

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة الإخوة منتوري قسنطينة
معهد العلوم الاقتصادية و علوم التسيير

رقم التسجيل :

الشعبة : اقتصاد مالي.

رسالة

مقدمة لنيل شهادة الماجستير

في الاقتصاد المالي

مراقبة التكاليف في مؤسسة استشفائية

دراسة حالة مستشفى حي البير بقسنطينة

إشراف :

الأستاذ الدكتور ابراهيم براهيمية

من طرف :

نصر الدين عيساوي

أمام أعضاء لجنة المناقشة :

- | | | |
|---------------|----------------------|----------------------------------|
| جامعة قسنطينة | أستاذ التعليم العالي | - الرئيس : أ.د- دخوش العربي |
| جامعة قسنطينة | أستاذ التعليم العالي | - المقرر : أ.د- براهيمية ابراهيم |
| جامعة الجزائر | أستاذ التعليم العالي | - الأعضاء : أ.د- العربي العمري |
| جامعة قسنطينة | أستاذ محاضر | - د- مرازقة صالح |

السنة الجامعية 2004-2005

تشكر

شكري الجزيل إلى الأستاذ المشرف إبراهيم براهيمية والذي ساعدني في انجاز هذا البحث بنصائحه وتوجيهاته.

كما أتقدم بالشكر إلى كل عمال مستشفى حي البير بقسنطينة، والذين لم ييخلوا علي بمعلوماتهم.

إلى كل الزملاء والأصدقاء الذين لم ييخلوا علي بنصائحهم وتشجيعاتهم، وإلى كل من ساهم من بعيد أو قريب في انجاز هذا العمل

عيسى ورجي

الإهداء

أهدي هذا العمل المتواضع إلى والدي العزيزة التي رعتني بحنانها
وعطفها، إلى والدي الذي في صمته نصيحة وتشجيع وفخر.

إلى كل الأخوات وأزواجهم وكل الإخوة وزوجاتهم، إلى جدي
الفخور بطالب العلم وإلى كل العائلة.

إلى كل الأصدقاء وإلى كل شغوف للعلم.

ميساوي

المفهرس

05	..... المقدمة العامة
	الفصل التمهيدي : بعض عناصر اقتصاد الصحة
13	..... تمهيد
14	..... المبحث الأول : مقارنة نظرية لاقتصاد الصحة
14	..... المطلب الأول : مدخل عام لظهور فرع اقتصاد الصحة
15	..... المطلب الثاني : تعريف اقتصاد الصحة
17	..... المطلب الثالث : أسباب ظهور اقتصاد الصحة
20	..... المطلب الرابع : مقاربات اقتصاد الصحة
28	..... المبحث الثاني : المنظومة الصحية
28	..... المطلب الأول : مفهوم المنظومة الصحية
29	..... المطلب الثاني : نشاطات المنظومة الصحية
31	..... المطلب الثالث : علاقة المنظومة الصحية بالمنظومة الاقتصادية
32	..... المبحث الثالث : صعوبات التحليل الاقتصادي للصحة
33	..... المطلب الأول : خصوصيات فرع اقتصاد الصحة
36	..... المطلب الثاني : القيود المنهجية للتحليل الاقتصادي للصحة
39	..... المطلب الثالث : خصائص متعلقة بالمستهلك و المنتج للصحة
42	..... خاتمة الفصل التمهيدي

الفصل الأول : سوق السلع و الخدمات الصحية

45	..... تمهيد
46	..... المبحث الأول : عرض و طلب السلع و الخدمات الصحية
46	..... المطلب الأول : المشكلة الاقتصادية في ميدان الخدمات الصحية
56	..... المطلب الثاني : الطلب على الخدمات الصحية

76	المطلب الثالث : عرض الخدمات الصحية
83	المبحث الثاني : تسعير الخدمات الصحية
83	المطلب الأول : تحديد السعر السوقي للخدمات الصحية
88	المطلب الثاني : تطبيق التسعير في قطاع الخدمات الصحية
94	المبحث الثالث : تمويل الخدمات الصحية
94	المطلب الأول : مصادر و أنماط تمويل الخدمات الصحية
98	المطلب الثاني : بعض المنظومات الصحة في العالم
105	المطلب الثالث : المنظومة الصحية الجزائرية
117	خاتمة الفصل الأول

الفصل الثاني : تحليل و مراقبة التكاليف الاستشفائية

120	تمهيد
121	المبحث الأول : المؤسسة الاستشفائية
121	المطلب الأول : تعريف المؤسسة الاستشفائية و وظائفها
127	المطلب الثاني : الإطار التنظيمي للمستشفى
140	المطلب الثالث : تصنيف النشاطات الاستشفائية
142	المبحث الثاني : تحليل التكاليف الاستشفائية
142	المطلب الأول : مفاهيم حول عناصر التكاليف و سعر التكلفة
143	المطلب الثاني : تصنيف التكاليف الاستشفائية
146	المطلب الثالث : مخرجات النشاط الاستشفائي
152	المبحث الثالث : مراقبة التكاليف الاستشفائية
152	المطلب الأول : تطور التكاليف الاستشفائية
157	المطلب الثاني : وسائل مراقبة التكاليف الاستشفائية
164	المطلب الثالث : أهداف تحديد التكاليف الاستشفائية
165	خاتمة الفصل الثاني

الفصل الثالث : المحاسبة التحليلية في المؤسسة الاستشفائية

- 168 تمهيد
- 169 المبحث الأول : المحاسبة التحليلية كأداة للتسيير الاستشفائي
- 169 المطلب الأول : الإطار العام للمحاسبة التحليلية
- 173 المطلب الثاني : علاقة المحاسبة التحليلية بالمحاسبة العامة
- 176 المطلب الثالث : أهم الطرق المستعملة في مراقبة التسيير الاستشفائي.....
- 192 المبحث الثاني : عرض برنامج إطباف نظام المعلومات الطبية الفرنسي "PMSI".
- 192 المطلب الأول : عرض عام للتجربة و أهدافها
- 195 المطلب الثاني : التقسيم الافتراضي للمستشفى
- المطلب الثالث : طريقة حساب التكاليف في برنامج إطباف نظام
- 198 المعلومات "PMCI"
- المبحث الثالث : طريقة الأقسام المتجانسة كأداة لتحديد تكلفة مخرجات
- 206 المستشفى
- 206 المطلب الأول : مفهوم و مميزات طريقة الأقسام المتجانسة
- 209 المطلب الثاني : مراحل تطبيق طريقة الأقسام المتجانسة
- 222 المطلب الثالث : سعر التكلفة في المؤسسة الاستشفائية
- 223 خاتمة الفصل الثالث

الفصل الرابع : تطبيق طريقة الأقسام المتجانسة لحساب التكاليف في مستشفى

حي البير بقسنطينة

- 225 تمهيد
- 226 المبحث الأول : الخريطة الصحية لمدينة قسنطينة
- 226 المطلب الأول : القطاع الصحي لمدينة قسنطينة
- 231 المطلب الثاني : التنظيم الإداري للقطاع الصحي لمدينة قسنطينة
- 235 المطلب الثالث : مستشفى البير
- 237 المبحث الثاني : الحالة التطبيقية لحساب التكاليف في مستشفى حي البير

237	المطلب الأول : تقسيم المستشفى إلى أقسام متجانسة (مراكز تحليل)
241	المطلب الثاني : وضع قاعدة للمعلومات و جمع البيانات
263	المطلب الثالث : التوزيع الأولي و الثانوي للأعباء
274	المبحث الثالث : نتائج و توصيات
274	المطلب الأول : نتائج دراسة حالة مستشفى حي البير
	المطلب الثاني : نتائج تجربة تطبيق طريقة الأقسام المتجانسة
285	من طرف وزارة الصحة (حالة مستشفى حي البير)
288	المطلب الثالث : التوصيات
291	خاتمة الفصل الرابع
293	الخاتمة العامة
-	الفهرس
-	قائمة الجداول
-	قائمة الأشكال
-	الملاحق

المقدمة العامة :

إن ميدان الصحة لم يبق حكرًا على الممارسين الصحيين فقط، بل أصبح موضوع اهتمام الاقتصاديين في النصف الثاني من القرن العشرين نظراً لصعوبات التمويل التي مست الدول الغربية في نهاية السبعينات.

ارتفاع التكاليف الصحية ليست ظاهرة محلية، بل هي ظاهرة عالمية أين فاقت الزيادة في هذه النفقات الزيادة في الناتج الداخلي الخام (PIB) و الذي حتم على السلطات العمومية البحث في هذه الظاهرة. و قد تم دق ناقوس الخطر فيما يخص ارتفاع تكاليف الصحة في الجزائر انطلاقاً من سنة 1986 أين عرفت الجزائر تراجعاً معتبراً في عائداتها النفطية، إن هذا العائد يعتبر الركيزة الأساسية التي تعتمد عليها الحكومة في إعداد قانون المالية السنوي.

ظاهرة تفاقم النفقات الصحية مقارنة بالتنتاج المتوصل إليها في الجزائر يقودنا إلى طرح التساؤل التالي : ما هي نتائج السياسة الصحية المنتهجة في الجزائر من خلال تطبيق مجانية العلاج ابتداءً من 1970 ؟

إن مجانية العلاج المنتهجة في تحديد السياسة الصحية في الجزائر و رغم كل الإمكانيات التي وفرت و المتوفرة حالياً لم ترتقي بالصحة إلى المستوى الذي سطر لتحقيقه و ذلك على مستوى بعض الاختصاصات و الخدمات الصحية من خلال الهياكل الصحية المتوفرة.

تحديد موقع الداء على مستوى الهياكل الصحية الموجودة داخل المنظومة الصحية فيما يخص ارتفاع التكاليف يمر بتحديد التكاليف الخاصة بكل اختصاص طبي من جهة و الخدمات المساعدة للنشاط الطبي على مستوى المؤسسة الاستشفائية. و قد شهدت الهياكل الصحية الجزائرية تأخر كبير في تطبيق الطرق العقلانية في تحديد التكاليف الصحية على مستوى كل هيكل صحي. و قد تم وضع طريقة مبسطة للأقسام المتجانسة في تحديد التكاليف الصحية في بعض المستشفيات الرائدة على سبيل التجربة ابتداءً من سنة 2001 م.

غياب المحاسبة العامة و التحليلية في نظام معلومات المؤسسة الاستشفائية ينتج عنه اتخاذ قرارات غالباً ما تكون عشوائية نظراً لفقدان البيانات المتوصل إليها لمصادقية لا يمكن الاعتماد عليها في رسم الخطط المستقبلية.

- إشكالية البحث :

من خلال ما سبق ذكره يمكن صياغة إشكالية البحث في السؤال المحوري المركب من قسمين، الذي سنحاول الإجابة عليه عن طريق هذا البحث و هو :

- ما هي أهمية النظام المحاسبي المستعمل على مستوى الهياكل الصحية الجزائرية ؟
- هل يمكن وضع طريقة محاسبية فعالة لحساب التكاليف في المؤسسة الاستشفائية الجزائرية تأخذ بعين الاعتبار ضعف نظام معلوماتها ؟

- فرضيات البحث :

سنحاول الإجابة على إشكالية هذا البحث و سيقودنا في ذلك هذه الجملة من الفرضيات :

- 1- ارتفاع التكاليف التي تعاني منها المنظومة الصحية لا ينحصر فقط في ارتفاع نفقات التجهيز و نفقات التسيير، بل يرجع أيضا إلى سوء التسيير و ضعف نظام المعلومات في المؤسسة الاستشفائية.
- 2- إن مراقبة تطور التكاليف الصحية يمر من خلال وضع نظام معلومات يمكن بواسطته تحديد التكاليف أولا.
- 3- وضع نظام محاسبي يأخذ بعين الاعتبار خصوصية النشاط الاستشفائي من جهة و وضعية نظام المعلومات في المؤسسة الاستشفائية الجزائرية من جهة أخرى سيمكن من بناء قاعدة معلومات يمكن على ضوءها للمسير بلورة قرارات صائبة.

- دوافع اختيار البحث :

لقد تم اختيار موضوع البحث هذا للأسباب التالية :

- 1- الأهمية التي يكتسيها هذا الموضوع من خلال أهمية المبالغ المرصدة لوزارة الصحة، بالإضافة إلى أهمية المنتج المتمثل في " صحة المواطن " و المكسب المتمثل في " الرأس المال البشري " الذي يمول سوق العمل في الجزائر.
- 2- إمكانية وضع طريقة محاسبية لتحديد التكاليف تأخذ بعين الاعتبار خصوصية المؤسسة الاستشفائية و محيطها و محاولة تطبيقها في الواقع.

3- نقص الدراسات التي تناولت الجانب التطبيقي للمحاسبة التحليلية على المؤسسة الاستشفائية، فمعظم الدراسات قامت بتقييم نظام المعلومات و وضع جملة من التوصيات للفريق المسير.

4- إبراز نقاط الضعف الخاصة بتطبيق المحاسبة التحليلية في بعض المستشفيات الجزائرية، و محاولة تقديم حلول من أجل تطبيق أحسن التقنيات و إمكانية الوصول إلى نتائج تتطابق مع الواقع.

الهدف من البحث :

يهدف هذا البحث إلى إبراز :

- أهداف فرع اقتصاد الصحة كاختصاص جديد يضاف إلى اختصاصات اقتصادية أخرى يهدف إلى إيجاد حلول حول مسايرة الموارد المرصدة للصحة و نفقاتها.
- إبراز خصوصية سوق السلع و الخدمات الصحية بالتطرق إلى طالب و عارض الخدمات الصحية من خلال السلوكات و أهداف هؤلاء الأطراف ضمن المنظومة الصحية. بالإضافة إلى طرق التسعير التي طبقت في بعض المنظومات الصحية.
- إبراز خصوصية النشاط الاستشفائي و الأطراف الناشطين ضمنه، و محاولة تبين مميزات الخدمات الصحية بالمقارنة مع الخدمات السوقية الأخرى.
- عرض للطرق المتوفرة و التي طبقت على مستوى المؤسسة الاستشفائية في بعض المنظومات الصحية و الأهداف المتوخاة من هذه الطرق.
- تقييم عام لتطبيق طريقة الأقسام المتجانسة في أحد المستشفيات الجزائرية و محاولة إبراز النتائج، النقائص و إعطاء بعض الحلول.
- تبيان أن طريقة الأقسام المتجانسة يمكن تطبيقها و ذلك بالأخذ بعين الاعتبار خصوصيات النشاط الاستشفائي من جهة و المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة من جهة أخرى أين يمكننا هذا من الحصول على نتائج لديها أكثر مدلول.
- إمكانية استعمال نتائج المحاسبة التحليلية من طرف أصحاب القرار من أجل تقييم ما حقق، و رسم خطط لما نصبو إلى تحقيقه.

أهمية البحث :

من خلال هذا البحث سنحاول تبين أن المسؤولية مشتركة فيما يخص ظاهرة ارتفاع التكاليف الصحية. بدأ من النهج المتبع منذ 1970 و هو مجانية العلاج، و تأخر التطبيق التدريجي للصحة مدفوعة المقابل. بالإضافة إلى ذلك عدم وجود رغبة حقيقية لتكوين و تشغيل عمال يتحكمون في التقنيات الاقتصادية، الذين بإمكانهم حصر هذه التكاليف، تقييمها ثم محاولة مراقبتها و التحكم فيها.

غياب نظام معلومات لأي مؤسسة سوف يؤدي بأصحاب القرار على اتخاذ قرارات غالبا ما تكون غير فعالة وهذا راجع إلى اعتمادهم على معلومات تقريبية و غالبا غير متوفرة في الوقت المناسب.

تحديد التكاليف الاستشفائية يتم من خلال تطبيق التقنيات الاقتصادية آخذين بعين الاعتبار خصوصية النشاط الاستشفائي بالإضافة إلى تظافر جهود كل العاملين مهما اختلفت اختصاصاتهم و مسؤولياتهم من أجل تحديد مواقع الداء و محاولة معالجته.

منهج البحث :

اعتمدنا في هذه الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي الذي يعتمد على أسلوب الاستقراء و الاستنتاج.

صعوبات البحث :

إن دراستنا لهذا الموضوع واجهة جملة من الصعوبات و التي تعلقنا بنقص في المراجع الخاصة بهذا الموضوع بالإضافة إلى تنافرها على مستوى مجموعة من جامعات الوطن و الذي كلفنا تجميعها الكثير من الوقت و الجهد.

بالإضافة إلى الصعوبة أعلاه واجهنا صعوبات في تجميع المعلومات على مستوى مستشفى البير، أين حتمت علينا الظروف التوقف عند مختلف الأقسام المكونة للمستشفى و الوقوف على جمع المعلومات شخصيا نظرا لعدم توفر هذه المعلومات أو عدم وجودها مفصلة على مستوى قسم المالية و قسم المحاسبة.

هناك صعوبة أخرى خاصة بمدة الدورات التي مسها البحث. تطبيق الطريقة على مستوى مستشفى حي البير كانت الانطلاقة الحقيقية له في سنة 2002 أي أنها حديثة التطبيق ، أين لا

تمكنا المعلومات الخاصة بسنة 2002 بمقارنتها مع دورات أخرى نظرا إلى أنها هي الدورة الوحيدة المتوفرة. وقد قمنا بدراستنا الميدانية في الثلاثي الثاني من سنة 2003. مما جعلنا نستعمل دورات شهرية خاصة بالثلاثي محل الدراسة نظرا لوقوفنا على جمع المعلومات بمفردنا و العمل على استوفاء كل أنواع الأعباء.

محتويات البحث و تقسيماته :

من أجل الإحاطة بمختلف جوانب الموضوع، إرتأينا أن نقسم هذا البحث إلى خمسة فصول نتناول فيها مايلي :

- **الفصل التمهيدي :** تناولنا في هذا الفصل الصحة من منظور اقتصادي و ذلك من خلال تقسيمنا لهذا الفصل إلى ثلاث مباحث :
- **في المبحث الأول :** و قد تناولنا فيه مدخل نظري لاقتصاد الصحة و ذلك بالتطرق إلى عوامل ظهور اقتصاد الصحة، تعاريف خاصة بفرع اقتصاد الصحة بالإضافة لأسباب ظهور هذا الفرع.
- **في المبحث الثاني :** حاولنا التطرق إلى أنواع مقاربات اقتصاد الصحة، أين تطرقنا إلى المقاربة باقتصاد السوق، ثم المقاربة بالإقتصاد المخطط.
- **في المبحث الثالث :** تطرقنا في هذا المبحث إلى مختلف صعوبات التحليل الاقتصادي للصحة من خلال عرض خصوصيات اقتصاد الصحة، مختلف المعوقات المنهجية للتحليل الاقتصادي للصحة بالإضافة إلى خصائص متعلقة بمستهلك و منتج الخدمات الصحية.
- **في المبحث الرابع :** تناولنا عرض عام للمنظومة الصحية من خلال تعريفها، عرض مختلف أنشطتها و العلاقة بينها و المنظومة الاقتصادية.
- **أما في الفصل الأول** فقد تطرقنا من خلاله إلى خصوصية سوق السلع و الخدمات الصحية و قد ضم هذا الفصل المباحث التالية :
- **المبحث الأول :** و قد تطرقنا فيه إلى المشكلة الاقتصادية في ميدان الخدمات الصحية، بالإضافة إلى خصوصية الطلب و العرض على الخدمات الصحية.
- **المبحث الثاني :** تطرقنا فيه إلى عملية تسعير الخدمات الصحية من خلال عملية تحديد السعر السوقي للسلع و الخدمات الصحية، و كذلك بعض طرق التسعير في قطاع الخدمات الصحية.

- المبحث الثالث : و تطرقنا من خلاله إلى تمويل الخدمات الصحية من خلال عرض مصادر و طرق تمويل الخدمات الصحية، بالإضافة إلى عرض تمويل الخدمات الصحية في بعض المنظومات الصحية في العالم، و في الأخير تطرقنا إلى التمويل في المنظومة الصحية الوطنية.
- **في الفصل الثاني** تطرقنا إلى النشاطات و التكاليف الاستشفائية من خلال المباحث التالية:
- المبحث الأول : عبارة عن مدخل عام للمؤسسة الاستشفائية تم من خلاله عرض تعريف المؤسسة الاستشفائية و وظائفها، مختلف أنواع التنظيم، بالإضافة إلى تصنيف النشاطات الاستشفائية.
- المبحث الثاني : و قد قمنا بتحليل التكاليف الاستشفائية من خلال عرض مفاهيم حول عناصر التكاليف و سعر التكلفة، تصنيف التكاليف الاستشفائية بالإضافة إلى التطرق إلى مخرجات النشاط الاستشفائي.
- المبحث الثالث : تطرقنا في هذا المبحث إلى مراقبة تطور التكاليف الاستشفائية من خلال عرض ظاهرة تطور التكاليف الاستشفائية، مختلف الميكانيزمات التي تمكننا من مراقبة تطورها، بالإضافة إلى أهداف تحديد و مراقبة التكاليف في هذا النوع من المؤسسات.
- **فيما يخص الفصل الثالث** فقد حاولنا عرض مختلف الطرق المحاسبية التي تمكننا من تحديد التكاليف الاستشفائية و قد قسمنا هذا الفصل إلى المباحث التالية :
- المبحث الأول : و قد تم التطرق من خلاله إلى مفهوم المحاسبة التحليلية و أهدافها، بالإضافة إلى علاقة المحاسبة التحليلية بالمحاسبة العامة، و أهم الطرق المحاسبية التحليلية المستعملة في مراقبة التسيير الاستشفائي.
- المبحث الثاني : و قد قمنا في هذا المبحث بعرض برنامج إطباق نظام المعلومات الفرنسي (PMSI) من خلال عرض عام لهذا البرنامج و أهدافه، التقسيم التحليلي للمستشفى من خلال التجربة الفرنسية، و عرض مختلف مراحل حساب التكاليف الخاصة بهذا النموذج المحاسبي.
- المبحث الثالث : تطرقنا في هذا المبحث إلى طريقة الأقسام المتجانسة - و التي ستطبق فيما بعد في الفصل الرابع - من خلال عرض مفهوم الطريقة و أهدافها، مختلف مراحل تطبيق هذه الطريقة، و النتائج الممكنة التوصل إليها من خلال تطبيقها.

- **الفصل الرابع** دراسة ميدانية خاصة بتطبيق طريقة الأقسام المتجانسة على مستوى مستشفى البير بقسنطينة، و قد قسمنا هذا الفصل إلى :
- **المبحث الأول** : قمنا من خلاله بالتعريف بالمؤسسة الاستشفائية و ذلك عن طريق التطرق إلى القطاع الصحي لمدينة قسنطينة بصفة عامة و المؤسسة الاستشفائية لحي البير بصفة خاصة و مختلف الامكانيات المتوفرة.
- **المبحث الثاني** : و قد عالجنا من خلاله مختلف الأعباء التي تم تسجيلها وفق المراحل الخمسة للطريقة المطبقة.
- **المبحث الثالث** : و قد عرفنا من خلاله النتائج المتوصل إليها من خلال تطبيقنا لهذه الطريقة على مستوى مستشفى حي البير، بالإضافة إلى عرض نتائج تطبيق الطريقة من طرف قسم المحاسبة للمستشفى و تحديد الفروق بينهما. في الأخير قمنا بعرض جملة من التوصيات للجهات الوصية من أجل إيجاد حلول لنقاط الضعف المستنتجة.

الفصل التمهيدي :

بعض عناصر اقتصاد الصحة

الفصل الأول :

سوق السلع و الخدمات
الصحية

تمهيد :

الصحة شرط أساسي للفرد لأداء أدواره على أكمل وجه من دراسة، عمل، إبداع ... فالصحة في المجتمع عبارة عن ثروة يجب المحافظة عليها و تأمينها، و لهذا أصبحت الصحة ليس مهمة فردية بل محل اهتمام المجتمع ككل. بالرغم من أن الصحة ليس لها ثمن ، بالمقابل و للمحافظة عليها أو تحسينها فإنه يتطلب ذلك تكاليف باهظة أصبحت تثقل كاهل التنظيمات الممولة لها. لذا فقد تطلب ذلك تدخل الاقتصاد في ميدان الصحة للبحث عن أحسن السبل للتحكم في النفقات الصحية المتزايدة سنة بعد سنة حيث تعدت نسبتها نسبة تزايد الناتج الداخلي الخام لمختلف دول العالم. دخول التقنيات الاقتصادية ميدان الصحة عجل بظهور فرع اقتصادي جديد يسمى "باقتصاد الصحة" من أجل عقلنة النفقات في هذا الميدان و جعلها أكثر فعالية. تمثل المنظومة الصحية الهيكل العام الذي تنشط فيه الأنظمة الفرعية المكونة لها حيث تعمل هذه المنظومة على تنسيق الأهداف الفرعية للتوصل إلى تحقيق الهدف الرئيسي و هو إشباع الحاجات الصحية للسكان .

يحمل اقتصاد الصحة عدة خصائص تميزه عن الفروع الاقتصادية الأخرى . هذه الخصائص تمكن الباحث في هذا الميدان من الفهم الجيد له و تحليل النتائج بأكثر موضوعية .

المبحث الأول :مقاربة نظرية لاقتصاد الصحة

المطلب الأول : مدخل عام لظهور فرع اقتصاد الصحة

فرع اقتصاد الصحة فرع من المعرفة فتي النشأة. ظهر في نهاية سنوات الخمسينات في الولايات المتحدة الأمريكية و بريطانيا، ثم ظهر هذا الفرع في فرنسا بداية سنوات السبعينات.في بادئ الأمر كانت هناك محاولات جادة من طرف الباحثين لجمع الأفكار و البحوث التي كانت متفرقة من حيث مواضيع البحث، لكنها كانت تصب كلها في ميدان الصحة.

الانطلاقة الحقيقية لاقتصاد الصحة كانت في عشرية الثمانينات تحت ضغوطات مالية و التي دعت ضرورة تدخل نظام تسيير فعال في الميدان الصحي . هذه القيود تمثلت في تنامي النفقات الصحية المتزايدة سنة بعد سنة، أين دقت الدول الغربية ناقوس الخطر في نهاية السبعينات.

و قبل هذا التاريخ كان لهذه الدول نمو اقتصادي متواصل قرابة ثلاثين سنة، حيث اهتمت بالجانب الاجتماعي من توفير الخدمات الصحية لأكثر عدد ممكن لطالبيها دون الأخذ بعين الاعتبار حجم النفقات الصحية و تزايدها.مع نهاية السبعينات ظهرت أزمة مالية أنقصت من قدرات تمويل قطاع الصحة. و ظهرت ضرورة تدخل مقاربات اقتصادية في ميدان الصحة، و هذا لتنظيم هذا القطاع وإعطائه دفعة جديدة من حيث مساعدة المسير في بلورة القرارات ، توجيه السياسة الصحية و التخطيط الصحي.

سرعة تطور فرع اقتصاد الصحة كان سببه أنه علم مفترق "*Science carrefour*". هذا ما أشار إليه "*J.DE BOURBON BUSSET* " : «إنه من الأهمية خلق و تطوير علاقات مباشرة بين حقول البحث المختلفة. و يجب الملاحظة أنه غالبا و بالتقاء فرعي معرفة مختلفين تحدث نتائج هامة، إذا إنه ليس من العشوائي أن العلوم المركبة من اسمين هي التي تتطور بسرعة¹. و يضيف في نفس السياق أنه يجب الحد من الاحتكار العلمي، و يقصد بذلك أن كل فرع يبقى منغلق على أفكاره، يجب التفتح على العلوم الأخرى لإيجاد تقارب و محاولة البحث للوصول إلى نتائج لم يحققها الفرع الأحادي لوحده. ظهور اقتصاد الصحة في النصف الثاني للقرن العشرين كفرع للمعرفة مستقل بذاته، و تطوره في الربع الأخير من هذا القرن لم يأتي صدفة، بل أن العلاقة اقتصاد- صحة ليست جديدة بل قديمة

¹ - J. De Bourbon – BUSSET, La Prospective de la prospective, Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales, Paris 1983, N° 2.

و سبقت القرن العشرين.

انفصال فرع اقتصاد الصحة كفرع مستقل بذاته، كان الفضل فيه لأفكار و أبحاث عدت مفكرين اقتصاديين، من بينهم "F.QUESNEY" و الذي يعتبر من الأوائل الذين تمكنوا من الفرعين المعرفيين في ذلك الوقت. بالرغم من أنه اقتصادي في أبحاثه - و هو الواضع للوحة الاقتصادية- و الذي يعتبره البعض كأب للاقتصاد الكلي، إلا أنه طبيب في تكوينه. إن اكتشافه للدائرة الاقتصادية كان من تأثير اكتشاف الطبيب الإنجليزي "W.HARVEY" للدورة الدموية. هذه هي أول نقطة مشتركة تم اكتشافها بين فرعي المعرفة و هي التركيبية البيولوجية و التركيبية الاجتماعية.¹ على الرغم من أن الاقتصاد و الصحة فرعي معرفة مختلفين من حيث الموضوع و المنهج ... إلا أن هناك نقاط مشتركة و جوهرية تستدعي سرد أهمها فيما يلي :

§ كلى الفرعين يهتمان بالإنسان إما على مستوى الفرد أو على مستوى المجتمع ككل.

§ كلى الفرعين يحتويان على ميكانيزمات للتعديل الذاتي : جسم الإنسان كموضوع الصحة، و السوق كموضوع علم الاقتصاد .

§ التعقيد في الظواهر موضوع الدراسة، و التي لا يكفي لتفسيرها بيان مبسط ذو متغيرات خطية بل نظام معقد و متشعب يحتوي على متغيرات دائرية، إذا أثرت على عضو ما تتأثر التركيبية الكلية و ذلك لمدى علاقة مكونات النظام فيما بينها.

هذا التحليل يقودنا إلى ضرورة تحديد مفهوم فرع اقتصاد الصحة لتحديد معالم هذا الفرع.

المطلب الثاني : تعريف اقتصاد الصحة

من المطلب الأول نلمس ضرورة إعطاء تعريف لفرع اقتصاد الصحة، و ذلك لمحاولة الإحاطة بالموضوع. مفهوم اقتصاد الصحة أصبح ضرورة في كل كتابة في هذا المجال من أجل وضع الخطوط العريضة و التي سوف تبين أهداف المحلل من تناول الموضوع.

سوف نتناول في هذا الصدد مجموعة من تعاريف الاقتصاديين تناولوا ذلك في كتاباتهم، من أهمهم: "P.BONAMOUR ET F.GOYOT" في كتابهما "Economie médicale" و الذي كتب من طرف اقتصادي و طبيب : « فرع من المعرفة يهدف إلى عقلنة النشاط الطبي و الذي يدرس الحالة المتلى

¹ - Guy DELANDE, Introduction a l'économie de la santé, Edition John LIBBEY, Paris 1991, p3.

لتوزيع الموارد المتاحة لضمان أحسن علاج و أحسن حالة صحية للسكان، تحت قيود الموارد المتاحة¹.

هناك تعريف "H.GUITTON" و الذي يعتبر من الاقتصاديين الأوائل الذين تناولوا موضوع التحليل الاقتصادي للصحة. هذا التعريف ينقسم إلى جزأين²:

الجزء الأول : فرع وصفي يهتم « بمعرفة المعطيات الأساسية (طبيعية ، مؤسساتية ، فردية و جماعية) التي تهدف إلى استرجاع الصحة الضائعة و الوقاية حتى لا تضيع ». ثم يتطرق إلى تكاليف الصحة ، تفسيرها و البحث عن أحسن الطرق للتعويض بها.

الجزء الثاني : فرع نموذجي يهتم " بتنفيذ تدريجي لمنظومة صحية و التي تصبو إلى المثالية الاقتصادية أي التوازن الأمثل بين الإيرادات و التكاليف ". في هذا المجال يقوم الاقتصاد ببلورة حكم حول فعالية المنظومة الصحية .

أما "GUYDELLANDE" فيعرف اقتصاد الصحة : " فرع مختص من العلوم الاقتصادية، الذي يهدف إلى دراسة القيود التي يفرضها المحيط السوسيو اقتصادي على النظام الصحي "³.

النقاط المشتركة بين التعاريف السابقة - بصفة عامة - أن الحقل المدروس هو الصحة، و التقنيات الاقتصادية تعمل على الاستجابة لمتطلبات التسيير من أجل عقلنة النفقات الصحية. بالإضافة إلى النقاط المشتركة هناك نقاط اختلاف بين الاقتصاد و الصحة، نذكر أهمها فيما يلي :

اختلاف حقل التحليل :

الطب يهتم بالمريض و علته، بالإضافة إلى ذلك يرفض الجهاز الطبي الاهتمام بمشاكل التسيير. و لا يكتفي بذلك بل يجهد من يقوم بتمويل نشاطه الطبي، فهو يهدف أساسا لتحسين حالة المريض و محاولة إشفائه.

أما الاقتصادي فهو يهتم بالمقابل بتفسير سلوك الأفراد الذين ينتجون، يستهلكون، يتبادلون، و يقصى منهم أصحاب العلة، هذه الفئة تخرج عن اختصاصه.

اختلاف في الهدف :

الهدف الطبي هو الاستجابة لأكبر شريحة من طالبي الصحة و توفير نتائج الاكتشافات العلمية في هذا الميدان و التجهيزات المتطورة من أجل إنقاذ حياة المرضى.

¹ - P. Bonamour et F. Guyot, « Economie médicale » : Editions Médicales et Universitaires, Paris 1979.

² Guy DELANDE, Introduction à l'Economie de la Santé, Edition John LIBBEY, Paris 1991, p12.

³ IBID, p13.

أما الهدف الاقتصادي فهو عقلنة سير المنظومة الصحية و محاولة إيجاد أحسن السبل لاستعمال الموارد المتاحة لمجابهة أكبر طلب للصحة، بالإضافة إلى السهر على فعالية الأداء .

اختلاف في منطق التحليل :

المنطق الصحي يتمثل في استرجاع الحالة الصحية و الراحة الجسدية و العقلية للمريض دون الاهتمام بتكاليف الناتجة عن ذلك و العبارة التالية تلخص ذلك " ليس للصحة ثمن ".
بالمقابل المنطق الاقتصادي يكشف على الجانب الذي أهمل من طرف الناشط في الصحة و إن لم يكن للصحة ثمن فالصحة تكلفة، هذه التكلفة أصبحت تثقل كاهل ممولي الصحة. حيث يهدف الاقتصادي لمعرفةا و محاولة عقلنتها.

المطلب الثالث :أسباب ظهور فرع اقتصاد الصحة

هناك عدت أسباب عجلت بظهور فرع اقتصاد الصحة، من هذه الأسباب ما هو اقتصادي و منها ما هو اجتماعي، ما يهمنا كاقصاديين الأسباب الاقتصادية بالدرجة الأولى التي أدت لظهور هذا الفرع من المعرفة.

1 - الثقل الاقتصادي للنفقات الصحية :

بعد الحرب العالمية الثانية ظهر هناك ميل كبير للاستهلاك الطبي من طرف معظم سكان الدول الصناعية و التي كانت تتبع في معظمها نظام صحي لبرالي. هذا الاستهلاك تعاضم سنة بعد سنة و النفقات الناتجة عن ذلك شكلت متتالية هندسية متزايدة.¹ مثلا في فرنسا شكل تزايد النفقات الصحية متتالية هندسية أساسها اثنان لكل خمسة سنوات. بأخذ نفقات سنة 1950 كحد أول نتحصل على الشكل الرياضي التالي : $U_N = 3 \cdot 2^N$
هذا يعني أن النفقات الصحية في هذا البلد تضاعفت كل خمسة سنوات، و الجدول التالي يوضح ذلك :

¹ Guy DELANDE, op.cit, p16.

جدول 1-1 : تطور النفقات الصحية في فرنسا : (مليار فرنك فرنسي)

السنوات	1950	1965	1970	1975	1980	1985	1990
النفقات الصحية	3	30	50	100	200	400	550

Source : Des données de Guy DELANDE, Op.Cit, P 16

في الجزائر لم تختلف الوضعية كثيرا عن باقي دول العالم، حيث كان هناك تزايد كبير لهذه النفقات الصحية من سنة إلى أخرى و قد وصل معدل النمو السنوي المتوسط لهذه النفقات معدل 40% للفترة بين 1980 و 1990 و الجدول التالي يوضح ذلك :

جدول 1-2 : تطور النفقات الصحية في الجزائر (مليون دج)

السنوات	1980	1985	1989	1990	1991	1992
النفقة الوطنية للصحة	6112	12625	19959	22842	32314	46006

المصدر : وزارة الصحة و السكان

تزايد النفقات بهذا الشكل أصبح يفوق الزيادة السنوية للنتاج الداخلي الخام. قد سجلنا زيادة في نسبة حصة النفقات الصحية إلى الانتاج الداخلي الخام في مختلف المنظومات الصحية في العالم. الجدول الموالي يوضح ذلك :

جدول 1-3 : حصة النفقات الوطنية للصحة بالنسبة للانتاج الداخلي الخام في بعض الدول

2001 %	1995	1990 %	1988 %	DNS / PIB البلدان
9,5	9,5	8,6	8,4	فرنسا
8,7	8,1	8,2	8,7	السويد
13,9	13,3	11,9	11,3	الولايات المتحدة
7,6	7,0	6,0	5,9	المملكة المتحدة
8,0	6,8	5,9	6,4	اليابان
8,4	7,4	8,0	7,6	إيطاليا

Source : Chiffres de L'OCDE

أما بالنسبة للنفقات الصحية في الجزائر فقد عرفت نسبتها إلى الانتاج الداخلي الخام ارتفاع كبير وقد وصلت تلك النسبة 4.11 % سنة 2002.¹

2- البحث عن أكبر مردودية في الميدان الصحي :

تزايد النفقات الصحية تزامن مع الرفاهية الاقتصادية التي سادت الدول المصنعة خلال الثلاثين سنة التي تلت نهاية الحرب العالمية الثانية، فقد أصبح من الضروري تطبيق تقنيات التسيير في ميدان الصحة تزامنا مع الركود الاقتصادي و محدودية المورد المالية التي تلت مرحلة اليسر المالي هذا من جهة ، من جهة أخرى عقلنة النفقات لغرض إشباع طلبات أكبر عدد ممكن من أفراد المجتمع تحت قيد الموارد المتاحة .

¹ وزارة الصحة والسكان.

المطلب الرابع : مقاربات اقتصاد الصحة

قبل التطرق لمقاربات اقتصاد الصحة، يجب علينا توضيح مفهوم الصحة. التي يسعى طالبها للحصول عليها من أجل تحقيق أهدافه المختلفة.

موضوع الصحة تناول من طرف معظم الباحثين في ميدان اقتصاد الصحة. سنورد في أول الأمر تعريف منظمة الصحة العالمية OMS " هي حالة السلامة البدنية و العقلية الكاملة و ليس مجرد غياب المرض و عدم الاتزان ".¹ هذا التعريف يصف فقط الصحة الجيدة للفرد و لا يذكر العوامل المؤثرة عليها هذا من جهة، من جهة أخرى لا يمدنا بالطرق للمحافظة عليها.

العوامل المؤثرة على صحة الفرد عديدة، و نورد فيما يلي نوعين أساسيين :

§ مؤثرات ناتجة عن تصرف الفرد منها : التدخين، الكحول ... و التي تسمى في مجملها نظام الحياة اليومية للفرد .

§ مؤثرات ناتجة من التطور العام للمحيط، هذا التطور السريع يحتم على الفرد التأقلم معه بنفس وتيرة تطور المحيط. إذن فالصحة تصبح نتيجة البحث على مقاومة التغيرات البيولوجية، البيئية و الإنسانية للمحيط و محاولة التأقلم معه.

في هذا الصدد يقول *J.F.NYS* : " أن الصحة تصبح في هذه الحالة التوازن بين المؤثرات الداخلية و الخارجية ".²

و يؤكد *IVAN ILLICH* ما قال *J.F.NYS* كالتالي : " أن الصحة هي القدرة على التأقلم مع المحيط المتغير ".³ أي أن الصحة نتيجة الجهد للحفاظ عليها و ليس معطاة في مجملها.

دون التطرق لتعاريف أخرى للصحة، و التي تناولت أسباب أخرى للحفاظ عليها. فالكل يتفق أنه لا يوجد تعريف ثابت و موحد للصحة. و لتخطي هذه العقبة يعمد الباحثون لتعريف المرض عوض الصحة، و ينتهون إلى أن الصحة هي غياب المرض.

وصف الصحة يتميز بعدم الثبات من حيث أنه يتعلق بعدة عناصر تتميز بتغيرها. حتى الحالة الصحية للفرد غير ثابتة في فترة مرضه، فجسم الإنسان له القدرة الذاتية على معالجة الوعكات الصحية و هذا ما يسمى بالاستعداد البدني .

¹ - Etienne BARRAL, Economie de la santé : Faits et chiffres, Edition Dunod, Paris 1978, p 139.

² - J.F. NYS, La Santé Consommation ou Investissement, Edition Economica, Paris 1981, p 8.

³ - Ivan ILLICH, L'expropriation de la Santé, Edition Esprit, Paris 1974.

الاحتياج الصحي للإنسان يختلف من فرد إلى آخر حسب المحيط الذي ينشط فيه، فمثلا احتياج الصحة للطبيب، المنجمي، النجار ... مختلف من ناحية الكم والنوع. يقول "ETIENNE BARRAL" في هذا الصدد : " أن للصحة جانب موضوعي يتمثل في الاحتياج الفيزيولوجي لها و جانب ذاتي يتمثل في الخصائص التي تحكم كل فرد على حدى و تميزه عن الآخر "¹.
هناك مقاربتين أساسيتين لاقتصاد الصحة : أولها خاصة باقتصاد السوق، أما الثانية فهي خاصة بالاقتصاد المخطط .

1 - مقارنة اقتصاد السوق :

في نظام اقتصاد السوق تخضع السلع و الخدمات لمنطق العرض و الطلب. هل هذا المنطق يبقى صالح في ميدان الصحة ؟

الخدمات الصحية ليست كباقي الخدمات السوقية الأخرى تحكمها في ذلك عدت خصائص أهمها :
أولا : سوق الخدمات الصحية يختلف عن سوق الخدمات السوقية الأخرى من حيث :

أن المستهلك لا يستطيع أن يختار في سوق الخدمات الصحية، و هذا راجع لعدم معرفة نوع المرض أو جهله لوجود العلاج هذا من جهة، من جهة أخرى المستهلك للخدمات الصحية لا يستطيع تقييم نوعية عارضي الخدمات المقدمة لأنه ليس من ذوي الاختصاص. هذا من جانب المستهلك.
من جانب مقدمي الخدمات الصحية، فالطبيب لا يعتبر موزع للعلاجات فقط، بل و صاحب القرار. يعني أنه لا يمكن للمستهلك مناقشة الطبيب من ناحية نوعية العلاج المقدم، و يبقى القرار الأخير للمختص. بالإضافة إلى ميزة طالب و عارض الخدمات الصحية، هناك ميزة أخرى لا نجد لها في نظام اقتصاد السوق و هي مراقبة الدولة للخدمات الصحية و نلمس ذلك في :

ü قلة المنافسة بين العارضين أو انعدامها.

ü منع الإشهار في ميدان العلاجات الطبية.

ü صعوبات و مراقبة شديدة فيما يخص ممارسة الخدمات الصحية.

ü تدخل الدولة في تحديد أسعار المنتجات الطبية.

كل هذه الميزات تجعل سوق الخدمات الصحية يختلف عن سوق الخدمات السوقية الأخرى.

ثانيا : الصعوبات الأخرى تتمثل في غموض مفهوم المنظومة الصحية، كما يشير ذلك

" J.F.NYS هناك غموض عند التكلم عن المنظومة الصحية، فكلمة منظومة تحمل عدة مفاهيم. من

¹ - Etienne BARRAL , op.cit, p138.

جهة لها علاقة بالهيكل التنظيمي، و التي تسمح بتحليل مكوناته، هذه المكونات ليس لها معنى إلا في مجملها . هذا المعنى هو المستعمل من طرف الاقتصاديين عند التكلم مثلا عن المنظومة البنكية، المنظومة المالية إلخ.¹

السؤال المطروح : هل يمكن اعتبار المنظومة الصحية ككيان واحد متجانس، و يهدف إلى تحقيق هدف واحد؟ أو هل المنظومة الصحية هي مجموع أنظمة فرعية؟. عند تحليل أهداف مكونات المنظومة الصحية، يتضح لنا أن هذه الأخيرة هي تكامل أنظمة فرعية مكونة لها.

في هذا الصدد يشير "EMILE LEVY" أن المنظومة الصحية هي تفاعل أنظمة فرعية مكونة لها، إذ يقسم المنظومة الصحية إلى ثلاثة أنظمة فرعية كالتالي :²

***الحالة الصحية "Circuit des états"** و الذي يعتبر النظام المركزي في المنظومة الكلية، و هو يحدد الحالات الصحية التي يمر بها الأفراد.

***مصالح الإنتاج الصحي :** "Services de production sanitaire" و الذي يعتبر الجهاز المنتج للسلع و الخدمات الطبية.

***ميكانيزمات التحصيل :** "Mécanismes de recouvrement" و التي تضم تحتها مختلف التنظيمات الممولة للنشاطات الصحية .

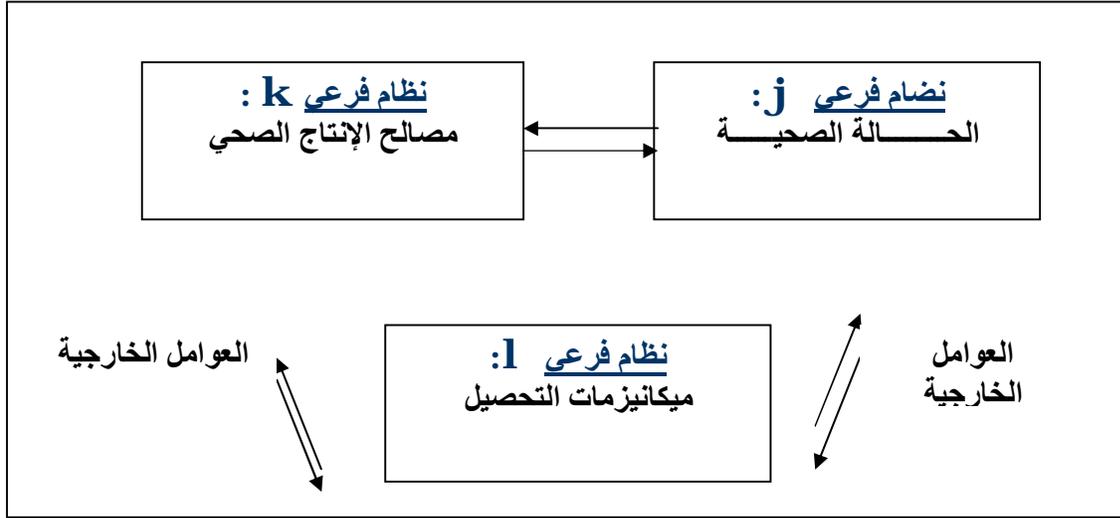
داخل المنظومة كل نظام فرعي يؤثر و يتأثر بالآخر، بالإضافة إلى تأثير آخر ناتج من المحيط الخارجي للمنظومة الكلية. حيث يمكن تجسيد ذلك في الشكل (رقم 1-7):

ما يأخذ على هذا التقسيم أنه أدمج النشاطات التي تساهم مباشرة في اشباع الحاجات الصحية أما النشاطات الأخرى مثل مصالح المياه، محاربة الأمراض، مراقبة النوعية ... لم تأخذ بعين الاعتبار لأنها ليس لها ضلع مباشر في تغطية طلب الصحة، لكن لا يمكن الاستغناء عنها فيما يخص الوقاية من الأمراض .

¹ - J.F. NYS , la Santé consommation ou Investissement , Edition ECONOMICA , Paris 1981 , p17 .

² - Ibid , p17.

شكل 1-1 : محتوى المنظومة الصحية :



source : J.F.NYS, op.cit, P 25

ثالثا : إذا سلمنا أن الصحة سلعة اقتصادية هل يمكن اعتبارها سلعة استهلاكية، أم سلعة استثمارية؟

1-1 الصحة كسلعة استهلاكية :

إذا سلمنا بأن الصحة سلعة اقتصادية ، و أخذنا في عين الاعتبار خصائص سوق الخدمات الصحية، فتعتبر الصحة سلعة استهلاكية، إذا كانت تطلب من أجل تلبية حاجة مؤقتة و نهائية.

مؤقتة : و هي من خصائص الحاجة الاقتصادية، و التي تحركها أسباب عدة - سنتناولها

فيما بعد .

نهائية : فيقصد بها طلب الخدمات الصحية من أجل تغطية الحاجة التي تولدت بعينها، و

ليس لأهداف مشتقة مستقبلية.

فكرة الصحة سلعة استهلاكية تطرق إليها " C.E.PHELPS " و " J.P.NEUHOUSE " سنة 1974.

الذان انطلقا من تقسيم الأعباء التي يتحملها المريض إلى :¹

جزء أول : يمثل مبلغ مالي منفق مباشرة للجهات المختصة على شكل نقدي . حيث

"P" يمثل سعر الوحدة الواحدة من الخدمة المقدمة في العلاج ، و "C" تمثل عدد وحدات الخدمة

¹ - André LABOURDETTE, Economie de la santé, presse Universitaire de France, Paris1998, p30.

غير المعوضة من طرف ميكانيزمات التحصيل . العيب الناتج من المبلغ الغير المعوض يرمز له بـ :
"CP"

جزء ثاني : يمثل قيمة الوقت المستغرق في عملية العلاج . حيث "T" تمثل ساعات العلاج المستغرقة ، و "W" قيمة الساعة الواحدة لو قام المريض بأداء عمله اليومي دون عله. و قيمة الوقت المستغرق في العلاج يرمز له بـ : "WT" .
نتيجة ذلك الأعباء التي يتحملها المريض : $C = CP + WT$.

حالة خاصة :

إذا كان الوقت المستغرق في العلاج قصير، فإن تكلفة الوقت المستعمل سوف تتدنى و تبقى النسبة الكبيرة من العيب الكلي مكونة من المبلغ النقدي غير المعوض.
بالمقابل إذا كانت هناك تغطية اجتماعية واسعة للسكان، فإن المبلغ المالي المدفوع و غير المعوض يكون قليل، و يبقى المؤثر الكبير في هذه الحالة هو تكلفة الوقت المستعمل. إن ما يدفع المستهلك لتحمل هذه الأعباء هي الحاجة للصحة، هذه الحاجة ستولد طلبا على الخدمات الصحية من أجل تحسين حالة المريض. بالرغم أن كل إنسان معرض للمرض، فهل هناك نفس الحاجة لكل طالبي الصحة ؟.

سنحاول الإجابة عن هذا السؤال في العنصر الموالي :

أنواع الحاجة :

سنذكر فيما يلي أربع أنواع من الحاجة للصحة و هي :

الحاجة المحسوسة : " *Besoin ressenti* " : و هي الحاجة التي يكتشفها الأفراد بواسطة حواسهم و عقولهم أمام حالتهم الصحية. معنى ذلك تسجيل رغبة ذاتية في الحصول على سلع و خدمات صحية.

الحاجة المعلنة : " *Besoin exprime* " : هي الحاجة التي تتحول إلى طلب فعال على السلع و الخدمات الصحية. هذا النوع من الحاجة لا يضم مجمل الحاجة الاجتماعية للصحة، لأن هناك بعض الأفراد لا يترجمون احتياجاتهم إلى طلب فعال بالرغم من احساسهم بالحاجة إلى هذا النوع من الخدمات.

بالإضافة إلى أن هناك من لا يعلمون أنهم في حاجة إلى سلع و خدمات (وجود الحاجة دون الإحساس بها).

الحاجة المقارنة : " *Besoin comparatif* " : عند تسجيل حاجة فرد أو مجموعة من الأفراد إلى سلع و خدمات صحية وتحديدها، يمكن القياس عليها لتحديد فيما إذا كان أفراد آخريين أو مجموعة منهم لهم نفس الحاجة في حالة ما إذا كانوا يحملون نفس الأعراض .

الحاجة النظامية : " *Besoin normatif* " في هذه الحالة ، الحاجة تشخص من طرف خبير في الاختصاص و تحت شروط (*Normes*). أي الخبير يعين الحالة الصحية العادية، و الحالات التي تخرج عن الشروط المحددة للحالة العادية تعبر عن حاجة للسلع و الخدمات الصحية .

من جهة أخرى تم تقسيم الحاجة إلى الصحة بطريقة أخرى كالتالي :

- حاجة مطلقة تتمثل في غريزة الانسان للإستهلاك من أجل بقائه على قيد الحياة.
- حاجة تقنية نظرية مرتبطة بالتطور التكنولوجي و التقنيات المتوفرة.
- حاجة محسوسة مسجلة بواسطة حواس الأفراد.

ما يهم الاقتصادي في ميدان الصحة، هي الحاجة المترجمة إلى طلب فعال. أين يقوم الاقتصادي بالبحث عن أحسن السبل لإشباع طلب الأفراد الصحية تحت قيد الامكانيات المتواجدة.

تحليل العناصر المؤثرة على طلب الصحة تبين أن مستوى الإستهلاك الطبي يتعلق بعدة عوامل منها : السن و الجنس للأفراد الذين مسهم المرض هذا من جهة، من جهة أخرى يلعب المستوى الإجتماعي للأفراد (مستوى تعليمي، الطبقة الاجتماعية التي ينتمون إليها و حجم دخولهم ...) دور أيضا في تحديد مستويات الاستهلاك الطبي .

2-1 الصحة كسلعة استثمارية :

تطرقنا من قبل إلى طلب الصحة كسلعة استهلاكية، و التي تطلب من أجل التمتع بالحالة الصحية الجيدة دون أهداف مشتقة مستقبلية.

بالمقابل تطلب الصحة كسلعة استثمارية من أجل القدرة على العمل و تحسين الانتاجية الفردية. في هذه الحالة لا يعتبر إستهلاك هذه السلعة نهائيا من أجل تحقيق حاجة مؤقتة و نهائية، بل تصبح كسلعة وسيطة يستعملها الإنسان من أجل تحسين أداءه. النفقات الناتجة عن استهلاك السلع و الخدمات الصحية تعتبر استثمار تهدف إلى الرفع من الرأسمال البشري.

إذن ما هو المقصود بالرأسمال البشري ؟

للإجابة عن هذا السؤال نورد تعريف " M.RIBOUD " الذي يعرف الرأسمال البشري كمجموع استعدادات بدنية، معارف، و تأهيلات مملوكة من طرف كل فرد. هذه الخصائص جزء منها فطري يولد مع الفرد، الجزء الآخر يكتسب طول حياة الإنسان . الجزء المكتسب يكلف الانسان بالمقابل يدر عليه القدرة على الإنتاج المستقبلي ، و هذا ما يسمى بالإستثمار ¹ .

بالرغم من اكتشاف أثر الصحة في رفع المستوى الاقتصادي و الفعالية الفردية و الإجتماعية على السواء نهاية الحرب العالمية // ، إلا أن مفهوم الانسان كثروة قدم قدم الأفكار الاقتصادية الأولى .

إن " W.PETTY " (1699) و " F.QUESNEY " (1757) من المفكرين الأوائل الذين أشاروا أن هناك رأسمالي بشري إلى جانب الرأسمال المادي، و أن قوة الدولة مصدرها الإنسان ² .

إن المحاولات الموالية لذلك صبت في اكتشاف أثر التربية و التعليم في تكوين الرأسمال البشري و " A.SMITH " كان أول المتدخلين في هذا الصدد.

إذا كان للتربية و التعليم أثر في الرفع من الرأسمالي البشري ، فإنه توجد هناك عوامل أخرى لها نفس الدور . " E.CHADWICK " أول الملاحظين لوجود استثمار في صحة الإنسان، عن طريق تقريره حول الحالة الصحية للعاملين في بريطانيا سنة 1842 م.

تلاه بعد ذلك " A.MARSHALL " و الذي عرض عوامل أخرى مكونة لمخزون الثروة البشرية. فبالإضافة إلى التربية و التعليم هناك التغذية، المسكن، و الملابس أين ذكر أهمية هذه العوامل في جعل الإنسان يتمتع بصحة بدنية و نفسية، و أكد أن الرأسمال النفيس في الحقيقة هو الرأسمال البشري. منذ ذلك الحين و حتى نهاية الحرب العالمية الثانية، ركزت الأبحاث على عامل التربية في كل مرة و أثرها على نشاط الفرد و مردوديته . لكن الحرب العالمية الثانية و ما صاحبها من خسائر بشرية، و من تشرذم العائلات، أدت إلى ذهاب الاقتصاديين في هذه المرة إلى دراسة تأثير الصحة على الاقتصاد و ذلك بدراسة العائلات التي فقدت رب العائلة في الحرب، و ما نتج عنها من خسائر اقتصادية لهذه العائلات. مجمل هذه الأبحاث كانت من طرف " A.J.LOTKA " و " L.DABLIN ". الأبحاث التي جاءت بعد الحرب العالمية // صبت في ذلك الإطار - تأثير الصحة على الإقتصاد - أي ما هي

¹ - M. RIBOUD, « Etude de L'accumulation du capital humain en France », Revue Economique, Mars 1975, pp 222-223.

² - J.F.NYS, op.cit, p 138.

الخسائر الناجمة عن تدهور صحة الفرد، لكن لا يمكن الحكم أن المقصود في هذه الحالة هو الرأسمال البشري.¹

أما "T.W SHULTZ" فقد واصل بحثه من أجل إيجاد نوع العلاقة بين التربية و التعليم من جهة و الرأسمال البشري من جهة أخرى. و قد واصلت أعماله "SELMA . J MUSHKIN" التي أرادت أن تبين أن أثر الصحة من أثر التربية في تكوين يد عاملة بالكمية و النوعية اللازمة لاقتصاد قوي. تصبح في هذه الحالة النفقات الصحية استثمار في الإنسان، تقيس فعاليته مخرجات فرضية.²

الهدف من هذه الأبحاث، هو التأكد من أن الصحة هي عامل من العوامل المكونة للرأسمال البشري. ما يمكن استخلاصه في هذا الصدد أن الإنسان يكلف مجتمعه . تكاليف مثل التربية و التعليم، الصحة، هذه التكاليف ليست نفسها لكل فرد، حيث تختلف حسب السن و الجنس ...

بالإضافة إلى الأبحاث السابقة قام "ETIENNE BARRAL" بمقارنة النفقات الصحية و النفقات الخاصة بالتربية و التعليم مشير إلى ذلك كالتالي : "... نفقات الصحة و نفقات التعليم عبارة عن استثمار بشري. إذا كان التعليم يمس نسبة كبيرة من فئة الشباب ، فالصحة بالمقابل تمس الانسان بصفة واسعة في مراحل حياته الأولى (الطفولة)، و المرحلة الثالثة (الشيخوخة). و إذا كان التعليم يرفع من أداء الإنسان ، فالصحة ترفع في العدد و الأداء البشري على السواء "³.

على الرغم من توصل هذه الأبحاث في تبيان أثر الصحة على الإنسان، لكنها لم تتمكن من حساب ناتج الاستثمار الصحي. هذا راجع من جهة للعلاقة المتشعبة بين الاستثمار الصحي و الإستثمارات الأخرى في الإنسان، من جهة أخرى إلى تداخل ناتج الصحة و ذلك باستفادة نواتج أخرى من الاستثمار الصحي بطريقة غير مباشرة.

خلاصة هذه المقاربة أن النفقات الصحية نفقات استهلاكية إذا كانت تطلب الصحة من أجل إشباع حاجات الإنسان العلاجية المؤقتة. تصبح نفقات استثمارية إذا كانت تطلب من أجل أهداف مستقبلية، من ناحية تحسين الأداء الإنساني و فعاليته.

¹ - A. MARSHALL, « Principes d'Economie Politique », Réédition de Gardon et Breach, Paris 1971, Tome II, pp 344 -346.

² - S.J. MUSHKIN, « Health as an Investment », JPE, SUPPL, Octobre 1962, pp 129-157.

³ - Etienne BARRAL, op.cit, p86

2- مقارنة الصحة في الاقتصاد المخطط :

الأساس في هذه المقاربة، هو أنه عوض أن يكون السوق هو المنظم في تقديم الخدمات الصحية لطالبيها يصبح المنظم لها في الإقتصاد المخطط أجهزة الدولة. ما يميز هذه المقاربة أيضا أنها ترى في التخطيط الصحي شئ أساسي و لا مفر منه، من أجل تلبية الحاجات الاجتماعية من الصحة. الخدمات الصحية المقدمة في هذا النوع من الأنظمة مجانية في معظمها. هذا ما يجعل هناك طلب كبير على الخدمات الصحية في الدول التي تتبع هذا النظام. تتميز الأنظمة الصحية التي توفر الخدمات مجانية في أنها تغلب الكم على النوع، و محاولتها لاحتواء أكبر عدد ممكن من طالبيها. هناك ميزة أخرى في هذه المقاربة، و هي فكرة أن مصدر المرض هو اجتماعي ناتج عن اختلالات تنتج عن احتياجات حيوية للجسم و العقل. و بما أن الدولة هي المسؤولة عن تنظيم المجتمع، فهي المسؤولة أيضا عن تعديل الاختلالات الناتجة داخله. فالصحة إذن تعتبر نشاط اجتماعي كباقي الأنشطة الاجتماعية الأخرى و التي تعتبر من ضمن الأهداف الكبرى للمجتمع. هذا التوجه لم يتبع من طرف الدول الإشتراكية سابقا فحسب، بل أن معظم الدول النامية تبنت ذلك بما يميز سكانها من محدودية دخولها. بالإضافة إلى ذلك فقد حثت منظمة الصحة العالمية الدول النامية على هذا التوجه بما يحمله من مزايا للسكان. قد اتبع أيضا من طرف بعض الدول المتقدمة مثل : إنجلترا، السويد، الدانيمارك، بصفة أقل فرنسا و إيطاليا. حيث قامت إنجلترا بتأمين مستشفياتها و ذلك لتلبية الاحتياجات الصحية لأكثر عدد ممكن من طالبيها.¹

¹ G.D. DE BERNIS dans : la planification sanitaire, questions introductives, tiers monde Tome XIV n° 53, 1973

المبحث الثاني : المنظومة الصحية

على الرغم من أننا تعرضنا بإيجاز لموضوع المنظومة الصحية من جانب المفهوم ، سنتطرق إليها فيما يلي بشيء من التوسع من حيث المفهوم ، الأنشطة و تركيبتها (العناصر المكونة لها).

المطلب الأول : مفهوم المنظومة الصحية

إن كلمة منظومة "Systeme" تحمل في طياتها منظورين :

§ من جهة نموذج يسمح بتحليل مجموعة عناصر مستقلة ليس لها معنى إلا في مجملها و هذا ما يسمى " بالنظرة التحليلية " .

§ من جهة أخرى هناك من ينظر إلى المنظومة على أنها تكامل مجموعة العناصر المكونة لها ، هدفها دراسة المنظومة في مجملها.

في ميدان الصحة عند التحدث على المنظومة الصحية فإننا نستعمل النظرة التحليلية. حيث لتفسير المنظومة الصحية يجب تشريح مكوناتها أولاً.

بعد ما عرفنا النظرة التي نرى من خلالها المنظومة الصحية، نتطرق فيما يلي إلى تعريفها : يعرف "J.F NYS" المنظومة الصحية على أنها : " مجموع نشاطات مرتبطة فيما بينها، لها خصائص بالمقارنة مع النشاطات الاقتصادية و الاجتماعية الأخرى، التي تعمل من أجل الوصول إلى هدف معين و التي تنشط داخل هذا المجموع عن طريق تفاعلات أجزائها فيما بينها مشكلتنا تجانس واستقرار زمني " ¹.

هذا التعريف يؤكد النظرة التحليلية السائدة في ما يخص المنظومة الصحية، أين هدف المنظومة هو تحقيق اشباع للسكان من الحاجات الصحية. هنا يظهر جليا اقضاء النشاطات التي تؤثر على صحة الإنسان لكن ليس لها ضلع مباشر في اشباع حاجات الصحية، ونعني في هذه الحالة النشاطات الاجتماعية.

إن الفهم الجيد للمنظومة الصحية و أهدافها، يتطلب منا معرفة مختلف النشاطات التي تحتويها حيث بتحديد هدف كل نشاط ثم بتنسيق هذه الأهداف نصل إلى الهدف الرئيسي للمنظومة الصحية. هذا ما سنتطرق إليه في الفقرات الموالية :

¹- J.F. NYS , la Santé Consommation ou Investissement , Edition ECONOMICA , Paris 1981 , p18 .

المطلب الثاني : نشاطات المنظومة الصحية

سنورد فيما يلي ستة نشاطات للمنظومة الصحية، و التي تختلف أهميتها و أهدافها من نشاط إلى آخر.

1- العلاج الطبي أو التطبيب :

و تتكون من مجموع النشاطات التي تسعى للتشخيص و العلاج، الهدف منها هو اشباع الحاجة الفردية من الصحة.

يسهر على أداء هذه المهمة : أطباء، جراحين أسنان، صيادلة سواء كانوا ينشطون في مستشفى عام أو عيادات خاصة هذا من جهة، من جهة أخرى الخدمات الطبية الخاصة بالعلاجات غير المعطلة.

2- الوقاية الصحية :

أشرنا في المطلب الأول إلى كون هدف العلاجات الطبية هو الصحة الفردية. بالمقابل الوقاية الصحية تتدخل قبل ظهور أعراض المرض، و هدفها هو الصحة الجماعية. هناك مستويين للوقاية :

1.2. الوقاية الأولية : التي ليس للسك الطبي تدخل مباشر فيها فهي تهدف للقضاء على أسباب الأمراض . فمنها ما يخص البيئة : (معالجة المياه، محاربة التلوث، الوقاية من حوادث المرور، التغذية الحسنة و المسكن اللائق ...). ومنها ما يمس الوقاية الفردية، التي تعتبر مسؤولية كل فرد : (التغذية المتوازنة، ممارسة الرياضة) .

2.2. الوقاية الثانوية : هذا النوع من الوقاية من اختصاص الأطباء، هدفها منع ظهور الأمراض مثل: التطعيم ، التحاليل الطبية، الفحوصات الوقائية ...

3- صناعة و تجارة السلع و الخدمات الطبية :

هذا النشاط مهم من ناحية أن له علاقة مباشرة في المحافظة على صحة الأفراد، فهو لا يأخذ بعين الاعتبار المواد الصيدلانية فحسب بل أنه يضم داخله أيضا : التجهيزات و الأدوات الطبية، النظارات الطبية ، أجهزة و مستلزمات الأشعة ...¹

¹ - J. DUMOULIN, « Essai sur la dynamique du système de soins », IREP, Grenoble 1975, pp 129-136.

ما يمكن الإشارة إليه في هذا الصدد أن الأدوية و المواد الصيدلانية تستعمل من طرف العامة من الأفراد ذوي الإصابات المكشوف عنها، أما الآلات و الأجهزة الطبية فهي مستعملة من طرف المستشفيات لما تحمله من تقنية عالية و تخصص في الإستعمال.

4- نقل المرضى :

هذا النشاط يضم مجموع الوسائل المتنقلة التي تساهم في نقل المريض من مكان تواجدته إلى المستشفى أو نقل الطبيب من المستشفى أو العيادة إلى مكان تواجد المريض إذا إستدعت الضرورة ذلك. هذه الوسائل عبارة عن : سيارات اسعاف، نقل عمومي، نقل خاص. إن حوادث المرور، و بعض الحالات الخطيرة تستعدي تدخل وسائل النقل و الإسعاف المتطورة لمعالجة الملعول في مكان تواجدته، أو نقله في أسرع وقت إلى أقرب مستشفى.

5 - التدريس الطبي و البحث العلمي :

التعليم الطبي يسمح بتكوين اطارات الصحة، هذا هو سبب ضم المنظومة الصحية لهذا النشاط فهم الناشطين المباشرين في المحافظة على صحة الأفراد. تلعب المعاهد الطبية و المستشفيات - بمختلف أنواعها و تخصصاتها - دورا كبيرا في مجال التكوين و التدريب الطبي . حيث تعمل المعاهد على تكوين و تدريس الطلبة في ميدان الصحة، و تعمل المستشفيات على تطوير مهاراتهم و قدراتهم. حيث يتخرج كل سنة مجموعة هامة من : الأطباء، جراحين الأسنان، صيادلة ، تقنيين سامين في الصحة، ممرضين ... يقاس تطور الجهاز الطبي لدولة ما، بالبحوث التي توصل إليها المختصين في هذا الميدان، بالإضافة إلى جهاز طبي كفاً يعمل على إنتاج المعلومات : إختبار الأدوية، رفع نوعية العمل الطبي بتشجيع الإختراع في هذا المجال. يمول ميدان التدريس و البحث الطبي أجهزة الدولة أو الخواص من أجل مساهمة ميدان يتطور و يتوسع يوم بعد يوم مثل البيولوجيا، اكتشاف الأدوية ..

6 - مصالح التسيير العام للمؤسسات الصحية :

مصالح التسيير يقصد بها : الإدارات العامة، الخاصة، إدارات المؤسسات التأمينية، و التي تهدف إلى تسيير الموارد الجماعية للسكان من جانب الصحة، و إدارة أموال التأمينات من أجل تغطية النفقات العلاجية للمؤمن عليهم.

المطلب الثالث : علاقة المنظومة الصحية بالمنظومة الاقتصادية

تطرقنا في المطلب الأول من هذا المبحث إلى مفهوم المنظومة الصحية، و ذكرنا أنها مجموعة أنظمة فرعية حيث تتحدد استراتيجية المنظومة الصحية بتفاعل أهداف الاستراتيجيات الخاصة بالأنظمة الفرعية الثلاث : الحالة الصحية، مصالح الإنتاج الطبي وميكانيزمات التحصيل. حيث كل نظام فرعي يؤثر و يتأثر بالنظام الفرعي الآخر، هذا بالإضافة إلى التأثير بعوامل خارجية اقتصادية و اجتماعية. يمكن تبيان تأثير العوامل الخارجية على المنظومة الصحية كالتالي :

فالمنظومة الاقتصادية لها تأثير كبير على المنظومة الصحية. بأخذنا مثلا مصالح الإنتاج الصحي : فإننا نجد أن مدخلات هذا النظام مصدرها المنظومة الاقتصادية. فالطلب المتزايد على الأدوية الخاصة بالأمراض التي كانت في الوقت ما مستعصية، شجع المخابر الصيدلانية للبحث و التطوير. بالإضافة إلى الأدوية، فإن إنجاز معدات طبية يستدعي تدخل خبرة باحثين في مختلف الاختصاصات كالفيزيائيين، الإلكترونيك، الإعلام الآلي، الكيمياء و هذا ما يبين ارتباط المنظومة الصحية بالمنظومة الاقتصادية.

و في هذا الصدد، يذهب " E.LEVY " إلى القول أن المنظومة الصحية موجودة بأكملها داخل المنظومة الاقتصادية.¹ هذا راجع إلى مدخلات المنظومة الصحية المتواجدة داخل المنظومة الاقتصادية. بالإضافة إلى العلاقة الموجودة بين المنظومة الاقتصادية و المنظومة الصحية، فإنه لا يمكننا إغفال تأثير المنظومة الاجتماعية على هذه الأخيرة . و نلمس هذه العلاقة بوضوح خاصة في ميدان الوقاية غير المباشرة للأشخاص .(مستوى تعليمي، ثقافة توعية صحية ...)، أو أنشطة لها علاقة مباشرة بالمنظومة الصحية، فيما يخص مثلا تمويل الخدمات الصحية أو بصفة عامة ميكانيزمات التحصيل.

بقولنا فيما سبق أن الخدمات الصحية عبارة عن مدخل واحد في إنتاج الصحة، يتضح من خلال العلاقة و التفاعلات الموجودة بين المنظومة الصحية و المنظومة الاقتصادية من جهة و من جهة أخرى المنظومة الاجتماعية.

¹ - E. LEVY et autres, Economie du système de Santé, Edition Dunod, Paris 1975.

المبحث الثالث : صعوبات التحليل الاقتصادي للصحة

فرع اقتصاد الصحة فرع اقتصادي يحمل العديد من الخصوصيات التي لا نجدها في باقي الفروع الاقتصادية الأخرى. هذه الخصوصيات دفعت بالاقتصاديين للبحث و التعمق فيها لفهم هذا الفرع الاقتصادي الجديد، و ذلك بتحليل الظواهر في هذا الميدان، و العمل على التحكم فيها. أمام هذه الصعوبات سيصطدم الاقتصاديون بعدة قيود، و التي لا بد من الإشارة إليها فيما يلي :

المطلب الأول : خصوصيات فرع اقتصاد الصحة

1 - تدخل الدولة :

بعد الأزمة الاقتصادية لسنة 1929، تبين أن تدخل الدولة ضروري لتنظيم الحياة الاقتصادية في الدول ذات الاقتصاد الليبرالي. لكن تدخل الدولة في ميدان الصحة لا يقتصر في التعديل أو التوجيه فقط بل يتعدى ذلك، أين تصبح الدولة المسؤول الأول على هذا القطاع.

يبدأ تدخل الدولة في ميدان الصحة من خلال الشهادات الممنوحة للمتخرجين و التي تسمح لهم بممارسة النشاط الطبي بمختلف اختصاصاته. في بعض الدول المتقدمة كالولايات المتحدة الأمريكية فإن الشهادة الممنوحة للمتخرج من المعهد الطبي لا تكفي لوحدها لتوضيفه و على المتخرج أن يتحصل على شهادة إثبات الذات و التي تمنح من طرف الخواص بعد مرحلة ميدانية تجريبية.

بالإضافة إلى الشروط التي تضعها الدولة للدخول إلى ميدان الصحة و عند التوظيف، تتدخل الدولة في ميدان التأمينات و المساعدات الاجتماعية للطبقات الفقيرة، العجزة، قداماء المحاربين، أصحاب الأمراض المزمنة ... هذا ما نجده حتى في الدول ذات النهج الليبرالي كالولايات المتحدة الأمريكية.

هذا ما يؤكد "C.PHELPS" : "... حجم لا بأس به من سكان الولايات المتحدة الأمريكية يمكن لهم التداوي في مستشفيات الولايات التي يقطنون بها مجاناً ، إذ ثبت عدم ملكيتهم للموارد اللازمة لدفع ثمن الخدمات الصحية"¹. تتدخل الدولة أيضاً في مراقبة الهياكل الصحية من مستشفيات و عيادات هذه المراقبة تتركز في جانب تحديد أسعار الخدمات المقدمة. على الرغم من أن معظم دول العالم تخلت عن مراقبة أسعار الخدمات السوقية و إخضاعها لمنطق العرض و الطلب، إلا أنها لم تستطع التخلي على ميدان حساس كالصحة. في الولايات المتحدة الأمريكية طبق نظام لمراقبة أسعار و تكاليف الصحة ابتداءاً من 1971 .

¹ - Charles .PHELPS, les Fondements de l'économie de la santé , Union Editions , Paris 1995 , p13 .

تدخل الدولة في الميدان الصحي يمس أيضا التدريس الطبي و البحث العلمي ففي الولايات المتحدة الأمريكية تأتي الصحة في المرتبة الثانية بعد الميدان العسكري فيما يخص ميزانية البحث. اهتمامها بالجانب الصحي تجلى في الاكتشافات الجديدة في ميدان الوراثة و معالجة الأمراض التي كانت مستعصية في وقت ما كسرطان الثدي مثلا.

تدخل الدولة أيضا في مجال الإعفاءات الضريبية للإشتراكات الخاصة بالتأمينات على المرض الممنوحة من طرف أرباب العمل .

هدف تدخل الدولة في ميدان الصحة يجعل منها منظم لهذا الميدان، و يسهر على السير الحسن له.

2- عدم اليقين :

مستهلك المواد الغذائية و مستهلك الأدوية لا يهدفان للوصول إلى نفس النتيجة. فمستهلك المواد الغذائية يهدف إلى تغذية جسمه بالحريرات اللازمة لأداء نشاطاته اليومية، أما المستهلك الثاني فهو يهدف إلى تحسين حالته الصحية. في الحالة الأولى المستهلك يملك معلومات حول الأغذية المراد تناولها، أما في الحالة الثانية فالمستهلك بحاجة إلى معلومات، هذه المعلومات تجعله يعرف حالته الصحية. هذه المعلومات ليست دقيقة دائما و التي تخلق نوعا من عدم اليقين من جانب طالب الخدمات الصحية و عارضها.

عدم يقين المستهلك يبدأ من جهله لحالته الصحية انطلاقا من غياب أعراض المرض. حيث أنه يحكم بأنه بصحة جيدة بمجرد غياب أعراض المرض المحسوسة، فهناك أمراض لا تظهر أعراضها خارجيا إلا أنها تستفحل في جسم الإنسان شيئا فشيئا ، إذا فالحواس ليست معيار دقيق لتحديد الحالة الصحية للفرد . عند احساس الفرد بأعراض المرض يتوجه إلى الطبيب، هذا الأخير الذي يحاول تشخيص حالته الصحية و إعطاءه العلاج اللازم لشفاؤه . و بمجرد رؤية الطبيب للمريض، تذهب مخاوف هذا الأخير، هذا راجع إلى المعلومات التي تحصل عليها المريض من طبيبه حول حالته الصحية. تكون هذه المعلومات صحيحة دائما إذا كان الطب علم دقيق و العلاجات مضمونة النتائج، و هذا ما يمثل الجانب الموضوعي لليقين من عدمه.

هناك جانب ذاتي يمس أخلاقيات المهنة للطبيب. هنا نطرح السؤال التالي :

من الذي يضمن ممارسة الطبيب لمهنته على أكمل وجه ؟ بما أن الطبيب بشر و البشر معرض للخطأ فلا شيء يمنع الطبيب من أن تتكون له مطاعم مالية مثلا، أو بناء سمعته بغض النظر عن

الوسائل المستعلة في ذلك. إن عدم اليقين يصبح في بعض الأحيان سلوك عادي تحركه تقديرات شخصية. مثلاً عدم قبول الواحد منا رأي طبيب واحد وتوجهه إلى طبيب ثاني ثم ثالث و في نفس الوقت ليس للمريض أي إحتصاص للحكم على كفاءة أي طبيب. قد يصبح عدم اليقين في بعض الأحيان في محله من ناحية أن كشف الطبيب الأول على المريض و تشخيص مرضه ثم بتغيير الطبيب - على الرغم من بقاء المريض على حاله - يتغير معه تشخيص المرض. بما أن المرض يمتد وفق مدة زمنية غير محددة مسبقاً، غالباً ما تكون مدة مكوث المريض في المستشفى المسجلة من طرف الطبيب في بدايتها غير التي تسجل في ملفه الاستشفائي عند الخروج. عدم اليقين في ميدان الصحة يمتد أيضاً إلى مجال التأمين على الأمراض، فالتأمين على الأشخاص مبني على الاحتمالات، و عند الحديث على الاحتمال فالخطر وارد بالنسبة للمؤمن أو المؤمن عليه. فهناك حالات يطلب فيها المؤمن أموال ضخمة على المؤمن عليه ، بالمقابل النفقات العلاجية تكون قليلة خلال تلك الفترة، و العكس صحيح. ما يمكن قوله في هذا العنصر أن ميدان الصحة يسوده عدم اليقين لأنه ميدان موضوعه الإنسان.

3 - المؤثرات الخارجية :

نسمي المؤثرات خارجية : كل العوامل الإيجابية (منفعة) و العوامل السلبية (تكلفة) التي يتلقاها شخص من شخص آخر، دون وجود مقابل لهذا التأثير أو نية مباشرة لتلقيه من الشخص الثاني. أحسن مثال على المؤثرات الخارجية هي النشاطات الوقائية التي يتلقاها مجموعة من الأشخاص فقط و التي يستفيد منها المجتمع ككل. فالمصاب بمرض معدي لا يهدد حياته هو فحسب، بل و حياة المجتمع كله. فبمجرد معالجة هذا الشخص بعينه يستفيد كل المجتمع من ذلك بصفة غير مباشرة على شكل وقائي، هذا فيما يتعلق بالمؤثرات الخارجية الايجابية.

فيما يخص المؤثرات الخارجية السلبية ، فهناك مثلاً بعض العلاجات التي تنقذ حياة بعض الأشخاص في المرحلة الأولى، و في مرحلة موالية تصبح أمراض أكثر خطورة من المرحلة السابقة. هناك الكثير من المرضى الذين يتناولون مجموعة كبيرة من المضادات الحيوية ، هذه الأخيرة - و على المدى الطويل - ستؤثر على تركيبة البكتيرية المكشوف عليها في المرحلة الأولى. في المرحلة الموالية تصبح هذه المضادات غير فعالة أمام البكتيريا المتحولة، ينتقل هذه البكتيريا إلى أشخاص آخرين فستؤثر عليهم. لمعالجة هؤلاء الأشخاص قد يتطلب ذلك إيجاد مضاد حيوي جديد يقاوم تركيبة البكتيريا المتحولة.

3 - لا تماثل المعرفة : "L'asymetrie des connaissances"

في أي علاقة بين طرفين متعاقدين حول شئ ما، فالطرف الذي يملك المعلومة هو الذي سيستفيد من السفقة أكثر من الطرف الآخر. اختلال موازين قوى المعلومات في ميدان الصحة يكمن في العلاقة طبيب - مريض.

في هذا الصدد يقول C.PHELPS : " في العلاقة طبيب - مريض، المريض يزود طبيبه بكل المعلومات التي سوف تساعد هذا الأخير للكشف عن حالته، بالمقابل يجب على الطبيب أن يزود مريضه بمعلومات صادقة و مسؤولة ".¹

إمتلاك الطبيب للمعلومة في ميدان الصحة، يمكنه من ممارسة نفوذه في اختصاصه و هذا النفوذ يصبح في بعض الحالات سلبيًا تبعًا لشخصية الممارس. فبمجرد اهتمام الطبيب بالربح مثلاً يدفعه لتغليب مريضه كوصف علاج يجعل المريض في صلة دائمة بعيادة الطبيب.

السبب - في حالة استغلال الطبيب لمريضه - هو جهل المريض لعلته أو جهل العلاجات المتوفرة لمعالجتها. ففي الوقت الحالي تتوفر " شبكة الانترنت " و التي تزود كل فضولي أو غير مختص بمعلومات كافية تمدّه بفكرة عامة حول مراده. امتلاك بعض المعلومات من طرف المريض تمكنه من مناقشة طبيبه حول الحلول المقترحة و تحصينها له في حالة وجود نية لاستغلاله.

كل هذه الخصائص تشير إلى أن اقتصاد الصحة يختلف على الفروع الاقتصادية الأخرى و هذا الاختلاف يقودنا أثناء بحثنا لأخذه بعين الاعتبار، من أجل إعطاء نتائج أكثر دلالة.

المطلب الثاني : القيود المنهجية لتحليل الاقتصادي للصحة

هناك عدة صعوبات تعيق التحليل الاقتصادي للصحة ، فخصائص ميدان الصحة تجعل منه حقل تحليل يصعب على الاقتصادي التحكم فيه. حيث يواجه مجموعة من الصعوبات من غموض المنظومة الصحية، استقلالية أهداف الفاعلين في هذا الميدان، عدم اليقين في قبول النتائج. هذا ما سنحاول عرضه فيما يلي :

¹ - Charles .PHELPS, les Fondements de l'economie de la santé, Union Editions, Paris 1995, p 16.

1 - غموض بعض عناصر المنظومة الصحية :

غموض المنظومة الصحية يبدأ من مفهومها - تناولنا ذلك في المبحث الأول - بالإضافة إلى الغموض الموجود حول مفهوم الصحة نفسها . ما نريد التأكيد عليه أنه ليس مجرد غياب المرض يؤدي إلى صحة جيدة بل هناك نشاطات لم تأخذ ضمن المنظومة الصحية مثل : مصالح النظافة، معالجة المياه ... و التي لا تقل أهمية في المحافظة على الصحة الجيدة للفرد، بالإضافة إلى ما ينتج عنها من تكاليف الصحة السيئة. هناك صعوبة أخرى - سنتناول في عنصر مستقل - تتمثل في قياس الحالة الصحية للفرد عند خروجه من المصحة أو عند تناوله للدواء الموصوف له. هناك عدة مؤشرات صحية مستعملة، لكن لا يوجد مؤشر واحد متفق عليه مستعمل للمقارنة أثناء التحليل. هناك نوع من الغموض حول دور التأمينات المرضية و إعادة توزيع الدخل فدور التأمينات وسياسة الأسعار المطبقة فيها يتلقى العديد من الإنتقادات من طرف الاقتصاديين.

2 - إستقلالية أهداف المتعاملين المختلفين في ميدان الصحة :

الفاعلين الأساسيين في كل علاقة اقتصادية هم المستهلك، المنتج و الممول. هذه العلاقة الموجودة بين الأطراف الثلاث تكون منظمة و منسقة إما من طرف السوق أو من طرف الدولة.¹

أهداف الناشطين الثلاث في ميدان الصحة مستقلة عن بعضها البعض كالتالي :

فالمستهلك يهدف أساسا إلى تحسين حالته الصحية تحت قيد الموارد المالية المتاحة له. أما المنتج للخدمات الصحية فيهدف إلى مجابهة الطلب على هذه الخدمات، لكن هناك أهداف ذاتية تضره ، لا تلتقي حتما مع أهداف المستهلك.

يقيم الممول في هذه الحالة يسعى للتوفيق بين أهداف المستهلك و المنتج للخدمات الصحية. التأمين الصحي يسعى إلى تمويل نفقات الصحة للأفراد المؤمنين، بالإضافة إلى هذا الهدف فهو يسعى إلى تحقيق توازن مالي ماكرو اقتصادي، هذا التوازن لا يخدم حتما الأهداف التي يسعى إليها المستهلك و المنتج.

في غياب نظام تسيير فعال يربط بين أهداف كل الفاعلين في ميدان الصحة، يصعب التنسيق بين الأهداف المختلفة.

¹ - GUY. DELANDE, Introduction à l'économie de la santé , Edition John LIBBEY , Paris 1991 , p 59.

3 - عدم اليقين في قبول النتائج :

يسعى الاقتصادي إلى عقلنة الميدان الصحي بالإستجابة لأكبر عدد ممكن من طالبي الصحة بواسطة موارد محدودة. حيث يبقى الهدف الأساسي في هذا الميدان هو تحسين الحالة الصحية لطالبي العلاج. في هذا الصدد كيف يمكن قياس تحسن الحالة الصحية للأفراد بعد العلاج ؟ سنحاول الإجابة على السؤال فيما يلي :

لا يوجد مؤشر صحي موحد متفق عليه يعمل به من طرف جميع الناشطين في ميدان الصحة لقياس الحالة الصحية للأفراد و تحديد أثر النفقات الصحية المنفقة في تغيير الحالة الصحية بعد المعالجة . غالباً ما تستعمل نسبة الوفيات في مجتمع ما، أو نسبة المرض في عينة مدروسة، عموماً هناك عدد كبير من المؤشرات المستعملة و التي سوف نورد أهمها فيما يلي :

§ مؤشرات تمس فقدان الحياة .

§ مؤشرات خاصة بمجموع الأمراض .

§ مؤشرات خاصة بالإعاقة المؤقتة أو الدائمة .

§ مؤشرات خاصة بالصحة العقلية .

§ مؤشرات حول الصحة الاجتماعية و التأقلم .

§ مؤشرات حول نوعية الحياة .

§ مؤشرات حول قياس الآلام .

§ مؤشرات تجمع بين خصائص المؤشرات السابقة .

الحالة العامة لاستعمال مؤشر ما في عينة مدروسة، هو ترتيب الحالات الصحية (سيئة .. حسنة) بعدها نقوم بتكوين سلم قيم لكل حالة و المعد من طرف المحترفين في ميدان الصحة. و الذي يسمح بتجميع هذه الحالات باستعمال مؤشر موحد.

ماذا عن أثر النفقات الصحية في تحسين الحالة الصحية للفرد ؟

من التحليل السابق استنتجنا أنه لا يوجد مؤشر صحي موحد معمول به في جميع الحالات و من طرف الجميع، الصعوبة تزيد عند محاولة قياس أثر النفقات الصحية في تحسين الحالة الصحية للفرد. نعلم أن الخدمات الصحية مدخل واحد في إنتاج الصحة، يوجد بجانبها مدخلات أخرى من محيط، نظام الحياة، التعليم ... و قد ذكرنا أن إنتاج الصحة عبارة عن توفر كل مداخلاتها و بهذا لا يمكن

قياس أثر النفقات الصحية لوحدها على الحالة الصحية للفرد بمعزل عن المدخلات الأخرى. معرفة هذه المعوقات و الصعوبات المنهجية للتحليل الاقتصادي للصحة، تسمح للاقتصادي من ربح الوقت، و عدم دخوله في متاهات منهجية .

المطلب الثالث : خصائص متعلقة بالمستهلك و المنتج للسلع والخدمات الصحية

قبل التطرق إلى الخصائص المتعلقة بتصرفات المستهلكين و المنتجين للسلع و الخدمات الصحية، يجب معرفة الكيفية التي يدخل بها طالب العلاج إلى المنظومة الصحية وما هو التصرف الذي سيبدیه المعالج في هذا الصدد . فيما يخص المستهلك للخدمات الصحية و ما يدفعه للدخول في المنظومة الصحية طالبا للعلاج، هي الحاجة التي يحس بها الفرد فيما يخص تغيير حالته الصحية عن ما يراه كحالة طبيعية. هذه الحاجة ستدفع بالفرد إلى إنتهاج الطرق التالية :

- يتميز الجسم بخاصية العلاج الذاتي. إن كانت الإصابة بسيطة - عن طريق تجربته - سيطمئن بأن حالته الصحية ستتحسن هذا من جهة، من جهة أخرى يمكن للحاجة أن لا تتحول إلى طلب فعال بمقارنة المستهلك للفائدة التي سيحصل عليها و التكلفة المطلوبة للعلاج .
- هناك طرية ثانية ناتجة من تجربة سابقة، حيث أن إمتلاكه لمعلومات حول إصابة ما يتمكنه من اتخاذ إجراءات ذاتية لغرض تحسين حالته الصحية.
- الطريقة الثالثة تتمثل في لجوء المريض إلى الطبيب بعد فشل الطريقة الأولى و الثانية. تحول المريض إلى الطبيب من أجل الكشف عليه تسمى بـ "الطلب الفعال"، هذه الطريقة هي التي يهتم بها الباحث في ميدان اقتصاد الصحة.

من ناحية العارض للعلاج (الطبيب)، بعد فحص مريضه سيتخذ أحد القرارين التاليين :
كشف الطبيب يظهر بأنه لا يوجد أي أثر للعللة في جسم هذا الشخص و أن حالته طبيعية. في هذه الحالة الرد من طرف طالب العلاج إما أن يكون بالإطمئنان لحالته و يتوقف طلبه عن هذا الحد أو لا يقنع برأي هذا الطبيب و يتوجه إلى طبيب آخر للكشف عليه. في هذه الحالة الطلب لم يتوقف إن كشف الطبيب يظهر بأن الفرد يعاني من علة ما و لا بد أن يعالج.
استشارة الطبيب من طرف المريض، تمكنه من دخول المنظومة الصحية طالبا للعلاج و هذا ما يولد أول خاصية و هي " الاستهلاك المزدوج " .

نعني بالإستهلاك المزدوج أن العلاج يتفق عليه الطبيب و المريض في نفس الوقت، هذا يختلف عن حالة المستهلك في الخدمات السوقية الأخرى و الذي يتميز بحريته في الاختيار. الاستهلاك في الميدان الصحي مهمة الطبيب و المريض في نفس الوقت، أي مهمة مشتركة. بالإضافة إلى هذه الخاصية المشتركة، هناك خصائص تهم المستهلك و خصائص أخرى تهم المنتج في ميدان الصحة.

1 - خصائص متعلقة بالمستهلك :

أ - المستهلك ليس سيد اختياره دائما :

المستهلك - بصفة عامة - يملك معلومات حول البدائل الموجودة في السوق، يختار أحسن بديل والذي يحقق له أكبر منفعة . هذا لا ينطبق دائما على ميدان الصحة، من ناحية أن العلاج المتلقى من طرف المريض لا يتطلب دائما الموافقة من طرفه. نذكر في هذا الصدد بعض الحالات التي يستعصي فيها أخذ رأي المريض مثلا : فاقد الوعي، تخلف ذهني، حادث مباغت ... ففي هذه الحالة يتلقى صاحب العلة العلاجات الأولية أو المستمرة - حسب نوع العلة - دون ضرورة الحصول على الموافقة من طرفه. هناك حالات أخرى مثل الوقاية (البرامج الوطنية للتطعيم) أين حدة المرض المتقل و مشكلة الزمن يحتم على السكان الالتزام بتوصيات وزارة الصحة دون مناقشتها.

يمكن إبراز نوعين من الإصابات : هناك النوع الأول الذي لا يستدعي القلق و يسمح للمستهلك من إبداء قرارات أمام البدائل المتوفرة. هناك نوع آخر من المرض (مرض خطير) الذي يدفع بالمستهلك للتوجه إلى المصالح الصحية دون أي حسابات اقتصادية من طرفه.

مهما كان المرض بسيطا أو خطيرا فإن توجه المريض لطلب العلاج من طبيبه يولد ما يسمى " بالطلب الأولي ". هذا الطلب الأولي الذي سوف ينقسم إلى :

- $DIP1$: الطلب الذي لا يأخذ بعين الاعتبار الحساب الاقتصادي (مرض خطير).
- $DIP2$: الطلب الذي يأخذ بعين الاعتبار الحساب الاقتصادي و يكون دالة في سعر العلاج

و الدخل كالتالي :¹

$$DIP2=F(P,R...)$$

أين الطلب الأولي للمستهلك يساوي :

¹ - J.F NYS, la santé consommation ou investissement, Edition ECONOMICA, Paris 1989, p 53.

$$DIP = DIP1 + DIP2$$

• D : الطلب (demande)

• I : الأولي (Initial)

• P : المريض (Patient)

ب - المستهلك ليس له القدرة في تحديد العلاجات اللازمة لمرضه :

عملية إتخاذ القرار المشتركة بين الطبيب و المريض، تشير إلى أن المستهلك ليس سيد قراراته هذا من جهة، من جهة أخرى ليس له قرار فيما يخص نوعية العلاج المقدم و من هو مقدم العلاج. المستهلك ليس سيد قراراته. لكنه هو الذي يتحمل نتائج العلاج مهما كانت فعنصر الخطر موجود في الميدان الصحي. في هذا الصدد يتدخل "ARROW" حيث يعطي مسؤولية أكبر لمقدم العلاج حيث يقترح أن يكون العائد المتحصل عليه ، له علاقة بالنتائج المحققة من العلاج.¹ عدم توفر مؤشر صحي كفيلا لتحديد الحالة الصحية للمريض ، يجعل هذا الاقتراح بعيدا نوعا ما عن مجال التطبيق. إدراك المريض بتحملة للخطر لوحده تدفعه للبحث عن أكفئ طبيب، هذا لغرض تقليل الخطر.

من جانب المستهلك هناك أسباب كغياب المعلومة الطبية و قصر الوقت و من جانب سوق الصحة غياب المنافسة و الاشهار التي تدفع المستهلك للأخذ بمؤشرات ليس لها علاقة بالكفاءة لاختيار الطبيب المعالج مثل: الشهرة (Renommé)، المعاملة الحسنة (Affabilité)، احتواء الطلب (Disponibilité) بالإضافة إلى تأثير الوسط الاجتماعي.

ما يمكن قوله حول سلوك المستهلك في ميدان الصحة بالإضافة إلى أنه ليس سيد قراراته، أنه ليس له الصلاحية للحكم على نوعية العلاج وكفاءة مقدم العلاج. حيث يتحول المستهلك في ميدان الصحة في بعض الأحيان إلى مستهلك غير رشيد من ناحية علمه بالخطر و لا يتخذ تدابير وقائية مقابل ذلك مثلا : خطر تسوس الأسنان و عدم استعمال معجون الأسنان لوقايتها.

2- خصائص متعلقة بالمنتج :

الالتزامات التي تتحكم في قرارات الطبيب :

• التزامات متعلقة بالمرض :

¹ J.F.NYS, op.cit, p54

كما ورد سابقا أن الطلب الأولي للمستهلك يكون على الشكل التالي : $DIP = DIP1 + DIP2$ في هذا الصدد الطلب الأولي هو نوعين : إما ناتج عن علة بسيطة (DSNCM) أو ناتج عن علة خطيرة (DSCM) . عمل الطبيب يتمثل في الكشف عن حالة المريض و إبداء رأيه في العلة. إن كانت العلة خطيرة ينتج عنها طلب يعبر عن العلاج اللازم لها ، الذي نرسم له بـ $DM1 = F(DSCM)$ و إن كانت نتيجة الكشف علة بسيطة يكون الطلب الناتج $DM2 = F(DSNCM)$ فالطلب الكلي - مريض طبيب - يتكون من طلب المريض DIP و طلب الطبيب DM كالتالي:

$$DT = DIP1 + DIP2 + DM1 + DM2^1$$

حيث:

DSNCM : Déséquilibre non critique

DSCM : Déséquilibre critique

DM : Demande du médecin

ما نريد الإشارة إليه أن الطب ليس علم دقيق ، في بعض الأحيان يحصل و أن يخطئ الطبيب في الكشف على مريضه. بالإضافة إلى ذلك و إذا فرضنا بأن الكشف كان ناجحا، تبقى نتائج العلاج غير متأكد منها ذلك أن تفاعل العلاج مع المرض تختلف من شخص لآخر.

● التزامات متعلقة بالطبيب :

هناك حواجز عديدة للدخول إلى مهنة الطب، لكن بمجرد الدخول فيها يصبح الطبيب له حرية أداء مهمته حسب النهج الذي يراه هو الأنسب. أي أن مهنة الطب تحكمها عوامل موضوعية (Objectifs) و عوامل ذاتية (Subjectifs)، فالعوامل الموضوعية تتمثل في تقنيات المهنة، أما العوامل الذاتية فتتمثل في الطريقة المنتهجة في العلاج (أو أداء المهمة بصفة عامة) هذه العوامل الذاتية تكون مرتبطة بشخصية الطبيب و ميوله مثلا إلى تحقيق عوائد مالية، الشهرة، اقتصاد الوقت ...

¹ - J.F. NYS, op.cit, p 56.

خاتمة الفصل :

اقتصاد الصحة فرع من الفروع الاقتصادية يهتم بإيجاد علاقة بين الموارد المخصصة لتمويل النشاط الصحي و تنظيم توزيع الخدمات الصحية على نسبة كبيرة من طالبيها. كل تيارات الفكر الاقتصادي تؤكد على دور الصحة في تامين الرأسمالي البشري، الذي ينتج عنها زيادة في الفعالية الانتاجية للشريحة العاملة في المجتمع. تعمل المنظومة الصحية ككل و الأنظمة الفرعية المكونة لها على تنظيم و توزيع الخدمات الصحية بمختلف أنواعها على مختلف أفراد المجتمع هذا من جهة، من جهة أخرى تسهر على تكوين و تدريب كل الفاعلين في ميدان الخدمات الصحية. يتميز فرع اقتصاد الصحة عن باقي الفروع الاقتصادية الأخرى على أنه يتعلق بقطاع حساس يستدعي تدخل الدولة من ناحية التمويل و السهر على توزيع الخدمات الصحية. بالإضافة إلى أن موضوعه احتياجات الفرد الصحية، هذه الاحتياجات التي تختلف عن كل الاحتياجات الأخرى و التي بدونها لا يمكن للفرد من الاحساس بالراحة الجسدية و العقلية و بالتالي أداء دوره على أكمل وجه. سنتناول في الفصل الموالي طالب السلع والخدمات الصحية بخصوصياته داخل سوق مميز بدوره ألا و هو سوق السلع و الخدمات الصحية.

تمهيد :

إشكالية علم الاقتصاد تدور حول كلمة الندرة بمعناها الواسع. يقابل كلمة الندرة كلمة أخرى و هي الاختيار، هذه الأخيرة عبارة على الحلول التي يمدنا بها الاقتصاد من أجل استعمال مواردنا المحدودة لإشباع رغباتنا اللامتناهية. فعلم الاقتصاد عموماً يهدف إلى إيجاد علاقة تربط بين الندرة و الاختيار من خلال التوفيق بين الإمكانيات المتوفرة و الأهداف المراد تحقيقها.

بالنسبة للإمكانيات الواجب توفيرها فهي مصادر التمويل و التي تعتبر المحرك الرئيسي لإنتاج الخدمات الصحية المطلوبة للاستهلاك. أما الأهداف فتحددها المنظومة الصحية بالإضافة إلى الهدف الرئيسي - وهو تحسين صحة المجتمع - للنظام الصحي أهداف أخرى تختلف من بلد إلى آخر.

العلاقة التي تربط بين الإمكانيات و الأهداف تنظمها المنظومة الصحية في أي بلد في العالم أين تحدّد المنظومة الصحية تسعيرة للخدمات الصحية المقدمة، تحديد هذه الأخيرة يختلف من منظومة صحية إلى أخرى باختلاف فلسفة المنظومة الصحية و نظرتها إلى الخدمة الصحية و علاقتها بالمجتمع. سنحاول التطرق إلى سوق السلع والخدمات الصحية - في هذا الفصل - تحت فرضية أن سوق الخدمات الصحية يخضع إلى قواعد السوق الحرّ، مع مراعاة خصوصية هذا السوق في كل مرة.

المبحث الأول : عرض و طلب السلع والخدمات الصحية

إن المحرك الأساسي لعلم الاقتصاد هو مقاومة الندرة ، كل ميدان تكون فيه الموارد المتاحة غير كافية لتغطية الحاجات الاجتماعية منها نكون بصدد ظاهرة الندرة. بذكرنا للندرة - كإشكالية في الميدان الاقتصادي - سيقابلها كلمة أخرى كحل لهذه الإشكالية و هي الاختيار، لو دققنا أكثر لوجدنا أن أي مجال يصادف إشكالية ما و تتوفر له جملة من الاختيارات فله جانب اقتصادي. يواجه مشكلة الندرة المجتمع ككل وكذا كل فرد داخل هذا المجتمع - على حدى. فأى عنصر اقتصادي يواجه مشكلة الندرة سيحاول كيف يقيم إمكانياته المتوفرة في زمن ما من أجل الوصول إلى أكبر إشباع ممكن و قد يتعذر علينا إيجاد حل للمشكلة على مستوى المجتمع واختيار بديل من البدائل إلا بعد الوقوف على سلوكيات العناصر الاقتصادية فرادى. قد تكون العناصر الاقتصادية الفردية : أفراد، عائلات، منشآت ... بالمقابل كل إشكالية تواجه العناصر الاقتصادية الفردية لهي دليل واضح على أنها إشكالية اجتماعية، أين نستفيد من التجارب الفردية بتقييمها واختيار أحسنها من أجل تعميمها على المجتمع ككل .

سنتناول في هذا المبحث بالإضافة إلى المشكلة الاقتصادية في كل الخدمات الصحية، سلوكيات المستهلكين في هذا النوع من الخدمات أمام أهم المتغيرات التي سوف تؤثر على سلوكهم و ما هي الاختيارات التي سيحاول المستهلك للخدمات الصحية تبنيها من أجل إشباع حاجاته من الصحة تحت قيد إمكانياته المتوفرة.

بالمقابل سنتطرق إلى سلوك المنتج للخدمات الصحية أمام المتغيرات الاقتصادية التي ستواجهه و ما يميزه عن المنتج لخدمات سوقية أخرى.

المطلب الأول : المشكلة الاقتصادية في ميدان الخدمات الصحية

1 - إشكالية الاختيار و الفرصة البديلة :

قبل أن نتساءل حول ماهية الخدمات التي يمكن إنتاجها، كيفية إنتاجها و لمن تقدم تلك الخدمات يجب أن نتطرق أولاً إلى مفهوم الفرصة البديلة. نكون بصدد مفهوم الفرصة البديلة، إذا كان على الفرد أن يختار بديل من بين البدائل المتوفرة فاختياره البديل الأول يمنع من الحصول على البديل

الثاني. المنفعة التي كان سيتحصل عليها من اختياره للبديل الثاني تسمى بالفرصة البديلة (الفرصة الضائعة).

" الاختيار السليم يسعى إلى استخدام الموارد المحدودة لتحقيق أفضل نتيجة ممكنة، لا يعد استخدام جراح ما لإجراء عملية تقليدية بمثابة الاستخدام الأفضل (الأمثل) لذلك المورد، إذا أمكن استخدام هذا الجراح في نشاط أكثر تعقيدا".¹

يمكن قياس تكلفة الفرصة البديلة بمقارنة المنفعة التي يمكن أن يدرها الاستخدام غير المختار من المنفعة المتحصل عليها من الاستخدام المختار. إذا كانت المنفعة المحصل عليها من الاستخدام غير المختار أعلى من المنفعة المتحصل عليها من الاستخدام المختار فنكون بصدد تكلفة الفرصة البديلة، أما إذا كان العكس فالاختيار سليم.

مفهوم الفرصة البديلة يحتم على المقرر أن يكون مسؤولا في قراراته ، قبل أن يقرر ما هو أحسن بديل عليه أن يقيم البدائل التي يجوزته، و على أساس المعيار المستعمل في اختياره - و الذي سنحقق بواسطته أكبر منفعة ممكنة - يكون هناك بديل مختار على حساب بديل آخر.

قبل التطرق إلى الاختيار في قطاع الخدمات الصحية، يجب التعرّيج على الاختيار على مستوى الاقتصاد الكلي و الذي بواسطته سنقرر ما هو حجم الموارد التي سيتم تخصيصها للخدمات الصحية و على حساب أي قطاع.

1-1 إشكالية الاختيار على مستوى الاقتصاد الكلي :

يعرف القطاع المؤسسي حسب قادة أقاسم على أنه : " مجموع الوحدات المؤسسية التي لها وظيفة أساسية و تتمتع بخصائص متقاربة بالنسبة لمصدر مواردها الأساسية. بعبارة أخرى فإن القطاع المؤسسي هو مجموع الوحدات المؤسسية التي لها سلوك اقتصادي متشابه".²

مفهوم الاختيار على مستوى القطاعات المكونة الاقتصادية الوطني لأي دولة لا يختلف عنه على المستوى الفردي من ناحية محدودية الموارد و تزايد الاحتياجات. قطاع الخدمات الصحية هو قطاع من بين مجموعة كبيرة من القطاعات الأخرى المكونة للاقتصاد الوطني، قرار الحكومة بزيادة الموارد

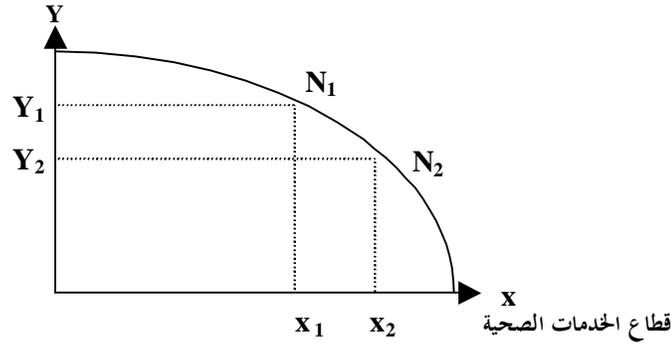
1- طلعت الدمرداش ابراهيم، اقتصاديات الخدمات الصحية، مكتبة المدينة ، القاهرة سنة 2000م، ص 55 .

2- قادة أقاسم، المحاسبة الوطنية، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر سنة 1994، ص 29 .

المخصصة لقطاع الخدمات الصحية ، فإنه سيكون على حساب قطاع أو قطاعات أخرى. أي أن المورد الإضافي للخدمات الصحية ينقص من مورد قطاع آخر و يظهر ذلك في الشكل الموالي.

شكل 1-2 منحنى إمكانيات الإنتاج و التنافس على الموارد بين قطاع الخدمات الصحية و قطاع الشباب و الرياضة داخل الاقتصاد الوطني .

قطاع الشباب و الرياضة



المصدر : طلعت الدمرداش إبراهيم ، مصدر سابق ذكره ، ص 57 .

نلاحظ من الشكل السابق أن المقرر (الحكومة) تخلى عن إنتاج سلع و خدمات قطاع الشباب و الرياضة بمقدار $(y1-y2)$ ليتحول إنتاج سلع و خدمات إضافية لقطاع الخدمات الصحية بمقدار $(x2-x1)$ و تكلفة الفرص البديلة في هذه الحالة هي مقدار التخلي عن البديل الأول، إلى المقدار المكتسب من طرف البديل الثاني .

$$Dy/Dx = (Y2-Y1) / (X2-X1) \quad \text{تكلفة الفرص البديلة}$$

يتحول اهتمام المقرر من قطاع إلى قطاع آخر بسبب رؤيته إلى المنفعة و تقديره لما سيذره البديل الثاني منها بالمقارنة مع البديل الأول. كيفية تقييم المنفعة سنتناولها في العنصر الموالي، الذي سنتناول فيه إشكالية الاختيار داخل قطاع الخدمات الصحية.

1-2 إشكالية الاختيار على مستوى قطاع الخدمات الصحية :

لنفرض أنه تم تخصيص حجم من الموارد المالية لقطاع الخدمات الصحية عند توزيع هذه الموارد تطرح إشكالية الاختيار من جديد داخل القطاع نفسه كالتالي :

§ ماهية الخدمات الصحية التي يمكن إنتاجها (تمويلها) و ما هي الخدمات الصحية التي يمكن تأجيلها ؟

§ ماهية كيفية إنتاج (تقديم) هذه الخدمات داخل القطاع الخاص بها و من سينتجها ؟

§ من الذي سيتلقى العلاج (الأولية في العلاج) و ما هي طرق تحديد هذه الأولوية ؟

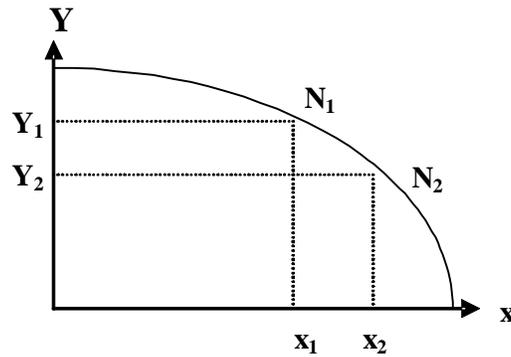
سنحاول الإجابة على هذه التساؤلات فيما يلي :

1-2-1 تحديد الخدمات الصحية الواجب إنتاجها :

هذا السؤال يعتبر المحرك الأساسي لقرارات المسؤولين والسلك الطبي، من المعلوم أن الموارد المالية محدودة والتي تستدعي تحديد الكميات التي ستنتج من كل خدمة داخل القطاع. تحديد كمية إنتاج خدمة ما سيكون له الأثر في تحديد كمية الخدمة الأخرى في نفس الوقت. الرسم البياني التالي يوضح ذلك :

شكل (2-2) : منحنى إمكانيات الإنتاج و الخدمات المتنافسة على الموارد داخل قطاع الخدمات الصحية .

الخدمات الصحية لفئة الشيوخ



الخدمات الصحية لفئة الأطفال

المصدر : طلعت الدمرداش إبراهيم ، مصدر سابق ذكره ، ص 59 .

فحسب الشكل السابق ، الاهتمام الأكثر بفتة الأطفال و تخصيص موارد أكثر لتحقيق ذلك يكون على حساب فئة الشيوخ، هذا دائما تحت فرضية محدودية الموارد هذا التحليل يقودنا إلى التساؤل حول ما الذي يحرك اهتمام أصحاب القرار من زيادة الموارد لفئة الأطفال على حساب فئة الشيوخ. لو سألنا أصحاب القرار (مديرين، أطباء ...) عن الهدف الرئيسي الذي يصبون لتحقيقه لقالوا استخدام الموارد المالية تحت تصرفهم من أجل تحقيق أكبر مكاسب صحية للسكان. لكن كيف نقيس هذه المكاسب الصحية؟ و التي تطرح عدت قيود لقياسها نذكرها فيما يلي :

● هناك مجموعة من المؤشرات الصحية حول : توقع الحياة، معدل وفيات الرضع، معدل وفيات مرضى السرطان سنوات الحياة المعدلة بالتنوعية " QUALYS " التي أعدها " ROSSER KIND " والتي تحاول قياس عدد السنوات الإضافية المحصل عليها من علاج ما . لكن الإشكالية تكمن أنه يمكن الاعتقاد بصحة مؤشر واحد أو بعدد منها على حساب مؤشرات أخرى.

● هناك أهداف صحية يتم تمويلها فورا، لكن النتائج المتحصل عليها تكون بعد سنوات من ذلك. كحملات التوعية لتنظيم النسل و حماية الأمومة، التي تكلف الوزارة أعباء الومضات الإشهارية الدورية، و التنظيم المرغوب فيه من طرف العائلات سيكون بعد سنوات من ذلك.

● هناك بعد الأمراض تستدعي تمويل مكثف من أجل تحسين صحي طفيف كأمرض السرطان مثلا، بالمقابل هناك أمراض تحتاج تمويل قليل من أجل الحصول على تحسن صحي كبير مثلا إزالة الزائدة الدودية .

في هذه الحالة نجد تضارب كبير في الآراء و الاهتمام من طرف المقررين حول العلاجات التي لا تهدف للحصول على مكاسب فردية، بل تهدف للحصول على مكاسب اجتماعية.

بالإضافة إلى المؤشرات الصحية السابقة يمكن استعمال مفهوم الفرصة البديلة للمقارنة بين الخدمات من أجل تمويل الخدمات الصحية التي ستدر على السكان أكبر منفعة ممكنة هذا الحل سيبقى حل نظري في مجال الخدمات الصحية لأنه يتعلق بحياة الإنسان. فهل تحويل الموارد المالية من علاج مرض سرطان الثدي إلى علاج أمراض القلب سيؤدي إلى تحقيق مكاسب صحية أكثر؟

تحديد كمية الخدمات الواجب إنتاجها لها علاقة بعدد طالبن هذه الخدمة. كيف ستحدد الأولويات في قطاع الخدمات الصحية.

1-2-2 أولوية تقديم العلاجات :

"عندما تكون الميزانية محدودة، فإنه إذا استخدمنا الموارد لعلاج شخص مسن مثل إجراء جراحة تعويضية للشريان التاجي، فإن هذه الموارد لن تصبح متاحة لعلاج شخص آخر شاب مثلاً. قد يقرر بعض الأطباء أن تكلفة فرصة علاج المسن بهذه الطريقة مرتفعة جداً و قد تمثل مشكلة في أنه على الرغم من أن الشخص المسن يحقق بعض المنافع من هذا العلاج، إلا أنه لا يستفيد كما يستفيد من ذلك شخص شاب" ¹.

هناك من الاقتصاديين من يرى عكس ذلك. بالرغم من كبر سن الشخص، فإن إجراء عملية جراحية على القلب المفتوح لفائدته ستجنب الشخص نفسه و المصالح الطبية مصاريف باهظة للرعاية و المراقبة إن لم تجرى العملية. قد تجرى هذه العملية الجراحية على طفل (شاب) لكن تأزم وضعه يعجل تحسن حالته الصحية جزئي فقط. بالإضافة إلى أن الشاب يحتاج مدة قصيرة للاسترجاع صحته، أما المسن فيحتاج مدة أطول. بذلك لا يمكن الحكم أن العمر مثلاً هو معيار في علاج فئة عن فئة أخرى.

كيف يتم تقييم و قياس المنافع الصحية إذن ؟ و من الذي يقوم بهذه العملية ؟
المقرر السياسي يتحدث بلغة الأولويات و توفير الصحة لكل أفراد المجتمع، أما الممارسين الصحيين (أطباء، جراحين...) فيتجاهلون فكرة التكاليف و يتحدثون بلغة صحية بحتة أين ينكرون مفهوم الترشيح، و يؤكدون أن الصحة ليست لها ثمن.

محدودية الموارد تحتم علينا إيجاد طرق من أجل ترشيح الخدمات الصحية. يقوم بهذه المهمة الاقتصادي باستخدامه لمعايير التقييم الاقتصادي لمقارنة التكاليف و المكاسب الصحية، استقصاء المواطنين و استشارة أصحاب المهنة ستمكّنهم من إيجاد طريقة لتوزيع الموارد اللازمة من أجل إنتاج الكميات الواجب توفيرها من كل خدمة. ²

بهذا يجب الاقتصادي على السياسيين من أنه توفير الصحة للجميع يتطلب توفير موارد مالية تتماشى مع كل طلبات المجتمع، و هذا بعيداً عن الحقيقة. و يجب أيضاً السلك الطبي أنه صحيح ليس للصحة ثمن، لكن للعلاج تكلفة يجب الأخذ بها عند ترتيب الأولويات.

¹ - طلعت الدرمدش إبراهيم، إقتصاديات الخدمات الصحية، مكتبة المدينة، مصر سنة 2000، ص 68.

² - Ann CLEWER and David PERKINS, Economics for Health Care Management, Prentice Hall, London 1998, p 18.

و قد قامت " ANN BOULING " في 1996 بدراسة عينة عشوائية من السكان في إنجلترا حول أولوياتهم فيما يخص العلاجات الطبية. وقد أعدت 12 علجا كان ترتيب العينة بشأنها كالتالي :

في مقدمة الترتيب معالجة الأطفال ثم رعاية الأشخاص و تخفيف الآلام عليهم فيما يخص الأمراض المستعصية. أما في مؤخرة الترتيب في الرتبة 11 علاج العقم و في الرتبة 12 علاج الذين تزيد أعمارهم عن 85 سنة من الأمراض التي تهدد حياتهم ¹.

ما يستخلص من هذه الدراسة لـ " ANN BOULING " أن الجمهور ليس محترف في قراراته من ناحية أنه ليس ممارس طبي و ليس رشيد في ترتيب الأولويات من ناحية أنه لم يراعي تكلفة التكنولوجيا الخاصة بكل علاج بالإضافة أنه أهمل المشكلة الرئيسية و أن الموارد محدودة.

لتحديد إذن ماهية الخدمات الصحية الواجب إنتاجها و الفئات التي يجب أن تتلقاها يجب الأخذ بعين الاعتبار القيود في هذا القطاع (موارد مالية محدودة ...)، بالإضافة إلى استعمال معايير التقييم الاقتصادي من أجل ترشيد الاختيارات، مع الأخذ بعين الاعتبار آراء الطبيب (الممارس الصحي) أولا ثم آراء الأطراف الأخرى في هذا القطاع.

فاستعمال المعايير الاقتصادية للتقييم و الأخذ بآراء متخصصة مسؤولة و ديمقراطية ستمكن من إرضاء أكبر فئة ممكنة من طالبي الخدمات الصحية تحت قيد الموارد المتاحة .

يبقى سؤال أخير لا يكتمل التحليل إلا بواسطته ألا و هو : كيف تقدم الخدمات الصحية ؟ و ما هي الجهة التي ستنتجها ؟

1-2-3 كيفية إنتاج الخدمات الصحية و من أي طرف

تختلف المنظومات الصحية من دولة إلى أخرى فهناك من الدول من يكون المنتج للخدمات الصحية فيها عبارة عن هياكل صحية خاصة مثل المنظومة الصحية الأمريكية و هناك من الدول من يكون المنتج و المشرف على إنتاج و توزيع هذه الخدمات عبارة عن جهة واحدة و هي أجهزة الدولة مثل المنظومة الصحية في المملكة المتحدة. و هناك من المنظومات الصحية ما هو مختلط أين تتواجد هياكل لإنتاج الخدمات الصحية عامة و أخرى خاصة جنبا إلى جنب لتلبية طلبات السكان مثلا :

المنظومة الصحية الفرنسية و المنظومة الصحية الجزائرية حاليا.

¹ - طلعت الدمرداش إبراهيم، مرجع سابق ذكره، ص 69.

معرفة من هو المنتج لا تمكننا من معرفة كيفية الإنتاج (طريقة الإنتاج) للخدمات الصحية، هذا ما يقودنا للتساؤل عن الممول في هذه المنظومات.

ففي الولايات المتحدة الأمريكية التأمين الخاص هو الممول الرئيسي للخدمات الصحية ، حيث يقوم أرباب العمل بتسديد اشتراكات دورية لشركات التأمين الخاصة لغرض تغطية مستخدميهم. خصوصية قطاع الصحة أجبر الحكومة الفدرالية أن تنشئ صندوقين و هما "Maidicare" و "Maidicaid" من أجل تغطية للأشخاص عديمي الدخل، الأشخاص المسنين، أصحاب الأمراض المزمنة ... أي أنه في المنظومة الصحية الأمريكية لا يوجد التمويل الخاص فقط، بل هناك تمويل الحكومة الفيدرالية للفئات التي لا يمكنها الاكتتاب في التأمين الخاص.¹

المنظومة الصحية البريطانية يمول فيها قطاع الخدمات الصحية عن طريق الإقتطاعات الضريبة و تسهر على تقديمها أجهزة الدولة، أي أن وسائل الإنتاج مملوكة من طرف الدولة في إطار نظام "NHS"² هذا النوع من التمويل يسمح لكل السكان من تلقي العلاجات المطلوبة و لأكثر فئة منهم.³

المنظومة الصحية الأمريكية يكتنفها مستوى عالي من الكفاءة و الفعالية، و ما يؤخذ عليها أن الخدمة الصحية ليست متوفرة لجميع السكان. أما المنظومة الصحية البريطانية على الرغم من أنها تحقق مبدأ العدالة و المساواة في تقديم الخدمات الصحية للسكان نظريا. إلا أنها لم تستطيع تحقيق تلك الأهداف في الميدان، تبقى مقارنة المنظومتين معيارية إذ أنها تعتمد على وجهة نظر شخصية.⁴ النوع الثالث من المنظومات الصحية و هو الذي يجمع بين هياكل صحية تابعة للدولة و أخرى تابعة للقطاع الخاص، أين يجمع إلى حد كبير بين المنظومتين سابقتي الذكر، نجد هذه المنظومة الصحية في فرنسا مثلا و هي لا تخلو من الانتقادات أيضا .

لسنا بصدد مقارنة المنظومات الصحية ، بل نهدف إلى ترشيد الخدمات الصحية من خلال استعمال الموارد التي تحت تصرفنا من أجل تحقيق أكبر منفعة صحية ممكنة لأكثر عدد من السكان.

كيفية و طريقة إنتاج الخدمات الصحية و ما هي الكمية الواجب توفيرها، يتم بواسطة أجهزة التمويل الموجودة داخل المنظومة الصحية، فهي التي تشرف على تمويل الخدمات الصحية و كل

¹- Charles. PHELPS, op.cit , p 191

²- NHS : National Health System.

³- P. Etienne BARRAL, op.cit , p 411 .

⁴ - طلعت الدمرداش ابراهيم مرجع سابق ذكره ص40.

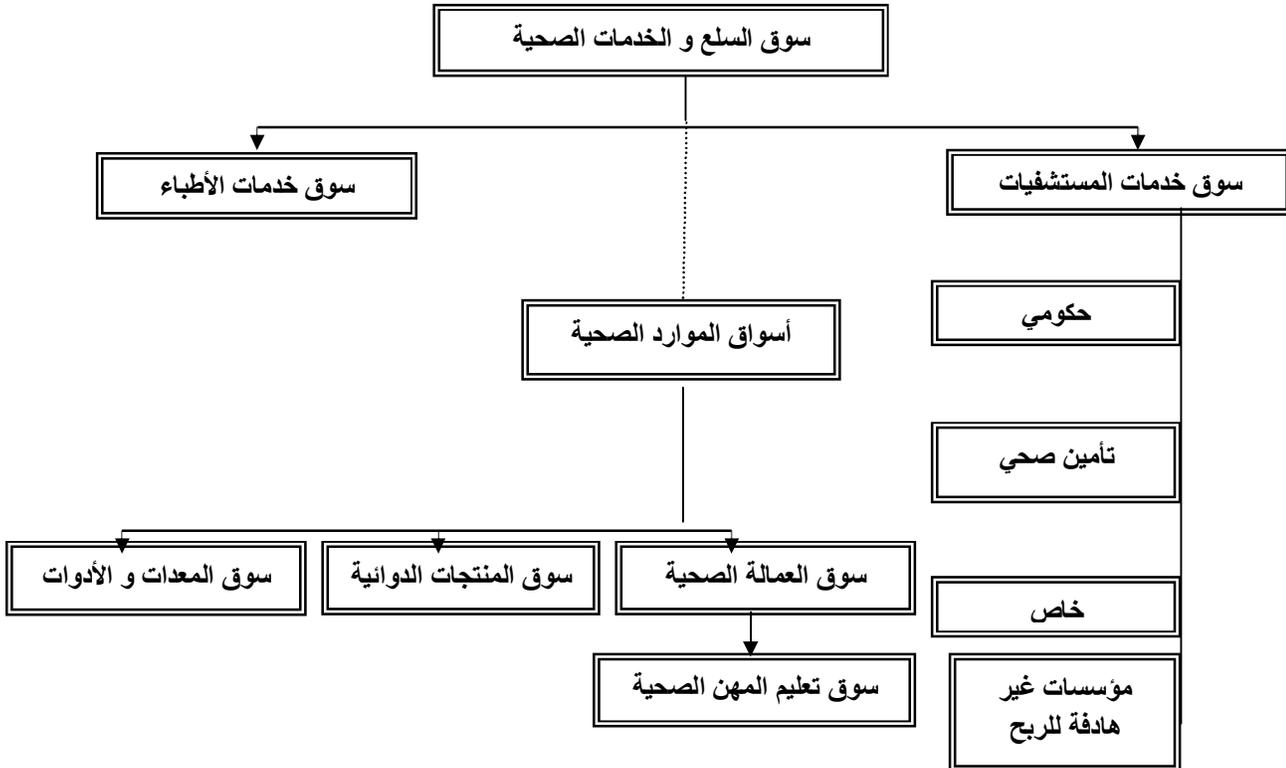
علاج ممول يجعل الطلب عليه غير مرن، أي أنه يجتم على الجهات المنتجة محاولة تلبية كل تلك الطلبات. أما العلاج غير الممول فإن الكمية المنتجة منه تتحكم فيها القدرة التمويلية للأفراد و يصبح المقرر في هذه الحالة هو الفرد و ليس الجهة الممولة.

إن المشكلة الاقتصادية في قطاع الخدمات الصحية لا تختلف عنه في القطاعات الإنتاجية الأخرى ألا و هي الندرة في الموارد، الهدف هو اجتياز هذه المشكلة بمحاولة القيام باختيارات مسؤولة تكتنفها الرشادة في ظل المنظومة الصحية الوطنية لإنتاج خدمات صحية تحقق أكبر مكاسب صحية للأفراد.

2- سوق السلع و الخدمات الصحية :

قبل التطرق إلى العرض و الطلب على السلع و الخدمات الصحية، سنتطرق أولاً إلى هيكل سوق السلع و الخدمات الصحية و على أساسه يمكن تبيان المنتجات التي يقوم بإنتاجها هذا السوق و التي يمكن بواسطتها دراسة العرض و الطلب عليها.

شكل 2-3 مكونات سوق السلع و الخدمات الصحية :



المصدر : طلعت الدمرداش إبراهيم، مرجع سابق ذكره، ص 76

من الشكل (2-3) يتضح أن سوق السلع و الخدمات الصحية ينقسم إلى مستويين أساسيين :

2-1 سوق الخدمات الصحية كمنتج نهائي :

و الذي ينقسم إلى :

- **سوق خدمات المستشفيات :** و هي الخدمات التي تقدم لطالب العلاج من طرف المستشفى بغض النظر عن الإطار القانوني لهذا المستشفى (خاص، عام، ممول من طرف الضمان الاجتماعي ..)
- **سوق خدمات الأطباء :** و هي الخدمات الصحية التي يقدمها الأطباء الخواص بمختلف اختصاصاتهم في عياداتهم الخاصة.¹

2-2 سوق الموارد الصحية :

و يشمل هذا السوق ثلاث أسواق فرعية :

- **سوق العمالة الصحية :** يتمثل في الرأسمال البشري الذي يعمل على إنتاج الخدمات الصحية مثل الأطباء، جراحين، تقنيين صحيين، ممرضين ... و غالبا ما يزود سوق العمالة الصحية سوق آخر هو سوق تعليم المهن الصحية (جامعات، معاهد طبية ...)
 - **سوق المنتجات الدوائية :** يشمل هذا السوق مختلف مؤسسات صناعة الأدوية، مخابر التكييف و التعبئة و الوحدات التي تسهر على توزيع الخدمات الصيدلانية.
 - **سوق المعدات و الأدوات الطبية :** يشمل هذا السوق مختلف وحدات صناعة و تجارة التجهيزات الطبية و وحدات صناعة الأدوات الطبية (أعضاء اصطناعية، كراسي متحركة ...).
- فالخدمات الصحية كمنتج نهائي تمثل تفاعل مختلف الأسواق المكونة لسوق السلع و الخدمات الصحية.

2- خصوصيات سوق السلع و الخدمات الصحية:

" سوق السلع و الخدمات الصحية عبارة عن سوق خاص، لا يخضع دائما إلى قانون العرض و الطلب كباقي أسواق السلع و الخدمات الاستهلاكية الأخرى.²

¹ - Médecine de Ville.

² - Brahim Brahmia, Revue Sciences Humaines, Université de Constantine, N° 10 1998, p 22.

عموما طالب الخدمة الصحية ليس حر في استهلاكه داخل هذا السوق، نظرا لأنه ليس له المعلومات الكافية من أجل تقييم حالته الصحية هذا من جهة، من جهة أخرى قرار الاستهلاك يتخذ بالاتفاق مع الطبيب الذي سيكشف على حالته المرضية.

يتحول احتياج المريض إلى طلب فعال لشراء السلعة أو الخدمة الصحية و يلقي طلبه في سوق السلع و الخدمات الصحية، الذي يتميز بدوره بنوع من الخصوصية من ناحية أنه غير خاضع إلى قانون العرض و الطلب دائما، كما يتدخل لإدارته بالإضافة إلى السوق أجهزة التمويل (الدولة، الضمان الاجتماعي...).

تعرضنا إلى مكونات سوق السلع و الخدمات الصحية، الذي يمثل عرض مختصر لمختلف إمكانياته هذا من جانب العرض. مختلف الطرق التي سوف يسلكها الفرد من أجل الحصول على المنتج النهائي هذا من جانب الطلب. العرض و الطلب في سوق السلع و الخدمات الصحية يتميزان بنوع من الخصوصية، سنحاول فيما يلي التعرض لذلك.

المطلب الثاني : الطلب على الخدمات الصحية

ستتطرق في هذا المطلب إلى سلوك المستهلك إزاء الندرة في قطاع الخدمات الصحية و إلى الاختيارات التي سينتجها من أجل الحصول على أكبر إشباع ممكن. المستهلك في هذه الحالة ليس بالضرورة فرد يمثل نفسه، بل يمكن أن يكون مسؤول عن أفراد آخرين (عائلة، مؤسسة...) بهدف بدراسة سلوك المستهلك على المستوى الجزئي ثم تعميم ذلك لفهم سلوك المجتمع، بما أن المجتمع يتكون من مجموعة أفراد .

المستهلك للخدمات الصحية لا يختلف كثيرا عن مستهلكين الخدمات السوقية الأخرى. الاختلاف الأساسي يتعلق بطبيعة و خصوصية الخدمة المدروسة في حد ذاتها، بالإضافة إلى ذلك هناك ضغوطات و قيود إضافية على قرار المستهلك للخدمات و السلع الصحية (نقص المعلومات الطبية، الاختيار المشترك للمريض و الطبيب...).

الخدمات الصحية مدخل واحد من بين عدة مدخلات لتحقيق الصحة (الأكل، النظافة، المستوى الثقافي...)، الطلب على الخدمات الصحية هو طلب مشتق من الطلب على الصحة، أي أن الخدمات الصحية لا تطلب لذاتها، بل تطلب من أجل تحسين المستوى الصحي إن كان متدهور

أو

المحافظة على حالة صحية جيدة معاشة حالياً.¹

7 - فرضيات متعلقة بالمستهلك :

قبل التطرق لتحليل سلوك المستهلك يجب وضع فرضيات خاصة بهذا الأخير التي يمكن تلخيصها فيما يلي:

● نفرض أن المستهلك رشيد : أي أن المستهلك منطقي في اختياراته، فإن وجدت سلعتان متماثلتا المنفعة و مختلفتي السعر، فإنه سيختار أرخصهما .

● نفرض أن المستهلك عند استهلاكه لوحدة من سلعة معينة ستحقق له منفعة بقيمة معينة، استهلاكه لوحدة موالية ستحقق له منفعة أكثر من المنفعة الخاصة بالوحدة الأولى. وصول المستهلك إلى إشباع رغباته من هذه السلعة، سيؤدي إلى أنه أي زيادة في استهلاك هذه السلعة ستحقق له منفعة متناقصة و هذا ما يسمى بـ " ظاهرة تناقص المنفعة الحدية " .

● " يهدف المستهلكون إلى تعظيم الإشباع أو المنفعة الكلية المستمدة من السلع التي يستهلكونها. لذلك تعظيم المنفعة الكلية يتطلب من المستهلكين توزيع إنفاقهم بطريقة تجعل المنفعة الحدية أو الإشباع الذي تحققه آخر وحدة نقدية متساوية بين كل المنتجات التي يشترونها".²

تصل المنفعة الكلية أقصاها عندما تكون عناصر التوليفة تحقق نفس المنفعة، فمهما تغيرت عناصر التوليفة فهي تعطي نفس المنفعة الكلية.

عموما الفرضيات المتعلقة بمستهلك الخدمات الصحية، لا تختلف عن الفرضيات المتعلقة بالمستهلكين لخدمات سوقية أخرى.

بعد معرفة الفرضيات المتعلقة بالمستهلك، يمكن التطرق لقانون الطلب في سوق السلع و الخدمات الصحية .

2 - قانون الطلب على السلع و الخدمات الصحية :

قبل التطرق إلى القانون الذي يحكم طلب السلع و الخدمات الصحية، نريد أولاً توضيح مفهوم

¹ - طلعت ابراهيم الدمرداش مرجع سبق ذكره ، ص86.

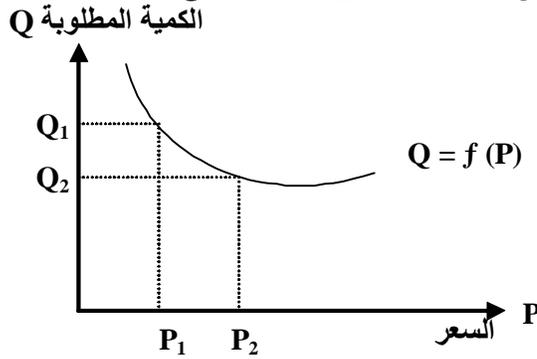
² -- طلعت ابراهيم الدمرداش مرجع سبق ذكره ، ص90..

نوع الطلب الذي سنتناوله في تحليلنا.

فالطلب الذي سنتناوله في تحليلنا هو الطلب الفعال على الخدمة الصحية، أي الطلب الذي يقابله قدرة شرائية كافية لتحويل المستهلك من الشعور بالرغبة إلى شراء السلعة أو الخدمة اللازمة لإشباع هذه الرغبة.

إن قانون الطلب لأي سلعة يتحدد عن طريق سعر هذه السلعة في السوق - مع افتراض أن المؤثرات الأخرى ثابتة - أي عندما يكون سعر السلعة منخفض يكون هناك طلب مرتفع عليها، بالمقابل عند زيادة سعر هذه السلعة ينخفض الطلب عليها، يمكن تمثيل منحنى الطلب بدلالة سعر السلعة كالتالي:

شكل (2-4) منحنى الطلب على الخدمات الصحية



المصدر : طلعت الدمرداش إبراهيم، مرجع سابق ذكره، ص 92 .

أي أن ثبات العوامل المؤثرة على الطلب و بقاء إلا السعر كمؤثر وحيد على الكمية المطلوبة يقودنا إلى وضع الدالة التالية $Q = f(P)$ أي أن السعر (p) هو المتغير المستقل و الكمية Q هي المتغير التابع .

بالنسبة لقانون طلب الخدمات الصحية فهو لا يشذ عن قانون طلب الخدمات السوقية الأخرى، أين نجد علاقة عكسية بين السعر و الكمية المطلوبة. لو تأخذ مثلا مريض يعاني من كسر في ساقه في مرحلة نقاهة، فإن كان سعر حصة تدريب منزلية على المشي تحت رعاية تقني في الصحة تكلفه 300 دج فإنه سيأخذ حصة واحدة في الأسبوع، لكن لو انخفض سعر الخدمة إلى 150 دج يصبح بإمكانه أخذ حصتين في الأسبوع من أجل الشفاء بسرعة أكثر.

من أجل وضع قانون الطلب قمنا بتجريد المتغيرات الأخرى عدا السعر و ملاحظة الكمية المطلوبة بدلالة سعرها فقط. لكن الواقع غير ذلك فهناك مؤثرات عدا السعر هي الدخل، التأمين الصحي،

العرض، أسعار السلع الأخرى، أذواق المستهلكين ... و هذا ما يقودنا إلى التعرض لمحددات الطلب الخاص بالسلع و الخدمات الصحية.

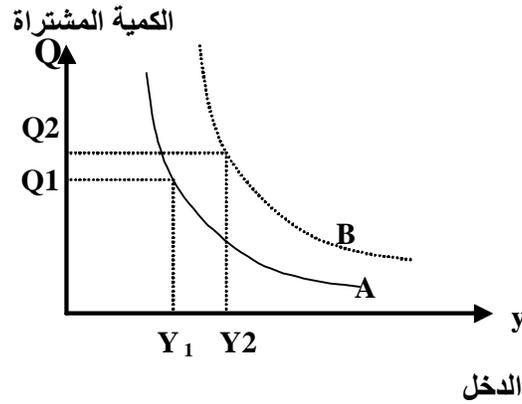
3- العوامل المحددة للطلب على السلع و الخدمات الصحية :

هناك عدة عوامل مؤثرة على دالة الطلب عدا السعر، سنحاول في كل مرة التعرض إلى أحد المحددات مع تجريد المحددات الأخرى أين سنحلل منحني الطلب بدلالة هذا المتغير.

3-1 الدخل :

يحدد الدخل الاسمي المتاح للمستهلك الكميات التي يمكن شرائها من سلعة أو خدمة معينة ، هذا لا يتعارض مع الاستهلاك في قطاع الخدمات الصحية . فإذا كان بواسطة دخل متاح $y1$ يمكن شراء كمية $Q1$ من سلعة أو خدمة X ، عند زيادة الدخل إلى $y2$ يمكن شراء المزيد من السلعة x عن طريق الكمية $Q2$ إن لم يحدث إشباع بعد من هذه السلعة، و الشكل البياني التالي يوضح ذلك:

شكل (2-5) الدخل كمحدد للطلب :



المصدر : من إعداد الطالب

من الشكل البياني نلاحظ زيادة الدخل من $Y1$ إلى $Y2$ زادت الكمية بالمقابل من $Q1$ إلى $Q2$ و هذا ما أدى إلى انتقال منحني الطلب من المستوى A إلى المستوى B .

حالات خاصة :

أ- هناك نوع من السلع " السلع الدنيا " و التي ينخفض الطلب عليها في حالة زيادة الدخل.

فالسلع الدنيا هي سلع بديلة للسلع الأصلية حيث تتميز بسعرها المنخفض .
عند زيادة الدخل الاسمي يتحول المستهلك إلى طلب السلع الأصلية و التخلي تدريجيا عن السلع الدنيا، لأن السلع الأصلية تتمتع عموما بكفاءة أعلى و ضمان أكبر لتحقيق المنفعة المرغوبة.
ب- بتحليلنا للكمية المطلوبة بدلالة الدخل المتاح، افترضنا أن المستهلك يدفع مقابل الخدمة الصحية المستهلكة لكن تختلف الكمية المطلوبة بدلالة الدخل المتاح من منظومة صحية إلى أخرى من جهة، من جهة أخرى من مستهلك إلى آخر داخل نفس المنظومة الصحية.
عموما في الدول الأوروبية المتقدمة (بريطانيا ، السويد ، ...) أين ينتشر نظام تقديم الخدمات الصحية المجاني للسكان ، فإن الدخل في هذه الحالة لا يؤثر على الطلب على الخدمات الصحية .
نفس الملاحظة نجدها في المنظومات التي تطبق التأمين الحر من أجل تغطية الأشخاص كالمنظومة الأمريكية مثلا . بما أن أقساط التأمين تدفع من طرف أرباب العمل، فإن المستخدمين عند استهلاكهم للخدمات الصحية لا يتأثرون بمستوى الدخل المتاح لديهم. بالمقابل في دول العالم الثالث نسبة عالية من السكان يعيشون تحت مستوى الفقر، فهاته الفئة ستحرم من الخدمات الصحية ذات الكفاءة العالية¹.

3-2 أسعار السلع الأخرى :

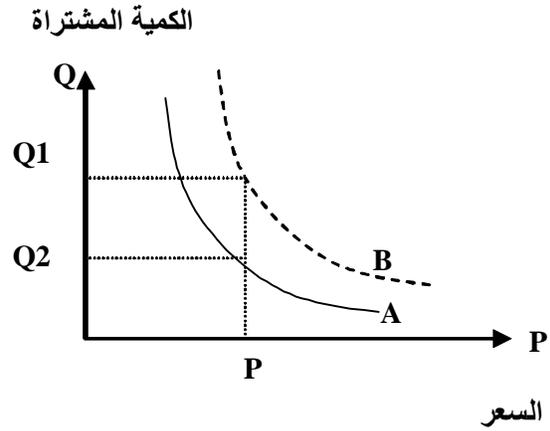
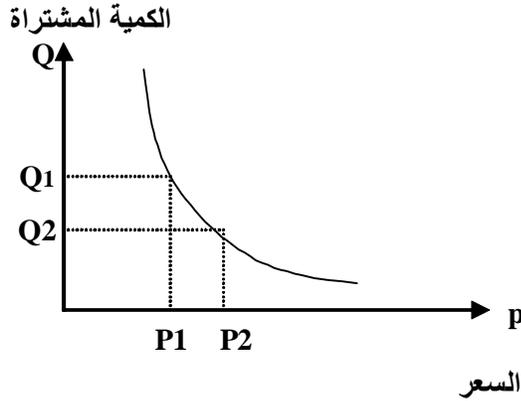
هناك نوعين من السلع الأخرى : " السلع المكملة " و " السلع البديلة " .

3-2-1 السلع البديلة :

السلع البديلة هي السلع ذات خصائص متشابهة مع السلع المستهلكة X، حيث زيادة سعر سلعة ما X مع ثبات الدخل المتاح و المتغيرات الأخرى ، يؤدي بالمستهلك إلى تخفيض طلبه على السلعة المستهلكة X وزيادة طلبه على سلع أخرى متشابهة و هي السلع البديلة. إليك الرسمين البيانيين التاليين الذين يوضحان ذلك :

¹ - André LABOURDETTE , op.cit , p 36.

شكل (7-2) : منحنى الطلب على السلعة البديلة y شكل (6-2) : منحنى الطلب على السلعة x



المصدر : طلعت الدمرداش إبراهيم ، مرجع سابق ذكره، ص 95 .

المصدر : طلعت الدمرداش إبراهيم ، مرجع سابق ذكره، ص 95 .

- حسب منحنى الطلب على السلعة x فإنه بانتقال السعر من $P1$ إلى $P2$ (زيادة السعر) أدى بالمستهلك بخفض الكمية المستهلكة من هذه السلعة من $Q1$ إلى $Q2$ ، بهذا انتقلنا على نفس المنحنى من التوليفة $(P1, Q1)$ إلى التوليفة $(P2, Q2)$.
أما فيما يخص منحنى السلعة البديلة فإنه زادت الكمية المطلوبة منها من $Q1$ إلى $Q2$ دون تغير سعر السلعة و بهذا انتقلنا نحو اليمين من المنحنى A إلى المنحنى B .

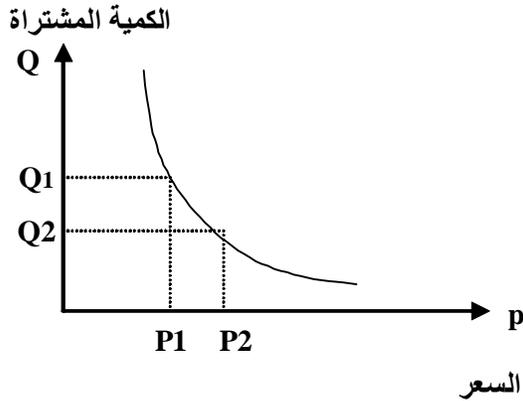
2-2-3 السلع المكاملة :

لتكن لدينا سلعتين x, y ، تكون السلعة y مكاملة للسلعة x إذا كانت المنفعة المرجوة من استهلاك السلعة x لا تتحقق إلا باستهلاك السلعة y .

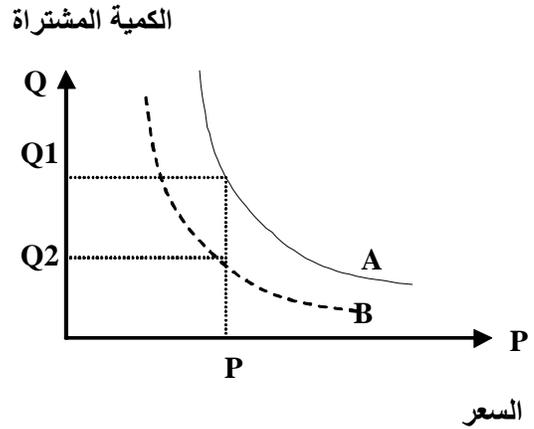
فالطلب على العمليات الجراحية على القلب المفتوح يقابله الطلب على أسرة التمريض بعد العملية الجراحية، فالتمريض هي خدمة مكاملة للجراحة مثلا.

ارتفاع سعر السلعة X سيؤدي إلى انخفاض الطلب عليها ، بالمقابل سينخفض الطلب على السلعة المكملة Y لأن هذه الأخيرة لن تستطيع لوحدها تحقيق المنفعة المرجوة إلا بشراء السلعة أو الخدمة X و نلاحظ ذلك في الرسمين التاليين :

شكل (8-2) : منحنى الطلب على السلعة x



شكل (9-2) : منحنى الطلب على السلعة المكملة y



المصدر : طلعت الدمرداش إبراهيم ، مرجع سابق ذكره، ص 95 .

المصدر : طلعت الدمرداش إبراهيم ، مرجع سابق ذكره، ص 95 .

من منحنى الطلب على السلعة X نلاحظ أن الزيادة في سعر السلعة (الخدمة) أدى إلى انخفاض الكمية المطلوبة منها من $Q1$ إلى $Q2$ على نفس منحنى الطلب .
من منحنى الطلب على السلعة Y نلاحظ أن انخفاض الكمية المطلوبة من هذه السلعة مع ثبات السعر أدى إلى انتقال منحنى الطلب إلى اليسار من المنحنى A إلى B .
فتغيير الطلب على العمليات الجراحية الخاصة بالقلب المفتوح في اتجاه ما، سيؤدي إلى تغيير الطلب على الأسرة الخاصة بالمتابعة الطبية في نفس الاتجاه.

3-3 التامين الصحي و الإنفاق الحكومي :

أثبتت الدراسات أنه تحمل طرف ثالث تسديد تكاليف العلاج سيؤدي إلى زيادة الطلب على الخدمات الصحية. فالمبلغ الضئيل المسدد للجهة المعالجة - أو المعدوم في بعض الأحيان - سيدفع

بالمؤمن عليهم القيام بطلبات الحصول على خدمات صحية تكون في بعض الأحيان في محلها، أما في البعض الآخر تكون خاصة بوعكات بسيطة غير مبررة¹. بالإضافة إلى التأمين الشبه كلي، هناك نسبة 69% من السكان في فرنسا مثلاً فضلوا التأمين التكميلي للوصول إلى نسبة تغطية تصل إلى 100%. هذا التأمين التكميلي عبارة عن تغطية على مستوى تعاونية (تعاضديه) النشاط الممارس. نتيجة هذه الدراسة كللت بالجدول التالي :

جدول (2-1) : الاستهلاك الطبي المدني حسب الشريحة العمالية و نوع التأمين في فرنسا:

نوع التأمين الشريحة العمالية	ضمان اجتماعي عادي	ضمان اجتماعي + تأمين في التعاونية	+ تأمين تعاضدي — %100	ضمان اجتماعي — %100	مجموع
المستخدمين الفلاحيين	764	953	1104	2505	1094
فلاحين أجراء	732	756	1248	1672	980
عمال مستقلين	784	1074	1098	3499	1110
إطارات عالية و أصحاب المهن الحرة	1061	1646	1169	3429	1486
إطارات متوسطة	959	1228	1155	2286	1224
مستخدمين	962	1135	1142	1643	1225
يد عاملة بسيطة	584	921	965	1723	940
عمال القطاع الخدمي	732	1243	1116	2138	1121
عمال آخريين	831	1080	869	2871	1089

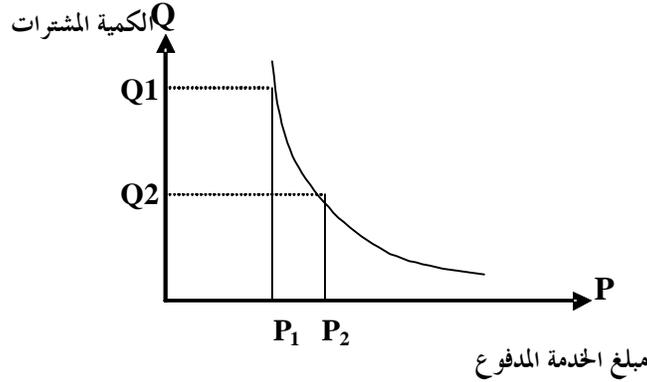
Source : Enquête santé , France 1988

من الجدول أعلاه نلاحظ بوضوح أنه هناك تزايد طردي للاستهلاك الطبي بدلالة نسبة التغطية. فكلما كانت نسبة التأمين أكبر كلما شجع ذلك الأشخاص المؤمن عليهم على طلب خدمات صحية أكثر. أي أن هناك علاقة عكسية بين المبلغ الحقيقي المدفوع من طرف الشخص المعالج

¹ - هناك دراسة قامت بها وزارة الصحة الفرنسية أين قامت بتبيان سلوك المستهلكين للخدمات الصحية في مختلف النشاطات المهنية . مع العلم أنه ابتداء من 1980 كل شخص فرنسي مقيم يمكنه الحصول على مختلف الخدمات الصحية بتغطية شبه كلية من طرف الضمان الاجتماعي الفرنسي.

كمقابل للخدمة الصحية و الطلب المتعلق بهذه الخدمة ، فكلما كان المبلغ المدفوع أكبر كلما أدى ذلك بالمستهلك إلى تخفيض الكمية المطلوبة أكثر .

شكل (2-10) منحى الطلب بدلالة مبلغ الخدمة المدفوع .



المصدر : من إعداد طالب

حالة خاصة : التأمين الصحي 100% أو حالة مجانية العلاج

في هذه الحالة تسقط محددات الطلب السابقة (السعر، الدخل) و تدخل في الحسبان محددات طلب أخرى يأخذ بها المستهلك في طلبه للخدمات الصحية من أجل تحديد الكمية التي سيتم استهلاكها منها. المحددات في هذه الحالة تتمثل في :

§ تكلفة الفرصة البديلة للوقت المخصص للعلاج :

سوف لن نتناول الفئة من السكان التي حالتها الصحية متدهورة، و التي تجبر أصحابها على تخصيص الوقت اللازم من أجل العلاج. بالمقابل سوف نأخذ بالفئة التي تعاني من وعكات صحية بسيطة " Bénin " .

و نظرا إلى أن النفقات الصحية معدومة - تغطية بنسبة 100% أو حالة مجانية العلاج - فإن الطلب على الخدمات الصحية لن يكون محدود، أين تظهر طوابير انتظار كبيرة لتلقي العلاجات. أي يصبح تلقي العلاج من طرف طالبه ليس فوريا و لكن بعد انتظار طويل. بأخذنا لعامل في مؤسسة ما فإنه بتضييعه ليوم أو بعض الأيام لتلقي العلاج سوف يجرمه من الأجر أو جزء منه لمقابل هذه

الأيام .إذن و لاعتبارات مالية سوف يقوم العامل إمّا بتأجيل هذا العلاج أو البحث عن طرق أخرى تجنبه خسارة بالرغم من أنّ نفقات العلاج مغطاة 100% أو معدومة المقابل. قام "R.M Coffey" بدراسة عينة من النساء بعضها من العاملات و البعض الآخر من الماكثات بالبيت . و قد وجد أن هناك تغيير عكسي بين قيمة الأجر الاسمي و طلب التشخيصات الطبية .أي أنه كلما كان الأجر مرتفع لعاملة ما ، فإن تكلفة الفرصة البديلة للتخلي على وقت ما من العمل من أجل التشخيص (العلاج) تكون أكبر. نستنتج أنه كلما كان الأجر الاسمي لعامل ما أكبر كلما كان احتمال طلبه لخدمات صحية على وعكات بسيطة أقل.¹

§ تكلفة السلع المكملة :

نعلم أن النظارات الطبية هي سلعة مكملة للتشخيصات المقدمة من طرف طبيب العيون في حالة نقص البصر. عموما تكلفة النظارات الطبية تكون على عاتق المستهلك، بالرغم من أن التشخيص في حالتنا هاته ليس على حساب المستهلك. في هذه الحالة الطلب على التشخيصات الطبية سيكون بدلالة سعر النظارات، أي أنه كلما كان سعر النظارات أكبر كلما كان الطلب على التشخيصات أقل. فهناك الفئة ذات الدخل المحدود تفضل تأجيل التشخيص حتى الحصول على المبلغ الكافي ليس للتشخيص بل لاقتناء النظارات الطبية و العامل المحدد في هذه الحالة هو سعر السلعة المكملة.

3-4 العرض كمحدد للطلب :

في هذه الحالة أيضا أجريت مجموعة من الدراسات، التي أظهرت أن طريقة عرض الخدمات الصحية (ملائمة/ غير ملائمة) ستكون المحدد للكمية المستهلكة من طرف طالب هذه الخدمات. فالاستهلاك يتزايد كلما كان نمط تقديم الخدمات الصحية ملائم. سنحاول إظهار أثر العرض على الطلب من خلال نمطين لتقديم العلاج : الطبيب الخاص في عيادته و المستشفى العام.

¹ -André LABOURDETTE, op.cit, pp 38-39.

أ- الطبيب الخاص كمقدم للعلاج (العلاج غير المعطل):

طريقة عرض الخدمة الصحية من طرف مقدم العلاج - الطبيب الخاص - ستكون محددة للكمية المطلوبة من هذه الخدمة، العناصر المكونة لعرض الخدمة الصحية تتمثل في :

* أولا : المسافة التي تفصل بين عيادة الطبيب و مقر تواجد المستهلك. تأثير المسافة على الكمية المطلوبة سيكون مختلف بين الممارس العام (Généraliste) و الاختصاصي (Spécialiste).

بالنسبة للممارس العام فهناك علاقة عكسية بين المسافة و طلب خدماته، أي أنه كلما كانت المسافة التي تربط مقر سكن المريض و عيادة الطبيب أكبر كلما كان الطلب أقل.

بالنسبة للطبيب الاختصاصي فتأثير المسافة على الكمية المطلوبة من خدماته تتعلق بنوعية الاختصاص. في حالة طبيب مختص في طب الأطفال فحالته مطابقة لحالة الممارس العام، السبب يعود إلى أن طالب الخدمة (الطفل) أقل مقاومة للجهد. أمّا بالنسبة لاختصاصات أخرى كطب العيون ، الجلد ... فإنه لا يوجد تأثير كبير للمسافة على طلب المستهلك، أين التأثير على طلب المستهلك في هذه الحالة يصبح شهرة الطبيب و كفاءته...¹

*ثانيا : هناك عنصر آخر مكون للعرض ألا و هو نظام التأمين الصحي و نسبة التغطية . قد لاحظنا من المحدد السابق أنه كلما زادت التغطية الصحية كلما شجع ذلك الأفراد على طلب خدمات صحية أكثر.

ب- المستشفى العام كمقدم للعلاج :

غالبا ما يكون توزيع المستشفيات على المناطق الجغرافية مختلف من منطقة لأخرى في أي دولة. قد لوحظ أنه كلما زاد عدد المستشفيات و بالمقابل نسبة الأسرة إلى عدد السكان كلما كان طلب الخدمات الصحية داخل المستشفى أكبر، كلما كان نسبة الأسرة إلى عدد السكان أقل كلما كان طلب السكان على خدمات المستشفى أقل.

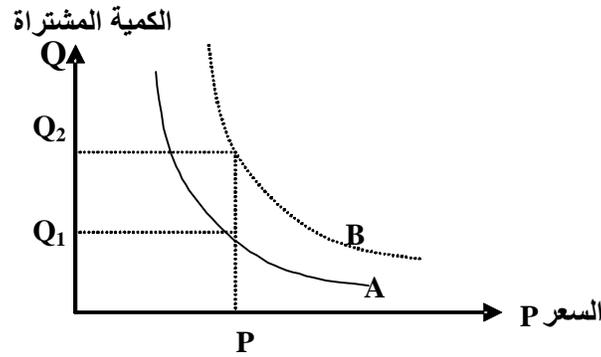
مثلا في فرنسا نسبة الأسرة إلى عدد السكان مرتفعة في منطقة "الزاس" و منخفضة في شمال فرنسا حيث المتوسط الوطني في 1980 هو 8,18 سرير ل 1000 ساكن وقد لوحظ أن الطلب على الخدمات الاستشفائية كان أكبر في منطقة "الزاس" عنه في منطقة الشمال.

¹ - André LABOURDETTE , op.cit , p 83.

3-5 عدد السكان و هيكل الأعمار :

نعلم أنه كلما كان عد السكان دولة ما أكبر، كلما احتاج ذلك هياكل صحية و إمكانيات صحية مسايرة لذلك العدد. هذا المنطق غير سائد في معظم دول العالم، فغالبا ما نجد أن الزيادة السكانية تفوق الزيادة في الهياكل الصحية. بفرض أن سعر الخدمة لم يتغير خلال مدة زمنية معينة، فإن ذلك سيؤدي إلى انتقال منحنى الطلب إلى اليمين من A إلى B كالتالي :

شكل (2-11) تأثير الزيادة السكانية و نوعيتها على منحنى الطلب



المصدر : من إعداد الطالب .

عدد السكان ليس هو الوحيد المحرك لمنحنى الطلب، بل التركيبة السكانية لبلد ما لها كذلك أثر في تحديد الكمية المطلوبة من خدمة صحية ما. لو نأخذ مثلا بلدا فتيا كالجزائر، فترتيب الفئات العمرية يكون كالتالي : أكبر نسبة هي الفئة الشبانية، الكهول ثم الشيوخ. أي أن للجزائر هرم سكاني رأسي، الذي يستدعي عناية صحية كبيرة بأكبر نسبة و هما الرضع و الأطفال أقل من 18 سنة. مما يعني طلب متزايد على خدمات التوليد و طب الأطفال. بالمقابل هناك طلب قليل على الخدمات الصحية من طرف فئة الشيوخ بالمقارنة مع الفئة الأولى و هذا راجع إلى نسبتهم القليلة في هذا البلد. لكن لو نأخذ دولة من دول شمال أوروبا السويد مثلا، ففئة الشيوخ هي الفئة الأكبر من السكان و التي تستدعي في هذه الحالة توفير إمكانيات متزايدة، أين تنتشر فيها أمراض متعلقة بالسن المتقدم كالزيمر مثلا، بالمقابل نسبة الأطفال قليلة و لا تستدعي إمكانيات كالفئة السابقة لإشباعها. في هذه الحالة الهرم السكاني في هذا النوع من البلدان مختلف عن سابقه.

من خلال تأثير محددات الطلب على سلوك المستهلك فإننا نستخلص الحالات التالية :

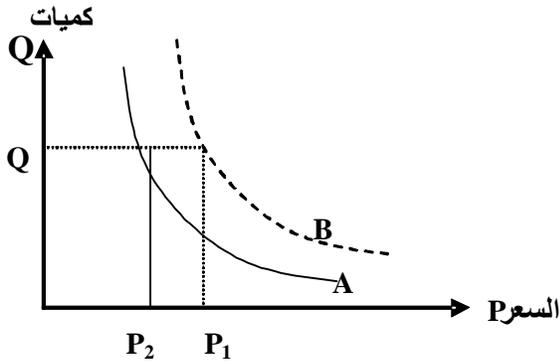
- عند تغير المتغير المستقل أي أحد محددات الطلب (السعر، الدخل ...) و يتغير بالمقابل المتغير التابع و هو الكمية المطلوبة من سلعة ما ، في هذه الحالة سوف تنتقل على نفس منحني الطلب من النقطة $(p1, Q1)$ إلى نقطة أخرى $(p2, Q2)$. يعني أن المستهلك غير كميته المطلوبة من السلعة محل الدراسة لكن لم يغير طلبه تجاه هذه السلعة.

- أما في حالة تغير المتغير المستقل دون أن يؤثر على الكمية المطلوبة، أو بقاء المتغير المستقل ثابت لكن الكمية المطلوبة من سلعة ما تغيرت . فإن ذلك سيؤدي إلى انتقال منحني الطلب من الوضعية A لليمين إلى الوضعية B في حالة زيادة الكمية المطلوبة أو انتقاله إلى اليسار في حالة انخفاض الكمية المطلوبة . في هذه الحالة المستهلك غير طلبه تجاه السلعة أو الخدمة الصحية.

في هذا الصدد نميز الحالات الأربعة التالية :

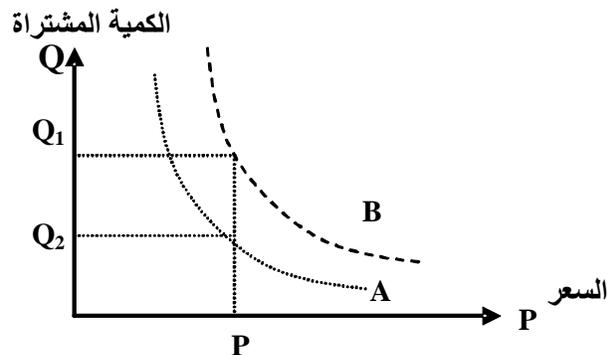
- أ-زيادة المتغير المستقل مع ثبات المتغير التابع .
 - ب-ثبات المتغير المستقل مع تغير المتغير التابع .
 - ج- انخفاض المتغير المستقل مع ثبات المتغير التابع .
 - د- ثبات المتغير المستقل مع انخفاض المتغير التابع .
- يمكن تمثيل هذه الحالات كما يلي :

شكل 13.2 حالة زيادة الطلب
حالة " ب "



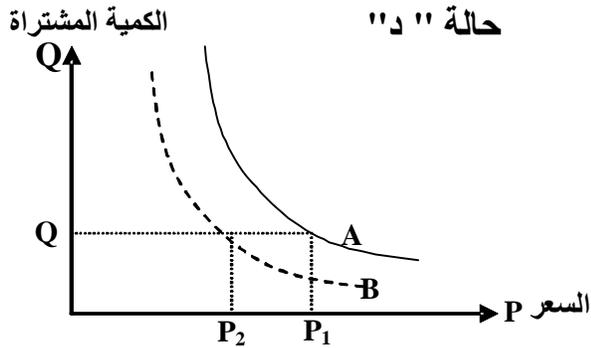
المصدر: طلعت الدمرداش إبراهيم، مرجع سابق ذكره، ص 103

شكل 12.2 حالة زيادة الطلب
حالة " أ "

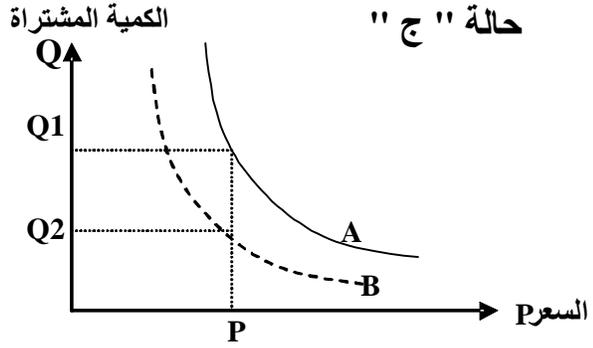


المصدر: طلعت الدمرداش إبراهيم، مرجع سابق ذكره، ص 103

شكل 15.2 حالة انخفاض الطلب



شكل 14.2 حالة انخفاض الطلب



المصدر: طلعت الدمرداش إبراهيم، مرجع سابق ذكره، ص 105 المصدر: طلعت الدمرداش إبراهيم، مرجع سابق ذكره، ص 105

أي أن منحني الطلب ينتقل نحو اليمين من A إلى B في الحالة (أ) و الحالة (ب)، و ينتقل نحو اليسار من A إلى B في الحالة (ج) و الحالة (د). انتقال المنحني نحو اليمين يعني أن المستهلك زاد في طلبه اتجاه السلعة أو الخدمة الصحية، أما انتقاله نحو اليسار يعني أن المستهلك خفض من طلبه اتجاه السلعة أو الخدمة الصحية.

تغير المتغير التابع أو ثباته بدلالة المتغير المستقل، يقودنا لتوضيح مفهوم المرونة .

4 - مرونة الطلب:

تعني مرونة الطلب درجة تغير سلوك مستهلك تجاه سلعة أو خدمة ما بدلالة أحد المتغيرات المستقلة (السعر ، الدخل...). معرفة مرونة الطلب على الخدمات الصحية له من الأهمية بما كان لتخطيط الكمية من الخدمات التي يمكن إنتاجها و بيعها مستقبلا، بدلالة التقديرات الخاصة بأسعار السلع والخدمات، دخول الأفراد ...

حساسية تغير الكمية المطلوبة من سلعة أو خدمة ما بدلالة أحد المتغيرات المستقلة يقاس بواسطة التغير النسبي للكمية المطلوبة " Q " إلى التغير النسبي لأحد المتغيرات المستقلة " X " نرسم للمرونة بالرمز e ونكتب :

$$e_x = (DQ\%/DX\%) = (DQ/Q)(DX/X)$$

سنحاول فيما يلي التعرض إلى مرونة الطلب بدلالة بعض المتغيرات المستقلة كالتالي :

4-1 مرونة الطلب السعرية للخدمات الصحية :

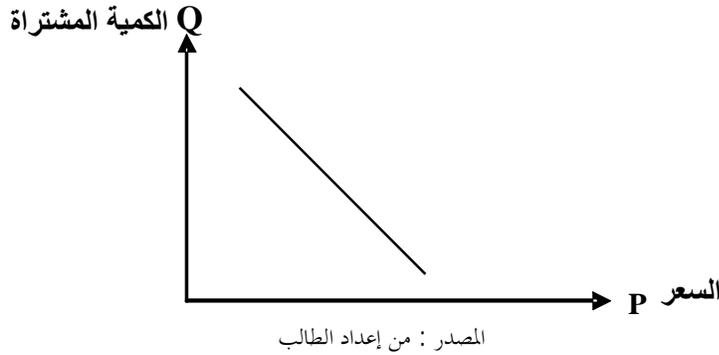
تقيس مرونة الطلب السعرية حساسية الطلب على خدمة أو سلعة صحية مثلا إلى التغير الحاصل في سعرها، نقيس ذلك عن طريق العلاقة التالية :

$$ep = (DQ\%/Dp\%) = (DQ/Q)(Dp/p)$$

عموما هناك علاقة عكسية بين التغير في سعر خدمة صحية ما و الكمية المطلوبة منها ، في هذه الحالة مرونة الطلب السعرية سالبة . في هذا الصدد نسجل الحالات التالية :

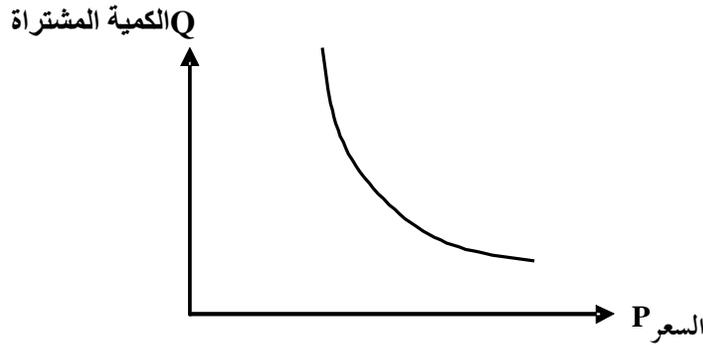
- في هذه الحالة المرونة السعرية ثابتة، أي أن تغير السعر بنسبة معينة سوف يؤثر على الطلب بنفس النسبة عكسيا. منحني الطلب في هذه الحالة يكون خط مستقيم ذو ميل سالب (معامل توجيه سالب). نجد هذه الحالة في بعض التلقيحات الوقائية للأشخاص الأكثر من 18 سنة كالتلقيح السنوي ضد الزكام. الشكل البياني التالي يوضح ذلك:

شكل (2-16) حالة مرونة الطلب مساوية لـ (-1)



- $0 < ep < 1$ في هذه الحالة المرونة السعرية سالبة لكن غير تناسبية، أي أن التغير في السعر بنسبة معينة سيؤثر على الكمية المطلوبة بنسبة أقل في الاتجاه المعاكس. منحني الطلب يكون عبارة عن قطع مكافئ مقعر باتجاه النقطة $D(0,0)$ وهي الحالة العامة للطلب على السلع و الخدمات الصحية في منظومة صحية تكون فيها الخدمات مدفوعة المقابل من طرف المستهلك. يظهر ذلك في الشكل البياني التالي :

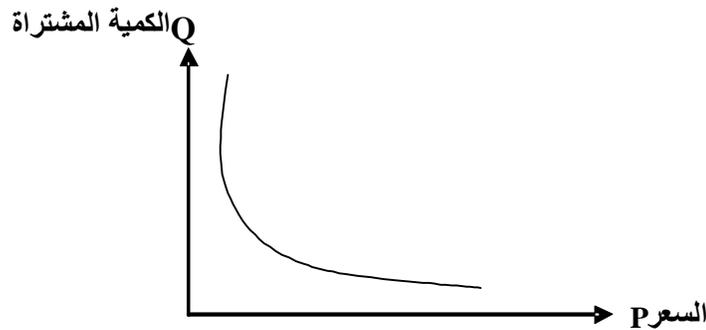
شكل (2-17) : حالة مرونة الطلب محصورة بين $-1, 0$.



المصدر : من إعداد الطالب

- في هذه الحالة المرونة السعرية للطلب على سلعة أو خدمة ستكون سالبة و كبيرة. حيث التغير في السعر بنسبة ما سيؤدي إلى التغير في الكمية المطلوبة بنسبة أكبر. منحني الطلب سيكون عبارة عن قطع مكافئ مقعر باتجاه المبدأ $D(0,0)$. فمثلا لو كانت المرونة السعرية $ep = -2$ هذا يدل أنه إذا ارتفع السعر بنسبة 10%، فالطلب على الخدمة الصحية سينخفض بالضعف أي بنسبة 20%، نجد ذلك في بعض الجراحات الغير مهمة كالجراحات التجميلية مثلا. الشكل البياني التالي يبين ذلك :

شكل (2-18) : حالة مرونة الطلب أقل من -1



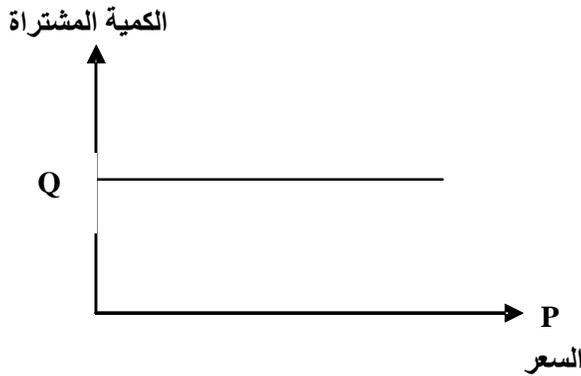
المصدر : من إعداد الطالب

- $ep = 0$ عبارة عن حالة خاصة أين تبقى الكمية المستهلكة ثابتة، مهما تغيرت الأسعار. لدينا :

$$ep = (DQ/Q)/(Dp/p) \iff ep = DQ/Dp \cdot p/Q$$

فالكسر DQ/Dp يعني التغير في الكمية على التغير في السعر، فإذا كان هناك تغير في السعر دون الكمية فإن $DQ=0$ أي $DQ/Dp = 0$ في هذه الحالة $ep=0$.
 منحني الطلب في هذه الحالة يكون عبارة عن خط مستقيم موازي لمحور الفواصل (الأسعار). نجد هذه الحالة في الأشخاص الذين يتمتعون بتغطية كلية (100%) لعلاجهم، أو فيما يخص استهلاك أدوية جديدة لعلاج ما.
 الشكل البياني التالي يوضح ذلك :

شكل (2-19) : حالة مرونة الطلب معدومة .

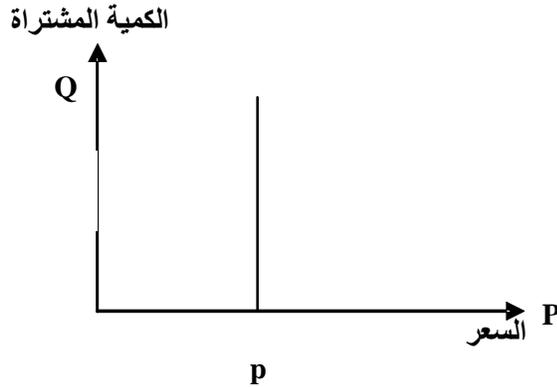


Source : Gilbert Abraham FROIS, Micro Economie, ECONOMICA , Paris 1992, p134

● حالة $ep \rightarrow -\infty$ هذه الحالة تمثل التأثير اللانهائي لتغير الأسعار على الكميات المطلوبة. في هذه الحالة زيادة صغيرة في عنصر السعر يؤدي إلى تغيير لا نهائي (انخفاض) في الكميات. نجد هذه الحالة في حالة وجود سلع بديلة لبعضها، تغير قليل في سعر سلعة ما يؤدي إلى التوجه إلى السلعة البديلة لها. الشكل البياني التالي يوضح ذلك :

حيث : $Lim_{Dp \rightarrow 0-} ep = Lim_{Dp \rightarrow 0-} (DQ/Dp) \cdot P/Q$ فإنه $Dp \approx 0 / ep = (DQ/Dp) \cdot (P/Q)$

شكل (2-20) : حالة مرونة الطلب الانهائية .



Source : André LABOURDETTE, op.cit,p31.

حسب الحالات الخمسة السابقة فإن مرونة الطلب السعرية تختلف من حالة لأخرى و هذا راجع إلى طبيعة المؤثر في سعر السلعة. هذا ما يقودنا للتعرض إلى هذه المؤثرات فيما يلي :

- أ- **المنتجات البديلة** : في هذه الحالة نميز حالتين فرعيتين.
- إذا كنا بصدد دواء تحصل على براءة اختراع جديدة، هذه الأخيرة تمنع المخابر الأخرى من إنتاجه لمدة 15 سنة. خلال هذه المدة لن يكون للمستهلك الاختيار حول أسعار الدواء، فالمخبر المخترع له حرية تحديد الأسعار. في هذه الحالة الطلب على هذا الدواء سوف يكون قليل أو معدوم المرونة.
 - في حالة ما إذا كان دواء له بدائل أخرى، فالكمية المطلوبة من هذا الدواء تكون حساسة لتغيرات الأسعار. لأن المستهلك له إمكانية استبدال الدواء، فبمجرد زيادة سعر الدواء يغير المستهلكون توجههم نحو أدوية أخرى. في هذه الحالة المرونة السعرية كبيرة.

- ب- **أهمية استهلاك المنتج** : نميز حالتين كذلك :
- فإذا كان المنتج ضروري، فالكمية المطلوبة من هذا المنتج سوف لن تتأثر بتغير الأسعار الخاصة به، في هذه الحالة الطلب على هذا المنتج غير مرن.
 - أمّا إذا كان المنتج أقل أهمية و يمكن تأجيل استهلاكه، ففي هذه الحالة يمكن التخلي على استهلاكه مؤقتاً حتى يحدث تحسن في الأسعار مستقبلاً، هنا الطلب على هذا المنتج مرن.

ج- الدخل المخصص لاستهلاك السلع و الخدمات الصحية :

- إذا كان الدخل المخصص لاستهلاك السلع و الخدمات الصحية قليل - نسبته قليلة بالمقارنة مع الدخل المتاح - في هذه الحالة لن تتأثر الكمية المستهلكة بالتغير في الأسعار، إذن فالطلب غير مرن.
- إذا كان الدخل المخصص لاستهلاك سلع و خدمات صحية كبير - نسبته كبيرة و يأخذ جزء كبير من الدخل المتاح - فإنّ التغير في سعر هذه السلع و الخدمات سوف يؤثر في الكمية المطلوبة منها إذن فالطلب مرن في هذه الحالة.

د- الفترة الزمنية اللازمة للعلاج :

- إذا كانت فترة العلاج قصيرة ، فالمستهلك ليس له الوقت لترتيب الأفضليات في العلاج، في هذه الحالة لن يتأثر المستهلك بتغير الأسعار. إذن فالطلب غير مرن.
- أمّا إذا كانت فترة العلاج طويلة نوعا ما أو حالة مرض مزمن، فالمستهلك له الوقت في ترتيب الأفضليات و متابعة أخبار الأدوية و العلاجات الجديدة، بذلك يمكنه تغيير العلاج أو السلع و الخدمات الصحية في أي وقت، في هذه الحالة الطلب مرن.
مما سبق استنتجنا أن المستهلك للخدمات و السلع الصحية يأخذ بعين الاعتبار و بنسب مختلفة التغير في الأسعار من أجل تحديد الكميات المطلوبة لإشباع رغبته الصحية.
فالسعر يكون سبب في تغير سلوك المستهلك إذا كان ناتجا عن تفاعل العرض و الطلب على سلعة أو خدمة صحية. يكون السعر مؤثر فقط يأخذ به المستهلك لتحديد كمياته المطلوبة، إذا كانت هناك مؤشرات أخرى تؤثر على طلب المستهلك (الدخل، السلع البديلة ...)
نريد فيما يلي عرض مرونة الطلب بدلالة الدخل.

4-2 مرونة الطلب الدخلية للسلع و الخدمات الصحية :

تقيس هذه المرونة حساسية الطلب لسلعة أو خدمة ما بدلالة التغيرات في دخل الفرد. نقيس المرونة بواسطة العلاقة التالية :

$$er = DQ\%/Dr\% = (DQ/Q) / (Dr/r)$$

عموما المرونة الداخلية موجبة ($er > 0$) . يعني ذلك أنه أي زيادة في الدخل سوف ينجم عليها زيادة في الكمية المطلوبة للاستهلاك¹.

- حالة خاصة :

هناك نوع من السلع و هي " السلع الدنيا " أين ($er < 0$) أي أنه كل زيادة في الدخل ستؤدي إلى انخفاض في استهلاك هذا النوع من السلع. ففي الدول النامية هناك نوع من الغذاء ذو الاستهلاك الواسع "كالخبز" مثلا في الجزائر. فأى زيادة في الدخل يؤدي إلى التخلي على جزء من استهلاك هذه المادة و التوجه لاستهلاك مواد غذائية أخرى.

بالنسبة للحالة العامة (السلع العادية) و علاقتها بالمرونة الداخلية نميز الحالات التالية :

$0 < er < 1^*$ فالمرونة الدخلية في هذه الحالة صغيرة ، أي أنه التغير بنسبة معينة، سيؤثر في الكمية المطلوبة بنسبة أقل. مثلا عدد الفحوصات الدورية للمرأة الحامل.

$er > 1^*$ بالنسبة لبعض الخدمات الصحية التي لا تتأثر في صحة الفرد مباشرة . بل تتأثر في نفسيته كالجراحات التجميلية مثلا. فعند ارتفاع الدخل بنسبة قليلة سيؤدي ذلك إلى زيادة كبيرة في الطلب على هذا النوع من الجراحة. انخفاض الدخل بنسبة قليلة سيؤدي إلى انخفاض الطلب بنسبة أكبر على هذا النوع من الجراحة.

ستتطرق فيما يلي إلى نوع آخر من المرونة و هي المرونة الخاصة بسلعتين تربطهما علاقة فيما بينهما.

3-4 مرونة الطلب السعرية التقاطعية للخدمات الصحية :

" تقيس هذه المرونة مدى استجابة الطلب على سلعة أو خدمة ما إلى التغيرات التي حدثت في سعر سلعة أو خدمة أخرى " .²

تقيس هذه المرونة حساسية الطلب على السلعة A عند تغير سعر السلعة B بالعلاقة التالية :

$$eDC = (DQA/QA) / (DPB/PB)$$

¹ - طلعت الدمرداش، مصدر سابق ذكره، ص 122.

² - طلعت الدمرداش، مصدر سابق ذكره، ص 121.

مرونة الطلب السعرية التقاطعية خاصة بالسلع و الخدمات التي تربطها علاقة فيما بينها . و نميز في هذه الحالة نوعين من المرونة :

أ- مرونة الطلب السعرية التقاطعية للسلع البديلة :

لنفرض أنّ هناك سلعتين بديلتين A و B متساويتين السعر. لو تغير سعر السلعة B نحو الارتفاع فإن المستهلك سوف يقلل من استهلاكه للسلعة B و يزيد من استهلاكه للسلعة A ما دام سعرها لا يتغير، أي أنّ تغير سعر السلعة B نحو الارتفاع أدى إلى الزيادة في استهلاك السلعة A و المرونة السعرية التقاطعية في هذه الحالة موجبة $EDC > 0$. تبقى المرونة السعرية التقاطعية موجبة اذا انخفض سعر السلعة B و أدى ذلك إلى انخفاض الكمية المطلوبة من السلعة B .

ب- مرونة الطلب السعرية التقاطعية للسلع المكاملة لبعضها :

في هذه الحالة السلعتين A و B متكاملتان، فالمنفعة المرجوة من استهلاك السلعة A لا تتحقق إلا باستهلاك السلعة B و العكس صحيح. فإن ارتفاع سعر السلعة B سيخفض من الكمية المطلوبة من A و B معا.

أي أنّ هناك علاقة عكسية بين سعر السلعة و الكمية المطلوبة من السلع المكاملة لبعضها. في هذه الحالة المرونة السعرية التقاطعية سالبة $EDC < 0$.

لفهم سوق السلع و الخدمات الصحية يجب التطرق إلى جانبه الآخر ألا وهو عرض الخدمات الصحية و تحليل سلوك المنتج لها.

المطلب الثالث : عرض الخدمات الصحية :

نستهل هذا المطلب بطرح السؤال التالي : ما هو الهدف الذي يريد تحقيقه العارض للسلع و الخدمات الصحية ؟

الهدف الأساسي الذي يصبو لتحقيقه معظم العارضين هو تحقيق أعظم ربح ممكن . لكن هذا لا ينطبق على كل العارضين. فهناك أهداف أخرى عدا الربح من احتلال نسبة معينة من السوق،

البقاء في المنافسة و عدم الخروج من السوق ، البعض الآخر لهم أهداف اجتماعية من تحقيق طلبات طبقة اجتماعية متدنية الدخل مثلا أو مجموعة من السكان يقطنون منطقة جغرافية معينة. هذه الأهداف ستحقق من خلال فترة زمنية معينة، يبقى مفهوم الزمن و عنصر الخطر يختلف من عارض أو منتج للسلع و الخدمات الصحية إلى آخر.

" يكون من الضروري التنبيه إلى أنه في العديد من نظم الخدمات الصحية يكون العرض على قدر كبير من التنظيم ، لا يستجيب لقوى السوق بنفس طريقة عرض السلع الاستهلاكية و إن كان هذا لا يمنع من تحليل عرض الخدمات الصحية من خلال نظام السوق الحر ، حتى يمكن تفعيل الحوافز السوقية في أداء نظم الخدمات الصحية ، وصولا إلى الكفاءة و الفعالية في أداء تلك الخدمات " ¹.

سوف نحلل سلوك العارض للخدمات الصحية في ضل مجموعة من الفرضيات التي سوف نتناولها فيما يلي :

1 - فرضيات متعلقة بالعارض للخدمات الصحية :

قبل التطرق لسلوك العارض للخدمات الصحية وفقا للعوامل المؤثرة عليه. نريد أولا أن نضع فرضيات التي ستقودنا أثناء تحليلنا الموالي :

الفرضية الأولى :

سنحاول تحليل سلوك العارض للخدمات الصحية من خلال نظام السوق الحر، أين تصبح الخدمات الصحية كأى خدمة سوقية أخرى تخضع لقوى السوق.

الفرضية الثانية :

المحرك الأساسي للكمية المعروضة هو سعر السلعة، فالعارض له إمكانية عرض كمية أكبر إذا عرض عليه سعر أعلى (مع ثبات المؤثرات الأخرى على العرض).

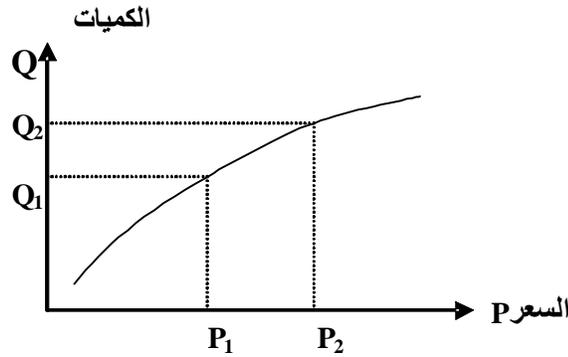
¹ - طلعت الدمرداش، مصدر سابق ذكره، ص 105.

1 - قانون عرض السلع و الخدمات الصحية :

" يتوقع أن ترتبط كمية السلعة المعروضة في السوق ارتباطا مباشرا بسعرها ، مع ثبات الأشياء الأخرى فإذا زاد سعر السوق ، ستزيد الكمية المعروضة من السلعة أو الخدمة"¹.
المحفز الأساسي لزيادة الكميات المعروضة من السلع أو الخدمات الصحية هو السعر المتاح (ارتفاع السعر) مع فرضية ثبات المتغيرات الأخرى.

عموما كلما زاد السعر الخاص بالسلع و الخدمات المعروضة كلما شجع ذلك العارضين على عرض كمية أكبر، كلما انخفض السعر كلما أدى بالعارضين للتخطيط من أجل عرض كميات أقل مستقبلا، أي أن هناك علاقة طردية بين السعر و الكمية المعروضة، الشكل البياني التالي يوضح ذلك:

شكل (2-21) : منحنى عرض الخدمات الصحية بدلالة سعرها



المصدر : طلعت الدمرداش، مصدر سابق ذكره، ص 107.

3 - العوامل المحددة للعرض :

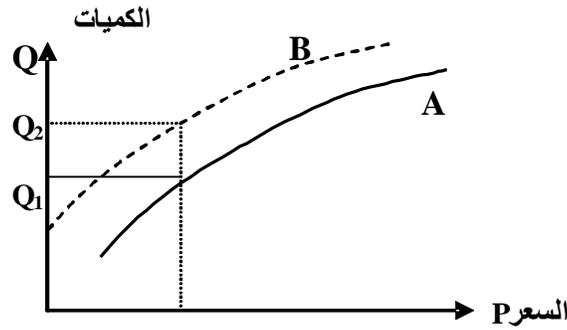
ماعدا السعر - الذي تعرضنا إليه في قانون العرض - هناك متغيرات أخرى تؤثر على الكمية المعروضة من السلع و الخدمات الصحية. هذه العوامل سواء كانت منفردة أو مجتمعة هي المحدد للكميات المعروضة. من أهم هذه العوامل : عدد المنتجين، مستوى التكنولوجيا، تكاليف الإنتاج، أسعار السلع الأخرى، توقعات المنتجين، توقعات خاصة بالطلب ...

¹ - طلعت الدمرداش، مصدر سابق ذكره، ص 106.

3-1 عدد المنتجين :

في هذه الحالة هناك توجه ظريفي إلى إنتاج سلعة أو خدمة ما عند ارتفاع سعرها، هذه الزيادة في السعر سوف تكون كمشجع لدخول منتجين جدد إلى سوق هذه السلعة أو الخدمة. زيادة عدد المنتجين يعني زيادة الكمية المنتجة و المعروضة في السوق بالرغم من أن أسعارها لم تتغير في المرحلة الموالية، هذا يؤدي إلى انتقال منحنى العرض نحو اليسار من A نحو B حسب الشكل البياني التالي :

شكل (2-2) عدد المنتجين كمحدد لعرض الخدمة الصحية.



المصدر : من إعداد طالب

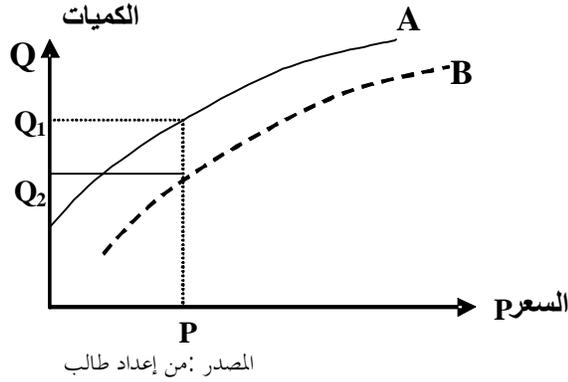
3-2 مستوى التكنولوجيا :

تساعد التجهيزات ذات التكنولوجيا و التقنية العالية من تقليل التكاليف و عرض كمية أكبر من السلع و الخدمات. مثلا لو أخذ قسم خاص بالرعاية و النقاهاة للأشخاص الذين يعانون من كسور، فإن استعمال تلك التجهيزات سيمكن المريض من الشفاء في أسرع وقت ممكن و إخلاء السرير المخصص له مبكرا. هذا ما يؤدي بالجهة المستقبلية من استقبال عدد إضافي من المرضى، هذا يعني زيادة الكمية المعروضة من خدمات الرعاية في هذا القسم. بالتالي سترتفع الكمية المعروضة من هذه الخدمة بالرغم من أن السعر لم يتغير و هو ما يؤدي إلى انتقال منحنى العرض نحو اليسار من A نحو B (الشكل رقم 2-2) .

3-3 تكاليف الإنتاج :

قبل توجه صاحب مشروع إلى إنتاج سلعة أو خدمة معينة ثم عرضها، يقوم أولا بدراسة المشروع و خاصة عوامل الإنتاج (سعرها، مكان توفرها، كميتها...) إن زيادة تكلفة عامل من عوامل الإنتاج أو مجموعها سيؤدي إلى إنخفاض العائد المحقق من بيعها. هذا ما يؤدي بالمقررين إلى تخفيض الكمية

المنتجة منها و التحول إلى خدمات أخرى تعود عليهم بعائد أكبر (ربحية أكبر) في هذه الحالة ينتقل منحنى العرض إلى اليمين من \bar{A} إلى \bar{B} حسب الشكل البياني التالي :
شكل (2-23) : تكاليف الإنتاج كمحدد للعرض .



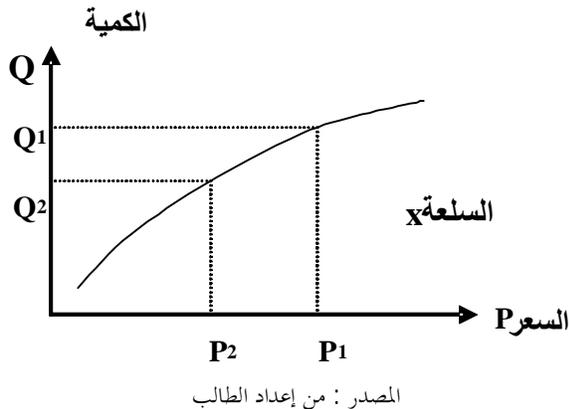
3-4 أسعار السلع الأخرى :

في هذا الصدد نميز حالتين :

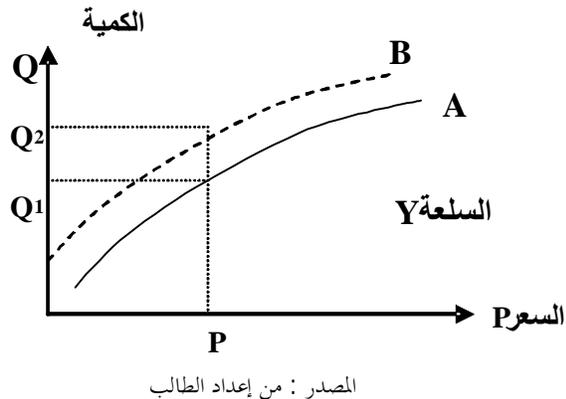
حالة السلع البديلة :

نفرض أن هناك سلعتين "X" و "Y" و هاتين السلعتين بديلتين لبعضهما البعض. فإنه عند انخفاض سعر بيع السلعة "X" مثلا تنقص بالمقابل الكمية المعروضة منها، بهذا سوف نتقل على نفس منحنى العرض نحو اليسار. في هذه الحالة سوف يتوجه المنتجين لإنتاج السلعة البديلة "Y" التي لم ينخفض سعر بيعها، يعني أن الكمية المنتجة و المعروضة من السلعة "Y" زادت بالرغم من أن الأسعار لم تتحرك و بالتالي سوف نتقل إلى منحنى عرض آخر نحو اليسار من A نحو B . يظهر ذلك في الشكلين البيانيين التاليين :

شكل 24.2 : منحنى عرض السلعة X



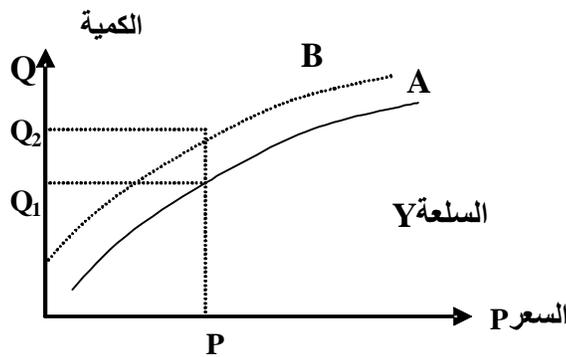
شكل 25.2 : منحنى عرض السلعة البديلة Y



حالة السلع المكتملة لبعضها :

في هذه الحالة نفرض أن السلعة "Y" مكتملة للسلعة "X" فإذا زاد سعر السلعة "X" مثلاً سيؤدي ذلك إلى عرض كمية أكبر منها في السوق، أين تنتقل على نفس منحنى العرض نحو اليمين. بما أن السلعة "Y" مكتملة للسلعة "X" فإنها سوف تتغير كميتها المعروضة في نفس اتجاه تغير السلعة "X" بالرغم من أن سعرها لم يتغير. مما يؤدي إلى انتقال منحنى العرض نحو اليسار. الشكل البياني التالي يوضح ذلك :

شكل 2-26 : منحنى عرض السلعة المكتملة Y



المصدر : من إعداد الطالب

3-5 الحالة النفسية للعروض :

في هذه الحالة تتحكم الحالة النفسية للعروض في الكمية المعروضة من سلعة أو خدمة ما. فإذا كان متفائلاً فسوف يعرض كمية أكبر مستقبلاً ، أما إذا كان متشائماً فإنه سوف يعرض كمية أقل. عموماً هذه المحددات لا تنطلق في نفس الاتجاه (زيادة أو انخفاض) دائماً، في هذه الحالة تحرك منحنى العرض سيكون بدلالة الأثر الصافي لتغير هذه المحددات .

مما سبق نستخلص أنه عندما يتغير أحد محددات العرض (المتغير المستقل) يؤثر ذلك على الكمية المعروضة (المتغير التابع) مما يؤدي إلى الانتقال من توليفة إلى أخرى على نفس منحنى العرض إلى اليمين أو إلى اليسار.

أما إذا تغير أحد محددات العرض (المتغير المستقل) دون التأثير على الكمية المعروضة (المتغير التابع) أو إذا تغيرت الكمية المعروضة مع ثبات محدد العرض، فإننا سوف ننتقل من منحنى عرض إلى منحنى عرض آخر إلى اليمين (انخفاض الكمية المعروضة) أو إلى اليسار (زيادة الكمية المعروضة)

في هذا الصدد نميز الحالات الأربع التالية :

- أ- ثبات المتغير المستقل مع زيادة الكمية المعروضة.
 ب- انخفاض المتغير المستقل مع ثبات الكمية المعروضة.
 ج- ثبات المتغير المستقل مع انخفاض الكمية المعروضة.
 د- زيادة المتغير المستقل مع ثبات الكمية المعروضة.
- انتقال منحني العرض نحو اليسار من A إلى B (الحالة أ) و (الحالة ب) تعني أن العارض زاد في عرض السلعة أو الخدمة. أما انتقال منحني العرض نحو اليمين من A إلى B (الحالة ج) و (الحالة د) تعني أن العارض خفض في عرضه للسلعة أو الخدمة. تجاوب المتغير التابع مع المتغير المستقل و بأي نسبة يقودنا للتعرض إلى مفهوم المرونة في جانب العرض.

4- مرونة العرض :

مؤشر المرونة في جانب العرض يقيس لنا حساسية العرض (الكمية المعروضة) لتغير أحد محددات العرض بالعلاقة التالية :

$$ey = (DQ\%/Dy\%) = (DQ/Q) / (Dy/y)$$

حيث y هو أحد محددات العرض. سوف لن نتطرق إلى مرونة العرض بدلالة كل محدد سنتطرق إلى مرونة العرض السعرية كمثال على مرونة العرض.

مرونة العرض السعرية :

يقيس مؤشر مرونة العرض السعرية مدى استجابة الكمية المعروضة من سلعة أو خدمة إلى التغيرات التي طرأت على سعرها بالعلاقات التالية :

$$ep = (DQ\%/Dp\%) = (DQ/Q) / (Dp/p)$$

على عكس مرونة الطلب السعرية السالبة فإن مرونة العرض السعرية موجبة. أي أن هناك علاقة طردية بين الكمية المعروضة و سعرها. حيث نميز الحالات التالية المتعلقة بالمرونة :

§ $ep=0$: مرونة العرض السعرية معدومة. السعر ليس له أي تأثير على الكمية المعروضة.

§ $0 < ep < 1$: مرونة العرض السعرية ضعيفة.

§ $ep=1$: مرونة العرض السعرية متكافئة. تغير السعر بنسبة معينة، يؤدي إلى تغير الكمية بنفس النسبة و في نفس الاتجاه.

§ $ep>1$: مرونة العرض السعرية كبيرة. تغير السعر بنسبة معينة، يؤدي إلى تغير الكمية المعروضة بنسبة أكبر.

§ إن التقاء منحنى الطلب على سلعة أو خدمة معينة و منحنى العرض الخاص بها في نقطة ما، هذه النقطة ستبين لنا كمية التوازن و السعر المقبول من الطرفين، هذا ما سنحاول تناوله في المبحث الموالي.

المبحث الثاني : تسعير الخدمات الصحية :

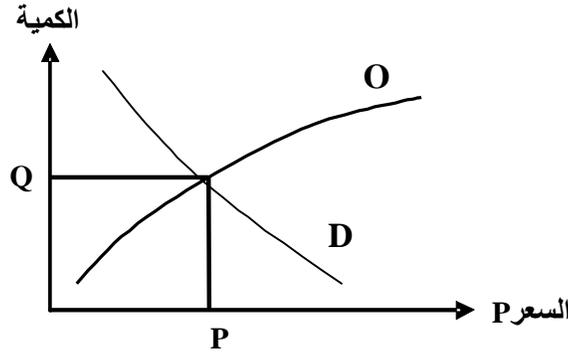
تعرضنا في المبحث الأول من هذا الفصل إلى العرض و الطلب و الخدمات الصحية، محددات كل منهما، مرونتها أمام المتغيرات المحتملة ... باستعمال تلك المعلومات سنحاول في هذا المبحث تحديد سعر السلع و الخدمات الصحية.

المطلب الأول : تحديد السعر السوقي للخدمات الصحية :

1 - طريقة تحديد السعر :

يتحدد سعر السوق للخدمات الصحية - كأى خدمة سوقية أخرى - بالتقاء منحنى عرض الخدمة و الطلب عليها . فالنقطة المتحصل عليها تمثل نقطة تقاطع رغبة العارض في عرض كمية معينة من خدمة ما، و مجموع رغبات الطالبين (الكمية المراد شراءها) . بإسقاط هذه النقطة على المحور الأفقي نتحصل على سعر التوازن و هو سعر الخدمة الصحية في لحظة زمنية ما، بإسقاطها على المحور العمودي نتحصل على كمية التوازن، الشكل البياني التالي يوضح ذلك :

منحنى 2-27: منحنى تحديد سعر السلعة أو الخدمة



المصدر : طلعت الدرمداش، مصدر سابق ذكره، ص 128.

لو سلمنا أن الأسعار لها حرية الحركة (الارتفاع أو الانخفاض) أي أننا بصدد سوق حر، فإن السعر سيكون الحكم الرئيسي لتصحيح الاختلالات بين الكمية المعروضة و الكمية المطلوبة من سلعة أو خدمة ما، سعر التوازن سيكون المطهر لسوق الخدمة الصحية من جانبيين.

من جانب العرض : سعر التوازن سوف يكون المؤشر الذي سيؤخذ به العارضين من أجل تعديل الكمية المعروضة في مرحلة موالية.

من جانب الطلب : سعر التوازن سيكون إما الكابح لرغبات طالبي الخدمات الصحية أو المشجع لهم في المرحلة الموالية للتوازن.

لكن في الواقع عملية تطهير سوق السلع و الخدمات الصحية لن تكون بسرعة هذا من جهة، من جهة أخرى ليس بسهولة و هذا راجع إلى :

المقاومة التي سيديها العارضين أمام انخفاض كمية الخدمة و ذلك باستعمال الإشهار مثلا من أجل التشجيع على الاستهلاك أكثر من هذه الخدمة.

قد تكون هناك رغبة قوية لطالبي هذه الخدمة على الرغم من أن الأسعار ارتفعت ، لكن هذا سوف لن يكبح رغبتهم في الإستهلاك.

بالإضافة إلى المعارضة من جانب العرض أو الطلب، فإن عملية التطهير قد لن تكون بسرعة. حيث يتطلب العارض أو الطالب لخدمة صحية ما الوقت الكافي من أجل تغيير سياسته الإنتاجية أو الاستهلاكية.

2- أثر القيود السعرية :

افتراضنا فيما سبق أن سوق السلع و الخدمات الصحية هو سوق حر من ناحية أن الأسعار لها

حرية الحركة حسب معطيات السوق في لحظة زمنية معينة. تتوقف الأسعار (تتحدد) عند الحد الذي تتلاقى فيه رغبة الطالب للخدمة و عارضها. لكن الواقع - في سوق السلع و الخدمات الصحية - يحتم علينا احتواء خصوصية هذا النوع من السوق من معرفة المنظومة الصحية لبلد ما، من يقوم بدفع مقابل الخدمة الصحية (الممول) و هل هناك من يتدخل في تعديل الأسعار (الحد من حرية السوق). نميز في هذا الصدد حالتين :

1-2 تأثير سياسة الحد الأقصى للسعر :

في هذه الحالة سوف يقوم الممول للخدمات الصحية داخل المنظومة الصحية بتحديد سقف لسعر الخدمة الصحية، فالمعني الأول بهذا السقف هو العارض للخدمة، فتبعاً للسعر المعطى سوف يقوم بعرض الكمية المقابلة لذلك .

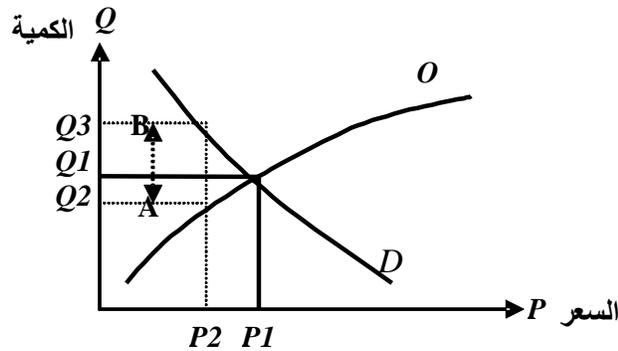
لو فرضنا أنه حدد سقف لسعر خدمة ما أقل من سعر التوازن في مرحلة سابقة. هذا السعر في مرحلة موالية لن يشجع العارضين في زيادة الكمية المعروضة نظراً لانخفاض سعرها و بالمقابل العائد التي تدره. بالمقابل هذا السعر الجديد سوف يشجع الطالبين على زيادة استهلاكهم من هذه الخدمة. نتيجتا لذلك سيظهر هناك طلب فائض على هذه الخدمة. الرسم البياني التالي يوضح ذلك :

حيث :

$P1$: هو السعر التوازن في مرحلة سابقة .

$P2$: هو الحد الأقصى للسعر المحدد في مرحلة موالية .

شكل (2-28) : حالة تأثير الحد الأقصى للسعر .



المصدر : طلعت الدرمداش، مصدر سابق ذكره، ص 128 .

في المرحلة السابقة كان سعر التوازن $P1$ و الكمية المقابلة $Q1$ في المرحلة الموالية السعر المحدد الجديد $P2$ أقل من سعر التوازن $P1$ ، الذي أدى بالعارضين إلى تخفيض الكمية المعروضة من $Q1$ إلى $Q2$. بالمقابل زاد الطلب (الكمية المطلوبة) من $Q1$ إلى $Q3$ نظرا لانخفاض الأسعار. نتيجة لذلك ظهر هناك طلب فائض يتمثل في المسافة المحصورة بين النقطتين A و B .

نميز في هذا الصدد حالتين :

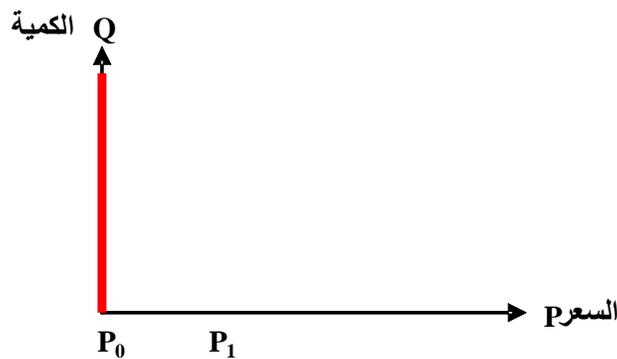
أ - حالة تقديم الخدمة الصحية مجانا :

في بعض المنظومات الأوروبية (إنجلترا، السويد...) أو بعض الدول الاشتراكية سابقا (الجزائر في ظل مرحلة الطب المجاني) تقديم الخدمات الصحية للسكان يكون بدون مقابل نقدي مباشر أو الدولة هي التي تدفع مقابل تلك الخدمات.

في هذه الحالة منحنى الطلب يكون عبارة عن خط مستقيم عمودي، أي أن الكميات المطلوبة تتزايد بجرية ما دام سعر الخدمة صفر. في هذه الحالة يصبح الطلب على الخدمة الصحية يتجه نحو اللانهاية و الكمية المعروضة بالمقابل محدودة. حيث لا يمكن إشباع كل الطلبات في نفس الوقت و التي سوف لن يقابلها حجم كافي من الخدمات لإشباعها أين ينتج عنها طوابير انتظار طويلة في الهياكل الصحية.¹

الشكل البياني التالي يوضح ذلك :

الشكل 2-29 : حالة تقديم الخدمة الصحية مجانا



المصدر : طلعت الدمرداش، مصدر سابق ذكره، ص 123.

ب - حالة قيام طرف ثالث بدفع مقابل الخدمة :

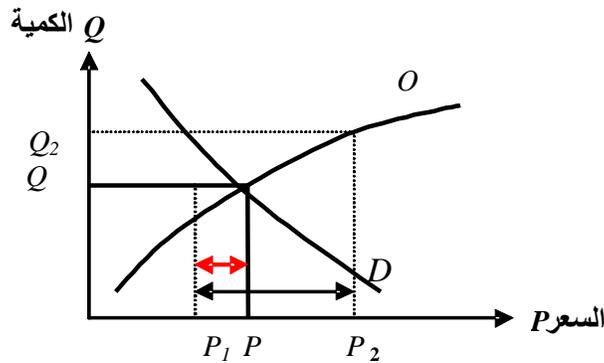
في هذه الحالة المستهلك للخدمات الصحية إما أنه لا يدفع مقابل الخدمة الصحية بتاتا أو أنه يدفع

¹ - طلعت الدمرداش، مصدر سابق ذكره، ص 132.

جزء بسيط من سعر هذه الخدمة. يتكفل بدفع مقابل تلك الخدمة طرف ثالث (شركة تأمين، ضمان اجتماعي ...). و في كلتا الحالتين المبلغ المدفوع من طرف المستهلك سوف لن يغطي مقابل الخدمة الصحية المقدمة، ففي المنظومة الصحية الأمريكية مثلا رب العمل الذي يتكفل بتسديد اشتراكات (أقساط) التأمين الدورية و المستفيد هو المستخدم لدى رب العمل. في المرحلة أولى لدينا نقطة توازن (p, Q) أين سعر الخدمة p ، المبلغ المدفوع من طرف المستفيد هو $p1$ ، الفرق بين p و $p1$ هو المبلغ المسدد من طرف التنظيم الممول.

في مرحلة مواءمة و بما أن السعر المسدد من طرف المستفيد بسيط يقوم الأشخاص المؤمنين بطلب كمية أكبر من الخدمات الصحية، أين سترتفع الأسعار ما دامت الكمية المعروضة ثابتة . زيادة الأسعار ستكون في أول الأمر على عاتق شركة التأمين (التنظيم الممول) ، و التي ستحول فيما بعد النفقات الإضافية إلى رب العمل. و في مرحلة ثالثة سيحول رب العمل تلك النفقات و يضمها إلى تكاليف الإنتاج أين سترتفع أسعار المنتجات و التي ستأثر على القدرة الشرائية في تلك الدولة. الفرق الجديد بين الجزء المدفوع من طرف المستفيد $p1$ و الجزء الممول من طرف التنظيم (الطرف الثالث) عبارة عن المسافة بين $p1$ و $p2$ ، الشكل البياني التالي يظهر ذلك :

(شكل (2-30) حالة قيام طرف ثالث بدفع مقابل الخدمة.



المصدر : طلعت الدمرداش، مصدر سابق ذكره، ص 124.

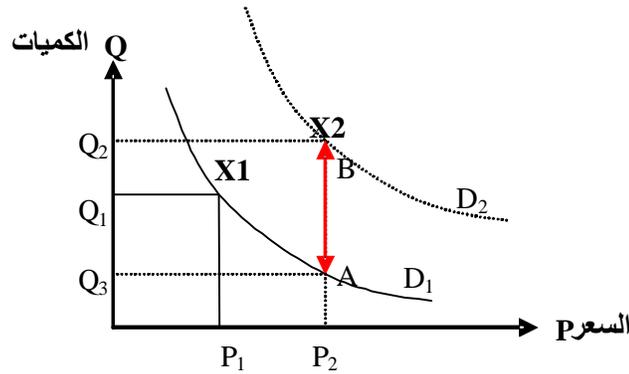
2-2 تأثير سياسة الحد الأدنى للسعر :

في هذه الحالة نحن بصدد حد أدنى لسعر خدمة صحية مقدمة لا نستطيع أن نترل دونه. بفرض أننا كنا نقدم خدمة صحية بسعر توازني $p1$ المقابل للكمية $Q1$. لو أن الأسعار حدد لها سعر أدنى أعلى من سعر التوازن مثلا $p2$ فإن ذلك سوف يشجع العارضين على زيادة كمية هذه

الخدمة في السوق. بالمقابل زيادة سعر هذه الخدمة سوف يآثر على كمية المطلوبة من طرف مستهلكيها، أين انخفاض الاستهلاك سوف يظهر كمية معروضة من تلك الخدمة فائضة لا يقابلها طلب فعال (المسافة من A إلى B) من أجل امتصاص ذلك الفائض فلا يمكن للعارضين في هذه الحالة تخفيض أسعارهم بما أن هناك سعر أدنى محدد أين يلجؤون إلى سياسات أخرى (الترويج، الإعلان...) من أجل تحريك منحى الطلب إلى اليمين لاحتواء الكمية الفائضة أين نتحصل على نقطة توازن جديدة X_2 .

الشكل البياني التالي يظهر ذلك :

شكل 2- 31 : حالة تأثير الحد الأدنى للسعر



المصدر : طلعت الدمرداش، مصدر سابق ذكره، ص 136.

المطلب الثاني : تطبيق التسعيرة في قطاع الخدمات الصحية :

تخضع أسعار الخدمات الصحية إلى السياسة المتبعة من طرف المنظومة الصحية في أي بلد من العالم، عموماً لا تكون أسعار الخدمات الصحية حرة، بل تعمل المنظومة الصحية على وضع تشريعات لتنظيم و تقييد تلك الأسعار و هذا من أجل تحقيق الصالح العام.

في الواقع يختلف تسعير الخدمة الصحية و ذلك حسب الجهة المقدمة لتلك الخدمة (مستشفى عام)، عيادة خاصة...). بالإضافة إلى ذلك استعمال الحساب الاقتصادي كقاعدة لحساب التكاليف من أجل تحديد التسعيرة يختلف كذلك حسب الجهة المقدمة للعلاج. لذلك سنبين كيفية تحديد تسعيرة الخدمة الصحية بدلالة الجهة المقدمة كالتالي :

1 - العلاج غير المعطل : (Les soins ambulatoires)

"عموما ينقسم الأطباء في الدول الغربية إلى فريقين : منهم من يخضع لأسعار ناتجة عن المفاوضات بين نقاباتهم و بين شركات التأمين (عامة أو خاصة) . منهم من يقوم بتحديد تسعيرة الخدمة الصحية بحرية"¹.

1-1 بالنسبة للفريق الأول :

تزيد نسبته في الدول التي تطبق منظومة صحية اجتماعية، بالمقابل تقل نسبته كلما اتجهنا نحو منظومة صحية حرة.

يقوم الطبيب بتحديد تسعيرة الخدمة الصحية المقدمة عن طريق جمع أسعار مختلف الخدمات المقدمة فكل خدمة مشفرة بحرف لاتيني مثلا (التشخيص "C"، التحليل "B"، الأشعة "R" ...) و كل حرف مرفق بسعر خاص به. سعر كل خدمة يحدد عن طريق الاتفاق بين الأطباء و الأجهزة الممولة (شركات تأمين، ضمان اجتماعي، أجهزة دولة ...) تحت رعاية وزارة الصحة، الهدف الرئيسي هو عقلنة تقديم هذه الخدمات من جهة و محاولة تخفيض التكاليف من جهة أخرى .

سعر الخدمة الصحية إذا ليس خاضعا للمنافسة و ليس له علاقة بالتكلفة الحدية لآخر وحدة منتجة و مقدمة، بل نتيجة لاتفاق بين الجهات المعنية.

1-2 بالنسبة للفريق الثاني :

تزيد نسبته في الدول ذات منظومة صحية حرة، بالمقابل تقل نسبتهم في منظومة صحية اجتماعية. داخل هذا الفريق نجد طريقتين خاصتين بتحديد التسعيرة.

أ- هناك نوع من الأطباء الذين يحددون أسعار خدماتهم الصحية بكل حرية و دون أي ضغط من الأجهزة الممولة. في هذه الحالة الطبيب يسعر الخدمة الصحية بالنظر إلى أعلى مبلغ مالي يمكن للمستهلك أن يدفعه، بالمقابل يتحصل المريض على مبلغ زهيد من المؤمن. في هذا الصدد الطبيب على دراية بالإمكانيات المالية للمريض و أنه ما دام قد اختار التسعيرة الحرة فهذه الإمكانيات الضرورية للتسديد.

¹ - André LABOURDETTE , op.cit , p 114.

نجد هذا النوع من التسعيرة في عمليات الجراحة التجميلية و شد الوجه مثلا. يحقق الطبيب أعظم ربح عندما يتساوى سعر الخدمة الصحية مع التكلفة الحدية لآخر خدمة صحية مقدمة.

ب- هناك نوع آخر من الأطباء الذي يحدد تسعيرة للخدمة الصحية تتعدى التسعيرة المعمول بها، حرية تحديد التسعيرة محدودة، لأن نشاط الطبيب خاضع لمراقبة الجهة الممولة نجد هذا النوع من التسعيرة فيما يخص الأطباء الذين يشتغلون في عياداتهم خارج الأوقات المتفق عليها مع الجهات الممولة (ساعات إضافية، أيام العطل ...)

في هذه الحالة المريض الذي يطلب خدمات هذا النوع من الأطباء، سيسترجع تعويض محسوب على أساس السعر المتفق عليه بين الطبيب و جهاز التأمين وليس السعر المدفوع من طرف المريض. فالسعر المحدد من طرف الطبيب سيحسب بالشكل التالي :¹

حيث أن R^* : الربح المراد تحقيقه (المحتمل).

P : السعر المراد تحديده (المحتمل).

$C(Q)$: التكلفة الإجمالية المقابلة لمجموع الخدمات المقدمة.

Q : مجموع الخدمات المقدمة.

فتحسب التكلفة الإجمالية بالعلاقة التالية : $P \cdot Q = C(Q) + R^* \cdot Q$

و تحسب التكلفة المتوسطة للخدمة الصحية بالعلاقة التالية : $P = C(Q) / Q + R^* / Q$

1 - العلاج الإستشفائي:

التسعير في المستشفيات يختلف من مرحلة زمنية إلى مرحلة أخرى هذا من جهة، طريقة حساب التسعيرة في حد ذاتها تختلف من مستشفى عام إلى مستشفى خاص من جهة أخرى. لذلك سنقسم تحليلنا للتسعير في المستشفى إلى قسمين :

1-2 التسعير في المستشفى العام :

مرّ التسعير في المستشفيات العامة بعدت مراحل في معظم المنظومات الصحية، فكل مرحلة تم استخلاص منها صعوبات و التي مهدت لانطلاق مرحلة أخرى قللت من الصعوبات السابقة،

¹ - André LABOURDETTE , op.cit , p 116 .

بالإضافة إلى احتواءها للتطورات الجديدة، لو نأخذ التسعير في المستشفيات العامة في فرنسا مثلا فقد مر بالمراحل التالية :

أ- المرحلة الأولى (... قبل 1983) :

حتى هذا التاريخ كان تسعير الخدمات الصحية في المستشفى العام يتم بالطريقة التالية :
التسعيرة الخاصة بالخدمة الصحية تتكون من جزأين أساسيين :

تكلفة يوم استشفائي :

تقيم هذه التكلفة على أساس تقديري تنبئي للأعباء المحتمل تحملها من طرف المستشفى خلال الدورة المقبلة. مع العلم أن أتعاب الأطباء سواء كانوا عامين أو أخصائيين لم تدمج في هذه التكلفة و أن تكلفة اليوم الإستشفائي في المستشفى الواحد تختلف من قسم استشفائي لآخر.

خدمة الطبيب :

مقابل خدمة الطبيب تحسب على أساس تكلفة يوم عمل محدد جزافيا من طرف وزارة الصحة كإنفاق جزافي (Forfait Journalier).

و قد تضمنت هذه المرحلة عدت صعوبات كان أهمها :

- بالنسبة للجراحة الإستشفائية، فإنه تضاف إلى التكاليفتين السابقتين تكلفة الممارسات الخاصة بالعملية الجراحية (جراحة، أشعة، تحاليل ...) و التي كانت مشفرة بحروف لاتينية (k, r, b, \dots)، هذه الحروف مسعرة بتكلفة ثابتة. الإشكالية الأساسية كانت تكمن في الفرق الكبير بين تكلفة العملية الجراحية في المستشفى العام و المستشفى الخاص. السبب يعود إلى أن الممارسات الخاصة بالعملية الجراحية (جراحة، أشعة ...) عند حساب تكلفتها لا تدمج تكلفة الأجهزة المستعملة (إهتلاكات، تكاليف صيانة ...)

- هناك تناقض خاص بطريقة تحديد أتعاب الطبيب خاص أو عام ، حيث لم تدمج أتعاب

الطبيب في تكلفة اليوم الاستشفائي و هذا راجع - حسب هذه الطريقة في التسعير - إلى أن الطبيب يقوم بنشاط ليبرالي ، لكن عند حساب أتعاب الطبيب لم تحسب على أساس عدد الخدمات المقدمة بل حسبت على أساس يوم عمل جزافي .

لماذا لم تدمج إذن هذه الأتعاب في تكلفة اليوم الإستشفائي ؟ هذا ما سنتضمنه المرحلة الموالية :

ب - المرحلة الثانية (من 1978 إلى 1984)

بالموازاة مع نهاية المرحلة الأولى طبقت تسعيرة جديدة في نفس البلد على أساس تجريبي في بعض المستشفيات من بينها "سعر اليوم الجزأ" (Le prix de journée éclatée) تضمنت التسعيرة باستعمال طريقة "سعر اليوم الجزأ" الأجزاء التالية :

جزء أول : يتمثل في مبلغ مالي جزافي خاص بقبول المريض لدخوله المستشفى، هذا المبلغ خاص بنفقات تسيير ملف المريض.

جزء ثاني : خاص بنفقات الإيواء و الإدارة العامة للمستشفى .

جزء ثالث : يتمثل في تكلفة يوم إستشفائي و المحسوب من خلال كل قسم استشفائي عن طريق المصاريف المتغيرة (أدوية و لوازم مستهلكة، يد عاملة، أجر الطبيب ...) و مصاريف ثابتة (أعباء البحث و التكوين ...).

جزء رابع : يتمثل في الممارسات الخاصة بكل خدمة (جراحة، أشعة، تحاليل...) هذه الأعباء تحسب على أساس تقديري تنبئي دوريا و ليس بأسعار ثابتة كالمرحلة السابقة.

الصعوبة الأساسية الخاصة بهذه الطريقة تدور حول الطريقة المحاسبية المتبعة في توزيع التكاليف الثابتة على الأقسام الإستشفائية و التي هي مجردة و لم تأخذ بعين الاعتبار خصائص كل قسم استشفائي مما يجعل هناك تسعير لبعض الأقسام مبالغ فيه و تسعير مقزم للبعض الآخر.¹

ج - المرحلة الثالثة : (ابتداء من 1985 ...)

لم يمس التعديل في هذه المرحلة طريقة حساب التسعيرة، بل مس قاعدة تحديد التسعيرة. هذه الأخيرة أصبحت تحدد انطلاقا من الموارد الموجهة للقطاع الاستشفائي، تمويل الهياكل الصحية أصبح بواسطة ميزانية عامة (Budget global) مقدرة و محددة مسبقا.²

الميزانية العامة مبلغها يراجع سنويا لاحتواء التطورات و المستجدات في ميدان الصحة و محيطها. يسهر على تمويل القطاع الصحي صندوق وسيط بين هيئات التأمين و الهياكل الصحية، هدفه عقلانية الأداء الطبي و تجنب العجز في الوحدات الاستشفائية.

¹ - André LABOUURETTE , op.cit , p 120.

² - André LABOUURETTE, op.cit , p 120.

و في هذه المرحلة طريقة حساب سعر الخدمة الصحية لم تختلف عن طريقة المرحلة الأولى في التسعير و التي واجهت نفس الصعوبات المرتبطة بتلك التسعيرة.

2-2 التسعيرة في المستشفى الخاص :

بالنسبة للمستشفيات الخاصة التي يربطها عقد (Convention) مع هيئات التأمين الاجتماعي فقد خضعت و لمدة طويلة إلى طريقة واحدة في تسعير خدماتها الإستشفائية.

و يتضمن سعر الخدمة الصحية في المستشفى الخاص الأجزاء التالية :

- مبلغ جزافي خاص بقاعات الجراحة و التوليد.
- تكلفة يوم استشفائي محدد بالاتفاق مع صندوق الضمان الاجتماعي.
- أتعاب الطبيب (متخصص، عام، جراح...) و الذي يحدد على أساس أتعاب الطبيب الليبرالي في عيادته.¹

ما يؤخذ على التسعيرة في المستشفى الخاص أساسا أنها تختلف من مستشفى خاص لآخر. السبب يعود إلى منطقة تواجد المستشفى من جهة، من جهة أخرى التسيير الداخلي لهذا الأخير و الذي يكون في بعض الأحيان في غير صالح المريض و الجهة الممولة على السواء. فمن أجل مردودية السرير الإستشفائي يلجئ المسير إلى تمديد مدة مكوث المريض بالمستشفى و هذا بالاتفاق مع المقرر في ذلك القسم. فهذه الممارسات في غير صالح الجهة الممولة و ذلك بإجبارها على دفع مبالغ مالية غير مبررة و في غير صالح المريض من ناحية حرمانه من أيام العمل و ما تدره عليه من إيرادات مالية. إن كان مغطى 100% ستكون هذه الأيام خسارة على صاحب المؤسسة المستخدمة له.

من أجل تقليص الفوارق في أسعار بين مستشفى عام و خاص من جهة و المستشفيات فيما بينها من جهة أخرى. يمكن توحيد التسعيرة الإستشفائية و ذلك بدراسة التكاليف الخاصة بالمستشفى العام و المستشفى الخاص. هذا من أجل عدم الإجحاف في حق المريض (الطالب للخدمة الصحية) و المقدم لتلك الخدمات (العارض لها) و قد استعمل ذلك من طرف شركات التأمين النشطة في قطاع الخدمات الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية من أجل تحديد تعويضات الأشخاص المؤمنين .

¹ - André LABOURDETTE, op.cit , p 121.

ما يلاحظ من هذا التحليل أن تمويل الخدمات الصحية يمكن أن يكون أداة لتحديد التسعيرة كما في المنظومة الصحية الفرنسية، كما يمكن للتسعيرة أن تكون مؤشر تأخذ به الجهة الممولة من أجل تمويل الخدمات الصحية كما في المنظومة الصحية الأمريكية .
العلاقة التي تربط تسعيرة الخدمة الصحية و تمويلها تقودنا للتعرض إلى التمويل في قطاع الخدمات الصحية.

المبحث الثالث : تمويل الخدمات الصحية

عملية تمويل الخدمات الصحية في بلد ما تكون بدلالة خصوصية سوق هذا النوع من الخدمات، بالإضافة إلى عوامل أخرى (عدد السكان ، التوزيع الجغرافي للسكان، حجم الموارد ...). ينظم هذه العملية قواعد المنظومة الصحية المتبع في ذلك البلد.
عملية تمويل الخدمات الصحية تحتاج إلى موارد مالية، أين تتعدد هذه الموارد في بعض المنظومات الصحية و التي قد تكون مفردة في البعض الآخر.
استعمال الإمكانات المالية يستدعي طريقة معينة لتجميعها من جهة و من جهة أخرى قواعد تنظم توزيعها. هو ما يمثل نمط التمويل في بلد ما.

المطلب الأول : مصادر و أنماط تمويل الخدمات الصحية .

1 - مصادر تمويل الخدمات الصحية (Les sources de financement)

تختلف مصادر تمويل الخدمات الصحية من منظومة صحية إلى أخرى. تتعدد هذه المصادر في بعض المنظومات الصحية و قد تكون مفردة في البعض الآخر و هذا حسب السياسة التمويلية المنتهجة من طرف المنظومة الصحية في ذلك البلد.

يمكن تقسيم مصادر التمويل الرئيسية في العالم كالتالي :

- مصادر تمويل عمومية (الدولة و أجهزتها المختلفة)
- مصادر تمويل خاصة .
- التأمينات (إجبارية أو إختيارية)
- مصادر تمويل خارجية .

1-1 مصادر التمويل العمومية :

مشاركة السلطات العمومية في تمويل الخدمات الصحية شيء لا مفر منه. أين نجد هذا المصدر في كل المنظومات الصحية العالمية. الاختلاف بين منظومة صحية و منظومة صحية أخرى يكمن في نسبة مساهمة الدولة في عملية التمويل.

إن مساهمة الدولة في تمويل نفقات الصحة كانت جد مهمة في السنوات الخمس الأولى من مرحلة مجانية العلاج، هذه المساهمة أخذت في التناقص ما بين 1979 إلى 1988 لترتفع بعد ذلك في 1989 أين وصلت 35 % في 1993.¹

2-1 مصادر التمويل الخاصة :

هناك مصدرين خاصين بالتمويل الخاص :

- التمويل الذي مصدره مؤسسات خاصة أو عامة تسعى إلى انشاء مراكز صحية من أجل تقريب الخدمات الصحية من عمالها من جهة، من جهة أخرى التحكم في النفقات التي كانت تعطى لمصادر أخرى من خارج المؤسسة من أجل تسييرها (مؤسسات التأمين مثلا).

- التمويل الذي مصدره تسديد المستهلكين للخدمات الصحية من مصادرههم المالية الخاصة. يمكن لهذا التسديد أن يكون كلي أو جزئي (Ticket modérateur) لمقابل الخدمة المقدمة.

في الجزائر التمويل الخاص للخدمات الصحية الذي مصدره العائلات لم يتمكن من قياسه (قياس حجمه بدقة) . بالمقابل يمكن الحكم أن حجمه معتبر نظرا للطلب الكبير لخدمات الأطباء الخواص، هذا تفاديا للبيروقراطية و طوابير الانتظار الطويلة في المستشفيات العمومية.²

3-1 التأمينات :

هذا المصدر موجود في معظم المنظومات الصحية في العالم . و الذي ينقسم إلى نوعين :

- أنظمة تأمين غير هادفة للربح (Non lucratif) كالضمان الاجتماعي مثلا .
- أنظمة تأمين هادفة للربح (Lucratif) كشركات التأمين الخاصة في الولايات المتحدة .

¹ - زميت حدوجة، رسالة لنيل شهادة الماجستير، جامعة الجزائر، السنة الجامعية 1999-2000، ص. 119.

² - Fatima Zohra OUFRIHA, Cette Chère Santé, OPU, Alger 1992, p 137.

بالنسبة للأشخاص المؤمن عليهم، فمنهم من يكتب لدى شركة التأمين بشكل اختياري (حالة الولايات المتحدة) منهم من يكتب بشكل إجباري. بمجرد ممارسته لعمل داخل مؤسسة عامة (حالة العامل في الجزائر).

و منهم من يجمع بين تأمين إجباري (نسبة تأمين أقل من 100%) من جهة، و يكتب لدى شركة تأمين خاصة من أجل الحصول على تأمين تكميلي (بشكل اختياري).

1-4 مصادر التمويل الخارجية :

" هذه المصادر تأتي من المساعدات الخارجية على شكل هبات أو قروض لقطاع الصحة من طرف مثلا المنظمة العالمية للصحة أو البنك العالمي للإنشاء و التعمير.

هذا النوع من التمويل مطبق في أوروبا الوسطى و الشرقية و ذلك من خلال منظمات ثنائية أو جماعية مثل المنظمة الاقتصادية الأوروبية ، البنك العالمي (BIRD) ، البنك الأوروبي للتنمية و إعادة التعمير " 1.

الجدول الموالي يبين تطور مصادر تمويل الصحة في الجزائر في الفترة بين 1974 و 1988

جدول 2-2: تطور مصادر تمويل القطاع العمومي من خلال القطاعات الصحية (%)

% D 74/88	1988	1985	1984	1980	1979	1974	السنوات و % D
							مصادر التمويل
49,13-	30,80	36,50	38,99	45,80	56,83	79,93	ميزانية الدولة
44,02	67,50	61,40	58,70	43,30	38,60	23,48	التأمينات الاجتماعية
3,98-	1,60	2,10	2,30	10,80	4,60	5,58	مصادر تمويل أخرى
-	100	100	100	100	100	100	المجموع

المصدر : فاطمة الزهراء أوفريجة .

إن مساهمة مصدر أو أكثر من المصادر السابقة في تمويل الخدمات الصحية يمثل طريقة لتمويل الخدمات الصحية في بلد ما .

¹ - Fatima Zohra OUFRIHA , les Cahiers du Cread , N° 27/28 du 3° ET 4° Trimestre 1991, p9.

2- طرق تمويل الخدمات الصحية (Les modes de financement).

هناك أربعة طرق رئيسية في تمويل الخدمات الصحية :

2-1 الاحتياطي الحر (التأمين الحر)

في هذه الطريقة الأشخاص لهم الحرية في اكتساب عقد تأمين أو الانخراط في صندوق ضمان اجتماعي. نجد هذا النمط في أغلب دول العالم الثالث، كما نجده أيضا في بعض الدول المتقدمة كسويسرا، الولايات المتحدة ...

في سويسرا مثلا هناك ما يسمى بالتأمينات على المرض. الاكتتاب في هذا النوع من التأمينات ليس إلزاميا ، بالمقابل هناك نسبة 97% من المجتمع السويسري مأمّن عليه ، أين يحق لكل فرد - داخل العائلة الواحدة - من أن يؤمن نفسه على حدى ¹.

في الولايات المتحدة الأمريكية عملية التأمين من حق كل عامل مصرح به و ذلك بنسبة تغطية معينة و للفرد الحرية في اكتتاب عقد تأمين إضافي لدى شركة تأمين أخرى.

2-2 التأمين المرضي الإلزامي :

في هذا النمط تطفى صفة الإلزامية في الاشتراك و الاكتتاب في صندوق الضمان الاجتماعي. هذا الاشتراك إما أن يكون مسددا من طرف العامل نفسه، من طرف المستخدم له أو تناسبا بين العامل و رب العمل. هذا التأمين يسمح للفرد المكتتب و عائلته من تلقي العلاجات اللازمة في الهياكل الصحية المنصوص عليها في العقد².

يوجد هذا النمط في الكثير من الدول الغربية (ألمانيا، النمسا، هولندا ...)

2-3 التأمين العام :

هذا النمط في التمويل له الإلزامية في الاشتراك كالتأمين المرضي الإلزامي. يسدّد هذا الاشتراك من طرف المشتركين في الضمان الاجتماعي و الصناديق التابعة له (عمال القطاع العام، القطاع

¹ -P.Etienne BARRAL , op cit , p 410 .

² - Fatima Zohra OUFRIHA , les Cahiers du Cread , N° 27/28 du 3° ET 4° Trimestre 1991 , p10.

الخاص، الحرفيين ...) لكن الاختلافات بين هذا النمط و التأمين المرضي الإلزامي يكمن في أحقية كل السكان في الحصول على الخدمات الصحية المطلوبة سواء كانوا مشتركين في الضمان الاجتماعي أو من غير المشتركين (بطالين، مسنين ...) و نجد هذا النمط من التمويل في بعض الدول الاسكندينايا (السويد، النرويج ...) و نجده أيضا في بلد كالجرائر .

4-2 التأمين ضمن الخدمة الصحية الوطنية :

من مميزات التأمين على الخدمة الصحية الوطنية أنه نمط تمويل اجتماعي من جهة و جامع لكل أفراد المجتمع من جهة أخرى. الاختلاف عن نمط التأمين الشامل يكمن في أن مصادر التمويل مختلفة في النمط السابق، أما في هذه الطريقة فإن مصدر التمويل واحد، بالإضافة إلى أن مقدم العلاج في هذا النمط هو الممول نفسه.¹

نجد هذا النمط في التمويل أساسا في المنظومة الصحية البريطانية، أين تملك الدولة معظم المستشفيات كما تسهر على تجهيزها، تسييرها كما يربطهما عقد مع معظم الأطباء الذين يمارسون مهنتهم في عيادات خاصة.

المطلب الثاني : بعض المنظومات الصحية في العالم

للمنظومة الصحية مفهومين أساسيين في الدول الغربية :

-المفهوم الإنجليزي :

المنظومة الصحية و ما تحتويه من امكانيات ملك للدولة و هي التي تسهر على تسييره، مصدر التمويل الأساسي في هذا النظام هي الاقتطاعات الضريبية. كل فرد مقيم - شرط أن يكون مسجل- له الحق في الحصول على خدمات صحية مجانية في الهياكل الصحية التابعة للدولة.²

-المفهوم اللاتيني :

يتم تسيير المنظومة الصحية من طرف الضمان الاجتماعي، هذا الأخير يجب أن يكون مستقل عن أجهزة الدولة. عملية تمويل الخدمات الصحية ضمن هذا المفهوم تتم عن طريق الاشتراكات المتأتمية

¹ Fatima Zohra OUFRIHA , les Cahiers du Cread , N° 27/28 du 3° ET 4 ° Trimestre 1991 , p10.

² - P.Etienne Barral , op cit , p 400

من طرف العمال من جهة و مستخدميه من جهة أخرى. الخدمات الصحية يمكن أن تكون في هذه الحالة مجانية لفئة سكانية معينة، بالمقابل إذا تعدى العلاج فترة زمنية معينة يمكن للمعالج أن يدفع نسبة معينة من تكلفة العلاج (Ticket modérateur)¹. سنحاول فيما يلي التعرض إلى بعض المنظومات الصحية في العالم و ما تحتويه من مصادر و طرق التمويل.

1 - المنظومة الصحية الأمريكية :

تمثل نفقات الصحة بالنسبة للإنتاج الداخلي الخام في الولايات المتحدة الأمريكية أكبر نفقات صحة في العالم حيث وصلت إلى 13,9% سنة 2001.² تمويل الخدمات الصحية في الولايات المتحدة يتم بنسبة كبيرة عن طريق الاحتياطي الحر، أين يكتب كل عامل لدى شركة تأمين معينة. الاشتراكات الدورية التي تدفع لشركة التأمين جزء منها يسدد من طرف العامل نفسه والجزء الأكبر يتم سداده من طرف المستخدم له. " بالإضافة إلى شركات التأمين ذات الهدف الربحي، هناك منظمين غير هادفتين للربح و هما (Blue Cross) المختصة في تغطية التكاليف الاستشفائية، و (Blue shield) المختصة في تعويض التكاليف الطبية و الجراحية ". يتم تدخل التنظيمين السابقين في التأمين الصحي من خلال تغطية التكاليف العالية للخدمات الصحية، في الثمانينات 90% من الأمريكيين يملكون تأمين على التكاليف الاستشفائية، 61% منهم لديهم تأمين على الأتعاب الطبية و الجراحية. أما بالنسبة للأدوية فهي غير مغطاة، أي أن الفرد الأمريكي يتحمل تكاليف شراء الأدوية من خلال ميزانيته الخاصة و ذلك بنسبة كبيرة. الجدول التالي يوضح التمويل المزدوج للنفقات الصحية للفرد في الولايات المتحدة :

¹ -P.Etienne BARRAL , op cit , p 400.

² - chiffres de l'OCDE.

جدول 2-3 التمويل المزدوج للنفقات الصحية للفرد في الولايات المتحدة

2001		2000		1995		1990		
خاص	عام	خاص	عام	خاص	عام	خاص	عام	التمويل
2719	2168	2535	2005	1994	1560	1653	1055	المبالغ \$

Source : chiffres de l'OCDE

ما يلاحظ عن المنظومة الصحية الأمريكية منذ 1940 أن الاشتراكات التي يتحملها المؤمن عليه انخفضت تدريجياً، بالمقابل زادت نسبة مساهمة شركات التأمين في تمويل الخدمات الصحية. وقد وصلت نسبة تمويل النفقات الصحية سنة 2001 من طرف القطاع الخاص إلى 55.6% بالمقابل كانت نسبة التمويل الخاصة بالقطاع العام 44.4%¹.

بجانب نمط التمويل السابق (الاحتياطي الحر) هناك نظامين تأمينيين آخرين و هما " Medicare " و " Medicaid " .²

نظام التأمين الاجتماعي الفيدرالي " Medicare " يخص فئة الشيوخ - الأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن 65 سنة، بالإضافة إلى ذلك يقوم هذا النظام بتغطية التكاليف الصحية للأشخاص عديمي الدخل.

نظام التأمين " Medicare " ينقسم إلى صندوقين صندوق أول خاص بالتغطية الإجبارية للتكاليف الاستشفائية، أتعاب طبية، علاجات منزلية، هذه التغطية يمكن أن تصل إلى 100%. صندوق ثاني اختياري وقد وصلت نسبة الاكتتاب فيه إلى 97% من الأفراد ذوي الحقوق .

يتم تمويل الصندوق الأول من طرف اشتراكات العمال و مستخدميهم، أما الصندوق الثاني فهو ممول من طرف الاشتراكات الشخصية للمكاتبين و الباقي مصدره الخزينة الفيدرالية.

بالنسبة لنظام التأمين " Medicaid " فهو يختص بتغطية التكاليف الصحية للأشخاص المعوزين أين تقوم كل ولاية بتحديد شروط الاستفادة من هذا النظام. يتم تمويله عن طريق الولاية بنسبة تتراوح بين 50% إلى 83%. ما يؤخذ على المنظومة الصحية الأمريكية، أن هناك فئة من السكان

¹ - المنظمة العالمية للصحة، تقرير حول الصحة في العالم لسنة 2001

² - P.Etienne BARRAL , op cit , p 411.

لا يمكنها دفع اشتراكات لدى شركات التأمين الخاصة نظرا للدخل الضعيف أو المعدوم في بعض الأحيان بالإضافة إلى أنها لا يمكنها الاستفادة من نظامي التأمين "Medicare" و "Medicaid" بحجة أنها لا تتوفر فيها الشروط اللازمة. نتيجة لهذه الممارسات فإنها تحرم من الخدمات الصحية ذات التكلفة الباهضة.

2 - المنظومة الصحية في المملكة المتحدة :

تعتبر المنظومة الصحية في المملكة المتحدة من المنظومات الصحية الاجتماعية، التي تعرض خدماتها لأكثر نسبة من أفراد المجتمع، محاولة تحقيق مبدأ الصحة للجميع.

ما يميز المنظومة الصحية البريطانية عن المنظومات الصحية الأخرى أن وسائل الإنتاج و عملية تسييرها يعود للدولة. " نسبة كبيرة من المستشفيات تعود ملكيتها للدولة، بالإضافة إلى ذلك تسهر هذه الأخيرة على تشغيل الممارسين الصحيين "1.

تأسست المنظومة الصحية البريطانية سنة 1948 " National Health Service " أو ما يسمى بـ (N H S) فلسفة هذا الأخير " الصحة لجميع أفراد المجتمع ". مصدر تمويل الـ (N.H.S) الضرائب العامة للدولة. نظام تأمين الـ (N.H.S) ليس مستقل عن الدولة كالضمان الاجتماعي بل تابع لها تسهر على تسييره عن طريق أجهزتها.

كل الخدمات الصحية المقدمة من طرف (N.H.S) هي مجانية في مجملها ، بشرط أن يكون طالب الخدمة الصحية مسجل في قوائمها. أما فيما يخص الأطباء و الذين يقدمون خدمات صحية تحت ظل نظام (N.H.S) تختلف العلاقة التي تربطهم بهذا الأخير سواء كانوا أطباء عامين أم أخصائيين.

بالنسبة للأطباء العامين (General practitioners) 80% منهم يمارسون نشاطهم في عيادات تابعة لـ (N.H.S) حيث يقوم الأفراد بتسجيل أنفسهم لدى هؤلاء، و الذين يتلقون خدمات الطبيب العام مجاناً. بالمقابل يتحصل الطبيب العام على مبلغ مالي قاعدي خاص بأعباء تسيير العيادة، بالإضافة إلى ذلك يتحصل على مبلغ آخر يكون حسب عدد الأفراد المسجلين في قائمته . مجموع هذين المبلغين يمثلان إيراد الطبيب الشهري. فالطبيب العام الممارس تحت نظام (N.H.S) أتعابه غير مسددة بدلالة عدد الخدمات المقدمة، بل على أساس عدد الأفراد المسجلين مسبقاً في قوائمه.

¹ – Charles PHELPS, Les Fondements de l'économie de la santé, Union Editions, Paris 1995, p 291.

"يمارس كل الأطباء الأخصائيين نشاطهم في المستشفيات و يتم طلب خدمات أخصائيي بعد الموافقة من طرف طبيب عام. هذا ما يؤدي إلى ارتفاع عدد الكشوفات التي يقوم بها الأطباء العامون".¹ على الرغم من أن معظم الأطباء - عامين أو أخصائيين- يعملون تحت نظام (N.H.S.) إلا أن ذلك لا يمنع من تواجد أطباء يعملون لحسابهم الخاص خارج (N.H.S.). فالأطباء لهم الحق في فتح عيادات خاصة لممارسة نشاط صحي بشكل ليبرالي، أو العمل لحسابهم الخاص خارج أوقات العمل المتعاقد عليها مع (N.H.S.) إن كان الطبيب منخرط في ذلك النظام. في هذه الحالة يتحمل المريض كل أتعاب الطبيب بالإضافة إلى تكلفة شراء الأدوية الموصوفة له. بالمقابل الأدوية الموصوفة من طرف طبيب يعمل لدى (N.H.S.) جزء بسيط من تكلفتها يكون على عاتق المريض، الباقي يمول من طرف (N.H.S.).

نجد هذه المنظومة الصحية أيضا في الدول ذات التأثير البريطاني (أستراليا، نيوزلندا، جنوب أفريقيا...). على الرغم من الإيجابيات التي تحملها المنظومة الصحية البريطانية، هناك سلبيات أيضا من بينها :

مجانية العلاج خلقت طوابير طويلة للمرضى في المستشفيات، أين أصبحت الهياكل الصحية الموجودة غير كافية لاستيعاب كل الطلبات. أين تلتجئ بريطانيا في بعض الأحيان إلى دول أخرى قريبة كفرنسا من أجل إجراء بعض العمليات الجراحية المستعجلة و التي لا يسمح الوقت بإجرائها في بريطانيا .

3 - المنظومة الصحية الفرنسية :

منذ 1930 و التأمين الاجتماعي في فرنسا إجباريا على كل عامل أجير . المرسوم الخاص ب 4 أكتوبر 1945 حمل معه تنظيم جديد للضمان الاجتماعي الذي يهدف إلى تأمين مجمل السكان. التوسع التدريجي للضمان الاجتماعي أدى إلى تعدد الأنظمة مثل: نظام ضمان اجتماعي عام خاص بالأجراء، نظام ضمان اجتماعي مخصص لعمال السكك الحديدية، عمال المناجم) نظام ضمان اجتماعي خاص بالفلاحين. بالإضافة إلى ذلك هناك ضمان اجتماعي إختياري للمقيمين في فرنسا وغير مسجلين في أنظمة التأمين السابقة. وصولا إلى 1967 أين توسع الضمان الاجتماعي

¹- Etienne BARRAL, op.cit, p 402.

بمختلف تنظيماته، الذي أصبح يشمل مجمل أفراد المجتمع.¹
بالإضافة إلى الضمان الاجتماعي فالمنظومة الصحية الفرنسية تعتمد في تمويلها أيضا للخدمات الصحية على تأمينات مكتملة بالإضافة إلى مساهمة الأفراد والعائلات المباشرة.
المنظومة الصحية الفرنسية تحتوي عموما على أربعة أنظمة فرعية على الأقل أهمها:
* نظام خاص بالتعويض العام (Modèle de remboursement public).
* نظام خاص بالتعاقد يشمل الخدمات العامة (Modèle de contrat de service public)
و التي تشمل بدورها : خدمات صحية غير معطلة من جهة والخدمات المقدمة من طرف المستشفيات الخاصة من جهة أخرى.
* نظام خاص بالخدمات المقدمة من طرف المستشفيات العامة.
بالإضافة إلى الأنظمة الثلاثة السابقة المكونة للنظام العام، هناك نظام تأمين اختياري خاص بالتعويض الإضافي.²

مهمة تسيير المنظومة الصحية الفرنسية أوكلت لصندوق التأمينات المرضية، أين في 2000/01/01 تمكن هذا الأخير من تغطية 100% من المجتمع الفرنسي و 70% من التكاليف الكلية للصحة.³
عملية التسجيل في الضمان الاجتماعي الفرنسي يتم وفقا للعمل الممارس . يغذى صندوق التأمين المرضي عن طريق الاشتراكات التي مصدرها العامل و المستخدم له على السواء. في 1992 وصلت الاشتراكات الممنوحة لهذا الصندوق من طرف المستخدمين و العمال علي التوالي 12,6% و 6,8% من المبلغ الإجمالي لأجور العمال.
يقوم نظام الصحة الفرنسي عن طريق تنظيماته الفرعية بتعويض أيام المرض، بالإضافة إلى تعويض أعباء العلاجات المتنقلة و العلاجات الاستشفائية.
و قد وصلت النفقة الوطنية للصحة في فرنسا إلى 168 مليار أورو سنة 2003، أي بمتوسط 2732 أورو لكل فرد. مبلغ استهلاك السلع و الخدمات الصحية بلغ 144 مليار أورو و هو ما أدى إلى ارتفاع هذا النوع من النفقات إلى 6,6% مقارنة بنفقات سنة 2002. الجدول الموالي يوضح تركيبة النفقة الوطنية للصحة في فرنسا :

¹- P.Etienne BARRAL , op.cit , p 408.

²- Charles PHELPS , op.cit , p 289.

³-Ibid, p290.

جدول 2-4 : تركيبة النفقة الوطنية للصحة في فرنسا

الوحدة : مليار أورو

السنوات	1990	1995	2001	2002	2003
النفقات					
العلاج في المستشفيات	38,0	49,1	57,2	60,5	64,1
العلاجات غير المعطلة	22,1	27,5	33,7	36,1	38,8
نقل المرضى	1,1	1,5	2,0	2,2	2,4
أدوية	14,4	19,4	27,2	28,5	30,4
سلع طبية أخرى	2,9	4,4	7,4	8,0	8,6
مجموع السلع و الخدمات الطبية المستهلكة	78,5	101,9	127,6	135,4	144,3
الوقاية	1,7	2,2	2,8	3,0	3,1
مجموع الاستهلاك الطبي	80,2	104,1	130,4	138,4	147,4

Source : Ministère des affaires sociale du travail et de la solidarité, comptes nationaux de la santé 2003.

الخدمات الصحية المقدمة من طرف المنظومة الصحية الفرنسية ليست مجانية 100%، بل هناك مبلغ صغير (Ticket Modérateur) يكون على عاتق طالب الخدمة. بالنسبة للأدوية فتشتري و يسدد مبلغها مباشرة من طرف المريض، يتم تعويض مبلغ شرائها كلياً أو جزئياً من طرف التأمين المرضى. أسعار الخدمات الصحية في المنظومة الصحية الفرنسية محددة من طرفه وللطبيب الحق في تجاوز السعر المحدد ولكن بموافقة المريض.

هذه المنظومة الصحية متواجدة في معظم الدول اللاتينية لكن بتنظيمات فرعية مختلفة من منظومة إلى أخرى هذا من جهة، من جهة أخرى اختلاف في مصادر تمويل المنظومات الصحية. نجد مثل هذه المنظومة في دول كإيطاليا، بلجيكا...

فيما يلي جدول يبين مصادر تمويل صندوق التأمين المرضى الفرنسي خلال سنة 2000 .

جدول 2-5: مصادر تمويل صندوق التأمين المرضي الفرنسي

النسبة %	مليون فرنك فرنسي	
3,4	21507	- اشتراكات المؤمنين
34,4	215968	- اشتراكات اجتماعية عامة
50	313602	- اشتراكات أرباب العمل
6,3	39516	- مساهمة الدولة
		رسوم خاصة:
0,8	4761	على السيارات
1,3	7901	على التبغ
1,3	7860	على الكحول
0,3	2187	- إشهار صيدلاني
0,3	1881	- مساهمة الصناعة الصيدلانية
0,2	1414	- مساعدات الدولة
1,7	10366	- مساهمات أخرى
100	626963	المجموع

Source : rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale, France Septembre 2000.

المطلب الثالث: المنظومة الصحية الجزائرية

1 - تطور المنظومة الصحية الوطنية:

مرت المنظومة الصحية الوطنية بعدة تحولات. هذه التحولات كانت نتيجة لقرارات سياسية أو ناتجة عن أزمات اقتصادية. يمكن تقسيم المراحل التي مرت بها المنظومة الصحية الوطنية إلى ثلاثة مراحل أساسية:

1-1 - المرحلة الأولى (من 1963 إلى 1973)

ورثت الجزائر غداة الاستقلال منظومة صحية قائمة على أسس و تنظيمات المنظومة الصحية الفرنسية آنذاك. إبتداءا من 1963 عملت الحكومة الجزائرية للحد من مختلف التشريعات القائمة و إدخال نوع من الاستقلالية في التسيير. تميزت هذه المرحلة بظهور ثلاثة مصادر لتمويل النفقات الصحية.

- التكفل بالنسبة الكبرى من النفقات الصحية من طرف الدولة والجماعات المحلية وقد وصلت هذه النسبة إلى 60% في تلك المرحلة. يستفيد من هذا التمويل الاشخاص المحرومين، عديمي الدخل، أصحاب الحقوق.....
 - يقوم الضمان الاجتماعي بتغطية 30% من النفقات العامة للهيكل العمومية التابعة لقطاع الصحة عن طريق صناديقه الجهوية والتي تغدى بواسطة اشتراكات العمال الأجراء.
 - الجزء المتبقي مصدره المساهمة المالية للأفراد المسورين و أصحاب المهن الحرة.
- التسعيرة الخاصة بالخدمة الصحية المقدمة كانت تحسب في هذه المرحلة على أساس السعر اليومي المقرر سنويا.
- في 28 ديسمبر 1973 صدر قرار سياسي مفاده نهاية مرحلة التمويل المتعدد وظهور طريقة أخرى لتمويل النفقات الصحية.

1-2 - المرحلة الثانية (1974 إلى 1989)

- تمخض عن هذه المرحلة قرار مجانية العلاج للجميع، حيث لم يصبح هناك أي حاجز أمام الأفراد للحصول على الخدمات الصحية المطلوبة.¹
- تقول « ANNE THEBAUD » أن "التحولات المرتبطة بتبني الطب المجاني، التقسيم القطاعي و اصلاح التعليم الطبي، ناتجة عن سياسة ضرورية تسمح لكل المواطنين الجزائريين بالاستفادة من العلاج".²
- و أصبح منذ ديسمبر 1973 العلاج مجانا في كل المؤسسات العمومية، و شمل الاسعافات الوقائية و نفقات الإقامة و التغذية في المستشفى ... الخ.³
- بالإضافة إلى التغيرات التي مست نسب مساهمة مصادر التمويل في تغطية النفقات الصحية، مست أيضا التغيرات طرق تسيير الهياكل الصحية القائمة.

¹ - الأمر الصادر في 26 ديسمبر 1973، رقم 65-78 المتعلق بمجانبة العلاج.

² Anne THEBAUD dans : Besoins de santé et repense de l'institution sanitaire en Algérie , Réflexions Théorique à Partir d'un cas concret, Cahiers de sociologie et de démographie médicales XVII 1997 .

³ - Ministère de la santé, rencontre du Ministère de la santé avec la Press Nationale 9^{ème} Année de l'Institution de la gratuité des soins, Alger 1982.

وينص الميثاق الوطني على أن الدولة تسهر على ضمان الحماية و الامن و تحسين الصحة لكل المواطنين، كما أكد ذلك قانون الصحة لسنة 1976، حيث يشير إلى أن الخدمات الصحية تسير بطريقة تضمن لكل المواطنين الاستفادة المثلى و تلبية حاجتهم.¹

و قد قسمت الهياكل الصحية في هذه الفترة إلى:

- الهياكل العمومية للصحة: التي تضمنت القطاعات الصحية، المراكز الصحية الجامعية، المستشفيات المتخصصة و التي تمثل القاعدة الأساسية في توزيع العلاج.
 - القطاع الشبه عمومي: هذا القطاع يمول من طرف صندوق الضمان الاجتماعي بالاشتراك مع مؤسسات عمومية ويستفيد من خدماته العمال و عائلتهم.
 - القطاع الخاص : في هذه الفترة لم يكن حجمه كبيرا ، و اقتصر دوره في بعض عيادات التشخيص لأطباء عامين، أخصائيين، أطباء أسنان ، صيادلة ...
- ما يلاحظ على هذه المرحلة أن تمويل الهياكل الصحية لم يحسب على أساس أيام المكوث كالمرحلة السابقة، بل أصبح يقدر عن طريق ميزانية مقدرة في قانون المالية السنوي.
- وقد كانت مساهمة مصادر تمويل النفقات الصحية في هذه المرحلة في الجدول الموالي :

جدول 2-6 : تطور نسبة مساهمة مصادر تمويل النفقات الصحية في الجزائر :

المصادر	السنوات	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1989
ميزانية الدولة		32.8	29.3	32	31	33.6	20.8	17.9	19.9	20.4	19.94
الضمان الاجتماعي		38.5	39.3	40.7	39.5	40.4	53.3	57.2	57.3	58.5	60.24
العائلات		25.9	26.0	21.5	27	23.6	22.7	22.6	20.8	19.4	18.72
مصادر أخرى		2.7	5.4	3.0	2.5	2.5	2.2	2.3	2.0	1.7	1.1
مجموع		100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Source : le financement de la sante, M.P.S. document interne, Alger 1990.

¹ la Charte Nationale de 1976, Titre 07, 4^{ème} Chapitre.

لم تظهر هناك مشاكل تمويل في بداية هذه المرحلة نظرا لليسر المالي آنذاك. وصولا إلى سنة 1986 وبظهور أزمة مالية خانقة ناتجة عن انهيار أسعار البترول التي أدت إلى انكماش الموارد المالية الممنوحة من طرف الدولة. في مرحلة موالية وابتداء من سنة 1988 انخفضت الموارد المالية في صناديق الضمان الاجتماعي والتي يعود السبب فيها إلى انخفاض اشتراكات العمال مع بداية سلسلة التسريجات العمالية من المؤسسات العمومية. هذا ما أدى إلى التفكير في تخفيف الضغط على الموارد العمومية وإيجاد موارد مالية أخرى.

المرحلة الثالثة : (ابتداء من 1994)

مضمون هذه المرحلة هو التخلي التدريجي للدولة عن تمويل الخدمات الصحية تاركنا المجال للتمويل الشخصي للخدمة الصحية من طرف المستفيد. وقد تم في هذه المرحلة إدراج سعر رمزي للفحوصات الطبية : الطب العام ب 50 دج، الطب المتخصص ب 100 دج وذلك كمرحلة أولى¹. في مرحلة موالية يتوسع ذلك ليشمل الإيواء، الإطعام، التحاليل الطبية، الأشعة والتي كانت تعوض في السابق من طرف الضمان الاجتماعي.

يمكن الحكم في الوقت الحالي أن المنظومة الصحية الجزائرية تتكون من ثلاثة قطاعات فرعية :

قطاع عمومي، قطاع شبه عمومي و قطاع خاص. هذا الأخير الذي بدأ يرى النور ابتداء من 1990 أين فتح المجال أمام المستثمرين بإنشاء مراكز صحية خاصة، التي أصبحت مكسب إضافي للسكان بالإضافة إلى الهياكل المتواجدة.

وقد وصل عدد الممارسين الصحيين في القطاع الخاص إلى 15548 ممارس في سنة 1998 هذا العدد زاد بمقارنة سنة 1997 بـ 7 %، هذه الزيادة كانت بسبب ارتفاع الأطباء المختصين في هذا القطاع ب 13.3 %، يتبع بارتفاع الصيادلة ب 9 %، أما الجراحين فقد بلغت نسبة زيادتهم بـ 5 %.²

" فالقطاع الخاص يحتل مكانة لا بأس به فيما يخص نسبة الممارسين الطبيين الذين ينشطون داخله وذلك بنسبة 37 % من إجمالي ممارسين الصحة"³.

¹ – République Algérienne Démocratique et Populaire, Ministère de la santé et de la population, circulaire N° 01/MSP/CAB/MIN du 08 Avril 1995.

²- Statistiques sanitaires , Ministère de la Santé et de la Population , Année 1998 , p21.

³- Ibid , p 21.

الجداول (2-1 من الملاحق) تبين أهمية كل قطاع في تقديم الخدمات الصحية للسكان من خلال الهياكل الصحية المتواجدة عبر الوطن.

ما يؤخذ على هذه المرحلة أنه لا يوجد تشريع واضح ينظم نشاط الممارسين الخواص من ناحية اختلاف تسعيرة الخدمة من ممارس إلى آخر هذا من جهة، من جهة أخرى عدم مسك وثائق محاسبية تبرر التكاليف والإيرادات الناتجة عن نشاطهم.

2- مصادر التمويل في المنظومة الصحية الجزائرية:

تضمنت المنظومة الصحية الجزائرية عدة مصادر للتمويل، هذه المصادر التي اختلفت نسب مساهمتها في تمويل النفقات الصحية حسب السياسة الصحية المنتهجة من طرف الدولة و أولويتها عبر المراحل التي مرت بها المنظومة الصحية.

عموما يمكن حصر مصادر التمويل الأساسية فيما يلي :

2-1 - الضمان الاجتماعي :

يلعب الضمان الاجتماعي دور هام في إعادة توزيع الدخل وتحقيق نوع من العدالة الاجتماعية بصفة عامة. فكل تذبذب في منظومة الضمان الاجتماعي يؤثر حتما على التوازن العام للاقتصاد الوطني.¹ يظهر الدور الهام للضمان الاجتماعي في الجزائر في المبلغ الهائلة التي تمول سنويا مختلف السكان المؤمنين و الجدول الموالي يوضح ذلك:

جدول 2-7: تطور نفقات صندوق الضمان الاجتماعي و علاقتها بالإنتاج الداخلي الخام (PIB). (مليار دينار)

السنوات	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	99/90
نفقات الضمان الاجتماعي*	23,7	31,5	43,0	56,0	69,2	87,1	106,5	120,8	143,9	163,3	598%
نسبة الضمان الاجتماعي إلى PIB	4,2%	3,7%	4,0%	4,7%	4,7%	4,3%	4,1%	4,3%	5,1%	5,1%	-

* علما أن الصناديق المأخوذة بعين الاعتبار هي (CNAS, CASNOS, CNR)

Source : Larbi LAMRI, le système de sécurité sociale en Algérie, opu, Alger 2004, p160

¹ - Cahiers de la reforme N° = 3, Editions ENAG, Alger 1990, p 117.

وقد مر الضمان الاجتماعي بمرحلتين أساسيتين :

- قبل سنة 1983 كانت هناك عدة نظم للتأمينات الاجتماعية، من بينها نظام عام رئيسي ينقسم إلى ثلاث صناديق جهوية ، يعمل على تغطية التكاليف الصحية للأشخاص المؤمنين حسب الفعل المقدم : أمراض، أمومة، حوادث عمل، إعاقة.

بدأت مساهمة الضمان الاجتماعي تساهم بحجم مهم في ميزانية القطاعات الصحية ابتداء من سنة 1974 بعد قرار وزارة المالية الضمان الاجتماعي لدى الخزينة.¹

بالإضافة إلى النظام العام الرئيسي هناك نظام تأمين خاص بالمهاجرين وذوي الحقوق الذي يسير بالاشتراك مع المنظومة الصحية الفرنسي في إطار اتفاقية جزائرية فرنسية للضمان الاجتماعي، بالإضافة إلى تواجد نظم تأمين خاصة مكتملة تتعلق بعمال بعض القطاعات كالمناجم، السكك الحديدية...

- بعد سنة 1983 حدثت هناك إصلاحات عميقة تمخض عنها نظام تأمين موحد لكل عمال القطاع العام ماعدا عمال القطاع العسكري والتعاضديات الفلاحية. تم دمج التأمينات الاجتماعية الخاصة بحوادث العمل والأمراض المهنية في الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية وحوادث العمل (CNASAT). وقد تم توحيد نظام الاشتراك في صندوق الضمان الاجتماعي لكل العمال الأجراء، الذي تغير اسمه ابتداء من 1992 إلى الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية (CNAS).

تم إنشاء بالإضافة إلى ذلك صندوق وطني لغير الأجراء (CASNOS) وصندوق وطني للتقاعد (CNR).²

تعدد تمويل صندوق الضمان الاجتماعي للنفقات الصحية وبنسب مختلفة هذه المبالغ التي تتزايد من سنة إلى أخرى. الجدول الموالي يبين ذلك :

¹ - M..KADDARE dans : les Rapport entre la Sécurité Sociale et le Système de Soins en Algérie, 1962 – 1987, Revue Cread 1989.

² - Fatima Zohra OUFRIHA , op.cit , p 136.

جدول 2-8 : جدول تسديدات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي (CNAS) حسب نوعية الخدمة.
مليار دج .

سنة	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	99/90
المبلغ الجزائي لتمويل المستشفيات	8,60	9,50	9,50	9,98	11,25	13,55	16,57	17,97	19,65	19,87	%116
العلاج في الخارج	0,74	1,24	1,82	5,48	10,41	7,05	2,47	2,06	1,45	0,79	%6
الأدوية	0,94	1,35	3,50	5,50	6,50	10,57	14,9	16,92	16,44	17,0	%1708
حوادث العمل	1,07	1,28	1,74	2,15	2,74	3,59	4,30	4,50	4,80	5,20	%436

Source : Larbi LAMRI, op.cit, pp 140-143

من خلال الجدول (2-7) نلاحظ أنه:

أولاً: فيما يخص المبلغ الجزائي الذي يمول به مختلف المستشفيات و المراكز الصحية فإن تطوره كان كمايلي: 8,6 مليار دينار في سنة 1990 ثم انتقل إلى 13,55 مليار دينار في سنة 1995 وصولاً إلى 19,87 مليار دينار في سنة 1999. أي أنه قفز خلال عشرية التسعينات إلى الضعف بالمقارنة مع أعباء سنة 1990. من بين الأسباب التي أدت إلى ارتفاع هذه النفقات نذكر:¹

- لم تتسم عملية إنفاق الموارد المخصصة بالخدمات الاستشفائية بالرشادة. غياب المراقبة جعل عملية استهلاكها لا يتم بشكل عقلائي.

- عدم ارتياح بعض الأشخاص المؤمنين من الخدمات المقدمة لهم من طرف القطاع العام، هذا ما دفعهم للتوجه للقطاع الخاص لطلب نفس الخدمات. ما ينتج عن ذلك دفع مصاريف تلك الخدمات من طرف الضمان الاجتماعي لجهتين مختلفتين.

-عدم وجود مؤشرات طبية و معايير سعرية لغرض مقارنتها مع ما يحقق من خدمات استشفائية من أجل استخراج الفوارق و تحديد الأسباب.

¹ - Larbi LAMRI, op.cit, p 140.

ثانيا: بالنسبة لنفقات العلاج في الخارج فقد عرفت في عشرية التسعينات ثلاث مراحل: في بداية تلك العشرية كان مبلغها 2 مليار دينار ثم انتقلت إلى 4 مليار دينار سنتي 1993 و 1994 ثم نزلت تدريجيا بعد ذلك لتصل إلى 0,8 مليار دينار سنة 1999. تغير هذه النفقات يعود إلى:

- عدد الأفراد الذين يستفيدون من العلاج عددهم في تغير مستمر في مجال محصور بين 2000 إلى 5000 فرد سنويا.¹

- سعر صرف الدينار إلى العملات الأخرى، الذي لعب دورا أساسيا في تداول تلك النفقات.

ثالثا: بالنسبة للنفقات الخاصة بالأدوية فقد عرفت تطورات مذهلة خلال هذه الفترة. كانت 0,94 مليار دينار في سنة 1990 ثم قفزت إلى 10,57 مليار دينار و قد وصلت إلى 17 مليار دينار سنة 1999. نسبة ارتفاع هذا النوع من النفقات قدر ب 1708 % خلال تلك العشرية. من بين الأسباب التي أدت إلى ارتفاع هذه النفقات:²

- إرتفاع سعر الأدوية الناتج عن تخفيض قيمة الدينار.

- عدم وجود سياسة للمفاضلة بين الأدوية لها نفس التركيبة و مختلفة السعر و محاولة اقتناء أدوية لها أقل تكلفة.

- تحايل بعض الأفراد من خلال الحصول على تعويضات خاصة بأدوية لم تستهلك من طرفهم.

الجدول الموالي سنعرض فيه معلومات خاصة بنفقات صندوق التأمينات الخاص بغير الأجراء:

جدول (2-9): نفقات صندوق التأمين لغير الأجراء (CASNOS) حسب نوعية الخدمة المقدمة.

(مليار دينار)

السنوات	1995	1996	1997	1998	1999	99/95
مبلغ جزافي لتمويل المستشفيات	0,391	1,074	1,168	1,200	1,200	206%
العلاج في الخارج	0,256	0,184	0,227	0,170	0,120	50%-
مصاريف علاج أخرى	0,668	0,815	0,963	1,101	0,881	31%

Source : Lamri LARBI, op.cit, pp 147-148

¹ - Lamri LARBI, op cit, p 142.

² -Ibid, p 143.

بالنسبة لنفقات صندوق التأمين لغير الأجراء (CASNOS) فإن النسبة الأكبر منها خاصة بالمبلغ الجزافي الممول للخدمات الاستشفائية الذي انتقل من 0,391 مليار دينار سنة 1995 إلى 1,2 مليار دينار سنة 1999، بنسبة زيادة قدرها 206%. باقي الخدمات الأخرى المغطاة من طرف الصندوق ليست مهمة فيما يخص حجمها بالمقارنة مع النفقة الأولى.¹

2-2 - مساهمة الدولة:

تساهم ميزانية الدولة بجانب الضمان الاجتماعي في تمويل نسبة مهمة من النفقات الصحية بواسطة الميزانية العامة السنوية الجزائرية، هذه الأخيرة التي تعد مسبقا في قانون المالية السنوي من أجل تأطير السياسة الصحية ، التكوين الطبي والشبه الطبي والبحث الطبي.²

الجدول الموالي يبين نسبة ميزانية الصحة إلى الناتج الداخلي الخام في الجزائر :

الجدول 2-10 : نسبة ميزانية الصحة إلى الناتج الداخلي الخام في الجزائر

السنوات	1987	1989	1991	1993	1995	1997	1999	2000
ميزانية الصحة/ PIB %	3.6	2.8	2.2	2.2	1.8	1.5	1.6	1.3

المصدر : وزارة الصحة والسكان

بالإضافة إلى ذلك فإن الجدول الموالي سيبين ما تم إنفاقه من طرف الدولة على القطاعات الصحية والمستشفيات بالخصوص في الجزائر في الفترة الممتدة بين 1993 إلى 1997.

جدول (2-11): تطور الميزانية الخاصة بالقطاعات الصحية و المستشفيات دينار

السنوات	1993	1994	1995	1996	1997	97/93
القطاعات الصحية (SS) و المراكز الاستشفائية (EHS)	18775260000	21782712000	26382812000	31009550638	30701010000	63%
المستشفيات الجامعية (CHU)	7586540000	8980780000	10346468000	12606923000	13063600000	72%
مجموع	26361800000	30763492000	36729280000	43616473638	43764610000	66%

المصدر: وزارة الصحة و السكان.

¹ - Lamri LARBI , op.cit, p 148.

² - Fatima Zohra OUFRIHA , op.cit , p 136.

من خلال الجدول (2- 11) نلاحظ أنه هناك تطور تدريجي للنفقات الخاصة بالخدمات الاستشفائية من سنة 1993 إلى سنة 1997. كانت نسبة هذا التطور فيما يخص القطاعات و المراكز الصحية 63% في تلك الفترة، بالمقابل وصلت إلى 72% فيما يخص المستشفيات الجامعية. تزايد هذه النفقات يعود أساسا إلى التزايد السكاني و ما يقابله من خدمات صحية مسايرة له من سنة إلى أخرى.

تعدد النفقات الصحية تجعل تدخل الدولة في تمويل النفقة الوطنية للصحة أكثر من ضروري وبنسب مهمة وقد وصلت هذه النسبة في سنة 2001 إلى 32,85%.

2-3 - مساهمة العائلات :

اختلفت طريقة مساهمة العائلات في تمويل النفقة الوطنية الصحية باختلاف المراحل التي مرت بها المنظومة الصحية الوطنية وما تتميز به مساهمة العائلات أن حجمها لا يمكن حسابه بدقة هذا راجع إلى الأسباب التالية :

- التجاوزات التي تحدث غالبا في تحديد التسعيرة من طرف الممارسين في القطاع الخاص، مع العلم أنه لا يوجد هناك جهاز يقوم بمراقبة هؤلاء الممارسين.
- هناك بعض العائلات والتي تتمتع بتغطية من طرف الضمان الاجتماعي، غير أنها ولأسباب مختلفة لا تطالب بالتعويضات على الخدمات أو الأدوية مدفوعة المقابل.
- هناك ظاهرة تتمثل بالتداوي بدون اللجوء إلى الطبيب واللجوء المباشر للصيدلة من أجل شراء أدوية بدون وصفة طبية .

الجدول الموالي سيوضح المبالغ المرصدة للصحة من طرف الفرد مقارنة مع النفقات الأخرى

جدول 2-12 نسبة النفقات المتوسطة السنوية للفرد في الجزائر.

الوحدة :دينار

2000	1988	سنة بيان
44,6	52,53	- تغذية
8,60	8,17	- ألبسة
9,40	11,39	-نقل و مواصلات
3,40	4,29	- معدات و أجهزة منزلية
13,60	7,74	- مصاريف السكن
3,90	4,35	- تربية، ثقافة و ترفيه
6,30	2,71	- صحة
10,40	8,83	- إستهلاكات مختلفة أخرى
% 100	% 100	- مجموع
49927	8873	النفقة السنوية المتوسطة للفرد

Source : ONS

4-2 مساهمة التعاضديات:

مع التخلي على التأمينات المكتملة بعد سنة 1983 وتوحيد نظام التأمينات الاجتماعية، لم يبقى منها سوى 21 تعاضدية اختيارية والتي شملت واحد مليون عامل. هذا النوع من التأمين يغطي بصفة تكميلية تكاليف الصحة التي يواجهها المعالج في القطاع الخاص (عيادات ، مراكز صحية خاصة ..) من أهم هذه التعاضديات تعاضدية عمال التربية (MUNATEC).

5-2 مساهمة المؤسسات:

لعبت المؤسسات العمومية دورا هاما في تمويل الخدمات الصحية في المراحل بين 1974 و 1980 من خلال وضع نظام تسيير يعتمد على اعتمادات خاصة تمول بها وحدات صحية متواجدة على مستوى المؤسسات، هدفها تقديم العلاج بصفة مباشرة لعمال المؤسسة وذلك بصفة تكميلية لهماكل الصحة العمومية.

بتوحيد نظام التأمين الصحي قد ضمت الوحدات الصحية ضمن الهياكل الصحية العمومية في إطار تسيير موحد ، أما البعض الآخر فقد حافظ على التسيير المستقل لهياكله الصحية. لقد ساهمت الهياكل الثلاثة الأولى في تمويل النفقة الوطنية للصحة بصفة أساسية أما المصدرين الأخيرين فكان تمويلهما ثانوي فقط بالمقارنة مع النوع الأول . وقد كانت مساهمة كل مصدر من مصادر تمويل الصحة في الجزائر بنسب متفاوتة والجدول الموالي يبين ذلك من خلال سنة 2001.

الجدول 2-13 : مصادر تمويل الصحة في الجزائر لسنة 2001.

المصدر	%
الدولة	32.85
الضمان الاجتماعي	41.60
العائلات	20.18
المؤسسات الاقتصادية	1.12
التعاضديات	1.13
القطاع الخاص	3.0
الخارج	0.12
مجموع	100

Source :M.S.P.R.H les comptes nationaux de la santé 2000-2001.

3- توسيع مصادر التمويل:

بالإضافة إلى مصادر التمويل الكلاسيكية المذكورة أنفا التي يجب تسمينها، يمكن إيجاد مصادر تمويل أخرى لمجابهة تطور الطلبات المستقبلية. من بين هذه الموارد الجديدة :

- يمكن تطبيق ضريبة تصاعدية على الدخل الخاصة بالأشخاص الميسورين وأصحاب المهن الحرة.

يرجع ذلك استفادة هؤلاء من خدمات صحية ذات ثمن زهيد بالمقارنة مع الاشتراك المدفوع بالنسبة للإيراد (الربح).¹

- تطبيق ضريبة خاصة بالتلوث المفرض من طرف المؤسسات التي تصيب المحيط بنفاياتها هذه الضريبة ستكون متصاعدة حسب درجة التلوث وليس حسب رقم الأعمال المسجل، هذا من أجل

¹ - Andre LABOURDETTE , op.cit , p 129.

كبح تلوث هذه المؤسسات، البحث عن تكنولوجيا أقل تلوث في ذلك الميدان، المساهمة في علاج الأشخاص المتضررين من تلوث المحيط.

- مساهمة المؤسسات المنجزة للأشغال العمومية في تمويل الخدمات الصحية، من أجل تعويض الأشخاص الذين سيتضررون من الأشغال غير القائمة على أسس علمية والتي تؤدي إلى حوادث، فقدان الحياة، الإعاقة الدائمة أو المؤقتة...

- مساهمة الجماعات المحلية (بلدية، دائرة، ولاية) في تمويل الخدمات الصحية، من أجل الحفاظ على صحة سكانها بالوقاية من الأمراض، نظافة المحيط هذا من جهة، من جهة أخرى المساهمة في تمويل الخدمات الصحية على المستوى الوطني.¹

خاتمة الفصل :

لقد حاولنا من خلال هذا الفصل إبراز بعض النقاط المشتركة و غير المشتركة بين سوق السلع و الخدمات الصحية و باقي الأسواق الأخرى.

فالمشكلة الاقتصادية لا تختلف من سوق سلعة و خدمة إلى سوق آخر، فالندرة هي المحرك الرئيسي للفرد من أجل بلورة اختيارات لإشباع حاجاته المتنوعة. بالنسبة لسوق السلع و الخدمات الصحية فهو سوق متميز من ناحية أن الفرضيات و العوامل المؤثرة في تغير العرض و الطلب لا تختلف في معظمها عنها في الخدمات السوقية الأخرى، بالمقابل يسهر على تنظيم هذا السوق أجهزة الدولة و الجهات الممولة لتلك الخدمات. إذن فعروض الخدمة و طالبها ليس حر حرية مطلقة و ليس مقيدا تقييدا مطلقا.

بالنسبة للتسعير في سوق السلع و الخدمات الصحية فإن هناك اختلاف في تسعير هذه السلع و الخدمات من منظومة صحية إلى أخرى، بالإضافة إلى ذلك هناك تطور طريقة التسعير من مرحلة زمنية إلى أخرى في المنظومة الصحية نفسها. هذا التطور ناتج عن نقاط الضعف الخاصة بطرق التسعير للمراحل السابقة بالإضافة إلى محاولة مسايرة متطلبات التسيير و احتواء المستجدات.

¹ - زميت خدوجة : تحليل تكاليف الصحة في الجزائر ، مذكرة لنيل شهادة ماجستير، جامعة الجزائر ،السنة الجامعية 1999-2000 ، ص 130.

تختلف المنظومات الصحية فيما بينها و هذا يرجع بشكل أساسي إلى مصادر و أنماط تمويل الخدمات الصحية، بالإضافة إلى نطاق و شكل تدخل الدولة في تقديم تلك الخدمات هذه الاختلافات تعكس توجهات و سياسات الدول في تقديم الخدمات الصحية للمواطنين.

تقوم الجزائر بتسديد نفقات خدمات صحية متزايدة سنويا و قد ركزنا على الخدمات الاستشفائية نظرا لحجم الموارد المرصدة في تمويلها. يتم تمويل النسبة الأكبر من نفقات الخدمات الاستشفائية من طرف الدولة و الضمان الاجتماعي، أسباب تزايد نفقات الخدمات الاستشفائية بصفة خاصة و النفقة الوطنية للصحة بصفة عامة يعود إلى أسباب موضوعية و أخرى غير موضوعية.

3-5 الحالة النفسية للعارض :

في هذه الحالة تتحكم الحالة النفسية للعارض في الكمية المعروضة من سلعة أو خدمة ما. فإذا كان متفائلا فسوف يعرض كمية أكبر مستقبلا ، أما إذا كان متشائما فإنه سوف يعرض كمية أقل. عموما هذه المحددات لا تنطلق في نفس الاتجاه (زيادة أو انخفاض) دائما، في هذه الحالة تحرك منحني العرض سيكون بدلالة الأثر الصافي لتغير هذه المحددات .

مما سبق نستخلص أنه عندما يتغير أحد محددات العرض (المتغير المستقل) يؤثر ذلك على الكمية المعروضة (المتغير التابع) مما يؤدي إلى الانتقال من توليفة إلى أخرى على نفس منحني العرض إلى اليمين أو إلى اليسار.

أما إذا تغير أحد محددات العرض (المتغير المستقل) دون التأثير على الكمية المعروضة (المتغير التابع)، أو إذا تغيرت الكمية المعروضة مع ثبات محدد العرض، فإننا سوف ننتقل من منحني عرض إلى منحني عرض آخر إلى اليمين (انخفاض الكمية المعروضة)، أو إلى اليسار (زيادة الكمية المعروضة) في هذا الصدد نميز الحالات الأربع التالية :

أ- ثبات المتغير المستقل مع زيادة الكمية المعروضة.

ب- انخفاض المتغير المستقل مع ثبات الكمية المعروضة.

ج- ثبات المتغير المستقل مع انخفاض الكمية المعروضة.

د- زيادة المتغير المستقل مع ثبات الكمية المعروضة.

انتقال منحني العرض نحو اليسار من A إلى B (الحالة أ) و (الحالة ب) تعني أن العارض زاد في عرض السلعة أو الخدمة. أما انتقال منحني العرض نحو اليمين من A إلى B (الحالة ج) و(الحالة د) تعني أن العارض خفض في عرضه للسلعة أو الخدمة. تجاوب المتغير التابع مع المتغير المستقل و بأي نسبة يقودنا للتعرض إلى مفهوم المرونة في جانب العرض.

4- مرونة العرض :

مؤشر المرونة في جانب العرض يقيس لنا حساسية العرض (الكمية المعروضة) لتغير أحد محددات العرض بالعلاقة التالية :

$$ey = (DQ\%/Dy\%) = (DQ/Q) / (Dy/y)$$

حيث η هو أحد محددات العرض. سوف لن نتطرق إلى مرونة العرض بدلالة كل محدد سنتطرق إلى مرونة العرض السعرية كمثال على مرونة العرض.

مرونة العرض السعرية :

يقيس مؤشر مرونة العرض السعرية مدى استجابة الكمية المعروضة من سلعة أو خدمة إلى التغيرات التي طرأت على سعرها بالعلاقات التالية :

$$ep = (DQ\%/Dp\%) = (DQ/Q) / (Dp/p)$$

على عكس مرونة الطلب السعرية السالبة فإن مرونة العرض السعرية موجبة. أي أن هناك علاقة طردية بين الكمية المعروضة و سعرها. حيث نميز الحالات التالية المتعلقة بالمرونة :

§ $ep=0$: مرونة العرض السعرية معدومة. السعر ليس له أي تأثير على الكمية المعروضة.

§ $0 < ep < 1$: مرونة العرض السعرية ضعيفة.

§ $ep=1$: مرونة العرض السعرية متكافئة. تغير السعر بنسبة معينة، يؤدي إلى تغير الكمية بنفس النسبة و في نفس الإتجاه.

§ $ep > 1$: مرونة العرض السعرية كبيرة. تغير السعر بنسبة معينة، يؤدي إلى تغير الكمية المعروضة بنسبة أكبر.

§ إن التقاء منحنى الطلب على سلعة أو خدمة معينة و منحنى العرض الخاص بها في نقطة ما، هذه النقطة ستبين لنا كمية التوازن و السعر المقبول من الطرفين، و هذا ما سنحاول تناوله في المبحث الموالي.

المبحث الثاني : تسعير الخدمات الصحية :

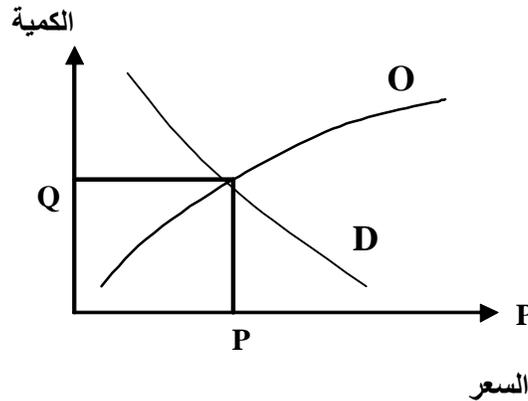
تعرضنا في المبحث الأول من هذا الفصل إلى العرض و الطلب و الخدمات الصحية، محددات كل منهما، مرونتها أمام المتغيرات المحتملة ...
باستعمال تلك المعلومات سنحاول في هذا المبحث تحديد سعر السلع و الخدمات الصحية.

المطلب الأول : تحديد السعر السوقي للخدمات الصحية :

1- طريقة تحديد السعر :

يتحدد سعر السوق للخدمات الصحية - كأى خدمة سوقية أخرى - بالتقاء منحنى عرض الخدمة و الطلب عليها . فالنقطة المتحصل عليها تمثل نقطة تقاطع رغبة العارض في عرض كمية معينة من خدمة ما، و مجموع رغبات الطالبين (الكمية المراد شراءها) . بإسقاط هذه النقطة على المحور الأفقي نتحصل على سعر التوازن و هو سعر الخدمة الصحية في لحظة زمنية ما، و بإسقاطها على المحور العمودي نتحصل على كمية التوازن، الشكل البياني التالي يوضح ذلك :

منحنى 2-27: منحنى تحديد سعر السلعة أو الخدمة



المصدر : طلعت الدمرداش، مصدر سابق ذكره، ص 128.

لو سلمنا أن الأسعار لها حرية الحركة (الارتفاع أو الانخفاض) أي أننا بصدد سوق حر، فإن السعر سيكون الحكم الرئيسي لتصحيح الاختلالات بين الكمية المعروضة و الكمية المطلوبة من سلعة أو خدمة ما، سعر التوازن سيكون المظهر لسوق الخدمة الصحية من جانبيين.

من جانب العرض : سعر التوازن سوف يكون المؤشر الذي سيؤخذ به العارضين من أجل تعديل الكمية المعروضة في مرحلة مواءمة.

من جانب الطلب : سعر التوازن سيكون إما الكابح لرغبات طالبي الخدمات الصحية، أو المشجع لهم في المرحلة المواءمة للتوازن.

لكن في الواقع عملية تطهير سوق السلع و الخدمات الصحية لن تكون بسرعة هذا من جهة، من جهة أخرى ليس بسهولة و هذا راجع إلى :

المقاومة التي سيديها العارضين أمام انخفاض كمية الخدمة، و ذلك باستعمال الإشهار مثلا من أجل التشجيع على الاستهلاك أكثر من هذه الخدمة.

قد تكون هناك رغبة قوية لطالبي هذه الخدمة على الرغم من أن الأسعار ارتفعت ، لكن هذا سوف لن يكبح رغبتهم في الإستهلاك.

بالإضافة إلى المعارضة من جانب العرض أو الطلب، فإن عملية التطهير قد لن تكون بسرعة. حيث يتطلب العارض أو الطالب لخدمة صحية ما الوقت الكافي من أجل تغيير سياسته الإنتاجية أو الاستهلاكية.

2- أثر القيود السعرية :

افتراضنا فيما سبق أن سوق السلع و الخدمات الصحية هو سوق حر من ناحية أن الأسعار لها حرية الحركة حسب معطيات السوق في لحظة زمنية معينة. تتوقف الأسعار (تحدد) عند الحد الذي تتلاقى فيه رغبة الطالب للخدمة و عارضها. لكن الواقع - في سوق السلع و الخدمات الصحية - يجتم علينا احتواء خصوصية هذا النوع من السوق، من معرفة المنظومة الصحية لبلد ما، و من يقوم بدفع مقابل الخدمة الصحية (الممول) ، و هل هناك من يتدخل في تعديل الأسعار (الحد من حرية السوق) نميز في هذا الصدد حالتين :

1-2 تأثير سياسة الحد الأقصى للسعر :

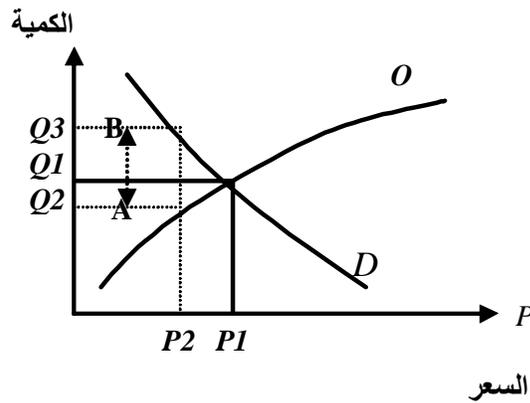
في هذه الحالة سوف يقوم الممول للخدمات الصحية داخل المنظومة الصحية بتحديد سقف لسعر الخدمة الصحية، فالمعني الأول بهذا السقف هو العارض للخدمة، فتبعا للسعر المعطى سوف يقوم بعرض الكمية المقابلة لذلك .

لو فرضنا أنه حدد سقف لسعر خدمة ما أقل من سعر التوازن في مرحلة سابقة. هذا السعر في مرحلة موائية لن يشجع العارضين في زيادة الكمية المعروضة نظرا لانخفاض سعرها و بالمقابل العائد التي تدره. بالمقابل هذا السعر الجديد سوف يشجع الطالبين على زيادة استهلاكهم من هذه الخدمة. نتيجتا لذلك سيظهر هناك طلب فائض على هذه الخدمة. الرسم البياني التالي يوضح ذلك :

$P1$: هو السعر التوازن في مرحلة سابقة .

$P2$: هو الحد الأقصى للسعر المحدد في مرحلة موائية .

شكل (2-28) : حالة تأثير الحد الأقصى للسعر .



المصدر : طلعت الدمرداش، مصدر سابق ذكره، ص 128.

في المرحلة السابقة كان سعر التوازن $P1$ و الكمية المقابلة $Q1$ في المرحلة الموائية السعر المحدد الجديد $P2$ أقل من سعر التوازن $P1$ ، و الذي أدى بالعارضين إلى تخفيض الكمية المعروضة من $Q1$ إلى $Q2$. بالمقابل زاد الطلب (الكمية المطلوبة) من $Q1$ إلى $Q3$ نظرا لانخفاض الأسعار. نتيجة لذلك ظهر هناك طلب فائض يتمثل في المسافة المحصورة بين النقطتين A و B .

نميز في هذا الصدد حالتين :

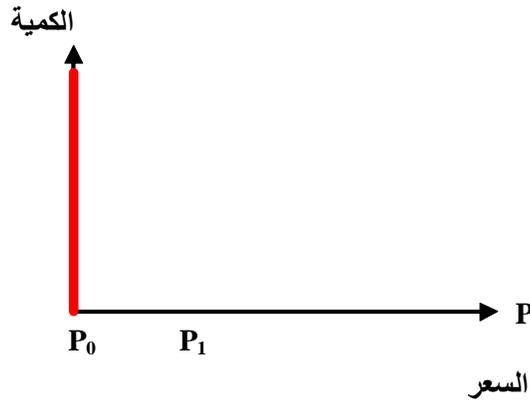
أ- حالة تقديم الخدمة الصحية مجانا :

في بعض المنظومات الأوروبية (إنجلترا، السويد...)، أو بعض الدول الاشتراكية سابقا (الجزائر في ظل مرحلة الطب المجاني) تقديم الخدمات الصحية للسكان يكون بدون مقابل نقدي مباشر أو الدولة هي التي تدفع مقابل تلك الخدمات.

في هذه الحالة منحني الطلب يكون عبارة عن خط مستقيم عمودي، أي أن الكميات المطلوبة تتزايد بجرية ما دام سعر الخدمة صفر . في هذه الحالة يصبح الطلب على الخدمة الصحية يتجه نحو اللانهاية و الكمية المعروضة بالمقابل محدودة. حيث لا يمكن إشباع كل الطلبات في نفس الوقت و التي سوف لن يقابلها حجم كافي من الخدمات لإشباعها أين ينتج عنها طوابير انتظار طويلة في الهياكل الصحية.¹

الشكل البياني التالي يوضح ذلك :

الشكل 2-29 : حالة تقديم الخدمة الصحية مجاناً



المصدر : طلعت الدمرداش، مصدر سابق ذكره، ص 123.

ب- حالة قيام طرف ثالث بدفع مقابل الخدمة :

في هذه الحالة المستهلك للخدمات الصحية إما أنه لا يدفع مقابل الخدمة الصحية بتاتا أو أنه يدفع جزء بسيط من سعر هذه الخدمة. و يتكفل بدفع مقابل تلك الخدمة طرف ثالث (شركة تأمين، ضمان اجتماعي ...) و في كلتا الحالتين السابقتين المبلغ المدفوع من طرف المستهلك سوف لن يغطي مقابل الخدمة الصحية المقدمة، ففي المنظومة الصحية الأمريكية مثلا رب العمل هو الذي يتكفل بتسديد اشتراكات (أقساط) التأمين الدورية، و المستفيد هو المستخدم لدى رب العمل.

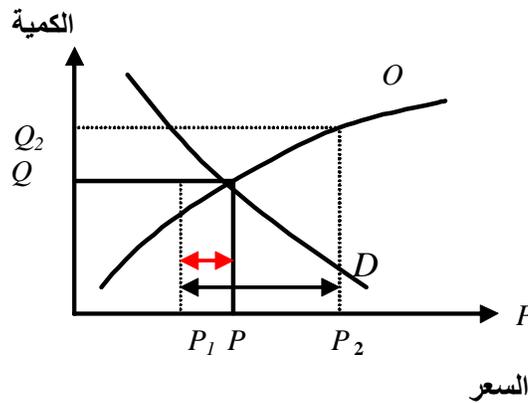
في المرحلة أولى لدينا نقطة توازن (p, q) أين سعر الخدمة p ، المبلغ المدفوع من طرف المستفيد هو $p1$ ، الفرق بين p و $p1$ هو المبلغ المسدد من طرف التنظيم الممول.

في مرحلة موالية و بما أن السعر المسدد من طرف المستفيد بسيط يقوم الأشخاص المؤمنين بطلب كمية أكبر من الخدمات الصحية، أين سترتفع الأسعار ما دامت الكمية المعروضة ثابتة . زيادة الأسعار ستكون

¹ - طلعت الدمرداش، مصدر سابق ذكره، ص 132.

في أول الأمر على عاتق شركة التأمين (التنظيم الممول) ، و التي ستحول فيما بعد النفقات الإضافية إلى رب العمل. و في مرحلة ثالثة سيحول رب العمل تلك النفقات و يضمها إلى تكاليف الإنتاج أين سترتفع أسعار المنتجات و التي ستأثر على القدرة الشرائية في تلك الدولة. الفرق الجديد بين الجزء المدفوع من طرف المستفيد $p1$ و الجزء الممول من طرف التنظيم (الطرف الثالث) عبارة عن المسافة بين $p2$ و $p1$ ، الشكل البياني التالي يظهر ذلك :

(شكل (2-30) حالة قيام طرف ثالث بدفع مقابل الخدمة.



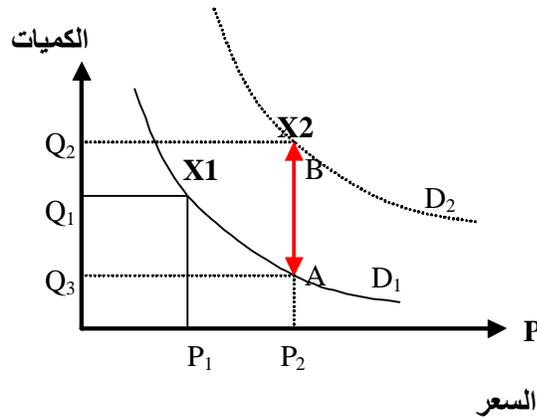
المصدر : طلعت الدمرداش، مصدر سابق ذكره، ص 124.

2-2 تأثير سياسة الحد الأدنى للسعر :

في هذه الحالة نحن بصدد حد أدنى لسعر خدمة صحية مقدمة لا نستطيع أن نتردد فيه. بفرض أننا كنا نقدم خدمة صحية بسعر توازني $p1$ المقابل للكمية $q1$. لو أن الأسعار حدد لها سعر أدنى أعلى من سعر التوازن مثلا $p2$ فإن ذلك سوف يشجع العارضين على زيادة كمية هذه الخدمة في السوق. بالمقابل زيادة سعر هذه الخدمة سوف يؤثر على كمية المطلوبة من طرف مستهلكيها، أين انخفاض الاستهلاك سوف يظهر كمية معروضة من تلك الخدمة فائضة لا يقابلها طلب فعال (المسافة من A إلى B) من أجل امتصاص ذلك الفائض فلا يمكن للعارضين في هذه الحالة تخفيض أسعارهم بما أن هناك سعر أدنى محدد أين يلجؤون إلى سياسات أخرى (الترويج، الإعلان...) من أجل تحريك منحنى الطلب إلى اليمين لاحتواء الكمية الفائضة أين نتحصل على نقطة توازن جديدة X

الشكل البياني التالي يظهر ذلك :

شكل 2 - 31 : حالة تأثير الحد الأدنى للسعر



المصدر : طلعت الدمرداش، مصدر سابق ذكره، ص 136.

المطلب الثاني : تطبيق التسعيرة في قطاع الخدمات الصحية :

تخضع أسعار الخدمات الصحية إلى السياسة المتبعة من طرف المنظومة الصحية في أي بلد من العالم، عموماً لا تكون أسعار الخدمات الصحية حرة، بل تعمل المنظومة الصحية على وضع تشريعات لتنظيم و تقييد تلك الأسعار و هذا من أجل تحقيق الصالح العام. في الواقع يختلف تسعير الخدمة الصحية و ذلك حسب الجهة المقدمة لتلك الخدمة (مستشفى عام)، عيادة خاصة...). بالإضافة إلى ذلك استعمال الحساب الاقتصادي كقاعدة لحساب التكاليف من أجل تحديد التسعيرة يختلف كذلك حسب الجهة المقدمة للعلاج. لذلك سنبين كيفية تحديد تسعيرة الخدمة الصحية بدلالة الجهة المقدمة كالتالي :

1 - العلاج الغير المعطل : (les Soins Ambulatoires)

"عموماً ينقسم الأطباء في الدول الغربية إلى فريقين : منهم من يخضع لأسعار ناتجة عن المفاوضات بين نقاباتهم و بين شركات التأمين (عامة أو خاصة). و منهم من يقوم بتحديد تسعيرة الخدمة الصحية بحرية"¹.

¹ - André Labourdette , op cit , p 114.

1-1 بالنسبة للفريق الأول :

تزيد نسبته في الدول التي تطبق منظومة صحية اجتماعية، بالمقابل تقل نسبته كلما اتجهنا نحو منظومة صحية حرة.

يقوم الطبيب بتحديد تسعيرة الخدمة الصحية المقدمة عن طريق جمع أسعار مختلف الخدمات المقدمة فكل خدمة مشفرة بحرف لاتيني مثلا (التشخيص "C"، التحليل "B"، الأشعة "R"...) و كل حرف مرفق بسعر خاص به. سعر كل خدمة يحدد عن طريق الاتفاق بين الأطباء و الأجهزة الممولة (شركات تأمين، ضمان اجتماعي، أجهزة دولة...) تحت رعاية وزارة الصحة، الهدف الرئيسي هو عقلنة تقديم هذه الخدمات من جهة و محاولة تخفيض التكاليف من جهة أخرى .

سعر الخدمة الصحية إذا ليس خاضعا للمنافسة، و ليس له علاقة بالتكلفة الحدية لآخر وحدة منتجة و مقدمة، بل نتيجة لاتفاق بين الجهات المعنية.

2-1 بالنسبة للفريق الثاني :

تزيد نسبته في الدول ذات منظومة صحية حرة، بالمقابل تقل نسبتهم في منظومة صحية اجتماعية. داخل هذا الفريق نجد نوعين (طريقتين) خاصين بتحديد التسعيرة.

أ- هناك نوع من الأطباء الذين يحددون أسعار خدماتهم الصحية بكل حرية و دون أي ضغط من الأجهزة الممولة. في هذه الحالة الطبيب يسعر الخدمة الصحية بالنظر إلى أعلى مبلغ مالي يمكن للمستهلك أن يدفعه، بالمقابل يتحصل المريض على مبلغ زهيد من المؤمن. في هذا الصدد الطبيب على دراية بالإمكانيات المالية للمريض، و أنه ما دام قد اختار التسعيرة الحرة فله الإمكانيات الضرورية للتسديد.

نجد هذا النوع من التسعيرة في عمليات الجراحة التجميلية و شد الوجه مثلا. يحقق الطبيب أعظم ربح عندما يتساوى سعر الخدمة الصحية مع التكلفة الحدية لآخر خدمة صحية مقدمة.

ب- هناك نوع آخر من الأطباء الذي يحدد تسعيرة للخدمة الصحية تتعدى التسعيرة المعمول بها، حرية تحديد التسعيرة محدودة، لأن نشاط الطبيب خاضع لمراقبة الجهة الممولة نجد هذا النوع من التسعيرة فيما يخص الأطباء الذين يشتغلون في عياداتهم خارج الأوقات المتفق عليها مع الجهات الممولة (ساعات إضافية، أيام العطل...)

في هذه الحالة المريض الذي يطلب خدمات هذا النوع من الأطباء، سيسترجع تعويض محسوب على أساس السعر المتفق عليه بين الطبيب و جهاز التأمين ، وليس السعر المدفوع من طرف المريض. فالسعر

المحدد من طرف الطبيب سيحسب بالشكل التالي :¹

حيث أن R^* : الربح المراد تحقيقه (المحتمل).

P : السعر المراد تحديده (المحتمل).

$C(Q)$: التكلفة الإجمالية المقابلة لمجموع الخدمات المقدمة.

Q : مجموع الخدمات المقدمة.

فتحسب التكلفة الإجمالية بالعلاقة التالية : $P \cdot Q = C(Q) + R^* \cdot Q$

و تحسب التكلفة المتوسطة للخدمة الصحية بالعلاقة التالية : $P = C(Q) / Q + R^* / Q$

1 - العلاج الإستشفائي :

التسعير في المستشفيات اختلف من مرحلة إلى مرحلة أخرى هذا من جهة، طريقة حساب التسعيرة في حد ذاتها تختلف من مستشفى عام إلى مستشفى خاص من جهة أخرى. لذلك سنقسم تحليلنا للتسعير في المستشفى إلى قسمين :

1-2 التسعير في المستشفى العام :

مرّ التسعير في المستشفيات العامة بعدت مراحل في معظم المنظومات الصحية، فكل مرحلة تم استخلاص منها صعوبات و التي مهدت لانطلاقة مرحلة أخرى قللت من الصعوبات السابقة، بالإضافة إلى احتوائها للتطورات الجديدة، لو نأخذ التسعير في المستشفيات العامة في فرنسا مثلا فقد مر بالمراحل التالية :

أ- المرحلة الأولى (... قبل 1983) :

حتى هذا التاريخ كان تسعير الخدمات الصحية في المستشفى العام يتم بالطريقة التالية :

التسعيرة الخاصة بالخدمة الصحية تتكون من جزأين أساسيين :

تكلفة يوم استشفائي :

¹ - André Labourdette , op cit , p 116 .

تقيم هذه التكلفة على أساس تقديري تنبئي للأعباء المحتمل تحملها من طرف المستشفى خلال الدورة المقبلة. مع العلم أن أتعاب الأطباء سواء كانوا عامين أو أخصائيين لم تدمج في هذه التكلفة، و أن تكلفة اليوم الإستشفائي في المستشفى الواحد تختلف من قسم استشفائي لآخر.

خدمة الطبيب :

مقابل خدمة الطبيب تحسب على أساس تكلفة يوم عمل محدد جزافيا من طرف وزارة الصحة كإنفاق جزافي (*Forfait Journalier*) .

و قد تضمنت هذه المرحلة عدت صعوبات كان أهمها :

- بالنسبة للجراحة الإستشفائية، فإنه تضاف إلى التكاليفتين السابقتين تكلفة الممارسات الخاصة بالعملية الجراحية (جراحة، أشعة، تحاليل ...) و التي كانت مشفرة بحروف لاتينية (k, r, b, \dots)، هذه الحروف مسعرة بتكلفة ثابتة. الإشكالية الأساسية كانت تكمن في الفرق الكبير بين تكلفة العملية الجراحية في المستشفى العام و المستشفى الخاص. و السبب يعود إلى أن الممارسات الخاصة بالعملية الجراحية (جراحة، أشعة ...) عند حساب تكلفتها لا تدمج تكلفة الأجهزة المستعملة (إهتلاكات، تكاليف صيانة ...)

- هناك تناقض خاص بطريقة تحديد أتعاب الطبيب خاص أو عام ، حيث لم تدمج أتعاب الطبيب في تكلفة اليوم الاستشفائي و هذا راجع - حسب هذه الطريقة في التسعير - إلى أن الطبيب يقوم بنشاط ليبرالي ، لكن عند حساب أتعاب الطبيب لم تحسب على أساس عدد الخدمات المقدمة بل حسبت على أساس يوم عمل جزافي .

لماذا لم تدمج إذن هذه الأتعاب في تكلفة اليوم الإستشفائي ؟ هذا ما ستتضمنه المرحلة الموالية :

ب - المرحلة الثانية (من 1978 إلى 1984)

بالموازاة مع نهاية المرحلة الأولى طبقت تسعيرة جديدة في نفس البلد على أساس تجريبي في بعض المستشفيات من بينها "سعر اليوم المجزأ" (*le Prix de Journée Eclatée*) تضمنت التسعيرة باستعمال طريقة "سعر اليوم المجزأ" الأجزاء التالية :

جزء أول : يتمثل في مبلغ مالي جزافي خاص بقبول المريض لدخوله المستشفى، هذا المبلغ خاص بنفقات تسيير ملف المريض.

جزء ثاني : خاص بنفقات الإيواء و الإدارة العامة للمستشفى .

جزء ثالث : يتمثل في تكلفة يوم إستشفائي و المحسوب من خلال كل قسم استشفائي عن طريق المصاريف المتغيرة (أدوية و لوازم مستهلكة، يد عاملة، أجر الطبيب ...) و مصاريف ثابتة (أعباء البحث و التكوين ...).

جزء رابع : يتمثل في الممارسات الخاصة بكل خدمة (جراحة، أشعة، تحاليل...) هذه الأعباء تحسب على أساس تقديري تنبئي دوريا و ليس بأسعار ثابتة كالمرحلة السابقة.

الصعوبة الأساسية الخاصة بهذه الطريقة تدور حول الطريقة المحاسبية المتبعة في توزيع التكاليف الثابتة على الأقسام الإستشفائية و التي هي مجردة و لم تأخذ بعين الاعتبار خصائص كل قسم استشفائي مما يجعل هناك تسعير لبعض الأقسام مبالغ فيه، و تسعير مقزم للبعض الآخر.¹

ج- المرحلة الثالثة : (ابتداء من 1985 ...)

لم يمس التعديل في هذه المرحلة طريقة حساب التسعيرة، بل مس قاعدة تحديد التسعيرة. هذه الأخيرة أصبحت تحدد انطلاقا من الموارد الموجهة للقطاع الاستشفائي، تمويل الهياكل الصحية أصبح بواسطة ميزانية عامة (*Budget Global*) مقدرة و محددة مسبقا.²

الميزانية العامة مبلغها يراجع سنويا لاحتواء التطورات و المستجدات في ميدان الصحة و محيطها. يسهر على تمويل القطاع الصحي صندوق وسيط بين هيئات التأمين و الهياكل الصحية، هدفه عقلانية الأداء الطبي و تجنب العجز في الوحدات الاستشفائية.

و في هذه المرحلة طريقة حساب سعر الخدمة الصحية لم تختلف عن طريقة المرحلة الأولى في التسعير، و التي واجهت نفس الصعوبات المرتبطة بتلك التسعيرة.

2-2 التسعيرة في المستشفى الخاص :

بالنسبة للمستشفيات الخاصة التي يربطها عقد (*Convention*) مع هيئات التأمين الاجتماعي فقد خضعت و لمدة طويلة إلى طريقة واحدة في تسعير خدماتها الإستشفائية.

و يتضمن سعر الخدمة الصحية في المستشفى الخاص الأجزاء التالية :

- مبلغ جزافي خاص بقاعات الجراحة و التوليد.
- تكلفة يوم استشفائي محدد بالاتفاق مع صندوق الضمان الاجتماعي.

¹ - André Labourette , op cit , p 120.

² - André Labourette, op cit , p 120.

- أتعاب الطبيب (متخصص، عام، جراح...) و الذي يحدد على أساس أتعاب الطبيب الليبرالي في عيادته.¹

ما يؤخذ على التسعيرة في المستشفى الخاص أساسا أنها تختلف من مستشفى خاص لآخر. السبب يعود إلى منطقة تواجد المستشفى من جهة، من جهة أخرى التسيير الداخلي لهذا الأخير و الذي يكون في بعض الأحيان في غير صالح المريض و الجهة الممولة على السواء. فمن أجل مردودية السرير الإستشفائي يلجئ المسير إلى تمديد مدة مكوث المريض بالمستشفى و هذا بالاتفاق مع المقرر في ذلك القسم. فهذه الممارسات في غير صالح الجهة الممولة و ذلك بإجبارها على دفع مبالغ مالية غير مبررة، و في غير صالح المريض من ناحية حرمانه من أيام العمل و ما تدره عليه من إيرادات مالية، و إن كان مغطى 100% ستكون هذه الأيام خسارة على صاحب المؤسسة المستخدمة له.

من أجل تقليص الفوارق في أسعار بين مستشفى عام و خاص من جهة، و المستشفيات فيما بينها من جهة أخرى يمكن توحيد التسعيرة الإستشفائية و ذلك بدراسة التكاليف الخاصة بالمستشفى العام و المستشفى الخاص. و هذا من أجل عدم الإجحاف في حق المريض (الطالب للخدمة الصحية) و المقدم لتلك الخدمات (العارض لها) و قد استعمل ذلك من طرف شركات التأمين النشطة في قطاع الخدمات الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية من أجل تحديد تعويضات الأشخاص المؤمنين .

ما يلاحظ من هذا التحليل أن تمويل الخدمات الصحية يمكن أن يكون أداة لتحديد التسعيرة كما في المنظومة الصحية الفرنسية، كما يمكن للتسعيرة أن تكون مؤشر تأخذ به الجهة الممولة من أجل تمويل الخدمات الصحية كما في المنظومة الصحية الأمريكية .

العلاقة التي تربط تسعيرة الخدمة الصحية و تمويلها تقودنا للتعرض إلى التمويل في قطاع الخدمات الصحية.

¹ - André Labourdette, op cit , p 121.

المبحث الثالث : تمويل الخدمات الصحية في الجزائر

عملية تمويل الخدمات الصحية في بلد ما تكون بدلالة خصوصية سوق هذا النوع من الخدمات، بالإضافة إلى عوامل أخرى (عدد السكان ، التوزيع الجغرافي للسكان، حجم الموارد ...). ينظم هذه العملية قواعد المنظومة الصحية المتبع في ذلك البلد.

عملية تمويل الخدمات الصحية تحتاج إلى موارد مالية، أين تتعدد هذه الموارد في بعض المنظومات الصحية، و التي قد تكون مفردة في البعض الآخر.

استعمال الإمكانيات المالية يستدعي طريقة معينة لتجميعها من جهة و من جهة أخرى قواعد تنظم توزيعها. و هو ما يمثل نمط التمويل في بلد ما.

المطلب الأول : مصادر و أنماط تمويل الخدمات الصحية .

1 - مصادر تمويل الخدمات الصحية (*Les Sources de Financement*)

تختلف مصادر تمويل الخدمات الصحية من منظومة صحية إلى أخرى. تتعدد هذه المصادر في بعض المنظومات الصحية، و قد تكون مفردة في البعض الآخر و هذا حسب السياسة التمويلية المنتهجة من طرف المنظومة الصحية في ذلك البلد.

يمكن تقسيم مصادر التمويل الرئيسية في العالم كالتالي :

- مصادر تمويل عمومية (الدولة و أجهزتها المختلفة)
- مصادر تمويل خاصة .
- التأمينات (إجبارية أو إختيارية)
- مصادر تمويل خارجية .

1-1 مصادر التمويل العمومية :

مشاركة السلطات العمومية في تمويل الخدمات الصحية شيء لا مفر منه. أين نجد هذا المصدر في كل المنظومات الصحية العالمية. الاختلاف بين منظومة صحية و منظومة صحية أخرى يكمن في نسبة مساهمة الدولة في عملية التمويل.

إن مساهمة الدولة في تمويل نفقات الصحة كانت جد مهمة في السنوات الخمس الأولى من مرحلة مجانية العلاج، هذه المساهمة أخذت في التناقص ما بين 1979 إلى 1988 لترتفع بعد ذلك في 1989 أين وصلت 35 % في 1993.¹

1-2 مصادر التمويل الخاصة :

هناك مصدرين خاصين بالتمويل الخاص :

-التمويل الذي مصدره مؤسسات خاصة أو عامة تسعى إلى انشاء مراكز صحية من أجل تقريب الخدمات الصحية من عمالها من جهة، من جهة أخرى التحكم في النفقات التي كانت تعطى لمصادر أخرى من خارج المؤسسة من أجل تسييرها (مؤسسات التأمين مثلا).

-التمويل الذي مصدره تسديد المستهلكين للخدمات الصحية من مصادرههم المالية الخاصة. يمكن لهذا التسديد أن يكون كلي أو جزئي (*Ticket Modérateur*) لمقابل الخدمة المقدمة.

في الجزائر التمويل الخاص للخدمات الصحية الذي مصدره العائلات لم يتمكن من قياسه (قياس حجمه بدقة) . بالمقابل يمكن الحكم أن حجمه معتبر نظرا للطلب الكبير لخدمات الأطباء الخواص، و هذا تفاديا للبيروقراطية و طوابير الانتظار الطويلة في المستشفيات العمومية.²

1-3 التأمينات :

هذا المصدر موجود في معظم المنظومات الصحية في العالم . و الذي ينقسم إلى نوعين :

- أنظمة تأمين غير هادفة للربح (*Non lucratif*) كالضمان الاجتماعي مثلا .

- أنظمة تأمين هادفة للربح (*Lucratif*) كشركات التأمين الخاصة في الولايات المتحدة .

بالنسبة للأشخاص المؤمن عليهم، فمنهم من يكتتب لدى شركة التأمين بشكل اختياري (حالة الولايات المتحدة) منهم من يكتتب بشكل إجباري. بمجرد ممارسته لعمل داخل مؤسسة عامة (حالة العامل في الجزائر).

و منهم من يجمع بين تأمين إجباري (نسبة تأمين أقل من 100%) من جهة، و يكتتب لدى شركة تأمين خاصة من أجل الحصول على تأمين تكميلي (بشكل اختياري).

¹ - زميت خدوجة، رسالة لنيل شهادة الماجستير، جامعة الجزائر، السنة الجامعية 1999-2000، ص 119.

² - Fatima Zohra Oufriha, Cette Chere Santé, OPU, Alger 1992, p 137.

4-1 مصادر التمويل الخارجية :

" هذه المصادر تأتي من المساعدات الخارجية على شكل هبات أو قروض لقطاع الصحة من طرف مثلا المنظمة العالمية للصحة أو البنك العالمي للإنشاء و التعمير. هذا النوع من التمويل مطبق في أوروبا الوسطى و الشرقية و ذلك من خلال منظمات ثنائية أو جماعية مثل المنظمة الاقتصادية الأوروبية ، البنك العالمي (*BIRD*) ، البنك الأوروبي للتنمية و إعادة التعمير " 1

الجدول الموالي يبين تطور مصادر تمويل الصحة في الجزائر في الفترة بين 1974 و 1988

جدول 2-2: تطور مصادر تمويل القطاع العمومي من خلال القطاعات الصحية (%)

السنوات و % D	1974	1979	1980	1984	1985	1988	% D 74/88
منايع التمويل							
ميزانية الدولة	79,93	56,83	45,80	38,99	36,50	30,80	49,13-
التأمينات الاجتماعية	23,48	38,60	43,30	58,70	61,40	67,50	44,02
مصادر تمويل أخرى	5,58	4,60	10,80	2,30	2,10	1,60	3,98-
المجموع	100	100	100	100	100	100	-

المصدر : لفاطمة الزهراء أوفريحة .

إن مساهمة مصدر أو أكثر من المصادر السابقة في تمويل الخدمات الصحية يمثل طريقة لتمويل الخدمات الصحية في بلد ما .

¹ - Fatima Zohra Oufriha , les Cahiers du Craead , N° 27/28 du 3° ET 4° Trimestre 1991, p9.

2- طرق تمويل الخدمات الصحية (Les Modes De Financement).

هناك أربعة طرق رئيسية في تمويل الخدمات الصحية :

2-1 الاحتياطي الحر (التأمين الحر)

في هذه الطريقة الأشخاص لهم الحرية في اكتساب عقد تأمين أو الانخراط في صندوق ضمان اجتماعي. و نجد هذا النمط في أغلب دول العالم الثالث، كما نجده أيضا في بعض الدول المتقدمة كسويسرا، الولايات المتحدة ...

في سويسرا مثلا هناك ما يسمى بالتأمينات على المرض. الاكتتاب في هذا النوع من التأمينات ليس إلزاميا ، بالمقابل هناك نسبة 97% من المجتمع السويسري مأمّن عليه ، أين يحق لكل فرد - داخل العائلة الواحدة - من أن يؤمن نفسه على حدى ¹.

في الولايات المتحدة الأمريكية عملية التأمين من حق كل عامل مصرح به و ذلك بنسبة تغطية معينة. و للفرد الحرية في اكتتاب عقد تأمين إضافي لدى شركة تأمين أخرى.

2-2 التأمين المرضي الإلزامي :

في هذا النمط تغطي صفة الإلزامية في الاشتراك و الاكتتاب في صندوق الضمان الاجتماعي. هذا الإشتراك إما أن يكون مسددا من طرف العامل نفسه، من طرف المستخدم له، أو تناسبيا بين العامل و رب العمل. هذا التأمين يسمح للفرد المكتتب و عائلته من تلقي العلاجات اللازمة في الهياكل الصحية المنصوص عليها في العقد².

يوجد هذا النمط في الكثير من الدول الغربية (ألمانيا، النمسا، هولندا ...)

2-3 التأمين العام :

هذا النمط في التمويل له الإلزامية في الاشتراك كالتأمين المرضي الإلزامي. يسدّد هذا الاشتراك من طرف المشتركين في الضمان الاجتماعي و الصناديق التابعة له (عمال القطاع العام، القطاع الخاص، الحرفيين ...) لكن الاختلافات بين هذا النمط و التأمين المرضي الإلزامي يكمن في أحقية كل السكان في الحصول على الخدمات الصحية المطلوبة سواء كانوا مشتركين في الضمان الاجتماعي أو من غير

¹ -P.Etienne Barral , op cit , p 410 .

² - Fatima Zohra Oufriha , les Cahiers du Cread , N° 27/28 du 3° ET 4° Trimestre 1991 , p10.

المشركين (بطالين، مسنين ...) و نجد هذا النمط من التمويل في بعض الدول الاسكندنافية (السويد، النرويج ...) و نجده أيضا في بلد كالجرائر .

4-2 التأمين ضمن الخدمة الصحية الوطنية :

من مميزات التأمين على الخدمة الصحية الوطنية أنه نمط تمويل اجتماعي من جهة، و جامع لكل أفراد المجتمع من جهة أخرى. الاختلاف عن نمط التأمين الشامل يكمن في أن مصادر التمويل مختلفة في النمط السابق، أما في هذه الطريقة فإن مصدر التمويل واحد، بالإضافة إلى أن مقدم العلاج في هذا النمط هو الممول نفسه.¹

نجد هذا النمط في التمويل أساسا في المنظومة الصحية البريطانية، أين تملك الدولة معظم المستشفيات كما تسهر على تجهيزها، تسييرها كما يربطها عقد مع معظم الأطباء الذين يمارسون مهنتهم في عيادات خاصة.

المطلب الثاني : بعض المنظومات الصحية في العالم

للمنظومة الصحية مفهومين أساسيين في الدول الغربية :

-المفهوم الإنجليزي :

المنظومة الصحية و ما تحتويه من امكانيات ملك للدولة، و هي التي تسهر على تسييره، مصدر التمويل الأساسي في هذا النظام هي الاقتطاعات الضريبية. كل فرد مقيم - شرط أن يكون مسجل - له الحق في الحصول على خدمات صحية مجانية في الهياكل الصحية التابعة للدولة.²

-المفهوم اللاتيني :

يتم تسيير المنظومة الصحية من طرف الضمان الاجتماعي، هذا الأخير يجب أن يكون مستقل عن أجهزة الدولة. عملية تمويل الخدمات الصحية ضمن هذا المفهوم تتم عن طريق الاشتراكات المتأتمية من طرف العمال من جهة و مستخدميهم من جهة أخرى. الخدمات الصحية يمكن أن تكون في هذه الحالة

¹ Fatima Zohra Oufriha , les Cahiers du Cread , N° 27/28 du 3° ET 4° Trimestre 1991 , p 10.

² - P.Etienne Barral , op cit , p 400

مجانبة لفترة سكانية معينة، بالمقابل إذا تعدى العلاج فترة زمنية معينة يمكن للمعالج أن يدفع نسبة معينة من تكلفة العلاج (*Ticket Modérateur*)¹. سنحاول فيما يلي التعرض إلى بعض المنظومات الصحية في العالم و ما تحتويه من مصادر و طرق التمويل.

1 - المنظومة الصحية الأمريكية :

تمثل نفقات الصحة بالنسبة للإنتاج الداخلي الخام في الولايات المتحدة الأمريكية أكبر نفقات صحة في العالم حيث وصلت إلى 13,9 % سنة 2001.²

تمويل الخدمات الصحية في الولايات المتحدة يتم بنسبة كبيرة عن طريق الاحتياطي الحر، أين يكتب كل عامل لدى شركة تأمين معينة . الاشتراكات الدورية التي تدفع لشركة التأمين جزء منها يسدد من طرف العامل نفسه، و الجزء الأكبر يتم سداده من طرف المستخدم له.

" بالإضافة إلى شركات التأمين ذات الهدف الربحي، هناك منظمين غير هادفتين للربح و هما (*Blue Cross*) المختصة في تغطية التكاليف الاستشفائية، و (*Blue shield*) المختصة في تعويض التكاليف الطبية و الجراحية "

يتم تدخل التنظيمين السابقين في التأمين الصحي من خلال تغطية التكاليف العالية للخدمات الصحية، في الثمانينات 90 % من الأمريكيين يملكون تأمين على التكاليف الاستشفائية، 61 % منهم لديهم تأمين على الأتعاب الطبية و الجراحية. أما بالنسبة للأدوية فهي غير مغطاة، أي أن الفرد الأمريكي يتحمل تكاليف شراء الأدوية من خلال ميزانيته الخاصة و ذلك بنسبة كبيرة.

الجدول التالي يوضح التمويل المزدوج للنفقات الصحية للفرد في الولايات المتحدة :

جدول 2-3 التمويل المزدوج للنفقات الصحية للفرد في الولايات المتحدة

2001		2000		1995		1990		
خاص	عام	خاص	عام	خاص	عام	خاص	عام	التمويل
2719	2168	2535	2005	1994	1560	1653	1055	\$

Source : chiffres de l'OCDE

¹ -P.Etienne Barral , op cit , p 400.

² - chiffres de l'OCDE.

ما يلاحظ عن المنظومة الصحية الأمريكية منذ 1940 أن الاشتراكات التي يتحملها المؤمن عليه انخفضت تدريجياً، بالمقابل زادت نسبة مساهمة شركات التأمين في تمويل الخدمات الصحية. وقد وصلت نسبة تمويل النفقات الصحية سنة 2001 من طرف القطاع الخاص إلى 55.6% بالمقابل كانت نسبة التمويل الخاصة بالقطاع العام 44.4%¹.

بجانب نمط التمويل السابق (الاحتياطي الحر) هناك نظامين تأمينيين آخرين و هما "Medicare" و "Medicaid"²

نظام التأمين الاجتماعي الفيدرالي "Medicare" يخص فئة الشيوخ - الأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن 65 سنة، بالإضافة إلى ذلك يقوم هذا النظام بتغطية التكاليف الصحية للأشخاص عديمي الدخل. نظام التأمين "Medicare" ينقسم إلى صندوقين صندوق أول خاص بالتغطية الإلزامية للتكاليف الاستشفائية، أتعاب طبية، علاجات منزلية، هذه التغطية يمكن أن تصل إلى 100%. صندوق ثاني اختياري وقد وصلت نسبة الاكتتاب فيه إلى 97% من الأفراد ذوي الحقوق . يتم تمويل الصندوق الأول من طرف اشتراكات العمال و مستخدميهم، أما الصندوق الثاني فهو ممول من طرف الاشتراكات الشخصية للمكثبين و الباقي مصدره الخزينة الفيدرالية. بالنسبة لنظام التأمين "Medicaid" فهو يختص بتغطية التكاليف الصحية للأشخاص المعوزين أين تقوم كل ولاية بتحديد شروط الاستفادة من هذا النظام. يتم تمويله عن طريق الولاية بنسبة تتراوح بين 50% إلى 83%. ما يؤخذ على المنظومة الصحية الأمريكية، أن هناك فئة من السكان لا يمكنها دفع اشتراكات لدى شركات التأمين الخاصة نظراً للدخل الضعيف أو المعدوم في بعض الأحيان بالإضافة إلى أنها لا يمكنها الاستفادة من نظامي التأمين "Medicare" و "Medicaid" بحجة أنها لا تتوفر فيها الشروط اللازمة. نتيجة لهذه الممارسات فإنها تحرم من الخدمات الصحية ذات التكلفة الباهضة.

2- المنظومة الصحية في المملكة المتحدة :

تعتبر المنظومة الصحية في المملكة المتحدة من المنظومات الصحية الاجتماعية، التي تعرض خدماتها لأكثر نسبة من أفراد المجتمع، محاولة تحقيق مبدأ الصحة للجميع.

¹ - المنظمة العالمية للصحة، تقرير حول الصحة في العالم لسنة 2001

² - P.Etienne Barral , op cit , p 411.

ما يميز المنظومة الصحية البريطانية عن المنظومات الصحية الأخرى أن وسائل الإنتاج و عملية تسييرها يعود للدولة ". نسبة كبيرة من المستشفيات تعود ملكيتها للدولة، بالإضافة إلى ذلك تسهر هذه الأخيرة على تشغيل الممارسين الصحيين "1.

تأسست المنظومة الصحية البريطانية سنة 1948 "National Health Service" أو ما يسمى بـ (NHS) فلسفة هذا الأخير "الصحة لجميع أفراد المجتمع". مصدر تمويل الـ (N.H.S) الضرائب العامة للدولة. نظام تأمين الـ (N.H.S) ليس مستقل عن الدولة كالضمان الاجتماعي بل تابع لها تسهر على تسييره عن طريق أجهزتها.

كل الخدمات الصحية المقدمة من طرف (N.H.S) هي مجانية في مجملها ، بشرط أن يكون طالب الخدمة الصحية مسجل في قوائمها. أما فيما يخص الأطباء و الذين يقدمون خدمات صحية تحت ظل نظام (N.H.S) تختلف العلاقة التي تربطهم بهذا الأخير سواء كانوا أطباء عامين أم أخصائيين. بالنسبة للأطباء العامين (General practitioners) 80% منهم يمارسون نشاطهم في عيادات تابعة لـ (N.H.S) حيث يقوم الأفراد بتسجيل أنفسهم لدى هؤلاء، و الذين يتلقون خدمات الطبيب العام مجاناً. بالمقابل يتحصل الطبيب العام على مبلغ مالي قاعدي خاص بأعباء تسيير العيادة، بالإضافة إلى ذلك يتحصل على مبلغ آخر يكون حسب عدد الأفراد المسجلين في قائمته . مجموع هذين المبلغين يمثلان إيراد الطبيب الشهري. فالطبيب العام الممارس تحت نظام (N.H.S) أتعابه غير مسددة بدلالة عدد الخدمات المقدمة، بل على أساس عدد الأفراد المسجلين مسبقاً في قوائمه.

"يمارس كل الأطباء الأخصائيين نشاطهم في المستشفيات و يتم طلب خدمات أخصائي بعد الموافقة من طرف طبيب عام. هذا ما يؤدي إلى ارتفاع عدد الكشوفات التي يقوم بها الأطباء العامون "2. على الرغم من أن معظم الأطباء - عامين أو أخصائيين- يعملون تحت نظام (N.H.S) إلا أن ذلك لا يمنع من تواجد أطباء يعملون لحسابهم الخاص خارج (N.H.S). فالأطباء لهم الحق في فتح عيادات خاصة لممارسة نشاط صحي بشكل ليبرالي، أو العمل لحسابهم الخاص خارج أوقات العمل المتعاقد عليها مع (N.H.S) إن كان الطبيب منخرط في ذلك النظام. في هذه الحالة يتحمل المريض كل أتعاب الطبيب بالإضافة إلى تكلفة شراء الأدوية الموصوفة له. بالمقابل الأدوية الموصوفة من طرف طبيب يعمل لدى (N.H.S) جزء بسيط من تكلفتها يكون على عاتق المريض، الباقي يمول من طرف (N.H.S).

¹ - Charles Phelps, Les Fondements de l'Economie de la Santé, Union Editions, Paris 1995, p 291.

² --Etienne Barral, op cit, p 402.

نجد هذه المنظومة الصحية أيضا في الدول ذات التأثير البريطاني (أستراليا، نيوزلندا، جنوب أفريقيا...).
على الرغم من الإيجابيات التي تحملها المنظومة الصحية البريطانية، هناك سلبيات أيضا من بينها :
مجانة العلاج خلقت طوابير طويلة للمرضى في المستشفيات، أين أصبحت الهياكل الصحية الموجودة غير كافية لاستيعاب كل الطلبات. أين تلتجئ بريطانيا في بعض الأحيان إلى دول أخرى قريبة كفرنسا من أجل إجراء بعض العمليات الجراحية المستعجلة و التي لا يسمح الوقت بإجرائها في بريطانيا .

3 - المنظومة الصحية الفرنسية :

منذ 1930 و التأمين الاجتماعي في فرنسا إجباريا على كل عامل أجير . المرسوم الخاص ب 4 أكتوبر 1945 حمل معه تنظيم جديد للضمان الاجتماعي الذي يهدف إلى تأمين مجمل السكان.
التوسع التدريجي للضمان الاجتماعي أدى إلى تعدد الأنظمة مثل: نظام ضمان اجتماعي عام خاص بالأجراء، نظام اجتماعي مخصص لعمال السكك الحديدية، عمال المناجم،... نظام ضمان اجتماعي خاص بالفلاحين. بالإضافة إلى ذلك هناك ضمان إجتماعي إختياري للمقيمين في فرنسا وغير مسجلين في أنظمة التأمين السابقة. وصولا إلى 1967 أين توسع الضمان الاجتماعي بمختلف تنظيماته، و الذي أصبح يشمل مجمل أفراد المجتمع¹.
بالإضافة إلى الضمان الاجتماعي، المنظومة الصحية الفرنسية تعتمد في تمويلها للخدمات الصحية على تأمينات مكاملة بالإضافة إلى مساهمة الأفراد والعائلات المباشرة.
المنظومة الصحية الفرنسية تحتوي عموما على أربعة أنظمة فرعية على الأقل، أهمها:

* نظام خاص بالتعويض العام (*Modèle De Remboursement Public*).

* نظام خاص بالتعاقد يشمل الخدمات العامة (*Modèle De Contrat De Service Public*)

و التي تشمل بدورها : خدمات صحية متنقلة من جهة، و الخدمات المقدمة من طرف المستشفيات الخاصة من جهة أخرى.

* نظام خاص بالخدمات المقدمة من طرف المستشفيات العامة.

بالإضافة إلى الأنظمة الثلاثة السابقة المكونة للنظام العام، هناك نظام تأمين إختياري خاص بالتعويض الإضافي².

¹- P.Etienne Barral , op cit , p 408.

²- Charles Phelps , op cit , p 289.

مهمة تسيير المنظومة الصحية الفرنسية أوكلت لصندوق التأمينات المرضية، أين في 2000/01/01 تمكن هذا الأخير من تغطية 100% من المجتمع الفرنسي، و 70% من التكاليف الكلية للصحة¹. عملية التسجيل في الضمان الاجتماعي الفرنسي يتم وفقا للعمل الممارس . يغذى صندوق التأمين المرضي عن طريق الاشتراكات التي مصدرها العامل و المستخدم له على السواء. في 1992 وصلت الاشتراكات الممنوحة لهذا الصندوق من طرف المستخدمين و العمال علي التوالي 12,6% ، 6,8% من المبلغ الإجمالي لأجور العمال.

يقوم نظام الصحة الفرنسي عن طريق تنظيماته الفرعية بتعويض أيام المرض، بالإضافة إلى تعويض أعباء العلاجات المتنقلة، و العلاجات الاستشفائية.

و قد وصلت النفقة الوطنية للصحة في فرنسا إلى 168 مليار أورو سنة 2003، أي بمتوسط 2732 أورو لكل فرد. مبلغ استهلاك السلع و الخدمات الصحية بلغ 144 مليار أورو و هو ما يؤدي إلى ارتفاع هذا النوع من النفقات إلى 6,6% مقارنة بنفقات سنة 2002. الجدول الموالي يوضح تركيبة النفقة الوطنية للصحة في فرنسا :

جدول 2-4: تركيبة النفقة الوطنية للصحة في فرنسا

مليار أورو

السنوات	1990	1995	2001	2002	2003
النفقات					
العلاج في المستشفيات	38,0	49,1	57,2	60,5	64,1
العلاجات غير المعطلة	22,1	27,5	33,7	36,1	38,8
نقل المرضى	1,1	1,5	2,0	2,2	2,4
أدوية	14,4	19,4	27,2	28,5	30,4
سلع طبية أخرى	2,9	4,4	7,4	8,0	8,6
مجموع السلع و الخدمات الطبية المستهلكة	78,5	101,9	127,6	135,4	144,3
الوقاية	1,7	2,2	2,8	3,0	3,1
مجموع الاستهلاك الطبي	80,2	104,1	130,4	138,4	147,4

Source : Ministère des affaires sociale du travail et de la solidarité, comptes nationaux de la santé 2003.

¹ -Ibid, p290.

الخدمات الصحية المقدمة من طرف المنظومة الصحية الفرنسية ليست مجانية 100%، بل هناك مبلغ صغير (TIKET MODERTEUR) يكون على عاتق طالب الخدمة. بالنسبة للأدوية فتشتري و يسدد مبلغها مباشرة من طرف المريض، ويتم تعويض مبلغ شرائها كلياً أو جزئياً من طرف التأمين المرضي. أسعار الخدمات الصحية في المنظومة الصحية الفرنسية محددة من طرفه، وللطبيب الحق في تجاوز السعر المحدد ولكن بموافقة المريض.

هذه المنظومة الصحية متواجدة في معظم الدول اللاتينية، ولكن بتنظيمات فرعية مختلفة من منظومة إلى أخرى هذا من جهة، ومن جهة أخرى اختلاف في مصادر تمويل المنظومات الصحية. نجد مثل هذه المنظومة في دول كإيطاليا، بلجيكا....

فيما يلي جدول يبين مصادر تمويل صندوق التأمين المرضي الفرنسي خلال سنة 2000 .

جدول 2-5: مصادر تمويل صندوق التأمين المرضي الفرنسي

النسبة %	مليار فرنك فرنسي	
3,4	21507	- اشتراكات المؤمنین
34,4	215968	- اشتراكات اجتماعية عامة
50	313602	- اشتراكات أرباب العمل
6,3	39516	- مساهمة الدولة
0,8	4761	رسوم خاصة:
1,3	7901	على السيارات
1,3	7860	على التبغ
		على الكحول
0,3	2187	- إشهار صيدلاني
0,3	1881	- مساهمة الصناعة الصيدلانية
0,2	1414	- مساعدات الدولة
1,7	10366	- مساهمات أخرى
100	626963	المجموع

SOURCE : RAPPORT DE LA COMMISSION DES COMPTES DE LA SECURITE SOCIALE, France
Septembre 2000.

المطلب الثالث: المنظومة الصحية الجزائرية

1- تطور المنظومة الصحية الوطنية:

مرت المنظومة الصحية الوطنية بعدة تحولات. هذه التحولات كانت نتيجة لقرارات سياسية أو ناتجة عن أزمات اقتصادية. و يمكن تقسيم المراحل التي مرت بها المنظومة الصحية الوطنية إلى ثلاثة مراحل أساسية :

1-1- المرحلة الأولى (من 1963 إلى 1973)

ورثت الجزائر غداة الاستقلال منظومة صحية قائمة على أسس و تنظيمات المنظومة الصحية الفرنسية آنذاك. إبتداءا من 1963 عملت الحكومة الجزائرية للحد من مختلف التشريعات القائمة و إدخال نوع من الاستقلالية في التسيير. وقد تميزت هذه المرحلة بظهور ثلاثة مصادر لتمويل النفقات الصحية.

- التكفل بالنسبة الكبرى من النفقات الصحية من طرف الدولة والجماعات المحلية ، تصل هذه النسبة إلى 60% في تلك المرحلة. ويستفيد من هذا التمويل الاشخاص المحرومين، عديمي الدخل، أصحاب الحقوق.....

- يقوم الضمان الاجتماعي بتغطية 30% من النفقات العامة للهيكل العمومية التابعة لقطاع الصحة عن طريق صناديقه الجهوية، و التي تغدى بواسطة اشتراكات العمال الأجراء.

- الجزء المتبقي مصدره المساهمة المالية للأفراد الميسورين و أصحاب المهن الحرة.

التسعيرة الخاصة بالخدمة الصحية المقدمة كانت تحسب في هذه المرحلة على أساس السعر اليومي المقرر سنويا.

في 28 ديسمبر 1973 صدر قرار سياسي مفاده نهاية مرحلة التمويل المتعددة ، و ظهور طريقة أخرى لتمويل النفقات الصحية.

1-2- المرحلة الثانية (1974 إلى 1989)

تمخض عن هذه المرحلة إدخال مجانية العلاج للجميع، حيث لم يصبح هناك أي حاجز أمام الأفراد للحصول على الخدمات الصحية المطلوبة.¹

تقول « ANNE THEBAUD » أن "التحولات المرتبطة بتبني الطب المجاني، التقسيم القطاعي و اصلاح التعليم الطبي، ناتجة عن سياسة ضرورية تسمح لكل المواطنين الجزائريين بالاستفادة من العلاج".¹

¹ - الأمر الصادر في 26 ديسمبر 1973، رقم 65-78 المتعلق بمجانبة العلاج.

و أصبح منذ ديسمبر 1973 العلاج مجانا في كل المؤسسات العمومية، و شمل الاسعافات الوقائية و نفقات الاقامة و التغذية في المستشفى ... الخ²

بالإضافة إلى التغيرات التي مست نسب مساهمة مصادر التمويل في تغطية النفقات الصحية، مست أيضا التغيرات طرق تسيير الهياكل الصحية القائمة.

وينص الميثاق الوطني على أن الدولة تسهر على ضمان الحماية و الامن و تحسين الصحة لكل المواطنين، كما أكد ذلك قانون الصحة ل 1976، حيث يشير إلى أن الخدمات الصحية تسيير بطريقة تضمن لكل المواطنين الاستفادة المثلى و تلبية حاجتهم³.

و قد قسمت الهياكل الصحية في هذه الفترة إلى:

- الهياكل العمومية للصحة: والتي تضمنت القطاعات الصحية، المراكز الصحية الجامعية، المستشفيات المتخصصة و التي تمثل القاعدة الأساسية في توزيع العلاج.
- القطاع الشبه عمومي: هذا القطاع يمول من طرف صندوق الضمان الاجتماعي بالاشتراك مع مؤسسات عمومية، و يستفيد من خدماته العمال و عائلتهم.
- القطاع الخاص: في هذه الفترة لم يكن حجمه كبيرا، و اقتصر دوره في بعض عيادات التشخيص لأطباء عامين، أخصائيون، أطباء أسنان، صيادلة ...

ما يلاحظ على هذه المرحلة أن تمويل الهياكل الصحية لم يحسب على أساس أيام المكوث كالمرحلة السابقة، بل أصبح يقدر عن طريق ميزانية مقدرة في قانون المالية السنوي.

وقد كانت مساهمة مصادر تمويل النفقات الصحية في هذه المرحلة في الجدول الموالي :

¹ Anne Thebaud dans : Besoins de Santé et Repense de l'Institution Sanitaire en Algérie , Réflexions Théorique à Partir d'un Cas Concret, Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales XVII 1997 .

² - Ministère de la Santé, Rencontre du Ministère de la Santé avec la Press Nationale 9^{ème} Année de l'Institution de la Gratuité des Soins, Alger 1982 .

³ - la Charte Nationale de 1976, Titre 07, 4^{ème} Chapitre.

جدول 2-6 : تطور نسبة مساهمة مصادر تمويل النفقات الصحية :

1989	1987	1986	1985	1984	1983	1982	1981	1980	1979	السنوات المصادر
19.94	20.4	19.9	17.9	20.8	33.6	31	32	29.3	32.8	ميزانية الدولة
60.24	58.5	57.3	57.2	53.3	40.4	39.5	40.7	39.3	38.5	الضمان الاجتماعي
18.72	19.4	20.8	22.6	22.7	23.6	27	21.5	26.0	25.9	العائلات
1.1	1.7	2.0	2.3	2.2	2.5	2.5	3.0	5.4	2.7	مصادر أخرى
100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	مجموع

Source : le Financement de la Santé , M.P.S. Document Interne , Alger 1990.

لم تظهر هناك مشاكل تمويل في بداية هذه المرحلة نظرا لليسر المالي آنذاك. وصولا إلى 1986 وبظهور أزمة مالية خانقة ناتجة عن انهيار أسعار البترول التي أدت إلى انكماش الموارد المالية الممنوحة من طرف الدولة. في مرحلة مواتية وابتداء من 1988 انخفضت الموارد المالية في صناديق الضمان الاجتماعي والتي يعود السبب فيها إلى انخفاض اشتراكات العمال مع بداية سلسلة التسريحات العمالية من المؤسسات العمومية. وهذا ما أدى إلى التفكير في تخفيف الضغط على الموارد العمومية وإيجاد موارد مالية أخرى.

المرحلة الثالثة : (ابتداء من 1994)

مضمون هذه المرحلة هو التخلي التدريجي للدولة عن تمويل الخدمات الصحية تاركتنا المجال للتمويل الشخصي للخدمة الصحية من طرف المستفيد. وقد تم في هذه المرحلة إدراج سعر رمزي للفحوصات الطبية : الطب العام ب 50 دج، الطب المتخصص ب 100 دج وذلك كمرحلة أولى.¹

¹ – République Algérienne Démocratique et Populaire, Ministère de la Santé et de la Population, Circulaire N° 01/MSP/CAB/MIN du 08 Avril 1995.

ثم في مرحلة موائية يتوسع ذلك ليشمل الإيواء، الإطعام، التحاليل الطبية، الأشعة والتي كانت تعوض من قبل من طرف الضمان الاجتماعي.

يمكن الحكم في الوقت الحالي أن المنظومة الصحية الجزائرية تتكون من ثلاثة قطاعات فرعية :

قطاع عمومي، قطاع شبه عمومي و قطاع خاص. هذا الأخير الذي بدأ يرى النور ابتداءا من 1990 أين فتح المجال أمام المستثمرين بإنشاء مراكز صحية خاصة، والتي أصبحت مكسب إضافي للسكان بالإضافة إلى الهياكل المتواجدة.

وقد وصل عدد الممارسين الصحيين في القطاع الخاص إلى 15548 ممارس في سنة 1998 هذا العدد زاد بمقارنة سنة 1997 بـ 7 %، هذه الزيادة كانت بسبب ارتفاع الأطباء المختصين في هذا القطاع ب

13.3 %، يتبع بارتفاع الصيدالة ب 9 %، أما الجراحين فقد بلغت نسبة زيادتهم بـ 5 %.¹

" فالقطاع الخاص يحتل مكانة لا بأس به فيما يخص نسبة الممارسين الطبيين الذين ينشطون داخله وذلك بنسبة 37 % من إجمالي ممارسين الصحة".²

الجدول (2-1 من الملاحق) يبين أهمية كل قطاع في تقديم الخدمات الصحية للسكان من خلال الهياكل الصحية المتواجدة عبر الوطن.

ما يؤخذ على هذه المرحلة أنه لا يوجد تشريع واضح ينظم نشاط الممارسين الخواص من ناحية اختلاف تسعيرة الخدمة من ممارس إلى آخر هذا من جهة، من جهة أخرى عدم مسك وثائق محاسبية تبرر التكاليف والإيرادات الناتجة عن نشاطهم.

2- مصادر التمويل في المنظومة الصحية الجزائرية:

تضمنت المنظومة الصحية الجزائرية عدة مصادر للتمويل، هذه المصادر التي اختلفت نسب مساهمتها في تمويل النفقات الصحية حسب السياسة الصحية المنتهجة من طرف الدولة و أولويتها عبر المراحل التي مرت بها المنظومة الصحية.

عموما يمكن حصر مصادر التمويل الأساسية فيما يلي :

¹ - Statistiques Sanitaires , Ministère de la Santé et de la Population , Année 1998 , p21.

² - Ibid , p 21.

2-1 - الضمان الاجتماعي :

يلعب الضمان الاجتماعي دور هام في إعادة توزيع الدخل وتحقيق نوع من العدالة الاجتماعية بصفة عامة.

فكل تذبذب في منظومة الضمان الاجتماعي يؤثر حتما على التوازن العام للاقتصاد الوطني¹.
ويظهر الدور الهام للضمان الاجتماعي في الجزائر في المبلغ الهائلة التي تمول سنويا مختلف السكان المؤمنين و الجدول الموالي يوضح ذلك:

جدول 2-7: تطور نفقات صندوق الضمان الاجتماعي و علاقتها بالإنتاج الداخلي الخام (PIB).
(مليار دينار)

السنوات	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	99/90
نفقات الضمان الاجتماعي*	23,7	31,5	43,0	56,0	69,2	87,1	106,5	120,8	143,9	163,3	%598
نسبة الضمان الاجتماعي إلى PIB	%4,2	%3,7	%4,0	%4,7	%4,7	%4,3	%4,1	%4,3	%5,1	%5,1	-

* علما أن الصناديق المأخوذة بعين الاعتبار هي (CNAS,CASNOS,CNR)

Source : Larbi Lamri, le systeme de sécurité sociale en Algérie, opu, Alger 2004, p160

وقد مر الضمان الاجتماعي بمرحلتين أساسيتين :

- قبل 1983 كانت هناك عدة نظم للتأمينات الاجتماعية، من بينها نظام عام رئيسي ينقسم إلى ثلاث صناديق جهوية ، يعمل على تغطية التكاليف الصحية للأشخاص المؤمنين حسب الفعل المقدم : أمراض، أمومة، حوادث عمل، إعاقة.
وقد بدأت مساهمة الضمان الاجتماعي تساهم بحجم مهم في ميزانية القطاعات الصحية، ابتداء من 1974 بعد قرار وزارة المالية الضمان الاجتماعي لدى الخزينة².

¹ - Cahiers de la Reforme N° = 3, Editions ENAG, Alger 1990, p 117.

² - M..Kaddare dans : les Rapport entre la Sécurité Sociale et le Système de Soins en Algérie, 1962 – 1987, Revue Cread 1989.

بالإضافة إلى النظام العام الرئيسي هناك نظام تأمين خاص بالمهاجرين وذوي الحقوق الذي يسير بالاشتراك مع المنظومة الصحية الفرنسي في إطار اتفاقية جزائرية فرنسية للضمان الاجتماعي، بالإضافة إلى تواجد نظم تأمين خاصة مكتملة تتعلق بعمال بعض القطاعات كالمناجم، السكك الحديدية... - بعد 1983 حدثت هناك إصلاحات عميقة تمخض عنها نظام تأمين موحد لكل عمال القطاع العام ماعدا عمال القطاع العسكري، والتعاضديات الفلاحية، وقد تم دمج التأمينات الاجتماعية الخاصة بحوادث العمل والأمراض المهنية في الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية وحوادث العمل (CNASAT). وقد تم توحيد نظام الاشتراك في صندوق الضمان الاجتماعي لكل العمال الأجراء، والذي تغير اسمه ابتداء من 1992 إلى الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية (CNAS). وقد تم إنشاء بالإضافة إلى ذلك صندوق وطني لغير الأجراء (CASNOS)، وصندوق وطني للتقاعد (CNR)¹. وقد تعدد تمويل صندوق الضمان الاجتماعي للنفقات الصحية وبنسب مختلفة هذه المبالغ التي تتزايد من سنة إلى أخرى. الجدول الموالي يبين ذلك :

جدول 2-8 : جدول تسديدات صندوق الوطني الضمان الاجتماعي (CNAS) حسب نوعية الخدمة.

مليار دج .

سنة	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	99/90
المبلغ الجزائي لتمويل المستشفيات	8,60	9,50	9,50	9,98	11,25	13,55	16,57	17,97	19,65	19,87	%116
العلاج في الخارج	0,74	1,24	1,82	5,48	10,41	7,05	2,47	2,06	1,45	0,79	%6
الأدوية	0,94	1,35	3,50	5,50	6,50	10,57	14,9	16,92	16,44	17,0	%1708
حوادث العمل	1,07	1,28	1,74	2,15	2,74	3,59	4,30	4,50	4,80	5,20	%436

Source : Larbi Lamri, op cit, pp 140-143

¹ - Fatima zohra oufriha , op cit , p 136.

من خلال الجدول (2-7) نلاحظ أنه:

أولاً: فيما يخص المبلغ الجزافي الذي يمول به مختلف المستشفيات و المراكز الصحية فإن تطوره كان كمايلي: 8,6 مليار دينار في سنة 1990 ثم انتقل إلى 13,55 مليار دينار في سنة 1995 وصولاً إلى 19,87 مليار دينار في سنة 1999. أي أنه قفز خلال عشرية التسعينات إلى الضعف بالمقارنة مع أعباء سنة 1990. من بين الأسباب التي أدت إلى ارتفاع هذه النفقات نذكر:¹

- لم تتسم عملية إنفاق الموارد المخصصة بالخدمات الاستشفائية بالرشادة. غياب المراقبة جعل عملية استهلاكها لا يتم بشكل عقلاي.
- عدم ارتياح بعض الأشخاص المؤمنين من الخدمات المقدمة لهم من طرف القطاع العام، هذا ما دفعهم للتوجه للقطاع الخاص لطلب نفس الخدمات. ما ينتج عن ذلك دفع مصاريف تلك الخدمات من طرف الضمان الاجتماعي لجهتين مختلفتين.
- عدم وجود مؤشرات طبية و معايير سعرية لغرض مقارنتها مع ما يحقق من خدمات استشفائية من أجل استخراج الفوارق و تحديد الأسباب.

ثانياً: بالنسبة لنفقات العلاج في الخارج فقد عرفت في عشرية التسعينات ثلاث مراحل: في بداية تلك العشرية كان مبلغها 2 مليار دينار ثم انتقلت إلى 4 مليار دينار سنوي 1993 و 1994 ثم نزلت تدريجياً بعد ذلك لتصل إلى 0,8 مليار دينار سنة 1999. تغير هذه النفقات يعود إلى:

- عدد الأفراد الذين يستفيدون من العلاج عددهم في تغير مستمر في مجال محصور بين 2000 إلى 5000 فرد سنوياً.²

- سعر صرف الدينار إلى العملات الأخرى، الذي لعب دوراً أساسياً في تداول تلك النفقات. ثالثاً: بالنسبة للنفقات الخاصة بالأدوية فقد عرفت تطورات مذهلة خلال هذه الفترة. كانت 0,94 مليار دينار في سنة 1990 ثم قفزت إلى 10,57 مليار دينار و قد وصلت إلى 17 مليار دينار سنة 1999. نسبة ارتفاع هذا النوع من النفقات قدر ب 1708 % خلال تلك العشرية. من بين الأسباب التي أدت إلى ارتفاع هذه النفقات:³

- إرتفاع سعر الأدوية الناتج عن تخفيض قيمة الدينار.

¹ - Larbi Lamri, op cit, p 140.

² - Larbi Lamri, op cit, p 142.

³ -Ibid, p 143.

- عدو وجود سياسة للمفاضلة بين الأدوية لها نفس التركيبة و مختلفة السعر و محاولة اقتناء أدوية لها أقل تكلفة.
 - تحايل بعض الأفراد من خلال الحصول على تعويضات خاصة بأدوية لم تستهلك من طرفهم.
- الجدول الموالي سنعرض فيه معلومات خاصة بنفقات صندوق التأمينات الخاص بغير الأجراء:

جدول(2-9): نفقات صندوق التأمين لغير الأجراء(CASNOS) حسب نوعية الخدمة المقدمة.

(مليار دينار)

السنوات	1995	1996	1997	1998	1999	99/95
مبلغ جزافي لتمويل المستشفيات	0,391	1,074	1,168	1,200	1,200	%206
العلاج في الخارج	0,256	0,184	0,227	0,170	0,120	%50-
مصاريف علاج أخرى	0,668	0,815	0,963	1,101	0,881	%31

Source : Larbi Lamri, op cit, pp 147-148

بالنسبة لنفقات صندوق التأمين لغير الأجراء (CASNOS) فإن النسبة الأكبر منها خاصة بالمبلغ الجزافي الممول للخدمات الاستشفائية الذي انتقل من 0,391 مليار دينار سنة 1995 إلى 1,2 مليار دينار سنة 1999، بنسبة زيادة قدرها 206%. باقي الخدمات الأخرى المغطاة من طرف الصندوق ليست مهمة فيما يخص حجمها بالمقارنة مع النفقة الأولى.¹

2-2 - مساهمة الدولة:

تساهم ميزانية الدولة بجانب الضمان الاجتماعي في تمويل نسبة مهمة من النفقات الصحية بواسطة الميزانية العامة السنوية الجزائرية، هذه الأخيرة التي تعد مسبقا في قانون المالية السنوي من أجل تأطير السياسة الصحية، التكوين الطبي والشبه الطبي، والبحث الطبي.²

الجدول الموالي يبين نسبة ميزانية الصحة إلى الناتج الداخلي الخام في الجزائر :

¹ -Larbi Lamri, op cit, p 148.

² - Fatima Zohra Oufriha , op cit , p 136.

الجدول 2-10 : نسبة ميزانية الصحة إلى الناتج الداخلي الخام في الجزائر

السنوات	1987	1989	1991	1993	1995	1997	1999	2000
ميزانية الصحة/PIB %	3.6	2.8	2.2	2.2	1.8	1.5	1.6	1.3

المصدر : وزارة الصحة والسكان

بالإضافة إلى ذلك فإن الجدول الموالي سيبين ما تم إنفاقه من طرف الدولة على القطاعات الصحية والمستشفيات بالخصوص في الجزائر في الفترة الممتدة بين 1993 إلى 1997.

دينار جدول (2-11): تطور الميزانية الخاصة بالقطاعات الصحية و المستشفيات

السنوات	1993	1994	1995	1996	1997	97/93
القطاعات الصحية (SS) و المراكز الاستشفائية (EHS)	18775260000	21782712000	26382812000	31009550638	30701010000	%63
المستشفيات الجامعية (CHU)	7586540000	8980780000	10346468000	12606923000	13063600000	%72
مجموع	26361800000	30763492000	36729280000	43616473638	43764610000	%66

المصدر: وزارة الصحة و السكان.

من خلال الجدول 2-11 نلاحظ أنه هناك تطور تدريجي للنفقات الخاصة بالخدمات الاستشفائية من سنة 1993 إلى سنة 1997. كانت نسبة هذا التطور فيما يخص القطاعات و المراكز الصحية 63% في تلك الفترة، بالمقابل وصلت إلى 72% فيما يخص المستشفيات الجامعية. تزايد هذه النفقات يعود أساسا إلى التزايد السكاني و ما يقابله من خدمات صحية مساهمة له من سنة إلى أخرى. تعدد النفقات الصحية تجعل تدخل الدولة في تمويل النفقة الوطنية للصحة أكثر من ضروري وبنسب مهمة، وقد وصلت هذه النسبة في سنة 1993 إلى 35% .

2-3 - مساهمة العائلات:

اختلفت طريقة مساهمة العائلات في تمويل النفقة الوطنية الصحية باختلاف المراحل التي مرت بها المنظومة الصحية الوطنية، وما تتميز به مساهمة العائلات أن حجمها لا يمكن حسابه بدقة وهذا راجع إلى الأسباب التالية :

- التجاوزات التي تحدث غالبا في تحديد التسعيرة من طرف الممارسين في القطاع الخاص، مع العلم أنه لا يوجد هناك جهاز يقوم بمراقبة هؤلاء الممارسين.

- هناك بعض العائلات والتي تتمتع بتغطية من طرف الضمان الاجتماعي، غير أنها ولأسباب مختلفة لا تطالب بالتعويضات على الخدمات أو الأدوية مدفوعة المقابل.

- هناك ظاهرة تتمثل بالتداوي بدون اللجوء إلى الطبيب واللجوء المباشر للصيدلة من أجل شراء أدوية بدون وصفة طبية

جدول 2-12 نسبة النفقات المتوسطة السنوية للفرد في الجزائر.

بيان	سنة	1988	2000
- تغذية		52,53	44,6
- ألبسة		8,17	8,60
- نقل و مواصلات		11,39	9,40
- معدات و أجهزة منزلية		4,29	3,40
- مصاريف السكن		7,74	13,60
- تربية، ثقافة و ترفيه		4,35	3,90
- صحة		2,71	6,30
- إستهلاكات مختلفة أخرى		8,83	10,40
- مجموع		% 100	% 100
النفقة السنوية المتوسطة للفرد(دينار)		8873	49927

Source : ONS

2-4 مساهمة التعاضديات :

مع التخلي على التأمينات المكتملة بعد 1983 وبتوحيد نظام التأمينات الاجتماعية، لم يبقى منها سوى 21 تعاضدية اختيارية والتي شملت واحد مليون عامل. هذا النوع من التأمين يغطي بصفة تكميلية تكاليف الصحة التي يواجهها المعالج في القطاع الخاص (عيادات ، مراكز صحية خاصة ..) من أهم هذه التعاضديات تعاضدية عمال التربية (MUNATEC).

2-5 مساهمة المؤسسات :

لعبت المؤسسات العمومية دورا هاما في تمويل الخدمات الصحية في المراحل بين 1974 و 1980 من خلال وضع نظام تسيير يعتمد على اعتمادات خاصة تمويل بها وحدات صحية متواجدة على مستوى المؤسسات، هدفها تقديم العلاج بصفة مباشرة لعمال المؤسسة وذلك بصفة تكميلية لهياكل الصحة العمومية.

بتوحيد نظام التأمين الصحي قد ضمت الوحدات الصحية ضمن الهياكل الصحية العمومية في إطار تسيير موحد ، البعض الآخر فقد حافظ على التسيير المستقل لهياكله الصحية.

لقد ساهمت الهياكل الثلاثة الأولى في تمويل النفقة الوطنية للصحة بصفة أساسية أما المصدرين الآخرين فكان تمويلهما ثانوي فقط بالمقارنة مع النوع الأول .

وقد كانت مساهمة كل مصدر من مصادر تمويل الصحة في الجزائر بنسب متفاوتة والجدول الموالي يبين ذلك من خلال سنة 2001.

الجدول 2-13 : مصادر تمويل الصحة في الجزائر لسنة 2001.

المصدر	%
الدولة	32.85
الضمان الاجتماعي	41.60
العائلات	20.18
المؤسسات الاقتصادية	1.12
التعاضديات	1.13
القطاع الخاص	3.0
الخارج	0.12
مجموع	100

Source : M.S.P.R.H les comptes nationaux de la santé 2000-2001.

3- توسيع مصادر التمويل:

- بالإضافة إلى مصادر التمويل الكلاسيكية المذكورة أنفا يجب تأمينها من جهة، بالإضافة يمكن أن تظهر هناك مصادر تمويل أخرى لمعالجة تطور الطلبات المستقبلية. من بين هذه الموارد الجديدة :
- يمكن تطبيق ضريبة تصاعدية على الدخل الخاصة بالأشخاص الميسورين وأصحاب المهن الحرة. يرجع ذلك استفادة هؤلاء من خدمات صحية ذات ثمن زهيد بالمقارنة مع الاشتراك المدفوع بالنسبة للإيراد (الربح)¹.
 - تطبيق ضريبة خاصة بالتلوث المفرز من طرف المؤسسات التي تصيب المحيط بنفاياتها هذه الضريبة ستكون متصاعدة حسب درجة التلوث وليس حسب رقم الأعمال المسجل، وهذا من أجل كبح تلوث هذه المؤسسات، البحث عن تكنولوجيا أقل تلوث في ذلك الميدان، المساهمة في علاج الأشخاص المتضررين من تلوث المحيط.
 - مساهمة المؤسسات المنجزة للأشغال العمومية في تمويل الخدمات الصحية، من أجل تعويض الأشخاص الذين سيتضررون من الأشغال غير قائمة على أسس علمية والتي تؤدي إلى حوادث تؤدي إلى فقدان الحياة ، أو الإعاقة الذاتية أو المؤقتة...
 - مساهمة الجماعات المحلية (بلدية، دائرة، ولاية) في تمويل الخدمات الصحية، من أجل الحفاظ على صحة سكانها بالوقاية من الأمراض، نظافة المحيط هذا من جهة، ومن جهة أخرى المساهمة في تمويل الخدمات الصحية على المستوى الوطني².

¹ - André Labourdette , op cit , p 129.

² - زميت خدرجة : تحليل تكاليف الصحة في الجزائر ، مذكرة لنيل شهادة ماجستير ، جامعة الجزائر ، السنة الجامعية 1999-2000 ، ص 130.

خاتمة الفصل :

لقد حاولنا من خلال هذا الفصل إبراز بعض النقاط المشتركة و غير المشتركة بين سوق السلع و الخدمات الصحية و باقي الأسواق الأخرى.

فالمشكلة الاقتصادية لا تختلف من سوق سلعة و خدمة إلى سوق آخر، فالندرة هي المحرك الرئيسي للفرد من أجل بلورة اختيارات لإشباع حاجاته المتنوعة. بالنسبة لسوق السلع و الخدمات الصحية فهو سوق متميز من ناحية أن الفرضيات و العوامل المؤثرة في تغير العرض و الطلب لا تختلف في معظمها عنها في الخدمات السوقية الأخرى، بالمقابل يسهر على تنظيم هذا السوق أجهزة الدولة و الجهات الممولة لتلك الخدمات. إذن فعارض الخدمة و طالبها ليس حر حرية مطلقة و ليس مقيدا تقييدا مطلقا.

بالنسبة للتسعير في سوق السلع و الخدمات الصحية فإن هناك اختلاف في تسعير هذه السلع و الخدمات من منظومة صحية إلى أخرى، بالإضافة إلى ذلك هناك تطور طريقة التسعير من مرحلة زمنية إلى أخرى في المنظومة الصحية نفسها. هذا التطور ناتج عن نقاط الضعف الخاصة بطرق التسعير للمراحل السابقة بالإضافة إلى محاولة مسايرة متطلبات التسيير و احتواء المستجدات.

تختلف المنظومات الصحية فيما بينها و هذا يرجع بشكل أساسي إلى مصادر و أنماط تمويل الخدمات الصحية، بالإضافة إلى نطاق و شكل تدخل الدولة في تقديم تلك الخدمات هذه الاختلافات تعكس توجهات و سياسات الدول في تقديم الخدمات الصحية للمواطنين.

تقوم الجزائر بتسديد نفقات خدمات صحية متزايدة سنويا و قد ركزنا على الخدمات الاستشفائية نظرا لحجم الموارد المرصدة في تمويلها. يتم تمويل النسبة الأكبر من نفقات الخدمات الاستشفائية من طرف الدولة و الضمان الاجتماعي، أسباب تزايد نفقات الخدمات الاستشفائية بصفة خاصة و النفقة الوطنية للصحة بصفة عامة يعود إلى أسباب موضوعية و أخرى غير موضوعية.

الفصل الثاني :

تحليل و مراقبة
التكاليف الاستشفائية

تمهيد :

إن ظاهرة ارتفاع تكلفة الخدمة الصحية ليست خاصة ببلد معين أو مجموعة من بلدان العالم، بل هي ظاهرة عالمية تشهدها مختلف المنظومات الصحية و بدرجات متفاوتة.

إن تطور الإنفاق الصحي و ارتفاع التكاليف الناتجة عن النشاط الاستشفائي من جهة، و من جهة أخرى القيود الاقتصادية و لا سيما ندرة الموارد المالية التي تعاني منها مختلف دول العالم هي من الأسباب التي دفعت بالاقتصاديين للاهتمام بتحليل التكاليف الخاصة بالنشاط الاستشفائي.

عملية الإحاطة بالتكاليف الاستشفائية و محاولة فهم تطورها يعتبر جزءا هاما من نظام المعلومات الاستشفائي فالمؤسسة الصحية كباقي المؤسسات الاقتصادية الأخرى في حاجة إلى نظام معلومات يمكن أصحاب القرار باتخاذ التدابير الفعالة في مجال التسيير.

عملية تحليل التكاليف و النشاط الاستشفائي معا ستمكن من تحديد الأسباب الرئيسية التي تدفع التكاليف نحو الارتفاع. معرفة هذه الأسباب ستكون بالنسبة للمسير تشخيص تسييري للمستشفى على أساسه سيتم اقتراح أساليب و أسس لمحاولة التحكم في تطور تلك الظاهرة. سنتناول في هذا الفصل مفهوم المؤسسة الاستشفائية، وظائفها، تنظيمها و نشاطاتها.

سنحاول تحليل تكاليف الاستشفائية من ناحية تركيبها، تصنيفها ... بالإضافة إلى ذلك التطرق إلى مختلف الطرق التي تسمح بمراقبة تطور هذه التكاليف.

المبحث الأول : المؤسسة الإستشفائية

المستشفى كنظام معقد متعدد النشاطات ليس وليد هذا القرن بل كان نتيجة عدة تجارب سابقة ابتداء من الحضارة الإغريقية مرورا بالحضارة الإسلامية وصولا إلى الشكل الحالي للمستشفى. المستشفى في بادئ الأمر كان مأوى للمرضى ومكان للعبادة في نفس الوقت، و قد ظهر ذلك في معابد آلهة الطب (Aesculapius) الإغريقية.¹ تطور المستشفى بالموازاة مع تطور الطب قد قطع شوطا هاما من خلال العصر الذهبي للحضارة الإسلامية، أين ظهر المستشفى بتنظيم يشبه التنظيمات في الوقت الحالي و تعدد النشاطات التي يقوم بها من تقديم عقاقير، فحص، أكل ... نظافة ... في مرحلة موالية ظهرت اكتشافات هامة في العالم الغربي و خاصة في ميدان الرعاية الطبية و حدث هذا في عصر النهضة.

النهضة الحقيقية في المجال الطبي و الخدمات الاستشفائية حدثت ابتداء من مطلع القرن التاسع عشر أين ظهر هناك تقدم كبير في مجال العلوم الطبية ساعده في ذلك الإكتشافات المتعددة في مجال العلوم الكيميائية مثل التخدير و تحضير العقاقير ...، بالإضافة إلى ذلك اختراع بعض الأجهزة التي ساعدت على الفحص و الجراحة.² أمام هذا التطور السريع كان لا بد من وجود مكان تتوفر فيه الشروط اللازمة لممارسة نشاط الأطباء و الجراحين هذا ما تحقق فعلا في مرحلة موالية أين لم يبقى المستشفى مكان للمعالجة و الفحص فقط بل أصبح مكان للبحث و التطوير بالإضافة إلى تكوين الفاعلين في المجال الطبي .

المطلب الأول : تعريف المؤسسة الاستشفائية و وظائفها

تختلف المؤسسة الاستشفائية عن المؤسسات الخدمية الأخرى من ناحية العناصر المكونة لها، ووظائفها، تنظيمها و نشاطاتها. سنحاول في ما يلي التعرّيج على كل هذه الخصائص.

1- تعريف المؤسسة الاستشفائية

حمل المفهوم الحالي للمستشفى عدة تعابير مختلفة في شكلها لكنها موحدة في المعنى الذي تصبو

¹ - J.RAKICH and K. DARR, Hospital Organization and Management, SP Medical and Scientific Books, New York 1978, p2.

² - R. Garret, Hospitals – A Systems Approach, Auerback Publishers inc, Philadelphia 1973, p6.

للوصول إليه.

فقد عرفت الهيئة الأمريكية للمستشفيات (American Hospital Association) المستشفى على أنه :
" مؤسسة تحتوي على جهاز طبي منظم، يتمتع بتسهيلات طبية دائمة تشمل على أسرة للتنويم و
خدمات طبية تتضمن خدمات الأطباء و خدمات المريض المستمرة لإعطاء المرضى التشخيص و
العلاج اللازمين".¹

بالإضافة إلى التعريف السابق هناك تعريفين آخرين للمنظمة العالمية للصحة OMS:

* التعريف الوظيفي للمستشفى : " جزء أساسي من تنظيم اجتماعي و طبي تتلخص وظيفته في
تقديم رعاية صحية كاملة للسكان علاجية كانت أو وقائية و تمتد خدمات عيادته الخارجية إلى
الأسرة في بيئتها المنزلية ، كما أنه أيضا مركز لتدريب العاملين الصحيين و للقيام ببحوث اجتماعية
حيوية"²

● التعريف البسيط للمستشفى : " مؤسسة تكفل للمريض الداخلي مأوى يتلقى فيه الرعاية
الطبية و التمريض ".³

فحسب التعاريف السابقة يعتبر المستشفى مجموعة من الإمكانيات المادية و البشرية التي تتضافر فيما
بينها لإنتاج خدمات صحية تقدم للسكان. فما هي الوظائف التي يقدمها المستشفى ؟.

2- الوظائف الأساسية للمستشفى

تختلف وظائف المستشفيات فيما بينها بحسب حجم المستشفى و الهدف الذي أنشأت من أجله.
لكن هناك وظائف أساسية مشتركة عموما في معظم المستشفيات نوردتها فيما يلي :

1-2 تحقيق مستوى عال من جودة الرعاية الطبية للمريض والمصاب :

من أجل تحقيق هذا الهدف يجب توفير الشروط التالية :

¹ – American Hospital Association, Classification of Health Care Institutions, Edition Chicago, Chicago 1974, p10.

² منظمة الصحة العالمية، إدارة المستشفيات، سلسلة التقارير الفنية، رقم 390، جنيف سويسرا 1980، ص 6.

³ - Ibid, pp 6-7.

- يجب توفر رصيد تقني للجهاز الطبي المكلف بتقديم خدمات الطبية. هذا يعني توفر أطباء بالعدد اللازم و بمختلف اختصاصاتهم لتقديم الرعاية الطبية على مستوى المستشفى و في الوقت اللازم.
- توفير الإمكانيات المالية و المادية (وسائل علاج أجهزة و معدات طبية...) اللازمة لاحتياجات النشاط الاستشفائي لمجابهة الطلبات المحتملة للسكان .
- توفير الخدمات المساعدة للخدمات الطبية من : أكل جيد، وسائل راحة للمريض و بالتنوع الجيدة من أجل مساعدة المريض على الشفاء النفسي بالموازاة مع الشفاء الصحي هذا من جهة و من جهة أخرى العمل على تحسين خدمات الاستقبال في غرف الانتظار و نقاط التزويد بالمعلومات. التأكيد على الحوار بين الطبيب و مريضه من أجل تفاعل اجتماعي و نفسي يسهل نجاح التشخيص بمختلف جوانبه.

2-2 تعليم و تدريب الممارسين الطبيين :

من أطباء، ممرضين، ممرضين مساعدين و تقنيين. فالمستشفى في الوقت الحالي لم يبقى نشاطه منحصر في معالجة و فحص المرضى فقط بل توسع ليشمل التكوين و التدريب للممارسين الطبيين. عموما عملية التكوين و التدريب تكون في مختلف المستشفيات الجامعية و المستشفيات المتخصصة لما تحتوي من جهاز طبي تقني كفيل بأداء هذه الوظيفة و لما تحتويه من إمكانيات بشرية و مادية اللازمة للتأطير الجيد للطلبة بالإضافة إلى مستشفيات الجامعية هناك أيضا مستشفيات متخصصة التي تلعب دور في تدريب الخريجين الجدد في ذلك الاختصاص .¹

2-3 البحث العلمي في مختلف مجالات الصحة :

توسع أنشطة المستشفى لم تمس مجال التكوين و التدريب فقط بل و وظفت الخبرات الموجودة على مستوى المستشفى و المكاسب التقنية و الإمكانيات المادية من أجل إعداد الأبحاث الطبية، البيولوجيا و دراسات متعلقة بالأنشطة الصحية الأخرى.

- يساعد توفر مخابر التحليل، البيولوجيا، التجهيزات و المعدات الطبية من تطوير أدوية و اكتشاف أخرى ثم تجريبها لتضاف إلى مجموعة الأدوية المتوفرة.

¹ - زهير علي، المستحدث في الإدارة العليا للمستشفيات، مكتبة الأنجلو المصرية، مصر 1976، ص 39..

- يساعد وجود سجلات طبية منظمة على توفير قاعدة معلومات للباحثين من أجل استعمالها في أبحاثهم و دراساتهم لتحديد نتائج خاصة بالنشاط الاستشفائي مثل : نتائج خاصة بتجربة عقار جديد، نسبة استفحال مرض معين بين السكان، نسبة الوفيات، نسبة المواليد من أجل تخطيط الإمكانيات و توحيد الجهود للقضاء على الأمراض و الأوبئة في وقت قياسي.¹

2-4 توفير خدمات الرعاية الصحية الأولية للمجتمع

تسهر العيادات و الوحدات الاستشفائية القاعدية على تقديم احتياجات المجتمع المستمرة من خدمات الوقاية، حماية الأمومة، التلقيح و التوعية. هناك اتجاه حديث يسعى لضم هذه الأنشطة إلى المستشفيات على مختلف أنواعها، مما لها من أهمية بالغة في الحفاظ على صحة أفراد المجتمع.² الوظائف الأربعة السابقة لا تتواجد في مختلف المستشفيات بنفس الحجم و نوعية النشاطات و هو ما يقودنا للتطرق إلى أنواع المستشفيات.

3- أنواع المستشفيات

لم يكن المستشفى في الحضارات القديمة إلا مأوى للمرضى تقدم فيه الفحوصات وتعطى فيه بعض العقاقير التي كان يعتقد آنذاك أنها تحسن حالة المريض و تساعد على الشفاء. أخذ دور المستشفى يتطور إلى أن أصبح مؤسسة صحية بالغة التعقيد تحتوي على إمكانيات بشرية، مادية و تقنية هائلة متعددة الوظائف و النشاطات و الأهداف، تلك الإمكانيات المتنوعة المادية منها و البشرية و التقنية تختلف من مؤسسة استشفائية إلى أخرى كالتالي :

3-1 تصنيف المستشفيات من الناحية الإكلينيكية " Clinical Classification "

حسب هذا المعيار يمكن تقسيم المستشفيات إلى :
*مستشفى عام : و هو المستشفى ذو الإمكانيات الكبيرة و التخصصات المتعددة يعمل على معالجة مختلف الحالات العامة كالمستشفيات المحلية و الولاية .

¹ - حسان محمد النذير حرساني، إدارة المستشفيات، معهد الإدارة العامة، المملكة العربية السعودية 1990، ص 40.

2 - Avedis Donabedian, The Definition of Quality and Approches to its Assessment :
Exploration in Quality Assessment and Monitoring, Health Administration Press, Michigan
1980, pp 4 -8.

*مستشفى تخصصي : وهو المستشفى الذي يعمل على معالجة نوع محدود من الأمراض أو فئة معينة منهم الذين يعانون نفس العلة مثلا مستشفى التوليد و أمراض النساء، مستشفى الأمراض العقلية .

*مستشفى عام تخصصي : في هذا العصر هناك اتجاه يعمل على تركيز إمكانيات هائلة في مستشفى تتوفر فيه خصائص معينة، تعمل على معالجة الحالات العامة بالإضافة إلى جراحات متخصصة و دقيقة مثلا القلب المفتوح، التوليد، أمراض نفسية كالمستشفيات الجامعية .¹

3-2 تصنيف المستشفيات حسب أنماط الإشراف و الملكية :

حسب هذا المعيار يمكن تصنيف المستشفيات إلى :

*مستشفى عمومي : حيث ملكيته، تسييره و تمويله يتم من طرف الدولة و هيئاتها. و التي يمكن تقسيمها بدورها إلى :

- مستشفيات عمومية تعرض خدماتها لكل فئات المجتمع.
- مستشفيات عمومية تعرض خدماتها لفئة محددة من المواطنين مثل المراكز الصحية التابعة للضمان الاجتماعي و التعاضديات، مستشفيات عسكرية.

*مستشفى خاص : فهذا النوع من المستشفيات يملكه و يشرف على إدارته شخص أو مجموعة من الأشخاص أو جمعية. و التي يمكن تصنيفها بدورها إلى :

*مستشفى خاص ذو طابع ربحي : هذا النوع من المستشفيات يهدف إلى تحقيق مكاسب ربحية من خلال النشاطات المقدمة

*مستشفى خاص ليس ذو طابع ربحي : و هي المستشفيات التي تتبع خدماتها للأفراد لكن الفوائد المحققة لا تعتبر أرباحا بل تقوم باستثمارها في توسيع المستشفى، إنشاء مراكز جديدة، بالإضافة إلى اقتناء تجهيزات و معدات طبية معاصرة .²

3-3 تصنيف المستشفيات حسب متوسط فترة الإقامة :

حسب هذا المعيار يمكن تصنيف المستشفيات إلى :

¹ - حسان محمد النذير حرساني، المدخل لعلم الإدارة الصحية، معهد الإدارة العامة، المملكة العربية السعودية 1980، ص 72.

² - حسان محمد النذير حرساني، إدارة المستشفيات، معهد الإدارة العامة، المملكة العربية السعودية 1990، ص 45.

*مستشفيات ذات فترة عناية قصيرة : (Short terme care hospitals) : هي المستشفيات التي يكون فيها متوسط فترة الإقامة أقل من ثلاثين يوماً كالمستشفيات العامة، التوليد، طب الأطفال.
*مستشفيات ذات فترة عناية طويلة : (Long terme care hospitals) : هي المستشفيات التي تتعدى فيها متوسط فترة الإقامة أكثر من ثلاثين يوماً مثل مستشفيات الأمراض العقلية، الأمراض النفسية، بعض الأمراض المزمنة .

3-4 تصنيف المستشفيات حسب جودة خدمات الرعاية الطبية المقدمة :

حسب هذا المعيار يمكن تصنيف المستشفيات إلى :

*المستشفيات المعتمدة (Accredited hospitals) : هي المستشفيات المعترف بجودة خدماتها المقدمة. حيث تشرف هيئات رسمية متخصصة بمراقبة الخدمات المنتجة مثل الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد التنظيمات.

*المستشفيات غير المعتمدة (Non-accredited hospitals) : هي المستشفيات التي لم تحصل بعد على اعتماد من طرف الهيئة المتخصصة بذلك، والتي مازالت لم تصل إلى حد معين معترف به من جودة الرعاية المقدمة .

هذا التصنيف نجده في بعض البلدان المتقدمة مثل الولايات المتحدة الأمريكية.¹

4- تصنيف المستشفيات حسب الموقع و السعة السريرية :

حسب هذا المعيار يمكن تصنيف المستشفيات إلى :

§ مستشفيات محلية صغيرة (Local or community hospitals) : هي المستشفيات التي تخدم منطقة سكانية صغيرة و لا تتجاوز سعة المستشفى عموماً 100 سرير مثل المستشفيات البلدية.

§ مستشفيات مركزية (district hospitals) : هي المستشفيات التي تخدم منطقة سكانية أكبر من النوع السابق، أين السعة السريرية تتراوح بين 100 إلى 500 سرير مثل المستشفيات الولائية.

§ مستشفيات عامة أو جهوية (Regional hospitals) : هي المستشفيات التي تخدم منطقة جغرافية كبيرة و التي بواسطتها تسهر على رعاية عدد كبير من سكان مناطق مختلفة تحتوي على إمكانات

¹ -حسان محمد النذير حرساني، إدارة المستشفيات، معهد الإدارة العامة، المملكة العربية السعودية 1990، ص 47.

متنوعة و هائلة مثل المستشفيات الجامعية، أما السعة السريرية فهي بدلالة عدد سكان تلك المنطقة .

المطلب الثاني : الإطار التنظيمي للمستشفى

قبل التطرق إلى أنواع الهياكل التنظيمية داخل المستشفى نريد قبل ذلك التعرف على محيط المستشفى من جهة و مكوناته من جهة أخرى .

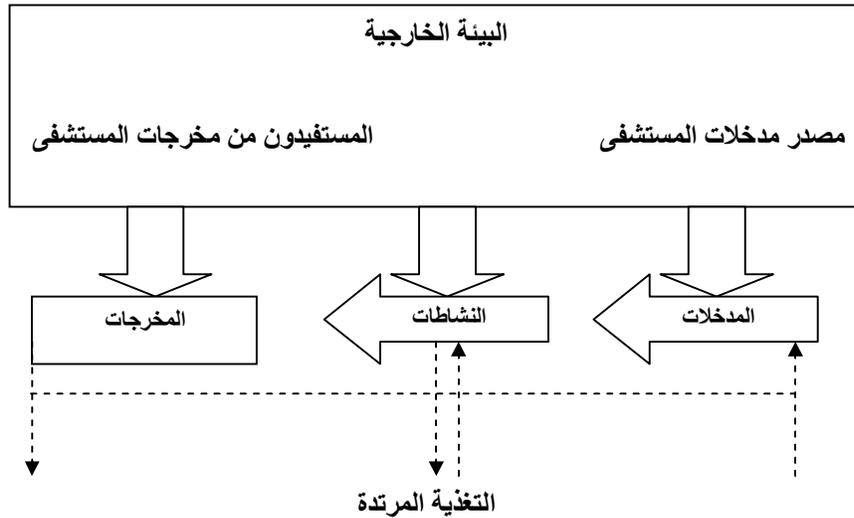
1- مفهوم المستشفى كنظام مفتوح :

تعرضنا فيما سبق إلى تعريف المستشفى على أنه مجموعة من الإمكانيات البشرية و المادية و التقنية التي تتضافر فيما بينها لتحقيق أهداف محددة. بالإضافة إلى ذلك يتكون المستشفى كنظام أكبر من نظم فرعية تنظم نشاطاته ضمن خطة مرسومة مسبقا. هذه النظم الفرعية تعبر عن الخدمات التي تنتج داخل المستشفى منها ما هو أساسي و منها ما هو فرعي. الرسم البياني (رقم 3-2) يوضح ذلك.

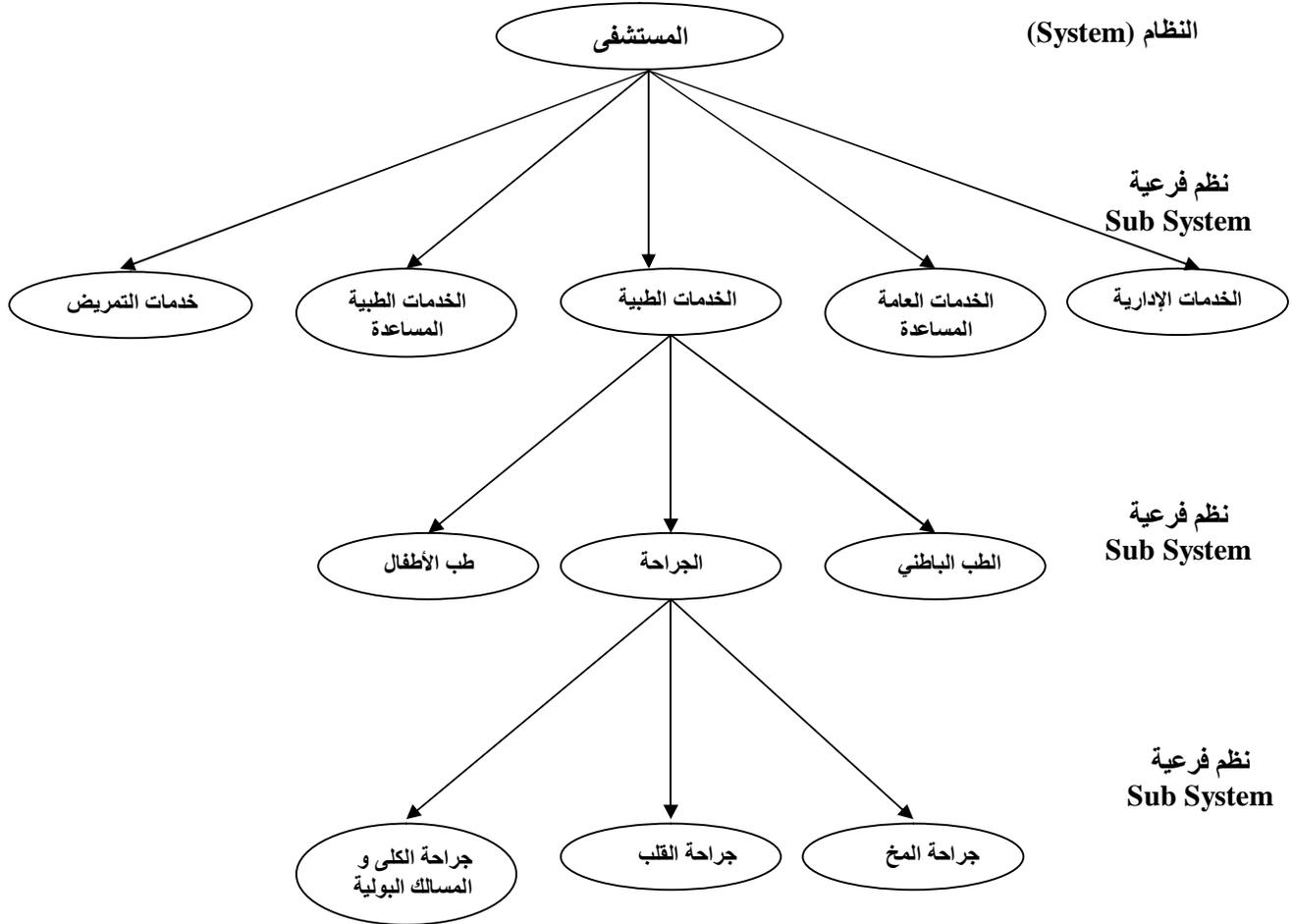
2-1 مكونات المستشفى كنظام مفتوح :

الشكل البياني التالي يبين مكونات المستشفى كنظام مفتوح.

شكل 3-1 : مكونات المستشفى كنظام مفتوح



شكل 3-2 : المستشفى كنظام مفتوح.



المصدر : حسان محمد النذير حرساني، إدارة المستشفيات، معهد الإدارة العامة، المملكة العربية السعودية 1990، ص 45.

حسب الشكل (3-1) يتكون المستشفى كنظام مفتوح من :

1-2-1 المدخلات :

تمثل المدخلات الإمكانيات المادية و البشرية و التقنية اللازمة لقيام المستشفى بنشاطاته

المتعددة هذه المدخلات تتكون من :

أ- **العنصر الإنساني** : يتمثل في مختلف المستفيدين من الخدمات الاستشفائية المقدمة بالإضافة إلى

مختلف الناشطين في المستشفى (سلك طبي ، إداريين ، عمال نظافة ...)

ب- **العنصر المادي** : يشمل مختلف الإمكانيات المادية لإقامة مستشفى و أداء مهمته مثل : الأراضي ، المباني ، المعدات و الأجهزة ، أدوية بالإضافة إلى مصادر التمويل المختلفة .

ج- **عنصر المعلومات** : هناك نوعين من المعلومات :

* **معلومات داخلية** : مصدر هذه المعلومات نتائج النشاطات المقدمة من طرف المؤسسة الاستشفائية، و يسهر على تقديم هذه المعلومات بنك المعلومات المتواجد على مستوى المستشفى .
هذه المعلومات توفر قاعدة معلوماتية من أجل تقييم النشاط الطبي.

* **معلومات خارجية** : و هي المعلومات المستقاة من البيئة التي يتواجد بها المستشفى حيث تبين هذه المعلومات كمية و نوعية احتياجات سكان تلك المنطقة .

1-2-2 النشاطات :

و هي عبارة عن الوسيط بين المدخلات و المخرجات هذه النشاطات التي يمكن تصنيفها فيما يلي :

أ- **النشاطات الأساسية للمستشفى** : هي النشاطات التي تتعلق بتحسين الحالة الصحية للمدخلات (المرضى) مباشرة و نذكر منها :

- التشخيص (الفحص) : تشخيص سريري، مخبري، شعاعي، نفسي .

- العلاج : علاج بالأدوية، جراحي، شعاعي، طبيعي.

ب- **النشاطات المساعدة للمستشفى** : هي النشاطات التي تعمل على تقديم النشاطات الأساسية في صورة مستمرة و فعالة و يمكن تصنيفها كما يلي :

- **نشاطات ذات طبيعة خدمية** : هي الخدمات المقدمة لعمال المستشفى و المرضى على السواء مثلاً : الإدارة، خدمات التمريض (داخلية ، خارجية و طوارئ)، الخدمات العامة (صيانة و تنظيف ...)

- **نشاطات ذات طبيعة استشارية** :

و هي عبارة عن نشاطات هدفها تمكين أصحاب القرار من اتخاذ القرارات الصائبة، و ذلك بتوفير قاعدة معلوماتية و استشارية مستمرة يمكن ذكر نشاطات وحدات التخطيط، المحاسبة، الميزانية ...

1-2-3 المخرجات :

المخرجات عبارة عن نتيجة نشاطات المستشفى و يمكن ذكرها فيما يلي :

أ- **مخرجات متعلقة بحالة المرضى عند الخروج** : عموماً ينتظر المريض عند دخوله المستشفى تحسن حالته الصحية أو الشفاء بعد الفحص و العلاج المقدم له. لكن تحسن حالة المريض

هي احتمال من بين مجموعة من الاحتمالات الخاصة بحالته عند خروجه من المستشفى : تحسن، شفاء، وفاة، إحالة إلى مراكز طبية أخرى .

ب- **مخرجات متعلقة بنوعية الخدمة المقدمة :** كلما كان الجهاز الطبي مسير للتطورات التقنية و الاكتشافات الجديدة كلما أدى ذلك إلى فعالية العلاج و التقليل من حالات الوفاة ونجاحه .

ج- **مخرجات متعلقة بفعالية إدارة المستشفى :** المستشفيات ذات الهدف الربحي تبحث و بصفة مستمرة إلى جعل الإمكانيات مسيرة للاحتياجات من جهة، من جهة أخرى البحث على مردودية تلك الإمكانيات حيث هذا الهدف يحتاج إلى جهاز إداري ملم بتقنيات الإدارة الفعالة يعمل على تنظيم الجهود من أجل تحقيق أكثر مردودية ممكنة.¹

1-2-4 البيئة :

يعمل المستشفى في بيئة يأخذ منها مدخلاته و يطرح فيها مخرجاته. فالمستشفى يؤثر و يتأثر بمحيطه أي بيئته. و يمكن تصنيف البيئة إلى :

أ- **البيئة الداخلية للمستشفى :** عبارة عن الجوانب المساعدة لتحقيق أهداف المستشفى منها :
* **الجانب الإنساني :** نقصد هنا العلاقة التي تربط العمال داخل المستشفى من جهة و العلاقة عامل - مريض، كلما كان هناك حالة رضى كلما كان ذلك مساعدا لكل طرف للوصول إلى هدفه .

* **الجانب التقني :** يمثل مجموع التقنيات المعتمدة في التسيير، العلاج و التشخيص و التي تتطافر فيما بينها لإنتاج خدمة صحية فعالة .

* **الجانب التنظيمي :** يمثل اللوائح و الأنظمة التي تقررها إدارة المستشفى لتنظيم عملية تقديم الرعاية الطبية.

* **ظروف العمل :** من ملائمة المساحة المخصصة لمكاتب العمال، النظافة، نوعية الغذاء ...
ب- **البيئة الخارجية للمستشفى :** بما أن المستشفى يتلقى مدخلاته من البيئة المحيطة به، فعملية التفكير في إنشاء مؤسسة استشفائية يجب أن تتوفر على الشروط التالية :

¹ - حسان محمد النذير حرساني، إدارة المستشفيات، معهد الإدارة العامة، المملكة العربية السعودية 1990، ص 60.

§ توفر قوى عاملة في تلك المنطقة، القرب من الجامعات و المعاهد الطبية إذا كان مستشفى جامعي .

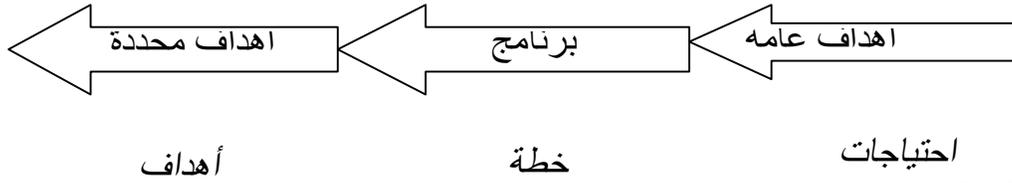
§ تواجد موردين يضمنون التموين بالأدوية، الأغذية، الماء، الكهرباء ...

§ تواجد المستشفى قرب المناطق السكانية لتقريب الخدمات الصحية للسكان .

§ البحث عن مصادر تمويلية مستمرة تضمن السير الحسن لنشاط المستشفى و العمل على توسيعها .

1-2-5 الأهداف العامة و الأهداف المحددة و البرامج :

تمثل الأهداف العامة بالنسبة للمستشفى الخطوط العريضة التي تعبر عن الاحتياجات الصحية للسكان. أما البرامج فهي الخطة التي ستوضع من أجل تنظيم العمل داخل المستشفى .
أما الأهداف المحددة فهي نتيجة الخطة أو البرنامج التي تمثل أهداف محددة يسعى البرنامج الوصول إليها من أجل تحقيق الأهداف العامة .



1-2-6 التغذية المرتدة (Feed back control) :

تقوم التغذية المرتدة بمقارنة النتائج المحققة من النشاطات التي قام بها المستشفى و بين ما خطط لها. الفرق عبارة عن هامش يعبر أن الأهداف المحددة و النتائج الفعلية مختلفة نوعا ما يجب العمل على إيجاد موطن الداء من أجل معالجته .

من أجل وضع الخطة كخطوة أولى ثم تقييمها يتطلب توفر معلومات، يمكن تقسيمها هذه المعلومات إلى :

*معلومات عن البيئة الداخلية للمستشفى : و تتمثل في المعطيات المتوفرة لدى بنك معلومات المستشفى .

*معلومات عن البيئة الخارجية للمستشفى : و تتمثل في المعطيات المستقاة من التقارير المعدة عن سكان المنطقة الجغرافية محل تواجد المستشفى .

من خلال تعرضنا إلى مكونات المستشفى كنظام مفتوح لاحظنا أن عنصر المعلومات مهم و يربط كل المكونات فيما بينها لهذا سنتطرق إلى تنظيم المستشفى.

2- تنظيم المستشفى :

من المعلوم أن الهدف الذي تسعى المؤسسة لتحقيقه لا يكفي لوحده لقيادة النشاط و تنظيمه أين لابد من توزيع الأعمال، تحديد المسؤوليات و معرفة كل عامل واجباته اتجاه المؤسسة الاستشفائية هذا ما يجتم على كل مؤسسة أن تضع تنظيم معين.

1-2 تعريف التنظيم :

تم تناول تعريف التنظيم من طرف عدة باحثين من بينهم :
"Allen" الذي يعرف التنظيم على أنه : " العملية التي يتم بموجبها تحديد أداء الأعمال و تقسيمها و توضيح تفويض السلطة و المسؤوليات، و انشاء العلاقات بين العاملين لتمكينهم من العمل معا بأقصى كفاءة ممكنة لإنجاز الأهداف".¹
أما "كونتز و أودونال" يعرفانه على أنه " تجميع أوجه النشاطات الضرورية لإنجاز الأهداف العامة و الخطط في وحدات تنظيمية مناسبة و ضمان تفويض السلطة لهذه الوحدات و التنسيق بينها".² بالنسبة لـ "Jean Louis Le Moigne" يعرفه على أنه : "مجموعة من العناصر المحددة تحتوي على عناصر فرعية لها علاقة فيما بينها داخل مجموع، أين نستطيع ضمن هذا الأخير اختيار سياسة ما و رسم حدود معينة".³
حسب التعاريف السابقة يمكن القول أن التنظيم عملية لتحديد العلاقة بين الأقسام المكونة للمؤسسة الاستشفائية و توزيع المهام و المسؤوليات على كل العاملين داخلها من أجل تحقيق أهداف محددة.

2-2 أهداف التنظيم :

من خلال التعاريف السابقة يمكن تحديد الأهداف التالية :

- تحديد العلاقة الموجودة بين وحدات و أقسام المؤسسة الاستشفائية
- التنسيق بين أقسام المؤسسة الاستشفائية و ذلك بوضع خطوط اتصال داخل كل قسم من جهة و بين الأقسام المختلفة من جهة أخرى.

¹ - Luis Allen , Magement and Organization, MC Graw Hill Book Company, New York 1958, P 57.

² - حسان محمد النذير حرساني، إدارة المستشفيات، معهد الإدارة العامة، المملكة العربية السعودية 1990، ص94.

³ - Jean Luis le Moigne, Les Systèmes d'Information dans les Organisations, Presse Universitaire de France, Paris 1973, P35.

- تحديد مهام العاملين و مسؤولياتهم بوضوح من أجل تحديد المسؤولية في حالة التقصير في أداء العمل .
- وضع هيكل تنظيمي مرن يستجيب للتغيرات الطارئة، مادام المستشفى يعمل في محيط غير مستقر. سيتم التطرق إلى الهدف الأخير للتنظيم فيما يلي :

2-3-1 الهيكل التنظيمي للمستشفى :

لا يمكن تنظيم نشاط مؤسسة بدون بناء هيكل تنظيمي يحدد المهام و المسؤوليات الخاصة بكل ناشط على مستوى تلك المؤسسة. لذلك وضعت الوزارة الوصية قرار بناء هيكل تنظيمي لكل مؤسسة استشفائية.¹

2-3-1-1 تعريف الهيكل التنظيمي :

يعرف (J. ARDOIN et A. KHEMAKHEM) على أنه " بيان على الورق خاص بتنظيم الأشخاص داخل المؤسسة، الذي يوضح ترتيب المسؤوليات داخل المؤسسة و مجال ممارستها".² يتم بناء الخريطة التنظيمية للمستشفى بأخذ في الحسبان العناصر التالية :

- حجم المستشفى : عدد الأسرة، عدد العاملين، حجم الإمكانيات المادية ...
- درجة تعقيد المستشفى : النشاطات الممارسة، حجم التقنية المتوفرة (مادية و بشرية).
- عدد الإداريين داخل المستشفى ونطاق مسؤولياتهم.

بالإضافة إلى عناصر أخرى فرعية تتعلق بخصوصيات المؤسسة ذاتها.

2-3-2 أنواع الهياكل التنظيمية :

سوف نتناول نوعين أساسيين من التنظيم : النموذج الميكانيكي للتنظيم و النموذج العضوي للتنظيم.

أ - النموذج الميكانيكي للتنظيم :

يشبه هذا النموذج إلى حد كبير النموذج البيروقراطي للتنظيم، حيث تربطه به عدت نقاط مشتركة.

¹ - القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 26 أفريل 1998، المحدد لتنظيم الإداري للقطاعات الصحية.

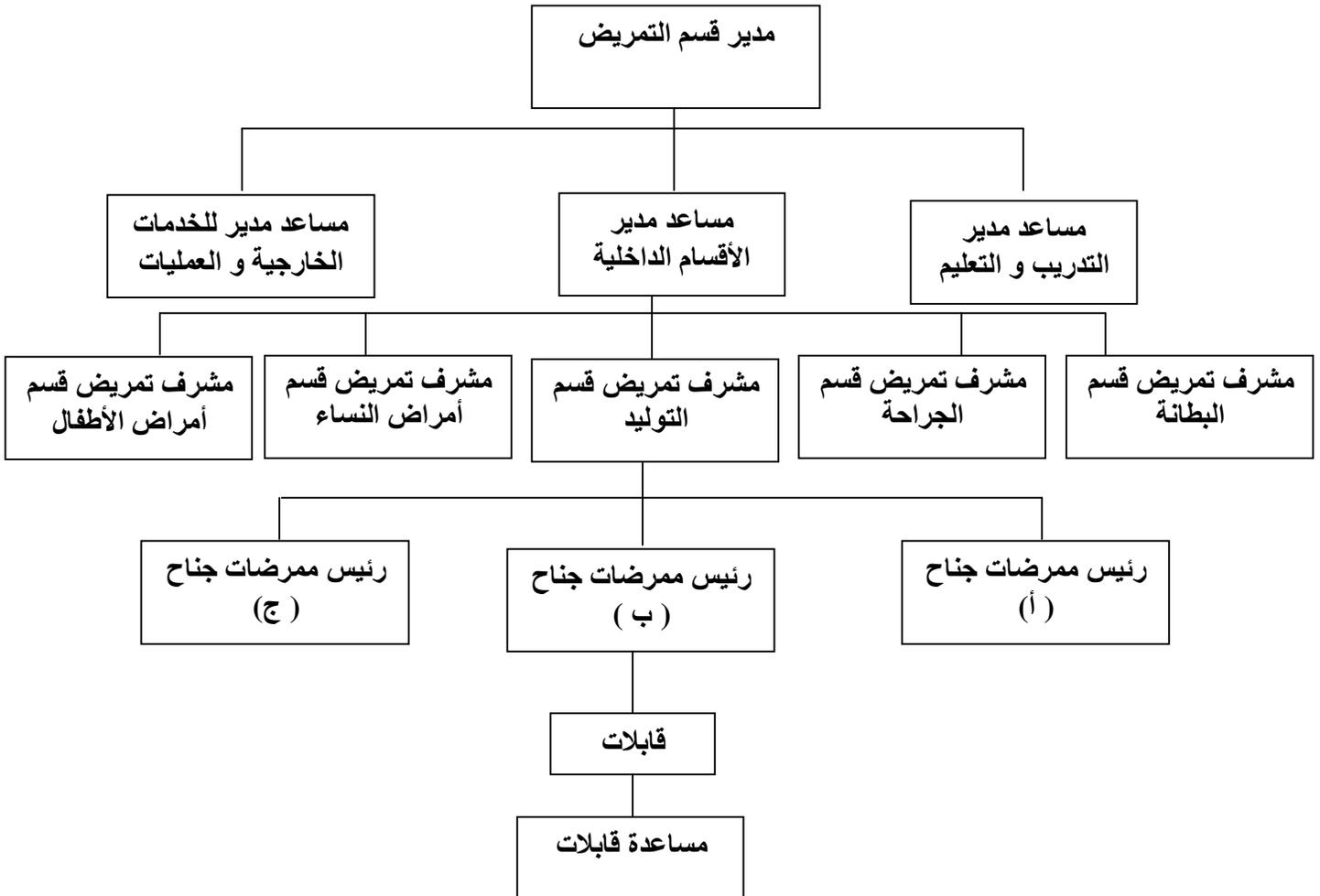
² - A. Khemakhem et J.L. Ardoin, Introduction au Contrôle de Gestion, Imprimerie de Presse Universitaires de France, France 1971, P 47.

- تقسيم نشاطات المنظمة إلى تخصصات دقيقة و محددة .
- تعريف واضح للتسلسل الهرمي في المنظمة.
- التسلسل الرأسي للمسؤولية و اتخاذ القرارات.

أ - 1 التنظيم التنفيذي (التنظيم الرأسي) :

من خصائص هذا التنظيم التسلسل الرأسي أو العمودي للمسؤوليات و القرارات من أعلى إلى أسفل و الذي نلاحظه في الشكل التالي :

شكل (3-3) الهيكل التنظيمي التنفيذي لقسم التمريض :



هيكل التنظيم التنفيذي خاص بالمنظمات التي تقوم بعمل روتيني غير معقد و لا يحتوي على كثرة التخصصات. أين كل عامل له نشاط محدد معتاد على أدائه، بالإضافة إلى معرفة رئيسه و السلطات المخولة له. لا يمكن تطبيق هذا التنظيم في المنظمات التي تحتوي على الكثير من التخصصات و التي تحتاج إلى استشارة عدة رؤساء مباشرين و غير مباشرين .¹

أ - 2 التنظيم التنفيذي الاستشاري :

يتم انتقال السلطة عموديا (رأسيا) كاللتنظيم السابق، بالإضافة إلى ذلك يتوسط المدير و المدراء التنفيذيين من جهة و رؤساء الأقسام هيئات استشارية تسهر على مد المدير العام بالمعلومات الكفيلة باتخاذ أحسن القرارات التي سوف تترجم عموديا. لتوضيح ذلك يمكن عرض الشكل البياني (رقم 3-4).

ما يمكن القول على هذا الهيكل التنظيمي أنه خاص بالمؤسسات الاستشفائية ذات حجم أكبر من النوع السابق للتنظيم و التي تستدعي استشارة مستمرة من أصحاب الاختصاص. في هذه الحالة يأخذ المسير العام القرار بعد استشارة الإداريين المختصين ثم يعطي الأوامر للمديرين التنفيذيين من أجل تنفيذه ميدانيا.

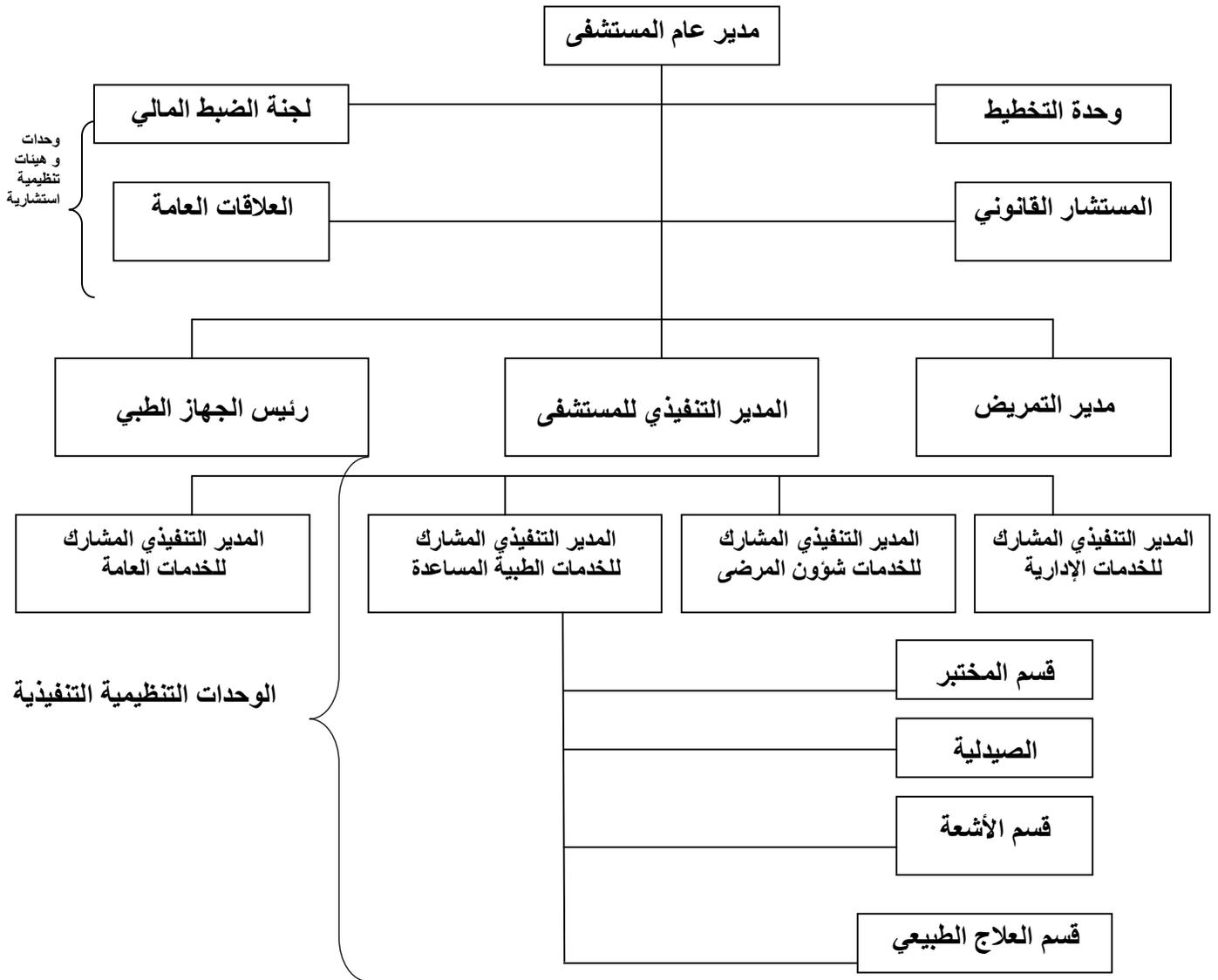
أ-3 التنظيم الوظيفي :

ما يأخذ على التنظيم التنفيذي الاستشاري أنه قد يحدث هناك صراع بين الاستشاريين والتنفيذيين من خلال نتائج القرارات، فالمستشار ليس مسؤول على النتائج السلبية، أما التنفيذي فيمكن القول أن النتائج السلبية سببها سوء الاقتراحات المقدمة له. من أجل حل هذه الإشكالية و إمكانية حصر المسؤوليات نقترح التنظيم الوظيفي والذي يقوم بوضع أصحاب الاختصاص (المستشارين) كمديرين تنفيذيين أين يكونون مسؤولين أمام قراراتهم.

ويمكن عرض التنظيم الوظيفي للمستشفى في الشكل (رقم 3-5) :

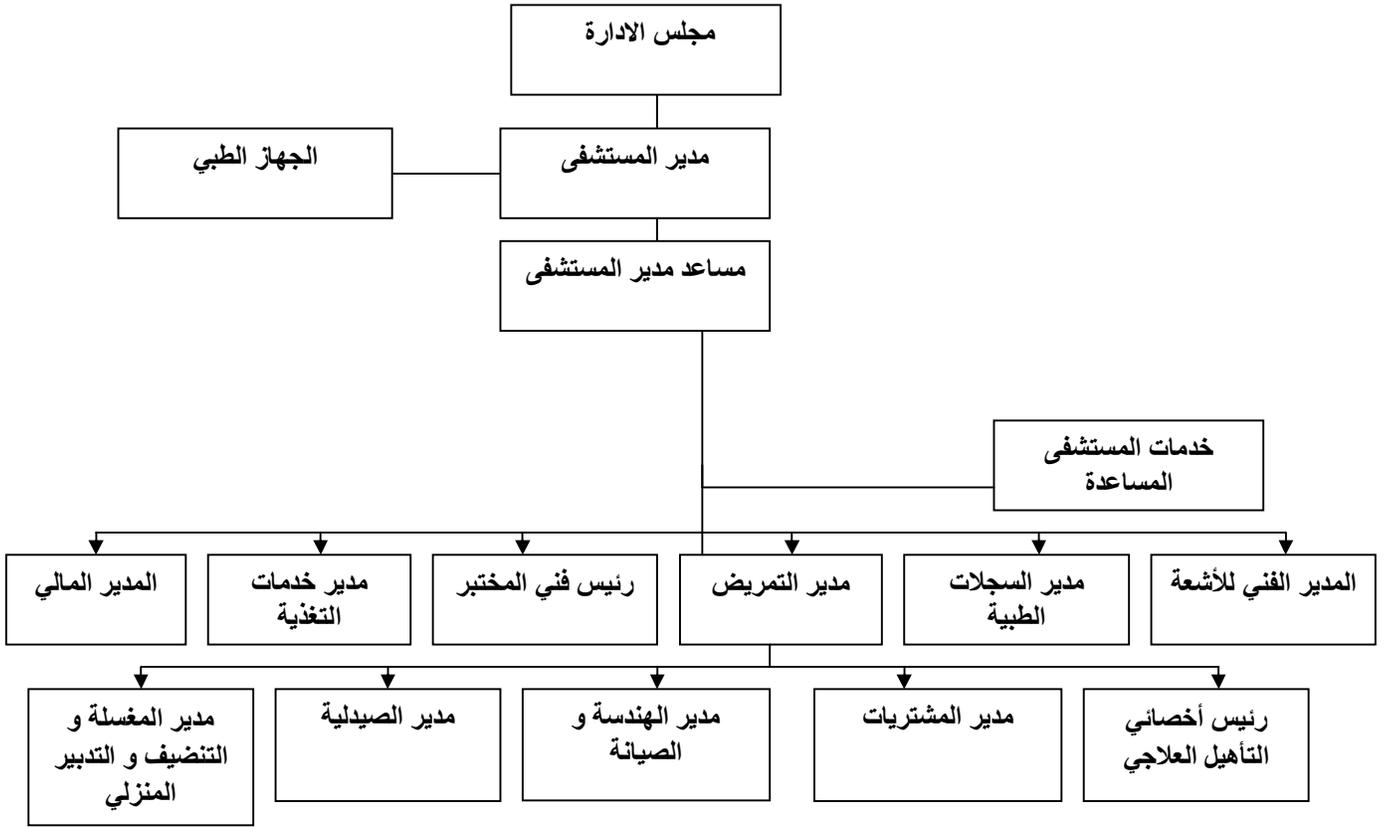
¹ - فواد الشيخ سالم و آخرون، المفاهيم الإدارية الحديثة، الجامعة الأردنية، عمان، 1982، ص 103.

الشكل (3-4): هيكل التنظيم التنفيذي الاستشاري



المصدر: حسان محمد النذير حريستان، إدارة المستشفيات، معهد الإدارة العامة، المملكة العربية السعودية 1990، ص 104.

شكل (3-5) : هيكل التنظيم الوظيفي للمستشفى:



المصدر : حسان محمد النذير حراستاني، إدارة المستشفيات، معهد الإدارة العامة، المملكة العربية السعودية 1990، ص 106.

" إن تقسيم العمل على أساس التخصص الوظيفي يسهل عملية اتخاذ القرارات ذات الطابع الفني القائمة على التخصص من قبل الإدارات الفنية، وبالتالي يزيد من كفاءة المنظمة وكفاءتها".¹

ب - النموذج العضوي للتنظيم :

يتميز النموذج العضوي للتنظيم عن سابقه بالميزات التالية :

- اللامركزية في السلطة واتخاذ القرارات.
- تأخذ استشارة كل التخصصات - إن استدعت الضرورة- من أجل بلورة القرارات.
- الهياكل التنظيمية العضوية مرنة وتتسم بالطابع الغير رسمي في العلاقات بين العمال ورؤسائهم.
- بالإضافة إلى وجود تنظيم رأسي في النموذج العضوي ، يحتوي بالمقابل على تنظيم أفقي. تسلسل السلطة الرأسي يراقب تنفيذ القرارات المركزية، أما التنظيم الأفقي فهو يضمن تنسيق الجهود بين

¹ - حسان محمد النذير حراستاني، إدارة المستشفيات، معهد الإدارة العامة، المملكة العربية السعودية 1990، ص 106.

العاملين من أجل رعاية صحية أفضل ومتكاملة للمرضى.

سنعرض فيما يلي النموذج المصفوفي للتنظيم كمثال عن النموذج العضوي للتنظيم:

- التنظيم المصفوفي:

يظم التنظيم المصفوفي العلاقة الرأسية بين الرئيس ومرؤوسه من جهة ، بالإضافة إلى تواجد علاقات أفقية بين العمال ورؤساء المشاريع التي ينتمون إليها. فلو تأخذ مثلاً ممرضة في قسم التمريض فتربطها علاقة برئيس قسم التمريض (علاقة رأسية) من جهة، من جهة أخرى علاقة بالطبيب المختص المشرف على مشروع العلاج أو الفحص. هو ما يولد علاقة متقاطعة في مجملها تسمى بالمصفوفة. فيما يلي سنعرض شكل الهيكل المصفوفي للتنظيم في الشكل (3-6). ما يميز هذا النوع من التنظيم أنه هناك مرونة نظراً للبيئة المتذبذبة التي يعمل فيها المستشفى، ما يعيب عنه أن ازدواجية السلطة يمكن أن تؤدي إرتباكاً للعمال، هذا يتطلب تدخل المدير لحل التزاع أو الخلاف القائم بين السلطتين.

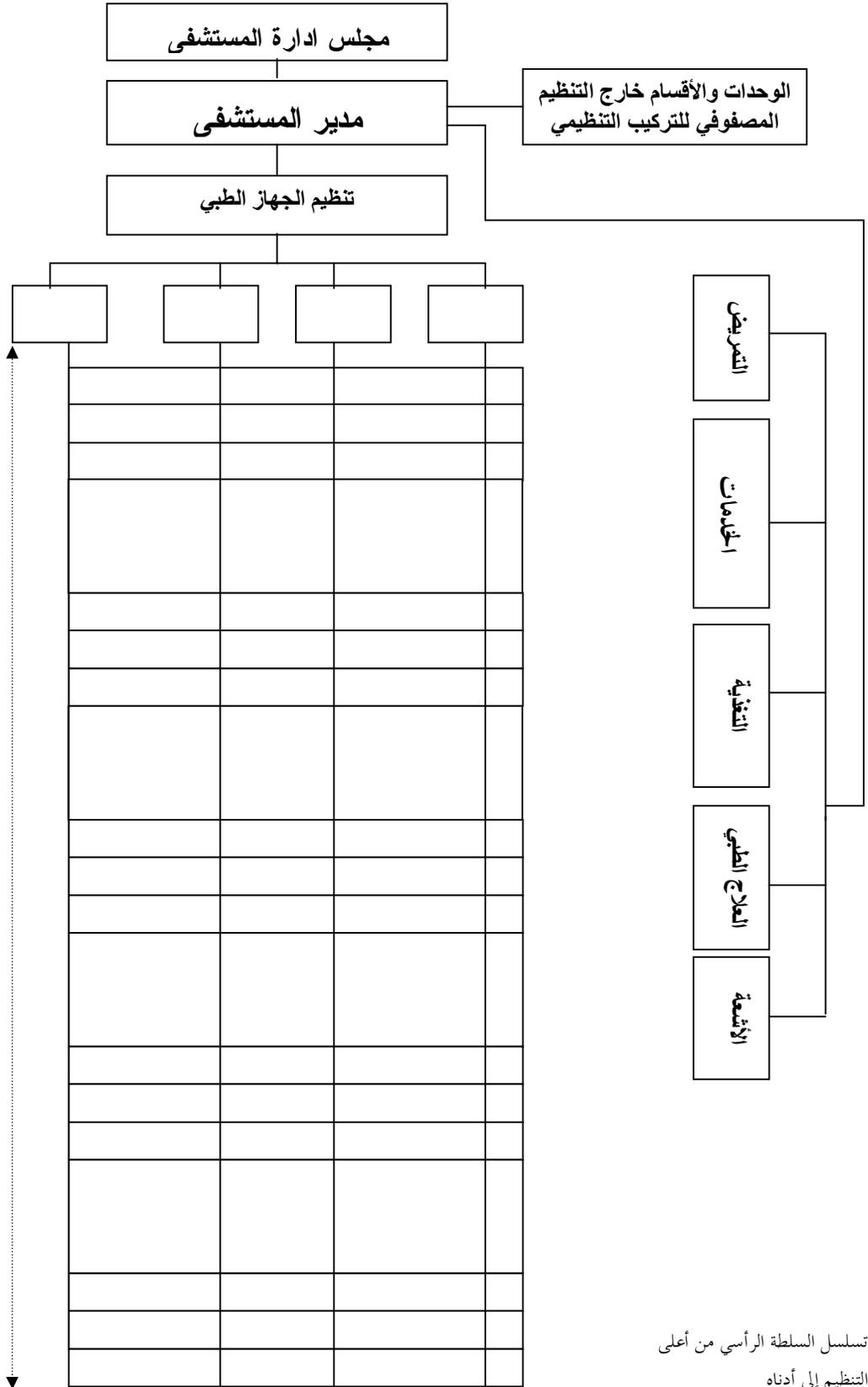
4-2 الهيكل التنظيمي المناسب للمستشفى:

كما رأينا سابقاً أن النموذج الميكانيكي يتسم بنوع من البيروقراطية تجعله مناسباً للنشاطات الروتينية التي لا تحتاج إلى تعقيد في العلاقة، أين نجده في بعض الخدمات المساعدة في المستشفى (التغذية، المغسلة...) أما النموذج العضوي فهو أكثر مرونة في العلاقة بين العامل ورئيسه من جهة، و من جهة أخرى العمال فيما بينهم، الذي يؤدي إلى تضافر الجهود على كل المستويات لتوفير خدمات صحية فعالة.

لهذا يعتبر النموذج العضوي للتنظيم أكثر فعالية من النموذج الميكانيكي في مجال تنظيم الخدمات الطبية في المستشفى.¹

¹ - حسان محمد النذير حرساني، إدارة المستشفيات، معهد الإدارة العامة، المملكة العربية السعودية 1990، ص 110

شكل رقم (3-6) : هيكل التنظيم المصنفي للمستشفى.



يقصد بـ الطبيب الذي يعمل كمنسق لفريق الرعاية الخاص بالمريض .
 يقصد بـ أحد أعضاء فريق الرعاية بالمريض من الإدارات الوظيفية
 المصدر : حسان محمد النور حنتاق، إدارة المستشفيات، معهد الإدارة العامة، المملكة العربية السعودية 1990، ص 109 .

المطلب الثالث : تصنيف النشاطات الاستشفائية

يتحكم في كم وكيف النشاطات الاستشفائية عموما حجم المستشفى من جهة، من جهة أخرى الأهداف العامة والأهداف المحددة لهذا المستشفى .
عموما هناك نوعين من النشاطات الاستشفائية.

1- النشاطات الاستشفائية الرئيسية:

هي النشاطات التي تساهم بصفة مباشرة في العمل على تحسين صحة المريض داخل المستشفى، يسهر على أداء هذه النشاطات جهاز طبي متخصص (جراحين، أطباء، تقنيين، ممرضين...) مثل نشاطات الجراحة ، التشخيص ...

2- النشاطات الاستشفائية المساعدة:

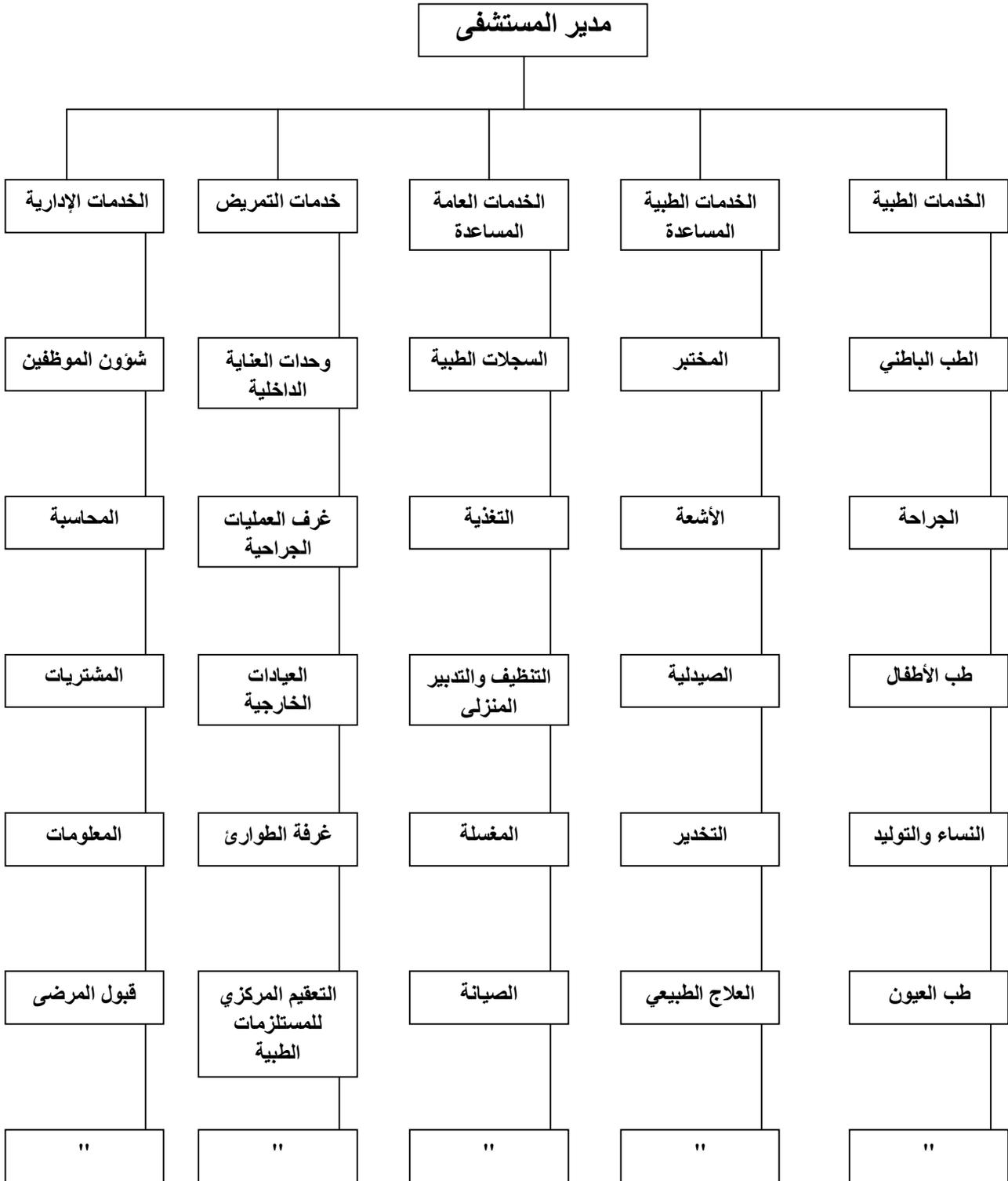
هي النشاطات التي تساهم بصفة غير مباشرة في تحسين صحة المريض، هدفها السهر على أداء النشاطات الأساسية بصورة فعالة.

يزيد حجم هذه النشاطات تبعا لحجم ونوع الوظائف المقدمة من طرف المستشفى. نذكر منها :

- **نشاطات ذات طبيعة خدمية :** هي النشاطات التي تنظم العمل الاستشفائي عموما مثل خدمات التمريض، خدمات شؤون المرضى، خدمات طبية مساعدة.
- **نشاطات ذات طبيعة استشارية :** هي النشاطات التي تعمل على تزويد الإدارة العليا بالمعلومات، ومساعدتها على اتخاذ أحسن القرارات. مثل: مركز المعلومات، العلاقات العامة....

يتم تفاعل النشاطات الأساسية والمساعدة لها جنبا إلى جنب لإنتاج خدمات صحية فعالة. ونظرا لوجود التخصص في النشاط الاستشفائي فإن كل نشاط رئيسي يحتوي على نشاطات متفرعة منه. طريقة تنظيم تلك النشاطات ينتج عنها هيكل تنظيمي معين.
فيما يلي سنعرض الوظائف الرئيسية والوظائف المتفرعة منها :

الشكل 3-7 : الوظائف الرئيسية في المستشفى والوظائف المتفرعة منها.



المصدر: حسان محمد النذير حرساني، إدارة المستشفيات، معهد الإدارة العامة، المملكة العربية السعودية 1990، ص 116.

المبحث الثاني : تحليل التكاليف الاستهائية

إن تحديد التكاليف، تصنيفها وتحليل محتواها ضروري لاستنتاج معلومات حول نشاط المؤسسة في مرحلة أولى، تحديد سعر التكلفة في مرحلة موائية سيمكن من تقييم الدورة محل الدراسة، تقدير أعباء الدورة المقبلة والاحتياجات المستقبلية.

المطلب الأول : مفاهيم حول عناصر التكاليف وسعر التكلفة

يحصل في بعض الأحيان تداخل في المفاهيم فيما يخص بعض المصطلحات كالمصروف، العبيء، التكلفة، سعر التكلفة. سنحاول رفع اللبس على هاته المصطلحات فيما يلي:

1-المصروف : المصروف عبارة عن نفقة مالية حقيقية تمت في تاريخ معين.

2-العبيء : عبارة عن مقابل المصروف عند حساب التكاليف وتحديد النتائج.

فالمصروف له صفة المادية وهو سهل الحساب والتقييم، أما العبيء فيتميز بالتجريد مما يسمح لنا بإجراء عليه عمليات حسابية الخاصة بالدورات الاستغلالية، واستعماله كمدخل في تقنيات مراقبة التسيير.¹

3-التكلفة : تعرف على أنها : " مجموعة من الأعباء المتعلقة بمرحلة معينة أو بمنتوج مادي معين أو مجموعة منتجات، خدمة أو مجموعة من الخدمات مقدمة في مرحلة معينة قبل المرحلة النهائية أي قبل بيعها " .²

4-سعر التكلفة : يعرف سعر التكلفة على أنه " مجموع التكاليف التي يتكلفتها منتوج معين أو خدمة مقدمة ابتداء من انطلاق عملية إعدادها إلى مرحلة وصولها إلى المرحلة النهائية (مرحلة بيعها)".³

كما عرف أنه : "تكلفة المرحلة الأخيرة للمنتوجات(سلع وخدمات) مباعه".⁴
أي آخر مرحلة من حساب التكاليف نتحصل بواسطتها على ما يسمى بسعر التكلفة.

¹ - Pierre LASSEGUE, Gestion de l'Entreprise et Comptabilité, Edition Dalloz, Paris 1978, P 472.

² - ناصر دادي عدون، تقنيات مراقبة التسيير، دار الحمدي العامة، الجزائر 1994 ص14.

³ - ناصر دادي عدون، تقنيات مراقبة التسيير، دار الحمدي العامة، الجزائر 1994 ص14.

⁴ - Henry COURT et Jean LEURION , Comptabilité Analytique de Gestion, Edition Foucher , Paris 1982 , p8.

المطلب الثاني : تصنيف التكاليف الاستهائية

سنحاول فيما يلي تصنيف التكاليف المستعملة من طرف المحاسبة التحليلية، هذه التكاليف تختلف باختلاف المعيار المعتمد في تصنيفها كالتالي :

1- التصنيف حسب المحتوى :

نعلم أن التكلفة عبارة عن مجموعة من الأعباء، وسعر التكلفة هو مجموعة من التكاليف إلى غاية آخر مرحلة. فإذا كانت التكاليف وسعر التكلفة يتضمنان كل الأعباء الناتجة عن مرحلة الاستغلال سميت " بالتكاليف الكاملة "، أما إذا احتوت على جزء فقط من تلك الأعباء سميت " بالتكاليف الجزئية ".

1-1 التكاليف الكاملة :

يعرف سعر التكلفة بطريقة التكاليف الكاملة لخدمة أو سلعة معينة على أنه مجموعة أعباء الدورة الاستغلالية الخاصة بذلك المنتج. بحيث عند جمع أسعار التكلفة للمنتجات المختلفة لمؤسسة ما نتحصل على سعر التكلفة الكلي المتضمن كل الأعباء المحملة من طرف المؤسسة كما يمكن حساب سعر تكلفة كلي عن طريق أقسام وفروع المؤسسة.

2-1 التكاليف الجزئية :

على عكس التكاليف الكلية، يعبر سعر التكلفة بطريقة التكلفة الجزئية على جزء فقط من الأعباء المحملة عليه في تلك الدورة، باقي الأعباء تظهر عند حساب النتيجة تحت اسم مستقل عن سعر التكلفة. وهناك عدة طرق تدخل تحت التكلفة الجزئية.

1-2-1 التكلفة المباشرة : (Les Coûts Directes)

تقوم هذه الطريقة على الفصل بين نوعين من الأعباء .

- الأعباء المباشرة : وهي الأعباء التي تحمل على منتج مادي أو خدمة معينة دون إجراء عمليات حسابية وسيطة من أجل معرفة نصيب المنتج أو الخدمة من تلك الأعباء مثل أعباء الشراء، الإنتاج...
- الأعباء غير المباشر : وهي الأعباء التي لم تصرف من أجل منتج معين في حد ذاته، أو قسم إنتاجي بعينه بل صرفت من أجل مجمل النشاط (أعباء الإدارة، الصيانة، المحاسبة.....)، والتي تستدعي عملية تحميلها عمليات حسابية وسيطة من أجل تحقيق ذلك. تقوم هذه الطريقة على تحميل الأعباء المباشرة الخاصة بمنتجات المؤسسة مباشرة، أما عملية تحميل الأعباء غير المباشرة فتستدعي عمليات وسيطة لتحقيق ذلك.

2-2-1 طريقة التكلفة المتغيرة : (les coûts variables)

- هذه الطريقة بدورها تقوم على الفصل بين نوعين من الأعباء :
- الأعباء المتغيرة : وهي الأعباء التي تتغير بتغير حجم الإنتاج للدورة الاستغلالية مثلا : استهلاك المادة الأولية، أجور عمال الورشات
 - الأعباء الثابتة (الهيكليّة) : وهي الأعباء التي تبقى ثابتة مهما تغير حجم الإنتاج، التي تسمى بالأعباء الهيكليّة "charges de structures" تقوم طريقة التكلفة المتغيرة على تحديد سعر التكلفة انطلاقا من جمع الأعباء المتغيرة الخاصة بمراحل الاستغلال لسلعة أو خدمة معينة.

2- التصنيف حسب حقل الاستعمال :

- يقوم هذا التصنيف على تقسيم الأعباء تبعا للمخرج الذي ستحمل عليه. ففي مؤسسة صناعية يمكن إيجاد التصنيفات التالية :
- حسب الوظائف : (إنتاج، توزيع، إدارة ..) يقابلها أعباء إنتاج، أعباء التوزيع، أعباء إدارة ...
 - حسب وسائل الاستغلال : تكلفة المخزون، تكلفة الورشات ...
 - حسب نشاطات الاستغلال : إلى تكلفة إنتاج منتجات المؤسسة المعدة للبيع (على أساس نوع المنتجات) أو حسب الطلبات المنتجة خلال الدورة.

- حسب مناطق التوزيع : تكلفة توزيع منتج في منطقة جغرافية، أو تكلفة التوزيع في بلد معين.¹

بالنسبة للمؤسسة الاستشفائية فإن تصنيف الأعباء وفقا لحقل الاستعمال يتم على أساس معيارين هما:

● التكاليف حسب الوظائف :

تقسم التكاليف حسب الوظائف ولا يختلف ذلك عنه في المؤسسة الصناعية، لكن الاختلاف يكمن في وظائف المستشفى مثل (الوقاية، العلاج، التدريس، البحث...) والتي يقابلها تكاليف كل وظيفة.

● التكاليف حسب النشاط :

" في هذه الحالة التكاليف تتعلق بأقسام نشاط المستشفى وهكذا نصنف في المستشفى تكاليف التطبيب، تكاليف التحليل، تكاليف المغسلة ، تكاليف التغذية".²
ما يلاحظ أنه عند توزيع الأعباء على الوظائف نجد هناك نوع من الصعوبة في تحميلها وذلك بسبب تداخل الوظائف والنشاطات داخل المؤسسة الاستشفائية هذا من جهة، من جهة أخرى إلى صعوبة تحديد مخرجات النشاط في المؤسسة الاستشفائية.

3 - التصنيف حسب زمن التقييم :

هذا التصنيف يفصل بين التكاليف المقيمة تاريخيا، والمقيمة تقديريا.

3-1 التكاليف التاريخية :

وتسمى أيضا "بالتكاليف الحقيقية" تحسب هذه التكاليف بعد انتهاء الدورة الاستغلالية، بعد تسجيل المصاريف المنفقة في تلك الدورة.

¹ - Henry COURT et Jean LEURION , op.cit , pp 9 - 10.

² - Alain GRENON et autres , l'analyse des coûts à l'hôpital, Edition Dunod, Paris 1981, p 74.

3-2 التكاليف التقديرية :

تسمى "بالتكاليف العامة (Coûts Standards)". هذه التكاليف تحسب قبل انطلاق الدورة الاستغلالية وتعتمد على معلومات تقديرية بالإضافة إلى فرضيات، تستعمل هذه التكاليف كمعيار لأغراض التسيير .

بعد انتهاء الدورة الاستغلالية نقوم باستنتاج الفروق بين ما هو مقدر وما هو حقيقي من أجل تحديد نقاط القوة والضعف في تلك المؤسسة.

4- التصنيف حسب المفهوم الاقتصادي :

هناك عدة تصنيفات في هذا المجال نذكر أهمها فيما يلي :

4-1 التكاليف المحاسبية والتكاليف الاقتصادية :

كمثال على هذين النوعين من التكاليف نتناول اهتلاك تجهيز معين. فالاهتلاك المحاسبي الذي يحسب على أساس زمن استعمال التجهيز عبارة عن " تكلفة محاسبية " خاصة بذلك التجهيز أما أنه لو قدر اهتلاك التجهيز على أساس حجم استعماله فإن التكلفة الناتجة هي تكلفة اقتصادية خاصة بذلك التجهيز.¹

بعد تصنيف التكاليف والتطرق إلى مختلف المعايير التي تمكننا من ذلك، المرحلة الموالية لتجميع التكاليف هي معرفة نصيب المخرج أو منتجات المؤسسة. لهذا سنتعرض فيما يلي إلى مخرجات النشاط الاستشفائي.

المطلب الثالث : مخرجات النشاط الاستشفائي (OUTPUT)

هناك محاولات عديدة وجهود مستمرة من أجل إيجاد مخرج للنشاط الاستشفائي ملائم، فهناك محاولات لإيجاد علاقة بين المرض والتكلفة، حدة المرض والتكلفة، طريقة العلاج والتكلفة. فإيجاد مخرج ملائم سيمكن المسيرين من تحقيق الأهداف التالية :²

- الحصول على معلومة اقتصادية فعالة عن طريقة تكلفة مخرجات النشاط الاستشفائي.

¹ - Alain GRENON et autres , op.cit , p 75.

² - Alain GRENON et autres , op.cit , p 113.

- العمل على إيجاد طريقة لفوترة النشاط الاستشفائي.
 - إيجاد علاقة بين نوعية المرض وتكلفته الاستشفائية.
 - ضمان طرق للاستعمال العقلاني للموارد الاستشفائية.
 - إيجاد طرق للمقارنة بين الأوضاع الاستشفائية زمنيا.
- ركزت البحوث - فيما يخص مخرجات النشاط الاستشفائي - على نوعين أساسيين من المخرجات منها ما يتعلق بالتكاليف المفوترة للمريض والتي تسمى "بالتكاليف الفردية" ومنها ما يرتبط بالعلاقة بين التكلفة والانتاج الاستشفائي والذي يسمى أيضا "بتكلفة المرض".

1- التكاليف الفردية :

1-1 تكلفة اليوم الاستشفائي :

طبقت هذه الطريقة في الكثير من الدول، وقد طبقت في فرنسا قبل 1983 أين استخدمت المحاسبة التحليلية في تحديد تكلفة متوسط يوم استشفائي. وذلك عن طريق جمع - بطريقة التكاليف الكاملة - الأعباء للحصول على سعر تكلفة خاص بكل نشاط منتج من طرف المؤسسة الاستشفائية (طب عام، أمراض القلب، جراحة عامة...) ثم تقسيم سعر التكلفة السنوي لقسم استشفائي ما على عدد الأيام الاستشفائية المنتجة من طرفه¹.

ما يؤخذ على هذه الطريقة أن تكلفة اليوم الاستشفائي ليس بمؤشر ثابت خلال الفترة العلاجية للمريض من جهة، من جهة أخرى على مختلف فترات السنة بالنسبة للمستشفى.

لو نأخذ فترة علاج أحد المرضى في مستشفى، لكانت الأعباء الاستشفائية الخاصة بفترة مكوثه مقسمة إلى الأعباء التالية:

- مصاريف الايواء (Dépenses d'hotellerie) :

والتي سنرمز لها بـ (H) ، فهذا النوع من المصاريف يتسم بالثبات عموما.

- أعباء تسيير الملف الطبي (Les Charges de gestion du dossier) :

والتي سنرمز لها بـ (A) ، هذه الأعباء تكون مرتفعة عند قبول المريض ثم عند خروجه. أما الفترة المحصورة بينهما فتكاد تنعدم فيها.

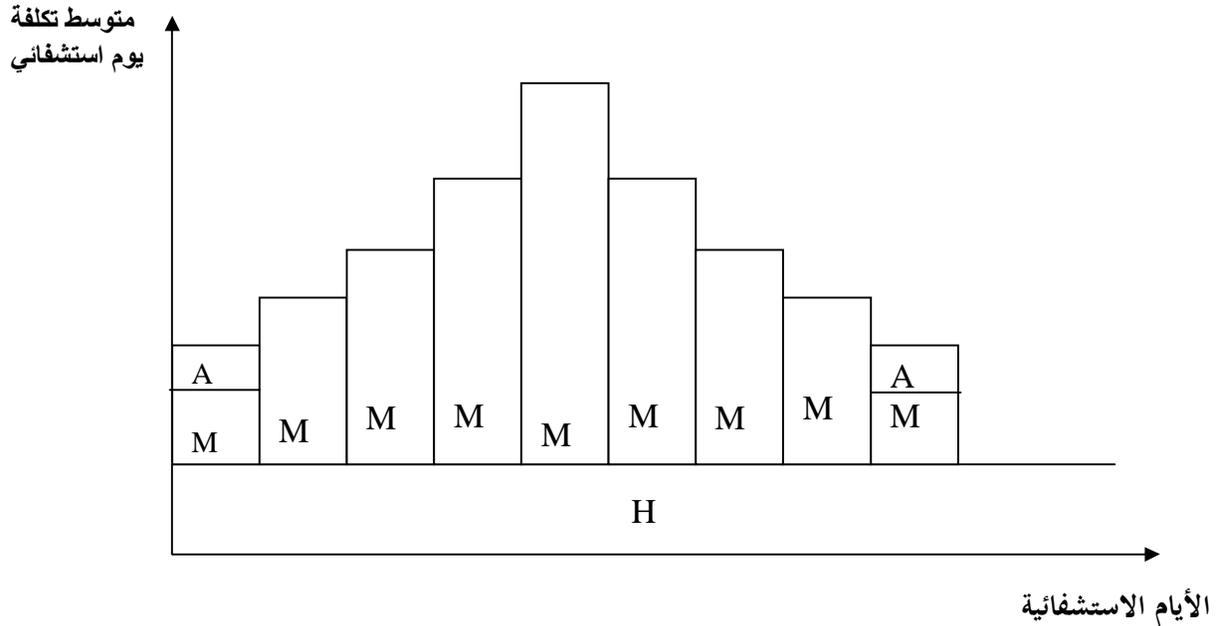
¹-François ENGEL et autres , la demarche gestionnaire à l'hopital (le PMSI), Edition Seli Arslan , Paris 2000

- المصاريف الطبية (Les dépenses médicales) :

والتي سنرمز لها بـ (M) والتي تتسم بالتذبذب خلال فترة مكوث المريض و هي ترتبط أساسا بالحالة الصحية للمريض. مثلا في حالة إجراء عملية جراحية هذه المصاريف تتزايد في بداية فترة المكوث وذلك لبعض الإجراءات التي تسبق العملية الجراحية مثلا (تحليل، أشعة ...) وتصل ذروتها عند إجراء العملية الجراحية، ثم تأخذ في الإنخفاض التدريجي بعد ذلك تنازليا مع درجة العناية التي تنخفض بانخفاض درجة الخطر.

الرسم البياني التالي يوضح ذلك :

شكل 3-8 : تكلفة اليوم الاستشفائي.



Source : André Labourdette ,OP Cit, P 57.

من خلال الرسم البياني أعلاه يتبين أن متوسط التكلفة الاستشفائية ليس بالمخرج الجيد لقياس مخرجات النشاط الاستشفائي لأنها تتسم بالتذبذب وليس ثابتة خلال فترة مكوث المريض بالمستشفى.¹

هذا لا يمنع من استعمالها في بعض الأقسام الاستشفائية التي تعالج أمراض مزمنة و التي تستدعي عملية التخفيف على المريض استعمال نفس الأدوية ونفس درجة العناية خلال فترة مكوثه بالمستشفى.

¹ - André LABOURDETTE, op.cit , p 60.

وقد استعملت نقاط الضعف المستنتجة من استعمال هذه الطريقة لبلورة طرق أخرى أقل عيوب وأكثر فعالية.

2-1 تكلفة اليوم المنجزاً (Le prix de journée éclatée)

استعملت هذه الطريقة في فرنسا ضمن مشروع الإصلاحات الخاصة بالتسعير الاستشفائي. وقد تضمنت الفاتورة الاستشفائية الممنوحة للمرضى ضمن هذه الطريقة الأجزاء التالية: ¹

- مبلغ جزائي لفتح سجل استشفائي .
- سعر يوم إيواء يتعلق بكل أقسام المستشفى.
- سعر يوم علاج خاص بالقسم أين يعالج المريض.
- أداءات فردية خاصة بكل مريض على حدى مدفوعة المقابل مثل : الأدوية، أعضاء اصطناعية ...

من مميزات هذه الطريقة :

- أنها أخذت بعين الاعتبار خصوصيات كل مرض من جهة وخصوصيات كل مريض من جهة أخرى عند حساب تكلفة العلاج.
- صنفت التكاليف إلى ثابتة من جهة (مصاريف تسيير الملف الطبي) ومصاريف متغيرة من جهة أخرى (أداءات فردية مدفوعة المقابل).
- فصلت بين التكاليف العامة الخاصة بالقسم أو المستشفى ككل مثلاً (سعر يوم إيواء، سعر يوم علاج) والتكاليف الفردية الخاصة بكل مريض (أداءات فردية).
- بالنسبة للنقائص المتعلقة بهذه الطريقة فتظهر فيما يلي :
- تصنيف الأعباء إلى ثابتة ومتغيرة ما هو إلا جزئي يتعلق ببعض الأعباء فقط.
- سعر يوم علاج والذي يتضمن أعباء القسم الاستشفائي لا يتعلق بحالة المريض الصحية ودرجة تعقيدها.
- بالمقابل كل مريض يستدعي عناية صحية خاصة بحالته الصحية، بالإضافة إلى أن جهود الجهاز الطبي التي تتغير بتغير الخطورة الخاصة بحالة المريض الصحية.

¹ - Alain Grenon et autres , op.cit , p 114.

- تركز هذه الطريقة على تكلفة فترة مكوث كل مريض على حدى، ولا تركز على التكاليف الناتجة في كل قسم استشفائي، أو تكلفة نوع معين من المرضى. فلا يمكن التنبؤ بالأعباء التقديرية لقسم معين مستقبلا.

3-1 تجربة بوسطن¹

هذه الطريقة عبارة عن تطوير لطريقة تكلفة اليوم الجزء. حيث أخذت بعين الاعتبار النقد الموجه للطريقة السابقة أين خارج الأداءات الفردية المدفوعة المقابل جعلت من الأعباء الاستشفائية الأخرى الثابتة تتحمل من طرف كل المرضى وعموما بنفس المبالغ.

لم تأتي هذه الطريقة بتغيير كبير على مبدأ حساب التكاليف، إلا فيما يخص بمعاملة الأعباء الخاصة بنشاط القسم الاستشفائي، التي أصبحت خاضعة إلى لائحة مشفرة تضم مختلف العلاجات المقدمة من طرف كل قسم على حدى، هذه العلاجات بعد تشفيرها وإعطائها رمز خاص بها يعطى لها سعر معين. من أجل تحديد تكلفة القسم الاستشفائي الخاص بكل مريض تجمع تكلفة الأداءات الطبية المقدمة له في القسم الاستشفائي محل العلاج، وبهذا تصبح أعباء القسم الاستشفائي متغيرة وليست ثابتة.

نالت هذه الطريقة استحسانا من طرف الهيئات الممولة للنشاط الاستشفائي، التي أصبحت تعرض فواتير أكثر وضوح وذات مصداقية أكبر.

ركزت الطرق الثلاث السابقة على الفاتورة الاستشفائية للمريض هناك طرق أخرى صبت اهتمامها على العلاقة التي تربط بين التكاليف والإنتاج الاستشفائي كالتالي :

2- التكاليف المتعلقة بنوع المرض ونوع العلة :

تهدف هذه الطرق إلى قياس النشاط الاستشفائي باستعمال مخرجات مختلفة عن سابقتها، هذه الطرق ستناول تحديد تكاليف المخرجات الخاصة بالنشاط الاستشفائي وفقا لمقاربتين:

النقطة المشتركة بين الباحثين فيما يخص المقاربتين، أن تطور التكاليف الاستشفائية لها علاقة بتركيبة الأمراض المعالجة في المستشفى، هذا ما يسمى من طرف هيئة الباحثين الأمريكيين Case-Mix.

فيما يخص قياس الـ Case-Mix هناك مقاربتين سنعرضهما فيما يلي :

1-2 المقاربة الأولى:

¹ – Experiance of : Massachussets Eye and Ear Informary of Boston.

هذه المقاربة خاصة بـ "M.S Feldstein" مفادها أن الـ Case-Mix تحدد عن طريق عدد الأسرة وحجم الخدمات المقدمة. مبدأ الطريقة هو حساب التكاليف الخاصة بكل مريض عن طريق متوسط تكاليف الأقسام التي مر بها ثم استعمال معاملات ترجيح لتحديد خصوصيات العلاجات المقدمة لكل مريض. هذه المعاملات يمكن أن تكون على أساس تكلفة محاسبية أو تكلفة محددة احصائيا حسب طبيعة المرض.

2-2 المقاربة الثانية :

هذه المقاربة كانت نتيجة جهود " R.Fetter " أين قام بإيجاد نوع من العلاقة بين الأمراض ثم تجميعها في مجموعات، سميت بالمجموعات المتجانسة للمرض DRG¹، أين حددت هذه المجموعات على أساس خصائص معينة.

يقول " R.Fetter " : "أن المستشفى يمكن أن ينظر إليه كمؤسسة ذات منتوجات متنوعة ، من ناحية أن كل مريض يتلقى مختلف الكميات وأنواع العلاجات اللازمة، هذه الخدمات المقدمة لا تتعلق بالحالة الصحية له فقط، بل بالمنهج العلاجي اللازم اتباعه أيضا".²

بالإضافة إلى أعراض المرض وطبيعة العلاج المأخوذة في الحسبان عند تحديد مخرجات النشاط الاستشفائي، يرى " R.Fetter " أن هناك متغيرات أخرى مثل العمليات الجراحية، سن المريض، ... التي يجب أخذها في الحسبان عند تكوين المجموعات المتجانسة للمرضى. وقد تم تحديد 383 مجموعة متجانسة للمرضى من طرفه وقد أخذ الشروط التالية في تكوينها:

- يجب أن لا تتعدى هذه المجموعات في مجملها 500 مجموعة.
- يجب أن يكون هناك تمايز بين المجموعات فيما بينها.
- أن تبنى هذه المجموعات انطلاقا من الإحصائيات الحديثة للمستشفى.
- أن تكون المجموعات المكونة لها معنى طبي داخل المستشفى.
- تجميع الأشخاص اللذين يبدون نفس الأعراض المرضية، والتي سوف تقدم لهم علاجات متماثلة.

وقد قام " R.Fetter " باعداد برنامج معلوماتي يسمى (AUTOGRP) يقوم بتجميع المرض في مجموعات متجانسة انطلاقا من ملفاتهم الاستشفائية.

¹ - DRG : Diagnosis Rlated Goups.

² - Alain Grenon et autres , op.cit , p 117.

بعد تعرضنا في هذا البحث إلى التكاليف الاستشفائية، مكوناتها، ومخرجات النشاط الاستشفائي سنعرض فيما يلي اشكالية تطور تلك التكاليف ومحاولات التحكم فيها.

المبحث الثالث : مراقبة التكاليف الاستشفائية

المطلب الأول : تطور التكاليف الاستشفائية

1- ظاهرة ارتفاع التكاليف الاستشفائية :

قبل التطرق إلى الأسباب المتحركة في الظاهرة، نريد أولاً التطرق إلى الصعوبات الخاصة بملاحظة تطور التكاليف ونتائج ذلك :

1-1- الصعوبات :

* أولاً : هناك بعض النفقات الاستشفائية غير المدججة جزئياً أو كلياً ضمن سعر التكلفة الخاص بمخرجات النشاط الاستشفائي (Output) . في هذا الصدد نسجل نوعين من نفقات الاستغلال : ففي فرنسا مثلاً وحتى 1982 كانت أجور الأطباء غير مدججة ضمن أعباء الاستغلال الاستشفائية، وهذا ما جعل تكلفة مخرجات المستشفى تتحمل تكاليف أقل من التكاليف الواجب فوترها حقيقتاً. هناك نوع آخر من الأعباء الخاصة باهلاك الاستثمارات وتكوين المخصصات لغرض أعمال الترميم والإصلاح التي لم تؤخذ بعين الاعتبار بدورها في حساب سعر التكلفة الاستشفائي.

* ثانياً : إذا كانت الصعوبة الأولى محاسبية، فالصعوبة الثانية احصائية تتعلق بتركيبة التكاليف من جهة، الموارد الواجب توفيرها لمعالجة الأمراض ذات الانتشار الواسع على المدى المتوسط والطويل. ففي معظم دول العالم تطالب نقابات عمال الصحة بزيادة الأجور. فالمحاسب لا يمكن الاعتماد على قاعدة احصائية ثابتة لتقدير هذا النوع من الأعباء بدقة على فترات زمنية متباعدة.

يلاحظ أيضاً أن الاستهلاك الطبي في مجتمع ما وعلى المستوى المتوسط والطويل مختلف، ففي عشرية السبعينات الأمراض التي كانت تولى اهتمام واسع من طرف وزارة الصحة، التي تحتم على هذه الأخيرة توفير الأدوية والمعدات اللازمة لرعاية المريض، لم تبقى نفس الأمراض وبنفس الحدة في فترة الثمانينات أين تركت مكائماً لأمراض أخرى. هذه التغيرات ناتجة عن تطور المجتمع، مستوى معيشة السكان، التقدم الطبي ...

1-2- ملاحظة ظاهرة ارتفاع التكاليف الاستشفائية :

حسب " André Labourdette " يمكن ملاحظة ارتفاع التكاليف الاستشفائية من خلال منظورين:

- الارتفاع الإجمالي للتكاليف الاستشفائية :

يمكن ملاحظة الارتفاع الإجمالي للتكاليف الاستشفائية من خلال مؤشر جيد يقلل من الصعوبات المتعرض إليها سابقا. فتكاليف الاستغلال السنوية المتعلقة بسرير استشفائي في فرنسا حسب الـ CREC¹ ارتفعت من 12900 فرنك فرنسي في سنة 1965 إلى 97100 فرنك فرنسي في سنة 1978. بمعدل زيادة سنوي يقدر ب 16.8% وهو ما يفوق زيادة الناتج الداخلي الخام لنفس الدولة في تلك الفترة².

ارتفاع التكاليف الخاصة بالسرير الاستشفائي لم تتم بنفس نسبة الزيادة على مختلف المناطق وفي مختلف المستشفيات، فهناك تباين في نسبة التزايد من منطقة جغرافية إلى أخرى هذا من جهة ومن جهة أخرى ارتفاع تكلفة السرير ليست متماثلة في مستشفى عام ومستشفى خاص. يبقى أنه مهما كانت نسبة الزيادة بين المناطق الجغرافية وداخل المستشفيات، في المتوسط هناك اتجاه نحو ارتفاع تلك التكاليف الناتجة عن طلب متزايد على الخدمات الصحية.

- الارتفاع النوعي للتكاليف الاستشفائية :

بمراقبة التكاليف الاستشفائية نلاحظ أنها مركبة بصفة أساسية من أعباء الاستغلال، لكن بالتدقيق في هذه الأخيرة نلاحظ أنه ليس كل أعباء الاستغلال تتزايد بنفس النسبة وفي نفس الاتجاه.

يتكون المستشفى من إمكانيات مادية وبشرية، لكن الإمكانيات البشرية هي التي تحتل الصدارة في النفقات الاستشفائية بنسبة تتعدى 70%. لتطور الأعباء الخاصة بالممارسين الصحيين الأثر الكبير في ارتفاع التكاليف الاستشفائية، فتزايد عدد الممارسين الصحيين العاملين في المستشفى من سنة إلى أخرى أدى إلى زيادة الأعباء الخاصة بهم وهذا راجع إلى :

- تطور أساليب العلاج وظهور علاجات جديدة تستدعي اللجوء إلى طلب خدمات أطباء وتقنيين لهم الكفاءة اللازمة للتحكم في التقنيات الجديدة للعلاج. يستدعي تسيير أقسام جديدة داخل المستشفى إلى تشغيل إداريين إضافيين يشرفون عليها.

¹ - CREC : Centre d'etudes des revenus et des coûts.

² - André Labourdette, op.cit , p 78.

- تزايد الطلب على الخدمات الصحية والذي تعددت أسبابه (زيادة الكثافة السكانية، ثقافة صحية متزايدة) يحتم على المستشفى تشغيل عدد من الممارسين الطبيين من (أطباء، تقنيين..) بالإضافة إلى إداريين وعمال النشاطات العامة (حراسة، نظافة، مطعم، مغسلة). بالمقابل تأخذ النفقات الاستشفائية الخاصة بالفحص والأدوية حصة صغيرة من النفقات الاستشفائية بمقارنة مصاريف العمال. هذه النفقات التي تزيد في المستشفيات الخاصة عنه في المستشفيات العامة. حسب الملاحظات السابقة يظهر جليا أن التكاليف الاستشفائية في تزايد مستمر، الأسباب المتحكمة في هذه الظاهرة متعددة سنوردها فيما يلي :

2- الأسباب الرئيسية لارتفاع التكاليف الاستشفائية :

هناك أسباب عديدة - منها ما هو مباشر وما هو غير مباشر - أدت إلى ارتفاع تكاليف المؤسسة الاستشفائية. سنحاول فيما يلي التطرق إلى أهم الأسباب التي تؤثر على التكاليف الاستشفائية :

2-1 ارتفاع الطلب على الخدمات الاستشفائية :

صاحب هذه النظرية هو " M.S FELDSTEIN " والذي يضع الفرضيات التالية قبل شرح نظريته :
الطلب الخاص على الخدمات الاستشفائية وفترة المكوث في فترة T يتعلق بمتغير أساسي، هذا المتغير عبارة عن المبلغ المدفوع من طرف المستفيد نفسه مقابل الخدمات الاستشفائية المقدمة. يمكن أن يكون هذا المبلغ عبارة عن جزء فقط من مقابل الخدمة الاستشفائية المقدمة وقد يكون عبارة على كل مبلغ الخدمة.¹

بالإضافة إلى ذلك قد يكون المبلغ المدفوع من طرف المستفيد لا يتعلق مباشرة بسعر الخدمة الاستشفائية، لكن بسلعة مكملة لها كسعر الأدوية اللازمة للعلاج مثلا.

هناك متغيرات أخرى متحكمة في طلب الأفراد على الخدمات الاستشفائية - تعرضنا إليها في الفصل الأول - لا يمكن اغفالها .

لو نرسم - :

- NT : الطلب الاستشفائي.

¹ - André Labourdette, op.cit , p 80.

- ST : فترة المكوث بالمستشفى .

- PT : السعر الإجمالي لليوم الاستشفائي .

- XT : متغيرات الطلب الأخرى .

نتحصل بذلك على :

$$NT = N (pt , xt)$$

$$ST = S (pt , xt)$$

يعني أن الطلب الاستشفائي عموما وحجم الأيام الاستشفائية عبارة عن دالتين في سعر اليوم

الاستشفائي بالإضافة إلى متغيرات أخرى متحركة في الطلب (الدخل، حجم السكان ...)

إذا الطلب الكلي على الأيام الاستشفائية يكون على الشكل التالي : $BDT = NT . ST$

بما أن عرض الخدمات الاستشفائية يتزايد بمعدل بطيء وهو ما يجعل عدد الأسرة المعروضة لاستقبال

المرضى وعدد الأيام الخاصة بفترة علاجهم لا يتطابقان دوما .

بالإضافة إلى المتغيرات السابقة المتحركة في الطلب الخاص بالأيام الاستشفائية، هناك عامل آخر R

والذي يتعلق بمعامل شغور السرير والذي عموما لا يتغير على المدى الزمني حيث يستعمل من

طرف إدارة المستشفى من أجل مواجهة الطلبات الطارئة والمستعجلة على الخدمات الاستشفائية .

إذن فعرض الأيام الاستشفائية على المدى القصير سيكون بالشكل التالي:

$$B.ST = 365 R.BT$$

بالإضافة إلى ذلك هناك سعر توازني PT^* بين العرض الكلي والطلب الكلي على المدى القصير.

أين تصبح العلاقة بين العرض والطلب الاستشفائي بالشكل التالي :

$$N(Pt^*, Xt) . S(Pt^*, Xt) = 365 RBDT$$

نعلم أن سوق الخدمات الصحية سوق خاص، فسعر توازن الخدمات الاستشفائية لا يمكنه أن يتزايد

بتزايد الطلب على هذا النوع من الخدمات، لأن هدف المستشفى العمومي ليس الربح. لكن سعر

التوازن الخاص بالخدمات الصحية يمكن أن يرتفع ويرجع ذلك إلى الأسباب التالية :

- الطلب المستمر للأطباء على إمكانيات ذات تكنولوجيا عالية مكلفة جدا (معدات وأجهزة) .

- استعمال المعدات ذات تكنولوجيا عالية يستدعي تأطير عالي المستوى للأطباء.

- الطلب المتزايد لرفع أجور الإطار الطبي .

هناك الكثير من المفكرين الذين تبني هذه الفكرة، وهناك من أضاف أنه توسع الحماية الاجتماعية

لعدد متزايد من السكان، كان له الأثر البالغ في زيادة الطلب على الخدمات الاستشفائية، ومن ثم

ارتفاع تكاليف المستشفى.

بالإضافة إلى عامل الطلب، هناك عوامل أخرى.

2- المبالغة في البحث عن النوعية (Excès de qualité)

صاحب هذه النظرية هو " J.P NEWHOUSE " في (1970) ثم " M.L.LEE " في (1971).
الأول قام بتحليل هذه النظرية على مستوى المستشفى كوحدة مستقلة بذاتها، أما الثاني فقد حلل وجهة نظره انطلاقاً من العلاقات المتبادلة بين المستشفى والمنظمات الأخرى.¹
حسب " J.P NEWHOUSE " فإن المستشفيات غير الهادفة للربح تبحث عن رفع نوعية الخدمات المقدمة. ويتحقق ذلك من خلال إنتاج خدمات استشفائية ذات نوعية عالية بما أن الأجور غير متغيرة، يعني أن الطبيب لا يهدف إلى زيادة الأرباح بما أن الأجور لا تتحرك، يعوض ذلك بالبحث عن الاعتراف والألقاب التي يتحصل عليها من خلال جودة ونوعية الخدمات المقدمة.
من خلال البحث على نوعية الخدمات المقدمة من طرف المستشفى، يزيد الطلب بالمقابل على هذه الخدمات. من أجل احتواء الطلب المتزايد على الخدمات المقدمة يجب توفير إمكانيات مادية وبشرية تتماشى مع تلك الزيادة في الطلب، مما يؤدي إلى ارتفاع تكاليف المؤسسة الاستشفائية .
بما أن هذا النوع من المستشفيات - المستشفيات العامة - يتحصل على ميزانية محدودة لاقتناء تجهيزات ذات تكنولوجيا عالية من أجل تحسين نوعية الخدمات الصحية المقدمة، هذا لا يعني أنه بزيادة عدد الأجهزة سوف يزيد عدد الحالات المعالجة، بل أنه نتحصل على نوعية الخدمات المقدمة من خلال معالجة حالات محددة تركز فيها تلك الإمكانيات.
أما " M.L.LEE " فيقول أن هناك صراع بين المسيرين الاستشفائيين والجهاز الطبي، من ناحية أن الفريق الأول يحاول تطبيق تقنيات تسير المؤسسات الاقتصادية لتسير المستشفى، من خلال اهتلاك التجهيزات المتوفرة تماماً قبل التوجه إلى اقتناء تجهيزات جديدة، بالإضافة إلى أنهم يسعون إلى زيادة معدل دوران المرضى بالنسبة لتجهيز معين لاستعماله أقصى ما يمكن.
بالنسبة للجهاز الطبي فهو يفضل الحصول على تجهيزات جديدة ومواكبة التطورات الحديثة لجعل المستشفى في ريادة المراكز الصحية.
وهو ما يمكنهم من عرض خدمات ذات نوعية عالية للمرضى من جهة، من جهة أخرى تأطير جيد للطلبة المقبلين على مزاولة هذا النشاط ومسايرة التقدم التكنولوجي.

¹ - André LABOURDETTE, op.cit , P 82.

يبقى السؤال التالي : هل نوعية الخدمات الصحية تؤدي حتما إلى مردوديتها ؟

3- غياب المردودية :

غياب تكوين اقتصادي للجهاز الطبي يدفعه للاستجابة لكل الطلبات الخاصة بالعلاج مهما كلف ذلك المستشفى ومهما تعدى ذلك الإمكانيات المادية المتوفرة هذا من جهة، من جهة أخرى استعمال تجهيزات ذات تكلفة عالية من أجل محاولة علاج حالات مستعصية.

غياب رقابة دائمة على النشاط الطبي يؤدي إلى ظهور مصاريف استشفائية كان من الممكن تجنبها، مما يجعل التكاليف الاستشفائية ترتفع، هذه التكلفة لا يتحملها المريض مباشرة، بل هي تكلفة اجتماعية يتحملها كل السكان.

هناك بعض التصرفات الفردية التي تؤدي بدورها إلى ارتفاع التكاليف الاستشفائية من خلال استعمال الإمكانيات المادية والبشرية لمعالجة عدد قليل من المرضى وإرجاع ذلك إلى بعض التصرفات البيروقراطية وقد كان من المفترض معالجة عدد أكبر، مما يجعل التكلفة المتوسطة للمريض تزيد بالرغم من أن النشاط لم يرتفع.

كل هذه الأسباب تجعل التكاليف الاستشفائية متزايدة، بالمقابل يجب معرفة الأساليب والسبل اللازمة لمراقبة هاته التكاليف.

المطلب الثاني : وسائل مراقبة التكاليف الاستشفائية

بالرغم من أن البحوث جارية من أجل محاولة تخفيض سعر التكلفة الاستشفائي، إلا أنها ظهرت هناك إشكالية أخرى في هذا المجال تتعلق بارتفاع مصاريف التجارب التي تصب في ميدان تعديل التكاليف الاستشفائية وتجنب المصاريف غير المبررة.

عملية مراقبة التكاليف الاستشفائية تتطلب معلومات حول التنظيم الاستشفائي، التصرفات داخل المستشفى، بالإضافة إلى نتائج النشاطات داخل الأقسام الاستشفائية. عملية جمع تلك المعلومات من أجل تشخيص حالة المستشفى تتطلب أموال كثيرة سوف تضاف إلى المصاريف الاستشفائية السابقة.

بما أن المعلومة الاستشفائية مكلفة تطلب ذلك مقارنة الأعباء الخاصة بعملية المراقبة والنتائج المحققة من أجل الحكم على فعالية العملية من عدمها .

سنحاول فيما يلي التطرق إلى بعض الطرق المستعملة في الدول المتقدمة من أجل محاولة مراقبة التكاليف الاستشفائية والحد من ارتفاعها.

1- مراقبة عوامل الإنتاج :

1-1 مراقبة رأس المال :

عملية توزيع الخدمات الاستشفائية في مختلف دول العالم تبحث عن تحقيق هدفين أساسيين :
- تحقيق اقتصاديات الحجم " Economie d'échelle " ، أي لو كان في المنطقة الجغرافية مستشفين لهما طاقة استعاب بـ 1000 سرير لكليهما، لكن النشاط الفعلي مفاده استقبال 500 مريض لكلى المستشفين.

فحسب هذا الهدف يجب تركيز النشاط في إحدى المستشفين وإغلاق الآخر.

- هناك هدف آخر يتمثل في البحث عن تحقيق عدالة في توزيع الخدمات الاستشفائية، فهناك بعض المناطق التي تستفيد من إمكانيات بشرية (أخصائيين ، تقنيين...) ومادية (أجهزة ومعدات ذات تكنولوجيا عالية ..) على حساب مناطق أخرى، لتنظيم ذلك يجب وضع خريطة جهوية لتنظيم توزيع تلك الخدمات من أجل تحقيق نوع من العدالة في توزيعها.¹

الخريطة الجهوية لتوزيع الخدمات الصحية استعملت من طرف العديد من الدول المتقدمة، ففي فرنسا مثلاً وضعت تلك الخريطة من أجل توضيح المناطق التي لها إمكانيات فائضة عن احتياجاتها والمناطق التي تعاني عجز، ثم في مرحلة مواءمة العمل على إيجاد توازن في إعادة توزيع تلك الإمكانيات. هذه الطريقة في مراقبة الخدمات الاستشفائية والتكاليف الناجمة عنها لا تخلو من الانتقادات والتي سنعرضها فيما يلي :

- عملية جمع المعلومات فيما يخص الإمكانيات التي تتواجد على مستوى كل مستشفى من إمكانيات بشرية ومادية تتطلب وقت طويل وأموال كثيرة لمعالجتها حالة بحالة.

- تحويل قسم استشفائي معين من مستشفى إلى مستشفى آخر يطرح إشكالية أخرى فيما يخص المستشفى المستقبل. الذي يجب عليه غلق قسم متواجد حالياً من أجل استقبال قسم جديد،

¹ - Michel NOGUES , Gestion hospitalière et régulation des dépenses de santé, Edition PUF, Paris 2000 , p 35.

بالإضافة إلى ذلك عملية استبدال قسم استشفائي بأخر تتطلب جهود كبيرة فيما يخص إعادة تنظيم النشاط الاستشفائي، تحويل الفريق الطبي و توجيه المريض .

- عملية غلق قسم استشفائي أو مستشفى بكامله ستواجه صعوبات من طرف عمال المستشفى من جهة و من جهة أخرى من طرف المرضى الذين تعودوا على التردد عليه. فيما يخص العمال فإن المقاومة والتنديد برفض القرار سيكون عن طريق نقاباتهم. بالنسبة للمرضى فإن عملية رفضهم تأخذ شكل إمضاءات توجه إلى المعنيين بالأمر.

- استعمال خريطة صحية من أجل تنظيم وتوزيع الخدمات الصحية لا يمكنه في كل الأحوال تحقيق ذلك الهدف، من ناحية أن ظهور فروع طبية وعلاجات جديدة يستدعي الاستثمار في استخدام أجهزة ثقيلية وجهاز طبي يقوم بالسهر على تقديم هذه العلاجات. قد يكون المستشفى القائم غير قادر على استعاب أقسام جديدة، مما يجتم على السلطات البحث على إنشاء مستشفى جديد وما يرافقه من إمكانيات وأسرة إضافية.

- عملية مراقبة الموارد لا تتوقف على الاستثمار المادي فقط، بل ستمس بالمقابل الرأسمال البشري. فقرار إنشاء مستشفى جديد سيرافقه توفير مناصب شغل للجهاز الطبي، الإداري ... الذين سيسهرون على تحقيق الأهداف المرسومة لهم. من خلال هذا الانتقاد الأخير سوف نورد مراقبة عنصر آخر وهو الرأسمال البشري.

1-2 مراقبة العمل :

عملية مراقبة العمل داخل المستشفيات يتم عن طريق عدة طرق أهمها :
أولا : مراقبة دخول الطلبة للفروع الطبية عن طريق إخضاعهم لشروط تحدد عددهم داخل الدفعات التي سوف تزاوّل دراستها. لكن هذه الطريقة تستدعي توفر الشروط التالية :
- وجود رغبة حقيقة والإصرار من طرف أصحاب القرار.

- فعالية تقنيات التنبؤ من أجل تحديد عدد الطلبة ودفعات التخرج مستقبلا.
بالإضافة إلى الشرطين السابقين هناك صعوبة تتمثل في طول مدة التكوين في الفروع الطبية وأن الطلبة المقبولين في دفعة معينة لا يتخرجون كلهم بنفس عدد سنوات التكوين، بل هناك من يتعدى تلك المدة.

النقد الموجه لهذه الطريقة يتمثل في أن الشروط التي تم وضعها تحدد عدد الطلبة ومن ثم عدد المتخرجين في مرحلة لاحقة - إن كانت هناك رغبة حقيقية - بالمقابل انخفاض عرض اليد العاملة الطبية سيدفع المتخرجين بالمطالبة بأجور أعلى لأن أصحاب القرار ليس لهم الاختيار في مجال العمل. فبالرغم من انخفاض اليد العاملة إلا أن التكاليف لم تنخفض.

ثانياً : هناك طريقة أخرى تقوم على إغلاق عدد معين من الأسرة في بعض الأقسام الاستشفائية، وبذلك يمكنهم هذا القرار من تسريح بعض العاملين في هذا المستشفى. لكن تطبيق مثل هذا القرار يتطلب تحقق الشروط التالية :

- انخفاض معدل غياب العمال داخل المستشفى، والذي يستدعي تحقيق عوامل معينة من أجل إحساس العمال بارتياح أثناء مزاولة نشاطهم مثل: نظام التحفيز، علاقة إنسانية نوعية داخل المستشفى ...

- إمكانية الجهاز الطبي المتمسك به من تغطية طلبات العلاج في المستشفى وملئ الفراغ الذي سيتركه العمال المسرحين.

النقد الموجه لهذه الطريقة أن تقليص عدد العمال يجعلهم يتبعون برنامج عمل محدد ودقيق يمنحهم من الغياب، من أجل ذلك يجب الاستجابة لطلباتهم من أجل الشعور بالراحة داخل عملهم. من بين هذه الطلبات توفير الإمكانيات المادية والتي قد تجعل التكاليف الاستشفائية لا تنخفض. إذن لتطبيق الطرق الخاصة بمراقبة عوامل الإنتاج يتطلب ذلك توفر شروط كثيرة ومعقدة، حيث يمكن التطرق إلى حلول أخرى تعتمد على مراقبة الموارد الاستشفائية.

2- مراقبة الموارد الإجمالية :

تتم عملية مراقبة الموارد الإجمالية للمستشفى استعمال بعض التقنيات كالتالي :

1-2 تقنيات مراقبة التسيير :

1-1-2 التقنية الأولى : استعمال خريطة صحية

تتمثل هذه التقنية في استعمال خريطة صحية من أجل مراقبة الإمكانيات الصحية في كل منطقة. وقد قدمت هذه الطريقة كمشروع لمراقبة التكاليف الاستشفائية في فرنسا وذلك في سنة 1986.

تعتمد هذه التقنية على حساب تكلفة يوم استشفائي باستعمال تقنيات المحاسبة التحليلية على مستوى المستشفى، ثم تقارن التكاليف المقدرة لفترة معينة والتكاليف الفعلية المحققة في نفس الفترة، ونتحصل في هذه الحالة على حالتين من المستشفيات:

- مستشفيات لها تكاليف فعلية أكبر من التكاليف المقدرة، التي يحتم عليها في هذه الحالة تخفيض تكاليفها مستقبلاً لأنها حققت عجز في هذه الفترة.

- مستشفيات لها تكاليف فعلية أقل من التكاليف المقدرة، الفائض يستعمل من طرف نفس المستشفى بالاتفاق مع الجهات الممولة.

وقد وجهت العديد من الانتقادات لهذه التقنية:

- لا يوجد ما يثبت أن العينة المختارة من المستشفيات لتقدير تكلفة يوم استشفائي لاستعماله كمؤشر، هي مستشفيات تحقق أدنى تكاليف ممكنة.

- بالنسبة للمستشفيات التي حققت فائضاً عن تكاليفها الفعلية، فإنه من المحتمل أن تستعمل ذلك المورد الإضافي من أجل اقتناء تجهيزات جديدة، تشغيل يد عاملة إضافية وبذلك سترفع التكاليف الناتجة عن استعمال الفائض في مرحلة لاحقة.

- بالنسبة للمستشفيات التي حققت عجز في مرحلة سابقة، فإنه من المنتظر أن يقدم مسيروها مبررات لذلك العجز المحقق. وإن لم يكن هناك مبرر مادي منطقي، يمكن أن يلتجئ هؤلاء إلى الحكم على عجز نظام المعلومات أو إلى ارتفاع التكاليف الخاصة بالمعلومات المراد الحصول عليها.

2-1-2 التقنية الثانية: نسبة احتلال أسرة قسم استشفائي

هذه التقنية أقل تعقيداً من التقنية السابقة، وقد استعملت في الولايات المتحدة الأمريكية، وأخذت ولاية نيويورك كعينة لتطبيقها.

من أجل تقدير الموارد الممنوحة للمستشفيات، اعتمدت الجهات الممولة على نسبة احتلال سرير استشفائي في مختلف أقسام المستشفى. وقد استعملت النسب التالية كحد أدنى 80% بالنسبة للأقسام العامة، 60% للأمراض النساء، 75% لطب الأطفال.¹

فالمستشفى الذي يحقق نسبة احتلال أسرة قسم معين أكبر من الحد الأدنى يعوض في مجموع تكاليف ذلك القسم. في المقابل الأقسام التي تحقق نسبة احتلال أسرة أقل من الحد الأدنى تعوض

¹ - André Labourdette, op.cit , P 98.

على أساس تكلفة الحد الأدنى لاحتلال الأسرة في ذلك القسم، أي تعوض على أساس تكلفة تقديرية محددة سابقا.

الانتقادات التي وجهت إلى هذه التقنية بعد تطبيقها ميدانيا كانت كالتالي :

- هناك صعوبة تتمثل في المتغيرات الفصلية التي تؤثر على نسبة احتلال السرير، فلا يمكن تحديد معدل ثابت يستعمل كمعيار على طول السنة للحكم حول فعالية نشاط قسم معين.
- نعلم أن عدد المرضى الذين يعالجون في قسم معين لا يمكن التنبؤ بعددهم من جهة، من جهة أخرى بطول فترة مكوثهم . تبقى هذه العملية يشوبها نوع من العشوائية وخاصة ببعض الأقسام كالاستعجالات مثلا.
- يمكن أن يقوم أصحاب القرار في مستشفى بإطالة فترة مكوث المريض، من أجل رفع نسبة احتلال السرير في قسم معين للحصول على الموارد التي تغطي كل أعبائها، على الرغم من أن تلك الأيام غير مبررة .

2-1-3 التقنية الثالثة : تقدير الموارد

طبقت هذه التقنية في فرنسا ابتداء من 1978. تقوم هذه الطريقة على تقدير غلاف مالي للمؤسسة الاستشفائية، يتم ذلك عن طريق مفاوضات تجرى بين الجهات الممولة ومسيروا المؤسسة الاستشفائية. حملت هذه التقنية العديد من الإيجابيات يمكن ذكرها فيما يلي :

- مسؤولية إدارة المستشفى في تحقيق فعالية التسيير .
 - العمل على إيجاد طرق فعالة للحصول على إمكانيات مادية وبشرية أقل تكلفة.
 - حرية أصحاب القرار في إدارة المستشفى وتمكنهم من إظهار مهاراتهم الفنية.
- بالرغم من هذه الإيجابيات ، لا تخلو هذه الطريقة من الانتقادات الموجهة إليها:
- أول انتقاد يتعلق بمحدودية الإيرادات. أين تحديد الموارد الموجهة لقسم استشفائي معين سيحتم على المسيرين تحديد حجم الخدمات المقدمة خوفا من الوقوع في عجز. لكن هذه الإجراءات سوف تلاقي الاستفهام التالي من طرف المرضى: ما معنى خدمة صحية مجانية لكن ليست بالكمية الكافية؟
 - الموارد المتحصل عليها من طرف مستشفيات لها نفس الإمكانيات المادية والبشرية عموما تكون متماثلة. إن التوقع في المجال الصحي قليل الفعالية، بالإضافة إلى خصوصيات أخرى مثل (المستوى

الثقافي، الفقر ...) للسكان تجعل الموارد المرصدة لا تتبع دوما حجم النشاط الاستشفائي. فمحدودية تلك الموارد تحتم على المسيرين البحث عن الهدف الاقتصادي، قبل الهدف الصحي .

- نتيجة تركيز المسيرين المفرط في تحقيق الفعالية، وبالمقابل تركيز الأطباء على تقديم الخدمات الطبية لأكثر عدد من طالبيها وإغفال التكاليف الناتجة يؤدي إلى ظهور صراع بين الجهاز الطبي والجهاز المسير، هذا راجع إلى عدم تطابق أهدافهما دوما.

2-2 مراقبة الموارد الإجمالية باستعمال خريطة وطنية للصحة :

استعملت الخريطة الصحية في إطار رفع مركزية تسيير المستشفيات في فرنسا، وقد جاء ذلك في قانون 22 جويلية 1988.

وقد أعطى هذا القانون صلاحيات أكبر للمقاطعة الجغرافية مكان تواجد المستشفى لتقدير الموارد المالية اللازمة لتسيير المستشفى ومراقبة تسييره. بالإضافة إلى ذلك أوكلت للدولة مهمة تعضية عجز المستشفيات والعمل على التنسيق بين المناطق لضمان توازن في توزيع الموارد ما بين المناطق الجغرافية.

عملية مراقبة تسيير المستشفى تتم عن طريق عدت هيئات محلية، جهوية ومركزية. فالمستشفيات المحلية يتم الإشراف عليها من طرف المقاطعة (Département) بالنسبة لمستشفيات الأمراض النفسية فيتم الإشراف عليها من طرف هيئة جهوية، أما المستشفيات الجامعية فعملية الإشراف عليها يتم عن طريق الدولة.¹

فمنط التسيير الفرنسي هذا يبقى التسيير المركزي من خلال التخطيط للاحتياجات المادية الثقيلة (معدات آلات...) باستعمال معايير معينة وتم ادراج تسيير محلي من خلال الاعتماد على خريطة للتقييم الصحي "SROS".²

لقد وجهت للخريطة الصحية بعض الانتقادات من بينها :

- رغم أنها أخذت خصائص كل منطقة عند إعداد الخريطة الصحية لتبيان الاحتياجات الصحية لكل منها، إلا أنه ظهر هناك تباين في الموارد المتحصل عليها من الاشتراك في الضمان الاجتماعي من منطقة إلى أخرى، من ناحية أن بعض المناطق التي تتضمن نشاط صناعي وتجاري هام حققت إيرادات هامة تعدت احتياجاتها في تمويل الخدمات الصحية، هناك بعض المناطق التي أظهرت عجز

¹ - André LABOURDETTE, op.cit , P 102.

² - Michel NOGUES , op.cit , P 53.

تلك الموارد في تغطية احتياجاتها الصحية. الذي يحتم على الدولة إعادة توزيع هذه الموارد بين مختلف المناطق.

- احتفضت الدولة بعدة صلاحيات تتعلق بتحديد قاعدة حساب الاشتراكات في الضمان الاجتماعي. بالإضافة إلى احتفاضها بتحديد عدد الطلبة اللذين يتم قبولهم لمزاولة المهن الطبية ومنح الاعتمادات لفتح العيادات الخاصة والمستشفيات العامة.

هذه الانتقادات تبين أنه ليس من الممكن تواجد تسيير محلي دون تسيير مركزي، بل يتم تسيير القطاع الصحي عن طريق النمطين لضمان أحسن مراقبة للتكاليف الصحية.

هذا ويبقى لتحديد التكاليف وسعر التكلفة الاستشفائي فوائد عدة، سيتم تناولها في المطلب الموالي.

المطلب الثالث : أهداف تحديد التكاليف الاستشفائية

إن لتحديد التكاليف الاستشفائية أهداف كثيرة، هذه الأهداف تتزايد بتزايد الضغوطات الاقتصادية حول المستشفى. فماذا نهدف من وراء تحديد هذه التكاليف ؟

1- تحديد التكاليف من أجل التسعير :

من أجل تسعير منتجات أي مؤسسة اقتصادية، يجب المرور بمرحلة سابقة وهي تحديد التكاليف المتعلقة بكل منتج. هذا لا يختلف عن ما يحدث في المؤسسة الاستشفائية، فمن أجل تسعير منتجات المستشفى من فحص، علاج، أشعة، تحاليل ... يجب تحديد التكاليف الناتجة عن كل أداء طبي أولاً. بالمقابل خصوصية المستشفى تكمن في أن سعر المنتجات الاستشفائية لا يهتم مباشرة المستفيد من العلاجات، فغالبا ما يكون المستفيد ودافع مقابل الخدمة جهتان مختلفتان.

هناك خصوصية أخرى في مجال الخدمة الصحية، وهو أن المستفيد لا يتدخل عند تحديد سعر الخدمات الاستشفائية فعملية تحديد التسعيرة تكون نتيجة مفاوضات بين الجهات الممولة (الدولة، الضمان الاجتماعي، تأمينات خاصة...) والجهات المسيرة.

2- تحديد التكاليف لمراقبة التسيير الاستشفائي :

من أجل التحكم في التكاليف كمرحلة أولى، ثم مراقبتها في مرحلة موائية، يجب العمل على الاحاطة بكل المصاريف الخاصة بكل قسم استشفائي، مجموع هذه المصاريف تمثل تكلفة الأقسام الاستشفائية، هذه التكاليف تعتبر كقاعدة معلوماتية يعتمد عليها من أجل تحقيق الأهداف التالية :

- مستوى النشاط في الأقسام الاستشفائية.
 - الحكم على فعالية تسيير الأقسام الاستشفائية.
 - تحديد الموارد اللازمة لتغطية أعباء المستشفى المستقبلية بالاعتماد على المعلومات المحاسبية، بالإضافة إلى معلومات إحصائية، يتم ذلك عن طريق حنكة المسيرين.
- فمن أجل تحقيق هذه الأهداف يجب أولاً تحديد تكاليف المؤسسة الاستشفائية باستعمال تقنيات المحاسبة التحليلية والتي ستتطرق إليها في الفصل الموالي.

خاتمة الفصل :

المؤسسة الاستشفائية عبارة عن نظام معقد يحتوي على إمكانيات بشرية ومادية موضوعها الجسم الإنساني وصحته العقلية، تعمل على إنتاج نشاطات هدفها تحسين الحالة الصحية لطلابها. ويظهر تعقيد المستشفى جلياً من خلال العلاقات الإنسانية داخله، تنظيم النشاط الاستشفائي، فعالية الأداء الطبي والذي يتطلب إنشاء نظام معلومات ملم بكل متطلبات التسيير.

هناك إشكالية خاصة بالنشاط الاستشفائي وهي تحديد مخرجات المستشفى. فكل مؤسسة منتجة لها منتج أو عدة منتجات تقوم بحساب تكاليفها، بالمقابل تظهر هناك صعوبات خاصة بتحديد هذا المخرج في النشاط الاستشفائي وتحديد تكاليفه.

رغم المحاولات المبذولة للتحكم في تطور التكاليف الاستشفائية إلا أنها تتميز بعدم الدقة، فكل الأساليب المعروضة ووجهت لها جملة من الانتقادات تجعلها غير قادرة على مراقبة تطورها بفعالية. هذا راجع إلى ضعف نظام المعلومات، بالإضافة إلى تداخل الأهداف الاستشفائية.

لا يوجد في الجزائر خصوصاً نظام معلومات، و يبقى بناء هذا النظام من الأهداف النظرية فقط. فمازال المسير الاستشفائي يستعمل المحاسبة العمومية ذات القيد الأحادي، ولم يوضع لحد الآن نظام للمحاسبة العامة كمرحلة أولى، يليه نظام للمحاسبة التحليلية من أجل محاولة حساب تكاليف مخرجات النشاط الاستشفائي.

هذا ما سنحاول توضيحه في الفصل الرابع، أين سنتناول مختلف السبل التي ستمكننا من تحديد تكاليف مخرجات النشاط الاستشفائي.

الفصل الثالث :

المحاسبة التحليلية في
المؤسسة الاستشفائية

تمهيد :

تشاهد معظم دول العالم ارتفاع النفقات الخاصة بالقطاع الصحي. معدل هذه الزيادة فاق معدل ارتفاع الناتج الداخلي الخام PIB في بعض دول العالم. مما استدعى ذلك إيجاد تدابير جديدة لمحاولة التحكم في هذه التكاليف.

تحاول المنظومات الصحية إيجاد سبل جديدة باستعمال التقنيات الاقتصادية الجديدة و ذلك لترشيد النفقات الصحية عموما و النفقات الاستشفائية خصوصا.

إيجاد نظام فعال لتقييم التكاليف مرتبط بإشكالية تقدير الموارد الضرورية لتسيير الهياكل الصحية. هذه الموارد التي كانت تحدد إداريا و بصفة مركزية بعيدا عن الخصوصيات المتعلقة بكل منطقة جغرافية، كل هيكل صحي و اغفال استشارة الممارسين في هذا الميدان .

بالإضافة إلى الهدف المتمثل في تحديد التكاليف الاستشفائية، تستعمل تكاليف المخرجات الاستشفائية كمعيار للحكم على نوعية و كمية الخدمات الصحية المقدمة و محاولة الحكم على فعاليتها.

إيجاد نظام تقييم التكاليف الاستشفائية سيدفعنا لاستعمال تقنيات المحاسبة التحليلية و التي نهدف من خلال ذلك إلى إيجاد طريقة فعالة لتقييم التكاليف و تتبع تطورها، هذا ما سوف نحاول التطرق إليه في هذا الفصل .

المبحث الأول : المحاسبة التحليلية كأداة للتسيير الاستشفائي

المطلب الأول : الإطار العام للمحاسبة التحليلية

ظهرت المحاسبة التحليلية في شكلها الأولي و استعملت منذ عهد " بابل " و قد كانت تهدف إلى تنظيم و ترتيب المعلومات المالية و الاقتصادية. في أواخر القرن الخامس عشر و بالتحديد في سنة 1494 ظهرت المحاسبة ذات القيد المزدوج على يد الإيطالي " ليك باسيولي " في كتابه « Summa de Arithmetica »¹.

و لم تظهر المحاسبة التحليلية للاستغلال كفروع مستقل الا في بداية القرن التاسع عشر لحل الإشكاليات المحاسبية التي رافقت الثورة الصناعية .

منذ القرن التاسع عشر أخذت المحاسبة التحليلية تتطور بتطور المؤسسة الاقتصادية، وظائفها وأهدافها. وقد شملت المؤسسات الصناعية الهادفة للربح، ثم مست مؤسسات أخرى تجارية و خدمية. بعد الحرب العالمية الثانية لم يبقى للمحاسبة التحليلية للاستغلال دورا كبيرا نظرا للأهداف المتنوعة التي أصبح المسيرون يهدفون إلى تحقيقها. فانتقلنا من المحاسبة التحليلية للاستغلال إلى المحاسبة التحليلية للتسيير "Accounting Management".

1- تعريف المحاسبة التحليلية :

عرفت كالتالي " هي تقنية معالجة المعلومات المتحصل عليها من المحاسبة العامة بالإضافة إلى مصادر أخرى، و تحليلها من اجل الوصول إلى نتائج يتخذ على ضوءها مسيروا المؤسسة القرارات المتعلقة بنشاطها. و تسمح بدراسة و مراقبة المردودية و تحديد فعالية تنظيم المؤسسة، كما أنها تسمح بمراقبة المسؤوليات سواء على المستوى التنفيذي أو على المستوى الإداري و تعتبر المحاسبة التحليلية أداة ضرورية لتسيير المؤسسات " .²

ولها تعريف ثان : " تعتبر المحاسبة التحليلية على وجه العموم فرعاً متخصصاً من فروع المحاسبة العامة تتمثل مهمتها في تجميع و تحليل بيانات التكاليف، توزيع المصروفات من اجل تحديد سعر تكلفة المنتجات أو الخدمات، تقديم معلومات دقيقة إلى إدارة المؤسسة و تقوم بتسجيل كل العمليات النسبية الخاصة بنشاط المؤسسة " .³

¹ – Pierre LASSEGUE, Gestion de l'Entreprise et Comptabilité, Edition DALLOZ, Paris 1978, p 36.

² – ناصر داداي عدون، مرجع سابق ذكره، ص8.

³ – عبد الكريم بو يعقوب، المحاسبة التحليلية، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر(بدون تاريخ) ، ص 8.

هناك من تناول هذا النوع من المحاسبة باسم محاسبة التكاليف، الذي عرفها كما يلي : " تختص محاسبة التكاليف بتحليل و تسجيل و تقرير البيانات المتعلقة بالتكاليف في المشروع. و يجب أن يشمل النظام المحاسبي على الإجراءات و القواعد التي تضمن تحقيق تلك الأهداف و لا شك أن تحقيق الرقابة على التكاليف و تسجيل التكاليف تعتبر من أهم أهداف محاسبة التكاليف. بالإضافة إلى ذلك فإن محاسبة التكاليف أداة من أدوات الإدارة تعمل على توفير البيانات اللازمة للقيام ببعض الدراسات الخاصة أو اتخاذ بعض القرارات أو المفاضلة بين البدائل و خاصة فيما يتعلق منها باختيار المنتجات أو العمليات أو الوظائف، بالتالي فهي تساعد على رسم السياسات المتعلقة بالمبيعات و طرق الإنتاج و إجراءات الشراء و الخطط المالية و غيرها".¹

بالنسبة للمحاسبة التحليلية للتسيير الاستشفائي فهي لا تختلف في مضمونها عن التعاريف السابقة، فهي نظام لمعالجة المعلومات. و الاختلاف يكمن في خصوصية النشاط الخدمي عنه في النشاط الصناعي هذا من جهة، من جهة أخرى الخدمات الاستشفائية ليست كباقي الخدمات السوقية الأخرى. هذا ما يحتم علينا التطرق إلى أهداف المحاسبة التحليلية كأداة للتسيير الاستشفائي.

2- أهداف المحاسبة التحليلية كأداة للتسيير الاستشفائي:

يمكن تقسيم أهداف المحاسبة التحليلية كأداة للتسيير الاستشفائي (CAGH)² إلى مستويين:

2-1- على المستوى الداخلي :

تبحث المحاسبة التحليلية على مستوى المؤسسة الاستشفائية إلى التحكم في تقييم التكاليف كمرحلة أولى، من اجل تحديد سعر تكلفة يتماشى مع مخرجات المستشفى في مرحلة موائية و ذلك حسب مراكز المسؤولية المتواجدة، حسب مدة الدورة المحاسبية و من اجل تحقيق الأهداف التالية:³

§ استعمال التكاليف من اجل تقدير الموارد اللازمة لتسيير الأقسام الاستشفائية و الاحتياجات الصحية.

§ استعمال البيانات الخاصة بالدورات السابقة من اجل رسم توقعات فيما يخص الميزانية التقديرية، التكاليف، حجم النشاط، الاستثمارات.

¹ - أحمد نور، محاسبة التكاليف، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية 1986، ص29.

² - CAGH : Comptabilité analytique de gestion hospitalière

³ - Programme de Formation gestion de structure de santé : Notion de Budget-programme et calcul des coûts, ENSP El-Marsa 1998.

§ تحديد الفروق و تحليلها بين ما قدر من تكاليف و بين ما تحقق فعلا . من اجل قياس فعالية النشاط في مختلف الأقسام و حصر المسؤوليات في حالة عدم التوصل إلى الأهداف المسطرة.

§ استعمال مؤشرات لقياس حجم النشاط وفعاليته لغرض مقارنته مع ما حقق في المراكز الاستشفائية الأخرى لغرض تقييم الأداء الصحي.

§ استعمال التكاليف كقاعدة لتسعير الخدمات الاستشفائية من جهة، من جهة أخرى استعمالها كأداة في المفاوضات مع الجهات الممولة لنشاطها. (الضمان الاجتماعي، شركات التأمين ...)

§ استعمال التكاليف لغرض تسعير مخرجات النشاط الاستشفائي (وحدات قياس الأقسام) و بمساعدة مؤشرات صحية أخرى من اجل بلورة قرارات فيما يخص مستقبل القسم الاستشفائي أو المؤسسة الاستشفائية ككل، من ناحية توسيع النشاط أو خفضه، إلغاء قسم استشفائي أو استبداله، غلق المؤسسة الاستشفائية، الإبقاء عليها أو توسيع نشاطها.

2-2- على المستوى الخارجي :

- تستعمل المحاسبة التحليلية للتسيير الاستشفائي كقاعدة معلومات من اجل تحقيق الأهداف التالية :¹
- تحديد الموارد اللازمة من اجل تمويل النشاط الاستشفائي على المستوى الكلي.
 - استعمال التكاليف من اجل رسم الميزانيات التقديرية للمؤسسة الاستشفائية.
 - التخطيط لاستثمارات في الهياكل الصحية و التجهيزات الاستشفائية من جهة، من جهة أخرى الاستثمار في اليد العاملة البشرية المؤهلة.
- بتعرفنا على الأهداف التسييرية للمحاسبة التحليلية التسيير الاستشفائي (CAGH) على المستوى الداخلي و الخارجي و أهميتها في تزويد المسيرين على المستوى المؤسسات الاستشفائية، الجهات الممولة و الإدارة على المستوى المركزي.
- سنحاول فيما يلي التطرق إلى مختلف وظائفها.

¹ – Programme de formation gestion de structure de santé : Notion de Budget-programme et calcul des coûts, ENSP El-Marsa 1998.

3- وظائف المحاسبة التحليلية للتسيير الاستشفائي :

تقوم تقنيات المحاسبة التحليلية على إنارة رأي المسير من اجل بلورة قرارات فعالة، هذه التقنيات ستمد المسير بمعلومات حول تسيير المؤسسة في الماضي، الحاضر و كذا تقدير سيناريوهات مستقبلية. بهذا تقوم تقنيات المحاسبة التحليلية بالوظائف الثلاثة التالية¹:

ü تسيير تاريخي و ذلك عن طريق تحديد التكاليف.

ü تسيير حالي و ذلك عن طريق مراقبة التسيير و تحديد المسؤوليات.

ü تسيير مستقبلي من خلال رسم تقديرات حول النشاطات، الأعباء، الموارد...

3-1 المحاسبة التحليلية كأداة لما حدث :

في هذه الحالة تقوم المحاسبة التحليلية بدراسة معطيات الدورات السابقة و معالجتها باستعمال تقنيات التسيير اللازمة، البيانات التي سنتحصل عليها ستفيد المؤسسة الاستشفائية بأخذ نظرة حول التسيير السابق من حيث ما هي التكاليف الناتجة، حجم الإنتاج، بالإضافة إلى ذلك تستعمل تلك البيانات لغرض تحديد الموارد اللازمة لسير المؤسسة.

3-2 المحاسبة التحليلية كأداة لتسيير ما يحدث :

في هذا الصدد تعمل المحاسبة التحليلية على مقارنة ما يحدث حاليا مع ما حدث من قبل و ذلك لاستنتاج الفروق و حصر المسؤوليات لغرض تعديل الخلل ان وجد، من اجل ذلك تعتمد المحاسبة التحليلية على تنظيم نشاط المؤسسة و تقسيمه الى مراكز مسؤولية، هذه المراكز ستلقى التكاليف الموزعة لغرض تسهيل حصر المسؤولية و تحديد موطن الداء.

مثلا لو آخذنا الأشعة كنشاط له مركز مسؤولية خاصة به. فارتفاع تكاليف وحدة القياس في ذلك القسم تعود للأسباب التالية :

§ قد يكون سبب ارتفاع التكاليف موجود داخل مركز المسؤولية في حد ذاته :

عطب آلة، ارتفاع مصاريف المستخدمين ...

§ يمكن أن يكون سبب ذلك مراكز مسؤولية لها علاقة بمركز مسؤولية الأشعة مثلا :

تكلفة شراء فلم الأشعة (قسم الشراء).

¹ - Programme de formation gestion de structure de santé : Notion de Budget-Programme et calcul des coûts, ENSP El-Marsa 1998.

فالمحاسبة التحليلية في هذه الحالة تسهر على إيجاد تنسيق بين نشاطات المؤسسة الاستشفائية و تحديد المسؤوليات في حالة حدوث ما هو غير ملائم.

3-3 المحاسبة التحليلية كأداة لتسيير ما سيحدث :

تسمح المحاسبة التحليلية للمسير من أن يستعمل البيانات المتحصل عليها من الدورات السابقة و الحالية لاجل بناء نماذج تقدير لما سيحدث. هذه البرامج ستركز على معظم الحوادث المحتملة وهذا لغرض احتواء الطوارئ و الاستعداد لمختلف السيناريوهات المحتملة. هذا ما تسعى المؤسسة الاستشفائية للوصول إليه لما تتميز به البيئة التي تعمل فيها من تقلبات. إذن فالمحاسبة التحليلية تساهم في تطور نشاط المؤسسة الاستشفائية محاولة ربط ما حدث بما يحدث و بما سيحدث من اجل تنسيق نشاطها و جعله اكثر استقرارا بالرغم من أن المحيط الذي تنشط فيه يتميز بالاستقرار.

المطلب الثاني: علاقة المحاسبة التحليلية بالمحاسبة العامة

قبل التطرق إلى العلاقة بين المحاسبة التحليلية و المحاسبة العامة، نريد أولا التطرق إلى النظام المحاسبي المستعمل في المؤسسات الاستشفائية الجزائرية و محدوديته .

1 - النظام المحاسبي في المؤسسة الاستشفائية الجزائرية :

من بين نقاط ضعف نظام المعلومات في المؤسسة الاستشفائية الجزائرية، وجود نظام محاسبي لا يمكن أصحاب القرار داخل المؤسسة الاستشفائية من بلورة قرارات فعالة، هذا راجع لاعتماده على المحاسبة العمومية- أي المحاسبة ذات القيد الأحادي- و التي تظهر محدوديتها فيما يلي :

ü عدم تفصيل العمليات المحاسبية، خاصة فيما يتعلق بطبيعة الأعباء.

ü غياب المعلومات حول النتائج المحققة.

ü غياب جرد مستمر و دائم للمحزونات.

ü لا يقوم هذا النوع من المحاسبة بحساب الاهتلاكات الخاصة بالاستثمارات و بذلك

قطع العلاقة بين الاستغلال و الاستثمار.

هذه الصعوبات تظهر أن النظام المحاسبي و الذي عمل به منذ سنوات طويلة لا يمكن الاستجابة إلى متطلبات التسيير من ناحية:

ü -عدم وجود نظام حقيقي لحساب التكاليف و تفصيلها.

ü عدم وجود أهداف حقيقية يعمل المديرون الوصول إلى تحقيقها و ذلك من خلال مركزية الأهداف و القرارات و هو ما يجعل النتائج فارغة المعنى.

ü عدم وجود معلومات حول حجم النشاط المحقق في الأقسام الاستشفائية و استحالة وضع نظام لتحفيز أو معاقبة الناشطين في المؤسسة الاستشفائية.

إذن قبل وضع نظام المحاسبة التحليلية للتسيير الاستشفائي، يجب أولاً وضع نظام للمحاسبة العامة و الذي سيكون همزة وصل بين المحاسبة العامة و المحاسبة التحليلية، و ذلك لغرض تحويل حسابات الأعباء المحاسبة العمومية (عناوين، فصول، أجزاء) إلى حسابات الأعباء . يتم من خلالها تفصيل الأعباء فيما بينها، معرفة طبيعتها و توزيعها على مراكز المسؤولية في المحاسبة التحليلية .

2- الفرق بين المحاسبة التحليلية و المحاسبة العامة:

تطرقنا في العنصر السابق أن النظام المحاسبي الاستشفائي الجزائري ما زال يعتمد على المحاسبة ذات القيد الأحادي، أين يتطلب المرور إلى المحاسبة التحليلية إفراغ تلك الأعباء في مختلف حسابات المحاسبة العامة لغرض معرفة طبيعتها أولاً.

اعتماداً على المحاسبة العامة كنظام لتسجيل العمليات المحاسبية، سيتمكن هذا المسيرين من اختصار الوقت من ناحية معرفة طبيعة الأعباء، مصدرها، سبب حدوثها و طريقة تسديد تلك الأعباء. هذا ما يسمح للانتقال إلى المحاسبة التحليلية بشكل مباشر بعد توزيع تلك الأعباء على مراكز المسؤولية، منتجات، طلبيات...

2-1 مميزات المحاسبة التحليلية و المحاسبة العامة :

***المحاسبة العامة :** تتميز المحاسبة العامة باحتوائها على المميزات التالية:¹

§ مدة الدورة في المحاسبة العامة عموماً هي سنة.

§ تستعمل المحاسبة العامة حسابات لتسجيل العمليات المحاسبية الخاصة بها، حسابات

¹ – Programme de formation gestion de structure de santé : Notion de Budget-Programme et calcul des coûts, ENSP El-Marsa 1998.

- الميزانية، حسابات التسيير، و التي مصدرها المخطط المحاسبي الوطني .
- § تسمح بالتعرف الدائم والمستمر على حالة موجودات المؤسسة، الأعباء والإيرادات.
- § تسمح بالحصول على نتيجة إجمالية للمؤسسة في آخر الدورة.
- § تستعمل معلومات المحاسبة العامة كقاعدة معلومات للتسيير الموازي، للمحاسبة التحليلية وباقي تقنيات مراقبة التسيير.

* المحاسبة التحليلية : للمحاسبة التحليلية أيضا مميزات خاصة بها، نذكر منها ¹:

- هناك مرونة في تحديد مدة الدورة في المحاسبة التحليلية، التي هي عادة الشهر.
- تستعمل المحاسبة التحليلية المعلومات المتأتية من المحاسبة العامة أساسا كقاعدة معلومات لتطبيق تقنياتها.
- تسمح بمعرفة مردودية المخرجات بالتفصيل، مما يسمح لها بتحديد المسؤوليات.
- تسمح بالحصول على نتائج الدورة الاستغلالية، ليس إجمالا فقط بل و قبل ذلك بدلالة مخرجات النشاط (منتوجات، خدمات، طلبيات، أقسام....)
- تسمح البيانات المحصل عليها من المحاسبة التحليلية بإعداد تقديرات حول حالة الاستغلال المستقبلية للمؤسسة، و تخطيط الاستراتيجيات.

2-2 محدودية المحاسبة التحليلية و المحاسبة العامة :

* المحاسبة العامة :

- § لا تسمح بتحديد التكاليف المرحلية و من ثم عدم قدرتها على تحديد سعر التكلفة.
- § لا تسمح بتحليل الأعباء حسب مخرجات النشاط كل واحد على حدى.
- § لا تسمح بقياس فعالية كل قسم داخل المؤسسة و حصر المسؤوليات.

* المحاسبة التحليلية :

- § لا يمكنها لوحدها من مراقبة تسيير المؤسسة، بل هناك أدوات أخرى كالتسيير المالي، تسيير الميزانية.
- § لا تسمح بتحديد المسؤولية بدقة من ناحية عدم قدرتها على الفصل بين المسؤولية

¹ – Programme de formation gestion de structure de santé : Notion de Budget-Programme et calcul des coûts, ENSP El-Marsa 1998.

الاقتصادية و المالية.

بتطرقنا إلى مميزات و محدودية كل نوع من المحاسبتين، نستطيع أن نستنتج ما يلي:

§ دور المحاسبة التحليلية مكمل للمحاسبة العامة، من ناحية استعمال معلومات المحاسبة

العامة، و تفصيلها من اجل مسايرتها للعملية الاستغلالية للمؤسسة.

§ السلبيات التي تبديها المحاسبة العامة تعمل المحاسبة التحليلية على معالجتها، كذلك

بالنسبة للسلبيات الخاصة بالمحاسبة التحليلية فالمحاسبة العامة تضمن معالجتها.

إذن فدور المحاسبة التحليلية و المحاسبة العامة مكمل لبعضهما البعض، فهما وسيلتين مهمتين لمراقبة

التكاليف داخل المؤسسة الإنتاجية بشكل عام و المؤسسة الاستشفائية بشكل خاص.

المطلب الثالث : أهم الطرق المستعملة في مراقبة التسيير الاستشفائي

هناك طرق عديدة لتحديد سعر التكلفة و مراقبة التكاليف، هذه الطرق سوف تصنف التكاليف

حسب المعيار الذي تستخدمه إلى أنواع، هذه الأنواع تتماشى فيما بينها حسب (محتوى التكاليف،

مسايرة الأعباء للنشاط، سهولة توزيع الأعباء...)

سنحاول فيما يلي التطرق لاهم الطرق المستعملة في تحديد سعر التكلفة الاستشفائي و مراقبته.

1- طريقة التكاليف المباشرة : "La méthode des coûts directes"

بمقارنة طريقة التكاليف المباشرة مع طريقة التكاليف الكلية. فان هذه الأخيرة التي تبحث عن توزيع

كل الأعباء الناتجة عن النشاط (أعباء المحاسبة العامة) على مخرجات النشاط. أما طريقة التكاليف

المباشرة فتعمل على توزيع إلا الأعباء المباشرة على مخرجات المؤسسة كمرحلة أولى. ثم إيجاد مفاتيح

لتوزيع الأعباء غير المباشرة على تلك المخرجات للحصول على سعر تكلفة تلك المخرجات، و

الذي سوف يقارن مع سعر التكلفة الكلية في مرحلة موالية.

فالأعباء المباشرة هي أعباء متعلقة بنوع من التكاليف (مرحلة إنتاجية معينة، خدمات محددة) أين

عملية توزيعها على منتجات المؤسسة لا تطرح أي إشكالية في هذا المجال. يمكن تمييز الأعباء المباشرة

على مستوى المستشفى من خلال الأعباء التالية:¹

- استهلاكات الأدوية و أدوات التشخيص.

¹ - Alain GRENON et autres, op.cit, p77.

- أعباء عمال السلك الطبي بمختلف اختصاصاتهم.
- أعباء الأداءات الصحية المتحملة من طرف المريض (أشعة، تحاليل، أعضاء اصطناعية...)

أما الأعباء غير المباشرة فهي لا تتعلق بتكلف بعينها، بل هذا النوع من الأعباء ليس متعلق بنوع معين من التكاليف، و لا مرحلة إنتاجية معينة أو أقسام محددة، بل هي تتعلق بمختلف نشاطات المؤسسة و تطرح إشكالية لتحديد نصيب الوحدة الواحدة من مخرجات النشاط منها.¹ يمكن ذكر أمثلة عن الأعباء غير المباشرة في المؤسسة الاستشفائية. مصاريف الكهرباء، الماء، الغاز، النظافة... هذه الأعباء يستفيد منها كل الأقسام الاستشفائية.

و نظرا لغياب معيار يحدد نصيب كل قسم استشفائي. فعملية توزيعها على الأقسام الاستشفائية تستدعي استعمال وحدات قياس. كيف تتم العملية إذن؟

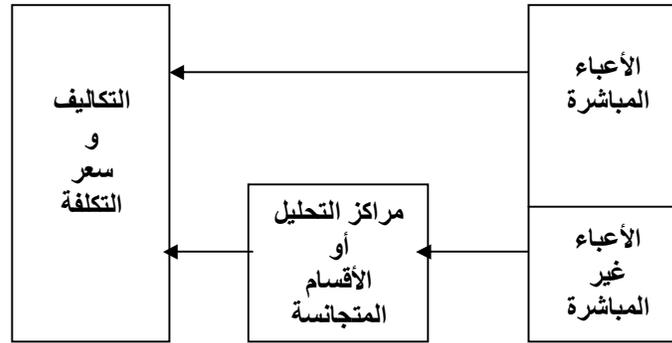
كمرحلة أولى يجب تجميع الأعباء غير المباشرة، وذلك حسب معيار خاص بكل مؤسسة، مثلا حسب النشاطات (أعباء النقل، الصيانة، الإدارة...) أو على أساس فروع النشاطات السابقة. أما المرحلة الثانية فتتمثل في توزيع الأعباء غير المباشرة المجمعة حسب النشاطات أو فروعها على سعر تكلفة المنتوجات أو النشاطات الرئيسية للمؤسسة أو على أقسام المستشفى لتحديد سعر تكلفة كل قسم على حدى و ذلك باستعمال "طريقة الأقسام المتجانسة"² لتوزيع الأعباء غير المباشرة.

عموما يبقى حجم الأعباء المباشرة في المؤسسة هو الأهم بمقارنة حجم الأعباء غير المباشرة نظرا لأن حجم مصاريف المستخدمين هو الذي يحتل أكثر من نصف الأعباء الاستشفائية وهو مصروف مباشر في معضمه.

¹ - Pierre LASSEGUE, op.cit, p 496.

² " القسم المتجانس هو قسم ذو طابع محاسبي أين تجمع عناصر الأعباء التي لا يمكن أن تحسب مباشرة في التكاليف و سعر التكلفة، و هذا قبل تحميلها على هذه الأخيرة" حسب PCG

شكل 4-1 : حساب التكاليف و سعر التكلفة بطريقة التكاليف المباشرة



المصدر : ناصر داداي عدون، مرجع سابق ذكره، ص 37

2- طريقة التكاليف المتغيرة: (La méthode des coûts variables)

تعد هذه الطريقة كسابقتها من طرق التكاليف الجزئية التي تحمل على سعر تكلفة منتوجاتها جزء فقط من أعباء المحاسبة العامة.

معيار التفرقة بين المصاريف المتغيرة و المصاريف الثابتة هو مسايرة العيب لتطور حجم النشاط، فإذا كان تغير حجم المصروف في نفس اتجاه تغير حجم النشاط فهو "مصروف متغير"، أما إذا لم يتغير المصروف بدلالة تغير حجم النشاط أو بقي ساكناً "فالمصروف ثابت".
قبل التطرق إلى مبدأ الطريقة هناك ملاحظات يجب التعرّيج عليها لتوضيح بعض المصطلحات.

ملاحظات:

§ بالنسبة للمصاريف الثابتة، لا يعني أنها ساكنة بالضرورة على مدار مدة الدورة الاستغلالية، بل يمكن للمصروف أن يكون متغير تغير غير منتظم ليس له علاقة بتغير حجم النشاط من أجل الحكم انه ثابت.

§ ما هو متغير فيما يخص دورة استغلالية معينة يمكن أن يصبح ثابت على المدى المتوسط والطويل. فعامل لدى المؤسسة، يعتبر اجره على المدى المتوسط أو الطويل ثابتة لا يتغير حتما بتغير حجم النشاط. عموماً يستعمل المسيرين تجربتهم العملية في المؤسسة للحكم على مصروف ما انه

متغير أو ثابت، بالإضافة إلى تواجد طرق إحصائية متفق عليها من طرف الجميع تمكن من توضيح مساهمة المصروف للنشاط من عدمه (الانحدار الأحادي أو المتعدد، الارتباط ...)¹.

والشكل الموالي يبين العلاقة بين التكاليف الكلية (الكاملة) و التكاليف المتغيرة و الثابتة.

شكل رقم 4-2 : العلاقة بين التكاليف الكاملة والتكاليف المتغيرة و الثابتة.

	مصاريف متغيرة إجمالية	تكاليف متغيرة إجمالية	سعر التكلفة الإجمالي
	مصاريف ثابتة إجمالية	الهامش الاجمالي على التكاليف المتغيرة	
النتيجة الإجمالية			

Source: H. COURT et J.LEURION, comptabilité analytique et gestion, édition foucher, paris 1987, p281.

فيما يخص التكاليف الثابتة و المتغيرة في المستشفى، فهناك دراسة فرنسية أخذت عينة من 10 مستشفيات أين قامت بتصنيف التكاليف الثابتة و المتغيرة و توصلت إلى أن نسبة التكاليف المتغيرة إلى سعر التكلفة الإجمالي تتراوح بين 14 % إلى 29 % و الباقي هي تكاليف ثابتة.²

لتوضيح الأعباء المتغيرة و الثابتة في المؤسسة الاستشفائية، نعرض جدول للمفاصلة بينهما كمايلي:

¹ - Alain GRENON et autres , op.cit, p 81

²- Alain GRENON et autres , op.cit, p89.

جدول 4-1 : المفاضلة بين الأعباء المتغيرة و الثابتة في المؤسسة الاستشفائية.

أعباء ثابتة	أعباء متغيرة
- محروقات	- المواد الصيدلانية
- 90% من أجور العمال	- أعباء التغذية
- 90% من الضرائب على الأتعاب	- معدات و أدوات طبية
- ضرائب و رسوم	- الطاقة و لوازم المستودع (بترين، مازوت....)
- إيجار و تكاليف الاستئجار.	- مستلزمات الإيواء
- صيانة و إصلاحات.	- مستلزمات التكوين و البحث
- خدمات ذات طبيعة غير طبية .	- مواد و لوازم مستهلكة أخرى
- كهرباء، غاز، ماء.	- 10% من أجور العمال .
- أتعاب	- 10% من الضرائب على الأتعاب .
- اشتراكات التأمين .	- معدات خفيفة و لوازم .
- 90% من أجور المستخلفين .	- خدمات خاصة بالتطبيب .
- نقل العمال .	- 10% من أجور المستخلفين .
- مصاريف التسيير العامة .	- مصاريف نقل المشتريات.
- مصاريف مالية.	- علاج و مصاريف اجتماعية.
- محصصات.	
- مصاريف استشفائية.	

Source : R.FETTER et autres, "Hospital Costs in massachussetts, a Methodological Study", Inquiry, March 1977,P 27.

ما يؤخذ على طريقة التكاليف المتغيرة في المجال الاستشفائي أنها ركزت اهتمامها على معالجة الأعباء المتغيرة، هذه الأعباء لا تتعدى نسبتها ربع أعباء المؤسسة الاستشفائية. بالإضافة إلى أن هذه الطريقة تهدف إلى تحديد سعر التكلفة متغيرة لمخرجات المؤسسة، أما الأعباء الثابتة تعالج كمجموع خاص بباقي أعباء المؤسسة.

على الرغم من عيوب هذه الطريقة في تحديد سعر تكلفة مخرجات المؤسسة الاستشفائية، إلا أن عملية المفاضلة بين الأعباء المتغيرة و الثابتة لها فوائد كثيرة :

- تفيد عملية المفاضلة بين الأعباء المتغيرة و الثابتة أثناء إعداد ميزانية تقديرية للمؤسسة الاستشفائية. هناك نوع من الأعباء الذي سوف يقدر حجمه المستقبلي وفقا للنشاط المحتمل و هي الأعباء المتغيرة، بالمقابل هناك أعباء تبقى ثابتة إذا لم يتعدى النشاط الطاقة القصوى له و هي الأعباء الثابتة. § تفيد عملية المفاضلة بين الأعباء بقياس فعالية المؤسسة الاستشفائية أو قسم تابع لها. و ذلك بالعلاقة التالية:

$$\frac{\text{التكلفة الكلية للقسم الاستشفائي}}{\text{عدد وحدات قياس القسم}} = \text{الانتاجية الاجمالية لقسم استشفائي}$$

§ تفيد هذه النسبة في قياس الفعالية و التي تمدنا بمعلومات عامة فقط. لكن بتقسيم المقام إلى تكلفة متغيرة من جهة و تكلفة ثابتة من جهة أخرى لتحصلنا على ما يلي:

$$\frac{\text{مجموع الأعباء الهيكلية (الثابتة)}}{\text{عدد وحدات قياس القسم}} = \text{الانتاجية الهيكلية}$$

$$\frac{\text{مجموع الأعباء المتغيرة}}{\text{عدد وحدات قياس القسم}} = \text{الانتاجية العملية}$$

فالإنتاجية الهيكلية (Structurelle) تستعمل كمؤشر لقياس مدى استخدام المعدات الموضوعه تحت تصرف الجهاز الطبي. بالمقابل ستستعمل الإنتاجية العملية (Opérationnelle) كمؤشر لقياس فعالية التسيير اليومي للقسم الاستشفائي و المؤسسة الاستشفائية عموما.¹

- تفيد عملية المفاضلة بين الأعباء في اتخاذ بعض القرارات. فغالبا ما يتساءل المسيرون حول إنتاج خدمة غير طبية داخل المستشفى أو عملية شرائها من طرف خارجي، مثلا خدمات المغسلة، المطعم...

من اجل اتخاذ مثل هذه القرارات يلجئ المسير إلى مقارنة سعر تكلفة الخدمة مع سعر شرائها. فإذا كان سعر تكلفة الخدمة اقل من تكلفة شرائها يتم إنتاجها داخل المؤسسة و إن كان العكس يتم شرائها. الهدف في هذه الحالة هو تدنية التكاليف و البحث عن المردودية.

¹ -Alain GRENON et autres, op.cit, p85.

لكن عملية المقارنة السابقة بين تكلفة إنتاج الخدمة و تكلفة شرائها قد تكون فعالة لاتخاذ القرار في حالة البحث عن قرار لاقامة مشروع مثلا : إنشاء قسم للمغسلة أو قسم للمطعم داخل المستشفى .
أما في حالة ما إذا كانت المغسلة أو المطعم قائم داخل المؤسسة الاستشفائية تصبح المقارنة بين تكلفة الإنتاج و تكلفة الشراء لا تؤدي دائما إلى القرار الصائب، هذا راجع إلى :

لو نضع الفرضية التالية : في حالة ما إذا كان قسم المغسلة أو المطعم قائم داخل المؤسسة الاستشفائية و سجلنا انخفاض في نشاط المغسلة إلى الصفر، فما هي نتيجة ذلك على أعباء المؤسسة؟ في هذه الحالة ستبقى المؤسسة تدفع المصاريف الثابتة (اهتلاكات، مصاريف مالية) على الرغم من توقف النشاط. لذلك فلاتخاذ قرار الإنتاج أو الشراء فلا يجب مقارنة التكلفة الكلية مع تكلفة الشراء، بل مقارنة التكلفة المتغيرة للخدمة مع تكلفة شرائها كالتالي :

في حالة ما إذا كانت التكلفة المتغيرة للخدمة اقل من تكلفة شرائها، ففي هذه الحالة هناك جزء من التكاليف يمثل الفرق بين التكاليفتين السابقتين، الذي سيمكن المؤسسة من امتصاص جزء من التكاليف الثابتة للمؤسسة الاستشفائية.

أما في حالة ما إذا كانت التكلفة المتغيرة للخدمة اكبر من تكلفة شرائها، ففي هذه الحالة يتخلى عن فكرة إنتاجها و تكون عملية الشراء أحسن. هذا راجع انه لو قمنا بإنتاجها داخل المؤسسة الاستشفائية، الفرق الناتج بين التكاليفتين عبارة عن تكلفة إضافية تضاف إلى مختلف أعباء المؤسسة وقد كان بالإمكان الاستغناء عنها.

المفاضلة بين الأعباء المتغيرة و الأعباء الثابتة سيمكننا من حساب الهامش على التكلفة المتغيرة. هذا الهامش سوف يقارن مع مجموع التكاليف الثابتة للمؤسسة الاستشفائية.
فإذا كان هذا الأخير مساوٍ للهامش على التكلفة المتغيرة، فالمؤسسة الاستشفائية في حالة توازن .
أي أن الهامش مكن من تغطية التكاليف الثابتة وهذا هو الهدف الذي يريد المسير الاستشفائي الوصول إليه على الأقل.

3 - التكلفة المعيارية:

3-1 مبدأ الطريقة : على عكس الطرق السابقة (الكلية و الجزئية) التي تهدف أساسا إلى

تحديد سعر تكلفة مخرجات المؤسسة فان طريقة التكاليف المعيارية لا تهدف إلى تحديد سعر التكلفة بل مراقبة تسيير المؤسسة حيث تعمل على تحليل التكاليف، مقارنتها ثم حصر المسؤولية.

2-3 تعريف التكلفة المعيارية:

" التكلفة المعيارية هي تكاليف مقدرة مسبقا و التي تعمل على تقدير الأعباء التي ستنتق في دورة معينة أو إنتاج معين في ظل ظروف إنتاج عادية".¹

3-3 كيفية تحديد التكاليف المعيارية :

هناك عدة طرق لتحديد التكاليف المعيارية و التي أهمها:

- التكلفة المثالية (coût standard)
- التكلفة الموزونة (coût budgété)
- التكلفة المتوسطة (coût moyen)

3-3-1 التكلفة المعيارية النظرية (Coût standard):

عبارة عن تكلفة مقدرة انطلاقا من دراسة تقنية حول المؤسسة من جهة، من جهة أخرى حول الزمن و الأعباء اللازمة لإنتاج منتوجات المؤسسة.² عملية تقدير التكاليف تتم بطريقتين كالتالي:

أ- التكلفة النظرية المثالية (Coût standard de base):

يتم تقدير هذه التكاليف وفقا لهذه الطريقة اعتمادا على ظروف إنتاج مثالية بعيدة عن الواقع. هذا راجع إلى الاعتماد على فرضيات خاصة بالتسيير العقلاني للعملية الإنتاجية، التي تبحث عن ظروف مثلى لجعل العملية الإنتاجية تسيير دون مواجهة صعوبات فيما يخص (غياب العمال، نفاذ المخزون، الاستعمال العقلاني للمواد و اللوازم ...) هذا ما يجعل من التكلفة المثالية عموما اقل من التكلفة الحقيقية، هذا راجع لعدم توفر الشروط المذكورة سابقا في الواقع.

¹ - Pierre LASSEGUE, op.cit, p 628.

² -Pierre LASSEGUE, op.cit, p 628.

ب - التكلفة النظرية العادية (Coût standard normal):

في هذه الحالة تقدر التكاليف على أساس معلومات وقعت في دورات سابقة، هذه المعلومات تستعمل كقاعدة لحساب متوسط الزمن و الأعباء المتعلقة بالعمليات الإنتاجية الخاصة بفترة إنتاجية طويلة سابقا. هذه الطريقة تعتبر أقرب للحقيقة من سابقتها.

2-3-3 التكلفة الموزونة (Coût budgété):

تقدر التكاليف التقديرية وفقا لهذه الطريقة باستعمال معلومات مستقاة من الميزانية التقديرية المعدة للدورة المقبلة. يعتمد حساب هذه التكاليف على ظروف عادية للإنتاج من جهة، من جهة أخرى خاصة بفترة قصيرة (دورة استغلالية).

3-3-3 التكلفة المتوسطة (Coût moyen):

مبدأ هذه الطريقة هو استعمال معلومات الدورات الاستغلالية السابقة من اجل الحصول على تكاليف متوسطة لظروف إنتاج عادية. تختلف هذه الطريقة عن طريقة التكلفة المثالية العادية في فترة اختيار العينة، فطريقة التكلفة المتوسطة لا تحتاج إلى فترة طويلة من اجل تحديد التكاليف المتوسطة. يمكن استعمال هذه التكاليف كمييار في حالة عدم تغير ظروف الإنتاج و بقائها ثابتة، أما في الحالة العكسية يعتبر استعمال هذه الطريقة مضلل نوعا ما.

4-3 حساب الفروق و تحديد المسؤوليات:

1-4-3 حساب الفروق:

تعمل طريقة التكاليف المعيارية على مقارنة التكاليف الحقيقية و التكاليف المعيارية المعدة بإحدى الطرق السابقة من اجل الحصول على فروق في التكاليف. بعد تحليل تلك الفروق إلى فرق سعر و فرق كمية يمكن حصر المسؤوليات. لذلك لدينا ثلاث طرق حسابية و بيانية لاجل تحليل تلك الفروق كالتالي:

يمكن أولا حساب الفرق الإجمالي وفقا لإحدى الفرضيتين التاليتين:

$$(1) \text{ فرق التكلفة} = \text{تكلفة معيارية} - \text{تكلفة حقيقية}$$

$$(2) \text{ فرق التكلفة} = \text{تكلفة حقيقية} - \text{تكلفة معيارية}$$

باختيارنا الفرضية الأولى أي: **فرق التكلفة = تكلفة معيارية - تكلفة حقيقية**

$$(3) \left\{ \begin{array}{l} \text{نعلم أن: فرق السعر : } \mathcal{A} \text{ ت} = \text{ع} \text{ ت} - \text{ح} \text{ ت} \quad \leftarrow \text{ت} \text{ ح} = \text{ع} \text{ ت} - \mathcal{A} \text{ ت} \\ \text{فرق الكمية : } \mathcal{A} \text{ ك} = \text{ك} \text{ ع} - \text{ك} \text{ ح} \quad \leftarrow \text{ك} \text{ ح} = \text{ك} \text{ ع} - \mathcal{A} \text{ ك} \end{array} \right.$$

بتعويض (3) في (1) نتحصل على

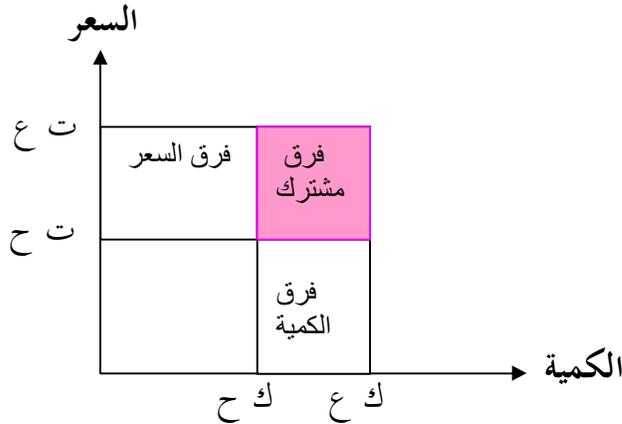
$$\begin{aligned} \text{فرق التكلفة} &= \text{ع} \text{ ت} \cdot \text{ع} \text{ ك} - (\text{ع} \text{ ت} - \mathcal{A} \text{ ت}) \cdot (\text{ك} \text{ ع} - \mathcal{A} \text{ ك}) \\ &= \text{ع} \text{ ت} \cdot \text{ك} \text{ ع} - \text{ع} \text{ ت} \cdot \mathcal{A} \text{ ك} - \mathcal{A} \text{ ت} \cdot \text{ك} \text{ ع} + \mathcal{A} \text{ ت} \cdot \mathcal{A} \text{ ك} \\ &= \text{ع} \text{ ت} \cdot \text{ك} \text{ ع} - \text{ع} \text{ ت} \cdot \mathcal{A} \text{ ك} - \mathcal{A} \text{ ت} \cdot \text{ك} \text{ ع} + \mathcal{A} \text{ ت} \cdot \mathcal{A} \text{ ك} \end{aligned}$$

إذن

$$(1) \text{ فرق التكلفة} = \text{ع} \text{ ت} (\text{ك} \text{ ع} - \mathcal{A} \text{ ك}) + \text{ع} \text{ ك} (\text{ع} \text{ ت} - \mathcal{A} \text{ ت}) - (\text{ع} \text{ ت} - \mathcal{A} \text{ ت}) (\text{ك} \text{ ع} - \mathcal{A} \text{ ك})$$

فرق الكمية فرق السعر فرق مشترك

بيانيا:



بأخذنا المعادلة (1)

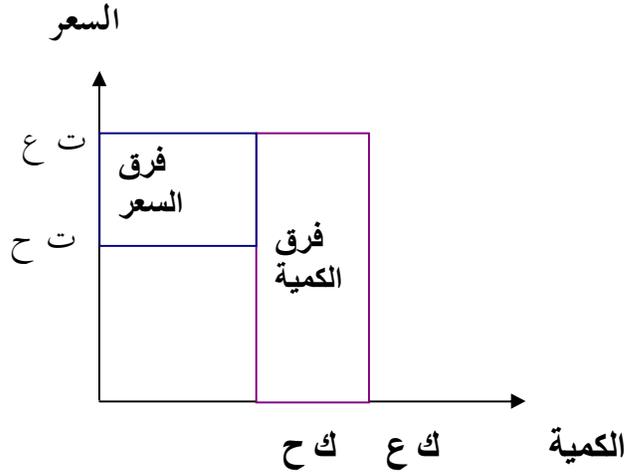
أي: فرق التكلفة = $\text{ع} \text{ ت} (\text{ك} \text{ ع} - \mathcal{A} \text{ ك}) + \text{ع} \text{ ك} (\text{ع} \text{ ت} - \mathcal{A} \text{ ت}) - (\text{ع} \text{ ت} - \mathcal{A} \text{ ت}) (\text{ك} \text{ ع} - \mathcal{A} \text{ ك})$

$$= ت ع (ك ع - ك ح) + (ت ع - ت ح) (ك ع - ك ح)$$

إذن

$$(II) \quad \boxed{\text{فرق التكلفة} = ت ع (ك ع - ك ح) + (ت ع - ت ح) (ك ع - ك ح)}$$

بيانيا :



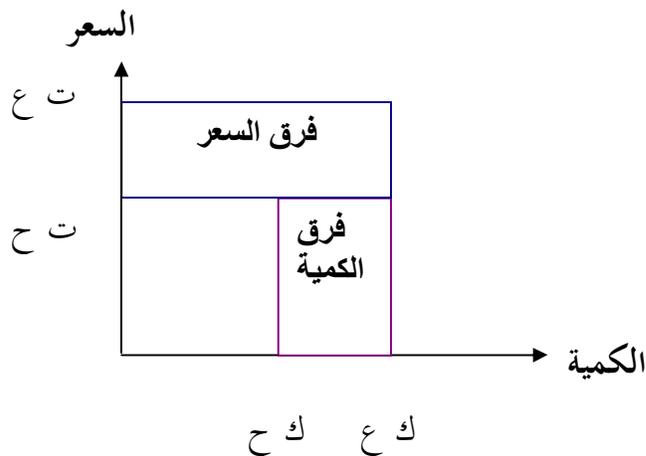
يمكن إيجاد معادلة ثالثة من (I)

$$\text{فرق التكلفة} = ت ع (ك ع - ك ح) + (ت ع - ت ح) (ك ع - ك ح) - (ت ع - ت ح) (ك ع - ك ح)$$

$$= (ك ع - ك ح) (ت ع - ت ح) + ت ع (ك ع - ك ح)$$

$$(III) \quad \boxed{\text{فرق التكلفة} = ت ع (ك ع - ك ح) + (ت ع - ت ح) (ك ع - ك ح)}$$

بيانيا :



3-4-2 حصر المسؤوليات:

من اجل حصر المسؤوليات فيما يخص الفروق الناتجة بين التكلفة المعيارية و التكلفة الحقيقية، فيمكن اخذ مثال حول مطعم مؤسسة استشفائية تقدم وجبات للمرضى. عند انتهاء الدورة المحاسبية يمكن المقارنة بين التكلفة المعيارية و التكلفة الحقيقية لنشاط المطعم. بفرض انه تحصلنا على فرق بين التكلفتين و هذا الفرق غير ملائم (تكلفة حقيقية < تكلفة معيارية).

في المرحلة الموالية يطرح السؤال التالي اين الخلل (السبب)؟

من اجل حصر المسؤولية و ايجاد السبب او الاسباب التي ادت الى عدم تطابق ما قدر و ما تحقق من تكاليف نورد الاحتمالات التالية:

- الفرق يعود الى تغير في سعر عوامل انتاج الوجبة.
- الفرق يعود الى تغير الكمية الخاصة بالمواد و اللوازم لانتاج وجبة او حجم عوامل الانتاج الاخرى.
- الفرق يعود الى تغير سعر و كمية عوامل الانتاج للوجبة معا.
- الفرق يعود الى تغير نشاط المطعم (حجم الوجبات المقدمة).

بالنسبة للاحتمال الاول و هو تغيير سعر عوامل انتاج الوجبة، فانه سنرجع ذلك إما لسعر شراء المواد و اللوازم لاعداد الوجبات، سعر ساعة اليد العاملة المباشرة (عمال المطعم) او سعر الساعة لنشاطات مساعدة لنشاط المطعم (غير مباشرة).

بالنسبة للاحتمال الثاني و هو تغيير كمية او حجم عوامل انتاج الخاصة بانتاج الوجبات، هذه الكمية يمكن ان تتعلق بالمواد و اللوازم الخاصة بانتاج الوجبة أو عدد الساعات اللازمة لانتاج تلك الوجبات (مباشرة) او الساعات غير المباشرة الخاصة بانتاج تلك الوجبات.

بالنسبة للاحتمال الثالث و الخاص بتغيير السعر و الكمية في نفس الوقت يمكن ان يحدث ذلك في نفس الاتجاه او اتجاه معاكس.

حسب التحليل السابق نلاحظ انه من اجل تدقيق اكثر للتحليل يجب تقسيم الفروق الى ثلاثة اقسام هي:

- فرق على المادة الأولية.

- فرق على الساعات المباشرة .
- فرق على الاعباء غير المباشرة.

بالنسبة لفرق اسعار عوامل الانتاج فيمكن تحميل مسؤولية ذلك و طلب توضيحات من مسؤول قسم المشتريات (حالة مواد و لوازم)، أو محاسب الاجور (حالة اليد العاملة)¹.
بالنسبة لفرق كميات عوامل الانتاج فيمكن تحميل المسؤولية على مسؤولين عملية تحضير الوجبات داخل المطعم مثلا استهلاك مبالغ فيه للمواد و اللوازم أو ساعة عمل غير مبررة.²
بالنسبة للاحتمال الاخير و هو تغير في حجم نشاط المطعم ككل. في هذه الحالة فحجم نشاط المطعم عند تقديره متعلق بعدد المرضى اللذين يتم قبولهم مستقبلا لدى اقسام المؤسسة الاستشفائية.
فان كان هناك فارق فهذا راجع الى :

- نوعية المعلومات التي بنيت عليها التكاليف و النشاط التقديري.
 - ارتفاع مفاجئ لعدد المرضى داخل قسم معين، حالة مرضية عرضية (امراض معدية مثلا).
 - عدم التنسيق بين الجهاز الطبي و مسؤولي المطعم فيما يخص المرضى الذين لا يمكنهم تناول اغذية في فترة علاج معينة.
 - عدم تخطيط نشاط المطعم مما يؤدي الى ظهور فائض في الوجبات.
- يمكن تلخيص هذه الطريقة من حيث انها يمكن ان تحلل نشاط قسم استشفائي معين الى فرق سعر، فرق كمية و فرق نشاط و على اساسه يمكن مراقبة تسيير ذلك القسم و تحديد المسؤوليات.

4- الميزانية المرنة:

الميزانية المرنة عبارة عن تقديرات لتكاليف متعلقة بمستويات نشاط مختلفة: هذه التكاليف مصنفة الى تكاليف ثابتة و اخرى متغيرة.

بفرض عدم تجاوز النشاطات المفترضة الطاقة القصوى للقسم الإنتاجي، فان انتقال حجم النشاط من مستوى لآخر ينتج عنه ارتفاع الأعباء المتغيرة في نفس الاتجاه . بالمقابل تبقى التكاليف الثابتة ساكنة مهما تغير حجم النشاط. في هذه الحالة سوف نرى بوضوح أن التكلفة المتغيرة في مجملها

¹ - ناصر دادي عنون، مرجع سابق ذكره، ص 165

² - Alain GRENON et autres, op.cit, p 90

هي متغيرة بتغير حجم النشاط، و التكلفة الثابتة في مجملها ثابتة. و هل القاعدة تبقى صالحة بالنسبة للتكاليف الثابتة والمتغيرة الوحدوية ؟

لانتقال من التكاليف الإجمالية إلى التكاليف الوحدوية سوف نستخدم العلاقتين التاليتين:

$$\frac{\text{مجموع التكاليف المتغيرة}}{\text{عدد وحدات القياس}} = \text{تكلفة متغيرة وحدوية}^*$$

$$\frac{\text{مجموع التكاليف الثابتة}}{\text{عدد وحدات القياس}} = \text{تكلفة ثابتة وحدوية}$$

بملاحظة التكاليف المتغيرة و الثابتة الوحدوية على مستويات نشاط مختلفة، سنستخلص انه مهما تغير مستوى النشاط تبقى التكلفة المتغيرة الوحدوية ثابتة.

أما التكلفة الثابتة الوحدوية فهي متناقصة كلما ارتفع حجم النشاط و متزايدة كلما انخفض حجم النشاط.

فكلما ارتفع حجم النشاط في قسم معين مكن ذلك من توزيع التكلفة الثابتة على أكبر عدد من وحدات القياس، بالمقابل نصيب الوحدة الواحدة من التكلفة المتغيرة تبقى ثابتة أين نحصل على العلاقة التالية:

$$\text{التكلفة الوحدوية} = \text{تكلفة متغيرة وحدوية} + \frac{\text{تكلفة ثابتة}}{\text{وحدات القياس}}$$

فهناك علاقة عكسية بين التكلفة الثابتة و عدد وحدات القياس و هو ما يوضح التحليل السابق. إشكالية بقاء التكاليف الثابتة ساكنة بتغير حجم النشاط هو المسبب في تدبب تكاليف وحدات القياس من دورة إلى أخرى، هذا ما تسعى الطريقة الموالية لإيجاد حل لتحريك كل التكاليف في اتجاه واحد و تأثير ذلك على اتخاذ القرارات.

5- طريقة التحميل العقلاني :

نعلم من خلال الطرق السابقة أن المسبب الأساسي في تدبب تكاليف وحدات القياس يرجع إلى

ثبات التكاليف الثابتة الإجمالية و عدم مسايرتها حجم النشاط. لذلك سوف نطرح التساؤل التالي:
نظرا لظروف معينة قام قسم استشفائي ما بإنتاج وحدة واحدة فقط، فهل من المنطقي أن تتحمل
هذه الأخيرة كل التكاليف الثابتة ؟

5-1 مبداء طريقة التحميل العقلاني:

تقوم طريقة التحميل العقلاني للتكاليف الثابتة بحل مشكلة عدم مسايرة تطور التكاليف الثابتة لتطور
حجم النشاط. أين تعمل على جعل التكاليف الثابتة متغيرة مع تغير حجم النشاط باستعمال العلاقة
التالية في كل قسم خاص بالمؤسسة:

$$\text{تكاليف ثابتة محملة} = \text{تكاليف ثابتة حقيقية} \times \text{معامل النشاط}$$

مع العلم أن: $\text{معامل النشاط} = \text{نشاط عادي} / \text{نشاط حقيقي}$
أين تصبح مجموع أعباء قسم ما كالتالي: $\text{مجموع تكاليف القسم} = \text{تكاليف متغيرة} + \text{تكاليف ثابتة محملة}$.
بالنسبة للتكاليف المتغيرة الإجمالية فهي تتغير بتغير حجم النشاط. بالنسبة للتكاليف الثابتة فان هذه
الطريقة جعلتها تتبع حجم النشاط عن طريق استعمال معامل النشاط. نتيجة لذلك تصبح مجموع
تكاليف القسم المدروس كلها متغيرة.

5-2 مفهوم حجم النشاط:

قبل تحديد حجم النشاط في قسم إنتاجي معين يجب قبل ذلك اختيار وحدات قياس مناسبة
نستطيع بواسطتها تقييم نشاط القسم. قد تكون وحدات القياس في قسم خاص بمؤسسة صناعية:
وحدات منتجة، ساعة عمل آلة، ساعة يد عاملة. بالنسبة للمستشفى يمكن ذكر: عدد الفحوصات
المقدمة، عدد التحاليل المجرأة، أفلام أشعة مستهلكة، عدد المرضى المقبولين...
يمكن تحديد حجم النشاط على اساس عدة مؤشرات نذكر اهمها:

* **حجم النشاط النظري:** يستدعي تحديد حجم النشاط النظري توفر ظروف إنتاج مثالية، التي تستبعد بعض الظروف الواقعية مثل (غياب العمال، انقطاع الكهرباء، تعطل آلة...) .

* **حجم النشاط العادي :** يقدر حجم النشاط العادي على أساس ظروف إنتاج عادية خاصة بمرحلة تجريبية في بداية حياة المؤسسة أو عن طريق متوسط مجموعة دورات إنتاج سابقة.

* **حجم النشاط الحقيقي:** هو النشاط المنتج حقيقة في الدورة الاستغلالية الحالية، الذي من خلاله يمكن تسجيل التكاليف الناتجة، و التي سنحاول من خلالها تطبيق طريقة التحميل العقلاني.

عند حساب معامل النشاط نستعمل حجم النشاط العادي و الحقيقي، لان النشاط العادي هو الأقرب للحقيقة من النشاط النظري والذي قيم نشاطه من خلال ظروف إنتاج واقعية.¹

3-5 فروق التحميل:

بمقارنة التكاليف الثابتة الحقيقية لقسم استشفائي مع التكاليف الثابتة المحملة فانه لدينا ثلاث حالات:

§ النشاط الحقيقي = النشاط العادي فان التكاليف الثابتة الحقيقية و المحملة متساوية و لا يوجد فرق.

§ النشاط الحقيقي > النشاط العادي فان التكاليف الثابتة الحقيقية اكبر من التكاليف الثابتة المحملة ، يرجع ذلك إلى أن معامل التحميل اقل من الواحد. ينتج عن ذلك تحميل القسم تكاليف ثابتة اقل من التكاليف الثابتة الحقيقية مسايرة لتراجع حجم النشاط. الفرق الناتج من التكاليف الثابتة الحقيقية و المحملة يسمى "بفرق نقص الفعالية" (تكلفة البطالة).

§ النشاط الحقيقي < النشاط العادي فان التكاليف الثابتة الحقيقية ستكون اقل من التكاليف الثابتة المحملة . هذا راجع إلى أن معامل النشاط اكبر من الواحد، ينتج عن ذلك تحميل القسم تكاليف ثابتة اكبر من تلك الحقيقية و هذا مصدره تزايد حجم النشاط الحقيقي. الفرق الناتج يسمى "بفرق زيادة الفعالية".

¹ - ناصر دادي عدون، مرجع سابق ذكره، ص 117.

المبحث الثاني : عرض برنامج اطباء نظام المعلومات الفرنسي "PMSI"

المطلب الأول : عرض عام للتجربة و أهدافها .

1 - النقد الموجه للمنظومات الصحية الكلاسيكية :

نظرا لعدم استجابة المنظومات الصحية الكلاسيكية لمتطلبات التسيير الحالية للمستشفى داخليا و خارجيا، فقد تطلب ذلك البحث عن منظومة صحية واضحة المعالم و الأهداف، أين تساعد المسير في اتخاذ قرارات فعالة هذا على المستوى الداخلي. على المستوى الخارجي مساعدة الجهات الممولة على رصد الإمكانيات اللازمة للسير الحسن للمؤسسة الاستشفائية و تعديل تلك الموارد إن استدعت الضرورة.

بالنسبة للمنظومات الصحية الكلاسيكية فإنها غالبا ما اصطدمت بالصعوبات التالية :

- غياب المعلومات التي تمكن المستهلك للسلع و الخدمات الصحية من أخذ فكرة حول العلاجات المتوفرة و إمكانية المفاضلة بينها .

- نتائج العلاج يسودها نوع من عدم اليقين، مما يستدعي استعمال نسب احتمالية لقياسها .

- تأثير صحة الأفراد على إنتاجيتهم، مما يستدعي الأخذ بعين الاعتبار العلاقة بين صحة

السكان و مردوديتهم .

- غياب مؤشرات متفق عليها لقياس النشاط و فعاليته في مجال الخدمات الصحية مما ينتج

عن ذلك عشوائية في التسيير .¹

الصعوبات السابقة سببها ضعف أنظمة التسيير الكلاسيكية، و من جهة أخرى خصوصية النشاط

الصحي و سوق السلع و الخدمات الصحية. عموما تظهر تلك الخصوصيات فيما يلي:

- التدخل الواسع للدولة في سوق السلع و الخدمات الصحية و هذا في معظم دول العالم

وبدرجات متفاوتة. حتى في الولايات المتحدة الأمريكية - التي تبني برامج الاقتصاد الليبرالي-

الحكومة الفيدرالية لها تدخل واسع في تمويل، تعديل و توجيه سوق السلع و الخدمات الصحية.

- عشرية السبعينات أدت إلى توفير وسائل العلاج بشكل واسع نظرا لتوفر الموارد المالية في تلك

الفترة. قد أدى ذلك إلى خلق عرض إضافي أصبح التحكم فيه فيما بعد مشكلة عويصة.

¹ - François Engel et autres, la démarche gestionnaire à l'hôpital (Le PMSI), Seliarslan, Paris 2000, pp 107 – 108.

إن الخصوصيات و الصعوبات المذكورة أعلاه، عجلت بظهور منظومة صحية تحتوي على حلول لتلك الصعوبات مراعية خصوصية النشاط الصحي. البرنامج الفرنسي لاطباء نظام المعلومات (PMSI) من بين البرامج الرائدة للتحكم في النشاط الصحي و بالخصوص النشاط الاستشفائي.

2- ظهور البرنامج الفرنسي لاطباء نظام المعلومات (PMSI)

ولدت الفكرة في الولايات المتحدة الأمريكية انطلاقا من فكرة ترتيب المرضى في مجموعات لها خصائص مشتركة سميت بالمجموعات المتجانسة للمرضى (DRG)¹. و التي تهدف إلى تجميع المرضى حسب نوعية علتهم و تكلفة علاجهم في مجموعات متميزة فيما بينها.² منذ بداية الثمانينيات تزايدت المشاورات من طرف أصحاب القرار داخل المنظومة الصحية الفرنسية. في بداية 1991 - و بعد دراسة مفصلة للبرنامج الأمريكي - تم تبني البرنامج الأمريكي بعد اجراء تعديلات تضمنت خصوصية الصحة في فرنسا و توجهاتها المستقبلية، و سمي هذا برنامج إطبائ نظام المعلومات (PMSI)

3- أهداف برامج اطباء نظام المعلومات الفرنسي (PMSI) :

"يهدف عموما هذا البرنامج إلى تحديد ميزانية تقديرية على أساس المعلومات التي يوفرها هذا البرنامج و التي تأخذ بعين الاعتبار إنتاجية و خصوصية المؤسسة الصحية. في مرحلة مواءمة يمكن مقارنة الميزانيتين الحقيقية و التقديرية و استنتاج الفروق من أجل تعديل الميزانيات التقديرية المستقبلية بزيادة الموارد إن كان هناك عجز أو بتخفيض الموارد إن كان هناك فائض"³.

يعتمد برامج اطباء نظام المعلومات الفرنسي (PMSI) على جمع المعلومات من خلال ملخصات الخروج العامة للمرضى (RSS)⁴ و المتعلقة بدورها بملخصات مجموعة محددة من المراكز الصحية (RUM)⁵.

ملخصات الخروج العامة للمرضى (RSS) يتم معالجتها عن طريق نظام معلوماتي " Logiciel Grouper" و الذي يعمل على توزيع فترات المكوث الخاصة بالمرضى في مجموعات متجانسة

¹ - DRG : Diagnosis related groups.

² - Michel NOGUES, op.cit, p 77.

³ - François ENGEL et autres, op.cit, p 125.

⁴ - RSS : Résumé de sortie standardisé.

⁵ - RUM : Relevés d'unité médicale.

(GHM). و قد تم وضع أكثر من 600 مجموعة متجانسة للمرض في هذه الفترة و الملحق (رقم 4-1) يعطي مثال عن ذلك .

يتم تجميع المجموعات المتجانسة للمرضى (GHM) في مجموعات أكبر تسمى بـ (CMD)¹ و الملحق (رقم 4-2) يبين ذلك. التي تمثل حقل المرض المحاول معالجته و التي له خصائص مشتركة. عملية تنظيم النشاط الطبي داخل المؤسسة الاستشفائية ستكون عن طريق المجموعات المتجانسة للمرضى (GHM) أو عن طريق المجموعات الكبيرة للعلاج (CMD) التي تمثل خريطة الوظائف الطبية داخل المؤسسة الإستشفائية و التي تسمى بـ (Case Mix).

يعتمد برنامج اطباء نظام المعلومات على قاعدة عمل تحليلية احصائية مستمرة تحت اسم الدراسة الوطنية للتكاليف (ENC)². هذه القاعدة المعلوماتية ستمول البرنامج الخاص بحساب تكاليف المجموعات المتجانسة للمرضى بالمعلومات اللازمة لتحديد تلك المجموعات.

لغرض تحديد الموارد التقديرية لكل مؤسسة استشفائية. أخذت عينة من المستشفيات تستعمل المحاسبة التحليلية في حساب تكاليفها . تتكون العينة من 37 مؤسسة استشفائية و التي أنتجت في مجملها 1060000 فترة مكوث استشفائية . من خلال كل المجموعات المتجانسة للمرضى المكونة للعينة المدروسة، أمكن حساب تكلفة نقدية متوسطة و التي استعملت فيما بعد كمؤشر أو نقاط تسمى بمؤشر ملخص للنشاط (ISA)³.

فكل مجموعة متجانسة للمرض تكون مقيمة بنقاط (ISA) ، هذه النقاط ستساعد في تبيان ثقل المجموعات المتجانسة للمرض في استهلاك الموارد الاستشفائية.

تستعمل السلطات المحلية الفرنسية نقاط (ISA) الخاصة بالمستشفيات الجهوية للسنة الحالية من أجل تقدير غلاف مالي للسنة المقبلة مراعين التطورات المحتملة للمؤسسة الاستشفائية.

من أجل تقدير الحجم الخاص بالغلاف المالي لكل مؤسسة استشفائية، ما علينا إلا ضرب التكلفة النقدية لنقطة (ISA) في عدد النقاط التي تمثل استهلاك الموارد المالية الخاصة بالمستشفى أين نتحصل على الميزانية التقديرية الخاصة به.

تعمل الجهات الوصية بمراقبة استهلاك الموارد المالية و تصحيح الأخطاء في حالة تحقيق فائض أو عجز بين ما قدر و ما تحقق.

¹ - CMD : Catégorie majeure de diagnostic.

² -ENC : Etude nationale des coûts.

³ -ISA : Indice synthétique d'activité.

المطلب الثاني : التقسيم الافتراضي للمستشفى

1- قواعد التقسيم التحليلي :

يمكن ذكر أهم قواعد التقسيم التحليلي للمستشفى فيما يلي :

- يجب أن تتبع المراكز الصحية مخطط حسابات وطني ، ذلك من أجل مراعاة أرقام الأقسام التحليلية (SA)¹ الخاصة بكل وظيفة استشفائية ومن أجل تسهيل المعالجة الوطنية للنتائج فيما بعد.
- يختلف حجم التقسيم التحليلي للمؤسسة الاستشفائية باختلاف الوظائف الاستشفائية، مراكز المسؤولية و نظام المعلومات.
- من أجل تكوين قسم تحليلي يجب توفر:
 - وحدة قياس النشاط للقسم (وحدة ICR²، يوم استشفائي، وحدات قياس خاصة...).
 - إمكانية تحديد و تقييم تكاليف القسم الاستشفائي.

2- التقسيم التحليلي العام :

سيقسم هيكل المؤسسة الاستشفائية إلى الوظائف الرئيسية التالية :

- أقسام علاجية (Services cliniques).
- أقسام طبية تقنية (Services médicotechniques).
- بالإضافة إلى النوعين السابقين هناك قسمين عامين و هما : أحدهما خاص بهيكل المؤسسة الاستشفائية (Structure) و الآخر خاص بالخدمات اللوجستية (Logistique) .
- سنتناول فيما بعد التقسيم التحليلي للأقسام العلاجية و الطبية التقنية .
- بالمقابل فإن القسمين العامين سوف يقسمان إلى أقسام فرعية تتعلق بالأعباء الناتجة عن نشاطاتها:
- * هناك ثلاثة أقسام تحليلية خاصة بالهيكل الاستشفائي (Structure) وهي :
- أعباء الاهتلاك وإيجار المباني.

¹ - SA : Section d'analyse.

² - ICR : Indice de coût relative.

- أعباء مالية مختلفة (فوائد القروض ، ضرائب ورسوم) ، بالإضافة إلى مصاريف التأمينات .
- أعباء الصيانة وإصلاح مباني المؤسسة الاستشفائية .
- * هناك ثلاثة أقسام تحليلية متعلقة بمصاريف الخدمات اللوجيستية (logistique) :
- مصاريف المطعم (Restauration)
- مصاريف المغسلة (Buanderie / Blanchisserie)
- مصاريف وظائف عامة أخرى .

1-2 أقسام التحليل الاكلينيكية (العلاجية) :

" تقسيم الأقسام التحليلية العلاجية بمائل تقسيم وحدات التطبيق المستقبلية
(Unité médicales de recueil) الخاصة بتلخيص الوحدات الطبية (RUM) " ¹

أعباء الأقسام التحليلية العلاجية يتحصل عليها عن طريق عدد الأيام التي استفاد منها المريض من خلال فترة مكوثه في المستشفى . نتحصل على تلك الأيام من خلال وثيقة المكوث المقدمة من طرف المستشفى والمحسوبة من خلال معلومات مستقاة من ملخصات الوحدات الطبية (RUM) .

ملاحظة أولى:

يمكن أن يتكون قسم التحليل من عدة وحدات طبية ، بالمقابل لا يمكن أن تتكون الوحدة الطبية من عدة أقسام تحليل .

تنظم المعلومات الخاصة بأقسام التحليل في وثيقة تسمى " وثيقة أقسام التحليل العلاجية " . هذه الوثيقة خاصة بكل قسم تحليلي وتتضمن :

- الأعباء الخاصة بالقسم التحليلي ومصادرها .
- حجم النشاط المقدم من طرف القسم التحليلي (استقبال المرضى ، أيام المكوث ...)

ملاحظة ثانية:

" كل أقسام التحليل العلاجية تستعمل فترة المكوث كمخرجات لقياسها والتي تؤدي إلى إنتاج ملخصات الوحدات الطبية (RUM) " ²

¹ - Ministère des affaires sociales de la santé et de la ville , op.cit , p9.

² - Ministère des affaires sociales de la santé et de la ville , Direction des hôpitaux : Mission PMSI, Etude nationale des coûts par activité médicale, 1^{er} Avril 1995, p9.

و الملحق (رقم 3-4) يبين الأعباء المباشرة لأقسام التحليل العلاجية.

2-2 أقسام التحليل الطبية التقنية :

تتضمن أقسام التحليل الطبية التقنية الوظائف التالية : الأشعة ، المخبر ، غرفة العمليات ، التخدير، الاستعدادات ، الإنعاش...

الأداءات المقدمة من طرف هذه الأقسام لا تقيم بالأيام، بل بواسطة وحدات (ICR) ووحدات (B) بالنسبة لوظيفة البيولوجيا، بالإضافة إلى وحدات خاصة متعلقة بوظائف أخرى تسمى بوحدات التكاليف المطلقة (ICR).

من خلال التقسيم التحليلي للوظائف السابقة يقوم المسير على استعمال وحدة قياس وحيدة لكل قسم تحليلي.

يستفيد من خدمات أقسام التحليل الطبية التقنية عدة أنواع من المرضى :

- مرضى يتلقون العلاج على المدى القصير (أكثر من 24 ساعة)، فأعباء أقسام التحليل الطبية التقنية توزع أعباءها على فترة مكوثهم في المستشفى.
- مرضى يتلقون العلاج على المدى المتوسط والطويل.
- مرضى خارجيين (ليس لهم ملف طبي، إنما استفادوا من العلاج خلال اتفاقية مع أطراف خارجية) .
- عمال المستشفى.
- مرضى داخل المستشفى تابعين لوظائف استشفائية غير مبرمجة في برنامج اطبائ نظام المعلومات (PMSI) مثل : مرضى دار العجزة ، الأمراض العقلية....

ملاحظة :

كل الأعباء الناتجة عن أقسام التحليل الطبية التقنية تضم إلى برنامج (PMSI)، هناك الخدمات المبيعة للمرضى الخارجيين والتي سوف تطرح من أعباء الأقسام التي تولدت منها. يتم عرض الوثيقة الخاصة بالمصاريف المباشرة لأقسام التحليل الطبية التقنية في الملحق (رقم 4-4).

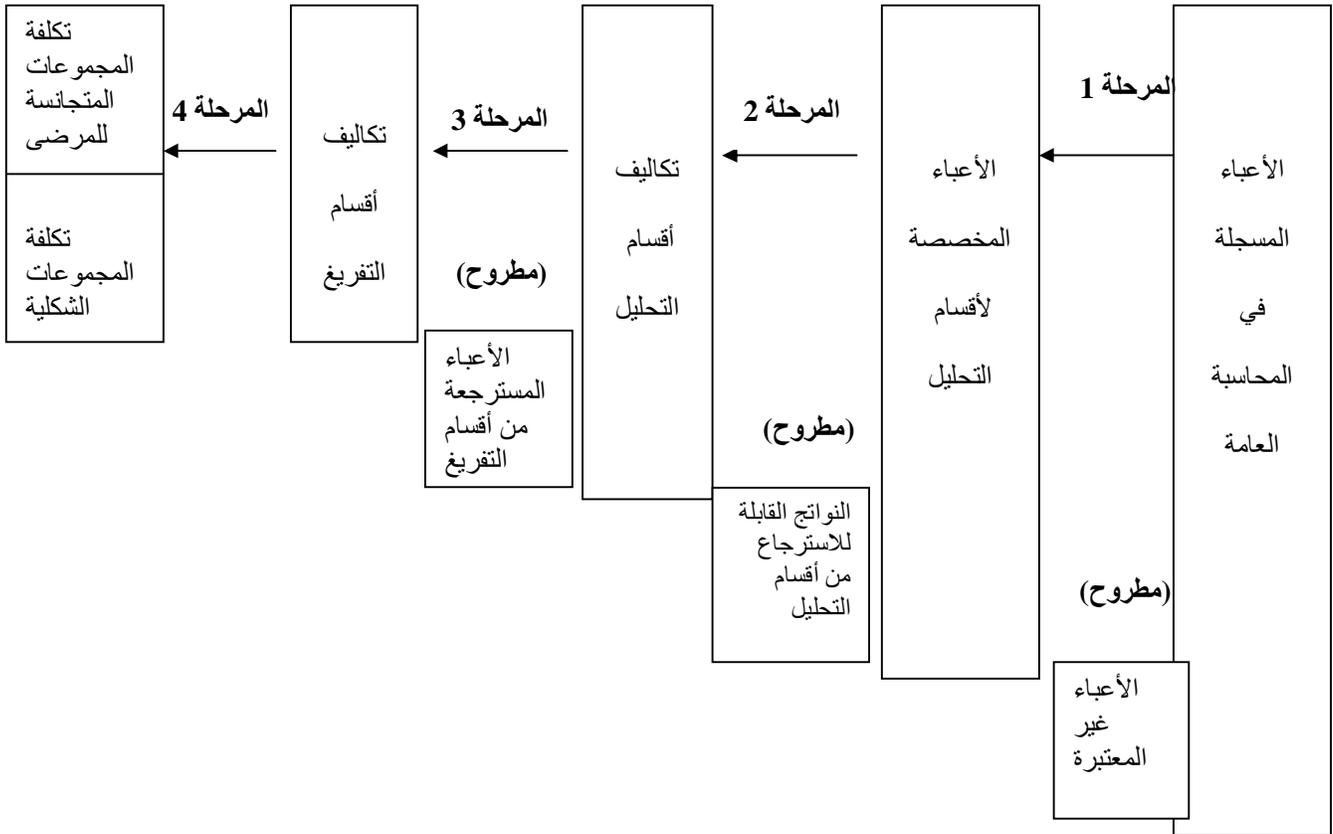
المطلب الثالث : طريقة حساب التكاليف في برنامج اطباب نظام المعلومات (PMSI)

1 - الإطار العام لطريقة حساب التكاليف :

بعد تقسيم المستشفى إلى أقسام تحليل يمكن فيما يلي تحديد التكاليف الخاصة بكل قسم في مرحلة أولى وصولاً في الأخير إلى تحديد تكلفة المجموعات المتجانسة للمرض مروراً بتحديد تكلفة فترة مكوث المريض بالمستشفى. من أجل تحقيق هذه الأهداف تم وضع المعالم الرئيسية للطريقة من خلال الشكل الموالي:

شكل 4-3 : استغلال معطيات المحاسبة التحليلية لحساب تكاليف المجموعات المتجانسة للمرض

والمجموعات الشكلية



المصدر : فريد خلاطو، ترشيد النفقات الصحية عن طريق إطباق نظام المعلومات و المحاسبة التحليلية في المستشفيات، رسالة لنيل شهادة ماجستير، جامعة الإخوة منتوري قسنطينة، السنة الجامعية 1998 - 1999، ص 158.

• تنطلق طريقة حساب التكاليف من الحسابات المرصدة للمحاسبة العامة ، والتي يتحصل عليها من جمع حسابات الميزانية العامة والميزانيات المرفقة (Budget annexes)، فهذا البرنامج يتميز بشمولية حساب التكاليف دون التفرقة بين ما هو عام وما هو خاص.

• تطرقنا فيما سبق أن برنامج اطباب نظام المعلومات (PMSI) يتخذ كقاعدة معلوماتية لحساب التكاليف فترة العلاج الأكثر من 24 ساعة كمرحلة أولى . حددت في مرحلة موالية أنشطة طبية والتي ستكون محل دراسة مستقبلية وهي (الطب، الجراحة، أمراض النساء) والتي يرمز لها بـ MCO¹.

نعلم أن المعلومات المتجانسة للمرض تمثل فترة المكوث في المستشفى قصيرة الأجل (Court Séjour) أضيفت منتجات أخرى للمستشفى أطلق عليها اسم المجموعات الشكلية (groupes pro forma) والتي تمثل باقي أنشطة المستشفى.² و الجدول (رقم 4-4) يبين مختلف المجموعات الشكلية. تكلفة كل مخرج استشفائي ستكون في الأخير من ثلاثة أنواع من التكاليف :

- تكاليف هيكلية : مصاريف مالية، اهتلاك البنائيات، ضرائب ورسوم على الأجور.
- تكاليف لوجستكية: المغسلة، المطعم، أعباء التسيير العام الأخرى والمعدات.
- تكاليف طبية : هذا النوع من التكاليف يتكون من :
 - مصاريف تتحمل من طرف المريض مباشرة مثل : أكياس الدم، أعضاء اصطناعية، أدوية وأداءات خارجية.
 - مصاريف الأقسام العلاجية التي مر بها المريض مثل : (أعباء الأطباء، المرضى والتقنيين ، عمال آخريين، اهتلاك وصيانة الأجهزة الطبية، لوازم مستهلكة) الموزعة على فترة مكوث المريض حسب الأيام الاستشفائية المستفاد منها.
 - مصاريف الأداءات المقدمة من طرف الأقسام الطبية التقنية الموزعة على المريض على أساس الأداءات المستفاد منها في هذه الأقسام (أشعة، مخبر، غرفة العمليات ...) والتي توزع على فترة المكوث على أساس مؤشر التكاليف المطلقة (ICR).

¹ - MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique.

² - Ministère des affaires sociales et de la solidarité nationale, secrétariat d'état chargé de la santé, guide méthodologique de comptabilité analytique hospitalier, 2^{ème} Partie calcul des coûts de revient complets par groupe homogène de malades, fascicule spécial N=° 85/26 BIS, Paris Septembre 1985, p 133.

جدول 4-2 : قائمة المجموعات الشكلية

التسمية	رقم الحساب
تكلفة المجموعات الشكلية م ش	959
م ش ممارسات خارجية مخبرية	21- 959
م ش ممارسات خارجية للأشعة (IMAGERIE)	23- 959
م ش ممارسات المعالجة الاستعجالية	30- 959
م ش المعاينات	34- 959
م ش مصالح الأمراض العقلية	35- 959
م ش المكوث المتوسط	36- 959
م ش ديار المتقاعدين والعجزة	37- 959
م ش المكوث الطويل	38- 959
م ش أقسام ملحقة	39- 959

SOURCE:

S .FANELLO : Elaboration des coûts par pathologie. nouvel instrument de gestion hospitalière. Thèse pour l'obtention du titre de docteur d'état en science économique (sous la direction du Pr EMILE LEVY). URE sciences des organisations, université Paris IX dauphine 1989.

ملاحظات:

1- بالنسبة للتكاليف الهيكلية (Coûts de structure) والتكاليف اللوجستكية (Coût de Logistique) فإنها ستوزع على النشاطات الثلاثة (طب، جراحة، أمراض النساء) في مرحلة أولى على أساس حجم الخدمات المستفاد منها مقيمة نقديا . ثم توزع في مرحلة لاحقة على فترة المكوث الخاصة بالمرضى وذلك على أساس الأيام الاستشفائية الخاصة بفترة المكوث في المستشفى . عملية توزيع أعباء الأقسام العامة لا تتم بصفة معقدة أو تبادلية على الأقسام الطبية بل تتم مباشرة.

2- بالنسبة للأنشطة الخاصة بالمعدات الطبية " Logistique médicale " مثل تسيير الصيدلية، التعقيم ، النظافة، صيانة المعدات الطبية والتي يستحيل استعمال مفاتيح لتوزيعها مباشرة على فترة مكوث المريض، يتم توزيعها على الأنشطة (طب، جراحة، أمراض النساء) .
الملحق (رقم 3-4) يوضح الإطار العام لطريقة حساب التكاليف في برنامج أطباء نظام المعلومات (PMSI).

2- مراحل طريقة حساب التكاليف:

بعد اتمام التقسيم التحليلي للمستشفى وتحديد الأقسام التحليلية يمكن المرور بعدت مراحل محاسبة للوصول إلى تحديد تكلفة المجموعات المتجانسة للمرض. هذا العمل سوف يتم عن طريق ستة مراحل رئيسية نتطرق إليها فيما يلي :

• المرحلة الأولى :

يتم في هذه المرحلة توزيع الحسابات المرصدة للتكاليف الخاصة بالمجموعة 6 للمحاسبة العامة ومخرجات المخزون على مجموع نشاطات المستشفى . حيث هناك من الأعباء ما سيوزع مباشرة على المرضى مثل : (أعضاء اصطناعية ، أدوية ، الدم...) وهناك من الأعباء ما سيوزع أولاً على الأقسام التحليلية داخل المجموعات الثلاثة للخدمات الاستشفائية : الهيكلة، اللوجستية، الإكلينيكية و الطبية التقنية¹.

هذه المرحلة لا تتم مباشرة ، بل تحمل بعض الصعوبات والتي سوف نورد أهمها على شكل ملاحظات:

ملاحظات:

- يتم في هذه المرحلة توزيع المصاريف المباشرة على كل الأقسام التحليلية للمستشفى متضمنة لأقسام غير مدججة في الدراسة، هذه المصاريف عبارة عن (أجور، اهتلاكات المعدات الطبية، اللوازم الطبية المستهلكة) .
- هناك صعوبة تتعلق بأجر طبيب مثلاً يقوم بوظيفته على مستوى عدة أقسام تحليلية، على المسير إيجاد طريقة تقريبية من أجل تحديد وقت العمل المقدم لكل قسم تحليلي.

¹ - Ministère des affaires sociales de la santé et de la ville , op.cit , p13.

- هناك بعض الأعباء التي لا تدمج في تطبيق هذه الطريقة نظرا لصعوبة إيجاد مفاتيح توزيعها إما على المريض أو على الأقسام التحليلية وتتعلق بالمخصصات المكونة في دورة محاسبية معينة.
 - هناك بعض المصاريف التي يمكن تجميعها داخل الخدمات الثلاث الرئيسية للمستشفى مثل المصاريف المالية مع الأعباء الهيكلية، مشتريات المواد الغذائية مع الأعباء اللوجستكية. بالمقابل هناك من الأعباء ما يصعب تحديد الخدمة المنتمي إليها كاللوازم المكتبية التي يمكن وضعها في أعباء لوجستكية أخرى أو مباشرة على الأقسام التحليلية المستهلكة لها.
 - مصاريف الأدوية توزع على المرضى وفضلات الاستعمال توزع على قسم التحليل المعني. مصاريف الملتقيات الطبية تضم إلى قسم التحليل لوجستكية أخرى. مصاريف خاصة بالعمال الطبيين المؤقتين تحمل على الأقسام التابعة لها.
- فيما يلي جدول يوضح هذه المرحلة :

جدول 4-3 : توزيع أعباء المحاسبة العامة على أقسام التحليل الاستشفائية

وظائف لا تهم الدراسة	علاجية				طبية تقنية	لوجستكية			هيكلية			أقسام المجموعة 6	
	LS	MS	خارجية			مدى قصير	وظائف أخرى	مطعم	مغسلة	قسم 3	قسم 2		قسم 1
S A M U			مدرسة									..	
				اسعاف	فحص	..	..	..	..	..	..	..	..
													حساب رقم =

SOURCE: - Ministère des affaires sociales de la santé et de la ville.

● المرحلة الثانية :

في هذه المرحلة تفصل أعباء المغسلة والمطعم الخاصة بالوظائف الأخرى عن الأعباء الخاصة بالوظائف الرئيسية المتمثلة في (MCO)، فترة مكوث متوسطة وطويلة الأجل ، ووظائف خارجية). نتيجة لهذه المرحلة فإنه مثلا الوظيفة الكبرى اللوجستكية تتكون من أعباء المغسلة والمطعم الخاصة

بالوظائف الرئيسية فقط ، بالمقابل الوظائف اللوجستكية الأخرى تبقى أعباؤها متعلقة بالمستشفى ككل.

● المرحلة الثالثة :

في هذه المرحلة يعمل هذا البرنامج على تجميع نوع خاص من النواتج وهي العناصر الإضافية والتي سوف تخفض من الأعباء المجمعّة الخاصة بالقسم التحليلي الناتجة منه.¹ هذه العناصر الإضافية عبارة عن منتجات تخفض تتعلق بنشاط المؤسسات الاستشفائية التي تتعلق بالمنتجات المخفضة " Produits déductible " من النشاطات التالية:

- بعض تنازلات المستشفى إلى العمال مثل إطعام العاملين في المطعم الخاص بالمستشفى.
- بعض الأنشطة الطبية التقنية المقدمة كخدمات لمؤسسات استشفائية أخرى.
- التنازل على بعض الأنواع من الأدوية للأشخاص الذين تم فحصهم فقط ، من أجل إسراع عملية شفاؤهم.
- بعض الخدمات المقدمة للمرضى من أجل تحسين حالتهم الصحية مثل : خدمات الهاتف، التلفزيون ...

يتم معالجة هذه العناصر داخل كل قسم تحليلي، أين يتم تخفيض هذه العناصر من مجموع أعباء القسم التحليلي الناتجة منه، مع العلم أن المنتجات المخفضة تسعر بتكلفة الحصول عليها. نتيجة لذلك ينخفض مجموع الأعباء الموزعة سابقا من الأقسام التحليلية التي أظهرت هذه العناصر الإضافية.

● المرحلة الثالثة (مكرر) :

في هذه المرحلة يتم توزيع أعباء اللوجستكية الطبية (Logistique médicale) الخاصة بالأقسام التالية (تعقيم، صيدلية ...) على الأقسام التحليلية التي استفادت من خدماتها، وكل مستشفى يحدد منطق لتوزيعها، هذا راجع إلى نظام المعلومات الخاص بكل مؤسسة استشفائية وخصوصيته.

● المرحلة الرابعة :

- يتم في هذه المرحلة توزيع الأعباء المباشرة لأقسام التحليل العلاجية والطبية التقنية على مخرجات المستشفى (فترات المكوث للمرضى) كالتالي:
- الأعباء الخاصة بأقسام التحليل العلاجية توزع على مخرجات المستشفى والتي تتضمن مصاريف السلك الطبي والشبه الطبي ومصاريف إكلينيكية أخرى على أساس يوم استشفائي.

¹ - Article L 714-14 et article 714-3-48 du décret financier du 31 juillet 1992.

- أما الأعباء الخاصة أقسام التحليل الطبية التقنية توزع على مخرجات المستشفى تماشياً مع وحدات ICR المستفاد بما يقابلها من خدمات (أداءات مقدمة).

● المرحلة الخامسة :

يتم في هذه المرحلة تحديد الأعباء الخاصة بكل قسم تحليلي المرفقة للخدمات المقدمة له من طرف أقسام التحليل الهيكلية واللوجستية.

● المرحلة السادسة :

توزع الأعباء اللوجستية والهيكلية الخاصة بـ MCO على فترات مكوث المرضى . وبهذا تجمع الأعباء المباشرة الموزعة على فترات المكوث و الأعباء غير المباشرة مع الأخذ بعين الاعتبار المنتجات المخفضة (العناصر الإضافية) . وهي آخر مرحلة لحساب تكاليف المنتجات الاستشفائية.

3- تحديد التكاليف الاستشفائية لفترة المكوث:

نريد فيما يلي تلخيص الخطوات المتطرق إليها آنفاً من أجل توضيح أكثر نوع التكاليف الموزعة ومختلف وحدات القياس المستعملة لقياس مختلف نشاطات المستشفى.

فالتكاليف المتعلقة بالنشاطات الثلاثة الرئيسية للمستشفى توزع كالتالي :

- الأعباء المباشرة الخاصة بأقسام التحليل العلاجية قد وزعت على فترات مكوث المرضى داخل هذه الأقسام وعلى أساس عدد الأيام الاستشفائية داخلها.
- بالنسبة للأعباء المباشرة الخاصة بأقسام التحليل الطبية التقنية فقد وزعت على فترات مكوث المرضى على أساس الأداءات المقدمة داخل تلك الأقسام باستعمال وحدات ICR.
- بالنسبة للأعباء الخاصة بالأقسام الهيكلية واللوجستية فكيفية توزيعها على فترات مكوث المرضى تتم على أساس عدد الأيام الاستشفائية الخاصة بفترة مكوث المريض.
- هناك نوع آخر من الأعباء والذي يتم تحميله قبل التطرق للأعباء الثلاثة السابقة ، نظراً لعدم طرحه أي إشكالية في توزيعه على المريض، وهي مصاريف نقل الدم ، تركيب أعضاء اصطناعية ، أدوية مستهلكة...

3- وحدات القياس للنشاط الاستشفائي:

يتم توزيع أعباء الخدمات المقدمة على فترة المكوث المريض باستعمال وحدات قياس خاصة بكل نشاط استشفائي. هذه الوحدات سيتم عرضها في الجدول التالي :

جدول 4-4 : جدول وحدات القياس للنشاط الاستشفائي

وحدات القياس	نشاط القسم التحليلي
اليوم	الإقامة بالمستشفى
حصة أو يوم	الإقامة بمستشفى النهار
" B "	بيولوجيا
ICR حقل ALPHA	غرفة عمليات
ICR حقل BETA	تخدير
ICR حقل GAMMA	تصوير
ICR حقل ALPHA	تشخيص عملي
المرور	غرفة التنبيه
نصف الساعة خاص بالتنقل البري، الدقيقة بالنسبة للتنقل بالطائرة العمودية	SMUR
نقاط OMEGA بالنسبة لأجور الأطباء وشبه الطبيين ، واليوم بالنسبة للأعباء الأخرى .	إنعاش
ICR أو عدد الأداءات	غسيل كلوي
عدد الأداءات	أشعة
ICR حقل ALPHA	جراحة متنقلة

SOURCE: François ENGEL et autres, op.cit , p 135.

ملاحظة:

قد تعذر علينا استعمال برنامج اطباب نظام المعلومات (PMSI) على المستشفى الجزائري وذلك راجع إلى نقص في نظام المعلومات يؤدي إلى استحالة تطبيق ذلك.

لغرض تجاوز هذه الصعوبة فضلنا استعمال طريقة الأقسام المتجانسة لحساب التكاليف الإستشفائية التي تستدعي استعمال نظام المعلومات الموجودة حاليا على مستوى بعض المستشفيات الجزائية الرائدة في تطبيقها التي بدأت تستعمل المحاسبة التحليلية لتقييم تكاليفها.

المبحث الثالث : طريقة الأقسام المتجانسة كأداة لتحديد تكلفة مخرجات

المستشفى

المطلب الأول : مفهوم و مميزات طريقة الأقسام المتجانسة.

نعلم أن المحاسبة التحليلية تهدف عموما إلى تحديد سعر تكلفة إجمالي لمختلف منتجات المؤسسة، هذه المنتجات قد تكون سلع أو خدمات.

تطرح المؤسسة الإستشفائية إشكالية ماهية المنتج الإستشفائي، للتغلب على ذلك يمكن استعمال كمخرجات للمستشفى (يوم استشفائي، فحص طبي، عملية جراحية) سنحاول فيما يلي التطرف إلى تعريف طريقة الأقسام المتجانسة، بعض المصطلحات ثم تحديد مميزات هذه الطريقة.

1 - تعريف الأقسام المتجانسة(مراكز التحليل):

عرفت هذه الطريقة كالآتي: "تهدف هذه الطريقة إلى تحديد سعر تكلفة إجمالي لكل قسم استشفائي. يتكون سعر التكلفة من أعباء مباشرة خاصة بالقسم نفسه هذا من جهة، من جهة أخرى جزء من الأعباء غير المباشرة الإجمالية"¹.
عملية تحديد الأعباء المباشرة الخاصة بكل قسم متجانس تتم مباشرة (أجور عمال، أدوية) أما الأعباء غير المباشرة تستدعي تحديد نصيب كل قسم متجانس منها استعمال مفاتيح توزيع خاصة بكل عبيء. والشكل (رقم 4-4) يبين ذلك:

2- مفاهيم :

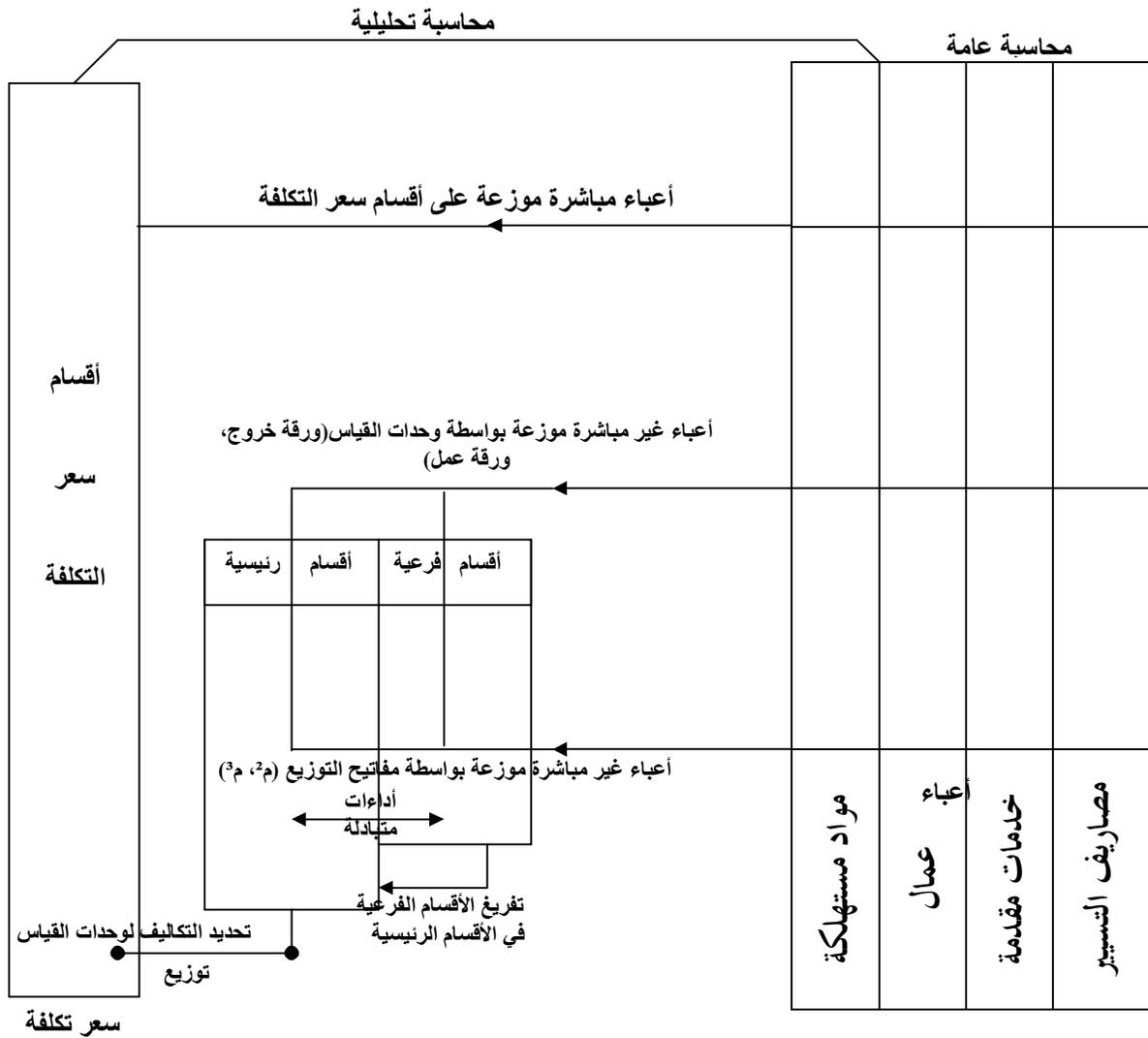
تطبيق طريقة الأقسام المتجانسة يستدعي تقسيم المستشفى إلى أقسام متجانسة (أقسام تحليل) .

¹ – Alain GRENON, op.cit, p 17.

1-2 الأقسام المتجانسة:

نسمي قسم متجانس في حالة ما إذا أنتج نفس وحدات القياس، له نشاط متجانس و إذا كان هناك مسؤول خاص بالقسم. تنقسم الأقسام المتجانسة إلى نوعين :

شكل 4-4 : طريقة الأقسام المتجانسة



أقسام رئيسية : وهي الأقسام التي ينتج عن نشاطها مخرجات تسمى وحدات قياس، هذه الأخيرة تهدف إلى تحديد تكلفتها من خلال هذه الطريقة (يوم استشفائي، حصة لتصفية الدم).¹

أقسام فرعية : وهي الأقسام التي لا ينتج عن نشاطها وحدات قياس مباشرة، بل تهدف إلى أداء خدمات للأقسام الرئيسية مثل (الإدارة، المخبر، الأشعة، المطعم...).

تميز طريقة الأقسام المتجانسة بين الأعباء المباشرة والأعباء غير المباشرة.

2-2 الأعباء المباشرة و الأعباء غير المباشرة :

يتم التمييز بين نوعي الأعباء و ذلك حسب إمكانية توزيعها على الأقسام. إذا كان العبيء يسمح بتوزيعه مباشرة على الأقسام المستفيدة منه فالمصروف مباشر، أما إذا استدعى توزيعه استعمال عمليات وسيطة فهو مصروف غير مباشر.

- **الأعباء المباشرة :** هي الأعباء التي يتم توزيعها على الأقسام الرئيسية و الفرعية، و لا نلتجئ في تحقيق ذلك إلى استعمال مفاتيح توزيع (أجور، أدوية، ...).

- **الأعباء غير المباشرة :** هي الأعباء التي لا نستطيع تحديد قسط الأقسام المستفيدة منها إلا باستعمال مفاتيح توزيع. و يمكن ذكر قسمين رئيسيين منها.

- **الأعباء العامة :** هي الأعباء التي صرفت من أجل مجموعة من الأقسام في نفس الوقت، أو من أجل المستشفى ككل (مصاريف الكهرباء، الغاز، الهاتف...).

- **أعباء الأقسام الفرعية :** من أجل تحديد قسط الأعباء التي استفاد منها الأقسام الرئيسية من الأقسام الفرعية نستعمل مفاتيح توزيع و ذلك في مرحلة التوزيع الثانوي للأعباء غير المباشرة.²

3-2 توزيع الأعباء:

تهدف من خلال هذه المرحلة إلى تحديد سعر تكلفة إجمالي لكل قسم استشفائي، لتحقيق ذلك يجب المرور على مرحلتين :

التوزيع الأولي للأعباء : نقوم في هذه المرحلة بتوزيع الأعباء المباشرة و الأعباء العامة على الأقسام الرئيسية و الفرعية من خلال جدول ذو مدخلين .

¹ – Ministère de la santé et de la population, Guide Méthologique pour la mise en place du calcul des coûts par la méthode des sections homogène, Alger Septembre 2001, p 2.

² - Ministère de la Santé et de la Population, Guide Méthodologique pour la mise en place du calcul des coûts par la méthode des sections homogène, Alger Septembre 2001, p 3.

التوزيع الثانوي للأعباء : في هذه المرحلة يتم توزيع أعباء الأقسام الفرعية على الأقسام الرئيسية باستعمال مفاتيح توزيع.

بعد توزيع الأعباء المباشرة و الأعباء غير المباشرة على الأقسام الإستشفائية الرئيسية، نتحصل بذلك على سعر تكلفة القسم الرئيسي.

تستعمل وحدات قياس من أجل الحصول على نصيب الوحدة الواحدة لكل قسم رئيسي. بعد تحديد تكلفة مخرج كل قسم استشفائي يمكن حساب تكلفة فترة مكوث المريض عن طريق أيام المكوث و الأدوات التي استفاد منها.

3- مميزات طريقة الأقسام المتجانسة: تتميز هذه الطريقة بـ :

- تحديد تكلفة وحدة قياس الأقسام الرئيسية.
- تحديد تكلفة وحدة قياس الأقسام الفرعية : (كلغ غسيل لقسم المغسلة، تكلفة الوجبة بالنسبة للمطعم ...)
- تسهيل عملية تحضير الميزانية التقديرية.
- مراقبة فعالية كل قسم استشفائي.
- حصر المسؤولية. بما أن كل قسم له رئيس فهو المسؤول الأول عن النتائج المحققة من طرف القسم الذي يرأسه.

المطلب الثاني : مراحل تطبيق طريقة الأقسام المتجانسة

تقوم هذه الطريقة على محاولة تحديد سعر تكلفة للأقسام الطبية الرئيسية. و ذلك بتقسيم المؤسسة الاستشفائية إلى أقسام متجانسة وإيجاد وحدات قياس لكل قسم لغرض قياس نشاطه. بعد تقسيم المستشفى وجمع المعلومات المتعلقة بالأقسام المتجانسة يمكن بعد ذلك توزيع الأعباء على مرحلتين. ويمكن توضيح هذه الطريقة وفق المراحل التالية :

المرحلة الأولى : تقسيم المؤسسة الاستشفائية إلى أقسام متجانسة

تقوم هذه المرحلة على تقسيم المؤسسة الاستشفائية إلى أقسام رئيسية وأقسام فرعية. هذا التقسيم

يجب أن يأخذ بعين الإعتبار الهيكل التنظيمي للمستشفى، الوظائف التي يتضمنها و خصوصية النشاط الممارس داخلها. معيار مركز المسؤولية (Centre de responsabilite) هو الذي سيحدد ما إذا كان القسم الإستشفائي هو قسم متجانس و الذي يتطلب توفر الشروط التالية:¹

_ وجود مقر خاص بالقسم الاستشفائي.

_ وجود جهاز طبي دائم خاص بالقسم الاستشفائي.

_ وجود رئيس قسم مسؤول عليه.

_ وجوب تسجيل الأعباء المباشرة (أدوية، أجور، ...) على القسم المعني.

من خلال الشروط السابقة وجود مخبر لتحليل الدم داخل قسم طب الأطفال مثلا، يعني أن المخبر ليس بقسم متجانس لأنه غير منفصل من ناحية المسؤولية و التسيير عن قسم طب الأطفال. ويمكن تقسيم المستشفى إلى :

7 - الأقسام الفرعية : يمكن التمييز داخل الأقسام الفرعية ثلاث مجموعات من الأقسام (الإدارة

العامة، الأقسام العامة، و الأقسام الطبية التقنية).²

- تتضمن الأقسام العامة : التدفئة، المغسلة، الملابس، المطعم ...

- تتضمن الأقسام الطبية التقنية :المخبر، الأشعة، غرفة العمليات ...

كما يمكن تقسيم الأقسام الفرعية إلى قسمين فقط هما:³

_ الأقسام التي يكون نشاطها موجه للمستشفى ككل هي الأقسام الفرعية العامة.

- الأقسام التي يكون نشاطها موجه للأقسام الطبية الرئيسية هي الأقسام الفرعية الطبية.

من خلال هذا التقسيم سنجمع في الأقسام الفرعية العامة (الإدارة العامة و مختلف الأقسام العامة) بالإضافة إلى ذلك سنضم إليها قسم الصيدلية و الذي يحول الأقسام الفرعية الطبية والأقسام الرئيسية الطبية بالأدوية و المعدات الطبية.

الجدول الموالي سيوضح مختلف الأقسام الاستشفائية التي تدخل تحت الأقسام الفرعية:

¹ - Ministère de la santé et de la population, op.cit, p 4.

² - Alain Grenon, op.cit, p21.

³ - Alain Grenon, op.cit, p21.

شكل 4-5 : الهيكل التنظيمي للأقسام الفرعية.



Source : Alain GRENON, op.cit, p22.

يتزايد عدد الأقسام الفرعية المذكورة في الشكل (4-5) بدلالة حجم المستشفى و الوظائف التي يتضمنها هذا الأخير . داخل كل قسم متجانس فرعي يمكن إيجاد وظائف فرعية أخرى تدخل ضمن الوظيفة التي أنشئ من خلالها القسم المتجانس. فيما يلي سنحاول توضيح الوظائف التابعة لكل قسم متجانس داخل المؤسسة الإستشفائية.

1-1 الأقسام الفرعية العامة :

1-1-1 الإدارة العامة : يدخل تحت قسم الإدارة العامة عدة وظائف مثل:

_ المديرية العامة.

_ مديرية العمال ومكتب تسيير العمال الطبيين و غير الطبيين..

_ المقتصد (التموين، تسيير المخزون ...)

_ المديرية المالية (المحاسبة العامة، المحاسبة التحليلية، مكتب الميزانية، التحليل المالي ...)

_ مديرية التخطيط، التجهيز و الأشغال (يدخل تحتها إلا العمال الإداريين).

_ مكتب الإعلام الآلي.

خصوصية هذا القسم هو صعوبة تكميم نشاطه.

2-1-1 تسيير المرضى:

تم فصل هذا القسم لغرض متابعة تطور حركية المرضى المقبولين لتلقي العلاج داخل المستشفى، بالإضافة إلى محاولة إيجاد تكلفة التكفل بالمريض ومصاريف تسيير ملفه الطبي. نجد داخل هذا القسم:

_ مكتب أعباء المكوث.

_ مكتب القبول.

_ مكتب تحديد المواعيد.

_ الخدمات الإجتماعية للمرضى.

_ الأرشيف الطبي

_ خدمات أخرى لفائدة المرضى (حلاقة، مكتبة، مدرسة ...)

3-1-1 التكوين المتواصل:

يضم كل الأعباء الناتجة عن تكوين الأطباء، شبه الطبيين و ذلك من خلال المدارس والمعاهد المكونة والملتقيات ...

4-1-1 مخزن معدات المكوث والمعدات الطبية:

عموما نجد هذا المخزن جنبا إلى جنب الصيدلية. مخزن معدات المكوث و المعدات الطبية يعمل على تموين، تسيير و توزيع الأدوات الطبية الخفيفة .

5-1-1 قسم النظافة (Salubrité) :

يقوم بهذه الوظيفة فريق عامل داخل المستشفى أو مؤسسة خاصة متعاقدة مع المستشفى. تم فتح هذا القسم لغرض قياس تكلفة نشاطه.

6-1-1 النقل :

يدخل تحت هذا القسم نوعين من الوحدات :

- * النقل الطبي: يتعلق بالنقل البري (سيارة الإسعاف) و النقل الجوي (الطائرة العمودية) للمرضى.
- * النقل غير الطبي: يتعلق بالسلع الاستهلاكية بالإضافة إلى أعباء تسيير حضيرة وسائل النقل.

7-1-1 الورشات :

نحصر في هذا القسم النشاطات التقنية للمستشفى : التكييف، بخار الماء، الماء الساخن، مولد الكهرباء ... ما عدا نشاط التدفئة.

8-1-1 الصيانة :

تتضمن أعمال الصيانة التقنية للمباني، للمعدات والأدوات الطبية وغير الطبية (أجهزة التهوية، شبكة الكهرباء ...) هذا إذا كان هناك فريق يسهر على أداء هذه الوظيفة. يمكن أن تضمن هذه الخدمة مؤسسة خارج المستشفى، في هذه الحالة يمكن بسهولة توزيع تلك الأعباء على الأقسام التي استفادت منها.

9-1-1 التدفئة :

قد تكون هذه الخدمة مسيرة من طرف عمال داخل المستشفى، كما يمكن أن تكون مسيرة من طرف مؤسسة مستقلة.

10-1-1 الملابس و المغسلة:

لا يمكن التفرقة بين الوظيفتين بسهولة في الحالة العملية، لهذا فقد وضعنا داخل نفس القسم المتجانس. فالملبسة (La lingerie) تعمل كمخزن للألبسة وظيفتها تموين، تخزين و توزيع تلك الألبسة. أما المغسلة (La buanderie) فهي تقوم على غسل و تنظيف الألبسة و لوازم المكوث.

11-1-1 المطبخ :

يمكن تلخيص نشاطات المطبخ فيما يلي:

*المطبخة المركزية (شراء و تحضير وجبات للمرضى).

*توزيع الوجبات على المرضى.

*إعداد اللّمجات (Confection des casse-croûtes)

*إعداد حليب الرضع (Bibronnerie)

*وحدة الحمية (Unité diététique)

12-1-1 مطعم العمال (Self Personnel) :

سنعزل هذا القسم لغرض تسجيل الوجبات المقدمة من طرف المطبخ للعمال، لكي لا يتحمل المرضى كل أعباء المطبخ و لا يكون هناك تداخل فيما يخص أعباء المطبخ و الأقسام المستفيدة منها.

13-1-1 الصيدلية :

نشاط الصيدلية يتمثل في شراء، تخزين، توزيع الأدوية و الأدوات الطبية الخفيفة كما يمكنها تركيب بعض المستحضرات الدوائية

14-1-1 التعقيم المركزي :

يسهر هذا القسم على تعقيم أقسام المستشفى من كل ما يمكن أن يعقد الحالة الصحية للمرضى و الذي يكون سببه الهياكل العلاجية و التجهيزات المتوفرة.

1-1-15 التصوير الطبي.

1-1-16 حيوانات المخبر (Animalerie):

يوفر هذا القسم الحيوانات لغرض التجارب و البحث الطبي.

1-1-17 خدمات العمال :

يدخل تحت هذا القسم الخدمات التي يستفيد منها العمال و عائلاتهم على مستوى المستشفى مثل روضة الأطفال، مقهى، مكتبة... يطرح من أعباء هذا القسم كل الخدمات مدفوعة المقابل.

1-1-18 صناديق الفحوصات (Caisses de consultation):

تمثل في الإيرادات المالية المتأتية من الفحوصات المقدمة على مستوى المراكز الطبية الخارجية التابعة للمستشفى، أو على مستوى المستشفى نفسه.

2-1 الأقسام الفرعية الطبية :

هي الأقسام الطبية التقنية التي تقدم أداءات تقنية للأقسام الطبية الرئيسية.¹ يمكن ذكر هذه الأقسام فيما يلي:

1-2-1 المخبر.

2-2-1 الأشعة.

3-2-1 غرفة العمليات.

4-2-1 التخدير، الإنعاش و غرفة التفتين (Salle de réveil).

5-2-1 النقاهاة و التدريب الحركي .

6-2-1 الكشف الوظيفي (Explorations fonctionnelles) .

7-2-1 الفحوصات : تتضمن الفحوصات التي يتلقاها المرضى داخل الأقسام الإستشفائية، هؤلاء المرضى يحملون ملف طبي داخل نفس المستشفى.

¹ – Alain GRENON, op.cit, p27.

2- الأقسام الطبية الرئيسية:

يمكن تقسيم الأقسام الطبية الرئيسية إلى ثلاث مجموعات كبيرة وهي:

* الاستشفاء قصير، متوسط أو طويل المدى.

* العلاجات المتنقلة أقل من 24 ساعة.

* الاستشارات الخارجية : هي الفحوصات و الأداءات التي يتلقها المريض بدون مروره على قسم تسيير المرضى أي بدون ملف طبي.

2-1 الإستشفاء قصير، متوسط أو طويل المدى :

الملحق (رقم 4-6) يبين أنواع الوظائف التي يتضمنها الاستشفاء الأكثر من 24 ساعة، هذا الاستشفاء يستدعي تكوين ملف طبي للمريض.

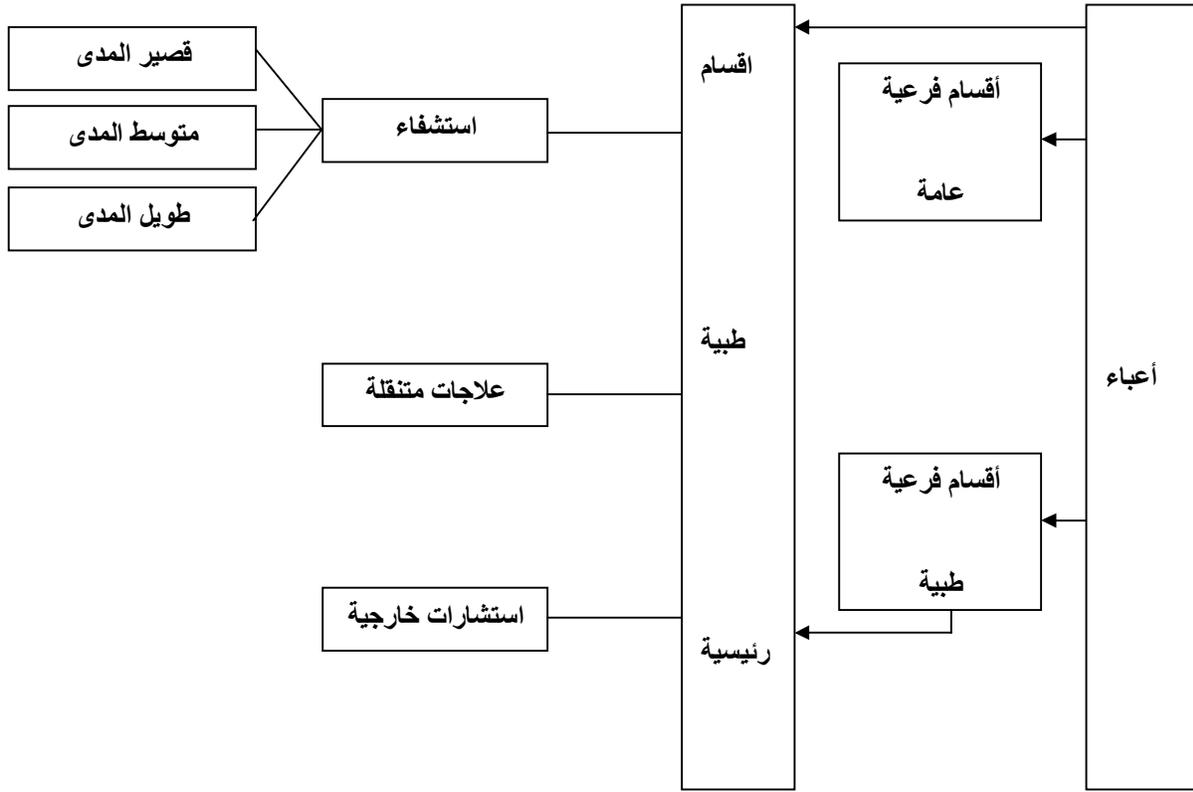
2-2 العلاجات غير المعطلة (Les soins ambulatoires)

يتم توفير هذه العلاجات من طرف مستشفيات النهار (Hôpital de Jour) مهما كانت تخصصاتها و التي توفر أداءات يتلقها المرضى في مدة أقل من 24 ساعة التي لا يستدعي من خلالها تكوين ملف طبي للمريض. توفر العلاجات المتنقلة الخدمات التالية (معالجة مرض السكري، حصص تصفية الكلى، المعالجة الكيميائية ...)

2-3 الاستشارات الخارجية :

هي الأداءات و الفحوصات التي يتلقها المرضى في الأقسام الطبية التقنية (مخبر، أشعة، غرفة عمليات ..)، مع العلم أن هؤلاء المرضى غير ماكثين بالمستشفى أي غير حاملين للملف طبي. والشكل الموالي يبين الأقسام الطبية الرئيسية ضمن طريقة الأقسام المتجانسة.

الشكل 4-6 : الهيكل التنظيمي للأقسام الطبية الرئيسية



Source : Alain GRENON, op.cit, p29.

المرحلة الثانية : إعداد الوثائق المحاسبية

يمكننا الاعتماد على ثلاث وثائق محاسبية وهي :¹

- 1- الاستهلاكات المختلفة و الأعباء المقابلة لها، و التي مصدرها مختلف المخازن الموجودة على مستوى المستشفى (صيدلية، مخزن الورق، الملابس...) تقوم هذه الوثائق على تسجيل كمية وقيمة الاستهلاك الخاص بكل قسم مستفيد و الملحق (رقم 4-7) يبين ذلك.
- 2- وثائق إحصائية متعلقة بالأقسام الطبية سواء الفرعية أو الرئيسية، هذه الوثائق تقيس حجم نشاط تلك الأقسام و الملحق (رقم 4-8) يبين ذلك.
- 3- جداول التوزيع الأولي و الثانوي للأعباء بالإضافة إلى نوع وحدات القياس مبينة في الملحق (رقم 4-9).

¹ – Ministère de la santé et de la population, op.cit, p 8.

المرحلة الثالثة : جمع المعلومات

يتم جمع المعلومات من خلال الوثيقتين المحاسبتين المذكورتين في المرحلة الثانية و هي وثائق الاستهلاكات المختلفة والوثائق الإحصائية المتعلقة بالأقسام الطبية. يتم الحصول على تلك المعلومات كما يلي:

1 - الأعباء :

يتم الحصول على الأعباء الخاصة بكل قسم مستهلك من خلال :

- حساب الاستهلاكات المباشرة للقسم المتجانس و ذلك من خلال السجل المحاسبي للمواد الصادرة من المخزن باتجاه القسم المستهلك لها.
- حساب قسط الأعباء غير المباشرة الخاص بكل قسم متجانس من خلال مفاتيح توزيع للخدمات التي استفاد منها (أجور، صيانة، تكوين، طاقة ...)

يمكن ذكر أهم الأعباء الاستشفائية فيما يلي:

1-1 مصاريف العمال (الكتلة الأجرية) : يمكن تقسيم العمال النشيطين داخل المستشفى

حسب مؤهلاتهم و وظائفهم إلى :

- عمال حرفيين.
 - عمال إداريين.
 - عمال تقنيين .
 - عمال السلك الطبي (لهم شهادة أو من دون شهادة).
 - عمال مؤقتين.
 - عمال متعاقدين مع المستشفى من خلال عقد أو اتفاقية معينة.
- يتم جرد و تسجيل أجور العمال الدائمين، المؤقتين و المتعاقدين ثم توزيعها على الأقسام التي استفادت من هؤلاء العمال.
- بالنسبة للتأمينات الخاصة بالمسؤولية المدنية فإنها لم تأخذ بعين الاعتبار ضمن الأجور، بل سوف تعالج مستقلة لاحقا .

بما أن الأجور عموماً هي أعباء مباشرة، فإنه يتم توزيع الكتلة الأجرية على الأقسام المتجانسة من خلال الفرق العاملة في كل قسم .
الملحق (4-10) يبين الكتلة الأجرية للمؤسسة الاستشفائية.

1-2 مصاريف الصيدلية (أدوية، أدوات طبية خفيفة)

عموماً يتم خروج الأدوية و تسجيلها من طرف الصيدلية إلى الأقسام المستهلكة لها، يتم ترتيب ذلك وفق نظام معلوماتي (Logiciel) يدعى بـ "Epipharm"¹.
الملحق (رقم 4-11) يبين أنواع الأدوية الموزعة و الأقسام المستفيدة منها. عملية تحميل أعباء الأدوية على الأقسام المتجانسة يتم مباشرة وذلك راجع إلى أن هناك تسجيل محاسبي يضمن ذلك. بالنسبة للكتلة الأجرية و مصاريف الأدوية هي أعباء مباشرة، أما الأعباء التي سنتناولها فيما يلي هي أعباء غير مباشرة :

1-3 لوازم متنوعة:

يتم تسجيل اللوازم المستهلكة و الأقسام المستفيدة منها من طرف المخازن يمكن ذكر أهمها فيما يلي :

— أوراق و لوازم مكتبية.

— ألبسة و لوازم الإقامة.

— مواد التنظيف.

— معدات و أثاث غير طبي.

— معدات و أثاث طبي.

1-4 مصاريف المطبخ (المواد الغذائية) :

يتم التسجيل الشهري للمواد الغذائية المستهلكة كميًا و قيميًا من طرف هذا القسم وهو ما يمكن تحديد تكلفة المواد المستهلكة لإعداد الوجبات اليومية.

¹ – Ministère de la santé et de la population, op.cit, p10.

بعد ضم أعباء قسم المطبخ إلى المواد المستهلكة يمكن تحديد تكلفة الوجبة و توزيعها على الأقسام المستهلكة لها.

5-1 صيانة وإصلاحات :

يمكن تحديد أعباء الصيانة و الإصلاحات بدقة لكل قسم استشفائي على حدى إن كان هناك مسك للوثائق و تسجيل دائم من طرف عمال القسم.

إن لم يكن هناك مسك للدفاتر و تسجيل دائم لتلك الأعباء، فيمكن تجاوز تلك الصعوبة من خلال جمع تلك الأعباء وجعلها ضمن الأعباء العامة .

يمكن تجميع أعباء الصيانة و جعلها في مجموعات كما يلي :

_ صيانة المعدات الطبية (معدات و أجهزة طبية، قطع غيار)

_ صيانة المباني .

6-1 الطاقة (بتزين، مازوت ...) :

هناك نوعين من النقل الاستشفائي : نقل المرضى و نقل اللوازم و المعدات الخاصة بالمستشفى . عملية تسجيل استهلاك الطاقة و عملية تحميلها على كل وسيلة نقل أو المولد الكهربائي يتم بواسطة بطاقات الاستهلاك (Bons de consommations).

تحديد تكلفة النقل لكل قسم استشفائي مستفيد تعد بالعملية المعقدة، لذلك يتم تجميع كل أعباء الطاقة في قسم الإدارة العامة.

7-1 الغاز، الكهرباء و الماء :

يتم تحديد استهلاك كل قسم من الغاز، الكهرباء و الماء بسهولة إذا كان هناك عداد في كل قسم استشفائي. توفير ذلك يتطلب إمكانية كبيرة، لذلك يمكن للمسيرين بالتشاور مع المهندسين و التقنيين على إيجاد مفاتيح توزيع منطقية تسير تطورات الاستهلاك يتم بواسطتها توزيع أعباء الغاز، الكهرباء و الماء على الأقسام المستفيدة.¹

8-1 الغاز الطبي :

معظم الأقسام الطبية الرئيسية تستهلك الغاز الطبي، عملية تسجيل استهلاك الأقسام المستفيدة منه يعد صعب للغاية لأن هناك ربط مشترك بين أكثر من قسم طبي يتم من خلاله نقل الغاز الطبي من القارورات إلى الأقسام. لذلك سوف يحمل الغاز الطبي على قسم الإدارة العامة.

¹ – Alain GRENON, op.cit, p 35.

9-1 أعباء عامة أخرى :

وهي الأعباء التي لم تذكر آنفا مثل مصاريف التكوين المتواصل، مصاريف تأمين المسؤولية المدنية، التنقلات و الإستقبالات، استهلاك مستلزمات المباني و التي تحمل على قسم الإدارة العامة.

المرحلة الرابعة : التوزيع الأولي للأعباء

"التوزيع الأولي للأعباء يتم كل نهاية فصل (ثلاثي) مع تجميع الفصول الأربعة في نهاية السنة"¹ مع العلم أن هناك أعباء تسدد بعد نهاية السنة في الفترة التكميلية إلى 31 مارس من السنة الموالية، لهذا يجب العمل بالمبدأ المحاسبي أن كل دورة تتحمل مصاريفها و الأخذ بعين الإعتبار تاريخ حصول العبي و ليس بالضرورة تاريخ سداده.

سنستعمل جدول ذو مدخلين و هو الملحق (رقم 4-12) لغرض توزيع الأعباء غير المباشرة على الأقسام التي أنتجتها و ذلك باستعمال مختلف مفاتيح التوزيع.

المرحلة الخامسة : التوزيع الثانوي للأعباء

يتم أولا توزيع أعباء الأقسام الفرعية العامة على الأقسام الطبية (رئيسية وفرعية) وفق وحدات قياس خاصة بكل قسم، و إن لم توجد وحدة قياس فإننا سنوزع عبي القسم العام كالإدارة العامة، المحاسبة و المالية حسب نسبة مجموع الأعباء غير المباشرة للأقسام الطبية الخاصة بالتوزيع الأولي.

عند توزيع الأعباء غير المباشرة الخاصة بالأقسام الفرعية العامة فإننا سنستعمل نوعين من توزيع الأعباء فيما بين الأقسام الفرعية العامة و هو التوزيع التنازلي. يتم جمع الأعباء المباشرة للأقسام الطبية (الكتلة الأجرية و استهلاكات الأدوية) بالإضافة إلى مجموع التوزيع الثانوي للأعباء غير المباشرة للأقسام الطبية.

بعد جمع الأعباء المباشرة وغير المباشرة لأقسام الطبية نتحصل على مجموع أعباء الأقسام المتجانسة الطبية. ويمكن من خلال ذلك حساب تكلفة وحدات قياس الأقسام الطبية الفرعية باستعمال وحدات القياس التالية : غرفة العمليات **K**، الأشعة **R**، المخبر **B** أما بالنسبة لقسم الوقاية فيتم توزيع أعباءه تناسبا بين الأقسام الطبية الرئيسية فيما بينها .

أخيرا نتحصل على أعباء الأقسام الطبية الرئيسية وبتقسيمها على وحدات القياس الخاصة بكل قسم نتحصل على تكلفة وحدات القياس (الأداء الطبي) لكل قسم طبي رئيسي. تبقى هناك صعوبة

¹ – Alain GRENON, op.cit, p 55.

تتعلق بقسم الاستشارات الخارجية و هي مختلف الأداءات التي يتلقاها المرضى لمكوث استشفائي أقل من 24 ساعة على مستوى المستشفى أو المراكز الصحية التابعة له هذه الأداءات غير متجانسة في جملها (فحص طبي، تحاليل، أشعة ...).

المطلب الثالث :سعر التكلفة في المؤسسة الإستشفائية

ذكرنا سابقا أن هناك صعوبة تتعلق بمخرجات النشاط الإستشفائي، لذلك فقد اقترحنا عدة مخرجات لتجاوز هذه الصعوبة. تحديد سعر التكلفة في المؤسسة الإستشفائية له علاقة مباشرة بتحديد ما هو المخرج الذي سيحسب من خلاله ذلك السعر.

من خلال طريقة الأقسام المتجانسة يمكننا التوصل إلى تحديد نوعين من سعر التكلفة :

1 - سعر تكلفة الأقسام الطبية الرئيسية:

و هو ما توصلنا إليه من خلال المرحلة الأخيرة من تطبيق طريقة الأقسام المتجانسة. أين تم تجميع تكاليف المستشفى و تركيزها في النشاط الطبي الرئيسي، هذه النشاطات الطبية هي المنتجات الطبية المقدمة للسكان. تحديد تكلفة وحدة قياس كل قسم طبي رئيسي يعبر عن سعر تكلفة كل خدمة طبية مقدمة.

2 - سعر تكلفة المريض :

يمكن التوصل إلى مجموع ما كلفنا المريض خلال فترة مكوثه في المستشفى و ذلك باستعمال البطاقة المكوكية (La fiche navette). هذه البطاقة تسجل مجموع الأداءات التي تلقاها المريض خلال فترة مكوثه في المستشفى .

يستدعي تقييم سعر تكلفة المريض تغيير طفيف في المرحلة الخامسة من طريقة الأقسام المتجانسة، و المتمثلة في عدم توزيع أعباء الأقسام الطبية الفرعية على الأقسام الطبية الرئيسية. بل يجب أن تترك كل الأقسام الطبية مستقلة عن بعضها البعض من ناحية التكاليف لغرض تحديد تكلفة مخرج كل قسم طبي سواء كان رئيسي أو فرعي.

عن طريق البطاقة المكونة يمكن تحديد الأداء التي استفاد منها المريض، بضرب تلك الأداءات في التكلفة الخاصة بكل أداء ثم جمع التكاليف المحصل عليها لتتحصل في الأخير على سعر تكلفة المريض .

خاتمة الفصل :

يعتبر النظام المحاسبي عموما و المحاسبة التحليلية خصوصا جزء لا يتجزأ من نظام المعلومات في المؤسسة. فللمحاسبة التحليلية عدة أدوار تلعبها من خلال التقنيات المحاسبية التي تتوفر عليها وقد ركزنا في هذا الفصل على المحاسبة التحليلية كأداة لتسيير الماضي، الحاضر، و المستقبل و أهمية التقنيات التي يمكن الاستفادة منها في مجال تسيير المستشفى الجزائري. البرنامج الخاص بإطباء نظام المعلومات (PMSI) و الذي طبق في النصف الثاني من التسعينات في فرنسا و الذي يعتبر اقتباس للطريقة الأمريكية لحساب مخرجات المستشفى (GMH) أظهر عدة إيجابيات فيما يخص تفصيل الأعباء من جهة و مراحل متابعتها، بالإضافة إلى تفصيل تكلفة مخرجات النشاط الاستشفائي و التي تتمثل في مجموعات من المرضى يبدون نفس الخصائص المرضية.

ضعف نظام المعلومات في المستشفى الجزائري عموما لم يمكننا من تجربة هذه الطريقة و ذلك لفقدان المرحلة الأولى و التي تتمثل في حسابات خاصة بالمحاسبة العامة، بالإضافة إلى انعدام معلومات خاصة بهذه المجموعات المشفرة للمرضى على مستوى المستشفى الجزائري. من أجل تجاوز هذه الصعوبات قررنا عرض طريقة الأقسام المتجانسة لتحديد تكلفة مخرجات النشاط الاستشفائي و التي تتسم بعدم التعقيد و المرونة في تحديد تكاليف النشاط الاستشفائي. هذه الطريقة سيتم تطبيقها خلال الفصل الموالي كدراسة حالة على مستوى مستشفى حي البير بقسنطينة.

الفصل الرابع :

تطبيق طريقة الأقسام المتجانسة
لحساب التكالييف في مستشفى
حي البير بقسنطينة

تمهيد :

تطبيق أي طريقة لحساب سعر التكلفة الإستشفائي يخضع إلى توفر نظام معلومات يمكن المسير من الإجابة على كل التساؤلات للوصول إلى نتائج في أقل وقت ممكن هذا من جهة، من جهة أخرى هذه النتائج يجب أن تكون منطقية و لها مصداقية.

سنحاول في هذا الفصل تطبيق طريقة الأقسام المتجانسة لحساب سعر التكلفة في مستشفى حي البير، و الذي يعتبر تجربة رائدة في إدماج المحاسبة التحليلية في مجال التسيير.

هذا المستشفى يمثل القطاع الصحي لمدينة قسنطينة. قد بلغ عدد هذه القطاعات في سنة 1997

185 قطاع صحي موزعين على المستوى الوطني.¹

¹ - الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، رقم 81، المطبعة الرسمية، سنة 1997، ص 24-26-27-28.

المبحث الأول : الخريطة الصحية لمدينة قسنطينة.

سنحاول فيما يلي التطرق إلى القطاع الصحي لمدينة قسنطينة - بصفة عامة- و ذلك بتعريفه و تقديم القطاعات الصحية الفرعية¹ المكونة له و التنظيم الإداري الخاص به، بالإضافة إلى مستويات العلاج التي يوفرها.

في مرحلة ثانية سنحاول التطرق إلى مستشفى حي البير بصفة خاصة و ذلك بتعريفه، الهياكل المكونة له، و تحديد مهامه.

المطلب الأول : القطاع الصحي لمدينة قسنطينة.

1 - تعريف القطاع الصحي :

"يعتبر القطاع الصحي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية و الاستقلال المالي و توضع تحت وصاية الوالي".²

و يتكون القطاع الصحي من مجموع الهياكل الصحية العمومية الخاصة بالوقاية، التشخيص، العلاج، الاستشفاء و إعادة التكييف الطبي، التي تغطي حاجات السكان لمجموعة من البلديات، هذه الهياكل تابعة لوزارة الصحة و السكان. ترتب القطاعات الصحية في ثلاث أصناف على أساس معايير يحددها التنظيم المعمول به و بقرار مشترك بين الوزير المكلف بالصحة، و الوزير المكلف بالمالية و السلطة المكلفة بالوظائف العمومي.

- الصنف أ : و تضم 48 إختصاص و هي متواجدة على مستوى المنطقة الصحية.

- الصنف ب : و تضم 20 إختصاص و هي متواجدة على مستوى الولاية.

- الصنف ج : و تضم 7 إختصاصات و هي متواجدة على مستوى الدائرة.

ينظم القطاع الصحي في وحدات جيوسحية تغطي مجموعة سكانية معينة تسمى بالقطاعات الصحية الفرعية حتى يتمكن من أداء مهامه على أحسن وجه.

يمكن أن يقوم القطاع الصحي بوظيفة التكوين الشبه طبي و التسيير الاستشفائي، من خلال اتفاقية توقع مع المؤسسة القائمة بالتكوين.

¹ - Sous Secteur Sanitaire.

² - المرسوم رقم 81-242، 05 سبتمبر 1981، المتضمن إنشاء و تنظيم القطاعات الصحية.

2 - تقديم القطاع الصحي لمدينة قسنطينة :

تم إنشاء القطاع الصحي لبلدية قسنطينة بمقتضى المرسوم رقم 230-87 المؤرخ في 27 أكتوبر 1987 و الذي يقع على طريق محوري جد مهم، يحده شمالا القطاع الصحي لزيغود يوسف و من الجنوب القطاع الصحي للخروب. يتكون القطاع الصحي لبلدية قسنطينة من مستشفى سعته 120 سرير، مستشفى النهار مخصص لمرضى السكري سعته 17 سرير، بالإضافة إلى 8 قطاعات صحية فرعية التي تقابل المقاطعات الثمانية لبلدية قسنطينة (أنظر الشكل 5-1).

و قد كان نشاط القطاع الصحي لمدينة قسنطينة في سنة 2003 م كالتالي :

تحصل على ميزانية سنوية في سنة 2003 م بلغت 555136000.00 دج، بالمقابل وصلت النفقات السنوية مبلغ 554916103.5 دج. هذا ما نتج عنه فائض سنوي بلغ 219896.5 دج¹.

بالنسبة لميزانية سنة 2003 م فإن مصادر إيراداتها كانت وفق الجدول الموالي :

جدول 5-1 : مصادر ميزانية القطاع الصحي لمدينة قسنطينة لسنة 2003 م.

مصادر	مبالغ (دج)
مساهمات الدولة	360 830 000.00
الضمان الإجتماعي (CNAS)	184 806 000.00
مصادر أخرى	9 500 000.00
المجموع	555 136 000.00

المصدر : وزارة الصحة و السكان

و قد كان تطور الموارد المخصصة للقطاع الصحي لمدينة قسنطينة خلال السنوات 2001، 200، 2003 وفق الجدول الموالي :

جدول 5-2 تطور حجم الموارد المخصصة للقطاع الصحي لمدينة قسنطينة

(الوحدة دج)

السنة	2001	2002	2003
المورد	483.975.000	495.200.000	555.136.000

المصدر : وزارة الصحة و السكان

¹ – Ministère de la santé et de la population, Secteur Sanitaire El BIR, Années 2003.

3 - الهياكل القاعدية التابعة للقطاع الصحي لمدينة قسنطينة :

يتكون القطاع الصحي لمدينة قسنطينة من :

3-1 مستشفى حي البير :

- سعته 120 سرير.
- موقعه الجغرافي : غرب مدينة قسنطينة.
- الإختصاصات المتوفرة.
- الطب الباطني.
- الأمراض المعدية.
- طب الأطفال.
- التوليد و أمراض النساء.
- الجراحة.
- الاستعجالات.

3-2 مستشفى يومي متخصص في مرض السكري :

- سعته 17 سرير
- يقع في الوسط الغربي لمدينة قسنطينة (المنظر الجميل)

3-3 القطاعات الصحية الفرعية :

أ- القطاع الصحي الفرعي (بودراع صالح) :

- يشمل المناطق التالية : حي البير، حي بودراع صالح، حي الشهداء، حي سيدي مسيد.
- هياكله الصحية :
- عيادة متعددة الخدمات (بودراع صالح).
- مركز صحي (سيدي مسيد).

ب- القطاع الصحي الفرعي (حي التوت) :

- ويشمل المناطق التالية :

- حي التوت، حي بن تليس، حي الصنوبر، حي رومانيا، عين الباي، أشعاب الرصاص، حي بومرزوق، حي الكم 05، سيساوي.

● هياكله الصحية :

- مركز صحي (حي التوت)
- مركز صحي (أشعاب الرصاص)
- عيادة متعددة الخدمات (عين الباي)

ج- القطاع الصحي الفرعي (بن مهدي) :

● ويشمل المناطق التالية :

وسط المدينة الشرقي، المدينة القديمة، القصبة، شارع العربي بن مهدي، سوق العاصر.

● هياكله الصحية :

- عيادة متعددة الخدمات (بن مهدي)
- مركز صحي (بن عميرة)
- مركز صحي (مريمش)
- مركز الصحة المدرسية (زيغود يوسف)

د- القطاع الصحي الفرعي : (عبان رمضان)

● ويشمل المناطق التالية :

وسط المدينة الغربي، رحمان عاشور، شارع قدماء المجاهدين، نهج بن عبد الملك، نهج بلوزداد.

● هياكله الصحية :

- عيادة متعددة الخدمات (عبان رمضان)
- مركز صحي للوقاية.
- المركز الصحي (رحمان عاشور).
- عيادة الأمراض الصدرية (رحمان عاشور)

ه- القطاع الصحي الفرعي (القماص) :

• ويشمل المناطق التالية :
حي القماص، حي الكم 04، حي الرياض، حي المريج، حي الإخوة عباس، حي الدقسي، حي ساقية سيدي يوسف.

• هياكله الصحية :

- عيادة متعددة الخدمات (حي القماص)
- عيادة متعددة الخدمات (حي دقسي عبد السلام)
- عيادة متعددة الخدمات للصحة المدرسية (حي دقسي عبد السلام)

و- القطاع الصحي الفرعي (بو الصوف) :

• ويشمل المناطق التالية :
حي قدور بومدوس، حي فيلاي، حي 05 جويلية، حي بوجنانة، حي بو الصوف، المنطقة الصناعية بالماء، و حي الكم 07.

• هياكله الصحية :

- عيادة متعددة الخدمات (حي فيلاي).
- مركز صحي (بو الصوف).

ل- القطاع الصحي الفرعي : (سيدي مبروك)

• يوفر الخدمات الصحية للمناطق التالية :
حي سيدي مبروك الأعلى، حي سيدي مبروك الأسفل، سطح المنصورة، حي البوسكي.

• هياكله الصحية :

- عيادة متعددة الخدمات (منتوري).
- مركز صحي (اسماعيل محبوب).

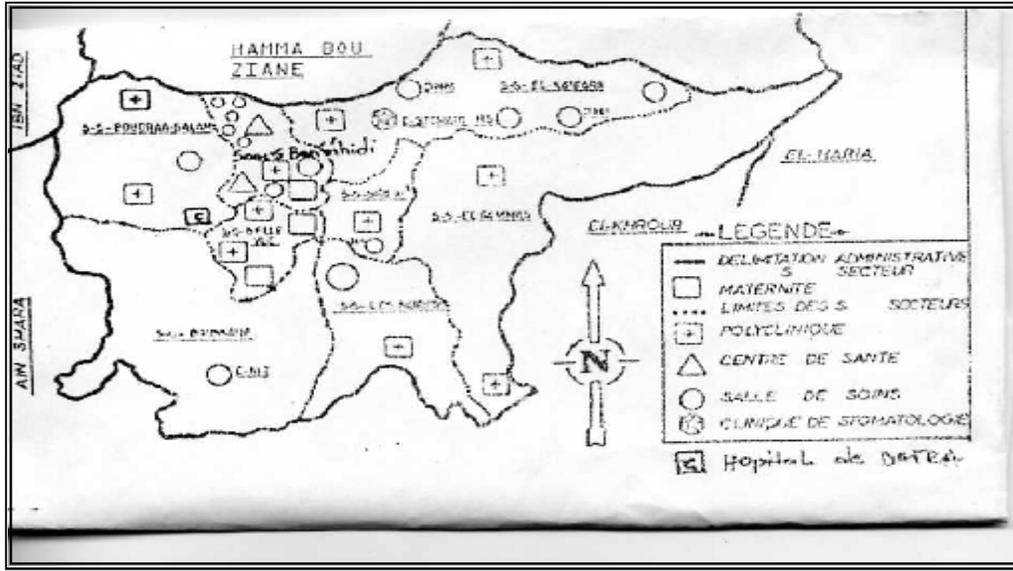
ي- القطاع الصحي الفرعي (القنطرة) :

• ويشمل المناطق التالية :

حي الزيادة، حي جبل الوحش، حي الأمير عبد القادر، حي القنطرة، حي محمد لوصيف.
• هياكله الصحية :

- عيادة متعددة الخدمات (الأمير عبد القادر).
- مركز حماية الأمومة و الطفولة (القنطرة).
- مركز الصحة المدرسية (القنطرة).

الشكل 5-7 القطاعات الصحية الفرعية للقطاع الصحي لمدينة قسنطينة.



المصدر: مديرية مستشفى حي البير.

المطلب الثاني : التنظيم الإداري للقطاع الصحي لمدينة قسنطينة

يدير القطاع الصحي لمدينة قسنطينة مجلس للإدارة، يتولى مهمة تسييره مدير يكون مسؤولاً أمام السلطات العمومية و يزود بجهاز استشاري يسمى بالمجلس الطبي. الشكل (رقم 5-2) يوضح ذلك.

1 - مجلس الإدارة :

يتولى مجلس الإدارة تسيير القطاع الصحي و له صلاحية وضع برامج الوقاية، التربية الصحية، صيانة الهياكل، المباني، المعدات و اتخاذ القرارات التي من شأنها تحسين و تطوير الإجراءات الصحية. كما يتولى وضع مشروع الميزانية المقترح على وزارة الصحة و المبني على تنبؤات نفقات السنة و يهتم بدراسة المسائل الخاصة بتنظيم و تشغيل المصالح و تطبيق القانون الداخلي.

يجتمع مجلس الإدارة في دورة عادية مرة كل شهر، يمكن أن يعقد اجتماعا طارئا إن كان هناك ضرورة تستدعي ذلك. لكي تكون قراراته ذات مصداقية يجب أن يبلغ عدد الأعضاء المجتمعين النصاب، تسجل هذه القرارات في دفتر خاص يحمل إمضاء المدير و ترسل إلى الوالي، فإن لم تصدر منه أية ملاحظات أو اعتراضات خلال الثلاثين (30) يوم الموالية تصبح هذه القرارات سارية المفعول.

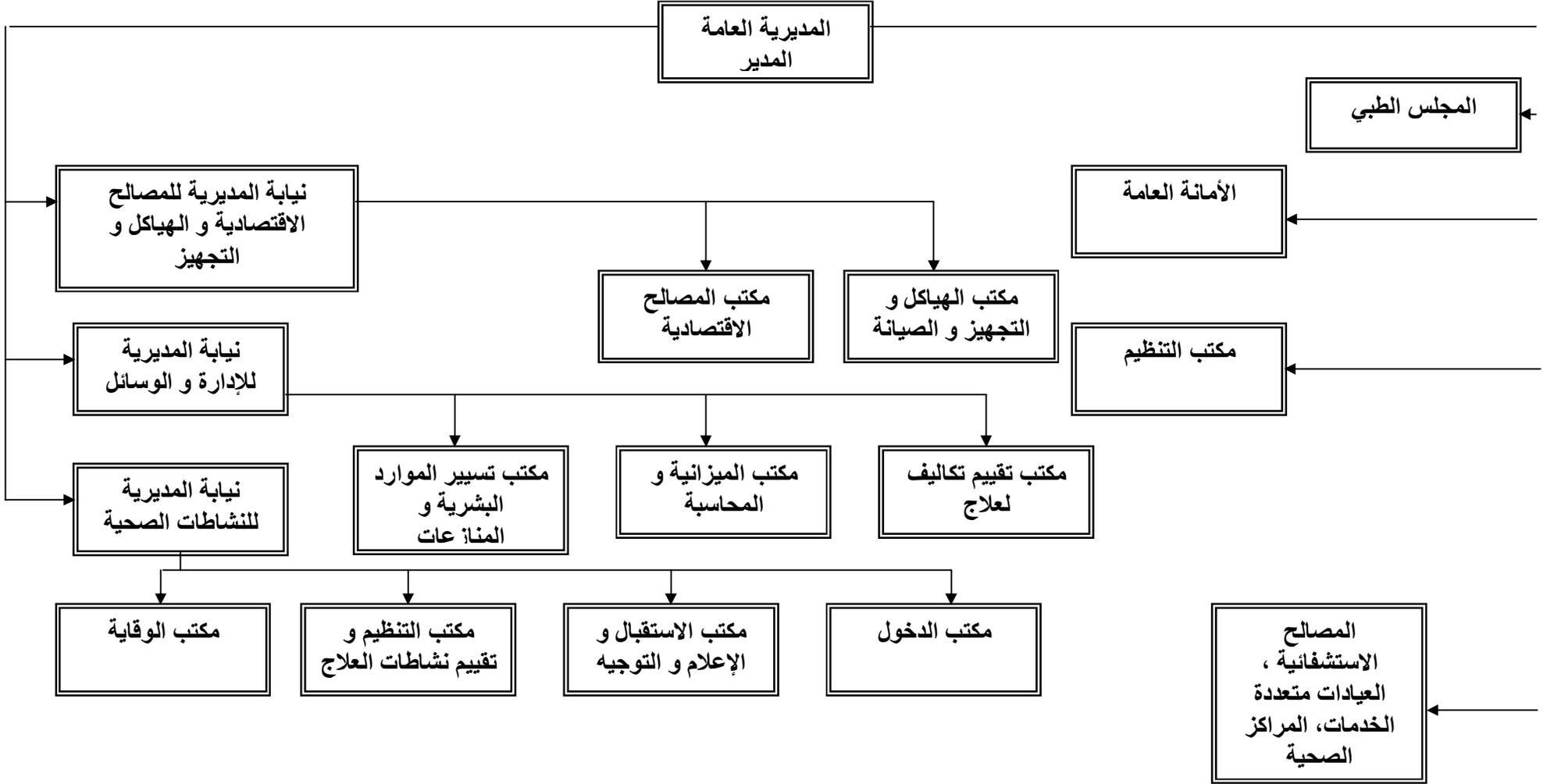
يضم مجلس الإدارة ممثلين عن الهيئات التالية :

- ممثل الوالي رئيسا.
- ممثل الإدارة المالية.
- ممثل التأمينات الإجتماعية.
- ممثل هيئات الضمان الإجتماعي.
- ممثل المجلس الشعبي البلدي.
- رئيس المجلس الطبي.
- ممثل المجلس الشعبي الولاوي.
- ممثل المستخدمين الطبيين (ينتخب من طرف زملائه).
- ممثل جمعيات المنتفعين (جمعيات المرضى).
- ممثل العمال (ينتخب في جمعية عامة).

2- المدير :

يسهر المدير على تسيير القطاع الصحي و تسيير أهم هيكل فيه و هو مستشفى الدائرة. يؤدي مهامه في إطار القانون المعمول به و تعود له مهمة إعداد تقرير سنوي لنشاط قطاعه، ليرسل إلى الوالي و إلى مديرية الصحة بعد أن يكون قد مر على مجلس الإدارة. يتم تعيين المدير و فصله بقرار من وزارة الصحة.

الشكل رقم 5 . 2 : التنظيم الإداري للقطاع الصحي لقسنطينة

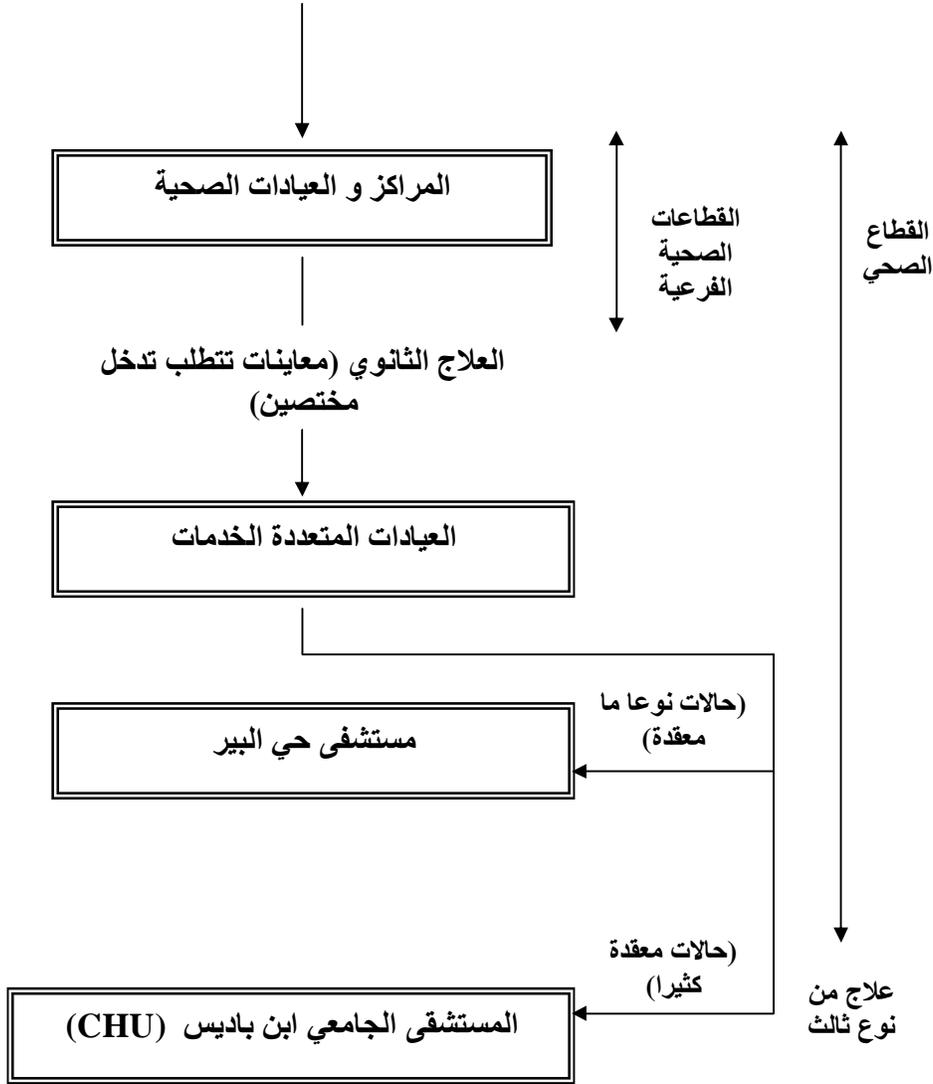


المصدر : مستشفى البير

يتم تقديم العلاج على مستوى القطاع الصحي لمدينة قسنطينة على أساس مستويات، سيتم عرضها وفق الشكل الموالي :

شكل 5-3 مستويات توزيع العلاج في القطاع الصحي لمدينة قسنطينة

العلاج الأولي (معاينات بسيطة)



المصدر : من إعداد الطالب.

المطلب الثالث : مستشفى حي البير :

1- تعريف مستشفى حي البير :

تم تسجيل مشروع بناء عيادة ولادة حضرية تتسع لـ 64 سرير في سبتمبر 1978 و انطلقت الأشغال به في الثلاثي الأول من سنة 1979. لقد خصصت له حصة أولية تقدر بـ : 2.050.000.000 دج.¹

و نظرا لموقعه الحساس على الطريقة الوطني رقم (05) و الذي يعتبر طريق جد خطير تكثر به حوادث المرور، رأت مديرية الصحة أنه من الأجدر إضافة مصلحة لطب العظام (Orthopédie)، غير أن هذا المشروع لم يرى النور.

نظرا لظروف إدارية و مشاكل بين مديرية الصحة و صندوق الضمان الاجتماعي، تقرر تحويل مقر القطاع الصحي لمدينة قسنطينة من حي الدقسي (مبنى CNAS)، إلى مستشفى حي البير ليصبح يتسع إلى 120 سرير. و قد انتهت الأشغال به في الثلاثي الرابع من سنة 1995 حيث استكملت المصالح الأخرى إضافة إلى مصلحة الولادة لتصل تكلفته إلى 8.300.000.000 دج ليغطي الحاجات الصحية لعدد معتبر من السكان يقدر بـ 556.754 نسمة.²

2- هياكل مستشفى حي البير :

يتكون مستشفى حي البير من الهياكل التالية :

- ورشة للسيارات.
- حضيرة للسيارات.
- خزان للمياه.
- مولد كهربائي.
- مكتبين للمراقبة : الأول للمراقبة العامة و الثاني للمراقبة الطبية، كلاهما متواجد بالمدخل الرئيسي للمستشفى.
- مبنى رئيسي يضم قسمين :

¹ - مديرية الصحة و السكان (DDS).

² - جلسات مجلس الإدارة للقطاع الصحي لمدينة قسنطينة سنة 1997.

● قسم إداري .

● قسم طبي .

أ- القسم الإداري :

و يضم مكاتب مهمتها التسيير الإداري للمستشفى و باقي القطاعات الصحية الفرعية و يتكون من:

- المديرية العامة : و تضم كل من مكتب المدير العام للقطاع الصحي، مكتب الأمانة العامة بالإضافة إلى مكتب التنظيم.
- بناية المديرية للإدارة و الوسائل.
- بناية المديرية للمصالح الاقتصادية و هياكل التجهيز.
- مكتب الاستقبال و الإعلام و التوجيه.
- مكتب الدخول.

ب- القسم الطبي :

يشمل المصالح الطبية التقنية و الاستشفائية و التي مهمتها المعاينة، التشخيص و العناية الطبية بالمريض مند دخوله المستشفى حتى مغادرته لها و يتكون من:

● الأقسام الطبية التقنية : تتكون بدورها من :

- غرفة العمليات.

- المخبر.

- الأشعة.

- الوقاية.

● الصيدلية.

● مصلحة الاستعجالات.

● المصالح الاستشفائية :

- مصلحة الولادة و أمراض النساء.

- مصلحة الأمراض المعدية.

- مصلحة طب الأطفال.
- مصلحة الطب الداخلي (الباطني).
- مصلحة الجراحة.
- 3 - مهام مستشفى حي البير : يهدف مستشفى حي البير إلى :
 - تحقيق مستوى عال من جودة الرعاية الطبية للمريض.
 - تنفيذ نشاطات الوقاية، التشخيص و العلاج بالإضافة إلى إعادة التكييف الطبي و الاستشفاء.
 - تطبيق البرامج الوطنية، الجهوية و المحلية للصحة.
 - المساهمة في إعادة تأهيل مستخدمي الصحة و تحسين مستواهم.

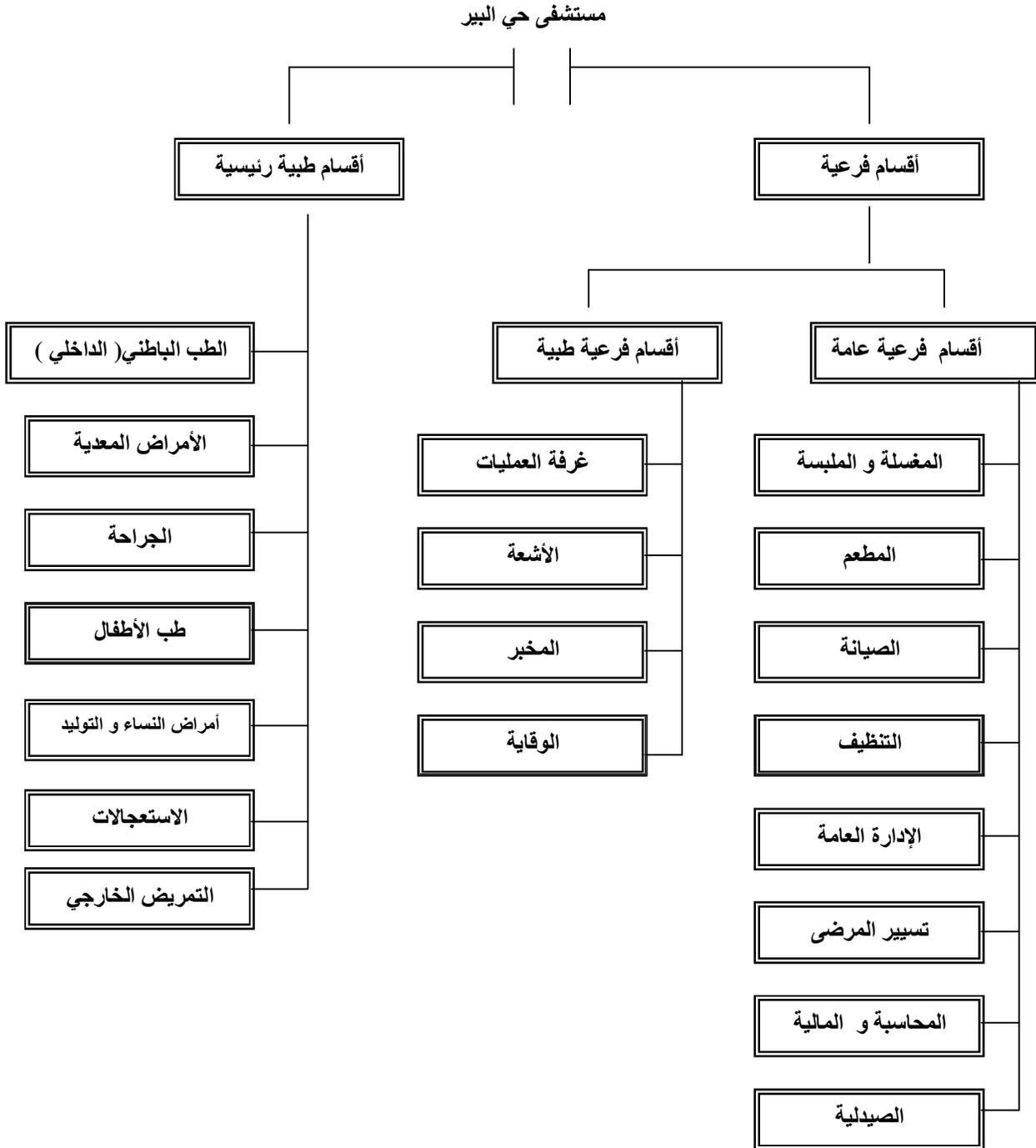
المبحث الثاني : الحالة التطبيقية لحساب التكاليف في مستشفى حي البير

سنحاول فيما يلي تطبيق طريقة الأقسام المتجانسة لحساب سعر تكلفة الأقسام الرئيسية الطبية وقد اخترنا فترة تتمثل في الثلاثي الثاني من سنة 2003. الفترة المحاسبية التي سنحاول من خلالها حساب سعر تكلفة النشاط الطبي ستكون الشهر (أفريل، ماي، جوان)، أين سنحاول استعمال كل شهر كدورة محاسبية مستقلة عن الدورات الشهرية الأخرى و مقارنتها فيما بينها في الأخير.

المطلب الأول : تقسيم المستشفى إلى أقسام متجانسة (مراكز تحليل)

تقسيم المستشفى إلى أقسام متجانسة يمثل المرحلة الأولى لتطبيق طريقة الأقسام المتجانسة، قد تطرقنا في الفصل السابق إلى شروط تكوين القسم المتجانس، بالإضافة إلى أنواع الأقسام المتجانسة. فيما يلي سنتطرق إلى الأقسام المتجانسة المكونة لمستشفى حي البير من خلال الشكل الموالي :

شكل 5-4 الأقسام المتجانسة لمستشفى حي البير



المصدر : من إعداد الطالب

1 - أقسام فرعية عامة :

سيتم فيما يلي عرض الأسباب الخاصة بتكوين الأقسام الفرعية العامة و المعروضة في الشكل

السابق:

- لقد تم فصل وظيفة تسيير المرضى عن الإدارة العامة نظرا لوجود مكاتب مستقلة عن الإدارة يتم من خلالها (استقبال، توجيه، إعداد الملفات ...) للمرضى هذا من جهة، من جهة أخرى هناك استقلالية من ناحية وحدات قياس كل وظيفة، فوحدة قياس القسم المتجانس لتسيير المرضى هو عدد المرضى المقبولين لفترة مكوث أكثر من 24 ساعة، أما الإدارة العامة فوحدة قياسها هو الدينار¹.

- بالنسبة لوظيفة المحاسبة و المالية فقد فصلت عن الإدارة العامة، هذا راجع إلى أنها تحتوي على مكاتب خاصة بها هذا من جهة، من جهة أخرى لديها رئيس قسم خاص بها. لذلك حبذنا فصلها عن الإدارة العامة.

- بالنسبة للصيانة فهي خاصة بوسائل النقل فقط من دون التجهيزات الطبية. على مستوى مستشفى حي البير عملية صيانة الأجهزة الطبية تتم من طرف خواص أو من خلال خدمات ما بعد البيع التي توفرها المؤسسة التي اقتنيت منها تلك التجهيزات.

- بالنسبة للمغسلة و الملبسة فإنها لم تفصلا نظرا لأن موضوعها واحد و هو الألبسة و معدات المكوث التي تستعملها الأقسام فيما يخص مكوث المرضى، بالإضافة إلى أن مقر المغسلة بجانب مخزن توزيع الألبسة.

- بالنسبة للتنظيف فهناك فرقة للنهار و فرقة ليلية تعمل على تنظيف المبنى الإداري و الطبي وعلى ما يحتويه من مكاتب و أقسام. جزء من عمال التنظيف هم دائمون على مستوى المستشفى، الجزء الآخر عمال مؤقتين يعملون عن طريق عقد مع إدارة المستشفى.

- بالنسبة للإدارة العامة فقد تم تجميع على مستواها الوظائف الأخرى التي ليس لها استقلالية من خلال شروط تكوين قسم متجانس أو من خلال سيرورة العمل داخل مستشفى حي البير مثل (صيانة المباني، الحراسة، الورشة، النقل، الغاز الطبي).

هذا بجانب النشاط الرئيسي لهذا القسم و هو إدارة المستشفى ماعدا الوظائف التي تم فصلها سابقا (المحاسبة و المالية، تسيير المرضى) نظرا للشروط المتطرق إليها سابقا.

¹ – Au Dinar le Dinar.

- بالنسبة للصيدلية فقد تم وضعها ضمن الأقسام الفرعية العامة و هذا راجع أنها قسم تعمل لصالح الأقسام الطبية الأخرى (فرعية أو أساسية) هذا من جهة، من جهة أخرى لها وظيفة تسير المخزون و ليس تقديم العلاج.¹

2- أقسام فرعية طبية :

تتكون من :

- غرفة العمليات.
- الأشعة (بمختلف أنواعها).
- المخبر.
- الوقاية : و تتمثل في النشاطات التي يقوم بها المستشفى من خلال البرامج الوطنية لتلقيح الأطفال و حماية الأمومة.

3- أقسام طبية :

تتكون الأقسام الطبية الرئيسية على مستوى مستشفى حي البير من :

- الطب الداخلي (الباطني).
- الأمراض المعدية.
- الجراحة.
- طب الأطفال.
- أمراض النساء و التوليد.
- الاستعجالات : تتمثل في مختلف الأداءات التي يتلقاها المريض لفترة علاج أقل من 24 ساعة على مستوى مصلحة الاستعجالات الطبية و الجراحية.
- التمريض الخارجي : عبارة عن الفحوصات و مختلف الأداءات الطبية التقنية (تحاليل مخبرية، أشعة، وقاية) التي يتلقاها المريض من خلال المراكز الصحية التابعة لمستشفى حي البير المنتشرة على مستوى القطاع الصحي لمدينة قسنطينة و هو ما يسمى بالاستشارات الخارجية² هذا من جهة. من جهة أخرى مختلف الأداءات الخاصة بأقسام الفرعية الطبية (غرفة عمليات، مخبر، أشعة، وقاية)

¹- Ministère de la santé et de la population, op.cit, P7.

² - Les Consultants Externes.

الفصل الرابع : تطبيق طريقة الأقسام المتجانسة لحساب التكاليف في مستشفى حي البير بقسنطينة.

التي يتلقاها مرضى ليس لهم ملف طبي على مستوى مستشفى حي البير أي لفترة مكوث أقل من 24 ساعة أو ما يسمى بالعلاجات المتحركة.¹

المطلب الثاني : وضع قاعدة للمعلومات و جمع البيانات

ستتطرق في هذا المطلب إلى المرحلة الثانية و الثالثة من تطبيق طريقة الأقسام المتجانسة على مستوى مستشفى حي البير.

بعد وضع الوثائق التي ستكون قاعدة المعلومات للمحاسب، يجب ملئ تلك الجداول لتحصل على:

- الأعباء مرتبة عن طريق عناوين والأطراف المستهلكة لها.
- الإحصائيات الشهرية لاستهلاك العبيء.
- نشاط الأقسام الفرعية الطبية (غرفة العمليات، أشعة، مخبر).

1 - الأعباء :

سنحاول التطرق فيما يلي إلى مختلف الأعباء الشهرية الناتجة عن نشاط المستشفى :

1-1 أعباء المستخدمين (الكتلة الأجرية) :

الجدول الموالي يوضح لنا عدد العمال حسب الوظيفة و الاختصاص داخل مستشفى حي البير :

¹ - les Soins Ambulatoires de moins de 24h (Hôpital du jour, Chimiothérapie, Dialyse)

جدول 5-3: عدد العمال حسب الوظيفة و الاختصاص في مستشفى حي اليرير.

وظيفة / اختصاص	عدد العمال
أطباء أخصائيين	39
أطباء عامون	199
صيادلة	5
جراحين أسنان	125
أطباء نفسانيين	9
عامل بيولوجيا	1
ممرضة رئيسية	24
ممرضة لها شهادة دولة	199
ممرضة لها شهادة	72
ممرضين مساعدين	38
إداريين	173
تقنيين	18
عمال المغسلة	3
عمال المطعم	7
عمال الصيانة	17
عمال المخزن	18
تسيير المرضى	49
عمال النظافة	329
عمال آخرون	52
المجموع	1376

المصدر : من إعداد الطالب

يسهر على تقديم العلاج - على مستوى القطاع الصحي لمدينة قسنطينة - فريق طبي مختلف الاختصاصات بالموازات مع الأقسام الاستشفائية المتوفرة. من خلال الجدول الموالي سنوضح

الفصل الرابع : تطبيق طريقة الأقسام المتجانسة لحساب التكاليف في مستشفى حي البير بقسنطينة.

الإمكانات المادية (الأسرة) و البشرية (الأطباء) المتوفرة عبر الهياكل الصحية للقطاع الصحي حي البير.

جدول 5-4 : ورقة تحليلية للنشاط الصحي للقطاع الصحي لمدينة قسنطينة

عدد الأطباء	عدد الأسرة	الأقسام الإختصاص
09	29	الطب الباطني (الداخلي)
05	22	الأمراض المعدية
06	16	طب الأطفال
05	30	الجراحة
07	03	الاستعجالات
06	17	مستشفى النهار
07	29	أمراض النساء و التوليد
199	-	استشارات الطب العام
42	-	استشارات الطب المتخصص
120	-	استشارات طب الأسنان
406	146	مجموع

Source : Ministère de la santé et de la population, secteur sanitaire de Constantine, Année 2002.

أعباء المستخدمين في معظمها من الأعباء المباشرة، يتم توزيعها على الأقسام المتجانسة وفق عدد العمال الذين يباشرون عملهم على مستوى ذلك القسم. عملية ملئ الجدول الخاص بالكتلة الأجرية للأشهر أفريل، ماي، جوان تمت من خلال متوسط الأجر الشهري الإسمي لعمال نفس الوظيفة أو الإختصاص. الملحق (رقم 5-1) يوضح ذلك.

نلاحظ من خلال الجداول الثلاثة للكتلة الأجرية أن هناك ثبات للأجور على مستوى كل قسم وهذا راجع إلى:

- لم تكن هناك عملية توظيف لعمال جدد في الفترة المدروسة، لذلك لم يختلف عدد العمال من شهر إلى آخر.
- لا يوجد نظام معلوماتي (Logiciel) خاص بالأجور لتتبع الغيابات وقيمة الخصم الأجرى. لذلك فقد اعتمدنا على الأجر الاسمي للعامل و ليس على الأجر الحقيقي المستلم.

1-2 أعباء الأدوية و اللوازم الطبية :

تعتبر أعباء الأدوية و اللوازم الطبية من الأعباء المباشرة، لأن عملية توزيعها على الأقسام الطبية تتم مباشرة حسب الأقسام المستهلكة لها :

قد تم تقسيم استهلاكات الأدوية و اللوازم الطبية إلى 5 أقسام و هي :

- أدوية و لوازم طبية خفيفة (أدوية، مصل، كمادات ...)
- استهلاكات طبية أخرى.¹
- لوازم الأشعة (فلم الأشعة، لوازم أشعة أخرى ...)
- لوازم المخبر.²
- لوازم جراحة الأسنان.³
- الملحق (رقم 5-2) يوضح الإستهلاكات الشهرية للأدوية و اللوازم الطبية لشهر أفريل، ماي، جوان 2003م.

فيما يخص قسم جراحة الأسنان فلا يوجد على مستوى مستشفى حي البير، بل نجده على مستوى المراكز الصحية التابعة للقطاع الصحي لمدينة قسنطينة.

باقي الأعباء التي سيتم تناولها هي من الأعباء غير المباشرة، سترفق بمفاتيح توزيعها.

1-3 استهلاك اللوازم المكتبية :

- تم جمع المعلومات الخاصة باستهلاك اللوازم المكتبية انطلاقا من المخزن الخاص بها. قد حاولنا تفصيل الاستهلاك الشهري لمختلف اللوازم و قد تم وضع ذلك في أربعة جداول :
- استهلاك اللوازم المكتبية من طرف أقسام الإدارة العامة.

¹ - Consommable et Accessoire.

² - Réactif et Produit de laboratoire.

³ - Dentaire et Contraceptif.

- استهلاك اللوازم المكتبية من طرف قسم تسيير المرضى.
- استهلاك اللوازم المكتبية من طرف المخبر.
- استهلاك اللوازم المكتبية من طرف أقسام أخرى.

أ- استهلاك اللوازم المكتبية من طرف أقسام الإدارة العامة :

تم تفصيل استهلاك مختلف اللوازم المكتبية من طرف أقسام الإدارة العامة من خلال الملحق (رقم 5-3)، الذي يبين الاستهلاكات الشهرية لكل عنصر بالإضافة إلى مجموع الاستهلاكات الشهرية.

ب- استهلاك اللوازم المكتبية من طرف قسم تسيير المرضى :

يستهلك قسم تسيير المرضى مجموعة من البطاقات و الملفات الخاصة بقبول المرضى، سنوضح ذلك من خلال الجدول التالي :

جدول 5-5 استهلاك اللوازم المكتبية من طرف قسم تسيير المرضى

الوحدة : دج

جوان			ماي			أفريل			الأشهر لوازم
مبلغ	سعر الوحدة	عدد الوحدات	مبلغ	سعر الوحدة	عدد الوحدات	مبلغ	سعر الوحدة	عدد الوحدات	
3344	2.20	1520	3894	2.20	1770	3300	2.20	1500	البطاقة الطبية
780	1.95	400	2223	1.95	1140	2145	1.95	1100	بطاقات الأداءات ¹
16500	16.50	1000	16500	16.50	1000	-	-	-	البطاقة المكوكية ²
5800	7.25	800	2900	7.25	400	2537.5	7.25	350	ملف المريض
26424	-	-	25517	-	-	7982.5	-	-	مجموع

المصدر : من إعداد الطالب

ج- استهلاك اللوازم من طرف المخبر :

يستهلك المخبر نوعين فقط من اللوازم وهما، كراس المخبر (Carnet de Labo)، ورقة التحليل (Feuille d'Analyse).

¹ - Fiche I.H.D des Actes.

² - Fiche Navette.

الفصل الرابع : تطبيق طريقة الأقسام المتجانسة لحساب التكاليف في مستشفى حي الدير بقسنطينة.

الجدول الموالي يبين الاستهلاكات الشهرية منها :

جدول 5-6 : استهلاك اللوازم من طرف المخبر

الوحدة : دج

جوان			ماي			أفريل			الأشهر لوازم
مبلغ	سعر الوحدة	عدد الوحدات	مبلغ	سعر الوحدة	عدد الوحدات	مبلغ	سعر الوحدة	عدد الوحدات	
1710	1.20	1425	2013.6	1.20	1678	2052	1.20	1710	كراس المخبر
600	1.20	500	600	1.20	500	600	1.20	500	ورقة التحليل
2310	-	-	2613.6	-	-	2652	-	-	مجموع

المصدر : من إعداد الطالب

د- استهلاك اللوازم من طرف أقسام أخرى :

في هذه الحالة هناك تداخل في استهلاك اللوازم بين الأقسام الطبية، لا يمكن تحديد الاستهلاكات بدقة لكل قسم على حدى انطلاقا من محزن اللوازم المكتبية. الجدول (رقم 5-7) يبين مختلف اللوازم المستهلكة من طرف مختلف الأقسام الطبية.

جدول 5-7 : استهلاك اللوازم من طرف أقسام أخرى.

الوحدة : دج

جوان			ماي			أفريل			الأشهر لوازم
مبلغ	سعر الوحدة	عدد الوحدات	مبلغ	سعر الوحدة	عدد الوحدات	مبلغ	سعر الوحدة	عدد الوحدات	
670.5	74.50	9	372.5	74.50	5	372.5	74.50	5	بطاقة الخروج
1350	45.00	30	450	45.00	10	1395	45.00	31	ورقة التوقف عن العمل
29500	29.50	1000	23305	29.50	790	24780	29.50	840	الوصفات الطبية
1100	1.10	1000	550	1.10	500	1100	1.10	1000	بطاقة القسم
32620.5	-	-	24677.5	-	-	27647.5	-	-	المجموع

المصدر : من إعداد الطالب

1-4 استهلاك الألبسة و لوازم النظافة :

سنحاول تتبع مخرجات أخرى للمخزن و الأقسام المستهلكة لها، قد قسمناها إلى :

- استهلاك لوازم المغسلة.

- استهلاك لوازم الملابس.

- استهلاك قسم النظافة.

أ- استهلاك لوازم المغسلة :

تستهلك مغسلة المستشفى نوعين من اللوازم : مسحوق غسيل (4 كغ)، بالإضافة إلى ماء جافيل

فيما يلي سنبين الاستهلاكات الشهرية لهذا القسم :

جدول 5-8: استهلاك لوازم المغسلة

جوان			ماي			أفريل			الأشهر لوازم
مبلغ	سعر الوحدة	عدد الوحدات	مبلغ	سعر الوحدة	عدد الوحدات	مبلغ	سعر الوحدة	عدد الوحدات	
2700	450.00	6	2700	450.00	6	2700	450.00	6	مسحوق الغسيل (4 كغ)
2880	12.00	240	2880	12.00	240	2880	12.00	240	ماء جافيل
5580	-	-	5580	-	-	5580	-	-	مجموع

المصدر : من إعداد الطالب.

ثبات الاستهلاك الشهري لقسم المغسلة يرجع إلى اعتماد كمية شهرية تعطى في بداية الشهر مع ضرورة تسييرها لغاية نهاية الشهر، مع إمكانية إمداد إضافية في حالة زيادة النشاط أو تحويل الكمية المتبقية للشهر الموالي.

ب- استهلاك لوازم الملابس (مخرجات الملابس) :

الملبسة جزء من المخزن تقوم بمد حاجيات الأقسام الاستشفائية بمختلف الألبسة و معدات المكوث للأقسام الطبية أو غير الطبية. قد تعدر علينا تسجيل الأقسام المستهلكة لها بدقة و هذا راجع لعدم تسجيل الأطراف المستهلكة عند خروجها من المخزن، بل تسجل الكمية الصادرة فقط. الملحق (رقم 4-5) يبين الكمية الشهرية من مخرجات الملابس.

عند تقسيم المستشفى إلى أقسام متجانسة تم ضم المغسلة إلى قسم الملابس داخل قسم واحد، ذلك راجع إلى أن موضوعها واحد و هو الألبسة و معدات المكوث هذا من جهة، من جهة أخرى صعوبة التفرقة بينهما.¹

¹ – Alain Grenon, Op.cit, P 25.

ج- استهلاك لوازم قسم النظافة :

في هذه الحالة سجلنا مختلف اللوازم المستهلكة من طرف قسم النظافة، هذا القسم الذي يقدم خدمات لكل الأقسام الاستشفائية. الملحق (رقم 5-5) يوضح الاستهلاكات الشهرية لهذا القسم من لوازم النظافة.

1-5 استهلاك لوازم التغذية :

الملحق (رقم 5-6) يبين مختلف لوازم التغذية المستهلكة شهريا من طرف المطبخ. فيما بعد سنتطرق إلى الأقسام التي استهلكت الوجبات و عددها في كل قسم.

1-6 استهلاك الطاقة :

أ- استهلاك البترين من طرف وسائل النقل :

الجدول الموالي سيبين لنا الاستهلاك الشهري لمختلف وسائل النقل الموجودة على مستوى مستشفى حي البير شهريا، بالإضافة إلى قيمة ذلك الاستهلاك نقديا للأشهر أفريل، ماي، جوان كما يلي :

جدول 5-9 : استهلاك البترين من طرف وسائل النقل

		استهلاك الأشهر (لتر)		لوحة الترقيم	وسائل النقل
جوان	ماي	أفريل			
264.96	264.96	287.04	02451.390.25	1- سيارة إسعاف « Citroen C25E »	
154.56	154.56	154.56	02449.390.25	2- //	
88.32	22.08	176.64	1211.390.25	3- //	
154.56	198.72	198.72	1212.390.25	4- //	
110.4	154.56	154.56	1213.390.25	5- //	
00	00	00	1214.390.25	6- //	
242.88	309.12	419.52	591.390.25	7- //	
00	00	00	2353.189.25	8- //	
198.72	176.64	176.64	10272.181.25	9- سيارة « TOYOTA »	
154.56	154.56	154.56	10162.381.25	10- سيارة « PEUGEOT 504 »	
154.56	132.48	154.56	701041	11- سيارة « RENAULT EXPRESS »	
242.88	375.36	220.8	419036	12- //	
00	552	574.08	386857	13- //	
1766.4	2495.04	2671.68	-	المجموع (لتر)	
35592.96	50275.056	53834.352	-	التكلفة (دج)	

سعر اللتر الواحد في هذه الفترة قدر بـ : 20.15 دج/التر

المصدر : من إعداد الطالب.

ب- استهلاك المازوت :

الجدول الموالي سيوضح لنا استهلاك المازوت من طرف وسائل النقل المستهلكة لهذا النوع من الطاقة، بالإضافة إلى مولد الكهرباء (Groupe Electrogène). عدم وجود استهلاك شهري لوسيلة ما يعني أنها كانت معطلة، أما بالنسبة للمولد فرقم صفر يعني أنه لا توجد انقطاعات كهربائية لذلك لا يوجد تشغيل للجهاز.

جدول 5-10 : استهلاك المازوت

الاستهلاك الشهري (لتر)			لوحة التقييم	وسائل
جوان	ماي	أفريل		
120	200	480	170.292.25	7 - شاحنة SONACOM » « E.K66
400	200	200	03130.280.25	// -2
80	120	80	03131.280.25	// -3
00	00	00	02936.288.25	4 - شاحنة SONACOM » « OM40
240	160	40	01026.100.25	5 - شاحنة « HUNDAY 31 »
00	00	00	03119.480.25	6 - حافلة "FIAT 329"
00	00	00	03120.480.25	// -7
840	680	800	-	المجموع (لتر)
00	200	00	-	استهلاك مولد كهربائي groupe » électrogène »
840	880	800	-	المجموع الكلي (لتر)
9870	10340	9400	-	التكلفة (دج)

سعر اللتر الواحد من المازوت في هذه الفترة قدر بـ : 11.75 دج اللتر.

المصدر : من إعداد الطالب.

7-1 صيانة المعدات الطبية :

الجدول الموالي سيوضح مختلف الأجهزة و المعدات الطبية التي تم إصلاحها و صيانتها في الثلاثي الثاني من سنة 2003. هذه المعدات و التجهيزات موجودة على مستوى مستشفى حي البير أو على مستوى باقي المراكز الصحية التابعة للقطاع الصحي لمدينة قسنطينة و التي جمعت في قسم التمريض الخارجي. عملية تسديد عبي الصيانة تتم عند تاريخ تسديد الفاتورة، لذلك لا نجد تسجيل نقدي في شهر ماي و هذا راجع إلى أنه لم تسدد أي فاتورة صيانة في ذلك الشهر.

جدول 5-11 : صيانة المعدات الطبية

الوحدة : دج

حالة	معدات	مكان التواجد	الأشهر		
			أفريل	ماي	جوان
1	كرسي جراحة الأسنان	التمريض الخارجي	10179.00	-	-
2	جهاز الأشعة " radio "	مستشفى حي البير	8190.00	-	-
3	جهاز الأشعة " radio "	مستشفى حي البير	14040.00	-	-
4	جها التحميص " Développeuse "	مستشفى حي البير	5265.00	-	-
5	جهاز التحميص " Développeuse "	مستشفى حي البير	7020.00	-	-
6	جهازين " 2 Spectro "	مستشفى حي البير	22843.08	-	-
7	جهاز " Automate "	مستشفى حي البير	8700.00	-	-
8	قطع غيار مستهلكة	مستشفى حي البير	111836.73	-	-
9	كرسي جراحة الأسنان	التمريض الخارجي	-	-	1404.00
10	كرسي جراحة الأسنان	التمريض الخارجي	-	-	4446.00
11	كرسي جراحة الأسنان	التمريض الخارجي	-	-	8658.00
12	كرسي جراحة الأسنان	التمريض الخارجي	-	-	43524
-	مجموع	التمريض الخارجي	188073.81	-	58032

المصدر : من إعداد الطالب.

1-8 مصاريف متنوعة أخرى :

سنحاول فيما يلي التطرق إلى مصاريف لم تتناول من قبل وقد استهلكت من خلال الفترة المدروسة، هذه المصاريف هي مصاريف عامة في معظمها خاصة بالمستشفى ككل.
الجدول الموالي يوضح ذلك :

جدول 5-12 : مصاريف متنوعة أخرى الوحدة : دج

الأشهر			المصاريف
جوان	ماي	أفريل	
402.331,41	404.694,81	429.196,95	استهلاك الغاز الطبي
229.474,80	327.844,48	551.401,87	استهلاك الكهرباء والغاز
111.332,82	111.332,82	111.332,82	استهلاك الماء
495.587,46	978.377,46	1.233.119,95	استهلاك قطع غيار لتجهيزات طبية
319.727,93	-	322.526,77	صيانة المباني
-	-	108.693,94	استهلاك مستلزمات المباني

المصدر : من إعداد الطالب

أ - استهلاك الغاز الطبي :

بالنسبة للغاز الطبي فهو موجود على شكل قارورات كبيرة، تربط هذه القارورات عن طريق قنوات بمجموعة من الأقسام الطبية، لذلك فلا يمكن تحديد الاستهلاك الشهري لكل قسم على حدى.

ب - استهلاك الكهرباء و الغاز :

فاتورة استهلاك الكهرباء و الغاز شهرية تخص الاستهلاكات الكلية للمستشفى. لا يمكن تحديد الاستهلاكات الخاصة بكل قسم على حدى لعدم وجود عداد على مستوى كل الأقسام.

ج - استهلاك الماء :

فاتورة استهلاك الماء فصلية وقد اعتمدنا في تسجيل الأعباء الشهرية على متوسط شهري بقسمة فاتورة الفصل على ثلاث. كانت فاتورة الثلاثي الثاني من سنة 2003 م : 333.998,48 دج.

د- استهلاك قطع الغيار للتجهيزات الطبية :

نعلم أن التجهيزات الموجودة على مستوى المستشفيات باهضة الثمن. تكلفة الصيانة عموماً هي تكلفة اليد العاملة بالإضافة إلى سعر قطع الغيار المستعملة. بما أن حجم التكاليف لا يتماشى فيما بينهما لذلك قررنا فصل سعر قطع الغيار المستعملة في صيانة التجهيزات الطبية على حدى.

هـ- صيانة المباني :

بالإضافة إلى أعمال الترميم و الصيانة الدورية، يباشر المستشفى عمليات صيانة للمباني الإدارية والطبية للمستشفى عند الضرورة.

و- استهلاك مستلزمات المباني :

عملية صيانة المباني تستلزم توفر لوازم خاصة بالإصلاحات و الصيانة، لذلك يوجد على مستوى المستشفى مخزن صغير لهذه اللوازم يعمل بجانب الورشة التي تعمل على صيانة و اصلاح المباني.

2- الإحصائيات الشهرية لنشاط الأقسام :

سنحاول فيما يلي التطرق إلى نشاط الأقسام التي عرضنا أعباءها الشهرية في العنصر السابق، مع العلم أن هذا النشاط خاص بالأقسام التي بإمكاننا تكميم نشاطها.

2-1 الأقسام الفرعية العامة :

سنعرض فيما يلي حجم نشاط هذا النوع من الأقسام و الذي سيستعمل فيما بعد كمفاتيح لتوزيعها على الأقسام الطبية.

أ- قسم التنظيف :

الجدول الموالي لا يعبر مباشرة على نشاط القسم. نشاط قسم التنظيف سنعتبر عليه قيمياً أما الجدول الموالي سيسمح لنا بتوزيع الأعباء على الأقسام التي استفادت من خدمات هذا القسم و من خلال ذلك سيمكننا من تحديد تكلفة م² في نشاط قسم التنظيف.

جدول 5-13 : مساحة أقسام مستشفى حي اليرير.

القسم	مساحته (م ²)
مغسلة / ملبسة	131
المطبخة	435
الصيانة	60
الإدارة	60
محاسبة و مالية	24
تسيير المرضى	90
الصيدلية	100
غرفة العمليات	535
الأشعة	211
المخبر	107.8
الوقاية	17.6
الطب الباطني	461
الأمراض المعدية	424
الجراحة	553
طب الأطفال	241
أمراض النساء و التوليد	626
الاستعجالات	35.2
مجموع	4111.6 م ²

المصدر : من إعداد الطالب.

ب - قسم المغسلة و الملبسة :

سنأخذ فيمالي نشاط قسم المغسلة من (كغ غسيل) من أجل تكميم نشاط القسمين على السواء (مغسلة و ملبسة). تكميم نشاط هذا القسم سيمكننا من تحديد الخدمات التي استفادت منها الأقسام الأخرى.

جدول 5-14 : نشاط المغسلة و الملبسة للثلاثي الثاني من سنة 2003 م

مجموع	الاسترجالات	أمراض النساء و التوليد	الأمراض المعدية	الطب الباطني	غرفة العمليات	أقسام منتجة	أقسام مستفيدة أشهر
% 100	% 10	% 10	% 20	% 20	% 40	المغسلة %	أفريل
1152 كغ	115,2	115,2	230,4	230,4	460,8	المغسلة كغ	
% 100	% 10	% 10	% 20	% 20	% 40	المغسلة %	ماي
1152 كغ	115,2	115,2	230,4	230,4	460,8	المغسلة كغ	
% 100	% 10	% 10	% 20	% 20	% 40	المغسلة %	جوان
1152 كغ	115,2	115,2	230,4	230,4	460,8	المغسلة كغ	

المصدر : من إعداد الطالب.

نلاحظ من الجدول السابق أن نشاط الأشهر الثلاثة ثابت عموما و هذا راجع من جهة أن نشاط الأقسام المستفيدة من خدمات قسم المغسلة لم يتغير كثيرا في هذه الفترة، من جهة أخرى تم انتقاء هذه المعلومات من خلال تتبع نشاط المغسلة خلال الفترة المدروسة والأقسام التي تستفيد من هذه الخدمات؛ قد قربت هذه الاستهلاكات لتتوصل في الأخير إلى تحديد نسب استفادة الأقسام الطبية من خدمات قسم المغسلة و الملبسة.

ج- قسم المطبخ :

من خلال الجداول الموالية سيتم عرض عدد الوجبات الشهرية لمطبخة المستشفى والأقسام المستهلكة لها هذا من جهة، من جهة أخرى نوع الأطراف المستهلكة (مرضى، مستخدمين، آخرين). بالنسبة للمرضى فهم الذين يحملون ملف طبي أي لفترة مكوث أكثر من 24 ساعة في مختلف الأقسام الطبية.

الفصل الرابع : تطبيق طريقة الأقسام المتجانسة لحساب التكاليف في مستشفى حي البير بقسنطينة.

بالنسبة للمستخدمين فهم : الفرقة الليلية، المدير، بالإضافة إلى الحملات التي تقوم بها بعض الفرق الطبية دوريا خارج المستشفى.

بالنسبة لأطراف آخرين فهم : المتبرعين بالدم عموما.

جدول 5-15 : عدد الوجبات المقدمة و الأقسام المستفيدة منها لشهر أفريل.

المستهلك	مرضى	مستخدمين	آخرين	مجموع
الأقسام المستفيدة				
غرفة العمليات	00	00	00	-
الأشعة	00	30	00	30
المخبر	00	00	00	-
الوقاية	00	00	00	-
الإدارة	00	00	94	94
الطب الباطني	1384	00	00	1384
الأمراض المعدية	708	00	00	708
الجراحة	1068	56	00	1124
طب الأطفال	454	00	00	454
أمراض النساء و التوليد	1348	158	00	1506
الاستجالات	00	00	70	70
التمريض الخارجي	00	00	76	76
مجموع	4962	244	240	5446

المصدر : مصلحة المحاسبة لمستشفى حي البير و بالتصرف.

الفصل الرابع : تطبيق طريقة الأقسام المتجانسة لحساب التكاليف في مستشفى حي البير بقسنطينة.

جدول 5-16: عدد الوجبات المقدمة و الأقسام المستفيدة منها لشهر ماي.

مجموع	آخرين	مستخدمين	مرضى	المستهلك الأقسام المستفيدة
168	-	168	-	غرفة العمليات
31	-	31	-	الأشعة
-	-	-	-	المخبر
52	-	52	-	الوقاية
94	94	-	-	الإدارة
1488	-	-	1488	الطب الباطني
792	-	-	792	الأمراض المعدية
1194	-	56	1138	الجراحة
342	-	-	342	طب الأطفال
1596	-	168	1428	أمراض النساء والتوليد
76	76	-	-	الاستعجالات
84	84	-	-	التمريض الخارجي
5917	254	475	5188	مجموع

المصدر : مصلحة المحاسبة لمستشفى حي البير و بالتصرف.

جدول 5-17: عدد الوجبات المقدمة و الأقسام المستفيدة منها لشهر جوان.

المستهلك	مرضى	مستخدمين	آخرين	مجموع
الأقسام المستفيدة				
غرفة العمليات	-	168	-	168
الأشعة	-	31	-	31
المخبر	-	-	-	-
الوقاية	-	52	-	52
الإدارة	-	-	94	94
الطب الباطني	1628	-	-	1628
الأمراض المعدية	912	-	-	912
الجراحة	1006	56	-	1062
طب الأطفال	814	-	-	814
أمراض النساء والتوليد	1366	-	-	1366
الاستعجلات	-	-	76	76
التمريض الخارجي	-	-	84	84
مجموع	5726	307	254	6287

المصدر : مصلحة الحاسبة لمستشفى حي البير و بالتصرف.

2-2 الأقسام الفرعية الطبية :

سيتم فيما يلي عرض جداول شهرية توضح نشاط الأقسام المكونة للأقسام الفرعية الطبية (مخبر، أشعة، غرفة العمليات). لم نتناول قسم الوقاية و ذلك راجع إلى استحالة تكميم نشاطها.

أ- المخبر :

لتكميم نشاط المخبر نستعمل وحدات "B" ¹ أي وحدات البيولوجيا و هذه الوحدات مستعملة على المستوى الوطني من خلال وثيقة وطنية تشمل مختلف التحاليل التي تقوم بها المستشفيات الجزائرية و الملحق (رقم 5-7) يوضح ذلك.

نشاط المخبر مفصلا يظهر في الملحق (رقم 5-8) الذي يوضح كل أنواع التحاليل التي قام بها مخبر المستشفى و كيفية تشفيرها.

¹ - B : Biologie.

ب - الأشعة :

لتكميم نشاط قسم الأشعة نستعمل وحدات "R"¹ أي وحدات الأشعة. هذه الوحدات تظهر من خلال وثيقة مفصلة تشمل مختلف مناطق الجسم مشفرتا و التي بإمكان المستشفيات الجزائرية توفيرها. هذه الوثيقة تظهر من خلال الملحق (رقم 5-7).
نشاط الأشعة يظهر من خلال الملحق (رقم 5-8) مفصلا و كل نوع أشعة يظهر مشفرا وفق وحدات "R".

ج - غرفة العمليات :

لتكميم نشاط قسم غرفة العمليات نستعمل وحدات "K"² أي وحدات مجمعة لأداءات مختلفة في عمليات الجراحة. هذه الوحدات تظهر أيضا من خلال وثيقة مفصلة تشمل مختلف التدخلات الجراحية على جسم الإنسان مشفرا. هذه الوثيقة تظهر من خلال الملحق (رقم 5-7).
نشاط غرفة العمليات يظهر مفصلا و مشفرا وفق الملحق (رقم 5-8).
سنحاول فيما يلي تلخيص نشاط مختلف الأقسام الفرعية الطبية في الجداول الشهرية التالية :

¹ - R : Radiologie.

² - K : Kotage.

الفصل الرابع : تطبيق طريقة الأقسام المتجانسة لحساب التكاليف في مستشفى حي البير بقسنطينة.

جدول 5_18 : أداءات و وحدات قياس الأقسام الفرعية الطبية لشهر أبريل.

غرفة العمليات		الأشعة		المخبر		أقسام منتجة
عدد	عدد الأداءات	عدد	عدد الأداءات	عدد	عدد الأداءات	أقسام مستفيدة
وحدات "K"		وحدات "R"		وحدات "B"		
00	00	28	29	10568	533	الطب الباطني
44	42	15	17	12769	430	الأمراض المعدية
00	00	16	19	4924	164	الجراحة
00	00	27	29	11034	310	طب الأطفال
00	00	03	10	3298	125	أمراض النساء و التوليد
00	00	1131	1305	810	62	الاستعمالات
00	00	1006	1016	110498	2607	التمريض الخارجي
44	42	2226	2425	153901	4231	المجموع

المصدر : مصلحة المحاسبة لمستشفى حي البير بقسنطينة و بالتصرف

جدول 5-19 : أداءات و وحدات قياس الأقسام الفرعية الطبية لشهر ماي

غرفة العمليات		الأشعة		المخبر		أقسام منتجة
عدد	عدد الأداءات	عدد	عدد الأداءات	عدد	عدد الأداءات	أقسام مستفيدة
وحدات "K"		وحدات "R"		وحدات "B"		
00	00	30	34	8206	437	الطب الباطني
41	39	25	27	8907	362	الأمراض المعدية
00	00	10	12	3599	159	الجراحة
00	00	15	17	9868	287	طب الأطفال
00	00	01	01	2025	77	أمراض النساء و التوليد
00	00	1077	1175	1530	89	الاستعمالات
00	00	985	1000	104668	2602	التمريض الخارجي
41	39	2143	2266	138803	4013	المجموع

المصدر : مصلحة المحاسبة لمستشفى حي البير بقسنطينة و بالتصرف

جدول 5-20 : أداءات و وحدات قياس الأقسام الفرعية الطبية لشهر جوان

غرفة العمليات		الأشعة		المخبر		أقسام منتجة أقسام مستفيدة
عدد وحدات "K"	عدد الأداءات	عدد وحدات "R"	عدد الأداءات	عدد وحدات "B"	عدد الأداءات	
00	00	14	15	14209	721	الطب الباطني
36	36	15	18	17898	601	الأمراض المعدية
00	00	08	11	3981	147	الجراحة
00	00	44	48	18525	557	طب الأطفال
00	00	04	19	3092	108	أمراض النساء و التوليد
00	00	1055	1242	1114	88	الاستعجالات
00	00	1009	1030	75486	3059	التمريض الخارجي
36	36	2149	2383	134305	5281	المجموع

المصدر : مصلحة المحاسبة لمستشفى حي البير بقسنطينة و بالتصرف

2-3 الأقسام الطبية الرئيسية :

سيتم فيما يلي عرض البيانات الخاصة بعدد المرضى المقبولين و أيام المكوث الاستشفائية في كل قسم من الأقسام الطبية الرئيسية التي لها فترة مكوث أكبر من 24 ساعة. الأقسام المعنية هي (الطب الباطني، الأمراض المعدية، الجراحة، طب الأطفال، أمراض النساء و التوليد) بالنسبة للقسمين المتبقين و هما الاستعجالات و التمريض الخارجي فإن العلاج الذي يتلقاه المريض على مستواهما تكون فترته أقل من 24 ساعة، لذلك فقد اعتمدت وحدات قياس مختلفة و هي عدد الفحوصات.

هذه البيانات تعتبر القاعدة الإحصائية التي ستمكننا من حساب تكلفة اليوم الاستشفائي أو تكلفة الفحوصات بعد التوزيع الثانوي للأعباء.

الجدولين (رقم 5-21) و (رقم 5-22) يبينان نشاط الأقسام الطبية الرئيسية لمستشفى حي البير خلال الثلاثي الثاني من سنة 2003م.

الفصل الرابع : تطبيق طريقة الأقسام المتجانسة لحساب التكاليف في مستشفى حي البير بقسنطينة.

جدول 5-21 : عدد المرضى المقبولين في الأقسام الطبية الرئيسية و أيام المكوث

مجموع		جوان		ماي		أفريل		أشهر
عدد الأيام	عدد المرضى	أقسام						
1659	169	236	43	310	57	1113	69	الطب الباطني
1162	130	537	59	425	46	200	25	الأمراض المعدية
3450	152	920	38	1300	75	1230	39	الجراحة
652	104	245	33	147	23	260	48	طب الأطفال
1499	869	719	372	500	257	280	240	أمراض النساء و التوليد
00	00	00	00	00	00	00	00	الاستعجالات
00	00	00	00	00	00	00	00	التمريض الخارجي
8422	1424	2657	545	2682	458	3083	421	مجموع

المصدر : مصلحة الحاسبة لمستشفى حي البير و بالتصرف

جدول 5-22 الفحوصات الطبية في قسمي الاستعجالات و التمريض الخارجي

مجموع	جوان	ماي	أفريل	أشهر
8469	2500	4490	1479	الاستعجالات
110356	88160	11230	10966	التمريض الخارجي
118825	90660	15720	12445	مجموع

المصدر : مصلحة الحاسبة لمستشفى حي البير و بالتصرف

المطلب الثالث: التوزيع الأولي والثانوي للأعباء

يمثل هذا المطلب المرحلة الرابعة والمرحلة الخامسة من تطبيق طريقة الأقسام المتجانسة على مستوى

مستشفى حي البير .

1- التوزيع الأولي للأعباء:

سيتم فيما يلي توزيع مختلف الأعباء غير المباشرة التي تحملها المستشفى في الفترة المدروسة. قد تناولنا هذه الأعباء على المستوى الشهري، من أجل إمكانية مقارنتها فيما بعد من خلال جداول التوزيع الأولي للأعباء غير المباشرة في الملحق (رقم 5-9). سنلاحظ أن هناك من الأعباء غير المباشرة الذي سيتحمله القسم المستهلك له في مرحلة أولى، الذي سيوزع فيما بعد ومن خلال التوزيع الثانوي للأعباء على الأقسام الأخرى التي استفادت منه بطريقة غير مباشرة. هناك نوع آخر من الأعباء والذي استفادت منه مجموعة من الأقسام، هذا النوع سيتم تحميله على الأقسام المستفيدة منه مباشرة باستعمال مفاتيح توزيع. سنحاول فيما يلي التطرق لمختلف الأعباء غير المباشرة التي تحملها مستشفى حي البير، الأقسام المستهلكة لها ومفاتيح توزيع الأعباء إن وجدت.

1-1 الأعباء المحتملة من طرف قسم وحيد:

في هذه الحالة لا داعي لاستعمال مفاتيح توزيع العيىء، لأنه يوجد قسم وحيد يستعمل هذا العيىء. قد عمدنا إلى تجميع هذه الأعباء وفق القسم المستعمل لها كما يلي:

أ- الإدارة العامة:

يتحمل هذا القسم عموماً، كل الأعباء غير المباشرة المتعلقة بالعمال، الأقسام الإدارية بالإضافة إلى بعض الأعباء المتعلقة بمجموعة من الأقسام أو المستشفى ككل و التي تطرح صعوبة في تحديد مفاتيح لتوزيعها. في هذا الصدد نذكر الأعباء التي حملت على الإدارة العامة:

- **مصاريف التأمين على المسؤولية المدنية¹**: تتمثل في مجموع الاقتطاعات المباشرة على أجور عمال المستشفى والتي تقابل الاشتراكات الشهرية للعمال المؤمنين على المسؤولية المدنية.
- **مصاريف التكوين المتواصل**: عبارة عن الأعباء التي يتحملها المستشفى من خلال تكوين وتأهيل الأطباء بمختلف اختصاصاتهم، المرضى والتقنيين، بالإضافة إلى العمال الإداريين. يتم ذلك عن طريقة مدارس متخصصة أو عن طريق دورات تكوينية وطنية، ملتقيات...
- **وثائق**: مختلف الجرائد اليومية و الرسمية بالإضافة إلى مجلات دورية التي يقتنيها المستشفى.

¹ - Assurance sur la Responsabilité Civile.

الفصل الرابع : تطبيق طريقة الأقسام المتجانسة لحساب التكاليف في مستشفى حي الدير بقسنطينة.

- تنقلات واستقبالات : عبارة عن الأعباء التي يتحملها عمال المستشفى الذين يباشرون مهمة ما قد يكونوا عمال السلك الطبي، عمال إداريين أو عمال تقنيين.

- استهلاك الطاقة : هناك نوعين من النقل على مستوى المستشفى : نقل المرضى أو نقل آخر لـ (بضائع، غاز طبي، أدوية، العمال). كل أعباء الطاقة ستحمل على قسم الإدارة العامة لصعوبة تحديد نصيب كل قسم منها.

- استهلاك الغاز الطبي : تطرقنا سابقا إلى هذا النوع من الأعباء، الذي يخص مجموعة من الأقسام الطبية في نفس الوقت وصعوبة تحديد استهلاك كل قسم على حدى.

- صيانة المباني : هذا العيب يقابل الصيانة والإصلاحات لمختلف هياكل المستشفى (طبية، إدارية، أخرى).

- استهلاك مستلزمات المباني : تم فصل اللوازم المستهلكة من خلال عمليات صيانة وإصلاحات المباني، هذا ما يدل على أن العيب الخاص بصيانة المباني في مجمله عبارة عن أعباء خاصة باليد العاملة التي باشرت تلك الإصلاحات.

ب - المحاسبة والمالية:

عموما القسم المالي يتحمل الأعباء التالية:

- مصاريف تسيير أخرى : وهي أتعاب الخبير المحاسبي الذي يباشر عمليات مراقبة الملفات المحاسبية للمستشفى دوريا.

ج - المطبخ:

يتحمل هذا القسم عموما عيب أساسي هو:

- مواد ولوازم غذائية : وهي مختلف المواد الغذائية ولوازم الطبخ المستهلكة من طرف مطبخة المستشفى، هذه الأعباء حددت شهريا.

د - المغسلة والملبسة:

يتحمل هذا القسم العيب التالي:

- لوازم أخرى : عبارة عن مختلف الألبسة ولوازم المكوث المستهلكة من طرف مختلف أقسام المستشفى.

هـ - الصيانة :

يتحمل هذا القسم عبئ أساسي يمثل الجزء الأكبر من أعباءه وهو:
- استهلاك قطع غيار الأجهزة الطبية : وضعت قطع غيار الأجهزة الطبية على حدى لغرض مراقبة تكلفة اليد العاملة على حدى هذا من جهة، من جهة أخرى هناك بعض قطع الغيار التي تشتري من طرف المستشفى مباشرة من الخارج.

1-2 الأعباء المتحملة من طرف مجموعة من الأقسام:

- اللوازم المكتبية : تتمثل في مختلف لوازم الكتابة (أقلام، أوراق، ملفات)، لوازم الإعلام الآلي. بالإضافة إلى مختلف الوثائق الطبية المستعملة على مستوى الأقسام الإدارية والطبية.
 - لوازم التنظيف : تخص لوازم التنظيف قسمين أساسيين وهما : قسم التنظيف وقسم المغسلة والملبسة.
 - صيانة المعدات الطبية : تتمثل في أعباء صيانة وإصلاحات الأجهزة والمعدات الخاصة بالأقسام الطبية.
 - استهلاك الكهرباء والغاز : فاتورة الكهرباء والغاز شهرية، سنحاول توزيعها على الأقسام المستفيدة عن طريق مساحة تلك الأقسام.
 - استهلاك الماء : فاتورة الماء فصلية، لذلك فقد حددنا متوسط تكلفة الشهر للثلاثي الثاني من سنة 2003 م. ثم قسم هذا العبئ على الأقسام المستهلكة وفق مساحة كل قسم بالنسبة لمساحة الأقسام الاستشفائية.
- قد تم من خلال جدول التوزيع الأولي للأعباء غير المباشرة توزيع كل الأعباء غير المباشرة على الأقسام المستهلكة لها. بعد جمع هذه الأعباء حسب كل قسم نتحصل على مجموع التوزيع الأولي للأعباء غير المباشرة.

الفصل الرابع : تطبيق طريقة الأقسام المتجانسة لحساب التكاليف في مستشفى حي الدير بقسنطينة.

تم إضافة أسفل الجدول خانة أخرى خاصة بالكتلة الأجرية لعمال الأقسام العامة. بعد جمع مجموع التوزيع الأولي للأعباء غير المباشرة بالإضافة إلى الكتلة الأجرية للأقسام العامة نتحصل على مجموع أعباء الأقسام العامة.

بالإضافة إلى المعلومات أعلاه، تم استنتاج تناسب الأعباء غير المباشرة للأقسام الطبية فيما بينها لاستعمالها فيما بعد كمفاتيح توزيع نقدية¹.

في المرحلة الموالية سنقوم بتوزيع أعباء الأقسام العامة على الأقسام الطبية، هذا ما سنحاول الوصول إليه من خلال التوزيع الثانوي للأعباء.

2- التوزيع الثانوي :

يتمثل التوزيع الثانوي للأعباء في تفرغ أعباء الأقسام الفرعية في الأقسام الرئيسية. سنحاول فيما يلي تحقيق ذلك وفق مرحلتين :

- المرحلة الأولى تتمثل في توزيع أعباء الأقسام الفرعية العامة على مختلف الأقسام الطبية.

- المرحلة الثانية تتمثل في توزيع أعباء الأقسام الفرعية الطبية على الأقسام الطبية الرئيسية.

2-1 المرحلة الأولى :

سيتم من خلال هذه المرحلة توزيع أعباء الأقسام الفرعية العامة على الأقسام الطبية فرعية كانت أم رئيسية، وفق وحدات قياس أو نسب مئوية. الجدول (5-23) يبين مختلف وحدات قياس الأقسام الفرعية العامة.

وقد اعتمدنا في توزيع أعباء الأقسام الفرعية العامة على طريقة التوزيع التنازلي للأعباء، أين يتم من خلالها تفرغ أعباء القسم المعني في الأقسام الموالية له في كل مرة ولا نعود إلى الأقسام السابقة.

الملحق (رقم 5-10) يوضح التوزيع الثانوي لأعباء الأقسام الفرعية العامة.

¹ – Au dinar le Dinar.

جدول 5-23 : وحدات قياس الأقسام الفرعية العامة.

وحدات القياس	الأقسام الفرعية العامة
المساحة (المتر المربع م ²)	- التنظيف
كيلوغرام غسيل	- المغسلة والملبسة
عدد الوجبات المقدمة	- المطبخة
دينار الأقسام الطبية *	- الصيانة
دينار الأقسام الطبية *	- الإدارة العامة
عدد المرضى المقبولين للمكوث	- تسيير المرضى
دينار الأقسام الطبية *	- المحاسبة والمالية
قيمة الأدوية الموزعة على الأقسام الطبية	- الصيدلية

المصدر : من إعداد الطالب

2-2 المرحلة الثانية :

تمثل المرحلة الثانية من التوزيع الثانوي للأعباء في تفريغ أعباء الأقسام الفرعية الطبية في الأقسام الطبية الرئيسية. وفق وحدات قياس - تعرضنا إليها فيما سبق - مشفرة بالنسبة لقسم غرفة العمليات، الأشعة، المخبر. بالنسبة لقسم الوقاية بالمقابل سيتم توزيع أعباء تناسبها فيما بين الأقسام الطبية الرئيسية. الجدول الموالي يوضح وحدات القياس للأقسام الفرعية الطبية.

جدول 5-24 : وحدات قياس الأقسام الفرعية الطبية

وحدات القياس	الأقسام الفرعية الطبية
وحدات مشفرة "K"	- غرفة العمليات
وحدات مشفرة "R"	- الأشعة
وحدات مشفرة "B"	- المخبر
دينار الأقسام الطبية الرئيسية *	- الوقاية

المصدر : مصلحة المحاسبة لمستشفى حي البير.

*- دينار الأقسام الطبية يتمثل في توزيع أعباء القسم تناسبها بين الأقسام الطبية، هذه النسب تحصلنا عليها وفق جدول التوزيع الأولي للأعباء غير المباشرة مع العلم أن هذه النسب مختلفة من شهر إلى آخر.

الفصل الرابع : تطبيق طريقة الأقسام المتجانسة لحساب التكاليف في مستشفى حي الدير بقسنطينة.

أعباء الأقسام الفرعية الطبية تتكون من ثلاث أجزاء أساسية وهي : الكتلة الأجرية لعمال الأقسام، استهلاك الأدوية، بالإضافة إلى مجموع الأعباء غير المباشرة المتحصل عليها من خلال التوزيع الثانوي لأعباء الأقسام الفرعية العامة.

بعد جمع أعباء الأقسام الفرعية الطبية، تم توزيعها وفق وحدات قياس كل قسم على الأقسام الطبية الرئيسية. وقد استعملنا طريقة التوزيع المباشر للأعباء.

الملحق (رقم 5-11) يوضح التوزيع الثانوي لأعباء الأقسام الفرعية الطبية.

بعد توزيع أعباء الأقسام الفرعية على الأقسام الرئيسية نصل إلى آخر مرحلة وهي حساب تكلفة مخرجات النشاط الاستشفائي الرئيسي.

3 - تحديد تكلفة وحدات قياس الأقسام الطبية الرئيسية :

قبل تحديد تكلفة وحدة قياس الأقسام الطبية الرئيسية، يجب تجميع أعباء الأقسام الرئيسية المباشرة وغير المباشرة. هذه الأعباء تتمثل في:

- الأعباء المباشرة : التي تنقسم إلى :

- الكتلة الأجرية للأقسام الطبية الرئيسية.

- استهلاك الأدوية.

- أعباء مباشرة أخرى مصدرها التوزيع الثانوي لأعباء الأقسام الفرعية.

- الأعباء غير المباشرة : التي تنقسم إلى:

- أعباء غير مباشرة خاصة بالأقسام الطبية الرئيسية مصدرها التوزيع الأولي

للأعباء غير المباشرة.

- أعباء غير مباشرة أخرى مصدرها التوزيع الثانوي لأعباء الأقسام الفرعية.

بعد تجميع هذه الأعباء نتحصل على مجموع التوزيع الثانوي لأعباء الأقسام الطبية الرئيسية.

بعد تقسيم أعباء كل قسم على وحدات القياس الخاصة به نتحصل على تكلفة وحدة قياس القسم الاستشفائي.

الجدول الموالي يظهر وحدات قياس الأقسام الطبية الرئيسية.

جدول 5-25 : وحدات قياس الأقسام الطبية الرئيسية

الأقسام	وحدات القياس
- الطب الباطني	يوم استشفائي
- الأمراض المعدية	يوم استشفائي
- الجراحة	يوم استشفائي
- طب الأطفال	يوم استشفائي
- أمراض النساء والتوليد	يوم استشفائي
- الاستعجالات	عدد الفحوصات المقدمة
- التمريض الخارجي	عدد الفحوصات المقدمة

المصدر: مصلحة المحاسبة لمستشفى حي البير

ملاحظة: هناك قسم جراحة الأسنان المتواجد على مستوى المراكز الصحية التابعة للقطاع الصحي حي البير ضمن قسم التمريض الخارجي. فهناك صعوبة تكمن في إمكانية تحديد أعباءه بدقة نظرا لانفصاله عن المستشفى، بالمقابل حجم نشاطه وحدات القياس الخاصة به متوفرة في الملحق (رقم 5-7).

جدول 5-26 : توزيع أعباء الأقسام الفرعية الطبية على الأقسام الطبية الرئيسية لشهر أبريل

الوحدة : دج

الأمراض	الأقسام الطبية الرئيسية							الأقسام الفرعية الطبية				الأقسام الأعباء
	التمريض الخارجي	الاستشارات	أمراض النساء و التوليد	طب الأطفال	الجراحة	الأمراض المعدية	الطب الباطني	الوقاية	المخبر	الأشعة	غرفة العمليات	
18644486,75	15403622,71	336858,40	507121,16	288702,05	331568,28	258320,60	439480,00	349586,35	405141,20	135612,05	188473,95	الكتلة الأجرية الطبية
3929088,94	2177886,11	178265,9	141171,11	17849,65	228555,03	159915,72	330881,13	0	265121,02	100791,61	328651,65	استهلاك الأدوية
22573575,69	17581508,82	515124,3	648292,27	306551,7	560123,31	418236,32	770361,13	349586,35	670262,22	236403,67	517125,6	مجموع الأعباء المباشرة I
11644165,97	714697,89	120209,78	1984043,01	734603,65	1672126,41	1291518,2 1	1486358,86	53672,74	862571,07	1160426,18	1563938,17	مجموع الأعباء غير المباشرة II
34217741,66	18296206,71	635334,08	2632335,28	1041155,3 5	2232249,72	1709754,5 3	2256719,99	403259,09	1532833,29	1396829,85	2081063,77	مجموع الأعباء I + II
% 100	63,52	2,21	9,14	3,61	7,75	5,94	7,83	-	-	-	-	%
2081063,77	-	-	-	-	-	2081063,7 7	-	-	-	-	(2081063,77)	غرفة العمليات
1396829,85	631271,71	709710,04	1882,52	16942,68	10040,10	9412,60	17570,18	-	-	(1396829,85)	-	الأشعة
1532833,29	1100545,24	8067,5	32847,64	109897,16	49042,38	127177,52	105255,86	-	(1532833,29)	-	-	المخبر
403259,09	256150,17	8912,02	36857,88	14557,65	31252,58	23953,59	31575,18	(403259,09)	-	-	-	الوقاية
34217741,63	20284173,83	1362023,64	2703923,32	1182552,8 4	2322584,78	3951362,0 1	2411121,21	0	0	0	0	المجموع
-	10966	1479	280	260	1230	200	1113	%	153901 " B"	2226 " R "	44 " K "	وحدات
-	1849,73	920,9	9656,87	4548,28	1888,28	19756,81	2166,33	-	9,96	627,50	47296,90	تكلفة الوحدة

المصدر : من إعداد الطالب

جدول رقم 5- 27 : توزيع أعباء الأقسام الفرعية الطبية على الأقسام الرئيسية لشهر ماي

الوحدة دج

البيانات	الأقسام الطبية الرئيسية							الأقسام الفرعية الطبية				الأقسام الأعباء
	التمريض الخارجي	الاسترجالات	أمراض النساء و التوليد	طب الأطفال	الجراحة	الأمراض المعدية	الطب الباطني	الوقاية	المخبر	الأشعة	غرفة العمليات	
18644486,75	15403622,71	336858,40	507121,16	288702,05	331568,28	258320,60	439480,00	349586,35	405141,20	135612,05	188473,95	الكتلة الأجرية الطبية
3137474,71	1560860,23	238221,94	140827,42	40182,32	128273,54	87641,90	154631,13	220031,40	151218,97	67220,79	348365,07	استهلاك الأدوية
21781961,46	16964482,94	575080,34	647948,58	328884,37	459841,82	345962,5	594111,13	569617,75	556360,17	202832,84	536839,02	مجموع الأعباء المباشرة....I
12467170,5	858506,63	145400,78	2331437,57	850152,13	1986985,07	1500016,9 3	1680297,43	74585,29	466223,84	703436,58	1870128,25	مجموع الأعباء غير المباشرة....II
	17822989,57	720481,12	2979386,15	1179036,5	2446826,89	1845979,4 3	2274408,56	644203,04	1022584,01	906269,42	2406967,27	مجموع الأعباء I+II
% 100	60,89	2,46	10,18	4,03	8,36	6,31	7,77	-	-	-	-	%
2406967,27	-	-	-	-	-	2406967,2 7	-	-	-	-	(2406967,27)	غرفة العمليات
906269,42	416554,07	455460,64	422,89	6343,46	4228,97	10572,5	12686,92	-	-	(906269,42)	-	الأشعة
1022584,01	771105,98	11271,75	14918,50	72699,14	26514,41	65619,30	60454,92	-	1022584,01)	-	-	المخبر
644203,04	392255,23	15847,39	65579,87	25961,38	53855,37	40649,21	50054,58	(644203,04)	-	-	-	الوقاية
34249131,97	19402904,85	1203060,90	3060307,41	1284040,4 8	2531425,64	4369787,7 1	2397604,98	0	0	0	0	المجموع
-	11230	4490	500	147	1300	425	310	%	138803 " B "	2143 " R "	41 " K "	وحدات
-	1727,77	267,94	6120,61	8734,97	1947,25	10281,85	7734,21	-	7,37	422,90	58706,52	تكلفة الوحدة

المصدر : من إعداد الطالب

جدول 5-28 : توزيع أعباء الأقسام الفرعية الطبية على الأقسام الطبية الرئيسية لشهر جوان

الوحدة : دج

الجموع	الأقسام الطبية الرئيسية							الأقسام الفرعية الطبية				الأقسام الأعباء
	التمريض الخارجي	الاسترجالات	أمراض النساء و التوليد	طب الأطفال	الجراحة	الأمراض المعدية	الطب الباطني	الوقاية	المخبر	الأشعة	غرفة العمليات	
18644486,75	15403622,71	336858,40	507121,16	288702,05	331568,28	258320,60	439480,00	349586,35	405141,20	135612,05	188473,95	الكتلة الأجرية الطبية
3540614,75	1903955,33	265161,10	139931,32	127541,58	113788,76	185001,92	280669,5	447,16	175616,74	106427,80	242073,54	استهلاك الأدوية
22185101,50	17307578,04	602019,5	647052,48	416243,63	445357,04	443322,52	720149,50	350033,51	580757,94	242039,85	430547,49	مجموع الأعباء المباشرة I
12253882,4	2771647,39	129689,35	1859012,95	721545,2	1587053,16	1279752,05	1448098,25	49982,25	348520,51	578945,98	1479635,31	مجموع الأعباء غير المباشرة II
34438983,9	20079225,43	731708,85	2506065,43	1137788,83	2032410,20	1723074,57	2168247,75	400015,76	929278,45	820985,83	1910182,80	مجموع الأعباء I + II
% 100	66,10	2,41	8,25	3,74	6,69	5,67	7,14	-	-	-	-	%
1910182,80	-	-	-	-	-	1910182,80	-	-	-	-	(1910182,80)	غرفة العمليات
820985,83	385469,85	403043,30	1528,12	16809,38	3056,25	5730,47	5348,44	-	-	(820985,83)	-	الأشعة
929278,45	522300,08	7707,95	21394,06	128177,53	27545,19	123839,21	98314,41	-	(929278,45)	-	-	المخبر
400015,76	264410,42	9640,38	33001,30	14960,58	26761,05	22680,89	28561,12	(400015,76)	-	-	-	الوقاية
34438983,84	21251405,78	1152100,48	2561988,91	1297736,32	2089772,69	3785507,94	2300471,72	0	0	0	0	الجموع
-	88160	2500	719	245	920	537	236	%	134305 " B "	2149 " R "	36 " K "	وحدات
-	241,05	460,84	3563,26	5296,88	2271,49	7049,36	9747,76	-	6,92	382,03	53060,63	تكلفة الوحدة

المصدر : من إعداد الطالب

المبحث الثالث : نتائج وتوصيات

سنحاول من خلال هذا المبحث توضيح النتائج المتوصل إليها من خلال دراسة حالة مستشفى حي البير هذا من جهة، من جهة أخرى إبراز محدودية تطبيق الطريقة من طرف قسم المحاسبة على مستوى مستشفى حي البير من خلال التعرض إلى الأسباب الرئيسية التي أدت إلى ذلك. بالنسبة للتوصيات هي محاولة اقتراح بعض الحلول للمسير من أجل التحسين النوعي لتطبيق هذه الطريقة على مستوى المستشفيات الجزائرية.

المطلب الأول : نتائج دراسة حالة مستشفى حي البير

تحديد النتائج المتوصل إليها سيتم من خلال عنصرين. فالعنصر الأول نتطرق من خلاله إلى نتائج الطريقة المطبقة في هذا الفصل. أما العنصر الثاني فهو عملية نقد من خلال تحديد مواقع القوة وخصوصا مواقع الضعف الملاحظة من تطبيق هذه الطريقة من طرف مصلحة المحاسبة لمستشفى حي البير.

1 - نتائج تطبيق طريقة الأقسام المتجانسة (حالة مستشفى حي البير):

قد تطرقنا في المبحث الثاني من هذا الفصل إلى مراحل تطبيق طريقة الأقسام المتجانسة وقد تم تحديد نوعين أساسيين من الأقسام المتجانسة وهي الأقسام الطبية الرئيسية والأقسام الفرعية، داخل هذه الأخيرة تم فصل الأقسام الفرعية العامة عن الأقسام الفرعية الطبية. نتائج كل نوع من الأقسام سيتم تناوله فيما يلي:

1-1 الأقسام الفرعية العامة:

هذا النوع من الأقسام ينقسم إلى :

1-1-1 الأقسام الفرعية العامة :

قسمت الأقسام الفرعية إلى ثمانية أقسام، هناك أربعة أقسام لها وحدات قياس. أين سيتم مقارنتها من خلال الدورات الثلاث الشهرية للثلاثي الثاني من سنة 2003 وفق الأعباء الناتجة عن نشاطها، بالإضافة إلى حجم وحدات القياس.

الفصل الرابع : تطبيق طريقة الأقسام المتجانسة لحساب التكاليف في مستشفى حي البير بقمطية. ———

بالنسبة للأقسام الأربعة الأخرى فلا توجد وحدات لقياسها، سيتم مقارنتها من خلال الأعباء الناتجة عن النشاط الشهري لها.

علما أن الأعباء الخاصة بهذا النوع من الأقسام تم تجميعها قبل التوزيع الثانوي للأعباء العامة، هذا من أجل تجميع كل الأعباء الخاصة بكل قسم عام وذلك من خلال استعمالنا للتوزيع التنازلي للأعباء. الجدول الموالي يوضح أعباء كل قسم فرعي عام وتكلفة وحدات القياس لأشهر الثلاثي الثاني من سنة 2003 م :

جدول 5-29 : مقارنة أعباء الأقسام الفرعية العامة (الثلاثي الثاني سنة 2003)

الوحدة : دج

جوان			ماي			أفريل			أقسام أشهر
تكلفة الوحدة	وحدات القياس	أعباء	تكلفة الوحدة	وحدات القياس	أعباء	تكلفة الوحدة	وحدات القياس	أعباء	
197,92	4111,6	813792,13	193,29	4111,6	794744,60	192,82	4111,6	792790,28	التنظيف
163,89	1152	188809,79	84,50	1152	97344,50	67,09	1152	77288,42	المغسلة و الملبسة
78,05	6287	490701,09	79,74	5917	471838,72	92,23	5446	502293,63	المطبخة
-	-	670536,37	-	-	1154483,88	-	-	1412460,21	الصيانة
-	-	9462310,74	-	-	9242649,69	-	-	7966110,86	الإدارة العامة
315,04	545	171697,37	376,69	458	172526,64	379,67	421	159842,90	تسيير المرضى
-	-	108128,35	-	-	168591,36	-	-	109884,90	المحاسبة و المالية
-	-	174187,52	-	-	176116,71	-	-	181506,45	الصيدلية
-	-	12080163,36	-	-	12278296,10	-	-	11202177,65	المجموع

المصدر : من إعداد الطالب

من خلال الجدول السابق نستنتج مايلي :

§ بالنسبة لقسم التنظيف فإن الأعباء المتحصل عليها في الثلاثي الثاني من سنة 2003 م كانت ثابتة نوعا ما في الدورات الثلاث الشهرية. هذا راجع إلى أن عدد العمال ثابت في هذه الفترة من جهة، من جهة أخرى عدم تغير سعر وكمية اللوازم المستعملة من طرف هذا القسم. بالنسبة لوحدات القياس المستعملة في قسم التنظيف هو المتر المربع (م²). ثبات وحدات القياس بالإضافة إلى الثبات النسبي للأعباء يجعل تكلفة تنظيف المتر المربع شهريا ثابتة.

§ بالنسبة لقسم المغسلة والملبسة فإن تغير الأعباء في الأشهر الثلاث كان واضحا. فقد سجلنا ارتفاع في شهر ماي وجوان على التوالي بنسبة 26% و 144% وهذا بالمقارنة مع أعباء شهر أفريل.

التغير الكبير للأعباء المسجل في شهر جوان يعود أساسا إلى الملبسة حيث تم توزيع ألبسة على كل عمال المستشفى من جهة، من جهة أخرى ارتفاع معدات المكوث الموزعة نظرا لارتفاع عدد المرضى في هذا الشهر في الأقسام الطبية الرئيسية. بالمقابل فهناك ثبات في النشاط الشهري للمغسلة وقد لاحظنا ذلك من خلال كمية اللوازم الشهرية المستهلكة من طرف هذا القسم.

§ فيما يخص قسم المطبخ، فإن أعبائها لم تتغير كثيرا خلال الدورات الثلاث للفصل الثاني من سنة 2003 م. فقد سجلنا انخفاض في شهر ماي بـ 6%، ثم انخفاض في شهر جوان بـ 2% وهذا بالمقارنة مع شهر أفريل. هذا لايعني أن عدد الوجبات المقدمة تغير في نفس اتجاه تغير الأعباء. حيث سجلنا ارتفاع في عدد الوجبات في شهري ماي وجوان على التوالي بـ 8% و 15%.

انخفاض الأعباء بنسب متفاوتة وارتفاع عدد الوجبات بالمقابل يفسر من خلال تركيبة الوجبات المقدمة. فحسب النظام الداخلي للمستشفى ارتفاع في عدد الوجبات المقدمة يحتم على المطبخ تقديم وجبات اقتصادية من خلال اختيار مواد غذائية فصلية ذات أسعار منخفضة نوعا ما. § هناك ارتفاع لأعباء قسم تسيير المرضى بمقارنة أعباء شهر ماي وجوان بشهر أفريل وذلك بنسبة 8%. هذا راجع عموما إلى الارتفاع المسجل في عدد المرضى الذين تم قبولهم للمكوث في هذه الفترة.

§ فيما يتعلق بقسم الصيانة فإن الأعباء كانت في تناقص. فقد سجلنا انخفاض في شهر ماي وجوان على التوالي بنسبة 18% و-52% بالمقارنة مع أعباء شهر أفريل.

يفسر هذا الانخفاض من جهة إلى انخفاض قطع الغيار المستهلكة، حيث سجلنا انخفاض في شهر ماي وجوان على التوالي ب - 79 % و - 40 % على التوالي، من جهة أخرى انخفاض باقي المصاريف في شهر ماي وجوان بالمقارنة بشهر أفريل.

§ فيما يخص قسم الإدارة العامة، فهناك ارتفاع نسبي للأعباء المسجلة خلال شهري ماي وجوان على التوالي بنسبة 16 % و 18 % هذا الارتفاع ناتج من خلال حجم التوزيع الأولي لمختلف الأعباء المحملة من طرف هذا القسم.

§ بالنسبة لقسم المحاسبة والمالية فإننا سجلنا ارتفاع عرضي في شهر ماي ثم رجوع أعباء شهر جوان إلى الثبات بالمقارنة مع أعباء شهر أفريل. يعود هذا الارتفاع في شهر ماي إلى الأتعاب المقدمة لمراقب الحسابات الخارجي بمبلغ 60000 دج.

§ فيما يتعلق بالصيدلية، فإن مصاريف التسيير سجلت ثبات فيما يخص الدورات الثلاث للثلاثي الثاني من سنة 2003. هذا راجع إلى استقرار الفرقة العاملة من جهة، من جهة أخرى إلى ثبات نشاط هذا القسم خلال الفترة المدروسة.

1-1-2 الأقسام الفرعية الطبية:

هناك أربعة أقسام فرعية طبية وهي: غرفة العمليات، الأشعة، المخبر والوقاية. تم تجميع الأعباء الخاصة بهذه الأقسام بعد التوزيع الثانوي لأعباء الأقسام الفرعية العامة. علما أن الأقسام الثلاث الأولى تحتوي على وحدات قياس مشفرة أين ستمكننا من مقارنة أعباء هذه الأقسام بالإضافة إلى تكلفة وحدات قياسها. أما فيما يخص قسم الوقاية فليس له وحدة قياس لهذا سنحاول مقارنة حجم أعباءه من دورة إلى أخرى فقط.

الجدول الموالي يبين أعباء كل قسم، وحدات القياس وتكلفتها في كل دورة من الثلاثي الثاني من سنة 2003 م.

جدول 5-30 : مقارنة أعباء الأقسام الفرعية الطبية

الوحدة : دج

جوان		ماي			أفريل			أشهر
تكلفة الوحدة	وحدات قياس	أعباء	تكلفة الوحدة	وحدات قياس	أعباء	تكلفة الوحدة	وحدات قياس	أقسام
53060,63	36	1.910.182,80	58.706,52	41	2.406.967,27	47.296,90	44	غرفة العمليات
382,03	2149	820.985,83	422,90	2143	906.269,42	627,50	2226	الأشعة
6,92	134.305	929.278,45	7,37	138.803	1022.584,01	9,96	153901	المخبر
-	-	400.015,76	-	-	644.203,04	-	-	الوقاية
-	-	4.060.462,84	-	-	4.980.023,74	-	-	المجموع

المصدر : من إعداد الطالب.

من خلال الجدول السابق نستنتج مايلي :

§ بالنسبة لقسم غرفة العمليات فإن الأعباء الشهرية الناتجة عن نشاطه ثابتة نوعا ما. لكن ما يجعل تكلفة الوحدة من « K » (العملية الجراحية) في المتوسط متدبدة هو عدد المرضى الذين أجروا هذه العملية.

يلاحظ أنه في شهر ماي و رغم انخفاض عدد العمليات الجراحية إلا أن العبء الخاص بها ارتفع. هذا راجع من جهة إلى حجم الأدوية المستهلكة في هذا الشهر و الملحق (رقم 5-2) يوضح ذلك. بالإضافة إلى نوعية العمليات الجراحية التي تم إجرائها في كل شهر، حيث أنها غير متجانسة من ناحية تكلفة إجرائها.

§ فيما يخص قسم الأشعة فهناك انخفاض تدريجي للأعباء من شهر أفريل إلى جوان، هذا راجع إلى عدد الأدوات « R » (الأشعة) الذي انخفض. علما أنه لا يمكن تتبع هذه الأعباء إلا عن طريق التعمق في أنواع الأشعة و تكلفة كل نوع منها شهريا.

§ فيما يتعلق بالمخبر فهناك أيضا انخفاض تدريجي للأعباء من شهر أفريل إلى شهر جوان كان سببه انخفاض في عدد وحدات القياس « B » (التحاليل). فعدد التحاليل الذي أخذ في الإنخفاض من شهر أفريل إلى جوان ليس هو السبب الوحيد لهذا الانخفاض. هناك سبب آخر يتعلق بتكلفة أنواع التحاليل التي تم إجرائها.

§ بالنسبة لأعباء قسم الوقاية فقد انتقلت من 403.259,09 دج إلى 644.203,04 دج، ثم انخفض من جديد إلى 400.015,76 دج. هذا راجع أساسا إلى نشاط قسم الوقاية في شهر ماي الذي ارتفع توازيا مع حملة التطعيمات التي قام بها المستشفى. نلاحظ بوضوح هذا الارتفاع من خلال كمية الأدوية المستهلكة من طرف هذا القسم و الملحق (رقم 5-2) يوضح ذلك.

1-2 الأقسام الطبية الرئيسية :

هناك سبعة أقسام طبية رئيسية على مستوى مستشفى حي البير بقسنطينة، هذه الأقسام تقابل المنتجات الرئيسية للمستشفى.

تم تجميع أعباء هذه الأقسام بعد التوزيع الثانوي لكل الأقسام الفرعية (عامة و طبية)، هذه الأقسام تحتوي على وحدات قياس إما اليوم الاستشفائي أو عدد الفحوصات. أين ستمكنا مقارنة أعباء كل قسم بدلالة معلومات الدورات الثلاث ومن ثم تكلفة وحدة قياسه. الجدول الموالي يبين الأعباء و تكلفة وحدة القياس لكل قسم من الأقسام الطبية الرئيسية.

جدول (5-31) مقارنة أعباء الأقسام الطبية الرئيسية (الوحدة : دج)

أشهر أقسام	أفريل			ماي			جوان		
	أعباء	وحدات قياس	تكلفة الوحدة	أعباء	وحدات قياس	تكلفة الوحدة	أعباء	وحدات قياس	تكلفة الوحدة
الطب الباطني	2.411.121,21	1113	2166,33	2.397.604,98	310	7734,21	2300.471,72	236	9747,76
الأمراض المعدية	3.951.362,01	200	19.756,81	4.369.787,71	425	10.281,85	3.785.507,94	537	7049,36
الجراحة	2.322.584,78	1230	1888,28	2.531.425,64	1300	1947,25	2.089.772,69	920	2271,49
طب الأطفال	1.182.552,84	260	4548,28	1.284.040,48	147	8734,97	1.297.736,32	245	5296,88
أمراض النساء	2.703.923,32	280	9656,87	3.060.307,41	500	6120,61	2.561.988,91	719	3563,88
الاستعجالات	1.362.023,64	1479	920,9	1.203.060,90	4490	267,94	1.152.100,48	2500	460,84
التمريض الخارجي	20.284.173,83	10966	1849,73	19.402.904,85	11230	1727,77	21.251.405,78	88160	241,05
المجموع	34.217.741,63	-	-	34.249.131,97	-	-	34.438.983,84	-	-

المصدر : من إعداد الطالب.

من خلال الجدول السابق نستنتج مايلي :

§ بالنسبة لقسم الطب الباطني فإن أعباء الدورات الثلاث للفترة المدروسة بقيت مستقرة نوعا ما، أما الانخفاض الطفيف المسجل في شهر ماي و جوان كان على التوالي -0.5% و -4.5% بالمقارنة مع أعباء شهر أفريل. بالرغم من أن أعباء القسم بقيت مستقرة إلا أن تكلفة اليوم الاستشفائي كانت متزايدة من دورة إلى أخرى و بنسب صغيرة. حيث ارتفعت تكلفة اليوم الاستشفائي في شهر ماي و جوان على التوالي بنسبة 257% و 345% و هذا راجع أساسا إلى انخفاض عدد الأيام الاستشفائية من جهة، من جهة أخرى ترقية الأعباء على مستوى هذا القسم التي تتكون من أعباء ثابتة في معظمها.

§ فيما يتعلق بقسم الأمراض المعدية فإن نسبة تغير أعباء الشهرية كانت كما يلي : ارتفاع في شهر ماي بنسبة 10.5%، ثم انخفاض في شهر جوان بنسبة -4% و هذا بالمقارنة مع أعباء شهر أفريل.

تغير وحدات القياس لم يكن بنفس النسب و في نفس اتجاه تغير الأعباء الشهرية لهذا القسم. فقد سجلنا ارتفاع في عدد الأيام الاستشفائية في شهر ماي و جوان على التوالي بنسبة 112.5% 168.5% بالمقارنة مع وحدات قياس شهر أفريل.

تغير الأعباء بنسب طفيفة بالمقارنة مع النسب المعتبرة لارتفاع عدد الأيام الاستشفائية خلال الثلاثي الثاني من سنة 2003، جعل تكلفة اليوم الاستشفائي تنخفض و بنسب عالية. قد سجلنا انخفاض في شهر ماي و جوان على التوالي بنسبة -48% و -64% بالمقارنة مع تكلفة اليوم الاستشفائي لشهر أفريل. ثبات الأعباء سببه أساسا النسبة العالية للتكاليف الثابتة التي يتحملها هذا القسم.

§ فيما يخص قسم الجراحة فقد سجلنا النسب التالية لتغير الأعباء الشهرية. ارتفاع بـ 9% في شهر ماي و انخفاض بـ -10% في شهر جوان و ذلك بالمقارنة مع أعباء شهر أفريل. تغير عدد الأيام الاستشفائية كان في نفس اتجاه تغير الأعباء و لكن ليس بنفس النسب، لذلك سجلنا ارتفاع تدريجي لتكلفة اليوم الاستشفائي لشهر ماي و جوان على التوالي بـ 3% و 20% وذلك بالمقارنة مع شهر أفريل.

يفسر هذا التغير غير المتجانس بين حجم الأعباء و عدد الأيام الاستشفائية إلى النسبة الكبيرة للأعباء الثابتة في مجموع الأعباء الشهرية للقسم هذا من جهة، من جهة أخرى إلى عدم تجانس تكلفة الأيام الاستشفائية لمرضى نفس القسم، حتى فيما يخص تكلفة أيام فترة مكوث المريض فيما بينها.

§ بالنسبة لقسم طب الأطفال فإن تغير الأعباء المسجل في شهر ماي و جوان كان على التوالي ارتفاع بنسبة 8.5% و 9,7% بالمقارنة مع أعباء شهر أفريل.

عدد الأيام الاستشفائية المسجلة في الدورات الثلاث للفترة المدروسة تظهر انخفاض في شهر ماي وجوان بنسبة -43% و -5% بالمقارنة مع عدد أيام شهر أفريل في هذا القسم.

هذا يجعل التغير في الأعباء لا يساير التغير في عدد الأيام من ناحية نسب أو اتجاه التغير. يفسر ذلك إلى النسبة المعتبرة للأعباء الثابتة التي يتحملها هذا القسم شهريا من جهة، من جهة أخرى عدم تجانس الأداءات التي يتلقاها المرضى خلال فترة مكوثهم.

§ فيما يتعلق بقسم أمراض النساء و التوليد فإن تغير الأعباء كان كالتالي : ارتفاع في شهر ماي بـ 13% و انخفاض في شهر جوان بـ -5% بالمقارنة مع شهر أفريل.

تغير عدد الأيام الاستشفائية لم يكن بنفس النسب و في نفس اتجاه تغير الأعباء الشهرية، بل سجلنا ارتفاع مستمر في شهر ماي و جوان على التوالي بـ 78% و 156% بالمقارنة مع عدد الأيام الاستشفائية لهذا القسم في شهر أفريل.

الارتفاع الكبير في عدد الأيام الاستشفائية بالمقارنة بالارتفاع الطفيف للأعباء جعل تكلفة اليوم الاستشفائي تنخفض بدلالة ارتفاع عدد وحدات القياس. بالإضافة إلى ذلك لا يجب إغفال حالات الولادة المختلفة من عادية إلى معقدة و ما ينتج عنها من أعباء تجعل تكلفة الأيام الاستشفائية مختلفة فيما بينها، بالإضافة إلى أن الجزء الكبير من أعباء القسم هي أعباء ثابتة.

§ بالنسبة لقسم الاستعجالات فقد سجلنا انخفاض للأعباء في شهري ماي و جوان على التوالي بنسبة -12% و -15% بالمقارنة مع أعباء شهر أفريل. بالمقابل التغير في عدد الفحوصات لم يكن بنفس النسب و اتجاه تغير الأعباء. فقد سجلنا ارتفاع في عدد فحوصات شهر ماي و جوان على التوالي بنسبة 203% و 69% و هذا بالمقارنة مع عدد فحوصات شهر أفريل.

نتيجة لهذه التغيرات في الأعباء و عدد الفحوصات، فإن تكلفة الفحص الشهري في المتوسط كانت بدلالة عدد الفحوصات، لأن التغير في الأعباء عموما لم يكن معتبرا. مما جعل تكلفة الفحص تنخفض كلما ارتفع عدد وحدات قياس القسم.

عدم مسايرة حجم الأعباء لحجم وحدات القياس يفسر بعدم تجانس الأداءات المقدمة للمرضى في هذا القسم، بالإضافة إلى ذلك وجود نسبة كبيرة من الأعباء الثابتة في مجموع الأعباء التي يتحملها هذا القسم.

§ فيما يخص قسم التمريض الخارجي، فإننا لم نسجل تغير كبير في أعباء القسم خلال الأشهر الثلاث من الفترة المدروسة، بالمقابل كان هناك ارتفاع في عدد فحوصات شهر ماي و جوان على التوالي بنسبة 2% و 703%. الاستقرار النسبي لأعباء هذا القسم خلال الثلاثي الثاني من سنة 2003م و التغير العرضي لعدد فحوصات شهر جوان تجعل هناك اختلاف واضح في تكلفة الفحص بين شهري أفريل و ماي من جهة و شهر جوان من جهة أخرى. ثبات الأعباء الشهرية في هذا القسم يدل على نوع الأعباء الناتجة عن نشاط هذا القسم. بالإضافة إلى تنوع الأداءات التي يوفرها مستشفى حي البير و الهياكل الصحية التابعة للقطاع الصحي لمدينة قسنطينة : فحص، تحاليل، أشعة، جراحة أسنان، وقاية ...

§ ما يستنتج عموما من خلال دراسة تطور أعباء الأقسام الطبية فرعية كانت أو رئيسية أن منتجات القسم الواحد غير متجانسة فيما بينها مع ناحية تكلفتها.

§ بما أن الكتلة الأجرية تمثل الجزء الأكبر لأعباء الأقسام الطبية علما أن عدد الأطباء ثابت نسبيا في هذا النوع من المؤسسات. مدة الفترة المدروسة (03 أشهر) جعل الكتلة الأجرية و مجموعة أخرى من الأعباء ثابتة نسبيا من شهر إلى آخر. هو ما يفسر عدم مسايرة حجم أعباء القسم لحجم لوحدات قياسه.

§ بما أن منتجات القسم الواحد عموما غير متجانسة من ناحية تكلفتها، كان بالإمكان استعمال مخرج آخر للأقسام الطبية و هو تكلفة المريض عوض تكلفة اليوم الاستشفائي أو الفحص. هذا يتطلب استعمال البطاقة المكوكية (La Fiche Navette) لكل مريض لمعرفة نوع و عدد الأداءات التي تلقاها المريض خلال فترة علاجه.

استعمال تكلفة المريض كمخرج يتطلب منا التوقف بعد التوزيع الثانوي للأقسام الفرعية العامة، ثم مسك البطاقة المكوكية للمريض. عن طريق ضرب نوع الأداءات التي تلقاها المريض في تكلفة كل أداء و بإضافة أعباء فترة المكوث نتحصل على تكلفة علاج المريض.

استعمال تكلفة علاج المريض كمخرج للنشاط الاستشفائي يتطلب منا استعمال نظام معلوماتي (Un Logiciel) يتم من خلاله إدخال المعلومات الخاصة بنوع الأداءات المتوفرة على مستوى

المستشفى، تكلفة كل أداء، بالإضافة إلى إحصاء دقيق لكل الخدمات التي يتلقاها المريض خلال فترة علاجه.

§ بالنسبة لقسم الاستعجالات فإن منتجاته كثيرة. فبالإضافة إلى الفحص الذي يتلقاه المريض عند استقباله على مستوى هذا القسم، فإنه عادة ما يتلقى علاجات أولية في نفس القسم و ذلك قبل خروجه من المستشفى، قبوله في قسم معين أو تحويله لمستشفى آخر. هذه العلاجات الأولية تختلف تكلفتها من مريض إلى آخر و لتجاوز هذه الصعوبة تم استعمال تكلفة فحص المريض في المتوسط كوحدة قياس لهذا القسم.

§ فيما يخص قسم التمريض الخارجي فإن هيكله متعددة من جهة، من جهة أخرى تعدد المنتجات التي يوفرها هذا القسم. لتجاوز هذه الصعوبة أيضا تم استعمال تكلفة الفحص في المتوسط، من أجل المراقبة الجيدة لأعباء هذا القسم و تكلفة وحدات قياسه. يجب تفصيل هذا القسم إلى أقسام فرعية متجانسة من ناحية النشاط المقدم و الهياكل الموفرة للعلاج.

§ هناك صعوبات تتعلق بخصوصية بعض أعباء المؤسسة الاستشفائية، هذا النوع من الأعباء لا يسمح باستعمال مفاتيح توزيع لتكثيم نشاطه من جهة ثم توزيع هذا العبئ على الأقسام المستهلكة. مما حتم علينا وضع هذا النوع من الأعباء في قسم الإدارة العامة، مثلا استهلاك الغاز الطبي من طرف الأقسام الطبية الرئيسية.

§ بالنسبة للمبلغ الرمزي الذي يدفع من طرف المريض عند الفحص أو المكوث لفترة معينة من أجل تلقي العلاج - 100 دج حالة الفحص و 700 دج ليوم مكوث - فإنه لا يأخذ بعين الاعتبار عند معالجة الأعباء، نظرا إلى أنه لا يعتبر مورد إضافي للمستشفى، بل عبارة عن إيراد خاص بخزينة الدولة.

لو يقرر مستقبلا تخصيص هذه المبالغ الرمزية لاستعمالها من طرف المستشفى كمورد إضافي، فإنها تصبح كالعناصر الإضافية¹. هذه العناصر الإضافية تخفض من أعباء كل قسم قبل الحصول على مجموع التوزيع الثانوي لأعباء الأقسام الرئيسية²....

¹ - Les Recettes Atténuatives.

² - Alain GRENON, op.cit, pp 41 - 42.

المطلب الثاني : نتائج تجربة تطبيق طريقة الأقسام المتجانسة من طرف وزارة الصحة (حالة مستشفى حي البير).

من خلال الطريقة الموضوعية من طرف وزارة الصحة وكيفية تطبيقها من طرف قسم المحاسبة لمستشفى حي البير تم استخلاص النتائج التالية :

§ لا يوجد عمال مؤهلون في ميدان المحاسبة لتطبيق هذه الطريقة. فالعمال الموجودين على مستوى هذا القسم ليسوا اختصاصيين في الميدان المحاسبي بصفة خاصة و المالي بصفة عامة. مما يجعل حساب التكاليف يتم بصفة ميكانيكية باستعمال الدليل الوزاري، الأرقام المتوصل إليها ستكون فارغة المعنى إن لم يتم تحليلها و فهم تطورها.

§ تسجيل الأعباء ثم حساب التكاليف تشوبه مجموعة من الأخطاء الحاسوبية نظرا لعدم التحكم الجيد في وسيلة الإعلام الآلي، بالإضافة إلى أخطاء مرتكبة في تطبيق الطريقة ذاتها. تراكم هذه الأخطاء ناتج عن عدم إخطار مصلحة المحاسبة من طرف الوزارة، بالرغم من أن هذه الأخيرة تقوم بمراقبة هذه النتائج دوريا.

§ غياب نظام معلوماتي (Logiciel) خاص بالطريقة المطبقة بالرغم من أن عمر التجربة في بعض المستشفيات على المستوى الوطني لها أكثر من سنتين مما يجعل عملية تسجيل الأعباء من طرف قسم المحاسبة و تحديد التكاليف تأخذ وقت كبير من جهة، من جهة أخرى إرتكاب بعض الأخطاء الحاسوبية.

§ غموض في مدة الدورة المحاسبية في الدليل الوزاري الموجه للمستشفيات الرائدة في تطبيق طريقة الأقسام المتجانسة لحساب التكاليف. ففترة عملية تسجيل و تجميع الأعباء و وحدات القياس تتم شهريا، لكن فيما يخص تحديد تكاليف وحدات قياس الأقسام الرئيسية تتم فصليا.

§ غياب حسابات خاصة بالمحاسبة العامة الاستشفائية يجعل التوزيع الأولي للأعباء غير المباشرة ينطلق من الأعباء المستقاة من عناوين المحاسبة العمومية وليس المحاسبة العامة كما تنص عليه الطريقة.⁷ نتيجة لذلك عدم وجود إمكانية التأكد من النتائج بمقارنة نتيجة المحاسبة العامة ونتيجة المحاسبة التحليلية.

¹ - لأكثر تفصيل : قانون رقم 90-21 المؤرخ في 1990/08/21 المتعلق بالمحاسبة العمومية.

§ لا يوجد تنسيق بين قسم المالية و قسم المحاسبة، مما يجعل عدم تسجيل بعض الأعباء التي تم تسجيلها من طرف قسم المالية دون قسم المحاسبة مثل التغير في عدد العمال، الخصم في الأجور وهذا ما يجعل هناك فروق في تسجيل الأعباء من طرف القسمين.

§ غياب نظام معلوماتي (un logiciel) خاص بعمال المستشفى يتابع أيام العمل الحقيقية، عدد الغيابات و الخصم الأجرى الشهري. مما يترك الباحث يأخذ وقت كبير من أجل تحديد عدد العمال على مستوى الأقسام الاستشفائية الذين ينشطون حقيقة في الفترة المدروسة هذا من جهة، من جهة أخرى عدم الأخذ بالأجور الحقيقية الشهرية للعمال، عوض ذلك تسجل شهريا الأجور الإسمية للعمال. مما يجعل النتائج تقريبية نظرا لأهمية حجم الأجور بالنسبة للأعباء الاستشفائية.

§ التقسيم المختصر للأقسام المتجانسة الخاصة بالمستشفى المنصوص عليه في الدليل الوزاري، يجعل بعض الأقسام التي تتوفر فيها الشروط لكي تكون مستقلة ضمن قسم الإدارة العامة. هذا يتنافى من جهة مع الشروط التي تنص عليها طريقة الأقسام المتجانسة ومن جهة أخرى إمكانية مراقبة أعباء و تكلفة وحدات قياس الأقسام الفرعية العامة التي ينتج عنها أعباء ضخمة مثل : التنظيف أو الصيانة.

§ عدم مراعاة خصوصية الأقسام الاستشفائية من ناحية تقسيم المستشفى إلى أقسام فرعية و أقسام رئيسية، فخصوصية النشاط الاستشفائي تحتم علينا الفصل بين الأقسام الفرعية العامة و الأقسام الفرعية الطبية. هذا التقسيم سوف يوضح أعباء الأقسام التي تستفيد منها كل أقسام المؤسسة الاستشفائية و الأقسام التي تقدم خدمات للأقسام الطبية فقط.

§ يتم حساب تكلفة الوجبة الغذائية انطلاقا من تكلفة المواد و اللوازم الغذائية المستهلكة شهريا على عدد الوجبات المقدمة في تلك الفترة. ما يأخذ على هذه الطريقة في حساب تكلفة الوجبة عدم إدماج أعباء مهمة يتحملها قسم المطبخ مثل : الكتلة الأجرية لعمال القسم، مصاريف الكهرباء، الغاز و الماء. ينتج عن هذه الطريقة في حساب تكلفة الوجبة أن هناك جزء معتبر من الأعباء لم يأخذ بعين الاعتبار من جهة، من جهة أخرى تصبح تكلفة الوجبة الغذائية بعيدة عن تكلفتها الحقيقية.

§ لا يوجد فصل بين أعباء صيانة معدات النقل و التجهيزات الطبية. هذا ما يؤدي إلى ضرورة وضع هذا النوع من الأعباء في قسم الإدارة العامة. عملية تسجيل أعباء الصيانة بالتفصيل و الأقسام المستفيدة منها تيسر على المحاسب توزيع أعباء قسم الصيانة على الأقسام الأخرى.

§ لا يوجد تسجيل فعلي للخدمات الطبية التي يتلقاها العمال الاستشفائيين من طرف نفس المؤسسة الاستشفائية، مما يجعل تحديد حجم هذه الأعباء غير ممكن. في مرحلة موائية و في حالة تطبيق العلاج المدفوع المقابل سيتم تحمل هذه الأعباء من طرف المرضى و هذا احجاف في حقهم.

§ وفق الدليل الوزاري لاحظنا غياب التوزيع الثانوي لأعباء الأقسام الفرعية على الأقسام الرئيسية، مما يجعل تكلفة اليوم الاستشفائي غير متضمنة كل الأعباء هذا من جهة، من جهة أخرى عدم تطبيق الطريقة كما هو منصوص عليها نظريا.

§ بالنسبة للأقسام الطبية التقنية (مخبر، أشعة، غرفة عمليات) فإنه يوجد تفصيل في تسجيل وحدات قياس كل قسم من الأقسام الثلاثة. لكن فيما يخص تحديد التكاليف بالنسبة لكل نوع داخل نفس القسم فإنه يتم عن طريق متوسط شهري فقط. هذه الطريقة في حساب تكلفة وحدات القياس تظهر إشكالية تسعير الأداءات التي يتلقاها المريض، فمثلا صورة الأشعة على اليد ليس لها نفس تكلفة صورة أشعة على الصدر. في مرحلة موائية و بتطبيق العلاج المدفوع المقابل يجب فصل أسعار هذه الممارسات لكي لا تحمل تكلفة مريض على مريض آخر.

§ لا يوجد تسجيل فعلي وشامل لكل الأداءات التي يتلقاها المريض في البطاقة المكوكة وخصوصا فيما يخص المرضى الذين مروا بأكثر من قسم خلال فترة مكوثهم في المستشفى. هذا يؤثر على حجم وحدات قياس القسم الفعلية و الذي يؤدي إلى حساب تكلفة وحدة قياس القسم بصفة تقريبية.

§ النظام المحاسبي المعمول به في الوقت الحالي من أجل تحديد تكلفة المنتوج الاستشفائي و الطريقة المعتمدة من طرف الوزارة أغفلا مجموعة كبيرة من الأعباء، عدم تفصيل في تسجيل هذه الأعباء، غياب المصادر المستهلكة للخدمة و التي يجب أن تتحمل العبء أو جزء منه، عدم مراقبة النتائج، إهمال التنسيق بين مختلف الأقسام الطبية منها و الإدارية كل هذه الأسباب جعلت الوزارة تعترف بهذه النقائص مبررتا ذلك باعتماد هذه الطريقة في حساب التكاليف على الشكل الحالي كتجربة رائدة في بعض المستشفيات لغرض هضم التقنية كمرحلة أولى، ثم العمل على تطوير تطبيقها في مرحلة موائية.

المطلب الثالث : التوصيات

من خلال النتائج المتوصل إليها عند دراسة الطريقة المطبقة من طرف وزارة الصحة في حساب التكاليف الاستشفائية حالة مستشفى حي البير. بالإضافة إلى نتائج طريقة الأقسام المتجانسة التي طبقت من طرفنا على نفس المؤسسة الاستشفائية و ذلك بأكثر تفصيل من ناحية تقسيم المستشفى إلى أقسام متجانسة، نوع وحدات القياس و حجمها، أنواع الأعباء، الأقسام المستهلكة للخدمات ... هو ما يدفعنا إلى وضع جملة من التوصيات التي ستساهم حتما في إثراء النقاش، محاولة إيجاد الحلول حول نقاط الضعف الملاحظة في تطبيق الطريقة ميدانيا.

قبل كل شيء يجب وضع نظام معلومات شامل للتسيير وذلك بالانطلاق من وضع نظام للمحاسبة العامة خاص بالمستشفى، أين الحسابات الخاصة بهذا النوع من المحاسبة تأخذ بعين الاعتبار الأعباء الخاصة بهذا النوع من المؤسسات الخدمية بالإضافة إلى خصوصية نشاط المؤسسة الاستشفائية.

وضع نظام للمحاسبة العامة سيكون قاعدة معلوماتية فعالة لجمع المعلومات حول الأعباء الناتجة عن النشاط الاستشفائي و الانتقال بواسطتها إلى المحاسبة التحليلية. فالمحاسبة العمومية لا تمكن المسير من تتبع الأطراف المستهلكة للخدمة داخل المستشفى و الأعباء الناتجة عنها، مما يظهر صعوبات كبيرة للإنتقال المباشر من خلالها إلى المحاسبة التحليلية.

وضع نظام للمحاسبة العامة سيمكن المسير من مراقبة الأعباء و تصحيح الأخطاء المرتكبة من خلال مقارنة نتائج المحاسبة العامة و المحاسبة التحليلية.

يجب وضع نظام معلوماتي (Un Logiciel) خاص بمستخدمين المستشفى، هذا النظام المعلوماتي سيمكن المسير من معرفة كل المعلومات الخاصة بعدد العمال، أيام العمل الحقيقية، حجم الغيابات في فترة زمنية معينة.

وضع نظام معلوماتي لعمال المؤسسة الاستشفائية سيمكن المسير من جمع المعلومات حول الكتلة الأجرية الحقيقية المسددة لعمال المستشفى في فترة زمنية معينة.

تنظيم مخزن المستشفى، ذلك بتقسيمه إلى مخازن فرعية، كل مخزن يحتوي على نوع معين من اللوازم : مكتبية، ألبسة و التنظيف. بالإضافة إلى وضع على كل مخزن فرعي مسؤول من أجل تسجيل و مراقبة مدخلات ومخرجات المخزون بدقة بالإضافة إلى المتابعة الجيدة للأقسام الاستشفائية المستهلكة لهذا النوع من الأعباء.

هذا التقسيم سيمكن المسير من حصر المسؤولية في حالة حدوث تجاوزات أو تغير عرضي في الاستهلاكات التي تحدث في بعض الدورات.

التنسيق الفعلي بين قسم المحاسبة و قسم المالية. بالرغم من وجود رئيس قسم واحد على رأسهما، إلا أن هناك صعوبة في انتقال المعلومات من قسم المالية إلى قسم المحاسبة و الذي يتولد عنه غالبا فروقات في الأعباء المسجلة على مستوى القسمين. وجود هذا التنسيق سيخفض من الوقت والجهد المبذول من طرف عمال قسم المحاسبة لجمع المعلومات و إمكانية تحديد الفروقات في تسجيل الأعباء إن حدثت.

التنسيق بين قسم المحاسبة والأقسام الفرعية الطبية خصوصا و الأقسام الطبية عموما، من أجل تحديد تكلفة الأداءات غير متجانسة التكلفة التي يوفرها القسم الواحد. قد تطرقنا فيما سبق للتنوع الكبير الملاحظ على وحدات قياس الأقسام الفرعية الطبية المشفرة. وجود تكلفة لكل أداء سيمكن المحاسب من تحميل كل قسم أو كل مريض بتكلفة حقيقية وليس بتكلفة متوسط للأداء بصفة تقريبية.

عند تطبيق طريقة الأقسام المتجانسة لحساب التكاليف الاستشفائية يجب استعمال نوعين من المخرجات لمراقبة التكاليف.

تكلفة مخرجات الأقسام الطبية الرئيسية (عدد الأيام أو عدد الفحوصات) و الذي يمكن المسير من متابعة تطور أعباء القسم من دورة محاسبة إلى أخرى، تحليل هذا التطور، معرفة أسباب تغير تكلفة وحدات قياس القسم و محاولة التنبؤ بها مستقبلا.

يتطلب حساب تكلفة المريض الأخذ بعين الاعتبار تكلفة خدمة كل قسم من الأقسام الطبية فرعية كانت أم رئيسية و باستعمال البطاقة المكوكة للمريض يمكن في مرحلة أولى تسعير الأداءات والخدمات التي استفاد منها المريض. في مرحلة موائية يمكن تحديد تكلفة كل مريض على حدى بالنسبة لكل قسم من جهة و على مستوى المستشفى من جهة أخرى. هي خطوة أساسية سيستفاد من نتائجها مستقبلا و ذلك بتطبيق العلاج المدفوع المقابل لتحديد تكلفة علاج المريض المدفوع من طرف المريض أو من طرف الجهات الممولة للعلاج.

تطبيق طريقة الأقسام المتجانسة على كل الهياكل الصحية التابعة للقطاع الصحي وليس على مستوى مستشفى حي البير فقط. فوضع كل أعباء الخدمات الطبية المقدمة لمرضى ليس لهم ملف طبي على مستوى المستشفى والهياكل الصحية التابعة له داخل قسم متجانس واحد سوف لن

يساعد المسير على تفسير نتائج هذا القسم وذلك راجع إلى تنوع الأدعاءات المقدمة من طرف هذا القسم.

تفصيل الأدعاءات المقدمة من طرف قسم الإستعجالات، هذا الأخير الذي بالإضافة إلى إمكانية تفصيله إلى استعجالات طبية واستعجالات جراحية، يمكن داخل كل نوع من الإستعجالات إيجاد وحدات قياس تساير نشاط كل قسم من ناحية التجانس في النشاط والأعباء .

إستعمال تقنيات اختيار المشاريع من أجل إصلاح أو إحلال بعض الإستثمارات (تجهيزات طبية، وسائل نقل...) . علما أن معظم وسائل النقل تعدى عمرها الافتراضي للإستغلال وهو ما يجعل تكلفة صيانتها تكبر من سنة إلى أخرى، الذي يستدعي طرح السؤال حول بقاء هذه الوسائل مع إصلاحها أو إحلالها بأخرى جديدة. هذه الإستثمارات ضرورية للمسير الحسن للنشاط الإستشفائي والوقت اللازم لإصلاحها سوف لن يكون حتما في صالح مقدم العلاج والمريض على السواء.

غياب نظام للمحاسبة العامة الخاص بالمؤسسات الإستشفائية سوف لن يمكن المحاسب من حساب إهلاك الاستثمارات المتوفرة على مستوى المؤسسة الإستشفائية. وجود معدلات لاهتلاك استثمارات المستشفى سيمكن من تحميل أعباء الإهلاك على الأقسام التي استفادت من هذه التجهيزات ومن ثم تحميل وحدة القياس بتكلفة شاملة لكل أعباء القسم.

يجب أن يعطي الدليل المحاسبي الممنوح من طرف وزارة الصحة والسكان بعض الحرية للمحاسب من أجل تشكيل أقسام متجانسة جديدة أو إلغاء أقسام كانت موجودة وذلك حسب قوة النشاط الموجودة على مستوى الأقسام الإستشفائية من جهة، من جهة أخرى حسب التنظيم الإداري للمستشفى. وجود هذا النوع من الليونة في تطبيق المحاسبة التحليلية سيمكن من احتواء خصوصية المستشفى ومحيطه.

العمل على تشغيل عمال مؤهلين في ميدان المحاسبة، من أجل تطبيق التقنيات المحاسبية خصوصا والاقتصادية عموما بأكثر فعالية لتجنب الأخطاء الحسابية أو أخطأ في تطبيق التقنية ذاتها. بالإضافة إلى برمجة دورات تكوينية من طرف وزارة الصحة تساير التطورات في المنظومة الصحية الوطنية والقرارات المتخذة من طرف الوزارة الوصية.

تعريف دقيق لمهمة قسم المحاسبة التحليلية والأهداف المراد الوصول إليها. لأن وجود هذا القسم في الوقت الحالي شكلي فقط يقتصر دوره على حساب تكاليف بعيدة عن الواقع، إعطاء دور المسير لهذا القسم سيمكن من الحصول على نتائج تنفيذ المسير حتما في اتخاذ جملة من القرارات حول تطور الأعباء، ضرورة وجود قسم ما في المستشفى، حذف هيكل صحي موجود في القطاع الصحي أو بقاءه...

تشجيع البحث حول التقنيات الاقتصادية الملائمة للنشاط الإستشفائي من خلال عقود بين وزارة الصحة والجامعة.

إستعمال النتائج المتوصل إليها من طرف المسيرين ومقارنتها مع التكاليف الموجودة في السوق فيما يخص خدمات الأقسام العامة وذلك من أجل قياس مردوديتها وضرورة تواجد أقسام منتجة لها على مستوى المستشفى أو شرائها عن طريق عقود مع الخواص مثل خدمات : المغسلة، المطبخة والتنظيف.

هذه الجملة من التوصيات سوف تدفع المسؤولين عن الصحة على المستوى المحلي والوطني من أخذ فكرة حول نقائص التسيير الموجودة على مستوى المؤسسة الإستشفائية الجزائرية عموما والعمل على إيجاد حلول وذلك بإشراك كل الفاعلين في الصحة من جهة، من جهة أخرى تشجيع البحث الجامعي في هذا الميدان.

خاتمة الفصل:

من خلال دراسة حالة مستشفى حي البير بقسنطينة، تمكنا من إبراز الفرق من ناحية تقسيم المؤسسة إلى أقسام متجانسة والفرق بين مؤسسة إستشفائية ومؤسسة صناعية هذا من جهة، من جهة أخرى أنواع الأعباء التي تتحملها الأقسام الإستشفائية وأنواع وحدات قياس هذه الأخيرة. توصلنا إلى أن هناك فرق بين الجانب النظري للطريقة والجانب التطبيقي لها على المؤسسة الإستشفائية. هذا الفرق عبارة عن خصوصيات متعلقة بالمستشفى ومحيطه من جهة، من جهة أخرى المعلومات اللازمة للمحاسب من أجل تطبيق الطريقة على أرض الواقع.

تطبيق المحاسبة التحليلية في حساب التكاليف الإستشفائية من طرف الوزارة أظهر نقائص عديدة حاولنا من خلال الطريقة المطبقة من طرفنا إيجاد حلول لمعظم الصعوبات الملاحظة وإبراز إمكانية

الفصل الرابع : تطبيق طريقة الأقسام المتجانسة لحساب التكاليف في مستشفى حي الدير بقسنطينة. ———

تقريب الجانب التطبيقي إلى الجانب النظري التي تستدعي تضافر جهود كل العاملين في المستشفى إعطاء العناية الكافية لقسم المحاسبة التحليلية من طرف الإدارة على مستوى المستشفى خصوصا ومن طرف الوزارة عموما.

النتائج المتوصل إليها من خلال الطريقة المطبقة وإن كانت تخص فترة قصيرة، لكن أظهرت أن الأعباء التي تحملها المستشفى ثابتة نسبا من شهر إلى آخر مما يجعل المسير يدرك أن نشاط المستشفى هو العامل الرئيسي لاختلاف تكلفة مخرجات المستشفى من دورة محاسبة إلى أخرى.

تفسير نتائج النشاط الإستشفائي لا يجب أن تتم من زاوية الاقتصادي فقط وبلغت الأرقام، بل يجب أن تحلل أيضا من طرف الممارسين الطبيين. مما يحتم على المحاسب والفريق الطبي أن يعملان جنبا إلى جنب من أجل تجاوز التعقيدات الملاحظة على النتائج.

الخاتمة العامة :

فرع اقتصاد الصحة فرع اقتصادي يهتم بإيجاد حلول للتوفيق بين الموارد المتاحة و الطلبات المتعلقة بالمحافظة أو تحسين صحة المواطنين. كل التيارات الاقتصادية تؤكد على دور الصحة في التنمية، فصحة الإقتصاد تقاس بصحة الرأسمال البشري الذي يعتبر المنفذ للمخططات التنموية التي توضع من طرف حكومات الدول.

يتميز سوق السلع و الخدمات الصحية عن باقي الأسواق الأخرى من ناحية :

- سلوك المستهلك و اختياراته تكون غالبا تحت الشروط الموضوعية من طرف الجهات الممولة للعلاج.

- المنتج و العارض للخدمات الصحية ليس حرا في تحديد كيفية العلاج، فالجهات الممولة هي المقرر الرئيسي في تحديد عدد الممارسين الصحيين أولا، ثم تحديد من و كيف تقدم هذه الخدمات.

- خصوصية الخدمة المقدمة من طرف سوق السلع و الخدمات الصحية تجعل أنه ليس كل الخدمات خاضعة لقانون العرض و الطلب، فالخدمات الخاصة بالأمراض المزمنة و الأمراض الخطيرة تحدد شروط انتاجها عموما الجهات الممولة للعلاج و ذلك حسب التوجهات الرئيسية للمنظومة الصحية في ذلك البلد. هذه التوجهات التي اختلفت في بعض المنظومات من فترة زمنية إلى أخرى في نفس المنظومة الصحية.

- تحدد مصادر و طرق تمويل الخدمات الصحية توجهات المنظومة الصحية في بلد ما، فكلما كان تدخل الدولة أوسع فيما يخص تمويل الخدمات الصحية كلما كان ذلك دليل على التوجه الاجتماعي للحكومة في تلك الدولة.

سياسة مجانية العلاج التي انتهجتها الجزائر في بداية السبعينات و بالرغم من المكاسب الاجتماعية وتوفير الصحة للجميع، إلا أن هذه السياسة لم تستطع مسايرة التطورات و التوجهات الجديدة لسياسة الدولة. بدأ بتطبيق سياسة اقتصاد السوق في بداية التسعينات، الذي حتم التطبيق التدريجي للصحة مدفوعة المقابل بعدما أصبح قطاع الصحة يعاني من مشاكل في التمويل و استحالة مسايرة التطورات التكنولوجية من تجهيزات و معدات تساعد الطبيب على أداء مهمته على أكمل وجه بالإضافة إلى صعوبات خاصة بتصليح المعدات الموجودة.

إن خصوصية المؤسسة الاستشفائية يحتم علينا التطرق إلى النشاطات التي يحتويها هذا النوع من المؤسسات هذا من جهة، من جهة أخرى مختلف الهياكل التنظيمية التي يمكن أن تتبناها هذا النوع من المؤسسات الخدمية و تأثيراتها على تقديم نشاطاتها.

لا يمكن التطرق إلى خصوصية المؤسسة الاستشفائية دون التعرّيج على نوع الأعباء و التكاليف الذي يتحمله المستشفى، بالإضافة إلى تعدد مخرجات النشاط الاستشفائي. تعدد هذه المنتوجات يطرح إشكالية تحديد تكلفة كل واحد منها.

لا يمكن ذكر الأعباء الاستشفائية دون أن يتبادر إلى أذهاننا كيفية التحكم في تطور هذه الأعباء التي أصبحت نسب ارتفاعها تفوق نسب ارتفاع الناتج الداخلي الخام. قد عرضنا مختلف الميكانيزمات التي ركزت في كل مرة على عامل من عوامل الإنتاج أو على مجموعها، بالإضافة إلى أن هناك من التقنيات ما ركزت على جوانب تنظيمية ضمن خريطة جهوية للصحة، تقوم بالتوزيع المعقول للإمكانات و الهياكل و جعلها تسير الطلبات الخاصة بالمواطنين محاولة كبح ما هو فائض عن الاحتياجات الحقيقية التي يرسمها المسير.

تعتبر المحاسبة التحليلية وسيلة فعالة في تحليل النشاط الاستغلالي للمؤسسة عموماً، بالإضافة إلى مراقبة تطور الأعباء و محاولة تحديد الأسباب التي أدت إلى ذلك. قد ركزنا في هذا البحث على المحاسبة التحليلية كأداة للتسيير يعتمد عليها المسير في تقييم ما تحقق، متابعة ما يتحقق و محاولة بناء معلومات على ما سوف يكون النشاط مستقبلاً.

إن عرض برنامج إطباق نظام المعلومات الفرنسي (PMSI) كان محاولة لتتبع الخطوات التي ينتهجها هذا لبرنامج المحاسبي لتحديد تكاليف مخرجات النشاط الاستشفائي، بالإضافة إلى أخذ فكرة حول حجم نظام المعلومات اللازم لتطبيق مثل هذه الطرق. مخرجات النشاط الاستشفائي التي تتمثل في المجموعات المتجانسة للمرض ستساعد المسير على تجميع أمراض تبدي نفس الخصائص فيما يخص معالجة تكلفتها التي ينتج عنها عموماً نفس الأعباء، هذا الإجراء سيسهل على المحاسب مسابرة كل مجموعة و تحديد تكلفتها. تحديد تكلفة المرض كمرحلة أولى ثم تكلفة علاج المريض كمرحلة ثانية سيمكن من جهة الرأي العام من أخذ فكرة حول تكاليف العلاج و تكوين ثقافة صحية للمواطن من أجل مشاركته في التحكم في تطوراتها. من جهة أخرى إمداد الجهات الممولة للخدمات الصحية بمعلومات ستساعد حتماً في تحديد المبالغ المالية التي ستمول بها الخدمات الصحية لكل فرد خصوصاً و لقطاع الصحة عموماً.

عرضنا للتجربة الفرنسية كان من أجل اطلاع القارئ على آخر التقنيات الخاصة بالحاسبة التحليلية في تحديد التكاليف الاستشفائية، ثم تسطير النقائص التي لاحظناها على مستوى نظام المعلومات الخاص بالمستشفى الجزائري الذي لم يمكننا من تطبيق مثل هذه الطريقة في الوقت الحالي.

لتجاوز هذه الطريقة قررنا استعمال طريقة أخرى لا تقل أهمية عن برنامج إطباق نظام المعلومات (PMSI) و هي طريقة الأقسام المتجانسة التي قررت وزارة الصحة في الجزائر تطبيقها ابتداء من نهاية سنة 2001 ، أين قامت بوضع دليل محاسبي يمكن المسير من تطبيقها. دليل الوزارة الخاص بتطبيق هذه الطريقة اغفل عدة جوانب أهمها :

- الرصيد العلمي للمسير الجزائري في ميدان المحاسبة التحليلية. أين وجدنا على سبيل المثال أنه لا يوجد من بين عمال قسم المحاسبة التحليلية على مستوى مستشفى حي البير و لو عامل واحد له تكوين محاسبي.
 - خصوصية المستشفى و حجمه. الذي يحتم إعطاء الحرية للمسير على مستوى كل مستشفى من أجل وضع تقسيم للمؤسسة الاستشفائية يتماشى و حجمه من جهة و من جهة أخرى وجود قسم استشفائي من عدمه.
 - وضع نظام للمحاسبة العامة الاستشفائية. الذي سيكون قاعدة محاسبية حقيقية ينطلق منها المحاسب لتحديد الأعباء و التكاليف الخاصة بالمحاسبة التحليلية.
 - مدة الدورة المحاسبية. قد كان من الأجدر ترك الحرية في تحديدها للمسير و ذلك حسب قوة النشاط في المؤسسة الاستشفائية.
 - معالجة بعض أنواع الأعباء التي تعتبر ضرورية لاستوفاء كل الأعباء التي يتضمنها سعر التكلفة.
 - تحديد تكلفة وحدات قياس الأقسام الاستشفائية عدى الأقسام الطبية. و التي حجم أعباءها لا يقل أهمية عن حجم أعباء الأقسام الطبية.
- كل هذه النقائص دفعتنا إلى تطبيق طريقة الأقسام المتجانسة دون الأخذ بعين الإعتبار الدليل الوزاري محاولين في كل مرة معالجة جملة من تلك النقائص. قد وضعنا في الأخير جملة من النتائج و التوصيات لتطبيق هذه الطريقة التي ستثري النقاش حتما في تطبيق هذه الطريقة مستقبلا.
- تحليل التكاليف الخاصة بمسشفى البير مكننا من أخذ فكرة حول نوع الأعباء التي يتحملها المستشفى عموما، أين توصلنا في كل مرة أن النسبة الأكبر من الأعباء في كل قسم استشفائي

عبارة عن أعباء ثابتة. هذا النوع من الأعباء يجتم على المسير في المؤسسات الأخرى عدى المؤسسات الصحية إلى زيادة حجم الإنتاج و الذي يؤدي انخفاض تكلفة المنتج الوحديوية. لكن خصوصية المؤسسة الصحية و الإنتاج الذي تقدمه تفرض علينا مسايرة الطلب غير المنتظم على هذا النوع من الخدمات، بالإضافة إلى ذلك يجب الأخذ بعين الإعتبار العراقيل المتمثلة خصوصا في عطب بعض التجهيزات التي تعتبر الركيزة الأساسية في تقديم العلاج بعض الأقسام الطبية. كل هذا يجعل حجم الإنتاج خاص بالأقسام الطبية متدبدب يتأثر ببعض العوامل المختلفة عن العوامل المؤثرة في عرض و طلب الخدمات السوقية الأخرى.

نتائج الفرضيات :

إن ارتفاع التكاليف الصحية ليس ناتجا من ارتفاع ميزانية التسيير و التجهيز فقط للمؤسسة الاستشفائية بل ناتج أيضا إلى بعض الأخطاء و التجاوزات في التسيير، التي ينتج عنها ارتفاع تكلفة المنتج الاستشفائي خصوصا و التكاليف الاستشفائية عموما. من بين هذه الأخطاء نذكر :

- عدم التسجيل الفعلي للأداءات الصحية التي يتلقاها عمال المستشفى و عائلاتهم.
- عدم استبدال بعض التجهيزات التي أصبحت غير صالحة للإستعمال نظرا لعدد التعطلات المسجلة التي ستحرم الطبيب من أداء عمله من جهة، من جهة أخرى تحرم المريض من تلقي العلاج بأقرب مستشفى إلى مقر سكنه. بالإضافة إلى ذلك فإن النسبة المعتبرة للأعباء الثابتة سوف تؤثر على تكلفة المنتج الاستشفائي لذلك القسم الطبي نحو الارتفاع نظرا لانخفاض حجم الحالات المعالجة.
- لا يوجد تسجيل للوجبات غير المستهلكة على مستوى مطبخة المستشفى، مما يجعل تكلفة الوجبة المستهلكة تتحمل كل الأعباء. عدم مراقبة و تتبع حجم الوجبات غير المستهلكة و الأسباب المتحكمة في هذه الظاهرة ستدفع بالقائمين على هذا القسم مواصلة الحصول على فضلات ذات قيمة معتبرة، كان من الأجدر تخطيط حجم و نوع هذه الوجبات قبل إنتاجها.
- لا يوجد تسجيل لحجم الأدوية غير المستهلكة خلال فترة صلاحيتها و تحديد الأسباب التي أدت إلى ذلك. هناك بعض من أنواع التلقيحات تحتم على الطبيب استعمالها

في فترة زمنية محددة، هذه التلقيحات تستدعي تخطيط و وضع برامج تقوم بتنظيم تلقي هذه التلقيحات محاولة التقليل من الضياع.

كل هذه الأسباب عبارة عن عينة فقط تبين النقائص التي يحتويها نظام المعلومات في المؤسسة الاستشفائية من جهة، من جهة أخرى النقائص الخاصة بالثقافة الاقتصادية للمسير في المستشفى الجزائري في الوقت الحالي.

إن طريقة المحاسبة التحليلية التي اعتمدت من طرف الوزارة التي طبقت على بعض المستشفيات الجزائرية على سبيل التجربة كمرحلة أولى و رغم النقائص التي حملتها، إلا أنه كان لا بد من استعمالها في وقت سابق. فالسياسة التي اتبعت منذ السبعينات و المتمثلة في مجانية العلاج فتحت المجال للاستعمال العشوائي لتجهيزات كان لا بد من عقلنة استعمالها، يضاف إلى ذلك سوء تسيير مخازن الدواء - التي تدفع فاتورته السنوية بالعملة الصعبة - من ناحية حجم الضياع المسجل سنويا المتعلق بانتهاء مدة صلاحيته.

إن طريقة الأقسام المتجانسة المعتمدة في الوقت الحالي يمكننا تعديلها عن طريق تقييم التجربة القصيرة لها على مستوى المستشفيات الرائدة في تطبيقها. هذه التعديلات ستقوم بملء الفراغ الذي جاء به الدليل الوزاري. بالإضافة إلى ذلك يجب تكوين مسيرين يتحكمون في تقنيات المحاسبة التحليلية خصوصا و المحاسبة عموما، أين يمكنهم التجاوب مع التغيرات التي تطرأ على النشاط الاستشفائي الذي يعمل في محيط متبدب.

إن طريقة الأقسام المتجانسة المطبقة من طرفنا و رغم قصر مدة الدراسة إلى أنها حددت بعض مواقع الداء في الدليل الوزاري المتعلق بتطبيقها. قد وضعنا جملة من النتائج التي ستخفف من وقت و جهد القائمين على تطبيق المحاسبة التحليلية من أجل تقييم ما تم تحقيقه إلى حد الآن. بالإضافة إلى ذلك حاولنا وضع جملة من التوصيات التي ستقود حتما إلى تعديلات إن قامت بها الوزارة الوصية في الوقت القريب.

آفاق البحث :

لا نستطيع القول أننا الممنا بكل الجوانب المتعلقة بمراقبة تطور التكاليف الاستشفائية، كيفية التحكم في تطورها بالإضافة إلى أن الطريقة المتبعة في حساب التكاليف هي الأنسب. قد قمنا بعرض برنامج إطباق نظام المعلومات (PMSI) و الذي يتطلب تطبيقه نظام معلومات أوسع مما عليه حاليا، لذلك فإن البحث في هذا الميدان يبقى مفتوحا.

المراجع

المراجع باللغة العربية :

- 1 - أحمد نور ، محاسبة التكاليف ، مؤسسة شباب الجامعة ، الإسكندرية 1986 .
- 2 - حسان محمد النذير حريستاني، إدارة المستشفيات، معهد الإدارة العامة، المملكة العربية السعودية 1990 .
- 3 - حسان محمد النذير حريستاني، المدخل لعلم الإدارة الصحية، معهد الإدارة العامة، المملكة العربية السعودية 1980 .
- 4 - زهير علي، المستحدث في الإدارة العليا في المستشفيات، مكتبة الأنجلو المصرية، مصر 1976 .
- 5 - طلعت الدمرداش ابراهيم، اقتصاديات الخدمات الصحية، مكتبة المدينة، القاهرة 2000 .
- 6 - عبد الكريم بو يعقوب، المحاسبة التحليلية، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر (بدون تاريخ).
- 7 - فؤاد الشيخ سالم و آخرون، المفاهيم الإدارية الحديثة، الجامعة الأردنية، عمان 1982 .
- 8 - قادة أقاسم، المحاسبة الوطنية، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر 1994 .
- 9 - قدرى طوقان، العلوم عند العرب، مكتبة مصر، مصر (بدون تاريخ).
- 10 - ناصر دادي عدون، تقنيات مراقبة التسيير، دار المحمدية العامة، الجزائر 1994 .

المراجع باللغة الأجنبية :

- 1- ALLEN. L, Management and Organizations, Mc Graw Hill Book Company, New York 1958.
- 2- Barral.E, Economie de la Santé : Fait et Chiffres, Edition Dunod, Paris 1978.
- 3- BONAMOUR P. et GUYOT.F, Economie Médicale, Editions Médicales et Universitaires, Paris 1979.
- 4- CLEWER.A and Perkins.D, Economics for Health Care Management, Prentice Hall, London 1998.
- 5- COURT.H et LEURION.J, Comptabilité Analytique de Gestion, Edition Foucher, Paris 1982.
- 6- DEBERNIS.D. G dans : la planification sanitaire, questions introductives, tiers Monde Tome XIV n° 53, 1973
- 7- DELLANDE.G, Introduction à l'Economie de la Santé, Edition John Libbey, Paris 1991.
- 8- DONABIDIAN.A, The Definition of Quality and Approaches to its Assessment, Health Administration Press, Michigan 1980.
- 9- ENGEL.F et Autres, la Démarche Gestionnaire à l'Hôpital (le PMSI), Edition Seli Areslan, Paris 2000.
- 10- FROIS.G.A, Micro Economie, Edition Economica, Paris 1992.
- 11- GARRET.R, Hospitals-a Systems Approach, Auerback Pubichers Inc, Philadelphia 1973.
- 12- GRENON.A et Autres, l'Analyse des Coûts à l'Hôpital, Edition Dunod, Paris 1981.
- 13- ILLICH.I, l'Expropriation de la Santé, Edition Esprit, Paris 1974.
- 14- KHEMAKHEM.A et ARDOIN.J.L, Introduction au Contrôle de Gestion, Imprimerie de Presse Universitaire de France, France 1971.
- 15- LAMRIL, Le Système de Sécurité Sociale en Algérie, OPU, Alger 2004.
- 16- LASSEGUE.P, Gestion de l'Entreprise et Comptabilité, Edition Dalloz, Paris 1978.
- 17- Le MOIGNE.J.L, les Systèmes d'Information dans les Organisation, Presse Universitaire de France, Paris 1973.
- 18- LEVY.E et Autres, Economie du Système de Santé, Edition Dunod, Paris 1975.
- 19- MARSHALL.A, Principes d'Economie Politique, Réédition de Gardon et Breach, Paris 1971, Tome 2.
- 20- NOGUES.M, Gestion Hospitalière et Régulation des Dépenses de Santé, Edition Puf, Paris 2001.
- 21- NYS.J.F, la Santé Consommation ou Investissement, Edition Economica, Paris 1981.
- 22- OUFRIHA.F.Z, Cette Chère Santé, OPU, Alger 1992.
- 23- Phelps.C, les Fondements de l'Economie de la Santé, Union Editions, Paris 1995.
- 24- RAKICH.J and DARR.K, Hospital Organizations and Management, SP Medical and Scientific Books, New York 1978.

مجالات و تقارير :

- 1 - وزارة الصحة و السكان.
- 2 - منظمة الصحة العالمية، إدارة المستشفيات، سلسلة التقارير الفنية رقم 390، جنيف 1980
- 3 - مصلحة المحاسبة لمستشفى البير، سنة 2003.
- 4 - مديرية الصحة و السكان (DDS).
- 5 - صندوق النقد الدولي 1993.
- 6 - جلسات مجلس الإدارة للقطاع الصحي لمدينة قسنطينة، سنة 1997.
- 7- American Hospital Assosiation, Classification of Health Care Institution, Edition Chicago, Chicago 1974.
- 8- BRAHMIA Brahim, Revue Sciences Humaines, Université de Constantine, N° 10 1998.
- 9- Cahiers de la Réforme N°3, Edition ENAG, Alger 1990.
- 10- De BOURBON-Busset.J, la Prospective de la Prospective, Cahiers de Sociologie et Démographie Médicales, Paris 1983, N°2.
- 11- Des Chiffres de l'OCDE.
- 12- DUMOULIN.J, Essai sur La Dynamique du système de Soins, IREP, Grenoble 1975.
- 13- Enquête Santé, France 1988.
- 14- KADDAR.M dans : les Rapports entre la Sécurité Sociale et le Système de Soins en Algérie 1962-1987, Revue Cread 1989.
- 15- Le Financement de la Santé, MPS, Document Interne, Alger 1990.
- 16- Ministère des Affaires Sociales de la Santé et de la Ville, Direction des Hôpitaux : Mission PMSI, Etude Nationale des Coûts Par Activité Médicale, France 1^{er} Avril 1995.
- 17- Ministère des Affaires Sociales et de Solidarité Nationale, Secrétariat d'Etat Chargé de la Santé, Guide Méthodologique de Comptabilité Analytique Hospitalière, 2^{ème} Parties, Calcul des Coûts de Revient Complets par Groupe Homogène des Malades, Fascicule Spécial N°85/26 BIS, Septembre 1985.
- 18- Ministère de la Santé et de la Population, Secteur Sanitaire El-Bir Année 2003.
- 19- Ministère de la Santé, Rencontre du Ministère de la Santé avec la Presse Nationale, 9^{ème} Année de l'Institution de la gratuité des Soins, Alger 1982.
- 20- MUSHKIN.S.J, « Health as an Investment », JPE, Supll, Octobre 1962.
- 21- OUFRIHA F.Z., Les Cahiers du Cread, N°27/28 du 3^{ème} et 4^{ème} Trimestre 1991.
- 22- Statistiques Sanitaires, Ministère de la Santé et de la Population, Année 1998.

- 23- THEBAUD Anne, Besoin de Santé et Repenses de l'Institution Sanitaire en Algérie : Réflexion Théorique à Partir d'un Cas Concret, Cahier de Sociologie et Démographie Médicale XVII 1997.
- 24- Rapport de la Commission des Comptes de la Sécurité Sociale, France Septembre 2000.
- 25- RIBOU.M, Etude de L'Accumulation du Capital Humain en France, Revue Economique, Mars 1975.

المذكرات و الأطروحات و المحاضرات :

- 1- زميت خدوجة، تكاليف الصحة في الجزائر، رسالة لنيل شهادة الماجستير، جامعة الجزائر، السنة الجامعية 1999-2000.
- 2- فريد خلاطو، ترشيد النفقات الصحية عن طريق إطباب نظام المعلومات و المحاسبة التحليلية في المستشفيات، جامعة الإخوة منتوري قسنطينة، السنة الجامعية 1998-1999.
- 3- BRAHMIA .B : La dynamique du système de santé Algérien, UFR des sciences économiques, Université de Montpellier I, thèse de Doctorat soutenue Le 20.12.1991.
- 4- FANELLO.S, Elaboration des Coûts par Pathologie, Nouvel Instrument de gestion Hospitalière, Thèse pour l'Obtention du Titre de Docteur d'Etat en Sciences Economique (Sous la Direction de Pr : Emile Levy), UER Sciences des Organisations, Université Paris IX Dauphine 1989.
- 5- Programme de Formation : gestion de Structure de Santé, Notion de Budget-Programme et Calcul des Coûts, ENSP El-Marsa 1998.

القوانين و المراسيم :

- 1- الأمر الصادر في 26 ديسمبر 1973 رقم 65-78 المتعلق بمجانبة العلاج.
- 2- المرسوم رقم 81-242 المؤرخ في 5 سبتمبر 1981، المتضمن إنشاء و تنظيم القطاعات الصحية.
- 3- قانون رقم 90-21 المؤرخ في 21 أوت 1990 المتعلق بالمحاسبة العمومية.
- 4- الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية رقم 81، المطبوعة الرسمية سنة 1997
- 5- القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 26 أفريل 1998، المحدد للتنظيم الإداري للقطاعات الصحية.
- 6- Article L 714-14 et Article 714-03-48 du 31 Juillet 1992.
- 7- La Charte Nationale de 1976, titre 07, 4^{ème} Chapitre.
- 8- République Algérienne Démocratique et Populaire, Ministère de la Santé et de la Population, Circulaire N°1/MSP/CAB/MIN du 8 Avril 1995

جدول رقم 2-1 الاستهلاك الخاص بالأدوية و اللوازم الطبية لشهر أبريل 2003

مجموع	أقسام طبية أساسية							أقسام فرعية طبية				أقسام بيان
	التمريض الخارجي	الاستعدادات	أمراض النساء و التوليد	طب الأطفال	الجراحة	الأمراض المعدية	الطب الباطني	الوقاية	المخبر	الأشعة	غرفة العمليات	
2424698,69	1536053,76	138964,73	98865,3	15986,49	141164,03	125039,23	198546,57	0	8931,57	357,55	140807,46	أدوية و لوازم طبية
576361,61	161731,98	37974,64	40961,28	518,63	65785,56	34876,49	47670,27	0	1687,63	0	185155,13	استهلاكات طبية أخرى
170167,72	69733,65	0	0	0	0	0	0	0	0	100434,07	0	لوازم الأشعة
605979,98	258485,78	1344,53	1344,53	1344,53	1605,44	0	84664,19	0	254501,82	0	2689,06	لوازم المخبر
151880,94	151880,94	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	لوازم جراحة الأسنان
3929088,94	2177886,11	178265,9	141171,11	17849,65	228555,03	159915,72	330881,13	0	265121,02	100791,62	328651,65	مجموع
% 100	55,4	4,5	3,6	0,5	5,8	4,1	8,4	0	6,7	2,6	8,4	نسبة الاستهلاك الخاص بالأدوية

المصدر : من إعداد الطالب

جدول رقم : 2-2 الاستهلاك الخاص بالأدوية و اللوازم الطبية لشهر ماي 2003

مجموع	أقسام طبية أساسية						أقسام فرعية طبية					أقسام بيان
	التمريض الخارجي	الاستعدادات	أمراض النساء و التوليد	طب الأطفال	الجراحة	الأمراض المعدية	الطب الباطني	الوقاية	المخبر	الأشعة	غرفة العمليات	
1972602,02	1079018,92	163433,20	78809,45	28510,42	82333,77	8233,32	90693,32	218561,40	8476,45	644,47	133166,25	أدوية و لوازم طبية
537389,92	134950,04	65785,56	60673,44	2668,72	37974,64	2151,07	15180,00	1470,00	1337,63	0	215198,82	استهلاكات طبية أخرى
112413,73	45837,41	0	0	0	0	0	0	0	0	66576,32	0	لوازم الأشعة
336561,99	122546,81	9003,18	1344,53	9003,18	1344,53	3157,06	48757,81	0	66576,32	0	0	لوازم المخبر
178507,05	178507,05	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	لوازم جراحة الأسنان
3137474,71	1560860,23	238221,94	140827,42	40182,32	128273,54	87641,90	154631,13	220031,40	151218,79	67220,79	348365,07	مجموع
100	49,7	7,6	4,5	1,3	4	2,8	5	7	4,9	2,1	11,1	نسبة الاستهلاك الخاص بالأدوية

المصدر : من إعداد الطالب.

جدول رقم : 2-3 الاستهلاك الخاص بالأدوية و اللوازم الطبية لشهر جوان 2003

مجموع	أقسام طبية أساسية							أقسام فرعية طبية				أقسام بيان
	التمريض الخارجي	الاستعدادات	أمراض النساء و التوليد	طب الأطفال	الجراحة	الأمراض المعدية	الطب الباطني	الوقاية	المخبر	الأشعة	غرفة العمليات	
2047057,30	1149596,96	173561,08	78522,42	103348,81	8549,56	150291,27	188268,34	207,16	926,79	304,66	116533,25	أدوية و لوازم طبية
723320,11	335828,07	91600,02	61408,90	22848,24	28292,20	25292,20	33385,27	240	282,18	0	124195,76	استهلاكات طبية أخرى
147309,84	41186,70	0	0	0	0	0	0	0	0	106123,14	0	لوازم الأشعة
400653,42	155069	0	0	1344,53	0	0	59015,82	0	174407,77	0	1344,53	لوازم المخبر
222274,01	222274,01	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	لوازم جراحة الأستان
3540614,75	1903955,33	265161,10	139931,32	127541,58	113788,76	185001,92	280669,5	447,16	175616,74	106427,80	242073,54	مجموع
100	53,8	7,5	3,9	3,7	3,2	5,2	7,9	0,01	0,01	3	6,8	نسبة الاستهلاك الخاص بالأدوية

المصدر : من إعداد الطالب.

جدول رقم : وثيقة الأعباء المباشرة لأقسام التحليل الطبية – التقنية

محتوى	بيان
حساب 92	- شفرة أقسام التحليل
مقدرة نقديا، بعد جمع أو طرح أعباء أخرى .توزع على أساس وقت العمل المستغرق في الأقسام التحليلية المختلفة (فحص داخلي وخارجي، غرفة عمليات...).	- رواتب طبية
مقدرة نقديا، بعد جمع أو طرح أعباء أخرى .توزع على أساس وقت العمل المستغرق في الأقسام التحليلية المختلفة.	- رواتب لشبه طبية و رواتب أخرى
امتلاك وصيانة المعدات والتجهيزات الطبية ، يستثنى معدات المكوث و معدات المكاتب.	- امتلاكات + مصاريف صيانة
مقدرة نقديا.	- استهلاكات
مقدرة نقديا.	- أعباء أخرى متعلقة بالوظيفة الطبية (Dépenses de logistique médicale)
عدد نقاط مؤشر التكاليف المطلقة (ICR) ، عدد نقاط البيولوجيا (B)	- عدد وحدات القياس المستعملة (B،ICR، ...)
عدد نقاط مؤشر التكاليف المطلقة (ICR) ، عدد نقاط البيولوجيا (B)	- عدد وحدات القياس المستعملة ICR أو B المنتجة من أجل : - فترة مكوث قصيرة الأجل. - فترة مكوث متوسطة الأجل. - فترة مكوث طويلة الأجل. - أدايات خارجية. - أدايات لعمال المستشفى. - مستفيدون آخرون.

SOURCE: Ministère des affaires sociales de la santé et de la ville , OPit , p63.

ملحق 1-2

جداول المياكل الصحية العمومية والخاصة في الجزائر سنة 2002

Source : O.N.S et ministère de la santé, de la population et de la réforme
hospitalières

الملحق 1-2

الهياكل الصحية العمومية والخاصة سنة 1998

EFPM	LABO-HYG	CMS	صيدالة		مصلحات		مراكز صحية		مراكز صحة متعددة الخدمات		مراكز توليد خاصة		مراكز توليد عمومية				أسرة	عدد المستشفيات الاكلينيكية	أسرة	عدد المستشفيات العمومية	الهياكل	لناطق
			خواص	عموميين	عاطلة	تعمل	عاطلة	تعمل	عاطلة	تعمل	أسرة	العدد	أسرة	عاطلة	أسرة	تعمل						
11	10	158	1394	229	210	931	9	362	3	153	306	24	316	37	1029	96	180	3	9721	53	صحية	وسط
14	12	122	1351	422	209	1290	9	317	2	151	33	3	214	23	1199	118	224	2	10389	62	صحية	شرق
9	11	146	910	276	160	928	4	275	-	111	131	8	90	9	1059	94	274	5	7853	39	صحية	غرب
7	7	68	229	115	13	403	1	102	-	41	-	-	4	1	570	58	284	4	3591	21	صحية	لجنوب شرقي
1	3	10	64	57	18	228	1	70	1	22	-	-	30	3	387	46	-	-	1765	12	صحية	لجنوب لغربي
42	43	504	3948	1099	610	3780	24	1126	6	478	470	35	654	73	4244	412	962	14	33319	187	-	مموع

Source : Ministère de la Santé et de la Population, Direction de la Planification, Statistique Sanitaire, Année 1998.

ملحق 1-4

جزء من وثيقة م المجموعات المتجانسة للمرض (GHM)

Source : François Engel, Op.Cit, PP 97-99.

EXTRAIT DE LA CLASSIFICATION DES GHM (5^e VERSION)

CATEGORIE MAJEURE DE DIAGNOSTIC 05

Affection de l'appareil circulatoire

Chirurgie

GHM152 Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle et avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie

GHM153 Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle et sans cathétérisme cardiaque ou coronarographie

GHM154 Pontages aorto - coronariens avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie

GHM155 Pontages aorto - coronariens sans cathétérisme cardiaque ni coronarographie

Ex-GHM156 Autres interventions cardio-thoraciques ou cascalaires avec circulation extracorporelle

Ex-GHM157 Autres interventions cardio-thoraciques sans circulation extracorporelle

GHM158 Chirurgie majeure de revascularisation, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA

GHM159 Chirurgie majeure de revascularisation, âge inférieur à 69 ans sans CMA

GHM160 Autres interventions de chirurgie vasculaire

GHM161 Amputations du membre inférieur sauf des orteils pour troubles circulatoires

GHM162 Amputations pour troubles circulatoires portant sur le membre supérieur ou les orteils

GHM163 Pose d'un stimulateur cardiaque congestive ou état de choc

GHM164 Pose d'un stimulateur cardiaque permettant avec infarctus aigu du myocarde ou insuffisance cardiaque congestive ou état de choc

GHM166 Remplacement ou ablation chirurgicale d'électrodes ou de boîtier de stimulation cardiaque permanente.

GHM167 Ligatures de veines et éveinages.

GHM168 Autres interventions sur le système circulatoire.

GHM169 Autres interventions cardio-thoraciques, âge inférieur à 2 ans ou vasculaires quel que soit l'âge, avec circulation extracorporelle.

GHM170 Autres interventions cardio-thoraciques, âge supérieur à 1 an ou vasculaires quel que soit l'âge, avec circulation extracorporelle.

GHM171 Autres interventions cardio-thoraciques, âge inférieur à 2 ans ou vasculaires quel que soit l'âge, sans circulation extracorporelle.

GHM172 Autres interventions cardio-thoraciques, âge supérieure à 1 an ou vasculaires quel que soit l'âge, avec circulation extracorporelle.

Médecine :

GHM178 Infarctus aigu du myocarde avec complications cardio-vasculaires et sortie en vie de l'établissement.

GHM179 Infarctus aigu du myocarde sans complications cardio-vasculaires et sortie en vie de l'établissement.

GHM180 Infarctus aigu du myocarde avec décès.

GHM181 Cathétérismes cardiaques ou coronarographies avec pathologie cardiaque sévère en dehors d'un infarctus aigu du myocarde.

GHM182	Cathétérismes cardiaques ou coronarographies avec pathologie autre
GHM183	Endocardites aigues aiguës et subaiguës
GHM184	Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire
GHM185	Thrombophlébites veineuses profondes
GHM186	Arrêt cardiaque
GHM187	Troubles vasculaires périphériques, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA
GHM188	Troubles vasculaires périphériques, âge inférieur à 70 ans sans CMA
GHM189	Athérosclérose coronarienne, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA
GHM190	Athérosclérose coronarienne, âge inférieur à 69 ans sans CMA
GHM191	Hypertension artérielle
GHM192	Cardiopathies congénitales et valvulopathies, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA
GHM193	Cardiopathies congénitales et valvulopathies, âge de 18 à 69 ans sans CMA
GHM194	Cardiopathies congénitales et valvulopathies, âge inférieur à 18 ans
GHM195	Arythmies et troubles de la conduction cardiaque, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA
GHM196	Arythmies et troubles de la conduction cardiaque, âge inférieur à 70 ans sans CMA
GHM197	Angine de poitrine
GHM198	Syncopes et lipothymies, âge supérieur à 69 et/ou CMA
GHM199	Syncopes et lipothymies, âge inférieur à 69 et/ou CMA
GHM200	Douleurs Thoraciques
GHM201	Autres affections de l'appareil circulatoire avec CMA
GHM202	Autres affections de l'appareil circulatoire sans CMA

**LES 25 CATEGORIES MAJEURES DE DIAGNOSTIC
ET LES 2 CATEGORIES MAJEURS.**

CMD01	Affections du système nerveux
CMD02	Affections de l'œil
CMD03	Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents
CMD04	Affections de l' appareil respiratoire
CMD05	Affections de l'appareil circulatoire
CMD06	Affections du tube digestif
CMD07	Affections du système hépato – biliaire et du pancréas
CMD08	Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif
CMD09	Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins
CMD10	Affections endocriniennes, métaboliques, et nutritionnelles
CMD11	Affections du rein et des voies urinaires
CMD12	Affections de l'appareil génital masculin
CMD13	Affections de l'appareil génital féminin
CMD14	Grossesses pathologiques, accouchements, et affections su post-partum
CMD15	Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale
CMD16	Affections du sang et des organes hématopoïétiques
CMD17	Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus
CMD18	Maladies infectieuses et parasitaires
CMD19	Maladies et troubles mentaux
CMD20	Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celle-ci
CMD21	Traumatismes, allergies et empoisonnements
CMD22	Brûlures
CMD23	Facteurs influant sur l'état de santé et autre motifs de recours aux services de santé
CMD24	Séances et séjours de moins de 24 heures
CMD25	Maladies dues à une infection à VHI
CMD26	Traumatismes multiples graves
CMD27	Transplantations d'organes

Source : François Engel, Op Cit, P 96.

الملحق 4-3

وثيقة الاعباء المباشرة لاقسام التحليل العلاجية

محتوى	بيان
حساب ح/92	- تشفير أقسام التحليل
مقدرة نقديا، بعد جمع أو طرح أعباء أخرى. توزع على أساس وقت العمل المستغرق في الأقسام التحليلية المستعملة.	- رواتب طبية
مقدرة نقديا، بعد جمع أو طرح أعباء أخرى. توزع على أساس وقت العمل المستغرق في الأقسام التحليلية المستعملة. رواتب القابلات (Sages-femmes) تحسب ضمن هذا القسم.	- رواتب السلك الشبه طبي
مقدرة نقديا، بعد جمع أو طرح أعباء أخرى. توزع على أساس وقت العمل المستغرق في الأقسام التحليلية المستعملة.	- رواتب العمال خارج السلك الطبي
اهتلاك وصيانة المعدات الطبية ، باستثناء معدات المكوث والمكاتب.	- مخصصات واهتلاكات
مقدرة نقديا.	- استهلاك طبي
تحسب في مجموعها وعلى أساس توزيعها على أيام المكوث.	- أدوية
مقدرة نقديا.	- مصاريف متعلقة بالوظيفة الطبية (Depences de logistique médicale) ¹ .
محسوبة من طرف الإدارة.	- أيام المكوث
محسوبة من طرف الإدارة	- عدد المرضى المقبولين
مجموع الأداءات المقدمة من طرف أقسام التحليل والتي استفاد منها مرضى المستشفى.	مجموع نقاط (ICR) أو نقاط (OMEGA)

Source: Mi²nistère des affaires sociales de la santé et de la ville , OP Cit , p65.

¹ - Logistique médicale : dépenses de stérilisation, de gestion de la pharmacie du DIM , d'hygiène hospitalier (clin , desinfections) ventilées par établissement selon ses propres clés d'imputation

الملحق 4-4

وثيقة الأعباء المباشرة لأقسام التحليل الطبية التقنية

محتوى	بيان
حساب 92	- تشفير أقسام التحليل
مقدرة نقديا، بعد جمع أو طرح أعباء أخرى. توزع على أساس وقت العمل المستغرق في الأقسام التحليلية المختلفة (فحص داخلي وخارجي، غرفة عمليات...).	- رواتب طبية
مقدرة نقديا، بعد جمع أو طرح أعباء أخرى. توزع على أساس وقت العمل المستغرق في الأقسام التحليلية المختلفة.	- رواتب لشبه طبية و رواتب أخرى
امتلاك وصيانة المعدات والتجهيزات الطبية، يستثنى منها معدات المكوث و معدات المكاتب.	- امتلاكات + مصاريف صيانة
مقدرة نقديا.	- استهلاكات
مقدرة نقديا.	- أعباء أخرى متعلقة بالوظيفة الطبية (Dépenses de logistique médicale)
عدد نقاط مؤشر التكاليف المطلقة (ICR) ، عدد نقاط البيولوجيا (B)	- عدد وحدات القياس المستعملة (B،ICR، ...)
عدد نقاط مؤشر التكاليف المطلقة (ICR) ، عدد نقاط البيولوجيا (B)	- عدد وحدات القياس المستعملة ICR أو B المنتجة من أجل : - فترة مكوث قصيرة الأجل. - فترة مكوث متوسطة الأجل. - فترة مكوث طويلة الأجل. - أداءات خارجية. - أداءات لعمال المستشفى. - مستفيدون آخرون.

SOURCE: Ministère des affaires sociales de la santé et de la ville , Op cit , p63.

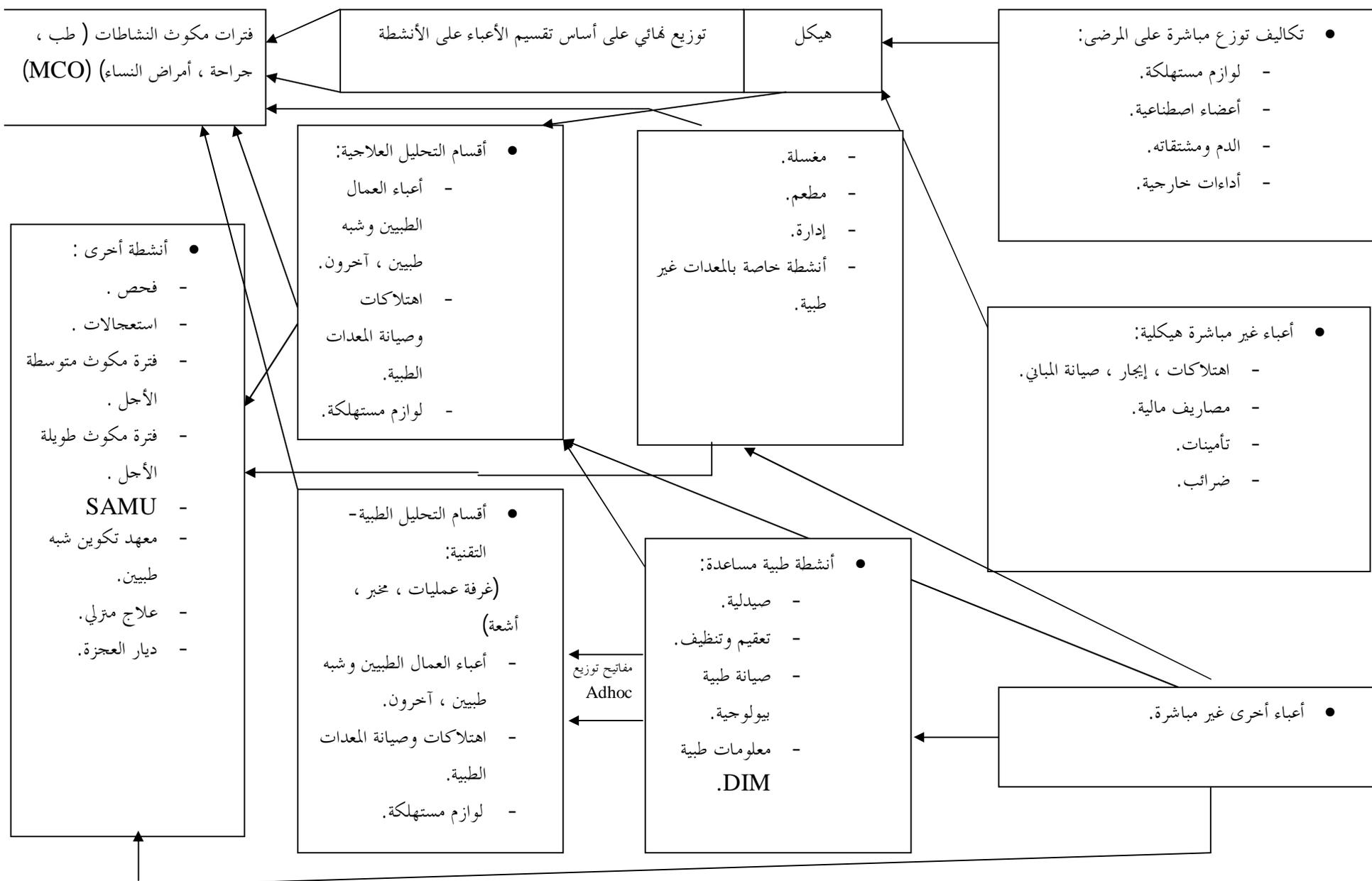


Schéma global de la nomenclature d'hospitalisation

	Court séjour	Moyen séjour	Long séjour
MEDECINE	Médecine générale Pédiatrie enfants Pédiatrie nourrissons Néonatalogie Réanimation Surveillance continue Allergologie Dermato-vénérologie Endocrino-diabétologie Hématologie Hépatogastro-entérologie Néphrologie Cardiologie Neurologie Pneumologie Rhumatologie Toxicologie	Chroniques Convalescents Rééducation fonctionnelle et réadaptation Cures thermales Sanatorium, aérium, Préventorium Post-cure (alcooliques, Toxicomanes, malades Mentaux)	Long séjour pour personnes ayant perdu leur autonomie de vie
CHIRURGIE	Chirurgie générale Chirurgie infantile Réanimation Surveillance continue Brûlés Chirurgie digestive Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire Orthopédie-traumatologie Chirurgie plastique ORL, OPH, Stomatologie Urologie Neuro-chirurgie Cancérologie chirurgicale	Cures médicales spécialisées (pneumologique, cardiologique, contre la tuberculose)	Lutte contre les maladies mentales Psychiatrie Pédo-psychiatrie Toxicomanie et desintoxications.
MATER NITE	Gynécologie Maternité – obstétrique		

Source : Alain Grenon, l'Analyse des Coûts à l'Hopital, Edition Dunod, Paris 1981, P30.

ملحق 4-7

جداول الاستهلاكات المختلفة و الأعباء المقابلة لها
للأقسام الاستشفائية

**Source : Ministère de la Santé et de la Population et de la Réforme
Hospitalière.**

CHARGES COMMUNES

Inscrire dans cette ligne les sections principales et auxiliaires	MED.INTER		PEDIATRIE			TOTAL		
	EFFEC	MONTANT	EFFECT	MONTANT	EFFEC	MONTANT	EFFEC	MONTANT	
Professeurs Docents Maitrise Assist Specialistes Generalistes Pharmaciens Chir.Dentistes Residents									
S/T medical									
Psy . et orthoph Biologistes P E P M Inf . Dipl . d"etat Infirmier brevete Aide paramedical									
S/T Paramedical									
Administratif (1) Technique (2) Economique (3)									
S/T Autres									
Total									
<u>LE SOUS-DIRECTEUR</u> <u>DU PERSONNEL</u>									

- (1) dactylographe a l'administrateur ainsi que les ASS toutes classes confondues.
- (2) Le Personnel technique comprend les architectes et techniciens en bâtiment. les ingénieurs et techniciens en informatique. Les ingénieurs et techniciens en maintenance biomédicale.
- (3) Le Personnel économique comprend les OP toutes catégories confondues. Les conducteurs – auto toutes catégories confondues. Les agents de sécurité. Les vacataires et les agents payes a l'heure.

CHARGES COMMUNES

IMPUT	INTITULE	MONTANT	COMMENTAIRES
I V 3	TITRE I Assurance de Resp . Civil		la facture est annuelle et ne figure pas sur l'état de solde. Il faut l'affecter aux charges communes a raison de 1/eme par mois.
II I 2	TITRE II Bourses des internes et externes		Les internes et les externes changent de service plusieurs fois par année ce qui rend difficile l'affectation de leurs charges.
CHAP 2	Formation du personnel Paramédical		Le montant de certaines de formation peut etre connu avec exactitude par service, mais par soucis de simplicité il a été décidé, dans un premier stade, de les considérer comme des charges communes.
CHAP 3	Stage a l'etranger		
CHAP 4	Congre et seminaires		
CHAP 5	Formation continue		
CHAP 8	Autres dep de fonction		
CHAP 2	TITRE VI Gaz médicaux et autres prod		
VI I 3	TITRE VII Accessoires et pièces de rechange pour matériel med		si le niveau d'organisation de la DIE permet d'individualiser le coût matières des opérations par service, il est préférable de considérer les charges d'entretien des bâtiments et de maintenance du matériel comme des charges directes et de les affecter aux sections par le billet du Tableau A9. Les travaux qui concerne l'ensemble de la structure et non un service donne doivent toujours être considérées comme des charges communes. Lorsque des travaux d'entretien ou de maintenance réalisées par des entreprises sont effectuées pour le compte d'un service donne, demander a l'entreprise de le préciser sur la facture.
	TITRE VII Dépense d'infrastructure		
CHAP 1	TITRE VIII Frais divers de gestion		
VIII 2 1	Chauffage. Eclairage . eau ...		
VIII 2 3	Documentation		
VIII 3 3	Entretien du materiel		
CHAP 4	Parc – auto		
CHAP 5	Transports et déplacements		
CHAP 7	Frais de l'H.C.A		
	TITRE X Recherche médicale		le montant de la recherche médicale peut être connu avec exactitude par service mais on estime que son activité bénéficie a l'ensemble des services et non a un service précis.
	TOTAL		

* Porter les montant des la liquidation, ne pas attendre le mandatement qui risque de tarder par manque de crédits.

* Veiller a ce que la même dépense ne soit pas comptabilisée deux fois (a la liquidation et au mandatement).

CHARGES COMMUNES

IMPUT	INTITULE	MONTANT	COMMENTAIRES
I V 3	TITRE I Assurance de Resp . Civil		la facture est annuelle et ne figure pas sur l'etat de solde. Il faut l'affecter aux charges communes a raison de 1/eme par mois.
II I 2	TITRE II Bourses des internes et externes		Les internes et les externes changent de service plusieurs fois par annee ce qui rend difficile l'affectation de leurs charges.
CHAP 2	Formation du personnel Paramedical		Le montant de certaines de formation peut etre connu avec exactitude par service, mais par soucis de simplicité il a été décidé, dans un premier stade, de les considérer comme des charges communes.
CHAP 3	Stage a l'etranger		
CHAP 4	Congre et seminaires		
CHAP 5	Formation continue		
CHAP 8	Autres dep de fonction		
CHAP 2	TITRE VI Gaz médicaux et autres prod		
VI I 3	TITRE VII Accessoires et pièces de rechange pour matériel med		si le niveau d'organisation de la DIE permet d'individualiser le coût matières des opérations par service, il est préférable de considérer les charges d'entretien des bâtiments et de maintenance du materiel comme des charges directes et de les affecter aux sections par le billet du Tableau A9. Les travaux qui concerne l'ensemble de la structure et non un service donne doivent toujours etre considerees comme des charges communes. Lorsque des travaux d'entretien ou de maintenance realises par des entreprises sont effectues pour le compte d'un service donne, demander a l'entreprise de le preciser sur la facture.
	TITRE VII Dépense d'infrastructure		
CHAP 1	TITRE VIII Frais divers de gestion		
VIII 2 1	Chauffage. Eclairage . eau ...		
VIII 2 3	Documentation		
VIII 3 3	Entretien du materiel		
CHAP 4	Parc – auto		
CHAP 5	Transports et déplacements		
CHAP 7	Frais de l'H.C.A		
	TITRE X Recherche médicale		le montant de la recherche medicale peut etre connu avec exactitude par service mais on estime que son activite benefice a l'ensemble des services et non a un service precis.
	TOTAL		

* Porter les montant des la liquidation, ne pas attendre le mandatement qui risque de tarder par manque de credits.

* Veiller a ce que la meme depense ne soit pas comptabilisee deux fois (a la liquidation et au mandatement).

ملحق 4-8

جداول إحصائيات متعلقة بنشاط الأقسام الطبية

**Source : Ministère de la Santé et de la Population et de la Réforme
Hospitalière.**

ETABLISSEMENT

ACTIVITE DU BLOC OPERATOIRE

MOIS DE ANNEE

Inscrire dans cette colonne les types D'interventions Chirurgicales	CHIRURGIE		PEDIATRIE			TOTAL	
	Nombre D'interv	Nombre De K						
ABLATION DU SEIN								
COLECYSTECTOMIE								
HYSTRECTOMIE								
.....								
TOTAL								

LE CHEF DE SERVICE

ETABLISSEMENT

ACTIVITE DE STOMATOLOGIE

MOIS DE ANNEE

Inscrire dans cette colonne les actes de chirurgie dentaire	NOMBRE DE SEANCES	NOMBRE DE D
EXTRACTION		
SOINS		
PROTHESES		
.....		
TOTAL		

LE CHEF DE SERVICE

<u>ETABLISSEMENT</u>					
ACTIVITE DE SCE D'EXPLORATION FONCTIONNELLE					
MOIS DE ANNEE					
Inscrire dans cette colonne les types d'examens d'exploration fonctionnelle	MED .INETR	PEDIATRIE	.....	EXTERNES	TOTAL
	Nombre examens	Nombre examens	Nombre examens	Nombre examens	Nombre examens
FIBROSCOPIE					
ENDOSCOPIE					
E.C.G					
E.E.G					
.....					
TOTAL					
<u>LE CHEF DE SERVICE</u>					

<u>ETABLISSEMENT</u>									
ACTIVITE DU PLATEAU TECHNIQUE									
MOIS DE ANNEE									
Inscrire dans cette colonne les sections principales	LABO		RADIO		BLOC OP		EXPLOR FONC	REEDUC FONC	ERGO THERAP
	Nbr exam	Nbr De B	Nbr exam	Nbr De R	Nbr exam	Nbr De K	Nbr exam	Nbr séances	Nbr séances
MED.INTER									
PEDIATRIE									
.....									
EXTERNES									
TOTAL									
LE RESPONSABLE DU BUREAU <u>DES ENTREES</u>									

<u>ETABLISSEMENT</u>		
ACTIVITE DU SAMU		
MOIS DE ANNEE		
	NBR D'INTERVENTIONS	OBSERVATION
SOINS A DOMICILE		
TRANSPORTS MEDICALISES		
TOTAL		
<u>LE CHEF DE SERVICE</u>		

<u>ETABLISSEMENT</u>							
ACTIVITE DE L'ERGOTHERAPIE ET DE LA REEDUCATION FONCTIONNELLE							
MOIS DE ANNEE							
Inscrire dans cette ligne les sections principales et auxiliaires	ORTHO PEDIE	CARDIO LOGIE	NEURO LOGIE	PSY CHIA TRIE	.....	EX TERNES	TOTAL
ERGO THERAPIE							
REEDUCATION FONCTIONNELLE							
TOTAL							
<u>LE CHEF DE SERVICE</u> <u>REED . FONC</u>				<u>LE CHEF DE SERVICE</u> <u>REED . FONC</u>			

ETABLISSEMENT

ACTIVITE DU LABORATOIRE

MOIS DE ANNEE

Inscrire dans cette colonne les types d'examens de laboratoire	MED.INTER		PEDIATRIE			EXTERNES		TOTAL	
	Nbr exam	Nbr De B								
GLYCEMIE										
TX CREAT										
.....										
TOTAL										

LE CHEF DE SERVICE

ETABLISSEMENT

ACTIVITE DE L'IMAGERIE

MOIS DE ANNEE

Inscrire dans cette colonne les types d'examens de laboratoire	MED.INTER		PEDIATRIE			EXTERNES		TOTAL	
	Nbr exam	Nbr De R								
TELE THORAX										
RACHIS CERVIC										
SCANNER										
ECHOGRAPHIE										
.....										
TOTAL										

LE CHEF DE SERVICE

ETABLISSEMENT

**ACTIVITE DES SERVICES D'HOSPITALISATION
ET DE CONSULTATION**

MOIS DEANNEE

Inscrire dans cette colonne les sections principales et auxiliaires	NOMBRE DE LITS	NBR MALADES ADMIS	NBR JOURNNEES D'HOSPITAL	NBR CONSULT EXTERNES	D.M.S (1)	T.O.M (2)
MEDECINE INTERNE						
PEDIATRIE						
.....						
TOTAL						

LE RESPONSABLE DU BUREAU
DES ENTREES

- (1) Durée moyenne de séjour (D.M.S = Nbr de J.H/ Nbr des maladies admis)
(2) Taux d'occupation moyen des lits (T.O.M = Nbr de J.H réalisé / Nbr de J.H disponibles x 100)
(3) Le Nbr de J.H disponible pour le mois = Nbr de lits x 30, pour l'année = Nbr de lits x 365

ETABLISSEMENT

TABLEAU 4-8 B2

ACTIVITE DES L'HEMODIALYSE

MOIS DEANNEE

NBR DE GENERATEURS

	NOMBRE D SEANCES	OBSERVATION
MEDECINE INTERNE		
PEDIATRIE		
.....		
TOTAL		

ملحق 4-9

جداول التوزيع الأولي و الثانوي و مفاتيح توزيع الأعباء

**Source : Ministère de la Santé et de la Population et de la Réforme
Hospitalière.**

CLES DE REPARTITION

SECTION AUXILIAIRE	clé de répartition
BLOC OPERATOIRE	le nombre de K
IMAGERIE	le nombre de R
LABORATOIRE	le nombre de B
EXPLORATION FONCTIONNELLE	le nombre d'examens
SEMEP	Au dinar Le dinar
ERGO THERAPIE	Le nombre De séances
REEDUCATION FONCTIONNELLE	Au dinar Le dinar
ADMINISTRATION	Au dinar Le dinar
SERVICES ECONOMIQUES	Au dinar Le dinar
SERVICES SOCIAUX	Au dinar Le dinar

Etablissement

REPARTITION SECONDAIRE DES CHARGES

	SECTION AUXILIAIRES										SECTIONS PRINCIPALES		
	BLOC OPER	IMAGE RIE	LABO RATOIRE	EXPLOR FONC	SEMEP	ERGO THERAP	REED FONC	ADMI NISTR	SCES ECO	SCES SOC	PEDIA TRIE	MED INTERN	.....
TOTAL REPARTION PRIMAIRE											A		
BLOC OPERATOIRE	* (1)										(2)		
IMAGERIE		*											
LABORATOIRE			*										
EXPLOR.FONCTION				*									
SEMEP					*								
ERGOTHERAPIE						*							
REEDUC.FONCTION							*						
ADMINISTRATION								*					
SCES ECONOMIQUES									*				
SCES SOCIAUX										*			
	TOTAL REPARTITION SECONDAIRE										B		
	TOTAL GENERAL										A + B		
UNITE D'ŒUVRE	K	R	B	EXAMEN	-	SEANCE	SEANCE	-	-	-	J.H	J.H	-
NOMBRE D'U.O											C		
COÛT U.O											D	(3)	

- (1) Porter le total des charges de chaque section auxiliaires dans la case correspondante (*)
- (2) Porter la part du total des charges de la section auxiliaires qui revient à la section principale.
- (3) Le coût d'une unité d'œuvre est calculé selon la formule suivante : $D = A + B / C$

Etablissement

TBLEAU RECAPITULATIF REPARTITION PRIMAIRE ET SECONDAIRE

	SECTION AUXILIAIRES										SECTIONS PRINCIPALES		
	BLOC OPER	IMAGE RIE	LABO RATOIRE	EXPLOR FONC	SEMEP	ERGO THERAP	REED FONC	ADMI NISTR	SCES ECO	SCES SOC	PEDIA TRIE	MED INTERN	.....
PERSONNEL													
ALIMENTATION													
PHARMACIE													
FOURNIT.DIVER													
ENTRETIEN & MANTEN													
CHARGES COMMUNES													
S / TOTAL													
BLOC OPERATOIRE	*												
IMAGERIE		*											
LABORATOIRE			*										
EXPLOR.FONCTION				*									
SEMEP					*								
ERGOTHERAPIE						*							
REED.FONCTIONNELLE							*						
ADMINISTRATION								*					
SCES ECONOMIQ									*				
SCES SOCIAUX										*			
SOUS TOTAL											B		
TOTAL											A + B		
%													
UNITE D'ŒUVRE	K	R	B	EXAMEN	-	SEANCE	SEANCE	-	-	-	J.H	J.H	-
NOMBRE D'U.O											C		
COUT U.O											D	(3)	

(1) A + B + C

Etablissement

REPARTITION PRIMAIRE DES CHARGES

	SECTION AUXILIAIRES										SECTIONS PRINCIPALES			
	BLOC OPER	IMAGE RIE	LABO RATOIRE	EXPLOR FONC	SEMEP	ERGO THERAP	REED FONC	ADMI NISTR	SCES ECO	SCES SOC	PEDIA TRIE	MED INTERN	..... ...	SOUS TOTAL
PERSONNEL														
ALIMENTATION														
PHARMACIE														
FOURNIT.DIVER														
ENTRETIEN & MANTEN														
CHARGES COMMUNES														
TOTAL														
%										D	(3)			

(1) = A + B + C

ملحق 4-10

جدول الكتلة الأجرية الخاصة بعمال مستشفى البير

المصدر : وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات

جدول الكتلة الأجرية

الأقسام الفرعية العامة														أقسام		
الصيدلية		المحاسبة و المالية		تسيير المرضى		الإدارة العامة		التنظيف		الصيانة		المطعم		المغسلة		عمال
ك	ع	ك	ع	ك	ع	ك	ع	ك	ع	ك	ع	ك	ع	ك	ع	عمال
																أطباء أخصائيين
																أطباء عامون صيادلة
																جراحين أسنان
																أطباء نفسانيين
																عامل بيولوجي
																ممرضة رئيسية
																ممرضة لها شهادة دولية
																ممرضة لها شهادة
																ممرضين مساعدين
																إداريين تقنيين
																عمال المغسلة
																عمال المطعم
																عمال الصيانة
																عمال المخزن (الصيدلية)
																تسيير المرضى
																عمال النظافة
																عمال آخرون
																المجموع

ملحق 4-11

جدول أنواع الأدوية المستهلكة من طرف مستشفى البير

المصدر : وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات

ملحق 4-11

جدول استهلاك الأدوية و اللوازم الطبية .

بيان	أقسام طبية أساسية						أقسام فرعية طبية				أقسام	
	التمريض الخارجي	الاستعمالات	أمراض النساء و التوليد	طب الأطفال	الجراحة	الأمراض المعدية	الطب الباطني	الوقاية	المخبر	الأشعة		غرفة العمليات
أدوية و لوازم طبية												
استهلاكات طبية أخرى												
لوازم الأشعة												
لوازم المخبر												
لوازم جراحة الأسنان												
مجموع												
نسبة الاستهلاك الخاص بالأدوية												

المصدر : من إعداد الطالب

ملحق 4-12

جدول التوزيع الأولي للأعباء

المصدر : وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات

التوزيع الأولي للأعباء غير المباشرة

الأقسام الفرعية الطبية				الأقسام الفرعية العامة							أقسام	
الوقاية	المخبر	الأشعة	غرفة العمليات	الصيدلية	الحاسبة و المالية	تقسيم المرضى	الإدارة العامة	الصيانة	المطعم	المغسلة و الملابس	التنظيف	أعباء
												مصاريف تأمين المسؤولية المدنية
												مصاريف التكوين المتواصل
												مصاريف تسيير أخرى
												وثائق
												تنقلات و استقبالات
												اللوازم المكتبية
												لوازم التنظيف
												لوازم أخرى (الملبسة)
												مواد و لوازم غذائية
												استهلاك الطاقة
												صيانة المعدات الطبية
												استهلاك الغاز الطبي
												استهلاك قطع غيار طبية
												استهلاك الكهرباء و غاز المدينة
												صيانة المباني
												استهلاك مستلزمات المباني
												استهلاك الماء
												الكتلة الأجرية لعمال الأقسام العامة
												مجموع

	التمريض الخارجي	الاستجالات	أمراض النساء و التوليد	طب الأطفال	الجراحة	الأمراض المعدية	الطب الباطني	أقسام أعباء
								مصاريف تأمين المسؤولية المدنية
								مصاريف التكوين المتواصل
								مصاريف تسيير أخرى
								وثائق
								تنقلات و استقبالات
								اللوازم المكتبية
								لوازم التنظيف
								لوازم أخرى (المبسة)
								مواد و لوازم غذائية
								استهلاك الطاقة
								صيانة المعدات الطبية
								استهلاك الغاز الطبي
								استهلاك قطع غيار طبية
								استهلاك الكهرباء و غاز المدنية
								صيانة المباني
								استهلاك مستلزمات المباني
								استهلاك الماء
								الكتلة الأجرية لعمال الأقسام العامة
								مجموع

ملحق 1-5

جدول الكتلة الأجرية لعمال مستشفى البير

المصدر : من إعداد الطالب

الكتلة الأجرية لشهر أبريل 2003

الوحدة : د

الأقسام الفرعية العامة															أقسام عمال	
الصيدلية		المحاسبة و المالية		تسيير المرضى		الإدارة العامة		التنظيف		الصيانة		المطعم		المغسلة		
ك	ع	ك	ع	ك	ع	ك	ع	ك	ع	ك	ع	ك	ع	ك	ع	
																أطباء أخصائيين
																أطباء عامون
32508	1															صيادلة
																جراحين أسنان
																أطباء نفسانيين
																عامل بيولوجي
						50671,05	3									مرمضة رئيسية
																مرمضة لها شهادة دولية
																مرمضة لها شهادة
																ممرضين مساعدين
		80000	8			390000	39									إداريين
		21388,8	2			139027,21	13									تقنيين
														23400	3	عمال المغسلة
												64400	7			عمال المطعم
										158100	17					عمال الصيانة
113598	9															عمال المخزن (الصيدلية)
				120000	12											تسيير المرضى
								728724,48	96							عمال النظافة
						91039,32	12									عمال آخرون
146106	10	101388,8	10	120000	12	670737,57	67	728724,48	96	158100	17	64400	7	23400	3	المجموع

تابع :

الأقسام الفرعية الطبية								أقسام عمال
الوقاية		المخبر		الأشعة		غرفة العمليات		
ك	ع	ك	ع	ك	ع	ك	ع	
105057	3	70038	2	35019	1	35019	1	أطباء أخصائيين
28193,3	1	28193,3	1					أطباء عامون
								صيادلة
								جراحين
								أسنان
								أطباء نفسانيين
								عامل بيولوجي
67561,4	4			16890,35	1			ممرضة رئيسية
97653,15	7	306909,9	22	83702,7	6	153454,95	11	ممرضة لها شهادة دولية
								ممرضة لها شهادة
51121,5	5							ممرضين مساعدين
								إداريين
								تقنيين
								عمال المغسلة
								عمال المطعم
								عمال الصيانة
								عمال المخزن (الصيدلانية)
								تسيير المرضى
								عمال النظافة
								عمال آخرون
349586,35	20	405141,2	25	135612,05	08	188473,95	12	المجموع

ملحق 2-5

جدول استهلاك الأدوية من طرف الأقسام الطبية

المصدر : مطبعة المحاسبة لمستشفى البير

الاستهلاك الخاص بالأدوية و اللوازم الطبية لشهر أفريل 2003 .

الوحدة : دج

مجموع	أقسام طبية أساسية							أقسام فرعية طبية				بيان
	التمريض الخارجي	الاستعدادات	أمراض النساء و التوليد	طب الأطفال	الجراحة	الأمراض المعدية	الطب الباطني	الوقاية	المخبر	الأشعة	غرفة العمليات	
2424698,69	1536053,76	138946,73	98865,3	15986,49	161164,03	125039,03	198546,57	0	8931,57	357,55	140807,46	أدوية و لوازم طبية
576361,61	161731,98	37974,64	40961,28	518,63	65785,56	34876,49	47670,27	0	1687,63	0	185155,13	استهلاكات طبية أخرى
170167,72	69733,65	0	0	0	0	0	0	0	0	100434,07	0	لوازم الأشعة
605979,98	258485,78	1344,53	1344,53	1344,53	1605,44	0	84664,19	0	254501,82	0	2689,06	لوازم المخبر
151880,94	151880,94	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	لوازم جراحة الأسنان
3929088,94	2177886,11	178265,9	141171,11	17849,65	228555,03	159915,72	330881,13	0	265121,02	100791,62	328651,65	مجموع
% 100	55,4	4,5	3,6	0,5	5,8	4,1	8,4	0	6,7	2,6	8,4	نسبة الاستهلاك الخاص بالأدوية

الاستهلاك الخاص بالأدوية و اللوازم الطبية لشهر ماي 2003

الوحدة : دج

مجموع	أقسام طبية أساسية						أقسام فرعية طبية					أقسام
	التمريض الخارجي	الاستعجالات	أمراض النساء و التوليد	طب الأطفال	الجراحة	الأمراض المعدية	الطب الباطني	الوقاية	المخبر	الأشعة	غرفة العمليات	بيان
1972602,02	1079018,92	163433,20	78809,45	28510,42	88954,37	82333,77	90693,32	218561,40	8476,45	644,47	133166,25	أدوية و لوازم طبية
537389,92	134950,04	65785,56	60673,44	2668,72	37974,64	2151,07	15180,00	1470,00	1337,63	0	215198,82	استهلاكات طبية أخرى
112413,73	45837,41	0	0	0	0	0	0	0	0	66576,32	0	لوازم الأشعة
336561,99	122546,81	9003,18	1344,53	9003,18	1344,53	3157,06	48757,81	0	141404,89	0	0	لوازم المخبر
178507,05	178507,05	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	لوازم جراحة الأسنان
3137474,71	1560860,23	238221,94	140827,42	40182,32	128273,54	87641,90	154631,13	220031,40	151218,79	67220,79	348365,07	مجموع
100	49,7	7,6	4,5	1,3	4	2,8	5	7	4,9	2,1	11,1	نسبة الاستهلاك الخاص بالأدوية

الاستهلاك الخاص بالأدوية و اللوازم الطبية لشهر جوان 2003

الوحدة : دج

مجموع	أقسام طبية أساسية						أقسام فرعية طبية				أقسام	
	التمريض الخارجي	الاستعدادات	أمراض النساء و التوليد	طب الأطفال	الجراحة	الأمراض المعدية	الطب الباطني	الوقاية	المخبر	الأشعة	غرفة العمليات	بيان
2047057,37	1149596,96	173561,08	78522,42	103348,81	85496,56	150291,27	188268,34	207,16	926,79	304,66	116533,25	أدوية و لوازم طبية
723320,11	335828,07	91600,02	61408,90	22848,24	28292,20	25239,47	33385,27	240	282,18	0	124195,76	استعدادات طبية أخرى
147309,84	41186,70	0	0	0	0	0	0	0	0	106123,14	0	لوازم الأشعة
400653,42	155069,59	0	0	1344,53	0	9471,18	59015,82	0	174407,77	0	1344,53	لوازم المخبر
222274,01	222274,01	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	لوازم جراحة الأستان
3540614,75	1903955,33	265161,10	139931,32	127541,58	113788,76	185001,92	280669,5	447,16	175616,74	106427,80	242073,54	مجموع
100	53,8	7,5	3,9	3,7	3,2	5,2	7,9	0,01	0,01	3	6,8	نسبة الاستهلاك الخاص بالأدوية

ملحق 3-5

جدول استهلاك اللوازم المكتبية

Source : Fait Par l'Étudiant

Consommation des produits de bureau

Mois Produits alimentaires	Avril			Mai			Juin		
	Unités	P.U	Montant	Unités	P.U	Montant	Unités	P.U	Montant
Trombone	39	10,65	415,35	30	10,65	319,5	33	10,65	351,45
Agrafes	25	10,75	268,75	17	10,75	182,75	25	10,75	268,75
agrafeuse	2	220,00	440	-	220,00	-	2	220,00	440
Feuille de stencils	54	385,00	20790	79	385,00	30415	114	385,00	43890
Bloc note	7	39,00	273	7	39,00	273	11	39,00	429
Classeur chrono	1	164	164	6	164	984	2	164	328
Cahier de 96 pages	30	15,50	465	28	15,50	434	22	15,50	341
Colle	10	12,30	123	9	12,30	110,7	7	12,30	86,1
Crayon noir	27	4,40	118,8	33	4,40	145,2	44	4,40	193,6
Carbone	3	240,00	720	6	240,00	1440	6	240,00	1440
Chemise cartonnée	370	5,10	1887	600	5,10	3060	470	5,00	2397
Correcteur	4	51,00	204	2	51,00	102	2	51,00	102
Dateur	-	100,00	-	-	100,00	-	1	100,00	100
Disquette	28	28,50	798	27	28,50	769,5	38	28,50	1083
Boite encreur	2	57,50	115	3	57,50	172,5	2	57,50	115
Boite à encre rouge/bleu	30	15,00	450	29	15,00	435	30	15,00	450
Enveloppe petit format	1180	2,10	2478	1625	2,10	3412,5	1370	2,10	2877
Enveloppe moyen format	880	3,00	2640	1185	3,00	3555	1120	3,00	3360
Enveloppe grand format	470	10,00	4700	750	10,00	7500	850	10,00	8500
Gaume	27	6,10	164,7	28	6,10	170,8	39	6,10	237,9
Marqueur	20	18	360	28	18	504	14	18	252
Listing 1. exemplaire	1	2200,00	2200	1	2200,00	2200	1	2200,00	2200
Rouleau étiquettes	10	41,00	410	9	41,00	369	8	41,00	328
Papier Fax	1	120,00	120	2	120,00	120	2	120,00	240
R.2M	34	98,20	3338,8	13	98,20	1276,6	25	98,20	2455
R.3M	13	125,00	1625	32	125,00	4000	27	125,00	3375
R.4M	25	157,00	3925	26	157,00	4082	24	157,00	3768

R.5M	14	184,00	2576	12	184,00	2208	7	184,00	1288
Ruban 2070	4	250	1000	1	250	250	2	250	250
Ruban 1070	-	545	-	-	545	-	1	545	545
Ruban X300	-	-		-	-	-	1	160	160
Rubqn scotch	51	47,00	2397	25	47,00	1175	18	47,00	846
Stylos différents	572	7,50	4290	553	7,50	4147,5	545	7,50	4087,5
Sous chemise	370	1,20	444	540	1,20	648	440	1,20	528
Taille crayon	4	23,50	94	5	23,50	117,5	12	23,50	282
Feuille blanche	38	189,00	7182	41	189,00	7749	31	189,00	5859
Feuille super	18	277,00	4986	29	277,00	8033	32	277,00	8864
Total	-	-	72162,4	-	-	90361,05	-	-	102317,3

ملحق 4-5

جدول استهلاك لوازم الملابس

Source : Fait Par l'Étudiant

ملحق 4-5

CONSOMMATION DES PRODUITS DE LA LINGERIE

Mois Outils	Avril			Mai			Juin		
	Unités	P.U	Montant	Unités	P.U	Montant	Unités	P.U	Montant
Alaise	0	-	-	0	-	-	0	-	-
Blouse blanche	2	380,16	760,32	21	380,16	7983,36	174	380,16	66147,84
Blouse bleu du travail	0	-	-	0	-	-	1	385,5	385,5
Blouse bleu ciel	0	393,16	-	2	393,16	786,32	40	393,16	15726,4
Bavette	0	102,56	-	23	102,56	2358,88	37	102,56	3794,72
Bach rideau	0	504,27	-	0	504,27	-	0	504,27	-
Dra de bloc vert	0	289,25	-	20	289,25	5785	04	289,25	1157
Dra blanc	04	2933,84	1173,52	32	293,38	9388,16	10	293,38	2933,8
Tenue de bloc	0	549,75	-	5	549,75	2748,75	57	549,75	31335,75
Tenue de bloc bleu ciel	0	520,60	-	0	520,66	-	3	520,66	1561,98
Total	-	-	1933,84	-	-	29050,47	-	-	123042,99

Source : Fait par l'étudiant

ملحق 5-5

جدول استهلاك لوازم النظافة

Source : Fait Par l'Etudiant

الملحق 5-5

CONSOMMATION DES PRODUITS DE LA SALUBRITE

Mois Outils	Avril			Mai			Juin		
	Unités	P.U	Montant	Unités	P.U	Montant	Unités	P.U	Montant
Balais	22	112,39	2472,58	14	112,39	1573,46	61	112,39	6855,79
Brosse à linge	2	42,74	85,48	1	42,74	42,74	3	42,74	128,22
Balais	1	105,79	105,79	1	105,79	105,79	2	105,79	211,58
Désodorisant	5	145,79	728,95	5	145,79	728,95	13	145,79	1895,27
Eau de javel	934	12,97	12113,98	1128	12,97	14630,16	1128	12,97	14630,16
Esprit de sel	0	37,09	-	4	37,09	148,36	6	37,09	222,54
Eponge	26	8,50	221	24	8,50	204	25	8,50	212,5
Frottoir	30	70,00	2100	12	70,00	840	67	70,00	4690
Grésil parfumé	97	15,32	1486,04	86	15,32	1317,52	95	15,32	1455,4
Isis poudre	304	42,60	12950,4	334	42,60	14228,4	335	42,60	14271
Manche à balais	24	51,56	1237,44	19	51,56	979,64	79	51,56	4073,24
Moubide	6	76,92	461,52	12	76,92	923,04	16	76,92	1230,72
Nadaf	0	59,81	-	0	59,81	-	0	59,81	-
Paillette métallique	36	8,51	306,36	35	8,51	297,85	36	8,51	306,36
Papier génique	15	51,29	769,35	28	51,29	1436,12	26	51,29	1333,54
Pelle plastique	4	20,31	81,24	4	20,31	81,24	4	20,31	81,24
Savon morceau	169	31,05	5247,45	153	31,05	4750,65	181	31,05	5620,05
Serpière	163	42,60	6943,8	166	42,60	7071,6	162	42,60	6901,2
Sachet ordures	1205	12,82	15448,1	1190	12,82	15255,8	1520	12,82	19486,4
Torchon carré	64	4,20	268,8	60	4,20	252	60	4,20	252
Vim	36	28,82	1037,52	40	28,82	1152,8	42	28,82	1210,44
Total	-	-	64065,8	-	-	66020,12	-	-	85067,65

Source : Fait Par l'Etudiant

ملحق 5-6

جدول استهلاك لوازم التغذية

Source : Fait Par l'Etudiant

CONSOMMATION DES PRODUITS ALIMENTAIRES

Mois Produits alimentaires	Avril			Mai			Juin		
	Unités	P.U	Montant	Unités	P.U	Montant	Unités	P.U	Montant
Ail	13	145	1885	17	70	1190	19	65	1235
Biscuit	35	33	1155	42	33	1386	26	33	858
Biscuit Chocolat	33	33	1089	16	33	528	0	33	-
Café	7	205	1435	11	205	2255	9	205	1845
Carottes	151	20	3020	187	26	4862	184	26	4784
Celleirie	9	45	405	7	65	455	8	50	400
Chocolat poudre	30	20	600	31	20	620	30	20	600
Crème dessert	800	9,00	7200	0	9,00	-	0	9,00	-
Artichaut	78	42	3276	0	42	-	0	42	-
Courgette	163	62	10106	180	22	3960	164	22	3608
Couscous	8	60	480	16	60	960	10	60	600
Cummun	0	45	-	1	45	45	1	45	45
	9	45	405	9	65	585	8	50	400
Eau Minéral	52	18,80	977,6	59	18,80	1109,2	105	18,80	1974
Fenouille	145	42	6090	74	42	3108	0	26	-
Flan	39	65	2535	31	65	2015	30	65	1950
Fromage	55	69,23	3807,65	81	69,23	5607,63	98	69,23	6784,54
Haricots	27	74,50	2011,5	26	74,50	1937	16	74,50	1192
Huile	70	317,5	22225	85	317,5	26987,5	85	317,5	26987,5
Jus	45	23	1035	150	23	3450	150	23	3450
Lait poudre	217	135	29295	213	135	28755	210	135	28350
Lentille	22	61	1342	24	61	1464	23	61	1403
Margarine	19	156	2964	22	156	3432	25	156	3900
Millet	24	54,20	1300,8	24	54,20	1300,8	25	54,20	1355
oeuf	1310	8	10480	1630	8	13040	1450	8	11600
Ognon	204	18	3672	239	20	4780	256	20	5120
Olive Noir	0	92,30	-	0	92,30	-	5	92,30	461,5
Olive dénoyauté	8	145	1160	10	145	1450	6	145	870
orange	288	68	19584	381	58	22098	209	55	11495
Pattes coupées	8	54,20	433,6	16	54,20	867,2	24	54,20	1300,8
Pêche	-	65	-	-	65	-	183	65	11895
Persil	8	45	360	8	65	520	8	50	400
Petits point sec	16	60	960	15	60	900	18	60	1080
Poivre noir	2	450	900	1	450	450	1	450	450

Poivron	0	-	-	123	56	6888	129	48	6192
Pomme	36	160	5760	49	160	7840	28	160	4480
Pomme de terre	621	23	14283	635	23	14605	598	26	15548
Riz	43	39	1677	26	39	1014	49	39	1911
Salade verte	161	42	6762	187	22	4114	172	30	5160
Sel	28	11,50	322	27	11,50	310,5	23	11,50	264,5
Spaghetti	15	54,20	813	4	54,20	216,8	8	54,20	433,6
Sucre	64	34	2176	76	34	2584	67	34	2278
Thon	7	480	3360	5	480	2400	11	480	5280
Thé en boîte	10	140	1400	7	140	980	3	140	420
Tisane	4	30	120	7	30	210	8	30	240
Tomate fraîche	46	52	2392	60	42	2520	93	32	2976
Tomate en boîte	36	80	2880	37	80	2960	38	80	3040
Viande de veau	188	380	71440	156	380	59280	228	380	86640
Vinaigre	22	19,33	425,26	31	19,33	599,23	34	19,33	657,22
Vermicelle	5	54,20	271	10	54,20	542	9	54,20	487,8
Pain	3965	6,95	27556,75	4275	6,95	29711,25	4500	6,95	31275
Patte sanglotant	1	74,50	74,5	0	74,50	-	0	74,50	-
pots	-	-	-	-	-	-	350	1,2	420
Serviette	-	-	-	-	-	-	2	25	50
Total	-	-	283901,66	-	-	276892,11	-	-	304146,46

ملحق 5-7

وثيقة وحدات قياس الأقسام الفرعية الطبية

**Source : Ministère de la Santé et de la Population et de la Réforme
Hospitalière.**

SERVICE BLOC OPERATOIRE

CODE	TYPES D'INTERV-CHIRURG	COTATION
0174/03	TRT chirurgicale des varices	K 100
0359	Ablation d'un corps étranger des fosses nasales	K 05
0617	Amputation ou désarticulation de la main	K 60
0623	Ablation d'un ongle.	K 10
0625	Excision d'un panaris.	K 10
0626	Traitement chirurgical d'un phlegmon	K 20
0649	Drainage d'un abcès profond du sein.	K 20
0678	Ponction évacuatrice de la plèvre	K 12
0760	Ponction de l'abdomen.	K 10
0761	TRT chir simple des hernies éventrations	K 50
0762	TRT chir des éventrations avec perte de Subs	K 80
0763	TRT chir des hernies, éventration + prothese	K 100
0765	Hernie étranglée	K 100
0767/01	Laparotomie: exploratrice evacuatrice	K 50
0767/02	Laparotomie: d'urgence pour hemorragie	K 30
0784	Traitement chirurgical des ulcères	K 150
0786	Gastrectomie élargie	K 250
0792	Résection segmentaire du grêle.	K 100
0795	Traitement de l'invagination intestinale	K 30
0796	Ablation de l'appendice.	K 50
0797	Ablation du diverticule de Meckel.	K 60
0798	Colectomie segmentaire	K 120
0799	Hémicolectomie élargie.	K 150
0803	Cholécystotomie ou Cholécystostomie	K 60
0804	Chlécystectomie.	K 80
0805	Cholédocotomie ou Hépaticotomie	K 150
0808	Anastomose, bilio-digestive directe	K 150
0810	Anastomose bilio-digestive	K 200
0818	Draining d'un abcès du foie.	K 60
0814/01	Kyste hydatique unique	K 100
0814/02	Kyste hydatique multiples	K 120
0823	Ponction biopsique du foie ou de la rate	K 10
0834	TRT des lésions traumatiques de l'anus ou du rectum	K 20
0834	Extraction de corps étranger anal	K 20
0835	TRT des lésions traumatiques complexes du périnée	K 60
0844	Les abcés et fistules intra-sphinctériens	K 25
0845	TRT des abcés et fistules	K 50
0847	Traitement des hémorroïdes par excision.	K 30
0848	Traitement des hémorroïdes par ligature	K 10
0853	Fissure anale, excision par electro-coagulation	K 30
0854	TRT de la fissure anale par dilation anale	K 20
0855	TRT de la fissure anale par sphinctérotomie	K 20
0876	Ponction biopsie du kyste du rein	K 30
0879	Néphrectomie.	K 100

0901	Cystostomie sus-pubienne	K 60
0907	Cure opératoire des fistules vésicales	K 120
0921	TRT opératoire du pñegmon péri-uretral	K 60
0922	Cure de fistule périnérale	K 120
0935	Incision d'un abcés de la prostate	K 50
0936	Prostatectomie pour adénome en un seul temps	K 120
0937	Prostatectomie suivant une cystostomie	K 80
0938	Prostatectomie pour cancer	K 150
0942	Cure opér du kyste du cordon ou de hydrocele	K 40
0943	Cure opératoire de la torsion du testicule	K 40
0944	Cure opératoire de l'ectopie testiculaire	K 60
0937	Hystérectomie totale.	K 100
0814/02	Traitement par laparotomie des kystes hy	K 120
0974	Hystérectomie partielle, myomectomie	K 80
0588	Hémithyroïdectomie partielle.	K 60
0589	Hémithyroïdectomie totale.	K 80
0590/01	Thyroïdectomie totale.	K 120
0590/02	Thyroïdectomie totale ganglionnaire	K 150
0591	Parathyroïdectomie unilatérale.	K 100
0595	Trachéotomie, trachéostomie	K 80
0642	Amputation ou désarticulation d'une phalange	K 10
0675	Ponction de la plèvre (à but diagnostique)	K 05
0679	Ponction biopsie plèvre avec évacuation pleurale	K 15
0781	TRT d'une perforation d'ulcère gastro-duod/aspiration	K 15
0816	Résection segmentaire du foie.	K 120
0821	Duodéno-pancréatectomie	K 300
0824	Traitement chirurgicale des lésions de la rate	K 100
0829	Résection d'un prolapsus rectal.	K 50
0927/01	Opération d'ordre thérapeutique pour phimosis	K 30
0959	Ablation d'un polype utérin	K 50
0966	Cure fistule urinaire ou recto-vaginale	K 120
0979	Prolapsus	K 120
1002	Suture d'épisiotomie	K 10
1010	Grossesse extra-utérine	K 100
1010	Césarienne	K 100
1010	Kyste ovarien	K 100
1011	Césarienne suivie d'une myomectomie	K 120
1016	Amputation du pied	K 60
1037	Resection isolée d'une veine ou d'un paquet variqueux	K 30

SERVICE LABORATOIRE

CODE	NATURE DE L'ACTE	COTATION	
1394	Uroblin (urine) bandelettes	B	5
1401	Protéine + réaction rivalta	B	25
1405	Amylase (sang)	B	30
1456	Clairance de l'urée	B	30
1457	Clairance de la créatinine	B	30
1463	Epreuve simple de l'hyperglycémie	B	20
1464	Epreuve de l'hyperglycémie provoquée	B	60
1469	Myélogramme + splénoqramme + adénoqram	B	60
1477	Numération des globules rouges	B	10
1482	Formul leucocytaire	B	15
1487	Recherche des parasites (sang)	B	25
1490	Formule d'arne	B	15
1511	Détermination du volume total des hématies	B	8
1514	Electrophorèse de l'hémoglobine	B	60
1531	Test de compatibilité	B	40
1532	Réaction de coombs	B	15
1542	E.C.B.Urines	B	50
1543	Sécrétions + exsudats génitaux	B	125
1547	Sécrétion broncho.pulmonaire	B	110
1550	Hémocultures	B	80
1554/01	Identification antigénique de bactéries	B	30
1557/01	Recherche de B.K	B	30
1320	Etude cytologique bronchique	B	20
1321	Etude cyto.qualitative des urines	B	20
1322	Etude cytologique qualitative	B	20
1326	Acide gras libre	B	20
1339	Cholestérole H.D.L (sang)	B	30
1343	Fer capacité de fixation (sang)	B	50
1349	Lipidogramme électrophrèse (sang)	B	60
1351	Magnésium sanguin	B	20
1358	Albuminémie	B	10
1363	Glucose L.C.R	B	10
1365	Protéines L.C.R	B	7
1369	Electrophorèse des protéines	B	70
1371	Acétone urinaire (bandelettes)	B	5
1373	Acide urique (urine)	B	10
1374	Calcium (urine)	B	20
1377	Créatine (urine)	B	10
1877	Exam.microscope.d'un sédiment minéral	B	5
1379	Phosphore minérale	B	15
1380	P.H urinaire	B	10
1382	Protéines (urine) bandelettes	B	2
1390	Sucre (urine) bandelette	B	2
	Urée (urine)	B	10

1588	Sérodiagnostic viral	B	60
1600	Examen parasitologique des selles	B	70
1607	Coproculture	B	40
1614	Latex (titrage)	B	20
1615	Polyartest F.R	B	20
1616	Polyartest (titrage)	B	20
1635	Anticorps anti H.B.S	B	70
1643	Recherche M.N.I	B	40
1650	Réaction de waaler-rose	B	35
1652	Diagnostic sérologique de la toxoplasmose	B	30
1653	Test de grossesse	B	40
1660	Glucose (sang)	B	30
1346	Urée (sang)	B	10
1360	Créatine (sang)	B	10
1340	Acide urique (sang)	B	10
1329	Cholestérol total (sang)	B	10
1338	Triglycérides (sang)	B	10
1359	Bilirubine totale (sang)	B	15
1333	Bilirubine directe et indirecte	B	25
1334	Calcium (sang)	B	20
1335	Fer sérique (sang)	B	30
1342	Fibrinogène (sang)	B	20
1344	Phosphore minéral (sang)	B	16
1353	Potassium + sodium (sang)	B	30
1354	Protéines sériques ou plasmatiques totales	B	10
1355	Protéinogramme (sang)	B	60
1356	Transaminase (TGO + TGP)	B	45
1424	C.R.P (dosage quantitatif)	B	40
1449	F.N.S (GR, GB, THE, PLAQ)	B	30
1473	Formule leucocytaire	B	15
1482	Vitesse de sédimentation	B	08
1510	Temps de saignement	B	05
1493	Groupage sanguin	B	30
1524	Temps de la prothrombine du sang	B	15
1502	Latex	B	20
1613	Antigène H.B.S	B	70
1634	Recherche de la syphilis	B	20
1639	A.S.L.O	B	35
1645	Prélèvement de sang au pli du coude	KB	1,50
1174	Prélèvements de sang multiples	KB	4
1175	hématocrite	B	20
1472	Dosage d'hémoglobine	B	20
1472	Numération des globules blanc	B	20
1472	Formule leucocytaire	B	20

SERVICE RADIOLOGIE

CODE	NATURE	COTATION	
1161	Echographie	R	10
1195	Extremite fondamentale	R	4
1195	RX main	R	4
1195	RX du bras	R	4
1195	RX poignet	R	4
1195	RX avant-bras	R	4
1195	RX coude	R	4
1195	RX pied	R	4
1195	RX jambe	R	4
1195	RX genou	R	4
1196	Ceinture scapulaire	R	8
1196	RX de la clavicule	R	8
1196	RX epaule	R	8
1196	RX omoplate	R	8
1198	RX du femur	R	6
1198	Incidence des orteils	R	6
1199/02	Calcaneum	R	6
1200	RX bassin	R	10
1200	RX hanche	R	10
1200	Artic.sacro.iliaque	R	10
1202	Comparaison des membres	R	30
1203	RX du menton	R	6
1203	RX du craneFACE	R	6
1203	RX du crane PROFIL	R	6
1204	Opacification des sinus	R	10
1206	RX maxillaire	R	8
1206	RX os du nez	R	8
1208	RX de la totalite du systeme maxillaire	R	15
1210	Grille costale	R	12
1210	RX sternum	R	12
1210	RX hemithorax	R	12
1211	RX du cervical	R	10
1211	RX dorsal	R	10
1211	RX lombo-sacree	R	10
1211	RX sacro-coccygien	R	10
1211	RX du rachis segmentaire	R	10
1211	Rachis cervico.dorcale	R	10
1217	Teleradiographie	R	10
1219	Telethorax	R	10
1221	Abdomen sans preparation	R	10
1222	A.S.P aigue (occlus.peritoneal)	R	30
1225	Abdomen vesiculaire	R	30
1226	Abdomen.estomac.duodenum	R	35
1228/02	Colon par voie basse	R	40
1231	Urographie	R	30
1239	Contenu uterin	R	15
1250	Reperage corps etranger	R	30

ملحق 5-8

جداول نشاط الأقسام الفرعية الطبية

**Source : Ministère de la Santé et de la Population et de la Réforme
Hospitalière.**

ملحق 5-9

جداول التوزيع الأولي للأعباء غير المباشرة

المصدر : من إعداد الطالب

التوزيع الأولي لأعباء الأقسام الفرعية العامة لشهر أبريل 2003

الوحدة : دج

الأقسام الفرعية الطبية				الأقسام الفرعية العامة								أقسام أعباء
الوقاية	المخبر	الأشعة	غرفة العمليات	الصيدلية	المحاسبة و المالية	تسيير المرضى	الإدارة العامة	الصيانة	المطعم	المغسلة و الملبسة	التنظيف	
-	-	-	-	-	-	-	6257409.00	-	-	-	-	مصاريف تأمين المسؤولية المدنية
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	مصاريف التكوين المتواصل
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	مصاريف تسيير أخرى
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	وثائق
-	-	-	-	-	-	-	12240.00	-	-	-	-	تقنيات و استقبالات
-	2652	-	-	-	-	7982,5	72162.4	-	-	-	-	اللوازم المكتبية
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5580	64065,8	لوازم التنظيف
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1933,84	-	لوازم أخرى (الملبسة)
-	-	-	-	-	-	-	-	-	283901,16	-	-	مواد و لوازم غذائية
-	-	-	-	-	-	-	63234.352	-	-	-	-	استهلاك الطاقة
-	31543,08	34515	-	-	-	-	-	-	-	-	-	صيانة المعدات الطبية
-	-	-	-	-	-	-	429196.95	-	-	-	-	استهلاك الغاز الطبي
-	-	-	-	-	-	-	-	1233119,95	-	-	-	استهلاك قطع غيار طبية
2360,31	14456,93	28296,96	71748,22	13410,88	3218,61	12069,79	8046.52	8046,52	58337,34	17568,25	-	استهلاك الكهرباء و غاز المدينة
-	-	-	-	-	-	-	322526.77	-	-	-	-	صيانة المباني
-	-	-	-	-	-	-	108693.94	-	-	-	-	استهلاك مستلزمات المباني
476,56	2918,97	5713,40	14486,58	2707,77	649,86	2436,99	1624.66	1624,66	11778,8	3547,18	-	استهلاك الماء
-	-	-	-	146106,00	101388,80	120000,00	670737.57	158100	64400,00	23400,00	728724,48	الكتلة الأجرية لعمال الأقسام العامة
2836,87	51570,98	68525,36	86234,8	162224,65	105257,27	142489,28	7945872.16	1400891.13	418417,8	52029,27	792790,28	مجموع
% 0.5	% 4	% 6	%15,5									

أقسام أعباء	الطب الباطني	الأمراض المعدية	الجراحة	طب الأطفال	أمراض النساء و التوليد	الاسترجالات	التمريض الخارجي	
مصاريف تأمين المسؤولية المدنية	-	-	-	-	-	-	-	6257.409,00
مصاريف التكوين المتواصل	-	-	-	-	-	-	-	-
مصاريف تسيير أخرى	-	-	-	-	-	-	-	-
وثائق	-	-	-	-	-	-	-	-
تنقلات و استقبالات	-	-	-	-	-	-	-	12240,00
اللوازم المكتبية	-	-	-	-	-	-	27647,5	110444,4
لوازم التنظيف	-	-	-	-	-	-	-	69645,8
لوازم أخرى (الملبسة)	-	-	-	-	-	-	-	1933,84
مواد و لوازم غذائية	-	-	-	-	-	-	-	283901,66
استهلاك الطاقة	-	-	-	-	-	-	-	63234,352
صيانة المعدات الطبية	-	-	-	-	-	-	10179,00	76237,08
استهلاك الغاز الطبي	-	-	-	-	-	-	-	429196,95
استهلاك قطع غيار طبية	-	-	-	-	-	-	-	1233119,95
استهلاك الكهرباء و غاز المدنية	61824,17	56862,14	74162,18	32320,22	83952,12	4720,63	-	551401,79
صيانة المباني	-	-	-	-	-	-	-	322526,77
استهلاك مستلزمات المباني	-	-	-	-	-	-	-	108693,94
استهلاك الماء	12482,83	11480,96	14973,98	6525,73	16950,66	953,13	-	111332,72
الكتلة الأجرية لعمال الأقسام العامة	-	-	-	-	-	-	-	2012856,85
مجموع	74307	68343,10	89136,16	38845,95	100902,78	5673,76	37826,5	11644175,1

% 100	% 6	% 0.9	% 16	% 6.2	% 14.2	% 11	% 12
-------	-----	-------	------	-------	--------	------	------

التوزيع الأولي لأعباء الأقسام الفرعية العامة لشهر ماي 2003

الوحدة : دج

الأقسام الفرعية الطبية				الأقسام الفرعية العامة								أقسام أعباء
الوقاية	المخبر	الأشعة	غرفة العمليات	الصيدلية	المحاسبة و المالية	تسيير المرضى	الإدارة العامة	الصيانة	المطعم	المغسلة و الملبسة	التنظيف	
-	-	-	-	-	-	-	7945219,97	-	-	-	-	مصاريف تأمين المسؤولية المدنية
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	مصاريف التكوين المتواصل
-	-	-	-	-	60000,00	-	-	-	-	-	-	مصاريف تسيير أخرى
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	وثائق
-	-	-	-	-	-	-	45519,00	-	-	-	-	تقنيات و استقبالات
-	2613,6	-	-	-	-	25517	90361,05	-	-	-	-	اللوازم المكتبية
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5580	66020,12	لوازم التنظيف
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	29050,47	-	لوازم أخرى (الملبسة)
-	-	-	-	-	-	-	-	-	276892,11	-	-	مواد و لوازم غذائية
-	-	-	-	-	-	-	60615,056	-	-	-	-	استهلاك الطاقة
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	صيانة المعدات الطبية
-	-	-	-	-	-	-	404694,81	-	-	-	-	استهلاك الغاز الطبي
-	-	-	-	-	-	-	-	978377,46	-	-	-	استهلاك قطع غيار طبية
1403,36	8595,59	16824,39	42659,01	7973,64	1913,67	7176,28	4784,18	4784,18	34685,36	10445,47	-	استهلاك الكهرباء و غاز المدينة
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	صيانة المباني
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	استهلاك مستلزمات المباني
476,56	2918,97	5713,40	14486,58	2707,77	649,86	2436,99	1624,66	1624,66	11778,8	3547,18	-	استهلاك الماء
-	-	-	-	146106,00	101388,80	120000,00	670737,57	158100,00	64400,00	23400,00	728724,48	الكتلة الأجرية لعمال الأقسام العامة
1879,92	14128,16	22537,79	57145,59	156787,41	163952,33	155130,27	9223556,28	1142886,3	387756,27	72023,12	794744,60	مجموع

% 0.5	% 4	% 6	%15,5
-------	-----	-----	-------

تابع

أقسام أعباء	الطب الباطني	الأمراض المعدية	الجراحة	طب الأطفال	أمراض النساء و التوليد	الاستجالات	التمريض الخارجي	
مصاريف تأمين المسؤولية المدنية	-	-	-	-	-	-	-	7945219,96
مصاريف التكوين المتواصل	-	-	-	-	-	-	-	-
مصاريف تسير أخرى	-	-	-	-	-	-	-	60000,00
وثائق	-	-	-	-	-	-	-	-
تنقلات و استقبالات	-	-	-	-	-	-	-	45519,00
اللوازم المكتبية	-	-	-	-	-	-	24677,5	143169,15
لوازم التنظيف	-	-	-	-	-	-	-	71600,12
لوازم أخرى (الملبسة)	-	-	-	-	-	-	-	29050,47
مواد و لوازم غذائية	-	-	-	-	-	-	-	276892,11
استهلاك الطاقة	-	-	-	-	-	-	-	60615,05
صيانة المعدات الطبية	-	-	-	-	-	-	-	-
استهلاك الغاز الطبي	-	-	-	-	-	-	-	404694,81
استهلاك قطع غيار طبية	-	-	-	-	-	-	-	978377,46
استهلاك الكهرباء و غاز المدينة	36758,51	33808,26	44094,26	19216,48	49915,03	2806,72	-	327844,39
صيانة المباني	-	-	-	-	-	-	-	-
استهلاك مستلزمات المباني	-	-	-	-	-	-	-	-
استهلاك الماء	12482,83	11480,96	14973,98	6525,73	16950,66	953,13	-	111332,72
الكتلة الأجرية لعمال الأقسام العامة	-	-	-	-	-	-	-	2012856,85
مجموع	49241,34	45289,22	59068,24	25742,21	66865,69	3759,85	24677,5	12467172,09
	% 13	%12	% 16	% 7	% 18	% 1	% 7	% 100

التوزيع الأولي لأعباء الأقسام الفرعية العامة لشهر جوان 2003

الوحدة : دج

الأقسام الفرعية الطبية				الأقسام الفرعية العامة								أقسام أعباء	
الوقاية	المخبر	الأشعة	غرفة العمليات	الصيدلية	الحاسبة و المالية	تسيير المرضى	الإدارة العامة	الصيانة	المطعم	المغسلة و الملبسة	التنظيف		
-	-	-	-	-	-	-	7872313,92	-	-	-	-	-	مصاريف تأمين المسؤولية المدنية
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	مصاريف التكوين المتواصل
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	مصاريف تسيير أخرى
-	-	-	-	-	-	-	2140	-	-	-	-	-	وثائق
-	-	-	-	-	-	-	18071,00	-	-	-	-	-	تنقلات و استقبالات
-	2310	-	-	-	-	26424,00	102317,3	-	-	-	-	-	اللوازم المكتبية
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5580	85067,65	-	لوازم التنظيف
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	123042,99	-	-	لوازم أخرى (الملبسة)
-	-	-	-	-	-	-	-	-	304146,46	-	-	-	مواد و لوازم غذائية
-	-	-	-	-	-	-	45462,96	-	-	-	-	-	استهلاك الطاقة
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	صيانة المعدات الطبية
-	-	-	-	-	-	-	402331,41	-	-	-	-	-	استهلاك الغاز الطبي
-	-	-	-	-	-	-	5023,04	495587,46	-	-	-	-	استهلاك قطع غيار طبية
982,28	6016,48	11776,23	29859,18	5581,15	1339,47	5023,04	3348,69	3348,69	24278,02	7311,31	-	-	استهلاك الكهرباء و غاز المدنية
-	-	-	-	-	-	-	319727,93	-	-	-	-	-	صيانة المباني
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	استهلاك مستلزمات المباني
476,56	2918,97	5713,40	14486,58	2707,77	649,86	2436,99	1624,66	1624,66	11778,8	3547,18	-	-	استهلاك الماء
-	-	-	-	146106,00	101388,80	120000,00	670737,57	158100,00	64400,00	23400,00	728724,48	-	الكتلة الأجرية لعمال الأقسام العامة
1458,84	11245,45	17489,63	44345,76	154394,92	103378,13	153884,03	9443098,47	658660,81	404603,28	162881,48	813792,13	-	مجموع

% 11	% 3	% 5	%12
------	-----	-----	-----

تابع

أقسام أعباء	الطب الباطني	الأمراض المعدية	الجراحة	طب الأطفال	أمراض النساء و التوليد	الاستعدادات	التمريض الخارجي	
مصاريف تأمين المسؤولية المدنية	-	-	-	-	-	-	-	7872313,92
مصاريف التكوين المتواصل	-	-	-	-	-	-	-	-
مصاريف تسير أخرى	-	-	-	-	-	-	-	-
وثائق	-	-	-	-	-	-	-	2140,00
تنقلات و استقبالات	-	-	-	-	-	-	-	18071,00
اللوازم المكتبية	-	-	-	-	-	-	32620,5	163671,8
لوازم التنظيف	-	-	-	-	-	-	-	90647,69
لوازم أخرى (الملبسة)	-	-	-	-	-	-	-	123042,99
مواد و لوازم غذائية	-	-	-	-	-	-	-	304146,46
استهلاك الطاقة	-	-	-	-	-	-	-	45462,95
صيانة المعدات الطبية	-	-	-	-	-	-	58032	58032
استهلاك الغاز الطبي	-	-	-	-	-	-	-	402331,41
استهلاك قطع غيار طبية	-	-	-	-	-	-	-	500610,5
استهلاك الكهرباء و غاز المدنية	25729,12	23664,10	30863,79	13450,58	34938,03	1964,56	-	229474,72
صيانة المباني	-	-	-	-	-	-	-	319727,33
استهلاك مستلزمات المباني	-	-	-	-	-	-	-	-
استهلاك الماء	12482,83	11480,96	14973,98	6525,73	16950,66	953,13	-	111332,72
الكتلة الأجرية لعمال الأقسام العامة	-	-	-	-	-	-	-	2012856,85
مجموع	38211,95	35145,06	45837,77	19976,31	51888,69	2917,69	90652,5	12253862,9

% 100	% 25,2	% 0,8	% 14	% 5,6	% 13	%10	% 11
-------	--------	-------	------	-------	------	-----	------

ملحق 5-10

جداول التوزيع الثانوي لأعباء الأقسام الفرعية العامة

المصدر : من إعداد الطالب

جدول التوزيع الثانوي لأعباء الأقسام الفرعية العامة لشهر أبريل 2003

الوحدة : دج

الأقسام الفرعية الطبية				الأقسام الفرعية العامة								أقسام أعباء
الوقاية	المخبر	الأشعة	غرفة العمليات	الصيدلية	إحساسية و المالية	تسيير المرضى	الإدارة العامة	الصيانة	المطعم	المغسلة و الملبسة	التنظيف	
2836,87	51570,98	68525,36	86234,8	162224,65	105257,27	142489,28	7945872,16	1400891,13	418417,8	52029,27	792790,28	التوزيع الثانوي لأعباء أ.ف.ع
3393,6	20785,78	40684,6	103157,63	19281,8	4627,63	17353,62	11569,08	11569,08	83875,83	25259,15	(792790,28)	التنظيف
-	-	-	30915,37	-	-	-	-	-	-	(77288,43)	-	المغسلة و الملبسة
		2766,9				-	8669,62	-	(502293,63)	-	-	المطعم
7062,30	115821,73	155370,62	197744,43	-	-	-	-	(1412460,21)	-	-	-	الصيانة
39830,55	653221,09	876272,19	115255,52	-	-	-	(7966110,86)	-	-	-	-	الإدارة العامة
-	-	-	-	-	-	(159842,9)	-	-	-	-	-	تسيير المرضى
549,42	9010,56	12087,34	15383,88	-	(109884,9)	-	-	-	-	-	-	إحساسية و المالية
0	12160,93	4719,17	15246,54	(181506,45)	-	-	-	-	-	-	-	الصيدلية
53672,74	862571,07	1160426,18	1563938,17	0	0	0	0	0	0	0	0	∑.ت. II لأف ع

تابع :

أقسام أعباء	الطب الباطني	الأمراض المعدية	الجراحة	طب الأطفال	أمراض النساء و التوليد	الاستعمالات	التمريض الخارجي	
التوزيع الثانوي لأعباء أ.ف.ع	74307	68343,10	89136,16	38845,95	100902,78	5673,76	37826,5	11644175,1
التنظيف	88889,1	81754,83	106628,35	46469,14	120704,07	6787,19	-	-
المغسلة و الملبسة	15457,68	15457,68	-	-	7728,84	7728,84	-	-
المطعم	127646,32	65298,84	103666,52	41872,42	138898,38	6456,1	7009,48	
الصيانة	169495,22	155370,62	200569,34	87572,53	225993,63	12712,14	84747,6	
الإدارة العامة	955933,30	876272,19	1131187,74	493898,87	1274577,74	71695,00	477966,65	
تسيير المرضى	26197,51	9491,85	14807,28	18224,35	91121,76	-	-	
الخاسبة و المالية	13186,19	12087,34	15603,65	6812,86	17581,58	988,96	6593,09	
الصيدلية	15246,54	7441,76	10527,37	907,53	6534,23	8167,79	100554,57	
Σ. II ل أ ف ع	1486358,86	1291518,21	1672126,41	734603,65	1984043,01	120209,78	714697,89	11644165,97

جدول التوزيع الثانوي لأعباء الأقسام الفرعية العامة لشهر ماي 2003

الوحدة : دج

الأقسام الفرعية الطبية				الأقسام الفرعية العامة								أقسام
الوقاية	المخبر	الأشعة	غرفة العمليات	الصيدلية	المحاسبة و المالية	تسيير المرضى	الإدارة العامة	الصيانة	المطعم	المغسلة و الملبسة	التنظيف	أعباء
1879,92	14128,16	22537,79	57145,59	156787,41	163952,33	155130,27	9223556,28	1142886,3	387756,27	72023,12	794744,6	التوزيع الثانوي لأعباء أ.ف.ع
3401,95	20836,98	40784,82	103411,75	19329,3	4639,03	17396,37	11597,58	11597,58	84082,45	25321,38	(794744,6)	التنظيف
-	-	-	38937,8	-	-	-	-	-	-	(97344,5)	-	المغسلة و الملبسة
4146,63	-	2472,03	13396,8	-	-	-	7495,83	-	(471838,72)	-	-	المطعم
5772,42	46179,35	69269,03	178945,0	-	-	-	-	(1154483,88)	-	-	-	الصيانة
46213,25	369705,98	554558,98	1432610,7	-	-	-	(9242649,69)	-	-	-	-	الإدارة العامة
-	-	-	-	-	-	(172526,64)	-	-	-	-	-	تسيير المرضى
842,95	6743,65	10115,45	26131,66	-	(168591,36)	-	-	-	-	-	-	المحاسبة و المالية
12328,17	8629,72	3698,45	19548,95	(176116,71)	-	-	-	-	-	-	-	الصيدلية
74585,29	466223,84	703436,58	1870128,25	0	0	0	0	0	0	0	0	إجمالي أ.ف.ع

تابع :

	التبريض الخارجي	الاستجالات	أمراض النساء و التوليد	طب الأطفال	الجراحة	الأمراض المعدية	الطب الباطني	أقسام أعباء
12467172,09	24677,5	3759,85	66865,69	25742,21	59068,24	45289,22	49241,34	التوزيع القانوني لأعباء أ.ف.ع
	-	6803,91	121001,42	46583,61	106891,02	81956,23	89108,07	التنظيف
	-	9734,45	9734,45	-	-	19468,9	19468,9	المغسلة و المليسة
	6698,4	6060,46	127269,66	27272,02	95213,02	63156,37	118657,43	المطعم
	80813,87	11544,84	207807,10	80813,87	184717,42	138538,06	150082,90	الصيانة
	646985,47	92426,49	1663676,94	646985,47	1478823,95	1109117,96	1201544,46	الإدارة العامة
	-	-	96810,62	8663,99	28252,13	17327,97	21471,62	تسيير المرضى
	11801,39	1685,91	30346,44	11801,39	26974,62	20230,96	21916,87	اخاصية و المالية
	87530,00	13384,87	7925,25	2289,52	7044,67	4931,26	8805,84	الصيدلية
12467170,5	858506,63	145400,78	2331437,57	850152,13	1986985,07	1500016,93	1680297,43	Σ.ت. II ل أ ف ع

جدول التوزيع الثانوي لأعباء الأقسام الفرعية العامة لشهر جوان 2003

الوحدة : دج

الأقسام الفرعية الطبية				الأقسام الفرعية العامة								أقسام
الوقاية	المخبر	الأشعة	غرفة العمليات	الصيدلية	المحاسبة و المالية	تسيير المرضى	الإدارة العامة	الصيانة	المطعم	المغسلة و الملبسة	التنظيف	أعباء
1458,84	11245,45	17489,63	44345,76	154394,92	103378,13	153884,03	9443098,47	658660,81	404603,28	162881,48	813792,13	التوزيع الثانوي لأعباء أ.ف.ع
3483,5	21336,42	41762,39	105890,41	19792,6	4750,22	17813,34	11875,56	11875,56	86097,81	25928,31	(83792,13)	التنظيف
-	-	-	75523,92	-	-	-	-	-	-	(188809,79)	-	المغسلة و الملبسة
4058,6	-	2419,55	13112,42	-	-	-	7336,71	-	(490701,09)	-	-	المطعم
2682,14	20116,09	33526,82	80464,36	-	-	-	-	(670536,37)	-	-	-	الصيانة
37849,24	283869,32	473115,54	1135477,29	-	-	-	(9462310,74)	-	-	-	-	الإدارة العامة
-	-	-	-	-	-	(171697,37)	-	-	-	-	-	تسيير المرضى
432,51	3243,85	5406,42	12975,40	-	(108128,35)	-	-	-	-	-	-	المحاسبة و المالية
17,42	8709,38	5225,63	11844,75	(174187,52)	-	-	-	-	-	-	-	الصيدلية
49982,25	348520,51	578945,98	1479635,31	0	0	0	0	0	0	0	0	Σ ا.ف.ع

تابع :

أقسام أعباء	الطب الباطني	الأمراض المعدية	الجراحة	طب الأطفال	أمراض النساء و التوليد	الاستعدادات	التمريض الخارجي	
التوزيع الثانوي لأعباء أ.ف.ع	38211,95	35145,06	45837,77	19976,31	51888,69	2917,69	90652,5	12253862,9
التنظيف	91243,89	83920,62	109453,8	47700,17	123901,68	6967,00	-	
المغسلة و الملبسة	37761,96	37761,96	-	-	18880,98	18880,98	-	
الطعم	127065,59	71181,7	82889,22	63532,80	106616,46	5931,81	6556,21	
الصيانة	73759,00	67053,64	87169,73	37550,03	93875,09	5364,29	168975,16	
الإدارة العامة	1040854,18	946231,07	1230100,40	529889,40	1324723,5	75698,49	2384502,3	
تسيير المرضى	13546,74	18587,42	11971,56	10396,36	117195,26	-	-	
اخصائية و المالية	11894,12	10812,83	14056,68	6055,19	15137,97	865,03	27248,34	
الصيدلية	13760,82	9057,75	5574,00	6444,94	6793,32	13064,06	93712,88	
Σ.ت. II ل أ ف ع	1448098,25	1279752,05	1587053,16	721545,2	1859012,95	129689,35	2771647,39	12253882,4

ملحق 5-11

جدول نشاط جراحة الأسنان و وثيقة وحدات قياسها

**Source : Ministère de la Santé et de la Population et de la Réforme
Hospitalière**

Tableau : Activité de Stomatologie 2^{ème} trimestre 2003

Mois désignation	Avril		Mai		Juin	
	Nombre d'acte	Nombre de « D »	Nombre d'acte	Nombre de « D »	Nombre d'acte	Nombre de « D »
Soins	852	21300	523	13075	558	13950
Extractions	3188	79700	2856	71400	4100	102500
Prothèse	27	27	45	45	34	34
total	4067	101027	3424	84520	4692	116484

*Source : Ministère de la santé et de la population, secteur sanitaire de
constantine, Hôpital EL-BIR , 2^{ème} trimestre 2003.*

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

WILAYA DE CONSTANTINE
SECTEUR SANITAIRE DE
CONSTANTINE
SERVICE CALCUL DES COUTS

NOMENCLATURE GENERALE DES ACTES
PROFESSIONNELS DES CHIRURGIENS DENTAIRES

- 1- EXTRACTION D'UNE DENT**D6**
- 2- EXTARCTION DE PLUSIEURS-DENTS-AU COURS D'UNE MEME SEANCE
 - LA PREMIERE**D6**
 - CHACUNE DES SUIVANTES**D3**
- 3- EXTRACTIONS DES MOLAIRES INERFIEURES
 - LA PREMIERE**D8**
 - CHACUNE DES SUIVANTES**D4**
- 4- EXTRACTIONS D'UNE DENT EN MAL POSITION IU PAR ALVEOLECTOMIE**D10**
- 5- LORSQUE LES DENTS SONT EFFECTUEES SOUS ANESTHESIE GENERALE LES COTATIONS A RETENIR CONCERNANT CETTE ANESTHESIE SONT POUR :
 - 1 AS EXTRACTIONS**D25**
 - 6A12 EXTRACTIONS**D25**
 - 13 ET AU DESSUS**D30**
- 6- EXTRACTIONS D'UNE DENT INCLUSE OU ENCLAVEE
 - ADULTE**D40**
 - ENFANT**D25**
- 7- EXTRACTION D'UNE DENT CANINE INCLUSE :
 - ADULTE**D50**
 - ENFANT**D30**
- 8- EXTRACTION D'UNE ODONTOIDE OU D'UNE SURNUMENTAIRE INCLUSE OU ENCLAVEE

- ADULTE**D40**
 - ENFANT.....**D25**
- 9- EXTRACTION D'UNE DENT EN DESINCLUSION NON ENCLAVEE
- ADULTE**D40**
 - ENFANT.....**D25**
- 10- EXTRACTION D'UNE DENT DE DESINCLUSION NON ENCLAVEE DONT LA COURONNE EST SOUS MUQUEUSE
- ADULTE**D20**
 - ENFANT.....**D25**
- 11- EXTRACTIONS D'UNE DENT EN DESINCLUSION DONT LA COURONNE EST SOUS MUQUEUSE EN POSITION PALATINE OU LINGUADE
- ADULTE**D50**
 - ENFANT.....**D30**
- 12- EXTRACTIONS D'UNE DENT OCTOPLIQUE ET INCLUSE CORONE-GENION-BRANCHE MONTANTE-BORD-BASILAIRES DE LA BRANCHE ET DU MONTANT SINUS.
- 13- EXTRACTIONS CHIRURGICALE D'UNE DENT PERMANENTE INCLUSE TRAITEMENT RADICULAIRE REIMPLANTATION CONTENTION A :
- 01 DENTADULTE 100^E (EVENTUEL-PREALABLES)
 ENFANT**D30**
- 02 DENTADULTE 100^E (EVENTUEL-PREALABLES)
 ENFANT**D40**

ملحق 5-12

جداول وحدات قياس الأقسام المتجانسة

جدول مفاتيح توزيع الأقسام الفرعية العامة

نوع مفاتيح التوزيع (وحدة القياس)	الأقسام الفرعية
المساحة (المتر المربع : م ²)	التنظيف
كيلوغرام غسيل	المغسلة و الملبسة
عدد الوجبات المقدمة	المطبخة
دينار الأقسام الطبية	الصيانة
دينار الأقسام الطبية	الإدارة العامة
عدد المرضى المقبولين للمكوث	تسيير المرضى
دينار الأقسام الطبية	المحاسبة و المالية
دج (قيمة) الأدوية الموزعة على الأقسام الطبية	الصيدلية

المصدر : من إعداد الطالب

وحدات قياس الأقسام الفرعية الطبية

وحدات قياس القسم	الأقسام الفرعية الطبية
وحدات مشفرة « K »	غرفة العمليات
وحدات مشفرة « R »	الأشعة
وحدات مشفرة « B »	المخبر
دينار الأقسام الطبية الأساسية	الوقاية

المصدر : وزارة الصحة و السكان

وحدات الأقسام الطبية الأساسية

الأقسام	وحدات القياس
الطب الباطني	يوم استشفائي
الأمراض المعدنية	يوم استشفائي
الجراحة	يوم استشفائي
طب الأطفال	يوم استشفائي
أمراض النساء و التوليد	يوم استشفائي
الاستعجالات	عدد الفحوصات المقدمة
التمريض الخارجي	عدد الفحوصات المقدمة

المصدر : وزارة الصحة و السكان

قائمة الملاحق :

- (1-2) جداول الهيكل الصحية العمومية والخاصة في الجزائر سنة 2002 .
- (1-4) وثيقة خاصة بالمجموعات المتجانسة للمرض (GHM)
- (2-4) وثيقة خاصة بالمجموعات الكبيرة للعلاج (CMD)
- (3-4) وثيقة الأعباء المباشرة لأقسام التحليل العلاجية
- (4-4) وثيقة الأعباء المباشرة للأقسام التقنية الطبية
- (5-4) شكل التنظيم العام لبرنامج التكاليف
- (6-4) جدول الاستشفاء قصير، متوسط و طويل المدى
- (7-4) جداول الاستهلاكات المختلفة و الأعباء المقابلة لها
- (8-4) جداول الإحصائيات المتعلقة بالأقسام الطبية
- (9-4) جداول التوزيع الأولي، الثانوي و مفاتيح توزيع الأعباء
- (10-4) جدول الكتلة الأجرية لعمال مستشفى البير
- (11-4) جدول أنواع الأدوية المستهلكة على مستوى مستشفى البير
- (12-4) جدول التوزيع الأولي للأعباء غير المباشرة
- (1-5) جدول الكتلة الأجرية لمستشفى البير
- (2-5) جداول استهلاكات الأدوية
- (3-5) جدول استهلاك اللوازم المكتبية
- (4-5) جدول استهلاك لوازم الملابس
- (5-5) جدول استهلاك لوازم النظافة
- (6-5) جدول استهلاك لوازم التغذية
- (7-5) وثيقة وحدات قياس الأقسام الفرعية الطبية
- (8-5) جداول نشاط الأقسام الفرعية الطبية
- (9-5) جداول التوزيع الأولي للأعباء غير المباشرة
- (10-5) جداول التوزيع الثانوي لأعباء الأقسام الفرعية العامة
- (11-5) جداول نشاط قسم جراحة الأسنان و وحدات قياسها
- (12-5) جداول وحدات قياس الأقسام المتجانسة

قائمة الأشكال

ص

- شكل رقم 1.1 : محتوى المنظومة الصحية 23
- شكل رقم 1.2 : منحني إمكانيات الإنتاج و التنافس على الموارد بين قطاع الخدمات الصحية و قطاع الشاب و الرياضة داخل الاقتصاد الوطني 48
- شكل رقم 2.2 : منحني إمكانيات الإنتاج و الخدمات المتنافسة على الموارد داخل قطاع الخدمات الصحية 49
- شكل رقم 3.2 : مكونات سوق السلع و الخدمات الصحية 54
- شكل رقم 4.2 : منحني الطلب على الخدمات الصحية 58
- شكل رقم 5.2 : الدخل كمحدد للطلب 59
- شكل رقم 6.2 : منحني الطلب على السلعة X 61
- شكل رقم 7.2 : منحني الطلب على السلعة البديلة Y 61
- شكل رقم 8.2 : منحني الطلب على السلعة X 62
- شكل رقم 9.2 : منحني الطلب على السلعة المكملة Y 62
- شكل رقم 10.2 : منحني الطلب بدلالة مقابل الخدمة المدفوع 64
- شكل رقم 11.2 : تأثير الزيادة السكانية و نوعيتها على منحني الطلب 67
- شكل رقم 12.2 : حالة زيادة الطلب (حالة أ) 68
- شكل رقم 13.2 : حالة زيادة الطلب (حالة ب) 68
- شكل رقم 14.2 : حالة انخفاض الطلب (حالة ج) 69
- شكل رقم 15.2 : حالة انخفاض الطلب (حالة د) 69
- شكل رقم 16.2 : حالة مرونة الطلب مساوية لـ (-1) 70
- شكل رقم 17.2 : حالة مرونة الطلب محصورة بين] -1، 0 [..... 71
- شكل رقم 18.2 : حلة مرونة الطلب أقل من (-1) 71
- شكل رقم 19.2 : حالة مرونة الطلب معدومة 72
- شكل رقم 20.2 : حالة مرونة الطلب اللانهائية 73
- شكل رقم 21.2 : منحني عرض الخدمات الصحية بدلالة سعرها 78

- شكل رقم 22.2 : عدد المنتجين كمحدد لعرض الخدمة الصحية 79
- شكل رقم 23.2 : تكاليف الإنتاج كمحدد للعرض 80
- شكل رقم 24.2 : منحنى عرض السلعة x 80
- شكل رقم 25.2 : منحنى عرض السلعة البديلة y 80
- شكل رقم 26.2 : منحنى عرض السلعة المكاملة Y 81
- شكل رقم 27.2 : منحنى تحديد سعر السلعة أو الخدمة 84
- شكل رقم 28.2 : حالة تأثير الحد الأقصى للسعر 85
- شكل رقم 29.2 : حالة تقديم الخدمة الصحية مجاناً 86
- شكل رقم 30.2 : حالة قيام طرف ثالث بدفع مقابل الخدمة 87
- شكل رقم 31.2 : حالة تأثير الحد الأدنى للسعر 88
- شكل رقم 1.3 : مكونات المستشفى كنظام مفتوح 127
- شكل رقم 2.3 : المستشفى كنظام مفتوح 128
- شكل رقم 3.3 : الهيكل التنظيمي التنفيذي لقسم التمريض 134
- شكل رقم 4.3 : هيكل التنظيم التنفيذي الاستشاري 136
- شكل رقم 5.3 : هيكل التنظيم الوظيفي للمستشفى 137
- شكل رقم 6.3 : هيكل التنظيم المصنوفي للمستشفى 139
- شكل رقم 7.3 : الوظائف الرئيسية و الوظائف المتفرعة منها 141
- شكل رقم 8.3 : تكلفة اليوم الاستشفائي خلال فترة مكوث معينة 148
- شكل رقم 1.4 : حساب التكاليف و سعر التكلفة بطريقة التكاليف المباشرة 179
- شكل رقم 2.4 : العلاقة بين التكاليف الكاملة و التكاليف المتغيرة و الثابتة 180
- شكل رقم 3.4 : استغلال معطيات المحاسبة التحليلية لحساب تكاليف المجموعات المتجانسة للمريض و المجموعات الشكلية 199
- شكل رقم 4.4 : طريقة الأقسام المتجانسة 208
- شكل رقم 5.4 : الهيكل التنظيمي للأقسام الطبية الفرعية 212
- شكل رقم 6.4 : الهيكل التنظيمي للأقسام الطبية الأساسية 218
- شكل رقم 1.5 : القطاعات الصحية الفرعية للقطاع الصحي لمدينة قسنطينة 231
- شكل رقم 2.5 : التنظيم الإداري للقطاع الصحي لمدينة قسنطينة 233

شكل رقم 3.5 : مستويات توزيع العلاج في القطاع الصحي لمدينة قسنطينة 234

شكل رقم 4.5 : الأقسام المتجانسة لمستشفى البير 238

قائمة الجداول

ص	
18	جدول رقم 1.1 : تطور النفقات الصحية في فرنسا
18	جدول رقم 2.1 : تطور النفقات الصحية في الجزائر
	جدول رقم 3.1 : حصة النفقات الوطنية للصحة بالنسبة للإنتاج الداخلي الخام في بعض
19	المنظومات الصحية
63	جدول رقم 1.2 : الاستهلاك الطبي المدني حسب الشريحة العمالية و نوع التأمين في فرنسا ...
96	جدول رقم 2.2 : تطور مصادر تمويل القطاع العمومي من خلال القطاعات الصحية
100	جدول رقم 3.2 : التمويل المزدوج للنفقات الصحية للفرد في الولايات المتحدة الأمريكية ...
104	جدول رقم 4.2 : تركيبة النفقة الوطنية للصحة في فرنسا
105	جدول رقم 5.2 : مصادر تمويل صندوق التأمين المرضي الفرنسي
107	جدول رقم 6.2 : تطور نسبة مساهمة مصادر تمويل النفقات الصحية في الجزائر
109	جدول رقم 7.2 : تطور نفقات صندوق الضمان الاجتماعي و علاقتها بـ PIB
111	جدول رقم 8.2 : جدول تسديدات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي CNAS
112	جدول رقم 9.2 : نفقات صندوق التأمين لغير الأجراء CASNOS
113	جدول رقم 10.2 : نسبة ميزانية الصحة إلى الناتج الداخلي الخام في الجزائر
113	جدول رقم 11.2 : تطور الميزانية الخاصة بالقطاعات الصحية والمستشفيات
115	جدول رقم 12.2 : نسبة النفقة المتوسطة السنوية للفرد في الجزائر
116	جدول رقم 13.2 : مصادر تمويل الصحة في الجزائر لسنة 2001
180	جدول رقم 1.4 : المفاضلة بين الأعباء المتغيرة و الثابتة في المؤسسة الاستشفائية
200	جدول رقم 2.4 : قائمة المجموعات الشكلية
202	جدول رقم 3.4 : توزيع أعباء المحاسبة العامة على أقسام التحليل الاستشفائية
205	جدول رقم 4.4 : جدول وحدات القياس للنشاط الاستشفائي
227	جدول رقم 1.5 : مصادر ميزانية القطاع الصحي لمدينة قسنطينة 2003 م
227	جدول رقم 2.5 : تطور حجم موارد القطاع الصحي لمدينة قسنطينة
242	جدول رقم 3.5 : عدد العمال حسب الوظيفة و الاختصاص في مستشفى البير

- جدول رقم 4.5 : ورقة تحليلية للنشاط الصحي للقطاع الصحي لمدينة قسنطينة 243
- جدول رقم 5.5 : استهلاك اللوازم المكتبية من طرف قسم تسيير المرضى 245
- جدول رقم 6.5 : استهلاك اللوازم المكتبية من طرف المخبر 246
- جدول رقم 7.5 : استهلاك اللوازم المكتبية من طرف أقسام أخرى 247
- جدول رقم 8.5 : استهلاك لوازم المغسلة 248
- جدول رقم 9.5 : استهلاك البترين من طرف وسائل النقل 250
- جدول رقم 10.5 : استهلاك المازوت 251
- جدول رقم 11.5 : صيانة المعدات الطبية 252
- جدول رقم 12.5 : مصاريف متنوعة أخرى 253
- جدول رقم 13.5 : مساحة أقسام مستشفى حي البير 255
- جدول رقم 14.5 : نشاط المغسلة و الملبسة للثلاثي الثاني من سنة 2003 256
- جدول رقم 15.5 : عدد الوجبات المقدمة و الأقسام المستفيدة منها لشهر أفريل 257
- جدول رقم 16.5 : عدد الوجبات المقدمة و الأقسام المستفيدة منها لشهر ماي 258
- جدول رقم 17.5 : عدد الوجبات المقدمة و الأقسام المستفيدة منها لشهر جوان 259
- جدول رقم 18.5 : أدءات و وحدات قياس الأقسام الفرعية الطبية لشهر أفريل 261
- جدول رقم 19.5 : أدءات و وحدات قياس الأقسام الفرعية الطبية لشهر ماي 261
- جدول رقم 20.5 : أدءات و وحدات قياس الأقسام الفرعية الطبية لشهر جوان 262
- جدول رقم 21.5 : عدد المرضى المقبولين في الأقسام الطبية الرئيسية و أقسام المكوث 263
- جدول رقم 22.5 : عدد الفحوصات الطبية في قسمي الاستعجالات و التمريض الخارجي .. 263
- جدول رقم 23.5 : وحدات قياس الأقسام الفرعية العامة 268
- جدول رقم 24.5 : وحدات قياس الأقسام الفرعية الطبية 268
- جدول رقم 25.5 : وحدات قياس الأقسام الطبية الرئيسية 270
- جدول رقم 26.5 : توزيع أعباء الأقسام الفرعية الطبية على الأقسام الطبية الرئيسية
لشهر أفريل 271
- جدول رقم 27.5 : توزيع أعباء الأقسام الفرعية الطبية على الأقسام الطبية الرئيسية
لشهر ماي 272

جدول رقم 28.5 : توزيع أعباء الأقسام الفرعية الطبية على الأقسام الطبية الرئيسية	
لشهر جوان	273
جدول رقم 29.5 : مقارنة أعباء الأقسام الفرعية العامة للثلاثي الثاني لسنة 2003	276
جدول رقم 30.5 : مقارنة أعباء الأقسام الفرعية الطبية	279
جدول رقم 31.5 : مقارنة أعباء و تكلفة وحدات القياس للأقسام الطبية الرئيسية للثلاثي الثاني	
لسنة 2003	280

قائمة الأشكال

ص

- شكل رقم 1.1 : محتوى المنظومة الصحية 23
- شكل رقم 1.2 : منحني إمكانيات الإنتاج و التنافس على الموارد بين قطاع الخدمات الصحية و قطاع الشاب و الرياضة داخل الاقتصاد الوطني 48
- شكل رقم 2.2 : منحني إمكانيات الإنتاج و الخدمات المتنافسة على الموارد داخل قطاع الخدمات الصحية 49
- شكل رقم 3.2 : مكونات سوق السلع و الخدمات الصحية 54
- شكل رقم 4.2 : منحني الطلب على الخدمات الصحية 58
- شكل رقم 5.2 : الدخل كمحدد للطلب 59
- شكل رقم 6.2 : منحني الطلب على السلعة X 61
- شكل رقم 7.2 : منحني الطلب على السلعة البديلة Y 61
- شكل رقم 8.2 : منحني الطلب على السلعة X 62
- شكل رقم 9.2 : منحني الطلب على السلعة المكملة Y 62
- شكل رقم 10.2 : منحني الطلب بدلالة مقابل الخدمة المدفوع 64
- شكل رقم 11.2 : تأثير الزيادة السكانية و نوعيتها على منحني الطلب 67
- شكل رقم 12.2 : حالة زيادة الطلب (حالة أ) 68
- شكل رقم 13.2 : حالة زيادة الطلب (حالة ب) 68
- شكل رقم 14.2 : حالة انخفاض الطلب (حالة ج) 69
- شكل رقم 15.2 : حالة انخفاض الطلب (حالة د) 69
- شكل رقم 16.2 : حالة مرونة الطلب مساوية لـ (-1) 70
- شكل رقم 17.2 : حالة مرونة الطلب محصورة بين [-1، 0] 71
- شكل رقم 18.2 : حلة مرونة الطلب أقل من (-1) 71
- شكل رقم 19.2 : حالة مرونة الطلب معدومة 72
- شكل رقم 20.2 : حالة مرونة الطلب اللانهائية 73
- شكل رقم 21.2 : منحني عرض الخدمات الصحية بدلالة سعرها 78
- شكل رقم 22.2 : عدد المنتجين كمحدد لعرض الخدمة الصحية 79

- شكل رقم 23.2 : تكاليف الإنتاج كمحدد للعرض 80
- شكل رقم 24.2 : منحنى عرض السلعة x 80
- شكل رقم 25.2 : منحنى عرض السلعة البديلة y 80
- شكل رقم 26.2 : منحنى عرض السلعة المكاملة Y 81
- شكل رقم 27.2 : منحنى تحديد سعر السلعة أو الخدمة 84
- شكل رقم 28.2 : حالة تأثير الحد الأقصى للسعر 85
- شكل رقم 29.2 : حالة تقديم الخدمة الصحية مجاناً 86
- شكل رقم 30.2 : حالة قيام طرف ثالث بدفع مقابل الخدمة 87
- شكل رقم 31.2 : حالة تأثير الحد الأدنى للسعر 88
- شكل رقم 1.3 : مكونات المستشفى كنظام مفتوح 127
- شكل رقم 2.3 : المستشفى كنظام مفتوح 128
- شكل رقم 3.3 : الهيكل التنظيمي التنفيذي لقسم التمريض 134
- شكل رقم 4.3 : هيكل التنظيم التنفيذي الاستشاري 136
- شكل رقم 5.3 : هيكل التنظيم الوظيفي للمستشفى 137
- شكل رقم 6.3 : هيكل التنظيم المصنوعي للمستشفى 139
- شكل رقم 7.3 : الوظائف الرئيسية و الوظائف المتفرعة منها 141
- شكل رقم 8.3 : تكلفة اليوم الاستشفائي خلال فترة مكوث معينة 148
- شكل رقم 1.4 : حساب التكاليف و سعر التكلفة بطريقة التكاليف المباشرة 178
- شكل رقم 2.4 : العلاقة بين التكاليف الكاملة و التكاليف المتغيرة و الثابتة 179
- شكل رقم 3.4 : استغلال معطيات المحاسبة التحليلية لحساب تكاليف المجموعات المتجانسة للمريض و المجموعات الشكلية 198
- شكل رقم 4.4 : طريقة الأقسام المتجانسة 207
- شكل رقم 5.4 : الهيكل التنظيمي للأقسام الطبية الفرعية 211
- شكل رقم 6.4 : الهيكل التنظيمي للأقسام الطبية الأساسية 217
- شكل رقم 1.5 : القطاعات الصحية الفرعية للقطاع الصحي لمدينة قسنطينة 231
- شكل رقم 2.5 : التنظيم الإداري للقطاع الصحي لمدينة قسنطينة 233
- شكل رقم 3.5 : مستويات توزيع العلاج في القطاع الصحي لمدينة قسنطينة 234
- شكل رقم 4.5 : الأقسام المتجانسة لمستشفى البير 238

Structure sanitaire publiques en 2002

Structures hospitalières	Nombre	Capacité en lits
- secteur sanitaires	224	35115
- clinique d'hospitalisation	14	N.D
- centre hospitalo-universitaires (CHU)	13	13087
- établissement hospitalières spécialisés	31	6416
Structure extra hospitalière		
- maternités publiques	392	3393
- polycliniques	497	-
- centres de santé	1252	-
- salles de soins	3964	-
- centre médico-sociaux	515	-
- pharmacies	5576	-
- unités dépistage et de suivie	1121	-
- unites de medicine preventive	80	-

Structure sanitaire privée en 2002

Structures hospitalières	Nombre
- cliniques d'hospitalisation	75
- cliniques des soins ambulatoires	27
- cliniques en phase de réalisation	125
- laboratoires d'analyses biologiques	212
- pharmacies	4587
- unités de radiologie	115

ETABLISSEMENT

DEPENSE ALIMENTAIRE GLOBALE

MOIS DE ANNEE

DESIGNATION	QUANTIT	P.U MOYEN	MONTANT
Viande rouges			
Poulet			
Poisson			
Oeufs			
Pain			
Lait			
Fruits			
Legume			
Alimentation generale			
TOTAL			(Y)

ETABLISSEMENT

NOMBRE DE REPAS CONSOMMES PAR SERVICE

MOIS DE ANNEE

Inscrire dans cette colonne les sections principales et auxiliaires	MALADIES (1)	PERSONNEL (2)	AUTRES (3)	TOTAL
MEDECINE INTERNE				
PEDIATRIE				
.....				
TOTAL				(W)

LE CHEF
CUISINIER

(1) Y inclure les gardes-malades

(2) Collations des donneurs de sang. Jury d'examens. Delegations . ets.

ETABLISSEMENT

DEPENSE ALIMENTAIRE PAR SERVICE

Dépense alimentaire globale du mois (1)

Nombre total de repas servis durant le mois.....(2)

Prix de revient du repas (X = Y/Z)(3)

MOIS DE ANNEE

Inscrire dans cette colonne les sections principales et auxiliaires	MALADES		PERSONNEL DE GARDE		AUTRES		TOTAL	
	NBR	MONTANT	NBR	MONTAN	NBR	MONTAN	NBR	MONTAN
MED. ITERNE		(3)						
PEDIATRIE								
.....								
TOTAL								

LE DEPENDSIER

(1) On obtient ce chiffre a partir du tableau A2 (voir (Y))

(2) On obtient ce chiffre a partir du tableau A3 (voir (Z))

(3) Le montant est calcule en multipliant le nombre de repas consommes durant le mois par le prix de revient (X).

ETABLISSEMENT

DEPENSES DE PHARMACIE

MOIS DE ANNEE

Inscrire dans cette ligne les sections principales et auxiliaires	BLOC OPER	IMAGE RIE	LABO RATOIRE	PEDIA TRIE	MED INTERN	INFEXI	TOTAL
Medicaments. Serums pansements et vaccin							
Consommable et Accessoires							
Films et produits radiologiques							
Reactifs et produits de laboratoires							
TOTAL							

N.B mettre les montant en TTC

LE PHARMACIEN CHEF

ETABLISSEMENT

ETAT DE CONSOMMATION DE (exemple : Ligne)

MOIS DE ANNEE

Inscrire dans cette ligne les sections principales et auxiliaires	MED.INTERNE		PEDIATRIE			TOTAL	
	QTE	MONTANT	QTE	MONTANT	QTE	MONTANT	QTE	MONTANT
Blouse medecin								
Tenues de bloc								
Draps								
.....								
TOTAL								

LE CHEF DE SERVICE

N.B prévoir un tableau similaire pour les quatre autres catégories diverses a savoir :

- Fournitures de bureau
- Produits d'hygiène
- Matériel et mobilier non médical
- Matériel et mobilier médical

مراقبة التكاليف في مؤسسة استشفائية دراسة حالة : مستشفى حي البير بقسنطينة

ملخص :

يدخل موضوع هذا البحث في إطار تحسين تسيير المستشفيات في الجزائر وذلك عن طريق مراقبة تطور التكاليف داخل هذا النوع من المؤسسات باستعمال طريقة الأقسام المتجانسة والمحاسبة التحليلية للتسيير الإستشفائي في مستشفى حي البير بقسنطينة.

تم تطبيق طريقة الأقسام المتجانسة من طرف بعض المستشفيات الرائدة في استعمالها، التي أظهرت عدة نقائص تعلقت أساسا بالإطار النظري المعد من طرف الوزارة من أجل تطبيقها، من جهة أخرى نقص تكوين وخبرة بعض عمال قسم المحاسبة على مستوى المؤسسة الإستشفائية.

لقد تم استعمال نفس الطريقة - طريقة الأقسام المتجانسة - في بحثنا هذا بإطار نظري وتطبيقي أكثر توسع وتحليل من ما هو مطبق حاليا على مستوى المؤسسة الإستشفائية الجزائرية والذي أظهر عدت فروقات فيما يخص تطبيق الطريقة ذاتها، بالإضافة إلى النتائج المتعلقة بتكلفة وحدات قياس الأقسام الطبية.

تطبيق مثل هذه الطريقة وبصفة فعالة يتطلب تداخل جهود عمال الفريق الطبي، الإداري والتقني، بالإضافة إلى مرحلة تجربة لا بأس بها من أجل التحكم في تطبيقها.

كلمات التحري :

الجزائر - مستشفى البير - اقتصاد الصحة - المنظومة الصحية - النفقات الصحية - برنامج اطباء نظام المعلومات - المحاسبة التحليلية للتسيير الاستشفائي - طريقة الأقسام المتجانسة - الأقسام الطبية - وحدات القياس - تكلفة مخرجات الأقسام الطبية.

Costs control in hospital institution

Case study ELBIR hospital in Constantine

Summary:

In this particular research study, we would like to present a method to improve hospital management in Algeria.

The method consists in analyzing all kind of costs inside these institutions by using homogenous sections and analytical accounting and applying it to ELBIR hospital.

The application of the “ homogeneous sections ” method by some of the greatest hospitals have already used this method, which proved theoretically inefficient, in the other hand we observed a deficiency in the number of qualified personnel in the analytical accounting field.

In our actual research we applied the method of “homogeneous sections” in a broader and more accurate way that what’s being done in the actual Algerian health institutions.

In order to apply such method accurately we need a better cooperative of the different teams: medical, administrative and technical, and a better knowledge of the method it self.

Key words:

Algeria, Elbir hospital – health economy – health system, costs control – medically expenditure – PMSI – CAGH – homogeneous sections method – medically sections – the value unities – the value unities cost of medically sections.

Le control des coûts dans un établissement hospitalier
Etude de cas : l'Hôpital de cité ELBIR Constantine

Résumé :

L'étude présentée dans cette recherche vise, à améliorer la gestion hospitalière en Algérie, par le contrôle de l'évolution des coûts en pratiquant la méthode des sections homogènes et la comptabilité analytique de gestion hospitalière : cas de l'Hôpital de cité ELBIR.

La pratique de cette méthode par quelque Hôpitaux pilote, à été marquer par quelques défauts concernant le cadre théorique de cette méthode et une expérience pas assez suffisante des exécuteurs dans les services de comptabilité analytique de ces hôpitaux.

On a essayer d'appliquer la même méthode des sections homogènes avec un cadre théorique et pratique plus détaillé et aussi analytique que celles qui est appliquer maintenant par le ministère de la santé. On est arrive a quelque différences qui on une relation avec l'application de la méthode elle-même et ces résultats.

L'application de ces techniques avec une grande efficacité implique la coopération de l'équipe médicale, administratif et technique avec une période d'essai plus au moins importante pour arrivée à ce but.

Mots clés :

Algérie – Hôpital cité ELBIR – économie de la santé – système de la santé – contrôle des coûts – dépense de santé – PMSI – CAGH – méthode des sections homogène – service médicales – unité d'œuvre – coûts d'unité d'œuvre de sections médicales.