



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم والبحث العلمي
جامعة بلعاج بوشعيب عين تموشنت-



كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير
تخصص: اقتصاد و تسيير المؤسسات

مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في العلوم الاقتصادية

تحت عنوان

إشكالية كفاءة المؤسسات الصحية في الجزائر

تحت إشراف الأستاذ:
د. علي دحمان محمد

من إعداد وتقديم الطالبين:
- خليل حبيب

أعضاء لجنة المناقشة

رئيسا	جامعة عين تموشنت	أ.د. وهراني عبد الكريم
مشرفا	جامعة عين تموشنت	أ.د. علي دحمان محمد
ممتحنا	جامعة عين تموشنت	أ.د. زدون جمال

السنة الجامعية: 2022-2023





شكر

سبحانك اللهم لا علم لنا إلا ما علمتنا إنك أنت العليم
الحكيم فالشكر و الحمد لله تعالى الذي وفقني في انجاز
هذا العمل وأسأله عز وجل أن يجعله خالصا لوجهه الكريم
وأن يوفقني لما يحبه ويرضاه في الدنيا و الآخرة
أتقدم بالشكر الجزيل وعظيم التقدير للأستاذ المشرف
علي دحمان محمد الذي لم يتخل عن دعمه لي بالتوجيهات
والنصائح طيلة إنجاز هذا البحث وأسأل الله أن يجعله في
ميزان حسناته





إهداء

الحمد لله وكفى والصلاة على الحبيب المصطفى وأهله ومن وفى أما بعد
الحمد لله الذي وفقنا لتتمين هذه الخطوة في مسيرتنا الدراسية بمذكرتنا هذه ثمرة
الجهد والنجاح بفضلته تعالى

مهداة إلى الوالدين الكريمين حفظهما الله وأدامهما نورا لدربي
لكل العائلة الكريمة التي ساندتني ولاتزال من إخوة وأخوات إلى
رفيقات المشوار اللاتي قاسمنني لحظاته رعاهم الله ووفقهم:
إلى كل من كان لهم أثر على حياتي، وإلى كل من أحبهم قلبي ونسيهم قلمي

خليل حبيب



قائمة المحتويات:

1..... مقدمة:

الفصل الأول: واقع وآفاق الأنظمة الصحية

6..... تمهيد:

7..... المبحث الأول المؤسسة الصحية تعريفها، وظائفها وأهدافها:

7..... المطلب الأول تعريف المؤسسة الصحية

10..... المطلب الثاني: وظائف المؤسسة الصحية

12..... المطلب الثالث: أهداف المؤسسة الصحية

17..... المبحث الثاني: نماذج الأنظمة الصحية العالمية

17..... المطلب الأول: تنظيم وتمويل نظام الصحة الانجليزي

20..... المطلب الثاني: تنظيم وتمويل النظام الصحي الأمريكي

22..... المطلب الثالث: تنظيم وتمويل النظام الصحي الفرنسي

29..... المبحث الثالث: الدراسات السابقة

29..... المطلب الأول: الدراسات بالعربية

32..... المطلب الثاني: الدراسات الاجنبية

35..... المطلب الثالث: أوجه الاختلاف والتشابه

الفصل الثاني: النظام الصحي في الجزائر

38..... مقدمة الفصل الاول

39..... المبحث الأول: التطور التاريخي للسياسة الصحية في الجزائر :

39..... المطلب الأول: السياسة الصحية من 1962 1965

40..... المطلب الثاني: السياسات الصحية من 1965-1979

42..... المطلب الثالث : السياسة الصحية من 1979-2007

45..... المبحث الثاني: مصادر تمويل نفقات الصحة في الجزائر

46..... المطلب الأول: التمويل عن طريق الدولة :

47	المطلب الثالث: التمويل عن طريق الضمان الاجتماعي
49	المطلب الرابع: التمويل عن طريق الأسر
51	المبحث الثالث: النمط التعاقدى كبديل لتمويل نفقات الصحة في الجزائر.....
51	المطلب الاول: أساسيات حول النمط التعاقدى في المجال الصحي
54	المطلب الثاني: دور الدولة والجماعات المحلية في النمط التعاقدى:
59	المطلب الثالث: أسباب التعاقد والشروط الأولية لنجاحه في الجزائر:
65	خلاصة الفصل:.....
67	خاتمة:.....
72	قائمة المصادر والمراجع:

قائمة الجداول

- الجدول رقم (01): الهيئات الرئيسية ذات السلطة التنظيمية في النظام الصحي الأمريكي. 20
- الجدول رقم (02) العناصر التنظيمية الرئيسية التي تمول الرعاية الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية 22
- الجدول رقم 03 المنجزات المحققة في المجال الصحي من سنة 1962 إلى غاية سنة 1974..... 41

قائمة الاشكال

- الشكل رقم 01: هيكله وتنظيم النظام الصحي في انجلترا..... 18
- الشكل رقم 02: توزيع الموارد التمويلية للمنظومة الصحية الانجليزية..... 19
- الشكل رقم 03: الهيكل التنظيمي للنظام الصحي الفرنسي..... 26
- الشكل رقم (04): تطور حصة الدولة في تمويل نفقات الصحة في الجزائر خلال الفترة (1990-2018) 46
- الشكل رقم (05): منطق التعاقد في الجزائر 60

مقدمة

مقدمة:

تعتبر الصحة من أهم القضايا التي توليها الدول أهمية كبيرة ، حيث لا يمكن الحديث عن التنمية في جوانبها الاقتصادية أو الاجتماعية إذا كانت نقطة انطلاق التنمية ، وهي مورد الإنسان ، تتمتع بصحة جيدة وصحية. إن الخدمات الصحية التي تقدمها النظم الصحية ضرورة إنسانية بقدر ما هي ضرورة اقتصادية لبناء مجتمع قادر على العطاء وتقديم أفضل أداء في مختلف مجالات التنمية الاقتصادية والاجتماعية.

وبما أن النظم الصحية مثل المؤسسات والمستشفيات والمراكز الصحية والمصحات هي الوطاء في تقديم الخدمات الصحية وتعزيز صحة أفراد المجتمع ، فقد سعت مختلف البلدان على جميع المستويات إلى إصلاح أنظمتها الصحية لضمان تقديم الخدمات الصحية. خدمات صحية بجودة وكفاءة عالية ، كما أكد ذلك العديد من خبراء النظام الصحي في العالم يعتقدون أن النظام الصحي هو الأداة التي تدرك احتياجات ومتطلبات الأفراد من الخدمات الصحية وتسعى جاهدة لتوفيرها من خلال توفير الموارد اللازمة وإدارتها بشكل صحيح من أجل تحقيق الصحة الشاملة لجميع أفراد المجتمع.

وبالرغم من الاهتمام المتزايد بالقطاع الصحي في الجزائر، إلا أن هذا الأخير لا زال يواجه العديد من المشاكل والمعوقات التي حالت دون تحقيق الأهداف المسطرة، وكذا تصاعد الانتقادات الموجهة إلى المنظومة الصحية في الجزائر لعجزها وعدم قدرتها على مواجهة الطلب المتزايد على خدماتها والمطالبة بتحسينها.

ولقد عملت السلطات المعنية على البحث في الحل المناسب كوسيلة لتنظيم القطاع الصحي الذي يتمثل في الخريطة الصحية الجديدة التي جاءت وفق المرسوم رقم 027 70 / المؤرخ في 01 ماي 3770 المتعلق بإنشاء وتنظيم المؤسسة العمومية الإستشفائية الذي يسعى على إعطاء الإستقلالية لكل منها بالتالي الفصل بين التسيير المستشفيات وهيكل خارج الإستشفائية ، حيث يتمثل الهدف الجوهرى في تقريب الخدمة الصحية للمواطن وتحقيق أفضل تغطية للهياكل الإستشفائية في المناطق الداخلية والجنوبية للوطن ومن خلل هذا نستنتج أن القطاع الصحي قد واجه عدة صعوبات ومعوقات كونه ذو طابع إدارى يتمتع سنقل المالى ولإعادة النشاط في محيط محكوم بقوانين لا بالشخصية المعنية واسوق نتيجة عدم قدرة الدولة على تمويل نفقات الصحة المتزايدة إلى تسجيل عجز الحماية الإجتماعية ، فطرح مشكل إرتفاع نفقات الصحة ونمو غير المتحكم فيها.

الإشكالية

من هذا المنطلق يمكننا صياغة إشكالية الدراسة على النحو التالي: ما طبيعة العلاقة بين نفقات الصحة ومصادر تمويلها خلال الفترة 1990-2018؟ وما هو المصدر المالي الأكثر أهمية والذي من خلاله تتحدد سياسة الإنفاق الصحي في الجزائر؟

من خلال هذه الإشكالية بالإمكان طرح التساؤلات التالية:

- ما هو واقع وآفاق المؤسسات الصحية؟
- ما هي النماذج والآليات الرئيسية لتمويل نفقات الأنظمة العالمية للصحة؟ .
- هل يمكن للنمط التعاقدي أن يكون بديلا للتمويل الصحي؟
- وما هي المشاكل التي حالت دون الأخيرة في الجزائر وما هي المصادر المعتمدة لتمويلها؟

فرضيات الدراسة

- يعتبر النمط التعاقدي من بين الآليات المقترحة ليكون بديلا للنمويل الصحي.
- النمط التقليدي غالب في تسيير المؤسسات الصحية بالجزائر مما أدى الى تباطأ تجسيد النمط التعاقدي.
- المشاكل التي يعاني منها نظام تمويل نفقات الصحة في الجزائر ليست بشح الموارد التمويلية، بل بسوء التنظيم والتسيير، و عدم التخصيص الامثل للموارد

أهمية الدراسة:

إن موضوع تمويل نفقات الصحة يستحق الاهتمام نظرا لأهمية صحة أفراد المجتمع والنظام الصحي ككل في تنمية اقتصاد البلد والجزائر كغيرها من الدول تسعى جاهدة للإلمام بمشاكل ومعوقات نظام تمويل نفقاتها الصحية، ورغم أهمية الدراسات السابقة التي تناولت هذا الموضوع إلا أننا حاولنا من خلال هذه الدراسة معرفة شكل العلاقة بين الإنفاق الصحي ومصادر تمويله في الجزائر في الأجلين القصير والطويل من خلال بناء نموذج قياسي يساعد على تحليل هذه العلاقة الذي يؤدي لتبيين و زيادة كفاءة جودة الخدمات الصحية على مستوى الوطن.

أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى ما يلي:

الإحاطة بالجانب النظري لاقتصاد الصحة والتمويل الصحي.

عرض التجارب الدولية الرائدة في تمويل نفقات أنظمتها الصحية من أجل الاستفادة منها.

التعرف على الأسباب المؤدية إلى ارتفاع الإنفاق الصحي بشكل كبير خلال السنوات الأخيرة في الجزائر.

التوصل إلى بعض الاقتراحات التي من شأنها المساهمة في زيادة فعالية وكفاءة نظام تمويل الصحة في الجزائر.

حدود الدراسة:

تتمثل حدود الدراسة في:

الإطار المكاني: تم استعراض تجارب بعض الدول في تنظيم وتمويل نفقات أنظمتها الصحية وهي: إنجلترا، الولايات المتحدة الأمريكية، فرنسا.

تم إجراء الدراسة التحليلية القياسية على الجزائر.

الإطار الزمني: في استعراضنا لتطور النظام الصحي في الجزائر اقتصرنا على الفترة (1962- ليومنا هذا).

هيكل الدراسة:

تحتوي الدراسة على فصلين موزعة على الشكل التالي:

الفصل الأول يتضمن مقارنة نظرية لاقتصاد الصحة والمؤسسات الصحية مقسم إلى ثلاثة أجزاء، حيث يتناول الجزء الأول مفاهيم حول المؤسسات الصحية والخدمات الصحية، مفاهيم ، ، أما الجزء الثاني فيتضمن ماهية الأنظمة الصحية من خلال المفهوم النشأة، والمكونات، أما الجزء الثالث في هذا الفصل فقد تناول الدراسات السابقة المتعلقة بالموضوع.

الفصل الثاني خصص لتقديم النظام الصحي في الجزائر وقد تم تقسيمه إلى ثلاثة أجزاء، الجزء الأول تناول تطور نظام الصحي في الجزائر من 1962 إلى يومنا هذا، أما الجزء الثاني فتضمن تنظيم وهيكل النظام

مقدمة عامة

الصحي بما فيه من هياكل ومؤسسات ومستويات الخدمة الصحية المقدمة في النظام الصحي، والجزء الثالث والأخير في هذا الفصل تطرقنا فيه إلى التعريف بالنظام التعاقدى وختمنا بحثنا بخاتمة .

الفصل الأول:
واقع وآفاق الأنظمة الصحية

تمهيد:

يتبادر إلى الذهن عادة أن الخدمة الصحية التي يتلقاها الإنسان مرتبطة فقط بالخدمة المقدمة حالة المرض والتي تتمثل في بعض الأعمال المادية التي يقوم بها ممارس الصحة العمومية كإجراء بعض الفحوصات والإسعافات أو العمليات الجراحية...؛ غير أن الخدمة الصحية في حقيقة الأمر تتجاوز هذا التعريف المادي الملموس لأداء بعض ممارسي الصحة العمومية لتتسع إلى مفهوم أشمل يعنى برعاية الإنسان ومدى تمتعه بالحياة، حال السلامة قبل حال المرض الذي يكون فيه مفهوم الخدمة الصحية محدودا بإزالة الألم أو التخفيف من المعاناة بسببه.

وأمام هذا المفهوم المتسع للخدمة الصحية يصبح من الصعب ضبطها بمواصفات محددة، بل تكون في بعض الأحيان أقرب إلى التفسير النفسي للحالات المستفيدة من الخدمة. وبالتالي تكون عملية ضبط وتقييم المخرجات الصحية صعبة لارتباطها من جهة بالجوانب الإنسانية النفسية والاجتماعية والاقتصادية ومن جهة أخرى فإن أهمية الصحة للمجتمع والاقتصاد ككل يفرض تحديدا لمجموعة من المعايير في توصيف الخدمة الصحية وكذا آليات تقييم مخرجاتها التسييرية، إذ أن هذه الخدمة وفي الزمن المعاصر لها مجموعة من المؤسسات التي تعنى بتقديمها وإدارة كيفية الاستفادة منها وتوصيلها لمستحقيها.

وفي هذا السياق يقدم هذا الفصل تعريفا بمؤسسات الخدمة الصحية ووظائفها وأهدافها المختلفة في المبحث الأول ويبحث في تبيين الأنظمة الصحية العالمية في المبحث الثاني والدراسات السابقة فيما يخص الموضوع في المبحث الثالث

المبحث الأول المؤسسة الصحية تعريفها، وظائفها وأهدافها:

تتعدد أشكال المؤسسات الاقتصادية بين الخدمية والصناعية، الربحية وغير الربحية، ... وضمن ذلك تتموقع المؤسسة الصحية التي لها خصوصيتها المستقلة بحكم النشاط الذي تؤديه، الذي قد يأخذ الطابع الصناعي كما هو الحال بالنسبة لشركات الأدوية مثلا، أو الطابع الخدمي بغض النظر عن غايته الربحية أو غير الربحية كالمستشفيات، المخابر .. الخ.

وتعتبر المؤسسات الصحية عاملا مشتركا في أي مجتمع من المجتمعات، فنحن جميعا نتعامل معها من أجل الحصول على خدمة داخلية أو خارجية.¹

وفيما يلي سيتم التطرق إلى مفهوم هذه المؤسسة وأهم وظائفها وأهدافها.

المطلب الأول تعريف المؤسسة الصحية

يختلف تعريف المؤسسة الصحية من فرد لآخر، لاختلاف المداخل الإدارية واختلاف الشكل القانوني والصحي والتنظيمي.

ولأجل الاطلاع على مفهوم المؤسسة الصحية والاستشفائية منها على وجه الخصوص، فقد تم تقديم تعريف عام للمؤسسة الصحية وإفراد المؤسسة الاستشفائية منها بتعريف أدق، ثم تناول أنواع هذه المؤسسات وتصنيفاتها.²

الفرع الأول المؤسسة الصحية بشكل عام

تعتبر المؤسسة مهما اختلفت نشاطاتها عبارة عن مجموعة من الوسائل المادية والبشرية والمالية المنظمة بصفة عقلانية لتحقيق هدف معين وهي في ذلك تمارس نشاطا لبلوغ هذا الهدف، لذا يمكن اعتبار طبيعة النشاط والهدف معياران أساسيان لتمييز مؤسسة ما عن غيرها.³

¹ (ريحان) محمد التسويق لخدمة الرعاية الصحية مقال في المؤتمر العربي الثالث للاتجاهات التطبيقية الحديثة في إدارة المستشفيات: تقنية نظم

المعلومات، مطبوعات المنظمة العربية للتنمية الإدارية، جامعة الدول العربية، القاهرة، جمهورية مصر العربية، سنة 2004، ص 34

² بن فرحات عبد المنعم، انعكاسات أنماط تسيير المؤسسة العمومية للصحة بالجزائر على نوعية الخدمات دراسة حالة عينة من المؤسسات العمومية

الصحية، رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه تخصص اقتصاد و تسيير المؤسسة، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر، 2018/2017، ص 29

³ نفس المرجع، ص 29

وبالنسبة للمؤسسة الصحية، فقد تناولتها عدة تعاريف على أنها « كل مؤسسة تقدم الرعاية الطبية بشكل مباشر مثل المستشفيات والمراكز الصحية والعيادات والمراكز التخصصية، أو بشكل غير مباشر مثل المختبرات والإدارات الصحية ذات الخدمات السائدة والصيانة الطبية¹

فهي « كل هيئة تقوم بتقديم خدمات صحية ما ، سواء كانت ربحية أو غير ربحية، أو كان ذلك بشكل مباشر أو غير مباشر من خلال مجموعة من المهنيين والمتخصصين²»

وما يستنتج من ذلك أن المؤسسة الصحية تتحدد بمعيار النشاط الهادف إلى إنتاج خدمة صحية ما، سواء كانت ملموسة أو غير ملموسة.

الفرع الثاني المؤسسة الصحية الاستشفائية:

يعد المستشفى أهم المؤسسات الصحية على الإطلاق بحكم تشعب مهامه وتعدد وظائفه. وقد عرف من طرف الهيئة الأمريكية للمستشفيات أنه مؤسسة تحتوي على جهاز طبي يتمتع بتسهيلات طبية دائمة لتقديم التشخيص والعلاج اللازمين للمرضى³.

وعرفته المنظمة العالمية الصحة من منظور وظيفي على أنه جزء أساسي من تنظيم اجتماعي وطبي تتلخص وظيفته في تقديم رعاية صحية كاملة للسكان، علاجية كانت أو وقائية وتمتد خدمات عيادته الخارجية إلى الأسرة في بيئتها المنزلية، كما أنها مركز لتدريب العاملين الصحيين وللقيام ببحوث اجتماعية حيوية⁴، أي أنه نظام "كلي يضم مجموعة من النظم الفرعية المتكاملة والمتمثلة في نظام الخدمات الطبية ونظام الخدمات المعاونة ونظام الخدمات الفندقية ونظام الخدمات الإدارية، تتفاعل تلك النظم معا بهدف تحقيق أقصى رعاية ممكنة للمريض والمصاب وتدعيم الأنشطة التعليمية والتدريبية والبحثية في المجال الطبي"⁵.

¹ PASTRE) Olivier, (GABELLE) Lucile chérubin, (ACOSTA) Fernandes, Economie de l'entreprise, Economica, France, 2008, page 16

² (نياز) عبد العزيز بن حبيب الله، جودة الرعاية الصحية، الأسس النظرية و التطبيق العملي، وزارة الصحة، الرياض، 2005، ص 362

³ (البكري) ثامر ياسر إدارة المستشفيات، دار اليازوري، الأردن، 2005، ص 66.

⁴ (مخيمر) عبد العزيز (الطعامنة محمد الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات المفاهيم والتطبيقات المنظمة العربية للتنمية الإدارية، مصر، 2003، ص5.

⁵ (مخيمر) عبد العزيز، (الطعامنة) محمد، المرجع أعلاه، ص5.

ويبدو أن التعريف المقدم من طرف المنظمة العالمية للصحة أكثر شمولاً؛ حيث لا يقتصر في تحديده لوظائف المستشفى على التشخيص والعلاج، بل شمل أيضاً التعليم والتدريب والقيام بالبحوث.¹

وبناء على ذلك يمكن القول أن المؤسسة الصحية الاستشفائية هي عبارة عن نظام شامل يتكون من جملة من العناصر المتمثلة في²:

- الأهداف: تمثل ترجمة للاحتياجات الصحية، وهي بمثابة الخطوط الرئيسية التي تسترشد بها الإدارة لتلبية هذه الاحتياجات.
- المدخلات تمثل العنصر الإنساني، العنصر المادي وعنصر المعلومات وهي عناصر لازمة لقيام المؤسسة بنشاطها .
- النشاطات والتي يتم من خلالها تحويل المدخلات إلى مخرجات، وتشمل جميع العمليات المخرجات وتتحصر التي تقوم بها مختلف الأقسام.
- المخرجات الأساسية بجودة الخدمات الطبية المقدمة المتعلقة بالأفراد عند خروجهم، والمخرجات المتعلقة بكفاءة المؤسسة. .
- التغذية المرتدة تعبر عن المعلومات التي تصور نتائج نشاطات العاملين وفقاً للخطط المرسومة لها.
- البيئة تمثل الظروف المؤثرة على المؤسسة وعلى نموها.

الفرع الثالث أنواع المؤسسات الصحية

يمكن تقسيم المؤسسات الصحية على أساس عدة معايير، من ذلك:³

✓ معيار الملكية والتبعية الإدارية

✓ معيار التخصص أو نوع الخدمة التي تقدمها،

¹ بن فرحات عبد المنعم، مرجع سابق، ص30

² (حريستاني) حسان محمد نذير إدارة المستشفيات، معهد الإدارة العامة، الرياض، 1990، ص 81

³ بن فرحات عبد المنعم، مرجع سابق، ص 31

✓ معيار الحجم أو الطاقة الاستيعابية،

✓ موقعها ومتوسط فترة الإقامة ... الخ

غير أن التقسيم على أساس الملكية ومعيار التخصص هما الأكثر شيوعاً؛ حيث تصنف المؤسسات الصحية وفقاً لمعيار الملكية والتبعية الإدارية إلى مجموعتين هما¹: المؤسسات الصحية الحكومية والمؤسسات الصحية الخاصة، حيث أن:

(أ) **المؤسسات الصحية الحكومية** : يقصد بها تلك التي تملكها وتديرها الأجهزة الحكومية المختلفة من وزارات وهيئات ومؤسسات عامة وفق نظم ولوائح حكومية تحكم سير وإجراءات العمل بهذا النوع من المؤسسات. وتأخذ عدة أشكال منها الخاصة بفئات معينة، المستشفيات الجامعية أو التعليمية، المستشفيات التخصصية الوحدات العلاجية والمستوصفات ... الخ.

(ب) **المؤسسات الصحية الخاصة** : تكون مملوكة لأفراد أو هيئات أو جمعيات دينية أو خيرية أو شركات خاصة، وتتم إدارتها وفقاً لنمط الإدارة في القطاع الخاص وفي حدود الإطار العام المنظم للقطاع الخاص في الدولة.

المطلب الثاني: وظائف المؤسسة الصحية

انطلاقاً من التعاريف المعطاة للمؤسسة الصحية الاستشفائية وبالأخص ذلك المقدم من طرف المنظمة العالمية للصحة، يمكن تفصيل الوظائف الأساسية للمستشفيات في ثلاثة وظائف رئيسية هي:²

✓ الرعاية الطبية و الصحية،

✓ التعليم و التدريب،

✓ البحوث الطبية والاجتماعية.

الفرع الأول: الرعاية الطبية و الصحية

¹ (مخيمر) عبد العزيز (الطعامنة) محمد، مرجع سابق، ص ص 8-11

² بن فرحات عبد المنعم، مرجع سابق، ص 32

أ) الرعاية الطبية ويقصد بها الخدمات التشخيصية والعلاجية والتأهيلية والاجتماعية والنفسية المتخصصة التي تقدمها الأقسام العلاجية والأقسام الطبية المساندة وما يرتبط بهذه الخدمات من فحوصات معملية (مختبرية) العادية والمتخصصة وخدمات الإسعاف والطوارئ وخدمات التمريض والخدمات الصيدلانية والغذائية.¹

ب) الرعاية الصحية وتختلف أنشطة ومجالات الرعاية الصحية باختلاف ظروف البيئة المحلية في الدول المختلفة، ومن أهم الأنشطة والمجالات التي تشملها الرعاية الصحية ما يلي²:

- ✓ البرامج التثقيفية بشأن المشكلات الصحية السائدة وطرق الوقاية منها والسيطرة عليها.
- ✓ رعاية الأمومة والطفولة بما في ذلك تنظيم الأسرة.
- ✓ التحصين ضد الأمراض الرئيسية المعدية.
- ✓ الوقاية من الأمراض المتوطنة محليا ومكافحتها.
- ✓ العلاج المناسب للأمراض والإصابات الشائعة.
- ✓ توفير الأدوية والأمصال الأساسية.
- ✓ رعاية المسنين.
- ✓ الصحة العقلية والإعاقات البدنية.

وقد تختلف هذه القائمة غير النهائية من دولة إلى أخرى ومن مؤسسة إلى غيرها حذفا أو إضافة.

الفرع الثاني: التعليم والتدريب

إذ تمثل المؤسسات الصحية الاستشفائية بطبيعتها وعلى وجه الخصوص منها المؤسسات الاستشفائية التعليمية والجامعية بما تملكه من إمكانيات وتجهيزات مراكز تدريب عملية للأطباء والمرضى والفنيين والأخصائيين، كما أنها تمثل مراكز متميزة لتنمية معلوماتهم عن الأمراض المختلفة وطرق علاجها والعقاقير

¹ بن فرحات عبد المنعم، مرجع سابق، ص33

² معهد الإدارة العامة، ندوة واقع خدمات المستشفيات و كيفية تطويرها، السعودية، 1990، ص 337.

المناسبة لها، كما أنها تساهم في تزويد أعضاء الهيئات الطبية والهيئات المساعدة بالمهارات اللازمة للتفاعل النفسي والاجتماعي مع المرضى، ومن ثمة تسهيل مهامهم في تشخيص المشاكل الصحية الفردية وعلاجها¹.

الفرع الثالث: البحوث الطبية والاجتماعية

تسهم المستشفيات بشكل أو بآخر من خلال ما تحتويه من معامل مخبرية وأجهزة وسجلات طبية وحالات مرضية متنوعة وكوادر بشرية في توفير بيئة مناسبة لإجراء البحوث والدراسات الطبية والاجتماعية المتخصصة في مختلف مجالات التشخيص والعلاج والتطوير الذاتي لخدمات المستشفى ومهارات الأفراد وأساليب العمل².

ومن خلال نظم المعلومات الطبية وتنوع حالات المرضى وطرق العلاج يمكن القيام بالبحوث والدراسات المتعلقة بأساليب التشخيص وتحديد معدلات حدوث وانتشار الأمراض المختلفة وتقييم فعالية الأدوية في علاجها أو تحديد العلاقة بين المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية والأمراض المختلفة.

ومن خلال المختبرات والتقنيات الطبية يمكن القيام بالبحوث الخاصة بتطوير علاجات بديلة أو طرق فحص أكثر تطوراً أو أساليب جديدة لمكافحة العدوى وانتشار المرض وغيرها³.

المطلب الثالث: أهداف المؤسسة الصحية

تطور المحيط الاقتصادي والاجتماعي للمؤسسات الصحية الاستشفائية، عدل من مفهومها من مجرد مقدم للعلاجات والخدمات الصحية الطبية والتمريضية وشبه الطبية إلى مؤسسات تعنى بتحقيق المعايير الاقتصادية في أدائها دون التأثير في غايتها الأساسية المتوجهة لإشباع الحاجة الصحية للمريض، فأصبح لزاماً على المؤسسة الصحية العمل على تقديم خدمات ذات جودة ونوعية وبأقل التكاليف، أي تحقيق أكبر قدر من النجاح المالية.

ومن هنا يمكن إجمال الأهداف الرئيسية للمؤسسات الصحية فيما يلي:

¹ (مخيمر) عبد العزيز (الطعامنة) محمد مرجع سابق، ص 7

² (مخيمر) عبد العزيز (الطعامنة) محمد مرجع سابق، ص 7

³ بن فرحات عبد المنعم، مرجع سابق، ص 34

✓ الجودة الخدماتية،

✓ النجاعة المالية،

✓ ضمان خدمة المرفق العام.

الفرع الأول: الجودة الخدماتية:

في ميدان الصحة فإن المنظمة العالمية للصحة قدمت تعريفا للجودة أكثر تدقيقا؛ حيث تعرفها بأنها: « العملية التي تسمح بضمان لكل مريض بتلقي الأعمال التشخيصية والعلاجية التي تؤمن له أفضل نتيجة صحية ممكنة بأقل تكلفة وبأدنى خطر متوقع مع تحقيق أكبر حالة رضائية، بكل ما له علاقة بالإجراءات النتائج والروابط الإنسانية داخل نظام صحي ما¹»

ويمكن اعتبار جودة الخدمات الصحية أيضا بمثابة الكفاءة أو الفعالية التسييرية المرتكزة على العامل البشري وقيمه المضافة وتضمن تحقيق حركية متوازنة بين أهداف التنظيم، تكييف الموارد مع المحيط الإنتاج الصحي السليم وتحقيق قيمة مضافة².

وتعد جودة الخدمات الصحية المقدمة للمريض في صلب اهتمام السلطات العمومية، كما هو الشأن بالنسبة لمهنيي الصحة ضمن التعريف السابق، فالجودة داخل المؤسسة الصحية، تقتضي إشباع حاجات المرضى عن طريق التزام المؤسسة ذاتها بتحسين وتطوير خدماتها المقدمة للمرتفقين في كل الجوانب وهو ما يتطلب ملاحظة وتحليلا دوريا ل³:

✓ تنظيم الخدمات،

✓ الفندقية و الإيواء،

✓ الاستقبال، ... ، الخ.

¹ BRUNO) Fantino, (GERARD) Robert, guérir le système de santé de ses maux, édition ALEAS, Lyon, France, 2004, p 85

²1 (Les coûts de l'hôpital, le prix du service public, Dossier FHF, France, 2004, p 04

³ CHASSANIOL) Jean-Luc, Performance hospitalière et management durable faire plus avec moins?, XVI èmes journées nationales ADH (Association des directeurs d'hôpital), Cap 15, Paris, 22-23 mars 2007

وذلك بغرض التحقق من أن هذه المؤسسة هي مطابقة بالفعل لمستويات الإتقان المحددة مسبقاً.

ويمكن تمييز ثلاثة أبعاد رئيسية للجودة الصحية داخل المؤسسات الصحية والتي تحدد نجاعتها وتبرر

نشاطها:¹

✓ **البعد العمودي:** يأخذ مرجعه من قدرة المؤسسات العلاجية على الاندماج في توجيهات نظام الصحة و الاتجاه نحو الأهداف العامة للمجتمع.

✓ **البعد الجانبي** و يحدد قدرة المؤسسة الصحية على الاستجابة لحاجات المرضى الذين يقصدون خدماتها من جهة ومن جهة أخرى الاستجابة لتطلعات الأجراء، ممولي النظام والمواطنين بشكل عام.²

✓ **البعد الأفقي:** ويحدد قدرة المؤسسة على مزوجة نشاطها مع باقي الوحدات العلاجية الأخرى المتواجدة في النظام الصحي، من أجل ضمان أفضل مقاربة من حيث المجالات المختلفة للمؤسسة، التقنية (أي التجهيزات الضرورية)، الطبية (أي العمل الطبي السليم)، العلاجية (أي الكفاءة اللازمة)، التنظيمية (أي الأجل اللازم الوقت الضروري، المعلومة المهمة الاجتماعية (أي المكان الأفضل)، النفسية (أي التطلع المرغوب والاتصال السليم).

ويتطلب ذلك توافق ثلاثة رؤى مترابطة فيما بينها للجودة داخل المؤسسات الصحية³:

- نظرة خارجية، قائمة على مؤشرات الصحة العمومية وترتكز على المؤشرات الصحية والتحليلية، مع الأخطار التي يمكن أن يجلبها تفسيرها السيء. .
- نظرة طبية، تعمل على قياس فعالية النتائج بالنظر إلى المرجعيات الطبية وتهدف إلى تقليل الأخطار الإكلينيكية.
- نظرة إدارية، قائمة على مراعاة هدف عام وهو فعالية مجمل النشاطات داخل المؤسسة الصحية الاستشفائية.

¹ بن فرحات عبد المنعم، مرجع سابق، ص35

² (MARCON) Eric et autres, Gestion et performance des systèmes hospitaliers, édition Lavoisier, Paris, 2008, 75, 76

³ (CLAVERANNE) JP., (PASCAL) C., Repenser les processus à l'hôpital, Média, Lavrosier, Paris, 2004, p4

الفرع الثاني النجاعة المالية:

العوائق التي يفرضها المحتوى الاقتصادي والاجتماعي للمحيط الاستشفائي، يجبر مسيري المؤسسات الصحية على تركيز أفعالهم حول قيادة مؤسساتهم ورسم استراتيجية متوافقة التخطيط مع الصحي.¹

فقد أضحى من المعلوم تزايد النفقات الصحية وأهمية حصتها بالنسبة للناتج الداخلي الخام في معظم دول العالم، ففي الولايات المتحدة الأمريكية تصل نسبة نفقات الصحة إلى 15% من الناتج الداخلي الخام للبلد وفي فرنسا تصل إلى 11%،²

وضمن فاتورة الإنفاق الصحي المتزايدة هذه، تبرز المستشفيات كأهم المؤسسات المكونة للنسيج الصحي في معظم البلدان، حيث تعرف نشاطاتها زيادة متسارعة بحسب تسارع الاكتشافات العلمية وتطور المهن الطبية على وجه الخصوص وهو ما يرفع بالمقابل من حجم النفقات بها.

وأهمية الإشكال الذي يطرحه حجم نفقات المؤسسات الاستشفائية من جهة ومحاولة عقلنتها والتحكم فيها من جهة أخرى، تبرزه نماذج التمويل المختلفة والهادفة إلى إيجاد نمط متجانس يحقق الرغبة في تلبية التكاليف وعقلنة الإنفاق وتحقيق الجودة في آن واحد.³

الفرع الثالث ضمان خدمة المرفق العام

يعرف المرفق العام بأنه «مشروع يستهدف النفع العام بانتظام واضطراد ويخضع لإشراف الدولة»⁴ ويتميز المرفق العام بعدة خصائص، أهمها طابع اللافناء، عكس المرافق الخاصة، غير أن إدخال أو استجلاب أنماط التسيير الحديثة للمؤسسات الصناعية والخاصة ومحاولة تطبيقها على مؤسسات المرفق العام، يكاد يصيب هذه الخاصية في الصميم.⁵

¹ بن فرحات عبد المنعم، مرجع سابق، ص 36

² TRAPEAU) Jérôme, Rapport sur tarification et financement des hôpitaux, EN3S, Saint-Etienne, 2008

³ بن فرحات عبد المنعم، مرجع سابق، ص 37

⁴ عبد الحميد عبد المطلب الاتجاهات الحديثة في خصخصة المرافق العامة، ندوة الإدارة الحديثة في إدارة منظمات الخدمة العامة، المنظمة العربية

للتتمية الإدارية، القاهرة، 2007، ص 26

⁵ YVES) Emrey et (GRIAQUE) David, paradoxes de la gestion publique, édition l'Hamattan, France, 2005, PP 64-

والمؤسسات العمومية للصحة تشكل واحدة من المرافق العمومية، فإن كانت ومن ناحية مطالبة بتعديل طرق تسييرها لتكون أكثر حيوية ومستجيبة لنماذج التسيير الحديثة، خصوصا ما تعلق بتحقيق الجودة الخدماتية والتحكم في التسيير المالي والميزاني لتحقيق نجاعة أكبر ، فإنها ومن ناحية أخرى، يجب أن تسعى دائما إلى الحفاظ على استمرارية المرفق العام وضمان خدماته.

وتتميز مهام المرفق العام الصحي بعدة خصائص، أهمها¹:

✓ مهام آخذة في الاتساع،

✓ مهام تضمن بأشخاص معنوية من القانون العام أو الخاص،

وأيا كانت مهام المرفق العام فهي تقوم على ثلاثة مبادئ رئيسية هي² :

✓ الاستمرارية: أي كان المرفق العام لا يجوز توقف نشاطاته لأي سبب من الأسباب وهذا للحالة المجتمعية إليه.

✓ الحيادية : أي أن المرفق العام لا يخضع في تعاملاته إلى منطق التفرقة الاثنية أو الدينية أو اللغوية بين مرتقيه والذين هم عامة المجتمع أو جزء منه بطابع خاص يحوز صفة المرتفق العمومي.

✓ المساواة: وذلك يعني سهولة الوصول إلى المرفق العام والاستفادة من خدماته من طرف الجميع وفق قواعد وآليات وضوابط تضمن له تحقيق ذلك.³

¹ ((MOLINIE) Eric, l'hôpital public en France, Bilan et perspectives, CES, France, 2005, pp 39-44

² (YVES) Emrey et (GRIAQUE) David, op.cit, page 65

³ بن فرحات عبد المنعم، مرجع سابق، ص 37

المبحث الثاني: نماذج الأنظمة الصحية العالمية

المطلب الأول: تنظيم وتمويل نظام الصحة الانجليزي

إن نشأة النظام الصحي الانجليزي بشكل عام هو انعكاس لفكر وتوجه حزب العمال في الأربعينيات من القرن الماضي، ذلك من خلال صدور تقرير (William Beveridge) سنة 1942،

والذي انبثقت منه المبادئ الأساسية للأنظمة الصحية الوطنية والمتمثلة في مجانية العلاج الشمولية، وتوفير الحماية للأفراد، وتبنت هذا النهج في التسيير والتنظيم العديد من الدول الأوروبية.¹

يتم تنظيم نظام الصحة الوطني (NHS) في إنجلترا على أساس إقليمي، والذي يتكون من ثمانية مكاتب إقليمية تشرف على إدارة خدمات المستشفيات والعيادات الخارجية وتعمل على ضمان أن السياسة المحلية التي وضعتها إدارات الصحة في المقاطعات تتوافق مع التوجه الوطني. وعلى المستوى الوطني² إدارة الوزارة لها وظيفتان للإشراف العام: تحديد المعايير الوطنية وتخصيص الموارد للهيئات المحلية. - تضمن مراقبة المناطق الصحية المحلية عبر شبكة من إستراتيجية للصحة.³

في حين تغطي هذه الهيئات الصحية المحلية منطقة جغرافية يبلغ عدد سكانها حوالي مليوني نسمة، وهي المسؤولة على ضمان أداء السوق للرعاية الصحية المقدمة، كما أنها تضمن أن مجموع النفقات داخل كل منطقة لا يجب أن يتجاوز الحد الأقصى المسموح به لذلك تقوم بعملية المراقبة نيابة عن الوزارة.

الهيئات الصحية المحلية مكونة بدورها من 304 سلطة محلية رئيسية و هي المسؤولة على تنظيم وتوفير الرعاية الصحية على المستوى المحلي وتتمثل مهامهم الرئيسية في:

- توفير الرعاية الصحية الأولية بشكل رئيسي في شكل استشارات الطب العام.
- يشتركون الرعاية الصحية الثانوية من مقدمي الخدمات المحليين.

¹ عياشي نور الدين المنظومات الصحية المغاربية، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية، جامعة قسنطينة 2010-2009 41

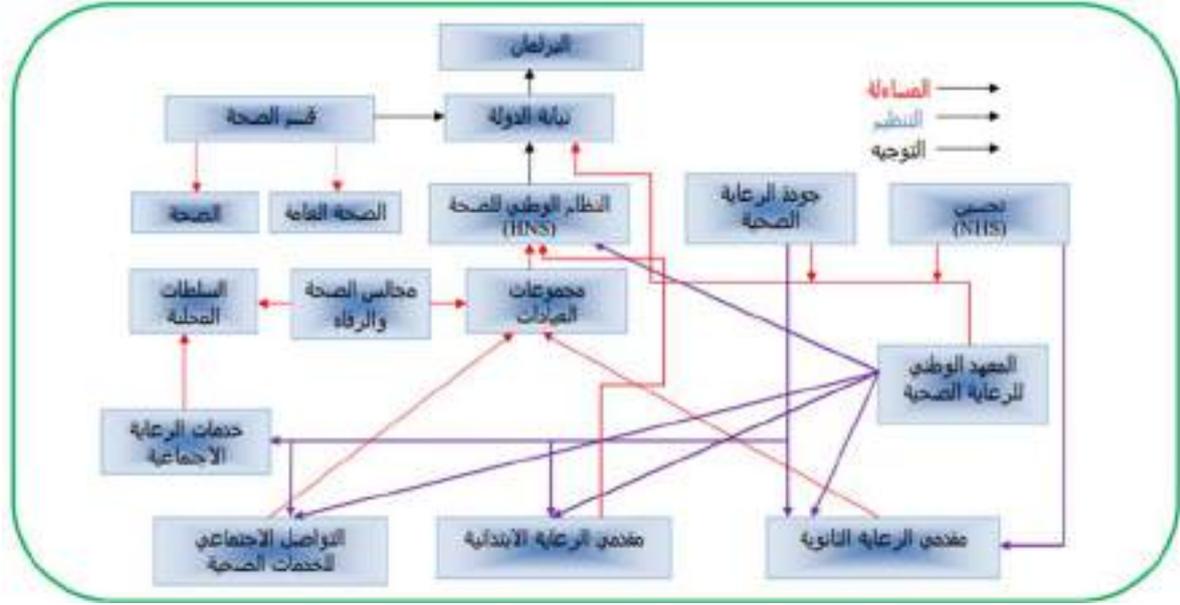
² . Laplace, B. Kamendje, J. Nizard, J.M Coz et Jacques Chaperon, Les systèmes de santé Français et Anglais : Evolution Comparée depuis Le Milieu des Années 90. Revue de santé publique. Vol. 14, N° 01, 2002, P 49.

³ خلاصي عبد الاله، العلاقة بين نفقات الصحة و مصادر التمويل في الجزائر دراسة تحليلية قياسية للفترة (1990-2018)، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه طور ثالث في العلوم الاقتصادية تخصص اقتصاد المالية العامة، جامعة أبو بكر بلقايد تلمسان، الجزائر، 2020/2019، ص47

- يتحملون مسؤولية الصحة العامة على المستوى المحلي.¹

والشكل الموالي يبين هيكله وتنظيم النظام الصحي في إنجلترا:

الشكل رقم 01: هيكله وتنظيم النظام الصحي في إنجلترا



Source : Elias Mossialos and al, International Profiles of Health Care Systems, P 54, online:

https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/___media_files_publications_fund_report_2016_jan_1857_mossialos_intl_profiles_2015_v7.pdf

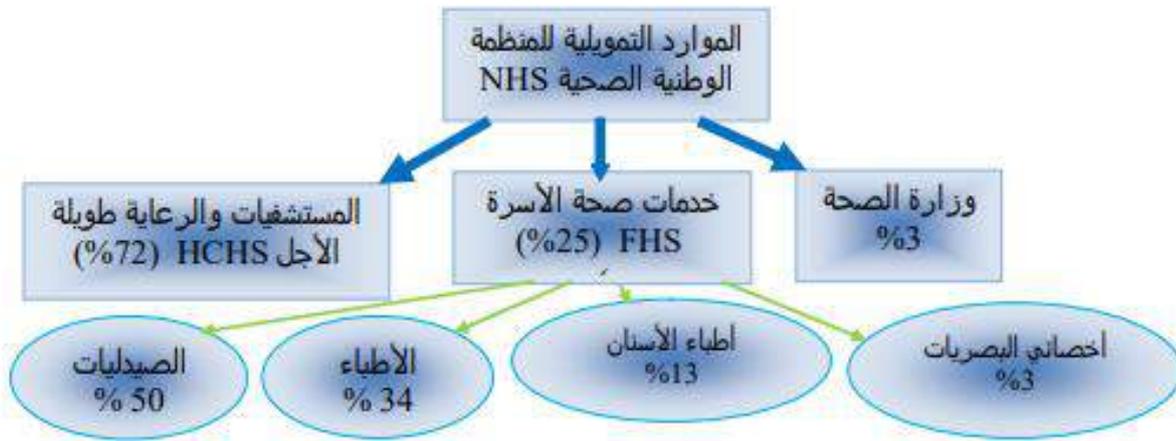
يتم تمويل النظام الصحي في إنجلترا (NHS) بميزانية متاحة للإنفاق لجميع السكان، إيرادات هذه الميزانية محصلة عن طريق فرض الضرائب، ويتمثل التحدي الذي يواجهه النظام الصحي الوطني الإنجليزي هو في كيفية إنفاق هذه الميزانية بطريقة تؤدي إلى أفضل النتائج الممكنة للأفراد، ويتم التخطيط وشراء الخدمات الصحية بواسطة المنظمات، فهم مسؤولون عن تقييم الاحتياجات الصحية لسكانهم، واستخدام قوتهم الشرائية لتأمين الخدمات الصحية بأسعار معقولة وجودة عالية، ويمكنهم شراء هذه الخدمات من أي مزود يقي بالمعايير التي وضعتها المنظمة الوطنية للصحة.²

¹ Anne Mason et Peter.G Smith, Le système de santé Anglais : Régulation et rapport entre les différents acteurs. Revue Française des Affaires Sociales, 2006, N° 2-3, P 267-268.

² NHS, Guide to the health care system in england Including the statement of NHS Accountability, for England May 2013, P 07. On the site:

الإصلاح الذي عرفه النظام الصحي ابتداء من سنة 1997 هدف إلى ضرورة زيادة الميزانية الصحية، حيث أعلن في ملف الإصلاح إلى ضرورة الزيادة في الميزانية بأكثر من 30% من القيمة الحقيقية لها بحلول سنة 2004، ويعتمد تمويل هذه الميزانية بالدرجة الأولى على الضريبة إذ تمثل 80% من موارده وأيضاً على مساهمات التأمين التي تصل إلى 12% من الميزانية الإجمالية، وتوجه أغلب نفقات الميزانية 72% إلى المستشفيات والرعاية طويلة الأجل والتي تتمثل في الرعاية التي تقدمها خدمات المستشفيات وعيادات الأمومة والمعاهد النفسية، أما 25% من نفقات الميزانية تخصص إلى خدمات صحة الأسرة وهي الخدمات التي يقدمها الأطباء العامين وأطباء الأسنان وأخصائي البصريات والصيدلة، في حين توجه 3% من ميزانية الصحة إلى وزارة الصحة¹، والشكل الموالي يوضح كيف تتوزع موارد التمويل:²

الشكل رقم 02: توزيع الموارد التمويلية للمنظومة الصحية الانجليزية



Source : Rapport, Le système de santé en Angleterre, op cit, P 10.

https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/194002/9421-2900878-TSO-NHS_Guide_to_Healthcare_WEB.PDF visited: 28/09/2019

¹ Rapport, Le Système de Santé en Angleterre : Actions concernant la qualité des soins et la régulation des dépenses en ambulatoire. Rapports présenté par: Mme carine CHEVRIER-FATOMA avec le concours de Mme CHRISTINE DANIEL, Rapport N° 2002 105. juin 2002, P 9-10 [6:28

² خلاصي عبد الاله، مرجع سابق، ص43

المطلب الثاني: تنظيم وتمويل النظام الصحي الأمريكي

الولايات المتحدة الأمريكية لديها أكبر نظام للرعاية الصحية في العالم، وهو ما يمثل أكثر من 3.2 تريليون دولار في الإنفاق العام سنة 2015 هذا ترحم إلى أكثر من 9,990 دولار لكل شخص أي حوالي 18% في الاقتصاد الكلي، هذا الكبر والتعقيد في النظام الصحي الأمريكي هو ما جعل الجهاز التنظيمي الذي يشرف عليه يكون كبير ومعقد بشكل يتناسب معه، وهذا التعقيد في الجهاز التنظيمي هو ناتج عن البنية الفيدرالية للحكومة الأمريكية والتي تفصل بين السلطات، والشيء الأكثر أهمية من التعقيد التنظيمي للنظام الصحي في الولايات المتحدة الأمريكية هو الهيكل الفيدرالي للحكومة، فالدستور الأمريكي يقسم القدرة على سن وفرض القوانين الصحية التنظيمية بين الحكومة الفدرالية والولايات¹، والجدول الموالي يوضح الهيئات الرئيسية ذات السلطة التنظيمية على الرعاية الصحية في الولايات المتحدة.²

الجدول رقم (01): الهيئات الرئيسية ذات السلطة التنظيمية في النظام الصحي الأمريكي.

الفيدرالية	الولاية	المحلي	الخاص
وزارة الصحة -مراكز الرعاية الطبية والخدمات الطبية المساعدة إدارة الأدوية والغذاء الصحي	مجالس الطب	البلدية ومقاطعة	المنظمات التي تراقب الصناعة / المهنة لجنة الاتصال والتعليم الطبي مجالس الطب المتخصص اللجنة المشتركة اللجنة الوطنية لتأمين الجودة
النظام الصحي لقدماء المحاربين	الإدارات الصحية	شركات التأمين (قواعد الدفن والسداد)	

¹ Robert L. Field, Regulation of health care in united states: complexity, confrontation, and compromise, An Int Med Trop 2017: 16 (Supl.3): P 62.

² خلاصي عبد الاله، مرجع سابق، ص44

قسم الزراعة	إدارات التأمين	المستشفيات (التوظيف والإجراءات)
وكالة حماية البيئة	إدارات الرفاهية	
السلامة المهنية والإدارة الصحية	أقسام الشيخوخة	
لجنة التجارة الفيدرالية		

Source : Robert 1. Field, Regulation of health care in united states: complexity, confrontation, and compromise, Reference Previously Mentioned, P 62

فيما يخص تمويل النظام الصحي الأمريكي فهو منقسم إلى حد ما بالتساوي بين المصادر العامة والخاصة، المصادر العامة تمس الرعاية الصحية والطبية التي تديرها الحكومة الفدرالية وتغطي أكثر من 55 مليون شخص وتشمل المواطنين الذين تجاوزت أعمارهم 65 سنة أو أكثر، المعاقين تماما، المحاربين القدامى والعسكريين وأسرهم وتوفر الحكومة الفدرالية الرعاية الصحية المباشرة لهم من خلال المستشفيات والعيادات العامة¹، وتغطي الرعاية الطبية المساعدة أكثر من 74 مليون شخص وتمس الفقراء للغاية وتدار بشكل منفصل من قبل كل ولاية تضع الحكومة الفيدرالية معايير الأهلية والتغطية وتدفع ما بين 50% و80% من تكلفة كل ولاية اعتمادا على متوسط دخل الدولة.²

أكبر مصدر تمويلي للتغطية الصحية للأمريكيين هو التأمين الخاص المقدم من قبل أرباب العمل والذي يعطي حوالي نصف السكان، وتكون الأموال المدفوعة لشركات التأمين من قبل أرباب العمل نيابة عن العمال، أما الذين لا يتوفرون على تأمين من أرباب العمل بإمكانهم شراء تغطية مباشرة من شركة التأمين وذلك تحت القواعد التي وضعتها الهيئة التنظيمية وهم يمثلون حوالي 7% من الأمريكيين³، والجدول الآتي يوضح العناصر التنظيمية الرئيسية لتمويل الرعاية الصحية في الو م أ.

¹ I-web site: <http://www.kff.org/medicare/state-indicator/total-medicare-beneficiaries/?currentTimeframe=0&sortModel=%7B%22colld%22:%22Location%22%22sort%22:%22asc%22%7D>. visited 21/01/2018.

² خلاصي عبد الاله، مرجع سابق، ص 51

³ -1 web site: <http://www.kff.org/health-reform/state-indicator/totalmonthly-medicaid-and-chip-canrollment/?currentTimeframe=0&sortModel=%7B%22colld%22:%22Location%22,%22sort%22%22asc%22%7D>. visited 21/01/2018.

الجدول رقم (02) العناصر التنظيمية الرئيسية التي تمول الرعاية الصحية في الولايات المتحدة الأمريكية

الخاص	الولاية	الفيدرالية
قطاع التأمين اللجنة الوطنية لضمان الجودة	قسم التأمين أعمال التأمين الاحتياجات	مركز الرعاية الطبية وخدمات المساعدة الطبية إدارة الرعاية الطبية
	قسم الرفاهية الرعاية الطبية	الوزارة الفيدرالية للعمل الخطط الصحية لصاحب العمل المؤمن عليه ذاتيا تغطية صاحب العمل (استمرار القواعد)
	قسم الشيوخة المساعدة الصيدلانية (برامج المسنين)	
	قسم الصحة (خطط الرعاية المدارة) (جوانب الرعاية الصحية)	

Source: Robert I. Field. Regulation of health care in united states: complexity confrontation, and compromise, Reference Previously Mentioned, P 67

المطلب الثالث: تنظيم وتمويل النظام الصحي الفرنسي

النظام الصحي الفرنسي هو عبارة عن نظام مزيج بين نموذج بسمارك ونموذج بيفريدج، ويعتمد في تسييره وتنظيمه على عدة هيئات مختلفة تتوزع وفق عدة مستويات وهي كالتالي:¹

¹ خلاصي عبد الاله، مرجع سابق، ص53

على المستوى الوطني:

يلعب البرلمان والحكومة دوراً رئيساً في تنظيم النظام الصحي على المستوى الوطني، حيث يقوم البرلمان بالمصادقة كل سنة على قانون تمويل الضمان الاجتماعي والذي يهدف إلى تحديد نفقات التأمين الصحي للسنة المالية، وتحديد الإجراءات الخاصة بضبط النظام الصحي وتوجهات السياسة الصحية، أما الحكومة فتلعب دوراً مهماً في تنظيم وضبط المنظومة الصحية من خلال وزارتي معنيتين بهذا الأمر وهما وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل والتضامن ووزارة الصحة والأسرة وذوي الإعاقة، هذين الوزارتين تتطوي تحتها عدة مديريات تلعب دوراً أساسياً في تنظيم النظام الصحي الفرنسي وهذه المديريات تتمثل في¹:

- المديرية العامة للصحة (DGS).
- مديرية الاستشفاء وتنظيم العلاج (DHOS).
- المديرية العامة للعلاج الاستشفائي (DGAS).
- مديرية الضمان الاجتماعي (DSS).

على المستوى الجهوي:

يتشكل المستوى الجهوي من عدة هيئات تقوم بتنظيم وتسيير منظومة الصحة، وهي ممثلة في²:

- المديريات الجهوية للشؤون الصحية والاجتماعية (DRASS): تتشكل من (22) مديرية، يتمثل دورها في تنفيذ السياسة الوطنية في المجال الصحي والاجتماعي من خلال إعداد وتنفيذ السياسة الجهوية، مسيرة من قبل المدير الجهوي للشؤون الصحية والاجتماعية.
 - الوكالات الجهوية للصحة (ARS): تتحمل مسؤولية:
- تنفيذ السياسة العامة الصحية على المستوى الجهوي بالتنسيق مع السلطات المختصة في مجالات الصحة المهنية والصحة المدرسية والجامعية، وصحة الأم والطفل.

¹ – 1 Emilie Sauvigent, Le Financement de système de santé en France: Rôle et Organisation de l'assurances maladie obligatoire, OMS, Geneva, 2004, P 14-15.

² خلاصي عبد الاله، مرجع سابق، ص 54

– تقوم بالتشاور مع المهنيين الصحيين من أجل تنظيم وتسيير الخدمات الصحية لتلبية احتياجات الرعاية الطبية وضمان فعالية النظام الصحي

اللجان الجهوية للصحة (CRS) تقوم بتحليل تطور الاحتياجات الصحية، وتقديم الاقتراحات والحلول التي تهدف إلى تحسين المستوى الصحي للسكان، وتتكون من خمسة لجان:

- اللجنة الدائمة.
- لجنة الوقاية المتخصصة.
- اللجنة المتخصصة العرض الرعاية.
- اللجنة المتخصصة للرعاية ومرافقة الطب الاجتماعي
- اللجنة المتخصصة في مجال حقوق المستخدمين.¹

على المستوى المحلي (المحافظات)

تملك فرنسا 36551 بلدية تدير من طرف مجالس بلدية منتخبة لمدة 6 سنوات ويترأسها رئيس البلدية، وتتوفر على ثلاثة أنواع من الخدمات في المجال الصحي والاجتماعي:

- **خدمات النظافة الصحية** في البلديات التي يزيد عدد سكانها عن 10000 نسمة تقوم بالإشراف على عمليات التطعيم والتطهير والنظافة الصحية مصلحة هذه الخدمة تابعة لرئيس البلدية لكن تحت المسؤولية التقنية لمدير طبي لكي يقوم بالرقابة على قواعد النظافة
- **المركز البلدي للنشاط الاجتماعي**: وهو الحلقة الأولى في المعونة الطبية ويعمل على التحقق من ملفات التطبيق ويصدر الدعم بعد أن تمنحه لجنة الرعاية الاجتماعية.

¹ – 1 L'organisation Régional et Territoriale de notre système de santé, Santé Info Droit Pratique B.7. Démocratie sanitaire, sur le site : <https://www.france-assos-sante.org/wp-content/uploads/2019/01/Organisation-regionale-territoriale-du-systeme-de-sante.pdf>, visite Le: 22/08/2019.

- **المراكز الصحية البلدية:** يمارسون إجراءات الصحة الأولية، والوقاية وتحير البلديات على تحديد ميزانياتهم بانتظام نظرا لعجزهم المالي¹.

وفيما يخص تمويل النظام الصحي الفرنسي فهو يعتمد في تمويله على أربعة مصادر رئيسية متمثلة في التأمين الصحي الإلزامي والتأمين الصحي التكميلي، التمويل العمومي (الدولة)، والتمويل الصادر من العائلات².

- **التأمين الصحي الإلزامي (الإجباري)** يعتبر التأمين الصحي الإلزامي المصدر الرئيسي في تمويل المنظومة الصحية الفرنسية، حيث يتميز بالتزام العضوية والمساهمة فهو يستند إلى تضامن واسع على أساس المساهمات حسب الدخل الشخصية، والحصول على الرعاية وفقا للاحتياجات الصحية، وإدارة التأمين الصحي مؤمنة في ثلاث مستويات وطنية جهوية ومحلية، وهي:

– الصندوق الوطني للتأمين الصحي للعمال الأجراء (CANAMTS).

– الصناديق المحلية للتأمين الصحي (CPAM).

– الصناديق الجهوية للتأمين الصحي (CRAM).

وترتكز خطط التأمين الصحي الإجباري تدخلها على المخاطر الصحية التي لها أكبر تأثير على دخل المؤمن عليهم، أو اللذين تتطلب أمراضهم رعاية صحية طويلة الأجل.

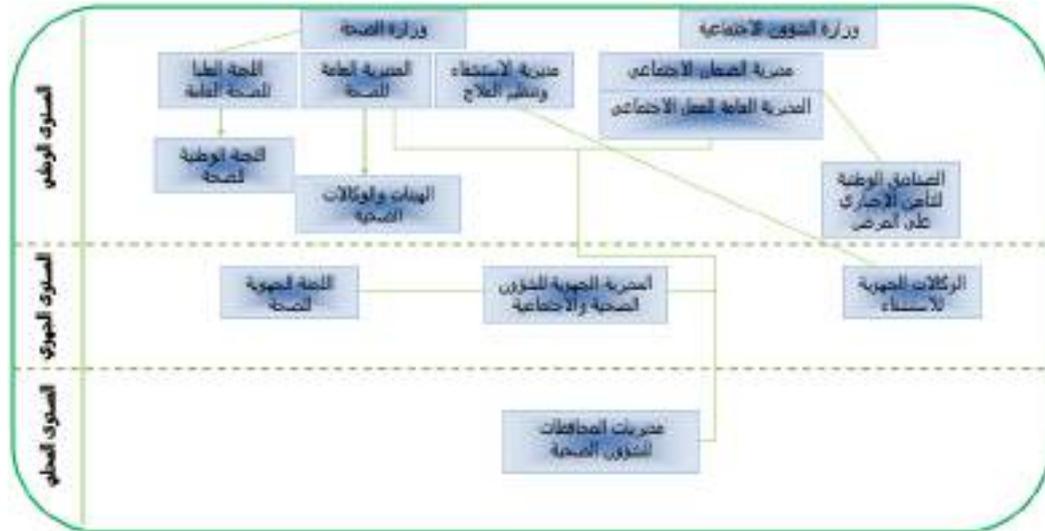
- **التأمين الصحي التكميلي** تستند خطط التأمين الصحي التكميلي إلى تضامن يقتصر على مجال الأعضاء ودعمهم، فإذا لم يستفيد المؤمن عليه من غطاء تكميلي جماعي فيما يتعلق بنشاطه، فيمكنه الحصول على تأمين إضافي من شركة تأمين أو صندوق ادخار ويعمل التأمين التكميلي على تغطية حصة نفقات الرعاية الصحية التي لا تغطيها الخطط التأمينية الإلزامية³.

¹⁻² C. SAGNES – RAFFY, Organisation Générale du système de santé en France, Sur le site : http://www.medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/module/module01/Organisation%20_CSR_sept2009.pdf, viste le 10/10/2019. P 12-13.

² خلاصي عبد الاله، مرجع سابق، ص 55

³ – Le Système de santé en France, sur le site : <https://www.cleiss.fr/particuliers/venir/soins/ue/systemede-sante-en-france.html>, viste Le 23/08/2019

- **التأمين العمومي (الدولة)** تقوم الدولة والجماعات المحلية في المساهمة في تمويل النظام الصحي بمساهمة محتشمة في ظل الدور الكبير الذي يقوم به التأمين الصحي في تمويل نفقات المنظومة الصحية الفرنسية، حيث يقتصر تمويل الدولة في المساعدات الطبية، وجزء من التغطية الصحية الشاملة التكميلية.¹
 - **العائلات** تتمثل مساهمة العائلات في تمويل نفقات الصحة في السداد المباشر عند الطلب على - الخدمة الصحية، وحسب تقرير مجلس المحاسبة عن الضمان الاجتماعي الذي نشر في 20 سبتمبر 2016، والذي يبحث في مشاركة الأشخاص المؤمن عليهم في تمويل النفقات الصحية، فقد أشار إلى أن حصة الإنفاق الصحي الممولة مباشرة من قبل العائلات فان فرنسا واحدة من الأضعف في أوروبا، هذا نتيجة لتغطية التأمين الصحي لهذه النفقات خاصة وأن نسبة المرضى الذين يستفيدون من رعاية صحية طويلة 3 الأجل عالية جدا، وفي هذه الحالة فانه يتم تعويضهم بنسبة 100%² وفيما يلي شكل يوضح الهيكل التنظيمي للنظام الصحي الفرنسي:³
- الشكل رقم 03: الهيكل التنظيمي للنظام الصحي الفرنسي**



Source : Emilie Sauvigent, Le Financement de système de santé en France : Rôle et Organisation de l'assurances maladie obligatoire, Op cit, P 18.

¹ Emilie Sauvigent, Le Financement de système de santé en France : Rôle et Organisation de l'assurances maladie obligatoire, Op cit, P 36

² François Ecalte, Le Financement de Dépenses de santé par les ménages, Rapport, FIPECO le P 01, 26.09.2016

³ خلاصي عبد الاله، مرجع سابق، ص 55

معايير تقييم تمويل نفقات الأنظمة الصحية

آليات تمويل نفقات الصحة لها آثار على الأداء العام للنظام الصحي، وغالبا ما يتم تقييم هذه الآليات على أساس مدى قابليتها للتنفيذ والإنصاف والفعالية والاستدامة، وتستخدم هذه المعايير لتحديد آليات التمويل التي تجسد أفضل الممارسات وستقوم بشرح هذه المعايير بشيء من الإيجاز في الفقرات التالية.¹

1- الجدوى (Feasibility)

تعتبر الجدوى منهج وأسلوب يعتمد عليه في ترشيد واختيار القرارات التمويلية، وتشمل الجدوى مجموعة من الدراسات المتخصصة التي تتم بشكل متسلسل ومتربط بهدف الحكم على صلاحية تنفيذ هذه القرارات من عدمها، وبالتالي فإن دراسات الجدوى للقرارات التمويلية لها أهمية بالغة في تحقيق الاطمئنان على فرص نجاح القرار التمويلي ومستوى النتائج المتوقعة منه.²

2- الإنصاف (Equity)

هذا المعيار يعتمد على مفهوم العدالة الاجتماعية، حيث أن الحصول على الخدمات الصحية يكون حسب الحاجة والدفع يكون حسب مستوى الدخل للمستفيد من الخدمة الصحية، لذا يجب أن تكون مصادر التمويل وطرق تنفيذها تساعد على تحقيق هذا المبدأ وتتميز بالإنصاف، حيث أن مصادر التمويل التي ينتج عنها الحد من حصول الفقراء على الخدمات الصحية سواء بشكل مباشر أو غير مباشر تكون غير عادلة وغير منصفة منصفة.³

3- الكفاءة (Efficiency)

مصدر التمويل الكفء أو الفعال هو الآلية التي تولد مبلغا كبيرا نسبيا من التمويل وبالتالي يعطي إمكانية لإلغاء مصادر تمويل أخرى متعددة، وستكون تكاليف عملية جمع الأموال وإدارتها منخفضة مع وجود هذا المصدر الفعال مما يترك أكبر قدر ممكن من الإيرادات لفائدة توفير خدمات صحية فعالية، والمقصود

¹ خلاصي عبد الاله، مرجع سابق، ص 57

² حمودة نصيرة، دور دراسة الجدوى الاقتصادية في ترشيد القرار الاستثماري والتمويلي دراسة حالة الوكالة الوطنية لدعم تشغيل الشباب (عنابة)، محملة

دفاتر بوانكس المجلد 04 العدد 05 2016، ص 311-315

³ Yves-Antoine Flori, Financement des Politiques de santé, adsp N° 30, mars 2000, P 32.

بالكفاءة في تعزيز آليات التمويل هو استخدام الموارد بالطريقة الصحيحة وهذا ما يعني توفير الموارد لأكبر عدد ممكن من الخدمات القابلة للتمويل وتقليل تكلفة كل خدمة دون المساس بجودة الخدمة المقدمة

4- الاستدامة (Sustainability)

المقصود بالاستدامة مصدر التمويل هو استقراره على المدى الطويل وإمكانية توليده للإيرادات من فإذا كانت الإيرادات المحصلة هذا المصدر التمويلي عرضة لتقلبات كبيرة وعديدة فلا يمكن اعتباره مصدرا موثوقا فيه ومن المرجح استبداله بمصدر تمويل آخر أكثر قابلية للتنبؤ على المدى المتوسط والطويل، وتتعلق الاستدامة أيضا بقدرة مصدر التمويل على الحفاظ على مستوى التحصيل المالي في المدى البعيد وتوسيع مستوى التمويل مع مرور الوقت وتزايد الحاجة إلى توفير الرعاية الصحية.¹

¹ خلاصي عبد الاله، مرجع سابق، ص 57

المبحث الثالث: الدراسات السابقة

استعان الباحث في إجراء بحثه ببعض الدراسات السابقة التي تناولت موضوع الخدمة الصحية ونوعيتها (كفاءتها) وذلك محاولة منه الإحاطة بالمفاهيم والمناهج التي استخدمت سابقا في تناول هذا الموضوع ونقاط التشابه والاختلاف مع ما يرمي إليه في بحثه.

المطلب الأول: الدراسات بالعربية

1. دريدي أحالم: 2013/2014 دور استخدام نماذج صفوف الانتظار في تحسين جودة الخدمات الصحية -دراسة حالة المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بسكرة (رزيق يونس)، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، قسم علوم التسيير، جامعة محمد خيضر بسكرة،¹

هدفت هذه الدراسة إلى تبيان الفائدة التي تعود على المؤسسات الصحية من وراء استخدام نماذج صفوف الانتظار في بحوث العمليات ودورها في تحسين جودة الخدمات الصحية.

وتوصلت الدراسة إلى أن مدة مكوث المرضى في المؤسسة العمومية للصحة الجوارية تعتبر أحد مؤشرات مستوى جودة الخدمة المقدمة.

2. فهيمة بديسي، بلال زويوش 2011:² جودة الخدمات الصحية الخصائص، الأبعاد والمؤشرات، جامعة منتوري قسنطينة

هدفت هذه الدراسة لمحاولة العمل والتركيز على الأبعاد وكذا المؤشرات التي من شأنها تمكين القائمين على شؤون المؤسسات الصحية من ضبط مستوى الخدمات التي يقدمونها بما يتوافق واحتياجات ورغبات المرضى.

¹ دريدي أحالم: دور استخدام نماذج صفوف الانتظار في تحسين جودة الخدمات الصحية -دراسة حالة المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بسكرة (رزيق يونس)، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، قسم علوم التسيير، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر، 2013/2014.

² فهيمة بديسي، بلال زويوش: جودة الخدمات الصحية الخصائص، الأبعاد والمؤشرات، مجلة الاقتصاد والمجتمع، مخبر المغرب الكبير للاقتصاد والمجتمع، جامعة منتوري قسنطينة العدد، 7، 2011.

توصلت الدراسة إلى أن الاستخدام الفعلي والفعال لمؤشرات جودة الخدمات الصحية يعتمد بدرجة كبيرة على رغبة إدارة المؤسسة الصحية في معرفة مستوى الأداء والعمل على اتخاذ القرار التي تحسن من مستواه من خلال استغلال النتائج المتوصل إليها باستخدام المقياس المعتمد.

3. عبد الله حمادو، أحمد بن عيشاوي¹2018: أثر التغيير التنظيمي على تحسين جودة الخدمات الصحية بالمستشفيات الجزائرية) دراسة حالة عينة من المؤسسات الصحية العمومية لولاية ورقلة.

هدفت هذه الدراسة إلى تبيان واقع المؤسسات الصحية العمومية الجزائرية بعد تطبيق الخارطة الصحية الجديدة، وتحديد أثر سياسة الإصلاح على تحسين مستوى جودة الخدمات الصحية بها.

وقد توصلت إلى أن عدم إشراك العاملين في المؤسسات الصحية الجزائرية في التخطيط لتطبيق الخارطة الصحية الجديدة وعدم إدراكهم لأبعادها حال دون تحقيقها لهدف تحسين جودة الخدمات الصحية.

4. دراسة العلواني عديلة² 2014 حملت هذه الدراسة عنوان "تقييم فعالية النمط التعاقدى كأسلوب جديد لتمويل الصحة العمومية -دراسة حالة الجزائر-"

عالجت هذه الدراسة إيجابيات وسلبيات النمط التعاقدى ومدى قدرته على تفعيل أداء أنظمة تمويل الصحة وعلى الأخص أنظمة التأمين الصحي.

أهم النتائج التي خلصت إليها هذه الدراسة فيما يتعلق بالجزائر هو أن:

المتطلبات القبلية لتأسيس النمط التعاقدى لا تتوفر في التجربة الجزائرية وخاصة منها؛ القدرة التقنية للممثلين والقبول السياسي الجاد والداعم لتجسيد هذا الأسلوب على أرض الواقع.

النمط التعاقدى في الجزائر يندرج ضمن إستراتيجية شراء الخدمات والتي من شروطها الفصل بين هيئات التمويل وهيئات تقديم الخدمات.

¹ عبد الله حمادو، أحمد بن عيشاوي: أثر التغيير التنظيمي على تحسين جودة الخدمات الصحية بالمستشفيات الجزائرية) دراسة حالة عينة من المؤسسات الصحية العمومية لولاية ورقلة (مجلة أقرأ المدرسة العليا للتجارة، المجلد 13، العدد 26، سنة 2018.

² العلواني عديلة، تقييم تمويل التعاقد وفق نمط تنظيم التعاقد عن طريق التوزيع" دراسة حالة فرنسا، مجلة العلوم الانسانية، جامعة محمد خيضر بسكرة،

إنجاح النمط التعاقدى في الجزائر يتطلب إعداد هياكل ومؤسسات تتوفر على الشروط اللازمة والكفيلة بإنجاح هذه العملية، وممثلين لديهم القدرة على التفاوض مع الهيئات المعنية، مع ضرورة توفير الإمكانيات المادية والبشرية اللازمة، واستخدام أدوات الرقابة الكفيلة بمتابعة تطور هذه العملية وتقييمها.

النمط التعاقدى هو أحد أساليب التمويل الكفيلة بتنفيذ أداء المنظومة الصحية في الجزائر إذا ما تمت صياغته بالشكل السليم.

5. دراسة عتيق عائشة¹ عنوان "جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية" عن طريق دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية بسعيدة، وهي مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الماجستير 2011/2012 k

تناولت هذه الدراسة إشكالية واقع جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية ومدى تأثيرها على رضا المريض؟

وقد اعتمدت الباحثة في دراستها على المنهج الوصفي من خلال أسلوب دراسة حالة والتي كانت على مجموعة من المرضى المقيمين بالمؤسسة العمومية الاستشفائية بسعيدة خلال شهر نوفمبر 2011. وكانت أهم النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة إلى تتمثل فيما يلي:

- المؤشرات المهمة والخاصة بالمريض أن العوامل مثل العمر والجنس والمستوى الاجتماعي وكذلك الوضع الصحي للمريض وغير ها تعتبر عوامل تؤثر على نسبة رضائه عن الخدمات الصحية،
- رضا المرضى عن جودة الخدمة الصحية المقدمة من حيث أبعاد الاعتمادية، الاستجابة، الضمان والتعاطف، بينما كان معظم المرضى غير راضين عن الخدمات المقدمة من ناحية بعد الملموسية،

¹ عتيق عائشة، جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية" عن طريق دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية بسعيدة، مذكرة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الماجستير ، 2011/2012، جامعة أبي بكر بلقايد، تلمسان

المطلب الثاني: الدراسات الأجنبية

1. دراسة Jean-Paul Domin¹ عنوان الدراسة " Les dispositifs de gestion dans les hôpitaux hospitalières : l'impossible passage de l'hôpital bureaucratique à " réformes (2009-1980) l'hôpital-entreprise

تناول الباحث في دراسته إشكالية تسيير المستشفيات العمومية في فرنسا بين منطق المستشفى البيروقراطي ومنطق المستشفى-المؤسسة، إذ أن الانتقال الذي عرفه القطاع الاستشفائي العمومي في فرنسا من خلال القوانين المختلفة، كان يستهدف أساسا إعادة تعريف تسيير هذه المؤسسات من مقاربة بيروقراطية إلى مقاربة إدارة الأعمال، بما يضمن من الناحية النظرية رشادة ومرونة أكثر في التسيير الصعوبات الفعلية التي تعيق هذا التحول التسييري بالنظر إلى طبيعة وخصائص المستشفى العمومي.

اعتمد الباحث منهجا يقوم على تحليل النصوص القانونية الضابطة لعملية التسيير وإدارة المستشفى العمومي وموقعها من المدارس الإدارية المختلفة، في محاولة فهم منطق تفكير المستشفى منطلقا من التحليل البيروقراطي فعالقات الوكالة المعتمدة في هذه المنظمة وصولا إلى التفكير في المستشفى المؤسسة (entreprise-hôpital)

لخصت الدراسة إلى النتائج التالية:

- منطق إدارة المستشفى هو منطق إداري بيروقراطي، بحيث يعود في أساسه إلى النمط التسييري للمستشفى عقب الثورة الفرنسية من خلال قانون 02 أكتوبر، 1212 حيث عهد تسيير المؤسسة الاستشفائية للجنة إدارية (administrative commission) مكونة من 05 مواطنين يقيمون في البلدية المقر، برئاسة رئيس البلدية ويعينون أمينا يدير المستشفى بشكل فعلي، ليغير هذا الأمين فيما بعد ويصبح بصفة المدير ويتمتع بسلطة محاسبية وهرمية،

- استمرار المنطق البيروقراطي رغم التعديلات التي مست تنظيم مجلس الإدارة بعد الجمهورية الخامسة سنة 1958- الذي حل محل اللجنة الإدارية،

¹ Jean-Paul Domin, Les dispositifs de gestion dans les réformes "hospitalières : l'impossible passage de l'hôpital bureaucratique à l'hôpital-entreprise, 2010

- تقليص دور مجلس الإدارة الديمقراطي الذي ال يتداول سوى في التوجيهات الكبرى للمؤسسة

2. دراسة¹ "Sandrine CUEILLE la pour organisationnelles formes quelles réalisation d'une activité de service public? Réflexion sur les transformations "organisationnelles de l'hôpital public

ناقشت الباحثة في دراستها هذه إشكالية العلاقة التنظيمية والتسييرية للمرفق العمومي من خلال نموذج المستشفى العمومي وبين المنتج الذي يقدمه هذا المرفق. وذلك من خلال طرح التساؤل التالي:

- هل نمط التسيير والتنظيم المتبع داخل المرفق العام الصحي، له تأثير في طبيعة النشاط الذي يقوم به؟

- كيف يمكن تطبيق المبادئ المحددة للمرفق العام عند اعتماد الأنماط الحديثة من القطاع الخاص؟

اعتمدت الباحثة في دراستها هذه على الدراسة الوثائقية من خلال تحليل النصوص القانونية والتنظيمية التي تحكم تسيير وتنظيم المرفق العمومي بشكل عام من ونموذج المستشفى العمومي بشكل خاص، بالتطرق لمختلف التحولات التنظيمية والمقاربات التسييرية التي عرفت هذه المؤسسة وموقعها من النظرية الإدارية من جهة والإبداعات الحاصلة في القطاع الخاص ومدى إمكانية الاستفادة منها في تحسين مردودية وكفاءة الخدمة الصحية العمومية.

أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة هو:

- تحديد مبادئ نموذج جديد للتنظيم داخل المستشفى العمومي يرتكز على التنسيق الشبكي بدل التنسيق الهرمي. وذلك عن طريق:

التعاون بين المؤسسات الصحية العمومية، بما يتوافق مع مهام المرفق العام الأساسية: العدالة، الاستمرارية، النوعية والحيادية، من جهة وبما يحقق لهذا المرفق تحسين الوصول للعلاج،

تنمية أداة الإقليم الصحي، بدال من القطاع الصحي.

¹ Sandrine CUEILLE, la pour organisationnelles formes quelles réalisation d'une activité de service public?

Réflexion sur les transformations "organisationnelles de l'hôpital public

- إعادة تعريف مفهوم المرفق العام الصحي من خلال تحديد المهام المرتبطة بكل الفاعلين في هذا المجال من التنسيق الشبكي.

3. دراسة "Thierry Nobre¹ "hôpital dans pouvoir et Performance"

يطرح الباحث في دراسته إشكالية كفاءة المستشفى العمومي وفق السياق الحديث للخدمة الصحية ومتطلبات جودتها، متجاوزة بذلك المفهوم التقليدي للمستشفى القائم على القدرات الاستيعابية (عدد الأسرة... (وضمان العلاجات).

اتبع الباحث منهجية البحوث التداخلية أو الإجرائية (recherche de méthodologie intervention) أو البحث عن طريق الفعل بالمشاركة (action-recherche) وذلك من خلال إجراء رصد الاختلالات الموجودة لتقييم فعالية التكفل بالمريض داخل المستشفى.

لخصت الدراسة إلى النتائج التالية:

- التحليل يبرز أن السياق الاقتصادي والتحول التي عرفتها الممارسة الطبية أثرت بشكل أساسي على آلية الكفاءة،

- التحولات التي عرفتها الممارسة الطبية، أفرزت معها تطورا في عالقات السلطة داخل المستشفى العمومي ؛ حيث أن المهنيين الطبيين أصبحوا الفاعلين الأساسيين في مقابل تقلص دور شبه الطبيين وكذا الإداريين،

- هذا التطور في العالقات الذي يسميه Mintzberg بالبيروقراطية المهنية "bureaucratie la professionnelle"، يمثل تحديا في إيجاد توازن بين سلطات الفاعلين وضمان الاستمرار في مهمة المرفق الصحي العمومي في تقديم خدماته ضمن المنظومة الصحية الوطنية،

- أهمية خلق ثقافة تنظيمية تعنى بتحسين مستوى التنسيق بين سلطات الفاعلين الحاليين واشراك فاعلين خارجيين) مستعملي المرفق الصحي بالأساس والمؤسسات الأخرى التي لها عالقة بهذه المؤسسة في

¹ Thierry Nobre, hôpital dans pouvoir et Performance

اتخاذ القرار الذي تكون سمته الأساسية تحقيق معادلة الخدمة النوعية والأخذ بعين الاعتبار العقلانية الاقتصادية.

4. دراسة " Ehsan Zarei ¹ " Service quality of private Hospitale : The Iranian patients perspective article, February 2012.

هدفت الدراسة إلى التعرف على مستويات إدراك المرضى لأبعاد جودة الخدمات الصحية المقدمة في القطاع الخاص بإيران. وتوصلت الدراسة إلى أن تقييم المرضى لتطبيق أبعاد جودة الخدمة فيها الملموسية، الاستجابية، الاعتمادية، التعاطف، التوكيد (كان مرتفعاً).

المطلب الثالث: أوجه الاختلاف والتشابه

إن أهم ما يميز موضوع دراستنا الحالية عن الدراسات السابقة التي تطرقنا لها يمكن تلخيصه فيما يلي:

من حيث هدف الدراسة:

اختلفت أهداف الدراسات السابقة العربية منها الأجنبية من حيث العلاقة والأهمية والتأثير للخدمات الصحية على مستوى الوطن، فيما تعني دراستنا الحالية عن مدى كفاءة الخدمات الصحية في الجزائر.

من حيث المنهجية:

مجمل مناهج الدراسات السابقة التي تطرقنا إليها في بحثنا العلمي تتفق مع منهج الموضوع في الدراسة الحالية، إذ لجأ الباحثين إلى المنهج الوصفي التحليلي وصولاً لتحقيق الأهداف النظرية والعملية. و تختلف من حيث كون دراستنا تحليلية وصفية حيث قمنا بتحليل الانظمة الصحة و طرق تمويلها.

من حيث بيئة التطبيق:

اذ يلاحظ من الدراسات السابقة تعدد بيئات التطبيق، فمنها كانت في البيئة العربية من جهة ومن جهة أخرى طبقت في المؤسسات الصحية العامة و الخاصة بالقيام بدراسات ميدانية، وكذلك الحال بالنسبة

¹ Ehsan Zarei, Service quality of private Hospitale : The Iranian patients perspective article, February 2012

للدراستات الأجنبية، أما بالنسبة الدراسة الحالية فقد قمنا بتحليل عام خول تمويل النظام الصحي و البدائل المقترحة.

الفصل الثاني:

النظام الصحي في الجزائر

مقدمة الفصل الاول

تعاني العديد من الحكومات من ظاهرة التزايد المستمر للإنفاق على الصحة لذا أصبح الشغل الشاغل لها هو عملية ترشيد النفقات وتوفير المصادر المالية اللازمة لتغطيتها والتحكم فيها، وتختلف هذه المصادر المالية من منظومة صحية لأخرى حسب السياسة التمويلية المنتهجة فمنها من يعتمد على مصدر مالي تمويلي مفرد في حين بعضها الآخر تتعدد المصادر التمويلية المخصصة لتغطية نفقاته الصحية. الجزائر بدورها تعاني من مشكلة التطور الكبير والتنامي الواسع للنفقات الصحية، حيث أصبحت أرقام النظام الصحي في مجال الإنفاق تؤثر على توازن القطاعات المساهمة في تمويله، لذا أصبحت عملية تمويل نفقات الصحة في الجزائر تشكل رهان حقيقي للدولة ولأصحاب القرار في هذا النظام.

و على هذا الاساس، قمنا بتقسيم هذا الفصل الى ثلاث مباحث:

- المبحث الأول: التطور التاريخي للسياسة الصحية في الجزائر
- المبحث الثاني: مصادر تمويل نفقات الصحة في الجزائر
- المبحث الثالث: النمط التعاقدى كبديل لتمويل نفقات الصحة في الجزائر

المبحث الأول: التطور التاريخي للسياسة الصحية في الجزائر :

لقد شهدت السياسات الصحية في الجزائر مجموعة من المراحل تبعا للمحددات التي تحكمت في السياسة الصحية بحيث يمكن رصد 03 مراحل :

المطلب الأول: السياسة الصحية من 1962 1965

ورثت الجزائر سنة 1962م حالة صحية متردية ومتدهورة حيث كان النظام الصحي الموجود متمركزا أساسا في كويات المدن كالجزائر ، وهران ، قسنطينة ، ويتمثل خاصة في الطب العمومي الذي يتم داخل المستشفيات وعيادات تشرف عليها بلديات وتقدم المساعدات الطبية المجانية ، ومراكز الطب المدرسي النفسي تشرف عليها وزارة التربية والتعليم ، كما كان هناك الطب الخاص الذي يسهر عليه حوالي 600 طبيب ويعملون في عيادات خاصة جلهم كانوا من الأجانب¹.

لا تلخيص المشكلة الصحية عشية الاستقلال في :

- هجرة جماعية للأطباء الفرنسيين (2200) طبيب و (2700) ممرض و ممرضة .
- حالة صحية متردية نتيجة للنقص الفادح في الكوادر الصحية الوطنية ، حيث بلغ عدد الأطباء بالنسبة لعدد السكان آنذاك 8 أطباء لكل (100000) ساكن ، كما كان عدد الصيادلة حوالي 50 صيدلي و (30) طبيب أسنان فقط.
- النقص الكبير في الكوادر الفنية والإدارية لتسيير المؤسسات الصحية .
- سوء توزيع المراكز والمؤسسات الصحية² .

ومن أجل التخلص من هذه المشاكل رسمت الجزائر محاور كبرى للسياسة الصحية تمثلت في رسم إستراتيجية مع كل تحفظ، من شأنها تعديل مواقع الخلل التي عرفها النظام الصحي السابق ، وتمثلت هذه الاستراتيجية في المحاور التالية :

¹ نور الدين حاروش، ادارة المستشفيات العمومية الجزائرية ، (الجزائر : دار كتامة للكتاب) ، 2007 ، ص 69 .
² حبيبة قشي ، اليات تطبيق السياسات التسويقية في المؤسسات الصحية الدراسة حالة مصحة الرازي للطب والجراحة بسكرة) ، رسالة ماجستير ، جامعة محمد خيضر بسكرة ، كلية العلوم الاقتصادية والتسيير، قسم العلوم الاقتصادية . (2006-2007)، ص120

- الوقاية : حيث أن افضل طرق العلاج هو تجنب المرض والعمل على عدم وقوعه وذلك من خلال الحملات التلقيحية وإجراءات النظافة ومحاصرة المرض والعمل على عدم وقوعه وذلك من خلال الحملات التلقيحية وإجراءات النظافة ومحاصرة المرض قبل إنتشاره عن طريق التلقيح واحترام معايير النظافة.
- علاج الأمراض : ولتحقيق ذلك تم وضع مستويات عديدة يتلقى فيها المريض كل العلاقات الضرورية إبتداء من المراكز الصحية القاعدية ، ثم المستشفيات في حالة استعصاء العلاج.
- التوزيع العقلاني للأطباء : وذلك تحقيقا للأهداف المرسومة في الخريطة الصحية ، أي تحقيق تغطية صحية كاملة للتراب الوطني من حيث الموارد البشرية والهيكل والمعدات الضرورية¹.

المطلب الثاني: السياسات الصحية من 1965-1979

مع بداية المخطط الوطني وبداية و نشاط المعهد الوطني للصحة العمومية الذي أنشأ عام 1964، وبصدور الأمر المنظم لمهنة الأطباء والصيدلة عام 1966 أخذت الأمور تتحسن شيئا فشيئا من خلال تحسين دفع عجلة التكوين الطبي و شبه طبي و كذا إنشاء بعض الهياكل القاعدية بين 1967 و 1969.² و ما ميز هذه المرحلة التاريخية من جهة الهياكل القاعدية، هو مضاعفة قاعات العلاج بين سنتي 1969 و 1979 محاولة من المسؤولين منح الأولوية العلاج الأولى ، وذلك عن طريق توفير قاعات العلاج والمراكز الصحية على مستوى كل بلدية أو على مستوى كل حي والهدف من هذه الهياكل القاعدية، هو قبل كل شئ الوقاية نظرا الخصوصية المجتمع الجزائري الشاب، وكذلك إنشاء العيادات متعددة الخدمات بداية من سنة 1974.³

و بما أن نسبة 37 % من السكان فقط كانت ممونة بالمياه الصالحة للشرب و 23% تتوفر بها قنوات الصرف الصحي وما تحمله هذه الأرقام من مؤشرات انتشار الأمراض المنتقلة عن طريق المياه، لم

¹ نور الدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، مرجع سابق ذكره ، من 71.

² نور الدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، مرجع سابق ذكره ، ص 73

³ الوصيف زين الدين، التسيير المؤسسات الصحية العمومية في ظل المتغيرات المعاصرة " ، مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية ، العدد الأول كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير ، جامعة سكيكة ، ديسمبر 2003، ص 139

تقف الدولة موقف المتفرج بل أخذت التدابير اللازمة من أجل تنفيذ بعض البرامج التي سطرت بهذا الشأن و التي تعتبر ذات أولوية بالغة مثل التكفل بالطب المجاني للأطفال من طرف الدولة سواء في إطار مركز حماية الطفولة و الأمومة و في إطار الطب المدرسي ، كما صدر في هذه مرسوم رقم 9669 المؤرخ في 09 جويلية سنة 1969 و القاضي بالزامية التلقيح ومجانينه ، هذه الأخيرة التي تعتبر خطوة إيجابية توصي إلى القضاء على الأمراض المعدية كما تم إقرار لتكفل الشامل من طرف الدولة بمكافحة بعض الأوبئة مثل مرض السل ليصبح علاجه مجانيا ونفس الشيء بالنسبة لمرض الشلل و سوء التغذية فضلا عن عملية توزيع و تنظيم الولادات بمراكز حماية الأمومة¹ .

و ما ميز هذه المرحلة التاريخية هو :

– بداية الحملات الوطنية للتلقيح 1969-1970: التلقيح ضد الشلل، و مكافحة الملاريا بداية من سنة 1965 بالمناطق الوبائية و ذلك مع البرامج المسطرة من طرف منظمة الصحة العالمية .

– إنخفاض معدل الجدري سنة 1973 و السعال الديكي و التلقيح ضد الحصبة أما عن الأمراض اتخذت الجزائر طريق التوعية والإرشاد و بالأحرى التثقيف الصحي

و إستعملت في ذلك المسرحيات والملصقات الإعلانية وكان ذلك في الفترة الممتدة بين 1967 و 1968 حيث كانت هذه الفترة بداية لتطبيق و إطلاق البرامج ضد الأمراض و أهمها الملاريا

و من أجل توفير الصحة لكافة المواطنين فقد عملت الحكومة الجزائرية على تشجيع القطاعات الخاصة من أجل أن تقدم خدماتها لصالح الصحة العمومية من خلال التعاون بين القطاعات الخاصة والمنظمات الرسمية والجماعات المحلية الدينية والفكرية و كله بهدف تحقيق التنمية الصحية².

الجدول رقم 03 المنجزات المحققة في المجال الصحي من سنة 1962 إلى غاية سنة

1974.

المنجزات- السنوات	الأطباء الجزائريين	المستشفيات	المراكز الصحية
-------------------	--------------------	------------	----------------

¹ حسينة ال ، (تطور المنظومة الصحية منذ الاستقلال، جريدة المساء 05 / 07 / 2012، متحصل عليه من: <http://www.el-massa.com>

تاريخ الاطلاع: 20 / 02 / 2014

² سعيدة شين ، مرجع سابق ذكره عصف 74

188	156	342	1962
558	163	1425	1974

المطلب الثالث : السياسة الصحية من 1979-2007

قيدنا هذه الفترة من سنة 1979 إلى 2007 على أساس تبني معيار التقسيم الهيكلي والتطور التنظيمي للقطاع الصحي للجزائر بما في ذلك القطاع العام والخاص .

إعتبرت اللجنة المركزية لجبهة التحرير الوطني أن النظام الصحي الوطني للتنمية الإقتصادية والإجتماعية ، وحتى يتحقق هذا الهدف يجب التركيز على مايلي¹:

- توحيد وتحديث القوانين والنظم الصحية لضمان التناسق بين التنظيم القانوني والأهداف الأساسية التي أعلنها الميثاق الوطني سنة 1976.
- الزامية التكامل بين القطاعات وتحديد الوظائف والأوار ليست فقط وزارة الصحة وإنا القطاعات والتنظيمات الوطنية التي لها علاقة مباشرة أو غير مباشرة لأن مشكل الصحة ليس مشكل وزارة الصحة فقط.
- تكامل جميع الهياكل مهما كانت طبيعتها القانونية في تطبيق البرامج الوطنية والجهوية للصحة².

وما ميز هذه المرحلة هو إنشاء هياكل صحية جديدة سنة 1986 و هي المراكز الاستشفائية الجامعية و في نهاية الثمانينات جاء دستور 23 فيفري 1989 ليحدد تدخل الدولة في مجال الوقاية ومكافحة الأمراض المعدية كما نصت عليه المادة 51 من الدستور سالف الذكر و التي تقول إن الرعاية الصحية حق المواطنين تتكفل الدولة سيكون في الوقاية و التكفل بالمعوزين و التكوين مع البحث ف العلوم الطبية أما باقي العلاجات فتتم وفق اتفاق بين المؤسسات الاستشفائية و هيئات الضمان الاجتماعي والحكومة الجزائرية ، كما كانت مرحلة 1980-1995 عبارة عن تقييم السياسة التنموية التي اتبعتها الجزائر و من

¹ نور الدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، مرجع سابق ذكره ، ص 81

² نور الدين حاروش ،، مرجع سابق ذكره ، ص 81

ضمنها السياسة الصحية بحيث نجد الحكومة الجزائرية عملت على وضع الخطوط الرئيسية السياسية الواجب إتباعها في المستقبل¹.

و نجد الجزائر قد حققت خلال هذه المرحلة قدرا من التحكم في المجال الصحي من حيث عدد الأطباء إذا بلغ عدد الأطباء سنة 1982 إلى (7350) طبيب في المقابل 2401 طبيب أجنبي كما زاد عدد جراحي الأسنان الجزائريين حيث بلغ في نفس السنة (2171) أما عدد الصيادلة الجزائريين وصل إلى 1093 سنة 1982.²

كما عرفت هذه المرحلة إعادة تنظيم المؤسسات الصحية من حيث التنظيم و التسيير و ذلك سنة 1997 من خلال المراسيم التنفيذية الخاصة بالمؤسسات الاستشفائية الجامعية و في سنة 2007 أعيد تنظيم القطاعات الصحية لتصبح المؤسسات العمومية

الإستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوارية أي فصل الاستشفاء عن العلاج و الفحص وهي نوع من اللامركزية هدفها تسهيل الوصول إلى العلاج و تقريب المستشفى أو المؤسسة الصحية من المواطن وقد عرفت هذه المرحلة تطور عدد الهياكل القاعدية و كذا عدد المستخدمين³.

أما بشأن التغطية الصحية من حيث الهياكل القاعدية سنة 1997 فنلاحظ مايلي :

- 02 سريرين لكل 1000 نسمة.

- عيادة لكل 70241 نسمة

- مركز صحي لكل 28559 نسمة

- قاعة علاج لكل 9433 نسمة .

أما في عام 1998 فكانت النسب التالية :

- 2 سريرين لكل 1000 نسمة

¹ سعيدة شين ، مرجع سابق ذكره ، ص 77

² نور الدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، مرجع سابق ذكره نفس المرجع ، ص 77

³ نفس المرجع ، ص 82

– عيادة لكل 60731 نسمة.

– مركز صحي لكل 25454 نسمة¹.

أما بشأن المؤشرات الصحية لسنة 1998 في كمايلي :

– نسبة الزيادات 25.3 من الألف.

– نسبة الوفيات العامة 6.04 من الألف.

– متوسط مدة الحياة 68 سنة²

أما المؤشرات الصحية الخاصة سنة 2005 فقد عرفت بعض التحسن لكنه غير كاف و خير دليل على ذلك تقرير المنظمة العالمية للصحة بشأن الجزائر حيث إعتبرت المنظمة أنه بالرغم من المبالغ المالية العمومية المرصودة للقطاع الصحي و المقدر ب 9.1 % من الميزانية العامة إلا أن الخدمات الصحية لا سيما ما يتعلق بوفيات الأطفال كانت دون المستوى المطلوب ، و السبب في ذلك عدم وجود سياسة و إستراتيجية ناجحة و سوء توزيع الأطباء و التفاوت فيما يخص الرعاية الصحية و من أهم المؤشرات نجد وفيات الأطفال الأقل من 05 سنوات 40.5 من الألف حسب المنظمة و حسب الجزائر فهي 35.8 من الألف بينما بلغ معدل الحياة 74.8 في الوقت الذي بلغت فيه التغطية التلقيحية ضد الشلل 98% ، الدفتيريا الكزاز والسعال الديكي 87% التلقيح ضد التهاب الفيروس الكبدي 81% أما متوسط توزيع الأطباء فنجد طبيبا واحدا لكل ألف مواطن و أقل من سريرين لكل ألفي مواطن³.

و قد شهدت الفترة (1992-2002) الكثير من الإنجازات ، حيث شهدت عدة مؤسسات دعمت القطاع على غرار المخبر الوطني لمراقبة المواد الصيدلانية و معهد باستور الجزائر الذي أصبح مخبرا مرجعيا لمنظمة الصحة العالمية في مجال المراقبة و التكوين حول مقاومة الجراثيم للضمانات الحيوية .

¹ نفس المرجع ، ص 83

² نور الدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، مرجع سابق ذكره نفس المرجع ، ص 83

³ نفس المرجع ، ص 83.

و تضاف إلى هذه المؤسسات الصيدلانية المركزية للمستشفيات الوكالة الوطنية للدم و المركز الوطني لليقظة الصيدلانية و المركز الوطني لمكافحة التسمم و الوكالة الوطنية للتوثيق الصحي.

وقد عرف القطاع من جانب آخر إنتقالا للوضع الديمغرافية الوبائية للسكان إلى تعزيز العلاج الجوّاري من أجل تقريب الصحة من المواطن حيث باشرت السلطات العمومية

في تطبيق تنظيم جديد للمؤسسات الصحية سنة 2007 يهدف إلى فصل المستشفيات الجامعية عن تلك التي تضمن علاجا قاعديا أسفر عن تأسيس الطب الجوّاري الذي قرب العلاج من المواطن كما برز تقسيم جديد للمؤسسات الصحية على غرار المؤسسات العمومية الإستشفائية و المؤسسات العمومية للصحة الجوّارية التي تشمل أيضا قاعات العلاج و العيادات متعددة الخدمات و إستفاد القطاع من سنة 2005 إلى 2009 من غلاف مالي بقيمة 244 مليار دينار جزائري ثم إستثمار في إنجاز 800 مؤسسة إستشفائية وجوّارية¹.

المبحث الثاني: مصادر تمويل نفقات الصحة في الجزائر

إن موضوع تمويل نفقات الصحة يعتبر بمثابة أهم الأركان الأساسية لأي نظام صحي، وفي الجزائر فإن نظام التمويل الصحي عرف عدة تحولات منذ الاستقلال إلى يومنا هذا، كما أنه يعرف حاليا محدودية في تسخير موارد مالية إضافية لضمان التكفل بالطلب المتزايد والناتج أساسا عن التحولات الديمغرافية والمرضية التي تعرفها البلاد كما تعرف احتياجات السكان نموا وتنوعا بالنظر لتطور مستويات المعيشة، التطور التكنولوجي في المجال الطبي وتدفق المعلومات كل ذلك جعل الأفراد أكثر إلحاحا في طلب العلاج وتحسين نوعيته²، ويعتمد تمويل نفقات الصحة في الجزائر على ثلاثة مصادر أساسية وهي الدولة والضمان الاجتماعي ومساهمة العائلات كما أنه في الآونة الأخيرة ظهر نمط جديد لتمويل الصحة ألا وهو النمط التعاقدية إلا أنه ولحد يومنا هذا لم يكتمل ولم يدخل حيز التنفيذ بشكل نهائي³.

¹ حسينة / ل . مرجع سابق ذكره ، متحصل عليه من : <http://www.el-massa.com> ، تاريخ الاطلاع :

² علي محمد دحمان تكلفة العلاج في الجزائر، مجلة الدراسات القانونية، العدد 02 ، 2016، ص11

³ خلاصي عبد الاله، العلاقة بين نفقات الصحة و مصادر التمويل في الجزائر دراسة تحليلية قياسية للفترة (1990-2018)، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه طور ثالث في العلوم الاقتصادية تخصص اقتصاد المالية العامة، جامعة أبو بكر بلقايد تلمسان، الجزائر، 2020/2019، ص139

المطلب الأول: التمويل عن طريق الدولة :

كان النظام المعمول به لتمويل نفقات الصحة بعد الاستقلال يعتمد على المساهمة العمومية للدولة والجماعات المحلية حيث كانت تقدر بنسبة ٨٥% من إجمالي النفقات الصحية، وتخصص لتمويل تكاليف الفقراء والمعوزين ذوي الدخل الضعيف، وكانت تحسب على أساس سعر يومي يحدد سنويا، حيث هذه النفقات المخصصة لمعالجة هذه الفئات تمول من طرف الخزينة العمومية لحساب ميزانية الدولة. بنسبة 85% ومن طرف صندوق التضامن للدوائر والبلديات الحساب الجماعات المحلية بنسبة 15%¹ هذه الأخيرة بدورها تنقسم إلى 8% على حساب الدوائر و 7% لحساب البلديات².

إلا أن إحداث الدولة للطب المجاني سنة 1974 وإلغاء نظام التسعيرة الجزائرية جعل الدولة والضمان الاجتماعي يساهمون في التمويل بنسب مهمة³، حيث يتم تغطية الجزء الأكبر. نفقات الصحة من خلال اعتمادات الميزانية العامة للدولة وتنقسم هذه الاعتمادات إلى قسمين⁴:

الاعتمادات التي تغطي نفقات التسيير وتمثل الجزء الأكبر من نفقات الصحة، وتتكون بدرجة كبيرة من نفقات المستخدمين ونفقات الأدوية.

الاعتمادات التي تغطي نفقات التجهيز والتي تتحملها الدولة بالكامل⁵.

والشكل الموالي يوضح تطور مساهمة الدولة في تمويل نفقات الصحة في الجزائر:

الشكل رقم (04): تطور حصة الدولة في تمويل نفقات الصحة في الجزائر خلال الفترة

(1990-2018)

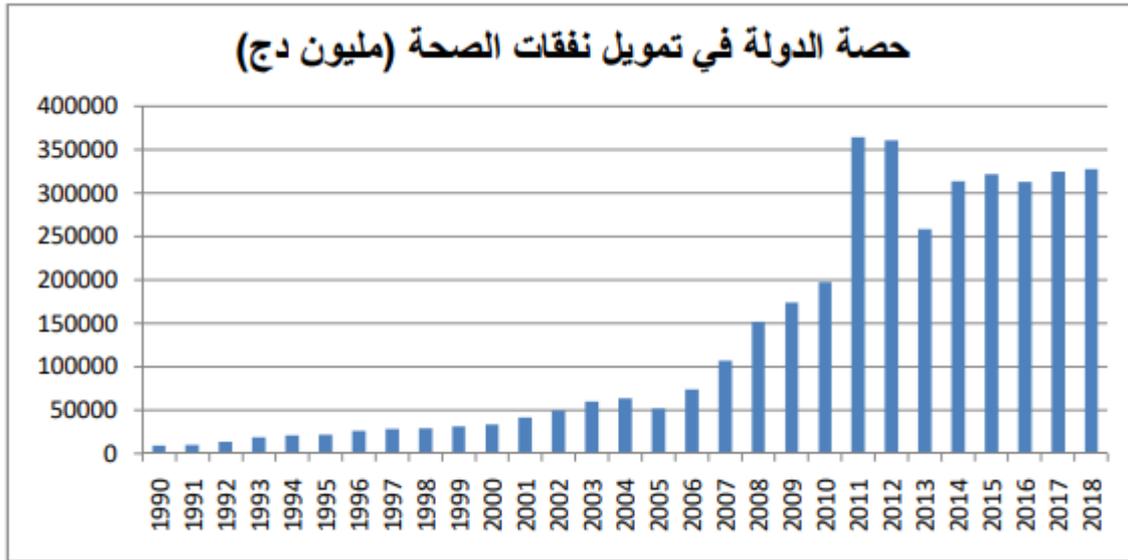
¹ Lamri Larbi, dossier de la contractualisation, le gestionnaire, revue semestrielle de l'école nationale de santé Publique, N°28, juillet 1998,p 24.

² المرسوم التنفيذي رقم 2014 المؤرخ في 16 جانفي 1974 المتضمن مدى مساهمة الجماعات المحلية في تمويل نفقات المساعدة الطبية الاجتماعية.

³ Ali Dahmene Mohammed, the financing health system problem in Algeria, international research journal of management, IT& social sciences (IRJMIS), Vol.3, Issue 7, July 2016, p. 49

⁴ خلاصي عبد الاله، مرجع سابق، ص 140

⁵ سعيدة نيس تمويل نفقات الصحة في الجزائر للفترة 2000-2015، مرجع سابق، ص: 376



المصدرة من إعداد الباحث

من خلال الشكل رقم (03) يتبين أن حصة الدولة في تمويل نفقات الصحة يشكل نسب كبيرة جدا، إذ بلغ متوسط نسبة تمويل الدولة للنفقات الصحية حوالي 63,8%، وأعلى نسبة تمويل كانت سنة 2011 بـ 89% حيث كان نصيب الدولة من التمويل 363948093 (10 دج)، وادني نسبة كانت 29,64 سنة 1991 مبلغ 9581000 (10 دج)، من خلال الجدول يتبين أيضا أن حصة الدولة في نفقات الصحة هي في تزايد مستمر من سنة لأخرى خلال فترة الدراسة وهذا ما يؤكد الاهتمام الكبير من طرف الدولة بقطاع الصحة في الجزائر.¹

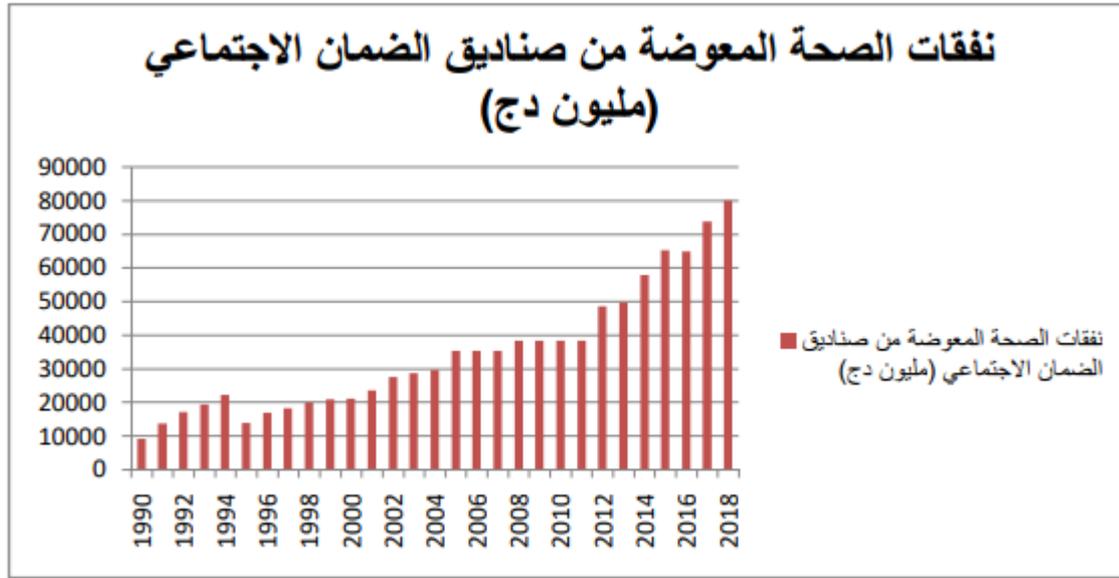
المطلب الثالث: التمويل عن طريق الضمان الاجتماعي

يعتبر الضمان الاجتماعي المساهم الثاني بعد الدولة في تمويل نفقات الصحة حيث يمول الخدمات الصحية في القطاعين العام والخاص عن طريق التعويض الجزافي للنفقات العلاجية والطبية للمؤمنين، مع العلم أن تعويض نفقات العلاج يتم بناء على تعريفه حددت من طرف وزارة الصحة سنة 1987 لم تتغير لحد اليوم²، والشكل التالي يوضح مساهمة الضمان الاجتماعي في نفقات الصحة:

¹ خلاصي عبد الاله، مرجع سابق، ص141

² Chaouche Ali, le financement de système de santé, colloque international sur les politiques de santé, Alger, 18-19 janvier, 2014.

الشكل رقم (05): نفقات الصحة المعوضة من صناديق الضمان الاجتماعي (1990-2018)



المصدر: من إعداد الباحث

من خلال الشكل يمكن ملاحظة التطور المتسارع للمبلغ الجزائري لتمويل المستشفيات لاسيما بعد سنة 2011، فبعدما كان المبلغ لا يتعدى 383000000000 (دج) ارتفع إلى 48429410000 (دج) سنة 2012 ليصل إلى 800000000000 (دج) سنة 2018، إن هذه المبالغ تمثل الدور الايجابي الذي يلعبه الضمان الاجتماعي في تمويل نفقات القطاع الصحي، إلا أن هذه الصناديق تعرف صعوبات مالية نتيجة النمو المستمر لنفقات الصحة الناتج عن تغير بنية الهرم السكاني وارتفاع الأسعار، في ظل الوضع الاقتصادي الذي يتميز بمعدل بطالة مرتفع وصل الحدود 14,4 16,6 خلال الفترة 2006-2015 والذي يؤدي إلى انخفاض الأحمال وبالتالي انخفاض الاقتطاعات الاجتماعية¹، كما أن التحويلات من أجل العلاج في الخارج وارتفاع فاتورة استيراد الأدوية كان لها دور في ارتفاع نفقات صناديق الضمان الاجتماعي حيث عرفت عملية استهلاك الأدوية بالجزائر نموا متصاعدا بسبب تسارع طلبات الاستفادة من العلاج وتغطية الضمان الاجتماعي للأفراد، ولعل من بين أهم العوامل التي ساهمت في ارتفاع نسبة استهلاك الأدوية بالجزائر تذكر ما يلي²:

¹ سعيدة نيس تمويل نفقات الصحة في الجزائر للفترة 2000-2015، مرجع سابق، ص: 377

² محمد على دحمان، تقييم مدى فعالية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر، مرجع سابق، ص: 246

- زيادة نمو السكان.
- الأسعار الممارسة (المستوى المنخفض السعر الأدوية).
- ارتفاع نسبة التغطية الاجتماعية بنسبة أكثر من 4% من عدد السكان الذين يستفيدون من تغطية الضمان الاجتماعي.

المطلب الرابع: التمويل عن طريق الأسر

- التمويل الذي مصدره مؤسسات خاصة أو عامة تسعى إلى إنشاء مراكز صحية من أجل تقريب الخدمات الصحية من عمالها من جهة، ومن جهة أخرى التحكم في النفقات التي تعطى المصادر أخرى من خارج المؤسسة من أجل تسييرها (مؤسسات التأمين مثلا)¹.

التمويل الذي مصدره الأفراد بعد الاستقلال وإثناء مرحلة التمويل المختلط كانت هذه المساهمة من بعض فئات من المرضى وهم الأشخاص ذوي المهن الحرة الحرفيون المزارعون والتجار الذين يدفعون نفقاتهم الصحية مباشرة بعد حصولهم على الخدمة الصحية مساهمتهم تمثل 10% فقط من إجمالي نفقات الصحة². على الرغم من أن الأمر 4-5 المؤرخ في 28 ديسمبر 1974 المتضمن مجانية العلاج لم يستتي بشكل صريح مشاركة العائلات في بعض النفقات الصحية، إلا أنه لم يصدر أي نص قانوني لرفع الغموض في هذا المجال قبل سنوات الثمانينات، بحيث أن العلاجات الطبية كانت تقدم كلها مجانا وحتى للأجانب، إلا أنه في سنة 1984 صدرت تعليمية لوضع حد لهذه الفوضى تفرض على المواطنين المساهمة في تكاليف الفحوصات والعلاجات الطبية ورغم ضعف هذه المسألة إلا أنها واجهت صعوبات في التطبيق سببها العراقي ذات الطابع الإداري³، و تمثل النفقة الصحية التي تتحملها الأسر في المتوسط 22% سنويا وهي أكبر مما تتحمله الأسر في البلدان المتقدمة والتي تتميز بالدخل الفردي المرتفع، مثلا مساهمة الأسر في فرنسا سنة 2011 كان 20 % ، وتفسر مساهمة الأسر في تمويل نفقات الصحة بالتجاوزات في قيمة

¹ Ali dahmene Mohammed, the financing health system problem in Algeria, op. cit., p. 50

² NOUARA KAID. Le Système de Santé Algérien entre Efficacité et Equité essai d'évaluation à travers la santé des enfants enquête dans la wilaya de Bejaia, thèse de Doctorat d'Etat en Science Economiques, Université d'Alger, Faculté des sciences économiques, des sciences commerciales et de gestion, P56.

³ على محمد دحمان تكلفة العلاج في الجزائر، مرجع سابق، ص: 14.

التعريف الطبية في القطاع الخاص والتي لا تخضع للمراقبة من طرف أي جهاز، ضف إلى هذا فان بعض المؤمنين لا يطالبون بالتعويض من طرف صندوق الضمان الاجتماعي وكذلك ظاهرة العلاج دون اللجوء إلى طبيب حيث يتجه المريض إلى الصيدليات مباشرة ويقتني ما يعتقد أنه بحاجة إليه دون وصفة طبية¹.

¹ سعيدة نيس، تمويل نفقات الصحة في الجزائر للفترة 2000-2015، مرجع سابق، ص: 377

المبحث الثالث: النمط التعاقدي كبديل لتمويل نفقات الصحة في

الجزائر

يعتبر تمويل نفقات الأنظمة الصحية رهان حقيقي بالنسبة للدول خاصة في ظل التحولات الاقتصادية والاجتماعية العميقة التي تعرفها العديد من البلدان وخاصة النامية منها، وهذا ما يستدعي ضرورة تكييف الأنظمة الصحية من ناحيتي الإطار التنظيمي والتمويلي، وبعد استخدام التعاقد في النظم الصحية للبلدان النامية حديثا نسبيا، ولكنه أصبح أكثر شيوعا في السنوات الأخيرة وبشكل تدريجي، فالإصلاحات الصحية التي عرفتها العديد من البلدان ومن بينها الجزائر دعت إلى تطبيق نظام التعاقد في تسيير وتمويل المؤسسات الصحية، حيث أن المؤسسات الصحية الجزائرية أصبحت تواجه مشاكل كبيرة من ناحية التمويل والتسيير المالي ويرجع ذلك لعدم قدرتها على تغطية جميع النفقات الصحية اللازمة وهذا ما أدى إلى ضرورة اعتماد النمط التعاقدي كنمط جديد لتمويل النظام الصحي والذي بدوره يحقق مجموعة من الأهداف التي من شأنها رفع الكفاءة للقطاع الصحي، وهذا ما تجسد من خلال قانون المالية لسنة 1992 يتبنى النمط التعاقدي كبديل لتمويل مؤسسات الصحة.¹

وفي ما يلي سنتطرق إلى أساسيات النمط التعاقدي من خلال مفهومه وأنواعه والأهداف المحققة منه، كذلك الدور الذي تلعبه الدولة والجماعات المحلية في هذا النمط التعاقدي.

المطلب الاول: أساسيات حول النمط التعاقدي في المجال الصحي

الفرع الاول: مفهوم النمط التعاقدي:

يعرف العقد الإداري على أنه : " العقد أو الاتفاق الذي يبرمه شخص معنوي عام، قصد تسيير مرفق عام وفقا لأساليب القانون العام بتضمينه شروط استثنائية غير مألوفة في القانون الخاص²، وفي القانون المدني الجزائري فان المادة 54 منه عرفت العقد على أنه : " اتفاق يلتزم بموجبه شخص أو عدة أشخاص آخرين بمنح، أو فعل، أو عدم فعل شيء ما³.

¹ خلاصي عبد الاله، مرجع سابق، ص144

² محمد الصغير بعلی العقود الإدارية، دار العلوم للنشر والتوزيع، عنابة 2005، ص 10

³ الأمر - المؤرخ في 26 سبتمبر 1975 المتضمن القانون المدن، المعدل والمتمم 30 سبتمبر 1975

كما تعرف المنظمة العالمية للصحة النمط التعاقدى على أنه: "عقد بين كيانين اقتصاديين أو أكثر، يجبرون من خلاله على ترك، أو حيازة أو القيام أولاً ببعض الأشياء فهو اتفاق بين شركاء مستقبليين¹ إذا على هذا الأساس فإن النمط التعاقدى هو اتفاق يربط كل من وزارة الصحة والهياكل تحت الوصاية بهيئات الضمان الاجتماعى، حيث يلتزم الأول بتقديم الخدمات الصحية للمؤمنين ويلتزم الطرف الآخر بتمويل الخدمات الصحية. وبهذا نجد النمط التعاقدى فى الأنظمة الصحية يختلف تماماً عن التعاقد العادى من خلال ثلاث جوانب أساسية هي²:

- النمط التعاقدى فى قطاع الصحة هو البحث عن تنمية شراكة حقيقية ودائمة بين القطاع الصحى والضمان الاجتماعى
- النمط التعاقدى هو خدمة لإعادة تحديد دور الدولة فى القطاع الصحى من خلال تنظيم القطاع وضمان نظام صحى عادل دون التدخل بطريقة مباشرة. .
- النمط التعاقدى هو أداة إستراتيجية فى تنمية النظام الصحى وبالتالى السياسة الصحية الوطنية التوسيع نطاق تقاسم المسؤوليات على كل الأطراف والجهات الفاعلة.

الفرع الثانى: أنواع النمط التعاقدى:

هناك نوعين من النمط التعاقدى، تعاقد داخلى وتعاقد خارجى³ :

التعاقد الداخلى: منح المدير تفويض لرؤساء المصالح، أى بمعنى وجود عقد تفاوضى بين رئيس المصلحة والمدير، كما تحدد فى هذا الأخير الأهداف ووسائل المتابعة، وكيفية حشدها واستخدامها والاهتمام بنتائج تسييرها ودراسة الآثار المترتبة عن عدم الالتزام وتنفيذ هذا العقد. كما أن نجاح النمط التعاقدى هنا يجب أن يهتم حتما بالإرادة المشتركة فى تطوير وسائل تحليل الأنشطة (المحاسبة التحليلية...) وعناصر التكليف، كما أنه فى حالة تطبيق هذا النوع من التعاقد فإنه يمكنه تغيير وتوزيع السلطات و المسؤوليات

¹ علوان عديلة، أهمية النمط التعاقدى فى تفعيل أنظمة التأمين الصحى، مجلة العلوم الإنسانية، العدد 43، 2016 من : 448

² محمد على دحمان تقييم مدى فعالية الاتفاق العام على مستوى القطاع الصحى بالجزائر سابق، ص 169

³ علوان عديلة، أنماط التعاقد فى الأنظمة الصحية، دار هومة للنشر والتوزيع، الجزء 02 الجزائر، 2014، ص: 16-17

على مستوى المصالح وأيضا يمكنه الذهاب إلى حد إمكانية القيام بعقود مباشرة ما بين المصالح وصندوق الضمان الاجتماعي على حساب استقلالية المؤسسات العمومية.¹

التعاقد الخارجي: هو أسلوب تسيير مؤسس على نظام (مقدم، دفع) إذ أنه من شأنه إلغاء النظام التقليدي السابق الذي يعتمد على المساهمة السنوية المحددة في المؤسسات الصحية، وعلية تصبح (الخدمات العلاجية تغطي على أساس النشاطات، أي المستشفى يتحصل على اعتمادات أكبر كلما قدم خدمات علاجية أكبر للمرضى، وهذا من شأنه خلق نوع من المنافسة ما بين المؤسسات الصحية وبالتالي تحسين نوعية الخدمة وخفض سعرها. وعليه يصبح النظام الصحي خاضع لمعايير السوق المبنية على العلاقات التعاقدية ما بين المؤسسات الصحية (منتج للعلاج وصناديق الضمان الاجتماعي) مشتري للعلاج).²

الفرع الثالث: أهداف النمط التعاقدية:

اعتماد التعاقد كنمط جديد للتمويل يحقق مجموعة من الأهداف التي من شأنها أن ترفع من فعالية القطاع الصحي ويمكن حصر هذه الأهداف فيما يلي:

التحكم في النفقات تطبيق النمط التعاقدية يمكن المؤسسات الصحية من تحقيق الفعالية ذلك من خلال³:

- الدقة في التمويل: إذ تتم عملية التمويل على أساس حسابات دقيقة تشمل جميع الخدمات المقدمة
- حرية المبادرة والمنافسة يسمح هذا النمط من التمويل بتحفيز المؤسسات الصحية وتدفعها إلى التفكير في تحسين نوعية الخدمات المقدمة.
- إمكانية وضع نسب مرجعية للمقارنة والمعرفة أحسن للهياكل المنفقة أكثر وبالتالي اتخاذ الإجراءات التصحيحية اللازمة.

¹ خلاصي عبد الاله، مرجع سابق، ص 146

² خلاصي عبد الاله، مرجع سابق، ص 146

³ محمد على دحمان، تقييم مدى فعالية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر، مرجع سابق، ص: 171

عقلانية الإنفاق وتحقيق النجاعة¹

- عقلانية الإنفاق وذلك باستغلال أمثل للموارد المتاحة، كالتعاقد مع جهات خارجية في بعض المجالات التي يتكفل بها المستشفى من الفعالية والنجاعة في تقديم الخدمات.
- النجاعة وتعني تحقيق الأهداف بأقل التكاليف الممكنة ذلك يكون من خلال تعاقد المؤسسة الصحية مع مؤسسات متخصصة مثلا في النظافة الصيانة الإطعام... وغيرها، مما يؤدي إلى القيام بالخدمة على أحسن وجه ذلك من خلال تخفيض الأعباء كالأحور والتجهيزات اللازمة.

تحسين نوعية العلاج: ذلك من خلال:²

- الاهتمام بتحسين سلوك المعاملة من خلال حسن الاستقبال والمعاملة.
- التركيز على تحقيق أفضل نوعية بأقل تكلفة ممكنة قصد الحفاظ على النجاعة وذلك من خلال التركيز على الجانب النوعي وليس الكمي.
- إعادة ربط العلاقة مع المجتمع من أجل الإقناع وكسب ثقة الزبائن.

تحقيق الشفافية في علاقة المؤسسة الصحية مع مموليها وهذا عكس النظام الجرافي الذي يتميز بغموض هذه العلاقة وعدم وجود علاقات مباشرة بين مقدمي الخدمات الصحية ومموليها³.

المطلب الثاني: دور الدولة والجماعات المحلية في النمط التعاقدي:

الفرع الاول: دور الدولة في النمط التعاقدي:

في مواجهة تطور التعاقد يمكن للدولة أن تتبنى إستراتيجية "التخلي" حيث تترك عملية التعاقد تعتمد على قوانين السوق، لكن يمكن للدولة أن تفكر في أن الأصح والأفضل لا يكون ولا يتحقق إلا من خلال

¹ سنوسي على تسيير الخدمات الصحية في ظل الإصلاحات الاقتصادية في الجزائر آفاق 2010، مرجع سابق، ص: 360

² خلاصي عبد الاله، مرجع سابق، ص 147

³ ولد محمد نسيم، آليات التحكم في الإنفاق الصحي الوطني، مذكرة نهاية التخرج، المدرسة الوطنية للمناجمت وإدارة الصحة، الجزائر 2017،

تدخلها، إذ أن التعاقد يعطيها الفرصة لتطوير التدخل الذي يتبع مسارات أخرى غير تلك الخاصة بتوفير الخدمات الصحية مباشرة، ووفقا لهذا المنطق، تكون الدولة في قلب العلاقات التعاقدية التي يتم تشكيلها بين جميع الجهات الفاعلة في النظام، فالتعاقد ليس خصخصة ولا فك التزام من طرف الدولة بل هو أداة في خدمة النظم الصحية، والأمر متروك للدولة لضمان استخدام هذه الأداة بشكل فعال ومناسب، لذا فإن دور الدولة يتمركز في مستويين¹ :

الدولة كفاعل في العلاقات التعاقدية: الدولة لا ترغب في أن تكون الجهة الفاعلة والحصريّة في الصحة، لكن في الوقت نفسه لا ترغب في الانسحاب من تقديم الخدمات الصحية وتمويلها، والتعاقد في هذه الحالة هو وسيلة للتوفيق بحيث تصبح الدولة موقعة على العقد الذي أبرمته مع الجهات الفاعلة الأخرى.

توفير الخدمات الصحية ترغب الدولة في الحفاظ على سيطرتها للتغطية الصحية للبلاد دون تحمل كامل ثقل المويل وإدارة المرافق الصحية مع الحفاظ على ملكية مرافقها الصحية، لهذا تفوض الدولة مسؤولية إدارتها وتسعى لجلب مقدمي الخدمات الصحية من القطاع الخاص وأصحاب الخدمات الصحية للانضمام إلى الخدمة العامة، وبهذا لن تكون الدولة مشغل الخدمة الصحية لكن من خلال الأداة التعاقدية تظل صاحبة التغطية الصحية²

الفرع الثالث: شراء الخدمات الصحية من الخارج و من الداخل:

من الخارج بدلا من القيام بأنشطة معينة في حد ذاتها، تقرر الدولة شراء الخدمات من ممثل آخر، وعادة من القطاع الخاص، والعقود الناتجة هي من نوع " عقد الخدمة "، وتنطبق إستراتيجية الشراء هنا على مستويين على حسب الغرض من الشراء:³

– يتعلق الشراء بمنتج نهائي يقصد به خدمة صحية يتم توفيرها من قبل موفر يعمل أو لا يعمل في مرفق صحي.

¹ OMS, Rapport sur le rôle de la contractualisation dans l'amélioration de la performance des systèmes de santé, Genève, 2004, pp 40-47.

² خلاصي عبد الاله، مرجع سابق، ص 147

³ خلاصي عبد الاله، مرجع سابق، ص 150

– الشراء الذي يتعلق بعوامل الإنتاج كالغسيل، الترميم المرضى، الصيانة، الحراسة... الخ.

من الداخل لتجنب عيوب تركيز جميع الوظائف داخل نفس الكيان، يكمن للدولة أن تفصل في وظائف التمويل عن طريق إنشاء كيانات محددة، هذا الفصل حتى لو كان مصطنعا جزئيا، سيكون له الفضل في جلب كل أصحاب المصالح والممولين للتفاوض مع أصحاب المصلحة الآخرين، يجب من أن تؤدي هذه المفاوضات إلى ترتيب تعاقدية يضمن كفاءة أفضل للنظام الصحي، من خلال إنشاء وكالات متخصصة ذات ميزانيات عامة تمنح الدولة نفسها وسائل التنافس مع مقدمي الرعاية الصحية.

الدولة كمنظم للعلاقات التعاقدية: يجب على الدولة تنظيم العلاقات التعاقدية بحيث تسهم في تحقيق المصلحة العامة وتحسين أداء النظام الصحي ويكون ذلك من خلال عدة طرق، وتتمثل هذه الطرق التي يمكن للدولة من خلالها تنظيم العلاقات التعاقدية فيما يلي:¹

مرافقة العلاقات التعاقدية ذلك من . خلال

الإطار القانوني: يجب على الدولة أن تضمن بأن النصوص القانونية للبلاد تسمح بالتعاقد، ويجب عليها أيضا اتخاذ التدابير التي من شأنها تسهيل العلاقات التعاقدية.

المنافسة: يتجلى دور الدولة هنا في ضمان التنافس وتنظيم المنافسة أمام الجهات الفاعلة التي تريد الدخول في منافسة لأجل إقامة العلاقة التعاقدية.

المراقبة: يمكن للدولة ممارسة الرقابة على العلاقات التعاقدية القائمة بين الجهات الفاعلة.

نظام المعلومات: تقع على عاتق الدولة مسؤولية وضع نظام فعال للمعلومات حول العلاقات التعاقدية.

التدريب: يجب على الدولة ضمان أن يكون لكل الفاعلين التدريب اللازم بكل أشكاله، لأن التعاقد يتضمن العديد من المفاهيم التي تأتي من تخصصات مختلفة (القانون، الاقتصاد، الصحة العامة،

الحوافز يمكن للدولة العمل على العلاقات التعاقدية من خلال الحوافز، بحيث يمكنها أن تؤثر في صنع القرار على الفاعلين من خلال تشجيعهم على إعادة النظر في مصلحتهم للدخول في علاقات تعاقدية،

¹ خلاصي عبد الاله، مرجع سابق، ص 151

كما يمكن لوزارة الصحة مثلا أن تقرر حائزة منحة أو إعفاء ضريبي لتوقيع الترتيبات التعاقدية، لذلك فإن الحوافز لا تتعارض مع التعاقد طالما أنها لا تتبالغ في العلاقات مع الجهات الفاعلة.

السياسات التعاقدية: تقع مسؤولية وضع وتنفيذ وتقييم السياسات التعاقدية على عاتق الدولة وبشكل أكثر تحديدا وزارة الصحة بحيث تكون هي المحرض الرئيسي للسياسة التعاقدية، ويشير هذا الدور إلى إحدى الوظائف الأساسية للنظام الصحي (الإدارة العامة)، فالدولة من خلال هذه الوظيفة توكل لها مشروعية توجيه السياسة الوطنية للصحة حتى وإن كانت ممارسة هذه الوظيفة تستلزم مشاركة جميع الجهات الفاعلة، لذلك فإن تطوير وتنفيذ وتقييم السياسات التعاقدية يعد وسيلة فعالة لتنظيم الممارسات التعاقدية، لأنه يمنح وزارة الصحة الوسائل اللازمة لتنظيم وتوجيه ما سيتم إنشائه مع الجهات الفاعلة، وبذلك تقوم الوزارة بتخفيض تكاليف مراقبة الممارسات التعاقدية والحد من الانحراف.¹

الفرع الثالث: الجماعات المحلية كمنظم لتقديم خدمات الصحة:

تقديم الخدمات الصحية يتم من خلال مؤسسات الصحة العامة والخاصة إلى جانب الممارسين الخواص من أطباء وممرضين وصيادلة وكذا العيادات الخاصة إضافة إلى هياكل أخرى، وبالتالي تحدد اللامركزية المهام الموكلة للجماعات المحلية، وللقيام بالتزاماتها هناك إستراتيجيتين:²

المقاربة عن طريق الهياكل تقوم الجماعات المحلية بمهامها في مجال الصحة من خلال الهياكل والمؤسسات والبنى التحتية التي تقوم بنشاطات متعلقة بالصحة وللقيام هذا فان للجماعات المحلية اختبارين

الهياكل العمومية تكون إما عن طريق تسيير مباشر أو مستقل، أو تسيير بتفويض. .

تسيير مباشر يكون التسيير المالي والإداري لهذه الهياكل العمومية مؤمن مباشرة من طرف الجماعات المحلية في إطار تسيير مصلحة عامة. .

تسيير مستقل في هذه الحالة تمنح الجماعات المحلية للهياكل العمومية الشخصية المعنوية، ولكن لا يكون الهيكل العمومي مستقل تماما بل تمارس عليه الجماعات المحلية، وصايتها، ويبقى الهيكل العمومي

¹ خلاصي عبد الاله، مرجع سابق، ص 152

² علوان عديلة، أنماط التعاقد في الأنظمة الصحية، مرجع سابق، ص: 4442

تابع للجماعات المحلية في المجال المالي والموارد البشرية، وهذا يكون من خلال علاقة تعاقدية بين الهيكل والجماعات المحلية.

تسيير بتفويض: تفوض الجماعات المحلية هيكل خارجي مسؤولية تسيير أحسن لنشاطات الصالح العام من خلال علاقة تعاقدية، وإذا كان المستخدم غير قادر أو عاجز في بعض الحالات، تقوم الجماعات المحلية بإيقافه بسياسة " رفع اليد " .

الهيكل الخاصة من خلال العلاقة التعاقدية يمكن للجماعات المحلية أيضا أن تقوم بإشراك هذه الهياكل لتحسين تقديم النشاطات التي لها علاقة بالصحة، كما قد يكون ذلك مع الهياكل الخاصة المنصبة النشاطات لها علاقة مع الصحة كمراكز إعادة التأهيل الاجتماعي، أو مستشفى خاص، بان تتعاقد الجماعات المحلية معه من أجل تكوين مستمر لعمال الصحة في مراكز الصحة التابعة له.

المقاربة عن طريق النشاطات تركز هنا العلاقة التعاقدية على شراء الخدمات من الموارد المالية التي تملكها الجماعات المحلية، حيث يكون أداء هذا النشاط عن طريق الممثل الذي التزم بهذا النشاط في الأجل المحددة، ومثال ذلك كان تبرم الجماعات المحلية عقد مع جمعية بهدف غير ربحي من أجل أن يصحبها في عملية التحسس بمرض السيدا¹

الفرع الرابع: التعاقد كآلية جديدة للتمويل الصحي في الجزائر:

تواجه المؤسسات الصحية في الجزائر جملة من الاختلالات المتعلقة بالتمويل، لعل السبب الرئيسي ورائها هو نظام التمويل الجزائري الذي لا يخضع لأي منطق اقتصادي، حيث من خلال هذا النظام التمويلي تم تبني منطق الإنفاق دون الاهتمام بنوعية الخدمة الصحية المقدمة، إذ أن الغموض الذي يسود العملية التمويلية بين مؤسسات الصحة والدولة والضمان الاجتماعي أدى إلى حدوث احتلال في التوازن بين عرض الخدمة الصحية والطلب عليها، لهذا كان لا بد من هيكلة العملية التمويلية بين الأطراف الثلاثة (الدولة الضمان الاجتماعي، المؤسسات الصحية) ذلك. من خلال تبني النمط التعاقد كآلية جديدة للتمويل والتحكم في الإنفاق الصحي المتزايد.

¹ خلاصي عبد الاله، مرجع سابق، ص 152

وبموجب قانون المالية لسنة 1992 تم ذكر العلاقات التعاقدية لأول مرة كمنظ يتبع في تمويل نفقات المؤسسات الصحية مع وضع أحكام التسعيرة والفوترة للخدمات الصحية، حيث نص هذا القانون على أن مساهمة الضمان الاجتماعي في ميزانية المؤسسات الصحية العمومية يكون بصفة تعاقدية بدلا من الدفع الجزافي، إذ نصت المادة 175 من قانون المالية لسنة 1992 على ما يلي: تحدد مساهمة هيئات الضمان الاجتماعي في ميزانيات القطاعات الصحية والمؤسسات المتخصصة (بما فيها المراكز الاستشفائية الجامعية) وبصفة تقديرية (9500000000 دج). يطبق هذا التمويل على أساس علاقات تعاقدية تربط الضمان الاجتماعي ووزارة الصحة وتحدد كلياته عن طريق التنظيم¹، كما تم التأكيد على هذا الاختيار والتذكير بالنهج التعاقدية في تمويل ميزانية المؤسسات الصحية من . خلال نص المادة 128 قانون المالية لسنة 1993² ، وتموجب نص المادة 147 من قانون المالية لسنة 1994³، كما من بينت هذه القوانين السالفة الذكر في نصوصها أن نفقات الوقاية التكوين البحوث العلمية، والخدمات الصحية التي يستفيد منها المعوزين الغير مؤمنين اجتماعيا تبقى على عاتق الدولة.

إلا أنه على الرغم من القوانين السابقة والمراسلات التي أصدرتها وزارة الصحة في سبيل تطبيق التعاقد والتخلي عن النظام القديم في التمويل لا يزال النمط التعاقدية في بدايته وأصبح عبارة عن برنامج لم يكتمل بعد، لدي سنتطرق فيما يلي إلى أسباب التعاقد والشروط الأولية لنجاحه في الجزائر، والصعوبات والمشاكل التي حالت دون تطبيقه⁴.

المطلب الثالث: أسباب التعاقد والشروط الأولية لنجاحه في الجزائر:

الفرع الأول: أسباب التعاقد :

بالنسبة للأسباب العامة:

✓ الإلهام والتأثر بالأنظمة الأجنبية الناجحة في التمويل نفقاتها الصحية.

¹ المادة 175 من القانون رقم 91-92 المؤرخ في 18 ديسمبر 1991 يتضمن قانون المالية لسنة 1992، الجريدة الرسمية، العدد 65.

² المادة 128 من المرسوم التشريعي رقم 93-201 المؤرخ في 19 يناير 1993، يتضمن قانون المالية لسنة 1993، الجريدة الرسمية، العدد 04

³ المادة 147 من المرسوم التشريعي رقم 93-98 المؤرخ في 29 ديسمبر 1993، يتضمن قانون المالية لسنة 1994، الجريدة الرسمية، العدد 88

⁴ خلاصي عبد الاله، مرجع سابق، ص 153

✓ توصيات بعض المنظمات الدولية كمنظمة الصحة العالمية والتي دعت البلدان الأعضاء إلى تبني نمط التعاقد في إصلاحاتها، وتصر على احترام شروط نموذجها المرجعي.

✓ إدخال مفاهيم إدارة الأعمال في المصالح العمومية¹

بالنسبة لاختيار الضمان الاجتماعي للتعاقد معه

ينظر إلى التعاقد من خلال الضمان الاجتماعي كوسيلة للحصول على البيانات والأدوات اللازمة لإجراء عمليات ذات جودة عالية ورعاية تنافسية فالضمان الاجتماعي سيغطي فقط الأشخاص المؤمن عليهم اجتماعيا وفي عمل اللجنة المشتركة بين الوزارات المسؤولة عن مراقبة وتنفيذ هذا التعاقد من المفترض أن يتيح هذا التعاقد مزيدا من:²

✓ الشفافية في العلاقات بين المانحين ومقدمي الرعاية الصحية.

✓ مراقبة أفضل للنفقات وتحسين جودة خدمات الرعاية الصحية.

✓ زيادة الكفاءة في أداء مؤسسات الرعاية الصحية وهيئات الضمان الاجتماعي مما يتيح الاستخدام الرشيد والأفضل للموارد³.

والتعاقد لم يعمم في الجزائر بعد، فهو مطبق فقط بين الممولين ومقدمي العلاجات العمومية ويتركز بشكل حصري على التمويل، فهو في الواقع فكرة للانتقال من الاستشفاء المحاني إلى الدفع بالسعر المتوسط لليوم الاستشفائي، ويبقى إجراء الدفع كخطوة أخيرة⁴، والشكل الموالي يوضح منطق التعاقد في الجزائر:

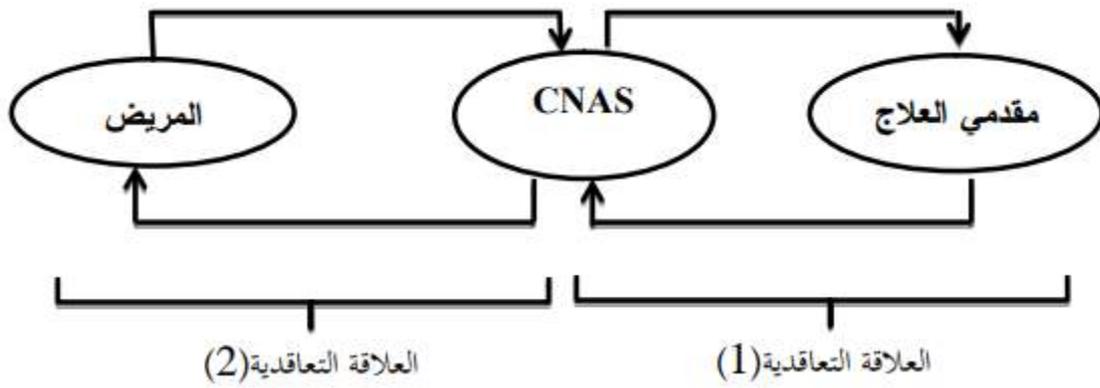
الشكل رقم (06): منطق التعاقد في الجزائر

¹ أمال بغيط، إيمان بن قصير التعاقد كآلية لترشيد النفقات الصحية في الجزائر، مداخلة مقدمة في إطار الملتقى الدولي حول: سياسات التحكم في الإنفاق الصحي في الجزائر المواقع والآفاق، 24-25 نوفمبر 2015 جامعة المسيلة، ص: 11.

² خلاصي عبد الإله، مرجع سابق، ص 154

³ rapport d'étape, Comité interministeriel de suivi et mise en œuvre de la contractualisation, Alger mai 2002.

⁴ GUETTAF LILA ET FOU DI BRAHIM. La coordination des acteurs (public-privé) dans les systèmes de santé algérien et marocain, Revue des Sciences Humaines – Université Mohamed Khider Biskra No: 23, Novembre 2011, P: 35.



Source : GUETTAF LILA ET FOU DI BRAHIM, La coordination des acteurs (public- privé) dans les systèmes de santé algérien et marocain, op.cit, p: 35

الفرع الثاني: الشروط الأولية لنجاح التعاقد

إن العلاقة التعاقدية بين المؤسسات الصحية ومموليها تستلزم إنشاء مؤسستين هامتين¹:

الوكالة الإستشفائية (A.R.H): يسيروها مجلس إدارة متكون من: ممثل الإدارة الوصية، ممثل الجماعات المحلية التي تتواجد بها القطاعات الصحية، ممثل صندوق التأمينات الاجتماعية الجهوية، ممثل مستخدمي الصحة.

الوكالة الوطنية للاعتماد والتقييم الصحي (A.N.A.E.S): تنصيب الوكالة ضرورة يمكن يفضلها

التحكم في النفقات العلاجية وأهم المهام المنوطة بما هي :²

- ✓ مراقبة وتقييم فرعية الخدمة الصحية وكذا مراقبة تدرج العلاج.
- ✓ توحيد معايير القبول على مستوى المصالح الإستشفائية.
- ✓ تحديد مدة الإقامة وفقا لمجموعات تشخيصية متجانسة (G.H.M).
- ✓ أعداد مجموعات وبائية متجانسة لتحديد تكاليف علاجها.
- ✓ وضع مؤشرات توفيقية بين الهياكل وأيضا وضع سياق للإنتاج.

¹ أمال بعبط المان بن قصير، التعاقد كآلية لترشيد النفقات الصحية في الجزائر، مرجع سابق، ص: 11.

² خلاصي عبد الاله، مرجع سابق، ص 155

كما إن وضع التعاقد حيز التطبيق يستدعي توفير شروط والتي بدورها تتطلب تدعيما بوسائل كيفية بدء من التشاور والتفاوض مع عملاء الصحة، ويمكننا سرد بعض هذه الشروط كآلي¹:

مكتب الدخول: نظرا للأهمية المركزية لمكتب الدخول في عملية التعاقد لابد من إعادة تنظيمه وفق المهام المخولة له، قانونيا، وكذا عصرنته وتدعيمة بوسائل مادية وبشرية مكيفة، وفي هذا السياق، لابد من مطالبة جميع مسؤولي المؤسسات الصحية العمومية تحديد الهيكل التنظيمي لمكتب الدخول الذي يفترض أن يتسم بالانسجام والتناسق.

المتابعة بواسطة الإعلام الآلي ذلك من خلال تثبيت واختيار دعائم مساعدة على الإعلام وتدعيمها، علما أن هذه الركائز تتمثل أساسا في:

- استمارة العلاج.
- استمارة القبول.
- طلب التكفل بالمريض .
- تحيين مدونة أعمال محترفي الصحة مع تعويد مستخدمي الصحة على استعمال التقنين الوارد فيها. السهر على التكوين المتواصل لمستخدمي الصحة لأجل حتهم على إيفاء المعلومات وتبيان الغاية المستهدفة من ذلك.
- الحرص على تحسين مدى الاعتناء باستمارة العلاج بصورة تدريجية وإدراج الفوترة.

وضع وسائل تسيير فعالة حيز التنفيذ تتمثل في:

- طريقة حساب التكلفة.
- السهر على مردودية العامل البشري بتحفيزه وحثه على النتائج.

¹ سنوسي على تسيير الخدمات الصحية في ظل الإصلاحات الاقتصادية في الجزائر آفاق 2010، مرجع سابق، ص : -366

من إطلاع جميع مستخدمي الصحة على مشروع النمط التعاقدية: خلال برمجة أيام دراسية تستهدف توضيحات حول مغزى هذا النمط التسبيري الجديد لمؤسسات الصحة وكيفية وضعه حيز التنفيذ، ونخص بالذكر على وجه الخصوص كل من الأطباء المرافقون الطبيون، أعوان مكتب الدخول.¹

الفرع الثالث: الصعوبات والمشاكل التي حالت دون تطبيق النمط التعاقدية في الجزائر:

سعت الجزائر من خلال النمط التعاقدية إلى الانتقال من النظام الجزافي لتمويل نفقات المؤسسات الصحية والتخلي عن محانية العلاج إلى نظام تمويل حقيقي في إطار العلاقات التعاقدية بين المؤسسات الصحية وهيئات الضمان الاجتماعي وهذا بهدف توفير الموارد المالية وتسهيل عملية المتابعة والمراقبة على الأموال الممنوحة للقطاع الصحي، لكن رغم القوانين والإجراءات التي اتخذتها وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات في سبيل تطبيق هذا النمط التعاقدية والتخلي عن النظام القديم إلا أنه اعترضته العديد من الصعوبات والمشاكل والتي حالت دون تطبيقه بالكامل وجعله لا يزال في بدايته رغم أن القوانين التي نصت على تطبيقه كانت منذ التسعينيات، وتتمثل هذه الصعوبات والمشاكل بالأساس فيما: ²

- يتطلب التعاقد وجود جهات فاعلة مستقلة وتوافر نظام معلومات قوي وموثوق وشفافية في تقييم الأداء الكمي والنوعي وانسجام الأدوار وتكاملها، لكن الطبيعة الغير شفافة لقرارات تخصيص الموارد الحالية تتناقض مع أي عملية تعاقد ناجحة.
- تتطلب العملية التعاقدية قيادة سياسية ومهارات تقنية واتصالات فعالة، ولم يتم تلبية وتوفير أي من هذه الشروط.³
- غموض تحديد هوية المستفيدين من الخدمات الصحية، إذ وجد أن 30% يمثلون المؤمنین اجتماعيا معوزين، في حين تبقى 60% غامضة.⁴

¹ خلاصي عبد الاله، مرجع سابق، ص 156

² نفس المرجع، ص 157

³ SAADA CHOUGRANI et MILOUD KADDAR, Expérience de la contractualisation dans le secteur de la santé

.en Algérie, journal d'économie Médical 2010, vol.28.n°5, p: 191

⁴ rapport de ministère du travail et de la sécurité social: note synthèse sur contractualisation santé- sécurité

.social, 2004

- أحد أهم أسباب تأخر تطبيق النمط التعاقدى في تمويل نفقات الصحة هو عدم تهيئة أرضية المؤسسات الصحية للمشروع، لاسيما وأن نظامها الأساسى كمؤسسة عمومية ذات طابع إدارى تعتمد على المحاسبة العمومية ولا يتلاءم هذا النوع مع الأشكال التعاقدية.
- تقيد مديري المؤسسات الصحية بمجموعة من القواعد القانونية والإجراءات الروتينية في تنفيذ الميزانية على مستوى مؤسساتهم الصحية مما يجعل منهم مجرد منفقين لا مسيرين، أي أنهم بعيدون كل البعد عن الإبداع والتسيير الحديث.
- التخلي في معظم الأحيان عن المهمات الأساسية لمكتب الدخول إضافة إلى غياب وعدم ملائمة دعائم التسيير في المؤسسات الصحية العمومية وهيئات الضمان الاجتماعى
- صعوبات تقنية تتعلق بتحديد النظام الأساسى للمريض، حيث يواجه مكتب الدخول عدة عراقيل وصعوبات في تحديد فئة المريض التى ينتمى إليها¹.
- إهمال ممارسى القطاع للعديد من البيانات الخاصة بالمريض.
- نقص الاعتمادات ذات الطابع الوقائى.
- غياب الوثائق المحاسبية.
- عدم الأخذ بعين الاعتبار الطلبيات فى الميزانية.
- قيود التمويل التى أصبح يعانى منها نظام الضمان الاجتماعى خلال العشرية الأخيرة.

¹ ولد محمد نسمة آليات التحكم فى الإنفاق الصحى الوطنى . سابق: ص: 41

خلاصة الفصل:

تبين من خلال المراحل التي مر بها النظام الصحي منذ الاستقلال لومنا هذا أن الحكومة الجزائرية سعت جاهدة إلى تطوير النظام الصحي وجعله يتماشى واحتياجات السكان، هذا المسعى الحكومي لتطوير النظام الصحي ظهر من خلال زيادة عدد المرافق والمؤسسات الصحية وتضاعف عدد المستخدمين في المجال الصحي سواء أطباء أو ممرضين وإداريين، كذلك من خلال برامج الوقاية من الأمراض المتنتقلة والتلقيح الإجباري، وأيضا إرساء مبدأ الطب المجاني.

رغم كل هذا ظل النظام الصحي في الجزائر يعاني من عدة نقائص مما استوجب تبني مشروع إصلاح سنة 2002 يهدف إلى دراسة وتشخيص الحالة الصحية ومؤسساتها وهيكلها ويسعى للتوزيع العادل للطعم الطبية لتمكين المواطنين من الوصول للعلاج، كما عمل مشروع الإصلاح على معالجة العديد من النقائص المتعلقة بالتمويل وتسيير الموارد البشرية والمالية والتكوين والإعلام. في الأخير يمكن القول أنه رغم التقدم المحرز في المجال الصحي لا يزال النظام الصحي الجزائري يواجه عدت قيود حالت دون تطويره ووصوله لتحقيق تنمية صحية مستدامة هذه القيود تربط بمشاكل عدة، من بينها مشكلة التنامي المتزايد للنفقات الصحية وإشكالية توفير المصادر المالية اللازمة لتغطية هذا التنامي المستمر للنفقات الصحية.

خاتمة عامة

خاتمة:

سعيًا من خلال هذه الدراسة إلى التعرف على إشكالية كفاءة المؤسسات الصحية في الجزائر ، وأيضًا محاولة التعرف على المصدر المالي الأكثر أهمية والذي من خلاله تتحدد سياسة الإنفاق على الصحة في الجزائر ، وقد تمت معالجة هذه الدراسة انطلاقًا من الفرضيات التي تمت صياغتها في المقدمة بهدف تأكيدها أو نفيها. وقد توصلنا من خلال هذه الدراسة إلى النتائج التالية:

تعتبر الصحة أحد أهداف التنمية الاجتماعية والاقتصادية ، كما أنها وسيلة مهمة لتحقيق الأهداف المنشودة في تحقيق رفاهية الشعوب والمجتمعات. كما أنه من غير الممكن وضع تعريف للصحة يمكن اعتباره مناسبًا ومتفق عليه بالإجماع. دقيقة ومحددة.

تعتبر عملية تمويل الإنفاق الصحي عنصرًا أساسيًا في قدرة النظم الصحية على الحفاظ على صحة أفراد المجتمع وتعزيزها ، حيث لا يقتصر التمويل الصحي على جمع الموارد فقط ، بل يجب أن يحقق الهدف الأساسي المتمثل في تمكين الأفراد من الاستفادة منها. والحصول على الرعاية الصحية اللازمة دون التعرض لمخاطر الصعوبات المالية.

يعتمد تمويل نفقات الأنظمة الصحية في العالم على ثلاثة نماذج رئيسية للتمويل وهي الخدمات الصحية الوطنية (NHS)، والتأمين الصحي الاجتماعي (SHI)، والتأمين الصحي الخاص (PHI)، ويمكن القول بأن هذه النماذج الثلاثة الأساسية للتمويل تمثل إيديولوجيات سياسية مختلفة، إذ أن نموذج التأمين الصحي الخاص يعتمد إلى أقصى حد على مقاربة السوق في تقديم الخدمات الصحية كما هو الحال في الولايات المتحدة الأمريكية على العكس من ذلك في بعض دول أوروبا كالدنمرك والنجلندا وغيرها، والتي تعتمد نموذج الخدمة الصحية الوطنية الذي يقلل من دور السوق في الطلب على الخدمة الصحية بل هو يعتمد على اقتصاد السوق الاجتماعي.

سعت الحكومة الجزائرية منذ الاستقلال على العمل على تطوير النظام الصحي وجعله يتماشى واحتياجات السكان هذا ما جعله يعرف عدة تطورات منذ الاستقلال إلى يومنا هذا، إذ أنه يمكن تقسيم الفترة التي مرّ بها النظام الصحي في الجزائر إلى عدة مراحل أساسية وهي: مرحلة البناء التدريجي للنظام الصحي (1962-1973)، مرحلة تطوير و تنمية النظام الصحي (1974 - 1989)، مرحلة الأزمة (1990-2000)، مرحلة إعادة التنمية من جديد (2000 - ليومنا هذا).

خاتمة عامة

أن الدولة الجزائرية تولي أهمية كبيرة للقطاع الصحي وما يؤكد ذلك هو حجم الاعتمادات المالية الهائلة المخصصة للقطاع الصحي والتي هي في تزايد من سنة لأخرى، مما يدل على أن هذا القطاع ذات الأولوية والأهمية في الجزائر، وهو ما يؤكد صحة الفرضية الأولى حيث أن المبالغ الضخمة المخصصة للقطاع الصحي تترجم لنا أن المشاكل التي يعاني منها نظام تمويل نفقات الصحة في الجزائر ليست مرتبطة بشح الموارد التمويلية، بل بسوء التنظيم والتسيير، فالتزايد المستمر للمخصصات المالية للقطاع الصحي لا يعكس بشكل مباشر ما توصل إليه من أهداف وهذا نظرا لتأثره بعدة متغيرات خارج الإنفاق بالإضافة إلى عدم التخصيص الجيد لها.

يعتمد تمويل النفقات الصحية في الجزائر على ثلاثة مصادر رئيسية: التمويل من خلال الدولة ، والتمويل من خلال الضمان الاجتماعي ، وكذلك التمويل من خلال الأسر. شكلت النفقات الصحية حوالي 63% خلال فترة الدراسة ، وكان للضمان الاجتماعي دور إيجابي في تمويل النفقات الصحية ، حيث احتل المرتبة الثانية بعد الحكومة ، وما يفسر الزيادة في مصروفاته خلال فترة الدراسة هو التحويلات الخاصة به. العلاج في الخارج وارتفاع فاتورة استيراد الأدوية. كما وجدنا زيادة في دور الأسر في تمويل المصاريف الصحية ، وما يفسر ذلك توجهها نحو القطاع الخاص لتلقي العلاج ، بدلاً من القطاع العام الذي يتميز بعلاج مجاني.

اعتماد التعاقد كنمط جديد للتمويل يحقق مجموعة من الأهداف التي من شأنها أن ترفع من فعالية النظام الصحي، فتطبيق النمط التعاقد يمكن المؤسسات الصحية من تحقيق التحكم في نفقاتها من خلال الدقة في التمويل، كما يحقق عملية عقلنة الإنفاق وذلك باستغلال أمثل للموارد المتاحة، كالتعاقد مع جهات خارجية في بعض المجالات التي يتكفل بها المستشفى من الفعالية والنجاعة في تقديم الخدمات، كما أن التعاقد يحقق أيضا الشفافية في علاقة المؤسسة الصحية مع مموليها.

إن تفعيل تطبيق نظام التعاقد واستخدامه وفق آلية إستراتيجية شراء الخدمات، هذا شأنه من زيادة فعالية هذا النظام في تحقيق أهدافه، ومنه كنتيجة تحسين أداء المنظومة الصحية ومستوى الخدمات المقدمة للمواطنين مع ضمان في آن واحد رقابة وتحكم في النفقات وهو الهدف المنشود.

أن النمط البيروقراطي الذي يميز المؤسسات الصحية العمومية بدأ يضر ليفسح المجال نحو مقاربة التسيير العمومي الحديث من خلال النمط التعاقد بتطبيقاته المختلفة، في معظم دول العالم المتقدم وأصبح

خاتمة عامة

العمل باللامركزية والتفويض المحلي سمة أساسية في تقييم مستوى التسيير لهذه المنظومات الصحية مثل هو الأمر في الدول الاسكندنافية التي تعتبر أنظمتها الصحية الرائدة في العالم حسب تصنيف المنظمة العالمية للصحة (OMS)

أن النمط التعاقدى يجسد منطق المقاربة بالأهداف والنتائج في مخالفة للمنطق التقليدي المرتكز على توفير الإمكانيات والوسائل، و هو ما ذكر في الفرضية الاولى.

أن المنظومة الصحية الجزائرية من خلال التوصيات والتعليمات التي أقرت بها خلال السنوات الأخيرة وما يفترضه التعديل المرتقب للخارطة تنحو نحو الاعتماد على المقاربة العقدية في إدارة المؤسسات الصحية العمومية ومحاولة الاستفادة مما توفره هذه المقاربة من ميزات

هناك عدة أسباب ومشاكل حالت دون اكتمال النمط التعاقدى في الجزائر ووضع حيز التنفيذ، ولعل - أهمها هو عدم تهيئة أرضية المؤسسات الصحية للمشروع، لاسيما وأن نظامها الأساسي كمؤسسة عمومية ذات طابع إداري تعتمد على المحاسبة العمومية ولا يتلاءم هذا النوع مع الأشكال التعاقدية و هو ما ذكر في الفرضية الثانية.

التوصيات والاقتراحات:

بناء على النتائج السابقة، يمكن تقديم التوصيات الآتية:

إعادة النظر في أولويات الإنفاق على القطاع الصحي وفق الموارد المتاحة حالياً لتحقيق تحسين الصحة العامة للمواطنين ، وتحقيق العدالة في توزيع الخدمات الصحية.

الحفاظ على مساهمة الحكومة في تمويل النفقات الصحية ، ولكن من خلال تعزيز الإجراءات التنظيمية والرقابية لتجنب إهدار الأموال ، وخاصة على الاستثمار في البنية التحتية.

اعتماد نظام التعاقد بين المؤسسات الصحية والضمان الاجتماعي كأسلوب جديد للتمويل ، حيث يتيح النظام التعاقدى للنظام الصحي التحكم في نفقاته.

خاتمة عامة

البحث عن مصادر تمويل إضافية ، مثل مساهمة المنشآت الصناعية الملوثة التي تؤثر أنشطتها على صحة أفراد المجتمع ، وكذلك مساهمة المنشآت الاقتصادية التي ترتفع فيها معدلات الإصابة بالأمراض وحوادث العمل.

العمل على نشر الثقافة الصحية بين أفراد المجتمع من خلال عقد المؤتمرات والندوات وأيام التوعية من أجل الوقاية خير من العلاج ومن ثم تقليل الطلب على الخدمات الصحية.

قائمة المصادر والمراجع

قائمة المصادر والمراجع:

المراجع باللغة العربية:

الكتب

1. البكري ثامر ياسر إدارة المستشفيات، دار اليازوري، الأردن، 2005، ص 66.
2. حريستاني حسان محمد نذير إدارة المستشفيات، معهد الإدارة العامة، الرياض، 1990،
3. علوان عديلة، أنماط التعاقد في الأنظمة الصحية، دار هومة للنشر والتوزيع، الجزء 02 الجزائر، 2014،
4. محمد الصغير بعلی العقود الإدارية، دار العلوم للنشر والتوزيع، عنابة 2005،
5. نور الدين حاروش، ادارة المستشفيات العمومية الجزائرية ، الجزائر : دار كتامة للكتاب، 2007

المذكرات والاطروحات:

1. بن فرحات عبد المنعم، انعكاسات أنماط تسيير المؤسسة العمومية للصحة بالجزائر على نوعية الخدمات دراسة حالة عينة من المؤسسات العمومية الصحية، رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه تخصص اقتصاد و تسيير المؤسسة، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر، 2017/2018
2. حبيبة قشي ، اليات تطبيق السياسات التسويقية في المؤسسات الصحية الدراسة حالة مصحة الرازي للطب والجراحة بسكرة) ، رسالة ماجستير ، (جامعة محمد خيضر بسكرة ، كلية العلوم الاقتصادية والتسيير، قسم العلوم الاقتصادية . 2006-2007)،
3. خلاصي عبد الاله، العلاقة بين نفقات الصحة و مصادر التمويل في الجزائر دراسة تحليلية قياسية للفترة (1990-2018)، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه طور ثالث في العلوم الاقتصادية تخصص اقتصاد المالية العامة، جامعة أبو بكر بلقايد تلمسان، الجزائر، 2019/2020،
4. خلاصي عبد الاله، العلاقة بين نفقات الصحة و مصادر التمويل في الجزائر دراسة تحليلية قياسية للفترة (1990-2018)، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه طور ثالث في العلوم الاقتصادية تخصص اقتصاد المالية العامة، جامعة أبو بكر بلقايد تلمسان، الجزائر، 2019/2020،
5. عياشي نور الدين المنظومات الصحية المغربية، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية، جامعة قسنطينة 2010-2009

6. ولد محمد نسيم، آليات التحكم في الإنفاق الصحي الوطني، مذكرة نهاية التخرج، المدرسة الوطنية للمناجنت وإدارة الصحة، الجزائر 2017،

المجلات و الملتقيات

أمال بغيط، إيمان بن قصير التعاقد كآلية لترشيد النفقات الصحية في الجزائر، مداخلة مقدمة في إطار الملتقى الدولي حول: سياسات التحكم في الإنفاق الصحي في الجزائر المواقع والآفاق، 24-25 نوفمبر 2015 جامعة المسيلة.

مخير عبد العزيز (الطعامنة محمد الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات المفاهيم والتطبيقات المنظمة العربية للتنمية الإدارية، مصر، 2003).

نياز عبد العزيز بن حبيب الله، جودة الرعاية الصحية، الأسس النظرية و التطبيق العملي، وزارة الصحة، الرياض، 2005،

حمودة نصيرة، دور دراسة الجدوى الاقتصادية في ترشيد القرار الاستثماري والتمويلي دراسة حالة الوكالة الوطنية لدعم تشغيل الشباب (عنابة)، محملة دفاتر بوادكس المجلد 04 العدد 05 2016،

ريحان محمد التسويق لخدمة الرعاية الصحية مقال في المؤتمر العربي الثالث للاتجاهات التطبيقية الحديثة في إدارة المستشفيات: تقنية نظم المعلومات، مطبوعات المنظمة العربية للتنمية الإدارية، جامعة الدول العربية، القاهرة، جمهورية مصر العربية، سنة 2004،

عبد الحميد عبد المطلب الاتجاهات الحديثة في خصخصة المرافق العامة، ندوة الإدارة الحديثة في إدارة منظمات الخدمة العامة، المنظمة العربية للتنمية الإدارية، القاهرة، 2007،

علوان عديلة، أهمية النمط التعاقد في تفعيل أنظمة التأمين الصحي، مجلة العلوم الإنسانية، العدد 43، 2016

علي محمد دحمان تكلفة العلاج في الجزائر، محلة الدراسات القانونية، العدد 02 ، 2016،

الوصيف زين الدين، التسيير المؤسسات الصحية العمومية في ظل المتغيرات المعاصرة " ، مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية ، العدد الأول كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير ، جامعة سكيكدة ، ديسمبر 2003،

الوصيف زين الدين، التسيير المؤسسات الصحية العمومية في ظل المتغيرات المعاصرة " ، مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية ، العدد الأول كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير ، جامعة سكيكدة ، ديسمبر 2003،

النصوص التشريعية

الأمر - المؤرخ في 26 سبتمبر 1975 المتضمن القانون المدن، المعدل والمتمم 30 سبتمبر 1975

المرسوم التشريعي رقم 93-201 المؤرخ في 19 يناير 1993، يتضمن قانون المالية لسنة 1993، الجريدة الرسمية، العدد 04

المرسوم التشريعي رقم 93-98 المؤرخ في 29 ديسمبر 1993، يتضمن قانون المالية لسنة 1994، الجريدة الرسمية، العدد 88

الدراسات الاجنبية:

1. Ali Dahmene Mohammed, the financing health system problem in Algeria, international research journal of management, IT& social sciences (IRJMIS), Vol.3, Issue 7, July 2016,
2. Anne Mason et Peter.G Smith, Le système de santé Anglais : Régulation et rapport entre les différents acteurs. Revue Français des Affaires Sociales, 2006, N° 2-3, P 267-268.
3. BRUNO Fantino, (GERARD) Robert, guérir le système de santé de ses maux, édition ALEAS, Lyon, France, 2004, p 85
4. C. SAGNES - RAFFY, Organisation Générale du système de santé en France, Sur le site : http://www.medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/module1/module01/Organisation%20_CSR_sept2009.pdf, viste le 10/10/2019. P 12-13.
5. Chaouche Ali, le financement de système de santé, colloque international sur les politiques de santé, Alger, 18-19 janvier, 2014.

6. CHASSANIOL) Jean-Luc, Performance hospitalière et management durable faire plus avec moins?, XVI èmes journées nationales ADH (Association des directeurs d'hôpital), Cap 15, Paris, 22-23 mars 2007
7. CLAVERANNE) JP., (PASCAL) C., Repenser les processus à l'hôpital, Média, Lavrosier, Paris, 2004, p4
8. Démocratie sanitaire, sur le site : <https://www.france-assos-sante.org/wp-content/uploads/2019/01/Organisation-regionale-territoriale-du-systeme-de-sante.pdf>, visite Le: 22/08/2019.
9. Emilie Sauvigent, Le Financement de système de santé en France: Rôle et Organisation de l'assurances maladie obligatoire, OMS, Geneva, 2004, P 14-15.
10. François Ecalle, Le Financement de Dépenses de santé par les ménages, Rapport, FIPECO
11. GUETTAF LILA ET FOU DI BRAHIM. La coordination des acteurs (public-privé) dans les systèmes de santé algérien et marocain, Revue des Sciences Humaines - Université Mohamed Khider Biskra No: 23, Novembre 2011, P: 35.
12. Lamri Larbi, dossier de la contractualisation, le gestionnaire, revue semestrielle de l'école nationale de santé Publique, N°28, juillet 1998,p 24.
13. Laplace, B. Kamendje, J. Nizard, J.M Coz et Jacques Chaperon, Les systèmes de santé Français et Anglais : Evolution Comparée depuis Le Milieu des Années 90. Revue de santé publique. Vol. 14, N° 01, 2002, P 49.
14. Le Système de santé en France, sur le site : <https://www.cleiss.fr/particuliers/venir/soins/ue/systemede-sante-en-france.html>, viste Le 23/08/2019
15. Les coûts de l'hôpital, le prix du service public, Dossier FHF, France, 2004, p 04
16. L'organisation Régional et Territoriale de notre système de santé, Santé Info Droit Pratique B.7.
17. MARCON Eric et autres, Gestion et performance des systèmes hospitaliers, édition Lavoisier, Paris, 2008, 75, 76
18. MOLINIE Eric, l'hôpital public en France, Bilan et perspectives, CES, France, 2005,
19. NHS, Guide to the health care system in englend Including the statement of NHS Accountability, for England May 2013, P 07. On the site: https://assets.publishing.ervice.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/194002_/9421-2900878-TSO-NHS_Guide_to_Healthcare_WEB.PDF visited: 28/09/2019

20. NOUARA KAID. Le Système de Santé Algérien entre Efficacité et Equité essai d'évaluation à travers la santé des enfants enquête dans la wilaya de Bejaia, thèse de Doctorat d'Etat en Science Economiques, Université d'Alger, Faculté des sciences économiques, des sciences commerciales et de gestion,
21. OMS, Rapport sur le rôle de la contractualisation dans l'amélioration de la performance des systèmes de santé, Genève, 2004, pp 40-47.
22. PASTRE Olivier, (GABELLE) Lucile chérubin, (ACOSTA) Fernandes, Economie de l'entreprise, Economica, France, 2008, page 16
23. rapport de ministère du travail et de la sécurité social: note synthèse sur contractualisation santé- sécurité social, 2004.
24. rapport d'étape, Comité interministeriel de suivi et mise en œuvre de la contractualisation, Alger mai 2002.
25. Rapport, Le Système de Santé en Angleterre : Actions concernant la qualité des soins et la régulation des dépenses en ambulatoire. Rapports présentés par: Mme carine CHEVRIER-FATOMA avec le concours de Mme CHRISTINE DANIEL, Rapport N° 2002 105. juin 2002, P 9-10 [6:28
26. Robert L. Field, Regulation of health care in united states: complexity, confrontation, and compromise, An Int Med Trop 2017: 16 (Supl.3): P 62.
27. SAADA CHOUGRANI et MILOUD KADDAR, Expérience de la contractualisation dans le secteur de la santé en Algérie, journal d'économie Médical 2010, vol.28.n°5, p: 191.
28. TRAPEAU) Jérôme, Rapport sur tarification et financement des hôpitaux, EN3S, Saint-Etienne, 2008
29. web site: <http://www.kff.org/health-reform/state-indicator/totalmonthly-medicaid-and-chip-canrollment/?currentTimeframe=0&sortModel=%7B%22colld%22:%22Location%22,%22sort%22%22asc%22%7D>. visited 21/01/2018.
30. web site: <http://www.kff.org/medicare/state-indicator/total-medicare-beneficiaries/?currentTimeframe=0&sortModel=%7B%22colld%22:%22Location%22%22sort%22:%22asc%22%7D>. visited 21/01/2018.
31. YVES) Emrey et (GRIAQUE) David, paradoxes de la gestion publique, édition l'Hamattan, France, 2005, PP 64-65
32. Yves-Antoine Flori, Financement des Politiques de santé, adsp N° 30, mars 2000, P 32.

الملخص

تناولنا في هذه الدراسة الى دراسة اشكالية جودة الخدمات الصحية في الجزائر، حيث تطرقنا الى تقديم نماذج لأنظمة صحية عالمية و منه استنتجنا تنظيمهم و طرق تمويل النظام.

هدفت هذه الدراسة ، عرض التجارب الدولية الرائدة في تمويل نفقات أنظمتها الصحية من أجل الاستفادة منها، التعرف على الأسباب المؤدية إلى ارتفاع الإنفاق الصحي بشكل كبير خلال السنوات الأخيرة في الجزائر والتوصل إلى بعض الاقتراحات التي من شأنها المساهمة في زيادة فعالية وكفاءة نظام تمويل الصحة في الجزائر .

توصلنا الى عدة نتائج متمثلة في تمويل نفقات الأنظمة الصحية في العالم على ثلاثة نماذج رئيسية للتمويل وهي الخدمات الصحية الوطنية (NHS)، والتأمين الصحي الاجتماعي (SHI)، والتأمين الصحي الخاص (PHI)، يعتمد تمويل النفقات الصحية في الجزائر على ثلاثة مصادر رئيسية: التمويل من خلال الدولة ، الاجتماعي ، وكذلك التمويل من خلال الأسرأن النمط التعاقدى يجسد منط المقاربة بالأهداف والنتائج في مخالفة للمنطق التقليدي المرتكز على توفير الإمكانيات والوسائل، هناك عدة أسباب ومشاكل حالت دون اكتمال النمط التعاقدى في الجزائر ووضعه حيز التنفيذ

Résumé

Dans cette étude, nous avons traité l'étude de la problématique de la qualité des services de santé en Algérie.

Cette étude visait à présenter les principales expériences internationales en matière de financement des dépenses de ses systèmes de santé afin d'en tirer profit, à identifier les raisons ayant conduit à une augmentation significative des dépenses de santé ces dernières années en Algérie et à formuler quelques suggestions qui permettraient contribuer à accroître l'efficacité et l'efficience du système de financement de la santé en Algérie.

Nous avons atteint plusieurs résultats représentés dans le financement des dépenses des systèmes de santé dans le monde sur trois principaux modèles de financement, qui sont les services nationaux de santé (NHS), l'assurance maladie sociale (SHI) et l'assurance maladie privée (PHI). Les dépenses de santé en Algérie dépendent de trois sources principales : le financement par l'État, le social, ainsi que le financement par les familles. Il existe plusieurs

raisons et problèmes qui ont empêché l'achèvement du schéma contractuel en Algérie et sa mise en œuvre.

Abstract

In this study, we have dealt with the study of the problem of the quality of health services in Algeria.

This study aimed to present the main international experiences in terms of financing the expenditure of its health systems in order to take advantage of them, to identify the reasons that have led to a significant increase in health expenditure in recent years in Algeria and to formulate some suggestions that would help increase the effectiveness and efficiency of the health financing system in Algeria.

We have achieved several results represented in the financing of health system expenditures worldwide on three main financing models, which are National Health Services (NHS), Social Health Insurance (SHI) and Private Health Insurance (PHI). Health spending in Algeria depends on three main sources: state funding, social funding, and family funding. There are several reasons and problems that prevented the completion of the contractual scheme in Algeria and its implementation.