عقد الاعمال والاداء ... الوثيقة المفتاحية في القانون العضوي 18-15

The business and performance contract… the key document in Organic Law 18-15

أ.د عبد السميع روينة، abdessami.rouina@univ-biskra.dz

بشير خلود، bachirkhouloud092@gmail.com

جامعة محمد خيضر بسكرة

تاريخ الاستلام:2026/05/18 تاريخ القبول: 2026/05/25 تاريخ النشر: 2026/06/10

ملخص: تهدف الدراسة إلى تقييم مدى تطبيق عقد الأعمال والأداء كأداة لتحسين الأداء المؤسساتي في إعداد وتنفيذ موازنة الدولة وفق القانون العضوي 18-15. واعتمدت على دراسة ميدانية بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بشير بن ناصر ببسكرة باستخدام المنهج التحليلي. وأظهرت النتائج أن تطبيق هذه الأداة لا يزال شكليًا دون أثر عملي فعّال، ويعود ذلك أساسًا إلى غياب ثقافة التسيير القائم على النتائج داخل المؤسسات العمومية.**الكلمات المفتاحية : عقد الاعمال والاداء ؛ التسيير المبني على النتائج ؛ مؤشرات الاداء.**

تصنيف JEL : H83 , M48

***Abstract*:**The business and performance contract is a pivotal tool for improving institutional performance in the preparation and implementation of the state budget, as stipulated in Organic Law 18-15 on Finance Laws, dated September 2, 2018, particularly Article 2. This research aims to assess the practical application of this tool through fieldwork conducted at the Bashir Ben Nasser Public Hospital in Biskra between February 15, 2025, and March 31, 2025. Methodologically, we adopted a purely analytical approach, ultimately concluding that the performance contract remains largely symbolic, lacking any practical impact. This is due to several factors, primarily the absence of a results-based management philosophy among decision-makers in public institutions.

keyword: The business and performance contract; Results-based management; Performance indicators.

المؤلف المرسل: د. عبد السميع روينة،

الايميل abdessami.rouina@univ-biskra.dz

1. مقدمة:

في سياق تحديث أنظمة المالية العمومية في الجزائر، شكل القانون العضوي 18-15 المتعلق بقوانين المالية العمومية المؤرخ في 02 سبتمبر 2018 الإطار المرجعي لإصلاح النظام الميزانياتي، يهدف هذا القانون انطلاقا من نص المادة الأولى فيه الى تعريف إطار تسيير مالية الدولة الذي من شأنه ان يحكم اعداد قوانين المالية، وكذا مضمونها وكيفية تقديمها والمصادقة عليها من قبل البرلمان، كما يحدد مبادئ وقواعد المالية العمومية وحسابات الدولة وكذا تنفيذ قوانين المالية ومراقبة تنفيذها، وأكد في نص المادة 02 منه على اعتماد مبدأ التسيير المتمحور حول النتائج، باعتباره أسلوبا فعالا لتحسين الأداء الحكومي على مستوى موازنة الدولة، عبر الانتقال من منطق "استهلاك الاعتمادات" الى منطق "تحقيق النتائج" وبالتالي الانتقال من موازنة الوسائل الى موازنة البرامج والأداء باستعمال آليات حديثة مستمدة في الأصل من أدوات هذا النمط من التسيير وعلى رأسها عقد الاعمال والأداء.

تلزم المؤسسات العمومية ذات الطابع الإداري والمؤسسات العمومية المماثلة بالإصلاح الميزانياتي من خلال تطبيقها للنصوص التنظيمية التي تقرها الحكومة او التي تصدر عن وزارة المالية، وتطبيقا لأحكام القانون العضوي 18-15، حدد المرسوم التنفيذي 62- 21 المؤرخ في 25 جمادى الثانية عام 1442 الموافق 8 فبراير 2021 إجراءات التسيير الميزانياتي والمحاسبي الملائمة لموازنات هاته المؤسسات، كما شكل المنشور 6111 الصادر عن وزارة المالية، المديرية العامة للميزانية، بتاريخ 17 اوت 2022 النص التنظيمي لعقود الاعمال الأداء من خلال شرح شروط وكيفيات تخصيص الاعتمادات المالية لموازنة الدولة لفائدة المؤسسات العمومية ذات الطابع الإداري والمؤسسات العمومية المماثلة، إلا ان التساؤلات تظل مطروحة حول طبيعة حضور هذه الأداة في موازنة هذه المؤسسات لا سيما المؤسسات العمومية الاستشفائية نظرا لخصوصية القطاع الصحي والتي تجعله اقل مرونة من غيره في تبني التغييرات المفاجئة في أساليب التسيير المالي، وذلك لكون نشاطه يتعلق بخدمة عمومية مرتبطة بحياة المواطنين، وهذه الحساسية تفرض تساؤلات حول كيفية استيعاب المؤسسة العمومية الاستشفائية لأداة مالية جديدة كعقد الاعمال والأداء. أجرينا بحثنا تحليليا على مستوى المؤسسة العمومية الاستشفائية بشير بن ناصر-بسكرة محاولين الاجابة على التساؤل الرئيسي التالي:

كيف تم تطبيق عقد الاعمال والأداء في المؤسسات العمومية الاستشفائية

لن يتضمن هذا المقال فرضيات، لأننا سنحاول في هذه الدراسة تحليل مضمون العقد، ليس كأداة مفعلة بالضرورة، بل كنموذج تنظيمي يعكس مدى تكيف المؤسسة محل الدراسة مع الإصلاح الميزانياتي، من خلال مراجعة الأهداف المحددة، مؤشرات الأداء المعتمدة، لتوضيح ملامح التحول من منطق الوسائل الى منطق النتائج. لا نسعى لاختبار علاقات بين متغيرات أو التحقق من نظرية مسبقة.

2. المنهجية المعتمدة:

بنيت هذه الدراسة مقاربة منهجية تسعى لمحاولة فهم الواقع وتفسيره، حيث يستند الأساس المعرفي للبحث إلى الغاية من النتائج المحققة وقدرتها على إضفاء المصداقية على الاستنتاجات المتوصل إليها. وبناء على العلاقة بين الباحثين وموضوع الدراسة، اعتمدنا المنهج التحليلي كمنهج أساسي للبحث. ولملاءمة طبيعة البحث، انتهجنا المنهج الكيفي كونه الأكثر مرونة والأنسب للتعامل مع المضمون بعيداً عن القوالب الرقمية الصرفة. وبغية جمع البيانات وتحليلها اعتمدنا على المقاربة الكيفية باعتبارها الأنسب لطبيعة الموضوع، وذلك من خلال تقنية البحث الوثائقي، حيث تم فهم محتوى النصوص القانونية والتنظيمية (القانون العضوي 18-15، المرسوم التنفيذي 21-62، المنشور رقم 6111) من جهة، ومن جهة أخرى الفهم المعمق لفلسفة التسيير المبني على النتائج، وأيضا من خلال دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية بشير بن ناصر بدراسة وثيقة عقد الاعمال والأداء للمؤسسة، وتحليلها ونقدها باعتماد تحليل المحتوى الكيفي، مقارنة مضمون العقد محل الدراسة مع الاطار النظري للتسيير المبني على النتائج، كما لم يتم استخدام الفرضيات كون الدراسة استكشافية تحليلية. فيما يتعلق بجمع البيانات الأولية تجنبنا استعمال الاستبيان رغم انه من اهم الأدوات المستعملة في جمع البيانات الأولية، غير ان الافراط في استخدامه من جهة وكذا الطريقة التي يتم التعامل بها معه من بنائه، توزيعه، ملؤه كأن يملأه المستجوب على عجل او تعطى مجموعه من الاستبيانات لأمانه هذه الشركة او تلك فتملؤها موظفه واحده أو يتم معالجته بمعلومات مزورة في احدى مكاتب معالجة النصوص وغيرها من أساليب الاحتيال...كل هذا جعلنا نبتعد عن هذه الأداة ونركز بدلها على المقابلة. أما البيانات الثانوية فاعتمدنا أساسا

على الداخلية منها لا سيما تلك الموجودة على مستوى المؤسسة الاستشفائية من مختلف الوثائق المرسلة من وزارة الصحة.

3. دراسة عقد الاعمال والاداء للمؤسسة العمومية الاستشفائية بشير بن ناصر-بسكرة:

يشكل المنشور رقم 6111 المؤرخ في 17 اوت 2021 الإطار القانوني لشروط وكيفيات تخصيص الاعتمادات المالية لموازنة الدولة لفائدة المؤسسات العمومية ذات الطابع الإداري والمؤسسات العمومية المماثلة، وهي كالآتي: (المديرية العامة للميزانية، 2022)

1.3 موازنة وزارة الصحة:

فيما يأتي نوضح الاختلافات في ظهور موازنة وزارة الصحة في قوانين المالية قبل وبعد سنة 2023، من خلال الجدول (ب) الذي يظهر في قوانين المالية ويوضح توزيع الاعتمادات:

الجدول 1: موازنة وزارة الصحة لسنة 2022، توزيع الاعتمادات المخصصة بعنوان ميزانية التسيير لسنة 2022 حسب كل دائرة وزارية

الدوائر الوزارية	المبالغ (دج)
الصحة	439.422.008.000

المصدر: قانون رقم 21-16 مؤرخ 30 ديسمبر سنة 2021، يتضمن قانون المالية لسنة 2022

الجدول 2: موازنة وزارة الصحة لسنة 2023، توزيع الاعتمادات المفتوحة للسنة والموزعة حسب كل وزارة او مؤسسة عمومية وحسب البرامج وحسب التخصيص (حسب ما نصت عليه المادة 73 من القانون العضوي 18-15)

محفظة البرامج/ البرامج	رخص الالتزام	اعتمادات الدفع
الصحة	**702.240.259.000**	**711.339.676.000**
الوقاية والعلاج	271.971.047.000	273.735.464.000
التكوين في مجال الصحة	422.000.000	5.085.000.000
الإدارة العامة	429.847.212.000	432.519.212.000

المصدر: قانون رقم 22-24 مؤرخ في 25 ديسمبر سنة 2022، يتضمن قانون المالية لسنة 2023

الجدول 3: موازنة وزارة الصحة لسنة 2025، الاعتمادات المفتوحة للسنة والموزعة حسب كل وزارة او مؤسسة عمومية وحسب البرامج وحسب التخصيص

المحافظ-البرامج/ التخصيصات	رخص الالتزام	اعتمادات الدفع
وزارة الصحة	**1.004.413.554.000**	**1.040.992.554.000**
الوقاية والعلاج	248.377.023.000	280.696.869.000
التكوين في مجال الصحة	15.398.178.000	17.657.332.000
الإدارة العامة	740.638.353.000	742.638.353.000

المصدر: قانون رقم 24-08 مؤرخ في 24 نوفمبر سنة 2024، يتضمن قانون المالية لسنة 2025

نلاحظ ان الجدول (ب) في قوانين المالية لا يوضح الرقم الترتيبي لمحافظ البرامج، عكس الجدول (أ)، حيث تم ترقيم الإيرادات النهائية المطبقة على موازنة الدولة.

قبل سنة 2023: تظهر موازنة وزارة الصحة غير مفصلة، حيث يتم تقديم الاعتماد المخصص للوزارة بعنوان موازنة التسيير كرقم اجمالي دون تفصيل.

قانون المالية لسنة 2023 هو اول قانون يحضر وينفذ وفقا لأحكام القانون العضوي 18-15، حيث تم اعتماد موازنة البرامج وتوزيع الاعتمادات المفتوحة للسنة حسب كل وزارة او مؤسسة عمومية وحسب التخصيص، ويبين رخص الالتزام (الحد الأقصى للإنفاق) واعتمادات الدفع (المتاحة فعلا).

بالنسبة لسنة 2025 تضم الحافظة المخصصة لوزارة الصحة ثلاث برامج، الوقاية والعلاج، التكوين في مجال الصحة وبرنامج الإدارة العامة.

تشكل نسبة اعتمادات الدفع المخصصة لوزارة الصحة 6.19% من المجموع العام لاعتمادات الدفع، تعتبر هاته النسبة اقل بكثير من النسبة التي يوصي بها المجلس الوطني لحقوق الانسان والتي تتوافق مع معايير منظمة الصحة العالمية، حيث تقر هذه الأخيرة انه يجب تخصيص نسبة 12% على الأقل للقطاع الصحي.

2.3 عرض مضمون عقد اعمال واداء المؤسسة العمومية الاستشفائية بشير بن ناصر-بسكرة:

يجب الإشارة أولا الى ان عقد الاعمال والأداء المدروس هو **عقد تنظيمي** لم يتم اعتماده بشكل رسمي، وانما هو تدريب موجه للمسيرين للدخول في التنفيذ الفعلي لموازنة البرامج، وسيتم اخضاعه للتحليل لبيان مدى اتساقه مع مبدأ التسيير المتمحور حول النتائج (روينة،

2018)، من خلال مقارنة المفاهيم النظرية لهذا الأخير مع محتوى جداول عقد الاعمال والأداء للمؤسسة محل الدراسة (تم تلخيص العقد في ثلاث جداول أساسية: الجدول الأول يوضح الأهداف/ مؤشرات الأداء، الجدول الثاني يوضح النتائج المنتظرة/ الأعمال، الجدول الثالث يوضح الاعتمادات المخصصة للمؤسسة).

من خلال **وثيقة عقد الاعمال والأداء** المتحصل عليها من نيابة المديرية الفرعية للمالية والوسائل على مستوى المؤسسة محل الدراسة، يظهر ان عقد اعمال وأداء المؤسسة العمومية الاستشفائية بشير بن ناصر شامل للبرامج الثلاث لوزارة الصحة (الوقاية والعلاج، التكوين في مجال الصحة، الدعم الإداري)، كما انه متعدد السنوات (3 سنوات، تأخذ سنة 2024 كسنة مرجعية)

الجدول4: الاهداف/ مؤشرات الأداء

	الاهداف	مؤشرات الأداء المستخدمة
برنامج الوقاية والعلاج	1. تنفيذ البرامج والمخططات الوطنية للصحة 2. تطوير نظام المعلومات، التربية والاتصال الصحي 3. تعيين مدير مكلف بالاتصالات الرقمية 4. السهر على النظافة الاستشفائية والمساهمة في ترقية حماية البيئة ضمن إطار مشترك ما بين المصالح	**الهدف 1:** ➢ **معدل الإصابة بالأمراض/ 100000 نسمة** ➢ **معدل وفيات الأمهات لكل حديث ولادة** ➢ **وفيات الأطفال لكل مولود** **الهدف 2:** ➢ **عدد النشاطات المحققة** ➢ **معدل السكان المستهدف** ➢ **معدل الرضا للسكان (بالاستبيان، استفتاء الآراء، سجل الاقتراحات...)** **الهدف 3:** ➢ **المدة المتوسطة لرفع النفايات الاستشفائية** ➢ **عدد العمليات في الهيكل الواحد او المصلحة الواحدة** ➢ **عدد الأمكنة المخصصة لغسل اليدين لكل وحدة ومصلحة** ➢ **نسبة العدوى المرتبطة بالعلاجات** ➢ **عدد المصالح والوحدات التي تتوفر على جهاز تعقيم**
برنامج الدعم	1. خلق مناخ عمل صحي ومحفز 2. حفظ وصيانة العتاد الطبي	**الهدف 1: نسبة الإنجاز** **الهدف 2: عدد عمليات التصليح**

الاداري	3. تقييس هيكل الاستعجالات الطبية الجراحية 4. تحسين الحصول على العلاج الاستعجالي وتقليص اجل التكفل في العلاج الاستعجالي بمصلحة الاستعجالات الطبية 5. تقليص آجال مواعيد إجراء العمليات الجراحية للمرضى (برنامج العمليات) 6. تكفل متكامل بالمرضى وتسهيل الوصول الى العلاجات وتحسين نوعية الخدمات المقدمة على مستوى مصلحة الاستعجالات الطبية الجراحية وانشاء وحدة استشفاء منزلي 7. مكافحة العدوى الاستشفائية وتعزيز النظافة الاستشفائية	الهدف 3: استغلال تقارير مختلف اللجان الهدف 4: ➢ متوسط مدة الانتظار على مستوى مصلحة الاستعجالات الطبية الجراحية ➢ عدد تحويلات المرضى نحو المستشفيات الجامعية لإجراء الاستشارة الطبية الهدف 5: ➢ عدد العمليات الجراحية المبرمجة ➢ قائمة الانتظار حسب التخصصات المتاحة الهدف 6: ➢ أجل إتمام إجراءات الاستشفاء ➢ عدد المرضى المتكفل بهم في المنزل الهدف 7: ➢ متوسط مدة الإقامة ➢ متوسط مدة شغل الاسرة ➢ نسبة دوران الاسرة
برنامج التكوين في مجال الصحة	1. تحسين المعارف وتطوير مهارات المستخدمين 2. تكوين المستخدمين بالخارج حول مواضيع محددة بدقة	الهدف 1: ➢ عدد المواضيع المبرمجة ➢ نسبة تنفيذ برنامج التكوين ➢ نسبة المستخدمين المكونين الهدف2: نسبة منح التكوين الممنوحة

المصدر:من اعداد الباحثين بالاعتماد على وثيقة عقذ الاعمال والاداء للمؤسسة الاستشفائية بشير بن ناصر

الجدول 5: النتائج المنتظرة/ الاعمال

	النتائج المنتظرة	الأعمال
برنامج الوقاية والعلاج	✓ معدل الإصابة بالأمراض منخفض. ✓ معدل الوفيات منخفض. ✓ وضع حيز التنفيذ نظام معلومات صحي عملياتي وناجح في إطار الوقاية والاستشفاء، التنظيم القطاعي والمجتمعي. ✓ معالجة آثار الآفات الاجتماعية على صحة المواطن وتأثير الامراض المعدية وغير المعدية والتكفل بها ضمن إطار الإعلام وتوجيه السكان حول تنظيم العلاجات. ✓ اشراك ومرافقة الجماعات المحلية والمجتمع المدني، ومختلف الهيئات على المستوى المحلي. ✓ تكريس الوقاية كأساس للمقاربة الجديدة للنظام الصحي. ✓ هيكل صحي نظيف وآمن. ✓ التطبيق الصارم لبروتوكولات النظافة الاستشفائية. ✓ تقليص العدوى الاستشفائية المرتبطة بتقديم العلاجات.	✓ انشاء وحدة للإعلام والاتصال وتجهيزها بمختلف الوسائل الضرورية لأداء مهامها. ✓ التموين بمواد النظافة المخصصة لتنظيف (الأيدي، الأدوات، المساحات). ✓ التعاقد مع مؤسسات خاصة للنظافة. ✓ اقتناء وصيانة أجهزة التعقيم. ✓ تكوين أعوان النظافة. ✓ توظيف أعوان مؤهلين للنظافة وحفظ الصحة. ✓ اقتناء وسائل رفع النفايات الاستشفائية (عربات مخصصة لرفع النفايات). ✓ اقتناء المواد الضرورية لجمع وفرز النفايات الاستشفائية. ✓ تجهيز جميع نقاط الاستشارة الطبية والعلاجات بوسائل لغسل اليدين. ✓ اقتناء وبصفة دائمة مواد المخابر الضرورية.

برنامج الدعم الاداري	✓ ضمان الأجور، منح المناوبة، الترقية لجميع المستخدمين بشكل منتظم. ✓ ضمان أفضل تسيير للمسار المهني للمستخدمين. ✓ تأمين تصليح وصيانة التجهيزات الطبية. ✓ تعزيز قدرات الاستقبال بمصلحة الاستعجالات الطبية الجراحية بالمؤسسة. ✓ ضمان تدفق أمثل للمرضى على مستوى مصلحة الاستعجالات الطبية الجراحية لتقليص مدة الانتظار. ✓ زيادة عدد العمليات الجراحية المبرمجة مع تصفية قائمة الانتظار. ✓ تنظيم أفضل لمسار المريض. ✓ التكفل بالمريض في محيطه العائلي لتحقيق نتيجة أفضل. ✓ تقليل حدوث العدوى الاستشفائية. ✓ مستشفى نظيف وآمن.	✓ رقمنة مسار المريض (تنصيب واستغلال برنامج الملف الطبي الالكتروني). ✓ تسيير تدفق وفرز المرضى على مستوى مصلحة الاستعجالات الطبية الجراحية. ✓ ضمان امن المستخدمين بمصلحة الاستعجالات الطبية والجراحية. ✓ التموين بالأدوية، الكواشف والمستهلكات الطبية. ✓ توظيف الأطباء وشبه الطبيين. ✓ اشراك الممارسين في القطاع الخاص في جداول المناوبة. ✓ تنظيم واحترام عملية سير نشاطات الجراحة. ✓ تدعيم استقرار الممارسين الاخصائيين. ✓ رقمنة المواعيد (تعميم التطبيق الرقمي الجديد للمواعيد). ✓ الربط الشبكي بين كل المصالح. ✓ ضمان العمل الوظيفي العادي للتجهيزات التقنية. ✓ إنشاء وتفعيل وحدة عملياتية لصيانة العتاد الطبي. ✓ تنظيم دورات تكوينية لصالح مهنيي الصحة الطبيين وشبه الطبيين. ✓ إعادة تفعيل لجنة مكافحة العدوى الاستشفائية بالمؤسسة (CLIN). ✓ التكوين المنتظم لتقنيي النظافة ومستخدمي المؤسسة. ✓ انشاء وحدة عملياتية لمكافحة العدوى الاستشفائية تحت مسؤولية مصلحة الأوبئة والطب الوقائي (SEMEP).
برنامج التكوين في مجال الصحة	✓ اكتساب مهارات جديدة ونقلها ومشاركتها لصالح المستخدمين. ✓ تسهيل مَنح منحة التكوين بالخارج.	✓ إعادة تفعيل خلية التكوين بالمؤسسة. ✓ برمجة وتنفيذ دورات التكوين وتحسين الأداء.

المصدر: من اعداد الباحثين بالاعتماد على وثيقة عقد الاعمال والاداء للمؤسسة الاستشفائية بشير بن ناصر

الجدول 6: الاعتمادات المالية المخصصة للمؤسسة.

الأنشطة او الوجهة	الاعتمادات المخصصة للمؤسسة					
	نفقات المستخدمين		نفقات تسيير المصالح		المجموع	
	ر إ	إ د	ر إ	إ د	ر إ	إ د
الدعم الاداري	1152300000.00	1152300000.00	711058575.73	711058575.73	1863358575.73	1863358575.73
المجموع	1152300000.00	1152300000.00	711058575.73	711058575.73	1863358575.73	1863358575.73

المصدر: وثيقة عقد الاعمال والاداء للمؤسسة العمومية الاستشفائية بشير بن ناصر –بسكرة

4. تحليل الوثائق:

1.4 بالنسبة للأهداف:

اغلب الأهداف تعاني من تشويش واضح وضياع بين مختلف مستويات التخطيط، ويمكن القول انها خليط غير متجانس من الوسائل والغايات، المهام التشغيلية اليومية، نتائج حتمية، شعارات عامة، ما يجعلها أهدافا غير صالحة في شكلها الحالي لتكون إطارا استراتيجيا قابلا للتنفيذ او المساءلة او حتى للتقييم، وسنشرح مواطن الخلل (اعتمادا على مفهوم سلسلة النتائج، المنطق الصحي العام ومدى واقعية الأهداف وقابليتها للتنفيذ)، في كل هدف كما يأتي:

- تنفيذ البرامج والمخططات الوطنية للصحة: "تنفيذ المخططات" هو **نشاط ومهمة** جوهرية للمؤسسة وليس نتيجة، لان المؤسسة باعتبارها مؤسسة عمومية للصحة وجدت في الأصل لتنفيذ هذه المخططات، ولنفترض انه هدف، كيف سيتم قياسه؟ بمؤشر نسبة انجاز الأنشطة مثلا؟ هذا مؤشر أداء لمهمة تشغيلية مستمرة وليس لهدف استراتيجي، لتحديد الهدف السؤال الأهم هو تنفيذ البرامج والمخططات الوطنية للصحة **بهدف تحقيق ماذا بالضبط؟**
- تطوير نظام معلومات، التربية والاتصال الصحي: هذا الهدف شائع، إلا انه **وسيلة** وليس غاية، لان تطوير نظام للمعلومات يكون لتحقيق هدف معين، مثلا تحسين اتخاذ القرار او تقليل الأخطاء في الوصفات الدوائية، يعني يجب على المؤسسة العمومية الاستشفائية بشير بن ناصر ان توضح المكسب الصحي الفعلي للسكان المستهدفين من تطوير هذا النظام، كما انه **واسع جدا**، بحيث لا يحدد على ماذا يشتمل النظام (الملف الطبي الالكتروني للمريض ام نظام لمواعيد اجراء العمليات الجراحية، لوجستيك الادوية...)، لذلك يصنف كوسيلة.

- تعيين مكلف بالاتصالات الرقمية: يعتبر **نشاط تشغيلي** يقع في أدنى مستوى اداري، لأنه يمثل استكمال او **مدخل** لوظيفة الاتصال.
- السهر على النظافة الاستشفائية والمساهمة في ترقية حماية البيئة ضمن إطار مشترك ما بين المصالح: صياغة "السهر على" في حد ذاتها تعبر عن **مهمة مستمرة واجبة التنفيذ** ولا تعبر عن هدف طموح لمؤسسة عمومية استشفائية، كما ان الإضافة "ضمن إطار مشترك ما بين المصالح" هي إضافة غير واضحة، فإذا كان المقصود خلق تعاون بين مصالح معينة فهذا **آلية عمل** أكثر منها نتيجة.
- خلق مناخ عمل صحي ومحفز بالمؤسسة: يعتبر **هدف نبيل**، الا انه يبقى مجرد **شعار ما لم يتم تفصيله**، فمفهوم "مناخ العمل" مفهوم مركب ويصعب قياسه، كما انه نتيجة تداخل عدة عوامل (السلامة المهنية، التحفيز، العدالة التنظيمية...) ويقع في مستوى التأثيرات (التغيير في المدى طويل الاجل) وكمؤسسة عمومية استشفائية لا يتم خلق مناخ عمل صحي مباشرة بل من خلال تنفيذ مجموعة من الأنشطة، لذلك تحتاج المؤسسة لصياغة **اهداف خاصة** تتناول محددات هذا الهدف العام.
- حفظ وصيانة العتاد الطبي: **نشاط بحت لمؤسسة عمومية استشفائية**، لان صيانة الأجهزة تكون لضمان استمرارية الخدمات التشخيصية والعلاجية التي يتم تقديمها للمواطنين دون انقطاع او لتقليص مدة تعطل الأجهزة الحيوية، لتكون النتيجة النهائية رفع نسبة جاهزية الأجهزة وهو الهدف، وليس الصيانة.
- تقييس هيكل الاستعجالات الطبية الجراحية: **مشروع او نشاط**، الهدف من وراءه هو تحسين تدفق المرضى داخل مصلحة الاستعجالات لتقليص زمن الانتظار، يعني ان الهدف الحقيقي هو ما سيحدث بعد تقييس هيكل الاستعجالات الطبية.
- تحسين الولوج الى الخدمات الصحية وتقليص اجل التكفل في العلاج الاستعجالي بمصلحة الاستعجالات الطبية والجراحية/ تحسين الحصول على العلاج الاستعجالي وتقليص اجل التكفل في العلاج الاستعجالي بمصلحة الاستعجالات الطبية والجراحية/ تقليص آجال إجراء العمليات الجراحية للمرضى: **الأهداف جيدة** وتمس صحة المريض مباشرة، وتقع في مستوى **الأهداف الخاصة** (المواطنون هم المستفيدون المباشرون)، فقط نشير الى ان تقليص آجال اجراء العمليات قد لا يكون تحت سيطرة المؤسسة

بالكامل (مثلا قد لا يلتزم المرضى بالتحضيرات) لذلك يجب تحليل مثل هذه الحالات لان الهدف مهم بالنسبة للمواطنين.

- تكفل متكامل بالمرضى وتسهيل الوصول للعلاجات وتحسين نوعية الخدمات المقدمة: يعبر عن **الرؤية الكلية** لقطاع الصحة على مستوى الدولة وليس لمؤسسة عمومية استشفائية واحدة، فهو بمثابة **هدف عام** او **شعار** لأنه قائم على مفاهيم عامة جدا، يفضل تجزئته الى اهداف خاصة للمستفيدين المباشرين (يستفيد منها سكان حي العالية الجنوبية بسكرة) بما يلائم خصوصية ونطاق وبيئة المؤسسة العمومية الاستشفائية بشير بن ناصر.
- انشاء وحدة استشفاء منزلي: **مشروع هيكلي**، الهدف ليس الانشاء في حد ذاته، بل النتائج المرجوة منه مثلا خفض تكاليف العلاج، لذلك يصنف كمخرج، اما الهدف الحقيقي فهو الأثر الصحي لهذه الوحدة على المستفيدين النهائيين.
- مكافحة العدوى الاستشفائية وتعزيز النظافة الاستشفائية: هذا **واجب** قائم في حد ذاته، ويصنف كمهمة أساسية لمؤسسة عمومية استشفائية.
- تحسين المعارف وتطوير مهارات المستخدمين/ تكوين المستخدمين بالخارج حول مواضيع محددة بدقة: التدريب والتكوين **وسائل كلاسيكية** للغاية، بحيث لا يتم تدريب الموظفين من اجل التدريب بل لسد فجوة في الأداء، مثلا الهدف من نشاط تكوين ممرضين في العناية المركزة بالخارج هو رفع نسبة الكوادر المؤهلة للتعامل مع حالات الصدمات المتعددة.

نستخلص ان بعض الأهداف المدرجة في عقد الاعمال والأداء للمؤسسة محل الدراسة، تعتبر اهداف جوهرية ومهمة للمواطنين المستهدفين لأنها تقع في صميم توقعاتهم من مؤسسة صحية عمومية، الخلل ان بقية الأهداف تمت صياغتها بطريقة تغرق الأولويات الواضحة للمؤسسة العمومية الاستشفائية بشير بن ناصر في بحر من الوسائل الإدارية مما يفقدها التركيز، ويعطي انطباعا لمن يقرأ هاته الأهداف ان المؤسسة منغمسة في الشكليات الإدارية أكثر من أولويات المريض.

لذلك لا بد من تحويل هاته القائمة المتشتتة الى اهداف استراتيجية متماسكة (الغايات الكبرى= نتائج صحية) تقود الوسائل والأنشطة والمشاريع وليس العكس.

2.4 بالنسبة لمؤشرات الأداء:

تعاني مؤشرات الأداء المدرجة في عقد اعمال وأداء المؤسسة محل الدراسة من قصور واضح (غالبا لم يتم اعتماد قاعدة QQT في اعدادها)، واغلبها يقع في فخ ما يسهل قياسه لا ما يجب قياسه، ونلاحظ هيمنة المؤشرات الكمية على حساب المؤشرات النوعية، والخلل الأساسي يتمثل في ان اختيار المؤشرات لم يتم وفق معايير SMART، سنوضح أوجه القصور كما يأتي:

- مؤشر معدل الإصابة بالأمراض/ 100000 نسمة: **المؤشر ممتاز** بحيث يعكس التغيرات الرئيسية ومدى نجاعة برامج الصحة الوقائية والعلاجية في التقليل من انتشار الامراض، إلا انه لا يحدد نوع الأمراض (الامراض المزمنة، المعدية...) وأيضا قد يتأثر بعوامل خارجية كجائحة معينة، ولا يوضح ما إذا كانت هذه الامراض مرتبطة بنقص في الخدمات الصحية ام بعوامل اجتماعية، وبهذا الشكل يكون غير قابل للقياس، يجب تحديده بدقة مثلا "معدل الإصابة السنوي بمرض الفشل الكلوي لكل 100000 نسمة في الإقليم".
- مؤشر معدل وفيات الأمهات لكل حديث ولادة: **المؤشر ممتاز** لكن الصياغة خاطئة من الناحية الإحصائية، الاصح هو "نسبة وفيات الأمهات لكل 100000مولود حي".
- مؤشر وفيات الأطفال لكل مولود: **مؤشر ممتاز** لكن الصياغة خاطئة من الناحية الاحصائية، الاصح هو "معدل وفيات الأطفال دون الخامسة لكل 1000 مولود حي"، المؤشر قوي لتقييم الرعاية الصحية الأولية والتلقيح، يحتاج الى تفصيل حسب العمر وقد يتأثر بعوامل غير طبية مثل الحالة الاجتماعية او المستوى المعيشي لعائلة الطفل.
- مؤشر عدد النشاطات المحققة: من المفترض ان يقيس هذا المؤشر مدى تقدم تنفيذ نظام المعلومات، التربية والاتصال الصحي، أي انه **مؤشر حجم يتتبع المخرجات** وليس مؤشر أداء، كما ان عدم تحديد نوع النشاطات يؤثر على مصداقية المؤشر فقد يحتسب أي اجراء بسيط كنشاط محقق، ومن اهم النقائص انه يقيس وتيرة التنفيذ دون تقييم نوعية النشاطات او أثرها في نجاح النظام.
- معدل السكان المستهدف: يقيس هذا المؤشر التغطية الجغرافية لمعرفة مدى الوصول الى الفئات المستهدفة، لكنه غير مفهوم لأنه لم يحدد هذه الفئات، يجب صياغته بدقة مثلا

"نسبة تغطية برامج التلقيح للأطفال دون سن السنتين من مجموع سكان حي العالية الجنوبية ببسكرة".

- معدل الرضا للسكان: **مؤشر نوعي مهم** لقياس جودة الخدمة (مؤشر نتيجة)، إلا ان صياغته العامة قد تجعله عرضة للتلاعب، يحتاج الى ان يقسم الى أبعاد (معدل الرضا عن ماذا بالضبط) ويقاس بأداة موثوقة، مثلا "نسبة المرضى الذين قيموا الخدمة ب "جيد" في بعد نظافة المرافق".
- المدة المتوسطة لرفع النفايات الاستشفائية: **مؤشر يتتبع النشاطات**، لكنه لا يعكس أثر هذه النشاطات، من المفترض ان يعكس كفاءة المؤسسة في إدارة النفايات الاستشفائية وكيف ساعدت في تقليل المخاطر الصحية الناتجة عنها.
- عدد العمليات في الهيكل الواحد والمصلحة الواحدة: **مؤشر لتتبع المخرجات** يعكس الكم، لكنه لا يعكس الأثر، كما انه غير واضح.
- عدد الأمكنة المخصصة لغسل اليدين لكل وحدة ومصلحة: **مؤشر للمدخلات**، لا يقيس الاستخدام الفعلي فقد تكون هذه الأماكن موجودة لكن غير مستعملة وقد تستعمل بطريقة خاطئة.
- نسبة العدوى المرتبطة بالعلاجات: **مؤشر ممتاز** لقياس مستوى النظافة الاستشفائية على مستوى المؤسسة، لكنه يحتاج الى تحديد لنوع هاته العدوى (عدوى الجروح الجراحية، عدوى مجرى الدم، عدوى الجهاز التنفسي...).
- عدد المصالح والوحدات التي تتوفر على أجهزة تعقيم: **مؤشر بنيوي**، (توفير البنية التحتية لتعزيز النظافة والتعقيم داخل المؤسسة لتحقيق النظافة الاستشفائية)، لا يقيس الاستخدام الفعلي.
- نسبة الإنجاز: يفترض ان يقيس هذا المؤشر التقدم في تحسين بيئة العمل، لكنه يبقى غامض لأنه لا يحدد بالتفصيل انجاز ماذا، كما انه لا يقيس التحسن الفعلي في رضا المستخدمين.
- عدد عمليات التصليح: يعكس هذا المؤشر **النشاط الكمي** لعمليات الصيانة، لكنه سلبي بشكل عام لأن ارتفاعه يعني سوء الصيانة او قدم البنية التحتية، ولا يوضح ما إذا

كانت الأجهزة الطبية تعمل بكفاءة فعلا بعد عمليات الصيانة، المؤشر الأفضل هو "متوسط الوقت بين الأعطال" او "نسبة جاهزية المعدات الحيوية".

- استغلال تقارير مختلف اللجان: **مؤشر جيد** بما انه يعتمد على وثائق رسمية، لكنه غير قابل للقياس بالصياغة الحالية، إذا كان قياس الاستغلال سيكون بعدد المرات التي نفذت فيها توصيات التقارير، فان المؤشر الحقيقي هو "نسبة توصيات اللجان التي حولت الى إجراءات تصحيحية خلال 30 يوما".
- متوسط مدة الانتظار على مستوى مصلحة الاستعجالات الطبية الجراحية: **مؤشر ممتاز** لقياس الكفاءة في تقديم الخدمة، ومتابعة تدفق المرضى لمصلحة الاستعجالات الطبية الجراحية، فقط سيكون استخدام النسبة المئوية أفضل من المتوسط لأن المتوسطات الحسابية قد تتأثر بالقيم المتطرفة، مثلا يكون المؤشر "النسبة المئوية للمرضى المتكفل بهم في اقل من (X) دقيقة".
- عدد تحويلات المرضى نحو المستشفيات الجامعية: **المؤشر غامض** ويمكن تفسيره بطرق خاطئة، لأنه قد يعكس التعاون الجيد او قد يعني فشل المؤسسة في التكفل بالحالات وبالتالي زيادة العبء على المريض وعلى المستشفى الجامعي، يعني استخدامه كمؤشر إيجابي قد يكون خطيرا.
- عدد العمليات الجراحية المبرمجة: **مؤشر جيد** يركز على تقليل عبء الانتظار لإجراء العمليات الجراحية، لكنه لا يعكس الكفاءة ولا يحدد أولوية الحالات.
- قائمة الانتظار حسب التخصصات المتاحة: **مؤشر ممتاز**، فقط يجب ان يرافق بالوقت، مثلا الوقت المتوسط للانتظار في القائمة، او "نسبة المرضى الذين تجاوز انتظارهم الحد الأقصى المقبول للانتظار".
- اجل إتمام إجراءات الاستشفاء: **مؤشر جيد** يعكس الكفاءة في تنظيم مسار المريض كما قد يساهم في تقليل خطر العدوى المرتبط بإقامة المريض.
- عدد المرضى المتكفل بهم في المنزل: مؤشر يقيس التحول نحو نماذج مبتكرة للرعاية (الاستشفاء المنزلي)، لكن لا يعكس جودة وفعالية الاستشفاء المنزلي، ولا يعكس أيضا مستوى رضا المرضى واسرهم.

- متوسط مدة الإقامة: **مؤشر جيد** يربط بين مدة الإقامة والتعرض للعدوى، يحتاج الى تفسير فخروج المريض قد يعني خروجا مبكرا غير آمن، لهذا يحتاج هذا المؤشر ان يقترن بمؤشرات بعدية أخرى كمعدل إعادة الادخال غير المخطط له خلال 30 يوم.
- متوسط مدة شغل الاسرة: **مؤشر جيد** يقيس كفاءة الإدارة السريرية ويعكس العديد من الجوانب حسب معدلاته، بحيث المعدلات المرتفعة تعكس التأخر في التشخيص او نقص في الرعاية، أيضا المعدلات المنخفضة قد تعكس تسريع غير آمن لخروج المريض، وبالتالي استخدام هذا المؤشر يفيد في العديد من الجوانب.
- نسبة دوران الاسرة: يقيس هذا المؤشر كفاءة استغلال الموارد، النسب العالية للمؤشر تعكس الكفاءة في توزيع المرضى، كما يساعد في التخطيط (توسيع او تقليص عدد الاسرة في تخصص معين).
- عدد المواضيع المبرمجة: يعكس الكم في خطة التكوين ويهمل تماما مدى نجاعة الخطة التدريبية ومدى تغطيتها للمجالات المطلوبة، المؤشر الحقيقي هو "نسبة المواضيع المبرمجة حسب تحليل فجوة الكفاءات والأداء".
- نسبة تنفيذ برامج التكوين/ نسبة المستخدمين المكونين/ نسبة منح التكوين الممنوحة: كلها مؤشرات انجاز اداري لا تقيس جودة التكوين او أثره على تحسين كفاءات المستخدمين، فالهدف ليس تنفيذ البرامج بل اكتساب الكفاءة، المؤشر الحقيقي هو "نسبة التحسن في المهارة (X) بعد التكوين بثلاث أشهر".

بعد تحليل مؤشرات الأداء المدرجة في عقد اعمال وأداء المؤسسة محل الدراسة، يمكننا القول ان المؤشرات تجسد اطارا يدمج بين أربعة مستويات مختلفة من القياس: **مؤشرات استراتيجية محورية** تقيس الأثر النهائي على المرضى وكفاءة الخدمة، **مؤشرات تشغيلية ضرورية لكنها ليست مؤشرات أداء** تساعد في فهم حجم العمل لا أكثر وتكون خادعة اذا استخدمت بمفردها كمؤشرات اداء، **مؤشرات إجرائية** مؤشرات دقيقة لقياس التحسين المستمر على ارض الواقع (الكفاءة التشغيلية)، **مؤشرات شكلية فقط** هذه المؤشرات لا تقيس أي اثر حقيقي وغير قابلة للمساءلة الموضوعية وكثرتها في عقد اعمال وأداء المؤسسة العمومية الاستشفائية بشير بن ناصر تضعف مصداقيته بشكل عام.

لذلك لا بد من إعادة هيكلة كاملة لمؤشرات الاداء، من خلال الانتقال من هذا التشتت الى نظام متكامل من مؤشرات أداء تتيح متابعة التقدم وتقييم مدى فعالية الأنشطة وتبين ما إذا تم تحقيق النتائج ام لا (مؤشرات نتائج صحية نهائية، مؤشرات الجودة والكفاءة، مؤشرات الوسائل)، بهذه البنية السببية يصبح لكل مؤشر وظيفة محددة، إما قياس الأثر او كفاءة المسار او جودة العملية التي تخدم المسار (بنفس فكرة الإطار المنطقي في مقاربة التسيير المبني على النتائج) (روينة، 2018)، وهكذا يتجسد الانتقال من إدارة البيانات الى إدارة الأداء.

3.4 مدى ملائمة الاعمال للنتائج المنتظرة:

تعاني النتائج المنتظرة المدرجة في عقد اعمال وأداء المؤسسة العمومية الاستشفائية بشير بن ناصر من نقائص جوهرية نختصرها فيما يأتي:

- بعض الصياغات تصف أنشطة او مخرجات مباشرة (مثل توفر التجهيزات نتيجة اقتناء أجهزة) وليس تغيرا ملموسا للمستفيدين النهائيين (مثل "وضع حيز التنفيذ نظام معلومات..." هذه وسيلة، "اشراك ومرافقة الجماعات المحلية..." هذا نشاط).
- العمومية المفرطة في بعض الصياغات، عبارات غير محددة مثل "معدل الإصابة بالأمراض منخفض"، "مستشفى نظيف وآمن" لا يمكن قياسها او التحقق منها.
- طابع اداري في بعض النتائج التي هي في الأصل التزام قانوني وليست نتيجة مثل "ضمان الأجور، احترام وتيرة انعقاد مختلف المجالس".

بالنسبة للأعمال، جيدة لكن تعاني من بعض النقائص كما يلي:

- الخلط بين المستويات: بعض الاعمال تعتبر اعمال استراتيجية مثل "انشاء وحدة للإعلام والاتصال..." والبعض تعتبر اعمال روتينية وإجراءات اعتيادية لا يمكن القول بأنها عمل استثنائي يندرج في مسار خطة تنموية، مثل "التموين بمواد النظافة".
- جميع الاعمال موجهة للفعل (تكوين، اقتناء، شراء) وليست موجهة للأداء.
- وجود بعض الاعمال خارج نطاق النتائج المنتظرة مثل "ضمان امن المستخدمين بمصلحة الاستعجالات الطبية والجراحية"، لا توجد نتيجة منتظرة لهذا العمل.
- فشل في صياغة الاعمال المتعلقة بالرقمنة، حيث تم صياغتها كغايات "رقمنة مسار المريض" "رقمنة المواعيد" دون توضيح المراحل او النطاق.

- غياب بعض الاعمال رغم ان النتائج المنتظرة تستدعي وجودها.

ويمكن اختصار مجالات تطابق بين النتائج المنتظرة والاعمال، الفجوات، الخلل في الربط، كما يأتي:

- نتائج ضخمة مقابل إجراءات روتينية بسيطة: توجد بعض النتائج تصف تحولا بالنسبة للمؤسسة العمومية الاستشفائية بشير بن ناصر، بينما معظم الاعمال هي أنشطة يومية (تموين، صيانة، اقتناء)، هناك فجوة بين الطموح والوسائل.
- فعالية التطابق بين النتائج المنتظرة والاعمال تقتصر على مجال النظافة ومكافحة العدوى الاستشفائية.
- الاعمال المتعلقة بالرقمنة تشكل قاعدة تقنية ضرورية يمكن ان تنتج نظام معلومات يتعلق بمسار المريض او بالمواعيد، لكن النتيجة فصلت بطريقة مبالغ فيها حيث ان الاعمال لا تغطي البعد القطاعي والمجتمعي المذكور في النتيجة، كما لا يوجد أي عمل يرتبط باستعمال هذا النظام، لذا يمكن ان يكون النظام الرقمي موجود شكليا لكن الممارسات السائدة ورقية، مما يؤدي الى فشل النتيجة دون ان تظهر الاعمال أي خلل.
- وجود مجموعة من النتائج بدون اعمال ما يجعلها فارغة من أي اجراء والحديث عنها كنتائج يبقى وهم تخطيطي لا أكثر، مثل "تكريس الوقاية كأساس للمقاربة الجديدة للنظام الصحي" او "اشراك ومرافقة الجماعات المحلية والمجتمع المدني" لا يوجد أي اعمال للوقاية خارج حدود المؤسسة (مثل الحملات التوعوية، برامج الفحص المتنقل للكشف المبكر عن الامراض المزمنة...) كل الاعمال محصورة داخل حدود المؤسسة العمومية الاستشفائية بشير بن ناصر.

4.4 مدى ملائمة الاعتمادات المالية للأهداف:

بما ان العقد المدروس مجرد وثيقة تنظيمية لتدريب المسيرين، لن نتفصل في تحليل ارقام موازنة المؤسسة (ولا في القيم المستهدفة، التكاليف الموضحة في العقد)، وبهذا الخصوص نكتفي بالإشارة الى ثلاث نقاط مهمة:

- الفجوة بين الأهداف الطموحة والاعتمادات الضئيلة.

- هيمنة نفقات المستخدمين على نسبة كبيرة من اجمالي موازنة المؤسسة، ما يعكس الجمود الهيكلي وعدم استعداد المؤسسة لتمويل إجراءات جديدة.
- لا توجد مواد واضحة وكافية في موازنة المؤسسة لتغطية كل الأهداف (هدف انشاء وحدة للاستشفاء المنزلي لا توجد له مادة واضحة في مدونة الموازنة)

يؤكد تحليل عقد اعمال وأداء المؤسسة محل الدراسة، على أهمية هاته الأداة في تطبيق اهم ما جاء به القانون العضوي 18-15 الا وهو مفهوم التسيير المبني على النتائج، الا ان عقد المؤسسة العمومية الاستشفائية بشير بن ناصر لا يزال اسير المنطق الشكلي ما يعكس الفجوة بين طموحات الإصلاحات الميزانياتية وواقع الممارسات الإدارية في المؤسسات العمومية الصحية، مما يؤدي الى صياغة وثيقة تفتقر للتماسك والمنطقية وغياب مؤشرات أداء ذكية، والعجز في تحقيق توازن مالي يدعم تحقيق الأهداف.

5. نتائج الدراسة:

توصلت دراسة واقع وطبيعة حضور أداة عقد الاعمال والأداء في المؤسسة العمومية الاستشفائية بشير بن ناصر الى النتائج الآتية:

- تستمر المؤسسة العمومية الاستشفائية بشير بن ناصر في العمل بالإطار الميزانياتي السابق بموجب القانون 84-17، حيث يتم اعداد وتحضير وصرف موازنتها حسب منطق الوسائل.
- توجد مجموعة من التحديات التي تعيق الإصلاح الميزانياتي لموازنات المؤسسات العمومية الاستشفائية مرتبطة بشكل أساسي بطبيعة عملها ونوع الخدمات التي تقدمها.
- وجود وثيقة عقد الاعمال والأداء على مستوى المؤسسة العمومية الاستشفائية بشير بن ناصر يعكس الإجراءات العملية للمؤسسة للتكيف مع الإصلاح الميزانياتي بموجب القانون العضوي 18-15، إلا ان العقد لا يزال مجرد عقد شكلي ويحتاج لإعادة هيكلة جذرية.
- وجود فجوة بين النصوص القانونية والتنظيمية لعقد الاعمال والأداء وواقع هذا الأخير خاصة في كيفية توزيع الاعتمادات المالية.

- تحليل اهداف، مؤشرات الأداء، النتائج المنتظرة، الاعمال المدرجة في عقد الاعمال والأداء للمؤسسة العمومية الاستشفائية بشير بن ناصر يؤكد على أهمية هذا الوثيقة في تطبيق مبدأ التسيير المبني على النتائج.
- طبيعة حضور وثيقة عقد الاعمال والأداء في المؤسسة العمومية الاستشفائية بشير بن ناصر لا تزال شكلية لغياب فلسفة التسيير المبني على النتائج في اعدادها.
- نجاح وثيقة مثل عقد الاعمال والأداء يتوقف على كفاءة الموارد البشرية في صياغة الأهداف واعداد مؤشرات أداء ذكية.

6.الخاتمة:

ان الإصلاح الميزانياني بموجب القانون العضوي 18-15 ليس مجرد تعديل تقني لقواعد تسيير الموازنات او قواعد المحاسبة العمومية، بل هو تحول عميق في ثقافة التسيير العمومي، وهذا التحول لا يقاس نجاحه بعدد المراسيم والمناشير الصادر بل بمدى نجاح تطبيقه في الممارسات اليومية للمؤسسات العمومية، وهو ما دفعنا لاختيار ودراسة وثيقة عقد الاعمال والأداء كونها وثيقة تبنى انطلاقا من القاعدة العملياتية.

ان تحليل مضمون عقد الاعمال والأداء للمؤسسة العمومية الاستشفائية بشير بن ناصر قادنا الى استخلاص نتيجة محورية في ظل المرحلة الانتقالية لتطبيق الإصلاحات، مفادها ان القصور الحقيقي ليس في تأخر تطبيق القانون العضوي، بل في تطبيقه وفق الذهنية التقليدية في تسيير المال العمومي، بحيث يتم تبني الأدوات الجديدة بمنطق النتائج القابلة للقياس شكلا، لكن مضمونا يصرون على التعامل مع المال العمومي بمنطق الوسائل(استهلاك الموازنات قبل 12/31). لن نعتبر هذا فشلا تاما في المشروع، لكن "الانتقال الإداري الشكلي" امر طبيعي في علم الإدارة، حيث يكون الإطار القانوني قد تغير لكن الثقافة التنظيمية لا تزال نفسها، المهم أن ل يطول الأمر كثيرا. لذلك تأتي هذه الدراسة لتؤكد ان نجاح القانون العضوي 18-15 لن يتحقق من خلال شرح القوانين فحسب، بل من خلال الاهتمام بثلاث مداخل أساسية: بناء عقلية تحليلية لفهم التسيير المبني على النتائج وبناء مؤشرات الأداء، ربط الاعتمادات المالية بالأداء الفعلي وهو ما يمنح العقد الصلاحية اللازمة لتوجيه الموارد نحو الأولويات والحاجة الى الصبر والتركيز على التحول من ثقافة الوسائل الى ثقافة النتائج.

7.قائمة المراجع:

1. .*Executive Decree No. 62-21 of February 8, 2021, establishing the appropriate budgetary and accounting management procedures for the budgets of public institutions of an administrative nature and other public bodies and institutions benefiting from state budget allocations. Official Gazette of the People's Democratic Republic of Algeria, No. 11. Retrieved from https://2u.pw/U7TuQp*

2. *General Directorate of Budget. (August 17, 2022). Circular No. 6111 of August 17, 2022. 1-12. Ministry of Finance. Retrieved from https://2u.pw/XeHLys*

3. *Abdel Samie Rouina. (June 2018). Results-Based Management: An Effective Approach to Shifting from a Focus on Resources to a Focus on Results in the State Budget. Economic and Administrative Research, No. 23, pp. 146-165.*

4. *Mokhtar Bousta. (March 15, 2025). Challenges of preparing business and performance contracts for public health institutions. (Kholoud Bashir, moderator)*