DFP
	Etude, suivi, travaux de réalisation du chauffage central, réseau incendie et travaux d'étanchéité et extension, réfection et aménagement au profit de l'INSEP Mostaganem	25 000	
	Fourniture et pose des postes transformateurs 250 KVA au profit de CFPA Kharrouba et CFPA Kheir Eddine (Génie Civile)	10 000	
<b>TOTAL Formation</b>		<b>135 000</b>	
Ens.Sup	Etude, suivi, réhabilitation et réfection des résidences universitaires de la wilaya de Mostaganem.	20 000	DEP
<b>TOTAL Enseignement Supérieur</b>		<b>20 000</b>	
Santé	Acquisition des équipements collectifs au profit de l'hôpital 240 lits de Kharrouba	140 000	DSP
	Acquisition d'ambulances au profit de l'hôpital 240 lits de Kharroubaes équipements collectifs au profit de l'hôpital 240 lits de Kharrouba	35 700	
<b>TOTAL Santé</b>		<b>175 700</b>	
<b>TOTAL Programme Neuf P.S.D</b>		<b>906 700</b>	

Secteur	Intitulé du projet	A.P.	OBS
PCD	MONTANT GLOBAL DES PLANS COMMUNAUX DE DEVELOPPEMENT	600 000	P.APC
<b>TOTAL P.C.D</b>		<b>600 000</b>	

<b>TOTAL WILAYA</b>		<b>1 506 700</b>	
---------------------	--	------------------	--

المصدر : مديرية البرمجة ومتابعة الميزانية لولاية مستغانم بتاريخ: 2021/03/15



ملحق رقم (III - 4) صورة المدخل الرئيسي للمستشفى 240 سرير خروبة



المصدر: مديرية الصحة واصلاح المستشفيات لولاية مستغانم بتاريخ 2021-02-22

ملحق رقم (III - 5) جناح مصلحة الأشعة لمستشفى 240 سرير خروبة مستغانم



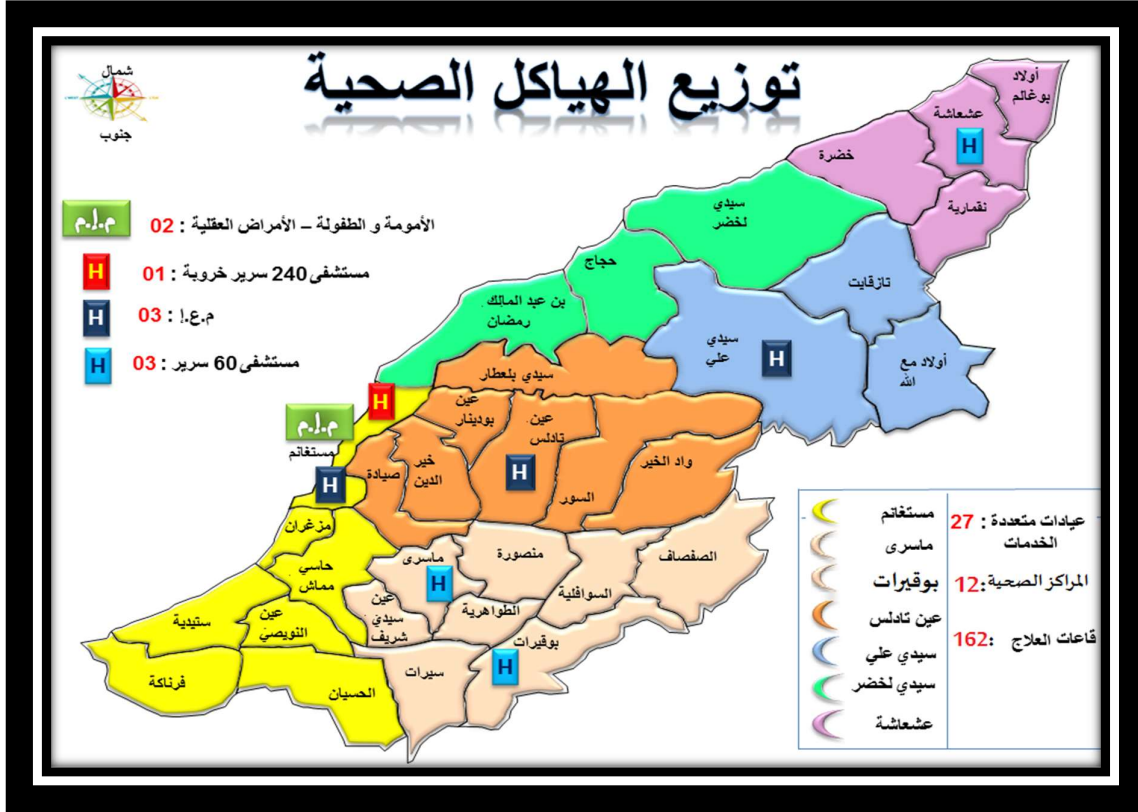
المصدر: مديرية الصحة واصلاح المستشفيات لولاية مستغانم بتاريخ 2021-02-22.

ملحق رقم (III - 6) جهاز اشعة IRM للمستشفى 240 سرير خروبة مستغانم



المصدر: مديرية الصحة واصلاح المستشفيات لولاية مستغانم بتاريخ 2021-02-22.

ملحق رقم (III -7) خريطة توزيع الهياكل الاستشفائية الصحية لولاية مستغانم سنة 2020



المصدر: مديرية الصحة واصلاح المستشفيات لولاية مستغانم مصلحة التخطيط والوسائل تاريخ 2021-02-01 بتصريف-

ملحق رقم (III -8) تمثل مدخل مستشفى الجديد 60 سرير بماسرى



المصدر: مديرية الصحة واصلاح المستشفيات لولاية مستغانم مصلحة التخطيط والوسائل تاريخ 2021-02-01

ملحق رقم (III-9) تمثل مدخل مستشفى الجديد 60 سرير بعشعاشة



المصدر: مديرية الصحة واصلاح المستشفيات لولاية مستغانم مصلحة التخطيط والوسائل تاريخ 2021-02-01

ملحق رقم (III-10) تمثل مدخل مستشفى الجديد 60 سرير ببوقيراط



المصدر: مديرية الصحة واصلاح المستشفيات لولاية مستغانم مصلحة التخطيط والوسائل تاريخ 2021-02-01

### الملخص :

تعتبر الهياكل الصحية القاعدية حجر الزاوية في المنظومة الصحية نظرا إلى الدور الذي تلعبه في مجال الوقاية والعلاج الأولي. و مكانتها في هيكلية المنظومة الصحية تجعلها في تواصل مستمر مع السكان، الذين تتكفل بصحتهم قبل أن تقوم بتوجيههم- إذا تطلب الأمر ذلك- إلى مصالح العلاج المتخصصة في مستويات أعلى من هرم المنظومة

هذه الدراسة هي محاولة للإبراز دور برامج التجهيز القطاعية في رفع من وتيرة تطور الإنفاق على الرعاية الصحية في ولاية مستغانم ومدى فعاليته خلال الفترة (2001 - 2020) في إطار عملية إصلاح المنظومة الصحية، فرغم ارتفاع ميزانية قطاع الصحة، إلا أنه لم يحقق كل أهدافها الرامية إلى تحسين كفاءة الهياكل الصحية، فنجاح سياسة الإصلاح مرهون بوجود نظام صحي عصري ومرن

### الكلمات المفتاحية :

الهياكل الاستشفائية -الكفاءة - المنظومة الصحية - برامج التجهيز القطاعية

### Abstract

Basic health structures are considered the cornerstone of the health system due to the role they play in the field of prevention and primary treatment. And its position in the structure of the health system makes it in constant contact with the population, who take care of their health before directing them - if necessary - to specialized treatment services at higher levels of the system hierarchy.

This study is an attempt to highlight the role of sectoral equipment programs in raising the pace of development of spending on health care in the state of Mostaganem and its effectiveness during the period (2001 - 2020) within the framework of the process of reforming the health system, which, despite the increase in the budget, did not achieve it. To improve the efficiency of health structures, the success of the reform policy depends on the existence of a modern and flexible health system

### Key Words

Hospital structures - efficiency - health system - sectoral equipment programs