جامعة يحي فارس بالمدية

كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير

قسم: علوم اقتصاديـــــــة

الموضـــــــــــوع:

دور الحوكمة في ترشيد الإنفاق العام للمنظومة الصحية الجزائرية خلال الفترة (1992-2018)

-دراسة ميدانية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية-

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في العلوم الاقتصادية تخصص: مالية ونقود

من إعداد الطالبة:

سعداوي سامية

تحت إشراف الأستاذ الدكتور:

خليل عبد القادر

أعضاء لجنة المناقشة:

أ.د. تهتان مراد	أستاذ	جامعة المدية	رئيسا
أ.د. خليل عبد القادر	أستاذ	جامعة المدية	مقررا
أ.د.براق عيسى	أستاذ	جامعة البليدة 2	عضوا ممتحنا
د. جوادي علي	أستاذ محاضر أ	جامعة البويرة	عضوا ممتحنا
د. هدروق أحمد	أستاذ محاضر أ	جامعة المدية	عضوا ممتحنا
د. بوكدرون يوسف	أستاذ محاضر أ	جامعة خميس مليانة	عضوا ممتحنا

السنة الجامعية 2020-2021

جامعة يحي فارس بالمدية

كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير

قسم: علوم اقتصاديـــــة

دور الحوكمة في ترشيد الإنفاق العام للمنظومة الصحية الجزائرية خلال الفترة (1992-2018)

-دراسة ميدانية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية-

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في العلوم الاقتصادية تخصص: مالية ونقود

من إعداد الطالبة:

سعداوي سامية

تحت إشراف الأستاذ الدكتور:

خليل عبد القادر

أعضاء لجنة المناقشة:

أ.د. تهتان موراد	أستاذ	جامعة المدية	رئيسا
أ.د. خليل عبد القادر	أستاذ	جامعة المدية	مقررا
أ.د.براق عيسى	أستاذ	جامعة البليدة 2	عضوا ممتحنا
د. جوادي علي	أستاذ محاضر أ	جامعة البويرة	عضوا ممتحنا
د. هدروق أحمد	أستاذ محاضر أ	جامعة المدية	عضوا ممتحنا
د. بوكدرون يوسف	أستاذ محاضر أ	جامعة خميس مليانة	عضوا ممتحنا

السنة الجامعية 2020-2021

كلمة شكر وعرفان

أشكر الله عز وجل على نعمة العلم، وعلى توفيقه لي في إتمام هذا العمل.

كما أتقدم بالشكر الجزيل إلى الأستاذ المشرف الدكتور خليل عبد القادر الذي قبل بالإشراف على هذه الأطروحة، وعلى كل مساعداته ودعمه لي في إنجاز هذا العمل، كما أتقدم بالشكر الجزيل للسادة أعضاء لجنة المناقشة، ولا يفوتني أن أشكر جميع الأساتذة وموظفي المؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية الذين قدموا لي يد المساعدة لإتمام هذا العمل.

إهداء

إلى الوالدين الكريمين أطال الله في عمريهما؛

إلى زوجي وأولادي وإخوتي وأخواتي؛

إلى أهل زوجي وكل الأهل والأقارب؛

إلى كل من علَّمني حرفاً.

ملخص

تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على تطبيق الحوكمة بمبادئها بالمنظومة الصحية الجزائرية، وكذا التعرف على آليات ترشيد الإنفاق العام الصحي والتي من ضمنها الحوكمة، وهنا تكمن **أهمية** الدراسة التي تسعى إلى معرفة دور الحوكمة كآلية لترشيد الإنفاق العام الصحي، والتي تسمح بمكافحة الفساد من خلال مساءلة المسؤولين عن الاستغلال الأمثل للموارد المتاحة وبأقل التكاليف الممكنة، وضمان الشفافية والإفصاح عن البيانات المالية بدقة ووضوح وفي الوقت المناسب، وفرض الرقابة على عمليات الإنفاق العام الصحي.

وتم استخدام المنهجين الوصفي والتحليلي، وكذا المنهج التاريخي في عرض التطور التاريخي للمنظومة الصحية الجزائرية، واعتمدنا على أسلوب دراسة حالة من خلال تصميم استبانة وفق مقياس ليكارت الخماسي، والتي تم توزيعها على عينتي الدراسة التيين اختيرتا بطريقة العينة غير العشوائية الغرضية لتحقيق أهداف الدراسة، وذلك من خلال **أربعة فصول**، ثلاثة فصول نظرية وفصل تطبيقي. وبعد إجراء المعالجة الإحصائية المناسبة باستخدام برنامج SPSS توصلنا إلى جملة من **النتائج** أهمها: يوجد تأثير معنوي ذو دلالة إحصائية لمبادئ الحوكمة على ترشيد الإنفاق العام الصحي بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة، كما لا توجد فروقات معنوية بين متوسطات إجابات أفراد العينتين تبعاً للمتغيرات الشخصية عند مستوى دلالة 0.05.

الكلمات المفتاحية: الحوكمة، ترشيد الإنفاق العام الصحي، المنظومة الصحية الجزائرية، المؤسسات العمومية الاستشفائية.

Résumé :

Cette étude vise à connaitre la mise en œuvre de gouvernance avec ses principes dans le système de santé algérien, ainsi qu'à connaitre les mécanismes de rationalisation des dépenses publiques de santé, y compris la gouvernance, et c'est là que réside l'importance de cette étude qui cherche à connaître le rôle de la gouvernance en tant que outil de rationalisation des dépenses publiques de santé, qui permet de lutter contre la corruption et ce les dirigeants des structures de santé de l'utilisation optimale des ressources disponibles au moindre coûts, en garantissant la transparence et la production des données financières de manière précise, claire et en temps opportune, et imposant un contrôle sur les opérations de dépenses publiques de santé. Ensuite nous avons l'approche descriptive et analytique, ainsi que la méthodologie historique, pour présenter l'évolution historique du système de santé algérien, et nous avons adopté une méthode d'étude de cas en procédant à la conception d'un questionnaire selon l'échelle quintuple de Likert, qui a été distribuée à les deux échantillons d'étude qui ont été choisis selon la méthode non aléatoire destinés à atteindre les objectifs de l'étude, et nous avons présenté l'étude en quatre chapitres, trois chapitres théoriques et un chapitre pratique, et Après avoir effectué le traitement statistique approprié à l'aide du programme SPSS, nous avons atteint un ensemble de résultats dont les plus importants sont: Il y a un effet statistique significatif des principes de gouvernance sur la rationalisation des dépenses publiques de santé dans les établissements publics hospitaliers étudiés, et il n'y a pas de différences significatives entre les moyennes des réponses des deux échantillons en fonction des variables personnelles à un niveau de significative 0.05.

Mots clés: gouvernance, rationalisation des dépenses publiques de santé, système de santé algérien, établissements publiques hospitalières.

فهرس المحتويات

فهرس المحتويات

العنوان	رقم الصفحة
كلمة شكر وعرفان	
الإهداء	
المستخلص	
فهرس المحتويات	**I**
قائمة الأشكال	**VI**
قائمة الجداول	**VIII**
قائمة الملاحق	**XII**
مقدمة	أ
الفصل الأول: مدخل نظري حول حوكمة المؤسسات الصحية مع الإشارة إلى حالة الجزائر	
تمهيد	**2**
المبحث الأول: ماهية حوكمة الشركات ومبادؤها	**3**
المطلب الأول: مفهوم وأهمية حوكمة الشركات وعوامل ظهورها	**3**
المطلب الثاني: آليات ومحددات وأهداف حوكمة الشركات	**8**
المطلب الثالث: مبادئ حوكمة الشركات	**12**
المبحث الثاني: لمحة حول حوكمة المؤسسات الصحية	**16**
المطلب الأول: تعريف حوكمة النظام الصحي وآلياتها	**16**
المطلب الثاني: مفهوم حوكمة المستشفيات والحوكمة الإكلينيكية	**22**
المطلب الثالث: تجارب بعض الدول في تطبيق حوكمة المؤسسات الصحية	**26**
المبحث الثالث: ملامح حوكمة المؤسسات الصحية بالجزائر	**32**
المطلب الأول: إطار حوكمة الشركات في الجزائر	**32**
المطلب الثاني: الأطراف المساهمة في تحقيق الحوكمة في المنظومة الصحية الجزائرية	**36**

المطلب الثالث: مبادرات حوكمة النظام الصحي في الجزائر	**40**
خلاصة الفصل	**46**
الفصل الثاني: تطور المنظومة الصحية ومؤشراتها في الجزائر خلال الفترة (1992-2018)	
تمهيد	**48**
المبحث الأول: النظم الصحية في العالم	**49**
المطلب الأول: مفهوم النظم الصحية وتطورها	**49**
المطلب الثاني: مكونات وأهداف ووظائف النظم الصحية	**52**
المطلب الثالث: أنواع النظم الصحية في العالم	**56**
المبحث الثاني: تطور المنظومة الصحية الجزائرية وهياكلها وسياسات إصلاحها.	**60**
المطلب الأول: التطور التاريخي للمنظومة الصحية الجزائرية	**60**
المطلب الثاني: هياكل المنظومة الصحية الجزائرية	**63**
المطلب الثالث: إصلاح المنظومة الصحية الجزائرية	**69**
المبحث الثالث: واقع المنظومة الصحية بالجزائر ومؤشراتها	**72**
المطلب الأول: تطور إمكانيات المنظومة الصحية الجزائرية خلال الفترة (1992-2018)	**72**
المطلب الثاني: المؤشرات الصحية للمنظومة الصحية الجزائرية خلال الفترة (1992-2018)	**80**
المطلب الثالث: الاختلالات التي تواجه المنظومة الصحية الجزائرية وسبل معالجتها	**84**
خلاصة الفصل	**89**
الفصل الثالث: سبل ترشيد الإنفاق العام في المنظومة الصحية الجزائرية	
تمهيد	**91**
المبحث الأول: أسباب ارتفاع الإنفاق العام الصحي بالجزائر ومصادر تمويله خلال الفترة (1992-2018)	**92**
المطلب الأول: أسباب ارتفاع تكاليف الإنفاق العام بالمنظومة الصحية الجزائرية	**92**

المطلب الثاني: التطور التاريخي لنظام تمويل المنظومة الصحية الجزائرية	**96**
المبحث الثاني: تقييم الإنفاق العام للمنظومة الصحية الجزائرية خلال الفترة (1992-2018)	**101**
المطلب الأول: جوانب الإنفاق العام للمنظومة الصحية الجزائرية	**101**
المطلب الثاني: تطور الإنفاق العام للمنظومة الصحية الجزائرية	**105**
المطلب الثالث: تحليل تطور الإنفاق على الصحة من خلال بعض المؤشرات الاقتصادية	**112**
المبحث الثالث: طرق ترشيد الإنفاق العام بالمنظومة الصحية الجزائرية	**115**
المطلب الأول: أثر تطبيق النظام التعاقدي على ترشيد الإنفاق العام بالمنظومة الصحية الجزائرية	**115**
المطلب الثاني: دور الرقابة المالية في ترشيد الإنفاق العام بالمنظومة الصحية الجزائرية	**118**
المطلب الثالث: الحوكمة كآلية لترشيد الإنفاق العام بالمنظومة الصحية الجزائرية	**122**
خلاصة الفصل	**125**
الفصل الرابع: دراسة ميدانية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية	
تمهيد	**127**
المبحث الأول: التعريف بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية ودراسة تطور ايراداتها ونفقاتها	**128**
المطلب الأول: لمحة حول المؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية	**128**
المطلب الثاني: تحليل تطور الإمكانيات البشرية والمادية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)	**130**
المطلب الثالث: تحليل تطور إيرادات ونفقات المؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)	**133**
المبحث الثاني: منهجية الدراسة والاختبارات القبلية والتحليل الوصفي للبيانات الشخصية	**137**
المطلب الأول: منهجية الدراسة	**137**
المطلب الثاني: الاختبارات القبلية للدراسة	**139**

المطلب الثالث: التحليل الوصفي للبيانات الشخصية لعينتي الدراسة	**145**
المبحث الثالث: استجابات أفراد العينتين لمتغيرات الدراسة واختبار الفرضيات	**153**
المطلب الأول: استجابة عينة أعضاء مجلس الإدارة، المدراء، المدراء الفرعيين ورؤساء المكاتب حول متغيرات الدراسة	**153**
المطلب الثاني: استجابة الموظفين الإداريين حول متغيرات الدراسة	**162**
المطلب الثالث: اختبار فرضية تأثير المتغيرات الشخصية على استجابات أفراد عينة الدراسة	**170**
المطلب الرابع: اختبار فرضية تأثير مبادئ حوكمة المؤسسات العمومية الاستشفائية بالمدية على ترشيد الإنفاق العام	**185**
خلاصة الفصل	**192**
خاتمة	**195**
قائمة المراجع	**211**
الملاحق	**223**

قائمة الأشكال:

الرقم	العنوان	رقم الصفحة
01	ركائز حوكمة الشركات	5
02	محددات الحوكمة	9
03	الأطراف المعنية بتطبيق حوكمة	10
04	مبادئ الحوكمة حسب صندوق النقد الدولي	14
05	أنظمة حوكمة النظام الصحي	18
06	المكونات الرئيسية للحوكمة الجيدة	25
07	المبادئ الأساسية الأربعة للحكم الراشد للمؤسسة:	34
08	جوهر الشفافية	35
09	نموذج النظام الصحي	52
10	المكونات الأساسية للنظام الصحي	54
11	العلاقة بين مهام وغايات النظام الصحي	56
12	مهام المؤسسات الصحية على مستوى الدوائر والبلديات	66
13	مهام المراكز الاستشفائية الجامعية	67
14	تطور نسبة الإنفاق الصحي العام إلى إجمالي الإنفاق العام خلال الفترة (2000-2018)	111
15	تطور نسبتي الإنفاق الصحي العام والخاص إلى إجمالي الإنفاق الصحي خلال الفترة (2000-2018)	111
16	الهيكل التنظيمي للمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية	129
17	توزيع عينة لأعضاء مجلس الإدارة، المدراء الفرعيين ورؤساء المكاتب حسب الجنس	146
18	توزيع عينة الإداريين حسب الجنس	146
19	توزيع عينة أعضاء مجلس الإدارة، المدراء، المدراء الفرعيين ورؤساء المكاتب حسب الفئة العمرية	147
20	توزيع عينة الموظفين الإداريين حسب الفئة العمرية	148
21	توزيع عينة أعضاء مجلس الإدارة، المدراء والمدراء الفرعيين ورؤساء المكاتب حسب المستوى التعليمي	149
22	توزيع عينة الموظفين الإداريين حسب المستوى التعليمي	149

23	توزيع عينة أعضاء مجلس الإدارة، المدراء، المدراء الفرعيين ورؤساء المكاتب حسب الخبرة المهنية	150
24	توزيع عينة الموظفين الإداريين حسب الخبرة المهنية	151
25	توزيع عينة أعضاء مجلس الإدارة، المدراء الفرعيين ورؤساء المكاتب حسب المناصب العليا	152

قائمة الجداول:

الرقم	العنوان	رقم الصفحة
01	أنواع الحوكمة	**4**
02	تطور عدد الممارسين الطبيين خلال الفترة (1992-2018)	**72**
03	تطور مؤشرات التغطية الصحية من طرف الممارسين الطبيين خلال الفترة (1992-2018)	**74**
04	تطور عدد ومؤشرات التغطية الصحية من طرف الشبه الطبيين خلال الفترة (1992-2018)	**75**
05	تطور عدد الهياكل الصحية وعدد الأسرة خلال الفترة (1992-2007)	**77**
06	تطور عدد الهياكل الصحية وعدد الأسرة خلال الفترة (2008-2018)	**78**
07	مؤشرات التغطية بالأسرة في الهياكل العمومية خلال الفترة (1992-1999)	**79**
08	مؤشرات التغطية بالأسرة في الهياكل العمومية خلال الفترة (2000-2018)	**79**
09	عدد ومعدل المواليد الأحياء وكذا عدد المواليد الأموات والمعدل الخام للوفيات خلال الفترة (1992-2017)	**81**
10	معدل وفيات الأمهات لكل 100 000 مولود حي خلال الفترة (1992-2017)	**82**
11	تطور معدل الأمل في الحياة عند الولادة خلال الفترة من (2000-2018)	**83**
12	تطور عدد السكان في الجزائر خلال الفترة (1992-2019)	**94**
13	تطور واردات الأدوية في الجزائر خلال الفترة (2001-سبتمبر 2015)	**95**
14	تطور واردات المواد الصيدلانية من (2001 -نوفمبر 2012)	**96**
15	تطور مساهمة الضمان الاجتماعي خلال الفترة (1992-2019)	**100**
16	تطور نفقات التسيير بالمنظومة الصحية الجزائرية خلال الفترة (1992-2018)	**106**
17	تطور النفقات الصحية للتسيير حسب طبيعة الاعتمادات للفترة (1992-2018)	**107**
18	تطور النفقات الصحية للتسيير حسب طبيعة الاعتمادات للفترة (1992-2018)	**108**
19	تطور نسبة الانفاق الصحي بين العام والخاص ونسبة الانفاق الصحي العام إلى الانفاق العام.	**109**

20	تطور نسبة الإنفاق على الصحة إلى إجمالي الناتج المحلي الإجمالي خلال الفترة (2000-2018)	**112**
21	تطور نصيب الفرد من الإنفاق الصحي بالقيمة الحالية بالدولار الأمريكي خلال الفترة (2000-2018)	**113**
22	تصنيف المؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية	**128**
23	تطور عدد المستخدمين الطبيين بالمؤسسات العمومية الاستشفائية بالمدية خلال الفترة (2008-2018)	**130**
24	مؤشرات التغطية بالممارسين الطبيين وشبه الطبيين لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)	**131**
25	تطور عدد الأسرة ومؤشر التغطية بالأسرة بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)	**132**
26	تطور إيرادات المؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)	**133**
27	تحليل تطور نفقات المؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2012)	**135**
28	تحليل تطور نفقات المؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية خلال الفترة (2014-2018)	**135**
29	سلم ليكارت الخماسي	**138**
30	نتائج اختبار ألفا كرونباخ بالنسبة لعينة أعضاء مجلس الإدارة، المدراء والمدراء الفرعيين، رؤساء المكاتب وعينة الموظفين الإداريين	**140**
31	معاملات الارتباط بين عبارات محاور الحوكمة والمحاور ككل.	**141**
32	معاملات الارتباط بين عبارات محاور ترشيد الانفاق العام والمحاور ككل.	**143**
33	توزيع أفراد العينتين حسب الجنس	**145**
34	توزيع عينتي الدراسة حسب العمر	**147**
35	توزيع العينتين حسب المستوى التعليمي	**148**
36	توزيع عينتي الدراسة حسب الخبرة المهنية	**149**
37	توزيع عينة أعضاء مجلس الإدارة، المدراء، المدراء الفرعيين ورؤساء المكاتب حسب المنصب العالي	**151**

38	نتيجة اختبار الإشارة لعبارات محور مجلس الإدارة	**153**
39	نتيجة اختبار الإشارة لعبارات المحور الثاني الرؤية الاستراتيجية	**154**
40	نتيجة اختبار الإشارة لعبارات المحور الثالث سلطة القانون	**154**
41	نتيجة اختبار الإشارة لعبارات المحور الرابع الاخلاق	**155**
42	نتيجة اختبار الإشارة لعبارات المحور الخامس المشاركة	**156**
43	نتيجة اختبار الإشارة لعبارات المحور السادس المتعلق بالمساءلة	**157**
44	نتيجة إختبار الإشارة لعبارات المحور السابع الشفافية	**158**
45	اختبار الإشارة لعبارات المحور الأول "عمليات إعداد وتنفيذ الميزانية"	**159**
46	اختبار الإشارة لعبارات المحور الثاني الخاص بالرقابة الداخلية	**159**
47	اختبار الإشارة لعبارات المحور الثالث الرقابة الخارجية	**160**
48	اختبار الإشارة لعبارات المحور الرابع نظم المعلومات المحاسبية	**161**
49	اختبار الإشارة لعبارات المحور الخامس تقييم الأداء	**162**
50	نتيجة إختبار الإشارة لعبارات المحور الأول سلطة القانون	**163**
51	نتيجة إختبار الإشارة لعبارات المحور الثاني الاخلاق	**163**
52	نتيجة اختبار الإشارة لعبارات المحور الثالث المشاركة	**164**
53	نتيجة إختبار الإشارة لعبارات المحور الرابع المتعلق بالمساءلة	**165**
54	نتيجة إختبار الإشارة لعبارات المحور الخامس الشفافية	**166**
55	اختبار الإشارة لعبارات المحور الأول "عمليات إعداد وتنفيذ الميزانية"	**166**
56	اختبار الإشارة لعبارات المحور الثاني الخاص بالرقابة الداخلية:	**167**
57	اختبار الإشارة لعبارات المحور الثالث الرقابة الخارجية	**168**
58	اختبار الإشارة لعبارات المحور الرابع نظم المعلومات المحاسبية	**169**
59	اختبار الإشارة لعبارات المحور الخامس تقييم الأداء	**169**
60	نتائج اختبار مان ويتني لمعرفة دلالة الفروق تبعا لمتغير الجنس	**171**
61	نتائج اختبار كروسكال والاس لمعرفة دلالة الفروق تبعا لمتغير العمر	**172**

62	نتائج اختبار كروسكال والاس لمعرفة دلالة الفروق تبعا لمتغير المستوى العلمي	**173**
63	نتائج اختبار كروسكال والاس لمعرفة دلالة الفروق تبعا لمتغير المنصب العالي	**173**
64	نتائج اختبار كروسكال والاس لمعرفة دلالة الفروق تبعا لمتغير الخبرة المهنية	**174**
65	نتائج اختبار مان ويتني لمعرفة دلالة الفروق تبعا لمتغير الجنس	**175**
66	نتائج اختبار كروسكال والاس لمعرفة دلالة الفروق تبعا لمتغير العمر	**176**
67	نتائج اختبار كروسكال والاس لمعرفة دلالة الفروق تبعا لمتغير المستوى العلمي	**176**
68	نتائج اختبار كروسكال والاس لمعرفة دلالة الفروق تبعا لمتغير المنصب العالي	**177**
69	نتائج اختبار كروسكال والاس لمعرفة دلالة الفروق تبعا لمتغير الخبرة المهنية	**178**
70	نتائج اختبار مان ويتني لمعرفة دلالة الفروق تبعا لمتغير الجنس	**179**
71	نتائج اختبار كروسكال والاس لمعرفة دلالة الفروق تبعا لمتغير العمر	**180**
72	نتائج اختبار كروسكال والاس لمعرفة دلالة الفروق تبعا لمتغير المستوى العلمي	**180**
73	نتائج اختبار كروسكال والاس لمعرفة دلالة الفروق تبعا لمتغير الخبرة المهنية	**181**
74	نتائج اختبار مان ويتني لمعرفة دلالة الفروق تبعا لمتغير الجنس	**182**
75	نتائج اختبار كروسكال والاس لمعرفة دلالة الفروق تبعا لمتغير العمر	**183**
76	نتائج اختبار كروسكال والاس لمعرفة دلالة الفروق تبعا لمتغير المستوى العلمي	**184**
77	نتائج اختبار كروسكال والاس لمعرفة دلالة الفروق تبعا لمتغير الخبرة المهنية	**184**
78	نتائج اختبار الانحدار الرتبي لأثر تطبيق مبادئ حوكمة المؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة على ترشيد الانفاق العام.	**186**
79	نتائج اختبار الانحدار الرتبي لأثر تطبيق مبادئ حوكمة المؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة على ترشيد الانفاق العام	**189**

قائمة الملاحق:

الرقم	العنوان	رقم الصفحة
01	تطور التوازن المالي لنظام الضمان الاجتماعي	**223**
02	الاستبانة الموجهة لأعضاء مجلس الإدارة، المدراء، المدراء الفرعيين ورؤساء المكاتب	**226**
03	الاستبانة الموجهة للموظفين الإداريين	**232**
04	قائمة المحكمين	**238**
05	معامل ألفا كرونباخ لعبارات الاستبيان الموزع على أعضاء مجلس الإدارة، المدراء، المدراء الفرعيين ورؤساء المكاتب	**238**
06	معامل ألفا كرونباخ لعبارات الاستبيان الموزع على الموظفين الإداريين	**239**
07	معامل سبيرمان بالنسبة لعينة أعضاء مجلس الإدارة، المدراء الفرعيين ورؤساء المكاتب	**242**
08	معامل سبيرمان بالنسبة لعينة الموظفين الاداريين	**250**
09	جداول خاصة بنتائج اختبار الإشارة بالنسبة لعينة أعضاء مجلس الإدارة، المدراء، المدراء الفرعيين ورؤساء المكاتب	**258**
10	جداول خاصة بنتائج اختبار الإشارة بالنسبة لمحور مجلس الإدارة	**258**
11	جداول خاصة بنتائج اختبار الإشارة بالنسبة لمحور الرؤية الاستراتيجية	**258**
12	جداول خاصة بنتائج اختبار الإشارة بالنسبة لمحور سلطة القانون	**259**
13	جداول خاصة بنتائج اختبار الإشارة بالنسبة لمحور الأخلاق	**260**
14	جداول خاصة بنتائج اختبار الإشارة بالنسبة لمحور المشاركة	**260**
15	جداول خاصة بنتائج اختبار الإشارة بالنسبة لمحور المساءلة	**261**
16	جداول خاصة بنتائج اختبار الإشارة بالنسبة لمحور الشفافية	**262**
17	جداول خاصة بنتائج اختبار الإشارة بالنسبة لقسم ترشيد الانفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية بالبرواقية	**263**
18	جداول خاصة بنتائج اختبار الإشارة بالنسبة لمحور عمليات اعداد وتنفيذ الميزانية	**263**
19	جداول خاصة بنتائج اختبار الإشارة بالنسبة لمحور الرقابة الداخلية	**264**
20	جداول خاصة بنتائج اختبار الإشارة بالنسبة لمحور الرقابة الخارجية	**265**
21	جداول خاصة بنتائج اختبار الإشارة بالنسبة لمحور نظم المعلومات المحاسبية	**265**
22	جداول خاصة بنتائج اختبار الإشارة بالنسبة لمحور تقييم الأداء	**266**
23	جداول خاصة بنتائج اختبار الإشارة لعينة الموظفين الإداريين	**267**
24	نتائج اختبار الإشارة لمحور سلطة القانون	**267**
25	نتائج اختبار الإشارة لمحور الأخلاق	**268**
26	نتائج اختبار الإشارة لمحور المشاركة	**268**

27	نتائج اختبار الإشارة لمحور المساءلة	**269**
28	نتائج اختبار الإشارة لمحور الشفافية	**270**
29	نتائج اختبار الإشارة لمحور عمليات إعداد وتنفيذ الميزانية	**271**
30	نتائج اختبار الإشارة لمحور الرقابة الداخلية	**272**
31	نتائج اختبار الإشارة لمحور الرقابة الخارجية	**272**
32	نتائج اختبار الإشارة لمحور نظم المعلومات المحاسبية	**273**
33	نتائج اختبار الإشارة لمحور تقييم الأداء	**274**
34	اختبار مان ويتني	**275**
35	نتائج اختبار كروسكال والاس لمعرفة دلالة الفروق تبعا لمتغير العمر	**276**
36	نتائج اختبار كروسكال والاس لمعرفة دلالة الفروق تبعا لمتغير المستوى العلمي	**277**
37	نتائج اختبار كروسكال والاس لمعرفة دلالة الفروق تبعا لمتغير المنصب العالي	**278**
38	نتائج اختبار كروسكال والاس لمعرفة دلالة الفروق تبعا لمتغير الخبرة المهنية	**280**
39	نتائج اختبار مان ويتني	**281**
40	نتائج اختبار كروسكال والاس لمعرفة دلالة الفروق تبعا لمتغير العمر	**281**
41	نتائج اختبار كروسكال والاس لمعرفة دلالة الفروق تبعا لمتغير المستوى العلمي	**282**
42	نتائج اختبار كروسكال والاس لمعرفة دلالة الفروق تبعا لمتغير المنصب العالي	**283**
43	نتائج اختبار كروسكال والاس لمعرفة دلالة الفروق تبعا لمتغير الخبرة المهنية	**285**
44	نتائج اختبار مان ويتني عينة الموظفين الإداريين	**256**
45	نتائج اختبار كروسكال والاس لمعرفة دلالة الفروق تبعا لمتغير العمر	**287**
46	نتائج اختبار كروسكال والاس لمعرفة دلالة الفروق تبعا لمتغير المستوى العلمي	**288**
47	نتائج اختبار كروسكال والاس لمعرفة دلالة الفروق تبعا لمتغير الخبرة المهنية	**290**
48	نتائج اختبار مان ويتني عينة الموظفين الإداريين	**291**
49	نتائج اختبار كروسكال والاس لمعرفة دلالة الفروق تبعا لمتغير العمر	**291**
50	نتائج اختبار كروسكال والاس لمعرفة دلالة الفروق تبعا لمتغير المستوى العلمي	**293**
51	نتائج اختبار كروسكال والاس لمعرفة دلالة الفروق تبعا لمتغير الخبرة المهنية	**294**
52	الجداول المتعلقة بتحليل الانحدار الرتبي الخاص بأعضاء مجلس الإدارة، المدراء، المدراء الفرعيين، ورؤساء المكاتب باستخدام برنامج SPSS اختبار الفرضية الرئيسية الرابعة	**295**
53	ملحق رقم (53): الجداول المتعلقة بتحليل الانحدار الرتبي الخاص بالموظفين الإداريين باستخدام برنامج SPSS اختبار الفرضية الرئيسية الرابعة	**298**

مقدمة

تختلفُ طبيعة المنظومة الصحية عن غيرها من المنظومات الأخرى، إذ يتمثل دورها الأساسي في تقديم أفضل الخدمات الصحية وبأقل التكاليف الممكنة، كما تمثل الصحة العمومية إحدى الركائز الأساسية للمجتمع، لذا حظيَ القطاع الصحي العمومي باهتمامٍ كبيرٍ من قبل المختصين والباحثين، سعياً وراء تطويره، وجعله يتكفل بالاحتياجات الصحية للسكان، مع ضرورة التحكم في التكاليف الصحية المتزايدة وترشيدها.

ومن أجل تقريب الصحة من المواطن وتوفير التغطية الصحية الشاملة قامت الجزائر بتوفير هياكل الوقاية والتشخيص والعلاج والاستشفاء والمتابعة الصحية بغية تحسين أداء المنظومة الصحية، كما قامت الجزائر بالعديد من الإصلاحات في المنظومة الصحية منذ الاستقلال إلى يومنا هذا لتحقيق أهداف وجودها.

إذاً فالمنظومة الصحية تمثل أحد المقومات الأساسية للمجتمع، والتي تعتمد في تمويلها على الميزانية العامة للدولة، هذه الميزانية التي تعتمد في إيراداتها بشكل كبير على عائدات الجباية البترولية، وهذا الأخير–البترول– تشهد أسعاره تذبذباتٍ من فترة إلى أخرى، لذا يجب التفكير في وضع آلياتٍ تضمن الرقابة والشفافية على تسيير الأموال العمومية ومكافحة الفساد لتحقيق الرشادة في الإنفاق العام، وتسمح بتحسين أداء المنظومة الصحية.

ويُعتَبرُ الإنفاق العام أحد أدوات السياسة المالية المطبقة من طرف الدولة لممارسة دورها التدخلي في مختلف قطاعاتها، وتفرض الدولة على هذه النفقات الرقابة لمعرفة مدى تحقيقها للأهداف المسطرة. ويزداد الاهتمام بترشيد الإنفاق العام، كلما ظهرت الأزمات نظراً لشح الموارد اللازمة لتمويل الموازنة العامة، فترشيد الإنفاق العام يسمح بتحقيق الأهداف المسطرة بكفاءةٍ وفعاليةٍ من خلال التخصيصِ الأمثل للموارد المتاحة والحيلولة دون تبذيرها أو سوء استغلالها واختلاسها، ويمكن اللجوء إلى تطبيق مبادئ الحوكمة لتحقيق ذلك.

ويُستخدَمُ مفهوم الحوكمة على نطاق واسع في العديد من الدول، سواءً المتقدمة منها أو الدول النامية خاصة مع ظهور العديد من الأزمات، وانهيار العديد من المؤسسات نتيجة الفساد الإداري والاختلاسات ونقص الشفافية والرقابة والإفصاح، لذا كان لزاماً اللُّجوء إلى تطبيق مبادئ الحوكمة التي تُعتَبرُ آليةً لتجسيد التسيير الفعال في المؤسسات والإدارات سواءً كانت عموميةً أو خاصةً من أجل تحقيق أهداف التنمية.

وباعتبار النظام الصحي الجزائري يعتمد في تمويله بشكل كبير على مساهمات الدولة، فإن تطبيق الحوكمة في القطاع الصحي ستكون لها تأثيرٌ على الإنفاق العام الصحي إذا تم توفير الظروف المواتية.

إشكالية البحث:

اعتماداً على هذا الطرح، وضمن إطار الهدف العام للدراسة، ارتأينا صياغة إشكالية موضوع بحثنا كما يلي: **ما مدى تأثير تطبيق مبادئ الحوكمة على ترشيد الإنفاق العام بالمنظومة الصحية الجزائرية، وما واقع ذلك بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية؟**

الأسئلة الفرعية:

قصد توضيح الإشكالية، نطرح مجموعة تساؤلاتٍ فرعيةٍ، تُمثّل مجمل الاهتمامات التي تتطلّبها هذه الدراسة، وهي:

- ما هي مبادئ الحوكمة بالمنظومة الصحية الجزائرية؟
- ما هي آلياتُ ترشيد الإنفاق العام بالمنظومة الصحية الجزائرية؟
- ما هي أوجه الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة؟
- ما مدى تطبيق الحوكمة في المنظومة الصحية الجزائرية وأثرها على الإنفاق العام من خلال دراسة ذلك على المؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية؟

الفرضيات:

لمعالجة الأسئلة السابقة وتسهيل الدراسة، قمنا بوضعِ مجموعة فرضياتٍ على النّحو التالي:

1- الفرضية الرئيسية الأولى: تتمثل مبادئ الحوكمة بالمنظومة الصحية الجزائرية في الإفصاح والشفافية والمساءلة ومشاركة المجتمع المدني في اتخاذ القرارات الصحية.

2- الفرضية الرئيسية الثانية: يتحقق ترشيد الإنفاق العام الصحي في الجزائر باستخدام عدة أليات أهمُّها تطبيق مبادئ الحوكمة، والرقابة المالية على مختلف العمليات التي تقوم بها مؤسسات المنظومة الصحية، واستخدام أدوات حديثة في التسيير.

3- الفرضية الرئيسية الثالثة: يوجد فرقٌ معنويٌّ بين متوسطات إجابات أفراد العينة تبعاً للمتغيرات الشخصية عند مستوى دلالة 0.05.

4- الفرضية الرئيسية الرابعة: تؤثر مبادئ حوكمة المؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة على ترشيد الإنفاق العام عند مستوى دلالة 0.05.

أهمية البحث:

تكمن أهمية البحث في أهمية المنظومة الصحية في توفير الرعاية الصحية للمواطنين، وكذا التكفل باحتياجاتهم الصحية، وكذلك ضرورة ترشيد الإنفاق العام الصحي خاصة في ظل انخفاض أسعار البترول هذا

من جهةٍ، ومن جهةٍ أخرى ظهور الأوبئة والأمراض المعدية والمزمنة، كما أن ترشيد الإنفاق العام يستوجب تطبيق مجموعةٍ من الآليات ولعل أهمَّها تطبيق الحوكمة بمبادئها في المنظومة الصحية بغرض التَّحكُّم في الإنفاق الصحي وضمان الاستغلال الأمثل للموارد المتاحة، كما تتجلَّى أهميّة البحث في عدة جوانبٍ، أهمّها:

- ✓ تَعاظُم الاهتمام بتطبيق الحوكمة في شتَّى مجالات الاقتصاد، ونظرا لحاجة المستشفيات إلى تحسين أسلوب إدارتها قصد الاستخدام الأمثل للموارد في تحقيق خدمات صحية، فإنه يكون مفيداً تبني الحوكمة في هذه المؤسسات؛
- ✓ البحث على مداخل جديدة لترشيد الإنفاق العام للمؤسسات الصحية، من خلال اعتماد الحوكمة؛
- ✓ التَّعرُّف على طبيعة إصلاح المنظومة الصحية الجزائرية، ومعرفة أثر الإصلاحات على أداء المنظومة الصحية الجزائرية.

أهداف البحث:

نهدفُ من خلال هذا البحث إلى ما يلي:

- ✓ التَّعرُّف على أهمية تطبيق الحوكمة وأهدافها وآليات تجسيدها في المنظومة الصحية الجزائرية؛
- ✓ الوقوف على حجم ونوعية المجهود الإصلاحي الذي قامت به الجزائر، لتحسين أداء المنظومة الصحية، ورفع مساهمتها في ترقية الصحة؛
- ✓ التّعرّف على ماهية وكيفيَّات ترشيد الإنفاق العام؛
- ✓ التَّعرُّف على الجهود المبذولة من طرف المنظومة الصحية الجزائرية لتطبيق الحوكمة في المنظومة الصحية الجزائرية وأثرها على ترشيد الإنفاق العام؛
- ✓ لفتُ انتباه الأكاديميِّين والمهنيِّين والمهتمِّين بضرورة الاهتمام بتطبيق الحوكمة في المؤسسات الصحية من أجل تحسين أدائها وفرض رقابةٍ أكبر على تسيير أموالها.

كما يهدف هذا البحث إلى معرفة مدى تأثير تطبيق مبادئ الحوكمة في المؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة وتأثيرها على ترشيد الإنفاق العام من خلال:

- معرفة مدى تطبيق مبادئ الحوكمة في المؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة؛
- مدى تحقيق ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة؛
- معرفة تأثير تطبيق الحوكمة على تحقيق الرشادة في الانفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة؛
- تقديم توصيات بخصوص أهمية تطبيق مبادئ الحوكمة في المؤسسات العمومية الصحية.

حدود الدراسة:

جاء بحثنا هذا وفق حدود معينة، تمثّلت في الموضوع، المكان والزمان.

- **من حيث الموضوع:** اعتمدنا على مصطلح الحوكمة كمتغير مستقل، وندرس مفهومها ومبادئها، وترشيد الإنفاق العام الذي سندرسه كمتغير تابع؛
- **من حيث المكان:** تركّز دراستنا على المنظومة الصحية الجزائرية، مع التّركيز على المؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية، وذلك لعدة اعتبارات تتعلق بضرورة تقديم خدمات الرعاية الصحية بجودة عالية، لتحقيق رضا المريض وبأقل التكاليف، وكذلك فرض الرقابة على ميزانياتها للعمل في إطار مليء بالشفافية والإفصاح، والتَّوجه من التمويل المبني على التقدير العشوائي للميزانية إلى التمويل المبني على الأداء الجيد خاصة في ظل انخفاض أسعار البترول، وبالتالي البحث في السبل التي تُمكِّنُ من تقليل التكاليف وترشيد نفقات النظام الصحي؛
- **من حيث الزمان:** نقوم بدراسة الإنفاق العام للمنظومة الصحية خلال الفترة (1992 -2018) وواقع تطبيق الحوكمة فيها، وذلك نظرا للتغييرات العميقة التي قامت بها الدولة على قطاع الصحة خاصة فيما يتعلق بجانب التمويل، حيث كانت قبل هذه الفترة تقوم بتمويل القطاع عن طريق مساهمة الدولة، مساهمة الجماعات المحلية، مساهمة صناديق الضمان الاجتماعي ومساهمة طب العمل، وأصبح بعدها تمويل المنظومة الصحية يعتمد بشكلٍ كبيرٍ خلال هذه الفترة على مساهمة الدولة، مساهمة الضمان الاجتماعي ومساهمات العائلات، وتم التركيز على ضرورة تطبيق النهج التعاقدي بين وزارة الصحة وهيئات الضمان الاجتماعي، هذا النهج الذي يهدف إلى إعادة ترتيب كيفيات تمويل وتسيير الهياكل الصحية العمومية من أجل ترشيد النفقات العمومية وتحسين جودة الخدمات الصحية، وفي عام 2002 قامت الوزارة المعنية أيضا بإصلاحاتٍ استهدفت إصلاح المستشفيات وذلك من أجل تكريس مبدأ العدالة عند تقديم الخدمات الصحية وتحقيق الرشادة والكفاءة في الإنفاق الصحي والارتقاء بجودة الخدمات وضمان الاستمرارية في تقديم العلاج كما استحدثت وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات في الآونة الأخيرة جملة من الأدوات والوسائل الإدارية للرفع من كفاءة وفعالية المؤسسات الصحية مع تحقيق الرشادة في الإنفاق العام.

المنهج المتّبع والأدوات المستخدمة في البحث:

بالنّظر إلى طبيعة الموضوع المختار، ومن أجلِ الإجابة على الإشكالية المطروحة وإثبات أو نفي صحة الفرضيات المقترحة، سوفَ نتّبع في **الجانب النظري** المنهج الوصفي التحليلي عند استعراضنا للإطار النظري للحوكمة وترشيد الإنفاق العام في المنظومة الصحية الجزائرية، كما نستعمل في **الجانب التطبيقي** منهج دراسة حالة عن طريق استبانة عند محاولة البحث عن واقع تطبيق الحوكمة في المنظومة الصحية، ودورها في ترشيد

الإنفاق العام حيث طُبقت هذه الاستبانة في المؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية، ويخضع تحليلها إلى استخدام أدوات الاحصاء من خلال حزمة SPSS.

وأما أسلوب البحث وتجميع المعطيات النظرية، فتم عن طريق الكتب والدوريات والأطروحات، والتقارير والدراسات التي لها صلة ببحثنا، بالإضافة لتفحّص مواقع الانترنيت والاطّلاع على ما كتب بهذا الصّدد، ومناقشة مسؤولي المؤسسات الصحية والمتخصصين.

عينة ومجتمع البحث:

يَشمُل مجتمع الدراسة المستخدَمين أو الموظفين العاملين بالمؤسسات العمومية الاستشفائية بالمدية، وتشكلت عينة الدراسة من الموظفين الإداريين واصحاب المناصب العليا في هذه المؤسسات حيث تم استخدام العينة الغرضية في توزيع الاستبيانات على عينتي الدراسة وذلك بغية تحقيق أهداف الدراسة، وقد تكونت العينة الأولى والمتمثلة في أعضاء مجلس الإدارة، المدراء، المدراء الفرعيين ورؤساء المكاتب من 70 مستجوباً، تم الرد من طرف 52 مستجوباً وإلغاء استبانةٍ واحدةٍ لعدم اكمال الإجابات، وعليه بلغت الاستبانات القابلة للتحليل 51 استبانةً، ورفض 18 مستجوباً الإجابة، أي بنسبة 74.28%، وبالنسبة للعينة الثانية المتمثلة في الموظفين الإداريين فقد تم توزيع 230 استبانةً تم الرد على 135 استبانةً، وإلغاء 05 استباناتٍ نظرا لعدم استكمال الإجابات والبقية رفضوا الإجابة، وقد بلغت نسبة الاستجابة 54%.

الدراسات السابقة:

هناك العديد من الدراسات التي اهتمت بالموضوع، فمنها من تطرق إلى ترشيد الإنفاق العام، ومنها من تطرق إلى حوكمة المنظومة الصحية، ومن أهمها:

الدراسات باللغة العربية:

1- **دراسة (علي دحمان محمد، 2010–2011)**: أُعدّت هذه الدراسة كمذكرة ماجستير بعنوان "تقييم نفقات الصحة والتعليم –دراسة حالة لولاية تلمسان–" بجامعة تلمسان، الجزائر. **تناولت** هذه الدراسة إشكالية المخصصات المالية التي توفرها الدولة لتسيير قطاعي الصحة والتعليم في الجزائر، ومدى فعالية استغلال هذه المبالغ، **وتوصل** الباحث من خلال هذا البحث فيما يخص القطاع الصحي إلى جملة **نتائج** أهمها أن النظام الصحي المعمول به فيه اختلالاتٌ هيكليةٌ وتنظيميةٌ والتي أصبحت تحدُّ من أدائه، لذا يجب الدفع بالمنظومة

الصحية نحو العصرنة لتحسين أدائها المتعلق بالتسيير الإداري والمالي، للتكفل الكامل باحتياجات المواطنين. **وتختلف** دراستنا عن هذه الدراسة كونها تركز على الحوكمة ودورها في ترشيد الإنفاق العام في المنظومة الصحية.

2- **دراسة (علي دحمان محمد، 2017)**، موسومة ب"تقييم مدى فعالية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر"، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة تلمسان، 2016-2017. **تناولت** هذه الدراسة تقييم فعالية الإنفاق العام في القطاع الصحي، باستخدام **المنهج** الإحصائي خلال الفترة 2000-2013 واعتمد الباحث على نموذجٍ رياضيٍّ لإثبات مدى صحة الدراسة التحليلية، من خلال إظهار علاقة الإنفاق العام الصحي مع مخرجات القطاع عن طريق الاعتماد على نموذج التكامل المشترك المتزامن، وبالاستعانة **بدراسة تحليلية** اعتُمِد فيها على بعض مؤشرات الرعاية الصحية، كما قام بدراسة محددات النفقات الصحية الوطنية بالاعتماد على المتغيرات الاقتصادية، وقد سعى إلى تقييم مستوى الإنفاق الصحي من خلال دراسة تطور حجم المخصصات المالية التي تم رصدها للقطاع الصحي خلال الفترة (2000 -2013)، ومدى استجابتها لاحتياجات القطاع. وتوصل الباحث إلى عدة **نتائج**، أهمها: أدَّى تزايد حجم الإنفاق الصحي إلى تحسن المستوى الصحي للسكان، وأيضا ضرورة البحث عن سبل لترشيد الإنفاق العام للمنظومة الصحية خاصة مع التَّزايد الكبير في ميزانية المنظومة، كما استنتج الباحث أن سياسة مجانية العلاج هي التي أدت إلى نمو نفقات القطاع الصحي، أيضاً هناك تناقص في الإنفاق العمومي مقابل ارتفاع مساهمة القطاع الخاص في عملية تمويل الخدمات الصحية، وهذا ما يدلُّ حسب الباحث على الانخفاض التدريجي في مسؤولية السلطات العمومية في مجال تلبية الاحتياجات الصحية. وتتمثل أوجه **التشابه** بين هذا البحث وهذه الدراسة في الدراسة التحليلية حيث سنقوم من خلال هذا البحث بتحليل الإنفاق الصحي بالجزائر، أما أوجه **الاختلاف** فتتمثل في دراسة دور الحوكمة في ترشيد الإنفاق العام الصحي؛

3- **دراسة (خلاصي عبد الإله، 2020)**، موسومة ب"العلاقة بين نفقات الصحة ومصادر التمويل في الجزائر دراسة تحليلية قياسية للفترة (1990-2018)"، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة تلمسان، 2019-2020. **تناولت** هذه الدراسة بالتحليل العلاقة بين نفقات الصحة ومصادر التمويل في الجزائر للفترة (1990-2018)، كما اعتمد الباحث أيضا على **منهج** الانحدار الذاتي لفترات الإبطاء الموزعة (ARDL) من أجل إظهار هذه العلاقة، كما قامت الدراسة بتوضيح أهم الاختلالات التي يعاني منها نظام تمويل نفقات الصحة بالمنظومة الصحية الجزائرية، وتوصل الباحث إلى **نتائج** أهمها: وجود علاقة طردية معنوية بين متغيرات الدراسة في الأجلين الطويل والقصير، وأيضا حصة الدولة في تمويل نفقات النظام الصحي تشكل نسبا كبيرة تليها هيئات الضمان

الاجتماعي، كما رأى بضرورة تفعيل تطبيق نظام التعاقد والبحث عن مصادر تمويل جديدة أصبح ضرورة حتمية. وتتمثل أوجه **التشابه** بين هذا الدراسة وهذه الأطروحة في دراسة نفقات المنظومة الصحية الجزائرية، أما أوجه **الاختلاف** فتتمثل في دراسة الحوكمة كآلية لترشيد الانفاق العام الصحي بالمنظومة الصحية الجزائرية؛

4– دراسة (حوالف رحيمة، بوفاتح كلتومة، جوان 2013)، موسومة ب"أثر تبني الحوكمة على نجاح تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المستشفيات العمومية الجزائرية"، مجلة الاجتهاد للدراسات القانونية والاقتصادية، المركز الجامعي تمنراست، العدد 04، جوان 2013. **تناولت** هذه الدراسة حوكمة المستشفيات العمومية الجزائرية وأهميتها في ضمان استمرارية تحسين جودة الخدمات الصحية لتعزيز ثقافة التميز وتطوير وتحسين الأداء المؤسسي مع الحث على التطوير والجودة في تقديم الخدمة لضمان الخدمة الممتازة للمرضى وتحقيق رضاهم، وذلك من أجل تحقيق رسالة المستشفيات وأهدافها الاستراتيجية، وقد تمّ في هذه الدراسة استخدام **استبانةٍ** في دراسةٍ ميدانيةٍ. وتوصَّلتِ الباحثة إلى **نتائج** عديدة أهمها: تطبيق معايير الحوكمة وقواعدها من شأنه المحافظة على المال العام واستقرار الاقتصاد الكلي، ويساهم في تحقيق أهداف التنمية المستدامة، فالتطبيق الجيد لقواعد الحوكمة يساعد على مكافحة الفساد وزيادة فرص التمويل التي يعاني منها القطاع الصحي، كما أصبح اعتماد إدارة الجودة الشاملة ضرورة ملحة لضمان تحسين وتطوير الأداء بصورة مستمرة. **وتختلف** دراستنا عن هذه الدراسة في تركيزنا على الإنفاق العام ودور الحوكمة في ترشيده.

الدراسات باللغة الأجنبية:

5– **دراسة (ABBOU Yousef,2010)**، تحت عنوان" Essai d'analyse de la maitrise des dépenses de santé en Algérie" مذكرة ماجستير غير منشورة، جامعة بجاية، 2010. هذه الدراسة هي محاولة **للبحث** عن كيفية التحكم في الإنفاق العام الصحي في الجزائر، بالاعتماد على **المنهج** التحليلي، من خلال تحليل الإنفاق العام الصحي، والتمويل الصحي، وتوصل الباحث إلى **نتائج** عديدة من أهمها: ضرورة استخدام الأدوات المحاسبية وضبط السوق والتحكم الطبي في ترشيد الإنفاق العام في الجزائر، وهذا من أجل التصدي للنمو المتزايد للإنفاق العام الصحي، وضرورة البحث عن مصادر تمويلٍ جديدةٍ لاحتواء التَّكاليفِ المتزايدةِ، **وتختلف** دراستنا عن هذه الدراسة في بحثنا عن أدوات ترشيد الإنفاق العام الصحي بالمنظومة الصحية الجزائرية، وكذا ضرورة تطبيق الحوكمة من أجل النُّهوض بالقطاع الصحي وترشيد الإنفاق الصحي؛

6- **دراسة** (**BOULAHRIK Mohand, 2016**)، موسومة ب Financement du système de santé algérien, revue des science économiques de gestion et de commerce, n^{0}33, 2016. **تناولت** هذه الدراسة بالاعتماد على **المنهج** التحليلي تمويل الصحة، وتطور الإنفاق العام الصحي في الجزائر، وتوصل الباحث إلى عدة **نتائج** أهمها: الإنفاق العام الصحي في الجزائر في تزايدٍ مستمرٍّ، ويتأثر حجمه بالتحولات الصحية وبالاحتياجات الصحية المتزايدة للسكان، وكذا التكنولوجيات الحديثة المستخدمة في العلاج، كما رأى الباحث بضرورة إشراك ممولين آخرين لقطاع الصّحة كالمؤسسات المسببة للتلوث، والتأمينات الاقتصادية، والمؤسسات المرتبطة بقطاع الصحة. أما أوجه **التشابه** بين موضوع بحثنا وهذه الدراسة تتمثل في دراسة وتحليل الإنفاق الصحي، والعوامل التي تؤدي إلى نموه، وتكمن أوجه **الاختلاف** بين هذه الدراسة وموضوع بحثنا في التطور التاريخي للمنظومة الصحية الجزائرية والبحث عن آلياتٍ لترشيد الإنفاق العام الصحي، ودراسةُ دور الحوكمة في ترشيد الانفاق الصحي؛

7- **دراسة** (**Barat Solenne et autres،juin 2008**)، مقال بعنوان" Etude qualitative à la mise en place de la nouvelle gouvernance dans les établissements publics de santé, France". **تناولت** هذه الدراسة الجوانب الكيفية لوضع الحوكمة حيز التطبيق، وطَبَّقت هذه الدراسة على أربعة مراكز استشفائية إقليمية وجامعية، عشرة مراكز استشفائية ومركز استشفائي متخصص، وركزت هذه الدراسة على ثلاثة جوانب هي: تطبيق الحوكمة في المؤسسات، أثر الحوكمة على التكفل بالمريض وأثر الحوكمة على أداء المؤسسات الصحية، **وخلُصت** هذه الدراسة إلى أن تطبيق الحوكمة أدَّى إلى توفير الموارد البشرية الضرورية لتسيير المؤسسة، كما أدى إلى مشاركة الأطباء في اتخاذ القرارات ووضع الاستراتيجيات، وأصبحت هذه القرارات تتمتع بمشروعية أكبر ومتناسقة. **وتختلف** دراستنا عن هذه الدراسة، كونها ركزت على جوانب الإدارة، أما هذه الدراسة فتركز على تطبيق الحوكمة ومدى تأثيرها على ترشيد الإنفاق العام الصحي؛

8- **دراسة** (**Jeanne Castonguay et autre, février 2008**)، مقال بعنوان: Analyse comparée des mécanisme de gouvernance des système de santé de l'OCDE, Montréal, canada. ودرس الباحثون إشكالية تحسين قيمة الاستثمار في الصحة في مختلف دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية من خلال تطبيق آليات الحوكمة على القطاع العام، فآليات الحوكمة حسبهم تلعب دورا مهما في تعظيم قيمة الدولار المنفق في القطاع، **وتوصل** الباحثون إلى أن تطبيق آليات الحوكمة في معظم دول المنظمة، أدى إلى تحقيق أهدافها المتعلقة بتخفيض التكاليف وتحسين إنتاجية نظامها الصحي، وتظهر فعالية

آليات الحوكمة من خلال وجود نظام معلومات فعال واللامركزية في تسيير المؤسسات الصحية التي تضمن تحسين الإنتاجية، **وتختلف** دراستنا عن هذه الدراسة كوننا ركزنا على المنظومة الصحية الجزائرية، وأيضا على تأثير تطبيق الحوكمة على الإنفاق العام؛

9- **دراسة** (**Elke Jakubowski**, **Richard B Saltman**, **2013**): هذه الدراسة تحمل عنوان: The Changing National Role In Health System Governance; A Case-Based Study Of 11 European Countries And Australia, European Observatory On Health Systems And Policies, Ministry Of Health And Social Affairs Sweden. **تقدم** هذه الدراسة لمحة عامة حول دور التغييرات التي قامت بها هذه الحكومات (11 دولة أوربية بالإضافة إلى أستراليا) في إدارة نظمها الصحية، وتركيز التقييمات على الجهود المبذولة لإعادة تكوين المسؤوليات، التنظيم والإدارة في المجال الصحي، وركزت أيضا على النقاش الدائر حول التغييرات التي تسمح بتوفير الترتيبات المناسبة حول تطبيق الحوكمة في المستقبل بالنظام الصحي. **واستخدم** الباحثان مزيج من طرق البحث من خلال دراسات تحليلية لمراجعة النظم الصحية، والمقابلات الهاتفية مع الخبراء في هذه البلدان، والغرض من هذه الدراسة هو اكتشاف التحولات في المسؤوليات وسلطات اتخاذ القرار، والتعرف على أنواع القيادة والأهداف والقيم المستهدفة من وراء هذه التغييرات وآثارها والمساءلة عن سلامة وجودة الخدمات الطبية وتقييم التكنولوجيا الصحية والتفاعل بين الرعاية الاجتماعية والصحية. **وتوصلت** الدراسة إلى أن تطبيق الحوكمة أدى إلى فرض سلطة الحكومة وتحسين المواءمة بين الإدارات الصحية نحو تحقيق الاستراتيجيات والأهداف الوطنية للصحة، من خلال توفير الموارد البشرية المناسبة وكذا المالية، وأصبحت للدول قدرةٌ أكبر على التأثير على الجوانب المالية بتحقيق الكفاءة المالية، وتحقيق الجودة في الخدمات الصحية وتوفير تكنولوجيا المعلومات لجمع البيانات المالية والمتعلقة بالمرضى لزيادة أداء القطاع الصحي. **وتختلف** دراستنا عن هذه الدراسة في أن دراستنا ركزت على ترشيد النفقات العامة؛

10- **دراسة** (**Samantha Battams**, **May 2012**): أعدت هذه الدراسة كمقال بعنوان: "global health governance and financing mechanism", Europe. **تناول** هذا المقال إشكالية تمويل القطاع الصحي والحوكمة، وتوصل الباحث إلى أن تطبيق الحوكمة يؤدي إلى تحسين أداء القطاع الصحي، وتطبيق المساءلة والشفافية يؤدي إلى ترشيد الإنفاق العام والتخصيص الأمثل للموارد المتاحة، وتتمثل أوجه التشابه بين هذه الدراسة وموضوع بحثنا في البحث عن تأثير الحوكمة على ترشيد الإنفاق العام الصحي، أما

أوجه الاختلاف فتتمثل في تركيزنا على مدى تطبيق الحوكمة في المنظومة الصحية الجزائرية ومدى تأثيرها على ترشيد الانفاق العام الصحي؛

11- **دراسة** (**Mikkelsen–Lopez, Kaspar Wyss, 2011**)، تحمل هذه الدراسة عنوان: An approach to addressing governance from a health system framework, BMC International Health and Human Rights, California. **جاءت** هذه الدراسة لتسهيل إجراء تقييم الحوكمة في الأنظمة الصحية، وأجرى الباحثان دراستهما بناءً على استطلاعات حول الإنفاق العام ودراسات استقصائية ومقابلات، **وتوصل** الباحثان إلى عدة **نتائج** أهمها أن الحوكمة تؤدي إلى تطوير تدخلات الإدارة لتعزيز أداء النظام، وتحسين الصحة كحق أساسي من حقوق الإنسان، وتساعد هذه الدراسة في تحديد نقاط التدخل في النظام الصحي، وكذا التصميم المناسب للسياسات، مع الأخذ بعين الاعتبار التأثير المحتمل على النظام الصحي ككل، وأيضا تعزيز مفهوم الحوكمة في تطوير الاقتصاديات الانتقالية للبلدان التي يمتاز أداء نظمها الصحية بالضعف، بسبب نقص الاستثمار فيها وسوء التسيير مما يؤدي إلى تقديم خدمات صحية منخفضة الجودة، ورأى الباحثان بضرورة تطبيق الحوكمة لتحسين الأداء في النظام الصحي وتخفيض نقاط الضعف فيه. **وتختلف** دراستنا عن هذه الدراسة، كوننا نبحث في دور الحوكمة في ترشيد الإنفاق العام بالمنظومة الصحية الجزائرية.

صعوبات الدراسة: هناك عدة صعوبات واجهتنا أثناء إنجاز هذا البحث وتتمثل أهمها في:

- قلة وجود المراجع فيما يخص تطبيق الحوكمة في المنظومة الصحية الجزائرية؛
- قلة الاحصائيات فيما يخص القطاع الصحي؛
- معارضة بعض مسؤولي المؤسسات الصحية لهذا الموضوع؛
- عدم استرجاع العديد من الاستبانات الموزعة، بسبب خوفهم من الإجابة رغم سرّيتها هذا من جهةٍ، ومن جهةٍ أخرى عدم وعيهم بأهمية موضوع الدراسة في تطوير أداء المنظومة الصحية الجزائرية، ومدى تأثير تطبيق الحوكمة بمبادئها على ترشيد الإنفاق العام الصحي.

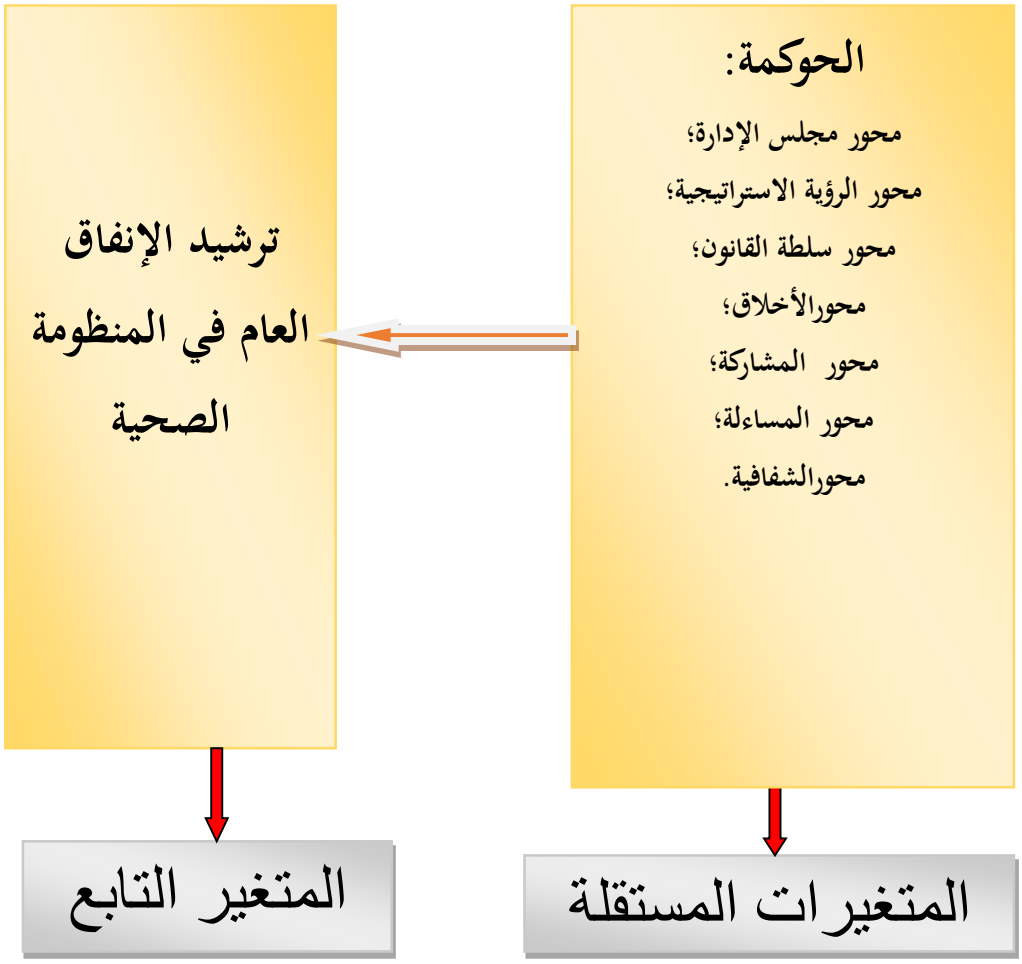
هيكل البحث:

يتضمّنُ هيكل البحث تخصيص أربعة فصول منها واحد تطبيقي، ويتضمّن كل فصل مجموعة مباحث، ويضم كل مبحث مجموعة مطالب.

حيث سنتناول من خلال **الفصل الأول** مدخل نظري حول حوكمة المؤسسات الصحية مع الإشارة إلى حالة الجزائر، حيث سنتطرق إلى مختلف الجوانب النظرية من خلال ثلاثة مباحث، حيث سنتعرف في المبحث الأول على مفهوم حوكمة الشركات وعوامل ظهورها، أهمية وأهداف حوكمة الشركات ومبادئها، في حين سنعطي من خلال المبحث الثاني لمحة حول حوكمة المؤسسات الصحية، حيث سنتطرق إلى تعريف وآليات حوكمة النظام الصحي، مفهوم حوكمة المستشفيات والحوكمة الاكلينيكية، كما سنتعرف على تجارب بعض الدول في تطبيق حوكمة المؤسسات الصحية، أما المبحث الثالث فيتناول ملامح حوكمة المؤسسات الصحية بالجزائر حيث سنتطرق إلى إطار حوكمة الشركات في الجزائر، ثم إلى الأطراف المساهمة في تحقيق الحوكمة في المنظومة الصحية الجزائرية وبعدها سنتعرف على مبادرات حوكمة النظام الصحي في الجزائر. أما بالنسبة **للفصل الثاني** فإنه يدرس تطور المنظومة الصحية الجزائرية ومؤشراتها خلال الفترة (1992-2018)، حيث سنتعرف من خلال المبحث الأول على مفهوم النظم الصحية وتطورها، ثم إلى مكونات وأهداف ووظائف النظم الصحية وأنواعها في العالم، ثم من خلال المبحث الثاني سنتعرف على التطور التاريخي للمنظومة الصحية الجزائرية، وإصلاح المنظومة الصحية الجزائرية وهياكلها، كما سنتطرق في المبحث الثالث إلى تطور إمكانيات المنظومة الصحية الجزائرية، وكذا مؤشراتها الصحية خلال الفترة (1992-2018) ثم سنتعرف على الاختلالات التي تواجه المنظومة الصحية الجزائرية وسبل معالجتها. أما **الفصل الثالث** فسنتطرق من خلاله إلى تمويل الإنفاق العام للمنظومة الصحية الجزائرية وسبل ترشيده، حيث سنتعرف في المبحث الأول أسباب ارتفاع الإنفاق العام الصحي بالجزائر ومصادر تمويله ،حيث نتناول في البداية أسباب ارتفاع الانفاق العام الصحي، ثم التطور التاريخي لنظام تمويل المنظومة الصحية الجزائرية ومصادره، في حين نقوم من خلال المبحث الثاني بتقييم الانفاق العام الصحي بالجزائر خلال الفترة (1992-2018) حيث نتعرف على جوانب الانفاق العام الصحي، ثم تطور الإنفاق العام الصحي وتحليله من خلال بعض المؤشرات الاقتصادية، أما بخصوص المبحث الثالث فهو يتناول طرق ترشيد الإنفاق العام الصحي بالجزائر، حيث سنتعرف على : أثر تطبيق النظام التعاقدي على ترشيد الإنفاق العام بالمنظومة الصحية الجزائرية، ثم إلى دور الرقابة المالية والحوكمة في ترشيد الإنفاق العام الصحي بالجزائر. أما **الفصل الرابع** فيتضمن دراسة ميدانية لدور الحوكمة في ترشيد الانفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية، حيث سنتعرف في المبحث الأول على المؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة وهيكلها التنظيمي، وتحليل تطور إمكانياتها البشرية والمادية والمالية خلال الفترة (2008-2018)، ثم سنتناول في المبحث الثاني منهجية الدراسة والاختبارات القبلية والتحليل الوصفي للبيانات الشخصية لعينتي الدراسة، وبالنسبة للمبحث الثالث فسنعرف فيه استجابات أفراد عينتي الدراسة لمتغيرات الدراسة واختبار الفرضيات وذلك باستخدام الاختبارات اللامعلمية من بينها اختبار الثبات، واختبار الإشارة، اختبار مان ويتني واختبار كروسكال والاس، والانحدار الرتبي.

نموذج الدراسة:

يمكن توضيح المتغيرات المستقلة والتابعة وفقا للنموذج التالي:



الفصل الأول: مدخل نظري حول حوكمة المؤسسات الصحية مع الإشارة إلى حالة الجزائر

تمهيد:

كان للأزمات المالية والاقتصادية التي مست العديد من دول العالم الدور الكبير في تزايد الاهتمام بتطبيق مبادئ حوكمة الشركات، وقد اعتنت بدراسة هذا المفهوم العديد من المنظمات ومن بينها منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية، والبنك الدولي، وصندوق النقد الدولي وبنك التسويات الدولية عن طريق لجنة بازل وأيضا منظمة الصحة العالمية.

وتُعتَبرُ المؤسسات الصحية من أعقد المؤسسات نظرا لطابعها الاجتماعي والإنساني، لذا فتطبيق مبادئ الحوكمة على هذه المؤسسات سيكون له دورٌ كبيرٌ في تطوير جودة وفعالية الخدمات الصحية المقدمة للسكان. والجزائر كغيرها من دول العالم، وباعتبارنا في عصر العولمة والانفتاح على الأسواق المالية العالمية فإنَّها ليست في منأى عن التَّغييرات التي تحدث، لذا فقد تمَّ الاهتمامُ بتطبيقِ مبادئ الحوكمة سواءً على مستوى المؤسسات العمومية أو الخاصة، كما بدأ تطبيقها على مستوى المؤسسات الصّحية.

ومن خلال ما سبق سنتطرق في هذا الفصل إلى المباحث التالية:

- **ماهية حوكمة الشركات ومبادؤها؛**
- **لمحة حول حوكمة المؤسسات الصحية؛**
- **ملامح حوكمة المؤسسات الصحية بالجزائر.**

المبحث الأول: ماهية حوكمة الشركات ومبادؤها

هناك عوامل عديدة ساهمت في ظهور حوكمة الشركات بمبادئها، وزاد الاهتمام بهذا المصطلح نظرا للأهداف التي تحققها الحوكمة ولأهميَّتها في اقتصاديات الدّول، لذا سنتطرق من خلال هذا المبحث إلى مفهوم حوكمة الشركات وعوامل ظهورها، كما سنتعرف على مبادئ وأهمية وأهداف حوكمة الشركات.

المطلب الأول: مفهوم وأهمية حوكمة الشركات وعوامل ظهورها

يعود لفظ الحوكمة إلى كلمة إغريقية قديمة تُعبِّر عن قدرة ربّان السفينة الإغريقية ومهاراته في قيادة السفينة وسط الأمواج والأعاصير والعواصف، وما يمتلكه من قيم وأخلاق نبيلة وسلوكيّات نزيهة وشريفة في الحفاظ على أرواح وممتلكات الركاب ورعايته وحمايته للأمانات والبضاعة التي في عهدته وإيصالها لأصحابها ودفاعه عنها ضد القراصنة وضد الأخطار التي تتعرض لها أثناء الإبحار، فإذا وصل بها إلى ميناء الوصول ثم عاد إلى ميناء الإبحار سالما أطلق على هذا الربان (good governer) والتي تعني المتحوكم الجيد، ولا توجد ترجمة عربية تنطبق تماما على كلمة الحوكمة، كما جاءت بمعناها في اللغة الانجليزية (governance) مما دفع ببعض الدول إلى استخدام نفس المصطلح مثل ألمانيا وفرنسا (gouvernance). وفي عام 2003 أصدر مجمع اللغة العربية اعتماده لهذا اللفظ (الحوكمة)، حيث أكد في بيان له " في رأينا أن الترجمة العربية (الحوكمة) للمصطلح الانجليزي ترجمة صحيحة مبنى ومعنى، فهي أولا جاءت وفق الصياغة العربية لمحافظتها على الجذر والوزن، وهي ثانيا تؤدي إلى المعنى المقصود بالمصطلح الانجليزي وهو تدعيم مراقبة نشاط الشركة ومتابعة أداء القائمين عليها، واعتماد هذا المصطلح بصورته تلك من شأنه أن يضيف جديدا إلى الثروة المصطلحية للغة العربية في العصر الحديث"[1].

الفرع الأول: تعريف حوكمة الشركات

لم يتفق الباحثون والكتاب على مفهوم واحد للحوكمة، وهناك عدة تعاريف نذكر منها:

– تعريف حوكمة الشركات حسب منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية سنة 1999: تُعدُّ حوكمة الشركات أحد العوامل الرئيسية في تحسين الكفاءة الاقتصادية، وتشير حوكمة الشركات إلى مجموعة العلاقات بين إدارة الشركة ومجلس الإدارة والملاك وجميع الأطراف التي لها علاقة مع الشركة، وتُحدِّد حوكمة الشركات الهيكل الذي يتم من خلاله تحديد أهداف الشركة ووسائل تحقيقها، وضمان متابعة النتائج المحققة، كما يشجع نظام حوكمة

[1] حسين عبد الجليل آل غزوي، حوكمة الشركات وأثرها على مستوى الإفصاح في المعلومات المحاسبية (دراسة اختيارية على شركات المساهمة العامة في المملكة العربية السعودية)، مذكرة ماجستير غير منشورة، الأكاديمية العربية في الدانمارك، 2010، ص ص 08-09.

الشركات الإدارة ومجلس الإدارة على السعي لتحقيق أهدافٍ تتماشى مع السّعي لتحقيق الأهداف الموضوعة لخدمة مصالح الشركة ومساهمي الشركة، وتسهيل المراقبة الجيدة للنتائج المحققة لتحقيق الاستغلال الأمثل للموارد المتاحة [2].

– **تعريف الحوكمة حسب البنك الدولي**: هي النظام الذي يتم من خلاله إدارة الشركات والرقابة عليها[3].

– **تعريف الحوكمة حسب مؤسسة التمويل الدولي ومشروع حوكمة الشركات في روسيا**: هي الهياكل والعمليات الخاصة بتوجيه الشركات والرقابة عليها[4].

وعليه نستنتج التعريف التالي لحوكمة الشركات هي:

حوكمة الشركات هي عملية إدارية تتكون من مجموعة من السياسات والممارسات والآليات التي تحقق الرقابة الفعالة على أنشطة المؤسسة بهدف تحقيق الجودة والتميز في الأداء.

الفرع الثاني: أنواع الحوكمة:

هناك ثلاثة أنواع للحوكمة والمتمثلة في الحوكمة الوطنية والحوكمة الدولية والحوكمة العالمية، ويوضح الجدول الموالي رقم (01) أنواع الحوكمة.

جدول رقم (01): أنواع الحوكمة

أنواع الحوكمة	الأطراف المتدخلة	مصادر القواعد	نطاق نفاذ القواعد
الحوكمة الوطنية	– الدول؛ – الكيانات غير الدولية؛ – الشركات ومنظمات المجتمع المدني؛ – نقابات العمال؛ – الأفراد.	– الدساتير؛ – القوانين؛ – التنظيمات الإدارية؛ – العرف؛ – الأحكام القضائية.	نطاق نفاذ القواعد محدود بالاختصاص الإقليمي.
الحوكمة الدولية	– الدول؛ – المنظمات الدولية.	– المعاهدات؛ القانون الدولي العرفي؛ المبادئ العامة للقانون.	تنفيذ القواعد بين الدول بشكل مباشر أو غير مباشر عبر المنظمات الدولية.
الحوكمة العالمية	الدول؛ المنظمات الدولية؛	المعاهدات؛ القانون الدولي العرفي؛	تنفيذ القواعد يؤثر على العلاقات بين الدول وعلى

[2] Réunion Du Conseil De L'OCDE Au Niveau Ministériel, Principes De L'OCDE Relatif 's Au Gouvernement D'entreprise, P 11, Site Web : www.oecd.org.
[3] Corporate Governance, Site Web: worldbank.org/en/topic/finanialsector/brief/corporate-governance. 28/03/2021.
[4] International Finance Corporation, The Russia Corporate Governance Manual, Part I: Corporate Governance, Site Web: www.ifc.org. 28/03/2021.

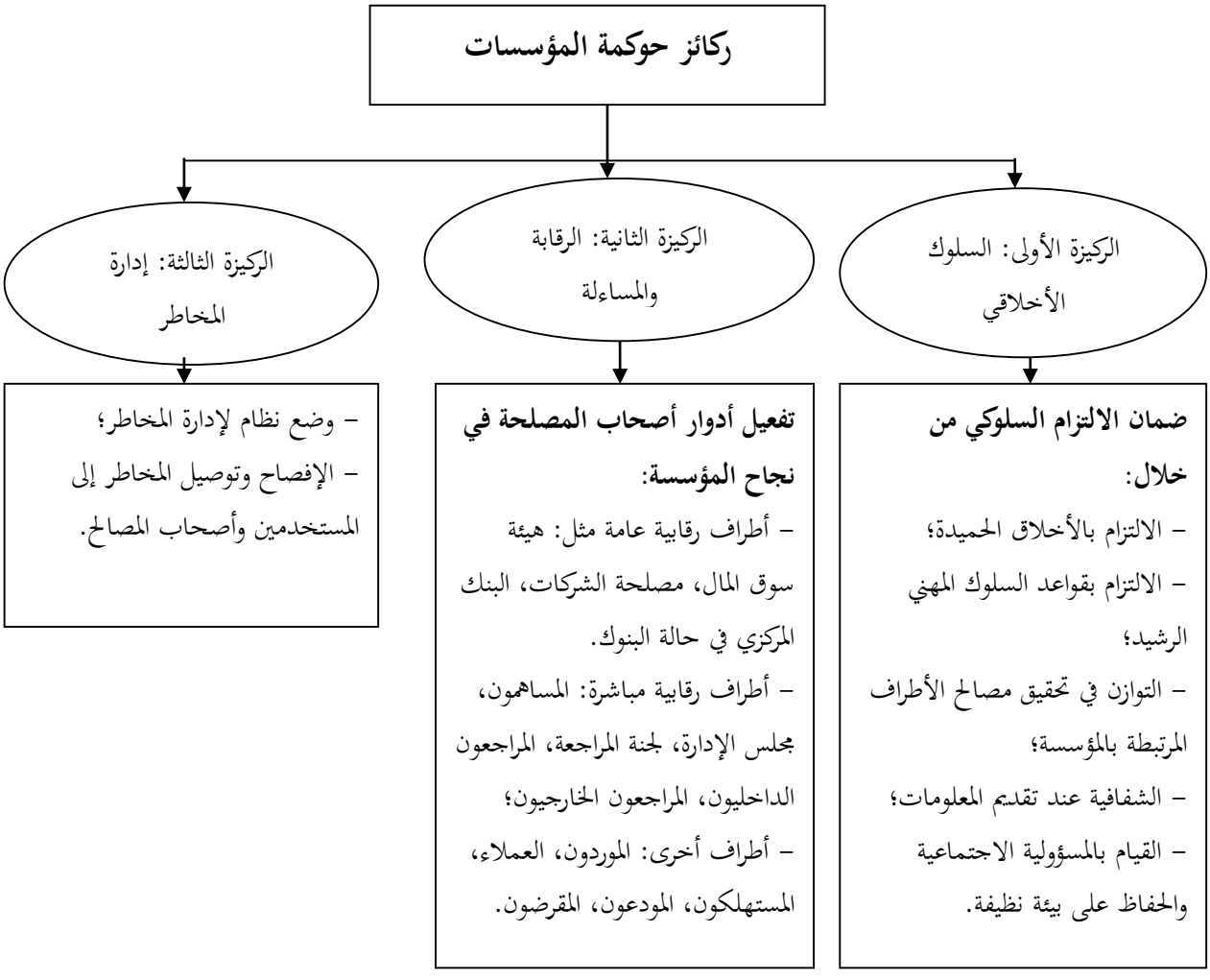
	الشركات متعددة الجنسية؛ المنظمات غير الحكومية؛ الأفراد.	المبادئ العامة للقانون؛ القواعد غير الملزمة.	سلوكات وأنشطة الفواعل غير الدولاتية والأفراد.

Source: DAVID FIDLER, Global Health Governance Overview of the Role International Law in Protecting and Promoting Public Health, Site web: http://cgch.ishtm.ac.uk/ghg3.pdf.

الفرع الثالث: ركائز حوكمة الشركات

يمكن إظهار ركائز حوكمة الشركات من خلال الشكل الموالي رقم (01) :

شكل رقم (01): ركائز حوكمة الشركات



المصدر: بريش عبد القادر، حمو محمد، البعد السلوكي والأخلاقي لحوكمة الشركات ودورها في التقليل من إثارة الأزمة المالية العالمية، الملتقى العلمي الدولي حول الأزمة المالية والاقتصادية الدولية والحوكمة العالمية، جامعة سطيف، مخبر الشراكة والاستثمار في المؤسسات الصغيرة والمتوسطة في الفضاء الأورومغاربي، الجزائر، يومي 21/21 أكتوبر 2009، ص 04.

الفرع الرابع: أهمية حوكمة المؤسسات

ازدادت أهمية حوكمة المؤسسات في أعقاب الانهيارات الاقتصادية والأزمات المالية التي شهدها العالم في الآونة الأخيرة والتي مست العديد من الشركات العالمية، خاصة ما حدث في أسواق بعض دول جنوب شرق آسيا وأمريكا اللاتينية، نتيجة لحالات الفشل الإداري والتلاعب بالقوائم المالية وتعظيم أرباح تلك الشركات، والسعي وراء تحقيق الربح السريع وعدم الالتزام بمحددات السلوك المهني والأخلاقي، مما سبب الإفلاس والعسر المالي للعديد من الشركات التي تضرر فيها المستثمرون وأصحاب رؤوس الأموال، هذا ما جذب الاهتمام لموضوع حوكمة الشركات، وتأكيد أهميتها التي برزت آثارها بوضوح من خلال تحقيقها للمزايا التالية[5]:

- جذب الاستثمارات المحلية والأجنبية وتخفيض تكلفة التمويل؛
- الحد من هروب وهجرة رؤوس الأموال المحلية إلى الخارج؛
- مكافحة الفساد المالي والإداري وما يترتب عليه من فقر وبطالة؛
- ضمان حصول المستثمرين على عائد مجز على استثماراتهم؛
- زيادة النمو وتعظيم حقوق المساهمين وأصحاب المصالح؛
- ضمان قدر ملائم من الطمأنينة للمستثمرين وتعظيم القيمة السوقية للأسهم؛
- تدعيم تنافسية الشركات في الأسواق المالية العالمية؛
- التأكد من كفاءة تطبيق برامج الخصخصة والاستخدام الأمثل لحصيلتها المالية؛
- تجنب الانزلاق في مشاكل محاسبية ومالية.

الفرع الخامس: أسباب ظهور الحاجة إلى الحوكمة

هناك جملة من الأسباب والتداعيات التي أدت إلى ظهور الحاجة إلى حوكمة المؤسسات، يمكن تلخيصها فيما يلي:

أولا– الأحداث الدولية: هناك العديد من الأحداث الدولية التي وضعت قضية الحوكمة على قمة اهتمامات كل مجتمع الأعمال الدولي، مثل فضيحة بنك الائتمان والتجارة الدولي وأزمة القروض في الولايات المتحدة الأمريكية والفجوة القائمة بين مكافآت الإدارة وأداء المؤسسة، ومن الأحداث التي أدت إلى الاهتمام بموضوع الحوكمة في الدول المتقدمة والنامية حدوث العديد من الأزمات المالية والاقتصادية، مثلا أزمة جنوب شرق آسيا

[5] أمال عياري، أبو بكر خوالد، تطبيق مبادئ الحوكمة في المؤسسات المصرفية –دراسة حالة الجزائر–، الملتقى الوطني حول حوكمة الشركات كآلية للحد من الفساد المالي والإداري، جامعة بسكرة، الجزائر، يومي 07/06 ماي 2012.

التي اجتاحت الأسواق الآسيوية وأدت إلى انهيار العديد من البورصات في ماليزيا وسنغافورة والفلبين واندونيسيا في عام 1997، والتي وصفت بأنها كانت نتيجة أزمة ثقة في مكونات الإدارة المالية للمؤسسات والتشريعات التي تُنظِّم نشاط الأعمال والعلاقات فيما بين القطاعات الاستثمارية ومنشآت الأعمال والحكومة، وقد ظهرت مشاكل عديدة أثناء هذه الأزمة تضمنت ممارسات ومعاملات كبار الموظفين المنفذين والأقارب والأصدقاء، ودورهم في إلحاق الضرر بين منشآت الأعمال والحكومة وحصول المؤسسات على مبالغ هائلة من القروض قصيرة الأجل في نفس الوقت الذي حرصت فيه على عدم معرفة المساهمين بهذه الأموال، وإخفاء هذه الديون من خلال طرق ونظم محاسبية مبتكرة. من هذه الأحداث يتضح أن انعدام حوكمة الشركات تمكن الداخليين سواءً أكانوا مجلس إدارة أو المديرين أو الموظفين العموميين من نهب الشركة و/أو المال العام على حساب المساهمين والدائنين وأصحاب المصلحة الآخرين مثل المستخدمين والموردين والجمهور...، وفي اقتصاد العالم الحالي تصبح الشركات، بل والدول التي تضعف فيها ممارسات حوكمة الشركات أكثر عرضة لنتائج وخيمة تفوق الأزمات المالية، ومن هنا جاء الاهتمام بحوكمة الشركات[6].

ثانيا– العولمة: يمتاز القرن الواحد والعشرين بأنه عصر العولمة التي تعني تحويل العالم إلى قرية صغيرة، وذلك باستخدام وسائل الاتصال المتطورة، التي تمكن الفرد عموما والمستثمر خصوصا من معرفة أحدث المستجدات العالمية في لحظتها، بالإضافة لحالات التكامل والاندماج التي تعيشها قارات كثيرة من العالم وما يرافقها من إجراءات مثل تحرير الاقتصاد وتدويله وتسهيل حركة رؤوس الأموال، بالإضافة إلى الحالة التنافسية التي فُرضت على اقتصاديات دول العالم، هذا قد يتطلب وضع قواعد موحدة تحكم إدارة المؤسسات الاقتصادية تربط بين الشركة الأم والشركات التابعة[7].

ثالثا– العوامل الاقتصادية: تتمثل هذه العوامل فيما تطمح إليه حكومات الدول فيما يخص استقرار أسواق رأس المال لديها وجذب رؤوس الأموال، وتعزيز فرص العمالة وتحقيق أعلى معدلات نمو اقتصادي ممكنة وتنمية استثماراتها، بالإضافة إلى تحسين وتعزيز الثقة الدولية باقتصادياتها ومؤسساتها بغرض الاستفادة ما أمكن من المؤسسات والصناديق المالية الدولية.

---

[6] صالح بن ابراهيم الشعلان، مدى امكانية تطبيق الحوكمة في الشركات المدرجة في سوق الأسهم السعودي، مذكرة ماجستر غير منشورة، جامعة الملك سعود، السعودية، 2008، ص ص 20- 21.

[7] صبايحي نوال، واقع الحوكمة في دول مختارة –مع التركيز على التجربة الجزائرية–، المؤتمر الدولي الثامن حول دور الحوكمة في تفعيل أداء المؤسسات والاقتصاديات، جامعة الشلف، الجزائر، ص ص 04-05.

رابعا– نظرية الوكالة: يُعتَبَرُ الفصل بين الملكية والإدارة من أهم العوامل التي أدت إلى ظهور نظرية الوكالة، ويُعتَبَرُ كلا من (بيرل ومينز) أول من تناول هذا الموضوع سنة 1932، في ندوة بعنوان **"الشركات الحديثة والملكية الخاصة"**، حيث أشارت الندوة إلى أن الشركة صارت ضخمة الحجم، وأن هذا سيؤدي إلى الانفصال بين الملكية والرقابة، مما قد ينجر عنه ما يعرف بنظرية الوكالة التي تعني الخطر الناجم عن استخدام المديرين لاستراتيجيات تتعارض تماما مع مصالح الملاك وتخدم أغراضهم الخاصة.

المطلب الثاني: آليات ومحددات وأهداف حوكمة الشركات

سنتعرف من خلال هذا المطلب إلى آليات ومحددات حوكمة الشركات وكذا أهدافها:

الفرع الأول: آليات حوكمة الشركات

تُستَخدَمُ هذه الآليات لتنفيذ مبادئ الحوكمة في التطبيق العملي منها[8]:

- **الآليات القانونية:** تختص بتطوير النظم القانونية بما يضمن توفير الإطار القانوني الملائم لتحقيق أهداف حوكمة المؤسسات؛
- **الآليات الرقابية لتحقيق حوكمة المؤسسات:** مثل التحديد الدقيق لمسؤوليات الهيئات المختلفة المسؤولة عن الإشراف والرقابة؛
- **الآليات التنظيمية:** والتي تختص بتطوير الهيكل التنظيمي للمؤسسات بالشكل الذي يحقق أهداف المؤسسة مثل التحديد الواضح لاختصاصات مجلس الإدارة واللجان المختلفة؛
- **الآليات المحاسبية:** والتي تختص بوجود نظامٍ فعَّالٍ لإدارة التقارير المالية التي تتسم بالشفافية، وتوفير المعلومات الملائمة والتي يمكن الاعتماد عليها بصورةٍ متكافئةٍ من جميع المستخدمين في اتخاذ القرارات المختلفة.

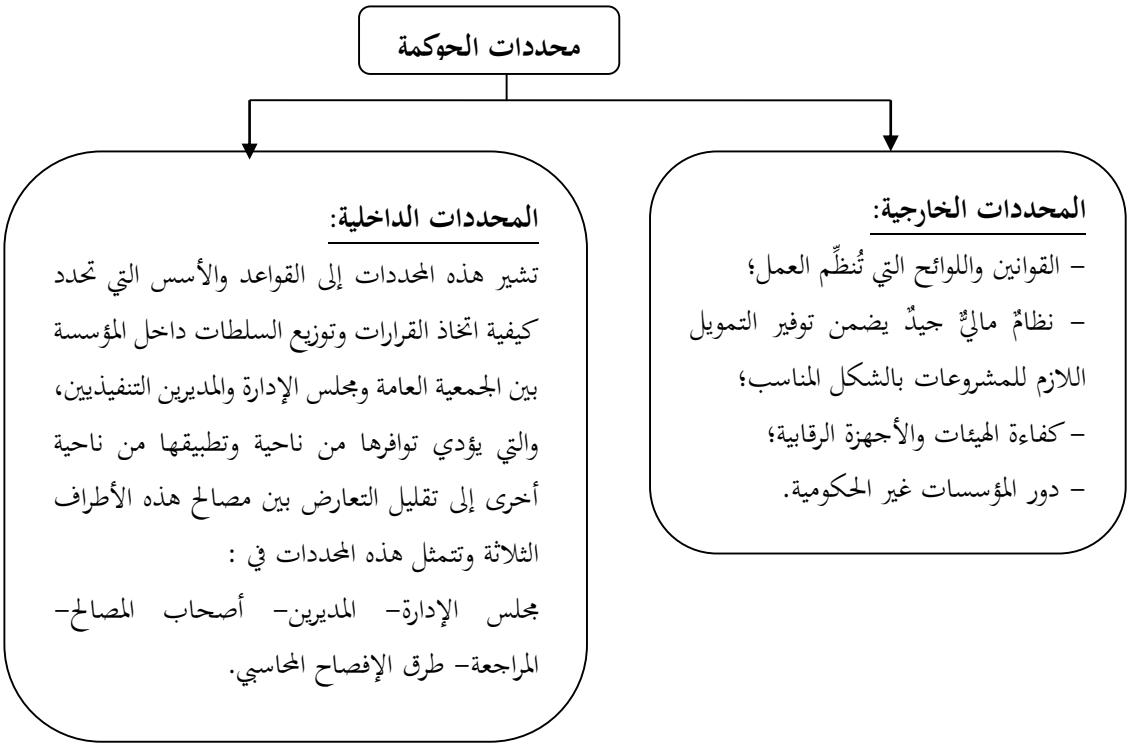
[8] عدنان بن حيدر بن درويش، حوكمة الشركات ودور مجلس الإدارة، اتحاد المصارف العربية، 2007، ص ص 45–46.

الفرع الثاني: محددات الحوكمة

لكي تتمكن المؤسسات من الاستفادة من مزايا تطبيق الحوكمة يجب أن تتوفر على مجموعة من المحددات التي تضمن التطبيق السليم لقواعد الحوكمة، وتشمل هذه المحددات مجموعتين هما المحددات الخارجية والداخلية [9].

وتؤدي الحوكمة في الأخير إلى زيادة الثقة في الاقتصاد الوطني، وتعميق دور سوق المال وزيادة قدرته على تعبئة المدخرات ورفع معدلات الاستثمار، والحفاظ على حقوق الأقلية أو صغار المستثمرين، ومن ناحية أخرى تشجع الحوكمة على نمو القطاع الخاص ودعم قدراته التنافسية وتساعد المشروعات في الحصول على التمويل وتوليد الأرباح وأخيرا خلق فرص عمل[10]. ويبين الشكل الموالي رقم (02) محددات الحوكمة.

الشكل رقم (02): محددات الحوكمة



إبراهيم إسحاق نسمان، دور إدارات المراجعة الداخلية في تفعيل مبادئ الحوكمة دراسة تطبيقية على قطاع المصارف العاملة في فلسطين، مذكرة ماجستير غير منشورة، الجامعة الاسلامية غزة، فلسطين، 2009، ص ص 23-24.

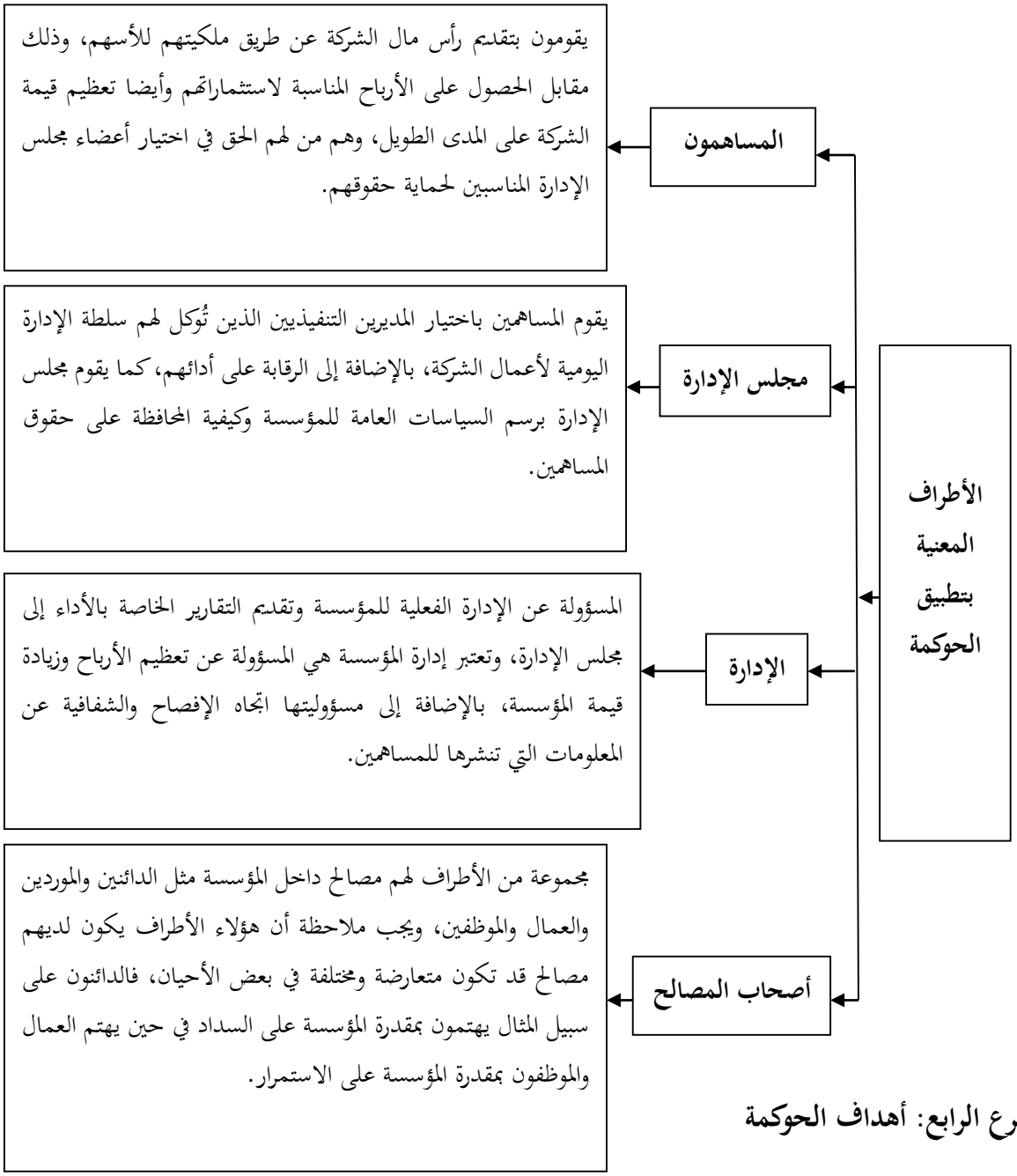
[9] ماجد اسماعيل أبو حمام، أثر تطبيق قواعد الحوكمة على الافصاح المحاسبي وجودة التقارير المالية- دراسة ميدانية على الشركات المدرجة في سوق فلسطين للأوراق المالية-، مذكرة ماجستير غير منشورة، الجامعة الاسلامية غزة، فلسطين، 2009، ص 29.

[10] ابراهيم سيد أحمد، حوكمة الشركات ومسؤولية الشركات عبر الوطنية وغسيل الأموال، ط 01، الدار الجامعية، الاسكندرية، مصر، 2010، ص 163.

الفرع الثالث: الأطراف المعنية بتطبيق حوكمة الشركات

هناك أربعة أطراف رئيسية تتأثر وتؤثر في التطبيق السليم لقواعد حوكمة الشركات، وتحدد إلى درجة كبيرة مدى النجاح أو الفشل في تطبيق هذه القواعد، والشكل الموالي رقم (03) يوضح هذه الأطراف[11].

شكل رقم(03): الأطراف المعنية بتطبيق حوكمة الشركات



الفرع الرابع: أهداف الحوكمة

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على: محمد مصطفى سليمان، حوكمة الشركات ومعالجة الفساد المالي والإداري (دراسة مقارنة)، الدار الجامعية، الاسكندرية، مصر، 2006، ص ص 17-18.

[11] محمد مصطفى سليمان، حوكمة الشركات ومعالجة الفساد المالي والإداري، الدار الجامعية، الإسكندرية، مصر، 2006 ، ص 17.

سعت المؤسسات التابعة لمختلف الدول إلى تطبيق الحوكمة ووضع التشريعات المختلفة اللازمة لها لأنها تشمل مجموعة من الأهداف، وتتمثل في[12]:

- الحد من مخالفات الإدارة المحتملة، وضمان التناسق الفعال بين مصالح الإدارة ومصالح المساهمين سواءً كانوا أقلية أو أغلبية وتعظيم عائداتهم، والحد من استغلال السلطة في غير المصلحة العامة؛
- تقليل المخاطر المالية والاستثمارية وزيادة الثقة بالاقتصاد الوطني، وتشجيع جذب الاستثمارات وتدفق الأموال المحلية والدولية؛
- تقويم أداء الإدارة العليا، وتعزيز العدالة والشفافية، وإعطاء الحق لأصحاب المصالح في محاسبة ومساءلة الإدارة ورفع درجة ثقتهم بها؛
- الحفاظ على السمعة الاقتصادية للشركات من خلال تعميق ثقافة التمسك بأخلاقيات المهنة، والالتزام بالقوانين والمبادئ والضوابط الرقابية والمعايير المتفق عليها، وكذا تحسين صورة المؤسسة، وتحسين عملية صنع القرار فيها؛
- محاربة كل أنواع الفساد، سواءً كان فساداً ماليّاً أو إداريّاً أو فساداً محاسبيّاً؛
- توسيع دور المراقبين لأداء المؤسسة بحيث يضم المساهمين، العاملين، الموردين، العملاء، المدققين الداخليين والخارجيين؛
- تحسين الأداء المالي للمؤسسة؛
- تدعيم دور لجان التدقيق في ممارسة وظيفة الرقابة على الأداء الإداري والمالي لمختلف أنشطة المؤسسة؛
- عدم الخلط بين مهام ومسؤوليات المديرين التنفيذيين وبين مهام ومسؤوليات أعضاء مجلس الإدارة؛
- ضمان تدقيق الأداء المالي للمؤسسة، وحسن استخدام أموالها ومدى الالتزام بالقانون في ضوء قواعد الحوكمة؛
- توفير إطار يساعد على اختيار الطرق التي تسعى لزيادة وعي المسؤولين وأصحاب المصلحة بأساليب ممارسة السلطة وتحمل المسؤولية، وتحقيق التكامل والتناسق بين أهداف المؤسسة ووسائل تحقيق تلك الأهداف وتشجيع المؤسسات على الاستخدام الأمثل لمواردها باستخدام مختلف الطرق الكفؤة والفعالة؛
- إدخال اعتبارات القضايا البيئية والأخلاقية في منظومة صنع القرار؛
- التزام المؤسسات بتطبيق مبادئ حوكمة المؤسسات يجنب الاقتصاد الوطني من الوقوع في أزمات مالية؛

[12] براهمة كنزة، دور التدقيق الداخلي في تفعيل حوكمة الشركات دراسة حالة مؤسسة المحركات EMO الخروب ولاية قسنطينة، مذكرة ماجستير غير منشورة، جامعة قسنطينة02، الجزائر، 2014/2013، ص ص 12-13.

- مراجعة وتعديل القوانين الحاكمة لأداء المؤسسات بحيث تتحول مسؤولية الرقابة إلى كل من مجلس الإدارة والمساهمين ممثّلين في الجمعية العامة للمساهمين.

المطلب الثالث: مبادئ حوكمة الشركات

كان للفساد المالي والإداري وفشل الشركات في إعداد تقارير مالية دقيقة وشفافة إضافة إلى تواطؤ بعض كبريات شركات المحاسبة والمراجعة دورا هاماً في انهيار العديد من الشركات. وهناك أيضا الممارسات التي تقوم بها الشركات متعددة الجنسية في اقتصاديات الدول في ظل العولمة من استحواذ واندماج بهدف السيطرة على الأسواق، وذلك بسبب ضعف النظم القانونية في الدول ذات الديمقراطيات الناشئة، وساعد ذلك على تعرض كثير من الأسواق المالية فيها إلى هزاتٍ عنيفةٍ. كل هذه الأحداث وغيرها دفعت كل من صندوق النقد الدولي والبنك الدولي ومنظمة التعاون الاقتصادي والتنمية إلى تحليل ودراسة أسباب هذه الاضطرابات المالية والاقتصادية وأصدرت في عام 1999 مبادئ حوكمة الشركات، ثم إصدار تعديل لهذه المبادئ عام 2004 بناءً على اقتراح مؤسسة التمويل الدولية الذي يقضي بإدراج بنود تشريعية لحوكمة الشركات بكل قوانين أسواق المال ولوائح الشركات[13].

الفرع الأول: مبادئ الحوكمة حسب منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية

يتم تطبيق الحوكمة وفق عدة معايير توصلت إليها منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية عام 1999 وأصدرت تعديلا لها عام 2004، وتتمثل في:

أولا– المبدأ الأول: ضمان وجود إطارٍ فعالٍ لحوكمة الشركات: ينبغي أن يشجع إطار حوكمة الشركات على شفافية وكفاءة سوق المال، وأن يكون متوافقاً مع حكم القانون، وأن يحدد بوضوح توزيع المسؤوليات بين مختلف الجهات الإشرافية والتنظيمية والتنفيذية[14].

ثانيا– المبدأ الثاني: حقوق المساهمين والوظائف الرئيسية لأصحاب حقوق الملكية: يجب أن يتضمن الاستفادة من وسائل موثوق بها لتسجيل الأوراق المالية الخاصة بهم، نقل أو تحويل الأسهم، الحصول على المعلومات في الوقت المناسب، الحضور والتصويت وممارسة حقهم في التصويت شخصيا أو غيابيا في الجمعية العامة للمساهمين، المشاركة في اتخاذ القرارات المتعلقة بالتغييرات المؤسسية الأساسية – التغييرات في النظام

[13] ناصر عبد الحميد، حوكمة الشركات في الأسواق الناشئة، ط 01، مركز الخبرات المهنية للإدارة–بميك، القاهرة، مصر، 2014، ص ص 11-13.

[14] جيهان عبد المعز الجمال، المراجعة وحوكمة الشركات، ط1، دار الكتاب الجامعي، بيروت، لبنان، 2014، ص 504.

الأساسي، معاملات غير عادية-، للمساهمين الحق في الاطلاع على الحسابات السنوية المعدة من طرف المدققين الخارجيين[15].

ثالثا- المبدأ الثالث: المعاملة المتساوية للمساهمين: يجب في إطار حوكمة الشركات ضمان معاملة متساوية لكافة المساهمين بما في ذلك مساهمو الأقلية والمساهمون الأجانب، كما ينبغي أن يكون لكافة الأسهم الحقوق نفسها، ضمن صنف معين من الأسهم، وينبغي أن يحصل كافة المساهمين على تعويض مناسب عند تعرض حقوقهم للانتهاك، كما يجب حماية مساهمي الأقلية من إساءة الاستغلال من طرف أصحاب النسب الحاكمة[16]. كما تعني المساواة بين حملة الأسهم داخل كل فئة وحقهم في الدفاع عن حقوقهم القانونية والتصويت في الجمعية العامة على القرارات الأساسية، وكذلك حمايتهم من أي عمليات استحواذٍ أو دمجٍ مشكوك فيها، أو من الاتجار في المعلومات الداخلية، وحقهم في الاطلاع على كافة المعاملات مع أعضاء مجلس الإدارة أو المديرين التنفيذيين[17].

رابعا- المبدأ الرابع: دور أصحاب المصالح: ينبغي أن ينطوي إطار حوكمة الشركات على الاعتراف بحقوق أصحاب المصالح التي يُنشؤها القانون أو تنشأ نتيجة لاتفاقيات متبادلة، وأن يعمل على تشجيع التعاون بين المؤسسات وأصحاب المصالح في مجال خلق الثروة وفرص العمل، وتحقيق الاستدامة للمشروعات القائمة على أسسٍ ماليةٍ سليمةٍ[18].

خامسا- المبدأ الخامس: الإفصاح والشفافية: يَنبغِي أن يَكفل إطار حوكمة الشركات تحقق الإفصاح الدقيق وفي الوقت الملائم بشأن كافة المسائل المتصلة بتأسيس الشركة، ومن بينها المركز المالي والأداء والملكية وأسلوب ممارسة السلطة[19]، كما يعني الإفصاح إتباع سياسة الوضوح الكامل وإظهار جميع الحقائق والمعلومات المالية وغير المالية، والأحداث الجوهرية عن الشركة والتي تهم المستثمرين والأطراف ذات الصلة[20].

---

[15] OCDE, PRINCIPES DE GOUVERNEMENT D'ENTREPRISE DE L'OCDE, 2004. Site web : http://www.oecd.org/fr/daf/ae/principesdegouvernementdentreprise/31652074.PDF, p19.

[16] مركز أبو ظبي للحوكمة، أساسيات الحوكمة مصطلحات ومفاهيم، سلسلة النشرات التثقيفية، مركز أبو ظبي، على الموقع: www.abccg.ae تاريخ الاطلاع: 2016.02.12.

[17] محمد حسن يوسف، محددات الحوكمة ومعاييرها مع إشارة خاصة لنمط تطبيقها في مصر، بنك الاستثمار القومي، مصر، يونيو 2007، ص 08.

[18] جيهان عبد المعز الجمال، مرجع سبق ذكره، ص 509.

[19] خالد ممدوح ابراهيم، حوكمة الانترنت، ط01، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، مصر، 2011، ص ص 42-43.

[20] الهيئة العامة للرقابة المالية، مركز المديرين المصري، الدليل المصري لحوكمة الشركات، أغسطس 2016، ص 34، على الموقع: www.eiod.org.

سادسا– المبدأ السادس: مسؤوليات مجلس الإدارة: ينصّ هذا المبدأ على أنه "ينبغي في إطار حوكمة الشركات أن يضمن التوجيه والإرشاد الاستراتيجي للشركة ومحاسبة مجلس الإدارة عن مسؤوليته أمام المؤسسة والمساهمين". فمجلس الإدارة لا يخضع فقط للمساءلة أمام المؤسسة ومساهميها ولكن يجب عليه أيضا العمل على تحقيق مصالحهم، ويُتوقع من مجلس الإدارة أن يأخذ في حسبانه أن يتعامل بشكل عادل مع اهتمامات أصحاب المصالح الآخرين، بما في ذلك مصالح العاملين والدائنين والعملاء والموردين والمجتمعات المحلية[21].

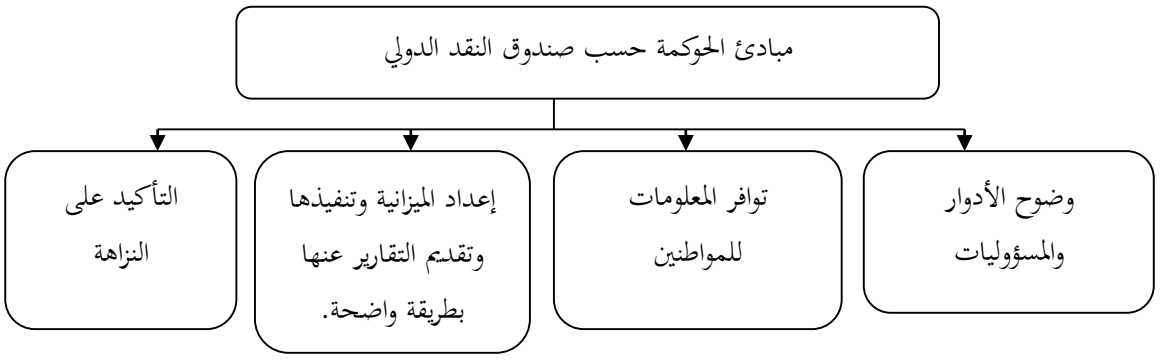
الفرع الثاني: مبادئ الحوكمة حسب صندوق النقد الدولي

بالإضافة إلى مساهمة صندوق النقد الدولي في مبادرة البنك الدولي للالتزام بالمعايير والقواعد فقد وضع الصندوق قواعد الممارسات الجيدة الخاصة بشكل أساسي من أجل شفافية السياسة المالية والنقدية الحكومية وتُؤكد هذه القواعد على أربعة نقاط هي[22]:

- وضوح الأدوار والمسؤوليات؛
- توافر المعلومات للمواطنين؛
- إعداد الميزانية وتنفيذها وتقديم التقارير عنها بطريقة واضحة؛
- التأكيد على النزاهة.

والشكل الموالي رقم (04) يظهر مبادئ الحوكمة حسب صندوق النقد الدولي.

شكل رقم (04): مبادئ الحوكمة حسب صندوق النقد الدولي



المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على عثماني ميرة، أهمية تطبيق الحوكمة في البنوك وأثرها على بيئة الأعمال –مع الإشارة إلى حالة الجزائر–، مذكرة ماجستير غير منشورة، جامعة المسيلة، الجزائر، 2011–2012، ص 42.

[21] محمد مصطفى سليمان، مرجع سبق ذكره، ص 55.

[22] عثماني ميرة، أهمية تطبيق الحوكمة في البنوك وأثرها على بيئة الأعمال –مع الإشارة إلى حالة الجزائر–، مذكرة ماجستير غير منشورة، جامعة المسيلة، الجزائر، 2011–2012، ص 42.

الفرع الثالث: مبادئ الحوكمة حسب البنك الدولي

إضافة إلى مبادئ منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية فإن البنك الدولي ساهم أيضا في وضع جملة من المبادئ والتي صنفها إلى ثلاث مستويات هي[23]:

أولا– على المستوى المحلي: وضع البنك الدولي مجموعة من التقويمات التي تقوم بها الدول، والتي تحدد على أساسها مواطن الضعف والقوة التي تخص إدارة وحوكمة المؤسسات، مما يساعد الدول على ترتيب أولوياتها، والهدف من التقويم هو دعم الإصلاح التشريعي، وتبني مبادرة القطاع الخاص في مجال وضع قواعد وأسس حوكمة المؤسسات، وهو الأمر الذي يتفق مع إطار البنك الدولي العام للتنمية الشاملة، كما يؤكد الإطار العام على أهمية القطاع الخاص المحلي والأجنبي كأحد العناصر الأساسية أيضا في عملية التنمية.

ثانيا– على المستوى الإقليمي: عمل البنك الدولي على المستوى الإقليمي مع بعض الوكالات الدولية الأخرى على رعاية مجموعة من حلقات النقاش التي تخاطب المسؤولين الحكوميين المشرعين، المنظمين، الشركات المحلية والأجنبية، المستثمرين ووكالات التصنيف للمساعدة على الوصول إلى رأي متفق عليه بالإجماع فيما يخص إصلاح وتنظيم المؤسسات وذلك بهدف تجنب الوقوع في الأزمات.

ثالثا– على المستوى العالمي: عمل البنك الدولي ومنظمة التعاون والتنمية الاقتصادية على توسيع دائرة قواعد إدارة المؤسسات خارج نطاق دول المنظمة، فقد وقَّع البنك الدولي ومنظمة التعاون والتنمية الاقتصادية مذكرة تفاهم في 21 جوان عام 1999، وذلك من أجل رعاية المنتدى الدولي لقواعد إدارة وحوكمة المؤسسات. والهدف الرئيسي للمنتدى هو مساعدة الدول ذات الدخول المنخفضة على تحسين المعايير التي تستخدمها في حوكمة المؤسسات بتبني روح المغامرة في مجال الأعمال والمساءلة وتشجيع العدل وتحمل المسؤولية، كما يركز البنك الدولي على الشفافية، ويرى أنها تقوم على المشاركة من جهة والمساءلة من جهة أخرى.

وبعد التشاورات مع المنظمات الأخرى توصل البنك الدولي إلى نموذج يدعى: Report On The Observance Of Standards And Codes (ROSC) لتقوية نظام الحوكمة وإدارة المؤسسات في الدول النامية، وصمم هذا النموذج بحيث يتيح فرصة تقويم نقاط القوة والضعف في مختلف الأسواق، وهذا التقويم يساهم في التقرير الذي يعده البنك الدولي وصندوق النقد الدولي عن الالتزام بمعايير وقواعد ROSC كما أن هذا التقويم يلخص المدى الذي وصلت إليه الدول في الالتزام ببعض المعايير المعترف بها دوليا. وقد أكد البنك

[23] براهمة كنزة، مرجع سبق ذكره، ص ص 30-31.

الدولي على أهمية أن تتضمن حوكمة الشركات كل من الإعسار وحقوق الدائنين والشفافية في نظم المحاسبة والتدقيق.

وسنتعرف فيما يلي على الإعسار وحقوق الدائنين والشفافية في نظم المحاسبة والتدقيق[24]:

❖ **الإعسار وحقوق الدائنين:** قاد البنك الدولي مبادرة لتحديد الأسس والخطوط الإرشادية للوصول إلى نظام فعال للإعسار ودعم الحقوق الخاصة بالعلاقة بين الدائنين والمدينين في الأسواق الناشئة في محاولة إلى تحسين استقرار النظام المالي بعد أزمة جنوب شرق آسيا، حيث أتاحت نظم الإعسار للمقرضين الحصول على تقرير أكثر دقة عن مخاطر السعر، وشجعت على أن يكون الإقراض في صورة تدفق للأموال بدلا من أن تكون عملية الإقراض توجهها العلاقات أو السياسات؛

❖ **الشفافية في نظم المحاسبة والمراجعة:** من أجل الحصول على التقارير المالية للشركة التي تضمن توفر الشفافية وتقدم في الوقت المناسب وتكون صالحة للاعتماد عليها سوف يقوم البنك الدولي بمراجعة مدى الالتزام بمعايير المحاسبة والمراجعة في عدد من الدول، ويهدف هذا العمل إلى وضع أساس لمقارنة الأساليب المتبعة في الدول موضوع البحث والتي يتم مراجعتها على أساس المعايير المحلية والدولية والتي ستؤدي بدورها إلى تسهيل عمليات المقارنة عبر البلاد وتصميم البرامج لدعم طريقة تقديم التقارير المالية للشركات، فالهدف من هذه المراجعة هو تقييم القدرة على مقارنة معايير المحاسبة والمراجعة المحلية مع معايير المحاسبة والمراجعة الدولية.

المبحث الثاني: لمحة حول حوكمة المؤسسات الصحية

تُعتَبرُ المؤسسات الصحية أكثر المؤسسات تعقيداً نظراً لأهدافها المتعددة فهي من جهة تسعى إلى تحقيق أهداف مالية –ترشيد النفقات العامة– ومن جهة أخرى تحقيق الأهداف الاجتماعية، ولخلق التنسيق والوصول إلى تحقيق هذه النتائج على مختلف المستويات كان من الضروري اللجوء إلى حوكمة المؤسسات الصحية.

المطلب الأول: تعريف حوكمة النظام الصحي وآلياتها

تتمثل إحدى الصعوبات الرئيسية في إيجاد تعريف جامع للحوكمة في النظام الصحي، ذلك لأن الحوكمة توجد على مستوياتٍ مختلفةٍ، حيث يمكن تحليل الحوكمة على مستوى أوسع من حيث الجهات السياسية الفاعلة التي تتعاون من أجل وضع سياساتٍ عامةٍ خاصّة بكل مجتمعٍ، ويمكن تحليل الحوكمة على المستوى الثانوي من

[24] عثماني ميرة، مرجع سبق ذكره، ص ص 41-42.

حيث أشكال السياسات العامة المحددة أي القواعد والقوانين وآليات التنفيذ، ويمكن التحليل أيضا على مستوى المستشفيات، وحسب الأمم المتحدة فإننا نقول عن بلد ما يتمتع بحوكمة جيدة عندما يعمل القطاع العام وفقا لمبادئ الشفافية والمساءلة والقدرة على التنبؤ والاستجابة والمشاركة، وأن إتباع هذه المبادئ سيساعد الدول على تحقيق الأهداف الاجتماعية[25].

الفرع الأول: تعريف حوكمة النظام الصحي

توجد عدة تعاريف لحوكمة النظام الصحي منها:

- **حوكمة النظام الصحي**: يرتكز النظام الصحي على مبدأين أساسيين هما العدالة والمشاركة، وهما مبدآن ساهما في تطوير مفهوم الحوكمة الذي يأتي للتأكيد على ضرورة المساءلة، التنظيم، التنسيق ومشاركة المؤسسة المدنية والقطاع الخاص بهدف تحسين كفاءة وفعالية النشاط الصحي[26].

وتعرف حوكمة النظام الصحي بأنها عملية تعتمد على آليات المساءلة من أجل تحسين الصحة العامة للسكان من خلال تحقيق العدالة والتغطية الصحية اللازمة وبجودة مع ضمان حقوق المريض. وتعتمد حوكمة النظام الصحي على ثلاثة أنظمة أساسية هي[27]:

- **نظام التسيير**: وهو مجموعة القواعد التي تبين طرق توزيع السلطات والمسؤوليات؛
- **نظام معلومات**: هي مجموعة من المعطيات فهذا النظام ضروري للتشغيل وذلك من أجل ضمان تنظيم محكم للأنشطة والتي يجب أن تكون واضحة وشفافة في كل الأوقات للعاملين والمسيرين والمخططين والمرضى والسكان؛
- **نظام مالي**: هو مجموعة من الحيثيات التي تبين طرق التمويل وآليات تخصيص الميزانية وكيفية الدفع للفاعلين.

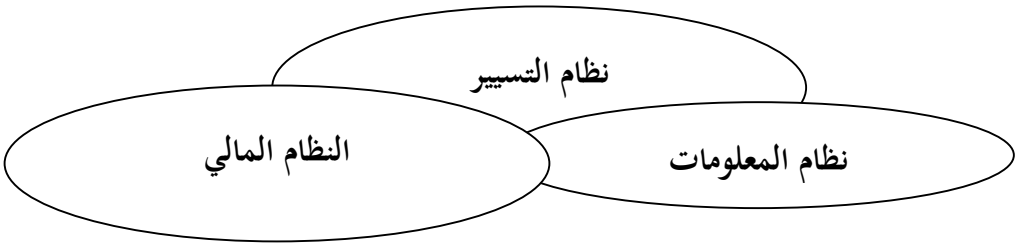
ويمثل الشكل الموالي رقم (05) أنظمة حوكمة النظام الصحي.

[25] William D.SAVEDOFF, Governance in the health sector a strategy for measuring determinants and performance, may 2011, p p 02-03, site web: documents.worldbank.org

[26] Pour Une Approche Systémique Du Renforcement Des Systèmes De Santé, site web: www.who.int.

[27] Booster la gouvernance de la santé publique, social, sciences forum, page 02, site web: pomed.org/wp_content/uploads/2015. 23/09/2016.

شكل رقم(05): أنظمة حوكمة النظام الصحي



Source: Booster la gouvernance de la santé publique, social, sciences forum, page 02, site web: pomed.org/wp_content/uploads/2015.

وتشير أيضا الحوكمة في النظام الصحي: إلى القيادة ومجموعة المهام ذات الصلة بالوظائف التي تقوم بها الحكومات/صناع القرارات، بما في ذلك المحافظة على التوجه الاستراتيجي في وضع السياسات وتنفيذها، دور الوضع الصحي والموارد الصحية في التنمية الوطنية، وتنظيم سلوك الفاعلين في القطاع من ممولي الرعاية الصحية ومقدميها وأيضا إنشاء آليات الشفافية والمساءلة الفعالة[28].

وتتفق جميع دول منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية، على أن الحوكمة ترتكز على الجودة التي يجب أن تظهر كمبدأ أساسي لضمان أن النظم الصحية تلبي احتياجات المرضى وتقديم أفضل تكلفة –فعالية، من خلال دمج وتحضير مؤشرات الجودة التي تتلاءم مع الاستراتيجيات والسياسات الوطنية، التي تمكن السلطات العمومية من تحسين أداء منظوماتها الصحية وجودة العلاج[29].

كما تشير حوكمة القطاع الصحي إلى مجموعةٍ واسعةٍ من المهام والتوجيهات التي لها صلة بالقواعد التي تضعها الحكومات وصناع القرار وهم يسعون إلى تحقيق أهداف السياسة الصحية الوطنية التي تساعد على التغطية الصحية الشاملة، وتشمل الحوكمة على[30]:

- الحفاظ على التوجه الاستراتيجي أثناء تطوير السياسات وتنفيذها؛
- كشف وتصحيح الاتجاهات والانحرافات غير المرغوب فيها؛
- توضيح أهمية الصحة في تطوير التنمية الوطنية؛
- تنظيم سلوك عدد كبير من الجهات الفاعلة من ممولي الرعاية الصحية ومقدميها؛

[28] USAID from the American people, Health Finance and Governance, Leadership And Governance Indicators, site web: https://www.hfgproject.org/wp-content/uploads/2015/01, consult 25/09/2016.
[29] Réunion Ministérielle De L'OCDE Sur La Santé, Améliorer La Performance Des Soins De Santé : Comment Mesurer Leur Qualité, Paris, France, 07-08/10/2010, P20 , Site Web : www.oecd.org. Date de consultation 12/09/2016
[30] http://www.who.int/healthsystems/topics/stewardship/en.

- إنشاء آليات المساءلة والشفافية الفعالة.

وعرفت وكالة التنمية الدولية التابعة للولايات المتحدة الأمريكية حوكمة النظام الصحي بأنها تلك الحوكمة التي تهدف إلى حماية وتعزيز صحة الشعب، وتشمل على[31]:

- تحديد التوجه الاستراتيجي والأهداف؛
- وضع السياسات، القوانين، القواعد، الأنظمة، القرارات، ووضع الموارد لتحقيق الغايات والأهداف الاستراتيجية؛
- الرقابة والتأكد من تحقيق الغايات والأهداف الاستراتيجية.

الفرع الثاني: عوامل ظهور حوكمة النظام الصحي

ظهور واستعمال مفهوم الحوكمة في المجال الصحي حديث ويعود إلى ثلاثة عوامل رئيسية:

أولا– العامل الأول: نطاق المسؤولية: فالحوكمة تفرض ضرورة التفكير في مجال جديد للتنظيم الجماعي، كما يجب أن يكون هناك تنسيق في الأنشطة بين مختلف الفاعلين، ويجب الأخذ في الحسبان الأبعاد التنظيمية المشتركة بين جميع المهن، فالحوكمة تفرض التنسيق بين الفاعلين والمنظمات التي تكون مستقلة ومترابطة في آن واحد لضمان المساواة في الحصول على العلاج وبنوعية لجميع السكان المستهدفين وبالتالي تطبيق السياسات الصحية ما بين القطاعات.

ثانيا– العامل الثاني: إعادة النظر في شكل العمل الجماعي: فالحوكمة ليست طريقةً جديدةً للحديث عن التسيير أو المناجمنت، بل هي طريقة لاتخاذ القرارات بشكل مستقل والاستغلال الأمثل للموارد المتاحة مع الأخذ في الحسبان تعقيدات الإجراءات المنظمة لتحقيق النتائج المنتظرة.

ثالثا– العامل الثالث: هي أن الأدوات المستعملة في المناجمنت قليلة وغير كافية للسماح للمسؤولين باتخاذ القرارات والتحسين المتواصل للعمل الجماعي لضمان النوعية والفعالية في الخدمات المقدمة، فمفهوم الحوكمة مرتبط بالأداء ومن ثم وجب وضعُ أدواتٍ جديدةٍ لتقييم الأداء.

الفرع الثالث: مكونات حوكمة المؤسسات الصحية

قام الباحثان بتقسيم مكونات حوكمة المؤسسات الصحية إلى ثلاثة مجموعات هي[32]:

[31] World Health Organization, Health Systems Governance For Universal Health Coverage, 2014, Site web: www.who.int, p p 9-10.

[32] Claudia BAEZ-CAMARGO , Eelco JACOBS, A Framework To Assess Governance Of Health Systems In Low Income Countries, Governance Basel Institute On Governance, July 2011, Working Paper Series N^{0}11, Site web : www.baselgovernance.org, p 09.

أولا– مدخلات حوكمة المؤسسات الصحية: تشير إلى القواعد التي تحكم المؤسسات الصحية القائمة، وتقييم مدخلات الحوكمة يستلزم الإجابة على الأسئلة التالية:

- ✓ من هم أصحاب المصلحة المشاركين في تحديد وتصميم سياسة المؤسسة؟ (المشاركة)؟
- ✓ إلى أي مدى يتعاون المسؤولون الحكوميون والدوليون مع أصحاب المصلحة الآخرين أو يشاركونهم في تحديد الأهداف وتقييم السياسات لاتخاذ قرارات بشأن الصحة العامة؟ (التوجه الجماعي)؟
- ✓ هل أُنشأت مؤسسات النظام الصحي بطريقة تؤدي إلى تحقيق أهداف السياسة الصحية؟ (الرؤية الاستراتيجية في تصميم النظم).

ولا يمكن التقليل من أهمية مدخلات الحوكمة لأن تنفيذ السياسات الخاطئة لن يحقق أهداف المجتمع، حيث يتطلب تحقيق الاحتياجات الصحية للسكان مجموعةً معقدةً من المتطلبات والمهارات الطبية والعلمية والتقنية والسياسية والتنظيمية، وكذا تصميم السياسات المتناسقة المدعومة بالأدلة السليمة والخبرة التقنية والتعاون والتشاور مع أصحاب المصلحة المعنيين كشرطٍ أساسيٍّ لنجاح أداء القطاع العام.

ثانيا– عمليات حوكمة المؤسسات الصحية: هي السمات الأساسية التي تميز تنفيذ القواعد والإجراءات الإدارية التي تحكم المؤسسات الصحية، وهي تشير إلى الطريقة التي تنفذ بها العمليات واللوائح، التي يكون لها آثاراً هامةً على جودة النتائج التي يتم إنتاجها، وعمليات الحوكمة التي تم التأكيد عليها في هذا الإطار هي المساءلة والشفافية والرقابة على الفساد، وهي مترابطةٌ ارتباطاً وثيقاً فإذا تحسنت المساءلة يتحفز العملاء على الشفافية في أعمالهم.

ثالثا– نتائج حوكمة المؤسسات الصحية: تشير هذه النتائج إلى الصفات الإيجابية التي يجب أن تنتجها مخرجات النظام الصحي بعد تصميم القواعد وتنفيذ العمليات، وهي معايير يمكن استخدامها لتقييم مدى جودة الخدمات الصحية المقدمة للمجتمع، لأن الهدف النهائي للمؤسسات الصحية هو تحقيق رفاهية السكان بتلبية احتياجاتهم الصحية، ونتائج نظام الصحة المرتبطة بالحوكمة والتي يجب التأكيد عليها هي:

- ✓ استجابة المؤسسات الصحية لاحتياجات السكان؛
- ✓ الوصول المنصف للخدمات الصحية إلى جميع الفئات؛
- ✓ الكفاءة في استخدام الموارد.

الفرع الرابع: آليات الحوكمة في المؤسسات الصحية

تتمثل آليات حوكمة المؤسسات الصحية في[33]:

- **الرؤية الاستراتيجية:** يجب أن يكون لدى المسؤولين نظرةً عامةً وطويلةَ المدى من أجل تطوير الصحة وتحقيق التنمية البشرية، وأيضا فهم الاتجاهات الاستراتيجية اللازمة لهذا الغرض، كما يجب أن يأخذوا التعقيدات التاريخية والثقافية والاجتماعية بعين الاعتبار؛
- **المشاركة والموافقة:** ينبغي على جميع النساء والرجال أن تكون لديهم القدرة على التعبير عن آرائهم في عملية اتخاذ القرارات، من أجل الصحة إما مباشرة أو عن طريق مؤسسات الوساطة المشروعة التي تمثل مصالحهم، وحوكمة المنظومة الصحية تأخذ في الحسبان المصالح المختلفة، من أجل تحقيق التوافق العام المفيد من أجل الكل من خلال السياسات والإجراءات الصحية؛
- **سلطة القانون:** يجب أن تكون الأطر القانونية للصحة عادلة وتطبق دون تمييز خاصة التشريعات المتعلقة بحقوق الإنسان؛
- **الشفافية:** تقوم الشفافية على التدفق الحر للمعلومات في جميع جوانب عمليات المؤسسات الصحية، وتوفير المعلومات حتى يتمكن الأشخاص والمؤسسات من الوصول إليها مباشرة، كما يجب أن تكون البيانات متوفرة وسهلة الفهم وبالتالي إمكانية الرقابة على المسائل الصحية؛
- **الاستجابة لتوقعات الناس:** يجب على المؤسسات الصحية خدمة جميع أصحاب المصلحة، بحيث تجيب السياسات والبرامج على احتياجات المستفيدين في مجال الصحة وغيرها من المجالات؛
- **العدالة والشمولية:** يجب أن يكون لدى جميع النساء والرجال الحق في تحسين صحتهم وتحقيق رفاهيتهم؛
- **الكفاءة والفعالية:** يجب أن تسفر العمليات والإنجازات على نتائج تجيب على احتياجات الناس، وتؤثر على النتائج الصحية مع الاستفادة المثلى من الموارد المتاحة؛
- **تحمل المسؤولية:** صانعو القرار في السلطات العمومية والقطاع الخاص ومؤسسات المجتمع المدني المعنية بالصحة يجب أن يكونوا مسؤولين أمام الجمهور والمؤسسات المتدخلة، وتختلف هذه المساءلة حسب المؤسسة وحسب القرار الذي قد يكون داخليا أو خارجيا؛

[33] comité régional de l'Europe, Direction et gouvernance des systèmes de santé dans la région européenne de l'OMS, cinquante-huitième session, Tbilissi, Géorgie, 15-18/09/2008, p16 , site web : http://www.europ.who.int.

- **البيانات والمعلومات التشغيلية:** البيانات القابلة للتشغيل والمعلومات ضرورية للفهم الجيد للنظام الصحي وإلا فإنه من غير الممكن تقديم الأدلة اللازمة لاتخاذ القرارات الصحيحة التي تؤثر على سلوك مجموعاتٍ مختلفةٍ من الناس والمصالح، التي تدعم الرؤية الاستراتيجية للصحة أو على الأقل لا تعارضها؛
- **الأخلاق:** المبادئ الأساسية في أخلاقيات الرعاية الصحية تتعلق باحترام الاستقلالية الذاتية، عدم الإيذاء، الإحسان، العدالة، وتضم أيضا أخلاقيات البحوث التي تعتبر مهمة لحماية مصالح وحقوق المرضى.

المطلب الثاني: مفهوم حوكمة المستشفيات والحوكمة الإكلينيكية

إن هدف المستشفى العمومي هو ضمان توفير العلاج بنوعية وإتاحته للجميع دون تمييز بين مختلف المواطنين على المستوى الوطني[34]. ويساعد إطار حوكمة المؤسسات المستشفى على تحقيق التوازن بين مبادئ الكفاءة الاقتصادية والاستدامة المالية من جانب، وبين القيم الاجتماعية وخدمة المرضى من جانب آخر[35].

ولا ترتبط حوكمة المستشفيات بالأبعاد المالية فقط بل تتعداها إلى أبعاد إنسانية، فهي مرتبطة بتوفير أفضل رعاية صحية لأفراد المجتمع، كما تُعتبر الحوكمة مزيجا من العناصر المالية، وتهتم حوكمة المستشفيات بإدارة الهياكل وإدارة العمليات ودعم أنشطة الرعاية الصحية.

الفرع الأول: مفهوم حوكمة المستشفيات

تعريف حوكمة المستشفيات: تُعرَّفُ حوكمة المستشفيات بأنها عملية توجيه الأداء العام والفعال للمستشفى يتم من خلاله تحديد المهام والأهداف بوجود مستويات من الإدراك على المستوى العملي، بالإضافة إلى أن حوكمة المستشفيات تتكون من العناصر الأساسية اللازمة لتحقيق التميز في إدارة المستشفى، فهي تضمن حد معين من وجود مهمةٍ واضحةٍ ضمن ثقافة إنجاز معينة[36].

أما الحوكمة الطبية: فتُعرف بأنها نهج منتظم لتحسين جودة رعاية المرضى في أي نظام صحي، ولهذا النهج دور متزايد مع الارتفاع المطرد في التكاليف الطبية[37].

---

[34] I. MONTET et autre, Guide CPH De Stratégie Et De Déontologie Médicale Dans La Nouvelle Gouvernance Hospitalière, CONFEDERATION DES PRATICIENS DES HOPITAUX, site web www.cphweb.info, p 15.

[35] مركز المشروعات الدولية، حوكمة قطاع الصحة مبادئ وقواعد الحوكمة في المستشفيات، مصر 2014، ص 26.

[36] أقطي جوهرة، مقراش فوزية، أثر حوكمة المستشفيات على أخلاقيات المهنة الطبية دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية جيجل، ملتقى وطني حول حوكمة الشركات كآلية للحد من الفساد المالي والإداري، الجزائر، 06-07 ماي 2012، ص 02.

[37] هاني جوخدار، الحوكمة الطبية المفتاح الأساسي لحماية حقوق المرضى، الرياض الاقتصادي، جدة، الرياض، 2012/10/12، العدد 16181، تاريخ التحميل: 2017.04.25، على الموقع: www.alriyadh.com.

من أهم القضايا المطروحة في دراسات حوكمة المستشفيات والتي تعتبر أكثر حداثة في ميدان الحوكمة تطرقت إلى النقص الكبير في البيانات بالمستشفيات خاصة فيما يخص العملية الإدارية، فالبيانات المتوفرة تعتمد بدرجة كبيرة على التقارير الواردة من طرف مدراء المستشفيات، بالإضافة إلى أنه من بين المشاكل التي تواجه دراسة حوكمة المستشفيات أنه لا يوجد نهج علمي واضح لدراسة الحوكمة، وكذلك لا توجد نظريات علمية وثيقة الصلة بحوكمة المستشفيات، أي تفتقر البحوث إلى إطار مفاهيمي متين، فهي بحاجة إلى بناء نماذج أكثر توضيحاً وتفسيراً لحوكمة المستشفيات لتعمل على تفعيل عملية تحديد الأدوار والمسؤوليات وزيادة الالتزام المهني لدى الطاقم الطبي والإداري لتحقيق الهدف الذي وجد من أجله المستشفى وهو تقديم الرعاية الصحية لكل أفراد المجتمع[38].

الفرع الثاني: الحوكمة الإكلينيكية (السريرية)

سنتعرف إلى تعريف الحوكمة الاكلينيكية والمكونات الرئيسية للحوكمة الجيدة للمستشفيات.

أولا– تعريف الحوكمة الإكلينيكية:

يقوم مفهوم الحوكمة السريرية على أساس أن المسؤولين عن تحسين نوعية الرعاية الصحية، يتعين عليهم أن يتمتعوا بالقدرة على التأثير في استخدام الموارد، علماً بأن هذا المفهوم يتطلب من المستشفيات إدماج الرقابة المالية وأداء الخدمات والجودة الإكلينيكية معاً، مع ملاحظة أن الجودة الإكلينيكية تشمل أنشطة مثل تحسين نظم المعلومات وترسيخ التطوير المهني، وتطوير نظم المراجعة من قبل العمال. **وتتألف الحوكمة الإكلينيكية** من العناصر الآتية: التعليم والتدريب، المراجعة السريرية (الإكلينيكية)، والفعالية السريرية، وإتاحة نتائج الأداء لتمحيصها من جانب الجمهور (الناس)، والبحث والتطوير وإدارة المخاطر التي يتعرض لها المريض والممارس والمؤسسة المعنية[39].

كما تعرف الحوكمة الإكلينيكية بأنها الإطار الذي من خلاله تكون المؤسسات الصحية مسؤولة عن التحسين المستمر لجودة خدماتها مع مراعاة مقاييس الرعاية الصحية العالية من خلال خلق محيط مميز للرعاية الإكلينيكية[40].

---

[38] أقطي جوهرة، مقراش فوزية، نفس المرجع، نفس الصفحة.

[39] منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي الشرق الأوسط، اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط، الدورة السادسة والخمسون، البند 06 ج من جدول الأعمال، ورقة تقنية حول تحسين أداء المستشفيات في إقليم شرق المتوسط، أوت 2009، ص 04.

[40] Darling Downs Hospital and Health Service, Clinical Governance Framework 2014, Delivering quality healthcare in partnership with our communities, https://www.health.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0013/431140/ddhhs-clingovframework.pdf

وتغطي الحوكمة الإكلينيكية جميع الأنشطة والسياسات والإجراءات التي تساعد في تحسين والحفاظ على مستويات عالية من الرعاية الصحية، بما يمكن المرضى من الحصول عل أفضل علاج ممكن، وتعرف خدمة الصحة العامة بالمملكة المتحدة الحوكمة الإكلينيكية بأنها الإطار الذي من خلاله تتم مساءلة مؤسسات خدمة الصحة العامة عن التحسين المستمر لنوعية خدماتها، وضمان تحقيق مستويات عالية من الرعاية عن طريق خلق بيئة كفيلة بازدهار التميز في الرعاية الإكلينيكية.

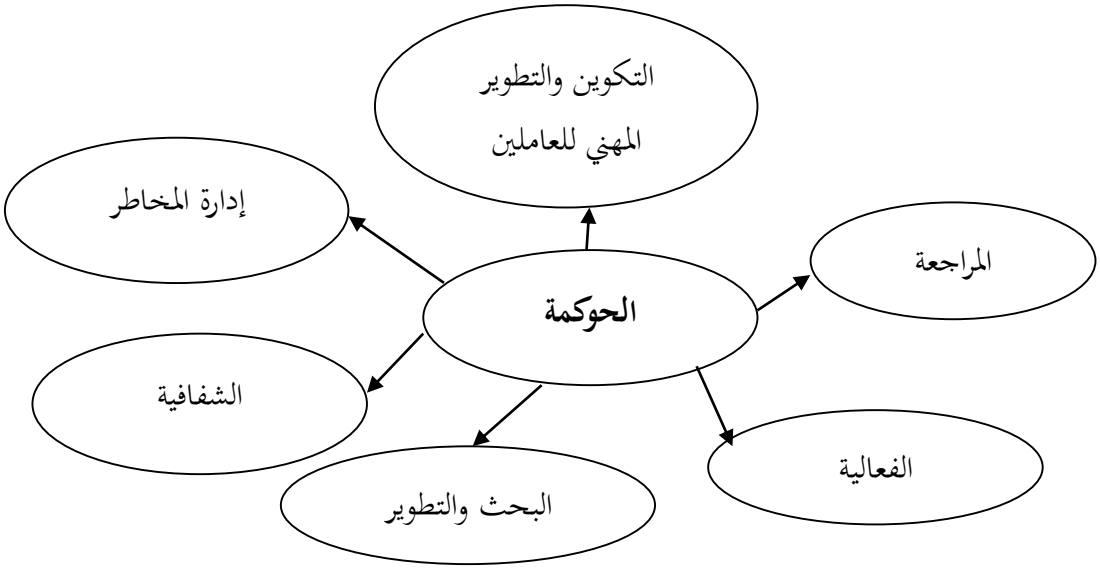
ولضمان تحقيق أهداف الحوكمة الإكلينيكية والتي تتمثل أساسا في زيادة جودة وسلامة الرعاية الصحية والخدمات المقدمة للمرضى، ينبغي أن يُلزم **المستشفى** نفسه بما يلي[41]:

- العناية والحفاظ على المنشآت والأجهزة في حالة آمنة ومناسبة؛
- الاختيار والاحتفاظ بأطباء أكفاء؛
- مراجعة المسؤولية والمساءلة بهدف تحسين الجودة وضمان الأمن، في كل ما يتصل بالمرضى ويؤدي هذا في النهاية إلى تقديم أفضل النتائج للمريض؛
- المستشفى هو المسؤول عن نتائج إهماله الناشئة عن الفشل في ضمان الحفاظ على المعايير الصحيحة للرعاية، لذا يتوجب على المستشفى بذل جهد معقول في المتابعة والإشراف على العلاج الموصوف من قبل الأطباء.

ثانيا– المكونات الرئيسية للحوكمة الجيدة للمستشفيات: يوضح الشكل الموالي رقم (06) هذه المكونات:

[41] مركز المشروعات الدولية، مرجع سبق ذكره، ص ص 31-34.

شكل رقم (06):المكونات الرئيسية للحوكمة الجيدة



Source : Jean- Louis DENIS et autre, La Gouvernance Clinique, éditions la société française de santé, volume 39N^{0}03, juillet-septembre 2008, France, p168.

وفيما يلي نقدم شرحا لمكونات الحوكمة الإكلينيكية[42]:

- **البحث والتطوير**: هو جزء لا يتجزأ من مبادرات التحسين المستمر لنوعية الخدمات الصحية المقدمة، ويمكن أن تساعد نتائج البحث العلمي في تطوير الممارسات الإكلينيكية وتعديل الممارسات القائمة لتحسين نوعية الرعاية المقدمة؛
- **المراجعة الإكلينيكية**: هو أحد العناصر الرئيسية للحوكمة الإكلينيكية، وهو تقييم الممارسات الإكلينيكية والرقابة عليها، حيث يتم التقييم وفقا لمعايير الأداء والجودة في خدمات الرعاية الصحية المقدمة، والمراجعة الإكلينيكية هو إجراء يسمح للمهنيين بتحديد وإعادة التعريف بالممارسات الإكلينيكية التي تهدف إلى تحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة؛
- **الفعالية الإكلينيكية**: هو مقياس يسمح بمعرفة درجة فعالية التدخلات في إطار الرقابة الإكلينيكية، تساعد الفعالية الإكلينيكية في تطوير طريقة الممارسات الإكلينيكية وكيفية تقديم العلاجات؛
- **التكوين والتطوير المهني للعاملين**: يستخدم لمواجهة التحديات المركزية من أجل تحسين الممارسات الإكلينيكية وتعقيدات التكنولوجيا في الميدان الصحي والتماشي السريع معها بالاعتماد على تكوين المهنيين

[42] Jean- Louis DENIS et autre, La Gouvernance Clinique, éditions la société française de santé, volume 39N^{0}03, juillet-septembre 2008, France, p p168-169.

والمتدخلين في المجال الصحي، فالتكوين المستمر ضروري لتوفير اليد المؤهلة وتطوير خبرات المهنيين لتحسين جودة الخدمات الإكلينيكية؛

- **إدارة المخاطر**: تُعرَّفُ إدارة المخاطر بأنها النشاط الذي يمس المرضى والمهنيين والمنظمات في إطار جودة الممارسات، إدارة المخاطر بالنسبة للمرضى تعتمد على تنظيمات المهنيين والنظام الصحي الذي يعرض الخدمات للمرضى بطريقةٍ آمنةٍ، أما بالنسبة للمهنيين وفرق العلاج تهدف إدارة المخاطر إلى عرض بيئةٍ عملٍ آمنةٍ وضمان الوقاية من الأمراض المعدية، وتطوير الممارسات الإكلينيكية التي تُجيب على معايير الجودة، أما إدارة المخاطر بالنسبة للمنظمات فتعني أنه يجب عليها أن تستخدم عمال ومهنيين مؤهلين ومتوافقين مع السياسات التي تضمن الكرامة في بيئةٍ آمنةٍ وتطوير الخبرات لفرق العلاج المميزة؛
- **الشفافية**: الحوكمة الإكلينيكية هي مبادرة لتحسين الجودة لضمان الفعالية مع احترام سرية المرضى من طرف المهنيين، فالشفافية في الممارسات هي جزءٌ أساسيٌّ لضمان جودة الخدمات المقدمة.

المطلب الثالث: تجارب بعض الدول في تطبيق حوكمة المؤسسات الصحية

هناك العديد من الدول طبقت الحوكمة في مؤسساتها الصحية من أجل ضمان الاستخدام الأمثل للموارد وتوفير أفضل الخدمات الصحية للمرضى، وسنتطرق في هذا المطلب إلى تجربة فرنسا، هولندا وانجلترا.

الفرع الأول: حوكمة النظام الصحي بفرنسا

تطرقت القوانين الآتية إلى حوكمة النظام الصحي حيث:

1- جاء مفهوم الحوكمة الجديدة في الأمر رقم 406 الصادر في 02 ماي 2005 المتعلق بالنظام القانوني للمؤسسات الصحية، يقوم هذا القانون على أساس تحديد تنظيم المستشفيات عن طريق تحديث تسيير المؤسسات العمومية للصحة وعرض مجموعة من الأنشطة السريرية والتقنوطبية، وكذا القيام بالتسعير الجديد للنشاط الذي يميل للإيرادات على النفقات، وتمارس الحوكمة من طرف المجلس التنفيذي الذي يكون برئاسة مدير المؤسسة[43].

2- القانون رقم 879 المؤرخ في 21 جويلية 2009 الذي يركز على إصلاح المستشفيات وعلى المرضى، الصحة، والأقاليم الفرنسية، وينصُّ على إنشاء وكالاتٍ إقليميةٍ للصحة، وإعادة حوكمة المستشفيات (تعزيز دور

[43] Marie-Odile Safon, Les Réformes Hospitaliers En France aspects historiques et réglementaires, consulté le septembre 2017, Site Web : www.irdes.fr/documentation/sentheses/historique-des-reformes-hospitaliers-en-france.pdf, p17.

المدير، تعويض المجلس التنفيذي ومجلس الإدارة بالمجلس الرقابي)، وإلغاء مفهوم الخدمة العمومية بالمستشفى. والغرض من هذا القانون هو إعادة تنظيم وتحديث النظام الصحي بأكمله. ويظم **أربعة عناوين** هي[44]:

- **العنوان الأول: تحديث المؤسسات الصحية:** هو التنسيق ووضع حوكمة جديدة حيز التطبيق من خلال تعزيز الإدارة الإدارية للمؤسسات والفرق الطبية لإعطاء المستشفيات المزيد من المرونة والاستجابة والكفاءة.
- **العنوان الثاني: وصول الرعاية الصحية إلى الجميع:** يهدف هذا القانون إلى مكافحة عدم المساواة بين المرضى من حيث الحصول على الرعاية الصحية، ولمواجهة التوزيع غير المتكافئ للمهنيين الصحيين على المستوى الوطني؛
- **العنوان الثالث: الوقاية والصحة العامة:** ينص على منع بيع الكحول للقاصرين والحد من بيعه في محطات الخدمة، وتسهيل الوصول إلى وسائل منع الحمل؛
- **العنوان الرابع: التنظيم الإقليمي للنظام الصحي:** نص هذا القانون على الحوكمة الجديدة للمستشفيات مع وجود مجلس رقابي وعقود للأهداف والوسائل متعددة السنوات ويهدف إلى تحسين التعاون بين المستشفيات العامة والخاصة.

3- قانون 2016 قانون رقم 41-2016 المؤرخ في 26 جانفي 2016: جاء هذا القانون لتحديث النظام الصحي وإعادة إدخال مفهوم الخدمة العمومية في المستشفيات[45].

4- حوكمة المؤسسات العمومية للصحة: تُعرَّفُ المؤسسات العمومية للصحة بأنها أشخاص معنوية تنشأ بموجب القانون العام تتمتع بالاستقلال الإداري والمالي، وهي تخضع لسلطة الدولة، والهدف منها ليس صناعياً ولا تجارياً. كما أن قواعد تسيير هذه المؤسسات ترد في نظامها الأساسي والذي يوافق عليه المجلس الرقابي، فالمؤسسات العمومية للصحة تتمتع بمجلس رقابيٍّ وتسيرٍ من طرف مدير يساعده مجلس إدارة، والمجلس الرقابي حل محل مجلس الإدارة القديم، وتتمثل مداولات المجلس الرقابي ومجلس الإدارة في[46]:

- ✓ **المجلس الرقابي:** حل محل مجلس الإدارة وهو الذي يفصل في استراتيجية المؤسسة، ويمارس الرقابة الدائمة على تسييرها. **فهو يتداول في:**
  - مشروع المؤسسة؛

[44] Laurent MOLINIER, Les système hospitalier français, p p67-68, site web: http://www.medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/module1/sous_module4/005_sys_hosp_francais.pdf.
[45] Cathrine CALVEZ , Les Réformes De Santé En France, Consulté Le 22/02/2016, P P 04-05, Site Web : Http://Docuentation.Ehesp.Fr
[46] Marie-Odile Safon, Op.Cit, p p17-19.

- الاتفاقيات التأسيسية للمستشفيات الجامعية واتفاقيات الشراكة؛
- الحساب المالي وحسابات النتائج؛
- التقرير السنوي للمؤسسات المقدم من طرف المدير؛
- الأنظمة الأساسية للمؤسسة...

ويعطي رأيه في: سياسة التحسين المستمر لجودة وسلامة الرعاية الصحية وإدارة المخاطر وشروط الاستقبال والتكفل الجيد بمستعملي المرفق، النظام الداخلي للمؤسسة.

✓ **مجلس الإدارة ومدير المؤسسة:** مدير المؤسسة لديه مهام جديدة فهو يقوم ب:

- تنفيذ السياسة العامة للمؤسسة؛
- يمثل المؤسسة في جميع أعمال الحياة المدنية وأمام العدالة، وهو الآمر بالصرف بالنسبة للإيرادات أو النفقات؛
- لديه صلاحيات واسعة في مجال سلطة التعيين في المؤسسة؛
- يمارس سلطته على جميع الموظفين مع احترام القواعد المهنية والأخلاقية؛
- بعد التشاور مع المجلس يختتم العقد المتعدد السنوات للأهداف والوسائل.

الفرع الثاني: حوكمة المستشفيات في هولندا

ترتكز ترتيبات حوكمة المستشفيات العامة في هولندا على وضعها ككيانات خاصةٍ تتمتع بدرجة عاليةٍ من الاستقلال المؤسسي، فبدلاً من الإطار التنظيمي الرسمي تم وضع قانون رعاية صحي حر يشرح هيكل العلاقات والمهام وتضارب المصالح، الكفاءات والمساءلة على التنفيذ من طرف المجالس الرقابية على أداء المستشفيات الممولة من القطاع العام، فالمستشفيات في هولندا هي مؤسسات خاصة حيث تم تحويل جميع المستشفيات العامة في هولندا إلى كيانات خاصة تتمتع بدرجة عالية من الاستقلال المؤسسي، بالإضافة إلى أن المستشفيات لها وضع غير هادف إلى تحقيق الربح، وقد بدأ سريان قانون التأمين الصحي كمخطط إلزامي يظم جميع المقيمين القانونيين فتوفير الرعاية الصحية في المستشفيات يقترن بتمويل عام. كما أن المستشفيات العامة في هولندا لديها الهيكل القانوني للمؤسسة، ويشير قانون الرعاية الصحية لسنة 2005 إلى هيكل العلاقات والمهام وتضارب المصالح والكفاءات والمساءلة للمجالس التنفيذية والرقابية للمؤسسات الاستشفائية، وقد تم تحديد قانون 2005 سنة 2010. وتخضع المستشفيات الهولندية بصورة متزايدة للمساءلة أمام الجمهور عن أدائها،

خاصة فيما يتعلق بجودة الخدمات الصحية التي يتم قياسها، حيث أن هذا القانون يحدد صراحة نوعية وسلامة الرعاية الصحية كعناصر أساسية لحوكمة المستشفيات.

ويمكن اعتبار قانون 2005 بمثابة محاولة لاستعادة ثقة الجمهور بسبب إفلاس بعض المستشفيات ووجود إخفاقات كبيرة في إدارة الجودة، مما أدى إلى عدم ثقة الجمهور في نوعية حوكمة المستشفيات. ويمكن اعتبار قانون 2010 التعديلي محاولة لاستعادة ثقة الجمهور وإطار مرجعي لهيكلة وتقييم حوكمة المستشفيات، وقد اهتم القانون 2010 بمفهوم المساءلة ومختلف المجالس التي تراقب مدى جودة الخدمات التي تقدمها المستشفيات بهولندا، وهذا ما سنتعرف عليه فيما يلي[47]:

- **المساءلة:** المستشفيات هي مؤسساتٌ ممولةٌ من طرف الحكومة وتتحمل المسؤولية أمام المجتمع المدني، ولهذا السبب قانون 2005 يفرض عليها نشر وثيقةٍ سنويةٍ تقدم فيها المجالس التنفيذية والرقابية حساباتها كاملة عن مختلف الأنشطة المقدمة، بالإضافة إلى أنها ملزمة بتقديم توضيحات إلى أصحاب المصالح والتشاور معهم في بعض المواضيع مثلا التغيير في بعض الأهداف الاستراتيجية، عمليات الاندماج والتوسع والانكماش.
- **المجلس التنفيذي:** المستشفيات يجب أن يحكمها مجلسٌ تنفيذيٌّ حسب ما جاء في هذا القانون يشرف عليه مجلسٌ رقابيٌّ مستقلٌّ تماماً، وتُشكل المجالس التنفيذية والرقابية نواة حوكمة المستشفيات، والهدف من قانون 2005 هو ترجمة الممارسة في إطار تنظيميٍّ سليمٍ وواضحٍ لتعزيز فعالية حوكمة المستشفيات، فالمجلس التنفيذي هو عاملٌ جديدٌ نسبياً في حوكمة المستشفيات. ويفرض القانون على المجلس التنفيذي المسؤولية الكاملة عن الإدارة الاستراتيجية والتشغيلية للمستشفى، وأيضاً علاقة المستشفى مع العالم الخارجي، ويمكن لهذا المجلس اتخاذ قراراتٍ لوحده كما يمكنه تدعيم قراراته بمشاركة مختلف الفاعلين داخل المستشفى، وتتمثل أهم مهمة للمجلس التنفيذي في إبلاغ المجلس الرقابي بمختلف المسائل في الوقت المناسب وبالقدر الكافي، ويُسمح للمجلس الرقابي رسميا بالحصول على معلومات إضافية من موظفي المستشفى أو من المستشارين الخارجيين.
- **المجلس الرقابي:** ينصّ قانون 2005 على ضرورة أن يكون لكل مستشفى مجلسٌ رقابيٌّ يُعيِّن أعضاء المجلس التنفيذي ويُقيلُهم ويُشرفُ على عملهم، كما يجب أن يوافق المجلس التنفيذي على بعض القرارات والوثائق من بينها الميزانية السنوية التقديرية، الخطط الاستراتيجية والاستثمارية والقرارات المتعلقة بمعاملات

[47] Hans MAARSE, Hospital Governance In The Netherlands, Eurohealth Observer, Eurohealth Incorpoting Euro Observer, Vol 19,N^0 01, 2013, p p12-14.

الممتلكات ويتولى المجلس الرقابي الإشراف على مكافأة أعضاء المجلس التنفيذي، والمجلس الرقابي ليس مسؤولا عن إدارة المستشفى والمسؤولية تقع على عاتق المجلس التنفيذي الذي يجب أن يتم تقييمه من طرف المجلس الرقابي.

- **الموظفون الطبيون وأصحاب المصلحة الآخرون:** لا ينظم القانون سالف الذكر العلاقة بين المجلس التنفيذي والموظفون الطبيون فالمسؤولية الكاملة عن إدارة المستشفى تقع فقط على عاتق المجلس التنفيذي بما في ذلك نوعية الرعاية الصحية المقدمة للمرضى، ولا يمكن فهم دور حوكمة المستشفيات دون أخذ دور الطاقم الطبي في الاعتبار فهو يتفاعل مع المجلس التنفيذي في كثير من المسائل ومن بينها المسائل الاستراتيجية والتشغيلية.

الفرع الثالث: حوكمة المستشفيات في انجلترا

على عكس العديد من مستشفيات العالم، فإن المستشفيات الانجليزية تتسم بتوجهات لا تأخذ في الاعتبار التوجهات المالية، حيث يقوم دافع الضرائب بتمويل خدمات الرعاية الصحية من خلال الحكومة المركزية، ومن ثم تقوم المستشفيات بتوفير خدمات لمجتمعاتها المحلية بالتركيز على جودة هذه الرعاية وليس على تكلفتها، إلا أن هذا النموذج صادف الكثير من الصعوبات خلال التسعينيات من القرن العشرين، ونجم عن ذلك دعوة إلى وضع الجوانب المالية ومقتضياتها في الاعتبار، وباتت المستشفيات حاليا تتلقى الدعم المالي من الخزينة العامة حتى تتمكن من ممارسة دورها، بعدما تم تحديد تعريفة وطنية للخدمات التي تقدمها للمواطنين، وهذا ما يعني أن المستشفى صار يتلقى دخلاً ثابتاً بغض النظر عن تكاليف هذه الخدمة أو العمليات الجراحية التي يُجريها للمرضى أو حتى مع الحالات المرضية المعقدة والحرجة أو مهما طالت أو قصرت مدة إقامة المريض بالمستشفى. في حين أن المستشفيات مثلها مثل أي كيان قانوني آخر مطالبة بتقديم بيانات مالية تتوخى المعايير والدقة. من هنا يقع مدراء الخدمات الصحية تحت ضغوط التركيز على ترشيد التكاليف، وكذا التركيز على تقديم الخدمات الأكثر ربحية، ومن النادر أن نجد مستشفى يحقق ربحية من تقديم خدمات التوليد والأمومة أو من خدمة الاستعجالات لمصابي الحوادث وغيرها خاصة في ظل التعريفة المطبقة[48].

كما أن الهيكل الإداري بأغلب المستشفيات الانجليزية، يحكمه مجلس إدارة من مستوى واحد، حيث أن كل المدراء التنفيذيين بما فيهم الرئيس التنفيذي والمدير المالي والمدير الطبي وغيرهم ومعهم ما بين خمسة(05)

[48] بينجامين هـ. دامازر، تطبيق الحوكمة في المستشفيات الانجليزية، مركز المديرين المصري، مجلة التنفيذي، فيفري – أفريل 2009، ص 29، على الموقع الإلكتروني: www.eiod.org.

وسبعة (07) أعضاء غير تنفيذيين، ومثلها ومثل كل الأنشطة التجارية فإن المستشفيات تتنافس مع بعضها البعض على تقديم خدماتها بالبلدان والمدن، حيث يمكن أن نجد أكثر من مستشفى في البلدة الواحدة، وبما أن الأسعار ثابتة بحكم التعريفة فإن السبيل الوحيد المتاح أمام أي مجلس إدارة يسعى للمنافسة هو العمل على تطبيق أعلى مستويات الجودة، ومن هنا نجد أنماط شتى من قبيل العمل على خفض المدة التي ينتظرها المريض حتى يتم توقيع الكشف الطبي ورفع مستويات جودة الرعاية (يمكن قياسها) أو التوسع في نطاق الخدمات المقدمة للمرضى، على أن الأطباء حريصين على تجربة أساليب علاج وأدوية جديدة ومكلفة في حين تتنامى حاجة المرضى والمجتمع ككل إلى المعلومات رغم أن من المحال توفير الأموال التي تستوفي كل هذا. من هنا صارت مهمة مجلس الإدارة أن يعمل على توخي أعلى مستويات الجودة دائماً، مع التركيز بصفة كبيرة على سلامة المرضى وحسن إدارة المخاطر، فالعمل على خفض مدة الانتظار قبل الكشف الطبي يعمل على حيازة أفضل الطواقم الطبية المؤهلة، كما يعني العمل على توخي الكفاءة والفعالية عند تقديم الخدمات العلاجية، وهو في حد ذاته تحدٍّ لا يمكن الاستهانة به، حيث أن أي مستشفى بريطاني يقدم خدماته في المتوسط لقرابة 250 ألف شخص من خلال طاقم طبي يبلغ عدد أفراده 7000 مختص بالإضافة إلى عدد من المتطوعين، لذا فهناك اتجاه إلى تشكيل لجنة "حوكمة متكاملة" من مجلس الإدارة تعمل على الربط بين مختلف الجوانب المالية والبحثية والاكلينيكية والمعلوماتية.

وهناك نماذجُ جديدةٌ لحوكمة المستشفيات بدت بوادرها بالفعل ومنها ما جعل من إدارة المخاطر من مهام لجنة الحوكمة الاكلينيكية، ومنها ما جعل لجنة وحيدة موكلة بمهام ضمان الجودة والحوكمة الاكلينيكية والرقابة المالية والإدارية، وإدارة المخاطر أيضا على أن من غير السهل تطبيق مثل هذه التوجهات في ظل مجلس إدارة غير تنفيذي وغير متفرغ بالكامل، فمن المنطقي أن يترأس لجنة الحوكمة المتكاملة شخص غير تنفيذي قد لا يملك تلك الدراية المتعلقة بالمسائل المالية أو العيادية على حد سواء، فهي حوكمة تسعى إلى تأمين سلامة المرضى وليس إلى تأمين تحقيق الربح المالي[49].

الفرع الرابع: الدروس المستفادة من تجارب الدول المختارة بخصوص حوكمة المؤسسات الصحية

قامت هذه الدول بتقنين الحوكمة ووضعها في إطار قانوني ليتم العمل بها، مما جعلها ملزمةً للمؤسسات الصحية، وتهتم هذه الدول ب:

- **الرقابة:** يوجد على مستوى هذه المؤسسات مجلسٌ يعمل على الرقابة على الأداء، حيث يقوم بتقييم الأداء ومدى قدرة المؤسسات الصحية على تقديم خدماتٍ صحيةٍ ذات جودة وبأقل التكاليف الممكنة؛

[49] بينجامين هـ. دامازر، نفس المرجع، نفس الصفحة.

- التوزيع العادل للعلاج بين المرضى والمرونة والسرعة في الاستجابة لاحتياجات المواطنين؛
- التخطيط الاستراتيجي؛
- مساءلة المسؤولين والبحث عن الكفاءة والجودة في تقديم الخدمات الصحية والتي تعتبر من أساسيات تطبيق الحوكمة؛
- مشاركة مؤسسات المجتمع المدني في صنع القرارات الصحية.

المبحث الثالث: ملامح حوكمة المؤسسات الصحية بالجزائر

تَسعَى الجزائر جاهدةً إلى مواكبة التطورات الحاصلة في مجال إدارة المؤسسات سواءً الاقتصادية أو العمومية، لذا قامت بالعديد من المبادرات، ومن بينها مبادرات لتطبيق مبادئ الحوكمة في المؤسسات الجزائرية لزيادة فعاليتها وكفاءتها في تحقيق مختلف الأهداف التي أُنشئت من أجلها.

المطلب الأول: إطار حوكمة الشركات في الجزائر

تسعى الحكومة الجزائرية إلى تحسين مناخ الأعمال من خلال السَّعي لضمان المساءلة والشفافية للعمليات المتعلقة بإدارة الأعمال.

الفرع الأول: مبادرات حوكمة الشركات في الجزائر

من أجل إرساء إطار مؤسساتي لحوكمة الشركات نجد[50]:

أولا– تشكيل الهيئة الوطنية للوقاية من الفساد ومكافحته: تأسَّست هذه الهيئة عام 2007، والتي تتمحور مهامُّها حول اقتراح سياساتٍ وتوجيهاتٍ وتدابيرَ للوقاية من الفساد وإعداد برامج التَّوعية من مخاطر الفساد، إضافة إلى جميع المعلومات التي يمكن أن تساهم في الكشف عن أعمال الفساد والوقاية منه والتقييم الدوري للأدوات القانونية والإجراءات الإدارية ذات الصلة، حيث انضمت هذه اللجنة إلى الشبكة العربية لتعزيز النزاهة ومكافحة الفساد التي تأسست سنة 2008.

ثانيا– انعقاد أول مؤتمر حول الحكم الراشد للمؤسسات في جانفي 2007: حيث شكل هذا الملتقى فرصة مناسبة لتلاقي جميع الأطراف الفاعلة في عالم المؤسسة، وخلال هذا الملتقى تبلورت فكرة إعداد ميثاق الجزائر للحكم الراشد للمؤسسة كأول توصية وخطوة علمية تُتخذ.

[50] بن الشيخ سارة، بن عبد الرحمان ناريمان، واقع الحوكمة في بيئة الأعمال الجزائرية في ظل المستجدات الحالية، مخبر LUDLD، جامعة ورقلة، الجزائر، ص ص 161-162.

ثالثا– إنشاء مجموعة عمل لحوكمة المؤسسات: قامت جمعيات واتحادات الأعمال الجزائرية بمبادرة لاكتشاف الطرق التي تُهيء تشجيع الحوكمة الجديدة في مجتمع الأعمال بهدف جذب الاستثمار الأجنبي المباشر، ولقيادة هذه العملية قام أصحاب المصالح في القطاعين العام والخاص بإنشاء مجموعة عمل لحوكمة المؤسسات تعمل جنبا إلى جنب مع المنتدى العالمي لحوكمة المؤسسات ومؤسسة التمويل الدولية لوضع دليل حوكمة المؤسسات الجزائرية.

رابعا– إصدار دليل حوكمة الشركات الجزائري: تم إصدار هذا الدليل سنة 2009 من قبل كل من جمعية CARE واللجنة الوطنية لحوكمة المؤسسات في الجزائر.

خامسا– إطلاق مركز حوكمة الجزائر: بناءً على قوة الدفع التي خلقها دليل حوكمة الشركات، قامت مجموعة عمل حوكمة الشركات الجزائرية بإطلاق مركز الحوكمة الجزائري في أكتوبر 2010 بالجزائر العاصمة، وتأسس مركز حوكمة الجزائر ليكون بمثابة منبر لمساعدة الشركات الجزائرية على الالتزام بمواد الدليل، واعتماد أفضل ممارسات حوكمة الشركات الدولية، ورفع الوعي الجماهيري بحوكمة الشركات، ويُعتبر إطلاق المركز فرصة جديدة لمجتمع الأعمال لإظهار التزامه بتحسين البيئة الاقتصادية في البلاد وتحسين قيم الحوكمة الديمقراطية بما فيها الشفافية والمساءلة والمسؤولية.

سادسا– برنامج الاتحاد الأوربي لتعزيز الحوكمة في الجزائر: تَبنَّى الاتحاد الأوروبي برنامجاً ب 10 مليون يورو لدعم الحوكمة بالجزائر في إطار برنامج دعم الشراكة والإصلاح والنمو الشامل، ويرمي البرنامج الجديد إلى دعم وتعزيز حوكمة المؤسسات في المجالين الاقتصادي والسياسي، ويهدف هذا البرنامج إلى تعزيز سيادة القانون بما في ذلك الوصول إلى العدالة، وتعزيز مكافحة الفساد وتشجيع مشاركة جميع المواطنين في التنمية، وتحسين متابعة إدارة المالية العامة.

الفرع الثاني: مبادئ حوكمة الشركات في الجزائر حسب ميثاق الحكم الراشد

تقوم حوكمة الشركات في الجزائر على المبادئ التالية[51]:

- **الشفافية:** حيث أن جميع الحقوق والواجبات وكذلك الصلاحيات والمسؤوليات ينبغي أن تكون واضحةً وجليّةً للجميع؛

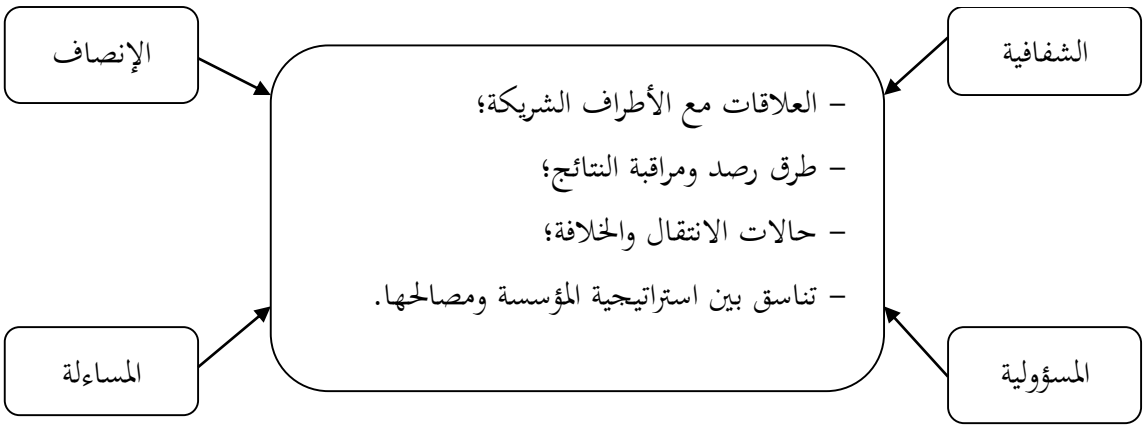
[51] وزارة المؤسسات الصغيرة والمتوسطة والصناعة التقليدية، منتدى رؤساء المؤسسات، جمعية المنتجين الجزائريين للمشروبات، CARE، ميثاق الحكم الراشد للمؤسسة في الجزائر، 2009، ص 27.

- **الإنصاف**: توزيع الحقوق والواجبات بين الأطراف الفاعلة وكذا الامتيازات والالتزامات المرتبطة بها بطريقةٍ منصفةٍ؛
- **المسؤولية**: مسؤولية أي فرد محددةٌ بأهداف دقيقةٍ وليست مقسمةً؛
- **التبعية (المحاسبة)**: كل طرف فاعلٍ مسؤولٌ أمام الآخر فيما يمارس من خلال المسؤولية المنوطة به.

وتهدف هذه المعايير إلى تحسين احترام قواعد الإنصاف والشفافية والمسؤولية والتبعية.

ويبين الشكل الموالي رقم (07) المبادئ الأساسية الأربعة للحكم الراشد للمؤسسة.

شكل رقم (07): المبادئ الأساسية الأربعة للحكم الراشد للمؤسسة:



المصدر: وزارة المؤسسات الصغيرة والمتوسطة والصناعة التقليدية، منتدى رؤساء المؤسسات، جمعية المنتجين الجزائريين للمشروبات، CARE، ميثاق الحكم الراشد للمؤسسة في الجزائر، 2009،ص 67.

الفرع الثالث: تعريف ومبادئ حوكمة القطاع العام

تعتبر المؤسسات الصحية في مجملها بالجزائر تابعةً للدولة، لذا سنتطرق في البداية إلى الحوكمة بالقطاع العام لنتطرق بعدها إلى حوكمة النظام الصحي الجزائري في المطلبين الثاني والثالث.

أولا– تعريف حوكمة القطاع العام: هو مجموعة من التشريعات والسياسات والهياكل التنظيمية والإجراءات والضوابط التي توجه وتدار فيها الدائرة الحكومية، لتحقيق أهدافها بأسلوب مهنيٍّ وأخلاقيٍّ بكل نزاهةٍ وشفافيةٍ وفق آليات للمتابعة والتقييم، ونظامٍ صارمٍ للمساءلة لضمان كفاءة وفعالية الأداء من جانب وتوفير الخدمات الحكومية بعدالةٍ من جانبٍ آخر. وعليه فالحوكمة هي الترتيبات التي تقوم بها الدائرة الحكومية من أجل ضمان تحقيق النتائج من قبل الأطراف ذات العلاقة[52].

[52] فادي نواف الداود وآخرون، تقرير فريق عمل حوكمة القطاع العام، منتدى تطوير السياسات الاقتصادية، منتدى أبو غزالة المعرفي، المرصد الاقتصادي الأردني، كانون الثاني 2014، ص ص01-02.

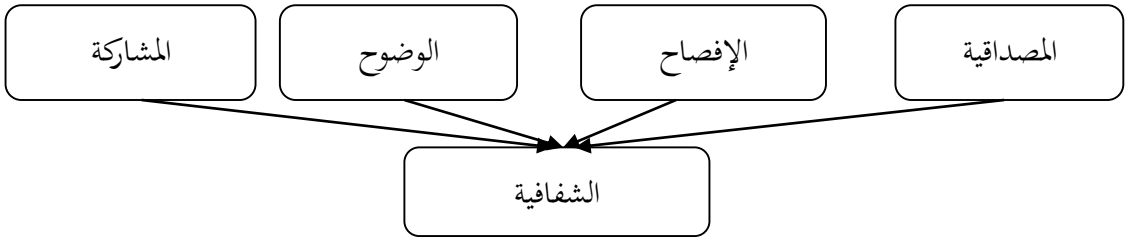
ثانيا– مبادئ الحوكمة في المؤسسات العمومية: تنبع مبادئ الحوكمة من طبيعة القطاع العام الفريدة، والتي تكمن في أهمية القوى السياسية وطبيعته غير الربحية، والهدف المطلق في العديد من أنشطة القطاع العام والمتمثل في خدمة الشعب[53]. وتتمثل مبادئ حوكمة المؤسسات العمومية في كل من الشفافية، المشاركة والمساءلة:

1- **الشفافية:** الشفافية تعني البساطة، أي جعل الأمر شفافاً واضحاً بعيداً عن اللبس والغموض، وتعقد الإجراءات بطريقةٍ لا تتيح إمكانية متابعتها ومعرفة أوجه النقص والخلل فيها، بمعنى تقديم صورةٍ حقيقيةٍ لكل ءما يحدث، وتتمثل عناصر الشفافية في[54]:

- ✓ وضوح رسالة المؤسسة الحكومية؛
- ✓ شرعية ومشروعية المؤسسة؛
- ✓ أن تتسم آليات وإجراءات العمل والتخطيط بالبساطة والوضوح؛
- ✓ نشر واسع للمعلومات والبيانات لمراقبة عمل المؤسسة ومعرفة تقدمها وتطورها؛
- ✓ أن تبتعد المؤسسة عن جميع الممارسات المثيرة للريبة والشكوك؛
- ✓ امتلاك مدونات أخلاقية؛
- ✓ تبني المؤسسة لموقع لها على شبكة الإنترنت؛
- ✓ إتاحة العروض المقدمة في المناقصة والمزايدة للجميع.

ويرتبط مفهوم الشفافية بأربعة كلمات كما هو موضح في الشكل الموالي رقم (08):

شكل رقم (08): جوهر الشفافية



المصدر: فارس بن علوش بن بادي السبيعي، دور الشفافية والمساءلة في الحد من الفساد الإداري في القطاعات الحكومية، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، ص 05.

[53] نفس المرجع، ص 07.

[54] يوسف فروج، فتيحة قصاص، عقود النجاعة كآلية لتفعيل الحوكمة ودورها في ترشيد النفقات في المؤسسات العمومية –دراسة حالة المؤسسات التربوية في الجزائر–، مجلة الدراسات المالية، المحاسبية والإدارية، العدد 06، ديسمبر 2016، ص ص 174-175.

2- **المشاركة:** تعني إتاحة الفرصة للمواطنين والجمعيات للمشاركة في صنع السياسات ووضع القواعد للعمل في مختلف المجالات، وتتمثل أهمية ذلك فيما يلي[55]:

- ✓ توسيع نطاق الأفكار والعقول والتخصصات التي تصنع القرار وهو ما ينعكس إيجابيا على القرارات المتخذة في أغلب الأحيان؛
- ✓ أخذ رأي المستفيدين فيما يُتخذ من قرارات؛
- ✓ المشاركة في القرار تعني الالتزام بالدفاع عنه من جانب كل الأطراف فتزداد فرص نجاحه.

3- **المساءلة:** تُعرِّف هيئة الأمم المتحدة المساءلة بأنها الالتزام من قبل المسؤولين في القطاعين العام والخاص بالقواعد التالية[56]:

- ✓ توضيح كيفية تنفيذ الدائرة لمهامها ومبررات القرارات التي تتخذها؛
- ✓ التفاعل المباشر مع الانتقادات والمطالب التي تقدم إليها؛
- ✓ قبول جزء من المسؤولية عن الأخطاء التي تقع أو الفشل الذي ينتج عن تلك القرارات؛
- ✓ وجود آلية واضحة تتيح للمواطن التحقق من التزام الدائرة بمهامها على الوجه المخطط له؛
- ✓ وجود آلية واضحة للتعامل مع الأخطاء أو الفشل.

المطلب الثاني: الأطراف المساهمة في تحقيق الحوكمة في المنظومة الصحية الجزائرية

سنتطرق من خلال هذا المطلب إلى مختلف الأطراف التي يمكن أن تُساهِم في تحقيق مبادئ الحوكمة في المنظومة الصحية الجزائرية.

الفرع الأول: الأطراف المساهمة في تحقيق أهداف الحوكمة

تتمثل الأطراف المساهمة في تحقيق أهداف حوكمة المنظومة الصحية في:

1- وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات: تقوم وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات بوضع مختلف القوانين والإجراءات واللوائح، التي من شأنها أن تُحقِّق أهداف الصحة العامة، كما تقوم بالرقابة على مختلف النشاطات التي تقوم بها المؤسسات الصحية ومدى تحقيقها للأهداف المسطرة.

---

[55] يوسف فروج، فتيحة قصاص، نفس المرجع، ص 176.

[56] بوزيد سايح، سبل تعزيز المساءلة والشفافية لمكافحة الفساد وتمكين الحكم الراشد في الدول العربية، مجلة الباحث، العدد 10، 2012.06.01، ص 58.

2- مديرية الصحة والسكان على المستوى الولائي: لها سلطةٌ سلميةٌ على المؤسسات الصحية توجد على المستوى الولائي تُشرِف على مختلف النشاطات المالية أو المادية التي تقوم بها هذه المؤسسات.

3- مجلس المحاسبة، المراقب المالي، المحاسب العمومي: سنتطرق إلى هذه الأطراف بالتفصيل في الفصل الثالث.

4- المفتشية العامة للوظيفة العمومية: تقوم المفتشية العامة للوظيفة العمومية ب:

- ✓ المصادقة على مخطط تسيير الموارد البشرية؛
- ✓ التوظيف: التأشير لفتح الامتحانات والمسابقات والفحوص المهنية؛
- ✓ متابعة المسار المهني للموظفين على مستوى المؤسسات الصحية....

5- مجلس الإدارة:

أ- مكونات مجلس الإدارة: يتكون مجلس إدارة المؤسسات الصحية مما يلي[57]:

- ممثل من الوالي رئيسا هذا بالنسبة المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية
- ممثل عن إدارة المالية؛
- ممثل عن التأمينات الاقتصادية؛
- ممثل عن هيئات الضمان الاجتماعي؛
- ممثل عن المجلس الشعبي الولائي؛
- ممثل عن المجلس الشعبي البلدي مقر المؤسسة؛
- ممثل عن المستخدمين الطبيين ينتخبه نظراؤه؛
- ممثل عن المستخدمين شبه الطبيين ينتخبه نظراؤه؛
- ممثل عن جمعيات مرتفقي الصحة؛
- ممثل عن العمال يُنتخب في جمعية عامة؛
- رئيس المجلس الطبي.

من خلال تركيبة مجلس إدارة المؤسسات الصحية، نلاحظ أنه يحتوي على تركيبة متنوعة من ممثلي الهيئات المالية وممثلي مختلف شرائح المستخدمين وممثلي المجتمع المدني، فمشاركة مختلف هذه الشرائح كأعضاء في مداولات

[57] المادة 11، المرسوم التنفيذي 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية، العدد 33، ، ص 11.

مجلس الإدارة جاء بهدف تحقيق أفضل تخصيص للموارد المادية والمالية والبشرية لضمان الجودة في تقديم خدمات الرعاية الصحية للمرضى وبأقل التكاليف.

ب– مداولات مجلس الإدارة: يتداول مجلس الإدارة ما يأتي[58]:

على المستوى الاستراتيجي يتم تداول:

- مخطط تنمية المؤسسة على المديين القصير والمتوسط –مشروع المؤسسة وعقد النجاعة–؛
- مشروع ميزانية المؤسسة؛
- الحسابات التقديرية والحساب الإداري؛
- مشاريع الاستثمار ومشاريع التنظيم الداخلي للمؤسسة؛
- الاتفاقيات التي تبرمها المؤسسة الصحية مع مؤسسات التكوين المتعلقة بالتكوين الطبي وشبه الطبي والتكوين في التسيير الاستشفائي؛
- العقود المتعلقة بتقديم العلاج المبرمة مع شركاء المؤسسة لاسيما هيئات الضمان الاجتماعي والتأمينات الاقتصادية والتعاضديات والجماعات المحلية والمؤسسات والهيئات الأخرى؛
- مشروع جدول تعداد المستخدمين؛
- النظام الداخلي للمؤسسة؛
- اقتناء وتحويل ملكية المقاولات والعقارات وعقود الإيجار؛
- قبول الهبات والوصايا أو رفضها؛
- الصفقات والعقود والاتفاقيات والاتفاقات طبقا للتنظيم المعمول به.

على المستوى التنفيذي: يقف مجلس الإدارة على تنفيذ مختلف مداولاته؛

على المستوى الرقابي: الرقابة على تنفيذ ما تم تداوله في مجلس الإدارة، من خلال المقارنة بين ما تم التخطيط له وما تم تحقيقه، وتصحيح الانحرافات بمعرفة الأسباب وإيجاد الحلول لها.

6– المدير: يعين مديرو المؤسسات الصحية بقرار من الوزير المكلف بالصحة، وتُنهى مهامهم حسب الأشكال نفسها[59].

[58] المادة 14، المرسوم التنفيذي 07–140، مرجع سبق ذكره، ص 12.

[59] المادة 19، المرسوم التنفيذي 07–140، مرجع سبق ذكره، ص 20.

✓ **مهام المدير**: المدير هو المسؤول عن السير الحسن للمؤسسة، فهو[60]:

- يمثل المؤسسة أمام العدالة وفي جميع أعمال الحياة المدنية؛
- هو الآمر بالصرف في المؤسسة؛
- يُحضر مشاريع الميزانيات التقديرية ويُعد حسابات المؤسسة؛
- يُعد مشروع التنظيم الداخلي والنظام الداخلي للمؤسسة؛
- يُنفذ مداولات مجلس الإدارة؛
- يُعد التقرير السنوي عن النشاط ويُرسله إلى السلطة الوصية بعد موافقة مجلس الإدارة عليه؛
- يُبرم كل العقود والصفقات والاتفاقيات والاتفاقات في إطار التنظيم المعمول به؛
- يمارس السلطة السلمية على جميع المستخدمين الخاضعين لسلطته، ويعين جميع مستخدمي المؤسسة باستثناء الذين تقرر طريقة أخرى لتعيينهم؛

7- المجلس الطبي: يهتم المجلس الطبي بدراسة كل المسائل التي تهم المؤسسة وإبداء رأيه الطبي والتقني فيها خاصة فيما يخص[61]:

- التنظيم والعلاقات الوظيفية بين المصالح الطبية؛
- مشاريع البرامج المتعلقة بالتجهيزات الطبية وبناء المصالح الطبية وإعادة تهيئتها؛
- برامج الصحة والسكان؛
- برامج التظاهرات العلمية والتقنية؛
- إنشاء هياكل طبية أو إلغاؤها، ويقترح المجلس الطبي كل التدابير التي تمكن من تحسين تنظيم المؤسسة وسيرها خاصة فيما يخص مصالح العلاج والوقاية.

الفرع الثاني: مدى توفر المساءلة والشفافية في المنظومة الصحية الجزائرية

سنتعرف فيما يلي إلى مدى توفر وتطبيق المنظومة الصحية الجزائرية لعنصري الشفافية والمساءلة.

أولا- المساءلة في المنظومة الصحية: مديرو المؤسسات الصحية مسؤولون عن مختلف العمليات التي يقومون بها، فهم يُساءلون عن التقارير التي يعدونها أمام كل من وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات ومديرية الصحة والسكان، وأمام مجلس المحاسبة فيما يخص مطابقة العمليات المنفذة للقوانين والتنظيمات المعمول بها،

[60] المادة 20، المرسوم التنفيذي 07-140، نفس المرجع، نفس الصفحة.

[61] المادة 24، المرسوم التنفيذي 07-140، مرجع سبق ذكره، ص 13.

كما يقوم المجلس بالتدقيق في شروط استعمال المؤسسة الصحية للموارد المالية والمادية الموضوعة تحت تصرفها، وكذا تقييم عملية التسيير، وأمام المفتشية العامة للوظيفة العمومية فيما يخص مختلف العمليات المتعلقة بالموارد البشرية من مخطط تسيير الموارد البشرية وفتح مسابقات التوظيف، تسيير الحياة المهنية للموظفين، كما تخضع المنظومة الصحية لرقابة المراقب المالي والمحاسب العمومي (سنتطرق لهذه الهيئات الرقابية بالتفصيل في الفصل الثالث).

ثانيا– الشفافية: يهدف هذا المبدأ إلى تهيئة مناخ من الثقة بين مختلف الفاعلين. ويتحقق ذلك من خلال الإبلاغ عن الإجراءات والقرارات، وكذلك عن طريق استخدام لغة يمكن الوصول إليها ومفهومة من قبل عامة الناس. والشفافية مرادفة لمحاربة الفساد، والأخلاق، واحترام قواعد الحقوق، وضمان المساواة في الوصول إلى الخدمات العامة[62].

ويُلاحظ غياب الشفافية وعدم وضوح إجراءات عمل الهيئات المختلفة في المستشفيات من خلال[63]:

- تركيبة مجالس الإدارة؛
- طريقة تعيين وتقييم أداء الإداريين ومكافئتهم؛
- الخلط في الأدوار بين عمل مجلس الإدارة والمديريات الفرعية المختلفة بالمستشفى؛
- الخلط بين السلطة التنفيذية وغير التنفيذية؛
- غياب اللجان المستقلة الخاصة بالتدقيق والمكافآت.

المطلب الثالث: مبادرات حوكمة النظام الصحي في الجزائر

ظهرت مبادرات الحوكمة في النظام الصحي من خلال العزم على إدخال أدوات وآليات تسيير جديدة في المؤسسات الصحية والتي يمكن من خلالها تحقيق مبادئ الحوكمة، وتتمثل في:

الفرع الأول: مشروع المؤسسة

في الوقت الراهن ساد مفهوم حوكمة المؤسسات الصحية بدلا من إدارة المؤسسات الصحية، وهذا التغيير في المفاهيم ناتجٌ عن التعقيدات المتزايدة المصاحبة لمهام هذه المؤسسات، ويُعتَبر مشروع المؤسسة أحد الوسائل

[62] Badr DEHBI, La Problématique De Gouvernance Sanitaire Au Nord De L'afrique : Cas Du Maroc, De L'Algérie Et De La Tunisie, Afrique Et Développement, CODESRIA, Volume XLII, N°9, 2017, pp140-141.

[63] عرابة الحاج، زغود تبر، حوكمة المستشفيات: نحو الاستفادة من مبادئ حوكمة الشركات، جامعة ورقلة، ص 891

التي تسمح بتحقيق أهداف الحوكمة[64]. وعليه يجب على المستشفيات إعداد **مشروع المؤسسة** الذي يُحدِّد المخطط الاستراتيجي للتطوير خلال فترة معينة لإصلاح المستشفيات، ويستدعي الأمر[65]:

- دعم استقلالية المستشفى مع إنشاء هياكل تسييرٍ تعتمد على مبدأ تحمل المسؤولية وإعداد التقارير؛
- إدخال أدواتٍ حديثةٍ في التسيير كالمحاسبة التحليلية، نظام المعلومات، الفوترة؛
- تحسين جودة الخدمات والعلاج التي تتطلب وضع ميكانيزمات مراقبة الجودة وتقييم أداء المصالح، ولتحسين صورة المستشفى العمومي يتطلب الأمر صرف مجهودات كبيرة تتعلق بتحسين ظروف الاستقبال كالإقامة للمرضى وتحسين بعض المصالح التقنية كالإطعام.

وجاءت المذكرة رقم 01 المؤرخة في 2014/04/16 الصادرة عن وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات لوضع مشروع المؤسسة ولوحة القيادة ومؤشرات التسيير حيز التنفيذ، وهذا من أجل عصرنة تسيير المؤسسات الصحية ودعم هياكلها بآليات وأدوات جديدة لتطوير النشاطات والتكفل بالأعمال التي أُلتزم بها، وهذه الأدوات ستمكن المسيرين من اكتساب وسائل لمتابعة وتقويم النشاطات المبرمجة، وتطوير مؤشرات لقياس الأداء والفعالية، وذلك من خلال تطبيق مشروع المؤسسة ولوحة القيادة ومؤشرات التسيير. حسب نفس المذكرة، فإن مشروع المؤسسة يقوم على:

- ➢ تحديد أولويات الصحة والعلاج والتسيير؛
- ➢ تحديد الأهداف، وتتمثل أساسا في:

- ✓ تحسين الاستقبال والأمن من خلال إعادة النظر في إجراءات الاستقبال للمرضى، تحديد إجراءات داخلية لتحسين فرص الحصول على العلاج والفحوصات الطبية الخارجية، تعزيز نوعية مسارات العلاج، تعزيز الأمن الداخلي وتعزيز مكافحة عدوى المستشفيات؛
- ✓ تعبئة مهنيِّي الصحة من خلال: تحسين ظروف العمل، تحسين راحة فريق المناوبة وتطوير التسيير التنبؤي للمهن والكفاءات، تصفية أوضاع الحياة المهنية لمهنيي الصحة؛

[64] Zsolt PASZTELYI, Manuel D'élaboration D'un Projet D'établissement Hospitalier Réalisé Dans Le Cadre Des Activité Du PASS-UE.DZ, 2008, site web: http://www.pass-ue.dz.

[65] بوشلاغم عميروش وآخرون، دور مراقبة التسيير في نشوء حوكمة جديدة بالمؤسسات الصحية العمومية في الجزائر، مجلة دراسات اقتصادية، المجلد 01، العدد 04، الجزائر، جوان 2017، ص 318.

- ✓ ضمان الفعالية لخدمة المريض من خلال: تحسين تنظيم العلاج، وضع نظام حاسوبي داخلي، تحديث لوجستيك المستشفيات وهياكل الصحة، تحسين الرقابة الداخلية، تطوير تسيير مصالح الصحة، ضمان توازن الميزانية، ضمان التصفية المالية، وضع لوحات القيادة حيز التنفيذ.

كما ينبغي أن تكون هذه الأهداف مرقمة ومقسمة وفقا لخصوصية كل مؤسسة ويتم وضعها في خطة عمل مع تدابير التقييم والتعديل.

الفرع الثاني: لوحة القيادة

تتمثل مهمة المسيرين في المؤسسة في جانبين أساسيين هما: التسيير متوسط الأجل وقصير الأجل، فالتسيير متوسط الأجل يتمثل خصوصا في تحديد السياسة العامة للمؤسسة والقيام بدراسات حولها، وتحديد نقاط القوة والضعف، ووضع خطط للعمل، إضافة إلى إعداد الهيكل التنظيمي الذي يتناسب مع ثقافتها، أما التسيير قصير الأجل فيفرض تشخيصا مستمرا لسير العمليات في المؤسسة، وفي هذا المستوى من التسيير تتدخل عملية تحضير واستعمال لوحات القيادة[66].

أولا– تعريف لوحة القيادة:

تُعرَّف بأنها عرض ملخص وبيداغوجي لمؤشرات التسيير التي تسمح للمسير بمتابعة تحقيق الأهداف لوحدته وتقديم التقارير، كما تُعرَّف بأنها عبارة عن نظام معلومات يسمح بمعرفة دائمة وسريعة للبيانات الضرورية لمراقبة سير المؤسسة على المدى القصير وأداء المسؤولين[67].

كما تعرف بأنها أداة تسمح بتشخيص الوضعية الحقيقية للمؤسسة في وقت معين وقياس الانحرافات المتواجدة مع الوضعية التنبؤية، كما تقوم أيضا بتنظيم المعلومات وهي متعلقةٌ بطبيعة المسؤوليات وتتميز بسرعة الوضع مقارنة مع الأدوات الأخرى[68].

ثانياً– مراحل إعداد لوحة القيادة: تتمثل مراحل إعداد لوحة القيادة في:

---

[66] بونقيب أحمد، دور لوحات القيادة في زيادة فعالية ومراقبة التسيير –دراسة حالة المؤسسة الوطنية لأجهزة القياس والمراقبة AMC، مذكرة ماجستير غير منشورة، جامعة المسيلة، الجزائر، 2007/2006، ص ص 116-117.

[67] بن لخضر محمد العربي، دور لوحة القيادة في تحسين القرارات التسويقية في المؤسسة الاقتصادية الجزائرية، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة تلمسان، الجزائر، 2014-2015، ص 12.

[68] ناصر دادي عدون عبد الله قويدر الواحد، مراقبة التسيير والأداء في المؤسسة الاقتصادية (المؤسسة العمومية بالجزائر)، دار المحمدية العامة، الجزائر، فيفري 2010، ص 148.

1- تحديد الأهداف: تقوم كلُّ مديريةٍ فرعيّةٍ على مستوى المؤسسة الصحية، بتحديد الأهداف التي تكون السبب الرئيسي لوجود لوحات القيادة، ويجب أن يكون الهدف ممكناً ومحدداً ومعقولاً، ويجب أن تكون الأهداف نتاج مناقشاتٍ كي تكون قابلةً للتحقيق.

2- **اختيار المؤشرات:** حسب المذكرة رقم 01 المؤرخة في 2014/04/16، فإن وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات قد حددت المؤشرات التي يجب أن تحتويها كل لوحة القيادة وهي:

أ- المؤشرات المالية والمحاسبية: وتضم المؤشرات التالية:

- ✓ نسبة استهلاك الإعتمادات حسب طبيعة النفقات؛
- ✓ نسبة تحصيل الإيرادات بالمقارنة مع التوقعات؛
- ✓ نسبة الالتزامات حسب طبيعة النفقات بالمقارنة مع الاعتمادات المفتوحة.

ب- تسيير الموارد البشرية: نسبة الغيابات؛ عدد الترقيات الداخلية/ التعداد؛ عدد المناصب المفتوحة؛ نسبة تصفية المستحقات؛ عدد الأعوان الذين تلقوا تكوينا؛ عدد الأعوان الذين برمج تكوينهم؛ عدد حالات المنازعات بالمؤسسة.

ت- تسيير الوسائل: تكلفة يوم تغذية؛ تكلفة التبييض لكل مريض، تكلفة التحويل، استهلاك الوقود اليومي، نسب حدوث عطل /عدد السيارات المستعملة، تكلفة الصيانة اليومية، نسبة تلبية الطلبيات، نسبة المفقودات بالنسبة للأشياء التي تم إيصالها للمصالح.

ث- تسيير المرضى: نسبة استهلاك الأدوية لكل مصلحة ولكل يوم ولكل مريض، نسبة نهاية الصلاحية، قيمة مخزون الأدوية على أيام الاستهلاك، عدد المرضى على عدد المرضى الراضين عن الإقامة، الوفيات في كل مصلحة.

ج- متابعة المشاريع: نسبة تحقيق المشروع، تأخر مسجل بالمقارنة مع الآجال، نسبة تقدم الأشغال، نسبة استهلاك الاعتمادات، التكلفة الأولية /التكلفة المعاد تقييمها.

ثالثا- بناء لوحة القيادة: حددت الوزارة شكل لوحة القيادة التي يجب العمل بها في المؤسسات الصحية حيث تحتوي:

- ✓ مؤشرات التوجيه المتابعة والتصحيح؛
- ✓ الأنشطة الواجب القيام بها في الوقت المحدد مع تحمل المسؤولية؛
- ✓ الأهداف الواجب تحقيقها؛

✓ مؤشرات الفعالية.

الفرع الثالث: عقد النجاعة

تعددت آليات تطبيق الحوكمة وتفعيلها في المؤسسات وفي الجزائر تم استخدام عقود النجاعة كآلية لتطبيق الحوكمة في المؤسسات العمومية[69].

وتمكن عقود النجاعة القطاع العمومي من تطوير أدائه الإداري، وهي عقود توضع من أجل تحسين الكفاءة والفعالية وتقليل التكاليف. ويتم من خلالها تحديد الأهداف الاستراتيجية، وتكون في إطار مختلف الأولويات للوزارة المعنية، وعلى مستوى المؤسسة العمومية يكون بين الإدارة والمستخدمين عقد حيث يتم تحديد المستخدمين المكلفين بتنفيذ البرنامج الذي يحدد الإجراءات المتبعة في التنفيذ، كما يتم تحديد الأهداف العملياتية ومعايير تقييمها ويكون المستخدمون مسؤولون على تنفيذها وتحقيقها. فعقد النجاعة هو أداةٌ للقيادة، ويتم تقييمه من طرف الإطارات العليا[70].

وعقد النجاعة هو عقد يتم بموجبه التعهد على السعي لتحقيق أهدافٍ مسطرةٍ مسبقاً، كما يُعتبر ترجمةً فعليةً لمشروع المؤسسة ويجعله وظيفياً على شكل عمليات قابلة للقياس، ويُجسد مبدأ إلزامية تحقيق النتائج بين كل الأطراف المعنية[71].

ويتضمن العقد رؤية مستقبلية لأداء المؤسسة الصحية، وهو وثيقةٌ مكتوبةٌ وتشكل التزاماً للمؤسسة الصحية الموقعة للعقد، والتي تسعى لبلوغ الأهداف المسطرة والملتزم بها، ومن أجل الوصول إلى هذه الأهداف يتم تنفيذ العقد من خلال لوحة القيادة ومشروع المؤسسة ومخططات النشاط. ويتم إعداد عقد النجاعة لفترة قصيرةٍ عادةً سنةً واحدةً من أجل تحسين وضعية المؤسسة، ويتم الأخذ في الحسبان الأبعاد الثلاث الآتية[72]:

- جودة ونوعية التكفل بمستعملي المرفق؛
- تحسين شروط العمل وجذب الكفاءات؛
- تحسين الأداء التنظيمي والمالي.

---

[69] يوسف فروج، فتيحة قصاص، مرجع سبق ذكره، ص 176.

[70] Denys LAMARZELLE, Management public et modernisation des services publics, site web : https://www.europaong.org/wp-content/uploads/2013/02/Management_public.pdf , p.9.

[71] يوسف فروج، فتيحة قصاص، مرجع سبق ذكره، ص 178.

[72] Fatiha AIT RAIS, Caroline STREB, Gwendoline MIGUEL, les hôpitaux universitaires de Strasbourg signent leur « Contrat Performance » avec l'ARS Alsace et l'ANAP, Mardi 18 décembre 2012, site web: http://www.chu-strasbourg.fr/sites/default/files/communiques_presse/dossier_de_presse_contrat_de_performance_2012.pdf , p03.

واستحدثت وزارة الصحة وإصلاح المستشفيات عقد نجاعة لتسيير نشاط كافة المؤسسات الصحية، بهدف تحسين الخدمة العمومية. ويكون هذا العقد ضمن اتفاقية مبرمة بين مديرية الصحة والسكان والمؤسسات الصحية، وتتعهد كل مؤسسة صحية بالالتزام والتكفل بكل النشاطات المدرجة على عاتقها والواردة في بنود العقد الاستشفائية وتسيير الأخطار، وتحسين العلاج والاستعجالات، كما يتم تقييم جميع الممارسات المهنية وكيفيات تنظيم العلاج، وجميع الإجراءات التي تساهم في التكفل الشامل بالمريض لضمان نوعية وفعالية العلاج، دون أن يلزم المريض بتوفير المواد الصيدلانية أو مستحضرات طبية أخرى خلال خضوعه للعلاج بالمؤسسة الصحية، شريطة إرسال تقارير حول سير نشاطاتها بصفة دورية إلى مديرية الصحة وفق الشروط المحددة كل ثلاثة أشهر، مع ضرورة احترامها لكافة الالتزامات المدرجة بالعقد، وفي حال إخلالها بذلك فإن مديريات الصحة الوصية عنها مطالبة برفع تقارير عنها للإدارة المركزية.

وعليه فإن عقد النجاعة الذي استحدثته وزارة الصحة، جاء بهدف التحكم في التكاليف وترشيدها، والتحكم الكفء والفعال في التسيير، والتحكم في تسيير الموارد البشرية، وتوفير العلاج والتكفل الجيد بالمرضى. ويعتبر عقد النجاعة ملزما للمؤسسة ويتم الشروع في تنفيذه على مراحل من خلال وضعه في لوحات قيادة ومخططات النشاط، التي تعد وترسل إلى مديرية الصحة والسكان كل ثلاثة أشهر للرقابة على أداء المؤسسة الصحية من خلال مقارنة نتائج الأداء الفعلي مع الأداء المخطط له، وتصحيح الانحرافات ومعرفة إلى أي مدى تم تحقيق المؤسسة لالتزاماتها التعاقدية.

ولتحقيق أهداف الحوكمة في المنظومة الصحية وضمان نجاعة هذه الأدوات – مشروع المؤسسة، لوحة القيادة وعقد النجاعة- يجب توفر نظام معلومات فعال، وهو ذلك النظام الذي يتضمن مجموعة متجانسة ومترابطة من الأعمال والعناصر والموارد، وتقوم المؤسسة بتجميع وتشغيل وإدارة ورقابة البيانات بغرض إنتاج وتوصيل معلومات مفيدة لمستخدمي القرارات. كما يجب استخدام شبكات نظم المعلومات الصحية التي تسمح باستخدام البيانات الرقمية ونقلها وتخزينها واسترجاعها الكترونيا للاستفادة منها في الأغراض الطبية والتعليمية والإدارية سواءً على النطاق المحلي أو عن بعد[73].

[73] رأفت محمد سعيد العوضي، دور شيكات نظم المعلومات الصحية في تطوير قدرات العاملين الوظيفية في المستشفيات الحكومية في قطاع غزة، مؤتمر تنمية الموارد البشرية في القطاع الصحي الفلسطيني: واقع وتطلعات، كلية العلوم الإدارية والاقتصادية، جامعة القدس المفتوحة، فلسطين، ص ص 04-05.

خلاصة الفصل:

تُعتَبرُ حوكمة الشركات من المفاهيم التي سعت الدول إلى تطبيقها في الشركات لما لها من أهميةٍ في زيادة كفاءة وفعالية الأداء، وقد اهتمت العديد من المنظمات الدولية بهذا المفهوم، ومن بينها منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية التي حددت مبادئ حوكمة الشركات، والتي تمثلت في ضمان وجود إطارٍ فعّالٍ لحوكمة الشركات، حقوق المساهمين والوظائف الرئيسية لأصحاب حقوق الملكية، المعاملة المتساوية للمساهمين، دور أصحاب المصالح، الإفصاح والشفافية، ومسؤوليات مجلس الإدارة. وأما صندوق النقد الدولي فقد وضع مجموعة من قواعد الممارسات الجيدة والمتمثلة في شفافية السياسة المالية والنقدية، أما البنك الدولي فقد صنَّف هذه المبادئ على ثلاث مستوياتٍ المستوى المحلي وعلى المستوى الإقليمي وعلى المستوى العالمي. كما اهتمت منظمة الصحة العالمية بهذا المفهوم وبضرورة تطبيقه في المؤسسات الصحية وهذا من أجل تحسين الصحة العامة للسكان وتقديم الخدمات الصحية بكفاءة وفعالية للمرضى، وتشمل حوكمة النظام الصحي أساسا على التوجه الاستراتيجي أثناء تطوير السياسات وتنفيذها، وإنشاء آليات المساءلة والشفافية ومشاركة السكان وتطبيق أخلاقيات المهنة خاصة وأنه يغلب عليه الطابع الاجتماعي. كما أن تطبيق الحوكمة الإكلينيكية يُمكن المؤسسة الصحية من توفير الرعاية الصحية بكفاءة وفعالية مع تحقيق الرشادة في تحقيق النفقات العامة.

ومن أجل تطبيق الحوكمة في المؤسسات الجزائرية، تم إصدار ميثاق الحكم الراشد الذي جاء بمجموعة من المبادئ وهي الشفافية، الإنصاف، المسؤولية والمحاسبة، كما أن هناك اهتماماً كبيراً بتطبيق مبادئ الحوكمة بالمؤسسات الصحية من خلال إدخال آلياتٍ جديدةٍ للتخطيط الاستراتيجي والرقابة على جودة الخدمات الصحية المقدمة، حيث تم وضع مشروع المؤسسة ولوحة القيادة وعقد النجاعة في المؤسسات الصحية كأدوات لتحقيق أهداف الحوكمة وتطوير أداء المنظومة الصحية الجزائرية. وسنتطرق من خلال **الفصل الموالي** إلى تطور المنظومة الصحية الجزائرية ومؤشراتها خلال الفترة (1992-2018).

الفصل الثاني: تطور المنظومة الصحية ومؤشراتها في الجزائر خلال الفترة (1992–2018)

تمهيد:

تُعتَبر الصحة عنصرا أساسياً في بناء المجتمعات، لذا اهتمت الدول ببناء وتطوير نظم صحية من أجل تعزيز صحة شعوبها وتوفير أرقى الخدمات الصحية لهم. والجزائر هي الأخرى اهتمت بتطوير منظومتها الصحية منذ الاستقلال إلى يومنا هذا، بغرض التكفل بصحة المواطنين وتوفير العلاج لهم، من خلال توفير الهياكل والمؤسسات الصحية.

كما قامت الجزائر بتوفير الإمكانيات المالية والمادية والبشرية من أجل تحسين مختلف المؤشرات الصحية، وعلى هذا الأساس سنتطرق من خلال هذا الفصل إلى المباحث التالية:

- **النظم الصحية في العالم؛**
- **تطور المنظومة الصحية الجزائرية وهياكلها وسياسات إصلاحها؛**
- **واقع المنظومة الصحية بالجزائر ومؤشراتها.**

المبحث الأول: النظم الصحية في العالم

تطورت النظم الصحية على مر الزمن، إلى أن وصلت إلى ما هي عليه الآن، فقد اهتمت الدول بتطوير أنظمتها الصحية نظرا لأهمية الصحة في حياة الناس، وللوقاية من انتشار الأمراض والأوبئة، ولتستجيب لتوقعاتهم، وقد أُنشأت هذه النظم الصحية لتحقيق أهداف معينة مهما كان نوع هذا النظام الصحي.

المطلب الأول: مفهوم النظم الصحية وتطورها

تحتاج النظم الصحية إلى توفر العديد من الإمكانيات المادية والمالية والبشرية، كما نلاحظ في الوقت الحالي، فهي في الماضي لم تكن بهذا الشكل ولا بهذا التطور، بل تطورت لتستجيب وتُشبع احتياجات الشعوب الصحية، سنتطرق من خلال هذا المطلب إلى مفهوم النظم الصحية وتطورها.

الفرع الأول: مفهوم النظم الصحية

عَرَّفت منظمة الصحة العالية النظم الصحية في تقرير سنة 2000 بأنها عبارة عن مجموع الأشخاص العاملين في إطارها والإجراءات التي يتخذونها بهدف تحسين مستوى الصحة[74]. كما عَرَّفت منظمة الصحة العالمية سنة 2005 النظام الصحي: بأنه مجموع المنظمات والمؤسسات والموارد الرامية إلى تحسين الصحة، ويحتاج ذلك النظام إلى موظفين وأموال ومعلومات وإمدادات ووسائل نقل واتصال وتوجيهات واتجاهات عامة، ولا بد لذلك النظام من توفير خدمات تلبي الاحتياجات القائمة بأسعار منصفة، والسعي في الوقت ذاته إلى معاملة الناس على نحوٍ لائق.

تعريف المنظومة الصحية حسب قانون الصحة الجزائري: تركز المنظومة الصحية الجزائرية على قطاع عمومي قوي، وتهدف إلى التكفل باحتياجات المواطنين في مجال الصحة بصفةٍ شاملةٍ ومنسجمةٍ ومستمرةٍ، ويرتكز تنظيمها وسيرها على مبادئ الشمولية والمساواة في الحصول على العلاج والتضامن والعدل واستمرارية الخدمة العمومية والخدمات الصحية[75].

ومن التعاريف السابقة، يمكن تعريف النظام الصحي بأنه مجموعة المؤسسات والمنظمات والموارد المادية والمالية والبشرية التي تهدف إلى تحسين مستوى صحة السكان بطريقةٍ عادلةٍ وبأسعارٍ معقولةٍ.

الفرع الثاني: تطور النظم الصحية

جاءت النظم الصحية نتيجة ما أبداه الأفراد والمجتمعات من اهتمام بحماية صحتهم، وقد استمر تداول الأدوية العشبية آلاف السنين، وساعدت المعارف والممارسات الطبية في بلاد النهرين وثقافة مصر الفرعونية على

---

[74] منظمة الصحة العالمية، تحسين أداء النظم الصحية، التقرير الخاص بالصحة في العالم، 2000، ص01.

[75] المادة 05-06، القانون رقم 18-11 المؤرخ في 02جويلية 2018 المتعلق بالصحة، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 46، 2018/07/29، ص 05.

الشفاء من الأمراض وتحنيط الموتى، وأعقبت ذلك الحضارات الفارسية واليونانية والرومانية والتي كان لها تأثير على النظم الصحية وفي تطور الطب والنهوض به.

ثم جاءت الحضارة العربية الإسلامية التي ساهمت بشكل كبير في تطور الطب، وأقامت المنشآت الاستشفائية على يد أطباء منهم الرازي وابن سينا، وتولت ترجمة كتب الطب اليونانية إلى العربية والفارسية، وتم تنظيم عملية تقديم الخدمات الاستشفائية حول المستشفيات الخيرية التي كانت تقام في المدن الرئيسية وتستخدم لمعالجة المرضى ولتدريب الأطباء في وقت واحد.

وقد ساهم الإسلام في تطوير الطب والعلوم الأخرى في أوربا إبان انتشاره في الأندلس وأجزاء أخرى من القارة الأوربية، كما كان لمدارس بغداد في العصر العباسي ومدرسة القيروان التي كان لها بعد انتشار الإسلام في إفريقيا تأثيراً بالغاً في مجالات الطب والصيدلة والجراحة، وكان للأطباء المسلمين أثرهم الحاسم في تطور النظم الصحية في جميع أنحاء البحر الأبيض المتوسط بما في ذلك بعض الدول الأوربية، كما أكَّد الإسلام على تعزيز الصحة ووقايتها وأنشأت المصحات في بعض الضواحي لمعالجة المرضى من الأمراض كالجذام والجرب.

كما تم استنباط المبادئ والمعايير الخاصة بضمان الجودة والرقابة الصحية في المجتمعات الإسلامية، وظلت النظم الصحية حتى القرن التاسع عشر تتألف بصورة رئيسية من المستشفيات[76]، وكانت معظم المستشفيات تُدار من قبل المؤسسات الخيرية، وهي لا تتعدى كونها ملاجئ للأيتام والمقعدين والمعدمين والمجانين، ومع نهاية القرن التاسع عشر غيرت الثورة الصناعية حياة الناس وبدأت المجتمعات تدرك قيمة الضريبة التي تدفعها القوى العاملة، كما قام أصحاب الشركات بتوفير خدماتٍ طبيةٍ لمعالجة العمال. وقد سنت ألمانيا سنة 1883 قانونا يفرض على أرباب العمل المساهمة في نظام التغطية الصحية للعمال منخفضي الأجور في مهنٍ محددةٍ، وكان هذا هو أول نظام للتأمينات الاجتماعية تفرضه الدولة، وقد تم اعتماد قانونٍ مشابهٍ له في بلجيكا عام 1894، في النرويج عام 1909، وفي عام 1911 أصبحت بريطانيا تسدد تكاليف الرعاية الصحية من الاشتراكات التي يدفعها العمال إلى النقابات أو جمعيات التضامن، وهذه التغطية كانت مختصرةً على العمال دون أسرهم.

أما روسيا فقد شرعت في أواخر القرن الثامن عشر في إنشاء شبكة ضخمة من المراكز الطبية والمستشفيات في المقاطعات توفر المعالجة مجاناً بتمويل من أموال الضرائب، وتقرر بعد الثورة البلشفية عام 1917 توفير الرعاية الطبية المجانية لكل السكان، كان هذا أول نموذج لنظام تديره الدولة كلياً.

وقد مهدت الحرب العالمية الثانية لتطبيق نظم صحية جديدة، فالهيئة الوطنية للطوارئ التي أُنشأت في بريطانيا أثناء الحرب لمعالجة الإصابات ساهمت في إنشاء ما أصبح يُعرَف بالنظام الوطني للصحة عام 1948، وأشارت الحكومة إلى ضرورة انتهاج سياسة تُتِيح لكل فرد أياًّ كان دخله أو عمره أو جنسه أو مهنته فرصة متكافئة للحصول على أفضل وأحدث الخدمات الطبية والخدمات المتصلة بها، وأن تكون هذه الخدمات شاملةً

[76] منظمة الصحة العالمية، تطوير النظم الصحية، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، الدورة 48، جويلية 2001، ص11.

ومجانيةً وأن تعزز الصحة وتعالج الأمراض. وكانت أول دولة تطبق نظاماً وطنياً للصحة هي نيوزلندا عام 1938، وفي المكسيك تم سنة 1943 إنشاء كل من معهد الضمان الاجتماعي ووزارة الصحة، وبعد نهاية الحرب العالمية الثانية وسع كل من اليابان والاتحاد السوفياتي نطاق نظامهما الصحي ليشمل معظم السكان، وكذلك هو الحال بالنسبة للنرويج والسويد والشيلي، وبعد حصول المستعمرات على استقلالها سعت إلى اعتماد نُظُمٍ صحيةٍ حديثةٍ وشاملةٍ بمشاركة الدولة.

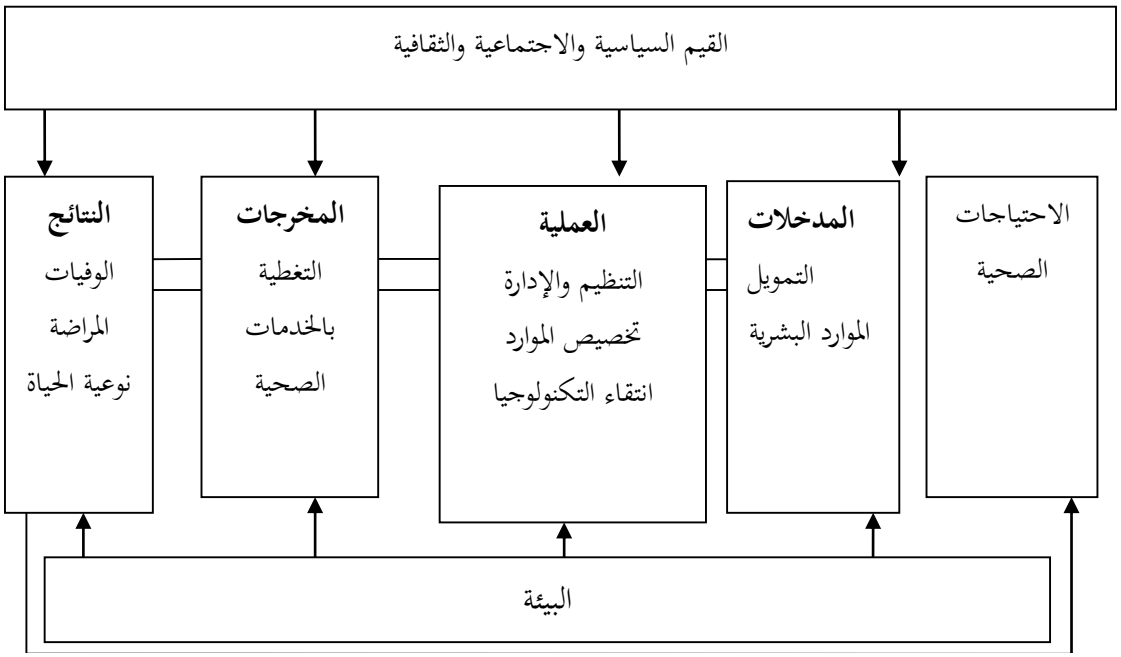
وتستند النظم الصحية اليوم بدرجات مختلفة على عدد من النماذج الأساسية التي برزت منذ أواخر القرن التاسع عشر، ومن هذه النماذج ما يهدف إلى تغطية كل المواطنين أو معظمهم من خلال اشتراكات إلزامية يسددها أرباب العمل والعمال إلى صناديق التأمين أو صناديق التأمين ضد المرض، وتوفير الرعاية عن طريق مقدمي الخدمات في القطاعين العام والخاص. وهناك نموذج أحدث يقوم على التخطيط والتمويل المركزيين ويعتمد بشكل رئيسي على إيرادات الضرائب وعلى مخصصات الخزينة العامة، وهناك نموذجٌ ثالثٌ تكون مشاركة الدولة فيه محدودةً رغم أنها ملحوظة، ولا يوفر التغطية إلا لشرائح سكانية معينة تاركاً بقية السكان للقطاع الخاص الذي يمول المرافق ويمتلكها[77].

[77] منظمة الصحة العالمية، تحسين أداء النظم الصحية، مرجع سبق ذكره، ص ص 13- 15.

الفرع الثالث: نموذج النظام الصحي

يتأثَّر النظام الصحي بالعديد من العوامل ويؤثر بها، ويمكن توضيح نموذج النظام الصحي من خلال الشكل الموالي رقم (09).

شكل رقم (09): نموذج النظام الصحي



المصدر: بلقاسم صبري، الدور الاستراتيجي لوزارات الصحة في تطوير النظم الصحية وتحسين أدائها، مؤتمر الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات الخاصة والحكومية في الوطن العربي، القاهرة، مصر، 12-2002/03/14، ص 05.

النظام الصحي كونه الركيزة الأساسية لبناء أيّ نظامٍ صحيٍّ، كما أن توفر الموارد الطبيعية تؤثر هي الأخرى في مستوى النظام الصحي وطموحات المواطنين في تلك الدولة. وأيضا وجود أمراضٍ معينةٍ في بيئةٍ معينةٍ يعني ضرورة تكييف ذلك النظام مع طبيعة الأمراض الموجودة، فوجود الأمراض يعني هناك احتياجات صحية يجب تغطيتها بمختلف الموارد المالية والمادية والبشرية -المدخلات- ويتم تنظيم هذه الموارد وإدارتها والرقابة عليها حتى يضمن النظام الصحي التخصيص الأمثل لهذه الموارد مع ضرورة انتقاء أفضل التكنولوجيات التي تسمح بالتغطية الصحية لجميع المواطنين وبجودةٍ عاليةٍ.

المطلب الثاني: مكونات وأهداف ووظائف النظم الصحية

تحتاج أي منظومة صحية إلى إمكانيات مادية ومالية وبشرية من أجل تحقيق أهدافها الصحية وتأدية الوظائف المنوطة بها، وعليه سنتطرق من خلال هذا المطلب إلى العناصر التالية:

الفرع الأول: مكونات النظم الصحية

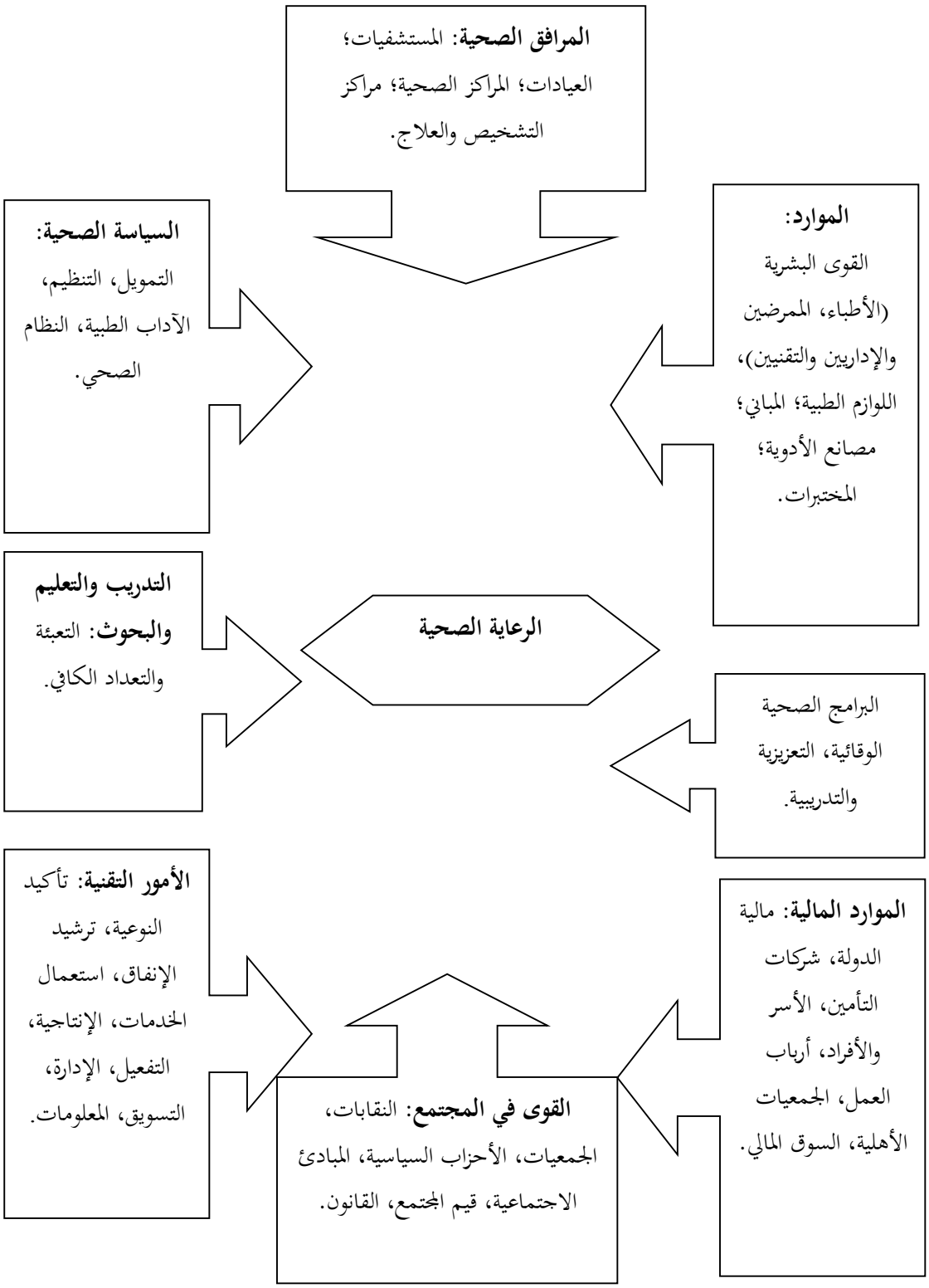
للنظام الصحي خمسة مكونات أساسية هي[78]:

- الموارد المتاحة وإنتاجها؛
- الدعم المالي؛
- طرق الإدارة؛
- التنظيم؛
- تقديم الخدمة.

ويبين الشكل رقم (10) الموالي العلاقة بين هذه المكونات.

[78] مجموعة من المتخصصين في علم الإدارة الصحية: ترجمة محمد هيثم خياط، الكتاب الطبي الجامعي، الإدارة الصحية، منظمة الصحة العالمية، أكاديميا أنترناشيونال، 2007، ص 34.

شكل رقم (10): المكونات الأساسية للنظام الصحي



المصدر: مجموعة من المتخصصين في علم الإدارة الصحية: ترجمة محمد هيثم خياط، الكتاب الطبي الجامعي، الإدارة الصحية، منظمة الصحة العالمية، سلسلة الكتاب الطبي الجامعي، أكاديميا أنترناشيونال، 2007، ص 35.

الفرع الثاني: أهداف النظم الصحية

يحدد تقرير منظمة الصحة العالمية الأهداف الثلاثة للنظم الصحية وللوظائف الرئيسية التي تؤديها هذه النظم في سبيل تحقيق تلك الأهداف، وتتمثل هذه الأهداف في[79]:

- تحسين مستوى صحة الإنسان؛
- الاستجابة لتوقعات المجتمع؛
- ضمان العدالة في التمويل للتكاليف المترتبة على الصحة.

إن تحسين الصحة هو سبب وجود أيّ نظامٍ صحيٍّ، وهو أول هدف يسعى لبلوغه، كما أن توزيع التمويل على نحو أكثر عدالةً يُساهم في تحسين الصحة، وذلك من خلال التقليل من احتمالات حرمان من يحتاج الرعاية منها بسبب ارتفاع تكاليفها، أو أن يؤدي بهم دفع الأجور إلى العوز وإلى التعرض للمزيد من المشاكل الصحية بسبب الحاجة المادية، كما أن الاستجابة لتوقعات المرء تساعد في تحسين الصحة.

الفرع الثالث: وظائف النظم الصحية

تُعرّف المهام أو الوظائف الرئيسية للنظم الصحية بما فيها الحسبة بأنها الدور التوجيهي والرقابي الشامل تضطلع به الحكومة من طرف وزارة الصحة مستخدمةً في ذلك مجموعة من المبادئ ومستمدة الدعم من التشريعات الصحية. وتتمثل هذه الوظائف في[80]:

أولا- الحسبة: من جوانب هذه الوظيفة تطوير السياسات والاستراتيجيات الصحية بدعم من نظم المعلومات الملائمة التي توفر البيانات الصحيحة تقنياً، كما تقوم وزارات الصحة أيضا بتنسيق مساهمات مختلف الشركاء في التنمية الصحية بما في ذلك الوزارات الأخرى، الوكالات والمنظمات اللاحكومية والقطاع الخاص والجهات المانحة الثنائية والمتعددة الأطراف.

ثانيا- وظيفة التمويل: هذه الوظيفة هي التي تمكن من تصميم سياسات تمويل الخدمات الصحية وتنفيذها ورصدها، وهي التي تساعد على تجميع الأخطار في مشروعات التأمين الوطنية، وتنسيق مختلف مشروعات التأمين من أجل تحقيق التضامن وتحسين غرض العدالة، كما أنه ممكن لهذه الوظيفة أن توفر الاستراتيجيات اللازمة لشراء الخدمات الصحية من الجهات التي تقوم على توفيرها في القطاعين الخاص والعام بموجب ترتيبات تعاقدية متفق عليها بين الأطراف المعينة.

---

[79] مجموعة من المتخصصين في علم الإدارة الصحية، مرجع سبق ذكره، ص 52.

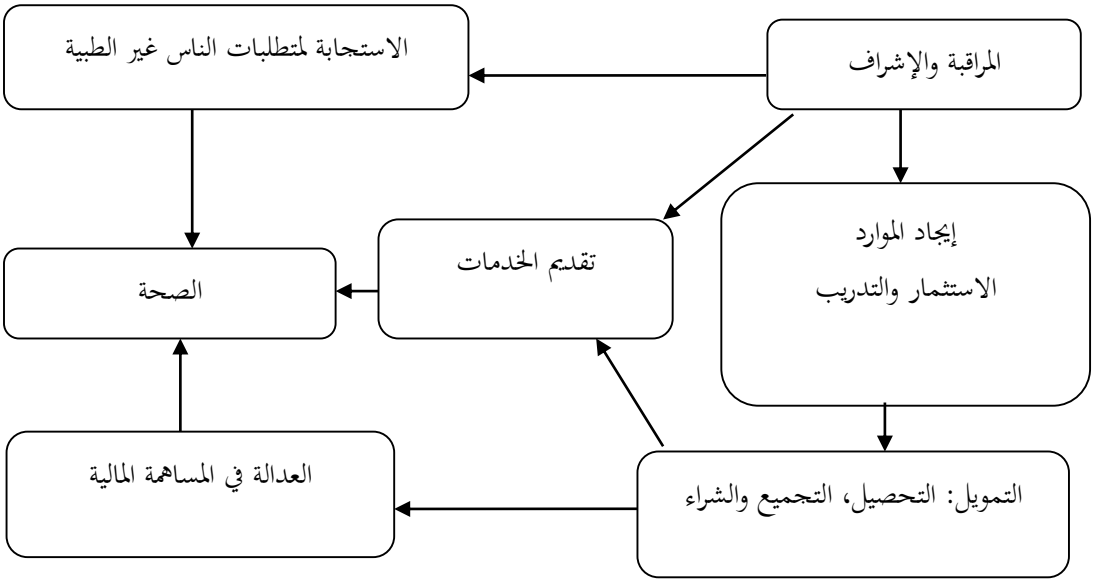
[80] بلقاسم صبري، الدور الاستراتيجي لوزارات الصحة في تطوير النظم الصحية وتحسين أدائها، مؤتمر الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات الخاصة والحكومية في الوطن العربي، القاهرة، مصر، 12-14 مارس 2002، ص 08-09.

ثالثا– وظيفة تقديم الخدمات: وتتصل وظيفة تقديم الخدمات بالتنظيم العام للرعاية الصحية يمكن أن تأخذ بعين الاعتبار الحاجة إلى التكامل بين مختلف برامج الرعاية ومستوياتها ويجب أن تعتمد عملية توفير الخدمات على مقومات الكفاءة من أجل تحقيق الحد الأقصى من الانتفاع بالموارد المخصصة للتنمية الصحية.

رابعا– وظيفة استدرار الموارد: تعني ضمان الحصول على المساهمات المناسبة للصحة بما في ذلك الموارد البشرية، الموارد المالية، وتوزيع هذه الموارد توزيعاً ملائماً حسب احتياجات المجموعات السكانية التي تتلقى الخدمات الصحية.

ولقد أدت عملية قياس أهداف النظم الصحية إلى تصنيف هذه الأخيرة بحسب الانجاز لتحقيق الأهداف واستخدمت لهذه الغاية خمسة مؤشرات ترصد مدى توفر العدالة والكفاءة في النظام الصحي، كما تم تصنيف النظم بحسب كفاءتها في ضوء ما ينتظر أن تحققه بما يتوفر لها من موارد وما وصلت إليه البلدان من مستوى تعليمي، وحسب تقرير منظمة الصحة العالمية لسنة 2000، فإن الأداء يرتبط ارتباطا قويا بمستوى تطور النظام الصحي ونمائه ويدل على المجالات القابلة للتحسين في أداء النظام. ويوضح الشكل رقم (11) الموالي العلاقة بين مهام (وظائف) وغايات النظام الصحي.

شكل رقم (11): العلاقة بين مهام وغايات النظام الصحي



المصدر: منظمة الصحة العالمية، تحسين أداء النظم الصحية، التقرير الخاص بالصحة في العالم،2000، ص28.

المطلب الثالث: أنواع النظم الصحية في العالم

إن تاريخ الأنظمة الصحية في البلدان المتطورة، بيّنت عبر مختلف المراحل أن كل البلدان تقاسمت أهدافاً مشتركةً على المستوى الصحي (مساعدة المرضى الفقراء) ضمان دخل تعويضي للمرضى الأجراء مع وجود

اختلافات، هذه الاختلافات تمثلت في المكلفون بالتكفل بالطلب على العلاج (دور الحكومة، التعاونيات والمؤمنين الخواص) ونمط تنظيم عرض العلاج (مكانة المستشفيات العمومية، الدور الذي يلعبه الأطباء العموميون ...)، وكذلك المهن الصحية المطورة في الطب الخاص، هذه الاختلافات تعكس كذلك الاختلاف في الأولويات لكل نظام، الشمولية في التغطية ضد المرض للبعض، اختيار الطب والبقاء على طب خاص بالنسبة للآخرين، والأولوية المعطاة للسوق مثل حالة الولايات المتحدة الأمريكية، وعليه يوجد ثلاثة أنظمةٍ صحيةٍ أساسيةٍ في العالم هي:

الفرع الأول: الأنظمة الوطنية للصحة

تُطبَّق في دول عديدة منها السويد، النرويج، المملكة المتحدة، ايطاليا، اسبانيا، اليونان، كندا، استراليا، نيوزلندا ...، وهذه الأنظمة توفر حصول شبه مجاني للعلاج لجميع المواطنين بغرض تحقيق الشمولية للتغطية ضد المرض، وعرض العلاج منظم بصفة أساسية من طرف الحكومة بالضرائب، بعض هذه الأنظمة قائمة على التنظيم الجيد كحالة المملكة المتحدة خصوصا بينما البعض الآخر فتنظيمه وتسييره لا مركزي مثل بلدان شمال أوربا، اسبانيا وايطاليا[81].

وسنتعرف كمثال عن الأنظمة الوطنية للصحة على المنظومة الصحية في المملكة المتحدة التي تُعتَبر من المنظومات الصحية الاجتماعية، التي تَعْرض خدماتها لأكبر نسبة من أفراد المجتمع محاولة تحقيق مبدأ الصحة للجميع. وما يميز هذه المنظومة عن المنظومات الصحية الأخرى هو أن وسائل الإنتاج وعملية تسييرها يعود للدولة[82]، وقد قامت الحكومة البريطانية بتطبيق التأمين الصحي عام 1910، حيث أُجبر العمال ذوو الدخول البسيطة على التأمين الصحي مع مساهمات صاحب العمل، وبحلول عام 1946 تم تأسيس الهيئة الوطنية للصحة في بريطانيا، وبمقتضى هذا القانون تم منح الوزير السلطة في نقل ملكية أي مستشفى للملكية العامة في الدولة، وتَبَنَّى النظام مجانية العلاج للجميع دون دفع أي رسوم أو مشاركة، ويتم تمويله بالكامل من الضمان الاجتماعي، الذي يمول بدوره من الضرائب، وللمريض الحق في اختيار طبيبه والخدمات الصحية الشاملة بكافة التخصصات[83].

---

[81] عبد الكريم منصوري، قياس الكفاءة النسبية ومحدداتها للأنظمة الصحية باستخدام تحليل مغلف البيانات (DEA) للبلدان المتوسطة والمرتفعة الدخل –نمذجة قياسية–، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة تلمسان، الجزائر، 2013-2014، ص-ص 34-35.

[82] نصر الدين عيساوي، مراقبة التكاليف في مؤسسة استشفائية –دراسة حالة مستشفى حي البير بقسنطينة، مذكرة ماجستير غير منشورة، جامعة قسنطينة، الجزائر، 2004-2005، ص 101.

[83] صديقة منصور أحمد، تقرير حول التأمين الصحي بمملكة البحرين بين الواقع والطموح، إدارة البحوث والمعلومات، مجلس النواب، البحرين، 13يونيو 2016، ص 15.

بالرغم من الايجابيات الكثيرة للمنظومة الصحية في المملكة المتحدة إلا أن لها مجموعة من السلبيات وأهمها تمثل في أن مجانية العلاج خلقت طوابير طويلة من المرضى في المستشفيات، كما أصبحت الهياكل الصحية الموجودة غير كافية لاستيعاب طلبات كل المرضى[84].

الفرع الثاني: أنظمة التأمين ضد المرض

يُطبق هذا النظام في دول عديدة مثل ألمانيا، فرنسا، اليابان...، عرض الصحة يكون من طرف القطاع الخاص (علاج إسعافي بعض المستشفيات والعيادات) وجزء عام (بعضه ذو طابع استشفائي بالأخص) ويضمن عموما حرية اختيار المريض لطبيبه، ويوجد القانون الأساسي للخواص، أما التكاليف المحصلة نتيجة العلاج فهي في الغالب متكفل بها من مختلف صناديق التأمين ضد المرض ومن الاشتراكات الاجتماعية في النظام الفرنسي مثلا، بينما النظام الألماني فهو منظم على مستوى الجهات[85].

وكمثال على أنظمة التأمين ضد المرض نذكر المنظومة الصحية الفرنسية: حيث يُعتَبر النظام الصحي الفرنسي من الأنظمة المتقدمة في العالم، فهو يُدار من طرف الحكومة لضمان مصلحة السكان، وتتسم إدارته بالمركزية من خلال هيئة الضمان الاجتماعي، ويرتبط بوزارة الشؤون الاجتماعية والتكافل الاجتماعي في أمور التمويل وعلى وزارة الصحة بالنسبة للنواحي الإدارية. ويعتمد النظام على ثلاثة مبادئ هي: عمومية التغطية من خلال نظام حكومي يغطي المخاطر والتعويضات، وإتاحة الرعاية وحرية الاختيار للمريض، والتعاون بين القطاعين الحكومي والخاص فيما يتعلق بالمستشفيات وتمويل الخدمات الصحية. ويتميز النظام الصحي الفرنسي بحرية الاختيار للمستفيد ودون حدود في الذهاب للأطباء بأنواعهم، حيث يدفع المريض الرسوم ويتم تعويضه من طرف الضمان الاجتماعي، أما الخدمات الوقائية وخدمات المستشفى والرعاية طويلة الأمد فيتم تعويضها بالكامل من النظام الحكومي، وكذلك الرعاية في العيادات الخاصة التي توفر رعاية متخصصة فيتم التعويض عن رسومها جزئيا كما يدفع الضمان الاجتماعي قيمة الأدوية، ويمول التأمين الصحي الوطني الإلزامي من خلال مساهمة أرباب العمل والمساهمات الاجتماعية العامة والاقتطاع من الرواتب، ويغطي النظام الصحي حاليا جميع السكان[86].

الفرع الثالث: الأنظمة الليبرالية الصحية

تُطبِّق هذه الأنظمة خصوصاً في الولايات المتحدة الأمريكية وكذلك بعض بلدان أوربا الشرقية والوسطى وبعض دول أمريكا اللاتينية، ويعتبر النظام الصحي العام للحماية ضد المرض هامشي، فقط الأشخاص الذين يحتاجون إلى علاجٍ أكثر استعجاليٍّ الأكثر فقراً، المسنين، المعاقين المستفيدين من مساعدة الحكومة في الصحة، بينما البقية فعليها اللجوء إلى الخواص وبتمويل من طرف العاملين، وجزء من المواطنين يبقون بدون حماية ضد

[84] نصر الدين عيساوي، مرجع سبق ذكره، ص 103.

[85] عبد الكريم منصوري، مرجع سبق ذكره، ص 35.

[86] صديقة منصور أحمد، مرجع سبق ذكره، ص ص 12-13.

المرض، ويتم عرض العلاج تقريبا من طرف القطاع الخاص، وبالتالي النظام الأمريكي يحتوي على ثلاثة أنواع للحماية ضد المرض: مساعدة طبية للأكثر فقرا، وتأمين ضد المرض للمسنين، وتأمين خاص (لا يهدف إلى الربح) موجه للطبقة المتوسطة والميسورين ممول من طرف العمال أو الأفراد مباشرة[87].

وكمثال عن الأنظمة الليبرالية، سنتعرف على المنظومة الصحية الأمريكية، حيث تمثل النفقات الصحية أكبر نفقات بالنسبة للإنتاج الداخلي الخام في العالم، وتمول الخدمات الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية بنسبة كبيرة عن طريق الاحتياطي الحر، أين يكتتب كل عامل لدى شركة تأمينٍ معينةٍ، الاشتراكات الدورية التي تدفع لشركة التأمين جزء منها يسدد من طرف العامل نفسه والجزء الأكبر يتم سداده من طرف المستخدم، بالإضافة إلى شركات التأمين ذات الهدف الربحي، هناك منظمتين غير هادفتين للربح هما: الأولى منظمة مختصة في تغطية التكاليف الاستشفائية، ومنظمة مختصة في تعويض التكاليف الطبية الجراحية، ويتم تدخل المنظمتين السابقتين في التأمين الصحي من خلال تغطية التكاليف العالية للخدمات الصحية، أما بالنسبة للأدوية فهي غير مغطاة، أي الفرد الأمريكي يتحمل تكاليف شراء الأدوية من خلال ميزانيته الخاصة.

بالنسبة لنمط التمويل بالاحتياطي الحر هناك نظامين تأمينيين آخرين هما: نظام التأمين الاجتماعي الفيدرالي يخص فئة الشيوخ أي الأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن 65 سنة، ونظام التأمين الممول من الخزينة الفيدرالية يختص بتغطية التكاليف الصحية للأشخاص عديمي الدخل. وما يُؤخذ على النظام الصحي الأمريكي أن هناك فئة من السكان لا يمكنها دفع اشتراكات لدى شركات التأمين الخاصة نظرا للدخل الضعيف أو المعدوم في بعض الأحيان، بالإضافة إلى أنها لا يمكنها الاستفادة من نظام التأمين الفيدرالي الاجتماعي ونظام التأمين الممول من طرف الخزينة الفيدرالية، بحجة أنها لا تتوفر على الشروط اللازمة نتيجة لهذه الممارسات فإنها تُحرم من الخدمات الصحية ذات التكاليف الباهظة[88].

ومما سبق، فإن النتائج المحصل عليها تختلف من نظام إلى آخر، فالأنظمة الوطنية الصحية تضمن تساوي أكبر للحصول على العلاج، ومستوى نفقاتٍ منخفضٌ نسبياً، وتقدم نوعية علاج متوسطة وتتصف بصفوف انتظار طويلة للحصول على العلاج المتخصص، بينما أنظمة التأمين ضد المرض يمكنها ضمان حرية اختيار المريض لطبيبه، الرفاهية وفي أغلب الأحيان النوعية الجيدة، لكن تتصف بارتفاع أسعار الخدمات الصحية، وأحيانا عدم تساوي في الحصول على العلاج، أما النظام الأمريكي فهو نظام جد متطور تكنولوجيا ويوفر الحصول على العلاج الأفضل، ولكن يتميز كذلك بتفاوت كبير في الحصول على العلاج ومستوى نفقات أكبر[89].

[87] عبد الكريم منصوري، مرجع سبق ذكره، ص 35.

[88] نصر الدين عيساوي، مرجع سبق ذكره، ص ص 99-100.

[89] عبد الكريم منصوري، مرجع سبق ذكره، ص 35.

المبحث الثاني: تطور المنظومة الصحية الجزائرية وهياكلها وسياسات إصلاحها

عَرَفت المنظومة الصحية الجزائرية تطوراً جدُّ ملحوظٍ من الاستقلال إلى يومنا هذا، سواءً من ناحية القوانين المنظمة لها، أو من ناحية المؤشرات الصحية المحققة، أو من ناحية الإمكانيات والوسائل التي وفرتها الدولة للتكفل الجيد بالاحتياجات الصحية للسكان وللوقاية من الأمراض والأوبئة.

المطلب الأول: التطور التاريخي للمنظومة الصحية الجزائرية

ورثت الجزائر بعد الاستقلال حالةً صحيةً مترديةً ومتدنيةً، حيث كان النظام الصحي متمركزاً في المدن الكبرى، وقد بدأت الحكومة منذ الاستقلال إلى يومنا هذا تفكر في سبل تطوير النظام الصحي، وتتمثل هذه المراحل فيما يلي:

المرحلة الأولى (1963-1973): كانت المنظومة الصحية الجزائرية بعد الاستقلال قائمةً على أسس وتنظيمات المنظومة الصحية الفرنسية، وابتداءً من 1963 عملت الجزائر على الحد من مختلف التشريعات القائمة وإدخال نوع من الاستقلالية في التسيير، تميزت هذه المرحلة بظهور ثلاث مصادر لتمويل النفقات الصحية هي:

- التكفل بالنسبة الكبرى من النفقات من طرف الدولة والجماعات المحلية وقد وصلت هذه النسبة إلى 60% في تلك المرحلة، يستفيد من هذا التمويل الأشخاص المحرومين، وعديمي الدخل....
- يقوم الضمان الاجتماعي بتغطية 30% من النفقات العامة للهياكل العمومية التابعة لقطاع الصحة عن طريق صناديقه الجهوية والتي تُغطَّى بواسطة اشتراكات العمال الأجراء.
- أما الجزء المتبقي فمصدره المساهمة المالية للأفراد الميسورين وأصحاب المهن الحرة.

وكانت التسعيرة الخاصة بالخدمة الصحية المقدمة تُحسب على أساس السعر اليومي المقرر سنويا، وفي 28 ديسمبر عام 1973 صدر قرار سياسي مفاده نهاية مرحلة التمويل المتعدد وظهور طريقة أخرى لتمويل النفقات الصحية[90]. من ناحية التغطية الصحية لم يكن هناك إنصاف وعدل بين المناطق الحضرية والريفية، حيث تمركزت الموارد البشرية الطبية والهياكل القاعدية في المدن الكبرى وغيابها تقريباً في المناطق الريفية، حيث لا تحتوي هذه الأخيرة إلا على بعض الأعوان شبه الطبيين الذين لم يتلقوا حتى التكوين الأساسي في التمريض، ومع بداية السبعينيات عرفت المؤسسة الصحية الجزائرية تطوراً ملحوظا تجسد في ارتفاع عدد الأطباء وزيادة عدد المستشفيات والمراكز الصحية والعيادات[91].

---

[90] نصر الدين عيساوي، مرجع سبق ذكره، ص ص 105-106.

[91] دلال السويسي، نظام المعلومات كأداة لتحسين جودة الخدمة الصحية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بوضياف ورقلة، مذكرة ماجستير غير منشورة، جامعة ورقلة، الجزائر، 2011-2012، ص 04.

المرحلة الثانية (1974-1991): سميت هذه المرحلة بمجانية العلاج، حيث أصبح العلاج مجاناً في كل المؤسسات العمومية، بالإضافة إلى التغييرات التي مست نسبة مساهمة التمويل في تغطية النفقات الصحية، مست أيضا تغييرات في طرق تسيير الهياكل الصحية القائمة حيث عرفت تعويض سعر اليوم بالميزانية الجزافية الشاملة، وقسمت الهياكل الصحية في هذه الفترة إلى[92]:

- **الهياكل العمومية للصحة**: تضم القطاعات الصحية والمراكز الصحية الجامعية والمتخصصة التي تمثل القاعدة الأساسية في توزيع العلاج؛
- **القطاع شبه العمومي**: وهو يمول من طرف صندوق الضمان الاجتماعي بالاشتراك مع المؤسسات العمومية، يستفيد من خدماته العمال وعائلاتهم؛
- **القطاع الخاص**: في هذه الفترة لم يكن حجمه كبيراً واقتصر دوره في عيادات التشخيص للأطباء العامين، الأخصائيين وأطباء الأسنان.

لم تظهر مشاكل في التمويل في هذه الفترة نظرا لليسر المالي وصولاً إلى سنة 1986، وبظهور الأزمة المالية الخانقة الناتجة عن انهيار أسعار البترول أدت إلى انكماش الموارد المالية الممنوحة من طرف الدولة خاصة مع بداية سنة 1988 كما انخفضت الموارد المالية في صناديق الضمان الاجتماعي لانخفاض اشتراكات العمال مع بداية التسريحات العمالية من المؤسسات العمومية، مما أدى إلى التفكير في تخفيف الضغط على الموارد المالية العمومية وإيجاد موارد مالية أخرى[93].

كما تم في هذه المرحلة في شروع فريق عمل متعدد الاختصاصات في إعداد برنامج صحي لتطبيقه في المخطط الرباعي الثاني، وهكذا تم تحديد المشكلات الصحية الأولية ذات الارتباط مع المشكلات الاقتصادية والاجتماعية، وتتمثل المشكلات الصحية في: مكافحة الأمراض المتنقلة، مكافحة الأمراض غير المتنقلة، المشكلات المتعلقة بنظافة المحيط والأمن والعمل، ومحاولة تحسين وظيفة القطاعات الصحية وتحديد المعايير التي تقودها إلى التطور[94].

وتميزت هذه المرحلة أيضا بإنشاء هياكل صحية جديدة سنة 1986 وهي المراكز الاستشفائية الجامعية[95].

---

[92] بحدادة نجاة، تحديات الإمداد في المؤسسة الصحية دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية بمغنية، مذكرة ماجستير غير منشورة، جامعة تلمسان، الجزائر، 2011-2012، ص 164.

[93] نصر الدين عيساوي، مرجع سبق ذكره، ص 108.

[94] عتيق عائشة، جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية –دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة-، مذكرة ماجستير غير منشورة، جامعة تلمسان، الجزائر، 2011-2012، ص 129

[95] وفاء سلطاني، تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر وآليات تحسينها دراسة ميدانية بولاية باتنة، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة باتنة 1، الجزائر، 2015-2016، ص 141.

المرحلة الثانية (1992-2006) مضمون هذه المرحلة هو التخلي التدريجي للدولة عن تمويل الخدمات الصحية تاركةً المجال للتمويل الشخصي للخدمة الصحية من طرف المستفيد، وقد تم في هذه المرحلة إدراج سعر رمزي للفحوصات الطبية، الطب العام 50 دج والطب المتخصص 100دج وذلك كمرحلة أولى، وفي مرحلة ثانية يتوسع ليشمل الإيواء، الإطعام، التحاليل الطبية والأشعة، والتي كانت تعوض في السابق من طرف هيئات الضمان الاجتماعي[96]. وقد تم هذا من خلال صدور المنشور الوزاري سنة 1995 المتعلق بمساهمة المرضى في تسديد نفقات الإيواء والإطعام في الوسط الاستشفائي[97]، كما اتجه المشرع الجزائري حسب القانون 91-25 المؤرخ في 18 ديسمبر 1991 المتضمن قانون المالية لسنة 1992 إلى نظام تمويل المنظومة الصحية على أساس علاقات تعاقدية تربط الضمان الاجتماعي ووزارة الصحة وتحدد كيفياته عن طريق التنظيم. وتميزت هذه المرحلة بإنشاء ووضع حيز التطبيق هيكل الدعم لنشاط وزارة الصحة والسكان وتمثلت هذه الهياكل في[98]:

- المخبر الوطني لمراقبة المنتجات الصيدلانية مكلف بالمراقبة القبلية لكل دواء قبل إدخاله للسوق؛
- الصيدلية المركزية للمستشفيات: وهي مكلفة بضمان تموين الهياكل الصحية العمومية بالمنتجات الصيدلانية أُنشأت سنة 1994. الوكالة الوطنية للدم أُنشأت سنة 1995 مكلفة بوضع السياسة الوطنية للدم. الوكالة الوطنية للتوثيق الصحي: مهمتها تطوير التوثيق والمعلومات والاتصال؛
- المركز الوطني لليقظة الصيدلانية ويقظة العتاد: وهو مكلف بمراقبة الآثار المترتبة عن استهلاك الأدوية واستعمال المعدات الطبية.

كما تم في سنة 2002 تغيير اسم وزارة الصحة والسكان إلى وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات.

المرحلة الثالثة (2007-2021): تمثل هذه المرحلة بداية تجسيد النظام التعاقدي للعلاج في المستشفيات وذلك عبر مراحل تدريجية حتى تم تطبيقه نهائيا أواخر سنة 2009، حيث توزع النفقات العمومية على الصحة العمومية بالنسبة للمرضى الأجراء عن طريق الصندوق الوطني للتأمينات الاجتماعية والمرضى غير الأجراء عن طريق الصندوق الوطني لغير الأجراء، أما عديمي الدخل فتكون بمساهمة الدولة عن طريق مديرية الضمان الاجتماعي وذلك من أجل تخفيف العبء على خزينة الدولة والتحكم المحاسبي الدقيق لتكاليف العلاج[99]، كما تم في هذه المرحلة وابتداءً من 2007 بإنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية اللتين كانتا ضمن مؤسسة واحدة سابقا تسمى القطاع الصحي.

---

[96] نصر الدين عيساوي، مرجع سبق ذكره، ص 108.

[97] عتيق عائشة، نفس المرجع، ص 130.

[98] أمير جيلالي، محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظومة الاستشفائية الجزائرية، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة الجزائر، الجزائر، 2008-2009، ص 177.

[99] بحدادة نجاة، مرجع سبق ذكره، ص 165.

المطلب الثاني: هياكل المنظومة الصحية الجزائرية

يشمل الإطار التنظيمي للمنظومة الصحية الجزائرية على ثلاث مستويات هي:

الفرع الأول: المستوى المركزي يتمثل في وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات

جاء المرسوم التنفيذي رقم 11-380 المؤرخ في 21 نوفمبر 2011 لتنظيم الإدارة المركزية في وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، حيث تشمل الإدارة المركزية للوزارة التي توضع تحت سلطة الوزير من:

- الأمين العام الذي يساعده مديرا دراسات.
- رئيس الديوان يساعده (08) مكلفون بالدراسات والتلخيص.
- المفتشية العامة.
- كما تتكون الوزارة من الهياكل التالية: المديرية العامة للوقاية وترقية الصحة؛ المديرية العامة لمصالح الصحة وإصلاح المستشفيات؛ المديرية العامة للصيدلة والتجهيزات الصحية؛ مديرية السكان؛ مديرية التنظيم والمنازعات والتعاون؛ مديرية الموارد البشرية؛ مديرية التكوين؛ مديرية المالية والوسائل؛ مديرية المنظومات الإعلامية والإعلام الآلي.

الفرع الثاني: المستوى الجهوي

يضم المجالس الجهوية للصحة التي تم إنشاؤها بموجب المرسوم التنفيذي رقم 97-262 المؤرخ في 14 جويلية 1997 الذي يحدد تنظيما وسيرها، ويعد المجلس الجهوي للصحة كهيكل تنسيق وتشاور ما بين القطاعات هدفه ضمان وقاية صحة السكان التابعة لاختصاصه الجغرافي وحمايتها وترقيتها، ويتكفل المجلس الجهوي للصحة ب:

- التنسيق بالاتصال مع السلطات والهيئات المعنية، بين نشاط الهياكل العملية ونشاط المتدخلين الآخرين الذين يهتمون بمجال الصحة؛
- توجيه النشاط الصحي حسب الحالة الوبائية للمنطقة المعنية وحسب الثروات المتوفرة والأولويات المقررة؛
- تحفيز كل عمل يهدف إلى تحقيق إدماج الوسائل المتوفرة في الدائرة الجهوية والتي من شأنها المساعدة على حماية صحة السكان وترقيتها؛
- السهر بالاتصال مع الهياكل والهيئات المعنية على جمع المعلومات الصحية ومعالجتها ونشرها؛
- اقتراح برامج جهوية تساعد على تلبية الاحتياجات الصحية لمجموع السكان المعنيين والشروع في متابعتها ومراقبتها وتقويمها بصفة دورية؛
- ضمان المشاركة الفعالة للمستعملين والمرضى والشركاء الاجتماعيين في تحديد الأولويات وصياغة الاستراتيجيات الجهوية التي تهدف إلى حل المشاكل المحددة في مجال الصحة والسكان وتنفيذها؛

- تشجيع المبادرات المحلية وإقامة علاقات وطيدة مع الهياكل الجهوية المشاركة في إنجاز برامج الصحة والسكان.

ويبلغ عدد المجالس الجهوية للصحة خمسة مجالس مقرها في كل من الجزائر، وهران، قسنطينة، بشار، ورقلة، وكل مجلس يضم مجموعة من الولايات.

الفرع الثالث: على المستوى الولائي

كل ولاية من ولايات الجزائر تضم مديرية الصحة والسكان التي تهتم بالصحة والسكان، وتشرف على الخدمات الصحية التي تقدمها المؤسسات العمومية الاستشفائية، وكذا المؤسسات العمومية للصحة الجوارية وأيضا على المؤسسات الصحية الخاصة، **و**تتكون مديريات الصحة والسكان الولائية من ثلاثة إلى ستة مصالح وتتولى القيام بالمهام التالية[100]:

- تطور مديرية الصحة والسكان وتضع حيز التنفيذ كل التدابير التي من شأنها أن تُؤطر النشاطات الخاصة بالصحة والسكان؛
- السهر على تطبيق التشريع والتنظيم في جميع المجالات المتصلة بأنشطة الصحة والسكان؛
- تقوم بتنشيط وتنسيق وتقويم تنفيذ البرامج الوطنية والمحلية للصحة، خاصة في مجال الوقاية العامة، حماية الأمومة والطفولة والحماية الصحية في الأوساط الخاصة، وأيضا في مجال التحكم في النمو الديموغرافي
- والتخطيط العائلي وترقية الصحة التناسلية؛
- السهر على احترام السلم التسلسلي للعلاج خاصة بتطوير كل النشاطات التي تهدف إلى ترقية العلاج القاعدي؛
- تطوير كل عمل يهدف إلى الوقاية من إدمان المخدرات ومكافحتها؛
- السهر على التوزيع المتوازن للموارد البشرية والمادية والمالية دون المساس بالصلاحيات المخولة قانونا لمديري الصحة الجهويين ورؤساء مؤسسات الصحة؛
- تقوم مديرية الصحة والسكان بتشجيع وتطوير كل أنشطة الاتصال الاجتماعي لاسيما التربية الصحية بالاتصال مع الجمعيات الاجتماعية المهنية والشركاء الآخرين المعنيين؛
- السهر على وضع جهاز يختص بجمع المعلومات الصحية والوبائية والديموغرافية واستغلالها وتحليلها وتبليغها؛
- تُنشط مديرية الصحة والسكان الهياكل الصحية وتنسق بينها وتقوّمها؛

[100] المرسوم التنفيذي رقم 97-261 المؤرخ في 14 جويلية 1997 الذي يحدد القواعد الخاصة بتنظيم مديريات الصحة والسكان الولائية وسيرها، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 47، 1997/07/16.

- السهر على وضع حيز التنفيذ الإجراءات المتعلقة بحفظ المنشآت وتجهيزات الصحة وصيانتها؛
- تتولى تأطير المؤسسات العمومية والخاصة للصحة وتفتيشها؛
- إعداد الترخيصات المتعلقة بممارسة المهن الصحية وضمان مراقبتها؛
- إعداد المخططات الاستعجالية بالاتصال مع السلطات المعنية والمشاركة في تنظيم الإسعافات في حالة حدوث كوارث مهما كانت طبيعتها؛
- القيام بدراسة برامج الاستثمار ومتابعتها في إطار الإجراءات والتنظيمات المعمول بها؛
- القيام بمتابعة وتقويم وتنفيذ البرامج المقررة في ميدان التكوين وتحسين مستوى مستخدمي الصحة وتقويمها؛
- الإشراف والسهر على السير الحسن للمسابقات والامتحانات المهنية.

الفرع الرابع: على مستوى الدوائر والبلديات

تضم الدوائر والبلديات كل من المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية التي تم إنشاؤهما بموجب المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها، وتعرف بأنها مؤسسات عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي وتوضع تحت وصاية الوالي[101]. ويبين الشكل الموالي رقم (12) مهام المؤسسات الصحية على مستوى الدوائر والبلديات.

[101] المرسوم التنفيذي 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية، العدد 33، 2007/05/20، ص ص 10-11.

شكل رقم (12): مهام المؤسسات الصحية على المستوى الدوائر والبلديات



المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على: المرسوم التنفيذي 07-140 المؤرخ في 2007/05/19 المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية، العدد 33، 2007/05/20.

كما يمكن استخدام المؤسسة العمومية الاستشفائية والمؤسسة العمومية للصحة الجوارية كميدان للتكوين الطبي وشبه الطبي والتكوين في التسيير الاستشفائي على أساس اتفاقيات تُبرم مع مؤسسات التكوين.

الفرع الخامس: المراكز الاستشفائية الجامعية

أُنشأت المراكز الاستشفائية الجامعية بموجب المرسوم التنفيذي رقم97-467 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997 الذي يحدد قواعد إنشائها وتنظيمها وسيرها، ويتم إنشاؤها بمرسوم تنفيذي بناءً على اقتراح مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والوزير المكلف بالتعليم العالي والبحث العلمي، حيث يمارس وزير الصحة الوصاية الإدارية على المراكز الاستشفائية الجامعية في حين يمارس الوزير المكلف بالتعليم العالي الوصاية البيداغوجية، والشكل رقم (13) الموالي يبين مهام المراكز الاستشفائية الجامعية.

شكل رقم (13): مهام المراكز الاستشفائية الجامعية



المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على: المرسوم التنفيذي رقم97-467 المؤرخ في 1997/12/02 الذي يحدد قواعد إنشاء المراكز الاستشفائية الجامعية وتنظيمها وسيرها، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 81، 1997/12/10.

الفرع السادس: المؤسسات الاستشفائية المتخصصة

أُنشأت هذه المؤسسات بموجب المرسوم التنفيذي رقم97-465 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997 الذي يحدد قواعد إنشائها وتنظيمها وسيرها، حيث تتمثل مهامها في[102]:

[102] المرسوم التنفيذي رقم97-465 المؤرخ في 1997/12/02 الذي يحدد قواعد إنشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة وتنظيمها وسيرها، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 81، 1997/12/10، ص ص 13-14.

- تنفيذ نشاطات الوقاية والتشخيص والعلاج وإعادة التكييف الطبي والاستشفاء؛
- تطبيق البرامج الوطنية والجهوية والمحلية للصحة؛
- المساهمة في إعادة تأهيل مستخدمي مصالح الصحة وتحسين مستواهم؛
- كما يمكن استخدام المؤسسة الاستشفائية المتخصصة كميدان للتكوين الطبي والتسيير الاستشفائي.

الفرع السابع: المؤسسات الاستشفائية

تخضع لأحكام المرسوم التنفيذي رقم 12-281 المؤرخ في 09 جويلية 2012 المحدد لتنظيم وسير المؤسسات الاستشفائية، وهي مؤسسات عمومية ذات طابع خاص تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المال وتوضع تحت وصاية الوزير المكلف بالصحة، وتكلف هذه المؤسسات في إطار السياسة الوطنية للصحة بالتكفل بصفة متكاملة بالاحتياجات الصحية لسكان الولاية التي تغطيها وسكان الولايات المجاورة، وتتولى على الخصوص المهام التالية[103]:

- ضمان نشاطات في ميادين التشخيص والفحص والعلاج والوقاية وإعادة التأهيل الطبي والاستشفاء وكل نشاط يساهم في حماية الصحة وترقيتها؛
- تطبيق برامج الصحة الوطنية والجهوية والمحلية؛
- المساهمة في حماية المحيط وترقيته في الميادين التابعة للوقاية والنظافة الصحية ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية؛
- المشاركة في تطوير كل الأعمال والمناهج والطرق والأدوات التي ترمي إلى ترقية تسيير عصري وفعال لمواردها البشرية والمادية والمالية؛
- ضمان النشاطات المرتبطة بالصحة الإنجابية والتخطيط العائلي؛
- اقتراح كل الأعمال المتعلقة بتحسين مستوى المستخدمين وتجديد معارفهم والمساهمة في ذلك؛
- إعداد معايير التجهيز الصحي والعلمي والبيداغوجي للهياكل الصحية؛
- تتولى مهام الاستشفاء والاستعجالات الطبية الجراحية إلى جانب كل نشاط يساهم في حماية صحة السكان.

الفرع الثامن: المستشفى المختلط

المستشفى المختلط هو مؤسسة عمومية للصحة توضع تحت وصاية الوزير المكلف بالصحة ويتولى تسييرها كل من وزارة الدفاع الوطني ووزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات أُنشأ بموجب المرسوم الرئاسي

[103] المرسوم التنفيذي رقم12-281 المؤرخ في 2012/07/09 الذي يتضمن إنشاء مؤسسات استشفائية لطب العيون تنظيمها وسيرها، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 41، 2012/07/15، ص ص 09-10.

رقم 18-114 المؤرخ في 14 أفريل 2018 المتضمن القانون الأساسي النموذجي للمستشفى المختلط، ويتولى هذا المستشفى مهام الوقاية والتشخيص والاستقصاء والعلاجات والخبرة الطبية لفائدة السكان المدنيين وكذا مستخدمي وزارة الدفاع الوطني، وتتمثل مهامه في[104]:

- ضمان نشاطات التشخيص والعلاج وإعادة التأهيل الطبي والاستشفاء والاستعجالات الطبية الجراحية ونشاطات الوقاية، وكل نشاط يهدف إلى حماية وترقية صحة السكان العسكريين أو المدنيين؛
- تطبيق البرامج الوطنية والجهوية والمحلية للوقاية والتربية الصحية؛
- المساهمة في ترقية وحماية المحيط في المجالات المتعلقة بالنظافة والنقاوة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية؛
- المساهمة في تحسين مستوى مستخدمي الصحة وتجديد معارفهم؛
- كما يمكن اعتماد المستشفى المختلط أو جزء من هياكله لضمان نشاطات استشفائية جامعية، كما يمكن استخدامه ميدانا للتربص والتكوين.

كما تتركب المنظومة الصحية الجزائرية من[105]: الوكالة الوطنية لوثائق الصحة؛ المعهد الوطني للصحة العمومية؛ معهد باستور الجزائر؛ الوكالة الوطنية للدم؛ الوكالة الوطنية للمواد الصيدلانية المستعملة في الطب البشري الصيدلية المركزية للمستشفيات؛ المخبر الوطني لمراقبة المنتوجات الصيدلانية؛ المركز الوطني لليقظة بخصوص الأدوية والعتاد الطبي والمركز الوطني لعلم السموم؛ مدارس ومعاهد التكوين وهي: المدرسة الوطنية للمناجمنت وإدارة الصحة، المعهد الوطني البيداغوجي للتكوين شبه الطبي، المعاهد الوطنية العالية للتكوين شبه الطبي، المعاهد الوطنية العالية لتكوين القابلات، المعاهد الوطنية للتكوين شبه الطبي.

المطلب الثالث: إصلاح المنظومة الصحية الجزائرية

تُعتبر عملية إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر سياسة عمومية وطنية اتخذتها السلطات العمومية من أجل تحسين وتطوير قطاع الصحة وتقريب هياكله ومؤسساته الصحية من المواطن بهدف التكفل بالصحة العامة للسكان، وهذا ما جاءت به المادة 66 من الدستور والتي تقول: "الرعاية الصحية حق للمواطنين. وتتكفل الدولة بالوقاية من الأمراض الوبائية والمعدية وبمكافحتها. وتسهر على توفير شروط العلاج للأشخاص المعوزين".

وقد تم وضع ميثاق الصحة سنة 1998 الذي يشير إلى ضرورة تكييف المنظومة الصحية الجزائرية مع التحولات الاقتصادية والاجتماعية، حيث يهدف هذا الميثاق إلى تحديد المبادئ الرئيسية والأولويات التي ينبغي

---

[104] المرسوم الرئاسي رقم 18-114 المؤرخ في 2018/04/17 المحدد للقانون الأساسي النموذجي للمستشفى المختلط، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 22، 2018/04/18، ص ص 04-05.

[105] ولد قادة، دليل التسيير الاستشفائي، سلسلة التسيير الاستشفائي، الموقع الالكتروني: https://hopital-dz.com، ص 09.

أن تميز السياسة الوطنية للصحة بما في ذلك البعد التنظيمي والتمويلي لعملية الإصلاح. وتمثلت مبادئ السياسة الصحية حسب هذا الميثاق فيما يلي[106]:

- حماية الصحة وترقيتها من أجل الحد من اللامساواة وإعطاء الأولوية للصحة في برنامج عمل الحكومة؛
- الاستفادة من مجانية العلاج والإنصاف والتضامن الوطني؛
- إزالة الفوارق الجهوية من خلال المناطق الصحية الجهوية الخمسة؛
- الاستفادة من المياه الصالحة للشرب والتربية والسكن وحماية المحيط؛
- وضع نظام إعلامي خاص بالمؤشرات الصحية وإعادة الاعتبار للموارد البشرية عن طريق التكوين المتواصل؛
- تطوير صيغ بديلة لتمويل نفقات الصحة بإشراك المجتمع؛
- تحسين الظروف والوضعية الاجتماعية والمهنية لكافة مستخدمي قطاع الصحة ووضع تدابير تحفيزية؛
- إنشاء المجلس الوطني للصحة.

أما الأهداف التي ترمي إليها السلطات العمومية من خلال إصلاح المنظومة الصحية فتمثل فيما يلي[107]:

- تحسين قدرات المنظومة الصحية من خلال: تحديث الخريطة الصحية بهدف التوزيع العقلاني والعادل للموارد؛ وإعادة تأهيل وتعزيز منشآت الصحة الجوارية والفرق الطبية المتنقلة؛ وتحسين الرعاية الصحية في الوسط المدرسي؛
- إصلاح آليات التمويل للمنظومة الصحية من خلال: إعداد الحسابات السنوية الخاصة بالصحة؛ تحديث مدونة تسيير الأعمال الطبية.

القانون الجديد المتعلق بالصحة: يهدف هذا القانون إلى تحديد الأحكام والمبادئ الأساسية ولتحديد حقوق وواجبات المواطنين في مجال الصحة، ويهدف أيضاً إلى ضمان الوقاية وحماية صحة الأشخاص والحفاظ عليها واستعادتها وترقيتها ضمن احترام الكرامة والحرية والسلامة والحياة الخاصة.

وقد جاء هذا القانون ليتماشى مع التغيرات التي مست كافة نشاطات الحياة السياسية والاقتصادية والاجتماعية في الجزائر، حيث يجب أن يتكيف القطاع الصحي مع هذه التغيرات ويأخذ في الحسبان متطلبات التنظيم الدولي في المجال، وكذا التطورات المتزايدة ذات الصلة بالتقدم التكنولوجي والعلمي في مجال الطب.

---

[106] دريسي أسماء، تطور الإنفاق الصحي في الجزائر ومدى فعاليته، في إطار إصلاح المنظومة الصحية خلال الفترة (2004-2013)، المجلة الجزائرية للعولمة والسياسات الاقتصادية، العدد 06، الجزائر، 2015، ص 147.

[107] دريسي أسماء، نفس المرجع، ص 148.

كما كرست الجزائر الحق في الصحة كحق أساسي من حقوق الإنسان في الدستور الذي يؤكد التزام الدولة بضمان الحق في حماية الصحة لكل المواطنين، وضمان الوقاية ومكافحة الأمراض الوبائية والمستوطنة، وعلى التزاماتها المتعلقة بحماية الأسرة وضمان ظروف حياة المواطنين الذين هم في وضعية استحالة القيام بعمل.

وتندرج إصلاحات المنظومة الوطنية للصحة التي تتمحور حول المبادئ الأساسية التالية:

- ✓ مجانية العلاج؛
- ✓ شمولية العلاج والمساواة في الحصول عليه ومجانيته؛
- ✓ التضامن والعدل واستمرارية الخدمة العمومية للصحة، وتسلسل العلاج في الهياكل الصحية؛
- ✓ اللامركزية والعمل القطاعي المشترك؛
- ✓ التقييم والمراقبة.

وتُؤسس الدولة سياستها ومنظومتها الوطنية للصحة على مبادئ حماية الصحة والوقاية وترقيتها باشتراك كل المؤسسات والمجتمع المدني. وقد تم إدراج الإصلاحات الضرورية الآتية ضمن هذا القانون:

- تدعيم حقوق المواطنين في إطار مجانية العلاج وتسهيل الحصول على العلاجات لاسيما بالنسبة للأشخاص المصابين باضطرابات عقلية والأشخاص في وضع صعب وإنشاء لجنة الوساطة والمصالحة؛
- تطوير التنظيم الصحي عبر إقامة الخريطة الصحية ومخطط التنظيم والتخطيط الصحي؛
- دعم دور القطاع الخاص كقطاع تكميلي للقطاع العمومي؛
- تنظيم النشاطات الطبية التي ستكون من اختصاص ومسؤولية الوزير المكلف بالصحة وتسلسلها عبر إدراج الطب المرجعي وتقديم العلاج والاستشفاء المنزلي؛
- تأسيس جهاز لتقديم هياكل ومؤسسات الصحة والتدقيق فيها وإنشاء وكالة وطنية وكذا تدعيم وتوسيع المراقبة والتفتيش؛
- تكريس صفة الموظف بالنسبة لمهنيي الصحة في الهياكل والمؤسسات العمومية للصحة؛
- ترقية المسارات الحسنة للنشاطات الطبية وإلغاء النشاط التكميلي؛
- التنظيم العقلاني والعادل في أداء واجب الخدمة المدنية؛
- عصرنة المنظومة الوطنية للصحة عبر إدراج أدوات تسيير عصرية وتكنولوجيات جديدة لاسيما إنشاء البطاقة الالكترونية للصحة وتأسيس الملف الالكتروني للمريض؛
- إحداث منظومة الإعلام الصحي لدرج المعطيات الصحية وتخطيط وتسيير الموارد البشرية والمادية والمالية تعتمد على التكنولوجيات الجديدة للإعلام والاتصال؛

- إدراج ترتيب يتعلق بأخلاقيات طب الأحياء بضبط القواعد المرتبطة بزرع الأعضاء والأنسجة والخلايا البشرية والمساعدة الطبية على الإنجاب والتبرع بالدم والدراسات العادية.

زيادة على هذه الإصلاحات ينص هذا القانون على آليات وترتيبات أخرى لفائدة تنمية المنظومة الصحية الوطنية خاصة فيما يتعلق بالوضعية الصحية الحالية التي ستدعم بفضل مراجعة برامج الصحة من أجل الوقاية من الأمراض المتنقلة وغير المتنقلة.

كما ستتوج هذه الإصلاحات بإنشاء المرصد الوطني للصحة الذي يكلف بكل المسائل المتعلقة بالصحة، من خلال التطبيق الجيد لهذه الإصلاحات الجديدة، حيث سيتمكن المواطنون من الاستفادة من عروض خدمات تلبي احتياجاتهم الصحية.

المبحث الثالث: واقع المنظومة الصحية بالجزائر ومؤشراتها

قامت الجزائر بتوفير إمكانيات ضخمة سواءً بشرية، مادية أو مالية لحماية صحة السكان، وضمان التكفل الجيد باحتياجاتهم الصحية، رغم ذلك فإن المنظومة الصحية الجزائرية لا زالت لديها اختلالات يجب تلافيها.

المطلب الأول: تطور إمكانيات المنظومة الصحية الجزائرية خلال الفترة (1992-2018)

تُعتبر الإمكانيات التي تتوفر عليها أي منظومة صحية دليل على قوتها أو ضعفها، لذا سنظهر من خلال هذا المطلب تطور الإمكانيات البشرية وكذا مؤشرات التغطية الصحية للسكان بالإمكانيات البشرية المتاحة وأيضا التغطية بالأسرة.

الفرع الأول: تطور عدد مستخدمي المنظومة الصحية الجزائرية

سنظهر من خلال الجداول التالية تطور الموارد البشرية في المنظومة الصحية الجزائرية من ممارسين طبيين وشبه طبيين باعتبارهما الفئتين اللتين تُؤسس عليهما أي منظومة صحية في العالم.

أولا- تطور عدد الممارسين الطبيين: يبين الجدول الموالي رقم (02): تطور عدد الممارسين الطبيين.

جدول رقم (02): تطور عدد الممارسين الطبيين خلال الفترة (1992-2018)

السنة	الأطباء العامون والمتخصصون		جراحو الأسنان		صيادلة		المجموع	
	القطاع العام	القطاع الخاص	القطاع العام	القطاع الخاص	القطاع العام	القطاع الخاص	القطاع العام	القطاع الخاص
1992	25304		7833		2984		36121	
1993	25491		7885		3189		36565	

36984		3425		7763		25796		1994
39064		3691		8056		27317		1995
39355		3866		7837		27652		1996
40332		4022		7966		28344		1997
42223		4299		7954		29970		1998
43624		4600		8062		30962		1999
18258	20437	4587	216	3346	4665	10325	15556	2000
19134	20812	4778	185	3580	4626	10776	16001	2001
20143	21343	4995	189	3747	4647	11401	16507	2002
20770	21694	5502	187	3804	4639	11464	16868	2003
21829	22088	5860	206	3987	4659	11982	17223	2004
24226	22981	7009	232	4728	4742	12489	18975	2006
25509	32493	7513	507	4803	5888	13193	26098	2008
26529	33567	7882	622	5017	6158	13630	26787	2009
28242	36066	8764	624	5223	6491	14255	28951	2010
28670	38958	8764	624	5396	6737	14510	31597	2011
29940	41993	9177	1000	5441	7035	15322	33958	2012
31018	58538	9520	1018	5587	7195	15911	50325	2013
32492	60830	9794	1284	5928	7240	16770	52306	2014
34836	63715	9974	1501	6384	7261	18478	54953	2015
36705	63867	10193	1695	6733	7014	19779	55158	2016
39611	59663	10541	1564	7335	6655	21611	51444	2017
42034	-	10731	2042	7936	6731	23367	-	2018

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على:

Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière, situation - démographique et sanitaire 2000-2014, juillet 2014.

Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière(2018), direction de la - planification, statistiques sanitaires 2019.

- Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière(2018), direction de la planification, statistiques sanitaires, 2017.

- الديوان الوطني للإحصائيات، الجزائر بالأرقام، على الموقع:www.ons.dz

من خلال الجدول رقم (02) السابق الخاص بتطور عدد الممارسين الطبيين العامين والمتخصصين في القطاعين العام والخاص، نلاحظ خلال الفترة الممتدة من (1992-1999) أنّ هناك ارتفاعاً واضحاً في عدد الممارسين الطبيين العامين والمتخصصين بمختلف الأسلاك. أما بالنسبة للسنوات من (2000-2016) فقد

كانت المعلومات أكثر تفصيلا فنلاحظ أن عدد الممارسين في القطاع العام أكبر من القطاع الخاص حيث كان العدد في سنة 2000 يقدر ب 20437 بالنسبة للقطاع العام و18258 بالنسبة للقطاع الخاص على التوالي ليرتفع سنة 2017 ويصل إلى 59663بالنسبة للقطاع العام و39611 بالنسبة للقطاع الخاص، لينخفض سنة 2018 حيث وصل وكما نلاحظ زيادة التوجه من طرف الممارسين الطبيين العامين والمتخصصين نحو القطاع الخاص.

ثانيا- مؤشرات التغطية الصحية للسكان بالممارسين الطبيين العامين والمتخصصين: تُحسب هذه المؤشرات بقسمة عدد السكان على عدد الممارسين الطبيين، ويبين الجدول الموالي رقم (03) مؤشرات التغطية الصحية للسكان بالممارسين الطبيين العامين والمتخصصين.

جدول رقم (03): تطور مؤشرات التغطية الصحية من طرف الممارسين الطبيين خلال الفترة (1992- 2018)

السنة	مؤشر التغطية الصحية (عدد السكان بالنسبة لِ				
	الممارسين المتخصصين	الأطباء العامون	جراحو الأسنان	الصيادلة	المجموع
1992	1038		3354	8804	748
1993	1055		3411	8433	756
1994	1066		3542	8028	763
1995	1027		3483	7602	736
1996	1033		3645	7389	744
1997	1025		3646	7222	737
1998	985		3710	6864	715
1999	968		3717	6514	702
2000	3497	1770	3797	6333	786
2001	3315	1754	3763	6222	773
2002	3123	1726	3736	6049	756
2003	3073	1728	3772	5598	750
2004	2924	1721	3743	5335	737
2006	2925	1673	3535	4624	709
2008	2245	1344	3236	4313	596
2009	2080	1367	3156	4147	587
2010	1928	1312	3071	3832	559
2011	2146	1266	3026	3911	543
2012	1942	1251	3005	3684	521

427	3634	2996	-		2013
419	3531	2970	-		2014
405	3467	2972	1118	1413	2015
406	3435	2971	545		2016
417	3419.18	2958.48	566.54		2017

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على:

-الديوان الوطني للإحصائيات، مرجع سبق ذكره.

Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière, Indicateurs-démographiques, 2015.

Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière, situation - démographique et sanitaire 2000-2014, op.cit.

- بالنسبة للفترة (1992-1999) مؤشر التغطية خاص بالممارسين الطبيين العامين والمتخصصين وكذلك هو الحال بالنسبة لسنتي 2016 و2017.

من خلال الجدول السابق رقم (03)، نلاحظ أن نسبة التغطية الصحية من طرف الممارسين الطبيين العامين والمتخصصين في تحسن، حيث كان كل ممارس يقابله 786 شخص في سنة 2000 ليصبح كل ممارس يقابله 406 شخص سنة 2016، كما نلاحظ أن كل ممارس متخصص وطبيب عام سنة 2016يقابله 545 شخص و2971 بالنسبة لجراحي الأسنان و3435 بالنسبة للصيادلة، وبالرغم من تحسن هذه المؤشرات عبر سنوات الدراسة غير أنها نتائج تدل على عدم قدرة القطاع على توفير التغطية الصحية اللازمة للسكان فكل طبيب يجب أن يقابله 1000 شخص، فهي إذا نتائج لا تتماشى مع تطور عدد السكان، وذلك نتيجة هجرة الممارسين الطبيين من جهة ومن جهة أخرى قلة عدد المكونين في الصحة من جهة أخرى.

ثالثا- تطور عدد ومؤشرات التغطية الصحية من طرف الشبه الطبيين: تدرس هذه المؤشرات عدد السكان بالنسبة لكل شبه طبي خلال الفترة من (1992-2018)، ويبين ذلك الجدول الموالي رقم (04).

جدول رقم (04): تطور عدد ومؤشرات التغطية الصحية من طرف الشبه الطبيين خلال الفترة (1992-2018)

السنوات	عدد المستخدمين شبه الطبيين	مؤشرات التغطية الصحية من طرف المستخدمين شبه الطبيين
1995	85082	338
1996	85296	343
1997	85971	363
1998	86621	348
1999	86917	352
2000	87012	350
2001	85843	360
2002	86021	365

2003	86621	368
2004	87232	371
2005	88684	377
2006	88737	362
2008	95446	355
2009	99438	345
2010	104301	337
2011	108878	319
2012	117590	310
2013	123344	321
2014	121803	325
2015	123458	324
2016	127365	320
2017	126046	328
2018	137547	304

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على:

- الديوان الوطني للإحصائيات، مرجع سبق ذكره.

Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière, Indicateurs-démographique, op.cit.

Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière, situation - démographique et sanitaire 2000-2014, op.cit.

- Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, direction de la planification, statistiques sanitaires, op.cit.

*عدم توفر الإحصائيات بالنسبة للسنوات من 1992-1994.

من خلال الجدول السابق رقم (04)، نلاحظ ارتفاع عدد المستخدمين شبه الطبيين حيث ارتفع هذا العدد من85082 شبه طبي سنة 1995إلى 137547شبه طبي سنة 2018، في حين بلغ مؤشر التغطية الصحية شبه طبي لكل 350 ساكن سنة 1995 لينخفض إلى 304 ساكن لكل شبه طبي سنة 2018، رغم هذا التطور إلا أن هذه النتائج مازالت ضئيلة نتيجة للتوزيع غير العادل للشبه الطبيين بين مناطق الوطن، كما يجب توفير على الأقل 03 شبه طبيين مع طبيب لكل 1000 شخص في حين الجزائر لم ترق إلى هذا المستوى، فحسب تقرير الأمم المتحدة حول أهداف التنمية المستدامة 2017 فإن البلد الذي لديه أقل من طبيب واحد وأقل من 03 ممرضات أو قابلات لكل 1000 شخص لديه عدد غير كاف من أخصائيي الرعاية الصحية. وهنا نلاحظ أن الجزائر ما يزال ينقصها الكثير من العمل لتحقيق هذا الهدف.

الفرع الثاني: تطور عدد الهياكل الصحية وعدد الأسرة بها خلال الفترة (1992-2018)

لقد قامت الجزائر من أجل تغطية الاحتياجات الصحية للسكان بإنجاز هياكل الصحية بمختلف أنواعها من مؤسسات استشفائية ومراكز استشفائية جامعية وكل نوع منها يضم أسرة لتوفير خدمات صحية ذات جودة للسكان.

أولا- تطور عدد الهياكل الصحية خلال الفترة (1992-2018): ويبين الجدول رقم (05) الموالي تطور عدد الهياكل الصحية وعدد الأسرة خلال الفترة (1992-2007).

جدول رقم (05): تطور عدد الهياكل الصحية وعدد الأسرة خلال الفترة (1992-2007)

السنوات	القطاعات الصحية	المؤسسة الاستشفائية الجامعية	المراكز الاستشفائية الجامعية	المؤسسة الاستشفائية المتخصصة	عدد الأسرة	عدد مؤسسات القطاع الخاص
1992	191	00	53	19	53068	-
1993	195	00	53	19	52802	-
1994	202	00	53	19	53612	-
1995	202	00	28	21	54213	-
1996	185	00	26	21	53125	-
1997	185	00	13	25	52968	-
1998	201	00	13	31	53529	-
1999	217	00	13	31	54170	-
2000	224	00	12	31	54311	6819
2001	230	00	12	32	53660	7012
2002	227	00	13	32	53252	7271
2003	230	00	13	32	53739	22330
2004	231	01	13	32	56765	23165
2005	232	01	13	32	54460	22823
2006	234	01	13	36	54720	23929
2007	240	01	13	54	57063	25565

Source : Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière, situation démographique et sanitaire 2000-2014, op.cit.

وقد تم إعداد هذين الجدولين وتقسيمهما على هذا النحو بسبب تقسيم القطاعات الصحية سنة 2007 إلى مؤسسات عمومية استشفائية ومؤسسات عمومية للصحة الجوارية.

جدول رقم (06): تطور عدد الهياكل الصحية وعدد الأسرة خلال الفترة (2008-2018)

السنوات	القطاع العام								عدد مؤسسات القطاع الخاص
	المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية		المؤسسة الاستشفائية الجامعية		المراكز الاستشفائية الجامعية		المؤسسة الاستشفائية المتخصصة		
	عدد الهياكل	عدد الأسرة	عدد الهياكل	عدد الأسرة	عدد الهياكل	عدد الأسرة	عدد الهياكل	عدد الأسرة	
2008	194	33665	01	608	13	13042	57	10475	-
2009	197	35218	01	679	13	12501	61	10824	27392
2010	198	34724	01	709	13	12881	64	10816	28515
2011	196	34705	01	759	14	12312	63	10863	29442
2012	197	37769	01	764	14	12500	66	11298	30844
2013	194	38015	01	806	14	12862	68	11499	28815
2014	201	38941	01	806	14	12862	71	11499	30630
2015	209	39265	01	810	15	13050	75	11637	31968
2016	209	39731	01	818	15	12910	75	11725	35839
2017	214	39103	01	869	15	13668	77	1183	-
2018	215	41975	01	1087	15	13758	79	12920	-

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على:

Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière, Indicateurs - .démographiques, op.cit

Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière, situation démographique- et sanitaire 2000-2014, op.cit.

- Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, direction de la planification, statistiques sanitaires, 2017,2018.

-الديوان الوطني للإحصائيات، مرجع سبق ذكره.

*بالنسبة للمراكز الاستشفائية الجامعية من 1992 إلى غاية 1996 العدد قدر بالوحدات.

نلاحظ من هذين الجدولين تزايد في عدد الهياكل الصحية وعدد الأسرة وهذا لتتماشى مع الطلب المتزايد للعلاج وارتفاع عدد السكان، أما بالنسبة للمؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية الانخفاض في عدد الهياكل سنة 2008 يعود إلى إعادة التقسيم حيث كانت تسمى سابقا بالقطاع الصحي وأعيد تقسيمها لتقريب الصحة من المواطن وكذا ضمان التدرج في العلاج لتخفيف الضغط على المستشفيات وأيضا ضمان العدالة في توزيع العلاج بين المواطنين. رغم هذا العدد من الهياكل الصحية غير أنها

غير كافية خاصة بالنسبة للمؤسسات الاستشفائية المتخصصة والمراكز الاستشفائية الجامعية لتغطية احتياجات جميع السكان الصحية خاصة سكان مناطق الجنوبية.

ثانيا- مؤشرات التغطية بالأسرة في الهياكل العمومية خلال الفترة (1992-2018): تتمثل في عدد السكان بالنسبة للسرير الواحد، ويبين الجدول رقم (07) والجدول رقم (08) المواليين تطور مؤشرات التغطية بالأسرة في الهياكل العمومية خلال الفترة (1992-2018)

جدول رقم (07): مؤشرات التغطية بالأسرة في الهياكل العمومية خلال الفترة (1992-1999)

السنوات	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
عدد أسرة	53068	52802	53612	54125	53125	52529	53529	54170
مؤشر التغطية بالأسرة	595	509	513	518	538	553	551	553

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات، مرجع سبق ذكره.

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ ارتفاع عدد الأسرة من 53068 وبمؤشر تغطية 595 سنة 1992 إلى 54170 سرير سنة 1999 وبمؤشر تغطية 553، رغم ارتفاع عدد الأسرة إلا أنها لا تستطيع توفير التغطية الصحية الشاملة لجميع السكان خاصة مع التوزيع غير العادل لهذه المؤسسات بين مناطق الوطن.

جدول رقم (08): مؤشرات التغطية بالأسرة في الهياكل العمومية خلال الفترة (2000-2018)

السنوات	المؤسسة العمومية الاستشفائية	المؤسسة الاستشفائية الجامعية	المراكز الاستشفائية الجامعية	المؤسسة الاستشفائية المتخصصة
2000	874	-	2324	4741
2001	910	-	2293	4932
2002	921	-	2369	5261
2003	930	-	2365	5268
2004	868	-	2440	5202
2005	972	44468	2378	5443
2006	985	45245	2637	4583
2008	1026	57652	2699	3483
2009	1048	58007	2704	3367
2010	1022	52987	2878	3324
2011	1057	51787	2850	3395
2012	1080	49401	3045	3452
2013	1014	50126	3064	3390
2014	1029	48528	3041	3401

3434	3062	49337	1043	2015
34332	2971	46737	1022	2016
34953	3025	47583	1057	2017
3236	3039	38468	996	2018

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على:

-الديوان الوطني للإحصائيات، مرجع سبق ذكره.

Ministère De La Santé De La Population Et De La Réforme Hospitalière, Indicateurs - Démographiques, Op.cit

Orme Hospitalière, Situation ا Ministère De La Santé De La Population Et De La Réf-Démographique Et Sanitaire 2000-2014, Op.cit.

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه، بالنسبة لسنة 2018 أن واحد سرير ل 996 بالنسبة للمؤسسات العمومية الاستشفائية وسرير واحد ل 38468 ساكن بالنسبة للمؤسسات الاستشفائية الجامعية وسرير واحد ل 3039 ساكن بالنسبة للمراكز الاستشفائية الجامعية وسرير واحد ل 3236 ساكن بالنسبة للمؤسسات الاستشفائية المتخصصة، وهذه النتائج ضعيفة لذا يجب التفكير في وضع استراتيجيات لزيادة عدد المؤسسات الصحية وبالتالي زيادة عدد الأسرة لضمان استفادة جميع السكان من التغطية الصحية اللازمة.

من خلال دراستنا للإمكانيات المادية والبشرية التي تتوفر عليها المنظومة الصحية الجزائرية رغم ارتفاعها وزيادتها المتواصلة عبر السنوات المدروسة غير أنها لا تتماشى مع النمو المتزايد للسكان واحتياجاتهم الصحية، كما أن هناك توزيع غير عادل لهذه الإمكانيات عبر مختلف مناطق التراب الوطني، وعليه عدم وجود توزيع عادل للعلاج. أما بالنسبة لتطور نفقات المؤسسات الصحية فسنتطرق لها في الفصل الموالي.

المطلب الثاني: المؤشرات الصحية للمنظومة الصحية الجزائرية خلال الفترة (1992-2018)

هناك العديد من مؤشرات الحالة الصحية وستختصر دراستنا على بعض المؤشرات منها معدل وفيات الرضع والأطفال دون سن الخامسة ومعدل المواليد الأموات (‰)، معدل وفيات الأمهات، معدل الأمل في الحياة عند الولادة.

الفرع الأول: معدل وفيات الرضع والأطفال دون سن الخامسة ومعدل المواليد الأموات (‰)

يُحسَب معدل وفيات الرضع دون السنة من خلال قسمة عدد وفيات الأطفال أقل من سنة خلال السنة على الولادات الحية المصححة لذات السنة، أما احتمال وفيات الأطفال دون سن الخامسة (‰) فهو احتمال وفاة المواليد قبل بلوغهم خمس سنوات. ومعدل المواليد الأموات هو حاصل قسمة عدد المواليد الأموات

خلال السنة على عدد الولادات (مواليد أحياء + أموات) خلال نفس السنة[108]. ويبين الجدول الموالي رقم (09) عدد ومعدل المواليد الأحياء وكذا عدد المواليد الأموات والمعدل الخام للوفيات خلال الفترة (1992-2018).

جدول رقم (09): عدد ومعدل المواليد الأحياء وكذا عدد المواليد الأموات والمعدل الخام للوفيات خلال الفترة (1992-2018)

السنوات	عدد المواليد الأحياء	المعدل الخام للولادات (‰)	عدد وفيات الرضع	معدل وفيات الرضع(أقل من 01سنة)(‰)	معدل الوفيات للأطفال أقل من 05سنوات(‰)	معدل المواليد الأموات (‰)
1992	799000	30.41	31999	40	47.2	22.7
1993	775000	28.22	30438	39.1	46.1	22.4
1994	776000	28.24	28714	38.1	44.9	22.1
1995	711000	25.33	26971	37.2	43.7	21.8
1996	654000	22.91	25309	36.3	42.5	21.5
1997	654000	22.51	23812	35.5	41.6	21.4
1998	607000	20.58	22524	34.9	40.8	21.4
1999	594000	19.82	21503	34.4	40.2	21.4
2000	589000	19.36	21072	36.9	43.00	24.7
2001	619000	20.03	23213	37.5	43.5	24.7
2002	617000	19.68	21410	34.7	40.2	27.0
2003	649000	20.36	21093	32.5	38.0	25.5
2004	669000	20.67	20338	30.4	35.7	25.0
2005	703000	21.36	21371	30.4	35.5	23.6
2006	739000	22.07	19879	26.9	31.6	21.4
2007	783000	22.98	20515	26.2	30.8	21.4
2008	817000	23.62	20793	25.5	29.7	19.9
2009	849000	24.07	21076	24.8	29.00	18.4
2010	888000	24.68	21046	23.7	27.5	18.2
2011	910000	24.78	21055	23.1	26.8	16.7
2012	978000	26.08	22088	22.6	26.1	15.9
2013	963000	25.14	21586	22.4	26.1	15.9

[108] ديمغرافيا الجزائر، الديوان الوطني للإحصائيات، www.ons.dz

14.6	25.6	22.00	22282	25.93	1014000	2014
13.9	25.7	22.3	23150	26.03	1040000	2015
13.2	24.0	20.9	22271	26.12	1067000	2016
12.5	24.0	21.0	22240	25.40	1060000	2017
12.1	24.2	17.1	21846	24.39	1038000	2018

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على:

- الديوان الوطني للإحصائيات، على الموقع: www.ons.dz
- بيانات البنك الدولي 1992-1999.

Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière, situation démographique et sanitaire 2000-2014, op.cit.

Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière, Indicateurs démographiques, op.cit.

من خلال النتائج الموجودة في الجدول رقم (09)، نلاحظ انخفاض في معدل وفيات الأطفال دون السنة ودون الخمس سنوات ومعدل المواليد الأموات حيث انتقل من 36,9و43 و24,7 على التوالي لكل 1000 مولود حي سنة 2000 إلى معدل وفيات الأطفال سنة 2018 بالنسبة للرضع 17.1 و 24.2 و 12.1 لكل 1000 مولود حي.

الفرع الثاني: معدل وفيات الأمهات

حيث يبين الجدول الموالي رقم (10) معدل وفيات الأمهات لكل 100000 مولود حي خلال الفترة (1992-2018).

جدول رقم (10): معدل وفيات الأمهات لكل 000 100 مولود حي خلال الفترة (1992-2017)

السنوات	معدل وفيات الأمهات لكل 100000 مولود حي	السنوات	معدل وفيات الأمهات لكل 100000 مولود حي
1992	205	2005	148
1993	201	2006	147
1994	196	2007	148
1995	192	2008	148
1996	189	2009	148
1997	184	2010	147
1998	179	2011	147
1999	174	2012	145
2000	170	2013	144
2001	164	2014	141

140	2015	158	2002
113	2016	153	2003
112	2017	150	2004

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على: بيانات البنك الدولي

Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière, Indicateurs démographiques, op.cit.

Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière, situation démographique et sanitaire 2000-2014, op.cit.

CNAS, Rapport national sur le développement humain2013-2015,p82, site web : http://www.cnes.dz/cnes/wp-content/uploads/RNDH%202013-2015.pdf.

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه، أنه في عام 1999 تم تسجيل 174 وفاة لكل 100000 مولود حي لينخفض هذا المعدل تدريجيا إلى أن وصل سنة 2017 إلى 112 حالة وفاة لكل 100000 مولود حي، وهذه النتائج تعكس جهود الجزائر في حماية صحة الأم والطفل، ويظهر ذلك من خلال إنشاء مصالح خاصة بالأم والطفل، ورغم ذلك لابد من بذل المزيد من الجهود من خلال توفير أطباء متخصصين أكفاء لتوفير حماية أكثر للأم أثناء الحمل وعند الولادة.

الفرع الثالث: معدل الأمل في الحياة عند الولادة

عادة ما يقاس المستوى الصحي لبلد ما بمعدل الأمل في الحياة، والذي يمثل متوسط عدد السنوات التي يعيشها الأفراد[109]. ويبين الجدول الموالي رقم (11) تطور معدل الأمل في الحياة عند الولادة خلال الفترة من (1992-2018).

جدول رقم (11): تطور معدل الأمل في الحياة عند الولادة خلال الفترة (1992-2018)

السنوات	معدل الأمل في الحياة عند الولادة بالسنوات		
	رجال	نساء	المجموع
1992	65.667	68.811	67.226
1993	65.925	69.073	67.482
1994	66.23	69.357	67.774
1995	66.593	69.679	68.115
1996	67.012	70.044	68.504
1997	67.463	70.439	68.926
1998	67.93	70.856	69.367
1999	68.406	77.293	69.822

[109] بومعراف إلياس، عماري عمار، من أجل تنمية صحية مستدامة في الجزائر، مجلة الباحث، ورقلة، الجزائر، العدد 07، 2009-2010، ص 29

72.5	73.4	71.5	2000
72.9	37.6	71.9	2001
73.4	74.4	72.5	2002
73.9	74.9	72.9	2003
74.8	75.8	73.9	2004
74.6	75.6	73.6	2005
75.7	76.7	74.6	2006
75.7	76.8	74.7	2007
75.6	76.4	74.8	2008
75.5	76.3	74.7	2009
76.3	77.0	75.6	2010
76.5	77.4	75.6	2011
76.4	77.1	75.8	2012
77.0	77.6	76.5	2013
77.2	77.8	76.6	2014
77.1	77.8	76.4	2015
77.6	78.2	77.1	2016
77.6	78.2	76.9	2017
76.69	77.94	75.49	2018

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على:

- البنك الدولي، مؤشرات التنمية العالمية، على الموقع الإلكتروني: https://data.albankaldawli.org.
- ديوان الوطني للإحصائيات، ديموغرافيا الجزائر 2017، مرجع سبق ذكره.

من خلال الجدول رقم (11) الخاص بمعدل الأمل في الحياة عند الولادة نلاحظ ارتفاع هذا المعدل عند النساء مقارنة بالرجال، وبالنسبة للجنسين معاً نلاحظ أن هذا المعدل ارتفع من 72.5 سنة عام 2000 إلى 76.69 سنة عام 2018، وهذا دليل على تحسن الظروف المعيشية وكذا الرعاية الصحية التي توفرها المنظومة الصحية للسكان.

المطلب الثالث: الاختلالات التي تواجه المنظومة الصحية الجزائرية وسبل معالجتها

تتمثل الاختلالات المميزة للمنظومة الصحية الجزائرية والتي يمكن تقسيمها إلى ثلاثة أقسام في:

الفرع الأول: اختلالات متعلقة بتنظيم الوسائل المادية والبشرية، التكوين، الإعلام الصحي والتدابير المقترحة لمعالجتها

أولا- اختلالات متعلقة بتنظيم الوسائل المادية والبشرية: لقد انبثقت عن أشغال مجلس إصلاح المستشفيات عدة ملاحظات تُرجمت إلى نقاط أساسية تُظهر هشاشة التنظيم على مستوى القطاع العمومي، وتتمثل في[110]:

- ✓ تعدد أجهزة التدخل على مستويات مختلفة مما يجعل الوصاية شديدة الثقل وغير فعالة؛
- ✓ تثبيط المستخدمين بسبب قوانين أساسية وظروف ممارسة غير ملائمة وأجور منخفضة؛
- ✓ تباين توزيع الوسائل المادية والبشرية بين المناطق وداخلها؛
- ✓ نقص في صيانة العتاد الطبي؛
- ✓ نفاذ المواد الصيدلانية بسبب الضغوطات المالية والتنظيمية مما أدى إلى اختلالات في تسيير المستشفيات للأدوية؛
- ✓ تقييم غير كاف للنشاطات الطبية.

ثانيا: معالجة الاختلالات المرتبطة بتنظيم الوسائل المادية والبشرية: لم يترك مجلس إصلاح المستشفيات تلك الاختلالات سابقة الذكر دون معالجة بل حاول وضع بعض الحلول والاقتراحات كما يلي:

- ✓ الحد من تدخل الوصاية بتوزيع مهام الإدارة المركزية على هياكلها غير الممركزة؛
- ✓ مراجعة القوانين السارية المفعول للمستخدمين قصد تحسين شروط الممارسة والتقدم في المسار المهني وإدراج نظام تعويض محفز؛
- ✓ توحيد الوسائل المادية والبشرية؛
- ✓ إنشاء مديرية مستقلة على مستوى وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات تكلف بصيانة العتاد الطبي؛
- ✓ جعل صيدلية المستشفيات هيكلا مستقلا وتحديد مهامها بدقة وإلزامها بمسؤولياتها؛
- ✓ تزويد المستشفيات بالهياكل والآليات والوسائل والأدوات اللازمة للتقييم الداخلي.

الفرع الثاني: الاختلالات المرتبطة بالتكوين وطرق معالجتها

أعطى المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات أهمية كبيرة لتكوين المستخدمين في قطاع الصحة، وذلك لعدة اعتبارات تتمثل في[111]:

أولا: الاختلالات المرتبطة بالتكوين:

[110] عتيق عائشة، مرجع سبق ذكره، ص ص 143-144.

[111] كحيلة نبيلة، تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، مذكرة ماجستير غير منشورة، جامعة قسنطينة، الجزائر،2008-2009، ص ص 58-59.

- ✓ التكوين الأكاديمي لم يعد قادرا على الاستجابة للمؤهلات التي تتطلبها ممارسة المهنة ومتطلبات تعدد الخدمات في الميدان، وهذا ما يترتب عنه نقص محسوس في بعض الاختصاصات الطبية وشبه الطبية؛
- ✓ لا يأخذ نظام التعليم والتكوين بدقة الحاجيات التي يعبر عنها قطاع الصحة؛
- ✓ مدارس التكوين شبه الطبي لا تستجيب إلى طلبات التكوين المتواصل لكل المستخدمين؛
- ✓ تكوين المسيرين على مؤسسات التعليم العالي لا تستجيب إلى مواصفات التسيير في المستشفيات.

ثانيا: التدابير لمعالجة الاختلالات المتعلقة بالتكوين: تتمثل التدابير في ما يلي:

- إعادة النظر في تزايد عدد الفئات الطبية وإعادة تحديد مواصفات التكوين ومحتويات التعليم المقدم وذلك بالعمل مع قطاع التعليم العالي؛
- إعادة فتح ملحقات مدارس التكوين شبه الطبي على مستوى المؤسسات الصحية حسب الحاجة في إطار إعادة تأهيل المستخدمين وتحسين مستواهم أثناء ممارسة مهامهم؛
- منح ترخيص لممارسة الشبه الطبيين في القطاع الخاص مشروطا بالقيام بتكوين مؤهل لمدة ثلاثة سنوات في المؤسسات العمومية للصحة؛
- وضع مخطط إعادة إدماج مهنيي الصحة المكونين و/أو الممارسين بالخارج بالتعاون مع وزارة التعليم العالي والمؤسسات المكلفة بالتعاون الدولي؛
- مراجعة مواصفات التكوين ومحتوى التعليم حسب الحاجيات التي يعبر عنها قطاع الصحة.

الفرع الثالث: الاختلالات المرتبطة بنظام الإعلام الصحي وطرق معالجتها

إن منظومة الإعلام الصحي لا تدلنا إلا على جزء من طلبات العلاج وعلى نوعية خدمات الصحية المقدمة للسكان، لذا ينبغي تحديد العراقيل المرتبطة بنظام الإعلام الصحي بدقة حتى يتم اتخاذ التدابير المناسبة لمعالجتها.

أولا: الاختلالات المرتبطة بنظام الإعلام الصحي: تتمثل هذه الاختلالات في[112]:

- مكتب قبول غير مسير على أكمل وجه؛
- سجلات وأدوات تسجيل غير كاملة؛
- مستخدمون ناقصو التكوين في الترميز؛
- سوء مسك الملف الطبي والتقارير الطبية؛

[112] أمير جيلالي، مرجع سبق ذكره، ص .186

- عدم ملائمة بعض السجلات الإدارية.

ثانيا: التدابير لمعالجة الاختلالات المتعلقة بنظام الإعلام الصحي: وتتمثل في وضع نظام للإعلام الصحي يسمح بالحصول على المعلومات الضرورية على كل مستوى من مستويات اتخاذ القرار بالمنظومة الوطنية للصحة، ويرتكز نظام الإعلام الصحي على التكنولوجيات الجديدة للإعلام والاتصال، ويدرج نظام الإعلام الصحي كل المعطيات لاسيما في مجالات اليقظة الصحية ونشاطات الصحة والتخطيط القطاعي وتسيير الموارد البشرية والمادية والمالية قصد تقييم الاستراتيجيات القطاعية وتكييفها وتخصيص الموارد بشكل ملائم ويدرج الملف الطبي الوحيد للمريض. كما يضمن نظام الإعلام الصحي العمل مع أنظمة الإعلام الأخرى التي تساهم في تسيير المنظومة الوطنية للصحة وفي حسن سيرها.

ويتم تطبيق نظام الإعلام الصحي مع مراعاة قواعد السرية وفقا للتشريع والتنظيم المعمول بهما، ويُعتبر تسيير نظام الإعلام الآلي من مهام مدراء المؤسسات ويكونون مسؤولين عن معطيات النظام وعن سريتها وكذا سلامة معطياته[113].

الفرع الرابع: اختلالات متعلقة بالتسيير المالي

تعاني المنظومة الصحية الجزائرية من سوء تسيير الموارد المالية فهي تُمنح ميزانيات ضخمة من أجل تلبية الطلب المتزايد للعلاج، رغم ذلك هناك اختلالات تشوب التسيير المالي، حيث هناك سوء في تسيير الموارد المالية المتاحة، فالنفقات والإيرادات المتعلقة بميزانية قطاع الصحة غير مرتبة حسب الأولويات، كذلك هناك عدم التحكم في الإنفاق الصحي بسبب عدم الدقة في تحديد التكاليف المتعلقة بنشاطات مختلف المصالح الصحية[114].

ولمعالجة هذه الاختلالات يجب التحديد الدقيق لتكاليف النشاطات الصحية من خلال فرض رقابة صارمة على هذه الأنشطة، وتطبيق الإدارة بالأهداف وعقود النشاط التي تكون داخلية بين إدارة المؤسسات الصحية ورؤساء مختلف المصالح الصحية والرقابة على الأهداف الموضوعة حتى تتمكن من الرقابة على الموارد المالية، كما يجب وضع ميزانيات على أساس الأهداف الموضوعة والمراد تحقيقها.

الفرع الرابع: اختلالات المتعلقة بالقطاع الخاص والتدابير لاستحداثه

بعد انضمام الجزائر إلى اقتصاد السوق زاد عدد العيادات الاستشفائية الخاصة المفتوحة من طرف الأطباء العامون والممارسين المتخصصين مما طرح إشكالية مراقبتها من طرف السلطات المختصة، ولقد نص مشروع القانون التمهيدي لإصلاح المستشفيات على مجموعة من الإصلاحات منها خضوع الأنشطة الطبية والطبية التقنية ذات الصلة بالصحة إلى ترخيص من طرف المصالح المختصة بوزارة الصحة والسكان، كما تطرق المجلس إلى ضرورة وضع محاسبة المؤسسات الصحية الخاصة تحت تصرف الإدارة المؤهلة لإعطاء موافقتها على تحديد

[113] وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، مشروع تمهيدي لقانون يتعلق بالصحة، ص 34.

[114] دريسي أسماء، مرجع سبق ذكره، ص 146.

تسعيرات الخدمات ومصالح الرقابة المختصة، وتتمثل العراقيل المرتبطة بتسيير القطاع الاستشفائي الخاص في ما يلي[115]:

- غياب قوانين أساسية واضحة للمؤسسات الاستشفائية الخاصة؛
- غياب دفاتر الشروط بالنسبة لهذه المؤسسات؛
- تحديد تكاليف الأتعاب بطريقة عشوائية ودون مراقبة؛
- إشكالية النشاط التكميلي.

أما التدابير المقترحة فتمثلت في:

- تحديد وإعداد القوانين الأساسية الخاصة بالمؤسسات الاستشفائية الخاصة وشبه العمومية؛
- إلزام المؤسسات الاستشفائية المتخصصة بالتكفل بالنشاط الاستعجالي عند غياب الهياكل والتخصصات أو الوسائل العمومية التي تتضمن الاستعجالات ووضع آليات تمويل مناسبة لهذا الغرض؛
- تشجيع القطاع الخاص على اعتماد الشفافية في تقدير تكاليف الأعمال.

[115] أمير جيلالي، مرجع سبق ذكره، ص ص 188-189.

خلاصة الفصل:

تُعبِّر المنظومة الصحية عن مجموعة المؤسسات والمنظمات والموارد المادية والمالية والبشرية التي تهدف بالأساس إلى تحسين مستوى صحة السكان والاستجابة لتوقعاتهم الصحية، وقد تطورت النظم الصحية لتستجيب لمتطلبات الشعوب الصحية، وتوجد ثلاثةُ أنظمةٍ صحيةٍ في العالم وهي الأنظمة الوطنية للصحة، أنظمة التأمين ضد المرض، والأنظمة الليبرالية الصحية.

وقد اهتمت الجزائر بتطوير منظومتها الصحية منذ الاستقلال إلى يومنا هذا حتى تتماشى مع مختلف التطورات، وتوفر العلاج للمواطنين وتتكفَّل باحتياجاتهم الصحية، وتضمن لهم الوقاية من انتشار الأمراض والأوبئة، ومن أجل تأمين هذه المتطلبات قامت الجزائر بإنشاء العديد من الهياكل والمراكز والمؤسسات الصحية وكذا الموارد البشرية اللازمة لسيرها، وذلك بغية تحسين المؤشرات الصحية (معدل الأمل في الحياة، معدل وفيات الرضع، معدل وفيات الأمهات...)، كما قامت الجزائر بتوفير نفقات مالية ضخمة لسير هذه المنظومة وهذا ما سنتطرق إليه من خلال **الفصل الموالي**.

الفصل الثالث: سبل ترشيد الإنفاق العام في المنظومة الصحية الجزائرية

تمهيد:

تَعتمِد المنظومة الصحية الجزائرية بدرجةٍ كبيرةٍ على القطاع العمومي، الذي يعمل على توفير الخدمات الصحية للسكان، لذا تعمل الدولة جاهدةً على توفير التّمويل للإنفاق الصحي، حتى تتمكّن من ضمان تغطية الإمكانيات المادية والبشرية اللازمة لضمان حسن سير المؤسسات العمومية الصحية.

كما يتأثَّر الإنفاق الصحي بالعديد من العوامل التي أدت إلى ارتفاعه باستمرارٍ، وكذا ارتفاع نفقات التجهيز التي تُستخدم في إنشاء وتجهيز المؤسسات العمومية الصحية، لذلك قامت الدولة بالبحث عن السبل التي تمكّنها من التحكم في الإنفاق الصحي وترشيده. ومن هذا المنطلق نتناول من خلال هذا الفصل المباحث التالية:

- **أسباب ارتفاع الإنفاق العام الصحي بالجزائر ومصادر تمويله خلال الفترة (1992–2018)؛**
- **تقييم الإنفاق العام الصحي للمنظومة الصحية الجزائرية خلال الفترة (1992–2018)؛**
- **طرق ترشيد الانفاق العام بالمنظومة الصحية الجزائرية.**

المبحث الأول: أسباب ارتفاع الإنفاق العام الصحي بالجزائر ومصادر تمويله خلال الفترة (1992-2018)

تَستخدِم الدولة الإنفاق الصحي من أجل تحقيق الأهداف المتعلقة بالصحة، من خلال توفير الرعاية الصحية للمرضى وضمان توفير الطب الوقائي والعلاجي، وكذا التَّكفل بحماية صحة السكان والاستجابة لتوقعاتهم الصحية، كما يحتاج الإنفاق العام الصحي إلى التمويل. لِذا سنتعرف من خلال هذا المبحث على أسباب ارتفاع تكاليف الإنفاق العام بالمنظومة الصحية الجزائرية، والتطور التاريخي لمصادر تمويل الإنفاق العام الصحي، وتطور هذا التمويل خلال الفترة (1992-2018).

المطلب الأول: أسباب ارتفاع تكاليف الإنفاق العام بالمنظومة الصحية الجزائرية

تشهد تكاليف الإنفاق العام الصحي تطوراً ملحوظاً مع مرور الوقت، كما تتطلب عملية توفير الإمكانيات المادية والبشرية تكاليفاً ماليةً كبيرةً حتى تضمن التكفل الجيد بصحة المواطنين وتوفير الرعاية الضرورية لهم، لذا سنتطرق فيما يلي إلى تعريف الانفاق العام وخصائصه، ثم نتعرف على الأسباب التي أدت إلى الارتفاع المتواصل في تكاليف الإنفاق العام الصحي بالمنظومة الصحية الجزائرية.

الفرع الأول: تعريف الإنفاق العام وخصائصه

شهد تعريف الإنفاق العام اهتمام العديد من الباحثين لما له من أهمية في تحقيق أهداف الدولة في مختلف المجالات، ومن بينها الأهداف المتعلقة بالصحة، كما أن الإنفاق العام له خصائص معينة، لذا سنتعرف فيما يلي إلى تعريف وخصائص الإنفاق العام.

أولا- تعريف الإنفاق العام: تعددت تعاريف الإنفاق العام ومن بينها:

يُعرَّف الإنفاق العام على أنه مبلغٌ نقديٌّ يقوم بإنفاقه شخصٌ عامٌ قصد تحقيق منفعةٍ عامةٍ[116]. كما يُعرَّف الإنفاق العام بأنه مبلغٌ نقديٌّ يُدفع بواسطة الخزانة العامة لإشباع حاجةٍ عامةٍ[117]. ويُعرف أيضا بأنه مبالغ نقدية يدفعها شخصٌ عامٌ لإشباع حاجةٍ عامَّةٍ[118].

وعليه يمكن استنتاج التعريف التالي للإنفاق العام: هو مبلغٌ نقديٌّ وليس مبلغاً مالياً يقوم بإنفاقه شخصٌ عامٌّ من أجل تحقيق أو إشباع حاجةٍ أو منفعةٍ عامةٍ.

ثانياً: خصائص الإنفاق العام: من خلال تعريف الإنفاق العام يمكن معرفة خصائصه التي تتمثل فيما يلي[119]:

---

[116] زينب حسين عوض الله، أساسيات المالية العامة، دار الجامعة الجديدة، الاسكندرية، 2006، ص 16.

[117] أحمد عبد السميع علام، المالية العامة لمفاهيم والتحليل الاقتصادي والتطبيق، الطبعة الأولى، مكتبة الوفاء القانونية، الاسكندرية، مصر، 2012، ص 41.

[118] نفس المرجع السابق، ونفس الصفحة.

[119] سوزي عدلي ناشد، المالية العامة، الطبعة الأولى، منشورات العلجي الحقوقية، لبنان، 2006، ص 27.

– **الإنفاق العام مبلغٌ نقديٌّ**: يتخذ الإنفاق العام الذي تقوم به الدولة الشكل النقدي كثمن لما تحتاجه من منتجات وخدمات وثمناً لرؤوس الأموال الإنتاجية، التي تحتاجها للقيام بالمشروعات الاستثمارية التي تتولى تنفيذها؛

– **الإنفاق العام يقوم به شخصٌ عامٌ**: لا يعتبر المبلغ النقدي المنفق في سبيل تحقيق مصلحة عامة من قبيل النفقات العامة إلا إذا صدر من شخص عام، ويقصد بالشخص العام ما ينتمي إلى أشخاص القانون العام وهي: الدولة والهيئات العامة المحلية والمؤسسات العامة ذات الشخصية المعنوية، وقد تشمل الولايات والفدراليات في الدول الاتحادية والفدرالية[120]؛

– **تحقيق الإنفاق العام لمنفعة عامة**: إن الهدف من الإنفاق العام ينبغي أن ينحصر في تحقيق الأهداف العامة المتمثلة في مصلحة المواطنين جميعاً وبدون استثناء لأي فرد أو جماعة مهما قل شأنها بالمجتمع.

الفرع الثاني: أسباب ارتفاع الإنفاق العام الصحي في الجزائر

تعددت الأسباب التي جعلت الإنفاق الصحي يشهد ارتفاعاً متواصلاً مع مرور السنين، ولعل أبرز هذه الأسباب هو مجانية العلاج، إضافة إلى أسباب أخرى، وسنتطرق فيما يلي إلى أهم أسباب ارتفاع الإنفاق العام الصحي في الجزائر والمتمثلة في:

أولا– مجانية العلاج: أَسَّس الأمر الوزاري رقم 73-65 مبدأ مجانية العلاج[121]، وكان هذا الأمر الخطوة الأولى في إعطاء فعاليةٍ أكثر للقطاع الصحي وتوحيد نظامه ككل، ووضع برامج صحية لها ارتباطٌ وثيقٌ بالمشكلات الاجتماعية والاقتصادية للأفراد، وذلك بتسخير كافة الوسائل والإجراءات لحماية الصحة وترقيتها وتعميم صيغة الطب المجاني في النظام الصحي، وقد أكد الميثاق الوطني 1976 حق المواطن في الطب المجاني حيث جاء فيه "الطب المجاني مكسب ثوري وقاعدة لنشاط الصحة العمومية وتعبير عملي عن التضامن الوطني ووسيلة تُجسِّد حقّ المواطن في العلاج، كما دعم دستور 1976 هذا الحق في المادة 67 منه والتي تنص على: "كل المواطنين لهم الحق في حماية صحتهم وهذا الحق مضمون بخدمات صحية عامة ومجانية وبتوسيع الطب الوقائي[122]. وهذا ما دعمه دستور 2016 الذي نص على أن الرعاية الصحية حق للمواطنين، وتتكفل الدولة بالوقاية من الأمراض الوبائية والمعدية وبمكافحتها، وتسهر على توفير شروط العلاج للأشخاص المعوزين، نفس الشيء بالنسبة لدستور 2020 حيث نصت المادة 63 منه على أن الدولة تسهر على تمكين المواطن من الرعاية الصحية، لا سيما للأشخاص المعوزين والوقاية من الأمراض المعدية والوبائية ومكافحتها. هذا ما أدى إلى ضرورة توفير موارد كافية في ظل زيادة الاحتياجات الصحية للسكان وتنوعها وظهور الأوبئة؛

---

[120] حسين مصطفى حسين، المالية العامة، سلسلة في دروس الاقتصاد ديوان المطبوعات الجامعية، بن عكنون، الجزائر، 2001، ص 12.

[121] الأمر رقم 73-65 المؤرخ في 1973/12/28 المتضمن تأسيس الطب المجاني في القطاعات الصحية، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 1، 1974/01/01، ص 03.

[122] حسيني محمد العيد، السياسة العامة الصحية في الجزائر، دراسة تحليلية من منظور الاقتراب المؤسسي الحديث 1990–2012، مذكرة ماجستير غير منشورة، جامعة ورقلة، الجزائر، 2012–2013، ص 115.

ثانيا– النمو الديموغرافي: للنمو الديموغرافي تأثير كبير على حجم الإنفاق الصحي، فزيادة عدد السكان تؤدي إلى ارتفاع حجم الإنفاق الصحي، فكلما زاد عدد السكان ازدادت احتياجاتهم الصحية ومن ثم زيادة حجم النفقات الصحية، ويُظهر الجدول الموالي رقم (12) تطور عدد السكان في الجزائر خلال الفترة (1992-2019).

جدول رقم (12): تطور عدد السكان في الجزائر خلال الفترة (1992–2019)

السنوات	عدد السكان	معدل نمو السكان	السنوات	عدد السكان	معدل نمو السكان
1992	27028	2.4	2006	33481	1.78
1993	27635	2.2	2007	34096	1.86
1994	28213	2.1	2008	34591	1.92
1995	28757	1.9	2009	35268	1.96
1996	29266	1.8	2010	35978	2.03
1997	29742	1.6	2011	36717	2.04
1998	30192	1.5	2012	37495	2.16
1999	30623	1.4	2013	38297	2.07
2000	30416	1.48	2014	39114	2.15
2001	30879	1.55	2015	39963	2.15
2002	31357	1.53	2016	40836	2.17
2003	31848	1.58	2017	41721	2.09
2004	32364	1.63	2018	42578	1.99
2005	32906	1.69	2019	43053	1.9

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على:

- البنك الدولي، أطلس بيانات العالم الجزائر، الموقع الالكتروني: https://ar.knoema.com/atlas
- الديوان الوطني للإحصائيات، ديموغرافيا الجزائر 2018، مرجع سبق ذكره.

من خلال الجدول أعلاه، نلاحظ أن عدد السكان في الجزائر في ارتفاعٍ متواصلٍ، حيث بلغ عدد السكان عام 1992 ب 27028 مليار نسمة وبمعدل نمو سكاني وصل إلى 2.4%، ليصل سنة 2019 إلى 43053 مليار نسمة وبمعدل نمو 1.9%، أي بزيادة سكانية قدرها 16024 مليار نسمة بين سنتي 1992 و2019، لذا كان من الضروري أن تترافق هذه الزيادة السكانية بزيادة في حجم الإنفاق الصحي حتى يتم تغطية الاحتياجات الصحية للسكان، وزيادة هذا الإنفاق تظهر من خلال إنشاء مؤسساتٍ صحيةٍ وتوفير الدولة لليد العاملة المؤهلة لضمان السير الحسن لهذه المؤسسات.

ثالثا– التطور التكنولوجي المتواصل في المجال الطبي وارتفاع تكاليف اقتنائه: في الماضي كانت المنظومة الصحية الجزائرية تستخدم وسائل بسيطة في العلاج، بينما في الوقت الحالي نلاحظ اختراع وسائل وأدوات أكثر تطوراً تستخدم في العلاج والتشخيص والتصوير الإشعاعي، والتي تتميز بارتفاع تكاليف اقتنائها، لذا كان لزاماً

على المنظومة الصحية توفير النفقات اللازمة لاقتناء هذه التكنولوجيات حتى تستطيع تلبية الاحتياجات الصحية بالجودة المتوقعة من طرف المرضى.

رابعا– ارتفاع تكلفة الأدوية: تعرف فاتورة الأدوية في الجزائر ارتفاعاً مستمراً خاصة مع انتشار بعض الأمراض المزمنة كمرض السكري وضغط الدم، وانتشار الأمراض المعدية، والأوبئة، والتلقيح لدى الأطفال، وأيضا ارتفاع تكاليف الأدوية المستخدمة في علاج مرضى السرطان. وتُعتَبر السوق الوطنية للأدوية بالجزائر سوقا صغيرة، وقد بلغ حجم هذه السوق 9,2 مليار دولار منها 1,73 مليار دولار من واردات الأدوية في عام 2011 مقابل 0,46 في عام 2001 و1,17 مليار دولار من الإنتاج المحلي حيث تعود نسبة 84% من الإنتاج المحلي للقطاع الخاص و16% من القطاع العام، ويبين الجدول رقم (13) الموالي تطور واردات الأدوية في الجزائر خلال الفترة (2001– سبتمبر 2015).

جدول رقم (13): تطور واردات الأدوية في الجزائر خلال الفترة (2001–سبتمبر 2015)

(الوحدة مليون دولار)

السنوات	واردات الأدوية	السنوات	واردات الأدوية
2001	461,62	2009	1575,32
2002	583,31	2010	936,05
2003	693,03	2011	987,3
2004	913,91	2012	1405.67
2005	1002,41	2013	1137.2
2006	1119,38	2014	1342,51
2007	1335,42	01 سبتمبر 2015	561,35
2008	1695,20		

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على:

– الوكالة الوطنية لتطوير الاستثمار، وزارة الصناعة والمناجم، تاريخ التحميل 2020.03.27، على الموقع الالكتروني: https://www.andi.dz

Ministère De La Santé, De La Population Et De La Réforme Hospitalière, Les Réforme - En Santé Evolution Et Perspectives, Alger, décembre 2015. Pour les années (2010-2015).

كما وضعت وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات نظاما جديدا لتموين المؤسسات بالمواد الصيدلانية الموجهة لضمان التوفير الدائم والكامل للأدوية، يُضاف هذا النظام إلى التدابير التي اتخذتها الحكومة لتصفية قطاع توزيع الأدوية وتطوير وتحديث المنتجات الحساسة. وتشمل نشاطات فرع المواد الصيدلانية مجالات التصنيع، توضيب السلع، بائعون بالجملة، مستوردون، موزعون بالجملة، موزعون بالتجزئة. ويبين الجدول الموالي رقم (14) تطور واردات المواد الصيدلانية من 2001 إلى غاية نوفمبر 2012.

جدول رقم (14): تطور واردات المواد الصيدلانية من (2001 –نوفمبر 2012).(الوحدة مليون دولار).

السنوات	واردات المواد الصيدلانية	السنوات	واردات المواد الصيدلانية
2001	492,14	2007	1448,83
2002	620,34	2008	1852,77
2003	746,00	2009	1745,18
2004	978,05	2010	1677,27
2005	1065,65	2011	1967,75
2006	1189,98	نوفمبر 2012	1829,85

المصدر: الوكالة الوطنية لتطوير الاستثمار، مرجع سبق ذكره.

من خلال الجدول رقم (14) أعلاه، نلاحظ ارتفاع واردات المواد الصيدلانية حيث ارتفعت هذه القيمة من 492,14 مليون دولار سنة 2001 إلى 1829,85 مليون دج في نوفمبر 2012، وهذا دليل على اهتمام المنظومة الصحية الجزائرية بالصناعة الصيدلانية.

خامسا– ارتفاع عدد موظفي القطاع الصحي: يؤدي هذا الارتفاع في عدد موظفي القطاع الصحي إلى ارتفاع النفقات الصحية المخصصة للمستخدمين، وكذا ارتفاع عدد الهياكل الصحية وارتفاع تكاليف إنشائها وتجهيزها، حيث ارتفع عدد موظفي القطاع باستمرارٍ، كما قامت الدولة باستمرارٍ بإنشاء هياكل ومؤسسات للتكفل الصحي بالمرضى، وقد تطرقنا في الفصل الثاني لتطور هذه الامكانيات؛

سادسا– انتشار الأوبئة والأمراض المعدية والمزمنة: يؤدي وجود الأمراض المعدية والأوبئة (مثلا السل والسيدا، فيروس كورونا 19، الطاعون، الملاريا) إلى ارتفاع تكلفة الإنفاق الصحي، بهدف توفير التغطية الصحية اللازمة لمنع انتشارها، والتقليص من وفيات الأمراض المزمنة كمرض السكري، القلب، ومرض السرطان الذي يكلف الدولة مبالغ باهظة حتى تتمكن من توفير التغطية الصحية اللازمة لكل السكان.

المطلب الثاني: التطور التاريخي لنظام تمويل المنظومة الصحية الجزائرية

خضع النظام الصحي الجزائري لأنظمة تمويلٍ متعددةٍ، ويُعتَبر توفير التّمويل الكافي أهم العقبات التي تواجه تطوير قطاع الصحة في الجزائر، خاصة مع الارتفاع المستمر في عدد السكان وزيادة احتياجاتهم الصحية ومن ثم ارتفاع تكاليف الرعاية الصحية المقدمة لهم.

الفرع الأول: مبادئ تمويل الخدمات الصحية

تعتمد عملية تمويل الخدمات الصحية حسب منظمة الصحة العالمية على مبدأين أساسيين هما[123]:

[123] منظمة الصحة العالمية، الإدارة الصحية، مرجع سبق ذكره، ص 185.

- **عدالة التمويل:** تعني أن يكون تمويل الخدمات الصحية منصفا، بحيث يشارك كل فرد من أفراد المجتمع بحصة أو بنسبة مشابهة لنسبة دخله أو راتبه، أي أن يتم تحديد الانتساب بنسبة توازي دخل الفرد مقارنة بغيره من أفراد المجتمع، فلا يضطر الفقير إلى تسديد نسبة أعلى من دخله للحصول على الخدمات الطبية، وهذا مبدأ تلاحظه منظمة الصحة العالمية في تقويمها لأداء النظم الصحية على المستوى الدولي؛
- **فعالية أنظمة التمويل:** يؤكد هذا المبدأ على توفير خدماتٍ صحيةٍ جيدةٍ ذات نوعيةٍ ومميزةٍ، وضمن إنتاجيةٍ قصوى، وذلك لترشيد الإنفاق وتخفيض التكلفة الإدارية لنظام التمويل الصحي.

الفرع الثاني: نظام تمويل المنظومة الصحية خلال الفترة (1963–1973)

تركت فرنسا بعد الاستقلال وضعا صحيا مترديا في الجزائر، لذا سارعت الجزائر بالتعجيل في اتخاذ القرارات التي من شأنها تحسين الصحة وخاصة من ناحية تمويل الإنفاق، وشهدت هذه المرحلة ثلاثة مصادر أساسية للتمويل تتمثل في[124]:

أولاً– المساهمة العمومية: شملت مساهمة الدولة والجماعات المحلية، حيث قدرت ب 60% من مجموع النفقات على الصحة، والتي تحسب على أساس سعر يومي يحدد سنويا، وخصصت لتمويل الفقراء والمعوزين الذين ليس لديهم دخل، حيث كان يتعين عليهم إحضار بطاقاتٍ تصدرها المصالح البلدية لكي يتمكنوا من الاستفادة من العلاج، بحيث كانت النفقات المحققة من جراء معالجة هذه الفئة تمول على النحو التالي:

- 85% من طرف الخزينة العمومية لحساب ميزانية الدولة؛
- 15% من طرف صندوق التضامن للدوائر والبلديات لحساب الجماعات المحلية (8% لحساب الدوائر و7% لحساب البلديات).

ثانياً– مساهمة الضمان الاجتماعي: كانت مساهمة الضمان الاجتماعي مخصصة للتكفل بالمؤمنين وذوي الحقوق وقدرت بنسبة 30% من مجموع نفقات الصحة.

ثالثاً– مساهمة بعض الفئات من المرضى: تتأتى هذه المساهمة من طرف الأشخاص ذوي المهن الحرة والذين لا يخضعون لأي نظام تأمين، فبعد التكفل بهذا النوع من المرضى من طرف الهياكل الصحية العمومية يقوم المريض بدفع نفقاته مباشرة عند مغادرة الهيكلة الصحية التي قدمت له العلاج، إلا أن هذه المشاركة كانت ضعيفةً جداً مقارنةً بالفئات السابقة الذكر، حيث مثلت نسبة 10% من إجمالي نفقات الصحة.

الفرع الثالث: نظام تمويل المنظومة الصحية خلال الفترة (1974–1991)

بداية هذه المرحلة كان بصدور الأمر الوزاري رقم 73–65 الذي أسس مبدأ مجانية العلاج في الجزائر، فمع وضع هذا المبدأ حيز التطبيق لجأت السلطات الوصية إلى إدخال نظام تمويل جديد للمنظومة الصحية،

[124] أمير جيلالي، مرجع سبق ذكره، ص 199.

حيث تم إحداث نظام الدفع الجزافي وبذلك تم تغيير نظام التسعير للخدمات الصحية على أساس اليوم الاستشفائي بنظام التمويل الجزافي، وأصبح النظام الصحي يزود بميزانية شاملة تحدد سنويا بموجب قانون المالية، وتعتبر الدولة وصندوق الضمان الاجتماعي الممولان الأساسيان والوحيدان، فمن جهة يمول القطاع العام من اعتمادات وتخصيصات الميزانية العامة للدولة، ومن جهة أخرى عن طريق تمويل جزافي يقتطع من المركز على حساب موارد الضمان الاجتماعي. وهذه المساهمات هي[125]:

أولاً–مساهمة الدولة: كانت مساهمة الدولة موجهة إلى النشاطات الوقائية، نشاطات التكوين والبحث، تغطية نفقات العلاج الذي يستفيد منه الأشخاص المعوزين، وتغطية الاحتياجات الصحية للسكان بصفة عامة. وتميّزت مساهمة الدولة في هذه المرحلة بالتناقص المستمر، حيث بلغت مساهمتها سنة 1974 ب 71% وفي سنة 1987 انخفضت إلى 34% ثم إلى 30% سنة 1988.

ثانيا– مساهمة الجماعات المحلية: دامت مساهمة الجماعات المحلية إلى غاية سنة 1979، وبعد هذه السنة توقفت عن تمويل هذا القطاع.

ثالثا– مساهمة صناديق الضمان الاجتماعي: مشاركة صناديق الضمان الاجتماعي كان عن طريق نظام الدفع الجزافي، وهي محددة عن طريق تقديرات قطاع الصحة ومقارنة مع حجم مساهمة الدولة، والملاحظ أن مساهمة الضمان الاجتماعي عرفت نمواً مستمراً، فكلما نقُصت مساهمة الدولة زادت مساهمة الضمان الاجتماعي، وهذه المساهمة كانت موجهة أساسا إلى:

- تمويل بعض الهياكل ثقيلة النشاط مثل الهياكل الخاصة بأمراض القلب؛
- تمويل المخطط العائلي؛
- تمويل تحويل المرضى للعلاج في الخارج.

كما أضاف قانون المالية لسنة 1984 مهمة تمويل الاستثمارات المنجزة في قطاع الصحة، هذا ما أدى إلى ارتفاع النسبة من 24% سنة 1974 إلى 67% سنة 1988.

رابعا– مساهمة طب العمل: وهو مصدر آخر من مصادر تمويل قطاع الصحة، حيث تقدم هذه المساهمة من طرف الإدارات والمؤسسات العمومية، وسُجّلت في هذه المرحلة أكبر نسبة زيادات في النفقات العمومية للصحة، كانت تمثل نسبة 7.3% من الناتج المحلي الخام سنة 1973، ثم 4.4% سنة 1980 ثم 5.5% سنة 1988.

[125] خروبي بزارة عمر، إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر (1999–2009) دراسة حالة: المؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة خليف بالشلف، مذكرة ماجستير غير منشورة، جامعة الجزائر 3، الجزائر، 2010–2011، ص ص 81–83.

الفرع الثالث: نظام تمويل المنظومة الصحية خلال الفترة (1992-2021)

تم الانتقال في هذه المرحلة من مرحلة التمويل الجزافي للضمان الاجتماعي للإنفاق الصحي إلى التمويل على أساس علاقات تعاقدية بين وزارة الصحية والضمان الاجتماعي، وتميزت هذه المرحلة بوجود ثلاثة مصادر تمويل رئيسية للإنفاق الصحي، وهي:

أولا-مساهمة الدولة: تُعتَبر مساهمة الدولة الأساس في تمويل المنظومة الصحية الجزائرية، حيث تتكفل الدولة بنفقات الوقاية والتكوين والبحث الطبي والخدمات الصحية للمحرومين غير المؤمنين اجتماعياً، وهذا حسب ما تنص عليه قوانين المالية.

ثانيا-مساهمة الضمان الاجتماعي: لهيئات الضمان الاجتماعي دورٌ كبيرٌ في تمويل المنظومة الصحية الجزائرية، حيث كانت تلتزم بمساهمة إجمالية جزافية، إلا أنه بعد الأزمة الاقتصادية التي مرت بها الجزائر نهاية سنوات الثمانينيات أدت إلى حل العديد من المؤسسات الاقتصادية، وتسريح عددٍ هائلٍ من العمال مما أثر سلباً على هيئات الضمان الاجتماعي، وبالتالي أضعف من مساهمتها في التمويل، لِتَدَع المجال للدولة لتساهم بأكبر نسبة في ميزانيات المنظومة الصحية[126]. حيث أصبح التمويل في هذه المرحلة قائما على العلاقات التعاقدية بين وزارة الصحة والضمان الاجتماعي، وتخصص مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي لتغطية الأعباء الصحية ماليا لصالح المؤمنين اجتماعيا وذوي حقوقهم حسب ما تنص عليه قوانين المالية.

فبصدور القانون رقم 91-25 المؤرخ في 18 ديسمبر 1991 المتضمن قانون المالية لسنة 1992، ينص في مادته 172 على ما يلي: "تحدد مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي في ميزانية القطاعات الصحية والمؤسسات الاستشفائية المتخصصة (ومنها المراكز الاستشفائية الجامعية) بصدد سنة 1992 وبصفة تقديرية بتسع ملايير وخمسمائة مليون دينار جزائري (9.500.000.000 دج)، يطبق هذا التمويل على أساس علاقات تعاقدية تربط الضمان الاجتماعي ووزارة الصحة وتحدد كيفياته عن طريق التنظيم، يحدد تسبيق جزافي في هذا الإطار بمبلغ خمسة ملايين دينار (5.000.000.000 دج)".

كما ينص الأمر رقم 94-03 المؤرخ في 31 ديسمبر 1995 المتضمن قانون المالية لسنة 1995، في المادة 132 على ما يلي: "تحدد لسنة 1995 على أساس تقديري مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي في ميزانية القطاعات الصحية والمؤسسات الاستشفائية المتخصصة (ومنها المراكز الاستشفائية الجامعية) بمبلغ ثلاثة عشر مليارا وخمسمائة وواحد وخمسين مليون دينار (13.551.000.000 دج)، يتم تطبيق هذا التمويل على أساس العلاقات التعاقدية التي تربط الضمان الاجتماعي بوزارة الصحة والسكان، وحسب الكيفيات التي تحدد عن طريق التنظيم، وتخصص هذه المساهمة لتغطية الأعباء الصحية ماليا في صالح المؤمنين اجتماعيا وذوي حقوقهم. وتتكفل ميزانية الدولة بتغطية نفقات الوقاية والتكوين والبحث الطبي والخدمات الصحية المقدمة للمحرومين غير

[126] زيدات سيناء، إدارة مالية المؤسسات الاستشفائية، مذكرة ماجستير غير منشورة، معهد الحقوق بن عكنون، الجزائر، 2002، ص 86.

المؤمنين اجتماعياً. ويبين الجدول رقم (15) الموالي تطور مساهمة الضمان الاجتماعي خلال الفترة (1992-2019).

جدول رقم(15): تطور مساهمة الضمان الاجتماعي خلال الفترة (1992-2019). (الوحدة بالآلاف دج).

السنوات	مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي	نسبة مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي إلى اجمالي ميزانية الصحة	السنوات	مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي	نسبة مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي إلى اجمالي ميزانية الصحة
1992	9500000	-	2006	35000000	49,76
1993	9983000	37,87	2007	35000000	37,41
1994	10050000	32,67	2008	38000000	19,60
1995	13551000	36,89	2009	38000000	17,57
1996	16576000	38,00	2010	38000000	16,04
1997	17972000	41,07	2011	38000000	9,30
1998	19652000	42,44	2012	48129410	11,03
1999	19872000	38,12	2013	49629410	13,28
2000	20540477	37,81	2014	57818524	13,86
2001	21500000	33,38	2015	65219092	15,36
2002	24000000	30,91	2016	64815511	16,24
2003	25000000	28,84	2017	73753570	17,59
2004	27021274	28,21	2018	80000000	18,21
2005	35000000	56,04	2019	88025424	22.06

المصدر: من إعداد الطالبة بالإعتماد على مشاريع قوانين المالية من 1992-2018.

من خلال الجدول أعلاه، نلاحظ نموا وتطورا ملحوظا في مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي في ميزانية المنظومة الصحية الجزائرية، حيث بلغت قيمتها سنة 1992 ب9500000 ألف دج وبنسبة 37.87% من إجمالي ميزانية تسير القطاع الصحي ليصبح مبلغ التمويل 80000000 ألف دج سنة 2018 بنسبة تمويل تقدر ب 18.21%. وهي نسبة ضئيلة مقارنة مع زيادة عدد المؤمنين اجتماعيا وارتفاع تكلفة الرعاية الصحية المقدمة لهم وارتفاع تكاليف الأدوية المستخدمة في العلاج، حيث بلغ عدد المؤمنين سنة 2001 من قبل الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي ب 4873699 مؤمنا ليرتفع عدد المؤمنين سنة 2017 إلى 12316693 مؤمنا اجتماعيا، وبالنسبة للصندوق الوطني للمتقاعدين فقد بلغ عدد المتقاعدين سنة 2001 ب 1341161 متقاعدا، ليرتفع عددهم سنة 2017 إلى 3159952 متقاعدا، في حين بلغ عدد المنخرطين في الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء سنة 2001 ب 558473 منخرط، وسنة 2017 بلغ عددهم 1806124 منخرطا،

أما عدد المشتركين في هذا الصندوق وعدد المتقاعدين فقد بلغ عددهم على التوالي 303676 مشتركا و134908 متقاعدا سنة 2001، وبالنسبة لسنة 2017 فقد بلغوا 794118 مشتركا بذات الصندوق و289356 متقاعدا، أما فيما يخص الصندوق الوطني للعطل والبطالة، الأشغال، ورداءة الأحوال الجوية للبناء العمومية والمياه فقد بلغ عدد المستخدمين المنخرطين به 30091 سنة 2001، ليرتفع عددهم إلى 59322 مستخدم منخرط سنة 2017، في حين بلغ عدد العمال المصرح بهم سنة 2001 ب 299694، وعدد الخدمات المقدمة 292480، وفي سنة 2017 بلغ عدد العمال المصرح بهم 1063957 عامل مصرح به و1153508 خدمة مقدمة[127]. من خلال هذه الأرقام نلاحظ تزايدا واضحا في عدد المؤمنين اجتماعيا، (أنظر الملحق رقم 01)، ومن ثم ضرورة تكفل هيئات الضمان الاجتماعي باحتياجاتهم الصحية وتوفير الأدوية اللازمة لهم، وتمويل المنظومة الصحية الجزائرية عن طريق الضمان الاجتماعي يتم من خلال العلاقات التعاقدية بين وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات والضمان الاجتماعي.

ثالثا–مساهمة العائلات: تتمثل في المداخيل الناتجة عن نشاطات المؤسسات الصحية، من خلال دفع المرضى المعالجين لتكلفة علاجهم بصفة مباشرة، أي تخص مساهمات المرضى الذين لا تُغطَّى تكاليف علاجهم من طرف الدولة وغير المؤمنين لدى هيئات الضمان الاجتماعي، وهي نسبة ضئيلة من ميزانية مؤسسات المنظومة الصحية.

تُستخدَم مصادر تمويل المنظومة الصحية الجزائرية من أجل تغطية الإنفاق الصحي الذي يُعتبر مهما لسير المؤسسات الصحية، لذا سنتطرق من خلال المبحث الموالي إلى تقييم الإنفاق العام الصحي للمنظومة الصحية الجزائرية.

المبحث الثاني: تقييم الإنفاق العام الصحي للمنظومة الصحية الجزائرية خلال الفترة (1992–2018)

يعتمد سير مؤسسات المنظومة الصحية الجزائرية بدرجة كبيرة على الإنفاق العام الصحي، حيث تخصص الدولة سنويا ميزانيات ضخمة من أجل ضمان توفير الإمكانيات المادية والبشرية اللازمة لضمان توفير خدمات صحية ذات جودة للمواطنين، والتكفل باحتياجاتهم الصحية، لذا سنتعرف من خلال هذا المبحث إلى مختلف جوانب الإنفاق العام بالمنظومة الصحية الجزائرية، وتطور الانفاق العام الصحي، وكذا تحليل تطور الإنفاق على الصحة من خلال بعض المؤشرات الاقتصادية.

المطلب الأول: جوانب الإنفاق العام للمنظومة الصحية الجزائرية

[127] L'Algérie En Quelques Chiffre, http://www.ons.dz.

تنقسم النفقات العامة للدولة إلى نفقات التسيير ونفقات التجهيز، وحسب المادة (05) من القانون 90-21 المؤرخ في 15 أوت 1990 المتعلق بالمحاسبة العمومية، فإن **نفقات التسيير** تتضمن تغطية الأعباء العادية الضرورية لتسيير المصالح العمومية التي تسجل اعتماداتها في الميزانية العامة للدولة، أما **نفقات التجهيز** حسب المادة (06) من نفس القانون فتسجل نفقات التجهيز العمومية ونفقات الاستثمارات والنفقات بالرأسمال في الميزانية العامة للدولة على شكل رخص برامج وتنفذ باعتمادات الدفع.

إذن تتمثل نفقات التسيير في النفقات الخاصة بالاحتياجات المالية السنوية التي تسمح للمؤسسات الصحية بتحقيق أهدافها، وهي محددة بالقرار الوزاري المشترك المؤرخ في 13 جوان 2013 المتعلق بمدونة ميزانية المؤسسات الاستشفائية الجامعية، المؤسسات الاستشفائية المتخصصة، المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية. ووجود هذه النفقات يضمن السير الحسن لهذه المؤسسات من خلال ضمان توفير الإمكانيات المادية والمالية والبشرية، وذلك من أجل ضمان التغطية الصحية الشاملة للسكان، وقد قسم المشرع هذه النفقات إلى عنوانين هما نفقات المستخدمين ونفقات التسيير.

الفرع الأول: نفقات المستخدمين

يشمل هذا العنوان الأبواب التالية:

– **الباب الأول: مرتبات نشاط المستخدمين المرسمين والمتربصين والمتعاونين:** حيث يضم هذا الباب مرتبات نشاط المستخدمين المرسمين والمتربصين، مرتبات نشاط المستخدمين المتعاونين، وكذا الزيادة الاستدلالية لشاغلي المناصب العليا؛

– **الباب الثاني: التعويضات والمنح المختلفة:** يضم هذا الباب التعويضات عن: المناوبة وخطر العدوى، التوثيق، التوثيق البيداغوجي، تعويض الخبرة البيداغوجية، التعويض الإجمالي الخاص، تعويض التأهيل والتأطير، علاوة المردودية، تعويض خدمات دعم نشاطات الصحة، تعويض الخدمات الإدارية والتقنية المشتركة، تعويض الضرر والتعويض الجزافي عن الخدمة، وغيرها من التعويضات الموجهة للشبه طبيين والأعوان الطبيين في التخدير والإنعاش، وعلاوة الانتفاع، والمنحة الجزافية التعويضية، وتعويض تسيير المصالح الصحية، تعويض دعم نشاطات الإدارة، تعويض الخدمة الإلزامية النوعية،....

– **الباب الثالث: مرتبات نشاط المقيمين، الداخليين والخارجيين:** ويضم مرتبات نشاط الطلبة المقيمين ومرتبات نشاط الطلبة الداخليين والخارجيين، والتعويض عن المناوبة وعن خطر العدوى، وعلاوة تحسين الأداء؛

– **الباب الرابع: مرتبات المستخدمين المتعاقدين:** ويضم مرتبات المستخدمين المتعاقدين بالتوقيت الكامل وبالتوقيت الجزئي، والتعويضات والمنح المختلفة الممنوحة للمستخدمين المتعاقدين؛

– **الباب الخامس: الأعباء الاجتماعية للمستخدمين المرسمين والمتربصين والمتعاونين:** يضم خدمات ذات الطابع العائلي، الضمان الاجتماعي، التأمين على البطالة والتقاعد المسبق؛

– **الباب السادس: الأعباء الاجتماعية للمقيمين الداخليين والخارجيين:** يضم خدمات ذات الطابع العائلي، الضمان الاجتماعي، التأمين على البطالة والتقاعد المسبق؛

– **الباب السابع: الأعباء الاجتماعية للمستخدمين المتعاقدين:** يضم خدمات ذات الطابع العائلي، الضمان الاجتماعي، التأمين على البطالة والتقاعد المسبق؛

– **الباب الثامن: معاشات الخدمة للأضرار الجسدية وريع حادث العمل:** يضم معاش الخدمة، معاش الأضرار الجسدية، وريع حادث العمل؛

– **الباب التاسع: المساهمة في الخدمات الاجتماعية:** يشمل هذا الباب النفقات المخصصة للخدمات الاجتماعية والتي تقدر بنسبة 3% من الكتلة الأجرية، وتُسيَّر من طرف لجنة الخدمات الاجتماعية على مستوى المؤسسة الصحية، والتي يتم انتخابها من طرف المستخدمين، وتُوجه لبعض النشاطات الثقافية والرياضية وتقديم المساعدات والقروض للمستخدمين وغيرها.

يشمل هذا العنوان كل النفقات الخاصة بأجور الموظفين (مستخدمين مرسمين وأعوان متعاقدين) من مرتبات ولواحق بما فيها المنح والتعويضات والمعاشات، وعند تنفيذ هذه النفقة يُراعى بالنسبة للأجور سلم معين خاص برتبة كل موظف أما لواحق الأجر من منح وتعويضات وغيرها فتخضع إلى القوانين الأساسية لكل سلك.

الفرع الثاني: نفقات التسيير

يضم هذا العنوان الأبواب التالية:

– **الباب الأول: تسديد المصاريف:** يشمل تسديد مصاريف المهام والتنقل، مصاريف الدراسة والخبرة والترجمة والمحامون والمحضرون القضائيون، مصاريف الاستقبال، جمع ونقل ومعالجة النفايات؛

– **الباب الثاني: المصاريف القضائية والتعويضات المستحقة على عاتق الدولة؛**

– **الباب الثالث: العتاد والأثاث:** اقتناء وصيانة عتاد وأثاث المكتب وأجهزة الاعلام الآلي والبرامج، العتاد السمعي البصري، خدمات الإعلام الآلي، اقتناء واصلاح عتاد الوقاية والأمن، واقتناء عتاد ولواحق المطبخ؛

– **الباب الرابع: اللوازم:** تتمثل في الأوراق ولوازم المكتب ومستهلكات الاعلام الآلي ومواد التنظيف، اقتناء واصلاح البياضة ومستلزمات الأسرة، ومصاريف إعداد المطبوعات ومختلف الوثائق؛

– **الباب الخامس: الألبسة؛**

– **الباب السادس: التكاليف الملحقة:** وتتمثل في تكاليف الماء، الغاز والكهرباء، ومصاريف البريد والمواصلات، نفقات اشتراك الانترنت، التوثيق والاشتراك في المجلات الدورية، مصاريف الإعلان في الصحف والتأمين؛

– **الباب السابع: حظيرة السيارات:** تتمثل في كل المصاريف المتعلقة باقتناء وتجديد السيارات، الوقود والزيوت، صيانة واصلاح السيارات وشراء قطع الغيار، تأمين السيارات ومصاريف المراقبة التقنية للسيارات واقتناء قسيمة السيارات؛

– **الباب الثامن: صيانة وتصليح المنشآت القاعدية:** يشمل هذا الباب كل النفقات المخصصة لصيانة الهياكل والمباني والمساحات الخضراء وترميمها، وتمويل شراء مواد البناء المخصصة لمواد الصيانة والترميم، أما الأشغال الكبرى فهي تندرج في نفقات التجهيز القطاعية غير الممركزة التي يتكفل بها الوالي؛

– **الباب التاسع: مصاريف التكوين وتحسين المستوى وتجديد المعلومات وتربص المستخدمين:** وتتمثل هذه المصاريف في مصاريف التربص قصير المدة بالخارج، مصاريف التكوين وتحسين الأداء وإعادة التأهيل المستخدمين، ومصاريف تنظيم الامتحانات والمسابقات المهنية؛

– **الباب العاشر: المصاريف المرتبطة بالمؤتمرات والملتقيات والتظاهرات العلمية الأخرى:** وتتمثل في مصاريف التنقل والإقامة بمناسبة المؤتمرات والملتقيات، التوأمة والتظاهرات العلمية الأخرى، ومصاريف مرتبطة بالتكفل بالوفود الأجنبية في إطار الشراكة والتبادلات العلمية؛

– **الباب الحادي عشر: التغذية ومصاريف الإطعام:** يشمل هذا الباب نفقات تغذية المرضى المقيمين بالمؤسسات الاستشفائية ومرافقيهم، والذين يتم تحديدهم بناءً على جداول تعداد المرضى التي يعدها مكتب الدخول، وكذا نفقات تغذية المستخدمين الذين لهم الحق في الاستفادة من الوجبات، ويختتم هذا الباب بحساب النفقة على السنة المالية المقفلة. يتم الالتزام بنفقات هذا الباب إما عن طريق الاستشارات أو عن طريق الصفقات؛

– **الباب الثاني عشر: الإيجار:** ويشمل ايجار السكنات الوظيفية، ايجار المحلات ذات الاستعمال الإداري، وإيجار السكنات المخصصة للممارسين المتخصصين في إطار الخدمة المدنية؛

– **الباب الثالث عشر: الأدوية والمواد الصيدلانية: ومواد أخرى موجهة للطب الإنساني والأجهزة الطبية:** يشمل هذا الباب النفقات الخاصة باقتناء مختلف الأدوية اللازمة، وكذا المواد الأخرى ذات الاستعمال الطبي، كمواد المخابر وأفلام التصوير والغازات الطبية واللوازم المختلفة والملحقات والأثاث ذا الاستعمال الطبي، ويتم الالتزام بنفقات هذا الباب عن طريق الصفقات العمومية، وذلك لأن الاعتمادات المخصصة لهذا العنوان كبيرة وتستلزم إبرام صفقات عمومية؛

– **الباب الرابع عشر: نفقات النشاطات النوعية للوقاية:** ويشمل هذا الباب النفقات الخاصة بالوقاية في إطار البرامج الوطنية الخاصة بالوقاية، والتي تشرف عليها مصلحة علم الأوبئة والطب الوقائي؛

– الباب الخامس عشر: اقتناء وصيانة العتاد الطبي الملحقات والأدوات الطبية: يشمل هذا الباب على نفقات اقتناء مختلف العتاد والأدوات الطبية وملحقات العتاد الطبي، أما العتاد الذي تكون قيمته كبيرة فيتم اقتناؤه في إطار نفقات التجهيز القطاعية غير الممركزة التي يتكفل بها الوالي، كما يشمل هذا الباب على مصاريف الصيانة وإصلاح العتاد الطبي بما في ذلك قطع الغيار؛

– الباب السادس عشر: تسديد المصاريف الاستشفائية والكشف لدى المستشفيات العسكرية والهيئات العمومية بعنوان المرضى المحولين الذين لا يعانون من أمراض تحكمها اتفاقية خاصة؛

– الباب السابع عشر: نفقات البحث الطبي: يشمل هذا الباب نفقات البحث الطبي بحيث نجد فيه كل النفقات الخاصة بالتنقلات في إطار البحث، النفقات الخاصة بالخبراء والاستشاريين في مجال البحث الطبي، اقتناء الأدوات واللوازم الخاصة بالبحث.

– الباب الثامن عشر: التوأمة: ويضم مصاريف التنقلات والمهام، ومصارف الإيواء والإطعام، وكذا المصارف المتعلقة بالأدوية والمستهلكات الطبية.

نفقات التجهيز: تتمثل نفقات التجهيز في النفقات الخاصة بإنشاء وتجهيز المؤسسات والهياكل الصحية، وكذا اقتناء التجهيزات مرتفعة الثمن، ويتكفل بهذه النفقات الوالي على المستوى الولائي.

المطلب الثاني: تطور الإنفاق العام للمنظومة الصحية الجزائرية

ينقسم الإنفاق الصحي إلى نفقات التجهيز ونفقات التسيير، ويسمح هذا الإنفاق بضمان توفير التغطية الصحية اللازمة للسكان، ومن ثم حماية صحة السكان وترقيتها في ظل مجانية العلاج، وسنتطرق فيما يلي إلى تطور كل من نفقات التسيير والتجهيز بالمنظومة الصحية الجزائرية، وكذا تطور نسب الإنفاق الصحي بين العام والخاص ونسبة الإنفاق الصحي إلى الإنفاق العام.

الفرع الأول: تطور نفقات التسيير الخاصة بالمنظومة الصحية الجزائرية خلال الفترة (1992–2018)

تتمثل نفقات التسيير في النفقات اللازمة لسير المؤسسات العمومية الصحية خلال السنة المالية الواحدة، وسنتعرف من خلال الجدول الموالي إلى تطور هذه النفقات خلال الفترة (1992-2018).

جدول رقم (16): تطور نفقات التسيير بالمنظومة الصحية الجزائرية خلال الفترة (1992–2018).(الوحدة مليون دج).

السنوات	ميزانية تسيير المنظومة الصحية	اجمالي ميزانية التسيير	نسبة ميزانية تسيير المنظومة الصحية إلى ميزانية التسيير الكلية
1993	26361	1189725	2,22
1994	30763	-	-
1995	36729	2004995	1,83
1996	43616	-	-

1,57	2780200	43764	1997
1,64	2830500	46306	1998
1,61	3248200	52135	1999
4,61	1178600	54323	2000
4,88	1321000	64403	2001
5,01	1550600	77657	2002
4,95	1752800	86699	2003
5,06	1891800	95775	2004
3,04	2052000	62460	2005
2,87	2453000	70337	2006
3,01	3108500	93552	2007
4,63	4191000	193890	2008
5,09	4246300	216278	2009
5,30	4466900	236946	2010
6,98	5853600	408490	2011
6,18	7058100	436269	2012
6,21	6024100	373800	2013
5,96	6995700	417108	2014
5,54	7656300	424490	2015
5,47	7297500	399154	2016
5,67	7389300	419309	2017
-	-	439402	2018

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على:

- Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, direction de la planification, statistiques sanitaires.
- Ministère De La Santé, De La Population Et De La Réforme Hospitalière, Les Réforme En Santé Evolution Et Perspectives, Alger, site web: http// :www.sante.gov.dz.
- Ministère des finances(2019), rapport de présentation du projet de la loi de finances pour 2018 et prévisions 2019-2020, http//www.dgpp-mf.gov.dz , p41.
- بنك الجزائر (2018)، التقرير السنوي 2017 التطور الاقتصادي والنقدي للجزائر، الموقع الالكتروني: bank-of-algeria.dz.، بنك الجزائر، جويلية 2018، ص 146.
- مجلس المحاسبة، التقارير السنوية لمجلس المحاسبة(2011، 2012،2013،2014،2015،2018،2019)، على الموقع الالكتروني: https://www.ccomptes.dz

- عدم توفر الاحصائيات بالنسبة للسنوات 1994و1996 و2018.

يوضح الجدول رقم (16) أعلاه تطور نفقات التسيير الخاصة بالمنظومة الصحية الجزائرية، حيث نلاحظ تطور هذه النفقات من 26361 مليون دج سنة 1993 وبنسبة 2.2% من إجمالي ميزانية التسيير الكلية للدولة إلى 419309 مليون دج سنة 2017 وبنسبة 5.67 لترتفع إلى 439402 مليون دج سنة 2018، كما نلاحظ أن أكبر زيادات كان من سنة 2011 و2012 و2013 ويعود سبب ارتفاع هذه النفقات إلى ارتفاع عدد السكان، وإلى اقتناء الأدوية ومكافحة الأمراض، وكذا استفادة عمال قطاع الصحة من الزيادات في الأجور والتعويضات، لتنخفض الميزانية ابتداءً من سنة 2014 بسبب انخفاض أسعار البترول، وهي ميزانية ضعيفة مقارنة مع أهمية القطاع في تحقيق التنمية المستدامة. وسنتطرق من خلال الجدول الموالي إلى تطور نفقات المؤسسات العمومية الصحية حسب أوجه الإنفاق المخصصة للفترة (1992-2013).

جدول رقم (17): تطور النفقات الصحية للتسيير حسب طبيعة الاعتمادات للفترة (1992–2013).

الوحدة (مليون دج).

السنوات	المستخدمين	التكوين	التغذية	الادوية ومنتجات أخرى ذات الاستعمال الطبي	الوقاية	الادوات ذات الاستعمال الطبي	صيانة الهياكل الصحية	نفقات اخرى للتسيير	الخدمات الاجتماعية	البحث الطبي
1993	19648	872	702	2578	303	384	292	1186	370	22
1994	21996	816	822	3661	407	522	435	1508	370	24
1995	26447	977	968	4260	501	561	651	1952	370	37
1996	28538	1297	1107	6558	1113	978	994	2528	470	29
1997	29202	1242	995	6938	975	979	816	2072	521	20
1998	32010	1395	986	6440	932	1061	765	2212	493	7
1999	35180	1423	1085	8382	961	1255	843	2407	584	10
2000	36920	1398	1103	7968	1051	1598	1032	2565	661	23
2001	44864	1704	1119	8607	817	2452	1353	2736	732	16
2002	50671	1647	1202	13513	1761	3186	1491	3393	769	20
2003	52293	2374	1518	16932	2044	3506	2034	5115	852	27
2004	59019	2383	1807334	16876	2276	4655	2547	5137	1037	8.35
2008	106767	5825	5109	40124	4921	9937	7478	11957	1720	50
2009	115337	7466	6068	46084	6635	10655	8954	13214	1811	50
2010	128268	7113	6653	52067	6121	10502	9425	14377	2366	50
2011	278077	18532	7071	58750	6993	11038	9922	15482	2574	5,47
2012	322344	24447	7290	42154	4078	9310	8791	15086	2717	47
2013	258322	18518	8082	43420	4705	10793	9917	14967	5023	49

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على:

- Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, direction de la planification, statistiques sanitaires. Op.cit.

وقد قسّمنا هذا الجدول بهذا الشكل بسبب إعادة تقسيم نفقات الميزانية إلى نفقات المستخدمين ونفقات التسيير، حسب ما هو محدد في القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 13 جوان 2013 المتعلق بمدونة ميزانية المؤسسات الاستشفائية الجامعية، المؤسسات الاستشفائية المتخصصة، المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية. ويبين الجدول رقم (18) تطور النفقات الصحية للتسيير حسب طبيعة الاعتمادات للفترة (2014-2018).

جدول رقم (18): تطور النفقات الصحية للتسيير حسب طبيعة الاعتمادات للفترة (2014-2018).الوحدة (مليون دج).

السنوات	نفقات المستخدمين	نفقات التسيير	المجموع
2014	300920	116389	417108
2015	295526	128963	424490
2016	295335	100279	395614
2017	313599	105710	419309
2018	318771	120631	439402

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على:

- Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, direction de la planification, Op.cit.

من خلال الجدول رقم (17) و الجدول رقم (18) أعلاه، نلاحظ أن أكبر نسبة من نفقات تسيير المنظومة الصحية الجزائرية موجهة لنفقات المستخدمين نظرا للطبيعة الخدماتية للمنظومة الصحية، فهي تعتمد بدرجة كبيرة على المورد البشري من أطباء عامين ومتخصصين وشبه طبيين، وإداريين وتقنيين، أما بالنسبة لنفقات التسيير فهي موزعة بين أوجه الانفاق الأخرى من نفقات البحث الطبي التي تمثل النسبة الأكبر من نفقات التسيير، ثم نفقات الأدوية، تليها باقي النفقات موزعة بنسب متفاوتة، ومن خلال قراءتنا للجدولين نلاحظ اهتمام المنظومة الصحية بالبحث الطبي وبتوفير الأدوية اللازمة لتغطية احتياجات المرضى.

الفرع الثاني: تطور نفقات التجهيز

نفقات التجهيز هي النفقات المخصصة لبناء المؤسسات الصحية، أو ترميمها، أو لاقتناء التجهيزات الطبية. وقد قُدرت نفقات التجهيز الخاصة بالمنظومة الصحية الجزائرية ب[128]:

- من سنة 2001 إلى سنة 2005، بلغت قيمة 12878462.000 دج إنشاء 14 مستشفى.

[128] Ministère De La Santé, De La Population Et De La Réforme Hospitalière, Les Réforme En Santé Evolution Et Perspectives, Alger, décembre 2015.

- كما بلغت 258666171000 دج بالنسبة لمخطط التنمية الخماسي 2005-2009، حيث تم إنجاز 156 مستشفى و232 هياكل للصحة الجوارية، أما بالنسبة لمخطط التنمية الخماسي 2010-2014 فقد أسفر عن إنشاء 120 مستشفى و171 هيكل للصحة الجوارية و10 مراكز استشفائية جامعية، وبلغت قيمة الإنجاز ب 95891715000 دج.
- في حين كانت قيمة الغلاف المالي المخصص لهذه المنظومة مقدرا ب 619 مليار دج في إطار برنامج التنمية الخماسي (2010-2014)، وهذا المبلغ كان موجها لإنجاز 172 مستشفى و45 مركبا صحيا متخصصا و377 عيادة متعددة الاختصاصات و1000 قاعة علاج و17 مدرسة للتكوين شبه الطبي وأكثر من 70 مؤسسة متخصصة لفائدة المعاقين. وتُصنَّف العمليات الخاصة بقطاع الصحة المدرجة ضمن هذا البرنامج حسب الأولويات، التي تهدف إلى التقليص من الفوارق الصحية بين الولايات من خلال ضمان العلاج المتخصص عن طريق إنجاز معاهد ومستشفيات أو مؤسسات استشفائية متخصصة وهياكل للصحة الجوارية، كما يشمل البرنامج تحسين الاستفادة من العلاجات الأولية والثانوية مع ضرورة توفير 254 عيادة متعددة التخصصات و34800 سرير في أفق 2015[129]، وهنا نلاحظ تأخر وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات في إنجاز المشاريع المقررة.
- أما بالنسبة لسنة 2015 فقد بلغ مبلغ ترخيص البرامج للمنظومة الصحية ب 42,9 مليار دج مخصصة لإنجاز 09 مراكز استشفائية جامعية، أما اعتمادات الدفع فقد بلغت 69,3 مليار دج[130].

الفرع الثالث: تطور نسب الإنفاق الصحي بين العام والخاص ونسبة الإنفاق الصحي إلى الإنفاق العام خلال الفترة (2000-2018)

يبين الجدل الموالي رقم (19) تطور نسبة الانفاق الصحي بين العام والخاص ونسبة الانفاق الصحي العام إلى الانفاق العام.

جدول رقم (19): تطور نسبة الانفاق الصحي بين العام والخاص ونسبة الانفاق الصحي العام إلى الانفاق العام.

السنوات	الإنفاق الصحي العام (٪ من الإنفاق الصحي)	الإنفاق الصحي الخاص (٪ من الإنفاق الصحي)	الإنفاق الصحي العام (٪ من الإنفاق العام)
2000	72,02	27,98	8,79

129 وزارة المالية، برنامج التنمية الخماسي 2010-2014، بيان اجتماع مجلس الوزراء، 2010/05/24، على الموقع الإلكتروني: http://algerianembassy-saudi.com/PDF/quint.pdf

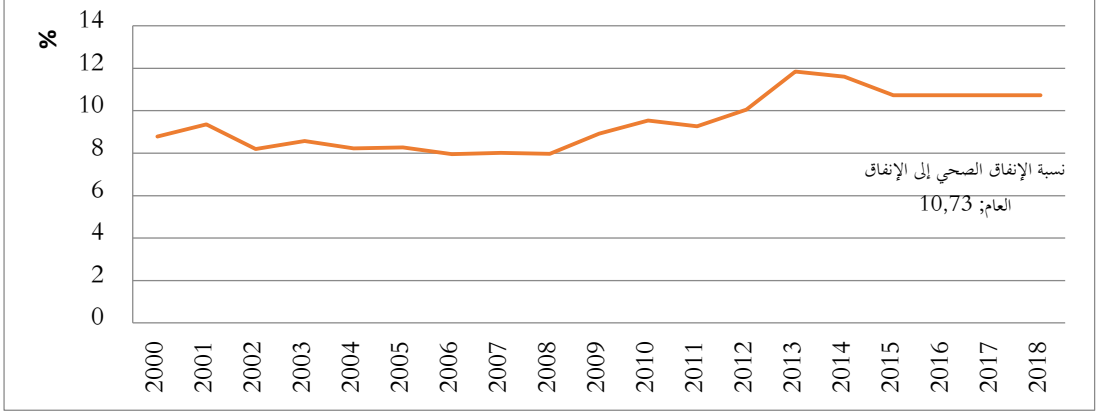
130 المجلس الوطني الشعبي، الجريدة الرسمية للمناقشات، السنة 03، رقم 127، 2014/11/18، ص 07.

2001	76,27	23,73	9,36
2002	75,32	24,68	8,19
2003	76,74	23,26	8,58
2004	71,4	28,6	8,22
2005	69,37	30,63	8,27
2006	68,52	31,48	7,96
2007	69,85	30,15	8,02
2008	70,03	29,97	7,97
2009	70,94	29,06	8,92
2010	69,51	30,49	9,54
2011	70,64	29,36	9,27
2012	72,96	27,04	10,05
2013	71,07	28,93	11,85
2014	70,04	29,96	11,61
2015	70,49	29,51	10,73
2016	67,71	32,29	10,73
2017	65,98	34,02	10,73
2018	65.83	34.17	10.73

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على: البنك الدولي، مرجع سبق ذكره.

من خلال الجدول أعلاه، نلاحظ أن الانفاق الصحي ينقسم إلى الانفاق الصحي العام والإنفاق الصحي الخاص كما أن الجدول يعرض الإنفاق الصحي العام إلى إجمالي الإنفاق العام، ونبين من خلال رقم (14) الموالي تطور نسبة الإنفاق الصحي إلى الإنفاق العام، ومن خلال الشكل رقم (15) نسبتي الإنفاق الصحي الخاص والعام إلى إجمالي الإنفاق الصحي.

شكل رقم (14): تطور نسبة الإنفاق الصحي العام إلى إجمالي الإنفاق العام خلال الفترة (2000-2018)

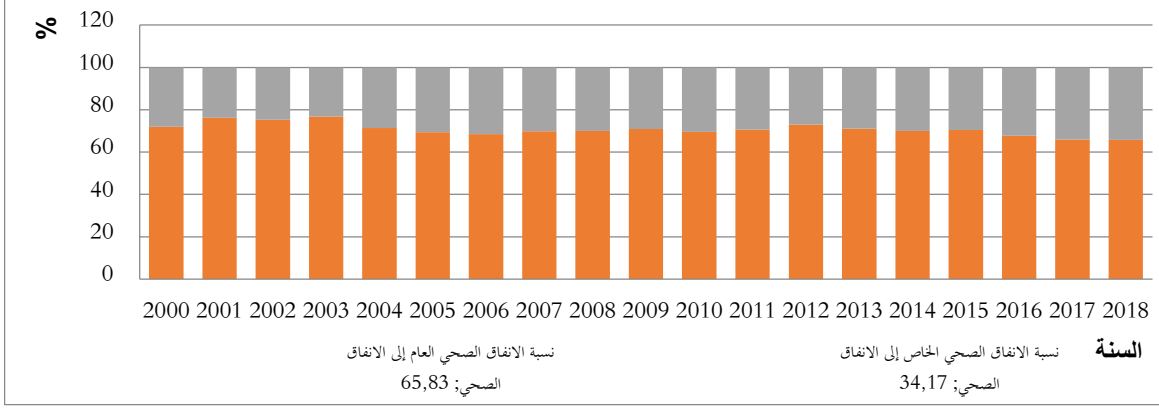


المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على الجدول رقم (19) أعلاه.

من خلال الشكل رقم (14) أعلاه، نلاحظ أن نسب الإنفاق الصحي إلى إجمالي الإنفاق العام هي نسب ضئيلة إذا ما قارناها بأهمية القطاع الصحي في توفير الحماية الصحية للسكان، حيث نلاحظ أنّ أكبر نسبة سجلت عام 2013 ب11,85%، وهذا راجع إلى التعويضات والزيادات في أجور مستخدمي قطاع الصحة، أما تراجع في هذه النسب ابتداءً من سنة 2014 فهو راجع إلى تأثير تراجع أسعار البترول على ميزانية وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات.

ونوضح من خلال الشكل رقم (15) الموالي تطور نسبتي الإنفاق الصحي العام والخاص إلى إجمالي الإنفاق الصحي خلال الفترة (2000-2018).

شكل رقم (15): تطور نسبتي الإنفاق الصحي العام والخاص إلى إجمالي الإنفاق الصحي خلال الفترة (2000-2018)



المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على الجدول رقم (19) أعلاه.

من خلال الشكل رقم (15) أعلاه، نلاحظ أن نسبة الإنفاق الصحي العام إلى إجمالي الإنفاق الصحي تراوحت نسبته بين 76,69% و65,95% من إجمالي الإنفاق الصحي، وهذا يعكس مبدأ مجانية العلاج في الجزائر، هذا

من جهة وإلى أهمية القطاع الصحي العمومي في توفير الرعاية الصحية للسكان من جهة أخرى، وفي المقابل نلاحظ أن نسبة الإنفاق الصحي الخاص إلى الإنفاق الصحي ضئيلة تراوحت بين 23.26% و34.17% إلا أنها توحي إلى التوجه نحو الإنفاق الصحي الخاص.

المطلب الثالث: تحليل تطور الإنفاق على الصحة من خلال بعض المؤشرات الاقتصادية

اهتمت الدولة الجزائرية بحماية صحة المواطنين، ويظهر ذلك من خلال الجهود التي تبذلها في سبيل توفير التغطية الصحية اللازمة، وكذا من خلال حجم الإنفاق العام المخصص لحسن سير المنظومة الصحية، ولإظهار هذه الجهود سنتطرق إلى تطور نسبة الإنفاق على الصحة بنوعيه العام والخاص بالنسبة للناتج المحلي الإجمالي، وأيضا نصيب الفرد من الإنفاق الصحي خلال الفترة (2000-2018).

الفرع الأول: الإنفاق على الصحة كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي

يُعبّر هذا المؤشر عن الجهد الذي يبذله المجتمع لصالح الصحة، كما يُعتبر من ضروريات التخطيط والتنمية للربط بين مختلف الاستثمارات في المجالات الاقتصادية والاجتماعية[131]. ويبين الجدول الموالي تطور الإنفاق على الصحة كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي خلال الفترة (2000-2018).

جدول رقم (20): تطور نسبة الإنفاق على الصحة إلى إجمالي الناتج المحلي الإجمالي خلال الفترة (2000-2018)

السنوات	الإنفاق على الصحة إلى الناتج المحلي الإجمالي (%)	الإنفاق العام على الصحة إلى الناتج المحلي الإجمالي (%)	الإنفاق الخاص على الصحة إلى الناتج المحلي الإجمالي (%)
2000	3,49	2,51	0,98
2001	3,84	2,93	0,91
2002	3,73	2,81	0,92
2003	3,6	2,76	0,84
2004	3,54	2,53	1,01
2005	3,24	2,24	1
2006	3,36	2,3	1,06
2007	3,82	2,67	1,15
2008	4,2	3,03	1,17
2009	5,36	3,8	1,56
2010	5,12	3,56	1,56
2011	5,27	3,72	1,55

[131] سعيدة نيس، تمويل نفقات الصحة في الجزائر للفترة 2000-2015، مجلة الدراسات المالية والمحاسبية، العدد 07، جامعة الوادي، الجزائر، السنة السابعة، 2016، ص 374.

2012	6	4,38	1,62
2013	6,04	4,29	1,75
2014	6,55	4,71	1,84
2015	6,98	4,92	2,06
2016	6,6	4,47	2,13
2017	6,37	4,2	2,17
2018	6.21	4.09	2.12

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على: البنك الدولي، مرجع سبق ذكره.

من خلال الجدول أعلاه، نلاحظ أن الإنفاق على الصحة نسبة إلى الناتج المحلي الإجمالي انتقل من 3,49% سنة 2000 موزعة بين الإنفاق العام والخاص على التوالي ب2,51% و0,98%، وقد وصلت هذه النسبة سنة 2017 إلى 6,37% موزعة بين الإنفاق العام بنسبة 4.20% والخاص ب2,17%. وتبقى هذه النفقات ضئيلة مقارنة مع حجم الناتج المحلي الإجمالي، وتدل على قلة الاهتمام بالقطاع رغم أهميته في توفير الصحة للسكان، وبالتالي قدرة السكان على تحقيق التنمية المستدامة. فالإنفاق العام على الصحة يؤثر على صحة الفقراء، فكلما زاد هذا النوع من الإنفاق أدى إلى توفير خدمات أفضل للفئات عديمة أو منخفضة الدخل.

الفرع الثاني: نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة بالدولار الأمريكي

يعكس نسبة النفقات الكلية للصحة إلى الناتج المحلي الإجمالي مدى اهتمام البلدان بسكانها في المجال الصحي، ولكنه لا يعطي مدلولا على عدالة توزيع الإنفاق الصحي على السكان[132]، لذا سنتطرق من خلال الجدول الموالي إلى نصيب الفرد من الإنفاق الصحي.

جدول رقم (21): تطور نصيب الفرد من الإنفاق الصحي بالقيمة الحالية بالدولار الأمريكي خلال الفترة (2000-2018)

السنوات	الجزائر	فرنسا	الو م أ	تونس	المغرب
2000	61.30	2156.48	4560.05	111.76	53.58
2001	66.50	2190.79	4910.72	114.98	55.84
2002	66.17	2438.24	5328.27	126.00	63.39
2003	75.42	2999.56	5737.10	150.91	79.44
2004	92.12	3452.43	6099.77	169.75	93.43
2005	100.29	3573.60	6451.77	172.41	97.32
2006	116.24	3812.53	6819.76	181.46	109.87

[132] سعيدة نيس، مرجع سبق ذكره، ص 374.

137.26	205.14	7175.85	4314.52	150.38	2007
155.24	233.49	7420.70	4793.81	206.11	2008
169.62	234.19	7699.42	4724.20	207.35	2009
168.66	243.60	7957.27	4593.39	228.40	2010
176.86	273.80	8169.90	4933.40	286.15	2011
169.48	273.34	8440.99	4652.28	333.94	2012
179.62	287.92	8647.64	4900.39	330.22	2013
170.11	290.97	9067.99	4987.87	357.90	2014
147.44	268.22	9538.07	4204.09	290.50	2015
153.45	256.50	9941.34	4256.96	260.42	2016
161.01	250.56	10246.13	4379.72	258.49	2017
174.78	251.55	10623.85	4690.07	255.87	2018

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على: البنك الدولي، مرجع سبق ذكره.

من خلال الجدول رقم (21) أعلاه، نلاحظ تطورا ملحوظا في نصيب الفرد من الإنفاق على الصحة، حيث انتقل من 61,3 دولار أمريكي سنة 2000 إلى 357,90 دولار أمريكي سنة 2014، لينخفض إلى 258,49 دولار أمريكي سنة 2017، وهذا الانخفاض راجع إلى الانخفاض في أسعار البترول، وإذا ما قمنا بمقارنة هذا المؤشر بين الجزائر وفرنسا والولايات المتحدة الأمريكية فإن هناك فرقا كبيرا لا مجال للمقارنة بينهم، ويعكس هذا مدى الاهتمام بصحة الأفراد، أما بالنسبة للمقارنة بين الجزائر ودولتي تونس والمغرب فإن هناك تقاربا واضحا بين نصيب الفرد من الانفاق الصحي.

وتُعتَبر النفقات الصحية غير كافية لتوفير التغطية الصحية الشاملة لذا قامت الجزائر بالبحث عن الطرق الكفيلة بترشيد الإنفاق الصحي، لذا سنتطرق من خلال المبحث الموالي إلى طرق ترشيد الإنفاق العام بالمنظومة الصحية الجزائرية.

المبحث الثالث: طرق ترشيد الانفاق العام بالمنظومة الصحية الجزائرية

تسعى الدولة الجزائرية جاهدة للتحكم في الإنفاق العام الصحي، لذا قامت بتطبيق أساليب وطرق من أجل ترشيده، وزيادة الكفاءة والفعالية من خلال الاستغلال الأمثل للموارد المتاحة، فقد قامت بتطبيق النظام التعاقدي، وفرض الرقابة المالية على المؤسسات العمومية الصحية، وكذا محاولتها لتطبيق مبادئ الحوكمة بالمنظومة الصحية الجزائرية. لذا سنتطرق من خلال هذا المبحث إلى أثر النظام التعاقدي ودور الرقابة المالية في ترشيد الإنفاق العام الصحي، ثم إلى الحوكمة كآلية لترشيد الإنفاق العام الصحي.

المطلب الأول: أثر تطبيق النظام التعاقدي على ترشيد الإنفاق العام بالمنظومة الصحية الجزائرية

يُعرَّف ترشيد الإنفاق العام بأنه التزام الفعالية في تخصيص الموارد والكفاءة في استخدامها بما يحقق رفاهية المجتمع، ويقصد بالفعالية توجيه الموارد العامة إلى الاستخدامات التي ينشأ عنها مزيج من المخرجات تتفق مع تفضيلات أفراد المجتمع، فالفعالية تنصرف إلى مرحلة دراسة الأهداف التي يسعى المجتمع إلى تحقيقها، وترتيب هذه الأهداف وفقاً لأهميتها النسبية بما يتفق والمرحلة التي يمر بها المجتمع، وبما يمكن الدولة من تخصيص الموارد في اتجاه تحقيق هذه الأهداف[133].

الفرع الأول: مفهوم النظام التعاقدي

يُعتَبر النظام التعاقدي وسيلة لترشيد الإنفاق العام بالمنظومة الصحية الجزائرية، وهو عبارة عن اتفاقيةٍ تربط بين كل من وزارة الصحة والهياكل تحت الوصاية بهيئات الضمان الاجتماعي، بحيث يلتزم الطرف الأول الذي يمثل مؤسسات وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات بتقديم خدمات صحية ذات نوعية للمؤمنين، ويلتزم الطرف الثاني المتمثل في الضمان الاجتماعي بتمويل الخدمات المقدمة للفئة المكلفة بحمايتها.

ويعني النظام التعاقدي في محتواه المرور من التمويل الجزافي للمؤسسات العمومية الصحية من قبل هيئات الضمان الاجتماعي وما يقتضيه من التخلي عن مجانية العلاج، وكذا إجراء الميزانية الكلية إلى نظام تمويل حقيقي للخدمات الصحية التي تقدمها المؤسسات العمومية الصحية للمؤمنين اجتماعيا وهذا من خلال المعلومات التي تقدمها المؤسسات العمومية الصحية لوكالات الضمان الاجتماعي في إطار العلاقات التعاقدية[134].

إن تبني هذا الأسلوب الجديد في مجال تمويل المستشفيات يسمح بتحقيق جملة من الأهداف المتعلقة أساسا بضمان أكبر شفافية ممكنة في تسيير المستشفيات، وسد ثغرات نظام التمويل الجزافي الذي قلص مسؤولية

---

[133] محمد صادق ربابعة، نموذج مقترح لقياس أثر جودة المعلومات المحاسبة على ترشيد الإنفاق الحكومي الأردني طبقا للمعايير الدولية، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة عمان العربية للدراسات العليا، الأردن، 2010، ص 48.

[134] بوقربوعة أمال، اثر تطبيق نظام التعاقد على تمويل المستشفيات، مذكرة تخرج، المدرسة الوطنية للإدارة، الجزائر، 2006 ، ص 7.

المستشفى العمومي كمؤسسة يتعين عليها بلوغ أهدافها بأقل تكلفة والتحكم في نفقاتها، والبحث عن تحصيل الموارد المالية الضرورية لسيرها.

الفرع الثاني: أطراف العملية التعاقدية

لأداء الخدمة الصحية يجب توفر أطراف العملية التعاقدية وهم[135]:

أولا–صاحب الخدمة: وهو الطرف المنتج للخدمة الصحية، ويتمثل في المؤسسات العمومية للصحة؛

ثانيا–الممول: وهو الطرف الثاني في العملية التعاقدية، ويتمثل في الدولة وصناديق الضمان الاجتماعي، وتكون الدولة ممولا في حالة المرضى عديمي الدخل وغير المؤمنين اجتماعيا، وفيما يخص نشاطات التكوين، الوقاية والبحث العلمي، وبالنسبة لصناديق الضمان الاجتماعي تكون طرفا عندما يتعلق الأمر بالمرضى المؤمنين اجتماعيا وذوي الحقوق، ويكون الممول الأفراد أنفسهم بالنسبة للفئة التي تكون متاحة الدخل وغير مؤمنة اجتماعيا؛

ثالثا– المستهلك: هم المرضى أو زبائن قطاع الصحة بالمفهوم الاقتصادي.

الفرع الثالث: أهداف النظام التعاقدي

تتخبط المؤسسات الصحية في مشكلٍ حقيقيٍّ من ناحية التمويل وكذا التحكم في النفقات، فهذا العجز في مجال التمويل يدعو إلى البحث عن إمكانية لإحداث التغييرات اللازمة عن طريق النظام التعاقدي الذي يعتبر كحل يقود نظام العلاج إلى الأحسن، وتتمثل أهداف النظام التعاقدي في[136]:

أولا–الشفافية: من الأهداف الأساسية للنظام التعاقدي هو الوصول إلى شفافيةٍ أكبر بين مقدمي المال (هيئات الضمان الاجتماعي)، وبين مقدمي الخدمات (الهيئات والمؤسسات الصحية العمومية)، فهي تمكن مؤسسات الضمان الاجتماعي من التعرف على المستوى الكمي والنوعي للخدمات الطبية والصحية المقدمة للمؤمنين اجتماعياً؛

ثانياً–التحكم في النفقات: يتعيَّن على المؤسسات الصحية من خلال تطبيقها للنظام التعاقدي تحقيق أفضل الأهداف وبأقل الوسائل الممكنة، حيث أن النمط التعاقدي سيعطي نوعا من الاستقلالية في التسيير المالي للمؤسسات الصحية تماشياً مع محاسبة التكاليف؛

ثالثا–تحسين الأداء من أجل تحقيق الجودة في تقديم الخدمات الصحية: يفرض النظام التعاقدي على المؤسسات تقديم أفضل الخدمات الصحية لأن المستفيد من الخدمة (المريض) أصبح شريكاً فعلياً باعتباره أحد أطراف التعاقد؛

---

[135] خروبي بزارة عمر، مرجع سبق ذكره، ص 87.

[136] سعيدان رشيد، بوهنة علي، واقع الخدمات الصحية من خلال الإصلاحات، مجلة البشائر الاقتصادية، العدد 01، الجزائر، 2014، ص 10-11.

رابعا–التسيير الاستراتيجي للموارد البشرية: لنجاح النظام التعاقدي لابد من توفير الموارد البشرية التي باستطاعتها التأقلم مع هذا التغيير والاستجابة لمقتضياته، ولا يتسنى ذلك إلا عن طريق التكوين الجيد والمستمر للعمال والبحث عن الكفاءات التي من شأنها تحقيق أهداف البرنامج حيث:

- أُعدّ مكتب الدخول على أساس الآليات الجديدة؛
- أُعدّت خطط عمل لتمكين الطاقم الطبي والشبه الطبي من التكيف مع الأسلوب الخاص بتسجيل كل خدمة مقدمة إلى المريض؛
- إحداث مكتب لمندوب الضمان الاجتماعي وآخر لممثل النشاط الاجتماعي، لتسهيل عملية التحقق من انتساب المريض إلى هاتين الهيئتين، ولإتمام إجراءات التعاقد إضافة إلى التأكد من جودة الخدمة المقدمة.

الفرع الرابع: إجراءات تنفيذ نظام التعاقد في المؤسسات الصحية العمومية

تنصّ المادة الثانية من المرسوم التنفيذي رقم 04–101 المؤرخ في 2004/04/01 على أن المساهمة السنوية لهيئات الضمان الاجتماعي والموجهة للتغطية المالية للأعباء الطبية لصالح المؤمنين لهم اجتماعياً وذوي حقوقهم تُدفع في إطار تجسيد العلاقات التعاقدية التي تربط بين هيئات الضمان الاجتماعي والوزارة المكلفة بالصحة بأقساط كل ثلاثة (03) أشهر.

ويتم تطبيق هذا التمويل حسب المرسوم التنفيذي رقم 101/04 المؤرخ في 2004/04/01 الذي يحدد كيفيات دفع مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي لتمويل ميزانيات المؤسسات الصحية العمومية على أساس المعلومات التالية: تقدم المؤسسات الصحية العمومية لصناديق الضمان الاجتماعي المختصة كل ثلاثة أشهر معلومات تتعلق بالمؤمنين لهم اجتماعيا وذوي حقوقهم الذين يتم التكفل بهم في المؤسسات الصحية العمومية، وتتعلق هذه المعلومات لا سيما بما يلي:

- اسم ولقب المؤمنين لهم اجتماعيا أو ذوي حقوقهم المتكفل بهم وكذا رقم تسجيلهم في الضمان الاجتماعي؛
- مكان الإقامة (البلدية– الولاية)؛
- تخصص المصلحة الاستشفائية المقدمة للخدمات؛
- طبيعة الخدمات العلاجية المقدمة؛
- مدة الإقامة وتكلفة الأداءات المقدمة.

أما على مستوى المؤسسات العمومية للصحة فيتم تطبيق هذا النظام كما يلي: إذا كانت حالة المريض تستوجب وضعه تحت الاستشفاء لمدة معينة يقوم الطبيب بمنحه طلب الاستشفاء يوضح فيه حالة المريض ومصلحة العلاج الموجه إليها.

يقوم المريض بتقديم بطاقة التسجيل لدى الضمان الاجتماعي إلى جانب طلب الاستشفاء إلى مكتب الدخول، هذا الأخير الذي يُعد البطاقة المتنقلة التي تحتوي على كافة المعلومات المتعلقة بالمريض وترفق بملخص قياسي للخروج وكشف القبول وملخص عيادي للخروج (Résume clinique de sorte)، وتُسلم للمريض ليتوجه إلى مصلحة العلاج المتعلقة بحالته المرضية. كما يوجد على مستوى هذا المكتب مكتب فرعي خاص بالتعاقد، حيث يعمل باستخدام برنامجٍ آليٍّ للاتصال بهيئات الضمان الاجتماعي من أجل تحميلها لجزء من تكاليف علاج المرضى المؤمنين لديها وذوي حقوقهم.

بعد استكمال أيام الاستشفاء يقوم المريض بتسليم البطاقة المتنقلة المرفقة بملخص قياسي للخروج وكشف القبول وملخص عيادي للخروج إلى مكتب الدخول للبدء في إجراءات الخروج، حيث يقوم بإعداد وثيقة الخروج وشهادة الإقامة الاستشفائية ثم توجيهه إلى مكتب الفوترة أين يتم استغلال البطاقة المتنقلة في إعداد وحساب تكاليف الإقامة الاستشفائية، هذه الفاتورة التي يتم إرسالها إلى هيئات الضمان الاجتماعي من أجل تحصيلها.

الفرع الخامس: الصعوبات التي تواجه تطبيق نظام التعاقد

تتمثل الصعوبات التي تواجه تطبيق نظام التعاقد في:

- غياب التوعية ونقص الإعلام فيما يتعلق بجانب التأمين ما يجعل المرضى يلجؤون إلى عدم التصريح بأنفسهم خوفا من تسديد تكلفة العلاج؛
- تهرب أصحاب المهن الحرة من التأمين لدى الصندوق الوطني للعمال غير الأجراء؛
- صعوبة التحديد الدقيق لتكلفة المريض بسبب تهاون الطبيب أو شبه الطبي في ملأ البطاقة الجوالة.

المطلب الثاني: دور الرقابة المالية في ترشيد الإنفاق العام بالمنظومة الصحية الجزائرية

تُعتَبر الرقابة المالية عبارة عن منهجٍ علميٍّ شاملٍ يتطلب التكامل بين المفاهيم القانونية والاقتصادية والمحاسبية والإدارية، بغية التأكد من المحافظة على الأموال العمومية ورفع كفاءة استخدامها[137]. ويوجد نوعان من الرقابة المالية المطبقة على المؤسسات العمومية الصحية في المنظومة الصحية الجزائرية، وهما الرقابة المالية السابقة والرقابة المالية اللاحقة لتنفيذ النفقات العامة، وهذا ما سنتعرف إليه فيما يلي:

الفرع الأول: الرقابة السابقة لتنفيذ النفقات

[137] عبد القادر موفق، الرقابة المالية من منظور الاقتصاد الإسلامي والاقتصاديات المعاصرة، أبحاث اقتصادية وإدارية، العدد 05، جوان 2009، ص 84.

في إطار استراتيجية مراقبة تنفيذ الميزانية في جميع مراحلها تقوم مصالح مراقبة النفقات العمومية برقابة مشروعية قرارات صرف النفقات العمومية، لذلك يطلق على هذا النوع من الرقابة اسم الرقابة المسبقة للنفقات العمومية، وذلك بسبب تواجدها في مرحلة تكون فيها هذه النفقات مشروعا لم تبدأ الإدارة في تنفيذه بعد[138].

أولا–رقابة المراقب المالي: يُكلف المراقب المالي بالرقابة السابقة على تنفيذ النفقات العامة الملتزم بها، حيث تسمح هذه الرقابة بالتحقق من صحة النفقة قبل دفعها. والمراقب المالي هو عون معين من طرف وزير المالية، مكلف بالرقابة المسبقة على النفقات الملتزم بها من طرف المؤسسات والإدارات التابعة للدولة والميزانيات الملحقة وعلى ميزانيات الولايات والمؤسسات العمومية ذات الطابع الإداري.

– الأعمال الخاضعة لرقابة المراقب المالي: إن وظيفة المراقب المالي محددة بموجب المرسوم التنفيذي 92–414 المؤرخ في 1992/11/14 المتعلق بالرقابة السابقة للنفقات التي يلتزم بها المعدل والمتمم، حيث يقوم المراقب المالي بتأشير القرارات والوثائق التي تتضمن التزامات بنفقات عمومية من طرف الآمر بالصرف، والمجالات التي يحددها هذا المرسوم حسب المواد 05 و06 و07 هي:

– قرارات التثبيت والتعيين والقرارات التي تخص الحياة المهنية للموظفين ودفع مرتباتهم باستثناء الترقية في الدرجة؛

– الجداول الاسمية التي تعد عند قفل كل سنة وتخص المستخدمين والجداول الأصلية الأولية التي تعد في بداية السنة والجداول الأصلية المعدلة أثناء السنة المالية؛

– الالتزامات بنفقات التسيير والتجهيز أو الاستثمار؛

– كل التزام مدعم بسند طلب أو فاتورة شكلية عندما لا يتعدى المبلغ المستوى المحدد لإبرام الصفقات؛

– كل مقرر وزاري يتضمن إعانة أو تفويضا بالاعتماد أو تحويل للاعتمادات؛

– كل التزام يتعلق بتسديد مصاريف التكاليف الملحقة، والنفقات التي تصرف من الإدارة المباشرة والمثبتة بفاتورات نهائية.

وحسب المادة 09 من المرسوم التنفيذي 414/92 المؤرخ في 14 نوفمبر 1992 والمتعلق بالرقابة المسبقة للنفقات الملتزم بها، فإنه يجب أن تخضع إجباريا لتأشيرة المراقب المالي الالتزامات والقرارات السابقة بعد التحقق من صحة العناصر التالية:

– صفة الآمر بالصرف؛

– مطابقة الالتزام للقوانين والتنظيمات المعمول بها؛

– توفر الاعتمادات أو المناصب المالية؛ التخصيص القانوني للنفقة؛

– مطابقة مبلغ الالتزام للعناصر المبينة في الوثيقة المرفقة؛

---

[138] الطاهر زروق، تنفيذ النفقات العمومية، المفيد في المالية العمومية، سلسلة الكتب الالكترونية على موقع المفيد في المالية العمومية، 2011، ص 22. على الموقع الالكتروني: http://moufid.jimdo.com

– وجود التأشيرات أو الآراء المسبقة التي نص عليها التنظيم المعمول به مثلما هو الحال بالنسبة للصفقات.

ثانيا– رقابة المحاسب العمومي: يعتبر محاسبا عموميا حسب المادة 33 من القانون 21/90 المؤرخ في 15 أوت 1990 المتعلق بالمحاسبة العمومية كل شخص يعين بصفة قانونية للقيام بتحصيل الإيرادات ودفع النفقات وضمان حراسة الأموال العمومية، ويعين أو يعتمد المحاسب العمومي من طرف الوزير المكلف بالمالية ويمارس عليه سلطته الرئاسية.

وللمحاسب العمومي دور هام وشامل خاصة إذا تعلق الأمر بعملية الدفع والرقابة فهو عون مستقل، إذ أن مبدأ الفصل بين مهام الآمر بالصرف والمحاسب العمومي سمح لهذا الأخير برقابة مشروعية أعمال الآمر بالصرف، وبالتالي لا يمكن قبول أية نفقة لا تحمل تأشيرة المحاسب العمومي.

وهناك مجالات يتدخل فيها المحاسب العمومي، فقبل قبول المحاسب العمومي الدفع يجب عليه حسب المادة 36 من القانون 21/90 المتعلق بالمحاسبة العمومية إعادة الرقابة على الأمر بالدفع أو حوالة الدفع بنفس طريقة المراقب المالي، ويجب على المحاسب العمومي قبل قبوله لأية نفقة أن يتحقق مما يلي:

– مطابقة عملية الإنفاق مع القوانين والتنظيمات المعمول بها؛

– التأكد من صفة الآمر بالصرف أو المفوض له؛

– توفر الاعتمادات؛

– شرعية عمليات تصفية النفقات؛

– أن الديون لم تسقط آجالها أو أنها محل معارضة؛

– تأشيرات عمليات المراقبة السابقة؛

ثالثا–رقابة لجنة الصفقات العمومية: لقد أولى القانون والتنظيم المعمول بهما حاليا أهمية كبيرة إلى الصفقات العمومية، حيث خصص لها أحكاماً وتدابير قانونية من أجل ضمان رقابة صارمة تسمح ببلوغ فعالية أكثر في تسيير الأموال العمومية. وما يهمنا في الموضوع هو الرقابة المسبقة. فبالنسبة للرقابة الخارجية تقوم بها لجنة الصفقات على مستوى الوصاية بالنسبة للمؤسسات العمومية الصحية التي تمارس رقابتها على مشاريع دفاتر شروط الصفقة.

ويترتب على عملية الرقابة إما منح التأشيرة وهذا معناه أن الصفقة صحيحة وقابلة للتنفيذ، ويمكن أن تكون هذه الأخيرة مرفقة بتحفظات يتطلب الأمر رفعها من طرف الآمر بالصرف، وإما رفض منح التأشيرة في حالة مخالفتها للقانون، ففي حالة منح التأشيرة تعرض الصفقة بعدها على المراقب المالي لكي تُلتزم كنفقة.

الفرع الثاني: الرقابة اللاحقة لتنفيذ النفقات

يخضع الإنفاق العام الصحي بعد الرقابة السابقة إلى الرقابة اللاحقة لتنفيذ الإنفاق العام من طرف العديد من الهيئات وهي:

أولا: رقابة المفتشية العامة للمالية: تُعَد المفتشية العامة للمالية هيئة رقابية تختص بالرقابة اللاحقة على التسيير المالي والمحاسبي لمصالح الدولة والجماعات العمومية اللامركزية والمؤسسات العمومية ذات الطابع الإداري كالمؤسسات الصحية العمومية.

فحسب نص المادة (02) من المرسوم التنفيذي رقم 92-78 المؤرخ في 22 فيفري 1992 الذي يحدد اختصاصات المفتشية العامة للمالية، تنصب رقابة المفتشة العامة للمالية على التسيير المالي والمحاسبي لمصالح الدولة والجماعات الإقليمية، الهيئات، الأجهزة والمؤسسات الخاضعة لقواعد المحاسبة العمومية، فمهمة هذه الرقابة هي وضع حد لكل أشكال الاختلاس أو تحويل للأموال العمومية، **وتتجلى مهام المفتشية في الرقابة** طبقًا للمادة 05من المرسوم 08-272 فيما يلي:

- سير الرقابة الداخلية وفعالية التدقيق الداخلي؛
- شروط تطبيق التشريع المالي والمحاسبي والأحكام القانونية والتنظيمية؛
- التسيير المالي والمحاسبي وتسيير الأملاك؛
- إبرام الصفقات والطلبات العمومية وتنفيذها؛
- دقة المحاسبات وصدقها وانتظامها؛
- مستوى الإنجازات مقارنةً مع الأهداف؛
- شروط تعبئة الموارد المالية؛
- تسيير اعتمادات الميزانية واستعمال وسائل السير؛
- شروط منح واستعمال المساعدات والإعانات التي تقدمها الدولة والجماعات الإقليمية والهيئات والمؤسسات العمومية.

ثانيا: رقابة مجلس المحاسبة: يعتبر مجلس المحاسبة حسب المادتين 02 و03 من الأمر 95-20 المؤرخ في 1995/07/17 المتعلق بمجلس المحاسبة المؤسسة العليا للرقابة البعدية لأموال الدولة والجماعات الإقليمية والمرافق العمومية، وبهذه الصفة يدقق مجلس المحاسبة في شروط استعمال الهيئات للموارد والوسائل المادية والأموال العامة التي تدخل في نطاق اختصاصه، ويقيم تسييرها، ويتأكد من مطابقة عمليات هذه الهيئات المالية والمحاسبية للقوانين والتنظيمات المعمول بها، وتهدف الرقابة التي يمارسها مجلس المحاسبة من خلال النتائج التي يتوصل إليها، إلى تشجيع الاستعمال الفعال والصارم للموارد والوسائل المادية والأموال العمومية، وتقديم الحسابات وتطوير شفافية تسيير المالية العمومية، ومجلس المحاسبة هو مؤسسة تتمتع باختصاص إداري وقضائي في ممارسة المهام الموكلة إليه، وهو يتمتع بالاستقلال الضروري ضمانا للموضوعية والحياد والفعالية في أعماله.

ويمارس مجلس المحاسبة رقابته عن طريق فحص الحسابات والعمليات النهائية والوثائق التسييرية التي يرسلها المحاسبون العموميون والآمرون بالصرف، وتكون الرقابة على أساس الوثائق المقدمة أو في عين المكان، أما عن

كيفيات تطبيق الرقابة فنجدها حسب الأمر 95-20 المؤرخ في 1995/07/17 المتعلق بمجلس المحاسبة تتجسد في أربعة أشكال:

- الاطلاع على كل الوثائق التي من شأنها أن تسهل رقابة العمليات المالية والمحاسبية، أو اللازمة لتقييم تسيير المصالح والهيئات الخاضعة لرقابته؛
- مراقبة نوعية تسيير الهيئات والمصالح العمومية " المستشفيات"، وتقييم شروط استعمال هذه الهيئات والمصالح الموارد والوسائل المادية والأموال العمومية وتسييرها على مستوى الفعالية والنجاعة والاقتصاد بالرجوع إلى المهام والأهداف والوسائل المستعملة؛
- مراقبة شروط منح واستعمال الإعانات والمساعدات المالية التي منحتها الدولة، والجماعات الإقليمية، والمرافق والهيئات العمومية الخاضعة لرقابته؛
- مراجعة حسابات المحاسبين العموميين وإصدار أحكام بشأنها في مجال مراجعة حسابات التسيير؛
- في مجال مراجعة حسابات التسيير، يقوم هذا المجلس بالتدقيق في صحة العمليات المادية الموصوفة فيها ومدى مطابقتها مع الأحكام التشريعية والتنظيمية المطبقة عليها؛
- يقوم بالتأكد من احترام قواعد الانضباط في مجال تسيير الميزانية والمالية، وله حق معاقبة كل من يخالف الأحكام التشريعية والتنظيمية المتعلقة بتنفيذ الإيرادات والنفقات، أو أي استعمال للاعتمادات أو المساعدات المالية في غير هدفها المخصص لها.

ثالثا–رقابة السلطة التشريعية: تمارس السلطة التشريعية حسب دستور ديسمبر 2020 من طرف البرلمان الذي يتكون من غرفتين هما المجلس الشعبي الوطني ومجلس الأمة، وله السيادة في إعداد القانون والتصويت عليه. حيث يقوم البرلمان بمراقبة عمل الحكومة، استجواب الحكومة والاستماع إلى أعضائها وتوجيه الأسئلة الكتابية والشفوية إلى أي عضو في الحكومة. ويُشرّع البرلمان في الميادين التي يخصصها له الدستور، وفي بعض المجالات من بينها التصويت على ميزانية الدولة، والقواعد العامة المتعلقة بالصحة العمومية والسكان. وتمارس كل غرفة رقابة سياسية هدفها ضمان الاستغلال الأمثل للأموال العمومية.

المطلب الثالث: الحوكمة كآلية لترشيد الإنفاق العام بالمنظومة الصحية الجزائرية

يُعتبر تطبيق الحوكمة بمبادئها أهم آلية لترشيد الإنفاق العام الصحي، وسنتعرف فيما يلي إلى مدى تطبيق مبادئ الحوكمة في المنظومة الصحية الجزائرية، وعلاقتها بالإنفاق العام الصحي.

أ– الرؤية الاستراتيجية: تقوم المؤسسات الصحية بإعداد عقد النجاعة الذي يحدد الرؤية الاستراتيجية للمؤسسة الصحية، وذلك من أجل ضمان الكفاءة والفعالية في الأداء وبأقل التكاليف الممكنة، ويتم تنفيذ هذا العقد

ومشروع المؤسسة من خلال لوحات القيادة التي تُستعمل للرقابة في أي وقت على تنفيذ الأهداف المحددة، وعلى معرفة الانحرافات وتصحيحها وتحميل المسؤولية؛

ب– العدالة: ينصّ قانون الصحة الجديد رقم 18-11 المؤرخ في 02 جويلية 2018، على أن تنظيم وسير المنظومة الصحية الجزائرية يرتكز على حماية صحة المواطنين، من خلال الشمولية والمساواة في الحصول على العلاج والتضامن والعدل وضمان استمرارية الخدمات العمومية الصحية، والأمن الصحي في إطار مجانية العلاج، وتسهيل الحصول على العلاجات خاصة بالنسبة للأشخاص المصابين باضطرابات عقلية والأشخاص في وضع صعب والمراهقين؛

ج– سلطة القانون: كرّست الجزائر الحق في الصحة كحق أساسي من حقوق الإنسان حسب ما ورد في الدستور وفي قانون الصحة الجديد، ويؤكد هذا الأخير على التزام الدولة بضمان الحق في حماية الصحة لكل المواطنين، وضمان الوقاية ومكافحة الأمراض الوبائية والمستوطنة، وعلى التزاماتها المتعلقة بحماية الأسرة، وضمان ظروف حياة المواطنين الذين هم في وضعية استحالة القيام بعمل، وضمان مجانية العلاج من خلال انتشار القطاع العمومي لتغطية كامل التراب الوطني، كما تنظم الدولة التكامل بين القطاعين العام والخاص، وتسهر على ضمان العلاجات الأولية والعلاجات الثانوية والعلاجات المتخصصة؛

د– المشاركة: تُؤسّس الدولة الجزائرية سياستها ومنظومتها الوطنية للصحة على مبادئ حماية الصحة والوقاية وترقيتها، باشتراك كل المؤسسات والمجتمع المدني، كما تركز السياسة الوطنية للصحة حسب قانون الصحة الجديد في تنفيذها على العمل القطاعي المشترك، عبر مساهمة مختلف الفاعلين والمتدخلين في مجال الصحة وتنظيمهم وتوجيههم؛

هـ– الرقابة: تخضع مؤسسات المنظومة الصحية الجزائرية للرقابة المالية المسبقة والرقابة المالية البعدية من طرف الأعوان التابعين للمديرية العامة للمالية، ورقابة مجلس المحاسبة، وكذا رقابة المديرية العامة للوظيفة العمومية في جانب المستخدمين، كما يتم تفتيش وتقييم مختلف عمليات سير المؤسسات الصحية سواءً تعلق الأمر بالتوظيف، الصفقات العمومية أو أنشطة مختلف المصالح الاستشفائية والاستعجالات الطبية الجراحية، ويكون هذا التفتيش والتقييم من طرف أعوان معينين ومكلفين من طرف وزارة الصحة، وزارة المالية، وغيرهما؛

و– أخلاقيات العمل: ينص قانون الصحة الجديد على أن الأخلاقيات الطبية تتمثل في قواعد الممارسات الحسنة والتي يخضع لها مهنيو الصحة في ممارسة مهامهم، كما يجب أن يلتزموا أثناء نشاطاتهم بالقيم الأخلاقية خاصة مبادئ احترام كرامة الشخص والشرف، العدل، الاستقلالية المهنية وقواعد أخلاقيات المهنة؛

ي– المساءلة: يُسأل جميع المسؤولين في المؤسسات الصحية عن أدائهم حول صرف النفقات أو تحصيل الإيرادات، وحول التخصيص الأمثل للموارد المتاحة، ومدى تحقيق الجودة في الخدمات الصحية المقدمة للمرضى، والقدرة على الاستجابة لتوقعات السكان من الناحية الصحية؛

ن– الإفصاح والشفافية: يجب على مؤسسات المنظومة الصحية الإفصاح عن جميع المعلومات والبيانات المالية بمصداقيةٍ، وفي الوقت المناسب وجعلها متاحةً للجميع، لتُستعمل في تقييم الأداء واتخاذ القرارات المناسبة وفي الوقت المناسب، وما يعاب على منظومتنا الصحية هو النقص الكبير للإفصاح؛

ر– الكفاءة والفعالية: يجب أن تسفر العمليات والإنجازات على نتائج تجيب على احتياجات الناس، وتؤثر على النتائج الصحية مع الاستفادة المثلى من الموارد المتاحة؛

كما نصّ قانون الصحة الجديد على ضرورة عصرنة المنظومة الوطنية للصحة، عبر إدراج أدوات تسيير عصرية وتكنولوجيات جديدة، وركز على ضرورة إنشاء البطاقة الالكترونية للصحة وتأسيس الملف الالكتروني للمريض، وإحداث منظومة الإعلام الصحي لوضع المعطيات الصحية، وتخطيط وتسيير الموارد البشرية والمادية والمالية بالاعتماد على التكنولوجيات الجديدة للإعلام والاتصال. ومن أهمها النظام المعلوماتي الخاص بمحاسبة التسيير.

وبخصوص النظام المعلوماتي الخاص بمحاسبة التسيير، فقد نصّ المرسوم التنفيذي رقم 14-106 المؤرخ في 12 مارس 2014 على وضع نظام معلوماتي لمحاسبة التسيير في المؤسسات العمومية الصحية، حيث ألزمها بمسك محاسبة عامة تُقيد فيها العمليات المتعلقة بالوضعية المالية والذمة المالية والخزينة، كما تُمسك محاسبة موازنة تُقيد فيها عمليات الميزانية، ومحاسبة تحليلية تسمح بحساب مختلف تكاليف الخدمات المقدمة، كما يحتوي النظام المعلوماتي لمحاسبة التسيير على مدونة حسابات وقواعد سيرها وكشوف مالية. ويحدد القرار الوزاري المشترك بين وزارة المالية ووزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات المؤرخ في 30 أكتوبر 2014 كيفيات تطبيق هذا النظام في المؤسسات العمومية للصحة، وقائمة المؤسسات المعنية بتنفيذ هذا النظام، ويهدف تطبيق هذا النظام إلى[139]:

- تنظيم التسيير المالي والمادي للمؤسسات العمومية الصحية؛
- فرض رقابة أكبر على تسيير الأموال العمومية بها، ومن ثم التحكم بشكل أفضل في مخصصات الميزانية وتكاليف الخدمات الصحية المقدمة؛
- المتابعة في الوقت الفعلي للالتزامات والمتاحات الموازناتية، وتزويد المسيرين بمؤشرات ولوحات القيادة التي تسمح بتسيير معاصر وشفاف لجميع نشاطات المؤسسة، وتم تطبيق هذا النظام من أجل تجسيد نظام التعاقد.

[139] مجلس المحاسبة، التقرير السنوي 2018، الجزائر، ص ص 171-172، https://www.ccomptes.dz، تاريخ الإطلاع: 2020/03/15.

خلاصة الفصل:

توجد العديد من الأسباب التي أدّت إلى الارتفاع في الإنفاق العام الصحي، ومن أبرزها مجانية العلاج، والنمو الديموغرافي، وكذا التطورات الحاصلة في المجال الطبي، والتغيرات الوبائية المستمرة، ومن أجل تغطية هذا الإنفاق وضعت الدولة مصادر لتمويله والتي تتمثل في مساهمة الدولة، ومساهمة هيئات الضمان الاجتماعي ومساهمة العائلات.

وقد قامت الدولة الجزائرية بتوفير مختلف الامكانيات اللازمة لتوفير التغطية الصحية الشاملة للسكان، من خلال الانفاق العام الصحي الذي يشهد تزايداً مستمراً، هذا ما جعل الدولة الجزائرية تبحث عن سبل لترشيده والتي من بينها تطبيق النظام التعاقدي، والرقابة المالية القبلية والرقابة المالية البعدية، وضرورة تطبيق الحوكمة التي سوف تسمح للمؤسسات العمومية الصحية بالتَّحكُّم الجيد في الإنفاق الصحي من خلال تطبيق مبادئها في الواقع. وسنتعرف في الفصل الموالي إلى مدى تطبيق مبادئ الحوكمة في المؤسسات العمومية الاستشفائية بالمدية ودورها في ترشيد الإنفاق العام الصحي.

الفصل الرابع:

دراسة ميدانية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية

تمهيد:

نشأت المؤسسات العمومية الاستشفائية بعد تقسيم القطاع الصحي سابقا إلى مؤسسات عمومية استشفائية ومؤسسات عمومية للصحة الجوارية طبقا للمرسوم التنفيذي 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007، المتضمن انشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها، وذلك بهدف توفير أرقى الخدمات الصحية وتقريب الصحة من المواطن، وسنخصص هذا الفصل للدراسة الميدانية للمؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية المدية.

وقد قمنا بتقسيم هذا الفصل إلى ثلاثة مباحث، حيث سنتطرق من خلالها إلى:

- **التعريف بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية ودراسة تطور ايراداتها ونفقاتها؛**
- **منهجية الدراسة والاختبارات القبلية والتحليل الوصفي للبيانات الشخصية؛**
- **استجابات أفراد العينتين لمتغيرات الدراسة واختبار الفرضيات.**

المبحث الأول: التعريف بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية ودراسة تطور ايراداتها ونفقاتها

تتكون ولاية المدية من ستة مؤسسات عمومية استشفائية، وسبعة مؤسسات عمومية للصحة الجوارية، وتعتبر المؤسسات العمومية الاستشفائية هي موضوع اهتمامنا، وتتمثل في المؤسسة العمومية الاستشفائية بالمدية، المؤسسة العمومية الاستشفائية بالبرواقية، المؤسسة العمومية الاستشفائية بقصر البخاري، المؤسسة العمومية الاستشفائية ببني سليمان، المؤسسة العمومية الاستشفائية بعين بوسيف والمؤسسة العمومية الاستشفائية بتابلاط. وسنتطرق من خلال هذا المبحث إلى التعريف بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية، وكذا تطور مواردها البشرية والمالية خلال الفترة (2008-2018)، وقد درسنا الفترة ابتداءً من سنة 2008 ذلك لأن انشاءها وتنظيمها كان بداية من سنة 2008 طبقا للمرسوم التنفيذي 07-140 المذكور سابقا.

المطلب الأول: لمحة حول المؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية

نتطرق من خلال هذا المطلب إلى نشأة وتصنيف المؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية، وكذا هيكلها التنظيمي.

الفرع الأول: نشأة وتصنيف المؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية:

حسب المادة (02) من المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية تنظيمها وسيرها، فإن المؤسسات العمومية الاستشفائية هي مؤسسات عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، وتوضع تحت وصاية الوالي.

وتتكون المؤسسات العمومية الاستشفائية من هيكل للتشخيص والعلاج والاستشفاء وإعادة التأهيل الطبي، وتغطي سكان بلدية واحدة أو مجموعة بلديات، وحدد القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 15 جانفي 2012 معايير تصنيف المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتصنيفها، حيث كان تصنيف المؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية حسب هذا القرار كما يوضحه الجدول رقم (22) الموالي.

جدول رقم (22): تصنيف المؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية

الرقم	المؤسسة	الصنف
01	المؤسسة العمومية الاستشفائية بالمدية	الصنف أ
02	المؤسسة العمومية الاستشفائية بالبرواقية	الصنف ب

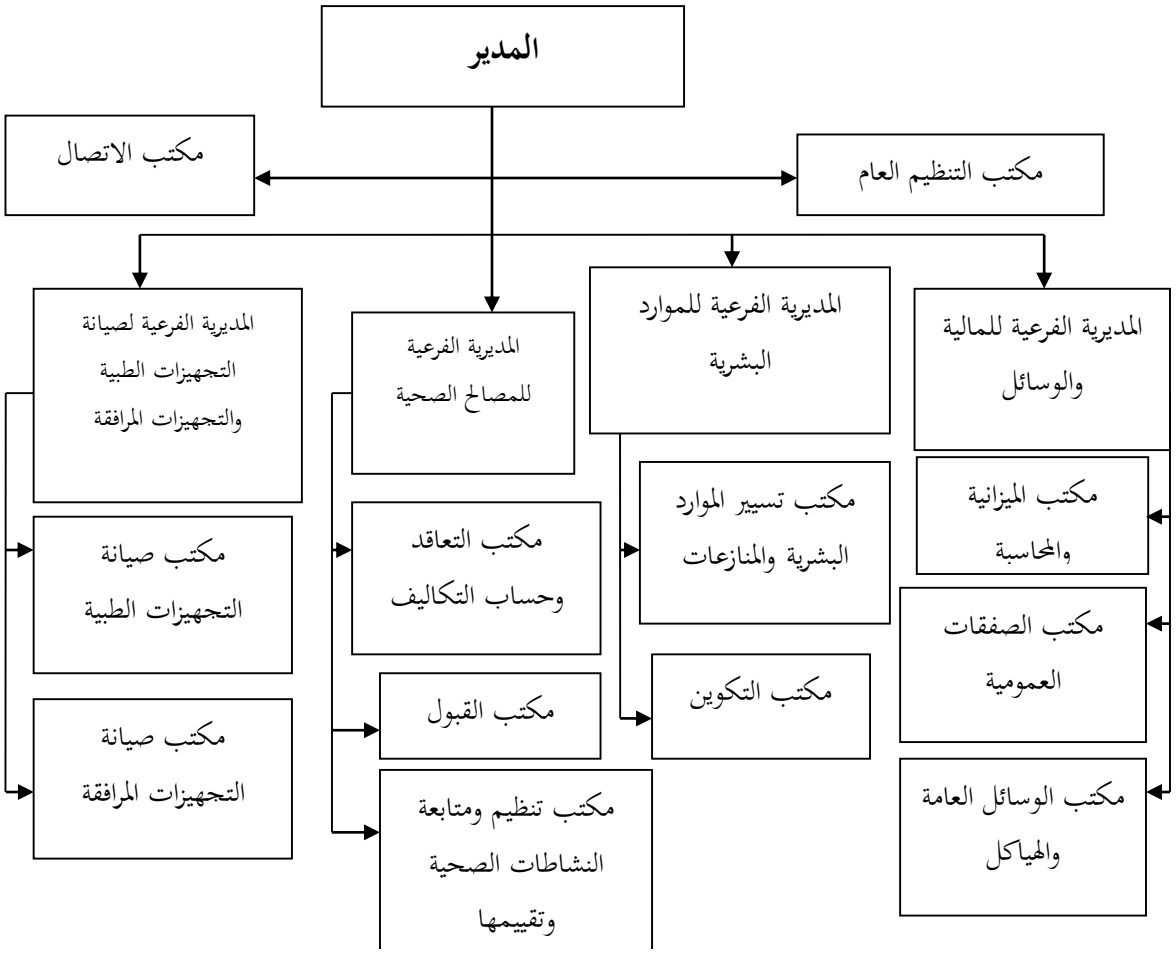
03	المؤسسة العمومية الاستشفائية بقصر البخاري	الصنف ج
04	المؤسسة العمومية الاستشفائية ببني سليمان	الصنف ج
05	المؤسسة العمومية الاستشفائية بعين بوسيف	الصنف ج
06	المؤسسة العمومية الاستشفائية بتابلاط	الصنف ج

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 15 جانفي 2012 معايير تصنيف المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتصنيفها، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 20، 2012/04/04.

الفرع الثاني: الهيكل التنظيمي للمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية:

حدد القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 20 ديسمبر 2009 التنظيم الداخلي للمؤسسات العمومية الاستشفائية، ويبين الشكل الموالي رقم (17) الهيكل التنظيمي للمؤسسات العمومية الاستشفائية بالمدي

شكل رقم (17): الهيكل التنظيمي للمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية



المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على وثائق مقدمة من طرف المؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية.

المطلب الثاني: تحليل تطور الإمكانيات البشرية والمادية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)

نتطرَّق فيما يلي إلى تحليل تطور الموارد البشرية وكذلك مؤشرات التغطية بالإمكانيات البشرية، وتحليل تطور عدد الأسرة ومؤشرات التغطية بالأسرة بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018).

الفرع الأول: تحليل تطور عدد المستخدمين الطبيين بالمؤسسات العمومية الاستشفائية بالمدية خلال الفترة (2008-2018)

سنتعرف فيما يلي إلى تحليل تطور عدد المستخدمين بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية، ويُظهر الجدول رقم (23) الموالي تحليل تطور عدد المستخدمين الطبيين بالمؤسسات العمومية الاستشفائية بالمدية خلال الفترة (2008-2018).

جدول رقم (23): تطور عدد المستخدمين بالمؤسسات العمومية الاستشفائية بالمدية خلال الفترة (2008-2018)

السنوات	الممارسين المتخصصين	الأطباء العامون	جراحو الأسنان	صيادلة	شبه طبيين	إداريين، تقنيين ومستخدمون آخرون	المجموع العام
2008	147	123	9	5	1065	681	2030
2009	195	140	9	5	1102	703	2154
2010	179	160	8	7	1147	715	2217
2011	195	195	9	10	1194	745	2348
2012	212	194	8	10	1323	732	2479
2013	228	209	8	10	1350	714	2519
2014	244	224	8	13	1330	716	2535
2015	245	222	10	15	1367	710	2569
2016	263	233	7	15	1401	630	2549
2017	254	238	6	16	1404	630	2548
2018	224	248	5	15	1591	656	2739

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على بيانات مقدمة من طرف وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، والمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية.

من خلال الجدول أعلاه، نلاحظ أن أكبر فئة في المؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة تتمثل في فئة المستخدمين شبه الطبيين للصحة العمومية، حيث تطور عددهم من 1065 شبه طبي سنة 2008 إلى

1591 شبه طبي سنة 2018، للتكفل بتقديم العلاجات للمرضى، كما أن منتوج التكوين شبه الطبي أكبر من التكوين الطبي، تليها فئة المستخدمين الإداريين والتقنيين ومستخدمين آخرين حيث انتقل عددهم من 681 سنة 2008 إلى 656 سنة 2018، تليها المستخدمين الطبيين، حيث نلاحظ أن الأطباء العامون تطور عددهم من 123 طبيب عام سنة 2008 إلى 248 سنة 2018، أما الممارسين المتخصصين فانتقل عددهم من 147 ممارس متخصص سنة 2008 إلى 224 ممارس متخصص سنة 2018، وزيادة عددهم ترجع إلى زيادة الاحتياجات الصحية للسكان، رغم هذه الزيادات في عدد الأطباء العامين أو المتخصصين إلا أن عددهم قليل خاصة بالنسبة للممارسين المتخصصين، وذلك بسبب قلة منتوج التكوين والاستقالات بعد انتهاء الخدمة المدنية، وعدم استقرارهم في المستشفيات بسبب قلة التحفيزات المادية، وبالنسبة للصيادلة وجراحو الأسنان فإن عددهم قليل جدا، بالنسبة للصيادلة عددهم قليل بسبب وجود صيدلية واحدة ولا يحتاج تسييرها إلى عدد كبير من الصيادلة، أما بالنسبة لجراحو الأسنان وباعتبار المؤسسات العمومية الاستشفائية تتطلب استشفاء المرضى في حين جراحة الأسنان لا تتطلب ذلك، لذا فإن عددهم قليل جدا، كما أنهم متواجدين في المؤسسات العمومية للصحة الجوارية.

الفرع الثاني: مؤشرات التغطية بالممارسين الطبيين وشبه الطبيين بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية

يُحسب مؤشر التغطية بالممارسين الطبيين سواءً العامين أو المتخصصين بقسمة عدد السكان على عدد الممارسين الطبيين، كذلك هو الحال بالنسبة للشبه طبيين حيث يحسب بقسمة عدد السكان على عدد الشبه طبيين للصحة العمومية، ويبين الجدول الموالي رقم (24) تطور هذه المؤشرات.

جدول رقم (24): مؤشرات التغطية بالممارسين الطبيين وشبه الطبيين لولاية المدية خلال الفترة (2008–2018)

السنوات	الممارسون الطبيون المتخصصون	مؤشر التغطية بالممارسين الطبيين المتخصصين	الممارسون الطبيون العامون	مؤشر التغطية بالممارسين الطبيين العامين	مؤشر التغطية بالممارسين الطبيين العامين والمتخصصين	الشبه الطبيين	مؤشر التغطية بشبه الطبيين
2008	147	5653	137	6065	2926	1065	780
2009	195	4271	154	5408	2386	1102	756
2010	179	4745	175	4854	2399	1147	741
2011	195	4443	214	4049	2118	1194	726
2012	212	4169	212	4169	2084	1323	668
2013	228	3954	227	3971	1981	1350	668
2014	244	3768	245	3753	1880	1330	691
2015	245	3828	247	3797	1906	1367	686

683	1401	1847	3751	255	3637	263	2016
695	1404	1898	3753	260	3841	254	2017
626	1591	2023	3714	268	4443	224	2018

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على بيانات مقدمة من طرف وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، والمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية.

يُشِير الجدول أعلاه إلى تطور مؤشرات التغطية بالممارسين الطبيين وشبه الطبيين لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)، حيث انتقل مؤشر التغطية بالممارسين المتخصصين من ممارس لكل 5653 ساكن سنة 2008 إلى ممارس لكل 4443 ساكن سنة 2018، أما بالنسبة للأطباء العامين فقد انخفض مؤشر التغطية من طبيب عام لكل 6065 ساكن سنة 2008 إلى طبيب عام لكل 3714 ساكن سنة 2018، رغم تحسن هذه المؤشرات إلا أنها غير كافية، بسبب قلة الممارسين (الأطباء) المتخصصين من جهة، ومن جهة أخرى غياب بعض التخصصات الطبية على المستوى الولائي مما يستدعي نقل المرضى إلى مؤسسات عمومية استشفائية خارج الولاية، كما نلاحظ أيضا تحسن مؤشر التغطية بالشبه طبيين للصحة العمومية حيث بلغ هذا المؤشر سنة 2008 شبه طبي لكل 780 ساكن إلى شبه طبي لكل 626 ساكن سنة 2018، تبقى هذه التغطية غير كافية مما يستدعي زيادة منتوج التكوين شبه الطبي الذي يبقى غير كافٍ لتوفير العلاجات اللازمة للسكان، وتظل هذه المؤشرات لا ترق للمستوى المطلوب وغير كافية لتوفير التغطية الصحية لجميع سكان الولاية خاصة بسبب الزيادة المتواصلة في عدد السكان، وزيادة انتشار الأمراض المزمنة والمعدية والأوبئة.

الفرع الثالث: تطور عدد الأسرة ومؤشر التغطية بالأسرة بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)

تُعتَبر المؤسسات العمومية الاستشفائية هياكل استشفاء لذا تتطلب توفير الأسرة على مستواها لتغطية الاحتياجات الصحية لسكان الولاية، ويبين الجدول رقم (25) الموالي تطور عدد الأسرة ومؤشر التغطية بالأسرة بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018).

جدول رقم (25): تطور عدد الأسرة ومؤشر التغطية بالأسرة بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)

السنوات	عدد السكان	عدد أسرة المؤسسات العمومية الاستشفائية بولاية المدية	مؤشر التغطية بالأسرة
2008	830943	1024	811
2009	832763	1106	753
2010	849417	1106	768
2011	866406	1158	748

736	1200	883735	2012
750	1202	901412	2013
765	1202	919444	2014
759	1236	937830	2015
765	1250	956588	2016
791	1234	975725	2017
801	1242	995240	2018

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على معطيات وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات.

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أنه رغم زيادة عدد الأسرة في المؤسسات العمومية الاستشفائية حيث تطورت من 1024 سرير سنة 2008 إلى 1242 سرير سنة 2018، وذلك من خلال إضافة وحدات صحية جديدة مثلا وحدات خاصة بالعلاج المكيف لأمراض القلب، وحدات خاصة بالأورام السرطانية تماشيا مع نوع الاحتياجات الصحية، إلا أن هذا التطور لم يتماشى مع تطور عدد سكان الولاية، حيث بلغ مؤشر التغطية بالأسرة سنة 2008 ب 811 لينخفض إلى 801 سنة 2018 فقط، وهذا يشير إلى عدم قدرة هذه المؤسسات على تغطية احتياجات سكان الولاية، مما يستدعي في أغلب الأحيان إلى نقلهم إلى مؤسسات صحية خارج الولاية، لذا من الضروري إضافة مؤسسات عمومية صحية جديدة لتلبية الطلبات الصحية المتزايدة للسكان.

المطلب الثالث: تحليل تطور إيرادات ونفقات المؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)

يعتمد سير المؤسسات العمومية الاستشفائية على ميزانية التسيير التي تأتي في شكل قرار وزاري، تتضمن جانبين الإيرادات والتي تُستعمل لتغطية الجانب الثاني والمتمثل في النفقات، وسنتطرق من خلال هذا المطلب إلى تحليل تطور كل من ايرادات ونفقات المؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018).

الفرع الأول: تحليل تطور إيرادات المؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)

تعتمد إيرادات المؤسسات العمومية الاستشفائية على ثلاثة مصادر رئيسية هي مساهمة الدولة، مساهمة الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي وموارد أخرى، وسنتعرف من خلال الجدول الموالي إلى تطور إيرادات المؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية عدا المؤسسة العمومية الاستشفائية بالمدية التي رفضت تقديم معلوماتها المالية.

جدول رقم (26): تطور إيرادات المؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)

(الوحدة ألف دج)

السنوات	مساهمة الدولة	النسبة %	مساهمة الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي	النسبة %	موارد أخرى	النسبة %	المجموع
2008	1027270	84,35	176000	14,45	14600	1,20	1217870
2009	1284720	87,50	176000	11,99	7500	0,51	1468220
2010	1364114	88,03	176000	11,36	9566	0,62	1549680
2011	2380725	92,13	176000	6,81	27500	1,06	2584225
2012	2443990	92,17	190000	7,17	17500	0,66	2651490
2013	1766792	87,58	230000	11,40	20500	1,02	2017292
2014	1915332	84,14	350000	15,38	11000	0,48	2276332
2015	2442177	87,12	350000	12,49	11000	0,39	2803177
2016	2065483	85,12	350000	14,42	11000	0,45	2426483
2017	2373352	86,80	350000	12,80	11000	0,40	2734352
2018	2181980	80,43	520000	19,17	11000	0,41	2712980

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على وثائق مقدمة من طرف المؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية.

من خلال الجدول رقم (26) أعلاه، نلاحظ ارتفاع في حجم إيرادات المؤسسة، حيث انتقلت هذه القيمة من 1217870 ألف دج سنة 2008 إلى 2712980 ألف دج، وذلك تماشيا مع زيادة الاحتياجات الصحية للعلاج، وزيادة عدد الموظفين ونفقات التكوين، وكما أن نسبة مساهمة الدولة إلى إجمالي الإيرادات تمثل النسبة الأعلى، حيث بلغت ذروتها سنة 2012 بنسبة 92,17 %، وذلك بسبب الزيادة في رواتب وأجور موظفي القطاع خلال هذه الفترة، وتليها التمويل عن طريق هيئات الضمان الاجتماعي، هذه الهيئات تقوم بدفع مصاريف علاج المؤمنين اجتماعيا لديها ويكون المبلغ جزافيا لعدم تطبيق النظام التعاقدي بعد، ثم قطاع العائلات الذي لم تتجاوز نسبة تمويله لهذه المؤسسات 02% خلال الفترة محل الدراسة، وهذا يبرز الدور المهم للدولة في تمويل الإنفاق العام الصحي، لذا أولت الدولة أهمية كبيرة لتطبيق النظام التعاقدي حتى تتحمل جهات التأمين تكاليف المؤمنين لديها، مع ضرورة البحث عن مصادر تمويل جديدة للإنفاق الصحي، أما قطاع العائلات باعتبار العلاج مجاني فهم يدفعون ثمن الفحص الذي قيمته 50 دج، والإقامة الاستشفائية 100 دج لليوم الواحد. لذا نلاحظ أن نسبة تمويل قطاع العائلات ضئيلة جدا.

الفرع الثاني: تحليل تطور نفقات المؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2018)

تتعدد أوجه الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية، وتُمثل النفقات المتعلقة بالمستخدمين والأدوية والعتاد الطبي، أهم أوجه الإنفاق بها، ويبين الجدول الموالي تطور الإنفاق العام خلال الفترة محل الدراسة.

جدول رقم (27): تحليل تطور نفقات المؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية خلال الفترة (2008-2012)

(الوحدة ألف دج)

السنة	نفقات الموظفين	نفقات التكوين	نفقات التغذية	الأدوية	الأعمال الوقائية	العتاد والأدوات الطبية	صيانة الهياكل الصحية	نفقات أخرى للتسيير	الخدمات الاجتماعية	المجموع
2008	602070	3100	50400	280000	35000	63000	65000	69000	50300	1217870
2009	808350	8360	64000	320000	29000	62000	60500	103600	12410	1468220
2010	863480	3190	55000	317000	36110	78500	74000	105000	17400	1549680
2011	1913000	3275	58650	322000	41000	63000	68000	97000	18300	2584225
2012	2155510	3780	57300	160000	21000	62000	80000	92500	19400	2651490

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على وثائق مقدمة من طرف المؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية.

وقد قسّمنا هذا الجدول بهذا الشكل بسبب إعادة تقسيم نفقات الميزانية إلى نفقات المستخدمين ونفقات التسيير، حسب ما هو محدد في القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 13 جوان 2013 المتعلق بمدونة ميزانية المؤسسات الاستشفائية الجامعية، المؤسسات الاستشفائية المتخصصة، المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية. حيث نلاحظ من خلال الجدول أعلاه تقسيم نفقات تسيير هذه المؤسسات إلى 09 عناوين، حيث نلاحظ ارتفاع في نفقات الموظفين وذلك راجع للزيادة في أجور موظفي القطاع وبأثر رجعي ابتداءً من سنة 2008 سنة 2011، كما نلاحظ ارتفاع مختلف نفقات التسيير تماشيا مع الطلب المتزايد للعلاج، وسنتعرف من خلال الجدول الموالي إلى تحليل تطور نفقات المؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية عدا المؤسسة العمومية الاستشفائية المدية خلال الفترة (2008-2018).

جدول رقم (28):تحليل تطور نفقات المؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية خلال الفترة (2014-2018)

(الوحدة ألف دج)

السنوات	نفقات الموظفين	النسبة %	نفقات التسيير	النسبة %	المجموع
2014	1719840	75,553	556492	24,447	2276332
2015	1961788	69,984	841389	30,016	2803177
2016	1907897	78,628	518586	21,372	2426483
2017	2117470	77,44	616882	22,56	2734352
2018	2105850	77,621	607130	22,379	2712980

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على وثائق مقدمة من طرف المؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية.

نلاحظ من خلال الجدول (28) أعلاه أن نسبة نفقات المؤسسات الاستشفائية مقسمة إلى عنوانين فقط نفقات الموظفين، ونفقات التسيير، حيث نجد أن نفقات المستخدمين إلى إجمالي النفقات تمثل النسبة الأكبر نظرا للطبيعة الخدماتية لهذه المؤسسات والتي تعتمد بدرجة كبيرة على المورد البشري، لذا نلاحظ أن النفقات المخصصة للمستخدمين أكبر من النفقات المخصصة لباقي أوجه الانفاق الأخرى.

حيث نلاحظ بالنسبة للفترة (2008-2012) أن النفقات المخصصة للأدوية هي ثاني أعلى نسبة بالنسبة لإجمالي الإنفاق العام فقد كانت سنة 2008 بنسبة 22.99%، لتبدأ بالتراجع حيث بلغت أدنى قيمة سنة 2012 ب 6.03%، ثم تليها باقي النفقات التي لم تتجاوز نسبتها 8% من إجمالي الإنفاق العام لهذه المؤسسات. أما بالنسبة للفترة (2014-2018) التي قسمت فيها النفقات إلى نفقات الموظفين ونفقات التسيير فإننا نلاحظ تزايدا في الإنفاق العام الصحي لهذه المؤسسات، حيث انتقل من 2276332 ألف دج سنة 2014 إلى 2734352 ألف دج سنة 2017 لتنخفض سنة 2018 إلى 2712980 ألف دج. وبالنسبة لنفقات الموظفين إلى إجمالي الإنفاق العام لهذه المؤسسات فإن أدنى نسبة سُجلت سنة 2015 ب 69.98% وبقيمة 1961788 ألف دج، وهذا راجع إلى ارتفاع نفقات التسيير التي بلغت 841389 ألف دج، أما أعلى قيمة بالنسبة لنفقات الموظفين فكانت سنة 2017 ب 2117470 ألف دج، وبنسبة 77.44%، كما تم تسجيل ارتفاع في نفقات التسيير حيث بلغت 616882 ألف دج.

المبحث الثاني: منهجية الدراسة والاختبارات القبلية والتحليل الوصفي للبيانات الشخصية

سنتطرق من خلال هذا المبحث إلى منهجية الدراسة التي تم الاعتماد عليها في البحث، ثم نقوم بعد ذلك بعرض التحليل الوصفي لعينة الدراسة وعبارات الاستبيان.

المطلب الأول: منهجية الدراسة

سنتعرف في هذا المطلب على منهجية الدراسة، حيث سنتطرق إلى مجتمع الدراسة، أسلوب الدراسة، صدق الاستبانة، الأساليب الاحصائية المستخدمة في الدراسة، واجراءات الدراسة.

الفرع الأول: أسلوب البحث

اعتمدنا في هذه الدراسة على الاستبانة كأداة رئيسية في جمع البيانات الخاصة بمتغيرات الدراسة، حيث تُعتَبر الاستبانة الأداة الأكثر استخداماً في البحوث الانسانية والاجتماعية، وتُعتبر وسيلة لجمع البيانات من خلال احتوائها على مجموعة أسئلةٍ أو عباراتٍ والطلب من المبحوثين الإجابة عليها[140]، وقد تم توزيع الاستبانة مباشرة على أفراد العينة التي تم اختيارها بطريقة غير عشوائية، وذلك قصد التوضيح للمستجوبين طريقة الإجابة على عبارات الاستبانة، كما تم منحهم الوقت الكافي للرد على الاستبانات.

الفرع الثاني: مجتمع الدراسة

يتكون مجتمع الدراسة من المستخدمين أو الموظفين العاملين بالمؤسسات العمومية الاستشفائية بالمدية، وتشكلت عينة الدراسة من الموظفين الإداريين واصحاب المناصب العليا في هذه المؤسسات، أما أعضاء مجلس الإدارة الذين لا ينتمون إلى المؤسسات العمومية الاستشفائية بالمدية فقد رفضوا الإجابة على الاستبيان بحكم عدم انتمائهم لهذه المؤسسات، لذا استعنت بالمدراء الفرعيين ورؤساء المكاتب للإجابة على الاستبانة، وقد تكونت هذه العينة من 70 مستجوباً، تم الرد من طرف 52 مستجوباً وإلغاء استبانةٍ واحدةٍ لعدم اكمال الإجابات، وعليه بلغت الاستبانات القابلة للتحليل 51 استبانة، ورفض 18 مستجوباً الإجابة على الاستبانة، أي بنسبة 74.28%، وبالنسبة للإداريين تم توزيع 230 استبانة تم الرد على 135 استبانة، وإلغاء 05 استبانات نظرا لعدم استكمال الإجابات والبقية رفضوا الإجابة، وقد بلغت نسبة الاستجابة 54%.

الفرع الثالث: تصميم الاستبانة

قسمت الاستبانة إلى ثلاثة أجزاء أنظر الملحق رقم (02) والملحق رقم (03) وهي:

الجزء الأول: يضم أسئلة متعلقة بالجنس، الفئة العمرية، المستوى التعليمي، الخبرة المهنية هذا بالنسبة للإداريين، وإضافة نوع المنصب العالي بالنسبة للاستبانات الموزعة على أعضاء مجلس الإدارة، المدراء والمدراء الفرعيين ورؤساء المكاتب.

[140] محفوظ جودة، التحليل الإحصائي الأساسي باستخدام SPSS، ط1، دار وائل للنشر، عمان، الأردن، 2008، ص 20.

الجزء الثاني: مخصص للمحاور المتعلقة بمبادئ حوكمة المؤسسات العمومية الاستشفائية، حيث:

المحور الأول: يتعلق بمبدأ سلطة القانون يتكون من 03 عبارات؛

المحور الثاني: يتعلق بمبدأ الأخلاق يتكون من (02) عبارتين؛

المحور الثالث: يتعلق بمبدأ المشاركة يتكون من 03 عبارات؛

المحور الرابع: يتعلق بمبدأ المساءلة يتكون من 04 عبارات؛

المحور الخامس: يتعلق بمبدأ الشفافية يتكون من 03 عبارات؛

هذا بالنسبة للإداريين، أما بالنسبة لأعضاء مجلس الإدارة، المدراء، المدراء الفرعيين ورؤساء المكاتب فقد أُضيف له محورين الأول متعلق بمجلس الإدارة الذي يحتوي على 03 عبارات، والثاني يتعلق بالرؤية الاستراتيجية يحتوي 03 عبارات.

الجزء الثالث: خصص لترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية، يضم المحاور التالية:

المحور الأول: متعلق بعمليات إعداد وتنفيذ الموازنة، تضمن 03 عبارات؛

المحور الثاني: متعلق بالرقابة الداخلية، تضمن 04 عبارات؛

المحور الثالث: متعلق بالرقابة الخارجية، تضمن 03 عبارات؛

المحور الرابع: متعلق بنظم المعلومات المحاسبية، تضمن 03 عبارات؛

المحور الخامس: متعلق بتقييم النتائج، تضمن 03 عبارات.

وقد تم استخدام مقياس ليكارت LIKERT لتحديد درجة موافقة المستجوبين وعدم موافقهم على عبارات الاستبانة، ويتكون هذا المقياس من خمسة خيارات متدرجة، يشير المبحوث إلى اختيار واحد منها على النحو الموضح في الجدول رقم (29) الموالي.

جدول رقم (29): سلم ليكارت الخماسي

الإجابة	أوافق بشدة	أوافق	محايد	لا أوافق	لا أوافق بشدة
الدرجة	5	4	3	2	1

المصدر: محفوظ جودة، التحليل الإحصائي الأساسي باستخدام SPSS، ط1، دار وائل للنشر، عمان، الأردن، 2008، ص 23.

وحتى نتمكن من قياس اتجاهات العاملين نقوم بإعطاء نقاط ودرجات إلى هذه الاختبارات تتدرج من (1) إلى (5)، بحيث تُعطى الدرجة (5) إلى إجابة أوافق بشدة في حالة العبارات المواتية للاتجاه موضوع الدراسة. وتُعطى الدرجة (1) إلى إجابة لا أوافق بشدة في حالة العبارات المواتية كذلك[141].

[141] محفوظ جودة، مرجع سبق ذكره، ص ص 23- 24.

الفرع الرابع: صدق الاستبانة

تعني قدرة الاستبانة على قياس المتغيرات التي صممت هذه الاستبانة لقياسها من حيث مراعاة الشمولية وعدم الازدواجية في تصميم الأسئلة نسبياً.

تم عرض الاستبانة على عدد من المحكمين من أساتذة جامعة الدكتور يحي فارس بالمدية لدراسة مدى صياغة عبارات الاستبيان ودرجة ملاءمتها لأهداف الدراسة. (أنظر الملحق رقم 04)

الفرع الخامس: الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة

تمت معالجة بيانات هذه الدراسة باستخدام البرنامج الإحصائي المعروف باسم الحزمة الاحصائية للعلوم الاجتماعية Statistical Package For Social Science Version 26، وتم استخدام بعض الأدوات الإحصائية والمتمثلة في:

- معامل ألفا كرونباخ للتأكد من درجة ثبات المقياس المستخدم؛
- معامل الارتباط Spearman حيث يقيس درجة العبارة والدرجة الكلية للمحور الذي تنتمي إليه، ويكون معامل الارتباط سبيرمان Spearman محصورا بين (01) و(-01) وتدل قيمته على درجة العلاقة بين المتغيرين من حيث أنها قوية متوسطة أو ضعيفة، وأما الإشارة فإنها تصف نوعية العلاقة هل هي عكسية أم طردية، فالإشارة السالبة تدل على وجود علاقة عكسية أما الموجبة فتدل على وجود علاقة طردية بين المتغيرين موضوع الدراسة؛
- التكرارات والنسب المئوية من أجل وصف خصائص أفراد عينة الدراسة؛
- **الاختبارات اللامعلمية:** هي الاختبارات المناسبة في حال وجود بيانات ترتيبية، وتتمثل في:

➢ اختبار الإشارة (**Sign Test**) لاختبار فرضيات حول متوسط مجتمع واحد؛

➢ اختبار **مان ويتني** و**كروسكال والاس (Kruskal- Wallis H**) لاختبار فرضيات مقارنة متوسطات عدة مجتمعات مستقلة؛

➢ استخدام الانحدار الرتبي.

المطلب الثاني: الاختبارات القبلية للدراسة

هناك شبه اتفاق على أن بيانات مقياس ليكارت هي بيانات رتبية لذا نستخدم الاحصاء اللامعلمي هذا من جهة، ومن جهة أخرى تم التأكد من فرضيات الاحصاء المعلمي ووجدنا أن هذه الفرضيات غير محققة مما استوجب علينا إجراء الاختبار اللامعلمي.

الفرع الأول: اختبار الثبات

نستعمل اختبار ألفا كرونباخ Cronbach's alpha لتحديد الثبات، ويبين الجدول رقم (30) نتائج اختبار ألفا كرونباخ بالنسبة لعينة أعضاء مجلس الإدارة، المدراء والمدراء الفرعيين، رؤساء المكاتب وعينة الموظفين الإداريين. (أنظر الملحق رقم 05 والملحق رقم 06)

جدول رقم (30): نتائج اختبار ألفا كرونباخ بالنسبة لعينة أعضاء مجلس الإدارة، المدراء والمدراء الفرعيين، رؤساء المكاتب وعينة الموظفين الإداريين

المحاور		الاستبيان الموزع على عينة أعضاء مجلس الإدارة، المدراء الفرعيين، رؤساء المكاتب		الاستبيان الموزع على الموظفين الإداريين	
		عدد العبارات	معامل ألفا كرونباخ	عدد العبارات	معامل ألفا كرونباخ
القسم الأول	المحور الأول	3	0.628	-	-
	المحور الثاني	3	0.915	-	-
	المحور الثالث	3	0.879	3	0.869
	المحور الرابع	2	0.872	2	0.776
	المحور الخامس	3	0.880	3	0.858
	المحور السادس	4	0.853	4	0.831
	المحور السابع	3	0.855	3	0.886
جميع عبارات القسم الأول		21	0.942	15	0.938
القسم الثاني	المحور الأول	3	0.698	3	0.876
	المحور الثاني	4	0.949	4	0.902
	المحور الثالث	3	0.948	3	0.946
	المحور الرابع	3	0.923	3	0.857
	المحور الخامس	3	0.911	3	0.903
جميع عبارات القسم الثاني		16	0.956	16	0.952
جميع عبارات الاستبيان		37	0.969	31	0.962

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على بيانات الاستبيان باستخدام برنامج SPSS

يتضح من الجدول رقم (30) أن قيمة معامل الثبات ألفا كرونباخ بالنسبة للاستبيان الموجه لأعضاء مجلس الإدارة، المدراء، المدراء الفرعيين، رؤساء المكاتب كانت مرتفعة، حيث بلغت 0.628، 0.915، 0.879،

0.872، 0.880، 0.853، 0.855 بالنسبة لمحاور القسم الخاص بالحوكمة في المؤسسات العمومية الاستشفائية، وبلغ معامل ألفا كرونباخ لجميع عبارات هذا القسم 0.942، وبلغت 0.698، 0.949، 0.948، 0.923، 0.911 بالنسبة للقسم الخاص بترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية، وبلغ هذا المعامل بالنسبة لجميع عبارات هذا القسم 0.956، في حين بلغت قيمة معامل ألفا كرونباخ بالنسبة لجميع عبارات الاستبيان 0.969 وهي قيمة مرتفعة، وهي قيمة ذات دلالة إحصائية عالية تبرز مدى صدق وثبات الاستبيان بين عبارات الاستبيان.

كذلك هو الحال بالنسبة للاستبيان الموجه للموظفين الإداريين حيث نلاحظ أن قيمة معامل الثبات ألفا كرونباخ كانت مرتفعة، حيث بلغت 0.869، 0.776، 0.858، 0.831، 0.886، بالنسبة لمحاور القسم الخاص بالحوكمة في المؤسسات العمومية الاستشفائية، وبلغ معامل ألفا كرونباخ لجميع عبارات هذا القسم 0.938، وبلغت 0.876، 0.902، 0.946، 0.857، 0.903 بالنسبة للقسم الخاص بترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية، وبلغ هذا المعامل بالنسبة لجميع عبارات هذا القسم 0.952، في حين بلغت قيمة معامل ألفا كرونباخ بالنسبة لجميع عبارات الاستبيان 0.962 وهي مرتفعة، وهي قيمة ذات دلالة إحصائية عالية تبرز مدى صدق وثبات عبارات الاستبيان.

الفرع الثاني: الاتساق الداخلي

لمعرفة الاتساق الداخلي نقوم بحساب معامل الارتباط سبيرمان لمحاور الاستبيان الموزع على عينتي الدراسة. حيث نتعرف فيما يلي إلى معامل الارتباط سبيرمان لمحاور حوكمة المؤسسات العمومية الاستشفائية، ومحاور ترشيد الإنفاق العام.

أولا– معامل الارتباط سبيرمان لمحاور حوكمة المؤسسات العمومية الاستشفائية: يبين الجدول رقم (31) الموالي معامل الارتباط سبيرمان لمحاور حوكمة المؤسسات العمومية الاستشفائية. (أنظر الملحق رقم 07 و الملحق رقم 08)

جدول رقم (31): معاملات الارتباط بين عبارات محاور الحوكمة والمحاور ككل.

العبارات	عينة أعضاء مجلس الإدارة، المدراء الفرعيين ورؤساء المكاتب		عينة الموظفين الاداريين	
	معامل سبيرمان	مستوى الدلالة	معامل سبيرمان	مستوى الدلالة
محور مجلس الإدارة				
مجلس الإدارة على دراية برسالة المؤسسة ونظامها الداخلي؛	0.805	0.000	-	-

مسؤوليات أعضاء مجلس الإدارة مكتوبة ومحددة بوضوح؛	0.712	0.000	-	-
يتخذ مجلس الإدارة قراراته بناءً على معلومات دقيقة.	0.823	0.000	-	-
محور الرؤية الاستراتيجية				
تمتلك المؤسسة خططاً استراتيجية سهلة الفهم بالنسبة للعمال؛	0.889	0.000	-	-
تُستخدم الخطط الاستراتيجية في إرشاد وتقييم الجهود المبذولة خلال العام؛	0.962	0.000	-	-
يتابع المدير وأعضاء مجلس الإدارة تنفيذ الخطط الاستراتيجية.	0.927	0.000	-	-
محور سلطة القانون				
جميع الموظفون متساوون في الحقوق والواجبات؛	0.637	0.000	0.868	0.000
تطبق المؤسسة الأحكام والنصوص القانونية بصورة عادلة ودون تمييز بين أفراد المجتمع؛	0.495	0.000	0.887	0.000
القوانين المطبقة في المؤسسة منسجمة مع حقوق الإنسان.	0.424	0.010	0.871	0.000
محور الأخلاق				
تمتلك المؤسسة مدونة أخلاقيات المهنة؛	0.894	0.00	0.878	0.000
تقوم المؤسسة بإعلام المستخدمين بمحتوى مدونة أخلاقيات المهنة وتكون متاحة لجميع العمال؛	0.937	0.00	0.945	0.000
محور المشاركة				
تتيح المؤسسة الفرصة للموظفين للمشاركة في صنع السياسات ووضع القواعد للعمل في مختلف المجالات؛	0.926	0.00	0.888	0.000
تسمح المؤسسة للمواطنين بالتدخل والمساعدة على صنع القرار مما ينعكس إيجابا على القرارات المتخذة؛	0.877	0.00	0.883	0.000
تأخذ المؤسسة برأي المستفيدين من الخدمات الصحية من أجل تحديد أولوياتهم واحتياجاتهم.	0.867	0.00	0.839	0.000
محور المساءلة				

توفر المؤسسة معلومات عن الإنفاق الصحي العام بشكل يتيسر معه تحليل السياسات وتعزيز المساءلة؛	0.862	0.000	0.738	0.000
تتمّ مساءلة المسؤولين في المؤسسة عن الخلل في استغلال النفقات العامة، ويتحملون المسؤولية عن الأخطاء التي تنتج عن القرارات التي يتخذونها؛	0.845	0.000	0.804	0.000
يمكن للمواطنين مساءلة المؤسسة عن قراراتها المالية وسياساتها،	0.680	0.000	0.816	0.000
يستطيع أي موظف بالمؤسسة التبليغ عن شبهات الفساد وكشفه دون أن يتم معاقبته.	0.867	0.000	0.862	0.000
محور الشفافية				
تقوم المؤسسة بنشر معلومات وبيانات مالية تتميز بالدقة والوضوح والشفافية وفي الوقت المناسب.	0.905	0.000	0.908	0.000
تقوم المؤسسة بتوضيح كيفية تنفيذ مهامها ومبررات القرارات التي تتخذها؛	0.908	0.000	0.908	0.000
توجد آليات واضحة تتيح للمواطنين التحقق من التزام المؤسسة بمهامها على الوجه المخطط له.	0.803	0.000	0.885	0.000

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على بيانات الاستبيان باستخدام برنامج SPSS

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن معاملات الارتباط سبيرمان لجميع عبارات المحاور ومحورها الذي تنتمي إليه تقترب من "1" عند مستوى معنوية أقل من 0.01، وعليه يمكن القول بوجود اتساق داخلي في محاور حوكمة المؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة.

ثانيا– الاتساق الداخلي لمحاور ترشيد الانفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية: يبين الجدول الموالي الاتساق الداخلي لمحاور ترشيد الانفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة. (أنظر الملحق رقم 07 والملحق رقم 08)

جدول رقم (32): معاملات الارتباط بين عبارات محاور ترشيد الانفاق العام والمحاور ككل.

العبارات	عينة أعضاء مجلس الإدارة، المدراء الفرعيين ورؤساء المكاتب		عينة الموظفين الاداريين	
	معامل سبيرمان	مستوى الدلالة	معامل سبيرمان	مستوى الدلالة
عمليات إعداد وتنفيذ الموازنة				

تتقيّد عملية إعداد موازنة المؤسسة بجدول زمني ثابت؛	0.741	0.000	0.800	0.000
يتم إعداد الموازنة العامة حسب الأهداف التي تسعى المؤسسة لتحقيقها؛	0.795	0.000	0.924	0.000
توجد إجراءات واضحة لتنفيذ الموازنة ومتابعتها والإبلاغ عن نتائجها؛	0.791	0.000	0.86	0.00
الرقابة الداخلية				
تعمل الرقابة الداخلية على التقييم الدوري لمدى كفاءة وفعالية الأداء؛	0.932	0.000	0.870	0.000
تتوفر المؤسسة على نظام رقابي داخلي فعال يضمن توافق التنفيذ مع ما سبق التخطيط له؛	0.952	0.000	0.902	0.000
تعمل الرقابة الداخلية على ضمان مستوى كاف من الإفصاح والشفافية، من خلال مراجعة التقارير المالية وقياس الأداء؛	0.945	0.000	0.893	0.000
تقوم الرقابة الداخلية بالتحقق من صحة البيانات لتمكين الموظفين من تقليل الأخطاء.	0.881	0.000	0.849	0.000
الرقابة الخارجية				
توجد رقابة خارجية على الإنفاق الصحي العام؛	0.933	0.000	0.921	0.000
تقوم المؤسسة بتقديم الوثائق والمستندات الخاصة بالنفقات العامة للأطراف المعنية بالرقابة الخارجية لمراقبة أوجه الصرف؛	0.968	0.000	0.940	0.000
تقوم هيئات الرقابة الخارجية بتأكيد الوثائق والمستندات من أجل زيادة الإفصاح والشفافية.	0.963	0.000	0.961	0.000
نظم المعلومات المحاسبية				
توجد بالمؤسسة جهة مسؤولة عن توفير المعلومات المتعلقة بالجانب المالي والمادي لكل مصلحة بالمؤسسة؛	0.895	0.000	0.853	0.000
تساعد نظم المعلومات المحاسبية في المؤسسة على تقييم إدارة المؤسسة؛	0.954	0.000	0.887	0.000

تساعد نظم المعلومات المحاسبية في المؤسسة على عملية اتخاذ القرار.	0.940	0.000	0.861	0.000
محور تقييم الأداء				
تقوم المؤسسة بتقييم الأداء من خلال توضيح ما تم إنجازه من أهداف مع بيان تكلفة الإنجاز؛	0.914	0.000	0.906	0.000
تقوم المؤسسة بتحديد المسؤولين عن أداء العمل ومدى مساهمتهم في تنفيذ الأهداف، مما يساعد في تحسين الأداء.	0.932	0.000	0.935	0.000
تقوم المؤسسة بتقييم النتائج التي تحققها النفقات الصحية العامة.	0.908	0.000	0.865	0.000

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على بيانات الاستبيان باستخدام برنامج SPSS

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن معاملات الارتباط سبيرمان لجميع عبارات المحاور ومحورها الذي تنتمي إليه تقترب من "1" عند مستوى معنوية أقل من 0.01، وعليه يمكن القول بوجود اتساق داخلي في محاور ترشيد الإنفاق العام المؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة.

المطلب الثالث: التحليل الوصفي للبيانات الشخصية لعينتي الدراسة

سنتطرق إلى التحليل الوصفي للبيانات الشخصية لأفراد العينتين، وهي:

الفرع الأول: توزيع عينتي الدراسة حسب الجنس

ويبين الجدول الموالي توزيع عينتي الدراسة حسب الجنس.

جدول رقم (33): توزيع أفراد العينتين حسب الجنس

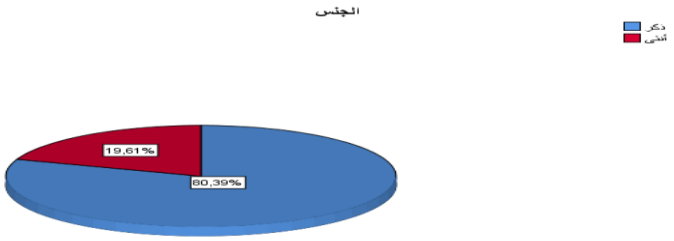
الجنس	أعضاء مجلس الإدارة، المدراء، المدراء الفرعيون ورؤساء المكاتب		الموظفون الإداريون	
	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
ذكر	41	80.4	50	38.5
أنثى	10	19.6	80	61.5
المجموع	51	100	130	%100

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على بيانات الاستبيان باستخدام برنامج SPSS

يشير الجدول رقم (33) أعلاه إلى توزيع أفراد العينتين حسب الجنس، حيث أن النسبة الكبيرة من العينة بالنسبة لأعضاء مجلس الإدارة والمدراء والمدراء الفرعيين ورؤساء المكاتب من الذكور حيث بلغ عددهم 41

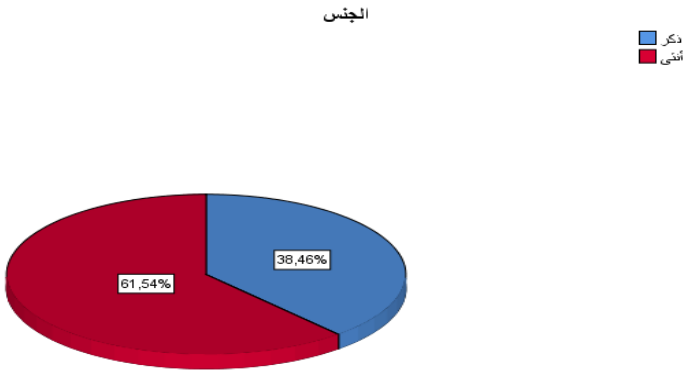
شكل رقم (17): توزيع عينة لأعضاء مجلس الإدارة، المدراء، المدراء الفرعيون ورؤساء المكاتب حسب الجنس

وبنسبة 80.4%، في حين بلغ عدد الإناث 10 وبنسبة 19.6%، وهذا **راجع** إلى عزوف أغلب الإناث عن تقلد المناصب العليا بسبب انشغالهن بأمور أخرى، ويبين الشكل الموالي توزيع أفراد العينة حسب الجنس.



أما بالنسبة للعينة الثانية فنلاحظ أن توزيع عينة الموظفين الإداريين حسب الجنس كانت نسبة الإناث أعلى من الذكور، حيث بلغ عدد الإناث 80 من بين 130 وبنسبة 61.5% أما بالنسبة للذكور فقد بلغ عددهم 50 ذكر وبنسبة 38.5% وهذا راجع إلى ميول النساء للعمل في الإدارات وكذا مشكل الخدمة الوطنية بالنسبة للذكور في عمليات التوظيف بالقطاع العمومي. وإذا ما قارنا هذه النتائج مع عينة الدراسة السابقة نلاحظ العكس فأغلب من لديهم مناصب عليا هم من الذكور، وذلك لرغبة الذكور في تقلد المناصب العليا. ويبين الشكل الموالي توزيع هذه العينة حسب الجنس.

شكل رقم (18): توزيع عينة الإداريين حسب الجنس



المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على بيانات الاستبيان باستخدام برنامج SPSS

الفرع الثاني: توزيع عينتي الدراسة حسب العمر

تم تقسيم الفئات العمرية إلى أربع فئات، وهذا ما يوضحه الجدول رقم (34) الموالي.

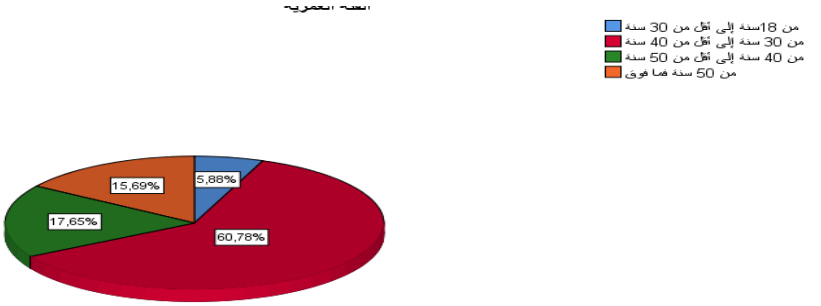
جدول رقم (34): توزيع عينتي الدراسة حسب العمر

الفئة العمرية	أعضاء مجلس الإدارة، المدراء، المدراء الفرعيون ورؤساء المكاتب		الموظفون الإداريون	
	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية
من 18 سنة إلى أقل من 30 سنة	3	5.9	12	9.2
من 30 سنة إلى أقل من 40 سنة	31	60.8	64	49.2
من 40 سنة إلى أقل من 50 سنة	9	17.6	48	36.9
من 50 سنة فأكثر	8	15.7	6	4.6
المجموع	51	100	130	100

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على بيانات الاستبيان باستخدام برنامج SPSS

نلاحظ من خلال الجدول رقم (34) أعلاه، أن الفئة العمرية من 30 سنة إلى أقل من 40 سنة هي الفئة العمرية الأكثر في كلتا العينتين، حيث بلغت نسبة عينة أعضاء مجلس الإدارة، المدراء، المدراء الفرعيين ورؤساء المكاتب في هذه الفئة 60.8% وعينة الإداريين نسبة 49.2%، في حين الفئة العمرية التي سُجلت فيها أقل قيمة بالنسبة لعينة أعضاء مجلس الإدارة، المدراء الفرعيين ورؤساء المكاتب هي من 18 سنة إلى أقل من 30 سنة بنسبة 5.9% وعددهم 03، وبالنسبة لعينة الموظفين الإداريين أدنى نسبة 4.6% مثلت الفئة العمرية أكثر من 20 سنة، وهذه النتائج **تدل** على ارتفاع سن التوظيف. ويبن الشكلين المواليين توزيع العينتين حسب الفئة العمرية.

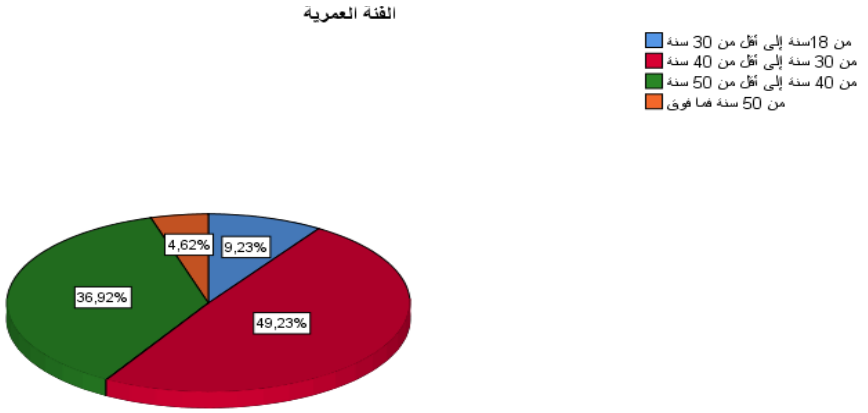
شكل رقم (19): توزيع عينة أعضاء مجلس الإدارة، المدراء، المدراء الفرعيين ورؤساء المكاتب حسب الفئة العمرية



المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على بيانات الاستبيان باستخدام SPSS

نلاحظ من خلال الشكل السابق أن الفئة العمرية من 30 إلى 40 سنة هي الفئة الكبرى تليها الفئات الأخرى وبنسب متفاوتة، أما الشكل الموالي فنلاحظ أن نفس الفئة هي الغالبة لكن تليها بنسبة تقاربها الفئة من 40 إلى 50 سنة.

شكل رقم (20): توزيع عينة الموظفين الإداريين حسب الفئة العمرية



المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على بيانات الاستبيان باستخدام برنامج SPSS

الفرع الثالث: توزيع العينتين حسب المستوى التعليمي

يبين الجدول رقم (35) الموالي توزيع العينتين حسب المستوى التعليمي.

جدول رقم (35): توزيع العينتين حسب المستوى التعليمي:

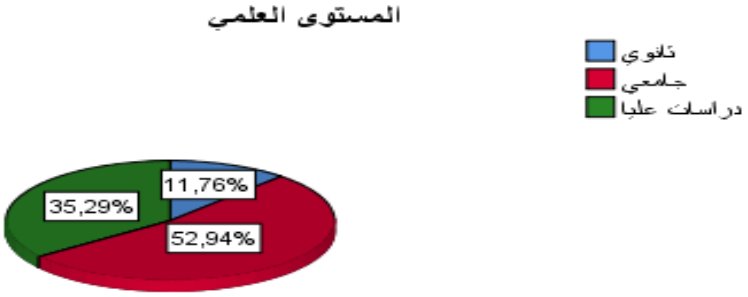
المستوى التعليمي	أعضاء مجلس الإدارة، المدراء، المدراء الفرعيون ورؤساء المكاتب		الموظفون الإداريون	
	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية
أقل من المستوى الثانوي	0	0	10	7.7
ثانوي	6	11.8	45	34.6
جامعي	27	52.9	71	54.6
دراسات عليا	18	35.3	04	3.1
المجموع	51	100	130	100

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على بيانات الاستبيان باستخدام برنامج SPSS

من خلال الجدول أعلاه، نلاحظ أنه بالنسبة لأعضاء مجلس الإدارة والمدراء الفرعيين ورؤساء المكاتب المستوى الجامعي هو المستوى التعليمي الغالب لأصحاب المناصب العليا بنسبة 52.9%، يليها دراسات عليا بنسبة 35.3% وأدناها المستوى الثانوي بنسبة 11.8%، وهذا يدل على توجه القطاع الصحي نحو رفع المستوى التعليمي لأصحاب المناصب العليا. ويبين الشكل رقم (21) الموالي توزيع عينة أعضاء مجلس الإدارة، المدراء

والمدراء الفرعيين ورؤساء المكاتب حسب المستوى التعليمي. أما بالنسبة لعينة الإداريين نلاحظ أن أعلى مستوى تعليمي هو مستوى جامعي بنسبة 54.6%، وأقلها نسبة دراسات عليا بنسبة 3.1%، وهذا بسبب وجود وضائف لا تتطلب مستوى جامعي أو دراسات عليا. ويبين الشكل رقم (22) الموالي توزيع عينة الإداريين حسب المستوى التعليمي.

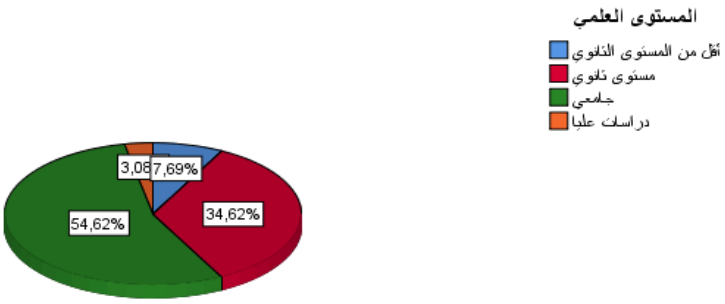
شكل رقم (21): توزيع عينة أعضاء مجلس الإدارة، المدراء والمدراء الفرعيين ورؤساء المكاتب حسب المستوى التعليمي



المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على بيانات الاستبيان باستخدام برنامج SPSS

نلاحظ من خلال الشكل أعلاه أن المستوى التعليمي الغالب على هذه العينة هو المستوى الجامعي نظرا

شكل رقم (22): توزيع عينة الموظفين الإداريين حسب المستوى التعليمي



المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على بيانات الاستبيان باستخدام برنامج SPSS

الفرع الرابع: توزيع عينتي الدراسة حسب الخبرة المهنية

ويبين الجدول الموالي رقم (36) توزيع عينتي الدراسة حسب الخبرة المهنية.

جدول رقم (36): توزيع عينتي الدراسة حسب الخبرة المهنية

الخبرة المهنية	أعضاء مجلس الإدارة، المدراء الفرعيون ورؤساء المكاتب		الموظفون الإداريون	
	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية

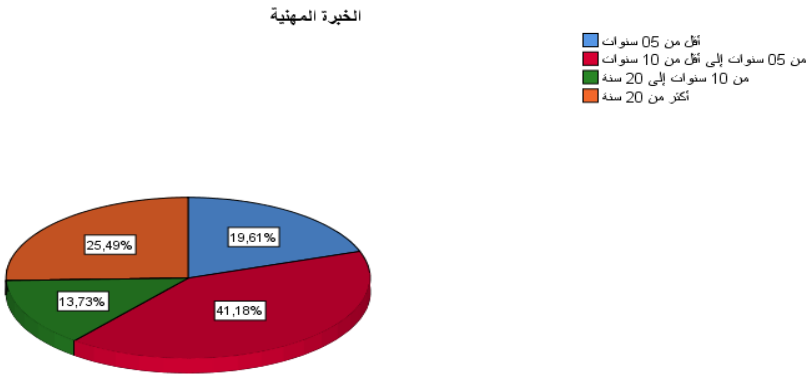
أقل من 05 سنوات	10	19.6	14	10.8
من 05 سنوات إلى أقل من 10 سنوات	21	41.2	39	30.00
من 10 سنوات إلى 20 سنة	7	13.7	57	43.8
أكثر من 20 سنة	13	25.5	20	15.4
المجموع	51	100	130	100

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على بيانات الاستبيان باستخدام برنامج SPSS

من خلال الجدول رقم (36) أعلاه، نلاحظ بالنسبة لعينة أعضاء مجلس الإدارة، المدراء، المدراء الفرعيين ورؤساء المكاتب أن الفئة التي لديها خبرة مهنية من 05 إلى أقل من 10 سنوات هي الفئة الغالبة ب 41.2%، وأدناها من 10 سنوات إلى 20 سنة ب13.7%، وهذا **راجع** إلى التوظيف المباشر لخريجي المدرسة الوطنية للمناجمنت وإدارة الصحة وتعيينهم في المناصب العليا، ويبين الشكل رقم (23) توزيع عينة أعضاء مجلس الإدارة، المدراء، والمدراء الفرعيين ورؤساء المكاتب حسب الخبرة المهنية.

شكل رقم (23): توزيع عينة أعضاء مجلس الإدارة، المدراء، المدراء الفرعيين ورؤساء المكاتب حسب الخبرة المهنية

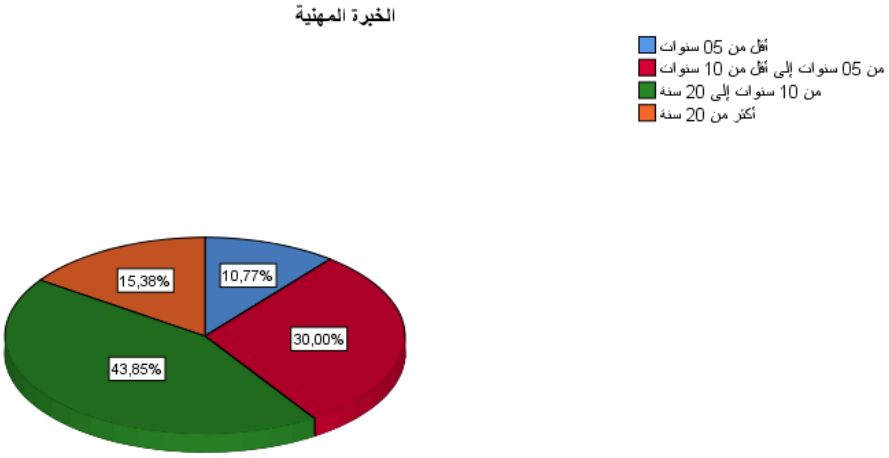
شكل رقم (23): توزيع عينة أعضاء مجلس الإدارة، المدراء، المدراء الفرعيين ورؤساء المكاتب حسب الخبرة المهنية



المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على بيانات الاستبيان باستخدام SPSS

كما نلاحظ بالنسبة لعينة الموظفين الإداريين أن أعلى قيمة ب 57 موظف وبنسبة 43.8% تمثل الفئة التي لديها خبرة مهنية من 10 سنوات إلى 20 سنة، وأدناها الفئة التي لديها خبرة مهنية أقل من 05 سنوات ب 10.8%. وهذا راجع لانخفاض التوظيف في السنوات الأخيرة، ويبين الشكل رقم (24) توزيع عينة الموظفين الإداريين حسب الفئة العمرية.

شكل رقم (24): توزيع عينة الموظفين الإداريين حسب الخبرة المهنية



المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على بيانات الاستبيان باستخدام SPSS

الفرع الخامس: توزيع عينة أعضاء مجلس الإدارة، المدراء، المدراء الفرعيين ورؤساء المكاتب حسب المنصب العالي

ويبين الجدول الموالي رقم (37) توزيع هذه العينة حسب المنصب العالي.

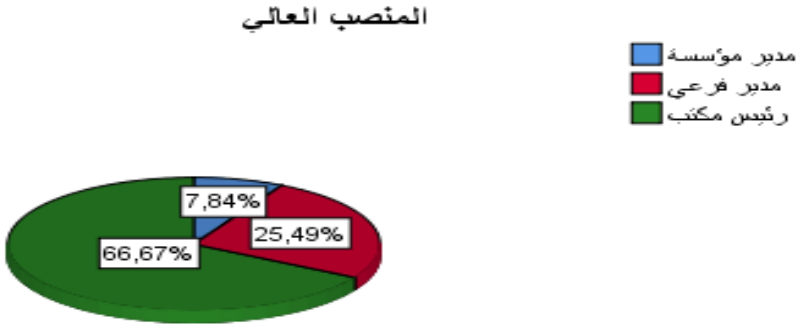
جدول رقم (37): توزيع عينة أعضاء مجلس الإدارة، المدراء، المدراء الفرعيين ورؤساء المكاتب حسب المنصب العالي

المنصب العالي	التكرارات	النسبة المئوية
مدير	4	7.8
مدير فرعي	13	25.5
رئيس مكتب	34	66.7
المجموع	51	100

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على بيانات الاستبيان باستخدام برنامج SPSS

من خلال الجدول رقم (37) أعلاه، نلاحظ أن رئيس مكتب تمثل أكبر نسبة ب 66.7%، يليها مدير فرعي ثم مدير بنسبة 25.5% و7.8% على التوالي، وهذا **راجع** لوجود مدير واحد لكل مؤسسة وأربع مدراء فرعيين، أما رؤساء المكاتب فيكون حسب المكاتب الموجودة على مستوى المديريات الفرعية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية. ويبين الشكل الموالي توزيع العينة حسب المناصب العليا.

شكل رقم (25): توزيع عينة أعضاء مجلس الإدارة، المدراء الفرعيين ورؤساء المكاتب حسب المناصب العليا



المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على بيانات الاستبيان باستخدام برنامج SPSS

المبحث الثالث: استجابات أفراد العينتين لمتغيرات الدراسة واختبار الفرضيات

سنتطرق من خلال هذا المبحث إلى استجابة أفراد العينتين إلى متغيرات الدراسة وكذا اختبار الفرضيات.

المطلب الأول: استجابة عينة أعضاء مجلس الإدارة، المدراء، المدراء الفرعيين ورؤساء المكاتب حول متغيرات الدراسة

سنعرض في هذا المطلب استجابات أفراد عينة أعضاء مجلس الإدارة، المدراء، المدراء الفرعيين ورؤساء المكاتب حول متغيرات الدراسة، والمتمثلة في مبادئ حوكمة المؤسسات العمومية الاستشفائية، والمحاور الخاصة بترشيد الإنفاق العام في هذه المؤسسات.

الفرع الأول: تحليل إجابات العينة بخصوص تطبيق مبادئ الحوكمة بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة

سنقوم باستخدام اختبار الإشارة (Sign Test) لمعرفة درجة موافقة المبحوثين حول مدى تطبيق مبادئ الحوكمة بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية. (أنظر الملحق رقم 09).

أولا– درجة موافقة المبحوثين حول مدى تطبيق مبدأ مجلس الإدارة بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية من وجهة نظر أفراد عينة الدراسة تساوي درجة الحياد 3: ويبين الجدول رقم (38) الموالي اختبار الإشارة لعبارات مبدأ مجلس الإدارة. (أنظر الملحق رقم 10).

جدول رقم (38): نتيجة اختبار الإشارة لعبارات محور مجلس الإدارة

الرقم	العبارات	عدد الإشارات السالبة	عدد الإشارات الموجبة	عدد الأصفار (الحياد)	مستوى المعنوية	الوسيط العام	درجة الموافقة
01	مجلس الإدارة على دراية برسالة المؤسسة ونظامها الداخلي؛	42	7	2	0.000	4	موافق
02	مسؤوليات أعضاء مجلس الإدارة مكتوبة ومحددة بوضوح؛	39	9	3	0.000	4	موافق
03	يتخذ مجلس الإدارة قراراته بناءً على معلومات دقيقة؛	33	7	11	0.000	4	موافق
	محور مجلس الإدارة	41	5	5	0.000	4	موافق

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على بيانات الاستبيان باستخدام برنامج SPSS

يشير الجدول رقم (38) أعلاه إلى اجابات أفراد العينة حول العبارات الخاصة بمجلس الإدارة، حيث بلغ الوسيط العام 4، وهو يشير إلى درجة الموافقة. ومن خلال قيمة مستوى المعنوية نلاحظ أنه يوجد فرق معنوي بين وسيط أراء أفراد عينة الدراسة وعلى كل عبارة ودرجة الحياد (3).

ثانيا– درجة موافقة المبحوثين حول مدى تطبيق محور الرؤية الاستراتيجية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية من وجهة نظر أفراد عينة الدراسة تساوي درجة الحياد 3: حيث يبين الجدول الموالي رقم (39) اختبار الإشارة لعبارات المحور الثاني الرؤية الاستراتيجية. (أنظر الملحق رقم 11).

جدول رقم (39): نتيجة اختبار الإشارة لعبارات المحور الثاني الرؤية الاستراتيجية

الرقم	العبارات	عدد الإشارات السالبة	عدد الإشارات الموجبة	عدد الأصفار (الحياد)	مستوى المعنوية	الوسيط العام	درجة الموافقة
04	تمتلك المؤسسة خططاً استراتيجية سهلة الفهم بالنسبة للعمال؛	26	13	12	0.055	4	موافق
05	تُستخدم الخطط الاستراتيجية في إرشاد وتقييم الجهود المبذولة خلال العام؛	22	17	12	0.522	3	محايد
06	يتابع المدير وأعضاء مجلس الإدارة تنفيذ الخطط الاستراتيجية.	26	12	13	0.035	4	موافق
	محور الرؤية الاستراتيجية	27	16	8	0.127	3.33	محايد

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على بيانات الاستبيان باستخدام برنامج SPSS

يشير الجدول رقم (39) أعلاه إلى اجابات أفراد العينة حول العبارات الخاصة بمحور الرؤية الاستراتيجية، حيث بلغ الوسيط العام 3.33، وهو يشير إلى درجة الحياد. ومن خلال قيمة مستوى المعنوية نلاحظ أنه لا يوجد فرق معنوي بين وسيط أراء أفراد عينة الدراسة وعلى كل عبارة ودرجة الحياد (3). عدا العبارة رقم (06) فإنه يوجد فرق معنوي بين وسيط أراء أفراد عينة الدراسة ودرجة الحياد.

ثالثا– درجة موافقة المبحوثين حول مدى تطبيق محور سلطة القانون بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية من وجهة نظر أفراد عينة الدراسة تساوي درجة الحياد 3:حيث يبين الجدول الموالي رقم (40) اختبار الإشارة لعبارات المحور الثالث سلطة القانون. (أنظر الملحق رقم 12).

الجدول رقم (40): نتيجة اختبار الإشارة لعبارات المحور الثالث سلطة القانون

الرقم	العبارات	عدد الإشارات السالبة	عدد الإشارات الموجبة	عدد الأصفار (الحياد)	مستوى المعنوية	الوسيط العام	درجة الموافقة
07	جميع الموظفون متساوون في الحقوق والواجبات؛	22	17	12	0.522	3	محايد
08	تطبق المؤسسة الأحكام والنصوص القانونية بصورة عادلة ودون تمييز بين أفراد المجتمع؛	21	16	14	0.511	3	محايد
09	القوانين المطبقة في المؤسسة منسجمة مع حقوق الإنسان.	28	14	9	0.045	4	موافق
	محور سلطة القانون	26	11	14	0.021	3	محايد

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على بيانات الاستبيان باستخدام برنامج SPSS

يشير الجدول رقم (40) أعلاه إلى اجابات أفراد العينة حول العبارات الخاصة بمحور سلطة القانون، حيث بلغ الوسيط العام 3، وهو يشير إلى درجة الحياد. ومن خلال قيمة مستوى المعنوية بالنسبة للمحور ككل والعبارة رقم (09) نلاحظ أنه يوجد فرق معنوي بين وسيط أراء أفراد عينة الدراسة ودرجة الحياد (3)، أما العبارتين (07) و(08) فإنه لا يوجد فرق معنوي بين وسيط أراء أفراد عينة الدراسة ودرجة الحياد 3.

رابعا– درجة موافقة المبحوثين حول مدى تطبيق محور الأخلاق بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية من وجهة نظر أفراد عينة الدراسة تساوي درجة الحياد 3: حيث يبين الجدول الموالي رقم (41) اختبار الإشارة لعبارات المحور الرابع الأخلاق. (أنظر الملحق رقم 13).

جدول رقم (41): نتيجة اختبار الإشارة لعبارات المحور الرابع الاخلاق

الرقم	العبارات	عدد الإشارات السالبة	عدد الإشارات الموجبة	عدد الأصفار (الحياد)	مستوى المعنوية	الوسيط العام	درجة الموافقة
10	تمتلك المؤسسة مدونة أخلاقيات المهنة؛	31	9	11	0.001	4	موافق
11	تقوم المؤسسة بإعلام المستخدمين بمحتوى مدونة أخلاقيات المهنة	15	16	20	1.000	3	محايد

	وتكون متاحة لجميع العمال؛						
محور الأخلاق	26	11	14	0.021	3.5	موافق	

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على بيانات الاستبيان باستخدام برنامج SPSS

يشير الجدول رقم (41) أعلاه إلى اجابات أفراد العينة حول العبارات الخاصة بمحور الأخلاق، حيث بلغ الوسيط العام 3.5، وهو يشير إلى درجة الموافقة. ومن خلال قيمة مستوى المعنوية نلاحظ أنه يوجد فرق معنوي بين وسيط أراء أفراد عينة الدراسة بالنسبة للعبارة (10) والمحور ككل ودرجة الحياد (3)، أما بالنسبة للعبارة رقم (11) فإنه لا يوجد فرق معنوي بين وسيط أراء أفراد عينة الدراسة ودرجة الحياد (3).

خامسا– درجة موافقة المبحوثين حول مدى تطبيق محور المشاركة بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية من وجهة نظر أفراد عينة الدراسة تساوي درجة الحياد 3: حيث يبين الجدول الموالي رقم (42) اختبار الإشارة لعبارات المحور الخامس المشاركة. (أنظر الملحق رقم 14)

جدول رقم (42): نتيجة اختبار الإشارة لعبارات المحور الخامس المشاركة

الرقم	العبارات	عدد الإشارات السالبة	عدد الإشارات الموجبة	عدد الأصفار (الحياد)	مستوى المعنوية	الوسيط العام	درجة الموافقة
12	تتيح المؤسسة الفرصة للموظفين للمشاركة في صنع السياسات ووضع القواعد للعمل في مختلف المجالات؛	22	22	7	1.000	3	محايد
13	تسمح المؤسسة للمواطنين بالتدخل والمساعدة على صنع القرار مما ينعكس إيجابا على القرارات المتخذة؛	14	27	10	0.061	2	غير موافق
14	تأخذ المؤسسة برأي المستفيدين من الخدمات الصحية من أجل تحديد أولوياتهم واحتياجاتهم.	21	21	09	1.000	3	محايد
	محور المشاركة	24	23	4	1.000	3	محايد

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على بيانات الاستبيان باستخدام برنامج SPSS

يشير الجدول رقم (42) أعلاه إلى اجابات أفراد العينة حول العبارات الخاصة بمحور المشاركة، حيث بلغ الوسيط العام 3، وهو يشير إلى درجة الحياد. ومن خلال قيمة مستوى المعنوية نلاحظ أنه لا يوجد فرق معنوي بين وسيط أراء أفراد عينة الدراسة بالنسبة لجميع عبارات المحور والمحور ككل ودرجة الحياد (3).

سادسا– درجة موافقة المبحوثين حول مدى تطبيق محور المساءلة بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية من وجهة نظر أفراد عينة الدراسة تساوي درجة الحياد 3: حيث يبين الجدول الموالي رقم (43) اختبار الإشارة لعبارات المحور السادس المساءلة. (أنظر الملحق رقم 15).

جدول رقم (43): نتيجة اختبار الإشارة لعبارات المحور السادس المتعلق بالمساءلة

الرقم	العبارات	عدد الإشارات السالبة	عدد الإشارات الموجبة	عدد الأصفار (الحياد)	مستوى المعنوية	الوسيط العام	درجة الموافقة
15	توفر المؤسسة معلومات عن الإنفاق الصحي العام بشكل يتيسر معه تحليل السياسات وتعزيز المساءلة؛	22	15	14	0.324	3	محايد
16	تتمّ مساءلة المسؤولين في المؤسسة عن الخلل في استغلال النفقات العامة، ويتحملون المسؤولية عن الأخطاء التي تنتج عن القرارات التي يتخذونها؛	25	13	13	0.074	2	غير موافق
17	يمكن للمواطنين مساءلة المؤسسة عن قراراتها المالية وسياساتها،	8	33	10	0.000	3	محايد
18	يستطيع أي موظف بالمؤسسة التبليغ عن شبهات الفساد وكشفه دون أن يتم معاقبته.	16	21	14	0.511	3	محايد
	محور المساءلة	21	24	6	0.766	3	محايد

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على بيانات الاستبيان باستخدام برنامج SPSS

يشير الجدول رقم (43) أعلاه إلى اجابات أفراد العينة حول العبارات الخاصة بمحور المساءلة، حيث بلغ الوسيط العام 3، وهو يشير إلى درجة الحياد. ومن خلال قيمة مستوى المعنوية نلاحظ أنه لا يوجد فرق

معنوي بين وسيط أراء أفراد عينة الدراسة بالنسبة لجميع عبارات المحور والمحور ككل ودرجة الحياد 3، عدا العبارة (17) فإنه يوجد فرق معنوي بين وسيط أراء أفراد عينة الدراسة بالنسبة لهذه العبارة ودرجة الحياد 3.

سابعا– درجة موافقة المبحوثين حول مدى تطبيق محور الشفافية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية من وجهة نظر أفراد عينة الدراسة تساوي درجة الحياد 3: حيث يبين الجدول الموالي رقم (44) اختبار الإشارة لعبارات المحور السابع الشفافية. (أنظر الملحق رقم 16).

جدول رقم (44): نتيجة إختبار الإشارة لعبارات المحور السابع الشفافية

الرقم	العبارات	عدد الإشارات السالبة	عدد الإشارات الموجبة	عدد الأصفار (الحياد)	مستوى المعنوية	الوسيط العام	درجة الموافقة
19	تقوم المؤسسة بنشر معلومات وبيانات مالية تتميز بالدقة والوضوح والشفافية وفي الوقت المناسب.	23	12	7	0.880	3	محايد
20	تقوم المؤسسة بتوضيح كيفية تنفيذ مهامها ومبررات القرارات التي تتخذها؛	24	20	7	0.651	3	محايد
21	توجد آليات واضحة تتيح للمواطنين التحقق من التزام المؤسسة بمهامها على الوجه المخطط له.	17	22	12	0.522	3	محايد
	محور الشفافية	22	21	08	1.000	3	محايد

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على بيانات الاستبيان باستخدام برنامج SPSS

يشير الجدول رقم (44) أعلاه إلى اجابات أفراد العينة حول العبارات الخاصة بمحور الشفافية، حيث بلغ الوسيط العام 3، وهو يشير إلى درجة الحياد. ومن خلال قيمة مستوى المعنوية نلاحظ أنه لا يوجد فرق معنوي بين وسيط أراء أفراد عينة الدراسة بالنسبة لجميع عبارات المحور والمحور ككل ودرجة الحياد 3.

الفرع الثاني: تحليل إجابات العينة بخصوص ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية

سنقوم باستخدام اختبار الإشارة (Sign Test) لمعرفة درجة موافقة المبحوثين حول ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية. (أنظر الملحق رقم 17).

أولا– درجة موافقة المبحوثين حول مدى تطبيق محور عمليات إعداد وتنفيذ الميزانية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية من وجهة نظر أفراد عينة الدراسة تساوي درجة الحياد 3: حيث يبين الجدول الموالي رقم (45) اختبار الإشارة لعبارات المحور الأول عمليات إعداد وتنفيذ الميزانية. (أنظر الملحق رقم 18)

جدول رقم (45): اختبار الإشارة لعبارات المحور الأول "عمليات إعداد وتنفيذ الميزانية"

الرقم	العبارات	عدد الإشارات السالبة	عدد الإشارات الموجبة	عدد الأصفار (الحياد)	مستوى المعنوية	الوسيط العام	درجة الموافقة
01	تتقيّد عملية إعداد موازنة المؤسسة بجدول زمني ثابت؛	41	5	5	0.000	4	موافق
02	يتم إعداد الموازنة العامة حسب الأهداف التي تسعى المؤسسة لتحقيقها؛	34	10	7	0.001	4	موافق
03	توجد إجراءات واضحة لتنفيذ الموازنة ومتابعتها والإبلاغ عن نتائجها؛	33	9	9	0.000	4	موافق
عمليات إعداد وتنفيذ الميزانية		41	7	3	0.000	4	موافق

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على بيانات الاستبيان باستخدام برنامج SPSS

يشير الجدول رقم (45) أعلاه إلى اجابات أفراد العينة حول العبارات الخاصة بمحور عمليات إعداد وتنفيذ الميزانية، حيث بلغ الوسيط العام4، وهو يشير إلى درجة الموافقة. ومن خلال قيمة مستوى المعنوية نلاحظ أنه يوجد فرق معنوي بين وسيط أراء أفراد عينة الدراسة بالنسبة لجميع عبارات المحور والمحور ككل ودرجة الحياد 3.

ثانيا– درجة موافقة المبحوثين حول مدى تطبيق محور الرقابة الداخلية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية من وجهة نظر أفراد عينة الدراسة تساوي درجة الحياد 3: حيث يبين الجدول الموالي رقم (46) اختبار الإشارة لعبارات المحور الثاني الرقابة الداخلية. (أنظر الملحق رقم 19)

جدول رقم (46): اختبار الإشارة لعبارات المحور الثاني الخاص بالرقابة الداخلية:

الرقم	العبارات	عدد الإشارات السالبة	عدد الإشارات الموجبة	عدد الأصفار (الحياد)	مستوى المعنوية	الوسيط العام	درجة الموافقة

04	تعمل الرقابة الداخلية على التقييم الدوري لمدى كفاءة وفعالية الأداء؛	25	18	8	0.360	3	محايد
05	تتوفر المؤسسة على نظام رقابي داخلي فعال يضمن توافق التنفيذ مع ما سبق التخطيط له؛	21	19	11	0.874	3	محايد
06	تعمل الرقابة الداخلية على ضمان مستوى كاف من الإفصاح والشفافية، من خلال مراجعة التقارير المالية وقياس الأداء؛	25	17	9	0.280	3	محايد
07	تقوم الرقابة الداخلية بالتحقق من صحة البيانات لتمكين الموظفين من تقليل الأخطاء.	23	14	14	0.188	3	محايد
	الرقابة الداخلية	23	18	10	0.532	3	محايد

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على بيانات الاستبيان باستخدام برنامج SPSS

يشير الجدول رقم (46) أعلاه إلى اجابات أفراد العينة حول العبارات الخاصة بمحور الرقابة الداخلية، حيث بلغ الوسيط العام 3، وهو يشير إلى درجة الحياد. ومن خلال قيمة مستوى المعنوية نلاحظ أنه لا يوجد فرق معنوي بين وسيط أراء أفراد عينة الدراسة للمحور ككل ولكل العبارات ودرجة الحياد 3.

ثالثا– درجة موافقة المبحوثين حول مدى تطبيق محور الرقابة الخارجية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية من وجهة نظر أفراد عينة الدراسة تساوي درجة الحياد 3: حيث يبين الجدول الموالي رقم (47) اختبار الإشارة لعبارات المحور الثالث الرقابة الخارجية. (أنظر الملحق رقم 20)

جدول رقم (47): اختبار الإشارة لعبارات المحور الثالث الرقابة الخارجية

الرقم	العبارات	عدد الإشارات السالبة	عدد الإشارات الموجبة	عدد الأصفار (الحياد)	مستوى المعنوية	الوسيط العام	درجة الموافقة
08	توجد رقابة خارجية على الإنفاق الصحي العام؛	41	2	8	0.000	4	موافق
09	تقوم المؤسسة بتقديم الوثائق والمستندات الخاصة بالنفقات العامة	40	4	7	0.000	4	موافق

	للأطراف المعنية بالرقابة الخارجية لمراقبة أوجه الصرف؛						
10	تقوم هيئات الرقابة الخارجية بتأكيد الوثائق والمستندات من أجل زيادة الإفصاح والشفافية.	41	3	7	0.000	4	موافق
محور الرقابة الخارجية		41	3	7	0.000	4	موافق

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على بيانات الاستبيان باستخدام برنامج SPSS

يشير الجدول رقم (47) أعلاه إلى اجابات أفراد العينة حول العبارات الخاصة بمحور الرقابة الخارجية، حيث بلغ الوسيط العام 4، وهو يشير إلى درجة الموافقة. ومن خلال قيمة مستوى المعنوية نلاحظ أنه يوجد فرق معنوي بين وسيط أراء أفراد عينة الدراسة بالنسبة للمحور ككل ولكل عبارات المحور ودرجة الحياد 3.

رابعا– درجة موافقة المبحوثين حول مدى تطبيق محور نظم المعلومات المحاسبية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية من وجهة نظر أفراد عينة الدراسة تساوي درجة الحياد 3: حيث يبين الجدول الموالي رقم (48) اختبار الإشارة لعبارات المحور الرابع نظم المعلومات المحاسبية. (أنظر الملحق رقم 21).

جدول رقم (48): اختبار الإشارة لعبارات المحور الرابع نظم المعلومات المحاسبية

الرقم	العبارات	عدد الإشارات السالبة	عدد الإشارات الموجبة	عدد الأصفار (الحياد)	مستوى المعنوية	الوسيط العام	درجة الموافقة
11	توجد بالمؤسسة جهة مسؤولة عن توفير المعلومات المتعلقة بالجانب المالي والمادي لكل مصلحة بالمؤسسة؛	37	10	04	0.000	4	موافق
12	تساعد نظم المعلومات المحاسبية في المؤسسة على تقييم إدارة المؤسسة؛	33	12	6	0.003	4	موافق
13	تساعد نظم المعلومات المحاسبية في المؤسسة على عملية اتخاذ القرار؛	31	12	8	0.006	4	موافق
نظم المعلومات المحاسبية		34	13	4	0.004	4	موافق

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على بيانات الاستبيان باستخدام برنامج SPSS

يشير الجدول رقم (48) أعلاه إلى اجابات أفراد العينة حول العبارات الخاصة بمحور نظم المعلومات المحاسبية، حيث بلغ الوسيط العام 4، وهو يشير إلى درجة الموافقة. ومن خلال قيمة مستوى المعنوية نلاحظ أنه يوجد فرق معنوي بين وسيط أراء أفراد عينة الدراسة بالنسبة لجميع عبارات المحور والمحور ككل ودرجة الحياد 3.

خامسا– درجة موافقة المبحوثين حول مدى تطبيق محور تقييم الأداء بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية من وجهة نظر أفراد عينة الدراسة تساوي درجة الحياد 3: حيث يبين الجدول الموالي رقم (49) اختبار الإشارة لعبارات المحور الخامس تقييم الأداء. (أنظر الملحق رقم 22).

جدول رقم (49): اختبار الإشارة لعبارات المحور الخامس تقييم الأداء

الرقم	العبارات	عدد الإشارات السالبة	عدد الإشارات الموجبة	عدد الأصفار (الحياد)	مستوى المعنوية	الوسيط العام	درجة الموافقة
14	تقوم المؤسسة بتقييم الأداء من خلال توضيح ما تم إنجازه من أهداف مع بيان تكلفة الإنجاز؛	27	10	14	0.009	4	موافق
15	تقوم المؤسسة بتحديد المسؤولين عن أداء العمل ومدى مساهمتهم في تنفيذ الأهداف، مما يساعد في تحسين الأداء.	23	13	15	0.134	3	محايد
16	تقوم المؤسسة بتقييم النتائج التي تحققها النفقات الصحية العامة.	24	14	13	0.144	3	محايد
	محور تقييم الأداء	26	11	14	0.021	3.33	محايد

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على بيانات الاستبيان باستخدام برنامج SPSS

يشير الجدول رقم (49) أعلاه إلى اجابات أفراد العينة حول عبارات محور تقييم الأداء، حيث بلغ الوسيط العام 3.33، وهو يشير إلى درجة الحياد. ومن خلال قيمة مستوى المعنوية نلاحظ أنه يوجد فرق معنوي بين وسيط أراء أفراد عينة الدراسة بالنسبة للمحور ككل والعبارة رقم (14) ودرجة الحياد 3، أما بالنسبة للعبارتين رقم (15) و(16) فإنه لا يوجد فرق معنوي بين وسيط أراء أفراد عينة الدراسة ودرجة الحياد.

المطلب الثاني: استجابة الموظفين الإداريين حول متغيرات الدراسة

سنعرض في هذا المطلب استجابات أفراد عينة الموظفين الاداريين حول متغيرات الدراسة، والمتمثلة في مبادئ حوكمة المؤسسات العمومية الاستشفائية، والمحاور الخاصة بترشيد الإنفاق العام في هذه المؤسسات.

الفرع الأول: تحليل إجابات العينة بخصوص تطبيق مبادئ الحوكمة بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة

سيتم دراسة إجابات أفراد عينة الدراسة حول كل محور من محاور حوكمة المؤسسات العمومية الاستشفائية باستخدام اختبار الإشارة (Sign Test). (أنظر الملحق 23).

أولاً– درجة موافقة المبحوثين حول مدى تطبيق محور سلطة القانون بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية من وجهة نظر أفراد عينة الدراسة تساوي درجة الحياد 3: حيث يبين الجدول الموالي رقم (50) اختبار الإشارة لعبارات المحور الأول سلطة القانون. (أنظر الملحق 24).

جدول رقم (50): نتيجة إختبار الإشارة لعبارات المحور الأول سلطة القانون

الرقم	العبارات	عدد الإشارات السالبة	عدد الإشارات الموجبة	عدد الأصفار (الحياد)	مستوى المعنوية	الوسيط العام	درجة الموافقة
01	جميع الموظفون متساوون في الحقوق والواجبات؛	45	65	20	0.07	2.5	غير موافق
02	تطبق المؤسسة الأحكام والنصوص القانونية بصورة عادلة ودون تمييز بين أفراد المجتمع؛	43	59	28	0.137	3	محايد
03	القوانين المطبقة في المؤسسة منسجمة مع حقوق الإنسان.	50	51	29	1.000	3	محايد
محور سلطة القانون		51	65	14	0.227	3	محايد

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على بيانات الاستبيان باستخدام برنامج SPSS

يشير الجدول رقم (50) أعلاه إلى اجابات أفراد العينة حول عبارات محور سلطة القانون، حيث بلغ الوسيط العام 3، وهو يشير إلى درجة الحياد. ومن خلال قيمة مستوى المعنوية نلاحظ أنه لا يوجد فرق معنوي بين وسيط أراء أفراد عينة الدراسة بالنسبة لجميع عبارات المحور والمحور ككل ودرجة الحياد.

ثانياً– درجة موافقة المبحوثين حول مدى تطبيق محور الأخلاق بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية من وجهة نظر أفراد عينة الدراسة تساوي درجة الحياد 3:حيث يبين الجدول الموالي رقم (51) اختبار الإشارة لعبارات المحور الثاني الأخلاق. (أنظر الملحق 25).

جدول رقم (51): نتيجة إختبار الإشارة لعبارات المحور الثاني الاخلاق:

الرقم	العبارات	عدد الإشارات السالبة	عدد الإشارات الموجبة	عدد الأصفار (الحياد)	مستوى المعنوية	الوسيط العام	درجة الموافقة

04	تمتلك المؤسسة مدونة أخلاقيات المهنة؛	76	16	38	0.000	4	موافق
05	تقوم المؤسسة بإعلام المستخدمين بمحتوى مدونة أخلاقيات المهنة وتكون متاحة لجميع العمال؛	57	47	26	0.377	3	محايد
	محور الأخلاق	64	34	32	0.003	3	محايد

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على بيانات الاستبيان باستخدام برنامج SPSS

يشير الجدول رقم (51) أعلاه إلى اجابات أفراد العينة حول العبارات الخاصة بمحور الأخلاق، حيث بلغ الوسيط العام 3، وهو يشير إلى درجة الحياد. ومن خلال قيمة مستوى المعنوية نلاحظ أنه يوجد فرق معنوي بين وسيط أراء أفراد عينة الدراسة بالنسبة للعبارة رقم (4) والمحور ككل ودرجة الحياد 3، وبالنسبة للعبارة رقم (05) فإنه لا يوجد فرق معنوي بين وسيط أراء أفراد عينة الدراسة ودرجة الحياد 3.

ثالثاً– درجة موافقة المبحوثين حول مدى تطبيق محور المشاركة بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية من وجهة نظر أفراد عينة الدراسة تساوي درجة الحياد 3: حيث يبين الجدول الموالي رقم (52) اختبار الإشارة لعبارات المحور الثالث المشاركة. (أنظر الملحق 26).

جدول رقم (52): نتيجة اختبار الإشارة لعبارات المحور الثالث المشاركة:

الرقم	العبارات	عدد الإشارات السالبة	عدد الإشارات الموجبة	عدد الأصفار (الحياد)	مستوى المعنوية	الوسيط العام	درجة الموافقة
06	تتيح المؤسسة الفرصة للموظفين للمشاركة في صنع السياسات ووضع القواعد للعمل في مختلف المجالات؛	42	62	26	0.062	3	محايد
07	تسمح المؤسسة للمواطنين بالتدخل والمساعدة على صنع القرار مما ينعكس إيجابا على القرارات المتخذة؛	36	61	33	0.015	3	محايد
08	تأخذ المؤسسة برأي المستفيدين من الخدمات الصحية من أجل تحديد أولوياتهم واحتياجاتهم.	45	49	36	0.757	3	محايد
	محور المشاركة	40	66	24	0.015	3	محايد

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على بيانات الاستبيان باستخدام برنامج SPSS

يشير الجدول رقم (52) أعلاه إلى اجابات أفراد العينة حول العبارات الخاصة بمحور المشاركة، حيث بلغ الوسيط العام 3، وهو يشير إلى درجة الحياد. ومن خلال قيمة مستوى المعنوية نلاحظ أنه يوجد فرق معنوي بين وسيط أراء أفراد عينة الدراسة بالنسبة للعبارة رقم (07) للمحور والمحور ككل ودرجة الحياد 3، أما العبارتين (06) و(08) فإنه لا يوجد فرق معنوي بين وسيط أراء أفراد عينة الدراسة ودرجة الحياد 3.

رابعاً– درجة موافقة المبحوثين حول مدى تطبيق محور المساءلة بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية من وجهة نظر أفراد عينة الدراسة تساوي درجة الحياد 3: حيث يبين الجدول الموالي رقم (53) اختبار الإشارة لعبارات المحور الرابع المساءلة. (أنظر الملحق 27).

جدول رقم (53): نتيجة اختبار الإشارة لعبارات المحور الرابع المتعلق بالمساءلة

الرقم	العبارات	عدد الإشارات السالبة	عدد الإشارات الموجبة	عدد الأصفار (الحياد)	مستوى المعنوية	الوسيط العام	درجة الموافقة
09	توفر المؤسسة معلومات عن الإنفاق الصحي العام بشكل يتيسر معه تحليل السياسات وتعزيز المساءلة؛	53	39	38	0.175	3	محايد
10	تتمّ مساءلة المسؤولين في المؤسسة عن الخلل في استغلال النفقات العامة، ويتحملون المسؤولية عن الأخطاء التي تنتج عن القرارات التي يتخذونها؛	74	36	20	0.000	4	موافق
11	يمكن للمواطنين مساءلة المؤسسة عن قراراتها المالية وسياساتها،	38	60	32	0.034	3	محايد
12	يستطيع أي موظف بالمؤسسة التبليغ عن شبهات الفساد وكشفه دون أن يتم معاقبته.	60	47	23	0.246	3	محايد
	محور المساءلة	66	55	9	0.363	3	محايد

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على بيانات الاستبيان باستخدام برنامج SPSS

يشير الجدول رقم (53) أعلاه إلى اجابات أفراد العينة حول العبارات الخاصة بمحور المساءلة، حيث بلغ الوسيط العام 3، وهو يشير إلى درجة الحياد. ومن خلال قيمة مستوى المعنوية نلاحظ أنه لا يوجد فرق معنوي بين وسيط أراء أفراد عينة الدراسة بالنسبة للعبارة رقم (09) و(12) للمحور والمحور ككل ودرجة الحياد، أما العبارتين (10) و(11) فإنه يوجد فرق معنوي بين وسيط أراء أفراد عينة الدراسة ودرجة الحياد3.

خامسا– درجة موافقة المبحوثين حول مدى تطبيق محور الشفافية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية من وجهة نظر أفراد عينة الدراسة تساوي درجة الحياد 3: حيث يبين الجدول الموالي رقم (54) اختبار الإشارة لعبارات المحور الخامس الشفافية. (أنظر الملحق 28).

جدول رقم (54): نتيجة اختبار الإشارة لعبارات المحور الخامس الشفافية

الرقم	العبارات	عدد الإشارات السالبة	عدد الإشارات الموجبة	عدد الأصفار (الحياد)	مستوى المعنوية	الوسيط العام	درجة الموافقة
13	تقوم المؤسسة بنشر معلومات وبيانات مالية تتميز بالدقة والوضوح والشفافية وفي الوقت المناسب.	50	50	30	1.000	3	محايد
14	تقوم المؤسسة بتوضيح كيفية تنفيذ مهامها ومبررات القرارات التي تتخذها؛	57	55	18	0.925	3	محايد
15	توجد آليات واضحة تتيح للمواطنين التحقق من التزام المؤسسة بمهامها على الوجه المخطط له.	49	56	25	0.558	3	محايد
	محور الشفافية	57	57	16	1.000	3	محايد

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على بيانات الاستبيان باستخدام برنامج SPSS

يشير الجدول رقم (54) أعلاه إلى اجابات أفراد العينة حول العبارات الخاصة بمحور الشفافية، حيث بلغ الوسيط العام 3، وهو يشير إلى درجة الحياد. ومن خلال قيمة مستوى المعنوية نلاحظ أنه لا يوجد فرق معنوي بين وسيط أراء أفراد عينة الدراسة بالنسبة لجميع عبارات المحور والمحور ككل ودرجة الحياد 3.

الفرع الثاني: تحليل إجابات العينة بخصوص ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية

سيتم دراسة إجابات أفراد عينة الدراسة حول كل محور من محاور ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية باستخدام اختبار الإشارة (Sign Test).

أولا– درجة موافقة المبحوثين حول مدى تطبيق محور عمليات إعداد وتنفيذ الميزانية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية من وجهة نظر أفراد عينة الدراسة تساوي درجة الحياد 3: يبين الجدول رقم (55) اختبار الإشارة لعبارات المحور الأول عمليات إعداد وتنفيذ الميزانية. (أنظر الملحق رقم 29).

جدول رقم (55): اختبار الإشارة لعبارات المحور الأول "عمليات إعداد وتنفيذ الميزانية"

الرقم	العبارات	عدد الإشارات السالبة	عدد الإشارات الموجبة	عدد الأصفار (الحياد)	مستوى المعنوية	الوسيط العام	درجة الموافقة
01	تتقيّد عملية إعداد موازنة المؤسسة بجدول زمني ثابت؛	87	23	20	0.000	4	موافق
02	يتم إعداد الموازنة العامة حسب الأهداف التي تسعى المؤسسة لتحقيقها؛	82	18	30	0.000	4	موافق
03	توجد إجراءات واضحة لتنفيذ الموازنة ومتابعتها والإبلاغ عن نتائجها؛	85	23	22	0.000	4	موافق
	عمليات إعداد وتنفيذ الميزانية	93	21	16	0.000	4	موافق

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على بيانات الاستبيان باستخدام برنامج SPSS

يشير الجدول رقم (55) أعلاه إلى إجابات أفراد العينة حول العبارات الخاصة بمحور عمليات إعداد وتنفيذ الميزانية، حيث بلغ الوسيط العام 4، وهو يشير إلى درجة الموافقة. ومن خلال قيمة مستوى المعنوية نلاحظ أنه يوجد فرق معنوي بين وسيط أراء أفراد عينة الدراسة بالنسبة لجميع عبارات المحور والمحور ككل ودرجة الحياد 3.

ثانيا– درجة موافقة المبحوثين حول مدى تطبيق محور الرقابة الداخلية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية من وجهة نظر أفراد عينة الدراسة تساوي درجة الحياد 3: حيث يبين الجدول الموالي رقم (56) اختبار الإشارة لعبارات المحور الثاني الرقابة الداخلية. (أنظر الملحق رقم 30).

جدول رقم (56): اختبار الإشارة لعبارات المحور الثاني الخاص بالرقابة الداخلية:

الرقم	العبارات	عدد الإشارات السالبة	عدد الإشارات الموجبة	عدد الأصفار (الحياد)	مستوى المعنوية	الوسيط العام	درجة الموافقة
04	تعمل الرقابة الداخلية على التقييم الدوري لمدى كفاءة وفعالية الأداء؛	72	35	23	0.001	4	محايد
05	تتوفر المؤسسة على نظام رقابي داخلي فعال يضمن توافق التنفيذ مع ما سبق التخطيط له؛	64	46	20	0.105	3	محايد

06	تعمل الرقابة الداخلية على ضمان مستوى كاف من الإفصاح والشفافية، من خلال مراجعة التقارير المالية وقياس الأداء؛	62	40	28	0.038	3	محايد
07	تقوم الرقابة الداخلية بالتحقق من صحة البيانات لتمكين الموظفين من تقليل الأخطاء.	79	30	21	0.000	4	موافق
	الرقابة الداخلية	74	43	13	0.006	3.5	موافق

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على بيانات الاستبيان باستخدام برنامج SPSS

يشير الجدول رقم (56) أعلاه إلى اجابات أفراد العينة حول العبارات الخاصة بمحور الرقابة الداخلية، حيث بلغ الوسيط العام 3.5، وهو يشير إلى درجة الموافقة. ومن خلال قيمة مستوى المعنوية نلاحظ أنه يوجد فرق معنوي بين وسيط أراء أفراد عينة الدراسة بالنسبة لجميع عبارات المحور والمحور ككل ودرجة الحياد 3، عدا العبارة رقم (05) فإنه لا يوجد فرق معنوي بين وسيط أراء أفراد عينة الدراسة ودرجة الحياد 3.

ثالثا– درجة موافقة المبحوثين حول مدى تطبيق محور الرقابة الخارجية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية من وجهة نظر أفراد عينة الدراسة تساوي درجة الحياد 3: حيث يبين الجدول الموالي رقم (57) اختبار الإشارة لعبارات المحور الثالث الرقابة الخارجية. (أنظر الملحق رقم 31).

جدول رقم (57): اختبار الإشارة لعبارات المحور الثالث الرقابة الخارجية

الرقم	العبارات	عدد الإشارات السالبة	عدد الإشارات الموجبة	عدد الأصفار (الحياد)	مستوى المعنوية	الوسيط العام	درجة الموافقة
08	توجد رقابة خارجية على الإنفاق الصحي العام؛	77	21	32	0.000	4	موافق
09	تقوم المؤسسة بتقديم الوثائق والمستندات الخاصة بالنفقات العامة للأطراف المعنية بالرقابة الخارجية لمراقبة أوجه الصرف؛	83	19	28	0.000	4	موافق
10	تقوم هيئات الرقابة الخارجية بتأكيد الوثائق والمستندات من أجل زيادة الإفصاح والشفافية.	73	23	34	0.000	4	موافق

محور الرقابة الخارجية	82	25	23	0.000	4	موافق

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على بيانات الاستبيان باستخدام برنامج SPSS

يشير الجدول رقم (57) أعلاه إلى اجابات أفراد العينة حول العبارات الخاصة بمحور الخارجية، حيث بلغ الوسيط العام 4، وهو يشير إلى درجة الموافقة. ومن خلال قيمة مستوى المعنوية نلاحظ أنه يوجد فرق معنوي بين وسيط أراء أفراد عينة الدراسة بالنسبة لجميع عبارات المحور والمحور ككل ودرجة الحياد3.

رابعا– درجة موافقة المبحوثين حول مدى تطبيق محور نظم المعلومات المحاسبية بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية من وجهة نظر أفراد عينة الدراسة تساوي درجة الحياد 3: حيث يبين الجدول الموالي رقم (58) اختبار الإشارة لعبارات المحور الرابع نظم المعلومات المحاسبية. (أنظر الملحق رقم 32).

جدول رقم (58): اختبار الإشارة لعبارات المحور الرابع نظم المعلومات المحاسبية:

الرقم	العبارات	عدد الإشارات السالبة	عدد الإشارات الموجبة	عدد الأصفار (الحياد)	مستوى المعنوية	الوسيط العام	درجة الموافقة
11	توجد بالمؤسسة جهة مسؤولة عن توفير المعلومات المتعلقة بالجانب المالي والمادي لكل مصلحة بالمؤسسة؛	88	21	21	0.000	4	موافق
12	تساعد نظم المعلومات المحاسبية في المؤسسة على تقييم إدارة المؤسسة؛	79	22	29	0.000	4	موافق
13	تساعد نظم المعلومات المحاسبية في المؤسسة على عملية اتخاذ القرار؛	83	27	20	0.000	4	موافق
	نظم المعلومات المحاسبية	89	25	16	0.000	4	موافق

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على بيانات الاستبيان باستخدام برنامج SPSS

يشير الجدول رقم (58) أعلاه إلى اجابات أفراد العينة حول العبارات الخاصة بمحور نظم المعلومات المحاسبية، حيث بلغ الوسيط العام 4، الذي يشير إلى درجة الموافقة. ومن خلال قيمة مستوى المعنوية نلاحظ أنه يوجد فرق معنوي بين وسيط أراء أفراد عينة الدراسة بالنسبة لجميع عبارات المحور والمحور ككل ودرجة الحياد 03.

خامسا– درجة موافقة المبحوثين حول مدى تطبيق محور تقييم الأداء بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية من وجهة نظر أفراد عينة الدراسة تساوي درجة الحياد 3: حيث يبين الجدول الموالي رقم (59) اختبار الإشارة لعبارات المحور الخامس تقييم الأداء. (أنظر الملحق رقم 33).

جدول رقم (59): اختبار الإشارة لعبارات المحور الخامس تقييم الأداء

الرقم	العبارات	عدد الإشارات السالبة	عدد الإشارات الموجبة	عدد الأصفار (الحياد)	مستوى المعنوية	الوسيط العام	درجة الموافقة
14	تقوم المؤسسة بتقييم الأداء من خلال توضيح ما تم إنجازه من أهداف مع بيان تكلفة الإنجاز؛	72	21	37	0.000	4	موافق
15	تقوم المؤسسة بتحديد المسؤولين عن أداء العمل ومدى مساهمتهم في تنفيذ الأهداف، مما يساعد في تحسين الأداء.	71	31	28	0.000	4	موافق
16	تقوم المؤسسة بتقييم النتائج التي تحققها النفقات الصحية العامة.	76	22	32	0.000	4	موافق
	محور تقييم الأداء	78	30	22	0.000	4	موافق

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على بيانات الاستبيان باستخدام برنامج SPSS

يشير الجدول رقم (59) أعلاه إلى اجابات أفراد العينة حول العبارات الخاصة بمحور عمليات إعداد وتنفيذ الميزانية، حيث بلغ الوسيط العام 4، وهو يشير إلى درجة الموافقة. ومن خلال قيمة مستوى المعنوية نلاحظ أنه يوجد فرق معنوي بين وسيط أراء أفراد عينة الدراسة بالنسبة لجميع عبارات المحور والمحور ككل ودرجة الحياد 03.

المطلب الثالث: اختبار فرضية تأثير المتغيرات الشخصية على استجابات أفراد عينة الدراسة

للإجابة على الفرضية الرئيسية الثالثة للدراسة، نستخدم اختبار Mann-Whitney، واختبار كروسكال والاس حيث تنص الفرضية الرئيسية الثالثة على:

H_0: لا يوجد فرق معنوي بين متوسطات اجابات أفراد العينة تبعا للمتغيرات الشخصية عند مستوى دلالة 0.05.

H_1: يوجد فرق معنوي بين متوسطات اجابات أفراد العينة تبعا للمتغيرات الشخصية عند مستوى دلالة 0.05.

لاختبار هذه الفرضية استخدمنا اختبار Mann-Whitney، واختبار Kruskal wallis، وقد تم تقسيم هذه الفرضية إلى فرضيات فرعية. وسنختبر هذه الفرضية بالنسبة لعينة أعضاء مجلس الإدارة، المدراء الفرعيين ورؤساء المكاتب، ثم بالنسبة لعينة الموظفين الإداريين.

الفرع الأول: بالنسبة للاستبيان الموزع على أعضاء مجلس الإدارة، المدراء، المدراء الفرعيين ورؤساء المكاتب

سنتطرق فيما يلي إلى استجابة أفراد العينة لتطبيق مبادئ الحوكمة تبعا للمتغيرات الشخصية، حيث سنتطرق إلى قسم حوكمة المؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة، ثم قسم ترشيد الإنفاق العام.

أولا– بالنسبة للقسم الأول حوكمة المؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة:

اختبار الفرضية الفرعية الأولى: تنص هذه الفرضية على:

H_0: لا توجد فروقات ذات دلالة احصائية بين متوسطات اجابات أفراد العينة لتطبيق مبادئ الحوكمة تُعزى لمتغير الجنس عند مستوى دلالة 0.05.

H_1: توجد فروقات ذات دلالة احصائية بين متوسطات اجابات أفراد العينة لتطبيق مبادئ الحوكمة تُعزى لمتغير الجنس عند مستوى دلالة 0.05.

لاختبار هذه الفرضية نستخدم اختبار Mann-Whitney، حيث يبين الجدول رقم (60) الموالي ذلك. (أنظر الملحق رقم 34).

جدول رقم (60): نتائج اختبار Mann-Whitney:

المحاور	متوسط الرتب		القيمة الاحصائية	مستوى المعنوية
	ذكر	أنثى	Z	
مجلس الإدارة	26.39	24.40	0.386-	0.700
الرؤية الاستراتيجية	25.21	29.25	0.782-	0.434
سلطة القانون	27.20	21.10	1.188-	0.235
الأخلاق	27.20	21.10	1.188-	0.235
المشاركة	26.63	23.40	0.627-	0.531
المساءلة	28.87	22.45	0.848-	0.397
الشفافية	27.78	18.70	1.751-	0.080
القسم الأول: حوكمة المؤسسات الاستشفائية	27.00	21.90	0.973-	0.331

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على بيانات الاستبيان باستخدام برنامج SPSS

من خلال الجدول رقم (60) أعلاه، نلاحظ أن مستوى المعنوية بالنسبة لجميع محاور الحوكمة أكبر مستوى الدلالة 0.05، وكذلك بالنسبة لقسم الحوكمة، وبناءً عليه نقبل الفرضية الصفرية بأنه لا يوجد فرق معنوي بين إجابات الذكور والإناث عند مستوى معنوية 0.05.

اختبار الفرضية الفرعية الثانية: تنص هذه الفرضية على:

H_0: لا توجد فروقات ذات دلالة احصائية بين متوسطات اجابات أفراد العينة لتطبيق مبادئ الحوكمة تُعزى لمتغير العمر عند مستوى دلالة 0.05.

H_1: توجد فروقات ذات دلالة احصائية بين متوسطات اجابات أفراد العينة لتطبيق مبادئ الحوكمة تُعزى لمتغير العمر عند مستوى دلالة 0.05.

لاختبار هذه الفرضية نستخدم اختبار كروسكال والاس، حيث يبين الجدول رقم (61) الموالي ذلك. (أنظر الملحق رقم 35).

جدول رقم (61): نتائج اختبار كروسكال والاس لمعرفة دلالة الفروق تبعا لمتغير العمر:

المحاور	متوسط الرتب				القيمة الاحصائية chi- square	مستوى المعنوية
	من 18 سنة إلى أقل من 30 سنة	من 30 سنة إلى أقل من 40 سنة	من 40 سنة إلى أقل من 50 سنة	من 50 سنة فأكثر		
مجلس الإدارة	38.67	27.16	20.44	23.00	3.971	0.253
الرؤية الاستراتيجية	32.33	26.47	23.11	25.06	0.491	0.808
سلطة القانون	22.67	28.13	20.00	25.75	2.104	0.502
الأخلاق	22.67	28.13	20.00	25.75	2.104	0.502
المشاركة	34.50	27.00	20.28	25.38	0.803	0.466
المساءلة	37.00	26.48	22.78	23.63	0.967	0.506
الشفافية	31.17	26.39	24.56	24.19	0.922	0.896
القسم الأول: حوكمة المؤسسات الاستشفائية	30.33	27.84	19.89	24.13	5.174	0.498

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على بيانات الاستبيان باستخدام برنامج SPSS

يشير الجدول رقم (61) أعلاه، إلى أن مستوى المعنوية لجميع محاور الحوكمة والقسم ككل أكبر من 0.05 مستوى الدلالة المعتمد، وعليه نقبل الفرضية الصفرية بأنه لا يوجد فرق معنوي بين إجابات العينة لقسم حوكمة المؤسسات العمومية الاستشفائية بالمدية تبعا لمتغير العمر.

اختبار الفرضية الفرعية الثالثة: تنص هذه الفرضية على:

H_0: لا توجد فروقات ذات دلالة احصائية بين متوسطات اجابات أفراد العينة لتطبيق مبادئ الحوكمة تُعزى لمتغير المستوى العلمي عند مستوى دلالة 0.05.

H_1: توجد فروقات ذات دلالة احصائية بين متوسطات اجابات أفراد العينة لتطبيق مبادئ الحوكمة تُعزى لمتغير المستوى العلمي عند مستوى دلالة 0.05.

لاختبار هذه الفرضية نستخدم اختبار كروسكال والاس، حيث يبين الجدول رقم (62) الموالي ذلك. (أنظر الملحق رقم 36).

جدول رقم (62): نتائج اختبار كروسكال والاس لمعرفة دلالة الفروق تبعا لمتغير المستوى العلمي:

المحاور	متوسط الرتب			القيمة الاحصائية chi- square	مستوى المعنوية
	ثانوي	جامعي	دراسات عليا		
مجلس الإدارة	17.50	25.57	29.47	0.788	0.216
الرؤية الاستراتيجية	23.00	25.59	27.61	1.337	0.783
سلطة القانون	23.25	25.52	27.64	0.081	0.789
الأخلاق	23.25	25.52	27.64	0.810	0.789
المشاركة	24.83	22.91	31.03	4.320	0.185
المساءلة	26.33	23.65	29.42	0.922	0.438
الشفافية	20.75	27.74	25.14	0.644	0.547
القسم الأول: حوكمة المؤسسات الاستشفائية	21.00	25.04	29.11	0.907	0.454

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على بيانات الاستبيان باستخدام برنامج SPSS

يشير الجدول رقم (62) أعلاه، إلى أن مستوى المعنوية لجميع محاور الحوكمة والقسم ككل أكبر من 0.05، وعليه نقبل الفرضية الصفرية بأنه لا يوجد فرق معنوي بين إجابات العينة لقسم حوكمة المؤسسات العمومية الاستشفائية بالمدية تبعا لمتغير المستوى العلمي.

اختبار الفرضية الفرعية الرابعة: تنص هذه الفرضية على:

H_0: لا توجد فروقات ذات دلالة احصائية بين متوسطات اجابات أفراد العينة لتطبيق مبادئ الحوكمة تُعزى لمتغير المنصب العالي عند مستوى دلالة 0.05.

H_1: توجد فروقات ذات دلالة احصائية بين متوسطات اجابات أفراد العينة لتطبيق مبادئ الحوكمة تُعزى لمتغير المنصب العالي عند مستوى دلالة 0.05.

لاختبار هذه الفرضية نستخدم اختبار كروسكال والاس، حيث يبين الجدول رقم (63) الموالي ذلك. (أنظر الملحق رقم 37).

جدول رقم (63): نتائج اختبار كروسكال والاس لمعرفة دلالة الفروق تبعا لمتغير المنصب العالي:

المحاور	متوسط الرتب			القيمة الاحصائية chi- square	مستوى المعنوية
	مدير	مدير فرعي	رئيس مكتب		
مجلس الإدارة	30.63	25.92	25.49	1.356	0.802
الرؤية الاستراتيجية	30.25	29.15	24.29	2.493	0.497

سلطة القانون	37.38	29.96	23.15	4.811	0.094
الأخلاق	37.38	29.96	23.15	4.811	0.094
المشاركة	37.38	27.58	24.06	1.966	0.205
المساءلة	41.00	25.58	24.40	2.050	0.103
الشفافية	35.75	29.85	23.38	2.037	0.155
القسم الأول: حوكمة المؤسسات الاستشفائية	38.25	29.54	23.21	1.528	0.097

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على بيانات الاستبيان باستخدام برنامج SPSS

يشير الجدول رقم (63) أعلاه، إلى أن مستوى المعنوية لجميع محاور الحوكمة والقسم ككل أكبر من 0.05، وعليه نقبل الفرضية الصفرية بأنه لا يوجد فرق معنوي بين إجابات العينة لقسم حوكمة المؤسسات العمومية الاستشفائية بالمدية تبعا لمتغير المنصب العالي.

اختبار الفرضية الفرعية الخامسة: تنص هذه الفرضية على:

H_0: لا توجد فروقات ذات دلالة احصائية بين متوسطات اجابات أفراد العينة لتطبيق مبادئ الحوكمة تُعزى لمتغير الخبرة المهنية عند مستوى دلالة 0.05.

H_1: توجد فروقات ذات دلالة احصائية بين متوسطات اجابات أفراد العينة لتطبيق مبادئ الحوكمة تُعزى لمتغير الخبرة المهنية عند مستوى دلالة 0.05.

لاختبار هذه الفرضية نستخدم اختبار كروسكال والاس، حيث يبين الجدول رقم (64) الموالي ذلك. (أنظر الملحق رقم 38).

جدول رقم (64): نتائج اختبار كروسكال والاس لمعرفة دلالة الفروق تبعا لمتغير الخبرة المهنية:

المحاور	متوسط الرتب				القيمة الاحصائية chi- square	مستوى المعنوية
	أقل من 05 سنوات	من 5 سنوات إلى أقل من 10 سنوات	من 10 سنوات إلى 20 سنة	أكثر من 20 سنة		
مجلس الإدارة	28.95	27.98	28.14	19.38	1.538	0.308
الرؤية الاستراتيجية	19.80	30.60	32.50	19.85	9.446	0.057
سلطة القانون	22.45	31.57	19.57	23.19	0.891	0.137
الأخلاق	22.45	31.57	19.57	23.19	0.891	0.137
المشاركة	23.50	31.52	21.64	21.35	3.492	0.156
المساءلة	26.85	27.57	32.93	19.08	4.433	0.198
الشفافية	22.05	27.95	34.36	21.38	5.852	0.201
القسم الأول: حوكمة المؤسسات الاستشفائية	21.60	32.19	26.00	19.38	11.259	0.069

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على بيانات الاستبيان باستخدام برنامج SPSS

يشير الجدول رقم (64) أعلاه، إلى أن مستوى المعنوية لجميع محاور الحوكمة وقسم الحوكمة ككل أكبر من 0.05 مستوى الدلالة المعتمد، وعليه نقبل الفرضية الصفرية بأنه لا يوجد فرق معنوي بين إجابات العينة لقسم حوكمة المؤسسات العمومية الاستشفائية بالمدية تبعا لمتغير الخبرة المهنية.

ثانيا– بالنسبة للقسم الثاني ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة:

اختبار الفرضية الفرعية الأولى: تنص هذه الفرضية على:

H_0: لا توجد فروقات ذات دلالة احصائية بين متوسطات اجابات أفراد العينة لترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة تُعزى لمتغير الجنس عند مستوى دلالة 0.05.

H_1: توجد فروقات ذات دلالة احصائية بين متوسطات اجابات أفراد العينة لترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة تُعزى لمتغير الجنس عند مستوى دلالة 0.05.

لاختبار هذه الفرضية نستخدم اختبار Mann-Whitney، حيث يبين الجدول رقم (65) الموالي ذلك. (أنظر الملحق رقم 39).

جدول رقم (65): نتائج اختبار Mann-Whitney:

المحاور	متوسط الرتب		القيمة الاحصائية	مستوى المعنوية
	ذكر	أنثى	Z	
عمليات إعداد وتنفيذ الموازنة	26.10	25.60	0.097-	0.923
الرقابة الداخلية	27.13	21.35	1.122-	0.262
الرقابة الخارجية	26.84	22.55	0.182-	0.396
نظم المعلومات المحاسبية	26.18	25.25	0.397-	0.856
تقييم الأداء	26.40	24.35	0.973-	0.691
القسم الثاني: ترشيد الانفاق العام	26.74	22.95	0.724-	0.469

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على بيانات الاستبيان باستخدام برنامج SPSS

من خلال الجدول رقم (65) أعلاه، نلاحظ أن مستوى المعنوية لجميع محاور ترشيد الإنفاق العام وقسم ترشيد الإنفاق العام أكبر من 0.05، وبناءً عليه نقبل الفرضية الصفرية بأنه لا يوجد فرق معنوي بين اجابات الذكور والإناث حول ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة.

اختبار الفرضية الفرعية الثانية: تنص هذه الفرضية على:

H_0: لا توجد فروقات ذات دلالة احصائية بين متوسطات اجابات أفراد العينة حول ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة تُعزى لمتغير العمر عند مستوى دلالة 0.05.

H_1: توجد فروقات ذات دلالة احصائية بين متوسطات اجابات أفراد العينة حول ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة تُعزى لمتغير العمر عند مستوى دلالة 0.05.

لاختبار هذه الفرضية نستخدم اختبار كروسكال والاس، حيث يبين الجدول رقم (66) الموالي ذلك. (أنظر الملحق رقم 40).

جدول رقم (66): نتائج اختبار كروسكال والاس لمعرفة دلالة الفروق تبعا لمتغير العمر:

المحاور	متوسط الرتب				القيمة الاحصائية chi- square	مستوى المعنوية
	من 18 سنة إلى أقل من 30 سنة	من 30 سنة إلى أقل من 40 سنة	من 40 سنة إلى أقل من 50 سنة	من 50 سنة فأكثر		
عمليات إعداد وتنفيذ الموازنة	20.33	27.02	20.33	26.81	2.875	0.614
الرقابة الداخلية	32.67	28.45	19.44	21.38	4.400	0.250
الرقابة الخارجية	31.50	26.06	26.78	22.81	1.092	0.834
نظم المعلومات المحاسبية	42.33	25.52	26.11	21.63	5.274	0.208
تقييم الأداء	31.67	26.79	21.11	26.31	2.977	0.672
القسم الثاني: ترشيد الانفاق العام	35.50	26.92	22.33	23.00	2.105	0.528

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على بيانات الاستبيان باستخدام برنامج SPSS

يشير الجدول رقم (66) أعلاه، إلى أن مستوى المعنوية لجميع محاور ترشيد الانفاق العام والقسم ككل أكبر من 0.05، وعليه نقبل الفرضية الصفرية بأنه لا يوجد فرق معنوي بين إجابات العينة لقسم حوكمة المؤسسات العمومية الاستشفائية بالمدية تبعا لمتغير العمر.

اختبار الفرضية الفرعية الثالثة: تنص هذه الفرضية على:

H_0: لا توجد فروقات ذات دلالة احصائية بين متوسطات اجابات أفراد العينة حول ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة تُعزى لمتغير المستوى العلمي عند مستوى دلالة 0.05.

H_1: توجد فروقات ذات دلالة احصائية بين متوسطات اجابات أفراد العينة حول ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة تُعزى لمتغير المستوى العلمي عند مستوى دلالة 0.05.

لاختبار هذه الفرضية نستخدم اختبار كروسكال والاس، حيث يبين الجدول رقم (67) الموالي ذلك. (أنظر الملحق رقم 41).

جدول رقم (67): نتائج اختبار كروسكال والاس لمعرفة دلالة الفروق تبعا لمتغير المستوى العلمي:

المحاور	متوسط الرتب		

	ثانوي	جامعي	دراسات عليا	القيمة الاحصائية chi- square	مستوى المعنوية
عمليات إعداد وتنفيذ الموازنة	27.33	24.41	27.94	2.716	0.707
الرقابة الداخلية	22.67	25.11	28.44	1.870	0.633
الرقابة الخارجية	28.17	24.26	27.89	0.347	0.654
نظم المعلومات المحاسبية	23.50	24.09	29.69	0.644	0.406
تقييم الأداء	21.08	25.93	27.75	2.313	0.627
القسم الثاني: ترشيد الانفاق العام	24.08	24.35	29.11	0.907	0.543

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على بيانات الاستبيان باستخدام برنامج SPSS

يشير الجدول رقم (67) أعلاه، إلى أن مستوى المعنوية لجميع محاور ترشيد الإنفاق العام وقسم ترشيد الإنفاق العام أكبر من 0.05، وعليه نقبل الفرضية الصفرية بأنه لا يوجد فرق معنوي بين إجابات العينة لقسم ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية بالمدية تبعا لمتغير المستوى العلمي.

اختبار الفرضية الفرعية الرابعة: تنص هذه الفرضية على:

H_0: لا توجد فروقات ذات دلالة احصائية بين متوسطات اجابات أفراد العينة حول ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة تُعزى لمتغير المنصب العالي عند مستوى دلالة 0.05.

H_1: توجد فروقات ذات دلالة احصائية بين متوسطات اجابات أفراد العينة حول ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة تُعزى لمتغير المنصب العالي عند مستوى دلالة 0.05.

لاختبار هذه الفرضية نستخدم اختبار كروسكال والاس، حيث يبين الجدول رقم (68) الموالي ذلك. (أنظر الملحق رقم 42).

جدول رقم (68): نتائج اختبار كروسكال والاس لمعرفة دلالة الفروق تبعا لمتغير المنصب العالي:

المحاور	متوسط الرتب			القيمة الاحصائية chi- square	مستوى المعنوية
	مدير	مدير فرعي	رئيس مكتب		
عمليات إعداد وتنفيذ الموازنة	35.38	25.65	25.03	2.961	0.403
الرقابة الداخلية	31.13	27.58	24.79	2.733	0.646
الرقابة الخارجية	27.88	23.81	26.62	2.637	0.804
نظم المعلومات المحاسبية	25.13	25.88	26.15	1.195	0.991
تقييم الأداء	30.50	25.35	25.72	3.410	0.812
القسم الثاني: ترشيد الانفاق العام	31.50	26.65	25.10	1.528	0.706

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على بيانات الاستبيان باستخدام برنامج SPSS

يشير الجدول رقم (68) أعلاه، إلى أن مستوى المعنوية لجميع محاور ترشيد الإنفاق العام وقسم ترشيد الإنفاق العام أكبر من 0.05، وعليه نقبل الفرضية الصفرية بأنه لا يوجد فرق معنوي بين إجابات العينة لقسم ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية بالمدية تبعا لمتغير المنصب العالي.

اختبار الفرضية الفرعية الخامسة: تنص هذه الفرضية على:

H_0: لا توجد فروقات ذات دلالة احصائية بين متوسطات اجابات أفراد العينة حول ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة تُعزى لمتغير الخبرة المهنية عند مستوى دلالة 0.05.

H_1: توجد فروقات ذات دلالة احصائية بين متوسطات اجابات أفراد العينة حول ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة تُعزى لمتغير الخبرة المهنية عند مستوى دلالة 0.05.

لاختبار هذه الفرضية نستخدم اختبار كروسكال والاس، حيث يبين الجدول رقم (69) الموالي ذلك. (أنظر الملحق رقم 43).

جدول رقم (69): نتائج اختبار كروسكال والاس لمعرفة دلالة الفروق تبعا لمتغير الخبرة المهنية:

المحاور	متوسط الرتب				القيمة الاحصائية chi- square	مستوى المعنوية
	أقل من 05 سنوات	من 5 سنوات إلى أقل من 10 سنوات	من 10 سنوات إلى 20 سنة	أكثر من 20 سنة		
عمليات إعداد وتنفيذ الموازنة	24.05	28.86	23.86	24.04	2.775	0.711
الرقابة الداخلية	24.90	30.83	28.43	17.73	6.228	0.082
الرقابة الخارجية	32.05	26.26	27.29	20.23	3.283	0.266
نظم المعلومات المحاسبية	26.80	27.02	32.93	20.00	6.022	0.268
تقييم الأداء	23.10	29.52	30.64	20.04	3.492	0.216
القسم الثاني: ترشيد الانفاق العام	26.05	29.07	29.64	19.04	5.085	0.243

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على بيانات الاستبيان باستخدام برنامج SPSS

يشير الجدول رقم (69) أعلاه، إلى أن مستوى المعنوية لجميع محاور ترشيد الإنفاق العام وقسم ترشيد الإنفاق العام أكبر من 0.05، وعليه نقبل الفرضية الصفرية بأنه لا يوجد فرق معنوي بين إجابات العينة لقسم ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية بالمدية تبعا لمتغير الخبرة المهنية.

الفرع الثاني: بالنسبة للاستبيان الموزع على الموظفين الإداريين

سنقوم فيما يلي باختبار الفرضيات الفرعية حول استجابات أفراد عينة الموظفين الإداريين لتطبيق مبادئ الحوكمة أولا ثم ترشيد الإنفاق العام تُعزى للمتغيرات الشخصية.

أولا– بالنسبة للقسم الأول حوكمة المؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة:

اختبار الفرضية الفرعية الأولى: تنص هذه الفرضية على:

H_0: لا توجد فروقات ذات دلالة احصائية بين متوسطات اجابات أفراد العينة لتطبيق مبادئ الحوكمة تُعزى لمتغير الجنس عند مستوى دلالة 0.05.

H_1: توجد فروقات ذات دلالة احصائية بين متوسطات اجابات أفراد العينة لتطبيق مبادئ الحوكمة تُعزى لمتغير الجنس عند مستوى دلالة 0.05.

لاختبار هذه الفرضية نستخدم اختبار Mann-Whitney، حيث يبين الجدول رقم (70) الموالي ذلك. (أنظر الملحق رقم 44).

جدول رقم (70): نتائج اختبار Mann-Whitney:

المحاور	متوسط الرتب		القيمة الاحصائية Z	مستوى المعنوية
	ذكر	أنثى		
سلطة القانون	71.95	61.47	1.554-	0.120
الأخلاق	67.73	64.11	0.550-	0.582
المشاركة	67.01	64.56	0.364-	0.716
المساءلة	66.09	65.13	0.142-	0.887
الشفافية	70.15	62.59	1.119-	0.263
القسم الأول: حوكمة المؤسسات الاستشفائية	68.61	63.56	0.744-	0.457

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على بيانات الاستبيان باستخدام برنامج SPSS

من خلال الجدول رقم (70) أعلاه، نلاحظ أن مستوى المعنوية لجميع محاور الحوكمة وقسم الحوكمة أكبر من 0.05، وبناءً عليه نقبل الفرضية الصفرية بأنه لا يوجد فرق معنوي بين اجابات الذكور والإناث حول حوكمة المؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة.

اختبار الفرضية الفرعية الثانية: تنص هذه الفرضية على:

H_0: لا توجد فروقات ذات دلالة احصائية بين متوسطات اجابات أفراد العينة لتطبيق مبادئ الحوكمة تُعزى لمتغير العمر عند مستوى دلالة 0.05.

H_1: توجد فروقات ذات دلالة احصائية بين متوسطات اجابات أفراد العينة لتطبيق مبادئ الحوكمة تُعزى لمتغير العمر عند مستوى دلالة 0.05.

لاختبار هذه الفرضية نستخدم اختبار كروسكال والاس، حيث يبين الجدول رقم (71) الموالي ذلك. (أنظر الملحق رقم 45).

جدول رقم (71): نتائج اختبار كروسكال والاس لمعرفة دلالة الفروق تبعا لمتغير العمر:

المحاور	متوسط الرتب				القيمة الاحصائية chi- square	مستوى المعنوية
	من 18 سنة إلى أقل من 30 سنة	من 30 سنة إلى أقل من 40 سنة	من 40 سنة إلى أقل من 50 سنة	من 50 سنة فأكثر		
سلطة القانون	60.54	65.92	63.54	86.58	2.333	0.521
الأخلاق	70.13	63.41	64.46	86.83	1.282	0.478
المشاركة	56.83	64.98	64.25	98.42	4.366	0.146
المساءلة	53.79	68.28	61.41	92.00	1.847	0.166
الشفافية	46.21	70.97	61.43	78.33	4.177	0.120
القسم الأول: حوكمة المؤسسات الاستشفائية	54.92	67.34	62.53	90.83	2.553	0.250

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على بيانات الاستبيان باستخدام برنامج SPSS

يشير الجدول رقم (71) أعلاه، إلى أن مستوى المعنوية لجميع محاور حوكمة المؤسسات العمومية الاستشفائية وقسم الحوكمة أكبر من 0.05، وعليه نقبل الفرضية الصفرية بأنه لا يوجد فرق معنوي بين إجابات العينة لقسم الحوكمة بالمؤسسات العمومية الاستشفائية بالمدية تبعا لمتغير العمر.

اختبار الفرضية الفرعية الثالثة: تنص هذه الفرضية على:

H_0: لا توجد فروقات ذات دلالة احصائية بين متوسطات اجابات أفراد العينة لتطبيق مبادئ الحوكمة تُعزى لمتغير المستوى العلمي عند مستوى دلالة 0.05.

H_1: توجد فروقات ذات دلالة احصائية بين متوسطات اجابات أفراد العينة لتطبيق مبادئ الحوكمة تُعزى لمتغير المستوى العلمي عند مستوى دلالة 0.05.

لاختبار هذه الفرضية نستخدم اختبار كروسكال والاس، حيث يبين الجدول رقم (72) الموالي ذلك. (أنظر الملحق رقم 46).

جدول رقم (72): نتائج اختبار كروسكال والاس لمعرفة دلالة الفروق تبعا لمتغير المستوى العلمي:

المحاور	متوسط الرتب				القيمة الاحصائية chi- square	مستوى المعنوية
	أقل من المستوى الثانوي	المستوى الثانوي	جامعي	دراسات عليا		
سلطة القانون	82.70	59.11	66.46	77.25	3.752	0.276
الأخلاق	84.80	63.37	64.85	52.75	5.140	0.327

المشاركة	78.80	60.12	66.96	66.75	2.673	0.510
المساءلة	88.60	58.17	67.47	55.25	4.964	0.112
الشفافية	89.35	56.91	68.10	56.38	5.846	0.072
القسم الأول: حوكمة المؤسسات الاستشفائية	88.75	57.39	67.68	60	7.679	0.101

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على بيانات الاستبيان باستخدام برنامج SPSS

يشير الجدول رقم (72) أعلاه، إلى أن مستوى المعنوية لجميع محاور حوكمة المؤسسات العمومية الاستشفائية وقسم الحوكمة ككل أكبر من 0.05، وعليه نقبل الفرضية الصفرية، أي لا يوجد فرق معنوي بين إجابات العينة لقسم الحوكمة بالمؤسسات العمومية الاستشفائية بالمدية تبعا لمتغير المستوى العلمي.

اختبار الفرضية الفرعية الرابعة: تنص هذه الفرضية على:

H_0: لا توجد فروقات ذات دلالة احصائية بين متوسطات اجابات أفراد العينة لتطبيق مبادئ الحوكمة تُعزى لمتغير الخبرة المهنية عند مستوى دلالة 0.05.

H_1: توجد فروقات ذات دلالة احصائية بين متوسطات اجابات أفراد العينة لتطبيق مبادئ الحوكمة تُعزى لمتغير الخبرة المهنية عند مستوى دلالة 0.05.

لاختبار هذه الفرضية نستخدم اختبار كروسكال والاس، حيث يبين الجدول رقم (73) الموالي ذلك. (أنظر الملحق رقم 47).

جدول رقم (73): نتائج اختبار كروسكال والاس لمعرفة دلالة الفروق تبعا لمتغير الخبرة المهنية:

المحاور	متوسط الرتب				القيمة الاحصائية chi- square	مستوى المعنوية
	أقل من 05 سنوات	من 5 سنوات إلى أقل من 10 سنوات	من 10 سنوات إلى 20 سنة	أكثر من 20 سنة		
سلطة القانون	74.50	69.92	61.54	61.88	1.786	0.535
الأخلاق	73.82	70.91	61.33	61.00	1.998	0.453
المشاركة	52.75	71.71	64.62	64.83	2.808	0.432
المساءلة	65.54	72.31	60.87	65.40	0.851	0.542
الشفافية	64.29	69.81	64.26	61.48	1.284	0.844
القسم الأول: حوكمة المؤسسات الاستشفائية	66.57	72.04	61.66	62.95	4.554	0.600

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على بيانات الاستبيان باستخدام برنامج SPSS

يشير الجدول رقم (73) أعلاه، إلى أن مستوى المعنوية لجميع محاور حوكمة المؤسسات العمومية الاستشفائية وقسم الحوكمة أكبر من 0.05، وعليه نقبل الفرضية الصفرية بأنه لا يوجد فرق معنوي بين إجابات العينة لقسم الحوكمة بالمؤسسات العمومية الاستشفائية بالمدية تبعا لمتغير الخبرة المهنية.

ثانياً– بالنسبة للقسم الثاني ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة:

اختبار الفرضية الفرعية الأولى: تنص هذه الفرضية على:

H_0: لا توجد فروقات ذات دلالة احصائية بين متوسطات اجابات أفراد العينة لترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة تُعزى لمتغير الجنس عند مستوى دلالة 0.05.

H_1: توجد فروقات ذات دلالة احصائية بين متوسطات اجابات أفراد العينة لترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة تُعزى لمتغير الجنس عند مستوى دلالة 0.05.

لاختبار هذه الفرضية نستخدم اختبار Mann-Whitney، حيث يبين الجدول رقم (74) الموالي ذلك. (أنظر الملحق رقم 48).

جدول رقم (74): نتائج اختبار Mann-Whitney:

المحاور	متوسط الرتب		القيمة الاحصائية	مستوى المعنوية
	ذكر	أنثى	Z	
عمليات إعداد وتنفيذ الموازنة	67.12	64.49	0.400-	0.689
الرقابة الداخلية	68.62	63.55	0.753-	0.452
الرقابة الخارجية	67.72	64.11	0.546-	0.585
نظم المعلومات المحاسبية	67.88	64.01	0.586-	0.558
تقييم الأداء	64.74	65.97	0.187-	0.852
القسم الثاني: ترشيد الانفاق العام	68.19	63.82	0.644-	0.520

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على بيانات الاستبيان باستخدام برنامج SPSS

يشير الجدول رقم (74) أعلاه، إلى أن مستوى المعنوية لجميع محاور ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية وقسم ترشيد الانفاق العام أكبر من 0.05، وبناءً عليه نقبل الفرضية الصفرية بأنه لا يوجد فرق معنوي بين اجابات الذكور والإناث حول ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة.

اختبار الفرضية الفرعية الثانية: تنص هذه الفرضية على:

H_0: لا توجد فروقات ذات دلالة احصائية بين متوسطات اجابات أفراد العينة حول ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة تُعزى لمتغير العمر عند مستوى دلالة 0.05.

H_1: توجد فروقات ذات دلالة احصائية بين متوسطات اجابات أفراد العينة حول ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة تُعزى لمتغير العمر عند مستوى دلالة 0.05.

لاختبار هذه الفرضية نستخدم اختبار كروسكال والاس، حيث يبين الجدول رقم (75) الموالي ذلك. (أنظر الملحق رقم 49).

جدول رقم (75): نتائج اختبار كروسكال والاس لمعرفة دلالة الفروق تبعا لمتغير العمر:

المحاور	متوسط الرتب				القيمة الاحصائية chi-square	مستوى المعنوية
	من 18 سنة إلى أقل من 30 سنة	من 30 سنة إلى أقل من 40 سنة	من 40 سنة إلى أقل من 50 سنة	من 50 سنة فأكثر		
عمليات إعداد وتنفيذ الموازنة	61.29	68.34	62.82	65.08	3.958	0.848
الرقابة الداخلية	54.29	67.08	64.17	81.75	1.236	0.496
الرقابة الخارجية	54.75	69.46	62.78	66.50	4.007	0.563
نظم المعلومات المحاسبية	61.63	68.68	62.27	65.17	0.452	0.804
تقييم الأداء	53.58	65.97	65.95	80.75	1.977	0.508
القسم الثاني: ترشيد الانفاق العام	53.88	69.10	62.42	75.00	0.396	0.487

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على بيانات الاستبيان باستخدام برنامج SPSS

يشير الجدول رقم (75) أعلاه، إلى أن مستوى المعنوية لجميع محاور ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية وقسم ترشيد الانفاق العام أكبر من 0.05، وعليه نقبل الفرضية الصفرية أي لا يوجد فرق معنوي بين اجابات أفراد العينة حول ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة تعزى لمتغير العمر.

اختبار الفرضية الفرعية الثالثة: تنص هذه الفرضية على:

H_0: لا توجد فروقات ذات دلالة احصائية بين متوسطات اجابات أفراد العينة حول ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة تُعزى لمتغير المستوى العلمي عند مستوى دلالة 0.05.

H_1: توجد فروقات ذات دلالة احصائية بين متوسطات اجابات أفراد العينة حول ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة تُعزى لمتغير المستوى العلمي عند مستوى دلالة 0.05.

لاختبار هذه الفرضية نستخدم اختبار كروسكال والاس، حيث يبين الجدول رقم (76) الموالي ذلك. (أنظر الملحق رقم 50).

جدول رقم (76): نتائج اختبار كروسكال والاس لمعرفة دلالة الفروق تبعا لمتغير المستوى العلمي:

المحاور	متوسط الرتب				القيمة الاحصائية chi- square	مستوى المعنوية
	أقل من المستوى الثانوي	ثانوي	جامعي	دراسات عليا		
عمليات إعداد وتنفيذ الموازنة	88.40	61.30	65.41	57.13	1.065	0.191
الرقابة الداخلية	85.30	60.04	67.70	38.38	3.676	0.106
الرقابة الخارجية	58.90	65.33	66.87	59.63	2.856	0.913
نظم المعلومات المحاسبية	62.45	63.38	67.30	65.00	1.256	0.942
تقييم الأداء	64.40	66.47	65.91	50.13	0.874	0.861
القسم الثاني: ترشيد الانفاق العام	73.20	63.09	66.68	52.50	1.727	0.765

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على بيانات الاستبيان باستخدام برنامج SPSS

يشير الجدول رقم (76) أعلاه إلى أن مستوى الدلالة بالنسبة لجميع محاور قسم ترشيد الإنفاق العام وترشيد الإنفاق العام أكبر من مستوى الدلالة 0.05، لذا نقبل الفرضية الصفرية أي لا يوجد فرق معنوي بين متوسطات اجابات أفراد العينة حول ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة تبعا لمتغير المستوى العلمي عند مستوى دلالة 0.05.

اختبار الفرضية الفرعية الرابعة: تنص هذه الفرضية على:

H_0: لا توجد فروقات ذات دلالة احصائية بين متوسطات اجابات أفراد العينة حول ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة تُعزى لمتغير الخبرة المهنية عند مستوى دلالة 0.05.

H_1: توجد فروقات ذات دلالة احصائية بين متوسطات اجابات أفراد العينة حول ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة تُعزى لمتغير الخبرة المهنية عند مستوى دلالة 0.05.

لاختبار هذه الفرضية نستخدم اختبار كروسكال والاس، حيث يبين الجدول رقم (77) الموالي ذلك. (أنظر الملحق رقم 51).

جدول رقم (77): نتائج اختبار كروسكال والاس لمعرفة دلالة الفروق تبعا لمتغير الخبرة المهنية:

المحاور	متوسط الرتب				القيمة الاحصائية chi– square	مستوى المعنوية
	أقل من 05 سنوات	من 5 سنوات إلى أقل من 10 سنوات	من 10 سنوات إلى 20 سنة	أكثر من 20 سنة		

عمليات إعداد وتنفيذ الموازنة	62.29	70.82	63.46	63.20	2.070	0.754
الرقابة الداخلية	57.18	67.15	66.07	66.47	3.104	0.850
الرقابة الخارجية	66.25	68.06	65.87	58.93	3.198	0.839
نظم المعلومات المحاسبية	64.75	66.46	67.34	58.90	0.037	0.843
تقييم الأداء	55.89	63.95	70.26	61.68	4.574	0.529
القسم الثاني: ترشيد الانفاق العام	59.89	68.86	66.51	60.18	1.550	0.779

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على بيانات الاستبيان باستخدام برنامج SPSS

يشير الجدول رقم (77) أعلاه إلى أن مستوى الدلالة لجميع محاور ترشيد الإنفاق العام والمحور ككل أكبر من مستوى الدلالة 0.05، لذا نقبل الفرضية الصفرية أي لا يوجد فرق معنوي بين متوسطات اجابات أفراد العينة حول ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة تبعا لمتغير الخبرة المهنية عند مستوى دلالة 0.05.

المطلب الرابع: اختبار فرضية تأثير مبادئ حوكمة المؤسسات العمومية الاستشفائية بالمدية على ترشيد الإنفاق العام

حيث سنختبر من خلال هذا المطلب الفرضية الرئيسية الرابعة.

الفرضية الرئيسية الرابعة: تنص هذه الفرضية على:

H_0: لا تؤثر مبادئ حوكمة المؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة على ترشيد الإنفاق العام عند مستوى دلالة 0.05.

H_1: تؤثر مبادئ حوكمة المؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة على ترشيد الإنفاق العام عند مستوى دلالة 0.05.

حيث سنقوم باختبار هذه الفرضية بالنسبة لعينة المدراء الفرعيين، المدراء، المدراء الفرعيين ورؤساء المكاتب، ثم اختبارها بالنسبة لعينة الموظفين الإداريين.

الفرع الثاني: بالنسبة للاستبيان الموزع على أعضاء مجلس الإدارة، المدراء، المدراء الفرعيين ورؤساء المكاتب

لاختبار هذه الفرضية نستخدم اختبار تحليل الانحدار الرتبي للتحقق من وجود أثر لكل متغير من المتغيرات المستقلة (مبادئ الحوكمة) على المتغير التابع (ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات الاستشفائية محل الدراسة). (أنظر الملحق رقم 52).

جدول رقم (78): نتائج تقدير نموذج الانحدار الرتبي لأثر تطبيق مبادئ حوكمة المؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة على ترشيد الانفاق العام.

المتغير التابع	المتغيرات المستقلة	القيمة الاحصائية chi– square	مستوى المعنوية	التقدير	مستوى معنوية المتغيرات
ترشيد الإنفاق العام	مجلس الإدارة	78.065	0.000	2.249	0.000
	الرؤية الاستراتيجية			1.055	0.029
	سلطة القانون			0.063	0.868
	الأخلاق			0	-
	المشاركة			0.457	0.249
	المساءلة			1.335	0.004
	الشفافية			0.586-	0.094

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على بيانات الاستبيان باستخدام برنامج SPSS

من أجل معرفة أثر المتغيرات المستقلة على المتغير التابع، تم استخدام نموذج الانحدار الرتبي، حيث اعتبرت فيه متغيرات الحوكمة كمتغيرات مستقلة، ومتغير ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة كمتغير تابع، وأظهرت نتائج نموذج الانحدار الرتبي أنه معنوي عند مستوى معنوية 0.000 وهي أقل من مستوى معنوية 0.05.

الفرضية الفرعية الأولى: تنص على ما يلي:

H_0: لا يؤثر مبدأ مجلس الإدارة بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة على ترشيد الإنفاق العام عند مستوى دلالة 0.05.

H_1: يؤثر مبدأ مجلس الإدارة بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة على ترشيد الإنفاق العام عند مستوى دلالة 0.05.

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أنه كلما ارتفعت درجة محور مجلس الإدارة بوحدة واحدة تؤدي إلى ارتفاع ترشيد الإنفاق العام بدرجتين (2.249)، أما مستوى المعنوية فبلغ 0.000 أقل من 0.05، وعليه نقبل الفرضية البديلة أي يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية لمحور مجلس الإدارة على ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة.

الفرضية الفرعية الثانية: تنص على ما يلي:

H_0: لا يؤثر مبدأ الرؤية الاستراتيجية على ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة عند مستوى دلالة 0.05.

H_1: يؤثر مبدأ الرؤية الاستراتيجية على ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة عند مستوى دلالة 0.05.

كما نلاحظ أنه كلما ارتفعت درجة محور الرؤية الاستراتيجية بوحدة واحدة تؤدي إلى ارتفاع ترشيد الإنفاق العام بدرجة واحدة (1.055)، في حين بلغ مستوى المعنوية 0.029 أقل من مستوى الدلالة 0.05، وعليه نقبل الفرضية البديلة أي يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية لمحور الرؤية الاستراتيجية على ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة.

الفرضية الفرعية الثالثة: تنص على ما يلي:

H_0: لا يؤثر مبدأ سلطة القانون على ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة عند مستوى دلالة 0.05.

H_1: يؤثر مبدأ سلطة القانون على ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة عند مستوى دلالة 0.05.

بالنسبة لأثر محور سلطة القانون على ترشيد الإنفاق العام فإننا نلاحظ أنه كلما ارتفعت درجة محور مبدأ سلطة القانون بوحدة واحدة يؤدي إلى ارتفاع ترشيد الإنفاق العام بصفر درجة (0.063)، أما مستوى المعنوية فبلغ 0.868 وهو أكبر من مستوى المعنوية 0.05، وعليه نقبل الفرضية الصفرية أي لا يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية لمحور سلطة القانون على ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة.

الفرضية الفرعية الرابعة: تنص على ما يلي:

H_0: لا يؤثر محور الأخلاق على ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة عند مستوى دلالة 0.05.

H_1: يؤثر محور الأخلاق على ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة عند مستوى دلالة 0.05.

بالنسبة لأثر مبدأ الأخلاق على ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة، فإننا نلاحظ أنه كلما ارتفعت درجة محور الأخلاق بوحدة واحدة لا تؤدي إلى ارتفاع ترشيد الإنفاق العام، وعليه نقبل الفرضية الصفرية لا يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية لمبدأ الأخلاق على ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة.

الفرضية الفرعية الخامسة: تنص على ما يلي:

H_0: لا يؤثر مبدأ المشاركة على ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة عند مستوى دلالة 0.05.

H_1: يؤثر مبدأ المشاركة على ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة عند مستوى دلالة 0.05.

نلاحظ من الجدول أنه كلما ارتفعت درجة مبدأ المشاركة بوحدة واحدة تؤدي إلى ارتفاع ترشيد الانفاق العام بصفر درجة (0.457)، في حين بلغ مستوى المعنوية 0.249، وهي أكبر من مستوى المعنوية 0.05، وعليه نقبل الفرضية الصفرية، أي لا يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية لمبدأ المشاركة على ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة.

الفرضية الفرعية السادسة: تنص على ما يلي:

H_0: لا يؤثر مبدأ المساءلة على ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة عند مستوى دلالة 0.05.

H_1: يؤثر مبدأ المساءلة على ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة عند مستوى دلالة 0.05.

بالنسبة لتأثير مبدأ المساءلة على ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة فإننا نلاحظ أنه كلما ارتفعت درجة محور مبدأ المساءلة بوحدة واحدة يؤدي إلى ارتفاع ترشيد الانفاق العام بواحد درجة (1.335)، أما مستوى المعنوية فقد بلغ 0.004 وهي أقل من 0.05، وعليه نقبل الفرضية البديلة أي يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية لمبدأ المساءلة على ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة.

الفرضية الفرعية السابعة: تنص على ما يلي:

H_0: لا يؤثر مبدأ الشفافية على ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة عند مستوى دلالة 0.05.

H_1: يؤثر مبدأ الشفافية على ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة عند مستوى دلالة 0.05.

نلاحظ انه كلما ارتفعت درجة محور الشفافية بوحدة واحدة تؤدي إلى انخفاض ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية ب 0.586، ويرجع ذلك إلى عدم إتاحة المعلومات والبيانات المالية للمواطنين وعدم الافصاح عنها، أما مستوى المعنوية فقد بلغ 0.094 وهو أكبر من مستوى الدلالة المعتمد، ومنه نقبل الفرضية الصفرية أي لا يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية لمبدأ الشفافية على ترشيد الانفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة.

ومن خلال ما سبق نستنتج معادلة الانحدار الرتبي وهي كما يلي:

$$Y=2.249x_1+1.055x_2+0.063x_3+00x_4+0.457x_5+1.335x_6-0.586x_7$$

x_1: محور مجلس الإدارة؛x_2 : محور الرؤية الاستراتيجية؛x_3: محور سلطة القانون؛x_4: محور الأخلاق؛x_5 محور المشاركة؛ x_6: محور المساءلة؛ x_7: محور الشفافية.

بالنسبة للجداول المتعلقة بتحليل الانحدار الرتبي باستخدام برنامج SPSS . (أنظر الملحق رقم 52).

الفرع الثاني: بالنسبة للاستبيان الموزع على الموظفين الإداريين:

نتطرق فيما يلي إلى نتائج تقدير نموذج الانحدار الرتبي لأثر تطبيق مبادئ حوكمة المؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة على ترشيد الانفاق العام. (أنظر الملحق رقم 53).

جدول رقم (79): نتائج تقدير نموذج الانحدار الرتبي لأثر تطبيق مبادئ حوكمة المؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة على ترشيد الانفاق العام.

المتغير التابع	المتغيرات المستقلة	القيمة الاحصائية chi- square	مستوى المعنوية	التقدير	مستوى معنوية المتغيرات
ترشيد الإنفاق العام	سلطة القانون	113.467	0.000	0.032	0.863
	الأخلاق			0.069	0.790
	المشاركة			-0.062	0.803
	المساءلة			1.256	0.000
	الشفافية			0.875	0.000

المصدر: من إعداد الطالبة بالاعتماد على بيانات الاستبيان باستخدام برنامج SPSS

أظهرت نتائج نموذج الانحدار الرتبي أنه معنوي عند مستوى دلالة 0.000 وهي أقل من مستوى المعنوية 0.05. وعليه تؤثر مبادئ حوكمة المؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة على ترشيد الإنفاق العام عند مستوى دلالة 0.05.

الفرضية الفرعية الأولى: تنص على ما يلي:

H_0: لا يؤثر مبدأ سلطة القانون على ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة عند مستوى دلالة 0.05.

H_1: يؤثر مبدأ سلطة القانون على ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة عند مستوى دلالة 0.05.

بالنسبة لأثر محور سلطة القانون على ترشيد الإنفاق العام فإننا نلاحظ أنه كلما ارتفعت درجة محور مبدأ سلطة القانون بوحدة واحدة يؤدي إلى ارتفاع ترشيد الإنفاق العام بصفر درجة (0.032)، أما مستوى

المعنوية فبلغ 0.863 وهو أكبر من مستوى المعنوية 0.05، وعليه نقبل الفرضية الصفرية أي لا يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية لمحور سلطة القانون على ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة.

الفرضية الفرعية الثانية: تنص على ما يلي:

H_0: لا يؤثر محور الأخلاق على ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة عند مستوى دلالة 0.05.

H_1: يؤثر محور الأخلاق على ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة عند مستوى دلالة 0.05.

بالنسبة لأثر مبدأ الأخلاق على ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة، فإننا نلاحظ أنه كلما ارتفعت درجة محور الأخلاق بوحدة واحدة تؤدي إلى ارتفاع درجة ترشيد الإنفاق العام بصفر درجة (0.069)، أما مستوى المعنوية فقد بلغ 0.790 وهو أكبر من 0.05، وعليه نقبل الفرضية الصفرية أي لا يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية لمبدأ الأخلاق على ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة.

الفرضية الفرعية الثالثة: تنص على ما يلي:

H_0: لا يؤثر مبدأ المشاركة على ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة عند مستوى دلالة 0.05.

H_1: يؤثر مبدأ المشاركة على ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة عند مستوى دلالة 0.05.

نلاحظ من الجدول أنه كلما ارتفعت درجة محور مبدأ المشاركة بوحدة واحدة يؤدي إلى انخفاض درجة ترشيد الانفاق العام بصفر درجة (0.062)، في حين بلغ مستوى المعنوية 0.803، وهي أكبر من مستوى الدلالة 0.05، وعليه نقبل الفرضية الصفرية، أي لا يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية لمبدأ المشاركة على ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة.

الفرضية الفرعية الرابعة: تنص على ما يلي:

H_0: لا يؤثر مبدأ المساءلة على ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة عند مستوى دلالة 0.05.

H_1: يؤثر مبدأ المساءلة على ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة عند مستوى دلالة 0.05.

بالنسبة لتأثير مبدأ المساءلة على ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة فإننا نلاحظ أنه كلما ارتفعت درجة محور مبدأ المساءلة بوحدة واحدة يؤدي إلى ارتفاع ترشيد الانفاق العام بدرجة واحدة (1.256)، أما مستوى المعنوية فقد بلغ 0.000 وهي أقل من 0.05، وعليه نقبل الفرضية البديلة

أي يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية لمبدأ المساءلة على ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة.

الفرضية الفرعية الخامسة: تنص على ما يلي:

H_0: لا يؤثر مبدأ الشفافية على ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة عند مستوى دلالة 0.05.

H_1: يؤثر مبدأ الشفافية على ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة عند مستوى دلالة 0.05.

نلاحظ انه كلما ارتفعت درجة محور الشفافية بوحدة واحدة تؤدي إلى ارتفاع ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية بدرجة واحدة (0.875)، أما مستوى المعنوية فقد بلغ 0.000 وهو أقل من مستوى المعنوية 0.05، ومنه نقبل الفرضية البديلة أي يوجد تأثير ذو دلالة إحصائية لمبدأ الشفافية على ترشيد الانفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة. ومن خلال ما سبق نستنتج معادلة الانحدار الرتبي وهي كما يلي:

$$Y=0.032x_1+0.069x_2-0.062x_3+1.256x_4+0.875x_5$$

حيث: x_1: محور سلطة القانون ؛x_2 : محور الأخلاق؛x_3: محور المشاركة؛x_4: محور المساءلة؛x_5: محور الشفافية.

بالنسبة للجداول المتعلقة بتحليل الانحدار الرتبي باستخدام برنامج SPSS (أنظر الملحق رقم 53).

خلاصة الفصل:

تطرقنا في الفصل التطبيقي إلى دور مبادئ الحوكمة في ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية، بغرض معرفة مدى تأثير تطبيق مبادئ الحوكمة على ترشيد الإنفاق العام.

حيث تطرقنا في البداية إلى التعريف بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية، والتي يبلغ عددها ستة مؤسسات، كما تطرقنا إلى هيكلها التنظيمي وتطور مواردها المادية والمالية والبشرية خلال الفترة 2008-2018.

وقد توصلنا إلى النتائج التالية:

1- نتائج مستمد من وصف خصائص العينتين:

- ✓ نسبة كبيرة من عينة أعضاء مجلس الإدارة، المدراء، المدراء الفرعيين ورؤساء المكاتب من الذكور، ونسبة كبيرة من الموظفين الإداريين من الإناث؛
- ✓ نسبة كبيرة من عينتي الدراسة تتراوح أعمارهم من 30 سنة إلى 40 سنة؛
- ✓ نسبة كبيرة من عينتي الدراسة لديهم مستوى جامعي؛
- ✓ نسبة كبيرة من عينة أعضاء مجلس الإدارة، المدراء، المدراء الفرعيين ورؤساء المكاتب لديهم خبرة مهنية 05-10 سنة، ونسبة كبيرة من الموظفين الإداريين لديهم خبرة مهنية من 10 إلى 20 سنة؛
- ✓ وبالنسبة لأعضاء مجلس الإدارة، المدراء، المدراء الفرعيين ورؤساء المكاتب نسبة كبيرة منهم رؤساء مكاتب.

2- نتائج مستمدة من تحليل اختبار الفرضيات:

- ✓ فيما يخص عينة أعضاء مجلس الإدارة، المدراء، المدراء الفرعيين ورؤساء المكاتب فإنه يوجد فرق معنوي بين وسيط أراء أفراد عينة الدراسة والمحور ككل ودرجة الحياد 3 بالنسبة لمحور مجلس الإدارة، سلطة القانون والأخلاق بالنسبة لقسم الحوكمة ومحور عمليات إعداد وتنفيذ الموازنة، محور الرقابة الخارجية، نظم المعلومات المحاسبية وتقييم الأداء بالنسبة لقسم ترشيد الإنفاق العام، وبالنسبة لباقي المحاور فإنه لا يوجد فرق معنوي بين وسيط أراء أفراد عينة الدراسة ودرجة الحياد 3.
- ✓ فيما يخص عينة الموظفين الإداريين فإنه يوجد فرق معنوي بين وسيط أراء أفراد عينة الدراسة والمحور ككل ودرجة الحياد 3 بالنسبة لمحور سلطة المشاركة والأخلاق بالنسبة لقسم الحوكمة وجميع محاور ترشيد الإنفاق العام بالنسبة لقسم ترشيد الإنفاق العام، وبالنسبة لباقي المحاور فإنه لا يوجد فرق معنوي بين وسيط أراء أفراد عينة الدراسة ودرجة الحياد 3.

- ✓ تؤثر مبادئ الحوكمة على ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية عند مستوى دلالة 0.05؛
- ✓ لا توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى دلالة $\alpha \leq 0.05$ لاتجاهات عينة الدراسة نحو كل المتغيرات الشخصية سواءً بالنسبة للحوكمة أو ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة.

خاتمة

لَقي مفهوم الحوكمة اهتمام العديد من المنظمات الدولية، لما له من تأثير إيجابي على تحسين الإدارة ورفع كفاءتها، وتفعيل استراتيجيات عملها، وتطوير آليات رقابتها، من ضبط مختلف آليات التدخل، والعلاقة مع الأطراف ذات الصلة، وإضفاء الإفصاح والشفافية والمساءلة والعدالة في أنشطتها. كما اهتمت منظمة الصحة العالمية بتطبيق هذا المفهوم في المجال الصحي، وهذا من أجل ضمان توفير التغطية الصحية الشاملة بكفاءة وفعالية وبأقل التكاليف الممكنة، فتطبيق الحوكمة في القطاع الصحي سيسمح بتعزيز آليات المساءلة والشفافية للنهوض بالقطاع الصحي من خلال مشاركة المجتمع المدني في اتخاذ القرارات الصحية المناسبة. وتُعتبر المنظومة الصحية من هذه المنظمات التي استفادت من الحوكمة واستلهمت من مبادئها ما يفيدها، قصد ترشيد الإنفاق العام الصحي، والوصول إلى تحقيق خدمات صحية جيدة للمواطن وبأقل التكاليف الممكنة.

وقد اهتمت الدولة الجزائرية بتطوير المنظومة الصحية منذ الاستقلال إلى يومنا هذا، فقد قامت بالعديد من الإصلاحات وذلك بغية توفير العلاج للمواطنين والتكفل باحتياجاتهم الصحية، وضمان الوقاية من انتشار الأمراض والأوبئة، ومن أجل تأمين هذه المتطلبات قامت بتنظيم المنظومة الصحية في عدة مستويات، فقامت بتوفير الهياكل والمراكز والمؤسسات الصحية وتزويدها بالموارد البشرية اللازمة لسيرها، وتوفير هذه الموارد والهياكل يتطلب توفير التمويل اللازم للمنظومة الصحية، حيث تعتمد المنظومة الصحية الجزائرية على ثلاثة مصادر تمويل أساسية تتمثل في مساهمة الدولة، ومساهمة هيئات الضمان الاجتماعي ومساهمة العائلات، كما سيسمح هذا التمويل بتغطية الإنفاق العام الصحي المتزايد.

إن الارتفاع المتزايد في حجم الإنفاق العام الصحي جعل من الضروري التفكير في وضع آليات تسمح بالتحكم في الإنفاق العام الصحي وترشيده، ومن بينها الرقابة المالية، وتطبيق النظام التعاقدي الذي يربط وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات بهيئات الضمان الاجتماعي، كما أن تطبيق الحوكمة بمبادئها سيكون له دور كبير في ترشيد الإنفاق العام الصحي.

أولا: اختبار الفرضيات: نسعى من خلال هذا البحث إلى معالجة الإشكالية المتعلقة **بمدى تأثير تطبيق مبادئ الحوكمة على ترشيد الإنفاق العام بالمنظومة الصحية الجزائرية دراسة حالة بالمؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية**، وقد وصلنا إلى نتائج اختبار الفرضيات الأساسية لموضوع البحث.

- بالنسبة **للفرضية الرئيسية الأولى صحيحة والتي تنص على "** تتمثل مبادئ الحوكمة بالمنظومة الصحية الجزائرية في الإفصاح والشفافية والمساءلة ومشاركة المجتمع المدني في اتخاذ القرارات الصحية**"**حيث تتمثل مبادئ الحوكمة بالمنظومة الصحية الجزائرية في الإفصاح والشفافية عن البيانات والمعلومات المالية وغير المالية وفي الوقت المناسب للجهات الرقابية والإشرافية، وبالنسبة للمساءلة فإن كل فرد مسؤول عن تنفيذ المهام الموكلة له، كما أن الدولة تسعى جاهدة إلى توفير التغطية الصحية الشاملة لجميع أفراد المجتمع وبعدالة، كما تقوم بوضع الأطر القانونية والتنظيمية لضمان حسن سير المنظومة الصحية الجزائرية.

- بالنسبة **للفرضية الرئيسية الثانية غير صحيحة** أي لا يتحقق ترشيد الإنفاق العام الصحي في الجزائر باستخدام عدة أليات أهمها تطبيق مبادئ الحوكمة، والرقابة المالية على مختلف العمليات التي تقوم بها مؤسسات المنظومة الصحية، واستخدام أدوات حديثة في التسيير، حيث نلاحظ أن الانفاق العام الصحي في تزايد مستمر، وذلك بسبب تأثره بالعديد من العوامل وأهمها التغيرات الوبائية، النمو السكاني المتواصل، التطورات التكنولوجية المتواصلة في المجال الصحي وارتفاع تكاليف اقتنائها، إلا أن استعمال هذه الآليات سيسمح بفرض رقابة أكبر على الإنفاق العام الصحي، وحماية المال العام من الاختلاسات والاسراف والتبذير، فتطبيق الحوكمة سيسمح بمساءلة المسؤولين عن الاستغلال الأمثل للموارد المتاحة وبأقل التكاليف الممكنة. وأما استعمال أدوات التسيير المستحدثة من طرف المنظومة الصحية الجزائرية، فقد فرضت رقابة أكبر على الإنفاق العام من خلال تحديد الأهداف المراد تحقيقها وبأقل التكاليف الممكنة، ومقارنتها مع النتائج المحققة وتصحيح الانحرافات ومساءلة المسؤولين عن النتائج المحققة، في حين أنّ الرقابة المالية السابقة رغم كونها تهدف إلى ترشيد الإنفاق العام، إلا أنها رقابة على مشروعية النفقات وعدم تجاوزها للاعتمادات الممنوحة وليست رقابة تسمح بترشيد الإنفاق العام، وبالنسبة للرقابة اللاحقة، يمكن القول أنها رقابة أكثر نجاعة في ترشيد الإنفاق العام، لأنها تسمح بمساءلة المسؤولين عن سوء استغلال المال العام وعن الاختلاسات والفساد المالي، كما أن فرض هذا النظام سيسمح بالتحكم أكثر في الإنفاق العام الصحي.
- نتج عن استخدام اختبار مان ويتني واختبار كروسكال والاس **عدم صحة الفرضية الرئيسية الثالثة** بالنسبة لعينتي الدراسة أي لا يوجد فرق معنوي بين متوسطات إجابات أفراد العينتين تبعا للمتغيرات الشخصية عند مستوى دلالة 0.05.

➢ **بالنسبة لعينة أعضاء مجلس الإدارة، المدراء، المدراء الفرعيين ورؤساء المكاتب:**

- نتج عن استخدام اختبار مان ويتني أن مستوى المعنوية بلغ 0.331، وهو أكبر من مستوى الدلالة 0.05 بالنسبة لقسم حوكمة المؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة تبعا لمتغير الجنس، وهو ما يثبت **عدم صحة الفرضية الفرعية الأولى** أي لا توجد فروقات ذات دلالة احصائية بين متوسطات اجابات أفراد العينة لتطبيق مبادئ الحوكمة تُعزى لمتغير الجنس عند مستوى دلالة 0.05.
- نتج عن استخدام اختبار كروسكال والاس أن مستوى المعنوية بلغ 0.498، وهو أكبر من مستوى الدلالة 0.05 بالنسبة لقسم حوكمة المؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة تبعا لمتغير العمر، وهو ما يثبت

عدم صحة الفرضية الفرعية الثانية أي لا توجد فروقات ذات دلالة احصائية بين متوسطات اجابات أفراد العينة لتطبيق مبادئ الحوكمة تُعزى لمتغير العمر عند مستوى دلالة 0.05.

- نتج عن استخدام اختبار كروسكال والاس أن مستوى المعنوية بلغ 0.454، وهو أكبر من مستوى الدلالة 0.05 بالنسبة لقسم حوكمة المؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة تبعا لمتغير المستوى العلمي، وهو ما يثبت **عدم صحة الفرضية الفرعية الثالثة** أي لا توجد فروقات ذات دلالة احصائية بين متوسطات اجابات أفراد العينة لتطبيق مبادئ الحوكمة تُعزى لمتغير المستوى العلمي عند مستوى دلالة 0.05.
- نتج عن استخدام اختبار كروسكال والاس أن مستوى المعنوية بلغ 0.097، وهو أكبر من مستوى الدلالة 0.05 بالنسبة لقسم حوكمة المؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة تبعا لمتغير المنصب العالي، وهو ما يثبت **عدم صحة الفرضية الفرعية الرابعة** أي لا توجد فروقات ذات دلالة احصائية بين متوسطات اجابات أفراد العينة لتطبيق مبادئ الحوكمة تُعزى لمتغير المنصب العالي عند مستوى دلالة 0.05.
- نتج عن استخدام اختبار كروسكال والاس أن مستوى المعنوية بلغ 0.069، وهو أكبر من مستوى الدلالة 0.05 بالنسبة لقسم حوكمة المؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة تبعا لمتغير الخبرة المهنية، وهو ما يثبت **عدم صحة الفرضية الفرعية الخامسة** أي لا توجد فروقات ذات دلالة احصائية بين متوسطات اجابات أفراد العينة لتطبيق مبادئ الحوكمة تُعزى لمتغير الخبرة المهنية عند مستوى دلالة 0.05.
- نتج عن استخدام اختبار مان ويتني أن مستوى المعنوية بلغ 0.469، وهو أكبر من مستوى الدلالة 0.05 بالنسبة لقسم لترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة تبعا لمتغير الجنس، وهو ما يثبت **عدم صحة الفرضية الفرعية الأولى** أي لا توجد فروقات ذات دلالة احصائية بين متوسطات اجابات أفراد العينة لترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة تُعزى لمتغير الجنس عند مستوى دلالة 0.05.
- نتج عن استخدام اختبار كروسكال والاس أن مستوى المعنوية بلغ 0.528، وهو أكبر من مستوى الدلالة 0.05 بالنسبة لقسم ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة تبعا لمتغير العمر، وهو ما يثبت **عدم صحة الفرضية الفرعية الثانية** أي لا توجد فروقات ذات دلالة احصائية بين متوسطات اجابات أفراد العينة لترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة تُعزى لمتغير العمر عند مستوى دلالة 0.05.

- نتج عن استخدام اختبار كروسكال والاس أن مستوى المعنوية بلغ 0.543، وهو أكبر من مستوى الدلالة 0.05 بالنسبة لقسم ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة تبعا لمتغير المستوى العلمي، وهو ما يثبت **عدم صحة الفرضية الفرعية الثالثة** أي لا توجد فروقات ذات دلالة احصائية بين متوسطات اجابات أفراد العينة لترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة تُعزى لمتغير المستوى العلمي عند مستوى دلالة 0.05.
- نتج عن استخدام اختبار كروسكال والاس أن مستوى المعنوية بلغ 0.706، وهو أكبر من مستوى الدلالة 0.05 بالنسبة لقسم ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة محل الدراسة تبعا لمتغير المنصب العالي، وهو ما يثبت **عدم صحة الفرضية الفرعية الرابعة** أي لا توجد فروقات ذات دلالة احصائية بين متوسطات اجابات أفراد العينة لترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة تُعزى لمتغير المنصب العالي عند مستوى دلالة 0.05.
- نتج عن استخدام اختبار كروسكال والاس أن مستوى المعنوية بلغ 0.243، وهو أكبر من مستوى الدلالة 0.05 بالنسبة لقسم لترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة تبعا لمتغير الخبرة المهنية، وهو ما يثبت **عدم صحة الفرضية الفرعية الخامسة** أي لا توجد فروقات ذات دلالة احصائية بين متوسطات اجابات أفراد العينة لترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة تُعزى لمتغير الخبرة المهنية عند مستوى دلالة 0.05.

➢ **بالنسبة لعينة الموظفين الإداريين:**

- نتج عن استخدام اختبار مان ويتني أن مستوى المعنوية بلغ 0.457، وهو أكبر من مستوى الدلالة 0.05 بالنسبة لقسم حوكمة المؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة تبعا لمتغير الجنس، وهو ما يثبت **عدم صحة الفرضية الفرعية الأولى** أي لا توجد فروقات ذات دلالة احصائية بين متوسطات اجابات أفراد العينة لتطبيق مبادئ الحوكمة تُعزى لمتغير الجنس عند مستوى دلالة 0.05.
- نتج عن استخدام اختبار كروسكال والاس أن مستوى المعنوية بلغ 0.250، وهو أكبر من مستوى الدلالة 0.05 بالنسبة لقسم حوكمة المؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة تبعا لمتغير العمر، وهو ما يثبت **عدم صحة الفرضية الفرعية الثانية** أي لا توجد فروقات ذات دلالة احصائية بين متوسطات اجابات أفراد العينة لتطبيق مبادئ الحوكمة تُعزى لمتغير العمر عند مستوى دلالة 0.05.

- نتج عن استخدام اختبار كروسكال والاس أن مستوى المعنوية بلغ 0.101، وهو أكبر من مستوى الدلالة 0.05 بالنسبة لقسم حوكمة المؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة تبعا لمتغير المستوى العلمي، وهو ما يثبت **عدم صحة الفرضية الفرعية الثالثة** أي لا توجد فروقات ذات دلالة احصائية بين متوسطات اجابات أفراد العينة لتطبيق مبادئ الحوكمة تُعزى لمتغير المستوى العلمي عند مستوى دلالة 0.05.
- نتج عن استخدام اختبار كروسكال والاس أن مستوى المعنوية بلغ 0.600، وهو أكبر من مستوى الدلالة 0.05 بالنسبة لقسم حوكمة المؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة تبعا لمتغير الخبرة المهنية، وهو ما يثبت **عدم صحة الفرضية الفرعية الرابعة** أي لا توجد فروقات ذات دلالة احصائية بين متوسطات اجابات أفراد العينة لتطبيق مبادئ الحوكمة تُعزى لمتغير الخبرة المهنية عند مستوى دلالة 0.05.
- نتج عن استخدام اختبار مان ويتني أن مستوى المعنوية بلغ 0.520، وهو أكبر من مستوى الدلالة 0.05 بالنسبة لقسم ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة تبعا لمتغير الجنس، وهو ما يثبت **عدم صحة الفرضية الفرعية الأولى** أي لا توجد فروقات ذات دلالة احصائية بين متوسطات اجابات أفراد العينة لترشيد الإنفاق العام تُعزى لمتغير الجنس عند مستوى دلالة 0.05.
- نتج عن استخدام اختبار كروسكال والاس أن مستوى المعنوية بلغ 0.487، وهو أكبر من مستوى الدلالة 0.05 بالنسبة لقسم ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة تبعا لمتغير العمر، وهو ما يثبت **عدم صحة الفرضية الفرعية الثانية** أي لا توجد فروقات ذات دلالة احصائية بين متوسطات اجابات أفراد العينة لترشيد الإنفاق العام تُعزى لمتغير العمر عند مستوى دلالة 0.05.
- نتج عن استخدام اختبار كروسكال والاس أن مستوى المعنوية بلغ 0.765، وهو أكبر من مستوى الدلالة 0.05 بالنسبة لقسم ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة تبعا لمتغير المستوى العلمي، وهو ما يثبت **عدم صحة الفرضية الفرعية الثالثة** أي لا توجد فروقات ذات دلالة احصائية بين متوسطات اجابات أفراد العينة لترشيد الإنفاق العام تُعزى لمتغير المستوى العلمي عند مستوى دلالة 0.05.
- نتج عن استخدام اختبار كروسكال والاس أن مستوى المعنوية بلغ 0.779، وهو أكبر من مستوى الدلالة 0.05 بالنسبة لقسم ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة تبعا لمتغير الخبرة المهنية، وهو ما يثبت **عدم صحة الفرضية الفرعية الرابعة** أي لا توجد فروقات ذات دلالة احصائية بين متوسطات اجابات أفراد العينة لترشيد الإنفاق العام تُعزى لمتغير الخبرة المهنية عند مستوى دلالة 0.05.

- بينت نتائج تقدير نموذج الانحدار الرتبي أن مستوى المعنوية بلغ 0.000 وهو أقل من مستوى الدلالة 0.05، وهو ما يثبت **صحة الفرضية الرئيسية الرابعة** بالنسبة لعينتي الدراسة، أي تؤثر مبادئ حوكمة المؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة على ترشيد الإنفاق العام عند مستوى دلالة 0.05.

➢ **واختبار الفرضيات الفرعية بالنسبة لعينة مجلس الإدارة، المدراء، المدراء الفرعيين ورؤساء المكاتب نتج عنها:**

- بينت نتائج تقدير نموذج الانحدار الرتبي أن مستوى المعنوية بلغ 0.000 وهو أقل من مستوى الدلالة 0.05 بالنسبة لمتغير محور مجلس الإدارة، وهو يثبت **صحة الفرضية الفرعية الأولى** أي يؤثر مبدأ مجلس الإدارة بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة على ترشيد الإنفاق العام عند مستوى دلالة 0.05.
- بينت نتائج تقدير نموذج الانحدار الرتبي أن مستوى المعنوية بلغ 0.029 وهو أقل من مستوى الدلالة 0.05 بالنسبة لمتغير محور الرؤية الاستراتيجية، وهو يثبت **صحة الفرضية الفرعية الثانية** أي يؤثر مبدأ الرؤية الاستراتيجية على ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة عند مستوى دلالة 0.05.
- كما بينت نتائج تقدير نموذج الانحدار الرتبي أن مستوى المعنوية بلغ 0.868 وهو أكبر من مستوى الدلالة 0.05 بالنسبة لمتغير محور سلطة القانون، وهو يثبت **عدم صحة الفرضية الفرعية الثالثة** أي لا يؤثر مبدأ سلطة القانون على ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة عند مستوى دلالة 0.05.
- بينت نتائج تقدير نموذج الانحدار الرتبي أن لا مستوى معنوية بالنسبة لمتغير محور الأخلاق، وهو يثبت **عدم صحة الفرضية الفرعية الرابعة** أي لا يؤثر مبدأ الأخلاق على ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة عند مستوى دلالة 0.05.
- كما بينت نتائج تقدير نموذج الانحدار الرتبي أن مستوى المعنوية بلغ 0.249 وهو أكبر من مستوى الدلالة 0.05 بالنسبة لمتغير محور المشاركة، وهو ما يثبت **عدم صحة الفرضية الفرعية الخامسة** لا يؤثر مبدأ المشاركة على ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة عند مستوى دلالة 0.05.
- بينت نتائج تقدير نموذج الانحدار الرتبي أن مستوى المعنوية بلغ 0.004 وهو أقل من مستوى الدلالة 0.05 بالنسبة لمتغير محور المساءلة، وهو يثبت **صحة الفرضية الفرعية السادسة** أي يؤثر مبدأ المساءلة على ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة عند مستوى دلالة 0.05.

- بينت نتائج تقدير نموذج الانحدار الرتبي أن مستوى المعنوية بلغ 0.094 وهو أكبر من مستوى الدلالة 0.05 بالنسبة لمتغير محور الشفافية، وهو ما يثبت **عدم صحة الفرضية الفرعية السابعة** أي لا يؤثر مبدأ الشفافية على ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة عند مستوى دلالة 0.05.

➢ **اختبار الفرضيات الفرعية للفرضية الرئيسية الرابعة بالنسبة لعينة الموظفين الإداريين المكاتب نتج عنها:**

- بينت نتائج تقدير نموذج الانحدار الرتبي أن مستوى المعنوية بلغ 0.863 وهو أكبر من مستوى الدلالة 0.05 بالنسبة لمتغير محور سلطة القانون، وهو يثبت **عدم صحة الفرضية الفرعية الأولى** أي لا يؤثر مبدأ سلطة القانون على ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة عند مستوى دلالة 0.05.
- بينت نتائج تقدير نموذج الانحدار الرتبي أن مستوى المعنوية بالنسبة لمتغير محور الأخلاق بلغ 0.790 وهو أكبر من مستوى الدلالة 0.05، وهو يثبت **عدم صحة الفرضية الفرعية الثانية** أي لا يؤثر مبدأ الأخلاق على ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة عند مستوى دلالة 0.05.
- بينت نتائج تقدير نموذج الانحدار الرتبي أن مستوى المعنوية بلغ 0.803 وهو أكبر من مستوى الدلالة 0.05 بالنسبة لمتغير محور المشاركة، وهو ما يثبت **عدم صحة الفرضية الفرعية الثالثة** أي لا يؤثر مبدأ المشاركة على ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة عند مستوى دلالة 0.05.
- بينت نتائج تقدير نموذج الانحدار الرتبي أن مستوى المعنوية بالنسبة لمبدأ المساءلة بلغ 0.000 وهي أقل من مستوى الدلالة 0.05، وهو ما يثبت **صحة الفرضية الفرعية الرابعة** أي يؤثر مبدأ المساءلة على ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة عند مستوى دلالة 0.05.
- بينت نتائج تقدير نموذج الانحدار الرتبي أن مستوى المعنوية بالنسبة لمتغير محور الشفافية بلغ 0.000 وهو أقل من مستوى الدلالة 0.05، وهذا يثبت **صحة الفرضية الفرعية الخامسة** أي يؤثر مبدأ الشفافية على ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية محل الدراسة عند مستوى دلالة 0.05.

ثانيا: نتائج الدراسة: سمحت هذه الدراسة سواءً تعلقت بالجانب النظري أو التطبيقي بالوصول إلى جملة من النتائج، أهمها:

- يشوب القطاع الصحي الجزائري الكثير من الاختلالات منها ما يتعلق بالموارد البشرية ومنها ما يتعلق بالموارد المادية والمالية، والتي يجب البحث عن السبل الكفيلة لتلافيها؛

- يشمل الإطار التنظيمي للمنظومة الصحية الجزائرية أربع مستويات، وهي على المستوى المركزي إذ نجد وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، على المستوى الجهوي توجد خمسة مجالس جهوية، أما على المستوى الولائي فتوجد مديريات صحية تشرف على المؤسسات الصحية المتواجدة على مستوى الدوائر والبلديات؛
- هناك العديد من الأسباب التي أدت إلى الارتفاع المتواصل في حجم الانفاق الصحي ويتمثل أهمها في مجانية العلاج، والنمو الديموغرافي المتواصل، التطور التكنولوجي المتسارع في المجال الطبي وارتفاع تكاليف اقتنائه، وارتفاع فاتورة الأدوية، وكذا انتشار الأوبئة والأمراض المعدية والمزمنة؛
- توجد ثلاثة مصادر تمويلية بالمنظومة الصحية وهي مساهمة الدولة، ومساهمة هيئات الضمان الاجتماعي ومساهمة العائلات؛
- ضعف مؤشرات الإنفاق العام الصحي حيث مؤشر الإنفاق العام الصحي إلى الناتج الداخلي الخام كان ضعيفا ولا يرقى للاستجابة لطموحات الطلب على الخدمات الصحية، وأيضاً جاء مؤشر نصيب الفرد من الإنفاق الصحي العام محدوداً، كما الإنفاق العام الصحي كان أكبر من الإنفاق الصحي الخاص وهذا يدل على مبدأ العلاج المجاني في الجزائر؛
- عدم كفاية الإمكانيات البشرية فرغم وجود تزايد في عدد الممارسين في القطاع العام إلا أننا لاحظنا أنّ نسبة ارتفاعها في القطاع الخاص أكبر من القطاع العام، مما يبرز عدم استقرار الإطار الطبي في القطاع العمومي بل ومعاناته من الاستنزاف؛
- ضعف مؤشر التغطية الصحية بالممارسين الطبيين وشبه الطبيين؛
- ضعف الإمكانيات المادية ويتجلى ذلك من منظور عدة مؤشرات، كعدد الهياكل الصحية التي كان يتزايد عددها لكن تعاني من مشكل عدم التوزيع العادل لها عبر كامل الوطن، أيضاً مؤشر التغطية الصحية بالإمكانيات المادية كان ضعيفاً؛
- هناك تحسن ملحوظ في أداء المنظومة الصحية الجزائرية وذلك بالنظر للمؤشرات الصحية، فقد انخفض معدل وفيات الرضع أقل من سنة بالنسبة لكل 1000 مولود حي من 40‰ سنة 1992 إلى 17.1‰سنة 2018، كذلك هو الحال بالنسبة لمعدل وفيات الأطفال أقل من 5 سنوات حيث انخفض هذا المعدل من 47,2 ‰ سنة 1992 إلى 24.2‰ سنة 2018. وهذا بسبب اهتمام المنظومة الصحية الجزائرية بهذه الفئة من خلال توفير اللقاحات المناسبة والتحصين ضد الأمراض، وكذلك إنشاء عيادات متخصصة في صحة الأم والطفل للتكفل بهاتين الشريحتين، أما بالنسبة لوفيات الأمهات لكل 100 ألف مولود حي فقد

انخفضت من 205 وفاة لكل 100 ألف مولود حي سنة 1992 إلى 112 وفاة لكل 100 ألف مولود حي سنة 2017 حسب بيانات البنك الدولي، وفيما يخص معدل الأمل في الحياة فقد تحسن، حيث انتقل من 67,22 سنة عام 1992 إلى 76,69 سنة عام 2017. ولكن رغم ذلك فإن فالمنظومة الصحية لا تخلو من النقائص، خاصة عدم العدالة في توزيع الهياكل الصحية بين مختلف مناطق الوطن، وبالتالي لا تستجيب لاحتياجات جميع السكان، وكذلك الموارد البشرية والمادية المتوفرة لم تصل إلى المستوى الموصى به من طرف منظمة الصحة العالمية في خطتها للتنمية المستدامة لعام 2030؛

- توجد العديد من الآليات المطبقة من طرف المنظومة الصحية الجزائرية والتي تهدف إلى ترشيد الإنفاق العام الصحي، ولعل أهمها تطبيق النظام التعاقدي، والرقابة المالية السابقة واللاحقة لتنفيذ النفقات، وتطبيق الحوكمة بمبادئها من أجل الاستغلال الأمثل للموارد المتاحة وبأقل التكاليف الممكنة؛
- اهتمامٌ كبيرٌ من طرف المنظومة الصحية الجزائرية بتطبيق مبادئ الحوكمة حيث تهدف من خلال ذلك إلى تحقيق الرشادة في الإنفاق العام الصحي، بإدخال آليات جديدة للتخطيط الاستراتيجي والرقابة على جودة الخدمات الصحية المقدمة، حيث تم وضع مشروع المؤسسة ولوحة القيادة وعقد النجاعة في المؤسسات الصحية كأدوات لتحقيق أهداف الحوكمة، وتطوير أداء المنظومة الصحية الجزائرية، وفرض رقابة أكبر على الإنفاق العام وترشيده؛
- رغم الجهود المبذولة لترشيد الانفاق العام الصحي إلا أن هذه النفقات لا تزال تشهد ارتفاعا متواصلا ولا يتم التحكم فيها؛
- نتج عن استخدام اختبار الاشارة ما يلي:

➢ بالنسبة لعينة أعضاء مجلس الإدارة، المدراء، المدراء الفرعيين ورؤساء المكاتب تحصلنا على النتائج التالية:

- نتج عن استخدام اختبار الإشارة لمحور مجلس الإدارة بلوغ مستوى معنوية 0.000 وهو أقل من مستوى الدلالة 0.05، وعليه يوجد فرق معنوي بين وسيط أراء أفراد عينة الدراسة وعلى كل عبارة ودرجة الحياد (03).
- نتج عن استخدام اختبار الإشارة بالنسبة لمحور الرؤية الاستراتيجية بلوغ مستوى المعنوية 0.127 وهو أكبر من مستوى الدلالة 0.05، وعليه لا يوجد فرق معنوي بين وسيط أراء أفراد عينة الدراسة حول محور الرؤية الاستراتيجية ودرجة الحياد (03).

- نتج عن استخدام اختبار الإشارة أن مستوى المعنوية بلغ 0.021 وهو أقل من مستوى الدلالة 0.05 بالنسبة لمحور سلطة القانون، وعليه فإنه يوجد فرق معنوي بين وسيط أراء أفراد عينة الدراسة ودرجة الحياد (03) بالنسبة لمحور سلطة القانون.
- نتج عن استخدام اختبار الإشارة أن مستوى المعنوية بلغ 0.021 وهو أقل من مستوى الدلالة 0.05 بالنسبة لمحور الأخلاق، وعليه فإنه يوجد فرق معنوي بين وسيط أراء أفراد عينة الدراسة ودرجة الحياد (03) بالنسبة لمحور الأخلاق.
- نتج عن استخدام اختبار الإشارة بالنسبة لمحور المشاركة بلوغ مستوى المعنوية 1.000 وهو أكبر من مستوى الدلالة 0.05، وعليه لا يوجد فرق معنوي بين وسيط أراء أفراد عينة الدراسة حول محور المشاركة ودرجة الحياد (03).
- نتج عن استخدام اختبار الإشارة بلوغ مستوى معنوية 0.766 بالنسبة لمحور المساءلة، وهو أكبر من مستوى الدلالة 0.05، ومنه فإنه لا يوجد فرق معنوي بين وسيط أراء أفراد عينة الدراسة حول محور المساءلة ودرجة الحياد 03.
- نتج عن استخدام اختبار الإشارة بالنسبة لمحور الشفافية بلوغ مستوى المعنوية 1.000 وهو أكبر من مستوى الدلالة 0.05، وعليه لا يوجد فرق معنوي بين وسيط أراء أفراد عينة الدراسة حول محور الشفافية ودرجة الحياد 03.

➢ بالنسبة لعينة الموظفين الإداريين نتج ما يلي:

- نتج عن استخدام اختبار الإشارة أن مستوى المعنوية بلغ 0.227 وهو أكبر من مستوى الدلالة 0.05 بالنسبة لمحور سلطة القانون، وعليه فإنه لا يوجد فرق معنوي بين وسيط أراء أفراد عينة الدراسة ودرجة الحياد 03 بالنسبة لمحور سلطة القانون.
- نتج عن استخدام اختبار الإشارة أن مستوى المعنوية بالنسبة لمحور الأخلاق بلغ 0.003 وهو أقل من مستوى الدلالة 0.05، وعليه فإنه يوجد فرق معنوي بين وسيط أراء أفراد عينة الدراسة ودرجة الحياد 03 بالنسبة لمحور الأخلاق.
- بلغ مستوى المعنوية بالنسبة لمحور المشاركة الناتج عن استخدام اختبار الإشارة 0.015 وهو قيمة أقل من مستوى الدلالة 0.05، ومنه فإنه يوجد فرق معنوي بين وسيط أراء أفراد عينة الدراسة حول محور المشاركة ودرجة الحياد 03.

- نتج عن استخدام اختبار الإشارة بلوغ مستوى معنوية 0.363 بالنسبة لمحور المساءلة، وهو أكبر من مستوى الدلالة 0.05، ومنه فإنه لا يوجد فرق معنوي بين وسيط أراء أفراد عينة الدراسة حول محور المساءلة ودرجة الحياد 03.
- نتج عن استخدام اختبار الإشارة بالنسبة لمحور الشفافية بلوغ مستوى المعنوية 1.000 وهو أكبر من مستوى الدلالة 0.05، وعليه لا يوجد فرق معنوي بين وسيط أراء أفراد عينة الدراسة حول محور الشفافية ودرجة الحياد 03.

➢ بالنسبة لعينة مجلس الإدارة، المدراء، المدراء الفرعيين ورؤساء المكاتب نتج عن استخدام اختبار الإشارة ما يلي:

- نتج عن استخدام اختبار الإشارة بلوغ مستوى معنوية 0.000 لمحور عمليات إعداد وتنفيذ الميزانية وهو أقل من مستوى الدلالة 0.05، وعليه يوجد فرق معنوي بين وسيط أراء أفراد عينة الدراسة وعلى كل عبارة ودرجة الحياد 03.
- بلغ مستوى المعنوية الناتج عن استخدام اختبار الإشارة بالنسبة لمحور الرقابة الداخلية 0.532 وهو أكبر من مستوى الدلالة 0.05، وعليه لا يوجد فرق معنوي بين وسيط أراء أفراد عينة الدراسة حول محور الرقابة الداخلية ودرجة الحياد 03.
- نتج عن استخدام اختبار الإشارة أن مستوى المعنوية بلغ 0.000 وهو أقل من مستوى الدلالة 0.05 بالنسبة لمحور الرقابة الخارجية، وعليه فإنه يوجد فرق معنوي بين وسيط أراء أفراد عينة الدراسة ودرجة الحياد (3) بالنسبة لمحور الرقابة الخارجية.
- بلغ مستوى المعنوية لمحور نظم المعلومات المحاسبية الناتج عن استخدام اختبار الإشارة بالنسبة 0.004 وهو أقل من مستوى الدلالة 0.05، وعليه يوجد فرق معنوي بين وسيط أراء أفراد عينة الدراسة حول محور نظم المعلومات المحاسبية ودرجة الحياد 03.
- نتج عن استخدام اختبار الإشارة بلوغ مستوى معنوية 0.021 بالنسبة لمحور تقييم الأداء، وهو أقل من مستوى الدلالة 0.05، ومنه فإنه يوجد فرق معنوي بين وسيط أراء أفراد عينة الدراسة حول محور تقييم الأداء ودرجة الحياد 03.

➢ بالنسبة لعينة الموظفين الإداريين نتج عن استخدام اختبار الإشارة ما يلي:

- نتج عن استخدام اختبار الإشارة بالنسبة لمحور عمليات إعداد وتنفيذ الميزانية بلوغ مستوى معنوية 0.000، وهو أقل من مستوى الدلالة 0.05، وعليه يوجد فرق معنوي بين وسيط أراء أفراد عينة الدراسة حول محور عمليات إعداد وتنفيذ الميزانية ودرجة الحياد 03.
- بلغ مستوى المعنوية الناتج عن استخدام اختبار الإشارة بالنسبة لمحور الرقابة الداخلية 0.006، وهو أقل من مستوى الدلالة 0.05، وعليه يوجد فرق معنوي بين وسيط أراء أفراد عينة الدراسة حول محور الرقابة الداخلية ودرجة الحياد 03.
- نتج عن استخدام اختبار الإشارة حول محور الرقابة الخارجية بلوغ مستوى المعنوية بلغ 0.000، وهو أقل من مستوى الدلالة 0.05، وعليه فإنه يوجد فرق معنوي بين وسيط أراء أفراد عينة الدراسة ودرجة الحياد (3) بالنسبة لمحور الرقابة الخارجية.
- بلغ مستوى المعنوية لمحور نظم المعلومات المحاسبية الناتج عن استخدام اختبار الإشارة بالنسبة 0.000 وهو أقل من مستوى الدلالة 0.05، وعليه يوجد فرق معنوي بين وسيط أراء أفراد عينة الدراسة حول محور نظم المعلومات المحاسبية ودرجة الحياد 03.
- نتج عن استخدام اختبار الإشارة بالنسبة لمحور تقييم الأداء بلوغ مستوى المعنوية 0.000، وهو أقل من مستوى الدلالة 0.05، ومنه فإنه يوجد فرق معنوي بين وسيط أراء أفراد عينة الدراسة حول محور تقييم الأداء ودرجة الحياد 03.
- يساهم محور مجلس الإدارة كمبدأ من مبادئ الحوكمة بدرجة موافقة مرتفعة حسب الوسيط العام وهذا دليل على اهميته في ترشيد الإنفاق العام أي أن مجلس الإدارة على علم برسالة المؤسسة ونظامها الداخلي وكذا اتخاذه لقراراته على أساس معلومات دقيقة مما يساهم في ترشيد الإنفاق العام؛
- بلغ الوسيط العام بالنسبة لمحور الرؤية الاستراتيجية 3.33 وهو يشير إلى درجة الحياد وهو مؤشر سلبي يدل على عدم امتلاك المؤسسات الصحية محل الدراسة لمخططات استراتيجية، وبالتالي عدم إمكانية تقييم الجهود المبذولة؛
- بلغ الوسيط العام بالنسبة لمتغير محور سلطة القانون 03 وهو يشير إلى درجة الحياد، بالنسبة لعينتي الدراسة وهو مؤشر سلبي يدل على أن الموظفين ليسوا متساوون في الحقوق والواجبات، والقوانين المطبقة في هذه المؤسسات غير منسجمة مع حقوق الإنسان، وأن النصوص القانونية غير عادلة بين الجميع؛

- بلغ الوسيط العام بالنسبة لمحور الأخلاق 3.5 وهو يشير إلى درجة الموافقة المرتفعة، إلا أنها بالنسبة لعينة الموظفين الإداريين كانت بدجة الحياد، وذلك لعدم إعلام هذه المؤسسات لمستخدميها بمحتوى مدونة أخلاقيات المهنة؛
- بلغ الوسيط العام بالنسبة لمحور المشاركة 3 وهو يشير إلى درجة الحياد بالنسبة لعينتي الدراسة، وهذا دليل على أن هذه المؤسسات لا تتيح الفرصة سواءً للموظفين أو الأطراف الخارجية في اتخاذ القرارات الصحية؛
- بلغ الوسيط العام بالنسبة لمحور المساءلة 3 بالنسبة لعينتي الدراسة، وهو يشير إلى درجة الحياد، وهذا مؤشر سلبي يدل على ضعف مساءلة المسؤولين عن الأداء وعن الإستغلال الأمثل للموارد المتاحة؛
- بلغ الوسيط العام بالنسبة لمحور الشفافية 3 بالنسبة لعينتي الدراسة، وهو يشير إلى درجة الحياد، وهذا دليل على أن المؤسسات محل الدراسة لا تقوم بنشر المعلومات والبيانات المالية في الوقت المناسب، كما أنه لا توجد آليات تتيح للمواطنين التحقق من التزام المؤسسة بمهامها على الوجه المخطط له؛
- بلغ الوسيط العام بالنسبة لمحور عمليات إعداد وتنفيذ الميزانية 04 وهو يشير إلى درجة الموافقة المرتفعة بالنسبة للعينتين، وهذا يعني أن المؤسسات المؤسسات تقوم بإعداد الميزانيات في الوقت المناسب ووفقا للأهداف التي تسعى المؤسسة لتحقيقها، كما أنها توجد إجراءات واضحة لإعداد ومتابعة تنفيذ الميزانية؛
- بلغ الوسيط العام بالنسبة لمحور الرقابة الداخلية 3 وهو يشير إلى درجة الحياد بالنسبة للعينة الأولى، أما عينة الموظفين الإداريين فقد بلغت 3.5 وهي تشير إلى درجة موافقة مرتفعة، ووجود الرقابة الداخلية يعني القيام بالمهام على أكمل وجه وبالكفاءة والفعالية المطلوبة ومن ثم تحقيق الرشادة في الإنفاق العام؛
- بلغ الوسيط العام بالنسبة لمحور الرقابة الخارجية 04 وهو يشير إلى درجة الموافقة المرتفعة، وهذا يعني أن هذه المؤسسات تخضع للرقابة من طرف أطراف خارجية من أجل التحكم في الإنفاق العام وترشيده؛
- بلغ الوسيط العام بالنسبة لمحور نظم المعلومات المحاسبية 04 وهو يشير إلى درجة الموافقة المرتفعة، وهذا يعني أن هذه المؤسسات تتوفر على أنظمة معلومات تساعد في توفير المعلومات المالية والمادية وتسمح بتقييم الأداء واتخاذ القرار؛
- بلغ الوسيط العام بالنسبة لمحور تقييم الأداء 3.33 وهو يشير إلى درجة الحياد هذا بالنسبة لعينة أعضاء مجلس الإدارة، المدراء، المدراء الفرعيين ورؤساء المكاتب، أما بالنسبة لعينة الموظفين الإداريين فقد بلغ الوسيط العام 04 وهو يشير إلى درجة الموافقة المرتفعة أي أن المؤسسة تقوم بتقييم الأداء بمقارنة ما تم انجازه مع الأهداف المسطرة.

ثالثا: الاقتراحات: انطلاقا من هذه الدراسة يمكن تقديم بعض الاقتراحات وهي:

- ضرورة تفعيل مفهوم الحوكمة وتقنينها في المنظومة الصحية الجزائرية؛
- البحث عن السبل التي تحد من الإسراف والتبذير للمال العام بالمنظومة الصحية الجزائرية؛
- التطبيق الفعلي للنظام التعاقدي في تمويل القطاع الصحي، والذي سيسمح بفرض رقابة أكبر على تسيير الأموال العمومية، وعلى التكفل الجيد بالمرضى المؤمنين اجتماعيا؛
- البحث عن مصادر تمويل ثانوية، كالمؤسسات التي يكون لها تأثير سلبي على صحة السكان؛
- الارتقاء بأداء المنظومة الصحية من خلال فرض الرقابة الصارمة على مختلف النشاطات، وكذا ضرورة توفير مختلف التخصصات الطبية بالمؤسسات العمومية الصحية حتى يتسنى للمواطنين الحصول على خدمات صحية ذات جودة عالية، وضرورة العدالة والمساواة في الحصول على العلاج؛
- التطبيق والفهم الجيد لأدوات التسيير التي استحدثتها وزارة الصحة (عقد النجاعة، مشروع المؤسسة ولوحة القيادة)، حيث هناك العديد من المؤسسات الصحية لا تعطيها قيمتها الحقيقية من خلال إعدادها بطريقة عشوائية، وبهذه الطريقة لا يمكن الاعتماد عليها للرقابة على الأداء، ولا يكون لها دور في ترشيد الإنفاق العام؛
- العدالة في توزيع العلاج بين مختلف مناطق الوطن من خلال إنشاء المزيد من الهياكل والمؤسسات الصحية بمناطق الجنوب، مع عدم التمييز بين المواطنين في تقديم العلاج؛
- دعم المشاركة الفعالة للمواطنين والقطاع الخاص في صنع قرارات المنظومة الصحية؛
- إنشاء هيئات لتدعيم المساءلة، الشفافية ومكافحة الفساد وتقييم أداء المؤسسات الصحية، مع ضمان تحمل المسؤولية عن تحديد الاحتياجات الصحية وعن تنفيذ خطط العمل؛
- ضرورة تطبيق المحاسبة العامة ذات القيد المزدوج في المؤسسات الصحية من أجل فرض رقابة أكبر على الإنفاق العام الصحي إلى جانب المحاسبة العمومية، فالمحاسبة العمومية لم تعد تستجيب للتطورات الحاصلة في القطاع فقانون المحاسبة العمومية 90-21 قديم صادر في 15 أوت 1990؛
- التفكير في وضع استراتيجيات لزيادة عدد المؤسسات الصحية وزيادة عدد الأسِرة لضمان استفادة جميع السكان من التغطية الصحية اللازمة.

رابعا: آفاق البحث: في ظل دراستنا لهذا الموضوع، لفتت انتباهنا عدة مواضيع من بينها:

- دور الحوكمة في تحسين أداء المنظومة الصحية الجزائرية؛
- حتمية ترشيد الإنفاق العام بالمنظومة الصحية الجزائرية في ظل انخفاض أسعار البترول؛
- دور الاصلاحات الجديدة بالمنظومة الصحية في توفير التغطية الصحية الشاملة.

المراجع

أولا. المراجع باللغة العربية

I. الكتب

1. ابراهيم سيد أحمد، حوكمة الشركات ومسؤولية الشركات عبر الوطنية وغسيل الأموال، ط 01، الدار الجامعية، الاسكندرية، مصر، 2010.

2. أحمد عبد السميع علام، المالية العامة المفاهيم والتحليل الاقتصادي والتطبيق، الطبعة الأولى، مكتبة الوفاء القانونية، الاسكندرية، مصر، 2012.

3. جيهان عبد المعز الجمال، المراجعة وحوكمة الشركات، الطبعة الأولى، دار الكتاب الجامعي، بيروت، لبنان، 2014.

4. حسين مصطفى حسين، المالية العامة، سلسلة في دروس الاقتصاد ديوان المطبوعات الجامعية، بن عكنون، الجزائر، 2001.

5. خالد ممدوح ابراهيم، حوكمة الانترنت، ط01، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية، مصر، 2011.

6. زينب حسين عوض الله، أساسيات المالية العامة، دار الجامعة الجديدة، الاسكندرية، مصر، 2006.

7. سوزي عدلي ناشد، المالية العامة، الطبعة الأولى، منشورات العلجي للحقوقية، لبنان، 2006.

8. محفوظ جودة، التحليل الإحصائي الأساسي باستخدام SPSS، ط1، دار وائل للنشر، عمان، الأردن، 2008.

9. محمد مصطفى سليمان، حوكمة الشركات ومعالجة الفساد المالي والإداري (دراسة مقارنة)، الدار الجامعية، الاسكندرية، مصر، 2006.

10. ناصر دادي عدون، عبد الله قويدر الواحد، مراقبة التسيير والأداء في المؤسسة الاقتصادية (المؤسسة العمومية بالجزائر)، دار المحمدية العامة، الجزائر، فيفري 2010.

11. ناصر عبد الحميد، حوكمة الشركات في الأسواق الناشئة، ط 01، مركز الخبرات المهنية للإدارة-بميك، القاهرة، مصر، 2014.

II. المذكرات والأطروحات

1. إبراهيم إسحاق نسمان، دور إدارات المراجعة الداخلية في تفعيل مبادئ الحوكمة دراسة تطبيقية على قطاع المصارف العاملة في فلسطين، مذكرة ماجستير غير منشورة، الجامعة الاسلامية غزة، فلسطين، 2009.

2. أمير جيلالي، محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظومة الاستشفائية الجزائرية، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة الجزائر، الجزائر، 2008-2009.

3. بحدادة نجاة، تحديات الإمداد في المؤسسة الصحية دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية بمغنية، مذكرة ماجستير غير منشورة، جامعة تلمسان، الجزائر، 2011-2012.

4. براهمة كنزة، دور التدقيق الداخلي في تفعيل حوكمة الشركات دراسة حالى مؤسسة المحركات EMO الخروب ولاية قسنطينة، مذكرة ماجستير غير منشورة، جامعة قسنطينة02، الجزائر، 2014/2013.

5. بن لخضر محمد العربي، دور لوحة القيادة في تحسين القرارات التسويقية في المؤسسة الاقتصادية الجزائرية، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة تلمسان، الجزائر، 2014-2015

6. بوقربوعة أمال، اثر تطبيق نظام التعاقد على تمويل المستشفيات، مذكرة تخرج، المدرسة الوطنية للإدارة، الجزائر، 2006.

7. بونقيب أحمد، دور لوحات القيادة في زيادة فعالية ومراقبة التسيير –دراسة حالة المؤسسة الوطنية لأجهزة القياس والمراقبة AMC، مذكرة ماجستير غير منشورة، جامعة المسيلة، الجزائر، 2007/2006.

8. حسين عبد الجليل آل غزوي، حوكمة الشركات وأثرها على مستوى الإفصاح في المعلومات المحاسبية (دراسة اختيارية على شركات المساهمة العامة في المملكة العربية السعودية)، مذكرة ماجستير غير منشورة، الأكاديمية العربية في الدانمارك، 2010.

9. خروبي بزارة عمر، إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر (1999-2009) دراسة حالة: المؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة خليف بالشلف، مذكرة ماجستير غير منشورة، جامعة الجزائر 3، الجزائر، 2010-2011.

10. دلال السويسي، نظام المعلومات كأداة لتحسين جودة الخدمة الصحية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بوضياف ورقلة، مذكرة ماجستير غير منشورة، جامعة ورقلة، الجزائر، 2011-2012.

11. زيدات سيناء، إدارة مالية المؤسسات الاستشفائية، مذكرة ماجستير غير منشورة، معهد الحقوق بن عكنون، الجزائر، 2002

12. عبد الكريم منصوري، قياس الكفاءة النسبية ومحدداتها للأنظمة الصحية باستخدام تحليل مغلف البيانات (DEA) للبلدان المتوسطة والمرتفعة الدخل –نمذجة قياسية–، مذكرة دكتوراه غير منشورة، جامعة تلمسان، الجزائر، 2013-2014.

13. عتيق عائشة، جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية –دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سعيدة– مذكرة ماجستير غير منشورة، جامعة تلمسان، الجزائر، 2011-2012

14. عثماني ميرة، أهمية تطبيق الحوكمة في البنوك وأثرها على بيئة الأعمال –مع الإشارة إلى حالة الجزائر، مذكرة ماجستير غير منشورة، جامعة المسيلة، الجزائر، 2011-2012.

15. صالح بن ابراهيم الشعلان، مدى امكانية تطبيق الحوكمة في الشركات المدرجة في سوق الأسهم السعودي، مذكرة ماجستر غير منشورة، جامعة الملك سعود، السعودية، 2008.

16. فارس بن علوش بن بادي السبيعي، دور الشفافية والمساءلة في الحد من الفساد الإداري في القطاعات الحكومية، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض.

17. كحيلة نبيلة، تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الصحية، مذكرة ماجستير غير منشورة، جامعة قسنطينة، الجزائر،2008-2009.

18. ماجد اسماعيل أبو حمام، أثر تطبيق قواعد الحوكمة على الافصاح المحاسبي وجودة التقارير المالية– دراسة ميدانية على الشركات المدرجة في سوق فلسطين للأوراق المالية–، مذكرة ماجستير غير منشورة، الجامعة الاسلامية غزة، فلسطين، 2009.

19. محمد صادق ربابعة، نموذج مقترح لقياس أثر جودة المعلومات المحاسبة على ترشيد الإنفاق الحكومي الأردني طبقا للمعايير الدولية، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة عمان العربية للدراسات العليا، الأردن، 2010.

20. نصر الدين عيساوي، مراقبة التكاليف في مؤسسة استشفائية –دراسة حالة مستشفى حي البير بقسنطينة، مذكرة ماجستير غير منشورة، جامعة قسنطينة، الجزائر، 2004-2005.

21. وفاء سلطاني، تقييم مستوى الخدمات الصحية في الجزائر وآليات تحسينها دراسة ميدانية بولاية باتنة، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة باتنة 1، الجزائر، 2015-2016.

III. المقالات

1. أمل محمد الخروف، الخصائص الاجتماعية والاقتصادية، والديمغرافية للأسر الفقيرة في مناطق جيوب الفقر في الأردن، مجلة دراسات العلوم الإنسانية والاجتماعية، الجامعة الأردنية، الأردن المجلد 39، العدد 3، 2012.

2. بوشلاغم عميروش وآخرون، دور مراقبة التسيير في نشوء حوكمة جديدة بالمؤسسات الصحية العمومية في الجزائر، مجلة دراسات اقتصادية، العدد 04، المجلد 01، الجزائر، جوان 2017.

3. بومعراف إلياس، عماري عمار، من أجل تنمية صحية مستدامة في الجزائر، مجلة الباحث، ورقلة، الجزائر، العدد 07، 2009-2010.

4. بينجامين هـ. دامازر، تطبيق الحوكمة في المستشفيات الانجليزية، مركز المديرين المصري، مجلة التنفيذي، فيفري – أفريل 2009.

5. بوزيد سايح، سبل تعزيز المساءلة والشفافية لمكافحة الفساد وتمكين الحكم الراشد في الدول العربية، مجلة الباحث، العدد 10، 2012.

6. دريسي أسماء، تطور الإنفاق الصحي في الجزائر ومدى فعاليته، في إطار إصلاح المنظومة الصحية خلال الفترة (2004-2013)، المجلة الجزائرية للعولمة والسياسات الاقتصادية، العدد 06، الجزائر، 2015.

7. سعيدان رشيد، بوهنة علي، واقع الخدمات الصحية من خلال الإصلاحات، مجلة البشائر الاقتصادية، العدد 01، الجزائر، 2014.

8. عبد القادر موفق، الرقابة المالية من منظور الاقتصاد الإسلامي والاقتصاديات المعاصرة، أبحاث اقتصادية وإدارية، العدد 05، جوان 2009.

9. هاني جوخدار، الحوكمة الطبية المفتاح الأساسي لحماية حقوق المرضى، الرياض الاقتصادي، جدة، الرياض، 2012/10/12، العدد 16181.

10. يوسف فروج، فتيحة قصاص، عقود النجاعة كآلية لتفعيل الحوكمة ودورها في ترشيد النفقات في المؤسسات العمومية –دراسة حالة المؤسسات التربوية في الجزائر-، مجلة الدراسات المالية، المحاسبية والإدارية، العدد 06، ديسمبر 2016.

IV. الملتقيات

1. أقطي جوهرة، مقراش فوزية، أثر حوكمة المستشفيات على أخلاقيات المهنة الطبية دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية جيجل، ملتقى وطني حول حوكمة الشركات كآلية للحد من الفساد المالي والإداري، الجزائر، 06-07 ماي 2012.

2. أمال عياري، أبو بكر خوالد، تطبيق مبادئ الحوكمة في المؤسسات المصرفية –دراسة حالة الجزائر-،الملتقى الوطني حول حوكمة الشركات كآلية للحد من الفساد المالي والإداري، جامعة بسكرة، الجزائر، يومي 07/06 ماي 2012.

3. بريش عبد القادر، حمو محمد، البعد السلوكي والأخلاقي لحوكمة الشركات ودورها في التقليل من إثارة الأزمة المالية العالمية، الملتقى العلمي الدولي حول الأزمة المالية والاقتصادية الدولية والحوكمة العالمية، جامعة سطيف، مخبر الشراكة والاستثمار في المؤسسات الصغيرة والمتوسطة في الفضاء الأورومغاربي، الجزائر، يومي 21/21 أكتوبر 2009.

4. بلقاسم صبري، الدور الاستراتيجي لوزارات الصحة في تطوير النظم الصحية وتحسين أدائها، مؤتمر الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات الخاصة والحكومية في الوطن العربي، القاهرة، مصر، 12-14 مارس 2002.

5. صبايحي نوال، واقع الحوكمة في دول مختارة –مع التركيز على التجربة الجزائرية–، المؤتمر الدولي الثامن حول دور الحوكمة في تفعيل أداء المؤسسات والاقتصاديات، جامعة الشلف، الجزائر.

6. عرابة الحاج، زغود تبر، حوكمة المستشفيات: نحو الاستفادة من مبادئ حوكمة الشركات، التظاهرة العلمية واقع الحوكمة في بيئة الأعمال الجزائرية في ظل المستجدات الحالية، جامعة ورقلة.

V. التقارير والمنشورات

1. الديوان الوطني للإحصائيات، الجزائر بالأرقام، على الموقع: www.ons.dz

2. الديوان الوطني للإحصائيات، ديموغرافيا الجزائر 2017، على الموقع: www.ons.dz

3. الديوان الوطني للإحصائيات، ديموغرافيا الجزائر 2018، على الموقع: www.ons.dz

4. المجلس الوطني الشعبي، الجريدة الرسمية للمناقشات، السنة 03، رقم 127، 2014/11/18.

5. الطاهر زروق، تنفيذ النفقات العمومية، المفيد في المالية العمومية، سلسلة الكتب الالكترونية على موقع المفيد في المالية العمومية، 2011، ص 22. على الموقع الالكتروني:
http://moufid.jimdo.com

6. الوكالة الوطنية لتطوير الاستثمار، وزارة الصناعة والمناجم، الموقع الالكتروني:
https://www.andi.dz

7. بن الشيخ سارة، بن عبد الرحمان ناريمان، واقع الحوكمة في بيئة الأعمال الجزائرية في ظل المستجدات الحالية، مخبر LUDLD، جامعة ورقلة، الجزائر.

8. بنك الجزائر (2018)، التقرير السنوي 2017 التطور الاقتصادي والنقدي للجزائر، جويلية 2018، الموقع الالكتروني: bank-of-algeria.dz.

9. صديقة منصور أحمد، تقرير حول التأمين الصحي بمملكة البحرين بين الواقع والطموح، إدارة البحوث والمعلومات، مجلس النواب، البحرين، 13يونيو 2016.

10. عدنان بن حيدر بن درويش، حوكمة الشركات ودور مجلس الإدارة، اتحاد المصارف العربية، 2007.

11. فادي نواف الداود وآخرون، تقرير فريق عمل حوكمة القطاع العام، منتدى تطوير السياسات الاقتصادية، منتدى أبو غزالة المعرفي، المرصد الاقتصادي الأردني، كانون الثاني 2014.

12. محمد حسن يوسف، محددات الحوكمة ومعاييرها مع إشارة خاصة لنمط تطبيقها في مصر، بنك الاستثمار القومي، مصر، يونيو 2007.

13. مركز أبو ظبي للحوكمة، أساسيات الحوكمة مصطلحات ومفاهيم، سلسلة النشرات التثقيفية، مركز أبو ظبي.

14. مركز المشروعات الدولية، حوكمة قطاع الصحة مبادئ وقواعد الحوكمة في المستشفيات، مصر، 2014.

15. منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي الشرق الأوسط، اللجنة الإقليمية لشرق المتوسط، الدورة السادسة والخمسون، البند 06 ج من جدول الأعمال، ورقة تقنية حول تحسين أداء المستشفيات في إقليم شرق المتوسط، أوت 2009.

16. منظمة الصحة العالمية، تحسين أداء النظم الصحية، التقرير الخاص بالصحة في العالم، 2000.

17. منظمة الصحة العالمية، تطوير النظم الصحية، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، الدورة 48، جويلية 2001.

18. مجموعة من المتخصصين في علم الإدارة الصحية: ترجمة محمد هيثم خياط، الكتاب الطبي الجامعي، الإدارة الصحية، منظمة الصحة العالمية، أكاديميا أنترناشيونال، 2007.

19. وزارة المالية، برنامج التنمية الخماسي 2010-2014، بيان اجتماع مجلس الوزراء، 24 ماي 2010.

20. وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، مشروع تمهيدي لقانون يتعلق بالصحة.

21. وزارة المؤسسات الصغيرة والمتوسطة والصناعة التقليدية، منتدى رؤساء المؤسسات، جمعية المنتجين الجزائريين للمشروبات، CARE، ميثاق الحكم الراشد للمؤسسة في الجزائر، 2009.

22. مختلف تقارير بنك الجزائر من تقرير سنة 2002 إلى سنة 2017 على الموقع bank-of-algeria.dz

23. مختلف مشاريع قوانين المالية من 1992-2018.

24. التقارير السنوية لمجلس المحاسبة، على الموقع الالكتروني: https://www.ccomptes.dz

VI- النصوص التشريعية والتنظيمية، والاتفاقيات الدولية:

أ- القوانين:

1. القانون رقم 18-11 المؤرخ في 02جويلية 2018 المتعلق بالصحة، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 46، 2018/07/29.

2. القانون 21/90 المؤرخ في 15 أوت 1990 المتعلق بالمحاسبة العمومية، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 35، 1990/08/15.

ب- المراسيم:

1. المرسوم الرئاسي رقم 18-114 المؤرخ في 2018/04/17 المحدد للقانون الأساسي النموذجي للمستشفى المختلط، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 22، 2018/04/18.

2. المرسوم التنفيذي رقم 97-261 المؤرخ في 14 جويلية 1997 الذي يحدد القواعد الخاصة بتنظيم مديريات الصحة والسكان الولائية وسيرها، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 47، 1997/07/16.

3. المرسوم التنفيذي رقم97-465 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997 الذي يحدد قواعد إنشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة وتنظيمها وسيرها، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 81، 1997/12/10.

4. المرسوم التنفيذي رقم97-467 المؤرخ في 02 ديسمبر 1997 الذي يحدد قواعد إنشاء المراكز الاستشفائية الجامعية وتنظيمها وسيرها، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 81، 1997/12/10.

5. المرسوم التنفيذي 414/92 المؤرخ في 14 نوفمبر 1992 المتعلق بالرقابة المسبقة للنفقات التي يلتزم بها، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية، العدد 82، 1992/11/15.

6. المرسوم التنفيذي رقم12-281 المؤرخ في 2012/07/09 الذي يتضمن إنشاء مؤسسات استشفائية لطب العيون تنظيمها وسيرها، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 41، 2012/07/15.

7. المرسوم التنفيذي رقم 14-106 المؤرخ في 12 مارس 2014 على وضع نظام معلوماتي لمحاسبة التسيير في المؤسسات العمومية الصحية، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 15، 2014/03/19.

8. المرسوم التنفيذي 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية، العدد 33، 2007/05/20.

9. المرسوم التنفيذي رقم 92-78 المؤرخ في 22 فيفري 1992 الذي يحدد اختصاصات المفتشية العامة للمالية، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 15، 1992/02/26.

10. المرسوم 08-272 المؤرخ في 06 سبتمبر 2008 يحدد صلاحيات المفتشية العامة للمالية، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 50، 2008/09/07.

ت- الأوامر والقرارات:

1. الأمر رقم 73-65 المؤرخ في 1973/12/28 المتضمن تأسيس الطب المجاني في القطاعات الصحية، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 01، 1974/01/01.

2. الأمر 95-20 المؤرخ في 1995/07/17 المتعلق بمجلس المحاسبة المعدل والمتمم، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 39، 1995/07/23.

3. القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 15 جانفي 2012 معايير تصنيف المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتصنيفها، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 20، 2012/04/04.

4. القرار الوزاري المشترك المؤرخ في 20 ديسمبر 2009 التنظيم الداخلي للمؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوراية، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 15، 2010/03/07.

ثانياً- المراجع باللغة الأجنبية:

I. المقالات:

1. Badr DEHBI, La Problématique De Gouvernance Sanitaire Au Nord De L'Afrique : Cas Du Maroc, De L'algerie Et De La Tunisie, Afrique Et Développement, CODESRIA, Volume XLII, N°9, 2017.
2. Claudia BAEZ-CAMARGO , Eelco JACOBS, A Framework To Assess Governance Of Health Systems In Low Income Countries, Governance Basel Institute On Governance, Working Paper Series N°11, July 2011.
3. Jean- Louis DENIS et autre, La Gouvernance Clinique, éditions la société française de santé, volume 39 N°03, juillet-septembre 2008
4. Hans MAARSE, Hospital Governance In The Netherlands, Eurohealth Observer, Eurohealth Incorpoting Euro Observer, Vol 19, N° 01, 2013.

II- التقارير والمنشورات:

1. Booster la gouvernance de la santé publique, social, sciences forum site : pomed.org/wp_content/uploads/2015.

2. Cathrine CALVEZ , Les Réformes De Santé En France, 22/02/2016, Site Web : http://docuentation.ehesp.fr

3. CNES, Rapport national sur le développement humain(2013-2015). Disponible sur http://www.cnes.dz/cnes/wp-content/uploads/RNDH%202013-2015.pdf

4. Darling Downs Hospital and Health Service, Clinical Governance Framework 2014, Delivering quality healthcare in partnership with our communities, https://www.health.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0013/431140/ddhhs-clingovframework.pdf

5. Denys LAMARZELLE, Management public et modernisation des services publics, site web :https://www.europaong.org/wp-content/uploads/2013/02/Management_public.pdf

6. Fatiha AIT RAIS, Caroline STREB, Gwendoline MIGUEL, les hôpitaux universitaires de Strasbourg signent leur « Contrat Performance » avec l'ARS Alsace et l'ANAP, Mardi 18 décembre 2012, site web: http://www.chu-strasbourg.fr/sites/default/files/communiques_presse/dossier_de_presse_contrat_de_performance_2012.pdf

7. International Finance Corporation, The Russia Corporate Governance Manual, PartI: Corporate Governance.

8. Laurent MOLINIER, Les système hospitalier français. Site web : http://www.medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/module1/sous_module4/005_sys_hosp_francais.pdf

9. . Marie-odile safon, Les Réformes Hospitaliers En France aspects historiques et réglementaires, septembre 2017, www.irdes.fr/documentation/sentheses/historique-des-reformes-hospitaliers-en-france.pdf

10.Ministère des finances(2019), rapport de présentation du projet de la loi de finances pour 2018 et prévisions 2019-2020, http//www.dgpp-mf.gov.dz

11. Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière, situation démographique et sanitaire 2000-2014, juillet 2014.

12. Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière (2018), direction de la planification, statistiques sanitaires 2019.

13. Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière (2018), direction de la planification, statistiques sanitaires, 2017.
14. Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière, Indicateurs démographiques, 2015.
15.-Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière, situation démographique et sanitaire 2000-2014, juillet 2014.
16. Ministère De La Santé, De La Population Et De La Réforme Hospitalière, Les Réforme En Santé Evolution Et Perspectives, Alger, décembre 2015.
17. Ministère De La Santé, De La Population Et De La Réforme Hospitalière, Les Réforme En Santé Evolution Et Perspectives, Alger, décembre 2015.
18. Réunion Du Conseil De L'OCDE Au Niveau Ministériel, Principes De L'OCDE Relatif 's Au Gouvernement D'entreprise
19. PRINCIPES DE GOUVERNEMENT D'ENTREPRISE DE L'OCDE, OCDE 2004. Site : http://www.oecd.org/fr/daf/ae/principesdegouvernementdentreprise/31652074.PDF
20. Réunion Ministérielle De L'OCDE Sur La Santé, Améliorer La Performance Des Soins De Santé : Comment Mesurer Leur Qualité, Paris, France, 07-08/10/2010, Site Web : www.oecd.org
21. USAID from the American people, Health Finance and Governance, Leadership and Governance Indicators, site web: https://www.hfgproject.org/wp-content/uploads/2015/01.
22. World Health Organization, Health Systems Governance For Universal Health Coverage, 2014, Site: www.who.int
23.Zsolt PASZTELYI, Manuel d'élaboration d'un projet d'établissement hospitalier réalisé dans le cadre des activité du PASS-UE.DZ, 2008, site :http://www.pass-ue.dz.

II. الملتقيات

1. Direction et gouvernance des systèmes de santé dans la région européenne de l'OMS, comité régional de l'Europe, cinquante-huitième session, Tbilissi, Géorgie, 15-18/09/2008.

III. شبكة الأنترنت

1- www.oecd.org
2- www.ifc.org
3- worldbank.org/en/topic/finanialsector/brief/corporate-governance.

4- http://cgch.ishtm.ac.uk/ghg3.pdf.
5- www.abccg.ae
6- http://www.who.int/healthsystems/topics/stewardship/en.
7- https://data.albankaldawli.org.
8- https://ar.knoema.com/atlas

الملاحق

الملحق رقم (01): تطور التوازن المالي لنظام الضمان الاجتماعي: الوحدة مليون دج

السنوات	الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي			الصندوق الوطني للمتقاعدين			الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء			الصندوق الوطني للتأمين على البطالة			الصندوق الوطني للعطل والبطالة، الأشغال، ورداءة الأحوال الجوية للبناء العمومية والمياه		
	إيرادات	نفقات	رصيد	إيرادات	نفقات	رصيد	إيرادات	نفقات	رصيد	إيرادات	نفقات	رصيد	إيرادات	نفقات	رصيد
1998	62160	62429	269-	76167	80518	4351-	7879	8150	271-	-	-	-	-	-	-
1999	67740	62720	5020+	90860	93020	2160-	9080	9120	40-	18940	12200	6740+	-	-	-
2000	70600	71100	500-	109540	100710	8830+	8300	11080	2780-	13430	4850	8580+	-	-	-
2001	88174	80605	7569+	135140	127920	7220+	9065	8819	246+	10810	3166	7644+	4157	3306	850+
2002	104771	98719	6052+	141300	143070	1770-	10121	9464	657+	13060	2240	10820+	5043	3479	1564+
2003	115331	106431	8900+	148710	145440	3270+	9543	10306	763-	13910	2540	11370+	5404	4544	860+
2004	137144	128659	8485+	183460	172300	11160+	10092	11700	1608-	14420	2760	11660+	6514	5214	1300+
2005	169703	159711	9992+	190110	186930	3180+	10588	12993	2405-	15830	3668	12162+	7366	5648	1718+

1917+	7034	8951	10429+	6120	16549	1863-	13497	11634	8720-	212870	204150	1571+	160858	162429	2006
2494+	8554	11049	14167+	3443	17610	840-	15385	14545	5810-	250720	244910	9645+	167285	176930	2007
2762+	10559	13321	17436+	3282	20718	15-	17161	17146	6140+	278260	284400	25697+	191726	217423	2008
3498+	13009	16507	6147+	4006	10153	1356-	17739	19095	18800+	298750	317550	50176+	187104	237980	2009
3755+	15904	19659	13160+	5644	18804	3432+	20236	23668	10404+	350067	360471	81093+	209742	290835	2010
3179+	19013	22192	1121+	17024	18145	861+	23634	24495	39062+	406601	445663	133531+	240607	374138	2011
3241+	20771	24012	2778+	38439	41217	4170+	26619	30789	11054+0	572520	683060	196532+	280753	477285	2012
3450+	20822	24272	17734+	26589	44323	5136+	30419	35555	85762-	6855661	599899	107317+	322523	429840	2013
2870+	23693	26563	14262+	25852	40113	1130+	37207	38337	-123936	795575	671639	85696+	374060	459757	2014
3143+	26414	29558	22998+	103486	126484	2453+	41256	43709	263.1-	931.6	668.5	79549+	595395	474944	2015
3143+	28906	32526	20777+	64989	85766	26431+	45349	71780	336.8-	1032.6	695.8	81512+	400553	482065	2016

1428+	28665	30093	60238-	89541	29303	14822+	49073	63895	479.1-	1168.7	689.6	57113+	435227	492340	2017

SOURCE:

’ Algérie En Quelques Chiffre, http://www.ons.dz.

الملحق رقم(02): الاستبانة الموجهة لأعضاء مجلس الإدارة، المدراء، المدراء الفرعيين ورؤساء المكاتب

جامعة يحي فارس بالمدية

كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير

استبـــــانة

إلى السادة أعضاء مجلس الإدارة والمدراء الفرعيين ورؤساء المكاتب:

السلام عليكم وبعد:

في إطار إنجاز أطروحة دكتوراه علوم بعنوان "**دور الحوكمة في ترشيد الإنفاق العام للمنظومة الصحية الجزائرية خلال الفترة (1992-2018) –دراسة حالة المؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية-**" أرجو من سيادتكم المحترمة الإجابة على الاستبانة أدناه بكل موضوعية، كما أعلمكم أن هذه الإجابات سوف تُعامل بسريّة تامة، ولن يتمّ استعمالها إلا في إطار البحث العلمي.

تقبلوا منا فائق الاحترام والتقدير وشكرا.

المشرف: أ.د.خليل عبد القادر **الطالبة: سعداوي سامية**

يرجى وضع علامة (X) أمام الإجابة المناسبة:

الجزء الأول: البيانات الشخصية:

الجنس	ذكر	
	أنثى	
الفئة العمرية	من 18 سنة إلى أقل من 30 سنة	
	من 30 سنة إلى أقل من 40 سنة	
	من 40 سنة إلى أقل من 50 سنة	
	من 50 سنة فأكثر	
المستوى التعليمي	ثانوي	
	جامعي	
	دراسات عليا	
المنصب العالي	مدير	
	مدير فرعي	
	رئيس مكتب	
الخبرة المهنية	أقل من 05 سنوات	
	من 05 سنوات إلى أقل من 10 سنوات	
	من 10 سنوات إلى 20 سنة	
	أكثر من 20 سنة	

الجزء الثاني: حوكمة المؤسسات العمومية الاستشفائية

المفهوم: حوكمة المؤسسات العمومية الاستشفائية هي عملية إدارية تتكون من مجموعة من السياسات والممارسات والآليات التي تحقق الرقابة الفعالة على أنشطة هذه المؤسسات بهدف تحقيق الجودة والتميز في الأداء.

الرقم	العبارة	المقياس				
		05 موافق بشدة	04 موافق	03 محايد	02 غير موافق	01 غير موافق بشدة
المحور الأول: مجلس الإدارة						
01	مجلس الإدارة على دراية برسالة المؤسسة ونظامها الداخلي؛					
02	مسؤوليات أعضاء مجلس الإدارة مكتوبة ومحددة بوضوح؛					
03	يتخذ مجلس الإدارة قراراته بناءً على معلومات دقيقة؛					
المحور الثاني: الرؤية الاستراتيجية						
04	تمتلك المؤسسة خططاً استراتيجية سهلة الفهم بالنسبة للعمال؛					
05	تُستخدم الخطط الاستراتيجية في إرشاد وتقييم الجهود المبذولة خلال العام؛					
06	يتابع المدير وأعضاء مجلس الإدارة تنفيذ الخطط الاستراتيجية.					
المحور الثالث: سلطة القانون						
07	جميع الموظفون متساوون في الحقوق والواجبات؛					
08	تطبق المؤسسة الأحكام والنصوص القانونية بصورة عادلة ودون تمييز بين أفراد المجتمع؛					
09	القوانين المطبقة في المؤسسة منسجمة مع حقوق الإنسان.					
المحور الرابع: الأخلاق						
10	تمتلك المؤسسة مدونة أخلاقيات المهنة؛					

11	تقوم المؤسسة بإعلام المستخدمين بمحتوى مدونة أخلاقيات المهنة وتكون متاحة لجميع العمال؛					
المحور الخامس: المشاركة						
12	تتيح المؤسسة الفرصة للموظفين للمشاركة في صنع السياسات ووضع القواعد للعمل في مختلف المجالات؛					
13	تسمح المؤسسة للمواطنين بالتدخل والمساعدة على صنع القرار مما ينعكس إيجابا على القرارات المتخذة؛					
14	تأخذ المؤسسة برأي المستفيدين من الخدمات الصحية من أجل تحديد أولوياتهم واحتياجاتهم.					
المحور السادس: المساءلة						
15	توفر المؤسسة معلومات عن الإنفاق الصحي العام بشكل يتيسر معه تحليل السياسات وتعزيز المساءلة؛					
16	تتمّ مساءلة المسؤولين في المؤسسة عن الخلل في استغلال النفقات العامة، ويتحملون المسؤولية عن الأخطاء التي تنتج عن القرارات التي يتخذونها؛					
17	يمكن للمواطنين مساءلة المؤسسة عن قراراتها المالية وسياساتها،					
18	يستطيع أي موظف بالمؤسسة التبليغ عن شبهات الفساد وكشفه دون أن يتم معاقبته.					
المحور السابع: الشفافية						
19	تقوم المؤسسة بنشر معلومات وبيانات مالية تتميز بالدقة والوضوح والشفافية وفي الوقت المناسب.					
20	تقوم المؤسسة بتوضيح كيفية تنفيذ مهامها ومبررات القرارات التي تتخذها؛					

21	توجد آليات واضحة تتيح للمواطنين التحقق من التزام المؤسسة بمهامها على الوجه المخطط له.					

الجزء الثالث: ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية:

المفهوم: ترشيد الإنفاق العام هو تقديم الخدمات الصحية للسكان بجودة عالية، وبأقل التكاليف الممكنة، والتخلص من النفقات غير الضرورية.

الرقم	العبارة	المقياس				
		05 موافق بشدة	04 موافق	03 محايد	02 غير موافق	01 غير موافق بشدة
المحور الأول: عمليات إعداد وتنفيذ الموازنة						
01	تتقيّد عملية إعداد موازنة المؤسسة بجدول زمني ثابت؛					
02	يتم إعداد الموازنة العامة حسب الأهداف التي تسعى المؤسسة لتحقيقها؛					
03	توجد إجراءات واضحة لتنفيذ الموازنة ومتابعتها والإبلاغ عن نتائجها؛					
المحور الثاني: الرقابة الداخلية						
04	تعمل الرقابة الداخلية على التقييم الدوري لمدى كفاءة وفعالية الأداء؛					
05	تتوفر المؤسسة على نظام رقابي داخلي فعال يضمن توافق التنفيذ مع ما سبق التخطيط له؛					
06	تعمل الرقابة الداخلية على ضمان مستوى كاف من الإفصاح والشفافية، من خلال مراجعة التقارير المالية وقياس الأداء؛					
07	تقوم الرقابة الداخلية بالتحقق من صحة البيانات لتمكين الموظفين من تقليل الأخطاء.					
المحور الثالث: الرقابة الخارجية						
08	توجد رقابة خارجية على الإنفاق الصحي العام؛					

09	تقوم المؤسسة بتقديم الوثائق والمستندات الخاصة بالنفقات العامة للأطراف المعنية بالرقابة الخارجية لمراقبة أوجه الصرف؛					
10	تقوم هيئات الرقابة الخارجية بتأكيد الوثائق والمستندات من أجل زيادة الإفصاح والشفافية.					
المحور الرابع: نظم المعلومات المحاسبية						
11	توجد بالمؤسسة جهة مسؤولة عن توفير المعلومات المتعلقة بالجانب المالي والمادي لكل مصلحة بالمؤسسة؛					
12	تساعد نظم المعلومات المحاسبية في المؤسسة على تقييم إدارة المؤسسة؛					
13	تساعد نظم المعلومات المحاسبية في المؤسسة على عملية اتخاذ القرار؛					
المحور الخامس: تقييم الأداء						
14	تقوم المؤسسة بتقييم الأداء من خلال توضيح ما تم إنجازه من أهداف مع بيان تكلفة الإنجاز؛					
15	تقوم المؤسسة بتحديد المسؤولين عن أداء العمل ومدى مساهمتهم في تنفيذ الأهداف، مما يساعد في تحسين الأداء.					
16	تقوم المؤسسة بتقييم النتائج التي تحققها النفقات الصحية العامة.					

الملحق رقم (03): الاستبانة الموجهة للموظفين الإداريين

جامعة يحي فارس بالمدية

كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير

استبـــــانة

الأخ الموظف الكريم/ الأخت الموظفة الكريمة

السلام عليكم وبعد:

في إطار إنجاز أطروحة دكتوراه علوم بعنوان "**دور الحوكمة في ترشيد الإنفاق العام للمنظومة الصحية الجزائرية خلال الفترة (1992-2018) –دراسة حالة المؤسسات العمومية الاستشفائية لولاية المدية-**" أرجو من سيادتكم المحترمة الإجابة على الاستبانة أدناه بكل موضوعية، كما أعلمكم أن هذه الإجابات سوف تُعامل بسريّة تامة، ولن يتمّ استعمالها إلا في إطار البحث العلمي.

تقبلوا منا فائق الاحترام والتقدير وشكرا.

المشرف: أ.د.خليل عبد القادر **الطالبة: سعداوي سامية**

يرجى وضع علامة (X) أمام الإجابة المناسبة:

الجزء الأول: البيانات الشخصية:

الجنس	ذكر	
	أنثى	
الفئة العمرية	من 18 سنة إلى أقل من 30 سنة	
	من 30 سنة إلى أقل من 40 سنة	
	من 40 سنة إلى أقل من 50 سنة	
	من 50 سنة فأكثر	
المستوى التعليمي	أقل من المستوى الثانوي	
	ثانوي	
	جامعي	

	دراسات عليا	
الخبرة المهنية	أقل من 05 سنوات	
	من 05 سنوات إلى أقل من 10 سنوات	
	من 10 سنوات إلى 20 سنة	
	أكثر من 20 سنة	

الجزء الثاني: حوكمة المؤسسات العمومية الاستشفائية

المفهوم: حوكمة المؤسسات العمومية الاستشفائية هي عملية إدارية تتكون من مجموعة من السياسات والممارسات والآليات التي تحقق الرقابة الفعالة على أنشطة هذه المؤسسات بهدف تحقيق الجودة والتميز في الأداء.

الرقم	العبارة	المقياس				
		05 موافق بشدة	04 موافق	03 محايد	02 غير موافق	01 غير موافق بشدة
المحور الأول: سلطة القانون						
01	جميع الموظفون متساوون في الحقوق والواجبات؛					
02	تطبق المؤسسة الأحكام والنصوص القانونية بصورة عادلة ودون تمييز بين أفراد المجتمع؛					
03	القوانين المطبقة في المؤسسة منسجمة مع حقوق الإنسان.					
المحور الثاني: الأخلاق						
04	تمتلك المؤسسة مدونة أخلاقيات المهنة؛					
05	تقوم المؤسسة بإعلام المستخدمين بمحتوى مدونة أخلاقيات المهنة وتكون متاحة لجميع العمال؛					
المحور الثالث: المشاركة						
06	تتيح المؤسسة الفرصة للموظفين للمشاركة في صنع السياسات ووضع القواعد للعمل في مختلف المجالات؛					
07	تسمح المؤسسة للمواطنين بالتدخل والمساعدة على صنع القرار مما ينعكس إيجابا على القرارات المتخذة؛					
08	تأخذ المؤسسة برأي المستفيدين من الخدمات الصحية من أجل تحديد أولوياتهم واحتياجاتهم.					

المحور الرابع: المساءلة						
09	**توفر المؤسسة معلومات عن الإنفاق الصحي العام بشكل يتيسر معه تحليل السياسات وتعزيز المساءلة؛**					
10	**تتمّ مساءلة المسؤولين في المؤسسة عن الخلل في استغلال النفقات العامة، ويتحملون المسؤولية عن الأخطاء التي تنتج عن القرارات التي يتخذونها؛**					
11	**يمكن للمواطنين مساءلة المؤسسة عن قراراتها المالية وسياساتها،**					
12	**يستطيع أي موظف بالمؤسسة التبليغ عن شبهات الفساد وكشفه دون أن يتم معاقبته.**					
المحور الخامس: الشفافية						
13	**تقوم المؤسسة بنشر معلومات وبيانات مالية تتميز بالدقة والوضوح والشفافية وفي الوقت المناسب.**					
14	**تقوم المؤسسة بتوضيح كيفية تنفيذ مهامها ومبررات القرارات التي تتخذها؛**					
15	**توجد آليات واضحة تتيح للمواطنين التحقق من التزام المؤسسة بمهامها على الوجه المخطط له.**					

الجزء الثالث: ترشيد الإنفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية:

المفهوم: ترشيد الإنفاق العام هو تقديم الخدمات الصحية للسكان بجودة عالية، وبأقل التكاليف الممكنة، والتخلص من النفقات غير الضرورية.

الرقم	العبارة	المقياس				
		05 موافق بشدة	04 موافق	03 محايد	02 غير موافق	01 غير موافق بشدة
المحور الأول: عمليات إعداد وتنفيذ الموازنة						
01	تتقيّد عملية إعداد موازنة المؤسسة بجدول زمني ثابت؛					
02	يتم إعداد الموازنة العامة حسب الأهداف التي تسعى المؤسسة لتحقيقها؛					
03	توجد إجراءات واضحة لتنفيذ الموازنة ومتابعتها والإبلاغ عن نتائجها؛					
المحور الثاني: الرقابة الداخلية						
04	تعمل الرقابة الداخلية على التقييم الدوري لمدى كفاءة وفعالية الأداء؛					
05	تتوفر المؤسسة على نظام رقابي داخلي فعال يضمن توافق التنفيذ مع ما سبق التخطيط له؛					
06	تعمل الرقابة الداخلية على ضمان مستوى كاف من الإفصاح والشفافية، من خلال مراجعة التقارير المالية وقياس الأداء؛					
07	تقوم الرقابة الداخلية بالتحقق من صحة البيانات لتمكين الموظفين من تقليل الأخطاء.					
المحور الثالث: الرقابة الخارجية						
08	توجد رقابة خارجية على الإنفاق الصحي العام؛					

09	تقوم المؤسسة بتقديم الوثائق والمستندات الخاصة بالنفقات العامة للأطراف المعنية بالرقابة الخارجية لمراقبة أوجه الصرف؛					
10	تقوم هيئات الرقابة الخارجية بتأكيد الوثائق والمستندات من أجل زيادة الإفصاح والشفافية.					
المحور الرابع: نظم المعلومات المحاسبية						
11	توجد بالمؤسسة جهة مسؤولة عن توفير المعلومات المتعلقة بالجانب المالي والمادي لكل مصلحة بالمؤسسة؛					
12	تساعد نظم المعلومات المحاسبية في المؤسسة على تقييم إدارة المؤسسة؛					
13	تساعد نظم المعلومات المحاسبية في المؤسسة على عملية اتخاذ القرار؛					
المحور الخامس: تقييم الأداء						
14	تقوم المؤسسة بتقييم الأداء من خلال توضيح ما تم إنجازه من أهداف مع بيان تكلفة الإنجاز؛					
15	تقوم المؤسسة بتحديد المسؤولين عن أداء العمل ومدى مساهمتهم في تنفيذ الأهداف، مما يساعد في تحسين الأداء.					
16	تقوم المؤسسة بتقييم النتائج التي تحققها النفقات الصحية العامة.					

ملحق رقم (04): قائمة المحكمين:

اسم الأستاذ المحكم	الدرجة العلمية	مكان العمل
خليل عبد القادر	أستاذ التعليم العالي	جامعة المدية
تهتان موراد	أستاذ التعليم العالي	جامعة المدية
بن عيشوش محمد	أستاذ محاضر أ	جامعة المدية
هدروق أحمد	أستاذ محاضر أ	جامعة المدية

ملحق رقم (05): معامل ألفا كرونباخ لعبارات الاستبيان الموزع على أعضاء مجلس الإدارة، المدراء، المدراء الفرعيين ورؤساء المكاتب

معامل ألفا كرونباخ لكل عبارات الاستبيان

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,969	37

معامل الفا كرونباخ بالنسبة للقسم الأول

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,942	21

معامل ألف كرونباخ للقسم الثاني

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,956	16

معامل الفا كرونباخ بالنسبة لكل محور من محاور الاستبيان

القسم الأول

المحور 01

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,628	3

المحور الثاني

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,915	3

المحور الثالث

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,879	3

المحور الرابع

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items

2	,872

المحور الخامس

Reliability Statistics

N of Items	Cronbach's Alpha
3	,880

المحور السادس

Reliability Statistics

N of Items	Cronbach's Alpha
4	,853

المحور السابع

Reliability Statistics

N of Items	Cronbach's Alpha
3	,855

القسم الثاني

المحور الأول

Reliability Statistics

N of Items	Cronbach's Alpha
3	,698

المحور الثاني

Reliability Statistics

N of Items	Cronbach's Alpha
4	,949

المحور الثالث

Reliability Statistics

N of Items	Cronbach's Alpha
3	,948

المحور الرابع

Reliability Statistics

N of Items	Cronbach's Alpha
3	,923

المحور الخامس

Reliability Statistics

N of Items	Cronbach's Alpha
3	,911

ملحق رقم (06): معامل ألفا كرونباخ لعبارات الاستبيان الموزع على الموظفين الإداريين

Reliability Statistics

N of Items	Cronbach's Alpha
31	,962

معامل الفا كرونباخ بالنسبة للقسم الأول

Reliability Statistics

N of Items	Cronbach's Alpha
15	,938

معامل ألف كرونباخ للقسم الثاني

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,952	16

معامل الفا كرونباخ بالنسبة لكل محور من محاور الاستبيان

القسم الأول

المحور 01

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,869	3

المحور الثاني

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,776	2

المحور الثالث

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,858	3

المحور الرابع

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,831	4

المحور الخامس

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,886	3

القسم الثاني

المحور الأول

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,876	3

المحور الثاني

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,902	4

المحور الثالث

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,946	3

المحور الرابع

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,857	3

المحور الخامس

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items

3	,903

ملحق رقم (07): معامل سبيرمان بالنسبة لعينة أعضاء مجلس الإدارة، المدراء الفرعيين ورؤساء المكاتب:

Correlations

			مجلس الادارة على دراية برسالة المؤسسة ونظامها الداخلي	مسؤوليات أعضاء مجلس الإدارة مكتوبة ومحددة بوضوح	يتخذ مجلس الإدارة قراراته بناءً على معلومات دقيقة	مجلس الإدارة
Spearman's rho	مجلس الادارة على دراية برسالة المؤسسة ونظامها الداخلي	Correlation Coefficient	1,000	,424**	,603**	,805**
		Sig. (1-tailed)	.	,001	,000	,000
		N	51	51	51	51
	مسؤوليات أعضاء مجلس الإدارة مكتوبة ومحددة بوضوح	Correlation Coefficient	,424**	1,000	,376**	,712**
		Sig. (1-tailed)	,001	.	,003	,000
		N	51	51	51	51
	يتخذ مجلس الإدارة قراراته بناءً على معلومات دقيقة	Correlation Coefficient	,603**	,376**	1,000	,823**
		Sig. (1-tailed)	,000	,003	.	,000
		N	51	51	51	51
	مجلس الإدارة	Correlation Coefficient	,805**	,712**	,823**	1,000
		Sig. (1-tailed)	,000	,000	,000	.
		N	51	51	51	51

**. Correlation is significant at the 0.01 level (1-tailed).

Correlations

			تمتلك المؤسسة خططا استراتيجية سهلة الفهم بالنسبة للعمال	تُستخدم الخطط الاستراتيجية في إرشاد وتقييم الجهود المبذولة خلال العام	يتابع المدير وأعضاء مجلس الإدارة تنفيذ الخطط الاستراتيجية	الرؤية الاستراتيجية
Spearman's rho	تمتلك المؤسسة خططا استراتيجية سهلة الفهم بالنسبة للعمال	Correlation Coefficient	1,000	,820**	,718**	,889**
		Sig. (1-tailed)	.	,000	,000	,000
		N	51	51	51	51
		Correlation Coefficient	,820**	1,000	,857**	,962**

تُستخدم الخطط الاستراتيجية في إرشاد وتقييم الجهود المبذولة	Sig. (1-tailed)	,000	.	,000	,000
خلال العام	N	51	51	51	51
يتابع المدير وأعضاء مجلس الإدارة تنفيذ الخطط الاستراتيجية	Correlation Coefficient	,718**	,857**	1,000	,927**
	Sig. (1-tailed)	,000	,000	.	,000
	N	51	51	51	51
الرؤية الاستراتيجية	Correlation Coefficient	,889**	,962**	,927**	1,000
	Sig. (1-tailed)	,000	,000	,000	.
	N	51	51	51	51

**. Correlation is significant at the 0.01 level (1-tailed).

Correlations

			جميع الموظفون متساوون في الحقوق والواجبات	تطبق المؤسسة الأحكام والنصوص القانونية بصورة عادلة ودون تمييز بين أفراد المجتمع	القوانين المطبقة في المؤسسة منسجمة مع حقوق الإنسان	سلطة القانون
Spearman's rho	جميع الموظفون متساوون في الحقوق والواجبات	Correlation Coefficient	1,000	,853**	,565**	,637**
		Sig. (1-tailed)	.	,000	,000	,000
		N	51	51	51	51
	تطبق المؤسسة الأحكام والنصوص القانونية بصورة عادلة ودون تمييز بين أفراد المجتمع	Correlation Coefficient	,853**	1,000	,738**	,495**
		Sig. (1-tailed)	,000	.	,000	,000
		N	51	51	51	51
	القوانين المطبقة في المؤسسة منسجمة مع حقوق الإنسان	Correlation Coefficient	,565**	,738**	1,000	,424**
		Sig. (1-tailed)	,000	,000	.	,001
		N	51	51	51	51
	سلطة القانون	Correlation Coefficient	,637**	,495**	,424**	1,000
		Sig. (1-tailed)	,000	,000	,001	.
		N	51	51	51	51

**. Correlation is significant at the 0.01 level (1-tailed).

Correlations

			تمتلك المؤسسة مدونة أخلاقيات المهنة	تقوم المؤسسة بإعلام المستخدمين بمحتوى مدونة أخلاقيات المهنة وتكون متاحة لجميع العمال	الأخلاق
Spearman's rho	تمتلك المؤسسة مدونة أخلاقيات المهنة	Correlation Coefficient	1,000	,707**	,894**
		Sig. (1-tailed)	.	,000	,000
		N	51	51	51
	تقوم المؤسسة بإعلام المستخدمين بمحتوى مدونة أخلاقيات المهنة وتكون متاحة لجميع العمال	Correlation Coefficient	,707**	1,000	,937**
		Sig. (1-tailed)	,000	.	,000
		N	51	51	51
	الأخلاق	Correlation Coefficient	,894**	,937**	1,000
		Sig. (1-tailed)	,000	,000	.
		N	51	51	51

**. Correlation is significant at the 0.01 level (1-tailed).

Correlations

			تتيح المؤسسة الفرصة للموظفين للمشاركة في صنع السياسات ووضع القواعد للعمل في مختلف المجالات	تسمح المؤسسة للمواطنين بالتدخل والمساعدة على صنع القرار مما ينعكس إيجابا على القرارات المتخذة	تأخذ المؤسسة برأي المستفيدين من الخدمات الصحية من أجل تحديد أولوياتهم واحتياجاتهم	المشاركة
Spearman's rho	تتيح المؤسسة الفرصة للموظفين للمشاركة في صنع السياسات ووضع القواعد للعمل في مختلف المجالات	Correlation Coefficient	1,000	,728**	,780**	,926**
		Sig. (1-tailed)	.	,000	,000	,000
		N	51	51	51	51
	تسمح المؤسسة للمواطنين بالتدخل والمساعدة على صنع القرار مما ينعكس إيجابا على القرارات المتخذة	Correlation Coefficient	,728**	1,000	,594**	,877**
		Sig. (1-tailed)	,000	.	,000	,000
		N	51	51	51	51

تأخذ المؤسسة برأي المستفيدين من الخدمات الصحية من	Correlation Coefficient	,780**	,594**	1,000	,867**	
أجل تحديد أولوياتهم واحتياجاتهم	Sig. (1-tailed)	,000	,000	.	,000	
	N	51	51	51	51	
المشاركة	Correlation Coefficient	,926**	,877**	,867**	1,000	
	Sig. (1-tailed)	,000	,000	,000	.	
	N	51	51	51	51	

**. Correlation is significant at the 0.01 level (1-tailed).

Correlations

			توفر المؤسسة معلومات عن الإنفاق الصحي العام بشكل يتيسر معه تحليل السياسات وتعزيز المساءلة	تتمّ مساءلة المسؤولين في المؤسسة عن الخلل في استغلال النفقات العامة، ويتحملون المسؤولية عن الأخطاء التي تنتج عن القرارات التي يتخذونها	يمكن للمواطنين مساءلة المؤسسة عن قراراتها المالية وسياساتها	يستطيع أي موظف بالمؤسسة التبليغ عن شبهات الفساد وكشفه دون أن يتم معاقبته	المساءلة
Spearman's rho	توفر المؤسسة معلومات عن الإنفاق الصحي العام بشكل يتيسر معه تحليل السياسات وتعزيز المساءلة	Correlation Coefficient	1,000	,773**	,472**	,619**	,862**
		Sig. (1-tailed)	.	,000	,000	,000	,000
		N	51	51	51	51	51
	تتمّ مساءلة المسؤولين في المؤسسة عن الخلل في استغلال النفقات العامة، ويتحملون المسؤولية عن الأخطاء التي تنتج عن القرارات التي يتخذونها	Correlation Coefficient	,773**	1,000	,419**	,662**	,845**
		Sig. (1-tailed)	,000	.	,001	,000	,000
		N	51	51	51	51	51
	يمكن للمواطنين مساءلة المؤسسة عن قراراتها المالية وسياساتها	Correlation Coefficient	,472**	,419**	1,000	,482**	,680**
		Sig. (1-tailed)	,000	,001	.	,000	,000
		N	51	51	51	51	51
	يستطيع أي موظف بالمؤسسة التبليغ عن شبهات الفساد وكشفه دون أن يتم معاقبته	Correlation Coefficient	,619**	,662**	,482**	1,000	,867**
		Sig. (1-tailed)	,000	,000	,000	.	,000
		N	51	51	51	51	51

المساءلة	Correlation Coefficient	,862**	,845**	,680**	,867**	1,000
	Sig. (1-tailed)	,000	,000	,000	,000	.
	N	51	51	51	51	51

**. Correlation is significant at the 0.01 level (1-tailed).

Correlations

			تقوم المؤسسة بنشر معلومات وبيانات مالية تتميز بالدقة والوضوح والشفافية وفي الوقت المناسب	تقوم المؤسسة بتوضيح كيفية تنفيذ مهامها ومبررات القرارات التي تتخذها	توجد آليات واضحة تتيح للمواطنين التحقق من التزام المؤسسة بمهامها على الوجه المخطط له	الشفافية
Spearman's rho	تقوم المؤسسة بنشر معلومات وبيانات مالية تتميز بالدقة والوضوح والشفافية وفي الوقت المناسب	Correlation Coefficient	1,000	,871**	,518**	,905**
		Sig. (1-tailed)	.	,000	,000	,000
		N	51	51	51	51
	تقوم المؤسسة بتوضيح كيفية تنفيذ مهامها ومبررات القرارات التي تتخذها	Correlation Coefficient	,871**	1,000	,582**	,908**
		Sig. (1-tailed)	,000	.	,000	,000
		N	51	51	51	51
	توجد آليات واضحة تتيح للمواطنين التحقق من التزام المؤسسة بمهامها على الوجه المخطط له	Correlation Coefficient	,518**	,582**	1,000	,803**
		Sig. (1-tailed)	,000	,000	.	,000
		N	51	51	51	51
	الشفافية	Correlation Coefficient	,905**	,908**	,803**	1,000
		Sig. (1-tailed)	,000	,000	,000	.
		N	51	51	51	51

**. Correlation is significant at the 0.01 level (1-tailed).

Correlations

		تتقيّد عملية إعداد موازنة المؤسسة بجدول زمني ثابت	يتم إعداد الموازنة العامة حسب الأهداف التي تسعى المؤسسة لتحقيقها	توجد إجراءات واضحة لتنفيذ الموازنة ومتابعتها والإبلاغ عن نتائجها	عمليات إعداد وتنفيذ الموازنة
Spearman's rho	تتقيّد عملية إعداد موازنة المؤسسة بجدول زمني ثابت	Correlation Coefficient	1,000	,871**	,518**	,905**
		Sig. (1-tailed)	.	,000	,000	,000
		N	51	51	51	51
	يتم إعداد الموازنة العامة حسب الأهداف التي تسعى المؤسسة لتحقيقها	Correlation Coefficient	,871**	1,000	,582**	,908**
		Sig. (1-tailed)	,000	.	,000	,000
		N	51	51	51	51
	توجد إجراءات واضحة لتنفيذ الموازنة ومتابعتها والإبلاغ عن نتائجها	Correlation Coefficient	,518**	,582**	1,000	,803**
		Sig. (1-tailed)	,000	,000	.	,000
		N	51	51	51	51
	عمليات إعداد وتنفيذ الموازنة	Correlation Coefficient	,905**	,908**	,803**	1,000
		Sig. (1-tailed)	,000	,000	,000	.
		N	51	51	51	51

**. Correlation is significant at the 0.01 level (1-tailed).

Spearman's rho	تتقيّد عملية إعداد موازنة المؤسسة بجدول زمني ثابت	Correlation Coefficient	1,000	,456**	,449**	,741**
		Sig. (1-tailed)	.	,000	,000	,000
		N	51	51	51	51
	يتم إعداد الموازنة العامة حسب الأهداف التي تسعى المؤسسة لتحقيقها	Correlation Coefficient	,456**	1,000	,465**	,795**
		Sig. (1-tailed)	,000	.	,000	,000
		N	51	51	51	51
	توجد إجراءات واضحة لتنفيذ الموازنة ومتابعتها والإبلاغ عن نتائجها	Correlation Coefficient	,449**	,465**	1,000	,791**
		Sig. (1-tailed)	,000	,000	.	,000
		N	51	51	51	51
	عمليات إعداد وتنفيذ الموازنة	Correlation Coefficient	,741**	,795**	,791**	1,000
		Sig. (1-tailed)	,000	,000	,000	.
		N	51	51	51	51

**. Correlation is significant at the 0.01 level (1-tailed).

Correlations

			تعمل الرقابة الداخلية على التقييم الدوري لمدى كفاءة وفعالية الأداء	تتوفر المؤسسة على نظام رقابي داخلي فعال يضمن توافق التنفيذ مع ما سبق التخطيط له	تعمل الرقابة الداخلية على ضمان مستوى كاف من الإفصاح والشفافية، من خلال مراجعة التقارير المالية وقياس الأداء	تقوم الرقابة الداخلية بالتحقق من صحة البيانات لتمكين الموظفين من تقليل الأخطاء	الرقابة الداخلية
Spearman's rho	تعمل الرقابة الداخلية على التقييم الدوري لمدى كفاءة وفعالية الأداء	Correlation Coefficient	1,000	,858**	,831**	,799**	,932**
		Sig. (1-tailed)	.	,000	,000	,000	,000
		N	51	51	51	51	51
	تتوفر المؤسسة على نظام رقابي داخلي فعال يضمن توافق التنفيذ مع ما سبق التخطيط له	Correlation Coefficient	,858**	1,000	,908**	,745**	,952**
		Sig. (1-tailed)	,000	.	,000	,000	,000
		N	51	51	51	51	51
		Correlation Coefficient	,831**	,908**	1,000	,819**	,945**

تعمل الرقابة الداخلية على ضمان مستوى كاف من الإفصاح	Sig. (1-tailed)	,000	,000	.	,000	,000
والشفافية، من خلال مراجعة التقارير المالية وقياس الأداء	N	51	51	51	51	51
تقوم الرقابة الداخلية بالتحقق من صحة البيانات لتمكين	Correlation Coefficient	,799**	,745**	,819**	1,000	,881**
الموظفين من تقليل الأخطاء	Sig. (1-tailed)	,000	,000	,000	.	,000
	N	51	51	51	51	51
الرقابة الداخلية	Correlation Coefficient	,932**	,952**	,945**	,881**	1,000
	Sig. (1-tailed)	,000	,000	,000	,000	.
	N	51	51	51	51	51

**. Correlation is significant at the 0.01 level (1-tailed).

Correlations

		توجد رقابة خارجية على الإنفاق الصحي العام	تقوم المؤسسة بتقديم الوثائق والمستندات الخاصة بالنفقات العامة للأطراف المعنية بالرقابة الخارجية لمراقبة أوجه الصرف	تقوم هيئات الرقابة الخارجية بتأكيد الوثائق والمستندات من أجل زيادة الإفصاح والشفافية	الرقابة الخارجية	
توجد رقابة خارجية على الإنفاق الصحي العام	Correlation Coefficient	1,000	,862**	,842**	,933**	Spearman's rho
	Sig. (1-tailed)	.	,000	,000	,000	
	N	51	51	51	51	
تقوم المؤسسة بتقديم الوثائق والمستندات الخاصة بالنفقات العامة للأطراف المعنية بالرقابة الخارجية لمراقبة أوجه الصرف	Correlation Coefficient	,862**	1,000	,940**	,968**	
	Sig. (1-tailed)	,000	.	,000	,000	
	N	51	51	51	51	
تقوم هيئات الرقابة الخارجية بتأكيد الوثائق والمستندات من أجل زيادة الإفصاح والشفافية	Correlation Coefficient	,842**	,940**	1,000	,963**	
	Sig. (1-tailed)	,000	,000	.	,000	
	N	51	51	51	51	
الرقابة الخارجية	Correlation Coefficient	,933**	,968**	,963**	1,000	
	Sig. (1-tailed)	,000	,000	,000	.	

	N	51	51	51	51

**. Correlation is significant at the 0.01 level (1-tailed).

Correlations

			توجد بالمؤسسة جهة مسؤولة عن توفير المعلومات المتعلقة بالجانب المالي والمادي لكل مصلحة بالمؤسسة	تساعد نظم المعلومات المحاسبية في المؤسسة على تقييم إدارة المؤسسة	تساعد نظم المعلومات المحاسبية في المؤسسة على عملية اتخاذ القرار	نظم المعلومات المحاسبية
Spearman's rho	توجد بالمؤسسة جهة مسؤولة عن توفير المعلومات المتعلقة بالجانب المالي والمادي لكل مصلحة بالمؤسسة	Correlation Coefficient	1,000	,815**	,741**	,895**
		Sig. (1-tailed)	.	,000	,000	,000
		N	51	51	51	51
	تساعد نظم المعلومات المحاسبية في المؤسسة على تقييم إدارة المؤسسة	Correlation Coefficient	,815**	1,000	,903**	,954**
		Sig. (1-tailed)	,000	.	,000	,000
		N	51	51	51	51
	تساعد نظم المعلومات المحاسبية في المؤسسة على عملية اتخاذ القرار	Correlation Coefficient	,741**	,903**	1,000	,940**
		Sig. (1-tailed)	,000	,000	.	,000
		N	51	51	51	51
	نظم المعلومات المحاسبية	Correlation Coefficient	,895**	,954**	,940**	1,000
		Sig. (1-tailed)	,000	,000	,000	.
		N	51	51	51	51

**. Correlation is significant at the 0.01 level (1-tailed).

Correlations

			تقوم المؤسسة بتقييم الأداء من خلال توضيح ما تم إنجازه من أهداف مع بيان تكلفة الإنجاز	تقوم المؤسسة بتحديد المسؤولين عن أداء العمل ومدى مساهمتهم في تنفيذ الأهداف، مما يساعد في تحسين الأداء	تقوم المؤسسة بتقييم النتائج التي تحققها النفقات الصحية العامة	تقييم الأداء
Spearman's rho	تقوم المؤسسة بتقييم الأداء من خلال توضيح ما تم إنجازه من أهداف مع بيان تكلفة الإنجاز	Correlation Coefficient	1,000	,820**	,782**	,914**
		Sig. (1-tailed)	.	,000	,000	,000
		N	51	51	51	51
	تقوم المؤسسة بتحديد المسؤولين عن أداء العمل ومدى مساهمتهم في تنفيذ الأهداف، مما يساعد في تحسين الأداء	Correlation Coefficient	,820**	1,000	,743**	,932**
		Sig. (1-tailed)	,000	.	,000	,000
		N	51	51	51	51
	تقوم المؤسسة بتقييم النتائج التي تحققها النفقات الصحية العامة	Correlation Coefficient	,782**	,743**	1,000	,908**
		Sig. (1-tailed)	,000	,000	.	,000
		N	51	51	51	51
	تقييم الأداء	Correlation Coefficient	,914**	,932**	,908**	1,000
		Sig. (1-tailed)	,000	,000	,000	.
		N	51	51	51	51

**. Correlation is significant at the 0.01 level (1-tailed).

ملحق رقم (08): معامل سبيرمان بالنسبة لعينة الموظفين الاداريين

Correlations

			جميع الموظفون متساوون في الحقوق والواجبات	تطبق المؤسسة الأحكام والنصوص القانونية بصورة عادلة ودون تمييز بين أفراد المجتمع	القوانين المطبقة في المؤسسة منسجمة مع حقوق الإنسان	سلطة القانون
Spearman's rho	جميع الموظفون متساوون في الحقوق والواجبات	Correlation Coefficient	1,000	,680**	,618**	,868**
		Sig. (1-tailed)	.	,000	,000	,000
		N	130	130	130	130

تطبق المؤسسة الأحكام والنصوص القانونية بصورة عادلة	Correlation Coefficient	,680**	1,000	,704**	,887**
ودون تمييز بين أفراد المجتمع	Sig. (1-tailed)	,000	.	,000	,000
	N	130	130	130	130
القوانين المطبقة في المؤسسة منسجمة مع حقوق الإنسان	Correlation Coefficient	,618**	,704**	1,000	,871**
	Sig. (1-tailed)	,000	,000	.	,000
	N	130	130	130	130
سلطة القانون	Correlation Coefficient	,868**	,887**	,871**	1,000
	Sig. (1-tailed)	,000	,000	,000	.
	N	130	130	130	130

**. Correlation is significant at the 0.01 level (1-tailed).

Correlations

			تمتلك المؤسسة مدونة أخلاقيات المهنة	تقوم المؤسسة بإعلام المستخدمين بمحتوى مدونة أخلاقيات المهنة وتكون متاحة لجميع العمال	الاخلاق
Spearman's rho	تمتلك المؤسسة مدونة أخلاقيات المهنة	Correlation Coefficient	1,000	,685**	,878**
		Sig. (1-tailed)	.	,000	,000
		N	130	130	130
	تقوم المؤسسة بإعلام المستخدمين بمحتوى مدونة أخلاقيات المهنة وتكون متاحة لجميع العمال	Correlation Coefficient	,685**	1,000	,945**
		Sig. (1-tailed)	,000	.	,000
		N	130	130	130
	الاخلاق	Correlation Coefficient	,878**	,945**	1,000
		Sig. (1-tailed)	,000	,000	.
		N	130	130	130

**. Correlation is significant at the 0.01 level (1-tailed).

Correlations

			تتيح المؤسسة الفرصة للموظفين للمشاركة في صنع السياسات ووضع القواعد للعمل في مختلف المجالات	تسمح المؤسسة للمواطنين بالتدخل والمساعدة على صنع القرار مما ينعكس إيجابا على القرارات المتخذة	تأخذ المؤسسة برأي المستفيدين من الخدمات الصحية من أجل تحديد أولوياتهم واحتياجاتهم	المشاركة
Spearman's rho	تتيح المؤسسة الفرصة للموظفين للمشاركة في صنع السياسات ووضع القواعد للعمل في مختلف المجالات	Correlation Coefficient	1,000	,712**	,634**	,888**
		Sig. (1-tailed)	.	,000	,000	,000
		N	130	130	130	130
	تسمح المؤسسة للمواطنين بالتدخل والمساعدة على صنع القرار مما ينعكس إيجابا على القرارات المتخذة	Correlation Coefficient	,712**	1,000	,610**	,883**
		Sig. (1-tailed)	,000	.	,000	,000
		N	130	130	130	130
	تأخذ المؤسسة برأي المستفيدين من الخدمات الصحية من أجل تحديد أولوياتهم واحتياجاتهم	Correlation Coefficient	,634**	,610**	1,000	,839**
		Sig. (1-tailed)	,000	,000	.	,000
		N	130	130	130	130
	المشاركة	Correlation Coefficient	,888**	,883**	,839**	1,000
		Sig. (1-tailed)	,000	,000	,000	.
		N	130	130	130	130

**. Correlation is significant at the 0.01 level (1-tailed).

Correlations

			توفر المؤسسة معلومات عن الإنفاق الصحي العام بشكل يتيسر معه تحليل السياسات وتعزيز المساءلة	تتمّ مساءلة المسؤولين في المؤسسة عن الخلل في استغلال النفقات العامة، ويتحملون المسؤولية عن الأخطاء التي تنتج عن القرارات التي يتخذونها	يمكن للمواطنين مساءلة المؤسسة عن قراراتها المالية وسياساتها	يستطيع أي موظف بالمؤسسة التبليغ عن شبهات الفساد وكشفه دون أن يتم معاقبته	المساءلة
Spearman's rho	توفر المؤسسة معلومات عن الإنفاق الصحي العام بشكل يتيسر معه تحليل السياسات وتعزيز المساءلة	Correlation Coefficient	1,000	,548**	,427**	,511**	,738**
		Sig. (1-tailed)	.	,000	,000	,000	,000
		N	130	130	130	130	130

تتمّ مساءلة المسؤولين في المؤسسة عن الخلل في استغلال	Correlation Coefficient	,548**	1,000	,555**	,609**	,804**
النفقات العامة، ويتحملون المسؤولية عن الأخطاء التي تنتج	Sig. (1-tailed)	,000	.	,000	,000	,000
عن القرارات التي يتخذونها	N	130	130	130	130	130
يمكن للمواطنين مساءلة المؤسسة عن قراراتها المالية وسياساتها	Correlation Coefficient	,427**	,555**	1,000	,637**	,816**
	Sig. (1-tailed)	,000	,000	.	,000	,000
	N	130	130	130	130	130
يستطيع أي موظف بالمؤسسة التبليغ عن شبهات الفساد	Correlation Coefficient	,511**	,609**	,637**	1,000	,862**
وكشفه دون أن يتم معاقبته	Sig. (1-tailed)	,000	,000	,000	.	,000
	N	130	130	130	130	130
المساءلة	Correlation Coefficient	,738**	,804**	,816**	,862**	1,000
	Sig. (1-tailed)	,000	,000	,000	,000	.
	N	130	130	130	130	130

**. Correlation is significant at the 0.01 level (1-tailed).

Correlations

			تقوم المؤسسة بنشر معلومات وبيانات مالية تتميز بالدقة والوضوح والشفافية وفي الوقت المناسب	تقوم المؤسسة بتوضيح كيفية تنفيذ مهامها ومبررات القرارات التي تتخذها	توجد آليات واضحة تتيح للمواطنين التحقق من التزام المؤسسة بمهامها على الوجه المخطط له	الشفافية
Spearman's rho	تقوم المؤسسة بنشر معلومات وبيانات مالية تتميز بالدقة	Correlation Coefficient	1,000	,763**	,702**	,908**
	والوضوح والشفافية وفي الوقت المناسب	Sig. (1-tailed)	.	,000	,000	,000
		N	130	130	130	130
	تقوم المؤسسة بتوضيح كيفية تنفيذ مهامها ومبررات القرارات	Correlation Coefficient	,763**	1,000	,702**	,908**
	التي تتخذها	Sig. (1-tailed)	,000	.	,000	,000
		N	130	130	130	130
		Correlation Coefficient	,702**	,702**	1,000	,885**

توجد آليات واضحة تتيح للمواطنين التحقق من التزام	Sig. (1-tailed)	,000	,000	.	,000
المؤسسة بمهامها على الوجه المخطط له	N	130	130	130	130
الشفافية	Correlation Coefficient	,908**	,908**	,885**	1,000
	Sig. (1-tailed)	,000	,000	,000	.
	N	130	130	130	130

**. Correlation is significant at the 0.01 level (1-tailed).

Correlations

		تتقيّد عملية إعداد موازنة المؤسسة بجدول زمني ثابت	يتم إعداد الموازنة العامة حسب الأهداف التي تسعى المؤسسة لتحقيقها	توجد إجراءات واضحة لتنفيذ الموازنة ومتابعتها والإبلاغ عن نتائجها	عمليات إعداد وتنفيذ الموازنة
Spearman's rho	تتقيّد عملية إعداد موازنة المؤسسة بجدول زمني ثابت	1,000	,758**	,616**	,880**
	Sig. (1-tailed)	.	,000	,000	,000
	N	130	130	130	130
	يتم إعداد الموازنة العامة حسب الأهداف التي تسعى المؤسسة لتحقيقها	,758**	1,000	,783**	,924**
	Sig. (1-tailed)	,000	.	,000	,000
	N	130	130	130	130
	توجد إجراءات واضحة لتنفيذ الموازنة ومتابعتها والإبلاغ عن نتائجها	,616**	,783**	1,000	,860**
	Sig. (1-tailed)	,000	,000	.	,000
	N	130	130	130	130
	عمليات إعداد وتنفيذ الموازنة	,880**	,924**	,860**	1,000
	Sig. (1-tailed)	,000	,000	,000	.
	N	130	130	130	130

**. Correlation is significant at the 0.01 level (1-tailed).

Correlations

			تعمل الرقابة الداخلية على ضمان مستوى كاف من الإفصاح والشفافية، من خلال مراجعة التقارير المالية وقياس الأداء	تتوفر المؤسسة على نظام رقابي داخلي فعال يضمن توافق التنفيذ مع ما سبق التخطيط له	تقوم الرقابة الداخلية بالتحقق من صحة البيانات لتمكين الموظفين من تقليل الأخطاء	الرقابة الداخلية
Spearman's rho	تعمل الرقابة الداخلية على التقييم الدوري لمدى كفاءة وفعالية الأداء	Correlation Coefficient	1,000	,715**	,752**	,651**	,870**
		Sig. (1-tailed)	.	,000	,000	,000	,000
		N	130	130	130	130	130
	تعمل الرقابة الداخلية على ضمان مستوى كاف من الإفصاح والشفافية، من خلال مراجعة التقارير المالية وقياس الأداء	Correlation Coefficient	,715**	1,000	,728**	,757**	,902**
		Sig. (1-tailed)	,000	.	,000	,000	,000
		N	130	130	130	130	130
	تتوفر المؤسسة على نظام رقابي داخلي فعال يضمن توافق التنفيذ مع ما سبق التخطيط له	Correlation Coefficient	,752**	,728**	1,000	,667**	,893**
		Sig. (1-tailed)	,000	,000	.	,000	,000
		N	130	130	130	130	130
	تقوم الرقابة الداخلية بالتحقق من صحة البيانات لتمكين الموظفين من تقليل الأخطاء	Correlation Coefficient	,651**	,757**	,667**	1,000	,849**
		Sig. (1-tailed)	,000	,000	,000	.	,000
		N	130	130	130	130	130
	الرقابة الداخلية	Correlation Coefficient	,870**	,902**	,893**	,849**	1,000
		Sig. (1-tailed)	,000	,000	,000	,000	.
		N	130	130	130	130	130

**. Correlation is significant at the 0.01 level (1-tailed).

Correlations

		تقوم المؤسسة بتقديم الوثائق والمستندات الخاصة بالنفقات العامة للأطراف المعنية بالرقابة الخارجية لمراقبة أوجه الصرف	تقوم هيئات الرقابة الخارجية بتأكيد الوثائق والمستندات من أجل زيادة الإفصاح والشفافية	الرقابة الخارجية
توجد رقابة خارجية على الإنفاق الصحي العام	Correlation Coefficient	1,000	,893**	,849**
	Sig. (1-tailed)	.	,000	,000
	N	130	130	130
تقوم هيئات الرقابة الخارجية بتأكيد الوثائق والمستندات من أجل زيادة الإفصاح والشفافية	Correlation Coefficient	,893**	1,000	,902**
	Sig. (1-tailed)	,000	.	,000
	N	130	130	130
الرقابة الخارجية	Correlation Coefficient	,849**	,902**	1,000
	Sig. (1-tailed)	,000	,000	.
	N	130	130	130

Spearman's rho	توجد رقابة خارجية على الإنفاق الصحي العام	Correlation Coefficient	1,000	,822**	,829**	,921**
		Sig. (1-tailed)	.	,000	,000	,000
		N	130	130	130	130
	تقوم المؤسسة بتقديم الوثائق والمستندات الخاصة بالنفقات	Correlation Coefficient	,822**	1,000	,894**	,940**
	العامة للأطراف المعنية بالرقابة الخارجية لمراقبة أوجه الصرف	Sig. (1-tailed)	,000	.	,000	,000
		N	130	130	130	130
	تقوم هيئات الرقابة الخارجية بتأكيد الوثائق والمستندات من	Correlation Coefficient	,829**	,894**	1,000	,961**
	أجل زيادة الإفصاح والشفافية	Sig. (1-tailed)	,000	,000	.	,000
		N	130	130	130	130
	الرقابة الخارجية	Correlation Coefficient	,921**	,940**	,961**	1,000
		Sig. (1-tailed)	,000	,000	,000	.
		N	130	130	130	130

**. Correlation is significant at the 0.01 level (1-tailed).

Correlations

			توجد بالمؤسسة جهة مسؤولة عن توفير المعلومات المتعلقة بالجانب المالي والمادي لكل مصلحة بالمؤسسة	تساعد نظم المعلومات المحاسبية في المؤسسة على تقييم إدارة المؤسسة	تساعد نظم المعلومات المحاسبية في المؤسسة على عملية اتخاذ القرار	نظم المعلومات المحاسبية
Spearman's rho	توجد بالمؤسسة جهة مسؤولة عن توفير المعلومات المتعلقة بالجانب المالي والمادي لكل مصلحة بالمؤسسة	Correlation Coefficient	1,000	,703**	,627**	,853**
		Sig. (1-tailed)	.	,000	,000	,000
		N	130	130	130	130
	تساعد نظم المعلومات المحاسبية في المؤسسة على تقييم إدارة المؤسسة	Correlation Coefficient	,703**	1,000	,682**	,887**
		Sig. (1-tailed)	,000	.	,000	,000
		N	130	130	130	130
		Correlation Coefficient	,627**	,682**	1,000	,861**

تساعد نظم المعلومات المحاسبية في المؤسسة على عملية اتخاذ	Sig. (1-tailed)	,000	,000	.	,000
القرار	N	130	130	130	130
نظم المعلومات المحاسبية	Correlation Coefficient	,853**	,887**	,861**	1,000
	Sig. (1-tailed)	,000	,000	,000	.
	N	130	130	130	130

**. Correlation is significant at the 0.01 level (1-tailed).

Correlations

		تقوم المؤسسة بتقييم الأداء من خلال توضيح ما تم إنجازه من أهداف مع بيان تكلفة الإنجاز	تقوم المؤسسة بتحديد المسؤولين عن أداء العمل ومدى مساهمتهم في تنفيذ الأهداف، مما يساعد في تحسين الأداء	تقوم المؤسسة بتقييم النتائج التي تحققها النفقات الصحية العامة	تقييم الأداء
Spearman's rho	تقوم المؤسسة بتقييم الأداء من خلال توضيح ما تم إنجازه من	1,000	,792**	,733**	,906**
	أهداف مع بيان تكلفة الإنجاز	.	,000	,000	,000
	N	130	130	130	130
	تقوم المؤسسة بتحديد المسؤولين عن أداء العمل ومدى	,792**	1,000	,755**	,935**
	مساهمتهم في تنفيذ الأهداف، مما يساعد في تحسين الأداء	,000	.	,000	,000
	N	130	130	130	130
	تقوم المؤسسة بتقييم النتائج التي تحققها النفقات الصحية	,733**	,755**	1,000	,885**
	العامة	,000	,000	.	,000
	N	130	130	130	130
	تقييم الأداء	,906**	,935**	,885**	1,000
		,000	,000	,000	.
		130	130	130	130

**. Correlation is significant at the 0.01 level (1-tailed).

الملحق رقم (09): جداول خاصة بنتائج اختبار الإشارة بالنسبة لعينة أعضاء مجلس الإدارة، المدراء، المدراء الفرعيين ورؤساء المكاتب

الملحق رقم (10): جداول خاصة بنتائج اختبار الإشارة بالنسبة لمحور مجلس الإدارة

Frequencies

		N
VAR00001 - مجلس الادارة على دراية برسالة المؤسسة ونظامها الداخلي	Negative Differences[a,d,g,j]	42
	Positive Differences[b,e,h,k]	7
	Ties[c,f,i,l]	2
	Total	51
VAR00001 - مسؤوليات أعضاء مجلس الإدارة مكتوبة ومحددة بوضوح	Negative Differences[a,d,g,j]	39
	Positive Differences[b,e,h,k]	9
	Ties[c,f,i,l]	3
	Total	51
VAR00001 - يتخذ مجلس الإدارة قراراته بناءً على معلومات دقيقة	Negative Differences[a,d,g,j]	33
	Positive Differences[b,e,h,k]	7
	Ties[c,f,i,l]	11
	Total	51
VAR00001 - مجلس الإدارة	Negative Differences[a,d,g,j]	41
	Positive Differences[b,e,h,k]	5
	Ties[c,f,i,l]	5
	Total	51

a. VAR00001 < مجلس الادارة على دراية برسالة المؤسسة ونظامها الداخلي

b. VAR00001 > مجلس الادارة على دراية برسالة المؤسسة ونظامها الداخلي

c. VAR00001 = مجلس الادارة على دراية برسالة المؤسسة ونظامها الداخلي

d. VAR00001 < مسؤوليات أعضاء مجلس الإدارة مكتوبة ومحددة بوضوح

e. VAR00001 > مسؤوليات أعضاء مجلس الإدارة مكتوبة ومحددة بوضوح

f. VAR00001 = مسؤوليات أعضاء مجلس الإدارة مكتوبة ومحددة بوضوح

g. VAR00001 < يتخذ مجلس الإدارة قراراته بناءً على معلومات دقيقة

h. VAR00001 > يتخذ مجلس الإدارة قراراته بناءً على معلومات دقيقة

i. VAR00001 = يتخذ مجلس الإدارة قراراته بناءً على معلومات دقيقة

j. VAR00001 < مجلس الإدارة

k. VAR00001 > مجلس الإدارة

l. VAR00001 = مجلس الإدارة

Test Statistics[a]

	VAR00001 - مجلس الإدارة	VAR00001 - يتخذ مجلس الإدارة قراراته بناءً على معلومات دقيقة	VAR00001 - مسؤوليات أعضاء مجلس الإدارة مكتوبة ومحددة بوضوح	VAR00001 - مجلس الادارة على دراية برسالة المؤسسة ونظامها الداخلي
Z	-5,160	-3,953	-4,186	-4,857
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000

a. Sign Test

الملحق رقم (11): جداول خاصة بنتائج اختبار الإشارة بالنسبة لمحور الرؤية الاستراتيجية

Frequencies

		N
VAR00001 - تمتلك المؤسسة خططا استراتيجية سهلة الفهم بالنسبة للعمال	Negative Differences[a,d,g,j]	26
	Positive Differences[b,e,h,k]	13
	Ties[c,f,i,l]	12
	Total	51
	Negative Differences[a,d,g,j]	22

VAR00001 - تُستخدم الخطط الاستراتيجية في إرشاد وتقييم الجهود المبذولة خلال العام	Positive Differences[b,e,h,k]	17
	Ties[c,f,i,l]	12
	Total	51
VAR00001 - يتابع المدير وأعضاء مجلس الإدارة تنفيذ الخطط الاستراتيجية	Negative Differences[a,d,g,j]	26
	Positive Differences[b,e,h,k]	12
	Ties[c,f,i,l]	13
	Total	51
VAR00001 - الرؤية الاستراتيجية	Negative Differences[a,d,g,j]	27
	Positive Differences[b,e,h,k]	16
	Ties[c,f,i,l]	8
	Total	51

a. VAR00001 < تمتلك المؤسسة خططا استراتيجية سهلة الفهم بالنسبة للعمال

b. VAR00001 > تمتلك المؤسسة خططا استراتيجية سهلة الفهم بالنسبة للعمال

c. VAR00001 = تمتلك المؤسسة خططا استراتيجية سهلة الفهم بالنسبة للعمال

d. VAR00001 < تُستخدم الخطط الاستراتيجية في إرشاد وتقييم الجهود المبذولة خلال العام

e. VAR00001 > تُستخدم الخطط الاستراتيجية في إرشاد وتقييم الجهود المبذولة خلال العام

f. VAR00001 = تُستخدم الخطط الاستراتيجية في إرشاد وتقييم الجهود المبذولة خلال العام

g. VAR00001 < يتابع المدير وأعضاء مجلس الإدارة تنفيذ الخطط الاستراتيجية

h. VAR00001 > يتابع المدير وأعضاء مجلس الإدارة تنفيذ الخطط الاستراتيجية

i. VAR00001 = يتابع المدير وأعضاء مجلس الإدارة تنفيذ الخطط الاستراتيجية

j. VAR00001 < الرؤية الاستراتيجية

k. VAR00001 > الرؤية الاستراتيجية

l. VAR00001 = الرؤية الاستراتيجية

Test Statistics[a]

	VAR00001 - يتابع المدير وأعضاء مجلس الإدارة تنفيذ الخطط الاستراتيجية	VAR00001 - تُستخدم الخطط الاستراتيجية في إرشاد وتقييم الجهود المبذولة خلال العام	VAR00001 - تمتلك المؤسسة خططا استراتيجية سهلة الفهم بالنسبة للعمال
VAR00001 - الرؤية الاستراتيجية	-1,525	-,641	-1,922
Asymp. Sig. (2-tailed)	,127	,522	,055

a. Sign Test

الملحق رقم (12): جداول خاصة بنتائج اختبار الإشارة بالنسبة لمحور سلطة القانون

Frequencies

		N
VAR00001 - جميع الموظفون متساوون في الحقوق والواجبات	Negative Differences[a,d,g,j]	22
	Positive Differences[b,e,h,k]	17
	Ties[c,f,i,l]	12
	Total	51
VAR00001 - تطبق المؤسسة الأحكام والنصوص القانونية بصورة عادلة ودون تمييز بين أفراد المجتمع	Negative Differences[a,d,g,j]	21
	Positive Differences[b,e,h,k]	16
	Ties[c,f,i,l]	14
	Total	51
VAR00001 - القوانين المطبقة في المؤسسة منسجمة مع حقوق الإنسان	Negative Differences[a,d,g,j]	28
	Positive Differences[b,e,h,k]	14
	Ties[c,f,i,l]	9
	Total	51
VAR00001 - سلطة القانون	Negative Differences[a,d,g,j]	26
	Positive Differences[b,e,h,k]	11
	Ties[c,f,i,l]	14
	Total	51

a. VAR00001 < جميع الموظفون متساوون في الحقوق والواجبات

b. VAR00001 > جميع الموظفون متساوون في الحقوق والواجبات

c. VAR00001 = جميع الموظفون متساوون في الحقوق والواجبات

d. VAR00001 < تطبق المؤسسة الأحكام والنصوص القانونية بصورة عادلة ودون تمييز بين أفراد المجتمع
e. VAR00001 > تطبق المؤسسة الأحكام والنصوص القانونية بصورة عادلة ودون تمييز بين أفراد المجتمع
f. VAR00001 = تطبق المؤسسة الأحكام والنصوص القانونية بصورة عادلة ودون تمييز بين أفراد المجتمع
g. VAR00001 < القوانين المطبقة في المؤسسة منسجمة مع حقوق الإنسان
h. VAR00001 > القوانين المطبقة في المؤسسة منسجمة مع حقوق الإنسان
i. VAR00001 = القوانين المطبقة في المؤسسة منسجمة مع حقوق الإنسان
j. VAR00001 < سلطة القانون
k. VAR00001 > سلطة القانون
l. VAR00001 = سلطة القانون

Test Statistics[a]

	VAR00001 - سلطة القانون	VAR00001 - القوانين المطبقة في المؤسسة منسجمة مع حقوق الإنسان	VAR00001 - تطبق المؤسسة الأحكام والنصوص القانونية بصورة عادلة ودون تمييز بين أفراد المجتمع	VAR00001 - جميع الموظفون متساوون في الحقوق والواجبات
Z	-2,302	-2,006	-,658	-,641
Asymp. Sig. (2-tailed)	,021	,045	,511	,522

a. Sign Test

الملحق رقم (13): جداول خاصة بنتائج اختبار الإشارة بالنسبة لمحور الأخلاق

Frequencies

		N
VAR00001 - تمتلك المؤسسة مدونة أخلاقيات المهنة	Negative Differences[a,d,g]	31
	Positive Differences[b,e,h]	9
	Ties[c,f,i]	11
	Total	51
VAR00001 - تقوم المؤسسة بإعلام المستخدمين بمحتوى مدونة أخلاقيات المهنة وتكون متاحة لجميع العمال	Negative Differences[a,d,g]	15
	Positive Differences[b,e,h]	16
	Ties[c,f,i]	20
	Total	51
VAR00001 - الأخلاق	Negative Differences[a,d,g]	26
	Positive Differences[b,e,h]	11
	Ties[c,f,i]	14
	Total	51

a. VAR00001 < تمتلك المؤسسة مدونة أخلاقيات المهنة
b. VAR00001 > تمتلك المؤسسة مدونة أخلاقيات المهنة
c. VAR00001 = تمتلك المؤسسة مدونة أخلاقيات المهنة
d. VAR00001 < تقوم المؤسسة بإعلام المستخدمين بمحتوى مدونة أخلاقيات المهنة وتكون متاحة لجميع العمال
e. VAR00001 > تقوم المؤسسة بإعلام المستخدمين بمحتوى مدونة أخلاقيات المهنة وتكون متاحة لجميع العمال
f. VAR00001 = تقوم المؤسسة بإعلام المستخدمين بمحتوى مدونة أخلاقيات المهنة وتكون متاحة لجميع العمال
g. VAR00001 < الأخلاق
h. VAR00001 > الأخلاق
i. VAR00001 = الأخلاق

Test Statistics[a]

	VAR00001 - الأخلاق	VAR00001 - تقوم المؤسسة بإعلام المستخدمين بمحتوى مدونة أخلاقيات المهنة وتكون متاحة لجميع العمال	VAR00001 - تمتلك المؤسسة مدونة أخلاقيات المهنة
Z	-2,302	,000	-3,320
Asymp. Sig. (2-tailed)	,021	1,000	,001

a. Sign Test

الملحق رقم (14): جداول خاصة بنتائج اختبار الإشارة بالنسبة لمحور المشاركة

Frequencies

		N
	Negative Differences[a,d,g,j]	22

VAR00001 - تتيح المؤسسة الفرصة للموظفين للمشاركة في صنع السياسات ووضع القواعد للعمل في مختلف المجالات	Positive Differences[b,e,h,k]	22
	Ties[c,f,i,l]	7
	Total	51
VAR00001 - تسمح المؤسسة للمواطنين بالتدخل والمساعدة على صنع القرار مما ينعكس إيجابا على القرارات المتخذة	Negative Differences[a,d,g,j]	14
	Positive Differences[b,e,h,k]	27
	Ties[c,f,i,l]	10
	Total	51
VAR00001 - تأخذ المؤسسة برأي المستفيدين من الخدمات الصحية من أجل تحديد أولوياتهم واحتياجاتهم	Negative Differences[a,d,g,j]	21
	Positive Differences[b,e,h,k]	21
	Ties[c,f,i,l]	9
	Total	51
VAR00001 - المشاركة	Negative Differences[a,d,g,j]	24
	Positive Differences[b,e,h,k]	23
	Ties[c,f,i,l]	4
	Total	51

a. VAR00001 < VAR00001 - تتيح المؤسسة الفرصة للموظفين للمشاركة في صنع السياسات ووضع القواعد للعمل في مختلف المجالات

b. VAR00001 > VAR00001 - تتيح المؤسسة الفرصة للموظفين للمشاركة في صنع السياسات ووضع القواعد للعمل في مختلف المجالات

c. VAR00001 = VAR00001 - تتيح المؤسسة الفرصة للموظفين للمشاركة في صنع السياسات ووضع القواعد للعمل في مختلف المجالات

d. VAR00001 < VAR00001 - تسمح المؤسسة للمواطنين بالتدخل والمساعدة على صنع القرار مما ينعكس إيجابا على القرارات المتخذة

e. VAR00001 > VAR00001 - تسمح المؤسسة للمواطنين بالتدخل والمساعدة على صنع القرار مما ينعكس إيجابا على القرارات المتخذة

f. VAR00001 = VAR00001 - تسمح المؤسسة للمواطنين بالتدخل والمساعدة على صنع القرار مما ينعكس إيجابا على القرارات المتخذة

g. VAR00001 < VAR00001 - تأخذ المؤسسة برأي المستفيدين من الخدمات الصحية من أجل تحديد أولوياتهم واحتياجاتهم

h. VAR00001 > VAR00001 - تأخذ المؤسسة برأي المستفيدين من الخدمات الصحية من أجل تحديد أولوياتهم واحتياجاتهم

i. VAR00001 = VAR00001 - تأخذ المؤسسة برأي المستفيدين من الخدمات الصحية من أجل تحديد أولوياتهم واحتياجاتهم

j. VAR00001 < المشاركة

k. VAR00001 > المشاركة

l. VAR00001 = المشاركة

Test Statistics[a]

	VAR00001 - المشاركة	VAR00001 - تأخذ المؤسسة برأي المستفيدين من الخدمات الصحية من أجل تحديد أولوياتهم واحتياجاتهم	VAR00001 - تسمح المؤسسة للمواطنين بالتدخل والمساعدة على صنع القرار مما ينعكس إيجابا على القرارات المتخذة	VAR00001 - تتيح المؤسسة الفرصة للموظفين للمشاركة في صنع السياسات ووضع القواعد للعمل في مختلف المجالات
Z	,000	,000	-1,874	,000
Asymp. Sig. (2-tailed)	1,000	1,000	,061	1,000

a. Sign Test

الملحق رقم (15): جداول خاصة بنتائج اختبار الإشارة بالنسبة لمحور المساءلة

Frequencies

		N
VAR00001 - توفر المؤسسة معلومات عن الإنفاق الصحي العام بشكل يتيسر معه تحليل السياسات وتعزيز المساءلة	Negative Differences[a,d,g,j,m]	22
	Positive Differences[b,e,h,k,n]	15
	Ties[c,f,i,l,o]	14
	Total	51
VAR00001 - تتمّ مساءلة المسؤولين في المؤسسة عن الخلل في استغلال النفقات العامة، ويتحملون المسؤولية عن الأخطاء التي تنتج عن القرارات التي يتخذونها	Negative Differences[a,d,g,j,m]	25
	Positive Differences[b,e,h,k,n]	13
	Ties[c,f,i,l,o]	13
	Total	51
VAR00001 - يمكن للمواطنين مساءلة المؤسسة عن قراراتها المالية وسياساتها	Negative Differences[a,d,g,j,m]	8
	Positive Differences[b,e,h,k,n]	33
	Ties[c,f,i,l,o]	10
	Total	51
VAR00001 - يستطيع أي موظف بالمؤسسة التبليغ عن شبهات الفساد وكشفه دون أن يتم معاقبته	Negative Differences[a,d,g,j,m]	16
	Positive Differences[b,e,h,k,n]	21
	Ties[c,f,i,l,o]	14

51	Total	
21	Negative Differences[a,d,g,j,m]	VAR00001 - المساءلة
24	Positive Differences[b,e,h,k,n]	
6	Ties[c,f,i,l,o]	
51	Total	

a. VAR00001 < توفر المؤسسة معلومات عن الإنفاق الصحي العام بشكل يتيسر معه تحليل السياسات وتعزيز المساءلة

b. VAR00001 > توفر المؤسسة معلومات عن الإنفاق الصحي العام بشكل يتيسر معه تحليل السياسات وتعزيز المساءلة

c. VAR00001 = توفر المؤسسة معلومات عن الإنفاق الصحي العام بشكل يتيسر معه تحليل السياسات وتعزيز المساءلة

d. VAR00001 < تتمّ مساءلة المسؤولين في المؤسسة عن الخلل في استغلال النفقات العامة، ويتحملون المسؤولية عن الأخطاء التي تنتج عن القرارات التي يتخذونها

e. VAR00001 > تتمّ مساءلة المسؤولين في المؤسسة عن الخلل في استغلال النفقات العامة، ويتحملون المسؤولية عن الأخطاء التي تنتج عن القرارات التي يتخذونها

f. VAR00001 = تتمّ مساءلة المسؤولين في المؤسسة عن الخلل في استغلال النفقات العامة، ويتحملون المسؤولية عن الأخطاء التي تنتج عن القرارات التي يتخذونها

g. VAR00001 < يمكن للمواطنين مساءلة المؤسسة عن قراراتها المالية وسياساتها

h. VAR00001 > يمكن للمواطنين مساءلة المؤسسة عن قراراتها المالية وسياساتها

i. VAR00001 = يمكن للمواطنين مساءلة المؤسسة عن قراراتها المالية وسياساتها

j. VAR00001 < يستطيع أي موظف بالمؤسسة التبليغ عن شبهات الفساد وكشفه دون أن يتم معاقبته

k. VAR00001 > يستطيع أي موظف بالمؤسسة التبليغ عن شبهات الفساد وكشفه دون أن يتم معاقبته

l. VAR00001 = يستطيع أي موظف بالمؤسسة التبليغ عن شبهات الفساد وكشفه دون أن يتم معاقبته

m. VAR00001 < المساءلة

n. VAR00001 > المساءلة

o. VAR00001 = المساءلة

Test Statistics[a]

VAR00001 - المساءلة	VAR00001 - يستطيع أي موظف بالمؤسسة التبليغ عن شبهات الفساد وكشفه دون أن يتم معاقبته	VAR00001 - يمكن للمواطنين مساءلة المؤسسة عن قراراتها المالية وسياساتها	VAR00001 - تتمّ مساءلة المسؤولين في المؤسسة عن الخلل في استغلال النفقات العامة، ويتحملون المسؤولية عن الأخطاء التي تنتج عن القرارات التي يتخذونها	VAR00001 - توفر المؤسسة معلومات عن الإنفاق الصحي العام بشكل يتيسر معه تحليل السياسات وتعزيز المساءلة	
-,298	-,658	-3,748	-1,784	-,986	Z
,766	,511	,000	,074	,324	Asymp. Sig. (2-tailed)

a. Sign Test

الملحق رقم (16): جداول خاصة بنتائج اختبار الإشارة بالنسبة لمحور الشفافية

Frequencies

N		
23	Negative Differences[a,d,g,j]	VAR00001 - تقوم المؤسسة بنشر معلومات وبيانات مالية تتميز بالدقة والوضوح والشفافية وفي الوقت المناسب
21	Positive Differences[b,e,h,k]	
7	Ties[c,f,i,l]	
51	Total	
24	Negative Differences[a,d,g,j]	VAR00001 - تقوم المؤسسة بتوضيح كيفية تنفيذ مهامها ومبررات القرارات التي تتخذها
20	Positive Differences[b,e,h,k]	
7	Ties[c,f,i,l]	
51	Total	
17	Negative Differences[a,d,g,j]	VAR00001 - توجد آليات واضحة تتيح للمواطنين التحقق من التزام المؤسسة بمهامها على الوجه المخطط له
22	Positive Differences[b,e,h,k]	
12	Ties[c,f,i,l]	
51	Total	
22	Negative Differences[a,d,g,j]	VAR00001 - الشفافية
21	Positive Differences[b,e,h,k]	
8	Ties[c,f,i,l]	
51	Total	

a. VAR00001 < تقوم المؤسسة بنشر معلومات وبيانات مالية تتميز بالدقة والوضوح والشفافية وفي الوقت المناسب

b. VAR00001 > تقوم المؤسسة بنشر معلومات وبيانات مالية تتميز بالدقة والوضوح والشفافية وفي الوقت المناسب

c. VAR00001 = تقوم المؤسسة بنشر معلومات وبيانات مالية تتميز بالدقة والوضوح والشفافية وفي الوقت المناسب

d. VAR00001 < تقوم المؤسسة بتوضيح كيفية تنفيذ مهامها ومبررات القرارات التي تتخذها
e. VAR00001 > تقوم المؤسسة بتوضيح كيفية تنفيذ مهامها ومبررات القرارات التي تتخذها
f. VAR00001 = تقوم المؤسسة بتوضيح كيفية تنفيذ مهامها ومبررات القرارات التي تتخذها
g. VAR00001 < توجد آليات واضحة تتيح للمواطنين التحقق من التزام المؤسسة بمهامها على الوجه المخطط له
h. VAR00001 > توجد آليات واضحة تتيح للمواطنين التحقق من التزام المؤسسة بمهامها على الوجه المخطط له
i. VAR00001 = توجد آليات واضحة تتيح للمواطنين التحقق من التزام المؤسسة بمهامها على الوجه المخطط له
j. VAR00001 < الشفافية
k. VAR00001 > الشفافية
l. VAR00001 = الشفافية

Test Statistics[a]

VAR00001 - الشفافية	VAR00001 - توجد آليات واضحة تتيح للمواطنين التحقق من التزام المؤسسة بمهامها على الوجه المخطط له	VAR00001 - تقوم المؤسسة بتوضيح كيفية تنفيذ مهامها ومبررات القرارات التي تتخذها	VAR00001 - تقوم المؤسسة بنشر معلومات وبيانات مالية تتميز بالدقة والوضوح والشفافية وفي الوقت المناسب	
,000	-,641	-,452	-,151	Z
1,000	,522	,651	,880	Asymp. Sig. (2-tailed)

a. Sign Test

الملحق رقم (17): جداول خاصة بنتائج اختبار الإشارة بالنسبة لقسم ترشيد الانفاق العام بالمؤسسات العمومية الاستشفائية بالبرواقية

الملحق رقم (18): جداول خاصة بنتائج اختبار الإشارة بالنسبة لمحور عمليات اعداد وتنفيذ الميزانية

Frequencies

		N
VAR00001 - تتقيّد عملية إعداد موازنة المؤسسة بجدول زمني ثابت	Negative Differences[a,d,g,j]	41
	Positive Differences[b,e,h,k]	5
	Ties[c,f,i,l]	5
	Total	51
VAR00001 - يتم إعداد الموازنة العامة حسب الأهداف التي تسعى المؤسسة لتحقيقها	Negative Differences[a,d,g,j]	34
	Positive Differences[b,e,h,k]	10
	Ties[c,f,i,l]	7
	Total	51
VAR00001 - توجد إجراءات واضحة لتنفيذ الموازنة ومتابعتها والإبلاغ عن نتائجها	Negative Differences[a,d,g,j]	33
	Positive Differences[b,e,h,k]	9
	Ties[c,f,i,l]	9
	Total	51
VAR00001 - عمليات إعداد وتنفيذ الموازنة	Negative Differences[a,d,g,j]	41
	Positive Differences[b,e,h,k]	7
	Ties[c,f,i,l]	3
	Total	51

a. VAR00001 < تتقيّد عملية إعداد موازنة المؤسسة بجدول زمني ثابت
b. VAR00001 > تتقيّد عملية إعداد موازنة المؤسسة بجدول زمني ثابت
c. VAR00001 = تتقيّد عملية إعداد موازنة المؤسسة بجدول زمني ثابت
d. VAR00001 < يتم إعداد الموازنة العامة حسب الأهداف التي تسعى المؤسسة لتحقيقها
e. VAR00001 > يتم إعداد الموازنة العامة حسب الأهداف التي تسعى المؤسسة لتحقيقها
f. VAR00001 = يتم إعداد الموازنة العامة حسب الأهداف التي تسعى المؤسسة لتحقيقها
g. VAR00001 < توجد إجراءات واضحة لتنفيذ الموازنة ومتابعتها والإبلاغ عن نتائجها
h. VAR00001 > توجد إجراءات واضحة لتنفيذ الموازنة ومتابعتها والإبلاغ عن نتائجها
i. VAR00001 = توجد إجراءات واضحة لتنفيذ الموازنة ومتابعتها والإبلاغ عن نتائجها
j. VAR00001 < عمليات إعداد وتنفيذ الموازنة
k. VAR00001 > عمليات إعداد وتنفيذ الموازنة
l. VAR00001 = عمليات إعداد وتنفيذ الموازنة

Test Statistics[a]

	VAR00001 – عمليات إعداد وتنفيذ الموازنة	VAR00001 – توجد إجراءات واضحة لتنفيذ الموازنة ومتابعتها والإبلاغ عن نتائجها	VAR00001 – يتم إعداد الموازنة العامة حسب الأهداف التي تسعى المؤسسة لتحقيقها	VAR00001 – تتقيّد عملية إعداد موازنة المؤسسة بجدول زمني ثابت
Z	-4,763	-3,549	-3,467	-5,160
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000	,000	,001	,000

a. Sign Test

الملحق رقم (19): جداول خاصة بنتائج اختبار الإشارة بالنسبة لمحور الرقابة الداخلية

Frequencies

		N
VAR00001 – تعمل الرقابة الداخلية على التقييم الدوري لمدى كفاءة وفعالية الأداء	Negative Differences[a,d,g,j,m]	25
	Positive Differences[b,e,h,k,n]	18
	Ties[c,f,i,l,o]	8
	Total	51
VAR00001 – تتوفر المؤسسة على نظام رقابي داخلي فعال يضمن توافق التنفيذ مع ما سبق التخطيط له	Negative Differences[a,d,g,j,m]	21
	Positive Differences[b,e,h,k,n]	19
	Ties[c,f,i,l,o]	11
	Total	51
VAR00001 – تعمل الرقابة الداخلية على ضمان مستوى كاف من الإفصاح والشفافية، من خلال مراجعة التقارير المالية وقياس الأداء	Negative Differences[a,d,g,j,m]	25
	Positive Differences[b,e,h,k,n]	17
	Ties[c,f,i,l,o]	9
	Total	51
VAR00001 – تقوم الرقابة الداخلية بالتحقق من صحة البيانات لتمكين الموظفين من تقليل الأخطاء	Negative Differences[a,d,g,j,m]	23
	Positive Differences[b,e,h,k,n]	14
	Ties[c,f,i,l,o]	14
	Total	51
VAR00001 – الرقابة الداخلية	Negative Differences[a,d,g,j,m]	23
	Positive Differences[b,e,h,k,n]	18
	Ties[c,f,i,l,o]	10
	Total	51

a. VAR00001 < تعمل الرقابة الداخلية على التقييم الدوري لمدى كفاءة وفعالية الأداء

b. VAR00001 > تعمل الرقابة الداخلية على التقييم الدوري لمدى كفاءة وفعالية الأداء

c. VAR00001 = تعمل الرقابة الداخلية على التقييم الدوري لمدى كفاءة وفعالية الأداء

d. VAR00001 < تتوفر المؤسسة على نظام رقابي داخلي فعال يضمن توافق التنفيذ مع ما سبق التخطيط له

e. VAR00001 > تتوفر المؤسسة على نظام رقابي داخلي فعال يضمن توافق التنفيذ مع ما سبق التخطيط له

f. VAR00001 = تتوفر المؤسسة على نظام رقابي داخلي فعال يضمن توافق التنفيذ مع ما سبق التخطيط له

g. VAR00001 < تعمل الرقابة الداخلية على ضمان مستوى كاف من الإفصاح والشفافية، من خلال مراجعة التقارير المالية وقياس الأداء

h. VAR00001 > تعمل الرقابة الداخلية على ضمان مستوى كاف من الإفصاح والشفافية، من خلال مراجعة التقارير المالية وقياس الأداء

i. VAR00001 = تعمل الرقابة الداخلية على ضمان مستوى كاف من الإفصاح والشفافية، من خلال مراجعة التقارير المالية وقياس الأداء

j. VAR00001 < تقوم الرقابة الداخلية بالتحقق من صحة البيانات لتمكين الموظفين من تقليل الأخطاء

k. VAR00001 > تقوم الرقابة الداخلية بالتحقق من صحة البيانات لتمكين الموظفين من تقليل الأخطاء

l. VAR00001 = تقوم الرقابة الداخلية بالتحقق من صحة البيانات لتمكين الموظفين من تقليل الأخطاء

m. VAR00001 < الرقابة الداخلية

n. VAR00001 > الرقابة الداخلية

o. VAR00001 = الرقابة الداخلية

Test Statistics[a]

	VAR00001 – الرقابة الداخلية	VAR00001 – تقوم الرقابة الداخلية بالتحقق من صحة البيانات لتمكين الموظفين من تقليل الأخطاء	VAR00001 – تعمل الرقابة الداخلية على ضمان مستوى كاف من الإفصاح والشفافية، من خلال مراجعة التقارير المالية وقياس الأداء	VAR00001 – تتوفر المؤسسة على نظام رقابي داخلي فعال يضمن توافق التنفيذ مع ما سبق التخطيط له	VAR00001 – تعمل الرقابة الداخلية على التقييم الدوري لمدى كفاءة وفعالية الأداء

Z	-,915	-,158	-1,080	-1,315	-,625
Asymp. Sig. (2-tailed)	,360	,874	,280	,188	,532

a. Sign Test

الملحق رقم (20): جداول خاصة بنتائج اختبار الإشارة بالنسبة لمحور الرقابة الخارجية

Frequencies

		N
VAR00001 - توجد رقابة خارجية على الإنفاق الصحي العام	Negative Differences[a,d,g,j]	41
	Positive Differences[b,e,h,k]	2
	Ties[c,f,i,l]	8
	Total	51
VAR00001 - تقوم المؤسسة بتقديم الوثائق والمستندات الخاصة بالنفقات العامة للأطراف المعنية بالرقابة الخارجية لمراقبة أوجه الصرف	Negative Differences[a,d,g,j]	40
	Positive Differences[b,e,h,k]	4
	Ties[c,f,i,l]	7
	Total	51
VAR00001 - تقوم هيئات الرقابة الخارجية بتأكيد الوثائق والمستندات من أجل زيادة الإفصاح والشفافية	Negative Differences[a,d,g,j]	41
	Positive Differences[b,e,h,k]	3
	Ties[c,f,i,l]	7
	Total	51
VAR00001 - الرقابة الخارجية	Negative Differences[a,d,g,j]	41
	Positive Differences[b,e,h,k]	3
	Ties[c,f,i,l]	7
	Total	51

a. VAR00001 < توجد رقابة خارجية على الإنفاق الصحي العام

b. VAR00001 > توجد رقابة خارجية على الإنفاق الصحي العام

c. VAR00001 = توجد رقابة خارجية على الإنفاق الصحي العام

d. VAR00001 < تقوم المؤسسة بتقديم الوثائق والمستندات الخاصة بالنفقات العامة للأطراف المعنية بالرقابة الخارجية لمراقبة أوجه الصرف

e. VAR00001 > تقوم المؤسسة بتقديم الوثائق والمستندات الخاصة بالنفقات العامة للأطراف المعنية بالرقابة الخارجية لمراقبة أوجه الصرف

f. VAR00001 = تقوم المؤسسة بتقديم الوثائق والمستندات الخاصة بالنفقات العامة للأطراف المعنية بالرقابة الخارجية لمراقبة أوجه الصرف

g. VAR00001 < تقوم هيئات الرقابة الخارجية بتأكيد الوثائق والمستندات من أجل زيادة الإفصاح والشفافية

h. VAR00001 > تقوم هيئات الرقابة الخارجية بتأكيد الوثائق والمستندات من أجل زيادة الإفصاح والشفافية

i. VAR00001 = تقوم هيئات الرقابة الخارجية بتأكيد الوثائق والمستندات من أجل زيادة الإفصاح والشفافية

j. VAR00001 < الرقابة الخارجية

k. VAR00001 > الرقابة الخارجية

l. VAR00001 = الرقابة الخارجية

Test Statistics[a]

	VAR00001 - الرقابة الخارجية	VAR00001 - تقوم هيئات الرقابة الخارجية بتأكيد الوثائق والمستندات من أجل زيادة الإفصاح والشفافية	VAR00001 - تقوم المؤسسة بتقديم الوثائق والمستندات الخاصة بالنفقات العامة للأطراف المعنية بالرقابة الخارجية لمراقبة أوجه الصرف	VAR00001 - توجد رقابة خارجية على الإنفاق الصحي العام
Z	-5,578	-5,578	-5,276	-5,795
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000

a. Sign Test

الملحق رقم (21): جداول خاصة بنتائج اختبار الإشارة بالنسبة لمحور نظم المعلومات المحاسبية

Frequencies

	N
Negative Differences[a,d,g,j]	37
Positive Differences[b,e,h,k]	10

VAR00001 – توجد بالمؤسسة جهة مسؤولة عن توفير المعلومات المتعلقة بالجانب المالي والمادي لكل مصلحة بالمؤسسة	Ties[c,f,i,l]	4
	Total	51
VAR00001 – تساعد نظم المعلومات المحاسبية في المؤسسة على تقييم إدارة المؤسسة	Negative Differences[a,d,g,j]	33
	Positive Differences[b,e,h,k]	12
	Ties[c,f,i,l]	6
	Total	51
VAR00001 – تساعد نظم المعلومات المحاسبية في المؤسسة على عملية اتخاذ القرار	Negative Differences[a,d,g,j]	31
	Positive Differences[b,e,h,k]	12
	Ties[c,f,i,l]	8
	Total	51
VAR00001 – نظم المعلومات المحاسبية	Negative Differences[a,d,g,j]	34
	Positive Differences[b,e,h,k]	13
	Ties[c,f,i,l]	4
	Total	51

a. VAR00001 < توجد بالمؤسسة جهة مسؤولة عن توفير المعلومات المتعلقة بالجانب المالي والمادي لكل مصلحة بالمؤسسة

b. VAR00001 > توجد بالمؤسسة جهة مسؤولة عن توفير المعلومات المتعلقة بالجانب المالي والمادي لكل مصلحة بالمؤسسة

c. VAR00001 = توجد بالمؤسسة جهة مسؤولة عن توفير المعلومات المتعلقة بالجانب المالي والمادي لكل مصلحة بالمؤسسة

d. VAR00001 < تساعد نظم المعلومات المحاسبية في المؤسسة على تقييم إدارة المؤسسة

e. VAR00001 > تساعد نظم المعلومات المحاسبية في المؤسسة على تقييم إدارة المؤسسة

f. VAR00001 = تساعد نظم المعلومات المحاسبية في المؤسسة على تقييم إدارة المؤسسة

g. VAR00001 < تساعد نظم المعلومات المحاسبية في المؤسسة على عملية اتخاذ القرار

h. VAR00001 > تساعد نظم المعلومات المحاسبية في المؤسسة على عملية اتخاذ القرار

i. VAR00001 = تساعد نظم المعلومات المحاسبية في المؤسسة على عملية اتخاذ القرار

j. VAR00001 < نظم المعلومات المحاسبية

k. VAR00001 > نظم المعلومات المحاسبية

l. VAR00001 = نظم المعلومات المحاسبية

Test Statistics[a]

	VAR00001 – نظم المعلومات المحاسبية	VAR00001 – تساعد نظم المعلومات المحاسبية في المؤسسة على عملية اتخاذ القرار	VAR00001 – تساعد نظم المعلومات المحاسبية في المؤسسة على تقييم إدارة المؤسسة	VAR00001 – توجد بالمؤسسة جهة مسؤولة عن توفير المعلومات المتعلقة بالجانب المالي والمادي لكل مصلحة بالمؤسسة
Z	-2,917	-2,745	-2,981	-3,792
Asymp. Sig. (2-tailed)	,004	,006	,003	,000

a. Sign Test

الملحق رقم (22): جداول خاصة بنتائج اختبار الإشارة بالنسبة لمحور تقييم الأداء

Frequencies

		N
VAR00001 – تقوم المؤسسة بتقييم الأداء من خلال توضيح ما تم إنجازه من أهداف مع بيان تكلفة الإنجاز	Negative Differences[a,d,g,j]	27
	Positive Differences[b,e,h,k]	10
	Ties[c,f,i,l]	14
	Total	51
VAR00001 – تقوم المؤسسة بتحديد المسؤولين عن أداء العمل ومدى مساهمتهم في تنفيذ الأهداف، مما يساعد في تحسين الأداء	Negative Differences[a,d,g,j]	23
	Positive Differences[b,e,h,k]	13
	Ties[c,f,i,l]	15
	Total	51
VAR00001 – تقوم المؤسسة بتقييم النتائج التي تحققها النفقات الصحية العامة	Negative Differences[a,d,g,j]	24
	Positive Differences[b,e,h,k]	14
	Ties[c,f,i,l]	13
	Total	51

26	Negative Differences[a,d,g,j]	VAR00001 – تقييم الأداء
11	Positive Differences[b,e,h,k]	
14	Ties[c,f,i,l]	
51	Total	

a. VAR00001 < تقوم المؤسسة بتقييم الأداء من خلال توضيح ما تم إنجازه من أهداف مع بيان تكلفة الإنجاز

b. VAR00001 > تقوم المؤسسة بتقييم الأداء من خلال توضيح ما تم إنجازه من أهداف مع بيان تكلفة الإنجاز

c. VAR00001 = تقوم المؤسسة بتقييم الأداء من خلال توضيح ما تم إنجازه من أهداف مع بيان تكلفة الإنجاز

d. VAR00001 < تقوم المؤسسة بتحديد المسؤولين عن أداء العمل ومدى مساهمتهم في تنفيذ الأهداف، مما يساعد في تحسين الأداء

e. VAR00001 > تقوم المؤسسة بتحديد المسؤولين عن أداء العمل ومدى مساهمتهم في تنفيذ الأهداف، مما يساعد في تحسين الأداء

f. VAR00001 = تقوم المؤسسة بتحديد المسؤولين عن أداء العمل ومدى مساهمتهم في تنفيذ الأهداف، مما يساعد في تحسين الأداء

g. VAR00001 < تقوم المؤسسة بتقييم النتائج التي تحققها النفقات الصحية العامة

h. VAR00001 > تقوم المؤسسة بتقييم النتائج التي تحققها النفقات الصحية العامة

i. VAR00001 = تقوم المؤسسة بتقييم النتائج التي تحققها النفقات الصحية العامة

j. VAR00001 < تقييم الأداء

k. VAR00001 > تقييم الأداء

l. VAR00001 = تقييم الأداء

Test Statistics[a]

	VAR00001 – تقوم المؤسسة بتقييم الأداء من خلال توضيح ما تم إنجازه من أهداف مع بيان تكلفة الإنجاز	VAR00001 – تقوم المؤسسة بتحديد المسؤولين عن أداء العمل ومدى مساهمتهم في تنفيذ الأهداف، مما يساعد في تحسين الأداء	VAR00001 – تقوم المؤسسة بتقييم النتائج التي تحققها النفقات الصحية العامة	VAR00001 – تقييم الأداء
Z	-2,630	-1,500	-1,460	-2,302
Asymp. Sig. (2-tailed)	,009	,134	,144	,021

a. Sign Test

الملحق رقم (23): جداول خاصة بنتائج اختبار الإشارة لعينة الموظفين الإداريين

الملحق رقم (24): نتائج اختبار الإشارة لمحور سلطة القانون

Frequencies

N		
45	Negative Differences[a,d,g,j]	VAR00001 – جميع الموظفون متساوون في الحقوق والواجبات
65	Positive Differences[b,e,h,k]	
20	Ties[c,f,i,l]	
130	Total	
43	Negative Differences[a,d,g,j]	VAR00001 – تطبق المؤسسة الأحكام والنصوص القانونية بصورة عادلة ودون تمييز بين أفراد المجتمع
59	Positive Differences[b,e,h,k]	
28	Ties[c,f,i,l]	
130	Total	
50	Negative Differences[a,d,g,j]	VAR00001 – القوانين المطبقة في المؤسسة منسجمة مع حقوق الإنسان
51	Positive Differences[b,e,h,k]	
29	Ties[c,f,i,l]	
130	Total	
51	Negative Differences[a,d,g,j]	VAR00001 – سلطة القانون
65	Positive Differences[b,e,h,k]	
14	Ties[c,f,i,l]	
130	Total	

a. VAR00001 < جميع الموظفون متساوون في الحقوق والواجبات

b. VAR00001 > جميع الموظفون متساوون في الحقوق والواجبات

c. VAR00001 = جميع الموظفون متساوون في الحقوق والواجبات

d. VAR00001 < تطبق المؤسسة الأحكام والنصوص القانونية بصورة عادلة ودون تمييز بين أفراد المجتمع

e. VAR00001 > تطبق المؤسسة الأحكام والنصوص القانونية بصورة عادلة ودون تمييز بين أفراد المجتمع

f. VAR00001 = تطبق المؤسسة الأحكام والنصوص القانونية بصورة عادلة ودون تمييز بين أفراد المجتمع

g. VAR00001 < القوانين المطبقة في المؤسسة منسجمة مع حقوق الإنسان
h. VAR00001 > القوانين المطبقة في المؤسسة منسجمة مع حقوق الإنسان
i. VAR00001 = القوانين المطبقة في المؤسسة منسجمة مع حقوق الإنسان
j. VAR00001 < سلطة القانون
k. VAR00001 > سلطة القانون
l. VAR00001 = سلطة القانون

Test Statistics[a]

	VAR00001 - سلطة القانون	VAR00001 - القوانين المطبقة في المؤسسة منسجمة مع حقوق الإنسان	VAR00001 - تطبق المؤسسة الأحكام والنصوص القانونية بصورة عادلة ودون تمييز بين أفراد المجتمع	VAR00001 - جميع الموظفون متساوون في الحقوق والواجبات
Z	-1,207	,000	-1,485	-1,812
Asymp. Sig. (2-tailed)	,227	1,000	,137	,070

a. Sign Test

الملحق رقم (25): نتائج اختبار الإشارة لمحور الأخلاق

Frequencies

		N
VAR00001 - تمتلك المؤسسة مدونة أخلاقيات المهنة	Negative Differences[a,d,g]	76
	Positive Differences[b,e,h]	16
	Ties[c,f,i]	38
	Total	130
VAR00001 - تقوم المؤسسة بإعلام المستخدمين بمحتوى مدونة أخلاقيات المهنة وتكون متاحة لجميع العمال	Negative Differences[a,d,g]	57
	Positive Differences[b,e,h]	47
	Ties[c,f,i]	26
	Total	130
VAR00001 - الاخلاق	Negative Differences[a,d,g]	64
	Positive Differences[b,e,h]	34
	Ties[c,f,i]	32
	Total	130

a. VAR00001 < تمتلك المؤسسة مدونة أخلاقيات المهنة
b. VAR00001 > تمتلك المؤسسة مدونة أخلاقيات المهنة
c. VAR00001 = تمتلك المؤسسة مدونة أخلاقيات المهنة
d. VAR00001 < تقوم المؤسسة بإعلام المستخدمين بمحتوى مدونة أخلاقيات المهنة وتكون متاحة لجميع العمال
e. VAR00001 > تقوم المؤسسة بإعلام المستخدمين بمحتوى مدونة أخلاقيات المهنة وتكون متاحة لجميع العمال
f. VAR00001 = تقوم المؤسسة بإعلام المستخدمين بمحتوى مدونة أخلاقيات المهنة وتكون متاحة لجميع العمال
g. VAR00001 < الاخلاق
h. VAR00001 > الاخلاق
i. VAR00001 = الاخلاق

Test Statistics[a]

	VAR00001 - الاخلاق	VAR00001 - تقوم المؤسسة بإعلام المستخدمين بمحتوى مدونة أخلاقيات المهنة وتكون متاحة لجميع العمال	VAR00001 - تمتلك المؤسسة مدونة أخلاقيات المهنة
Z	-2,929	-,883	-6,151
Asymp. Sig. (2-tailed)	,003	,377	,000

a. Sign Test

الملحق رقم (26): نتائج اختبار الإشارة لمحور المشاركة

Frequencies

		N
VAR00001 - تتيح المؤسسة الفرصة للموظفين للمشاركة في صنع السياسات ووضع القواعد للعمل في مختلف المجالات	Negative Differences[a,d,g,j]	42
	Positive Differences[b,e,h,k]	62
	Ties[c,f,i,l]	26

VAR00001 - تسمح المؤسسة للمواطنين بالتدخل والمساعدة على صنع القرار مما ينعكس إيجابا على القرارات المتخذة	Negative Differences[a,d,g,j]	36
	Positive Differences[b,e,h,k]	61
	Ties[c,f,i,l]	33
	Total	130
VAR00001 - تأخذ المؤسسة برأي المستفيدين من الخدمات الصحية من أجل تحديد أولوياتهم واحتياجاتهم	Negative Differences[a,d,g,j]	45
	Positive Differences[b,e,h,k]	49
	Ties[c,f,i,l]	36
	Total	130
VAR00001 - المشاركة	Negative Differences[a,d,g,j]	40
	Positive Differences[b,e,h,k]	66
	Ties[c,f,i,l]	24
	Total	130

a. VAR00001 < تتيح المؤسسة الفرصة للموظفين للمشاركة في صنع السياسات ووضع القواعد للعمل في مختلف المجالات

b. VAR00001 > تتيح المؤسسة الفرصة للموظفين للمشاركة في صنع السياسات ووضع القواعد للعمل في مختلف المجالات

c. VAR00001 = تتيح المؤسسة الفرصة للموظفين للمشاركة في صنع السياسات ووضع القواعد للعمل في مختلف المجالات

d. VAR00001 < تسمح المؤسسة للمواطنين بالتدخل والمساعدة على صنع القرار مما ينعكس إيجابا على القرارات المتخذة

e. VAR00001 > تسمح المؤسسة للمواطنين بالتدخل والمساعدة على صنع القرار مما ينعكس إيجابا على القرارات المتخذة

f. VAR00001 = تسمح المؤسسة للمواطنين بالتدخل والمساعدة على صنع القرار مما ينعكس إيجابا على القرارات المتخذة

g. VAR00001 < تأخذ المؤسسة برأي المستفيدين من الخدمات الصحية من أجل تحديد أولوياتهم واحتياجاتهم

h. VAR00001 > تأخذ المؤسسة برأي المستفيدين من الخدمات الصحية من أجل تحديد أولوياتهم واحتياجاتهم

i. VAR00001 = تأخذ المؤسسة برأي المستفيدين من الخدمات الصحية من أجل تحديد أولوياتهم واحتياجاتهم

j. VAR00001 < المشاركة

k. VAR00001 > المشاركة

l. VAR00001 = المشاركة

Test Statistics[a]

	VAR00001 - المشاركة	VAR00001 - تأخذ المؤسسة برأي المستفيدين من الخدمات الصحية من أجل تحديد أولوياتهم واحتياجاتهم	VAR00001 - تسمح المؤسسة للمواطنين بالتدخل والمساعدة على صنع القرار مما ينعكس إيجابا على القرارات المتخذة	VAR00001 - تتيح المؤسسة الفرصة للموظفين للمشاركة في صنع السياسات ووضع القواعد للعمل في مختلف المجالات
Z	-2,428	-,309	-2,437	-1,863
Asymp. Sig. (2-tailed)	,015	,757	,015	,062

a. Sign Test

الملحق رقم (27): نتائج اختبار الإشارة لمحور المساءلة

Frequencies

		N
VAR00001 - توفر المؤسسة معلومات عن الإنفاق الصحي العام بشكل يتيسر معه تحليل السياسات وتعزيز المساءلة	Negative Differences[a,d,g,j,m]	53
	Positive Differences[b,e,h,k,n]	39
	Ties[c,f,i,l,o]	38
	Total	130
VAR00001 - تتمّ مساءلة المسؤولين في المؤسسة عن الخلل في استغلال النفقات العامة، ويتحملون المسؤولية عن الأخطاء التي تنتج عن القرارات التي يتخذونها	Negative Differences[a,d,g,j,m]	74
	Positive Differences[b,e,h,k,n]	36
	Ties[c,f,i,l,o]	20
	Total	130
VAR00001 - يمكن للمواطنين مساءلة المؤسسة عن قراراتها المالية وسياساتها	Negative Differences[a,d,g,j,m]	38
	Positive Differences[b,e,h,k,n]	60
	Ties[c,f,i,l,o]	32
	Total	130
VAR00001 - يستطيع أي موظف بالمؤسسة التبليغ عن شبهات الفساد وكشفه دون أن يتم معاقبته	Negative Differences[a,d,g,j,m]	60
	Positive Differences[b,e,h,k,n]	47
	Ties[c,f,i,l,o]	23

130	Total	
66	Negative Differences[a,d,g,j,m]	VAR00001 - المساءلة
55	Positive Differences[b,e,h,k,n]	
9	Ties[c,f,i,l,o]	
130	Total	

a. VAR00001 < توفر المؤسسة معلومات عن الإنفاق الصحي العام بشكل يتيسر معه تحليل السياسات وتعزيز المساءلة

b. VAR00001 > توفر المؤسسة معلومات عن الإنفاق الصحي العام بشكل يتيسر معه تحليل السياسات وتعزيز المساءلة

c. VAR00001 = توفر المؤسسة معلومات عن الإنفاق الصحي العام بشكل يتيسر معه تحليل السياسات وتعزيز المساءلة

d. VAR00001 < تتمّ مساءلة المسؤولين في المؤسسة عن الخلل في استغلال النفقات العامة، ويتحملون المسؤولية عن الأخطاء التي تنتج عن القرارات التي يتخذونها

e. VAR00001 > تتمّ مساءلة المسؤولين في المؤسسة عن الخلل في استغلال النفقات العامة، ويتحملون المسؤولية عن الأخطاء التي تنتج عن القرارات التي يتخذونها

f. VAR00001 = تتمّ مساءلة المسؤولين في المؤسسة عن الخلل في استغلال النفقات العامة، ويتحملون المسؤولية عن الأخطاء التي تنتج عن القرارات التي يتخذونها

g. VAR00001 < يمكن للمواطنين مساءلة المؤسسة عن قراراتها المالية وسياساتها

h. VAR00001 > يمكن للمواطنين مساءلة المؤسسة عن قراراتها المالية وسياساتها

i. VAR00001 = يمكن للمواطنين مساءلة المؤسسة عن قراراتها المالية وسياساتها

j. VAR00001 < يستطيع أي موظف بالمؤسسة التبليغ عن شبهات الفساد وكشفه دون أن يتم معاقبته

k. VAR00001 > يستطيع أي موظف بالمؤسسة التبليغ عن شبهات الفساد وكشفه دون أن يتم معاقبته

l. VAR00001 = يستطيع أي موظف بالمؤسسة التبليغ عن شبهات الفساد وكشفه دون أن يتم معاقبته

m. VAR00001 < المساءلة

n. VAR00001 > المساءلة

o. VAR00001 = المساءلة

Test Statistics[a]

VAR00001 - المساءلة	VAR00001 - يستطيع أي موظف بالمؤسسة التبليغ عن شبهات الفساد وكشفه دون أن يتم معاقبته	VAR00001 - يمكن للمواطنين مساءلة المؤسسة عن قراراتها المالية وسياساتها	VAR00001 - تتمّ مساءلة المسؤولين في المؤسسة عن الخلل في استغلال النفقات العامة، ويتحملون المسؤولية عن الأخطاء التي تنتج عن القرارات التي يتخذونها	VAR00001 - توفر المؤسسة معلومات عن الإنفاق الصحي العام بشكل يتيسر معه تحليل السياسات وتعزيز المساءلة	
-,909	-1,160	-2,121	-3,528	-1,355	Z
,363	,246	,034	,000	,175	Asymp. Sig. (2-tailed)

a. Sign Test

الملحق رقم (28): نتائج اختبار الإشارة لمحور الشفافية

Frequencies

N		
50	Negative Differences[a,d,g,j]	VAR00001 - تقوم المؤسسة بنشر معلومات وبيانات مالية تتميز بالدقة والوضوح والشفافية وفي الوقت المناسب
50	Positive Differences[b,e,h,k]	
30	Ties[c,f,i,l]	
130	Total	
57	Negative Differences[a,d,g,j]	VAR00001 - تقوم المؤسسة بتوضيح كيفية تنفيذ مهامها ومبررات القرارات التي تتخذها
55	Positive Differences[b,e,h,k]	
18	Ties[c,f,i,l]	
130	Total	
49	Negative Differences[a,d,g,j]	VAR00001 - توجد آليات واضحة تتيح للمواطنين التحقق من التزام المؤسسة بمهامها على الوجه المخطط له
56	Positive Differences[b,e,h,k]	
25	Ties[c,f,i,l]	
130	Total	
57	Negative Differences[a,d,g,j]	VAR00001 - الشفافية
57	Positive Differences[b,e,h,k]	
16	Ties[c,f,i,l]	
130	Total	

a. VAR00001 < تقوم المؤسسة بنشر معلومات وبيانات مالية تتميز بالدقة والوضوح والشفافية وفي الوقت المناسب

b. VAR00001 < تقوم المؤسسة بنشر معلومات وبيانات مالية تتميز بالدقة والوضوح والشفافية وفي الوقت المناسب

c. VAR00001 = تقوم المؤسسة بنشر معلومات وبيانات مالية تتميز بالدقة والوضوح والشفافية وفي الوقت المناسب

d. VAR00001 < تقوم المؤسسة بتوضيح كيفية تنفيذ مهامها ومبررات القرارات التي تتخذها

e. VAR00001 > تقوم المؤسسة بتوضيح كيفية تنفيذ مهامها ومبررات القرارات التي تتخذها

f. VAR00001 = تقوم المؤسسة بتوضيح كيفية تنفيذ مهامها ومبررات القرارات التي تتخذها

g. VAR00001 < توجد آليات واضحة تتيح للمواطنين التحقق من التزام المؤسسة بمهامها على الوجه المخطط له

h. VAR00001 > توجد آليات واضحة تتيح للمواطنين التحقق من التزام المؤسسة بمهامها على الوجه المخطط له

i. VAR00001 = توجد آليات واضحة تتيح للمواطنين التحقق من التزام المؤسسة بمهامها على الوجه المخطط له

j. VAR00001 < الشفافية

k. VAR00001 > الشفافية

l. VAR00001 = الشفافية

Test Statistics[a]

	VAR00001 - الشفافية	VAR00001 - توجد آليات واضحة تتيح للمواطنين التحقق من التزام المؤسسة بمهامها على الوجه المخطط له	VAR00001 - تقوم المؤسسة بتوضيح كيفية تنفيذ مهامها ومبررات القرارات التي تتخذها	VAR00001 - تقوم المؤسسة بنشر معلومات وبيانات مالية تتميز بالدقة والوضوح والشفافية وفي الوقت المناسب
Z	,000	-,586	-,094	,000
Asymp. Sig. (2-tailed)	1,000	,558	,925	1,000

a. Sign Test

الملحق رقم (29): نتائج اختبار الإشارة لمحور عمليات إعداد وتنفيذ الميزانية

Frequencies

		N
VAR00001 - تتقيّد عملية إعداد موازنة المؤسسة بجدول زمني ثابت	Negative Differences[a,d,g,j]	87
	Positive Differences[b,e,h,k]	23
	Ties[c,f,i,l]	20
	Total	130
VAR00001 - يتم إعداد الموازنة العامة حسب الأهداف التي تسعى المؤسسة لتحقيقها	Negative Differences[a,d,g,j]	82
	Positive Differences[b,e,h,k]	18
	Ties[c,f,i,l]	30
	Total	130
VAR00001 - توجد إجراءات واضحة لتنفيذ الموازنة ومتابعتها والإبلاغ عن نتائجها	Negative Differences[a,d,g,j]	85
	Positive Differences[b,e,h,k]	23
	Ties[c,f,i,l]	22
	Total	130
VAR00001 - عمليات إعداد وتنفيذ الموازنة	Negative Differences[a,d,g,j]	93
	Positive Differences[b,e,h,k]	21
	Ties[c,f,i,l]	16
	Total	130

a. VAR00001 < تتقيّد عملية إعداد موازنة المؤسسة بجدول زمني ثابت

b. VAR00001 > تتقيّد عملية إعداد موازنة المؤسسة بجدول زمني ثابت

c. VAR00001 = تتقيّد عملية إعداد موازنة المؤسسة بجدول زمني ثابت

d. VAR00001 < يتم إعداد الموازنة العامة حسب الأهداف التي تسعى المؤسسة لتحقيقها

e. VAR00001 > يتم إعداد الموازنة العامة حسب الأهداف التي تسعى المؤسسة لتحقيقها

f. VAR00001 = يتم إعداد الموازنة العامة حسب الأهداف التي تسعى المؤسسة لتحقيقها

g. VAR00001 < توجد إجراءات واضحة لتنفيذ الموازنة ومتابعتها والإبلاغ عن نتائجها

h. VAR00001 > توجد إجراءات واضحة لتنفيذ الموازنة ومتابعتها والإبلاغ عن نتائجها

i. VAR00001 = توجد إجراءات واضحة لتنفيذ الموازنة ومتابعتها والإبلاغ عن نتائجها

j. VAR00001 < عمليات إعداد وتنفيذ الموازنة

k. VAR00001 > عمليات إعداد وتنفيذ الموازنة

l. VAR00001 = عمليات إعداد وتنفيذ الموازنة

Test Statistics[a]

	VAR00001 - عمليات إعداد وتنفيذ الموازنة	VAR00001 - توجد إجراءات واضحة لتنفيذ الموازنة ومتابعتها والإبلاغ عن نتائجها	VAR00001 - يتم إعداد الموازنة العامة حسب الأهداف التي تسعى المؤسسة لتحقيقها	VAR00001 - تتقيّد عملية إعداد موازنة المؤسسة بجدول زمني ثابت

Z	-6,007	-6,300	-5,870	-6,650
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000

a. Sign Test

الملحق رقم (30): نتائج اختبار الإشارة لمحور الرقابة الداخلية

Frequencies

		N
VAR00001 - تعمل الرقابة الداخلية على التقييم الدوري لمدى كفاءة وفعالية الأداء	Negative Differences[a,d,g,j,m]	72
	Positive Differences[b,e,h,k,n]	35
	Ties[c,f,i,l,o]	23
	Total	130
VAR00001 - تتوفر المؤسسة على نظام رقابي داخلي فعال يضمن توافق التنفيذ مع ما سبق التخطيط له	Negative Differences[a,d,g,j,m]	64
	Positive Differences[b,e,h,k,n]	46
	Ties[c,f,i,l,o]	20
	Total	130
VAR00001 - تعمل الرقابة الداخلية على ضمان مستوى كاف من الإفصاح والشفافية، من خلال مراجعة التقارير المالية وقياس الأداء	Negative Differences[a,d,g,j,m]	62
	Positive Differences[b,e,h,k,n]	40
	Ties[c,f,i,l,o]	28
	Total	130
VAR00001 - تقوم الرقابة الداخلية بالتحقق من صحة البيانات لتمكين الموظفين من تقليل الأخطاء	Negative Differences[a,d,g,j,m]	79
	Positive Differences[b,e,h,k,n]	30
	Ties[c,f,i,l,o]	21
	Total	130
VAR00001 - الرقابة الداخلية	Negative Differences[a,d,g,j,m]	74
	Positive Differences[b,e,h,k,n]	43
	Ties[c,f,i,l,o]	13
	Total	130

a. VAR00001 < تعمل الرقابة الداخلية على التقييم الدوري لمدى كفاءة وفعالية الأداء

b. VAR00001 > تعمل الرقابة الداخلية على التقييم الدوري لمدى كفاءة وفعالية الأداء

c. VAR00001 = تعمل الرقابة الداخلية على التقييم الدوري لمدى كفاءة وفعالية الأداء

d. VAR00001 < تتوفر المؤسسة على نظام رقابي داخلي فعال يضمن توافق التنفيذ مع ما سبق التخطيط له

e. VAR00001 > تتوفر المؤسسة على نظام رقابي داخلي فعال يضمن توافق التنفيذ مع ما سبق التخطيط له

f. VAR00001 = تتوفر المؤسسة على نظام رقابي داخلي فعال يضمن توافق التنفيذ مع ما سبق التخطيط له

g. VAR00001 < تعمل الرقابة الداخلية على ضمان مستوى كاف من الإفصاح والشفافية، من خلال مراجعة التقارير المالية وقياس الأداء

h. VAR00001 > تعمل الرقابة الداخلية على ضمان مستوى كاف من الإفصاح والشفافية، من خلال مراجعة التقارير المالية وقياس الأداء

i. VAR00001 = تعمل الرقابة الداخلية على ضمان مستوى كاف من الإفصاح والشفافية، من خلال مراجعة التقارير المالية وقياس الأداء

j. VAR00001 < تقوم الرقابة الداخلية بالتحقق من صحة البيانات لتمكين الموظفين من تقليل الأخطاء

k. VAR00001 > تقوم الرقابة الداخلية بالتحقق من صحة البيانات لتمكين الموظفين من تقليل الأخطاء

l. VAR00001 = تقوم الرقابة الداخلية بالتحقق من صحة البيانات لتمكين الموظفين من تقليل الأخطاء

m. VAR00001 < الرقابة الداخلية

n. VAR00001 > الرقابة الداخلية

o. VAR00001 = الرقابة الداخلية

Test Statistics[a]

	VAR00001 - الرقابة الداخلية	VAR00001 - تقوم الرقابة الداخلية بالتحقق من صحة البيانات لتمكين الموظفين من تقليل الأخطاء	VAR00001 - تعمل الرقابة الداخلية على ضمان مستوى كاف من الإفصاح والشفافية، من خلال مراجعة التقارير المالية وقياس الأداء	VAR00001 - تتوفر المؤسسة على نظام رقابي داخلي فعال يضمن توافق التنفيذ مع ما سبق التخطيط له	VAR00001 - تعمل الرقابة الداخلية على التقييم الدوري لمدى كفاءة وفعالية الأداء
Z	-2,774	-4,598	-2,079	-1,621	-3,480
Asymp. Sig. (2-tailed)	,006	,000	,038	,105	,001

a. Sign Test

الملحق رقم (31): نتائج اختبار الإشارة لمحور الرقابة الخارجية

Frequencies

		N
VAR00001 - توجد رقابة خارجية على الإنفاق الصحي العام	Negative Differences[a,d,g,j]	77
	Positive Differences[b,e,h,k]	21
	Ties[c,f,i,l]	32
	Total	130
VAR00001 - تقوم المؤسسة بتقديم الوثائق والمستندات الخاصة بالنفقات العامة للأطراف المعنية بالرقابة الخارجية لمراقبة أوجه الصرف	Negative Differences[a,d,g,j]	83
	Positive Differences[b,e,h,k]	19
	Ties[c,f,i,l]	28
	Total	130
VAR00001 - تقوم هيئات الرقابة الخارجية بتأكيد الوثائق والمستندات من أجل زيادة الإفصاح والشفافية	Negative Differences[a,d,g,j]	73
	Positive Differences[b,e,h,k]	23
	Ties[c,f,i,l]	34
	Total	130
VAR00001 - الرقابة الخارجية	Negative Differences[a,d,g,j]	82
	Positive Differences[b,e,h,k]	25
	Ties[c,f,i,l]	23
	Total	130

a. VAR00001 < توجد رقابة خارجية على الإنفاق الصحي العام

b. VAR00001 > توجد رقابة خارجية على الإنفاق الصحي العام

c. VAR00001 = توجد رقابة خارجية على الإنفاق الصحي العام

d. VAR00001 < تقوم المؤسسة بتقديم الوثائق والمستندات الخاصة بالنفقات العامة للأطراف المعنية بالرقابة الخارجية لمراقبة أوجه الصرف

e. VAR00001 > تقوم المؤسسة بتقديم الوثائق والمستندات الخاصة بالنفقات العامة للأطراف المعنية بالرقابة الخارجية لمراقبة أوجه الصرف

f. VAR00001 = تقوم المؤسسة بتقديم الوثائق والمستندات الخاصة بالنفقات العامة للأطراف المعنية بالرقابة الخارجية لمراقبة أوجه الصرف

g. VAR00001 < تقوم هيئات الرقابة الخارجية بتأكيد الوثائق والمستندات من أجل زيادة الإفصاح والشفافية

h. VAR00001 > تقوم هيئات الرقابة الخارجية بتأكيد الوثائق والمستندات من أجل زيادة الإفصاح والشفافية

i. VAR00001 = تقوم هيئات الرقابة الخارجية بتأكيد الوثائق والمستندات من أجل زيادة الإفصاح والشفافية

j. VAR00001 < الرقابة الخارجية

k. VAR00001 > الرقابة الخارجية

l. VAR00001 = الرقابة الخارجية

Test Statistics[a]

	VAR00001 - الرقابة الخارجية	VAR00001 - تقوم هيئات الرقابة الخارجية بتأكيد الوثائق والمستندات من أجل زيادة الإفصاح والشفافية	VAR00001 - تقوم المؤسسة بتقديم الوثائق والمستندات الخاصة بالنفقات العامة للأطراف المعنية بالرقابة الخارجية لمراقبة أوجه الصرف	VAR00001 - توجد رقابة خارجية على الإنفاق الصحي العام
Z	-5,414	-5,001	-6,238	-5,556
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000

a. Sign Test

الملحق رقم (32): نتائج اختبار الإشارة لمحور نظم المعلومات المحاسبية

Frequencies

		N
VAR00001 - توجد بالمؤسسة جهة مسؤولة عن توفير المعلومات المتعلقة بالجانب المالي والمادي لكل مصلحة بالمؤسسة	Negative Differences[a,d,g,j]	88
	Positive Differences[b,e,h,k]	21
	Ties[c,f,i,l]	21
	Total	130
VAR00001 - تساعد نظم المعلومات المحاسبية في المؤسسة على تقييم إدارة المؤسسة	Negative Differences[a,d,g,j]	79
	Positive Differences[b,e,h,k]	22
	Ties[c,f,i,l]	29
	Total	130

83	Negative Differences[a,d,g,j]	VAR00001 – تساعد نظم المعلومات المحاسبية في المؤسسة على عملية اتخاذ القرار
27	Positive Differences[b,e,h,k]	
20	Ties[c,f,i,l]	
130	Total	
89	Negative Differences[a,d,g,j]	VAR00001 – نظم المعلومات المحاسبية
25	Positive Differences[b,e,h,k]	
16	Ties[c,f,i,l]	
130	Total	

a. VAR00001 < توجد بالمؤسسة جهة مسؤولة عن توفير المعلومات المتعلقة بالجانب المالي والمادي لكل مصلحة بالمؤسسة

b. VAR00001 > توجد بالمؤسسة جهة مسؤولة عن توفير المعلومات المتعلقة بالجانب المالي والمادي لكل مصلحة بالمؤسسة

c. VAR00001 = توجد بالمؤسسة جهة مسؤولة عن توفير المعلومات المتعلقة بالجانب المالي والمادي لكل مصلحة بالمؤسسة

d. VAR00001 < تساعد نظم المعلومات المحاسبية في المؤسسة على تقييم إدارة المؤسسة

e. VAR00001 > تساعد نظم المعلومات المحاسبية في المؤسسة على تقييم إدارة المؤسسة

f. VAR00001 = تساعد نظم المعلومات المحاسبية في المؤسسة على تقييم إدارة المؤسسة

g. VAR00001 < تساعد نظم المعلومات المحاسبية في المؤسسة على عملية اتخاذ القرار

h. VAR00001 > تساعد نظم المعلومات المحاسبية في المؤسسة على عملية اتخاذ القرار

i. VAR00001 = تساعد نظم المعلومات المحاسبية في المؤسسة على عملية اتخاذ القرار

j. VAR00001 < نظم المعلومات المحاسبية

k. VAR00001 > نظم المعلومات المحاسبية

l. VAR00001 = نظم المعلومات المحاسبية

Test Statistics[a]

	VAR00001 – نظم المعلومات المحاسبية	VAR00001 – تساعد نظم المعلومات المحاسبية في المؤسسة على عملية اتخاذ القرار	VAR00001 – تساعد نظم المعلومات المحاسبية في المؤسسة على تقييم إدارة المؤسسة	VAR00001 – توجد بالمؤسسة جهة مسؤولة عن توفير المعلومات المتعلقة بالجانب المالي والمادي لكل مصلحة بالمؤسسة
Z	-5,900	-5,244	-5,572	-6,322
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000

a. Sign Test

الملحق رقم (33): نتائج اختبار الإشارة لمحور تقييم الأداء

Frequencies

N		
72	Negative Differences[a,d,g,j]	VAR00001 – تقوم المؤسسة بتقييم الأداء من خلال توضيح ما تم إنجازه من أهداف مع بيان تكلفة الإنجاز
21	Positive Differences[b,e,h,k]	
37	Ties[c,f,i,l]	
130	Total	
71	Negative Differences[a,d,g,j]	VAR00001 – تقوم المؤسسة بتحديد المسؤولين عن أداء العمل ومدى مساهمتهم في تنفيذ الأهداف، مما يساعد في تحسين الأداء
31	Positive Differences[b,e,h,k]	
28	Ties[c,f,i,l]	
130	Total	
76	Negative Differences[a,d,g,j]	VAR00001 – تقوم المؤسسة بتقييم النتائج التي تحققها النفقات الصحية العامة
22	Positive Differences[b,e,h,k]	
32	Ties[c,f,i,l]	
130	Total	
78	Negative Differences[a,d,g,j]	VAR00001 – تقييم الأداء
30	Positive Differences[b,e,h,k]	
22	Ties[c,f,i,l]	
130	Total	

a. VAR00001 < تقوم المؤسسة بتقييم الأداء من خلال توضيح ما تم إنجازه من أهداف مع بيان تكلفة الإنجاز

b. VAR00001 > تقوم المؤسسة بتقييم الأداء من خلال توضيح ما تم إنجازه من أهداف مع بيان تكلفة الإنجاز

c. VAR00001 = تقوم المؤسسة بتقييم الأداء من خلال توضيح ما تم إنجازه من أهداف مع بيان تكلفة الإنجاز

d. VAR00001 < تقوم المؤسسة بتحديد المسؤولين عن أداء العمل ومدى مساهمتهم في تنفيذ الأهداف، مما يساعد في تحسين الأداء

e. VAR00001 > تقوم المؤسسة بتحديد المسؤولين عن أداء العمل ومدى مساهمتهم في تنفيذ الأهداف، مما يساعد في تحسين الأداء

f. VAR00001 = تقوم المؤسسة بتحديد المسؤولين عن أداء العمل ومدى مساهمتهم في تنفيذ الأهداف، مما يساعد في تحسين الأداء

g. VAR00001 < تقوم المؤسسة بتقييم النتائج التي تحققها النفقات الصحية العامة
h. VAR00001 > تقوم المؤسسة بتقييم النتائج التي تحققها النفقات الصحية العامة
i. VAR00001 = تقوم المؤسسة بتقييم النتائج التي تحققها النفقات الصحية العامة
j. VAR00001 < تقييم الأداء
k. VAR00001 > تقييم الأداء
l. VAR00001 = تقييم الأداء

Test Statistics[a]

	VAR00001 - تقييم الأداء	VAR00001 - تقوم المؤسسة بتقييم النتائج التي تحققها النفقات الصحية العامة	VAR00001 - تقوم المؤسسة بتحديد المسؤولين عن أداء العمل ومدى مساهمتهم في تنفيذ الأهداف، مما يساعد في تحسين الأداء	VAR00001 - تقوم المؤسسة بتقييم الأداء من خلال توضيح ما تم إنجازه من أهداف مع بيان تكلفة الإنجاز
Z	-4,523	-5,354	-3,862	-5,185
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000

a. Sign Test

اختبار الفرضية الرئيسية الثالثة بالنسبة لعينة أعضاء مجلس الإدارة، المدراء، المدراء الفرعيين ورؤساء المكاتب

ملحق رقم (34): اختبار مان ويتني

Ranks

	الجنس	N	Mean Rank	Sum of Ranks
مجلس الإدارة	ذكر	41	26,39	1082,00
	أنثى	10	24,40	244,00
	Total	51		
الرؤية الاستراتيجية	ذكر	41	25,21	1033,50
	أنثى	10	29,25	292,50
	Total	51		
سلطة القانون	ذكر	41	27,20	1115,00
	أنثى	10	21,10	211,00
	Total	51		
الأخلاق	ذكر	41	27,20	1115,00
	أنثى	10	21,10	211,00
	Total	51		
المشاركة	ذكر	41	26,63	1092,00
	أنثى	10	23,40	234,00
	Total	51		
المساءلة	ذكر	41	26,87	1101,50
	أنثى	10	22,45	224,50
	Total	51		
الشفافية	ذكر	41	27,78	1139,00
	أنثى	10	18,70	187,00
	Total	51		

Test Statistics[a]

	مجلس الإدارة	الرؤية الاستراتيجية	سلطة القانون	الأخلاق	المشاركة	المساءلة	الشفافية
Mann-Whitney U	189,000	172,500	156,000	156,000	179,000	169,500	132,000

Wilcoxon W	244,000	1033,500	211,000	211,000	234,000	224,500	187,000
Z	-,386	-,782	-1,188	-1,188	-,627	-,848	-1,751
Asymp. Sig. (2-tailed)	,700	,434	,235	,235	,531	,397	,080

a. Grouping Variable: الجنس

ملحق رقم (35): نتائج اختبار كروسكال والاس لمعرفة دلالة الفروق تبعا لمتغير العمر

Ranks

	الفئة العمرية	N	Mean Rank
مجلس الإدارة	من18 سنة إلى أقل من 30 سنة	3	38,67
	من 30 سنة إلى أقل من 40 سنة	31	27,16
	من 40 سنة إلى أقل من 50 سنة	9	20,44
	من 50 سنة فما فوق	8	23,00
	Total	51	
الرؤية الاستراتيجية	من18 سنة إلى أقل من 30 سنة	3	32,33
	من 30 سنة إلى أقل من 40 سنة	31	26,47
	من 40 سنة إلى أقل من 50 سنة	9	23,11
	من 50 سنة فما فوق	8	25,06
	Total	51	
سلطة القانون	من18 سنة إلى أقل من 30 سنة	3	22,67
	من 30 سنة إلى أقل من 40 سنة	31	28,13
	من 40 سنة إلى أقل من 50 سنة	9	20,00
	من 50 سنة فما فوق	8	25,75
	Total	51	
الأخلاق	من18 سنة إلى أقل من 30 سنة	3	22,67
	من 30 سنة إلى أقل من 40 سنة	31	28,13
	من 40 سنة إلى أقل من 50 سنة	9	20,00
	من 50 سنة فما فوق	8	25,75
	Total	51	
المشاركة	من18 سنة إلى أقل من 30 سنة	3	34,50
	من 30 سنة إلى أقل من 40 سنة	31	27,00
	من 40 سنة إلى أقل من 50 سنة	9	20,28
	من 50 سنة فما فوق	8	25,38
	Total	51	
المساءلة	من18 سنة إلى أقل من 30 سنة	3	37,00
	من 30 سنة إلى أقل من 40 سنة	31	26,48
	من 40 سنة إلى أقل من 50 سنة	9	22,78
	من 50 سنة فما فوق	8	23,63
	Total	51	
الشفافية	من18 سنة إلى أقل من 30 سنة	3	31,17
	من 30 سنة إلى أقل من 40 سنة	31	26,39

من 40 سنة إلى أقل من 50 سنة	9	24,56	
من 50 سنة فما فوق	8	24,19	
Total	51		

Test Statistics[a,b]

	مجلس الإدارة	الرؤية الاستراتيجية	سلطة القانون	الأخلاق	المشاركة	المساءلة	الشفافية
Kruskal-Wallis H	4,078	,974	2,356	2,356	2,550	2,333	,601
Df	3	3	3	3	3	3	3
Asymp. Sig.	,253	,808	,502	,502	,466	,506	,896

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: الفئة العمرية

ملحق رقم (36): نتائج اختبار كروسكال والاس لمعرفة دلالة الفروق تبعا لمتغير المستوى العلمي

Ranks

	المستوى العلمي	N	Mean Rank
مجلس الإدارة	ثانوي	6	17,50
	جامعي	27	25,57
	دراسات عليا	18	29,47
	Total	51	
الرؤية الاستراتيجية	ثانوي	6	23,00
	جامعي	27	25,59
	دراسات عليا	18	27,61
	Total	51	
سلطة القانون	ثانوي	6	23,25
	جامعي	27	25,52
	دراسات عليا	18	27,64
	Total	51	
الأخلاق	ثانوي	6	23,25
	جامعي	27	25,52
	دراسات عليا	18	27,64
	Total	51	
المشاركة	ثانوي	6	24,83
	جامعي	27	22,91
	دراسات عليا	18	31,03
	Total	51	
المساءلة	ثانوي	6	26,33
	جامعي	27	23,65
	دراسات عليا	18	29,42
	Total	51	
الشفافية	ثانوي	6	20,75
	جامعي	27	27,74
	دراسات عليا	18	25,14

	Total	51	
gouvernanc	ثانوي	6	21,00
	جامعي	27	25,04
	دراسات عليا	18	29,11
	Total	51	

Test Statistics[a,b]

	مجلس الإدارة	الرؤية الاستراتيجية	سلطة القانون	الأخلاق	المشاركة	المساءلة	الشفافية	Gouvernanc
Kruskal-Wallis H	3,062	,490	,473	,473	3,373	1,651	1,205	1,581
df	2	2	2	2	2	2	2	2
Asymp. Sig.	,216	,783	,789	,789	,185	,438	,547	,454

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: المستوى العلمي

Test Statistics[a]

	مجلس الإدارة	الرؤية الاستراتيجية	سلطة القانون	الأخلاق	المشاركة	المساءلة	الشفافية	Gouvernanc
N	51	51	51	51	51	51	51	51
Median	4,0000	3,3333	3,5000	3,5000	3,00	3,00	3,00	3,23
Chi-Square	,788[b]	1,337[c]	,081[d]	,081[d]	4,320[e]	,922[f]	,644[g]	,907[h]
df	2	2	2	2	2	2	2	2
Asymp. Sig.	,674	,512	,960	,960	,115	,631	,725	,636

a. Grouping Variable: المستوى العلمي

b. 3 cells (50,0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 1,6.

c. 2 cells (33,3%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 2,7.

d. 2 cells (33,3%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 1,9.

e. 2 cells (33,3%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 2,8.

f. 2 cells (33,3%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 2,5.

g. 2 cells (33,3%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 2,6.

h. 2 cells (33,3%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 2,9.

ملحق رقم (37): نتائج اختبار كروسكال والاس لمعرفة دلالة الفروق تبعا لمتغير المنصب العالي

Ranks

	المنصب العالي	N	Mean Rank
مجلس الإدارة	مدير مؤسسة	4	30,63
	مدير فرعي	13	25,92
	رئيس مكتب	34	25,49
	Total	51	
الرؤية الاستراتيجية	مدير مؤسسة	4	30,25
	مدير فرعي	13	29,15
	رئيس مكتب	34	24,29
	Total	51	
سلطة القانون	مدير مؤسسة	4	37,38

	مدير فرعي	13	29,96
	رئيس مكتب	34	23,15
	Total	51	
الأخلاق	مدير مؤسسة	4	37,38
	مدير فرعي	13	29,96
	رئيس مكتب	34	23,15
	Total	51	
المشاركة	مدير مؤسسة	4	37,38
	مدير فرعي	13	27,58
	رئيس مكتب	34	24,06
	Total	51	
المساءلة	مدير مؤسسة	4	41,00
	مدير فرعي	13	25,58
	رئيس مكتب	34	24,40
	Total	51	
الشفافية	مدير مؤسسة	4	35,75
	مدير فرعي	13	29,85
	رئيس مكتب	34	23,38
	Total	51	
gouvernanc	مدير مؤسسة	4	38,25
	مدير فرعي	13	29,54
	رئيس مكتب	34	23,21
	Total	51	

Test Statistics[a,b]

	مجلس الإدارة	الرؤية الاستراتيجية	سلطة القانون	الأخلاق	المشاركة	المساءلة	الشفافية	gouvernanc
Kruskal-Wallis H	,442	1,398	4,720	4,720	3,170	4,537	3,727	4,656
Df	2	2	2	2	2	2	2	2
Asymp. Sig.	,802	,497	,094	,094	,205	,103	,155	,097

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: المنصب العالي

ملحق رقم (38): نتائج اختبار كروسكال والاس لمعرفة دلالة الفروق تبعا لمتغير الخبرة المهنية

Ranks

	الخبرة المهنية	N	Mean Rank
مجلس الإدارة	أقل من 05 سنوات	10	28,95
	من 05 سنوات إلى أقل من 10 سنوات	21	27,98
	من 10 سنوات إلى 20 سنة	7	28,14
	أكثر من 20 سنة	13	19,38
	Total	51	
الرؤية الاستراتيجية	أقل من 05 سنوات	10	19,80
	من 05 سنوات إلى أقل من 10 سنوات	21	30,60
	من 10 سنوات إلى 20 سنة	7	32,50
	أكثر من 20 سنة	13	19,85
	Total	51	
سلطة القانون	أقل من 05 سنوات	10	22,45
	من 05 سنوات إلى أقل من 10 سنوات	21	31,57
	من 10 سنوات إلى 20 سنة	7	19,57
	أكثر من 20 سنة	13	23,19
	Total	51	
الأخلاق	أقل من 05 سنوات	10	22,45
	من 05 سنوات إلى أقل من 10 سنوات	21	31,57
	من 10 سنوات إلى 20 سنة	7	19,57
	أكثر من 20 سنة	13	23,19
	Total	51	
المشاركة	أقل من 05 سنوات	10	23,50
	من 05 سنوات إلى أقل من 10 سنوات	21	31,52
	من 10 سنوات إلى 20 سنة	7	21,64
	أكثر من 20 سنة	13	21,35
	Total	51	
المساءلة	أقل من 05 سنوات	10	26,85
	من 05 سنوات إلى أقل من 10 سنوات	21	27,57
	من 10 سنوات إلى 20 سنة	7	32,93
	أكثر من 20 سنة	13	19,08
	Total	51	
الشفافية	أقل من 05 سنوات	10	22,05
	من 05 سنوات إلى أقل من 10 سنوات	21	27,95
	من 10 سنوات إلى 20 سنة	7	34,36
	أكثر من 20 سنة	13	21,38
	Total	51	

Test Statistics[a,b]

	مجلس الإدارة	الرؤية الاستراتيجية	سلطة القانون	الأخلاق	المشاركة	المساءلة	الشفافية
Kruskal-Wallis H	3,598	7,519	5,530	5,530	5,225	4,668	4,636
df	3	3	3	3	3	3	3
Asymp. Sig.	,308	,057	,137	,137	,156	,198	,201

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: الخبرة المهنية

ملحق رقم (39): نتائج اختبار مان ويتني

Test Statistics[a,b]

	مجلس الإدارة	الرؤية الاستراتيجية	سلطة القانون	الأخلاق	المشاركة	المساءلة	الشفافية
Kruskal-Wallis H	3,598	7,519	5,530	5,530	5,225	4,668	4,636
df	3	3	3	3	3	3	3
Asymp. Sig.	,308	,057	,137	,137	,156	,198	,201

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: الخبرة المهنية

ملحق رقم (40): نتائج اختبار مان ويتني

Ranks

	الجنس	N	Mean Rank	Sum of Ranks
عمليات إعداد وتنفيذ الموازنة	ذكر	41	26,10	1070,00
	أنثى	10	25,60	256,00
	Total	51		
الرقابة الداخلية	ذكر	41	27,13	1112,50
	أنثى	10	21,35	213,50
	Total	51		
الرقابة الخارجية	ذكر	41	26,84	1100,50
	أنثى	10	22,55	225,50
	Total	51		
نظم المعلومات المحاسبية	ذكر	41	26,18	1073,50
	أنثى	10	25,25	252,50
	Total	51		
تقييم الأداء	ذكر	41	26,40	1082,50
	أنثى	10	24,35	243,50
	Total	51		

Gouvernanc	ذكر	41	27,00	1107,00
	أنثى	10	21,90	219,00
	Total	51		
Depense	ذكر	41	26,74	1096,50
	أنثى	10	22,95	229,50
	Total	51		

Test Statistics[a]

	عمليات إعداد وتنفيذ الموازنة	الرقابة الداخلية	الرقابة الخارجية	نظم المعلومات المحاسبية	تقييم الأداء	gouvernanc	Depense
Mann-Whitney U	201,000	158,500	170,500	197,500	188,500	164,000	174,500
Wilcoxon W	256,000	213,500	225,500	252,500	243,500	219,000	229,500
Z	-,097	-1,122	-,849	-,182	-,397	-,973	-,724
Asymp. Sig. (2-tailed)	,923	,262	,396	,856	,691	,331	,469

a. Grouping Variable: الجنس

ملحق رقم (41): نتائج اختبار كروسكال والاس لمعرفة دلالة الفروق تبعا لمتغير العمر

Ranks

	الفئة العمرية	N	Mean Rank
عمليات إعداد وتنفيذ الموازنة	من18 سنة إلى أقل من 30 سنة	3	30,33
	من 30 سنة إلى أقل من 40 سنة	31	27,02
	من 40 سنة إلى أقل من 50 سنة	9	20,33
	من 50 سنة فما فوق	8	26,81
	Total	51	
الرقابة الداخلية	من18 سنة إلى أقل من 30 سنة	3	32,67
	من 30 سنة إلى أقل من 40 سنة	31	28,45
	من 40 سنة إلى أقل من 50 سنة	9	19,44
	من 50 سنة فما فوق	8	21,38
	Total	51	
الرقابة الخارجية	من18 سنة إلى أقل من 30 سنة	3	31,50
	من 30 سنة إلى أقل من 40 سنة	31	26,06
	من 40 سنة إلى أقل من 50 سنة	9	26,78
	من 50 سنة فما فوق	8	22,81
	Total	51	
نظم المعلومات المحاسبية	من18 سنة إلى أقل من 30 سنة	3	42,33
	من 30 سنة إلى أقل من 40 سنة	31	25,52
	من 40 سنة إلى أقل من 50 سنة	9	26,11
	من 50 سنة فما فوق	8	21,63
	Total	51	

تقييم الأداء	من18 سنة إلى أقل من 30 سنة	3	31,67
	من 30 سنة إلى أقل من 40 سنة	31	26,79
	من 40 سنة إلى أقل من 50 سنة	9	21,11
	من 50 سنة فما فوق	8	26,31
	Total	51	
Gouvernanc	من18 سنة إلى أقل من 30 سنة	3	30,33
	من 30 سنة إلى أقل من 40 سنة	31	27,84
	من 40 سنة إلى أقل من 50 سنة	9	19,89
	من 50 سنة فما فوق	8	24,13
	Total	51	
Depense	من18 سنة إلى أقل من 30 سنة	3	35,50
	من 30 سنة إلى أقل من 40 سنة	31	26,92
	من 40 سنة إلى أقل من 50 سنة	9	22,33
	من 50 سنة فما فوق	8	23,00
	Total	51	

Test Statistics[a,b]

	عمليات إعداد وتنفيذ الموازنة	الرقابة الداخلية	الرقابة الخارجية	نظم المعلومات المحاسبية	تقييم الأداء	Gouvernanc	Depense
Kruskal-Wallis H	1,804	4,109	,865	4,544	1,544	2,378	2,220
Df	3	3	3	3	3	3	3
Asymp. Sig.	,614	,250	,834	,208	,672	,498	,528

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: الفئة العمرية

ملحق رقم (42): نتائج اختبار كروسكال والاس لمعرفة دلالة الفروق تبعا لمتغير المستوى العلمي

Ranks

	المستوى العلمي	N	Mean Rank
عمليات إعداد وتنفيذ الموازنة	ثانوي	6	27,33
	جامعي	27	24,41
	دراسات عليا	18	27,94
	Total	51	
الرقابة الداخلية	ثانوي	6	22,67
	جامعي	27	25,11
	دراسات عليا	18	28,44
	Total	51	
الرقابة الخارجية	ثانوي	6	28,17
	جامعي	27	24,26
	دراسات عليا	18	27,89
	Total	51	

نظم المعلومات المحاسبية	ثانوي	6	23,50
	جامعي	27	24,09
	دراسات عليا	18	29,69
	Total	51	
تقييم الأداء	ثانوي	6	21,08
	جامعي	27	25,93
	دراسات عليا	18	27,75
	Total	51	
depense	ثانوي	6	24,08
	جامعي	27	24,35
	دراسات عليا	18	29,11
	Total	51	

Test Statistics[a,b]

	Depense	تقييم الأداء	نظم المعلومات المحاسبية	الرقابة الخارجية	الرقابة الداخلية	عمليات إعداد وتنفيذ الموازنة
Kruskal-Wallis H	1,222	,932	1,804	,849	,916	,694
df	2	2	2	2	2	2
Asymp. Sig.	,543	,627	,406	,654	,633	,707

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: المستوى العلمي

ملحق رقم (42): نتائج اختبار كروسكال والاس لمعرفة دلالة الفروق تبعا لمتغير المنصب العالي

Ranks

	المنصب العالي	N	Mean Rank
عمليات إعداد وتنفيذ الموازنة	مدير مؤسسة	4	35,38
	مدير فرعي	13	25,65
	رئيس مكتب	34	25,03
	Total	51	
الرقابة الداخلية	مدير مؤسسة	4	31,13
	مدير فرعي	13	27,58
	رئيس مكتب	34	24,79
	Total	51	
الرقابة الخارجية	مدير مؤسسة	4	27,88
	مدير فرعي	13	23,81
	رئيس مكتب	34	26,62
	Total	51	
نظم المعلومات المحاسبية	مدير مؤسسة	4	25,13
	مدير فرعي	13	25,88
	رئيس مكتب	34	26,15

		51	Total
30,50	4	مدير مؤسسة	تقييم الأداء
25,35	13	مدير فرعي	
25,72	34	رئيس مكتب	
	51	Total	
31,50	4	مدير مؤسسة	depense
26,65	13	مدير فرعي	
25,10	34	رئيس مكتب	
	51	Total	

Test Statistics[a,b]

Depense	تقييم الأداء	نظم المعلومات المحاسبية	الرقابة الخارجية	الرقابة الداخلية	عمليات إعداد وتنفيذ الموازنة	
,697	,415	,019	,436	,875	1,816	Kruskal-Wallis H
2	2	2	2	2	2	df
,706	,812	,991	,804	,646	,403	Asymp. Sig.

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: المنصب العالي

Test Statistics[a]

depense	تقييم الأداء	نظم المعلومات المحاسبية	الرقابة الخارجية	الرقابة الداخلية	عمليات إعداد وتنفيذ الموازنة	
51	51	51	51	51	51	N
3,78	3,33	4,00	4,00	3,00	4,00	Median
1,528[e]	3,410[f]	1,195[e]	2,637[d]	2,733[c]	2,961[b]	Chi-Square
2	2	2	2	2	2	df
,466	,182	,550	,268	,255	,227	Asymp. Sig.

a. Grouping Variable: المنصب العالي

b. 3 cells (50,0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is ,8.

c. 2 cells (33,3%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 2,0.

d. 2 cells (33,3%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 1,6.

e. 3 cells (50,0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is ,9.

f. 2 cells (33,3%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 1,9.

ملحق رقم (43): نتائج اختبار كروسكال والاس لمعرفة دلالة الفروق تبعا لمتغير الخبرة المهنية

Ranks

Mean Rank	N	الخبرة المهنية	
24,05	10	أقل من 05 سنوات	عمليات إعداد وتنفيذ الموازنة
28,86	21	من 05 سنوات إلى أقل من 10 سنوات	
23,86	7	من 10 سنوات إلى 20 سنة	
24,04	13	أكثر من 20 سنة	
	51	Total	
24,90	10	أقل من 05 سنوات	الرقابة الداخلية

	من 05 سنوات إلى أقل من 10 سنوات	21	30,83
	من 10 سنوات إلى 20 سنة	7	28,43
	أكثر من 20 سنة	13	17,73
	Total	51	
الرقابة الخارجية	أقل من 05 سنوات	10	32,05
	من 05 سنوات إلى أقل من 10 سنوات	21	26,26
	من 10 سنوات إلى 20 سنة	7	27,29
	أكثر من 20 سنة	13	20,23
	Total	51	
نظم المعلومات المحاسبية	أقل من 05 سنوات	10	26,80
	من 05 سنوات إلى أقل من 10 سنوات	21	27,02
	من 10 سنوات إلى 20 سنة	7	32,93
	أكثر من 20 سنة	13	20,00
	Total	51	
تقييم الأداء	أقل من 05 سنوات	10	23,10
	من 05 سنوات إلى أقل من 10 سنوات	21	29,52
	من 10 سنوات إلى 20 سنة	7	30,64
	أكثر من 20 سنة	13	20,04
	Total	51	
Depense	أقل من 05 سنوات	10	26,05
	من 05 سنوات إلى أقل من 10 سنوات	21	29,07
	من 10 سنوات إلى 20 سنة	7	29,64
	أكثر من 20 سنة	13	19,04
	Total	51	

Test Statistics[a,b]

	Depense	تقييم الأداء	نظم المعلومات المحاسبية	الرقابة الخارجية	الرقابة الداخلية	عمليات إعداد وتنفيذ الموازنة
Kruskal-Wallis H	4,173	4,458	3,936	3,955	6,710	1,375
df	3	3	3	3	3	3
Asymp. Sig.	,243	,216	,268	,266	,082	,711

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: الخبرة المهنية

اختبار الفرضية الرئيسية الثالثة بالنسبة لعينة الموظفين الإداريين

الملحق رقم (44): اختبار مان ويتني

Ranks

	الجنس	N	Mean Rank	Sum of Ranks
سلطة القانون	ذكر	50	71,95	3597,50
	أنثى	80	61,47	4917,50
	Total	130		
الاخلاق	ذكر	50	67,73	3386,50

	أنثى	80	64,11	5128,50
	Total	130		
المشاركة	ذكر	50	67,01	3350,50
	أنثى	80	64,56	5164,50
	Total	130		
المساءلة	ذكر	50	66,09	3304,50
	أنثى	80	65,13	5210,50
	Total	130		
الشفافية	ذكر	50	70,15	3507,50
	أنثى	80	62,59	5007,50
	Total	130		

Test Statistics[a]

	سلطة القانون	الاخلاق	المشاركة	المساءلة	الشفافية
Mann-Whitney U	1677,500	1888,500	1924,500	1970,500	1767,500
Wilcoxon W	4917,500	5128,500	5164,500	5210,500	5007,500
Z	-1,554	-,550	-,364	-,142	-1,119
Asymp. Sig. (2-tailed)	,120	,582	,716	,887	,263

a. Grouping Variable: الجنس

ملحق رقم (45): نتائج اختبار كروسكال والاس لمعرفة دلالة الفروق تبعا لمتغير العمر

	الفئة العمرية	N	Mean Rank
سلطة القانون	من18 سنة إلى أقل من 30 سنة	12	60,54
	من 30 سنة إلى أقل من 40 سنة	64	65,92
	من 40 سنة إلى أقل من 50 سنة	48	63,54
	من 50 سنة فما فوق	6	86,58
	Total	130	
الاخلاق	من18 سنة إلى أقل من 30 سنة	12	70,13
	من 30 سنة إلى أقل من 40 سنة	64	63,41
	من 40 سنة إلى أقل من 50 سنة	48	64,46
	من 50 سنة فما فوق	6	86,83
	Total	130	
المشاركة	من18 سنة إلى أقل من 30 سنة	12	56,83
	من 30 سنة إلى أقل من 40 سنة	64	64,98
	من 40 سنة إلى أقل من 50 سنة	48	64,25
	من 50 سنة فما فوق	6	98,42
	Total	130	
المساءلة	من18 سنة إلى أقل من 30 سنة	12	53,79
	من 30 سنة إلى أقل من 40 سنة	64	68,28

	من 40 سنة إلى أقل من 50 سنة	48	61,41
	من 50 سنة فما فوق	6	92,00
	Total	130	
الشفافية	من18 سنة إلى أقل من 30 سنة	12	46,21
	من 30 سنة إلى أقل من 40 سنة	64	70,97
	من 40 سنة إلى أقل من 50 سنة	48	61,43
	من 50 سنة فما فوق	6	78,33
	Total	130	

Test Statistics[a,b]

	سلطة القانون	الاخلاق	المشاركة	المساءلة	الشفافية
Kruskal-Wallis H	2,255	2,483	5,373	5,082	5,824
df	3	3	3	3	3
Asymp. Sig.	,521	,478	,146	,166	,120

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: الفئة العمرية

Test Statistics[a]

	سلطة القانون	الاخلاق	المشاركة	المساءلة	الشفافية
N	130	130	130	130	130
Median	2,8333	3,0000	2,6667	3,2500	3,0000
Chi-Square	2,333[b]	1,282[c]	4,366[c]	1,847[d]	4,177[e]
df	3	3	3	3	3
Asymp. Sig.	,506	,733	,225	,605	,243

a. Grouping Variable: الفئة العمرية

b. 2 cells (25,0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 3,0.

c. 2 cells (25,0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 3,0.

d. 2 cells (25,0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 2,7.

ملحق رقم (46): نتائج اختبار كروسكال والاس لمعرفة دلالة الفروق تبعا لمتغير المستوى العلمي

Ranks

	المستوى العلمي	N	Mean Rank
سلطة القانون	أقل من المستوى الثانوي	10	82,70
	مستوى ثانوي	45	59,11
	جامعي	71	66,46
	دراسات عليا	4	77,25
	Total	130	
الاخلاق	أقل من المستوى الثانوي	10	84,80
	مستوى ثانوي	45	63,37
	جامعي	71	64,85

	دراسات عليا	4	52,75
	Total	130	
المشاركة	أقل من المستوى الثانوي	10	78,80
	مستوى ثانوي	45	60,12
	جامعي	71	66,96
	دراسات عليا	4	66,75
	Total	130	
المساءلة	أقل من المستوى الثانوي	10	88,60
	مستوى ثانوي	45	58,17
	جامعي	71	67,47
	دراسات عليا	4	55,25
	Total	130	
الشفافية	أقل من المستوى الثانوي	10	89,35
	مستوى ثانوي	45	56,91
	جامعي	71	68,10
	دراسات عليا	4	56,38
	Total	130	

Test Statistics[a,b]

	سلطة القانون	الاخلاق	المشاركة	المساءلة	الشفافية
Kruskal-Wallis H	3,866	3,450	2,315	6,001	7,005
Df	3	3	3	3	3
Asymp. Sig.	,276	,327	,510	,112	,072

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: المستوى العلمي

Test Statistics[a]

	سلطة القانون	الاخلاق	المشاركة	المساءلة	الشفافية
N	130	130	130	130	130
Median	2,8333	3,0000	2,6667	3,2500	3,0000
Chi-Square	3,752[b]	5,140[c]	2,673[c]	4,964[d]	5,846[e]
Df	3	3	3	3	3
Asymp. Sig.	,290	,162	,445	,174	,119

a. Grouping Variable: المستوى العلمي

b. 2 cells (25,0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 2,0.

c. 3 cells (37,5%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 2,0.

d. 3 cells (37,5%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 1,8.

e. 3 cells (37,5%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 1,8.

ملحق رقم (47): نتائج اختبار كروسكال والاس لمعرفة دلالة الفروق تبعا لمتغير الخبرة المهنية

Ranks

	الخبرة المهنية	N	Mean Rank
سلطة القانون	أقل من 05 سنوات	14	74,50
	من 05 سنوات إلى أقل من 10 سنوات	39	69,92
	من 10 سنوات إلى 20 سنة	57	61,54
	أكثر من 20 سنة	20	61,88
	Total	130	
الاخلاق	أقل من 05 سنوات	14	73,82
	من 05 سنوات إلى أقل من 10 سنوات	39	70,91
	من 10 سنوات إلى 20 سنة	57	61,33
	أكثر من 20 سنة	20	61,00
	Total	130	
المشاركة	أقل من 05 سنوات	14	52,75
	من 05 سنوات إلى أقل من 10 سنوات	39	71,71
	من 10 سنوات إلى 20 سنة	57	64,62
	أكثر من 20 سنة	20	64,83
	Total	130	
المساءلة	أقل من 05 سنوات	14	65,54
	من 05 سنوات إلى أقل من 10 سنوات	39	72,31
	من 10 سنوات إلى 20 سنة	57	60,87
	أكثر من 20 سنة	20	65,40
	Total	130	
الشفافية	أقل من 05 سنوات	14	64,29
	من 05 سنوات إلى أقل من 10 سنوات	39	69,81
	من 10 سنوات إلى 20 سنة	57	64,26
	أكثر من 20 سنة	20	61,48
	Total	130	

Test Statistics[a,b]

	سلطة القانون	الاخلاق	المشاركة	المساءلة	الشفافية
Kruskal-Wallis H	2,182	2,624	2,746	2,151	,824
df	3	3	3	3	3
Asymp. Sig.	,535	,453	,432	,542	,844

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: الخبرة المهنية

Test Statistics[a]

	سلطة القانون	الاخلاق	المشاركة	المساءلة	الشفافية
N	130	130	130	130	130
Median	2,8333	3,0000	2,6667	3,2500	3,0000

Chi-Square	1,786[b]	1,998[c]	2,808[c]	,851[d]	1,284[e]
df	3	3	3	3	3
Asymp. Sig.	,618	,573	,422	,837	,733

a. Grouping Variable: الخبرة المهنية

b. 0 cells (0,0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 7,0.

c. 0 cells (0,0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 6,9.

d. 0 cells (0,0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 6,2.

e. 0 cells (0,0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 6,1.

الملحق رقم (48): اختبار مان ويتني

Ranks

	الجنس	N	Mean Rank	Sum of Ranks
عمليات إعداد وتنفيذ الموازنة	ذكر	50	67,12	3356,00
	أنثى	80	64,49	5159,00
	Total	130		
الرقابة الداخلية	ذكر	50	68,62	3431,00
	أنثى	80	63,55	5084,00
	Total	130		
الرقابة الخارجية	ذكر	50	67,72	3386,00
	أنثى	80	64,11	5129,00
	Total	130		
نظم المعلومات المحاسبية	ذكر	50	67,88	3394,00
	أنثى	80	64,01	5121,00
	Total	130		
تقييم الأداء	ذكر	50	64,74	3237,00
	أنثى	80	65,97	5278,00
	Total	130		

Test Statistics[a]

	عمليات إعداد وتنفيذ الموازنة	الرقابة الداخلية	الرقابة الخارجية	نظم المعلومات المحاسبية	تقييم الأداء
Mann-Whitney U	1919,000	1844,000	1889,000	1881,000	1962,000
Wilcoxon W	5159,000	5084,000	5129,000	5121,000	3237,000
Z	-,400	-,753	-,546	-,586	-,187
Asymp. Sig. (2-tailed)	,689	,452	,585	,558	,852

a. Grouping Variable: الجنس

ملحق رقم (49): نتائج اختبار كروسكال والاس لمعرفة دلالة الفروق تبعا لمتغير العمر

Ranks

	الفئة العمرية	N	Mean Rank
عمليات إعداد وتنفيذ الموازنة	من18 سنة إلى أقل من 30 سنة	12	61,29
	من 30 سنة إلى أقل من 40 سنة	64	68,34
	من 40 سنة إلى أقل من 50 سنة	48	62,82
	من 50 سنة فما فوق	6	65,08

	Total	130	
الرقابة الداخلية	من18 سنة إلى أقل من 30 سنة	12	54,29
	من 30 سنة إلى أقل من 40 سنة	64	67,08
	من 40 سنة إلى أقل من 50 سنة	48	64,17
	من 50 سنة فما فوق	6	81,75
	Total	130	
الرقابة الخارجية	من18 سنة إلى أقل من 30 سنة	12	54,75
	من 30 سنة إلى أقل من 40 سنة	64	69,46
	من 40 سنة إلى أقل من 50 سنة	48	62,78
	من 50 سنة فما فوق	6	66,50
	Total	130	
نظم المعلومات المحاسبية	من18 سنة إلى أقل من 30 سنة	12	61,63
	من 30 سنة إلى أقل من 40 سنة	64	68,68
	من 40 سنة إلى أقل من 50 سنة	48	62,27
	من 50 سنة فما فوق	6	65,17
	Total	130	
تقييم الأداء	من18 سنة إلى أقل من 30 سنة	12	53,58
	من 30 سنة إلى أقل من 40 سنة	64	65,97
	من 40 سنة إلى أقل من 50 سنة	48	65,95
	من 50 سنة فما فوق	6	80,75
	Total	130	

Test Statistics[a,b]

	عمليات إعداد وتنفيذ الموازنة	الرقابة الداخلية	الرقابة الخارجية	نظم المعلومات المحاسبية	تقييم الأداء
Kruskal-Wallis H	,806	2,390	2,045	,990	2,326
df	3	3	3	3	3
Asymp. Sig.	,848	,496	,563	,804	,508

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: الفئة العمرية

Test Statistics[a]

	عمليات إعداد وتنفيذ الموازنة	الرقابة الداخلية	الرقابة الخارجية	نظم المعلومات المحاسبية	تقييم الأداء
N	130	130	130	130	130
Median	4,0000	3,5000	4,0000	4,0000	3,6667
Chi-Square	3,958[b]	1,236[c]	4,007[d]	,452[b]	1,977[e]
df	3	3	3	3	3
Asymp. Sig.	,266	,744	,261	,929	,577

a. Grouping Variable: الفئة العمرية

b. 2 cells (25,0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is ,9.

c. 2 cells (25,0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 2,7.

d. 2 cells (25,0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 1,0.

e. 2 cells (25,0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 2,9.

ملحق رقم (50): نتائج اختبار كروسكال والاس لمعرفة دلالة الفروق تبعا لمتغير المستوى العلمي

Ranks

	المستوى العلمي	N	Mean Rank
عمليات إعداد وتنفيذ الموازنة	أقل من المستوى الثانوي	10	88,40
	مستوى ثانوي	45	61,30
	جامعي	71	65,41
	دراسات عليا	4	57,13
	Total	130	
الرقابة الداخلية	أقل من المستوى الثانوي	10	85,30
	مستوى ثانوي	45	60,04
	جامعي	71	67,70
	دراسات عليا	4	38,38
	Total	130	
الرقابة الخارجية	أقل من المستوى الثانوي	10	58,90
	مستوى ثانوي	45	65,33
	جامعي	71	66,87
	دراسات عليا	4	59,63
	Total	130	
نظم المعلومات المحاسبية	أقل من المستوى الثانوي	10	62,45
	مستوى ثانوي	45	63,38
	جامعي	71	67,30
	دراسات عليا	4	65,00
	Total	130	
تقييم الأداء	أقل من المستوى الثانوي	10	64,40
	مستوى ثانوي	45	66,47
	جامعي	71	65,91
	دراسات عليا	4	50,13
	Total	130	

Test Statistics[a,b]

	عمليات إعداد وتنفيذ الموازنة	الرقابة الداخلية	الرقابة الخارجية	نظم المعلومات المحاسبية	تقييم الأداء
Kruskal-Wallis H	4,748	6,120	,526	,393	,753
df	3	3	3	3	3
Asymp. Sig.	,191	,106	,913	,942	,861

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: المستوى العلمي

Test Statistics[a]

	عمليات إعداد وتنفيذ الموازنة	الرقابة الداخلية	الرقابة الخارجية	نظم المعلومات المحاسبية	تقييم الأداء
N	130	130	130	130	130
Median	4,0000	3,5000	4,0000	4,0000	3,6667

Chi-Square	1,065[b]	3,676[c]	2,856[d]	1,256[b]	,874[e]
df	3	3	3	3	3
Asymp. Sig.	,786	,299	,414	,739	,832

a. Grouping Variable: المستوى العلمي

b. 3 cells (37,5%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is ,6.

c. 3 cells (37,5%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 1,8.

d. 3 cells (37,5%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is ,7.

e. 3 cells (37,5%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 1,9.

ملحق رقم (51): نتائج اختبار كروسكال والاس لمعرفة دلالة الفروق تبعا لمتغير الخبرة المهنية

Ranks

	الخبرة المهنية	N	Mean Rank
عمليات إعداد وتنفيذ الموازنة	أقل من 05 سنوات	14	62,29
	من 05 سنوات إلى أقل من 10 سنوات	39	70,82
	من 10 سنوات إلى 20 سنة	57	63,46
	أكثر من 20 سنة	20	63,20
	Total	130	
الرقابة الداخلية	أقل من 05 سنوات	14	57,18
	من 05 سنوات إلى أقل من 10 سنوات	39	67,15
	من 10 سنوات إلى 20 سنة	57	66,07
	أكثر من 20 سنة	20	66,47
	Total	130	
الرقابة الخارجية	أقل من 05 سنوات	14	66,25
	من 05 سنوات إلى أقل من 10 سنوات	39	68,06
	من 10 سنوات إلى 20 سنة	57	65,87
	أكثر من 20 سنة	20	58,93
	Total	130	
نظم المعلومات المحاسبية	أقل من 05 سنوات	14	64,75
	من 05 سنوات إلى أقل من 10 سنوات	39	66,46
	من 10 سنوات إلى 20 سنة	57	67,34
	أكثر من 20 سنة	20	58,90
	Total	130	
تقييم الأداء	أقل من 05 سنوات	14	55,89
	من 05 سنوات إلى أقل من 10 سنوات	39	63,95
	من 10 سنوات إلى 20 سنة	57	70,26
	أكثر من 20 سنة	20	61,68
	Total	130	

Test Statistics[a,b]

	عمليات إعداد وتنفيذ الموازنة	الرقابة الداخلية	الرقابة الخارجية	نظم المعلومات المحاسبية	تقييم الأداء
Kruskal-Wallis H	1,196	,798	,845	,826	2,213
df	3	3	3	3	3
Asymp. Sig.	,754	,850	,839	,843	,529

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: الخبرة المهنية

Test Statistics[a]

	عمليات إعداد وتنفيذ الموازنة	الرقابة الداخلية	الرقابة الخارجية	نظم المعلومات المحاسبية	تقييم الأداء
N	130	130	130	130	130
Median	4,0000	3,5000	4,0000	4,0000	3,6667
Chi-Square	2,070[b]	3,104[c]	3,198[d]	,037[b]	4,574[e]
df	3	3	3	3	3
Asymp. Sig.	,558	,376	,362	,998	,206

a. Grouping Variable: الخبرة المهنية

b. 2 cells (25,0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 2,0.

c. 0 cells (0,0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 6,4.

d. 2 cells (25,0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 2,4.

e. 0 cells (0,0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 6,7.

ملحق رقم (52): الجداول المتعلقة بتحليل الانحدار الرتبي الخاص بأعضاء مجلس الإدارة، المدراء، المدراء الفرعيين، ورؤساء المكاتب باستخدام برنامج SPSS اختبار الفرضية الرئيسية الرابعة

PLUM – Ordinal Régression

Case Processing Summary

		N	Marginal Percentage
depense	2	1	2,0%
	2	1	2,0%
	2	1	2,0%
	3	2	3,9%
	3	2	3,9%
	3	3	5,9%
	3	2	3,9%
	3	1	2,0%
	3	1	2,0%
	3	1	2,0%
	3	1	2,0%
	3	3	5,9%
	3	2	3,9%
	3	1	2,0%
	3	1	2,0%
	4	1	2,0%
	4	1	2,0%
	4	1	2,0%
	4	1	2,0%
	4	4	7,8%
	4	1	2,0%
	4	1	2,0%

	4	3	5,9%
	4	1	2,0%
	4	1	2,0%
	4	1	2,0%
	4	2	3,9%
	4	1	2,0%
	4	1	2,0%
	4	1	2,0%
	4	2	3,9%
	4	1	2,0%
	5	1	2,0%
	5	1	2,0%
	5	1	2,0%
	5	1	2,0%
	Valid	51	100,0%
	Missing	0	
	Total	51	

Model Fitting Information

Model	-2 Log Likelihood	Chi-Square	Df	Sig.
Intercept Only	353,545			
Final	275,480	78,065	6	,000

Link function: Logit.

Pseudo R-Square

Cox and Snell	,784
Nagelkerke	,784
McFadden	,221

Link function: Logit.

Parameter Estimates

			Std.			95% Confidence Interval	
		Estimate	Error	Wald	df	Sig.	Lower Bound	Upper Bound
Threshold	[meanb = 2]	7,669	1,971	15,145	1	,000	3,807	11,532
	[meanb = 2]	8,658	1,889	21,016	1	,000	4,956	12,359
	[meanb = 2]	9,446	1,882	25,185	1	,000	5,757	13,135
	[meanb = 3]	10,291	1,902	29,276	1	,000	6,563	14,019
	[meanb = 3]	10,815	1,923	31,620	1	,000	7,046	14,585
	[meanb = 3]	11,721	1,979	35,063	1	,000	7,841	15,600
	[meanb = 3]	12,456	2,043	37,183	1	,000	8,453	16,460
	[meanb = 3]	12,759	2,072	37,915	1	,000	8,698	16,821
	[meanb = 3]	13,054	2,102	38,568	1	,000	8,934	17,173

	[meanb = 3]	13,392	2,137	39,281	1	,000	9,204	17,579
	[meanb = 3]	13,713	2,169	39,953	1	,000	9,461	17,965
	[meanb = 3]	14,407	2,239	41,415	1	,000	10,019	18,795
	[meanb = 3]	14,790	2,274	42,284	1	,000	10,332	19,248
	[meanb = 3]	14,966	2,290	42,695	1	,000	10,477	19,455
	[meanb = 3]	15,136	2,306	43,095	1	,000	10,617	19,654
	[meanb = 4]	15,326	2,322	43,547	1	,000	10,774	19,878
	[meanb = 4]	15,532	2,341	44,039	1	,000	10,945	20,119
	[meanb = 4]	15,733	2,358	44,516	1	,000	11,111	20,354
	[meanb = 4]	15,916	2,374	44,949	1	,000	11,263	20,569
	[meanb = 4]	16,682	2,444	46,607	1	,000	11,893	21,471
	[meanb = 4]	16,910	2,465	47,072	1	,000	12,080	21,741
	[meanb = 4]	17,156	2,488	47,542	1	,000	12,279	22,032
	[meanb = 4]	17,904	2,565	48,709	1	,000	12,876	22,932
	[meanb = 4]	18,180	2,596	49,057	1	,000	13,093	23,268
	[meanb = 4]	18,499	2,633	49,377	1	,000	13,339	23,659
	[meanb = 4]	18,798	2,669	49,598	1	,000	13,566	24,029
	[meanb = 4]	19,274	2,731	49,809	1	,000	13,922	24,627
	[meanb = 4]	19,503	2,761	49,891	1	,000	14,091	24,915
	[meanb = 4]	19,756	2,794	49,982	1	,000	14,279	25,233
	[meanb = 4]	20,012	2,827	50,096	1	,000	14,471	25,554
	[meanb = 4]	20,650	2,905	50,526	1	,000	14,956	26,344
	[meanb = 4]	21,180	2,962	51,123	1	,000	15,374	26,985
	[meanb = 5]	21,819	3,026	52,001	1	,000	15,889	27,750
	[meanb = 5]	22,523	3,098	52,868	1	,000	16,452	28,595
	[meanb = 5]	23,446	3,227	52,796	1	,000	17,121	29,770
Location	MEANAA	2,249	,528	18,169	1	,000	1,215	3,283
	MEANAB	1,055	,484	4,740	1	,029	,105	2,004
	MEANAC	,063	,379	,028	1	,868	-,681	,807
	MEANAD	0[a]	.	.	0	.	.	.
	MEANAE	,457	,397	1,327	1	,249	-,321	1,235
	MEANAF	1,335	,469	8,110	1	,004	,416	2,254
	MEANAG	-,586	,350	2,799	1	,094	-1,273	,101

Link function: Logit.

a. This parameter is set to zero because it is redundant.

ملحق رقم (53): الجداول المتعلقة بتحليل الانحدار الرتبي الخاص بالموظفين الإداريين باستخدام برنامج SPSS

اختبار الفرضية الرئيسية الرابعة

PLUM – Ordinal Regression

Case Processing Summary

		N	Marginal Percentage
ترشيد الانفاق	1,10	1	0,8%
	1,40	1	0,8%
	1,60	1	0,8%
	1,73	1	0,8%
	1,85	1	0,8%
	1,87	1	0,8%
	2,00	1	0,8%
	2,20	1	0,8%
	2,22	1	0,8%
	2,28	1	0,8%
	2,32	1	0,8%
	2,35	1	0,8%
	2,42	1	0,8%
	2,43	1	0,8%
	2,45	1	0,8%
	2,60	1	0,8%
	2,60	1	0,8%
	2,62	1	0,8%
	2,62	1	0,8%
	2,67	1	0,8%
	2,70	1	0,8%
	2,73	1	0,8%
	2,78	1	0,8%
	2,80	4	3,1%
	2,87	1	0,8%
	2,92	1	0,8%
	2,93	2	1,5%
	2,98	1	0,8%
	3,00	1	0,8%
	3,00	2	1,5%
	3,02	1	0,8%
	3,05	1	0,8%
	3,07	1	0,8%
	3,10	3	2,3%
	3,10	1	0,8%

	3,13	1	0,8%
	3,13	2	1,5%
	3,15	4	3,1%
	3,17	1	0,8%
	3,17	1	0,8%
	3,20	1	0,8%
	3,22	1	0,8%
	3,25	1	0,8%
	3,27	2	1,5%
	3,30	1	0,8%
	3,37	1	0,8%
	3,40	1	0,8%
	3,43	2	1,5%
	3,45	2	1,5%
	3,50	1	0,8%
	3,52	1	0,8%
	3,55	2	1,5%
	3,58	2	1,5%
	3,58	1	0,8%
	3,60	1	0,8%
	3,62	1	0,8%
	3,67	1	0,8%
	3,70	1	0,8%
	3,73	1	0,8%
	3,75	1	0,8%
	3,80	3	2,3%
	3,82	1	0,8%
	3,85	1	0,8%
	3,87	1	0,8%
	3,87	2	1,5%
	3,90	1	0,8%
	3,93	4	3,1%
	3,93	2	1,5%
	3,95	2	1,5%
	3,98	1	0,8%
	4,00	12	9,2%
	4,05	1	0,8%
	4,08	1	0,8%
	4,13	1	0,8%
	4,20	2	1,5%

	4,33	1	0,8%
	4,33	1	0,8%
	4,43	2	1,5%
	4,47	1	0,8%
	4,48	2	1,5%
	4,60	1	0,8%
	4,63	1	0,8%
	4,65	1	0,8%
	4,67	2	1,5%
	4,73	1	0,8%
	4,82	1	0,8%
	4,83	1	0,8%
	4,87	1	0,8%
	5,00	3	2,3%
	Valid	130	100,0%
	Missing	0	
	Total	130	

Model Fitting Information

Model	-2 Log Likelihood	Chi-Square	df	Sig.
Intercept Only	1106,316			
Final	992,849	113,467	5	,000

Link function: Logit.

Pseudo R-Square

Cox and Snell	,582
Nagelkerke	,582
McFadden	,102

Link function: Logit.

Parameter Estimates

							95% Confidence Interval	
		Estimate	Std. Error	Wald	df	Sig.	Lower Bound	Upper Bound
Threshold	[ترشيد = 1,10]	-,156	1,165	,018	1	,894	-2,440	2,128
	[ترشيد = 1,40]	,588	,914	,414	1	,520	-1,203	2,379
	[ترشيد = 1,60]	1,043	,814	1,641	1	,200	-,553	2,640
	[ترشيد = 1,73]	1,379	,761	3,282	1	,070	-,113	2,872
	[ترشيد = 1,85]	1,650	,729	5,126	1	,024	,222	3,079
	[ترشيد = 1,87]	1,875	,708	7,018	1	,008	,488	3,263
	[ترشيد = 2,00]	2,062	,694	8,831	1	,003	,702	3,422
	[ترشيد = 2,20]	2,226	,684	10,593	1	,001	,886	3,567
	[ترشيد = 2,22]	2,373	,677	12,297	1	,000	1,047	3,700
	[ترشيد = 2,28]	2,509	,671	13,961	1	,000	1,193	3,825
	[ترشيد = 2,32]	2,640	,667	15,655	1	,000	1,332	3,948

ترشيد[2,35 =]	2,763	,664	17,294	1	,000	1,461	4,065
ترشيد[2,42 =]	2,876	,662	18,844	1	,000	1,577	4,174
ترشيد[2,43 =]	2,983	,661	20,359	1	,000	1,687	4,279
ترشيد[2,45 =]	3,088	,660	21,860	1	,000	1,793	4,382
ترشيد[2,60 =]	3,187	,660	23,309	1	,000	1,893	4,481
ترشيد[2,60 =]	3,285	,660	24,756	1	,000	1,991	4,579
ترشيد[2,62 =]	3,383	,661	26,215	1	,000	2,088	4,678
ترشيد[2,62 =]	3,480	,662	27,666	1	,000	2,183	4,777
ترشيد[2,67 =]	3,576	,663	29,106	1	,000	2,277	4,875
ترشيد[2,70 =]	3,666	,664	30,465	1	,000	2,364	4,968
ترشيد[2,73 =]	3,753	,666	31,769	1	,000	2,448	5,058
ترشيد[2,78 =]	3,837	,668	33,024	1	,000	2,528	5,145
ترشيد[2,80 =]	4,146	,676	37,625	1	,000	2,821	5,471
ترشيد[2,87 =]	4,219	,678	38,697	1	,000	2,890	5,549
ترشيد[2,92 =]	4,291	,681	39,750	1	,000	2,957	5,626
ترشيد[2,93 =]	4,439	,686	41,880	1	,000	3,095	5,784
ترشيد[2,98 =]	4,513	,689	42,928	1	,000	3,163	5,863
ترشيد[3,00 =]	4,584	,692	43,934	1	,000	3,229	5,940
ترشيد[3,00 =]	4,728	,698	45,935	1	,000	3,361	6,096
ترشيد[3,02 =]	4,800	,701	46,921	1	,000	3,427	6,174
ترشيد[3,05 =]	4,871	,704	47,877	1	,000	3,491	6,250
ترشيد[3,07 =]	4,942	,707	48,839	1	,000	3,556	6,328
ترشيد[3,10 =]	5,159	,718	51,693	1	,000	3,753	6,566
ترشيد[3,10 =]	5,229	,721	52,591	1	,000	3,816	6,642
ترشيد[3,13 =]	5,296	,724	53,442	1	,000	3,876	6,715
ترشيد[3,13 =]	5,425	,731	55,072	1	,000	3,992	6,858
ترشيد[3,15 =]	5,684	,745	58,247	1	,000	4,224	7,144
ترشيد[3,17 =]	5,749	,748	59,032	1	,000	4,283	7,216
ترشيد[3,17 =]	5,815	,752	59,818	1	,000	4,341	7,289
ترشيد[3,20 =]	5,884	,756	60,631	1	,000	4,403	7,365
ترشيد[3,22 =]	5,953	,759	61,447	1	,000	4,465	7,441
ترشيد[3,25 =]	6,020	,763	62,227	1	,000	4,524	7,515
ترشيد[3,27 =]	6,152	,770	63,753	1	,000	4,642	7,662
ترشيد[3,30 =]	6,218	,774	64,515	1	,000	4,701	7,735
ترشيد[3,37 =]	6,283	,778	65,248	1	,000	4,758	7,807
ترشيد[3,40 =]	6,344	,781	65,943	1	,000	4,813	7,875
ترشيد[3,43 =]	6,459	,788	67,242	1	,000	4,915	8,003
ترشيد[3,45 =]	6,568	,794	68,459	1	,000	5,012	8,124
ترشيد[3,50 =]	6,622	,797	69,056	1	,000	5,060	8,184
ترشيد[3,52 =]	6,677	,800	69,667	1	,000	5,109	8,245

	ترشيد[3,55 =]	6,791	,806	70,923	1	,000	5,210	8,371
	ترشيد[3,58 =]	6,905	,813	72,175	1	,000	5,312	8,498
	ترشيد[3,58 =]	6,962	,816	72,800	1	,000	5,363	8,561
	ترشيد[3,60 =]	7,021	,819	73,442	1	,000	5,415	8,627
	ترشيد[3,62 =]	7,081	,823	74,097	1	,000	5,469	8,693
	ترشيد[3,67 =]	7,140	,826	74,737	1	,000	5,521	8,759
	ترشيد[3,70 =]	7,199	,829	75,374	1	,000	5,574	8,824
	ترشيد[3,73 =]	7,257	,832	76,007	1	,000	5,626	8,889
	ترشيد[3,75 =]	7,315	,836	76,628	1	,000	5,677	8,952
	ترشيد[3,80 =]	7,485	,845	78,465	1	,000	5,829	9,142
	ترشيد[3,82 =]	7,541	,848	79,064	1	,000	5,879	9,203
	ترشيد[3,85 =]	7,597	,851	79,663	1	,000	5,929	9,265
	ترشيد[3,87 =]	7,653	,854	80,259	1	,000	5,978	9,327
	ترشيد[3,87 =]	7,765	,860	81,458	1	,000	6,079	9,451
	ترشيد[3,90 =]	7,822	,863	82,069	1	,000	6,130	9,515
	ترشيد[3,93 =]	8,054	,876	84,519	1	,000	6,337	9,771
	ترشيد[3,93 =]	8,172	,882	85,755	1	,000	6,442	9,901
	ترشيد[3,95 =]	8,290	,889	86,985	1	,000	6,548	10,032
	ترشيد[3,98 =]	8,349	,892	87,596	1	,000	6,600	10,097
	ترشيد[4,00 =]	9,118	,935	95,068	1	,000	7,285	10,951
	ترشيد[4,05 =]	9,188	,939	95,722	1	,000	7,347	11,028
	ترشيد[4,08 =]	9,259	,943	96,374	1	,000	7,410	11,107
	ترشيد[4,13 =]	9,333	,947	97,051	1	,000	7,477	11,190
	ترشيد[4,20 =]	9,498	,957	98,502	1	,000	7,622	11,374
	ترشيد[4,33 =]	9,587	,962	99,265	1	,000	7,701	11,473
	ترشيد[4,33 =]	9,680	,968	100,037	1	,000	7,783	11,577
	ترشيد[4,43 =]	9,879	,980	101,626	1	,000	7,959	11,800
	ترشيد[4,47 =]	9,982	,986	102,405	1	,000	8,049	11,915
	ترشيد[4,48 =]	10,190	1,000	103,885	1	,000	8,230	12,149
	ترشيد[4,60 =]	10,301	1,007	104,624	1	,000	8,327	12,275
	ترشيد[4,63 =]	10,423	1,015	105,388	1	,000	8,433	12,413
	ترشيد[4,65 =]	10,559	1,025	106,168	1	,000	8,551	12,568
	ترشيد[4,67 =]	10,876	1,048	107,656	1	,000	8,821	12,930
	ترشيد[4,73 =]	11,066	1,063	108,285	1	,000	8,982	13,150
	ترشيد[4,82 =]	11,291	1,083	108,696	1	,000	9,168	13,414
	ترشيد[4,83 =]	11,579	1,111	108,554	1	,000	9,401	13,758
	ترشيد[4,87 =]	11,937	1,154	107,023	1	,000	9,676	14,199
Location	Meanaa	,032	,187	,030	1	,863	-,335	,400
	Meanab	,069	,261	,071	1	,790	-,442	,581
	Meanac	-,062	,250	,062	1	,803	-,553	,428

Meanad	1,256	,270	21,604	1	,000	,726	1,785
Meanae	,875	,242	13,089	1	,000	,401	1,350

Link function: Logit.